



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista

Kruskopf, Pirjo ja Mannerström, Mari-Ann

2013 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista

Kruskopf Pirjo
Mannerström Mari-Ann
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2013

Kruskopf Pirjo ja Mannerström Mari-Ann

AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista

Vuosi 2013 Sivumäärä 32

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Meilahden kolmiosairaalan neurologiselle osastolle 4A1 AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista. Tavoitteena oli osallistua osaston AVH-potilaiden kotiutuksen kehittämiseen. Nämä lähtökohdat rajasivat työn ja niiden perusteella asetettiin kaksi tutkimuskysymystä: 1) Mitä AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistan tulee sisältää? 2) Minkälaisessa muodossa tarkistuslistan tulee olla?

Opinnäytetyö toteutettiin Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteisessä kolmiosairaala-hankkeessa.

AVH-potilaiden kotiutusohjaus on vaativaa ja sekä sairastunut että hänen läheisensä tarvitsevat paljon tietoa ja tukea. Tämän vuoksi tarkistuslistalle oli selkeä käytännön tarve. Opinnäytetyön tuotos on apuväline, jonka käyttöönotto tukee sairaanhoitajien työskentelyä ja yhtenäistää osaston kotiutuskäytäntöjä. Tarkistuslistan käyttäminen parantaa myös potilasturvallisuutta ja vahvistaa hoidon potilaskeskeisyyttä.

Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin teemahaastattelussa, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna osaston sairaanhoitajille.

Opinnäytetyön tuloksena syntyneeseen AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistaan on koottu tiivistettynä asiat, jotka osaston 4A1 sairaanhoitajien tulee käydä läpi potilaan kanssa ennen tämän kotiuttamista. Työn luotettavuutta ja tarkistuslistan käyttöönottoa sekä käyttöä tukee se, että ennen lopullisen tarkistuslistan muotoilua osasto sai kommentoida haastattelun ja tutkitun tiedon perusteella syntyneitä tarkistuslistan luonnosta.

Asiasanat

aivoverenkiertohäiriö (AVH), kotiuttaminen, tarkistuslista, potilasohjaus

Otaniemi
Nursing

Kruskopf Pirjo and Mannerström Mari-Ann

Check list for stroke patients' discharge guidance

Year	2013	Pages	32
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to produce a checklist for stroke patients' discharge guidance for the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) neurological ward 4A1 at the Meilahti Triangel Hospital. The objective was to participate in developing the discharge of the ward's stroke patients. These premises limited the work and two research questions were set on the basis of them: 1) What should be included in the stroke patients' discharge checklist? 2) How should the check list be formulated?

The thesis was conducted in the joint Triangle Hospital project between Laurea University of Applied Sciences and the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS).

It is a very demanding process to discharge stroke patients. Both the patient and his family need a lot of information and support. Therefore, there was a clear practical need for a checklist. The product of this thesis is an aid that supports the nurses' practical work and unifies the discharge processes in the ward. Using the checklist also strengthens the patient-centered work of the ward.

The research method was qualitative and the material was collected with a theme-interview which was performed as a group-interview to the nurses of the ward.

The checklist produced in this thesis contains the topics that nurses on the ward 4A1 have to go through with the patients before discharging them. The reliability of the thesis and using the produced checklist was supported by giving the ward's nurses a chance to comment the outlined checklist before finalizing it.

Keywords

Stoke, discharge, checklist, guidance

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
2.1	Toimintaympäristö ja tausta.....	7
2.2	Aivoverenkiertohäiriö (AVH).....	9
2.2.1	Aivoinfarktit.....	9
2.2.2	Aivoverenvuoto.....	10
2.3	Kotiuttaminen.....	11
2.4	Potilasohjaus.....	12
2.5	Tarkistuslista.....	14
3	Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	15
4	Tutkimusmenetelmä.....	15
4.1	Teemahaastattelu.....	16
4.2	Haastattelun toteutus.....	17
4.3	Aineiston analyysi.....	17
5	Tulokset.....	18
6	Pohdinta.....	21
6.1	Tulosten tarkastelu.....	21
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	23
6.3	Jatkotutkimusaiheita.....	24
	Lähteet.....	26
	Liitteet.....	28

1 Johdanto

Aivohalvausta koskevan Käypä hoito -suosituksen mukaan aivohalvaukset lisääntyvät ja kokonaiskustannukset Suomessa nousevat nykyisellään jopa yli miljardiin euroon vuodessa. Pitkien sairaalajaksojen ja työkyvyttömyyden vuoksi aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat kolmanneksi kallein tautiryhmä mielenterveyden häiriöiden ja dementian jälkeen. Siten opinnäytetyön kohteena oli kansanterveydellisesti ja -taloudellisesti merkittävän potilasryhmän hoidon kehittämiseen osallistuminen. (Käypä hoito 2011.)

Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt tehdään työelämään liittyvissä tutkimus- ja kehittämishankkeissa, jotka tukevat oppilaitoksen strategiasta johdettuja painoaloja. Tämä työ kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kolmiosairaalahanikkeeseen, jossa on toteutettu työelämän muutokseen, muutoksen läpiviemiseen ja muutosjohtamiseen sekä potilaiden ohjaukseen ja ohjauksen prosessikuvaukseen liittyviä opinnäytetöitä. (Laurea 2013.)

Opinnäytetyön aihe löytyi hoitotyön opintoihin kuuluvan sisätautien hoitotyön harjoittelussa syksyllä 2011 HUS:n Meilahden kolmiosairaalan neurologisella osastolla 4A1. Harjoitteluviikkojen aikana kävi ilmi, että kotiutetut potilaat ja heidän avustajansa soittavat usein osastolle, sillä hoito ja/tai jatkohoito oli jäänyt epäselväksi. Joissakin tapauksissa kotiutetut potilaat saattoivat jopa palata takaisin osastolle, koska he kokivat, että eivät selviytyneet kotona. Myös osastonhoitaja ja sairaanhoitajat toivat esille tarpeen potilaiden kotiuttamiseen liittyvien käytäntöjen selkiyttämistä ja yhtenäistämistä.

Opinnäytetyön tekijöiden yhteyshenkilöinä neurologisella osastolla 4A1 olivat osastonhoitaja ja tehtävään nimetty sairaanhoitaja. Osaston rooli opinnäytetyössä oli tutkimusaiheen antaminen, tutkimusaineistoon kuuluvan ryhmähaastattelun antaminen, aineiston analyysin ja johtopäätösten reflektointiin osallistuminen sekä tulosten hyödyntäminen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista ja tavoitteena oli osallistua kotiutuksen kehittämiseen.

AVH-potilaiden kotiutusohjaus on vaativaa sairauden aiheuttamien neuropsykologisten puutosoireiden vuoksi. Sen vuoksi opinnäytetyönä tuotetulle tarkistuslistalle oli selkeä käytännön tarve. Opinnäytetyön tuotos on apuväline, jonka käyttöönotto tukee sairaanhoitajien työskentelyä ja yhtenäistää osaston kotiutuskäytäntöjä. Toisaalta tarkistuslistan käyttäminen parantaa potilasturvallisuutta ja vahvistaa hoidon potilaskeskeisyyttä sekä jatkuvuutta myös kotona. Kotiutusohjauksen tarkistuslista on tarkoitettu ensisijaisesti osaston sairaanhoitajille, mutta sitä voidaan hyödyntää myös hoitotyön harjoittelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

2 Teoreettinen viitekehys

Teoreettisilta lähtökohdiltaan työ voidaan määritellä soveltavaan tutkimukseen kuuluvaksi. Työssä hyödynnetään jo olemassa olevaa tutkittua tietoa käytännön työelämän kehittämiseksi yhteistyössä työelämän toimijan kanssa. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat aivoverenkiertohäiriö (AVH), kotiuttaminen, tarkistuslista ja potilasohjaus.

2.1 Toimintaympäristö ja tausta

Neurologinen osasto 4A1 toimii Helsingissä, Meilahden sairaala-alueella sijaitsevan kolmiosaisraalan neljännessä kerroksessa. Osastolla on seitsemän potilashuonetta ja niissä on yhteensä 15 potilaspaikkaa. Osastolla hoidettavista potilaista noin 80 % kärsii aivoverenkiertohäiriöstä. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on kuusi vuorokautta. (HUS 2011b, 2 - 5.)

Osastolla työskentelee kolme lääkäriä ja 21 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Hoitohenkilöstö koostuu 15 sairaanhoitajasta ja kuudesta lähihoitajasta. Lisäksi osastolla työskentelee osastonhoitaja ja osastosihteeri. Ruokahuollosta ja siivouksesta vastaavat laitoshuoltajat. Osastolla toteutetaan moniammatillista yhteistyötä ja työryhmään kuuluu lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan lisäksi kaksi fysioterapeuttia, toimintaterapeutti, neuropsykologi, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja osastofarmaseutti. (HUS 2011b, 2 - 5.)

Suuri osa potilaista tulee osastolle Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) Meilahden sairaalan päivystyksestä tai Strokeksi kutsutusta sairaalan aivohalvausyksiköstä. Stroke toimii ensisijaisena hoitopaikkana akuuttivaiheen AVH-potilaille. Neurologiselta osastolta 4A1 potilaat siirtyvät yleensä joko jatkohoitoon, kuntoutukseen tai kotiin. (Seppänen 2013.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen tapahtuu tyypillisesti yhtäkkiä ja yllättäen. Potilaan ja hänen läheistensä elämässä tapahtuu järkyttävä äkkipysähdys, joka vaikuttaa heidän elämänsä yleensä pysyvästi. Sairaudesta aivoille aiheutuva kudosaivuri vaikuttaa monin tavoin potilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Seuraukset ovat aina yksilöllisiä ja riippuvat vaurioituneen alueen laajuudesta ja sijainnista. Sairaus voi aiheuttaa joko pysyviä tai ohimeneviä halvauksia, tunteita, tunteita ja häiriöitä kielellisissä toiminnoissa sekä muussa suoriutumisessa. Sekä sairastunut että hänen läheisensä tarvitsevat tässä vaiheessa runsaasti tietoa ja tukea, mutta eivät järkytyksen ja kriisiytyneen elämäntilanteen vuoksi useinkaan osaa sitä oma-aloitteisesti etsiä tai pyytää. (Aivoliitto 2013; Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen 2010, 308 - 309.)

Aivoverenkiertotautien ja niiden uusiutumisen liittyy useita hoidettavissa olevia riskitekijöitä, kuten hypertensio (korkea verenpaine), diabetes, hyperlipidemia (kohonnut veren kolesteroli), kaulavaltimostenoosi, sepelvaltimotauti, perifeerinen valtimotauti, aiemmin sairastettu TIA-kohtaus tai aivoinfarkti, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, ylipainoisuus, vähäinen

fyysinen aktiivisuus ja hormonikorvaushoidon käyttäminen. Sukuanamneesi muodostaa myös huomioon otettavan riskitekijän, mutta sitä ei luonnollisestikaan ole mahdollista ennaltaehkäistä. Elämäntapamuutoksilla ja estohoitolääkityksellä pystytään sen sijaan merkittävästi ennaltaehkäisemään aivoverenkiertohäiriön syntymistä tai sen uusiutumista. (Aivoliitto 2013; Vauhkonen & Holmström 2009, 626 - 630.)

Yleisiä AVH:n seurauksena potilaalle ilmeneviä ongelmia ovat tiedonkäsittelyn vaikeudet, afasia ja dysartria (puheen häiriöt), neglect (huomioimattomuus), masennus ja uupumus, apatia (ponnettomuus), dysfagia (nielemisvaikeus), hemianopia (näkökenttäpuutos), spastisuus (jäykkyys) ja epilepsia. Näitä hoidetaan osastolla sekä lääkkeillä että kuntoutuksella, joka tapahtuu kollektiivisena, moniammatillisena yhteistyönä. (HUS 2011a, 16 - 19.)

Sairaanhoitajan työhön kuuluu ensinäkin potilaan peruselintoimintojen tarkkaileminen ja tukeminen: hengittäminen, sydämen toiminta ja verenkierto, kehon lämpötila, ravitsemus- ja nestetasapaino, ruokailu ja nieleminen sekä erittäminen (Tampereen kaupunki 2004). Lisäksi hoitaja tukee ja kannustaa potilasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti hänen päivittäisissä toiminnoissaan kuten asennon vaihtamisessa ja sängystä nousemisessa, liikkumisessa, pukeutumisessa ja riisuutumisessa, hiusten kampaamisessa, hygienian hoidossa ja WC:ssä käynnissä. Potilasta avustetaan hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti ja samalla kannustetaan ja tuetaan hänen pyrkimyksiään selviytyä tilanteista itsenäisesti. Hoitajan tulee avustaa potilasta hienotunteisesti, sillä potilas ei välttämättä tunnista kaikkia oireitaan tai hän voi kokea avuntarpeensa nöyryyttäväksi. (Holmia ym. 2010, 310.)

AVH:n uusiutumiseen vaikuttavien riskitekijöiden, tarvittavien elämäntapamuutosten ja sairauden seurauksena ilmenevien puutosoireiden vuoksi onnistunut kotiuttaminen, jossa potilas ja/tai hänen omaisensa/omahoitajansa saa selkeät ohjeet lääkeshoidosta, kuntoutumisesta, riskitekijöistä ja elämäntapamuutoksista on ensisijaisen tärkeää. Kotiuttamisen tarkistuslista helpottaa hoitohenkilökunnan työtä, koska sen avulla voidaan varmistaa, että kaikki tarpeelliset asiat tulevat käytyä läpi potilaan kanssa. Lisäksi voidaan seurata missä asioissa potilas on jo saanut kotiutusohjausta ja mitä hän vielä tarvitsee.

Hoitotyön haasteina neurologisella osastolla ovat ajoittain kiireinen työtahti, potilaiden erilaiset elämäntavat ja -tilanteet sekä potilailta ja omaisilla sairaudesta olevat käsitykset, jotka poikkeavat hoitohenkilökunnan näkemyksistä. Haasteita luovat myös ohjaustyön muodostuminen rutiininomaiseksi ja ohjauskäytännöt, jotka eivät vastaa potilaiden ja omaisten yksilöllisiä tarpeita. Kotiutusohjausta toteuttavan hoitajan tulisi tuntea kulloisenkin potilaansa elämäntilanne niin hyvin, että kykenee ottamaan sen huomioon ja pystyy tukemaan potilasta yksilöllisesti hänen tarpeidensa mukaisesti niin, että kotona selviytyminen edistyy. (Holmia ym. 2010, 310.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriö (AVH)

Neurologia on lääketieteen erikoisala, joka keskittyy aivojen ja hermoston sairauksiin. Neurologisia oireita tai sairauksia voi esiintyä kaikenikäisillä ihmisillä, mutta yleensä neurologiset sairaudet ilmenevät iän myötä. (Aivoliitto 2013.)

Aivoverenkiertohäiriötä käytetään yhteisnimityksenä ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten tai aivoverenkierron tai molempien sairauksille (Käypä hoito 2011). AVH on aivokudoksen vaurioitumisesta johtuva aivojen toimintahäiriö, joka voi olla aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai niin sanottu TIA-kohtaus (Aivoliitto 2012; HUS 2010, 6). Puhekielessä käytettävä termi ”aivohalvaus”, kattaa kaikki nämä aivoverenkiertohäiriöiden muodot (HUS 2011a, 6).

AVH on pitkäaikainen ja krooninen sairaus, joka vaatii jatkuvaa hoitoa ja pysyviä elämäntapamuutoksia, vaikka itse sairastuminen tapahtuukin äkillisesti (HUS 2011a, 6). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 000 ihmistä ja he muodostavat akuutin neurologian suurimman potilasryhmän. Sairastuneista noin kolmasosa on työiässä olevia ihmisiä. (Aivoliitto 2013; Vauhkonen & Holmström 2009, 626.) Aivoverenkiertohäiriötä hoidetaan lääkkeillä ja joissakin tapauksissa myös leikkauksella riippuen potilaan sairaudesta ja kunnosta (HUS 2011a, 6).

2.2.1 Aivoinfarktit

Aivoinfarktit eli iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt, IC (infarctus cerebri), ovat vaillinaisen veren virtauksen tai iskemian aiheuttamia pysyviä vaurioita aivokudoksessa (HUS 2010, 5). Ne ovat yleisimpiä aivoverenkiertohäiriöitä. Jos tukosta ei saada nopeasti auki, osa aivokudoksesta jää ilman verenkiertoa ja kuolee. Aivoinfarktia hoidetaan eri tavoin riippuen siitä, miten infarkti on syntynyt. (HUS 2011a, 7.)

Ateroskleroosi (valtimokovettumatauti) on yleisin aivoinfarktin syy. Sairauden kehittyessä aivo- tai kaulavaltimot ahtautuvat hitaasti. Hoidettavia riskitekijöitä ovat tupakointi, hoitamaton hypertensio, korkea kolesteroli, diabetes ja ylipaino. Näiden lisäksi korkean iän ja stressin sekä joidenkin perinnöllisten tekijöiden kuten miessukupuolen on todettu lisäävät riskiä sairastua ateroskleroosiin. (HUS 2011a, 7; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 198 - 202.)

Toiseksi yleisin aivoinfarktin aiheuttaja on alun perin sydänperäinen trombi eli veritulppa, joka pääsee kulkeutumaan aivoverenkiertoon. Sydämen rakenteen tai läppien viat voivat myös aiheuttaa veritulpan, mutta yleisin sydänperäisen trombin aiheuttaja on flimmeri eli

eteisvärinä. Näissä tapauksissa hoitona käytetään varfariinia tai dabigatraania sisältävää verenohennuslääkettä. (HUS 2011a, 7.)

Kaulavaltimon sisäseinämän repeämä eli dissekoituma voi ahtauttaa tai tukkia valtimon ja aiheuttaa näin aivoinfarktin. Dissekoitumaa ei ole mahdollista leikata, mutta uusien aivoinfarktien ehkäisemiseksi potilaalle määrätään usein verenohennuslääkitys. Dissekoituma korjaantuu yleensä itsestään noin vuoden kuluessa. Dissekaatio on yleisin syy alle 50-vuotiailla ilmeneville aivoinfarkteille. (HUS 2011a, 8; HUS 2010, 35.)

Basillaaritromboosissa (tukos kallonpohjan valtimossa) kuolemanriski on erittäin suuri ja vain noin puolet potilaista voidaan pelastaa liuotushoidon avulla. Verenohennuslääkettä käytetään pitkäaikaishoitona. (HUS 2011a, 8.)

Sinustromboosia (aivolaskimotukos) hoidetaan verenohennuslääkkeillä 6 kk:sta aina elinikäiseen lääkitykseen saakka. Riskitekijöinä pidetään muun muassa raskautta, e-pillereitä, tulehduksia, kuivumista, ylipainoa ja tupakointia. (HUS 2011a, 8.)

Ohimenevässä iskeemisessä aivoverenkiertohäiriössä eli niin sanotussa TIA-kohtauksessa (transient ischaemic attack) osa aivokudoksesta jää tilapäisesti ilman happea. Aivoverenkiertohäiriö luokitellaan TIA:ksi kun oireet poistuvat 24 tunnin sisällä alkamisesta, eikä tutkimuksissa löydy aivoista kudostuhoa. (Holmia ym. 2010, 300.) Sairastettu TIA-kohtaus on kuitenkin vakava varoitus ja edellyttää elämäntapamuutoksia, sillä Aivoliitto ry:n mukaan vähintään joka kolmas TIA:n saaneista sairastuu myöhemmin aivoinfarktiin (Aivoliitto 2013).

2.2.2 Aivoverenvuoto

Aivoverenvuodot jaetaan kahteen päätyyppiin. Vuoto voi olla joko lukinkalvonalainen eli subaraknoidaalinen tai aivojen sisäinen eli intracerebraalinen (Holmia ym. 2010, 302).

Lukinkalvonalainen verenvuoto, SAV (haemorrhagia subaracknoidalis), johtuu yleensä aivovaltimon aneurysman eli pullistuman vuotamisesta. Aneurysma voi olla synnynnäinen tai myöhemmin kehittynyt. Se hoidetaan yleensä leikkaamalla ja uusintavuoto voidaan ehkäistä sulkemalla pullistuma tai tukkimalla se suonensisäisesti. SAV-potilaan on ensisijaisen tärkeä lopettaa mahdollinen tupakanpolto ja pitää verenpainetauti hyvässä hoitotasapainossa. (HUS 2011a, 9.)

Aivokudoksen sisäinen verenvuoto, ICH (intracerebral haemorrhagia), aiheutuu valtimon tai laskimon repeämisestä, jolloin verta vuotaa aivokudokseen. ICH hoidetaan joko konservatiivisesti tai kirurgisesti, vuotokohdasta riippuen. (Holmia ym. 2010, 302 - 303.)

2.3 Kotiuttaminen

Erityisen haasteen AVH-potilaan sairaalasta kotiutumiseen tuovat sairauden aiheuttamat neuropsykologiset puutosoireet. Tämän vuoksi potilaan omaisten ja läheisten merkitys kotiutumisessa on erittäin suuri. (Aivoliitto 2013.) Potilaan hoitoa päätyneeksi kirjatessaan sairaanhoitajalla tulee olla varmuus siitä, että kaikki kotiuttamiseen liittyvät asiat on hoidettu ja potilaalla ja hänen hoitoonsa osallistuvilla on riittävät tiedot ja taidot jatkohoitoa ja kuntoutumista varten.

Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa toteutetun KYTKE-kehittämishankkeen perusteella voidaan todeta, että onnistunut kotiuttaminen on asiakaslähtöinen ja potilaalle yhtenäisenä toimintamallina näyttäytyvä kokonaisuus, jonka keskipisteenä on potilas sekä hänen jatkohoitonsa ja kuntoutumisensa onnistuminen (Oulun kaupunki 2012).

Hyks-sairaanhoitoalueella, joka muodostuu Helsingin ja Uudenmaan yliopistollisista sairaaloista, toteutettiin vuosina 2007 -2009 projekti nimeltä Yhtenäisen kotiuttamisen malli. Työn lähtökohdina olivat potilaan oikea-aikainen ohjaus, omahoidon valmiuksien tukeminen ja ammattilaisten välisen tiedon siirtymisen parantaminen. Mallissa painopisteinä olivat kotiin kotiutuva potilas ja hänen jatkohoito-ohjauksensa. (HUS 2009.)

Hankkeessa tuotettiin potilasohjauksessa käytettävä jatkohoidon ohjauslomake ja ohjausmateriaalia. Lomakkeen avulla siirretään myös työntekijöiden välillä tietoa siitä, mitä ohjausta potilas on saanut ja mitä vielä puuttuu. Lisäksi ohjauslomakkeella välitetään tietoa potilaan vastaanottokyvystä ja siitä, mihin seikkoihin ohjausta seuraavaksi jatkavan tulisi erityisesti kiinnittää huomiota. Projektin potilasryhmiksi valittiin sepelvaltimotautipotilaat ja ikääntyneet potilaat ja mallia pilotoitiin vuonna 2008 HYKS kardiologian, yleissisätautien ja geriatrian vastuualueella sekä yhdellä operatiivisella osastolla. (HUS 2009.)

Yleisen kotiuttamisen kulmakiviksi projektissa määriteltiin kolme seikkaa eli toimintamallin yhtenäisyys, potilaan ohjaus ja työntekijöiden välisen tiedon siirtyminen. Näkökulmana oli potilaslähtöinen kotiuttamisprosessi. Tulokset osoittivat, että potilaat kokivat saamansa ohjauksen ja tiedon hyödyllisemmäksi kuin aikaisemmin. HYKS Kardiologian vastuualue otti pilottivaiheen jälkeen jatkohoidon ohjausmallin käyttöön sepelvaltimotautipotilailla koko alueellaan. (HUS 2009.)

Suomessa on toteutettu useita muitakin tutkimus- ja kehittämisprojekteja, joissa on pyritty parantamaan potilaiden kotiuttamiseen liittyviä käytäntöjä ja yhteistyötä jatkohoitoa toteutavien tahojen välillä. Esimerkiksi Stakes (nykyisin Terveystieteiden tutkimuskeskus, THL) kehitti niin sanotussa Palko-projektissa (Palko = palveluja yhteen sovittava kotiuttaminen ja kotihoito) kuntien kanssa mallia ikääntyneiden potilaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon. Palkon

tavoitteena oli kehittää, toimeenpanna ja arvioida hyviä kotiutumis- ja kotihoitokäytäntöjä. (Hammar 2008.)

Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa toteutetun selvityksen perusteella (2007) todettiin, että turvallinen kotiutuminen edellyttää hyvää yhteistyötä ja tiedonkulkua omaisten, kotihoiton työntekijöiden ja sairaalan moniammatillisen tiimin (hoitajat, lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä) kesken. Turvallisen ja tehostetun kotiutuksen todettiin vähentävän ja viivyttävän sairaalaan uudelleen menoa ja vähentävän terveydenhuollon kustannuksia. (Helsingin kaupunki 2007, 1.)

Potilaan hyvä kotiutuminen on tärkeää opinnäytetyön kohteena olleen osaston työn sujuvuuden ja työpaineiden tasaamisen kannalta. Kotiutumisvaiheen onnistumisella on erittäin suuri merkitys myös potilaan omahoidon onnistumisen ja kuntoutumisen näkökulmasta. Lisäksi se, että sairaalasta kotiutuvat AVH-potilaat selviytyvät kotona, jatkavat kuntoutumista, sitoutuvat elämäntapamuutoksiin ja välttyvät sen johdosta uusilta aivoverenkiertohäiriöiltä näkyy lopulta myös kansanterveydellisinä ja -taloudellisina hyötyinä. Sairaanhoidajien työskentelyä helpottavan ja yhtenäistävän työvälineen eli tarkistuslistan tarjoamisella ja käyttöönotolla on siis monia vaikutuksia.

Kerr (2012) tuo artikkelissaan ”Stroke rehabilitation and discharge planning” esille sairaanhoidajan monitahoisien roolin potilaan kotiuttamisprosessissa. Hän tunnistaa hoitotyön tiedollisen ja taidollisen vaativuuden moniammatillisessa työyhteisössä ja haasteellisten potilaiden kanssa toimittaessa. Lisäksi Kerr katsoo, että hoitajilla on tässä kokonaisuudessa kotiuttamista koskevan koordinaattorin tehtävä. Kerrin mukaan hoitajan tehtäviin kuuluu kotiuttamisohjauksen lisäksi kotiuttamisprosessin kokonaisuuden suunnittelu ja hallinta. (Kerr 2012, 35 - 39.)

2.4 Potilasohjaus

Sana ohjaus määritellään muun muassa ohjauksen antamiseksi ja sanakirjamääritelmässä korostuvat usein hoitajan aktiivisuus ja asiantuntemus sekä potilaan passiivinen rooli. Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään kuitenkin antamaan potilaalle tietoja ja taitoja sekä aloitteellisuutta parantaa omaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaustilanteessa hoitaja on ohjauksen asiantuntija ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Hyvällä ohjauksella voidaan vahvistaa potilaan selviytymistä kotona ja samalla vähentää potilaan yhteydenottoja osastolle kotiutumisen jälkeen. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25 - 26, 41.)

Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Ohjaaminen on jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävä. Koska hoitoajat lyhenevät, ohjauksen merkitys hoitotyössä korostuu entisestään. Tämä vaatii ohjauksen tehostamista, sillä hoitojakson jälkeen potilaan olete-

taan ottavan vastuuta oman terveytensä hoidosta, muuttavan elintapojaan toivotulla tavalla ja selviytyvän toipumisajasta kotona. Ohjauksella potilaalle annetaan sekä tietoa, haasteita että mahdollisuuksia, mutta loppujen lopuksi hän luo itse, omilla valinnoillaan omaa elämäänsä. Ohjauksessa hoitajan tulee rohkaista ja kannustaa asiakasta ottamaan vastuu omasta hoidostaan. Jos potilas ei usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa, hän ei myöskään ota vastuuta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 5 - 6, 11 - 12.)

Mäkipään ja Korhosen (2011) mukaan potilasohjaus kuuluu nimenomaan hoitotyön erityisosaamisen alueisiin ja sairaanhoitajilta edellytetään potilaan ja tämän omaisten ohjausta. Heidän mukaansa tämän takia sairaanhoitaja osaa parhaiten potilaan ohjauksen. Ohjauksella pyritään edistämään potilaan hoitoon sitoutumista, omahoitoa ja kuntoutusta. Tavoitteena on tukea potilasta elämäntapamuutoksissa. (Mäkipää & Korhonen 2011, 20 - 21.)

Mäkipää ja Hahtela (2011) puolestaan toteavat, että sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu ohjauksen lisäksi antaa potilaalle tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä itsehoidosta. Tämä auttaa potilasta hänen hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa. (Mäkipää & Hahtela 2011, 39.) Laadukas ohjaus vaatii riittävästi henkilökuntaa, aikaa ja hoitajien ohjausvalmiuksia. Pelkät resurssit eivät kuitenkaan riitä, vaan ohjauksen tulee myös olla oikein ajoitettua. (Kyngäs ym. 2007, 21.)

Suullisen ohjauksen yhteydessä on hyvä näyttää ja antaa kirjallista materiaalia, joka tulee ohjauskeskustelussa käsiteltäviä asioita. On arvioitu, että potilas muistaa 90 prosenttia siitä, mitä hänen kanssaan on käyty läpi sekä kuulo- että näköaistia käyttämällä, 75 prosenttia siitä mitä hänelle ainoastaan näytetään ja vain 10 prosenttia siitä mitä hän pelkästään kuulee. Potilaidenkin mielestä on hyvä saada ohjaukseen liittyvää materiaalia kirjallisena, sillä siihen voi tukeutua ja siitä voi helposti tarkistaa tietoja itsenäisesti. Koska potilas muistaa ja pystyy ottamaan vastaan vain rajallisen määrän asioita, tulee ohjauksen lopuksi vielä kerrata keskeiset asiat. (Kyngäs ym. 2007, 73, 124.)

Potilasohjauksen tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista. Ohjaustilanteen jälkeen sen vaiheet tulee kirjata selkeästi, jotta jokainen olisi tietoinen siitä, mitä ohjauksessa on käsitelty ja minkälaisia tavoitteita sille on asetettu. Tarkka ja täsmällinen kirjaaminen mahdollistaa suunnitelmallisen ohjausprosessin. (Kyngäs ym. 2007, 46.)

Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla vuosina 2002 - 2010 toteutetussa hankkeessa kehitettiin määrätietoisesti potilaan ohjausta ja kotiutusta. Monivaiheisessa työssä kartoitettiin muun muassa potilaiden ja saattajien näkemyksiä potilas- ja omaisohjauksesta ja kehitettiin sen pohjalta kotiutusohjauksen malli, joka huomioi potilaan yksilöllisen elämäntilanteen. Mallin perusteella kotiutusohjauksen viisi keskeistä sisältöä ovat potilaan sairaus ja sen

oireet, lääkehoito, hoidon toteuttamisolosuhteet kotona, oireenmukaiset hoito-ohjeet ja potilaan läheisen ohjaus. Kotiutusohjauksen mallin tavoitteena on systematisoida perhekeskeistä ohjausta, ennaltaehkäistä tietokatkoksia ja lisätä hoitajien ja lääkärien vuorovaikutusta. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 258 - 266; Salminen-Tuomaala ym. 2011, 50 - 53.)

2.5 Tarkistuslista

Tarkistuslista on eräänlainen päivittäistä käytännön työskentelyä tukeva työkalu, jonka avulla pyritään vähentämään virheitä. Sitä käyttämällä varmistetaan myös työn johdonmukaisuus ja turvallisuus. Tarkistuslistan käyttö lisää työn yhdenmukaisuutta ja sujuvuutta kuitenkin vain silloin, kun kaikki osaston työntekijät noudattavat tarkistuslistaa päivittäisessä työssään. Kehittyneemmissä tarkistuslistoissa on myös aikataulu, jossa määritellään tehtäviä kellonajan mukaan tai muita tekijöitä. (Helovu 2011.)

Potilaiden hyvä hoito edellyttää, että kussakin terveydenhuollon yksikössä noudatetaan yhteisesti sovittuja ja turvallisia toimintatapoja. Potilasturvallisuutta parantavalla toimenpiteellä, esimerkiksi tarkistuslistalla, pyritään estämään tai vähentämään potilaille koituvia haittoja. Samalla voidaan vähentää virheiden ja haittojen aiheuttamia kustannuksia. Tarkistuslistoja hoitoalalla on kehitetty erityisesti leikkauslaittoimintaa varten. Terveydenhuollossa onkin tärkeää oppia muilta riskialttiilta aloilta kuten esimerkiksi ilmailusta ja ydinvoimateollisuudesta. (Helovu 2011.)

The Surgical Patient Safety System Checklist - SURPASS on koko hoitopolun kattava, leikkauksen saannista kotiutukseen saakka kestävä, validoitu tarkistuslista. de Vries kollegoineen kehitti leikkauspotilaille tällaisen koko hoitopolun kattavan tarkistuslistan, sillä jopa puolet kirurgisen potilaan hoitoon liittyvistä virheistä tapahtuu pre- tai postoperatiivisessä työssä eli leikkaussalin ulkopuolella. SURPASS on ensimmäinen laatuaan. Se perustuu leikkaustoiminnasta ja inhimillisistä erehdyksistä saatavilla olevaan kirjallisuuteen. Listan sisältämät tarkistukset valittiin teorian pohjalta ja sen käytettävyyttä arvioitiin käytännön työssä. (de Vries, Hollmann, Smorenburg, Gouma & Boermeester 2009, 121.)

Tarkistuslista kulkee potilaan mukana koko hoitopolun ajan ja sitä täydentävät vuorollaan hoitotiimin eri jäsenet. Tarkistuslista on jaettu hoidon etenemisen mukaisesti eri vaiheisiin: preoperatiivinen osasto, leikkaussali, heräämö tai teho-osasto ja postoperatiivinen vuodeosasto ja se keskittyy erityisesti siirtymävaiheisiin (myös tulohaastattelu ja kotiutus). Lista on moniammatilliseen käyttöön tarkoitettu. Osaston lääkärit, kirurgit, anestesiologit ja sairaanhoitajat ovat kaikki osaltaan vastuussa listan täyttämisestä ja käyttämisestä. (de Vries ym. 2009, 122.)

Tulokset SURPASS:in käytöstä ovat erittäin hyviä. Haittatapahtumien väheneminen ja potilas-turvallisuuden paraneminen voidaan perustella usealla eri mekanismilla. Tarkistuslista tarjoaa kattavan viitekehyksen koko perioperatiiviseen hoitoprosessiin. Se muun muassa minimoi tiedon häviämistä matkan varrella, edistää monitieteistä viestintää, tehostaa hoitotyön prosesseja sekä parantaa tiimityötä ja asenteita laatua ja turvallisuutta kohtaan. (de Vries ym. 2010, 1933.)

3 Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa HUS:n Meilahden kolmiosairaalan neurologiselle osastolle 4A1 AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista. Tavoiteena oli osallistua osaston AVH-potilaiden kotiutuksen kehittämiseen.

Opinnäytteen tarkoitus käytännössä myös rajasi työn ja sen perusteella työlle asetettiin kaksi tutkimuskysymystä, jotka olivat seuraavat:

- 1) Mitä AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistan tulee sisältää?
- 2) Minkälaisessa muodossa tarkistuslistan tulee olla?

4 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen tutkimus, koska neurologisen osaston 4A1 hoitohenkilökunta haluttiin nähdä aktiivisina toimijoina ja oman työnsä parhaina kehittäjinä. Tarkistuslista pyrittiin toteuttamaan hoitajien asiantuntemuksen ja työkokemuksen ohjaamana, jotta se vastaisi heidän ajatuksiaan ja tarpeitaan laadukkaan potilasohjauksen ja kotiuttamisen toteutumisesta. Tämän vuoksi katsottiin, että kvalitatiivinen menetelmä tuo hoitajien oman näkemyksen esille paremmin kuin kvantitatiivinen menetelmä, joka perustuu enemmän tutkijoiden asettamiin ennakkonäkemyksiin tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus käsittää joukon erilaisia tieteellisiä lähestymistapoja. Laadullista tutkimusta luonnehtii ihmisten kokemusten, näkemysten ja tulkintojen kuvaaminen. Tunnusomaista kvalitatiiviselle tutkimukselle on aineistokeskeisyys, kokonaisvaltainen tiedon hankinta ja asioiden tarkastelu luonnollisissa tilanteissa. Laadullista tutkimusotetta kuvaavat myös havainnointi, yksilöllisyys ja tutkimuksen liittyminen tiettyyn tilanteeseen sekä vapaus teoriaohjautuvuudesta ja tutkimusasetelmien jäsentyminen vaihe vaiheelta tutkimusprosessin edetessä. Tällöin esimerkiksi aineiston keräämistä ja analyysiä koskevia ratkaisuja voidaan tehdä vähitellen työn etenemisen myötä. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 49 - 51.)

Laadullinen tutkimusprosessi voidaan nähdä myös tutkijan tietoisuudessa tapahtuvana oppimisprosessina tai ongelmanratkaisujen sarjana, jonka kehittyessä tarvitaan valmiuksia uudelleenlinjaukseen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita suunnitelmallisuuden puutetta, vaan teorian ja

kerättävän aineiston vuorovaikutusta ja sitä, että työn rajaamisen merkitys korostuu. (Aaltola ja Valli 2010, 70 - 80.)

Kvalitatiiviseen tutkimusotteeseen perustuvia tutkimusmenetelmiä on käytetty hoitotieteessä etenkin 1980-luvulta alkaen. Lähestymistapa tarjoaa tietoa ihmisten kokemasta terveydestä ja sairaudesta sekä hoitokokemuksista ja niistä merkityksistä, joita ihmiset kokemalleen antavat. Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät antavat uuden näkökulman myös näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja sen kehittämiseen sekä arviointiin. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 54 - 57.)

4.1 Teemahaastattelu

Opinnäytetyön aineiston muodosti ryhmähaastattelu, joka tehtiin neurologisen osaston sairaanhoitajille. Tiedonantajiksi valittiin sairaanhoitajat, koska potilaiden kotiuttaminen on heidän ammattiinsa kuuluva erityisosaamisen alue ja opinnäytetyön tuotos oli tarkoitettu heidän käyttöönsä. Tutkimuskysymyksistä (kappale 3) nousevat haastatteluteemat liittyivät AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistan sisältöön ja muotoon. Ryhmähaastattelun teemat ja avoimessa muodossa esitetyt kysymykset ovat tämän opinnäytetyön liitteenä 3.

Ryhmähaastattelu toteutettiin puolistrukturoituna eli teemahaastatteluna. Menetelmä tuottaa tietoa nopeasti ja mahdollistaa havainnoinnin. Täydentävien kysymysten tekeminen on mahdollista ja aineiston keräämisessä korostuu dialogisuus. Teemahaastattelu mahdollisti myös sen, että esille voi nousta asioita, joita haastattelijat eivät osaisi kysyä. Haastattelutilanne tuottaa usein myös tutkimuskysymyksiä avaavia esimerkkejä. (Vilka 2005, 100 - 106; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 204 - 217.)

Haastateltavien motivointi ennen haastattelua, sen alussa ja haastattelun kuluessa on tärkeää, mutta toisaalta haastattelutilanne mahdollistaa aineiston keräämiseen käytettävän ajan säätelyn. Menetelmän haasteisiin kuuluu se, että ryhmädynamiikka voi vaikuttaa haastattelutilanteessa siten, että kaikki eivät tuo esille näkemyksiään ja mielipiteitään. Kaikki eivät myöskään välttämättä osallistu haastattelutilaisuuteen. (Vilka 2005, 100 - 106; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 204 - 217.)

Teemahaastattelu on keskustelua, jonka tarkoitus on etukäteen päätetty. Se muistuttaa joka päiväistä keskustelua, jota tutkija ohjailee siten, että aihe ei erkane tutkimusongelmasta. Tutkija esittää pääasiassa avoimia kysymyksiä, mutta jättää haastattelun muodon ja yksityiskohdat vapaiksi. Avoimet kysymykset ovat muodoltaan sellaisia, että niihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Lisä- ja apukysymysten avulla keskustelua voidaan kohdentaa, täsmentää ja ohjata. Haastattelija ei kuitenkaan ota kantaa esittämiinsä kysymyksiin, vaan hänen

keskeisiä tehtäviään ovat keskustelun aikaansaaminen, sen edistäminen ja tarvittaessa puheenvuorojen jakaminen sekä siitä huolehtiminen, että kaikki saavat osallistua keskusteluun. Koska kyseessä on laadullinen tutkimus, aineiston määrä ei ole tärkeintä, vaan työn onnistumisen ratkaisee haastattelemalla saatavan aineiston laatu. (Vilkkä 2005, 100 - 106; Hirsjärvi ym. 2010, 204 - 217.)

4.2 Haastattelun toteutus

Teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastattelun muodossa ja se pidettiin osastolla 4A1 perjantaina 15.2.2013. Haastatteluun oli jo hyvissä ajoin kutsuttu osaston koko hoitohenkilökunta. Haastatteluun osallistui kahdeksan hoitajaa. Heti alussa hoitajia muistutettiin siitä, että haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja heitä pyydettiin täyttämään haastatteluun osallistumisen suostumuslomake (liite 2 Suostumuslomake). Seuraavaksi haastatteluun osallistuville kerrottiin tutkimuksesta ja haastattelutilanteen kulusta sekä siitä, että haastattelu tallennetaan. Haastattelun aikana haastattelija esitti kysymyksiä ja ohjasi keskustelua eteenpäin. Tarvittaessa tehtiin myös tarkentavia kysymyksiä. Koko teemahaastattelutilanne tallennettiin ja haastattelun aikana tehtiin myös havaintoja ja muistiinpanoja.

Ryhmähaastattelutilannetta ja siitä saadun aineiston käsittelyä helpotti se, että opinnäyte-työtä oli toteuttamassa kaksi hoitotyön opiskelijaa, jotka molemmat olivat suorittaneet sisätautien hoitotyön harjoittelunsa neurologisella osastolla 4A1. Hoitajien haastattelutilanteen havainnointi, muistiinpanojen tekeminen, keskustelun edistäminen ja eteenpäin vieminen sekä puheen tallentaminen oli helppoa, kun osasto, siellä työskentely ja hoitajien ammatillinen kielenkäyttö olivat jo ennalta tuttua.

Osaston ja aivoverenkiertosairauksien tuntemus helpottivat myös ryhmähaastattelun purkua ja analyysin tekemistä. Kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti sairaanhoitajat nähtiin haastattelutilanteessa subjekteina, merkityksiä luovina ja aktiivisina oman työnsä asi-antuntijoina ja kehittäjinä (Hirsjärvi ym. 2010, 204 - 205).

4.3 Aineiston analyysi

Haastatteluaineiston tarkastelun välineenä oli laadullisessa tutkimuksessa paljon käytetty sisällönanalyysi. Sitä pidetään joskus työläänä menetelmänä, mutta tutkimuksen tavoite ja sen toteutumista varten kerätty haastatteluaineisto oli niin rajattu, että analyysivaiheesta ei muodostunut ajallisesti tai määrällisesti liian haastavaa.

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikenlaisissa laadullisissa tutkimuksissa. Useat eri nimillä kulkevat laadulliset tutkimukset perustuvat sisällönanalyysiin,

silloin kun niillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen aineistojen analyysiä. Sisällönanalyysin tavoitteena on tarkastella tutkimusaineistoa tiivistäen, eritellen ja pelkistäen sekä eroja ja yhtäläisyyksiä etsien. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 91 - 108; Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 131 - 139.)

Tuomen ja Sarajärven (2013) sekä Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009) näkemyksiä soveltaen opinnäytetyön haastattelujen aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja tulosten tulkinta sekä raportointi koostuivat seuraavista vaiheista:

- nauhoitetun teemahaastattelun litterointi
- aineiston eli haastattelutilanteessa tehtyjen muistiinpanojen ja puretun haastattelun lukeminen
- sisällöistä ja aineiston järjestämisestä keskusteleminen, alustava pelkistäminen sekä lähdekirjallisuuden peilaaminen
- epärelevantin aineiston pois rajaaminen
- alkuperäisilmausten etsiminen ja pelkistettyjen ilmausten muodostaminen
- pelkistettyjen ilmausten merkitseminen ja listaaminen
- samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen
- pelkistettyjen ilmausten yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen
- alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen
- opinnäytetyön kirjoittaminen eli tutkimusprosessin raportointi, tulosten, pohdinnan ja jatkotutkimusaiheiden kirjaaminen
- AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistan muotoileminen ja reflektointi neurologisen osaston kanssa
- viimeiset korjaukset ennen työn palauttamista oppilaitokselle ja neurologiselle osastolle luovuttamista

(Tuomi ja Sarajärvi 2013, 91 - 124; Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 131 - 139.)

5 Tulokset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset, jotka koskivat tarkistuslistan sisältöä ja muotoa muodostivat myös haastatteluaineiston analyysin lähtökohdat. Analyysin ja teoreettisessa taustassa esitellyn lähdemateriaalin perusteella syntyi opinnäytetyön konkreettinen tuotos eli AVH-potilaan kotiutuksen tarkistuslista (liite 4). Tuotos on esitetty tässä opinnäytetyössä Word-muodossa olevana listana, mutta tarkoituksena on, että neurologinen osasto 4A1 vie tarkistuslistan HUS:n sähköiseen potilastietojärjestelmään. Sen vuoksi tässä opinnäytetyössä ei oteta kantaa tarkistuslistan lopulliseen ulkoasuun, vaan liitteessä 4 esitetään vain tarkistuslistan sisältö.

Opinnäytetyötä varten tehty ja nauhoitettu hoitajien ryhmähaastattelu tuotti 16 sivua litteroitua tekstiä. Lisäksi haastattelutilanteessa tehtiin kaksi sivua muistiinpanoja. Aineistoa luettaessa siitä haettiin aluksi alkuperäisilmauksia, joissa puhuttiin siitä, mitä asioita tarkistuslistassa pitäisi olla ja minkälainen listan tulisi olla muodoltaan, jotta se palvelisi tarkoitustaan. Ennen varsinaiseen analyysiin ryhtymistä litteroidusta haastattelusta poistettiin epärelevantti aineisto, jonka jälkeen relevanttia haastatteluaineistoa jäi yhdeksän sivua. Sen jälkeen aineistosta etsittiin ja merkittiin alkuperäisilmauksia ja muodostettiin niistä pelkistettyjä ilmauksia. Seuraavaksi pelkistetyt ilmaukset merkattiin käsin litteroituun aineistoon seuraavien esimerkkien tapaan. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 108 - 110.)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<p>”Ei potilaat välttämättä tiedä mikä on eteisvärinä. Ei ne kotona tiedä tai muista enää, että mikä niillä oli.”</p> <p>”Flimmeristä puhutaan niin kuin se olisi kaikille tuttu.”</p>	Flimmeriä ei tunneta
<p>”Potilaat soittaa labravastauksista, eniten INR vastauksista.”</p> <p>”Potilaat kysyy mitä tällä ja tällä INR-arvolla tarkoitetaan ja kuinka paljon sitä Marevania nyt sitten pitää ottaa.”</p>	INR ja Marevan-hoito on epäselvää
<p>”Silloin kun potilaalle annetaan se kirja, niin se ois sitten plussana listalla, mutta se tarkoittaa vaan että kirja on annettu, eli ei sitä, että siitä kirjasta ois käyty mitään läpi.</p> <p>”Siinä listassa vois olla kohta, että potilas on saanu sen kirjan ja että se on täytetty kunnolla.”</p>	Vihreän kirjan antaminen
<p>”Mirandassa olis tosi hyvä olla lista. Siinä etusivulla, kaikki näkis mitä on kerrottu. Koko lista potilaiden tietoihin, merkataan kaikki alussa miinuksella ja kun tehty muutetaan se plussaksi.”</p>	Sähköisen listan käytännöllisyys
<p>”Mä ainakin haluaisin laminoidun pienen listan rintataskuun.”</p>	Toive laminoidusta listasta

Sisällönanalyysin seuraavassa vaiheessa pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin alaluokkiin. Edellä olevassa taulukossa esitellyllä tavalla alkuperäisilmauksia pelkistäen litteroidusta haastattelusta löytyi kaikkiaan 32 pelkistettyä ilmausta. Tämän jälkeen aineiston käsittelyä jatkettiin abstrahoimalla pelkistetyt ilmaisut alaluokiksi, joita tunnistettiin kaikkiaan kolmetoista. Alaluokista muodostettiin vielä kaksi yläluokkaa eli tarkistuslistan sisältö ja muoto. Seuraavassa

taulukossa esitetään kootusti haastatteluaineiston sisällönanalyysin tuloksina muodostuneet pelkistetyt ilmaukset, alaluokat ja yläluokat. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 110 - 113.)

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
Flimmeriä ei tunneta Liikunnan merkitys Yksilölliset harrastukset	Riskitekijät ja elämäntavat	Tarkistuslistan sisältö
INR ja Marevan-hoito on epäselvää Verenpainelääkitys Statiinit Fragmin-pistosohjaus Muut lääkkeet Lääkkeiden haittavaikutukset Lääkelistan läpikäyminen	Lääkelistan ja lääkehoidon läpikäyminen	Tarkistuslistan sisältö
Vihreän kirjan antaminen Vihreän kirjan läpikäyminen potilaan kanssa	Aivoverenkiertohäiriö potilaan seurantakansio eli ns. Vihreä kirja	Tarkistuslistan sisältö
Yhteystiedot omaan terveyskeskukseen Hätäkeskuksen numero	Yhteystiedot kysymysten ja uusien AVH-oireiden varalle	Tarkistuslistan sisältö
Taksilapun antaminen Kotimatka	Kuljetus kotiin/taksilappu	Tarkistuslistan sisältö
Autolla ajaminen Matkustaminen Lentäminen Saunominen	Rajoitukset AVH:n jälkeen	Tarkistuslistan sisältö
Diagnoosista kysytään usein Perustiedot AVH:sta puuttuvat	Diagnoosin selventäminen	Tarkistuslistan sisältö
Omaisien ohjaaminen tärkeää Tietoa potilaan läheisille	Omaisien/läheisen ohjaaminen	Tarkistuslistan sisältö
Seksuaaliohjausta ei ole Seksuaaliohjaus tärkeää	Seksuaaliohjaus	Tarkistuslistan sisältö

Tarvitaanko kotihoitoa Kotihoito huonokuntoiselle	Yhteys kotihoitoon	Tarkistuslistan sisältö
Sähköisen listan käytännöllisyys Sähköinen lista parantaa potilaan oikeusturvaa	Sähköinen lista	Tarkistuslistan muoto
Toive laminoidusta listasta	Laminoitu lista	Tarkistuslistan muoto
Potilaskohtaisia papereita ei enää säilytetä	Paperinen lista	Tarkistuslistan muoto

Sisällönanalyysin tuloksena haastatteluaineiston alkuperäisilmaisuista identifioitiin 32 kappaletta pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin puolestaan 13 alaluokkaa. Alaluokat jaettiin edelleen tutkimuskysymysten mukaisesti kahteen yläluokkaan eli tarkistuslistan sisältöön ja muotoon.

6 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe oli erittäin konkreettinen ja tutkimustarve tuli suoraan käytännön työelämästä. Näistä syistä tehtävän selkeä rajaaminen oli helppoa ja haastateltavien sekä analysoitavan haastatteluaineiston määrä pysyi opinnäytetyöksi sopivan suppeana. Työn toteuttaminen oli kiinnostavaa ja mielekästä, kun se tehtiin työharjoittelussa jo tutuksi tulleessa toimintaympäristössä.

6.1 Tulosten tarkastelu

Osaston sairaanhoitajat olivat ryhmähaastattelussa hyvin yksimielisiä, joten tämän vuoksi aineistosta ei ollut mielekästä laskea kuinka moni hoitaja kannatti mitään ajatusta tai ehdotusta. Keskustelun kuluessa eri seikoista muodostui nopeasti yhteisesti jaettuja näkemyksiä siitä, minkälaisia asioita tarkistuslistaan olisi syytä sisällyttää ja minkälaisessa muodossa lista olisi käyttökelpoisen.

Ainoat mielipide-erot haastatteluteemoja käsiteltäessä syntyivät siitä, pitäisikö flimmeri merkitä tarkistuslistaan omana kohtanaan vai ei ja tulisiko tarkistuslistan olla muodoltaan sähköinen vai laminoitu taskukokoinen kortti. Haastatteluaineiston ja aivoverenkiertohäiriöistä sekä niiden riskitekijöistä työn teoreettisessa taustassa esitetyn perusteella syntyi näkemys, että flimmeriä ei ole tarpeen merkitä tarkistuslistaan omana erillisenä kohtanaan. Tämän sijaan tarkistuslistaan otettiin pelkkää flimmeriä yleisluonteisempi kohta Riskitekijät ja elämäntavat. AVH:n riskejä ja tarvittavia elämäntapamuutoksia koskevaa ohjaustyötä toteuttaessaan

sairaanhoidaja ottaa flimmerin kulloinkin tapauskohtaisesti esille, jos se potilaan diagnoosin ja yksilökohtaisen tilanteen perusteella on tarpeellista.

Haastatteluaineiston perusteella on ilmiselvää, että sähköinen tarkistuslista sai hoitajilta selkeän kannatuksen ja sille löytyi useita hoitajien työn joustavuuteen, työaikaan, työntekijöiden väliseen tiedonkulkuun ja potilasturvallisuuteen liittyviä perusteita. Juuri näitä seikkoja ovat painottaneet teoksissaan myös esimerkiksi Helovuori (2011) ja Kyngäs kollegoineen (Kyngäs ym. 2007). Jos osa neurologisen osaston hoitajista kuitenkin haluaa käyttää omassa työssään myös laminoitua listaa, niin sähköinen lista voidaan helposti tulostaa paperille ja laminoida mukana kuljetettavaksi apuvälineeksi. Tällöin laminoitu lista toimii potilasohjaustilanteissa muistilistana osaston yhteisen sähköisen tarkistuslistan ja siihen tehtävien potilaskohtaisten merkintöjen ohella.

Kyngäs ym. (2007) toivat esille myös potilasohjauksen suunnitelmallisuuden, tavoitteellisuuden ja kirjaamisen. Sähköisenä toteutettava tarkistuslista mahdollistaa suunnitellun, yhtenäisen kotiuttamisprosessin, jolle on asetettu yhteiset tavoitteet ja jonka edetessä tehdään myös merkintöjä sähköiseen potilasjärjestelmään. Kuten Helovuori (2011) huomautti, tarkistuslistan käyttö lisää työn yhdenmukaisuutta ja sujuvuutta kuitenkin vain silloin, kun kaikki osaston työntekijät noudattavat tarkistuslistaa päivittäisessä työssään.

Kyngäs ym. (2007) totesivat, että hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen merkitys hoitotyössä vain korostuu. Hyvällä ohjaustyöllä vahvistetaan potilaan selviytymistä kotona ja samalla vähennetään potilaan yhteydenottoja osastolle kotiutumisen jälkeen. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 26, 41.) Hyks sairaanhoitoalueen Yhtenäisen kotiuttamisen mallissa lähtökohtana oli potilaslähtöinen kotiuttamisprosessi ja kulmakivinä toimintamallin yhtenäisyys, potilaan ohjaus ja työntekijöiden välisen tiedon siirtyminen (HUS 2009). Työn teoreettisessa osuudessa tarkemmin esitellyn aiemmin tutkitun tiedon ja ryhmähaastattelun analyysin perusteella tämän opinnäytetyön tuotoksena muotoiltiin neurologisen osaston 4A1 käyttöön liitteen 4 mukainen AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistaa. Ennen opinnäytetyön valmistumista neurologisen osaston hoitajat saivat mahdollisuuden kommentoida tarkistuslistan luonnosta. Saadun palautteen perusteella tarkistuslistaan ei ollut tarpeen tehdä muutoksia.

Osaston tehtäväksi jäi Word-muodossa esitetyn listan vieminen osaksi sairaalan käytössä olevaa sähköistä potilastietojärjestelmää ja tarkistuslistan käyttöönotto hoitajien työssä. Tarkoituksena oli, että tarkistuslista vietään Miranda-järjestelmässä potilastietojen ensimmäiselle sivulle, josta se on helposti nähtävissä ja tarkistettavissa. Tarkistuslistan jokaisessa kohdassa on aluksi miinusmerkki (-) ja merkkejä muutetaan plusmerkeiksi (+) sitä mukaa kun hoitajat toteuttavat kyseisen potilaan kotiutusohjauksen.

Opinnäytetyön liitteenä 4 esitettävää AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistaa käyttämällä voidaan siirtää tietoa sairaanhoitajien välillä työtehtävien ja työvuorojen vaihtuessa. Listan avulla ei kuitenkaan välity tietoa ammattiryhmien välillä. Kuten Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa toteutetussa KYTKE-kehittämishankkeessa ja HYKS:n Yhtenäisen kehittämisen mallissa todettiin, keskeistä onnistuneessa kotiuttamisessa on potilaslähtöinen kokonaisuus ja ammattilaisten välisen tiedon siirtyminen (Oulun kaupunki 2012 ja HUS 2009). Tämän opinnäytetyön perusteella käyttöön otettava tarkistuslistaa voidaankin jatkossa kehittää eteenpäin moniammatilliseksi työvälineeksi, jossa otetaan huomioon AVH-potilaan kotiuttamisprosessi kokonaisuutena.

Kaikki neurologisella osastolla työskentelevät ammattiryhmät pystyvät toki tälläkin hetkellä näkemään kaikki sähköiseen potilasjärjestelmä Mirandaan tehdyt merkinnät. Lääkärit, sosiaalityöntekijät, toiminta- ja fysioterapeutit täyttävät järjestelmässä heille erityisesti tarkoitettuja osioita eli niin sanottuja välilehtiä (lääkärit NEU- tai SIS-lehteä, sosiaalityöntekijät SOS-lehteä, fysioterapeutit FYS-lehteä ja niin edelleen). Sähköisen järjestelmän etusivulle koottava moniammatillinen kotiutuksen tarkistuslista voisi kuitenkin helpottaa osaston eri ammateissa toimivien työntekijöiden välistä tiedonkulkua ja korostaa potilaslähtöistä kotiuttamisprosessia kuten KYTKE-kehittämishankkeessa ja HYKS:in Yhtenäisen kehittämisen mallissa todettiin (Oulun kaupunki 2012 ja HUS 2009).

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettiset valinnat ja päätökset koskevat kaikkea tutkimustyötä aina aiheen valitsemisesta saattuihin lopputuloksiin ja niiden hyödyntämiseen saakka. Eettisyyttä koskevia kysymyksiä voi liittyä muun muassa tutkimusaiheen ja -menetelmän valintaan, aineiston hankkimiseen, tiedon luotettavuuteen, haastateltavien kohteluun, tietosuojaan, tutkimuksen vaikutuksiin ja tutkijoiden toimintatapoihin. Eri tutkijoiden tutkimusasetelmat ja toteuttamismenetelmät ovat hyvinkin erilaisia ja siksi kaiken kattavia, yleispäteviä eettisiä sääntöjä on mahdotonta laatia. Jokaisen tutkimustyötä tekevän onkin tapauskohtaisesti harkittava omaa toimintaansa ja ratkaisujaan. Yhtenä eettisen ajattelun ohjenuorana voidaan pitää tutkijan kykyä pohtia henkilökohtaisten ja yleisten arvojen näkökulmista sitä, mikä on oikein ja mikä on väärin. (Kuula 2006, 11 - 21.)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin huomioimaan tutkimuseettiset periaatteet ja hyvät tieteelliset käytännöt (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että opinnäytetyön toteuttaminen kuvattiin niin, että työskentelyä voi tarkastella vaihe vaiheelta. Siten tulosten luotettavuutta pystytään arvioimaan. Huolellinen ja tarkka raportointi tutkimuksen eri vaiheista ja johtopäätösten syntyisestä mahdollistavat tutkimustulosten luotettavuuden kriittisen tarkastelun. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 152 - 184; Hirsjärvi

ym. 2010, 23 - 27.) Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että neurologinen osasto sai tarkistuslistan luonnoksen kommentoitavakseen ennen opinnäytetyön lopullisen version valmistumista.

Tiedonkeruussa ja analyysivaiheessa pyrittiin noudattamaan mahdollisimman hyvää täsmällisyyttä. Opinnäytetyötä kirjoitettaessa ei syllistytty luvattomaan lainaamiseen eli plagiointiin, vaan erotettiin toisten tutkijoiden kirjoitukset ja asiasällöt lähdeviitteiden avulla. Lähdeaineistoksi pyrittiin löytämään monipuolista ja edustavaa kirjallisuutta ja tutkimusaineistoa. Lisäksi etsittiin primäärilähteitä, vältettiin sekundäärilähteitä ja käytettiin aineiston valinnassa lähdekritiikkiä. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 152 - 184; Hirsjärvi ym. 2010, 23 - 27.)

Verkkomateriaali hankittiin luotettavia julkaisijoita ja tietokantoja hyödyntäen. Saadun aineiston luotettavuutta arvioitiin kiinnittämällä huomiota materiaalin julkaisijaan ja arvioijaan sekä lähdeviitteisiin, tekijän henkilöllisyyteen ja tiedon ajantasaisuuteen. Myöskään verkkolähteitä ei plagioitu. Lähdemateriaalin hankinnassa vältettiin avoimen internetin käyttöä. (Kuula 2006, 169 - 199.)

Haastatteluaineiston hankinnassa ja neurologisen osaston yhteyshenkilöiden kanssa toimittaessa kiinnitettiin huomiota yhteistyökumppanien ja haastateltavien informointiin, luottamuksellisuuteen, avoimuuteen, osallistumisen vapaaehtoisuuteen ja siihen, että saatuja tietoja käytettiin vain niiden käyttötarkoitukseen. Haastattelutilanteet nauhoitettiin, joten niiden todenperäisyys ja raportoinnin oikeellisuus ovat jälkikäteen tarkistettavissa. Myös tietosuojan säilymisestä huolehdittiin. Opinnäytetyötä laadittaessa ei syllistytty tulosten sepittämiseen, vääristelyyn tai harhaanjohtamiseen. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 152 - 184; Hirsjärvi ym. 2010, 23 - 27.)

6.3 Jatkotutkimusaiheita

Tämä opinnäytetyö oli yksi osa HUS:n Meilahden kolmiosairaalan neurologisella osastolla 4A1 toteutettavaa AVH-potilaiden kotiuttamisen kehittämistä ja tarjosi hoitajien käyttöön AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistan. Osastolla tehtävä kehittämistyö herättää jatkossakin uusia tutkimusaiheita, joita on mahdollista toteuttaa esimerkiksi toiminnallisina opinnäytetöinä. Yhtenä tällaisena aiheena olisi tässä työssä word-muodossa esitetyn tarkistuslistan sähköisen version toteuttaminen ja käyttöönotto osastolla. Toiminnallinen tutkimusote voisi olla hyvä lähestymistapa myös osaston potilaiden yksityisyyden säilymistä mahdollistavan potilasohjaustilan suunnittelemisessa ja järjestämisessä sekä hoitajien suullista ohjaustyötä tukevan kirjallisen ohjausmateriaalin kartoittamisessa ja hankkimisessa osastolle.

Sairaanhoitajien työskentelyn tueksi nyt tehdyn AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistan kehittäminen haluttaessa edelleen moniammatilliseksi tarkistuslistaksi tarjoaisi myös jatkotutkimusmahdollisuuksia tuleville opinnäytetyön tekijöille. Kuten tämän työn teoreettista taustaa koskevassa osuudessa esitettiin, kehitettiin entisen Stakesin eli nykyisen THL:n Palko-projektissa palveluja yhteen sovittavaa potilaiden kotiuttamista ja yhteistyötä kuntien kotihoidon kanssa (Hammar 2008). Myös tämä näkökulma voisi tarjota neurologiselle osastolle 4A1 mahdollisuuksia potilaslähtöisen kotiuttamisprosessin edelleen kehittämiseen ja kiinnostavien jatkotutkimusmahdollisuuksien tarjoamiseen hoitotyön opiskelijoille.

Seinäjoen keskussairaalan kotiutusohjauksen kehittämishankkeessa lähtökohtana olivat potilaiden ja heidän omaistensa käsitykset ohjauskokemuksista ja potilaan kotiuttamisesta. Monivuotisen työn tuloksena kehitettiin potilaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioiva kotiutusohjauksen malli. (Salminen-Tuomaala ym. 2010; Salminen-Tuomaala ym. 2011.) Seinäjoen hankkeen perusteella potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus- ja kotiutuskokemusten kartoittaminen voisi olla myös yksi seuraavia neurologisella osastolla 4A1 toteutettavia jatkotutkimusaiheita. Tulosten perusteella osaston kotiutusohjauksen käytäntöjä voitaisiin tarvittaessa kehittää yhä potilaslähtöisemmiksi.

Lähteet

- Aivoliitto. 2013. Aivoverenkiertohäiriö (AVH).
[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/aivoverenkiertohairio](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/aivoverenkiertohairio) Luettu 4.5.2013.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tutkimuksia 179. Helsinki: Stakes.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1>.
 Luettu 28.1.2013.
- Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Helovuori, A. 2011. Tarkistuslistojen käyttö turvallisuuden varmistamisessa. Vaasan keskussairaala.
http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Ammattilaiset_ja_rekrytointi/Potilasturvallisuus/Kirurginen_tarkistuslista/Tarkistuslistan_kayttoonotto Luettu 12.12.2012.
- Helsingin kaupunki 2007. Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon. Työryhmäraportti 28.2.2007.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-7. painos. Helsinki: WSOYpro.
- HUS 2009. HYKS Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2007-2009.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770>. Luettu 28.1.2013.
- HUS. 2010. HYKS Neurologian klinikka. AVH-työryhmä. Aivoverenkiertohäiriöt potilaan tutkiminen ja hoitokäytäntö.
- HUS. 2011a. HYKS Neurologian klinikka. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio. 2. painos.
- HUS. 2011b. HYKS Neurologian klinikka. Uuden työntekijän perehdytys osasto 4A1.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kerr, P. 2012. Stroke rehabilitation and discharge planning. Nursing Standard 27, 35 -39.
<http://web.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=7f39f0fd-7a16-4b33-b2c7-3d1b832bc57f%40sessionmgr115&hid=118>
 Tulostettu 2.3.2013.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Käypä hoito. 2011. Aivoinfarkti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksukset/naytaartikkeli/.../hoi50051>. Luettu 21.7.2012.

- Laurea-ammattikorkeakoulu. 2013. Laurea LIVE. ONT-torit.
https://live.laurea.fi/fi/opiskelijalle/opintojen_toteutus/opinnaytetyo/otaniemi/ont-tori/Sivut/default.aspx. Luettu 31.1.2013.
- Mäkipää, S. & Hahtela, N. 2011. Tieto ja asiantuntijuus sairaanhoitajan työssä. Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Oulun kaupunki. 2012. KYTKE-hanke. Materiaalit.
<http://oulu.ouka.fi/kytke/materiaalit.html>. Luettu 30.1.2013.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva Hoitotyö 8(4), 21 - 28.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Salonpää, M., Sandvik, S., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2011. Potilaat ja omaiset toivovat kokonaisvaltaista ohjausta. Sairaanhoitaja 8, 50 - 53.
- Seppälä, R. 2013. Sairaanhoitajan haastattelu 8.1.2013. HUS. Helsinki
- Tampereen kaupunki. 2004. Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos. AVH-potilaan hoito ja kuntoutumisen ohjaaminen. <http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/5.html> Luettu 4.1.2013.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2009. Sisätaudit. 3. painos. Helsinki: Werner Söderström.
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- de Vries, E., Hollmann, M., Smorenburg, S., Gouma, D. & Boermeester, M. 2009. Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist. Quality and Safety in Health Care 18, 121-126.
<http://qualitysafety.bmj.com/search?fulltext=Development+and+validation+of+the+SURgical+PATient+Safety+System+%28SURPASS%29+checklist&submit=yes&x=9&y=8>
Tulostettu 30.11.2011.
- de Vries, E., Prins, H., Crolla, R., den Outer, A., van Andel, G., van Helden, S., Schlack, W., van Putten, M., Gouma, D., Dijkgraaf, M., Smorenburg, S. & Boermeester, M. 2010. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. The New England Journal of Medicine. 363(20), 1928-1937.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs0911535#t=article> Tulostettu 30.11.2012.

Liitteet

Liite 1 Infokirje.....	29
Liite 2 Suostumuslomake	30
Liite 3 Haastatteluteemat ja -kysymykset.....	31
Liite 4 AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista.....	32

Liite 1 Infokirje

INFOKIRJE

15.2.2013

Hyvä osaston 4A1 sairaanhoitaja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönämme osastollenne AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslistan.

Idean opinnäytetyön aiheeseen saimme, kun olimme osastollanne työharjoittelussa loppuvuodesta 2011.

Keräämme teiltä tietoa, mielipiteitä ja ajatuksia tulevaa tarkistuslistaa varten. Tämä toteutetaan siten, että tulemme osastollenne kahtena peräkkäisenä perjantaina haastattelemaan teitä. Jokainen osallistuu ryhmähaastatteluun kerran ja haastattelu tapahtuu työaikana. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta jokaisen mielipide on meille tärkeä ja auttaa meitä tekemään teitä hyvin palvelevan tarkistuslistan.

Kiitos yhteistyöstä!

Pirjo Kruskopf

Mari-Ann Mannerström

Liite 2 Suostumuslomake

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan ryhmähaastatteluun, jossa kartoitetaan osastollemme suunnitteilla olevan AVH-potilaiden kotiutusohjauksen tarkistuslistan sisältöä.

Tiedän, että tämä ryhmähaastattelu on osa Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden, Pirjo Kruskopfin ja Mari-Ann Mannerströmin, opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on tuottaa osastolle tarkistuslista.

Olen tietoinen, että halutessani voin keskeyttää haastattelun milloin vain syytä ilmoittamatta.

Päivämäärä

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 3 Haastatteluteemat ja -kysymykset

AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista

1) Tarkistuslistan sisältö

- missä asioissa kotiutetut potilaat ottavat yhteyttä osastolle
- mitkä asiat kotiuttamisohjauksessa saattavat, esim. kiireen vuoksi, jäädä kertomatta potilaalle
- mitä asioita kotiutusohjauksen tarkistuslistan tulee sisältää

2) Tarkistuslistan muoto

- missä muodossa oleva tarkistuslista on käyttökelpoisiin
 - yleinen/potilaskohtainen
 - paperinen/sähköinen/laminoitu
 - joku muu muoto, mikä?

Liite 4 AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista

(Lista sisältää Word-muotoon kootun asiasisällön. Osasto 4A1 toteuttaa listan sähköisen version osana HUS:n potilastietojärjestelmää.)

AVH-potilaan kotiutusohjauksen tarkistuslista

- Vihreä kirja annettu -
- diagnoosin läpikäynti -
- lääkehoito:
 - Fragmin –
 - Marevan –
 - statiinit -
 - verenpainelääkitys -
 - muu lääkitys -
- rajoitukset:
 - autolla ajo -
 - matkustaminen ja lentäminen -
 - saunominen -
- seksuaaliohjaus -
- riskitekijät ja elämäntavat:
 - ruokavalio -
 - liikunta -
 - yksilölliset harrastukset -
 - hormonihoito -
 - tupakointi -
 - alkoholi –
 - muut yksilölliset tekijät -
- omaisen/läheisen ohjaaminen –
- yhteys kotihoitoon –
- yhteystiedot ja ohjaus kysymysten ja uusien AVH-oireiden varalle –
- taksilappu kotimatkaa varten -