

Opinnäytetyö (AMK)

Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Hoitotyön koulutusohjelma

2012

Maarit Ilvonen & Anna Paul

POTILASSIIRROT SYNNYTYSOSASTOLTA VASTASYNTYNEIDEN TEHO- OSASTOLLE HOITAJIEN KOKEMANA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

2012 | 56 sivua

Ohjaaja: Anneli Nirkkonen-Mannila

Maarit Ilvonen ja Anna Paul

POTILASSIIRROT SYNNYTY SOSASTOLTA VASTASYNTYNEIDEN TEHO-OSASTOLLE HOITAJIEN KOKEMANA

Tämä opinnäytetyö tehtiin osana Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro), 2009-2015 –hanketta. Projekti on toteutettu yhteistyössä Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin kanssa. Hankkeen tavoitteena on kuvata hoitohenkilöstön osaamista toimi- ja palvelualueittain.

Tämän työn tarkoitus on kartoittaa potilassiirtotapahtumaa ja kuvata vastasyntyneen hoitoketjua Turun Yliopistollisen Keskussairaalan synnytysosastolta 360 vastasyntyneen teho-osastolle 413 kummankin osaston hoitajien näkökulmasta. Työssä tarkastellaan hoitoketjussa ilmeneviä ongelmia ja epäkohtia. Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: ”*miten vastasyntyneen hoitoketju etenee synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle?*” ja ”*mitä haasteita esiintyy potilassiirtotapahtuman aikana?*”.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus. Aineistonkeruu tapahtui kesä-heinäkuussa 2012. Aineistonkeruu suoritettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna ryhmähaastattelun muodossa. Ryhmähaastatteluja suoritettiin kaksi kummallakin osastolla ja haastatteluun osallistui kerrallaan kolme osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Haastateltavia oli yhteensä 12. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Litteroitu materiaali analysoitiin sisällön analyysillä.

Tämä työ antaa tietoa potilassiirron etenemisestä ja siihen liittyvistä epäkohdista. Tulosten mukaan potilassiirtoprosessin etenemisen kannalta tärkeiksi tekijöiksi nousivat toimiva yhteistyö, saumaton tiedonkulku ja toimiva hoitoympäristö. Yhteistyö osastojen välillä koettiin hyvänä. Haasteet ja epäkohdat hoitoketjussa olivat ongelmat yhteistyössä ja vähäinen henkilökunnan määrä, tiedonkulkuun liittyvät puutteet, hoitoympäristön epäkäytännöllisyys sekä potilassiirron kuormittavuus lapsen voinnin kannalta.

Tämän työn tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilassiirtoprosessia. Uutta sairaalaa suunniteltaessa, tulisi osastojen fyysinen sijainti ja välimatka ottaa paremmin huomioon. Tämän tutkimuksen rinnalla olisi mielenkiintoista saada määrällisen tutkimuksen tuloksia. Jatkossa tämän opinnäytetyön pohjalta voisi tutkia osastojen sisäistä kommunikaatiota ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä hoitohenkilökunnan iän ja koulutuksen vaikutuksia näkemyksiin potilassiirtoprosessissa esiintyvistä yhteistyöstä ja roolinjaosta.

ASIASANAT:

hoitoala, hoitohenkilöstö, hoitoketju, hoitopolku, keskoset, potilassiirto, synnytys, teho-hoito, tiedonsiirto, vastasyntyneet, yhteistyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme | Specialisation

2012 | 56 pages

Instructor: Anneli Nirkkonen-Mannila

Maarit Ilvonen and Anna Paul

PATIENT TRANSFER FROM DELIVERY WARD TO NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT EXPERIENCED BY NURSES

This thesis was made as a part of the Hoi-Pro 2009-2015 (The Future Hospital - Development Project in Nursing) Project. This project is executed in co-operation with the Hospital District of Southwest Finland. The aim of the project is to describe the skills and knowledge of nursing staff.

The aim of this thesis was to describe the patient transfer process in Turku University Hospital from the delivery ward to the neonatal intensive care unit experienced by the nursing staff of both units. The thesis answers the following questions: *“how does the process of patient transfer proceed from the delivery ward to the neonatal intensive care unit?”* and *“what problems occur during this process?”*

Qualitative research was chosen as the method of research. It was executed with half structured theme interviews. The interviews were organized as group interviews of three persons in June-July 2012. Two interviews in each unit were made, in total 12 members of the nursing staff were interviewed. The interviews were recorded and later transcribed. The material of the interviews was analyzed as content analysis.

According to the findings of this thesis are the most important factors of patient transfer appropriate working environment, functional co-operation and transmission of information between units. The problems occurred as lack of nursing staff and defects in co-operation, inconvenient working environment, poor transmission of information and the stressful effect of the transfer on the newborn.

The results of this thesis can be used to improve the patient transfer process. The units should be placed next to each other when planning the new women's and children's hospital. As further suggestions, quantitative research could expand the information gotten from this thesis. Interesting information about the patient transfer process could be found when studying the effects of age and education of nursing staff. The communication between staff members in each unit could also be studied supplementing this thesis.

KEYWORDS:

childbirth, communication, delivery, critical path, intensive care, intrahospital, neonatal, neonatal nursing, nursing staff, patient care, transfer

EXAMENSARBETE | SAMMANFATTNING

ÅBO YRKESHÖGSKOLA

Vårdarbete | Barnmorskearbete

2012| 56 sidor

Handledare: Anneli Nirkkonen-Mannila

Maarit Ilvonen och Anna Paul

PATIENTFÖRFLYTTNING FRÅN FÖRLOSS- NINGSAVDELNINGEN TILL DEN NEONATALA IN- TENSIVVÅRDSAVDELNINGEN ENLIGT VÅRD- PERSONALENS UPPLEVELSER

Detta arbete är en del av Hoi-Pro projektet 2009-2015 (Framtidens sjukhus- vårdarbetets utvecklingsprojekt). Projektet är utfört i samarbete med Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Målet med projektet är att beskriva kunnandet av vårdpersonalen enligt domän och serviceområde.

Målet med detta arbete är att kartlägga patientförflyttningsprocessen och att beskriva från vårdpersonalens perspektiv den nyföddas vårdkedja från förlossningsavdelningen till den neonatala intensivvårdsavdelningen i Åbo Universitetscentralsjukhus. Försättningsvis kartläggs problem och utmaningar inom vårdkedjan. I examensarbetet besvaras följande frågor: *"hur framskrider den nyföddas vårdkedja från förlossningsavdelningen till den neonatala intensivvårdsavdelningen?"* och *"hurdana utmaningar finns inom vårdkedjan?"*.

Som forskningsmetod utvaldes kvalitativ forskning. Uppgifterna samlades med halvstrukturerade temaintervjuer i juni-juli 2012. Intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer med tre vårdare från var avdelning. Sammanlagt utfördes två intervjuer på vardera avdelning. Allt som allt intervjuades 12 vårdare. Intervjuerna registrerades på band transkriberades efteråt. Den transkriberade materialen analyserades med innehållsanalys.

Detta arbete ger information om patientförflyttningens framskridande och de utmaningar, som ansluter sig till -förflyttningen. Som de viktigaste faktorerna i patientförflyttningen framskred funktionellt samarbete, smidig kommunikation och lämplig arbetsmiljö. Samarbetet mellan avdelningarna upplevdes fungerande. Som problem och utmaningar i vårdkedjan upplevdes problemen inom samarbetet, begränsade mängden vårdpersonal, brist i kommunikation, den opraktiska arbetsmiljön och patientförflyttningens belastande effekt hos den nyfödda.

De resultat som framskred i detta arbete kan utnyttjas vid utvecklingen av patientförflyttningsprocessen. Avdelningarnas fysiska läge och avståndet mellan dem borde iakttas vid planeringen av det nya sjukhuset för barn och kvinnor. Vid sidan om detta arbete skulle det vara intressant att jämföra resultat från kvantitativ undersökning. På basis av denna undersökning kunde det i fortsättningen undersökas kommunikation inom avdelningarna och de faktorer som påverkar kommunikationen. Dessutom kunde ålderns och skolningens påverkan av synen på samarbetet och rollutdelningen inom patientförflyttningsprocessen undersökas.

SÖKORD: dataöverföring, förlossning, intensivvård, patientförflyttning, samarbete, vårdbranschen, vårdkedjor, vårdpersonal, nyfödda

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 TEHOHOITOA TARVITSEVAN VASTASYNTYNEEN HOITOKETJU	9
2.1 Tehohoitoa tarvitseva vastasyntynyt	9
2.1.1 Alkuhoito ja vastasyntyneen virvoittelu	10
2.1.2 Keskosuus	13
2.1.3 Vastasyntyneen hengitysvaikeudet	14
2.1.4 Hypoglykemia	16
2.1.5 Varhainen sepsis ja vastasyntyneen infektiot	16
2.1.6 Sydänviat	17
2.2 Vastasyntyneen hoitoketju teho-osastolle	18
2.2.1 Osastojen kuvaus	18
2.2.2 Hoitoketju ja potilassiirto	19
2.2.3 Osaaminen ja yhteistyö	21
2.2.4 Tiedonsiirto	24
2.3 Vastasyntyneen hoitoon liittyvät eettiset kysymykset	26
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
4.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	29
4.2 Aineiston analyysi	30
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
5.1 Hoitoketjun eteneminen synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle	32
5.2 Potilassiirron aikana ilmenevät haasteet ja epäkohdat	39
6 LUOTETTAVUUS JA TUTKIMUSETIIKKA	43
7 POHDINTA	46
7.1 Tutkimusprosessin tarkastelua	46
7.2 Tutkimustulosten tarkastelua	48
7.3 Johtopäätökset ja yhteenveto	51
LÄHTEET	52

LIITTEET

Liite 1 - Tutkimuslupa

Liite 2 - Teemahaastattelurunko

Liite 3 - Osastohoitajien tiedote

Liite 4 - Haastateltavien tiedote

Liite 5 - Suostumuslomake

Liite 6 - Hoitoketjun kokoava miellekartta: pääluokka, yläluokat ja alaluokat

Liite 7 - Synnyttäjän esitietolomake

Liite 8 - Virvoittelukaavake

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö tehtiin osana Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro), 2009-2015 –hanketta. Kehittämisprojekti toteutetaan yhteistyössä Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin kanssa. Hankkeen tavoitteena on valmistaa ja tukea Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriä sen siirtyessä toimialuekohtaiseen toimintamalliin hoitotyön osalta. Tavoitteena on myös kuvata hoitohenkilöstön osaamista toimi- ja palvelualueittain. Hoi-Pro-hanke toteutetaan yhteistyössä Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun kanssa. (Kummel, 2012.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa syntyi 4389 lasta vuonna 2010. (Vuori & Gissler 2011.) Synnytysosastolta teho-hoitoon Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa siirtyi vuonna 2010 osaston 360 osastonhoitajan mukaan 578 vastasyntyntä. Osaston 413 osastosihteerin kertoman mukaan on vuonna 2011 siirtynyt vastasyntyneiden teho-osastolle synnytysosastolta 421 lasta. Neonataalikauden ongelmista johtuen sairaalahoitoa tarvitsevia lapsia on yli 10% vastasyntyneistä. (Lehtonen, Andersson ym. 2007.) Vastasyntynyt voi tarvita tehohoitoa useasta eri syystä (Korhonen 1999; Fellman ja Luukkainen 2006; Korhonen 1996). Hoitoa tarvitsevat vastasyntyneet muodostavat siis suuren erityisosaamista ja –tarkkailua vaativan potilasryhmän. Tässä työssä keskitytään niihin vastasyntyneen tehohoitoon johtaviin tekijöihin, joiden tarve selviää jo synnytyssalissa.

Yhteistyö korostuu erityisesti, kun potilaita siirretään eri osastojen välillä. Hoitajat ovat merkittävässä roolissa sairaalan sisäistä eli osastojen välistä potilassiirtoa suunniteltaessa ja toteuttaessa. (Jauhiainen. 2009.) Tästä huolimatta potilassiirtoa synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle on tutkittu vähän hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Vastasyntyneen lapsen potilassiirtoja on tutkittu lähinnä sairaaloiden välisten siirtojen näkökulmasta (Hietarinne, Nivalinna ja Rautarae 2006; Koivisto & Mäkelä, 2011; Korhonen & Korpinen, 1997; Lavonius, 2008). Myös vastasyntyneen siirtymistä sairaalasta kotiin on tutkittu (Tammela 2008; Boonmee. & Pickler 2005). Sairaalan sisäisiä siirtoja käsittelevää materiaalia löytyi runsaasti aikuisen potilaan potilassiirroista, joko potilaan itse kokemana (Toivonen, 2012) tai hoitajan kokemana (Hynninen & Teräväinen, 2009; Malinen, Korkala ym. 2004; Jauhiainen 2009; Niemi ja Laakso 2010; Heward 2003). Aiheen tärkeydestä huolimatta on lapsipotilaan kohdalla kiinnitetty varsin vähän huomi-

oita sairaalan sisäisten siirtojen laadun, potilasturvallisuuden ja jatkuvuuden tutkimiseen verrattuna sairaalan välisiin siirtoihin. (Heward 2003, 11.)

Opinnäytetyön aiheena on potilassiirrot Turun yliopistollisen keskussairaalan synnytysosastolta 360 teho-osastolle 413 hoitajan näkökulmasta. Tarkoituksena oli kartoittaa potilassiirtoprosessia ja hoitoketjua sekä -ketjun mahdollisia ongelmakohtia. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa nykyisestä käytännöstä koskien vastasyntyneen hoitoketjua kummankin osaston hoitajien näkökulmasta.

2 TEHOHOITOA TARVITSEVAN VASTASYNTYNEEN HOITOKETJU

2.1 Tehohoitoa tarvitseva vastasyntynyt

Vastasyntyneisyyskausi eli neonataalikausi alkaa lapsen syntymästä ja päättyy 28 vuorokauden iässä (Raivio, Martti ym., 2000). Täysiaikaisesta lapsesta puhutaan, kun lapsi on syntynyt raskausviikolla 37. tai sen jälkeen. Syntyneellä tarkoitetaan lasta, joka on syntynyt raskausviikon 22. jälkeen tai painanut syntyessään yli 500g. (Duodecim 2011. Käypähoito, Elvytys[vastasyntynyt].) Pienipainoisesta eli SGA (Small for Gestational Age) lapsesta voidaan puhua kun lapsen syntymäpaino on alle keskihajonnan (-2SD) (Lee, Chernausk, Hokken-Koelega & Czernichow 2001, 1253-1254). Suuri syntymäpainoisesta eli LGA (Large for Gestational Age) lapsesta voidaan puhua kun syntymäpaino on yli keskihajonnan (+2SD) (Soukka 2008).

Normaalilla vastasyntyneellä on hengitystiheys alle 60 per minuutti, leposyke alle 160 lyöntiä minuutissa ja ruumiinlämpö rektaalisesti mitattuna noin 36,5-37,5 celsiusastetta. Jos vastasyntynyt on täysiaikainen, lapsivesi on synnytyksessä ollut kirkasta ja lapsi on normaalisti itkevä sekä jäntevä, voi kätilö tarkastamisen jälkeen asettaa lapsen äidin rinnalle. (Korhonen 2011, 80-81.)

Kun lapsi syntymänsä jälkeen joutuu teho-osastolle, muuttuu hänen elinympäristönsä huomattavasti. Vastasyntyneen tasapainoa tukeva, hämärä, tasalämpöinen nesteympäristö, äidin mukaan muuttuva vuorokausivaihtelu ja äidin äänen jatkuva läsnäolo häviävät. Ympäristö muuttuu epävakaaksi, kun tasapaino tasaisella alustalla maataessa häiriintyy. Teho-osastolla vastasyntynyt joutuu toistuvasti käsitellyksi ja altistuu kivulle. Lämpötilan vaihtelu on vastasyntyneelle uutta ja vaikuttaa tämän vointiin. Äidin äänet ovat vaihtuneet tuntemattomiin ääniin, jotka vaihtelevat äkisti. Lisäksi osastolla voi olla jatkuva valaistus eikä vastasyntyneen vuorokausirytmisi ole enää samanlainen tai se puuttuu kokonaan. Stressin vähentäminen on tehohoidon aikana tärkeää vastasyntyneen toipumisen kannalta. Kohdussa sikiön on unessa 80 prosenttia ajastaan eikä tähän liity juurikaan häiriöitä. Levon tarve ei syntymän jälkeen vähene ja sen merkitys kehittymisen ja parantumisen kannalta on selvä. Vastasyntyneen käsittelyä liian usein tulisi välttää unen katkomisen ehkäisemiseksi. Sen sijaan olisi suositeltavaa ajoittaa

kaikki hoitotoimenpiteet vastasyntyneen vuorokausirytmien mukaan, jotta hän saisi tarvitsemansa lepojakson yhtäjaksoisena. (Korhonen 1999, 60-67.)

2.1.1 Alkuhoito ja vastasyntyneen virvoittelu

Potilaslain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, joka kunnioittaa hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Näin ollen vastasyntyneellä lapsella on oikeus saada parasta mahdollista hoitoa sitä tarvitessaan. Lasta koskevat hoitopäätökset tehdään yhteistyössä vastasyntyneen vanhempien kanssa lapsen etua aina huomioiden. Vastasyntyneen ihmisarvoa kunnioittaen vältetään turhia toimenpiteitä. Ihmisarvon kunnioittamiseen kuuluu myös tehottomasta elvytyksestä luopuminen perustellusti. (Duodecim. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt]. 2011.)

Kaikissa Suomen synnytyksiä hoitavissa yksiköissä tulee olla ympärivuorokautinen valmius välittömään hätäsektioon ja vastasyntyneen elvytykseen. Tämä edellyttää elvytykseen ja sektioon tarvittavia tiloja, välineitä, lastenlääkäripalveluita, elvytys suunnitelmaa sekä jatkuvaa elvytyskoulutusta. (Duodecim. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt]. 2011.) Synnytykset, joissa raskausviikkoja on takana alle 30, kannattaa keskittää yliopistollisiin sairaaloihin. Tämän on todettu parantavan vastasyntyneen eloonjäämisennustetta. (Rautava, Lehtonen, Peltola, Korvenranta, Korvenranta, Linna, Hallman, Andersson, Gissler, Leipälä, Tammela & Häkkinen 2007, e259.) Lastenlääkäripalveluiden saatavuus on ensisijaisen tärkeää, jotta vastasyntyneen hoito voidaan aloittaa viivyttämättä (Tammela, Lehtonen, Andersson, Hallman, Heinonen & Leipälä 2006, 4957-4959).

Turun Yliopistollisen Keskussairaalan ohjeistuksen mukaan lastenlääkäri kutsutaan synnytysosastolle ennen lapsen syntymää, jos kyseessä on ennen 36. raskausviikkoa tapahtuva synnytys, sikiöllä on raskauden aikana todettu vaikea rakennepoikkeavuus, sikiöllä on poikkeavat sydänäänet, lapsivesi on ollut paksua ja vihreää tai jos kyseessä on toimenpidesynnytys eli imukuppi-, pihti- tai sektiosynnytys. Lisäksi lastenlääkäri on paikalla monikkosynnytyksissä. Lastenlääkäri kutsutaan synnytysosastolle, jos lapsen synnyttyä todetaan, että lapsen vointi on poikkeava, lapsella on rakennepoikkeavuus tai rytmihäiriö, jos napanuora on katkaistu ennenaikaisesti tai lapsen syntymäpaino on alle 2500g. (Korhonen 2011, 80.)

Syntymän jälkeen noin 10 prosenttia vastasyntyneistä tarvitsee jonkin asteista stimulointia hengityksen käynnistymiseen, mutta kuitenkin vain noin yksi prosenti syntyneistä tarvitsee varsinaista hengityksen tukea. Stimulointiin kuuluu lapsen kuivaaminen syntymän jälkeen sekä raajojen ja selän hierominen. Mikäli vastasyntynyt ei reagoi stimulaatioon, tulee välittömästi aloittaa vastasyntyneen elvytys. (Fellman & Rovamo 2006, 12-14; Duodecim 2011. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt].) Elvytyksessä lapsen hoidossa ensisijaisen tärkeää ja tehokkainta on ilmatien avaus ja hengityksen tukeminen. Hengitysteiden avaus tapahtuu taivuttamalla lapsen päätä hieman taaksepäin. Nykyisen käytännön mukaisesti lapsen ylähengitysteitä ei imetä rutiinimaisesti, kuitenkin jos lapsen hengitys on huonoa tai hän ei hengitä lainkaan, on ylähengitysteiden imeminen eritteistä imukatetrin avulla tarpeen. Ylähengitystiet imetään siten, että ensin suu ja nielu sekä tämän jälkeen sieraimet. (Duodecim 2011. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt].)

Lapsen maskiventilaatio aloitetaan heti jos lapsi ei ala hengittämään stimuloinnin jälkeen, hengittäminen on vaikeaa tai jos lapsen sydämensyke on alle 100 lyöntiä minuutissa. Maskiventilaatiossa on oleellista, että maski on oikean kokoinen. Mikäli lapsen kieli tukkii nielua, voi nieluputkesta olla hyötyä. Suosituksen mukaan ventilaatio aloitetaan huoneilmalla ja lisähapetta käytetään tarvittaessa. Ventilaatiotaajuus on 30-60 kertaa minuutissa ja lapsen vastetta ventilaatiolle arvioidaan 30 sekunnin välein. Lapsen vastetta elvytykselle seurataan ensisijaisesti sykettä tarkkailemalla auskultoiden sekä monitoroimalla sydänsähkökäyrän avulla. Mikäli lapsen syke on minuutin kestäneestä tehokkaasta maskiventilaatiosta huolimatta 60-100 lyöntiä minuutissa, tulee harkita lisähapen antamista ja huomioida mahdollinen intubaation tarve. (Fellman & Rovamo 2006, 8-17; Duodecim. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt]. 2011.)

Mikäli vastasyntyneen syke jää alle 60 lyönnin minuutissa ja maskiventilaatiota hapen kanssa on suoritettu jo minuutin ajan, aloitetaan paineluelvytys. Painelua ja ventilaatiota vuorotellaan siten, että kolmen painalluksen jälkeen tulee yksi puhallus, eli suhteessa 3:1. Tavoite on, että kolme painallusta ja yksi puhallus tapahtuu kahden sekunnin sisällä. (Fellman & Rovamo 2006, 8-17; Duodecim. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt]. 2011.)

Jos tämän jälkeen lapsen syke on vielä alle 60 lyöntiä minuutissa, tulee lapsi intuboida. Muita lapsen intubaatiota edellyttäviä syitä ovat lapsella todettu palleatyrä, kiistaton mekoniumaspiraatio tai jos vastasyntynyt tarvitsee paineluelvitystä. Lapsen intubaatio edellyttää intubaatiotaitoisen henkilön läsnäoloa ja tilanteessa jossa tällainen henkilö ei

ole paikalla, jatketaan lapsen hengityksen avustusta maskiventilaatiolla. Vastasyntynyt voidaan intuboida suun tai sieraimen kautta. Sieraimen kautta intubointi on suositeltavampaa, jotta intubaatioputki saataisiin paremmin kiinnitettyä. (Fellman & Rovamo 2006. 8-17; Duodecim. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt]. 2011.)

Elvytyksessä voidaan käyttää lääkkeitä verenkierron ylläpitoon ja hengityksen tukemiseen. Alle 32. raskausviikolla syntyneillä surfaktanttihoito vähentää kuolleisuutta ja keuhkojen ilmapuotokomplikaatioita. Surfaktantti on keuhkorakkuloiden pintajännitykseen vaikuttava aine, joka estää keuhkorakkuloita painumasta kasaan. Tämä ehkäisee keskosilla esiintyvän RDS:n (Respiratory Distress Syndrome) eli hengitysvaikeusoireyhtymän syntyä. (Korhonen 1996, 91-92; Fellman & Rovamo 2006, 8-17; Kari & Leipälä 2006, 78-79 ; Duodecim. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt]. 2011.)

Apgar- pisteiden avulla arvioidaan lapsen vointia syntymän jälkeen. Apgar- pisteet mitaavat vastasyntyneellä hengitysvastetta, sydämen sykettä, jäntevyyttä, ärtyvyyttä ja väriä. Jokaisesta näistä viidestä osa-alueesta annetaan nolla, yksi tai kaksi pistettä lapsen voinnin mukaisesti. Pisteet arvioidaan lapsesta yhden, viiden ja kymmenen minuutin iässä. Jos vastasyntynyt on huonokuntoinen, voidaan vointia arvioida pisteiden avulla voinnin vakiintumiseen asti esimerkiksi viiden minuutin välein. (American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists and Committee on Obstetric Practice Pediatrics 2006, 1444-1445; Duodecim. 2011. Käypähoito. Elvytys [vastasyntynyt].) Apgar- pistellä voidaan myös arvioida lapsen vastetta virvoittelulle tai elvytykselle. Monet tekijät, kuten lapsen infektio, lääkitys tai ennenaikaisuus, vaikuttavat heikentävästi pisteisiin. Näin ollen apgar- pisteet eivät yksinään riitä arvioimaan lapsen elvytyksen tarvetta. (American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists and Committee on Obstetric Practice Pediatrics 2006, 1444-1445.)

Riittävän lämmön turvaaminen on yksi tärkeimmistä osista vastasyntyneen alkuhoitoa. Lapsen iho haihduttaa nopeasti lämpöä syntymän jälkeen ja tästä syystä vastasyntynyt tulee kuivata nopeasti. Jos vastasyntynyt tarvitsee elvytystoimenpiteitä, ne hoidetaan lämpöpöydällä lämpösäteilijän alla. (Duodecim. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt] 2011.) Vastasyntyneen lämmön turvaaminen ehkäisee myös riskiä matalaan verensokeriin (Joanna Briggs Institute. 2007, 38).

2.1.2 Keskosuus

Vastasyntyneen luokittelussa voidaan käyttää apuna syntymäpainoa tai sikiöikää. Keskosiksi voidaan määritellä lapsi joka syntynyt ennen 37. raskausviikkoa. Tämän lisäksi keskonen voidaan määritellä myös syntymäpainon mukaan, jolloin keskosesta puhuttaessa vastasyntyneen syntymäpaino on alle 2500g. (Korhonen 1996, 19-20; Korhonen 1999,13; Duodecim. Käypähoitosuositus. Ennenaikainen synnytys. 2011.) Pienestä keskosesta tai pikkukeskosesta puhutaan kun lapsi on syntynyt ennen 32. raskausviikkoa tai jos syntymäpaino on ollut alle 1500g. Erittäin pienipainoisesta keskosesta puhutaan kun lapsi on painanut syntyessään alle 1000g. (Korhonen 1999,14; Duodecim. Käypähoitosuositus. Ennenaikainen synnytys 2011.)

Keskosuus aiheuttaa vastasyntyneessä tiettyjä ominaispiirteitä, joita tulee huomioida hänen hoitoaan suunniteltaessa ja toteuttaessa (Korhonen 1996, 24). Motorinen kehitys on keskosella jäänyt kesken, joten keskosien lihastonius on tavallisesti alhaisempi kuin täysiaikaisella lapsella. Tämä aiheuttaa sen, että keskosien asento on avonaisempi ja raajojen fleksiot ovat löyhät sekä fysiologinen koukistusasento puuttuu. Koukistusasento kehittyy lapsen kypsyessä, mutta keskosien hoitoon kuuluu motorisen kehityksen tukeminen, jota tulee huomioida hoitotoimenpiteiden yhteydessä sekä asento-ohjauksella. (Korhonen 1999, 118-135.)

Keskosien hoitotyön yksi tärkeimpiä tekijöitä on lapsen lämpötasapainosta huolehtiminen (Korhonen 1996, 24). Keskosena syntyneen lapsen lämmönsäätelyjärjestelmä on keskeneräinen. Lisäksi lapsen iho on ohut ja ihonalaisen kudoksen, ruskean rasvakudoksen sekä glykogeenivarastojen määrä hyvin vähäistä. Tästä syystä lapsi jäähtyy nopeasti. Elimistön jäähtyminen voi aiheuttaa keskoselle ongelmia myös sokeritasapainon, hengityselimistön ja sydämentoiminnan kanssa sekä laskea elimistön pH:ta. Keskosista hoitaessa on tärkeää, että lapsen lämpöä seurataan tiheästi ja hoitotoimenpiteiden aikana lapsi ei pääse jäähtymään. Myös hoitoympäristön riittävästä lämpötilasta tulee huolehtia. (Korhonen 1996, 67-86.)

PIPARI- tutkimus on vuonna 2001 Turun Yliopistollisen Keskussairaalan Lastenklinikkala käynnistetty pikkukeskosia seuraava pitkittäisseurantatutkimus. Tutkimuksessa seurataan 477 lapsen, joista 232 on pikkukeskosia ja 246 täysiaikaista verrokkilasta, kehitystä syntymästä kouluikään. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa keskosien hoitoa selvittämällä tehohoidon vaikutuksia lapsen pitkäaikaisennusteeseen ja selvittää sikiö-

aikaisten riskitekijöiden vaikutuksia pitkäaikaisennusteeseen. Tarkoituksena on myös tutkia keskosten aistitoimintojen, motoriikan, käyttäytymisen, kognitiivisten taitojen ja tarkkaavaisuuden kehittymistä sekä vanhempien ja lapsen välistä vuorovaikutussuhdetta. (Stolt 2012.)

Pienipainoisten keskosten hoitoa, hoidon kustannuksia ja vaikuttavuutta on tutkittu osana Stakesin, yliopistosairaanhoidopiirien ja Kansaneläkelaitoksen tutkimusosaston yhteistyössä toteuttamaa PERFECT (PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes) -hanketta. Hankkeen tarkoituksena on tarkastella kustannuksiltaan suurien potilasryhmien hoitoketjuja. (Lehtonen, Andersson, Hallman, Lavonius, Leipälä, Tammela, Korvenranta, Rautava, Korvenranta, Peltola, Linna, Gissler & Häkkinen 2007, 3-5)

Turun Yliopistossa, osana PERFECT- hanketta, on tutkittu pienipainoisten keskosten sairaalahoidon sekä terveydenhuollon palvelujen käyttöä lapsen ensimmäisen viiden elinvuoden aikana. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös keskossuuden aiheuttamien sairauksien vaikutusta hoidon tarpeeseen. Ensimmäinen hoitajakso vastasyntyneiden tehoosastolla oli pitkä ja kustannuksiltaan suuri. Kaksi kolmesta lapsesta selvisi ilman keskossuuden aiheuttamia pitkäaikaissairauksia, joten jatkohoidon tarve oli vähäistä ja näin ollen kustannusten määrä tasoittui suunnilleen samalle tasolle kuin täysiaikaisena syntyneillä lapsilla. Kolmasosalla lapsista joilla todettiin pitkäaikaissairauksia, hoitajakso osoittautui kalliimmaksi ja jatkohoidon tarve avosektorin puolella sekä todennäköisyys uusiin sairaalahoitajaksoihin oli suurempi. Korvenranta (2010) toteaa, että korkealatuinen tehohoito syntymän jälkeen ehkäisee keskossuuteen liittyvien pitkäaikaissairauksien ilmenemistä ja parantaa kustannusvaikuttavuutta. (Korvenranta 2010, 34-45.)

2.1.3 Vastasyntyneen hengitysvaikeudet

Asfyksia on sikiön vaikea hapenpuutetila, joka vaarantaa keskeisten elinten, kuten sydämen ja aivojen toimintaa (Timonen & Erkkola 2004, 2415-2422). On tärkeää, että sikiön asfyksia todetaan ensioireiden perusteella jo raskauden aikana. Näitä oireita ovat sikiön vähentyneet liikkeet ja muutoksen sydämen sykekäyrässä. (Fellman 2006, 163.) Jos sikiö on raskauden aikana toistuvasti kärsinyt hapen puutteesta, esimerkiksi äidin runsaan alkoholinkäytön vuoksi, kestää hän synnytyksestä aiheutuvan rasituksen huonommin. Synnytyksessä ilmenevät hätätilanteet, kuten napanuorakomplikaatiot ja

istukan ennenaikainen irtoaminen, altistavat lapsen asfyksialle ja nämä tilanteet vaativatkin välittömiä toimenpiteitä. (Timonen & Erkkola 2004, 2415-2422.)

Asfyksia on täysiaikaisesti syntyneellä lapsella yleisin syy huonokuntoisuuteen ja voinnin kohentamiseksi pitää toimenpiteisiin ryhtyä nopeasti, jotta komplikaatioilta vältyttäisiin. Vastasyntyneen hapettuminen tulee turvata ja huomioida hapen puutteen mahdollisesti aiheuttama keuhkovaltimopaineen nousu. Liiallista hapetusta tulee välttää. Lisäksi on tärkeää korjata vastasyntyneen elimistön neste- ja sokeritasapaino nopeasti sekä tarvittaessa aloittaa verenkiertoa tukeva lääkitys. Hoidon aluksi myös rajoitetaan vastasyntyneen vuorokausinesteiden määrää. Mahdollinen viilennyshoito aloitetaan viimeistään 6 tunnin kuluttua syntymästä suojaamaan lapsen aivoja. (Fellman 2006, 163; Soukka & Lehtonen 2011, 46-48.)

Jos synnytyksessä todetaan lapsiveden olevan paksua ja vihreää, tulee lastenlääkäri kutsua paikalle ja varautua intubaatioon (Fellman & Rovamo 2006; Korhonen 2011). Sikiön hapenpuute kohdussa voi saada sikiön ulostamaan lapsiveteen mekoniumia. Tämä aiheuttaa lapsiveden värjäytymisen vihreäksi ja varsinkin jos lapsivettä on vähän, se puuroutuu. Jos lapsi tekee asfyksiasta johtuen kohdussa voimakkaita hengitysliikkeitä, voi sikiö aspiroida mekoniumia hengitysteihinsä. Kun lapsi synnyttyään hengittää voimakkaasti sisään, siirtyy mekonium syvemmälle pienempiin hengitysteihin. Tämä aiheuttaa hengitysteihin tukkeutumia, jotka salpaavat ilman pääsyn keuhkoihin ja voivat aikaansaada keuhkon osan kasaan painumista tai hapettomuutta eli atelektaasia. Lisäksi mekoniumin kulkeutuminen keuhkoihin voi aiheuttaa lapselle pneumonian. Mekoniumaspiraation aiheuttama hapenpuute aiheuttaa myös yleensä vastasyntyneelle keuhkovaltimopaineen kohoamista. Komplikaationa voi myös syntyä ilmavuotoa, esimerkiksi ilmarinta. (Fellman 2006, 79-82.)

Kun mekoniumaspiraatio on todettu, tulee lapsen hapetusta ja hengitystä seurata erittäin tarkasti ja arvioida hengitystuen tarve. Rintakehä röntgenkuvataan myös mahdollisimman pian, jotta aspiraation vaikeusaste ja mahdollinen ilmavuoto voidaan määrittää. Vaikeusasteesta riippuen lapselle aloitetaan hengitystukihoito CPAP:lla tai intuboituna hengityskonessa. Jos lapsella todetaan keuhkovaltimopaineen nousu, voidaan sitä lääkittää inhaloitavalla typpimonoksidilla. Lisäksi pneumoniariskin vuoksi aloitetaan antibioottihoito. (Fellman 2006, 79-82.)

Surfaktantin puutteesta johtuva RDS (Respiratory Distress Syndrome) eli hengitysvaikeusoireyhtymä on yleisin hengitysvaikeuksia aiheuttava sairaus keskosilla (Korhonen

1996.96). Nasaalista ylipainenhoitoa eli nCPAP-hoitoa (nasal Continuous Positive Airway Pressure) voidaan käyttää keskosten ja täysiaikaisena syntyneiden lasten RDS-taudin hoitoon. Lisäksi hoitona voidaan käyttää surfaktanttia. (Kari & Leipälä 2006, 78-79.) Ennenaikaisesti syntyneen nCPAP- hoitoa heti syntymän jälkeen verrattuna intubaatioon ja niiden vaikutuksia lapsen vointiin on tutkittu erilaisissa tutkimuksissa (Finer, Carlo, Duara, Fanaroff, Wright, Kandefer & Poole 2004, 651-657; Morley, Davis, Doyle, Brion, Hascoet & Carlin 2008, 700-708; Dani, Bertini, Pezzati, Cecchi, Caviglioli & Rubaltelli 2004, e560-e563). Tutkimusten tulokset ovat ristiriitaisia, mutta tutkimuksissa on todettu surfaktantin käytön olleen vähäisempää nCPAP- hoidossa olleilla lapsilla.

2.1.4 Hypoglykemia

Ennenaikaisesti syntyneillä on suurempi riski hypoglykemiaan, eli alhaisiin verensokereihin, kuin täysiaikaisilla vastasyntyneillä. Tähän syynä on se, että sikiön glykoogenivarastot kasvavat kunnolla vasta 36. raskausviikosta eteenpäin. Hypoglykemian raja vaihtelee alle 2,4-2,6mmol/l. (Fellman & Otonkoski 2006, 208; Korhonen 2011, 81-82.) Turun Yliopistollisen Keskussairaalan ohjeistuksessa selviää, että TYKS:in Lastenkliniikalla on käytössä alarajana 2,4mmol/l (Korhonen 2011, 81-82)

Tavallisimmat hypoglykemian riskiä nostavat tekijät lapsella ovat ennen aikaisuuden lisäksi äidin diabetes, häiriöt sikiön kasvussa raskauden aikana, sepsis ja asfyksia. Vastasyntyneiltä, jotka kuuluvat riskiryhmään, seurataan verensokereita tiheämmin ensimmäisen kahden vuorokauden aikana. Oireet voivat olla vaikeasti tunnistettavia ja epäspesifejä, joten riskiryhmään kuuluvia lapsia tulisi seurata erityisen tarkasti. Hypoglykemian tyypillisimpiä oireita ovat esimerkiksi vastasyntyneen ärtyvyys, täristely, väsymys, hypotonia ja hengitystauot. Hoitona vastasyntyneen hypoglykemiaan käytetään tihennettyjä aterioita sekä tarvittaessa suonensisäistä glukoosi-infuusiota. (Fellman & Otonkoski 2006, 208-212)

2.1.5 Varhainen sepsis ja vastasyntyneen infektiot

Streptococcus agalactiae on B-ryhmän streptokokkibakteeri. Bakteeri esiintyy oireettomana emättimessä noin 10-30 prosentilla raskaana olevista naisista ja tätä kautta se voi siirtyä lapseen synnytyksen aikana. *Streptococcus agalactiae* on yksi tärkeimmistä

syistä vastasyntyneiden aivokalvontulehdukseen ja bakteremiaan, jolloin vastasyntyneen verenkierrosta löytyy eläviä bakteereita (Lyytikäinen, Nuorti, Halmesmäki, Carlson, Uotila, Vuento, Kurkinen, Sarkkinen, Ämmälä & Järvenpää 2006, 4821-4824). Bakteerit voivat levitessään verenkierron mukana aiheuttaa elimistössä henkeä uhkaavan yleisinfektion eli sepsiksen (Lumio 2009).

Streptococcus agalactiae voi aiheuttaa vastasyntyneelle vakavan sepsiksen, jonka varhainen muoto alkaa yleensä jo ensimmäisen elinvuorokauden aikana. Muita riskitekijöitä varhaiselle sepsikselle ovat aikaisemman lapsen infektio, äidin infektio, äidin kuumeilu synnytyksen aikana, ennenaikainen lapsivedenmeno sekä keskosuus. Varhainen sepsis alkaa yleensä äkillisesti ja sen oireita ovat vastasyntyneen käsittelyarkuus, vaisuus, huono ruokahalu sekä hengitysvaikeudet. Jos lapsella epäillään sepsistä, hänestä otetaan tulehdusverinäytteet ja lapsi siirretään teho-osastolle. Hoitona aloitetaan antibiootit ja lapsen vointia seurataan tiheästi tarkkailemalla verenpainetta, pulssitasoa, hengitystiheyttä ja hapettumista. Tarvittaessa aloitetaan nesteytys ja hengityskonehoito. (Lyytikäinen, Nuorti, Halmesmäki, Carlson, Uotila, Vuento, Kurkinen, Sarkkinen, Ämmälä & Järvenpää 2006, 4821-4824; Saxén & Nieminen 2006, 62-64; Korhonen 2011, 82.) Vastasyntyneelle voi kehittyä sepsis myös myöhäisesti, jolloin se alkaa tavallisesti 1-4 viikon iässä. Myöhäisessä sepsiksessä hoito tapahtuu kuten varhaisessa muodossa. (Järvenpää, Saxén, Salo, Lappalainen, Fellman, Nieminen & Luukkanen 2006, 44-68.)

Muita vastasyntyneen infektioita ovat muun muassa herpesinfektiot, hepatiitit, tokso-plasmainfektio ja sytomegalovirusinfektio. Infektioissa hoito pohjautuu mikrobilääkkeiden käyttöön ja potilaan tarkkailuun. Infektioiden hoito vastasyntyneellä ja keskosella vaatii yleensä tehohoitoympäristöä, mutta hoitokäytännöt vaihtelevat paikallisesti potilaiden ja mikrobien lääkeherkkyyksien erilaisuuksien vuoksi. Infektioiden ehkäisy teho-osastolla on tärkeä osa teho-hoitoa. Tämä edellyttää hyvän aseptiikan ehdotonta noudattamista hoitotyöntekijöiltä ja omaisilta. (Järvenpää, Saxén, Salo, Lappalainen, Fellman, Nieminen & Luukkanen 2006, 44-68.)

2.1.6 Sydänviat

Vastasyntyneen sydänpoikkeavuuksia on runsaasti erilaisia. Sydänviat voidaan todeta kaikututkimuksella jo raskauden aikana 16. raskausviikon jälkeen, tai ne voidaan huomata joko lääkärin tutkimuksessa tai oireiden perusteella syntymän jälkeen. (Eronen

2002.) Kaikututkimuksella nähdään sydämen sijainti, rakenne ja toiminta, läppien toiminta, suurten suonten sijainti, lähtökohdat ja risteäminen, aortan kaari ja duktaalinen kaari sekä keuhkokudos. Kaikki nämä vaikuttavat sydänpoikkeavuuksien diagnosointiin. (Ylä-Outinen 2009.) Kaiken kaikkiaan on hoidon onnistumisen ennuste parempi niillä vastasyntyneillä, joiden sydänvika on todettu jo raskauden aikana (Eronen 2002).

Suomessa on keskitetty erittäin vakavien sydänvikojen hoito Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin lasten ja nuorten sairaalaan. Jos sikiöllä on todettu jokin sellainen sydänvika, joka vaatii ensimmäisten elinpäivien aikana toimenpiteitä tai kirurgista hoitoa, ohjataan raskaana oleva nainen synnyttämään HUS:iin. (Eronen 2002; Leipälä 2006, 118-119.) Muuten synnytys voidaan hoitaa yliopistollisessa keskussairaalassa, jossa on valmiudet vastasyntyneen tehohoitoon (Leipälä 2006, 119).

2.2 Vastasyntyneen hoitoketju teho-osastolle

2.2.1 Osastojen kuvaus

Turun Yliopistollisen Keskussairaalan synnytysosasto, osasto 360, sijaitsee rakennuksen numero kolme eli U-sairaalan, ensimmäisessä kerroksessa Naistenklinikan päädyssä (TYKS 2012). Synnytysosastolla on kyseisen osaston osastonhoitajan sähköpostitse antaman tiedon mukaan yhteensä 45 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Näistä 34 on kättilövakanssia, joista viisi on ainoastaan synnytysosastolla työskentelevää varahenkilöä. Osastolla työskentelee tämän lisäksi kuusi eri synnytysosastoilla kiertävää varahenkilöä. Osastolla on myös yksi perushoitaja ja neljä lastenhoitajaa. Lisäksi potilaita hoitavat tarvittaessa naistenklinikan lääkärit.

Potilaina osastolla on synnyttämään tulleet naiset. Myös erityistarkkailua vaativat potilaat hoidetaan osastolla 360. Hoitajat hoitavat synnyttäjien vastaanoton, synnytysten seurannan ja synnytysten hoidon. Myös sektiosynnytykset hoidetaan synnytysosaston tiloissa. Yli 22. raskausviikolla olevien naisten äitiyspoliklininen päivystyshoito suoritetaan myös synnytysosaston hoitajien toimesta. (TYKS 2012.) Vuonna 2010 syntyi TYKS:ssä yhteensä 4389 lasta (Aaltonen 2012). Samana vuonna siirrettiin osaston 360 osastonhoitajan mukaan 578 lasta suoraan synnytysosastolta teho-osastolle.

Turun Yliopistollisen Keskussairaalan vastasyntyneiden teho-osasto (osasto 413, ns. ”keskola”) sijaitsee rakennuksen numero kolme eli U-sairaalan, seitsemännessä ker-

roksessa Lastenklinikan päädyssä. Osastot sijaitsevat näin ollen fyysisesti kaukana toisistaan. (Jääskeläinen 2012.) Vastasyntyneiden teho-osastolla työskentelee kyseisen osaston osastonhoitajan antaman tiedon mukaan 45 hoitajaa. Hoitajista 43 on sairaanhoitajia, joista kolme on vakituista varahenkilöä. Osastolla toimii lisäksi yksi lastenhoitaja ja yksi lääkintävahtimestari. Lisäksi potilaita hoitavat lastenklinikan lääkärit.

Potilaita osastolla 413 hoidetaan vuosittain noin 600-700. Osastolla hoidetaan käytännössä kaikkia niitä vastasyntyneitä, joiden hyvinvoinnin kannalta vierihoito ei ole riittävä. Potilaita tulee synnytysosaston lisäksi lapsivuodeosastolta ja muista sairaaloista. Huomattavan suuri osastolla hoidettava potilasryhmä on keskuset. Yleisiä vastasyntyneisyyskauden ongelmia, joita vastasyntyneiden teho-osastolla hoidetaan, ovat asfyksia, mekoniumaspiraatio, vaikea infektio tai sydänvika. Lisäksi osastolla hoidetaan vastasyntyneitä joilla on matala verensokeri, erilaisia infektioita, pienipainoisuutta tai epämuodostumaa. Potilaat voivat olla joko vuodeosastopotilaita tai tehohoitoa vaativia potilaita. Hoitoajat vaihtelevat yhdestä päivästä jopa kuukausiin. (Jääskeläinen 2012.)

2.2.2 Hoitoketju ja potilassiirto

Hoitoketju prosessina alkaa, kun potilaalle ilmenee jokin palvelutarve ja päättyy palveluntarpeen loputtua. Käsite hoitoketju on aiemmin määritelty sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittäväksi prosessiksi. Prosessi on potilaan tietyn terveydellisen ongelman hoitoa varten laadittu suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva kokonaisuus. Uudenlaisen määritelmän mukaan voidaan hoitoketjusta puhua vain jos ketju on tehty yhteistyössä asiaan liittyvien organisaatioiden edustajien kesken moniammatillisessa työryhmässä. Lisäksi ryhmä laatii ketjulle juurrutus- ja arviointisuunnitelman. Hoitoketjun tulee myös olla erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon saavutettavissa. Hoitoketjussa tulisi painottua sen tehtävä kehittämisen ja yhteistyön parantamisen työkaluna. (Nordback & Salo ym. 2010.)

Toimivaan hoitoketjuun vaaditaan toimivan yhteistyön lisäksi avointa kommunikaatiota potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Potilaan tulisi olla tietoinen omasta sairaudestaan, hoidoistaan ja lääkityksestään sekä hänelle tulisi antaa mahdollisuus lukea omat hoitokertomuksensa. Potilaan tulisi tietää kuka häntä missäkin vuorossa hoitaa ja kenen puoleen kääntyä, jos hänellä herää huoli hoidostaan. Potilaalle ja hänen omaisilleen tulisi luoda mahdollisuus esittää hoitoon liittyviä kysymyksiä. Potilaalle tulee kertoa

hoitosuunnitelmasta ja seuraavista hoidon vaiheista ja hänet tulisi ottaa aktiivisesti mukaan päätöksentekoprosessiin. (WHO 2007.)

Joskus hoitoketjuun liittyy potilaan siirto osastolta toiselle. Potilassiirron onnistumisen kannalta oleellista on siirtävän hoitohenkilökunnan määrä, osallistuvan hoitohenkilökunnan osaaminen, selkeä työnjako, yhteistyötä selkiyttävät kysymykset ja suunnitelmallisuus. Osaamista kertyy perehdytyksen, kokemuksen ja työssä oppimisen kautta. (Jauhiainen 2009, 37-41.)

Potilassiirtoon liittyy eri osa-alueita. Jauhiainen (2009) toteaa, että ennakkovalmistelut, siirtovalmiuden varmistaminen ja itse siirtotapahtuma, ovat oleellisia osa-alueita kun puhutaan potilassiirrosta teho-osaston ja vuodeosaston välillä. Ennakkovalmisteluja tehdään sekä potilaan luovuttavassa yksikössä että potilaan vastaanottavassa yksikössä. Luovuttavalla puolella hoitaja suunnittelee jatkohoitoa paikkaa ja siirron ajankohtaa. Vastaanottavalla puolella jaetaan hoitajien kesken potilaan vastaanottaminen, potilaan tietojen vastaanottaminen sekä potilaspaikan järjestelytoimet. Siirtovalmiuden varmistaminen suoritetaan luovuttavassa yksikössä ennen potilaan siirtämistä. Hoitaja suorittaa siirtoa varten tarvittavat hoitotoimenpiteet ja huolehtii potilaan emotionaalisesta tuesta, jolloin hoitaja kertoo tulevista toimenpiteistä ja tiedossa olevista suunnitelmista. (Jauhiainen 2009, 37-41.) Potilassiirtotilanteet tulevat esiin usein kiireellisinä, jolloin potilaat eivät ole osanneet varautua tapahtumiin eivätkä ole ehtineet saada tarkkaa kuvaa omasta roolistaan (Coleman ja Berenson 2004, 533). Itse siirron suorittamiseen osallistuu molempien osastojen henkilökunta. Sekä potilaan siirtämiseen että vastaanottamiseen liittyy paljon koordinoitua ja työnjaon suorittamista molempien osastojen hoitajien kesken. (Jauhiainen 2009, 37-41.)

Suomessa julkinen terveydenhuolto on porrastettu muodostaen hierarkisen kokonaisuuden. Hoitoketjussa ilmenevät useat organisaatiot ja toimintayksiköt ovat jossain tilanteissa johtaneet tehottomuuteen sekä taloudellisesti että asiakkaan palveluntarjonnan kannalta hajauttaen palveluita. Tämän valossa ovat palveluntuottajat pyrkineet madaltamaan eri yksiköiden rajoja niin, että hoitoketjun eteneminen selkiytyisi. Saumattomuuden ja asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi on Suomessa jo vuosien ajan toiminut lukuisia erilaisia hankkeita. (Iivari, Ruotsalainen & Hämäläinen 2002, 159-160.)

Hoitoketjulla tarkoitetaan tässä työssä sitä prosessia, joka alkaa vastasyntyneen siirron tarpeen ilmettyä synnytysosastolla ja päättyy vastasyntyneiden teho-osastolla siellä tapahtuvaan hoidon aloitukseen. Tämä sisältää prosessin käynnistymisen, etenemisen,

tiedon siirtymisen sekä alkuun tarvittavan hoidon suorittamisen toisella osastolla. Potilassiirrolla tarkoitetaan tässä työssä organisaation sisäistä, eli osastojen välistä siirtotapahtumaa.

2.2.3 Osaaminen ja yhteistyö

Hoitaja suorittaa siirtoon liittyviä vaiheita sekä itsenäisesti, riippuvaisena virallisiin ohjeisiin että riippuvaisena potilassiirtoon osallistuvista ammattilaisista. Tämä kuvailee sitä, kuinka hoitajalla tulee olla valmius osata toimia itsenäisesti samalla kun hänellä on oltava siirtotilanteen moniammatillisuuden vuoksi yhteistyötaitoa ja taitoa noudattaa ohjeita. (Jauhiainen 2009, 41-42.) Toimivan terveydenhuollon mahdollistamiseksi on yhdessä sovittava selkeät pelisäännöt joita hoitoketjuun kuuluvan henkilökunnan tulee noudattaa. Valtakunnallisten hoitosuosituksen noudattaminen on hyvä tapa ylläpitää samankaltaisia hoitokäytänteitä. Näiden käyttöä Suomessa on tutkittu monin eri tavoin. Moniammatillinen yhteistyö pelisääntöjen laidinnassa takaa parhaan ja kestävimmän lopputuloksen. (Nuutinen, Nuutinen & Erhola 2004, 2955-2957.)

Hyvä perehdytys on hoitohenkilökunnan mukaan oleellinen osa toimivaa hoitopolkua. Tällä turvataan hoitopolun jatkuvuus ja hoitohenkilökunnan tasalaatuinen tieto. (Hynninen & Teräväinen 2009, 43). Koiviston ja Mäkelän (2011) mukaan järjestelmällisen koulutuksen puuttuessa, toimii hoitohenkilökunta usein omien kokemustensa ja osastojen ohjeiden varassa. Toimijoiden yhteiset harjoitukset todetaan parantavan siirron toimivuutta, sillä harjoitusten yhteydessä toimijat oppivat tuntemaan sekä toisensa että hoitolaitteistoa. Näin saadaan myös laadittua yhteisiä toimintatapoja yksiköiden välillä. (Koivisto & Mäkelä 2011, 38-40.)

Vastasyntyneen elvytys on yksi osa-alue, joka synnytysosastolla vaatii paljon erityisosaamista. Vastasyntyneiden elvytyskoulutuksen on todettu parantavan hoidon laatua varsinaisissa virvoittelutilanteissa. (Duodecim, Käypä hoito-suositus. Elvytys [vastasyntynyt] 2011.) Elvytysvalmiuden on elvytyskoulutuksen myötä todettu paranevan synnytysosastolla, samaten vastasyntyneen voinnin tarkkailun ja hoidon todettiin kehittyneen. Lisäksi koulutuksen on todettu parantavan vastasyntyneen lämpötasapainoa, sillä koulutuksen avulla siitä on paremmin osattu huolehtia. (Ryan, Clark, Malone & Ahmed 1999.) Intubaation tarpeen on koulutuksen myötä todettu vähenevän (Allwood, Madar, Baumer, Readdy & Wright 2003). Vastasyntyneen elvytyskoulutusta tulisi järjestää säännöllisesti elvytystaitojen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi mahdollisimman

todentuntuisessa ympäristössä. Kaikkien synnytyssairaalassa työskentelevien ja hoitohenkilökuntaan kuuluvien tulee osallistua elvytyskoulutukseen. Lisäksi tulisi jokaiselle uudelle työntekijälle antaa perehdytys vastasyntyneen elvytyksestä. (Duodecim, Käypä hoito –suositus. Elvytys [vastasyntynyt] 2011.)

Kun kyse on vastasyntyneen hoitoketjusta, on hoitajalla suuri rooli vanhempien tukemisessa (Kervinen ja Talanova 2007). Varhainen vuorovaikutus vauvan ja vanhempien välillä luo pohjan vauvan tunne-elämän kehittymiselle. Vauva on riippuvainen häntä hoitavan aikuisen kyvystä tunnistaa ja säädellä hänen tunteitaan. Vauvan tunneilmaisut kertovat vauvan tarpeista ja ohjaavat häntä hoitavan aikuisen toimintaa. (Puura 2001.) Kätilön tehtävä on luoda mahdollisimman hyvä pohja perheen tulevaisuudelle. Hänen rooli varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa on oleellinen osa tätä hoitoketjua. Varhaisista vuorovaikutusta tukee se, että vanhemmat saavat passiivisen sivustakatselija roolin sijasta aktiivisen, vauvaa hoitavan roolin. Löytämällä omat tavat hoitaa lastaan ja saamalla mahdollisuuden toteuttaa niitä, voivat he löytää oman merkityksensä vauvalleen. Hoitajalta tämä vaatii aktiivisuutta ottaa vanhemmat mukaan yhteistyöhön vauvan hoidossa. Jos äidillä ei ole mahdollisuutta olla vauvan luona hoitamassa tätä, on valokuvan antamisen äidille todettu parantavan äidin kiintymyssuhdetta lapseensa. (Kervinen ja Talanova 2007, 3; 14-16). Varhaisen vuorovaikutuksen tärkeydestä huolimatta, ei sitä tule korostaa liikaa, sillä aina ei ole mahdollista luoda ympäristöä, jossa vuorovaikutuksen kehittyminen voisi heti synnytyksen jälkeen tapahtua häiriöttä. Vanhempi-lapsisuhde ei kehity pelkästään alkuvaiheessa, vaan se kehittyy koko ajan lapsen ja vanhempien välisessä vuorovaikutuksessa. (Korhonen 1999, 144-145.)

Heward (2003) raportoi projektista, jossa pyrittiin parantamaan lapsen hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta sairaalan sisäisen siirron aikana vuodeosastolta lasten teho-osastolle. Projektin tavoitteena oli tasoittaa erot sairaalan välisten ja sairaalan sisäisten siirtojen laadussa. Projektin alussa oli lapsen turvallisuuteen liittyen sairaalan sisäisissä siirroissa runsaasti epäkohtia. Osa lapsen siirroista tapahtui ilman lääkärin läsnäoloa, pääosin näin tapahtui yöaikaan. Suurin osa lapsista siirrettiin virka-ajan ulkopuolella (klo 18-08). Näissä lastenosaston henkilökunta ei ollut riittävän usein läsnä. Yli puolet lapsen siirroista tapahtui ilman sellaisen henkilökunnan läsnäoloa, joilla olisi koulutusta tehostettua elvytystä tai intubaatiota varten ja suurin osa siirrosta tapahtui ilman asiaan kuuluvaa laitteistoa lapsen voinnin seurantaan ja hoitoon, kuten imulaitetta, seuranta-monitoria tai EKG-seurantaa. Osassa siirroista ei ollut lisähapen antomahdollisuutta. (Heward 2003, 11-12.)

Projektissa laadittiin ohjeistus koskien lääkärin, lastenosaston hoitajan ja vuodeosaston hoitajan rooleja siirtotapahtumassa sekä siirron suorittavan hoitajan osaamista. Ohjeistus laadittiin tiettyjen standardien mukaisesti yhteistyössä eri yksiköiden kanssa. Standardien asettamisen myötä tapahtui osastojen välisessä siirrossa kehitystä. Siirtojen määrä yöaikaan väheni. Siirron aikana käytettävää välineistöä laajennettiin ja seurantamonitorien, lisähapen, EKG-seurannan, imulaitteiden ja verenpainemittarien käyttö yleisty. Virka-ajan ulkopuolella siirrettyjen lasten kohdalla ei lasta siirretty kertaakaan ilman lääkärin läsnäoloa, tosin vain 82 prosenttia siirroista tapahtui lastenosaston lääkärin läsnä ollessa. Lastenosaston hoitajien läsnäolo siirtojen aikana lisääntyi, tosin vajaa puolet siirroista tapahtui edelleen ilman lastenosaston hoitajaa. Muutama siirto tehtiin myös kokonaan ilman hoitajan läsnäoloa. Projektin myötä osastojen välinen tiedonsiirto ja yhteistyö paranivat ja siirtoprosessin jäsentämiseen oltiin molemmilla osastoilla tyytyväisiä. Hoitohenkilökunnan osaaminen siirron aikana tarvittavien laitteiden ja elvytyksen osalta vahvistui ja vuodeosaston henkilökunta koki olevansa osana siirtoprosessia. (Heward 2003, 12-13.)

Niemi ja Laakso (2010) toteaa, että henkilökunnan ajan puute on potilassiirrossa ongelma. Myös Hendrichin ja Leen (2005) mukaan hoitohenkilökunnan puutteelliset resurssit tuovat paljon viivytyksiä potilassiirtotilanteisiin. Eniten viivytyksiä potilassiirtotilanteisiin aiheuttavat neljään eri kategoriaan jaetut syyt. *Hallinnolliset syyt*, kuten lääkärin määräysten tarkistaminen ja toteuttaminen tai potilassiirron kirjaaminen lokitietoihin todettiin aiheuttavan viivytyksiä. Toinen hoitoketjua hidastava tekijä oli *resurssien puute*, kuten puute siirtoon tarvittavassa välineistössä, hoitohenkilökunnan puute tai puute vastaanottavan yksikön mahdollisuuksissa vastaanottaa potilas. *Häiriötekijöistä johtuviin syihin* kuuluivat siirron aikana tarvittavien välineiden puuttumisesta johtuva siirtotapahtuman keskeytyminen tai siirtoa suorittavan hoitajan keskeyttäminen. Viimeiseksi mainittiin *kommunikaatiokatkoksesta johtuvat syyt*. Hoitoketjun yksinkertaistaminen voisi tuoda mukanaan tehokkuutta potilassiirtotapahtumaan. Tämä voisi tapahtua turhiin välikäsien poistamisen ja työtehtävien yhdistelemisen kautta. (Hendrich & Lee 2005, 157-162.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehtiin projekti, jossa pyrittiin parantamaan yhteistyötä osastojen henkilökunnan välillä potilaan siirtyessä teho-osastolta vuodeosastolle. Ongelmiksi koettiin mm. puutteellinen raportointi ja osastojen välinen yhteistyö. Projektin yhteydessä lisättiin yhteisiä osastotunteja, laadittiin yksityiskohtaisia ohjeita siirtotapahtumaa koskien ja luotiin tiedonsiirron helpottamista varten oma siirtokaavake. Loppu-

kyselyssä selvisi, että yhteisten osastotuntien ja ohjeistusten myötä lisääntyi sekä keskustelu osastojen välillä että joustavuus yhteistyötä tehtäessä. Ilmapiiri parani kun osastot ymmärsivät toistensa toimintatapoja. Siirto-ohjeet toivat hyötyä etenkin uusille työntekijöille. Tiedonsiirron kehittymisen myötä hyötyivät myös potilaat. Hoidon jatkuvuudesta saatiin tasalaatuisempaa ja potilasturvallisuus parantui. (Malinen, Korkala, Siren, Vuorela & Loisa 2004)

Hoitoketjun toimivuutta ja potilasturvallisuutta lisäämään on joissain Amerikkalaisissa hoitolaitoksissa otettu käyttöön erillinen ryhmä, joka on erikoistunut tehostettua hoitoa tarvitsevien potilaiden siirtämiseen sairaalan sisällä. Erikoistuneen siirtotiimin käyttöön liittyen on todettu paljon hyötyä. Potilaan vointia voidaan seurata koko siirron ajan, kun siirtokomplikaatioihin perehtyneet henkilöt ovat suorittamassa siirtoa. Komplikaatioiden määrä on huomattavasti matalampi laitoksissa, jossa on käytössä erikoistuneet siirtotiimit. Siirtoajat ovat myös huomattavasti lyhyemmät näissä laitoksissa, sillä siirtoon valmistautuminen, siirron suorittaminen ja osastolle palaaminen vie vähemmän aikaa, mitä enemmän siirtoa suorittavalla henkilökunnalla on kokemusta potilaiden siirtämisestä. (McLennon 2004, 225-229.) Siirto, joka tapahtuu ilman erillistä siirtotiimiä, sitoo aina vähintään yhden osaston hoitajan siirtotapahtuman ajaksi. Tällöin hän on poissa osaston henkilökuntavahvuudesta. (Hietarinne, Nivalinna ym. 2006, 38.) Lisäksi osaston hoitajien voidessa jäädä osastolle hoitamaan muita potilaita, on muun hoidon viivästyminen todettu osastoilla vähentyneen. Siirtämisen saumattomuuden kannalta on kuitenkin kiinnitettävä huomioita osastojen ja siirtohenkilökunnan väliseen kommunikaatioon ja yhteistyöhön. (McLennon 2004, 225-229.)

2.2.4 Tiedonsiirto

Toimivalla tiedonkululla ja laadukkaalla kirjaamisella voidaan luoda perusteet hoidon jatkuvuudelle ja joustavalle etenemiselle. Hoitokertomuksesta selviää potilaan hoidon tarve ja hoidon toteutus. Hoitokertomus, sisältäen monen ammattiryhmän yhteiset kirjaukset, tukee potilaslähtöistä hoitoa, moniammatillista yhteistyötä ja turvaa näin hoidon jatkuvuuden. Hoitoketjussa hyvin laadittu suunnitelma on koettu Hynnisen ja Teräväisen (2009) mukaan helpottavana tekijänä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Sen on huomattu helpottavan järjestelmällistä tiedonkulkua ja vähentävän turhia viivytyksiä. Ennakoilmoitus potilaan saapumisesta ja nykyisestä tilasta on työssä todettu jouduttavan hoidon sujuvuutta. (Hynninen & Teräväinen, 2009. 40-45.) Jotta moniammatillinen

kirjaaminen olisi onnistunutta, vaaditaan kuitenkin yhteisesti sovittuja pelisääntöjä päällekkäiskirjausten välttämiseksi. Sähköisesti kirjatulla tiedolla turvataan saumaton tiedon saanti kaikissa potilaan hoitoon liittyvissä yksiköissä. (Tanttu 2007, 128-131.) Potilasta siirtävät hoitajat ovat harvoin itse työskennelleet vastaanottavilla osastoilla, eivätkä näin ollen aina tiedä osaston toiminnasta tai tarpeista (Coleman & Berenson 2004, 533-534). Ongelma muodostuu, mikäli eri yksiköt eivät tiedä minkälaista tietoa vastaanottava yksikkö tarvitsee ja mitä yksikkö tällä tiedolla tekee. Näin tiedot luovuttava yksikkö ei osaa antaa täsmällisesti sitä tietoa, mitä tarvitaan. (Tanttu 2007, 128-131.) Tämä saattaa johtaa informaatiokatkoksiin, jonka myötä vastaanottavalla osastolla ei esimerkiksi tiedetä kaikesta potilaan tarvitsemasta hoidosta eikä näin ollen osata varautua johonkin tiettyyn hoidon tarpeeseen (Nivalinna, Hietarinne ym. 2006, 38).

Tiedonsiirto voi Jauhiaisen (2009) mukaan tapahtua joko suullisesti puhelimitse ja osastolla raportoimalla tai kirjallisesti. Tiedon luovuttajana ja tiedon vastaanottajana voi toimia joko hoitaja tai lääkäri. Hoitaja vaikuttaa raportin sisältöön oleellisesti, sillä tiedon laatuun vaikuttaa hoitajan kokemus, osaaminen sekä kirjaamistaidot. (Jauhiainen 2009, 24-37.) Tiedonkulun on osana hoitoketjua todettu toisinaan tuottavan ongelmia (Hormia 2012, 25) ja sen merkityksestä hoidon turvana on tehty kirjallisuuskatsaus koskien vastasyntyneiden teho-osastoa (Lahtinen & Mattila 2012). Puutteelliset taustatiedot voivat pahimmillaan tuoda mukana vakaviakin virheitä, sillä jos lähettävällä ja vastaanottavalla yksiköillä on eri tietojärjestelmät potilaan tietoja varten, täytyy vastaanottavan yksikön luoda potilaalle alusta täysin uusi hoitokertomus (Coleman & Berenson 2004, 534). Niemien ja Laakson (2010) mukaan eri potilastietojärjestelmät hidastavat tiedon kulkua eri toimijoiden välillä. Onnistuneen ja kattavan hoidon takaamiseksi, on henkilökunnalla oltava riittävästi tietoa potilaistaan. (Niemi & Laakso 2010, 36-41) Potilassiirroissa esiintyvät haasteet kommunikaation ja yhteistyön osalta ovat puhutelleet eri organisaatioissa Euroopassa ja muualla maailmassa. WHO on vuonna 2007 julkaissut ohjeistuksen, jonka mukaan potilassiirrot tulisi kaikissa WHO:n jäsenmaissa harkita toteutettavan. Malli on toteutettu muiden alojen menetelmiä mukaillen, joissa tehokas tiedonsiirto on ensisijaisen tärkeää. Mallin mukaan potilassiirron onnistumiseen vaaditaan tarkempia ohjeistuksia laadukkaaseen kommunikaatioon. Ohjeistuksia tulisi jakaa osastoille ja laadukkaaseen potilassiirron koulutuksia tulisi lisätä. Lisäksi organisaatioilta vaaditaan kannustusta tehokkaaseen yhteistyöhön eri yksiköiden välillä. (WHO 2007.)

Tiedonkulun kannalta on tärkeää, että raportissa kerrotaan kaikki oleellinen hoidosta jatkossa vastaavalle yksikölle. Hoitajien tulisi käyttää tiedon raportoinnissa *SBAR*-

tekniikkaa (Situation, Background, Assessment, Recommendation = nykytilanne, taustat, arviointi, suositukset). Tämä tekniikka voisi toimia raameina kaikelle raportoinnille. Raportissa tulisi kertoa kaikki tarvittava tieto potilaasta, kuten nykyinen status, lääkitys, hoitosuunnitelmat ja ohjeistukset sekä oleelliset muutokset statuksessa. Kuitenkin tieto tulee rajoittaa siihen määrään, joka turvallisen hoidon varmistamiseen vaaditaan. Raportointitilanteille tulisi varata riittävästi aikaa rauhallisessa tilassa, jotta kaikkiin kysymyksiin olisi aikaa vastata. Raportin vastaanottajan tulisi kirjoittaa raportti itselleen ylös ja lukea ymmärtämänsä raportti ääneen takaisin raportin antajalle. Näin raportin oikeellisuus varmistuu. (WHO 2007.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, kenelle potilasasiakirjoja ja tietoa potilaan hoidosta saa luovuttaa. Lain mukaan tiedot potilaan hoitoon liittyen ovat salassa pidettäviä eikä toimijaa toisessa yksikössä ole oikeutta saada näitä tietoja. Tietoja ja yhteenvedon hoidosta saa lain mukaan luovuttaa toiselle terveydenhuollon yksikölle, jos hoidon järjestäminen sitä vaatii. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa asetuksessa (2009) potilasasiakirjoista mainitaan, että hoitosuhteessa potilaaseen olevilla on oikeus tutustua asiakirjoihin vain siinä laajuudessa, kun hoitotoimenpiteet ja hoitohenkilökunnan vastuu sitä vaatii. (Risikko & Salo, 2009) Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi edellyttää sosiaali- ja terveysministeriö sähköisen viestinnän kehittämistä (Tanttu 2007, 133).

2.3 Vastasyntyneen hoitoon liittyvät eettiset kysymykset

Vastasyntyneen eettiset kysymykset pohjautuvat useimmiten hyötyjen saavuttamisen ja haittojen välttämisen tasapainottamiseen. Päätöksen teko on usein vaikeaa, sillä päätökset tulisi tehdä yksilöllisesti. Yleiset ohjeistukset helpottavat lääkäreitä ja hoitajia tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä. (Suomen Lääkäriliitto 2005.) Päätöksenteossa on hyväksyttävä se mahdollisuus, että hoitohenkilökunnan mielipiteet eroavat toisistaan (Duodecim 2011. Käypähoitosuoritus. Elvytys [vastasyntynyt]).

Kun puhutaan keskosen hoidosta, herättää eettisiä kysymyksiä sekä tapa, jolla pientä keskosta tulisi hoitaa, että tilanteet, joissa elvytyksestä tulisi pidättäytyä. Keskosen kehitys on jäänyt kesken, jolloin hoitotavat herättävät pohdintaa. Elvytykseen liittyen on ohjeistettu, että elvytys tulisi suorittaa heti syntymän jälkeen, jolloin mahdollisesti elin-kykyisen vastasyntyneen riski vammautumiseen ei kasvaisi. Elvytyksestä tulisi luopua jos todetaan, ettei itsenäiselle elämälle ei ole edellytyksiä tai vaikea vaurio on jo synty-

nyt. Elvytyksestä tulisi luopua niissä tilanteissa, joissa lapsella todetaan tai on todettu hyvin vaikea rakennepoikkeavuus, kuten anenkefalia eli aivokudoksen puuttuminen. (Suomen Lääkäriliitto 2005; Duodecim 2011. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt].)

Laki potilaan oikeuksista astuu voimaan, kun lapsi syntyy. Sikiöllä ei siis ole samanlaisia oikeuksia kuin syntyneellä lapsella. Uusia eettisiä kysymyksiä nousee pohdittavaksi jatkuvaan tahtiin, sillä sikiödiagnostiikka on kehittynyt. Tämän myötä kasvavat mahdollisuudet todeta vakavat sikiöpoikkeavuudet jo raskauden aikana. (Suomen Lääkäriliitto 2005.)

Jotta vastasyntyneelle voidaan taata paras mahdollinen hoito teho-osastolla, tulee teho-hoitajan pitää omat tietonsa ja taitonsa ajan tasalla. Tehohoitajan tulee myös antaa omaisille mahdollisuus olla lähellä potilasta, sillä potilas on omaisille osa heidän maailmaansa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 243-244.)

Vastasyntyneen päätöksentekokyvyn puuttuessa, on hoitohenkilökunnan tärkeää ottaa vanhemmat mukaan yhteistyöhön päätöksentekoprosessissa (White 2012). Aina eivät vastasyntyneen ja vanhempien edut kohtaa, jolloin lääkärin tärkeä tehtävä on miettiä tilannetta puolustuskyvyttömän vastasyntyneen etujen kannalta (Suomen Lääkäriliitto 2005; Australian Resuscitation Council & New Zealand Resuscitation Council 2010; White 2012). On osattava huomioida mahdollisuuksien mukaan myös uskonnolliset näkemykset ja kulttuurierot (Duodecim, 2011. Käypähoitosuositus. Elvytys [vastasyntynyt]).

Hoitajan eettisiin velvoitteisiin kuuluu tehopotilaan asioiden ajaminen. Tällöin tehtäviin kuuluu potilaan laillisten ja eettisten oikeuksien toteutumisen takaaminen sekä omaisten odotusten huomiointi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 246.) Vastasyntyneiden teho-osaston hoitajan roolia päätöksenteossa tarkastelevassa tutkimuksessa todettiin, että hoitajan kokivat tärkeimmäksi lapsen ja omaisten puolesta puhumisen (Monterosso, Kristjanson, Sly, Mulcahy, Holland, Grimwood & White 2004, 112-114). Vanhemmat saattavat aliarvioida lapsen kykyä selviytyä, jolloin hoitohenkilökunnan on toimittava potilaansa eli vastasyntyneen etuja ajaen (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 227-228). Totuudellisuuden periaate (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 239) nousee korkeaan asemaan vastasyntyneen teho-hoidossa. Totuudellisuudella tarkoitetaan rehellisen ja ajantasaisen tiedon välittämistä. Tämän tulisi tapahtua potilaan lisäksi myös omaisille. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 239.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän työn tarkoitus oli kartoittaa potilassiirtotapahtumaa ja kuvata hoitoketjua synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle kummankin osaston hoitajien näkökulmasta. Työssä tarkastellaan potilassiirtoon johtavia tekijöitä sekä potilassiirron aikana mahdollisesti ilmeneviä ongelmia. Työllä pyrittiin tuomaan esiin hoitajien näkemyksiä siirtoprosessista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Hoi-Pro hankkeelle nykyisestä käytännöstä koskien vastasyntyneen hoitoketjua. Tätä tietoa hyödyntämällä molemmilla osastoilla voidaan lisätä osastojen tietoutta toistensa toimintatavoista ja näkemyksistä. Tämä voisi kehittää käytännön toimintaa osastoilla ja niiden välillä lisäten osastojen välistä yhteistyötä ja hoitohenkilökunnan osaamista.

Opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten vastasyntyneen hoitoketju etenee synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle?
2. Mitä haasteita esiintyy potilassiirtotapahtuman aikana?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus soveltuu tutkimusmenetelmäksi etenkin silloin, kun aikaisempaa tutkittua tietoa on vähän (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 220). Laadullista tutkimusta voidaan kuvata suhteessa määrälliseen tutkimukseen. Tällöin laadullista tutkimusta voidaan kuvailla ymmärtäväksi tai ihmistieteelliseksi tutkimukseksi. Laadullinen tutkimus antaa enemmän vaihtoehtoja tutkijalle tutkimustapojen ja analysoinnin suhteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 66). Hoitotyössä esiintyvien ilmiöiden mittaaminen ei aina ole mahdollista numeraalisin menetelmin tai havainnoimalla, sillä tieto ilmiöstä tulee suurelta osin ihmisten kokemusten kautta. Laadullisella tutkimuksella saadaan tietoa ihmisen tulkinnoista, käsityksistä ja motivaatioista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57, 61.) Näin ollen laadullinen tutkimus on hyvä väline kuvailemaan ihmisen kokemuksia (Vilkkä 2005, 97).

Ennen aineistonkeruun aloittamista, haettiin tutkimukselle tutkimuslupa (Liite 1). Aineiston keruu tähän opinnäytetyöhön suoritettiin puolistrukturoituna ryhmähaastatteluna. Haastattelu on laadullisessa tutkimuksessa käytetyimpiä aineistonkeruumenetelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34). Haastattelut ovat pääasiassa vapaamuotoisia keskusteluita, joiden pohjana toimii ennalta asetetut teemat (Liite 2). Teemahaastattelu ei sido haastateltavia vastaamaan tiettyihin ennalta asetettuihin kysymyksiin, vaan sallii avoimen keskustelun tietyn aihealueen puitteissa. Näin saadaan tietoa huomioiden myös yksilön näkemys aihealueesta sekä mahdolliset näkemyserot. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48.) Teemahaastattelua toteutettaessa varmistetaan, että kaikki ennalta asetetut haastatteluteemat käydään haastattelun aikana läpi. Teemojen laajuus ja läpikäyntijärjestys on kuitenkin vapaata. (Eskola & Suoranta 1999, 87.) Näin korostuu haastattelu-kohtaiset näkemyserot ja haastateltavat saavat käsitellä aihetta haluamallaan tavalla.

Kun aineistonkeruumenetelmänä toimii ryhmähaastattelu, on haastateltavien helpompi auttaa toisiaan palauttamalla mieleen aihealueeseen liittyviä yksityiskohtia. Ryhmähaastattelu mahdollistaa myös väärinymmärrysten ja epäjohtonmukaisuuksien oikomisen haastattelun aikana. (Eskola & Suoranta 1999, 95-97). Ryhmähaastattelun avulla

voidaan myös selvittää ryhmän yhteistä kantaa tiettyyn aiheeseen tai tapahtumaan liittyen (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61).

Ryhmähaastattelun käytännön toteutuksen mahdollistamiseksi, rajattiin ryhmät kolmeen henkeen. Näin aineiston analyysi selkiytyy. (Hirsjärvi, Remes, ym. 2010.) Ryhmähaastatteluja suoritettiin yhteensä neljä kappaletta; kaksi osastolla 360 ja kaksi osastolla 413. Kuhunkin ryhmähaastatteluun osallistui kolme kättilöä, sairaanhoitajaa tai lastenhoitajaa, joilla on kokemusta potilassiirtotapahtumasta synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle.

Yhteensä haastateltavia oli 12. Haastateltavien työkokemus vaihteli 2,5 vuoden ja 34 vuoden välillä. Haastateltavien työkokemuksen keskiarvo oli 15 vuotta. Haastatteluun osallistuvat valittiin yhteistyössä kummankin osaston osastohoitajan kanssa. Osastohoitajat saivat listan mahdollisista haastatteluajankohdista, joista he valitsivat sopivimmat. Tämän jälkeen osastohoitaja sai valita haastateltaviksi kolme kyseisenä päivänä työvuorossa olevaa, kriteerin täyttävää hoitotyöntekijää. Tällä pyrittiin haastateltavien satunnaisotantaan. Osastohoitajia informoitiin haastateltavien valinnasta sähköpostitse (Liite 3). Haastateltaville jaettiin haastattelusta informoiva tiedote (Liite 4). Kuhunkin haastatteluun varattiin tunti aikaa. Ennen haastattelun aloittamista, allekirjoittivat kaikki osallistujat suostumuslomakkeen (Liite 5). Allekirjoittamalla lomakkeen, suostuivat haastateltavat itse haastatteluun ja sen nauhoittamiseen. Haastattelut tapahtuivat hoitajien työajalla erillisessä, rauhallisessa tilassa jonka osastohoitaja kullekin haastattelulle tutkimusta varten osoitti. Kaikissa haastattelutilanteissa oli läsnä haastateltavien lisäksi molemmat opinnäytetyön tekijät, jotka toimivat haastattelujen ajan tasavertaisessa asemassa. Haastattelutilanteet nauhoitettiin.

4.2 Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetty aineiston analyysimenetelmä. (Kynäs ym. 2011; 141). Aineiston purkaminen aloitettiin puhtaaksikirjoittamalla eli litteroimalla (Hirsjärvi & Hurme 2011; 138) koko haastattelumateriaali sanasta sanaan. Kaikki litteroitu materiaali luettiin läpi useaan kertaan molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Analyysiyksiköksi valittiin asiakokonaisuus, joka tässä työssä oli litteroidun tekstin osa. Litteroidusta haastattelumateriaalista alleviivattiin ennakkoon aseteltujen tutkimuskysymysten mukaiset asiakokonaisuudet. Analyysiprosessin aikana etsittiin vastauksia

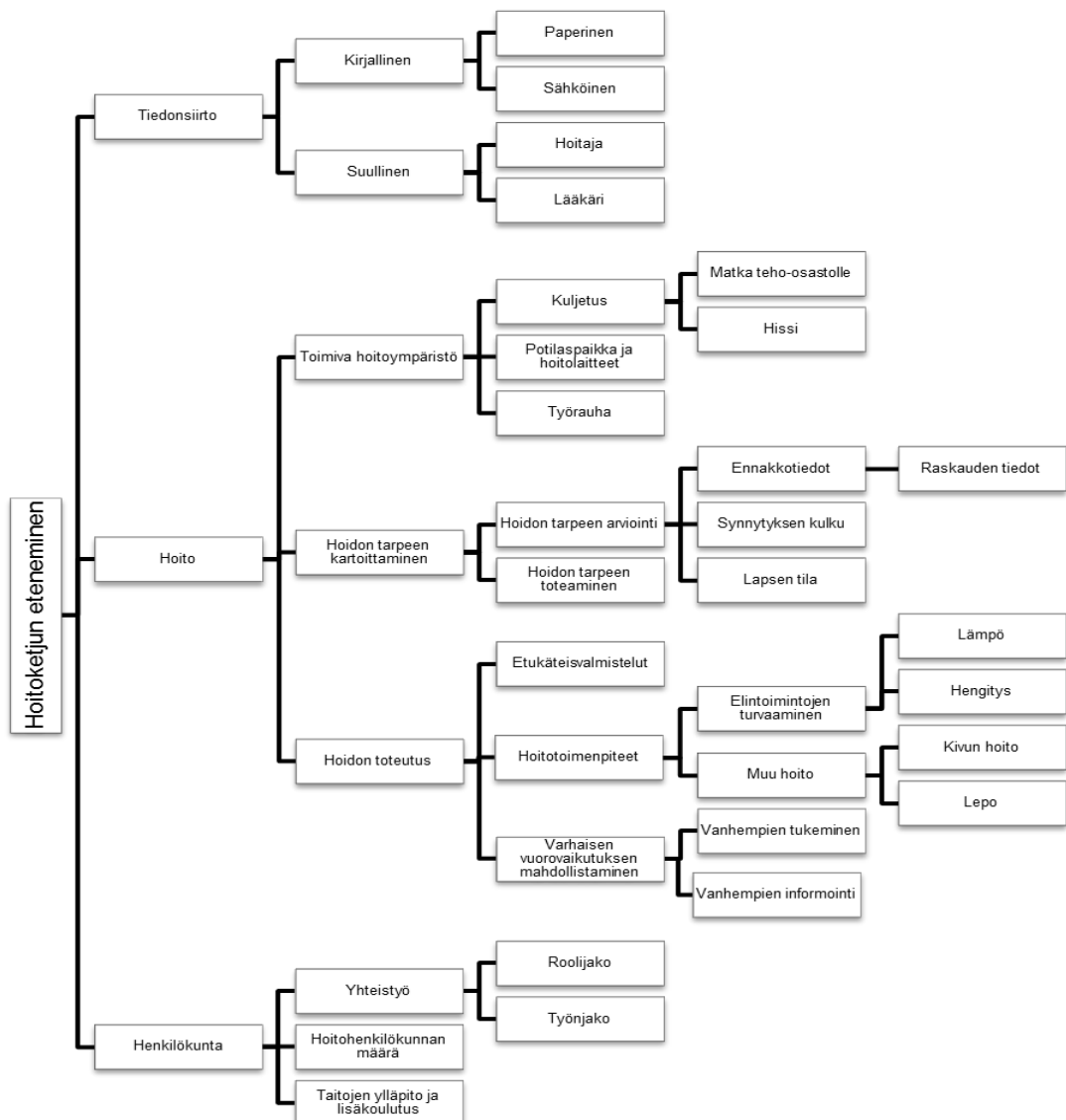
tutkimuskysymyksiin ”miten hoitoketju etenee synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle?” ja ”mitkä ovat hoitoketjun haasteet ja epäkohdat?”.

Apuna keskeisten asiakokonaisuuksien jäsentämiseen litteroidusta materiaalista käytettiin haastattelurungon (Liite 2) teemoja. Asiakokonaisuudet kirjoitettiin erilliselle dokumentille jonka jälkeen ne tiivistettiin yksinkertaistettuun muotoon. Samankaltaiset asiakokonaisuudet ryhmiteltiin. (Hirsjärvi & Hurme 2011; 136-137.) Asiakokonaisuusryhmien sisällöstä poimittiin yhteneväisyyksiä jotka tiivistettiin asiasanoiksi. Sisällöltään samankaltaiset asiasanat yhdistettiin. Näistä asiasanaryhmistä muodostui kullekin tutkimuskysymykselle useita luokkia. Pääluokan alle muodostettiin tutkimuskysymysten mukaan kaksi yläluokkaa, joiden alle puolestaan muodostui lopulta seitsemän alaluokkaa. Ensimmäisen yläluokan: *hoitoketjun eteneminen synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle* alle muodostui kolme alaluokkaa: *henkilökunta, hoito ja tiedonsiirto*. Toisen yläluokan: *hoitoketjun haasteet ja epäkohdat* alle puolestaan muodostui seuraavat neljä alaluokkaa: *hoitoympäristö, henkilökunta, tiedonsiirto ja lapsen vointi*. Valmiiden asiasanaluokkien pohjalta muodostettiin pääteemoittain kaksi erillistä miellekarttaa (Kuviot 1 ja 2) sekä yksi kokoava miellekartta (Liite 6: Kuvio 1).

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Hoitoketjun eteneminen synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle

Tuloksissa korostui hoitoketjun etenemiseen liittyvät keskeiset tekijät. Potilassiirron onnistumisen kannalta nämä keskeiset tekijät ovat henkilökunta, lapsen saama hoito ja toimiva tiedon siirtyminen osastolta toiselle (kuvio 1).



Kuvio 1. Hoitoketjun eteneminen synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle

Tuloksien mukaan, virvoittelutoimia tai tehohoitoa tarvitsevan lapsen synnyttyä, tapahtuu vastasyntyneen alkuhoito synnytyssalin tiloissa, useimmiten virvoitteluhuoneessa. **Henkilökunnan kannalta tärkeimmäksi** tekijäksi nousi toimiva yhteistyö potilassiirtotilanteessa. Henkilökunta koki myös tärkeänä osastojen välisen avoimen työilmapiirin. Pääosin osastojen välinen ilmapiiri koettiin hyvänä ja yhteistyö toimivana; apua uskalletaan pyytää ja sitä sai aina tarvittaessa. Osastojen yhteisten virvoitteluharjoitusten, eli simulaatioiden, koettiin kasvattaneen keskinäistä yhteistyötä ja parantaneen kanssakäymistä hoitohenkilökunnan välillä. Simulaatioita pidettiin myös hyödyllisinä ammattitaidon ja käytännön kokemuksen kartuttamisen kannalta. Virvoittelutilanteen sujuvuuden kannalta oli henkilökunnan mukaan käytännön kokemus alkuhoidosta tärkeää ja simulaatioiden kautta myös kokemattomat hoitotyöntekijät saavat mahdollisuuden harjoitella tilannetta turvallisesti ja ohjatusti.

Hoitohenkilökunnan mukaan **yhteistyö** on tehokkainta kun työnjako on selkeää ja jokaisella hoitoketjuun osallistuvalla on oma rooli. Tulosten mukaan rauhallinen ja asiantunteva johtaja luo pohjan työnjaolle ja johtajan roolin katsottiin kuuluvan kokeneimmalle lastenlääkärille, muussa tapauksessa hoitohenkilökunnan kokenein jäsen ottaa vetovastuun virvoittelutilanteessa. Vetovastuuseen toivottiin haastatteluissa vain yhtä henkilöä, jotta virvoittelutilanne pysyisi selkeänä ja johdonmukaisena. Johtajan rooli nousi esiin ensisijaisen tärkeänä tekijänä kaikissa haastatteluissa.

Ja se et jokainen kyllä tietää sen oman roolinsa siinä tilanteessa – et jokainen pystyy lukemaan sitä [virvoittelutilannetta].

Jokaisella on se oma tehtävä mitä kuuluu tehdä, et ei oo niinkun epäselvyyttä.

Selkee työnjako sekä siellä alakerrassa että täällä meidän puolella; kuka kantaa vastuun tai kuka tekee niitä päätöksiä ja ohjaa toimintaa, ettei tuu liian monta pomoo siihen tilanteeseen.

Lääkäriin pitäis niinkun ohjata sitä koko ajan koko tilannetta.

Hoitohenkilökunnan mukaan synnytystä hoitaa tavallisesti kätilö-lastenhoitaja-pari. Virvoittelutoimia tarvitsevan lapsen synnyttyä lastenhoitaja siirtää lapsen virvoitteluhuoneeseen saamaan alkuhoitoa. Synnytysosastolla alkuhoitoon osallistuu lastenlääkäri ja synnytysosaston henkilökunta sekä tilanteesta riippuen usein myös vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunta. Vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunta kutsutaan

paikalle aina kun kyseessä on ennen raskausviikkoa 32-syntyvä lapsi. Muussa tapauksessa synnytysosaston henkilökunta arvioi tilanteen ja kutsuu tarvittaessa lisäapua vastasyntyneiden teho-osastolta. Lisäapua voidaan kutsua paikalle etukäteen, jos ennakkotietojen perusteella odotetaan lapsen tarvitsevan tehostettua alkuhoitoa. Lastenlääkäri kutsutaan myös paikalle hyvissä ajoin. Kaikkien virvoitteluun osallistuvien kesken jaetaan roolit ennakkoon ja työtehtävät kerrataan mahdollisuuksien mukaan. Tilanteissa, joissa lapsen avuntarve tulee odottamatta, kutsutaan lisäapu paikalle välittömästi. Lastenlääkäri kutsutaan yllättävässä tilanteessa paikalle heti, kun lapsen avuntarve todetaan. Yllättävässä tilanteessa roolinjako tapahtui hoitohenkilökunnan tilanteenluvun kautta.

Meiän välit on sinne niin hyvät et niil on se kantti et kun ne tarvii apua ni sit soitetaan. Ei hienostella lasten kustannuksella.

Ja sit jos sieltä joku soittaa et hei äkkii tänne, ni sit tietää et sinne on mentävä, et kengät eteisen lattialta ja sit juostaan. Eikä siin sit kysellä et kuka lähtee vaan siitä sit heti ketä vastaa puhelimeen ja huutaa vaan perään et nyt tuli kiire.

Ja sithän on siin tilantees, ku odotellaan sitä tiedossa olevaa sairasta lasta, ni siinähän käydään tuol virvoittelussa. Et siin käydään ja kerrataan et mitä sitten, mitä kukin tekee kun lapsi tulee tähän...

Haastatteluissa ilmeni, että riittävä **hoitohenkilökunnan määrä** koettiin tärkeänä kaikissa hoitoketjun vaiheissa. Vastasyntyneiden teho-osastolle lapsi siirtyy joko teho-osaston henkilökunnan hakemana tai synnytysosaston henkilökunnan tuomana. Teho-osastolla vastaanottotilanteessa hoitovastuun lapsesta ottaa lasta hakemassa ollut hoitaja. Jos synnytysosaston henkilökunta tuo lapsen, on hoitovastuu sovittu hoitajien kesken etukäteen. Usein lasta saattamassa on myös synnytyksessä mukana ollut tukihenkilö. Kun lapsi vastaanotetaan teho-osastolle, on tilanteessa hyvä olla riittävästi henkilökuntaa. Tilanteeseen osallistuu lastenlääkäri, vähintään kaksi hoitajaa ja usein virka-aikana lääkintävahtimestari. Hoitovastuun ottanut hoitaja huolehtii vain lapsesta, muu hoitohenkilökunta huolehtii lapsen hoitoon tarvittavat lääkkeet, nesteet ja laitteet. Lisäksi tarvitaan hoitaja tukemaan ja informoimaan lapsen omaisia. Haastateltavat kokivat omaisten huomioimisen tärkeänä osana potilassiirtoprosessia. Kun lapsi on saatettu hoitoon teho-osastolle palaa tukihenkilö kättilön mukana synnytysosastolle synnyttäneen luokse.

...sit ku osastolle tullaan ja seil on paikka valmiina ja sit on aina vastassa muutama hoitaja ja sit jos on virka-aika ni lääkintävahtimestari sitten siinä kans auttamassa.

Ihannetilannehan on se, et on se hoitaja joka on siinä läsnä vauvan kanssa sit yks hoitaja joka juoksee siinä ja yks hoitaja tekee lääkkeit.

Vastasyntyneen saama **hoito koostuu** toimivasta hoitoympäristöstä, hoidon tarpeen kartoittamisesta sekä hoidon toteuttamisesta. Toimiva **hoitoympäristö** muodostuu hoitolaitteista, tarkoituksen mukaisista työskentelytiloista sekä rauhallisesta työskentely-ympäristöstä, jossa potilassiirto tapahtuu. Siirtotapahtuman kannalta koettiin tärkeäksi, että hoitolaitteet ovat toimivia ja yhteensopivia molemmilla osastoilla. Lisäksi koettiin tärkeänä, että hoitajilla on taitoa käyttää niitä. Molempien osastojen henkilökunta koki hoitolaitteiden tarkastamisen tärkeäksi osaksi siirtotapahtuman käynnistymistä. Osaksi toimivaa hoitoympäristöä katsottiin myös tieto hoitoon tarvittavien välineiden sijainnista ja työskentely koettiin mielekkäämmäksi, jos työskentely-ympäristö oli tuttu entuudestaan. Haastatteluissa todettiin osastojen fyysinen sijainti tärkeäksi osaksi toimivaa hoitoympäristöä. Potilassiirtoa sujuvoittaakseen teho-osastolla on aina potilaspaikkoja valmiina, ja tämä katsottiin tärkeäksi osaksi potilassiirtoa.

Ne koneet pitäis olla toimivia. Et hoitajien pitäis osata niit käyttää.

Sinnehän lähtee edeltä yks synnytyssalin henkilökunnasta varaamaan hissiä...

Lapsen **hoidon tarpeen kartoittamista** nopeuttavat huomattavasti perusteelliset ennakkotiedot. Ennakkotietoihin kuuluvat tiedot raskauden ja synnytyksen kulusta, lapselle tehdyistä virvoittelutoimenpiteistä sekä äidin perussairauksista. Heti lapsen synnyttyä tarkistetaan lapsen status, jonka perusteella todetaan mahdollinen hoidon tarve. Statuksen selvittämisen apuna käytetään apgar-pisteitä ja lisäksi seurataan lapsen peruselintoimintoja. Raskauden tiedot selviävät äitiä haastatteleamalla ja neuvolakorttia tarkastelemalla. Ennakkotiedot täydentyvät usein potilassiirtotapahtuman aikana ja sen jälkeen, eteenkin kiireellisissä siirtotilanteissa.

Ja sit ku se syntyy, ni ehdit antaa apgarpisteet ja kattoo et lähteeks hengitys toimimaan ja onko pulssi hyvä ja heti alkuunsa katot sen lapsen statusen...

Ni siinä kahden tunnin aikana ne vastasyntyneetkin vauvat pitäis olla siinä kunnossa et ne.. tiedetään jaksaako ne ja pärjääkö tuolla vuodeosastolla vai pitääkö mennä keskolaan.

Kun vastasyntyneen tila vaatii virvoittelutoimenpiteitä, aloitetaan **hoidon toteutus** viemällä lapsi synnytysosaston virvoitteluhuoneeseen. Etukäteisvalmistelut aloitetaan kutsumalla tarvittava henkilökunta sekä kartoittamalla ja ottamalla esiin tarvittavat hoitovälineet sekä lääkkeet ja saattamalla ne käyttökuntoon. Tarvittaessa välineitä ja lääkkeitä tuodaan vastasyntyneiden teho-osastolta.

Joskus jos oikeen pieniviikkoinen, ni sit me otetaan täältä jotain mukaan. Tippaa, surfaktantti...

Vastasyntyneen hoitotoimenpiteet perustuvat elintoimintojen turvaamiseen. Haastatteluvien mukaan tärkeimmät huomioitavat asiat siirtotilanteessa ovat hengityksen turvaaminen, vastasyntyneen ruumin lämmön säilyminen, rasiuksen minimointi sekä kivun hoito. Mikäli vastasyntynyt ei pärjää syntymän jälkeen omalla hengityksellään tuetaan hengitystä antamalla huoneilmaa tai lisähappea hengitysmaskin kautta, tai avustamalla hengitystä CPAP:n avulla tai intuboimalla lapsi. Intubaatiovalmius huomioidaan koko siirtoprosessin ajan sillä tarve intubaatioon voi syntyä myös siirron aikana tai lapsen siirryttyä teho-osastolle. Lämmön turvaamiseksi vastasyntynyt kuivataan hyvin syntymän jälkeen ja kuljetuksen aikana lapselle lisälämpöä tuovat joko lämpimällä vedellä täytetyt kumihanskat tai lämmitetyt geelipussit. Siirron aikana siirtokuvöösiin ei tule lisälämpöä. Jos lapsen vointi sallii, voidaan lapsi siirtää vanhempansa tai tukihenkilön ihokontaktissa. Vastasyntyneen siirtotapahtuma kaikkine nostoineen katsottiin rasittavan lasta. Koska vastasyntyneelle tulee potilassiirtotapahtuman aikana paljon nostoja, taataan vastasyntyneelle mahdollisimman paljon lepoa potilassiirron jälkeen. Siirron aikana lapsen vointia seurataan tarkkailemalla ihon väriä ja tarvittaessa myös monitorin avulla. Kun potilassiirtotapahtuma päättyy ja hoito aloitetaan vastasyntyneiden teho-osastolla, kytketään seurantalaitteet ja hengityksen tuki teho-osaston laitteisiin. Tässä vaiheessa vastasyntyneestä otetaan myös hoidon kannalta oleelliset laboratorionäytteet. Oireiden mukaisen hoidon aloittaminen vastasyntyneiden teho-osastolla tapahtuu välittömästi potilaan siirryttyä osastolle.

..stabiloidaan tilanne. Katotaan lähtötilanne, otetaan näytteet ja pistetään monitoriin ja sit toimitaan sen perusteella.

..se CPAP tai sit ihan omalla hengityksellä maskin kanssa tai sit joskus joudutaan ihan intuboimaan jos se on sen verran huonovointinen.

Vauvat haihduttaa niin paljon että pyritään pitää se että ne ei sitte viilentyis siinä matkan aikana [...] lämpöhanskoja ja muita että se on kauheen tärkeä että sitten kuivataan kauheen hyvin...

Ihokontaktissa ovat pysyny tosi lämpimänä ja reippaana.

Vanhempien rooli on siirtotapahtumassa merkittävä ja vanhempien huomioiminen on tärkeä osa hoitajien työtä. Usein isä tai tukihenkilö haetaan lapsen vierelle kun virvoittelutoimien kriittisin vaihe on ohi. Isä tai tukihenkilö tulee halutessaan mukaan kun lasta lähdetään siirtämään synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle. Synnytysosaston hoitaja toimii myös omaisen tukihenkilönä siirtoprosessin ajan. Kun hoito aloitetaan vastasyntyneiden teho-osastolla, palaa isä tai tukihenkilö siirrossa mukana olleen kättilön kanssa takaisin synnytysosastolle äidin luo. Tätä ennen isä tai tukihenkilö on saanut kirjallista informaatiota teho-osaston toiminnasta sekä hieman tietoa lapsen tulevasta alkuhoidosta. Kun alkuhoidot teho-osastolla ovat ohi ja tilanne rauhoittunut voi isä tai tukihenkilö ja mahdollisesti äitikin, oman vointinsa salliessa, tulla katsomaan lasta ja viettämään aikaa hänen kanssaan. Mikäli äiti ei vointinsa vuoksi pysty tulemaan lapsen luo, menee lastenlääkäri kertomaan lapsen voinnista äidille ja vie mukanaan valokuvan lapsesta. Jos lapsen ennuste on huono, pyritään takaamaan vanhempien läsnäolo lapsen vierellä. Vanhempien osallistuminen lapsensa hoitoon koetaan tärkeänä osana varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä ja sitä pyritään tukemaan hoitohenkilökunnan toimesta.

Kun lähetään siitä synnytyssalista pois, ni siinä vaiheessa isä tulee saattamaan sitä vauvaa.

Hoitajankin näkökulmasta on tärkeää että jollakin on aikaa tukea niitä vanhempia.

Yleensä ne isät lähtee sit siit kättilön mukana sinne ales ja tulee noin tunnin päästä uudestaan, sit ku se tilanne on rauhoittunu. Et sit pystytään paremmin keskittymään siihen isään ja informoimaan häntä lapsen tilanteesta. Lääkäri yleensä käy tuolla äidin luona puhumassa kun sen lapsen tilanne tasoittuu.

...alkuvaiheitten yhteydessä lapsesta valokuva, jonka sitten se lastenlääkäri käy viemässä äidille...

Osastojen välillä siirtyvä tieto koostui pääosin raskauden tiedoista, synnytyksen kuluista sekä lapsen voinnin muutoksesta ja nykyisestä statuksesta. Tiedonsiirto osastojen välillä voi tapahtua joko kirjallisesti tai suullisesti. **Kirjallinen** tiedonsiirto voi olla joko paperista tai sähköistä. Paperilla tieto osastojen välillä siirtyy neuvolakortin, esitietolomakkeen (Liite 7) ja virvoittelukaavakkeen (Liite 8) muodossa. Sähköinen tiedonsiirto tapahtuu potilastietokantojen välillä. Osastoilla on käytössä eri potilastietokannat. Tästä syystä sähköinen tiedonsiirto katsottiin olevan hidasta eikä aina ajan tasalla olevaa. Paperinen tiedonsiirto nähtiin sähköistä tiedonsiirtoa tärkeämpänä potilassiirtotilanteessa.

Ja kun siitä virvoittelukaavakkeesta kyllä äkkiä näkee, et ne... taustat, raskauden tiedot ja nyt synnytyksessä annetut lääkkeet ja vauvan tämän hetkinen status. Ne on kaikki siinä virvoittelukaavakkeessa.

Tärkeempi kuitenkin hoitaa se lapsi kuntoon kun ne kaavakkeet

Haastatteluissa korostui **suullisen raportoinnin** merkitys potilassiirtotilanteessa. Suullinen raportointi tapahtuu hoitohenkilökunnan välillä. Ensimmäinen tiedonsiirtotapahtuma on yleensä suullinen ja se tapahtuu puhelimitse osastojen välillä. Tieto siirtyy joko, kun mahdollinen hoidon tarve on ennakoitavissa jo ennen syntymää, tai kun hoidontarve on todettu lapsen synnyttyä. Näin vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunta saa tiedon vastasyntyneen mahdollisesta hoidon tarpeesta. Jos tehohoidon tarve on todettu jo ennen syntymää, ilmoitetaan vastasyntyneiden teho-osastolle kun lapsi on syntynyt tai juuri syntymässä, jolloin teho-osaston henkilökunta tietää lähteä synnytysosastolle. Seuraava tiedonsiirto tapahtuu puhelimitse, kun potilaan teho-hoidon tarve on todettu ja siirto teho-osastolle on alkamassa. Tällöin synnytysosaston henkilökunta raportoi teho-osastolle potilaan sen hetkisen statuksen.

Varmaan se raportointi on siinä se kaikkein tärkein.

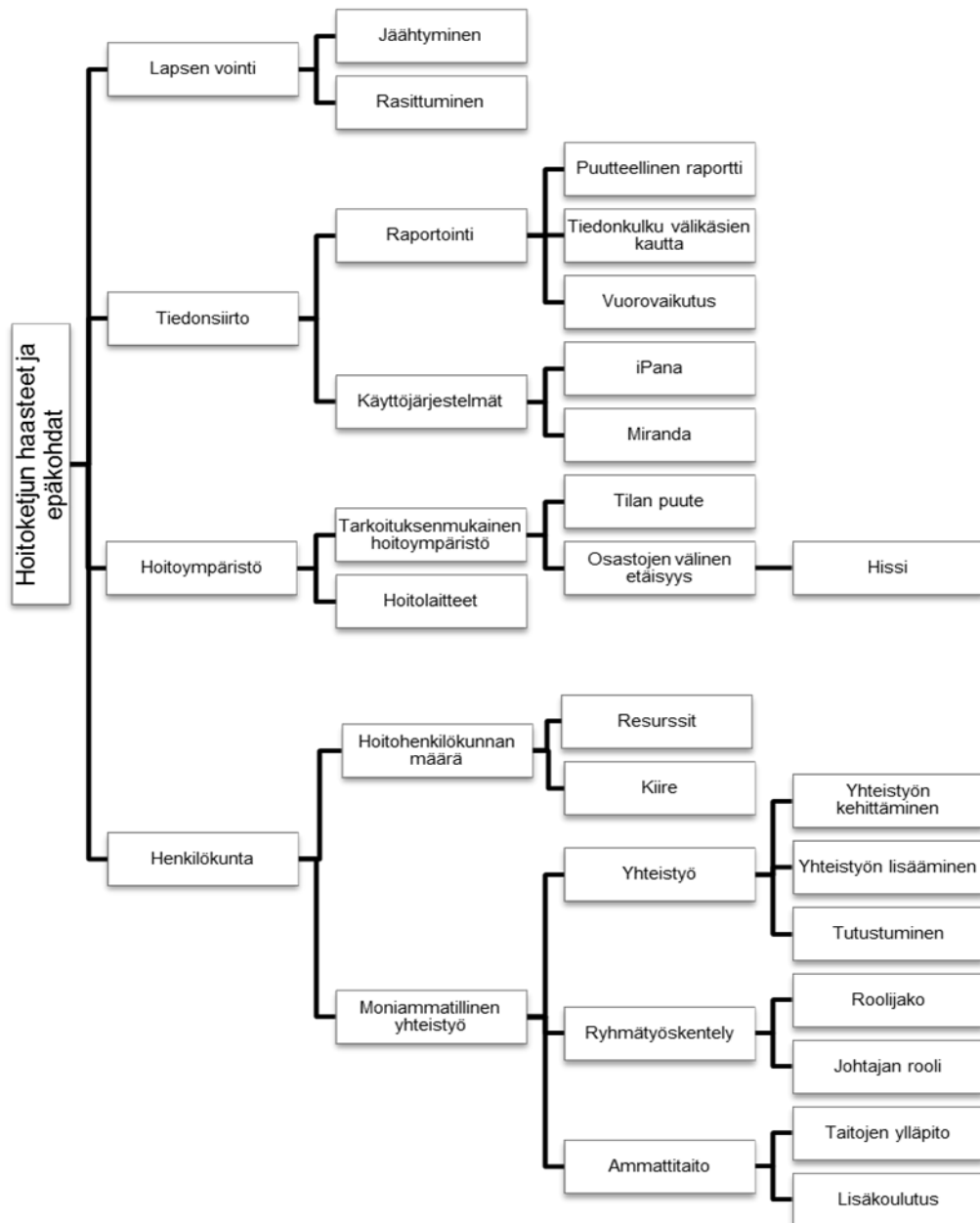
Suullinen- ja paperiraportointi on tässä se oleellinen. Ei tässä ehditä niinkun koneella kommunikoidaan yhtään tämmösessä tilanteessa.

Hoitaja antaa hoitajalle raportin ja samalla lääkäri antaa lääkärielle, aika usein käy niin.

Sieltä ilmoitetaan, et sieltä on syntymässä tämmönen lapsi [...] ja sit kun se h-hetki lähestyy ni sit ne soittaa vielä toisen kerran, et nyt saa tulla.

5.2 Potilassiirron aikana ilmenevät haasteet ja epäkohdat

Tulosten mukaan haasteet ja epäkohdat liittyvät neljään eri osa-alueeseen: henkilökuntaan, hoitoympäristöön, tiedonsiirtoon sekä lapsen vointiin (kuvio 2).



Kuvio 2. Haasteet ja epäkohdat potilassiirtotilanteessa

Henkilökuntaa koskevat haasteet katsottiin usein liittyvän hoitohenkilökunnan määrään sekä moniammatilliseen yhteistyöhön. **Hoitohenkilökunnan määrään** liittyvät haasteet puolestaan liittyvät resursseihin sekä kiireeseen. Resurssien tiedetään olevan

rajalliset ja niiden rajallisuus koettiin vaikuttavan hoitohenkilökunnan määrään. Jokaisessa haastattelussa toivottiin lisää henkilökuntaa. Vähäinen henkilökunnan määrä koettiin ongelmallisena, etenkin silloin kun potilassiirtotapahtuman tarve tulee yllättäen. Teho-hoitoa tarvitsevia saattaa syntyä useampia samanaikaisesti, jolloin hoitohenkilökunnan määrän tarve kasvaa. Toisinaan hoitohenkilökuntaa saattaa olla myös liikaa, etenkin virvoittelutilanteessa jossa työrauha ja keskittyminen ovat ensisijaisen tärkeitä. Myös tämä nähtiin ongelmana. Kiire vaikuttaa useampaan osa-alueeseen potilassiirtotapahtuman aikana. Raportointi osastojen välillä saattaa olla puutteellista, mikäli hoitajalla ei ole ollut aikaa perehtyä potilaan taustoihin. Jos virvoittelun tarve tulee yllättäen, ei taustatietoja välttämättä ole ollut synnytysosastolla aikaa kerätä. Tällöin raportti tehosastolle voi olla vajavainen. Kiire aiheuttaa helpommin myös unohduksia ja vahinkoja.

Eli lisää henkilökuntaa!

Kiire. Kiireen takia mahdollisesti se hoito viivästyy, kuitenkin se minuutti voi olla, ja on pitkä aika.

Mut joskus on kyllä niitä tilanteita tuolla alhaalla, kun siellä on ihan liikaa ihmisiä – työrauha häiriintyy.

Moniammatillinen yhteistyö korostuu potilassiirtotapahtuman alussa. Kokemattomuus koettiin vaikuttavan ryhmätyöskentelyn laatuun ja vaikeuttavan roolinjakoa. Kokematon lääkäri koettiin ongelmallisena, sillä silloin johtajan rooli ei ole selkeä ja kokenein tilanteessa saattaa yllättäen joutua haluamattaan suureen vastuun eteen. Myös hoitajien kokemattomuus virvoittelutilanteessa nähtiin hankaloittavana tekijänä. Molemmilla osastoilla koettiin, että kokemus virvoittelutilanteista on tärkeää ammattitaidon kannalta. Kokemattomuuden katsottiin aiheuttavan tilanteeseen sekavuutta. Lisäkoulutus osastojen yhteisten simulaatioharjoitusten muodossa koettiin hyödyllisenä, mutta niihin osallistuminen katsottiin hankalaksi ajankohdan vuoksi. Osastojen jakautuminen eri yksiköihin koettiin haasteena. Osastojen välille toivottiin laajempaa yhteistyötä, sillä tietämättömyys toisen osaston toiminnasta koettiin aiheuttavan ennakkoluuloja ja yhteistyön heikentymistä. Tästä syystä toivottiin laajempaa tutustumista toisen osaston henkilökuntaan ja toimintaan.

Kokematon päivystäjä, niin ne on aika sellasia haasteellisia, ikäviä tilanteita sen oman itsen kannalta, et tuntee ettei oo valmis ottamaan sitä vastuuta ja kuitenkin se vastuu on pakko ottaa.

Kokematon etupäivystäjä joutuu suuren vastuun eteen ja sitten sitä myöten hoitajien vastuu kans lisääntyy heti.

Jotain palaveria tai jotain sellasta. Sekin auttaa joskus jos esimerkiksi tietää ihmisen, miten se toimii ja miten se puhuu. Helpottaa kanssakäymistä kun sä tunnet jonkun ihmisen.

Hoitoympäristö koettiin puutteellisena vähäisen työskentelytilan ja osastojen välisen etäisyyden vuoksi. Matka synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle todettiin kaikissa haastatteluissa olevan pitkä ja hissien vaikeuttavan matkan tekoa entisestään. Hissiä pidettiin epäluotettavana ja sen varaamiseen tarvittiin yksi erillinen henkilö synnytysosaston puolelta. Synnytysosaston virvoitteluhuonetta pidettiin ahtaana etenkin tilanteessa, jossa virvoiteltavia on useita. Tietämättömyys hoitolaitteiden käytöstä vaikeuttaa potilassiirtoprosessia. Myös hoitolaitteiden vanhanaikaisuus ja osastojen välinen yhteensopimattomuus nostettiin esiin potilassiirtoon negatiivisesti vaikeuttavana tekijänä. Vastasyntyneen siirtämiseen käytetään erillistä siirtokuvöösiä. Tämä kuvöösi koettiin hankalaksi liikutella osastojen välillä. Teho-osastolla vastasyntynyt siirretään osaston omalle potilaspaikalle ja siirtokuvöösi viedään takaisin synnytysosastolle. Nämä siirrot katsottiin lapsen voinnin kannalta haitallisiksi ja toivottiin että lapsen siirtoon käytettäisiin hoitopöytää tai kuvöösiä, joka jäisi lapsen käyttöön hoidon ajaksi teho-osastolla.

Et pitäis olla vähän isommat tilat tai vähän leveämpi käytävä – ei me tarvita ku uus sairaala, jossa on synnärei ja keskola vierekkäin.

Matkahan on aika pitkä.

Et osastot olis mahdollisimman lähekkäin niin silloin siinä se hoidon viive minimoidaan.

Kömpelöi noi meidän kaapit täs tilantees... Isoi eikä oikeen sovi tällaseen siirtämiseen...

Tiedonsiirrossa suurimmiksi haasteiksi nousi raportoinnin puutteellisuus teho-osastolle ja erilliset sähköiset käyttöjärjestelmät. **Raportti** saattaa olla puutteellinen kiireen tai kättilön kokemattomuuden vuoksi. Etenkin kiireellisissä siirtotilanteissa tietoa ei aina saada tarpeeksi. Teho-osastolla kerrottiin tietojen täydentyvän usein vasta kun varsinainen potilassiirtotapahtuma on ohi. Synnytysosaston henkilökunta koki epäkohdana raportointitilanteessa tapahtuvan vuorovaikutuksen teho-osastolla. Lapsen hoitaminen alkaa välittömästi ja koettiin, ettei raporttia vastaanottamassa ole aina yhtä selkeää henkilöä.

Me sit soitellaan puolin ja toisin tietojen perään, et jos ei oo kaikkii tietoja

Ehkä kaikkein haasteellisimpia näistä on se, kun synnytyssali soittaa 'tulee huonokuntoinen vauva' ja 'klik' puhelin kiinni, koska silloinhan me ei tiedetä niinkun mitään siitä lapsesta.

Koska he tosissaan niinkun puuhailee heti siellä sen lapsen kanssa.

Kuunteleeko kukaan?

Joissain tilanteessa raportointi lapsen tilasta ja synnytyksen kulusta tapahtui välikäsien kautta. Jos synnyttäjän tila vaatii, jää synnytystä hoitanut kätilö äidin vierelle. Tällöin kätilö antaa raportin tilanteesta lastenhoitajalle, joka puolestaan huolehtii jatkossa tiedonsiirrosta. Tiedon välittäminen pelkän kätilöltä saadun raportin perusteella koettiin haastavaksi tilanteen kokonaiskuvan puutteen vuoksi. Sähköisessä muodossa tapahtuva nähtiin hitaana ja ongelmallisena. Osastoilla on käytössä **kaksi eri käyttöjärjestelmää**. Osastojen tieto toisella osastolla käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä on puutteellista ja aiheuttaa sekaannusta ja tietokatkoja tiedonsiirrossa osastojen välillä. Haastatteluissa ei tullut ilmi selkeää ohjeistusta saumattomaan sähköiseen kirjaamiseen osastojen välillä.

Näitten sisäänkirjaus-uudistusten myötä on hankaloittanut tätä hyvin paljon tää uus sisäänkirjaaminen. Et salin täytyy ensin kirjata se lapsi, ennen ku me saadaan se tänne, et se hidastuttaa...

Mä en oo ihan varma onks meil samat tiedot.

Suurimmaksi epäkohdaksi **lapsen kohdalla** katsottiin siirron rasittava vaikutus lapsen vointiin. Potilassiirron vuoksi varhainen vuorovaikutus lapsen ja vanhempien välillä katkeaa hetkellisesti. Ihokontaktin puute ja nostelu kuvöösistä toiseen aiheuttaa vastasyntyneelle ruumiin lämmön laskua ja stressiä. Lämmön säilymiseen käytetyt geelipussit ei koettu tuovan toivottua apua lapselle.

Ensimmäinen suuri riski on se lapsen jäähtyminen

Nostoja tulee lapselle aika monta – kyllä se jäähtyy ja rasittaa.

6 LUOTETTAVUUS JA TUTKIMUSETIIKKA

Koko opinnäytetyön tekemisprosessin ajan tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että kaikissa työn vaiheissa noudatetaan ehdotonta huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä. Tutkimuksen pohjana tulee käyttää lähdemateriaalina luotettavia tietokantoja sekä mahdollisimman tuoreita painoksia ja lähdemateriaalit kirjataan tarkasti. Aineistonkeruumenetelmä suunnitellaan sekä toteutetaan huolellisesti, jotta haastattelutilanne on lähtökohtaisesti aina samanlainen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011)

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida koko tutkimusprosessin ajan. Luotettavuutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan tarkastella usealla eri tavalla. Yksi tapa arvioida luotettavuutta on *uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden* kautta. Uskottavuus on tärkeä tekijä arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. Jotta tutkimustulokset ovat luotettavat, tulee analyysiprosessi olla kuvattuna mahdollisimman tarkasti ja selkeästi. On myös tärkeää, että tulokset on luokiteltu kattavasti ja teorianäytönä käytetty aineisto tukee tuloksia (Kankkunen, Julkunen-Vehviläinen. 2009, 160). Analyysivaiheessa tärkeää luotettavuuden kannalta on, että analyysiluokat määritellään aineiston perusteella eikä ennalta asetettujen muuttien mukaan. Luokkien tulee olla käsitteellisesti yhdenmukaisia ja toisensa poissulkevia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 219.) Tässä tutkimuksessa on kirjoitettu auki analyysiprosessin vaiheet mahdollisimman kattavasti. Tulosten yhteydessä on nähtävillä miellekartat jotka havainnollistavat tutkimuksen tuloksia ja analyysiluokkien muodostumista. Kaikki haastatteluaineistosta esille tullut tieto on pyritty nostamaan luokittelussa esille. Tuloksissa esiintyviä käsitteitä ja työhön liittyviä aiheita on avattu työn alussa mahdollisimman luotettaviin ja tuoreisiin lähteisiin viitaten.

Vahvistettavuus on tärkeä tekijä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Sen mahdollistaa tutkimusprosessin kaikkien vaiheiden tarkka kuvaus, jotta toinen tutkija voi halutesaan seurata tutkimusprosessia (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Vahvistettavuuteen laadullisessa tutkimuksessa vaikuttaa vahvasti se, että tutkimustulosten tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkökulma ja harvemmin laadullisessa tutkimuksessa pyritään toistettavuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen.1998. 215-216). Toisen tutkijan toistaessa tutkimusprosessia voivat siis tulokset poiketa toisistaan (Kylmä & Juvakka.2007. 129). Kaikki työvaiheet on tässä tutkimuksessa pyritty selventämään yksityis-

kohtaisesti. Vahvistettavuutta tukee se, että haastattelut on tehty ennalta asetettujen tutkimuskysymysten pohjalta ja kaikissa haastatteluissa on käytetty teemahaastattelurunkoa (Liite 2). Jokaisessa haastattelussa haastattelijat varmistivat, että haastattelurungon kaikkiin kysymyksiin saatiin vastaukset. Jokainen haastattelutilanne pyrittiin aloittamaan samalla tavalla ja jos täydentäviä kysymyksiä esitettiin, ne esitettiin aina samalla tavalla.

Siirrettävyys viittaa tutkimustulosten paikkansapitävyyteen toisessa ympäristössä vastaavissa tilanteissa. Jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida, on tärkeää kuvailla riittävän tarkasti tutkimukseen osallistujia ja tutkimuksen ympäristöä (Kylmä & Juvakka 2007, 129), sekä itse tutkimusprosessia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Haastateltavat tätä tutkimusta varten on valittu satunnaisesti työaikojen mukaan. Haastateltaville jaetuista suostumuslomakkeista selviää haastateltavien työkokemus vuosina. Haastattelut on toteutettu haastateltavien omassa työympäristössä.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoutta omien taustojen vaikutuksesta tutkimuksen tekemiseen ja sen tuloksiin. Tutkijan omat ennakkotiedot ja ennakkoluulot saattavat vaikuttaa tutkimusprosessin jokaiseen vaiheeseen ja tämän tiedostaminen sekä auki kirjoittaminen on tärkeää tutkimuksen luotettavuuden kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä tutkimuksessa on pyritty huomioimaan tutkijoiden ennakkotiedot osastojen toiminnasta ja sulkemaan ne ulkopuolelle tutkimusta tehdessä.

Haastatteluaineiston luotettavuutta lähestyttäessä kiinnitetään erityistä huomiota juuri haastattelutilanteessa esitettäviin kysymyksiin. Jos kysymykset ovat liian suppeita tai johdattelevia, tutkimuksen luotettavuus vähenee. (Paunonen, Vehviläinen- Julkunen. 1998, 217) Näin ollen käytettiin haastatteluissa tarpeeksi avoimia kysymyksiä antaen osallistujille vapauden keskustella aiheesta ja kertoa oman näkemyksensä. Kysymykset, joihin voi vastata vain ”kyllä” tai ”ei” karsittiin tästä tutkimuksesta. Haastattelutilanteessa keskustelu tutkittavasta aiheesta sai olla vapaamuotoista. Kuitenkin haastattelutilanteessa tulee varmistaa, että saadaan vastaukset ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin tai teemoihin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2010, 97). On myös otettava huomioon, että haastattelutilanteessa moni asia vaikuttaa haastateltavien antaman tiedon paikkansapitävyyteen. Haastateltavat saattavat esimerkiksi haluta miellyttää haastattelijaa antamalla sosiaalisesti hyväksyttävämpiä vastauksia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 217).

Tässä tutkimuksessa haastattelijoiden tehtävä oli esittää ennakkoon asetetut kysymykset selkeästi ja varmistaa, että jokaisessa haastattelussa haastateltavat keskustelivat aina samoista teemoista. Haastattelut litteroitiin pian haastatteluiden jälkeen noudattaen erityistä huolellisuutta, jotta jokainen haastattelun yksityiskohta saatiin kirjalliseen muotoon. Tulosten luotettavuutta parantaa se, että haastattelujen litterointi tapahtuu mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen (Hirsjärvi & Hurme. 2011. 185).

Eettisten asioiden huomioiminen korostuu kun käytetään ihmisiä tietolähteinä. Tämän tutkimuksen haastateltavina oli hoitotyöntekijöitä ja heitä koskevat samat oikeudet kuin ketä tahansa muutakin tutkittavana olevaa (Leino-Kilpi, Välimäki. 2008. s.368.) Tutkimuksessa huomioitiin koko aineistonkeruuprosessin ajan haastateltavien oikeudet. Tämä sisältää haastateltavien informoinnin ennen haastattelua, oikeuden esittää kysymyksiä, kirjallisen suostumuksen allekirjoittamisen, anonymiteetin sekä oikeuden keskeyttää tutkimuksen tai kieltäytyä siitä omalta osaltaan ja oikeuden saada tietoa tutkimustuloksista. Ennen haastattelun aloittamista varmistetaan, että osallistujat tietävät haastattelun tarkoituksen. (Leino-Kilpi, Välimäki. 2008, 367).

Ennen haastatteluja osastojen 360 sekä 413 osastonhoitajille lähetettiin sähköpostitse tietoa tutkimuksesta ja sen toteutuksesta (Liite 3). Samassa sähköpostissa lähetettiin haastateltaville jaettavaksi tarkoitettu tiedote koskien tutkimusta ja haastatteluja. (Liite 4). Haastattelutilanteen alussa haastateltavat saivat luettavakseen saman tiedotteen vielä toistamiseen (Liite 4), jonka jälkeen annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä haastattelua ja tutkimusta koskien. Tämän jälkeen haastateltaville jaettiin suostumuskaavakkeet. (Liite 5). Erityisesti materiaalin analyysivaiheessa on tärkeää, että haastateltavien anonymiteetti säilyy (Kylmä & Juvakka 2007, 153). Anonymiteettia kunnioitettiin tutkimuksen aikana ja haastattelumateriaaleista tai litteroidusta materiaalista ei käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys. Suostumuslomakkeessa (Liite 5) pyydettiin yhteystiedot ja suostumus tutkimukseen osallistumiseen sekä haastattelun nauhoittamiseen. Näin varmistettiin, että tutkittavat olivat tietoisia haastattelujen nauhoittamisesta ja sallivat sen. Yhteystietojen vuoksi lomakkeet säilytettiin erikseen haastattelumateriaalien kanssa, jotta niitä ei voitaisi yhdistää toisiinsa. Haastattelunauhut hävitettiin asianmukaisella tavalla. Myös litteroinnista syntynyt materiaali sekä suostumuslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimusprosessin tarkastelua

Tämä opinnäytetyö on tehty aiheesta, josta on saatavilla vain vähän aikaisempaa tutkittua tietoa. Aikaisempien tutkimusten vähäisyyden vuoksi päädyttiin laadullisen tutkimuksen suorittamiseen, jotta saataisiin selvitettyä potilassiirtotapahtumaa kokonaisuutena. Teemahaastattelu on hyvä väline, jos halutaan saada tietoa ihmisten kokemuksista (Vilkkä 2005, 97). Tutkimussuunnitelmassa tavoitteena oli saada tietoa haasteiden ja epäkohtien lisäksi hoitoketjun kronologisuudesta synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle. Haastattelusta johtuen, nousi haastatteluissa kuitenkin esiin vahvimmin hoitajien kokemukset ja näkemykset. Tästä syystä jäi tieto hoitoketjun varsinaisesta etenemisjärjestyksestä hyvin subjektiiviseksi ja osittain vajavaiseksi. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa, saimmekin enemmän vastauksia kysymykseen ”mitkä ovat tärkeät tekijät hoitoketjun etenemisen kannalta synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle”. Alkuperäiseen kysymykseen hoitoketjun kronologisuudesta olisi teemahaastattelun sijaan voinut esimerkiksi strukturoitu haastattelulomake tuoda esille enemmän objektiivista tietoa potilasketjun etenemisestä ja sen vaiheista.

Tiedonkeruumenetelmänä käytimme ryhmähaastattelun muodossa toteutuvaa teemahaastattelua, joka tapahtui osaston omissa tiloissa. Potilassiirto vaatii ryhmätyöskentelyä ja monen ihmisen yhdistettyä osaamista. Ryhmätilanteessa hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus palauttaa yhdessä mieleen hoitoketjuun liittyviä seikkoja ja samalla keskustella haasteista ja ongelmista. Tämä toi esiin mielipiteitä, jotka eivät olleet pelkästään yksilön omia vaan ryhmän yhdessä muodostamia. Tästä syystä koimme, että ryhmähaastattelu saattaisi olla hyvä väline kartoittaa potilassiirtoa hoitajan näkökulmasta. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä toi kuitenkin mukanaan joitain haasteita tiedon luotettavuuden suhteen. Joissain ryhmähaastattelutilanteissa oli havaittavissa, ettei haastateltava sanonut ääneen kaikkia ajattelemiaan asioita ryhmädynamiikasta johtuen. Havaitsimme, että toisinaan haastateltavalle saattoi olla hankalaa ilmaista työtovereistaan eriäviä mielipiteitä. Joissain ryhmissä nousi esiin yksi selkeä henkilö, joka johti keskustelua ja saattoi näin myös vaikuttaa toisten haastateltavien lausuntoihin. Näin ollen tutkimustulokset eivät välttämättä ole kaiken kattavia. Yksilöhaastattelut ryhmähaastattelujen rinnalla olisivat voineet tuoda mukanaan yksilöllisempiä mielipiteitä esimerkiksi työyhteisössä ilmenevistä ongelmista.

Haastattelut päätettiin suorittaa osastojen tiloissa työntekijöiden työajalla. Näin haastateltavat ovat tutussa ympäristössä ja heidän osallistumisensa tutkimukseen työajalla helpottuu. Kullekin haastattelulle varattiin tunti aikaa, kuitenkin jokainen haastattelu saatiin päätökseen ennen tunnin täyttymistä. Työympäristö haastattelupaikkana aiheutti tiettyjä häiriötekijöitä. Haastateltavien keskittyminen saattoi häiriintyä haastattelusta ulkopuolisen hoitotyöntekijän tullessa kysymään edelliseen työvuoroon liittyviä asioita. Haastateltavan keskittymiseen saattoi vaikuttaa myös se, että hänen työaikansa oli päättymässä. Jokaisessa haastattelussa saatiin häiriötekijöistä huolimatta vastaus kaikkiin teemahaastattelurungossa (Liite 2) oleviin kysymyksiin. Osassa haastatteluita vaadittiin kuitenkin haastattelihoiltoilta enemmän teemahaastattelurungon apukysymyksiä (Liite 2), jotta haastattelu etenisi. Haastatteluita tehtäessä huomasimme pian samojen asioiden toistuvan haastattelusta toiseen. Yhtäläisyyksiä löytyi verrattaessa samalla osastolla tehtyjä haastatteluja, samaten verrattaessa eri osastoilla tehtyjä haastatteluja keskenään.

Haastattelua suunniteltaessa sovimme haastateltavien valintakriteeriksi sen, että heillä on aikaisempaa kokemusta potilassiirroista. Tulosten kannalta emme kokeneet yhtä tärkeäksi osallistujien ikää tai koulutustaustaa. Tutkimuksen siirrettävyyttä arvioitaessa huomasimme, että nämä tiedot olisi kuitenkin ollut hyvä kerätä. Tuloksia arvioitaessa ymmärsimme haastateltavien taustojen saattavan vaikuttaa heidän näkemyksiinsä ja näin ollen myös tutkimuksen tuloksiin. **Jatkossa** olisi mielenkiintoista tutkia, miten hoitajien koulutus ja ikä vaikuttavat heidän näkemyksiin koskien potilassiirtoa, erityisesti siinä esiintyvää yhteistyötä ja roolijakoa.

Tämän tutkimuksen tuloksiin ja niiden tulkintoihin on osaltaan vaikuttanut se, että kätilöilyn koulutusohjelma on antanut opinnäytetyön tekijöille pohjatietoa osastojen toiminnasta ja vastasyntyneen hoidosta. Tätä tietoa on kertynyt teoriaopintojen lisäksi myös työharjoittelujen sekä työkokemuksen kautta. Näin ollen olemme jo ennen tutkimusprosessin alkua muodostaneet tiettyjä ennakkokäsityksiä vastasyntyneen hoitoketjusta osastojen välillä. Koko aineistonkeruu- ja aineiston analyysivaiheen aikana olemme aktiivisesti pyrkinneet ottamaan huomioon kaikki tuloksista nousevat asiat ja jättämään tutkimuksen ulkopuolelle aikaisemmat käsityksemme. Ennakkotiedot kuitenkin helpottivat tutkimuksen käytännön suunnittelua.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa koskien potilassiirron eri osa-alueita. Yhteisinä piirteinä nousi esiin hoitajien roolin, ammattitaidon, yhteistyön ja tiedonkulun tärkeys. (Jauhiainen 2009; Nuutinen, Nuutinen ym. 2004; Hynninen & Teräväinen 2009; Koivisto & Mäkelä 2011; Heward 2003; Niemi & Laakso 2010; Hendrich & Lee 2005; Malinen, Korkala ym. 2004; Tanttu 2007; Coleman & Berenson 2004; Nivalinna, Hietarinne ym. 2006; Lahtinen & Mattila 2012.) Aikaisempia tutkimuksia ei löytynyt vastasyntyneen potilassiirrosta synnytysosastolta vastasyntyneiden teho osastolle hoitajien kokemana. Tässä tutkimuksessa on saavutettu arvokasta tietoa, sillä tutkimuksen tuloksissa nousi esille hoitajien kokemuksia hoitoketjun onnistumiseen liittyvistä tärkeistä tekijöistä sekä hoitoketjussa ilmenevistä ongelmista. Hoitoketjuun liittyvät tärkeät tekijät antavat käyttökelpoista tietoa potilassiirtoprosessin kehittämistä varten.

Molempien osastojen hoitohenkilökunta piti yhteistyötä osastojen sisällä ja välillä pääosin hyvänä sekä toimivana. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että huonointa potilassiirtoprosessin kannalta oli ongelma yhteistyössä. Nämä ongelmat koettiin liittyvän useimmiten johtajan roolin ottamiseen ja vastuun kasautumiseen yllättäen henkilölle, joka ei tähän ollut varautunut. Erityisesti tällaisia tilanteita ilmeni, jos virvoittelutilanteessa hoitaja olikin lääkäriä kokeneempi. Johtajan puute koettiin aiheuttavan epäjärjestelmällisyyttä virvoittelutilanteeseen ja stressiä sille, joka johtajaksi yllättäen joutui. Simulaatioharjoitukset koettiin henkilökunnan kesken hyödyllisinä antaen harjoitusta kokeneelle ja kokemattomalle henkilökunnalle ja niitä toivottiin lisää. Mielestämme simulaatioharjoituksesta saa kokemusta työn- ja roolinjakotilanteesta sekä omaan rooliin tarttumisesta. Ajattelemmekin, että simulaatioharjoitukset ovat hyvä tapa harjoitella toden tuntuudessa ympäristössä vaarantamatta vastasyntyneen turvallisuutta. Simulaatioharjoitukset katsottiin hoitohenkilökunnan kesken antavan mahdollisuuden tutustua toisen osaston henkilökuntaan ja toimintatapoihin. Harjoitusten aikana voidaan siis kehittää yhteisiä, osastojen välisiä toimintamalleja lisäten osastojen välistä yhteistyötä.

Teho-osaston henkilökunta koki hyvänä, että synnytysosaston henkilökunta pyysi tarvittaessa apua. Myös synnytysosastolla koettiin, että apua teho-osastolta saatiin tarvittaessa. Avun pyytäminen teho-osaston sisällä koettiin ajoittain hankalaksi ja se mainittiin kehityskohteena. Mielestämme avun pyytämisen hankaluus osaston sisällä saattaa osittain johtua kiireestä, joka monessa haastattelussa mainittiin potilassiirtoja hankaloit-

tavaksi tekijäksi. Ajattelemme, että kiireinen ilmapiiri voi vaikuttaa työntekijöiden mielialaan ja työnteon motivaatioon negatiivisella tavalla. Tämä puolestaan voisi nostaa kynnystä avun pyytämiseen. Mahdollisesti myös oman tietämättömyyden myöntäminen voisi olla este avun pyytämiselle, varsinkin jos ilmapiiri on entisestään jo kiireinen. Kiireen helpottamiseksi molemmilla osastoilla toivottiin lisää henkilökuntaa ja resursseja työhyvinvoinnin ja osastojen väliseen yhteistyön parantamiseksi. Tämä voisi mielestämme olla ratkaisu myös osaston sisäisen yhteistyön parantamiseen. Tutkimuksesamme ei selviä osaston sisäisen kommunikaation vaikeuden laajuutta. Osastojen sisäisen kommunikaation ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi ja kehittämiseksi tulisi tehdä **jatkotutkimuksia**.

Tiedon kulkeminen on myös oleellinen osa osastojen välistä yhteistyötä. Tiedonkulkuun käytettiin potilassiirtotilanteessa useita eri välineitä, sekä suullisia että kirjallisia. Merkittävimpänä hoitohenkilökunta koki suullisen raportoinnin nopeuden vuoksi. Sähköisen kirjaamisen he kokivat hitaana toteuttaa. Kiireellisessä tilanteessa ei aina ollut aikaa jäädä tietokoneelle kirjaamaan tapahtumia, tästä syystä he suosivat sähköisen raportoinnin sijaan paperille kirjattavaa raportointia. Tosin kiireen vuoksi ei synnytysosastolla aina ollut aikaa täyttää esitietokaavakkeita kuin vasta jälkikäteen.

Vaikutelmaksi haastatteluista jäi, ettei tiedonsiirto osastojen välillä ole kovin järjestelmällistä. Yhdeksi ongelmaksi henkilökunta mainitsi osastojen käytössä olevat eri potilastietokannat, jotka eivät ole yhteydessä toisiinsa. Tällöin tärkeitä ennakkotietoja esimerkiksi raskauden kulusta jää teho-osaston henkilökunnalta puuttumaan. Teknologian kehityksen myötä sairaaloissa painotetaan usein sähköistä tiedonkulkua ja sähköisen kirjaamisen merkitystä. Sähköisen kirjaamisen avulla voisi ajantasainen tieto olla molempien osastojen käytössä, mikäli potilastietojärjestelmät olisivat yhteydessä toisiinsa tai molemmat osastot käyttäisivät samaa potilastietojärjestelmää. Nykyisen käytännön mukaan tämä ei kuitenkaan palvele tarkoitustaan, sillä henkilökunta kokee sähköisen kirjaamisen hankalana ja hitaana.

Etenkin kiireellisissä tilanteissa puutteellinen raportointi ja ennakkotietojen puuttuminen koettiin vaikeuttavan hoidon suunnittelua ja sen toteutusta teho-osastolla. Ennakkotietojen kattavuuden takaamiseksi, raportoinnin apuna voisi olla käytössä tärkeiden tietojen muistilista, jonka mukaan raporttia annetaan puhelimitse. Ennen kaikkea kiireellisissä tilanteissa korostuu raportoinnin kohdalla henkilökunnan määrän tarve. Näissä tilanteissa tulisi taata, että synnytysosastolla on yksi henkilö jolla on tietoa ja aikaa an-

taa kattava raportti lapsesta ja tämän ennakkotiedosta teho-osaston henkilökunnalle puhelimitse.

Tietokantojen lisäksi tiedonsiirtoa vaikeuttaa lapsen välitön hoidon tarve ja sen aloittaminen, jolloin suullinen raportointi synnytysosaston henkilökunnalta teho-osaston henkilökunnalle tapahtuu usein samaan aikaan kun lapsen hoito teho-osastolla alkaa. Hoitotoimenpiteiden nopea aloittaminen vaikeuttaa raporttia antavan ja raporttia vastaanottavan hoitaja kohtaamista. Tämän vuoksi jäi synnytysosaston henkilökunnalle joskus tunne, ettei heidän raporttiaan kuunnella. Raportoinnin ajoittuminen samaan aikaan lapsen hoitotoimenpiteiden aloittamisen kanssa, voisi mielestämme olla yksi syy siihen, miksi tieto ei osastojen välillä kulje aina saumattomasti. Mietimme, olisiko mahdollista suorittaa kattavin raportointi puhelimitse silloin, kun synnytysosastolla lapsen tila on saatu vakaaksi ja lapsi ei ole vielä siirtynyt teho-osastolle. Jos lapsen tila vaatii nopeaa siirtymistä, voisi raportointi tapahtua samaan aikaan, kun lasta siirretään teho-osastolle. Näin olisi mahdollista antaa suullinen raportti, ilman että hoitotoimenpiteiden aloitus hankaloittaisi raportointitilannetta. Jos raportointi tapahtuu teho-osaston puolella, tulisi raportointitilanne rauhoittaa ja raportti antaa mahdollisesti erillisessä tilassa hoitajalle, jolla on mahdollisuus keskittyä raportin vastaanottamiseen. Tämä takaisi työrauhan niin raportin antajalle ja vastaanottajalle kuin lapsen hoitoa aloittavalle henkilökunnalle.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista saattaa vaikuttaa teho-osastolle annettaviin tietoihin. Lain mukaan sivullisille ei saa luovuttaa hoitoon liittyviä tietoja ja pohdittavana onkin, ovatko lapsen äidin hoitotiedot oleellista silloin, kun lapsi on potilaana eikä lapsen äiti. Saako tällöin lasta hoitava henkilökunta lukea äidin sairauksiin, raskauteen ja synnytykseen liittyviä tietoja

Haastatteluissa hoitoympäristön toimivuus sai paljon kritiikkiä hoitohenkilökunnalta. Tilat koettiin ylipäätään ahtaiksi ja hoitoon tarvittavat välineet eivät aina vastanneet käyttötarkoitustaan. Suurimmaksi ongelmaksi kuitenkin kaikissa haastatteluissa mainittiin osastojen välinen etäisyys hissimatkoineen. Paras ratkaisu mielestämme olisi osastojen sijoittaminen vierekkäin samaan kerrokseen, ilman että matkan pituus itsessään vaikeuttaisi hoitohenkilökunnan työtä ja toisi lisärasitusta lapselle. Näin myös hoidon nopein mahdollinen aloitus tulisi taattua. **Jatkossa** tutkimuksen tulosten vertailuun olisi mielenkiintoista saada määrällisen tutkimuksen tuloksia tämän tutkimuksen rinnalle.

7.3 Johtopäätökset ja yhteenveto

Yleisesti tutkimustuloksista voidaan todeta onnistuneeseen potilassiirtotapahtumaan liittyvän monia osa-alueita. Avainasemaan onnistumisen kannalta nousee toimiva yhteistyö sisältäen selkeän roolinjaon, saumaton tiedonkulku ja toimiva hoitoympäristö.

Turun Yliopistollisen Keskussairaalan osastojen 360 ja 413 välinen potilassiirto toimii hoitajien mielestä yleisesti ottaen hyvin. Yhteistyö osastojen välillä koettiin toimivana ja joustavana. Roolijako sujuu ongelmitta jos potilassiirtotilanteessa on selkeä ja rauhallinen johtohahmo. Kaikissa haastatteluissa todettiin, että lapsen vointi on aina etusijalla. Jos potilassiirtoprosessiin oli aikaa valmistautua, ei siirtoon yleisimmin liittynyt ongelmia. Suurimpia haasteita tilanteeseen toi kiire, hoitohenkilökunnan puute sekä epäorganisoitu tiedonsiirto. Myös hoitoympäristö loi potilassiirtoprosessiin haasteita.

Työhyvinvoinnin kannalta ja kiireen vähentämiseksi toivottiin lisää henkilökuntaa molemmilla osastoilla. Hoitohenkilökunnan määrän lisääminen vähentäisi hoitajien työkuormaa ja antaisi näin mahdollisuuden keskittyä työtehtäviin paremmin. Hoitohenkilökunnan määrä ja potilassiirtotapahtuman kiireinen luonne vaikeuttaa oleellisesti myös vanhempien tukemiseen ja informointiin potilassiirtoprosessin aikana. Vanhempien tukeminen ja informointi koettiin kuitenkin hyvänä kun potilassiirron akuutein vaihe on ohi ja lapsen tila on saatu vakaaksi. Vanhempien tukemiseen potilassiirron aikana toivottiin lisää resursseja ja suunnitelmallisuutta.

Osastoilla käytössä olevat eri potilastietojärjestelmät aiheuttavat sähköisessä tiedonkulussa hitautta, joten täsmällinen paperiraportointi ja suullinen raportointi nousivat tärkeään asemaan. Toimivan potilassiirtotapahtuman kannalta, tulisi tiedonsiirtomenetelmiä yhteneväistää ja ohjeistaa nykyistä tarkemmin.

Hoitoympäristön toimivuus on potilassiirron onnistumisen kannalta tärkeää. TYKS:issä osastojen 360 ja 413 välinen etäisyys hisseineen aiheuttaa viivytyksiä vastasyntyneen tehohoitoon. Tästä syystä oli hoitohenkilökunnan toiveissa mahdollisimman lähellä sijaitetut osastot. Toimivaa hoitoympäristöä suunniteltaessa, tulisi hoitohenkilökunnan näkemykset ottaa huomioon. Tutkimustuloksista saatua tietoa voisi hyödyntää suunniteltaessa uutta TYKS:in naisten- ja lastensairaala.

LÄHTEET

Aaltonen R, 2012. TYKS:n Naistenklinikan toimintalukuja vuosilta 2007 – 2010. [viitattu 24.10.2012] <http://tyks.fi/fi/486/1851/>

Allwood A.C., Madar R.J., Baumer J.H., Readdy L. & Wirght D. Changes in resuscitation practice at birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003/88, F375-F379

American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists and Committee on Obstetric Practice. 2006. The Apgar Score. Pediatrics 2006;117;1444

Australian Resuscitation Council & New Zealand Resuscitation Council 2010. Ethical issues in resuscitation in newborn infant. ARC and NZRC Guideline 2010. Emergency Medicine Australasia (2011)23 450-451.

Boonmee, J. & Pickler, RH. 2005. Transition of preterm infants from hospital to home. Neonatal Intensive Care, 2005; 18(8): 22-5. 2005.

Coleman E. A. & Berenson R. A. 2004. Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. Annals of Internal Medicine, 2004 (141)7, 533-536.

Dani C., Bertini G., Pezzati M., Cecchi A., Caviglioli C. & Rubaltelli F. 2004. Early extubation and nasal continuous positive airway pressure after surfactant treatment for respiratory distress syndrome among preterm infants <30 weeks' gestation. Pediatrics 2004; 113 :Supplement: e560-563

Duodecim 2011. Käypähoito, Elvytys[vastasyntynyt]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duo-decimin ja Suomen Perinatologisen seuran Suomen Neonatologit- alajaoksen asettama työryhmä. [vitattu 21.10.2012]

Eronen M., 2002. Sikiön sydämen rakennevian diagnostiikka, hoito ja ennuste. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 2002;118(3):229-237.

Eskola J. & Suoranta J., 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fellman V. 2006. Mekoniumaspiraatio-oireyhtymä. Teoksessa Fellman V. & Luukkanen P. (toim.) 2006. Vastasyntyneiden tehohoito. Helsinki: Duodecim

Fellman, V & Otonkoski, T. 2006 Hypoglykemia. Teoksessa Fellman V. & Luukkanen P. (toim.) 2006. Vastasyntyneiden tehohoito. Helsinki: Duodecim

Fellman, V. & Luukkainen, P. 2006. Vastasyntyneiden tehohoito. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Fellman, V. & Rovamo, L. 2006. Elvytys. Teoksessa Fellman V. & Luukkanen P. (toim.) 2006. Vastasyntyneiden tehohoito. Helsinki: Duodecim

Finer, N., Carlo, C., Duara, S., Fanaroff, A., Donovan, E., Wright, L., Kandefor, S. & Poole, K. 2004. Delivery Room Continuous Positive Airway Pressure/Positive End-Expiratory Pressure in Extremely Low Birth Weight Infants:A Feasibility Trial. Pediatrics 2004;114;651-657.

Hendrich A-L. & Lee N. 2005 Intra-Unit Patient Transports: Time, Motion, and Cost Impact On Hospital Efficiency. Nursing Economic\$ 2005, (23);4, 157-164.

Heward Y., 2003. Transfer from ward to PICU: a standard. Paediatric Nursing 2003 (15)1. 11-13.

- Hietarinne, S., Nivalinna, L. ym. 2006. Pienen keskosen hoitopolun kuvaus. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu. Salo.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2011., Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy 2010.
- Hormia, S. 2012. Moniammatillinen yhteistyö raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoketjussa. Opinnäytetyö Otaniemi: Laurea Ammattikorkeakoulu.
- Hynninen & Teräväinen 2009. Etelä-Karjalan keskussairaallaan tuotavien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitopolku. Opinnäytetyö. Lappeenranta: Saimaan Ammattikorkeakoulu.
- Iivari A., Ruotsalainen P. & Hämäläinen H. 2002. Tietoteknologia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutosten tukena. Teoksessa Heikkilä M. & Parpo A. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002, Raportteja 268. STAKES
- Jauhiainen V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosaston kuvaamina. Pro gradu –tutkielma. Tampereen Yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Joanna Briggs Institute. 2007. Management of asymptomatic hypoglycaemia in neo-nates. Nursing Standard. 22, 8, 35-38.
- Järvenpää, A-L., Saxén, H., Salo, E., Lappalainen, M., Fellman, V., Nieminen T., & Luukkanen, P. 2006. Perinataaliset infektiot. Teoksessa V. Fellman & P. Luukkanen(toim.) Vastasyntyneiden tehohoito. Helsinki: Duodecim.
- Jääskeläinen M. 2012. Vastasyntyneiden teho-osasto (keskola) 413. [viitattu 24.10.2012] <http://tyks.fi/fi/2801/10761/>
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K., 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro OY
- Kari, A. & Leipälä, J. 2006. RDS-tauti. Teoksessa V. Fellman & P. Luukkanen(toim.) 2006. Vastasyntyneiden tehohoito. Helsinki: Duodecim
- Kervinen, M. & Talanova, N. 2007. Kätilö varhaisen vuorovaikutuksen tukijana erotilanteessa synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö. Stadia Ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Koivisto, T. & Mäkelä, T. 2011. Sairaanhoidajana vastasyntyneen sairaalasiirrolla - Laadunhallinta ja potilasturvallisuus. Opinnäytetyö. Seinäjoen Ammattikorkeakoulu. Seinäjoki.
- Korhonen, A. 1996. Keskosen hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy 1996.
- Korhonen, A. 1999. Elämän ensitaidot: Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy
- Korhonen, K. 2011. Seuranta synnytyssalissa. Teoksessa Soukka H. & Lehtonen L. Päivystäjän opas 2 TYKS Lastenkliniikka: Vastasyntyneiden teho-osaston ja vierihoidon osastojen hoitokäytäntöjä. Turku: TYKS.
- Korvenranta, E. 2010. Very preterm infants in Finland– Use of health care services and economic consequences during the first five years of life. Väitöskirja. Turun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Kummel M. & projektiryhmä 2012. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro) 2009-2015.

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy
- Kyngäs H., Elo S., Pölkki T., Kääriäinen M., Kanste O. 2010. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011 23(2), 138-148. Oulun Yliopisto 2010.
- Lahtinen J. & Mattila J. 2012. Hoitotyön kirjaaminen jatkohoidon turvana vastasyntyneiden teho-osastolla. *Opinnäytetyö*. Tikkurila: Laurea Ammattikorkeakoulu.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785;§13.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lavonius, M. 2008. Vastasyntyneen sairaalasiirto. Käypähoitosuositus. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. 2011.
- Lee, P., Chernauek, S., Hokken-Koelega, A. & Czernichow, P. 2001. International Small for Gestational Age Advisory Board Consensus Development Conference statement: management of short children born small for gestational age. *Pediatrics* 2003; 111: 1253-1261
- Lehtonen L., Andersson S., Hallman M., Lavonius M., Leipälä J., Tammela O., Korvenranta H., Rautava L., Korvenranta E., Peltola M., Linna M., Gissler M. & Häkkinen U. 2007. PERFECT – keskoset. Hyvin ennenaikaisten keskosten hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. *Stakes*. Helsinki: Valopaino OY 2007.
- Lehtonen, L., Andersson, S., Hallman, M., Lavonius, M., Leipälä, J., Tammela, O., Korvenranta, H., Rautava, L., Korvenranta, E., Peltola, M., Linna, M., Gissler, M. & Häkkinen, U. 2007. PERFECT- Keskoset: Hyvin ennenaikaisten keskosten hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Helsinki: Stakes
- Leino-Kilpi, H. Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY 2008. 367-368.
- Leipälä J. 2006. Verenkierron vajaatoiminta. Teoksessa Fellman V. & Luukkainen P. Vastasyntyneiden teho-hoito. Helsinki: Duodecim
- Lumio, J. 2009. Sepsis (verenmyrkytys). Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012.
- Lyytikäinen, O., Nuorti, P., Halmesmäki, E., Carlson, P., Uotila, J., Vuento, R., Kurkinen, M., Sarkkinen, H., Ämmälä, M. & Järvenpää, A-L. 2006. Vastasyntyneiden GBS-taudin ehkäisy - asiantuntijaryhmän suositus. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:4821-4824
- Malinen H., Korkala A-L., Siren R., Vuorela P. & Loisa P. 2004. Potilaan siirto teho-osastolta vuodeosastolle. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja* 3/2004. Tampere: Tampereen yliopistollinen sairaala, Anestesiayksikön teho-osasto. 2002.
- McLennon M, 2004. Use of a Specialized Transport Team for Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2004. (23) 5.
- Monterosso L., Kristjanson L., Sly P., Mulcahy M., Holland B., Grimwood S. & White K. 2004. The Role of the Neonatal Intensive Care Nurse in Decision-Making: Advocacy, Involvement in Ethical Decisions and Communication. *International Journal of Nursing Practice* 2005;11, 108-117
- Morley, C., Davis, P., Doyle, L., Brion, L., Hascoet, J. & Carlin, J. 2008. Nasal CPAP or Intubation at Birth for Very Preterm Infants. *N Engl J Med* 2008;358:700-708.
- Niemi M. & Laakso N. 2010. Sydänpotilaiden hoitopolku ja toimijoiden välinen tiedonkulku sydänyhdistysten hallitusten jäsenten näkökulmasta. *Opinnäytetyö*. Lohja: Laurea Ammattikorkeakoulu.

- Nordback I., Salo M., Holmberg-Marttila D., Päivä H., Liimatainen T., Porkkala T & Kaila M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen Lääkärilehti 2010(65)/17, 1349-1551. [viitattu 20.10.2012]. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000033957>
- Nuutinen L., Nuutinen M. & Erhola M. 2004. Käypä hoito –suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim 2004(120), 2955–2962.
- Paunonen, M. ja Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.
- Puura K. 2001. Vauvan depressio. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2001 (117)10, 1115-1121
- Raivio, K. & Siimes, M. (toim.) 2000. Lastentaudit. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 2000.
- Rautava L, Lehtonen L, Peltola M ym. The effect of birth in secondary- or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth register study. Pediatrics 2007;119:e257-e263
- Risikko P. & Salo P. 2009 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Helsinki [viitattu 22.10.2012] <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Ryan C.A., Clark L.M., Malone A & Ahmed S. The effect of a structured neonatal resuscitation program on delivery room practices. Neonatal Netw 1999/18, 25-30
- Soukka, H. 2008. Makrosomia ja raskausdiabetes. Duodecim [viitattu 23.10.2012]
- Stolt, S. 2012. Pienipainoisten riskilasten käyttäytyminen ja toimintakyky imeväisiästä kouluikään - 6 vuoden kohorttitutkimus. Turun Yliopisto. [viitattu 23.10.2012]
- Tammela, O., Lehtonen, L., Andersson, S., Hallman, M., Heinonen, K. & Leipälä, J. 2006. Riittävätkö synnytyssairaaloiden resurssit vastasyntyneiden turvalliseen hoitoon? Suomen Lääkärilehti 2006;61:4957-4959
- Tanttu K. 2007. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa: Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 2. uudistettu painos 2008.
- Timonen S. & Erkkola, R. 2004. Sikiön asfyksia synnytyksen aikana. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2004;120:2415-2422
- Toivonen, K. 2010. Osastojen väliset potilassiirrot - neurologisten potilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu. Turku.
- Tuomi J. ja Sarajärvi A., 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Livonia Print, Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi 2009.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [viitattu 12.3.2012] Saatavissa: http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html
- TYKS 2012a. Synnytysosasto. [viitattu 23.10.2012] <http://www.tyks.fi/fi/679>
- White A 2012. Parents vs. Neonatal Resuscitation Team: Who Should Decide? The Kansas Nurse 2012 (87)2, 17-19.
- WHO 2007. Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions; volume 1, solution 3. [viitattu 23.10.2012] <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>

Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori, E. & Gissler, M. 2010. Vastasyntyneet 2010. Tilastoraportti. Stakes. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011.

Ylä-Outinen A. 2002. Raskauden vaikutukset. Lääkärin käsikirja 2002. Kustannus Oy Duodecim 2012.



HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ

10/11/12
3.5.12
Nro 36/2012

LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: <http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus>)

Hakemus lähetetään: VSSHP, TYKS, Hoitotyön toimisto, suunnittelija, PL 52, 20521 TURKU

Uusi tutkimus

Jatko/Muutos lupaan

TUTKIMUSLUVAN HAKIJAT	Nimi/nimet: <u>Maarit Ilvonen</u> <u>Anna Paul</u>
Opiskelu- tai työpaikka	Osoite: puhelin: <u>010 252710</u> sähköposti: <u>maarit.ilvonen@students.turku.fi</u>
Opinnäytetyö	<u>Turun Ammattikorkeakoulu, Ruuskadun toimipiste</u> <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä? <input type="checkbox"/> Licensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK
TUTKIMUKSEN/OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätaivoitteet, menetelmät, aineisto, tutkimuksen suorituspaikka, tutkimuksen merkitys) Tutkimussuunnitelma erillisenä liitteenä (max. 5 s.)	<u>Potilassiirrot synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle - hoitajan näkökulma</u> <u>Työn tarkoitus on kartoittaa potilassiirtotapahtuman ja kuola hoitoketjun osastojen välillä kummanikin osaston hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on saada tietoa osastojen nykyisestä käytännöstä. Tutkitaan kvalitatiivisella tutkimuksella osastojen haastattelujen muodossa. Haastateltavat ovat osastoiden 413 ja 360 sairymähaastattelujen muodossa. Haastateltavat ovat osastoiden 413 ja 360 sairaanhoitajia sekä kätilöitä. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut suoritetaan osastoilla 413 ja 360. Tutkimuksen avulla saadaan tietoa vastasyntyneen hoitoketjusta synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle ja sitä voidaan käyttää potilassiirtotapahtuman kehittämiseen.</u>
TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)	<u>20.14.2012</u> <u>Maarit Ilvonen</u> allekirjoitus/nimen selvennys
YHTEYSTIEDOT	<u>A. Nirkkonen-Honkala K.L.T.H.</u> allekirjoitus/nimen selvennys
SITOUMUS JA JULKAISULUPA	Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaihtoelevollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/10711 , www.turkuucr.fi). <u>20.14.2012</u> <u>Maarit Ilvonen</u> <u>20.14.2012</u> <u>Anna Paul</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys hakijan allekirjoitus/nimen selvennys
YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä	Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: <u>FOT-PRO</u> Yhdyshenkilö/virkkan/toimen nimike: <u>OH AINONEN / 413 vrt:n M-L Viikari</u> (työn nimeltä) Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) <u>20.14.2012</u> <u>M. Kauranen</u> <u>3.15.2012</u> <u>M. Kauranen</u> allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys
HOITOTYÖN ASIANTUNTIJARYHMÄN LAUSUNTO	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <u>20.15.2012</u> <u>Maarit Ilvonen</u> allekirjoitus/nimen selvennös <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä:
EETTINEN TOIMIKUNTA	Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) <u>1</u>
TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty <u>25.5.2012</u> <u>Maarit Ilvonen</u> <u>Maarit Ilvonen</u> allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys
	VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
	Päätös annettu tiedoksi hakijalle <u>1</u> Päätöksen antoi _____

Teemahaastattelurunko

1) Vastasyntyneen hoitoketjun eteneminen synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle

- a. Kuinka vastasyntyneen hoitoketju käynnistyy osastolta 360?
- b. Kuinka hoitoketju etenee?
- c. Kuinka siirtotapahtuma päättyy osastolle 413 ja kuinka hoito aloitetaan kyseisellä osastolla?
- d. Mitkä tekijät ovat ensisijaisen tärkeitä, hoitajien kannalta jotta hoitoketju etenisi parhaalla mahdollisella tavalla?
- e. Mitkä tekijät ovat ensisijaisen tärkeitä vastasyntyneen tarpeiden kannalta, jotta hoitoketju etenisi parhaalla mahdollisella tavalla?
- f. Kuinka tiedonsiirto tapahtuu osastojen välillä?

2) Hoitoketjussa ilmenevät haasteet ja epäkohdat

- a. Millaisia haasteita hoitoketjuun liittyy?
- b. Minkä tyyppisiä ongelmia ilmenee?
- c. Mitä hoitajana kehittäisit potilassiirtotapahtumaan liittyen?

Hyvä osaston 360 ja 413 osastonhoitaja,

Olemme kaksi kättilötyön opiskelijaa Turun Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä kartoittaen vastasyntyneen hoitoprosessia synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle. Työ toteutetaan osana Hoi-Pro 2009-2015 –hanketta. Hanke valmistaa ja tukee Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriä sen siirtyessä toimialuekohtaiseen toimintamalliin.

Tutkimuksen tarkoitus on perehtyä osastojen välillä tapahtuvaan potilassiirron hoitoprosessiin sitä selkiyttäen sekä perehtyä tiedonkulkuun osastojen välillä. Tiedonkeruu opinnäytetyötämme varten tapahtuu kolmen hengen ryhmähaastattelun avulla.

Opinnäytetyötä varten haluamme haastatella TYKS:n osastolla 360 sekä osastolla 413 sairaanhoitajia ja kättilöitä, joilla on kokemusta potilassiirtotapahtumasta. Haastattelut ovat osastokohtaisia ja kestävät noin tunnin verran. Kummallakin osastolla järjestetään yhteensä kaksi erillistä haastattelua. Tarkoituksena olisi sopia yhteistyössä osaston aikatauluihin sopien tietyt päivät, jolloin haastattelut suoritetaan. Ensisijaisesti toivoisimme aikataulusyistä haastatteluja kesäkuulle 2012, mutta tarvittaessa haastatteluja on mahdollista jatkaa syyskuussa 2012. Olisimme kiitollisia, mikäli auttaisitte meitä valitsemaan kuhunkin osastollanne tapahtuvaan haastatteluun sopivat henkilöt.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu tallennetaan haastateltavien luvalla sanelukoneelle, josta se puretaan kirjalliseen muotoon. Luottamuksellisuuden takaamiseksi nauhat ja siitä syntyvät kirjalliset materiaalit tuhoetaan asianmukaisella tavalla. Haastattelunauhalle, siitä syntyvään kirjalliseen tuotokseen tai valmiiseen opinnäytetyöhön ei tule nimiä eikä muita tietoja, joiden avulla haastateltava olisi tunnistettavissa.

Opinnäytetyö valmistuu marras- joulukuussa 2012. Valmis raportti on luettavissa sähköisessä muodossa Turun Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus –tietokannassa joulukuussa 2012.

Ystävällisin terveisin,

kättilöopiskelijat Maarit Ilvonen ja Anna Paul

Anna Paul, kättilöopiskelija
045-XXXXXXX
anna.ma.paul@students.turkuamk.fi

Maarit Ilvonen, kättilöopiskelija
040-XXXXXXX
maarit.ilvonen@students.turkuamk.fi

Ohjaava opettaja
Anneli Nirkkonen-Mannila, KL, TtM, lehtori
044-XXXXXXX
anneli.nirkkonen-mannila@turkuamk.fi

Hyvä hoitohenkilökuntaan kuuluva,

Olemme kaksi kättilötyön opiskelijaa Turun Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä kartoittaen vastasyntyneen hoitoprosessia synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle. Työ toteutetaan osana Hoi-Pro 2009-2015 –hanketta. Hanke valmistaa ja tukee Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriä sen siirtyessä toimialuekohtaiseen toimintamalliin.

Tutkimuksen tarkoitus on perehtyä osastojen välillä tapahtuvaan potilassiirron hoitoprosessiin sitä selkiyttäen sekä perehtyä tiedonkulkuun osastojen välillä. Tiedonkeruu opinnäytetyötä varten tapahtuu kolmen hengen ryhmähaastattelun avulla. Kuhunkin haastatteluun varataan noin tunti aikaa.

Opinnäytetyötä varten haluamme haastatella sairaanhoitajia ja kättilöitä TYKS:n osastolta 360 sekä osastolta 413, joilla on kokemusta potilassiirrosta kyseisten osastojen välillä. Haastattelut valitaan haastattelupäivien työvuorojen perusteella. Haastattelut ovat osastokohtaisia. Toivomme, että teiltä löytyy kiinnostusta osallistua haastatteluun koskien vastasyntyneen potilassiirtoa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu tallennetaan luvallanne sanelukoneelle, josta se puretaan kirjalliseen muotoon. Luottamuksellisuuden takaamiseksi nauhat ja siitä syntynyt kirjallinen materiaali tuhoetaan asianmukaisella tavalla. Haastattelunauhalle, siitä syntyvään kirjalliseen tuotokseen tai valmiiseen opinnäytetyöhön ei tule nimiä eikä muita tietoja, joiden avulla haastateltava olisi tunnistettavissa. Opinnäytetyö valmistuu marras- joulukuussa 2012. Valmis raportti on luettavissa sähköisessä muodossa Turun Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus –tietokannassa joulukuussa 2012.

Hoitoketjulla tarkoitetaan tässä työssä käytännössä tapahtuvaa potilassiirtoa, sisältäen sen käynnistymisen, etenemisen, tiedon siirtymisen sekä päättymisen toiselle osastolle. Potilassiirrolla tarkoitetaan tässä työssä organisaation sisäistä, eli osastojen välistä siirtotapahtumaa.

Suostumuslomakkeita arkistoidaan opinnäytetyön julkaisuun asti. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimusraportin valmistuttua. Jos olette halukas osallistumaan tutkimukseen, tuokaa oheinen suostumuslomake täytettynä tutkijoille haastattelun alussa. Vastaamme mielellämme kysymyksiin koskien tutkimusta tai sen toteutusta.

Anna Paul, kättilöopiskelija
045-XXXXXXX
anna.ma.paul@students.turkuamk.fi

Ohjaava opettaja
Anneli Nirkkonen-Mannila, KL, TtM, lehtori
044-XXXXXXX
anneli.nirkkonen-mannila@turkuamk.fi

Maarit Ilvonen, kättilöopiskelija
040-XXXXXXX
maarit.ilvonen@students.turkuamk.fi

SUOSTUMUS

Opinnäytetyö: Vastasyntyneen hoitoprosessi synnytysosastolta vastasyntyneiden teho-osastolle

Olen saanut selvityksen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Tiedän, että haastatteluista syntynyt materiaali hävitetään asianmukaisesti. Suostun:

Ryhmähaastatteluun __Kyllä __Ei

Siihen, että haastattelu nauhoitetaan __Kyllä __Ei

Yhteystietoni:

Nimi:

Osasto:

Työkokemus:

Puhelinnumero:

Sähköpostiosoite:

Paikka ja aika: _____

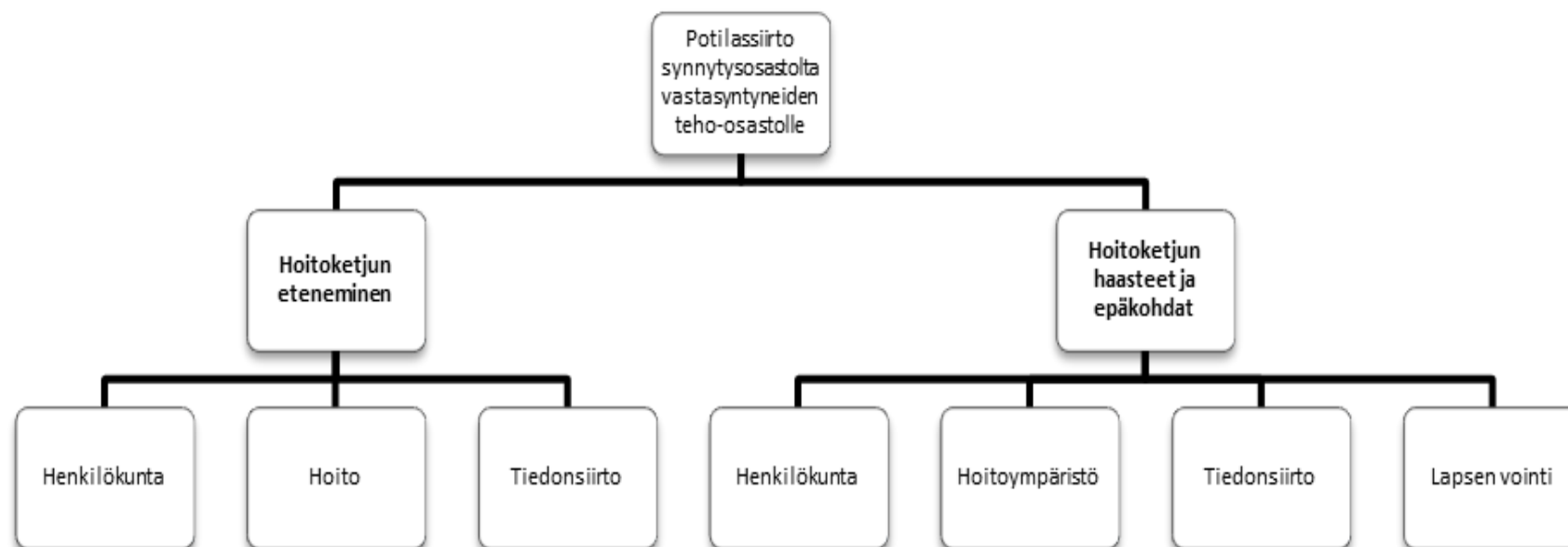
Allekirjoitus: _____

Anna Paul, kättilöopiskelija
045-XXXXXXX
anna.ma.paul@students.turkuamk.fi

Ohjaava opettaja
Anneli Nirkkonen-Mannila, KL, TtM, lehtori
044-XXXXXXX
anneli.nirkkonen-mannila@turkuamk.fi

Maarit Ilvonen, kättilöopiskelija
040-XXXXXXX
maarit.ilvonen@students.turkuamk.fi

Hoitoketjun kokoava miellekartta: pääluokka, yläluokat ja alaluokat



Kuvio 1. Potilassiirron etenemisen kannalta keskeiset tutkimustulokset

ESITIEITOILMOITUS SYNNYTYSSAIRAALALLE

		vuosi	neuvola						
Sukunimi (myös entiset)		Etunimet							
Henkilötunnus	Kotikunta	Seurakunta/väestörekisteri							
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin (koti / työ)						
Ammatti	<input type="checkbox"/> Kotiäiti <input type="checkbox"/> Ansiotyössä	Perhesuhde <input type="checkbox"/> Avioliitto <input type="checkbox"/> Avioliitto <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Naimaton							
Avio- tai avomiehen sukunimi		Etunimet							
Henkilötunnus	Ammatti								
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin (koti / työ)						
Lapsen nimiehdotus		Poika	Tyttö						
SUVUN SAIR.	1. Perinn. sair.	3. Epämuod.	5. Sokeritauti						
	2. Neurol. sair.	4. Kuoll. synt.	6. Kehitysvammaisuus						
	Äidin suku:								
Lapsen isän suku:									
ISÄN SAIR.									
ÄIDIN AIKAIS. SAIRAUDET JA SYNNYTYKSET	1. Sokeritauti	6. Muu munuaistauti	11. Sukupuolitauti	16. Epil. tai muu neurol.sair.					
	2. Kilpirauhassairaus	7. Keuhkosairaus	12. Vihurirokko	17. Liikunta- ja tukielinsair.					
	3. Verenpainetauti	8. Maksasairaus	13. Vesirokko	18. Steriliteetti					
	4. Sydäntauti	9. Veritauti	14. Leikkaukset	19. Gynekol. toimenpide					
	5. Virtsatietulehdus	10. Lääkeyliherkkyys	15. Psykkinen sairaus	20.					
AIKAIS. RASKAUSDET JA SYNNYTYKSET	Vuosi	Spont. aap.	Rask. viikot	Poika Tyttö	Syntymä paino	Elävä kuollut	Kuollut myöh.v.	Lisätietoja	Missä hoidettu
NYKY-RASKAUS	Lask. aika _____		Viim. kuukaut. _____		Ennen raskautta				
	Lask. kuukautisista _____		Kierron pituus _____		paino _____ pituus _____				
	Lask.a. uä:llä _____		Keinoalk. K / E _____						
	1. Valk. virtsassa	7. Anemia		13. Kondyloomat		Tupakointi kpl / vrk			
	2. Kohonnut verenpaine	8. Verenvuoto		14. Klamydia		Päihteen käyttö			
	3. Sokeritauti/Sok.ras.	9. Virtsatulehdus		15. Leikkaus tai tapaturma		Lantion rtg			
	4. Poikkeava sok.ras.	10. Virus- tai kuumetauti		16. Monisikiö-raskaus		Erityisruokavalio			
	5. Hepatoosi	11. Ulkomaanmatkat		17.		1. antenat. käynti			
	6. Hoitoa vaativ. supistuksia	12. Herpes genit.		18.					
	Hoito:								
Äidin verir.	Rh	Sitol.	VA pvm.	HIV pvm.	Str. Agalactiae pvm.	HBS-Ag. pvm.	Trisomiaseul. pvm.		
Kromosomitutkimus:			Villus pvm.	Lapsivesi pvm.		AFP pvm.			
Uä-tutk. pvm.		h		Erityistä:					

Tietoja saa antaa hoitavalle lääkärille ja neuvolalle

Äidin allekirjoitus _____

pvm ____ / ____ - ____

Terveydenhoitajan allekirjoitus _____

FÖRHANDSANMÄLAN TILL FÖRLOSSNINGSSJUKHUSET

år _____ rådgivningsbyrå _____

Släktnamn (även tidigare)				Förnamn						
Personsignum		Hemkommun		Församling / Befolkningsregister						
Adress			Postnummer	Postanstalt		Telefon (hem / arb.)				
Yrke		Hemmamam I förvärsarbete		Familieförhållande <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Änka <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Ogift						
Makes eller sambos släktnamn				Förnamn						
Personsignum		Yrke								
Adress			Postnummer	Postanstalt		Telefon (hem / arb.)				
Namnförslag för barnet			Pojke		Flicka					
SJUK-DOMAR I SLÄKTEN	1. Ärftlig sjukdom		3. Missbildningar		5. Diabetes					
	2. Neurologisk sjukdom		4. Dödfödda barn		6. Utvecklingsstörningar					
Moderns släkt										
Hos barnets fars släk										
FADERNS SJUKDOMAR										
MODERNES TIDIGARE SJUK- DOMAR	1. Diabetes		6. Annan njursjukdom		11. Könssjukdom		16. Epil. eller annan neurol. sjukdom			
	2. Sköldkörtelssjukdom		7. Lungsjukdom		12. Röda hund		17. Sjukdom i stödie- och rörelseorgan			
	3. Blodtryckssjukdom		8. Leversjukdom		13. Vattkoppor		18. Sterilitet			
	4. Hjärtsjukdom		9. Blodsjukdom		14. Operationer		19. Gynekol. åtgärd			
	5. Urinvägsinfektion		10. Läkemedelsallergi		15. Psykisk sjukdom		20.			
TIDIGARE GRAVIDI- TETER OCH FÖRLOSS- NINGAR	År	Spont. aap.	Gravid. viikot	Pojke flicka	Födelse- vikt	Levande död	Avlidit senare år	Tilläggsuppgifter	Vårdats på	
NUVAR- ANDE GRAVI- DITET	Beräknad tid _____				Senaste mens. _____		Före graviditeten			
	Beräkn. från mens. _____				Cykelns längd _____		vikt _____ längd _____			
	Ber. tid med ultraljud _____				Ass. befruktning Ja / Nej _____					
	1. Äggvita i urinen		7. Anemi		13. Kondyloma		Röker _____ st/dygn			
	2. Förhöjt blodtryck		8. Blödning		14. Klamydia		Anv. av rusmedel			
	3. Diabetes/Sockerbelastn.		9. Urinvägsinfektion		15. Operation eller olyckfall		Höft rtg			
	4. Avvikande sockerbelast.		10. Virus- eller febersjukdom		16. Flerbördsgraviditet		Specialdiet			
	5. Hepatos		11. Utrikesresor		17.					
	6. Kontraktioner som kräver behandling		12. Herpes genit.		18.					
	Behandling:									
Moderns blodgrupp Rh		Sitol.	Antikroppar dat.	HIV dat.	Str. Agalactiae Datum		Res.	HBS-Ab. dat.	Res.	Trisonis. Res.
Kromosomundersökning:			Villus dat.		Fostervatten dat.		AFP dat.			
Ultraljudsundersökn.: dat.			Spec:							

Uppgifterna får ges åt behandlande läkaren och åt rådgivningsbyrån

Moderns underskrift _____

Datum ____ / ____ - ____

Hälsovårdarens underskrift _____

Vastasyntyneen esitiedot & virvoittelu

TYKS update 6.6.2006

Äidin nimi: _____ -vuotias G ___ P ___ Monisikiöraskaus: Lapsi A / B / C
Synnytys raskausviikolla _____ + _____

(Aiemmat raskaudet, äidin ja suvun sairaudet ks Esitiedot synnytyssairaalalle –lomake)

Nykyraskaus

Veriryhmä: O / A / B / AB Rh +/- Vasta-aineseula +/- Niskaturvotus: + / - / ?
Muita uä-löydöksiä: _____
HBsAg + / - / ? Glukosuria: + / -
Syfilis + / - / ? Proteinuria: + / -
HIV + / - / ? Kohonnut verenpaine: + / -
Agalactiae + / - / ? Sokerirasitus: Norm / Patol / Ei tehty
Tupakointi: + / -, _____ kpl/vrk Muut prenataaliseulat: _____
Alkoholi: + / -, Paljonko: _____
Huumeet: + / -, Mitkä: _____

Raskauskomplikaatiot:

Napavaltimon diastolinen virtaus (huomioi alle 1500 g ja alle 32 rvk keskosilla):

1. normaali
2. puuttuva
3. takaisinvirtaus
4. ei mitattu

Äidin lääkitykset:

1. magnesium + / -
2. ritodriini + / -
3. atosibaani (Tractocile) + / -
4. verenpainelääkitys + / - mikä: _____
5. antenataalisteroidit + / - beetametasoni (Celeston Chronodose) pvm: _____
6. **antibiootit** +/- Mikä: _____ annettu yli 4 t / alle 4 t ennen synnytystä
7. Muut lääkkeet: _____

Synnytys

Spontaani / Käynnistetty, miksi: _____
Kalvot puhkesivat / puhkaistiin _____ tuntia / _____ päivää ennen synnytystä
Lapsivesi kirkas / ohut vihreä / paksu vihreä / verinen
Äidillä kuumetta: ei / kyllä _____ C
KTG: Normaali / Poikkeava: _____ STAN: Normaali / Poikkeava: _____
Normaali alatiesynnytys / imukuppi / pihtisynnytys / sektio / kiireellinen sektio / hätäsektio
Raivotarjonta / perätila / muu: _____

Lapsen virvoittelu

Apgar pisteet: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____ 15 min _____ Napa pH _____
Annettu happea: Ei / Kyllä
Imetty trakeasta: Ei / Kyllä Saalis: + / - _____
Ventiloitu maskilla: Ei / Kyllä
Varhainen CPAP: Ei / Kyllä Aloitusikä _____ minuuttia. Paine: +4 / 6 cmH₂O. O₂: _____ %
Intuboitu: Ei / Kyllä _____ minuutin iässä
Ventiloitu tuubin kautta: Ei / Kyllä
Annettu adrenaliinia: Ei / Kyllä Montako kertaa: _____ Missä iässä: _____ minuuttia.
Annettu painantaelytystä: Ei / Kyllä Aloitettu _____ minuutin iässä. Lopetettu _____ minuutin iässä.