

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2012

Mari Kokko, Alice Rosnell & Eva Tuuppa

SUBARAKNOIDAALIVUOTO- POTILAAN HOITOKETJU VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mari Kokko, Alice Rosnell & Eva Tuuppa

SUBARAKNOIDAALIVUOTOPOTILAAN HOITOKETJU VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla subaraknoidaalivuodon (SAV) saaneen potilaan hoitoketjua vaihe vaiheelta sekä tuoda ilmi vahvuuksia ja kehittämisehdotuksia. Tavoitteena on vaikuttaa opinnäytetyön tuloksien pohjalta hoitoketjun toimivuuden kehittämiseen. Opinnäytetyö on osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015 (Hoi-Pro), joka on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin T-Pro hanketta.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuspohjaisena tarkasteluna ja ryhmähaastatteluna. Kirjallisuuden avulla avattiin opinnäytetyölle keskeisiä käsitteitä, jonka jälkeen tarkasteltiin SAV-potilaan hoitoketjua ensimmäisistä oireista aina elämään sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Ryhmähaastattelun avulla saatiin opinnäytetyöhön hoitotyön näkökulmaa nimenomaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä ja näin ollen lisättiin opinnäytetyön tuloksien luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuus perustuu lähteiden ja haastateltavien huolelliseen valintaan. Opinnäytetyö toteutettiin eettisten periaatteiden mukaisesti.

Kirjallisuudesta ja ryhmähaastattelusta kootut tiedot tukevat enimmäkseen toisiaan, mutta ovat osittain ristiriidassa keskenään. Ryhmähaastattelussa ilmeni paljon sellaisia asioita, joista ei löytynyt mainintaa kirjallisuudesta. Haastattelun kautta saatiin avattua sairaanhoitajan osuutta SAV-potilaan hoidossa, mikä jäi kirjallisuuden pohjalta epäselväksi.

Jokaisen SAV-potilaan hoitoketju rakentuu yksilöllisesti ja saadut tulokset ovat suuntaa antavia. Saumattomalla hoitoketjulla ja keskitetyllä hoidolla olisi mahdollista vaikuttaa potilaiden selviytymiseen. Hoitoketjujen jatkuva kehittäminen ja toimivuuden tutkiminen on perusedellytys potilaan oikeuksien täyttymiselle sekä laadukkaalle hoidolle.

ASIASANAT: Subaraknoidaalivuoto, subaraknoidaalivuotopotilas, hoitoketju, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Mari Kokko, Alice Rosnell & Eva Tuuppa

SUBARACHNOID HAEMORRHAGE PATIENT'S CARE CHAIN IN THE SOUTHWEST FINLAND'S HEALTH CARE DISTRICT

The purpose of this thesis is to describe the care chain of a subarachnoid haemorrhage patient (SAH) and also report its strengths and possible development proposals. The thesis is part of a nursing development project called "The Future Hospital 2009–2015 (Hoi-Pro)" which is a part of the Southwest Finland's Health Care District's T-Pro project.

The thesis was carried out as a literature-based review and group interview. The key concepts, as a care chain and the Southwest Finland's Health Care District, were explained and SAH patient's care chain was viewed from the patient's very first symptoms until going back home from the hospital. The group interview gave more reliability to the results and the thesis got more perspective in nursing and especially in the Southwest Finland's Health Care District. The reliability of this thesis is based on critical selection of the source material and interviewees.

The results of both the literature based-review and the group interview mostly support each other but also have some discrepancy. The group interview revealed a lot of information that was not mentioned in the literature and clarified the role of a nurse in the SAH patients' care, which was left rather unclear by the literature-based review.

Each patient's care chain is unique. The results and conclusions are indicative and each patient's care chain is compounded of individual characters. With a seamless care chain and centralized care could be possible to effect on patients' survivor. A continuous development of the care chains and studying the functioning are the basic requirements for the fulfilment of the rights of the patient and high quality care.

KEYWORDS:

Subarachnoid haemorrhage, subarachnoid haemorrhage patient, care chain, the Southwest Finland's Health Care District

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SUBARAKNOIDAALIVUOTO	7
2.1 Esiintyvyys, oireet ja riskitekijät	7
2.2 Tutkiminen ja diagnosointi	9
2.3 Subaraknoidaalivuotopotilaan kirurginen hoito, tarkkailu ja lääkehoito	11
2.4 Kivun arviointi ja hoito	13
2.5 Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitotyö	15
2.6 Kuntoutus	16
2.6.1 Kuntoutusmenetelmät	21
3 HOITOKETJU	25
4 VARSINAIS-SUOMEN SAIRAAHOITOPIIRI	27
5 SUBARAKNOIDAALIVUOTOON SAIRASTUMINEN POTILAAN NÄKÖKULMASTA	28
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	31
7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	32
7.1 Kirjallisuuspohjainen tarkastelu ja ryhmähaastattelu tutkimusmenetelminä	32
7.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	33
7.3 Aineiston käsittely ja analysointi	34
8 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8.1 Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ryhmähaastattelun perusteella	35
8.2 Vahvuudet subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ryhmähaastattelun perusteella	38
8.3 Kehittämiskohteet subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ryhmähaastattelun perusteella	40
8.4 Tulosten vertailu ja johtopäätökset	42
8.5 Muuta ryhmähaastattelussa ilmennyttä	43
9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	45
10 POHDINTA	46
LÄHTEET	48

LIITTEET

- Liite 1. Haastateltavien informointilomake
- Liite 2. Tutkimusongelmat
- Liite 3. Tutkimuslupahakemus

KUVIOT

- Kuvio 1. AVH-potilaan kuntoutuspolku 19
- Kuvio 2. Hoitolinjat ovat osa palveluketjua 26
- Kuvio 3. SAV-potilaan hoitopolku neurokirurgisella osastolla 40

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015 (Hoi-Pro). Hoi-Pro on Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) yhteistyönä toteuttama hanke, ja se on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin T-Pro hanketta. T-sairaalan toiminnan kehittämisen hankkeen (T-Pro) perimmäisenä tavoitteena on suunnitella toimialuekohtaisesti sairaaloiden palvelut. (Kummel & projektiryhmä, 2011.)

Opinnäytetyön aiheena on subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa subaraknoidaalivuodon saaneen potilaan hoitoketjua vaihe vaiheelta sekä tuoda ilmi vahvuuksia ja mahdollisia kehittämissuhteita. Opinnäytetyön tavoitteena on vaikuttaa opinnäytetyön tuloksien pohjalta hoitoketjun toimivuuden kehittämiseen. Hoi-Pro – hankkeen tavoitteiden mukaisesti saadun tiedon avulla hoitoketjuja voitaisiin tarpeen mukaan muokata ja näin ollen parantaa hoidon saumatonta jatkuvuutta.

SAV-potilaiden hoitoketjuja on tutkittu lähinnä akuuttihoiton osalta. Löytyneissä lähteissä oli tarkasteltu aina yhtä hoitoketjun osa-aluetta kerrallaan, mutta kokonaisvaltaisesta hoitoketjun tarkastelusta ei löytänyt juurikaan kattavia lähteitä. (Mustajoki 2008; Soinila ym. 2006, 316; Salmenperä ym. 2002, 263.)

Suomessa arviolta noin 1000 ihmistä saa vuosittain subaraknoidaalivuodon (SAV), ja heistä 40 % menehtyy akuuttivaiheen aikana (Ukkola ym. 2001, 322; Salmenperä ym. 2002, 263). Saumattomalla hoitoketjulla ja keskitetyllä hoidolla olisi mahdollista vaikuttaa potilaiden selviytymiseen, varsinkin akuuttivaiheen yli. Hoitoketjujen jatkuva kehittäminen ja toimivuuden tutkiminen on perusedellytys potilaan oikeuksien täyttymiselle sekä laadukkaalle hoidolle.

2 SUBARAKNOIDAALIVUOTO

Subaraknoidaalivuodossa eli SAV:ssa aivovaltimossa oleva osin synnynnäinen ja osin hankittu heikkorakenteinen kohta, aneurysma, puhkeaa ja vuotaa verta aivoja ympäröivän lukinkalvon alle eli likvortilaan. Puhkeava heikko kohta sijaitsee yleensä aivovaltimoiden haarautumiskohdassa. Tavallisimmat synnynnäisen ja osin hankitun rakenneheikkouden pohjalta syntyneiden sakkulaaristen aneurysmien sijaintipaikat ovat jotkin a. cerebri median haarautumiskohdista. Vuoto voi alkaa joko levossa tai ponnistuksen yhteydessä verenpaineen äkillisesti lisääntyessä. Vuodon jälkeen kohtaan muodostuu verisuonispasmi, kallonsisäinen paine kohoaa ja vuotokohta sulkeutuu. Vuoto rajoittuu yleensä subaraknoidaalitilaan, mutta veri voi tunkeutua myös aivokudokseen aiheuttaen aivokudoksen sisäisen verenvuodon eli intraserebraalihakematooman (ICH), joka tapahtuu etenkin keskimmäisen aivovaltimoiden pullistumisessa. (Mustajoki 2008; Soinila ym. 2006, 316–317; Salmenperä ym. 2002, 262.)

Primaari subaraknoidaalivuoto on tärkein neurokirurgisesti hoidettava sairaus aivokasvainten rinnalla. Vuoto tulee aivovaltimoaneurysmasta 80 %:ssa ja non-aneurysmaattisia vuotoja on 15 %, jolloin vuotokohtaa ei löydetä ja aiheuttajaksi katsotaan hyvin pieni aivovaltimo, niin sanottu perforantti. 5 % on AV-malformaation tai muun verisuoniepämuodostuman aiheuttamia vuotoja. Aneurysmista 90 % sijaitsee Cicusus Willisin etuosassa ja 10 % vertebrobasilaarialueella. Sekundaarinen SAV on trauman aiheuttama. (Jääskeläinen 2007, 1561; Salmenperä ym. 2002, 262.)

2.1 Esiintyvyys, oireet ja riskitekijät

Subaraknoidaalivuodon insidenssi eli esiintyvyys on Suomessa liki 20/100 000/vuosi. Esiintyvyys on Suomessa kaksi-kolme kertaa yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa ja Yhdysvalloissa; vuosittain jopa tuhat SAV-tapausta. Maailmanlaajuisesti aneurysmapotilaista valtaosa on naisia, kun taas Suomessa enemmistö on miehiä. Naisten keski-ikä aneurysman puhjetessa on

noin 50 ja miesten noin 45 vuotta. Alle 30-vuotiailla ja lapsilla aneurysman puhkeaminen on erittäin harvinaista, ja lasten SAV:t ovatkin usein verisuoniepämuodostumien eli arteriovenoosi malformaatioiden (AVM) aiheuttamia. (Salmenperä ym. 2002, 262; Soinila ym. 2006, 316; Ukkola ym. 2001, 322.)

Primaarivuodon akuuttivaiheeseen menehtyy noin 40 % vuodon saaneista, eli vuosittain maassamme kuolee 400–500 valtaosin työikäistä subaraknoidaalivuotoon. Primaarivaiheesta selvinneitä uhkaa uusintavuoto, johon kuolee 60 % sairastuneista. Uusintavuodon riski on korkein ensimmäisen kuuden tunnin aikana primaarivuodon jälkeen, ja se pysyy korkeana kahdesta kolmeen viikkoa. Jos aneurysmaa ei suljeta, uusintavuodon riski on 35 % seuraavan kahden kuukauden aikana. Toinen merkittävä primaarivuodon jälkeinen tila on aivovaltimospasmi, joka aiheuttaa merkittävän osan pysyvämmistä SAV-potilaan neurologisista ongelmista. (Soinila ym. 2006, 324; Salmenperä ym. 2002, 263.)

Lähes kaikki henkiin jääneet potilaat pystyvät elämään normaalisti. Suurin osa heistä (85 %) palaa entiseen työhönsä kahden kuukauden sairasloman loputtua. Kaikista leikatuista SAV-potilaista työhön palaa noin 20 %. Kun kaikista SAV-potilaista 30 %:lla ilmenee vaikea neurologinen puutosoire, jää leikatuista potilaista vain noin kymmenelle prosentille jonkinasteinen neurologinen tai neurokirurginen puutos. Noin viisi prosenttia menehtyy SAV-potilaista leikkauksen jälkeisinä kuukausina. (Soinila ym. 2006, 324; Salmenperä ym. 2002, 263.)

Subaraknoidaalivuodon oireet alkavat äkillisesti. Tärkein oire on ankara ja hellittämätön päänsärky, joka on pahinta takaraivossa ja niskassa. Usein potilas kykenee kertomaan päänsäryn alkamisajankohdan tarkalleen. Tavanomaisia oireita ovat pahoinvointi, lievä kuumeilu, oksentelu, silmien valonarkuus sekä niskajäykkyys, joka kehittyy ensimmäisen vuorokauden aikana. Usein voi myös esiintyä kouristeluja ja tajuttomuutta. Alkuvaiheessa verenpaine on reilusti

koholla. Harvinaisempia oireita ovat jonkinasteiset hemipareesioireet eli toispuoliset halvausoireet (5-10 %:lla potilaista), dysfasia ja pupillaero. (Soinila ym. 2006, 324; Ukkola ym. 2001, 322–323.) Oireiden voimakkuus vaihtelee paljon. Potilaalle voi syntyä nopeasti syvä tajuttomuus, toisessa ääripäässä on taksilla lääkäriin saapuva hyväkuntoinen potilas. Kolmasosalla potilaista tajunta heikkenee tajuttomuuteen saakka, mikä on vakava merkki. Laajassa vuodossa katse on kääntynyt vauriokohtaan päin. Hengitys kiihtyy ja syvenee, ja kasvot käyvät punakoiksi. Hengitys voi muuttua myös Cheyne-Stokesin tyyppiseksi, joka on eräs katkohengityksen muoto. Mustuaiset pienenevät ja Babinskin heijaste voi olla positiivinen molemmiin puolin. Osalla potilaista on ollut muutamaa päivää aiemmin niin sanottu varoittava vuoto, joka lieväoireisena jää usein diagnosoimatta. (Soinila ym. 2006, 324.)

Tupakointi on suurin subaraknoidaalivuodon riskitekijä, joka on myös tärkein vältettävissä olevista yksittäisistä riskitekijöistä. Kohonneen verenpaineen tehokkaan hoitamisen ja runsaan alkoholin käytön välttämisen on myös todettu vähentävän riskiä sairastua subaraknoidaalivuotoon. Vuotamattomien aneurysmien leikkaaminen ennaltaehkäisevästi on myös keino vähentää subaraknoidaalivuotoja, mikäli niitä esiintyy suvussa. (Feigin ym. 2005; Soinila ym. 2006, 316; Ukkola ym. 2001, 322.)

2.2 Tutkiminen ja diagnosointi

Monella tapaa tärkein tutkimus SAV-potilaan kohdalla on lääkärin tekemä haastattelu, olettaen että potilaan kunto sen sallii. Haastattelussa lääkäri kartoittaa potilaan terveydentilaa yleisesti, huomioiden aikaisemmat sairaudet sekä riskitekijät aivoverisuonisairauksiin. Tärkeää on saada tietoa subaraknoidaalivuotoa edeltävistä tapahtumista sekä vuotoon liittyvistä oireista. Haastattelulla pyritään selvittämään vuodon aiheuttamat muutokset toimintakyvyssä, vuotoon johtaneet syyt ja niiden vaatima välitön hoito sairauden pahenemisen tai uusiutumisen ehkäisemiseksi sekä jo tässä vaiheessa suunnitella estohoitoa syy- ja riskitekijöiden perusteella. Haastattelun lisäksi potilas tutkitaan, jolloin saadaan selville mahdolliset näkö- tai puhehäiriöt

sekä halvausoireet. Tutkimuksessa selvitetään myös potilaan verenkiertoelimistön tila. Sydämen ja keuhkojen tilaa tutkitaan tarkemmin keuhkojen röntgenkuvauksella sekä elektrokardiografialla. Tarvittaessa on mahdollista myös kuvata sydämen rakennetta ultraäänitutkimuksella. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a.)

Subaraknoidaalivuodon äkillisesti ja voimakkaina alkaneista oireista voidaan usein jo päätellä alustava diagnoosi. Jos potilas on kuitenkin ollut yksin ja menettänyt tajuntansa tai on sekava, lääkäri ei voi tehdä haastattelua ja esitietoja ei saada. Useimmiten diagnoosin viivästys on potilaan aiheuttama, eli hoitoon ei ole hakeuduttu heti. Diagnoosin varmistamiseen käytetään tietokonetomografiaa eli TT:tä, jonka avulla voidaan useimmiten todeta aivoverenkiertohäiriön sijainti ja luonne. Aivoverenvuodot näkyvät kuvauksissa lähes aina oireiden ilmaantumisen jälkeen, jolloin diagnoosin mukainen hoito voidaan aloittaa nopeasti. Tietokonetomografian lisäksi voidaan aivoverenkierron tilaa selvittää tarkemmin magneettikuvauksella. Mikäli TT:ssä ei näy verta ja anamneesi on SAV:lle tyypillinen, tehdään lannepisto eli lumbaalipunktio. Verta on saattanut levitä selkäydinnesteeseen, jolloin selkäydinpistoksesta saatava näyte sisältää verisoluja eli on puolukanpunaiseksi värjäytynyt. Jos TT:ssä näkyy verta, lannepistoa ei tehdä, sillä se saattaa aiheuttaa herniaation, jos potilaalla on suuri hematooma. Diagnoosin varmistuttua potilas tulee siirtää viiveettä neurokirurgiseen hoitopaikkaan, jossa vuotokohdan selvittämiseen käytetään invasiivista valtimokatetrintiangiografia eli digitaalista subtraktioangiografia (DSA). DSA-tutkimukset pyritään tekemään vuotoa seuraavan ensimmäisen vuorokauden aikana, jotta leikkaus tai endovaskulaarinen eli suonensisäinen hoito ei viivästyisi. (Leppäluoto ym. 2008, 400; Soinila ym. 2006, 324; Salmenperä ym. 2002, 263.; Ukkola ym. 2001, 323; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a.)

Aivoverenkiertosairauksien tutkimisessa verinäytteillä saadaan tietoa riskitekijöistä sekä sairauden kannalta tärkeistä asioista. Verenkuva, verensokeri, kolesteroli- ja muut rasva-arvot ovat tyypillisiä verinäytteitä jotka tutkitaan kaikilta sairastuneilta, samoin maksan, munuaisten ja kilpirauhasen

toimintaa mittaavat kokeet. Aivoverenkierronhäiriön syynä voi olla myös veren hyytymisjärjestelmän häiriöt eli liiallinen vuoto- tai tulpanmuodostusalttius, jolloin verinäytteistä tutkitaan veren hyytymistekijät Suomen Punaisen Ristin veripalvelun laboratoriossa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a.)

Kliinisten tutkimusten lisäksi erityistyöntekijät tutkivat ja kartoittavat potilaan tilaa oman erityisosaamisensa kannalta. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirissä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitoon voivat tarvittaessa osallistua fysio- ja toimintaterapeutit, puheterapeutit, neuropsykologit sekä sosiaalityöntekijät. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a.)

2.3 Subaraknoidaalivuotopotilaan kirurginen hoito, tarkkailu ja lääkehoito

Aktiivisinta tutkimus- ja hoitotapaa sovelletaan yleensä alle 75-vuotiaaseen, tajuissaan olevaan potilaaseen. Preoperatiivisen hoidon tarkoituksena on estää uusintavuoto. SAV-potilas on yleensä jo preoperatiivisesti tehohoidossa, jolloin seurataan potilaan tajunnantaso, halvausoireita, verenpainetta, hengitystä sekä aloitetaan lääkitykset. Pupillien kokoa ja valoreaktiota on tärkeää seurata, jotta huomataan mahdollinen pupilliero sekä valolle reagoimattomuus, jotka voivat kertoa uudesta vuodosta. Tajunnantaso tarkistetaan vähintään tunnin välein Glasgow'n kooma-asteikon mukaisesti. Potilaan tajunnantaso ennen sairaalaan tuloa on myös selvitettävä, jotta mahdolliset muutokset voidaan havaita. (Salmenperä ym. 2002, 264–265.)

Kirurgisen hoidon tavoitteena on eristää aneurysma verenkierrosta, jotta se ei pääse vuotamaan uudestaan. Leikkaus tehdään viimeistään vuotoa seuraavana päivänä. Jos aneurysma on vuotanut ohimo- tai otsalohkoon ja tila heikkenee nopeasti, on päivystysleikkaus tarpeellinen. Leikkaus ei siis korjaa jo syntynyttä vuotoa, vaan estää uusintavuodot, jotka olisivat todennäköisiä ilman leikkausta. Leikkaus tehdään kraniotomiateitse ja aneurysman kaula suljetaan metallipuristimella eli klipsillä. Aivan pienet aneurysmat (alle 3-4mm) voivat olla ongelmallisia, koska tyvi, ja näin ollen koko aneurysma, voivat olla erittäin heikkoja ja helposti repeäviä. (Salmenperä ym. 2002, 266–267.)

Huonokuntoisten potilaiden aneurysmat voidaan nykyisin hoitaa myös suonensisäisesti irrotettavilla metallikierukoilla, jota kutsutaan koilaukseksi. Tällainen endovaskulaarinen hoito soveltuu hyvin myös huonokuntoisille potilaille, ja hoidettujen potilaiden määrä onkin kasvussa, koska hoito on potilaalle säästävämpi. Aneurysman mikrokirurginen sulku klipsillä kraniostomian kautta on kuitenkin varmempi kuin endovaskulaarinen hoito ja aivojen iskeemisen vaurion riski on tällöin pienempi. (Jääskeläinen 2007, 1562; Salmenperä ym. 2002, 266–267; Soinila ym. 2006, 322–323.)

Leikkauksen jälkeen potilaalle tehdään kontrolliangiografia, jotta nähdään, onko aneurysma hyvin suljettu, ettei se enää täyty verenkierrosta ja että muut suonet ovat avoinna ilman spasmia. Angiografia voidaan tehdä heti leikkauksen jälkeen, mutta yleensä se tehdään vasta leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Salmenperä ym. 2002, 266–267.)

Sairastumisen alkuvaiheessa pyritään vaikuttamaan tekijöihin, jotka saattaisivat pahentaa aivoverenkiertohäiriötä tai aiheuttaa uusintavuodon. Neste- ja suolatasapainosta ja riittävästä hapensaannista huolehtiminen on tärkeää, kuten myös verenpaineen, verensokerin ja lämmön optimointi. Potilaan tila vaatii usein nestetasapainon korjausta tiputuksella. Pahoinvointia lääkitään tarvittaessa. Oksennuksen joutuminen hengitysteihin pyritään estämään, jottei pneumoniaa pääsisi kehittymään. Mikäli näin kuitenkin käy, sitä hoidetaan useimmiten suonensisäisellä antibiootilla. Lisäksi SAV-potilasta uhkaavat rytmihäiriöt, sydänlihaksen vajaatoiminta tai hapenpuute, joita tarvittaessa hoidetaan. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010a&b.)

Potilaan vitaalitoimintoja seurataan tarkasti. Valvontalaitteilla voidaan seurata sydämen rytmiä, verenpainetta, pulssia ja hengitystä. Verensokeria ja lämpöä seurataan myös säännöllisesti. Potilaan verensokeriarvot pyritään pitämään riittävän alhaisella tasolla, koska korkea verensokeri lisää aivokudoksen vaurioita. SAV-potilaan hoidossa tulee huomioida myös mahdollisten laskimo- ja keuhkoveritulppien muodostuminen, joita pyritään ehkäisemään

verenohennuslääkkeillä sekä tukisukilla ja tarvittaessa AV-impulssipumpulla. Lisähappea annetaan tarvittaessa happiviiksillä tai – maskilla. Neurologisella statuksella seurataan tajunnan tasoa ja oireiden etenemistä myös yöllä, jotta oireiden edetessä tilanteeseen pystytään puuttumaan heti. Asentohoidon (kts. Kuntoutus) toteuttaminen riittävän usein on tärkeää, etenkin halvauspotilailla. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010b.)

Traneksaamihappo, kauppanimeltään Caprilon, hillitsee verenvuotoa ja on otettu käyttöön uhkaavan uusintavuodon ehkäisemiseksi ennen aneurysman koilaamista tai klipsaamista. Sitä annetaan laskimon sisäisesti 1 gramma heti SAV:n toteamisen jälkeen. Annos toistetaan 2 tunnin kuluttua, jonka jälkeen lääkitystä jatketaan 1 gramman annoksella suonensisäisesti 6 tunnin välein. Traneksaamihappoa annetaan siihen asti, kunnes aneurysma on suljettu koilaamalla tai klipsaamalla. (Takala 2006, 203.)

2.4 Kivun arviointi ja hoito

Subaraknoidaalivuodossa kipua esiintyy yleensä aina. SAV:n tyyppioire on räjähtävä äkillisesti alkava päänsärky, ja tätä esiintyy kaikilla potilailla. Muutoin kivun kehittyminen viittaa usein verenvuotoon, turvotukseen tai kallonsisäisen paineen kohoamiseen. SAV:ssa turvotus ja siten myös päänsärky ovat yleensä pahimmillaan muutaman päivän kuluttua oireiden alkamisesta. Dissekaatiassa eli aivoihin verta tuovan verisuonen seinämän repeämässä voi esiintyä kaula- tai niskakipua jo ennen aivoperäisten oireiden alkua. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012c.)

Kipua tulee arvioida sitä tiheämmin, mitä vaikeampi kiputila on. Potilaalta itseltään tulee kysyä kivun määrää ja miten hän itse kivun kokee. Sairaanhoitajan tulee tarkkailla potilaan hengittämistä ja siihen liittyviä poikkeavuuksia, esimerkiksi hengityksen tiheyttä, määrää ja syvyyttä. Kipu vaikuttaa myös tajunnantasoon, jolloin potilaan tajuntaa tulee testata Glasgow'n kooma-asteikoilla. Potilaan ihoa tulee tarkkailla, koska kylmänhikinen ja kalpea iho voi kertoa kivusta. Kova kipu voi aiheuttaa pahoinvointia. Pahoinvointi tulee

seurata ja potilaalta tulee kysyä helpottaako tai pahentaako esimerkiksi oksentaminen kipua. Asentohoito on myös tärkeä osa kivun arviointia ja hoitoa. Kipua pahentava tai helpottava asento ja myös mahdolliset virheasennot tulee huomioida. Ilmeet ja eleet ovat myös tärkeässä asemassa kivun arviointia, sillä näistä voidaan arvioida kivun sijaintia ja sen voimakkuutta. Kipu muuttaa myös mielialaa ja käyttäytymistä. Kivulias potilas voi olla jännittynyt, ärtynyt tai tuskainen. Potilas myös voi hoitojen tai asennonvaihdon yhteydessä torjua kosketuksen, väistää tai puolustautua. Kivusta kertoo myös ääntely, itkeminen ja levottomuus. (Mustajoki ym. 2007, 528.) Kivun arviointi, mittaaminen ja dokumentointi tulee olla hyvin säännöllistä ja jatkuvaa, koska tämä auttaa hoidon asianmukaista toteutumista. Puutteellinen kivun arviointi voi johtaa riittämättömään kivunhoitoon. (Mustajoki ym. 2007, 529.)

Subaraknoidaalivuodon tuoma kipu on epämiellyttävää ja haitallista. Kivun hoito suojaa muun muassa sydämen toimintaa ja ehkäisee samalla kallonsisäisen paineen nousua. Alkuvaiheessa kipulääkkeenä käytetään ensisijaisesti parasetamolia, koska parasetamoli ei vaikuta verenhytyymiseen vaikuttavien lääkkeiden, kuten aspiriinin, tehoon. Tulehduskipulääkkeistä ibuprofeenin on todettu heikentävän tulpanestolääkkeiden tehoa ja tästä syystä sen käyttöä vältetään. Jos parasetamolista ei ole apua, potilas voi saada tehokkaampia kipulääkkeitä, kuten esimerkiksi opiaatteja. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012c.)

Myöhemmässä vaiheessa mahdollisesti halvaantuneelle puolelle saattaa kehittyä niin sanottua sentraalista eli aivoista johtuvaa epämiellyttävää tuntemusta tai kipua. Tällöin tavallinen kosketus saattaa tuntua kivulta. Tällaiseen kipuun eivät auta tavanomaiset tulehduskipulääkkeet, vaan tarvitaan keskushermostoon vaikuttavia hermosärkyläkkeitä. Tällaista kipua kutsutaan neuropaattiseksi kivuksi. Samoja lääkkeitä käytetään muun muassa masennuksen ja epilepsian hoidossa. Halvaantunut raajapari on altis jäämään virheasentoihin, mikä saattaa aiheuttaa kipuja. Tämän hoitoon voidaan käyttää ohjattua tai omatoimista harjoittelua, lastoitusta, fysioterapiaa ja joskus

botuliinitoksiinipistoksia kipulääkkeiden lisäksi. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012c.)

2.5 Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitotyö

Ravinto annetaan akuutille SAV-potilaalle suun kautta, mikäli mahdollista. Jos potilas ei pysty syömään peroraalisesti, turvataan potilaan ravinnon saanti parenteraalisesti eli suonon sisäisesti tai enteraalisesti suoraan ruoansulatuskanavaan esimerkiksi PEG-letkun kautta. Mikäli ravinto annetaan suun kautta, nielemiskyky on tutkittava ensin. Nielun toimintahäiriöistä kärsivän potilaan syöttämisessä on otettava huomioon suuri aspiraatiovaara. Puheterapeuttia olisi hyvä konsultoida potilaan mahdollisesta afasiasta tai muusta puuheviriöstä, jotta saadaan tarpeellinen kuntoutuminen aloitettua. (Iivanainen & Syväoja 2008, 294; Rissanen ym. 2008, 257.)

Lähes poikkeuksetta akuutti SAV aiheuttaa potilaalle virtsarakon toimintahäiriön, joka voi ilmetä pidätyskyvyttömyytenä tai virtsaumpena. Rakon tyhjenemistä seurataan ja tarvittaessa kertakatetroidaan. Kestokatettrin käyttöä yritetään kuitenkin välttää. (Rissanen ym. 2008, 258.)

Puhtaudesta huolehtiminen on yksi sairaanhoitajan hoitotyöalueista ja tärkeä osa kuntoutusta. Peseytymisen tavoitteena on potilaan puhtaus ja mukavuuden lisääminen. Potilas voidaan pestä joko vuoteessa, esimerkiksi tehohoitojakson aikana, tai voidaan mennä suihkutilaan potilaan voimavarojen ja kuntoutumisen niin salliessa. Yksityisyys, intymiteetti, turvallisuus ja potilaan kunnioittaminen ovat hoitotyön periaatteita, jotka korostuvat peseytymisen yhteydessä. Hyvin suunniteltu hygienian hoito, joka ottaa huomioon potilaan omat voimavarat helpottaa peseytymistilannetta. Suun ja jalkojen hoitoa sekä parranajoa ei saa unohtaa. Liinavaatteet vaihdetaan tarvittaessa. Sairanhoitajan on tärkeää muistaa kannustaa potilasta omatoimisuuteen mahdollisuuksien mukaan. (Iivanainen & Syväoja 2008, 386–387.)

2.6 Kuntoutus

Kuntoutumisen tavoitteena on tavoitella sitä toimintakykyä, mikä potilaalla oli ennen sairastumista. Pitkäaikaisista tai pysyvistä oireista kuntoutumisen tavoitteena on löytää uusia tai korvaavia toimintamalleja. Subaraknoidaalivuotopotilaan ennusteen kannalta on hyvin tärkeää, että kuntoutus aloitetaan mahdollisimman pian. (Rissanen ym. 2008, 257; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012h.)

Alkuvaiheen kuntoutuksen tavoitteena on ehkäistä lisävaurioita ja komplikaatioita, mikä edellyttää potilaan tiivistä seuranta ja ammatillista sekä asiaan perehtynyttä henkilökuntaa. Potilaan hengitys- ja verenkiertoelinten tilaa seurataan, kuten myös nestetasapainoa, ravitsemusta ja suoliston toimintaa. Tavallisimpia akuuttivaiheen komplikaatioita ovat hengitys- ja virtsatieinfektiot, painehaavaumat sekä sydämen rytmihäiriöt ja muut verenkiertoelinten toimintahäiriöt. (Rissanen ym. 2008, 257.)

Tajuttoman tai liikuntakyvyttömän potilaan säännöllisesti kahden tunnin välein toteutettu asentohoito estää potilaan nivelten liikerajoitukset ja ihon painehaavaumat. Asentohoitojen yhteydessä tarkistetaan ihon kunto haavaumaherkiltä alueilta, kuten ristiselästä, kehräsluiden ympäriltä, kantapäistä ja takaraivosta. Alkuvaiheessa suositelluin asento on halvaantuneella kyljellä makuu, jolloin edistetään parhaiten kuntoutumista ja aktivoidaan halvaantuneiden raajojen käyttöä. (Rissanen ym. 2008, 257.)

SAV-potilas nostetaan pystyasentoon mahdollisimman varhain sairastumisen jälkeen, sillä se vähentää komplikaatoriskiä ja edistää kuntoutusta. Samalla se saattaa piristää potilasta ja auttaa häntä havainnoimaan kehon puutosoireita. Mikäli potilaan tila on vakaa, voidaan hänet totutella istuma-asentoon jo sairastumista seuraavana päivänä. Jos potilaan vuodelepo on ollut pitkä, mobilisaation alkuvaiheessa on syytä seurata tarkasti kliinisen tilan lisäksi pulssia ja verenpainetta. SAV-potilaan vuodelevon pituus määräytyy tapauskohtaisesti vuodon syyn ja käytettyjen hoitotoimenpiteiden mukaan lisääntyneen verenvuotoriskin vuoksi. (Rissanen ym. 2008, 258.)

Intensiivisen kuntoutuksen vaihe eli subakuutti vaihe käsittää alkuvaiheen jälkeisen ajan kestäen kolmesta kuukaudesta jopa vuoteen. Subakuutti vaihe päättyy, kun mainittavaa toiminnallista edistymistä ei enää tapahdu. Intensiivinen kuntoutus aloitetaan sairaalassa potilaan voinnin salliessa ja hänen jaksessaan osallistua monipuolisempiin kuntoutusmuotoihin ja –terapioihin. Kun yksi taito on opittu, siirrytään seuraavaan. Päivittäiset toiminnot, kuten peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, vessassa käynti ja siirtyminen esimerkiksi sängyltä pyörätuolille ovat kaikki tärkeitä harjoitustilanteita. Kuntoututtava työtiimi tukee ja motivoi potilasta omatoimisuuteen. Psyykkinen tuki on myös ehdottoman tärkeää. (Rissanen ym. 2008, 258; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012h.) Sairaanhoidajan rooli kuntouttajana usein unohdetaan, vaikka juuri sairaanhoitaja on potilaan tukena arkipäiväisissä tilanteissa, kuten vessakäynneissä ja syömisessä. Sairaanhoidaja on merkittävä apu, tuki ja edellytys potilaan kuntoutumiselle ja hän on osana potilaan sen hetkistä elämää.

Potilaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma, jota noudatetaan seuraavat viikot tai kuukaudet. Kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden tulee olla realistisia, eikä herättää liikoja toiveita omaisissa ja potilaassa itsessään. Tavoitteita ei saa myöskään asettaa liian matalalle, jottei toimintakyky jää huonommaksi kuin mihin voisi olla mahdollisuus. Potilaan sosiaalinen tukijärjestelmä kartoitetaan ja omaiset pyritään ottamaan mukaan kuntoutukseen. Potilaan ja omaisten tietoja sairaudesta ja kuntoutumisesta syvennetään. (Rissanen ym. 2008, 258; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012h.)

Kuntoutuminen etenee vähitellen ja siihen vaikuttaa potilaan oma aktiivisuus ja motivaatio. Sairaanhoidaja tukee ja kannustaa potilasta hänen omien voimavarojensa mukaan. Vaurioiden vaikeusaste vaikuttaa kuntoutumisen edellytyksiin; vaikeissa halvauksissa edellytykset kuntoutua samanlaiseen toimintakykyyn kuin ennen sairastumista ovat heikommat kuin lievissä halvauksissa. Potilaan fyysiset ja henkiset edellytykset täytyvät myös olla kunnossa. Usein saatetaan joutua hoitamaan muita sairauksia ennen kuin

potilaan kuntoutumisen edistymiselle on edes edellytyksiä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012h.)

Intensiivisen kuntoutuksen vaiheessa voidaan useimmiten nähdä ensimmäiset merkit potilaan masennuksesta. Potilas voi kokea mielialan laskua, keskittymiskyvyttömyyttä ja nähdä tulevaisuuden toivottomana. Masennus eli depressio on yleisin aivoverenkiertohäiriön jälkeinen psykiatrinen oireyhtymä, ja sitä esiintyy 20–60%:lla sairastuneista. Suuri prosentuaalinen vaihtelu riippuu diagnostisista kriteereistä ja sairastumisesta kuluneesta ajasta. Depressio pidentää ja vaikeuttaa potilaan kuntoutumista ja sairaudesta parantumista. Kognitiivisten häiriöiden on todettu pidentävän masennuksen kestoa. Vaikka depressio on tavallinen SAV-potilaiden oheissairaus, sen hoito on kuitenkin usein puutteellista. Viipymättä aloitettu lääkehoito ja muut depression hoitomuodot takaavat tuloksellisen kuntoutumisen. (Rissanen ym. 2008, 259.)

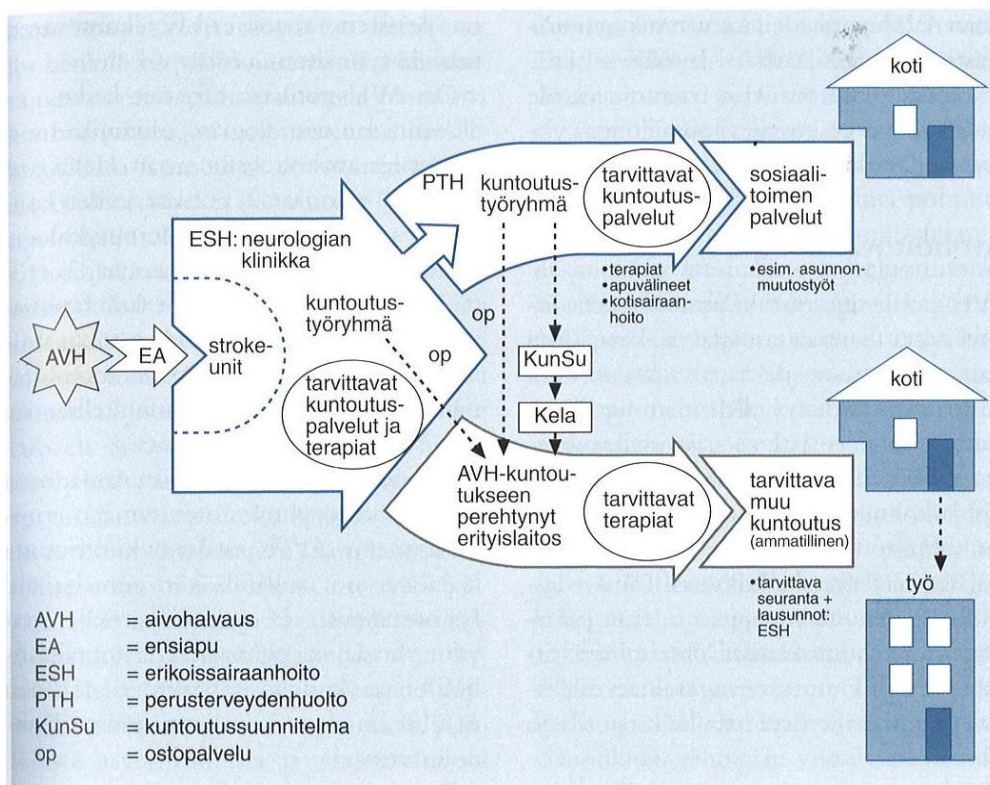
Kuntoutuminen alkaa hidastua muutaman kuukauden kuluttua sairastumisesta, vaikka terapia olisi säännöllistä. Halvaantunut potilas on tässä vaiheessa usein jo saavuttanut jonkinlaisen kävelykyvyn tai kykenee liikkumaan pyörätuolilla. Afasiapotilaiden puhe on muuttunut sujuvammaksi. Päivittäisissä toiminnoissa potilas kuitenkin tarvitsee vielä usein apua. Mikäli potilaan oireisto ei tässä vaiheessa ole vielä lievittänyt selvästi tai hän on täysin vuodepotilas, ennustetta voidaan pitää huonona eikä intensiivistä hoitoa ole syytä jatkaa. (Rissanen ym. 2008, 259.)

Intensiivisen kuntoutuksen loppuvaihe hoidetaan yleensä polikliinisesti, jolloin potilas käy sairaalassa terapioissa ja häntä kuntoutetaan ainakin osittain kotona tai kodin ulkopuolella erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Potilaan hoitovastuu siirretään perusterveydenhuoltoon ja järjestetään hoitoneuvottelu, jossa potilaan, omaisten ja vastuuhenkilöiden kanssa sovitaan jatkokuntoutusjärjestelyistä. Lopputuloksena laaditaan kirjallinen kuntoutussuunnitelma. (Rissanen ym. 2008, 259.)

Kun motorisissa tai kognitiivisissa taidoissa ei enää havaita mainittavaa toiminnallista edistymistä, siirrytään pikkuhiljaa toimintakykyä ylläpitävään

kuntoutusvaiheeseen. Tällöin kuntoutuksen tavoitteena on ylläpitää saavutettuja taitoja, joskus parantaakin niitä. Vammautuneen potilaan jatkuvan motivoinnin, tuen ja ohjauksen tärkeyttä ei voi kyllin korostaa, jotta itsehoito olisi säännöllistä. Fysioterapia on merkittävässä osassa potilaan toimintakyvyn ylläpitämisessä spastisuuden ja nivelten liikevajauksien sekä virheellisten liikemallien estämiseksi. (Rissanen ym. 2008, 259.)

Sairaalahoiton vaiheessa SAV-potilaan kuntoutus on aloitettava heti ensihoidosta vastaavalla osastolla. Lääkinnällisellä kuntoutuksella on tärkeä osa etenkin alkuvaiheessa, joka on kunnallisen sosiaali- ja terveystoimen vastuulla. Terveystoimen järjestelmä on porrastettu, jolloin SAV-potilaan kuntoutus jatkuu neurologian osastolla, kunnes hänet on mahdollista kotiuttaa tai siirtää terveyskeskustasoiseseen jatkohoitopaikkaan. Kuvassa 1. on esitetty SAV-potilaan usein vaiheikas polku sairastumisesta terveydenhuollon ja sosiaalityön kautta kotiin. (Rissanen ym. 2008, 260.)



Kuvio 1. AVH-potilaan kuntoutuspolku (Rissanen ym. 2008, 261).

SAV-potilaalle tehdään arvio fyysisen ja kognitiivisen kuntoutuksen tarpeesta. Kuntoutuksen tulee olla intensiivistä ja kokonaisvaltaista, mutta potilaan omat voimavarat huomioon ottaen. Hoitava työryhmä on moniammatillinen ja esimerkiksi yliopistollisen keskussairaalan neurologisella siihen saattaa kuulua neurologian erikoislääkäri, neuropsykologi, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja ja tarvittavat perushoitajat. Terveyskeskuksissa ja aluesairaaloissa työtiimi on vaatimattomampi. Hoidon tehokkuus on nähtävissä lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna. (Rissanen ym. 2008, 261.)

Niin kauan kun kuntoutuja edistyy, subakuutin vaiheen intensiivistä sairaalatasoista lääkinnällistä kuntoutusta tulee jatkaa. Kuntoutussuunnitelma tehdään yhteistyössä potilaan, hänen omaistensa, erikoissairaanhoitoa antavan hoitopaikan sekä tulevan jatkohoitopaikan kanssa. Mikäli potilas kotiutuu suoraan kuntoutusosastolta, tämän on tapahduttava saatetusti ja kodissa tarpeellisten muutostöiden olla valmiita ennen kotiutusta. (Rissanen ym. 2008, 260–261.)

Jatkohoito ja seuranta tapahtuvat usein terveyskeskuksissa. Riskitekijöiden seuranta on tärkeässä asemassa: verenpaine, veren maksa-arvot, tupakointi ja obesiteetti eli liikalihavuus. Kotisairaanhoito ja fysioterapeutin käynneillä hahmotetaan kotitilannetta. Terveyskeskuksessa voidaan muodostaa kuntoutustyöryhmä, johon kuuluvat vastuulääkäri, omahoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Kuntoutustyöryhmä pitää yhteyttä kotisairaanhoidon ja kunnan sosiaalitoimen kanssa potilaan kotiutumisen mahdollistuttua. Vammautuneelle potilaalle voidaan myös nimetä yhdyshenkilö, joka voi olla lääkäri, sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä, ja jonka tehtävänä on huolehtia kuntoutuksen koordinoinnista eli kokonaisuudesta, johon kuuluvat kotiutuminen ja sopeutuminen, tukitoimien järjestäminen ja terapioiden suunnittelu. Terveyskeskus voi myös järjestää intervallijaksoja tehostaakseen kuntoutumista ja saavutettujen toimintojen ylläpitoa antaen samalla potilasta kotona hoitaville omaisille tukea. (Rissanen ym. 2008, 262–263.)

Lääkinnällinen kuntoutus on osa terveyskeskuksien ja sairaaloiden sairaanhoitoa. Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy muun muassa kuntoutusneuvontaa, kuntoutusohjausta, kuntoutustarvetta selvittäviä tutkimuksia, kuntoutusjaksoja, apuvälinepalveluita, sopeutumisvalmennusta ja työ- ja toimintakykyä parantavaa hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Kela voi myöntää harkinnanvaraisena kuntoutuksena sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja ja kuntoutuslaitoshoidon muillekin kuin vaikeavammaiselle. Lääkinnällinen kuntoutus kelan kustantamana on asiakkaille maksuton. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012b.)

Aivoliitto järjestää SAV:n sairastaneille ja heidän puolisoilleen sopeutumisvalmennuskursseja. Kurssin teemoina ovat sairaus, työ, arki, perhe sekä parisuhde. Kurssi toteutuu kahtena viikonloppuna. Yhdelle kurssille valitaan 8 SAV-potilasta puolisoineen. Kurssit toteutetaan joko yhteistyökursseina kuntoutuslaitosten kanssa tai erityisosaamiskeskus Suvituudessa, Turussa. Kursseilla toimitaan pienryhmissä. Jaon perustana ovat kunkin kuntoutujan yksilölliset ongelmat, kuten kielelliset vaikeudet, hahmotushäiriöt, liikunnalliset ongelmat ja muistin ongelmat. Omaisilla on oma ryhmänsä. Kurssin ohjelma koostuu toiminnallisista ryhmistä ja keskusteluryhmistä, joita ohjaavat kuntoutuksen ammattilaiset. Muuttuneisiin elämänolosuhteiden haasteisiin tukea tarjoaa ohjattu vertaisryhmä. Luentopainotteisesta sisällöstä vastaavat muun muassa neurologi tai muu erikoislääkäri, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Aivoliitto 2012.)

2.6.1 Kuntoutusmenetelmät

SAV-potilaan kuntoutusmenetelmiä ovat fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia sekä neuropsykologinen kuntoutus. Kaikki kuntoutustiimin jäsenet tekevät tiivistä yhteistyötä potilaan parhaimman mahdollisen kuntoutumistuloksen hyväksi. (Rissanen ym. 2008, 263–267.)

Fysioterapeutti määrittää potilaan kuntoutumistarpeen, jolloin hän suunnittelee yhdessä potilaan kanssa yksilöllisen harjoitusohjelman. Fysioterapeutti huolehtii tarvittavista apuvälineistä ja ohjaa potilasta niiden käytössä. Fysioterapian

määrä vaihtelee yksilöllisesti, sillä toiset tarvitsevat sitä kerran päivässä ja toiset harvemmin. Sairauden alkuvaiheessa, kun potilas saattaa olla vielä heikkokuntoinen ja hänen tajunnantasonsa saattaa olla heikentynyt, fysioterapiaan kuuluvat asento-, liike- ja hengitysharjoitushoidot. Asentohoito ehkäisee painehaavojen syntyä ja vähentää turvotusta. Se myös vähentää raajojen spastisuutta. Tässä vaiheessa hoitoon osallistuu muu hoitohenkilökunta fysioterapeutin ohjeistuksella. Kun potilaan yleiskunto sallii, voidaan siirtyä mobilisaatiovaiheeseen. (Rissanen ym. 2008, 264; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012g.)

Fysioterapeutti avustaa ja ohjaa potilasta hahmottamaan omia perusliikkumistaitojaan. Vaiheittain edetään vuoteessa kääntymiseen, istuma-asennon hallintaan, pyörätuoliin siirtymiseen, seisoma-asennon hallintaan, kävelyyn ja päivittäisiin toimintoihin. Omaisia kannustetaan mukaan. Potilaan alaraajaheikkous, spastisuus, obesiteetti ja tasapaino-ongelmat voivat heikentää kuntoutumisen edistymistä. Potilaalle tulee muistaa antaa positiivista palautetta pienestäkin edistymisestä. Tämä antaa hänelle psykologista tukea ja piristää mieltä. (Rissanen ym. 2008, 263–264; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012g.)

Toimintaterapia on oleellinen osa moniammatillista kuntoutusta ja se perustuu toiminnan terapeuttiseen käyttöön. Toimintaterapian tavoitteena on mahdollistaa potilaan itsenäisyyttä omassa arjessa ja toiminnassa, ja sen perustana on näkemys ihmisen mahdollisuudesta vaikuttaa terveyteensä tekemisen ja omien valintojensa kautta. Se voi olla esimerkiksi elämän tukemista tai arjen taitojen harjoittelua. (Rissanen ym. 2008, 264–265; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012e.)

SAV-potilas hyötyy merkittävästi toimintaterapiasta, jonka avulla edistetään potilaan selviytymistä päivittäisistä toimista, parantaa yläraajojen toiminnallisuutta sekä silmän ja käden yhteistyötä. Potilaan oiretietoisuus alkaa hiljalleen lisääntyä, kun hän saa palautetta käytännön tekemisen kautta. On tärkeää ottaa aina potilaan henkilökohtaiset voimavarat, vahvuudet ja mieltymykset huomioon esimerkiksi harjoituksia valittaessa. Subakuutissa

kuntoutusvaiheessa toimintaterapeutti arvioi päivittäisten toimintojen apuvälineiden tarpeen, toimintakyvyn ja potilaan kotona tarvittavat muutostyöt. Tarvittaessa sairaalavaiheen jälkeen toimintaterapia voidaan toteuttaa terveyskeskuksessa, yksityisen toimintaterapeutin vastaanotolla tai potilaan kotona. Hoitava sairaala, oma terveyskeskus tai Kansaneläkelaitos (KELA) huolehtii kustannuksista. Fysioterapeutin ja toimintaterapeutin työt eivät käytännössä erotu kovinkaan paljon toisistaan, sillä kumpikin ammattiryhmä harjoittaa potilaan päivittäisiä toimintoja ja huolehtii yksilöllisistä apuvälineiden sovituksista. (Rissanen ym. 2008, 264–265; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012e.)

SAV-potilas tarvitsee aina puheterapeutin apua, mikäli hänellä on häiriö kyvyssä ymmärtää tai tuottaa puhetta, lukea, kirjoittaa ja laskea. Puheterapialla tuetaan aivohalvauksen yhteydessä syntyneen afasian, dysatrian ja dysfagian toipumisprosessia. Puheterapian tavoite on parantaa kommunikointikykyä. Potilaan kielellinen tilanne kartoitetaan kuntoutustarpeen arvioimiseksi, jolloin huomioon otetaan häiriöiden laatu, vaikeusaste, paranemistekijät sekä psyykkiset tekijät. Varhainen puheterapia, intensiivisyys ja kesto vaikuttavat potilaan kielellisen vamman kuntoutumistulokseen. Potilaan ja omaisten tukeminen on olennainen osa puheterapiaa. Sairaalavaiheessa puheterapeutti toimii yhteistyössä koko muun neurologisen työryhmän kanssa. (Rissanen ym. 2008, 266; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012e.)

SAV-potilaalla on usein kognitiivisia häiriöitä, kuten muistin ja tarkkaavaisuuden, havaintokyvyn sekä loogisen ajattelun ja toiminnan häiriöt. Neuropsykologinen kuntoutus on osa potilaan lääkinnällistä kuntoutusta ja sen tavoitteena voi olla esimerkiksi toimintakyvyn parantaminen tai työkyvyn parantaminen. Neuropsykologi tutkii potilaan, jotta saadaan kartoitettua potilaan henkinen suorituskyky, kuntoutumisedellytykset, kuntoutustarvetta ja aivosairauden vaikutuksia henkisiin toimintoihin. Neuropsykologista kuntoutusta voi saada sairaalassa, kuntoutuslaitoksessa, lääkäriasemalla ja yksityisen neurologin vastaanotolla. Kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman pian sairastumisen jälkeen. Kesto riippuu potilaan oireiden vaikeusasteesta ja niiden

haittaavuudesta, jolloin tarve vaihtelee kuukausista vuosiin. (Rissanen ym. 2008, 266–267; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012f.)

Potilaalla on myös oma kuntoutusohjaaja, joka tekee yhteistyötä muiden kuntoutustiimin jäsenten kanssa. Kuntoutusohjaus on kattavaa potilaan jokapäiväistä selviytymistä tukevaa toimintaa. Kuntoutusohjaaja on mukana kuntoutussuunnitelman teossa ja apuvälineiden hankinnoissa. Hän suunnittelee asunnonmuutostöitä, neuvoo etuusasioissa ja tiedottaa järjestystoiminnasta. Kuntoutusohjaaja seuraa potilaan kuntoutumisen edistymistä tarvittaessa sairaalavaiheen jälkeenkin. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa kuntoutusohjaaja on tavoitettavissa neurologian poliklinikalta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012i.)

3 HOITOKETJU

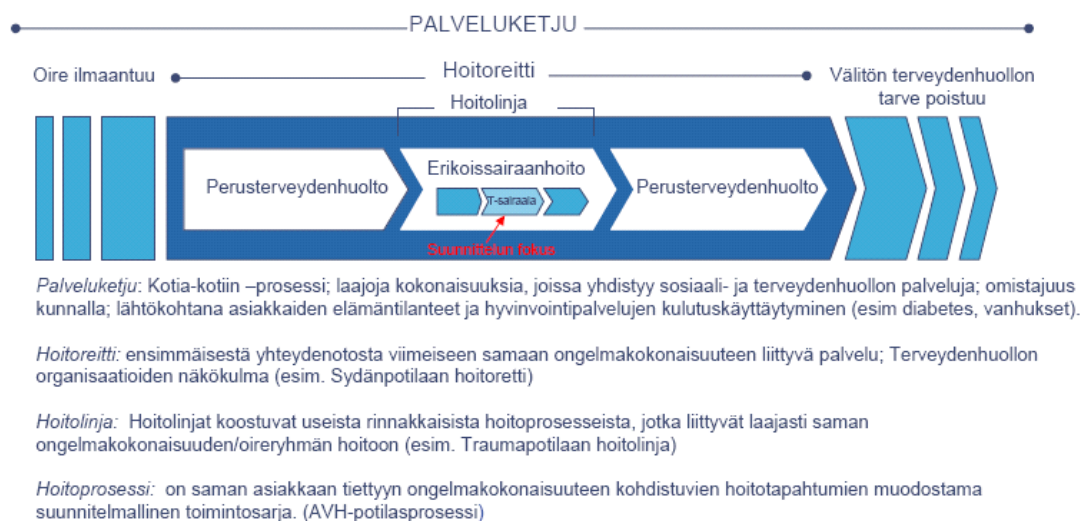
Potilaan hoidon kannalta hoitoketju ymmärretään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä moniammatillisena yhteistyönä. Diagnoosiin perustuva hoitoketju on kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta, jonka tarkoitus on tukea hoidon porrastusta sairaanhoitopiirin sisällä. Hoitoketjun tulee perustua lääketieteellisen tiedon osalta valtakunnallisesti hyväksytyihin hoitosuosituksiin. (Nuutinen 2000, 1821.) Lääketieteellisessä katsausartikkelissa vuodelta 2008 on kerrottu suositukset primaari- ja sekundaariehkäisystä ja kuntoutuksesta aivoinfarktin ja TIA:n kohdalla. Katsausartikkelin mukaan SAV-hoitosuositukset ovat vielä kehitteillä. (Meretoja ym. 2008, 10–11.)

Hoitoketjujen tavoitteena on ajantasainen ja sujuva, palveluketjuihin perustuva toimintamalli, joka poistaa päällekkäisyydet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä hoidon kannalta tärkeiden sosiaalipalveluiden väliltä. Näin potilaalle mahdollistetaan asuinpaikasta riippumaton, laadukas, sujuva ja tehokas hoitokokonaisuus. (Immonen-Räihä 2010, 6-7.) Hoitoketjua tarkastellessa onkin tärkeää huomioida ketjun toimivuus potilaan näkökulmasta (Aalto ym. 2006, 7).

Hoitoketjut ovat julkisia ja ketjujen pohjana oleva tieto tulee olla kriittisesti arvioitua, tutkittua tietoa. Näin ollen ne toimivat ammattilaisten päätöksenteon tukena sekä tehostavat eri osapuolten, eli hoitoon osallistuvien ammattiryhmien, välistä viestintää. Moniammatillisissa hoitoketjuissa tulee huomioida potilaan lääketieteellisen hoidon lisäksi myös hoitotyön, kuntoutuksen ja sosiaalityön osuudet. (Aalto 2006, 8-10.)

Hoitoketju alkaa potilaan ensikontaktista terveydenhuoltojärjestelmään, jatkuen ensiavusta tutkimukseen ja mahdolliseen leikkaukseen, sen jälkeiseen teho- ja vuodeosastohoitoon sekä kotiutumiseen tai siirtymiseen toiseen hoitolaitokseen. Saumaton tiedonkulku hoitavien tahojen välillä on myös tärkeä osa toimivaa

hoitoketjua. Yhteisessä käytössä oleva sähköinen hoitokertomus on yksi edellytys hoitoketjun toimivuudelle. (Aalto 2006, 10.) Turun kaupungin, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteutetussa ortopedisten potilaiden hoidon kehittämishankkeessa esille tuotua saumatonta hoitomallia voidaan osittain soveltaa myös SAV-potilaiden hoidossa (Nurmela 2007, 43–46). Saumattomaan hoitomalliin pitäisi liittää myös tietojärjestelmän kehittäminen yhtenäisemmäksi, jolloin tiedonkulku olisi aukotonta organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa (Kerttunen ym. 2008, 26–27).



Kuvio 2. Hoitolinjat ovat osa palveluketjua (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011).

Yleisesti palveluketjulla tarkoitetaan laajempaa kuvausta siitä, miten monia palveluita käyttävälle asiakkaalle järjestetään eri palvelut ja miten työnjako tehdään eri toimijoiden kesken. Palveluketju keskittyy tiettyyn ongelmakokonaisuuteen, muodostaen yksilöllisen ja suunnitelmallisen organisaatorajat ylittävän kokonaisuuden. Näin ollen suosituksiin pohjautuvat hoitoketjut ovat osa palveluketjuja ja kuvaavat palveluketjun sisällä tapahtuvaa, tietyn taudin tai sairauden hoitoon liittyvää työnjakoa. (Mäntyranta ym. 2003, 8.)

4 VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH) on kuntayhtymä, joka käsittää 29 kuntaa ja kaupunkia sekä Turun yliopiston. Sairaanhoitopiirin alueella toimii 24 terveyskeskusta ja erikoissairaanhoidon palveluista vastaa yliopistollinen keskussairaala, neljä aluesairaala ja kaksi psykiatrista sairaalaa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloita käytetään tieteelliseen tutkimukseen ja opetukseen. Yhteistyössä Turun yliopiston ja muiden korkeakoulujen kanssa kehitetään lääketieteellistä ja muuta terveystieteellistä tutkimusta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012j.)

5 SUBARAKNOIDAALIVUOTOON SAIRASTUMINEN POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Äkillinen sairastuminen tapahtuu ennakoimatta ja se aiheuttaa kriisin niin potilaalle kuin omaisellekin. Heidän saamansa tieto ja tuki riippuu suuresti osaavasta henkilökunnasta. Kotiutumisen jälkeen potilaan tiedon tarve korostuu, sillä kotiutuvat SAV-potilaat jäävät osastolla sekä jälkitarkastuksessa saamansa ohjauksen varaan. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011.) Juuri tämän takia osaamisen keskittäminen ja hoitoketjujen saumattomuuden turvaaminen olisi fyysisen ja psyykkisen selviytymisen kannalta merkittävää.

Aivoverenkiertohäiriöiden kohdalla ei voida antaa kovinkaan tarkkoja ennusteita oireiden lievittymisestä tai toipumisesta. Juuri tämä epätietoisuus aiheuttaa ongelmia uuteen tilanteeseen sopeutumisessa ja elämänhallinnassa. Jokainen sairastunut ja hänen perheensä käyvät läpi omaa kriisiään ja selviytyvät siitä eri tavoin. Kuitenkin läheisten tuki ja perheen keskinäiset suhteet edesauttavat sopeutumista. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010c.)

Työhön palaaminen ja työelämässä selviytyminen riippuvat fyysisen ja henkisen toimintakyvyn rajoitteista. Fyysisen toimintakyvyn rajoitteisiin voidaan tietyssä määrin vastata apuvälineillä, mutta oleellista on arvioida toimintakyky suhteessa työnkuvaan. Henkisen toimintakyvyn rajoitteista hitaus, väsyminen, tarkkaavaisuuden tai keskittymisen häiriöt sekä muistihäiriöt haittaavat työhön paluuta. Henkisen toimintakyvyn häiriöiden aiheuttamaa haittaa voidaan vähentää työnkuvanmuutoksilla tai osa-aikaeläkkeellä. Sairastuneen omalla työmotivaatiolla sekä työnantajalla on suuri rooli työhön paluussa. Sairastumisen jälkeen työelämään palaamisella on suuri merkitys elämänlaadun kannalta ja siksi työkyvyn palauttamisen tulisikin olla yhtenä kuntoutumisen tavoitteena, olettaen että sille on realistiset mahdollisuudet. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010f.)

Moottoriajoneuvolla ajaminen vaatii tarkkailukykyä, nopeita havaintoja, ennakkointia sekä omien liikkeiden motorista hallintaa. Aivoverenkiertohäiriön

jälkeen potilaalle määrätään ajokielto joka on määräaikainen, aivoverenvuodon jälkeen yleensä vähintään kahdesta kolmeen kuukauteen. Ajokielto johtuu siitä, että aivotoiminnan häiriöt vaikuttavat ajokykyyn monin eri tavoin. Kyseessä saattaa olla vaikeus hallita motorisia toimintoja, esimerkiksi raajojen liikkeitä, tai häiriöt näkökyvyssä. Näihin helposti arvioitaviin seikkoihin kiinnitetään huomiota kun sairastuneen ajokykyä arvioidaan sairastumisen jälkeen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010d.)

Vaikeampaa on arvioida sairastuneen henkistä toimintakykyä. Samoin kuin työelämässä tarkkaavaisuuden, havainnointikyvyn ja hahmottamisen häiriöt aiheuttavat suuria riskejä myös liikenteessä. Henkisen toimintakyvyn häiriöitä arvioidaan pääasiallisesti neuropsykologisella tutkimuksella. Tutkimuksen lisäksi on mahdollista järjestää ajokoe, jossa toimintakykyä voidaan vielä kartoittaa lisää. Näidenkään tutkimusten pohjalta ei voida varmuudella tietää sairastuneen ajokyvystä, koska henkisen ja fyysisen toimintakyvyn häiriöt saattavat tulla esille vasta äkillisissä tilanteissa. Potilaan hoidosta vastuussa oleva lääkäri on ilmoitusvelvollinen poliisille koskien sairastuneen ajokyvyttömyyttä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010d.)

Aivoverenvuodon jälkeen kova fyysinen rasittaminen saattaa lisätä uuden verenvuodon riskiä, koska puhjenneen verisuonen seinämän parantuminen on vielä kesken. Kovempaa fyysistä rasittamista on syytä välttää noin kolmen kuukauden ajan. Rajoitus saattaa olla pidempi jos aivoverisuoniin on jäänyt heikkoja kohtia tai jos potilaalla on pysyvä verenvuototaipumus. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010e.)

Toimintakykyä ylläpitävän liikkumisen aloittaminen aivoverenvuodon jälkeen on suotavaa, ja alkuun ohjausta voi saada fysioterapeutilta. Liikunnan positiiviset vaikutukset hengitys- ja verenkiertoelimistöön on yksi tärkeä syy, mutta liikunnalla on merkittävä rooli myös henkisessä hyvinvoinnissa. Aivoverenvuodon vaikutukset liikuntakykyyn, raajojen hallintaan ja tasapainoon täytyy huomioida, samoin jo aiemmin opittujen taitojen menetyksen mahdollisuus. Fyysisen rasituksen lisäksi elimistöä rasittaa stressi. Liiallista stressiä tulisi välttää, koska stressi nostaa verenpainetta. Pitkäkestoisena

stressi lisää uusintavuodon riskiä, mutta altistaa myös muille sairauksille.
(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010e.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää SAV-potilaan hoitopolku Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vaihe vaiheelta sekä tuoda ilmi vahvuuksia ja mahdollisia kehittämiskohtia. Hoi-Pro – hankkeen tavoitteiden mukaisesti saadun tiedon avulla hoitoprosesseja voitaisiin tarpeen mukaan muokata ja näin ollen parantaa hoidon saumatonta jatkuvuutta.

Tutkimusongelmiksi muodostuivat:

- 1) Millainen on subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä kirjallisuuden ja ryhmähaastattelun perusteella?
- 2) Mitä vahvuuksia Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa on ryhmähaastattelun perusteella?
- 3) Mitä kehittämiskohteita Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa ilmenee ryhmähaastattelun perusteella?

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö on tehty kvalitatiivisia eli laadullisia menetelmiä käyttäen. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on jonkin ilmiön selittäminen, ymmärtäminen, tulkinta ja soveltaminen. Laadullisten tutkimusten kohteena oleva ilmiö liittyy yleensä sosiaalisiin, kulttuurisiin ja psyykkisiin yhteyksiin ja kohteesta etsitään laatua, joka tekee siitä merkityksellisen. Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään käytännön ilmiöistä ja havainnoista tekemään yleistettäviä ja tuloksiin vaikuttaa tutkimuksen tekijän oma mielenkiinto tutkittavaa ilmiötä kohtaan. (Anttila 2005, 275–276).

Kirjallisuuspohjaisen tarkastelun ja ryhmähaastattelun avulla on mahdollista saada kattavasti tietoa SAV-potilaan hoitoketjusta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Kirjallisuuden lisäksi haastattelusta saadaan tarpeellista käytännön hoitotyön näkökulmaa opinnäytetyöhön. Tällä työskentelytavalla lisätään tutkimuksen luotettavuutta.

7.1 Kirjallisuuspohjainen tarkastelu ja ryhmähaastattelu tutkimusmenetelminä

Kirjallista materiaalia hankittiin käyttämällä kotimaisia ja ulkomaalaisia tietokantoja sekä hyödyntämällä kirjastojen valikoimaa. Sähköisissä tietokannoissa haut rajattiin käyttämällä aihepiirin hakusanoja (subaraknoidaalivuoto, hoitoketju, hoitopolku ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri) ja niiden yhdistelmiä sekä rajaamalla aineiston ilmestymisvuodet viimeiseen vuosikymmeneen. Tarpeen mukaan aineistoa rajattiin myös kielen osalta, jolloin rajauksiin valittiin suomi ja englanti. Aineistojen luotettavuutta arvioitiin huolellisesti muun muassa julkaisujen ajankohdan sekä julkaisupaikan perusteella.

Ryhmähaastattelulla saadaan tehokkaasti kerättyä tietoa (Hirsjärvi ym. 2009, 210). Ryhmähaastattelussa osanottajat kommentoivat asioita, tekevät huomioita

ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. Ryhmähaastattelun avulla saadaan helposti tietoa samaan aikaan usealta tiedonantajalta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61–63.) Ryhmässä haastateltavien määrä olisi hyvä rajoittaa kahteen tai kolmeen haastateltavaan käytännön syystä; kun haastattelut nauhoitetaan, haastateltavien henkilöiden äänet saattavat sekoittaa toisiinsa nauhaa kuunneltaessa, jolloin voi olla vaikeaa erottaa kuka kulloinkin puhuu. Ryhmä voi myös estää ryhmän kannalta kielteisten asioiden esiintulon ja ryhmässä oleva dominoiva henkilö voi pyrkiä määräämään keskustelun suunnan. Tulkittaessa tuloksia ja johtopäätöksiä tulee ottaa nämä seikat huomioon. (Hirsjärvi ym. 2009, 211.)

7.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kirjallisuuspohjaiseen tarkasteluun valittiin aiheen kannalta oleelliset lähteet, joiden löytäminen oli haastavaa. Lähteiden niukkuus rajasi valinnan mahdollisuuksia, joten lähes kaikki löydettyt lähteet hyödynnettiin opinnäytetyössä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Ohjepankki tarjosi tälle opinnäytetyölle laajan ja kokonaisvaltaisen taustakirjallisuuden. Käyttämättä jääneet lähteet olivat aiheeseen epäsopivia tai lähteen luotettavuudesta ei ollut varmuutta.

Kirjallisten lähteiden lisäksi hankittiin asiantuntijoiden näkemyksiä Turun yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgisen erityisosaamisen tulosalueelta. Asiantuntijanäkemykset kerättiin järjestämällä ryhmähaastattelu, joka koostui SAV-potilaita hoitavasta henkilökunnasta. Ryhmähaastatteluun osallistui Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian ja neurokirurgian klinikoiden ylihoitajia, osastonhoitajia sekä sairaanhoitajia. Sopiva ajankohta ja oma kiinnostus opinnäytetyöhön osallistumiseen ratkaisivat haastatteluun osallistujat. Haastateltavia oli yhteensä kolme ja tunnin kestävä ryhmähaastattelu järjestettiin lokakuussa 2012 Turun yliopistollisen keskussairaalan tiloissa, neurologian klinikan neuvotteluhuoneessa. Ryhmähaastattelun osallistujia informoitiin etukäteen lähettämällä heille ryhmähaastattelussa käsiteltävät keskeiset teemat. Osallistujia pyydettiin

allekirjoittamaan suostumus (LIITE 1) ryhmähaastatteluun ennen haastattelun aloittamista.

7.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Ryhmähaastattelu nauhoitettiin ja nauhat säilytettiin sekä käsiteltiin luottamuksellisesti. Ryhmähaastattelun jälkeen nauhat litteroitiin ja sen jälkeen tuhottiin välittömästi luottamuksellisuuden säilyttämiseksi ja väärinkäytösten ehkäisemiseksi. Haastattelusta saatu materiaali analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti sekä pilkkomaan ja ryhmittelemään aineistoa teemojen mukaan. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 93, 106.)

Tutkimusongelmien pohjalta haastattelun tulokset jaettiin teemoihin ja näin tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Teemojen ulkopuolelle jäi jonkin verran tietoa, joka koettiin myös relevantiksi. Nämä tutkimusongelmien ulkopuolelle jäävät tulokset esitellään omassa kappaleessaan.

8 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ryhmähaastattelun perusteella

Ryhmähaastattelussa hoitoketjun tarkastelu aloitettiin potilaiden saapumisesta ensiapuun. SAV-potilaat ovat aina päivystyspotilaita ja potilaat saapuvat TYKSiin neurologiseen ensiapuun, jolloin aivoverenkiertohäiriöhälytys (AVH-hälytys) on yleensä jo tehty esimerkiksi hätäkeskuksessa tai ambulanssissa. AVH-hälytys tehdään oireiden perusteella, joten vähäoireisten potilaiden kohdalla kuitenkin kuluu enemmän aikaa selvittää oikea diagnoosi. Diagnoosin varmistuttua hoitopolut alkavat eriytyä. Ensiavussa päivystää aina neurologi. Diagnoosin varmistuessa ensiavun neurologi konsultoi neurokirurgia, jolloin neurokirurgi arvioi potilaan tilanteen. Potilaalle määrätään tarvittavat tutkimukset, kuvaukset ja laboratoriokokeet diagnosoinnin tukemiseksi. Tutkimuksia määrätään myös diagnostisessa mielessä, jos herää epäily mahdollisesta vuotamattomasta aneurysmasta, joka on useimmiten sattumalöydös. Potilas on saattanut hakeutua hoitoon korvien suhinan tai muistiongelmien takia, jolloin valveutunut lääkäri oireet tutkittuaan lähettää potilaan tietokonetomografiaan. Varjoainekuvauksella varmennetun diagnoosin jälkeen suunnitellaan leikkaushoito tai koilaus. Diagnostisia tutkimuksia tehdään myös jos lähisuvussa on subaraknoidaalivuodon saaneita.

Jo ennen toimenpiteitä SAV-potilaille aloitetaan tietyistä peruslääkkeistä muodostuva lääkitys. Haastateltavat kertoivat että peruslääkkeitä SAV-potilaan hoidossa ovat Nimotop, Caprilon ja Betapred. Vuotaville potilaille aloitetaan heti ensiavussa Nimotop suonensisäisesti. Aloitusannos on pieni, kahdesta kolmeen milligrammaa tunnissa, ja sitä pyritään lisäämään pikku hiljaa potilaan voinnin mukaan aina 10 milligrammaa tunnissa asti. Joillakin potilailla Nimotop laskee verenpainetta rajusti, jolloin alussa verenpainetta seurataan tunnin välein. Potilas saapuu osastolle infuusion kanssa, ja sitä jatketaan viikon ajan. Systolisen paineen alarajana on 120, sillä ellei painetta ole tarpeeksi, potilaalla on riski sairastua aivoinfarktiin. Mikäli potilaan paineet eivät pysy riittävällä

tasolla, voidaan tabletilääkitykseen vaihtaa jo aiemmin. Tällöin annostuksena 60 mg kuudesti päivässä, eli neljän tunnin välein. Kaiken kaikkiaan Nimotop -lääkitystä jatketaan 21 päivän ajan. Kun potilas tulee leikkauksesta osastolle, hänelle aloitetaan suonensisäisesti Caprilon, jonka vaikuttavana aineena on traneksaamihappo ja joka hillitsee verenvuotoa. Annostuksena on 1 gramma neljästi päivässä, eli kuuden tunnin välein kunnes lääkitys voidaan lopettaa ja potilas pääsee kotiin. Aivoleikkauspotilaille annetaan aivoturvotuksen laskemiseksi Betapredia, joka on kortisonivalmiste.

Potilaan tajuntaa seurataan hyvin tarkkaan, jolloin kipulääkettä ei voida antaa suuria määriä, jottei kipulääkitys vaikuttaisi tajunnantason. Kivunhoidossa yritetään pärjätä parasetamolilla, kuten Perfalganilla. Jos kipua ei saada pidettyä hallinnassa, voidaan anestesialääkärin kanssa keskustella lisäkipulääkityksestä. SAV-potilaat ovat usein myös pahoinvoivia, jolloin lääkityksenä käytetään Cytriliä. Tällä pyritään estämään oksentaminen ja pahoinvointi, jotka lisäävät painetta päässä, mikä nostaa uusintavuodon vaaraa. Kaiken kaikkiaan SAV-potilaan lääkehoito on siis jatkuvaa tasapainoilua.

Diagnoosin varmistuttua potilas siirtyy voinnin salliessa suoraan angiologiseen yksikköön, jossa tehdään kuvaus ja koilaus. Endovaskulaarinen hoito eli koilaus on haastateltavien mukaan yleistymässä, paitsi Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, jossa edelleen käytetään useimmiten kirurgista hoitoa, kraniotomiaa. Endovaskulaarinen hoito on potilaalle säästävämpi muoto. Tässä hoitomuodossa mennään nivusvaltimon kautta aneurysmaan. Vuotamattomien aneurysmien kohdalla koilaus on haastateltavien mukaan parempi hoitomuoto ja nopea kotiutuminen on mahdollista jo leikkausta seuraavana päivänä. Vuotaville aneurysmille koilauksessa on haastateltavien mukaan suuremmat riskit.

Hyväkuntoinen potilas voi myös siirtyä suoraan ensiavusta vuodeosastolle. Potilaan voinnin mukaan jatkotutkimuksia voidaan odottaa esimerkiksi viikonlopun yli ja samalla suunnitellaan potilaan hoidon jatkoa. Potilaan voinnin heikkenemisen tai tilanteen muutoksen vuoksi osastoilla on aina olemassa anestesiavalmius, jolloin muutoksiin voidaan reagoida nopeasti.

Huonokuntoinen potilas taas voidaan siirtää ilman tutkimuksia teholle seurantaan ja sieltä jatkotutkimuksiin, kun potilaan kunto sen sallii.

Toimenpiteen jälkeinen seuranta on haastateltavien mukaan yhtä tarkkaa sekä puhjenneen että puhkeamattoman aneurysmapotilaan kohdalla. Vitaalitoimintojen, tajunnantason ja neurologisten oireiden seurannassa ei ole eroa. Varsinkin verenpaineen tarkkailu on ehdottoman tärkeää, sillä SAV-potilaiden hoidossa käytettävä Nimotop-antispasmiilääkitys laskee verenpainetta. Potilaan verenpainetta mitataan osastolla useasti, kuitenkin yksilöllisesti jokaisen potilaan aiempien arvojen mukaan.

Haastattelussa ilmeni että vuodeosastojaksot ovat lyhentyneet koilauksen myötä. Vuotaneiden aneurysmien tämä ei kuitenkaan päde, koska aivokudokseen vuotanut veri imeytyy hiljalleen ja vaatii näin todennäköisesti pidempää hoitajaksoa. Vuotaneiden aneurysmien koilauksen jälkeen potilas on aina tehovalvonnassa tai pitkässä heräämövalvonnassa. Vuotaneiden aneurysmien kohdalla turvotuksen hoitoon kuluva aika pidentää hoitajaksoa.

Ryhmähaastattelussa selvisi, että kuntoutus ja vuodeaika vaihtelevat yksilöllisesti oireista ja hoitomuodosta riippuen. Kraniotomiapotilas viettää yhden päivän teho-osastolla leikkauksen jälkeen, jonka jälkeen hän siirtyy osastolle mikäli kuntoutuminen on edennyt normaalisti. Matalat verenpaineet ovat suurin ongelma, sillä Nimotop -antispasmiilääkitys saattaa laskea niitä liikaa, jolloin osastolle siirtyminen myöhästyy. Mikäli potilas siirtyy normaalilla aikataululla osastolle, hän viettää siirtopäivän vuodepotilaana. Haastateltavat painottivat, että sängyn päätyä pidetään 45 asteen kulmassa, jotta potilaan ylävartalon ja pään turvotukset laskisivat. Toisena postoperatiivisena päivänä fysioterapeutti osallistuu kuntoutukseen. Sairaanhoitajat antavat fysioterapeutille tiedon potilaista, jotka tarvitsevat eniten fysioterapeuttista huomiota. Ensin potilas harjoittelee istumaan nousua sängyn laidalle, josta sitten pikku hiljaa seisomaan ja liikkumaan. Sairaanhoitajat ovat myös suuressa vastuussa potilaan kuntoutumisesta arkipäiväisten asioiden osalta. Kuntoutus on ehdottoman tärkeää potilaan jatkon kannalta ja häntä ei missään nimessä saa jättää sänkyyn makaamaan.

Haastateltavat kertoivat, miten huimasti SAV-potilaiden hoito on kehittynyt muutamassa vuosikymmenessä. Ennen potilaat joutuivat odottamaan hoitopääsyä, koska tutkimuksia ei ollut mahdollista suorittaa viikonloppuisin. Nykyään osastot ja sairaalat ovat täydessä toiminnassa viikonpäivään katsomatta. Endovaskulaarinen hoito on uudistanut koko hoitosysteemiä ja se vaikuttaa hyvältä hoitomenetelmältä. Kehittyneiden hoitomuotojen vuoksi haastateltavat antoivat positiivisen kuvan subaraknoidaalivuodon akuuttivaiheesta selviytymiselle, kun taas kirjallisuus antoi selviytymiselle huomattavasti heikommat lähtökohdat. Ristiriitaa saatujen tietojen välillä aiheuttaa se, että kirjallisuus ei ole ajan tasalla nykyisten hoitomuotojen kanssa.

8.2 Vahvuudet subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ryhmähaastattelun perusteella

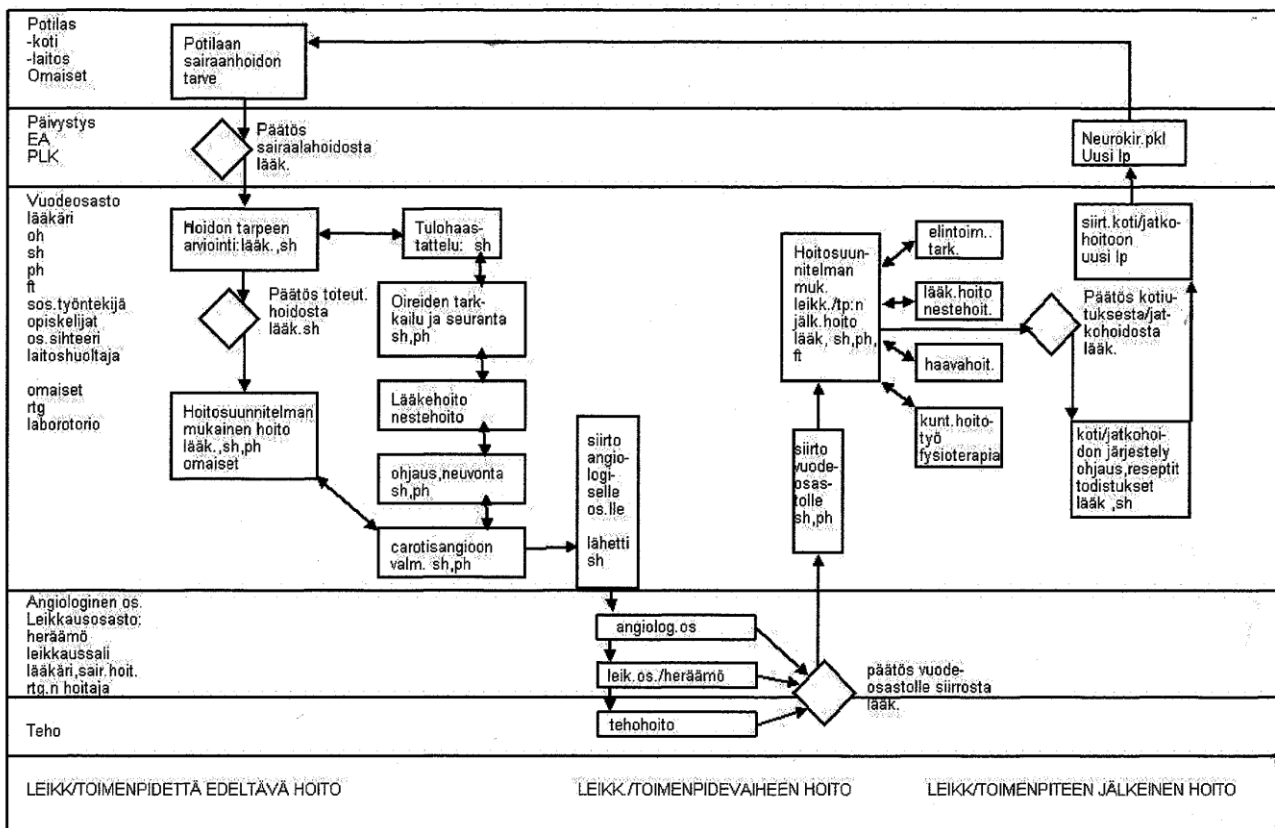
Haastateltavien mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä SAV-potilaan hoitoketjussa erityisenä vahvuutena on akuuttivaiheen osaaminen. Akuuttivaiheen osaamiseen liittyy vahvasti aivoverenkiertohäiriöhälytys, joka alkaa hätäpuhelusta ja aloittaa AVH-hoitoketjun. Haastateltavat korostivat, että ”Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä AVH-hälytys on huippuunsa hiottu ja mahdollistaa nopean diagnosoinnin ja hoitoon pääsyn.” AVH-hälytyksen lisäksi haastateltavat mainitsivat vahvuudeksi, miten Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on aloitettu varhaisessa vaiheessa käyttämään angiografiaa SAV-potilaiden hoidossa.

Akuuttivaiheen osaamisen lisäksi haastateltavat nostivat esiin pienen, mutta hyvin toimivan neurokirurgian vuodeosaston, jossa SAV-potilaita hoidetaan. Osastolla on sitoutuneita ja pitkäaikaisia työntekijöitä, jotka nauttivat haastavasta työstä. Neurokirurgiselle osastolle hakeutuvat hoitajat, jotka vaativat itseltään paljon, mutta myös toivovat saavansa työltään paljon. Työn kokonaisvaltaisuus ja haasteellisuus sekä potilailta ja omaisilta saatu aito palaute mainittiin henkilökunnan kannalta tärkeiksi asioiksi. Uuden T-sairaalan valmistumisen myötä neurologian ja neurokirurgian osastot yhdistyvät, mikä tehostaa osastojen yhteistyötä. Yhdistymisen myötä tulee paljon haasteita,

uudella toimialueella hoito tullaan järjestämään eri tavoin kuin nyt. Tavoitteena on muun muassa lisätä stroke-valvontaa, nykyisten konservatiivisesti hoidettujen potilaiden lisäksi valvontaan olisi tarkoitus saada paikkoja myös kirurgisille potilaille. Yhdistymisen mukanaan tuomista haasteista huolimatta haastateltavat pitävät tätä vahvuutena.

Haastateltavat antoivat SAV-potilaan hoitopolkua neurokirurgisella osastolla kuvaavan kaavion (Kuva 3.), joka tarkentaa potilaan hoidon vaiheita ja antaa kokonaiskuvan potilaan hoitoketjusta. Kirjallisuudesta löydetyn tiedon ja ryhmähaastattelusta saatujen tietojen lisäksi tämä kaavio selkeyttää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutuvaa SAV-potilaan hoitoketjua. Haastateltavilta saatiin suostumus kaavion käyttämiseen.

SAV-POTILAAN HOITOPOLKU NEUROKIRURGISELLA OSASTOLLA



Kuvio 3. Subarahnoidaalivuotopotilaan hoitopolku neurokirurgisella osastolla (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007).

8.3 Kehittämiskohteet subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ryhmähaastattelun perusteella

Haastateltavat toivat esiin monia mahdollisia kehittämiskohteita SAV-potilaan hoitoketjussa. Haastateltavien mukaan kuntoutukseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Vaikka osastoilla työskentelevät fysioterapeutit huolehtivat potilaiden kuntoutuksesta ja hoitotyö itsessään tehdään kuntouttavasta näkökulmasta, haastateltavien mielestä kuntoutuksessa olisi vielä kehitettävää.

Monet kehittämissuhteuksista liittyivät potilaiden jatkohoitoon siirtymiseen sekä tiedonkulkuun erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon yksiköihin. Haastateltavat toivoivat lisää yhteistyötä SAV-potilaita hoitavien tahojen välille ja kollegiaalisempaa toimintakulttuuria nimenomaan sairaanhoitajien välille. Erikoissairaanhoidosta potilaan hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuollon yksiköille, mahdollisesti paikkaan jossa SAV-potilaan hoito ei ole tuttua. Vaikka jatkohoitoyksikköön lähetetään tarkat jatkohoito-ohjeet, saattaa vastaanottavalla yksiköllä olla vaikeuksia toteuttaa niitä joko tiedon tai resurssien puutteen vuoksi. Haastateltavien mielestä tähän tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja järjestää esimerkiksi ulkopuolista koulusta SAV-potilaiden hoitoa koskien. Ulkopuolisella koulutuksella SAV-potilaiden hoidosta saataisiin turvattua tiedon kulku sekä potilaiden hoidon jatkuvuus. Turun alueella potilaat usein siirtyvät samoihin yksiköihin, jolloin SAV-potilaiden hoito on tuttua, mutta resursseista saattaa olla pulaa. Jatkohoitopaikkaa mietittäessä voitaisiinkin varmistaa kykeneekö vastaanottava yksikkö toteuttamaan jatkohoito-ohjeiden mukaista hoitoa resurssiensa puitteissa. Hoidon jatkuvuuden ja potilaan hyvinvoinnin kannalta tämä on erittäin tärkeää.

Potilaiden siirtymistä erikoissairaanhoidon piiristä perusterveyden yksiköihin on kehitetty ja se toimii Turun alueella hyvin. Potilaiden tehokkaalla siirtymisellä erikoissairaanhoidon vapautuu potilaspaikkoja neurokirurgista hoitoa vaativille. Jatkohoitopaikan järjestäminen on kaupungin resursseista kiinni, joten

yhteistyön kehittämiseksi ja yhteiselle toimintamallille on haastateltavien mukaan tarvetta.

Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta perusterveyden yksiköihin oli yksi haastattelussa ilmenevistä kehittämiskohteista. Haastateltavien mukaan jokainen kotiutuksesta vastaava sairaanhoitaja voi tehdä paljon tiedonkulun etenemiseksi. Tarkkojen jatkohoito-ohjeiden välittäminen on pitkälti kiinni sairaanhoitajan kokemuksesta ja ammattitaidoista sekä kyvystä muodostaa kokonaiskuva potilaan hoidosta. Tällöin tieto pystytään tarkemmin välittämään jatkohoitopaikkaan, jossa SAV-potilaiden hoito välttämättä ei ole entuudestaan tuttua. Haastateltavat mainitsivat myös hoitotyönyhteenvedon, joka tulee tulevaisuudessa raamittamaan jatkohoitopaikkaan siirtyvää tietoa.

Tiedonkulkuun liittyvistä ongelmista puhuttaessa haastattelussa ilmeni myös sairaanhoitajien välisen kollegiaalisuuden puute. Sairanhoitajien toimintakulttuuriin ei riittävän yleisesti kuulu kollegan konsultointi, vaikka siihen on puitteet olemassa. Haastateltavien mukaan sairaanhoitajien pitäisi rohkeammin konsultoida toisiaan ja saada tällainen toimintakulttuuri yleistymään. Tämän hetkisen sairaanhoitajien välisen konsultoinnin vähäisyys saattaa johtua tiedon puutteesta, jolloin jatkohoitopaikan työntekijät eivät tiedon tai kokemuksen puutteen vuoksi näe potilaan hoidon kokonaiskuvaa, eivätkä näin ollen osaa kysyä oikeita kysymyksiä. Tällaisen tilanteen kohdalla haastateltavat mainitsivat omaisten roolin tiedon kulussa. Alusta asti hoitoon mukaan otetut omaiset ovat pystyneet kertomaan jatkohoitopaikassa miten potilaan hoidossa on aiemmin menetelty.

Potilaan kotiutuessa hän saa soittoaajan neurologian poliklinikalle, mutta haastateltavien mielestä olisi tärkeää että SAV-potilaat saisivat jo aiemmin ja sujuvammin otettua yhteyttä hoitohenkilökuntaan. Haastateltavat toivoivat, että esimerkiksi kerran viikossa olisi sairaanhoitajalle soittoaika, jolloin SAV-potilaat voisivat soittaa ja kysyä eteen tulleista ongelmista. Samalla hoitohenkilökunta saisi tietää miten potilas on pärjännyt kotiutumisen jälkeen, koska usein vasta kotoa käsin mahdolliset ongelmat tulevat esille. Tällainen soittoaika kuitenkin kuormittaisi hoitohenkilökuntaa entisestään. Haastateltavat toivat ilmi, miten

hoitotyöhön tulee koko ajan lisää kuormittavuutta kun sairaanhoitajat joutuvat työssään olemaan päteviä monilla eri alueilla. Tällöin on vaarana, että yhden sairaanhoitajan harteille kasautuu liikaa työtä ja jaksaminen varsinaisessa hoitotyössä kärsii.

Monien kehittämiskohteiden kohdalla haastateltavat mainitsivat resurssipulan ja haastavan taloudellisen tilanteen. Haastateltavien mukaan kehittämiskohteita on paljon ja niihin puututaan yksi kerrallaan resurssien puitteissa. Haastateltavat kertoivat, että ”jos vain taivas olisi rajana, pystyisimme mihin vain.”

8.4 Tulosten vertailu ja johtopäätökset

Kirjallisuudesta ja ryhmähaastattelusta kootut tiedot enimmäkseen tukevat toisiaan, mutta tiedot ovat osittain ristiriidassa keskenään. Ryhmähaastattelussa ilmeni paljon sellaisia asioita, joista ei löytynyt mainintaa kirjallisuudesta.

Kirjallisuudessa oli niukasti tietoa SAV-potilaan lääkehoidosta. Haastattelussa saatiin työhön tarkkaa ja ajantasaista tietoa käytännön lääkehoidosta, muun muassa tarkkoja lääkevalmisteita ja – annoksia. Myös lääkehoidon aloittamisajankohdat ja kesto tulivat esille ainoastaan haastattelun kautta. Lääkehoidon toteutuksen yksilöllisyyden vuoksi kirjallisuudessa ei ole yksiselitteisiä ohjeita, koska potilaan subjektiiviset kokemukset esimerkiksi kivusta ohjaavat lääkehoitoa.

Hoitomuodoista saatiin tietoa kirjallisuudesta ja ryhmähaastattelun kautta. Kirjallisuuden mukaan kirurginen hoitomuoto on varma ja riskien kannalta potilaalle hyvä vaihtoehto. Haastateltavat kertoivat, että endovaskulaarinen hoito on potilaalle säästävä ja kuntoutumista ajatellen edullinen vaihtoehto. Kirjallisuudesta löydetyt tiedot eivät vastaa tämän hetkisiä hoitokäytäntöjä, johon syynä voisi olla hoitomuotojen nopea kehittyminen.

Omaisten kanssa tehtävästä yhteistyöstä löytyy kirjallisuudesta niukasti tietoa, vaikka tämä haastateltavien mukaan muodostaakin suuren osan sairaanhoitajan päivittäisestä työstä. Haastateltavien kautta saatiin myös

avattua sairaanhoitajan osuutta SAV-potilaan hoidossa, mikä jäi kirjallisuuden pohjalta hieman epäselväksi.

8.5 Muuta ryhmähaastattelussa ilmennyttä

Ryhmähaastattelussa haastateltavat toivat esiin paljon tärkeitä asioita, jotka eivät liittyneet tutkimusongelmiin. Muun muassa potilaan psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen huomiointi sekä omaisten kanssa tehtävä yhteistyö ovat kuitenkin huomion arvoisia seikkoja. Nämä muodostavat suuren osan sairaanhoitajan työstä ja liittyvät hoidon jatkuvuuden mahdollistamiseen.

Äkilliseen sairastumiseen liittyy aina erilaisia pelkoja, niin sairastuneen kuin hänen omaistensa kohdalla. SAV-potilaat ovat useimmiten työikäisiä, perheellisiä ihmisiä, jolloin sairastuminen koskettaa myös lähipiiriä. Haastateltavien mukaan kotiutumisen lähestyessä sairastuneen fyysinen kunto saattaa olla lähes normaali, mutta psyykkiseen hyvinvointiin tarvittaisiin apua. Alkushokin aikana potilas ei pysty vastaanottamaan tietoa ja heille saattaa jäädä pitkäksi aikaa erilaisia pelkotiloja omasta selviytymisestä. Usein vasta kotiutumisen yhteydessä sairastunut ymmärtää täysin mitä on tapahtunut, ja SAV-potilaiden keskuudessa masentuneisuus onkin melko yleistä. Potilas voi olla fyysiseltä kunnoltaan valmis kotiutumaan, mutta ei silti selviydykään päivittäisistä toimista psyykkisten voimavarojen puutteen vuoksi. Hoitotyössä tuleekin haastateltavien mukaan kiinnittää huomiota potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi sairaanhoitajilla on suuri rooli. Hoitajien ammatillisuus ja empaattisuus korostuu, kun pitäisi pystyä kuvittelemaan itsensä sairastuneen asemaan. Sairanhoitajien tulee kannustaa potilasta ja omaisia jaksamaan, mutta samalla kuitenkin realistisesti kertoa tämän hetkisestä tilanteesta.

Haastattelussa nousi esiin, että sairaanhoitajilla kuluu paljon aikaa omaisten kanssa käytyihin keskusteluihin ja omaisten selviytymisen tukemiseen. Vakavan sairastumisen yhteydessä hoidettavana ei ole pelkästään potilas, vaan myös hänen läheisensä. Omaisten kanssa luodaan heti alusta lähtien luottamuksellinen suhde ja hoitolinjaa käydään läpi omaisten kanssa, joten

omaiset tietävät mitä tulee tapahtumaan tutkimusten ja hoitojen suhteen. Omaiset saattavat ymmärtää tilanteen vakavuuden selkeämmin kuin potilas itse ja tilanteen hyväksyminen on omaisille raskasta. Omaisten tukeminen ja asioiden läpikäynti heidän kanssaan on iso osa hoitajien työtä.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sitä, miten tehdään luotettavaa ja hyvää tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285). Kirjallisuuspohjaisessa tarkastelussa eettiset ongelmat ovat vähäisiä sillä oletuksella, että käytettävät lähteet ovat kirjoitettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Eettisiä ongelmia saattaa kuitenkin ilmetä aineistoa analysoitaessa, jolloin olisi mahdollista vääristää tutkimustuloksia. Käytettävän aineiston kriittinen analysointi on kirjallisuuteen pohjautuvassa opinnäytetyössä ainoa keino varmistaa luotettavat ja totuudenmukaiset tulokset. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 292). Tämä opinnäytetyö tullaan toteuttamaan eettisten periaatteiden mukaisesti (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2001).

Keskeisimmäksi luotettavuusongelmaksi muodostuu luotettavan ja relevantin aineiston löytäminen ja eettiseksi kysymykseksi ryhmähaastattelun aineiston ja tietojen eettinen käsittely. Myös ryhmähaastatteluun osallistuvien henkilöiden tunnistettavuus on keskeinen luotettavuusongelma, johon tullaan kiinnittämään erityistä huomiota. Ongelman minimoimiseksi tiedonhaussa, hakusanojen käytössä ja hakujen rajaamisessa täytyy olla erittäin huolellinen. Valitun aineiston täytyy olla kriittisesti arvioitua ja myös aineiston tulkinnassa täytyy käyttää harkintaa (Hirsjärvi ym. 2000, 98–99). Opinnäytetyön luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat haastateltavien vähäinen määrä ja tekijöiden kokemattomuus. Luotettavuutta nostaa nauhoitetun haastattelun nopea litterointi ja kuunteleminen uudelleen tietojen tarkistamiseksi.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheena oli subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla subaraknoidaalivuodon saaneen potilaan hoitoketjua vaihe vaiheelta sekä tuoda ilmi hoitoketjun vahvuuksia ja kehittämisehdotuksia Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Kirjallisuuspohjaisen tarkastelun ja ryhmähaastattelun avulla kaikkiin tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Ilman ryhmähaastattelua tiedot olisivat olleet hajanaisia ja käytännön hoitotyön osuus olisi jäänyt erittäin niukaksi. Kahden erilaisen tutkimusmenetelmän käyttäminen lisäsi tulosten luotettavuutta ja haastattelun tulokset syvensivät kirjallisuudesta saatuja tietoja. Ryhmähaastattelusta saatiin ajantasaista tietoa asiantuntevilta hoitotyön ammattilaisilta ja haastattelu selvensi sairaanhoitajan roolia SAV-potilaan hoidossa. Tutkimusmenetelmien kautta saatiin kokonaisvaltaista tietoa SAV-potilaan hoitoketjusta, jolloin kehittämistä vaativat osa-alueet selkeytyivät. Kirjallisuuspohjaisen tarkastelun ja haastattelun tietojen välillä olevat ristiriidat olivat odotettavissa, koska kirjallisuuden julkaisut eivät pysy hoitotyön ja lääketieteen nopean kehityksen tahdissa.

Opinnäytetyön tulokset eivät ole sellaisinaan yleistettävissä, sillä ne kuvailevat hoitoketjua nimenomaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Tähän on syynä se, että kirjallisuuden lähteenä on käytetty muun muassa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Ohjepankin kirjallisuutta ja ryhmähaastattelun osallistujat työskentelevät Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tuloksia voidaan kuitenkin soveltaen käyttää muissakin sairaanhoitopiireissä. SAV-potilaan hoitoketjun yksilöllisyys luo jo itsessään haasteita tulosten yleistettävyydelle. Opinnäytetyötä ja sen tuloksia voidaan hyödyntää SAV-potilaan hoitoketjun kehittämisessä yhä sujuvammaksi. Hoitotyön ammattilaiset voivat hyödyntää saatua kokonaiskuvaa SAV-potilaan hoitoketjusta suunnitellessaan potilaan hoitoa ja myös esimerkiksi potilaille ja omaisille voidaan selventää hoidon kulkua saatujen tulosten avulla. Opinnäytetyötä

voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden perehdytykseen, jolloin he saavat kokonaisvaltaisen kuvan SAV-potilaan hoitoketjusta.

Aihetta oli tärkeää tarkastella, sillä saumattomalla hoitoketjulla ja keskitetyllä hoidolla on mahdollista vaikuttaa potilaiden selviytymiseen. Hoitoketjujen jatkuva kehittäminen ja toimivuuden tutkiminen on perusedellytys potilaan oikeuksien täyttymiselle sekä laadukkaalle hoidolle. Hoitoketjun tarkasteleminen kokonaisuutena toi esille kehittämiskohteita, jotka olisivat saattaneet jäädä huomiota vaille, jos hoitoketjua olisi tarkasteltu vain osa-alueittain. Jatkossa lisätarkastelun kohteeksi voidaan valita esimerkiksi ryhmähaastattelussa ilmenneet kehittämiskohteet, kuten sairaanhoitajien välisen kollegiaalisuuden puute ja sairaanhoitajan roolin omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä.

LÄHTEET

Aalto, P.; Brander, P.; Kaila, M.; Ketola, E.; Komulainen, J.; Kortekangas, P.; Mäkinen, R.; Mäntyranta, T.; Nuutinen, M.; Tulonen-Tapio, J. & Voipio-Pulkki, L-M. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Aivoliitto. 2012. Kurssi SAV:n sairastaneille ja heidän puolisoilleen. Verkkodokumentti. Viitattu 25.9.2012. www.aivoliitto.fi > Etusivu > aivoverenkiertohäiriö (AVH) > Kuntoutuspalvelut > Sopeutumispalvelut > Muut kurssit > SAV:n sairastaneiden kurssi.

Anttila, P. 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: AKATIIMI Oy.

Feigin, V.; Rinkel, G.; Lawes, C.; Bennett, D.; van Gijn, J. & Anderson, C. 2005. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: an updated systematic review of epidemiological studies. *Stroke*. Verkkodokumentti. Viitattu 18.5.2012: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> > Search "Risk factors for subarachnoid hemorrhage" > Risk factors for subarachnoid hemorrhage: an updated systematic review of epidemiological studies.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Tallinna: Gaideamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

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

Immonen-Räihä, P. 2010. AVH-hoitoketjun avulla nopeasti hoitoon. Aivoliitto. Verkkodokumentti. Viitattu 22.5.2012: www.aivoliitto.fi > Etusivu > Aivoverenkiertohäiriö (AVH) > Julkaisut > AVH-lehti > Lehtiarkisto > 3/2010 > s. 6-7 > AVH-hoitoketjun avulla nopeasti hoitoon.

Jääskeläinen, J. 2007. Aivovaltimoaneurysma ja subaraknoidaalivuoto. Terveyskirjasto, Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. Viitattu 27.2.2012: www.terveyskirjasto.fi > Hae Terveyskirjastosta "aivovaltimoaneurysma ja subaraknoidaalivuoto" > Aivovaltimoaneurysma ja subaraknoidaalivuoto.

Kerttunen, M.; Korjonen, P.; Kurtti, A. & Paasovaara, S. 2008. Tiedonkulku ei aina toimi organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa. *Sairaanhoitaja* 4/2008, vol. 81, 26–27.

Kummel, M. & projektiryhmä. 2011. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämissuunnitelma 2009-2015 (Hoi-Pro).

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Leppäluoto, J.; Kettunen, R.; Rintamäki, H.; Vakkuri, O.; Vierimaa, H. & Lähti, S. 2008. Anatomia ja fysiologia, rakenteesta toimintaan. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Meretoja, A.; Sairanen, T.; Tatlisumak, T. & Kaste, M. 2008. Aivoinfarktin ja TIA:n hoitosuositus 2008. *Suomen lääkäri-lehti* 23/2008 vsk 63, 10–11.

Mustajoki, M.; Allila, A.; Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) 2007. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. 2008. Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV). Terveyskirjasto, Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. Viitattu 12.2.2012: www.terveyskirjasto.fi > Hae Terveyskirjastosta "aivoverenvuoto" > Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV).

Mäntyranta, T.; Kaila, M.; Varonen, H.; Mäkelä, M.; Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Nurmela, T. (toim.) 2007. Saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon – selviytymisapua tekonivelleikkauspotilaille koko hoitoketjun ajan. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 65. Tampereen yliopistopaino Oy.

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 2000; 116: 1821–1828.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Hygieia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Rissanen, P.; Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salmenperä, R.; Tuli, S. & Virta, M. (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Hygieia, Tammer-paino Oy.

Soinila, S.; Kaste, M. & Somer, H. (toim.) 2006. Neurologia. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2011. Lääkinnällinen kuntoutus täydentää sairaanhoitoa. Verkkodokumentti. Viitattu 24.9.2012. www.stm.fi > Etusivu > Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut > Kuntoutus > Lääkinnällinen kuntoutus.

Takala, R. 2006. Subaraknoidaalivuoto ja anestesia. Finnanest. Verkkodokumentti. Viitattu 27.2.2012: www.finnanest.fi > Lehtiartikkelit > Vuodet 2000–2008 > Vuosi 2006 > Finnanest 3/2006 > Subaraknoidaalivuoto ja anestesia.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Ladullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ukkola, V.; Ahonen, J.; Alanko, A.; Lehtonen, T.; Suominen, S. & Lukkarinen, I. (toim.) 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta. 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Verkkodokumentti. Viitattu 12.6.2012. www.etene.fi > Etusivu > Julkaisut ja muut aineistot > Julkaisut > 2001.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010a. Potilasohje. C1 Aivoverenkiertohäiriöiden tutkiminen sairaalassa. Verkkodokumentti. Viitattu 23.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Sairastumisen alkuvaihe.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010b. Potilasohje. C3 Aivoverenkiertohäiriöiden akuuttivaiheen hoito. Viitattu 1.10.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010c. Potilasohje. F1 Sairastuneen kriisi. Verkkodokumentti. Viitattu 23.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Uuden elämäntilanteen hallinta.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010d. Potilasohje. H1 Voiko aivoverenkiertohäiriöön sairastunut ajaa autoa? Verkkodokumentti. Viitattu 23.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Erityiskysymyksiä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010e. Potilasohje. H3 Saako aivoverenkiertohäiriöön sairastunut rasittaa itseään? Verkkodokumentti. Viitattu 23.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Erityiskysymyksiä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010f. Potilasohje. H5 Miten aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa työkykyyn? Verkkodokumentti. Viitattu 23.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Erityiskysymyksiä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. Mikä on lukinkalvonalainen verenvuoto eli SAV? Verkkodokumentti. Viitattu 27.3.2012: www.vsshp.fi > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Yleistä verenkiertohäiriöistä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012a. Potilasohje. C5.Kuntoutus. Verkkodokumentti. Viitattu 29.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Sairastumisen alkuvaihe.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012b. Potilasohje. Lääkinnällinen kuntoutus. Verkkodokumentti. Viitattu 25.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa kuntoutuksesta > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Sosiaalityö > KELA:n etuudet > Lääkinnällinen kuntoutus.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012c. Potilasohje. D1 Yleistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisesta. Viitattu 20.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Neurologia > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Kuntoutuminen > Yleistä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisesta.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012d. Potilasohje. D2 Puheen ja kielellisten häiriöiden kuntoutus. Verkkodokumentti. Viitattu 21.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Neurologia > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Kuntoutuminen > Puheen ja kielellisten häiriöiden kuntoutus.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012e. Potilasohje. D3 Toimintaterapia. Verkkodokumentti. Viitattu 20.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Neurologia > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Kuntoutuminen > Toimintaterapia.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012f. Potilasohje. D4 Neuropsykologinen tutkimus ja kuntoutus. Verkkodokumentti. Viitattu 21.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Neurologia > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Kuntoutuminen > Neuropsykologinen tutkimus ja kuntoutus.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012g. Potilasohje. D5 Fysioterapia. Verkkodokumentti. Viitattu 21.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Neurologia > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Kuntoutuminen > Fysioterapia.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012h. Potilasohje. D6 Kuntoutumista edistävä hoitotyö. Verkkodokumentti. Viitattu 20.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Neurologia > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Kuntoutuminen > Kuntoutumista edistävä hoitotyö.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012i. Potilasohje. D7 Kuntoutusohjaus. Viitattu 21.9.2012. www.vsshp.fi > Palvelut > Ohjepankki > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Neurologia > Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas > Kuntoutuminen > Kuntoutusohjaus.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012j. Yleisesittely. Verkkodokumentti. Viitattu 27.9.2012. www.vsshp.fi > Päävalikko > Yleisesittely.

Turun ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä
LIITE Haastateltavien informointilomake

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Pyydämme Teitä osallistumaan asiantuntijapaneeliin, jossa selvitämme subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjua Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena on selvittää millainen SAV-potilaiden hoitoketju on kirjallisuuden ja asiantuntijoiden näkökulmasta sekä mitä vahvuuksia ja kehittämiskohteita hoitoketjussa on.

Olemme opiskelijoita Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun toimipisteestä ja aikomuksenamme on valmistua sairaanhoitajiksi joulukuussa 2012. Ohjaajanamme toimii yliopettaja Tiina Nurmela.

Opinnäytetyössämme keräämme asiantuntijapaneelin Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian ja kirurgian klinikoilta. Mahdollisimman kattavan aineiston saamiseksi toivoisimme paneeliin osallistuviksi kyseisten klinikoiden ylihoitajat, osastonhoitajat sekä molemmilta klinikoilta lääkäri ja sairaanhoitaja.

Asiantuntijapaneelin ryhmähaastattelu kestää noin yhden tunnin ja se järjestetään Turun yliopistollisen keskussairaalan tiloissa. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastattelut nauhoitetaan, jonka jälkeen ne kirjoitetaan puhtaaksi. Haastateltavien nimet, ammattinimikkeet tai muut henkilötiedot eivät tule missään vaiheessa esille, eikä haastatteluja käsittele muut kuin opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyömme raportissa käytämme mahdollisesti suoria lainauksia haastatteluista. Tutkimus perustuu luottamuksellisuuteen. Tutkimusmateriaalin analysoinnin jälkeen nauhoitteet hävitetään välittömästi. Ennen haastattelua teiltä pyydetään tämä kirjallinen suostumus haastatteluun.

Ystävällisin terveisin,

Eva Tuuppa

Alice Rosnell

Mari Kokko

Minä _____ suostun haastateltavaksi

Paikka: _____ Aika: _____

Allekirjoitus _____

Turun ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä
LIITE Tutkimusongelmat

TUTKIMUSPANEELISSA LÄPIKÄYTVÄT TUTKIMUSONGELMAT TARKENNETTUINA

- 1) Millainen on subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä kirjallisuuden ja ryhmähaastattelun perusteella? Asiantuntijoiden mielipiteitä, tunteuksia, näkemyksiä
- 2) Mitä vahvuuksia Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa on ryhmäpaneelin mukaan? – Potilaan hoitoon pääseminen (miten saapuu hoitoon?), ensiapu (esim. onko ammattitaitoa tunnistaa SAV-potilaan oireet?), akuutti vaihe (miten toimitaan?), potilaan vastaanotto osastolle, hoidontarpeen määrittäminen (kuka tekee ja missä vaiheessa?), kirurginen hoito (mitä mahdollisuuksia?), lääkehoito (yleisimmin käytetyt lääkkeet?), perushoito, hoitohenkilökunta; asenteet, kokemus, jatkohoito; potilaan siirto osastolta, tiedonkulku (esim. siirtyessä jatkohoitoon muualle) kotiuttaminen, kuntouttaminen
- 3) Mitä kehittämiskohteita Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketjussa ilmenee kirjallisuuden ja ryhmähaastattelun perusteella? – Potilaan hoitoon pääseminen, ensiapu, akuutti vaihe, potilaan vastaanotto osastolle, hoidontarpeen määrittäminen, kirurginen hoito, lääkehoito, perushoito, hoitohenkilökunta; asenteet, kokemus, jatkohoito; potilaan siirto osastolta, tiedonkulku, kuntouttaminen

Turun ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä
LIITE Tutkimuslupahakemus

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ

Nro 56/2012

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

TUTKIMUSLU- VAN HAKIJA/ HAKIJAT	Nimi/nimet: Eva Tuuppa, Alice Rosnell & Mari Kokko
	Osoite: <u>Eva Tuuppa</u>
	puhelin: _____ sähköposti: _____
Opiskelu- tai työpaikka	Turun ammattikorkeakoulu, Ruiskatu
Opinnäytetyö	<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/ OPINNÄYTE- TYÖN TIIVIS- TETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätavoitteet, menetelmät, aineis- to, tutkimuksen suo- rituspaikka, tutki- muksen merkitys)	Subaraknoidaalivuotopotilaan hoitoketju Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä Tarkoituksena on tarkastella subaraknoidaalivuotopotilaiden hoitoketjua Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijapaneelin avulla. Paneeliin osallistuu neurologian ja kirurgian klinikoiden ylihoitajat, osastonhoitajat sekä molemmilta klinikoilta lääkäri ja sairaanhoitaja. Paneeli järjestetään 1.-7.10.2012 Turun yliopistollisen keskusairaalan tiloissa. Tutkimuksen tarkoituksena on hoitoketjujen jatkuva kehittäminen ja toimivuuden tutkiminen, jotka ovat perusedellytyksiä potilaan oikeuksien täyttymiselle ja laadukkaalle hoidolle.
Tutkimussuunnitelma erillisenä liitteenä (max. 5 s.)	
TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)	28, 8 2012 <u>Tiina Nuumela</u> _____ 1 _____ allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys <u>TIINA NURMELA</u>
YHTEYSTIEDOT	
SITOUS JA JULKAISULUPA	Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/10711 , www.turkucrc.fi). 28, 8 2012 <u>Mari Kokko</u> _____ 28, 8 2012 <u>Gadna Eva Tuuppa</u> _____ hakijan allekirjoitus/nimen selvennys hakijan allekirjoitus/nimen selvennys 1 _____ 1 _____ hakijan allekirjoitus/nimen selvennys hakijan allekirjoitus/nimen selvennys
YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKI- LÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä	Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: Yhdyshenkilö/virkan/toimen nimike: <u>oh 210 KRISTINA MADINTALO-MÄKI</u> (yh nimeää) <u>vs oh 712 Annukka Pekkari</u> Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) <u>4, 9 2012</u> <u>L. Rönkä</u> _____ <u>5, 9 2012</u> <u>Mari Johanna</u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys
HOITOTYÖN ASiantuntija- RYHMÄN LAUSUNTO	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <u>25, 9 2012</u> <u>Helmi A. Leino-Kilpi</u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: _____
EETTINEN TOIMIKUNTA	Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____ 1 _____
TUTKIMUS- LUVAN MYÖNTÄMINEN	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty <u>4, 10 2012</u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
	Päätös annettu tiedoksi hakijalle _____ 1 _____ Päätöksen antoi _____

