
**Fyysisten tilojen turvallisuus aivohalvauspotilaan hoidossa
vuodeosastolla**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu Hämeenlinna, syksy 2013

Heta Huhtasaari



LAHDENSIVU

Hoitotyö

Tekijä

Heta Huhtasaari

Vuosi 2013**Työn nimi****Fyysisten tilojen turvallisuus aivohalvauspotilaan hoidossa vuodeosastolla**

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat varmistavat aivohalvauspotilaiden fyysisen turvallisuuden päivittäisessä hoitotyössä vuodeosastolla. Tarkoitus oli hoitajien kokemusten avulla saada tietoa riskitekijöistä ja miten riskejä voitaisiin ennakoida tutkittavalla osastolla. Aiheen toimeksianto tuli Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian ja ihotautien vuodeosastolta. Potilaiden fyysinen turvallisuus on laaja käsite, joten aihe koskemaan aivohalvauspotilaita ja heidän fyysistä turvallisuuttaan suhteessa osaston fyysisiin tiloihin.

Opinnäytetyö toteutettiin kyseisellä osastolla havainnoinnin, valokuvaamisen ja ryhmähaastattelun keinoin. Strukturoimaton havainnointi tapahtui osastolla tutkijan toimesta, jonka pohjalta tutkimuksen alettua valokuvattiin osaston fyysisiä tiloja ja lavastettuja tilanteita päivittäisestä hoitotyöstä. Valokuvia apuna käyttäen toteutettiin ryhmähaastattelu osaston hoitajille. Tutkimustulokset koottiin hoitajien kokemusten ja havaintojen perusteella.

Tutkimuksen tuloksena saatiin tietoa siitä, että hoitajat takaavat aivohalvauspotilaan turvallisuutta osastolla huomioimalla ennakkoon ympäristön riskitekijöitä, vaikuttamalla niihin mahdollisuuksien mukaan. Hoitajat siis pyrkivät ennakkoon vaikuttamaan mahdollisiin vaaratilanteisiin, ja poistamalla ympäristöstä niitä tekijöitä, jotka vaarantavat potilaiden turvallisuutta. Lisäksi he ohjaavat potilasta ja toteuttavat huolellista perushoitoa. Apuvälineiden oikeaoppinen käyttö, potilastuntemus, kokemukset ja koulutus vahvistavat osaamista ja tietoa vaaratilanteiden välttämiseksi.

Avainsanat Hoitoympäristö, potilasturvallisuus, riskitekijät, aivohalvaus**Sivut**

26 s. + liitteet 2 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Heta Huhtasaari	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Safety of the physical caring environment when nursing a stroke patient in a ward	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to study how the nurses take the physical nursing environment into consideration when they take care of stroke patients while working in the ward on daily basis. The purpose was to gather information from the nurses experiences on how the risks could be predicted. The assignment for the thesis came from Kanta-Häme central hospital neurological and skin diseases ward. Patients' physical safety is a wide concept so it was limited to involve only stroke patients and their physical safety in relation to physical environment of the ward.

The thesis was carried out on the mentioned ward using observation, photos and focus group interview. Unstructured observation was carried out by the author and the author took photographs of the physical environment and on stitch ups based on the observation. The focus group interview by using the photographs was held to the nurses that worked on the ward. Material for the research was collected on the interview from the nurse's experiences and observations.

The results from the study created information about how the nurses make sure that the stroke patient's safety in the ward is guaranteed by acknowledging the risk factors around and trying to impact on those things. Nurses try to effect beforehand on the risk factors and remove those things from the nursing environment. Also they guide the patients and carry out cautious care. The right way of using devices, knowing the patients, experiences and education strengthens the nurse's knowledge about preventing risk factors.

Keywords Caring environment, patient safety, risk factors, stroke

Pages 26 p. + appendices 2 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	POTILASTURVALLISUUS	2
2.1	Potilasturvallisuus ja lait	2
2.2	Turvallinen hoitotyö.....	3
3	AIVOHALVAUS	4
3.1	Aivoverenkiertohäiriöt	5
3.2	Aivovammat	6
3.3	Aivohalvauspotilaan liikkuminen	6
4	FYYSISTEN TILOJEN TURVALLISUUS	7
4.1	Potilashuone sekä WC- ja peseytymistilat	7
4.2	Yleiset tilat	9
4.3	Hoitovälineistö ja teknologia	9
4.4	Valaistus, ilmanlaatu ja melu	10
4.5	Paloturvallisuus	10
5	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TOIMINTAYKSIKÖN ESITTELY	11
6	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTTAMINEN	12
6.1	Kliinisen ympäristön havainnointi ja valokuvaus	12
6.2	Ryhmähaastattelu ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	16
6.3	Tutkimusaineiston analysointi ja käsittely	17
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	18
7.1	Fyysisen ympäristön riskit	18
7.2	Potilasturvallisuutta edistävä hoitotyö	19
7.3	Hoitajien kyky ennakoida ja ehkäistä haittatapahtumia.....	20
8	POHDINTA.....	21
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	21
8.2	Tutkimustulosten pohdinta ja tarkastelu	23
	LÄHTEET	24
Liite 1	Valokuvauslupa	
Liite 2	Induktiivinen sisällönanalyysi	

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain yli 10 000 henkilöä, joista yli puolelle jää sairastumisensa jälkeen jokin pysyvä haitta. Yksi näistä pysyvistä haitoista on halvausoireisto, joka on joko toispuolinen tai vakavimmissa tapauksissa kaikki neljä raajaa halvaannuttava. (Kaste ym. 2006, 271–272.) Halvausoireisto vaikeuttaa merkittävästi potilaan liikkumista, mutta oikein ajoitetulla fysio- ja toimintaterapialla sairastumisen alkuvaiheessa voidaan saada hyviä tuloksia. (Kotila & Palomäki 2006, 604.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan potilaiden hoidon turvallisuuden ja hoidon laadun takaamista niin, ettei hoidosta aiheudu potilaalle mitään haittaa (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 11). Se koostuu hoidon, laitteiston ja lääkityksen turvallisuudesta, joiden poikkeamista voi aiheutua hoidossa vaaratapahtuma. Huonot olosuhteet ovat hoitolaitoksissa altistavina tekijöinä toiminnan poikkeamille ja virheille. Siksi fyysisen ympäristön osuus potilasturvallisuudessa on merkittävä kokonaisuus. Esimerkiksi tarkkailemalla hoitoympäristön välineistöä ja kalustusta säännöllisesti hoitaja pystyy työympäristössä vaikuttamaan ympäristönsä turvallisuuteen. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13–14, 63, 67–68.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka vuodeosaston hoitajat pystyvät olemassa olevissa puitteissa huomioimaan aivohalvauksen sairastaneiden potilaiden fyysistä turvallisuutta päivittäisessä hoitotyössä. Aihe opinnäytetyön tekemiselle tuli Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian vuodeosastolta, jossa oli toivottu aiheesta tehtäväksi opinnäytetyötä. Potilaiden fyysinen turvallisuus on aiheena kokonaisuudessaan hyvin laaja, joten tähän opinnäytetyöhön aihetta päätettiin rajata aivohalvauspotilaan näkökulmaan.

Työn teoriaosuus koostuu potilasturvallisuuden, aivohalvauspotilaan sekä fyysisten tilojen turvallisuuden teorian tiedosta. Teoriatieto kerättiin ajankohtaisia lähteitä käyttäen alan kirjallisuudesta, tutkimuksista ja internetlähteistä. Vastaavanlaisia aikaisempia tutkimuksia ei opinnäytetyöprosessin aikana löytynyt.

Tutkimuksessa hyödynnettiin strukturoimatonta havainnointia tutkijan toimesta ennen varsinaisen tutkimuksen alkamista kyseisellä osastolla. Tutkimusluvan saamisen jälkeen osaston tiloja valokuvattiin. Lisäksi tilanteita päivittäisestä hoitotyöstä lavastettiin valokuvattavaksi. Kerätyn aineiston pohjalta pidettiin osaston hoitajille osastotunnin yhteydessä ryhmähaastattelu, jossa kerättiin varsinainen tutkimusmateriaali analysoitavaksi. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä hyödyntäen.

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus on erittäin suurena ja tärkeänä osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Se takaa terveyden- ja sairaanhoidon laadun. Periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaiden hoidon turvallisuus, muodostavat yhdessä potilasturvallisuuden. Potilaalle ei saisi hoidosta aiheutua mitään tarpeetonta haittaa. Oikein ja oikeaan aikaan toteutettu hoito on turvallista, ja saatavilla olevia voimavaroja on hyödynnetty mahdollisimman optimaalisesti. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 11.)

Potilasturvallisuus koostuu muun muassa hoidon, lääkityksen sekä laitteiden turvallisuudesta. Jokin poikkeama, haittavaikutus tai hoitovirhe voi aiheuttaa vaaratapahtuman. Vaaratapahtuma voi olla läheltä piti - tapahtuma, tai tapahtuma voi johtaa varsinaiseen haittatapahtumaan. Haittatapahtumasta aiheutuu joko potilasvahinko tai lääkevahinko. (Helovuori ym. 2011, 13–14.) Haittatapahtuma voi olla väistämätön tai ehkäistävissä oleva haittatapahtuma. Ehkäistävissä olleet haittatapahtumat ovat aiheutuneet esimerkiksi laiminlyönnistä (Aaltonen & Rosenberg 2013, 11).

2.1 Potilasturvallisuus ja lait

Suomen terveydenhuoltolaissa (1326/2010) mainitaan, että potilaiden turvallisuus hoidon yhteydessä tulee taata. Esimerkiksi terveydenhuoltolain (1326/2010) 1. luvun 8§:n mukaan terveydenhuollossa on sen potilaille taattava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa hoitoa, jonka on oltava turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tulee olla laadittuna suunnitelma potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta sekä laadunhallinnasta (STM, Terveydenhuoltolaki 1326/2010 30.12.2010). Sosiaali- ja terveysministeriö on säätänyt asetuksen kyseisestä laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (341/2011) 6.4.2011. Asetuksen mukaan suunnitelmassa tulee olla sovittuna tiedot muun muassa siitä, miten henkilökunta osallistuu potilasturvallisuuden kehittämiseen ja miten potilaat ja heidän omaiset voivat antaa palautetta turvallisuusasioista. Lisäksi suunnitelman tulee sisältää tiedot siitä, miten turvallisuusriskit tunnistetaan, ennakoidaan ja raportoidaan.

Potilasturvallisuuden näkökulma on läsnä myös muussa lainsäädännössä. Potilasvahinkolaissa (585/1986) määrätään, että potilaalle tulee korvata terveyden- tai sairaanhuollon piirissä tapahtunut henkilövahinko, ja lääkelaisissa (395/1987) lääkkeiden käytön turvallisuutta määrätään ylläpidettäväksi ja edistettäväksi. Tartuntalain (583/1986) potilasturvallisuuden näkökulma on pyrkiä estämään haittatapahtumia, jotka liittyvät infektioihin. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) vaatii potilasturvallisuus huomioon ottaen, että kaikkien terveydenhuollon työntekijät ovat käyneet ammattitoiminnan vaatiman koulutuksen.

”Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä” potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 on sosiaali- ja terveysministeriön asettaman potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän laatima suunnitelma. Sen tarkoituksena on edistää potilasturvallisuuden parantamista, sekä ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäisempään kulttuuriin aiheen saralla. Strategia luotiin toteutettavaksi sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa, ja sen tavoitteena on, että vuoteen 2013 mennessä potilasturvallisuutta toteutettaisiin asetuksen mukaisesti rutiinilla osana toiminnan rakenteita ja toimintatapoja.

Strategia käsittelee potilasturvallisuutta ja siihen liittyviä seikkoja neljästä eri näkökulmasta, jotka yhdessä muodostavat turvallisen ja vaikuttavan hoidon. Nämä näkökulmat käsittävät turvallisuuskulttuurin, johtamisen, vastuun ja säädökset. Nämä vielä tarkemmin sisältävät muun muassa raportoinnin ja virheistä oppimisen, ennakoinnin ja laadunhallinnan sekä potilasturvallisuusosaamisen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13.)

2.2 Turvallinen hoitotyö

Jotta hoitaminen olisi turvallista, tulee hoitajan kiinnittää huomiota hoitamiseen liittyviin prosesseihin ja toimintatapoihin, eli toteuttaa itse hoitoa turvallisilla hoitomenetelmin. Jokaisella organisaatiolla on erilaisia virallisesti kirjattuja käytäntöjä, joiden tarkoituksena on kehittää toimintatavat ja –prosessit sellaisiksi, että haittatapahtumat minimoitaisiin. Hoitamisen turvallisuuteen liittyy myös oikeaoppinen dokumentointi sekä tiedonkulku, jotka luovat pohjan turvallisuusriskien hallinnalle. (Helovuo ym. 2011, 13, 21, 63–64.)

Hoitamisen tulisi perustua lääketieteellisen hoidon näyttöön. Sen pohjalta on laadittu hoitosuosituksia. Esimerkiksi Suomessa Käypä hoito -suositukset ovat erikoislääkäriyhdistysten yhdessä laatimia tieteelliseen näyttöön perustuvia suosituksia. Tutkittuun tietoon perustuvat näytöt luovat terveydenhuollon ammattilaisille teoreettisesti perusteltuja yhdenmukaisia ja systemaattisia käytänteitä. Tällöin potilaan hoitamisessa pystytään käyttämään parhaita ratkaisuja tehtäessä hoitopäätöksiä. (Komulainen 2013, 131–132.)

Hoitajan tulisi pyrkiä virheettömään toimintaan ja kantaa vastuuta oman hoitonsa turvallisuudesta. Kaikkeen inhimilliseen toimintaan kuitenkin liittyy mahdollisuus erehtyä. Tämä tulisi kuitenkin hyväksyä, ja virheistä tulisi oppia. Sitä kautta potilasturvallisuutta pystytään entisestään kehittämään. Palautteen vastaanottaminen on myös tärkeää toiminnan ja turvallisuuden kehittämässä. (Helovuo ym. 2011, 21–22.)

Myös lääkehoito on merkittävä osa potilasturvallisuutta. Potilaalle annettavan lääkkeen on yksinään oltava turvallinen potilaalle annettavaksi. Käytettävien lääkkeiden tulee olla tutkittuja ja haittojen selvittämistä jatketaan lääkkeiden ollessa laajasti käytössäkin. Toimintatavat lääkehoitoa toteutettaessa tulee olla turvallisuutta ajatellen kunnossa. Potilaalle tulee antaa oikea lääke, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Lääkkeen antamatta

jättäminen voi myös vaarantaa potilasturvallisuuden. Potilasta tulee neuvoa oikein lääkkeen käytössä ja mahdolliset väärinymmärrykset tulee esittää ja oikoa. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 13–15.)

Jokaisesta hoitoa tarjoavasta organisaatiosta (esimerkiksi sairaalasta) tulee löytyä lääkehoitosuunnitelma, joka toimii käytännön työvälineenä lääkehoidon toteuttamisessa ja kehittämisessä. Jokaisen uuden työntekijän on työpaikallaan käytävä työyksikön lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelmasta voi esimerkiksi löytää tiedon työyksikön henkilöstön vastuiden, velvollisuuksien ja työnjaon lääkehoidon osalta. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 18–19.)

Jokainen hoitaja osaltaan voi vaikuttaa lääkehoidon turvallisuuteen ylläpitämällä omaa ammattitaitoaan ja tietojaan. Määräajoin on tehtävä osaamisen varmistaminen. Uusilta työntekijöiltä varmistetaan lääkeosaaminen ja annetaan perehdytys, sekä tarvittaessa annetaan lisäkoulutusta. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 21.)

3 AIVOHALVAUS

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain Suomessa noin 14 000 henkilöä. Sairastuneista noin puolelle eloonjääneistä jää elämänlaatua heikentävä pysyvä haitta. Toispuolihalvaus on yksi yleisimmistä pysyvistä haittoista. (Kaste ym. 2006, 271–272.) Verenkiertohäiriön lisäksi hemipareesin aiheuttajana voi olla myös aivovamma. (Palomäki, Öhman, Koskinen 2006, 431.)

Sairauksina aivoverenkierron häiriöt ja vammat ovat vakavia, ja kuolleisuus vuosittain on noin 5000 henkilöä. Esimerkiksi aivoinfarktiin sairastuneista ensimmäisen kuukauden aikana kuolee noin 19 % ja aivoverenvuodoista kärsivistä puolestaan noin 30 % kuolevat ensimmäisen kuukauden aikana. Jos kyseessä on SAV (subaraknoidaalivuoto), ennuste on 50 %. (Kaste ym. 2006, 271–272.)

Useimmiten neurologiset potilaat kohtaavat sairautensa äkillisesti. Nämä sairaudet, kuten aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat, ovat usein hyvin vakavia ja toimintakykyä rajoittavia. Sairastuminen voi vaikuttaa potilaan toimintakyvyn heikkenemisen lisäksi tunne-elämään, ajatteluun sekä taajuntaan. (Salmenperä, Tuli & Virta. 2002, 10.)

Hemipareesilla tarkoitetaan halvausta joka on toispuolinen. Täydellistä halvausta kutsutaan puolestaan hemiplegiaksi. (Kaste ym. 2006, 272.) Halvausoire voi olla joko aktiivisen liikkeen puuttumista, tai sen heikentymistä. Aivoinfarktin tai vuodon sijainti aivokudoksessa vaikuttaa siihen, missä hemioireisto potilaalla esiintyy. Esimerkiksi vaurioituneen aivokudoksen ollessa aivojen vasemmalla puolella, näkyy hemipareesi oire potilaan oikeassa raajaparissa, ja päinvastoin. Oireen vakavuuteen vaikuttaa infarktin tai vuodon laajuus. (Laine ym. 2002, 37, 33–34.)

Hemipareesin- ja -plegian ollessa oireina sairastumisesta, tarvitaan jatkohoidossa aktiivista fysio- ja toimintaterapiaa. Intensiivinen kuntoutus tulisi

sijoittaa heti sairastumisen jälkeisiin ensimmäisiin kuukausiin, jolloin kuntoutuminen onnistuu parhaiten. Jatkossa tarvitaan myös ylläpitävää kuntoutusta, jotta saavutettu kuntoutustulos säilyisi. (Kotila & Palomäki 2006, 604.)

3.1 Aivoverenkiertohäiriöt

Stroke eli aivoverenkiertohäiriö (AVH) voi olla iskeeminen tai hemorraginen. Iskeemisellä aivoverenkiertohäiriöllä tarkoitetaan aivokudoksen verettömyyttä, ja hemorragisella aivovaltimon verenvuotoa. Iskeeminen aivoverenkiertohäiriö voi olla ohimenevä, jolloin sen aiheuttamat oireet ovat myös ohimeneviä. Tällöin puhutaan TIA-kohtauksesta. Jos iskeeminen kohtaus ei mene ohi ennen potilaan varsinaista tutkimista, on kyseessä aivoinfarkti. Iskemia-tilanteessa syy voi löytyä suurista tai pienistä suonista tai mahdollisesti sydänperäisestä emboliasta. (Kaste ym. 2006, 271–272.)

Aivoverenkiertohäiriöstä aiheutunut hemorragia, eli paikallinen aivovaltimon verenvuoto, voi vuotaa joko aivoaineeseen (ICH) tai lukinkalvonalaiseen tilaan, jota kutsutaan nimellä SAV eli subaraknoidaalivuoto (Kaste ym. 2006, 271–272). ICH:n oireet voivat muistuttaa hyvinkin paljon iskeemisen aivoverenkiertohäiriöön liittyvää halvausoireistoa, kun puolestaan SAV-potilaalla oireisiin liittyy aivokalvojen ärsytyksestä johtuvia oireita, kuten niskajäykkyyttä. (Laine ym. 2002, 28.) Lisäksi subaraknoidaalivuodossa oireina ovat äkillisesti alkanut päänsärky, silmien valonarkuutta, pahoinvointia ja jopa oksentelua (Mannio, Pylvänäinen & Schörrus 2002, 263).

Noin puolelle aivoverenkiertohäiriöstä selvinneille potilaille jää sairastumisen jälkeen pysyvä haitta. Näitä haittoja ovat muun muassa halvaukset, kuten toispuoleinen tai täydellinen halvaus, afasia eli kielellisten toimintojen osittainen tai täydellinen häiriö, sekä muut kognitiiviset häiriöt. Kognitiivisten häiriöiden laatu riippuu siitä, kummalla puolella aivoja vaurio on syntynyt. Esimerkiksi neglect-oireessa jolloin aivovaurion sairastanut henkilö ei huomioi vasemman puolen havaintokenttää, on aivovaurio syntynyt aivojen oikealla puolella. Jos puolestaan vasemman aivopuoliskon takaosissa on vaurio, saattaa henkilöllä olla vaikeuksia laskemisessa, kirjoittamisessa tai lukemisessa. (Hokkanen ym. 2006, 118–119.)

Aivoverenkiertohäiriöiden sairastumiseen on todettu olevan olemassa erinäisiä riskitekijöitä, jotka koostuvat muista sairauksista ja fysiologisista suureista. Esimerkiksi taipumus korkeisiin verensokereihin sekä sairastettu verenpainetauti ovat merkittäviä vaaratekijöitä. Korkeissa verenpaineissa riski kasvaa sitä korkeammalle, mitä kohonneimmat lukemat systolisessa tai diastolisessa paineissa on. Hyvin hoidettu verenpainetauti eli matalammat verenpaine-arvot puolestaan alentaa halvausriskiä. Kohonneen aivoverenkiertohäiriöriskin lisäksi kohonnut verenpaine voi jopa viisinkertaistaa riskin sairastua aivoverenvuotoon. Muita iskemian todettuja vaaratekijöitä ovat muun muassa tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä yksilön ominaisuudet kuten ikä ja sukupuoli. (Kaste 2006, 282–287.)

3.2 Aivovammat

Aivovammalla tarkoitetaan päähän kohdistuneen trauman aiheuttamaa taapahtumaa. Jotta trauma voidaan kutsua aivovammaksi, täytyy sen täyttää yksi tai useampi neljästä asetetusta kriteeristä. Ensimmäinen näistä on minkä tahansa mittainen tajunnanmenetys, ja toinen muistin menetys, joka voi ilmetä välittömästi trauman jälkeen tai välittömästi sitä edeltävästi. Kolmas kriteeri on jonkin henkisen toimintakyvyn muutos. Tällaisiksi luokitellaan esimerkiksi desorientaatio tai vammautumisen yhteydessä esiintynyt sekavuus. Viimeisimpänä on aivovauriosta kertova neurologinen oire tai pään kuvantamistekniikoilla todettu löydös. (Palomäki, Ohman & Koskinen 2006, 424–425.)

Aivovammat voidaan luokitella primaarisiin ja sekundaarisiin vaurioihin. Primaarisia vammoja ovat esimerkiksi suora kontaktivamma kaatumisesta ja pään lyömisestä. Tällöin aivoihin voi syntyä trauman vuoksi aivokudoksen vaurioita ja verenpurkauksia eri tiloihin, kuten epiduraalitalaan tai subaraknoidaalitalaan. Myös kallonmurtumat ja kallon lävistävät vammat ovat primaarisia vammoja. (Palomäki ym. 2006, 425–429.)

Primaarisiksi vaurioksi luokitellaan myös epäsuora liikevamma liikenneonnettomuudessa, jossa vamma syntyy kiihtyvyyden tai hidastuvuuden vaikutuksesta, jolloin aivokudos venyy. Aivokudoksen venyminen saattaa aiheuttaa vaikeankin aksonivaurion, joka voi johtaa pitkään tajuttomuuteen. Myös aivopoimujen iskeytyminen kalloa vasten saattaa aiheuttaa aivokudoksessa verenvuotoa ja vaurioita. (Palomäki ym. 2006, 425–426.)

Sekundaarisella vauriolla tarkoitetaan ilmiötä, jossa vamma syntyy minuuttien tai päivien kuluessa primaarivammasta ja aiheuttaa lisävauriota. Sekundaarisen aivovaurion taustalla saattaa ollakin esimerkiksi turvotus aivokudoksessa, hypoksia, joka on aiheutunut esimerkiksi hengityspysähdyksestä tai ilmäteiden ahtaumasta, hypotensio, jonka taustalla voi olla sokki, selkäydinvamma tai sydäninfarkti, elektrolyyttihäiriöt sekä muut syyt kuten hypertermia tai anemia. (Palomäki ym. 2006, 429–430.)

Aivovamman kärsineet henkilöt oirehtivat aivoverenkiertohäiriön saaneiden potilaiden mukaisesti riippuen siitä, mikä aivojen alue on vammautunut. Hoito tapahtuu oireenmukaisesti ja sekundaaristen vaurioiden syntymistä pyritään estämään. Noin 10–25%:lla kontuusiovamman saaneista potilaista voidaan todeta hemipareesi. (Palomäki ym. 2006, 432–433.)

3.3 Aivohalvauspotilaan liikkuminen

Yhdessä muiden aivoinfarktista, -verenvuodosta tai -vammasta johtuvien neurologisten oireiden kanssa potilaan liikkuminen huomattavasti vaikeutuu. Esimerkiksi halvausoireen lisäksi potilaalla saattaa olla vaikeutta käsitellä tietoa ja ärsykeitään ympäristöstä ja omasta kehostaan. Tämän vuoksi potilaan liikkumisen arvioimiseksi hoitohenkilökunnan tulisi hyödyntää fysioterapeuttien asiantuntemusta. Fysioterapeutit osaavat esimerkiksi arvioida, mitä apuvälineitä potilas tarvitsee liikkumisen tueksi. Potilaan liikkumisen ohjaamisen tulisi olla aina johdonmukaista ja yhdensuun-

taista. Kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta liikkumistilanteissa hyödynnetään mahdollisimman paljon ohjaamista suoranaisen auttamisen sijasta. (Laine ym. 2002, 56.)

Jokaiselle AVH- potilaalle on asetettu osastolle tullessa lääkärin toimesta jokin mobilisaatiotasoluokitus, jonka mukaan hoitajat potilaan kanssa toimivat. Nämä luokitukset ovat: 1. potilas on vuodelevossa, 2. potilas saa istua avustettuna geriatrisessa tuolissa, 3. potilas jaa siirtyä omatoimisesti pyörätuoliin, 4. potilas voi käydä wc:ssä ja 5. potilas voi liikkua ilman rajoituksia. Mobilisaatioluokitus määrittää sairauden luonteen ja oireiden mukaisesti. Noudattamalla luokitusta varmistetaan potilaan liikkumisen turvallisuus. (Laine ym. 2002, 56–57.)

4 FYYSISTEN TILOJEN TURVALLISUUS

Sairaalan fyysisillä tiloilla tarkoitetaan sisätilojen ympäristöä, johon mukaan voidaan laskea muun muassa valaistus, sisäilman laatu sekä melu. Sisustussuunnittelu on myös osa fyysisiä tiloja, johon lasketaan kalusteet, hoitovälineistö sekä materiaalit. Myös tilojen rakenteet, esimerkiksi eri tilojen sijainnit ovat osa fyysisten tilojen määrittelyä. (Joseph & Rashid 2007, 714.)

Fyysinen ympäristö hoitolaitoksissa on yksi potilasturvallisuuden merkittävästi vaikuttavista tekijöistä. Huonot olosuhteet altistavat toiminnan poikkeamille ja virheille. Vaikuttavina tekijöinä fyysisten tilojen turvallisuuden ovat ensisijaisesti tilojen suunnittelu, eli rakenteet ja tilojen järjestely. Myötävaikuttavia tekijöitä vaaratapahtumien syntyyn ovat muun muassa heikko valaistus, tilojen ahtaus, sekavuus ja epäjärjestys, heikko puhtaanapito sekä rakenteiden vaarallisuus ja varoitusmerkintöjen puuttuminen. (Helovuo ym. 2011, 63, 67.)

Hoitaja toimiessaan työympäristössään pystyy vaikuttamaan ympäristönsä turvallisuuden esimerkiksi tarkkailemalla hoitoympäristön välineistöä ja kalustusta säännöllisesti. Havaitut virheet voidaan raportoida eteenpäin, ja raportointiin tulisi olla kehitetty selkeät kanavat. Puutteisiin pitäisi reagoida välittömästi. (Helovuo ym. 2011, 67–68.)

Potilaiden kaatumistapaturmat, sairaalainfektiot sekä henkilökunnan työtapaturmat ovat keskeisimpiä fyysisen työympäristön aiheuttamia vaaratapahtumia. Esimerkiksi monesti iäkkäiden heikkokuntoisten potilaiden kaatumiset johtuvat monesti fyysisen ympäristön puutteista, mutta myös monesti heistä itsestään. (Kotilainen 2012.) Kaatumisia ja potilaiden putoamisia tapahtuukin Suomen sairaaloissa vuoden aikana noin tuhat (Haavisto, Mäkijärvi & Anttila 2013, 318).

4.1 Potilashuone sekä WC- ja peseytymistilat

Monissa hoitolaitoksissa potilashuoneet ovat usean hengen huoneita, ja siten aiheuttavat paljon häiriötekijöitä etenkin yöaikaan (Kotilainen 2012). Yhden hengen huone mahdollistaisi yöllisen rauhan. Tämä puolestaan

rauhottaa potilaan unen, jolloin yölliset vaaralliset liikkeellelähdöt vähenevät. Kaatumistapaturmia sattuuakin eniten niille huonokuntoisille potilaille, jotka etenkin yöllisten heräämisten yhteydessä nousevat vuoteesta. (Haavisto ym. 2013, 318.)

Huoneiden tulisi olla tarpeeksi tilavia, jotta esimerkiksi potilaiden siirtäminen voitaisiin toteuttaa mahdollisimman ergonomisesti. Tiloissa pitäisi olla myös tilaa erilaisten apuvälineiden kuten nosturien käyttämiseksi. (Kotilainen 2012.) Esimerkiksi Englannin kansallisten sairaalanrakennusohjeiden mukaisesti potilaiden huoneessa sängyn ympärille tulisi jäädä tilaa ohjeistettujen mittojen mukaan reilusti, ja yhden hengen huoneita tulisi olla vuodepaikoista 50–100 %. Tällainen huone mahdollistaa myös hoitamiselle rauhan, potilaalle yksityisyyden ja huone on mahdollista siivota tarkemmin. (Haavisto ym. 2013, 333.)

Yhden hengen huone on myös tarpeen, jos pyritään estämään infektioiden leviäminen potilaasta toiseen. Tällöin potilaalla tulisi olla myös käytössä oma WC- sekä peseytymistila. Vaikka aseptiikan ohjeita noudatetaan, saattavat mikrobit levitä ovenkahvojen kautta eteenpäin. Siksi fyysisten tilojen puhtaudella ja siivoamisella on myös suuri merkitys infektioiden torjunnassa. Infektioiden torjunta muodostuu ongelmaksi erilaisilla valvontaosastoilla, joissa samassa tilassa on useita potilaita. (Anttila 2013, 96–98.)

Potilasvuoteen on oltava potilaalle turvallinen. Sen on oltava tarpeeksi leveä ja korkea, sekä sitä tulisi pystyä säätämään tarpeiden mukaisesti. Esimerkiksi siirtotilanteissa sänky tulisi olla mahdollista asettaa sopivalle korkeudelle. Potilaan henkilökohtaisten tavaroiden tulisi olla helposti saatavilla, sekä hoitajakutsun tulee potilashuoneessa olla sijoitettu niin, että potilaan ei tarvitse kurotella. Kalustuksen tulee olla sijoitettuna potilaan terveydentilaan nähden niin, että esimerkiksi sängystä nouseminen onnistuisi ongelmitta. (THL 2012, 52–53, 127–128) Potilaspöytien tulisi olla myös turvallisia, eivätkä ne saisi esimerkiksi kallistua kaataen kuumia juomia tai ruokia potilaan syliin (Helovuori 2011, 68).

Wc- ja peseytymistiloissa tulisi olla mahdollisuus avata lukossa oleva ovi myös ulkopuolelta, sekä oven tulisi avautua tilasta ulospäin. Tilasta tulisi myös löytyä jonkinlainen tukitanko tai kädensija erityisesti suihkutilan tai ammeen vierestä. (YMa 3/2001.) Tuet tulisi sijoittaa niin, että niitä pystytään hyödyntämään esimerkiksi wc-istuimelta noustessa tai hampaita harjattaessa (Kotilainen 2012). Lisäksi wc-istuimen olisi hyvä olla tarpeen mukaisesti korotettavissa sekä hoitajakutsupainikkeeseen tulisi ylettää wc-istuimella istuessa (THL 2012, 182).

Wc- ja pesutilojen lattian täytyisi olla sellainen, että se ei aiheuta liukastumisvaaraa. Jos lattia ei kuivu itsestään, sen kuivaamisesta täytyy huolehtia. Tarpeen mukaan lattialle asetetaan liukuestematto. Suihkussa olisi hyvä olla istuin, jossa on tukevat käsinojat ja joka ei liu'u alta. (THL 2012, 182.) Tällaisten tilojen tulisi olla myös mitoitettu ja suunniteltu tilan toimintaa ajatellen. Esimerkiksi suunnittelussa voidaan kiinnittää huomiota siihen, että potilas pääsee itse apuvälineitä käyttäen koko matkan vuoteelta

wc-istuimelle asti. Potilasturvallisuuteen vaikuttavia asioita ovat myös vuoteen sijoittelu wc:hen nähden, tai mihin wc on huoneessa sijoitettu. (Kotilainen 2012.)

4.2 Yleiset tilat

Yleisissä tiloissa tulee kiinnittää huomiota muun muassa eri pintojen ominaisuuksiin. Lattiapintojen tulisi olla tasaisia, ja valmistettu materiaalista joka liukastumis- sekä kompastumisriskit olisivat mahdollisimman pienet. Materiaalin tulee olla valittu käyttötarkoituksen mukaisesti. Ikkunoiden ja muiden lasirakenteiden tulee olla suunniteltu niin, että kaikki riskit esimerkiksi rikkoutuminen on otettu huomioon. Yleisölle tarkoitetuissa tiloissa, kuten sairaaloissa, ikkunoiden ja lasiovien lasin tulee olla turvaslasia. (YMa F2 (2001), 10–11)

Ovissa ja kulkutiloissa ei suositella käytettäväksi kynnyksiä, tai niiden tulisi olla mahdollisimman matalia kompastumisriskin vuoksi. Ovien tulee olla helposti avattavissa. Tilat joissa säilytetään lääkkeitä tai puhdistusaineita ja maaleja, tulee olla lukittuna. Tarvittaessa parvekkeen ovien aukeaminen tulee olla myös rajoitettua. Putoamisen ja harhaanastumisen estämiseksi yli 500mm ylittävillä korokkeilla tulisi olla kaide, kuten esimerkiksi parvekkeilla. (YMa F2 (2001), 7, 11–12.)

4.3 Hoitovälineistö ja teknologia

Sairaaloissa etenkin erilaisissa valvontayksiköissä on paljon erilaista teknologiaa hoitamiseen liittyen. Laitteiden tulisi kaikkien olla käyttöön suunniteltuja, niitä tulisi huoltaa asianmukaisesti ja hoitajien tulee olla koulutettuja niiden käyttämiseen. Laitteiden tulee olla toimintakunnossa, sekä tilojen, joissa niitä käytetään, siihen suunniteltuja. Kilpailutuksen seurauksena käytössä voi olla useiden eri valmistajien tuotteita, joista jokainen vaatii erilaista osaamista. (Helovuo ym. 2011, 68–69.) Myös laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) edellyttää, että terveydenhuollon laitteiden käytön turvallisuutta tulee ylläpitää ja edistää.

On osoitettu, että ihmisaivot pystyvät samanaikaisesti käsittelemään noin seitsemää eri parametria eli muuttujaa yhtäaikaisesti. Valvontayksikössä tämä voisi esimerkiksi tarkoittaa monitorien lukemia ja hälytyksiä, sekä suoraa potilaiden voinnin tarkkailuun liittyviä havaintoja. Valvontaympäristöjä suunniteltaessa tila tulee järjestää niin, että poikkeamat näissä parametreissa olisi helppo havaita. (Salmenperä 2013, 340–341.) Puolestaan teknisten laitteiden tulisi olla suunniteltuja niin, että niiden käyttäminen tulee olla tarpeeksi yksinkertaista, eivätkä se saisi viedä huomiota itse potilaiden hoitamiselta. Tämä edellyttää myös hoitajien kouluttamista laitteiden käyttöön ja lisäksi tulisi varmistaa, että työprosessien kannalta laitteiden käyttö tapahtuu oikein. (Helovuo ym. 2011, 70–71.)

Sairaaloissa pystytään mahdollisesti tulevaisuudessa hyödyntämään entistä tehokkaammin teknologiaan perustuvia potilasturvallisuutta vähentäviä riskitilanteita ehkäiseviä laitteita. Tällaisia esimerkiksi voivat olla erilaiset

liike- ja asentotunnistukseen liittyvät tekniset ratkaisut. Tulevaisuudessa tekniikan osalta tulisi muistaa ottaa huomioon tilavaatimukset ja muuntojoustavuus. (Haavisto 2013, 318, 321.)

4.4 Valaistus, ilmanlaatu ja melu

Heikko valaistus voi olla yksi vaaratapahtumaan myötävaikuttava tekijä. Esimerkiksi yöllä sängystä nouseva potilas tarvitsee liikkumiseen valoa, jotta kaatumisen riski olisi pienempi. NykYTEKNOLOGIA pystyykin hyödyntämään liikkeestä syttyvää valaistusta, jonka valo lisääntyy hiljalleen. (Kotilainen 2012.) Syttyvä valo ei saisi olla potilasta häikäisevä, joten valaisimeen ja sen tyyppiin tulee kiinnittää huomiota, etenkin paikoissa joissa hoidetaan lapsia (YMa 3/01, 9). Vastaavanlaisen teknologian puuttuessa hoitaja voi esimerkiksi toiminnallaan vaikuttaa valaistuksen turvallisuuteen, ja jättää potilaalle himmeän yövalon huoneeseen yöksi (Helovuo ym. 2011, 68).

Monissa Suomen sairaaloissa sisäilman laatu on huono. Suomen lääkäri-lehdessä ilmestyneessä artikkelissa (8/2005) kerrotaan, kuinka tuoreen selvityksen mukaan jopa 15 % sairaalapinta-alasta vaatisi välitöntä korjausta edenneiden kosteusvaurioiden ja homesienten vuoksi. Kymmeneen keskussairaalaan tehdyssä tutkimuksessa 4000 työntekijää oli vastannut kyselyyn, joista melkein puolet vastanneista kertoi kärsivänsä kuivasta ilmasta. Muita ongelmia olivat tunkkainen ilma, melu ja veto, sekä he kokivat erilaisia oireita sisäilmasta aiheutuen. Henkilökunnan lisäksi vaarassa ovat myös huonokuntoisimmat potilaat, jotka viettävät sairaalassa pitkiä aikoja. (Järvi 2005, 882–883.)

Korkeiden melutasojen on todettu aiheuttavan potilaille haittaa, kuten esimerkiksi yöllisten heräämisten lisääntymistä ja verenpaineen nousua. Melun aiheuttajia ovat puhelimet, hälytykset, ovet, hoitajien vuoron vaihto, hoitajien keskustelu ja potilaiden hoitaminen sekä muiden potilaiden ääntely. Maailman terveysjärjestön suosittelemat melutasot ylittyvät monissa sairaaloissa. Melutasot voivat valvontayksiköissä vaihdella 50–75 dB välillä, ja parhaimmillaan käydä 85–90 dB korkeuksissa. WHO:n suosituksen mukaan melutaso potilashuoneissa ei saisi nousta yli 35 dB korkeudelle. Tilojen hyvä suunnittelu voisi vähentää meluhaittoja sairaaloissa. (Joseph & Rashid 2007, 715–716. Autio 2010, 9-11.)

4.5 Paloturvallisuus

Ympäristöministeriö on säätänyt asetuksen rakennusten paloturvallisuudesta. Osaston potilaiden turvallisuutta ajatellen palon sattuessa tulee etukäteen olla suunniteltuna turvallisuusselvitys, sillä useilla sairaaloissa toimissa rakennuksissa olevilla henkilöillä saattaa olla alentunut toimintakyky. Näitä toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi havainto-, ymmärrys- ja liikkumiskyky. (YMa E1 (2011), 11.7.1.)

Rakennuksen poistumisteiden tulisi olla hoitolaitoksissa suunniteltuja niin, että uloskäytävät ovat tarpeeksi väljiä ja helppokulkuisia. Niistä pitäisi

tarpeen tullessa pystyä kuljettamaan paareilla liikuntakyvytön henkilö ulos rakennuksesta. Samalla poistumisaika rakennuksesta tulisi olla sellainen, että pitkä matka ei aiheuta vaaraa henkilöille. (YMa E1 (2011), 10.1.1.)

Palon leviäminen rakennuksissa tulee olla estettynä asianmukaisin laittein ja varustein, esimerkiksi palo-ovien tulisi olla itsestään sulkeutuvia ja salpautuvia. Yli 25 vuodepaikan hoitolaitoksissa, kuten sairaalassa, tulee olla asennettuna automaattinen palovaroitin. (YMa E1 (2011), 7.3.2 & 11.3.1.) Automaattinen palovaroitin palon sattuessa antaa välittömästi hälytyksen, ja välittää sen samalla myös hätäkeskukseen (Seppänen 2011).

5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TOIMINTAYKSIKÖN ESITTELY

Opinnäytetyön tarkoituksena on havainnoinnin, valokuvaamisen sekä ryhmähaastattelun keinoin tutkia, miten vuodeosaston fyysiset tilat ja niiden turvallisuus pystytään huomioimaan aivohalvauspotilaan päivittäisessä hoitotyössä.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksinä ovat:

- Miten hoitohenkilökunta voi huomioida osaston fyysisiä tiloja päivittäisessä hoitotyössä varmistaakseen aivohalvauspotilaan fyysisen turvallisuuden?
- Millaisia fyysiseen ympäristöön liittyviä vaaratilanteita hoitohenkilökunta on kohdannut työyksikössään?
- Miten edellä mainittuja turvallisuusriskejä ja vaaratilanteita voitaisiin ehkäistä?

Toimeksianto tutkimuksen tekemiselle tuli Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian- ja ihotautien vuodeosastolta. Osastolla on vuodepaikkoja yhteensä 21 neurologiselle potilaalle. Näistä paikoista neljä sijaitsevat valvontayksikössä osaston tiloissa. Valvontayksikössä on potilaiden monitorintimahdollisuus, ja hoitaja on tarkkailemassa potilaiden vointia vuorokauden ympäri, jolloin hoito on tehostetumpaa. Suurin osa huoneista on kahden hengen potilashuoneita. Käytössä on myös yksi yhdenhengen huone, sekä yksi neljänhengen huone. Tarvittaessa myös kahdenhengen huone voidaan pitää yhden potilaan käytössä. Osastolla työskentelee moniammatillinen työryhmä aivoverenkiertohäiriöpotilaita hoitaen. Hoidosta ja kuntoutuksesta vastaa neurologi. (Opas aivoverenkiertohäiriöistä potilaille ja heidän omaisilleen.)

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin kolmessa eri osassa. Ennen varsinaista tutkimuksen aloittamista työn suunnitteluvaiheessa aineistoa kerättiin havainnoimalla tutkimukseen osallistuvan vuodeosaston kliinistä ympäristöä. Havainnointi toteutettiin tutkijan toimesta useina erimittaisina ajanjaksoina tämän työskennellessä kyseisellä vuodeosastolla. Havainnointi tapahtui vuosien 2012–2013 aikana.

Teoriaosuuden kirjoittaminen opinnäytetyöhön tapahtui vuoden 2013 aikana pitkällä aikavälillä. Tutkimussuunnitelman hahmotuttua tutkimuslupaa haettiin lokakuussa 2013. Allekirjoitetun luvan myötä lokakuussa 2013 tapahtui havainnoinnin perusteella valokuvaaminen osastolla, jossa tutkimus suoritettiin. Marraskuun 2013 alkupuolella toteutettiin ryhmähaastattelu tutkittavan osaston osastotunnin yhteydessä.

6.1 Kliinisen ympäristön havainnointi ja valokuvaus

Havainnointia aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää tilanteissa, joissa kerätään tietoa ihmisten välisistä sosiaalisista vuorovaikutustilanteista, tai esimerkiksi hoitoympäristössä tietoa hoitajien toiminnasta ja vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa. Havainnoimalla voidaan saada sellaista tietoa ihmisten käyttäytymisestä, jota he eivät itse tiedosta. (Sinivuo, Koivula & Kylmä 2012, 293.)

Tarkasti strukturoidussa havainnoinnissa havainnoitavat asiat on etukäteen suunniteltu, ja havainnot luokitellaan aiemman teorian mukaan. Havainnointi voi myös olla strukturoimatonta, kuten tässä opinnäytetyössä, jolloin havainnoinnista ei ole tarkkaa ennakkosuunnitelmaa. Tällöin saadaan ilmiöstä mahdollisimman monipuolista tietoa. (Sinivuo ym. 2012, 293.) Havainnointijakson aikana tutkija pyrki kiinnittämään huomiota osaston fyysisten tilojen turvallisuusriskeihin ja huomionarvoisiin kohteisiin potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Valokuvia voidaan hyödyntää tutkimuksessa sekä tutkimustulosten esittämiseen, että tutkimuskohteiden dokumentointiin. On kiistelty ovatko valokuvat tutkimuksessa vain tulkinnanvaraisia ja epämääräisiä tallenteita, vai ovatko ne tekstiä täsmällisempiä tallenteita tutkittavasta kohteesta. Kuvien tulisikin olla tutkimustilanteissa kattavia ja tarkkaan kuvattuja. Monesti tutkimuksellisesti hyvät kuvat eivät ole suunniteltu herättämään tiettyjä tunteita, vaan kuvien analysointi vie paljon aikaa, ja ne näyttävätkin usein tylsiltä ja tavanomaisilta. Tutkimuksen laadun mukaan valitaan sekä kuvattava kohde ja tapa, jolla kuvaus toteutetaan. Kuvan kohde, ajankohta ja kuvaamisen tarkoitus tulisi dokumentoida kuvaamisen yhteydessä, jotta kuvat olisivat käyttökelpoisia tutkimuksen myöhemmissäkin vaiheissa. (Mannonen 2004.)

Opinnäytetyön haastatteluosiota varten tutkija valokuvasi tutkimuksen toteutusosaston fyysisiä tiloja. Valokuvien avulla oli tarkoitus ryhmähaastattelussa tuoda esille ne ongelmakohdat ja vaarat osaston fyysisistä tiloista, jotka on havainnoinnin keinoin osastolla kerätty. Valokuvat toimivat keskustelun herättäjinä.

Valokuvissa ei esiinny osaston potilaita tai henkilökuntaa, ja niihin liittyvät viitteet on myös karsittu kuvista pois. Sen sijaan osassa kuvista esiintyy sairaanhoito-opiskelijoita, jotka näyttelevät potilasta ja hoitajaa. He ovat allekirjoittaneet suostumuksen valokuvattaviksi tulemisesta, ja ovat tietoisia valokuvien käytöstä opinnäytetyössä. Valokuvauslupaun sisältyi lupaus siitä, että heidän kasvonsa eivät ole valokuvissa tunnistettavia, vaan ne on kuvankäsittelyllä muokattu tunnistamattomiksi.

Valokuvaan pyrittiin vangitsemaan tilanteita, joissa halvauspotilas tyypillisissä tilanteissa on osastolla. Tilanteet ajateltiin niin, että niiden yhteydessä voi mahdollisesti olla vaaroja potilaan fyysisestä turvallisuutta ajatellen. Osassa kuvista puolestaan on valokuvattu näkyville vain jokin fyysisen ympäristön ominaisuus, jotka puolestaan voivat myös vaikuttaa potilaiden fyysiseen turvallisuuteen.

Kuvaustilanteessa valokuvia otettiin useampia samoista tilanteista tai kohdista, mutta niistä valittiin yhteensä yhdeksän kuvaa hoitajille näytettäväksi ja opinnäytetyöhön liitettäväksi. Ensimmäiseksi valokuvattiin potilaspöytä, joka on sijoitettuna sängyn vierustalle (Kuva 1). Toiseen kuvaan valokuvattiin samaa kohdetta hieman laajemmin niin, että siinä olisi näkyvillä potilassängyn ympäristö laajemmin (Kuva 2). Esimerkiksi kuvaan rajattiin näkyville lisäksi happi- ja imulaitteisto.



Kuva 1. Potilaspöytä sängyn vieressä



Kuva 2. Potilassängyn ympäristöä

Seuraavassa kuvassa tutkija on valokuvannut siirtotilanteen, jossa hoitaja on auttamassa potilasta siirtymään vuoteelta pyörätuoliin (Kuva 3). Neljännessä kuvassa potilas on puolestaan nousemassa itsenäisesti vuoteelta liikkeelle rollaattoriin ja potilaspöytään tukien (Kuva 4). Viides kuva näyttää tilanteen, jossa potilas istui vuoteensa laidalla, joka voisi olla esimerkiksi ruokailutilanne (Kuva 5).



Kuva 3. Siirtotilanne hoitajan avustamana



Kuva 4. (kuva vasemmalla) Potilas lähtemässä vuoteesta liikkeelle

Kuva 5. (kuva oikealla) Potilas istumassa vuoteella

Kuvissa kuusi ja seitsemän pyrittiin valokuvaamaan potilashuonetta niin, että kuvista näkyisi kahden hengen huoneessa olevan ahtauden tunteen, erityisesti apuvälineitä käytettäessä. Kuvaan kuusi kuvattiin osa huonetta asiaa havainnollistamassa (Kuva 6) ja toiseen kuvaan potilas samassa huoneessa liikkeellä rollaattorin kanssa (Kuva 7).



Kuva 6. (kuva vasemmalla) Potilashuone ja kulkutila

Kuva 7. (kuva oikealla) Potilas liikkeellä huoneessa apuvälineen kanssa

Kahteen viimeiseen kuvaan valokuvattiin osastolla olevia wc-tiloja ja kylpyhuonetta. Toisessa näistä kuvattiin pääkäytävän varrella oleva suurempi inva wc (Kuva 8) ja toiseen potilashuoneesta löytyvä suihkutila (Kuva 9).



Kuva 8. (kuva vasemmalla) Inva WC

Kuva 9. (kuva oikealla) Potilashuoneen suihkutila

6.2 Ryhmähaastattelu ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, joka liittyy uskoon, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Siinä korostuvat siis ihmisten kokemukset, tulkinnat ja käsitykset tutkittavasta asiasta. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan saada uutta tietoa tutkimusalueelta. Siksi sitä käytetäänkin tutkimusmuotona, kun tutkittavasta aiheesta ei juuri vielä tiedetä mitään. Menetelmä sopii käytettäväksi myös, jos tarkoitus on saada uusi näkökulma tai halutaan varmistaa epäily aikaisemman teorian tai käsitteen merkityksestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50.)

Persoonakohtaisuus ja yksilöllisyys ovat tekijöitä, josta kvalitatiivisen tutkimuksen voi erottaa. Siinä korostetaan yksilön tunteiden ja toiveiden kuuntelua. Tutkimus suoritetaan usein luonnollisissa olosuhteissa, ja tutkimusasetelmat ovat joustavia. Tällöin aineiston keruu voi tutkimusprosessin aikana muovautua. Tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia, ja niiden pohjalta voidaan mahdollisesti jopa luoda uutta teoriaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50–51, 56.)

Tässä opinnäytetyössä pyritään kokemusten ja merkitysten ymmärtämiseen fenomenologiaa tutkimusmetodina hyödyntäen. Fenomenologialla tarkoitetaan ihmisten kokemusten kuvaamista. Fenomenologiaa käyte-

tään paljon hoitotieteen tutkimuksissa sen joustavuuden vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 54–55.)

Haastattelu on tutkimusmenetelmänä monella eri tapaa toteutettavissa. Ryhmähaastattelussa, kuten tässä opinnäytetyössä, on etuna ryhmän sisäinen vuorovaikutus. Sen ansiosta kokemuksia saattaa kummuta osallistujista muiden kertoman perusteella. Suurin etu on kuitenkin se, että tutkimustietoa saa usealta henkilöltä samanaikaisesti. Ryhmähaastatteluihin liittyy kuitenkin ongelmia, kuten itse ryhmän kokoaminen samanaikaisesti yhteiseen tilaan. Järjestelyjä tarvitaan sen vuoksi paljon, jotta haastattelu voisi toteutua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95.)

Haastattelut voivat olla tarkasti strukturoituja, eli niissä täytetään lomake. Hieman vapaamuotoisempi haastattelumuoto on teemahaastattelu, jossa on ennalta määrätty aihepiiri ja teemat, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai esittämisjärjestystä. Teemahaastattelussa pyritään hakemaan vastauksia tutkijan asettamalle ongelmanasettelulle. Ennalta suunniteltuihin kysymyksiin voi tulla tarkennuksia, tai niitä voidaan muotoilla uudelleen. Avoin haastattelu puolestaan haastateltavan ehdoilla etenevää keskustelun tyylistä tilannetta, ja sen aihekin voi muuttua. Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään teemahaastattelua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96–97.)

Tutkimuksen viimeisenä osiona kerättiin informaatiota osaston hoitajilta ryhmähaastattelun muodossa. Haastattelu oli puolistrukturoitu teemahaastattelu. Haastatteluun osallistuivat työvuorossa työskennelleet hoitajat, joiden joukossa oli sekä sairaanhoitajia, lähihoitajia että sairaanhoidon opiskelijoita. Haastattelussa oli tarkoitus, että hoitajat saivat katseltavakseen osastolta otetut valokuvat. Valokuvien pohjalta he pohtivat fyysisen ympäristön turvallisuustekijöitä, sekä niiden vähentämiseksi tai jopa poistamiseksi ehdotuksia ja menetelmiä opinnäytetyön asetettujen tutkimuskysymysten pohjalta. Ideana oli, että he pohtivat, mihin asioihin he pystyisivät omilla toimillaan vaikuttamaan.

Haastattelussa hoitajien kanssa haastatteli kävi valokuvat yksitellen läpi niin, että jokaisen kuvan kohdalla he saivat miettiä mitä riskitekijöitä ja vaaroja kyseisestä ympäristöstä tai tilanteesta voisi löytyä. Samanaikaisesti he kertoivat mieleen tulleita omia kokemuksiaan. Keskustelu olikin melko vapaata, mutta asiat käsiteltiin valokuva ja tilanne kerrallaan. Keskustelua syntyi hyvin. Aikaa osastotunnin pitämiseksi oli alun perin varattu tunti aikaa, mutta vuoronvaihdon raportin venyminen aiheutti sen, että osastotunnin pitämiseksi jäi aikaa hieman alle puolituntia. Aika kuitenkin saatiin riittämään mahdollisimman tehokkaalla ja eteenpäin kulkevalla keskustelulla.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi ja käsittely

Haastattelu nauhoitettiin tutkijan toimesta. Nauhoitus tämän jälkeen litteroitiin eli kirjoitettiin haastattelunauhan materiaali tekstiksi. Nauhoitusta ei litteroitu täydellisesti sanasta sanaan, vaan esimerkiksi haastattelijan osuudet ja toteamukset tiivistettiin lyhemmiksi, mutta haastateltavien aiheeseen

liittyvät kommentit ja ajatukset sen sijaan pyrittiin kirjoittamaan ylös mahdollisimman tarkasti. Litteroinnin pohjalta analysoitiin hoitajien käymä keskustelu sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin tavoitteena on luoda hajanaisemmasta aineistosta tiivis mutta ilmiön laajasti selittävä lopputulos (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134).

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan sitä, että päättelyä ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Tutkimus on aineistolähtöistä ja siinä luodaan kategorioita aineiston pohjalta. Induktiivisessä analyysissä aikaisemmat havainnot, tiedot ja teorat eivät ohjaa analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Litteroinnin avustuksella haastattelussa tulleet hoitajien ajatukset, kommentit ja pohdinnat jäsenneltiin aihepiireittäin. Suorat lainaukset hoitajien puheesta muokattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Aihepiirit jaettiin alakategorioiksi, ja vielä siitä syntyneet luokitukset yhdisteltiin suurempiin kokonaisuuksiin yläkategorioiksi eli kokoaviksi käsitteiksi. (Liite 2.) Syntyneiden kategorioiden pohjalta haastattelusta saatiin vastaukset opinnäytetyön kysymyksiin.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tulokseksi saatiin kartoitettua osaston fyysisten tilojen riskejä aivohalvauspotilaiden kohdalla siitä, miten hoitajat pystyvät huomioimaan osaston fyysiset tilat ja vaikuttamaan niihin potilaiden fyysisestä turvallisuudesta edistään. Haastattelussa hoitajat löysivät heille esitettyjen valokuvien avulla ja omien aikaisempien kokemuksensa perusteella niitä fyysisten tilojen ominaisuuksia, jotka heidän täytyy huomioida ja jotka aiheuttavat vaaraa potilaille fyysisesti. Lisäksi he osasivat kuvailla mihin fyysisen ympäristön ominaisuuksiin he itse pystyvät vaikuttamaan, ja miten he toteuttavat sitä päivittäisessä hoitotyössä. He myös osasivat kertoa mitä se vaatii hoitajalta, jotta tämä osaa arvioida turvallisuusriskejä ja vaaranpaikkoja. Tutkimustulokset jaettiin siis induktiivisella sisällönanalyysillä kolmeen yläluokkaan: Fyysisen ympäristön riskit, potilasturvallisuutta edistävä hoitotyö sekä hoitajien kyky ennakoida ja ehkäistä haittatapahtumia.

7.1 Fyysisen ympäristön riskit

Hoitajien mukaan fyysisissä tiloissa ympäri vuodeosastoa on asioita, jotka voivat vaarantaa aivohalvauspotilaan turvallisuutta päivittäin. Esimerkiksi potilashuoneessa olevien potilaspöytien- ja sänkyjen toimintamekanismeissa koettiin olevan puutteita. Potilaspöytien koettiin melkein poikkeuksetta olevan rikkinäisiä tai viallisia. Lisäksi potilaspöytien mainittiin olevan vanhoja, ja niissä on teräviä kulmia joihin potilas voi itsensä satuttaa. Pöydät koettiin vaarallisiksi siksi, että moni potilas saattaa esimerkiksi nojautua niihin noustessaan vuoteesta.

Sänkyjen turvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi puolestaan kerrottiin olevan myöskin niiden viallisuus, esimerkiksi vuoteen laitojen toimimatto-

muus. Jotkin laidat eivät kunnolla pysy yläasennossa, ja näin vaarantavat tippuessaan alas tai jäädessään ala-asentoon esimerkiksi riskin potilaan puutoimiselle vuoteesta. Hoitotyössä hoitajat pyrkivät huomioimaan mahdollisen ympäristön puutteet, jotta haittatilanteilta vältyttäisiin.

Puutteellisuuksia hoitajat kokivat myös käytössä olevissa apuvälineissä. Esimerkiksi useiden pyörätuolin jarruja kuvailtiin huonoiksi:

-- jarrut päälle, ja toivottavasti ne pitää.

Eräs hoitaja myös kertoi kokemuksensa pohjalta, kuinka inva vessan tiloissa olevat käsituet ovat pettäneet sellaisessa tilanteessa, jossa potilas on ollut mukana. Hoitajat kuitenkin osaavat huomioida edellä mainitut puutteet ja pyrkiä varmistamaan potilaan turvallisuutta ennakoiden mahdollisia riskejä, ja rikkinäiset apuvälineet korjataan.

Fyysisten tilojen ominaisuuksien turvallisuusriskeiksi nousi tilojen ahtaus, sekä joidenkin lattiamateriaalien liukkaus märkinä. Kaikissa tiloissa hoitaja ei pysty vaikuttamaan tilojen ahtauteen, ja esimerkiksi hätätilanteissa potilaiden auttaminen voi vaikeutua huomattavasti. Esimerkki annettiin tilanteesta, jossa pienessä suihkutilassa suuri potilas joutui elvytystilanteeseen. Lattiapinnoista esimerkiksi inva-wc:n karkea materiaali koettiin turvallisemmaksi kuin esimerkiksi potilashuoneiden vessat ja suihkutilat sekä pääkäytävät, jotka märkinä muuttuvat erittäin liukkaiksi. Kaatumisia estääkseen hoitajat kertoivat pitävänsä huolta siitä, että lattiat olisivat kuivia. Lattioiden liukkauden vuoksi hoitajat pitivät myös tärkeänä sitä, että potilaat liikkuivat joko paljain varpain tai tohvelit jalassa kaatumisien estämiseksi.

Hoitajat kertoivat asioita joita he pystyvät itse fyysisessä ympäristössä muokkaamaan sellaiseksi, että turvallisuusriskit olisivat mahdollisimman pienet. Pieniksi koetuissa huoneissa hoitajat kertoivat kuinka he pyrkivät raivaamaan turhat esineet pois huoneista liikkumistilaa luodakseen:

Ensimmäisenä kun menee huoneeseen niin meikäläiselle tulee se, että rupeen perkaamaan sieltä noita tuoleja pois.

Myös pienemmät ja huomaamattomammat asiat olivat tärkeitä huomioida hoitajien mielestä. Esimerkiksi potilaspöydän ja sängyn sähköjohdot tulisi asetella niin, että niihin ei olisi potilaan mahdollista kompastua.

7.2 Potilasturvallisuutta edistävä hoitotyö

Hoitajien haastattelusta saatiin poimittua ajatuksia liittyen siihen, miten hoitotyössä hoitajat huomioivat potilaan turvallisuutta. Eri kokonaisuudeksi määrittyi hoitamisen käytäntö ja potilasohjaus. Hoitamisen käytännössä hoitajat toivat esille apuvälineiden käytön eri tilanteissa. Apuväline tulisi valita potilaskohtaisesti tämän tarpeiden mukaan niin, että turhia riskejä ei esimerkiksi siirtotilanteissa ja potilaan mahdollisessa itsenäisessä liikkumisessa ei syntyisi. Lisäksi korostettiin apuvälineinen oikeaoppista käyttöä.

Pyörätuolista jarrut päälle, sänky oikealle korkeudelle.

Tärkeäksi turvallisuuden takaajaksi hoitajien puheessa nousi myös oikeaoppisten siirtotekniikoiden käyttäminen. Ergonomian pitäisi olla kunnossa, jotta hoitaja pystyy suorittamaan siirron turvallisesti sekä potilaan että itsensä kannalta. Apuvälineitä hyödynnetään myös ergonomian puolesta. Tilanteissa joissa potilas pääsee kaatumaan hoitajan läsnä ollessa tai on kaatunut yksin kulkiessaan tulee myös huomioida edelleen potilasturvallisuus. Esimerkiksi oikean nostotekniikan avulla ensin vatsalleen kääntäen, oikeita apuvälineitä ja potilaan voimavaroja hyödyntäen kaatunutta potilasta nostaessa estetään lisätapaturmien sattuminen.

Halvausoireen lisäksi potilaalla saattaa olla kognitiivisia häiriöitä, joka johtaa siihen että tämä ei ymmärrä omaa sairauttaan ja fyysisiä kykyjään, ja pyrkii lähtemään itsenäisesti liikkumaan vaikka esimerkiksi toisessa jalassa ei olisi lainkaan liikettä ja kannatteluvoimaa. Tällöin voidaan hyödyntää esimerkiksi magneettivyötä pyörätuolissa istumisessa tai lepositeitä vuoteessa. Näin ehkäistään halvaantuneen liikkeelle lähteminen, joka aiheuttaisi erittäin todennäköisesti esimerkiksi kaatumistapaturman.

Hoitajien kokemana potilasohjauksella voidaan myös luoda lisäturvallisuutta potilaalle tämän hoitoympäristössä. Apuvälineiden käyttöä tulisi ohjata potilaalle, sekä opettaa huomioimaan esimerkiksi jonkin halvaantuneen raajan kanssa päivittäistä toimimista ja liikkumista varmemmaksi:

Ja neuvoo että miten käytetään rollaattoria. Jos ei oo fyssari sitä neuvonu, niin se on meidän tehtävä kun me otetaan nää ensimmäisenä ylös.

Siirtotilanteissa potilasta tulisi ohjata selkeästi, jotta siirto olisi onnistunut. Esimerkiksi puutteellinen ohjaus siirrossa voi saada potilaan toimimaan sellaisella tavalla, että kaatumistapaturma on mahdollinen. Myös potilaan henkinen tukeminen ja rauhoittelu ovat tärkeitä. Paniikissa oleva potilas ei toimi loogisesti, ja saattaa aiheuttaa vaaraa itselleen:

Sitten se potilaan rauhoittaminen tilanteissa, et sitten jos joutain sattuu, niin se on kuitenkin paniikissa siinä, niin ei itse mee paniikkiin.

7.3 Hoitajien kyky ennakoida ja ehkäistä haittatapahtumia

Lisäksi hoitajan täytyy tuntea potilas. Se että hoitaja tietää potilaan sairauden ja oireet sekä esimerkiksi, miten ja millä apuvälineillä liikkuminen osastolla onnistuu parhaiten, ovat tekijöitä jotka lisäävät turvallisuutta liikkumiselle osastolla. Hoitajan pitää pystyä ohjaamaan potilasta niin, että myös potilas itse ymmärtäisi turvallisuusriskit ja pyrkisi niitä välttämään:

Teoriatieto aivohalvauspotilaasta, näiden oireista ja muista mahdollisista liittännäistä sairauksista ja oireista auttaa hoitajaa ymmärtämään potilaan tilaa kokonaisuutena:

Ei saa nostaa halvaantuneesta kädestä.

Kyllä se tietotaito mun mielestä tässä on niin, että sairauksiin vammoihin voi liittyä vaikka minkälaisia ongelmia, et ymmärtää senkin, niin sekin on mun mielestä tosi tärkeitä.

Myös koulutusten tärkeys potilaan turvallisuuden takaamiseksi mainittiin tärkeänä. Etukäteen olisi hyvä, että osaisi ennakoida yleisellä tasolla, miten kaatumistapaturmia tapahtuu, ja miten niissä tulisi toimia.

Hoitajien aikaisemmat kokemukset ja niistä kerääntynyt tieto koettiin myös tärkeäksi. Jo kerran tapahtuneet tilanteet osataan seuraavalla kerralla ennakoida ja välttää paremmin. Tiedetään esimerkiksi fyysisen ympäristön heikoimmat lenkit, ja osataan toimia sen vaatimalla tavalla. Eräs hoitaja kuitenkin totesi, että kaikkea ei voi aina ennakoida, mutta hoitajat pyrkivät kaikella toiminnallaan turvaamaan potilaiden fyysistä turvallisuutta melkein huomaamattaankin päivittäisillä yksinkertaisilla asioilla työn lomassa.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat pystyvät päivittäisessä työssään huomioimaan aivohalvauspotilaan turvallisuutta osaston fyysiset tilat huomioon ottaen. Tutkimus toteutettiin havainnoinnin, valokuvaamisen ja ryhmähaastattelun keinoin. Haastattelu toteutettiin vuodeosastolla osastotunnin yhteydessä, ja siihen osallistui vuorossa työskennelleet hoitajat. Hoitajien kertomana tiivistyi se, että aivohalvauspotilaan turvallisuus taataan osaston fyysisissä tiloissa huomioimalla ympäristön riskitekijöitä, vaikuttamalla niihin ja mahdollisuuksien mukaan poistamalla niitä. Potilaan ohjaaminen, apuvälineiden oikeaoppinen käyttö ja huolellisen perushoitotyön toteuttaminen lisäävät potilasturvallisuutta. Potilastuntemus, kokemukset ja koulutus vahvistavat osaamista ja tietoa vaaratilanteiden välttämiseksi.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Hoitotieteen tutkimuksessa tulee noudattaa eettisiä ohjeita ja lainsäädäntöä. Kaikessa tutkimuksessa eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusaineistoa ei saa luoda tyhjästä, eikä sitä saa väärentää. Tutkijan tulee kriittisesti tarkastella omia toimintatapojaan eri näkökulmista, jopa itse tutkimusaiheen valinta on eettinen päätös. Tutkimuksessa tarpeettomat haitat ja riskit tulee minimoida, ja esimerkiksi tutkimukseen osallistuminen tulee olla täysin vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173, 176–177.)

Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti tulee säilyttää, ja kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle ei tietoja tutkimukseen liittyen saa luovuttaa. Aineisto tulee säilyttää lukitussa paikassa tai esimerkiksi tietokoneella salasanan takana. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa

myös se, kuinka tasa-arvoisia tutkittavaksi valikoituneet ovat keskenään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.)

Opinnäytetyöprosessi suoritettiin alusta asti eettisyyden periaatteita noudattaen. Teoriaosuuden materiaalit kerättiin tutkijan toimesta luotettavista lähteistä. Lisäksi pyrittiin, että kaikki lähteet olisivat enintään kymmenen vuotta vanhoja, mutta joitain käytettävän arvoisia lähteitä löytyi myös vanhempina. Esimerkiksi perustietoa neurologiasta ja sen hoitotyöstä löytyi yli kymmenen vuotta vanhemmista teoksista, mutta tutkija katsoi tiedon edelleen luotettavaksi.

Varsinaisen tutkimuksen tekemiseksi allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus sekä haettiin tutkimuslupa. Lupien saamisen jälkeen haastatteluosio ja valokuvaaminen toteutettiin yhteisymmärryksessä tutkimuksen kohdeosaston kanssa. Valokuvissa esiintyy vain luvan allekirjoittaneita vapaaehtoisia henkilöitä. Näin huolehdittiin, että esimerkiksi osaston potilaiden tai henkilökunnan yksityisyys ei kärsinyt valokuvia otettaessa.

Haastattelun nauhoittaminen informoitiin etukäteen haastateltaville, ja osastotunnilla olleet henkilöt saivat osallistua vapaaseen keskusteluun vapaaehtoisesti. Lupapaperit, haastattelumateriaali ja valokuvat säilytettiin asianmukaisesti tutkimusprosessin ajan. Haastattelun litterointi ja analysointi toteutettiin niin, että kaikki materiaali käsiteltiin tasa-arvoisesti jokin kommentti ja ajatus huomioon ottaen.

Haastattelusta otettu nauha ei laadullisesti ollut paras mahdollinen, sillä haastattelu pidettiin iltavuoron alkamisen aikaan osastotunnilla, jolloin hoitajilla oli samanaikaisesti ruokatunti. Tämän vuoksi haastattelutilanne ei ollut kovin kontrolloitu, ja ympäröivä häly sai joistain nauhan puheenvuoroista katoamaan useitakin sanoja. Kuitenkin litterointi suoritettiin välittömästi osastotunnin pitämisen jälkeen, jolloin haastattelijalla oli tuoreessa muistissa käyty keskustelu jolloin aukkoja saatiin täydennettyä niin että asiayhteydet eivät päässeet muuttumaan. Keskustelun nauhoittaminen ja litteroiminen esimerkiksi muistiinpanojen tekemiseen verrattuna tekivät tulosten analysoinnista luotettavampaa, sillä kontekstit ja asiayhteydet eivät kadonneet.

Haastattelutilanteessa selkeästi mielipiteitä ja näkemyksiä sai joiltain haastateltavilta enemmän voimakkaimmin mielipitein, kuin taas toisilta haastatteluun osallistuneilta. Esimerkiksi jotkin tilaisuudessa olleet henkilöt eivät osallistuneet haastatteluun ollenkaan. Toisaalta tässä kunnioitettiin jokaisen vapaaehtoisuutta, eikä kaikilta vaadittu kommentteja. Kuitenkin tulokset olisivat saattaneet olla monipuolisemmat, jos kommentteja olisi saanut useammalta haastattelutilaisuudessa läsnä olleelta henkilöltä. Eri-laisista haastatteluun osallistuneista persoonista huolimatta aineiston analyysissä ei korostettu mitään, vaan aineisto yritettiin pitää mahdollisimman tasa-arvoisena.

8.2 Tutkimustulosten pohdinta ja tarkastelu

Opinnäytetyö aiheeltaan oli mielestäni mielenkiintoinen ja tarpeeseen tuleva. Vastaavanlaisia tehtyjä tutkimuksia joihin tuloksia voisi verrata, ei tutkimusprosessin aikana löytynyt, joten tutkimukset tulokset tulivat hyödyksi. Lisäksi tutkimus oli työelämälähtöinen, ja aihe oli tilattu tutkittavaksi kohdeosastolta.

Tulokset osoittavat hoitajien tietoisuutta hoitoympäristön turvallisuusriskeistä. Tuloksista voi jatkossa olla hyötyä esimerkiksi aivohalvauspotilaiden hoitotyötä toteutettaessa hyvänä tausta- ja teorianäkökulmana käytännölle. Esimerkiksi sairaanhoidon opiskelijat neurologisten potilaiden kanssa toimiessaan voisivat hyötyä opinnäytetyöstä taustamateriaalina. Vaikka tutkimus on tehty kohdennetun osaston fyysisiä tiloja ajatellen, ovat sen tulokset hyvin yleistettävissä siihen, mitä aivohalvauspotilaan turvallisuutta ajatellessa tulisi huomioida.

Aihe oli suhteellisen haastava rajata, sillä hoitoympäristössä on paljon sellaisiakin turvallisuusriskejä, jotka eivät kosketa vain aivohalvaukseen sairastuneita potilaita. Vaikka onnistuin tämän rajaamisessa melko hyvin, olisin vielä tarkemmin voinut rajata tutkimustuloksia aivohalvauspotilaan näkökulmasta. Tämä olisi kuitenkin supistanut tutkimustulosten laajuutta jonkin verran, joten päätin ottaa tuloksiin mukaan myös kohtia jotka vaativat aivohalvauksen lisäksi jonkin muun neurologisen oireen, kuten sekavuutta tai hahmottamis- tai näköhäiriön.

Tulokset olisivat olleet luultavasti monipuolisempia ja aineistoa olisi ollut enemmän käsiteltävänä, jos pidetty osastotunti olisi saanut hieman enemmän aikaa. Lisäksi alkuperäisen suunnitelman mukaisesti olin toivonut osastolla työskenteleviä fysioterapeutteja osallistumaan myös pidettyyn osastokokoukseen, mutta heitä ei ollut päässyt paikalle. Fysioterapeutit olisivat voineet tuoda tutkimuksen tuloksiin uusia ulottuvuuksia ja näkökulmia aiheesta.

Opinnäytetyön jatkotutkimuksina voisi toteuttaa esimerkiksi tutkimusta siitä, kuinka paljon erilaisia fyysisen turvallisuuden vaarantaneita tapahtumia vastaavanlaisella vuodeosastolla on tapahtunut, tai esimerkiksi haastatella hoitajia yksilöinä lomakkeen avulla tarkemmin ja laajemmin heidän omista kokemuksistaan. Lisäksi tutkimusta voisi tehdä siitä, millainen olisi ihanneympäristö vuodeosastoille potilasturvallisuuden näkökulmasta.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Kustannus Oy Duodecim.
- Anttila, V-J. 2013. Infektoriskit terveydenhuollossa. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 84–101.
- Autio, A. 2010. Melu ja melun kokeminen sairaalaympäristössä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Rakennustekniikka. Opinnäytetyö.
- Haavisto, E., Mäkijärvi, M. & Anttila, V-J. 2013. Turvallinen sairaala. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 316–339.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M., Vilkki, J. 2006. Kognitiiviset häiriöt ja niiden tutkiminen. Teoksessa Soinila, S. Kaste, M., Somer, H. (toim.). 2006. Neurologia. Jyväskylä, Gummerus, 117–144.
- Joseph, A. & Rashid, M. 2007. The architecture of safety: hospital design. Current opinion in critical care 13(6), 714–719.
- Järvi, U. 2005. Suomen sairaalat ovat kurjassa kunnossa. Suomen Lääkäri-lehti 8/2005 vsk 60.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2006. Teoksessa Soinila, S. Kaste, M., Somer, H. (toim.). 2006. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus, 271–331.
- Komulainen, J. 2013. Näyttöön perustuva lääketieteellinen hoito – Käypä hoito- ja muut hoitosuosituksset. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 131–140.
- Kotilainen, H. 2012. Turvallinen terveydenhuollon ympäristö osana parempaa potilasturvallisuutta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikkö. Teema-katsaus. Luettu 6.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/teemakatsaus
- Laine, T., Puumalainen, A. & Uusitalo, M. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja

neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 27–74.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. 28.6.1994.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. 24.6.2010.

Lääkelaki 395/1987. 10.4.1987.

Mannio, P., Pylvänäinen, K. & Schöderus, P. 2002. Aivoverisuonisairaudet. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 262–282.

Mannonen, P. 2004. Valokuvapohjainen artefaktianalyysimenetelmä käyttäjätutkimuksessa. Tekninen korkeakoulu. Diplomityö. Luettu 1.9.2013 <http://www.soberit.hut.fi/t-121/shared/thesis/di-petri-mannonen.pdf>

Opas aivoverenkiertohäiriöistä potilaille ja heidän omaisilleen. Neurologian vuodeosasto. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, Hämeenlinnan yksikkö.

Palomäki, H., Öhman, J. & Koskinen S. 2006. Aivovammat. Teoksessa Soinila, S. Kaste, M. & Somer, H. (toim.). 2006. Neurologia. Jyväskylä, Gummerus, 424–446.

Potilasvahinkolaki 585/1986. 25.7.1986.

Salmenperä, M. 2013. Potilasvalvontalaitteiden vaikutus potilasturvallisuuteen. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Kustannus Oy Duodecim.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Seppänen, Matti. 2011. Automaattisen paloilmoinnien suunnittelu ja toteuttaminen. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sähkötekniikka. Opinnäytetyö.

Sinivuo, R., Koivula, M. & Kylmä, J. 2012. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä kliinisessä ympäristössä. Hoitotiede 2012, 24 (4), 291–301.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D LFE-7801.pdf

STM, Terveydenhuoltolaki 1326/2010 30.12.2010.

Tartuntatautilaki 583/1986. 25.6.1986.

THL. 2012. IKINÄ-opas. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

YMa, Ympäristöministeriön asetus rakennusten paloturvallisuudesta 3/11. E1 (2011). 6.4.2011.

YMa, Ympäristöministeriön asetus rakennuksen käyttöturvallisuudesta. F2 (2001). 1.3.2001. <http://www.finlex.fi/data/normit/6376-F2.pdf>

VALOKUVAUSLUPA

VALOKUVAUSLUPA

Minä _____ suostun valokuvattavaksi ja olen tietoinen otettujen valokuvien käytöstä opinnäytetyössä: "Fyysisten tilojen huomioiminen aivohalvauspotilaan liikkuesssa vuodeosastolla".

Valokuvista kasvat joko rajataan pois, tai muokataan kuvanmuokkauksella tunnistamattomiksi.

Päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

INDUKTIIVINEN SISÄLLÖNANALYYSI

Induktiivinen sisällönanalyysi

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Potilaspöytien ja sänkyjen rikkinäisyys on turvallisuusriski Apuvälineiden rikkinäisyys/ huonokuntoisuus on turvallisuusriski Muiden apuvälineiden/ tukivälineiden rikkinäisyys aiheuttaa turvallisuusriskejä Ympäristön esineiden ominaisuudet saattavat riskeerata fyysistä turvallisuutta	Hoitoympäristön irtaimiston turvallisuusriskit	Fyysisen ympäristön riskit
Pinnat ja materiaalit saattavat aiheuttaa riskitilanteita Tilojen ahtaus aiheuttaa turvallisuusriskejä	Kiinteän hoitoympäristön riskit	
Teknologian sijoittelu potilashuoneessa Esineiden sijoittelu potilashuoneessa	Irtaimiston sijoittelu hoitoympäristössä	

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Apuvälineiden oikeaoppinen käyttö vähentää riskitilanteita Potilaan asianmukaiset jalkineet Ergonomia ja oikeat siirtotekniikat edistävät potilasturvallisuutta	Hoitamisen käytäntö	Hoitajan toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi
Potilaan neuvomien apuvälineiden käytössä Potilaan ohjaaminen siirtotilanteissa ja hoitotoimenpiteissä Potilaan henkinen tukeminen ja kannustaminen	Potilasohjaus	

Pelkistety ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Potilaan sairauksien ja oireiden ymmärtäminen Hoitotyön tiedot ja taidot Kouluttautuminen Potilaan tunteminen	Hoitajan teoreettinen tieto ja koulutus	Hoitajien kyky ennakoida ja ehkäistä haittatapahtumia
Kaatumistapaturmat Fyysinen ympäristö aiheuttanut haittatapahtumia	Hoitajien kokemukset	