

Marika Nieminen

SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN
LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN
NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN
KÄYTÄNNÖN KEHITTÄMINEN JA PILOTOINTI

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2008

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOTUS JA TAVOITTEET.....	8
2.1 Opinnäytetyön taustaa.....	8
2.2 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus.....	9
3 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN HOITO JA NÄYTÖN ETSINTÄ.....	10
3.1 Synnytyksen jälkeisen hoidon kehittyminen 1900-luvun alusta nykypäivään	10
3.2 Kliininen tieto lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ja siihen liittyvät laatusuosituksia.....	12
3.2.1 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan perusteet	13
3.2.2. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksenhoitokäytännön kokemuksia Suomessa....	14
3.2.3 Varhaisen kotiutumisen turvalliset edellytykset.....	16
3.3 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksenhoitokäytäntö asiakkaan näkökulmasta.....	19
3.4 Tutkimusnäyttö lyhytjälkihoitoisessa synnytyksenhoitomallissa.....	20
3.4.1 Teoriaa näyttöön perustuvasta toiminnasta.....	20
3.4.2 Näytön etsiminen, luotettavuus ja tiedonhaun prosessi.....	22
3.4.3 Näytön tasot.....	24
3.4.4 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan kehittämisen prosessimallin valinta.....	25
4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KEHITTÄMINEN SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA LYHYT- JÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN HOIDOSSA.....	31
4.1 Muutoksen tarve synnytysvuodeosaston toiminnassa.....	31
4.1.1 Kehittämisen lähtökohdat.....	31
4.1.2 Henkilöstön sitouttaminen	35
4.1.3 Sisäisen tiedon kerääminen	37
4.1.4 Sisäisen ja ulkoisen tiedon vertailu.....	40
4.1.5 Ongelmien nimeäminen.....	44
4.2. Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminta ja sen kuvaaminen.....	45
4.2.1 Toiminnan suunnittelu.....	45
4.2.2 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen potilaskriteerien suunnittelu.....	49
4.3 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan mallintaminen.....	50

4.3.1 Kehitetyt potilaskriteerit lyhytjälkihoitoisessa synnytystoiminnassa.....	50
4.3.2 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäytännöt ja toimintaohjeet.....	52
4.4 Lyhytjälkihoitoisesta synnytystoiminnasta tiedottaminen.....	55
4.5 Satakunnan keskussairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan pilotointi ja sen kokemukset.....	56
4.5.1 Pilotoinnin aloitus.....	56
4.5.2. Kokemuksia pilotoinnista.....	57
4.6 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan kehittämisen prosessimalli.....	59
5 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN MUUTOKSEN YLLÄPITÄMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA.....	62
6 POHDINTA.....	65

LÄHTEET

LIITTEET

SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN KÄYTÄNNÖN KEHITTÄMINEN JA PILOTOINTI

Nieminen, Marika
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden koulutusohjelma
Joulukuu 2008
Mäkinen, Arja
YKL
Sivumäärä: 100

Asiasanat: lyhytjälkihoitoinen synnytys, varhainen kotiutuminen, synnytyksen jälkeinen hoito, näyttöön perustuva toiminta.

Tämän työn tarkoituksena oli suunnitella Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolle toimiva malli lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan aloittamiseksi kuvaamalla siihen liittyvät näyttöön perustuvat käytännöt ja näiden pohjalta kehittää malli toiminnalle synnytysvuodeosaston nykyisten resurssien pohjalta ja aloittaa mallin pilotointi. Tavoitteena oli lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan pilotoinnin aloittaminen Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolla vuonna 2008.

Kehittämisen prosessi aloitettiin huhtikuussa 2007 ja pilotoinnin oli tarkoitus päättyä vuoden 2008 lopussa. Kehittämisen prosessissa käytettiin näyttöön perustuvan kehittämisen prosessin mallia. Malliksi valittiin The Iowa Model, josta tässä työssä käytettiin nimeä Iowan malli. Kehittämisen prosessi rajattiin tiedonhakuun, suunnitteluun ja pilotointiin. Lopullinen päätöksenteko toiminnan aloittamisesta oli tarkoitus tehdä pilotoinnin arvioinnin tulosten perusteella.

Kehittämisen prosessiin osallistui synnytysvuodeosastolla kehittämissyhmä ja muu henkilökunta osallistettiin kehittämiseen osastotuntien puitteissa. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoidon näyttö haettiin tutkimuksista ja asiantuntija artikkeleista, sekä kokemusnäytöstä Tampereen yliopistosairaalan toiminnasta. Näiden perusteella muodostettiin kriteerit ja toimintaohjeet pilotoinnille. Pilotointi aloitettiin 18.2.2008 ja se jatkuu edelleen. Pilotoinnin loppuvaiheeseen mennessä kertyneet kokemukset olivat hyviä. Etukäteisinformaation antamista asiakkaille tulisi mahdollisesti lisätä ja järjestää toiminnalle kiinteämpi henkilöstö, joka sitoutuisi työhön ja sen kehittämiseen kiinteämmin. Pilotoinnin aikana noin 7 % synnyttäjistä osallistui lyhytjälkihoitoiseen synnytyksenhoitoon, tämä on odotettua vähemmän ja pilotoinnin perusteella asiakkaiden tiedottamista tuleekin kehittää.

PLANNING AND PILOTING SHORT-TERM HOSPITAL BIRTH CARE OF CENTRAL HOSPITAL OF SATAKUNTA ACCORDING TO EVIDENCE BASED PRACTICE

Nieminen, Marika

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion

December 2008

Mäkinen, Arja

YKL

Number of pages: 100

Keywords: short-term hospital birth, early discharge, postpartum care, evidence based practice

The purpose of this thesis was to plan a model for short-term hospital birth in the Central Hospital of Satakunta according to a development process model based on empirical data.

The objective of this study was to plan a practical model for the maternity ward in the Central Hospital of Satakunta in order to launch a program for short-term hospital births. The study describes the practices relating to short-term hospital births based on empirical data, on the basis of which an operational model was developed using the current resources of the ward and the piloting of the model was launched. The main objective was to launch a pilot project for short-term hospital births in the maternity ward of the Central Hospital of Satakunta during the year 2008.

The development process was initiated in April 2007. The pilot project is scheduled to finish at the end of 2008. In this process, a development process model of evidence based practice was used. The model chosen was the Iowa Model, referred as Iowan malli (Iowa Model) in this study. The development model consisted of references, planning and piloting. The final decisions of launching the project will be done after evaluations of the pilot results.

The development process included a development team in the maternity ward. Other personnel participated in the development during working hours in the ward. The empirical data for short-term hospital birth care was gathered from research and expert reports in the field as well as from empirical experiences in the Tampere University Hospital. The criteria and instructions for the piloting were formed according to the acquired information. The pilot project was launched on 18 February 2008 and is still in practice. The experiences gained so far are excellent. The author came to the conclusion that the clients need possibly more advance information. The personnel should also be organised more fixed in order for them to commit to the activities and development of the project. Approximately 7 per cent of pregnant women agreed to have a short-term hospital birth which was less than anticipated. Thus the clients need more information about the project.

1 JOHDANTO

Synnytyksen jälkeinen aika on synnyttäneen äidin ja vauvan sekä koko perheen kannalta ainutlaatuinen jakso. Sen vuoksi synnytyksen jälkeisen hoidon järjestäminen asettaa sairaaloille haasteita ja vaatimuksia hoidon järjestämiselle. Hoidon tulisi olla äidin ja vauvan kannalta ensisijaisesti turvallista, laadukasta ja vaikuttavaa sekä sen lisäksi koko perheen huomioivaa, yksilöllistä ja asiakaslähtöistä. Vaihtoehtojen kehittäminen perinteisen vuodeosastohoidon rinnalle onkin tämän vuoksi tarpeen.

Synnytyksen jälkeisen hoidon vaihtoehdot ovat joko sairaalahoito, kotihoito tai näiden erilaiset yhdistelmät. Jos synnytyksen jälkeinen hoito tapahtuu osin kotona, tulee hoidossa huomioida tarkoin äidin ja vauvan riskit ja ottaa ne huomioon hoidon suunnittelussa niin, että turvallisuus säilyy. Äiti ja koko perhe ovat tärkeässä osassa hoidon suunnittelussa. Yksilöllisenä hoitovaihtoehtona synnytyksen jälkeiseen hoitoon on tarjolla lyhytjälkihoitoinen synnytyksenhoitomalli, joka yhdistää sairaala- ja kotihoidon. Tämä malli, näyttöön perustuvasti kehitettynä, tarjoaa turvallisen vaihtoehdon synnytyksen jälkeiseen hoitoon

Lyhytjälkihoitoinen synnytyskäytäntö on maailmanlaajuisesti ollut käytössä jo pitkään ja esimerkiksi Ruotsissa on jo 80-luvulta lähtien kehitetty tätä käytäntöä hyvin kokemuksin. Lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä puhutaan, kun kotiuttaminen tapahtuu 6-48:n tunnin kuluttua synnytyksestä. (Arborelius & Lindell. 1989. 103.) Rutiininomaista varhaista kotiuttamista ei suositella, vaan varhaisen kotiuttamisen toteuttamiseksi tulee laatia kriteeristö, jonka mukaan kotiutuminen varhain voidaan turvallisesti toteuttaa. Kun tähän yhdistetään tärkeänä pidetty ammattihenkilöstön tuki ja ohjaus, sairaalasta käsin, säännöllisin kontaktein kotiin, voidaan toteuttaa turvallinen varhainen kotiutuminen. (Brown S. et al. 2004. 202.)

Suomessa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäytäntöä on kokeiltu 90-luvulta lähtien. Pisimmälle viedyin lyhytjälkihoitoinen synnytyksenhoitomalli on Tampereella, missä Tampereen yliopistollisen keskussairaalan synnytysyksikkö on jo usean vuoden ajan toteuttanut tätä käytäntöä koko ajan lisääntyvässä määrin. Tämän käytännön

aloittaminen voisi olla osaltaan keino lyhentää hoitoaikoja ja silti säilyttää asiakaspalvelun laatu ja samalla parantaa sitä.

Satakunnan keskussairaalassa synnyttäjien hoitopäivät vuonna 2007 olivat keskimäärin 3,7 päivää. Synnytyksen jälkeisessä hoidossa olisi mahdollisuuksia hoitoaikojen lyhentämiseen. Yksi keino tähän olisi lyhytjälkihoitoinen synnytyksenhoitomalli. Lyhytjälkihoitoinen synnytys tai samasta asiasta käytettävä termi varhainen kotiutuminen synnytyksen jälkeen on asiakaslähtöistä toimintaa, jossa korostuu yksilöllisyys.

Uuden hoitokäytännön käyttöönotto toiminnassa vaatii suunnittelua ja kokeilemista. Sairaalamailmassa muutokset tarvitsevat valmistelua ja johdon tuki uudelle toiminnalle on ensiarvoisen tärkeä. Hoidon ja hoitokäytäntöjen tulee perustua tutkittuun näyttöön ollakseen laadukasta ja vaikuttavaa. Puhuttaessa näyttöön perustuvasta toiminnasta, tulee sen lähtökohtana olla asiakkaan erilaiset terveys- ja sairausongelmat. Kun lähdetään kehittämään hoitoa ja siihen liittyviä käytäntöjä, on ensiksi tunnistettava omat toimintatavat ja uuden tiedon tarpeet. Toiminnan eri osa-alueista ja niihin liittyvistä käytännöistä sekä toimenpiteistä on saatavilla runsaasti tutkittua tietoa. Kehittämiseen osallistuvalla henkilöstöllä on oltava mahdollisuus tämän tiedon saantiin sekä kykyä käsitellä ja arvioida tietoa kriittisesti. Lisäksi tarvitaan oman erikoisalnan vankkaa asiantuntemusta tiedon soveltamisessa omiin käytäntöihin. Vasta tutkitun tiedon, käytännön asiantuntemuksen, potilaan tarpeiden, paikallisten olojen ja olosuhteiden sekä resurssien yhdistäminen saa aikaan näyttöön perustuvan toiminnan. (Dollaghan 2004, 4 ; Leino – Kilpi & Lauri 2003, 7 ; Sackett ym. 1996, 71 – 72)

Näyttöön perustuvaa toiminnan kehittämiseksi on kehitetty monia prosessimalleja, joita seuraamalla toimintaa voi kehittää. Näyttöön perustuva kehittäminen on systemaattista toimintaa, kurinalaista tiedonhakua ja arviointia. Parhaimmillaan se luo uutta, antaa intoa ja motivaatiota kehittää asioita aina eteenpäin. Maailman muuttuu koko ajan ja käytännön toimijoiden on pystyttävä vastaamaan näihin muutoksiin. Sairaalan arjessa näyttöön perustuvasti kehitetty toiminta on hyvää ja tehokasta, sillä sen perusteena olevaa näyttöä on tutkittu. Näyttöön perustuva toiminta on ajattelutapa, jonka toivoisi saavan terveyden- ja sairaanhoidon alalla enemmänkin kannattajia.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOTUS JA TAVOITTEET

2.1 Opinnäytetyön taustaa

Tämän työn tekemisen tarve nousee Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosaston toiminnan kehittämistarpeesta. Synnytysvuodeosaston toiminnassa on viime vuosien aikana tapahtunut monia muutoksia. Samoin synnyttävien naisten ja perheiden odotukset ja tarpeet ovat muuttuneet. Nykyisin kaivataan yksilöllisiä vaihtoehtoja hoidon toteuttamiseksi. Tämä edellyttää vanhojen käytäntöjen kyseenalaistamista ja niiden kriittistä tarkastelua, sekä uutta innovatiivista kehittämisasennetta sekä esimiehiltä että henkilökunnalta.

Satakunnan keskussairaalan synnytysyksikkö koostuu kolmesta eri toimipisteestä. Nämä ovat äitiyspoliklinikka, synnytyssali ja synnytysvuodeosasto, jossa hoidetaan myös prenataalipotilaat. Hallinnollisesti nämä osastot ovat yksi yksikkö, jolla on yksi osastonhoitaja ja omat apulaisosastonhoitajansa. Esimiestiimi tekee kiinteää yhteistyötä, ja suuri osa henkilökunnasta työskentelee ainakin kahdessa eri työpisteessä, sillä synnytyssalin ja – vuodeosaston välillä on työkierto. Lisäksi yksiköllä on 10 vakituista varahenkilöä, jotka työskentelevät neljän kuukauden jaksoissa synnytysvuodeosaston ja synnytyssalin välillä.

Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella on noin 2000 synnytystä vuodessa. Pieni osa Sairaanhoitopiirin potilaista (n. 50 - 80) voi valita synnytyspaikakseen Loimaan tai Vammalan aluesairaalan. Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolla on 25 sairaansijaa ja kolme perhehuonetta. Henkilökunta koostuu osastonhoitajasta ja apulaisosastonhoitajasta, 14 kättilön, 3 sairaanhoitajan, 7 lastenhoitajan ja 2 osastosihteerin toimesta. Vakituisen henkilökunnan keski-ikä on 50 vuoden tietämissä. Koko synnytysyksikössä on virka-aikaan kolme lääkäriä, joista yksi on synnytyssalin ja vuodeosaston yhteinen, muut kaksi ovat äitiyspoliklinikalla. Synnytysvuodeosastolta tehdään viikonloppuisin yhteistyötä naistentautiosaston kanssa.

Synnytyksen jälkeistä varhaista kotiuttamista on maailmalla ja kansallisesti tutkittu paljon ja valtaosassa tutkimustuloksista korostuu varhainen kotiuttaminen juuri asiakaslähtöisyyden, yksilöllisyyden ja perhekeskeisyyden näkökulmasta (Kojonen R. 2005.14 –15.). Perhekeskeisyys on yksi osastomme hoitofilosofian keskeisiä elementtejä. Tältäkin kannalta katsottuna lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan mallin kehittäminen on perusteltua synnytysvuodeosaston toiminnassa.

Satakunnan keskussairaalan synnytysyksikön toimintaa ohjaa hoitotyön filosofia: ” Ammattitaitoa ja tietoa monipuolisesti hyväksikäyttäen mahdollistetaan äidin optimaalinen terveyden säilyminen ja mahdollisimman hyväkuntoisen lapsen syntyminen. Kaikessa toiminnassa otetaan huomioon turvallinen, yksilöllinen ja perhekeskeinen, asiakaslähtöisesti toteutuva ja potilasta kunnioittava palvelu” (Toimintakertomus 2007, 1). Synnytysyksikön hoitotyön filosofia noudattelee koko sairaanhoitopiirin arvoja, jotka ovat: Potilaan / asiakkaan kunnioittaminen, osaava ja vaikuttava hoito sekä hyvä palvelu. Sekä toisena arvona: Henkilöstöstä välittäminen, jota toteutetaan muun muassa hyvällä johtamisella. (P. Asikainen, henkilökohtainen tiedonanto 26.11.2008). Nämä molemmat linjaukset sopivat uuden suunnitteilla olevan LYSY -toiminnan taustalle ja uusi toiminta on niiden kanssa linjassa.

2.2 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Tämän työn tarkoituksena on suunnitella Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolle toimiva malli lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan aloittamiseksi *kuvaamalla siihen liittyvät näyttöön perustuvat käytännöt* ja näiden pohjalta *kehittää malli toiminnalle synnytysvuodeosaston nykyisten resurssien pohjalta ja aloittaa mallin pilotointi*. Tavoitteena on lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan pilotoinnin aloittaminen Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolla vuonna 2008.

Tavoitteet

1. Tunnistaa hyvän, lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan edellytykset ja käytännöt
 - etsimällä näyttöön perustuvaa tietoa
 - tunnistamalla ja kuvaamalla omassa yksikössä yhdessä henkilökunnan kanssa toiminnan edellyttämät kriittiset menestystekijät
 - Ennakkoarvioinnin teolla yhdessä henkilökunnan kanssa

2. Suunnitella lyhytjälkihoitoisen synnytyksen malli näyttöön perustuvan tiedon perusteella siirrettäväksi Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosaston käytännön toimintaan ja aloittaa toiminnan pilotointi.

Näiden tavoitteiden avulla on tarkoitus kehittää synnytysvuodeosaston hoitotyön sisältöjä ja nykyisiä hoitokäytäntöjä yksilöllisempään ja asiakaslähtöisempään suuntaan, joka mahdollistaisi myös varhaisen kotiuttamisen, heikentämättä silti asiakkaiden turvallisuutta tai hoidon laatua, lisäämättä silti merkittävästi nykyisen toiminnan vaatimia resursseja. Uusi toimintamalli voisi tarjota asiakkaille asiakaslähtöisen ja yksilöllisen vaihtoehdon perinteisen vuodeosastohoidon rinnalle.

3 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN HOITO JA NÄYTÖN ETSINTÄ

3.1. Synnytyksen jälkeisen hoidon kehittyminen 1900-luvun alusta nykypäivään

Länsimaisessa yhteiskunnassa synnytyksen jälkeisessä hoidossa on tapahtunut monia muutoksia yksin 1900-lukua tarkasteltaessa. Pitkästä vuodelevosta on tultu kohti lyhyttä, synnytyksen jälkeistä, sairaalahoidon aikaa. Synnyttäjien hoitoaika sairaalassa synnytyksen jälkeen on lyhentynyt. Vuonna 2006 synnyttäjien hoitopäivien keskiarvo synnytyksen jälkeen oli 3,4 päivää, kun se vuonna 1996 oli 4,1 päivää. Neljänteen päivään mennessä kotiutuneita oli 82 prosenttia kaikista synnyttäjistä vuonna 2006 (67 prosenttia v. 1996). Kolmantena synnytyksen jälkeisenä päivänä synnytyksestä kotiutuneita oli vuonna 2006 noin 64 prosenttia, kun vuonna 1996 vastaava luku oli 43

prosenttia. Toisena synnytyksen jälkeisenä päivänä vastaavat luvut olivat 31 prosenttia (v. 2006) ja 15 prosenttia (v. 1996). Ensimmäisenä synnytyksen jälkeisenä päivänä vuonna 2006 kotiutui 4 prosenttia, kun vastaava luku oli 2 prosenttia vuonna 1996. Samana päivänä sairaalasta kotiutuneita synnyttäjiä on vähän: vuonna 2006 heitä oli vajaan puolen prosentin verran. (Gissler M. & Vuori E. 2006)

Lyhytjälkihoitoinen synnytys mainitaan ensi kerran kirjoitetussa tekstissä vuonna 1943. Tekstissä raportoitiin New Orleansissa tapahtuvaa uutta toimintamuotoa. Tässä raportissa kerrottiin, että kotiutuminen synnytyksen jälkeen tapahtui 2-5 päivää synnytyksen jälkeen ja kokemukset olivat olleet hyvät. Sen jälkeen varhaista kotiutumista raportoitiin hoitokäytäntönä ainakin Englannista, Hollannista, Tanskasta, Kanadasta, USA:sta ja Australiasta. Varhaisen kotiutumisen puolesta puhujat pitivät hoitomuotoa turvallisena sekä lääketieteellisen että psykososiaalisen edun kannalta. Samaan aikaan ilmeni vastustusta uutta hoitomuotoa kohtaan. Vastustajat pitivät hoitomuodon riskinä sitä, että osa diagnooseista jää kokonaan löytymättä ajoissa ja tästä aiheutuu vaikeita terveydentilan muutoksia, jotka perinteisessä sairaalahoidossa huomattaisiin ja niihin pystyttäisiin puuttamaan. (Odelram ym. 1998, 3190. ; Nilsson C-A. 1983. 4285)

Ruotsissa, Motalan sairaalan naistenlinikalla lähdettiin ensimmäisenä kokeilemaan varhaista synnytyksen jälkeistä kotiutumista ja – kotihoitoa vuonna 1983. Syksyllä vuonna -83 naistenklinikan johtaja Carl–Axel Nilsson otti käyttöön toiminnassa varhaisen kotiutumisen synnytyksen jälkeen. Tämä uusi hoitomuoto oli potilaille vapaaehtoinen ja edellytti, että äiti ja lapsi voivat hyvin. Lisäksi edellytettiin, että äidillä oli kotona apuna ja tukena joku hänelle läheinen ihminen. Isä sai uutta ja merkityksellistä tietoa. Jos äiti valitsi varhaisen kotiutuksen synnytyksen jälkeen, tuli henkilökunta sairaalan synnytysvuodeosastolta kotiin katsomaan äitiä ja lasta ja antoi neuvoja, ohjeita, apua ja tukea välittöminä synnytyksen jälkeisinä päivinä. (Odelram ym.1998, 3190.)

Ruotsalaisista synnytyssairaaloista jo viidessä oli otettu käyttöön lyhytjälkihoitoinen synnytyksen hoito vapaaehtoisuuteen perustuen vuoteen 1985 mennessä (Falun, Jönköping, Motala, Södersjukhuset Stockholm ja Ostra sjukhuset Göteborg). Poliittiset paineet ja kustannusten säästötarpeet kohdistuivat synnytyksen jälkeiseen

sairaalahoitoajan lyhentämiseen Ruotsissa, mutta se ei kuitenkaan ollut tärkein syy lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan yleistymisessä. Tärkeämmäksi nähtiin se, että vanhemmat voivat itse vaikuttaa tämän uuden hoitomuodon kehittämiseen. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen sairaalahoitoaika vaihteli vielä reilusti sairaalasta riippuen tunneista kolmeen päivään vuonna 1985. (Nilsson 1986, 2212)

Merkittävimpiä muutoksia synnytyksen hoitokäytännöissä on tapahtunut viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana, kun perhevalmennus on kehittynyt nykyiselle tasolle, vierihoito on tullut osaksi hoitoa ja isät ovat tulleet mukaan raskauteen, synnytykseen ja vauvanhoitoon jo aivan raskauden alusta alkaen. Suomalaisessa hoitokäytännössä kotisyntytykset eivät kuulu enää hoitokäytäntöön, synnytyssairaaloiden valintaankin on tullut rajoituksia asuinkunnan mukaisesti. Vähitellen 1990 luvulla alkoi herätä kiinnostus lyhytjälkihoitoiseen (6 – 24 tuntia synnytyksestä) ja polikliiniseen (kotiutuminen kuusi tuntia synnytyksestä) synnytykseen. (Paavilainan & Åstedt-Kurki 1995, 104.)

Suomessa lyhytjälkihoitoinen synnytykäytäntö ei ole ollut organisoituna ja määriteltynä toimintana käytössä vielä montaakaan vuotta. Tampereen yliopistollinen keskussairaala on ensimmäisenä maassamme aloittanut organisoidun lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan. Toiminnan kehittäminen perustui koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin uuteen strategiaan. Tampereen toiminnan alkuunpano tapahtui lähinnä uudistuspainesta tilajärjestelyjen suhteen vuonna 2003, jolloin säästösyistä yksi synnyttäneiden vuodeosasto suljettiin. Toiminnan turvaamiseksi haluttiin korvata paikkavähennyksiä uudella, lyhytjälkihoitoisella synnytystoiminnalla = LYSY. Lisäksi TaYS:ssa oli tällöin koko maata keskimääräisesti pidemmät hoitoajat. (Kujanpää ym. 2006, 14.)

3.2. Kliininen tieto lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ja siihen liittyvät laatusuositukset

Synnytyksen jälkeistä aikaa kutsutaan lapsivuodeajaksi, käsite lapsivuode (puerperium) tarkoittaa lapselle omistettua aikaa. Lapsivuodeajan kestoksi on määritetty kansainvälisesti 42 vuorokautta (WHO ja Figo = The International Federation of Gynecology and Obstetrics) synnytyksestä eteenpäin. Lapsivuodeajasta käytetään myös

väljempää aikakäsitteitä. Yleisesti käytetään aikamääränä 6 – 8 viikkoa synnytyksen jälkeen. Tänä aikana äidin fysiologiset muutokset raskauden ja synnytyksen osalta ovat palautuneet synnytyksestä edeltävään tilaan ja lapsen kanssa elämä on lähtenyt käyntiin ja sopeutuminen lapsen hoitoon ja uuteen elämäntilanteeseen on jo pääosin tapahtunut. Suomessa lapsivuodeajan katsotaan loppuvan 12:een synnytyksen jälkeiseen viikkoon, tähän mennessä synnytyksen jälkitarkastuksen tulee olla suoritettu. (Väyrynen 2006, 269 ; Ylikorkala 2006, 495.)

Osana äitiyshuoltoa synnytyksen jälkeinen hoito on merkittävässä roolissa ja sillä on vaikutuksia koko perheen hyvinvointiin (Kojonen 2005, 57). Äidin ja vastasyntyneen hyvinvoinnin kannalta on tärkeitä, että molempien vointia seurataan synnytyksen jälkeen sairaalassa, sillä sekä äidillä että vastasyntyneellä on monia synnytyksen jälkeisiä komplikaatoriskejä. Kätilön ja muun synnytysosastoilla hoitotyössä työskentelevän henkilökunnan tärkeänä tehtävänä on huolehtia äidin perustarpeista, seurata äidin fyysisistä ja psyykkistä toipumista synnytyksestä sekä ohjata äitiä omassa ja vastasyntyneen hoidossa. Tärkeitä on lisäksi vastasyntyneen voinnin ja synnytyksenjälkeiseen elämään sopeutumisen seuranta. (Väyrynen 2006, 269.)

Vastasyntyneellä on tarpeita, jotka äidin ja vanhempien tulee oppia huomaamaan ja tyydyttämään. Tässä äiti / vanhemmat tarvitsevat sairaalassaoloaikanaan ohjausta ja opastusta. Tärkeitä on, että synnytysvuodeosastolta kotiutuessa äidillä / vanhemmilla tulee olla riittävät valmiudet huolehtia synnyttäneen naisen ja vastasyntyneen lapsen hyvinvoinnista. Synnytyksen jälkeisessä hoidossa perhekeskeisyyttä tulisi korostaa samoin varhaisen vuorovaikutuksen merkitystä ja yksilöllisyyttä (Kojonen 2004, 57).

3.2.1 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan perusteet

Lyhytjälkihoitoinen synnytys ja varhainen kotiutuminen ovat termejä, joita käytetään yleisesti kuvaamaan kyseistä synnytyksen jälkeistä hoitokäytäntöä, jossa kotiutuminen tapahtuu melko nopeasti synnytyksen jälkeen. Näitä termejä käytetään toistensa synonyymeinä. Suomessa STAKES käyttää toiminnasta termiä Lyhytjälkihoitoinen synnytys ja tästä virallista lyhennettä LYSY. (Viisainen,K. 1999. 75)

STAKES:n määritelmässä varhainen kotiutuminen synnytyksen jälkeen on määritelty seuraavasti: ”Lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä tarkoitetaan äidin ja lapsen kotiutumista 6 – 48 tunnin kuluttua synnytyksestä vuorokauden ajasta riippuen. Kun äiti (tai perhe) on valinnut LYSY:n, niin sen onnistumisen perusedellytys on, että siitä sovitaan yhdessä perusterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja laaditaan yhdessä hoitosuunnitelmat. Neuvolassa tai sairaalassa paikallisesti sovitulla tavalla pitää myös olla resurssit äidin ja lapsen hyvään jälkihoitoon, esimerkiksi viikonloppuisin päivystyksenä tehtäviin kotikäynteihin.” (Viisainen 1999, 75).

Tutkimuksissa määritelmät lyhytjälkihoitoisen synnytyksen ajasta vaihtelevat suuresti. Yleisimmin käytetään määritelmää 6 – 48 tuntia, mutta tutkimuksista löytyy määritelmiä joissa hoitokäytäntö kattaa jopa 72 - 96 tuntia (Brown, S ym 2007, 11). Lyhytjälkihoitoisella synnytyskäytännöllä tavoitellaan yksilöllistä ja perhekeskeistä, vaihtoehtoista ja vapaaehtoista hoitomuotoa synnytyksen jälkeen. (Åstedt – Kurki & Paavilainen 1995; Odelram ym. 1998, 3190). Varhaisen kotiutumisen tarkoituksena on minimoida perheen erossa oloa synnytyksen jälkeen (Nilsson 1983, 4285).

3.2.2. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksenhoitokäytännön kokemuksia Suomessa

Suomessa on hyvin vähän tutkittu lyhytjälkihoitoista synnytyskäytäntöä. Kristiina Kujanpää ja Kaarina Rajala (2004) selvittivät kuvailevassa pro-gradu-tutkielmassaan perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Tutkimusaineisto hankittiin tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella Tampereen yliopistollisen sairaalan vuodeosastojen potilailta ja hoitohenkilökunnalta. Käytetty mittari sisälsi Likkert – tyyppisten kysymysten lisäksi perheille yhden avoimen kysymyksen sekä henkilökunnalle kaksi avointa kysymystä, joilla oli tarkoitus täydentää ja elävöittää määrällisen aineiston antama kuva. Perheen otoskoko oli 194 ja vastausprosentti 52 ja henkilökunnan otoskoko oli 67, jossa vastausprosentti oli 48.

Perheen kokemukset LYSY:stä olivat positiivisia ja siitä toivottiin pysyvää käytäntöä. Oman lisääntyneen vastuunsa hoidossa perheet tunnistivat, mutta eivät silti kokeneet

sitä liian suureksi. Perheet olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun, LYSY- valintaansa ja kotiutumisaikoihinsa. Vuodeosasto - ohjausta perheet eivät kokeneet riittäväksi. He eivät kokeneet saaneensa riittävästi palautetta hoitohenkilökunnalta asian ymmärtämisessä ohjaustilanteessa. Perheet kokivat, että päätös LYSY- valinnasta oli heillä itsellään. LYSY- toiminnan tärkeänä ehtona pidettiin puhelinyhteydenottoa sairaalasta kotiin, tämän kuvattiin vahvistavan perheiden turvallisuudentunnetta.

(Kujanpää & Rajala 2004, 58 – 61.)

Hoitohenkilökuntaan kohdistuneen kyselyn tuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunta suhtautui LYSY- toimintaan myönteisesti. LYSY- toimintaan nimettyjen ja LYSY – perehdytyksen saaneiden hoitajien kokemukset olivat myönteisempiä kuin muiden hoitajien. Hoitajat kuvasivat LYSY- toiminnan aiheuttavan jossain määrin epävarmuutta, ahdistusta, pelkoa ja henkistä uupumista. Perheiden ja henkilökunnan vastausten vertailu osoitti, että perheet kokivat ohjausta lukuun ottamatta asiat myönteisemmin kuin henkilökunta. Tulokset osoittivat, että lyhytjälkihoitoista synnytystä pidetään tarpeellisenä vaihtoehtona synnytyksen jälkeisten hoitokäytäntöjen kehittämisessä.(Kujanpää & Rajala 2004, 58 – 61.)

Toinen suomalainen varhaista kotiutumista koskeva tutkimus on Riitta Paavilaisen & Päivi Åstedt –Kurjen (1995), jolla haluttiin selvittää perheiden kokemuksia varhaisesta kotiutumisesta synnytyssairaalasta ja terveydenhuoltopalveluista lapsen syntymän jälkeisten ensi viikkojen aikana. Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tutkimustehtävien mukainen kuvaus perheiden kokemuksista, eikä tuloksilla pyritty yleistykseen. Tutkimusaineisto hankittiin teemahaastattelulla 12 äidiltä ja 9 isältä. Aineisto analysoitiin käyttäen Colaizzin kehittämää metodologiaa. (Paavilainen & Åstedt – Kurki 1995, 104 - 105.)

Tuloksista ilmeni, että perheet valmistautuivat synnytyskäyntiin sekä huomioiden varhainen kotiutuminen jo etukäteen käytännön järjestelyissä ja arvioimalla omaa jaksamistaan. Odotukset olivat arkielämän suhteen realistiset ja he luottivat selviytymiseensä. Kotona olo antoi vapauden vauvan hoitoon ilman ohjeita ja rajoituksia. Sisaruksille varhainen kotiutuminen katsottiin hyväksi asiaksi, he hyväksyvät uuden vauvan helpommin ja eivät ikävöineet äitiä. Äidit katsoivat olevansa toimintakykyisiä ja halusivat heti arkiaskareiden pariin. Sairaalaan voimakkaasti

vierastavat äidit, pitivät omaan tuttuun ympäristöön pääsyä tärkeänä. Kodin koettiin tarjoavan äidille rauhaa ja mahdollisuuden noudattaa luontaista elämän rytmiä sekä olla läheistensä kanssa. (Paavilainen & Åstedt – Kurki 1995, 106 – 107.)

Terveydenhuoltopalveluiden osalta oli sovittu, että neuvola tekee kotikäynnin perheen luo vuorokauden kuluttua kotiutumisesta ja vauva viedään sairaalan lastentautien poliklinikalle 3 – 5 vuorokauden ikäisenä tarkistettavaksi. Jatkohoitokontakteja perheet kuvasivat tarvitsevansa ensisijaisesti turvallisuuden kokemiseen. Uuden hoitokäytännön valinneille oli tärkeitä kokea hyväksymistä silloinkin, kun he tarvitsivat ohjeita. Lapsivuodeosaston hoidossa perheet kokivat hyvänä läheisyyden ja palvelualttiuden, mutta negatiivisena tehtäväkeskeisen toiminnan, joka vähensi hoidon yksilöllisyyttä. Sovittu kotiutumisen jälkeinen seuranta ei toteutunut kaikkien osalta aivan suunnitelmien mukaan. Osa perheistä koki jälkiseurannan liian tiheäksi sekä sairaalan ja neuvolan välinen yhteistyö ei aina vaikuttanut tarkoituksenmukaiselta ja aiheutti tunteen juoksuttamisesta. Suurin osa perheistä selviytyi sovittujen palveluiden turvin ja itse kysymyksiinsä neuvoja hakien. (Paavilainen & Åstedt – Kurki 1995, 107 – 108.)

Tampereen Yliopistollinen sairaala on Suomessa toteuttanut LYSY -toimintaa ainoana sairaalana, joka hoitaa myös kotikäynnit sairaalasta. Helsingin seudulla hoitoajat ovat erittäin lyhyitä ja varhaista kotiutumista käytetään paljon. Varhainen kotiutuminen tapahtuu sovittujen kriteereiden perusteella, mutta sairaalalla tai kunnallisella terveydenhuollolla ei ole resursseja kotikäynteihin. Vauva tuodaan kolmantena tai neljäntenä synnytyksen jälkeisenä päivänä sairaalaan lastenlääkärin uusintatarkastukseen. (Järvenpää, A-L.; Riihimäki Marja. henkilökohtainen tiedonanto 24.5..2007)

3.2.3 Varhaisen kotiutumisen turvalliset edellytykset

Yleisesti varhaisen kotiutumisen hoitokäytännön toteuttamisessa on tärkeitä tehdä rajauksia ja tarkastella sitä kriittisesti. Toiminnassa tulee määrittää tarkat lääketieteelliset kriteerit äidille ja vauvalle lyhytjälkihoitoiseen synnytyksenhoitomalliin soveltumisesta, järjestää yhteydenpito ja seuranta sairaalasta kotiin ja suunnitella toiminta ja sen resurssit huolellisesti. Näin toimien, useiden tutkimusten mukaan, lyhytjälkihoitoinen synnytyksenhoito malli on turvallinen vaihtoehto perinteisen

sairaalassa tapahtuvan synnytyksen jälkeisen hoidon rinnalle. Korostettavaa on, että varhaisen kotiutumisen tulee olla vanhemmille vapaaehtoinen ja se on koettava vaihtoehtoiseksi hoitomuodoksi. Tämä uusi malli parantaa sairaalan tarjoamaa palvelua ja on laatutekijä. (Brown, S ym. 2007.11-12 ; Löf, M ym. 2006.323 –330 ; Odelram ym. 1998. 3109 –3194; Arborelis, E & Lindell,D, 1985.103 –107)

STAKES:n suosituksen mukaan, lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoidon edellytyksenä on, että raskaus on ollut normaali, äiti on terve ja raskauden tulee olla täysiaikainen synnytysajankohtana. Tämän lisäksi turvalliseen, kotona tapahtuvaan toipumiseen pitää olla hyvät sosiaaliset edellytykset. Perheen pitää olla hoitoon motivoitunut ja tiedettävä mitä tähän hoitomuotoon sisältyy sekä sitouduttava sen ehtoihin. Toiminnan on oltava hyvin suunniteltua ja sujuttava kaikkina viikon päivinä. (Viisainen, K. 1999. 75)

Samassa suosituksessa on määritelty LYSY- toimintaa varten kotiuttamisedellytykset niin äidille kuin vauvallekin. Seuraavaan taulukkoon (Taulukko 1) on koottu STAKES:n suosituksen mukaiset kriteerit, joita on suositeltavaa noudattaa arvioitaessa äidin tai vauvan edellytyksiä kotiutua turvallisesti varhain synnytyksen jälkeen.

Taulukko 1. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kotiuttamisedellytykset äidille ja vauvalle

Synnytyksen aikana:
<ul style="list-style-type: none"> • alatiesynnytys raivotarjonnassa • lapsivedenmenosta <24 tuntia • lämpö synnytyksen aikana <38 astetta • pieni episiotomia tai repeämä sallitaan • kaikki kivunlievitysmenetelmät sallitaan • synnytyksen kolmas vaihe säännöllinen, ei merkittävää verenvuotoa • verenpaine normaali (<140 / 90)
Synnytyksen jälkeisen seurannan aikana
<ul style="list-style-type: none"> • verenpaine <140 / 90, mutta yli 90/60 mmHg • jälkivuoto normaali • kohtu supistunut • ulkosynnyttimissä ei hematoomia • virtsaaminen sujuu • ulostaminen
Vauvan kriteerit sairaalaseurannan aikana
<ul style="list-style-type: none"> • paino normaalirajoissa (2500 – 4500g) • gestaatioikä vähintään 37 viikkoa • Apgar 1min vähintään 7 ja 5 min vähintään 8 • imee hyvin • lämpö 36,1 – 37,2 sängyssä • tarkkailussa ei poikkeavaa (väri, jänteveys, ärtyvyys) • lastenlääkärin tarkastuksessa ei poikkeavaa <p style="text-align: right;">(Viisainen 1999, 76-77)</p>

Kotikäynti on suositeltavaa tehdä seuraavana päivänä kotiutumisen ja se pitää mahdollistaa myös viikonloppuisin. Ellei kotikäyntiä pystytä järjestämään, tulee äitiin olla yhteydessä puhelimitse. Kotikäynnin tarkoituksena on varmistaa äidin ja vauvan hyvinvointi ja hyvä toipuminen synnytyksestä. Kotikäynnillä vauva punnitaan kannettavalla vaa'alla. Paino ei saa laskea yli 7 %. Käynnillä kiinnitetään huomiota imetykseen ja vauvan ravinnonsaantiin. Samoin tulee tarkastaa vauvan imeminen, virtsaus, uloste, keltaisuus, jänteisyys, ärtyvyys, hengitys, pulssi, napa ja oikea imemisote. Myös perheen jaksamiseen ja yleisvointiin tulee kiinnittää huomiota. Vauva pyydetään lastenlääkäriin uusintatarkastukseen sairaalaan 3 – 5 vuorokauden iässä, jolloin kontrolloidaan aina myös vauvan paino. (Viisainen, K. 1999.76-77.)

Puhelinkontakteissa on kysyttävä äidiltä hänen omasta ja vauvan voinnista. Hyvä on selvittää vauvan lämpö, lisäksi mahdolliset ongelmat kuten keltaisuus, imeminen ja yleistila. Mikäli puhelinkeskusteluissa tulee esille ongelmia, jotka vaativat tarkempaa selvitystä, tulee tehdä kotikäynti tai pyytää äitiä ja / tai vauva sairaalaan tarkastettavaksi. (Viisainen, K. 1999.77.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kotiuttamiskriteerit noudattelevat STAKES:n suositusta. Niitä on jonkin verran muokattu Ruotsista saadun mallin ja kokemustiedon mukaan. Lisäksi kriteerien kehittämisessä on käytetty tutkimustietoa. (Riihimäki, M 2007. henkilökohtainen tiedonanto 24.5.2007)

Taulukko 2. Tampereen Yliopisto Sairaalan LYSY:n kotiuttamiskriteerit

Kriteerit kotiuttamiselle 6-24 tunnin iässä
<p>Vauva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaksi onnistunutta imetystä • virtsannut • ulostanut • läpäissyt happisaturaatioseulan • kellastumisen riski arvioitu ja bilirubiinin seurantasuunnitelma tehty <p>Äiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alatiesynnytys • lämpö <38 astetta • episiotomia tai repeämä sallitaan • synnytyksen kolmas vaihe OK (vuotoa <1000 ml) • RR normaali • jälkivuoto normaali, kohtu supistunut, ulkosynnyttimissä ei merkittävää hematoomaa. • virtsaus sujuu • imettäminen onnistuu

Asiakkaat saavat LYSY -informaation etukäteen neuvolasta ja ilmoittavat itse halukkuutensa osallistua lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen osastolla synnytyksen jälkeen, osastolla omahoitaja arvioi varhaisen kotiutumisen edellytykset. Joskus tarvitaan myös tiedottamista varhaisen kotiutumisen mahdollisuudesta perheille. Omahoitaja huolehtii osastolla lastenlääkärin tarkastuksen ja tiedottaa kotiutujista LYSY-hoitajille. Osastolla toimii aamuvuoroissa kaksi LYSY-hoitajaa. Hän kotiuttaa perheen osastolta, tekee mahdolliset kotikäynnit ja on yhteydessä perheeseen puhelimitse neljänteen synnytyksen jälkeiseen päivään asti. Hoitaja ottaa tarvittaessa verinäytteitä kotikäynnillä ja organisoi uusintakäynnin poliklinikalle. (Riihimäki, M 2007.)

3.3 Lyhytjälkihoitoinen synnytyksenhoitokäytäntö asiakkaan näkökulmasta

Asiakas on oman tilanteensa paras asiantuntija. Siksi asiakkaan tulee olla mukana itseään koskevassa hoitotyön päätöksen teossa. Tulevaisuudessa potilaan roolin oman hoitonsa suunnittelussa ja päätöksen teossa ennustetaan edelleen vahvistuvan. Tutkimusten mukaan nykyisessä tietoyhteiskunnassa nuoret ja koulutetut arvioivat palveluita muita kriittisemmin. Tästä voidaan vetää se johtopäätös, että heillä on myös suuremmat odotukset palveluiden suhteen. Asiakkailta on nykyisin tietoa ja mahdollisuuksia ottaa selvää itseään koskevista asioista internetin välityksellä. Se, onko heillä kykyä ja riittävää tietopohjaa tiedon soveltamiseen on toinen asia. Tämä kuitenkin aiheuttaa sen, että hoitavan tahon on oltava selvillä saatavilla olevasta tiedosta ja pystyttävä hoitamaan, ohjaamaan ja opastamaan asiakasta niiden mukaisesti, soveltaen niitä omaan kokemukseensa ja tietoonsa. (Perälä & Pelkonen 2006,16.)

Nykyisessä synnytyksen jälkeisessä hoitotyössä korostuu yksilöllisyys. Tämän päivän yksilökeskeisessä kulttuurissa ihminen on yksilö, jolla on omat mielipiteet ja tarpeet. Se mikä on itselle edullista ja nautittavaa määrittää yksilöllisiä tarpeita. Jokainen yksilö haluaa olla itse osallisena itseään koskevissa päätöksissä. Tämä edellyttää toisaalta myös vastuun kantoa omalta osaltaan päätöksistä. Avoimessa ja aktiivisessa äidin / vanhempien ja hoitajan kohtaamisessa on mahdollisuus käydä keskustelua, joka auttaa heitä tietoisessa päätöksenteossa, joka liittyy itsen tai lapseen. (Koski 2006, 47 – 48.)

Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan tulee ehdottomasti olla vapaaehtoista ja lähteä asiakkaan toiveesta. On hyvin yksilöllistä miten äidit kokevat synnytyksen jälkeisen hoidon. Toiset kaipaavat sairaalan turvaa eivätkä voisi ajatellakaan lähtevänsä kotiin jo melko pian synnytyksen jälkeen. Toiset taas haluavat hyvinkin nopeasti kotiin synnytyksen jälkeen. Syyt tähän vaihtelevat yksilöllisesti. Jotkut eivät koe oloaan turvalliseksi sairaalassa vaan haluavat kotiin tuttuun ympäristöön ja perheen pariin. Useimmissa tutkimuksissa uudelleensynnyttäjät ovat useimmin lyhytjälkihoitoisen synnytyksenhoitokäytännön käyttäjiä kuin ensisynnyttäjät. Tämä johtuu jo olemassa olevasta kokemuksesta sekä usein myös kotona olevalla perheellä on tähän oma merkityksensä. (Darj, E. & Stålnacke, B. 2000. 61-66)

Perhekeskeisyys toteutuu ehkä parhaiten synnytyksen jälkeen lyhytjälkihoitoisessa synnytyksenhoitomallissa. Kujanpään ja Rajalan (2004) TaYS:ssa tekemän tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että perhehoitotyö toteutui hyvin LYSY – toiminnassa. Näin ollen se on hyvä vaihtoehto synnytyksen jälkeisen hoitokäytännön kehittämiseen. Tutkimuksen tuloksista ilmenee myös, että perheet tunnistivat hyvin oman vastuunsa lisääntymisen kokonaisuudesta, mutta eivät silti kokeneet sitä liian raskaaksi. Perheet uskalsivat luottaa itseensä, sillä puhelinkontaktin mahdollisuus loi turvallisuudentunnetta.

(Kujanpää & Rajala 2004, 58 – 61.)

3.4 Tutkimusnäyttö lyhytjälkihoitoisessa synnytyksenhoitomallissa

3.4.1 Teoriaa näyttöön perustuvasta toiminnasta

Tässä työssä käytetään ilmausta näyttöön perustuva toiminta, evidence based practice, kuvaamaan käytännön toiminnan tieteelliseen näyttöön ja käytännön kokemukseen perustuvaa kehittämistä ja käytäntöä. Kehittäminen tapahtuu moniammatillisesti huomioiden sekä hoidollisia että lääketieteellisiä toimintaa määrittäviä tekijöitä. Näyttöön perustuva käytäntö on parhaan mahdollisen ajan tasalla olevan tutkimustiedon soveltamista potilaan hoidossa. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7 ; Sackett D.L ym. 1996, 71).

Kliinisen päätöksenteon tulee perustua luotettavaan tietoon eli näyttöön. Näyttö (evidence) merkitsee todistetta tai todisteaineistoa, Suomenkielen sanakirjan mukaan näyttö on tietoa, joka on varmaa, ilmeistä ja yleistettävää. Näyttöön perustuvassa kehittämissuhteissa on tärkeää tunnistaa, minkälainen näyttö on soveltuvinta ja sopii parhaiten tiettyyn käytännön kysymykseen tietyissä olosuhteissa (Leino – Kilpi & Lauri 2003, 9). Tämä edellyttää kliinisen tilanteen tuntemusta ja analysointia sekä näytön laadun ja soveltuvuuden kriittistä arviointia. Näyttöön perustuva toiminta perustuu saatavilla olevaan, tieteellisesti tutkittuun ulkoiseen näyttöön (external evidence) ja sisäiseen näyttöön (internal evidence), joka koostuu hyväksi havaitusta toimintanäytöstä ja kokemukseen perustuvasta näytöstä, joka on hankittu koulutuksella ja kokemuksella (hiljainen tieto) sekä potilaan näkemyksestä. (Dollaghan 2004, 4 ; Leino – Kilpi & Lauri 2003, 9)

Terveydenhuollon asiakastyössä näytöllä tarkoitetaan erilaisten toimintojen vaikutuksia. Näitä ovat esimerkiksi hoidon vaikutukset, teho ja / tai kustannusvaikuttavuus tai kustannushyötysuhdetta koskevaa luotettavaa ja pätevää tieteellisesti hankittua tietoa. Näyttöön perustuva toiminta koostuu järjestelmällisin tutkimuksin hankitusta tiedosta ja vallitsevan käsityksen mukaan luotettavana pidetyn tiedon soveltamisesta käytäntöön. Näytön on siis oltava tutkimusperusteista, mutta sitä tulee soveltaa vallitseviin olosuhteisiin. (Sinkkonen 2000, 4.)

Tieteellisen tutkimuksen merkitystä on arvioitava jatkuvasti, lisäksi on puntaroitava kriittisesti sen merkitystä tieteen eteenpäin viemiseksi. Näyttöön perustuvassa työssä etsitään näyttöä, ei hoitosuosituksen muodossa esitettäviä todisteita. Hoitosuosituksia laadittaessa tulee sen sijaan etsiä näyttöä tieteellisistä tutkimuksista. (Kyngäs 2003, 201)

Toimintaympäristöllä on suuri merkitys toiminnan kehittämisessä, se voi olla joko edistävä tai rajoittava tekijä. Lisäksi erilaiset säädökset ja ohjeet määrittävät toimintaa. Tärkeä tekijä näyttöön perustuvassa toiminnan kehittämisessä ovat organisaation johtamismallit, hoitotyön toimintamallit ja käytettävissä olevat henkilöstöresurssit. Nämä tekijät vaikuttavat siihen, onko työntekijöillä mahdollisuus tietojensa ja taitojensa jatkuvaan kehittämiseen ja sitä kautta näyttöön perustuvan tiedon käyttöönottoon osana käytäntöä. (Leino – Kilpi & Lauri 2003, 17.)

Lähijohdolla on oleellinen merkitys näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistajana, niin ylihoitajan kuin osastonhoitajan rooli on suuri. Heidän tehtävänä on luoda mahdollisuuksia työn kehittämiseen ja aseman vahvistumiseen toimintaorganisaatiossa, sekä tiedottaa muille terveydenhuollon toimijoille uusista käytäntöä kehittävästä toiminnoista. (Leino – Kilpi & Lauri 2003, 17.)

3.4.2 Näytön etsiminen, luotettavuus ja tiedonhaun prosessi

Ulkoista näyttöä etsitään kirjallisuudesta ja tutkimuksista, sisäistä näyttöä käytännön asiantuntemuksesta ja kokemuksista. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä on kyettävä arvioimaan tietoa ja tiedon lähteitä. Nykypäivänä ongelmana on, että tietoa on valtavasti saatavilla. Uutta tietoa tuotetaan niin runsaasti, että ainakin yksittäisen työntekijän on lähes mahdotonta pystyä lukemaan edes oleellisinta uusinta tietoa. Tätä ongelmaa helpottamaan onkin luotu hoitotyön suosituksia, jotka perustuvat aihealueensa tutkittuun, tiivistettyyn tietoon. Suosituksissa tiettyyn teemaan liittyvä relevantti tieto on koottu ja tulkittu käytännön näkökulmasta ja toimii näyttönä. Suosituksista tunnetuimpana esimerkkinä ovat lääkäri-seura Duodecimin Käypä hoito – suositukset. Suositusten laatijoina toimii yleensä moniammatillinen ja erilaisia taustoja omaava ryhmä. Sen jäsenillä on oltava vankka tietämys tutkimusmetodologiasta ja tutkimusten kriittisestä arvioinnista. Lisäksi heillä on oltava käytännön asiantuntemusta (Perälä & Pelkonen 2006, 12 – 13)

Suosituksien lisäksi on olemassa muutakin, tieteelliseen näyttöön perustuvaa käyttökelpoista tietoa suunnittelun ja päätöksenteon tueksi. Näyttöä saadaan meta-analyysistä ja systematisoiduista kirjallisuuskatsauksista ja luotettavista yksittäisistä tieteellisistä tutkimuksista. Näiden alkuperäisjulkaisuiden hankkiminen on usein vaikeata, siksi onkin järkevää käyttää alkuperäisteoksista laadittuja luotettavia artikkeleita, joita julkaistaan tiedelehdissä. Näissä tieto on tiivistetyssä muodossa, ja tulokset esitetty selkeästi. Artikkeleista on vielä olemassa lyhennelmiä, joihin tutustumalla pystyy vähemmällä lukemisella löytämään oleellimmat tutkimukset ja niiden referaatit. (Salanterä & Hupli 2003, 21-23, Perälä & Pelkonen 2006, 12 – 13)

Tiedonhankintaa helpottavat käytettävissä olevat tiedonhauk määritetyillä ja rajatuilla teemoilla eri tietokannoista. Yleisesti käytettyjä hoitotyön ja lääketieteen tietokantoja ovat CINAHL (USA), MEDIC (kotimainen), MEDLINE /BubMed (USA) ja COCHRANE Collaboration, kokoomatietokanta (Iso-Britannia). Näiden lisäksi on yliopistojen ja korkeakoulujen kautta käytettäviä tiedonhakuportaaleita, jotka tarjoavat monihakumahdollisuuden useihin tietokantoihin yhtä aikaa. Tällainen on esimerkiksi Nelli-porttaali. LINDA on suomen yliopistokirjastojen yhteisluettelo, jonka kautta saa viitetiedot. Se sisältää myös ammattikorkeakoulujen kirjastojen sekä maakunta- ja erikoiskirjastojen tiedot aikakauslehdistä. TERVEYSPORTTI on Duodecim-seuran ylläpitämä portaali eli verkkosivusto, josta pääsee kaikkiin suomalaisiin terveystieteellisiin palveluihin ja verkkoaineistoihin. (Tähtinen, H 2007, 28 – 33, Salanterä & Hupli 2003, 21-23)

Tiedon haku näistä tietokannoista vaatii oppia ja kokemusta, apua tiedonhakuun saa kirjastoista, etenkin oppilaitoksista ja terveydenhuollon eri organisaatioista. Tietokannat eivät suinkaan kata kaikkia julkaistuja materiaaleja, mutta yleensä niistä löytyy merkittävä tieto. Internet on merkittävä tiedonhaun kanava, joskin sen kautta löytyy hyvin eritasoista tietoa, jota pitää pystyä kriittisesti arvioimaan. (Salanterä & Hupli 2003, 21-23)

Yksittäiset laadulliset ja määrälliset tutkimukset antavat myös tietoa näytön pohjaksi, mutta yksittäisinä tiedonlähteinä niiden näyttö ei välttämättä riitä. Lisäksi voidaan käyttää yleisesti tunnettujen asiantuntijoiden aihekohtaisia selvityksiä ja artikkeleita antamaan näytölle monipuolisuutta ja käytännön näkökulmaa.. (Salanterä & Hupli 2003, 21-23 ; Perälä & Pelkonen 2006, 12 – 13)

Tiedon haku on systemaattista toimintaa. Se on prosessi, jossa tulee määrittää: 1) Mikä on tiedon tarve ja mihin tietoa käytetään. 2) Etukäteen arvioida, mitkä ovat haussa käytettävät resurssit (tietoa, aikaa, rahaa, osaamista). 3) Pitää myös valita tietolähteet sekä tutustua niiden sisältöön ja toimintoihin (tiedon tarpeen laajuus, taso ja käyttötarkoitus). 4) Tiedonhaku tulee suunnitella valittujen lähteiden keinoilla ja suorittaa tiedonhauk. 5) Valitaan, paikallistetaan ja hyödynnetään hyvät hakutulokset. 6) Tiedonhakuprosessi tulee dokumentoida. 7) Lopuksi arvioidaan hakuprosessin onnistuminen. (Tähtinen H 2007, 11-12)

Hakusanojen/ termien määrittäminen on tiedonhaussa merkittävä tekijä. Tiedonhaussa omaa aihetta kuvaavia termejä voi hakea erilaisista sanastoista, käsikirjoista tai alan artikkeleista. Termien kuvauksessa käytetään apuna tesaurusia eli asiasanastoja, jotka käsittävät suuria määriä hierarkkisesti järjestettyjä termejä. Tästä esimerkkinä MeSH Thesaurus (MeSH-asiasanasto), joka on Pup-Med- tietokannan valvottu asiasanasto ja se käsittää 24300 hierarkkisesti järjestettyä termiä. Kustannus Oy Duodecim pitää yllä Metaurus –Rex sanastojärjestelmää, jonka avulla terveydenhuoltoon liittyviä sanastoja ja luokituksia on harmonisoitu keskenään . FinMeSH on suomeksi käännetty versio kansainvälisestä MeSH-asiasanastosta.

3.4.3 Näytön tasot

Näyttöä löytyy monessa muodossa ja monen tasoisena meta-analyyseistä asiantuntijoiden mielipiteisiin. Tutkimusten laadun arviointi näyttöön perustuvassa kehittämisessä on ensiarvoisen tärkeätä, jotta näyttöä voidaan pitää luotettavana. Näytön laatua arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, miten luotettava tutkimuksen antama tieto on. Samalla tulee lisäksi arvioida alkuperäisten tutkimusten tulosten tulkintaa ja niiden kliinistä merkitystä. Laadunarviointi on merkittävä tekijä, kun arvioidaan kirjallisuuskatsauksen muodostaman suosituksen tai suositusten merkittävyyttä. (Kontio E & Johansson K 2007, 101.)

Tutkimusten laatu koostuu monista eri seikoista. Näitä ovat esimerkiksi metodologinen laatu, systemaattinen harha tai ulkoinen ja sisäinen laatu. Sisäinen laatu koostuu tutkimusasetelmasta, toteutuksesta ja analysoinnista. Ulkoinen laatu taas koostuu muista tekijöistä, kuten otoksesta, käytetyistä toimenpiteistä ja keinoista (interventiosta) sekä tulosten mittauksesta. (Kontio E & Johansson K 2007, 102.)

Näyttö voidaan jakaa erilaisiin tasoihin, sen mukaan, minkä tasoista näytön perustana käytetty tieto on vahvuutensa laatunsa ja luotettavuutensa suhteen. Kirjallisuudesta löytyy useita luokituksia näytön vahvuudelle. Yleisimmin näytön vahvuus jaetaan

neljästä viiteen eri luokkaan. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 3) on esitettyä näyttöluokat sen mukaan, miten ne on luokiteltu useimmissa tieteellisissä julkaisuissa.

Taulukko 3. Näytön tasot

Vahva näyttö	Aiheesta on useita kokeellisia, hyvin suunniteltuja, kontrolloituja ja satunnaistettuja tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset. Meta-analysit, systemaattiset tutkimuskatsaukset, jossa laatu on arvioitu useamman kokeneen arvioijan taholta.
Kohtalainen näyttö	Vähintään yksi kokeellinen, kontrolloitu ja menetelmällisesti tasokas tutkimus, Useita kelvollisia tutkimuksia tai useita kvasikokeellisia tutkimuksia. Systematisoidut katsaukset
Heikko näyttö	Yksittäisiä ei kokeellisia tutkimuksia, kuten vertailevia, kuvailevia, määrällisiä, laadullisia tai survey-tutkimuksia. Kontrolloidut tapaustutkimukset
Ei tutkimusnäyttöä	Tämä on näytön heikoin taso, joskaan ei merkityksettömin. Näitä ovat : Kaikki se näyttö, joka tukee suositusta, mutta ei ole kokeellista tutkimusta. Tällaisia näyttöä tukevia ovat kertomuksiin perustuvat raportit, asiantuntijalausunnat ja asiantuntija-arviot, vertaisarvioinnit, tutustumiskäynnit, käytännön kuvaukset, yleiset tai taustana olevat ohjeet, raportit ja suositukset.

(Kortesniemi P & Borg P 2008, 31; Kyngäs H 2003, 201; Lauri S 2003, 43)

Tämä edellä esitetty luokitus on niin sanotun näytön hierarkiamallin mukainen eli näyttö asetetaan hierarkkiseen järjestykseen vahvasta heikoimpaan. Ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteistä tulkita näyttöä ja sen tasoa. Näytön riittävydestä ja paremmuudesta saattaa syntyä ristiriitaisia tulkintoja, jos hierarkian tasoilla on erilaisia käsityksiä menetelmien paremmuudesta ja näytöstä. Tästä esimerkkinä tilanne, jossa asiantuntija-yhteisön näkemys voi olla ristiriidassa tutkimustulosten kanssa. (Kortesniemi P & Borg P 2008, 31)

3.4.4 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan kehittämisen prosessimallin valinta

On olemassa lukuisa määrä erilaisia malleja, joita voidaan käyttää apuna sovellettaessa ja kehitettäessä käytännön toimintaprosesseja ja interventioita tieteellisen tutkimuksen

tulosten pohjalta kehittämismenetelmänä. (Teikari 2004, 14.) Toiminnan kehittämisen perustana on siis hyvä olla tutkittua tietoa ja käytännön asiantuntemusta sekä kokemuksia (Perälä & Pelkonen 2006, 12). Nykyisin on jo monilta aloilta olemassa näyttöön perustuvia valmiita hoitosuosituksia, mutta edelleen on paljon osa-alueita, joista nämä suositukset puuttuvat. Lähes kaikki erilaiset tutkitun tiedon soveltamisprosessit eli näyttöön perustuvat kehittämisprosessit koostuvat erilaisista askeleittain etenevistä prosesseista. Näissä kehittämisprosesseissa on kuvattu neljästä – seitsemään askelta. (Titler 2007, 26 ; Dollaghan 2004, 4; Teikari 2004, 14.)

Suomalainen *Sirkka Laurin muokkaama prosessimalli* näyttöön perustuvien suositusten laatimiseen ja käyttöönottoon sisältää seitsemän vaihetta. Se noudattelee yleisten hoitosuosituksien laadintaan käytettyjen prosessien mallia. Lähtökohtana on ongelma, josta muodostetaan kysymykset, joihin haetaan vastauksia. Tämän jälkeen suoritetaan tiedon haku ja arvioidaan tutkimusnäytön vahvuus, lisäksi etsitään käytännön esimerkkejä ja kokemuksia ja vertaillaan tutkimus- ja kokemusnäyttöä. Näytön integroinnin perusteella laaditaan hoitotyön suosituksia, valitaan paras vaihtoehto ja arvioidaan suosituksia asiantuntijoiden avustuksella. Arviointivaiheeseen otetaan mukaan myös asiakkaat. Suosituksista tulee vielä päästä yhteisymmärrykseen niiden kesken, joita suositukset koskevat. Kun suositukset on laadittu, ne testataan käytännössä. Lopuksi tehdään hyödyllisyyden ja vaikuttavuuden arviointi, arvioinnissa ovat mukana asiakkaat. Mikäli näyttö osoittautuu tarpeelliseksi toiminnaksi, laaditaan siitä suositukset kansalliselle tasolle. (Lauri 2004, 40-42.9

Laurin laatimassa mallissa koko henkilöstö on mukana eri vaiheissa. Ongelmana on esitetty käytännön työtilanteiden olosuhteiden luomat rajoitteet ja toisaalta tieteellisen tutkitun aineiston etsinnän ja lukemisen taidon rajoitteet. Esimiehillä, erityisesti hoitotyön johtajilla, on tärkeä rooli tässä prosessissa. Suuri merkitys on myös ryhmätyöskentelyllä. Kaikissa vaiheissa on tärkeätä tiedottaa koko henkilöstöä ja olla vuorovaikutuksessa ryhmän ja muun henkilöstön välillä. Tässä mallissa on myös selkeä näytön vahvuuden luokittelukaavio, joka helpottaa lisäksi tutkimusten laadun arviointia. (Lauri 2004, 42-44.)

Toinen, ehkä yleisimmin käytetty ja tunnetuin näyttöön perustuvan päätöksenteon ja kehittämisprosessin malli on ” *Sackettin-malli*”. Tätä D.L Sackettin ja hänen kollegoidensa kehittämää mallia käytetään sekä kansallisesti että kansainvälisesti kuvaamaan näyttöön perustuvan prosessin vaiheita. ”Sackettin-mallia” kuvataan lähteestä riippuen joko viisi tai seitsemän askelisenä. Seuraavassa lyhyt kuvaus prosesseista viisiaskelisen mallin mukaan kuvattuna. (Kortesniemi P & Borg P 2008.46; Dollaghan 2004; Sacketin ym. 2000)

”Sackettin malli”. Ensimmäisessä vaiheessa muotoillaan lähtökohtana olevat kysymykset käytännön ratkaisutarpeista niin, että ne ovat ratkaistavassa muodossa. Seuraavaksi selvitetään ja hankitaan paras mahdollinen näyttö, josta voidaan löytää vastauksia kysymyksiin. Kolmanneksi arvioidaan kriittisesti näytön perusteella valittujen interventioiden, menetelmien luotettavuutta ja vaikutusten määrää sekä soveltuvuutta kyseessä olevan asiakkaan ongelmien ratkaisemiseksi. Edellä kuvattuja arvioinnin tuloksia käytetään ongelmien ratkaisemiseen ja päätöksen tekemiseen.. Tässä vaiheessa tältä pohjalta pitää päättää soveltuuko näyttö kyseessä olevan tapauksen ratkaisuksi. Lopuksi arvioidaan prosessin vaikuttavuutta ja tehokkuutta ja kehitetään käytäntöä jatkossakin. (Kortesniemi P & Borg P 2008.46; Dollaghan 2004; Sacketin ym. 2000)

Nämä molemmat mallit soveltuvat parhaiten hoitosuositusten tekoon tai potilaskohtaisten ongelmien ja niihin etsittävien interventioiden kehittämiseen. Nämä mallit nojaavat enemmän tutkimukselliseen näyttöön, näissä ulkoisella näytöllä ei ole yhtä suurta painoarvoa. Tämän tyyppiset mallit, eivät kuitenkaan sovellu parhaalla mahdollisella tavalla toiminnan kehittämiseen, jossa suuri merkitys on myös kokemuksellisella näytöllä. Tämän vuoksi valittiinkin paremmin näyttöön perustuvaan toimintaan soveltuva prosessimalli. Tällaiseksi osoittautui The Iowa Modell eli tässä työssä käytetty Iowan malli. (Dontje 2007, 1)

Amerikassa, Iowan kaupungin yliopistosairaalan hoitotyön tutkimusjohtajana toimiva Marita Titler on kehittänyt, yhdessä muiden sairaalassa käytännön työssä toimivien asiantuntijoiden kanssa, näyttöön perustuvan käytännön kehittämismallin hoidon laadun parantamiseksi. Tämä malli on *The Iowa Model*. Jotta voidaan kuvata prosessia, jonka

päämääränä on hoidon laadun parantaminen, pitää tutkimustieto muokata käytäntöön soveltuvaksi.(Titler 2007, 26)

Tämä organisatorinen ja yhteistyöhön perustuva malli on laajasti levinnyt ja hyväksytty akateemiseen ja kliiniseen käyttöön Amerikassa. Mallin kehittäjät ovat määritelleet *näyttöön perustuvan toiminnan tunnolliseksi ja viisaaksi, viimeisimmän ajankohtaisen ja parhaan näytön käyttämiseksi toiminnan kehittämisessä, huomioiden potilaan arvot ja kliininen asiantuntemus päätöksentekoprosessissa.* (Dontje 2007, 1; Titler 2007, 26)

Tämän mallin toivotaan saavan aikaan, käytännön työssä toimivassa henkilöstössä, halun kehittää käytäntöjä. Tämä tapahtuu kyseenalaistamalla nykyiset käytännöt ja hakien vastauksia näihin kysymyksiin ajankohtaisesta, tieteellisestä tutkimusnäytöstä, yhdistäen sen käytäntöä määrittäviin toimintaohjeisiin ja – linjoihin. Aina ei kuitenkaan löydy riittävää tai tieteellisesti katsoen riittävän vahvaa ja vakuuttavaa näyttöä tutkimustiedosta ja kirjallisuudesta. Tällöin voidaan tehdä myös omaa paikallista tutkimusta. (Dontje 2007, 1; Titler 2007, 26.)

Oman tutkimuksen tueksi on hyvä olla yhteistyötä tiedeyhteisön kanssa, jotta tutkimus olisi tieteellisesti hyväksyttyä ja näyttö näin luotettavampaa. Tätä omaa ” räätälöityä ” tutkimusta ja sen tuloksia voidaan yhdistää muun tutkitun tiedon tuloksiin, saaden näin lisää painoarvoa näyttöön juuri omassa toiminnassa. Oman tutkimuksen sijasta tai lisäksi voidaan hakea lisävahvistusta näytölle tapausselostuksista (case-raportit) ja asiantuntijalausunnoista. (Dontje 2007, 1; Titler 2007, 26.)

Iowan malli kuvataan viidellä etenevällä askeleella:

Ensimmäinen askel: Prosessi voi tässä mallissa lähteä liikkeelle kahdesta erilaisesta lähtökohdasta. Lähtökohta voi olla joko olemassa oleva käytännön ongelma, johon halutaan muutos tai parannus. Toisaalta lähtökohtana voi olla uusi tieto tai toimintatapa, joka ei vielä ole käytössä, mutta se on herättänyt kiinnostusta ja on tarpeen toiminnan muutokselle. Tällöin prosessi lähtee liikkeelle uuden tiedon pohjalta. Tämä kehittämisprosessi-malli korostaa sitä, että jo aiheen valinnassa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että kehitettävä asia on linjassa organisaation toimintastrategian ja edun kanssa. Tällöin edellytykset prosessin onnistuneelle läpiviemiselle ovat paremmat

ja organisaation tuki taustalla. Ellei näin ole, pitää asiaa pohti uudelleen huomioiden organisaation näkökulma. (Dontje 2007, 1) lisää lähteisiin

Prosessin ensimmäisen ja toisen vaiheen välillä tulee muodostaa ryhmä ja valita ne henkilöt, jotka osallistuvat kehittämisprosessin läpiviemiseen. Ryhmä voi koostua erilaisista ammattiryhmistä asiantuntemuksensa, vaikutusmahdollisuuksiensa, hallinnollisen asemansa tai yhteisössä arvostetun asemansa perusteella. Tärkeätä on, että ryhmässä on ryhmän- ja työnvetäjä sekä erilaista osaamista aihealueesta. Käytännön työntekijöiden edustus ryhmässä on välttämätön, jotta kehittämisprosessilla olisi onnistumisen edellytykset. Perusryhmän koko riippuu täysin yhteisöstä, tarpeista ja käytettävissä olevista resursseista. Tarpeesta riippuen siinä voidaan käyttää asiantuntijoita apuna prosessin edetessä. Ellei ryhmällä itsellään ole riittävästi tietoa esimerkiksi kehittämistoimista ja laadun parantamisesta, on hyvä käyttää mahdollisesti organisaation sisäisiä tai ulkoisia asiantuntijoita. Tiedon haussa ja etenkin tiedon arvioinnissa tarvitaan usein myös yhteistyötä kirjastojen ja tiedeyhteisöjen kanssa.

(Titler 2007, 29 – 31)

Toinen askel: Lähtökohtana olevaan aiheeseen ja siitä muokattuun kysymykseen tai kysymyksiin lähdetään etsimään vastauksia ja tietoa tutkimuksista sekä kirjallisuudesta. Tässä vaiheessa etsitään ja arvioidaan aiheesta saatavilla olevaa tietoa eli näyttöä ja arvioidaan sitä. Tässä kohdassa voi myös ilmetä, ettei aiheesta löydy riittävästi tai riittävän vakuuttavaa tieteellistä sekä kokemuksellista näyttöä ongelman ratkaisemiseksi tai uuden toimintamallin perustaksi. Tällöin voidaan tarkentaa lähtökohtana olevia kysymyksiä ja tehostaa tiedonhakuja tai miettiä lähtökohtana olevia kysymyksiä uudelleen ja hakea uusiin kysymyksiin tietoa. (Dontje 2007, 1)

On myös mahdollista, ettei tieteellinen näyttö anna riittävä ja / tai soveltuvaa tietoa käytännön parhaaseen mahdolliseen kehittämiseen. Tällöin voidaan tehdä lisäksi paikallista käytännön tutkimusta yhteistyössä tiedeyhteisön kanssa. Tästä omasta tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan sitten yhdistää yleiseen tutkittuun tietoon ja näin saada näyttöön lisää syvyyttä sekä paikallista painoarvoa. Lisäksi tietoa voidaan laajentaa erityyppisellä käytännöstä saatavalla näytöllä, kuten tapausselostuksilla, asiantuntijoiden mielipiteillä sekä toisen organisaation kokemuksilla vastaavasta toiminnasta. (Titler 2007, 29 – 31)

Kolmas askel: Tässä vaiheessa tulee tunnistaa se tieteellinen näyttö, joka tukee kliinistä käytännön muutosta. Tämän perusteella voidaan toimintaa pilotoida käytännössä ennen seuraavaa vaihetta, jossa se sovitetaan ja sopeutetaan uudeksi käytännöksi. Pilotointiprosessissa valitaan ensin tavoiteltavat tulokset, sitten kerätään perustiedot ja luodaan näyttöön perustuvat toimintaohjeet. Tämän jälkeen suppealla kehittämistyössä mukana olleella ja asiaan perehtyneellä ryhmällä pannaan toimeen näyttöön perustuvan toiminnan kokeilu pilottiyksikössä. Kokeilun aikana toimintaa arvioidaan ja muokataan tarpeen vaatiessa sopivammaksi. Arviointi voi tapahtua esimerkiksi säännöllisin kokoontumisin kehittämisryhmän ja toimijoiden edustuksen kesken. Näin saadaan arvokasta tietoa kokemuksista ja voidaan verrata sitä löydettyyn näyttöön. Lopuksi pilotoinnin antamien kokemusten pohjalta muokataan toimintaohjetta juuri omaan toimintaan parhaiten soveltuvaksi. (Titler 2007, 29 – 31)

Neljäs askel: Tehdään arviointia ja päätöksiä pilotoinnin antaman kokemustiedon ja löydetyn näytön perusteella siitä, onko muutos ja uusi toiminta valmis sovitettavaksi uudeksi käytännöksi omaan toimintaan. Tässä vaiheessa tehdään vielä yhteenvetoa ja käydään keskusteluja ryhmän kesken. Tiedottaminen uudesta toiminnasta kuuluu myös tähän vaiheeseen. Tärkeätä on, että pilotinnissa mukana olleet käytännön työntekijät ovat kiinteästi mukana ja toimivat esimerkkinä sekä kannustajina käytännön kentällä uuden toiminnan alkuunpanossa. Toiminnan vaatimaa henkilöstön koulutusta ei ole erityisesti määritetty tapahtuvaksi tietyssä prosessin vaiheessa, mutta se on tärkeätä ottaa huomioon prosessissa. (Titler 2007, 29 – 31)

Viides askel: Kun prosessi on saatu siihen vaiheeseen, että uusi toiminta on viety käytäntöön ja ollaan prosessin lopussa, on mietittävä miten toimintaa ja sen tuloksia arvioidaan, seurataan ja tarkkaillaan jatkossa. Näyttöön perustuva toiminta ei ole koskaan valmis, vaan sitä on jatkuvasti seurattava ja edelleen kehitettävä. On tarpeen seurata rakenteita, prosesseja ja tuloksia ympäristön, kustannusten, henkilöstön ja potilaiden sekä heidän osalta. Uutta tietoa on etsittävä ja peilattava sitä aika-ajoin omaan toimintaan. (Titler 2007, 29 – 31)

Tämä malli on valittu Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosaston kehittämisprosessimalliksi LYSY -toiminnan kehittämisessä. Malli tuntui sopivan

parhaiten kyseisen prosessin toimintaympäristöön. Kehittämisprosessin vetäjän ja ryhmätyöskentelyn malli sopi hyvin. Pilotointi antoi kokeilumahdollisuuden. Lisäksi avainhenkilöiden käyttö käytäntöön levittämisessä ja sopeuttamisessa oli konkreettinen ja vaikutti toimivalta juuri tähän yhteisöön ja toimintakulttuuriin.

Tässä työssä koko prosessia ei aikataulullisesti käydä läpi. Kehittämisprosessin aikana on tarkoitus saada suunniteltua malli sekä valmistella ja käynnistää sen pilotointi. Lopullinen päätöksenteko mallin käyttöönotosta ja käyttöönotto (vaihe neljä) rajataan pois tästä työstä, samoin lopullisten tulosten arviointi vaihe ja jatko kehittämissuunnitelma (vaihe viisi).

4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KEHITTÄMINEN SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN SYNNYTYSVUODEOSASTOLLA LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN HOIDOSSA

4.1 Muutoksen tarve synnytysvuodeosaston toiminnassa

4.1.1 Kehittämisprosessin lähtökohdat

Synnytysvuodeosasto oli käynyt läpi monia muutoksia. Yhteistyötä synnytyssalin ja gynekologian osaston kanssa oli lisätty ja kehitetty jo parin viime vuoden ajan. Henkilöstön tunteet muutosten suhteen olivat osin ristiriitaisiakin ja muutosvastarintaa uusiin uudistuksiin toki esiintyi. Jo tuolloin, syksyllä 2006 henkilökuntaa oli mukana Satakunnan kätilöyhdistyksen tutustumiskäynnillä Tampereella, saamassa lähempää tietoa lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan kokemuksista Tampereen yliopistollisen sairaalan vuodeosastoilla. Tutustumiskäynnillä saatu tieto ja kokemus lisäsivät entisestään kiinnostusta. Kuitenkin muut meneillään olevat uudistukset veivät siinä määrin henkilöstön resursseja, että päätettiin antaa vielä ajan hieman kulua ennen kuin asiaa lähdetään vakavasti kehittämään sairaalassamme. Asia jäi siis odottamaan parempaa aikaa, mutta ei unohtunut.

Keväällä 2007 synnytys-naistentautien yksikön johtoryhmässä käsiteltiin koko yksikön yhteistä ongelmaa, joka liittyi työnjaon ja osastojen yhteistyön uudistamiseen. Synnytysvuodeosaston henkilökunta viestitti osastojen yhteisessä palaverissa väsymistä ja huonoa työilmapiiriä, johtuen siitä, että heiltä vaaditaan venymistä moneen suuntaan. Synnytysvuodeosaston työ, kuten vuodeosastoilla yleensäkin, on pitkälti ohjaamista, joka samanlaisena toistuen koetaan usein kovin yksitoikkoiseksi ja puuduttavaksi. Osaston hoitokäytäntöjä ei aikoihin ollut kehitetty ja pysähdetty miettimään. Yleisesti tuntui, että kaivattiin tuuletusta ja uusia tuulia raikastamaan ilmapiiriä.

Johtoryhmä kokoontui pohtimaan, miten synnytysvuodeosaston henkilöstön viestimiin ongelmiin voitaisiin löytää helpotusta. Yhteistyön kehittäminen osastojen välillä oli yksi keino ja tässä asiassa tehtiinkin työnjaollisia muutoksia. Tämän lisäksi mietittiin, mitä asioita voitaisiin muuttaa itse työssä ja onko siinä muutostarpeita. Osastonhoitajan sai tehtäväkseen selvittää, mihin asioihin kaivattiin muutosta ja myös toteuttaa muutokset tarpeen mukaan. Toisaalta johtoryhmä oli saanut viestiä tulosalueen johdolta, että hoitoajat synnytysvuodeosastolla olivat turhan pitkiä ja näitä tulisi mahdollisuuksien mukaan lyhentää. Tämän suhteen ylilääkäri Ari Ylä-Outinen oli jo aiemmin tuonut esille ehdotuksen kokeilla sairaalassamme lyhytjälkihoitoista synnytystoimintaa, jonka kehittäjänä ja alkuunpanijana hän oli toiminut Tampereella.

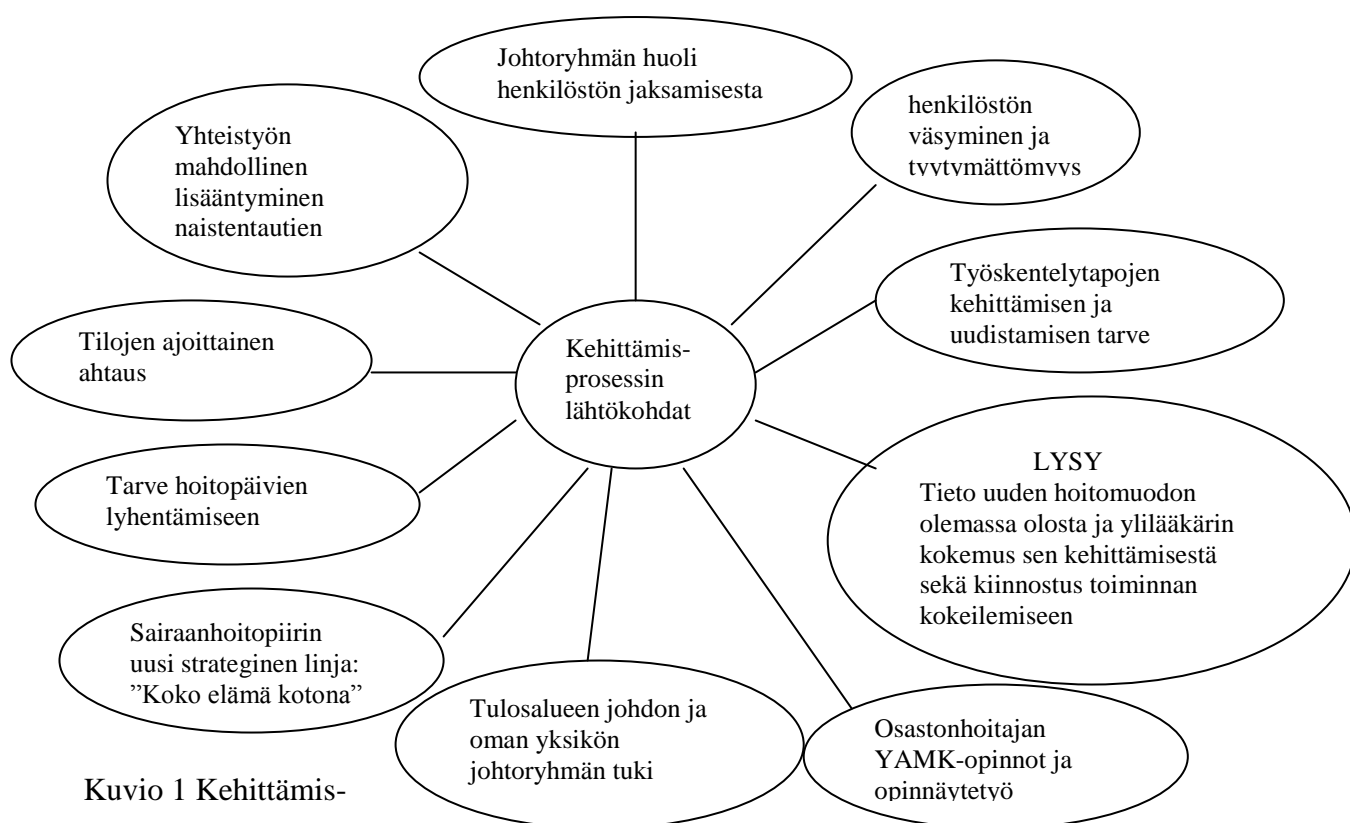
Johtoryhmän kokouksessa päädyttiin siihen, että synnytysyksikön osastonhoitajan johdolla yhdessä osaston henkilökunnan kanssa, lähdetään uudistamaan osaston hoitokäytäntöjä entisestään vähemmän rutiininomaisiksi ja asiakaslähtöisemmiksi. Tämän yhtenä tarkoituksena oli helpottaa hoitajien työtaakkaa sekä tehdä työskentely mielekkäämmäksi. Toisaalta tärkeänä lähtökohtana olivat asiakkaat ja heidän etunsa. Asiakaslähtöisyys on yksi synnytysosaston hoitofilosofian peruspilareista.

Johtoryhmässä käsiteltiin myös painetta osaston hoitoaikojen lyhentämisestä, jota oli esitetty tulosalueemme johdon taholta. Ajoittainen tilan ahtaus ja mahdollinen lisääntyvä yhteistyö naistentautien osaston kanssa luo osaltaan myös lisätilan tarvetta. Sairaanhoidopiirissämme ollaan uudistamassa toimintastrategiaa nykyajan tarpeita ja vaateita vastaaviksi. Yksi uuden strategian johtoajatuksia on ”Koko elämä kotona” (Wanne,O. 2007. 3). Tämän strategian mukaista toimintaa olisi juuri lyhytjälkihoitoinen synnytystoiminta. Näin siis päädyttiin synnytys- ja naistentautien yksikön

johtoryhmässä lähteä kehittämään lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan mallia synnytysvuodeosaston toimintaan.

Synnytysyksikön osastonhoitaja sai tehtävän vetää kehittämisprojektia tukena alueen ylihoitaja ja yksikön ylilääkäri sekä koko johtoryhmä. Operatiivisen tulosalueen johtoryhmä antoi myös hyväksyntänsä ja tukensa uuden toiminnan kehittämisen aloittamiselle, olihan kyseinen toiminta uuden suunnitteilla olevan strategian mukaista. Toimintaa kohtaan tunnettiin uudenlaista mielenkiintoa, sillä tulevaisuudessa sairaala nähdään entistä enemmän paikkana, jossa ollaan vain välttämättömin aika ja muu hoito tapahtuu mahdollisuuksien ja resurssien puitteissa kotona. (Wanne,O. 2007. 4).

Synnytysyksikön osastonhoitajan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnot olivat samaan aikaan siinä vaiheessa, että tarvittiin opinnäytetyön aihe, joka olisi omaa työyhteisöä palveleva ja työn sisältöä kehittävä. Näin siis yhdistettiin useamman tahon hyötynäkökohdat ja päätettiin lähteä näyttöön perustuvaan kehittämisprosessiin lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan työskentelymallin kehittämiseksi ja luomiseksi Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolle. Nämä lähtökohdat on havainnollistettu kuviossa 1.



Kuvio 1 Kehittämisprosessin lähtökohdat

Iowan mallin ensimmäisessä vaiheessa lähtökohta voi olla ongelma tai uusi tieto (Dontje 2007, 1). Tässä kehittämisprosessissa lähtökohtana olivat henkilöstön kiinnostus uutta LYSY – käytäntöä kohtaan synnytyksen jälkeissä hoidossa Organisaation strategiset linjaukset tukevat LYSY- toiminnan käyttöön ottoa ”Koko Elämä Kotona” linjausten osalta (Wanne,O 2007.2). Synnytysvuodeosaston hoitotyön filosofiassa korostetaan perhekeskeisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä, joten lyhytjälkihoitoinen synnytyksenhoitomalli sopii hyvin osaston toimintafilosofiaan. LYSY -toiminnan on tarkoitus olla vaihtoehtoinen ja vapaaehtoinen hoitomuoto perinteisen synnytyksen jälkeisen vuodeosastohoidon rinnalla. Sen avulla halutaan kehittää toimintaa yksilöllisempään ja asiakaslähtöisempään suuntaan.

Näiden tekijöiden lisäksi organisaation johdon taholta oli esitetty tarve hoitoaikojen lyhentämiseen. Tähänkin osa-alueeseen LYSY -toiminnalla toivotaan olevan halutun suuntainen vaikutus. Merkittävänä tekijänä Iowan mallissa pidetään organisaation tukea kehittämiselle. On erittäin tärkeätä, että uusi kehitettävä toiminta on organisaation linjan mukainen, jolloin onnistumisedellytykset ovat huomattavasti paremmat (Dontje 2007, 1). Tässäkin suhteessa tilanne on myönteinen toiminnan kehittämisen kannalta, sillä uusi toiminta on linjassa organisaation toimintastrategian kanssa ja sillä on organisaation tuki.

4.1.2 Henkilöstön sitouttaminen

Lyhytjälkihoitoisesta synnytystoiminnasta oli siis jo aiemmin keskusteltu osaston henkilökunnan kesken ja kiinnostus toimintaa kohtaan oli virinnyt osaston henkilökunnassa. Alkukevästä 2007, johtoryhmän kokousten jälkeen, osastonhoitaja keskusteli asiasta ensin osaston apulaisosastonhoitajan kanssa ja selvitti hänen haluaan uuden toiminnan kehittämiseen ja kokeilemiseen. Tämä keskustelu sujui positiivisissa merkeissä ja esimiehet päättivät lähteä tiedottamaan asiasta henkilöstölle osastotuntien puitteissa. Osaston osastotuntien pöytäkirjat toimitetaan koko osaston henkilökunnalle sähköpostitse, joten tieto saavuttaa näin koko henkilökunnan kirjallisesti.

Asiasta keskusteltiin useammalla osastotunnilla helmi-maaliskuussa 2007 ja näiden keskustelujen jälkeen osastonhoitaja lähti kokoamaan osaston henkilökunnasta

työryhmää, johon toivottiin kaikkien ammattialojen edustusta. Osallistujia haettiin sähköpostikyselyllä sekä osaston seinässä olevalla listalla, johon halukkaat saivat laittaa nimensä. Ilmoittautua sai myös suoraan sähköpostilla tai henkilökohtaisesti esimiehille huhtikuun 2007 loppuun mennessä..

Kehittämisyhmään oli yhdessä tulosalueen ylihoitajan, oman alueen ylihoitajan ja osastonhoitajan välisissä keskusteluissa sovittu, että ryhmään tulee mukaan osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kaksi kokenutta kätilöä, yksi lastentauteihin erikoistunut sairaanhoitaja sekä yksi lastenhoitaja. Näiden lisäksi konsultoitaviksi jäseniksi pyydettiin lastenlääkäri ja gynekologi. Ryhmän toiminnasta sovittiin tiedotettavan säännöllisesti henkilöstölle ja johtoryhmän kokouksissa osastonhoitajan toimesta johdolle.

Ryhmälle myönnettiin kevään, kesän ja syksyn 2007 aikana neljä tuntia / kolmen viikon työvuorolistasta, yhteensä 144 tuntia työaikaä käytettäväksi ryhmätyöskentelyyn. Lisäksi sovittiin projektin aikana tapahtuvasta tutustumiskäynnistä kehittämisyhmälle Tampereen yliopistolliseen keskussairaalaan lyhytjälkihoitoiseen synnytystoimintaan tutustumiseen. Toimintaan päätettiin hakea myös puolikkaan kätilötoimen lisäresurssia vuoden 2008 alusta. Lisäksi kehittämiprojektille oli tarkoitus hakea Satakunnan sairaanhoitopiirin tutkimus- ja kehittämisrahastolta 5000 euron avustusta. Tätä avustusta ei kuitenkaan koskaan haettu, sillä sille ei nähty vielä tässä vaiheessa selkeää tarvetta.

Kehittämisyhmään ilmoittautui huhtikuun loppuun mennessä viisi halukasta kätilöä, yksi lastensairaanhoitaja sekä yksi lastenhoitaja. Kätilöt olivat kaikki kokeneita ja päteviä osallistumaan ryhmän työskentelyyn. Tästä johtuen päädyttiinkin oikeudenmukaisuuden nimissä arpomaan kaksi kätilöä mukaan ryhmään. Myöhemmin koettiin kuitenkin tarpeelliseksi saada ryhmään mukaan vielä yksi kätilö, oman asiantuntemuksensa perusteella. Tämä henkilö oli ollut jo aiemmin kehittämässä osaston sairaalavalmennusta ja koska uusi toiminta niveltyy myös valmennuskäytäntöihin, pyydettiin kolmas kätilö mukaan ryhmän toimintaan. Lupa tähän muutokseen saatiin ylihoitajalta.

Kehittämisyhmä pohti, miten koko henkilöstö saadaan mukaan toimintaan. Henkilöstön tulee saada säännöllisesti informaatiota LYSY – toiminnan suunnitelmista.

Tämä toteutuu parhaiten osastotuntien puitteissa, joissa osastonhoitaja on ryhmän jäsenistä aina läsnä. Hänen tehtäväkseen jäi kertoa ryhmän työskentelytuloksista ja ottaa muu henkilöstö mukaan kehittämiseen osastotunneilla. Osastotuntipalavereissa onkin koko kehittämisprosessin ajan käyty keskustelua ja saatu arvokasta kokemustietoa ja näkökulmaa toiminnan kehittämisen kannalta.

Iowan mallin mukaan kehittämisryhmässä toimivat jäsenet ovat lisäksi uuden toiminnan kannalta avainasemassa, sillä he toimivat esimerkkeinä, mielipidevaikuttajina ja toimintamallin hyväksymisen ”jalkauttajina” työyhteisössä. Heidän asenteillaan, puheillaan ja teoillaan on osaltaan vaikutusta siihen, miten muu henkilöstö uuteen toimintaan suhtautuu. Heidän positiivinen asenteensa ja kannustava innostuksensa voi herättää kiinnostusta ja vähentää muutosvastustusta muussa henkilöstössä. Tämän toteutumista on kuitenkin vaikea arvioida.

4.1.3 Sisäisen tiedon kerääminen

Ryhmän kokoamisen aikaan toteutettiin suppea kysely henkilökunnalle heidän mielipiteistään osaston nykyisistä hoitokäytännöistä. Mikä niissä on hyvää ja säilytettävää ja mihin toivotaan muutosta? Lisäksi kyselyssä oli kysymys, joka koski toiveita kehittämisprojektille ja ajatuksia siitä, miten sen uskotaan vaikuttavan toimintaan? Vastauksilla oli tarkoitus saada kehittämisryhmälle lähtökohtaa työskentelylle ja selvittää mahdollisimman laajasti henkilöstön näkemyksiä ryhmätyöskentelyn pohjaksi.

Osastolla on noin 30 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa (N 30), näistä tähän kaikille kohdistettuun kyselyyn vastasi vain kuusi (n = 6) henkilöä. Vastausprosentti oli 20 %. Se, miksi vastaajia oli näin vähän herättää ihmetystä, sillä yleisesti on ilmaistu halua vaikuttaa ja osallistua enemmän kehittämiseen. Nyt kun siihen tarjoutui mahdollisuus, sitä ei haluttu käyttää. Osasyä voi tuki olla se, että kysymykset olivat melko laajat ja essee-tyyppiset ja vaativat asiaan paneutumista ajatuksella. Töissä on usein kiire ja työskentely hyvin hektistä sekä usein keskeytyvää, tällä saattaa tuki olla vaikutusta vastausten vähäisyyteen. Kyselylomakkeessa (Kyselylomake, liite 1) tosin korostettiin sitä, että vastausten muoto ei ole tärkeätä vaan se, että ajatuksia ja mielipiteitä saadaan esille mahdollisimman usealta henkilöltä.

Vastaukset käsiteltiin sisällön analyysin mukaan. Vastaukset luettiin useaan kertaan ja luokiteltiin kysymyksittäin. Tulokset on esitetty taulukossa (Taulukko 4) aihealueittain ja luokittain.

Taulukko 4. Taulukko tuloksista

Aihe	luokka	n
Nykyisessä käytännössä hyvänä pidettyä ja säilytettävää	<ul style="list-style-type: none"> • HOITOKÄYTÄNNÖT: hoitokäytäntöihin ollaan tyytyväisiä, turhia rutiineita on jo riittävästi karsittu. • OHJAUS: vauvanhoidon ohjaus toivotaan säilyvän nykyisellään Imetysohjauksen koettiin olevan hyvää ja asianmukaista sekä toimivaa. koettiin myös henkilöstössä olevan sisäistynyt ja sen tärkeä merkitys tunnustetaan yleisesti • TIEDOTTAMINEN:Nykyinen osastotuntikäytäntö koettiin hyväksi, etenkin sähköpostilla kaikille toimitettu muistio parantaa tiedottamista 	6
		6
		3
		2
		2
Toimimattomiksi, turhiksi tai jopa huonoiksi koetut käytännöt.:	<ul style="list-style-type: none"> • TIEDOTTAMINEN:Tyytymättömyys suulliseen raportointikäytäntöön. Raporttitilanteet koettiin puuduttaviksi, aikaa vieviksi, raskaiksi, jopa ajoittain epäasiallisiksi. Halu kokeilla hiljaista raporttia ainakin päiväraportilla • OHJAUS: Kylvetysohjauksen vähentämiseen tarvetta, ei kaikille ensisynnyttäjillekään ole välttämätön. 	6
		3
Huolenaiheet	EPÄVARMUUS: <ul style="list-style-type: none"> • huoli siitä, että uusi toiminta tähtää henkilökuntamäärän vähentämiseen • epävarmuus muutoksen aiheuttamista riskeistä potilaiden hoidolle ja selviytymiselle kotona 	4
		2
Odotukset ja toiveet	OHJAUS: <ul style="list-style-type: none"> • ohjaus tiivistyy kun aikaa vähemmän, yksilöllisempää RAUHA: <ul style="list-style-type: none"> • osastolla rauhallisempaa MONIPUOLISUUS: <ul style="list-style-type: none"> • uusi asia kiinnostaa ja virkistää 	2
		2
		2

Sisällön analyysillä päädyttiin muodostamaan seuraavat luokat: hoitokäytännöt, ohjaus, tiedottaminen, epävarmuus, monipuolisuus ja rauha.

Yleisesti vastauksista kuvastui tyytyväisyys nykyiseen ohjaus ja hoitokäytäntöön, johon kuitenkin kaivataan enemmän yksilöllisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä. Osaston

tiedottamiskäytäntöihin oltiin myös selvästi tyytyväisiä. Sähköpostille lähetettävien osastotuntimuistioden ja muiden tiedotteiden jako vaikuttaa siis toimivan. LYSY - projektinkin osalta sähköposti toimii tiedotuskanavana ja sitä kannattaa hyödyntää. Hiljaisen raportoinnin kokeileminen ja kehittäminen on aluillaan osastolla ja sitä tullaan kehittämään eteenpäin omana kehittämistoimintanaan. Hiljainen raportointi ja siihen liittyvä kirjaamisen kehittäminen on tärkeitä LYSY- asiakkaiden hoidossa. Kirjaamisen perusteella pitää kenen tahansa hoitajan pystyä osallistumaan kotona olevan asiakkaan hoitoon esimerkiksi ilta- ja yö-aikaan potilailta tulevien puheluiden osalta.

Tyytymättömyyttä osoitettiin eniten osaston nykyisiin raporttikäytäntöihin, joihin kaivataan muutosta. Raportoinnilla on suuri merkitys LYSY- asiakkaidenkin hoidossa, ja raportointi on merkittävä osa työtä, joten sen kehittäminen on tarpeen LYSY-toiminnan suunnittelun ohella. Kylvetysohjaus, jota tehdään paljon, koettiin rutiininomaiseksi ja kaipaa rajausta sen suhteen kenelle on tarpeen.

Huolta aiheutti epävarmuuden tunne. Epävarmuus liittyy uuden toiminnan mukanaan tuomiin uhkakuviin. Vastauksista ilmeni huoli siitä, tähdätäänkö lyhytjälkihoitoisen synnytysneuvonkäsittelyn avulla henkilöstön vähennyksiin. Toisaalta muutos luo aina epävarmuutta. Tähän pitää suhtautua vakavasti ja toimia kehittämissasioissa avoimesti, pitäen koko henkilöstö mukana osallistamalla ja tiedottamalla osastotuntien puitteissa, sillä epävarmuus syö voimavaroja.

Toiveita ja odotuksia tuotiin esiin hajanaisesti. Vastauksista nousivat toive osaston rauhoittumisesta ja ohjauksen selkiytymisestä ja tiivistymisestä. Lisäksi toive työn monipuolistumisesta tuli esille. Näihin odotuksiin pystytään toivottavasti vastaamaan uuden toimintamuodon kehittämisellä.

Kokonaisuudessaan vastauksista ei voi tehdä merkittäviä yleistyksiä, mutta ne edustavat kuitenkin viidenneksen osaston henkilökunnan mielipiteistä. Osana kehittämisen alkuun lähtöä ne ovat arvokkaita ja ilmaisevat odotuksia. Vastauksista nousivat esiin juuri ne asiat, jotka kuuluvat myös epävirallisessa kahvipöytäkeskustelussa ja osastotuntien puitteissa käydyissä keskusteluissa. Näihin tekijöihin vedoten vastaajat edustavat kuitenkin yleisimpiä mielipiteitä asian suhteen.

4.1.4 Sisäisen ja ulkoisen tiedon vertailu

Ryhmä saatiin koottua keväällä 2007. Ensimmäiseen istuntoonsa ryhmä kokoontui toukokuussa. Tässä kokoontumisessa päätettiin, että kesän aikana henkilöstöresurssit eivät anna mahdollisuutta ryhmä työskentelyyn ja ryhmän seuraava kokoontuminen siirrettiin syksyyn. Tämän vuoksi tiedonhaku aiheesta ryhmän työskentelyä varten oli käynnistettävä jo kesän aikana. Koska ryhmän vetäjä ja osastonhoitaja oli vastuussa kehittämisestä, heidän tehtäväkseen jäi tiedon hankinta kesän aikana.

Synnytysvuodeosaston henkilökunta oli jo aiemmalla tutustumiskäynnillään saanut kokemustietoa Tampereen Yliopistollisen sairaalan lyhytjälkihoitoisesta synnytystoiminnasta. Tutkittua tietoa ei aiheesta vielä ollut. Satakunnan keskussairaalan tieteellinen kirjasto oli apuna alkuvaiheen tiedonhaussa. Hakusanoina käytettiin *synnytyksen jälkeinen hoito, lyhytjälkihoitoinen synnytys ja varhainen kotiutuminen sekä näyttöön perustuva toiminta*. Haku tehtiin suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi. Aluksi aikarajausta ei tehty, mutta hakutuloksista rajattiin pois vanhimmat tutkimukset (yli kymmenen vuotta vanhat) muun paitsi historian tai muuten merkityksellisen tiedon osalta. Suurin osa käytetyistä tutkimuksista rajoittui vuosituhannen vaihteen molemmin puolin. Jostain syystä tähän ajanjaksoon 1996 – 2004 sijoittui useita tutkimuksia. Aivan uunituoreita tutkimuksia ei myöskään löytynyt kesällä 2007, jolloin haku tehtiin.

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on jokaisella hyvät mahdollisuudet käyttää itse hakukoneita. Tältä osin opinnäytetyön tekijä on tehnyt satunnaisia tarkennuksia ja lisähakuja kirjaston suorittaman haun lisäksi. Hakuja tehtiin Medicin, Medlineen (PupMed) ja Cochranen kautta.

Tutkimuksien lukeminen ja näytön haku niistä käynnistyi kesällä 2007 ja jatkui aivan tämän työn valmistumisen loppuun saakka. Tutkimuksien lukeminen edellytti tutkimusprosessin ja metodiikan teoriaan palaamista ja sen kertausta, jotta tutkimusten arviointi edes jossain määrin mahdollistui. Tutustuminen kansainväliseen tutkimustietoon vaati myös kielitaidon käyttöönottoa ja tehostamista. Jo tiedonhaussa rajattiin käytettäväksi kieliksi suomi, ruotsi ja englanti. Haut tehtiin suomen, ruotsin ja englannin kielellä.

Hakutuloksia saatiin kaikkiaan noin 150 tutkimusta ja tutkimusartikkeliä, joista käytettiin näytön tueksi 25. Kaikki käytetyt artikkelit eivät ole tutkimustietoa vaan osa on asiantuntija-artikkeleita aiheesta. Aiheesta löytynyt tutkimuksellinen näyttö ei parhaimmillaankaan yllä luotettavuudeltaan kovaan näyttöön, vaan jää paljolti kohtalaisen tai heikon näytön varaan tutkimusmethodisen laatunsa ja luotettavuutensa osalta. Tämän vuoksi sitä on täydentämässä myös käytännöstä saatava kliininen kokemus ja asiantuntijalausunnat.

Lyhytjälkihoitoisessa synnytystoiminnassa lähes kaikesta löytyvästä näytöstä löytyy yksi yhteinen tekijä, joka on toiminnan turvallisuuteen vaikuttavat osallistumiskriteerit niin äidin kuin vauvankin terveyden ja hyvinvoinnin osalta.

Näistä kriteereistä löytyy tutkittua tietoa etenkin ruotsalaisista tutkimuksista. Näiden tutkimusten tulokset on esitetty tässä työssä tutkimustaulukoissa (liite2).

Cochranen tutkimuskatsauksen mukaan varhaisen kotiutumisen käytännön kannalta on turvallisinta järjestää toiminta tarkoin arvioitujen osallistumiskriteerien mukaan. Näin toimien ei katsauksen perusteella voi näyttää toteen, että varhaiseen kotiutumiseen liittyy enemmän riskejä äidille ja vauvalle normaalisti sairaalassa toteutettua synnytyksen jälkeiseen hoitokäytäntöön verrattuna. (Brown S ym. 2007. 11-13)

Odelramin ym. tutkimuskatsauksesta käy ilmi, että tarkoin kriteerein arvioituun varhaiseen kotiutumiseen ei liity tavanomaista sairaalahoitoa suurempaa riskiä. Samassa katsauksessa todetaan, että lyhytjälkihoitoisessa synnytystoiminnassa on tarpeen järjestää yhteydenpito sairaalasta kotiin kotikäynnin ja puhelinkontaktein. Perheillä pitää olla mahdollisuus olla yhteydessä sairaalaan kaikkina vuorokauden aikoina ja tarvittaessa voida tulla takaisin sairaalahoitoon. (Odelram ym. 1998. 3190- 3194)

Lokakuussa 2007 kehittämissyhmä teki päivän mittaisen tutustumiskäynnin Tampereen Yliopistosairaalan synnytysosastoille. Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosaston ylihoitaja osallistui myös tutustumiskäynnille. TaYS:n LYSY -toiminnassa työskentelevää henkilökuntaa sekä osastonhoitaja ja ylihoitaja esittelivät toimintaa tilastojen ja kokemuksensa avulla. Vilkasta keskustelua käytiin TaYS:n toiminnan aloituksesta ja siitä saaduista kokemuksista. Näissä keskusteluissa LYSY -

kehittämisryhmä sai paljon vinkkejä ja ohjeita toiminnan aloittamisesta ja niistä tekijöistä, jotka ovat ehdottoman tärkeitä ottaa alusta alkaen mukaan toimintaan.

Tämän työn teoriaosuudessa on esitetty jo aiemmin Tampereelta saatu tieto LYSY-käytännöistä ja kriteereistä. Tutustumiskäynnillä oli tarkoitus tarkentaa ja syventää aiempaa tietoa. Tutustumiskäynnin anti yhdistettiin jo olemassa olevaan tietoon. Käytännön asioista tuli esiin erityisesti seuraavat asiat, jotka vaikuttavat hoitokäytäntöjen suunnitteluun. (Taulukko 5)

Taulukko 5. TaYS:n LYSY-toiminnan käytännön kokemuksia

Tampereen Yliopistosairaalan käytännön kokemuksia Lysy-toiminnasta ohjeeksi Satakunnan keskussairaalan Lysy-toiminnalle
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan lähtiessä kotiin lysy-hoitaja sopii jatkohoidon ja antaa äidille kirjallisen kotihoito-ohjeen mukaan • Kotikäyntejä ja soittoja varten on olemassa seurantalomake, johon kirjataan jokaisesta kontaktista tiedot. • Kotikäynti tehdään aina, jos äiti ja vauva ovat kotiutuneet < 24 tuntia synnytyksestä. Kotikäynnit tehdään muulloinkin aina tarvittaessa. • Soitot kotiin neljänteen synnytyksen jälkeiseen päivään asti. Äidit sopivat itse neuvolan normaalin kotikäynnin tämän jälkeen, • Mukana kotikäynneillä : Hoitolaukku, jossa yleisimmät tarvikkeet vauvaa ja äitiä varten. Bilirubiini –näytteenottovälineet, kannettava vaaka • Navigaattori autoon helpottaa huomattavasti kotikäyntien tekoa (ei ollut aluksi, hankittiin myöhemmin – kannatta hankkia heti) • GSM-puhelin mukaan kotikäynneille. Lysy-puheluille oma numero potilaita varten – päivystysaikaan puhelin on osastolla niin, että siihen pystytään vastaamaan • Päiväkirja LYSY-potilaista. Helpottaa suunnittelua ja raportointia • Lysy-toiminnalle oma rauhallinen kansliatila, jossa puhelin ja atk-pääte. • Kotikäyntiin varattu aikaa n.40 minuuttia, lisäksi matkat. • Henkilökunnan työaika vaatii joustavuutta tilanteiden mukaan. • Oma auto käytössä, kilometriraha ajokilometrien mukaan, joista tehdään raportit. • Kiinteä ryhmä lysy-hoitajia 6 –8, mukana omasta kiinnostuksesta ja halusta. Toimivat lysyssä 4-5 päivän jaksoissa, liukuvasti aamuvuoroissa. • Perheille tiedotetaan käytännöstä neuvolan kautta, sairaalan valmennuksessa, osastohoidossa sekä osaston kotisivuilla. • Kotikäynneillä ei ole potilastietoja mukana, osastolla on sähköinen kirjaaminen. Mukana kotikäynnillä on potilaan seurantalomake. • Jos äidin tai vauvan tilanne vaatii uudelleen sairaalahoitoa ensimmäisten neljän vuorokauden aikana, tulevat he aina takaisin synnytysvuodeosastolle, josta ovat kotiutuneet. • Lysy-potilaat siirretään kotihoitoon siirtyessä tietotekniseen virtuaaliosastoon, jolloin heiltä ei mene sairaalapäivämaksua, mutta kuntalaskutus tapahtuu. Samoin potilaat säilyvät sairaalan kirjoissa varsinaiseen ”kotiutumiseensa” asti, jolloin vasta tapahtuu uloskirjaus. Tämä on tärkeätä esimerkiksi laboratoriotutkimusten kannalta.
(Alarautalahti, M. 2007)

Yhdistämällä nämä tiedot aiemmin hankittuun tietoon tutkimuksista (Brown S, 2007; Johansson K & Darj, E. 2004; Odelram ym. 1998; ym Liite 2) ja asiantuntijalausunnoista, joita jo aiemmin oli saatu Tampereelta, muokattiin hoitokäytännöt Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosaston resurssien ja toimintamahdollisuuksien mukaisiksi.

Merkittävässä osassa on ollut Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysvuodeosastojen kokemus ja malli lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan käynnistämisestä, kehittämisestä ja toiminnan kokemuksista. Tätä kautta on saatu erittäin tärkeää kokemustietoa toteutettuna suomalaisissa olosuhteissa ja väestössä. Tutkimuksellinen tieto on lähes kokonaisuudessaan ulkomaisesta toiminnasta hankittua.

Tutkimukset luettiin useaan kertaan ja käännettiin suomeksi. Tämä vei runsaasti aikaa. Käytetyt tutkimukset on koottu taulukkoon (Liite 2), josta ilmenee tutkimus, tekijät, vuosi, tavoite, metodi, otos, toteutus ja tulokset. Tämän taulukon avulla on tarkoitus avata teoreettista osuutta ja tieteellistä näyttöä.

Tutkimustiedossa on huomioitava, että ulkomaisten tutkimusten tulokset ovat vain viitteellisiä, sillä niissä vaikuttavat usein suurestikin toimintakulttuurista ja sosio-ekonomisista tekijöistä johtuvat seikat, jotka heikentävät tutkimustiedon yleistettävyyttä. Esimerkiksi Amerikassa ja Kanadassa toimintaa määrittävät suuresti vakuutukset tai niiden puute. Näin ollen tuloksiin on suhtauduttava kriittisesti suhteessa suomalaisiin käytäntöihin. Euroopan alueelta ei tutkimustietoa paljon ole käytettävissäkään, mutta siellä kulttuuriset seikat sekä lyhyet välimatkat ja tiheä sairaalaverkosto vaikuttavat toimintaan.

Pohjoismaat ja etenkin Ruotsi ovat kaikkein lähimpänä Suomen oloja ja kulttuuria, joskin näidenkin maiden välillä on eroja. Tästä johtuen ulkomaisesta tutkimusnäytöstä voi ottaa perusteita toiminnalle niiltä osin, kuin se on yhteneväistä ja samansuuntaista useamman tutkimuksen välillä eikä ole riippuvainen paikallisista olosuhteista. Tässä kehittämistyössä, tutkitun tiedon lisäksi, käytännöstä saadulla kokemuksellisella tiedolla ja asiantuntijoiden lausunnoilla on suuri arvo uuden toiminnan suunnittelun perusteina.

4.1.5 Ongelmien nimeäminen

Kuten suunnittelun alkuvaiheessa tehdystä kyselystä saatiin selville, oli henkilökunnassa tyytymättömyyttä esimerkiksi raporttikäytäntöä kohtaan ja toiveena oli hiljaisen raporttikäytännön kokeilu ja kehittäminen. Tämän osalta yksi osaston henkilökunnasta terveydenhoitaja-koulutuksessa oleva sairaanhoitaja teki opinnäytetyönään hiljaisen raportoinnin käyttöönotto- ja kehittämisprojektin synnytysvuodeostolla. Hiljaisen raportoinnin käytäntöön liittyy kirjaamisen kehittäminen, joten kirjaamiseenkin on kiinnitetty huomiota. Hiljainen raportointi on nyt vuoden 2008 loppupuolella osittaisessa käytössä ja sitä kehitetään edelleen.

Ohjaukseen oltiin suurelta osin tyytyväisiä, mutta kylvetysohjaus koettiin rutiinin omaiseksi. Ohjauksesta on sovittu, että sitä tulee suunnitella asiakaslähtöisesti kokonaisuudessaan eikä rutiininomaisen kaavan mukaan. Tämä vaatii säännöllisin väliajoin asian puheeksi ottamista ja kannustusta esimiesten taholta.

Koettu epävarmuus toiminnalla haluttavista muutoksista on rauhoittunut tiedottamisen myötä. Toki kritiikkiä ja arvostelua toimintaa kohtaan tulee säännöllisesti. Mutta pääosin kritiikki on rakentavaa ja osallistuvaa. Epävarmuutta haluttiin vähentää säännöllisellä ja läpinäkyvällä tiedottamisella. Tiedottaminen osastotuntien puitteissa ja sähköpostilla lähetetyt tiedotteet koettiin hyväksi ja toimiviksi, siksi tämä onkin pidetty ohjeena myös kehittämisprosessin tiedottamisessa.

Lyhytjälkihoitoisen synnytysneuvonhoitoiminnan kehittäminen edellyttää laaja-alaista perehtymistä koko synnytysvuodeosaston toimintaan ja sitä ei voi mitenkään erottaa kokonaistoiminnasta. Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan myötä koko osasto saa mahdollisuuden muutokseen, jota on etukäteen vaikea tarkasti edes arvioida. Uuden toiminnan kehittämiseen liittyy monia kysymyksiä, joihin haetaan vastauksia sisäisen ja ulkoisen näytön perusteella.

4.2. Lyhytjälkihoitoinen synnytystoiminta ja sen kuvaaminen

4.2.1 Toiminnan suunnittelu

Tutkimusnäyttö antoi tukea käytännön suunnittelulle. Kehittämistyöhön koottu työryhmä aloitti työskentelynsä syksyllä 2007. Ensimmäisessä istunnossa 22.5.2007 oli koolla koko suunniteltu joukko. Kehittämisprosessin vetäjänä osastonhoitaja ja opinnäytetyöntekijä johti myös ryhmätyöskentelyä ja piti pöytäkirjaa kokoontumisissa. Ensimmäisen kokoontumisen tarkoitus oli tutustuttaa ryhmä aiheeseen kertomalla tähän mennessä aiheesta saadusta tiedosta ja määrittellä tavoitteita, joihin prosessilla pyritään. Lisäksi tarkoituksena oli vielä selkiyttää ryhmän roolia kehittämistyössä.

Kehittämisryhmällä oli ennen pilotoinnin aloittamista viisi eri kokoontumista, joista jokaiseen oli aikaa varattu noin kolme tuntia. Ryhmän kokoontumiset ajoittuivat aikavälille 22.5. 2007 - 18.2.2008. Lisäksi ryhmä teki yhteisen koko päivän kestäväen tutustumiskäynnin Tampereen Yliopistollisen sairaalan synnytysyksikköön marraskuussa 2007. Tähän tutustumiskäyntiin osallistui myös ylihoitaja. Lyhytjälkihoitoisen synnytystoimintaprosessin pilotointia arvioitiin kahdessa koko osaston henkilökunnan kehittämispäivässä. Ensimmäinen näistä päivistä pidettiin 19.5.2008 ja toinen 26.10.2008. Tässä työssä ei jatkossa tarkasti määritetä missä vaiheessa tai millä kokoontumiskerralla asioita on käsitelty, ellei sillä ole päätösten teon kannalta erityistä merkitystä.

Ensimmäisessä istunnossa käytiin keskustelua resursseista ja rajoista sekä tekijöistä, jotka rajoittavat toimintaa. Synnytysvuodeosastolla hoitohenkilökunta koostuu kättilöistä, sairaanhoitajista ja lastenhoitajista. Lastenhoitajat sovittiin selkeästi rajattavaksi pois lyhytjälkihoitoisessa synnytystoiminnassa työskentelevistä, koska heillä ei ole äitien itsenäiseen kotona tapahtuvaan hoitoon ja synnytyksen jälkeisen terveydentilan arviointiin vaadittavaa ammattitaitoa. Heidän panoksensa on erittäin arvokas osastolla tapahtuvassa vastasyntyneiden hoidossa ja äitien ohjauksessa vauvan hoitoon.

Keskustelua käytiin lisäksi sairaanhoitajien mahdollisuuksista osallistua LYSY - työskentelyyn. Osaston sairaanhoitajat (kaksi vakinaista) ovat erikoistuneet

lastentauteihin ja heillä on 20 vuoden työkokemus vastasyntyneiden hoidosta. Heidät on lisäksi toimipaikkakoulutettu synnyttäneiden ja keisarileikattujen äitien synnytyksen jälkeiseen hoitoon osastolla, johon he osallistuvat noin 30 – 50 % työajastaan. Keskustelussa päädyttiin kuitenkin rajaamaan myös sairaanhoitajat pois LYSY -toiminnasta, koska heidän erikoisosaamisensa suuntautuu vastasyntyneiden tarkkailuun ja hoitoon ja sitä osaamista tarvitaan erityisesti osastotyössä.

Lähtötilanteessa päädyttiin siihen, että *lyhytjälkihoitoiseen synnytystoimintaan osallistuvat vain kätilöt. Näillä kätilöillä on oltava hyvä, vahva ammattiosaaminen ja useamman vuoden työkokemuksen mukanaan tuoma ammattitaito. Lisäksi näiden henkilöiden toivotaan lähtevän mukaan toimintaan vapaaehtoisesti ja osoittaen tehtävää kohtaan aitoa kiinnostusta, sillä toimintaa on arvioitava ja kehitettävä eteenpäin.* Tässä kehittämistyössä käytännön toimijat ovat tärkeässä asemassa. Toimintaan osallistuvilla *hoitajilla tuli olla ajokortti ja auto käytettävissään*, sillä LYSY -toiminta edellyttää mahdollisuutta käydä kotikäynneillä. Tätä asiaa päätettiin kartoittaa kätilöihin kohdistuvalla kyselyllä, jossa kukin voi ilmasta halunsa osallistua uuteen toimintaan ja myös mahdollisuutensa ajokortin ja autonkäytön suhteen. Osaston ilmoitustaululle laitettiin nimilista, johon kätilöt voivat halutessaan kirjoittaa nimensä ja ilmaista mahdollisuutensa oman auton käyttöön työssä.

Yhteydenpito sairaalasta kotiin, lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen, nousee useissa tutkimuksissa merkittäväksi tekijäksi äidin ja vastasyntyneen turvallisuudelle ja turvallisuudentunteelle sekä toiminnan onnistumiselle. (Löf M et al . 2006, 327. Tomashek, K M et al, 2006, 67. Waldenström U & Aarts C ,2006. 674). Tämän tutkimusnäytön, asiantuntijalausuntojen ja Tampereen yliopistollisen sairaalan kokemuksista saatujen käytännön kokemusten perusteella, *kehittämisryhmä päätyi heti alusta alkaen suunnittelemaan lyhytjälkihoitoista synnytyksenhoitokäytäntöä, johon kuului yhteydenpito perheen kotiin varhaisen kotiutumisen jälkeen joko puhelimitse tai kotikäynnein.*

Satakunnan sairaanhoitopiiri levittäytyy laajalle alueelle noin 100 kilometrin säteellä pohjoiseen, itään ja etelään. Kehittämisryhmän tehtävänä olikin pohtia rajataanko aluetta vain sairaalan lähialueille vai tarjotaanko lyhytjälkihoitoista synnytysvaihtoehtoa koko sairaanhoitopiirin alueelle. Ryhmän vetäjä selvitti tulosalueen johdolta kantaa

tähän asiaan ja siitä mahdollisesti aiheutuviin kustannuksiin, kuten kilometrirahan maksamiseen tai työnantajan auton käyttöön suhtautumista.

Tämän asian suhteen operatiivisen tulosalueen johto otti kannan, jossa se lupautui maksamaan kilometrirahat oman auton käytöstä, mutta ei ainakaan pilotointi vaiheessa nähnyt tarpeelliseksi hankkia toimintaa varten autoa. Lisäksi toiminnalle myönnettiin hankittavaksi navigaattori matkanteon helpottamiseksi sekä gsm-puhelin LYSY -hoitajien käyttöön myös kotikäyntejä ajatellen. Navigaattorin ja gsm-puhelimen hankinta tapahtui kehittämisryhmän aloitteesta. Vinkkiä näiden laitteiden tarpeellisuudesta saatiin TaYs:n kokemuksista. Hankintojen toteuttaminen jäi osastonhoitajan tehtäväksi.

Kehittämisryhmä sai tilastollista tietoa Tampereen yliopistollisen sairaalan LYSY –toiminnasta. Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa on noin 5000 synnytystä vuodessa. Heidän tilastojensa mukaan vuonna 2005, jolloin toiminta käynnistyi, kaikista synnyttäneistä varhain kotiutuvia oli 20,9 %, näistä alle vuorokaudessa kotiutuvia oli 80 äiti-vauvaparia. Tapaamisia sairaalasta lähdön jälkeen oli 27,4 %:lle varhaisista kotiutujista.. Vuonna 2006 varhain kotiutuvia oli 1455, eli noin 30 % synnyttäjäistä, < vuorokaudessa kotiutuneita oli 164, kotikäyntejä tehtiin 513 (Tampereen kaupunki hoitaa omat kotikäyntinsä). Vuonna 2007 varhain kotiutuvia oli noin 30 % kaikista synnyttäjäistä, näistä 220 kotiutui < vuorokausi synnytyksestä (tilanne 10 / 2007). Toiminnan myötä määrä on vuosittain lisääntynyt. (Julin, A-M & Alarautalahti M. 2007)

Tampereen lähtötilanne LYSY – toimintaan johtui strategisista kehittämisnäkökohdista ja tilanahtaudesta. Yhden vuodeosaston lakkauttaminen säästösyistä vuonna 2003 vähensi sairaansijojen määrää 13:lla ja aiheutti näin todellista tilanahtautta. Jotta toiminta voitiin turvata paikkavähennyksistä huolimatta, päädyttiin Tampereella kehittämään lyhytjälkihoitoista synnytystoimintaa. (Kujanpää K ym 2006., 14.)

Tätä kokemusta ja tietoa hyväksi käyttäen kehittämisryhmä arvioi mahdollista alkuvaiheen asiakasmäärää lyhytjälkihoitoisen synnytyskäytännön suhteen, joka voisi toteutua pilotointivaiheessa tai ensimmäisen toimintavuoden aikana. Satakunnan

sairaanhoitopiirissä on vuositasolla noin 2000 synnytystä eikä siihen näillä näkymin ole tulossa suuria muutoksia. Jos tulevaisuutta arvioidaan Tampereen mallin mukaan, *ensimmäisenä toiminta vuotena voisi määrä yltää noin 10 prosenttiin synnyttäjistä eli noin 200 asiakasta hoidettaisiin lyhytjälkihoitoisen mallin mukaan. Näistä arviolta noin 20 – 30 %:lle olisi tarpeen tehdä kotikäyntejä.*

Kotikäyntien tekeminen 20-30:lle % lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen kotiutuneille merkitsisi noin 40 – 60 kotikäyntiä vuodessa eli keskimäärin yhtä kotikäyntiä viikossa. Tämän määrän ei vielä merkittävästi uskottu lisäävän henkilöstötarvetta, toisaalta pitkät matkat vievät aikaa. Käynti esimerkiksi Karvialla vie arviolta 3-4 tuntia. Tämä on puolet päivän työajasta. Tosin kaikki kotikäynnit eivät tapahdu yhtä kauaksi ja vievät näin ollen myös vähemmän aikaa. Koska uusi toiminta todennäköisesti kuitenkin kuluttaa hieman enemmän henkilöstöresursseja, kehittämissyhmässä valtuutettiin osastonhoitaja ottamaan selvää tulosaluejohdolta henkilöstön lisäresursoinnin mahdollisuuksista.

Näiden taustatietojen perusteella kehittämissyhmä arvioi, että *toimintaa voitaisiin tarjota pilotointivaiheessa koko sairaanhoitopiirin alueelle. Näin ketään ei aseteta eriarvoiseen asemaan hoidossa.* Tästä voisi saada samalla kokemusta, jonka perusteella voidaan arvioida toimintaa ja sen rajoittamistarvetta mahdollisesti jatkossa.

4.2.2 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen potilaskriteerien suunnittelu

Tampereen yliopistosairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan potilaskriteerit on laadittu Ruotsista Upsalasta saadun kokemustiedon ja lääketieteellisen tutkimustiedon perusteella. Kriteereiden laadintaan on osallistunut lastenlääkäreitä, obstetrikkoja sekä hoitohenkilökuntaa (Riihimäki 2007). Näiden kriteereiden käyttöön ja suoraan siirtämiseen Satakunnan keskussairaalassa lyhytjälkihoitoisessa synnytystoiminnassa käytettäväksi saatiin lupa TaYS:n synnytysklinikan ylihoitajalta Anna-Maija Julinilta. Satakunnan keskussairaalan synnytys –ja naistentautien yksikön ylilääkäri Ari Ylä-Outinen on Tampereella työskennellessään osallistunut tiiviisti LYSY - toiminnan kehittämiseen.

Kriteerit käytiin läpi vastasyntyneiden teho-osaston osastonylilääkärin Elina Vähä-Eskelin kanssa ja ne muokattiin Tampereen vastaavista kriteereistä Satakunnan keskussairaalan toimintaan sopiviksi. Merkittävin ero sairaaloiden LYSY -käytännöissä muodostui lasten LYSY -edellytysten osalta verinäytteiden oton ja keltaisuuden arvioinnin suhteen. Lääkäri Elina Vähä-Eskeli oli sitä mieltä, että LYSY -vauvoista ei tarvitse rutiininomaisesti ottaa PVK-, CRP- ja bilirubiininäytettä, vaan kuten muistakin vauvoista vain tarpeen mukaan. Myös Tampereella tehtävästä kellastumisriskin ennakoarvioinninteosta luovuttiin. Perusteina tähän oli se, että muut kriteerit vähentävät jo merkittävästi näiden ongelmien ilmaantumiseriskiä.

Kokenut kätilö pystyy arvioimaan bilirubiini-verinäytteenoton tarpeen tapauskohtaisesti. Kotikäynneillä tulee myös aina epäilyksen herätessä ottaa bilirubiininäyte. Vastasyntyneeltä tulee ottaa verensokeri kotikäynnillä, mikäli siihen tarvetta ilmenee. Jos verensokeri on alle 3, on se aina syy pyytää äiti ja vauva takaisin osastoseurantaan. Mikäli pilotoinnin aikana ilmenee näissä asioissa ongelmia, palataan asiaan ja arvioidaan niitä uudelleen. (Vähä-Eskeli, E., henkilökohtainen tiedonanto 28.11.2007)

Lisäksi sovittiin, että kaikille LYSY- ohjelman mukaisesti kotiutuville vauvoille tulee tehdä lastenlääkärin tarkastus aina ennen kotiutumista ja lastenlääkäri päättää kotiutuksesta vauvan suhteen. Uusintatarkastus tulee tehdä kaikille niille LYSY -hoidon mukaan kotiutuneille vauvoille, jotka on tarkastettu ensimmäisen kerran alle 36 tunnin ikäisenä. Mikäli lastenlääkärin tarkastus tapahtuu tämän jälkeen, ei uusintatarkastusta tarvita ellei lastenlääkäri sitä erikseen määrää. Tämä toimintaohje perustuu paikalliseen tapaan sallia uudelleensynnyttäjä-äitien kotiutuminen jo 36 tunnin kuluttua synnytyksestä. Tämä käytäntö on ollut vuosien ajan käytössä ilman ongelmia. Tästä syystä ei vastasyntyneiden teho-osaston osastonylilääkäri nähnyt tarvetta tehdä hoitokäytäntöjä raskaammaksi kuin ne nyt ovat. . (Vähä-Eskeli, E., henkilökohtainen tiedonanto 28.11.2007)

Vastasyntyneille ei Satakunnan keskussairaalassa tehdä rutiinisti happisaturatiomittauksia, kuten monissa muissa sairaaloissa tehdään. Lääkäri Vähä-Eskelin kanssa käydyssä keskustelussa kuitenkin sovittiin, että synnytysvuodeosastolle hankitaan happisaturatio-mittari ja kaikilta LYSY -vauvoilta mitataan happisaturatio, jonka on

oltava vähintään 95, jotta vauva voidaan kotiuttaa lyhytjälkihoitoisesti. (Vähä-Eskeli, E., henkilökohtainen tiedonanto 28.11.2007) Veren happisaturatio antaa viitettä ductusperäisistä sydänvioista, jolloin happisaturatio on selvästi normaalia matalampi (Järvenpää,A-L, 2007.).

4.3 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan mallintaminen

4.3.1 Kehitetyt potilaskriteerit lyhytjälkihoitoisessa synnytystoiminnassa

Kehittämisryhmän työskentelyn ja suunnittelun perusteella kehitettiin Satakunnan keskussairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan pilotoinnille toimintamalli ja toimintaohjeet. Seuraavassa taulukossa on esitetty Satakunnan keskussairaala Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen soveltuvuus-kriteerit äidille ja vauvalle (Taulukko 6 s.49)

Taulukko 6. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen soveltuvuuskaiteerit äidille ja vauvalle

<u>Äidin varhaisen kotiutumisen edellytykset</u>	<u>Vastasyntyneen varhaisen kotiutumisen edellytykset</u>
<ul style="list-style-type: none"> • äiti on terve synnyttäjä, jonka vointi sallii vastasyntyneen hoidon ja jolla on hoitoapua kotona • sectio - potilailla on mahdollisuus LJHS kotiutumiseen 72 tunnin kuluttua leikkauksesta • synnytys on ollut täysiaikainen (h 38 – 41) alatiesynnytys • lapsivesi on mennyt alle 18 tuntia ennen lapsen syntymää • äidillä ei ole infektion merkkejä • äidillä ei ole ollut runsasta vuotoa (vuoto alle 1000 ml) 	<ul style="list-style-type: none"> • raskauden kesto on ollut 38–41 viikkoa • syntymäpaino on ollut 3000–4500 g ja on normaali raskauden keston nähden • sikiöasfyksiasta ei ole merkkejä ja Apgar-pisteet ovat 7 tai yli • äiti on terve ja Rh-positiivinen (Rh-negatiiviset äidit, jos lapsen veriryhmä on negatiivinen) • äidillä ei ole infektion merkkejä • lapsivesi on mennyt alle 18 tuntia ennen lapsen syntymää • äidillä ei ole streptokokki-infektiota tässä eikä edeltävässä raskaudessa • äidin aikaisemmalla lapsella ei ole ollut vastasyntyneenä ongelmia, jotka voisivat toistua esim. valohoitoa vaatinut keltaisuus • vastasyntynyt on hyväkuntoinen ja oireeton • lämpö on normaali • vastasyntynyt on virtsannut ja ulostanut • ruokinta on onnistunut ongelmitta rinnasta tai pullosta • lastenlääkäri on tutkinut lapsen synnytysosastolla ja tarkastuksessa ei ole todettu poikkeavaa

Lisäksi sovittiin seuraavat käytännön pelisäännöt LYSY -toimintaa määrittämään ja selkiyttämään:

Jos äiti ja vauva kotiutuvat 36 tuntia synnytyksestä tai alle 36:n tunnin, silloin äiti tulee aina vauvan kanssa uusintatarkastukseen synnytysvuodeosastolle, kun vauva on vähintään 3 vuorokauden ikäinen ja lastenlääkäri tarkastaa vauvan.

Kotoa uusintatarkastukseen tulevat vauvat kutsutaan synnytysvuodeosastolle n klo 12:ksi ja synnytysvuodeosaston lastenlääkäri tarkastaa lapset osastolta kotiutuvien vauvojen tarkastuksen jälkeen.

Uusintatarkastuksia ei tehdä viikonloppuisin. Viikonlopulle ajoittuvat tarkastukset sovitaan maanantaihin klo 12:ksi.

Näillä kriteereillä, jotka perustuvat sekä tutkittuun että käytännön kokemukselliseen näyttöön, päätettiin lähteä pilotoimaan lyhytjälkihoitoista synnytystoimintaa Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolla. Nämä kriteeristöt ovat sekä lastentautien ylilääkärin Esa Niemen että synnytys-naistentautien yksikön ylilääkärin Ari Ylä-Outisen hyväksymät (liite 2).

4.3.2 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäytännöt ja toimintaohjeet

Näihin tietoihin perustuen kehittämisryhmä päätyi suunnittelemaan paikallisiin olosuhteisiin sopivat toimintaohjeet LYSY - toiminnan käytännöistä toiminnan pilotointivaihetta varten. Näistä suunnitelluista toimintakäytännöistä tehtiin taulukko (liite 13), jossa kuvattiin käytännön toimintaohje, miten se toteutetaan ja mitä toimenpiteitä toteuttaminen vaatii ennen toiminnan aloittamista. Lisäksi taulukkoon määriteltiin vastuuhenkilö kunkin toiminnan osalta. Taulukko toimii lukujärjestyksenä kehittämisryhmälle ja vastuuhenkilöille sekä toiminnallisena ohjeena pilotoinnissa. Taulukossa 7 on esitetty suunnitellut toimintaohjeet ilman järjestelyjä ja vastuuhenkilöitä.

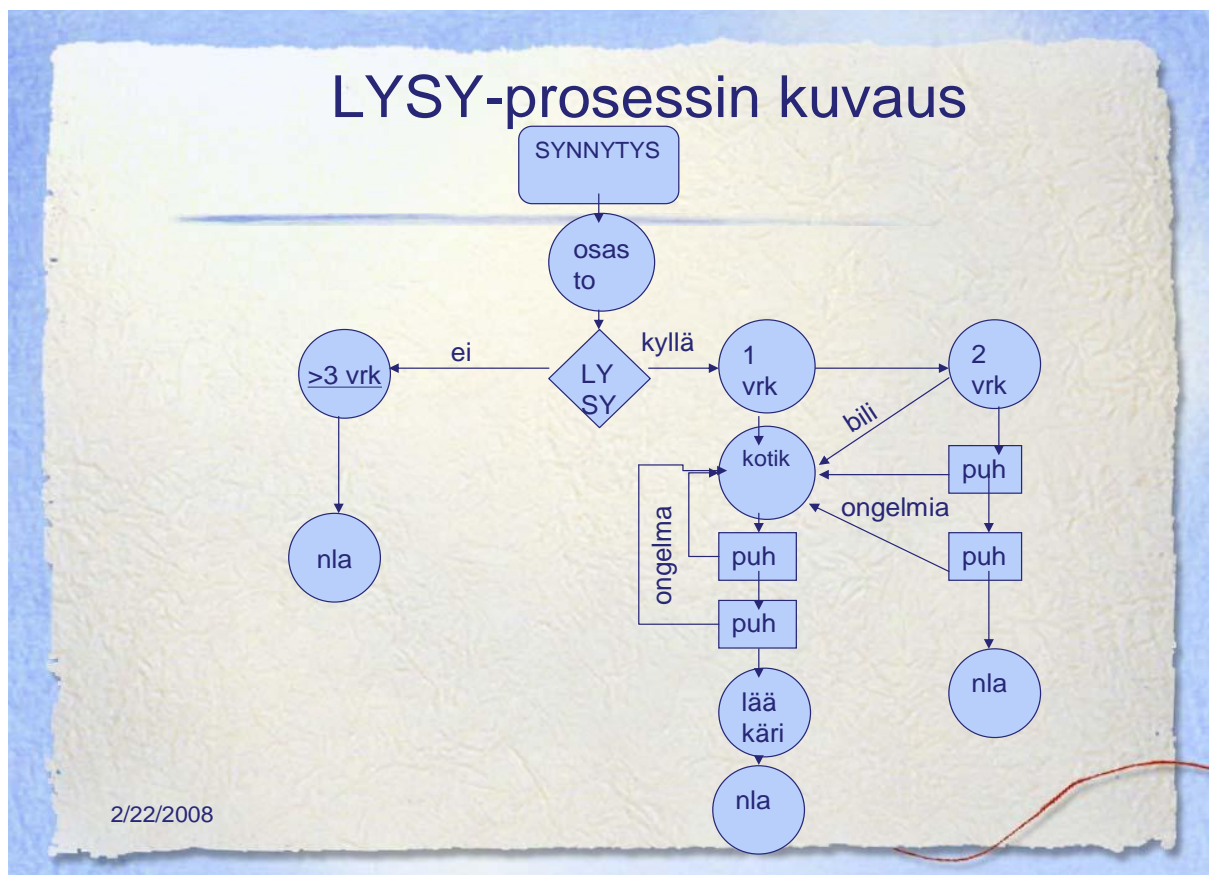
Taulukko 7. LYSY -toiminnan toimintaohjeet Satakunnan keskussairaalassa.

<p>Toimintaohje:</p> <p>LYSY- asiakkaat saavat informaation neuvolasta ja tutustumiskäynneillä sairaalasta. Lisäksi LYSY-tietoa lisätään osaston kotisivuille.</p>
<p>Äidiltä / perheeltä tultava aloita LYSY-hoitoon osallistumisesta. Asiakaslähtöistä toimintaa, joka perustuu vapaaehtoisuuteen.</p>
<p>LYSY- hoitajien määrä pilotointivaiheessa on neljä kätilöä, jotka tekevät työtä neljän päivän jaksoissa aamuvuoroissa työajan suhteen joustavasti. Nämä kätilöt ovat samat kolme kätilöä, jotka ovat työskennelleet kehittämissyhmässä, täydennettynä yhdellä kätilöllä, joka oli TaYS:ssa kahden päivän ”perehdytys”-jaksolla. Kaikki ovat pitkän kokemuksen omaavia.</p>
<p>LYSY-potilaiden osallistumiskriteerien johdonmukainen noudattaminen, ei lipsumisia pilotoinnin aikana</p>
<p>LYSY-asiakkaiden kotihoito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kotikäynnit: Aina kotikäynti seuraavana päivänä kotiutumisesta, jos kotiutuminen tapahtuu alle vuorokauden kuluessa synnytyksestä, muulloin asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Kotikäynnille ei määritetä aikarajaa pilotoinnissa. • Kotisoitot: Joka päivä neljänteen synnytyksen jälkeiseen päivään saakka tai yli viikonlopun, jos vauvan uusintatarkastuspäivä siirtyy viikonlopun vuoksi vasta maanantaiksi. • Ympärivuorokautinen puhelinpäivystys synnytysvuodeosastolla
<p>Toiminnan vaatimat tilat ja varusteet.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LYSY-kanslia: osastolle järjestetään erillinen tila, jossa toimistovarustus asiakkaat huomioiden. • Puhelinliikenne: uusi LYSY-numero toimintaa varten, kansliassa lankaliittymä lisäksi GSM-puhelin. • Kotikäyntivarustus: Hoitotarvikelaukka ja hoitotarvikkeet, kannettava vaaka, bilirubiini – näytteenottovälineet ja näytteenottokoulutus • Navigaattori • ”päiväkirja” – päiväyri selkiyttämään suunnittelua ja nopeaksi tiedonantajaksi kokonaistilanteesta kotona LYSY-hoidossa olevista potilaista.
<p>LYSY – lomakkeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • päivittäisseurantalomake (liite 10) • äidille kotiin lähtiessä annettava ohje (liite 11)
<p>Virtuaaliosasto, kotihoidossa oleville:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osastosiiro virtuaaliosastolle kotiutusvaiheessa. • Hoito potilaalle maksutonta kotonaolo päivien osalta. • Kuntalaskutus normaalisti. • Sairaalaan kirjattuna kotihoitojakson ajan. • Uloskirjataan, kun hoitosuhde loppuu.

Tämän suunnitelman perusteella on tarkoitus lähteä pilotoimaan Satakunnan keskussairaalassa LYSY- käytäntöä. Kehittämissyhmä päätti vuoden 2007 lopulla pitämässään kokoontumisessa, että toiminnan pilotointi alkaa 18.2.08, jolloin osaston tilanne on lomien ja muidenkin normaalista poikkeavien tekijöiden suhteen rauhallinen.

Lisäksi kaikki LYSY – toimintaan sitoutuneet hoitajat olivat tässä kohdin töissä, kenelläkään ei ollut lomaa. Sovittiin, että osastonhoitaja ja apulasiosastonhoitaja valvovat toiminnan sujumista ja puuttuvat tilanteeseen, jos siihen on aihetta. Toiminnan pilotointivaiheen potilastavoitteeksi asetettiin 10 % synnyttäjistä. Tämä luku muodostettiin Tampereen esimerkin perusteella

Satakunnan keskussairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytyskäsittelyprosessin malli (kuvio 2) kehitettiin yhdistämällä sisäinen ja ulkoinen näyttö. Prosessi on luotu pilotointivaihetta varten ja sen toimivuutta ja soveltuvuutta tarkastellaan pilotoinnin arvionnissa.



Kuvio 2 LYSY –prosessin kuvaus

4.4. Lyhytjälkihoitoisesta synnytystoiminnasta tiedottaminen

Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskusten johdolle lähetettiin lokakuun 2007 alussa tiedote, jossa kerrottiin uudesta suunnitelmasta järjestää sairaalassa LYSY -toimintaa. Tiedotteella haluttiin antaa kunnille mahdollisuus sanoa mielipiteensä

toiminnasta. Tiedotteessa (liite 6) kerrottiin toiminnasta ja sen suunnitelluista periaatteista sekä kustannuksista asiakkaille ja kunnille. Tiedotteessa oli ylilääkärin, ylihoitajan ja osastonhoitajan allekirjoitukset ja yhteystiedot. Yhtään yhteydenottoa ei kunnista tullut, joten tämä vaikeneminen tulkittiin hyväksynnäksi.

Osaston henkilökunnalle tiedotettiin koko suunnitteluprosessin ajan osastotunneilla viikoittain ja heidät osallistettiin myös suunnitteluun ja päätöksen tekoon. Neuvolan henkilökunta sai ensimmäisen tiedonannon 25.11.2007 olleessa gynekologian osaston alueellisessa koulutusiltapäivässä. Osastonhoitaja, joka toimi myös ryhmän vetäjänä, piti noin 20 minuutin tietoiskun LYSY -toiminnan periaatteista ja Satakunnan keskussairaalan suunnitelmista LYSY -toiminnan suhteen. Tiedote terveydenhoitajille toiminnasta lähetettiin 30.1.08. (liite 7)

Neuvolan henkilökunnalle kerrottiin, ettei toiminta lisää heidän työtänsä, sillä potilaat ovat sairaalan hoidon piirissä neljä päivää ja hoito kotiin järjestetään sairaalasta. Asiakkaat siirtyvät neuvolan jatkohoitoon entiseen tapaan, siihen ei ole suunnitteilla muutoksia. Äidit ilmoittavat terveydenhoitajille kotiutumisestaan kun sairaalan seuranta päättyy. Heille kerrottiin myös maksuperiaatteista. Tässä tilaisuudessa ei herännyt asiasta minkäänlaista keskustelua.

Sairaalan sisällä toiminnasta tehtiin artikkeli (liite8) henkilökuntalehteen, jolla haluttiin tiedottaa uudesta toiminnasta koko sairaanhoitopiirin henkilökunnalle. Lisäksi paikallinen päivälehti Satakunnan Kansa teki jutun toiminnasta pilotoinnin aluksi. Tällä saatiin tietoa leviämään koko Satakunnan alueelle.

Virtuaaliosaston olemassaolosta ja käytännöistä tiedotettiin erikseen osaston henkilökunnalle (liite 4) ja yhteistyötahoille (liite 5).

4.5 Satakunnan keskussairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan pilotointi ja sen kokemukset

4.5.1 Pilotoinnin aloitus

Pilotointiprosessissa valitaan ensin tavoiteltavat tulokset, sitten kerätään perustiedot ja luodaan näyttöön perustuvat toimintaohjeet. Pilotoinnin tavoitteeksi asetettiin *toiminnan kokeilun kautta saatava käytännön tieto ja kokemus LYSY -toiminnasta ja tämän perusteella päätöksenteko toiminnan ottamisesta jatkuvaan käytäntöön. Lopullisena tavoitteena vakinaistaa käytäntö pilotoinnin perusteella.* Tämän jälkeen suppealla, kehittämistyössä mukana olleella ja asiaan perehtyneellä ryhmällä pantiin toimeen näyttöön perustuvan toiminnan kokeilu pilottiyksikössä. Osaston kehittämistyöryhmän kolme kättilöä sekä yksi kättilö kehittämisryhmän ulkopuolelta, joka kävi Tampereella kaksi päivää tutustumassa käytännössä LYSY -toimintaan ja saamassa vielä arvokasta tarkennusta käytännön toiminnasta, aloittivat toiminnan pilotoinnin 18.2.2008. Jo aluksi sovittiin, että tällä ryhmällä lähdetään liikkeelle ja kuukausittain arvioidaan tilannetta ja mietitään hoitajakokoonpanoa.

Sovittiin että, kokeilun aikana toimintaa tullaan arvioimaan ja muokkaamaan tarpeen vaatiessa sopivammaksi. Arviointi voi tapahtua esimerkiksi säännöllisin kokoontumisoin kehittämisryhmän ja toimijoiden edustuksen kesken. Näin voidaan saada arvokasta tietoa kokemuksista ja verrata sitä suhteessa löydettyyn näyttöön. Lopuksi pilotoinnin antamien kokemusten pohjalta tulee toimintaohjetta muokata, juuri omaan toimintaan parhaiten soveltuvaksi. (Titler 2007, 29 – 31)

Iowan kehittämisprosessimalli on edennyt kolmanteen vaiheeseensa eli toiminnan kokeiluvaiheeseen. Pilotoinnin aluksi ryhmän jäsenet päättivät suhteellisen pitkästä kokeiluajasta. Pilotointia sovittiin jatkettavaksi ainakin vuoden 2008 loppuun, jotta saadaan riittävästi kokemusta ennen lopullisen toimintapäätöksen tekoa.

4.5.2. Kokemuksia pilotoinnista

Suunnitelmat osoittautuivat onnistuneiksi, kiitos Tampereen esimerkin ja kokemusten. Toiminta lähti alusta asti käyntiin hyvin ja suunnitelmien mukaan, suuria yllätyksiä ei ole tullut. Osastonhoitaja seurasi toimintaan osallistuneita asiakas ja toiminta määriä päiväkirjatietojen perusteella. Heinäkuun 25 päivään mennessä lyhytjälkihoitoiseen synnytyskäytäntöön oli osallistunut 51 äitiä ja vauvaa. Tämä määrä oli noin 10 % synnyttäjäistä, joten tässä vaiheessa oltiin odotusten mukaisessa vauhdissa. Syyskuun neljäntenä päivänä tilanne oli 65 LYSY -asiakasta, joka oli 7,9 % synnytyksistä ja marraskuun 26 päivänä asiakkaita oli osallistunut 83, joka on vajaa 7 % synnyttäjäistä (N 1807 synnytystä), soittoja on tehty 138 kpl, lastenlääkärin uusintatarkastuksia on tehty 82 kpl ja kotikäyntejä 27 kpl. Kotikäyntien määrä kokonaisuudesta (N 83) on noin 25 %.

Syksyn myötä toiminta oli hiipunut. Henkilökunnan kertoman mukaan LYSY -halukkuutta ei ilmennyt tai kriteerit estivät osallistumisen. Kriteereistä oli sopimuksen mukaan pidetty tiukasti kiinni, lukuunottamatta yksittäisiä tapauksia, joissa lastenlääkäri tai gynekologi oli äidin toiveesta tehnyt poikkeuksen säännöistä.

Suurempia ongelmia ei ilmennyt äideillä eikä vauvoilla. Lastentautien ylilääkäri .Elina Vähä-Eskelin mukaan LYSY -toiminta ei ole lisännyt uudelleen sairaalaan hakeutumisia tai aiheuttanut kriittisiä tilanteita vauvojen terveydelle. Kotoa takaisin sairaalahoitoon oli joutunut kaksi lasta. Toinen matalan verensokerin vuoksi, joka korjaantui samana päivänä osastolla ja toinen keltaisuuden vuoksi. Nämä potilaat on hoidettu äidin kanssa yhdessä synnytysvuodeosastolla. Imetykset olivat kotona sujuneet hyvin, ja rintojenkaan kanssa ei ollut ilmennyt suuria ongelmia. Vauvojen painot olivat kehittyneet normaaliin tapaan, mitään suuria painon laskuja ei ollut ilmennyt uusintatarkastuksissa. Kaikille vauvoille oli tehty kuulontutkimukset joko ennen kotiinlähtöä tai viimeistään uusintatarkastuskäynnillä.

LYSY -käytännön valinneet äidit olivat viestineet tyytyväisyyttä uuteen käytäntöön vaihtoehtona vuodeosastohoidolle. Joidenkin äitien kohdalla oli ollut aistittavissa, että LYSY -käytäntöön osallistuminen oli johtunut kotitilanteesta, ei aina niinkään äidin omasta halusta.

Henkilöstö oli saanut viestittää kokemuksistaan ja antaa kritiikkiä toiminnan hyvistä ja huonoista puolista osastotuntien ja kahden kehittämispäivän puitteissa, joissa esimerkiksi lomakkeita ja äitien ohjeita oli muokattu. Kehittämispäivät pidettiin 19.5. 2008 ja 26.10.2008. Näissä päivissä yhtenä aiheena oli lyhytjälkihoitoinen synnytystoiminta. LYSY -seurantalomaketta muokattiin paremmin toimintaa palvelevaksi, siitä poistettiin lokeroita ja siihen tuli enemmän tilaa vapaalle tekstille, lisäksi sitä yksinkertaistettiin. (liite 10)

Asia, missä oli eniten ollut ongelmia, oli henkilöstön hajottaminen niin moneen eri toimintaan. Viikonloppuisin gynekologian osasto vaatii osansa ja synnytyssalin toiminta oman resurssinsa synnytysvuodeosaston henkilöstöstä. Lisäksi on koko yksikön yhteinen varahenkilöstö, joka työskentelee aina neljä kuukautta kerrallaan yhdessä työpisteessä. Työkierto synnytyssalin ja vuodeosaston välillä sekoittaa vielä entisestään henkilöstön pysyvyyttä. Siksi pilotoinnin aikana lähes koko LYSY -toimintaan osallistuva henkilöstö olikin muuttunut syksyyn mennessä.

Uudet hoitajat olivat joutuneet perehtymään toimintaan, koska olosuhteiden pakosta alussa aloittaneet olivat ainakin hetkellisesti muissa työpisteissä. Tämä hajaantuminen näkyi todennäköisesti osallistumisluvuissa lievänä laskuna. Jatkossa tämä on asia, johon pitää paneutua huolella ja miettiä toimiva ja toimintaan sitoutuva ryhmä tekemään LYSY-työtä.

Toinen kritiikin kohde oli työnjako. LYSY -hoitajat ovat kokeneet itsensä usein kovin kuormitetuiksi, koska heillä on mahdollisten kotikäyntien ja soittojen ohella potilaita myös osastohoidossa. Tätä asiaa käsiteltiin henkilökunnan kanssa osastotunneilla sekä kehittämispäivien aikana. Tärkeätä olisi, että aina aamuisin, kun nähdään päivän todellinen tilanne, työnjakoa tarkennettaisiin niin, ettei LYSY -hoitajalle tulisi muita enempää töitä. Toisaalta, koska LYSY - työskentelyn luonne on hyvin muuttuva, on tärkeätä, että tässä tehtävässä toimiva henkilö myös itse viestii kuormittumisestaan ja pyytää apua. Tämän asian suhteen tarvitaan jatkoarviointia ja kehittämistä.

Neuvoloista ei tullut mitään negatiivista palautetta, sen suhteen toiminta näyttää olevan järjestyksessä. Potilailta tuli todelle vähän puheluita kotihoidosta sairaalaan päin. LYSY -toiminta ei siis kuormittanut päivystysajan puhelinliikennettä toisin kuin ennakkoon

arveltiin. LYSY - puhelin oli pääasiassa hiljaa, ja palveli lähinnä hoitajia kotikäynneillä yhteydenpidossa.

Osa henkilökuntaa ei osallistunut LYSY-toimintaan, koska heillä ei ollut autoa käytettävissään tai he eivät halunneet käyttää omaa autoa työtehtävissä. Tämä ei kuitenkaan haitannut kokonaistoimintaa ja asia saa varmasti jatkossakin olla näin.

Taloudellisesta näkökulmasta LYSY -toimintaa ei tässä projektissa ole tarkoin määritelty. Toimintaa varten saatiin puolikas kättilön toimi käyttöön ja näillä potilasmäärillä se kattoikin toiminnan. Tästä aiheutuivat puolikkaan kättilötoimen palkkakustannukset ja sosiaalikulut. Muut hankinnoista aiheutuneet kustannukset peitettiin 1000 euron lahjoituksella, joka saatiin Porin kapaloiseuralta. LYSY - huoneen kalusteet, atk-pääte ja näiden asennustyöt sekä puhelimen hankinta aiheutti vielä lisäkustannuksia organisaatiolle. Lisäksi kilometrikorvaukset tulivat lisänä aiempiin kuluihin. Potilaiden kotonaolopäiviltä jäi lisäksi saamatta sairaalapäivämaksu, mutta toisaalta eivät he olleet osastolla syömässä tai tekemässä pyykkiä ja jatkossa heidän tyhjäksi jättämänsä tila voidaan hyödyntää vaikka toimintojen uudelleen suunnittelulla ja yhdistämisellä esimerkiksi naistentautien osaston kanssa. Kuntalaskutuksen sairaanhoitopiiri sai kuitenkin kuten aiemminkin, sitä LYSY- toiminta ei ole vähentänyt. Jatkossa tulee arvioida enemmän myös LYSY -toiminnan kustannuksia, jos toiminta tulee pysyväksi. Siinä tapauksessa se on myös huomioitava budjettisuunnittelussa.

4.6 Lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan kehittämisen prosessimalli

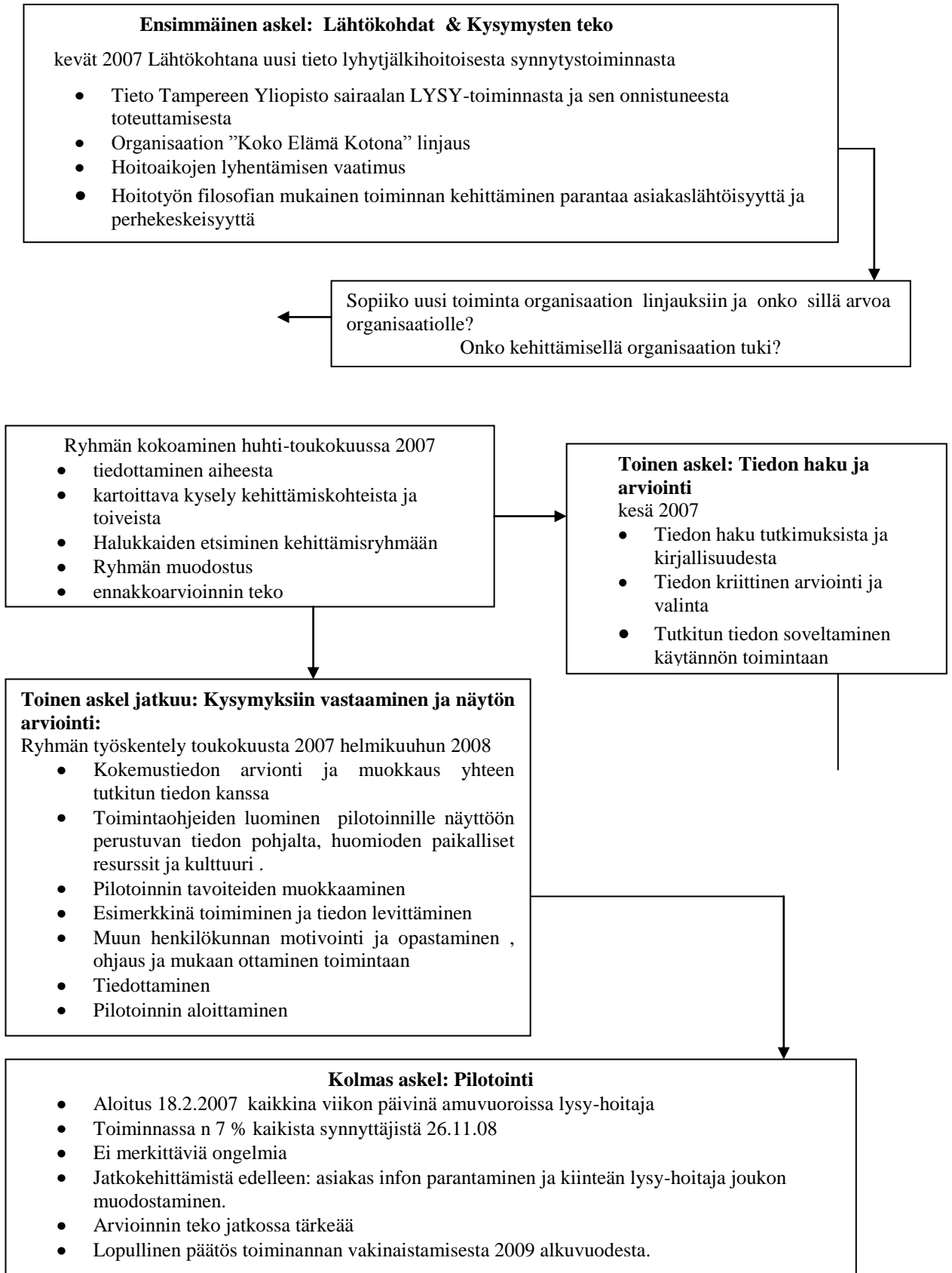
Kehittämisen prosessin suunnittelu on aikaa vievää. Laaja ja monitahoinen prosessi on hankala kokonaisuus hahmotettavaksi. Tässä työssä mallina käytetyn Iowan mallin mukaan edettynä ensimmäisessä askeleessa mietittiin lähtökohtia ja haluttiin tarkempaa tietoa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen mallista. Missä sitä käytetään, mihin käytäntö perustuu ja miksi. Onko malli turvallinen? Sopiiko se omaan toimintaamme? Mitä resursseja se vaatii? Miten organisaatiomme suhtautuu toimintaan? Tukeeko johto toiminnan kehittämistä? Tämän tyyppisiin kysymyksiin lähdettiin siis etsimään vastauksia.

Tärkeintä oli ensin selvittää organisaation suhtautuminen ja johdolta saatava hyväksyntä ja tuki. Näihin saatiin myönteinen ja kannustava vastaus, joten tämän perusteella tehtiin päätös kehittämisprosessiin ryhtymisestä. Ennen toisen vaiheen työskentelyä koottiin kehittämisryhmä huomioiden ryhmän rakenne mallin esimerkin mukaisesti.

Toisessa askeleessa suoritettiin tiedonhaku, tiedon arviointi ja käyttökelpoisuus. Toisessa vaiheessa tapahtui myös ryhmätyöskentely, jossa ryhmä arvioi ulkoista näyttöä, teki siitä johtopäätöksiä ja yhdisteli sitä hankittuun sisäiseen näyttöön. Näin muodostettiin kriteerit ja toimintaohjeet Satakunnan keskussairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytystoimintamallin pilotoinnille.

Kolmannessa askeleessa tapahtui pilotointi. Pilotoinnissa suppealla, kehittämistyössä mukana olleella ja asiaan perehtyneellä ryhmällä pantiin toimeen näyttöön perustuvan toiminnan kokeilu. Kokeilun aikana toimintaa arvioitiin ja muokattiin tarpeen vaatiessa sopivammaksi. Arvioinnissa oli mukana kehittämisryhmä sekä muuta osaston henkilökuntaa. Pilotointi jatkuu ja pilotoinnin jälkeen tulevat vielä askel neljä, missä tapahtuu päätöksenteko toiminnan vakinaistamisesta ja toiminnan sopeuttaminen pysyväksi käytännöksi sekä askel viisi, jossa toimintaa arvioidaan ja kehitetään edelleen. Askeleet neljä ja viisi on rajattu pois tästä kehittämismallista.

Kuviossa 3 on kuvattuna prosessikaaviona lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan malli Satakunnan keskussairaalassa Iowan mallin mukaan, ensimmäisten kolmen askeleen osalta



kuvio 3.

Satakunnan keskussairaalan lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan prosessimalli Iowan mallin mukaan vaiheiden 1-3 osalta.

5 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN MUUTOKSEN YLLÄPITÄMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

LYSY - toiminnasta on saatu kokemusta kahdeksan kuukauden ajalta ja tämä aika on jo näyttänyt toiminnan hyötyjä, joita on ollut onneksi merkittävästi haittoja enemmän. Vielä ei päätöstä pilotoinnin jatkamisesta ole tehty, mutta henkilökunta on kuitenkin antanut positiivista viestiä jatkosuunnitelmiin nähden. Toiminnan ylläpitämisessä jatkossa on tärkeitä huomioida toiminnan arviointi. Tilastollista tietoa saadaan potilastietojärjestelmistä ja näiden perusteella voidaan seurata toiminnan käyttömääriä. Tavoitteena tulevaisuudessa on LYSY -toiminnan lisääminen aina 30 % synnyttäjistä. Tämä tuntuu pilotoinnin perusteella liian suurelta tavoitteelta, jos toiminta säilytetään nykyisillä kriteereillään. Jatkossa tulee ratkaistavaksi otetaanko > 36 tunnin kotiutuvat uudelleensynnyttäjät mukaan LYSY-toimintaan puitteisiin ja hoidetaan heidän kotisoittonsa ja vauvan uusintatarkastukset sairaalassa.

Tämä tulee lisäämään työtä kotisoittojen osalta. Toisaalta se saattaa karsia halukkuutta varhaiseen kotiutumiseen, sillä jo nyt on etenkin pidemmästä matkasta olevat synnyttäjät, jättäneet osallistumatta toimintaan, koska eivät halua lähteä käymään pienen vauvan kanssa uudelleen sairaalassa tarkastuksessa. Selvä on, että turvallisuuskriteereistä ei vauvan uusintatarkastuksen osalta luovuta, sillä se on tärkeä turvallisuustekijä. Tampereella on tosin löysäty kokemuksen myötä osallistumiskriteereitä huomattavasti väljemmiksi kuin Satakunnan keskussairaalan toiminnassa. Tampereen kokemuksen mukaan kriteereitä voidaan turvallisesti väljentää, kun seuranta on riittävää ja kotikäyntejä tehdään aina tarvittaessa.

Asiakkailta saatava toiminnan arviointi oli jäänyt pilotoinnin aikana pelkkien hoitajakeskustelujen varaan. Tämä onkin jatkossa, jos ja kun toiminta vakinaistuu, yksi mietittävä ja kehitettävä asia toiminnan jatkokehittämisen ja onnistumisen kannalta

Henkilöstön pysyvyysongelma on antanut piloinnin aikana selkeän kuvan siitä kuinka suuri merkitys kiinteällä toimintaan sitoutuvalla henkilöstöllä on toiminnan onnistumiselle. Varahenkilöstö on esittänyt halunsa osallistua LYSY - toimintaan ja tämä onkin varmasti yksi vakavasti mietittävä vaihtoehto. Sillä varahenkilöstö on

pysyvä joukko, jolla olisi hyvä olla LYSY - työskentelyn valmiudet. Toisaalta ihanteellisinta olisi, että LYSY -työtä tekisi kiinteä, pysyvä joukko. Tämä asia pitää harkita ja ratkaista tarkoin ennen kuin lopullinen toiminnan jatkamispäätös voidaan tehdä.

Toiminnan säilyttäminen nykyisellään ja sen eteenpäin kehittäminen vaativat säännöllistä vähintään kerran kuukaudessa tapahtuvaa toiminnan pohtimista yhdessä henkilökunnan kanssa. Osastotunnit tarjoavat tähän hyvät ja riittävät puitteet. Käsitellyistä asioista tiedottaminen kaikille sähköpostilla on edelleen pidettävä yllä. Tampereella käytössä oleva LYSY –hoitajien palaveri kuuden viikon välein on jatkossa otettava Satakunnan keskussairaalan LYSY-toimintaan mukaan.

Työnjaollisiin tekijöihin pitää löytää ratkaisut arjessa. Esimiehen selkeä puutuminen tarvittaessa ja henkilökunnan keskinäinen avoimuus ja joustavuus edesauttavat työnjaon onnistumista. Myös LYSY- toiminnassa voidaan tehdä iltavuoroja ajoittain. Tällöin iltavuorot jakautuvat koko henkilöstön kesken tasaisemmin eivätkä perusosastotyötä tekevät hoitajat joudu tekemään muita enempää iltavuoroja. Toisaalta myös osa LYSY – työtä tekevästä hoitajista haluaa tehdä iltavuoroja.

Näiden asioiden pohdinta jää arviointivaiheeseen ja päätökset tehdään aikanaan arvioinnin perusteella. Tarkoituksena oli, että heti vuoden 2009 alussa kokoonnutaan pohtimaan LYSY -toiminnan jatkoa kokemusten ja kokonaisuuden kannalta. Ainakin johdon taholta on edelleen vaateita LYSY -asiakkaiden lisäämiseksi jopa 30 %:n. Nykyisillä toimintaperiaatteilla se saattaa olla hankalaa. Mutta, jos ohjeita muokataan niin, että nykyiset toisena päivänä synnytyksestä kotiutuvat uudelleensynnyttäjät otetaan mukaan LYSY -toimintaan, muuttuu tilanne toivottuun suuntaan. Tämä lisää kotisoittoja, mutta ei pitäisi muuten vaikuttaa työtä lisäävästi. Tällöin toiminta olisi Tampereen toimintaperiaatteiden kanssa yhteneväinen.

Taloudellisesti toiminta ei vaikuta juuri saavan aikaan säästöjä, mutta toisaalta ei se aiheuta merkittäviä lisäkustannuksiakaan. Taloudellisia tekijöitä ei esimerkiksi tuotteistamisen kautta ole suoritettu eikä muutenkaan tarkemmin arvioitu. Jatkossa tämä varmasti tulee tarpeelliseksi, kun mietitään taloudellista vaikuttavuutta.

Vaikuttavuuden arviointi etenkin asiakasnäkökulmasta olisi järkevää tehdä jatkossa. Tämän perusteella olisi mahdollista edelleen kehittää ja syventää toimintaa ja siihen liittyviä tekijöitä.

Iowan mallissa olevat vaiheet neljä ja viisi eivät sisällyneet tähän työhön, mutta jatkossa nekin on tarkoitus käydä läpi. Jatkokehityksen kannalta arviointia on tehtävä laajasti sekä henkilöstön että asiakkaiden kannalta. Näiden vaiheiden läpivienti, ainakin arvioinnin osalta, kaipaa systemaattista toimintaa. Tähän onkin suunnitteilla mahdollinen uusi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, jolla pystyttäisiin arvioimaan toimintaa laaja-alaisesti.

Toivottavaa olisi, että tämä suunnittelu ja pilotointi pääsisi tavoitteeseensa eli saamaan aikaan pysyvän LYSY -toiminnan Satakunnan keskussairaalaan ja toimintaa kehitettäisiin jatkossakin näyttöön perustuvasti. Tällainen näyttöön perustuva toiminta on elävää, mielenkiintoista ja toivottavasti myös tehokasta ja tuloksellista.

6 POHDINTA

Näyttöön perustuva toiminta ei ole helpoin tapa suorittaa tehtäviä ja työskennellä, mutta se on ehdottomasti mielekästä ja kiinnostavaa. Tämän työn tekeminen on vaatinut uudelleen ja uudelleen perehtymistä ja palaamista aiheeseen, joka on ollut kehittämisen kohteena, eli lyhytjälkihoitoinen synnytystoiminta. Tiedonhaun-prosessi jo itsessään on monitahoinen ja työläs prosessi. Se vie aikaa ja voimavaroja. Työskennellessä pitää olla aikaa rauhassa lukea, miettiä, kirjata ja taas lukea. Lukemisen tulee olla kriittistä ja arvioivaa. Tutkimuksia, asiantuntija-artikkeleita ja kirjallisuutta tutkiessa ja tulkitessa, nousee esiin oma osaaminen. Tutkimustyön tuntemus, metodologinen ymmärrys ja osaaminen ovat suureksi avuksi, kun arvioidaan tutkimuksen tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä.

Tiedon haun ja arvioinnin aikana ongelmaksi nousi juuri oma kokemattomuus ja osaamisen puute. Tätä ei pysty hetkessä oppimaan eikä lukemaan pelkästään kirjoista,

vaikka tutkimustyön perusteoksista suurta apu tilanteessa onkin. Tässä työssä löydetty tutkittu näyttö oli pääosin tieteellisesti katsottuna kohtalaista tai heikkoa. Esimerkiksi aiheesta tehdyt kvalitatiiviset tutkimukset ylsivät yksittäisinä vain heikon näytön tasolle. Kuten Cochrane Libraryn vuonna 2007 kokoamassa tutkimuskatsauksessa todettiin; Kokonaisuutena ottaen varhaisen kotiutumisen hyödyt ja riskit äidille ja vauvalle jäävät epävarmoiksi johtuen käsiteltyjen tutkimusten huonosta metodologisesta laadusta ja tasosta. Katsauksen tulokset eivät myöskään tästä syystä olleet ratkaisevia. Näin ikävä kyllä on myös monien yksittäisten tutkimusten kohdalla (Brown S, ym. 2007. 1)

Tutkimusnäyttöä tarvitaan kliinisen hoidon ja päätöksenteon tueksi, se lisää kliinistä tietämystä ja parantaa näin hoidon laatua. Tutkimusten määrä ei kuitenkaan ole taakka hyvistä hoitomenetelmistä. Katsauksissa ja tehdyissä tutkimuksissa oli hyvin vähän satunnaistettuja, koekontrolliasetelmia ja jos olikin, niin niiden laatu oli arveluttava tai tutkimusolosuhteet poikkesivat niin paljon, että tuloksia ei suoraan voinut yleistää esimerkiksi toisessa maassa. Tutkimus- ja kirjallisuuskatsauksen tekeminen on usein vaikeaa sellaiselle henkilölle, joka ei ole siihen hyvin perehtynyt ja omaa riittävää kokemusta. Tämä kokemus muodostuu vain, kun näiden asioiden kanssa on päivittäin tekemisissä. Tutkitun tiedon käytön vaikeutena on sen etsiminen ja muuntaminen sopivaan muotoon käytännön toiminnassa. (White, J.M. 2006. 87 - 88)

Kohtalainen tai heikko näyttö ei silti ole arvotonta. Usealla saman suuntaisella heikon näytön tuloksella voidaan saada aikaan kohtalaista tai jopa vahvaa näyttöä kohteena olevan kehitettävän toiminnan tai ongelmanratkaisun tueksi. Lisäksi voidaan tutkittua näyttöä täydentää asiantuntijoiden lausunnoilla ja mielipiteillä sekä käytännön toiminnasta saaduilla kokemuksilla. Yleisesti eri tieteenalat painottavat näytön vaatimuksia eri tavoin.

Hoitotieteessä on paljon laadullista tutkimusta, joissa otokset ovat kvantitatiivisiin tutkimuksiin nähden pieniä. Hoitotyön luonteesta johtuen nämä tutkimukset antavat kuitenkin usein uutta ja merkittävää tietoa näytön pohjaksi. Useampi heikompi samansuuntainen tutkimustulos yhdessä vahvistaa näyttöä. Yhdessä kova ja heikko näyttö vahvistavat toisiaan. (Lauri 2004, 42-44.)

Paras saatavilla oleva ulkoinen eli tutkittu näyttö ei aina ole sopuinnussa sisäisen eli kaikesta muusta kuin tutkimuksista saatavan näytön kanssa. Arviointivaiheessa voidaan todeta, että näyttö vahvisti sisäisen näytön paikkaansa pitävyyttä tai sitten se osoittaa, että näyttöä päätöksen teon tueksi on vain vähän ja sekin moniselitteistä. Tällöin muut tekijät kuten potilaan mukavuus ja kustannustekijät määräävät enemmän päätöksen suhteen kuin löydetty näyttö. Ulkoinen näyttö ei aina ole yhteneväinen käytännön toiminnan kanssa. Tämän toteamisella onkin tärkeä merkitys oppimiskokemukselle. Näytön ristiriitaisuus voi osoittaa kuinka epävarmalla pohjalla päätöksiä usein tehdään, jos ne perustuvat vain sisäiseen näyttöön. Parhaimmillaan mallin käyttö päätöksenteossa ja kehittämisessä parantaa ulkoisen näytön rutiininomaistakin käyttöä osana kliinistä päätöksen tekoa. (Teikari 2004,15)

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen tiedonhaussa toteutui juuri tämä asia.. Tutkittu tieto antoi suuntaa ja varmuutta päätöksenteon tueksi, mutta oli tasoltaan ja anniltaankin hyvin monitahoista. Sisäinen näyttö nousi kuitenkin merkittävään rooliin varsinkin, kun tutkimusnäyttö oli samansuuntaista kokemusnäytön kanssa. Tampereen kokemukset ja jo ennen prosessin aloitusta Perinatologisen seuran järjestämä koulutus lyhytjälkihoitoisen synnytyksen perusteista ja käytännön kokemuksista antoivat hyvää kokemuspohjaa oman toiminnan luomiselle.

Tässä työssä arviointi jäi vähälle, osin siitä syystä, että kykyä arvioinnin tekoon ei ollut, kuin siltä osin, kuin se kohdistui käytäntöjen suunnitteluun. Arviointia ei ole eriytetty työssä, vaan se on kulkenut koko prosessin läpi aina mukana. Arviointiperusteena on ollut näyttö. Näyttöön perustuva kehittäminen ja näyttöön perustuva toiminta rakentuvat arvioinnille. Sitä tulee tehdä koko ajan sekä yksilötasolla hoidossa ja sen ratkaisuisa että laajemmissa puitteissa päätöksenteossa ja ratkaisuiden hakemisessa.

Käytännön kehittämisprosessissa tapahtui arviointivirheitäkin. Ryhmätyöskentelyn sujuminen ja ajan löytäminen olivat usein arjen kiireen keskellä hankalia järjestää. Ryhmä toimikin pääasiassa olemassa olevan tiedon ja tilanteen arvioijana ja kannanottajina. Ryhmässä tehtiin myös kaikki tärkeimmät ratkaisut, jonka jälkeen ne vielä esiteltiin henkilöstölle ennen lopullista päätöksen tekoa. Ryhmä oli työskentelyssä tärkeä elin, mutta ryhmän vetäjän piti ottaa päävastuu tiedon hankinnasta ja muokkaamisesta sekä esittelystä ryhmälle. Ryhmän päätökset jäivät suurelta osin myös

vetäjän eli tässä prosessissa osastonhoitajan harteille. Tämä olikin ainoa mahdollisuus, sillä sitä aikaa ei olisi millään osastotyön lomassa löytynyt, missä tämä taustatyö olisi tehty. Tässä tapauksessa osastonhoitajan omat opinnot mahdollistivat työskentelyn työn ulkopuolella.

Näyttöön perustuva kehittämisprosessi ei varmasti tässä työssä toteudu kuin hennoin periaattein vaikka sen eteen onkin tehty paljon työtä. Näyttöön perustuva toiminta edellyttää ymmärrystä kehittämisprosessista ja sen työstämisestä. Aloitteleva näyttöön perustuvan toiminnan kehittäjä joutuu nöyrytykseen sen tosiasian edessä, että tehtävä on vaikea. Tässäkin työssä olisi nyt tiennyt tehdä monta asiaa toisin kuin prosessissa tapahtui. Prosessi lähti liikkeelle hieman kuten sananlaskussa sanotaan: ”Latvasta puuhun”. Tämän kokemuksen perusteella voi olla, että ainakin joitain asioita tekee toisin, kuten hankkii ensin vankempaa tietoa metodiigasta ja oppii lukemaan tutkimuksista sen olennaisen ja osaa karsia materiaalia heti enemmän pois. Kiirettä ei tämän tyyppisessä toiminnassa saa olla, joskin hyvä on asettaa aikataulu, joka raamittaa työskentelyä. Tässä tapauksessa suunniteltu aikataulu ei toteutunut tosin alkuunkaan, vaan venyi reilusti. Toisaalta prosessi on elävä ja muuttuva ja aiheuttaa yllätyksiä joihin kannattaa varautua.

Iowan malli korostaa ryhmän monipuolisuutta ja sitä, että ryhmässä on riittävästi myös päätäntä- ja vaikutusvaltaa. Toisaalta ryhmään on hyvä saada mukaan voimakkaita mielipidevaikuttajia työyhteisöstä, sillä tällä on vaikutusta kehitettävän asian levittämiseen käytännössä ja sen hyväksyntään. Ryhmän jäsenten esimerkkinä toimiminen on tärkeä tekijä kehittämisprosessin kuluessa. Tämä oli yksi syy, joka ratkaisi juuri tämän mallin valinnan.

Pilotointi oli toinen tekijä, joka kannusti tämän mallin valintaan. Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosaston LYSY -toiminnan pilotointi alkoi 18.2.2008, tällöin oli ryhmätyöskentelyn aikaansaamana ohjeistus, jota muokattiin koko pilotoinnin ajan. Pilotointi antaa hyvän mahdollisuuden hakea oman toiminnan muotoja, sillä organisaation resurssit ja käytännöt vaihtelevat eri organisaatioiden välillä yllättävänkin paljon. Näin ei toisen ohjeita voi suoraan siirtää omaan käytäntöön, vaan ne vaativat kokemusta ja arviointia sekä muokkaamista. Ainakin tämän kokemuksen perusteella

pilotoinnille on hyvä antaa aikaa, jotta se tuo esiin mahdollisimman monitahoiset tekijät ja tilanteet.

Tämän kokemuksen kannustamana uskaltaa jatkossakin tarttua asioihin laajemmalla perspektiivillä ja kriittisesti. Tämä prosessi on vaikuttanut koko työyhteisöön ja sen moniin eri osa-alueisiin, joita ei välttämättä tässä työssä ole edes tuotu esille. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen on vaivan arvoista. Tästä on hyvä jatkaa eteenpäin suunnittelemaan lyhytjälkihoitoisen synnytysneuvonhoitomallin hiomista pysyväksi käytännöksi ja sen systemaattisempaa arviointia ja jatkokehittämistä. Näyttöön perustuva toiminta ei koskaan tule valmiiksi

LÄHTEET

Alarautalahti Marja. 2007. Tutustumiskäynti Tampereen Yliopistollisen Sairaalan synnytysosastoille, tutustuminen LYSY- toimintaan. Henkilökohtainen tiedonanto 28.10.2007

Arborelius, Elisabeth & Lindell, Ditte . 1989. Psychological Aspects of Early and Late Discharge after Hospital Delivery. An Interwev Study of 44 Families. Scandinavian Journal of Social Medicine 17. 103 – 107.

Asikainen P 2008. Hallintoylihoitaja, Satakunnan Sairaanhoidopiiri. Pori. Osastonhoitajien ja ylihoitajien kokous. Henkilökohtainen tiedonanto 26.11.2008.

Bondas –Salonen, Therese. 1998. New mothers' experience of postnatal care. Journal of Clinical Nursing ;7. 165 – 174

Brown, S .Small, R. Faber , B, Krastev , A. Davis, P. 2007. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. (Review). The Cochrane Library Collaboration. The Cochrane Library, issue 7. Published by John Wiley & sons, Ltd.

Brown, Stephanie, Bruinsma Fiona, Darcy, Mary-Ann, Small, Rhonda, Lumley, Judith. 2004. Early discharge: no evidence of adverse outcomes in three consecutive population based Australian surveys of resent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000. Pediatric and Perinatal Epidemiology 18 (3). 202-213.

Darj, Elisabeth & Stålnacke, Boel. 2000. Very Early Discharge from Hospital after Normal Deliveries. Upsala Journal of Medical Scieces105 . 57 – 66.

Dollaghan, Cristine.2004. Evidence- Based practice : Myths and realities. The ASHA Leader 13. 4-5, 12. <http://www.asha.org/about/bublications/leader-online/archives/2004/040413/f040413al>. [luettu 13.6.2008]

Dollaghan,C. 2004. An Evidence Based Approach to Clinical Practice in Communication Disorders. Univercity of Pittsburgh. Donalda J. Mc Geachy Memorial Lecture, University of Toronto. May 28 2004. <http://www.bibalex.org/supercourse/SupercoursePPT/15011-16001/19> [luettu 11.6.2008]

Dontje Katherine J. 2007. Evidence-Based Practice: Understanding the Process Topics in Advanced Practice Nursing eJournal. 2007;7(4) ©2007 Medscape. 1-7. http://www.medscape.com/viewarticle/567786_1 [Luettu 13.6.2008]

Emmanuel, Elisabeth. Creedy, Debra. Fraser, Jennifer. 2001. What mothers want: A postnatal survey. Australian College of MidWives Incorporated. Vol. 14 (4). 16 –20.

Fishbein, Eileen Greif & Burggraff, Elizabeth. 1998. Early Postpartum Discharge: How are Mothers Managing? JOGNN Vol 27 (2). 142 - 148

Fredriksson, Gun E.M., Högberg,Ulf, Lundman, Berit M. 2003. Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety active participation and “bonding.” Midwifery 19. 276 – 276.

Gissler Mika & Vuori Eija 2006, Synnytykset, synnyttäjät ja vastasyntyneet. Tilastotiedote, https://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt21_07.pdf [luettu 27.5.2008]

Johansson, Kartarina & Darj, Elisabeth. 2004. What type of information do parents need after being discharged directly from delivery ward? *Upsala J Med Sci* 109. 229 – 238.

Jonsson, Daivid, Jin, Yan, Truman, Corinne. 2002. Early Discharge of Alberta Mothers Postdelivery and the Relationship to Potentially Preventable Newborns Readmission. *Canadian Journal of Public Health*. Vol 93 (4). 276 – 280.

Järvenpää, Anna-Liisa. 2007. Dosentti. Ylilääkäri. Kätilöopiston sairaala, HUS. Henkilökohtainen tiedonanto Tampereella Suomen Perinatologisen seuran koulutuspäivillä 24.5.2007.

Kalaam – Salminen, Ly. 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastolla Suomessa ja Virossa: Näkökulmia asiakaskeskeiseen laatuun ja sen kehittämiseen. Turun Yliopisto. Turun Yliopiston julkaisuja C238.[Viitattu 1.12.2006]
Väitöskirja. <http://kirjasto.utu.fi/julkaisupalvelut/annalit/C238.html>

Kojonen, Riitta. 2005. Synnytyksen jälkeisen sairaalahoidon tärkeänä pidetyt osa-alueet ja kotiutumisen jälkeisen tuen odotukset asiakkaiden kuvailemina. Oulun Yliopisto. Hoitotieteellinen tiedekunta. Pro - Gradu -työ.

Kontio, Elina & Johansson, Kirsi. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksesta Johansson, Kirsi, Axelin, Anna, Stolt, Riitta, Ääri, Riitta-Liisa, (toim.). SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS JA SEN TEKEMINEN. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51. 101 – 117.

Kortesniemi, P & Borg, P. 2008. Kohti Näyttöön Perustuvaa Ammatillista Käytäntöä? Stakesin työpapereita 23/2008. STAKES. Helsinki

Koski, Pirjo. 2006. Vuorovaikutus kätilötyössä; Monikulttuurisuus kätilötyössä. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen, Äimälä. (toim.) Kätilötyö. EDITA. Tammer Paino Oy. 39 – 48.

Kujanpää, Kristiina & Rajala, Kaarina. 2004. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Tampereen Yliopisto, hoitotieteen laitos ja kasvatustieteen laitos. Pro - Gradu -työ.

Kujanpää, Kristiina, Rajala, Kaarina, Ruohotie, Pekka, Ylä-Outinen Ari . 2006. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä; Ohjauksen toteutumisen kokonaisarviointia selittävät hoitotyön elementit. Kätilölehti no 1. 14 –17.

Kyngäs, Helvi. 2003. Pääkirjoitus: Näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede*. Vol. 15 (5).201

Lehtonen Riitta. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta vaatii ammattitaitoa ja kokemusta. *Lääketieteellinen Pääkirjoitus*. Suomen Lääkärilehti vuosikerta. 63 (8).

Leino-Kilpi, H & Lauri S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri Sirkka (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. WS BookWell Oy Juva.7-20.

Löf, Maria, Crang- Savelenius Elisabeth ja Persson, Eva K. 2006. Factors that influence first time mothers choice and experience of early discharge. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 20 (3) 323-330

Malkin, Jesse D, Garber, Steven , Broder, Michael S, Keeler, Emmet. 2000. Infant mortality and early postpartum discharge. *Obstetrics & Gynecology* Vol. 96 (2). 183 – 188.

Nilsson Carl-Axel. 1983. Tidig hemgång efter förlossning kan ge betydande fördelar även i Sverige. *Läkartidningen*. Volym 80 (45). 4285 – 4286

Nilsson, Carl-Axel. 1986, Goda erfarenheter av tidig hemgång efter förlossningen. *Läkartidningen* . Volym 83 (24). 2212 - 2214

Odelram, Hannes, Nilsson, Birgit, Pehrsson – Lindell, Ditte, Ljungkvist, Elisabeth. 1998. Tidig hemgång efter förlossning, en säker och effektiv vårdform. *Läkartidningen* Vol. 95 (28-29). 3190 – 3194.

Petrou,Stavros, Boulvain, Michael, Simon, Judith, Maricot, Patrice, Borst, Francois, Berneger, Thomas, Irion Olivier. 2004. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital – based care postpartum; an economic evaluation. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* . Vol 111. 800 - 806

Paavilainen , Riitta & Åstedt- Kurki, Päivi. 1995. Varhainen kotiutuminen synnytyssairaalaista ja terveydenhuoltopalvelut perheiden kokemana. *HOITOTIEDE* Vol. 7 (1) , 104-107.

Perälä, M-L & Pelkonen M. 2006. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. *Siraanhoitaja – Sjuksköteskan*. 12 vol. 79.

Riihimäki, Marja. 2007.Osastonhoitaja. Tampereen yliopistollinen Sairaala. Synnytysvuodeosato. Henkilökohtainen tiedonanto Tampereella Suomen Perinatologisen seuran koulutuspäivillä 24.5.2007.

Sackett D.L. , Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M, Haynes R.B, Richardson W.S., 1996. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 321 (3).71 – 72.

Salanterä,Sanna & Hupli, Maija. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri Sirkka (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. WS BookWell Oy Juva. 21 – 39.

Sinkkonen, Sirkka. 2000. Näyttöön perustuvan hoitotyön haasteet ylihoitajalle. Ylihoitajalehti. Vol. 28 (5) . 4-14.

Teikari, M. 2004. Lisäaskel EBM-opetukseen. Muuttaako tutkimusnäyttö ennakkokäsityksiä? Impakti 1/ 2004

Tittler, MG, Kleiber C, Steelman VJ, Rakel, BA, Budreau, G, Everett, LQ, Buckwalter KC, Tripp-Reimer T, Goode CJ. 2001. The Iowa Modell of Evidence Based Practice to Promote Quality Care. Crit Care Nurs Clin North Am. Vol 13(4).497 – 509

Toimintakertomus 2007. Satakunnan Sairaanhoidopiiri, Satakunnan keskussairaala, Operatiivinen tulosalue, Synnytysyksikkö.

Tomashek, Kay M, Shapiro - Mendosa, Carrie K, Weiss, Judith, Ktelchuck, Milton, Barfield, Wanda. Evans, Stephen , Nannini, Angela, Declercq. Eugene. 2006. Early discharge Among Late and Term Newborns And Risk of neonatal Morbidity. Seminars in Perinatology. Elsevier. 61 – 68.

Tähtinen, Helena. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksesta Johansson, Kirsi, Axelin, Anna, Stolt, Riitta, Ääri, Riitta-Liisa, (toim.). SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS JA SEN TEKEMINEN. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51. 10 - 39.

Waldenstöm, U & Aarts. C. 2004. Duration of breastfeeding problems in relation to postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. Acta paediatr 93. 669 – 676.

Wanne ,Olli. 2007. Satakunta - EU-KEK; Koko elämä kotona, ”toiminta ja etenemismalli” Versio 0.1 19.9.2007. Satakunnan sairaanhoidopiiri.Keskustoimisto.

White, J.M. 2006. Translating Research into Proctice. COCHRANE REVIEWS AND EVIDENSE BASED BASED PRACTICE. 87 –91

Viisainen Kirsi. 1999. Lyhytjälkihoitoinen synnytys (LYSY). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset. STAKES. Oppaita 34. Gummeruksen Kirjapaino Oy Helsinki

Väyrynen, Pirjo. 2006. Syntymän Jälkeinen Kätilötyö: Välitön syntymän jälkeinen kätilötyö. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen, Äimälä. (toim.) Kätilötyö. EDITA. Tammer Paino Oy. 269 - 277

Ylikorkala, Olavi. 2006. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala. Olavi & Kauppila, Antti (toim.). Naistentaudit ja Synnytykset. DUODECIM. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu. 495 – 505.

Kartoittava kysely

Liite 1

Synnytysvuodeosaston LYSY-toiminnan kehittämistyön aloittamisen lähtökohdaksi ja tueksi.

Kehittämistyöryhmän tarkoituksena on **etsiä ja löytää** niitä **hyviä ja toimivia** synnytysvuodeosastotyön ja lapsivuodeajan hoitotyön **käytäntöjä**, jotka tulee ehdottomasti säilyttää ja mahdollisesti vielä jatko kehittää. Lisäksi **etsitään sellaisia käytäntöjä, jotka koetaan epäkohdiksi tai jopa huonoiksi** ja ehdottomasti kehittämistä kaipaaviksi toiminnoiksi. Näiden käytäntöjen sekä yleisesti todettujen ja tieteellisesti tutkittujen lyhytjälkihoitoisen synnytyshoitokäytäntöjen perusteella, kehitellään meille, Satakunnan keskussairaalaan, soveltuva lyhytjälkihoitoisen synnytystoiminnan malli.

Sinun panoksesi on tärkeä heti suunnittelun alusta lähtien.

Vastaa seuraaviin kysymyksiin aivan vapaasti, essee-tyylillä tai ranskalaisin viivoin, tärkeintä on saada selville ajatuksiasi kyseisistä asioista.

1. Mitkä nykyisistä synnytysvuodeosastotyön hoitokäytännöistä näet ehdottoman hyviksi, tarpeelliseksi ja säilytettäväksi. Jos koet, että käytäntö on hyvä, mutta sinulla olisi ehdotus jatko kehittämiseksi, kirjaa sekin vastaukseesi?

2. Mitkä nykyisistä synnytysvuodeosastotyön hoitokäytännöistä tai muista työskentely käytännöistä koet toimimattomiksi, turhiksi tai jopa huonoiksi? Minkälainen muutos voisi olla?

3. Mitä toivot kehittämisprojektilta? Miten ajattelet sen vaikuttavan toimintaan?

Kiitos vastuksestasi ja vaivannäöstäsi!

Tutkimus taulukko

Liite2

Tutkimus	tavoite/ metodi	kohderyhmä/ otos	toteutus	tulokset
<p>Factors that influence first time mothers choice and experience of early discharge.</p> <p>Maria Löf, Elisabeth Crang-Savelenius ja Eva K. Persson</p> <p>Ruotsi 2006</p>	<p>Kuvata ne tekijät, jotka vaikuttavat ensisynnyttäjä-äidin valintaan ja kokemuksiin synnytyksen jälkeisen viikon aikana kotona, varhaisen kotiutumisen jälkeen, ilman kätilön kotikäyntiä.</p> <p>Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Narratiivinen metodi</p>	<p>Alueella 3000synnytystä / v.</p> <p>Otos 9 äitiä</p>	<p>vuonna 2005 – 2006 Haastattelu. . Luokkien muodostus kuvattu.</p>	<p>johtopäätös: Sovittu puhelinsoitto ja kätilön seurantakäynti kotiin voi olla riittävä ohjelma, jotta ensisynnyttäjä valitsee varhaisen kotiutumisen. Tällä on vaikutusta turvallisuuden tunteen kokemukseen.</p>
<p>What mothers want: A postnatal survey.</p> <p>Elisabeth Emmanuel, Debra Creedy, Jennifer Fraser</p> <p>Australia 2001</p>	<p>Havaita optimaalisen hoidon esteet. Löytää ehdotuksia miltä nämä esteet voidaan ososittaa</p> <p>Survey-tutkimus</p>	<p>500 äiti osallistui lyhytjälkihoitoisen synnytys käytäntöön tutuk.aikana</p>	<p>kyselylomakkeet, vastausprosentti oli 30,2 % eli vastauksia saatiin 151. Kysely toteutettiin 12/ 2000 – 1/2001. Dermografisia muuttujia ei kysytty.</p>	<p>Johtopäätös: Kätilötyössä tulisi paremmin huomioida ensissijaisesti: äidin lepo ja tiedonantaminen</p>
<p>Psychological aspects of early and late discharge after hospital delivery</p> <p>Elisabeth Arborelius, Ditte Lindell</p> <p>Ruotsi 1985</p>	<p>Selvittää eroja: - niiden vanhempien välillä, jotka ovat valinneet varhaisen tai "myöhäisen" kotiutumisen, kunnioittaen heidän valintaansa ja heidän tyytyväisyyttään siihen.</p> <p>Satunnaistettu, haastattelututkimus, koe-kontrolliryhmä</p>	<p>228 synnystä</p> <p>mukaan 44 perhettä joista 7 ensisynnyttäjää ja 37 uudelleensynnyttä jää</p>	<p>Osallistujat haastateltiin :lukuksessa 1984 syyskuussa 1985</p> <p>Haastattelulomake, stukturoitu, 30 kysymystä Haastattelu kotona 5-6-päivää synnytyksestä</p>	<p>Johtopäätös: Varhainen kotiutuminen vapaaehtoisena vaihtoehtona tarjoaa parempaa palvelua, josta vanhemmat voivat valita itselleen sopivimman muodon.</p>
<p>New mothers' experience of postnatal care</p> <p>Therese Bondas – Salonen</p> <p>Suomi 1996</p>	<p>Selittää ja kuvata uuden äidin kokemuksia synnytyksen jälkeisestä hoidosta</p> <p>teoreettisena viitekehyksenä Katie Eriksonin caring-teoria</p> <p>Fenomenologinen seurantatutkimus</p>	<p>otos : 9 äitiä</p>	<p>Yhdeksän äitiä haastateltiin raskauden lopulla, kolme viikkoa, kolme kuukautta ja kaksi ja puoli vuotta synnytyksen jälkeen</p>	<p>Tutkimuksesta nousee esiin kolme synnytyksen jälkeisen hoidon haastetta: - hoidon/hoivan tarkoituksen ymmärtäminen - perheen ja toisten uusien äitien merkityksen huomioiminen ja ymmärtäminen hoidossa - kykyä nähdä synnyttänyt nainen uutena äitinä, jonka tarvitsee hoitaa ja toisaalta</p>

				kokea olevansa hoidettuna ja huomioituna perheensä, ystäviensä ja ammattilaisten taholta
<p>Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review)</p> <p>The Cochrane Library Collaboration</p> <p>Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P</p> <p>Englanti</p> <p>2007</p>	<p>Arvioida lyhytjälkihoitoisen synnytyskäytännön: turvallisuus, tehokkuus, vaikutukset terveelle äidille ja täysiaikaiselle vauvalle, tyytyväisyyttä synnytyksen jälkeiseen hoitoon, terveydenhuollon kokonaiskustannuksia ja perheeseen kohdistuvia laajempia vaikutuksia kunnioittaen äidin ja vauvan hyvinvointia ja terveyttä</p>	<p>tutkimuksia vuosilta 1962 - 2001</p> <p>Kahdeksan tutkimusta sisälsi yhteensä 3600 tapausta</p>	<p>kaikki viisi katsauksen tekijää arvioivat tutkimusten laadun ja tiedon Cochrane Handbok:in mukaan</p> <p>katsauksessa tehtiin tutkimushaut: Cochrane Medline, Cinalh, Embase</p> <p>Tutkimukset luokiteltiin tulosten laadun ja luotettavuuden mukaan kolmeen luokkaan:</p>	<p>Kokonaisuutena ottaen varhaisen kotiutumisen hyödyt ja riskit äidille ja vauvalle jäävät epävarmoiksi johtuen käsiteltyjen tutkimusten huonosta metodologisesta laadusta ja tasosta. Katsauksen tulokset eivät myöskään tästä syystä olleet ratkaisevia. Toisaalta niillä ei pystytty osoittamaan näyttöä, joka vastustaisi varhaisen kotiutumisen hoitokäytäntöä.</p> <p>Katsauksessa jäi epäselväksi myös se, kuinka tärkeätä on kotiin kätilöltä saatava tuki lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäytännön turvallisuuden ja hyväksytyksi tulemisen kannalta lyhytjälkihoitoisessa toiminnassa.</p>
<p>Duration of breastfeeding problems in relation to postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample</p> <p>Waldenstöm, U</p> <p>Aarts, C</p> <p>2004</p>	<p>Tutkia yhteyttä varhaisen kotiutumisen ja imetyksen keston sekä imetysongelmien suhteen</p> <p>KapllanMayer analyysiä käytetty. Tilastollisesti merkittävät muuttajat tutkittiin toisella analyysillä käyttäen monimuuttuja mallia (the Cox proportional hazard model)</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksiin käytettiin tietoa, joka saatiin 2709 naiselta .</p> <p>Otos oli riittävän iso poissulkemaan klinikka kohtaiset erot</p>	<p>Tiedot koottiin vuosina 1999 – 2000</p> <p>Tiedot koottiin Ruotsin kansallisesta synnytmärekisteristä sekä kyselylomakkeilla tutkimukseen osallistuneilta.</p> <p>Tiedot kerättiin alkuraskaudessa, kaksi kuukautta ja yksi vuosi synnytyksen jälkeen</p>	<p>Sairaalan käytännöt sairaalassaoloajan pituudesta ja kotikäyntien määrästä yhdistettiin vaikuttaviksi tekijöiksi varhaiseen kotiutumiseen suhteessa imetyskeston ja -ongelmiin.</p> <p>Yhteenveto: Äidistä johtuvat tekijät osoittautuivat merkittävimmiksi tekijöiksi imetyksen keston kuin sairaalassaoloajan pituus. Kotona saatavan tuen merkitys vaatii jatkotutkimusta.</p>
<p>What type of information do parents need after being discharged directly from delivery ward?</p> <p>Kartarina Johansson,</p> <p>Elisabeth Darj</p> <p>Ruotsi</p> <p>2004</p>	<p>Tutkia vanhempien tiedon tarvetta synnytyksen jälkeen varhaisen kotiutumisen yhteydessä ja vertailla heidän tarpeitaan kotikäynneillä valmiin ”muistilistan” mukaan käytävään keskusteluun Kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä käytetty aineiston analysoinnissa</p>	<p>Upsalassa vuonna 2003 50 pariskuntaa hyväksyttiin mukaan , lopullisia osallistujia oli 39 paria , vastasuprosentti oli 78 %.</p>	<p>Tutkimuksen tiedot kerättiin 10.9. – 15.12 2001</p> <p>Vanhempia pyydettiin muotoilemaan 15 kysymystä kätilön toiselle kotikäynnille</p>	<p>Vastauksista muodostettiin kolme eri pää kategoriaa</p> <p>Tulokset osoittivat: että tarkistuslista toimii riittävän hyvin työkaluna, mutta sitä tulee jatkossa sovittaa paremmin vanhempien tarpeiden mukaan.</p> <p>että vanhemmat tarvitsevat eniten tietoa vauvan hoidosta, etenkin koskien puhtautta ja hygieniaa.</p>

<p>Infant mortality and early postpartum discharge</p> <p>Jesse D Malkin, Steven Garber Michael S Broder, Emmet Keeler</p> <p>USA 2000</p>	<p>Osoittaa vastasyntyneen lisääntynyt kuolleisuusriski johtuen varhaisesta kotiutumisesta sairaalasta synnytyksen jälkeen</p> <p>Historiallinen kohorttitutkimus,</p> <p>Materiaali analysoitiin tilastollisesti teore</p>	<p>Sekundäärinen tieto saatiin Washingtonin osavaltion tilastoista; 133589 tutkimukseen sisällytettyä lasta vuosina 1989 ja 1990</p> <p>kotiutuminen oli tapahtunut 30 – 78 tunnin kuluessa synnytyksestä</p>	<p><30 h kotiutui 9101 < 54 h kotiutui 46326 <78 h kotiutui 38778 > 78 h kotiutui 26446</p> <p>aineisto käsiteltiin tilastollisin menetelmin</p>	<p>Varhain kotiutuneilla <30h on siis tämän tutkimuksen mukaan myöhemmin synnytyksen jälkeen kotiutuneita suurempi riski kuolemaan ensimmäisen elinvuoden aikana.</p> <p>Varhain kotiutuvilla oli merkittävästi alempi sosio-ekonominen asema kuin pidempään sairaalassa olleilla</p> <p>Tuloksista voidaan kuitenkin todeta, että käytännössä varhainen kotiutuminen ei ole vastasyntyneelle niin vaarallista kuin tilastollisesti.</p>
<p>Early discharge Among Late and Term Newborns And Risk of neonatal Morbidity</p> <p>Kay M Tomashek, Carrie K Shapiro-Mendosa, Judith Weiss, Milton Ktelchuck, Wanda Barfield, Stephen Evans, Angela Nannini, Eugene Declercq.</p> <p>USA 2006</p>	<p>Ymmärtää, miten ennenaikaisesti viikolla 34 - 36 syntyneiden lasten kotiutuskäytännöt suhtautuvat täysiaikaisilla lapsilla luotuihin käytäntöihin ja miten niillä voidaan vaikuttaa ennenaikaisesti syntyneiden kotiutumisen jälkeiseen sairastuvuuteen.</p> <p>Tiedot käsiteltiin tilastosekä todennäköisyys laskelmien mukaan käyttäen Link Pro 2-ohjelmistoa</p>	<p>1.joukkoon otettiin 1004 raskausviikolla 34-36 syntynyttä lasta</p> <p>2.joukkoon otettiin 24320 täysiaikaista lasta</p>	<p>Tiedot kerättiin Massachusetin synnytyksen ja kuolinrekisteristä ja sairaalan rekistereistä ajalla 1998 – 2002, jotta voitiin arvioida neonataali kuolleisuutta</p> <p>Kaikki olivat kotiutuneet < 2 yötä synnytyksen jälkeen.</p>	<p>34 –36 viikolla syntyneistä lapsista joutui 4.3 % palaamaan sairaalaan tai olemaan tarkkailussa kotiutumisensa jälkeen</p> <p>Täysiaikaisten osalta vastaava luku oli 2,7 %.</p> <p>Pääasialliset syyt uudelleen hoitoon hakeutumisessa olivat keltaisuus ja infektiot.</p> <p>Näyttöön perustuva suositus näiden tutkimustulosten perusteella olisikin; arvioida tarkasti sopiva kotiutumisaika ja järjestää jälkiseuranta varhain synnytyksen jälkeen kotiutuville ennenaikaisesti syntyneille lapsille jotta voidaan ehkäistä sairastuvuutta.</p>
<p>Early Postpartum Discharge : How are Mothers Managing?</p> <p>Eileen Greif Fishbein, Elisabeth Burgraff</p> <p>USA 1997</p>	<p>Kuvata äitiyteen liittyviä huolenaiheita kahden viikon kohdalla synnytyksen jälkeen, ja äidin kykyä toimia eri rooleissa neljän viikon kohdalla synnytyksen jälkeen</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Aineistoa käsiteltiin sekä tilastollisesti että sisällön analyysillä muodostettiin luokat avoimien kysymysten osalta.</p>	<p>100 tervettä naista, jotka täyttivät tutkimuskriteerit ja jotka kotiutuivat < 48 tuntia synnytyksen jälkeen.</p>	<p>Kyselylomakkeet lähetettiin äideille postitse kaksi viikkoa ja neljä viikkoa synnytyksen jälkeen</p>	<p>Tutkimuksen tulokset antoivat kuvailevaa informaatiota varhaisen synnytyksen jälkeisen kotiutumisen vaikutuksista.</p> <p>48 tuntia synnytyksestä tai sitä aiemmin kotiutuneet äidit joutuvat sopeutumaan äitiyteen ilman sairaalan pidemmässä hoitajaksoissa tarjoamaa opetusta ja arviointia.</p> <p>Tutkimus vahvistaa, että hoitajien tulee kehittää sellaisia sairaaloiden ja kunnan toimintamalleja, jotka turvaavat varhaisen synnytyksen jälkeisen hoidon</p>

				ja ohjauksen
<p>Early Discharge of Alberta Mothers Postdelivery and the Relationship to Potentially Preventable Newborns Readmissions</p> <p>Daivid Jonnsson, Yan Jin, Corinne Truman</p> <p>Canada</p> <p>2002</p>	<p>Selvittää lisääkö äidin ja vauvan varhainen synnytyksenjälkeinen kotiutuminen vastasyntyneen uudelleen sairaalahoitoon hakeutumisen tiheyttä.</p> <p>Tilastollinen kohorttitutkimus</p> <p>Tilastotiedot analysoitiin suhteessa taustamuuttujiin monimuuttujamenetelmällä.</p>	<p>73 % näistä oli yksisikiöisestä raskaudesta alateitse syntyneitä joiden paino oli vähintään 2500 gr n = 81956</p> <p>lopullisessa aineistossa oli 63972 lasta</p>	<p>Aineisto koottiin Canadian terveystieto instituutin sairaalaan kirjautumis ja uloskirjautumis tiedostoista vuosilta 1997/98 vuoteen 1999/2000</p> <p>synnytystilastoista 1997–1999</p> <p>ja Health Insurance Plan Registry File – tiedostoista vuodesta 1997 vuoteen 2000</p> <p>OR ja 95% CI lukuja käytettiin kuvaamaan tulosten merkittävyyttä</p>	<p>48 tuntia sairaalassa olleilla oli 25 % pienempi todennäköisyys joutua uudelleen sairaalahoitoon 0-6 päivän sisällä kotiutumisesta kuin niillä, joilla oli alle 27 tunnin synnytyksen jälkeinen hoito</p> <p>Merkittävimpiä syitä olivat;</p> <ul style="list-style-type: none"> -kuivuminen -keltaisuus -syömisongelmat -huono painonnousu -sosiaaliset syyt <p>Näiden tekijöiden ennakointi katsottiin tärkeäksi tekijäksi, mietittäessä miten voidaan ehkäistä varhaisen kotiutumisen jälkeistä uudelleen hoitoon joutumista.</p>
<p>Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital – based care postpartum; an economic evaluation</p> <p>Stavros Petrou, Michael Boulvain, Judith Simon, Patrice Maricot, Francois Borst, Thomas Berneger, Olivier Irion</p> <p>Sveitsi</p> <p>2004</p>	<p>Verrata varhaisen synnytyksenjälkeisen kotiutuskäytännön, johon on liitetty kättilön kotihoito, kustannusvaikuttavuutta perinteiseen sairaalassa tapahtuvaan synnytyksen jälkeiseen hoitoon</p> <p>Taloudellisen arvioinnin rinnalla tehtiin satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, koe-kontrolli ryhmällä.</p> <p>Kustannuslaskennassa käytettiin avuksi sairaalan tietokantoja ja ohjelmia.</p>	<p>Geneven yliopistosairaalan alue</p> <p>459 yksisikiöistä, alatiesynnytystä, joissa oli ollut normaali raskaus</p> <p>Varhaisen synnytyksen jälkeisen kotiutumisen ja kättilön kotihoidon tuen ryhmässä (n = 228)</p> <p>Perinteisen synnytyksen jälkeisen hoidon ryhmässä (n = 231)</p>	<p>Tiedot kerättiin 11/1998 ja 10/2000 aikavälillä</p> <p>Kustannukset selvitettiin ja mitattiin sairaalan sekä kunnan sosiaali- ja terveystalveluista ja perheille aiheutuvat kustannukset</p> <p>Taloudellisten tietojen keruu aika rajattiin koskemaan aikaa sairaalasta kotiutumisesta 28:een synnytyksenjälkeiseen päivään.</p>	<p>Kliiniset ja psykososiaaliset tulokset olivat molempien ryhmien välillä yhteneväiset.</p> <p>Johtopäätös: Varhaisen kotiutumisen käytäntö täydennettynä kättilön kotioidolla osoittautui kokonaisuutena vain heikosti taloudellisesti vaikuttavammaksi kuin perinteinen synnytyksen jälkeinen hoito vaikka se vähentääkin kustannuksia ilman haittoja äidin tai vastasyntyneen terveydelle ja hyvinvoinnille.</p>
<p>Very Early Discharge from Hospital after Normal Deliveries</p>	<p>Tavoitteena on tutkia, miten terve nainen kokee normaalin synnytyksen jälkeisen varhaisen kotiutumisen (6-12 tuntia) sairaalasta.</p>	<p>Terve äiti</p> <p>Normaali raskaus</p> <p>Synnytyksen tulo olla normaali.</p> <p>103 naista osallistui</p>	<p>Synnytykset tapahtuivat Upsalan yliopistollisessa sairaalassa.</p> <p>Osallistujat rekrytoitiin kuuden kuukauden aikana</p>	<p>Johtopäätös: Ennen synnytystä tapahtuva valmentaminen ja valmistelu varhaisen synnytyksen jälkeisen kotiutumisen varalle, sekä hyvin organisoitu, riittävä</p>

<p>Elisabeth Darj, Boel Stålnacke</p> <p>Ruotsi</p> <p>1996-1997 / 2000</p>	<p>Kuvaileva tutkimus, jossa tieto kerättiin kaikilta kyselylomakkeilla ja osalta puhelinhaastattelulla.</p> <p>Tiedot käsiteltiin tilastollisella laskennalla. Avoimet kysymykset sisällön analyysillä</p>	<p>tutkimukseen.</p> <p>heistä 20 haastateltiin kyselylomakkeen täyttämisen lisäksi.</p>	<p>1996-1997</p> <p>Kyselylomakkeet palautettiin 4-5:nä päivänä synnytyksestä</p> <p>Neljän kuukauden kuluttua 20 naista haastateltiin vielä puhelimitse.</p>	<p>synnytyksen jälkeinen kotihoito olivat selvästi tärkeimmät tekijät, kun luodaan perusteita turvallisuudelle varhaiselle kotiutumisen synnytyksen jälkeen.</p> <p>Tällainen varhaisen kotiutumisen hoitomalli, joka sisältää kättilön kotihoidon, on turvallinen ja uusien vanhempien arvostama. Yhteydenpito sairaalasta kotiin lisää vanhempien turvallisuuden tunnetta.</p>
<p>Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety active participation, and "bonding"</p> <p>Gun E.M. Fredriksson, Ulf Högberg, Berit M Lundman</p> <p>Ruotsi</p> <p>2003</p>	<p>Kuvata tuoreiden vanhempien toiveita synnytyksen jälkeen tarjottavista erilaisista hoitovaihtoehdoista; perhehuonehoito tai varhainen kotiutuminen ja hankkia syvempää ymmärrystä vanhempien kokemuksista erilaisista synnytyksen jälkeisistä hoitovaihtoehdoista.</p> <p>Laadullinen tutkimus, jossa on käytetty puoli-strukturoitua haastattelua. Haastattelut käsiteltiin laadullisella sisällön analyysillä Downe-Wamboltin mukaan.</p>	<p>11 pariskuntaa ja yksi yksinäinen äiti, tutkittavissa oli sekä ensisynnyttäjiä että uudelleensynnyttäjiä.</p> <p>Kuusi pariskuntaa valitsi perhehuonehoidon ja loput valitsivat varhaisen kotiutumisen synnytyksen jälkeen.</p>	<p>Tutkittavat rekrytoitiin maaliskuusta – syyskuuhun 1998</p> <p>Haastattelu tehtiin neljän kuukauden kuluttua synnytyksestä, joko kotona tai sairaalassa.</p> <p>Vanhemmat haastateltiin yhdessä.</p> <p>Haastattelut nauhoitettiin.</p>	<p>Johtopäätös:</p> <p>Sellaisia synnytyksen jälkeisiä erilaisia vaihtoehtoisia hoitomuotoja tarvitaan, jotka parhaiten vastaavat vanhempien tarpeisiin ja toiveisiin.</p> <p>Hoitohenkilökunnan tulee myöskin löytää se tapa, jolla perhettä hoidetaan kokonaisuutena samalla kunnioittaen heidän yksilöllisyyttään perheenä.</p> <p>Vastasyntyneen vanhemmille pitäisi sallia mahdollisuus valita se vaihtoehto jota he pitävät parhaan.</p>
<p>Hoidon laatu lapsivuodeosastolla Suomessa ja Virossa: Näkökulmia asiakaskeskeiseen laatuun ja sen kehittämiseen (väitöskirja)</p> <p>Ly Kalam-Salminen</p> <p>2005</p> <p>Suomi</p>	<p>Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lapsivuodeosaston toiminnan kehittämisessä ja toimintaa tukevissa sairaaloiden hallinnollisissa ratkaisuissa, hoitohenkilökunnan koulutuksessa ja sekä äitiyshuollossa laajemminkin.</p> <p>Tavoitteena on myös antaa mahdollisuus hoidon laadun kehittämiseksi kansainvälisenä yhteisönä ja tuottaa vertailukelpoista tietoa yhteistyön pohjaksi.</p>	<p>Suomessa tiedot koottiin 291 äidiltä ja 258 isältä.</p> <p>Hoitohenkilökuntaa tutkimukseen osallistui 102 henkilöä ja lääkäreitä kuusi.</p> <p>Virossa aineisto kerättiin; 198 äidiltä ja 122 isältä.</p> <p>Hoitohenkilökunnalta 34 henkilöltä ja seitsemältä lääkäriltä.</p>	<p>toteutusta ei ole selvitetty tutkimusreferaatissa</p>	<p>Hoitohenkilökunnan näkemykset erosivat maiden välillä vähemmän kuin vanhempien näkemykset.</p> <p>Keskeiseksi laadun toteutumattomuuden syyksi nousi hoitoympäristö niin Suomessa kuin Virossakin. Tilat eivät vastanneet vanhempien odotuksia. Isien läsnäolon rajoittaminen vaikeutti kaikkien arvioitsijoiden mielestä hoidon toteuttamista.</p> <p>Hoidon laatu vaihteli. Laatutekijöillä oli suuri merkitys kaikkien vastaajaryhmien arvioinneissa. Äitien asettamat laatuodotukset olivat isiä suuremmat ja yhteneväiset Suomen ja Viron välillä.</p> <p>Suomessa hoitohenkilökunta</p>

	Kuvaileva ja vertaileva survey-tutkimus			tuntee Virolaisia kollegoitaan paremmin vanhempien laatuodotukset. Hoitajat arvioivat laatutekijät vähempiarvoisiksi kuin vanhemmat.
Varhainen kotiutuminen synnytyssaira alasta ja terveydenhuol topalvelut perheiden kokemana. Riitta Pavilainen, Päivi Åstedt-Kurki 1995 Suomi	Kuvat miten varhaisen kotiutumisen (6-24 h synnytyksestä) valinneet vanhemmat kokivat terveytensä, varhaisen kotiutumisen synnytyssairaalaista, ja terveydenhuoltopalvelut 2-4 viikkoa lapsen syntymän jälkeen. Hoitokäytäntöä tarkastellaan synnyttäjän ja hänen perheensä näkökulmasta. Tuloksilla ei pyritty yleistymiin. Laadullinen tutkimus. Aineisto analysoitiin Colaizzin metodin mukaan.	12 äitiä ja 9 isää , he olivat valinneet varhaisen kotiutumisen synnytyksen jälkeen. Varhaisen kotiutumisen edellytykset: uudelleensynnyttä jä-äiti, normaali synnytys, hyväkuntoinen äiti ja vastasyntynyt.	Aineisto kerättiin kesällä 1993 teemahaastattelun avulla.	Tutun ympäristön merkitys on tuloksena tärkeä. Varhainen kotiutuminen näyttäisi olevan tärkeä vaihtoehtoisena hoitokäytäntönä. Sairaalassakin ohjausresursseja voitaisiin käyttää perheasioiden keskustelemiseen, sillä vauvan hoito on jo äideille tuttua. Perheet kokivat tarvitsevansa terveydenhuoltopalveluja erityisesti turvallisuuden kokemiseen. Erityisesti haluttiin varmistua, että vauva voi hyvin ja oli terve. Suurin osa perheistä selviytyi sovittujen palveluiden turvin ja itse neuvoa kysymyksiinsä hakien.
Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ; Ohjauksen toteutumisen kokonaisarviointia selittävät hoitotyön elementit Kristiina Kujanpää, Kaarina Rajala, Pekka Ruohotie, Ari Ylä-Outinen 2004 Suomi	Tarkoituksena oli kuvat perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Ensisijaisena tavoitteena oli tuottaa perheiltä ja hoitohenkilökunnalta saatujen kokemusten perusteella tietoa perhehoitotyön kehittämiseksi. Toissijaisena tavoitteena oli tuottaa tietoa tietoa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen toiminnan kehittämiseksi Tays:n naistenklinikan hoitohenkilökunnalle ja johtoryhmälle Kvantitatiivinen tutkimus.	Osallistuneita perheitä oli 194 ja vastauksia saatiin 101 (52%) perheeltä. Hoitohenkilökuntaa oli 67, joilta saatiin 32 (48%) vastausta. Osastolla oli kahdeksan LYSY-hoitajaa, jotka vastasivat kaikki kyselyyn.	Aineisto kerättiin 12.5. – 31.12.2003 tamperelaisten uudelleensynnyttäjien ja TaYs:n synnyttäneiden vuodeosaston hoitohenkilökunnan kokemuksia LYSY:stä. Kyselylomakkeet muodostettiin kuusiportaisista Likkert-tyyppisistä väittämistä asteikolla 1:stä ; täysin sama mieltä – 6:een; täysin eri mieltä.	Perhehoitotyö onnistuu hyvin LYSY - toiminnassa. LYSY – toiminta on hyvä vaihtoehto synnytyksen jälkeisen hoitotyön kehittämisessä. Perheet uskalsivat luottaa itseensä, koska puhelinkontaktin varmuus sairaalasta kotiin loi turvallisuudentunteen. Yksi ehdoton ehto LYSY – toiminnan toteuttamisessa onkin puhelinkontaktin järjestäminen parina päivän kotiutumisen jälkeen sairaalasta kotiin. Nämä tutkimustulokset tukevat LYSY – toiminnan pysyvää käyttöönottoa. Hoitohenkilökunnan työssä jaksamisen kannalta organisaation on huolehdittava riittävästä resursoinnista, pitkäjänteisestä henkilöstöpolitiikasta, perustehtävän ja pelisääntöjen selkeydestä



Jotta äiti ja vauva voivat kotiutua varhaisen kotiutumisen edellyttämässä aikarajoissa 6 – 48 tuntia synnytyksen jälkeen, tulee heidän täyttää seuraavat ehdot:

Äidin varhaisen kotiutumisen edellytykset

- äiti on terve synnyttäjä, jonka vointi sallii vastasyntyneen hoidon ja jolla on hoitoapua kotona
- sectio - potilailla on mahdollisuus LJHS kotiutumiseen 72 tunnin kuluttua leikkauksesta
- synnytys on ollut täysiaikainen (h 38 – 41) alatiesynnytys
- lapsivesi on mennyt alle 18 tuntia ennen lapsen syntymää
- äidillä ei ole infektion merkkejä
- äidillä ei ole ollut runsasta vuotoa (vuoto alle 1000 ml)

Vastasyntyneen varhaisen kotiutumisen edellytykset

- raskauden kesto on ollut 38–41 viikkoa
- syntymäpaino on ollut 3000–4500 g ja on normaali raskauden keston nähden
- sikiöasfyksiasta ei ole merkkejä ja Apgar-pisteet ovat 7 tai yli
- äiti on terve ja rh-positiivinen (rh negatiiviset äidit, jos lapsen veriryhmä on negatiivinen)
- äidillä ei ole infektion merkkejä
- lapsivesi on mennyt alle 18 tuntia ennen lapsen syntymää
- äidillä ei ole streptokokki-infektiota tässä eikä edeltävässä raskaudessa
- äidin aikaisemmalla lapsella ei ole ollut vastasyntyneenä ongelmia, jotka voisivat toistua esim. valohoitoa vaatinut keltaisuus
- vastasyntynyt on hyväkuntoinen ja oireeton
- lämpö on normaali
- vastasyntynyt on virtsannut ja ulostanut
- ruokinta on onnistunut ongelmitta rinnasta tai pullosta

lastenlääkäri on tutkinut lapsen synnytysosastolla ja tarkastuksessa ei ole todettu poikkeavaa

Käytännön pelisääntöjä LYSY- toimintaan:

- 1. Jos äiti ja vauva kotiutuvat 36 tuntia synnytyksestä tai alle 36:n tunnin, silloin äiti tulee aina vauvan kanssa uusintatarkastukseen synnytysvuodeosastolle kun vauva on vähintään 3 vuorokauden ikäinen ja lastenlääkäri tarkastaa vauvan.**
2. Kotoa uusintatarkastukseen tulevat vauvat kutsutaan synnytysvuodeosastolle n klo 12:ksi, synnytysvuodeosaston lastenlääkäri tarkastaa lapset osastolta kotiutuvien vauvojen tarkastuksen jälkeen.
3. Uusintatarkastuksia ei tehdä viikonloppuisin. Viikonlopulle ajoittuvat tarkastukset sovitaan maanantai iltapäivään.

PORISSA 30.1.2008

ylilääkäri Ari Ylä-Outinen

ylilääkäri Esa Niemi

TIEDOKSI KAIKILLE

1.5.2008 alkaen LYSY-potilaat siirretään virtuaaliosastolle KS0KOTI siinä vaiheessa, kun he poistuvat osastolta kotihoitoon!

Eli tehdään osastosiirto, kuten siirto tehdään ja osastoksi valitaan KS0KOTI.

Näin potilaat pysyvät sairaalan kirjoilla.

Kotiinlähtöpäivän jälkeisenä päivänä tehdään maksuluokan muutos, jolloin maksuluokka muutetaan LAKI. (arkisin sihteeri huolehtii, viikonloppuisin kätilö)

Kun potilas kotiutuu LYSY:stä (esim. neljäntenä päivänä) tehdään uloskirjaus. Jos LYSY-äidille tai – vauvalle tilataan labroja tai rtg-tutkimuksia tulee osastoksi valita KS0KOTI

Huomioikaa; kun tilaatte esim. labroja kone tarjoaa aina sekä KS0SYN että

KS0KOTI, olkaa siis tarkkoja valinnoissa.

Terveisin Marika

TIEDOTUS UDESTA OSASTOKOODISTA

SYNNYTYKSILLÄ

Olemme kevään aikana aloittaneet osastollamme lyhytjälkihoitoisen (LYSY) synnytystoiminnan.

Nämä potilaat kotiutuvat osastolta varhain, mutta ovat kotihoidossakin sairaalan kirjoilla vielä joitakin päiviä. Tänä aikana olemme potilaaseen yhteydessä joko puhelimitse tai kotikäynnin.

Näitä potilaita varten on perustettu uusi osastokoodi, joka näkyy atk-valikoissa.

Synnytysvuodeosastopotilaita varten ovat nyt koodit:

KS0SYN ja KS0KOTI

Molempien koodien alla olevien potilaiden

sairauskertomusten sijaintipaikka on synnytysvuodeosasto.

KS0KOTI osastolle sisäänkirjatut potilaat ovat fyysisesti kotona.

Mikäli KS0KOTI potilaalle on tilattu laboratoriotutkimuksia, on **ottaja osasto itse + näyte tulee otettuna laboratorioon** (kyseessä on lähes aina bilirubiininäyte vastasyntyneestä) / **potilas näytteenottoon** .

Mikäli asiassa on epäselvyyksiä tai kaipaatte lisätietoa, ottakaa yhteyttä synnytysvuodeosastolle.

ylilääkäri Ari Ylä – Outinen

osastonhoitaja Marija Nieminen



Tiedote Satakunnan keskussairaalan synnytysyksikön toiminnan kehittämisestä

Olemme synnytysyksikössä kehittämässä toimintaamme asiakaslähtöisemmäksi . Vuoden 2008 alusta ryhdymme tarjoamaan äideille mahdollisuutta kotiutua synnytyksen jälkeen 6-48 tunnin kuluttua. Tämä on hänelle vaihtoehtoinen ja vapaaehtoinen hoitomuoto perinteisen vuodeosastohoidon tilalle. Tämän ns. lyhytjälkihoitoisen synnytyksen (= LYSY) hoitoon kuuluu yhteydenpito sairaalasta kotiin. Yhteydenotto voi olla soitto tai kotikäynti. Äidit ja vauvat, joille tämä hoitomuoto on mahdollinen, valitaan lääketieteellisesti määräytyvien kriteereiden mukaan. Äiti on sisään kirjattuna sairaalaan 4 vrk:n ajan. Kuntalaskutukseen uusi käytäntömme ei vaikuta, vaan kunta maksaa normaalin synnytyspakettihinnan kuten ennenkin. Potilasmaksu laskutetaan vain niiltä päiviltä, jotka äiti on sairaalassa.

Uusi käytäntö aloitetaan kokeiluluonteisena vuoden 2008 alkupuolella. Koska ennalta on melko vaikea arvioida äitien halukkuutta osallistua uuteen toimintaan, tarjoamme mahdollisuutta kaikille siihen soveltuville koko sairaanhoitopiirin alueella. Lähdemme kokeilemaan toimintaa nykyisten työntekijäresurssien puitteissa. Neuvolan terveydenhoitajia tulemme informoimaan asiasta vielä syksyn kuluessa infotilaisuuksien muodossa. Neuvolan työntekijöiden työhön tällä ei pitäisi olla ainakaan lisätyöllistävää vaikutusta.

Yhteistyöterveisin

ylilääkäri

Ari Ylä-Outinen

puh 02-6277810

ylivoitaja

Pirjo Harju

puh 02-6277213

osastonhoitaja

MariKa Nieminen

puh 02-6277540

Jakelu :

Terveyskeskusten johtavat lääkärit ja yli-/ johtavat hoitaja

30.1.2008

Tiedote Satakunnan keskussairaalan synnytysyksikön toiminnan kehittämisestä

Olemme synnytysyksikössä kehittämässä toimintaamme asiakaslähtöisemmäksi . Ryhdymme tarjoamaan äideille mahdollisuutta kotiutua synnytyksen jälkeen 6-48 tunnin kuluttua. Tämä on hänelle vaihtoehtoinen ja vapaaehtoinen hoitomuoto perinteisen vuodeosastohoidon tilalle. Tämän ns. lyhytjälkihoitoisen synnytyksen (= LYSY) hoitoon kuuluu yhteydenpito sairaalasta kotiin. Yhteydenotto voi olla soitto tai kotikäynti. Äidit ja vauvat, joille tämä hoitomuoto on mahdollinen, valitaan lääketieteellisesti määräytyvien kriteereiden mukaan (liite). Äiti on sisään kirjattuna sairaalaan 4 vrk:n ajan. Kuntalaskutukseen uusi käytäntömme ei vaikuta, vaan kunta maksaa normaalin synnytyspakettihinnan kuten ennenkin.

Potilasmaksu laskutetaan vain niiltä päiviltä, jotka äiti on sairaalassa.

Uusi käytäntö aloitetaan (kokeiluluonteisena) 19.2.2008 alkaen. Koska ennalta on melko vaikea arvioida äitien halukkuutta osallistua uuteen toimintaan, tarjoamme mahdollisuutta kaikille siihen soveltuville koko sairaanhoitopiirin alueella. Lähdemme kokeilemaan toimintaa nykyisten työntekijäresurssien puitteissa. Neuvolan työntekijöiden työhön tällä ei pitäisi olla ainakaan lisätyöllistävää vaikutusta. Lähetämme terveydenhoitajalle entiseen tapaan hoitoyhteenvedon siinä vaiheessa kun yhteydenpitomme potilaaseen loppuu, eli käytännössä 4-5 synnytyksen jälkeisenä päivänä. Sairaalaan tulee neuvolaan yhteenveto ja neuvolakortti kuten ennenkin. LYSY – kotiutujien kohdalla terveydenhoitajat toimivat samalla tavalla kuin muidenkin potilaiden kohdalla.

Etukäteen ei voi ratkaista onko LYSY – kotiutuminen asiakkaan kohdalla mahdollista. Etukäteen äideille voi jakaa sairaalan tiedotetta LYSY-toiminnasta ja korostaa, että asia ratkeaa lopullisesti vasta synnytyksen jälkeen synnytysvuodeosastolla. Tärkeätä on kuitenkin, että äiti itse esittää toiveen kotiutua lyhytjälkihoitoisesti. Henkilökunta sitten yhdessä äidin kanssa päättää kotiutumismahdollisuuksista kriteerien mukaan. Toki jos raskausaikana jo ilmenee asioita, jotka estävät varhaisen kotiutumisen, ei kannata antaa äidille turhaa toivoa vaan realistista tietoa.

Kirjeen mukana on liitteenä LYSY – kotiutuvien äitien ja vauvojen kriteerit terveydenhoitajalle tutustuttavaksi. Se kuinka tarkasti niitä kannattaa äideille raskauden aikana selvittää, on jokaisen terveydenhoitajan oman harkinnan varassa. Lähinnä kriteerit on tarkoitettu terveydenhoitajille tiedoksi. Liitteenä löytyy myös LYSY- info asiakkaille (tulostakaa asiakkaita varten) jota terveydenhoitajat voivat asiakkaille jakaa. Se mikä on sopiva ajankohta infon antamiselle, on terveydenhoitajan oma asia, ehkä tämä on kuitenkin vasta loppuraskauden asioita.

Aloitamme siis nyt toimintaamme ja olemme kiitollisia mahdollisesta palautteesta koskien uutta toimintaamme. Toivomme teidän ottavan herkästi yhteyttä epäselvissä tilanteissa tai jos havaitsette joitain epäkohtia tai ongelmia uudessa toiminnassa. Haluamme toimia yhdessä kanssanne perheiden parhaaksi ja kehittää toimintaamme joustavammin heitä palvelevaksi

Yhteistyöterveisin

ylilääkäri

Ari Ylä-Outinen

puh 02-6277810

ylivoitaja

Pirjo Harju

puh 02-6277213

osastonhoitaja

Marija Nieminen

puh 02-6277540

Lisätietoja voi kysyä , vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Liitteet

Jakelu :

Äitiyshuollon terveydenhoitajat

Lyhytjälkihoitoinen synnytys mahdollistaa äidin ja vauvan varhaisen kotiutumisen

Synnytysvuodeosaston toiminnassa on viime vuosien aikana tapahtunut monia muutoksia. Samoin synnyttävien naisten ja perheiden odotukset ja tarpeet ovat muuttuneet. Nykyisin kaivataan yksilöllisiä vaihtoehtoja hoidon toteuttamiseksi. Tämä edellyttää vanhojen käytäntöjen kyseenalaistamista ja niiden kriittistä tarkastelua, sekä uutta innovatiivista kehittämisasennetta sekä esimiehiltä että henkilökunnalta.

Synnytys ja siihen liittyvä jälkihoito on ihmisen kehityshistorian myötä kokenut muutosta laidasta laitaan. Aluksi nainen oli synnyttäessään luonnon armoilla ja hänen oli selvittävä yksin kaikesta. Tästä ovat jäljellä vain fysiologiset toiminnot, naisen anatomiakin lienee muokkautunut kehityksessä noista ajoista. Sivistyksen ja yhteisöllisyyden kehittyessä myös synnytykseen liittyvät käytännöt ovat kehittyneet ja muuttuneet. Länsimaisessa yhteiskunnassa synnytyksen jälkeisessä hoidossa on tapahtunut monia muutoksia. Yksin 1900-lukua tarkasteltaessa, pitkstä vuodelevosta on tultu kohti lyhyttä, synnytyksen jälkeistä sairaalahoidon aikaa ja kotiin järjestettävää hoitoa.

Kohti lyhytjälkihoitoista synnytystä

Jo pidempään on Satakunnan keskussairaalan vuodeosaston suuntaan ollut paineita hoitoaikojen lyhentämiseen. Synnyttäjän keskimääräinen hoitoaika vuonna 2007 oli 3,3 hoitopäivää, joka on maamme keskiarvoa. Lyhytjälkihoitoinen synnytykäytäntö on maailmanlaajuisesti ollut käytössä jo pitkään ja esimerkiksi Ruotsissa on jo 80-luvulta lähtien kehitetty tätä käytäntöä hyvin kokemuksin ja siellä se on nykyisin enemmän käytäntö kuin poikkeus. Lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä (=LYSY) puhutaan, kun kotiuttaminen tapahtuu 6-48:n tunnin kuluttua synnytyksestä. Rutiininomaista varhaista kotiuttamista ei suositella, vaan varhaisen kotiuttamisen toteuttamiseksi tulee laatia kriteeristö, jonka mukaan kotiutuminen varhain voidaan turvallisesti toteuttaa. Kun tähän yhdistetään tärkeänä pidetty ammattihenkilöstön tuki ja ohjaus, sairaalasta käsin, säännöllisin kontaktein kotiin, voidaan toteuttaa turvallinen varhainen kotiutuminen.

Suomessa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäytäntöä on eniten kehittänyt Tampereen yliopistollisen keskussairaalan synnytysyksikkö, jossa on jo useamman vuoden ajan toteutettu tätä käytäntöä, koko ajan lisääntyvässä määrin. Tämän käytännön aloittaminen voisi osaltaan keino lyhentää hoitoaikoja ja silti säilyttää asiakaspalvelun laatu ja samalla parantaa sitä. Lisäksi lyhytjälkihoitoinen synnytystoiminta on tutkimuksissa kuvattu taloudellisesti tehokkaaksi toimintamalliksi, jolla voidaan säästää sairaalahoidon kustannuksia.

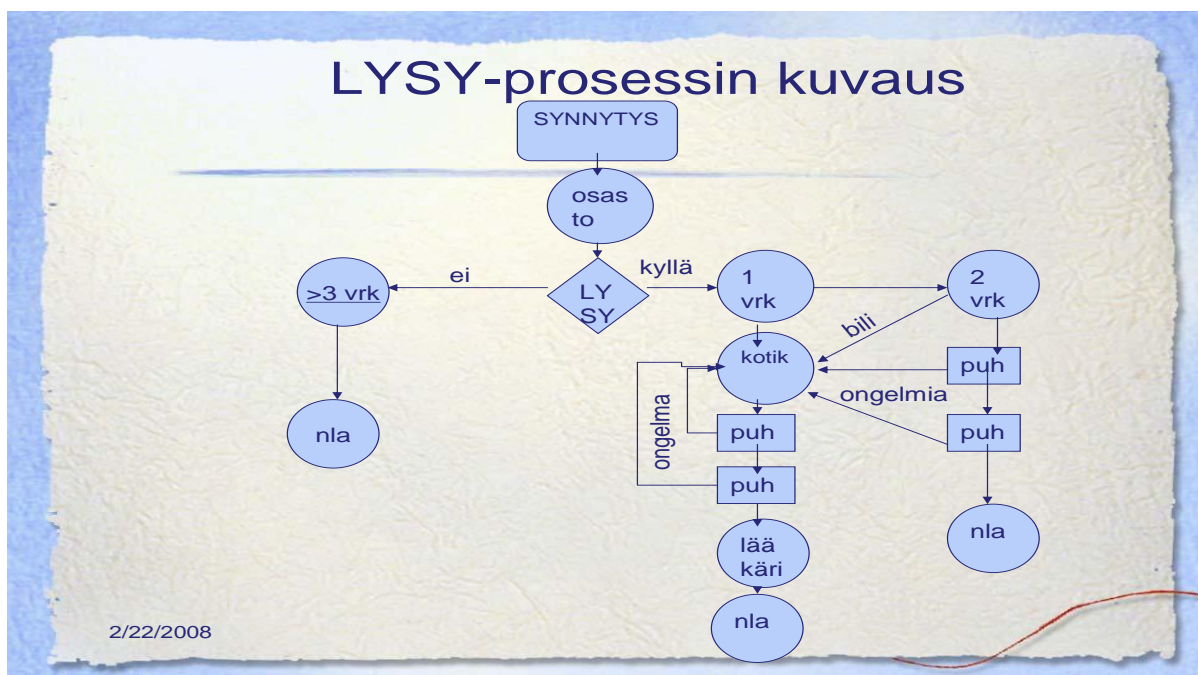
Sairaalassa hyvä, mutta kotona paras...

Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosaston hoidosta potilailta saatu palaute on hyvää ja potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Joukossa on kuitenkin aina niitä potilaita jotka eivät viihdy sairaalassa, vaan haluavat mahdollisimman pian kotiin, läheistensä pariin. Tämä hoitokäytäntö on tarjolla juuri heitä varten. Sairaalasta tapahtuvat kontaktit kotiin mahdollistavat etenkin ensisynnyttäjien varhaisen kotiutumisen. Varhainen kotiinlähtö tapahtuu äidin toiveesta käsin, ei siis henkilökunnan tai osaston tarpeesta. Tällä uudella toiminnalla haluamme tarjota yksilöllisen vaihtoehdon potilaillemme perinteisen vuodeosastohoidon rinnalle. Toisaalta lyhytjälkihoitoinen synnytykäytäntö on sairaanhoitopiirimme strategian mukaista, haluamme osaltamme olla mahdollistamassa ideologiaa: ”Koko elämä kotona”. Mikä onkaan loogisempi aloitus uudelle ajattelumallille, kuin mahdollistaa se uudelle, syntyvälle sukupolvelle.

Toimintamallia Tampereelta

Mallia tähän toimintaan olemme käyneet hakemassa useampaankin kertaan Tampereen yliopistollisesta keskussairaalarasta, joka Suomessa ainoana toteuttaa lyhytjälkihoitoista synnytystä tutkittujen toimintamallien mukaan. Heidän kokemuksensa ovat erittäin positiiviset. Ylilääkärimme Ari Ylä-Outinen on ollut mukana kehittämässä ja aloittamassa Tampereen toimintamallia. Nykyisin, jo useamman toimintavuoden jälkeen heidän potilaistaan n. 30 % hoidetaan lyhytjälkihoitoisesti. Olemme kehitelleet omaa toimintamuotoamme jo noin vuoden ajan yhdessä synnytysvuodeosaston henkilökunnan, lääkäreiden ja lastenlääkäreiden kanssa. Yhteinen suunnittelu ja kehittämistoiminta on aikaansaanut uutta innostumista työskentelyyn synnytysvuodeosastolla. Henkilökunta ansaitsee suuren kiitoksen panoksestaan ja positiivisesta suhtautumisestaan uuteen toimintamuotoon niiden muutosten ja paineiden keskellä, joissa synnytysvuodeosasto on viime vuodet toiminut. LYSY toiminta koetaan kuitenkin mielekkääksi ja mielenkiintoiseksi uudistukseksi. Sen uskotaan tuovan vaihtelua työn arkeen, sillä onhan kotiin tapahtuva hoitaminen uutta sairaalan hoitotyössä. Kotikäynnit tuovat varmasti aivan uuden ulottuvuuden hoitoon.

Tätä kirjoittaessani elämme helmikuun loppupuolta ja LYSY-toimintamme on käynnistynyt 19.2.2008. Ensimmäinen LYSY-potilas on näiden ensipäivien aikana hoidettu uuden mallin mukaan, sekä äiti, perhe että hoitava kättilö olivat tyytyväisiä. Arkeemme kuuluu nyt entisen lisäksi kotikäyntilaukku ja auton navigaattori, joka ohjaa perille koko sairaanhoitopiirimme alueella. Kotikäyntimatka voi siis joskus olla pitkäkin. On kuitenkin hyvä huomioida, että jos potilaistamme n. 30 % joskus tulevaisuudessa kuuluisi tämän hoitokäytännön piiriin, merkitsisi se noin 600 potilasta vuodessa. Näistä noin 30 % tarvitsee Tampereelta saadun kokemuksen mukaan kotikäynnin, mikä tarkoittaa noin 180 kotikäyntiä/vuosi, eli keskimäärin yksi kotikäynti joka toinen päivä. Toki toiminta vaatii uutta organisointia työskentelyyn, mutta olemme saaneet 1/2 kättilön resurssin käyttöömmä vuodeksi 2008 LYSY-toimintaa varten ja arvioimme tämän riittävän. Elämme siis mielenkiintoisia aikoja ja teemme vaativaa ja arvokasta työtä satakuntalaisten perheiden hyväksi. Kotona tapahtuva hoito ja sen tarpeen arviointi, edellyttää kättilöltä vaativaa vastuunottoa, jonka tulee perustua vankkaan, hyvään osaamiseen ja ammattitaitoon sekä kokemukseen.





7.1.2008

Tiedote perheille Satakunnan keskussairaalan synnytysosastolta

Tarjoamme teille mahdollisuutta lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen 18. 2. 2008 alkaen.

Lyhytjälkihoitoinen synnytys tarkoittaa kotiutumista **6 – 48 tuntia** synnytyksen jälkeen, mikäli äidin ja vauvan vointi sen sallivat.

Äidin ja vastasyntyneen on täytettävä varhaisen kotiutumisen edellytykset. Ennen kotiutumista lastenlääkäri tarkastaa vauvan ja kätilö varmistaa, että äiti on kotiutuskuntoinen. Tämä mahdollisuus tarjotaan sekä ensi- että uudelleen synnyttäjille koko sairaanhoitopiirimme alueella. Varhainen kotiutuminen on vapaaehtoista ja perustuu aina äidin halukkuuteen.

Varhain kotiutuvat äidit ovat sairaalan asiakkaina neljän vuorokauden ajan. Tänä aikana olemme sairaalasta yhteydessä kotiin joko puhelimitse tai kotikäynnein. Mikäli näiden neljän vuorokauden aikana kotona ilmenee ongelmia äidin tai vastasyntyneen voinnissa, sairaalaan voi ottaa yhteyttä mihin vuorokauden aikaan tahansa. Maksu peritään vain niiltä päiviltä, jotka äiti ja vauva ovat sairaalassa.

Mikäli olet kiinnostunut varhaisesta kotiutumisesta, keskustele asiasta kätilön kanssa synnytysvuodeosastolla.

Varhaisen kotiutumisen edellytyksistä saat lisää tietoa terveydenhoitajaltasi sekä synnytysosastojen henkilökunnalta.



Ystävällisin terveisin

Synnytysosaston henkilökunta



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI

Operatiivinen tulosalue

Äidin nimi: _____ Synnytys ___ / ___ ___ klo _____
 Puh : _____ Kotiin ___ / ___ klo _____ Lapsen sos.turvatus _____
 OAE _____ Syntymäpaino _____g Lähtöpaino _____g
 Raskausviikot _____ Lapsi I, II, III, IV, V Äidin veriryhmä _____ Bilirubini: _____

pvm. _____ Kotik. <input type="checkbox"/> Puh. <input type="checkbox"/> päivä synnytyksestä	pvm. _____ Kotik. <input type="checkbox"/> Puh. <input type="checkbox"/> päivä synnytyksestä
Kätilö:	Kätilö:
Lapsi : vointi:(jännevyys, käsittelyarkuus, ärtyisyys, virkeys)	Lapsi : vointi:
Pissa ja kakka:	pissa ja kakka:
Napa:	napa:
Iho ja keltaisuus:	iho ja keltaisuus
syöminen ja imuhalu	syöminen ja imuhalu
Imetys ja maidon riittävyys	Imetys ja maidon riittävyys:
lypsää ylim. <input type="checkbox"/>	lypsää ylim. <input type="checkbox"/>
Äiti : Vointi:	Äiti: Vointi:
Kohtu: Vuoto:	Kohtu : Vuoto:
haava:	haava:
Rinnat:	Rinnat
Muut huomiot / jatkosuunnitelma:	Muut huomiot / jatkosuunnitelma:



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
Operatiivinen tulosalue / Synnytysvuodeosasto
/LYSY

4.12.2008

Sivu

1/96

Olet kotiutumassa vauvasi kanssa synnytysairaala.

MISTÄ SAAT NEUVOJA JA APUA JOS VAUVAN TAI OMA VOINTI HUOLESTUTTAA?

Kotiuduttuasi apua ja neuvoja pyydät _____ saakka synnytysvuodeosastolta puh _____ mihin vuorokauden aikaan tahansa. Kotiutumisesi jälkeen soitamme Sinulle päivittäin ja tarvittaessa teemme kotikäynnin.

Oma terveydenhoitajasi saa sairaalasta informaation, että olet kotiutunut, mutta se kestää muutaman päivän joten suosittelemme, että itse ilmoitat neuvolaan kotiutumisestasi.

Lastenlääkäri tekee vauvalle uusintatarkastuksen noin kolmen vuorokauden iässä synnytysvuodeosastolla _____ klo 12.00.

MISTÄ TIEDÄN, SAAKO LAPSENI RINTAMAITOA RIITTÄVÄSTI?

Imetys on terveen vastasyntyneen paras ravitsemuskeino. Synnytysairaalaan kotiudutaan nykyään varhain ja kaikilla maidontulo ei ole vielä kunnolla alkanut siinä vaiheessa.

Mistä voit päätellä, että vauva saa riittävästi ravintoa:

- vauva imee rintaa ainakin 8-12 kertaa vuorokaudessa (*yllä ainakin 1-2 kertaa*)
- imiessä vauva nielee maitoa kuuluvasti
- vauva on hereillä ollessaan virkeä ja tyytyväisen oloinen; hän on jäntevä ja iho on terve
- vauva on enimmäkseen tyytyväinen syöttöväleillä (on kuitenkin yleensä normaalia, että vauva itkee yhteensä useamman tunnin vuorokaudessa)
- *vauva virtsaa reilusti; ensimmäisen viikon aikana tulee pissavaippoja saman verran kuin on päiviä synnytyksestä; viikon ikäisellä ja vanhemmalla vauvalla tulisi olla 5-6 pissavaippaa vuorokaudessa merkiksi riittävästä maidon saannista. Pissa on vaalea.*
- *vauvan uloste muuttuu ensimmäisen viikon aikana vihreänmustasta pihkasta keltaiseksi, ryynimäiseksi maitoulosteeiksi.*
- *vauvan paino laskee aluksi jonkun verran, mutta alle viikossa lähtee uudelleen nousemaan tasaisesti 140 -200 g viikossa*
- rintasi tuntuvat täysiltä ennen syöttöä ja pehmeämmiltä syötön jälkeen

Jos näin ei ole (vauvasi on jatkuvasti nälkäinen tai väsyneen oloinen, imee huonosti rintaa, virtsaa niukasti) yritä **tehostaa imetystä ja kysy neuvoja yllämainitusta puhelinnumerosta.**

Mukavaa vauva -aikaa!

LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYSTOIMINNAN ENNAKKOVSIKUTUSTEN Liite12
 ARVIOINTIA SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN SYNNYTYSVUODENOSASOLLA
 BSC- KAAVION OSA-ALUEIDEN MUKAAN

	Nykyinen toiminta:	LYSY-toiminat:
ASAKASNÄKÖKULMA:	<p>Hoitoaika km. 2-4 pv. Uudelleensynnyttäjät voivat kotiutua ilman tarkemmin määriteltyjä kriteereitä mikäli äidillä ja lapselle ovat asiat kättilön ja lastenlääkärin arvion perusteella kunnossa 1,5- 2 vrk synnytyksen jälkeen. Ensisyntyvät kotiutuvat yleensä 3-4 vrk synnytyksestä. Kotiin ei yhteydenottoja sairaalan taholta. Äiti ja vauva siirtyvät neuvolan asiakkaiksi kotiutumisen jälkeen. Neuvolan terveydenhoitaja tekee kotikäynnin neuvolan käytäntöjen mukaan. Sairaalasta lähetetään hoitajan ja lääkärin epikriisi neuvolaan n viikon sisällä potilaan kotiutumisesta. Äiti ja vauva saavat sairaalassa tarpeensa mukaisen hoidon ja ohjauksen yksilölliset seikat pyritään ottamaan huomioon hoidossa ja ohjauksessa. Kaikki tarvittava konsultaatio järjestetään, esim.sos.hoitaja, psyk.hoitaja, sos.pediatrinen ryhmä yms. Tarjolla 2:n ja 3:n hengen potilashuoneita, sekä kolme perhehuonetta. Etenkin ruuhkaisina aikoina huoneet levottomia, vaikea järjestää omaa rauhaa äidille ja vauvalle. Viikonloppuisin potilaita hoidetaan myös naistentautien osastolla, missä he saavat samanlaisen hoidon kuin synnytysvuodeosastollakin, maanantai aamuina potilaat siirretään synnytysvuodeosastolle. Synnytysvuodeosastolla äiti / vauva parilla voi olla kättilö/ lastenhoitajapari hoitamassa tai pelkästään kättilö. Ilta ja yövuoroissa hoitajana voi olla</p>	<p>Lyhytjälkihoitoisesti kotiutuminen voi tapahtua 6-72 tuntia synnytyksestä. Tähän soveltuvat äidit ja vauvat valitaan tarkoin ennalta määritettyjen kriteereiden mukaan, jotka perustuvat tutkittuun ja käytännössä koeteltuun näyttöön. Kriteerit on määritetty pääosin lääketieteellisin perustein ja niiden tarkoituksena on, että lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeinen kotiutuminen ei vaaranna äidin eikä vastasyntyneen terveyttä ja hyvinvointia..</p> <p>Tätä mahdollisuutta tarjotaan äideille perinteisen vuodeosastohoidon rinnalla. Äiti voi halutessaan sen valita vapaaehtoisesti. Toiminnalla on tarkoitus lisätä asiakkaiden valinnan varaa ja parantaa hoidon yksilöllistä toteutusta. Tarjoamalla tätä vaihtoehtoa tarkoin määrättyin kriteerein, on tarkoitus parantaa laatua ja lisätä hoidon asiakaslähtöisyyttä.</p> <p>Äideille ja perheille jotka haluavat olla kiinteästi perheen kanssa yhdessä tai jostain syystä kokevat sairaalahoidon ahdistavaksi erilaisista syistä. Tämä on hyvä vaihtoehto, koska tässä mallissa äidin ja vauvan hyvinvoinnista huolehditaan sairaalasta käsin kotiin vielä sairaalasta lähdön jälkeen. Yhteydenpito tapahtuu sekä kotikäynnein että puhelimitse. Nykyiset aikaiset kotiutujat jäävät vaille seurantaa vain äidin aktiivisuuden ja neuvolan terveydenhoitajan käytettävissä olevien resurssien varaan.</p> <p>Tässä mallissa varhainen</p>

	<p>lastenhoitaja yksinkin. Gynekologi ja lastenlääkäri ovat jatkuvasti saatavilla. Osastolla on vierailurajoitus. Oma perhe saa oleskella vapaasti klo 9.00 – 20.00 äidin luona, huomioiden tietysti muutkin potilaat. Osastolla sallituiksi vieraiksi katsotaan isovanhemmat, joille on vierailuaika arkisin ja viikonloppuisin klo 18-19.00 sunnuntaisin lisäksi klo 14.-16.00. Muut mahdolliset vieraat ohjataan vierashuoneeseen ja äiti voi halutessaan tulla sinne. Osastolla on käytettävissä pieni vierashuone leikkihuoneena ja siellä perhe voi saada myös hetken omaa rauhaa.</p>	<p>kotiutuminen mahdollistuu myös ensisynnyttäjille samoin edellytyksin kuin uudelleensynnyttäjillekin.</p> <p>LYSY potilaat ovat sairaalaan sisäänkirjattuina neljän vuorokauden ajan ja tänä aikana ovat sairaalan kirjoilla. Tänä aikana, äidin tai vauvan tarpeesta johtuen, heidät otetaan takaisin vuodeosastolle joustavasti. Esim. jos vauva tarvitsee valohoitoa äidin ja vauvan ei tarvitse erota, kuten nykyisin, kun vauva otetaan vastasyntyneiden osastolle valohoitoon, missä äiti voi olla vain päivisin. Tämä parantaa mm. imetyksen onnistumista.</p>
<p>HENKILÖSTÖNÄKÖKU LMA:</p>		<ul style="list-style-type: none"> -työnkuvan monipuolistuminen ja vaihtelu - uusi ulottuvuus, liikkuvuus , kotikäynnit - Vastuullisuuden lisääntyminen omasta toiminnasta ja arvioinnista, konkreettinen vertaistuki - näytteidenotto vastasyntyneistä uutta - puhelinneuvonnan lisääntyminen ja sen sisällön pohdinta ja kirjaaminen Valmennuksen muuttamisen tarve
<p>TALOUS / TULOKSELLISUUSNÄK ÖKULMA:</p>		<p>ei suoraa vaikutusta välillisesti: osastolle lisää tilaa käyttöön -> jää lisätilaa esim. gynen viikonlopputoiminnalle?? Potilaiden ruokailu ja pyykkikustannukset pienevät LYSY-kotiutujien osalta.</p> <p>Toisaalta kotikäynneistä aiheutuu kustannuksia esim. kilometrikorvaukset, henkilöstöresurssien käyttö, vuodeksi 2008 budjetoitu ½ kättilön lisäresurssi LYSY- toimintaan. Vaikea on kuitenkin laskea todellisia kustannuksia etukäteen.</p>

Kehittämistyöryhmän muokkaamat toimintaohjeet järjestelyineen ja vastuuhenkilöineen LYSY-toiminnalle

Liite 13

Toimintaohje:	Vaadittavat järjestelyt toteutuksen onnistumiseksi	vastuuhenkilö
LYSY- asiakkaat saavat informaation neuvolasta ja tutustumiskäynneillä sairaalasta. Lisäksi LYSY-tietoa lisätään osaston kotisivuille.	Tiedotteen laatiminen vanhemmille Henkilökunnan ohjeistus valmennuskäynneillä antamaan LYSY-infoa. Toteutus osastotunneilla. Osaston kotisivuille lisätään tietoa LYSY-käytännöstä	-työryhmä -osastonhoitaja -kotisivusastaava
Asiakaslähtöistä toimintaa joka perustuu vapaaehtoisuuteen. Äidiltä / perheeltä tultava aloita LYSY-hoitoon osallistumisesta.	Tiedottaminen ja ohjeistaminen kirjallisesti sekä osastotunneilla	osastonhoitaja
LYSY- hoitajien määrä pilotointivaiheessa on neljä kättilöä, jotka tekevät työtä neljän päivän jaksoissa aamuvuoroissa, työajan suhteen joustavasti. Nämä kättilöt ovat samat kolme kättilöä, jotka ovat työskennelleet kehittämissryhmässä, täydennettynä yhdellä kättilöllä, joka oli TaYS:ssa kahden päivän ”perehdytys” jaksolla. Kaikki ovat pitkän kokemuksen omaavia.	Työvuorosuunnittelussa LYSY-vuorojen huomiointi Tiedottaminen henkilökunnalle Keskustelu muun henkilökunnan kanssa työnjakoperusteista LYSY-hoitajan ja muiden vuorossa olevien kesken osastotunneilla ja sen toteuttamisesta huolehtiminen	apulaisosastonhoitaja / listantekijä osastonhoitaja oh ja aoh
LYSY-potilaiden osallistumiskriteerien johdonmukainen noudattaminen, ei lipsumisia pilotoinnin aikana	Äidin ja vauvan kriteereiden selvittäminen koko henkilökunnalle, ja niiden noudattamiseen sitoutuminen. Osastotunneilla käsiteltävä, lisäksi tarvittaessa henkilökohtaista ohjausta Kirjallinen ohje ylilääkäreiden allekirjoituksella (liite 3)	oh, aoh ja kaikki ryhmän jäsenet oh
LYSY-asiakkaiden kotihoito Kotikäynnit:	Aina kotikäynti seuraavana päivänä kotiutumisesta, jos kotiutuminen tapahtuu alle vuorokauden kuluessa synnytyksestä, muulloin asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Kotikäynnille ei määritetä aikarajaa pilotoinnissa.	LYSY –hoitajat
Kotisoitot:	Joka päivä neljanteen synnytyksen jälkeiseen päivään saakka, tai yli viikonlopun, jos vauvan uusintatarkastus päivä siirtyy viikonlopun vuoksi vasta maanantaiksi.	LYSY –hoitajat
Ympärivuorokautinen puhelinpäivystys synnytysvuodeosastolla	Selvitys osastotuntien puitteissa, toimintaohjeet kaikille selviksi. LYSY-puhelimeen vastaaminen ympäri	oh koko hoitohenkilökunta

Toimintaohje:	vuorokauden ja potilaiden ohjaus, tarvittaessa sairaalaan kutsuminen Vaadittavat järjestelyt	vastuuhenkilö
<p>Toiminnan vaatimat tilat ja varusteet.:</p> <p>LYSY-kanslia</p> <p>Puhelinliikenne</p> <p>Kotikäyntivarustus: Hoitotarvikelaukku ja hoitotarvikkeet</p> <p>Kannettava vaaka</p> <p>Bilirubiini – näyttövälineet ja näyttökokoukset</p> <p>Navigaattori</p> <p>”päiväkirja” – Päivyri selkiyttämään suunnittelua ja nopeaksi tiedonantajaksi kokonaistilanteesta kotona LYSY-hoidossa olevista potilaista.</p>	<p>Osaston vierashuoneen muuttaminen LYSY-toimintaa varten kansliaksi. sinne tilataan: kirjoitustaso ja kaapit tekniikasta, muuten kalustus jo olemassa olevilla huonekaluilla. Osaston päiväsalin muuttaminen olohuoneeksi, koska vierashuone poistuu käytöstä. Tietotekniikka yhteyksien ”vetäminen” ja päätteen hankinta. Oma puhelin (GSM + lankaliittymä) ja uusi, oma numero LYSY- toiminnalle.</p> <p>Hankinta kootaan osastolta LYSY -hoitajien harkinnan mukaan</p> <p>Hankinta Laboratoriosta</p> <p>Sovitaan laboratorion osastonhoitajan kanssa. Tapahtuu normaalin näytteenoton yhteydessä osastolla. Jokainen huolehtii, että saa näytteenotto-ohjauksen.</p> <p>Hankinta</p> <p>Tilataan varastosta</p>	<p>oh tilaa henkilökunta huolehtii sisustuksen</p> <p>erillinen ”projekti”</p> <p>oh tilaa</p> <p>oh tilaa</p> <p>oh hankkii LYSY-hoitajat</p> <p>oh hankkii</p> <p>Oh sopii</p> <p>Oh sopii</p> <p>oh hankkii LYSY-hoitajat</p>
<p>LYSY – lomakkeet</p> <p>päivittäisseurantalomake äidille kotiin lähtiessä annettava ohje</p>	<p>Lupa käyttää Tampereen lomakkeita, muokataan toimintaan sopivaksi ja varustetaan Satks:n logolla (liite)</p>	<p>LYSY – ryhmä oh toteuttaa</p>
<p>Virtuaaliosasto, kotihoidossa oleville</p>	<p>avuksi organisaation atk-osasto: Osastosiiro virtuaaliosastolle kotiutusvaiheessa. Hoito potilaalle maksutonta kotonaolo päivien osalta. Kuntalaskutus normaalisti. Sairaalaan kirjattuna kotihoitojakson ajan. Uloskirjataan kun hoitosuhde loppuu.</p> <p>Tiedottaminen ja ohjaus osaston sisällä osastotunneilla ja kirjallisilla ohjeilla. (liite4)</p> <p>Tiedottaminen uudesta käytännöstä ja osastokoodista yhteistyökumppaneille sairaalan sisällä.(liite5)</p>	<p>Oh atk-toimisto hoitaa tietotekniset muutokset.</p>