

Annika Gustafsson - Björkqvist

Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikan terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidosta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

Opinnäytetyö 7.11.2013

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Annika Gustafsson-Björkqvist Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikan terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidosta 42 sivua + 4 liitettä 7.11.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija YAMK
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija YAMK
Ohjaaja(t)	Lehtori, TtT Leena Hannula LT, Neurologian erikoislääkäri Susanna Melkas (työelämäohjaaja)
<p>Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata aivoverenkiertohäiriöpotilaan (AVH-potilas) hoitoketjua ja sen kriittisiä eli ongelmallisia kohtia Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden näkökulmasta. Tarkoituksena oli myös kuvata hoitajien ja lääkäreiden valmiuksia tunnistaa AVH-potilas Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kehittämistyössä kuvataan myös hoitajien ja lääkäreiden kehittämisohjelmia AVH-potilaan hoitotyöhön liittyen. Tavoitteena oli kehittää AVH-potilaan hoitotyötä kehittämisestä saadun tiedon avulla niin, että AVH-potilas tunnistetaan ja hän saa oikeanlaista hoitoa päivystyspoliklinikalla.</p> <p>Kehittämistyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Länsi-Uudenmaan sairaalan henkilökunnalta saatu tieto kerättiin avoimen haastattelun avulla. Tiedonantajia oli yhteensä 13, joista yhdeksän oli hoitajia ja neljä lääkäreitä. Haastattelut toteutettiin työajalla maaliskuussa 2013. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysia.</p> <p>Haastateltavat kuvasivat AVH-potilaan hoitoketjun valtakunnalliseen AVH-potilaan hoitoketjusuositukseen perustuen soveltaen sitä Länsi-Uudenmaan sairaalan käytäntöihin. Hoitoketjun kriittisinä eli ongelmallisina kohtina koettiin potilaan sairastumisvaiheessa maallikoiden puutteelliset taidot tunnistaa AVH-oireet ja hakeutua ajoissa hoitoon, terveydenhuollon ammattilaisten ajoittaiset vaikeudet tunnistaa uhkaava aivohalvaus oireiden ilmaantuessa epätyypillisesti tai jos oireet olivat menneet ohi. Myös oireiden alkamisajankohdan epäselvyys, kielitaitoon liittyvät asiat, lääkärin ja hoitajan väliseen yhteistyöhön liittyvät seikat sekä omaan ammattitaitoon liittyvät puutteet AVH-asioiden tuntemisessa kuvailtiin kriittisiksi kohdiksi. Kehittämisohjelmiksi monet haastateltavista toivoivat koulutusta eri AVH-tyypeistä ja niiden oireista. Myös selkeää sairaalakohtaista ohjeistusta toivottiin AVH-potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Lääkärit toivoivat Telestroken mahdollisuutta Länsi-Uudenmaan sairaalaan.</p> <p>Kehittämisestä saadun tiedon perusteella esitetään johtopäätöksenä, että AVH-asioiden koulutukseen henkilökunnalle tulee tulevaisuudessa panostaa etenkin AVH-potilaan tunnistamisen parantamiseksi. Lisäksi tulee laatia sairaalakohtaiset toimintaohjeet AVH-potilaan hoitoon liittyen. Jatkossa tulisi tutkia AVH-asioihin liittyvien koulutusten vaikuttavuutta terveydenhuollon ammattilaisiin Länsi-Uudenmaan sairaalassa.</p>	
Avainsanat	AVH, hoitoketju, tunnistaminen, päivystyspoliklinikka, triage, hoidon kehittäminen

Author Title Number of Pages Date	Annika Gustafsson-Björkqvist Experiences of the Care of Ischaemic Attack Patients from the Point of View of the Professionals Working Within the Emergency Policlinic in Länsi-Uusimaa Autumn 2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Instructor(s)	Senior lecturer, PhD Leena Hannula MD, PhD, neurologist Susanna Melkas
<p>The purpose of the development project was to describe the treatment chain of an ischaemic attack patient and its critical links from the point of view nurses and doctors point of view working in Länsi-Uudenmaan emergency policlinic. The aim was also to describe the state of readiness of nurses and doctors to identify an ischaemic attack patient in the emergency policlinic of Länsi-Uusimaa. The development project also describes the improvement proposals related to the nursing of an ischaemic attack patient based on the suggestions of nurses and doctors. The goal is to improve the nursing of an ischaemic attack patient based on the information that the development project provided, so that a patient can be recognized in the emergency policlinic and therefore receives the correct type of care. The approach used in this project was qualitative and the data were collected in the form of an open interview from the staff working in the hospital of Länsi-Uusimaa. In total 13 people were interviewed, of which nine were nurses and four were doctors. The interviews were conducted during the working hours in March – April 2013. The method that was used to analyze the material was inductive. The people interviewed compared the nationwide nursing chain recommendation for the care of an ischaemic attack patient, and how it is adapted in practice in the Länsi-Uusimaa hospital. The critical points the nursing chain experienced were the lack of skills amongst the laypersons to recognize the symptoms when an ischaemic attack patient becomes ill, in order that the patient can seek help in time. Also, if the symptoms that the patient had were untypical, or if the symptoms had passed, the staff working within the public health service had on occasions difficulties in recognizing a threatening ischaemic attack. Other critical points indicated were the unclear onset of the symptoms, language issues, issues relating to the co-operation between the nurse and doctor, and the lack of individual professional skills in recognizing an ischaemic attack patient. Many of the people interviewed expressed a desire for more training regarding the most common types of ischaemic attacks and symptoms. Clearer instructions or a proper manual in the hospitals related to the nursing of an ischaemic attack patient was also desired. The doctors also hoped to obtain a Telestroke in Länsi-Uusimaa hospital. The information collected by the development project concludes that the staff working with ischaemic attack patients should contribute to the training methods in order to improve the recognition of the care required by the ischaemic attack patients. In addition, there should be an instruction manual relating to the care of ischaemic attack patients in every hospital. Future plans should also include studying how the training for the care of ischaemic attack patients influences the professionals working in the health care within Länsi-Uusimaa hospitals.</p>	
Keywords	stroke, care pathway, identification, policlinic care, triage, development of care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Aivoverenkiertohäiriöt ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoketju	2
2.1	Aivoverenkiertohäiriöiden epidemiologiaa	2
2.2	Yleisimmät AVH-tyypit	3
2.3	AVH-potilaan hoitoketjun valtakunnalliset linjaukset	5
2.3.1	Päivystyspoliklinikka osana AVH-potilaan hoitoketjua	6
2.3.2	Triage hoidon kiireellisyysluokitus järjestelmänä	9
2.3.3	Aivoverenkiertohäiriöiden hoitoyksikkö (AVH-yksikkö) ja Telestroke	10
2.3.4	Alueellisen hoitoketjun kehittämisen tavoitteet	11
2.3.5	Hoitajien kokemuksia työskentelystä päivystyspoliklinikalla	13
3	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet	14
4	Toimintaympäristön kuvaus	15
5	Kehittämistyön aineisto ja menetelmät	16
5.1	Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu	16
5.2	Aineiston analyysi	18
6	Tulokset	19
6.1	AVH-potilaan hoitoketju terveydenhuollon ammattilaisten kuvailemana	19
6.1.1	AVH-potilaan hoitoketju	19
6.1.2	AVH-potilaan hoitoketjun kriittiset kohdat	23
6.2	Hoitajien ja lääkäreiden valmiudet tunnistaa AVH-potilas	25
6.2.1	AVH-potilaan oireet henkilökunnan kuvaamina	25
6.2.2	Terveydenhuollon ammattilaisten toiminta AVH-potilaan hoidossa ja siihen vaikuttavat tekijät	28
6.3	Päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden kehittämissuositukset	30
6.3.1	Koulutus ja tiedon saaminen	30
6.3.2	Moniammatillinen yhteistyö	33
6.3.3	Teknologia terveydenhuollossa	33
7	Pohdinta	34
7.1	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	34
7.2	Tulosten tarkastelu	36

8 Päätelmät ja ehdotukset hoitotyön käytännön kehittämiseksi	38
Lähteet	40
Liitteet	
Liite 1 AVH-potilaan hoitoketjukaavio	
Liite 2 Tutkimuslupahakemus	
Liite 3 Saatekirje tutkimukseen osallistuville	
Liite 4 Avoimen haastattelun kysymykset	

1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriöt, joista käytetään lyhennettä AVH, ovat Suomessa kasvava inhimillinen ja taloudellinen ongelma. Aivoinfarktin Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että AVH:n vuoksi menetetään enemmän laatu-painotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia. AVH:n tärkein riskitekijä nykyään on ikääntyminen. Aivoverenkiertohäiriöistä suurin osa olisi ehkäistävissä hoitamalla keskeisimmät riskitekijät: tupakointi, diabetes, eteisvärinä (FA), kohonnut verenpaine, keskivartalolihavuus ja kohonneet veren kolesteroliarvot. Sairastuneiden tehokkaalla hoidolla voidaan huomattavasti vähentää sairastumisesta aiheutuvaa mahdollista vammautumista. Tärkeimpiä hoidon lopputulosta parantavia tekijöitä ovat AVH:n varhainen diagnostiikka ja hoidon tapahtuminen siihen erikoistuneessa neurologisessa AVH-yksikössä. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011: 2.)

Aivohalvausyksiköt ja liuotushoito parantavat dokumentoidusti aivoinfarktipotilaan ennustetta: todennäköisyys toipua omatoimiseksi lisääntyy ja kuolleisuus vähenee. Aivoverenkiertohäiriöiden akuuttihoitoon organisaatio, saatavuus ja sisältö vaihtelevat Suomessa eri osien välillä huomattavasti ja asettavat siksi kansalaiset eriarvoiseen asemaan. Näin ollen kaikki potilaat eivät maantieteellisistä syistä edes kuulu liuotushoidon piiriin. Suomi kuuluu kuitenkin aivoinfarktin liuotushoidon toteutuksessa Euroopan kärkimaihin. Aivohalvausyksiköstä hyötyvät lähes kaikki AVH-potilaat, myös aivoverenvuotopotilaat. (Roine ym. 2006: 451.)

Tämä kehittämistyö on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö, joka tehtiin Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalle. Opinnäytetyö toimii AVH-hoitotyön kehittämistyönä, johon tärkeimpänä osana liittyy potilaan AVH-oireiden tunnistaminen ja nopea hoidon aloittaminen. Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien ja lääkäreiden avoimen haastattelun avulla kuvataan AVH-potilaan hoitopolkua ja sen kriittisiä kohtia. Kehittämistyöstä saadun tiedon avulla voidaan kehittää AVH-potilaan hoitotyötä ja terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa tämä potilasryhmä. Länsi-Uudenmaan sairaalassa ei ole neurologista AVH-yksikköä eikä siellä anneta aivoinfarktin liuotushoitoa. Se on kuitenkin ainoa sairaala Inkoon ja Hangon välillä, johon potilaita tulee AVH-oirekuvalla. Jos oireet osataan tunnistaa heti, voidaan aikaisemmin omatoiminen potilas tarvittaessa lähettää hoitoon Helsinkiin AVH-yksikköön. Mikäli ajoissa tapahtuvaa oireiden tunnistamista ei tapahdu, on mahdollista, että potilas hal-

vaantuu, jopa kuolee. Tämän vuoksi jokaisen päivystyksessä toimivan sairaanhoitajan ja lääkärin on tunnistettava potilaan mahdolliset AVH-oireet välittömästi. Aivoinfarktipotilaan hoito on käynnistettävä 4,5 tunnin sisällä oireiden alkamisesta, jotta potilaalla olisi mahdollisimman hyvät mahdollisuudet selviytyä aivoverenkiertohäiriöstä normaaliin elämään. (AVH- työryhmä 2010: 9).

2 Aivoverenkiertohäiriöt ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoketju

2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden epidemiologiaa

AVH:llä tarkoitetaan ohimeneviä, kuten *TIA* (transient ischemic attack) tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttavia aivoverisuonten ja/tai aivoverenkierron sairauksia. (AVH-työryhmä 2010: 5.) AVH:llä on suuri kansantaloudellinen merkitys. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että elinikäiset hoitokustannukset ovat keskimäärin 60 000 euroa potilasta kohden. On ennustettu, että 2030 -luvulla Suomessa tulee olemaan vuosittain yli 20 000 uutta aivohalvaustapahtumaa. Väestön ikääntymiseen liittyvä aivohalvauksien määrän kasvu olisi kuitenkin lähes täysin estettävissä mikäli AVH:n ehkäisyä tehostettaisiin. AVH on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011: 2-3; TYKS 712 2012.) Tällä hetkellä Suomessa sairastuu noin 14 000 henkilöä vuodessa aivoverenkiertohäiriöihin, mikä on keskimäärin 38 kansalaista joka päivä. Joka neljäs sairastuneista on työikäinen, ja AVH on ohittanut sepelvaltimotaudin varsinaisena työkyvyttömyyseläkkeen syynä jo vuonna 1994. AVH on psyykkisten häiriöiden ja dementian jälkeen kallein kansantautimme. (Roine ym. 2006: 451.) WHO:n mukaan maailmanlaajuisesti AVH:hin sairastuu noin yhdeksän miljoonaa ihmistä vuodesta, joista Euroopassa noin kaksi miljoonaa ihmistä vuodessa. (Meretoja 2011: 16).

Aivohalvaus (stroke) on yleisesti käytössä oleva kliininen nimitys, joka tarkoittaa aivoverenvuodon tai lukinkalvonalaisen verenvuodon (SAV) tai aivoinfarktin aiheuttamaa aivotoiminnan häiriötä. Aivoverenkiertohäiriöt voidaan jaotella kahteen erityyppiseen tilaan: *iskemiaan*, jolla tarkoitetaan paikallista aivokudoksen verettömyyttä ja tästä seuraavaa hapenpuutetta ja *hemorragiaan* eli aivovaltimon verenvuotoon. Näistä kahdesta ryhmästä käytetään siis yleisesti nimitystä aivohalvaus eli *stroke*, koska molempien oireet ovat melko samanlaiset. Verettömyys tai vuoto aiheuttavat molemmat aivojen

kudostuhoa ja johtavat nopeasti kudostuhoon ja pysyviin vaurioihin aivoissa. Siksi AVH:n hoidolla ja sen aikaisella tunnistamisella on kiire. Samankaltaisista oireista huolimatta on kuitenkin kyse kahdesta täysin erilaisesta tilasta ja ne on osattava erottaa toisistaan. (AVH-työryhmä 2010: 5; Salmenperä – Tuli – Virta 2002: 27.)

2.2 Yleisimmät AVH-tyypit

Tämän kehittämistyön teoreettisessa viitekehyksessä esitellään vain yleisimmät AVH-tyypit ja niiden oireet. Yleisimmät AVH-tyypit ovat *aivoinfarkti*, *TIA (transient ischemic attack)* sekä *aivoverenvuoto*. *Aivoinfarkti* on AVH-tyypeistä Suomessa yleisin. Aivosolujen peruuttamaton tuhoutuminen alkaa jo iskemian eli hapenpuutteen kestänyt puolesta tunnista yhteen tuntiin, mutta sen lopulliseen laajuuteen ja potilaan ennusteeseen voidaan vaikuttaa paljonkin muutaman seuraavan tunnin aikana ensihoidon ja akuuttisairaanhoidon ennalta sovitulla ja hyvin koordinoitulla hoitolinjalla. Näin ollen AVH-potilaat tulisi ohjata akuuttisairaalaan heti aivoinfarktin oireiden alettua, ajateltiinpa sitten kyseessä olevan TIA, aivoinfarkti tai aivoverenvuoto. Ensimmäisen tunnin aikana oireiden alusta potilas yleensä on vasta hakeutumassa johonkin päivystysvastaanotolle, mikäli hän ymmärtää sairastuneensa vakavasti. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että ihmisten tiedot aivoverenkiertohäiriöistä ja niiden oireista ovat puutteellisia. Asuinkumppanin käsitys oireiden taustasta ja alkamisajankohdasta on usein avainasemassa. Yksin asumisen on todettu viivästyttävän hoitoon hakeutumista ja tällöin on usein myös vaikeaa saada selkoa oireiden tarkasta alkamisajankohdasta. (Lindsberg – Roine – Kuisma – Kaste 2002: 2531-32.)

Aivoinfarktin oireita ovat toispuolinen raajahalvaus (motorinen hemipareesi), kasvohermon alahaaran heikkous (alafasialispareesi), toispuolinen tunnottomuus (sensorinen hemipareesi), puhehäiriö (dysfasia, dysartria), yhden silmän näön ohimenevä hämärtyminen (amaurosis fugax), näkökenttäpuutos (homonyymi hemianopia), huimaus, pahoinvointi ja oksentelu sekä kaksoiskuvat. Molempien silmien näön hämärtyminen ja nielemisvaikeudet (dysfagia) ovat myös mahdollisia. Aivoinfarkti ja aivoverenvuoto erotetaan pään kuvantamisella. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011: 4.)

Aivoinfarktin Käypä hoito -suosituksessa (2011) *TIA* määritellään aivojen tai verkkokalvon verenkiertohäiriöstä (toisen silmän hetkellinen sokeus eli amaurosis fugax) johtu-

vaksi kohtausmaiseksi, oirekuvaltaan ohimeneväksi aivoverenkiertohäiriöksi, joka ei jätä pysyvää kudosaauriota. Mikäli kyseessä on TIA- kohtaus, ei se siis näy aivojen TT-kuvauksessa. TIA- kohtaus kestää yleensä alle tunnin, tyypillisimmin 2-15 minuuttia. Tunteja kestävässä ohimenevässä oireessa on useimmiten kyseessä tuore *aivoinfarkti*, ei TIA. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011: 15.)

TIA:n ja aivoinfarktin erottaminen oireiden perusteella on vaikeaa. Ohimenevät oireet voivat ennakoida varsinaista aivoinfarktin syntymistä. Lääketieteellisestä näkökulmasta TIA:n ja aivoinfarktin hoito on samanlaista. Riski potilaan tilan huononemiseen on suurin ensimmäisen vuorokauden aikana oireiden alkamisesta. Huononeminen voi tapahtua äkillisesti tai asteittain. Tämän vuoksi TIA-potilas on otettava sisään sairaalaan seurantaan ja mahdollisia lisätutkimuksia varten. (Salmenperä – Tuli - Virta 2002: 28; Norrving – Olsson 2000: 188.)

Aivoverenvuodolla tarkoitetaan valtimon repeämästä aiheutuvaa verenvuotoa. Valtimoveren vuotaessa aivokudoksen sisään puhutaan aivoverenvuodosta. Kun vuoto tapahtuu subaraknoidaalitilaan, on kyseessä *subaraknoidaalivuoto* eli SAV. Molempiin tiloihin voi liittyä iskeemisiä ilmiöitä, mutta ne ovat lähinnä sekundäärisiä. Pitkäaikainen verenpainetauti on aivoverenvuodon tärkein perussyy. Niin aivoinfarktin kuin aivoverenvuodonkin syy olisi tärkeää saada selville, koska hoito määräytyy etiologian mukaan. Aivoverenvuodon riskiä lisäävät myös hyytymishäiriöt, antikoagulaatiohoito, aivokasvaimet ja aivovammat. (Kaste ym. 2010: 316.)

Aivoverenvuodon oireet alkavat yleensä potilaan ollessa valveilla ja kehittyvät nopeasti minuuteissa. Potilas voi tuntea päässään jotakin ”outoa” tunnetta ja joskus potilaat kertovat kuulleensa jonkinlaisen napsahduksen päässään. Sitä seuraa usein voimakas päänsärky ja oksentelu. Vakava merkki on tajunnan heikkeneminen tajuttomuuteen asti. Mikäli tajuttomuus on jatkunut yli vuorokauden, on ennuste huono. Toispuolihalvaus on tavallinen ja ylä- ja alaraaja ovat yleensä molemmat yhtä paljon halvaantuneita. Tilanteeseen liittyvä kuumeilu voi johtua lämmönsäätelyn häiriöstä keskushermostossa. Yhteenvetona voidaan siis todeta, että tajunnanhäiriön aste riippuu vuodon sijainnista ja laajuudesta. Mikäli vuoto pääsee aivokudoksen läpi aivokammioihin, on potilas yleensä syvästi tajuton. Jos taas vuoto on pikkuainoissa, voi aivo-selkäydinnestekierto häiriintyä. Kaikki nämä oireet ja statuslöydökset viittaavat huonoon ennusteeseen ja kuoleman mahdollisuus on suuri. (Kaste ym. 2010: 317.)

Aivoverenvuodon diagnostiikka perustuu potilaan esitietoihin ja todetaan ensisijaisesti pään tietokonetomografia (pään TT) -tutkimuksella, mistä se on helppo diagnosoida. Tarvittaessa tehdään CT-angio eli verisuonten kuvaus. Akuuttivaiheen hoidossa tärkeintä on verenpaineen optimointi ja vertaohentavan ja antitromboottisen lääkityksen tauottaminen. Hoidosta huolimatta vuodon kasvu on tavallista ensimmäisen vuorokauden aikana. (AVH-työryhmä 2010: 17–18.)

2.3 AVH-potilaan hoitoketjun valtakunnalliset linjaukset

Uusien spesifien hoitomuotojen, kuten esimerkiksi aivoinfarktin liuotushoidon käyttöönotto, on muuttanut aivohalvauksen akuuttihoitoa ja johtanut hoitoketjujen organisatiomuutokseen. AVH-potilaan akuuttivaiheen hoitoketju alkaa ensihoidosta, jonka tehostaminen vaatii väestökoulutusta uhkaavien ensioireiden tunnistamiseksi. Helsingin pelastuslaitos muutti 11/1998 hoitokäytäntöä nostamalla aivohalvauspotilaan kiireellisyysluokkaa. Hälytyskeskustyöntekijät on koulutettu tunnistamaan aivohalvaus avainsanojen perusteella. Sittemmin aivohalvaukselle on valtakunnallisesti annettu oma ensihoitokoodinsa. Oleellisin asia aivohalvauksen ensihoidossa on hoitoontuloviiveen lyhentyminen. Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikalle potilaat saapuvat joko lähetteellä muista pienemmistä sairaaloista tai päivystyspoliikkinoilta diagnoosin varmistuttua tai suoraan kotoa saatuaan AVH-oireita. (Ahjokivi ym. 2003: 5.) Tämän saman käytännön pohjalta potilaat tulevat myös muihin pienempiin sairaaloihin, yleensä joko ambulanssilla tai omalla autolla.

Roine - Lindsberg (2012) ovat laatineet aivoinfarktin ensihoidosta ja diagnostiikasta oman valtakunnallisen hoitoketjusuositushjeen. Heidän mukaansa hoitoketju saa alkunsa siitä, kun hätäkeskuspäivystäjä epäilee aivoinfarktia äkillisestä toispuolisesta raajaheikkoudesta ja puheentulon häiriöstä. Päivystäjä selvittää oireiden alkuaikakohdan. Ennestään omatoiminen AVH-potilas luokitellaan ensihoidossa nykyään yhtä kiireellistä hoitoa vaativaksi kuin sydäninfarktipotilas. Liuotushoitoon soveltuva potilas pitää saada päivystyspoliklinikalle mahdollisimman nopeasti, mutta viimeistään 4,5 tunnissa oireiden alusta. Tällä aikaikkunalla taataan se, että kaikki mahdolliset hoitomahdollisuudet ovat käytettävissä. Ennakoilmoitus ambulanssista päivystyspoliklini-

kalle nopeuttaa hoitoketjua. Ambulanssilta saadun tiedon ja hoitajan arvion perusteella tehdään triage. Pään tietokonetomografia (TT) tulee tehdä välittömästi.

Ensisijaisesti omatoimiset AVH-potilaat (kotihoito käy korkeintaan kerran viikossa) keskitetään aivohalvausyksikköön Meilahden sairaalan. Aivohalvausyksikkö on keskittynyt hoitamaan ainoastaan akuuttivaiheen aivohalvauspotilaita. Yksikön tehtävänä on akuuttivaiheen hengenpelastavan hoidon lisäksi komplikaatioiden ehkäisy sekä välitön kuntoutus. Aivohalvausyksikön toiminta perustuu niin hoidon kuin diagnostiikankin osalta kirjallisiin ohjeisiin, joita jatkuvasti täydennetään monialaisen yhteistyön tuloksena. AVH-potilaan jatkohoito tapahtuu potilaan tarpeiden mukaan oman sairaanhoitopiirin sairaalassa tai kuntoutusyksikössä. Jotta hoitolinjat ja informaatio kulkisivat ajan tasalla potilaan mukana tämän jatkohoitopaikkaan, lähetetään epikriisin mukana hoitotyön yhteenveto. (Ahjokivi ym. 2003:5.)

Kansainvälisesti katsottuna Jauch – Holmstedt – Nolte (2012) ovat tutkineet niitä tehokkuutta parantavia asioita, jotka parantavat akuutin aivohalvauksen saaneen potilaan hoitoketjua. Tutkimustulokset AVH-potilaan hoitoketjusuosituksesta ovat samankaltaiset kuin Suomessa eli hoitoon pääsy viiveiden vähentäminen ja oikean hoitopaikan valinta parantavat tutkitusti AVH-potilaan mahdollisuutta kuntoutua hyvin. Jauch – Holmstedt – Nolten tutkimuksessa todettiin myös, että potilaan nopea pääsy aivohalvausyksikköön vähentävät kuolleisuutta ja pienentävät työikäisillä potilailla työkyvyttömyyden riskiä. Tutkimuksessa painotettiin valtakunnallisten suositusten seuraamista sekä sitä, että jokaisessa sairaalassa tulisi lisäksi olla omat hoitolinjaukset strokepotilaan hoitokaaviosta sairaalan tasosta riippuen. Samassa tutkimuksessa todettiin, että AVH-oireiden tunnistaminen ajoissa on hoidon onnistumisen kannalta tärkeimpiä asioita.

2.3.1 Päivystyspoliklinikka osana AVH-potilaan hoitoketjua

Kun ihminen sairastuu äkillisesti, alkaa hänen hoitoketjunsä yleensä soitolla hätäkeskukseen. Hätäkeskuspäivystäjä arvioi kuinka nopeasti potilas tarvitsee apua ja lähettää sitten hälytyksen ambulanssille. Hoitoketjuun kuuluu myös lääkäriyksiköitä, jotka liikkuvat sekä helikopterilla että autolla. Seuraava askel ensihoidosta on päivystyspoliklinik-

ka, joka toimii porttina sairaalamaailmaan. Päivystyspoliklinikalle potilas tulee joko ambulanssilla, omalla autolla tai taksilla. Mikäli potilaan tila on henkeä uhkaava, ilmoitetaan hänestä päivystyspoliklinikalle jo etukäteen. Päivystyspoliklinikalla tavoitteena on stabilisoida potilaan tila ja saada potilaan oireille diagnoosi, jotta hänet voidaan ohjata seuraavaan oikeaan hoitopaikkaan päivystyspoliklinikalta. Seuraavia hoitopaikkoja voivat olla erikoissairaanhoidon vuodeosastot tai toiset sairaalat, terveyskeskus ja vanhainkodit tai potilaan oma koti. (Rasku – Sopanen – Toivola 1999: 12–14, 30.)

Päivystyspoliklinikan perustehtävänä on taata potilaalle oikeus kiireelliseen hoitoon. Potilailla ja heidän läheisillään on oikeus odottaa, että he saavat mahdollisimman laadukasta ja oikea-aikaisia palveluita niitä tarvitessaan. Äkillinen sairastuminen, esimerkiksi sydän- tai aivoinfarkti, tapaturmat jne. johtavat potilaan hakeutumiseen päivystyspoliklinikalle. Potilaan kokemukset omasta tilastaan ovat yksilöllisiä. Päivystyspoliklinikalla potilas ja hänen omaisensa ovat usein sokkivaiheessa. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitotyöntekijän tulee hallita teoreettisen tietopohjan lisäksi itsenäisen päätöksenteon taitoja, kriittisyyttä sekä riittävää kokemusta havaita potilaan tarvitsemaa hoitoa. Toisaalta hoitohenkilökunnalta edellytetään myös kivun ja tuskan vastaanottamista ja sietämistä. (Sillanpää – Koponen 2005: 23–24, 28.)

Päivystyspoliklinikalla työskentelevien hoitajien on pystyttävä reagoimaan tilanteisiin nopeasti ja antamaan oikeanlaista hoitoa potilaille niin hoitotyön kuin lääketieteenkin kannalta. Päivystyspoliklinikalla henkilökunnalta edellytetään laaja-alaisia tiedollisia ja taidollisia kykyjä tunnistaa asioita, vankkaa eri erikoisalojen asiantuntemusta sekä avuliaisuutta. Erityisesti AVH-potilaiden hoitotyön kohdalla nämä erityistaidot korostuvat, koska potilas ei aina välttämättä pysty ilmaisemaan itseään sairautensa takia. Monille potilaille päivystyspoliklinikalla vietetyt tunnukset saattavat olla ensihetkiä, jolloin he joutuvat sairauden ja avuttomuuden tunteen kanssa kasvokkain. Päivystyspoliklinikan tulisi olla paikka, jossa potilaalle tulee tunne, että hänet kohdataan yksilönä ja hänen ongelmansa otetaan vakavasti. (Nyström 2003: 11; Virtanen – Paavilainen – Helminen - Åstedt-Kurki 2010: 304.)

Päivystyspoliklinikka on ainutlaatuinen ympäristö, jossa hoitajan ja lääkärin saumaton yhteistyö muodostavat pohjan potilaan hoidolle. Sekä sairaanhoitaja että lääkäri työs-

kentelee usein kuitenkin paljon myös itsenäisesti. Hyvin organisoitu tiimityöskentely antaa edellytykset työn tehokkuudelle, ajankäytölle, hyvälle työmoraalille sekä stressin vähentymiselle. Lisäksi potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoa kohtaan kasvaa. Tiimityöskentelyllä ja kommunikaatiolla on monessa mielessä suuri rooli päivystyspoliklinikalla. Näiden asioiden ansiosta hoitovirheiden on todettu vähentyvän ja potilasturvallisuuden lisääntyvän sekä henkilökunnan että potilaiden tyytyväisyyden lisääntyvän. (Kilner 2009: 127–128, 135.)

Virtanen – Paavilainen – Helminen – Åstedt-Kurki (2010) ovat tutkineet AVH-potilaan tiedonsaantia päivystyspoliklinikalla ja todenneet, että AVH-potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä tiedonsaantiin. Potilaat kokivat kuitenkin, että tarvitsisivat enemmän tietoa sairauden aiheuttamista oireista ja hoidosta. Lisäksi potilaat olisivat halunneet saada enemmän potilasohjeita sekä lisää tietoa jatkohoidosta. Puutteita koettiin myös tiedonsaannin yksilöllisyydessä, koska kaikkien potilaiden henkilökohtainen tilanne on yleensä hiukan erilainen. Tutkimuksen yhteenvedona todettiin, että AVH-potilaan hyvän tiedonsaannin edellytyksenä on, että päivystyspoliklinikan henkilökunnalla on laaja-alaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet neurologian erikoisalalta. (Virtanen – Paavilainen – Helminen – Åstedt – Kurki 2010: 309.)

AVH-potilaan perustutkimuksiin päivystyspoliklinikalla kuuluvat pään tietokonetomografiatutkimus (TT), laboratoriokokeet, sydänfilmi (EKG) ja keuhkoröntgen (THX). Pään TT-tutkimuksella selvitetään onko kyseessä verenvuoto, infarkti vai jokin muu syy. Tutkimus voidaan tehdä joko natiivina tai varjoaineella. Varjoainetta käytettäessä kontrolloidaan potilaasta ensin S-Krea, jos on syytä epäillä munuaisten vajaatoimintaa. Levottomalle potilaalle on harkittava esilääkitystä. Laboratoriokokeina otetaan PVK, APTT, INR, CRP, Gluk, K, Na, Krea, CK, joilla selvitetään potilaan yleistilaa. EKG:n tarkoituksena on iskemian eli sydämen hapenpuutteen ja rytmihäiriöiden selvittäminen. Keuhkoröntgenin avulla selvitetään keuhkojen tilaa ja mahdollista sydämen vajaatoimintaa. (Ahjokivi ym. 2003: 8.)

2.3.2 Triage hoidon kiireellisyysluokitus järjestelmänä

Sana triage tarkoittaa potilaan hoidon kiireellisyysluokitusta eli sitä, missä ajassa potilaan tulee saada hoitoa tultuaan päivystyspoliklinikalle. Potilaat ohjataan ensisijaisesti triage-hoitajan luo, joka muodostaa heistä nopean tilannearvion muutamassa minuutissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 22). Ranskan kielestä peräisin oleva triage-termi juontaa juurensa Napoleonin sota-aikoihin, jolloin sotakirurgiassa jo käytettiin potilaiden kiireellisyysluokittelua. Nykyään termiä käytetään niin ensihoidossa kuin sairaaloiden päivystystoiminnassakin. Sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden triagejärjestelmän avulla ohjataan potilaat saamaan nopeasti oikeanlaista hoitoa oikeassa paikassa. Kaikki päivystyspoliklinikalle tulevat potilaat kulkevat triage-hoitajan kautta joko itse tai ambulanssin raportoimalla paareilla. Kiireellisyysluokittelu on riippumaton ajasta ja paikasta, niinpä sitä käytetään maailmanlaajuisesti. Suomessa triagella tarkoitetaan kiireellisyysluokittelun lisäksi myös potilaiden ohjaamista päivystyksestä muiden palvelujen piiriin. Triage-järjestelmän perusajatuksena on, että kokenut hoitaja ottaa vastaan potilaan päivystyspoliklinikalla ja arvioi kuinka kiireellistä hoitoa potilas juuri sillä hetkellä tarvitsee. Hoitaja arvioi potilaan tilaa tämän oireiden, tapahtumatietojen ja löydösten perusteella sekä koko kliinisen kuvan perusteella, minkä hän potilaasta saa. Tarvittaessa triage-hoitaja konsultoi lääkäriä. Triage-hoitaja määrää potilaalle häntä hoitavan hoitajan, joka ottaa kokonaisvastuun potilaan hoidosta. Potilaan tilan arvioinnin jälkeen triage-hoitaja luokittelee potilaan ABCDE- luokituksen mukaisesti. Tämä viisivaiheinen luokitusjärjestelmä on kansainvälisessä käytössä. A-luokitus tarkoittaa sitä, että potilaan hoito on aloitettava välittömästi. B-luokituksessa hoito on aloitettava 10 minuutin sisällä, C-luokituksessa alle tunnin sisällä ja D-luokituksessa kahden tunnin sisällä. E-luokituksella tarkoitetaan ei-päivystyksellisen hoidon tarvetta. (Malmström ym. 2012: 699–703.)

Santos-Freitas-Martins (2013) ovat tutkineet triage-mallia päivystyspoliklinikalla ja todenneet, että triage-luokittelu on suoraan verrannollinen myös hoidon kustannuksiin ja näin ollen säästää ja kanavoi resursseja oikein. Triage-luokittelun on myös todettu vähentävän kuolemia. (Santos – Freitas – Martins 2013: 1.) Vastaaviin tuloksiin päätyivät myös Malmström ym. (2012) triage-luokittelua koskevassa tutkimuksessaan. Heidän tutkimuksessa todetaan myös, että potilaiden ohjaaminen eri hoitopoluille lyhentää sekä odotusaikojaa lääkärille että potilaan päivystyspoliklinikalla vietettyä kokonaisaikaa.

Tässä tutkimuksessa todettiin lisäksi, että triage-arvioinnin tekeminen ei aina ole helppoa. (Malmström ym. 2012: 700.)

Cioffi (1998) on tutkinut hoitajan epävarmuutta Triage-hoidonarviointitilanteessa ja todennut, että kokeneemmat hoitajat antavat potilaalle alhaisemman hoidon kiireellisyysluokituksen kuin vähemmän kokeneet hoitajat. Kaikki hoitajat tosin käyttivät aikaisempaa kokemustaan vastaavanlaisista tilanteista hyödyksi. Itse arviointitilanteen ei tule kestää kuin 3-5 minuuttia potilasta kohden. Akuuteissa tilanteissa arviointi on tehtävä välittömästi. Vähemmän kokeneet hoitajat keräsivät potilaasta enemmän tietoja kuin kokeneet hoitajat. Lyons – Brown – Wears (2006) taas ovat tutkineet Triage-tilanteen pituutta. Tässä tutkimuksessa tuli muun muassa esille, että Triage-hoitajat antavat potilaalle samalla hoitoa muodostaessaan kuvaa tämän tilanteesta.

2.3.3 Aivoverenkiertohäiriöiden hoitoyksikkö (AVH-yksikkö) ja Telestroke

Liutushoidon ja aivohalvausyksiköiden on ainoana akuuttihoitomuotoina osoitettu parantavan aivoinfarktin ennustetta. Todennäköisyys toipua omatoimiseksi lisääntyy sekä kuoleman riski vähentyy. On todettu, että AVH-yksiköstä hyötyvät lähes kaikki AVH-potilaat, myös aivoverenvuotopotilaat. AVH-yksikköhoito sisältyy kaikkiin kansallisiin ja eurooppalaisiin hoitosuosituksiin ja perustuu joissakin maissa (Ruotsi, Norja, Saksa) jopa viranomaismääräyksiin. (Roine ym. 2006: 451.)

Muissakin kuin AVH-yksiköissä voidaan antaa aivoinfarktin liutushoitoa Telestroken avulla. *Telestrokella* tarkoitetaan aivohalvausasiantuntijan video- ja ääniyhteyden välityksellä antamaa päivystyksellisesti tapahtuvaa etäkonsultaatiota aivoinfarktipotilaan liutushoidon toteuttamiseksi muissa sairaaloissa. Telestrokea voidaan käyttää, kun esimerkiksi välimatkat ovat pitkät seuraavaan AVH-yksikköön. Telestroke-järjestelmä on pystytetty Meilahden sairaalaan, Kuusankosken aluesairaalaan sekä Etelä-Karjalan (Lappeenranta), Länsi-Pohjan (Kemi) ja Lapin (Rovaniemi) keskussairaaloihin. Telestroke-järjestelmää on tarkoitus tulevaisuudessa laajentaa siten, että siitä tulisi asteittain valtakunnallinen ja ympärivuorokautisesti toimiva järjestelmä. (HUS-Helsinki 2008.) Aivoinfarktin kansainväliset hoitosuositukset kehottavat hyödyntämään Telestroke-

järjestelmää aivohalvauksen hoidossa. Järjestelmän perustamisajatus Suomessa syntyi vuonna 2004 ja järjestelmän pilottivaihe oli vuosina 2006–2008. Potilas voidaan tutkia luotettavasti järjestelmän avulla ja hänelle voidaan antaa oikeanlaista hoitoa, liuotushoito mukaan lukien. Liuotushoidon jälkeen potilas voidaan lähettää jatkohoitoon AVH-yksikköön. (Sairanen – Tatlisumak 2012: 116.)

Roine (2010) on kuvannut Duodecimin näytönastekatsauksessaan, että on olemassa vahvaa näytön astetta (näytön aste A) siitä, että AVH-yksikössä annettu hoito vähentää aivoinfarktipotilaan kuolleisuutta, lisää omatoimiseksi toipumisen todennäköisyyttä ja lyhentää sairaalahoidon aikaa verrattuna muilla osastoilla annettuun hoitoon. Hoidon vaikutuksen on todettu säilyvän ainakin 10 vuotta. (Roine 2010.)

2.3.4 Alueellisen hoitoketjun kehittämisen tavoitteet

Hoitoketjujen avulla pystytään hallitsemaan hoidon strategioita, ne virallistavat moniammatillisen tiimityön sekä edistävät keskustelua terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisistä vastuista ja tehtävistä. Hoitoketju on hyvin käytäntöihin, näyttöön ja potilaan odotuksiin perustuva kannanotto hoitoon liittyvistä avaintekijöistä ja päämääristä. Hoitoketjuissa kuvataan potilaan hoitopolku ja tavoitteena on saada oikeat ihmiset tekemään oikeita asioita oikeassa järjestyksessä ja paikassa. Vaikka hoitoketjuja on kehitetty ja niitä on nykyään käytössä kansainvälisesti, niiden käyttöä tukevan näytön on todettu olevan moniselitteinen ja niiden toimivien elementtien ymmärtäminen heikkoa. Hoitoketjujen on kuitenkin todettu olevan vaikuttavia esimerkiksi AVH-potilaiden akuutissa hoidossa, mutta ne eivät ole riittävän joustavia käytettäväksi kuntoutuksessa joutuessa siitä, että potilaiden kuntoutuminen tapahtuu usein hyvin yksilöllisesti. Hoitoketjujen kehittäminen ja käyttöön ottaminen on kuitenkin kallista ja siksi näyttöön perustuva ohjaus on tarpeen, jotta voidaan arvioida niitä olosuhteita, joissa hoitoketju tarjoaa oikean ratkaisun ja jossa myös kustannustehokkuus huomioidaan. (Hoitoketjujen vaikutavuus aikuisten ja lasten terveydenhuollossa: Hoitotyön suositus, 2010.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) intran sivuilla (2005) on tehty prosessikuvaus Lohjan sairaalassa AVH-potilaan hoitopolusta päivystyspoliklinikalla. Prosessikuvaus taulukossa on kuvattu muun muassa AVH-potilaan *ydinprosessi*, hoitomenetelmät, vastuut sekä hoitopolun kehittämiskohteet. Prosessilla tarkoitetaan toisiin-

sa liittyviä toistuvia toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joilla saavutetaan toivottu tulos. Prosessi on siis sarja toimenpiteitä ja resursseja eli toteuttajia. Prosessin ideassa on oleellista, että on olemassa jotain pysyvää ja toistuvaa, josta voidaan yhdessä sopia ja jota voidaan mallintaa ja kehittää. Prosessit lähtevät aina asiakkaasta ja päättyvät asiakkaaseen. AVH-potilaan hoitoketjun ydinprosessi on potilaan tutkimus ja hoito päivystyspoliklinikalla ja keskeinen tavoite on viiveetön tutkimuksen ja hoidon toteutuminen. (HUS-intra 2005; Laamanen 2002: 20.)

HUS:n hoitoketjuvastaava on tutkinut HUS:n alueen hoitoketjuja ja raportissaan Hoitoketjujen kehittäminen (2010) todennut, että potilaan hoitotietojen siirtymisessä hoitopaikasta toiseen on vielä parantamisen varaa sekä raportoinnissa potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Ennakoilmoituksen antaminen akuuteissa tilanteissa päivystyspoliklinikalle on tärkeää. Potilaan siirtyessä toisesta hoitopaikasta toiseen ennakoilmoituksen antaminen on tärkeää, jotta jatkohoitopaikka ehtii valmistella paikan potilaalle. Raportissa todetaan lisäksi, että hoitoketjut tulee kuvata ja niiden kriittisiin kohtiin on paneuduttava. Hoitoketjuja ja niiden seuranta tarvitaan, koska yhteiset toimintakäytännöt ovat tarpeen. Prosessit tulee julkaista ja hoitoketjuja on seurattava ja arvioitava. (Mäkelä 2010: 2-8.)

Aivohalvaus- ja dysfasialiiton tekemä valtakunnallinen selvitys aivohalvauksen hoidon saatavuudesta, sisällöstä ja tuloksista paljastaa tosiasian, että suomalaiset ovat asuinpaikastaan riippuen varsin eriarvoisessa asemassa aivohalvausyksikköön hoitoon pääsyn suhteen. Tutkimuksen mukaan vain kolmasosalla väestöstä on mahdollisuus päästä hoitoon aivohalvausyksikköön. WHO:n mukaan hoidon aivohalvausyksikössä tulisi olla kaikkien eurooppalaisten aivohalvauspotilaiden saatavilla vuoteen 2005 mennessä. Näin ei kuitenkaan vielä tänä päivänäkään ole. Hyksissä tehdyn tutkimuksen mukaan neurologian klinikassa hoidetut aivohalvauspotilaat lähtivät akuuttisairaalaan keskimäärin 16 vuorokautta nopeammin ja useimmiten omaan kotiinsa verrattuna sisätautiyksiköissä hoidettuihin vastaaviin potilaisiin. Akuuttivaiheessa neurologian yksikössä hoidetut potilaat olivat vuoden kuluttua sairastumisestaan useammin täysin itsenäisiä päivittäisessä elämässään. Tässäkin tutkimuksessa todettiin, että hoito aivohalvausyksikössä vähentää kuolleisuutta ja pitkäaikaishoidon tarvetta. (Kaste 2006: 401.)

Hoidon saatavuuden parantamiseen on olemassa monia mahdollisuuksia. Aiemmin esitellyn Telestroken avulla voidaan lisätä yksiköitä, joissa voidaan hoitaa AVH-potilaita. Järjestelmän avulla lääkärit voivat yhdessä tutkia potilaan ja arvioida tietokonetomografiakuvia. (Kaste 2006: 401.) Sydäninfarktin liuotushoidon aloittamiseen on Suomessa arvioitu kuluvan vain noin kaksi ja puoli tuntia oireiden alusta, mutta aivoinfarktiin sairastuneista vain harva saapuu sairaalaan niin nopeasti. Rintakipu pakottaa sydäninfarktipotilaan hakeutumaan heti hoitoon, sen sijaan kivuton aivoinfarkti ei tunnu yhtä kiireelliseltä. Osa väestöstä ei myöskään miellä aivohalvauksen oireita kiireellistä hoitoa vaativaksi. Aivohalvauksen tunnistaminen on syytä sisällyttää perusterveydenhuollon antamaan terveyskasvatukseen. On korostettava, että aivohalvaus vaatii yhtä välitöntä hoitoa kuin sydänkohtauskin, koska hoitoontuloviive riippuu ratkaisevasti potilaan ja hänen läheistensä kyvystä arvioida tilannetta. Aivohalvauksen sattua on välttämätöntä ottaa heti yhteyttä hätäkeskukseen eikä esimerkiksi omaan terveyskeskukseen, sillä näin potilas saa mahdollisuuden oikeaan diagnostiikkaan ja hoitopaikkaan. (Lindsberg – Roine – Kaste 1996: 3825.)

2.3.5 Hoitajien kokemuksia työskentelystä päivystyspoliklinikalla

Hoitajien kokemuksia päivystyspoliklinikkatyöskentelystä on tutkittu melko vähän. Göteborgin yliopistossa Ruotsissa (2012) on tehty tutkimus kolmen eri sairaalan aivohalvausyksikön hoitajien kokemuksista, kun potilas kuolee akuuttiin aivohalvaukseen. Tutkimuksessa todetaan, että tutkimuksissa on tähän asti keskitytty kuvaamaan AVH-potilaiden selviytymistä aivohalvauksesta, mutta hoitajien kokemuksia AVH-potilaiden hoidosta ei tutkimuksen tekijöiden mukaan ole paljoakaan selvitetty. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata sitä, miten hoitajat kokevat sen, kun AVH-potilas äkillisesti kuolee. Tutkimuksessa tuli esille, että hoitajat kokivat eettisiä ongelmia ja arvostiriitoja AVH-potilaan kuollessa aivohalvaukseen. He kokivat, että eivät pysty akuuttitilanteessa säilyttämään potilaan arvokkuutta ja antamaan tälle niin hyvää hoitoa kuin haluaisivat kiireen vuoksi. Hoitajat mainitsivat lisäksi tilanteen äkillisyyden vaikeana tekijänä erityisesti omaisten kannalta, koska läheisen aivohalvaus tulee äkillisesti ja odottamatta. (Rejnö – Danielson – von Post 2012: 123–125.)

Teräsvuori (2002) on Pro gradu-tutkielmassaan tutkinut sairaalan päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan tunnekokemuksia ja sitä, miten ja kenelle tunteita ilmaistaan. Tutkimuksessa selvisi, että päivystyspoliklinikan työntekijät kokivat työssään sekä negatiivisia että positiivisia tunteita. Negatiivisia tunteita syntyi, kun koettiin, ettei moniammatillinen yhteistyö eri ammattikuntien välillä toimi. Positiivisia tunteita taas koettiin, kun potilasta pystyttiin auttamaan hyvin tai kun yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa oli sujunut hyvin. Jotkut hoitajat ilmaisivat negatiivisia tunteitaan suoraan työtovereille, kun taas toiset hoitajat eivät näyttäneet negatiivisia tunteitaan työssään kenellekään. Tutkimuksessa todettiin myös, että pisimmän työkokemuksen omaavat kärsivät työstressistä vähemmän. Päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta olisi toivonut työpaikkansa fyysiseen ympäristöön enemmän selkeyttä ja järjestelmällisyyttä. (Teräsvuori 2002.)

3 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata AVH-potilaan hoitoketjua ja sen kriittisiä kohtia Länsi-Uudenmaan sairaalan terveydenhuollon ammattilaisten kuvailemina. Tässä työssä kriittisillä kohdilla tarkoitetaan niitä ongelmallisia kohtia, joiden takia AVH-potilaan hoito voi lähteä väärään suuntaan. Kriittisillä kohdilla tarkoitetaan myös asioita, joihin tulee jatkossa kiinnittää huomiota. Tavoitteena on kehittää AVH-potilaan hoitotyötä tästä kehittämistyöstä saadun tiedon avulla niin, että AVH-potilas tunnistetaan ja hän saa oikeanlaista hoitoa päivystyspoliklinikalla. Kehittämistyössä pääpaino on lisätä terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa AVH-potilas. Kehittämistyön tarkoituksena on myös kuvata terveydenhuollon ammattihenkilöiden kehittämisehdotuksia AVH-potilaan hoitoon liittyen.

Tutkimustehtävät:

- 1 Kuvata AVH-potilaan hoitoketjua ja sen kriittisiä kohtia Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden näkökulmasta
- 2 Kuvata hoitajien ja lääkäreiden valmiuksia tunnistaa ja hoitaa AVH-potilas Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla
- 3 Kuvata päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden kehittämisehdotuksia AVH-potilaan hoidosta Länsi-Uudenmaan sairaalassa

4 Toimintaympäristön kuvaus

Kehittämistyön toimintaympäristönä oli Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikka, jossa tämän kehittämistyön tekijä myös toimii sairaanhoitajan tehtävissä. Lisäksi kehittämistyöntekijä toimii vastuuvoitajana saman sairaalan neurologisella ja geriatrisella poliklinikalla. Länsi-Uudenmaan sairaala on kaikista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloista pienin. Päivystyspoliklinikalla oli vuonna 2012 7554 päivystyskäyntiä erikoissairaanhoidon puolella, yhteensä vuonna 2012 Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella (Länsi-Uudenmaan sairaala ja Tammiharjun sairaala) hoidettiin 18 672 potilasta. (HUS potilasrekisteri 2012). Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla ei anneta aivoinfarktin liuotushoitoa, vaan nämä potilaat lähetetään Meilahden sairaalaan.

Länsi-Uudenmaan sairaalassa on arkena virka-aikaan mahdollisuus pään natiivi- ja varjoaine TT-kuvauksiin, kaulasuonten ultraäänitutkimukseen sekä ajanvarauksella pään magneettitutkimukseen. Päivystysaikana mahdollisuus on ainoastaan pään natiivi-kuvaukseen ja tällöin paikalla ei ole röntgenlääkärinä eikä neurologia arvioimassa kuvia, vaan kuvat lähetetään sähköisesti tietokoneohjelman välityksellä Meilahden tai Töölön sairaaloihin lausuttaviksi. Mikäli tilanne on kiireellinen, kuvien lähetyksen jälkeen päivystävä lääkäri soittaa ja konsultoi päivystävää neurologia tai neurokirurgia heti ongelmasta riippuen. Päivystävä röntgenhoitaja päivystää kotona ja hänet soiteetaan tarvittaessa paikalle.

Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla on niin sanottu jakamaton päivystys, mikä tarkoittaa sitä, että samalla poliklinikalla on kaikki erikoisalut edustettuna päivystysaikana. Päivystyspoliklinikalla toimii yksi etupäivystäjä, joka vastaa päivystysaikana kaikista sairaalan potilaista sekä hoitaa päivystyspoliklinikalle tulevat akuutit potilaat. Jokaisella erikoisalalla on lisäksi omat takapäivystäjensä, jotka ovat erikoislääkäreitä. He eivät kuitenkaan aina välttämättä päivystä sairaalassa, vaan voivat olla kotonaan. Neurologiapäivystäjää ei ole sairaalassa, mutta anestesiapäivystys toimii vuorokauden ympäri. Viikonloppuisin ja arkipyhinä samoissa tiloissa toimii myös yleislääketieteen päivystys, missä päivystää yksi lääkäri. Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla vuorovastaavana toimii Triage-hoitaja, joka tekee kaikista potilaista kiireellisyys-

luokitusarvion sekä arvioi potilaan hoidon tarpeen. Kaikki potilaat siis kulkevat hänen kauttaan. Potilaan saama triage-luokituskirjain merkitään Länsi-Uudenmaan sairaalassa poliklinikan kanslian hoitotaululle, mistä on heti nähtävissä kuinka nopeasti potilaan on tavattava lääkäri ja saatava hoitoa.

5 Kehittämistyön aineisto ja menetelmät

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Tässä kehittämistyössä lähestyttiin kehitettävää aihetta laadullisella lähestymistavalla. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksen avulla tutkija kuvaa joustavasti jotakin ilmiötä ja reflektoi sitä aikaisempiin kokemuksiin ja tietoihin aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutki-
maan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja ymmärtämään kohdetta paremmin. (Polit – Hungler 1999: 239.) Ihmistä suositaan tiedon keruun instrumenttina. Tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittaviensa kanssa kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysia, jolloin tutkijan tarkoituksena on paljastaa odottamattomia seikkoja. Tästä johtuen lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan aineiston monitahoinen tarkastelu. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 157 – 160.)

Yleisin tapa kerätä laadullista aineistoa on haastattelu. Sen tavoitteena on selvittää, mitä itse kullakin on mielessään. Se on eräänlaista keskustelua haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastattelun idea on hyvin yksinkertainen ja järkevä. Kun halutaan tietää jotakin ihmisestä, niin kysytään sitä häneltä itseltä suoraan. Haastateltavan on pystyttävä luottamaan siihen, että hänen kertomisiaan käsitellään luottamuksellisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja että heillä on kokemusta asiasta. (Eskola – Suoranta 2000: 85; Tuomi – Sarajärvi 2009: 85.)

Tässä kehittämistyössä käytettiin avointa haastattelua, koska sen avulla voitiin kuvata haastateltavien käsityksiä ja valmiuksia AVH-potilaan hoitoon liittyvistä asioista. (Kylmä – Juvakka 2007: 59). Avoimen haastattelun kysymykset löytyvät Liitteestä 4. Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien ja lääkäreiden avoimen haastattelun avulla kartoitettiin heidän käsityksiään ja kokemuksia AVH-potilaan hoitopolusta aina potilaan kodista jatkohoidon järjestämiseen asti. Etukäteen laaditut tutkimuskysymykset nousivat kehittämistyön teoreettisesta viitekehyksestä ja perustuvat tämän työn tutkimustehtäviin.

Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikan 28:sta hoitajasta (päivystyksessä työskentelevät hoitajat) haastatteluun valittiin joka kolmas. Poliklinikalla työskentelee yhteensä enemmänkin hoitajia, mutta kaikki heistä eivät tee töitä päivystyspoliklinikalla, vaan he työskentelevät ainoastaan erikoislääkäreiden vastaanotoilla. Noppakuutiota heittämällä arvottiin luku, kenestä hoitajasta laskeminen aloitettiin. Hoitajien nimet ovat työvuorolistassa allekkain. Tällä tavoin haastatteluun valittiin 9 hoitajaa eli noin yksi kolmasosa päivystyksen hoitajista. Tätä valintamenetelmää käyttämällä jokaisella hoitajalla oli samanlainen mahdollisuus päästä osallistumaan tutkimukseen. Haastatteluun valikoitui sekä pidemmän työkokemuksen poliklinikalla omaavia että uudempia hoitajia. Kaikilla hoitajilla oli kuitenkin myös aikaisemmasta hoitotyön kokemusta ja päivystyspoliklinikallakin vähintään kolmen vuoden työkokemus.

Haastattelulomake pilotoitiin yhdellä päivystyspoliklinikan hoitajalla, joka ei osallistunut varsinaiseen haastatteluun. Tutkijat, jotka käyttävät itse tehtyä haastattelurunkoa tai lomaketta esitestaavat eli pilotoivat lomakkeen henkilöllä, joka ei osallistu tutkimukseen, mutta jolla on kysyttävästä asiasta tietoa. (Polit – Hungler 1999: 320). Pilotoinnin jälkeen todettiin, että haastattelulomaketta ei ollut tarpeellista muuttaa.

Päivystyspoliklinikalla työskentelee kansainvälisesti kirjava joukko lääkäreitä, ja jotta haastattelukysymykset tulkittaisiin oikein ja niihin pystyttäisiin kattavasti vastaamaan, tuli haastateltavien lääkäreiden äidinkieli olla ruotsi tai suomi. Haastatteluun valittiin tutkimushetkellä päivystyspoliklinikalla arkena virka-aikaan työskentelevät lääkärit, joita tutkimusaikana oli neljä. Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden haastattelut toteutettiin työajalla maaliskuussa 2013 ja ne kestivät noin puoli tuntia haastateltavaa kohden. Haastattelut nauhoitettiin. Tutkimusaineiston tutkimushetkellä muodosti siis neljä lääkäriä ja yhdeksän hoitajaa.

5.2 Aineiston analyysi

Avoimen haastattelun analysoinnissa apuna käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysia. Aluksi avoimen haastattelun avulla saatu aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi tekstimuotoon. (Kylmä – Juvakka 2007:112.) Tämän jälkeen tekstit luettiin useampaan kertaan läpi kokonaiskuvan ja syvemmän ymmärryksen saamiseksi. Eri aihealueita alleviivattiin erivärisillä merkkauksilla. Analyysiyksiköksi valittiin lause tai lauseenosa, joka ilmaisi haastateltavan kokemuksia kyseisestä aiheesta. Tämän jälkeen lauseet pelkistettiin siten, että olennainen sisältö tiivistettiin. Seuraavaksi samankaltaiset ilmaisut ryhmiteltiin alakategorioiksi ja annettiin niille sisältöä kuvaava nimi. Edelleen samankaltaisista alakategorioista muodostettiin yläkategoriat, joille annettiin sisältöluokkia yhteisesti kuvaavat nimet. Yläkategorioista muodostettiin pääkategoriat tutkimustehtävien mukaan. Aineisto on analysoitava, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin. Sisällön analyysillä tarkoitetaan systemaattista aineiston analysointimenetelmää, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. Kaikesa laadullisen tutkimuksen aineiston analyysissä käytetään sisällön analyysia. Induktiivisessa analyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja. Analyysissä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kylmä – Juvakka 2007: 112–113; Polit – Hungler 1999: 575.)

Haastattelusta saadun tiedon avulla kiinnitettiin huomiota hoitopolun kriittisiin kohtiin ja tavoitteena oli kehittää näitä kohtia. Haastattelun pohjalta nousseista AVH-potilaan hoitopolun kriittisten kohtien ja kehittämisehdotusten pohjalta kiinnitettiin huomiota niihin asioihin, joita tulisi kehittää tai muuttaa. Tämän jälkeen tehtiin ehdotukset päivystyspoliklinikan AVH-hoitotyön kehittämiseksi.

6 Tulokset

6.1 AVH-potilaan hoitoketju terveydenhuollon ammattilaisten kuvailemana

Kehittämistyön haastatteluihin osallistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemuksia AVH-potilaan hoitoketjusta kuvaava pääkategoria nimettiin ” AVH-potilaan hoitoketju terveydenhuollon ammattilaisen kuvailemana”. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista: hoitoketju ja AVH-potilaan hoitoketjun kriittiset kohdat. Kuvio 1.

6.1.1 AVH-potilaan hoitoketju

Terveydenhuollon ammattilaisten haastattelun tuloksista kävi ilmi, että hoitoketju alkaa siitä, kun potilas itse tai joku muu hänen läheinen havaitsee AVH-oireet. Tästä seuraa soitto hätäkeskukseen tai omatoimisesti hoitoon hakeutuminen. Oireiden alkamisajankohdasta riippuen ensihoitohenkilökunta ambulanssissa tekee päätöksen siitä onko potilas mahdollinen ”*liuotuskandi*” eli onko aivoinfarktin liuotushoidon aikaikkuna vielä avoin, jolloin potilas Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella kuljetetaan Meilahden sairaalaan. Muussa tapauksessa potilas kuljetetaan lähimpään sairaalaan. Jo ensihoidossa aloitetaan potilaan hoitaminen, mikä sisältää potilaan tai muun läheisen haastattelun sekä potilaan peruselintoiminnoista huolehtimisen. Mikäli potilas hakeutuu omatoimisesti päivystyspoliklinikalle, tekee triage-hoitaja yhteistyössä lääkärin kanssa arvion siitä, missä potilas kuuluu hoitaa. Triage-hoitaja tekee potilaan hoidosta joka tapauksessa uuden arvion, vaikka hän tulisikin ambulanssilla päivystyspoliklinikalle.

Haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että AVH-potilaiden oireet olivat kaikille haastateltaville selvät, mutta niiden moninainen ja epäselvä esiintyminen todellisuudessa aiheuttaa välillä vaikeuksia terveydenhuollon ammattilaisille tunnistaa AVH-potilas. Erityisesti TIA-kohtaukset koettiin vaikeana asiana. Aikaikkunaan liittyvät tuntirajat eivät olleet kaikille haastateltaville selviä, koska aikaikkunan tuntimäärää lisättiin muutama vuosi sitten.

AVH-potilaan tunnistamisen jälkeen alkaa välittömästi potilaan hoito. Potilaan välittömään hoitoon kuuluvat potilaan tapahtumatietojen ja oireiden sekä voinnin selvittely, tutkimusten järjestäminen: pään TT-tutkimus, keuhkokuva, EKG, laboratoriokeet, potilaan vitaalinelintoimintojen monitorointi sekä i.v -nesteytys ja mahdollisten lääkkeiden anto. Potilaan tilaa joudutaan myös mahdollisesti stabilisoimaan ja turvaamaan hengitystiet. Tämän jälkeen päätetään hoitolinjoista. Omaisia sekä potilasta informoidaan tilanteesta. AVH-potilas siirtyy jatkohoitoon joko Meilahden sairaalaan tai Länsi-Uudenmaan sairaalan sisätautiosastolle, joskus vaihtoehtona voi olla terveyskeskuksen vuodeosasto. AVH-potilaan hoitoketju päivystyspoliklinikalla on prosessimainen kuvaus, jossa ydinprosessina haastattelujen perusteella voidaan pitää AVH-potilaan tutkimusta ja hoitoa. Ydinprosessin keskeinen tavoite on potilaan viiveettömän tutkimuksen ja hoidon toteutuminen.

Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikan terveydenhuollon ammattilaisilla oli hoitoketjun kuvauksen pohjalla sekä faktatietoa AVH-potilaan hoitopolusta että omaa tieto-taitoa aiheesta. Kuviossa 1. selvennetään tässä kehittämistyössä tehdyistä haastatteluista saatua tietoa ja sen lajittelua. Liitteessä 1. on kuvattu AVH-potilaan hoitoketjukaavio, joka on synteesi AVH-potilaan hoitoketjusta Suomessa faktatietoon perustuen sekä avoimen haastattelun pohjalta saadusta tiedosta. Haastatteluista nousseet hoitopolun kriittiset pisteet on lihavoitu (Liite 1). Päivystyspoliklinikan lääkäri ja kaksi hoitajaa kuvailivat AVH-potilaan hoitoketjun näin:

”Jos kyseessä on kehittyvä aivoinfarktaatio, pitää olla erittäin nopea, aikaa on 4,5 tuntia. Tietysti se tärkein asia on, että potilas hoidetaan oikeassa paikassa ja että potilas lähetetään suoraan Meilahden sairaalaan. Tärkeää on, että otetaan meidän sairaalaan potilaat, jotka hoidetaan ilman Actilyse-hoitoa ja että nämä potilaat hoidetaan oikealla tavalla. Jos kyseessä on omatoiminen, työikäinen AVH-potilas, pitää hänet lähettää suoraan Helsinkiin ilman pään TT-tutkimusta.”

”Ne tulee päivystyspoliklinikalle ambulanssilla tai omalla autolla tai omaisen tuomana, sit triage luokittelee ne joko A:ksi tai B:ksi kiireellisyyden mukaan. Sit yleisesti lääkärin kannanotto tutkimuksiin heti. Tietysti oireiden selvittely heti siinä ja tietysti se oireiden alkamisajankohta on se oleellinen joka tapauksessa. Sitte pään TT-

kuvaus ja labroja ja sit ne jatkot, et lähteeks potilas eteenpäin, jos se aikaikkuna ei oo umpeutunu.”

”No hoitopolku alkaa oikeastaan jo ambulanssista, voi periaatteesta mennä niinkin pitkälle, kun potilas tai omainen reagoi tapahtumiin, mutta ajatellaan nyt sitten ambulanssihenkilökuntaa ja päivystyspoliklinikkaa, jota ambulanssi konsultoi siinä välissä, esimerkiksi Meilahtea ja meidän omaa päivystystä. Jos ne tulee tänne, niin täällä käytännössä etupäivystäjä konsultoi päivystävää neurologia ja sitten potilaan hoito tilanteesta riippuen jatkuu tässä sairaalassa tai eteenpäin Meilahden sairaalaan.”

6.1.2 AVH-potilaan hoitoketjun kriittiset kohdat

Avoimen haastattelun perusteella AVH-potilaan hoitoketjun ensimmäinen kriittinen kohta on hoitoon hakeutumisvaihe. Haastatteluista todettiin, että on ongelmallista, kun maallikot eivät aina tunnista uhkaavaa aivoperäistä sairautta. Haastatteluissa mainittiin ongelmallisena myös maantieteelliset seikat, jotka voivat pidentää hoitoon pääsemisai- kaa niin ambulanssilla kuin muullakin kyydillä. Potilaan vastaanottaa päivystyspolikli- nilla ensimmäiseksi yleensä triage-hoitaja tai sitten joku muu hoitajista. AVH-potilaan tunnistaminen jää näin ollen monestikin hoitajan vastuulle ja siksi oireiden tunnistami- nen on erityisen tärkeää, ettei potilasta vahingossa ohjata esimerkiksi terveyskeskuk- seen seuraavaksi päiväksi. AVH-potilaan tunnistaminen tuo oireiden moninaisuuden vuoksi haasteita siis myös terveydenhuollon ammattilaisille. Aina ei ole täysin selvää, mikä oire viittaa neurologiseen tapahtumaan ja jos näin on, niin mistä neurologisesta tapahtumasta on kyse. Usein myös potilaan oireiden alkamisajankohta ei ole täysin selvä, koska oireet ovat voineet alkaa yöllä potilaan nukkuessa. Tällöin aivoinfarktin liuotushoidon aikaikkuna on usein umpeutunut. AVH-potilaan kriittisten kohtien sisällön analyysin vaiheita kuvataan myös Kuviossa 1.

Avoimen haastattelun perusteella AVH-oireiden tunnistamisen vaikeus koettiin useim- missa haastatteluissa hoitoketjun kriittisimmäksi kohdaksi. Näin oli etenkin, jos oireet eivät olleet kovin selkeät tai ne olivat menneet ohi potilaan tullessa päivystyspolikli- kalle. Potilaan oireet saattavat myös liittyä johonkin muuhun sairauteen tai päihteiden käyttöön. Koettiin esimerkiksi, että kova migreenikohtaus voi muistuttaa aivoverenkier- tohäiriötä tai vastaavasti migreenipotilaalla voi olla kyseessä AVH, joka virheellisesti tulkitaan migreeniksi.

Hoitoketjun kriittisenä kohtana pidettiin myös potilaan tapahtumatietojen tarkkaa selvit- tämistä ja todettiin, että potilaan kertomaan tulee luottaa eikä aliarvioida potilasta. Poti- laan oireiden alkamisajankohdassa oli myös usein epäselvyyttä. Haasteellisia voivat olla myös kielikysymyksiin liittyvät asiat, jos esimerkiksi hoitava lääkäri on ulkomaalai- nen tai vastaavasti, jos potilas on ulkomaalainen. Tällöin virhearvioiden riski kasvaa. Lääkärit kokivat haasteelliseksi ja kiusalliseksi asiaksi sen, että usein heidän konsul- toidessa toista lääkäriä toisesta sairaalasta, heitä pallorellaan sinne ja tänne. Selkeiden

ohjeistusten puuttuminen juuri ”meidän talon tavoista” AVH-potilaan hoidossa koettiin puutteeksi. Päivystyspoliklinikan terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat hoidon haasteita näin:

”Ja sitten oikeastaan se tietysti mikä on tässä hoitopolussa haasteellista on se välimatka, mikä voi olla ongelma, kun on tämä aikaikkuna, jonka sisällä pitäisi saada potilas lopulliseen hoitopaikkaan. Niin siinä on omat haasteensa, että toimitaan mahdollisimman nopeasti.”

”Haasteelliset kohdat hoitopolussa on ehkä juuri se, et tavalliset kansalaiset eivät tiedä AVH-oireita ja sitten tulevat liian myöhään hoitoon. Hyvä ohjeistus päivystyspoliklinikalla, miten toimia AVH-potilaiden kanssa olis hyvä niin, että kaikki toimis samalla tavalla. Niin et lääkärit tietäis minne soittaa ja konsultoida milloinkin.”

”Vähän riippuu minkälainen mielenkiinto on neurologisia potilaita kohtaan, miten syvästi sitä niinku kykenee ajattelemaan ja hahmottamaan oireiden perusteella, et minkälainen tapahtuma voi olla kyseessä. Kyllä se saattaa mun mielestä olla, jos on esimerkiksi iso SAV tai ICH, niin se hengityspuolen turvaaminen on ehkä se suurin haaste.”

”No ehkä lähinnä TIA-kohtauksen tunnistaminen on ja missä tilanteessa kyse on TIA:sta ja mitkä oireet sitten taas ei viittaa TIA:an ja mitä niille potilaille pitäis tehdä, kenellä on TIA, miten kauan seurata osastolla jne. Se on vähän epäselvää, ku mikä tahansa oire voi viitata TIA-kohtaukseen eli sen tunnistaminen on haasteellista.”

”Tietysti on tärkeää, että hoitajat osaa tunnistaa ja sitte tietysti mitä nopeemmin tunnistetaan, ni sitä nopeemmin potilas saadaan eteenpäin. Ja sit eteenpäin Helsinkiin. Tietysti haasteellisin on se tunnistaminen, totta kai. Se on ihan selvä, koska oireet voi olla aika monimuotoisia, aika pieniä oireita, jotka sitten saattaa liittyä moneen muuhunkin, kylhän se on se haasteellisin.”

6.2 Hoitajien ja lääkäreiden valmiudet tunnistaa AVH-potilas

Pääkategoria, joka kuvaa hoitajien ja lääkäreiden valmiuksia tunnistaa AVH-potilas nimettiin ”hoitajien ja lääkäreiden valmiudet tunnistaa AVH-potilas”. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista: AVH-potilaan oireet henkilökunnan kuvaamina, terveydenhuollon ammattilaisten toiminta AVH-potilaan hoidossa ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan vaikuttavat tekijät. (Kuvio 3.)

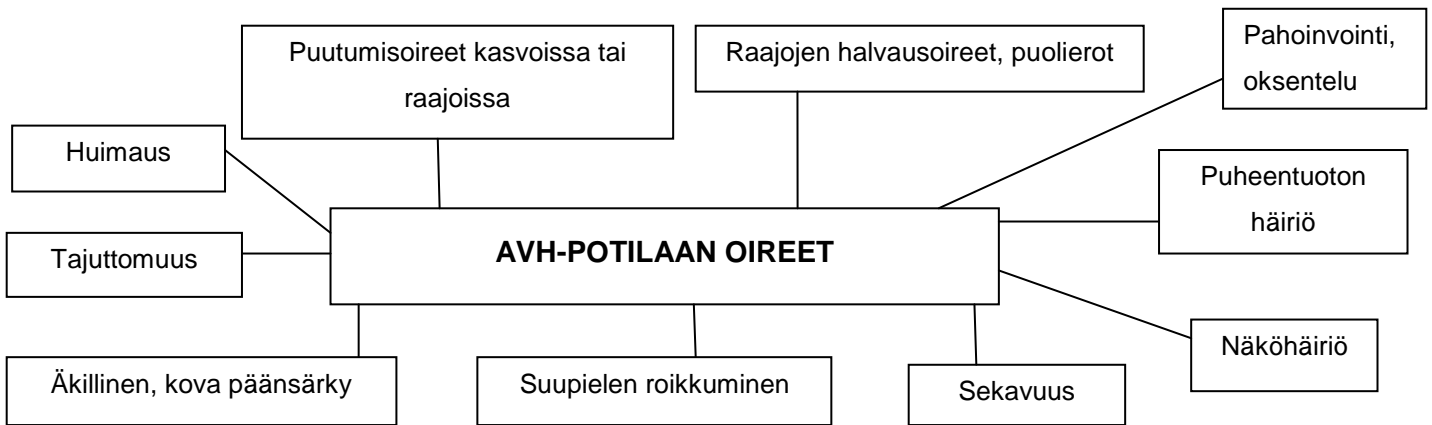
6.2.1 AVH-potilaan oireet henkilökunnan kuvaamina

AVH-potilaan oireet koettiin moninaiseksi ja joskus sen tunnistaminen, että onko kyseessä aivoperäinen sairaus vai ei, koettiin vaikeaksi. Erittäin selkeät, ”oppikirjan mukaan” menevät klassiset oireet koettiin suhteellisen helpoina tunnistaa. Haastatteluisissa todettiin myös, että työkokemuksen myötä kliininen silmä potilaan kokonaiskuvan myötä kehittyy. AVH:n oireita kuvattiin olevan suupielen roikkuminen, puheen tuoton häiriö ja puheen puuroutuminen, raajojen halvausoireet ja erilaiset puolioireet, näköhäiriö, kaksoiskuvat, huimaus, äkillinen kova päänsärky ja sekavuus. Myös tajuttomuus on mahdollista sekä pahoinvointi ja oksentelu. Edellä kuvatun perusteella voidaan todeta, että oireita on paljon, mutta läheskään aina nämä kaikki oireet eivät ilmene samalla potilaalla. Joskus potilaalla voi olla vain yksi tai kaksi näistä oireista ja ne ovat voineet mennä ohi, jolloin kyseessä on usein TIA -kohtaus. Kuviossa 2. esitellään vielä ne oireet, mitkä saattavat viitata mahdolliseen aivoverenkiertohäiriöön. Päivystyspoliklinikan hoitajat ja lääkäri kuvaavat potilaan oireita näin:

”No oireita on ainaki puhehäiriö, näköhäiriö, raajojen puutuminen tai toiminnallinen häiriö, selvä puoliero kasvoissa tai koko vartalossa.”

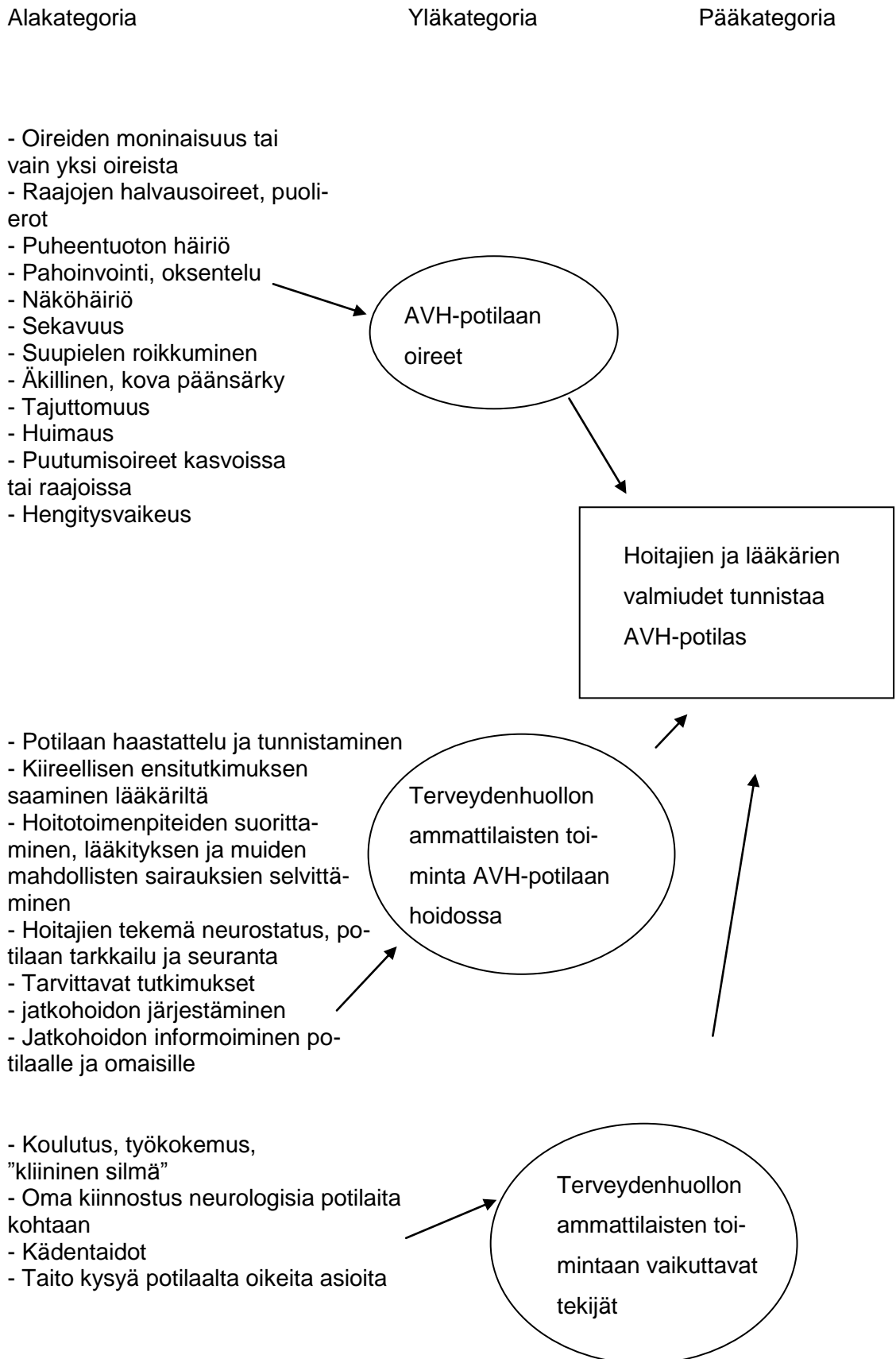
”Mulla ensimmäisenä tulee tietenki mieleen tällaset poissaolokohtaukset, huimaukset, puheen kehittäminen vaikeutuu, puuroutuu. Kyl ne ehkä on nää mitkä mulla ensimmäisenä tulee mieleen. ”

”Nykyään yleensä 50%:a kaikista potilaista, jotka ilmoitetaan AVH-potilaana, niin taustalla on muu syy kuin AVH. Tärkeät oireet ovat bilateraaliset, motoriset, heikotusoireet raajoissa, puhehäiriö ja mahdollisesti näköhäiriöt.”



Kuvio 2. AVH-potilaan oireet Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikan terveydenhuollon ammattilaisten kuvailemina.

Kuvio 3. Hoitajien ja lääkäreiden valmiudet tunnistaa AVH-potilas.



6.2.2 Terveydenhuollon ammattilaisten toiminta AVH-potilaan hoidossa ja siihen vaikuttavat tekijät

Terveydenhuollon ammattilaisilla on koulutuksensa ja työkokemuksensa pohjalta valmiuksia hoitaa AVH-potilaita. Valmiudet ovat kuitenkin hyvin erilaisia riippuen hoitajan ja lääkärin työkokemuksesta ja tieto-taito -tasosta AVH-potilaiden kohdalla. Eräs haastateltavista totesi myös, että hoidon ”tasoon” vaikuttaa myös hoitajan oma mielenkiinto neurologisia potilaita kohtaan. Terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksiin liittyy myös kyky saada tietoa potilaalta tai hänen omaisiltaan oleellisista tapahtumatiedoista ja oireiden alkamisajankohdasta sekä oireiden nykytilasta. Sekä hoitajat että lääkärit tarvitsevat päätöksentekonsa tueksi faktatietoa AVH-potilaan hoitopolusta, jotta he osaavat joko puhelimitse tai paikan päällä päivystyspoliklinikalla ohjeistaa potilas oikeaan jatko-hoitopaikkaan. Mikäli potilas tai hänen omainen soittaa päivystyspoliklinikalle ja kertoo mahdollisista AVH -oireista, tulee puheluun vastaavan hoitajan osata ohjeistaa neuvoa kysyvä soittamaan hätäkeskukseen, jotta ambulanssi voi tehdä arvion siitä, onko potilas liuotuskandi vai ei ja minkälaista hoitoa hän tarvitsee. Päivystyspoliikkatyöskentely on usein hektistä ja vaatii työntekijöiltään jatkuvaa tarkkuutta ja hyvää kliinistä silmää tunnistaa oikein potilaan oireet. Päivystyspoliikkaterveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat terveydenhuollon ammattilaisilla tarvittavia valmiuksia ja toimintaansa näin:

”Yleisestikin voi olla vaikeaa kuvailla niitä oireita puhelimitse ja se, että missä tilanteessa se on joka puhelimeen vastaa. Ja sitten tietysti kiire päivystyspoliklinikalla ja myös tota hoitohenkilökunta voi olla eri tavalla kokenutta tai kokematon, siinä voi olla välillä se oireiden tunnistaminen ongelma.”

”No otetaan heti pään TT, sitten asetetaan diagnoosi, et onko kyseessä aivoinfarkti vai TIA ja et missä potilas pitää hoitaa ja miten.”

”Pyritään tehdä pään TT-tutkimus nopeasti. Kartoitetaan myös potilaan riskiä sairastua aivohalvaukseen, jos kyseessä on ollut lyhytaikainen aivoverenkiertohäiriö. Yli 60-vuotiaat ja diabetesta sairastavat potilaat ovat riskiryhmään kuuluvia.”

Hoitajien valmiuksiin ja toimintaan päivystyspoliklinikalla liittyy paljon potilaan ja omaisten haastattelun lisäksi kädentaitoja, jotka on hallittava sekä eri tutkimusten tilaamista ja järjestämistä. Hoitajat myös tarkkailevat koko ajan potilasta hoitaessaan potilaan neurologisia oireita sekä tekevät potilaalle nopeita ”karkeita neurostatus -testejä” oman ammattitaitonsa puitteissa. Päivystyspoliklinikan kolme hoitajaa kuvasivat hoitajan valmiuksia AVH-potilaan hoidossa näin:

”Tietenki, et saada se lääkäri paikalle ja sit niinku hoitajana hoitajan rutinit, et saadaan se tippa ja sydänfilmi. Sitten tietenkä ihan se potilaan tarkkailu ja just niinku semmonen neurostatuksen tekeminen omien kykyjen mukaan. Sit potilaan haastattelu, et millon ne oireet on alkanu, sitten muut sairaudet selvitetään ja et onko aikaisemmin ollut samanlaista.”

”Triagena mä haastattelen potilasta ja informoin heti hoitavalle hoitajalle ja sitten kiireellinen ensitutkimus lääkäriltä. Sit tehdään heti pään TT, thorax, sitten sen jälkeen monitoroidaan potilas. Ultraäänen mahdollisuutta selvitetään. Osaan mä ite tarkistaa, et purista käsiä jne. Jatkohoidon informoiminen omaisille saa tulla ensisijaisesti lääkäriltä.”

”No tietysti potilaan oireiden tunnistaminen pitäis tapahtua mahdollisimman nopeasti, et päästäis hoitamaan. On tärkeetä, et triage tunnistaa ne tietyt oireet, mut tietysti ois tärkeetä, et muut hoitajat osais kans tunnistaa ja sitä nopeemmin potilas saadaan eteenpäin. Tietysti mä voin ottaa niitä vitaaleja ja vaikka mitä, mut ensisijaisesti se on saatava se lääkäri siihen.”

Monissa hoitajien haastatteluissa korostui AVH-potilaan välitön tunnistaminen oireiden perusteella. Hoitajien ammattitaito tässä asiassa onkin etusijalla, koska he ovat niitä, jotka potilaan tapaavat ensin ja heidän vastuulla on informoida pikaisesti hoitavaa lääkärää. Yleensä triage-hoitaja on se, joka potilaan ensimmäiseksi tapaa ja näin ollen hän on avainasemassa potilaan oireiden tunnistamisessa. Tunnistamisen jälkeen hän määrää potilaalle omahoitajan. Yksi päivystyksen hoitajista kuvaili hoitajan kykyjä tunnistaa AVH-potilas näin:

”Kyllä jokaisen hoitajan kuitenkin pitäis kyetä tekemään sellanen arvio, perusstatus, joka sitte poissulkee sen tai vahvistaa niitä ajatuksia, mitä siinä tilanteessa on. Ei siinä välttämättä tarvii mitään paikantamista, että mikä kohta aivoista on kyseessä. Sellanen niinku hyvä yleissilmä ja et jokainen hoitaja lähtis siitä, että aloitetaan siitä ja poissuljetaan se pahin. Et aina muistetaan aloittaa siitä neurologisesta statuksesta.”

6.3 Päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden kehittämisehdotukset

Pääkategoria, joka kuvaa päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden kehittämisehdotuksia nimettiin ”päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden kehittämisehdotukset”. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista: koulutus ja tiedon saaminen, moniammatillinen yhteistyö ja teknologia terveydenhuollossa. (Kuvio 4.)

6.3.1 Koulutus ja tiedon saaminen

Haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että hoitajien ja lääkäreiden kehittämisehdotukset liittyivät seuraaviin osa-alueeseen: koulutuksen lisäämiseen, tiedottamiseen, moniammatillisen yhteistyön parantamiseen ja tekniikan kehittämiseen. Haastatteluisa keskeisesti esiin nousi koulutuksen tarve AVH-asioissa. Monet kokivat, että AVH-asioista järjestetään aivan liian vähän koulutusta verrattuna esimerkiksi sydänpuolen sairauksien koulutuksiin. Erityisesti AVH-potilaan oireista ja eri AVH-tyypeistä toivottiin koulutusta. Toivottiin myös, että maallikoille järjestettäisiin tietoisuuksia AVH-oireiden tunnistamisesta ja nopeasta hoitoon hakeutumisesta. Toiset hoitajat nostivat esille myös koulutuksen potilaan neurostatuksen tekemisestä, jonka hoitaja voisi tehdä tunnistamisen tukena. Useissa haastatteluissa kehittämisehdotuksena toivottiin myös jonkinlaista talokohtaista ohjeistusta AVH-asioissa ja puhelinnumeroita, mihin tarvittaessa soittaa potilaan hoitoon liittyen. Päivystyksen lääkäri ja kolme hoitajaa kuvasivat kehittämisehdotuksia näin:

”Olis ihan hyvä, et olis ihan selkeä ohjeistus, selkeä ja nopea, vähän kaavamainen keittokirjamainen ohjekirjatyylinen ohje, mitä pitää ottaa huomioon AVH-potilaan hoidossa ja mitä pitää muistaa ja sisältää sitten kaikki puhelinnumerot ja muut

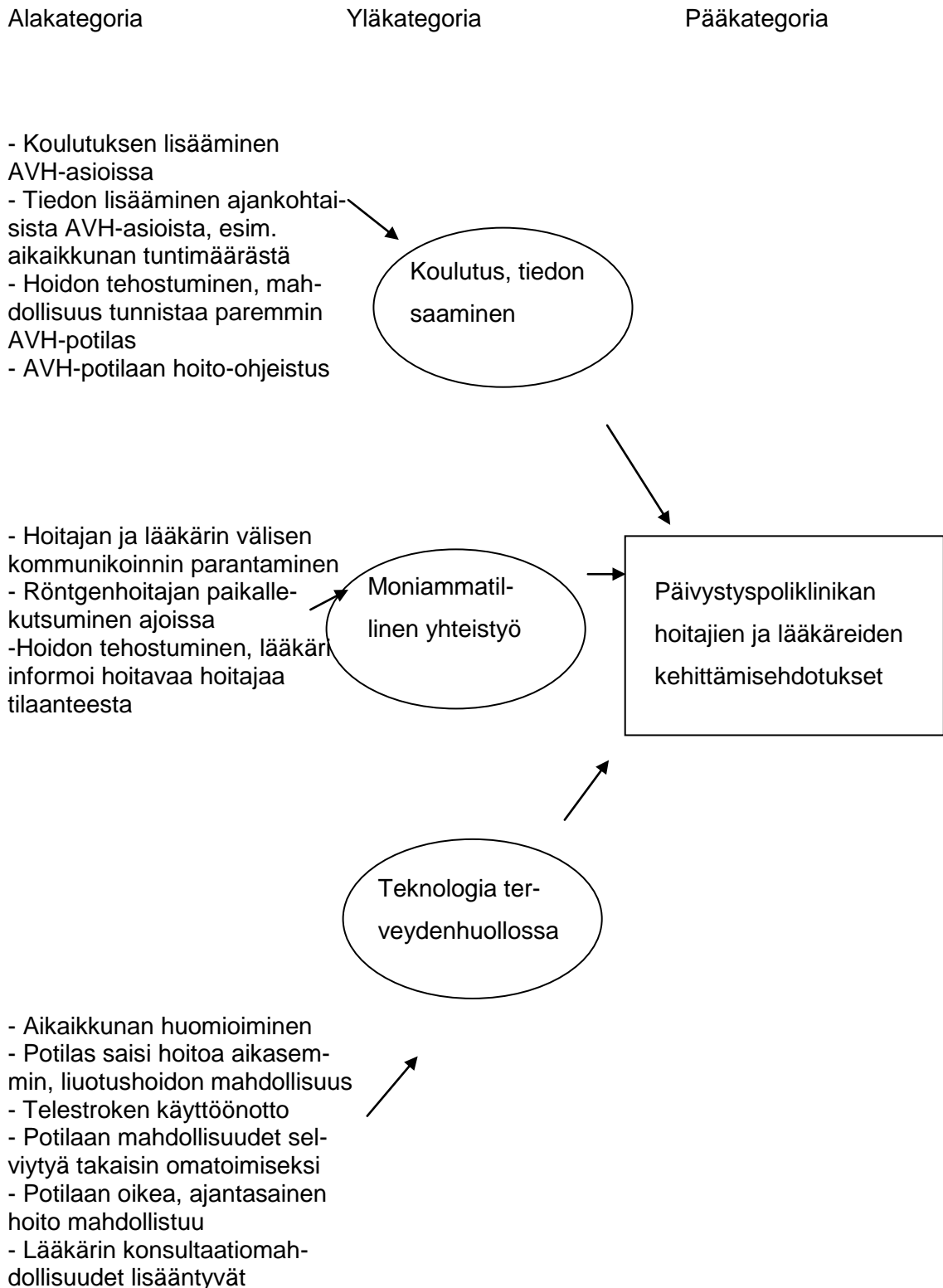
mihin soittaa ja se et ei oo hidasteita, et kaikki on tehty niin helpoks ku mahdollista ja tietysti jatkuva koulutus näissä asioissa on tarpeen.”

”Itse toivoisin uutena koulutusta näistä asioista, oireista ja eri AVH-tyypeistä ja neurologisesta statuksesta, jonka hoitaja pystyy tekemään. Konkreettista läpikäymistä.”

”Se, mitä itse peräänkuuluttaisin on koulutusta AVH-asioista. Ja jos ajatellaan liuotuskandeja, niin työskentelyn nopeutumista ja tehostamista sellaisen potilaan suhteen. Jos AVH-potilaan hoidossa tulee uusia asioita ja uutta tutkimustietoa, niin koulutusta niistä. Sellasta, että mitkä on trendit nyt, esimerkiksi aikaikkunan suhteen.”

”Asianmukaiset hoito-ohjeet olisivat hyvät niin, että kaikki tietää miten AVH-potilaan kanssa toimia!”

Kuvio 4. Päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden kehittämisehdotukset.



6.3.2 Moniammatillinen yhteistyö

Haastatteluissa nousivat esille myös hoitajien toivomukset tiimityön tehostamisesta lääkärin kanssa. Hoitajat kokivat, että heidän sanojaan ei aina otettu vakavasti ja että lääkärit eivät aina tutki potilasta tarpeeksi nopeasti. Toivottiin myös, että lääkärit informoisivat potilaan vastuuhoitajaa siitä, mitä tulee tapahtumaan, eivätkä vain kirjoita määräyksiä potilaan papereihin sanomatta hoitajalle mitään. Hoitajat kuvailivat tilannetta lääkäreiden kanssa näin:

”Ajoittain ainaki se lääkärin toiminta vois olla nopeempaa, se potilaan saattaminen kuvaukseen. Ja varmaan vielä se, et soittais ton röntgenin valmiiks paikalle ja lähetteenki vois laittaa valmiiks. Ja kyllähän sitä välillä tapahtuuki mut ei aina.”

”Et, kun potilaasta menee lääkärille sanomaan, et se välittömästi otetaan niinku tosissaan. Ja sitten ku oon sanonu lääkärille, n isit mä toivon, et lääkäri ottaa siitä vastuun eikä mee vaan kattomaan, et joo eikä mitään tapahdu. Lääkärinhän se tekee päätöksen, et ei mun sit tarvii mennä, et hei mitä nyt tapahtuu? Et mä saan ne ohjeet välittömästi, et mitä tehdään. Tai sit et lääkäri sanoo mulle, et hei ei tää ollu AVH. Jotain pääpiirteitä voi käydä koulutuksella läpi, et näihin kiinnitä huomiota. Yleensä kyl aina sit löytyy joku kollega keneltä löytyy enemmän tietoa.”

6.3.3 Teknologia terveydenhuollossa

Päivystyspoliklinikan lääkärit toivoivat telestroke-mahdollisuutta Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalle. Telestroken avulla esimerkiksi aivoinfarktipotilaan liuotushoito voitaisiin aloittaa jo Länsi-Uudenmaan sairaalassa ja sen jälkeen potilas voitaisiin siirtää jatkohoitoon Helsinkiin. Lääkärit kuvasivat kehittämisideaansa näin:

”Talossa maanantaisin oleva neurologi on hyvä. Telestroke olisi hyvä! AVH-potilaat eivät ole helppoja.”

”Jos kyseessä on kriittinen tilanne, että potilas ei ehdi siinä alle 4,5 tunnin sisällä Helsinkiin hoitoon, niin Telestroke-mahdollisuus tässä sairaalassa olisi erittäin hyvä asia, sillä pystyttäisiin nopeasti hoitamaan potilas myös heti päivystyspoliklinikalla ja potilas saisi hoidon, oikean hoidon. Triage-hoitajan rooli on erittäin tärkeä, että hän tunnistaa AVH-potilaan, että hän ilmoittaa heti asiasta hoitavalle lääkärille.”

7 Pohdinta

7.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyössä noudatettiin hyvää eettistä tutkimuskäytäntöä. Tähän kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä sekä huolellisuus tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Muiden tutkijoiden tekemää työtä tukee kunnioittaa ja heidän tekemiin julkaisuihin viitataan asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Kehittämistyö tehtiin sairaalassa, joten silloin piti huomioida salassapitovelvollisuus. Tosin haastateltavana eivät olleet potilaat, vaan osa päivystyspoliklinikan henkilökuntaa. Tiedonkeruuvaiheessa haastateltaville kerrottiin, että heidän nimensä eivät tule missään vaiheessa näkymään kehittämistyössä ja että haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Lisäksi haastateltaville kerrottiin, että heillä oli oikeus kieltäytyä osallistumisesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Haastattelun aloittava hoitaja arvottiin arpakuution näyttämällä silmäluvulla, jotta tämän työn tekijä ei itse voinut päättää kenestä hoitajasta joka kolmannes hoitaja aloitettiin laskemaan. Haastattelut toteutettiin työajalla maaliskuussa 2013 ja jokainen niistä kesti noin 30 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin. Eettisten ohjeiden mukaisesti tutkimuksessa kerätty aineisto; haastattelunauhut ja niistä litteroidut tekstit sekä suostumukset haastatteluun hävitetään asianmukaisesti, kun niiden käyttötarkoitus on saavutettu. (Kylmä – Juvakka 2007: 141). Kehittämistyöstä tehtiin kirjallinen tutkimuslupahakemus (Liite 2) sairaalan johdolle, johon liitettiin myös tutkimussuunnitelma tutkimustehtäväkysymyksineen. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin sairaalan johdon toimesta sellaisenaan. Kun kirjallinen lupa sairaalan johdolta oli saatu, voitiin haastatte-

lut toteuttaa. Suullinen lupa kehittämistyöhön saatiin jo syksyllä 2012 sairaalan johdolta. Lisäksi sairaalan ja Metropolia ammattikorkeakoulun välillä allekirjoitettiin yhteistyösopimus opinnäytetyön tekemisestä.

Tutkija valmistautui haastatteluihin huolellisesti ja valitsi haastatteluille rauhallisen paikan, missä haastattelut voitiin toteuttaa rauhassa ja niin, etteivät muut kuulleet puhettamme. Haastattelutilanteeseen ja tiedonantoon tuskin vaikutti negatiivisesti se, että haastattelijaksi oli yksi kollegoista. Päinvastoin tämä saattoi tuoda rentoutta haastattelutilanteeseen ja tiedonantajat pystyivät vapaammin kertomaan ajatuksiaan. Tietysti oli mahdollista, että joku tiedonantajista ajatteli tutkijan mittaavan heidän tieto-taitoa AVH-asioissa. Tutkija kysyi luvan haastateltavilta haastatteluun osallistumisesta kirjallisesti, jossa kehittämistyön taustat ja tavoitteet selvitettiin. Tutkija kertoi myös suullisesti ennen haastattelun alkua, mistä tässä kehittämistyössä oli kyse. Lisäksi haastateltavalla oli mahdollisuus ensin silmäillä haastattelun kysymyksiä ennen varsinaisen haastattelun alkamista. Tämän kehittämistyön aikaisemmassa tekstissä selvitettiin, miten haastateltavat valittiin tutkimukseen. Tutkija valitsi haastateltavat siten, että hänen omat mielipiteet hoitajien informaation ja kokemuksen paremmuudesta tai huonoudesta eivät vaikuttaisi haastateltavien valintaan.

Tähän kehittämistyöhön valikoituneilta terveydenhuollon ammattilaisilta saatiin se tieto, mitä tutkimustehtävillä haettiin ja tiedonantajia oli tarpeeksi. Kirjallisuuden mukaan laadulliseen tutkimukseen valitaan parhaat tiedonantajat. (Tuomi – Sarajarvi 2009:74). Näin ollen tutkijan olisi ollut mahdollista päättää myös itse, ketkä hän tutkimukseen valitsee hoitajien kokeneisuuden mukaan. Tiedonantajien valitseminen tällä tavoin ei kuitenkaan varmasti olisi paljoa muuttanut saatua tietoa, vaan kehittämistyöhön valikoituneiden terveydenhuollon ammattilaisten vastauksista tuli nyt ehkä monipuolisempia.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee selvittää, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Tutkimuksen uskottavuutta parantaa se, että tutkija on riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. (Kylmä – Juvakka 2007: 127–128.) Tässä kehittämistyössä tutkijalla on itsellä pitkä työkokemus AVH-potilaista sekä neurologian että päivystyspoliklinikan hoitotyön kautta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää koko tutkimusprosessin raportoimista niin, että toinen lukija voi seurata prosessin

kulkua selkeästi pääpiirteissään. Reflektiivisyys taas edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan on esimerkiksi tutkimuksessaan annettava riittävästi tietoa tutkimuksen osallistujista ja tutkimusympäristöstä. Tutkimustulosten raportointi on tutkimuksen tekijän tärkeimpiä eettisiä velvoitteita. Yksi tutkimustyötä ohjaava periaate on oikeudenmukaisuus, joka toteutuu, kun tärkeät tutkimustulokset raportoidaan luotettavasti. (Kylmä – Juvakka 2007: 128–129, 154.)

Tämän kehittämistyön luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat suhteellisen pieni aineisto ja melko pieni määrä tiedonantajia (n=13). Tosin haastateltavat olivat hyviä tiedonantajia aiheesta, mutta heidän pieni määrä tulee ottaa huomioon, kun arvioidaan tulosten merkittävyyttä. Silti hoitajien osalta he edustavat 1/3 osaa poliklinikan hoitohenkilökunnasta. Lukijalla saattaa olla vaikeuksia seurata monivaiheista sisällön analyysin etenemistä vain lyhyiden kuvausten kautta. Sisällön analyysi–kuvioiden kautta on tulosten luokittelua pyritty selvittämään selkeämmin. AVH-potilaan hoitoketjukaavio on havainnollinen ja selkeyttävä prosessikuvaus AVH-potilaan hoitopolusta ja sen kriittisistä kohdista. Analyysivaiheessa tuloksia ei palautettu haastateltavien arvioitavaksi. Tämän tekeminen olisi ehkä osaltaan parantanut tämän kehittämistyön luotettavuutta. Konkreettisuuteen, joka liittyy tutkimuksen tuloksiin, pyrittiin käyttämällä haastatteluaineistosta saatuja suoria lainauksia sitaatteina.

7.2 Tulosten tarkastelu

AVH-potilaan hoidossa ratkaisevaa on oireiden nopea tunnistaminen ja hoidon nopea aloittaminen. Oireiden tunnistaminen on tärkeää niin maallikoiden kuin ammattilaistenkin keskuudessa. Tämä on tullut esille niin henkilökunnan haastatteluissa kuin aikaisemmissa tutkimuksissakin (Roine 2010; Kaste 2006; Lindsberg – Roine – Kaste 1996). AVH-potilaan hoitopolusta on valtakunnalliset suositukset (Roine – Lindsberg 2012), mutta tästä huolimatta hoitopolku etenee jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti, kuitenkin yleisiä hoitolinjauksia noudattaen. Tärkeää on tunnistaa liuotuskandidaatit jo ensihoidossa. AVH-potilaan hoitopolun kriittisin kohta näyttäisi tämän kehittämistyön perusteella olevan juuri AVH-potilaan oireiden tunnistaminen. Oireiden tunnistamiseen ajoissa tulisi jo maallikkotasolla kiinnittää huomiota kansalaisten terveysvalistuksessa.

AVH-potilaan hoito koetaan terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa haasteelliseksi etenkin, jos oireet eivät ole kovin selkeät tai jos potilaan tilassa tapahtuu jotain odottamatonta. Terveydenhuollon ammattilaisten haastattelussa ei tullut esille potilaan mahdolliseen kuolemaan liittyviä asioita (kts. Rejnö – Danielsson – von Post 2012). Haasteellisena koettiin kuitenkin potilaan huonontunut hengitys, mikä voi johtaa kuolemaan päivystyspoliklinikalla. TIA-kohtaukseen käsitteenä ja sairaustilana liittyi epäselvyyksiä ja vaikeuksia tietää milloin kyse on TIA:sta. TIA-potilaita tulee kuitenkin seurata osastolla mahdollisen aivoinfarktin kehittymisen takia, mikä tuli esille niin haastatteluissa kuin teoreettisessa viitekehyksessäkin (Salmenperä – Tuli – Virta 2002; Norrving – Olsson 2000).

Triage-toiminnalla on suuri merkitys AVH-potilaan hoidossa. Ensimmäisen luokituksen AVH-potilaan hoidon aloittamisesta tekee mahdollisesti jo hätäkeskus, minkä jälkeen ensihoitohenkilöstö arvioi tilanteen uudelleen päättäen, onko potilas esimerkiksi liuotuskandi vai ei. Mikäli potilas ei saavu poliklinikalle ambulanssilla, vaan omin avuin, on triage-hoitajan rooli entistä suurempi. Hänen vastuullaan on tunnistaa AVH-potilas ja katsoa, että potilaan hoito aloitetaan heti. Viimeistään potilaalle määrätyn omahoitajan tulee tunnistaa tilanne ja reagoida siihen nopeasti. Nämä asiat tulivat esille niin tämän kehittämistyön haastatteluissa kuin Santos – Freitas – Martinin (2013) tutkimuksessa.

AVH-potilaan oireet näyttäisivät tämän kehittämistyön perusteella olevan tuttuja terveydenhuollon ammattilaisille. Haastattelun perusteella voidaan kuitenkin todeta, että aina oireet eivät ilmene kaikilla potilailla oppikirjamaisesti, vaan niiden tunnistaminen vaatii kehittyneempää kliinistä silmää ja kokemusta sekä lisäksi tieto-taitoa AVH-asioista. Oireet voivat olla moninaisia tai niitä saattaa vain olla yksi, josta potilas mainitsee tullessaan päivystyspoliklinikalle. Länsi-Uudenmaan sairaalan terveydenhuollon ammattilaiset toimivat melko yhdenmukaisesti AVH-potilaan hoitoon liittyvissä asioissa haastattelun tulosten perusteella. Päivystyspoliklinikan terveydenhuollon ammattilaisten toiminta näyttäisi olevan yhdenmukaista HYKS:n AVH-työryhmän (2010) esittämien AVH-potilaan hoidon toimintaohjeiden kanssa. Haastateltaville oli myös selvää, että heti AVH-potilaan oireiden tunnistamisen jälkeen on hoitavaa lääkäriä konsultoitava välittömästi. Haastatteluissa tuli esille, että tärkeää on ottaa potilaan oireet vakavasti ja luottaa potilaan tai omaisten kertomaan. Myös avointa ja luottamuksellista yhteistyötä hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden välillä pidettiin erittäin tärkeänä. Hoitohenkilökunnan puolelta nousi toive avoimempaan kommunikaatioon ja informaatioon lääkärin kanssa.

Tämän kehittämistyön haastateltavilla oli paljon hyviä ehdotuksia AVH -potilaiden hoidon kehittämiseksi Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla. Tämän työn teoreettisessa viitekehyksessä esitelty Telestroke-mahdollisuus kiinnosti päivystyspoliklinikan lääkäreitä ja sen saaminen Länsi-Uudenmaan sairaalaan olisi mullistava kehitysaskel. Haastattelujen perusteella on selvää, että AVH-asioista tulee järjestää koulutusta niin hoitohenkilökunnalle kuin etenkin uusille lääkäreillekin. AVH -potilaan hoitoon liittyviin asioihin tulee panostaa siinä missä sydänsairauksienkin koulutuksiin.

8 Päätelmät ja ehdotukset hoitotyön käytännön kehittämiseksi

AVH-potilaan onnistuneeseen ja potilaan toipumista edistäviin asioihin vaikuttavat monet asiat ja tapahtumat. Ratkaisevassa asemassa on niin maallikoiden kuin terveydenhuollon ammattilaistenkin valmiudet tunnistaa AVH -potilas. Tässä kehittämistyössä kuitenkin keskityttiin kehittämään AVH-potilaan hoitoa sairaalaolosuhteissa, jolloin tarkastelun kohteena olivat terveydenhuollon ammattilaisten valmiudet. Terveydenhuollon ammattilaiset hoitavat AVH-potilaita niillä tiedoilla ja taidoilla, joita heillä ammattinsa ja koulutuksensa puolesta on. Terveydenhuollon ammattilaisen tieto-taito – tasoon vaikuttavat koulutus ja lisäkoulutuksen hankkiminen sekä se, kuinka paljon AVH-potilaita on osunut kunkin ammattilaisen kohdalle. Esimerkiksi uutena, aloittelevana hoitajana on selvää, että ei ole ehkä vielä nähnyt niin montaa AVH-potilasta. Työkokemuksen ja mahdollisen tietojen päivittämisen lisäkoulutuksen kautta tiedon taso ja syvyys lisääntyvät ja hoitamiseen tulee lisää varmuutta kliinisen silmän kehittyessä.

Tämän kehittämistyön tulosten perusteella suositellaan, että:

- Kaikille terveydenhuollon ammattilaisille Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla tulee järjestää mahdollisuus koulutukseen eri AVH-tyypeistä ja niiden oireista.
- Koulutuksia järjestetään myös esimerkiksi osastotuntien muodossa ja niitä voivat pitää aiheeseen perehtyneet lääkärit ja hoitajat. Terveydenhuollon ammattilaiset voisivat tällä tavalla jakaa aiheesta kuin aiheesta omaa erityisosaamistaan eteenpäin.

- Koulutuksissa tulisi myös käydä käytännönläheisesti läpi, miten hoitaja voi tehdä nopean "neurostatuksen" potilaan tilan selvittämiseksi.
- Kun on tiedossa ambulanssihenkilökunnan antaman ennakoilmoituksen perusteella, että päivystyspoliklinikalle on tulossa AVH-potilas, soitetaan päivystysaikana röntgenhoitaja valmiiksi sairaalaan ja jos mahdollista, pään TT-lähete laitetaan valmiiksi koneelle hoidon nopeuttamiseksi.
- Sairaalakohtaisesti tulee tehdä lyhyet ja selkeät ohjeet AVH-potilaan hoidosta Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla. Toimintaohjeet sisältävät muun muassa ohjeet AVH-potilaan tutkimuksista, laboratorionäytteistä, hoidosta, i.v-nesteytyksestä, lääkkeistä ja tärkeistä puhelinnumeroista sekä hoitopaikoista.
- Triage-toimintaan tulee jatkossakin panostaa, jotta kaikki päivystyspoliklinikalle tulevat AVH-potilaat tunnistettaisiin ajoissa ja he saisivat oikean hoidon oikeaan aikaan.
- Hyvin organisoidulla työnjaolla, koulutuksella, avoimella kommunikaatiolla ja selkeillä sairaalakohtaisilla toimintaohjeilla taataan AVH-potilaan hyvä ja tehokas hoito.

Tämän kehittämistyön tulosten perusteella jatkotutkimuksena tulisi ajatella tutkimusta, joka keskittyisi tässä työssä esitettyihin kehittämissuositusten toteutukseen ja seurantaan. Esimerkiksi AVH-asioiden koulutusta lisäämällä seurattaisiin parantaako se terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa AVH-potilas. Myös mahdollinen Telestroken hankinta Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalle jo itsessään antaisi lisätutkimuksen aiheita sen toimivuuden kokemuksista.

Lähteet

Ahjokivi, Anne – Hautala, Jaana – Järvisalo, Sini – Kassinen, Jaana – Kivelä, Satu – Lahtinen, Mirja – Laine, Tuija – Martin, Liisa – Merta-Junkkari, Sylvi – Palmu, Piia – Uusitalo, Marja – Virta-Helenius, Maarit 2003. Aivohalvauspotilaan akuutin vaiheen hoito ja kuntoutus. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: aivohalvausyksikkö. HUS intra –verkkodokumentti. Luettu 19.12.2012.

Aivoinfarkti (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011 (viitattu 25.9. ja 4.12.2012). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

AVH-työryhmä 2010. Aivoverenkiertohäiriöt: potilaan tutkiminen ja hoitokäytäntö. HYKS Neurologian klinikka.

Cioffi, J. 1998. Decision making by emergency nurses in triage assessment. Accident and Emergency Nursing 6. 184-191.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Vastapaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino oy.

Hoitoketjujen vaikuttavuus aikuisten ja lasten terveydenhuollossa. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010 (viitattu 19.8.13). Saatavilla www.hotus.fi.

HUS-Helsinki 2008. Telestroke. Hoitoketjut. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00849&p_haku=telestroke>. Luettu 29.4.13.

HUS-intra 2005. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitopolku päivystyspoliklinikalla. Lohjan sairaalan malli. 28.6.2005.

HUS potilasrekisteri 2012. Tieto haettu 21.2.2013. Länsi-Uudenmaan sairaala.

HYKS Neurologian klinikka 2012. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio. 3. painos, 2/2012.

Jauch, Edward C. – Holmstedt, Christine – Nolte, Justin 2012. Techniques for improving efficiency in the emergency department for patients with acute ischemic stroke. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1268, 57-62.

Kaste, Markku 2006. Aivohalvauspotilaille oikea hoito oikeaan aikaan. Lääkärilehti 5/2006, vsk 61. 401.

Kaste, Markku – Hernesniemi, Juha – Kotila, Mervi – Lepäntalo, Mauri – Lindsberg, Perttu – Palomäki, Heikki – Roine, Risto O. – Sivenius, Juhani 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, Seppo – Kaste, Markku – Somer, Hannu (toim.): Neurologia. Porvoo: WS Bookwell Oy. 271-331.

Kilner, E. 2010. The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing* 18. 127-137.

Krause, Kaisa – Kiikkala, Irma 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä. 55-63.

Koponen, Leena – Sillanpää, Kirsi 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä. Koponen, Leena – Sillanpää, Kirsi (toim.). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laamanen, Kai 2002. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Lindsberg, Perttu – Roine, Risto O. – Kaste, Markku 1996. Aivohalvaus – hoitoon heti. *Lääkärilehti* 36/1996, vsk 51. 3825.

Lindsberg, Perttu – Roine, Risto – Kuisma, Markku – Kaste, Markku 2002. Aivoinfarktiensimmäiset kuusi tuntia. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*; 118(24). 2531-2539.

Lyons, M. – Brown, R. – Wears, R. 2006. Factors that affect the flow of patients through triage. *Emergency Medicine Journal* 2007; 24. 78-85.

Malmström, Raija – Kiura, Eva – Malmström, Tomi – Torkki, Paulus – Mäkelä, Marjuka 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. *Lääkärilehti* 9/2012. 699-703.

Meretoja, Atte 2011. PERFECT Stroke. PERFOrmance, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in stroke. Department of neurology Helsinki University Central Hospital. Academic Dissertation.

Mäkelä, Laura 2010. Hoitoketjun kehittäminen – Navitas siirtoportaali. HUS Konsernihallinto, tutkimus- ja kehittämistoiminta-raportteja.

Norrving, Bo – Olsson, Jan-Edvin 2000. Cerebrovaskulära sjukdom. Teoksessa Neurologi. Toim. Aquilonius, Sten-Magnus – Fagius, Jan. Stockholm: Liber Ab. 187-217.

Nyström, Maria 2003. Möten på en akutmottagning. Lund: Avhandling.

Polit, Denise F. – Hungler, Bernadette P. 1999. *Nursing Research. Principles and Methods. Sixth Edition.* New York: Lippincott.

Rasku, T. – Sopenan, P. – Toivola, T. 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden. Ensi- ja polikliininen hoito. Porvoo: WSOY.

Rejnö, Åsa – Danielson, Ella – Von Post, Irene 2012. The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27, 123-130.

Roine, Susanna – Linna, Miika – Marttila, Reijo – Koivisto, Keijo – Solismaa, Martti – Puumalainen, Anne – Railila, Marika – Viljanen, Tiina – Roine, Risto O. 2006. Aivohalvauksen akuuttihoito Suomessa – resurssit ja hoitokäytännöt. *Suomen Lääkärilehti*; 61(5): 451-457.

Roine, Risto O. 2010. Aivoverenkierron häiriöiden hoitoyksikkö (AVH-yksikkö). *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Näytönastekatsaukset. Artikkelin tunnus: nak05586 (000.000).*

Roine, Risto O. – Lindsberg, Perttu J. 2012. Aivoinfarktin ensihoito ja diagnostiikka. Teoksessa *Akuuttihoito-opas*. Helsinki: Duodecim.

Sairanen, Tiina – Tattlisumak, Turgut 2012. Telestroke-järjestelmä Suomessa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2012; 128(2): 116-8.

Salmenperä, Ritva – Tuli, Sinikka – Virta, Maarit (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Santos, Andre – Freitas, Paolo – Martins, Henrique 2013. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*. Published online January 23, 2013. Verkkodokumentti. <<http://emj.bmj.com/content/early/2013/01/22/emered-2012-201782.full.html>>. Luettu 25.2.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.

Teräsvuori, Mirja 2002. Hoitohenkilökunnan tunnekokemuksia sairaalan päivystyspoliklinikalla. Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian laitos: Pro gradu-tutkielma.

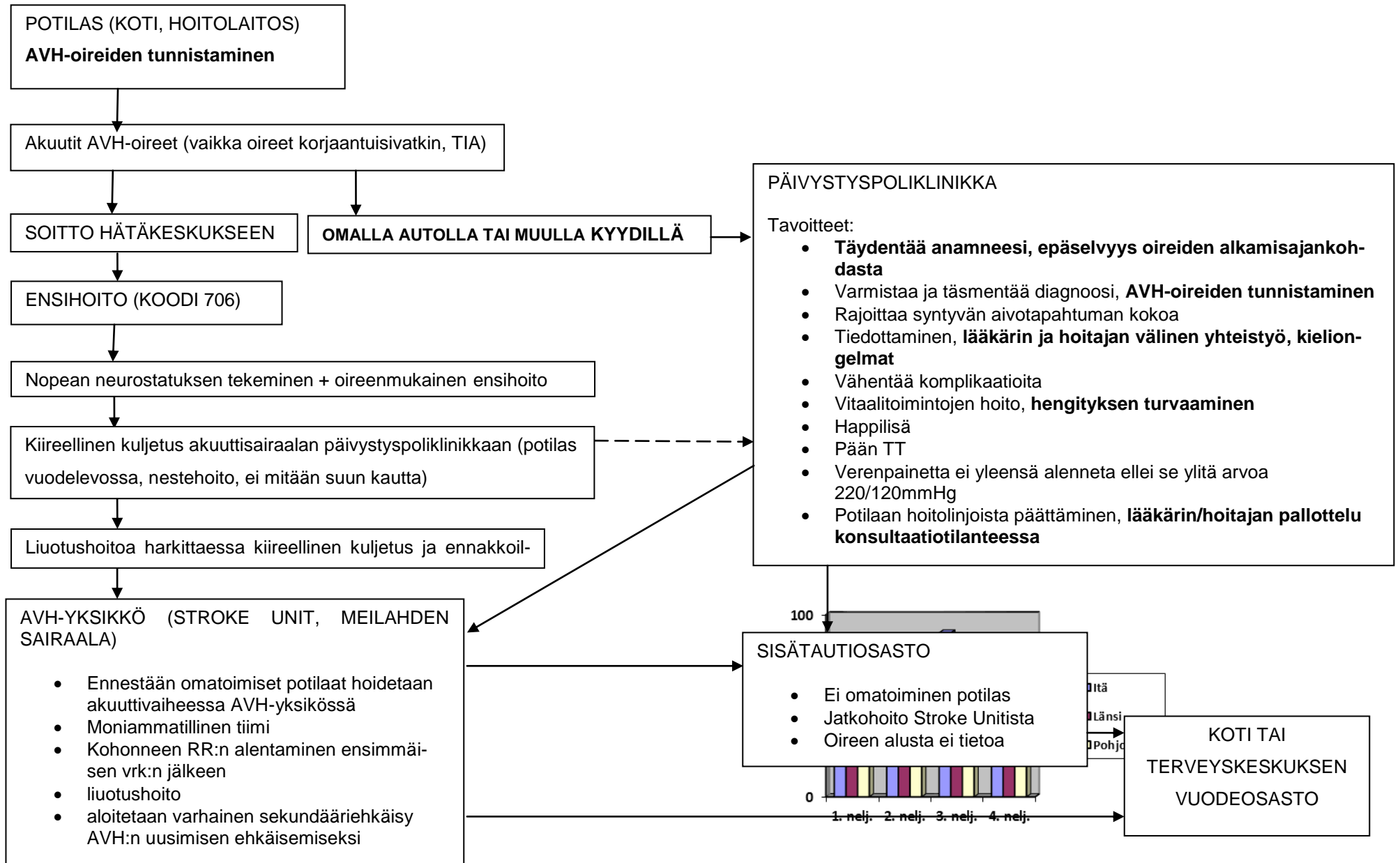
Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

TYKS 712 2012. Mikä on aivoinfarkti? Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2813/5065/>> . Luettu 9.11.2012.

Virtanen, Pirjo – Paavilainen, Eija – Helminen, Mika – Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla. *Hoitotiede* 22 (4), 302-311.

AVH-POTILAAN HOITOKETJUKAAVIO (Synteesi hoitoketjun faktatiedosta ja henkilökunnan haastatteluista. Kriittiset kohdat lihavoitu)



**HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI**
OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Gustafsson-Björkqvist Annika Ellen		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Sairaanhoitaja		
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm annika.gustafsson-bjorkqvist@hus.fi		
	Kotiosoite Laivurinkatu 4B, 10940 Hanko		
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Metropolia ammattikorkeakoulu		
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppi laitoksen osoite Tukholmankatu 10, Helsinki		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) TTT Leena Hannula, leena.hannula@metropolia.fi		
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa		
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Melkas Susanna, neurologian erikoislääkäri.		
	Työpaikan osoite Länsi-Uudenmaan sairaala, Itäinen Rantakatu 9, 10600 Tammisaari.		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm susanna.melkas@hus.fi, 019-224 2611 (maanantaisin)		
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee HUS, LUS, PKL, Medisiininen tulosyksikkö.		
Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoidon kehittäminen Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla.			
<p>Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Kehittämistyö tehdään Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalle. Kehittämistyön tarkoituksena on kuvata AVH-potilaan hoitopolkua sekä sen kriittisiä kohtia. Pääpaino on terveydenhuollon ammattilaisten kyvyssä tunnistaa AVH-potilas. Kehittämistyöstä saadun tiedon avulla voidaan kehittää AVH-potilaan hoitotyötä Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla.</p>			
Asiasanat (max 5 kpl) AVH, hoitopolku, tunnistaminen, päivystyspoliklinikka, hoidon kehittäminen			
Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		Arvioitu aloituspv. 1.2.2013	Arvioitu päättymispvm. 10.12.2013
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input checked="" type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue		<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesulä Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä N. 7-10 hoitajan ja n. 3-4 päivystyksessä työskentelevän lääkärin haastattelut. Vievät n.30min iokaisen työajasta.
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot Metropolia ammattikorkeakoulu Helsinki		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti) Kopiointi+tulostaminen mahdollista		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin AVH-potilaan hoitotyön kehittäminen päivystyspoliklinikalla +osastotunti. <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys 4.3.2013 Päiväys 20.03.2013 <i>Annika Gustafsson-Björkqvist</i> <i>Carola Lindholm</i> Opinnäytetyön tekijä/tekijät HUS:n vastuuhenkilö nimenselvennys Annika Gustafsson-Björkqvist nimenselvennys Carola Lindholm		

Chef för avdelningsgrupp, översiktare
Osastoryhmän päällikkö, yllhoitaja

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (ks. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä	Tutkimusluvan päättymispäivä
Päiväys 25.3.2013	Päiväys 20.03.2013
<i>Annika Gustafsson-Björkqvist</i> Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys Sairaalajohtajan nimenselvennys	<i>Carola Lindholm</i> Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys Carola Lindholm Chef för avdelningsgrupp, översiktare Osastoryhmän päällikkö, yllhoitaja

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Valtioositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilörekisteriseloste

SAATEKIRJE HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE

Hyvä Länsi-Uudenmaan sairaalan poliklinikan terveydenhuollon ammattilainen!

Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa Helsingissä ylempää ammattikorkeakoulu-tutkintoa Kliininen asiantuntija-koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni on kehittämishanke Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalle. Kehittämishankkeen nimi on Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoidon kehittäminen Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää poliklinikan terveydenhuollon ammattilaisten kykyjä tunnistaa AVH-potilas. Tarkoituksena on myös teemahaastattelun avulla kuvata sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä AVH-potilaan hoitopolusta ja sen kriittisistä kohdista. Tavoitteena on tässä työssä saadun tiedon avulla kehittää AVH-potilaan hoitotyötä päivystyspoliklinikalla.

Haastattelututkimukseen osallistuminen on Sinulle vapaaehtoista. Antamasi tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule esille missään vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan. Aineistoa voidaan tarpeen mukaan käyttää myös kehittämishankkeen muihin tarkoituksiin. Kehittämishanke ja sen tulokset tullaan esittelemään poliklinikan osastotunnilla syksyllä 2013.

Haastattelun tekee maaliskuussa 2013 päivystyspoliklinikalla sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija Annika Gustafsson-Björkqvist.

Poliklinikan henkilökunta ei osallistu yksittäisten vastausten käsittelyyn. Vastauksesi käsittelee vain tutkimuksen/kehittämishankkeen tekijä. Mikäli Sinulla on jotain kysyttävää, vastaan mielelläni.

Annan suostumukseni haastatteluun:

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Raaseporissa maaliskuun 14. päivänä 2013

Annika Gustafsson-Björkqvist, puh. XXX-XXXXXXX
Sairanhoitaja YAMK
Kliininen asiantuntija-opiskelija

Avoimen haastattelun kysymykset:

Tutkimustehtävä 1: AVH-potilaan hoitoketjun ja sen kriittisten kohtien kuvaileminen päivystyspoliklinikan hoitajien ja lääkäreiden näkökulmasta

- 1 Miten päivystyksen hoitajana/lääkärinä kuvaillet AVH-potilaan hoitoketjun? (mistä hoitoketju saa alkunsa, päivystyspoliklinikalle tuleminen, AVH-potilaan tunnistaminen ja hoito, hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö, jatkohoidon järjestäminen.)
- 2 Kuvaile, mitkä kohdat ovat hoitoketjussa haasteellisia ja miksi?

Tutkimustehtävä 2: AVH-potilaan oireiden tunnistaminen ja terveydenhuollon ammattilaisten valmiudet AVH-potilaan hoidossa

1 Kuvaile oireita, joiden perusteella päättelet, että potilaalla on kyseessä AVH?

2 Kuvaile, miten toimit, kun tunnistat AVH-potilaan?

potilaan vastaanottaminen (triage)

hoitotoimenpiteet, lääkärille potilaasta informoiminen ja tarvittavat tutkimukset

jatkohoito ja omaiset

Tutkimustehtävä 3: Hoitajien/lääkäreiden kehittämisideat

Mitä asioita toivot kehitettävän AVH-potilaiden hoitotyössä Länsi-Uudenmaan sairaalan päivystyspoliklinikalla?