

ERIKOISSAIRAANHOIDON JA PERUSTERVEYDENHUOLLON VÄLINEN TIEDONKULKU SAIRAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖSSÄ

Outi Itkonen
Mari Jaatinen
Pinja Karilainen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



Tekijä(t) ITKONEN, Outi JAATINEN, Mari KARILAINEN, Pinja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.11.2012
	Sivumäärä 45+3	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi ERIKOISSAIRAANHOIDON JA PERUSTERVEYDENHUOLLON VÄLINEN TIEDONKULKU SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖSSÄ		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) HOPIA, Hanna HUUSKOLA, Katri		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden teho-osasto		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden teho-osaston ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen lastenneuvoloiden välistä tiedonkulkua sairaan vastasyntyneen hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kyseisten yksiköiden sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien näkökulma tiedonkulusta. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää yksiköiden välisen tiedonkulun heikkoudet, vahvuudet, mahdollisuudet ja uhat sekä kehittää sairaan vastasyntyneen hoitotyötä. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista menetelmää, jolla saatiin monipuolista tietoa tiedonkulun laadusta.</p> <p>Aiempaa tutkimustietoa kerättiin sairaan vastasyntyneen hoitotyöstä, perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta ja tiedonkulusta terveydenhuollossa. Opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä swot-analyysia. Lastenneuvoloiden terveydenhoitajille lähetettiin saatekirjeen kanssa tyhjä swot-nelikenttälomake, jossa kysyttiin heidän näkemystään tiedonkulkuun liittyvistä vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhista. Vastasyntyneiden teho-osastolle vietiin nelikenttälomakkeita ja palautuslaatikko. Tulokset litteroitiin ja analysoitiin teemoittelemalla.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista tuli ilmi, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen tiedonkulkuun tarvitaan yhteisiä toimintamalleja. Yleiset hoito-ohjeet ja -käytännöt tulisi olla tietojärjestelmässä, johon myös perusterveydenhuollolla on oikeudet. Lisäksi Effica -viestien käyttöä tulisi lisätä. Sähköiseen tiedonkulkuun ei kuitenkaan luoteta sataprosenttisesti, minkä takia puhelimitse sekä kasvotusten tapahtuvaa tiedonvaihtoa pidettiin myös tärkeänä. Yksiköiden työntekijät toivovat tiiviimpää yhteistyötä ja tuntemusta toisen yksikön tekemästä työstä. Säännöllisesti järjestettävät tutustumiskäynnit vastasyntyneiden teho-osastolle, yhteiset koulutuspäivät, kotiutuspalaverit ja kotikäynnit ovat kaikki yhteistyötä edistäviä ja parantavat myös perheelle annettavan tiedon yhteneväisyyttä. Jatkossa voitaisiin kehittää vastasyntyneiden teho-osastolta kotiuttamiseen sopiva kirjaamisen malli sekä yhteiset toimintamallit vastasyntyneiden teho-osaston ja lastenneuvoloiden väliseen tiedonkulkuun ja moniammatilliseen yhteistyöhön.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Tiedonkulku, sairas vastasyntynyt, keskonen, erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, swot-analyysi, tiedonvälitys, moniammatillinen yhteistyö, vastasyntyneiden teho-osasto, lastenneuvola		
Muut tiedot		

Author(s) ITKONEN, Outi JAATINEN, Mari KARILAINEN, Pinja	Type of publication Bachelor's thesis	Date 12112012
	Pages 45+3	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title THE EXCHANGE OF INFORMATION BETWEEN SPECIALIZED MEDICAL CARE AND PRIMARY HEALTH CARE IN THE CARE OF A SICK NEONATE		
Degree Programme Degree programme in Nursing		
Tutor(s) HOPIA, Hanna HUUSKOLA, Katri		
Assigned by The Neonatal Intensive Care Unit, Keski-Suomi District Health Care		
<p>Abstract</p> <p>The exchange of information between the Neonatal Intensive Care Unit of Central Finland Health Care District and the Children's Clinics of the Health-Care Center of Jyväskylä in the care of a sick neonate was examined in this thesis. The purpose was to find out the weaknesses, strengths, opportunities and threats in the exchange of information between these departments and improve the care of a sick neonate. A qualitative method was used in this thesis, which produced diverse data on the quality of exchanging information.</p> <p>Previous research data was collected on the care of a sick neonate, primary care, specialized care and the exchanging of information in health care. In this thesis SWOT-analysis was used as a method of data collection. The nurses from the Children's Clinic were sent a cover letter with a blank SWOT-four-field form, which asked for their views on the exchanging of information with regard to the strengths, weaknesses, opportunities and threats. Four-field forms and a return box were taken to the Neonatal Intensive Care Unit. The results were transcribed and analyzed for themes.</p> <p>The results of this thesis revealed that specialized care and primary health care need common standards of activity when it comes to exchanging information. General treatment guidelines and practices should be in an information system which the primary healthcare sector also has the rights to access. In addition, the usage of Effic messages should be increased. The electronic exchanging of information is not trusted one hundred percent, which is why telephoning and face to face exchange of information was also considered important. The employees of these departments hoped for closer cooperation and understanding of the other unit's work. Regular visits to the Neonatal Intensive Care Unit, joint training days, discharge meetings and home visits would all promote cooperation and also improve the congruence of the information given to the family. In the future a model of booking suitable for discharging from the Neonatal Intensive Care Unit as well as general guidelines for exchanging information and multi-professional cooperation between the Neonatal Intensive Care Unit and Children's Clinics could be developed.</p>		
Keywords Exchange of information, sick neonate, premature baby, specialized medical care, primary health care, swot-analysis, multi professional cooperation, Neonatal Intensive Care Unit, Children's Clinic		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖ	5
2.1 Sairas vastasyntynyt.....	5
2.2 Sairaahan vastasyntyneen hoitotyö erikoissairaanhoidossa	6
2.3 Sairaahan vastasyntyneen hoitotyö perusterveydenhuollossa	8
2.4 Perhe sairaahan vastasyntyneen hoitotyössä	10
3 TIEDONKULKU SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖSSÄ	12
3.1 Tiedonkulun merkitys	12
3.2 Tiedonkulku terveydenhuollossa.....	13
3.3 Tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät	17
3.3.1 Yhteinen potilastietojärjestelmä.....	17
3.3.2 Kirjaaminen	19
3.3.3 Viestintä.....	20
3.3.4 Yhteistyö	22
3.3.5 Toimintamallit.....	24
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
5.1 Tiedonantajat.....	27
5.2 Tiedonkeruu.....	27
5.3 Aineiston analyysi	29
6 TUTKIMUSTULOKSET	31
6.1 Erilaiset tiedonjakokanavat vahvuutena.....	31
6.2 Yhteisten toimintamallien puuttuminen heikkoutena	32
6.3 Sähköinen tiedonkulku mahdollisuutena	33
6.4 Resurssipula uhkana	34
7 POHDINTA	36
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	36

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	37
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	39
LÄHTEET	41
LIITTEET	46
Liite 1. Saatekirje vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajille.....	46
Liite 2. Saatekirje lastenneuvoloiden terveydenhoitajille	47
Liite 3. SWOT -kyselylomake	48

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan tiedonkulkua Keski-Suomen keskussairaalan vastasyntyneiden teho-osaston ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen (jatkossa JYTE) lastenneuvoloiden välillä. Opinnäytetyössä käsitellään syntyessään tehohoitoa vaatineen vastasyntyneen eli keskosen ja sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvää tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tarkoituksena on selvittää yksiköiden välisen tiedonkulun vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Tiedonkulun tärkeyden ymmärtämiseksi on oleellista tunnistaa sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyviä erityispiirteitä sekä haasteita, joita keskosuus samoin kuin muu vastasyntyneen mahdollinen sairaus hoitotyölle ja vastasyntyneen kehityksen tukemiselle ja seurannalle asettaa.

Erikoissairaanhoidosta puhuttaessa viitataan Keski-Suomen Keskussairaalan vastasyntyneiden teho-osastoon, jossa hoidetaan ennen aikaisesti syntyneet eli keskokset ja erikoissairaanhoidon tai tehohoitoa tarvitsevat vastasyntyneet (Vastasyntyneiden osasto 3). Perusterveydenhuolto -käsitteellä puolestaan viitataan JYTE:n neljäntoista lastenneuvolaan. Suurimmassa osassa toimipisteistä on erikseen lastenneuvola ja äitiysneuvola, mutta muutamassa niistä on väestövastuuneuolat. (Neuolat.)

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen millä tahansa hoitotyön saralla, koska tiedonkulun toimivuus vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Vuoden 2011 alusta on ollut käytössä JYTE:n, Seututerveyskeskuksen ja Keski-Suomen keskussairaalan yhteinen potilastietorekisteri. Se sisältää lähes 200 000 keskisuomalaisen potilastiedot. (Keski-Suomessa Suomen suurin Efficat-potilastietojärjestelmä 2011.) Pelkkä sähköisten potilastietojärjestelmien yhtenäistyminen ei riitä vaan myös toimintatapojen tulisi olla eri yksiköissä yhteneväiset. Hoitotyöntekijät käyttävät tietoa päivittäisessä työssään ja

tallettavat sitä tietojärjestelmiin myöhempää käyttöä varten. Hoitotyöntekijä tarvitsee työssään virheetöntä ja oleellista tietoa potilaasta. Tiedon tulisi olla hoitotyöntekijän käytettävissä viiveettä. Tämän vuoksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon hoitoon siirtyvän potilaan tietojen tulisi kulkea yksiköiden välillä saumattomasti ja mahdollisimman nopeasti ja niiden tulisi sisältää potilaan hoitotyön kannalta merkitykselliset asiat. (Saranto 2008, 25.)

Moniammatillisuus tuo tiedonkulkuun omia haasteitaan, jolloin eri yksiköiden olisi hyvä olla jollain tapaa selvillä toistensa työstä. Erikoissairaanhoidossa on yleensä asiantunteva tieto lapsen sairaudesta, kun taas perusterveydenhuollossa on tietoa lapsen sairauden hoidon ja seurannan lisäksi perheen tilanteesta ja voimavaroista sekä paikallisista tukiverkostoista, jotka auttavat perhettä selviytymään arjessa. Tämä opinnäytetyö selventää yksiköiden välistä tiedonkulkua ja antaa kyseisten yksiköiden työntekijöille tietoa siitä, millaista tiedonkulku tällä hetkellä on ja miten sitä mahdollisesti voitaisiin parantaa, jotta palvelukokonaisuudesta tulisi saumattomampi.

2 SAIRAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖ

2.1 Sairas vastasyntynyt

Vastasyntyneiden tehohoito on kehittynyt viime vuosikymmenten aikana ja tämä on johtanut siihen, että yhä pienemmät keskokset selviävät hengissä. Keskoseksi kutsutaan ennenaikaisesti eli ennen raskausviikkoa 37 syntynyttä lasta. Pääsääntöisesti keskokset painavat alle 2500 grammaa. (Metsäranta & Järvenpää 2009.) THL:n tilastoraportin mukaan vuonna 2010 4,5 % kaikista syntyneistä lapsista oli keskosia. Keskoslapsen perheessä valmistautuminen lapsen tuloon hänen syntymähetkellään on vielä kesken. Keskosella voi olla monenlaisia keskosuuteen liittyviä somaattisia ongelmia, joita tutkitaan ja hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Myös keskoslusten jälkiseuranta on järjestetty erikoissairaanhoidosta käsin. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, 212–213.)

Keskoslapsella on suurentunut riski kuolla imeväisiässä tai vammautua pitkäaikaisesti. Yhdellä viidestä keskosena syntyneestä diagnosoidaan ahtauttava keuhkosairaus, joka on tavallisin keskosuudesta johtuva sairaus. Kahdella kolmasosalla eloonjääneistä keskosista ei ole minkäänlaista keskosuuteen liittyvää pitkäaikaissairautta. (Leipälä & Lehtonen 2009.)

Muita syntyessään sairaita ja tehohoitoa vaativia lapsia ovat muun muassa rakenteellista sydänvikaa sairastavat lapset, joita syntyy Suomessa vuosittain n. 550. (Kaarne ym. 2008.) Diagnosoidun kehitysvamman eli esimerkiksi Downin oireyhtymän omaavat lapset vaativat pitkäaikaista seurantaa ja erikoissairaanhoidoa. Suomessa syntyy noin 70 Down-lastaa vuosittain. (Wilska 2010.)

FASD-oireyhtymät vaativat seurantaa välittömästi lapsen syntymän jälkeen. Fetal alcohol spectrum disorders eli sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen aiheuttamat oireyhtymät on yhteinen nimitys kaikille sikiöaikana alkoholille altistuneille ja sen

seurauksena vaurioituneille lapsille. Näille FASD-lapsille on taattava lääketieteellinen seuranta ja hoito muun muassa oireyhtymään liittyvien psyykkisten- ja käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyn vuoksi. (Autti-Rämö 2010.)

Äidin raskaudenaikainen huumeidenkäyttö aiheuttaa aina riskin lapsen terveydelle. Kotiutumisvaiheessa on tärkeää, että synnytyssairaalan, lastensairaalan, neuvolan, ensikodin, lastensuojelun ja vanhempia hoitavan tahon yhteistyö sujuu saumattomasti. (Huumeongelman hoito 2006.)

2.2 Sairaalan vastasyntyneen hoitotyö erikoissairaanhoidossa

Vastasyntyneiden teho-osastolla sairas vastasyntynyt viettää elämänsä ensimmäiset päivät, viikot tai kuukaudet. Teho-osastolla lapsi saa tarvitsemaansa ympärivuorokautista erikoisosaamistasoista hoitoa. (Vastasyntyneiden osasto 3.)

Vastasyntyneiden tehohoidon viimeaikainen merkittävä kehittyminen näkyy erityisesti hoitoympäristössä ja hoitolaitteissa (Field ym. 2005, 26). Tehohoidon kehitys on luonut uusia paineita hoidon tavoitteiden määrittelyyn. Keskeiseksi tavoitteeksi on noussut lapsen mahdollisimman hyvän elämän turvaaminen sekä vauva- ja perhekeskeisyys. (Carter 2006.)

Tehohoidon perustana on äärimmäistä tarkkuutta vaativa lääke- ja nestehoito, joka omalta osaltaan asettaa haasteita hoitotyölle (Korhonen 2006). Lääkityksestä vastaa lääkäri ja lääkehoidon toteuttamisesta osaston hoitohenkilökunta. Lääkehoito on suuri osa sairaalan vastasyntyneen hoitotyötä ja vaatii keskittymistä ja osaamista hoitohenkilökunnalta. Lasta hoidetaan tarvittaessa teho-osastolla hengityskoneessa. (Luukkainen 2011.)

Vastasyntyneen keinot itsensä lohduttamiseen ja kivunlievitykseen ovat rajalliset. Sairaalla ja huonokuntoisella lapsella ei ole energiaa vastustaa ja ilmaista kipua.

Vastasyntyneen kivun tunnistaminen on erityisen hankalaa, koska reaktiot ärsykkeisiin voidaan tulkita virheellisesti. Näistä syistä sairaan vastasyntyneen kivunlievitys on hoitohenkilökunnalle suuri haaste ja jatkuva tutkimusten kohde. (Sailo 2000.)

Sairaana vastasyntyneen hoitotyössä haasteita tuottaa myös ravitseminen. Riittävä ja oikeanlainen ravitseminen on tärkeää lapsen kehityksen kannalta. Vastasyntynyt ei välttämättä pysty imemään sairautensa vuoksi (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009). Tehohoidossa kenguruhoito eli lapsen ja äidin ihokontaktin on todettu edesauttavan imetyksen onnistumista. Etenkin keskoselle kenguruhoito on imemisen harjoitteluun tehokas keino. Jos vastasyntynyt ei vielä itse pysty imemään, annetaan äidinmaito usein nenämahaletkun kautta. (Deuffel & Montonen 2010.) Oman maidon antaminen lapselle on äideille erityisen tärkeää ja he tuntevat pystyvänsä tekemään jotain konkreettista lapsensa hyväksi. Hoitohenkilökunnan tuella on suuri merkitys imetyksen onnistumiseen niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin. Työntekijöillä täytyy olla riittävä tieto- ja taitopohja, jotta he osaavat rohkaista ja neuvoa vanhempia imetykseen liittyvissä ongelmissa. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009.)

Ennen erityisseurantaa tarvitsevan lapsen kotiutumista on varmistettava, että neuvolassa tiedetään tällaisen lapsen kotiutumisesta. On tärkeää, että lapsen lääkityksestä, ravitsemuksesta, kuntoutustarpeesta ja jatkoseurannasta saadaan neuvolaan tarpeeksi tietoa. Esimerkiksi pikkukeskosien seuranta yksityiskohtineen suunnitellaan jo sairaalassa. Joillakin lapsilla on rajoituksia tai erillisohjeita liittyen ravitsemukseen ja lääkitykseen ja on varmistettava, että tieto kulkeutuu neuvolaan kokonaisuudessaan. (Korhonen 2010.) Lapsen kotiutuminen toteutetaan aina yksilöllisesti ja siihen vaikuttaa suuresti myös vanhempien valmiudet hoitaa vauvaa kotona. Vanhemmat saavat osastolla ohjausta vauvan hoitoon ja mahdolliseen lääkitykseen. Joillekin perheille voidaan ehdottaa erikoissairaanhoidon vauvaperhetyötä kotiutumisen tueksi. Vauvaperhetyö on kotona tehtävää ammatillista

vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemista. Vauvaperhetyöntekijä on tuttu vauvalle ja perheelle jo sairaalahoidon ajalta ja näin perheelle syntyy tunne, että heillä on tuttu ihminen auttamassa alkuun vauvan hoidossa kotioloissa. Vauvaperhetyöntekijän ja neuvolan terveydenhoitajan on hyvä tehdä yhteistyötä, jotta perheen saamat neuvot ovat mahdollisimman yhteneväisiä. (Korhonen 2003.)

2.3 Sairaana vastasyntyneen hoitotyö perusterveydenhuollossa

Lastenneuvolassa sairaana vastasyntyneen hoitotyö keskittyy lapsen sosiaalisen, fyysisen ja psyykkisen kehityksen seurantaan sekä perheen tiedolliseen ja henkiseen tukemiseen niin määräaikaistarkastuksissa kuin myös lisä- ja kotikäyntien muodossa (Korhonen 2010). Jokaisessa lastenneuvolassa tulee olla omat ohjeistukset siitä, miten sairaana vastasyntyneen hoitotyön menetelmät, vastuuhenkilöt, työnjako, mahdollinen lisäkoulutus ja hoitopolut toteutuvat kyseisessä neuvolassa. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, 211.)

Sairaana vastasyntyneen kohdalla kehitystä seurataan usein neuvolan lisäksi myös erikoissairaanhoidon puolella, mikä vaatii tiivistä yhteistyötä ja tiedonjakoa yksiköiden välillä (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, 218). Keskoslasta seurataan korjattujen kasvukäyrien mukaisesti aina kahteen ikävuoteen asti ja näköä, kuuloa sekä psykomotorista kehitystä seurataan täysiaikaista vauvaa tarkemmin (Armanto & Koistinen 2007, 302–303). Lievien neurologisten vammojen tunnistaminen on neuvoloiden vastuulla, kun taas vakavammat vammat tunnistetaan erikoissairaanhoidossa. Keskoslapsen päänympärystä mitataan tarkasti, sillä siihen liittyvät poikkeamat ennustavat kehitysongelmien mahdollisuutta. Kotiutumisen jälkeen on suositeltavaa käydä punnitsemassa paino neuvolassa aluksi viikoittain. Tarvittaessa terveydenhoitaja voi konsultoida esimerkiksi erikoissairaanhoidon lastenendokrinologia, jos keskoslapsen suhteellinen pituus on vielä kahden ikävuoden tienoilla alle korjattujen kasvukäyrien. (Korhonen 2010.)

Keskoslasten lisäksi myös diagnosoidun kehitysvamman (mm. Downin oireyhtymä) omaavien lasten kehitystä ja kasvua seurataan hieman normaalista poiketen. Pituuden seurantaan on määritelty omat standardikäyrät, painoa taas seurataan normaalien käyrien mukaan. Neuvolassa Downin oireyhtymän omaavien lasten kohdalla on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota vanhempien ravitsemus- ja liikuntaneuvontaan heti lapsen syntymästä asti, sillä heillä on suurempi ylipainoisuusriski terveeseen lapseen nähden. Down-lapsilla kehityksen eteneminen viivästyy, mikä näkyy esimerkiksi puheen tuotossa ja kävelyn oppimisessa. (Downin oireyhtymä 2010.)

Edellä mainittujen lisäksi FASD -lasten kohdalla kasvun seurantaan kiinnitetään huomiota, sillä kyseisen oireyhtymän omaavilla lapsilla esiintyy usein kasvun hidastumista. Pienipäisyys voi viitata keskushermoston kehityshäiriöihin, mikä näkyy myöhemmin muun muassa keskittymiskyvyssä sekä puheen, kuulon ja näön kehityksessä. (Autti-Rämö 2010.)

Kehityksen seurannan lisäksi lastenneuvoloiden terveydenhoitajat toimivat tiedonantajina ja ohjeistavat perheitä lapsen hoidossa niin suullisesti kuin kirjallisesti (Mattila 2004). Kuten jo edellisessä luvussa mainittiin, yleensä ohjeistus on aloitettu erikoissairaanhoidon puolella ja lastenneuvoloissa tietoa täydennetään. (Armanto & Koistinen 2007, 301–302.) Rokotukset annetaan normaalisti kansallisen rokotusohjelman mukaan aivan kuten terveinä syntyneille lapsille. Sairaana vastasyntyneen sairastavuuteen tulee kiinnittää neuvolassa erityistä huomiota, sillä poikkeavan immuunipuolustusjärjestelmän takia alttius hengitystieinfektioille ja astmalle on yleistä keskosena syntyneillä ja Downin oireyhtymän omaavilla lapsilla. (Korhonen 2010; Downin oireyhtymä 2010.) Yksilöllisen tiedollisen tuen takaamiseksi lastenneuvoloiden terveydenhoitajien tulee tehdä yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa, jotta pystytään tarjoamaan perheille mahdollisimman joustavaa, ajantasaista sekä moniammatillista tietoa (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, 50–51).

2.4 Perhe sairaan vastasyntyneen hoitotyössä

Sairaana vastasyntyneen syntyminen perheeseen on aina suuri muutos ja vaikuttaa näkyvästi perheen normaaliin arkeen. Tällainen elämänmuutos kuormittaa perheen voimavaroja. Perhe voi omalla toiminnallaan vahvistaa voimavarojaan, mutta ulkopuolisten ihmisten apu on usein tarpeen. Hoitohenkilökunnan parhaat keinot voimavarojen vahvistamiseksi ovat tietoisuutta ja toiminnallisia valmiuksia lisäävät menetelmät. Voimavarojen vahvistaminen sisältää tuen tarjoamisen, merkityksellisen tiedon antamisen sekä kuuntelemisen. Perusehtoina voimavaroja vahvistavalle hoitotyölle voidaan pitää kommunikoinnin ja yhteistyösuhteen luottamuksellisuutta, tunnetta kuulluksi tulemisesta, vanhempien osallistumista hoitoon sekä yhteisesti sovittuja tavoitteita. Tärkeimpänä nousee esille sujuva yhteistyö vanhempien ja hoitohenkilökunnan välillä. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 202-207.) Ulaskan (2009) mukaan perheen kohtaamista voi kuitenkin vaikeuttaa erilaiset kulttuuriset erot ja huomattavimpana asiana yhteisen kielen puuttuminen.

Perhehoitotyöstä tehdyn opinnäytetyön (Ulaska 2009) mukaan vanhemmat mieluiten etsivät tukea tilanteeseensa lähipiiristä. Perheiden tuen tarve koetaan suurempana kuin mitä he voivat läheisiltään saada ja tuen tarve tunnistetaan usein myöhään. Opinnäytetyössä olennaisiksi asioiksi perhehoitotyössä nousevat perheen tarpeet, odotukset ja toiveet sellaisina kuin perhe itse ne kokevat. Perhe toimii myös päätöksentekijänä sen jäseniä koskevissa asioissa.

Hoitohenkilökunnan tulee tukea vanhempia ja rohkaista heitä lapsensa hoitoon osallistumiseen. Uuden käytännön mukaan vanhemmat ovat yhä suurempi osa vastasyntyneen hoitotiimiä. Perhelähtöinen hoitotyö edellyttää hoitohenkilökunnalta ohjaavaa työskentelytapaa. Jo teho-osastolla tulee kiinnittää huomiota siihen, että lapselle ja vanhemmille suodaan aikaa yhdessä sekä mahdollistetaan rauhallinen

ilmapiiri ja ihokontakti lapsen voinnin mukaan. (Lehtonen 2009.) Hoitoyhteisön tehtävänä on hyväksyvän ja turvallisen ilmapiirin luominen osastolle sekä toivon ylläpitäminen. (Arsola, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2004, 401-428.) Hoitotyöntekijöiden välisen raportoinnin lisäksi on erittäin tärkeää, että tieto lapsen voinnista välittyy myös vanhemmille. Heille tulee kertoa lapsen hoidosta ja mahdolliseen sairauteen liittyvistä asioista mahdollisimman varhain ja monipuolisesti. On myös huomioitava, että vanhemmille suodaan kiireetöntä aikaa esittää kysymyksiä lapsen hoitoon liittyen.

Perhehoitotyöstä puhuttaessa on luontevaa tarkastella varhaista vuorovaikutusta ja siten turvallisen kiintymyssuhteen muodostumista. Varhainen vuorovaikutus tutkitusti lisää vauvan hyvinvointia ja edesauttaa suotuisaa kehitystä syntymästä lähtien (Silvén 2010). Hoitotyöntekijöiltä edellytetään riittäviä tietoja ja taitoja vuorovaikutuksen tukemiseen.

Korhosen (2003) mukaan äidit kaipaisivat enemmän tietoa keskosuuden vaikutuksista lapsen kehitykseen sekä konkreettisia neuvoja lapsen motorisen kehityksen tukemiseen. Äidit kokivat neuvolasta ja sairaalasta saadut tiedot puutteellisina ja ristiriitaisina. Vanhemmat eivät myöskään tienneet kenen puoleen kääntyä lasta koskevissa asioissa. Tällaiset asiat tulisi miettiä yhdessä vanhempien kanssa hyvissä ajoin ennen lapsen kotiutumista. Ne on myös tärkeä ottaa esille erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen tiedonkulun toimivuutta tarkastellessa.

3 TIEDONKULKU SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Tiedonkulun merkitys

Tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tapahtuu niiden välisen viestinnän ja kommunikoinnin avulla. Tiedonkulun rinnakkaistermeiksi on määritelty *organisaatioviestintä, tiedonsaanti, tiedonvälitys, tiedotus, tietojenvaihto, tietojenluovutus ja viestintä* (Yleinen suomalainen asiasanasto). Viestintä on viestimistä, tiedottamista, tiedonvälittämistä ja kommunikaatiota (Suomisanakirja).

Tiedolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaan vastasyntyneen ja keskosien hoitotyöhön liittyvää tietoa, mikä siirtyy hoitovastuun mukana erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Yleensä se sisältää tietoa potilaan sen hetkisestä terveydentilasta, viimeaikaisista muutoksista, jatkuvasta hoidosta ja potilaan tilassa mahdollisesti tapahtuvista muutoksista ja komplikaatioista (Communication during patient hand-overs 2007). Tietoa tarvitaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (Kurjenniemi & Oksman 2006, 12).

Hoitotyön laadun määrittelyssä painotetaan potilaan näkökulmaa. Hoitotyön laadunhallinnan tulee näkyä hoitotyöntekijöiden jokapäiväisessä työssä. (Kerttunen, Korjonen, Kurtti & Paasovaara 2008, 26). Organisaation johdolla on vastuu siitä, että työolosuhteiden puitteissa potilaiden laadukas ja turvallinen hoito on toteutettavissa (Kurronen 2011, 11). Tiedonkulun näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että hoitajilla on taitoa, aikaa ja välineitä panostaa tiedonkulkuun ja käyttää tietojärjestelmiä tilanteen vaatimalla tavalla (Saranto ym. 2008, 190).

Tiedonkulun katkokset ovat merkittävä potilasturvallisuutta vaarantava tekijä (Seppänen 2009, 15). Jopa 70 %:n vaaratapahtumista on arvioitu johtuvan kommunikaatio-ongelmista, joita on erityisesti eri ammattiryhmien välillä (Kurronen

2011, 19; Kinnunen & Peltomaa 2009, 86). Tiedonkulun sujuvuus parantaa potilasturvallisuuden lisäksi myös henkilökunnan turvallisuutta ja helpottaa hoitotyötä (Kinnunen & Peltomaa 2009, 87).

3.2 Tiedonkulku terveydenhuollossa

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä tiedonkulusta on viime vuosina tehty jonkin verran tutkimuksia. Myös sairaalan sisäistä tiedonkulkua potilaan siirtyessä osastolta toiselle on tutkittu. Koska tiedonkulussa on suureksi osaksi kyse hoitotyöntekijöiden kommunikaatiosta ja viestinnän sujuvuudesta, voidaan olettaa että monet piirteet ovat samankaltaisia niin iäkkään potilaan hoitotyöhön liittyvässä tiedonkulussa kuin myös sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvässä tiedonkulussa.

Useissa tutkimuksissa tiedonkulun ongelmia lisääviksi tekijöiksi on noussut hoitotyöntekijöiden kiire, henkilöstöpula, henkilöstön vaihtuvuus, tiedon ja taidon riittämättömyys sekä huonot yhteistyö- ja kommunikaatiotaidot (Kurronen 2011, 20; Communication during patient hand-overs 2007). Tutkimuksissa ilmenneet erillisiin potilastietorekistereihin liittyvät ongelmat on tässä opinnäytetyössä jätetty huomiotta.

Australialaisessa kirjallisuuskatsauksessa traumapotilaiden tietojen siirrosta nousi esiin potilaan monivammaisuuden ja työntekijöiden moniammatillisuuden vaikutus tiedonkulkua heikentävinä tekijöinä. Yksiköiden välisessä tiedonkulussa myös tiedon jäsentymättömyys loi haasteita. Hoitotyöntekijöiden mielestä hoidon koordinointi oli huonoa ja monimutkaisissa tilanteissa tapahtui viestintävirheitä. Potilaan siirtyessä toiseen yksikköön, ongelmia aiheuttivat raportin rauhattomuus ja häiriötekijät, rakenteisen mallin puute, kommunikointiongelmat ja näyttöön perustuvan tiedon puute. Suullisen tiedonkulun ongelmana nähtiin suurempi mahdollisuus tiedonkulun aukoille ja tiedon mahdolliselle häviämislle. Suullisesti myös siirrettiin enemmän epäoleellista tietoa kuin kirjaamalla. Hoitajat olivat kiinnostuneita parantamaan

kirjaamisen laatua, mutta heiltä puuttui siihen tarvittavaa tietoa ja taitoa. Yleisimmäksi tiedonkulun ongelmaksi kirjallisuuskatsauksessa nousi rakenteisen mallin puute ja ymmärtämättömyys toisen roolista sekä odotuksista siirtymätilanteessa. (Calleja, Aitken & Cooke 2011.)

Woods ym. (2010) tutkivat lapsipotilaiden potilasturvallisuutta Chicagolaisissa sairaaloissa. Henkilökunnalle annettiin mahdollisuus esittää omia parannusehdotuksia potilasturvallisuuden lisäämiseksi. He kokivat, että tietotekniikan hyödyntäminen ja elektroniset potilaskertomukset olivat yksi tärkeä vaikuttaja potilasturvallisuudessa. Myös viestinnän merkitys tuli esille. He kokivat, että viestintä potilassiirroissa, tiimityö sekä neuvottelut voisivat parantaa potilaiden turvallisuutta. Parannettavaksi kohdaksi koettiin myös reflektio omasta ja toisten työstä eli tiedollisten aukkojen tiedostaminen. (Kurronen 2011, 17.)

Dokumentointi, kommunikointi potilassiirroissa ja tiedon jakaminen ovat aiheuttaneet huolta myös Briteissä. Brittiläinen The National Patient Safety Agency on tunnistanut kommunikaatio-ongelmat tärkeäksi haittatekijäksi potilaiden laadukkaassa hoidossa. Erityisesti epäselvä dokumentointi ja epävarma raportointi nähdään tiedonkulkua heikentävinä tekijöinä. Myöhässä saatu tai puutteellinen tieto potilaasta voi vaarantaa potilaan hoidon. (Casey & Wallis 2011.)

Espoossa kehitettiin hankkeena vuosina 2006 - 2009 pitkäaikaissairauksien hoitomalli Wagnerin (1998) Chronic Illness Care Modelin pohjalta. Hankkeessa keskityttiin sepelvaltimotaudin hoitoprosessiin ja sen hoitoketjun saumattomuuden parantamiseen. Hankkeessa selvisi, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sen hetkinen tiedonkulku ja kommunikaatio olivat puutteellisia. Niiden väliltä puuttui tarvittava vuoropuhelu eikä jatkohoitoon ohjaaminen erikoissairaanhoidosta ollut järjestelmällistä. Perusterveydenhuollosta puuttui toimintamalli ja hoitajat kokivat epävarmuutta omista valmiuksistaan hoitaa sepelvaltimotautipotilaita. Potilaille tilanne

aiheutti epävarmuutta eivätkä he kokeneet saavansa perusterveydenhuollosta tarvitsemaansa hoitoa ja tukea. (Suurnäkki, Leppäkoski & Pellikka 2010, 31.) Hoidon laatu huononee, kun tiedon välittyminen eri toimijoiden välillä ei ole tarpeeksi nopeaa, tarkkaa ja ymmärrettävää (emt., 44).

Espoon kehittämä malli sisältää selkeän ammattilaisten välisen työnjaon: mitä tekee erikoissairaanhoidon ja mitä perusterveydenhuolto. Ammattilaisilla on omat vastuutehtävänsä eri hoidon vaiheissa. (Suurnäkki ym. 2010, 33.) Hankkeessa kehitettiin erikoissairaanhoidon käyttämä sepelvaltimotautipotilaan jatkohoidon ohjauslomake, joka täytetään potilaskohtaisesti ja toimitetaan jatkopaikkaan (emt., 37). Hoitomallin koettiin selkiyttäneen ammattilaisten työnjaon, jäsentäneen työn rakenteen paremmin ja parantaneen ajan käyttöä (emt., 41). Yksi tärkeä mallin selkeyttämä asia oli se, kuinka tieto kulkee erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon (emt., 44).

Kerttunen, ym. (2007) kuvasivat opinnäytetyössään tiedonkulkua Hyvinkään terveydenhuollon potilassiirroissa erikoissairaanhoidon vuodeosastolta perusterveydenhuollon vuodeosastolle. Opinnäytetyössä nousi esille kirjallisen ja suullisen raportoinnin kehittämisen tarve. Yhteistyö ja yhteisten periaatteiden sopiminen parantaisivat saumatonta hoitoa ja säästäisivät aikaa. Erikoissairaanhoidossa lääkärin tarkastus on usein juuri ennen siirtoa ja hoitotyöntekijä joutuu tekemään siirtoilmoituksen ja kotiutuspaperit kiireessä. Lääkärintarkastuksen aikaistamisella voitaisiin luoda potilaiden omahoitajille lisää aikaa panostaa potilaan siirtoon. Erityisesti osastolääkityksen ja kotilääkityksen ajantasaistaminen nähtiin tärkeänä ja tarkistussoittoja vähentävänä tekijänä. Siirtoilmoituksen tulee sisältää tietoa potilaan yleisvoinnista, ravitsemuksesta, apuvälineistä ja liikkumisesta. Jos siirtoilmoituksen tekee joku muu kuin potilaan omahoitaja, tiedot saattavat jäädä puutteellisiksi. Kirjausten puutteellisuus aiheutti päällekkäistä työtä, kun erikoissairaanhoidossa tehdyistä tutkimuksista ei ollut selkeää merkintää, minkä vuoksi ne tehtiin myös perusterveydenhuollossa. (Kerttunen ym. 2008, 26–27.)

Pöyry & Perälä (2003) tutkivat yli 65-vuotiaiden potilaiden sairaalasta kotiuttamisen yhteydessä tapahtuvaa kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välistä tiedonkulkua. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kotihoidon työntekijät kokivat, että heidän saamansa tiedot olivat riittämättömät erityisesti asiakkaan psykososiaalisesta tilasta, omaisen tilanteesta sekä sairaalassa toteutetusta hoidosta. (Salmelainen 2008, 34.)

Vuonna 2002 tehdyssä tutkimuksessa (Gripenberg-Gahmberg, ym. 2004) tutkittiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua Länsi-Uudenmaan ja Lohjan sairaanhoitoalueilla. Tulokset osoittivat, että tiedonkulun ongelmallisuus tuli esille erityisesti, kun potilasta hoidettiin kummassakin yksikössä päällekkäin. 90 % hoitotiivistelmän kirjoittaneista erikoissairaanhoidon työntekijöistä oli sitä mieltä, että siinä oli riittävästi tietoa. Perusterveydenhuollossa koettiin, että hoitotiivistelmien sisältö oli usein puutteellinen heidän tarpeisiinsa. Tutkimustulos osoitti sen, että tiedon tarpeet ovat erilaiset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Niin läheteissä kuin hoitotiivistelmissäkin olisi hyvä miettiä vastaanottavan tahon tiedontarvetta. (Kurjenniemi & Oksman 2006, 13.)

Vähäaho (2001) tutki hoitotiivistelmien tiedonkulkua ja syitä sen ongelmiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tutkimuksessa selvisi, että potilaan hoitoon liittyviä tietoja ei lähetetty automaattisesti yksiköiden välillä. Tiedonkulku oli usein potilaan tehtävänä. Yhteisessä potilastietorekisterissä erikoissairaanhoidon hoitotiivistelmä on potilaan luvalla heti nähtävissä perusterveydenhuollossa, mutta jos erikoissairaanhoidosta ei informoida uusista hoitotiedoista, ne jäävät helposti huomaamatta. Tutkimuksessa ilmenivät myös hoitovastuuseen liittyvät ongelmat. Koordinaatiovastuu eli kuka koordinoi potilaan tarvitsemat palvelut oli epäselvä, minkä vuoksi hoidon saumaton yhteistyö ei sujunut. Hoitotiivistelmän tietosisältö oli heikkoa ja sen arvoa heikensivät ongelmat tiedon perille menossa. (Salmelainen 2008, 33.)

3.3 Tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät

3.3.1 Yhteinen potilastietojärjestelmä

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on käytössä sähköisessä muodossa oleva yhteinen potilastietorekisteri JYTE:n ja Keski-Suomen Seututerveyskeskuksen kanssa (Potilaan tietosuojaoikeudet 2012). Potilastietorekisteriä käytetään Effica - potilastietojärjestelmän avulla. Yhteisellä potilastietorekisterillä tarkoitetaan sitä, että potilaskertomuksen saatavuus ja käytettävyys ylittää organisaatorajat ja näin ollen tiedonkulku tehostuu (Saranto ym. 2008, 97, 173).

Terveydenhuollossa tiedonkulun yleisimmät sähköiset lomakkeet ovat lääkärin laatimat todistukset, läheteet ja hoitopalautteet sekä hoitotiivistelmät eli epikriisit (Salmelainen 2008, 32). Erikoissairaanhoito kirjoittaa hoitjakson päätteeksi hoitotiivistelmän. Potilastietojärjestelmässä sairaan vastasyntyneen hoitoa koskeva tiivistelmä on nimellä erikoissairaanhoidon palaute (ESAPAL). Se on luettavissa myös perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollosta tieto kulkee erikoissairaanhoitoon usein läheteiden välityksellä. (Kurjenniemi & Oksman 2006, 13.)

Sähköisten potilastietojärjestelmien tavoite, on että potilaan saumaton hoito on helposti toteutettavissa ja virheille jää mahdollisimman vähän tilaa. Yhteinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa eri ammattiryhmien kirjaamisen samaan potilaskertomukseen. Kerran kirjattu tieto on saman tien kaikkien käytettävissä (Saranto ym. 2008, 149). Kustannustehokkuutta tulee päällekkäisten toimien vähentymisestä ja perusterveydenhuollon mahdollisuudesta konsultoida erikoissairaanhoitoa sähköisesti ja välttää turhia potilasläheteitä erikoissairaanhoitoon (emt., 152).

Potilastietojärjestelmien potilaskertomukset sisältävät yleensä potilaan hoito- ja tutkimustiedot sekä mm. läheteet, hoitotiivistelmät, ajanvaraustiedot ja

tutkimustulokset (Potilaan tietosuojaoikeudet 2012). Potilaskertomuksen yhteiskäyttö edellyttää, että potilaita on informoitu yhteisestä potilastietorekisteristä ja annettu mahdollisuus kieltää tietojensa luovutus. (L30.12.2010/1326.) Kielto tehdään jokaisen toimintayksikön tiedoista erikseen kirjallisella lomakkeella (Potilaan tietosuojaoikeudet 2012). Potilasasiakirjasta tulee selvittää, onko potilas saanut informaation rekisteristä ja mahdollisuudesta asettaa tietojen luovutuskielto (L30.12.2010/1326).

Potilaskertomuksen tietoja tulee käyttää vain potilaan hoitoon vaadittavassa laajuudessa. Potilasasiakirjan tiedot on laissa määritelty arkaluontoisiksi ja salassa pidettäviksi. Jokainen potilastietorekisteriin pääsevä työntekijä sitoutuu noudattamaan sairaanhoitopiirin tietosuojaperiaatteita. Erikoissairaanhoidon kotiutusvaiheessa lääkäri vielä kysyy suullisen luvan hoitotietojen lähettämiseen potilaan hoidosta vastaavaan neuvolaan. Potilaan turvallinen hoito edellyttää tietojen nopeaa siirtymistä jatkossa potilasta hoitavalle yksikölle. (Potilaan tietosuojaoikeudet 2012.)

Vaikka yhteinen tietojärjestelmä vahvistaa tiedonkulkua huomattavasti, tietojärjestelmä voi toimia välillä myös sitä heikentävästi. Päivitysten yhteydessä tietojärjestelmä saattaa kaatua pitkiksikin ajoiksi. Edelleen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tietojärjestelmien välillä on aukkoja, jotka heikentävät niiden välistä tiedonkulkua. Efficia - potilastietojärjestelmässä erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijöiden osastojakson kirjaukset tehdään Whoike - ohjelmaan, mikä ei ole käytettävissä perusterveydenhuollon terveydenhoitajilla. (Kurronen 2011, 33.) Sähköiset potilasasiakirjat on rakennettu niin, että niiden rakenteisuuden ja otsikoinnin on tarkoitus helpottaa moniammatillisessa työssä tarvittavan tiedon löytymistä (Saranto ym. 2008, 96-97). Kirjaamisen laadulla on kuitenkin suuri merkitys tietojärjestelmien hyödynnettävyydessä.

3.3.2 Kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamista on pyritty systematisoimaan ja yhdenmukaistamaan rakenteistamalla sitä. Rakenteistamisella tarkoitetaan sitä, että tieto jäsennetään potilastietojärjestelmiin. Kirjaamisessa pyritään käyttämään mielekästä ja jatkohoitoon soveltuvaa termistöä. (Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti 2004, 57; Saranto ym. 2008, 66.) Eri ammattiryhmillä on erilaisia kirjaamistapoja. Omassa työyksikössä voidaan käyttää sovitusti esimerkiksi tiettyä symbolia merkitsemään jotain asiaa, mutta symbolin merkitys on muille yksiköille tuntematon. Järjestelmissä on myös päällekkäisiä merkintöjä eikä toisen ammattiryhmän kirjauksia pystytä hyödyntämään niin hyvin kuin toivottaisiin. (Saranto ym. 2008, 72-73.)

Perusterveydenhuollon hoitotyön kannalta tietojen puutteellinen kirjaaminen ja tiedonkulun riittämättömyys ovat tulleet esille useissa tutkimuksissa. Esimerkiksi potilaan on usein itse siirrettävä tietoa mukanaan, jolloin tiedon luotettavuus vaarantuu. (Kurjenniemi & Oksman 2006, 14.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivuilla on kaavio, missä kuvataan hoitotiivistelmän tietosisältöä. Lääkärin tekemästä hoitotiivistelmästä tulisi selvittää hoitajaksoon liittyvät oleelliset asiat sekä jatkohoidon suhteen mahdollisimman tarkat tavoitteet ja toimintamalli ongelmatilanteissa. Hoitotiivistelmän tulisi sisältää myös selkeät tiedot potilaan jatkohoidon ja seurannan toteuttamisesta sekä tietoa hänen sen hetkisestä tilastaan (Kurjenniemi & Oksman 2006, 17). Tämän lisäksi HUS:in tapoihin kuuluu lähettää erikseen hoitotyön/erityistyöntekijän yhteenveto, missä keskitytään enemmän hoitotyön näkökulmaan. (Hyvän lähetteen ja hoitopalautteen tietosisältö 2010.) Se sisältää yleensä hoitajakson aikaiset potilaan hoidon tarpeet, hoitotyön diagnoosit, hoitotyön toiminnot sekä tulokset ja tavoitteet jatkohoitoon (Saranto ym. 2008, 78).

Jos erikoissairaanhoidosta lähetetään ainoastaan lääkärin laatima epikriisi eli hoitotiivistelmä, jää hoitotyön näkökulma helposti huomioimatta. Sairas vastasyntynyt

siirtyy neuvolassa ensisijaisesti terveydenhoitajan asiakkaaksi, jolloin lääketieteellisen näkökulman lisäksi myös hoitotieteellinen näkökulma on tärkeä. Neuvolassa lapsi ja perhe tapaavat lääkäriä vain neljä kertaa ennen kouluikää (5vk, 8kk, 1,5v., 4v.) (Mäki ym. 2011, 14).

Sähköinen kirjaaminen vähentää inhimillisten virheiden määrää, mutta silti niitä tapahtuu. Kurrosen tutkielmassa tuli ilmi, että potilaille oli vahingossa kirjattu esimerkiksi väärä tutkimuspäivämäärä kutsuun. Myös lääkelistan päivittäminen potilaan kotiutuessa unohtui usein kiireen keskellä tai se saattoi olla ristiriidassa esimerkiksi hoitotiivistelmään kirjatun lääkelistan kanssa. Ympäristön häiriötekijöiden koettiin lisäävän raportointi- ja kirjaamisvirheitä. (Kurronen 2011, 30-38.)

Perheen merkitys sairaan vastasyntyneen hoidossa on kiistaton. Myös kirjaamisessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota perhekeskeiseen hoitotyöhön ja siihen, millaisia voimavaroja perheessä on. Hoitotyön suunnitelmassa huomioidaan perhe kokonaisuutena. Menetelmiin kirjataan, kuinka esimerkiksi vanhempia tuetaan osallistumaan lapsensa hoitoon tai kuinka heitä autetaan jaksamaan raskaassa tilanteessa. Tällöin perhehoitotyö toteutuu parhaiten ja perheen merkitys sairaan vastasyntyneen hyvinvoinnille on selkeä riippumatta hoitopaikasta. Tieto perheen tilanteesta ja voimavaroista siirtyy vastasyntyneiden teho-osastolta neuvolaan eikä perheen kanssa tarvitse aloittaa alusta tilanteen kartoitusta. (Hopia, Hovikoski & Schildt 2007, 100-108.)

3.3.3 Viestintä

Hoitotyöntekijöiden työhön kuuluu päivittäin suullista ja kirjallista viestintää. Tämän vuoksi hoitotyöntekijöiden oletetaan olevan taitavia viestinnässä ja vuorovaikutustilanteissa. Toimiva viestintä on yksiköiden välisen tiedonkulun

mahdollistaja. Tutkimusten mukaan hoitajien kommunikaatiotaidoissa olisi vielä paljon parannettavaa. (Mäkitalo 2006, 4.)

Sähköisen kirjaamisen ja yhteisten potilastietojärjestelmien käyttöönoton jälkeen suullisen raportoinnin merkitys hoitotyössä on vähentynyt. (Ruuskanen 2007, 58.) Suullisesti tapahtuvalla vuorovaikutuksella voidaan kuitenkin saavuttaa hyviä tuloksia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä tiedonkulussa. Kun erikoissairaanhoidon sairaanhoitaja ja perusterveydenhuollon terveydenhoitaja keskustelevat lapsen hoidosta dialogisesti, on kummallakin mahdollisuus oppia uutta ja tuottaa tilanteeseen yhdessä uusia ratkaisuja. (Mäkitalo 2006, 4-5.)

Dialogilla eli vuoropuhelulla tarkoitetaan osallistujien yhdessä ajattelua. Raportoinnin ei siis tarvitse olla monologista selvitystä potilaan tilanteesta vaan dialogissa keskeistä on keskustelijoiden tasa-arvoisuus ja toisen ammattitaidon arvostus. Tuloksena pyritään pääsemään yhteiseen ymmärrykseen tilanteesta. Asioista ei tarvitse olla samaa mieltä, mutta lopputuloksen olisi tyydyttävä kaikkia osapuolia (Mäkitalo 2006, 57). Vuorovaikutuksen kautta tapahtuva tiedonhankinta lisää ammatillista oppimista. Dialoginen yhteistyö parantaa myös työhyvinvointia ja hoitotyöntekijöiden uskoa ratkaisujen löytymiseen. (Väistö & Häkkinen 2007, 9.)

Hiljainen tieto on työssä opittua tietoa ja se on jokaisella yksilöllinen. Hiljainen tieto on äänetöntä, minkä vuoksi sen kirjaaminen on vaikeaa. Terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien työssä teoreettinen ja hiljainen tieto yhdistyvät ja näkyvät käytännön työssä. Hiljainen tieto jaetaan tekniseen ja kognitiiviseen ulottuvuuteen. Tekninen ulottuvuus kattaa tekniset taidot ja rutiinit, kun taas kognitiivinen tieto on tärkeä osa hoitotyön ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa. (Linturinne 2008, 6-8.) Hiljaisen tiedon siirtyminen erikoissairaanhoidon sairaanhoitajilta perusterveydenhuollon terveydenhoitajille parantaisi hoitotyön laatua (Saranto ym. 2008, 22-23). Mutta kuinka hiljainen tieto saadaan välittymään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon?

Hiljaista tietoa on mahdollista ulkoistaa reflektion avulla eli hoitotyöntekijä asettaa oman toimintansa kyseenalaiseksi ja pohtii sen toimivuutta. Näin hoitotyöntekijälle ehkä itsestäänselvyyksiksi muodostuneet toimintatavat ja niissä käyttämä kokemuksen kautta tullut tieto tulevat hänelle itselleen näkyviksi. Tällöin hyviksi havaittuja toimintatapoja ja tietoa on helpompi myös siirtää muille. (Saranto ym. 2008, 22-23.)

Paloniemi (2008) on tutkinut hiljaisen tiedon jakamista työyhteisöissä. Hiljaisen tiedon jakamisen tilanteita voivat olla esimerkiksi yhteiset kokoukset, yhteiset koulutustilaisuudet ja erilaiset yhteistyöverkostot. Hiljaisen tiedon siirtyminen vaatii onnistunutta vuoropuhelua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työntekijöiden välillä. (Linturinne 2008, 6-8.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitotyöntekijöiden tietotekniset ja verkostotyössä vaadittavat taidot ovat puutteelliset. (Heinonen 2007, 29.) Verkostomaisen yhteistyön ongelmiksi koetaan ajanpuute, kiire, puhelinruuhkat ja henkilöstön puute. Hoitohenkilökunnan motivaatio verkostotyön menetelmien opettelemiseen ja käyttämiseen on suoraan verrannollinen haluun jakaa omaa osaamistaan muiden hyödyksi. Verkostoneuvottelu-osaamisen ja tietotekniikan taitoihin kaivataan lisäkoulutusta. (Emt., 30.)

3.3.4 Yhteistyö

Lastenneuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien työaika on rajallinen eikä heidän useinkaan ole mahdollista tutustua sairaan vastasyntyneen sairauden lääketieteelliseen tietoon syvällisesti. Erikoissairaanhoidon kanssa tehtävä yhteistyö on tärkeää laadukkaan hoidon jatkuvuudelle. (Lauri 2007, 130-131.)

Tiedonkulku ja yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä kulkevat

käsi kädessä. Jos yhteistyölle on hyvät edellytykset, myös tieto kulkee usein sujuvammin. Vastasyntyneiden teho-osaston ja lastenneuvolan yhteistyötä edistävät samankaltaiset tavoitteet. Kummassakin yksikössä tavoitellaan hyvää ja laadukasta sairaan vastasyntyneen hoitoa. Jos yksiköt eivät tunne toistensa tekemää työtä tai työtapoja, yhteistyön edellytykset eivät toteudu ja jatkohoitoon siirryttäessä tulee usein ongelmia. Säännöllinen yhteydenpito esimerkiksi yhteispalavereissa edistää yhteistyötä ja sitä myöten myös tiedonkulkua (Pitkälä 2006, 26-27.)

Sairaana vastasyntyneen hoitotyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön tulee alkaa jo teho-osastolla, kun lapsi on kotiutumassa. Tällöin tieto lapsen ja perheen hoitoon liittyvistä erityispiirteistä tulee siirtyä lastenneuvolaan. (Mattila 2004.) Olisi ihanteellista, että lastenneuvolan terveydenhoitaja kävisi sairaalassa tapaamassa hyvissä ajoin lapsen perhettä ja teho-osaston työntekijöitä, jotta hän saisi kokonaisvaltaisen kuvan lapsen hoitotyöstä. Näin lapsen hoidon jatkuvuus saadaan turvattua ja lastenneuvolan terveydenhoitajan sekä perheen välille muodostuu hoitosuhde. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, 213.) Aina neuvolan resurssit eivät kuitenkaan riitä tällaisen ennakkokäynnin toteuttamiseen ja hoitosuhde päästään aloittamaan vasta lapsen tullessa ensimmäistä kertaa neuvolaan vanhempiensa kanssa (Mattila 2004).

Lastenneuvolan terveydenhoitajat toimivat yhteyshenkilönä erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen sekä lapsen perheen välillä ja heillä tulee olla mahdollisuus konsultoida vastasyntyneiden teho-osastoa sekä muuta erikoissairaanhoidoa sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvissä asioissa. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, 50–51.) Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan auttaa perhettä tunnistamaan omia voimavarojaan ja antaa heille mahdollisuus puhua sairaan lapsen hoitoon liittyvistä haasteista ja sen vaikutuksista koko perheen elämään.

Toimivan yhteistyön edellytyksenä on luottamus toisen yksikön osaamiseen. Kaikilta hoitotyöntekijöiltä vaaditaan asennetta, joka edistää yhteistyötä. (Pitkälä 2006, 27.)

Yhteistyötä heikentävä asenne johtuu usein peloista ja epävarmuudesta.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon nähdään toistensa kilpailijoina ja pelätään toisen ”vievän kaiken”. Potilaslähtöinen ajattelu jää näiden asenteiden varjoon, mistä seuraa yhteistyön, tiedonkulun ja hoidon laadun huononeminen. (Keskitalo 2002, 75, 101.)

Kun lapsen hoitoon osallistuu useita tahoja, perheet saattavat kokea hoidon irralliseksi. Vanhemmat joutuvat usein toimimaan itse tiedon välittäjinä sairaalan ja lastenneuvolan välillä. Toimimaton yhteistyö vaikuttaa negatiivisesti myös vanhempien kokemuksiin saamastaan tuesta. Erityisesti lastenneuvolasta saatu tuki koetaan usein perheiden tarpeita vastaamattomiksi. Syynä tähän on esimerkiksi terveydenhoitajien vähäinen tietämättömyys sairaan vastasyntyneen hoitotyöstä, minkä takia perheitä usein ohjataan ottamaan yhteyttä erikoissairaanhoidon. Erikoissairanhoidossa taas koetaan, että vastuu sairaan vastasyntyneen hoitotyöstä siirtyy lapsen kotiuduttua lastenneuvoloille. Tämä johtaa usein ristiriitaisiin ja puutteellisiin neuvoihin, eikä kumpikaan taho halua ottaa kantaa lapsen hoitoon liittyviin asioihin. (Mattila 2004.) Vastuun ja roolien jaon epäselvyys johtuu usein toimintamallin puuttumisesta.

3.3.5 Toimintamallit

Yksi syy epäonnistuneeseen tiedonkulkuun on yhteisen toimintamallin puuttuminen niin siirtymätilanteen suullisesta kuin myös kirjallisesta viestinnästä. Strukturoitu toimintamalli potilaan hoitotietojen siirtämiselle parantaa oleellisen tiedon siirtymistä seuraavalle hoitotyöntekijälle tai hoitoyksikölle. Tehohoitoa tarvitsevien vastasyntyneiden hoidossa tarvitaan usein juuri sinne räätälöityä mallia. Joissain tilanteissa myös äidin lääketieteellistä dataa on hyvä liittää sairaan vastasyntyneen

potilastietoihin, sillä äidin tilanteella voi olla suuri merkitys vastasyntyneen hoitotyössä. (Palma, Van Eaton & Longhurst 2011.)

WHO:n suosituksessa potilasturvallisuuden parantamisesta siirtymävaiheissa mainitaan raportointimenetelmänä SBAR (Situation, Background, Assessment, and Recommendation). Se on otettu käyttöön monissa Yhdysvaltojen sairaaloissa tiedonkulun parantamiseksi ja sitä kautta vaaratapahtumien vähentämiseksi (Kinnunen & Peltomaa 2009, 87). Raportti koostuu sen hetkisestä tilasta, oleellisista taustatiedoista, hoidon menetelmistä ja jatkohoidon suosituksista. SBAR-menetelmä keskittyy olennaisen tiedon raportointiin. Sitä voidaan käyttää niin suulliseen kuin kirjalliseenkin raportointiin (emt., 88). Potilaan siirtymävaiheessa on tärkeää, että vastaanottavan terveydenhuollon ammattilaisen on mahdollista kysyä selventäviä kysymyksiä. WHO suositaa, että raportoiva yksikkö varmistaa potilaan uuden yksikön saavan tärkeät hoitoon liittyvä tiedot, kuten diagnoosit, hoitosuunnitelmat, lääkitykset ja koevastaukset. (Communication during patient hand-overs 2007.) Uusien menetelmien käyttö vaatii johdolta panostusta, jotta henkilökunta saa asianmukaisen moniammatillisen koulutuksen ja tuen (Kinnunen & Peltomaa 2009, 88).

Kirjaamisessa yhteisten toimintamallien sopiminen on välttämätöntä vastuukysymysten ja päällekkäisen kirjaamisen välttämiseksi (Saranto ym. 2008, 129). Hoitotyön prosessimallin mukaisesti laaditut termistöt hoitotyön toimintaluokitus (SHToL), hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja Tehohoitotyön malli (THM) helpottavat tiedon rakenteista kirjaamista ja sen ymmärtämistä samalla tavalla eri työyksiköissä (emt., 8).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoite on kuvata Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden teho-osaston ja JYTE:n lastenneuvoloiden välistä tiedonkulkua sairaan vastasyntyneen hoitotyössä kyseisissä yksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää yksiköiden välisen tiedonkulun heikkoudet, vahvuudet, mahdollisuudet ja uhat sekä kehittää sairaan vastasyntyneen hoitotyötä.

Asetimme opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi:

1. Mitkä ovat sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvän tiedonkulun vahvuudet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä yksiköiden työntekijöiden näkökulmasta?
2. Mitkä ovat sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvän tiedonkulun heikkoudet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä yksiköiden työntekijöiden näkökulmasta?
3. Mitkä ovat sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvän tiedonkulun mahdollisuudet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä yksiköiden työntekijöiden näkökulmasta?
4. Mitkä ovat sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvän tiedonkulun uhat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä yksiköiden työntekijöiden näkökulmasta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tiedonantajat

Opinnäytetyön tiedonantajina toimivat JYTE:n lastenneuvoloiden terveydenhoitajat (n=16) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajat (n = 8). Yhteensä vastauksia kyselyihin saatiin siis 24. Lastenneuvoloiden terveydenhoitajia on JYTE:ssä yhteensä 47 ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden teho-osastolla on töissä noin 20 sairaanhoitajaa. Vastausprosentti oli siis terveydenhoitajilla 34 % ja sairaanhoitajilla 40 %.

5.2 Tiedonkeruu

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kyseinen menetelmä sopii käytettäväksi määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää paremmin, sillä opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvää tiedonkulkua mahdollisimman monipuolisesti työntekijöiden näkökulmasta. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä käyttää ihmistä tiedonkeruun apuvälineenä ja yleensä tutkittava kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti. Aineiston hankinnassa suositaan sellaisia keinoja, jotka antavat tilaa tutkittavien omille näkökulmille. (Hirsjärvi ym. 2004, 135–136.)

Ennen aineistonkeruuta haettiin tutkittua tietoa sairaan vastasyntyneen hoitotyöstä sekä tiedonkulusta. Teoriapohjaa kartoittaessa käytettiin hyväksi erilaisia tietokantoja, näistä esimerkkinä mm. EBSCO, Google scholar, Linda, Medic, Arto, CHINAL ja JaNet. Tietokantaan syötettiin suomen- ja englanninkielisiä hakusanoja, joita olivat mm. perhe sairaan vastasyntyneen hoitotyössä, SWOT -analyysi, erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, tiedonkulku, yhteistyö, viestintä, sairas vastasyntynyt, lastenneuvola, lastenhoitotyö, co-operation ja communication nursing.

Aineistokeruumenetelmänä käytettiin SWOT -analyysia, joka on yhteistyön ja ryhmädynamiikan käytetyimpiä tutkimusmenetelmiä. SWOT -käsite muodostuu englanninkielisistä sanoista strengths, weaknesses, opportunities ja threats. Suomeksi sanat tarkoittavat vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Vahvuudet ja heikkoudet nähdään ryhmän sisäisinä tekijöinä, mahdollisuudet ja uhat taas ryhmän ulkoisina, eli muista johtuvina, tekijöinä. (Karlöf 2004, 51.) Tulosten perusteella nähdään ryhmäläisten käytössä olevat vahvuudet ja opitaan kehittämään heikkouksia sekä hyödynnetään ryhmän mahdollisuuksia tulevaisuudessa ja vältetään edessä olevia uhkia. (Lindroos & Lohivesi 2008, 217–218.) SWOT -analyysissa tutkittavien ryhmien jäsenet pääsevät arvioimaan yhteistyötään nelikenttäkuvion avulla. Kuviossa on neljä lokeroa, joista jokaiseen kuvaillaan erikseen yhteistyön vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia. Nelikenttäkuviota on hyvä apuväline tutkittaessa ryhmän yhteistyön toimivuutta ja se auttaa myös löytämään uusia näkökulmia ryhmäläisten kesken. (Lindroos & Lohivesi 2008, 217–218.)

Lastenneuvolojen terveydenhoitajien ja vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajien kokemuksia tiedonkulusta sairaan vastasyntyneen hoitotyössä kartoitettiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake piti sisällään edellä mainitun SWOT -analyysin nelikenttäkuvion, jonka avulla työntekijät pääsivät sanallisesti kuvaamaan tiedonkulun toimivuutta heidän omasta näkökulmastaan. Kyselylomakkeiden (Liite 3) liitteenä oli saatekirje (Liitteet 1 ja 2), jossa kerrottiin opinnäytetyön aihe, tavoite ja tarkoitus sekä selitettiin käytettävä aineistokeruumenetelmä. Työntekijöille annettiin tarkat ohjeet kyselylomakkeiden täytöstä sekä palauttamisesta. Saatekirjeeseen oli tarkoitus paitsi tiedottaa työntekijöitä tehtävästä tutkimuksesta, myös motivoida heitä vastaamaan, jotta opinnäytetyöhön saataisiin mahdollisimman paljon tutkimusaineistoa.

Tutkimusaineistoa kerätessä oli valittava sellainen aineistonkeruutapa, mikä oli mahdollisimman vaivattomasti toteutettavissa. Oli myös hyvä valita sellainen keruumenetelmä, jolla saataisiin mahdollisimman paljon vastauksia. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monta työntekijää vastaamaan kummastakin yksiköstä. Haasteita tutkimusaineiston keruulle tuotti erityisesti JYTE:n lastenneuvoloille teetettävät kyselyt, sillä toimipisteitä on yhteensä 14 eri puolilla Jyväskylää ja sen ulkopuolella.

Aineistonkeruu toteutettiin vuoden 2012 kevään ja kesän aikana. Aineistonkeruutavat poikkesivat hieman toisistaan. Vastasyntyneiden teho-osastolle kyselylomakkeet saatekirjeineen vietiin paperiversioina ja pyydettiin apulaisosastonhoitajaa informoimaan sairaanhoitajia tutkimuksesta tarkemmin. Samalla osastolle vietiin palautuslaatikko, johon työntekijät palauttivat kyselylomakkeet. Palautuslaatikko käytiin hakemassa osastolta pois viikon kuluttua kyselyiden viemisestä. Lastenneuvoloiden terveydenhoitajille puolestaan lähetettiin heidän työpisteeseensä postitse paperinen versio saatekirjeestä ja kyselylomakkeesta sekä vastauskuori. Vastauskuoreen oli valmiina kirjattu osoite, johon vastaukset tuli lähettää. Jottei vastausten saannissa olisi ollut liikaa välikäsiä, lähettivät työntekijät vastauskuoret suoraan jollekin kolmesta opinnäytetyöryhmään kuuluvasta opiskelijasta. Tämän lisäksi lastenneuvoloiden terveydenhoitajille lähetettiin sähköpostitse ennalta tiedote tulossa olevasta tutkimuksesta.

5.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineiston analyysitapaan vaikuttaa asetetut tutkimuskysymykset sekä aineiston keruutapa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132–133). Analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelua, jolloin vastaukset purettiin ja niistä nostettiin esille keskeisimmät käsitteet, jotka ryhmiteltiin samankaltaisuuksiensa mukaan. Tarkoituksena teemoittelussa on, että keskeisimmistä käsitteistä ja niistä

muodostetusta kokonaisuudesta voidaan etsiä vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Aineiston käsittely aloitettiin tarkistamalla, oliko tarvetta hylätä joitakin lomakkeita esimerkiksi epäselvän käsialan vuoksi (Hirsjärvi ym. 2010, 221). Kaikki palautuneet lomakkeet voitiin sisällyttää opinnäytetyön aineistoon. Muutamassa lomakkeessa oli tyhjiä kenttiä. Uhat ja mahdollisuudet vaikuttivat olleen haastavimmat kentät, sillä niissä oli yhteensä 7 tyhjäksi jätettyä kenttää. Lomakkeet olivat huolellisesti täytettyjä, minkä vuoksi aineisto oli kattava eikä tietojen täydentämistä tarvittu (emt., 222). Aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan word-tiedostoon. Aineistoa tuli yhteensä 7 sivua (calibri 12, riviväli 1,5). Aineisto jaoteltiin tutkimuskysymysten ja lomakkeen nelikentän mukaisesti vahvuuksiin, heikkouksiin, mahdollisuuksiin ja uhkiin. Vastaukset koodattiin alustavasti lyhennyksin TH ja SH. Esimerkiksi TH8 tarkoitti lastenneuvolasta tullutta vastausta, joka oli koodatessa pinossa kahdeksantena. Nämä koodit oli tarkoitettu vain tutkijoille, koska tässä vaiheessa haluttiin nähdä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mahdolliset eroavaisuudet ja yhtäläisyydet vastauksissa. Koska terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien vastaukset analysoitiin yhtenä aineistona, myös koodit yhdistettiin ja muotoiltiin myöhemmin yhteneväisiksi (TA). Tällä vahvistettiin vastaajien anonymiteettia.

Litteroinnin jälkeen aineistoon tutustuttiin tarkemmin. Muutamien lomakkeiden kenttien vastauksia tai osia niistä jätettiin huomiotta analyysissa perusteena tutkimuskysymyksiin vastaamattomuus. Osassa vastauksista esimerkiksi sekoitettiin vastasyntyneiden teho-osasto lastentautien poliklinikkaan. Vastauksen pituus oli vastaajan päätettävissä ja osassa kenttien vastauksista oli monta eri teemaa. Tällaiset ”moniteemaiset” vastaukset jaettiin osiin, jolloin teemoittelusta tuli mahdollisimman selkeä ja luotettava.

Teemat määriteltiin ensin etsimällä vastauksista avainsanoja. Tämän jälkeen tulkittiin

vielä ne vastaukset, joista ei löytynyt selkeää yksiselitteistä avainsanaa, mutta joiden kokonaissisällöstä selvisi vastauksen tarkoitus ja teema. Teemoista muodostunut kokonaisuus on avattuna ja tulkittuna seuraavassa luvussa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Erilaiset tiedonjakokanavat vahvuutena

Sairaanhoidon vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvän tiedonkulun vahvuuksiksi nousi vastauksissa ylivoimaisesti niin sairaanhoitajien kuin terveydenhoitajienkin keskuudessa yhteinen potilastietojärjestelmä, jonka koettiin nopeuttavan työskentelyä ja tuovan jatkuvuutta sairaanhoidon vastasyntyneen hoitotyöhön. Erityisesti sairaanhoitaja -lehti ja epikriisi nähtiin tärkeinä tiedonjakoväylinä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Sairaanhoidon vastasyntyneen kotiutusvaiheessa pidettävät kotiutuspalaverit nähtiin tiedonkulun vahvuuksina osassa vastauksissa. Kotiutuspalavereissa kaikki sairaanhoidon vastasyntyneen hoitoon osallistuneet tahot kokoontuvat yhteen keskustelemaan lapsen jatkohoidosta ja lapsen tulevan lastenneuvolan terveydenhoitaja kutsutaan myös mukaan. Palaverit koettiin vastauksissa tärkeiksi, sillä niissä käydään läpi lapsen hoitoon liittyviä erityistarpeita sekä tuetaan perhettä. Myös lapsen hoidon jatkuvuus turvattiin yhteisten palaverien avulla.

Parissa vastauksessa nostettiin tiedonkulun vahvuudeksi tutustumiskäynnit, joita lastenneuvoloiden terveydenhoitajat tekevät vastasyntyneiden teho-osastolle.

Viimeisin käynti oli vastausten perusteella tapahtunut pari vuotta sitten.

Tutustumiskäynti koettiin hyväksi tavaksi päästä sisälle sairaanhoidon vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajien työhön ja auttaa ymmärtämään sairaanhoidon vastasyntyneen hoitotyötä paremmin.

”Välillä järjestetyt tutustumiskäynnit hyviä. Voidaan keskustella käytännöistä ja mahd. ongelmista. Sen jälkeen helpompi ottaa yhteyttä kun ”naamat” ovat tuttuja.” -TA 9

Mahdollisuus soittaa lastenneuvolasta vastasyntyneiden teho-osastolle ja toisin päin konsultaatiomielessä laskettiin myös tiedonkulun vahvuuksiin vastauksissa. Vastaajat kokivat, että puhelinyhteys oli nopeaa ja saumatonta. Soittomahdollisuus myös madalsi kynnystä kysyä ja pohtia sairaan vastasyntyneen hoitoon liittyvistä asioista puolin ja toisin.

6.2 Yhteisten toimintamallien puuttuminen heikkoutena

Kysyttäessä tiedonkulun heikkouksia, sekä terveydenhoitajien että sairaanhoitajien vastauksista nousi esiin yhteisten toimintamallien puuttuminen. Yhteisillä toimintamalleilla tarkoitettiin mm. yhteisiä koulutuksia, yhteistä materiaalia, yhteisiä hoitomuotoja ja -ohjeita. Vastauksissa myös koettiin, että vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajien ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien tulisi tuntea toistensa työtä paremmin.

Kuten vahvuuksissa, myös heikkouksissa sähköinen tiedonkulku eli potilastietojärjestelmä sai eniten vastauksia. Ongelmana koettiin se, etteivät terveydenhoitajat näe sairaanhoitajien Effica -tietojärjestelmän WHOIKE -lehdelle tekemiä kirjauksia. Vastauksissa nähtiin myös, että sairaan vastasyntyneen jatkohoitosuunnitelma oli usein puutteellinen, mihin usein oli syynä esimerkiksi kiire. Sähköiseen tietojärjestelmään ei myöskään luotettu tarpeeksi, esimerkiksi Epikriisien ja sairaanhoitaja -lehden tiedot koettiin tulevan viiveellä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon puolelle.

Vastaajien mielestä puhelinyhteistyötä tulisi vielä kehittää. Osa näki puhelinkontaktien puutteellisuuden ja neuvoloiden soittoajat ongelmallisina tiedonkulun kannalta.

Terveydenhoitajaan koettiin olevan vaikea saada yhteyttä, sillä useimmissa neuvoloissa soittoaika on vain tunnin ajan päivässä.

Vastanneista pari näki tiedonkulun heikkoutena sairaan vastasyntyneen vanhempien toimimisen tiedontuojina. Vanhempien vastuulla on usein sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvän tiedon siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Lisäksi kaikkia erikoissairaanhoidosta tulleita ohjeita ei aina lue potilaspapereissa. Vastaajien mielestä kaikkeen vanhempien kautta tulleeseen tietoon ei voi täysin luottaa.

”Neuvolaan tieto esim. rautalääkkeen muutoksesta tai annoksesta (KSKS oma ohje) tulee perheen kautta. Olisiko mahdollista päivittää tietoja ja laittaa viestiä neuvolaan.”

-TA 7

Vahvuuksissa mainitut kotiutuspalaverit nähtiin myös tiedonkulun heikkoutena. Ne koettiin tärkeinä ja hyödyllisinä, mutta niille ei löydy tarpeeksi aikaa. Terveydenhoitajien aikataulut ovat usein niin kiireellisiä, että heidän osallistumisensa kotiutuspalaveriin nähtiin mahdottomana. Joissakin vastauksissa koettiin, että terveydenhoitaja unohtetaan välillä jopa kokonaan kutsua palavereihin tai he eivät muuten saa tietoa niiden ajankohdasta.

6.3 Sähköinen tiedonkulku mahdollisuutena

Suurimmassa osassa vastauksia tuli ilmi, että sähköinen tiedonkulku voisi olla väylä toimivaan tiedonkulkuun, jos sitä osataan hyödyntää. Tiedonkulun mahdollisuuksista kysyttäessä moni vastaajista koki sähköisellä tiedonkululla olevan enemmänkin potentiaalia kuin sitä osataan hyödyntää. Vastauksista kävi ilmi myös se, että monet olivat miettineet, miten sähköistä tiedonkulkua voisi edelleen kehittää yksiköiden välillä.

”Yhtenäiset kirjauslomakkeet olisi ehdottoman tärkeitä! Näin ollen tärkeä tieto siirtyisi meille.” -TA 14

Toisen yksikön työntekijän konsultointi puhelimen välityksellä nähtiin tiedonkulun mahdollisuutena. Vastaajat pitivät hyödyllisenä, että neuvolaan on mahdollista soittaa tarvittaessa ja neuvolan työntekijän on mahdollista soittaa sairaalaan tarpeen niin vaatiessa.

Tiedonkulun mahdollisuutena koettiin myös yhteneväinen tieto molemmissa yksiköissä. Yhteisistä toimintatavoista sopiminen koettiin tärkeäksi. Säännöllisten yhteisten koulutustilaisuuksien koettiin olevan tehokas keino yhteneväisen ja ajan tasalla olevan tiedon ja näin ollen potilasturvallisuuden turvaamiseksi.

Monissa vastauksissa nousi esille sana ”perhe”. Yksiköiden välinen yhteistyö perheiden parhaaksi tuli esiin useassa vastauksessa. Yhteistyön toimivuus takaa perheille jatkuvuuden tunteen lapsensa hoidossa.

”Yhteistyön ”lähentymisen” perheiden parhaaksi.” -TA 2

Monet vastaajista kokivat, että terveydenhoitajien kutsuminen lapsen kotiutuspalaveriin mahdollistaa tiedonkulun toimivuutta ja oikeiden hoito-ohjeiden välittymistä yksiköstä toiseen.

6.4 Resurssipula uhkana

Resurssipula koettiin kaikista suurimpana uhkana tiedonkululle. Kiire ja henkilökuntavaje ovat mukana jokapäiväisessä työssä jättäen jälkensä tiedonkulun toimivuuteen. Vastauksista kävi myös ilmi, että huolena oli tiedon välittyminen esimerkiksi sijaisille.

Vastauksissa koulutus nähtiin niin hyvänä kuin huononakin asiana. Uhkana on, että koulutuksissa saatu tieto ei siirry käytäntöön tai niille, jotka eivät olleet mukana koulutuksessa.

Yksiköiden välisen vuoropuhelun puuttuminen oli vastausten perusteella melko ilmeistä. Vastausten mukaan yksiköiden välille ei synny vuoropuhelua ja näin kummassakin yksikössä ollaan epätietoisia toisen tiedoista ja toimintatavoista.

”Uskalletaanko konsultoida puolin ja toisin -onko perheille annettava tieto yhteneväistä. Itselläni ei ole käsitystä kuinka hyvin th:t ovat tietoisia keskosten hoidon nykylinjauksista.” -TA 3

Tiedonkulun toimimattomuus on johtanut siihen, että suuri osa tiedosta kulkee vanhempien mukana. Vanhempien kautta saatu tieto on vastausten mukaan hyvin yleistä neuvolassa, kun hoito-ohjeita ei ole kirjattu mihinkään. Terveystoimijat mieluummin luottaisivat kirjattuihin ja suoraan sairaalasta neuvolaan osoitettuihin ohjeisiin.

Sähköisen kirjaamisen luotettavuus nousi myös vastauksissa esille hyvin vahvasti. Tietokoneisiin luotetaan liikaa ja pelätään ohjelmien toimimattomuutta. Kirjaaminen vie aikaa ja yhteneväiset ohjeet kirjaamisesta puuttuvat.

”Kirjaaminen vie liikaa aikaa/miten saadaan tarkoituksellisen mukainen tapa kirjata?”

- TA 4

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Kyselyiden avulla saatiin selville millaisena yksiköiden hoitotyöntekijät näkivät tiedonkulun tämänhetkisen tilanteen. Yhteinen potilastietojärjestelmä nopeuttaa vastaajien mukaan työskentelyä ja tuo jatkuvuutta potilaan hoitotyöhön. Toisaalta sähköiseen tietojärjestelmään ei luoteta ja terveysalan resurssipulan vuoksi hoitohenkilökunnan aika on rajallista, jolloin tiedot helposti jäävät puutteellisiksi. Tämän vuoksi vanhempien vastuulle jää monesti tiedon välittyminen yksiköstä toiseen. Vastauksena tähän yksiköiden työntekijöillä oli yhteiset kotiutuspalaverit, joihin lapsen perheen ja omahoitajan lisäksi osallistuu terveydenhoitaja. Näin tieto saataisiin suoraan yksiköstä toiseen ilman välikäsiä ja kaikilla on yhteneväiset tiedot lapsen hoidosta. Yksiköiden työntekijät eivät myöskään ole tietoisia toistensa tietomäärästä mitä tulee sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön sekä yhteneväiset toimintamallit ja ohjeet kirjaamiseen puuttuvat.

Tutkimustuloksiamme tukevat Kruuskopfin ja Rahkosen (2012) opinnäytetyö Keskoslasten vanhempien kokemuksia lastenneuvolatyöstä. Kruuskopfin ja Rahkosen mukaan sairaalan ja neuvolan yhteistyö on tärkeää keskosperheille. Heidän mukaansa terveydenhoitajien olisi tärkeää tutustua lapsen tietoihin ennen neuvolakäyntiä. Osa heidän haastattelemistaan keskosperheistä eivät olleet aivan varmoja terveydenhoitajan keskosiin liittyvän tiedon riittävydestä ja haastateltavat toivoivatkin, että terveydenhoitajien tietoisuutta tulisi lisätä. Myös sairaanhoitajien koettiin unohtavan kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset lapsen sairaalassa ollessa.

Kruuskopfin ja Rahkosen haastattelemat vanhemmat kokivat yhtenäisten linjojen puutetta yksiköiden välillä. Toiveena perheillä oli sairaalan ja neuvolan yhteneväiset ohjeet keskoslasten hoidossa. Erityisen tärkeänä pidettiin tietojen siirtymistä hoitavasta

sairaalasta neuvolaan. Perheet toivoivat työntekijöiden välisiä palavereja, jotta tieto lapsesta ja perheen tilanteesta siirtyisi kokonaisuudessaan myös lastenneuvolaan. Tässä opinnäytetyössä yksiköiden työntekijät toivat itse esille yhtenäisten toimintamallien puuttumisen. Yleensä ottaen voidaan todeta, että sekä perheet että työntekijät kärsivät siitä, että tiedot lapsen hoidosta välittyvät yksiköstä toiseen vanhempien välityksellä.

Tässä opinnäytetyössä korostui työntekijöiden näkökulma ja tiedonkulun kannalta nousi merkittävimmäksi tulokseksi se kuinka tärkeää kirjaamiseen liittyvät yhteneväiset käytänteet ja ohjeet ovat. Tiedonkulun ja nimenomaan oikean tiedon välittymisen kannalta on merkittävää se että, yksiköissä ollaan selvillä puolin ja toisin mitä tietoja tulee kirjata. Myös tieto siitä, mihin on kirjattu, on tärkeää, jotta tiukasti aikataulutettu työntekijä tietää mistä kyseistä tietoa tulee etsiä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jolloin tutkimus voidaan luokitella eettisesti hyväksi tutkimukseksi (Hirsjärvi ym. 2004, 23–24). Hyvässä tieteellisessä käytännössä tutkijat mm. noudattavat rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen eri vaiheissa, kunnioittavat itsemääräämisoikeuksia, käyttävät eettisesti oikeita tiedonhankintatapoja sekä arvioidaan omaa eettistä työskentelyään tutkimusprosessin aikana ja kunnioittavat muita tutkijoita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133). Tämän lisäksi tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee arvioida koko tutkimusprosessin ajan, sillä tutkimuksen päämääränä on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman realistista tietoa (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa kuvailemalla tutkimuksen suunnittelua ja toteutusta mahdollisimman tarkasti ja avoimesti. Aineiston analysointiin käytettyjen luokittelujen sekä tulosten tulkintojen tulee olla perusteltuja. (Hirsjärvi ym.

2004, 221). Tutkimuksen tulosten tulee olla uskottavia, vahvistettavissa, refleksiivisiä ja siirrettäviä (Kylmä & Juvakka 2004, 128). Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen eri vaiheet on esitetty selkeästi ja johdonmukaisesti. Käytetty aineistonkeruumenetelmä on selitetty teoriapohjan avulla ja tiedonkeruun eri vaiheet sekä eteneminen on esitetty yksityiskohtaisesti, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineisto analysoitiin sanatarkasti, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Haasteita luotettavuudelle toi kuitenkin vastausten vähäisyys tutkimusjoukon lukumäärään nähden sekä vastausten suuret eroavaisuudet toisiinsa nähden, mikä vaikeutti aineiston analysointia.

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa lähtökohtana on aina ihmisarvon sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Karjalainen ym. 2002, 129). Tässä opinnäytetyössä otettiin huomioon tutkittavien oikeudet koko tutkimusprosessin ajan. Ennen aineiston keruuta tehtiin vaadittavat yhteistyösopimukset sekä kirjoitettiin tutkimusluvat kummankin yksikön kanssa, jotta opinnäytetyön tekoon saatiin virallinen lupa. Aineistoa kerätessä kunnioitettiin terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien itsemääräämisoikeutta antamalla heidän itsensä päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Kyselyt tehtiin nimettöminä, joten vaaraa henkilöllisyyden paljastumiselle ei ollut missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkittaville myös kerrottiin tarkasti tutkimuksen tarkoitus, tavoite sekä se, mitä aineistolle tapahtuu analysointiprosessin jälkeen. Kyselyistä myös pyrittiin tekemään mahdollisimman vähän vastaajia kuormittavia, mm. antamalla heille valmiit vastauskuoret tai palautuslaatikko. Aineistoa analysoidessa vastaukset yhdistettiin eikä niitä eritelty erikseen sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien vastauksiksi, mikä takasi vastaajien tunnistamattomuuden.

Tiedonhankintatavat aiheuttavat usein eettisiä ongelmia tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tässä opinnäytetyössä SWOT -analyysin käyttö oli harkittua ja perusteltua. Kyseistä aineistonkeruumenetelmää on käytetty ennenkin erilaisten

ryhmien yhteistyön kuvaamiseen, tosin hoitotieteentutkimuksissa sen käyttö on ollut vähäistä. Toive SWOT -analyysin käyttöön tuli toimeksiantajalta. SWOT -analyysi toi haasteita tiedonhankinnalle, sillä jotkut vastaajista kokivat kyselyssä käytetyn nelikentän käsitteet haastavina ja rajoittavina. Näin ollen kyselyyn tuli paljon tyhjiä vastauksia. Jotkut vastaajat saattoivat myös ymmärtää käsitteet erilailla. Avoimen nelikentän käyttö kuitenkin varmisti, että tutkijat eivät johdatelleet osallistujien vastauksia mihinkään suuntaan vaan antoi vastaajille mahdollisuuden muotoilla mielipiteensä täysin itse. Jokaiseen kenttään ei tarvitse vastata ja vastausten pituus ja muoto olivat jokaisen osallistujan vapaasti valittavissa.

Tutkijan tulee tehdä eettistä pohdintaa ja itsetarkkailua koko tutkimusprosessin ajan, sillä tutkijoilla on vastuu tulosten sovellutuksesta ja niiden tuomista vaikutuksista. Tutkijan omat oletukset ja aiemmat tutkimustulokset eivät saa vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 138.) Nämä seikat on otettu huomioon myös tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyöhön tekijät harjoittivat koko tutkimusprosessin ajan eettistä pohdintaa ja arvioivat tulosten luotettavuutta, eivätkä antaneet omien mielipiteiden vaikuttaa tutkimuksen eri vaiheisiin tai tutkimustulosten analysointiin. Lisäksi opinnäytetyön tekijät arvioivat omaa pätevyyttään ja sen vaikutusta tutkimuksen eettisyyteen, sillä tämä oli kaikille ensimmäinen tutkimus. Luotettavuutta kuitenkin parannettiin mm. käyttämällä hyödyksi teorianhankinnassa erilaisia tietokantoja sekä tutkimusprosessin etenemisessä ohjaavien opettajien apua.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen tiedonkulkuun tarvitaan yhteisiä toimintamalleja. Ristiriitaiset vastaukset kertovat toimintatapoja olevan tällä hetkellä lähes yhtä paljon kuin toimijoitakin. Sähköiseen tiedonkulkuun tarvitaan malli siitä kuka kirjaa, mitä kirjaa ja mihin kirjaa. Kaikkien tunteman toimintamallin avulla voidaan varmistaa, että

terveydenhoitaja tietää, mistä sairaanhoitajan kirjaukset löytyvät. Yhteisesti sovittu kirjaamismalli varmistaa sen, että jatkohoidon kannalta oleelliset asiat näkyvät kirjauksissa. Yleiset hoito-ohjeet ja -käytännöt tulisi olla tietojärjestelmässä, johon myös perusterveydenhuollolla on oikeudet. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että Effican viestien käyttöä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tulisi lisätä. Sähköisessä viestinnässä nähtiin potentiaalia. Effican viesteillä voidaan ottaa yhteyttä toiseen yksikköön tehokkaasti, ajasta riippumattomasti ja tietoturvallisesti.

Sähköiseen tiedonkulkuun ei luotettu sataprosenttisesti. Tämän vuoksi työntekijät toivoivat, että tiedonkulkuun liittyvää yhteistyötä tehdään edelleen myös kasvotusten ja puhelimitse. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että sekä sairaanhoitajat että terveydenhoitajat toivovat tiiviimpää yhteistyötä ja tuntemusta toisen yksikön tekemästä työstä. Säännöllisesti järjestettävät tutustumiskäynnit vastasyntyneiden teho-osastolle, yhteiset koulutuspäivät, kotiutuspalaverit ja kotikäynnit ovat kaikki yhteistyötä edistäviä ja parantavat myös perheelle annettavan tiedon yhteneväisyyttä. Olivat toimintatavat mitä hyvänsä, tärkeintä on, että kaikki osapuolet tuntevat ne.

Jotta voidaan kehittää parempi järjestelmä, on ensin kyseenalaistettava ja arvioitava tämän hetkinen tila (Saranto ym 2008, 243). Tässä opinnäytetyössä kuvattiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua sairaan vastasyntyneen hoitotyössä työntekijöiden näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheita ovat vastasyntyneiden teho-osastolta kotiutumiseen sopivan kirjaamisen mallin kehittäminen sekä yhteisten toimintamallien kehittäminen vastasyntyneiden teho-osaston ja lastenneuvoloiden tiedonkulkuun ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Erityisesti yhteiset kotiutuspalaverit nähtiin tärkeinä, mutta niiden toteutuminen on ollut heikkoa. Jatkossa voitaisiin selvittää, mistä ongelmat johtuvat sekä kehittää toimivia ratkaisuja niiden toteutumisen varmistamiseksi.

LÄHTEET

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Arsola, A., Reen, E., Vepsäläinen, S-L. & Yli-Huumo, H. 2004. Vastasyntyneen tehohoito. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä. Tammi.

Autti-Rämö, I. 2010. Sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen aiheuttamat oireyhtymät. Lääkärin Käsikirja. Viitattu 20.3.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokannat.

Calleja, P., Aitken, L.M. & Cooke, M.L. 2011. Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department. Mixed-method narrative review. Journal of Advanced Nursing 67, 1, 4-18.

Carter, B. S. 2006. Handbook Of Neonatal Intensive Care.

Casey, A. & Wallis, A. 2011. Effective communication. Principle of Nursing Practice E. Nursing Standard 25, 32, 35-37.

Communication during patient hand-overs. 2007. WHO. Patient Safety Solutions. Viitattu 12.4.2012. [Http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf](http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf).

Deuffell, M. & Montonen, E. 2010. Onnistunut imetys. Tampere: Duodecim.

Downin oireyhtymä. 2010. Käypä Hoito. Viitattu 1.6.2012. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), suositukset, Downin oireyhtymä.

Field, T., Hernandez-Reif, M., Feijo, L. & Freedman, J. 2006. Prenatal, perinatal and neonatal stimulation: A survey of neonatal nurseries. Infant Behaviour And Development 29, 1, 24-31.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita.

Heinonen, T. 2007. Hoitohenkilöstön verkosto-osaaminen. Työterveyshoitaja 32, 3, 28-30.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hopia, H., Hovikoski, K. & Schildt, T. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa

Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.

Huumeongelmaisen hoito. 2006. Käypä hoito. Viitattu 22.5.2012.
[Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), suositukset, huumeongelmaisen hoito.

Hyvän lähetteen ja hoitopalautteen tietosisältö. 2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 21.5.2012. [Http://www.hus.fi/](http://www.hus.fi/), HUS-tietopankki.

Kaarne, M., Jokinen, E., Pesonen, E. & Leijala, M. 2008. Lasten synnynnäiset sydänviat. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim. Viitattu 20.3.2012.
[Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokannat.

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

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Gaudeamus.

Karlöf, B. 2004. Strategian rakentaminen. Sisältö ja välineet. Helsinki: Edita.

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

Keski-Suomessa Suomen suurin Efficä – potilastietojärjestelmä. 2011. Keski-Suomen seututerveyskeskus. Viitattu 18.3.2012. [Http://www.seututerveyskeskus.fi/](http://www.seututerveyskeskus.fi/).

Keskitalo, M. 2002. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö. Johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä organisaatioiden välisestä yhteistyöstä ja yhdistämisestä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry.

Korhonen, A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena: Tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

- Korhonen, A. 2006. Keskosvauva tehohoidossa. Kevyt pienokainen: Tietoa keskosesta vanhemmille. Helsinki. Keskosvanhempien yhdistys Kevyt.
- Korhonen, P. 2010. Pikkukeskonen neuvolassa. Suomen Lääkärilehti 65, 49, 4091-4094.
- Kruuskopf, T. & Rahkonen, E. 2012. Keskoslasterien vanhempien kokemuksia lastenneuvolatyöstä. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma.
- Kurjenniemi, K. & Oksman, H. 2006. Tiedonkulku dysfaattisen lapsen hoitoketjussa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma.
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku. Haiiro-vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 11.2.2012. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 2010.
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2004:14. Helsinki: Edita.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY.
- Lehtonen, L. 2009. Keskosien muuttuva hoito. Duodecim. Vol.125 no. 12. Viitattu 16.4.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).
- Leipälä, J & Lehtonen, L. 2009. Pikkukeskosten hoito kannattaa. Suomen Lääkärilehti 64, 3284. Viitattu 10.2.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).
- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2004. Onnistu strategiassa. Helsinki: WSOY.
- Linturinne, U. 2008. Mestariilta oppipojille. Terveystietäjä 41, 9, 6-8.
- Luukkainen, P. 2011. Vastasyntyneen tavallisimmat sairaalahoidon syyt. Duodecim.
- Mattila, T. 2004. Erityisvauvaperheen saama tuki lapsen syntymän jälkeen. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Metsäranta, M. & Järvenpää, A-L. 2009. Keskoslapsi avohoidossa. Lääkärin käsikirja. Viitattu 18.2.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkäritietokannat.

Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.

Mäkitalo, I. 2006. Dialogi hoitajien välisessä keskustelussa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos.

Neuvolat. n.d. Jyväskylä. Viitattu 31.5.2012. [Http://www.jyvaskyla.fi](http://www.jyvaskyla.fi), terveys, neuvolat.

Palma, J.P., Van Eaton, E.G. & Longhurst, C.A. 2011. Topics in Neonatal Informatics. Information Technology to Support Handoffs in Neonatal Care. Neoreviews 12, 10, 560-563.

Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14, 5, 202-211.

Pitkälä, K. 2006. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysyhteistyö. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos.

Potilaan tietosuojaoikeudet. 2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 13.2.2012. [Http://www.ksshp.fi/](http://www.ksshp.fi/), potilaille ja läheisille, tietosuoja.

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen. Kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sailo, E. 2000. Kivun hoito. Tampere. Tammer-Paino Oy, 24, 150-151.

Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteisö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.p. WSOY.

Seppänen, J. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuritutkimus. Kysely sairaanhoitajille ja lääkäreille. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Silvén, M. 2010. Varhaiset ihmissuhteet: Polku lapsen suotuisaan kehitykseen. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön julkaisu. Saarijärvi.

Suomisanakirja. n.d. Viitattu 12.4.2012. [Http://www.suomisanakirja.fi/](http://www.suomisanakirja.fi/).

Suurnäkki, A., Leppäkoski, A-M. & Pellikka, M. 2010. Espoon potilaslähtöinen

pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Teoksessa Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Viitattu 2.6.2012. [Http://www.stm.fi/](http://www.stm.fi/), julkaisut, julkaisuhaku.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Tammi.

Ulaska, H. 2009. Perusterveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä perhehoitotyön toteutuksesta ja kehittämisestä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyö, hyvinvointiyksikkö.

Vastasyntyneiden osasto 3. 2011. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 13.2.2012. [Http://www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).

Wilska, M. 2010. Downin oireyhtymä. Lääkärin Käsikirja. Viitattu 20.3.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Väistö, R. & Häkkinen, M. 2007. Kehittämistyö voimaantumisen lähteenä. Pro terveys 35, 3, 8-10.

Yleinen suomalainen asiasanasto. n.d. Viitattu 12.4.2012. [Http://vesa.lib.helsinki.fi/](http://vesa.lib.helsinki.fi/), ysa.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajille

Hyvät vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajat

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ja yksi kättilöopiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä tiedonkulusta sairaan vastasyntyneen (sis. keskoset) hoitotyössä. Erikoissairaanhoidolla tarkoitamme Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden teho-osastoa ja perusterveydenhuollolla Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen lastenneuvoloita.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvää tiedonkulkua teidän työntekijöiden näkökulmasta. Tiedonkululla tarkoitetaan tässä kaikkea sitä viestintää, mitä lastenneuvoloiden ja vastasyntyneiden teho-osaston välillä käydään sairaiden vastasyntyneiden hoitotyöstä. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään SWOT -analyysia, joka on hyvä menetelmä tutkittaessa eri ryhmien välistä ryhmädynamiikkaa sekä yhteistyötä. Sen avulla pyritään löytämään ryhmäläisten käytössä olevat vahvuudet ja opitaan kehittämään heikkouksia sekä hyödynnetään ryhmän mahdollisuuksia tulevaisuudessa ja vältetään edessä olevia uhkia.

Kyselylomakkeilla kerättävä tutkimusaineisto on salaista, eikä siitä käy ilmi vastaajan henkilöllisyys. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kun olemme analysoineet kyselyiden tulokset, aineisto hävitetään eikä sitä käytetä muihin tarkoituksiin. Halutessanne voimme lähettää valmiin opinnäytetyön yksikköihinne sähköisesti syksyllä 2012.

Seuraavalta sivulta löydätte kyselylomakkeen, jossa pyydämme teitä kuvaamaan omin sanoin lastenneuvoloiden ja vastasyntyneiden teho-osaston välisen tiedonkulun tämän hetkiset vahvuudet ja heikkoudet sekä millaisia mahdollisuuksia ja uhkia koette tiedonkulkuun liittyvän. Toivomme teidän palauttavan täytetyt kyselylomakkeet osastolle tuomaamme palautuslaatikkoon.

Kiittäen yhteistyöstä kanssamme,

Outi Itkonen
terveydenhoitajaopiskelija, JAMK
outi.itkonen.sho@jamk.fi

Mari Jaatinen
terveydenhoitajaopiskelija, JAMK
mari.jaatinen.sho@jamk.fi

Pinja Karilainen
kättilöopiskelija, JAMK
pinja.karilainen.sho@jamk.fi

Ohjaavat opettajat:
Hanna Hopia TtT
Yliopettaja, JAMK
hanna.hopia@jamk.fi

Katri Huuskola TtM, ESH
Lehtori, JAMK
katri.huuskola@jamk.fi

Liite 2. Saatekirje lastenneuvoloiden terveydenhoitajille

Hyvät lastenneuvoloiden terveydenhoitajat

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ja yksi kättilöopiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä tiedonkulusta sairaan vastasyntyneen (sis. keskoset) hoitotyössä. Erikoissairaanhoidolla tarkoitamme Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vastasyntyneiden teho-osastoa ja perusterveydenhuollolla Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen lastenneuvoita.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaan vastasyntyneen hoitotyöhön liittyvää tiedonkulkua teidän työntekijöiden näkökulmasta. Tiedonkululla tarkoitetaan tässä kaikkea sitä viestintää, mitä lastenneuvoloiden ja vastasyntyneiden teho-osaston välillä käydään sairaiden vastasyntyneiden hoitotyöstä. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään SWOT -analyysia, joka on hyvä menetelmä tutkittaessa eri ryhmien välistä ryhmädynamiikkaa sekä yhteistyötä. Sen avulla pyritään löytämään ryhmäläisten käytössä olevat vahvuudet ja opitaan kehittämään heikkouksia sekä hyödynnetään ryhmän mahdollisuuksia tulevaisuudessa ja vältetään edessä olevia uhkia.

Kyselylomakkeilla kerättävä tutkimusaineisto on salaista, eikä siitä käy ilmi vastaajan henkilöllisyys. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kun olemme analysoineet kyselyiden tulokset, aineisto hävitetään eikä sitä käytetä muihin tarkoituksiin. Halutessanne voimme lähettää valmiin opinnäytetyön yksikköihinne sähköisesti syksyllä 2012.

Seuraavalta sivulta löydätte kyselylomakkeen, jossa pyydämme teitä kuvaamaan omin sanoin lastenneuvoloiden ja vastasyntyneiden teho-osaston välisen tiedonkulun tämän hetkiset vahvuudet ja heikkoudet sekä millaisia mahdollisuuksia ja uhkia koette tiedonkulkuun liittyvän. Toivomme teidän palauttavan täytetyt kyselylomakkeet mukana olevassa vastauskuoressa meille viikon 23 loppuun mennessä.

Kiittäen yhteistyöstä kanssamme,

Outi Itkonen
terveydenhoitajaopiskelija, JAMK
outi.itkonen.sho@jamk.fi

Mari Jaatinen
terveydenhoitajaopiskelija, JAMK
mari.jaatinen.sho@jamk.fi

Pinja Karilainen
kättilöopiskelija, JAMK
pinja.karilainen.sho@jamk.fi

Ohjaavat opettajat:
Hanna Hopia TtT
Yliopettaja, JAMK
hanna.hopia@jamk.fi

Katri Huuskola TtM, ESH
Lehtori, JAMK
katri.huuskola@jamk.fi

Liite 3. SWOT -kyselylomake JYTE neuvola Keski-Suomen keskussairaalan osasto 3

Tiedonkulun vahvuudet	Tiedonkulun heikkoudet
Tiedonkulun mahdollisuudet	Tiedonkulun uhat