



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilasturvallisuuden edistäminen lastenosastolta lapsivuodeosastolle siirryttäessä

Nieminen, Elisa
Rajala, Sanna

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Potilasturvallisuuden edistäminen lastenosastolta lapsivuodeosastolle siirryttäessä

Nieminen Elisa
Rajala Sanna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2017

Nieminen Elisa, Rajala Sanna

Potilasturvallisuuden edistäminen lastenosastolta lapsivuodeosastolle siirryttäessä

Vuosi 2017 Sivumäärä 46

Opinnäytetyössä tuotettiin vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvä tarkistuslista hoitajien käyttöön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä lastenosastolta lapsivuodeosastolle. Tavoitteena oli parantaa tiedonkulkua tarkistuslistan avulla sekä vahvistaa näin tiimityötä lastenosaston ja lapsivuodeosaston välillä. Tarkistuslista tehtiin HUS:n eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin erään sairaalan lastenosastolle.

Teoreettinen viitekehys muodostui terveestä vastasyntyneestä ja lastenosastohoitoa tarvitsevista vastasyntyneistä sekä vastasyntyneen potilasturvallisuudesta lastenosastolta siirryttäessä lapsivuodeosastolle. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, ja opinnäytetyön aihe saatiin lastenosastolta. Haasteena heillä oli nähty lastenosaston ja lapsivuodeosaston käyttämät eri potilastietojärjestelmät, jotka eivät tue toisiaan tiedonkulussa. Tämä hankaloitti lapsivuodeosaston hoitajien työskentelyä, sillä tiedonkulku saattoi olla välillä puutteellista vastasyntyneen jatkohoitosuunnitelmaan liittyen. Potilasturvallisuuden kannalta tämä asia nähtiin heikentävänä.

Vastasyntyneen osastosiirtoon tuotettu tarkistuslista koottiin tutkitun ja teoreettisen tiedon perusteella, minkä jälkeen se esiteltiin lastenosaston hoitohenkilökunnalle ja heiltä kerättiin palautetta haastattelun avulla. Tämän jälkeen tarkistuslistaa muokattiin saadun palautteen perusteella ja esiteltiin vuorostaan lapsivuodeosaston hoitohenkilökunnalle ja haastateltiin myös heitä. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Toisen haastattelun jälkeen tarkistuslista muokkautui enää vain hieman lopulliseen versioonsa.

Vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvä tarkistuslista tuli sisältämään vastasyntyneen jatkohoitoon koskevia ja huomioitavia asioita, ja siitä tehtiin yksisivuinen paperinen versio, jonka sairaala sai halutessaan muuttaa sähköiseen muotoon. Lopulliseen tarkistuslistaan nousi keskeisimmiksi asioiksi vastasyntyneen ravitseminen, lääkehoito ja vanhempien ohjaus. Vastasyntyneen jatkohoitosuunnitelman kannalta diagnoosin korostamista ei pidetty niin tärkeänä vaihtuvana asiana.

Vastasyntyneen osastosiirron tarkistuslista otettiin lastenosaston ja lapsivuodeosaston välisessä potilassiirrosta käyttöön. Tämän jälkeen sen toimivuudesta kerättiin palautetta hoitajilta kirjallisesti. Hoitajilta saadun palautteen perusteella tarkistuslista tuli vastaamaan lapsivuodeosaston hoitajien tarpeisiin parantamalla tiedonkulkua ja näin ollen lisäämällä potilasturvallisuutta. Lastenosastolla tarkistuslistan käyttö nähtiin kuitenkin hyötyjen lisäksi lisäävän kaksoiskirjaamista. Kehittämissideana tarkistuslista voitaisiinkin siirtää sähköiseen muotoon rakenteisen kirjaamisen yhteyteen, jolloin kaksoiskirjaaminen jäisi pois.

Asiasanat: vastasyntynyt, tarkistuslista, potilasturvallisuus, tiedonkulku, hoitosuunnitelma

Nieminen Elisa, Rajala Sanna

Promoting Patient Safety when the Patient Moves from the Pediatric Ward to the Obstetrics Inpatient Ward

Year 2017 Pages 46

The thesis produced a checklist for nurses to be used when transferring newborns between wards. The purpose of the thesis was to increase patient safety when transferring patients from the pediatric ward to the obstetrics inpatient ward. The aim was to improve the flow of information using the checklist, and thus strengthen the teamwork between wards. The checklist was done for the pediatric ward of one the Hospital District Helsinki and Uusimaa (HUS) hospitals.

The theoretical framework defines a healthy newborn, a newborn who needs care in the pediatric ward and patient safety when a newborn moves from the pediatric ward to the obstetrics inpatient ward. The thesis was a functional thesis. The topic of the thesis came to the fore from the pediatric ward. The challenge was that there were different kinds of patient information systems used between the pediatric ward and the obstetrics inpatient ward in the hospital. Different patient information systems do not support each other in the flow of information. This made nurses' work more challenging. The flow of information was inadequate. From the point of view of patient safety this issue was seen as harmful.

The checklist produced by the patient transfers was compiled on the basis of the investigated and theoretical knowledge, and then presented to medical staff of the pediatric ward and they provided feedback by interview. After this, the checklist was modified on the basis of the feedback received and presented to nursing staff of the obstetrics inpatient ward which was also interviewed. The interview method was semi-structured interview, which was conducted as a group interview. After the second interview the checklist was modified only slightly for the final version.

The checklist of newborns transfer came to include matters relating to the treatment of the newborn, and it was a one-page paper version, which can also be made electronic, if the nurses so wish. The final checklist included the central issues: the newborn's nutrition, medical care and parental control. The diagnosis was not considered as an important issue affecting the checklist.

The pediatric ward and the obstetrics inpatient ward started to use the checklist of newborn transfer. After this, feedback from the nurses about the functionality of the checklist was collected in writing. Based on the feedback, the checklist improved the flow of information and increased patient safety. In the pediatric ward the use of the checklist was seen to increase the benefits, but also unnecessary double registration. A development idea is that the checklist could be transferred to electronic form in connection with structured documentation, so the double registration would be gone.

Keywords: newborn, checklist, patient safety, communication, treatment plan

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	7
3	Terve vastasyntynyt	7
4	Lastenosastohoitoa tarvitseva vastasyntynyt	8
4.1	Keskosuus	8
4.2	Hengitysvaikeudet	9
4.2.1	Adaptaatiohäiriö	10
4.2.2	Mekoniumaspiraatio-oireyhtymä	10
4.2.3	RDS-tauti	11
4.2.4	Ilmarinta ja pulmonaalihypertensio	12
4.3	Hypoglykemia	12
4.4	Infektiot	13
4.4.1	GBS-infektio	13
4.4.2	Aivokalvotulehdus, pneumonia ja pinnalliset infektiot	14
4.4.3	Virusinfektiot	15
4.5	Keltaisuus	16
5	Vastasyntyneen potilasturvallisuus lastenosastolta siirryttäessä lapsivuodeosastolle	17
5.1	Lastenosasto ja lapsivuodeosasto	17
5.2	Potilasturvallisuus	17
5.2.1	Dokumentointi rakenteisella kirjaamisella	18
5.2.2	Hoitosuunnitelma	20
5.2.3	Tarkistuslista	20
6	Vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvän tarkistuslistan laatiminen	22
6.1	Kohderyhmä ja toteutusympäristö	22
6.2	Resurssit, projektiorganisaatio ja vastualueet	23
6.3	Riskianalyysi ja riskienhallinta	24
6.3.1	SWOT-analyysi	24
6.3.2	Riskienhallinta	25
6.4	Ryhmähaastattelut lastenosaston ja lapsivuodeosaston hoitajille	26
6.4.1	Ryhmähaastattelut hoitajille	27
6.4.2	Hoitajilta saatu palaute	28
6.5	Tarkistuslista vastasyntyneen osastosiirtoon	29
6.6	Pohdinta	32
7	Opinnäytetyön eettiset kysymykset	35
	Lähteet	37
	Kuviot	40
	Liitteet	41

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee potilasturvallisuuden terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden toiminnoiksi ja periaatteiksi, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä suojataan potilas vahingoittumiselta. Potilaalle tämä tarkoittaa sitä, että hoidosta ei aiheudu haittaa. Näin ollen potilasturvallisuuden tavoitteena on ehkäistä, välttää sekä lievittää terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta johtuvia haittoja tai vammoja. Potilasturvallisuuteen pyritään hoidon turvallisuuden varmistamisella erilaisten toimintojen avulla, jotka vahvistavat toimintaa. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13 - 14.)

Turvallisen ja laadukkaan hoidon takaamisessa yksi keskeisimmistä asioista on hyvä tiedonkulkua. Haittatapahtumia tulee usein esille tiedonkulun katkeamisen tai väärin ymmärtämisen takia, etenkin potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Haittatapahtumista noin 65 prosenttiin on tutkittu vaikuttavan tiedonsiirtämiseen liittyvät ongelmat. (Helovu ym. 2011, 72.)

Vastasyntyntä hoidetaan lastentautien vuodeosastolla eli lastenosastolla, jos hän tarvitsee erityistä tarkkailua. Lastenosastohoidon jälkeen lapsi siirretään yleensä takaisin äidin luokse vierihoitoon synnytysten vuodeosastolle eli lapsivuodeosastolle. (HUSd; HUSse.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin eli HUS:n erään sairaalan lastenosastolla on käytössä Uranus-niminen potilastietojärjestelmä kun taas saman sairaalan lapsivuodeosastolla käytetään Obsterix-nimistä potilastietojärjestelmää. Eri potilastietojärjestelmät eivät kuitenkaan tue toisiaan, esimerkiksi potilaan lääkitykseen tehdyt muutokset eivät aina siirry potilastietojärjestelmästä toiseen (Kallio 2014, 55). Potilaan tietojen tarkastelun estyminen voi aiheuttaa riskejä hoidon kaikkiin vaiheisiin (Arvola, Pommelin, Inkinen, Väyrynen & Tammela 2012). Tämän vuoksi lapsivuodeosastolla on nähty tarpeelliseksi vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvä tarkistuslista, josta pystyy näkemään mitä hoitotoimenpiteitä ja seurantoja lastenosastolla on jo aloitettu ja mitä tulee lapsivuodeosastolla ottaa vielä huomioon. Tällaiset tarkistuslistat ovat hyvä esimerkki toiminnan vahvistamisesta (Helovu ym. 2011, 13).

Tässä opinnäytetyössä tuotetaan vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvä tarkistuslista hoitajien käyttöön. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä potilasturvallisuutta eräässä HUS:n sairaalassa vastasyntyneen siirtyessä lastenosastolta lapsivuodeosastolle. Tavoitteena on parantaa tiedonkulkua tekemällä tarkistuslista, ja vahvistaa näin hoitajien tiimityötä lastenosaston ja lapsivuodeosaston välillä.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä lastenosastolta lapsivuodeosastolle. Tavoitteena on parantaa tiedonkulkua tekemällä hoitajien käyttöön potilassiirtoihin liittyvä tarkistuslista. Tämän tarkistuslistan avulla lapsivuodeosaston hoitajat pystyvät näkemään potilaan jatkohoitosuunnitelmaan liittyvät asiat, ja tarkistuslista vahvistaa tiimityötä lastenosaston ja lapsivuodeosaston välillä. Tarkistuslista laaditaan tutkimusten ja teoreettisen tiedon pohjalta, minkä jälkeen sitä kehitetään yhdessä erään HUS:n sairaalan lastenosaston sekä lapsivuodeosaston hoitohenkilökunnan kanssa. Tarkistuslistasta tehdään paperinen versio, jonka sairaala voi halutessaan muuttaa sähköiseen muotoon.

3 Terve vastasyntynyt

Täysaikaiseksi vastasyntyneeksi voidaan kutsua kun lapsi syntyy vähintään 37. raskausviikon jälkeen. Kun raskausviikkoja kertyy yli 42, puhutaan yliaikaisesta vastasyntyneestä. Heti syntymän jälkeen keuhkojen ja hengityksen adaptaatio käynnistyy. Munuaiset ja suolisto kehittyvät vielä, ja niiden toiminta normalisoituu vasta päivien tai viikkojen jälkeen syntymästä. Adaptaatiolla tarkoitetaan syntymän jälkeisiä muutoksia, joita tapahtuu vastasyntyneen elinjärjestelmässä heti ensi minuuttina ja päivien aikana. Näiden muutosten tarkoituksena on sopeuttaa lapsi syntymän jälkeiseen elämään. Lasta tulee tarkkailla säännöllisesti ensimmäisten päivien ja viikkojenkin aikana syntymän jälkeen, sillä adaptaatio vaiheessa voi tapahtua häiriöitä. (Luukkainen & Fellman 2016a; Luukkainen & Fellman 2016b.)

Vastasyntyneen peruselintoimintoihin kuuluvat verenkierto, hengitys, ruoansulatus, erityis, hormonitoiminta ja lämmönsäätely alkavat toimia heti itsenäisesti. Hengitystaajuus vastasyntyneellä on noin 30 - 40 kertaa minuutissa, ja se saattaa vaihdella. Sydämensyke myös vaihtelee lapsen vireystilan mukaan, mutta normaalisti se on 120 - 160 lyöntiä minuutissa. Vastasyntyneen yleisvointi arvioidaan heti syntymän jälkeen apgarin pisteytyksellä, johon kuuluvat sydämen sykkeen tiheys, hengitys, lihasjänteisyys, reagointi ärsykkeille ja vartalon väri. (Luukkainen & Fellman 2016a; Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 12.) Vastasyntyneillä kellastuminen on varsin yleistä joissain määrin ensimmäisinä elinpäivinä. Kellastuminen on erityisesti 3-4 päivän ikäisellä silmin huomattavissa. Useimmiten se kuitenkin häviää jo kahden viikon ikäisenä. Syntymän jälkeen lapsen painonlasku on myös normaali ilmiö. Normaalisti täysiaikaisella vastasyntyneellä paino laskee 5-7 prosenttia syntymäpainosta, mutta se alkaa kuitenkin nousta 3-4 päivän iässä, mikäli ravitsemus on hyvä. Lapsi saavuttaa syntymäpainonsa yleisimmin noin viikon ikäisenä. Kahden ensimmäisen elinkuukauden aikana rintamaidolla ruokitun lapsen painon tulisi nousta vähintään 150g viikossa, mutta useimmat lapset kasvavat nopeammin. (Luukkainen & Fellman 2016a.)

Terveelle vastasyntyneelle parasta ravintoa on äidin rintamaito. Rintamaito kattaa vastasyntyneen ravitsemukselliset tarpeet kasvun ja kehityksen suhteen, lukuun ottamatta D-vitamiinia, 4-6 kuukauden ikään asti. Ensimmäisinä vastasyntyneen elinpäivinä äidin rintamaidon erityys on vielä niukkaa, jolloin lapsi käyttää energianlähteenä glykogeeni- ja rasvavarastoja, jotka ovat raskauden aikana kertyneet äidille. Mikäli lapsen voinnissa on merkkejä hypoglykemiasta, voi tällöin rintaruokinta olla riittämätöntä ja lapsi tarvitsee lisämaitoa riittävän normaalin verensokeritason ylläpitämiseen. Alkuvaiheessa rintamaito sisältää paljon proteiineja, joissa on erityisen paljon sekretorista IgA:ta joka suojaa vastasyntyntä infektioilta. Yhden vuorokauden ikäinen lapsi tarvitsee rintamaitoa 60 millilitraa yhtä painokiloa kohden vuorokaudessa ja kolmen vuorokauden ikäinen puolestaan 60 - 100 millilitraa painokiloa kohden. Vastasyntynyt imee keskimäärin vuorokaudessa noin 6-8 kertaa tai useamminkin. Lapsen painonnousu ja tyytyväisyys kertovat siitä, että lapsi saa riittävästi ravintoa. (Luukkainen & Fellman 2016a; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 19.)

4 Lastenosastohoitoa tarvitseva vastasyntynyt

Synnytyksen jälkeen osa vastasyntyneistä tarvitsee tarkempaa valvontaa ja hoitoa lastenosastolla. Syitä voi olla erilaisia, mutta yleisimmät niistä ovat ennenaikaisuus eli keskosuus, hengitysvaikeudet, hypoglykemia, erilaiset infektiot sekä keltaisuus. Vastasyntynyt voi tarvita lastenosastohoitoa parista päivästä useampaan viikkoon. Hoito koostuu pääsääntöisesti elintointojen ja ravitsemustilan seurannasta sekä mahdollisesta lääkehoidosta. (HUSE.)

4.1 Keskosuus

Ennenaikaisena syntynyt lapsi eli keskonen on syntynyt ennen 37. raskausviikkoa, jolloin vastasyntyneen syntymäpaino on alle 2500g. Keskosuus määritellään hyvin epäkypsäksi, mikäli syntymä on tapahtunut ennen 28. raskausviikkoa. Pieneksi syntymäpainoksi määritellään 1500-2499g painava vastasyntynyt. Hyvin pienestä syntymäpainosta puhutaan kun vastasyntynyt painaa vain 1000-1499g. Ennenaikaisena syntyviä on suomalaisista vastasyntyneistä noin 6 prosenttia. Kaikista vastasyntyneistä alle 1500g:n painoisena syntyy vajaa 1 prosentti sekä alle 1000g:n painoisena vajaan 0,5 prosenttia. (Duodecim 2009; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 252.) Ennenaikaisena syntyneellä lapsella on poikkeavat ominaispiirteet verrattuna täysiaikaiseen lapseen. Keskosien ihon pinta-ala on suuri painoon verrattuna ja pää on isokokoinen muuhun vartaloon nähden. Iho on läpikuultava ja iholla saattaa olla lanyngokarvaa. Lisäksi ennenaikaisella vastasyntyneellä lihasmäärä ja rasvamäärä ovat hyvin vähäistä, ja jänteveys on heikkoa. Ennenaikaiselle synnytykselle altistavia tekijöitä ja syitä on useita. Synnä keskosuuteen voi olla esimerkiksi äidin päihteiden käyttö, toksemia, istukan kiinnittymiskohta ja rakenteelliset tekijät. Äidin tupakointi, runsas alkoholinkäyttö ja liiallinen fyysinen rasitus ovat myös keskosuudelle altistavia tekijöitä. Ennenaikaiseen synnytykseen voi johtaa lisäksi sikiöstä peräisin olevat syyt. Syninä voivat olla sikiön kromosomipoikkeavuudet, epämuodostumat

ja infektiot. Kuitenkaan aina ennenaikaisena syntymiselle ei löydetä selvää syytä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 252 - 253.)

Keskosena syntynyt lapsi tarvitsee tehohoitoa sairaalassa, ja usein hoitajakso on pitkä ennen kuin lapsi voi kotiutua. Hoidon tavoitteena turvataan keskosen elintoiminnot, ja lisäksi pyritään antamaan keskoselle mahdollisimman hyvät lähtökohdat kehittymiselle. Tavoitteena hoidossa on myös ennakoida lapsen voinnissa tapahtuvia muutoksia ja ehkäistä siten vakavat seuraukset. Keskosen hoidossa otetaan myös huomioon lapsi- ja perhelähtöisyys ja ennen kaikkea huolehditaan turvallisesta hoidosta. Keskosen hengitystoimintaa tarkkaillaan osastolla aktiivisesti, jolloin kuunnellaan hengitystäniä, otetaan verikokeita ja havainnoidaan ihonväriä. Keskosen hapentarve turvataan happikaapilla, jonne saadaan tarvittava happipitoisuus. Jos hengitys on kuitenkin puutteellista, joudutaan turvautumaan hengityskoneeseen. Happikaappiin pystytään säätämään sopiva lämpötila lapselle ja lisäksi sopiva ilmankosteus. Keskosen ruumiinlämpö pyritään pitämään vakaana 36,8-37,2 asteessa, jolloin lapsen elintoiminnot on turvattu. Jäähtyminen vaikuttaa haitallisesti keskosen elintoimintoihin. Sen seurauksena hapenkulutus suurenee ja samalla glykogeenivarastot käyvät vähiin, jolloin verensokeri laskee liian alhaiseksi. Jäähtyminen voi pahimmassa tapauksessa johtaa metaboliseen ja respiratoriseen asidoosiin, sillä jäähtyminen vaikuttaa haitallisesti happo-emästasapainoon. Keskonen ei myöskään pysty vielä säätämään ruumiinlämpöään niin, että se pysyisi tasaisena. Tämän vuoksi happikaappi on tärkeä hoitoväline. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 252, 266, 268.)

Osastolla keskosta voidaan ravita suonensisäisesti ja myöhemmässä vaiheessa äidin maitoa voidaan tarjoilla alkuun syöttöletkun kautta. Rintamaidon tarjoaminen keskoselle aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, koska äidinmaidon saaminen on lapsen normaalin suolentoiminnan kehityksen kannalta tärkeää. Tärkeintä ruokinnassa alkuun ovat pienet kertannokset. Keskosen ruokintaan kuuluu myös tarvittavat proteiini- ja vitamiinilisät. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 269.)

4.2 Hengitysvaikeudet

Vastasyntyneellä hengitysvaikeuksia esiintyy etenkin ennenaikaisesti syntyneellä lapsella, sillä keuhkojen toiminta ei ole vielä kypsynyt. Riittämättömän hengityksen oireita ovat syanoosi, harmahtava väri, apneat eli hengityskatkokset, nopeutunut hengitys ja lisääntynyt hapentarve. Lisäksi oireina voivat olla myös apuhengityslihasten käyttö, kylkivälien vetäytyminen sekä lapsen valittaminen ja narina. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 268.)

4.2.1 Adaptaatiohäiriö

Yleinen täysaikaisen vastasyntyneen hengitysvaikeus on adaptaatiohäiriö eli kosteakeuhkaisuus. Se on yleisempää keisarileikkauksella syntyneellä vastasyntyneellä kuin alateitse syntyneellä. Sen varsinainen syy ei ole täysin tiedossa, mutta syntyyn vaikuttavat ainakin keuhkonesteen liiallinen erityys keuhkorakkuloihin ja nesteen hidastunut poistuminen keuhkoista. (Rajantie, Heikinheimo & Renko 2016, 153; Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2013, 255.)

Adaptaatiohäiriön oireita ovat tihentynyt hengitys, lapsen valittaminen sekä hengityksen äänekkyys kuten narina. Lapsi saattaa hengittää jopa 60 - 80 kertaa minuutissa. Tällöin hän tarvitsee todennäköisesti lisähapetta, jotta veren happikylläisyys saadaan yli 90 prosenttiin. Oireet ovat huomattavissa melkein heti lapsen synnyttyä, ja ne voidaan nähdä keuhkokuvassa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 255.)

Adaptaatiohäiriötä hoidetaan nenänkautta annettavalla ylipainehoidolla ja tarvittaessa lisähapella. Usein aloitetaan myös mikrobilääkitys, koska infektiot aiheuttavat samankaltaiset oireet. (Rajantie ym. 2016, 153.) Lapsen toipuminen onnistuu hyvin, eikä adaptaatiohäiriöstä koidu jälkiseuraamuksia. Hoitamattomana se voi kuitenkin aiheuttaa pulmonaalihypertensiota, jossa elimistön hapensaanti on häiriintynyt. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 255.)

4.2.2 Mekoniumaspiraatio-oireyhtymä

Mekoniumaspiraatio-oireyhtymässä vastasyntyneen hengitysteihin on päässyt mekoniumia eli lapsenpihkaa. Yliaikaisuuden tai hapenpuutteen takia sikiö saattaa ulostaa lapsiveteen, ja tällöin sikiön tehdessä hengitysliikkeitä on vaarana, että hän vetää vihreää lapsivettä hengitysteihinsä. Mekonium voi aiheuttaa keuhkoissa tukoksia ilmäteihin sekä hankalaa kemiallista tulehdusreaktiota. Synnytyksen yhteydessä löytyvä vihreä lapsivesi ei ole vaarallista, sillä mekoniumaspiraatio-oireyhtymä kehittyy vain 1-2 prosentille vastasyntyneistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 255.)

Mekoniumaspiraatio-oireyhtymän oireet ilmenevät heti lapsen synnyttyä. Oireina ovat hengityksen työläisyys ja rahisevuus sekä lapsen sinertävyys tai kalpeus. Lisäksi veren happikylläisyys eli happisaturaatio on pienentynyt. Vakavammassa tapauksessa vastasyntynyt voi olla veltto ja hänen sykkeensä voi olla alle 100 lyöntiä minuutissa. Mekoniumaspiraatio-oireyhtymä on nähtävissä keuhkokuvasta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 255 - 256.)

Heti synnytyksen jälkeen voidaan mekoniumaspiraatio-oireyhtymää ehkäistä imemällä vastasyntyneen nenänielu puhtaaksi, mikäli lapsivesi on ollut vihreää tai sikiöllä havaitaan hapen-

puutetta. Toimenpiteitä ei tarvita, jos vastasyntynyt on jäntevä ja hyvävointinen, mutta mahdollisten oireiden varalta tulee lasta tarkkailla. Jos vastasyntyneen hengitys on vaikeaa tai hän on veltto, henkitorvi puhdistetaan heti sekä lapsi joudutaan intuboida. Alahengitysteihin pääsystä mekoniumia voidaan huuhdella surfaktanttia sisältävällä fysiologisella keittosuolaliuksella pois. Tarvittaessa vastasyntyneen hoito sijoittuu teho-osastolle, jossa hänet laitetaan hengityskoneeseen. Lisäksi hoitoon kuuluu myös antibioottilääkitys, sillä mekonium aiheuttaa tulehdusreaktiota keuhkoissa ja altistaa lasta bakteeritulehdukselle. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 256.)

4.2.3 RDS-tauti

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen yleisin hengitysvaikeus on RDS-tauti eli hengitysvaikeusoireyhtymä. RDS-tauti syntyy kun keuhkojen pinta-aktiivisen aineen, surfaktantin, toiminta on häiriintynyt tai siitä on puutetta. (Rajantie ym. 2016, 153; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 256.) Lisäksi lapsen ennenaikaisuus, asfyksia eli hapenpuutetila ja äidin huono verensokeritasapaino voivat altistaa RDS:lle (Käypä hoito 2013). Puutetilassa osa keuhkorakkuloista painuu kasaan ja ilman pääsy keuhkoihin sekä kaasujen vaihto häiriintyy. Lapsivesitutkimuksen avulla sen riskiä pystytään jonkin verran havaitsemaan. (Rajantie ym. 2016, 153; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 256.)

RDS-taudin oireet ilmaantuvat yleensä heti synnytyksen jälkeen tai viimeistään muutaman tunnin kuluttua synnytyksestä. Oireina ovat lapsen hengityksen työläisyys ja lapsen apuhengityslihaksien käyttö. Hengitys voi olla myös narisevaa tai lapsi hengittää nenäsiipihengitystä eli hengitystä, jossa nenän aukkojen rustokohdat liikkuvat hengityksen tahdissa. Lapsen väri on kalpea ja hän saattaa olla myös veltto, ärsyyntynyt tai yleisolemuksestaan sairaan oloinen. Nähtävissä RDS-tauti on keuhkokuvasta. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 256 - 257.) Vastasyntyneen hoidon tarvetta ja oireita pystytään vähentämään merkittävästi ennakoidulla hoidolla. Ennaltaehkäisevänä hoitona voidaan äidille antaa kortikosteroidia ennen 35. raskausviikkoa tai beetametasonia kerta-annoksena. (Hallman 2012.)

Hoitona RDS-taudissa käytetään surfaktanttia, jota annetaan suoraan keuhkoihin. Kaikille ennen 28. raskausviikkoa syntyneille lapsille surfaktanttia annetaan ennaltaehkäisevästi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 257.) Nopea surfaktanttihoitovaste kertoo RDS:tä (Hallman 2012). Surfaktanttia voidaan antaa myös myöhemmin, jos oireita ilmenee lapsella hänen ensimmäisten elinpäivien aikana. Lisäksi lapsen kaasujenvaihto tulee turvata, ja tällöin lapselle annetaan hengityskonehoitoa. Lievässä RDS-taudissa sekä hengityskonehoidon jälkeen oireita voidaan hoitaa nenäylipainehoidolla. Lisäksi lapsen happisaturaatio pidetään normaalina antamalla hänelle lisähappea. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 257.) Tärkeää on myös jatkuva happikyllästeisyyden seuranta (Hallman 2012).

4.2.4 Ilmarinta ja pulmonaalihypertensio

Vastasyntyneellä voi hengitysvaikeuksien syynä olla myös pneumomediastinum eli välikarsinan ilmavuoto, ilmarinta tai jänniteilmarinta. Jänniteilmarinta vaatii akuuttia tehohoitoa, mutta välikarsinan ilmavuodosta harvoin aiheutuu lapselle merkittäviä haittoja. Lievässä ilmarinnassa hengitysvaikeudet ovat usein vähäisiä. Sekä välikarsinan ilmavuodossa että lievässä ilmarinnassa toimenpiteitä ei tarvita, mutta lapsen tarkkailu on tärkeää. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 257 - 258.)

Vastasyntyneellä voi ilmaantua myös fetaaliverenkierto-oireyhtymää eli pulmonaalihypertensiota. Tällöin vastasyntyneen keuhkoverenkierron vastus ei pienene ja normaalia kaasujen vaihtoa ei pääse tapahtumaan keuhkoissa. Se voi tulla mekoniumaspiraation seurauksena tai esiintyä ilman syytä. Hoitona annetaan lisähappea veren happikyllästeisyyden nostamisen vuoksi. Lisähappea voidaan antaa esimerkiksi happiviiksillä, ja vakavamassa tilanteessa hengityskonehoidolla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 258.)

4.3 Hypoglykemia

Hypoglykemialla tarkoitetaan liian alhaista verensokeria, jolloin vastasyntyneen veriplasman glukoosiarvo on alle 2,6 mmol/l. Glukoosin saanti äidiltä katkeaa äkillisesti kun lapsi syntyy ja ravinnon saanti istukan kautta loppuu. Tällöin vastasyntyneellä on hypoglykemian vaara etenkin, jos äidillä on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, lapsi on sairas, ennenaikaisesti syntynyt tai kärsinyt synnytyksen aikana esimerkiksi hapenpuutteesta. Hypoglykemian oireita ovat vapina, tärinä, hengityksen tiheys, jatkuva nälkäisyys, ärtyisyys ja velttous sekä pahimmassa tilanteessa kouristukset tai tajuttomuus. Hoitamattomana hypoglykemia voi aiheuttaa vaurioita lapsen aivoille ja häiritä lapsen kehitystä myöhemmällä iällä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 253.) Hypoglykemian riski on suurempi vastasyntyneellä, jonka äidillä on diabetes. Diabeteksen hoitotasapainolla on lisäksi vaikutuksensa vastasyntyneen komplikaatioiden ilmaantumiseen. Terveiden äitien vastasyntyneisiin verrattuna hypoglykemiaa on kymmenen kertaa enemmän niillä vastasyntyneillä, joiden äideillä on hoitamaton raskausdiabetes, ja kolme kertaa enemmän kun äidillä on insuliinihoitoinen raskausdiabetes. Sekä raskausajan diabeteksessä että tyypin 2 diabeteksessä komplikaatiot voivat olla samanlaisia. Komplikaatioita pystytään vähentämään kun äidin diabeteksen hoito on otettu hyvin huomioon. (Käypä hoito 2013.)

Raskauden ja synnytyksen aikainen korkea verensokeritaso on suoraan yhteydessä vastasyntyneen hypoglykemiaan. Lisäksi hypoglykemian riskiä lisää myös vastasyntyneen keskosuus ja makrosomisuus. Hypoglykemia huomataan usein ensimmäisten elintuntien aikana, mutta sen ilmaantuminen voi kestää jopa kaksikin vuorokautta. Ennaltaehkäisy on tärkein tekijä vastasyntyneen hypoglykemian hoidossa. Lisäksi vastasyntyneen ensimmäisen elintunnin aikana

olisi tärkeää tarjota rintamaitoa, sekä tarjoamisen tulisi jatkua kahden tunnin välein. Vanhempien ohjaaminen on myös tärkeää hypoglykemiasta kärsivän vastasyntyneen hoidossa. Äitiä tulee ohjata ihokontaktin tärkeydestä sekä ohjata imettämään vastasyntynyttä tiheästi ja antamaan tarvittaessa lisämaitoa. Vastasyntynyttä hoitaessa tärkeää on myös seurata verensokeriarvoja. Jos vastasyntynyt on hyväkuntoinen ja täysikäinen, tulee välttää verensokerin mittaamista ensimmäisten kahden tunnin aikana. Tällöin vastasyntyneellä on tavallisestikin verensokeri matalalla. Jos vastasyntyneellä on hypoglykemian oireita, verensokeri tulee mitata heti. Täysikäisen vastasyntyneen verensokeria suositellaan mitattavan taas ennen toista, kolmatta ja neljättä imettämistä. Verensokerin seuranta jatketaan kahden vuorokauden ajan niiltä vastasyntyneiltä, joilla on oireita tai arvot ovat poikkeavia. (Käypä hoito 2013.)

Hypoglykemian hoidossa näyttöön perustuvia verensokerin raja-arvoja ei ole pystytty asettamaan. Kuitenkin suositusten mukaan vastasyntynyt tulee auttaa ensin rinnalle ja sen jälkeen on annettava lisämaitoa, jos verensokeriarvo on 1,5 - 2,5 mmol/l. Tarkistusmittaus tulee tehdä tämän jälkeen. (Käypä hoito 2013.) Jos lapsi ei jaksa syödä itse ja on väsynyt, voidaan apuna käyttää nenä-mahaletkua. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 253.) Glukoosi-infuusio aloitetaan suonensisäisesti, jos vastasyntyneen verensokeriarvo on alle 1,5 mmol/l. Glukoosi-infuusio aloitetaan myös, jos tähän asti ei ole saatu verensokeria nostettua toimenpiteiden avulla vähintään tasolle 2,6 mmol/l. (Käypä hoito 2013.) Samalla jatketaan maitoruokintaa ja verensokeriarvojen mittaamista. Kun verensokeri saavuttaa normaaliarvot, glukoosi-infuusion määrää voidaan vähentää ja lopettaa muutaman päivän sisällä. Tällöin lapsen elimistö sopeutuu käyttämään energialähteenään glukoosin lisäksi myös rasvaa, ja haiman insuliinieritys tottuu syntymän jälkeiseen vähäisempään glukoosimäärään. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 253.)

4.4 Infektiot

Vastasyntyneen luontaisen immunitietin puutteellinen toiminta altistaa vakaville bakteerinfektioille (Luoto, Holmberg, Ruuskanen & Lehtonen 2014; Rajantie ym. 2016, 256 - 257). Infektioiden oireet voivat tulla vastasyntyneillä eri tavoin ilmi. Tavallisimpia oireita ovat hengitysvaikeudet, sinisyys, tiheä hengitys ja tiheälyöntisyys sekä käsittelyarkuus. Infektiot voivat aiheuttaa myös velttoutta, syömättömyyttä ja hengitystaukoja sekä alilämpöisyyttä. Harvinaisena oireena, mutta kuitenkin hälyttävänä oireena, vastasyntyneellä voi olla korkea kuume. Bakteeri-infektioiden lisäksi vastasyntyneellä voi esiintyä myös virusinfektioita, jolloin kuume on tavallinen oire. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 260 - 262.)

4.4.1 GBS-infektio

Yleisimmin tavattu infektion aiheuttaja on B-ryhmän beetahemolyyttinen streptokokki eli GBS-bakteeri. Se voi aiheuttaa 0-6 vuorokauden ikäiselle lapselle useimmiten sepsiksen eli ve-

renmyrkytyksen, sekä 7-89 vuorokauden ikäiselle sepsiksen lisäksi meningiitin eli aivokalvotulehduksen. Yleistä on, että lapsi saa tartunnan äidiltä synnytyksen aikana. Jopa noin 75 prosenttia GBS-taudeista on todettu tulevan äidiltä. (Skogberg ym. 2009.) GBS-bakteerin aiheuttamat sepsikset jaetaan vastasyntyneellä varhaisiin ja myöhäisiin. Varhainen sepsis on alle 72 tunnin iässä alkanut kun taas myöhäinen alkaa 72 tunnin iässä tai vasta sen jälkeen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 260.) Vaikeissa tapauksissa GBS-infektio voi aiheuttaa vastasyntyneelle kehityshäiriöitä tai kuolon ja näön heikkenemistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a).

Ennenaikainen synnytys, pitkittynyt lapsiveden meno, äidin matala vasta-ainetaso sekä äidin kuume ja vastasyntyneen invasiivinen GBS-tauti edellisessä raskaudessa nähdään riskitekijöinä vastasyntyneen GBS-tautiin (Ruuskanen, Peltola & Vesikari 2007, 35 - 36; Skogberg ym. 2009). Noin 1-2 prosentilla vastasyntyneistä, joiden äidit kantavat GBS-bakteeria, todetaan invasiivinen tauti. GBS-bakteeri sijaitsee äidin emättimessä tai mahasuolikanavassa, ja jopa 10 - 30 prosenttia synnyttävistä äideistä voivat olla oireettomia GBS-bakteerin kantajia. GBS-taudin oireet ilmenevät vastasyntyneellä yleensä jo varhain. Suurimmalla osalla vastasyntyneistä ne tulevat heti syntymän jälkeen, mutta osalla ne voivat ilmetä vasta 2-6 vuorokauden jälkeen synnytyksestä. Oireina vastasyntyneellä ilmenee hengitysvaikeuksia kuten valittelua, hengityksen tihentymistä, narinaa sekä huonoa hapettumista ja värinvaihtelua. Oireina voivat olla myös velttous, yleinen huonokuntoisuus, kuume, asfyksia tai meningiitti. GBS-bakteeri pyritään seulomaan raskaana olevilta naisilta kun he ovat raskausviikoilla 35 - 37. Jos tietyt riskitekijät täyttyvät tai äiti on GBS-bakteerin kantaja, annetaan hänelle synnytyksen aikana mikrobilääkeprofylaksia suonensisäisesti ehkäisemään vastasyntyneen GBS-tautia. Ehkäisevän hoidon lisäksi on tärkeää aloittaa myös vastasyntyneen hoito ajoissa. (Skogberg ym. 2009.)

Sepsiksen hoidossa sokin oireiden tunnistaminen ja niiden kehittymisen ehkäiseminen on tärkeää. Vastasyntyneen vointia, kuten verenpainetta, sykettä, hengitystiheyttä, veren happikylläisyyttä sekä virtsan tuloa, tulee tarkkailla tiiviisti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 260.) Ensisijaisen tärkeää on myös huolehtia nesteytyksestä ja hapetuksesta. Lisäksi oikeanlainen mikrobilääkehoito aloitetaan suonensisäisesti. (Luoto ym. 2014; Rajantie ym. 2016, 256 - 257.) Varhaisessa sepsiksessä käytetään yleensä G-penisilliinia tai ampisilliinia yhdessä aminoglykosidin kanssa. Kun sepsis on varmistettu, hoito kestää yleensä vähintään viikon. Hiivainfektioiden yhteydessä hoitona voidaan käyttää flukonatsolia tai amfoterisiini B:tä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 260.)

4.4.2 Aivokalvotulehdus, pneumonia ja pinnalliset infektiot

Vastasyntyneen aivokalvotulehduksen oireita ovat pullottava fontanelli, kouristukset, säpsähely tai lapsen jäykkyys sekä yleisinfektio. Se diagnosoidaan aivo-selkäydinnäytteen perusteella, ja se voi esiintyä yksittäisenä infektionä tai sepsiksen yhteydessä. Antibioottihoitona

käytetään G-penisilliinia yhdistettynä kefalosporiiniin vähintään kahden viikon ajan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 261.)

Varhaista pneumoniam eli keuhkokuumetta aiheuttaa useimmiten B-ryhmän streptokokki. Tällöin keuhkokuume voi olla seurausta sepsiksestä. Oireina voivat olla hengityksen tiheys, kylkilöiden sisälle vetäytyminen, lapsen sinertyminen sekä lisähapen tarve. Lääkehoito on sama kuin sepsiksen hoidossa. Hengitysvajetta voidaan taas hoitaa lisähapella, nenäylipainehoidolla ja vaikeissa tilanteissa hengityskoneella. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 261.)

Vastasyntyneen pinnallisia infektioita ovat märkäruven rakkulamainen muoto eli impetigo bullosa sekä silmätulehdukset. Märkäruven oireena vastasyntyneellä voi iho alkaa kuoriutumaan laajoilta alueilta, ja joissakin tapauksissa se voi aiheuttaa syvempiäkin infektioita tai jopa sepsiksen. Diagnoosin varmistamiseksi otetaan viljelynäytteet. Jos infektio on vaikea, aloitetaan antibioottilääkitys. Paikallisia oireita voidaan hoitaa antiseptisillä penslauksilla, kylvelyksillä sekä antibioottivoiteilla. Vastasyntyneillä silmätulehdukset ovat yleisiä ja lieviä. Silmätulehdusta hoidetaan puhdistamalla silmää, mutta vaikeissa tilanteissa saatetaan tarvita paikallista antibioottihoitoa. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 261.)

4.4.3 Virusinfektiot

Vastasyntyneellä yleensä esiintyviä virusinfektioita ovat enterovirusinfektiot. Infektio siirtyy tavallisesti synnytyksen yhteydessä, mutta lapsi voi saada sen jo kohdussa ollessaan. Se voi aiheuttaa kuumetta, meningoencefaliittia ja jopa vaikeaa monielinsairautta. Kuumeen lisäksi oireita ovat ärtyisyys, velttous, huono syöminen ja ihottuma. Virus pystytään toteamaan ulosteesta, verestä tai likvorista otetulla näytteellä. Vaikeassa tautimuodossa hoitona voidaan käyttää immunoglobuliineja tai viruslääke plekonariilia, mutta varsinaista hoitoa infektion hoitoon ei ole. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 261 - 262.)

Vastasyntyneen vaikeiden infektioiden aiheuttaja on usein 2 tyyppin Herpes simplex -virus, joka tarttuu synnytyksen yhteydessä. Tyyppin 1 viruksen vastasyntynyt voi taas saada syntymän jälkeen tartuntana. Paikallisena infektio aiheuttaa rakkuloita päähän tai vartalolle, esiintyy nieluinfektiona tai silmän herpestulehduksena. Vaikeana tautimuotona virus voi aiheuttaa herpeskefaliitin eli -aivotulehduksen. Oireina esiintyy kouristuksia, ja ne voivat tulla ilmi vasta kolmen viikon ikäisenä. Yleisen herpesinfektion oireita puolestaan ovat hengitysvaikeudet, kouristelut, verenkierron nopea aleneminen ja ärtyisyys. Molemmissa muodoissa kuolleisuus on suuri. Lääkehoito tulee aloittaa heti. Lisäksi vastasyntynyt voi saada tartunnan myös sytomelagoviruksesta, vesirokosta, hepatiitista, HIV:stä ja parvorokosta. Sytomelagovirus voi tarttua synnytyksen yhteydessä tai rintamaidon välityksellä. Alttiina virukselle ovat etenkin ennenaikaisesti syntyneet lapset. Oireina voivat olla suurentunut maksa sekä veren-

purkaumat, mutta yleensä oireita ei ilmene. Hoitona käytetään lääkettä, mutta sen vaikuttavuudesta on huonosti näyttöä vastasyntyneen kohdalla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 262.)

Vesirokko on vastasyntyneellä vaarallinen, mutta harvinainen infektio. Oireina voivat olla ihottuma ja arpimuodostumat. Hoitona annetaan immunoglobuliinia sekä asikloviiriä. Äidin kantaessa B-hepatiittia, vastasyntyneelle annetaan B-hepatiittirokote ja immunoglobuliinia. Krooninen infektio syntyy, jos suojausta ei ole annettu. Tällöin lääkehoitona on alfainterferoni sekä lamivudiini. HI-virus voi tarttua synnytyksen yhteydessä, rintamaidon kautta tai jo raskauden aikana. HI-virusta hoidettaessa lääkehoidon merkitys korostuu ennen ja jälkeen synnytyksen, ja äidin ei tule imettää lasta. Lisäksi raskauden aikana äidiltä sikiölle voi siirtyä myös parvorokko. Se aiheuttaa sikiölle vaikeaa anemiaa, nesteturvotusta ja ennen aikaista syntymistä. Anemiaa hoidetaan antamalla vastasyntyneelle punasoluja, mutta varsinaista hoitoa tautiin ei ole. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 262 - 263.)

4.5 Keltaisuus

Vastasyntyneen keltaisuus johtuu bilirubiinin kertymisestä vereen. Bilirubiini on hemoglobiinin hajoamistuotetta, joka syntyy kun punasolut hajoavat. Bilirubiini erittyy tavallisesti sappinesteeseen mukana ulosteisiin ja poistuu näin elimistöstä. Jos vastasyntyneen punasolut hajoavat tavallista voimakkaammin ja maksa ei kykene käsittelemään kaikkea syntyvää bilirubiinia, osa siitä jää kiertämään lapsen vereen ja lapsi kellastuu. Ennen aikaisesti syntynyt lapsi on kykenemättömämpi käsittelemään hajoamistuotteita kuin täysaikaisesti syntynyt lapsi. (Hermanson 2012; Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 253 - 254.)

Vastasyntyneiden keltaisuus on melko yleistä, ja lievä keltaisuus on normaalia. Yleisimmin vastasyntyneen keltaisuus havaitaan jo synnytyssairaalassa, jolloin keltaisuus useimmiten johtuu äidin ja lapsen veriryhmäepäsovivuudesta. Mikäli keltaisuuden syynä on jokin muu, niin vastasyntyneen keltaisuus voi olla havaittavissa vasta muutaman päivän kuluttua lapsen kotiututtua. Vastasyntyneen ensimmäisinä elinpäivinä havaittava keltaisuus yleisimmin johtuu virtsatieinfektiosta, rintamaidosta tai laajasta mustelmasta. Keltaisuutta voi aiheuttaa myös jokin harvinaisempi syy, esimerkiksi konjugaatiodefekti, joka on perinnöllinen. (Viitala & Penttinen 2013.)

Rintamaidosta johtuva keltaisuus on täysin vaaraton reaktio, ja se on yleistä yli kahden viikon ikäisellä lapsella. Tällöin lapsen yleisvointi on täysin normaali ja paino nousee hyvin. Sen sijaan lapsen vajaasyöttö ei aiheuta keltaisuutta, mutta keltainen lapsi voi syödä heikommin ja siten rintamaidonsaanti voi olla liian vähäistä. Lapsen vajaasyöttö voi johtaa kuivumiseen mikä taas lisää ihon keltaisuutta. Mikäli keltaisuus pitkittyy ja sitä ilmenee vielä kahden vii-

kon ikäisellä lapsella, tulee sen syy selvittää. Keltaisuutta pystyy havainnoimaan vastasyntyneen ihonväriä tarkkailemalla ja huomioimalla myös silmänvalkuaisten väriä. (Viitala & Petäjä 2013.)

Mikäli vastasyntyneellä ilmenee keltaisuutta, sen ensisijaisena hoitona on sinivalohoito. Sinivalon avulla bilirubiinin rakenne pystytään muuttamaan vesiliukoiseksi, jolloin se liukenee virtsan mukana ulos elimistöstä. Keltaisuutta tulee seurata ja hoitaa. Mikäli bilirubiini arvot kohoavat yli kriittisen rajan, niin seurauksena voi olla vakava aivovaurio kernikterus. Lisäksi veriryhmäimmunisaation aiheuttaman keltaisuuden hoitona käytetään immunoglobuliinihoitoa. Immunoglobuliinihoidon avulla veriryhmävasta-aineet eivät pääse sitoutumaan punasoluihin ja punasolut eivät hajoa. Hoitona voidaan myös tehdä verenvaihto, jos veren bilirubiiniarvot ylittyvät yli raja-arvon, joka on esimerkiksi täysiaikaisella vastasyntyneellä noin 420 mikromol/l. (Hermanson 2012; Rajantie ym. 2016.)

5 Vastasyntyneen potilasturvallisuus lastenosastolta siirryttäessä lapsivuodeosastolle

Vastasyntynyttä hoidetaan lastentautien vuodeosastolla eli lastenosastolla, jos hän tarvitsee erityistä tarkkailua. Lastenosastohoidon jälkeen lapsi siirretään yleensä takaisin äidin luokse vierihoidon synnytysten vuodeosastolle eli lapsivuodeosastolle. (HUSd; HUSe.) Tällaisissa osastojen välisissä potilassiirroissa korostuu potilaan turvallisuuteen liittyvät asiat, sillä potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen voi tapahtua virheitä (Helovuori ym. 2011, 72).

5.1 Lastenosasto ja lapsivuodeosasto

Synnytyksen jälkeen äitiä ja vastasyntynyttä hoidetaan tavallisesti lapsivuodeosastolla, jossa vanhempia ohjataan perheen ja lapsen tarpeiden pohjalta vastasyntyneen hoidossa sekä imeyksessä. Aina synnytys ei kuitenkaan suju ongelmitta, jolloin vastasyntynyt siirretään lastenosastolle hoitoon tai tarvittaessa vielä tarkempaan valvontaan tehohoidon yksikköön. Vastasyntyneistä noin kymmenen prosenttia tarvitsee lastenosastohoitoa. (HUSe.)

Lastenosastolla vanhemmat voivat osallistua vastasyntyneen hoitoon. Henkilökunta neuvoo lapsen hoidossa sekä auttaa tutustumaan lapseen. Vaikka vastasyntynyt onkin tällöin lastenosaston hoidossa, äiti on silti edelleen lapsivuodeosaston asiakas. Lastenosastolla hoitoaika voi olla parista päivästä useaan viikkoon tai harvoin jopa kuukausiin, ja hoitoajan päätyttyä vastasyntynyt siirtyy takaisin äidin luokse vierihoidon lapsivuodeosastolle. (HUSe.)

5.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus pitää sisällään sosiaali- ja terveystieteiden mukaan sen, että hoito on turvallista ja potilas on suojattu vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus

kattaa sen, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Potilasturvallisuus ei kuitenkaan muodostu pelkään yksilön, laitteen tai yksikön toiminnasta, vaan myös järjestelmän osien välisestä vuorovaikutuksesta. Tavoitteena on ehkäistä, välttää sekä lievittää terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta johtuvia haittoja tai vammoja. Turvallisuuden edistämiseksi keskeistä on se, että organisaatio ymmärtää, miten organisaation osien välisessä vuorovaikutuksessa turvallisuus syntyy. (Helovuori ym. 2011, 13 - 14; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Potilasturvallisuus käsittää hoidon turvallisuuden sekä lääketieteellisen ja laiteturvallisuuden lisäksi turvallisuusriskien hallinnan, jolle perusteellinen ja hyvä dokumentointi luo pohjan. Tiedonkulku on selkeän ja kattavan dokumentoinnin varassa, ja jokaisen ammattilaisen keskeisenä työtehtävänä on dokumentointi. (Helovuori ym. 2011, 13, 72.) Hyvää dokumentointia on selkeä ja rakenteinen kirjaaminen (Rantalainen 2009). Lisäksi potilasturvallisuuteen pyritään hoidon turvallisuuden varmistamisella sellaisten toimintojen avulla, joiden menettelytavat tai järjestelyt vahvistavat toimintaa sietämään erilaisia poikkeamia. Tarkistusmenettelyt, kuten erilaiset tarkistuslistat, ovat hyvä esimerkki toiminnan vahvistamisesta. Niiden avulla varmistetaan, että asioita ei ole unohtunut tehdä tai että asiat on tehty oikein. (Helovuori ym. 2011, 13, 72.) Yhtenä potilasturvallisuuden työvälineenä pidetään myös hoitosuunnitelmaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 18).

5.2.1 Dokumentointi rakenteisella kirjaamisella

Hyvä tiedonkulku antaa mahdollisuuden turvalliseen ja laadukkaaseen hoitoon. Dokumentointia toteutetaan ohjeistusten ja lainsäädännön perusteella. Väärin ymmärtäminen ja tiedonkulun katkeaminen aiheuttavat haittatapahtumia, ja näin on todettu tapahtuvan etenkin potilassiirroissa. Turvallista tiedonkulkua edistää työyhteisössä yhteisesti sovitut käytännöt tiedon jakamisesta hoitoketjussa toimivien kesken. Hoito-ohjeiden sekä määräyksien varmistaminen kirjaamalla ne selkeästi sekä välittömästi edesauttaa turvallisen tiedonkulun toteutumista. (Helovuori ym. 2011, 72.)

Sähköiset potilastietojärjestelmät parhaimmillaan palvelevat terveydenhuollon työntekijöitä antamalla reaaliajassa oleellisia tietoja ja raportteja potilaasta. Sähköisessä muodossa oleva tieto on saatavilla heti kun sitä tarvitaan. Näin säästytään aikaa viedältä papereiden selvittelystä. (Helovuori ym. 2011, 72 - 73.) Toisaalta potilastietojärjestelmiin liittyy erilaisia riskejä sekä ongelmia. Näitä ovat tietojärjestelmien toimintakatkokset, lääkesovelluksen virhelähteet, määräysten kirjautuminen väärän potilaan kohdalle sekä tietojärjestelmien yhteensopimattomuus. Ongelmista kärsivät sekä lääkärit, hoitajat että potilaat. (Arvola ym. 2012.)

Potilaan tietojen tarkastelun estyminen aiheuttaa riskejä hoidon kaikkiin vaiheisiin. Tietojärjestelmien käyttäminen voi estyä esimerkiksi toimintakatkoksen tai käyttäjätunnusten puuttumisen takia. Virheitä voi tapahtua myös potilastietojärjestelmien välillä tietoja ja määräyksiä

siirrettäessä. Tämän vuoksi esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa anestesiakäytännön on edelleen pelkästään vain paperimuotoisena. Ongelmana nähdään tietojärjestelmien valtava määrä ja niiden ominaisuuksien laajuus. (Arvola ym. 2012.)

Potilastietojärjestelmien käytön haasteet tulee terveydenhuollon ammattilaisten tiedostaa, jotta voidaan säilyttää potilasturvallinen hoitotyö. (Helovuori ym. 2011, 72 - 73.) Parannusehdotuksina nähdäänkin, että keskeiset potilastiedot siirtyisivät automaattisesti potilastietojärjestelmästä toiseen. Näin ollen potilastietojärjestelmille tulisi asettaa yhtenäiset laatuksiteerit, joiden avulla tietojärjestelmien yhtenäisyyttä pystyttäisiin edistämään. (Arvola ym. 2012.) Tietojärjestelmän kaatuessa taas olisi hyvä olla varasuunnitelma siihen, miten saadaan selville tärkeät potilastiedot. Lisäksi tulee myös panostaa suullisen raportoinnin järjestelmällisyyteen ja sisältöön. (Helovuori ym. 2011, 72 - 73.)

Rakenteinen kirjaaminen on hoitotyön kirjaamista sähköiseen potilastietojärjestelmään, ja sen tavoitteena on olla kuvaavaa ja tarkkaa dokumentointia potilaan hoidosta välttämällä virheet ja puutteelliset dokumentit. Potilaan hoitoon kuuluvat rakenteiset ydintiedot, hoitotyön termit sekä täydentävät vapaat tekstit ovat hoitotyön kirjaamista. Hoitotyön kirjaaminen on keskeinen osa potilaskertomusta. Hoitotyön dokumentoinnin keskeiset lähtökohdat ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, turvallisuus, ajantasaisuus, virheettömyys, hoidon jatkuvuus, luotettavuus ja todistettavuus. (Rantalainen 2009.)

Sähköisen hoitotyönkirjaamisen rakenteistaminen helpottaa hoitohenkilökunnan työtä, vahvistaa potilasturvallisuutta ja siitä on hyötyä myös koko työorganisaatiolle. Rakenteisen kirjaamisen avulla potilastietojen kirjaaminen on selkeämpää, lisäksi tiedon etsiminen potilaan hoitoon liittyvistä asioista ja seuranta helpottuvat. Tekstin hyödyntäminen olisi haastavampaa, mikäli kirjaaminen olisi pelkästään vapaamuotoista, koska välillä tarkkaa tietoa tarvitaan nopeasti kun esimerkiksi laaditaan hoitotyön yhteenvetoja. Rakenteisen kirjaamistavan parhaimpia hyötyjä onkin, että riittää kun tieto kirjoitetaan yhteen paikkaan kerran, jolloin tämän jälkeen se on uudelleen hyödynnettävissä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 15.)

Potilaan näkökulmasta rakenteinen kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta, sillä tieto on laadukkaampaa ja kirjattua tietoa voidaan hyödyntää myös eri organisaatioissa tai toisessa potilastietojärjestelmässä. Rakenteinen kirjaaminen auttaa myös paljon hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa, esimerkiksi muistutusten, hoito-ohjeiden ja virhe- ja vaarailmoitusten muodossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 15.)

5.2.2 Hoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi hoitosuunnitelma, joka pitää sisällään tiedot potilaan hyvän hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta sekä seurannasta. Potilaan kaikki terveysongelmat tulee ottaa huomioon, ja suunnitelma tulee laatia niiden pohjalta. Näin potilaan hoito pystytään näkemään kokonaisuutena. Lisäksi hoitosuunnitelman sisällön ja rakenteen tulee olla johdonmukaista, jotta sitä voitaisiin käsitellä eri potilastietojärjestelmissä. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 18.)

Hoitosuunnitelma edistää potilasturvallisuutta, sillä sen avulla pystytään tukemaan potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja ymmärtämään riskit. Lisäksi hoitojen yhteensopivuus ja toteutus voidaan varmistaa ja hoidot koordinoida oikein. Hoitosuunnitelman rakenteen on suunnitellut Terveyden ja hyvinvoinnin laitos yhteistyössä terveydenhuollon toimijoiden kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 18.) Tavoitteena hoitosuunnitelmalla on hyvän hoidon jatkuvuus, potilaskeskeisyys ja potilaan voimaannuttaminen sekä tietojärjestelmien hyödyntäminen potilasta hoidettaessa. Potilaskeskeisyyden merkitys tulee esille sillä, että hoitosuunnitelmasta tulee käydä ilmi kaikki potilaan suunnitelmalliset tutkimukset, hoidot, kuntoutukset ja seurantatoimet. (Komulainen ym. 2011, 12 - 13.) Siihen tuleekin kirjata hoidon tarve ja tavoite, hoidon toteutus ja keinot, seuranta ja arviointi, työnjako, diagnoosit sekä lääkitys (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 18).

Potilaan voimaannuttamisella tarkoitetaan sitä, että hoitosuunnitelma pyritään laatimaan yhdessä potilaan kanssa sekä hoitoon liittyvät riskit on tunnistettu, ja potilas on saanut sairautensa ja hoitoonsa liittyvän riittävän tiedon sekä neuvonnan. (Komulainen ym. 2011, 13; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 17.) Lasta hoidettaessa tärkeää on ottaa huomioon tiedon ja neuvonnan antaminen koko perheelle (Maijala, Helminen, Heino-Tolonen & Åstedt-Kurki 2011, 14).

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi potilaan kaikki oleelliset terveysongelmat ja hoidon suunnitelma tulee laatia yhteen hoitosuunnitelmaan. Kun hoitosuunnitelma muodostuu rakenteesta kirjaamisesta, pystytään hyödyntämään tietojärjestelmiä hoidon toteutuksessa. Näin pystytään myös välttämään kaksoiskirjaaminen potilaskertomukseen, sekä hoitosuunnitelman laatiminen ja sen toteutumisen seuranta voidaan saada toimivammaksi. (Komulainen ym. 2011, 13.)

5.2.3 Tarkistuslista

Tarkistuslistan merkitys tulee esille kun mietitään vakioituja toimintatapoja. Tarkistuslistan keskeiset tavoitteet ovat laadun parantaminen, virheiden määrän vähentäminen, toiminnan

yhdenmukaistaminen sekä turvallisuuden lisääminen. Tarkistuslistan avulla kommunikaatio, tiedon siirtyminen sekä tiimityö helpottuvat, sillä ydinasiat listataan tarkistuslistaan yksinkertaisesti ja selkeästi. Näin edistetään turvallista toimintakulttuuria. Tarkistuslista rakentuu eri kriteereistä tai toiminnoista, ja niiden toteutumista arvioidaan tarkistamalla ne aina joka kerralla samalla tavalla. Tarkistuslista kootaan vain turvallisuuden kannalta oleellisista kriteereistä tai toiminnoista. Hoitotyössä uuden tarkistuslistan kehittäminen nähdään edullisena sekä tehokkaana tapana edistää potilasturvallisuutta. Tarkistuslistoja voidaan käyttää esimerkiksi päätöksenteon ja diagnoosin tekemisen sekä prosessien tai menetelmien yhdenmukaistamisen tukena tai arvioinnin työkaluna. Tarkistuslistaa laatiessa huomioon tulee ottaa yksikön omat toimintatavat ja prosessit, ja pyrkiä siihen, että tarkistuslista tukee näitä hyvin. (Helovuoto ym. 2011, 208 - 209.)

Erilaisten tarkistuslistojen käyttöönotosta on tutkittu olleen potilasturvallisuuteen myönteisiä vaikutuksia. Paremman tiedonkulun ja turvallisuuskäytäntöjen edistämisestä hyvä esimerkki on kansainvälisesti tunnettu WHO:n Surgical Safety Checklist, joka on perioperatiivisen leikkauksaliproessin eri vaiheiden tarkistuslista. (Helovuoto ym. 2011, 209.) Listasta käy ilmi kaikki tarpeelliset toimenpiteet, jotka on tehty ennen kuin jatketaan seuraavaan vaiheeseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b). Leikkaustiimin tarkistuslistan käytön myötä pilottiorganisaatioissa kuolleisuus väheni 1,5 prosentista 0,8 prosenttiin ja vakavimpien postoperatiivisten komplikaatioiden määrä väheni 11,0 prosentista 7,0 prosenttiin. Lisäksi sairaaloissa, joissa otettiin käyttöön Hollannissa pilotoitu SURPASS-järjestelmä kirurgisen potilaan koko hoitoprosessiin liittyvine tarkistuslistoineen, huomattiin kuolleisuuden vähentyneen 1,5 prosentista 0,8 prosenttiin ja komplikaatioiden vähentyneen 27,3 prosentista 16,7 prosenttiin. (Helovuoto ym. 2011, 209.) Tiimityötä ja kommunikaatiota lisäämällä pystytään parantamaan leikkausten turvallisuutta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b).

Tarkistuslistojen käyttöönotto edellyttää esimiesten sitoutuneisuutta listan käyttöön (Helovuoto ym. 2011, 211 - 212). Henkilökunnan tulee ymmärtää sen käytön tarpeellisuus sekä se, miten sillä pystytään lisäämään potilasturvallisuutta ja henkilökunnan oikeusturvaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b). Työntekijöiden tietoisuutta ja motivaatiota listan käyttöön tuleekin edistää tiedottamalla, moniammatillisella koulutuksella sekä listan käytön harjoittelulla (Helovuoto ym. 2011, 211 - 212). Tarkistuslista muokataan yksikössä henkilökunnan tarpeita vastaavaksi, ja sen käyttöön sitoutumista vaaditaan kaikilta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b). Tarkistuslistan käyttöönottamisessa on hyvä myös muistaa, että ennen kuin työntekijät oppivat käyttämään sitä tehokkaasti, vie se oman aikansa (Helovuoto ym. 2011, 211 - 212).

6 Vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvän tarkistuslistan laatiminen

Tässä opinnäytetyössä toteutettiin vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvä tarkistuslista hoitajien käyttöön erääseen HUS:n sairaalaan. Opinnäytetyö toteutettiin potilasturvallisuutta edistävänä toiminnallisena opinnäytetyönä eli projektityönä. Projektityössä määritellään sen toteutusympäristö, resurssit, projektiorganisaatio ja heidän vastuualueet, riskit ja riskien hallinta sekä se miten arviointi on suoritettu. Projektin raportista käy siten ilmi, mitä on tehty, kuka on tehnyt sekä milloin on tehty ja miten. Lisäksi siitä käy myös ilmi miten projektin tulokseen on päästy ja mitä tuloksena on syntynyt. (Pelin 2008, 85 - 87; Ruuska 2007, 178, 181; Salonen 2013, 11.)

Tämän opinnäytetyön raportti kuvaa millaisessa ympäristössä opinnäytetyö toteutettiin, minkälaisia resursseja opinnäytetyöhön liittyi, ketkä olivat projektiorganisaatiossa mukana ja minkälainen vastuualue heille kuului. Lisäksi raportissa kuvataan mahdolliset riskit ja niiden hallinta opinnäytetyön toteutumisen kannalta, ja kerrotaan ryhmähaastatteluiden toteutumisesta ja hoitajilta saadusta palautteesta sekä vastasyntyneen osastosiirron tarkistuslistasta. Lopuksi pohditaan vielä opinnäytetyön toteutumista.

6.1 Kohderyhmä ja toteutusympäristö

Projektin kohderyhmä muotoutuu sellaisesta ryhmästä, joka hyötyy eniten lopullisista tuloksista. Tärkeää on, että projektin hyödyt on suunnattu tälle ryhmälle. (Silfverberg, 39.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eli HUS:n erään sairaalan lastenosastolle. Kohderyhmänä olivat lastenosastolla hoidettavat vastasyntyneet.

HUS-kuntayhtymään kuuluu Uusmaalaiset kunnat, ja se aloitti toimintansa 1.1.2000. HUS:lla on 21 sairaalaa ja toimintaa kahdessa helsinkiläisessä sairaalassa sekä pienemmissä kuntalaisia palvelevissa yksiköissä. (HUSa.) Sairaala toimii päivystävänä synnytysairaana, ja siellä on lähes kaikkien lääketieteen erikoisalojen palveluja saatavilla. Lisäksi sairaalassa on yhteispäivystys, joka toimii kaupungin terveyskeskuspäivystyksenä ympärivuorokautisesti ja yöpäivystyksenä alueen muille kunnille. Sairaala toimii myös opetussairaana. (HUSb.)

Sairaalan lastenosastolla hoidetaan erikoissairaanhoitoa tarvitsevia 0-15-vuotiaita lapsia ja nuoria sovitun hoitoporrastuksen mukaisesti. Osaston hoitotyö on perhelähtöistä, ja tavoitteena on nimetä jokaiselle potilaalle hoitajakson ajaksi vastuuhoidtaja. Osastolle voi toinen vanhemmista jäädä lapsen luokse yöksi ja vierailuaika on ympärivuorokautinen. (HUSc.)

6.2 Resurssit, projektiorganisaatio ja vastualueet

Resurssianalyysi auttaa hahmottamaan projektiin tarvittavien resurssien määrää. Sen tavoitteena on antaa kuva aikatauluun liittyvien resurssien saatavuudesta, sekä tuoda ilmi mahdolliset kustannukset. Näin pystytään esimerkiksi pitämään paremmin kiinni aikataulusta, ja priorisoimaan projekti resurssien mukaisesti. Lisäksi voidaan eritellä myös henkilöstöresurssit. (Pelin 2008, 145, 147.)

Tämän opinnäytetyön henkilöstöresursseihin kuului Laurea-ammattikorkeakoulun lehtori, erään HUS:n sairaalan lastenosaston osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, lapsivuodeosaston apulaisosastonhoitaja sekä opinnäytetyön tekijät Laurea-ammattikorkeakoulun kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa. Lisäksi henkilöstöresursseihin kuului sairaalan lastenosaston sekä lapsivuodeosaston hoitajat, joiden kanssa tarkistuslistaa kehitettiin. Heidän avullaan tarkistuslista oli tarkoitus saada vastaamaan parhaiten lapsivuodeosaston hoitajien tarpeisiin.

Opinnäytetyön aikaresurssit koostuivat opinnäytetyön suunnittelu-, toteutus- sekä arviointivaiheeseen käytetystä ajasta. Tunnit jakautuivat opinnäytetyön suunnitelman laatimiseen, teoreettiseen viitekehukseen paneutumiseen ja tiedon hakemiseen, tarkistuslistan laatimiseen, opinnäytetyön raportin kirjoittamiseen sekä hoitajien kanssa käytettyyn aikaan kun tarkistuslistaa kehitettiin. Lisäksi aikaa kului myös suunnitteluvaiheen että arviointivaiheen opinnäytetyön esittämiseen opinnäytetyön seminaarissa.

Opinnäytetyön tekijöiden perehtyminen aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen nähtiin myös resurssina tässä opinnäytetyössä. Tieto vastasyntyneen mahdollisista sairauksista, niiden hoitamisesta ja tieto siitä, kuinka potilasturvallisuutta voidaan edistää, nähtiin auttavan tarkistuslistan tekemisessä. Lisäksi tekijöiden aiempi kokemus projektityöskentelystä nähtiin myös hyödyntävän projektin toteutumista. Materiaaliresursseja sen sijaan opinnäytetyössä ei varsinaisesti ollut eikä kustannuksiakaan tullut.

Projektin eri osapuolten roolit ja vastuut määritellään aina tarkasti. Projektiorganisaatioon kuuluu tavallisesti ohjaaja/ohjausryhmä, varsinainen projektiorganisaatio sekä yhteistyökumppanit. Ohjaajan tehtävänä on valvoa projektin edistymistä sekä arvioida sen tuloksia, ja antaa tukea projektin suunnittelussa ja toteutuksessa. Varsinaiseen projektiorganisaatioon kuuluu projektin vetäjä, jonka tehtävänä on johtaa projektia eteenpäin sekä vastata projektin suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin laatimisesta. Lisäksi hän on vastuussa raportoinnista ja tiedottamisesta. (Silfverberg, 50 - 51.)

Tämän opinnäytetyön projektiorganisaatioon kuuluivat opinnäytetyötä ohjaava opettaja Laurea-ammattikorkeakoulun lehtori sekä opinnäytetyön tekijät kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa.

Lisäksi opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppaneina toimivat sairaalan lastenosaston osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja sekä lapsivuodeosaston apulaisosastonhoitaja. Sairaalan lastenosaston ja lapsivuodeosaston hoitohenkilökunta nähtiin myös kuuluvan yhteistyökumppaneihin, sillä heiltä oli tarkoitus saada parannusehdotuksia tarkistuslistaan liittyen.

Projektiorganisaation jäsenillä oli omat vastuualueensa opinnäytetyön toteutumiseksi. Opinnäytetyön tekijöiden vastuualueena oli viedä opinnäytetyötä eteenpäin, sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tekijöiden tärkeänä vastuualueena oli myös huolehtia aikataulussa pysymisestä. Lisäksi opinnäytetyön tekijät etsivät monipuolisista lähteistä teoria- ja tutkimustietoa opinnäytetyön aiheeseen liittyen sekä olivat vastuussa opinnäytetyön raportoinnista ja tiedottamisesta.

Opinnäytetyön ohjaavan opettajan vastuualueena oli auttaa opinnäytetyön aiheen rajaamisessa sekä valvoa opinnäytetyön edistymistä. Ohjaajan vastuualueena oli myös neuvoa opinnäytetyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvissä asioissa, sekä arvioida opinnäytetyö. Sairaalan lastenosaston osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan vastuualueena oli taas tutustuttaa opinnäytetyöntekijät työympäristöön kertomalla osastosta. Heidän vastuualueenaan oli myös huolehtia, että opinnäytetyön tarkoitus vastasi heidän osastonsa kehittämistarpeeseen. Lastenosaston ja lapsivuodeosaston hoitohenkilökunnan vastuuna oli osallistua mahdollisuuksien mukaan osastotunneille, joilla tarkistuslistan muokkaamiseksi ja arvioimiseksi liittyvät ryhmähaastattelut oli suunniteltu toteutettavan.

6.3 Riskianalyysi ja riskienhallinta

Riskianalyysi tuo esille projektiin liittyvät mahdolliset riskit sekä auttaa ongelmien selvittämisessä. Ennakoimalla riskejä pystytään vähentämään ongelmien esiintyvyyttä. (Pelin 2008, 221.) Riskilistan tekeminen auttaa eristämään ne tekijät, jotka saattavat vaikeuttaa projektin lopputulokseen pääsemisessä (Ruuska 2007, 250).

Tämän opinnäytetyön raportissa huomioon on otettu erilaiset riskit, jotka saattoivat vaikuttaa opinnäytetyön toteutumiseen. Riskien listaamisessa käytettiin apuna SWOT-analyysiä (liite 4). Lisäksi opinnäytetyön toteutumista varten oli laadittu riskienhallintasuunnitelma.

6.3.1 SWOT-analyysi

SWOT-analyysi on työkalu, joka määrittelee muuttuvien tekijöiden roolin. Sen avulla pystytään kartoittamaan projektiin liittyvät vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Analyysin tulokset esitetään nelikenttänä. (Meristö, Molarius, Leppimäki, Laitinen & Tuohimaa 2007, 10, 12.)

Vahvuudet ovat niitä ominaisuuksia, joilla nähdään projektin tavoitteiden saavuttamisen olevan mahdollista. Heikkoudet taas ovat niitä ominaisuuksia, jotka estävät tai haittaavat tätä. Sosiaaliset muutokset sekä muut muuttuvat tekijät luovat mahdollisuuksia, ja uhat taas ovat esteitä nykyisen tilanteen ja tavoitellun tilanteen välillä. (Meristö ym. 2007, 13.)

Tämän opinnäytetyön vahvuutena oli opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus lastenhoitotyötä kohtaan. Vahvuutena oli myös tekijöiden kiinnostus kehittää potilasturvallisuutta lastenosastolla. Kiinnostuksen nähtiin lisäävän motivaatiota ja näin ollen myös työhön sitoutumista. Vahvuutena nähtiin myös tekijöiden aikaisempi kokemus kehittämisprojekteista ja projekti-suunnitelman laatimisesta. Lisäksi tämän opinnäytetyön henkilöstöresursseihin kuuluneet osapuolet nähtiin vahvuutena, sillä heiltä sai apua opinnäytetyöhön liittyvien kysymysten suhteen, ja ryhmähaastattelun avulla tarkistuslista pystyttiin muokkaamaan.

Tämän opinnäytetyön heikkouksina nähtiin, ettei tekijöillä ollut aikaisempaa työkokemusta lastenosastolta, sekä aikaisempaa kokemusta vastasyntyneiden hoitoketjusta. Tämän nähtiin saattavan vaikeuttaa kokonaisuuden hallitsemista. Heikkoutena nähtiin myös se, jos tarkistuslistan kehittämiseen ei olisi osallistunut tarpeeksi hoitohenkilökuntaa. Tällöin ei välttämättä olisi saatu riittävästi kehittämisideoita ja tarkistuslista olisi saattanut jäädä puutteelliseksi.

Tämän opinnäytetyön mahdollisuutena oli lisätä opinnäytetyöntekijöiden teoretietoa aiheesta, sekä päästä kehittämään potilasturvallisuutta turvallisen tiedonkulun näkökulmasta potilassiirroissa. Lisäksi tekijöiden oma asiantuntemus nähtiin pääsevän kehittymään ja verkostoituminen työelämäympäristöön nähtiin mahdollistuvan.

Uhkana tämän opinnäytetyön tavoitteiden toteutumisessa saattoi olla se, että tarkistuslistan käyttöönotto jostakin syystä estyisi. Tarkistuslistan käytön estymiseen voi vaikuttaa, jos tarkistuslistaa ei enää tarvittaisi osastolle käyttöön tai, jos tarkistuslista ei vastaisi lapsivuodeosaston hoitajien tarpeisiin tai sitä olisi liian työläs käyttää.

6.3.2 Riskienhallinta

Riskienhallintasuunnitelman tarkoituksena on vähentää epävarmuutta, ja auttaa hallitsemaan vaihtelevia olosuhteita. Sen avulla voidaan varautua odottamattomiin tilanteisiin. Riskienhallinta edellyttää kuitenkin, että projektiin kohdistuvat riskit ja ongelma-alueet on tunnistettu. Siten pystytään ryhtymään toimenpiteisiin, joilla riskit saadaan minimoitua. (Ruuska 2007, 248.)

Tämän opinnäytetyön riskien toteutumista pyrittiin ehkäisemään sillä, että opinnäytetyön tekijät perehtyivät hyvin vastasyntyneen sairauksiin liittyvään teoretietoon sekä potilasturvalli-

suuteen, jotta tekijät saivat mahdollisimman kattavan kuvan vastasyntyneen hoidosta lastenosastolla. Tarkistuslistan kehittämistä varten suunniteltiin ryhmähaastattelut lastenosaston sekä lapsivuodeosaston hoitohenkilökunnalle pidettäväksi. Näin tarkistuslista muokkautuisi hoitohenkilökunnan tarpeisiin vastaavaksi. Jotta henkilökuntaa olisi osallistunut ryhmähaastatteluun, sovittiin myös etukäteen sairaalan lastenosaston osastonhoitajan kanssa sekä lapsivuodeosaston apulaisosastonhoitajan kanssa ajat, jolloin haastattelut pidettiin molemmille osastoille. Jos henkilökuntaa olisi osallistunut liian vähäinen määrä, olisi haastattelut voitu pitää toisena päivänä uudestaan.

Opinnäytetyön tekijät luottivat siihen, että lapsivuodeosaston hoitohenkilökunta tarvitsi edelleen käyttöönsä tarkistuslistan vastasyntyneen osastosiirron tueksi. Näin ollen tarkistuslista otettaisiin käyttöön ja se hyödyntäisi lapsivuodeosaston hoitajia työssään. Jotta tarkistuslistasta ei olisi tullut myöskään liian työläs käyttää, lomakkeen pituudeksi suunniteltiin 1-2 sivua. Lisäksi opinnäytetyön tekijät varautuivat siihen, että opinnäytetyön toteutus saattoi muuttua työn edetessä, ja pyrkivät joustavuuteen.

6.4 Ryhmähaastattelut lastenosaston ja lapsivuodeosaston hoitajille

Ryhmähaastattelun avulla tietoa saadaan ilmiöstä kun ryhmän jäsenet ovat olleet osallisina siihen. Ryhmällä on kuitenkin vaikutuksensa tietoon, esimerkiksi jäsenten persoonallisuus sekä ryhädynamiikka voivat vaikuttaa tietoon positiivisesti lisäämällä tietoa tai negatiivisesti vähentämällä sitä. (Kananen 2009, 65.) Haastattelu tulisi suorittaa niin, että kaikkien mielipiteet tulisivat esille ja jokaisella olisi mahdollisuus osallistua haastatteluun (Kananen 2012, 100).

Ryhmähaastattelussa haastattelumenetelmäksi sopii hyvin teemahaastattelu, jota voidaan käyttää myös tulosten arvioinnissa (Kananen 2012, 99 - 100). Teemahaastattelussa aihealueet eli teemat on ennalta määritelty. Näin varmistutaan siitä, että tietoa saadaan kerättyä kokonaisvaltaisesti jokainen osa-alue huomioon ottaen. Kysymykset voi rajata hyvinkin tarkasti, jos aiheesta on jo paljon tietoa ja teoriaa. Lisäksi haastattelun tallentamisessa on hyvä käyttää sanelulaitteita, ja haastattelun jälkeen haastattelu litteroidaan eli puretaan tekstimuotoon. (Kananen 2009, 64, 67.)

Tähän opinnäytetyöhön liittyvät ryhmähaastattelut toteutettiin erään HUS:n sairaalan lastenosaston sekä lapsivuodeosaston hoitajille. Opinnäytetyön toteutusta varten haettiin tutkimusluvat HUS:n johdolta ja haastateltavien työnantajilta, jotta tarkistuslistaa pystyttiin kehittämään yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Ryhmähaastatteluissa käytettiin teemahaastattelua, jolloin ryhmähaastatteluiden kysymykset (liite 2 ja liite 3) oli ennalta laadittu. Hoitajilta saadun palautteen perusteella vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvä tarkistuslista muokattiin

hoitajien tarpeisiin vastaavaksi ja palautetta käytettiin opinnäytetyön toteutuksen arvioinnissa. Näin opinnäytetyöntekijät itse sekä hoitohenkilökunta tulivat hyötymään arvioinnista.

6.4.1 Ryhmähaastattelut hoitajille

Haastatteluiden ajankohta määräytyi sairaalan ehdotuksien mukaan ja haastattelut toteutettiin keväällä 2017. Haastattelut tehtiin eri päivinä, jolloin ryhmien koot tulivat sopivan kokoisiksi. Kaikilla haastatteluun osallistuvilla hoitajilla oli myös mahdollisuus kertoa parannusehdotuksia ja mielipiteitä tarkistuslistaan liittyen, sillä haastattelijat kysyivät useasti haastatteluiden aikana jos jollakulla olisi ollut kyseiseen asiaan vielä jotain lisättävää.

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina, ja ne nauhoitettiin puhelimen nauhurisovelluksella, koska manuaalisesti kirjoittamalla ei olisi ehditty kirjoittamaan kaikkia ehdotuksia muistiin. Hoitajilta kysyttiin ennen ryhmähaastatteluiden aloittamista suostuvatko he nauhoitukseen, ja kaikki hyväksyivät sen. Nauhoitukset litteroitiin kirjalliseen muotoon haastatteluiden jälkeen. Näin saatiin mielipiteet ja parannusehdotukset nousemaan esiin tekstistä. Haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua.

Ensimmäinen haastattelu pidettiin lastenosaston hoitajille, ja viikon päästä myöhemmin pidettiin toinen haastattelu lapsivuodeosaston hoitajille. Molemmilla osastoilla haastatteluihin meni aikaa noin 20 minuuttia. Tarkistuslista esiteltiin lastenosaston hoitajille aamuvuoron ja iltavuoron vaihdon yhteydessä ja lapsivuodeosaston hoitajille heidän osastotunnillaan. Opinnäytetyön tekijät toimivat haastattelijoina, ja haastatteluiden alussa he esittelivät itsensä ja opinnäytetyön aiheen lyhyesti hoitajille. Näin kaikki saivat tietää mistä puhuttiin. Kaikilla ryhmänjäsenillä oli myös mahdollisuus osallistua haastatteluun. Tarkistuslista oli lähetetty etukäteen sähköpostilla osastonhoitajille, minkä ansiosta osa hoitajista olikin jo päässyt etukäteen tutustumaan tarkistuslistaan. Lisäksi ryhmien koot olivat molemmilla osastoilla ryhmähaastatteluun sopivia. Lastenosastolla ryhmähaastatteluun osallistui kuusi hoitajaa ja loppuajasta yksi lastenlääkäri myös kommentoi tarkistuslistaa. Lapsivuodeosastolla osallistujamäärä oli viisi hoitajaa.

Ryhmähaastattelukysymykset (liite 2 ja liite 3) olivat etukäteen laadittu ja jokainen tarkistuslistan kohta käytiin ryhmän kesken läpi. Lastenosaston ryhmähaastattelun kysymysten (liite 3) teemoina olivat vastasyntyneen tiedot, vitaalielintoiminnot, vointi, hoitotoimenpiteet, lääkehoito, vanhempien ohjaus ja tarkistuslistan ulkoasu. Lapsivuodeosaston ryhmähaastattelun kysymysten (liite 2) teemoina olivat myös vastasyntyneen tiedot, hoitotoimenpiteet, lääkehoito, vanhempien ohjaus sekä tarkistuslistan ulkoasu, mutta ne eivät sisältäneet vastasyntyneen eri sairauksien hoitotoimenpidekysymyksiä eli kysymykset olivat muuten aika samanlaiset kuin lastenosaston ryhmähaastattelun kysymykset (liite 3). Uutena teemana lapsivuodeosaston ryh-

mähaastattelun kysymyksissä (liite 2) oli kuitenkin vastasyntyneelle tehdyt tutkimukset. Lisäksi tarkentavilla kysymyksillä pystyttiin saamaan tietoa esimerkiksi siitä, että oliko taulukot visuaalisesti hyvä ratkaisu vai haluttiinko enemmän vapaata tekstikenttää tarkistuslistaan.

Ryhmähaastatteluiden lopuksi haastattelijat jättivät muutaman tarkistuslistan sekä lapulla yhteystietonsa osastolle. Näin myös ne hoitajat, jotka eivät olleet ryhmähaastattelussa mukana, pääsivät tutustumaan tarkistuslistaan. Lisäksi heillä oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä haastattelijoihin joko puhelimitse tai sähköpostilla, ja kertoa parannusehdotuksia tarkistuslistaan liittyen.

6.4.2 Hoitajilta saatu palaute

Tässä opinnäytetyössä palautetta saatiin hoitajille tehtyjen ryhmähaastatteluiden avulla sekä tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen tehdyllä palautekyselyllä (liite 1), joka lähetettiin sähköisesti lastenosaston osastonhoitajalle ja lapsivuodeosaston apulaisosastonhoitajalle. He keräsivät palautetta nimettömästi hoitajilta ja lähettivät palautteen postissa opinnäytetyön tekijöille tulostettuna kirjalliseksi. Lastenosaston ja lapsivuodeosaston hoitajien avuksi tarkistuslistaan oli liitetty täyttöohjeet (liite 5), jonka tarkoituksena oli helpottaa tarkistuslistan käyttöönottoa.

Yleisesti hoitajien mielestä tarkistuslista oli selkeä ja se kattoi tarvittavat asiat. Palautekyselyssä (liite 1) kysyttiin tarkistuslistan hyödyistä vastasyntyneen potilassiirrossa. Tähän lastenosaston hoitajat vastasivat, että tarkistuslista toimii hyvin muistilistana ja se helpottaa raportointia. Vastasyntyneen osastosiirtoon liittyvät tiedot tulee kuitenkin kirjata myös koneelle Uranus potilastietojärjestelmään, joten osa hoitajista koki tarkistuslistan käytön kaksoiskirjaamisena ja samalla lisäävän heidän työtään. Lapsivuodeosaston hoitajat puolestaan kokivat, että tarkistuslista toimii hyvänä apuna varmistamaan sen, että hoito-ohjeet tulee ymmärrettyksi ja hoito jatkuu turvallisesti seuraavassa yksikössä. Heidän mielestään myös tarkistuslistan perusteella oli helppo tehdä tuloteksti kun vastasyntynyt tulee lastenosastolta takaisin lapsivuodeosastolle. Lisäksi he kokivat, että tarkistuslistan avulla he saavat heti käsityksen vastasyntyneen terveydentilasta ja mahdollisesta jatkohoidosta ilman, että heidän pitäisi kirjautua toiseen potilastietojärjestelmään etsimään tietoa.

Palautekyselyssä (liite 1) kysyttiin myös, että onko tarkistuslistasta apua turvallisen tiedonkulun ja potilasturvallisuuden lisäämiseen potilassiirrossa. Tähän lastenosaston hoitajat vastasivat, että lapsivuodeosastolta on tullut positiivista palautetta kun vastasyntynyt on siirtynyt heille ja heidän mielestään asiat tulee paremmin huomioitua. Lastenosastolla kuitenkin huomioitiin paperiversioiden olevan siitä huonoja, että ne voivat hukkua matkalla ja potilaan henkilöllisyysturvallisuus on niissä näkyvillä. Lapsivuodeosaston hoitajien mielestä tarkistuslistasta on apua turvallisen tiedonkulun ja potilasturvallisuuden lisäämisessä. Ehdotuksena he

antoivat, että tarkistuslistasta voisi tehdä sähköisen version "suosikkilistan" tarkastettavista asioista, sillä nykyään pyritään paperittomaan sairaalaan ja kaikki potilasdokumentti tulisi olla sähköisessä muodossa.

6.5 Tarkistuslista vastasyntyneen osastosiirtoon

Ensimmäinen versio tarkistuslistasta koottiin teoreettisen tiedon perusteella. Tämä tarkoitti sitä, että tarkistuslista tuli sisältämään vastasyntyneen sairauksien hoitoon liittyviä hoitotoimenpiteitä sekä vitaalielintoimintoja. Lisäksi tarkistuslista tuli pitämään sisällään myös potilaan voinnin kuvauksen, otetut laboratorioarvot, potilaan tiedot sekä potilaan lääkehoidon ja vanhempien ohjauksen.

Potilaan tiedot -kohta sisälsi avoimet tekstikentät nimestä, syntymäajasta, siirtopäivämäärästä, hoitoajasta, pituudesta, painosta ja päänympäryksestä. Vastasyntyneen sukupuoli määriteltiin laittamalla rasti ruutuun tytön tai pojan kohdalle. Vitaalielintoiminnat siirtohetkellä -kohta sisälsi verenpaineen sekä sykkeen seurannan ja lämmön, verensokerin, happikylläisyyden sekä hengitysfrekvenssin seurannan vapaana tekstikenttänä. Potilaan vointi siirtohetkellä -kohta taas sisälsi potilaan ihonvärin, hengityksen, yleisen voinnin, ravitsemuksen sekä erittämisen seurannat vapaina tekstikenttinä. Laboratorioarvot -kohta oli jaettu kahteen vapaaseen tekstikenttään, johon toiseen tuli laittaa potilaasta otetut laboratorioarvot ja toiseen potilaan laboratorioarvot, joita seurattaisiin edelleen.

Hoitotoimenpiteitä tarkistuslistassa olivat lisähapen anto happiviiksillä, happikaappihoito, hengityskonehoito, nenäylipainehoito, sinivalohoito, punasolutiputus, suonensisäinen nesteytys, suonensisäinen ravitsemus, suonensisäinen glukoosi-infuusio, nenä-mahaletkuravitsemus sekä proteiini- ja vitamiinilisät. Nämä kohdat laitettiin taulukkoon allekkain ja taulukon seuraavaan pystyriiviin tuli laittaa rasti, jos hoitotoimenpide oli aloitettu lastenosastolla. Kolmanteen pystyriiviin tuli laittaa rasti, jos hoito jatkui edelleen lapsivuodeosastolla, ja viimeiseen pystyriiviin tuli kohta "lisätietoja".

Tarkistuslistan lääkehoito -kohta tehtiin myös taulukoksi. Ensimmäiseen pystyriiviin tuli lääkehoidomuodot, joita olivat suonensisäinen lääkehoito ja keuhkoihin annettava lääkehoito. Seuraavaan pystyriiviin tuli kirjoittaa lääkkeet, joita on annettu, ja kolmanteen pystyriiviin lääkkeet, jotka jatkuivat edelleen. Viimeiseen pystyriiviin pystyi kirjoittamaan lisätietoja.

Potilaan vanhempien ohjaus -kohta tuli sisältämään vain kohdan "äidin imetysohjaus". Siitä tehtiin pieni taulukko, jonka seuraavaan pystyriiviin tuli laittaa rasti, jos ohjausta oli annettu ja kolmanteen pystyriiviin tuli kohta "lisätietoja". Tarkistuslistan loppuun tuli vielä vapaata

tekstikenttää, johon pystyi kirjoittamaan jatkohoitosuunnitelmaan liittyvää muuta huomioitavaa. Tarkistuslistasta tuli kaksi sivua pitkä, ja hoitajan tuli vielä allekirjoittaa se sekä laittaa siihen päivämäärä.

Kun ensimmäisen version tarkistuslista saatiin valmiiksi, sovittiin sairaalan lastenosaston osastohoitajan kanssa aika, jolloin pystyttiin pitämään ryhmähaastattelu osaston hoitajille. Ryhmähaastattelun jälkeen tarkistuslistaa muokattiin palautteen perusteella. Tarkistuslista muutui sisällöltään niin, että osa asioista otettiin pois, jolloin tarkistuslistan sisältö saatiin mahtumaan vain yhdelle sivulle. Potilaan tietoihin jäi potilaan nimi ja hoitoaika. Pituus, päänympäryys ja tyttö tai poika -valinta sekä siirtopäivämäärä otettiin pois, ja paino muutettiin viimeiseksi painoksi. Syntymäaika otettiin myös pois ja tilalle tuli potilaan henkilötunnus. Potilaan tulosityy -kohta jäi ennalleen vapaana tekstikenttänä.

Potilaan vitaleiden seuranta -kohta otettiin kokonaan pois, ja potilaan voinnin seuranta -kohta muuttui pelkäksi vapaaksi tekstikentäksi. Potilaan laboratorioarvojen seuranta -kohta lähti myös kokonaan pois. Hoitotaulukosta taas otettiin pois hoitotoimenpiteitä, joita olivat lisähappi happiviiksillä, happikaappihoito, hengityskonehoito, nenäylipainehoito, punasolutiputus, suonensisäinen nesteytys, suonensisäinen ravitseminen, suonensisäinen glukoosi-infuusio sekä proteiini- ja vitamiinilisät. Nenä-mahaletkuravitseminen sekä sinivalohoito olivat ainoat hoitotoimenpiteet, jotka saivat jäädä. Näiden lisäksi taulukkoon lisättiin verensokerin seuranta, ja sarakkeista otettiin pois kohta "hoito aloitettu (X)". Kohdat "jatkuu edelleen (X)" sekä "lisätietoja" saivat jäädä.

Lääkehoidon taulukkoon jätettiin suonensisäinen lääkehoito. Keuhkoihin annettava lääkehoito -kohta poistettiin ja sen tilalle tuli kohta "muu". Taulukon sarake, johon pystyi laittamaan lääkkeitä, joita on annettu, otettiin pois ja vain lääkkeet, jotka jatkuvat edelleen sekä lisätietoja -kohdat saivat jäädä. Ohjauksen taulukko pidettiin samanlaisena. Tarkistuslistan loppuun lisättiin vapaana tekstikenttänä tehdyt tutkimukset, ja kohta "muuta jatkohoitosuunnitelmaan liittyvää" pysyi ennallaan. Allekirjoitus pysyi myös ennallaan, ja päivämäärä muutettiin paikaksi ja ajaksi.

Muokattu versio tarkistuslistasta esiteltiin sairaalan lapsivuodeosaston osastotunnilla hoitajille ja heidän saamansa palautteen perusteella tarkistuslista muovautui enää vain hieman. Potilaan viimeisimmän painon lisäksi tarkistuslistaan tuli myös potilaan syntymäpaino. Hoidon ja ohjauksen taulukoiden lisätietojen sarakkeet suurennettiin niin, että niihin tuli enemmän tilaa kirjoittaa. Lääkehoidon lisätietojen sarake otettiin taas kokonaan pois ja lääkkeiden, jotka jatkuvat edelleen -saraketta suurennettiin. Ohjauksen taulukkoon äidin imetysohjauksen lisäksi tuli vauvan perushoidon ohjaus. Lopullinen tarkistuslista jäi myös sivun mittaiseksi.

Lastentautien vuodeosasto

Tarkistuslista vastasyntyneen osastosiirtoon

Potilaan tiedot:

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Hoitoaika: _____ Syntymäpaino: _____ Viimeisin paino: _____

Tulosyy: _____

Vointi siirtohetkellä: _____

Hoitotoimenpide tai seuranta:	Jatkuu edelleen (X)	Lisätietoja:
Nenä-mahaletkuravitseminen		
Sinivalohoito		
Verensokerin seuranta		

Lääkehoito:	Lääkkeet, jotka jatkuvat edelleen:
Suonensisäinen lääkehoito	
Muu	

Ohjaus:	Ohjausta annettu (X)	Lisätietoja:
Äidin imetysohjaus		
Vauvan perushoidon ohjaus		

Tehdyt tutkimukset: _____

Muuta jatkohoitosuunnitelmaan liittyvää: _____

Paikka ja aika: _____ Allekirjoitus: _____

Kuvio 1: Tarkistuslista vastasyntyneen osastosiirtoon

6.6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä lastenosastolta lapsivuodeosastolle. Tavoitteena oli parantaa tiedonkulkua tekemällä hoitajien käyttöön potilassiirtoihin liittyvä tarkistuslista, ja vahvistaa näin tiimityötä lastenosaston ja lapsivuodeosaston välillä. Tarkistuslista laadittiin tutkimusten ja teoreettisen tiedon pohjalta, minkä jälkeen sitä kehitettiin yhdessä erään HUS:n sairaalan lastenosaston sekä lapsivuodeosaston hoitajien kanssa pitämällä heille ryhmähaastattelut. Tarkistuslistasta tehtiin yksisivuinen paperinen versio, jonka sairaala sai halutessaan muuttaa sähköiseen muotoon.

Opinnäytetyön toteutusympäristö palveli hyvin opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita, sillä tietoa saatiin kerättyä juuri siltä sairaalalta ja osastoilta, joihin opinnäytetyö toteutettiin. Opinnäytetyön projektiorganisaatio toimi myös hyvin toteutuksessa. Projektiorganisaation eri jäsenet hoitivat tehtävänsä luotettavasti ja pitivät huolta vastuualueistaan.

Opinnäytetyön aikaresurssit jakoutuivat tasaisesti ja opinnäytetyö saatiin päätökseen ilman kiirettä. Opinnäytetyön tekijöiden aikaisempi kokemus projektityöskentelystä auttoi myös osaltaan sietämään projektin tuomaa painetta ja epävarmuutta. Opinnäytetyön tekijät uskasivat myös luottaa siihen, että tarkistuslista lastenosaston ja lapsivuodeosaston käyttöön oli tarpeellinen sekä he luottivat myös ryhmähaastatteluiden onnistumiseen. Opinnäytetyössä heikkoutena nähty tekijöiden kokemattomuus lastenosastohoidosta näkyi kuitenkin opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa sillä, että potilasliikenne lapsivuodeosaston ja lastenosaston välillä oli haasteellista selkeyttä. Toisena heikkoutena nähty asia eli se, jos lastenosaston ja lapsivuodeosaston hoitajille pidetyt ryhmähaastattelut olisivat epäonnistuneet liian pienen osallistujamäärän tai muun syyn takia, ei toteutunut.

Opinnäytetyön vahvuudet, tekijöiden kiinnostus lastenhoitotyöhön sekä potilasturvallisuuden kehittämiseen, pitivät yllä opinnäytetyön tekijöiden motivaatiota työtä kohtaan. Opinnäytetyön mahdollisuudet, tekijöiden teoretiedon lisääminen aiheesta sekä mahdollisuus päästä kehittämään potilasturvallisuutta, toteutuivat. Lisäksi tekijöiden oma asiantuntijuuden kehittyminen sekä verkostoituminen työelämäympäristöön mahdollistuivat. Opinnäytetyön uhka vastasyntyneen osastosiirron tarkistuslistan käyttöönoton estymisestä ei toteutunut. Tarkistuslistan valmistuttua sitä tarvittiin edelleen sekä se otettiin kokeiluun lastenosastolla. Tarkistuslistan käyttöönotto ei myöskään estynyt sillä, että se ei vastaisi lapsivuodeosaston kätilöiden tarpeisiin tai sitä olisi liian työläs käyttää, sillä tarkistuslista muokattiin vain sivun mittaiseksi. Tällöin siitä tuli nopeammin täytettävä, ja turhat hoitotoimenpiteet otettiin pois. Näin siitä saatiin muokattua hoitajien tarpeisiin vastaava tarkistuslista. Opinnäytetyön riskienhallinta siis toteutui.

Lastenosaston ja lapsivuodeosaston ryhmähaastatteluihin osallistui tarkistuslistan muokkaamista varten molemmilla osastoilla riittävästi hoitajia, ja ryhmähaastattelussa käytetyt teemat palvelivat hyvin sitä, että tarkistuslista saatiin käytyä kattavasti läpi kummallakin osastolla. Teemahaastattelun avulla tietoa saadaankin kerättyä kokonaisvaltaisesti jokainen osalualue huomioon ottaen (Kananen 2009, 64, 67). Näin ollen hoitajilta saatuja vastauksia voidaan pitää luotettavina. Ryhmähaastattelut kahdella eri osastolla antoivat myös erilaista näkökulmaa tarkistuslistan muokkaamiseen, vaikka vastaukset olivat suhteellisen yhtenevät. Keskustelun ilmapiiri oli molemmilla osastoilla hyvä ja myönteisen ilmapiirin vuoksi mielipiteiden ilmaiseminen ryhmän kesken tuntui todennäköisesti helpolta. Lastenosaston ryhmähaastattelussa erottui kuitenkin kaksi hallitsevaa keskustelijaa, mikä saattoi johtua siitä, että ryhmän joukossa oli luultavasti myös keikkatyöntekijöitä, joilla oli hiljaisempi rooli ryhmänjäsenenä. Tämän ei kuitenkaan nähty heikentävän lopputulosta, sillä ääneen uskottiin pääsevän kaikkien, jotka halusivatkin.

Lastenosastolla tehdyn ryhmähaastattelun myötä selvisi, että vastasyntyneen osastosiirron tarkistuslista on hyvä työkalu hoitajille seuraavan parin vuoden aikana, kunnes potilastietojärjestelmät lastenosastolla ja lapsivuodeosastolla vaihdettaisiin samaksi potilastietojärjestelmäksi. Näin ollen tarkistuslista tulee olemaan hyödyllinen apuväline lapsivuodeosaston hoitajille ainakin jonkin aikaa. Lapsivuodeosaston ryhmähaastattelussa yksi hoitajista mainitsi, että tarkistuslistan avulla on helppo tehdä suoraan vastasyntyneen tuloteksti osastolle ilman, että tulisi kirjautua toiseen potilastietojärjestelmään ja etsiä sieltä tarvittavat tiedot. Myös lastenosaston hoitajat kokivat, että tarkistuslista hyödyttää tietyllä tavalla heitäkin, sillä tarkistuslistan avulla he pystyvät kertaamaan, ovatko kaikki asiat tulleet huomioitua ennen potilassiirtoa. Näin ollen tarkistuslista tuli hyödyttämään molempien osastojen hoitajien työtä. Lisäksi tarkistuslistan voidaan nähdä vahvistavan heidän tiimityöskentelyään, sillä tarkistuslistojen käytön on tutkittu helpottavan tiimityötä (Helovuori ym. 2011, 208).

Ensimmäisen version tarkistuslista, joka rakennettiin lastenosastohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen teoreettisen viitekehyksen perusteella, tuli sisältämään eri hoitotoimenpiteitä kuten lisähapen anto happiviiksillä, happikaappihoito, hengityskonehoito, nenäylipainehoito, sinivalohoito, punasolutiputus, suonensisäinen nesteytys, suonensisäinen ravitseminen, suonensisäinen glukoosi-infuusio, nenä-mahaletkuravitseminen sekä proteiini- ja vitamiinilisät. Vitaalielin toimintojen seurantoja tarkistuslistaan tuli verenpaineen sekä sykkeen seuranta ja lämmön, verensokerin, happikylläisyyden sekä hengitysfrekvenssin seuranta. Ryhmähaastattelussa kävi kuitenkin ilmi, että moni näistä olisi ollut turha laittaa tarkistuslistaan. Esimerkiksi lastenosaston ryhmähaastattelussa eräs hoitaja mainitsikin, että keskoslasta ei siirretä lastenosastolta lapsivuodeosastolle. Tällöin hoitotoimenpiteet kuten happikaappihoito, hengityskonehoito, suonensisäinen ravitseminen sekä proteiini- ja vitamiinilisät olivat turhia tietoja lapsivuodeosaston hoitajille. Turhia tietoja lapsivuodeosaston hoitajille olisivat myös ilmeisesti olleet

hoitotoimenpiteet kuten lisähapen anto happiviiksillä, nenäylipainehoito, punasolutiputus, suonensisäinen nesteytys ja suonensisäinen glukoosi-infuusio. Vain sinivalohoito keltaisuudesta kärsivän vastasyntyneen kohdalla (Hermanson 2012) ja verensokerin seuranta hypoglykemiasta kärsivän vastasyntyneen kohdalla (Käypä hoito 2013) sekä nenä-mahaletkuravitse-
mus näyttivät olevan ainoita hoitotoimenpiteitä ja seurantoja, jotka voivat jatkaa lapsivuode-
osastolla.

Tarkistuslistan muuttumiseen vaikutti todennäköisesti se, että lastenosastohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen teoreettiseen viitekehukseen oli vaikea erotella kohderyhmä eli ne vastasyntyneet, jotka hoidetaan lastenosastolla eikä teho-osastolla. Tämän vuoksi lastenosastohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen teoreettinen viitekehys tuli sisältämään myös osan tehohoidossa tarvittavia hoitotoimenpiteitä sekä seurantoja. Toinen asia mikä vaikutti siihen, että hoitajat halusivat hoitotoimenpiteitä karsittavan tarkistuslistasta, oli se, että tarkistuslistan painopiste haluttiin pitää hoitotoimenpiteissä ja seurannoissa, jotka jatkuvat edelleen lapsivuode-
osastolla, eikä niinkään siinä, mitä on tehty lastenosastolla, jos se ei jatkuisi enää lapsivuode-
osastolla.

Tarkistuslistassa tärkeinä asioina pidettiin vastasyntyneen ravitsemukseen, lääkehoitoon sekä vanhempien ohjaukseen liittyviä asioita. Näin ollen tarkistuslistaa voidaan pitää vastasyntyneen hoitosuunnitelmana, sillä hoitosuunnitelmasta tuleekin käydä aina ilmi kaikki potilaan suunnitelmalliset hoidot ja seurantatoimet (Komulainen ym. 2011, 12 - 13). Tarkistuslistassa vastasyntyneen diagnoosin korostamista ei kuitenkaan pidetty niin tärkeänä vaikuttavana asiana.

Opinnäytetyön toteutusta pystyttiin arvioimaan hoitajilta saadun palautteen perusteella. Lastenosaston ja lapsivuodeosaston hoitohenkilökunta on tekemisissä vastasyntyneen potilassiirron kanssa. Näin ollen he olivat parhaita arvioimaan tarkistuslistan sisältöä ja antamaan palautetta, sillä tarkistuslista tuleekin muokata yksikössä henkilökunnan tarpeita vastaavaksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b). Hoitajilta saadun palautteen perusteella kävi ilmi, että tarkistuslista helpottaa lastenosaston ja lapsivuodeosaston välistä tiedonkulkua, ja näin ollen lisää potilasturvallisuutta. Lapsivuodeosasto hyötyy tarkistuslistasta, sillä sen avulla he saavat heti kokonaiskuvan vastasyntyneen terveydentilasta ja jatkohoitoon liittyvistä asioista. Tarkistuslistojen avulla on todettu tiedon siirtymisen helpottuvan, sekä uuden tarkistuslistan kehittämisen nähdään olevan tehokas tapa lisätä potilasturvallisuutta (Helovuo ym. 2011, 208 - 209). Lisäksi tiedonkulun turvaaminen on keskeinen osa potilasturvallisuutta (Helovuo ym. 2011, 72), ja hoitosuunnitelmaa pidetään tärkeänä potilasturvallisuuden työvälineenä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 18). Näin ollen voidaan vastasyntyneen osastosiirron tarkistuslistan nähdä lisäävän potilasturvallisuutta potilassiirroissa. Tällöin voidaan todeta, että

opinnäytetyön tavoite, parantaa tiedonkulkua tarkistuslistan avulla, ja opinnäytetyön tarkoitus, lisätä potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä lastenosastolta lapsivuodeosastolle, ovat toteutuneet.

Kritiikkinä lastenosaston hoitajilta saadussa palautteessa positiivisen palautteen lisäksi kävi ilmi, että tarkistuslista lisää heillä turhaksi koettua kaksoiskirjaamista ja tarkistuslista olisi helpokäyttöisempi sähköisessä muodossa. Toisaalta vaikka sähköinen järjestelmä on nopeampi käyttää kuin paperinen versio, käytetään silti esimerkiksi leikkauspotilaan kohdalla anestesiakaavaketta vain paperimuodossa. Tämä todennäköisesti siksi, että potilastietojärjestelmissä on omat haasteensa, kuten tietojärjestelmien yhteensopimattomuus (Arvola ym. 2012). Näin ollen paperimuotoisen vastasyntyneen osastosiirron tarkistuslistankaan käyttö ei voi olla kovin huono idea.

Parannusehdotuksena, jos opinnäytetyö olisi tehty toisin, olisi alussa tullut selventää lastenosaston ja teho-osaston ero vastasyntyneen hoidossa. Tämä olisi voitu tehdä esimerkiksi haastatteleamalla lastenosaston hoitajia, että mitä vastasyntyneen sairauksia heillä hoidetaan ja mitä ei, ja minkä sairauden kohdalla vastasyntynyt siirtyy vielä takaisin lapsivuodeosastolle, ja milloin sairaus on jo niin vakava, että se hoidetaan lastenosaston sijaan teho-osastolla. Toisaalta, vaikka tarkistuslista aluksi sisälsikin turhia hoitotoimenpiteitä ja seurantoja, ryhmähaastatteluiden myötä se onnistuttiin kuitenkin muokkaamaan lapsivuodeosaston hoitajien tarpeisiin vastaavaksi. Kehittämissideana tarkistuslista voitaisiin siirtää sähköiseen muotoon rakenteisen kirjaamisen yhteyteen, sillä rakenteisen kirjaamisen hyötyjä on, että tieto voidaan kirjoittaa yhteen paikkaan kerran, jonka jälkeen se on uudelleen hyödynnettävissä (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 15). Tarkistuslistan voisi myös laatia potilastietojärjestelmän ”suosikkeihin”, sillä palautteiden perusteella sähköisessä muodossa oleva tarkistuslista olisi kaikille mieluisin. Tällöin kaksoiskirjaaminen jäisi pois.

7 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Opinnäytetyöhön liittyy aina eettisiä kysymyksiä. Ne voivat liittyä muun muassa tiedonhankintaan, esimerkiksi millä tavoin tietoa hankitaan ja millaisesta tietolähteestä saatu tieto on peräisin. Keskeisinä kysymyksinä myös ovat: ”Millaista tietoa halutaan tuottaa ja miten tietoa on tarkoitus hyödyntää.” (Pohjola 2008.) Eettiset kysymykset pyrkivät myös vastaamaan siihen, mikä on ollut toiminnassa oikein ja mikä väärin ja mitä hyvää on tuotettu (Viskari 2009, 108).

Tämä opinnäytetyö oli toiminnallinen projekti, jossa tehtiin tarkistuslista hoitajien käyttöön. Tarkistuslistasta tehtiin alustava versio, jonka jälkeen osastotunneilla kerättiin hoitohenkilökunnalta parannusehdotuksia. Parannusehdotusten antaminen ja tarkistuslistan laatimiseen

osallistuminen oli hoitajille vapaaehtoista. Tutkimusluvut haettiin HUS:n johdolta ja työntekijöiden työnantajalta ryhmähaastatteluiden toteuttamiseksi. Haastatteluihin osallistuneet henkilöt saivat valmiiksi tutustua opinnäytetyön aiheeseen, jotta he ymmärsivät opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet sekä sen miksi heitä haastateltiin. Haastattelut nauhoitettiin puhelimen ääninauhurisovelluksella ja tähän kysyttiin ensin lupa hoitohenkilökunnalta ennen ryhmähaastattelun aloittamista. Litteroimisen jälkeen äänitteet poistettiin puhelimen sovelluksen muistista.

Tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen hoitajilta pyydettiin vielä palautetta liittyen tarkistuslistaan, tiedonkulun edistämiseen ja potilasturvallisuuteen. Palaute pyydettiin kirjallisesti ja nimettömänä, ja palautteen antaminen oli vapaaehtoista. Palautteita käytettiin tarkistuslistan arviointiin ja sen pohjalta pystyi myös pohtimaan opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumista. Ennen opinnäytetyön julkistamista varmistettiin lastenosaston osastonhoitajalta ja lapsivuodeosaston apulaisosastonhoitajalta, että saako sairaala olla opinnäytetyössä nimellä tunnistettavissa. Osastojen osastonhoitajat olivat keskenään eri mieltä asiasta, joten opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään nimikkeenä "eräs HUS:n sairaala".

Lähdekriittisesti ajatellen tässä opinnäytetyössä teoreettinen viitekehys on koottu luotettavista lähteistä. Näin ollen teorian tieto on luotettavaa ja soveltui hyvin alustamaan tätä projektia. Opinnäytetyössä haluttiin tuottaa konkreettisesti potilasturvallisuutta edistävä apuväline hoitajien käyttöön tuomatta esille sairaalan tunnistetietoja tai kenenkään henkilöllisyyttä. Näin ollen voidaan todeta, että projektin toiminta on ollut eettisesti hyvää ja projektin tuotoksena on saatu tuotettua eettisesti hyvä työkalu hoitajien käyttöön.

Lähteet

Painetut lähteet

Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus - Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino - Juvenes Print.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino - Juvenes Print.

Maijala, H., Helminen, M., Heino-Tolonen. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairastuneen lapsen perheen ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä saadusta ja annetusta avusta. Tutkiva Hoitotyö Vol. 9 (4), 2011.

Pelin, R. 2008. Projektihallinnan käsikirja. 5. painos. Jyväskylä: Projektijohtaminen.

Rajantie, J., Heikinheimo, M. & Renko, M. 2016. Lastentaudit. 6. painos. Helsinki: Duodecim.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa - Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 6. painos. Helsinki: Talentum Media.

Ruuskanen, O., Peltola, H. & Vesikari, T. 2007. Lasten infektiosairaudet. Jyväskylä: Tampereen yliopiston rokotetutkimuskeskus.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Turku: Suomen yliopistopaino - Juvenes Print.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvu, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvu, T. & Uotila, N. 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 2. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Viskari, S. 2009. Tieteellisen kirjoittamisen perusteet - Opas kirjoittamiseen ja seminaarityökentelyyn. 5. painos. Tampere: Juvenes Print.

Sähköiset lähteet

Arvola, T., Pommelin, P., Inkinen, R., Väyrynen, S. & Tammela, O. 2012. Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Viitattu 3.12.2016. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Duodecim. 2009. Keskosesta aikuiseksi. Viitattu 1.11.2016. http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98132

Hallman, M. 2012. Keskosien hengitysvaikeudet - uudet haasteet. Viitattu 3.11.2016. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Hermanson, E. 2012. Vastasyntyneen keltaisuus. Viitattu 10.8.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00802

HUSa. Historia. Viitattu 10.8.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/historia/Sivut/default.aspx>

- HUSb. Hyvinkään sairaala. Viitattu 10.8.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/Sivut/default.aspx>
- HUSc. Lastentautien vuodeosasto. Viitattu 10.8.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/lastentautien-vuodeosasto/Sivut/default.aspx>
- HUSd. Naistentautien- ja synnytysten vuodeosasto. Viitattu 29.3.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/synnytys/naistentautien-ja-synnytysten-vuodeosasto/Sivut/default.aspx>
- HUSe. Vastasyntyneiden hoito. Viitattu 15.8.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/lastensairaanhoito/lastentaudit/vastasyntyneiden-hoito/Sivut/default.aspx>
- Kallio, S. 2014. Moniammatillinen yhteistyö ikäihmisten lääkkeiden käytön järjeistämiseksi verkostotyöskentelyn viitekehityksessä. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/136094/PRO%20GRADU_Sonja%20Kallio_2014.pdf?sequence=1
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Viitattu 19.11.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80180/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f.pdf?sequence=1>
- Käypä hoito. 2013. Raskausdiabetes. Viitattu 5.11.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=60F9D22E4ECBA7AF525E731832FAA9AB?id=hoi50068>
- Luoto, R., Holmberg, K., Ruuskanen, O. & Lehtonen, L. 2014. Vastasyntyneen sepsis. Viitattu 11.8.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=16882618FD2D94CA403199A7D77D1E2C?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11584
- Luukkainen, P. & Fellman, V. 2016a. Syntymän jälkeinen adaptaatiovaihe. Viitattu 1.11.2016 http://www.oppiportti.fi/op/lta00030/do?p_haku=terve%20vastasyntynyt#q=terve%20vastasyntynyt
- Luukkainen, P. & Fellman, V. 2016b. Terve vastasyntynyt. Viitattu 1.11.2016. <http://www.oppiportti.fi/op/lta00029/do#q=terve%20vastasyntynyt#proxy>
- Meristö, T., Molarius, R., Leppimäki, S., Laitinen, J. & Tuohimaa, H. 2007. Laadukas SWOT - Työkalu pk-yrityksen innovaatiovetoisen tulevaisuuden menestyksen turvaamiseksi. Viitattu 10.11.2016. http://virtual.vtt.fi/virtual/proj3/innorisk/LAADUKAS_SWOT.pdf
- Pohjola, P. 2008. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä. Viitattu 12.11.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79208/gradu02622.pdf?sequence=1>
- Rantalainen, T. 2009. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Viitattu 30.10.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00284&p_haku=rakenteinen%20kirjaaminen
- Silfverberg, P. Ideasta projektiksi - Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 11.11.2016. http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf
- Skogberg, K., Halmesmäki, E., Sainio, S., Saisto, T., Salo, E., Nissinen, R. & Järvenpää, A. 2009. Vastasyntyneiden varhainen B-ryhmän streptokokkitauti pääkaupunkiseudulla. Viitattu 1.11.2016. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. B-ryhmän streptokokki. Viitattu 24.11.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/bakteeritaudit/b-ryhman-streptokokki>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Leikkaustiimin tarkistuslista. Viitattu 5.12.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalu/vaaratapahuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 5.12.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 7.12.2016.
<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Terveystuollon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1. Viitattu 1.11.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1

Viitala, J. & Petäjä, J. 2013. Vastasyntyneen keltaisuus. Viitattu 11.11.2016.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01341&p_haku=keltaisuus

Kuviot

Kuvio 1: Tarkistuslista vastasyntyneen osastosiirtoon.....	31
--	----

Liitteet

Liite 1: Palautekysely hoitajille	42
Liite 2: Ryhmähaastattelun kysymykset lapsivuodeosaston hoitajille	43
Liite 3: Ryhmähaastattelun kysymykset lastenosaston hoitajille.....	44
Liite 4: SWOT -analyysi	45
Liite 5: Tarkistuslistan täyttöohjeet.....	46

Liite 1: Palautekysely hoitajille

1. Onko tarkistuslista mielestäsi selkeä ja kattaako se vastasyntyneen osastosiirtoon tarvittavat asiat?
2. Millaista hyötyä tarkistuslistasta on vastasyntyneen osastosiirrossa?
3. Koetko, että tarkistuslistasta on apua turvallisen tiedonkulun ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi?
4. Miten kehittäisit/muuttaisit tarkistuslistaa?

Liite 2: Ryhmähaastattelun kysymykset lapsivuodeosaston hoitajille

Potilaan tiedot

1. Onko potilaan keskeisimmissä tiedoissa kaikki tarvittavat tiedot? Vai tulisiko jotain lisätä tai ottaa pois?

Hoito

2. Mitä hoitotoimenpiteitä tai seurantoja, jotka jatkuvat teillä edelleen, tulisi lisätä taulukkoon? Tai ottaa pois?
3. Tulisiko taulukkoon laittaa myös toimenpiteet, joita on tehty lastenosastolla vaikka ne eivät enää jatkuisi? Vai olisiko se turhaa?
4. Onko tässä kohdassa taulukko parempi vaihtoehto kuin vapaa tekstikenttä?

Lääkehoito

5. Mitä lääkehoitomuotoja taulukkoon tulisi lisätä?
6. Onko tässä kohdassa taulukko parempi vaihtoehto kuin vapaa tekstikenttä?

Ohjaus

7. Mitä vanhempien ohjaukseen liittyviä asioita tulisi lisätä?

Tehdyt tutkimukset

8. Onko tarkistuslistasta hyvä käydä ilmi tehdyt tutkimukset? Vai onko tämä kohta turha?
9. Onko tässä kohdassa vapaa tekstikenttä parempi vaihtoehto kuin taulukko?

Ulkoasu

10. Onko tarkistuslista mielestäsi tarpeeksi sujuvasti luettava? Jos ei, miten muuttaisit sitä?
11. Missä kohdissa vaihtoehtona vapaa tekstikenttä toimii ja mihin haluaisit ruksattavan vaihtoehdon?

Lopuksi

12. Koetko, että tarkistuslistasta voisi olla hyötyä vastasyntyneen osastosiirrossa?
13. Mikä on mielestäsi parasta tarkistuslistassa?

Liite 3: Ryhmähaastattelun kysymykset lastenosaston hoitajille

Potilaan tiedot

1. Mitä tietoja tulisi lisätä vastasyntyneen keskeisimpiin tietoihin?

Vitaalit

2. Mitä vitaalielintoimintoja tulisi lisätä vastasyntyneen seurantaan?
3. Entä mitä vitaalielintoimintoja vastasyntyneellä ei seurata?

Vointi

4. Mitä vastasyntyneen vointiin liittyviä asioita tulisi tarkistuslistaan lisätä?

Hoito

5. Mitä hoitotoimenpiteitä tarkistuslistaan tulisi lisätä keskoslasta hoidettaessa?
6. Mitä hoitotoimenpiteitä tarkistuslistaan tulisi lisätä hengitysvaikeuksista kärsivää vastasyntyntä hoidettaessa?
7. Mitä hoitotoimenpiteitä tarkistuslistaan tulisi lisätä hypoglykemiasta kärsivää vastasyntyntä hoidettaessa?
8. Mitä hoitotoimenpiteitä tarkistuslistaan tulisi lisätä infektiota sairastavaa vastasyntyntä hoidettaessa?
9. Mitä hoitotoimenpiteitä tarkistuslistaan tulisi lisätä keltaisuudesta kärsivää vastasyntyntä hoidettaessa?
10. Mitkä hoitotoimenpiteet tarkistuslistasta tulisi ottaa pois?

Lääkehoito

11. Mitä lääkehoitomuotoja tarkistuslistaan tulisi lisätä?
12. Entä mitkä lääkehoitomuodot tarkistuslistasta tulisi ottaa pois?

Ohjaus

13. Mitä vanhempien ohjaukseen liittyviä asioita tarkistuslistaan tulisi lisätä?

Ulkoasu

14. Mitä mieltä olet tarkistuslistan ulkoasusta ja miten muuttaisit sitä sujuvammin täytettäväksi tai luettavaksi?
15. Missä kohdissa vaihtoehtona vapaa tekstikenttä toimii ja mihin haluaisit ruksattavan vaihtoehdon?
16. Kuinka pitkä tarkistuslista saa olla?

Lopuksi

17. Miten koet tarkistuslistan käytön hyödyntävän sinua työssäsi?
18. Mikä oli parasta tarkistuslistassa?

Liite 4: SWOT-analyysi

SWOT-analyysi

<p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus lastenhoitotyötä kohtaan - Kiinnostus kehittää potilasturvallisuutta osastolla - Aikaisempi kokemus kehittämisprojekteista ja projektisuunnitelman laatimisesta - Tukiverkosto: opinnäytetyön ohjaajat ja osastonhoitaja 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ei aikaisempaa työkokemusta lastenosastolta - Ei aikaisempaa tietoa/kokemusta vastasyntyneen hoitoketjusta - Jos tarkistuslistan kehittämiseen ei osallistu tarpeeksi hoitohenkilökuntaa, ei saataisi riittävästi kehittämisideoita ja tarkistuslista saattaisi jäädä puutteelliseksi
<p>Mahdollisuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mahdollisuus lisätä opinnäytetyön tekijöiden teorian tietoa aiheesta - Päästä kehittämään potilasturvallisuutta, turvallisen tiedonkulun näkökulmasta potilassiirroissa - Oman asiantuntijuuden kehittyminen - Verkostoituminen työelämäympäristöön 	<p>Uhat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se, jos tarkistuslistan käyttöönotto jostakin syystä estyisi

Liite 5: Tarkistuslistan täyttöohjeet

Potilaan tiedot kohdassa nimi/henkilötunnuskohtaan voi laittaa potilastarran. Hoitoaika kohtaan merkitään milloin hoito lastenosastolla on alkanut ja milloin se on päättynyt. Syntymäpaino ja viimeisin paino helpottavat lukijaa hahmottamaan onko paino nousu- vai laskusuunnassa. Viimeisin paino -kohtaan tulee painon lisäksi merkitä myös päivämäärä milloin paino on otettu.

Tulosyy kohtaan on tarkoituksena kirjata miksi vastasyntynyt on tullut lastenosastolle hoitoon.

Vointi siirtohetkellä kohtaan voi vastata kuvailevasti (esim. vointi vakaa, hieman kellertävä, verensokerit niukkoja).

Hoitotoimenpide ja seuranta kohdassa ovat taulukossa kolme hoitotoimenpidettä/seurantaa, johon voi ruksilla merkitä mikä niistä jatkuu vielä lapsivuodeosastolla. Lisätiedot kohtaan laitetaan esim. kuinka usein seurataan.

Lääkehoito kohdassa taulukkoon luetellaan lääkkeet, jotka jatkuvat vielä lapsivuodeosastolla.

Ohjaus kohtaan merkitään rastilla äidin saama imetykseen tai vauvan perushoitoon (vaipanvaihtoon/navanpuhdistukseen) liittyvä ohjaus. Jos asioita ei ole käyty läpi, ruudun voi jättää tyhjäksi ja lisätietoihin kirjata, että asiaa ei ole käyty yhdessä läpi tai esimerkiksi äiti ei ole kertaakaan vielä päässyt vaihtamaan vaippaa.

Tehdyt tutkimukset kohtaan hoitaja voi vapaasti luetella vastasyntyneelle tehdyt tutkimukset, ja lisätä, jos niissä on jotain huomioitavaa.

Muuta jatkohoitosuunnitelmaan liittyvää kohtaan kirjataan esimerkiksi mitä labroja tulee ottaa ja mitä tulee seurata. Tähän kohtaan voi vielä tarkemmin kirjoittaa vastasyntyneen jatkohoitoon liittyvistä asioista.