

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

2011

Jessika Juvonen, Jade Niskakangas & Liisa Tammisto

YKSIKÖIDEN VÄLISET POTILASSIIRROT

– sydänpotilaiden kokemuksia



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jessika Juvonen, Jade Niskakangas & Liisa Tammisto

YKSIKÖIDEN VÄLISET POTILASSIIRROT – SYDÄNPOTILAIEN KOKEMUKSIA

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia yksiköiden välisistä potilassiirroista. Tavoitteena oli saada tietoa potilassiirroista sydänpotilaiden näkökulmasta, jotta potilassiirtoja voidaan tulevaisuudessa kehittää. Opinnäytetyö kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektiin 2009–2015. T-Pro on Turun yliopistollisen keskussairaalan T-sairaalan toiminnalliseen suunnitteluun liittyvä kehittämisshanke, johon yhtenä osa-alueena kuuluu toimialueisiin sijoittuvien hoitoprosessien kehittäminen.

Tutkimusongelmiksi muodostuivat 1. Miten sydänpotilaat kokevat siirron yksiköstä toiseen?
2. Onko sydänpotilaan mielestä siirrossa esiintynyt ongelmia, jos on niin minkälaisia?

Tutkimus oli fenomenologinen kvalitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin haastattelemalla 16 sydänpotilasta. Sydänpotilaat olivat 17–82-vuotiaita, ja he olivat hoidettavana joko kardiologisella sisätautiosastolla tai sydänkirurgisella osastolla. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluilta. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Litteroidusta aineistosta kerättiin tutkimusongelmiin liittyvät ilmaisut, jotka ryhmiteltiin aihealueittain. Negatiiviset ilmaisut järjestettiin taulukoksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella potilaat kokivat pääasiassa potilassiirtojen onnistuneen. Henkilökunnan toiminta koettiin asialliseksi, ja potilaat kokivat tulleen riittävästi huomioiduiksi hoitohenkilökunnan taholta. Potilassiirrot suoritettiin potilaiden mielestä enimmäkseen oikeaan aikaan osaston kiireestä huolimatta. Potilaan siirtotilanteessa kokemat ongelmat liittyivät tiloihin, henkilökunnan toimintaan, siirtokalustoon ja aikatauluihin. Samat ongelmat eivät pääsääntöisesti esiintyneet useaan kertaan, vaikka yksittäisiä ongelmia raportoitiin melko laajalti. Negatiivisia ilmaisuja seurasi usein jokin lieventävä lausahdus. Valtaosa haastateltavista ei osannut nimetä kehittämissideoita. Muutamia potilaan informointiin ja tilanpuutteeseen liittyviä kehittämissideoita nousi kuitenkin esiin.

ASIASANAT:

Potilassiirto, sydänpotilas ja potilaan kokemukset

Jessika Juvonen, Jade Niskakangas & Liisa Tammisto

PATIENT TRANSFERS BETWEEN UNITS – CARDIAC PATIENTS' EXPERIENCES

The purpose of the study was to gather information in cardiac patients' perspective regarding patient transfers between the units. The aim was to get information of patient transfers in cardiac patients' perspective, so that they can be developed in future. This bachelor's thesis is a part of the Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences Future hospital – Nursing development project 2009-2015. T-Pro is a development project that is related to functional planning of Turku University Hospital's T Hospital. One part of the development project is to develop domain situated nursing processes.

The research problems were consisted of 1. How cardiac patients experience the transfer from one unit to another? 2. Have there been any problems on the cardiac patient's point of view and if so, what kind of problems?

The study was phenomenological qualitative research, which was conducted by interviewing 16 cardiac patients. The cardiac patients were 17 to 82 years old and they were treated either in medical or surgical cardiac ward. The interviews were conducted by theme interview. The interviews were audio taped and transcribed. Data was analyzed with a content analysis. Expressions related to the research problems were collected from the transcribed data and they were grouped by subject. The negative expressions were organized to a table.

According to the results the patients mainly experienced the transfers as being successful. The activity of personnel was felt relevant and the patients experienced that they had been noticed enough by nursing staff. In the patients' opinion, the patient transfers were performed mostly at the right time despite the rush on the ward. The problems that the patients experienced during the transfer process were pertained to spaces, the action of personnel, transfer set and schedules. Even if individual problems were reported widely, the same problems were mainly not appeared at several times. Negative terms were often followed by an extenuating utterance. The majority of the interviewees couldn't name any ideas to develop transfers. A few patients raised up ideas for developing which were related to informing the patient and a lack of space.

KEYWORDS:

Patient transfer, cardiological patient and patient's perspective.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KARDIOLOGIA	7
2.1 Yleisimmät sydänperäiset sairaudet	9
2.2 Kardiologinen hoitotyö	10
2.3 Sydänsairauksien yleisyys	15
3 POTILASSIIRTO	18
3.1 Potilaan ja työntekijän oikeudet potilassiirrossa	19
3.2 Aikaisemmat tutkimukset potilassiirroista	20
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	27
5 AINEISTO JA MENETELMÄT	28
5.1 Aineistonkeruu	28
5.2 Aineistonkeruumenetelmä	28
5.3 Aineiston analysointi	29
6 TULOKSET	30
6.1 Tutkimushaastatteluihin osallistuneiden taustatiedot	30
6.2 Potilaiden kokemuksia potilassiirroista	30
6.3 Potilassiirtoihin liittyviä ongelmia	31
6.4 Kehittämisideoita potilassiirtoihin liittyen	33
7 POHDINTA	34
7.1 Tutkimuksen eettisyys	34
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	35
7.3 Tutkimustulosten tarkastelua	36
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumiselle

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Liite 4. Potilassiirtoihin liittyviä ongelmia

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia yksiköiden välisistä potilassiirroista. Tavoitteena on saada tietoa potilassiirroista sydänpotilaiden näkökulmasta, jotta potilassiirtoja voidaan tulevaisuudessa kehittää. Opinnäytetyö kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektiin 2009–2015. Aihe on tärkeä, sillä potilaan näkökulmasta on tehty vain niukasti tutkimuksia liittyen potilassiirtoihin. Tutkimuksia sydänpotilaiden kokemuksista potilassiirtojen osalta ei kirjallisuushaun perusteella ole. Tässä tutkimuksessa sydänpotilas määritellään henkilöksi, jolla on jokin sydänperäinen ongelma.

T-Pro on Turun yliopistollisen keskussairaalan T-sairaalan toiminnalliseen suunnitteluun liittyvä kehittämishanke (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a). Siihen kuuluvat osat ovat toimialueisiin sijoittuvien hoitoprosessien kehittäminen, organisaation ja johtamisen kehittäminen sekä sairaalassa käytettävien tietojärjestelmien arviointi (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010b). T-Pro -hankkeeseen liittyy rakenteilla oleva T2-sairaala, jonka rakennustyöt käynnistyivät kesäkuussa 2007 ja valmistuvat joulukuussa 2012 (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010c).

T-sairaalan toiminta tulee perustumaan toimialueisiin. Ne muodostuvat potilaan oireiden ja hoidon tarpeiden ehdoilla. Yhteispäivystyksessä päätetään, mikä on potilaan toimialue. Tarkoituksena on, että potilaan hoidossa tarvittavat resurssit ja osaaminen viedään potilaan luo niin, että hänet voidaan suoraan ohjata tutkimuksiin ja sopivaan toimialueeseen. Hoitoprosesseihin perustuvat toimialueet liittyvät saman ongelmakokonaisuuden ja potilasryhmän hoitoon, esimerkiksi sydänpotilailla on oma toimialueensa. Turhilta siirroilta välttyminen vähentää lääketieteellisiä riskejä sekä hoitohaittojen todennäköisyyttä. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010b.)

Tässä tutkimuksessa tullaan monipuolisten kysymysten avulla tarkastelemaan sydänpotilaiden mielipiteitä potilassiirtojen sujuvuudesta. Tutkimuksen kohteena

ovat myös potilassiirtoihin liittyvät ongelmat ja kehittämisideat. Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluilla, jotka tullaan toteuttamaan Turun yliopistollisen keskussairaalan sydänosastoilla.

2 KARDIOLOGIA

Kardiologialla tarkoitetaan sydämen ja verenkiertoelimistön toimintaa ja niiden sairauksia tutkivaa lääketieteen alaa (VSSHP ohjepankki 2007). Yleisimpiä kardiologisia sairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt (VSSHP ohjepankki 2007) ja verenpainetauti (Holmia ym. 2008, 197).

Verenkiertoelimistön päätehtävänä on kuljettaa happea ja ravintoaineita soluihin ja aineenvaihduntatuotteita soluista pois (Iivanainen ym. 2010, 160; Holmia ym. 2008, 192–194). Verenkiertoelimistö mukautuu erilaisissa olosuhteissa, kuten sairauksien yhteydessä, jolloin kudosten verensaanti muuttuu. Verenkiertoelimistö käsittää sydämen, verisuonet sekä kiertävän verimäärän. (Holmia ym. 2008, 192–194.)

Sydän on omistajansa nyrkin kokoinen, lokeroinen (Iivanainen ym. 2010, 176), ontto lihas, joka pumppaa verta ihmisen koko verenkiertojärjestelmän läpi (Holmia ym. 2008, 192–194). Se toimii myös liike-energian lähteenä ihmisen verisuonista muodostuvalle suljetulle putkistolle (Iivanainen ym. 2010, 192). Sydän sijaitsee välikarsinassa keuhkojen välissä, yleensä toisen ja viidennen kylkiluun välisessä tilassa. Sen oikea reuna rajautuu rintalastaan ja vasen reuna puolestaan vasempaan keskikainalolinjaan. Sydämen tarkka sijaintipaikka välikarsinassa kuitenkin vaihtelee yksilöittäin. (Iivanainen ym. 2010, 178.)

Sydän jakautuu toiminnallisesti kahteen osaan, jotka supistuvat yhtä aikaa, mutta joilla on eri tehtävät: sydämen vasen puoli huolehtii suuresta ja oikea puoli pienestä verenkierrosta. Sydän ylläpitää elimistön säännöllistä verenkiertoa pumppaamalla verta eteenpäin tietyssä rytmissä. Tämä rytmi muodostuu sydämen supistumisvaiheesta eli systolesta ja palautumisvaiheesta eli diastolesta. (Holmia ym. 2008, 192–194.) Sinussolmuke on sydämen varsinainen tahdistaja, joka määrittää sydämen rytmin (Iivanainen ym. 2010, 179). Sydämen toimintaa säätelee autonomisen hermoston lisäksi laskimoita pitkin sydämeen palaava verimäärä. Sydänlihas tarvitsee toimiakseen verta.

Sepelvaltimot huolehtivat sydänlihaksen verenkierrosta ja hapen saannista sydämen lepovaiheen aikana. (Holmia ym. 2008, 192–194.)

Sydänsairaus saa aikaan muutoksia sydämen toiminnassa tai rakenteessa. On myös mahdollista, ettei sydänsairaus oireile. Sydänsairaudet voidaan jakaa joko synnynnäisiin tai hankittuihin sydänsairauksiin. Tavallisia synnynnäisiä sydänsairauksia ovat väliseinäaukot, läppäviat sekä sydämen lokeroiden tai verisuoniston poikkeamat. Lisäksi osa sydänlihassairauksista ja rytmihäiriöistä ovat synnynnäisiä. Hankitut sydänviat voivat kehittyä iän myötä. Niiden kehittymistä edistäviä tekijöitä ovat epäterveelliset elämäntavat, tulehdukset sekä lääkkeiden käyttö. Sepelvaltimotauti on yleisin hankittu sydänsairaus, ja eteisvärinä on puolestaan rytmihäiriöistä yleisin. (Mäkijärvi ym. 2008, 8.)

Sydänlihas saattaa vaurioitua sydäninfarktin tai virustulehduksen seurauksena, tai se voi rappeutua harvinaisten aineenvaihduntasairauksien, lääkkeiden tai kemikaalien vaikutuksesta. Sydänlihaksen paksuneminen on mahdollista sydänvian tai perinnöllisen taipumuksen vuoksi. Sydämen toiminnan kannalta välttämättömät sydänlöpät, jotka ohjaavat veren virtausta, voivat myös sairastua. Läppien kalkkiutumet, läppien venyminen ja siitä aiheutuvat vuodot ovat yleisiä sydänlöpävikkoja. (Mäkijärvi ym. 2008, 9.)

Mikäli korjattava vika on suuri tai katetritekniikoilla (esimerkiksi katetriablaatiohoidolla) hankalasti hoidettava, tarvitaan sydänleikkausta, joista yleisin on sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. Sydänleikkaus on aina suunniteltava ja valmisteltava huolellisesti. Sydänleikkaus tehdään nukutuksessa, jolloin potilas on kytkettynä sydän-keuhkokoneeseen. Sydänleikkauksesta toipuminen kestää kokonaisuudessaan yhdestä kolmeen kuukauteen. (Mäkijärvi ym. 2008, 12.) Tähystysleikkauksessa sydän voi olla toiminnassa leikkauksen aikana (Iivanainen 2010, 222), jolloin toipuminen on nopeampaa, kuin avosydänleikkauksesta (Mäkijärvi ym. 2008, 12).

2.1 Yleisimmät sydänperäiset sairaudet

Sepelvaltimotaudilla on kaksi ilmenemismuotoa: sydäninfarkti sekä epästabili angina pectoris. Nämä sepelvaltimotautikohtaukset aiheutuvat sepelvaltimon äkillisestä ahtautumisesta tai tukkeutumisesta, joka johtaa sydänlihaksen hapenpuutteeseen. Mikäli sepelvaltimotukos johtaa sydänlihassolujen tuhoutumiseen, on kyseessä sydäninfarkti. Jos taas solutuhoa ei kehity, kyseessä on epästabili angina pectoris. (Holmia ym. 2008, 197.) Maailmanlaajuisesti tupakointi ja korkea kolesteroliarvo selittävät valtaosan sydäninfarktitapauksista (Heikkilä ym. 2008, 75).

Sydämen vajaatoiminnasta puhutaan silloin, kun sydän ei pysty pumppaamaan riittävää verimäärää kehon tarpeisiin (Iivanainen ym. 2010, 244; Holmia ym. 2008, 272). Sydämen vajaatoiminta voi olla akuuttia tai kroonista, joista krooninen vajaatoiminta on tavallisempi muoto. Sydämen vajaatoiminta on aina seurausta jostakin synnynnäisestä tai hankitusta viasta sepelvaltimoissa, sydänlihaksessa, sydänpussissa, johtoratajärjestelmässä, läpissä tai suurissa verisuonissa. Sydämen vajaatoiminta ei siis ole itsenäinen sairaus. (Iivanainen ym. 2010, 244.) Akuutti vajaatoiminta voi syntyä äkillisen sairauskohtauksen, kuten sydäninfarktin yhteydessä. Akuuttia vajaatoimintaa sairastavaa potilasta hoidetaan teho-osastolla hengenvaaran vuoksi. Sydämen krooninen vajaatoiminta on yleensä hitaasti kehittyvä sairaus, joka syntyy ikääntymisen myötä erilaisista elimistön toimintahäiriöistä johtuen. Näitä elimistön toimintahäiriöitä ovat muun muassa verenpainetauti, sepelvaltimotauti, rytmihäiriö tai jokin muu sydän- ja verisuonisairaus, myrkytys tai infektio. (Holmia ym. 2008, 272.) Sydämen vajaatoimintaa sairastavien henkilöiden keski-ikä on noin 80 vuotta, mutta sitä voi ilmetä myös nuoremmilla henkilöillä. Sydämen vajaatoiminta on kuitenkin melko harvinainen sairaus alle 65-vuotiailla. (Iivanainen ym. 2010, 244.)

Rytmihäiriöt voidaan luokitella eteis- ja kammioperäisiin rytmihäiriöihin sekä johtumishäiriöihin. Rytmihäiriöt voidaan lisäksi jakaa hidas- ja nopealyöntisiin häiriöihin. Sydämen rytmisen supistumisen poikkeavia muutoksia voidaan kutsua yhteisnimellä arytmioiksi. Arytmia voi johtua joko johtumisen tai

impulssin muodostumisen häiriöstä tai molemmista. Arytmian laatu riippuu siitä, missä kohdassa Hisin kimppua (Holmia ym. 2008, 246.) eli eteiskammiokimppua (Iivanainen 2001, 508) impulssi muodostuu. Rytmihäiriöitä on olemassa sekä vaarallisia että vaarattomia. Tavallisimpia rytmihäiriöitä ovat lisälyöntisyys ja sydämentykytys. (Holmia ym. 2008, 246.) Rytmihäiriöt voidaan diagnosoida luotettavasti ottamalla potilaasta sydänsähkökäyrä eli EKG (Iivanainen ym. 2001, 506).

Verenpainetauti on sairaus, jossa haitallisen korkea tai matala verenpaine on aiheuttanut ongelmia elimistölle. Ongelmia esiintyy esimerkiksi sydämessä, verisuonissa ja aivoissa, munuaisissa sekä silmän verkkokalvolla. (Iivanainen ym. 2010, 192.) Korkeasta verenpaineesta aiheutuvat kohde-elinvauriot kehittyvät yleensä vuosien tai vuosikymmenien aikana (Iivanainen ym. 2010, 202). Verenpainetauti kuormittaa sydänlihasta sekä valtimon seinämiä ja vaatii siksi hoitoa. Kun verenpaine on korkea, sydän joutuu tekemään enemmän töitä, mikä aiheuttaa erityisesti sydämen vasemman kammion laajentumista ja seinämän paksuuntumista. (Holmia ym. 2008, 265.) Verenpaine riippuu sydämen sykkeestä ja iskutilavuudesta sekä verisuonten jäntevyyydestä (Iivanainen ym. 2010, 192).

2.2 Kardiologinen hoitotyö

Sydän- ja verisuonisairauksien hoito on ollut kehitykseltään nopeaa viime vuosina. Omaehtoinen sekä ohjattu elintapojen muuttaminen parantavat hoitotuloksia merkittävästi. Ehkäisevän lääkehoidon sekä uusien toimenpidehoitojen avulla on saavutettu hyviä hoitotuloksia. (Mäkijärvi ym. 2008, 10.)

Lääkehoidolla on erittäin tärkeä merkitys sydänpotilaalle sekä oireiden helpottamisen että sydäntapahtumien estämisen kannalta (Mäkijärvi ym. 2008, 10). Sydänpotilaista melkein kaikki tarvitsevat lääkehoitoa ja suurin osa sydänsairauksista pystytäänkin hoitamaan lääkkeillä. Sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta ovat esimerkkejä sairauksista, joiden tärkein hoitomuoto on lääkehoito. Vain pieni osa sydänpotilaista, kuten potilaat, joilla on

synnynnäinen sydän- tai läppävika, tarvitsevat leikkaushoitoa. Monet vakavat rytmihäiriöt tarvitsevat puolestaan toimenpidehoitoa, vaikkakin näiden potilaiden osuus koko sydänpotilaiden määrästä on pieni. (Mäkijärvi ym. 2008, 192.) Joidenkin sydänsairauksien, esimerkiksi sepelvaltimotaudin kohdalla, lääke- ja toimenpidehoito yhdistetään parhaan mahdollisen lopputuloksen saamiseksi (Mäkijärvi ym. 2008, 11).

Sydänsairauksien lääkehoidossa käytettävät lääkkeet voidaan jakaa vaikutuksiltaan sydäntapahtumia estäviin, ennustetta parantaviin sekä oireita lievittäviin lääkkeisiin. Sydäntapahtumia estävien lääkkeiden käyttö on jatkuvaa, ja niitä käytetään yleensä koko loppuelämän ajan. Ennustetta parantavia ja oireita lievittäviä lääkkeitä käytetään vain tarvittaessa tai pitkäaikaisesti sairauden luonteesta riippuen. Sydänpotilaan lääkehoidon onnistuminen riippuu paljon potilaan saamasta tiedosta ja ohjauksesta. Potilaan on oltava tietoinen lääkehoidon tavoitteesta sekä lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista. (Mäkijärvi ym. 2008, 192.)

Sydänhoitotyöhön kuuluu monia sydänpotilaan tutkimuksia. Sydänpotilaalta voidaan ottaa sydänfilmi, keuhkokuva tai magneettikuva, tutkia verestä sydänmerkkiaineet, tehdä angiografia eli valtimoiden varjoainekuvaus, isotooppikuvaus tai ultraäänikuvaus. (Iivanainen ym. 2010, 184–185.) Sydänpotilaalle tehtäviä muita verikokeita ovat muun muassa veren hemoglobiinin ja tulehdusarvojen mittaaminen (Iivanainen ym. 2010, 188).

Sairaanhoitajan työhön kuuluu olennaisena osana potilaan ja omaisten ohjaus potilaan terveyteen ja sairauteen liittyvissä asioissa. Potilaiden neuvonnan ja ohjauksen tarve on korostunut nyky-yhteiskunnassa, koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja itsehoito on korostunut. Lisäksi hoitotyön laadunvarmennusta ja yksilövästuista hoitotyötä kehitetään ja potilaiden tiedontaso on kohonnut. Ohjaustilanteessa tarkoituksena on auttaa potilasta ymmärtämään omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan. (Iivanainen 2001, 71.) Tutkimuksista ilmenee, että suomalaiset sydänpotilaat kokevat monenlaisia hoidon etenemisen esteitä kotiin siirtyessään. Heidän on todettu olevan usein tietämättömiä keskeisistä hoitoonsa kuuluvista asioista. Tämän takia

hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää ohjaukseen huomiota. (Mäkijärvi ym. 2008, 120.)

Luttik ym. (2005) tekivät kirjallisuuskatsauksen sosiaalisen tuen tärkeydestä sydämen vajaatoimintapotilaille. Tutkijat löysivät kirjallisuushaun perusteella 17 tutkimusta, jotka tutkivat sosiaalisen tuen ja erilaisten hoidon lopputulosten välistä suhdetta sydämen vajaatoimintapotilailla. On paljon todisteita siitä, että tukea antavilla sosiaalisilla suhteilla on huomattava vaikutus terveyteen. Sosiaalinen tuki on myös elintärkeä tekijä sairauteen sopeuduttaessa. Neljässä tutkimuksessa, joita Luttikin ym. katsauksessa käsiteltiin, tuli esille selvä yhteys sosiaalisen tuen ja sairaalaan uudelleen joutumisen sekä kuolleisuuden välillä. Epäselväksi jäi kuitenkin elämänlaadun ja masennuksen välinen yhteys sekä sosiaalisen tuen ja elämänlaadun välinen suhde.

Useimmat sydämen vajaatoiminnasta kärsivät potilaat kokevat läheisten tai ystävien tuen tärkeänä sairaudesta selviämisessä ja tuen puuttuminen voikin johtaa potilaiden yhä uudelleen ja uudelleen toistuviin sairaalahoitoihin. On valitettavaa, että puolisoiden tai muiden perheenjäsenten antama tuki on melko vähäistä. (Luttik ym. 2005.)

Saatavilla olevien tutkimusten mukaan sosiaalisella tuella on vaikutusta sydämen vajaatoiminnasta kärsivien potilaiden elämään. Saatavilla olevien aineistojen välillä ilmenee myös ristiriitaisuutta, sillä jotkut tutkijat eivät ole havainneet minkäänlaista suhdetta sosiaalisen tuen ja sairaudesta selviämisen välillä. Näin ollen lisätutkimukset aiheesta ovat tarpeen. (Luttik ym. 2005.)

Sepelvaltimotaudin hoito

Sepelvaltimotaudin diagnostiikka perustuu potilaan kliiniseen tutkimiseen, vaaratekijöiden kartoittamiseen, taudille tyypillisen kipuoireiston tunnistamiseen sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin (Holmia ym. 2008, 202). Sydänsähkökäyrä on keskeinen tutkimusmenetelmä tutkittaessa sepelvaltimotaudin astetta ja etenemistä (Holmia ym. 2008, 205). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen avulla saadaan luotettavaa tietoa

sepelvaltimoiden ahtautumisesta ja vaikeusasteesta. Varjoainekuvauksen tuloksen perusteella päätetään mahdollisesta jatkohoidosta. Sydänlihaksen riittävän verenkierron mahdollistamiseksi voidaan tehdä pallolaajennus, stenttaus eli verkon asettaminen sepelvaltimeen tai ohitusleikkaus. Pallolaajennuksessa sepelvaltimeen asetetaan katetri, jonka kärjessä on pallo. Pallo täytetään varjoaineella, kun katetri on ahtauman kohdalla ja ahtaumakohta laajenee paineen vaikutuksesta. Stentti viedään erikoispallokatetrin avulla ahtaumakohtaan, jossa palloa laajennetaan ja stentti venyy auki sekä jää pallon tyhjentämisen jälkeen paikoilleen. Pallolaajennuksen ja stenttauksen jälkeen potilas siirtyy yleensä vuodeosastolle. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa ahtautunut tai tukkeutunut valtimo ohitetaan suonella, joka on otettu muualta potilaan elimistöstä. Ohitusleikkauksen jälkeen potilas siirtyy teho-osastolle. (Holmia ym. 2008, 212–217.)

Sydämen vajaatoiminnan hoito

Henkilön sairastuessa sydämen vajaatoimintaan elämänlaatu heikentyy ja jäljellä olevat elinvuodet vähenevät. Vanhemmilla henkilöillä sairaus johtaa lisääntyneeseen riippuvuuteen omaisten ja läheisten avusta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, kun taas nuoremmilla se johtaa työkyvyttömyyteen. (Iivanainen ym. 2010, 244.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan parantaa vain, jos sen syy voidaan kokonaan poistaa (Iivanainen ym. 2010, 249) eli perustauti saadaan hoidettua (Iivanainen ym. 2001, 538). Tämä on kuitenkin vain harvoin mahdollista (Iivanainen ym. 2010, 249). Sydämen vajaatoiminnan hoidon tavoitteita ovat muun muassa elämänlaadun ja suorituskyvyn parantaminen, sydämeen kohdistuvan kuormituksen vähentäminen, pumppausvoiman lisääminen sekä ennusteen parantaminen (Iivanainen ym. 2001, 538). Hoito on parhaimmillaan vain oireiden lievitystä, joka voidaan toteuttaa esimerkiksi lääkehoidolla (Iivanainen ym. 2010, 249, 252). Vajaatoimintaa voidaan hoitaa vajaatoimintatahdistimen

asennuksella, mikäli vajaatoiminta vaikeutuu lääkityksestä huolimatta (Mäkijärvi ym. 2008, 13).

Sydämen vajaatoiminnan oireet ovat seurausta elimistön puutteellisesta hapensaannista ja veren patoutumisesta elimistön eri osiin. Oireita ovat esimerkiksi nopeutunut syke, kaulalaskimoiden pullotus, turvotukset ja painonnousu sekä hengenahdistus rasituksessa. Hoidon rajoittuneisuuden takia sydämen vajaatoimintaa tulisi ehkäistä. Ennaltaehkäisykeinoja ovat esimerkiksi verenpainesairauden tehokas lääkehoito, sydäninfarktin liuotus- tai pallolaajennushoito sekä oireettoman vajaatoiminnan tunnistaminen ja hoitaminen. (Iivanainen ym. 2010, 249, 252.)

Rytmihäiriöiden hoito

Rytmihäiriöitä voidaan hoitaa lääkkeillä (Holmia ym. 2008, 247). Potilaan sydäntä voidaan tahdistaa ulkoisella tahdistimella, jolloin potilaan rintakehälle ja selkäpuolelle asetetaan tahdistuselektrodit. Elektrodien läpi kulkeva sähkövirta saa aikaan sen, että sydän supistuu. Ulkoisen tahdistuksen ollessa potilaalle useinkin kivuliasta, potilas tulee sedatoida ennen sitä. Sisäinen tahdistus tarkoittaa sitä, että yksi tai useampi kaapeli vie veriteitse sydämen oikeaan eteiseen ja/tai kammioon. Pysyvä sydämen sisäinen tahdistin on nimeltään pacemaker, ja se on nykyään varsin tavallinen hoitomuoto. (Iivanainen ym. 2001, 525.)

Rytmihäiriöiden katetriablaatiohoito on yleinen katetrihoito, jossa katetrit eli ohuet letkut ja johdot vievät verisuonia pitkin sydämeen, jossa tutkimukset ja hoidot tehdään. Katetrihoito on potilaalle turvallinen vaihtoehto, koska suurin osa toimenpiteistä tehdään paikallispuudutuksessa. Hoitotoimenpiteet, jotka tehdään katetrin avulla, korvaavat yhä useammin leikkaushoidon. (Mäkijärvi ym. 2008, 12.) Leikkauksen avulla voidaan poistaa taipumus kammiotakykardiaan ja kammioväriinään siten, että poistetaan rytmihäiriötä tuottava sisäkalvon alainen arpialue (Iivanainen ym. 2001, 527–528). Sydänpysähdyksestä selvinneitä sekä infarktiarvesta aiheutuvista kammiorytmihäiriöistä kärsiviä potilaita voidaan hoitaa myös rytmihäiriötahdistimella (Mäkijärvi ym. 2008, 13). Potilaalle voidaan

tehdä rytmihäiriön takia suunniteltu rytminsiirto eli kardioversio, joka tehdään defibrillaattorilla (Iivanainen ym. 2001, 532).

Verenpainetaudin hoito

Korkea verenpaine eli hypertonia on hyvin tavallinen sairaus ja useimmiten oireeton, muttei vaaraton (Iivanainen ym. 2010, 192). Oireet kehittyvät yleensä hitaasti useiden vuosien aikana (Iivanainen ym. 2010, 202). Lievästikin kohonneen verenpaineen alentaminen vähentää sydän- ja verisuonikuolleisuutta. Sairautta hoidetaan ilman lääkkeitä vähintään puoli vuotta elämäntapamuutoksien avulla: suolan käyttöä vähennetään, kaliumin, kalsiumin ja magnesiumin käyttöä lisätään, alkoholin käyttöä vähennetään, liikuntaa lisätään ja lisäksi potilaan tulisi laihtua. (Iivanainen ym. 2001, 553–554.) Jos terveemmät elämäntavat eivät auta, potilaalle määrätään verenpainetta alentavaa lääkettä. Lääkehoidon sekä terveellisten elämäntapojen tavoitteena on saada verenpaine laskemaan tasolle 140/90mmHg. (Iivanainen ym. 2001, 556–557.)

Matala verenpaine eli hypotonia on oireettomana vaaraton tila. Oireellisena se on kuitenkin välittömästi uhkaava tilanne toisin kuin hypertonia. Jos systolinen verenpaine laskee alle tason 80–90 mmHg, on kudoshapetus välittömässä vaarassa. Diastolisen paineen ollessa matala, alle 60 mmHg, huonontaa se sepelvaltimoverenkiertoa ja vaikeuttaa siten sydämen pumppaustoimintaa. Verenpaineen madaltuminen voi johtua monesta eri syystä, kuten rytmihäiriölääkkeistä, antibiooteista, alkoholista ja verenvuodosta. Nämä voivat aiheuttaa pyörtymisen. (Iivanainen ym. 2010, 202–203.)

2.3 Sydänsairauksien yleisyys

Väestön ikärakenteen muutos on muuttanut sydän- ja verisuonisairauksien kirjoa Suomessa viime vuosikymmenien aikana, sillä ikärakenteen muutos on lisännyt ikääntymiseen liittyviä sairauksia. Sairauksien ennuste on parantunut hoitomenetelmien ja sairauksien pahenemisen ehkäisyn kehittymisen ansiosta. Juuri näiden kehittyneiden hoitomenetelmien vuoksi on väestössä aiempaa

enemmän potilaita, jotka tarvitsevat kardiologista erityisosaamista. Rokotuksien ja teollistumisen myötä maailman sairauskirjo on muuttunut ja muutoksia on tapahtunut myös sydän- ja verisuonisairauksien sisällä. Esimerkkinä tästä on länsimaissa reumaattisten sydänsairauksien huomattava väheneminen. Kehittyneissä teollisuusmaissa panostetaan sairauksien ehkäisyyn, minkä myötä sydän- ja verisuonisairaudet ovat siirtymässä vanhempien ikäryhmien sairauksiksi. Näin ollen väestössä on yhä suurempi määrä sydän- ja verisuonisairauksia sairastavia iäkkäitä, joiden hoitoon tarvitaan yhä enemmän resursseja. Tämä kehitys näkyy parhaiten Suomessa esimerkiksi sydämen vajaatoiminnan, eteisvärinän, sepelvaltimotaudin sekä aorttaläpän ahtauman hoidon kehittymisessä. (Heikkilä ym. 2008, 74–75.)

Hormonaaliset, geneettiset ja ympäristölliset tekijät voivat vaikuttaa sydänsairauksien aikaisempaan kehittymiseen. Riskitekijöitä sydänsairauksien syntyyn ovat muun muassa korkea verenpaine, tupakointi, kokonaiskolesterolimäärä, lihavuus ja diabetes. Yleisesti miehet altistuvat riskitekijöille aiemmin elämässä, mikä osaksi selittää sen, miksi sydänsairaudet kehittyvät miehille noin 10 vuotta aikaisemmin kuin naisille. Sydänperäiset sairaudet ovat yksi maailman johtavista kuolinsyistä. Miehillä on suurempi riski saada sydänperäinen sairaus naisiin verrattuna, vaikka naisilla esiintyvyys lisääntyy. (Hyvärinen 2010.) Työikäisten suomalaisten miesten ja naisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt merkittävästi 1970-luvulta lähtien. Siihen on vaikuttanut ravinnon tyydyttyneiden rasvojen käytön vähentyminen, minkä ansiosta kolesterolipitoisuus on pienentynyt. Toinen tekijä on tupakoinnin vähentyminen. Kuitenkin tästä huolimatta yhä edelleen sydän- ja verisuonisairauksiin kuolee joka toinen suomalainen. (Heikkilä ym. 2008, 80.)

Erityisesti kehittyneissä maissa sydän- ja verisuonisairaudet ovat tärkein ennen aikaista kuolleisuutta aiheuttava sairausryhmä. Suomessa, kuten muissakin länsimaissa, aivohalvaus ja sydäninfarkti aiheuttavat suurimman osan sydän- ja verisuonitautikuolleisuudesta. Maailmanlaajuisesti viime vuosikymmeninä sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on vähentynyt

kehittyneissä teollisuusmaissa ja puolestaan lisääntynyt monissa kehittyvissä matalan tulotason maissa. (Heikkilä ym. 2008, 74.)

3 POTILASSIIIRTO

Potilassiirto on tapahtumasarja, joka on suunniteltu turvaamaan hoitotyön jatkuvuutta ja yhteistyötä potilaan siirtyessä paikasta toiseen sekä hoidon asteelta toiselle (Coleman & Berenson 2004, 533). Organisaation sisällä tehdään potilassiirtoja päivittäin (Jauhiainen 2009) kaikkina vuorokauden aikoina (Coleman & Berenson 2004, 533). Toimivat potilassiirrot muodostuvat siirtojärjestelyistä, potilaan siirtovalmiuden varmistamisesta, siirtotapahtumasta ja tiedonsiirrosta. Sujuva potilassiirto on ennen kaikkea hyvin suunniteltu. Potilaat, hoitohenkilökunta, välineet sekä aika ja näihin liittyvä koordinointi kuuluvat olennaisena osana potilassiirtoihin. Suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa potilassiirtoja sairaanhoitajilla on keskeinen rooli. Potilassiirron sujuvuutta edistäviä tekijöitä ovat riittävä, ammattitaitoinen henkilökunta, hyvä tiedonkulku sekä yksiköiden välinen yhteistyö. Potilassiirtoa hankaloittavina tekijöinä voidaan pitää muun muassa tiedonkulun vaikeuksia ja potilaiden vaativaa hoitoisuustasoa, siirtojen suunnittelemattomuutta sekä vähäisiä aika- ja henkilökuntaresursseja. (Jauhiainen 2009.) Ongelmia ilmenee myös usein, kun potilas siirtyy osastolta toiselle, koska jokainen ympäristö toimii tyypillisesti omalla tavallaan ja toisen osaston tapahtumista on vain vähän tietoa (Coleman & Fox 2004). Suunnittelemattomissa potilassiirroissa potilaan turvallisuus vaarantuu ja potilaat ovat usein valmistelemattomia tuleviin tapahtumiin sekä epävarmoja omasta roolistaan (Coleman & Berenson 2004, 533).

On keskeistä informoida potilaita ja heidän omaisiaan hoidon seuraavasta vaiheesta sekä taata, että tieto siirtyy työvuoron vaihtuessa hoitajalta toiselle. Tämä on tärkeää, jotta potilaat voivat valmistautua tulevaan siirtoon tai kotiutukseen riittävän ajoissa. (Joint Commission 2007; Deravin 2007, 70.) Onnistunut siirto vaatii, että siirtoon liittyvä informaatio annetaan ajallaan ja on täsmällistä. Potilaat ovat usein huonosti valmistautuneita, eivätkä tiedä mitä heidän tulisi odottaa seuraavalta hoitavalta taholta. Tämä rajoittaa heidän mahdollisuuksiaan osallistua omaan hoitoonsa. Monet potilaat uskovat, etteivät

he ole saaneet riittävää ohjeistusta siihen, miten heidän tulisi hoitaa itseään seuraavalla hoidon tasolla. (Coleman & Fox 2004.) Tiedonsiirto potilaiden siirtyessä yksiköstä toiseen tai eri hoitotiimien välillä ei välttämättä sisällä kaikkea olennaista tietoa tai tieto ymmärretään väärin (Joint Comission 2007; Deravin 2007, 70). Puutteet tiedonsiirrossa voivat aiheuttaa hoidon jatkuvuuden katkeamisen (Joint Comission 2007; Deravin 2007, 70), vääränlaista hoitoa ja mahdollisesti harmia potilaalle (Joint Comission 2007). Tiedotuskatkos voi johtaa esimerkiksi siihen, että potilaat eivät saa heille määrättyjä lääkkeitä, eristyshuonetta (Deravin 2007, 76) tai elintärkeää apuvälinettä, kuten lisähappea (Coleman & Fox 2004).

Potilassiirron yhteydessä annettavaan raporttiin kuuluvat muun muassa potilaan tämänhetkinen tila, viimeaikaiset muutokset tilassa, tämänhetkiset hoidot sekä mahdolliset muutokset ja komplikaatiot, joita saattaa ilmetä. Jotta voitaisiin turvata riittävä tiedonsiirto siirtotilanteessa, voisi olla aiheellista ottaa käyttöön yleinen menettelytapa henkilökunnan, vuoronvaihdon ja eri hoitoyksiköiden välillä siitä, mitä olisi hyvä raportoida sairaalassaoloaikana. (Joint Comission 2007.) Potilaan hyvinvointi siirtoprosessin aikana riippuu riittävästä tiedonsiirrosta ja toimivasta yhteistyöstä henkilökunnan välillä (Lossius ym. 2010; Deravin 2007, 71).

Potilassiirrot voivat tarkoittaa myös muita siirtoja kuin osastojen välisiä potilassiirtoja. Eräässä tutkimuksessa tutkittiin potilaiden turvallisuutta ja mukavuutta siirtojen aikana suhteessa hoitajien työtekniikkaan. Tutkimuksessa potilassiirroilla tarkoitettiin siirtoja sängyssä sekä sängystä pyörätuoliin. (Kjellberg ym. 2004.) Tässä tutkimuksessa potilassiirto -käsite rajataan tarkoittamaan yksiköiden välisiä potilassiirtoja saman rakennuskokonaisuuden sisällä.

3.1 Potilaan ja työntekijän oikeudet potilassiirrossa

Lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä ihmisarvoa loukkaamattomasti sekä vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavasti. Potilaan äidinkieli, kulttuuri ja

yksilölliset tarpeet on otettava huomioon mahdollisuuksien mukaan (3§). Potilaalla on tiedonsaantioikeus. Hänelle on annettava selvitys terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä. Selvitystä ei tule antaa vastoin potilaan tahtoa, tai jos sen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Annetun selvityksen tulee olla sisällöltään sellainen, että potilas voi sen ymmärtää (5§). Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (6§). (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kuuluu myös turvallinen potilassiirto. Potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa muun muassa siitä, mihin häntä ollaan siirtämässä ja miksi. Potilaan kannalta on tärkeää, että siirron suorittaa tehtävään valtuutettu ammattihenkilö. Potilassiirron aikana on myös turvattava työntekijän turvallisuus. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Työturvallisuuslain mukaan (8§) työnantajan tulee huolehtia työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan on selvitettävä työtilasta, -ympäristöstä ja -olosuhteista aiheutuvat haitta- ja vaaratekijät, ja arvioitava niiden merkitys työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle, mikäli vaaratekijöitä ei voida poistaa (10§). Työnantajan on oltava varma siitä, että asiantuntijalla on riittävä pätevyys ja edellytykset tehtävän asianmukaiseen suorittamiseen. Käytettävät työvälineet on valittava ja mitoitettava ergonomisesti asianmukaisella tavalla. Niiden tulisi mahdollisuuksien mukaan olla säädettäviä, jotta työntekijälle ei tule terveydelle haitallista tai vaarallista kuormitusta (14§). (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

3.2 Aikaisemmat tutkimukset potilassiirroista

Tiedonhakuun käytettiin seuraavia tietokantoja: Cinahl, Cochrane, Medline (Ovid), Medic ja PubMed. Hakusanoina käytettiin; heart disease*, heart, cardiolog*, cardiac* yhdistettynä potilassiirtoa kuvaaviin termeihin, joita olivat "patient transfer", transition*, transfer* ja "transitional care". Potilaan näkökulmaa kuvaamaan käytettiin hakusanoja: "patient's experience*",

experience*, "patient's point of view*", patient* ja perspective*. Potilassiirtoihin liittyviä, varsinaisesti sydänpotilaiden kokemuksiin perustuvia tutkimuksia ei tietokannoista löytynyt, mutta ilman potilasryhmärajausta löytyi runsaasti tutkimuksia potilassiirroista. Potilassiirtoja on tutkittu muun muassa potilaan näkökulmasta (Odell 2000; Kurki 2007; Toivonen 2010; Heikkilä & Taponen 2010) sekä sairaanhoitajan näkökulmasta (Jauhiainen 2009). Lisäksi löytyi tutkimuksia esimerkiksi potilassiirtojen parantamisesta (Mitchell & Courtney 2005), turvallisuudesta (Kjellberg ym. 2004), tehokkuudesta (Hendrich & Lee 2005, 157) sekä katsaus potilaan siirtämisestä teho-osastolta vuodeosastolle (Wu & Coyer 2007, 48).

Odell (2000) tutki potilaiden ajatuksia ja tuntemuksia liittyen potilassiirtoon teho-osastolta vuodeosastolle. Laadulliseen fenomenologiseen tutkimukseen osallistui kuusi (6) potilasta, jotka olivat olleet teho-osastolla yli neljä päivää. Tuloksista muodostui kolme pääteemaa, jotka olivat irrallisuus, hyväksyntä ja sekalaiset tunteet.

Irrallisuus -teemaan kuului se, että siirtoon suhtauduttiin välinpitämättömästi, tapahtumia ei välttämättä muistettu tai niistä ei tiedetty, joko ristiriitaisten tunteiden takia tai yhtenä potilaiden selviytymismekanismina. Potilaat eivät tienneet millä osastolla he olivat, kuinka kauan he olivat olleet teho-osastolla tai mitä oli tapahtumassa. Viidellä kuudesta potilaasta oli ristiriitaisia tunteita heidän siirrostaan teho-osastolta toiselle osastolle. Vaikka siirron sanottiin olleen hyvä, keskustelussa kävi usein ilmi myös laaja skaala negatiivisia tuntemuksia siirtoon liittyen. (Odell 2000.)

Hyväksyntä -teemaan kuului potilaan tuntemukset tapahtumaketjuun ja systeemiin kuulumisesta, mihin heillä itsellään ei juuri ollut mahdollisuutta vaikuttaa. Potilailla oli tunne siitä, että he ovat velvollisia tottelemaan sekä muita potilaita että sairaalan henkilökuntaa. Vaikka potilaat tunsivat huolta hoitohenkilökunnan heidän puolestaan tekemistä päätöksistä, potilaat silti luottivat niihin. (Odell 2000.)

Sekalaiset tunteet -teemaan liittyi sekä positiivisia että negatiivisia tuntemuksia siirtoihin liittyen. Suurin osa potilaista oli kokenut positiivisia tuntemuksia siirrosta teho-osastolta vuodeosastolle. Siirto tarkoitti potilaille sitä, että oli tullut parempaan kuntoon. Vaikka potilas itse ei tuntenut tilansa parantuneen, päätös siitä, että hänet siirretään, merkitsi potilaalle tilan paranemista. Potilailla oli huolia siitä, että osaston henkilökunta vaatii heiltä liikaa. Siirto teki potilaat väsyneiksi ja heikoiksi. Potilaat kokivat potilassiirron traumaattisena kokemuksena; se koettiin hämmentävänä, stressaavana ja uuvuttavana. Potilaat eivät olleet valmistautuneet joihinkin sellaisiin tuntemuksiin, joita siirto heissä herätti. (Odell 2000.)

Kurki (2007) teki pro gradu -tutkielman leikkauspotilaiden kokemuksista heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Kvalitatiivisen fenomenologisen tutkimuksen tiedonantajina toimivat 18-vuotiaat ja sitä vanhemmat kirurgiset potilaat (n=10), jotka olivat olleet hoidettavina heräämössä 2-6 tuntia leikkauksen jälkeen, ja josta heidät siirrettiin vuodeosastolle. Yleisesti ottaen kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat heräämöhoidon ja siirtotilanteen myönteisesti, vaikka yksilöllisiä eroja tulikin ilmi.

Tutkimuksen mukaan potilaan tilan arvioimisessa ja kirjaamisessa yhteisesti sovittuna perustana voi toimia siirtokriteeristö. Siirtokriteeristö perustuu potilaan tilasta annettaviin pisteisiin, käsittäen muun muassa tajunnan tason ja hengityksen arviointia. Järjestelmällinen ja reaaliaikainen kirjaaminen helpottaa potilaan tilassa tapahtuvien muutosten havaitsemista esimerkiksi hoitohenkilökunnan vaihtuessa. Siirtokriteerien avulla uudet tai vähemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat voivat varmistaa kaikille potilaille hoidon yhtäläisyyden sekä vähentää virhearviointeja työskentelyssään. Kokeneemmille sairaanhoitajille siirtokriteeristö puolestaan toimii yhteisesti sovittuna menettelytapana, jota he voivat käyttää hyödyksi omassa toiminnassaan. Vaikka siirtokriteeristö onkin luotettava apuväline, ei se saisi syrjäyttää sairaanhoitajan ammatillista päätöksentekoa ja kriittistä ajattelua potilasta havainnoitaessa. (Kurki 2007.) Eadin (2006) mukaan siirtokriteeristön

järjestelmällisen käytön etuna on se, että potilaan tilassa tapahtuvien muutosten seuraaminen varmistaa potilaan valmiuden siirtyä toipumisen vaiheeseen oikeaan aikaan (ks. Kurki 2007).

Monet eri syyt voivat viivästyttää potilaan siirtämistä heräämöstä takaisin vuodeosastolle. Viiveitä potilaan siirtämisessä heräämöstä vuodeosastolle aiheuttavat esimerkiksi se, ettei osaston sairaanhoitajilla ole aikaa ottaa vastaan raporttia potilaasta tai vuodepaikan puuttuminen osastolla. Näiden lisäksi yksi viivyttävä tekijä saattaa olla heräämöhoidajien kiire, mikäli kukaan heräämöhoidajista ei ehdi antaa raporttia potilaasta. Muita tarpeettomasti potilaan siirtoa viivyttäviä tekijöitä voivat olla myös röntgen- ja laboratoriovastausten odottaminen tai anestesia- ja lääketieteen jatkohoito-ohjeiden sekä siirtoluvan odottelu. Viiveet potilassiirroissa aiheuttavat niin potilastyytymättömyyttä kuin ylimääräisiä taloudellisia kustannuksiaakin. (Kurki 2007.)

Jauhiainen (2009) kuvasi pro gradu -tutkielmassaan organisaation sisäisiä potilassiirtoja sekä sairaanhoitajan roolia potilassiirroissa teho- ja vuodeosastosairaanhoitajien näkökulmasta. Laadulliseen kuvailevaan tutkimukseen osallistui kahdeksan (8) teho- tai vuodeosaston sairaanhoitajaa. Jauhiaisen tutkimuksen mukaan onnistuneet potilassiirrot olivat ennalta suunniteltuja, ja ne muodostuivat siirtojärjestelyistä, siirtovalmiuden varmistamisesta, siirtotapahtumasta ja tiedonsiirrosta.

Siirto teho-osastolta vuodeosastolle sisälsi hoidon suunnittelua ja koordinoitua sekä omaisten informointia. Suunnittelu ja koordinoitua sisälsivät potilassängyn vaihdon ja siirron, potilaan tavaroiden, hoitotarvikkeiden ja monitorointivälineiden siirron sekä siirtoon osallistuvan hoitohenkilökunnan työnjaon suunnittelun ja koordinoitua. Omaisten informointi oli siirtävän osaston vastuulla. (Jauhiainen 2009.)

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että potilassiirtojen tiedonkulku sisälsi tiedonsiirron puhelimesta ja kirjallisesti sekä raportoinnin vuodeosastolla. Sairaanhoitajien kokemus, osaaminen ja kirjaamistaidot vaikuttivat siirretyn

tiedon sisältöön. Potilaspaperit koettiin välillä vaikeaselkoisiksi ja päällekkäistä raportointia tapahtui. Puhelinraportissa annettiin tietoa potilassiirtoon liittyvistä erityistarpeista ja mahdollistettiin se, että osasto pystyi valmistautumaan tulevaan potilassiirtoon. Potilaspaikkaa ei välttämättä kuitenkaan pystytty valmistelemaan ennen potilaan siirtymistä aika- ja henkilöresurssien puutteen takia. Tärkeänä pidettiin tietoa potilaan hoitoisuudesta, orientaatiosta sekä potilaan hoidossa tarvittavista laitteista. Puhelinraporttia ei kuitenkaan koettu aina tarpeelliseksi, sillä tiedot olivat luettavissa muun muassa sähköisestä potilaskertomuksesta. Tärkeimmäksi raportointimuodoksi teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat raportoinnin vuodeosastolla. Vuodeosastolla tapahtuvalla raportoinnilla annettiin suullisia hoito-ohjeita, ilmaistiin omia havaintoja potilaan hoidosta sekä raportoitiin tehotulosteista. Sairaanhoitajan kiire vaikutti raportin sujuvuuteen siten, ettei hänellä välttämättä ollut aikaa vastaanottaa raporttia. Potilaalle teho-osaston sairaanhoitajat kertoivat vastaanottavan vuodeosaston erikoisalan, vuodeosaston sijainnin sekä huoneen koon. Teho-osaston sairaanhoitajat kokivat, että heillä oli vain hyvin vähän tietoa vuodeosastoista, joihin potilaat siirtyivät. (Jauhiainen 2009.)

Toivonen (2010) teki opinnäytetyönsä neurologisten potilaiden kokemuksista osastojen välisistä potilassiirroista. Kvalitatiivinen tutkimus toteutettiin haastattelemalla viittä (5) potilasta neurologian vuodeosastoilla. Potilaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä siirtojensa sujuvuuteen. Potilaiden kokemat ongelmat jaettiin kolmeen luokkaan, jotka muodostuivat hoitohenkilökuntaan, aikatauluihin ja sairaalan tiloihin liittyviin ongelmiin. Ongelmia koettiin muun muassa potilaan informoinnissa siirtoon liittyen, yksityisyyden suojaamisessa, osaston vastaanottavaisuudessa, siirron odottamisessa sekä ahtaudessa ja fyysisessä epämukavuudessa siirron aikana, kuten käytävien kylmyytenä.

Heikkilä ja Taponen (2010) tekivät opinnäytetyönsä traumatologisten potilaiden kokemuksista yksiköiden välisistä potilassiirroista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerättiin haastattelemalla 11 traumatologista potilasta. Suurin osa traumatologisista potilaista oli tyytyväisiä potilassiirtoihinsa. Henkilökunnan toiminta koettiin asialliseksi, mutta ongelmiakin ilmeni muun

muassa potilaan huomiointiin ja informointiin liittyen, sekä tilojen ahtauden, kiireen ja fyysisen epämukavuuden takia.

Heleniuksen ja Honkalan (2010) opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Salon terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan mielipiteitä tiedonkulusta, potilaan siirtyessä Salon aluesairaalan sisätautien yksiköstä vuodeosastolle. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tiedonkulkua sisätauti- ja vuodeosastojen välillä, sekä parantaa senhetkistä tiedonsiirtolomaketta.

Opinnäytetyön aineiston kerääminen toteutettiin syyskuussa 2010 Salon terveyskeskussairaalan kolmella vuodeosastolla. Vuodeosastoilla hoitajia oli yhteensä 86, joista 51 % osallistui tutkimukseen. Tulosten mukaan hoitajat kokivat saavansa parhaiten tietoa potilaan diagnoosista, lääkityksestä sekä yleisilasta siirtotilanteen yhteydessä. Eniten puutteita havaittiin potilaan ruokavaliota, ihon kuntoa ja haavojen hoitoa koskevassa tiedonsaannissa. Salon aluesairaalan sisätautiyksikön ja vuodeosastojen välillä tapahtuvan tiedonkulun puutteet jaettiin kahteen osa-alueeseen: potilaan fyysisiin tarpeisiin sisältyviin asioihin sekä puutteelliseen suulliseen ja kirjalliseen tiedonkulkuun. Lisäksi puutteita havaittiin potilassiirron ajankohdassa ja laadussa, sekä omaisten informoinnissa ja potilaan jatkohoidon suunnittelussa. (Helenius & Honkala 2010.)

Tutkimuksessa kartoitettiin myös terveyskeskussairaalan vuodeosastojen henkilökunnan kehittämisehdotuksia tiedonkulkuun liittyen. Kehittämisehdotukset liittyivät potilaan fyysisiin tarpeisiin liittyviin tekijöihin sekä suulliseen että kirjalliseen tiedonantoon. Vastaajien mielestä suullista ja kirjallista tiedonantoa voisi kehittää esimerkiksi yhteisellä potilastietojärjestelmällä, selkeällä, oikealla ja riittäväällä tiedon antamisella sekä osaston huomioimisella potilassiirroissa. (Helenius & Honkala 2010.)

Helin ja Leino (2010) tekivät opinnäytetyönsä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) aluesairaaloista tapahtuvien potilassiirtojen tulevaisuuden näkymistä ammattihenkilöiden näkökulmasta. Heidän

opinnäytetyössään käsiteltiin sairaalasta toiseen tapahtuvia potilassiirtoja, ja tarkoituksena oli tutkia mistä potilassiirrot johtuvat sekä miten ne tulevat viiden vuoden kuluessa muuttumaan haastateltujen ammattihenkilöiden mielestä.

Aineistonkeruumenetelmänään he käyttivät kyselyä, joka oli vakioitu. Tutkimuksen kohteena heillä oli 11 ammattihenkilöä Loimaan, Salon tai Vakka-Suomen aluesairaaloista. Erikoissairaanhoidon palveluprofiilit ja alueellisesti sovitut tehtävänjaot vaikuttivat vastaajien mielestä eniten potilaiden siirtymiseen aluesairaaloiden ensiavuista TYKS:iin. Tämä korostui erityisesti sydän- ja neurotoimialueiden potilaiden kohdalla. Tukipalveluista kuvantamispalveluiden saatavuus puolestaan vaikutti aluesairaaloiden ja TYKS:in välillä tapahtuviin potilassiirtoihin. Lisäksi hoidon porrastus mainittiin yhdeksi syyksi medisiinisen toimialueen potilaiden siirtokuljetuksiin. (Helin & Leino 2010.)

Viiden vuoden kuluessa tapahtuvista potilassiirtojen muutoksista ei vastaajilla ollut yhteneväistä käsitystä. Toiset olivat sitä mieltä, että potilassiirrot tulevat vähenemään, toisten mielestä ne pysyvät entisellä tasolla tai tulevat jopa lisääntymään. Tässä kohtaa vastauksissa oli eniten vaihtelua. Vastaajien mielestä potilassiirtojen laatu tulee tulevaisuudessa muuttumaan vaativammaksi. (Helin & Leino 2010.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia yksiköiden välisistä potilassiirroista. Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten sydänpotilaat kokevat siirron yksiköstä toiseen?
2. Onko sydänpotilaan mielestä siirrossa esiintynyt ongelmia, jos on niin minkälaisia?

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla sydänpotilaita Turun yliopistollisen keskussairaalan kardiologisella sisätautiosastolla 011 ja sydänkirurgian osastolla 211. Osastojen ylihoitajat antoivat puoltonsa tutkimuslupaa varten, joka myönnettiin joulukuussa 2010. Tutkimusta varten haastateltiin 16 sydänpotilasta, jotka kunkin osaston osastonhoitaja tai hänen valtuuttamansa henkilö oli valinnut potilaan kunnon ja tutkimukseen soveltuvuuden mukaan. Valintakriteerinä oli se, että potilas oli kokenut ainakin yhden yksiköiden välisen potilassiirron kyseisellä sairaalahoitajaksolla. Haastattelut toteutettiin tammikuun 2011 aikana. Osastonhoitaja tai hänen valtuuttamansa henkilö tiedusteli saatekirjeen (Liite 1) kanssa potilaiden halukkuutta osallistua tutkimukseen. Saatekirjeessä todetaan, ettei osastojen numeroista tule mainintaa opinnäytetyöhön. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastateltavien vastauksista ei käy ilmi, millä osastolla haastateltava on ollut hoidossa haastattelun aikana.

Haastattelut pyrittiin toteuttamaan yksilöhaastatteluina rauhallisessa tilassa, johon haastateltavat pyydettiin yksitellen. Kaikkia haastatteluja ei kuitenkaan pystytty toteuttamaan suunnitellusti, vaan potilaita haastateltiin joko potilashuoneessa tai käytävällä. Haastattelutilanteen alussa potilasta pyydettiin allekirjoittamaan kirjallinen suostumus (Liite 2) tutkimukseen osallistumisesta, joista toinen kappale jäi tutkijoille ja toinen haastateltavalle. Haastattelut kestivät 3-14 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli aukikirjoitettiin koneelle.

5.2 Aineistonkeruumenetelmä

Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Teemahaastattelu tarkoittaa sitä, että haastattelun keskeiset asiat on sovittu, mutta aineistonkeruuseen liittyy myös vapauksia. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnot. Teemat laaditaan valmiiksi,

mutta kysymysten muotoilu ja järjestys voivat vaihtua haastattelun aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.) Haastattelutilannetta varten tehtiin teemahaastattelurunko (Liite 3).

5.3 Aineiston analysointi

Ääninauhojen sisältö kirjoitettiin koneelle ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla analysoidaan ja kuvataan erilaisia aineistoja. Tavoitteena on esittää ilmiö laajasti mutta tiiviisti, minkä tuloksena syntyy malleja ja käsitekarttoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134.) Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotellaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. Sisällönanalyysissä keskitytään aineistossa ilmeneviin merkityksiin, tarkoituksiin, aikomuksiin, seurauksiin ja yhteyksiin. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Sisällönanalyysissä etsittiin vastausta kahteen tutkimusongelmaan. Litteroidusta aineistosta eroteltiin positiiviset, negatiiviset ja neutraalit ilmaisut. Näiden lisäksi aineistosta poimittiin kehittämisideat. Negatiivisista ilmaisuista tehtiin taulukko, jossa ilmaisut pelkistettiin ja ryhmiteltiin, ja niistä muodostettiin yhteensä neljä alaluokkaa. Positiivisista ilmauksista eroteltiin ne, jotka liittyivät suoraan hoitohenkilökunnan toimintaan sekä ne, jotka liittyivät potilassiirron ajankohtaan. Potilaiden kokemukset ja kehittämisideat avattiin tekstimuotoon ja niistä annettiin laajasti esimerkkejä sitaatein. Yhtenevät kokemukset tiivistettiin muutamaksi kokemuksia kuvaavaksi lauseeksi.

6 TULOKSET

6.1 Tutkimushaastatteluihin osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat kahdelta eri sydänosastolta, Turun yliopistollisen keskussairaalan sisätautiosastolta 011 ja kirurgiselta osastolta 211. Miehiä tutkimukseen osallistui kymmenen ja naisia kuusi. Haastateltavat olivat iältään 17–82-vuotiaita. Sisätautiosastolta haastateltiin yhdeksää potilasta ja kirurgiselta osastolta seitsemää. Potilaat olivat hoidossa erilaisten sydämeen liittyvien ongelmien takia. Toiset olivat käyneet läpi jonkin sydänleikkauksen esimerkiksi läppäleikkauksen tai ohitusleikkauksen. Muita hoidon syitä olivat muun muassa flimmeri eli eteisvärinä, sydäninfarkti, sydänlihastulehdus ja tahdistimen haavan vuoto. Jokainen haastateltava oli kokenut ainakin yhden potilassiirron tällä sairaalahoitajaksolla. Useimmat potilassiirroista tehtiin ensiavusta vuodeosastolle tai vuodeosastolta teho-osastolle. Potilassiirtoja tehtiin myös erilaisille tutkimusosastoille, kuten röntgeniin.

6.2 Potilaiden kokemuksia potilassiirroista

Aineistosta poimittiin 146 ilmaisua, jotka kuvasivat potilaiden kokemuksia potilassiirroista. Nämä ilmaisut sisälsivät positiiviset ja neutraalit kokemukset, potilaiden kokemat ongelmat ja kehittämisideat.

Positiivisia ilmaisuja poimittiin 90 ja neutraaleja 25. Suurin osa haastateltavista oli pääasiassa tyytyväisiä potilassiirtoihin, eivätkä he osanneet eritellä niihin liittyviä ongelmia.

(Ei) sitä katso, että se on positiivista tai negatiivista, vaan se kuuluu asiaan.

Positiivisista ilmaisuista 23 käsitteli suoranaisesti hoitohenkilökunnan toimintaa. Neutraaleista ilmaisuista viidessä mainittiin hoitohenkilökunnan osallistuminen siirtoon. Haastateltavat olivat kokonaisuudessaan hyvin tyytyväisiä hoitohenkilökunnan toimintaan, eikä negatiivisia kommentteja juurikaan tullut.

Ystävällinen ja ammattitaitonen henkilökunta ollu ja kyllä täällä huolta pidetään.

Hoitajalla riittää yksittäisellekin potilaalle aikaa. Se on mun mielest hyvin hienoa se.

Hoitajat on ollu tosi vastaanottavii. Sydämellisesti vastaanottavii ja mukavii.

Suurin osa haastateltavista koki potilassiirron ja hoidon jatkuvuuden onnistuneen hyvin. Pääosin potilaat kokivat siirtojen menneen sujuvasti. Osaston kiireestä huolimatta potilaat kokivat tullessa riittävästi huomioituksi hoitohenkilökunnan taholta, ja henkilökunnan toiminta koettiin asiallisena.

Hoito pelaa hyvin, joka paikas. Ihan, ihan sama et onko se teho tai valvontaosasto tai normaali tai.. Vaikka hoitajat vaihtuu jatkuvasti, hoito pelaa. Se, se on se positiivinen puoli.

Haastateltavat potilaat kokivat tullessa siirretyksi oikeaan aikaan (13 suoraa ilmausta). Monet kokivat siirron ja kuljetuksen ylipäätään sujuneen hyvin. Eräs haastateltava mainitsi kokeneensa kuljetuksen sängyllä toimivana ja mukavana siirtotapana.

No mun mielestä ihan oikeeseen aikaan.

Aivan hienosti. Ei oo mihinkään törmäilty eikä mitään muutakaan, että ihan, oikeen hienosti kerta kaikkiaan.

Sängyt kuljetetaan, ettei tarvitse lähteä mihinkään kävelemään tai siirtyä vaunusta toiseen tai jotain tömmöstä niin, niin se on mun nähdäkseni ihan järkevää, et potilas on vaan niinku paikallaan.

6.3 Potilassiirtoihin liittyviä ongelmia

Kaikista poimituista ilmaisuista negatiivisia ja ongelmia kuvaavia ilmaisuja oli 16. Ilmaisut poimittiin ja pelkistettiin yksinkertaisemmiksi (Liite 4). Pelkistetyt ryhmät jaettiin alaluokkiin, joita muodostui neljä; tiloihin liittyvät ongelmat, henkilökunnan toimintaan liittyvät ongelmat, siirtokalustoon liittyvät ongelmat ja aikatauluihin liittyvät ongelmat. Samat ongelmat eivät pääsääntöisesti esiintyneet useaan kertaan, vaikka yksittäisiä ongelmia raportoitiin melko laajalti. Negatiivisia ilmaisuja seurasi usein jokin lieventävä lausahdus.

Sitä joskus itteki kaipais enemmän tietoo että millon tehdään ja mitä tehdään, mutta kyllä se näinkin menee.

Tiloihin liittyvät ongelmat (kahdeksan ilmaisua) jakoutuivat kulkuväylien vaikeakulkuisuuteen, ruuhkaan siirtotilanteessa, tilanpuutteeseen, siirron puutteelliseen toteutukseen, siirron epämukavuuteen ja fyysiseen

epämukavuuteen siirron aikana. Siirron epämukavuuteen kuuluivat esimerkiksi kynnysten aiheuttama epätasainen matkanteko, kun taas fyysiseen epämukavuuteen kuului potilaan kokema kylmyys siirron aikana. Potilaat kokivat tilat ahtaiksi ja ruuhkaisiksi, ja kynnykset sekä sängyn törmäminen hissini seiniin häiritseviksi.

Hississä oli vähän vaikeuksia, kun siinä oli sitä ruuhkaa.

Siinä oli semmosia kynnyksiä, mitkä sais olla vähä matalampia.

Ne vähän sillain niinku hissini seiniä päin tai sillai törmäili ne vaunut, et mä ajattelin et lennäköhän mä täst jonneki avaruuteen koht ku, tärisee niin kovasti.

Ehkä epämiellyttävää se matka...pomppis tääl sängys...aika paljon saa täriseä siinä kyydissä.

Miä ihme kyllä kylmää paikkaa mut oikeen tuota.

Henkilökuntaan liittyvät ongelmat (neljä ilmaisu) jakautuivat kiireeseen hoitohenkilökunnan ja potilastilanteen takia sekä riittämättömään informaatioon. Potilaat kokivat kiireen altistavan virheille ja laskevan hoidon tasoja. Lisäksi potilaat toivoivat lisää tietoa siirtotapahtumasta.

Silloin kun on kova kiire niin riski tehdä virheitäkin kasvaa.

Herkästi ajetaan ihmisiä kotiin, et tulee vaan mieleen et pystyykö kaikki välttämät toimimaan siellä itsenäisesti.

Emmä niinku yhtään tienny, et mitä tapahtuu, mihin mua viedään.

Siirtokalustoon liittyvät ongelmat (kaksi ilmaisu) jakautuivat sopimattomaan kuljetustapaan ja siirtokaluston huonokuntoisuuteen. Eräs potilas koki turhaksi sängyllä kuljettamisen, kun hän olisi ollut kykenevä kävelemään tai siirtymään pyörätuolissa. Yhdessä tapauksessa sängynlaita petti kuljetuksen aikana.

Kun on suht koht hyvässä kunnossa niin sitä kun ollaan sängys selällään niin se tuntuu niin vähän silleen niinku hassulta, et vois vaikka kävelläkin.

Hiukan sängynlaita oli vähän sellainen, hiukan petti.

Aikatauluihin liittyvät ongelmat (kaksi ilmaisu) jakautuivat siirtoon liittyvään odotusaikaan ja siirron ajankohtaan liittyviin ongelmiin. Eräät potilaat halusivat itse tehdä siirtoajankohtaan liittyvän päätöksen, ja osa koki joutuneensa odottamaan hieman liian kauan siirtoa.

Joutu hiukan odottamaan.

Levoton se huone...itte tavallaa sanoin et mä voisin siirtyä jo tavalliseen huoneeseen.

Yleisesti ottaen suurin osa haastateltavista ei osannut eritellä negatiivisia kokemuksia potilassiirroista, vaikka muutamat kertoivatkin kokeneensa potilassiirtonsa aikana jotakin negatiivista.

No ei varsinaisesti mitään ongelmia kuitenkaan.

6.4 Kehittämisiäideoita potilassiirtoihin liittyen

Kehittämisiäideoihin liittyviä ilmaisuja poimittiin aineistosta 15. Pääasiassa haastateltavilla ei ollut suoranaisia kehittämissiideoita. Kuitenkin muutamat raportoivat kaivanneensa siirron aikana enemmän tietoa siitä, mitä tapahtuu sekä mahdollisimman nopeaa siirtymistä ilman kiertoteitä.

Et mulle kerrottais paljon mitä tapahtuu ja et se niinku rauhoittaa mua.

Toivoisin, et tulis joku semmonen vähän nopeamminkin ratkaisu, et pääsis sitten vähän nopeampaan, ettei tarttis monen paikan kautta mennä.

Muutamit haastateltavat mainitsivat huoneiden tilanpuutteen olevan ongelma. Myös käytävät ja hissien edustat tuntuivat joidenkin haastateltavien mielestä ahtailta. Ratkaisuna näihin haastateltavat pitivät suurempia huonekokoja ja väljempää siirtotiloja.

Tilaa saisi olla enempi nois huoneis.

Siinä hissien kohdalla oli sitten semmonen ahtaus.

Tilanpuutteeseen liittyi myös muita kehittämissiideoita. Haastateltavat toivoivat enemmän resursseja potilashuoneiden lisäämiseen, sillä he kokivat käytävälle siirron ikävänä. Potilaille ei aina osastolle tullessa ollut potilaspaikkaa valmiina.

Joutuu käytävällä odottamaan...ei oo ehkä iha varattu kuitenka tarpeeks tilaa... se ei jotenki vaikuta kovin hyvältä et joutuu olemaa esimerkiks öitä käytävillä... ei varmaa niinkää henkilökuntaan liittyvä ongelma ku näihin tiloihin.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Suomessa tutkimuksen eettisyys on turvattu sitomalla se Helsingin julistukseen, joka on tutkimuseettinen ohjeistus. Helsingin julistuksessa todetaan muun muassa, että eettisten normien on edistettävä yksilön kunnioittamista ja suojeltava ihmisen terveyttä ja oikeuksia. Tutkittavan yksityisyys sekä fyysinen ja psyykinen koskemattomuus on turvattava. Tutkittavalle on myös informoitava kokonaisvaltaisesti tutkimukseen liittyvistä asioista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–174.)

Tutkimuksessa noudatettiin yleisesti hyväksytyjä eettisiä ohjeita, kuten Helsingin julistusta, ja suojeltiin potilaan anonymiteettiä. Saatekirjeessä potilaalle kerrottiin tutkimuksesta ja sen kulusta yksityiskohtaisesti. Potilasta pyrittiin haastattelemaan tilassa, jossa ei ollut muita henkilöitä. Tämä ei kuitenkaan ollut aina mahdollista osaston haastatteluun sopivien tilojen puutteen takia. 62 % (n=10) haastatteluista suoritettiin rauhallisessa tilassa ja 38 % (n=6) rauhattomassa tilassa, kuten osaston päiväsalissa tai potilashuoneessa. Rauhattomuus saattoi vaikuttaa haastateltaviin, ja haastattelijat kokivat ylimääräiset häiriötekijät haastattelutilannetta häiritseviksi. Haastateltavien ajatus saattoi välillä katketa tai vastaukset jäädä pintapuolisiksi.

Haastatteluihin valitaan usein vain pieni määrä ihmisiä, muutamista henkilöistä muutamiin kymmeneen henkilöihin. Haastatteluun valitaan sellaisia vapaaehtoisia henkilöitä, joilla on kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 126–127.) Heillä tulee olla sekä halua että kykyä osallistua tutkimukseen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 216). Henkilöt kertovat omin sanoin tutkimuksen kohteeseen liittyvistä kokemuksistaan (Janhonen & Nikkonen 2001, 126–127). Haastattelutilannetta varten tehtiin teemahaastattelurunko, jonka perusteella haastattelijat kysyivät tutkittavalta potilaalta kysymyksiä. Mikäli tutkittava ei ymmärtänyt haastattelussa kysyttyä kysymystä, tai hänellä oli

muuta kysyttävää, asiaa voitiin selventää haastattelun lomassa, jottei mikään jäänyt epäselväksi. Tutkittavalla oli mahdollisuus missä tahansa vaiheessa keskeyttää haastattelu ja luopua tutkimukseen osallistumisesta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, otoksen valintaan, asetelmaan, analyysiin, tulkintaan, tutkimuksen relevanssiin ja eettisiin näkökulmiin. Yleisenä pidettyjä luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat myös uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160, 166.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen tulosta voidaan pitää reliaabelina, jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tämä tutkimus on toistettavissa, sillä teemahaastattelurunko sekä selostus tutkimuksen analysointitavasta on tarkasti kuvattu tutkimusraportissa. Lisäksi muissa samankaltaisissa potilassiirtoihin liittyvissä tutkimuksissa on saatu samanlaisia tutkimustuloksia, vaikka tutkimusten kohteena ovat olleet eri potilasryhmät (mm. Toivonen 2010). Tutkimus on validi, koska haastattelukysymysten avulla saatiin vastaukset tutkimusongelmiin.

Tutkimus oli myös fenomenologinen. Fenomenologisen tutkimuksen kohteena ovat ihmisten kokemukset. Se on yritys kuvata kokemusta juuri sellaisena kuin se on, ei selittää eikä analysoida sitä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 116.) Tutkijalla on tällaisessa tutkimuksessa merkittävä vastuu, koska hänen on määriteltävä oma paikkansa suhteessa tutkimuskohteeseen. Fenomenologisessa tutkimuksessa korostuvat tutkimukseen osallistuvien luottamuksen saavuttaminen ja säilyttäminen tutkittavien ilmiöiden arkaluontoisuuden vuoksi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 125–126.)

Tutkimuksen luotettavuus kärsii, mikäli haastateltavalle esitetyt kysymykset ovat liian suppeita. Ongelmia tuottaa toisaalta myös se, jos haastatteluteemat ovat liian väljiä, sillä silloin tutkimusaineistoa kertyy valtavat määrät ja tällöin tutkija joutuu jättämään osan materiaalista raportin ulkopuolelle. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 216–217.) Lisäksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa haastateltavien kertomusten todenmukaisuus. Tutkittavat saattavat jättää kertomatta jotakin olennaista, heillä voi olla halu miellyttää tutkijoita, he saattavat muunnella totuutta tai muistaa kokemansa asiat väärin. Tutkijan on hyvä tiedostaa myös omat ennakkokäsityksensä tutkittavasta asiasta, sillä tiedostamalla ennakkokäsityksensä, tutkija pystyy havainnoissaan parempaan objektiivisuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 217–218.) Tässä tutkimuksessa kysymyksiä jouduttiin tarkentamaan tai toistamaan joidenkin haastateltavien kohdalla. Muutamat haastateltavat kertoivat olleensa siirron aikana lääkkeiden vaikutuksen alaisena, joten he eivät enää haastattelutilanteessa muistaneet siirrosta kaikkea.

Kerätystä aineistosta ja sen luottamuksellisuudesta pidettiin tarkasti huolta. Ääninauhojen sisältö kirjoitettiin koneelle ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tekevät opiskelijat tulevat huolehtimaan aineiston asianmukaisesta hävittämisestä, kun aineistoa ei enää tarvita.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia yksiköiden välisistä potilassiirroista. Tavoitteena oli saada tietoa potilassiirroista sydänpotilaiden näkökulmasta, jotta potilassiirtoja voidaan tulevaisuudessa kehittää. Haastateltavista suurin osa oli pääasiassa tyytyväisiä potilassiirtoihin, vaikka myös joitakin ongelmia raportoitiin. Samankaltaisia tuloksia tutkimuksissaan saivat Odell (2000), Kurki (2007), Toivonen (2010) sekä Heikkilä ja Taponen (2010). Vaikka Odellin (2000) tutkimuksessa siirrot koettiin enimmäkseen positiivisesti, keskustelun edetessä esille tuli myös laaja skaala negatiivisia tuntemuksia. Potilaat olivat epävarmoja hoitohenkilökunnan päätöksenteosta, mutta siitä huolimatta he luottivat henkilökunnan päätöksiin

(Odell 2000). Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat henkilökunnan ammattitaitoiseksi, eikä epävarmuutta hoitohenkilökunnan toiminnasta tullut ilmi. Kurjen (2007) tutkimuksessa kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat yleisesti ottaen heräämöhoidon ja siirtotilanteen myönteisesti, vaikka yksilöllisiä eroja tulikin esiin.

Tässä tutkimuksessa tiloihin liittyviä ongelmia aiheuttivat lähinnä tilanpuute, siirron puutteellinen toteutus, ruuhka siirtotilanteessa, kulkuväylien vaikeakulkuisuus, siirron epämukavuus sekä fyysinen epämukavuus siirron aikana. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Toivonen 2010; Heikkilä & Taponen 2010) saatiin samankaltaisia tutkimustuloksia muun muassa tilojen ahtauteen ja potilaan informointiin liittyvistä ongelmista. Määrällisesti samoja ongelmia ei otettu esille useaan kertaan, vaikka yksittäisiä ongelmia raportoitiin melko laajalti. Näitä negatiivisia ilmaisuja seurasi usein kuitenkin lieventävä lausahdus.

Aineistoa kerätessä nousi esille, ettei potilaille aina osastolle tullessa ollut potilaspaikkaa valmiina. Jauhaisen (2009) mukaan puhelinraportti oli hyvä tapa varmistaa potilaspaikka, vaikkei potilaalle siitä huolimatta aina pystytty järjestämään tarvittavaa paikkaa. Kurjen (2007) tutkimustuloksista ilmeni, että viiveitä potilaan siirtämisessä aiheuttivat esimerkiksi se, ettei osaston sairaanhoitajilla ollut aikaa ottaa vastaan raporttia potilaasta tai se, että vuodepaikka puuttui osastolta. Fyysiseen epämukavuuteen liittyen samankaltaisia tutkimustuloksia raportoitiin aiemmissa tutkimuksissa siitä, että potilaalla oli kylmä siirtyessään osastolle. Lisäksi siirron epämukavuuteen vaikuttavana tekijänä koettiin epätasainen matkanteko. (mm. Toivonen 2010.) Tässä tutkimuksessa tärkeimmäksi epämukavuustekijäksi muodostuivat kynnykset. Toivonen (2010) raportoi yksittäistapauksesta, jossa oli ongelmia yksityisyyden suojaamisessa, mutta tässä tutkimuksessa niitä ei ilmennyt.

Tutkimustuloksissa henkilökuntaan liittyvät ongelmat jakoutuivat kiireeseen hoitohenkilökunnan ja potilastilanteen takia sekä riittämättömään informaatioon. Potilaan informointia ja henkilökunnan tiedonsiirtoa käsiteltiin lähes jokaisessa aikaisemmassa tutkimuksessa. (mm. Jauhainen 2009). Tässä tutkimuksessa potilaan informointi siirron suhteen oli välillä puutteellista. Potilaat eivät

välttämättä tienneet, mitä oli tapahtumassa tai mihin heitä oltiin viemässä. Odellin (2000) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat eivät tienneet millä osastolla he olivat, kuinka kauan he olivat olleet teho-osastolla tai mitä oli tapahtumassa. Odellin mukaan tietämättömyys ja muistamattomuus voivat olla eräitä selviytymiskeinoja. Ei ole kuitenkaan syytä vähätellä potilaita, jotka kokevat saaneensa liian vähän informaatiota siirtoon liittyen. Informaation puutteen syynä voi esimerkiksi olla hoitohenkilökunnan kiire, joka tässäkin tutkimuksessa nousi esille. Kiire saattoi vaikuttaa potilaalle annettavan informaation laatuun ja määrään.

Colemanin ja Berensonin (2004, 533) tutkimuksesta ilmeni, että potilassiirrot olivat usein kiireellisiä ja suunnittelemattomia, ja siksi potilaat olivat puutteellisesti valmisteltuja siirtoon. Jauhiainen (2009) tutki organisaatioiden sisäisiä potilassiirtoja teho- ja vuodeosastosairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan teho-osaston sairaanhoitajien tehtävänä oli kertoa potilaalle vastaanottavan vuodeosaston erikoisala, vuodeosaston sijainti sekä huoneen koko. Teho-osaston sairaanhoitajat kokivat kuitenkin, että heillä oli vain hyvin vähän tietoa vuodeosastoista, joihin potilaat siirtyivät. Vastaanotto koettiin tässä tutkimuksessa ylipäätään hyväksi eri osastoilla, toisin kuin Toivosen (2010) tutkimuksessa, jossa raportoitiin yksittäinen negatiivinen kokemus.

Siirtokalustoon liittyvät ongelmat jaettiin sopimattomaan kuljetustapaan ja siirtokaluston huonokuntoisuuteen. Eräs potilas olisi halunnut mieluummin siirtyä kävellen kuin sängyllä, ja eräällä potilaalla sängynlaita petti kuljetuksen aikana. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei kuitenkaan raportoitu samankaltaisia ongelmia.

Aikatauluihin liittyvät ongelmat jakoutuivat siirtoon liittyvään odotusaikaan ja siirron ajankohtaan liittyviin ongelmiin. Eräät potilaista kokivat, että yksiköiden väliset siirrot tai kotiutus tehtiin liian aikaisin, mikä sai heidät epäilemään selviytymistään toisessa yksikössä tai kotona. Odellin (2000) tutkimukseen osallistuneet potilaat pelkäsivät hoitohenkilökunnan vaativan heiltä liikaa. Potilaat kokivat siirron tekevän heidät väsyneiksi ja heikoiksi. Heleniuksen ja

Honkalan (2010) tutkimuksessa havaittiin puutteita potilassiirron ajankohdassa ja laadussa sekä omaisten informoinnissa ja potilaan jatkohoidon suunnittelussa.

Haastateltavat ilmaisivat myös joitakin kehittämideoita. Muutamat potilaat raportoivat kaivanneensa siirron aikana enemmän tietoa siitä, mitä tapahtuu. Heleniuksen ja Honkalan (2010) tutkimuksen mukaan vastaajat toivoivat, että suullista ja kirjallista tiedonantoa kehitettäisiin esimerkiksi yhteisellä potilastietojärjestelmällä sekä selkeällä, oikealla ja riittävällä tiedon antamisella.

Kuten Helinin ja Leinon (2010) tutkimuksesta ilmeni, potilassiirtojen laatu tulee tulevaisuudessa muuttumaan vaativammaksi. Potilassiirrot tulevat siis tarvitsemaan yhä enemmän resursseja toteutuakseen onnistuneesti myös jatkossa. Tutkimus herätti ajatuksia siitä, että yhteinen potilastietojärjestelmä edesauttaisi potilastietojen saatavuutta kaikille reaaliaikaisesti ja kehittäisi raportointia parempaan suuntaan. Yhtenäinen toimintatapa kaikissa yksiköissä tukisi potilassiirtojen turvallisuutta, onnistumista ja hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, miten tulee toimia. Yhteistä toimintatapaa ehdotettiin muun muassa myös Joint Commissionin (2007) raportissa.

Potilastietojärjestelmien yhtenäistämistä voitaisiin tutkia, jotta ne voitaisiin tulevaisuudessa yhdistää samaksi ohjelmaksi. Näin ollen mahdollistettaisiin riittävä, helposti saavutettava ja ajantasainen tiedonsaanti eri yksiköiden välillä. Toimialueiden tullessa käytäntöön olisi hyvä tutkia toimivatko toimialueet tarkoituksenmukaisesti. Kuten tässä tutkimuksessa on jo aiemmin esitetty, toimialueiden myötä potilassiirtojen tulisi vähentyä (Turun yliopistollinen keskussairaala 2010b). Olisikin mielenkiintoista saada selville toteutuvatko toimialueiden tavoitteet tulevaisuudessa. Kiinnostavaa olisi myös verrata tämänhetkisiä tutkimustuloksia tulevaisuudessa tehtäviin toimialueen sisäisiä potilassiirtoja koskeviin tutkimustuloksiin. Koska kirjallisuushaun perusteella ei löytynyt tutkimuksia potilassiirroista sydänpotilaiden näkökulmasta, olisi sitä hyvä tutkia lisää.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tutkimuksen tulosten perusteella sydänpotilaat kokivat yksiköiden väliset potilassiirrot pääosin onnistuneiksi.
2. Potilaan siirtotilanteessa kokemat ongelmat liittyivät tiloihin, henkilökunnan toimintaan, siirtokalustoon ja aikatauluihin. Samat ongelmat eivät pääsääntöisesti esiintyneet useaan kertaan, vaikka yksittäisiä ongelmia raportoitiin melko laajalti. Negatiivisia ilmaisuja seurasi usein jokin lieventävä lausahdus.
3. Pääsääntöisesti haastateltavat eivät osanneet nimetä kehittämisideoita potilassiirtoihin liittyen. Potilaan informointiin ja tilanpuutteeseen liittyviä kehittämisideoita nousi kuitenkin esiin.
4. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää toimialuekohtaisten potilassiirtojen suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä.
5. Jatkossa voitaisiin tutkia potilastietojärjestelmien yhtenäistämistä sekä sitä, toimivatko toimialueet tarkoituksenmukaisesti. Tämänhetkisiä tutkimustuloksia olisi hyvä verrata tulevaisuudessa tehtäviin toimialueen sisäisiä potilassiirtoja koskeviin tutkimustuloksiin.

LÄHTEET

Coleman, E. & Berenson, R. 2004. Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 141, No. 7, 533-537.

Coleman, E. & Fox, P. 2004. Managing Patient Care Transitions: A Report of the HMO Care Management Workgroup. *Healthplan*, 3-4/2004. Viitattu 28.3.2011 <http://www.ahip.org/content/default.aspx?bc=31|130|136|271|276>.

Deravin, D. 2007. Case Managers Optimize Patient Safety by Facilitating Effective Care Transitions. *Professional Case Management*, Vol. 12, No. 2, 70-80.

Heikkilä, J.; Kupari, M.; Airakisinen, J.; Huikuri, H.; Nieminen, M. & Peukurinen, K. 2008. *Kardiologia*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkilä, M. & Taponen, L. 2010. Yksiköiden väliset potilassiirrot – Traumatologisten potilaiden kokemuksia. *Opinnäytetyö*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.3.2011 <https://publications.theseus.fi/handle/10024/14115>.

Helenius, J. & Honkala, M. 2010. Terveyskeskussairaalan vuodeosastojen henkilökunnan mielipiteitä potilassiirtojen tiedonkulusta. *Opinnäytetyö*. Turun ammattikorkeakoulu.

Helin, M. & Leino, M. 2010. VSSHP:n aluesairaaloista tapahtuvien potilassiirtojen tulevaisuuden näkymät- Ammattihenkilöiden näkökulma. *Opinnäytetyö*. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.4.2011 <https://publications.theseus.fi/handle/10024/23453>.

Hendrich, A. & Lee, N. 2005. Intra-Unit Patient Transports: Time, Motion, and Cost Impact On Hospital Efficiency. *Nursing economic\$, Vol. 23, No. 4, 7-8/2005, 157-164.*

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

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.-6., painos. Helsinki: WSOY.

Hyvärinen, M. 2009. *Stroke and coronary heart disease in relation to hyperglycemia, gender and age*. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Iivanainen, A.; Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. *Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö*. 2. painos. Tammi: Helsinki.

Iivanainen, A.; Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. *Sairauksien hoitaminen*. Keuruu: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2., uudistettu painos. Juva: WSOY.

Jauhiainen, V. 2009. *Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina*. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Joint Commission. 2007. *Communication During Patient Hand-Overs*. World Health Organization: Patient Safety Solutions, Vol. 1, No. 3. 5/2007.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Kjellberg, K.; Lagerström, M. & Hagberg, M. 2004. Patient safety and comfort during transfers in relation to nurses' work technique. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 47, No. 3, 251–259.

Kurki, L. 2007. "...Väliaikaisesta majapaikasta turvalliseen kotipesään..." Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Lossius, H.; Kristiansen, T.; Ringdal, K. & Rehn, M. 2010. Inter-hospital transfer: the crux of the trauma system, a curse for trauma registries. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, Vol. 18, No. 15.

Luttik, M.; Jaarsma T.; Moser, D.; Sanderman, R. & van Veldhuisen, D. 2005. The Importance and Impact of Social Support on Outcomes in Patients With Heart Failure, An Overview of the Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 20, No. 3, 5-6/2005, 162-169.

Mitchell, M. & Courtney, M. 2005. Improving transfer from the intensive care unit: The development, implementation and evaluation of a brochure based on Knowles' Adult Learning Theory. *International Journal of Nursing Practice*, 11/2005, 257–268.

Mäkijärvi, M.; Kettunen, R.; Kivelä, A.; Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. *Sydänsairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Odell, M. 2000. The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 31, No. 2, 322-329.

Paunonen, N. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1-2. painos. Juva: WSOY.

Toivonen, K. 2010. Osastojen väliset potilassiirrot – neurologisten potilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.3.2011 <https://publications.theseus.fi/handle/10024/12795>.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2010a. T-Pro – toiminnan kehittäminen. Viitattu 1.10.2010 www.tyks.fi/fi/t-pro.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2010b. T-Pro projektit. Viitattu 29.9.2010 <http://www.tyks.fi/fi/t-pro/38156/>.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2010c. T-sairaalan jatkorakentamisen aikataulu ja yhteyshenkilöt. Viitattu 29.9.2010 <http://www.tyks.fi/fi/4700>.

Työturvallisuuslaki 738/2002.

VSSHP ohjepankki 2007. Kardiologia. Viitattu 1.10.2010 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2613>.

Wu, C. & Coyer, F. 2007. Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: A case study approach. *Nursing and Health Sciences*, 9/2007, 48–53.

Turun ammattikorkeakoulun terveystalon opinnäytetyö
ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyönämme tutkimusta yksiköiden välisistä potilassiirroista sydänpotilaiden kokemana. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia potilassiirroista. Osallistumalla tutkimukseen voitte auttaa kehittämään hoitolinjalähtöistä hoitotyötä. Pyydämme Teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun.

Turun yliopistollisen keskussairaalan uudessa T-sairaalassa ollaan siirtymässä hoitolinjalähtöiseen hoitamisen malliin. Hoitolinjat muodostuvat potilaan oireiden perusteella. Hoitolinjoihin siirtymisellä pyritään muun muassa välttymään turhilta siirroilta sekä vähentämään lääketieteellisten riskien ja hoitohaittojen todennäköisyyttä.

Opinnäytetyöhön ei tule mainintaa tutkittavien nimistä, eikä osastojen numeroista, joilla tutkimusta on tehty. Haastattelut nauhoitetaan ja tutkimuksen jälkeen nauhoitteet hävitetään asianmukaisesti. Nauhoitteet tulevat vain tutkijoiden käyttöön. Kenenkään yksittäisen tutkimukseen osallistujan henkilöllisyys ei tule ilmi tutkimustuloksia esitettäessä. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa.

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

Kiittäen,

Jessika Juvonen
sairaanhoitajaopiskelija
Puh. xxxxxxxxxx

Jade Niskakangas
sairaanhoitajaopiskelija
Puh. xxxxxxxxxx

Liisa Tammisto
sairaanhoitajaopiskelija
Puh. xxxxxxxxxx

etunimi.sukunimi@students.turkuamk.fi

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

Turun ammattikorkeakoulun terveystieteiden opinnäytetyö:

Yksiköiden väliset potilassiirrot – sydänpotilaiden kokemuksia

Tutkimuksen toteuttavat sairaanhoitajaopiskelijat:

Jessika Juvonen, puh. xxx-xxxxxxx, jessika.juvonen@students.turkuamk.fi

Jade Niskakangas, puh. xxx-xxxxxxx, jade.niskakangas@students.turkuamk.fi

Liisa Tammisto, puh. xxx-xxxxxxx, liisa.tammisto@students.turkuamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja:

FT, TtM, lehtori Maika Kummel, maika.kummel@turkuamk.fi

Tutkimukseen osallistujan koko nimi _____

Tutkimukseen osallistujan syntymäaika _____

Suostun osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen ja siinä tarvittavien tietojen keräämiseen. Suostumus on annettu vapaaehtoisesti ja voin peruuttaa sen milloin tahansa ilmoittamalla peruutuksesta tutkimuksen toteuttajalle. Minulle on ennen suostumustani annettu tietoa tutkimuksesta ja siihen liittyvästä henkilötietojen käsittelystä. Annettu tieto sisältää selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, hyödyistä ja tutkimuksessa kerättävien henkilötietojen käsittelystä sekä selvityksen tutkimustietojen luottamuksellisesta käsittelystä. Tutkimustietoja ei luovuteta tutkimukseen kuulumattomille henkilöille.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Lomake allekirjoitetaan kahtena kappaleena, joista yksi jää suostumuksen vastaanottajalle ja yksi suostumuksen antajalle.

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Teema 1. Haastateltavan potilaan taustatiedot

- Sukupuolenne?
- Ikänne?
- Hoitonne syy?

Teema 2: Potilaan siirtymiset eri yksiköiden välillä

- Miltä osastolta olette siirtyneet ja mille osastolle?
- Kuinka monta siirtoa olette kokeneet?

Teema 3: Potilaan kokemukset siirtoihin liittyen

- Palauttakaa mieleenne viimekertaiset siirtokokemuksenne. Mitä muistatte niistä?
- Onko siirtoihin liittynyt jotain ongelmia?
- Onko siirtoihin liittynyt jotain positiivista?
- Onko jäänyt jotain muuta erityistä mieleen?
- Miten olette kokeneet siirtoon osallistuvan hoitohenkilökunnan toiminnan siirtotilanteessa?
- Miten olette kokeneet toiminnan vastaanottavalla osastolla?
- Oletteko kokeneet siirron tapahtuneen liian aikaisin/ liian myöhään/ oikeaan aikaan?

Teema 4: Kehittämisehdotukset

- Olisiko teillä kehittämisideoita potilassiirtojen suhteen?

Potilassiirtoihin liittyviä ongelmia

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Ryhmä	Alaluokka	Yläluokka
Siin oli semmosia kynnyksiä, mitkä sais olla vähä matalampia	Potilaan mielestä kynnykset voisivat olla matalampia	Kulkuväylien vaikeakulkuisuus	Tiloihin liittyvät ongelmat	Potilaan siirtotilanteessa kokemat ongelmat
Hississä oli vähän vaikeuksia, ku siin oli sitä ruuhkaa	Ruuhkaa kuljetustilanteessa	Ruuhka siirtotilanteessa		
Hissin kohdalla oli sitten semmonen ahtaus	Tilojen ahtaus	Tilanpuute		
Tilaa sais olla enempi nois huoneis				
Hissin seinii päin tai sillai törmäili ne vaunut, et mä ajattelin et lennänköhän mä täst jonneki avaruuteen koht ku, tärise niin kovasti	Potilassänky törmäili hissiniin	Siirron puutteellinen toteutus		
Ehkä epämiellyttävää se matka...pomppis tääl sängys...aika paljon saa täristä siin kyydis	Siirto tuntui potilaasta epämukavalta	Siirron epämukavuus		
Mihi ihmee kylmää paikkaa mut oikeen tuotu	Potilas kärsi kylmyydestä	Fyysinen epämukavuus siirron aikana		

Sillon ku o kova kiire ni riski tehdä virheitäki kasvaa	Kova kiire	Kiire hoitohenkilökunnan ja potilastilanteen takia	Henkilökunnan toimintaan liittyvät ongelmat
Herkästi ajetaan ihmisiä kotiin, et tulee vaan mieleen et pystyykö kaikki välttämät toimimaan siellä itsenäisesti			
Emmä niinku yhtää tienny, et mitä tapahtu, mihin mua viedään	Potilas tietämätön mitä tapahtuu	Riittämätön informaatio	Siirtokalustoon liittyvät ongelmat
Sitä joskus itteki kaipais enemmän tietoo että millon tehdään ja mitä tehdään			
Kun on suht koht hyvä kunnossa ni sit ku ollaan sängys selällään ni se tuntuu niin vähän silleen niinku hassulta, et vois vaikka kävelläki	Kuljetustapa tuntui potilaasta sopimattomalta	Sopimaton kuljetustapa	Siirtokalustoon liittyvät ongelmat
Hiukan sängynlaita oli vähän sellainen, hiukan petti	Siirtokalusto oli huonokuntoista	Siirtokaluston huonokuntoisuus	
Joutu hiukan odottamaan	Potilas joutui odottamaan	Siirtoon liittyvä odotusaika	Aikatauluihin liittyvät ongelmat
Levoton se huone...itte tavallaa sanoin et mä vois siirtyä jo tavalliseen huoneeseen	Tilan rauhattomuus vaikutti potilaan siirtoajankohtaan	Siirron ajankohtaan liittyvät ongelmat	