

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

2011

Linda Aalto & Minna Hakamäki

YKSIKÖIDEN VÄLISET POTILASSIIRROT

- Gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden kokemuksia



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Linda Aalto ja Minna Hakamäki

YKSIKÖIDEN VÄLISET POTILASSIIRROT

- Gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden kokemuksia

Potilassiirtoja tehdään päivittäin sairaalan sisällä eri yksiköiden välillä. Sairaanhoitaja on keskeisessä roolissa potilassiirtojen toteutuksessa. (Jauhiainen 2009.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat potilassiirrot eri yksiköiden välillä. Tutkimuksen tavoitteena on tulosten perusteella kehittää potilassiirtoja tulevaisuudessa.

Tutkimus on osa Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektia 2009-2015. Projekti on osa Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiirin (VSSHP) T-sairaalan toiminnan kehittämishanketta (T-Pro). Kehittämisprojekti toimitaan tulevien toimialueiden pohjalta. Toimialueiden tavoitteena on tuoda palvelut potilaan lähelle. (Korvenranta & Särkkä 2010.)

Tutkimusongelmia oli kaksi. Ensimmäinen etsi vastausta kysymykseen miten gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat siirrot yksiköstä toiseen. Toinen ongelma pyrki selvittämään kokevatko potilaat ongelmia siirtoihin liittyen, jos niin minkälaisia. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisesti haastattelemalla potilaita (N=11) Turun yliopistollisen keskussairaalan gastrokirurgian ja urologian osastoilla. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Aineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimusongelmiin. Ilmaisut pelkistettiin ja pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ja luokiteltiin yleisempään muotoon.

Tulosten perusteella potilaat olivat suhteellisen tyytyväisiä siirtoihin eri yksiköiden välillä. Siirroissa ilmenneet ongelmat pelkistettiin kolmeen alaluokkaan: kivuliaisuus siirron aikana, fyysisen ympäristön ongelmat ja hoitohenkilökunnan toimintaan ja resursseihin liittyvät ongelmat. Fyysisen ympäristön ongelmiin kuului käytävien epätasaisuus ja epämiellyttävät tunteet siirron aikana. Hoitohenkilökuntaan ja resursseihin liittyi kiire, tiedottamisen riittämättömyys ja odottaminen.

ASIASANAT: gastrokirurgia, urologia, potilassiirto, toimialueet

Linda Aalto and Minna Hakamäki

PATIENT TRANSFERS BETWEEN UNITS

- Gastrointestinal and urological patients' experiences

Inter-hospital patient transfers occur daily between different units. Nurse is in a key role in executing patient transfers. The purpose of this study was to describe how gastrointestinal and urological patients experience patient transfers between different units. The aim of this study was to find out do patients experience problems related to patient transfers and if they do, what kind of problems.

The study is a part of Future hospital - Nursing development project 2009-2015. The project is a part of the new T-hospitals development project (T-pro) in Intermunicipal Hospital District of Southwest Finland. The T-pro -project will consist in process based units. The aim of these units is to bring the services near to the patient. (Korvenranta & Särkkä 2010.)

There were two research questions. In the first question the aim was to describe how gastrointestinal and urological patients' experience their transfers between units. In the second question the aim was to find out do patients' experience problems related to patient transfers and if they do, what kind of problems. The approach of this study was qualitative and data was collected by interviewing patients (N=11) in gastrointestinal and urological units in Turku University hospital. Interviews were semi-structured. Data was transcribed and analysed with content analysis. Analysis was done by finding expressions that answered to the two research questions that were set. Expressions were simplified and simplified expressions were put into groups and classified into more extensive forms.

Based on the findings, patients were relatively satisfied with patient transfers between units. Problems that patients experienced during transfers were grouped into three classes: pain during a transfer, problems in physical environment and in nursing staff's actions and resources. Physical environments problems included the roughness of corridors and unpleasant feelings during transfer. Busy atmosphere, lack of information about transfer process and waiting times within transfers were part of problems related to nursing staff's actions and resources.

KEYWORDS: gastroenterology, urology, patient transfer, process based units

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 GASTROKIRURGIA	7
3 UROLOGIA	10
4 POTILASSIIRROT	13
4.1 Aikaisemmat tutkimukset potilassiirroista	14
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	18
6 AINEISTO JA MENETELMÄT	19
6.1 Aineiston keruu	19
6.2 Aineiston analyysi	21
7 TULOKSET	23
7.1 Tutkimushaastatteluihin osallistuneiden taustatiedot	23
7.2 Potilaiden siirtokokemukset eri yksiköiden välillä	23
7.3 Potilassiirroissa ilmenneet ongelmat	25
7.4 Potilaiden kehittämisehdotukset	27
8 POHDINTA	29
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	29
8.2 Tutkimuksen eettisyys	32
8.3 Tutkimustulosten tarkastelua	33
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	36
LÄHTEET	37

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Suostumuslomake
- Liite 3. Teemahaastattelun runko

TAULUKOT

Taulukko 1. Pelkistys ja ryhmittely potilaiden kokemista ongelmista	25
---	----

1 JOHDANTO

Potilassiirtoja tehdään päivittäin sairaalan sisällä eri yksiköiden välillä. Sairaanhoitaja on keskeisessä roolissa potilassiirtojen toteutuksessa. (Jauhiainen 2009.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat potilassiirrot eri yksiköiden välillä. Tutkimuksen tavoitteena on tulosten perusteella kehittää potilassiirtoja tulevaisuudessa.

Gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden kokemuksista yksiköiden välisistä potilassiirroista ei ole aikaisempaa tutkittua tietoa. Neurologisten ja traumatologisten potilaiden kokemuksista potilassiirroista on tehty kaksi opinnäytetyötä (Heikkilä & Taponen 2010; Toivonen 2010). Suomessa potilaan näkökulmasta aihetta on tutkittu vain näiden kahden opinnäytetyön verran. Kansainvälisesti potilaan kokemana aihetta on tutkittu jonkin verran, esimerkiksi tehohoitopotilaiden näkökulmasta (mm. Chaboyer ym. 2005b). Sivuvia tutkimuksia potilassiirroista löytyi jonkin verran niin Suomesta (mm. Jauhiainen 2009) kuin kansainvälisestikin (mm. Boutilier 2007). Näissä tutkimuksissa potilassiirtoja kuvattiin sairaanhoitajien näkökulmasta.

Tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ja Turun yliopistollisen keskussairaalan Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektia 2009-2015. Projekti on osa Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiirin (VSSHP) T-sairaalan toiminnan kehittämishanketta T-Pro. T-sairaala tulee toimimaan vuonna 2013 vaativien erikoissairaanhoidon palvelujen ja akuuttihoiton tuottajana. Lisäksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystys tullaan yhdistämään T-sairaalaan. T-Pro -hankkeen tavoitteena on asiakaslähtöinen toimintatapa ja eri toimialueiden kehittäminen. (Korvenranta & Särkkä 2010; Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a.)

Toimialueiden tarkoituksena on tuoda palvelut potilaan lähelle perinteisen yksikkökeskeisen toiminnan sijaan. Potilaan oireet ja hoidon tarpeet määrittelevät toimialueet. (Korvenranta & Särkkä 2010.) Kun potilas tulee

uuteen päivystykseen, jossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido on yhdistetty, tehdään päätös toimialueesta, johon potilas ohjataan. Ohjaaminen oikeaan toimialueeseen on ensiarvoisen tärkeää. Nopeat oikeat päätökset päivystyksessä takaavat hoidon korkean laadun ja toiminnan tehokkuuden. Gastrokirurgiset ja urologiset potilaat tulevat muodostamaan yhden toimialueen. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a.)

Toimialueet muodostuvat siis eri ongelmakokonaisuuksista tai potilasryhmän hoidosta esimerkiksi sydän-, trauma- tai vatsatoimialueet. Toimialueiden tavoitteena on minimoida turha odottaminen päivystystilanteessa ja parantaa hoitoprosessien sujuvuutta. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a.)

Toimialueiden perusajatuksena on järjestää potilaan ympärille kaikki hänen hoidossaan vaadittavat resurssit ja erityisosaaminen siten, että potilas ohjautuu suoraan tarvittaviin tutkimuksiin ja oikeaan toimialueeseen. Näin potilas saa tarvitsemansa asiantuntevan avun yhdestä paikasta. Tällä tavalla säästytään akuuttipotilaiden tarpeettomilta siirroilta, sillä ne lisäävät riskejä ja hoitohaittojen todennäköisyyttä. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a.)

Monien tutkijoiden mielestä potilassiirtoja tulisi edelleen kehittää hoidon jatkuvuuden takaamiseksi ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi (esim. Chaboyer ym. 2005; Coleman & Berenson 2004; Jauhiainen 2009). Varsinkin potilaan näkökulmasta aihetta pitäisi tutkia, sillä hoitotyö kehittyy koko ajan potilaslähtöisemmäksi. Potilaslähtöisyydessä korkeatasoinen ammatillinen osaaminen liittyy potilaan hyvään kohteluun ja yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2011.) T-pro -hankkeessa pyritään myös toimialueiden avulla keskittymään potilaslähtöisyyteen, joten tieto potilaan kokemuksista siirtoihin liittyen on tärkeää (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a).

2 GASTROKIRURGIA

Tässä tutkimuksessa käsitellään urologisten potilaiden lisäksi vain gastrokirurgisia potilaita, jotka äkillisesti tai suunnitellusti ovat tulleet gastrokirurgian osastoille leikkaushoitoon tai tutkimuksiin. Näin ollen gastroenterologiset potilaat on jätetty pois tästä tutkimuksesta. Gastrokirurgia eli vatsaelinkirurgia on vatsaelinsairauksiin ja niiden hoitoon keskittynyt kirurgian erikoisala. Gastrokirurgia on keskittynyt tutkimaan ja hoitamaan mahasuolikanavan ja maksan alueen sairauksia (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2004; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004).

Mahasuolikanava muodostuu maksasta, mahalaukusta, pernasta, ohutsuoletta, paksusuolesta, peräsuolesta sekä umpilisäkkeestä. Suurin osa mahasuolikanavasta sijaitsee vatsaontelossa, jota verhoaa vatsakalvo. Mahasuolikanava muodostuu limakalvokerroksen kattamasta lihaskudoksesta. Mahasuolikanava on tärkeä osa ruoansulatuskanavaa, siellä ravinto viimeistellään ja muokataan imeytyvään muotoon ja sieltä ravinto myöskin imeytyy elimistöön. (Holmia ym. 2006, 449-450.)

Vatsaelinsairauksista kärsivän potilaan kliiniseen tutkimiseen, potilaan esitietojen selvittämisen lisäksi, kuuluu vatsan tarkastelu, tunnistelu, koputtelu sekä kuuntelu. Huomiota kiinnitetään kipupaikkaan, vatsan muotoon, vatsan peitteiden jännitystilaan, suolen liikkeisiin eli peristaltiikkaan sekä suoliääniin. Kliiniseen tutkimiseen kuuluu myös sormella tunnistelu peräaukon kautta (tuseeraus per rectum = TPR). Yleisimpiä kuvantamismenetelmiä, joita vatsaelinsairauksista kärsiville potilaille tehdään ovat röntgentutkimukset, ultraäänitutkimukset, tietokonetomografia -tutkimukset ja magneettikuvaukset. (Holmia ym. 2006, 451.)

Gastrokirurgiassa tehtävien tähystyksien avulla seurataan, diagnosoidaan ja hoidetaan erilaisia ruoansulatuskanavan sairauksia. Gastroskopiolla tarkoitetaan ruokatorven, mahalaukun tai pohjukaissuolen tähystystä. Kolonoskopia puolestaan tarkoittaa koko paksusuolen tutkimusta. Sigmoidoskopiolla tarkoitetaan paksusuolen loppuosan tähystystä, kun taas

proktoskopiolla tutkitaan peräsuolen loppuosaa tähytämällä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011.)

Ylinen ym. (2008) ovat tutkimuksessaan arvioineet potilaan ahdistuksen, aikaisempien kipukokemusten ja ei-lääkkeellisen hoidon vaikutuksia kipukokemukseen kolonoskopian aikana. Tutkimuksesta selvisi, että kolonoskopian odottaminen on potilaalle stressaavaa. Naiset olivat huomattavasti ahdistuneempia tutkimuksesta kuin miehet. Ahdistuksen taso vaikutti selvästi siihen, kuinka epämukavaksi ja kivuliaaksi potilas koki kolonoskopian. Aikaisempi kolonoskopia ei vaikuttanut ahdistuksen tasoon. Tuloksista kävi myös ilmi, että moni koki kolonoskopian kuitenkin helpoksi ja melko kivuttomaksi. Naiset kuitenkin kokivat kolonoskopian kivuliaaksi ja vaikeaksi. Useimmilla vastaajilla oli aikaisempia kipukokemuksia liittyen esimerkiksi kolonoskopiaan ja suolen laajentamiseen. Aikaisemmilla kokemuksilla oli suuri vaikutus, kun potilaat arvioivat kolonoskopian epämukavuutta.

Hoitajilla oli suuri rooli kolonoskopiaan tulleiden potilaiden kivun hoidossa, erityisesti ei-lääkittyjen potilaiden kohdalla. Potilaat, jotka olivat kovin ahdistuneita ennen tutkimusta tuli tunnistaa ja hoitajien tuli valmistella näitä potilaita kolonoskopiaa varten kehittämällä ahdistusta ehkäiseviä ja vähentäviä toimia ja puhumalla lääkärille potilaan kivun hoidosta. Moni tutkimukseen osallistuneista sanoi hoitajan rauhallisen jutustelun auttaneen paljon tutkimuksen aikana. Myös kivun syyn selvittäminen ja hoidollinen ohjaus auttoi potilaita selviämään tutkimuksesta. Ahdistus, kipu ja huolestuneisuus saattoivat vaikuttaa potilaan asenteeseen ja myöntyvyyteen tulevia tutkimuksia ajatellen. Jotta kolonoskopiasta aiheutuvan kivun hoitoa pystytään kehittämään, tarvitaan enemmän tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaiden kipukokemuksiin. (Ylinen ym. 2008.)

Akuuttien gastrokirurgisten potilaiden suurin syy hoitoon hakeutumiselle on äkillinen vatsakipu. Äkillisen vatsakivun yleisimpiä syitä gastrokirurgisilla potilailla ovat akuutti umpilisäkkeen tulehdus, akuutti sappikohtaus ja suolitukos. (Holmia ym. 2006, 455.) Tavallisimmat suunnitellut gastrokirurgiset toimenpiteet

ovat sappirakon poisto tähystyksessä, paksusuolen osapoisto, paksusuolen tähystys, peräpukamaleikkaukset, erilaiset avanneleikkaukset ja erilaiset tyräleikkaukset. Syöpää sairastavien osuus potilaista on myös suuri. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2008b.)

Liimatainen (2007) on pro gradu -tutkielmassaan kuvannut avanneleikatun potilaan ja läheisen selviytymistä sekä tuensaantia hoitajakson aikana läheisen kuvaamana. Tutkielman tavoitteena oli ymmärtää läheinen osana potilaan hoitoa. Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti koostui ohjauksesta ja tiedonsaannista, hoitoympäristön vaikutuksesta, emotionaalisesta tuesta sekä läheisen osallistumisesta potilaan hoitoon. Läheisen läsnäolo ja yhteydenpito potilaaseen nähtiin tärkeänä voimavarana potilaan hoidossa, mutta silti heitä ei aktiivisesti kannustettu osallistumaan potilaan hoitoon.

Potilaan ja läheisen selviytyminen hoitajakson aikana muodostui avanteen ja sairauden aiheuttamasta muutoksesta heidän elämässään, sopeutumisesta avanteeseen ja sairauteen sekä toiminnallisesta selviytymisestä. Läheiset kokivat, että avanne aiheutti muutoksia potilaan arkielämässä selviytymiseen. Potilaat taas kokivat pelkoa liittyen avanteen toimintaan. (Liimatainen 2007.)

Tutkijan mukaan avanneleikattujen potilaiden hoitotyötä tulisi kehittää niin, että hoitohenkilökunta huomioisi läheiset osana potilaan hoitoa. Lisäksi ohjauksen ajankohtaa ja sisältöä tulisi muuttaa, jotta potilas ja läheinen saisivat parhaan mahdollisen tuen selviytyäkseen sairauden ja avanteen aiheuttamista muutoksista. (Liimatainen 2007.)

3 UROLOGIA

Urologia on virtsaelinsairauksiin ja niiden hoitoon keskittynyt erikoisala. Urologian erikoisalaan sisältyy miesten sukuelinten sekä miesten ja naisten virtsateiden sairauksien hoito. Urologi on erikoislääkäri, joka tutkii ja hoitaa juuri näistä kärsiviä potilaita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.) Ihmisen virtsaelimet muodostuvat ylemmistä virtsateistä ja alemmista virtsateistä. Ylempiin virtsateihin kuuluu kaksi munuaista munuaisaltaineen ja kaksi virtsanjohdinta. Alemmat virtsatiet ovat virtsarakko ja virtsaputki. (Holmia ym. 2006, 639.)

Virtsaelinten toiminnan häiriöt voivat ilmetä monin eri tavoin. Urologisiin sairauksiin voi kuulua yleisoireita, kuten kuumetta, väsymistä, heikkouden tunnetta, laihtumista, turvotusta ja kipuja eri puolella kehoa. Usein myös virtsautuksessa esiintyy ongelmia, kuten tiheävirtsaus, virtsasuihkun heikkous ja virtsanpidätyskyvyttömyys, jotka voivat olla yhteydessä häiriön aiheuttajaan. (Holmia ym. 2006, 639.) Yleisimmät urologisen potilaan tutkimukset ovat veri- ja virtsanäytteet, virtsarakon toiminnan mittaukset, ultraäänitutkimukset, varjoainetutkimukset, magneetti- ja tietokonekuvaukset (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri).

Tavallisimpia syitä, joiden vuoksi potilasta tutkitaan ja hoidetaan urologian erikoisalalla, ovat eturauhas-, kives- ja virtsaamisongelmat sekä erilaiset urologiset syövät. Kirurgisesti hoidettavia sairauksia ovat munuaisten, virtsarakon ja eturauhasen kasvaimet, eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu, virtsatiekivet ja virtsateiden vammat. Hoito määritellään jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti potilaan toiveet, mielipiteet ja elämänlaatu huomioiden. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.)

Urologian erikoisalan suurin haaste on urologiset syövät, jotka käsittävät noin 42 % miesten syöivistä. Yleisin syöpätyyppi on eturauhasen syöpä; vuosittain

Suomessa diagnosoidaan noin 3800 uutta eturauhassyöpätapausta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.)

Eturauhassyövän hoidot voivat aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, jotka vaikuttavat potilaiden elämänlaatuun. Lehto ym. (2010) ovat tutkineet suomalaisten eturauhassyöpäpotilaiden kokemuksia sairastumis- ja hoitovaiheessa, hoitoihin liittyviä haittoja sekä potilaiden hyvinvointia. Tutkimukseen otti osaa 1239 viisi vuotta sitten eturauhassyöpään sairastunutta ihmistä. Hoidot olivat aiheuttaneet paljon haittavaikutuksia; jopa puolelle potilaista jäi jokin pysyvä haitta. Haitat olivat etenkin virtsatieoireita ja sukupuolielämän ongelmia, sädehoidossa myös suolisto-oireita. Kaikkiin hoitoihin liittyi seksuaalisen kanssakäymisen vähenemistä. Monilla potilailla oli kielteisiä kokemuksia sairastumisvaiheesta. Ne myös näyttivät heijastuvan potilaiden psyykkiseen vointiin.

Lääkärillä ja hoitajalla on tärkeä rooli kerrottaessa hoitojen vaikutuksista potilaalle. Niitä voivat olla erektio- ja virtsanpidätyskyvyn ongelmat, muutokset miehen sukupuolitoiminnoissa ja seksuaalisuudessa. (Holmia ym. 2006, 681.) Miehen iästä ja elämäntilanteesta riippuen potilaalle tulee usein pelkoja koskien miehisyyden menettämistä, kumppanin hyväksyntää ja parisuhdetta. Puolison, elämänkumppanin tai muun läheisen, mutta myös omalääkärin ja -hoitajan tuki on tärkeä. (Holmia ym. 2006, 688-689.)

Hautamäki-Lamminen ym. (2010) kuvailivat tutkimuksessaan millaisia odotuksia syöpäpotilailla (eturauhas- ja rintasyöpä) on sairastumisen jälkeisestä seksuaaliohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää potilasohjausta potilaiden odotusten mukaiseksi. Potilaiden odotukset seksuaaliohjauksesta kohdistuivat potilaslähtöisyyteen, ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja ammatillisuuteen. Potilaslähtöisyydellä tarkoitettiin potilaan kunnioittamista yksilönä ja potilaan tunteiden ja kokemusten arvostamista. Ohjauksen suunnitelmallisuudella tarkoitettiin oikean ajankohdan valitsemista ohjaukselle. Hoitohenkilökunnan ammatillisuutta kuvasivat hyvät vuorovaikutustaidot, asiantuntemus, oikea asenne ja herkkyys. Potilaat toivoivat ohjauksen

kohdistuvan myönteisen minäkuvan vahvistamiseen, surutyön sallimiseen, puolison opastukseen ja vertaistuen piiriin ohjaamiseen. Tärkeäksi potilaat kokivat surun tunteista keskustelun, kielteisten tunteiden hyväksymisen ja tulevaisuuteen suuntaamisen.

4 POTILASSIIRROT

Potilassiirto voidaan ymmärtää potilaan siirtämisenä vuoteessa tai esimerkiksi vuoteesta pyörätuoliin (Jääskeläinen 2010). Tämä tutkimus käsittelee kuitenkin yksiköiden välisiä potilassiirtoja sairaalan sisällä. Siirrot tapahtuvat hoidon tasolta toiselle potilaan tarpeen mukaan, esimerkiksi ensiavusta leikkaussaliin ja sieltä vuodeosastolle.

Potilassiirto on tapahtumasarja tai vaihe, jossa potilas kuljetetaan yhdestä yksiköstä toiseen tai hoidon tasolta toiselle. Potilassiirtoihin sisältyy siirron valmistelu, itse siirtotapahtuma ja siirron jälkeinen hoito vuodeosastolla. Potilassiirtojen tavoitteena on hoidon jatkuvuus, varmistaminen ja arviointi sekä mahdollisimman vähäiset potilaalle aiheutuvat haitat. Paras potilassiirto saavutetaan, kun eri hoitoyksiköiden henkilökunta tekee yhteistyötä ja raportoi toiminnastaan. Terveystieteiden yksiköiden välillä tapahtuva ihanteellinen potilassiirto sisältää turvalliset ja tehokkaat siirtotekniikat. Tärkeintä on potilassiirron turvallisuus ja siirrosta tuleva hyöty potilaalle. (Chaboyer ym. 2005a; Jauhiainen 2009.)

Potilassiirto on lyhyt, mutta hyvin merkittävä vaihe potilaan kokonaisuudessa, varsinkin kriittisesti sairailta potilailla. Monet potilaat kokevat useita siirtoja eri yksiköiden välillä sairaalahoitajaksonsa aikana. Merkittävimmät siirrot kriittisesti sairailta potilailla paranemista ajatellen ovat siirto teho-osastolta vuodeosastolle ja sieltä kotiin. Jokainen siirto on yksilöllinen kokemus ja haaste potilaalle, hänen omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle. Potilas ja hänen omaisensa voivat kokea ahdistusta, kun potilasta valmistellaan seuraavaa siirtoa varten. (Chaboyer ym. 2005a.)

Potilassiirtojen tärkein ominaisuus on johdonmukainen ja monipuolinen raportointi potilaan voinnista eri osastojen hoitohenkilökunnan välillä, niin että potilaan turvallisuus ei vaarannu ja hoidon jatkuvuus on taattu. (Boutilier 2007.) Raportointi tapahtuu usein suullisesti, mutta myös puhelimitse ja potilastietojärjestelmien avulla (Coleman & Berenson 2004). Tiedonsiirrossa voi

tapahtua ongelmia epäselvän tai epä johdonmukaisen raportoinnin vuoksi, mikä voi aiheuttaa potilaalle haittaa (Chaboyer ym. 2005a; Coleman & Berenson 2004). Haittoja voivat olla esimerkiksi ongelmat lääkemääräyksissä ja niiden ymmärtämisessä (Coleman & Berenson 2004).

4.1 Aikaisemmat tutkimukset potilassiirroista

Gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden kokemuksista potilassiirroista ei ole aikaisempaa tutkittua tietoa. Tiedonhaussa käytettiin informaation erikoisosaamista hyväksi, mutta tutkimuksia näiden potilasryhmien kokemuksista ei löytynyt. Tutkimuksia haettiin hoitotieteellisistä tietokannoista Medic, PubMed ja Cinahl. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia hakutermejä: potilassiirrot, gastrokirurgia, gastroenterologia, urologia, potilaan näkökulma, patient transfer, interhospital transfer, health care transition, transitional care, discharge, gastrosurgery, urology. Hakuja rajattiin tutkittavien iän perusteella (vain aikuiset) ja rajauksessa käytettiin tutkimuksen ilmestymisen vuosiväliä 2001-2011.

Potilaan näkökulmasta potilassiirtoja on tutkittu hyvin vähän sekä Suomessa että kansainvälisesti. Sivuvia tutkimuksia potilassiirroista esimerkiksi hoitajien näkökulmasta on olemassa jonkin verran. Eri sairaaloiden välisiä potilassiirtoja ja ambulanssin toteuttamia siirtoja on tutkittu enemmän, mutta ei potilaan näkökulmasta, eikä näillä potilasryhmillä. Työhön valikoitui kahdeksan tutkimusta, joista neljä oli kansainvälistä ja neljä kotimaista. Useassa tutkimuksessa (mm. Boutilier 2007, Coleman & Berenson 2004, Jauhiainen 2009) toistui tiedonsiirron parantamisen tarve hoitajien välillä, potilasturvallisuuden huomiointi ja kehittäminen ja potilassiirtojen laadun parantaminen.

Yksi tutkimus kuvasi potilassiirtoja tehohoidon yksiköstä toiseen yksikköön tai kotiin potilaan ja perheen kokemana (Chaboyer ym. 2005b.) Tutkimuksesta nousi esille neljä teemaa, jotka kuvasivat siirtojen monimutkaisuutta ja tunneperäisyyttä. Neljä teemaa olivat: tunne äkillisestä hylkäämisestä, avuttomuuden ja haavoittuneisuuden tunne, vaikutelma ettei ole tärkeä ja omien

kokemusten ristiriitaisuus. Merkittävimmäksi johtopäätökseksi saatiin, että hoitajilta saatu emotionaalinen tuki on kaikkein tärkein. (Chaboyer ym. 2005b.)

Coleman ja Berenson (2004) ovat kirjallisuuskatsauksessaan käsitelleet potilassiirtoon liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia sekä hoitotyön laadun kehittämistä potilassiirtojen osalta. He toteavat, että usein siirtojen aikana potilasturvallisuus vaarantuu. Potilasturvallisuuden heikkenemiseen liittyy monesti hoitohenkilökunnan valmistautumattomuus siirtoja varten. Lisäksi monet potilassiirrot tapahtuvat viikonloppu- ja ilta-aikaan, jolloin vakituista henkilökuntaa on vähemmän ja siirtoja voi toteuttaa sijaiset tai hoitajat, joilla ei välttämättä ole ajankohtaista tietoa potilaasta. Tutkijat pohtivat mahdollisuuksia, joilla näitä tilanteita voitaisiin vähentää. Tärkeämpinä he pitävät yhteistyön kehittämistä eri yksiköiden välillä sekä erillisten siirto-ohjeiden laatimista henkilökunnalle.

Samantyylisesti kuin edellä Boutilier (2007) on kirjallisuuskatsauksessaan tarkastellut erilaisia potilassiirtoja, niissä esiintyviä ongelmia ja tapoja, joilla ongelmia voitaisiin vähentää. Tutkijan mukaan sekä hoitajat että potilaat ja heidän omaisensa ovat huolissaan potilassiirtojen turvallisuudesta. Potilassiirtojen tärkein näkökulma on hoidon jatkuvuuden varmistaminen eli huolellinen raportointi lähettävän ja vastaanottavan yksikön välillä, huomioiden potilaan turvallisuus.

Boutilier (2007) esittää katsauksessaan eri keinoja, joilla potilassiirtojen aikana tapahtuvia ongelmia voitaisiin vähentää. Yksi tapa on antaa potilaalle ja hänen omaisilleen kirjallista materiaalia koskien tulevaa siirtoa ja osastoa. Toinen keino on kehittää hoitajien välistä raportointia esimerkiksi käyttämällä kansainvälistä SBAR (situation, background, assessment, recommendation)-menetelmää, jossa ensin kerrotaan potilaan tämänhetkinen tila ja seuraavaksi potilaan taustatiedot. Sen jälkeen arvioidaan potilaan fyysinen kunto ja käydään läpi lääkärin suositukset ja määräykset. Lisäksi tutkija ottaa esille siirron ajankohdan suunnittelun yhtenä potilassiirtoja helpottavana keinona. Päiväaikaan toteutetun siirron aikana potilaan on mahdollisuus nähdä

omaisiaan, ympäristöään ja hoitohenkilökuntaa. Jos siirto pitää toteuttaa yöaikaan, on henkilökuntaa vähemmän ja potilas joutuu olemaan pimeässä, vieraassa ympäristössä, jolloin ahdistuneisuus ja stressi voivat lisääntyä. (Boutilier 2007.)

Malinen ym. (2004) pyrkivät kehittämään potilaan siirtoa teho-osastolta vuodeosastolle. Siirtoja hankaloittavina tekijöinä esitettiin hoitajien päällekkäiset työtehtävät ja osastojen yhteistyön puute. Henkilökunnan välinen huono ilmapiiri voi lisätä potilaan turvattomuutta, tyytymättömyyttä ja stressiä, jolloin potilaan paraneminen voi hidastua ja hoitokustannukset lisääntyä. Myös tässä tutkimuksessa puutteellinen tiedonsiirto koettiin potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä. Näitä hankaloittavia tekijöitä pyrittiin minimoimaan ottamalla huomioon potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus sekä lisäämällä suunnitelmallisuutta hoitajien työssä. Toimintaa pyrittiin kehittämään vähentämällä päällekkäisiä työtehtäviä sekä laatimalla siirto-ohjeet henkilökunnan käyttöön.

Jauhiainen (2009) on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut potilassiirtoja sairaanhoitajien kuvailemana. Keskeisimpänä tuloksena oli, että sujuvat potilassiirrot vaativat suunnittelua ja siirtojärjestelyitä. Hyvä potilassiirto vaatii osaavan henkilökunnan, selkeää tiedonsiirtoa ja yhteistyötä eri yksiköiden välillä. Tutkimus tuotti tietoa potilassiirtoa edistävästä ja vaikeuttavista tekijöistä sekä sairaanhoitajan roolista. Siirtoja edistää riittävä henkilökunnan määrä ja ammattitaito sekä yksiköiden välinen yhteistyö. Potilassiirtojen sujuvuutta vaikeuttaa huono tiedonsiirto yksiköiden välillä, siirtojen suunnittelemattomuus, raskashoitaiset potilaat ja vähäiset aika- ja henkilökuntaresurssit.

Osastojen välisistä potilassiirroista on tehty vuonna 2010 kaksi opinnäytetyötä (Heikkilä & Taponen 2010; Toivonen 2010), jotka käsittelivät traumatologisten- ja neurologisten potilaiden kokemuksia eri yksiköiden välisistä potilassiirroista. Opinnäytetöiden tulokset olivat samansuuntaiset. Molemmassa opinnäytetöissä potilaat kertoivat siirron sujuneen kaiken kaikkiaan hyvin, eivätkä he kokeneet siirtoja erityisen ongelmallisiksi. Potilaat kokivat hoitajien toiminnan

luotettavaksi ja ammattitaitoiseksi. Potilassiirtoihin liittyi myös ongelmia, jotka opinnäytetöissä jaettiin kolmeen osaan: hoitohenkilökuntaan, aikatauluihin sekä sairaalan tiloihin liittyviin ongelmiin. Sekä neurologiset että traumatologiset potilaat ilmaisivat ongelmia liittyen odotusaikaan sekä tiedonsaantiin siirrosta. Kehittämisehdotuksena esitettiin, että hoitohenkilökunta antaisi informaatiota siirtoon ja osastoon liittyen ja huomioisi potilasta enemmän siirron aikana. (Heikkilä & Taponen 2010; Toivonen 2010.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA

TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat potilassiirrot eri yksiköiden välillä. Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat siirrot yksiköstä toiseen?
2. Ovatko gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokeneet ongelmia siirroissa, jos ovat, niin minkälaisia?

6 AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Aineiston keruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteisiin kuuluu aineiston keruu luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Siinä suositaan ihmistä tiedon keruun lähtökohtana. Tärkeimmässä osassa ovat yksilön kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset, ei tutkittavien määrä. Usein kohdejoukko onkin pieni ja tarkkaan valittu, jotta aineistosta tulisi mahdollisimman laadukas. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83; Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Tähän tutkimukseen oli luonnollista valita juuri teemahaastattelu, sillä se on tyypillinen kvalitatiivisen tutkimuksen toteutustapa. Siinä pyritään selvittämään haastateltavan omia kokemuksia ja saamaan monitahoisia vastauksia tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35; Hirsjärvi ym. 2009, 205.)

Teemahaastattelussa keskitytään ihmisten asioille antamiin tulkintoihin ja merkityksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97), kuten tässä tutkimuksessa potilaiden kokemuksiin. Teemahaastattelussa keskeiset aihepiirit ja teemat sovitaan valmiiksi. Haastattelun toteutusta ei ole kuitenkaan strukturoitu, vaan kysymysten muotoiluun voi tulla haastattelutilanteessa täsmennyksiä ja jopa kysymysten järjestys voi vaihdella. Teemahaastattelun etuna on sen joustavuus ja mahdollisuus tulkita haastateltavan vastauksia enemmän. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97; Hirsjärvi ym. 2009, 205, 208.)

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuslupa myönnettiin joulukuussa 2010, jonka jälkeen haastattelut voitiin toteuttaa. Haastattelut toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) gastrokirurgian osastoilla 216 ja 233 sekä urologian osastolla 213. Osasto 216 on akuutin gastrokirurgian vuodeosasto, noin 70 % osaston potilaista on päivystyspotilaita (Turun yliopistollinen keskussairaala 2008a). Osastolla 233 suurin osa potilaista tulee hoitoon suunnitellusti, erilaisiin suolisto- ja vatsan

alueen leikkauksiin tai tutkimuksiin (Turun yliopistollinen keskussairaala 2008b). Urologian osastolle 213 potilaat tulevat ennalta sovitusti sekä päivystyksenä ensiapupoliklinikan kautta. Osastolla potilaat jakautuvat kahteen ryhmään, nopeasti vaihtuviin lyhytaikaisiin potilaisiin, joihin kuuluu esimerkiksi virtsarakon tähystystoimenpiteet, ja avoleikattuihin potilaisiin, joihin kuuluu esimerkiksi eturauhasen-, virtsarakon- ja munuaisenpoistoleikkaukset. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010b.)

Osastojen osastonhoitajat saivat ennen haastatteluja luettavakseen tutkimussuunnitelman ja myös muuta henkilökuntaa informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta etukäteen. Haastateltavat valittiin yhdessä osastonhoitajien kanssa. Osastojen henkilökunta oli myös apuna valittaessa haastateltavia. Haastateltavia oli yhteensä 11, kuusi gastrokirurgian ja viisi urologian osastoilta. Haastatteluun osallistumiselle kriteereinä oli, että potilas oli kokenut ainakin yhden potilassiirron eri yksiköiden välillä. Lisäksi potilaan tuli olla suomenkielinen ja kognitiiviselta tasoltaan kykenevä vastaamaan haastattelun kysymyksiin.

Ennen haastatteluiden toteutusta joku hoitohenkilökunnasta vei potilaille luettavaksi saatekirjeen, jossa oli tarvittava informaatio tutkimuksesta ja siihen liittyvistä asioista (Liite 1). Siihen tutustuttuaan potilaat saivat päättää haluavatko osallistua haastatteluun. Jokainen potilas, jolle saatekirje vietiin, päätti osallistua haastatteluun. Ennen haastattelujen alkua he allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (Liite 2).

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja ne etenivät etukäteen laaditun teemahaastattelurungon (Liite 3) mukaan. Haastattelurungossa oli neljä teemaa. Ensimmäisessä teemassa selvitettiin potilaan taustatietoja ja toisessa teemassa haastateltavat kertoivat minkä yksiköiden välillä potilassiirrot olivat tapahtuneet. Kolmas teema käsitteli potilaiden kokemuksia siirroista ja neljännessä teemassa kysyttiin mahdollisia kehittämissuhteita siirtoihin liittyen. Jokaisessa teemassa oli etukäteen laadittuja alakysymyksiä, jotka tarkensivat pääteemaa. Lisäksi haastattelutilanteessa tehtiin teemahaastattelulle tyypillisiä tarkentavia lisäkysymyksiä ja kysymysten

muotoilu saattoi vaihdella. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 97; Hirsjärvi ym. 2009, 205-207.) Suurin osa haastatteluista toteutettiin potilaiden omilla potilaspaikoilla, kaksi osastojen päiväsaleissa. Kaikkiin haastattelun teemoihin saatiin vastaukset jokaiselta haastateltavalta.

6.2 Aineiston analyysi

Kaikki haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne litteroitiin eli haastattelunauhojen sisältö kirjoitettiin tekstiksi (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132). Materiaali kirjoitettiin auki tarkasti sanasta sanaan Microsoft Word -ohjelmalla. Haastattelut kestivät 1-10 minuuttia ja aukikirjoitettua tekstiä oli 15 sivua. Aineiston keruun ja litteroinnin jälkeen aloitettiin aineiston analysointi sisällönanalyysillä.

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä ja sitä käytetäänkin usein juuri laadullisten tutkimusten analysoinnissa. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä, toisin sanoen se on tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia. Sen avulla voidaan kuvata erilaisia ilmiöitä yleistettävästi. Sisällönanalyysin avulla syntyy erilaisia luokkia, joita pelkistetään koko ajan yleisempään muotoon. Luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Olennaista on erottaa aineiston samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällön erittelyssä aineistoa voidaan myös kvantifioida eli laskea tiettyjen ilmaisujen määrää numeroina. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-134.) Sisällönanalyysiä on kritisoitu sen yksinkertaisuuden vuoksi ja sitä pidetään tekniikkana, josta ei saada tilastollisia analyyskejä. Siihen liittyy paljon myös vahvuuksia; se on joustava ja monipuolinen tapa tuottaa merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä ilmiöille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

Tutkimuksen aiheesta ei ollut aiempaa tutkittua tietoa, joten oli perusteltua käyttää induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Siinä tutkimusongelmat ohjaavat työskentelyä ja aineistosta pyritään luomaan hyvä teoreettinen kokonaisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Aineistosta poimitaan sanoja ja fraaseja, jotka merkitsevät samaa asiaa ja ne

luokitellaan eri luokkiin. Aineistosta voidaan myös yhdistää synonyymejä ja samaa tarkoittavia sisältöjä kokonaisuuksiksi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla litteroidut tekstit moneen kertaan läpi, jotta aineisto tuli tutuksi. Ensin teksteistä alleviivattiin ensimmäisen tutkimusongelman mukaisesti kaikki yleiset ilmaisut potilassiirroista. Niihin kuului potilaiden neutraalit sekä positiiviset kokemukset. Sen jälkeen alleviivattiin toisen tutkimusongelman mukaisesti ongelmat, joita potilaat kokivat potilassiirtoihin liittyen.

Alleviivatut kokemukset kopioitiin kahteen uuteen word-asiakirjaan tutkimusongelmittain. Molemmista poimittiin samaa tarkoittavat ilmaisut ja ne laitettiin eri otsikoiden alle. Nämä jaoteltiin ja listattiin yhdistävien tekijöiden ja synonyymien perusteella alkuperäisistä ilmaisuista.

Potilaiden kokemista ongelmista alettiin sen jälkeen rakentaa taulukkoa. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja niille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi (Janhonen & Nikkonen 2003, 28). Aluksi siihen valittiin alkuperäiset ilmaisut, jotka parhaiten kuvasivat tiettyä ongelmaa. Ilmaisut pelkistettiin yleisempään muotoon, jonka jälkeen niistä muodostui kuusi ryhmää. Kuusi ryhmää edelleen pelkistettiin samankaltaisten sisältöjen mukaan kolmeen alaluokkaan, jotka kuvaavat pääongelmia siirtoihin liittyen.

Aineistosta kvantifioitiin eli laskettiin montako kertaa tietyn otsikon alla oleva ilmaisu tulee esiin aineistossa. Työskentely aineiston parissa eteni sisällönanalyysin prosessin mukaisesti aineiston pelkistyksestä ja luokittelusta aineiston ryhmittelyyn ja tulkintaan (ks. Janhonen & Nikkonen 2003, 26-29).

7 TULOKSET

7.1 Tutkimushaastatteluihin osallistuneiden taustatiedot

Haastateltavat olivat iältään 43-87 vuotiaita. Haastatteluun valikoitui kuusi gastrokirurgista ja viisi urologista potilasta. Gastrokirurgisista potilaista kolme oli naisia ja kolme miehiä, urologisista potilaista kolme oli miehiä ja kaksi naisia. Yhteensä naisia oli siis viisi ja miehiä kuusi. Potilaat olivat hoidettavina kahdella eri gastrokirurgian osastolla ja yhdellä urologian osastolla TYKS:ssa erilaisten vatsaelinvaivojen ja sukuelinten tai virtsateiden sairauksien vuoksi.

Kolmella gastrokirurgisella potilaalla oli ollut perä- ja paksusuolen ongelmia, kahdella umpisuolen tulehdus ja yhdellä epämääräisiä vatsavaivoja. Kolmelta urologiselta potilaalta oli poistettu toinen munuainen tai kysta munuaisista sekä kaksi oli hoidossa eturauhassyövän vuoksi. Kaikki potilaat olivat kokeneet potilassiirtoja meneillään olevan sairaalahoidonjakson aikana. Siirrot tapahtuivat useimmiten päivystyksestä tai ensiavusta vuodeosastolle, jonka jälkeen osastolta leikkaussaliin ja takaisin. Muutamat haastateltavat olivat lisäksi kokeneet siirron erilaisiin tutkimuksiin sairaalan sisällä. Kahden haastateltavan diagnoosia ei oltu saatu heti selville, joten he joutuivat kokemaan useampia siirtoja eri yksiköiden välillä.

7.2 Potilaiden siirtokokemukset eri yksiköiden välillä

Aineistosta saatiin yhteensä 55 ilmaisua, joissa potilaat kuvailivat potilassiirtoja eri yksiköiden välillä. Ilmaisut jaettiin ensin neutraaleihin ja positiivisiin ilmaisuihin. Neutraaleja ilmaisuja oli 27 ja positiivisia 28. Lisäksi näiden molempien alla olevat ilmaisut jaettiin itse siirtotilanteen sujuvuuteen ja hoitohenkilökunnan toimintaan liittyviin osiin. Potilaat kokivat myös ongelmia potilassiirtoihin liittyen, mutta ne käsiteltiin erikseen. Siirron sujuvuudesta kertovia ilmaisuja oli yhteensä 23 ja hoitohenkilökunnan toimintaa pohtivia ilmaisuja oli 32.

Kaikki haastateltavat kokivat siirtotilanteen sujuneen melko hyvin. Vastauksissa oli kuitenkin eroavaisuuksia. Puolet haastateltavista kokivat jonkinlaisia ongelmia siirtoihin liittyen, mutta pääasiassa hekin kuvailivat siirtojen sujuneen suhteellisen hyvin.

”ihan luontevasti ja ihan hyvin”

”kaikki on mennä yleensä niinku kuuluuki”

”iha niinku okei ollu”

Puolella haastateltavista (kuusi) ei ollut paljoakaan sanottavaa potilassiirroista, vaan he olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä kaikkeen. Miehillä oli selvästi vähemmän sanottavaa siirtoihin liittyen kuin naisilla.

”se on nii tavanomane tapahtuma et ei siit mittää mielee oo jääny”

”ei sii mitää erikoist ollu”

”pääsin makaamaa paikast toisee”

Toinen puoli haastateltavista (viisi) pohti siirtoja laajemmin. Heistä suurin osa oli naisia.

”se tunne, että pääsi niinku eteenpäin, että tiesi että pääsee eteenpäin näissä tutkimuksissa”

”hienosti menee, hissil mennää ja paikall päästää, kaikki on siisti, hieno sairaala”

Kaikki haastateltavat kokivat hoitohenkilökunnan asialliseksi ja mukavaksi sekä lähettävässä että vastaanottavassa yksikössä.

” kyl ne yhtä myönteisii ollu joka osastol”

”no mul oli hauskaa hei, mul oli hyvä saattaja, oikeen mukava ja otti kyllä huomioon. Oli ihan kiva siirto, asiallinen ihminen mukana”

”mä olen saanu tosi hyvän kuvan kaikista täällä”

Lähes kaikki kokivat, että heitä oli tiedotettu riittävästi siirtoihin liittyen.

”kerrotaa et mihin mennään ja mil taval, on toiminut ihan hyvin”

”kyllä ihan hyvin molemmis päissä kaikki niinkun mitä tehdään, mitä on ensin ja mitä sitten”

7.3 Potilassiirroissa ilmenneet ongelmat

Haastatellut potilaat ilmaisivat siirtoihin liittyviä ongelmia yhteensä 31. Ne ryhmiteltiin kuuteen eri ryhmään pelkistäen potilaiden alkuperäiset ilmaisut. Alaluokiksi muodostui kolme ongelmaa parhaiten kuvaavaa luokkaa; fyysiseen ympäristöön liittyvät ongelmat siirron aikana, kivuliaisuus siirron aikana ja henkilökunnan toimintaan ja resursseihin liittyvät ongelmat. Seuraavassa taulukossa esitellään nämä ongelmat (Taulukko 1).

Taulukko 1. Pelkistys ja ryhmittely potilaiden kokemista ongelmista

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTYS	RYHMÄ	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
"Hirveesti semmost töyssyä, niinku aika kovasti töyssyttelee"	Potilas koki käytävät siirron aikana epätasaisiksi	Käytävien epätasaisuus	Fyysiseen ympäristöön liittyvät ongelmat siirron aikana	Potilaiden siirtotilanteessa kokemia ongelmia
"Käytävä on niin kylmä, vaik oli peitto pääl, tuli kylmä, ei oo oikee mukava tunne"	Potilas paleli siirron aikana	Epämiellyttävät tuntemukset siirron aikana		
"Tuli iha semmone vankileiri olo siitä kärrystä, koin koomisiaki näkemyksiä, et sit me istutaa ja törötetää siin kärryn kyydis"	Potilas koki itsensä vangituksi, mutta näki tilanteessa myös humoristisia piirteitä			
"Vähän huono olo tuli siinä auton keikutellessa"	Potilas koki huonovointisuutta siirron aikana			
"Ku on oikee kipee ja kaikki pomput ja kaikki sattuu" "Ei pystytty järjestämään kun semmonen kuljetus, kyllähän mä sen kestin, mutta se oli vähän tuskallinen." "Vatsa on kipee ku nostellaan, ni se aina tuntuu"	Potilas koki kipua siirron aikana	Siirroista aiheutuva kipu	Kivuliaisuus siirron aikana	
"Siellä oli hirvee kiire, se tuntu koko ajan siinä henkilökunnan työssä se kauhee kiire ja paine"	Potilas koki hoitohenkilökunnan toiminnan kiireiseksi	Henkilökunnan kiire	Henkilökunnan toimintaan ja resursseihin liittyvät ongelmat	
"Ei mul sanottu mitään vaan työnnettiin siihe käytävälle" "Et tulis joku henkilö et saisi kysästä et anteeks, viedääks mua jonnekki"	Potilas tietämätön siirrosta	Tiedottamisen riittämättömyys		
"Odottamisaika on siellä tosi pitkä" "Liian vähän näitä kuljettajia"	Potilas joutui odottamaan siirtoa pitkään	Siirtoon liittyvä odottaminen		

Fyysisen ympäristön ongelmina potilaat kokivat käytävien epätasaisuuden (neljä ilmaisua) ja epämiellyttävät tuntemukset siirron aikana (kuusi ilmaisua). Epämiellyttäviin tuntemuksiin lukeutui kylmyys (neljä ilmaisua) ja huonovointisuus (yksi ilmaisu) siirron aikana. Yksi potilas koki olonsa vangituksi siirron aikana, mutta näki tilanteessa myös humoristisia piirteitä.

”kaikkein huonoin puoli peräkäräyl ku sä meet ko käytävälhän ei kukkaan voi mittää se on nii hiton semmone töyssynen”

”aika kylmää siel on sen matkan aikana, kylmii kohtii oikeen”

Siirrosta aiheutuvaa kipua ilmaistiin yhdeksän kertaa. Kipu liittyi suurimmaksi osaksi käytävien epätasaisuuteen mutta myös itse sairaudesta johtuvaan.

”et todella ku sul on joku paikka kipee niis töyssyis ja se tärähtää ni se ei oo mukavaa”

”liikkumine sattuu tosi paljon”

Henkilökunnan toimintaan ja resursseihin liittyvät ongelmat muodostuivat henkilökunnan kiireestä (kolme ilmaisua), tiedottamisen riittämättömyydestä (kolme ilmaisua) ja siirtoon liittyvästä odottamisesta (viisi ilmaisua).

”eikä ehkä oo sitä aikaa niillä lähettävillä hoitajilla että ehtis sillai valmistella”

”olin taas jossain eri osastolla, käytävällä siinä hissien oven takana, et se oli tosi levotonta”

”tietysti ne on aina ongelmii ne odottamiset”

Eniten potilaat ilmaisivat siis ongelmia liittyen siirrosta aiheutuvaan kipuun (yhdeksän ilmaisua).

7.4 Potilaiden kehittämissuhteet

Potilaista seitsemän ei osannut sanoa mitä kehitettävää potilassiirroissa olisi. Heidän mielestään ne sujuivat tällaisinaan hyvin tai haastattelutilanteessa ei tullut mitään mieleen. Muutama heistä kertoi oman ammattitaitonsa olevan riittämätön pohtimaan kehitettävää siirtoihin liittyen.

”siihen tarvittais insinööri joka keksis siihen uutta”

”täytyy sanoa, et mun ammattitaitoni ei riitä siihe kokemukseni antaa mitää arvosteluja siit, siinä suhteessa se kuuluu omalla sektorilla hoitaa”

Neljä potilasta kuvasi omia mielipiteitään siirtojen kehittämisessä. Ne liittyivät useimmiten siirtojen toteuttajiin, tiedottamisen parantamiseen, käytävien tönnyssyyteen ja kuljetusvälineeseen. Yhden potilaan mielestä siirtoihin kaivattaisiin aivan oma henkilökuntansa, sillä hoitajien työpanos tarvitaan osastoilla vaativimmissa töissä kuin potilaan siirrossa.

”mun mielest pitäis olla selkeesti henkilökuntaa sitä siirtoa varten eli oma henkilökuntansa siihe siirtämiseen”

Yksi potilas ajatteli vanhempaa potilaskuntaa ja heidän mahdollisia vaikeuksia ymmärtää annettua informaatiota.

”ajattelen huonetoveritanikin, niin kyl he ehkä olis kaivannu vähän parempaa semmosta informaatioo siinä lähtövaiheessa taikka ennen sitä lähtöä. Potilaat on yhä vanhempia ja vanhempia varmasti, niin heille niinkun olis tämmönen parempi tiedottaminen. Ihminen joka ei enää oo kaiken tasalla kuitenkin haluais tietää vähän et mihin mä nyt menen ja mitä siel on ja mitä tehdään”

Moni potilas mainitsi käytävien olevan erittäin epätasaisia, varsinkin TYKS:an kellaritasossa, jossa tapahtuu paljon siirtoja päivittäin. Kaksi potilaista pohti voisiko näitä käytäviä parantaa. Lisäksi kuljetuskärry, johon potilaan sänky asetetaan siirron ajaksi, oli erään haastateltavan mielestä todella alkeellinen.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen teossa on tärkeää pyrkiä välttämään virheiden syntymistä; tutkimusten ja tulosten luotettavuus väistämättä kuitenkin vaihtelee (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Siksi tässä tutkimuksessa on pyritty arvioimaan mahdollisimman monipuolisesti tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla luotettavuuskriteereillä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Joidenkin tutkijoiden mielestä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerejä, validiteettia ja reliabiliteettia. Jotkut tutkijat taas eivät koe niiden sopivan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Luotettavuuteen sisältyvät myös joka tapauksessa Cuban ja Lincolnin (1981 ja 1985) esittämät luotettavuuden arvioinnin kriteerit uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-160.)

Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Laadullisessa tutkimuksessa validiteettiongelmia saattaa esiintyä aineiston keruussa, jos tutkimusongelmiin ei saada vastauksia tai jos tutkimusaineisto ei ole edustava (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215). Tässä tutkimuksessa näitä ongelmia pyrittiin välttämään sisäänotto- ja poissulkukriteereillä, esimerkiksi potilaan oli tullut kokea vähintään yksi potilassiirto eri yksiköiden välillä. Hoitohenkilökunta auttoi valitsemaan haastatteluun potilaat, jotka parhaiten sopivat tutkimuksen kohdejoukoksi.

Haastattelutilanne pyrittiin pitämään mahdollisimman rauhallisena ja yksityisenä, jotta aiheesta saatiin mahdollisimman syvällistä informaatiota. Haastattelujen rauhallisuus vaihteli osaston luonteesta riippuen ja siitä, mihin aikaan päivästä haastattelut voitiin toteuttaa. Haastattelut toteutettiin eri

ajankohtina, aamulla, päivällä ja iltapäivällä. Itse haastattelutilanne oli melko rauhallinen jokaisen haastateltavan kanssa. Kuitenkin rauhallisuuteen ja keskittymiseen vaikutti kahden haastattelun aikana tulleet keskeytykset, huoneissa olleet muut potilaat ja potilaiden vireystilan vaihtelu. Haastattelut keskeytyivät esimerkiksi hoitajien tuodessa ruokaa tai suorittaessa hoitotoimenpidettä vierustoverille. Toista haastattelua pystyttiin jatkamaan normaalisti tilanteen rauhoituttua. Toinen haastattelu piti keskeyttää kokonaan, sillä tilanne olisi aiheuttanut liikaa häiriötä haastattelulle. Tämä haastattelu toteutettiin parin tunnin kuluttua uudelleen alusta ja kaikkiin haastattelun kysymyksiin saatiin vastaukset.

Viisi haastattelua pystyttiin toteuttamaan täysin kahdenkeskeisesti, joko potilaan ollessa yhden hengen huoneessa tai päiväsalissa, jossa ei ollut muita. Kuusi haastatteluista toteutui kahden tai usemman hengen huoneessa, sillä potilaan kunto ei sallinut siirtymistä. Jokaiselta haastateltavalta tarkistettiin, ettei vierustoverin läsnäolo häirinnyt haastattelutilannetta. Aamuaikaan toteutetuissa haastatteluissa potilaiden vireystila saattoi olla matalampi monien hoitotoimenpiteiden vuoksi. Iltapäiväaikaan hoitotoimenpiteet olivat pääosin jo toteutettu ja haastateltavat saattoivat olla virkeämpiä.

Haastattelun luotettavuutta voi heikentää, että haastateltavalla on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Lisäksi haastateltava voi antaa tietoa tietyistä aiheista, joista tutkija ei edes kysy. Haastattelutilanne on usein tilannesidonnainen ja haastateltava saattaa puhua toisin, kuin jossakin vapaammassa tilanteessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 206-207.) Tutkimuksen aihe oli kuitenkin neutraali, eikä liian henkilökohtainen tai kiusallinen haastateltavalle. Haastattelun kysymykset pyrittiin laatimaan niin, että niihin oli helppo vastata totuudenmukaisesti. Haastateltavat vastasivat kaikkiin kysymyksiin ja ilmapiiri haastattelutilanteissa oli suhteellisen vapautunut ja rento. Muutama haastateltava alkoi kertoa yleisistä sairaalassaolokokemuksistaan tai -ongelmistaan, jotka eivät liittyneet potilassiirtoihin. Keskustelu saatiin kuitenkin ohjattua takaisin aiheeseen.

Jokaisella potilaalla oli kokemusta potilassiirroista, mutta monella ei ollut erityistä sanottavaa niistä tai he eivät kokeneet niissä minkäänlaisia ongelmia. Monet myös sanoivat haastattelutilanteen tulleen niin nopeasti, etteivät he ehtineet pohtia aihetta tarkemmin. Potilaille annettava etukäteismateriaali tutkimuksen aiheesta tai kysymyksistä olisi voinut olla hyödyksi tähän. Näin he olisivat pystyneet pohtimaan ja arvioimaan potilassiirtoja laajemmin. Aikaresurssien rajallisuuden ja osastojen luonteen vuoksi (potilaiden hoitoaika usein lyhyt) tähän ei kuitenkaan ryhdytty.

Otos oli kooltaan pieni, mikä voi osaltaan vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen ja pätevyyteen. Tutkimuksen aihe oli kuitenkin suppea ja tarkasti rajattu, minkä vuoksi pienenkin otoksen avulla tutkimusongelmiin saatiin vastauksia.

Reliabiliteetti ilmaisee sen, miten toistettavasti ja luotettavasti käytetty tutkimusmenetelmä mittaa haluttua ilmiötä (Hirsijärvi ym. 2009, 231). Reliabiliteettiongelmia saattaa syntyä aineiston analyysin aikana tapahtuvista virheistä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215). Virheitä pyrittiin välttämään huolellisella aineiston analyysillä, litteroimalla aineistot tarkasti sanasta sanaan ja pelkistämällä ryhmät ja luokat selkeästi. Tämä pyrittiin toteuttamaan niin, ettei alkuperäinen ilmaisu menettänyt merkitystään, vaan se siirtyi yksityisestä yleiseen muotoon. Lisäksi luotettavuutta parannettiin selostamalla tutkimuksen toteutus ja analysointimenetelmä tarkasti. Näillä keinoilla tutkimuksen toistettavuutta pyrittiin parantamaan.

Teemahaastattelun kysymykset laadittiin huolellisesti aikaisempaan tutkimusaineistoon perehtymällä. Osa haastatteluista jäi kuitenkin lyhyiksi, pääasiassa siksi, ettei haastateltavilla ollut aiheesta paljoakaan sanottavaa. Esihaastattelujen toteuttaminen olisi voinut olla hyödyllistä, sillä niiden avulla oltaisiin saatu alustavaa informaatiota haastattelujen kulusta ja kokemusta niiden toteuttamiseen. Esihaastattelujen avulla teemahaastattelurungon kysymysten sekä apukysymysten muodostaminen ja pohtiminen olisi myös helpottunut.

Muutamissa tutkimuksissa (esim. Boutilier 2007) korostetaan perheen merkitystä potilaan ahdistuksen lievittäjänä ja turvallisuuden tunteen lisääjänä siirtoja suunniteltaessa ja toteutettaessa. Teemahaastattelunrunkoon olisi voinut ottaa yhdeksi osaksi potilaan perheen tai omaisten osallistumisen siirtotilanteeseen. Kysymys olisi voinut esimerkiksi liittyä potilaan kokemukseen siitä, vaikuttaisiko omaisten osallistuminen siirtotilanteeseen tai sen valmisteluun positiivisesti.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtana tutkimukselle on oltava ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkittaessa ihmistä eettiset kysymykset korostuvat. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-25; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 137.) Haastattelussa, jossa ollaan suorassa kontaktissa tutkittaviin, eettiset kysymykset ovat erityisen monitahoisia (Hirsjärvi & Hurme 2000, 19). Tutkimuseetiikkaan liittyviä näkökulmia punnittiinkin jo hyvissä ajoin ennen tutkimuksen teon aloittamista.

Suomessa on lupauduttu käyttämään Helsingin julistuksen (1964) mukaisia tutkimuseettisiä ohjeita. Ohjeissa on lueteltu eettisesti tärkeitä asioita ja kysymyksiä, joita tutkijan on otettava huomioon. Näitä ovat esimerkiksi vapaaehtoisuus ja keskeyttämismahdollisuus. Tutkimus ei myöskään saa vahingoittaa tutkittavaa ja tutkimuksesta saatava hyöty on oltava suurempi kuin siitä aiheutuva haitta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 27.)

Vapaaehtoisuutta ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin antamalla potilaalle mahdollisuus itse päättää osallistuuko hän tutkimukseen. Lisäksi tutkittaville annettiin mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa ilman seuraamuksia. Ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä edellytetään myös informaation antoa haastateltavalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-25; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 137, 146,153.) Haastateltavat saivat saatekirjeen, johon he pystyivät rauhassa tutustumaan ennen haastattelua. Lisäksi ennen haastattelun

alkua tutkimuksesta informoitiin lyhyesti. Tutkimukseen osallistuvat allekirjoittivat myös suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta.

Tutkimustulosten raportoinnissa oli erityisen tärkeää, ettei kenenkään haastatteluun osallistuvan henkilöllisyys paljastunut (Hirsjärvi & Hurme 2000, 19). Haastattelunauhoissa ei mainittu haastateltavien nimiä tai muita tietoja, mistä heidät olisi voinut tunnistaa. Haastattelunauhoja, eikä litteroituja tekstejä päässyt kuuntelemaan tai lukemaan kukaan muu kuin tutkimuksen tekijät. Tutkimuksen tekijät hävittivät tutkimusta varten kerätyn aineiston eli haastattelunauhat ja litteroidut tekstit asianmukaisesti, eikä niitä käytetty muihin tarkoituksiin.

Aineiston analyysi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, eikä alkuperäisiä havaintoja tule muokata niin, että tulokset vääristyisivät. Litterointi toteutettiin sanatarkasti ja huolellisesti. Tuloksissa esitetyissä alkuperäisissä lainauksissa ei tuotu esiin kommentteja, joista haastateltavien henkilöllisyys voisi paljastua ulkopuolisille. Tutkimuksen puutteet pyrittiin myös tuomaan julki. Koko tutkimusprosessin ajan pyrittiin rehellisyyteen ja tarkkuuteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.)

8.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat potilassiirrot eri yksiköiden välillä. Tavoitteena on tulosten perusteella kehittää potilassiirtoja tulevaisuudessa.

Potilaat kokivat siirtojen sujuneen kokonaisuudessaan melko hyvin. Siirtoihin liittyi myös ongelmia. Osalla ei ollut paljoakaan sanottavaa siirtoihin liittyen ja osa kuvaili siirroissa esiintyneen useampiakin ongelmia. Ongelmat jaettiin kolmeen luokkaan: fyysisen ympäristön ongelmiin, kivuliaisuuteen siirron aikana ja hoitohenkilökunnan toimintaan ja resursseihin liittyviin ongelmiin. Fyysisen ympäristön ongelmiin kuului käytävien epätasaisuus ja epämiellyttävät tuntemukset siirron aikana, kuten kylmyys ja pahoinvointi. Hoitohenkilökunnan toimintaan ja resursseihin liittyviin ongelmiin sisältyi kiire, odottaminen ja

tiedottamisen riittämättömyys. Eniten ongelmia potilaat kokivat kivuliaisuuteen liittyen.

Neurologisten ja traumatologisten potilaiden kokemuksia potilassiirroista tutkineiden Toivosen (2010) ja Heikkilän & Taposen (2010) opinnäytetöiden tuloksissa ongelmat jaettiin henkilökunnan toimintaan, tiloihin ja aikatauluihin liittyviin ongelmiin. Siirroista aiheutuvaa kipua ei noussut esille edellä mainituissa opinnäytetöissä eikä tutkimuksissa (mm. Coleman & Berenson 2004; Boutilier 2007). Samoja tuloksia edellä mainittujen opinnäytetöiden kanssa olivat kylmyys, odottaminen ja henkilökunnan kiire.

Monissa aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Coleman & Berenson 2004; Toivonen 2010) mainitaan tiedottamisen puute ongelmana. Tässä tutkimuksessa vain yksi potilas koki tiedottamisen riittämättömänä. Suurin osa potilaista koki saaneensa riittävästi informaatiota siirtoihin liittyen. Aikaisemmissa opinnäytetöissä (Heikkilä & Taponen 2010; Toivonen 2010) kivuliaisuuden lisäksi ongelmiksi eivät nousseet merkittävästi myöskään käytävien epätasaisuus eikä huonovointisuus siirron aikana. Tässä tutkimuksessa osa haastateltavista koki käytävien töyssyisyyden epämiellyttävänä ja kipua aiheuttavana. Lisäksi tästä tutkimuksesta nousi esille kuljetuskärryn epämukavuus.

Chaboyerin (2005b) tutkimuksesta nousi esille siirtojen tunneperäisyys. Potilaat kokivat itsensä siirron aikana avuttomiksi ja haavoittuviksi. Tässä tutkimuksessa potilaat eivät kokeneet samanlaisia tunnetiloja siirtojen aikana, vaan osa piti siirtoja aivan tavanomaisena tapahtumana eikä heillä ollut juuri mitään kommentoitavaa siirtoihin liittyen. Osa haastateltavista koki ongelmia siirtoihin liittyen, mutta niihin ei liittynyt aiemmin mainittuja tunteita, vaan ongelmat olivat enemmänkin fyysisiä ja konkreettisia, kuten käytävien epätasaisuus, kipu ja kylmyys.

Jauhaisen (2009) tutkimuksen perusteella siirtoja edistää henkilökunnan riittävyys. Vähäiset aika- ja henkilökuntaresurssit puolestaan heikentävät siirtojen sujuvuutta. Tässä tutkimuksessa potilaat mainitsivat ongelmia juuri

liittyen henkilökunnan kiireeseen, odottamiseen sekä tiedottamisen riittämättömyyteen. Lisäämällä henkilökuntaa kiire ja odottaminen vähenisivät, lisäksi hoitohenkilökunnalla olisi enemmän aikaa tiedottaa potilasta.

Monessa tutkimuksessa mainitaan potilassiirtojen tärkeimpinä seikkoina potilasturvallisuuden huomioiminen, potilassiirtojen laadun parantaminen sekä hoidon jatkuvuus (mm. Boutilier 2007, Coleman & Berenson 2004, Jauhiainen 2009). Kun uusi T2-sairaala valmistuu vuonna 2013, toiminta tulee muodostumaan toimialueista. Toimialueiden tavoitteena on potilaan hoidon laadun paraneminen, näin ollen myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja potilasturvallisuuden lisääminen. Siksi oli tärkeää tutkia miten juuri potilaat kokevat potilassiirrot ja minkälaisia ongelmia niissä esiintyy. Toimialueiden pitäisi merkittävästi parantaa hoitoprosessien sujuvuutta ja vähentää näin myös tarpeettomia potilassiirtoja. (Korvenranta & Särkkä 2010; Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a.)

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää VSSHP:n alueella kehitettäessä uuteen T-sairaalaan vuonna 2013 tulevia toimialueita. Hoitotyöntekijät ja -opiskelijat voivat myös hyödyntää tutkimuksen tuloksia käytännössä ja niiden pohjalta kehittää potilassiirtoja sujuvammiksi. Siirtoihin liittyvään kivunhoitoon tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota. Myöhemmin olisi kiinnostavaa selvittää, miten potilaat ja hoitohenkilökunta kokevat T-sairaalan uudistuneen toiminnan ja toimialueiden sujuvuuden.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tutkimuksen tulosten perusteella gastrokirurgiset ja urologiset potilaat olivat suhteellisen tyytyväisiä siirtoihin eri yksiköiden välillä. Hoitohenkilökunta koettiin asiallisena. Ongelmia potilaat kokivat liittyen fyysiseen ympäristöön, siirrosta aiheutuvaan kipuun sekä henkilökunnan toimintaan ja resursseihin. Eniten potilaat kokivat ongelmia liittyen siirroista aiheutuvaan kipuun.
2. Tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää VSSH:n alueella. Myös hoitotyöntekijät ja -opiskelijat voivat hyödyntää tuloksia. Fyysiseen ympäristöön liittyvään käytävien epätasaisuuteen on hankala vaikuttaa, mutta uudessa T-sairaalassa tilat muuttuvat, palvelut tuodaan potilaan lähelle ja potilassiirrot vähenevät.
3. Potilaan peittelemiseen pitää edelleen kiinnittää enemmän huomiota kylmyyden välttämiseksi siirron aikana.
4. Lisäämällä henkilökuntaa kiire ja odottaminen vähenisivät, lisäksi hoitohenkilökunnalla olisi enemmän aikaa potilaan informointiin. Henkilökunnan resursseihin on kuitenkin vaikea vaikuttaa.
5. Kivunhoitoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota potilassiirtojen aikana. Gastrokirurgiset ja urologiset potilaat ovat usein erityisen kivulias potilasryhmä. Uuden T-sairaalan hyvin suunnitellut tilat tulevat varmasti osaltaan vähentämään siirrosta aiheutuvaa kipua.
6. Jatkossa olisi kiinnostavaa selvittää, miten toiminta toimialueiden myötä parantuu ja miten potilaat kokevat mahdolliset potilassiirrot muutosten jälkeen. Lisäksi osastojen hoitohenkilökunnan on hyvä pohtia, miten he toiminnallaan pystyisivät kehittämään potilassiirtoja turvallisemmiksi, kivuttommiksi ja sujuvammiksi.

LÄHTEET

Boutilier, S. 2007. Leaving critical care, facilitating a smooth transition. Dimension of critical care nursing. Vol. 26, No. 4, 137-142.

Chaboyer, W.; James, H. & Kendall, M. 2005a. Transitional care after the intensive care unit, current trends and future directions. Critical care nursing. Vol. 25 (3), 16-29.

Chaboyer, W.; Kendall, E.; Kendall, M. & Foster, M. 2005b. Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. Australian critical care. Vol. 18, No. 4, 138-145.

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

Hautamäki-Lamminen, K.; Åstedt-Kurki, P.; Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? Hoitotiede. 22 (4), 282-290.

Heikkilä, M. & Taponen, L. 2010. Yksiköiden väliset potilassiirrot, traumatologisten potilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 2.1.2011 www.hus.fi > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoisalat > Kirurgia > Urologia.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004. Viitattu 12.2.2011 www.hus.fi > Potilaat ja läheiset > Hoitopaikat > Erikoisalat > Sisätaudit > Gastroenterologia.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, Kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvailemina. Tampere: Tampereen yliopiston pro gradu- tutkielma.

Jääskeläinen, K. 2010. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Viitattu 5.5.2011 www.ttl.fi > Etusivu > Ergonomia > Ergonomiaa työelämän eri aloille > Terveystieteet > Potilassiirrot > Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. Painos. Helsinki: WSOYpro.

Korvenranta, H. & Särkkä, M. 2010. TYKS:in toiminnan ja organisaation muutos –T-pro hankesuunnitelma. Viitattu 15.2.2011 www.tyks.fi > Turun yliopistollinen keskussairaala > T-sairaalan laajennus > T-Pro - toiminnan kehittäminen > hankesuunnitelma.

Lehto, U-S. ; Helander, S. & Aromaa, A. 2010. Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea, valtakunnallinen tutkimus hoidosta ja potilaiden kokemuksista. Suomen Lääkärilehti 48/2010.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Liimatainen, T. 2007. Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti ja selviytyminen hoitajakson aikana läheisen kuvaamana. Tampere: Tampereen yliopiston pro gradu – tutkielma.

Malinen, H.; Korkala, A-L.; Siren, R.; Vuorela, P. & Loisa, P. 2004. Potilaan siirto teho-osastolta vuodeosastolle. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisusarja. Tampere.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. Painos. Helsinki: WSOY.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011. Viitattu 17.3.2011 www.pppshp.fi > Potilaille ja läheisille > Poliklinikat ja osastot > Kirurgia > Yleis- ja vatsaelinkirurgia.

Toivonen, K. 2010. Osastojen väliset potilassiirrot, neurologisten potilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Latvia: Tammi.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2008a. Viitattu 30.3.2011 www.tyks.fi > Opiskelu > Oppimisympäristöt > Kirurgian klinikka > Kirurgian osasto 216- TYKS Kantasairaala.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2008b. Viitattu 12.2.2011 www.tyks.fi > Opiskelu > Oppimisympäristöt > Kirurgian klinikka > Osasto 233 – TYKS kirurginen sairaala.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a. Viitattu 18.2.2011 www.tyks.fi > T-sairaalan laajennus > T-Pro - toiminnan kehittäminen > Projektit.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2010b. Viitattu 30.3.2011 www.tyks.fi > Opiskelu > Oppimisympäristöt > Kirurgian klinikka > Urologinen vuodeosasto 213 – TYKS Kantasairaala

Turun yliopistollinen keskussairaala 2011. Viitattu 24.3.2011 www.tyks.fi > Yleisesittely.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2004. Viitattu 12.2.2011 www.ohjepankki.vsshp.fi >Tietoa sairauksista ja hoidosta > Sisätaudit > Gastroenterologia.

Ylinen, E-R.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2008. Effects of patients' anxiety, previous pain experience and non-drug interventions on the pain experience during colonoscopy. Journal of clinical nursing. Vol. 18, 1937–1944.

Saatekirje

ARVOISA LUKIJA

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä osana Tulevaisuuden sairaala -Hoitotyön kehittämisprojektia 2009-2015, joka on osa Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiirin T-sairaalan toiminnan kehittämishanketta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat potilassiirrot eri yksiköiden välillä.

Pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun, jolla saamme tärkeää tietoa opinnäytetyötämme varten. Haastattelun kautta tulleita tietoja ja kokemuksia potilassiirroista pystytään myöhemmin käyttämään hyödyksi, esimerkiksi potilassiirtojen kehittämisessä.

Tutkimukseen osallistuminen on Teille täysin vapaaehtoista. Tutkimus on täysin luottamuksellinen, ja henkilöllisyytenne jää ainoastaan tutkijoiden tietoon, eikä sitä myöhemmissä vaiheissa ole kenenkään mahdollista tunnistaa. Haastattelulla kerätty aineisto tulee ainoastaan tutkijoiden käyttöön ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisella tavalla.

Tutkimukselle ja siinä käytettävälle haastattelulomakkeelle on saatu tarvittavat tutkimusluvut. Opinnäytetyömme ohjaaja on FT, TtM, lehtori Maika Kummel Turun ammattikorkeakoulusta (maika.kummel@turkuamk.fi).

Kiittäen,

Linda Aalto

Sairaanhoitajaopiskelija

Minna Hakamäki

Sairaanhoitajaopiskelija

Maika Kummel

FT, TtM, lehtori Turun ammattikorkeakoulu

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkimuksen nimi: **Yksiköiden väliset potilassiirrot**

- **gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden kokemuksia**

Suostun osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen ja siihen tarvittavien tietojen keräämiseen. Olen antanut suostumukseni vapaaehtoisesti.

Olen saanut informaatiotiedotteen tutkimuksesta ja siihen liittyvästä henkilötietojeni käsittelystä ennen suostumustani. Annettu informaatiotiedote sisältää selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, hyödyistä ja tutkimuksessa kerättävien henkilötietojen käsittelystä. Siitä tulee selvitä, että tutkimustietoja käsitellään luottamuksellisesti, eikä niitä luovuteta missään vaiheessa tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Voin milloin tahansa peruuttaa tämän suostumuksen ilmoittamalla peruutuksesta tutkimuksen toteuttajalle.

Tutkimuksen toteuttaja ja yhteyshenkilö, jolta tutkimuksen osallistujat voivat tarvittaessa pyytää lisätietoja tutkimuksesta:

Turussa xx.xx.xxxx

Tutkimuksen tekijät

Linda Aalto

Minna Hakamäki

linda.aalto@students.turkuamk.fi

minna.hakamaki@students.turkuamk.fi

Ohjaaja: Maika Kummel FT, TtM, lehtori Turun AMK

maika.kummel@turkuamk.fi

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE Tutkimukseen osallistuvalla annettu tutkimusta koskeva informaatiotiedote, johon tutkimukseen osallistujalla on ennen suostumuksen antamista ollut mahdollisuus tutustua

Teemahaastattelun runko

Teema 1. Haastateltavan taustatiedot

- Ikä
- Sukupuoli
- Minkä vuoksi sairaalahoidossa?

Teema 2. Potilaan siirrot yksiköiden välillä

- Onko siirtoja ollut tämän sairaalajakson aikana useampia kuin yksi?
- Minkä yksiköiden välillä siirrot ovat tapahtuneet ja minkä vuoksi?

Teema 3. Haastateltavan kokemukset potilassiirroista

- Muistele viimeisintä siirtoa eri yksiköiden välillä, mitä tulee mieleesi?
- Mitä myönteistä siirtoihin on liittynyt?
- Mitä kielteistä siirtoihin on liittynyt? Koitko jotain ongelmia siirtoihin liittyen?
- Onko jotain muuta erityistä, mitä siirroista on jäänyt mieleen?
- Miten olet kokenut hoitohenkilökunnan toiminnan siirtotilanteessa?
- Tiedotettiin sinua tarpeeksi ennen siirtoa ja siirron jälkeen?
- Miten olet kokenut vastaanottavan osaston hoitohenkilökunnan toiminnan?

Teema 4. Kehittämisehdotuksia potilassiirtoihin liittyen

- Koetko jotain kehitettävää siirtoihin liittyen? Miten siirroista saataisiin sujuvampia?