



HAAVAN ALIPAINEMUHOITO

Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen
hoitopaikan vaihtuessa

Anne Aaltonen

Katja Nieminen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

AALTONEN, ANNE & NIEMINEN, KATJA:

Haavan alipaineimuhoito

Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen hoitopaikan vaihtuessa

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä 7 sivua

Lokakuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ohjeistus haavan alipaineimuhoitoa saavan potilaan jatkohoidon turvaamiseksi, kun hoitopaikka vaihtuu erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena oli parantaa potilaan alipaineimuhoidon jatkohoittoa, ja näin pyrkiä turvaamaan mahdollisimman keskeytyksetön paranemisprosessi.

Aihetta käsiteltiin seuraavien tehtävien kautta: Mitä on alipaineimuhoito? Mitkä ovat potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät haasteet hoitopaikan vaihtuessa? Miten potilaan alipaineimuhoidon jatkuvuus turvataan hoitopaikan vaihtuessa mahdollisimman hyvin? Opinnäytetyön menetelmä oli toiminnallinen, tuotokseen painottuva. Teoriatiedon lisäksi käytettiin tutkimuksellista selvitystä, jotta tuotoksena toimivaan ohjeistukseen saatiin tarpeelliset tiedot. Keskeisiksi tekijöiksi hoidon jatkuvuuden kannalta nousivat viestin kulku, viestin tulkinta, kirjaaminen ja aikataulu.

Potilassiirto on epäjatkuvuuskohta, jossa on paljon muuttujia. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta tämä on aina riski. Alipaineimuhoito vaatii erityishuomiota haavanhoitovälineistön sekä hoitajien ammattitaidon suhteen. Työelämällä oli tarve saada ohjeistus avuksi potilassiirron suunnitteluun. Se auttaa hoitajia miettimään jo hoidon alkuvaiheessa potilaan hoidon tavoitteita sekä jatkohoitopaikkaa ja siellä tarvittavaa tietoa.

Tehty tuotos sisältää kaksi osaa: muistilistan potilassiirron valmisteluun ja esimerkin hoitotyön yhteenvedosta. Lyhyet ja helppolukuiset ohjeistukset ovat yleisiä akuuttihoitopuolella, missä niitä käytetään tehostamaan ja tuomaan selkeyttä toimintaan. Yhtä hyvin muistilistaa voidaan käyttää ei-akuuttisairaanhoidossa potilassiirroissa. Tässä työssä se räätälöitiin alipaineimuhoitoa saavan potilaan siirtoa varten. Listaan valittiin viisi pääkohtaa ja niihin liittyvät asiat, joita hoitajien pitäisi ottaa huomioon siirron valmistelussa. Tuotoksen toinen osa on hoitotyön yhteenvedon esimerkki, jossa FinCC-luokitusten mukaan kuvataan sanallisesti alipaineimuhoitoa saavan potilaan hoidon kannalta tärkeät asiat. Yhteenvedosta on hoitotyön kirjallisuudessa puhuttu jo pitkään, mutta käytäntöön se on tulossa vasta nyt sähköisen potilasarkiston myötä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin, onko muistilistasta ja hoitotyön yhteenvedon esimerkistä ollut hyötyä potilassiirroissa, tai onko niillä ollut vaikutusta hoidon jatkuvuuteen.

Asiasanat: alipaineimuhoito, hoidon jatkuvuus, hoitotyön yhteenvedo

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

AALTONEN, ANNE & NIEMINEN, KATJA:
Negative Pressure Wound Therapy
Securing the Continuity of Patient Care during Nursing Handover

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 7 pages
October 2014

The purpose of this study was to produce a guideline for nurses to be used during a nursing handover with patients treated with negative pressure wound therapy. The nursing handover was defined to happen between specialized medical care and institutional care. The aim was to improve the continuity of care and hence secure the uninterrupted healing process.

To approach the topic it was necessary to get familiar with theory of negative pressure wound therapy and the continuity of care during nursing handover. For the two-part guideline professional interviews and questionnaires were performed in specialized and institutional health care. The essential factors rising from theory and the collected data were the transfer and interpretation of information, patient documentation and transfer timetable.

The patient handover is always a risk for the continuity of care. There was a clear need for the guideline in working life. In practice it should help nurses to better direct and focus their work along the planned patient handover process. The first part of the guideline is a checklist with five main points for the patient transfer. The second part describes an example of a written nursing summary done by FinCC-classifications. The implementation of written nursing summary for the practice is still to come along with the electronic patient archive. In the future it would be interesting to study to what extent the checklist and the example of the summary have been used. Their impact on the continuity of the care would be an additional research area.

Key words: negative pressure wound therapy, continuity of the care, written nursing summary

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Kirurginen haava, haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät	9
	3.2 Haavan alipaineimuhoido	10
	3.3 Hoidon jatkuvuus	13
	3.3.1 Viestin kulku ja tulkinta	13
	3.3.2 Kirjaaminen.....	14
	3.3.3 Potilassiirron aikataulu.....	18
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	19
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä.....	19
	4.2 Opinnäytetyöprosessi ja tuotos	20
5	POHDINTA.....	23
	5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	23
	5.2 Opinnäytetyöprosessin ja tulosten tarkastelu.....	24
	5.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	28
	LÄHTEET	30
	LIITTEET	33
	Liite 1. Tutkimustaulukko	34
	Liite 2. Kyselylomake potilaan vastaanottavalle osapuolelle (laitoshoido).....	36
	Liite 3. Kyselylomake potilaan lähettävälle osapuolelle (erikoissairaanhoido).....	37
	Liite 4. Muistilista alipaineimuhoidoa saavan potilaan siirron valmisteluun ja hoitotyön yhteenvedon esimerkki	38

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena on Haavan alipaineimuhoido – Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen hoitopaikan vaihtuessa. Työ tehdään eräälle pirkanmaalaiselle sairaalalle, jossa koetaan tärkeäksi alipaineimuhoidoa saavan potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen hoitopaikan vaihtuessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Toiminnallisella menetelmällä tehtävän työn tarkoitus on tuottaa ohjeistus hoitohenkilökunnalle potilassiirron valmisteluun. Työelämälähtöisyys ja käytännönläheisyys ovat tärkeitä lähtökohtia ammattikorkeakouluun tehtävissä opinnäytetöissä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10).

Keskusteltaessa opinnäytetyön aiheen rajauksesta työelämäosapuolen kanssa päädyttiin käsittelemään tiettyä pirkanmaalaista erikoissairaanhoidon osastoa sekä yhtä perusterveydenhuoltoon kuuluvaa laitosta. Erikoissairaanhoidon osasto on varsinainen työn tilaaja. Perusterveydenhuollon laitos valikoitui vastaanottavaksi tahoksi sen vuoksi, että alipaineimuhoidon keskeytyksetön turvaaminen koetaan haastavaksi hoitajien keskuudessa. Tiedon sisältö ja siirtyminen näiden kahden terveydenhuollon yksikön välillä ovat yksi tämän työn tärkeimmistä tarkastelukohteista.

Aihepiirinä haavanhoito tuo merkittäviä haasteita suomalaiselle terveydenhuollolle. Haavat itsessään lisäävät inhimillistä kärsimystä sekä aiheuttavat miljoonien eurojen kustannuksia yhteiskunnalle. Niiden paranemisen kannalta on oleellista hoitaa syytä ja valita oikea paikallishoito, joista yksi on alipaineimuhoido. (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009, 2187.) Alipaineimuhoidolaitteita valmistavia yrityksiä on useita. Tässä työssä keskitytään ainoastaan Kinetic Concepts Inc:n Vacuum Assisted Closure® -hoitomuotoon, josta myöhemmin käytetään lyhenteitä KCI V.A.C®. Tämä rajaus tulee suoraan työelämästä: osastolla on aktiivikäytössä ainoastaan edellä mainitun valmistajan laitteita.

Terveydenhuoltolain (2010) mukaan jokaisella terveydenhuollon yksiköllä on oltava potilasturvallisuussuunnitelma, jonka yksi osa on tiedonkulun periaatteet potilaan hoidon eri rajapinnoilla, esimerkiksi potilaan siirtyessä osastolta toiselle tai toimipisteiden välillä. Usein käytännössä tarvitaan suunnitelmaa tarkempia ohjeita määrittelemään siirtotapahtuman tehtäviä (Katkennut hoitoketju 2014). Tähän nähtiin todellinen tarve

myös työelämän puolelta, koska ohjetta alipaineimuhoidon saavan potilaan siirron valmisteluun ei ollut vielä olemassa. Ohjeesta tehtiin muistilista alipaineimuhoidon saavan potilaan siirron valmistelua varten. Myöhemmin tuotos laajeni kaksiosaiseksi: Hoitotyön yhteenvedon tekeminen muuttuu pakolliseksi potilastiedon sähköiseen arkistointiin siirryttäessä, ja työhön haluttiin sisällyttää siitä esimerkki. Työn tuotoksellinen näkökulma houkutteli tekijöitä sen konkreettisuuden vuoksi. Tämä on tärkeää, jotta kiinnostus ja motivaatio opinnäytetyötä kohtaan pysyisivät pitkän prosessin ajan.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä hoitohenkilökunnalle ohjeistus haavan alipaineimuhoidon saavan potilaan jatkohoidon turvaamiseksi, kun hoitopaikka vaihtuu erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Opinnäytetyössä on kolme tehtävää:

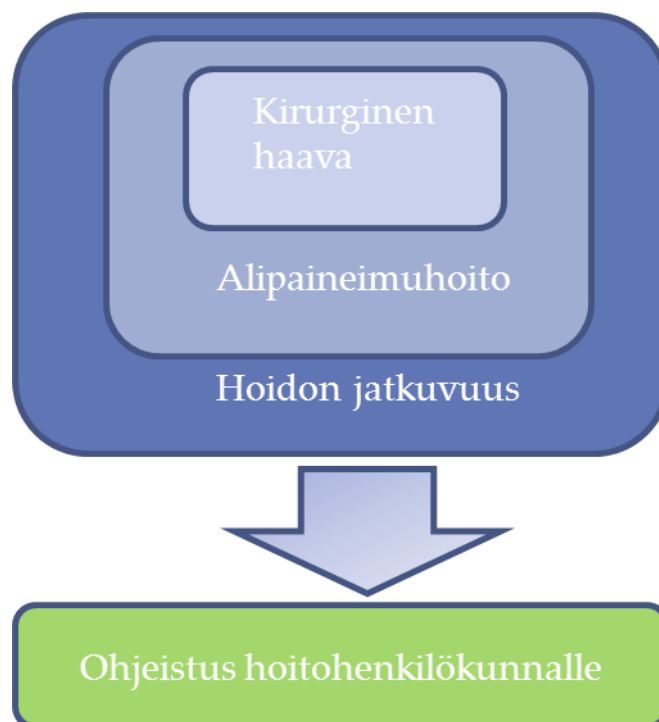
1. Mitä on alipaineimuhoido?
2. Mitkä ovat potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät haasteet hoitopaikan vaihtuessa?
3. Miten potilaan alipaineimuhoidon jatkuvuus turvataan hoitopaikan vaihtuessa mahdollisimman hyvin?

Edellä mainituista kolmesta tehtävästä ensimmäinen ja toinen muodostavat teoriapohjaa ja empiiristä osuutta opinnäytetyölle. Kolmas kohta konkretisoi opinnäytetyön tarkoituksen ohjeistuksen muodossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa ohjeistuksen avulla potilaan alipaineimuhoidon jatkohoidon, ja tätä kautta mahdollistaa keskeytyksetön paranemisprosessi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Toiminnallisessa opinnäytetyössä valinnat pitää perustella käyttämällä alan teorioista nousevaa tietoa. Voidaan ajatella, että teoria tai käsitteiden joukko toimivat silmälaseina, joiden läpi opinnäytetyön aihetta tarkastellaan ja käsitellään. Hyvä tietoperusta toimii opinnäytetyössä apuvälineenä, ei suinkaan ylimääräisenä painolastina. (Vilka & Airaksinen 2003, 42 – 43.) Teoreettisilla lähtökohdilla luodaan rajausta ja näkökulmaa tutkittavaan ilmiöön. Ne on valittu mahdollisimman hyvin toimimaan pohjana työn tehtävälle ja tarkoitukselle. (Tuomi 2008, 60.) Tämän työn teoreettiset lähtökohdat ovat kirurginen haava, alipaineimuhoido ja hoidon jatkuvuus. Näistä hoidon jatkuvuus on pääkäsite, jonka alle muut kuuluvat ja ohjeistus hoitohenkilökunnalle opinnäytetyön tuotos (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Kirurginen haava, haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Työelämän toiveen vuoksi muut kuin kirurgiset haavatyypit on rajattu tämän työn ulkopuolelle, sillä osastolla V.A.C.®-alipaineimuhoidon käytetään tämän tyyppisiin haavoihin. Kirurgisessa hoidossa pyritään korjaamaan elimelliset ja toiminnalliset vammat, ja sulkemaan vaurioitunut iho mahdollisimman nopeasti. Haavat voidaan sulkea heti niin sanottuna primaarisulkuna, viivästettynä eli sekundaarisulkuna tai haavan annetaan epitelisoitua umpeen. Sulkumenetelmän valintaan vaikuttavat monet eri seikat, kuten haavan aiheuttaja ja puhtausluokka, laajuus ja sijainti, potilaan yleistila, ikä sekä muut sairaudet. (Hietanen ym. 2005, 105.)

Kirurginen haava suljetaan ompelemalla, mikä on mekanismeista yksinkertaisin (Hietanen ym. 2005, 105). Leikkaushaavan ompelemisen tarkoitus on liittää haavan reunat yhteen. Tällä vältetään komplikaatioita, esimerkiksi hematooman tai serooman syntymistä haavaonteloon. (Ahonen ym. 2012, 114.) Alipaineimuhoidon voi käyttää lähes kaikenlaisten haavojen hoitoon. Hoidon tavoitteena on ensisijaisesti haavan siistiytyminen ja elinvoimaisuuden lisääminen niin, että haava voidaan sulkea kirurgisesti tai konservatiivisin keinoin. (Juutilainen, Vikatmaa, Kuukasjärvi & Malmivaara 2007, 3169 – 3175.)

Yleensä terveeseen kudokseen tehty kirurginen haava paranee vaikeuksitta, kun taas trauman jälkeinen paraneminen voi hidastua tai pysähtyä komplikaation vuoksi (Hietanen ym. 2005, 105). Olkoon haavan tyyppi mikä tahansa, siitä voidaan erottaa kolme eri paranemisvaihetta:

- 1) inflammaatio- eli tulehdusvaihe
- 2) proliferaatio- tai fibroplasia- eli uudelleenmuodostumisvaihe
- 3) maturaatio- eli kypsymisvaihe (Hietanen ym. 2005, 28).

Haavan paranemista voidaan edistää luomalle sille optimaalinen ympäristö, jonka voidaan ajatella koostuvan viidestä eri tekijästä. Nämä ovat haavapohjan valmistelu, tulehduksen hallinta, kosteustasapainosta huolehtiminen, epitelisaation tukeminen ja erilaisien teknisten apuvälineiden käyttö. (Juutilainen & Niemi 2007, 981 – 7.) Haavapohja valmistellaan puhdistamalla, mikä on tärkein haavan paranemista edistävä asia. Puhdistus vaikuttaa suotuisasti myös haavan liialliseen eritykseen ja bakteeritasapainoon. Haa-

van ominaisuudet määräävät puhdistusmenetelmän, joita ovat mekaaninen, kirurginen, entsyymaattinen, autolyyttinen sekä biologinen puhdistus. (Jokinen ym. 2009, 2187.)

Alipaineimuhoidon ryhdyttyä haavassa ei saa olla huomattavaa infektiota tai nekroottista kudosta. Kliinisessä haavainfektiossa todetaan yleensä tulehduksen klassiset merkit eli punoitus, turvotus, kuumotus ja kipu sekä lisääntynyt haavaerite ja haju. Lievemmissä tapauksissa infektio saattaa esiintyä pelkästään haavan paranemisen pitkittymisenä sekä lisääntyneenä haisevana erityksenä. Jos haavassa on huono verenkierto, riski saada haavainfektio kasvaa merkittävästi. (Juutilainen & Niemi 2007, 981 – 982; Juutilainen ym. 2007, 3169.)

Jo pitkään on tiedetty, että optimaaliselle haavan paranemiselle on tärkeää, ettei haavapohja pääse kuivumaan. Uudisepiteelin ja granulaatiokudoksen muodostuminen on tehokkaampaa kosteassa ympäristössä. Toisaalta taas tiedetään, että liiallinen kosteus on pahaksi. Epitelisaatio tarkoittaa uudisihon kasvamista, mikä tapahtuu haavan reunoilta tai pohjalta, jos siellä on epiteelisaarekkeita jäljellä. Syviin haavoihin uudisiho kasvaa reunoilta haavapohjan ensin granuloiduttua. Haavan kontraktiossa haavan pinta-ala pienenee ja sulkeutuminen nopeutuu. (Juutilainen & Niemi 2007, 983 – 984.)

3.2 Haavan alipaineimuhoido

V.A.C.® -alipaineimuhoido on yksi lupaavimmista uusista haavanhoitomenetelmistä. Euroopassa se on ollut käytössä vuodesta 1994. (Juutilainen & Niemi 2007, 984.) Se soveltuu laajasti erityyppisten kroonisten ja akuuttien haavojen hoitoon. Haavan alipaineimuhoidon vaikuttavuus perustuu haavan pinnalle aiheutettuun alipaineeseen, joka saadaan aikaan ilmatiiviillä kalvolla, sen alle asetetulle haavasienellä, imuletkulla sekä itse alipaineimuhoidolaitteella. (Juutilainen ym. 2007, 3169 – 3175.) Alipaineella vähennetään kudosturvotusta, lisätään paikallista verenkiertoa, puhdistetaan haavaa sekä stimuloidaan granulaatiokudoksen muodostumista. Sen lisäksi haavaan saadaan käänteinen kudostenvenytys, joka edesauttaa haavan pienenemistä. Imun mukana haavasta poistuu nestettä, kuolleita soluja ja bakteereja. Nämä mekanismit hoitavat haavaa tehokkaasti ja luovat paranemiselle suotuisimmat edellytykset. Plasman fibrinogeenin määrä on eräs yksittäinen tärkeä tekijä edellisten joukossa. On tutkittu, että se lisääntyy ali-

paineimuhoidon aikana, mikä taas osaltaan edesauttaa granulaatiokudoksen muodostumista. (Arslan, Ozturk, Aksoy & Polat 2011, 226; Juutilainen ym. 2007, 3169 – 3175.)

Alipaineimuhoido on helppo toteuttaa ja toimintaperiaate yksinkertainen (Jokinen ym. 2009, 2187). Varovaisuutta on syytä noudattaa, jos haavassa on vuotoriski (Juutilainen ym. 2007, 3169). Haavassa ei kuitenkaan saa olla kuollutta kudosta, joka tulee tarvittaessa poistaa kirurgisesti. Puhdas haava vuorataan polyuretaanista tai polyvinyylialkoholista valmistetulla vaahtomuovilla. Materiaalit ovat vettä hylkiviä ja ne valitaan haavatyypin sekä haavan anatomisen sijainnin mukaan. (Jokinen ym. 2009, 2187 – 2188.) Haavassa voidaan käyttää myös bakteereja ja sieniä sitovaa taitosta, kuten Sorbact®, tai tavallista sideharsoa. On olemassa tutkimustuloksia, joiden mukaan harsopohjainen sidos voisi olla vaahtomuovisia kivuttomampi vaihtoehto sidosten vaihdon yhteydessä. (Malmsjö, Lindstedt, Ingemansson & Gustafsson 2012, 27; Hurd ym. 2010, 448 – 454.) Haavasientä tai harsoa ei saa laittaa paljaana olevien verisuonten tai vatsaontelon elimien päälle. Taitos ja ympäröivä iho peitetään ilmatiiviillä kalvolla. Kalvoon tehdään reikä, johon liitetään imuletku. Sen jälkeen alipaineimulaitteella voidaan imeä alipaine kalvon alle. (Jokinen ym. 2009, 2187 – 2188.)

Alipaineimu voidaan toteuttaa joko jaksoittaisena tai jatkuvana. Imutehoa voidaan säätää 25 mmHg:n välein. Yleensä käytetään -125 mmHg:n jatkuvaa imua, mutta löytyy myös tutkimuksia, joissa sanotaan, että jaksoittaisella imulla saataisiin paremmin aikaan granulaatiokudoksen kehittymistä. Käytännön kannalta ajateltuna jatkuvan imun toteuttaminen saattaa olla helpompaa, koska se ei vaadi niin paljon ajan kontrolloimista, vaikka laite tekisi jaksotuksen automaattisesti. Jaksoittaisessa imussa imun suuruus voi olla -125 mmHg, mutta toteutus on peräkkäisissä sykleissä niin, että yhdessä syklistä on viisi minuuttia imua ja kaksi minuuttia taukoa. Riippuen alipaineimulaitteen tyypistä tutkimuksissa on raportoitu imutehoja aina -80 mmHg:stä -125 mmHg:hen. (Jokinen ym. 2009, 2188; Arslan ym. 2011, 225; Hurd ym. 2010, 448 – 454; Malmsjö ym. 2012, 27.) Yleisimmin alipaineimuhoido kestää muutamia vuorokausia, mutta voi vaihdella päivistä kuukausiin. Suosituksena on, että ainakin aluksi haavatyynyt vaihdetaan ja haava tarkastetaan 1 – 2 vuorokauden välein. Tämän voi suorittaa missä vain esimerkiksi vuodeosastolla, polikliinisesti tai kotihoidossa. Infektoituneen haavan hoidossa tarvitaan lisänä antibiootti, joka valitaan bakteeriviljelyn ja haavatyypin perusteella. (Jokinen ym. 2009, 2188.)

Alipaineimuhoidon vaikuttavuutta ja turvallisuutta on tutkittu muun muassa vuonna 2007 Suomessa toteutetussa selvityksessä. Siinä todettiin, että nykyisen näytön perusteella alipaineimuhoido on joko yhtä tehokas tai tietyissä tapauksissa tehokkaampi kuin muu paikallishoito. Tutkimustiedon tulkinta on kuitenkin jossain määrin hankalaa, sillä tutkimusasetelmat eroavat toisistaan tai niissä on ollut luotettavuutta heikentäviä seikkoja. Hoitoon liittyvinä haittavaikutuksina on mainittu mm. infektiot, ihoärsytys tai siteiden vaihtoon liittyvä kipu. Myös haittavaikutusten raportointi on ollut osittain puutteellista: Niitä ei raportoitu joko lainkaan tai on jäänyt epäselväksi, onko haittavaikutuksen syynä itse hoito vai esimerkiksi taustalla oleva perussairaus. (Juutilainen ym. 2007, 3172; Hurd ym. 2010, 453.) Toisaalta taas uudemmissa tutkimuksista löytyy selkeitä mainintoja haitoista, joiksi mainitaan lisääntynyt verenvuoto sekä kudosiskemiat. Alipaineimuhoido aiheuttaa lisääntynyttä verenkiertoa kauempana haavan reunoista ja tämä voi lisätä verenvuodon vaaraa. Verenvuodon riski voi myös kasvaa, jos sidos sijoitetaan suoraan näkyvien verisuonten päälle tai suoraan elimen päälle. Aivan haavan reunojen kohdalla alipaineimuhoido aiheuttaa verenkierron vähentymistä, mikä voi aiheuttaa kudosiskemiat verenkiertohäiriöistä kärsivillä potilailla. Tällaisessa tapauksessa alipaineimuhoidon käyttöä on aina tarkkaan harkittava. (Anesäter ym. 2012, 611; Malmsjö ym. 2012, 30.)

Suomessa ei ole olemassa kansallisia suosituksia alipaineimuhoidon käytöstä tai hoitoidikaatioista. Hoidon toteutus perustuu pitkälti laitteiden valmistajan antamiin ohjeisiin. (Juutilainen ym. 2007, 3170.) Hoitolaitteet ovat myös kustannuskysymys eikä niitä ole käytettävissä jokaisella osastolla. Voidaan kuitenkin todeta, että alipaineimuhoidon käyttö on lisääntynyt paljon sekä kroonisten ongelmahaavojen että akuuttien haavojen hoidossa positiivisten kliinisten kokemusten vuoksi (Juutilainen ym. 2007, 3172; Malmsjö ym. 2012, 27). On syytä muistaa, että alipaineimuhoidon käyttöönotosta tekee päätöksen aina lääkäri. Se edellyttää myös laajaa tietämystä haavojen syntymekanismeista ja hoitokeinoista. Hoidon aloitus ja seuranta on hyvä tapahtua alipaineimu- ja ongelmahaavojen hoitoon perehtyneissä hoitoyksiköissä, mutta yleisesti ottaen mikään ei estä hoidon toteuttamista perusterveydenhuollossa. (Juutilainen ym. 2007, 3174.) Kaikkien hoitoon osallistuvien on kuitenkin tiedettävä tarpeeksi hoidosta parhaan mahdollisen hoidon ja lopputuloksen turvaamiseksi potilaalle.

3.3 Hoidon jatkuvuus

Hoitotyön yhtenä tavoitteena on aina potilaan hyvä. Potilaalle ei tule aiheuttaa haittaa tai harmia hoidon vuoksi ja häntä tulee suojella mahdollisilta vaaroilta. (Leino-Kilpi 2009, 173.) Suomessa hoito jakautuu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Tavoitteena on käyttää rajallisia resursseja niin, että potilasta hoidetaan hänen tarpeidensa mukaan oikeaan aikaan oikeassa paikassa (Vidgren 2010, 21). Tämä johtaa siihen, että siirto toiseen hoitopaikkaan saattaa olla jossain vaiheessa ajankohtainen. Potilaan siirto on potentiaalinen riskialtis vaihe hoidon jatkuvuuden kannalta. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 82.) Siirtoon liittyy erilaisia tekijöitä, joiden painoarvo vaihtelee asiayhteyden mukaan. Näitä tekijöitä ovat viestin kulku ja tulkinta, kirjaaminen sekä aikataulu. (Pöyry & Perälä 2003, 39 – 40, 44; Vidgren 2010, 20 – 21.)

3.3.1 Viestin kulku ja tulkinta

Sujuva tiedonkulku on terveydenhuollossa oleellisen tärkeää. Se takaa osaltaan mahdollisimman keskeytyksettömän hoidon, mutta myös potilaan ja henkilökunnan turvallisuuden. Tiedon kulkuun liittyvät ongelmat ovat osasyynä yli 60 %:ssa terveydenhuollossa raportoiduista haittatapahtumista. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86 – 87.) Tarpeellisen informaation välittäminen voi epäonnistua monien eri syiden vuoksi. Viesti voi viipyä matkalla, vastaanottaja ei saa lainkaan viestiä tai ei havaitse sitä. (Pöyry & Perälä 2003, 16.) Vastaanottamisen lisäksi viesti on myös ymmärrettävä eli tulkittava. Jokainen vastaanottaja tulkitsee sanoman omalla tavallaan. On tavallista, että se muuttuu matkalla, sillä yleensä kaksi ihmistä ymmärtää saman asian hieman eri tavalla. Puheviestinnässä lähettäjä voi käyttää hyväksi vastaanottajan sanatonta ja sanallista viestintää eli palautetta varmistaakseen sen, että viesti on ymmärretty hänen tarkoittamallaan tavalla. Kirjallisessa viestinnässä tätä välitöntä mahdollisuutta ei ole. (Wiio 1994, 77.) Vaikeuksia voi aiheuttaa myös sähköisen viestinnän näennäinen helppous. Uusiksi ongelmakohdiksi ovat kuitenkin nousseet laatu ja tehokkuus. Sähköisen viestinnän nopeus ja helppous johtaa usein siihen, että laatu kärsii eikä vastaanottaja ymmärrä viestiä siten, kuin lähettäjä oli aikonut. (Berkun 2006, 257 – 259.)

3.3.2 Kirjaaminen

Perinteisesti hoitoalalla on vallinnut suullisen raportoinnin kulttuuri. Käytännössä tämä on tarkoittanut, että potilaiden voinnista ja muuttuneista hoitomääräyksistä on kerrottu suullisesti työntekijältä toiselle vuoron vaihtuessa. Tiedon lisäksi on siirtynyt myös vastuu. Haastavaa tämäntyypisessä tiedonsiirrossa on, että siihen kuluu paljon aikaa, puhe saattaa rönsyillä, raportointi on altis häiriötekijöille ja myös hoitajan tunnetason mielihäiriö potilaasta saattaa siirtyä. Toisaalta, kasvotusten annettu raportti vahvistaa työyhteisön sisäistä vuorovaikutusta ja oleellisia seikkoja on helppo korostaa. (Roivas & Karjalainen 2013, 148 – 152.)

Nykypäivän hoitotyössä kirjaaminen on välttämätöntä. Monessa paikassa suullisesta raportoinnista on siirrytty niin sanottuun hiljaiseen raporttiin, jolloin uuden vuoron aloittava työntekijä lukee kirjaukset tietokoneelta. Hiljaista raportointia pidetään suullista tehokkaampana ja kirjoitettuun tekstiin voidaan palata. Haittapuolena voi olla, että hiljainen raportti saattaa viedä paljon aikaa, kun lukija yrittää perehtyä potilaan vointiin mahdollisimman hyvin. Hiljaisessa raportissa vastuu tilanteen hahmottamisesta on lukijalla. (Roivas & Karjalainen 2013, 148 – 152.) Hoitotyön kirjaamisessa välittyy myös käsitys hoitotyön luonteesta. Kielen tasolla voidaan erottaa, mielletäänkö potilaan hoitotyö tehtäväkeskeiseksi suorittamiseksi vai onko potilas keskiössä. Tehtäväkeskeisessä niukassa ja toteavassa tekstissä potilaan ääni ei pääse lainkaan kuuluviin, kun hoitaja kuvaa omaa työtään potilaan voinnin tai näkemysten sijaan. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 318 – 319.)

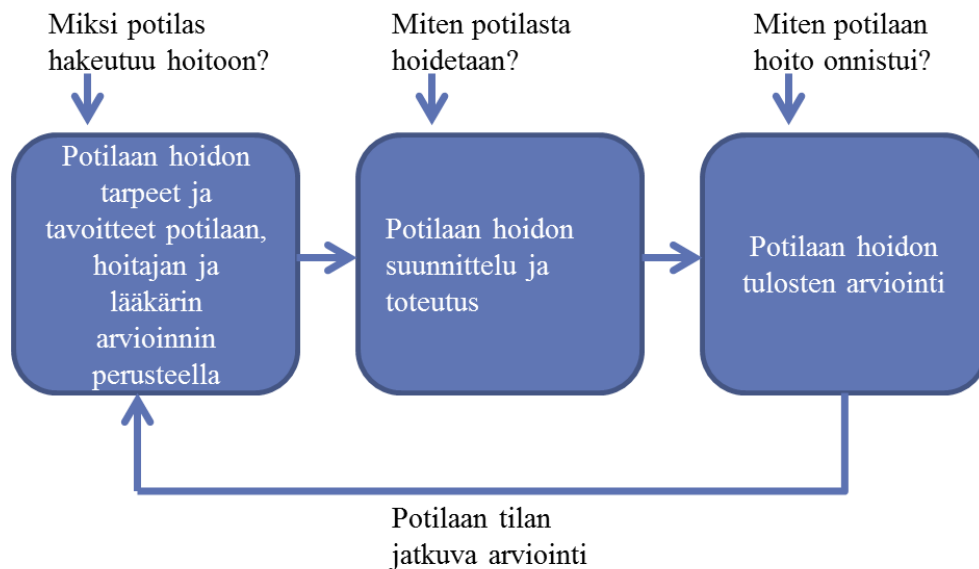
Kirjatun tiedon tärkeys vaatii yhdenmukaista ja rakenteista kirjaamista systemaattisesti. Eli on sovittu, mitä kirjataan ja miten se kirjataan. Tällä tavoitellaan kirjaamisen standardointia eli vakiointia. Se ei kuitenkaan tarkoita hoitotyön vakiointia vaan hoitotietojen käytettävyyden edistämistä. Kun käytetään sähköisiä potilasasiakirjoja tai potilas on eri paikassa kuin hoitotyön asiantuntija, systemaattisesti kirjatun tiedon merkitys korostuu. (Saranto & Sonninen 2008, 12 – 15.) Hoitajien on ollut vaikeaa päättää, mitä ja miten potilaan hoidosta kirjataan. Tämä johtuu siitä, että aiemmin on käytetty vapaata, kertovaa kirjaamista, ja rakenteinen kirjaaminen edellyttää uuden oppimista. Yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen takaa kirjaamisen laadun, tason, tarkkuuden ja laajuuden eikä kirjaaminen vaihtele henkilökohtaisten mieltymysten mukaan. (Ensio 2008, 150.) Rakenteisen, vakioidun kirjaamiskäytännön tarkoituksena on auttaa ja tukea hoitajien pää-

töksentekoa. Tietoa voi käyttää päivittäiseen hoitotyön päätöksentekoon, hoitotyön tutkimiseen ja kehittämiseen sekä potilaan ja hoitajien oikeuksien suojeluun. Sitä voidaan käyttää myös mittarina toiminnan tuloksellisuudesta esimerkiksi erilaisten tilastojen kautta. (Saranto & Sonninen 2008, 15 – 16; Roivas & Karjalainen 2013, 150.)

Teoria asettaa hyvälle hoitotyön kirjaamiselle tiettyjä vaatimuksia. Vähimmäisvaatimukset hyvälle kirjaamiselle nousevat laeista. Hallintolain (2003) mukaan ”viranomaisen on käytettävä asiallista, selkeää ja ymmärrettävää kieltä”. Terveydenhuoltolaki (2010) puolestaan määrää, että potilaalla on oikeus saada tilastaan ymmärrettävää tietoa, jotta hän voi osallistua hoitonsa suunnitteluun yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa.

Rakenteisessa kirjaamisessa voi osin käyttää pelkkiä otsikoita, esimerkiksi joidenkin mittaustulosten tallentamisessa. Usein kuitenkin vapaa teksti on tarpeen täydentämään hoidon kannalta oleellisia tietoja. Vapaan tekstin pitäisi olla selkeää ja ymmärrettävää yleiskieltä, joka on lyhyttä, ytimekästä, kuvailevaa, informoivaa ja loogista. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 316.) Hoitotyön teksteissä törmää usein siihen, että sanomaa tiivistetään esimerkiksi subjektin tai predikaattien pudottamisella pois tai runsaalla passiivin käytöllä. Niemi, Nietosvuori ja Virikko (2006, 316) huomauttavat, että teksteissä pitäisi pyrkiä käyttämään kokonaisia virkkeitä, jotta viestillä olisi mahdollisuus välittyä oikein eteenpäin.

Kirjattua tietoa hyödynnetään itse hoitotyön lisäksi muun muassa hoitotyön päätöksenteossa tai tutkimuksessa. Hoitotyön päätöksenteon tulisi olla kirjaamisen lähtökohtana. Se ohjaa, miten potilaan tilasta, hoidosta ja sen vaikutuksesta kirjataan. Hyvä potilaskertomuksen teksti on lyhytsanaista ja informatiivista. Samalla sen tulisi kuitenkin ilmaista kaikki potilaan tilan kannalta oleellinen, jotta hoitaja raportin lukemisen perusteella kykenee ottamaan vastuun potilaan hoidosta. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 316.)



KUVIO 2. Hoitotyön päätöksenteon prosessi (Kratz 1987, muokattu)

Riittävän informaation kirjaamiseksi hoitajan tulisi tuntea ja sisäistää kuviossa 2 esitetty hoitotyön päätöksenteon prosessi, joka auttaa kirjaamisessa ja takaa potilaan hoidon jatkuvuuden hoidon tarpeen tunnistamisesta aina hoidon tulosten arviointiin sekä lopulta hoitotyön yhteenvetoon (Kratz 1987, 16 – 17; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 18). Huomiota tulisi kiinnittää siihen, että potilaan hoidon tavoite on riittävän konkreettinen, jotta siihen pääsemistä voidaan todella arvioida (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 319). Hoitotyön kirjallisilla dokumenteilla on myös juridinen merkitys sekä potilaan että työntekijän oikeusturvan kannalta (Roivas & Karjalainen 2013, 148).

Potilaan hoito saattaa monesti jaksottua eri hoitopaikkoihin. Tällöin potilaan saumattoman hoidon jatkuvuuden takaa hoidon kannalta oleellisen tiedon saanti oikeaan aikaan. (Tanttu 2008, 132.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007) määrää julkiset terveydenhuollon organisaatiot tallentamaan potilastiedot yhteiseen valtakunnalliseen arkistoon. Potilastiedon arkistoon liittymisen takaraja oli 31.8.2014 julkisella puolella (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Tämä arkisto kulkee nimellä Kansallinen Terveysarkisto eli Kanta. Se sisältää monia palveluja sekä ammattilaisille että kansalaisille. Sieltä on eroteltavissa neljä palvelukokonaisuutta:

- 1) sähköinen resepti
- 2) lääketietokanta
- 3) omakanta
- 4) potilastiedon arkisto ja tiedonhallintopalvelu.

Kanta-palvelut on otettu käyttöön vaiheittain. Hyvin tutuksi on tullut sähköinen resepti eli eResepti, joka on käytössä koko maassa. Lääketietokanta on tarkoitettu ammattilaisille. Se sisältää tietoja lääkkeistä ja on sähköisten reseptien käsittely- ja arkistointipaikka. Omakanta on henkilökohtainen internet-palvelu yli 18-vuotiaille. Täysi-ikäinen kansalainen näkee sieltä omat sähköiset reseptinsä sekä potilastietoja. Lapsen vanhemmat eivät voi katsella alaikäisen tietoja. Omakannasta näkyy organisaatiotasolla, missä tietoja on katsottu ja mitä sinne on tallennettu. Nämäkin palvelut otetaan käyttöön vaiheittain. Kansalainen voi myös itse päättää kenellä on oikeus nähdä hänen tietojaan Kanta-palvelussa. Potilastiedon arkisto ja tiedonhallintopalvelu huolehtivat, että potilastiedot siirtyvä sähköisesti organisaatioiden ja toimintayksiköiden välillä. Tietojen pitäisi olla mahdollisimman samanlaisessa muodossa, jotta niiden siirtäminen yksiköstä toiseen onnistuu. Tietojen siirto tapahtuu salattuna. (Kanta 2014.)

Potilastiedon arkistolla tarkoitetaan terveydenhuollon tietojärjestelmää. Sen ansiosta tiedot voidaan arkistoida ja säilyttää sähköisesti. (Kanta 2014.) Eräs hoitotyön kannalta oleellinen tallennettava, arkistoitava ja siirrettävä tieto on hoidon loppulausunto, josta käytetään käytännössä nimeä hoitotyön yhteenveto. Se pitää tehdä jokaisen laitostai osastohoitojakson loputtua sekä silloin, kun potilas siirtyy poliklinikalta toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Hoitotyön yhteenvedon sisältö perustuu sekä kansallisiin määräyksiin että tutkittuun tietoon. (Hassinen & Tantu 2008.) Hoitotyön yhteenvetoon sisältyvät seuraavat asiat:

- yhteenveto hoitojakson aikaisesta hoidosta
- poikkeavuudet toipumisessa
- ohjeet ja potilaan tila hoitojakson päättyessä
- selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan jatkohoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009).

Käytettävästä potilastietojärjestelmästä riippuu kuinka paljon manuaalista työtä tarvitaan. Yhteenvedossa tietoja voi täydentää tarvittaessa kuvailevalla tekstillä samoin kuin tarpeita, tavoitteita ja toimintoja kirjattaessa. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 18.) Kanta-palvelussa oleva hoitotyön yhteenveto yhdessä muiden sähköisten potilastietojen kanssa pyrkii parempaan hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen, sillä ajantasaiset hoitotiedot ovat kaikkien eri organisaatioiden käytettävissä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

3.3.3 Potilassiirron aikataulu

Ensihoitajat antavat ennakoilmoituksen päivystykseen kriittisesti sairastuneesta tai vammautuneesta potilaasta ja valmistelevat näin vastaanottavan osapuolen siihen, että potilaan hoito jatkuu mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti päivystyksessä. Tämä tapahtuma on erittäin tärkeä osa potilaan hoitoketjua. Ennakoilmoituksen sisältämä tieto antaa päivystykselle aikaa valmistautumiseen. Tyypillisesti valmistautumisaika on melko lyhyt – muutamasta minuutista kymmeneen minuutteihin. (Kuisma ym. 2013, 95.)

Potilassiirto erikoissairaanhoidosta laitoshoitoon tapahtuu paljon pidemmällä varoitusaajalla, mutta on tapahtumana yhtä tärkeä. Vastaanottavan hoitopaikan on tehtävä valmistelut potilaan vastaanottoon ajoissa. Mitä pidempään potilas odottaa jatkohoitopaikkaa erikoissairaanhoidossa sitä kalliimmaksi se tulee eikä esimerkiksi potilaan tehokasta kuntoutusta päästä aloittamaan. Toisaalta taas liian lyhyellä varoitusaajalla tehty siirto kasvattaa virheiden riskiä ja on potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta vaaran paikka. (Honkanen 2014, 1122 – 1123; Katkennut hoitoketju 2014, 1161 – 1162.) Stakesin yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohtia käsittelevän tutkimuksen mukaan potilassiirtotilanteissa suurimmaksi toimintaa hankaloittavaksi seikaksi koettiin siirto liian lyhyellä varoitusaajalla, mutta myös tiedottamiseen sekä hoito-ohjeiden puutteeseen kaivattiin parannusta (Pöyry & Perälä 2003, 39 – 40, 44).

Siirto on epäjatkuvuuskohta, jossa toimii monta eri osapuolta. Ihminen on erehtyväinen ja virheiden mahdollisuus kasvaa väsymyksen, keskeytysten ja kiireen mukana. Pelkillä muistutuksilla liittyen siirron valmisteluun ja eri osapuolten informoimiseen ei päästä eroon erehdyksistä. Hoidon varmistaminen ja siirron aikataulun suunnittelu sekä vastaanottavan pään valmistelu on tehtävä systemaattisesti. Tähän tarvitaan tarkistuslistoja tai ohjeistuksia. (Katkennut hoitoketju 2014, 1161 – 1162.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä

Toiminnallinen opinnäytetyö pitää sisällään monia erilaisia lopputuotteita. Sen tavoitteena voi olla toimintaohjeiden tai oppaan tekeminen työelämän tarpeisiin. Sillä voidaan tarkoittaa myös toiminnan järjestämistä tai muuttamista järkevämmäksi. Toteutustapana voi olla esimerkiksi kirja, kansio, vihko, opas tai vaikka tapahtuma. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyy aina kaksi prosessia: käytännön toteutuksen eli tuotoksen tekeminen sekä siitä raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 129.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä ei ole välttämätöntä käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. Sen sijaan käytännön toteutukseen voi liittyä tutkimuksellisen selvityksen tekeminen. Selvityksen yhdistämistä toiminnalliseen opinnäytetyöhön pitää kuitenkin harkita huolellisesti, että työn laajuus ei kasva liian suureksi. Toteutustapaan vaikuttavat omat resurssit, kohderyhmän tarpeet, toimeksiantajan toiveet sekä opinnäytetyötä koskevat vaatimukset. Lopullinen työ on aina näiden välinen kompromissi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56 – 57.)

Tässä työssä tutkimuksellisen selvityksen tekeminen oli järkevää, jotta saatiin tietoa seikoista, jotka aiheuttavat vaikeuksia alipaineimuhoidon saavan potilaan vaihtaessa hoitopaikkaa ja saattavat heikentää hoidon laatua. Eli miten informaatio saadaan välittymään oikea-aikaisesti ja tehokkaasti ja näin turvattua potilaan hoidon jatkuvuus. Selvityksen tekeminen mahdollistaa käytännöllisen ongelman haltuun ottamisen (Tuomi 2008, 70). Alustavan tiedon saamiseksi teimme konsultoivan sähköpostihaastattelun, jossa lähettävän sairaalan käyttämän laitevalmistajan alue-edustaja informoi, millaisten kysymysten vuoksi häneen otetaan yhteyttä. Koska potilaan hoitopaikan vaihdoksessa on kaksi osapuolta, lähettävä ja vastaanottava hoitopaikka, keräsimme aineiston loma-kehaastatteluna paikan päällä. Kysymykset ovat liitteissä 2 ja 3. Aineistoa ei ollut tarkoituksenmukaista analysoida yhtä tarkkaan kuin laadullisella metodilla tehdyssä työssä, sillä toiminnallisessa opinnäytetyössä useimmiten riittää tueksi suuntaa antava tieto (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63).

Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena on aina jokin konkreettinen tuote. Kun valitaan toteutustapaa, pitäisi miettiä, mikä muoto palvelee kohderyhmää parhaiten. (Vilka & Airaksinen 2003, 51.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena tehtiin ohjeistus hoitohenkilökunnalle potilaan jatkohoidon turvaamiseksi työelämäyhteyden toiveen mukaisesti. Ohjeistuksen voisi tehdä muun muassa painotuotteen, kansion tai sähköisen lopputuotteen muodossa. Näistä valittiin sähköinen versio. Sen etuja painettuun verrattuna on muun muassa helppo päivitettävyyys, esimerkiksi yhteystietojen muuttuessa. Se on helppo ja nopea lähettää tarvittaessa eri vastaanottajille sähköpostitse ja siitä saa myös kirjallisen tulostamalla. Työelämäkontaktilta pyydettiin sähköiset pohjat tuotoksessa käytettäväksi. Ylipäätään yhtenäisen ohjeistuksen käytön potilassiirrossa on tutkittu lisäävän hoidon kannalta oleellisen informaation välittymistä. Erityisesti tieto potilaan henkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä välittyy paremmin ja epäoleellisen tiedon määrä vähenee. (Hustey & Palmer 2010, 1148 – 1152.)

4.2 Opinnäytetyöprosessi ja tuotos

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu työntekoprosessin dokumentointi ja jälkikäteen reflektointi (Vilka 2003, 65). Seuraavaksi kuvataan työn tekoprosessi sekä sen aikana läpikäytyt asiat ja päätökset (Kuvio 3) eli mitä on tehty. Varsinainen työntekoprosessin reflektointi käydään läpi myöhemmin kappaleessa viisi.

Opinnäytetyön aiheeseen tutustuminen alkoi syyskuussa, jolloin valittiin aihe valmiiksi annetuista vaihtoehdoista. Sen jälkeen oli vuorossa ensimmäinen työelämäpalaveri, jota varten valmisteltiin kysymyksiä tulevasta työstä. Työelämäpalaverissa käytiin aiheen tarkastelun lisäksi läpi käytännön asioita ja millaisen tuotoksen tilaajat haluavat. Palaverista kirjoitettiin muistio, joka osoittautui jälkikäteen hyödylliseksi tietolähteeksi muun muassa oikeiden kontaktien löytämisessä. Työelämäpalaverin jälkeen suoritettiin alustavia tiedonhakuja ja varmisteltiin tilaajalta tuotoksen muotoon liittyviä seikkoja.

Jotta saatiin alustava käsitys, millaisia haasteita liittyy potilassiirtoon erikoissairaanhoidon ja laitoshoidon välillä, otettiin yhteyttä KCI:n alue-edustajaan. KCI:n V.A.C.®-asiantuntijaa haastateltiin sähköpostitse. Aluksi suunniteltiin henkilökohtaista tapaamista, mutta sen järjestäminen osoittautui oletettua vaikeammaksi erilaisista aikatauluista

johtuen. Tämän vuoksi päädyttiin sähköpostihaastatteluun. Alue-edustajalta saatiin konkreettisia kommentteja alipaineimuhoidon ongelmakohtista. Edustaja on paljon mukana potilassiirroissa konsultoivassa roolissa ja varmistamassa osaltaan hoidon jatkuvuutta, joten hänen kommenttejaan voidaan pitää asiantuntevina. (Kellander 2013.)

Joulukuussa 2013 koululla pidettiin suunnitelmaseminaari, jossa painotettiin työn teoriapohjaa – teoreettisia lähtökohtia, työn tarkoitusta, tehtävää ja tavoitetta sekä aikataulua. Näistä tiedoista koostettiin suunnitelma tutkimusluvan hakemuksen liitteeksi. Tässä vaiheessa hoidon jatkuvuuden ongelmakohtien rajaus oli vielä laajahko. Vasta tammi-kuun 2014 aikana löytyi sellaisia lähteitä, joissa ongelmaa oli eritelty tarkemmin. Näiden avulla aihetta rajattiin lisää.

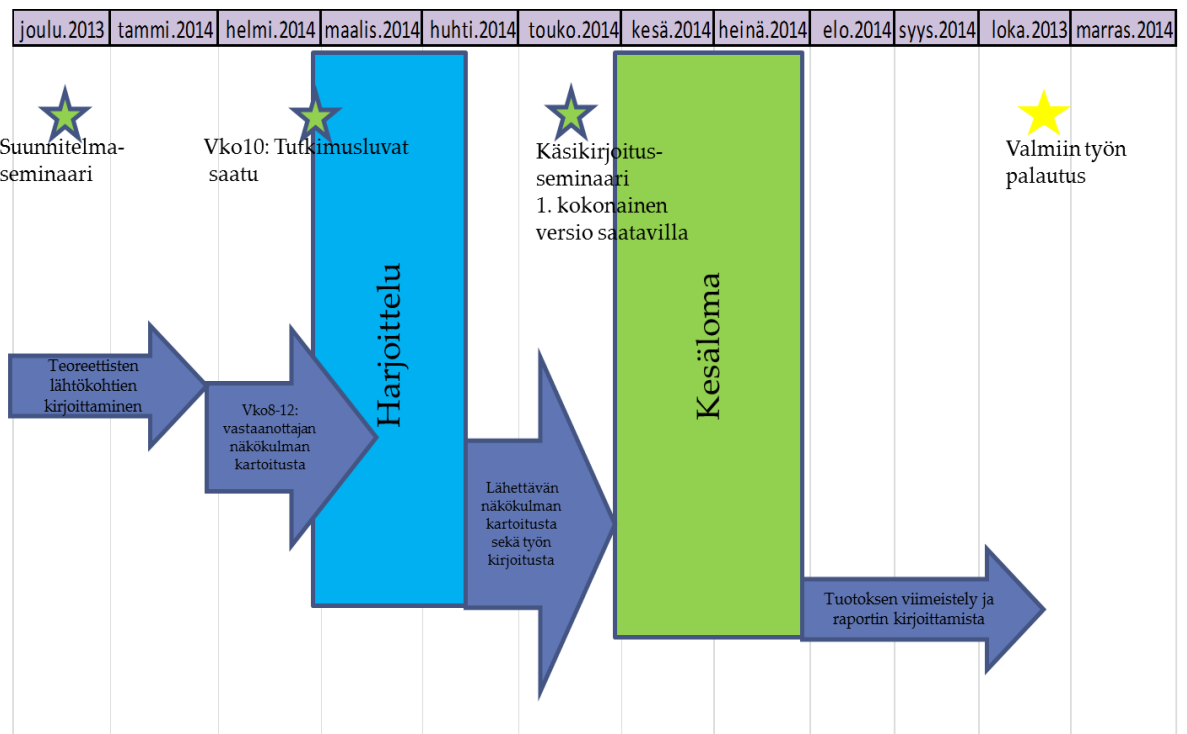
Tämän jälkeen oli vuorossa tutkimuslupien hakeminen. Koska hoitajien mielipiteitä potilassiirroista haluttiin kartoittaa sekä lähettäjän että vastaanottajan näkökulmasta, tutkimuslupa tarvittiin molemmille osapuolille erikseen. Lupien saamisen jälkeen tehtiin tutkimukselliset selvitykset eli kyselyt ja haastattelu. (Vilka & Airaksinen 2003, 56 – 57.) Tarkoituksena oli kartoittaa V.A.C.®-hoidettavien potilaiden siirtoihin liittyviä ongelmakohtia. Tähän tarjoutui mahdollisuus käytännössä erään potilassiirron yhteydessä, kun potilas siirtyi V.A.C.®-hoidon kanssa erikoissairaanhoidosta laitoshoidon.

Hoitajia haastateltiin sekä sähköpostitse että puhelimitse, ja haastatteluissa käytettiin vastaanottavaan päähän suunniteltua kyselylomaketta (liite 2). Se lähetettiin laitoshoidon yhteyshenkilölle, minkä jälkeen hoitajat miettivät keskenään asiaa. Lopuksi saatiin koostettu yhteenveto vastauksista sähköpostitse. Tämän jälkeen vastaukset käytiin läpi yhteyshenkilön kanssa puhelimitse, ja samalla tehtiin tarkentavia kysymyksiä. Aluksi vaikutti siltä, että kommentit saataisiin melko nopeasti, mutta lomien ja työvuorojen yhteensopimattomuuden vuoksi vastausten saamiseen meni noin kuukausi. Kuitenkin laitoshoidon osapuolella oli koko prosessin ajan tahtoa vastata kysymyksiin. Hoitajien vastauksista nousi selkeästi esiin muutama asia, joilla turvataan potilaan hoidon jatkuvuutta. Ne veivät myös eteenpäin ajatusta, mikä tuotoksessa tulisi olemaan keskeistä.

Seuraavaksi kartoitettiin siirron kokemuksia, ongelmakohtia, ja parannusehdotuksia erikoissairaanhoidon puolelta. Osastonhoitajan sekä osastolla työskentelevän yhteyshenkilön kanssa sovittiin, että haastattelut tehdään kyselylomakkeella (liite 3). Osaston-

hoitajasta oli paljon apua: Hän ehdotti, että voisi jakaa kyselylomakkeet ja kannustaa hoitajia vastaamaan niihin. Noin kolmen viikon jälkeen haettiin vastaukset, joita saatiin kahdeksalta hoitajalta. Niiden pohjalta muodostettiin pääkohdat, mitä siirrossa täytyy ottaa huomioon ja mitkä seikat kaipaavat parannusta. Sen jälkeen tehtiin ensimmäinen versio tuotoksesta, joka lähetettiin ennen kesälomaa työelämäyhteyshenkilölle kommentoitavaksi.

Ohjeistuksen muoto ja sisältö saatiin valita vapaasti. Tuotoksen pohjarakenne perustuu kansainvälisesti käytössä oleviin ISBAR- ja ABCDE- malleihin. Kumpikin malli toimii periaatteella, jossa järjestetään tieto selkeään ja tiiviiseen muotoon. Muutamalla ennalta valitulla pääkohdalla ja niihin liittyvillä selkeillä toimintaohjeilla varmistetaan kaikkein oleellisimman tiedon välittyminen tai tutkiminen. (Kuisma ym. 2013, 96 – 98.) Tuotoksen ulkonäkö sai hyväksynnän, ja sisältöä muokattiin saatujen kommenttien perusteella. Ennen kesälomaa se laajeni vielä koskemaan hoitotyön yhteenvedon esimerkkiä. Alkukysyystä tehtiin vielä yksi tähän liittyvä asiantuntijakonsultaatio.



KUVIO 3. Opinnäytetyön aikataulu ja päävaiheet

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehtäessä ja etsiessä tietoa selkiytyi, kuinka tärkeää on, että tutkija on rehellinen ja toimii hyvän tieteellisen käytännön mukaan sekä tulkitsee aineistoa rehellisesti eikä valikoiden omien ennakkokäsitystensä mukaan. Tämä on edellytys luotettavien tulosten saamiselle. Eettisyys ja luotettavuus kulkevat siis käsi kädessä. (Tuomi 2008, 143.)

Tutkimuseettisiin kysymyksiin kuuluvat muun muassa tiedonhankinta, lähdesuoja, vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja tutkijan oma toiminta (Tuomi 2008, 145 – 146). Kun kyse on ohjeistuksen tekemisestä, lähdekritiikillä on erityisen suuri rooli. Tämä on pidettävä kirkkaana mielessä tiedonhankintavaiheessa ja kuvattava, miten käytettyjen tietojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.)

Tässä työssä tiedonhankinnassa on pyritty toteuttamaan lähdekritiikkiä kuten Mattila, Ruusunen ja Uola (2006, 71 – 72) määrittelevät. Työn lähdeaineiston hakuun on käytetty tieteellisiä tietokantoja, esimerkiksi Medic, CINAHL, Cochrane Library ja PubMed. Näiden lisäksi on käytetty viranomaisten kuten Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tai oikeusministeriön verkkosivuja. Työhön on valittu mahdollisimman tuoretta, myös kansainvälistä, tutkimustietoa unohtamatta kuitenkaan sitä, että jotkut teokset ovat alansa pioneereja ja vuosiluvusta huolimatta edelleen ajankohtaisia. Käytetyt tutkimusartikkelit on julkaistu alan arvostetuissa julkaisuissa, ja ne ovat usein käyneet läpi ennakkotarkastuksen. Aineistoa on pyritty tulkitsemaan mahdollisimman objektiivisesti – ilman ennakkokäsityksiä. Mahdollista ristiriitaista tietoakaan ei ole jätetty huomioimatta. Lähdeviittaukset on tehty hyvän tieteellisen raportointikäytännön sekä Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaan. Ajantasaisen lähdeluettelon perusteella tutkimukset ovat myös helposti jäljitettävissä ja muiden hyödynnettävissä.

Tutkimuksellista selvitystä tehtäessä haettiin aluksi tutkimuslupa kyselyjen ja haastattelujen tekoon. Tuomi (2008, 145) muistuttaa, että tutkimukseen osallistuvien suojaan sisältyvät vapaaehtoisuus, tiedot tutkimuksesta sekä luottamuksellisuus. Tutkittavien oikeuksien turvaamiseksi heille selvitettiin tutkimuksen tavoite, menetelmät sekä tavat,

miten heidän antamia tietoja käsitellään ja käytetään. Erityistä huomiota kiinnitettiin tutkittavien anonymiteetin suojaamiseen. Esimerkiksi kyselylomakkeissa ja sähköposteissa tiedot tutkimuksesta ja lähdesuojasta annettiin heti aluksi. Samat tiedot käytiin läpi suullisissa keskusteluissa. Kyselyihin vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Osastonhoitajalta ja V.A.C.-alue-edustajalta kysyttiin lupa, saako heidät mainita opinnäytetyössä.

Koska toiminnallisessa opinnäytetyössä luotettavuuden kriteerinä ei voida käyttää esimerkiksi laadullisen tutkimuksen tapaan tutkimuksen siirrettävyyttä, opinnäytetyön raportoinnilla on tärkeä rooli. Sitä lukemalla pitäisi pystyä ymmärtämään opinnäytetyön tekoprosessi ja kirjoittajien sinä aikana tekemät valinnat. (Vilkka & Airaksinen 2003, 82 – 83.) Tässä työssä raportin kirjoittamista on tehty koko ajan rinnan teoreettisten lähtökohtien ja tutkimuksellisten selvitysten kanssa. Näin on pyritty muodostamaan tarkka kuva asioiden etenemisjärjestyksestä ja välttämään se, että jotain oleellista jää pois, mikä on mahdollista jos raportin kirjoittaa vasta viimeisenä.

5.2 Opinnäytetyöprosessin ja tulosten tarkastelu

Yksi opinnäytetyön vaiheista on reflektoida opinnäytetyön tekoprosessia ja tuloksia eli miettiä ja kuvailla, miten työ on sujunut ja miten hyvin teoreettiset lähtökohdat ja tulokset kohtaavat (Vilkka 2003, 65). Koska tämä työ tehtiin parityönä, suoritettiin myös reflektointi yhdessä. Opinnäytetyön tekemisen sujuvuuteen vaikuttaa paljon se, kenen kanssa sitä kirjoittaa. On helpompaa, jos työparina on henkilö, jonka kanssa kiinnostuksen kohteet ja työskentelytapa ovat suurin piirtein yhtenevät tai täydentävät toisiaan. Kirjoittajat olivat tehneet opintojen aikana paljon yhteisiä projekteja. Työhön oli helppoa ryhtyä, kun tunsi toisen tavan toimia ja käsitellä tietoa.

Aiheen valinta tapahtui eri työelämätahojen ehdottamista vaihtoehtoista, joten ylimääräistä aikaa ei mennyt sen miettimiseen ja työelämäkontaktin hakemiseen. Myös samantyyppiset kiinnostuksen kohteet helpottivat valintaa. Toinen tärkeä tekijä aiheen valinnassa oli käytännölläisyys. Haluttiin tehdä jotain konkreettista työelämän tarpeisiin, mihin toiminnallinen opinnäytetyö tarjoaa mainion mahdollisuuden. Edellä mainitut seikat nopeuttavat opinnäytetyön valmistumista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 71 – 72.) Pitkän opinnäytetyön tekoprosessin aikana tuli väistämättä hetkiä, jolloin motivaati-

tio työn tekemiseen oli matala. Tuolloin oli hyödyllistä, että valittu aihe kiinnosti kumpakin tekijää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 77). Ajoittain toisella oli enemmän motivaatiota tekemiseen kuin toisella. Tällöin opinnäytetyönparin rohkaisu oli tärkeää sekä ajatus siitä, että oli omalta osaltaan vastuussa työn valmistumisesta.

Käytetty metodi määräytyi työelämän tarpeesta saada ohjeistus. Kummallakin kirjoittajalla oli jo takanaan yksi korkeakouluun kirjoitettu opinnäytetyö, jossa kumpikin oli käyttänyt eri metodia. Tämä ei alussa helpottanut vaan päinvastoin vaikeutti menetelmän ymmärtämistä. Toiminnallisia opinnäytetöitä tehdään erityisesti ammattikorkeakouluissa (Vilka 2006, 76). Aiheesta on kuitenkin harmillisen vähän metodikirjallisuutta, joka on myös verrattain vanhaa. Valmiiden opinnäytetyöesitysten kuuntelu ennen oman työn lopullisen rakenteen muotoutumista mahdollisti oppimisen muiden töistä.

Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnäytetyön tekoprosessi on pitkä – melkein puolitoista vuotta. Ajan pituus asettaa haasteita erityisesti silloin, jos tarkoituksena olisi nopea työelämän tarpeisiin vastaaminen. Tässä tapauksessa aika ei muodostunut ongelmaksi vaan pikemminkin päinvastoin, koska viimeisimmät sähköisen arkiston muutokset saatiin sisällytettyä työhön. Lisäksi hoitotyön yhteenvedo tuli ajankohtaiseksi ja sen merkitys kasvoi. Työn tilaajalle ehdotettiin tuotoksellisen osuuden laajentamista myös esimerkkiin hoitotyön yhteenvedosta, joka toimisi konkreettisena apuna hoitajille käytännön työssä. Tämä sai työelämältä positiivisen vastaanoton, koska hoitotyön yhteenvedo otetaan käyttöön syksyn 2014 aikana.

Opinnäytetyöhön liittyy monia eri tahoja, joiden kanssa tehtävällä yhteistyöllä on myös merkityksensä sujuvuuden kannalta. Työskentely työelämän kanssa on ollut sujuvaa. Säännölliset yhteydenotot sekä työn päivitetyn version toimittaminen edesauttoivat tätä. Kommentit työstä saatiin aina nopeasti, ja koko prosessin ajan on välittynyt tilaajaosa-puolen innostus ja kiinnostus asiaa kohtaan. Toisaalta, saatu vapaus tuotoksen suhteen tuntui ensin hankalalta, koska oli vaikea päättää, millaiseksi tuotosta alkaa rakentaa. Alusta lähtien oli hyvin selvää, että ohjeistuksen tulee olla lyhyt ja selkeä, jotta se olisi työelämässä hyödyksi ja jäisi aktiivikäyttöön. Eräässä valmiiden opinnäytetöiden seminaarissa esiteltiin ensihoidon käyttämä ABCDE-malli ja sen perusteella tehty ohjeistus, ja tuolloin kristallisoitui tämän opinnäytetyön ohjeistuksen pohjarakenne (Kuisma ym. 2013, 98).

Tutkimuksellisen selvityksen kautta kerätyt tiedot määrittivät tuotoksen eli ohjeistuksen sisällön. Keskeisiksi tekijöiksi vastauksissa nousivat viestin kulku, viestin tulkinta, kirjaaminen ja aikataulu. Samat seikat tulivat esille myös vastaanottavan tahon asiantuntijahaastattelussa. Niiden avulla pystyttiin myös rajaamaan teorian käsittely. Ilman tutkimuksellista selvitystä tuotoksen sisällön kohdistaminen juuri työelämän tarpeita palvelevaksi olisi ollut miltei mahdotonta tai ainakin hyvin vaikeaa.

Monesti ongelmana on se, että alipaineimuhoidon saavan potilaan siirto tulee hyvin nopealla aikataululla. Tässäkin tapauksessa kyselyn tuloksena nostettiin esille se, että hoitaja olisi edes alustavasti yhteydessä jatkohoitopaikkaan ja tiedustelisi hoitovalmiuksia. Näin jatkohoitopaikka saa aikaa valmistautua. Samalla periaatteella kuin ensihoidossa annetaan ennakkoilmoitus. (Kuisma ym. 2013, 95.) Kuten useissa lähteissä todetaan, tarpeellisen tiedon välitys riittävän ajoissa on potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta elintärkeää ja hyvin alkaneen hoidon keskeytyminen hoitopaikan vaihtuessa todellinen uhka (Honkanen 2014, 1122 – 1123; Katkennut hoitoketju 2014, 1161 – 1162; Pöyry & Perälä 2003, 39 – 40, 44). Hoitajien vastauksista käy ilmi, että siirtoa valmisteltaessa yhteydenpito hoidetaan yksinomaan puhelimitse. Puhelinraportti on tässä tapauksessa hyvä tapa varmistaa, että vastaanottaja saa viestin eikä viesti viivy matkalla (Pöyry & Perälä 2003, 16). Suullista raportointia puhelimella tehdessä hoitosuunnitelmaan pitäisi kirjata, mitä jatkohoidosta on sovittu. Vastauksissaan hoitajat myös korostivat puhelinraporttia mahdollisuutena kysyä ja kertoa lisää kirjallisten lausuntojen tueksi. On hyvä muistaa, että hoitaja pääsee käsittelemään sähköisiä potilastietoja vasta sitten, kun potilas on siirtynyt ja hoitosuhde alkanut. Opinnäytetyön tapauksessa tiedon siirtymistä kuitenkin helpottaa se, että lähettävällä ja vastaanottavalla osapuolella on käytössä sama potilastietojärjestelmä.

Alipaineimuhoidon erityispiirre on hoidossa tarvittavat välineet. V.A.C.®-hoidon tarvikkeiden tilaus ja toimitus on eräs kriittinen piste: toimitusaika on 3 – 4 vuorokautta ja hyvin alkanut hoito keskeytyy, jos jatkohoitopaikassa ei ole tarvikkeita sidosten ja kanisterien vaihtoon. Jotta hoito sujuisi keskeytyksettä, jatkohoitopaikka tarvitsee jo hyvissä ajoin ennen siirtoa tarkat tiedot muun muassa sidosten laadusta, määrästä, laitteesta ja vaihtokertojen määrästä. (Kellander 2013.)

Yhtä tärkeää kuin esteetön tiedonkulku on tiedon sisältö ja miten sitä tulkitaan. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilastietojärjestelmiin on kirjattu alipaineimuhoidoa saavan potilaan hoidon kannalta tarpeelliset seikat riittävän yksiselitteisesti. Tulevaisuudessa on mahdollista liittää myös kuvia haavan paranemisen edistymisestä sähköiseen potilastietojärjestelmään. Tämä lisää haavan muutosten kuvauksen tarkkuutta. Rakenteinen ja systemaattinen kirjaaminen sekä hyvin tehty hoitotyön yhteenveto ovat toimiva malli tähän, ja niiden avulla saadaan tuotettua potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta tarpeellinen informaatio (Ensio 2008, 150; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009). Kun hoitajilta kysyttiin hoidon kannalta oleellisia tietoja, vastauksissa nousi esiin samoja asioita kuin hoitotyön yhteenvedon teoriassa yleisemmällä tasolla (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009). Hoitajien vastauksissa korostuivat alipaineimuhaavanhoito-ohjeet, haavan paranemisen kuvaus, yhteenveto miten potilas selviää päivittäisistä toiminnoista, lääkehoito muutoksineen ja tarkka jatkohoitosuunnitelma kontrolliaikoinen. Opinnäytetyön tuotoksen hoitotyön yhteenvetoesimerkissä on nimenomaan keskitytty näihin asioihin, jotka ovat oleellisia V.A.C.®-hoitoa saavan potilaan hoidossa (liite 4). Hoitotyön yhteenvettoa tehdessä on hyvä kuitenkin pitää mielessä, että siihen ei kerätä kaikkea mahdollista potilaan hoitoon liittyvää tietoa vaan ne keskeiset seikat, joiden avulla vastaanottaja pystyy jatkamaan hoitoa samalla tavalla kuin lähettävässä päässä.

Tuotoksen lopullinen sisältö ja muoto määräytyivät juuri edellä mainittujen seikkojen mukaan. Kaksiosaisen tuotoksen ensimmäinen osa on muistilista alipaineimuhoidettavan potilaan siirron valmisteluun ja toinen osa sisältää edellisessä kappaleessa esitellyn esimerkin hoitotyön yhteenvedosta (liite 4). Muistilistassa on viisi pääkohtaa, jotka kuvaavat, mitä erilaisia asioita potilassiirron suunnittelu sisältää. Jokaisen pääkohdan vieressä kerrotaan, mitä kyseisessä vaiheessa tulisi muistaa tehdä, jotta potilaan siirto sujuisi mahdollisimman mutkattomasti, ja hoito voisi jatkua samanlaisena. Muistilistan kaksi ensimmäistä pääkohtaa on nimetty ”Potilassiirron harkinta” ja ”Potilassiirto on päätetty”. Hoitajan tulisi miettiä yhdessä hoitavan lääkärin kanssa jo hoitajakson alussa, onko potilassiirto ajankohtainen jossain vaiheessa hoitajaksoa. Kun siirrosta on päätetty, jatkohoitopaikkaan pitää olla yhteydessä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ja selvittää heidän hoitovalmiutensa. Kolmannessa pääkohdassa ”Informointi oman osaston sisällä” painotetaan osaston sisäistä tiedonkulkua. Hoitosuunnitelmaan on hyvä kirjata tarkasti, mitä on sovittu, milloin ja kenen kanssa. Tällä vältetään myös turhauttavaa ja päällekkäistä työtä: Jos tieto ei kulje osaston sisällä, saattaa kukin hoitaja vuorollaan

selvittää jatkohoitopaikasta samoja asioita. Siirtosuunnitelman lisäksi haavan tilanne pitää kuvailla kirjallisesti riittävän tarkkaan. Muistilistan kaksi viimeistä kohtaa ”Juuri ennen siirtoa” ja ”Potilaan mukana”, keskittyvät tapahtumiin lähellä siirtoa sekä potilaan mukaan laitettaviin asioihin. Varmistetaan, että jatkohoitopaikka on ajan tasalla siirron suhteen ja sovitaan vielä mahdollisimman tarkasti siirron ajankohta. Tämä helpottaa kummankin osapuolen valmistautumista. Kun potilas siirtyy, hänen mukanaan laitetaan osaston oma V.A.C.®-haavanhoito-ohje ja hoitotyön yhteenveto. (liite 4.)

Mielestämme tuotoksesta tuli onnistunut, koska se on laadittu sekä tässä työssä esitetyn teorian tiedon että hoitajien antamien vastausten perusteella. Tämyntyyppisissä ohjeistuksissa on oleellista välttää rönsyilyä ja pitää viesti selkeänä mutta tarpeeksi informatiivisena. Näin pyritään estämään väärinymmärryksiä ja parantamaan potilasturvallisuutta. (Kuisma ym. 2013, 96 – 98.) Opinnäytetyön tuotoksen teksti on tehty niin helppolukuisiksi, että sitä voi tarvittaessa lukea myös nopeasti silmäilemällä. Entistä ajankohtaisemmaksi sen tekee esimerkki hoitotyön yhteenvedosta.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tuloksena syntyneelle ohjeistukselle oli selkeä tarve työelämän puolelta, koska sellaista ei vielä ollut olemassa. Tämä kävi hyvin ilmi hoitajien vastauksista ja lukuisista keskusteluista sekä sähköposteista. Potilassiirto on epäjatkuvuuskohta, jossa moni asia muuttuu – potilaan fyysinen hoitopaikka, hoitajat, hoitovälineet sekä mahdollisesti vielä potilastietojärjestelmä ja siihen liittyvät käyttöohjeet kuten kirjaamisen eri käytännöt. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta siirto itsessään on riski. Kun tähän sisältyy vielä erityisiä tekijöitä kuten V.A.C.®-hoidossa käytettävät laitteet ja tuotteet, on siirtoprosessiin kiinnitettävä lisähuomiota. ISBAR- ja ABCDE- malleja voitiin mielestämme hyvin käyttää ohjeistuksen luomisen apuvälineenä potilassiirtoa varten myös ei-akuuttipuolella. Ne tuovat selkeyttä ohjeistukseen ja auttavat lukijaa oleellisen informaation löytämisessä nopeasti. Siirron valmistelu laitoshoidon alkuun jo siinä vaiheessa, kun potilas on saapunut erikoissairaanhoidon asiakkaaksi. Tuotoksena tehty muistilista pyrkii herättämään hoitajat ajattelemaan ja suunnittelemaan heti alusta lähtien potilaan jatkohoidon ja jatkohoidossa tarvittavaa tietoa – hoidon tavoitteita. Esimerkiksi sähköisten kirjausten tarkkuus haavanhoidosta ja haavan paranemisen kuvaamisesta on tärkeää

joka vaiheessa, mutta myös jatkohoitopaikan hoitovalmiuksien selvittely hyvissä ajoin on oleellista potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta.

Uutena asiana hoitotyön yhteenveto tuo lisäturvallisuutta ja selkeyttä siirtotapahtumaan. Yhteenvetoa käytetään vielä suhteellisen vähän, mutta toimipisteiden siirtyessä sähköiseen potilastiedon arkistoon (Kanta) on myös hoitotyön yhteenveto jo lain mukaan otettava käyttöön. Ohjeita on moninaisia ja tässä työssä haluttiin luoda esimerkki, jota voidaan käyttää alipaineimuhoidon saavan potilaan potilassiirrossa erikoissairaanhoidosta laitoshoidon. Hoitajien vastauksista tuli esiin samoja asioita: hoitotyön yhteenveto on uusi asia, joka toisaalta kiinnostaa, mutta myös askarruttaa kovasti. Hoitotyön kirjaamisessa on tapahtunut suhteellisen lyhyessä ajassa paljon muutoksia. Rakenteisen kirjaamisen implementointi on monessa toimipisteessä parhaillaan menossa, mikä vaatii kykyä omaksua ja oppia uutta, koulutusta sekä aikaa opitun sisäistämiseen. Hoitotyön yhteenvetoon käyttöönottoaminen miltei samanaikaisesti merkitsee lisää opeteltavaa ja omaksuttavaa. Jälkikäteen ajatellen olemme tyytyväisiä, että ehdotimme työelämälle tuotoksen laajentamista koskemaan myös hoitotyön yhteenvetoa. Tämän ansiosta ohjeistuksesta tuli kattavampi ja ajankohtaisempi. Hoitotyön yhteenvetoon esimerkkiä voi mahdollisesti käyttää hyväksi myös muilla osastoilla. Pitää vain ottaa huomioon, että hoidon kannalta keskeisten asioiden painotus vaihtelee. Opinnäytetyön tekoprosessin aikana oma tietämyksemme rakenteisesta kirjaamisesta lisääntyi. Myös hoitotyön yhteenvetoon tekeminen tuntuu luonnolliselta osalta potilaan hoidon hyvää dokumentointia.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, kuinka paljon ja laajalti tehty muistilista ja hoitotyön yhteenvetoon esimerkki ovat olleet käytössä. Toinen mahdollinen tutkimuskohde olisi, mitä mieltä sairaanhoitajat ovat hoitotyön yhteenvetoon esimerkistä ja onko se heidän mielestään parantanut alipaineimuhoidon saavan potilaan hoidon jatkuvuutta. Tämän lisäksi olisi kiinnostavaa tietää, että onko muistilista helpottanut hoitajien työtä potilassiirroissa. Myös potilaan näkökulma olisi mielenkiintoinen – miten potilaat ovat kokeneet omat hoitotyön yhteenvetonsa? Koska alipaineimuhoidon vaatii erityisosaamista, saattaisivat varsinkin laitoshoidon hoitajat hyötyä asiantuntijasairaanhoitajan pitämistä koulutustilaisuuksista. Voisi myös tutkia, parantaako tällainen tapaamisten yhteydessä tehtävä tiedonsiirto keskinäistä kommunikaatiota ja osapuolten toista kohtaan tuntemaa luottamusta.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Anesäter, E., Borgquist, O., Torbrand, C., Roupe, M., Ingemansson, R., Lindstedt, S. & Malmsjö, M. 2012. The use of a rigid disc to protect exposed structures in wounds treated with negative pressure wound therapy: Effects on wound bed pressure and microvascular blood flow. *Wound Repair & Regeneration* 20, 611 – 616.

Arslan, E., Ozturk, O. G., Aksoy, A. & Polat, G., 2011. Vacuum-assisted closure therapy leads to an increase in plasma fibronectin level. *International Wound Journal* 8(3), 224 – 228.

Berkun, S. 2006. Projektihallinnan taito. 1. painos. Helsinki: Readme.fi.

Ensio, A. 2008. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa Saranto, K. Ensio, A. Tantt, K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 150 – 156.

Hallintolaki. 6.6.2003/434.

Hassinen, T. & Tantt, K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. *Sairaanhoitaja-lehti*. Numero 3.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. 3. painos. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15 – 17. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Honkanen, J.-P. 2014. Siirtoviiveet saatiin hallintaan. *Lääkärilehti* 69 (15), 1122 – 1123.

Hurd, T., Chadwick, P., Cote, J., Cockwill, J., Mole, T. R. & Smith, J. M. 2010. Impact of gauze-based NPWT on the patient and nursing experience in the treatment of challenging wounds. *International Wound Journal* 7(6), 448 – 455.

Hustey, F.,M. & Palmer, R., M. 2010. An Internet-Based Communication Network for Information Transfer During Patient Transitions from Skilled Nursing Facility to the Emergency Department. *Journal of American Geriatrics Society*. 58(6), 1148 – 1152.

Jokinen, J. J., Sipponen, A., Lohi, J. & Salo, H. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. *Lääkärilehti* 64 (24), 2187 – 2193.

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. *Lääkärilehti* 123 (8), 981 – 7.

Juutilainen, V., Vikatmaa, P., Kuukasjärvi, P. & Malmivaara, A. 2007. Haavan alipaineimuhoidon vaikuttavuus ja turvallisuus. *Lääkärilehti* 62 (36), 3169 – 3175.

Kanta. 2014. Kanta-palvelut. Luettu 29.08.2014.
www.kanta.fi.

Katkennut hoitoketju. 2014. Lääkärilehti 69 (15), 1161– 1162.

Kellander, S. District Manager. 2013. V.A.C.® alipaineimuhoidon liittyvä opinnäyte-työ. Sähköpostiviesti. Luettu 22.10.2013.

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

Kratz, C. R. 1987. Hoitotyön prosessi. Kolmas painos. Helsinki: WSOY.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159.

Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Liljamo, P., Kinnunen, U.- M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Malmsjö, M., Lindstedt, S., Ingemansson, R. & Gustafsson, L. 2012. Bacteria and fungus binding mesh in negative pressure wound therapy. A review of the biological effects in the wound bed. *European Wound Management Association Journal* 12(3), 27 – 31.

Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Aiheita 18. Helsinki: Stakes.

Roivas, M. & Karjalainen, A-L. 2013. Sosiaali- ja terveystieteen viestintä. Helsinki: Edita.

Saranto, K. & Sonninen, A. L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K. Ensio, A. Tanttu, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 12 – 16.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298.

Tanttu, K. 2008. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa Saranto, K. Ensio, A. Tanttu, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 128 – 134.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kanta-palvelut. Luettu 29.08.2014. Päivitetty 11.11.2013.
www.thl.fi.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1. – 2.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

V.A.C.® –hoito. 2013. KCI. Luettu 11.12.2013. <http://www.kcimedical.fi/FI-FIN/vac-hoito>.

Vidgren, R. 2010. Hoitajalähteet hoidon jatkuvuuden edistäjänä potilassiirroissa. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Sosiaali- ja terveysala. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK. Opinnäytetyö.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wiio, O. A. 1994. Johdatus viestintään. Kuudes, uudistettu laitos. Helsinki: Weilin + Göös.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Kyselylomake potilaan vastaanottavalle osapuolelle (laitoshoito)

Liite 3. Kyselylomake potilaan lähettävälle osapuolelle (erikoissairaanhoido)

Liite 4. Muistilista alipaineimuhoidoa saavan potilaan siirron valmisteluun ja hoitotyön yhteenvedon esimerkki

Liite 1. Tutkimustaulukko

TAULUKKO 1. Tutkimustaulukko

Tekijät, tutkimus, vuosi	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Anesäter, Borgquist, Torbrand, Roupe, Ingemansson, Lindstedt & Malmsjö. The use of a rigid disc to protect exposed structures in wounds treated with negative pressure wound therapy: Effects on wound bed pressure and microvascular blood flow, 2012.	Tutkia, miten jäykkä levy alipaineimuhoidettavassa haavassa paljastuneiden elinten kuten verisuonten ja hermojen päällä vaikuttaa haavaan ja sen verenkiertoon.	Laboratoriotutkimus sioilla. N = 8 sikaa.	Jäykän levyn käyttö paljastuneiden verisuonten tai hermojen päällä saattaa suojata niiden rakenteita repeämiseltä tai vahingoittumiselta.
Arslan, Ozturk, Aksoy & Polat. Vacuum-assisted closure therapy leads to an increase in plasma fibronectin level. International, 2011.	Tutkia alipaineen vaikutusta fibrinogeenin määrään veressä ja sen vaikutusta haavan paranemiseen.	Kokeellinen tutkimus. N = 11 potilasta (7 miestä ja 4 naista).	V.A.C.®-hoito vaikuttaa plasman fibrinogeeniä lisäävästi ja siten edesauttaa haavan parantumista.

<p>Hurd, Chadwick, Cote, Cockwill, Mole & Smith. Impact of gauze-based NPWT on the patient and nursing experience in the treatment of challenging wounds, 2010.</p>	<p>Tutkia harsopohjaisen sidoksen vaikuttavuutta ja potilaan kivun tunteuksia alipaineimuhoidossa.</p>	<p>Prospektiivinen, ei-vertaileva tutkimus. N = 152.</p>	<p>Sidoksen valinnalla pystytään vaikuttamaan potilaalle sidoksen vaihdon yhteydessä tuotettuun kipuun. Näyttää siltä, että harsopohjaiset sidokset ovat kivuttomampia.</p>
<p>Hustey & Palmer. An Internet-Based Communication Network for Information Transfer During Patient Transitions from Skilled Nursing Facility to the Emergency Department, 2010.</p>	<p>Tutkia, parantaako Internet-pohjaisen siirtolomakkeen käyttöönotto oleellisen tiedon siirtymisen määrää potilassiirroissa.</p>	<p>Kvantitatiivinen, pilottitutkimus. N = 234 (ennen siirtoa), N = 276 (siirron jälkeen).</p>	<p>Yhtenäisen ohjeistuksen käyttö potilassiirrossa lisää hoidon oleellisen informaation välitymistä. Erityisesti tieto potilaan henkisestä tilasta ja toimintakyvystä välittyy paremmin ja epäoleellisen tiedon määrä vähenee. Mutta kaikilla osa-alueilla tapahtui tiedon siirrossa parannusta.</p>
<p>Malmsjö, Lindstedt, Ingemansson & Gustafsson. Bacteria and fungus binding mesh in negative pressure wound therapy, 2012.</p>	<p>Tutkia Sorbact®-tyyppisten haavasidosten vaikutusta haavaan alipaineimuhoidon aikana.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Sorbact®-tyyppinen bakteereja ja sieniä sitova sidos vaikuttaa lupaavalta vaihtoehdolta käytettäväksi alipaineimuhoidon kanssa, koska sen avulla granulaatiokudoksen tuotto lisääntyy sekä kudoksen kiinnittyminen sidokseen vähentyy.</p>

Liite 2. Kyselylomake potilaan vastaanottavalle osapuolelle (laitoshoito)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohjeistus lähettävän tahon hoitohenkilökunnalle haavan alipaineimuhoitoa saavan potilaan jatkohoidon turvaamiseksi, kun hoitopaikka vaihtuu erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tätä varten teemme pienen selvityksen hoitohenkilökunnan mielipiteistä aiheeseen liittyen.

Kyselyssä ei kerätä tunnistetietoja. Antamianne vastauksia käsitellään täysin luottamuksellisesti ja taustatietona eikä niitä lainata valmiiseen työhön. Käsittelemme ja säilytämme aineiston huolellisesti. Emme käytä missään suoria sitaatteja, joista yksittäisen vastaajan voisi tunnistaa.

1. Kuinka kauan hoitaja saa keskimäärin aikaa potilaan vastaanoton valmisteluun? (Esim. tieto siirrosta aamulla ja siirto teille seuraavana päivänä.)
2. Mitä tietoja saatte potilaasta siirron yhteydessä?
3. Millä menetelmillä saatte tietoa (esim. alustava puhelinsoitto, sähköposti, hoitotyön yhteenveto)?
4. Mistä tulevat potilaan haavanhoidon tarvikkeet (esim. ensimmäinen haavanhoito potilaan mukana tulevilla tarvikkeilla, toinen osaston tilaamalla)?
5. Mainitse mielestäsi kolme asiaa, jotka kaipaavat parantamista tai ovat jollakin tavalla kehittämisen arvoisia siirron sujuvuuteen liittyen tai ajatuksia miten siirtoa voisi kehittää?
6. Millaisissa kysymyksissä teidän täytyy olla yhteydessä lähettävään tahoon vielä siirron jälkeen (esim. lisätietoa haavanhoidosta, hoidon tavoite tai alkutilanne ja mitä tuloksia on saavutettu)?

Liite 3. Kyselylomake potilaan lähettävälle osapuolelle (erikoissairaanhoito)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohjeistus hoitohenkilökunnalle haavan alipaineimuhoidon saavan potilaan jatkohoidon turvaamiseksi, kun hoitopaikka vaihtuu erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tätä varten teemme pienen selvityksen hoitohenkilökunnan mielipiteistä aiheeseen liittyen.

Kyselyssä ei kerätä tunnistetietoja. Antamianne vastauksia käsitellään täysin luottamuksellisesti ja taustatietona eikä niitä lainata valmiiseen työhön. Käsittelemme ja säilytämme aineiston huolellisesti. Emme käytä missään suoria sitaatteja, joista yksittäisen vastaajan voisi tunnistaa.

1. Kuinka kauan hoitaja saa keskimäärin aikaa potilaan siirron valmisteluun (esim. tieto siirrosta aamulla ja siirto jatkohoitopaikkaan seuraavana päivänä)?
2. Mitä tietoja potilaasta kerrotaan jatkohoitopaikkaan siirron yhteydessä?
3. Mitä menetelmiä käytätte tiedonsiirtoon (esim. alustava puhelinsoitto, sähköposti, hoitotyön yhteenveto)?
4. Laitetaanko potilaalle mukaan automaattisesti haavanhoitotarvikkeita, vaiko vain pyynnöstä? Mitä tarvikkeita?
5. Mainitse mielestäsi kolme asiaa, jotka kaipaavat parantamista tai ovat jollakin tavalla kehittämisen arvoisia siirron sujuvuuteen liittyen tai ajatuksia miten siirtoa voisi kehittää?
6. Millaisia kysymyksiä jatkohoitopaikasta tulee siirron jälkeen (esim. kysymyksiä haavanhoidosta, hoidon tavoitteista)?