



HAASTEET HUONOKUNTOISEN POTILAAN HOIDON JATKUVUUDESSA

Lähettävän osaston näkökulma

Fathi Muuse

Jaana Oinas

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MUUSE, FATHI & OINAS, JAANA:

Haasteet huonokuntoisen potilaan hoidon jatkuvuudessa – Lähettävän osaston näkökulma

Opinnäytetyö 50 sivua, josta liitteitä 6 sivua

Lokakuu 2012

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata neurokirurgisen osaston hoitotyön toimintatapoja potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää jatkohoitoon siirtyvän potilaan hoitotyön ohjausta. Lisäksi tavoitteena oli kehittää opinnäytetyöntekijöiden tietämystä kyseisestä aiheesta.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin neurokirurgiselta vuodeosastolta haastattelemalla neljää osaston sairaanhoitajaa. Saatu aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tulosten perusteella hoitajilta saatiin yhteneväisiä vastauksia liittyen huonokuntoisen potilaan siirtoon. Hoitajat pitivät tärkeänä, että hoitotyön yhteenvedosta tulee selkeästi esille perusasiat, kuten päivittäiset toiminnot. Sairaanhoitajat korostivat myös, että on tärkeää merkitä hoitotyön yhteenvedoon, miten potilaan kanssa kommunikoidaan. Haastateltavat kokivat tärkeäksi, että potilaan jatkohoitopaikka järjestyy potilaan hoidon kannalta potilaalle optimaaliseen hoitopaikkaan. Haasteena sairaanhoitajat pitivät, että jatkohoitopaikoissa on ongelmallista trakeostomoidun potilaan hoito. Eniten kysymyksiä jatkohoitopaikka esittää potilaista, joilla on tehty trakeostomia. Opinnäytetyön tuloksissa korostui moniammatillisen yhteistyön merkitys ja tarkeys siirrettäessä huonokuntoista potilasta jatkohoitopaikkaan.

Tämä opinnäytetyö antaa tietoa neurokirurgisen vuodeosaston toimintatavoista siirrettäessä huonokuntoista potilasta jatkohoitoon. Opinnäytetyössä tulee myös esille mitä lähettävän osaston tulisi kehittää, jotta potilaan jatkohoito olisi vieläkin turvallisempaa. Tulosten perusteella esille nousee jatkohoitopaikan perehdytyksen tarve huonokuntoisen potilaan ja varsinkin trakeostomoidun potilaan hoitotyössä.

Asiasanat: huonokuntoinen potilas, jatkohoito, tiedonkulku, moniammatillisuus

ABSTRACT

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

MUUSE, FATHI & OINAS, JAANA
Challenges and the continuity of patient care –
From the perspective of transferring ward

Bachelor's thesis 50 pages, appendices 6 pages
October 2012

The purpose of this thesis was to look into the practices of neurosurgical unit when they are transferring a patient to another ward. The aim was to develop the guidelines of follow-up treatment for patients switching from nursing supervision to make treatment even safer than it is now. In addition, the aim was to develop the authors' understanding of the subject.

A qualitative research method was used in this thesis. The data was collected by interviewing four nurses of the neurosurgical ward. The data was analyzed using a data-oriented content analysis.

The results showed that nurses were consistent with the responses relating to the transfer of the patient. The nurses found it important that the nursing summary shows the essential information clearly. Nurses also emphasized that it is important to mark down, how to communicate with the patient. The majority of the interviewees felt that it is important that the patient's continued care arrangement is optimal for the patient. Nurses thought that it is challenging to take care of patients with tracheostomy in the follow-up treatment wards.

The results showed that the follow-up treatment wards need introduction to the needs of the patient, especially in the case of patients with tracheostomy. Most of the questions concerning continued care are related to patients with tracheostomy. The results also highlighted the importance of multi-professional collaboration when transferring a patient.

Key words: patient, follow-up care, continuity of the data, multiprofessionality

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Neurokirurgia	8
2.2 Huonokuntoinen neurokirurginen potilas.....	8
2.2.1 Aivoverenkiertohäiriöt	9
2.2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden tunnistaminen.....	10
2.2.3 Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys	11
2.2.4 Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät.....	12
2.3 Hoidon jatkuvuus.....	13
2.3.1 Kirjaaminen hoitotyössä	15
2.3.2 Hoitotyön yhteenveto	17
2.4 Moniammatillinen yhteistyö	18
2.5 Potilasturvallisuus	20
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	21
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	22
4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus.....	22
4.2 Aineiston keruu menetelmä.....	23
4.3 Aineiston sisällönanalyysi	24
5 TULOKSET	29
5.1 Moniammatillinen yhteistyö	30
5.2 Haasteet huonokuntoisen potilaan hoidon jatkuvuudessa	30
5.3 Kehitysehdotuksia jatkohoidon turvaamiseksi.....	32
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	33
6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	33
6.2 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset.....	35
6.3 Pohdinta.....	38
LÄHTEET.....	41
LIITTEET.....	45

1 JOHDANTO

Neurokirurgia on kirurgian erikoisala ja neurokirurgiaksi kutsutaan toimenpiteitä, jotka kohdistuvat aivojen, selkäytimen sekä selkäytimestä lähtevien hermojen alueelle. Leikkausmenetelmien kehittymisen johdosta on nykypäivänä mahdollista leikata sellaisia kirurgisia potilaita, jotka ovat aiemmin olleet hoidon ulottumattomissa. Teknologian ja menetelmien kehittyminen kasvattaa kuitenkin potilasmäärää ja vaativat toimenpiteet asettavat erityisvaatimuksia hoitotyölle. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 219, 223.)

Hoidon jatkuvuuden periaatteen turvaaminen on keskeistä hoidon kannalta. Sairaalassa hoidon jatkuvuus turvataan tiedottamisella suullisesti sekä täsmällisellä kirjaamisella. Jatkuvuuden onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoidon tavoitteet välittyvät jatkohoitoon. (Kassara, Palokoski, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 15.) Tämän työn tarkoituksena on kuvata neurokirurgisen osaston hoitotyön toimintatapoja potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Neurokirurgia on hyvin laaja erikoisala ja aiheen rajaaminen on ollut vaikeaa. Aiheesta on myös tehty aiemmin vastaavanlaisia opinnäytetöitä, mikä vaikeutti työskentelyn rajaamista ja hahmottamista niin, että tämän työn näkökulma poikkeaisi hiljattain tehdyistä töistä.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan huonokuntoisten potilaiden ryhmää, neurokirurgisesta näkökulmasta. Neurokirurgisia potilaita voivat olla aivoverenkierron häiriöön sairastuneet potilaat, jotka tarvitsevat kirurgista hoitoa. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy sekä Suomessa että muualla maailmassa. Suomessa aivoverenkiertohäiriöihin kuolee vuosittain 5000 henkeä ja maailmanlaajuisesti 4,7 miljoonaa ihmistä. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat enemmän laatuelinvuosien menettämistä kuin mikään muu sairaus, sillä puolelle eloonjääneistä jää pysyvä haitta. Pysyvä haitta voi olla halvaus, afasia tai muu kognitiivinen häiriö. Noin joka kymmenes jää täysin autettavaksi vuode-, tai pyörätuolipotilaaksi. (Kaste, Hernesniemi, Järvinen, Kotila, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 247, 272.)

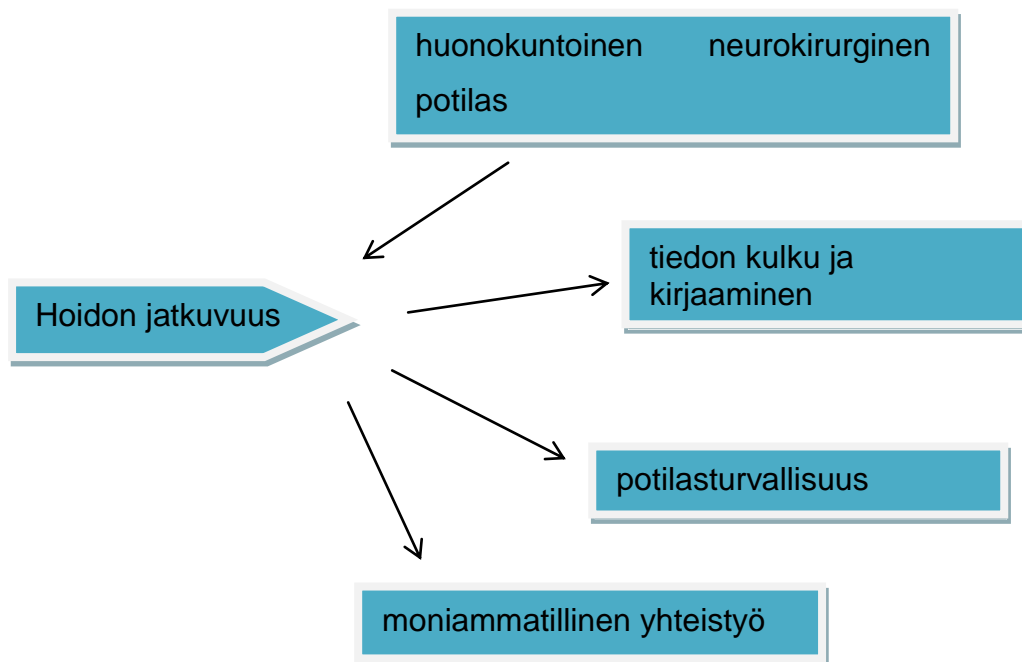
Aihe on tärkeä, jotta potilas saa hyvää hoitoa hoidon jokaisessa vaiheessa ja että hoidon jatkuvuus toteutuisi. Klemolan (2005) mukaan erikoissairaanhoidon

ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua on arvosteltu hitaaksi ja puutteelliseksi (Klemola 2005, 17). Hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku nousevat avainasemaan tässä työssä, sillä neurokirurgisista potilaista lähes kaikki siirtyvät jatkohoitoon tai –seurantaan perusterveydenhuoltoon erikoissairaanhoidosta (Soinila, Kaste & Somer 2007, 662).

Organisaatioiden toiminnan kehittäminen edellyttäisi erityisesti erikoissairaanhoidon muuttuvan ympäristön ja eri ammattiryhmien raja-aitojen madaltumista sekä työnjaon selkiyttämistä joustavammaksi ja tarkoituksenmukaiseksi (Vuorinen 2005, 6-7). Neurokirurgisella osastolla hoitotyötä tekevän tulee hallita laaja-alaista tieto-taitoperustaa. Sairaanhoidajan tulee hallita muun muassa keskushermoston toimintaa, vaikeasti sairaan potilaan hoidon erityispiirteitä, hoitotyön auttamistapoja sekä moniammatillista yhteistyötä aina kuntoutukseen asti. (Kotiola, Salmenperä & Meretoja 2009, 33.)

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata neurokirurgisen osaston hoitotyön toimintatapoja potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää mitä toimintatapoja lähettävän osaston hoitohenkilökunnalla on käytössään potilaan jatkohoidon turvaamiseksi sekä miten lähettävän ja vastaanottavan osaston yhteistyötä tulisi kehittää potilaan jatkohoidon turvaamiseksi. Työn tavoitteena on kehittää jatkohoitoon siirtyvän potilaan hoitotyön ohjausta sekä kehittää opinnäytetyöntekijöiden tietämystä kyseisestä aiheesta. Teoreettinen lähtökohta kuvaa opinnäytetyön keskeisimpiä näkökulmia (kuvio 1).



KUVIO 1. Jatkohoidon turvaaminen

2.1 Neurokirurgia

Neurokirurgia on kirurgian erikoisala ja neurokirurgiaksi kutsutaan toimenpiteitä, jotka kohdistuvat aivojen, selkäytimen sekä selkäytimestä lähtevien hermojen alueelle. Leikkausmenetelmien kehittymisen johdosta on nykypäivänä mahdollista leikata sellaisia kirurgisia potilaita, jotka ovat aiemmin olleet hoidon ulottumattomissa. Teknologian ja menetelmien kehittyminen kasvattaa kuitenkin potilasmäärää ja vaativat toimenpiteet asettavat erityisvaatimuksia hoitotyölle. (Salmenperä ym. 2002, 219, 223.)

Neurokirurgiasta kolmasosa leikkauksista kohdistuu selkärangan alueelle. Yleisesti ottaen potilaat palaavat työkykyisiksi toimenpiteen jälkeen. Kuitenkin merkittävä osa neurokirurgin työstä koostuu erilaisista neurologisten sairauksien ja vammojen operatiivisesta hoidosta. Kaikki potilaat eivät toivu entiseen kuntoonsa ja toimenpiteet aivojen alueella voivat olla hyvin haitallisia. Potilaista 40% tulee akuuttihoitoon toimintakykyä tai henkeä uhkaavan tilan takia ja hoitamattomana osa heistä menehtyisi. (Öhman, Siironen & Jääskeläinen 2008.)

2.2 Huonokuntoinen neurokirurginen potilas

Kirurgisella potilaalla tarkoitetaan potilasta, joka joutuu sairauden tai äkillisen sairastumisen johdosta leikkaukseen. Leikkaus ja sairastuminen voivat muuttaa potilaan elämän tasapainoa ja uhata potilaan minäkuvaa. Toisaalta leikkauksen tuloksena voi olla parempi elämänlaatu potilaalle sekä kivuttomuus. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 16-17.) Tässä työssä huonokuntoisella potilaalla tarkoitetaan paljon apua päivittäisissä toiminnoissa tarvitsevaa ihmistä.

Neurokirurgiset potilaat ovat suurimmaksi osaksi huonokuntoisia vielä jatkohoitoon siirrettäessä. Potilaat saattavat siirtyä jatkohoitoon hengityskoneessa tai tajuttomana ja monesti tämä voi aiheuttaa jatkohoitopaikassa pelkoreaktion parantumattomasti sairaasta potilaasta.

(Öhman ym. 2008.) Huonokuntoisen potilaan hoitotyö koostuu hyvästä osaamisesta sekä rauhallisesta ja toivoa ylläpitävästä ilmapiiristä. Hoito on vaativaa ja siinä korostuu moniammatillinen yhteistyö. Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas tarvitsee monipuolista ja intensiivistä hoitoa. Hoidossa korostuu vitaalielintoimintojen tarkkailu ja turvaaminen sekä oikeanlaisen hoidon aloitus. Hoitotyön näkökulmasta on tärkeää turvata potilaalle hyvä ja turvallinen hoitoympäristö, joka sisältää tarvittavan määrän henkilökuntaa sekä hoitoon tarvittavat välineistöt. (Salmenperä ym. 2002 30, 266-268, 355.)

Aivoverenkiertohäiriöt ovat yleisiä ja niiden hoidossa kuntoutuksella on suuri rooli. Neurokirurgisia potilaita voi olla monessa ikäryhmässä, keskosesta satavuotiaaseen asti. (Salmenperä ym. 2002, 24.) Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat enemmän laatuelinvuosien menettämistä, kuin mikään muu sairaus, sillä puolelle eloonjääneistä jää pysyvä haitta. Pysyvä haitta voi olla halvaus, afasia tai muu kognitiivinen häiriö. Noin joka kymmenes jää täysin autettavaksi vuode-, tai pyörätuolipotilaaksi. (Kaste ym. 2007, 247, 272.)

2.2.1 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöistä käytämme lyhennettä AVH, joka tarkoittaa aivojen toimintahäiriötä, joka on aiheutunut aivokudoksen vaurioitumisesta tai suonen repeämisen aiheuttamasta verenvuodosta. Aivoverenkiertohäiriöt syntyvät aivoverisuonessa olevasta tukoksesta, josta käytetään nimeä aivoinfarkti. Toimintahäiriöitä voivat aiheuttaa myös aivovamma, aivokasvain tai aivotulehdus. Aivoverenkiertohäiriöt ovat suuri ongelma terveydenhuollossa ja aivohalvaus on yleisin vammaisuutta aiheuttava sairaus aikuisiässä. (Sivenius 2009.)

Aivot tarvitsevat jatkuvasti happea ja glukoosia toimiakseen. Aivot saavat glukoosia ja happea verenkierron välityksellä. Verenkierron häiriöt johtavat nopeasti keskushermoston pysyviin vaurioihin. Keskushermoston häiriöt ovat käytännössä aivoverenkierron häiriöitä. (Kaste ym. 2007, 247.) Aivoverenkiertohäiriöt voivat olla iskeemisia, jolla tarkoitetaan aivokudoksen paikallista verettömyyttä tai hemorragisia, jolloin aivovaltimossa on verenvuoto.

Iskeemisiä aivoverenkiertohäiriöitä ovat aivoinfarkti ja TIA eli ohimenevä iskeeminen kohtaus. (Salmenperä ym. 2002, 27.) Oireiden ymmärtäminen edellyttää tietoa aivojen verenkierrosta ja aivojen suonitusalueista, sillä hoitamattomana valtimoiden komplikaatiot johtavat usein kuolemaan. (Salmenperä ym. 2002, 34-35.)

2.2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden tunnistaminen

AVH on lääketieteellinen hätätilanne sydäninfarktin tavoin ja siinä on ensiarvoisen tärkeää, että hoito aloitetaan nopeasti. Aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sijainti ja laajuus vaikuttavat siihen, millaisia neurologisia puutosoireita potilaalle tulee. Liike- ja tuntoaistimukset pään, vartalon, raajojen sekä aivojen välillä sijaitsevat aivojen vastakkaisella puolella. Näin ollen oireet ilmenevät useimmiten aivojen päinvastaisella puolella vaurioon nähden. (Salmenperä ym. 2002, 31- 34.) Oireet alkavat nopeasti ja niihin kuuluu muun muassa päänsärkyä ja pahoinvointia. Vuodon sijainnista ja koosta riippuen voi ilmaantua hemipareesia ja dysfasiaa eli puhumis-, ja ymmärtämisvaikeutta sekä hemianopiaa eli visuaalista neglect-häiriötä. Tajunnan tason aleneminen ja tajuttomuus on tavallista. (Aivoinfarkti 2011, Käypä hoito-suositus.) Tajunta määritellään tietoisuutena itsestä ja ympäristöstä. Tietoisuus tarkoittaa kykyä yhdistää muistissa oleva aineisto ulkoisiin ja sisäisiin ärsykkeisiin, jolloin syntyy kyky reagoida ja käyttäytyä halutusti. Tajuttomuus merkitsee tämän tietoisuuden puuttumista. (Soinila ym. 2007, 145.)

Potilaan tajunnan tason seuraamiseen käytetään yleisesti Glasgow'n kooma-asteikkoa. Asteikko mahdollistaa sen, että hoitohenkilökunta voi luotettavalla tavalla seurata potilaan tilaa ilman lääkärin suorittamaa neurologista tutkimusta. Glasgow'n kooma-asteikko on yleisesti käytetty tajuttoman potilaan seurantamenetelmä, jonka etuja ovat sen helppous ja kansainvälisyys. Asteikko mahdollistaa potilaan tajunnan tason muutoksien seuraamisen. Potilaan ollessa hereillä tai helposti heräteltävissä, hän on orientoitunut aikaan ja paikkaan. Tajuton potilas saattaa tulla tajuihinsa puhuttelulla tai erilaisilla kipuärsykkeillä. Kipureaktioita tutkitaan eri tavoilla. Reaktioita tutkitaan muun muassa painamalla silmäkuopan supraorbitaalihermoa, painamalla sormien kynsinauhoja tai ärsyttämällä sääriluun luukalvoa. Syväkipua voidaan puolestaan tutkia puristamalla lujaa akillesjänteestä. Näillä keinoilla on mahdollisuus saada aikaan voimakas kipuärsyke. Erilaisilla ärsykkeillä on keskeinen merkitys potilaan tajunnan tason arvioinnissa. (Soinila ym. 2007, 66.)

2.2.3 Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys

Aivoverenkiertohäiriöön tai aivohalvaukseen sairastuu vuosittain noin 14 000 suomalaista. Korkea ikä on riskitekijä sairastua, mutta joka vuosi noin 1500 työikäistä suomalaista kuolee tai joutuu työkyvyttömyyseläkkeelle sairastumisen vuoksi. Aivoinfarktien osuus kaikista aivohalvauksista on 80%, SAV:n (subaraknoidaalivuoto) eli lukinkalvon alaisen vuodon alle 10% ja ICH:n (intraserebraalivuoto) eli spontaanin aivoverenvuodon yli 10% . (Tuusa 2008, 4.)

Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin alueella vuonna 2003 sairastui 1800 aivoverenkierohäiriöön ja heistä oli 29% työikäisiä. Kuntoutus on erityisen tärkeää, sillä lähes kaikki vanhenemiseen liittyvät aivohalvaukset on estettävissä, kun tehostetaan riskitekijöiden hoitoa. (Kytökorpi 2012, 6.) Ensimmäisen kuukauden aikana infarktipotilaista noin 19% menehtyy, aivoverenvuotopotilaista 30% ja SAV-potilaista noin 50%. Kuten luvuista ilmenee, on aivoverenkiertohäiriö vakava sairaus. (Kaste ym. 2007, 272.) Suomessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita on vähintään 50 000 ja vuoden 2006 hoitoilmoitusrekisterin mukaan niiden hoitoon käytettiin 1,2 miljoonaa hoitopäivää. Samana vuonna aivoverenkiertohäiriöihin Suomessa kuoli 4500 henkilöä. (Sivenius 2009.)

2.2.4 Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät

Kohonnut verenpaine on tärkein riskitekijä aivoinfarkteissa ja aivoverenvuodoissa. Normaalin ja kohonneen verenpaineen kynnyksarvoa ei ole olemassa, mutta seurantamenetelmillä on osoitettu, että diastolisen verenpaineen 7-8mmHg:n nousu lähes kaksinkertaistaa aivohalvauksen vaaran. (Sivenius 2009.) On myös todettu, että kohonneen systolisen verenpaineen tehokas hoito ikääntyneillä vähentää aivoverenkiertohäiriöitä 40%. Kohonneen verenpaineen hoito on toistaiseksi ainoa tehokas aivojen sisäisten verenvuotojen ehkäisykeino. (Kaste ym. 2007, 285.) Aiemmin henkilöille, joilla oli todettu valtimon pullistuma aivovaltimoissa, annettiin ohjeeksi välttää ponnisteluita ja tilanteita, joissa verenpaine saattaisi nousta. Nykyään on todistettu että pullistuma aivovaltimoissa puhkeaa useimmiten levossa ja siten ei ole aiheellista välttää ruumiillisia ponnisteluita. (Mustajoki 2011.)

Suuri riskitekijä aivoverenkiertohäiriöön on ikä. Alle 65-vuotiailla miehillä on kaksinkertainen riski sairastua aivoverenkiertohäiriöön. 75 ikävuoteen mennessä erot tasaantuvat sekä miehillä että naisilla. (Aivoinfarkti: Käypä hoito-suositus 2011.) Perimällä on merkitystä, sillä joka kymmenes subaraknoidaali (SAV) potilaista kuuluu sukuun, jossa on esiintynyt alttiutta valtimon pullistumiin ja vuotoihin (Mustajoki 2011).

Elintavat ovat myös vahvasti sidoksissa aivoverenkiertohäiriöihin. Tupakointi lisää aivoinfarktin riskiä 2-9-kertaiseksi verrattuna tupakoimattomaan ihmiseen. Tupakoinnin lopettaminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä tupakointi on riskitekijä, johon voi itse vaikuttaa. Tupakointi on vaaraksi myös sekä aivoverenkiertohäiriöiden että muiden sydän ja verisuonisairauksien kannalta. (Kaste ym. 2007, 285-287.) Aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisemiseksi olisi tärkeää välttää ylipainoa ja liikkua säännöllisesti. Alkoholien kulutus tulisi pitää kohtuullisena. Ruokasuolaa ja tyydyttyneitä rasvoja pitäisi vähentää ruokavaliossa ja hedelmien sekä vihannesten määrää lisätä. Myös tiettyjen sairauksien kuten diabeteksen ja sydänsairauksien hyvä hoitotasapaino ehkäisee riskiä sairastua aivoverenkiertohäiriöön. (Aivoinfarkti 2011, Käypä hoito-suositus.)

2.3 Hoidon jatkuvuus

Neurokirurgisista potilaista lähes kaikki siirtyvät jatkohoitoon tai –seurantaan perusterveydenhuoltoon erikoissairaanhoidosta (Soinila ym. 2007, 662). Potilasta hoidetaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen mukaisesti. Terveyskeskukset ovat perusterveydenhuoltoa kun taas aluesairaalat, keskussairaalat ja yliopistosairaalat ovat erikoissairaanhoidoa. Potilaan hoitotaso valikoidaan sairauden, vamman ja hoidon tarpeen mukaisesti. Ensisijainen hoitopaikka on yleensä terveyskeskus. Lääkäri päättää hoitopaikasta ja varmistaa sen aina lähetteellä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 13-14.) Hagmanin ja Johanssonin (1985) mukaan tiedon jatkuvuus käsitetään osana hoidon jatkuvuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan tiedot välittyvät kaikille hoidon antajille sekä organisaation sisällä että niiden välillä. (Porri 2001, 21.) Hoidon jatkuvuus tarkoittaa myös sitä, että toiminnan jatkuvuus taataan (Suomisanakirja 2012).

Varhainen kuntoutus on merkittävän tärkeää aivoinfarkti ja aivoverenvuoto potilailla. Aivoverenkiertohäiriöistä aiheutuu hermokudosvaurioita, jotka eivät ole korjattavissa. Hermosolut keskushermostossa eivät uusiudu, mutta ne pystyvät järjestäytymään uudelleen ja luomaan uusia yhteyksiä. Johdonmukainen kuntoutus vähentää toiminnan vajeudesta aiheutunutta haittaa. (Salmenperä ym. 2002, 54.) Kuntoutus jatkuu jatkohoidossa erikoissairaanhoidosta saatujen ohjeiden mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua on arvosteltu hitaaksi ja puutteelliseksi (Klemola 2005, 17). Duodecimin julkaiseman teoksen Neurologia (2007) mukaan huomattavia puutteita esiintyi juurikin siinä informaatiossa, mitä jatkohoidosta vastaava lääkäri odottaa. (Soinila ym. 2007, 662.) Sähköisen tiedonkulun tavoitteena on, että lääkäri pystyy seuraamaan potilaiden kulkua terveydenhuollonpalveluissa. Osastohoitojaksosta tulisi laatia epikriisi eli loppulausunto viikon kuluessa potilaan hoitojakson päättymisestä. Epikriisin tulisi sisältää potilaan saaman hoidon lisäksi tarkat jatkohoito- ja seurantaohjeet. Epikriisin lähettäminen toiseen toimintayksikköön edellyttää potilaan suostumuksen ja merkinnän siitä asiakirjoihin. (Klemola 2005, 17.) Tiedonkulun ja -jakelun päämäärä on

tydyttää eri käyttäjäryhmien tiedontarpeet. Tiedon avoimuus ja laajuus edistää organisaatioiden oppimista, sillä periaatteella, että tieto on oikealla henkilöllä, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja muodossa. (Rutanen 2008, 12.)

Perusterveyden huollon tiedontarpeita on tutkittu useaan kertaan. Aihetta ovat tutkineet muun muassa Minkkinen ja Häkkinen (2006), jotka selvittivät hoitopalautteen tiedontarpeita. Tutkimuksesta selvisi, ettei tieto, jota tarvitaan hoidossa ole parhaiten sitä tarvitsevan käytössä. Hoidossa tarvittavilla tiedoilla tarkoitetaan lääkitystietoja, laboratoriotuloksia ja tuloksia sekä hoitajan antamia hoito-ohjeita, haavakuvia ja selkokielineen epikriisi. Tuuri (2003) on taas tutkinut sitä, miten alueellisia sähköisiä palveluita voitaisiin parantaa jo olemassa olevilla järjestelmillä. Tiedonsiirtoa vaikeuttaa tutkimuksen mukaan korkeat tietoturva- ja suojavaatimukset, yhteisten rajapintojen puute sekä järjestelmien erilaisuus. (Rutanen 2008, 20-21.)

Hoitohenkilökunnan tiedonsaanti potilaan hoidossa tulisi varmistaa hoidon jokaisessa vaiheessa. Kirurgisen potilaan siirtotilanteita ovat siirtyminen vuodeosastolta leikkausosastolle, heräämään, teho-osastolle ja takaisin vuodeosastolle. Sairaanhoidajien välinen hyvä yhteistyö sekä työrauha parantavat tiedonkulkua. Tarkan suullisen tiedottamisen lisäksi tarvitaan perehtymistä kirjallisten merkintöjen laatuun ja lomakkeisiin varsinkin jos ne ovat vuode- ja teho-osastoilla erilaiset. Käytetyn kielen ja merkintöjen tulee olla ymmärrettäviä, jottei potilaan hoito vaarantuisi. (Laine, Rekomaa-Niskanen & Lukkari 2002, 23.)

Tiedot kuuluvat myös potilaalle itselleen ja niistä voidaan tarvittaessa keskustella potilaan kanssa (Laine ym. 2002, 23). Kohonen (2004) käsittelee toivoa vahvistavia hoitotyön auttamismenetelmiä pro gradussaan. Tuloksista nousi esille, että toivon vahvistamisen kannalta on oleellista potilaan tiedon saannin turvaaminen. Tällä tarkoitetaan potilaan riittävää informointia diagnoosistaan, potilaan kognitiivisten vääristymien korjaamisista, tietoa lääkityksen tehokkuudesta ja hoidosta. Tärkeää on tiedottaa siitä, ettei potilaan sen hetkinen tilanne ole pysyvä. Toivoa vahvistavan informaation tulisi olla paikkansapitävää, positiivista, toiveikasta mutta myös rehellistä. (Kohonen 2004, 21.) Tiedon saannin turvaaminen ja tiedonkulku on näin ollen tärkeää

myös potilaan kannalta

2.3.1 Kirjaaminen hoitotyössä

Kirjaaminen tarkoittaa tietojen merkitsemistä, kokoamista ja luettelointia. Sen avulla varmistetaan, että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa. (Volotinen 2008, 6.) Kirjaamisella turvataan potilaan hoidon jatkuvuus ja hoitohenkilöstön oikeusturva (Kassara ym. 2004, 55). Kirjaaminen on myös todiste siitä, että lailliset ja eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet ja että potilas on saanut laadukasta hoitoa. Tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus ja saumattomuus, sillä se on oleellinen osa hoitoa. (Saranto, Ensio, Tantu & Sonninen 2007, 15.) Kirjaamisen merkitys kasvaa koko ajan, sillä terveydenhuoltojärjestelmät muuttuvat ja hoitoajat lyhentyvät (Volotinen 2008, 6).

Kirjaamisen ja raportoinnin tavoitteena on potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen kertominen lyhyesti, riittävästi ja loogisessa järjestyksessä. Kirjaamista ja raportointia helpottavat yhteisesti sovitut normit sekä täsmälliset ja yksinkertaiset määritelmät, joilla kuvataan potilaan hoitoa. (Laine ym. 2002, 22.) Hoitotyön kirjaamisen tuloksena saadaan myös validia ja luotettavaa näyttöä, jolla saadaan hoitotyötä näkyväksi (Volotinen 2008, 6-8).

Kirjauksista tulee käydä ilmi minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat ja millaisiin tuloksiin on päästy hoitotyön keinoilla. Kirjaamisen tarkoituksena on kuvata hoitotyön vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Organisaatioiden velvollisuus on huolehtia siitä, että potilasasiakirjoja käsittelevä henkilökunta on saanut koulutusta ja ohjausta oikeista menettelytavoista. Toimintayksikön johtajan on annettava kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista ja menettelytavoista omassa yksikössään. Kaikkia koulutettuja hoitotyöntekijöitä ohjaa oman ammattikunnan eettiset ohjeet, hyvän hoidon periaatteet sekä sisäistynyt ammatillinen hoitotyö. (Hallila 2005, 12-19.)

Kirjaaminen on hoitajalle keskeinen kommunikaation ja informaation väline. Hoitajan taito käsitellä ja välittää tietoa on tärkeää. Kirjaamisen onnistuttua

hyvin, jää hoitajille enemmän aikaa potilashoittoon. Sairaanhoitaja dokumentoi potilaan hoidosta ja voinnista päivittäin tietojärjestelmään. Laatu kirjatussa tiedossa paranee, kun osoitetaan, mikä tieto on kirjaamisen arvoista sekä olennaista hoitotyön näkökulmasta. Tiedon tulee olla helposti saatavilla ja käytettävissä sekä laadultaan yksiselitteistä, täsmällistä, ajankohtaista ja selkeää. Tietotekniikan avulla parannetaan tiedon siirtymistä organisaatiosta toiselle ja ammattihenkilöiltä toisille. (Volotinen 2008, 6, 13.)

Kirjaaminen on hiljalleen korvannut potilaskansiot ja potilastietojen seuraaminen tulisi onnistua tietojärjestelmistä sekä hoitopaikasta riippumatta. Kirjaaminen voi parhaimmillaan olla suuri apu hoitotyössä, koulutuksessa ja johtamisessa. Kehityshaasteena on ammattikielen standardointi niin, että käytettävät termit olisivat täsmällisiä ja tarkkoja. (Volotinen 2008, 6, 13.)

Pohjois-Karjalan (2003) keskussairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin hoitohenkilöstön tietoteknisiä ja elektronisen kirjaamisen taitoja. Tutkimuksessa arvioitiin perusosaamista tietotekniikassa ja sen käytön esteitä sekä tietotekniikkaan liittyvän koulutuksen tarvetta ja hoitotyön kirjaamisen osaamista. Tutkimuksen mukaan henkilöstön tietotekninen osaaminen ei ole riittävällä tasolla ja koulutustarve kirjaamisen sisältöön koettiin tarpeelliseksi. (Volotinen 2008,14-15,20.)

Kirjaamisen haasteena on monesti rauhaton ympäristö työpisteillä sekä se, ettei niitä ole kaikille riittävästi. Sähköiset järjestelmät saattavat myös olla hitaita ja monimutkaisia. Hoitotietojen kirjaamista ohjaa erilaiset lait ja asetukset. Kirjaukset ovat laillisia dokumentteja ja jokainen merkintä potilasasiakirjoissa toimii oikeudellisena näyttönä. Hoitotyön kirjaamista ohjaavia lakeja ovat muun muassa potilasvahinkolaki 585/1986, erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Potilasasiakirjatietojen edellytetään olevan oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. Lisäksi edellytetään huolellisuutta tarpeellisia tietoja ja käyttötarkoituksenmukaisuutta. (Hallila 2005, 14, 21.)

Eri sairaanhoitopiirien aluetietojärjestelmäpalvelut eroavat sekä toiminnaltaan että rakenteeltaan. Tietokantaratkaisut voivat olla keskitettyjä tai hajautettuja.

Keskitettyssä menetelmässä kahden tai useamman organisaation potilastiedot on talletettu yhteen yhtenäiseen tietokantaan, jolloin esimerkiksi keskussairaala ylläpitää palvelinta, johon myös muut alueen organisaatiot ovat tallettaneet potilastietonsa. Hajautetussa tietokannassa on erillinen hakemisto alueen tietokantoihin. Keskitetty tietokanta on helpompi ja yksinkertaisempi. Hajautettu menetelmä taas monimutkaisempi mutta edesauttaa paremmin tiedonvälitystä eri organisaatioiden välillä. (Rutanen 2008, 5-6,13.)

Yhteinen sähköinen tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä mahdollistaisi hoidon jatkuvuuden parantumisen, kun tutkimustulokset ja asiakirjat olisivat saatavilla yhteisestä järjestelmästä. Uusia tutkimuksia ei tarvitsisi tehdä ja näin säästettäisiin kustannuksia, sekä potilaiden aikaa tarpeettomien tutkimusten ja ylimääräisten hoitokäyntien jäädessä pois. (Klemola 2005, 17.)

2.3.2 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenvedon laatiminen edellyttää hyvää päivittäistä kirjaamista. Hoitotyön yhteenvedon laatiminen tulisi onnistua myös hoitotyöntekijältä, joka ei ole nimettynä potilaan omahoitajaksi. Yhteenvetoon kootaan hoitajaksolta keskeiset tapahtumat aloittaen potilaan tilasta hänen tullessaan hoidon piiriin. Tämän jälkeen kuvataan hoitotyön tarpeenmäärittely, mahdolliset diagnoosit sekä hoitotyön tavoitteet. Yhteenvetoon kuvataan käytetyt auttamiskeinot, niiden tuloksellisuus sekä potilaan tila hoidon piiristä poistumisen hetkellä. Yhteenvetoon tulisi mainita myös laaditut jatkohoitosuunnitelmat. Yhtäkään potilassiirtoa ei tulisi tehdä ilman hoitotyön tiivistelmää eli yhteenvettoa. (Hallila 2005, 109.)

Hoitotyön yhteenvedossa tulee näkyä hoitotietoisuusluokka numeerisena ja sanallisena merkintänä. Hoitotyön yhteenvettoa voidaan tarvittaessa täydentää rakenteisten luokitusten ja vapaan tekstin avulla. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005- 2008.) Hassisen ja Tantun (2007) mukaan hoitotyön yhteenvedon tulee sisältää hoitokertomuksen ne osat, jotka ovat potilaan jatkohoidon kannalta oleellisia ja tärkeitä. Hoitotyön

yhteenvetoa laadittaessa lähettävällä hoitajalla pitää olla kokonaiskuva potilaan saamasta hoidosta. (Hassinen & Tanttu 2007, 1.) Kehittämishankkeessa (2005-2008) saatujen tulosten perusteella potilaan hoidon jatkuvuus oli sujuvampaa hoitotyön yhteenvedon ansiosta, koska se selkiytti potilaan hoitoon liittyviä tietoja niin, että ne olivat kokonaisvaltaiset. Yhteydenotot vastaanottavasta organisaatiosta lähettävään organisaatioon olivat myös vähentyneet hoitotyön yhteenvedon ansiosta. (Valtakunnallinen sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005- 2008.)

2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattiryhmien asiantuntijoiden työskentelyä yhdessä niin, että valta, tieto, kokemus ja osaaminen jaetaan. Se käsittää myös ryhmän tai organisaation välisen toiminnan ja vuorovaikutuksen, jolla pyritään yhteiseen päämäärään. Keskeistä moniammatillisuudessa ja yhteistyössä on se, kuinka voidaan koota yhteen kaikki tieto ja osaaminen, joka on välttämätöntä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Moniammatillisuudessa vaaditaan vastuuntuntoa, selkeää käsitystä omista työtehtävistä sekä toisten huomioimista. Toimiva moniammatillinen yhteistyö edellyttää toisten kunnioittamista sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. Erityisesti henkilön ammatillinen osaaminen ja työorientaation tiedostaminen luovat pohjaa ammatilliselle osallistumiselle ja yhteistyötoiminnalle. (Kontio 2010, 8.)

Moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys toimintojen lähtökohtana on tuonut vaatimuksia ammattilaisten työhön. Asiantuntijuutta olisi hyvä hyödyntää, jotta toiminta lähtisi nimenomaan potilaan tarpeista ja olisi laadultaan hyvää ja kumppanuutta hyödyntävää. (Vuorinen 2005, 6-7.) Hintsalan (2001) mukaan henkilökunta tiedostaa hyvän yhteistyön ainesosat, mutta ne eivät käytännössä kuitenkaan toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteistyö nähdään tutkimuksen mukaan enemmän informaation vaihtona ja palveluiden käyttäjien eteenpäin lähettämisenä, kuin yhdessä tekemisenä. Erikoissairaanhoidossa vallitseva kiire välittyy perusterveydenhuoltoon huonona tiedonkulkuna. (Hintsala 2001, 89-90, 99.)

Yksittäinen ammattiryhmä ei kykene hallitsemaan vaadittavaa laajaa tiedon ja osaamisen kokonaisuutta, vaan tarvitaan eri ammattiryhmien osaamisen yhdistämistä. (Kuisma, Holmström & Porthan 2007, 609.) Neurokirurgisen potilaan ennusteeseen vaikuttaa asiallisen ensihoidon lisäksi viiveetön hoitoketju, jonka osat toimivat aina potilaan eduksi. Ennuste paranee kun diagnostiikka ja hoito onnistuvat mahdollisimman nopeasti. (Katila & Tanskanen 2004, 2.)

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa on tutkinut Lyytikäinen (2002) Pro-gradu-tutkielmassaan. Tuloksista ilmeni, että yhteistyössä lääkäreiden ja hoitajien välillä ongelmallista on vähäinen keskustelu potilaan hoitolinjoista. Tätä parantaakseen hoitajien tulisi yhä aktiivisemmin ja rohkeammin osallistua potilaan hoidon suunnittelua koskevaan keskusteluun. (Vuorinen 2005, 14.)

Moniammatillisuus korostuu neurologisessa hoitotyössä. Hoitotiimi laatii yhdessä potilaan kanssa realistiset tavoitteet kuntoutukselle potilaan ja omaisten tahto huomioiden. Tavoitteiden jälkeen tiimi pyrkii yhdessä miettimään miten asetetut tavoitteet saavutettaisiin. Hyviä tuloksia saadaan yhteneväisillä ohjausmenetelmillä ja toistuvilla ohjaustilanteilla. AVH-potilaan liikkumisen ja toiminnan ohjaus on vaativaa sekä ammatillisesti haastava osa hoitohenkilöstön työtä. Henkilöstö tarvitsee koulutusta, jotta he kykenisivät turvallisesti, ergonomisesti ja kuntouttavasti ohjaamaan potilasta. Yhteistyö fysioterapeutin kanssa mahdollistaa optimaalisen kehityksen toimintakyvyssä. (Salmenperä ym. 2002, 54-57.)

Yhteistyö terveydenhuollossa vaatii aina kommunikointia työryhmän jäsenten ja eri organisaatioiden välillä. Onnistunut yhteistyö vaatii myös kommunikaatiota potilaan ja heidän läheisten kanssa. Avoin kommunikaatio ja vuorovaikutus moniammatillisissa ryhmissä sekä oman näkemyksen ja asiantuntijuuden esiin tuominen ovat tärkeitä. (Kuisma ym. 2007, 609.) Myönteisen työympäristön luominen edellyttää luottamusta jokaisen ammattiryhmän jäsenen välillä. Se edellyttää myös sitä, että jokainen tuo henkilökohtaisen työpanoksensa esiin. Toimiva organisaatio edellyttää johdon tukea, aikaa ja energiaa, jotta saavutetaan yhteiset tavoitteet. (Vuorinen 2005, 12.)

Kirurgisen potilaan hoidossa vuorovaikutus ja moniammatillisuus korostuu lyhyiden hoitajaksojen vuoksi. Vuorovaikutusta estäviä tekijöitä ovat esimerkiksi yhteistyöongelmat, kiire, työtehtävien mekaaninen suorittaminen, rauhaton ja hälisevä työympäristö sekä sairaanhoitajan kokemattomuus tai väsymys. Epävarmuus itsestä hoitajana ei saisi vaikeuttaa tiedonkulkua. Kaikkien osapuolien ymmärtämättömyys ja huono henkilökemia eri osapuolten välillä ei saisi myöskään vaikeuttaa viestintää potilaan asioista. (Laine ym. 2002, 22.)

2.5 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumasta ja varmistaa hoidon turvallisuus (Helavuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13). Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilasoikeuden nimissä on tutkittu potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksia, asemaa ja oikeuksia sairaanhoidossa ja erilaisissa lääketieteellisissä tutkimuksissa. Tärkeä lähtökohta on potilaan oikeus hyvään, itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan hoitoon ja hoitotapahtumiin. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta päättää itseensä kohdistuvista asioista ja oikeudetta valvoa niitä. (Sundman, 2000 26, 29.)

Maailman terveysjärjestön WHO kokoamissa kehitysehdotuksissa ”Yhdeksän tapaa potilasturvallisuuden parantamiseen” mainitaan, että potilasturvallisuutta saataisiin parannettua nimenomaan tiedonkululla potilasta siirrettäessä. Kun potilas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen, aiheutuu puutteita hoidon jatkuvuudessa jos tieto ei kulje yksiköiden ja henkilöiden välillä. Potilaalle tehdään tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja, joista potilaalle aiheutuu ylimääräistä haittaa. (WHO:n Yhdeksän tapaa potilasturvallisuuden parantamiseen 2012.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata neurokirurgisen osaston hoitotyön toimintatapoja potilaan siirryessä jatkohoitopaikkaan.

Opinnäytetyöhön tehtävät:

1. Mitä toimintatapoja lähettävän osaston hoitohenkilökunnalla on käytössään potilaan jatkohoidon turvaamiseksi?
2. Miten lähettävän ja vastaanottavan osaston yhteistyötä tulisi kehittää potilaan jatkohoidon turvaamiseksi?

Tavoitteena on kehittää jatkohoitoon siirtyvän potilaan hoitotyön ohjausta. Tavoitteena on myös kehittää opinnäytetyön tekijöiden tietämystä kyseisestä aiheesta.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Tutkimusmetodia valitessa tulisi ensimmäisenä miettiä, mitä halutaan saada tutkimuksesta selville (Silverman 2005, 6). Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä teorian pohjalta. Toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä, laadullisessa tutkimuksessa ei esitetä tuloksia numeerisessa muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20.) Tässä opinnäytetyössä menetelmänä on laadullinen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmä.

Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käytettäessä tutkija luottaa omiin havaintoihin ja keskusteluihin kerätessään aineistoa luonnollisessa ja todellisessa tilanteessa. Ihminen on tärkein tiedonkeruun lähde ja näin tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät tässä menetelmässä esille. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmän aineiston analyysi voidaan Alasuutarin (2007) mukaan jakaa kahteen vaiheeseen; havaintojen pelkistämiseen ja arvoituksen ratkaisemiseen. Laadullisen tutkimuksen aineistoa ratkaistaessa käytetään apuna montaa eri näkökulmaa. Pienistä erilaisista yksityiskohdista pyritään muodostamaan suuri ymmärrettävä kokonaisuus kuitenkin pyrkimättä tilastollisiin yleistyksiin. (Alasuutari 2007, 48-49.) Tässä työssä pyritään kehittämään tietyn erityisalan toimintaa yksilöhaastatteluiden ja sairaanhoitajien kokemusten kautta sekä lisäämään opinnäytetyön tekijöiden tietämystä kyseisestä aiheesta. Kvalitatiivinen menetelmä sopi opinnäytetyöhön parhaiten, sillä tässä työssä ei pyritä yleistyksiin vaan kehittämään tietyn yksikön toimintaa.

4.2 Aineiston keruumenetelmä

Aineiston keruumenetelmänä työssä on teemahaastattelu. Haastattelun teemoja olivat toimintatavat huonokuntoisen potilaan jatkohoidon turvaamiseksi sekä haasteet, jotka liittyivät potilaan jatkohoidon turvaamiseen (liite 3). Opinnäytetyötä tehdessä perehdyttiin tutkittavaan aiheeseen kirjallisuuden sekä aiheeseen liittyvien tutkimusten pohjalta (liite 4).

Teemahaastattelussa edetään keskeisten etukäteen valittujen teemojen mukaisesti, johon liittyvät tarkentavat kysymykset. Teemahaastattelussa korostuu ihmisten omat tulkinnat, heidän asioilleen annetut merkitykset ja vuorovaikutuksessa syntyneet merkitykset. Haastattelussa ei voida kysyä mitä tahansa, koska siinä pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

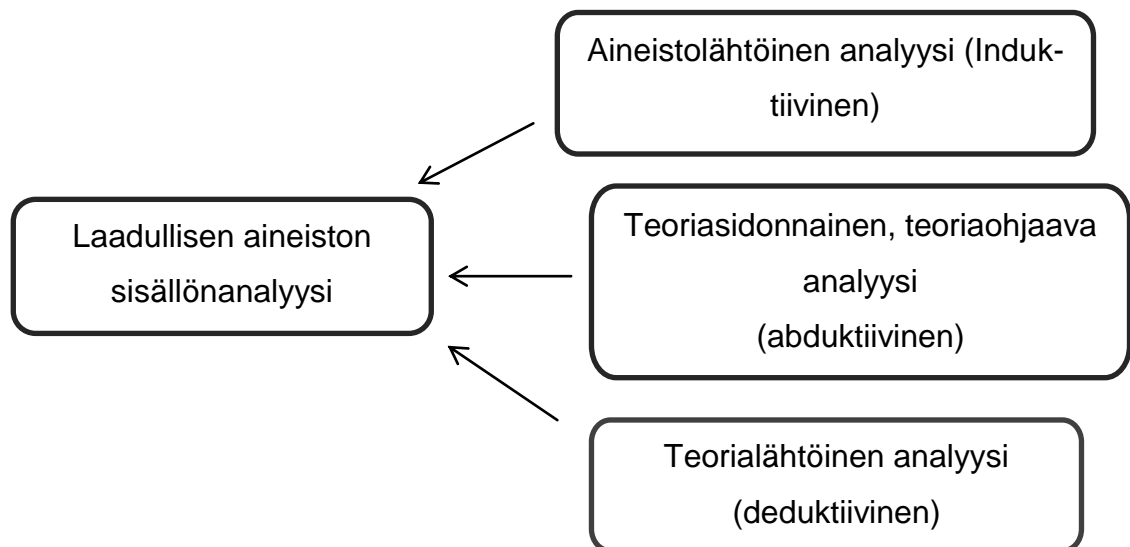
Haastattelussa tutkija ja haastateltava ovat suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa. Näin ollen suurena etuna on se, että aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla. Teema-alueet ovat etukäteen tiedossa, mutta esitettävien kysymysten järjestys ja muoto vaihtelevat sen mukaan, miten haastattelija kokee sen sillä hetkellä tärkeänä. Haastattelun avulla kerättyä aineistoa voidaan muokata tilastollisen aineiston vaatimaan muotoon ja saatuja tuloksia voidaan myös analysoida sekä tulkita monin eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 199-203.)

Opinnäytetyöhön haastateltiin neljää sairaanhoitajaa neurokirurgisella vuodeosastolla helmikuussa 2012. Yksi haastattelu kesti keskimäärin 20 minuuttia. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Osaston sairaanhoitajia tiedotettiin etukäteen saatekirjeellä (liite 1). Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli paljon työkokemusta ja he olivat olleet osastolla töissä useita vuosia, joten heillä oli antaa tärkeää tietotaitoa tämän opinnäytetyön haastatteluihin.

Ammatillinen osaaminen ilmenee taitona ja asiantuntemuksen lisääntymisenä ja vuorovaikutusverkoston kehittymisenä (Volotinen 2008, 16). Osastonhoitaja ehdotti haastateltavia, joilla oli työkokemusta kertynyt sairaanhoitajana sekä neurokirurgisesta hoitotyöstä. Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli kertynyt työkokemusta neljästä vuodesta kolmeenkymmeneen vuoteen neurokirurgisella osastolla. Haastattelurungot annettiin sairaanhoitajille, ennen haastattelun toteuttamista.

4.3 Aineiston sisällönanalyysi

Laadullisen aineiston analyysiin on käytettävissä kolme erilaista mallia (kuvio 2). Aineiston sisällönanalyysi toimii väljänä teoreettisena kehyksenä muille laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmille mutta se voi olla myös oma metodinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-98.)



KUVIO 2. Laadullisen aineiston analyysi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-98)

Teoriasidonnainen analyysi lähtee liikkeelle teoreettisista kytkennöistä, jotka toimivat apuna analyysia tehdessä. Teoreettiset kytkennät eivät kuitenkaan suoraan pohjaudu teoriaan. Aikaisemmat tiedot kuitenkin ohjaavat ja tukevat analyysia. Teoriasidonnainen päättely on abduktiivista, sillä tutkijan ajattelussa vaihtelee aineistolähtöisyys mutta myös valmiit mallit. Valmiiden mallien tehtävä

on avata uusia uria analyysille sekä toimia sen viitekehyksenä.

Teorialähtöinen analyysi on sidottu tiettyyn teoriaan. Aineiston analyysia ohjaa valmis teoria, jota testataan uudella aineistolla. Teorialähtöistä analyysia käytettäessä puhutaan deduktiivisesta päättelystä, jolloin teoreettisessa osassa on hahmotettu kategoriat mihin aineisto suhteutetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 95-100.)

Laadullisessa analyysissa puhutaan yleensä induktiivisesta ja deduktiivisesta tavasta. Jako perustuu tutkimuksessa käytettyyn päättelyn logiikkaan. Induktiivinen on analyysia yksittäisestä yleiseen kun taas deduktiivinen on yleisestä yksittäiseen.

Aineistolähtöisessä (induktiivinen) analyysissa pyritään tutkimusaineistoa hyödyntäen saamaan aiheesta teoreettinen kokonaisuus. Keskeistä aineistolähtöisessä analyysissa on se, ettei valittuja analyysiyksiköitä ole etukäteen sovittu tai harkittu. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu käsitteiden yhdisteleminen, jolloin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Se perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemystä tutkivaan ilmiöön. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 108-113.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia eli induktiivista lähestymistapaa. Tässä työssä sairaanhoitajien kokemukset jatkohoidon haasteellisuudesta ovat kokemusperäistä tietoa, jossa korostuu hoitajien kokemukset, tulkinnat, käsitykset sekä erilaiset näkemykset hoidosta ja sen jatkuvuudesta.

Aineiston analysointi aloitettiin litteroimalla haastattelut eli kirjoittamalla haastattelunauhat tekstiksi. Haastattelut kirjoitettiin auki sanasta sanaan huomioiden haastateltavien äänenpainot ja tauot haastatteluissa. Äänenpainojen, taukojen ja roolien mahdollisimman tarkan tunnistamisen vuoksi haastattelujen litterointi tehtiin pian niiden toteuduttua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132.) Haastattelut numeroitiin koodeilla A1, B2, C3 ja D4, jotta aineistoa olisi helppo tarkistaa analysointivaiheessa.

Aineistosta nousseet ilmaisut alleviivattiin ja redusointiin eli pelkistettiin. Näin ollen saatiin karsittua kaikki opinnäytetyön kannalta epäolennainen tieto pois. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132.) Analysointia ohjasivat keskeiset teemat. Opinnäytetyön tehtävät tarkentuivat aineiston analysointivaiheessa, jotta tutkimusaineistosta saataisiin kattavampia vastauksia vastaamaan opinnäytetyön tarkoitusta.

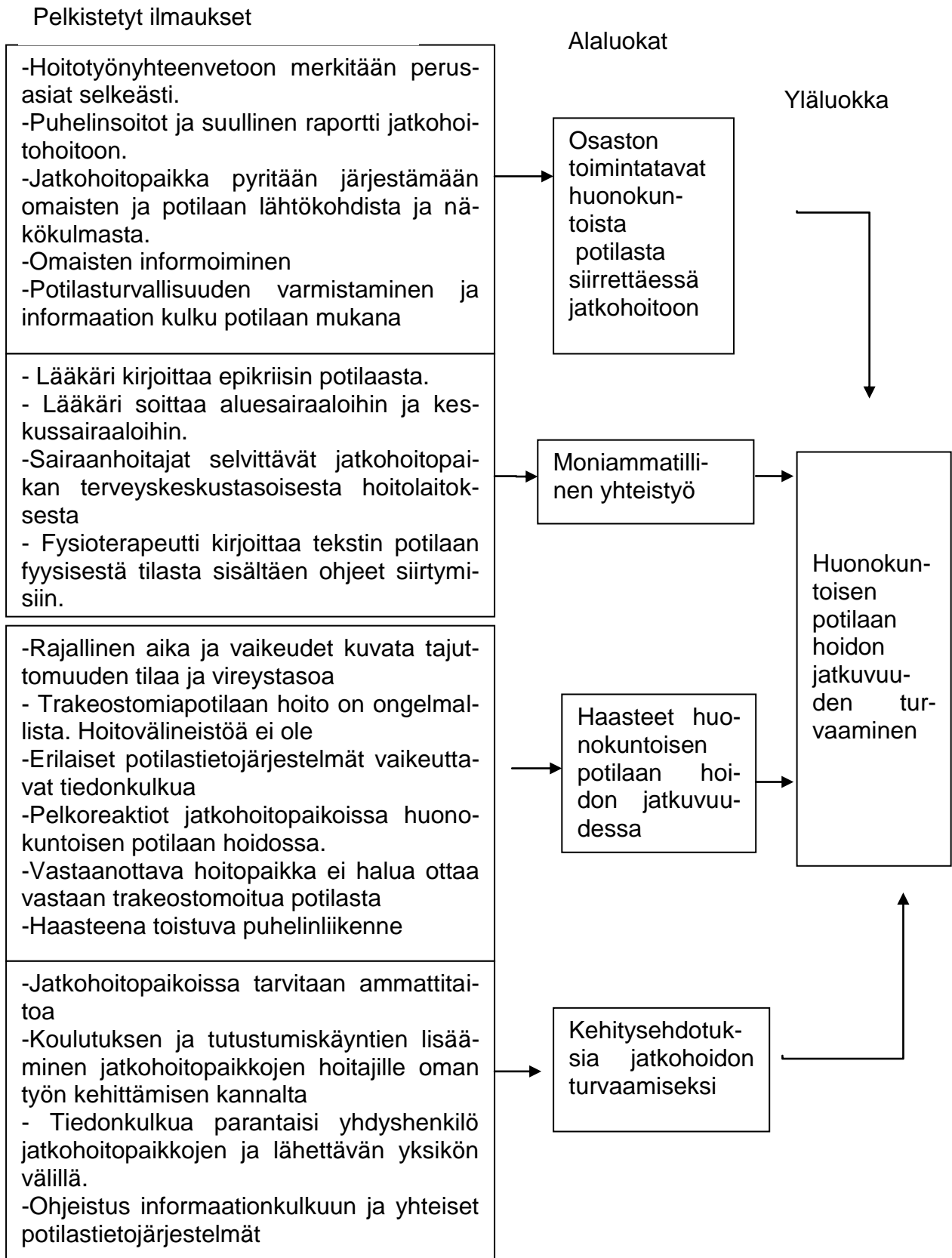
Ilmaisujen pelkistämisen jälkeen aineistoa lähdettiin ryhmittelemään eli klusteroimaan (taulukko 1). Aineisto ryhmiteltiin samaa asiaa tarkoittavien käsitteiden mukaan. Aineiston ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoitettiin eli opinnäytetyön tarkoituksen kannalta nousseille olennaisille asioille saatiin teoreettisia käsitteitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132.)

Alleviivatut alkuperäiset ilmaukset on jätetty taulukoista pois, koska sellaisenaan ne eivät olleet niin informatiivisia. Pelkistettynä asia saatiin tiivistettyä niin, että se on lukijalle selkeämpää. Oheisessa taulukossa on kuvattuna redusoinnin jälkeen muodostuneet alaluokat. Samaa asiaa käsittelevät ilmaukset on järjestelty tekstissä niin, että niitä kuvaamaan on saatu teoreettisia käsitteitä eli alaluokkia, tätä kutsutaan abstrahoinniksi (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki alaluokkien muodostumisesta

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Trakeostomiatiltaan hoito on ongelmallista. "C3" -Hoitovälineistöä ei ole. "C3" -Pelko huonokuntoisen potilaan hoidossa. "A1" 	Haasteet huonokuntoisen potilaan hoidon jatkuvuudessa
<ul style="list-style-type: none"> -Hoitotyön yhteenvedosta perushoito selville. "A1" -Puhelinsoitot ja suullinen raportti jatkohoitohoittoon. "B2" 	Osaston toimintatavat huonokuntoista potilasta siirrettäessä jatkohoitoon
<ul style="list-style-type: none"> - Lääkäri soittaa aluesairaaloihin ja keskussairaaloihin."B2" -Sairaanhoitajat selvittävät jatkohoitopaikan terveyskeskustasoisesta hoitolaitoksesta "A1", "B2" 	Moniammatillinen yhteistyö
<ul style="list-style-type: none"> -Jatkohoitopaikoissa ammattitaidon lisääminen. "A1" -Ohjeistus informaationkulkuun. "D4" - Yhteiset potilastietojärjestelmät. "D4" 	Kehitysehdotukset jatkohoidon turvaamiseksi

Seuraavassa kuviossa on esitelty esimerkki tämän työn aineistolähtöisen analyysin kuviosta, jossa on käytetty redusointia, klusterointia ja abstrahointia (kuvio 3).



KUVIO 3. Aineistolähtöisen analyysin eteneminen tässä työssä

5 TULOKSET

5.1 Osaston toimintatavat huonokuntoista potilasta siirrettäessä jatkohoitoon

Sairaanhoitajat kirjoittivat hoitotyön yhteenvedon jokaisesta jatkohoitoon siirtyvästä potilaasta. Hoitajien mukaan oli tärkeää, että hoitotyön yhteenvedossa tuli esille perusasiat potilaan hoidosta, kuten erityis, ravitsemus, lääkitys ja muu erityishoito. Hoitajat huolehtivat myös omaisten informoinnista. Yhteydenotot puhelimen välityksellä olivat erittäin yleisiä. Hoitajat kokivat, että puhelimitse annettu suullinen raportointi oli tarkempaa ja säästää hoitajien aikaa. Hoitotyön yhteenvedon tekemiseen ei ollut käytössä suuria aikaresursseja.

”Et se siirto on turvallinen ja se informaatio kulkee sen potilaan mukana. Ja niin, että nimenomaan se potilas siirtyy semmoseen optimaaliseen hoitopaikkaan.” ”D4”

Sairaanhoitajilla oli erilaisia toimintatapoja ohjeistaa jatkohoitopaikkaa trakeostomoidun potilaan hoidossa. Osa kertoi ottavansa valokopioita ja piirustuksia välineistä ja lisäksi keskustelivat puhelimitse aiheesta. Tuloksista kävi ilmi, ettei neurokirurgian osastolla ollut käytössä valmiita ohjeita trakeostomoidun potilaan hoitoon, jonka voisi antaa jatkohoitopaikkaan potilaan mukana.

5.1 Moniammatillinen yhteistyö

Lähettävän yksikön lääkäri kirjoitti loppulausunnon eli epikriisin potilaasta. Moniammatillinen yhteistyö näkyi myös siinä, että fysioterapeutti kirjoitti oman yhteenvetonsa potilaan fyysisestä tilasta. Sairaanhoidajien mukaan työnjako hoitajien ja lääkäreiden välillä onnistui kaiken kaikkiaan hyvin. Lääkärit soittivat jatkohoitoasioissa alue- ja keskussairaaloihin, kun taas sairaanhoidajat selvittivät jatkohoitopaikkoja terveystieteellisistä hoitolaitoksista. Tulosten mukaan sairaanhoidajat olivat tyytyväisiä fysioterapeutin panostukseen potilaan jatkohoidon siirtoprosessissa. Myös sosiaalihoitajan rooli nähtiin joissain tapauksissa merkittävänä.

”Et kun jatkohoitoon siirto niin sehän on moniammatillista yhteistyötä sekin, että jos potilasta on hoitanut muut ammattiryhmät niin myös heidän arvioinsa potilaan sen hetkisestä kunnosta, kun se potilas siirtyy...” ”B2”

5.2 Haasteet huonokuntoisen potilaan hoidon jatkuvuudessa

Kaikki sairaanhoidajat kokivat työkokemuksensa perusteella, että jatkohoitopaikoissa ongelmallista oli trakeostomoidun potilaan hoito. Sairaanhoidajat kokivat haasteelliseksi potilaan tajunnantason ja vireystason arvioimisen kirjallisesti jatkohoidosta vastaavalle hoitohenkilökunnalle. Eniten kysymyksiä jatkohoitopaikka esitti trakostomoidun potilaan hoidosta. Ongelmana oli hoitajien mukaan se, ettei hoitotarvikkeita tai osaamista löydy jatkohoitopaikoissa hoitamaan kyseistä potilasryhmää. Huonokuntoista potilasta siirrettäessä jatkohoitopaikoista hoitajien mukaan tuli ilmi erilaisia pelkoreaktioita ja siten myös tilanteita, ettei jatkohoitopaikka ottanut vastaan potilasta. Hoitajat pitivät myös lääkityksiasioita haasteellisena. Jatkohoitopaikalla ei välttämättä ole samanlaisia valikoimia ja mahdollisuuksia saada tiettyjä lääkkeitä. Osa hoitajista taas kertoi, että lääkityksiasiat ovat melko selviä ja niistä harvemmin tulee kysymyksiä.

"Hoitotarvikkeet yleensäkin,--.On ihan että niitä ei ole. Että se on musta ihan kauheeta ajatella." "C3"

"No se on ollut aika lailla ongelma, että moni hoitolaitos ei ota, ei halua ottaa trakeostomoitua potilasta, he sanoo että heillä ei ole välineitä ja että ei heillä ole taitoa mikä sitten on tullut esteeksi." "B2"

"Trakeostomiapotilaan hoito on ongelmallista, oli lähes paikka kuin paikka niin ne on lähestulkoon paniikissa ottamassa sitä vastaan..." "D4"

Haastateltavat kokivat haasteena huonokuntoisen potilaan jatkohoidossa sen, että potilastietojärjestelmät erivät hoitolaitosten välillä. Erilaiset potilastietojärjestelmät hidastivat hoitajien työtä ja lisäsivät puhelinliikennettä asioissa, jotka olisivat hoitajien helpompaa ja nopeampaa tarkistaa tietokoneelta. Vaikka puhelinsoitot jatkohoitopaikkojen välillä koettiin pääasiassa hyväksi keinoksi siirtää tietoa, sen kuvattiin olevan ajoittain myös raskasta kiireisessä ympäristössä.

"Hassua ettei me saada toistemme tietoja vaikka samaa potilasta hoidetaan ja se on sitten että joudutaan veivaamaan näitä samoja asioita puhelimitse, joka olis nähty koneelta jo aikoja sitten, ihan turvallisuusasioitakin." "A1"

5.3 Kehitysehdotukset jatkohoidon turvaamiseksi

Lähettävän osaston sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että jatkohoitopaikoissa hoitohenkilöstön tulisi kehittää omaa ammattitaitoaan. Ammattitaidon kehittämisehdotuksiksi sairaanhoitajat luettelivat muun muassa tutumiskäyntejä ja koulutusta huonokuntoisen potilaan hoitotyössä. Lisäkoulutukset voisivat olla esimerkiksi opetustilanteita, joissa vastaanottavat hoitajat hoitaisivat trakeostomoituja ja huonokuntoisia potilaita. Kehittämisehdotuksena sairaanhoitajat ehdottivat potilastietojärjestelmän yhtenäistämistä. Yhteisillä tietojärjestelmillä säästettäisiin sairaanhoitajien mukaan aikaa ja siten myös puhelinliikenne jatkohoitopaikan välillä vähenisi. Haastateltavat kertoivat, että jonkinlainen yhdyshenkilö olisi hyvä olla jatkohoitopaikoissa. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että informaation kulkuun tarvittaisiin jonkinlainen ohjeistus. Hoitajat korostivat, että perusasiat saattavat monesti unohtua kiireessä ja niihin tulisi kiinnittää huomiota.

”Siellä pitäisi olla sellainen yhdyshenkilö joka niinkun tavallaan tietää minkälaisia potilaita tulee ja sitten se ohjaus siellä päässä pitäisi toimia.” ”C3”

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys (Kankkunen & Vehviläinen-julkunen 2009, 172). Eettisten ratkaisujen merkitys korostuu tieteissä, joissa tutkimuskohteena ovat ihmiset (Leino-Kilpi 2008, 361-370).

Kun tutkimuksen aineisto saadaan ihmisiltä, on heidän suostumuksensa selvittäminen eettisyyden kannalta tärkeää. Se tarkoittaa sitä, että heille tulee selvittää mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi mihin tarkoitukseen tutkimus tehdään ja mitä tulee tapahtumaan. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Oleellista on, ettei tutkimuksen missään vaiheessa aiheutuisi tutkittaville vahinkoa ja tietoja julkaistaessa huolehditaan luottamuksellisuudesta ja taataan anonymiteettisuoja. Tutkimuksessa aineistosta ei myöskään tehdä yleistettäviä päätelmiä. (Hirsjärvi ym. 2005, 25-26, 171; Tuomi & Sarajärvi 2006, 128-129; Silverman 2005, 261.)

Tässä opinnäytetyössä tehdyt haastattelut olivat vapaaehtoisia. Vapaaehtoisuutta korostettiin jokaisen haastattelun yhteydessä ja sairaanhoitajille kerrottiin mahdollisuudesta vetäytyä opinnäytetyöhön osallistumisesta missä vaiheessa tahansa. Sairaanhoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyön osallistumiseen ja heille informoitiin etukäteen saatekirjeellä tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Suostumuksessa painotettiin anonymiteetin säilymistä koko prosessin ajan. Haastateltaville kerrottiin, että alkuperäinen aineisto hävitetään työn valmistumisen jälkeen.

Luotettavuuden yhtenä kriteerinä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on sen uskottavuus. Tutkimuksen uskottavuuden edellytyksenä on, että tulokset ja analyysin eteneminen on kuvattu selkeästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tämän työn uskottavuutta lisää se, että analyysin vaiheita on kuvattu selkeästi taulukon ja kuvion avulla. Tämä helpottaa lukijaa ymmärtämään analyysin muodostamisen vaiheet.

Luotettavuuden eli validiteetin perustana voidaan pitää tutkittavien yhteistyöhalua. Tutkimusongelmia määrittäessä ja tulosten tarkastelussa pyritään välttämään loukkauksia ja väheksyviä oletuksia. Analyysi tehdään luotettavasti koko kerättyä aineistoa hyödyntäen. Tulosten tarkastelussa pyritään objektiivisuuteen, joka tarkoittaa omista ennakkoasenteista vapautumista niin, etteivät ne ohjaa tulosten tarkastelussa. (Leino-Kilpi. 2008, 361-370.) Luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyön on tehty työelämäyhteyden tarpeeseen ja näin ollen tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat yhteistyöhaluisia. Tuloksia kirjoittaessa opinnäytetyön tekijät ovat olleet objektiivisiä käsiteltävää aineistoa kohtaan.

Suorien lainausten avulla vahvistetaan tutkimuksen luotettavuutta ja annetaan lukijalle mahdollisuus seurata aineiston keruu polkua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tulokset pohjautuivat sairaanhoitajien kokemuksiin ja tietoon ja luotettavuutta lisäävät sairaanhoitajien omat mielipiteet käsiteltävästä aiheesta. Tuloksissa on käytetty haastateltavien omia ilmauksia ja suoria lainauksia, jotta opinnäytetyöntekijät välttäisivät omien tulkintojen vaikutusta tuloksiin.

6.2 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Erikoissairaanhoidossa hoitajakset lyhenevät koko ajan. 2000-luvulla hoitajaksojen keskimääräinen kesto on laskenut 4,2 päivästä 3,5 päivään vuonna 2009. Kaikista hoitajaksoista noin puoleen liittyy leikkaus tai vastaava toimenpide. (Somaattinen erikoissairaanhoido 2010, 2.) Lyhenevät hoitajakset selittävät osaksi sen, miksi jatkohoitoon siirtyvät potilaat ovat suurimmaksi osaksi huonokuntoisia ja paljon apua tarvitsevia ihmisiä.

Tavoitteena tässä työssä oli kehittää jatkohoitoon siirtyvän potilaan hoitotyön ohjausta. Tavoitteena oli myös kehittää opinnäytetyön tekijöiden tietämystä kyseisestä aiheesta. Tulosten perusteella sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että hoitotyön yhteenvedosta tulee esille perusasiat kuten, erityis, ravitsemus, lääkitys ja muu erityishoito. Järvinen & Patajoki (2012) ovat selvittäneet samaa aihetta opinnäytetyössään. Heidän työnsä tarkoituksena oli kartoittaa mitä jatkohoit- osastojen henkilökunta haluaisi tietää siirtyvästä potilaasta lähettävältä osastolta. He haastattelivat jatkohoitopaikkojen hoitajia opinnäytetyössään ja saivat tulokseksi, että puolet vastaajista halusivat lisää tietoa lääkityksestä, nestehoidosta sekä potilaan avun tarpeesta. (Järvinen & Patajoki 2012, 44.)

Tässä opinnäytetyössä on selvitetty lähettävän osaston näkökulmaa ja hoitajat kokivat, että lääkitysasioista kysytään usein jatkohoitopaikoissa ja he tarvitsivat ohjausta siinä. Opinnäytetöiden tulokset ovat samansuuntaisia ja johtopäätöksenä lääkitysasioista annetaan yleisesti ottaen hyvin tietoa. Tiedontarvetta lääkitysasioista voisi vielä varmistaa, kun osasto on jatkohoitopaikan kanssa puhelinyhteydessä ennen potilaan siirtymistä jatkohoitoon.

Perkiö (2008) on tutkinut sairaanhoitajien viestintää päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastoille siirtyvistä potilaista. Sairanhoitajat vuodeosastoilla kaipasivat tarkkuutta kirjallisiin ja suullisiin tiedotuksiin. (Perkiö 2008, 71.) Lähettävän osaston sairaanhoitajat kokivat tässä työssä, että on haastavaa kirjata ja kuvata potilaan neurologista statusta ja vireystilaa jatkohoitopaikkaan.

Erityisesti lääkärin ja sairaanhoitajien hyvä yhteistyö edistää potilaan hoitoa (Nieminen 2007, 9). Sairaanhoitajat kokivat, että työnjako sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä toimii hyvin. Tämän työn tarkoituksena oli kuvata neurokirurgisen osaston hoitotyön toimintatapoja potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Toimintatapoja olivat epikriisin ja hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen, omaisten informointi sekä suullinen raportointi jatkohoitopaikkaan puhelimen välityksellä. Tulosten perusteella nousi tärkeäksi moniammatillinen yhteistyö ja erityisesti fysioterapeutin rooli.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että potilaan omaisia informoidaan ja tuetaan sairauden aiheuttamassa uudenaikaisessa tilanteessa. Sairaanhoitajien prioriteettien tärkeyttä tukee myös Leikkolan (2006) pro-gradusta saadut tutkimustulokset Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan potilas koki, että hänen selviytymiskokemusta vahvisti ulkoisen tuen saaminen. Tukea potilas sai tulosten perusteella enimmäkseen hoitajilta ja fysioterapeutilta. (Leikkola 2006, 61.)

Kytökorpi (2012) kirjoittaa AVH-potilaan jatkohoidon toimintamallin hankkeessa, että ongelma hoidon jatkuvuuden kannalta on se, etteivät epikriisit ja esimerkiksi terapia-palautteet kohdistu varsinaisesti kenellekään. Tästä aiheutuu tiedonkulun katkeaminen potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon. Hankkeesta ilmeni myös, että kuntoutujalla tai omaisella saattaa olla epärealistinen kuva sairaudesta ja kuntoutumisesta yleensäkin (Kytökorpi 2012, 11.) Näin ollen on tärkeää, että sekä potilasta ja hänen läheisiään informoidaan hoidon edetessä asiaankuuluvasti.

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mitä toimintatapoja lähettävän osaston hoitohenkilökunnalla on käytössään potilaan jatkohoidon turvaamiseksi sekä miten lähettävän ja vastaanottavan osaston yhteistyötä tulisi kehittää potilaan jatkohoidon turvaamiseksi. Tulosten perusteella ongelmallista jatkohoitopaikoissa on ollut trakeostomoidun potilaan hoitotyö. Sairaanhoitajat arvelivat, että jatkohoitopaikoilla ei ole riittävästi tietotaitoa hoitaa kyseistä potilasryhmää.

Haastatteluiden perusteella jatkohoitopaikoista oli noussut esiin eräänlaisia pelkoreaktioita, kun sinne on tarjottu muun muassa trakeostomoitua potilasta. Lähettävä osasto voisi kehittää omaa hoitotyön ohjausta sillä, että he antaisivat yhteneväiset ohjeet trakeostomoidun potilaan hoidosta jatkohoitopaikkaan. Trakeostooma on avanne, joka sijaitsee henkitorvessa ja sen tarkoitus on turvata esteetön hengittäminen. Avanne voi olla joko pysyvä tai väliaikainen, se ei estä puhumista tai nielemistä. (Brander & Vuori 2000, 72-73.)

Opinnäytetyöstä nousi esille koulutuksen tarve jatkohoitopaikoissa. Hyvä kehitysehdotus olisi se, että järjestettäisiin opetustilanteita, joissa jatkohoitopaikan henkilökunta harjoittelisi trakeostomoidun potilaan hoitoa. Olisi mahdollista, että opetustilanteiden avulla pelkoreaktiot jatkohoitopaikoissa vähenisivät, kun osaamista tuettaisiin ja kehitettäisiin erilaisten koulutusten ja opetustilanteiden avulla.

Koulutuksen ja perehdytyksen tarvetta tukee Ala-Fossin ja Heinisen (2003) pro gradu-tutkielma, jossa käy ilmi, että hoitajien ahdistusta voi aiheuttaa nimenomaan kokemus omien tietojen ja taitojen riittämättömyydestä. (Ala-Fossi & Heininen 2003, 45.)

Pitkälän (2006) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla käytössä olevat erilaiset tietojärjestelmät koettiin suureksi yhteistyön estäjäksi. Potilastietojärjestelmien erilaisuus näkyy ongelmina, kun hoidetaan yhteisiä potilaita. Yhteisen sisäisen tietoverkon (intranetin) puute aiheuttaa myös tiedonkulun ongelmia eri organisaatioiden välillä. Pitkälän pro gradu- tutkielmassa tiedonkulun puute tai heikkous mainittiin viidenneksi yleisimmän yhteistyötä estävänä tekijänä. (Pitkälä 2006, 67-68.)

Koivistoinen (2009) on tutkinut myös aihetta informaation kulun näkökulmasta. Hänen tutkimuksen mukaan yhteiset tietojärjestelmät organisaatioiden välillä olisivat tehokkain keino siirtää tietoa. Yhteiset tietojärjestelmät kuitenkin vaatisivat suuria resursseja, mitä organisaatioilla ei ole tällaiseen tarkoitukseen tarjota. (Koivistoinen 2009, 26.)

Tässä työssä sairaanhoitajat kokivat myös, että yhteneväiset potilastietojärjestelmät helpottaisivat yhteistyötä jatkohoitopaikkojen kanssa. Yhteisillä tietojärjestelmillä säästettäisiin sairaanhoitajien mukaan aikaa ja saataisiin nopeasti tietoa potilaan tilasta. Erilaiset potilastietojärjestelmät koettiin haasteena tiedonkulussa sekä kehitysehdotuksena.

6.3 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe valittiin syksyllä 2011 Tampereen ammattikorkeakoulun kokoamista aiheista. Aihe kuulosti mielenkiintoiselta ja aihe vaikutti siltä, että se antaa mahdollisuuden kehittää hoitoyksikön toimintaa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Lyhyet hoitajaksot ovat yleistymässä koko ajan, mikä lisää erikoissairaanhoidon työtaakkaa ja siksi aihe on myös ajankohtainen ja tarpeellinen. (Somaattinen erikoissairaanhoido 2010, 2.)

Työn aihe tarkentui työelämäpalaverissa neurokirurgisella vuodeosastolla, josta saatiin lisätietoa siitä, mitä osasto tarvitsee kehittääkseen hoidon jatkuvuutta. Työelämäpalaverissa kävi ilmi, että aiheesta on hiljattain tehty samankaltainen opinnäytetyö. Sen vuoksi aihetta työstettiin lähettävän yksikön näkökulmasta, jotta selviäisi mitä haasteita ja kehitysehdotuksia nousisi osaston sisältä.

Aiheen tarkentuminen ohjasi tutkimusmenetelmää, joka tässä työssä on laadullinen. Tutkimuslupa varmistui tammikuussa 2012 ja helmi-maaliskuussa toteutettiin haastattelut. Työskentelyä helpotti haastatteluiden litterointi heti, kun ne oli toteutettu. Haastattelemista helpotti sairaanhoitajien monen vuoden työkokemus osastolta ja näin ollen he osasivat tuoda esiin hyviä näkökulmia. Kokemattomuus haastattelujen toteuttamisessa jännitti opinnäytetyön tekijöitä, mutta teemojen ja tarkentavien kysymysten ansiosta työskentely oli johdonmukaisempaa uudessa tilanteessa.

Teoreettisia lähtökohtia tarkastelemalla tutustuttiin aiheeseen tehtyihin tutkimuksiin ja niitä löytyikin suhteellisen paljon (liite 4). Haasteena koettiin kuitenkin englanninkielisten tutkimuslähteiden liittäminen tähän opinnäytteeseen. Vieraskielisiä tutkimuksia ei tiedonhaun perusteella juurikaan löytynyt. Haasteena tässä työssä oli myös huonokuntoisen neurokirurgisen potilaan ja neurokirurgian erikoisalan määrittäminen ja rajaaminen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osaston hoitotyön toimintatapoja potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden työnjako on selkeä. Lääkärit tekevät potilaasta epikriisin ja hoitajat hoitotyön yhteenvedon. Lääkärit myös soittavat keskussairaaloihin jatkohoitopaikka asioissa, kun taas sairaanhoitajat järjestävät jatkohoitopaikan terveyskeskustasoisista hoitolaitoksista. Fysioterapeutti osallistuu jatkohoitoprosessiin tekemällä kokonaisvaltaisen raportin potilaan fyysisestä tilasta.

Osastolla ei ollut yhteneväisiä ohjeita trakeostomoiduista potilaista ja näin ollen ohjauskäytännöt vaihtelivat jokaisen hoitajan kohdalla. Jatkotutkimushaasteena olisi tehdä opas trakeostomoidun potilaan hoidosta, jotta lähettävä yksikkö voisi antaa jatkohoitoon potilaan mukana.

Opinnäytetyötä tehdessä korostui ja konkretisoitui moniammatillisuuden merkitys neurokirurgisessa hoitotyössä. Huonokuntoisen potilaan hoitotyö vaatii monen eri ammattiryhmä arvion ja panoksen, jotta hoidon jatkuvuus turvattaisiin.

Huonokuntoisen potilaan jatkohoidon turvaaminen vaatii yhteistyötä sekä organisaatioiden että ammattihenkilöiden välillä. Kirjaamisen tärkeys ja oma panostus sairaanhoitajana potilaan siirtyessä jatkohoitoon on merkittävä onnistuneen tiedonkulun ja jatkohoidon kannalta.

Tämän opinnäytetyön hyöty on suurempi opinnäytetyön tekijöille, kuin osastolle. Alun perin tavoitteena oli kehittää sekä opinnäytteen tekijöiden että lähettävän osaston tietämystä aiheesta. Tämän prosessin aikana opinnäytetyön tekijät oppivat ammatillisuutta ja itse opinnäytetyön raportin tekemistä. Laadullinen tutkimusmenetelmä oli mielenkiintoinen toteuttaa ja sen avulla sai hyödyntää koulutuksen aikana kehittyneitä vuorovaikutustaitoja eri ammattihenkilöiden kanssa. Tätä työtä tehdessä opinnäytetyöntekijät oppivat myös lähdekriittisyyttä, tutkimustiedon käsittelyä sekä sen etsimistä eri tietokannoista.

LÄHTEET

Ala-Fossi, M. & Heininen, E. 2003. Sijaisuus ja sijaisten työhön perehdyttäminen sairaanhoitajien näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Vaajakoski: Gummerus.

Aivoinfarkti. 2011. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.8.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Brander, P., E.& Vuori., A. 2000. Hengitysvajaus. Teoksessa Herrala, J., Hämäläinen, P., Järvinen., M., & Karivaara, E. (toim.) Hengityshoito 4. Etelä-Hämeen keuhkovammayhdistys ry. Karisto oy: Hämeenlinna. 72-73.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi: Keuruu

Hassinen, T. & Tantt, K. 2007. Hoitotyön yhteenveto potilaan jatkohoidon turvaajana. Luettu 7.9.2012
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3310&GUID=%7BC6539F07-7938-40EA-9214-A2212E7D2050%7D>

Helavuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca oy.

Hintsala, A. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä ja asiantuntijuudesta asiakkaiden erityispalvelutarpeiden tunnistajina - Yksin yhdessä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi: Keuruu.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Tammi: Helsinki.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY: Helsinki.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Järvinen, M. & Patajoki, M. 2012. Neurokirurgisen potilaan hoidon jatkuvuus. Hoitotyön suuntautumismallit. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY: Helsinki.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Järvinen, A., Kotila, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., O. Roine, R. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soimela, S.,

- Kaste, M., Launes, K. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 1.painos. Helsinki. Duodecim
- Kassara, H., Palokoski, S., Holmia, S., Murtonen, I. Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. WSOY: Helsinki.
- Katila, A. & Tanskanen, P. 2004. Akuutin neurokirurgisen potilaan siirto sairaalasta toiseen. Luettu 11.9.2012.
http://www.finnanest.fi/files/l_katila.pdf
- Klemola, L. 2005. Sydän- ja lonkkapotilaiden hoitoketjut ja niiden kehittäminen eräessä sairaanhoitopiirissä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – taloudenlaitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kotiola, J., Salmenperä, R. & Meretoja, R. 2009. Sairaanhoitajien osaamiskartoitukset neurokirurgisessa hoitotyössä. Sairaanhoitaja 11/2009, vol. 82, 32-33.
- Kohonen, M. 2004. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – Metasynteesi kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Pro-gradu. Hoitotieteenlaitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto
- Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2007. Ensihoito. Helsinki: Tammi. 609
- Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Oulu: Tukevahanke, 8. Luettu 5.9.2012
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/99678721-328a-49f8-b1cb-495bf4215ff8>
- Kytökorpi, K. 2012. AVH potilaan jatkohoidon toimintamalli. KYTKE hanke-asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveyden huollon saumattomeen palveluketjuun. Kytke hanke- ja lääkinnällinen kuntoutus. Luettu 2.8.2012
http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27438_190412_Kytokorpi_KYTKE-hanke.pdf
- Koivistoinen, M. 2009. The communicational challenges of social organisations. University of Kuopio. Department of Health Policy and management. Master's Thesis.
- Laine, H., Rekomaa-Niskanen, S. & Lukkari, L. 2002. Suullinen raportointi kirurgisen potilaan siirtotilanteissa. Sairaanhoitaja 3/2002, 22 – 24.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/ 785.
- Leikkola, P. 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. WSOY: Helsinki.
- Mustajoki, P. 2011. Aivokalvonalainen verenvuoto (SAV) Terveysportti. Lääkäkirja Duodecim. Luettu 29.8.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00002&p_haku

=Sav

Nieminen, I. 2007. Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Pitkälä, K. 2006. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysyhteistyö. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Pro gradu- tutkielma.

Porri, Päivi 2001. Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartiopalvelussa. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Perkiö, A. 2008. Suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä – potilaan hoidon jatkuvuus päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Rutanen, R. 2008. Perusterveydenhuollon tiedontarpeet- Tiedon käsiteltävyys ja saatavuus eräistä Suomen sairaanhoitopiirien aluetietojärjestelmäpalveluista. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Silverman, D. 2005. Doing qualitative research. Sage publications: Great Britain.

Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt- Sairauksien ehkäisy. Luettu 2.9.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006&p_haku=aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6

Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) 2007. Neurologia. 2.-3.painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki. 662.

Somaattinen erikoissairaanhoido 2010. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Julkaistu 2011. Luettu 5.9.2012. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr45_11.pdf

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. (toim.) Tammi: Helsinki

Suomisanakirja. Luettu 3.9.2012. <http://suomisanakirja.fi/jatkuvuus>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuusa, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt, sairastunut ja tieto. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. 2005-2008. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. Luettu 6.9.2012

<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D>

Volotinen. L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvoinnin avulla. Kuopion yliopisto. Pro-gradu tutkielma.

Vuorinen, T. 2005. Lääkärien kuvaus tehtävien siirrosta lääkäreiltä sairaanhoitajille erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

WHO:n yhdeksän ehdotusta potilasturvallisuuden parantamiseksi. Luettu 5.9.2012.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8798.pdf

Öhman, J., Siironen, J. & Jääskeläinen, J. 2008. Paranevatko neurokirurgin huonokuntoiset potilaat? Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. Luettu 3.7.2012.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97578&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

LIITTEET

LIITE 1

TIEDOTE OSASTOLLE

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme osastollenne opinnäytetyön aiheesta Jatkohoitopaikan ohjauksen tarve huonokuntoisen neurokirurgisen potilaan hoitotyössä. Tavoitteena on kehittää jatkohoitoon siirtyvän potilaan hoitotyön ohjausta lyhyiden hoitajaksojen yleistyessä.

Haastattelemme neljää osaston sairaanhoitajaa, haastattelut kestävät noin 40 minuuttia.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti on turvattua. Haastattelun alussa pyydämme teiltä kirjallisen suostumuksen osallistumisestanne opinnäytetyöhön. Haastattelu nauhoitetaan ja kerätty aineisto hävitetään analysoinnin jälkeen.

Ystävällisin terveisin

Jaana Oinas
sairanhoitajaopiskelija
jaana.oinas@piramk.fi

Fathi Muuse
sairanhoitajaopiskelija
fathi.muuse@piramk.fi

LIITE 2

SUOSTUMUS

JATKOHOITOPAIKAN OHJAUKSEN TARVE HUONOKUNTOISEN
NEUROKIRURGISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Osallistun yllämainittuun opinnäytetyöhön. Olen saanut kirjallista ja suullista tietoa opinnäytetyöstä.

Ymmärrän, että osallistuminen opinnäytetyöhön on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä ja perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön

haastateltavan allekirjoitus

nimenselvennys

Suostumuksen vastaanottaja

haastattelijan allekirjoitus

nimenselvennys

LIITE 3

HAASTATTELURUNKO

Teema 1

-Toimintatavat huonokuntoisen potilaan jatkohoidon turvaamiseksi

Teema 2

-Haasteet, jotka liittyvät potilaan jatkohoidon turvaamiseen

Liite 4(6)

Tekijä ja työn nimi	Tutkimuksen tarkoitus/ tehtävä ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Ala-Fossi, M. & Heininen, E. 2003. Sijaisuus ja sijaisen työhön perehdyttäminen sairaanhoitajan näkökulmasta	Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia sijaisena olemisesta. Tarkoituksena myös kuvata työhön perehdyttämistä sijaisuuksia tekevien sairaanhoitajien kokemana sekä heidän näkemyksiään perehdytyksen kehittämisestä.	Kvalitatiivinen. Aineistonkeruumenetelmänä teema-haastattelu	Sijaisena olemisessa on sekä hyviä, että huonoja puolia. Sijaisuus koettiin mahdollisuutena kehittyä ammatillisesti työssä ja vapautena tehdä mieluista työtä. Sijaisena olemisessa korostuivat epävarmuuden ja henkisen paineen kokemukset. Työyhteisössä esiintyi kilpailua työnsaanti-mahdollisuuksista.
Klemola, L. 2005. Sydän- ja lonkkapotilaiden hoitoketjut ja niiden kehittäminen eräässä sairaanhoitopiirissä. Pro gradu-tutkielma.	Selvittää terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta miten sydän ja lonkkapotilaiden hoitoketjut toimivat nykyisellään ja kuinka potilas tieto liikkuu organisaatioiden välillä ennen sähköisen tiedonkulun aloittamista	Engeströmin ekspansiivinen oppiminen. Kyselomake	Potilastiedot eivät välity nykyisellään organisaatioiden välillä ja hoitoketjut eivät toimi hyvin. Hoitoketjujen kokonaisuus tunnettiin huonosti. Kehittäminen oli osallistujien mielestä tärkeää.
Kohonen, M. 2004. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät–Metasynteesi kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Pro-gradu.	Tutkia ja koota aiemman tiedon perusteella hoitotyön erilaisia auttamismenetelmiä.	Metasynteesi kirjallisuudesta ja tutkimuksista	Tuloksissa luokiteltiin hoitotyön auttamismenetelmiksi kuusi eri kategoriaa; keskusteleminen, tiedon saannin turvaaminen, aktiivinen työskentely potilaan ja läheisten toivon ylläpitämiseksi ja vahvistamiseksi, potilaan omien resurssien hyödyntäminen, selviytymistrategioiden vahvistaminen, tulevaisuuden suuntautuminen ja tavoitteiden asettaminen
Leikkola, P. 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma	Tarkoituksena kuvata neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytymistä leikkauksen jälkeen.	Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu-ryhmähaastattelu.	Potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksesta edistää kokemusta sisäisistä voimavaroista ja ulkoisen tuen saamisesta. Potilaan ja läheisen selviytymistä edisti heidän uskonsa potilaan avun saamiseen. Potilaat tunsivat hoitohenkilökunnan motivoinnin ratkaisevasti rohkaisevan heitä omatoimisuuteen.
Nieminen, I. 2007. Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro	Kuvailla niitä erityisosaamisen alueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan valvontayksikössä olevaa keuhkosairautta sairastavaa potilasta. Kuvailla niitä osa-alueita, jois-	Kvalitatiivinen, Laadullinen tutkimus. Laadullinen sisällönanalyysi. Ryhmähaastattelu	Osaaminen koostuu sairaanhoitajien taidosta turvata potilaalle elintärkeä hoito, taitona käyttää henkilökohtaista osaamista, kyvystä huomioida potilas osana

gradu tutkielma	sa sairaanhoitajat kaipaavat lisäohjausta.		perhekokonaisuutta sekä laaja-alaisesta osaamisesta. Lisäkoulutusta sairaanhoitajat kaipaavat potilaan elintärkeiden hoitomenetelmien (mm. sydämen ja keuhkojen toiminta) tietojen ja taitojen syventämisessä.
Pitkälä, K. 2006. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysyhteistyö. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja talouden laitos. Pro gradu- tutkielma	Jäsentää yhteispäivystysjärjestelmää. Tuottaa tietoa ja lisätä ymmärrystä päivystysyhteistyöstä.	Kvantitatiivinen, internetpohjainen kyselylomake	Erikoissairaanhoidon vastaajat näkivät henkilökunnan osaamisen parantuneen ja perusterveydenhuollon edustajat epäpäivystyksellisen toiminnan järjestämisen helpottuneen. Yhteispäivystyksissä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö on vielä varsin kehittämätöntä. Erikoissairaanhoidon huolehtii pääosin toiminnan järjestämisestä
Porre, Päivi 2001. Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartio palvelussa. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.	Tutkia miten hoidon jatkuvuus toteutuu yöpartio palveluissa potilaiden näkökulmasta kotihoidossa. Tehtävänä oli kuvata kotihoidon yöpartio palvelun rakennetta ja organisoitua sekä sen sisältöä potilaiden selviytymistä yöpartio palvelun tukemana.	Laadullinen, kvalitatiivinen. Teemahaastattelu.	Potilaat kokivat hyvänä että samat tutut hoitajat hoitaisivat heitä yölläkin. Hoitajat avustivat potilaita fyysisesti psyykkisesti ja sosiaalisesti. Potilaat kehuivat hoitajien ammattitaitoa arvoissaan potilaan tilanteita. Parannettavaa oli palveluiden saannin nopeudessa
Perkiö, A. 2008. Suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä – potilaan hoidon jatkuvuus päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.	Kuvata sairaanhoitajien viestintää päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastoille siirtävistä potilaista. Tehtävänä oli selvittää millaista on päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien antama suullinen tiedotus sisätautien vuodeosastoille, mitä asioita tiedotetaan kirjallisessa tiedotuksessa ja miten viestintä toteutetaan.	Kvalitatiivinen	Vuodeosastojen sairaanhoitajat kaipasivat tarkkuuta suullisiin ja kirjallisiin tiedotuksiin potilaan kotilääkityksestä, voinnista, liikuntakyvystä, hoito-ohjeista ja potilaan tuloon valmistautumista koskeissa asioissa. Yleisesti ottaen oltiin tyytyväisiä kirjallisiin ja suullisiin tiedotuksiin.
Rutanen, R. 2008. Perusterveydenhuollon tiedontarpeet. Tiedon käsiteltävyys ja saatavuus eräistä Suomen sairaanhoitopiirien aluetietojärjestelmäpalveluista. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja talouden laitos. Pro gradu-tutkielma	Kuvata perusterveydenhuollon tiedontarpeita sairaanhoitopiirien aluetietojärjestelmäpalveluista.	Luokitteluun käytettiin sähköisen potilaskertomuksen ydintietoja. Kvantitatiivinen tutkimus, strukturoitu haastattelulomake.	Potilaan hoidossa tarvitaan tietoa mahdollisimman pitkältä ajalta. Vastaajien tietojensaannin nopeuteen ja tyytyväisyyteen vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Tiettyyn ydintietoryhmään luokitelluilla asioilla näyttäisi olevan jonkinlainen tärkeysjärjestys.
Tuusa, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt, sairastunut ja tieto. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma	Tarkoituksena selvittää suomalaisten työikäisten AVH:n sairastaneiden tiedonsaannista ja omasta sairaustiedon hankkimisesta.	Kvantitatiivinen: Lomakekysely	Sairastuneet kokivat saaneensa liian vähän sairauteensa koskevaa tietoa sairaalassa. Sairastuneet kokivat jääneensä kriisin keskellä yksin eikä heille annettu tietoa, joka auttoi orientoitumaan tulevaisuuteen.

<p>Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Kuopion yliopisto. Pro gradu tutkielma.</p>	<p>Tarkoituksena: millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla sairaanhoitajilla sähköisen kirjaamisen kehittämisestä vertaisarvioinnin avulla. Tehtävät: 1. Millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittämisestä vertaisarvioinnin avulla. 2. Mitkä tekijät edistivät hoitotyön sähköistä kirjaamista vertaisarvioinnin avulla?. 3. Mitkä tekijät estivät hoitotyön sähköistä kirjaamista vertaisarvioinnin avulla. 4. Mitä vaikutuksia vertaisarvioinnilla oli hoitotyön sähköiseen kirjaamiseen?</p>	<p>Teemahaastattelu, induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Vertaisarviointi uusi asia suurelle osalle. Välittömästi annettu palaute koettiin hyvänä, silloin pystyi tunnistamaan vahvuutensa ja heikkoutensa kirjaamisessa paremmin. Kehittämistyössä parin kanssa vuorovaikutus ja hyvä yhteistyö oli tärkeää, esteenä kehittämistyöllä oli ajanpuute ja kiire ja esimiehen tuen puute kehittämistyössä. Vertaisarviointi on hyvä menetelmä kirjaamisen kehittämisessä, vaikkakin Suomessa hyvin vähän käytetty.</p>
<p>Vuorinen, T. 2005. Lääkärien kuvaus tehtävien siirrosta lääkäreiltä sairaanhoitajille erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena kuvata tehtävien siirtoa lääkäreiltä sairaanhoitajille erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksessa tarkastellaan lääkäreiden näkemyksiä hoitavastaanottoiminnan vaikutuksesta työnjaossa.</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä teemahaastattelu, aineistolähtöinen sisällönanalyysi (N=17)</p>	<p>Hoitavastaanotto toiminta helpottaa ja vaikeuttaa lääkäreiden työtä. Vastaanotto toiminta vähensi kiirettä lääkäreillä sekä työmäärää. Potilaan saama hoito oli parantunut, koska hoitajilla oli enemmän aikaa käytettävissä potilashoittoon, kuin lääkäreillä</p>