

Sanna Tähkää

**Sairaanhoitajien päivittäistoiminnan
hyvät käytännöt ja muutostarpeet**
Sairaanhoitajien kokemuksia teho-osaston ja valvontayksikön
toimintakulttuurista

Opinnäytetyö
Akuutti hoitotyö YAMK

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Sanna Tähkäpää	Sairaanhoitaja YAMK	Marraskuu 2018
Opinnäytetyön nimi		
Sairaanhoitajien päivittäistoiminnan hyvät käytännöt ja muutostarpeet – Sairaanhoitajien kokemuksia teho-osaston ja valvontayksikön toimintakulttuurista		77 sivua 2 liitesivua
Toimeksiantaja		
Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä, teho-osasto ja valvontayksikkö		
Ohjaaja		
Niina Eklöf		
Tiivistelmä		
<p>Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymässä varaudutaan tulevaan sosiaali- ja terveystalvelujen uudistukseen kokoamalla hajallaan olevia toimintoja yhteen ja rakentamalla nykyaikaisia tiloja vastaamaan nykyvaatimuksia. Eri yksiköiden yhdistämisillä pyritään lisäämään kustannustehokkuutta, parantamaan potilasturvallisuutta ja keskittämään asiantuntijaosaamista. Teho-osasto ja valvontayksikkö yhdistyvät tehovalvonnaksi tilojen valmistuttua kesällä 2019.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajien kokemuksia päivittäistoiminnan toimivista ja kehitettävistä käytännöistä. Tavoitteena oli tunnistaa molempien yksiköiden päivittäistoiminnan hyvät käytännöt ja muutostarpeet uuden tehovalvonnan yhtenäisten toimintamallien kehittämiseksi. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastatteluihin osallistui kymmenen (n = 10) sairaanhoitajaa teho-osastolta ja valvontayksiköstä. Aineisto analysoitiin induktiivista ja deduktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi samoja hoitotyön käytäntöjä ja toimintamalleja, joita kansainväliset tehohoitoyhdistykset ovat määritelleet kriteereiksi akuutti- ja tehohoitotyön käytännöille ja osaamisvaatimuksiksi akuuttihoitotyössä ja teho-osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille. Lisäksi opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi useita muita päivittäistoiminnan käytäntöjä, jotka vaativat yhteensovittamista tulevassa tehovalvonnassa. Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että yhteisten toimintamallien luominen kahden yksikön yhdistyessä on tärkeää, koska kehittämistoiminnan pohjalta luodut toimintamallit johtavat toiminnan paranemisiin ja takaavat hoidon laadun ja yhdenvertaisuuden. Hyvin luotu toimintakulttuuri näkyy hyvien hoitotuloksien lisäksi myös henkilökunnan työtyytyväisyytenä. Tuloksista saatiin käsitys molempien yksiköiden hyvistä ja muutosta vaativista päivittäistoiminnan käytännöistä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että teho-osaston ja valvontayksikön toimintamallit ja päivittäistoiminnan käytännöt poikkeavat toisistaan ja siksi yksiköiden yhdistyessä päivittäistoiminnan käytäntöihin ja toimintamalleihin täytyy kiinnittää erityistä huomiota, jotta toimintamallit saadaan yhdenmukaistettua. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa uuden tehovalvonnan toimintaa sekä yhtenäisiä käytäntöjä ja toimintamalleja.</p>		
Asiasanat		
toimintakulttuuri, toimintamalli, teho-osasto, valvontayksikkö		

Author (authors)	Degree	Time
Sanna Tähkäpää	Master's Degree in Acute Care	November 2018
Thesis title		
Good practice and development needs for day-to-day operations in nursing Nurses experiences of the operation culture in the intensive care unit and monitoring unit		77 pages 2 pages of appendices
Commissioned by		
Social and Health Care Services in South Savo, Intensive care and monitoring unit		
Supervisor		
Niina Eklöf		
Abstract		
<p>The Social and Health Care Services in South Savo are preparing for the upcoming reform of social and health services by aggregating scattered operations and building modern facilities to meet today's requirements. By combining different units health services are aims to increase cost-effectiveness, improve patient safety, and concentrate expertise. The intensive care unit and the monitoring unit combine as an intensive care and monitoring unit when the premises are completed in the summer of 2019.</p>		
<p>The objective of the thesis was to describe the nurses' experiences of good practices and development needs for day-to-day operations. The aim was to identify good practices and needs for change in the day-to-day operations of both units. The thesis was a qualitative study. The research material was collected by semi-structured interviews. Ten (n = 10) nurses from the intensive care unit and the monitoring unit participated in the interviews. The data was analyzed using inductive and deductive content analysis.</p>		
<p>The results of the thesis corresponded with the nursing practices and operating models defined by the International Critical Care Associations as criteria for acute and intensive care practices and competence requirements for nurses working in acute care and intensive care units. In addition, the results of the thesis show several other day-to-day practices that require coordination in the future. Based on previous studies, it is important to note that the creation of common operating models when two units are merged is important because the operational models created based on development activities lead to improvements in operations and ensure the quality of care and equality. A well-created operating culture is seen not only in good care results but also in staff satisfaction. The results identified the good practices of both units and the day-to-day practices that require change. In conclusion, intensive care unit and monitoring unit operating models and day-to-day practices differ, and therefore, when uniting with the day-to-day practices and operating models, special attention needs to be paid to harmonizing operating models. The results of the thesis can be utilized when designing the operations of future intensive care and monitoring unit as well as uniform practices and operating models.</p>		
Keywords		
operational culture, operating model, intensive care unit, monitoring unit		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAKULTTUURI	7
2.1	Tiedonhaku.....	7
2.2	Terveydenhuollon toimintakulttuuri	8
2.3	Hoitotyön toimintakulttuuri	10
2.4	Toimintakulttuuri osana organisaatiokulttuuria.....	12
3	TEHO-OSASTON JA VALVONTAYKSIKÖN TOIMINTAKULTTUURI JA HOITOTYÖN KÄYTÄNNÖT.....	15
3.1	Kriteerit akuutti- ja tehohoitotyön päivittäistoiminnan käytännöille	15
3.2	Teho-osasto.....	19
3.3	Valvontayksikkö.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
5	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ	23
5.1	Aineiston keruu.....	23
5.2	Aineiston analyysi.....	25
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
6.1	Potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot teho-osastolla	28
6.1.1	Potilaan kliininen hoitaminen	29
6.1.2	Tiedonhallinta	30
6.1.3	Vuorovaikutus	32
6.2	Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot teho-osastolla	33
6.2.1	Toiminnan suunnittelu ja toteutus	35
6.2.2	Hoitotyön kehittäminen	37
6.2.3	Moniammatillinen yhteistyö.....	39
6.2.4	Kollegiaalisuus.....	40
6.2.5	Positiivinen työilmapiiri.....	40

6.2.6	Teho-osaston ulkopuolinen toiminta	41
6.3	Potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot valvontayksikössä	43
6.3.1	Potilaan kliininen hoitaminen	44
6.3.2	Tiedonhallinta	45
6.3.3	Vuorovaikutus	47
6.4	Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot valvontayksikössä	48
6.4.1	Toiminnan suunnittelu ja toteutus	50
6.4.2	Hoitotyön kehittäminen	53
6.4.3	Moniammatillinen yhteistyö.....	54
6.4.4	Kollegiaalisuus.....	56
6.4.5	Päivittäisjohtaminen.....	56
7	POHDINTA.....	58
7.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	58
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	64
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	67
	LÄHTEET.....	70

Liite 1. Saatekirje opinnäytetyöstä

Liite 2. Suostumus haastattelututkimukseen osallistumisesta

1 JOHDANTO

Tulevan sote- uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen tehostaminen ja palvelujen kehittäminen on yhä tärkempää (Maakunta- ja soteuudistus s.a.; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Julkisen terveydenhuollon organisaatioissa tavoitteena on toimintojen tehostaminen ja laadun parantaminen. Eri yksiköiden yhdistämisillä yritetään saavuttaa kustannussäästöjä ja asiantuntijaosaamisen lisäämistä. (Turpeinen 2011, 46–48.) Kansalaisten muuttuneet terveystarpeet, koko ajan kehittyvät hoitomenetelmät ja koulutetun henkilökunnan saatavuus luovat haasteita palvelujen kehittämislle (Maakunta- ja soteuudistus s.a.; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Teho-osastojen ja valvontojen yhdistäminen on tällä hetkellä käynnissä lähes kaikissa Suomen keskussairaaloissa. Tehohoidon tarpeen on ennustettu lisääntyvän 19 % vuoteen 2020 ja 25 % vuoteen 2030 mennessä väestön ikääntymisestä johtuen. Potilaiden siirtäminen tarvittaessa tehohoidosta valvontaan ja päinvalvontaan tulee tapahtua joustavasti, minkä vuoksi kyseiset yksiköt on viisasta sijoittaa lähemmäksi. (Parviainen 2012, 67.) Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymässä on käynnissä Kuuma sairaala -hanke. Rakennusvaiheessa olevassa kuumassa sairaalassa yhdistyvät sairaalan erikoissairaanhoidon kolme kriittisintä aluetta: päivystys, tehovalvonta ja leikkaustoiminta. (Syväoja 2017, 3.)

Teho-osasto ja valvontayksikkö toimivat kuumassa sairaalassa myötä tapahtuvaan yhdistymiseen saakka fyysisesti eri tiloissa ja molemmissa yksiköissä on oma henkilökunta. Yksiköillä on kuitenkin ollut yhteinen osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja vuodesta 2014 saakka. Osastojen toimintatavat ja toimintakulttuuri poikkeavat tällä hetkellä toisistaan. Toimintatapojen erilaisuus tuo yhdistymiselle omat haasteensa (Turpeinen 2011, 10). Muutostilanteessa henkilöstön osallistuminen ja vaikuttaminen ovat tärkeitä asioita muutoksen onnistumiselle (Taskinen, 2017, 160–161), joten osastojen nykytoiminnan kartoittaminen on tärkeää ennen yhdistymistä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Mikkelin keskussairaalan teho-osaston ja valvontayksikön päivittäistoiminnan toimivia ja kehitettäviä käytäntöjä sairaanhoitajien kokemana. Tavoitteena on molempien yksiköiden hyvien

käytäntöjen ja muutostarpeiden tunnistaminen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä uuden tehovalvonnan toimintaa.

2 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAKULTTUURI

2.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu terveydenhuollon toimintakulttuurista ja toimintamalleista sekä hoitotyön toimintakulttuurista. Viitekehyksessä on mukana organisaatiokulttuuri osana terveydenhuollon toimintakulttuuria. Lisäksi teoriassa huomioitiin teho-osaston ja valvontayksikön päivittäistoiminnan erityispiirteet osana toimintakulttuuria. Viitekehys rakentuu laista, säädöksistä, asetuksista ja standardeista sekä aiemmasta tutkimustiedosta.

Opinnäytetyön teoriaa varten tehtiin tiedonhakuja eri tietokannoista. Tiedonhaun tavoitteena oli löytää tieteellisiä, vertaisarvioituja tutkimuksia. Käytetyt tietokannat valikoituivat Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjaston, Kaakkurin, tiedonhakuportaaleista. Systemaattisia tiedonhakuja tehtiin englanninkielisistä terveydenhuollon tietokannoista Pubmed ja Ebsco (Academic search elite) Cinahl. Suomenkielisiä hakuja tehtiin Medic- ja Melinda- tietokannoista. Hakusanat muodostettiin suomeksi ja englanniksi. Apuna käytettiin Finto- palvelua, jolla varmistettiin hakusanojen synonyymien löytäminen. Yhtä tutkimusta lukuun ottamatta kaikki tutkimukset ja artikkelit ovat vuosilta 2010-2018. Vuoden 2005 väitöskirjatutkimus valittiin mukaan aiheen osuvuuden vuoksi.

Suomenkielisiksi hakusanoiksi muodostuivat toimintakulttuuri, toimintamalli, organisaatiokulttuuri, terveydenhuolto, hoitotyö, akuuttihoito ja teho*. Englanninkielisiä hakusanoja olivat "operational culture", "organisational culture", "organizational culture", "organisation culture", "operational model", "healthcare, nurs*", "acute care" ja "intensive care unit".

Opinnäytetyön viitekehysten materiaaliksi valittiin kaksikymmentäviisi englanninkielistä ja yksitoista suomenkielistä tutkimusta. Pubmedista tutkimuksia valikoitui kahdeksan, Ebsco (Academic search elite) Cinahlista kymmenen, Medicista kuusi ja Melindasta kaksi. Manuaalisella haulla valikoitui seitsemän englanninkielistä ja kolme suomenkielistä lähdettä.

2.2 Terveydenhuollon toimintakulttuuri

Terveydenhuoltoalan henkilökunnalta edellytetään yhteisiä toimintamalleja ja -käytäntöjä, jotta potilashoitoa voidaan toteuttaa turvallisena, korkealaatuisena ja sujuvana (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Tavoitteena on, että Suomessa hoitoa tarjotaan koko maassa yhtenäisin perustein. Hoitokäytännöissä on ollut vaihtelua eri puolilla maata ja tästä syystä valtakunnallista yhtenäisten lääketieteellisen hoidon perusteiden toteutumista ohjataan Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Ministeriö on laatinut yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista kunnissa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos s.a.) Toimintamallien yhtenäistäminen edellyttää näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä, jolloin protokollat ohjaavat hoitoa kaikissa ammattiryhmissä (Griffith 2017, 333).

Julkiselta terveydenhuollolta vaaditaan laadukkaan hoidon tuottamista, mutta samanaikaisesti myös nopeutta ja kustannustehokkuutta (Kajamaa 2011, 6–7; Dubois ym. 2012, 286-287). Julkinen terveydenhuolto järjestetään verovaroin ja se on julkisesti valvottua ja kontrolloitua. Julkisen terveydenhuollon organisaatiolle tunnusomaista on poliittisuus. Toimintaa ohjaavat lait (esim. Terveydenhuoltolaki 1–79. §; Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 7.8.1992/785) ja niiden puitteissa palvelujen saannin tasapuolisuus pyritään turvaamaan kaikille kansalaisille. Toisaalta julkisen terveydenhuollon toimintaperiaatteita ohjaa keskeisesti etiikka. (Turpeinen 2011, 46.) Terveydenhuollon toimintakulttuuria on pyritty muuttamaan asiakaslähtöisemmäksi, mutta uusien toimintamallien tarkastelu ja kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä työtä ja tutkimusta (Tiirinki 2014, 120). Yhteisesti kehitetyt terveydenhuollon toimintamallit, jotka syntyvät aiemmin aloitetun kehittämistoiminnan pohjalta, voivat parhaimmillaan johtaa huomattaviin edistysaskeliin ja organisaation oppimiseen (Kajamaa 2011, 6–7).

Laadukkaan ja taloudellisesti tehokkaan hoidon tuottaminen edellyttää jatkuvaa terveydenhuollon toimintakulttuurin ja toimintamallien tarkkailua ja arviointia (Griffith 2017, 332–333). Tämä edellyttää terveydenhuollon johtajilta uu-

denlaista, tehokasta johtamisen mallia (Turpeinen 2011, 48). Terveysthuollon johtajien ja työntekijöiden selkeä yksimielisyys sitoutumisesta tehtävään ja arvoihin ovat avainasemassa pyrittäessä parhaaseen mahdolliseen tulokseen (Griffith 2017, 333). Hyvällä johtamisella voidaan parantaa työntekijöiden sitoutumista organisaation tavoitteisiin ja toimintamalleihin (Legget ym. 2017, 2). Siksi on välttämätöntä tunnistaa mahdollisuudet prosessien parantamiseen ja tehokkaan järjestelmäajattelun kehittämiseen (Griffith 2017, 330, 332–333). Hoitotyön lisääntyneet toimintamallit ja protokollat takaavat hoidon laadun ja yhdenvertaisuuden hoitopaikasta riippumatta (Woodrow 2012, 7). Parhaiden toimivien toimintamallien kehittäminen vaatii pitkäjänteistä ja päämäärätoista työskentelyä (Griffith 2017, 330, 332–333).

Terveysthuollon toimintakulttuurissa on nähtävissä eri ammattikuntien eli professioiden vahva sitoutuminen työhönsä (Wiili-Peltola 2005, 45, 53). Vahvat moraaliset ja eettiset työhön liittyvät tekijät ohjaavat terveysthuollon henkilöstön toimintaperiaatteita (Turpeinen 2011, 44). Organisaation toimintakulttuuri ja työilmapiiri ohjaavat sairaalan koko henkilökunnan toimintaa ja parhaimmillaan se näkyy hyvinä hoitotuloksina ja potilastyytyväisyytenä (Leggat ym. 2017, 4–5). Terveysthuollon hyvin luotu toimintakulttuuri johtaa yleensä myös koko henkilökunnan työtyytyväisyyden paranemiseen (Griffith 2017, 328).

Tutkimusnäyttöön perustuvat hoitosuositukset ja -ohjeet ohjaavat terveysthuollon toimintamalleja. Nämä hyvät käytännöt voivat olla toimintatapoja, ohjeistuksia, periaatteita tai uusi näkökulma tunnettuun ongelmaan. (Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos.) Esimerkiksi Suomessa laaditut kansalliset Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia hoitosuosituksia (Käypä hoito). Maakuntaudistuksen myötä tapahtuva sosiaali- ja terveysthuollon uudistus asettaa haasteita hoitosuosistusten kehittämiselle ja jatkossa sote-alueiden hoitoketjuja voitaisiin ohjata valtion ja maakuntien toimesta asettamalla terveysthuollon toimijoille vaatimuksia palvelujen laadusta ja resursseista (Komulainen 2017, 713–714).

Hyvät käytännöt yhtenäistävät toimintatapoja ja auttavat hyödyntämään onnistumisia. WHO:n (World Health Organization) Euroopan komitean uuden terveysthuollon poliittisen viitekehyksen, Health 2020:n, tavoitteena on tukea hallitusten ja

yhteiskunnan toimia, joilla pyritään muun muassa parantamaan merkittävästi väestön terveyttä ja hyvinvointia, vähentämään terveyseroja, vahvistamaan kansanterveyttä ja varmistamaan oikeudenmukaisia ja laadukkaita ihmiskeskeisiä terveydenhuoltojärjestelmiä. Viitekehyksen puitteet ovat näyttöön perustuvia ja vertaisarvioituja. Sillä on arvioitu olevan yhteiskunnallinen merkitys terveydenhuollon investointeja suunniteltaessa ja tehtäessä, koska hyvä terveys on elintärkeää taloudellisen ja sosiaalisen kehityksen kannalta ja se tukee talouden elpymistä. (WHO, Regional office for Europe 2013.)

2.3 Hoitotyön toimintakulttuuri

Hyvä henkilöstöpolitiikka mahdollistaa hoitotyön toimintakulttuurin toteutumisen ja kehittymisen (Dubois ym. 2012, 288). Toimivan hoitotyön toimintakulttuurin ylläpitäminen edellyttää hoitotyön johtajalta kannustavaa otetta ammattitaidon ja hoitotyön kehittämiseksi (Viinikainen 2015, 64). Toimivalla organisaatiomallilla on vaikutusta hoitohenkilökunnan työssä jaksamiseen akuuttihoitotyössä. Siksi johtajien tulee kiinnittää huomiota toimivan työympäristön mahdollistamiseen ja ergonomiseen työvuorosuunnitteluun. (Bellagamba ym. 2015, 364–365.) Työympäristön tulee olla tarkoituksenmukainen ja hoitotyön toimintakulttuuri vaatii kehittyäkseen fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja ammatillista tukea sairaanhoitajille (Dubois ym. 2012, 288). Toimintakulttuurin tulee olla sellainen, että se edistää työhyvinvointia ja -motivaatiota (Viinikainen 2015, 64). Hoitajien kokemus vahvasta toimintakulttuurista on todettu lisäävän työtyytyväisyyttä ja sitoutumista organisaation toimintamalleihin sekä parantavan työilmapiiriä (Rostila ym. 2011, 43–44; Saukkonen ym. 2017, 241).

Asiakkaat mieltävät hoitotyöntekijöiden toiminnan koko organisaation vakiintuneeksi toimintamalliksi (Tiirinki 2014, 115–116). Merkitsevin organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin selittävä tekijä terveydenhuollon organisaatioissa onkin hoitotyöntekijöiden ryhmä (Saukkonen ym. 2017, 247). Hoitotyön toimintamalleja tutkittaessa on huomioitava kolme organisaation ulottuvuutta: henkilöstösuunnittelu, käytännön hoitotyö ja työskentely-ympäristö (Dubois ym. 2012, 288–289). Taloudellisista säästöpainoista huolimatta henkilöstön riittävyyden varmistaminen ja osaamisen vahvistaminen on tärkeää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13). Hoitotyön resurssit ovat ratkaisevan tärkeitä organisaation

suorituskyvyille ja sairaanhoitajat ovat mukana kaikissa terveydenhuollon palvelukokonaisuuksissa. Siksi sairaanhoitajille on tärkeää löytää hoitotyön toimintamalleja, jotka maksimoivat käytettävissä olevia hoitohenkilöstöresursseja varmistaen samalla turvallisen, korkealaatuisen hoidon. (Dubois ym. 2012, 286.)

Organisaation toiminnan kehittämisen kannalta on tärkeää tunnistaa hoitotyössä vallitseva organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri. Hoitotyöntekijöillä on työyksikö-tasolla samanlaiset näkemykset vallitsevasta organisaatiokulttuurista ja -ilmapiiristä, mutta organisaatio-tasolla vaihtelua ilmenee. (Saukkonen ym. 2017, 240.) Hoitotyön toimintamallit vaihtelevat osastoittain ja toimintayksiköittäin. Tämä voi johtua olemassa olevista resursseista käytännön hoitotyön tekemiseen. (Dubois ym. 2012, 298–299.) Myös yksiköiden erilaiset arvot ja uskomukset vaikuttavat olemassa oleviin toimintamalleihin (Woodrow 2012, 15). Vaihtelu työyksiköittäin on tärkeää huomioida, koska se vaikuttaa hoitokäytänteisiin eli hoitotyön toimintakulttuuriin (Saukkonen ym. 2017, 240). Myös työympäristöllä voi olla vaikutusta toimintamalleihin (Dubois ym. 2012, 298–299).

Hoitotyön toimintakulttuurissa on nähtävissä tiedostamattomia toimintamalleja, jotka voivat vaikeuttaa esimerkiksi kahden yksikön yhdistymistä (Viinikainen 2015, 26). Kahden yksikön yhdistyessä erilaiset toimintamallit voivat muodostaa haasteen yhteistyön sujuvuudelle (Salminen-Tuomaala ym. 2017, 16). Tiedostamattomat toimintamallit aiheuttavat vaikeuksia koordinoida ja hahmottaa toimintaa kokonaisvaltaisesti. Organisaatioilmapiiri voi osaltaan selittää vaihtelevia hoitokäytänteitä. (Viinikainen 2015, 26.) Toimintatapojen yhteensovittaminen vie aikaa ja vaatii joustamista kaikilta osapuolilta (Salminen-Tuomaala ym. 2017, 16).

Näyttöön perustuvan toiminnan tulee olla osa hoitotyön toimintakulttuuria. Sen toteutuminen edellyttää kulttuuria, jossa kliinistä tutkimusta edistetään ja tutkimus integroidaan käytäntöön. (AACN 2015, 18, 25–26.) Tutkitun tiedon käyttöönotto edellyttää tiedonsaantia ja siitä vakuuttumista. Toimintamallien muuttaminen näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen vaatii riittävää koulutusta ja arviointia muutoksen vaikutuksista organisaation toimintaan. (Häggman-Laitila 2009, 22–23.) Näyttöön perustuvan toiminnan integrointi käytäntöön vaatii myös olemassa olevan organisaatiokulttuurin huomioimista (AACN 2015, 18,

25–26). Tämä vaatii hoitotyön johtajilta ja esimiehiltä aktiivista otetta näyttöön perustuvan toiminnan ja hyvien hoito- ja toimintakäytäntöjen edistäjänä (Holopainen ym. 2014, 40, 51–52). Toimintamallien käyttöönottoa edistävät hoitotyöntekijöiden sitoutuminen näyttöön perustuviin toimintamalleihin ja aktiivinen osallistuminen käytäntöjen muuttamiseen (Häggman-Laitila 2009, 22–23). Näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisen kannalta on tärkeää, että hoitotyön toimintakulttuuri tukee sellaisten toimintatapojen ja menettelyjen kehittämistä, jotka heijastavat näyttöön perustuvaa käytäntöä. Toimintatapojen tavoitteena on terveyden ylläpitäminen, kuntoutuminen, parantaminen tai kipujen lievittäminen kaikenikäisille potilaille koko eliniän ajan. (AACN 2015, 6–7, 18, 25–26.)

2.4 Toimintakulttuuri osana organisaatiokulttuuria

Kulttuuri voidaan yksinkertaistettuna määritellä työyhteisön tapana toimia tietyllä tavalla. Kulttuuria ilmentävät vuorovaikutus, kanssakäyminen ja työntekijöiden suhtautuminen toisiinsa. (Järvinen 2014, 84–86.) Kulttuuri antaa suuntaa ihmisten ajattelulle, arvostuksille ja huomiokyvylle (Harisalo 2010, 266–267). Siihen sisältyvät arvot, asenteet ja uskomukset näyttäytyvät työntekijälle käytännön työn kautta työyhteisön tärkeinä pitäminä asioina. Kulttuuri paljastaa käsitykset siitä, miten ihminen nähdään työyhteisössä ja miten työntekijöihin ja työhön ylipäätään suhtaudutaan. (Järvinen 2014, 84–86.) Kulttuuriin liittyvien yhteisten sisäisten arvojen, uskomusten ja normien avulla voidaan vaikuttaa työn tehokkuuteen. Arvojen ja normien avulla voidaan vaikuttaa tapaan, jolla organisaation jäsenet toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Tietyt kulttuuriset arvot voivat enemmän tai vähemmän edistää esimerkiksi tehokasta päätöksentekoa, raportointia, virheisiin vastaamista ja niistä oppimista, tiimityöskentelyä ja yksiköiden välistä synergiaa ja luovuutta. (Jacobs ym. 2013, 116.) Organisaation kulttuuri ja työilmapiiri vaikuttavat myös työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen ja sen kautta organisaation taloudelliseen tulokseen (Ros-tila ym. 2011, 44–46).

Toimintakulttuuri nähdään osana organisaatiokulttuuria. Kun organisaatiokulttuuri määritellään organisaation sisäisinä ilmiöinä niin toimintakulttuurina sen sijaan nähdään organisaation toimintatavat ja -mallit, jotka muodostuvat orga-

nisaation arvojen ja normien pohjalta. Nämä asiakkaille näkyvät arvot, uskomukset, normit, roolit ja säännöt ovat osa organisaation toimintakulttuuria. (Tiirinki 2014, 45–46.)

Organisaatiokulttuurilla tarkoitetaan organisaation jäsenten muovaamaa ja omaksumaa yhteistä sosiaalista todellisuutta. Organisaatiokulttuuriin perehtymällä voidaan tulla tietoisiksi työntekijöiden ja työyhteisön käyttäytymisen ja toimintamallien perimmäisistä syistä. (Kinnunen 2017, 168–169.) Edgar Scheinin teorian mukaan organisaatiokulttuuri voidaan kuvata kolmella tasolla. Organisaation tiedostamattomat perusoletukset muodostavat näkymättömän eli implisiittisen tason. (Schein & Schein 2017, 17–21.) Ne ovat ajan kuluessa muovautuneita, organisaatiossa piilevinä olevia toimintaperiaatteita ja näkemyksiä ja ne sisältävät organisaation kulttuurin perusarvot ja mallit (Schein & Schein 2017, 17; Kinnunen 2017, 171–172; Kinnunen & Vuori 2005, 194). Perusolettamuksia pidetään vaikeasti tunnistettavina, mutta sisäistetyt perusoletukset ohjaavat ihmisten toimintaa tiedostamattomina ja itsestäänselvyyksinä (Harisalo 2010, 267).

Toinen taso kulttuurijärjestelmässä on julkituodut arvot ja normit. Nämä kuvaavat organisaation tavoitteita ja strategioita, joiden pohjalta toiminta rakentuu. Toisaalta arvot ja normit voivat olla ristiriidassa perusoletusten kanssa, jolloin se asettaa haasteita organisaation toiminnalle. Kolmannen, näkyvän eli eksplisiittisen tason, muodostavat organisaation artefaktit, joita ovat rakenteet, prosessit ja toimintamallit. (Schein & Schein 2017, 19–20.) Artefaktiin kuuluvat esimerkiksi sairaalarakennus, sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetty ammattikieli tai tietyt rutiinit (Harisalo 2010, 269–270; Kinnunen 2017, 172–173). Organisaatiokulttuurin käsitettä voidaan Scheinin teorian mukaan pitää merkityksellisenä silloin, kun tarkoituksena on ihmisyhteisössä tapahtuvien asioiden ymmärtäminen (Schein & Schein 2017, 19–20) ja organisaatiokulttuuri on merkityksellinen organisaation sisäisen vuorovaikutuksen kannalta. Sosiaaliset normit vaikuttavat siihen, miten organisaatiossa puhutaan ja miten organisaation jäsenet ovat tekemisissä toistensa kanssa. (Virtanen & Stenvall 2014, 86–87.)

Terveysthuollon organisaatiokulttuuri on monimutkaisempi kuin aiemmin ajateltiin (Carney 2011, 523–525). Terveysthuollon organisaatioiden kulttuureissa on nähtävissä vahvojen alakulttuureiden olemassaolo. Alakulttuureita esiintyy ammattiryhmittäin, erikoisryhmittäin ja toimialayksiköittäin. Alakulttuurien olemassaolo korostuu erityisesti sairaaloissa. (Kinnunen 2017, 170–172.) Sairaalassa kulttuuri, jolle on ominaista stabiilius, suunnitelmallisuus ja tavoitteiden asettaminen, on todettu olevan kestävämpää kuin kulttuuri, jolle on ominaista joustavuus, yhteenkuuluvuus ja luottamus. Kuitenkin organisaatio, joka pystyy tasapainottamaan vastakkaisia kulttuurin ominaisuuksia, näyttää olevan paras mahdollinen malli toteuttaa muutoksia onnistuneesti ja ylläpitää niitä. (Alharbi ym. 2012, 298–299.) Organisaatiokulttuuri voidaan nähdä kriittisenä normien eteenpäin viejänä ja tapana, jolla organisaatiossa toimitaan. Terveysthuollon organisaatiokulttuuria vahvistetaan jatkuvasti työntekijöiden kautta käyttäytymällä tiettyjen toimintamallien mukaisesti. (Carney 2011, 523–525.)

Laadukkaan hoidon toteuttamisessa organisaatiokulttuurisia tekijöitä ovat huippuosaaminen hoidon toteuttamisessa, eettiset arvot, osallisuus, ammattitaito, taloudellisuus, hoitokustannukset sekä sitoutuminen laadun parantamiseen ja organisaation strategiaan (Carney 2011, 523–525). Terveysthuollon organisaatioissa vastuullisuuden kulttuuri on johtanut hyviin taloudellisiin tuloksiin ja potilastyytyväisyyteen. Tämä kannustaa työyhteisön jäseniä tuomaan esille työhön liittyviä huolenaiheita ja kaikkia esimiehiä ja johtajia käsittelemään näitä huolenaiheita rakentavasti. (Griffith 2017, 333.)

Organisaatiot, jotka arvostavat tiimityötä, yhteenkuuluvuutta ja työntekijöiden osallistumista, pystyvät tarjoamaan parempaa terveysthuollon palvelua (Alharbi ym. 2012, 295; Gregory ym. 2009, 678–679). Vakautta, työn tulosten valvontaa, suunnittelua ja suunnitelmista työskentelyä sekä tavoitteita arvostava kulttuuri vähentää potilaiden epävarmuutta. Vakautta arvostavalla kulttuurilla on kuitenkin taipumus vastustaa muutosta. (Alharbi ym. 2012, 295.) Terveysthuollon henkilökunnan työhyvinvoinnin on katsottu liittyvän organisaation ominaisuuksiin ja organisaatiokulttuuriin (Gregory ym. 2009, 678–679).

3 TEHO-OSASTON JA VALVONTAYKSIKÖN TOIMINTAKULTTUURI JA HOITOTYÖN KÄYTÄNNÖT

Teho-osastolla ja valvontayksikössä hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat peruselintoimintojen tarkempaa seurantaa ja hoitoa. Näihin yksiköihin on keski-etty elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon edellyttämä teknologia ja osaava henkilöstö. (Jalonen 2014, 63; Suomen tehohoitoyhdistys 1997.) Väestön ikääntyessä ja yhä sairaampia potilaita hoidettaessa alueellisesti ja valtakunnallisesti yhtenäinen ja tasavertainen teho- ja valvontahoidon toimintamalli takaa korkealaatuisen ja tasalaatuisen kustannustehokkaan hoidon (Varpula ym. 2007, 1275; Adam ym. 2017, 3).

3.1 Kriteerit akuutti- ja tehohoitotyön päivittäistoiminnan käytännöille

Euroopan tehohoitoyhdistys, EfCCNa (2013, 6–23) ja Amerikan tehohoitoyhdistys, AACN (2015, 1–26) ovat määritelleet kriteerit akuutti- ja tehohoitotyön käytännöille ja osaamisvaatimukset akuuttihoitotyössä ja teho-osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille. EfCCNa:n ja AACN:n mukaan akuuttihoitotyössä korostuvat sairaanhoitajien osaamisvaatimukset akuutisti ja kriittisesti sairaan potilaan hoidossa. Osaamisen varmistamiseksi sairaanhoitajille on tarjottava asianmukaista koulutusta ja osaamisen kehittämismahdollisuuksia. Sairaanhoitajien on vastuullisesti huolehdittava omasta koulutuksestaan ja ammatillisesta kehittämisestä. Hoitotyön käytäntöjen ja toimintamallien tulee pohjautua näyttöön perustuvaan tietoon. Esimiesten ja johtajien tulee toiminnallaan tukea näyttöön perustuvaa toimintaa sekä tukea elinikäistä oppimista ja ammatillista kasvua. Johtajuutta pyritään edistämään kaikilla tasoilla ja toiminnoilla. Sairaanhoitajien on työssään toimittava vastuullisesti ja eettiset periaatteet huomioiden sekä pyrittävä vahvistamaan eettisten periaatteiden ymmärrystä suhteessa akuutti- ja tehohoitoon. Sairaanhoitajien on toiminnallaan tuettava kriittisesti sairaan potilaan kuntoutusprosessia koko hoitajakson ajan. Moniammatillisuutta tulee vahvistaa toiminnassa ja kommunikoinnissa. Yhteistyön potilaiden omaisten kanssa tulee olla sujuvaa ja myötätuntoista. Potilasasiakirjoja tulee käsitellä järjestelmällisesti ja huolellisesti hyvien käytäntöjen ja siihen liittyvän lainsäädännön mukaan.

Tehostetussa hoidossa korostuvat hoitotyön osaamisen vaatimukset. Sairaanhoidajalta vaaditaan tiedollista ja taidollista asiantuntemusta sekä riittävää kokemusta hoitotyöstä. (Lakanmaa ym. 2012, 330.) Erityistä osaamista vaaditaan kliinisessä päätöksenteossa, hoitokäytännöissä, etiikassa, näyttöön perustuvassa hoitotyössä ja sujuvassa yhteistyössä. Myös priorisoinnin ja kriittisen ajattelun merkitys korostuvat akuuttihoitotyössä. (EfCCNa 2013, 22; AACN 2015, 6–7; Lakanmaa ym. 2012, 333.) Akuutin hoitotyön hoitokäytännöt perustuvat erikoisosaamiseen ja sairaanhoitajilla tulee olla erityisosaamista potilaan peruselintoimintojen tukemisessa (AACN 2015, 6–7). Osaamiseen määritellään liittyvän perustiedot ja riittävä kokemus tehohoito työstä sekä riittävät taidot, asenteet ja arvoperusta (Lakanmaa 2013, 135). Yksi tärkeimmistä tehohoidon laadun mittareista on potilaan selviytyminen, johon vaikuttavat yksittäiset ja organisaatioon liittyvät tekijät sekä tiimityöskentely. Teho-osastolla työskentelevien sairaanhoitajien osaaminen on yksi tärkeä tekijä tässä prosessissa. Osaamiseen vaikuttaa tietopohja, taidot, asenteet ja kokemus. Nämä voidaan jakaa kliiniseen osaamiseen sekä teoreettiseen osaamiseen. Kliiniseen osaamiseen kuuluu potilaan hoitoon läheisesti liittyvät taidot kuten hoitotyö, kliiniset ohjeet ja hoitotoimenpiteet, kun taas ammatillinen pätevyys liittyy yleisesti hoitotyöhön ja koostuu eettisistä toimista, päätöksistä, kehitystyöstä ja yhteistyöstä. (EfCCNa 2013, 8–23; Gundrosen ym. 2014, 312–317.)

Teho-osaston ja valvontayksikön hoitotyön päivittäistoiminnassa korostuvat tilanteiden nopea muuttuminen potilaiden tilan kriittisyyden vuoksi (Blomster ym. 2001, 57). Sairaanhoidajan rooli on hoitosuhteessa hallitseva, koska potilas on akuuttivaiheessa vuodepotilaana kytkettynä erilaisiin hoito- ja tarkkailulaitteisiin (Meriläinen 2012, 71–74; Meriläinen ym. 2010, 247). Silti on tärkeää, että potilas saa riittävästi tietoa ja kokemuksen, että häntä kuunnellaan. Potilaan tulee antaa osallistua hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon mahdollisuuksien mukaan. (Schandl ym. 2017, 107–108.) Tehostetussa hoidossa pyritään luomaan ja ylläpitämään mahdollisimman turvallinen, potilaan yksityisyyttä kunnioittava, parantava ja huolehtiva hoitoympäristö (Blomster ym. 2001, 57–59). Sairaanhoidajan tehtävä on vastata potilaiden ja omaisten yksilöllisiin tarpeisiin akuutissa tilanteessa ja tukea heitä hoitoon liittyvässä päätöksenteossa (AACN 2015, 6–7). Myös omaisten psyykkisen voinnin huomioiminen on tärkeää, koska he kokevat ahdistusta liittyen läheisen äkilliseen sairastumiseen (Alfheim ym. 2018, 397–394; AACN 2015, 6–7; EfCCNa 2013,

16). Omaisten tiedon tarve korostuu läheisen vakavan sairastumisen yhteydessä ja siksi sairaanhoitajalla on suuri rooli omaisten informoimisessa ja tukemisessa (Wong ym. 2015, 60–61). Sairaanhoitajan täytyy ennakoida ja reagoida nopeasti muuttuviin tilanteisiin sekä sopeutua epävarmoissa nopeaa päätöksentekoa vaativissa tilanteissa (Adam ym. 2017, 3).

Teho-osaston ja valvontayksikön päivittäistoimintaa johtaa osastonhoitaja. Laajan kokemuksen omaava osastonhoitaja on vastuussa hoitotyön toimivuudesta ja laadusta. Osastonhoitajan tehtävä on huolehtia henkilökunnan riittävästä koulutuksesta ja yhdessä osastonlääkärin ja vastuuhenkilöiden kanssa pitää protokollat ja toimintaohjeet ajan tasalla. (Valentin & Ferninande 2011, 1577–1578.) Hoitotyön innovatiivisella ja näyttöön perustuvalla johtamistavalla voidaan vaikuttaa työhön sitoutumiseen ja henkilökunnan pysyvyyteen akuutti-sairaanhoidon alueella (Sawatzky & Enns 2012, 703, 705). Hyvällä johtamisella voidaan vaikuttaa työntekijöiden motivaatioon, sitoutumiseen, työssä jaksamiseen, työhyvinvointiin ja työn tuloksellisuuteen (Lammintakanen 2017, 238–239). Osastonhoitajan ydintehtävä on luoda edellytykset laadukkaalle ja vaikuttavalle hoitotyölle. Hänen tehtävänsä on työskennellä niin, että organisaation perustehtävä toteutuu. Osastonhoitajan tulee ymmärtää näyttöön perustuvan toiminnan merkitys hyvien käytäntöjen ja uusien toimintatapojen mahdollistajana. (Holopainen ym. 2014, 51–54.) Hyvällä johtamisella mahdollistetaan akuuttihoitotyössä työskentelevän sairaanhoitajan hoitotyön kehittäminen näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen ja tiedon soveltaminen potilashoidossa (EfCCNa 2013, 18; AACN 2015, 6–7).

Teho-osaston ja valvontayksikön päivittäisessä toiminnassa korostuu moniammatillinen yhteistyö. Nopeasti muuttuvat tilanteet ja epävarmuus vaativat nopeaa päätöksentekoa ja avointa kommunikointia. Sujuvan moniammatillisen yhteistyön on todettu edistävän potilaan hoitoa ja toisaalta lisäävän henkilökunnan työtyytyväisyyttä. (AACN 2015, 6–7; Woodrow 2012, 7–9.) Sairaanhoitajien ja lääkäreiden lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat tiiviisti myös fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja muut tukipalveluja tarjoavat ammattihenkilöt (Valentin & Ferninande 2011, 1578). Sujuva moniammatillinen yhteistyö takaa potilaan laadukkaan hoidon ja siksi tiimityöskentelyn merkitys korostuu tehohoitotyössä. Tehokas viestintä on välttämätöntä tehohoitotyöhön liittyvien ongelmien käsittelyssä. (Camelo & Chales 2013, 110–117.)

Moniammatillisen yhteistyön harjoittaminen on todettu olevan tärkeää erityisesti akuutisti sairastuneita potilaita hoidettaessa. Saumaton yhteistyö, sujuva vuorovaikutus ja hyvä johtajuus tukevat tehokasta tiimityötä. (Hoppu ym. 2014, 1744.) Erilaiset käsitykset tiimityöstä ja kommunikaatiosta voivat heijastella ymmärryksen puutetta tiimin tavoitteista sekä tiimityön rakenteesta ja prosesseista (Meurling ym. 2013, 485). Nimenomaan tiimityön puuttumisen on todettu olevan syynä terveydenhuollon haittatapahtumissa (Hoppu ym. 2014, 1744). Tehohoidon haittatapahtumien välttämiseksi akuutissa hoitotyössä ja moniammatillisissa tiimeissä tilanteita on alettu harjoittelemaan simulaation keinoin (Gundrosen ym. 2014, 312–317). Simulaatioharjoittelun avulla kaikkien akuuteissa tilanteissa toimivien terveydenhuollon ammattilaisten käsitykset omasta osaamisesta sekä tiimityöstä ja sen laadusta paranivat. Myös työskentelyolosuhteet koettiin turvallisemmaksi ja potilasturvallisuuden katsottiin paranevan. Simulaatioharjoittelun myötä myös työntekijöiden vaihtuvuus ja sairauslomien määrät vähenivät. (Meurling 2013, 35–36.)

Eettisten ja vaikeiden tapausten käsittely on akuuttihoitotyössä tärkeää (Valentin & Ferninande 2011, 1578). Akuuttihoitotyössä potilaan kriittisen tilanteen vuoksi eettisyys, eettiset haasteet ja eettisyyden pohdinta korostuvat, (AACN 2015, 6–7) koska potilas ei sairautensa vuoksi pysty osallistumaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon (Kleinknecht-Dolf ym. 2015, 598–599). Hoidon lopettamisesta päättäminen, elvytyksestä pidättäytyminen ja hoidosta saatavan hyödyn arvioiminen vaativat monimutkaista ja stressaavaa eettistä päätöksentekoa. Myös rajallisten resurssien aiheuttama potilasvalinta on eettisesti raskasta. (Adam ym. 2017, 549–551.) Siksi akuuttihoitotyössä työskentelevät sairaanhoitajat kokevat riittämättömyyttä ja stressiä ja tarvitsevat esimiesten tukea pystyäkseen toteuttamaan potilashoitoa paremmin (Browning ym. 2007, 252–253).

Kuntoutuksen ja varhaisen mobilisoinnin merkitys korostuu teho-osaston ja valvontayksikön päivittäisessä toiminnassa (Heikura ym. 2017, 524; Sommers ym. 2015, 1051–1052). Mahdollisimman varhain aloitettu kuntoutus tukee toipumista ja ehkäisee tehohoidosta johtuvaa sekavuutta (Adam ym. 2017, 14–15). Fysioterapian tulee olla osa päivittäistä toimintamallia. Moniammatillisesti toteutettu kuntoutus luo edellytykset potilaan paremmalle toipumiselle ja voi lyhentää tehohoitojaksoa. (Heikura ym. 2017, 524; Sommers ym. 2015, 1051–

1052.) Sekä sairaanhoitajien että moniammatillisen tiimin toteuttama kuntoutus ovat todettu olevan potilaan kannalta hyödyllisiä toimintamalleja (Mendes ym. 2017, 62).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista määrittää, kuinka potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä asiakirjoja tulee laatia ja säilyttää. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaskertomusta ja siihen liittyviä potilastietoja tai asiakirjoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.) Akuuttihoitotyössä kirjaamisen tärkeys korostuu hoitoa koskevan tiedon saannin turvaamiseksi. Riittävän tarkalla ja huolellisella kirjaamisella luodaan edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle ja varmistetaan hoidon toteutus, seuranta sekä turvataan hoidon jatkuvuus. (Blomster 2001, 181.) Hoitotyön kirjaamisen sujuvuus, kirjaamistavan toimivuus sekä käytössä olevan tietojärjestelmätoteutuksen käytettävyys ovat tärkeitä, jotta työtehtävät voidaan toteuttaa tehokkaasti ja sujuvasti. Potilastietojärjestelmien ja hoitokertomusten tulee olla ominaisuuksiltaan sellaisia, että ne edesauttavat terveydenhuollon ammattilaisten työtehtävien suorittamista ja tarjoavat ammattilaisille sopivia työkaluja työn sujuvoittamiseksi. Moniammatillisesti tarkasteltuna hoitotyön kirjaamisen ja kirjaamismallin tulisi tarkoituksenmukaisesti tukea hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten välistä tiedonvaihtoa, päätöksentekoa ja työnjakoa. (Nykänen & Junntila 2012, 12.)

3.2 Teho-osasto

Teho-osastoilla hoidettavat potilaat joutuvat useimmiten teho-osastolle akuutin tilapäiseksi arvioidun vakavan peruselintoiminnan häiriön tai sen uhkan vuoksi (Adam ym. 2016, 24; Jalonen 2014, 63; Reinikainen & Varpula 2018, 162; Vahtare 2016, 161). Peruselintoiminnon häiriöt voivat johtua esimerkiksi äkillisestä sairastumisesta tai vammasta (Varpula & Lund 2014, 944). Yleisimmät syyt tehohoidolle ovat hengityksen, verenkierron tai tajunnan tason häiriöt tai niiden yhdistelmät (Reinikainen & Varpula 2018, 162). Tehohoidon potilasvalinnassa korostuu nopea päätöksenteko akuutissa vaiheessa. Päätös tehohoitoon ottamisesta on tehtävä huomioiden potilaan perussairaudet, niiden vaikeusaste ja odotettavissa oleva elämänlaatu. (Vahtare 2016, 161; Varpula &

Lund 2014, 943.) Toisaalta kroonisen perussairauden omaava potilas voi hyötyä lyhyestä tehohoidosta esimerkiksi leikkauksen tai trauman jälkeen (Marshall ym. 2017, 272–273). Tehohoidon toteuttamiseksi tarvitaan tehohoitoon perehtynyt lääkäri sekä tehohoitoon perehtyneitä sairaanhoitajia (Ala-Kokko & Pettilä 2018, 165).

Suomen kaikilla teho-osastoilla oli vuonna 2015 yhteensä yli 18 000 tehohoitajaksoa. Keskussairaaloissa 94 % ja yliopistosairaaloissa 65 % hoitajaksoista olivat päivystyksellisiä. Alle 18 vuotiaita potilaita oli 3 % ja yli 80 vuotiaita 10 %. (Reinikainen & Varpula 2018, 161-162.)

Mikkelin keskussairaalan viisipaikkaisella teho-osastolla hoidetaan eri erikoisalojen lapsi- ja aikuispotilaita, joilla on yhden tai useamman elintoiminnon ohimeneväksi arvioitu häiriö tai sen uhka tai jotka tarvitsevat suunnitellusti tehohoitoa esimerkiksi suuren leikkauksen jälkeen. Lisäksi osastolla hoidetaan tehovalvontapotilaita, jotka tarvitsevat osastohoitoa vaativampaa, mutta tehohoitoa kevyempää hoitoa. Päivystysaikana teho-osastolla hoidetaan heräämötarkkailua tarvitsevat potilaat. Osaston toiminnasta vastaa anestesia- ja anestesialääkäri ja hän hoitaa potilaita yhteistyössä eri erikoisalojen lääkäreiden kanssa. (Tehostettu hoito 2016.) Tilastollisesti vuonna 2017 Mikkelin keskussairaalan teho-osastolla hoitopäiviä kertyi 1 214 ja keskimääräinen hoitoaika oli 2,9 vuorokautta. Lisäksi heräämöpotilaita oli 559. (Lirkki 2018.)

Teho-osaston henkilökunnan vastuualueeseen kuuluu sairaalan elvytys- ja MET- toiminta (Medical Emergency Team). Teho-osaston hoitajien toimesta tapahtuvan MET-toiminnan tarkoituksena on tarjota resursseja niihin yksiköihin, joissa sitä tarvitaan. MET-toiminnan tarkoituksena on puuttua potilaan voimien huononemisiin ja aikaistaa hoidon aloittamista. Näillä keinoin voidaan ehkäistä elvytystilanteeseen ajautuminen ja tunnistaa tehohoidon tarve ajoissa. (Ala-Kokko & Pettilä 2018, 166; Tirkkonen ym. 2014, 2311–2315.) Jokaiseen työvuoroon on nimetty MET-hoitaja, joka voidaan tarvittaessa hälyttää sairaalan muihin yksiköihin potilaan kärsiessä peruselintoimintojen häiriöstä (Tehostettu hoito 2016). MET-toiminnan tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta tarjoamalla asianmukaista hoitoa jo vuodeosastolla potilaan kärsiessä peruselintoimintojen häiriöstä (Kantola & Kantola 2013, 222). Vuonna 2017 MET-hoitajille kertyi 898 teho-osaston ulkopuolista käyntiä (Lirkki 2018).

3.3 Valvontayksikkö

Valvontayksiköillä tarkoitetaan tehohoitoa kevyempää, mutta vuodeosastohoitoa intensiivisempää hoitoa tarjoavia yksiköitä (Ala-Kokko ym. 2014, 9–10; Jalonen 2014, 63). Suomessa valvontayksiköitä ovat esimerkiksi sydänvalvonta, CCU, sydänyksikkö, kirurginen- tai sisätautien valvonta, aivohalvausyksikkö, aivoverenkiertohäiriöyksikkö, stroke, neurovalvonta ja valvontaosasto (Lundgrén-Laine ym. 2014, 132). Kansainvälisessä kirjallisuudessa tehohoitoa kevyempää hoitoa tarjoavia osastoja nimitetään tehovalvonnoiksi. Tehovalvontahoito eroaa tehohoidosta siten, että hoitomenetelmät ovat pääosin kajoamattomia. (Varpula ym. 2007, 1271–1272.) Valvontayksiköissä hoidetaan myös tehohoidosta siirtyviä potilaita, jotka tarvitsevat vuodeosastohoitoa tarkempaa seurantaa ja hoitoa (Ala-Kokko ym. 2014, 9–10).

Useat neurologiset sairaudet, kuten aivoverenkiertohäiriöt vaativat valvontatasoista hoitoa ja tarkkailua (Saastamoinen ym. 2017, 256). Aivoverenkiertohäiriöillä (AVH) tarkoitetaan aivoverisuonten tai aivoverenkierron sairauksia. Aivoverenkiertohäiriöiden nopea hoito on potilaan ennusteen kannalta tärkeää ja hoito tulee antaa erikoissairaanhoidossa. (Roine & Jäkälä 2014, 171; Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoitosuositus 2016.) Sydänpotilaista epästabiliitit, akuutit sepelvaltimo-oireyhtymä- ja sydäninfarktipotilaat tarvitsevat jatkuvaa verenkierron ja iskemian oireiden monitorointia valvontayksikössä (Kervinen 2016). Hengitysvajauspotilaat tarvitsevat jatkuvaa tarkkailua ja hengityksen tukemista lisähapen tai non-invasiivisin menetelmin (Lönn & Pajunen 2017, 40–41).

Mikkelin keskussairaalan sisätautilääkärijohtoisessa, seitsemänpaikkaisessa valvontayksikössä hoidetaan äkillisesti tai vaikeasti sairastuneita sydän- hengitysvajaus- ja neurologisia potilaita. Valvontayksikkö toimii akuuttivaiheen hoito-, tarkkailu- ja toimenpideyksikkönä. Valvontayksikössä hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat osastohoitoa vaativampaa hoitoa ja tarkkailua. Yksikössä on neljä paikkaa ajanvarauksella tulevia sydäntutkimuspotilaita varten. Arkipäiviin painottuvassa ajanvarauksellisessa toiminnassa potilaat tulevat yksikköön aamulla ja kotiutuvat jo samana tai seuraavana päivänä. (Valvontayksikkö 2016.) Tilastollisesti vuonna 2017 valvontayksikössä hoitopäiviä oli kar-

diologisilla potilailla 2279 ja neurologisilla potilailla 593, yhteensä 2872 hoitopäivää. Keskimääräinen hoitoaika kaikilla potilailla oli 1,4 vuorokautta. (Lirkki 2018.)

Valvontayksikön hoitotyö on potilaskeskeistä. Jokaisessa työvuorossa potilaalla on nimetty omahoitaja, joka vastaa potilaan hyvinvoinnista yhdessä lääkärin ja muun henkilökunnan kanssa. (Valvontayksikkö 2016.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajien kokemuksia päivittäistoiminnan toimivista ja kehitettävistä käytännöistä. Tavoitteena oli tunnistaa molempien yksiköiden päivittäistoiminnan hyvät käytännöt ja muutostarpeet uuden tehovalvonnan yhtenäisten toimintamallien kehittämiseksi.

Tutkimustehtävät:

1. Mitkä asiat osastojen päivittäistoiminnassa koetaan toimiviksi ja miksi?
2. Mitkä asiat osastojen päivittäistoiminnassa tarvitsevat kehittämistä ja miksi?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ

Opinnäytetyön lähestymistavaksi valittiin kvalitatiivinen tutkimus, koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tutkimukseen osallistuneiden kokemukset tulevat vapaasti esille. Laadullinen tutkimus sopii vuorovaikutuksellisten ilmiöiden tutkimiseen. Tyypillistä laadulliselle tutkimukselle on, että asioita ja ilmiöitä tutkitaan niiden luonnollisissa yhteyksissään. (Al-Busaidi 2008, 11; Holloway & Galvin 2017, 3–4; Tuomi & Sarajärvi 2018, 23–28.)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään paljastamaan tai löytämään jo olemassa olevia tosiasioita. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti tutkimustehtävää vastaavaksi. Tutkija suosii aineiston hankinnassa metodeja, joissa tutkittavien mielipiteet ja näkökulmat pääsevät vapaasti esille. Tutkija luottaa omiin kykyihinsä havaintojen tekijänä, mutta huomioi, että hän ei voi saavuttaa täydellistä objektiivisuutta, koska tutkija ja tutkittava asia tai ilmiö kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. (Flick 2014, 15–17; Green & Thorogood 2009, 29–30; Tuomi & Sarajärvi 2018, 76–77.)

5.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jotka toteutettiin ryhmähaastatteluina huhtikuussa 2018. Ryhmähaastattelun etuna on tiedon saaminen usealta osallistujalta yhtä aikaa. Ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta saadut tiedot voivat olla monipuolisempia. (Green & Thorogood 2009, 123; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87–89; Vilkkä, 2015, 79.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelun teema-alueet on etukäteen määritelty. Teemahaastattelun etuna on se, että kysymyksiä voidaan tarkentaa ja syventää haastateltavien vastauksiin perustuen. (Flick 2014, 211–213; Eskola & Vastamäki 2015, 29; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87–88.) Teemahaastattelussa tutkijan näkökulma tutkittavasta ilmiöstä ei vaikuta tutkimustuloksiin vaan haastateltavien tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä (Al-Busaidi 2008, 14; Hirsjärvi ym. 2009, 48). Teemahaastattelua käyttämällä haastateltavat henkilöt saadaan reagoimaan mahdollisimman luontevasti ja vapaasti asetettuihin tut-

kimusongelmiin. Tällainen keskustelunomainen tietojenkeruumenetelmä mahdollistaa syvällisen tiedon saannin, joka voisi olla muilla menetelmillä toteutettuna vaikeampaa. (Green & Thorogood 2009, 129, 131; Hirsjärvi ym. 2009, 199–202.)

Haastateltavat valittiin tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisesti. Heidän valinnassaan korostui haastateltavien kokemus tutkittavista ilmiöistä sekä halukkuus ja kyky keskustella aiheesta haastattelutilanteessa. (Green & Thorogood 2009, 127–128; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124.) Haastateltavilta edellytettiin vähintään kahden vuoden työkokemusta työyksikössä, jotta heillä on mahdollisimman paljon näkemyksiä tutkittavasta aiheesta.

Teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajille lähetettiin sähköpostilla saattekirje (liite 1) ja kutsu osallistua ryhmähaastatteluun. Vapaaehtoisia haastateltavia pyydettiin ilmoittautumaan sähköpostitse opinnäytetyön tekijälle. Molemmista yksiköistä ilmoittautui riittävä määrä vapaaehtoisia haastateltavia. Ryhmähaastattelujen ajankohdat sovittiin yhdessä teho-osaston ja valvontayksikön osastonhoitajan kanssa. Molempien yksiköiden sairaanhoitajille järjestettiin erilliset ryhmähaastattelut, yksi ryhmähaastattelu molemmille osastoille. Haastatteluryhmät muodostuivat teho-osaston (n = 6) ja valvontayksikön (n = 4) sairaanhoitajista. Haastattelut järjestettiin viikon sisällä toisistaan, jotta haastattelujen sisältö säilyisi mahdollisimman yhdenmukaisena ja aineistoa päästiin näin käsittelemään nopeammin. Haastattelut tallennettiin kahdella nauhurilla ja litteroitiin heti haastattelujen jälkeen. Litteroitua aineistoa tuli 61 sivua fontilla Arial, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5.

Teemahaastattelujen haastattelurunko muodostui tutkimustehtävistä. Haastateluissa haettiin vastauksia kysymyksiin: Mitkä asiat osastojen päivittäistoiminnassa koetaan toimiviksi ja miksi? ja mitkä asiat osastojen päivittäistoiminnassa tarvitsevat kehittämistä? Teemojen lisäksi haastattelussa kysyttiin apukysymyksiä, kuten pyydettiin tarkennuksia tai syvennettiin kysymyksiä haastateltavien vastausten perusteella.

5.2 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineisto analysoidaan tyypillisesti sisällön analyysiä käyttäen. Sisällönanalyysin avulla voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä ja aineisto pyritään analysoimaan objektiivisesti ja systemaattisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3; Tuomi & Sarajärvi 2018, 104–107.) Lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu (Hirsjärvi 2009, 160). Sisällönanalyysillä tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja ja malleja. (Cavanagh 1997, 5–13; Elo ym. 2014, 1; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Tuomi & Sarajärvi 2018, 117–127.)

Opinnäytetyön haastatteluaineiston analysointi aloitettiin teho-osaston litteroidun aineiston induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Analyysin aluksi opinnäytetyön tekijä luki aineistoa useita kertoja läpi saadakseen tarkan kokonaiskuvan aineiston sisällöstä.

Induktiivisessa sisällön analyysissä analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä ja aineistoa analysoitaessa edetään yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin (Eskola & Suoranta 2003, 156). Sisällön analyysi aloitettiin analyysiyksikön määrittämisellä. Analyysiyksiköksi valittiin sana, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjasivat analyysiyksikön valintaa. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen luotiin pohja analyysille lukemalla aineistoa aktiivisesti useita kertoja läpi. (Flick 2014, 429–431; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja käsitteellistettiin. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin kategorioiksi sen mukaan, mitkä ilmaisut näyttivät kuuluvan yhteen. Ryhmittelyn jälkeen aineisto käsitteellistettiin, jolloin siitä muodostetut kategoriat nimettiin sisältöä hyvin kuvaaviksi. Samansisältöiset kategoriat yhdisteltiin toisiinsa ja niistä muodostettiin yläkategorioita. Yläkategorioille annettiin nimet, jotka kuvaavat hyvin niiden sisältöä. Yläkategorioista muodostettiin vielä yhdistävät kategoriat. Käsitteellistämisen avulla saatiin siis kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

Taulukossa 1 esitetään esimerkki sairaanhoitajien toimintaan liittyvien päivittäistoimintojen induktiivisesta sisällön analyysistä.

Taulukko 1. Induktiivinen sisällön analyysi potilaan hoitoon välillisesti liittyvistä sairaanhoitajien päivittäistoiminnoista

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
"Tosi hyvin kaikkia toimintaohjeita ja protokollia ja ne perustuu näyttöön"	Hyvät toimintaohjeet ja protokollat, jotka perustuvat näyttöön perustuvaan tietoon	Hoito-ohjeet ja protokollat	Hoitotyön kehittäminen	Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot
"Tänään katsottiin opiskelijan kanssa vieroitusprotokolla niin kyllähän se oli helppo löytää"	Osa toimintaohjeista ja protokollista on helposti löydettävissä			
"Saadaan sieltä lääketieteen lehdet ja tiedonhaku on helpompaa"	Näyttöön perustuvan tiedon etsiminen on mahdollistettu organisaation puolesta	Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen		
"Meillähän on ideaali tilanne se, että meillä potilaspaikeilla pystytään menemään esimerkiksi terveystieteen"	Näyttöön perustuvan tiedon hakeminen on mahdollistettu hyvin tehokkaalla	hoitotyön kehittämisessä		
"Semmoset yleiset ja selkeät asiat, ne kyllä kulkee. Semmoiset akuutit"	Yleiset ja selkeät asiat tiedotetaan hyvin	Päivittäiseen toimintaan liittyvä tiedonkulkua ja tiedottaminen	Toiminnan suunnittelu ja toteutus	
"Sähköpostissakin on se ongelma, että siellä voi olla niin paljon asiaa, että sen löytäminen, sen oleellisen asian löytäminen on vähän työlästä"	Sähköpostista on vaikea löytää tärkeitä ja olennaisimmat viestit			
"Meillä on hyvät ohjeet. Paikan laittamiseen, huoltoihin ja näihin"	Laitteiden huoltamiseen ja potilaspaikeiden laittamiseen on hyvät ohjeet	Laitteiden ja hoitoympäristön huoltaminen		
"Se on hyvä, että kun joudutaan itse huolehtimaan laitteista niin sitten jotenkin esimerkiksi hengityskoneet oppii ihan eritavalla kyllä"	Sairaanhoitajat tuntevat laitteet hyvin, koska joutuvat huoltamaan ne			

Teho-osaston aineiston sisällön analyysiin jälkeen aloitettiin valvontayksikön aineistoon perehtyminen. Useamman lukukerran jälkeen huomattiin, että aineistot ovat sisällöllisesti samankaltaisia. Siksi päätettiin, että valvontayksikön aineisto analysoidaan deduktiivisesti eli teorialähtöisesti teho-osaston aineistosta muodostuneen viitekehyksen mukaan.

Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä sisällön analyysissä analyysia ohjaa aikaisempi teoria tai malli. Tässä opinnäytetyössä mallina käytettiin teho-osaston induktiivisella sisällön analyysillä muodostettua analyysirunkoa. Analyysirunko oli väljä, ja aineistosta poimittiin asioita myös analyysirungon ulkopuolelta ja niistä muodostettiin omia luokkia induktiivisella sisällön analyysillä. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 7–8.) Deduktiivinen sisällön analyysi eteni induktiivinen sisällön analyysin tavoin eli alkuperäisilmaisut pelkistettiin säilyttäen alkuperäisilmaisun sisältö (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 109).

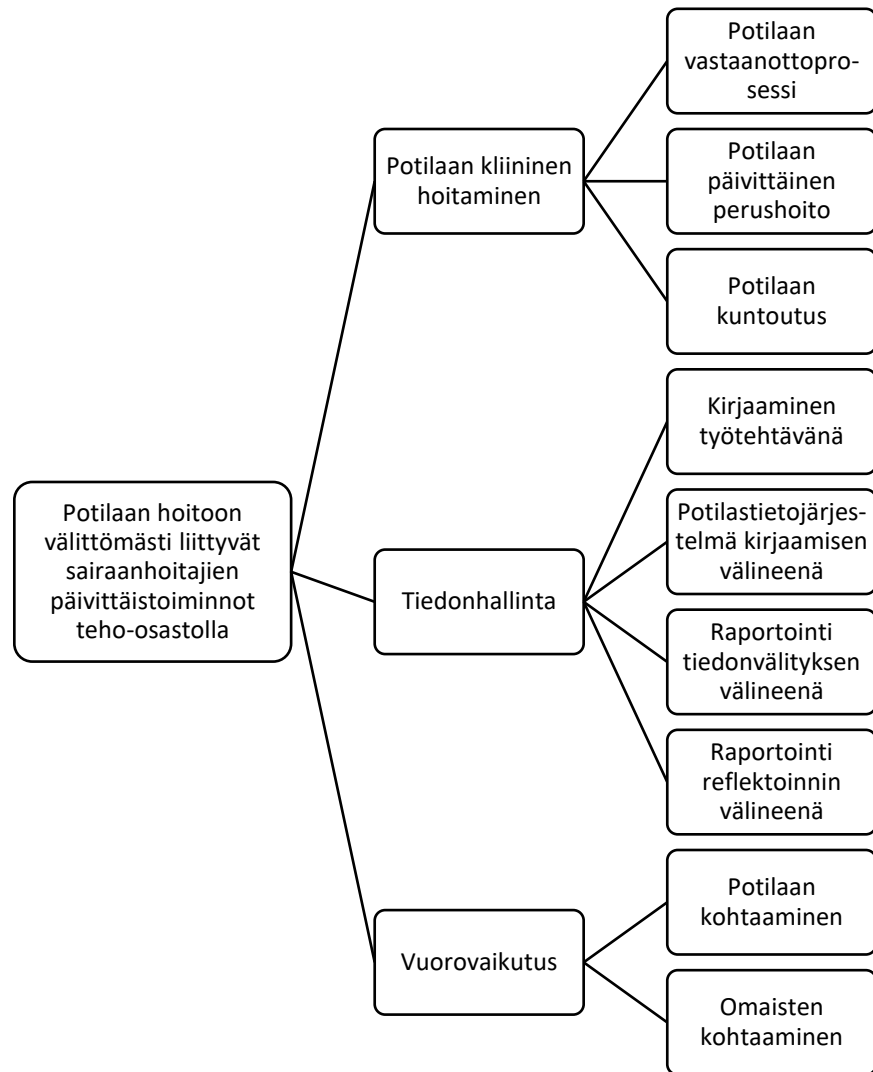
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui yhteensä kymmenen sairaanhoitajaa teho-osastolta ja valvontayksiköstä (n = 10). Haastatteluihin osallistuneiden kyseisen työyksikön työkokemuksen keskiarvo oli teho-osastolla 11,9 vuotta ja valvontayksikössä 9 vuotta. Valvontayksikön sairaanhoitajien työkokemuksessa on huomioitu työskentely sydänvalvonnassa ja stroke-yksikössä ennen niiden yhdistymistä valvontayksiköksi. Molempien yksiköiden sairaanhoitajien yhteenlaskettujen työvuosien keskiarvo oli 15,4 vuotta. Haastatteluihin osallistui sekä miehiä että naisia.

Opinnäytetyön tulokset saatiin analysoimalla teho-osaston haastatteluaineisto induktiivisesti sisällön analyysillä, jonka jälkeen valvontayksikön aineiston samankaltaisuuden vuoksi valvontayksikön haastatteluaineisto analysoitiin deduktiivisesti käyttäen teho-osaston aineistosta nousseita luokkia. Tutkimustulokset esitetään erikseen teho-osastolta ja valvontayksiköstä. Molempien osastojen päätulokset esitetään kahdessa osassa. Ensiksi kuvataan potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot. Toiseksi kuvataan potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot. Sekä hyvät että kehitettävät käytännöt esitetään saman otsikon alla. Tuloksissa esitetään myös alkuperäisiä ilmauksia, jotka ovat identifioitu haastateltavalle annetun numeron mukaan esim. H1 (haastateltava 1). Numerointia käytetään haastateltavien anonyymiteetin varmistamiseksi.

6.1 Potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot teho-osastolla

Sairaanhoitajien kuvauksissa potilaan hoitoon välittömästi liittyviä sairaanhoitajien päivittäistoimintoja ovat potilaan kliininen hoitaminen, tiedonhallinta ja vuorovaikutus (kuva 1).



Kuva 1. Potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot sairaanhoitajien kuvaamana.

6.1.1 Potilaan kliininen hoitaminen

Teho-osaston sairaanhoitajien kuvauksissa potilaan kliiniseen hoitamiseen liittyvät potilaan vastaanottoprosessi, potilaan päivittäinen perushoito ja potilaan kuntoutus.

Potilaan vastaanottoprosessi koettiin toimivaksi ja siihen on olemassa hyvät, yhdessä laaditut ohjeet. Potilaan hoitopolkua ja potilaan vastaanottotilannetta potilaan siirtyessä tehohoitoon kuvattiin selkeäksi.

Kun potilas esimerkiksi tulee meidän osastolle ja sitten aloitetaan se potilaan tehohoito ja sitten sen jälkeen hän se nopeesti menee siihen tiettyyn niinku rutiinomaisiin toimintoihin. (H1)

Varmaan se rytmi on kyllä ehkä se niinku sellainen hyvä asia. (H5)

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan perushoidolla tarkoitetaan kokonaisvaltaista huolehtimista potilaan puhtaudesta ja painehaavojen ehkäisystä asento- hoidoin. Perushoito kuuluu olennaisena osana tehohoitopotilaan kokonaishoi- toon ja se perustuu näyttöön perustuvaan tietoon ihonhoidon ja pesujen mer- kityksestä tehohoitopotilaan kokonaishoidossa. Potilaan päivittäinen perus- hoito kuvattiin teho-osastolla hyväksi, ja perushoito kuuluu päivittäisiin rutiineihin. Potilaan vointi kuitenkin huomioidaan aina perushoitoa suunniteltaessa ja potilaalle järjestetään aikaa lepoon ja toipumiseen tilanteen niin vaatiessa.

Ja perushoito on hyvä. (H5)

Potilaan kuntouttaminen koettiin osaksi päivittäisiä rutiineja ja sen avulla yllä- pidetään teho-osastolla hoidossa olevan potilaan toimintakykyä ja ehkäistään painehaavaumien syntyminen.

Kuntoutuminen, perushoito ja kaikki tällainen. Siinä on sitten sellainen oma rytminsä ja tietysti pitää vähän miettiä, että minkälainen se potilas on. (H1)

6.1.2 Tiedonhallinta

Sairaanhoitajat kuvasivat kirjaamiseen, potilastietojärjestelmään kirjaamisen välineenä, raportointiin tiedonvälityksen välineenä ja raportointiin reflektoinnin välineenä liittyviä asioita tiedonhallintaan liittyen.

Teho-osastolla kirjaamisen kuvattiin olevan nopeaa käytössä olevan potilastie- tojärjestelmän ansiosta. Kirjaaminen on tarkkaa ja tieto kirjataan yhdenmukai- sesti ja systemaattisesti. Nykyinen käytössä oleva potilastietojärjestelmä ja teho-osastolla sovitut kirjaamiskäytännöt sopivat sairaanhoitajien kuvausten mukaan hyvin tehohoitotyöhön. Potilastietojärjestelmä kerää tietoa automaatti- sesti ja sitä kautta vähentää sairaanhoitajan kirjaamisen tarvetta. Automaatti- sesti kirjautuvan tiedon lisäksi vapaan tekstin kirjaaminen potilastietojärjestel- mään on helppoa ja vapaaseen tekstiin kirjataan hoitotyön päätöksentekoon liittyviä asioita. Teho-osaston potilastietojärjestelmästä saa haastateltavien kertoman mukaan helposti tarkistettua potilaan tietoja ja tietoja pystytään ver- tailemaan hoitojakson ajalta.

Ne on kuitenkin nopeasti merkattavissa ne asiat, mitä tehdään ja tapahtuu. Silleen jotenkin tuohon työhön sopivaa. (H2)

Järjestelmä kerää sitä tietoa hyvin tarkasti ni ei tarte sitten ite enää monin sanoin lisätä sinne juurikaan ja sitten taas toisaalta, kun se kerää ne asiat niin sit ne on joka potilaan kohdalla aina ne samat siellä valmiina. (H4)

Ja sen voi tarkastaa. Ja vertailla sitten taas toisiin päiviin ja pitkissä hoitajaksoissa. (H3)

Raportointikäytäntöjä on haastateltavien mukaan kehitetty ja suullinen raportointi on aikaisempaan verrattuna strukturoidumpaa. Raportointikäytäntö koettiin selkeäksi, ja potilaista annettavat suulliset raportit ovat kokonaisvaltaisia, mutta toisaalta tiiviitä. Raportointitilanteissa hyväksi koettiin se, että seuraavaan vuoroon tulevan sairaanhoitajan kanssa pystyy keskustelemaan ja vaihtamaan ajatuksia potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Tämän koettiin auttavan potilaan hoidossa.

Suullisessa raportissa seuraavan vuoron sairaanhoitajan koettiin saavan kaikki potilaan hoidon kannalta olennaiset tiedot. Sairaanhoitajien kuvausten mukaan raportointitilanteessa tarkistetaan sovitun käytännön mukaan esimerkiksi menossa olevat infuusiot, jolloin jokaisen vuoron vaihtuessa tarkistetaan, että kaikki on tehty sovitusti. Tässä tilanteessa tekemättömät työt raportoidaan suullisesti ja vastuu niistä siirtyy seuraavan vuoron sairaanhoitajalle.

Se on viime aikoina ollut sellainen strukturoidumpi. Että siinä käydään läpi ne tietyt asiat. (H2)

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan arkipäivinä teho-osaston lääkäri antaa iltavuoron sairaanhoitajille raportin, ”yleiskatsauksen”, kaikista teho-osaston potilaista. Yleiskatsaus koettiin opetuksellisena tilanteena, jossa lääkäri voi kertoa tarkemmin potilaan sairaudesta, siihen liittyvistä hoidoista ja mahdollisista hoitolinjauksista. Yleiskatsauksesta vastaava sairaanhoitaja saa riittävän tiedon kaikista teho-osastolla olevista potilaista.

Sittenhän meillä kun on lääkärin pitämä yleiskatsaus. Niin, että se ois semmoinen opetuksellinen tilanne. (H2)

Niin, onhan se kokonaisuudenkin kannalta tietysti, jos ajatellaan vaikka sit vuorovastaavan tehtäviä. Niin tietää sit, että missä kenenkin potilaan kohdalla mennään. (H4)

Kehitettävää tiedonhallinnassa kuvattiin olevan kirjaamisen osa-alueessa. Hoitotyön tarpeiden määrittelyä ei sairaanhoitajien kuvausten mukaan tehdä eikä sitä myöskään kirjata. Teho-osaston potilastietojärjestelmässä ei ole sovittua kohtaa hoitotyön tarpeiden määrittelyn kirjaamiselle. Potilastietojärjestelmään ei aina kirjata kaikkia suullisessa raportoinnissa esille tulleita asioita.

Siis semmonenhan periaatteessa meidän tietojärjestelmästä, siitä kirjaamisesta, puuttuu, niinkun tarpeen määrittäminen. (H1)

Kaikkiahan niitä ei kirjoiteta sinne. Että ollaan paljonkin varmaan keskusteltu jostain tietystä asiasta, mutta se ei sitten näy siellä potilastietojärjestelmässä. (H1)

Teho-osaston potilastietojärjestelmää toivottiin kehitettävän niin, että kaikille teho-osastolla hoidettaville potilasryhmille tulisi havaintosivuja, joihin kirjataan potilaan hoitoon liittyvät asiat. Havaintosivut koettiin hyväksi, koska ne on tehty näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen ja ne ohjaavat potilaan hoitoa.

Neurologisen potilaan hoitotyötä ja sitä havainnointia on kyllä helpottanut ja muistuttanut clinisoftiin ajettu neurologinen sivu. Että en tiää, että pystyiskö sitä tekemään muillekin potilasryhmille, missä siitä ois hyötyä. (H5)

6.1.3 Vuorovaikutus

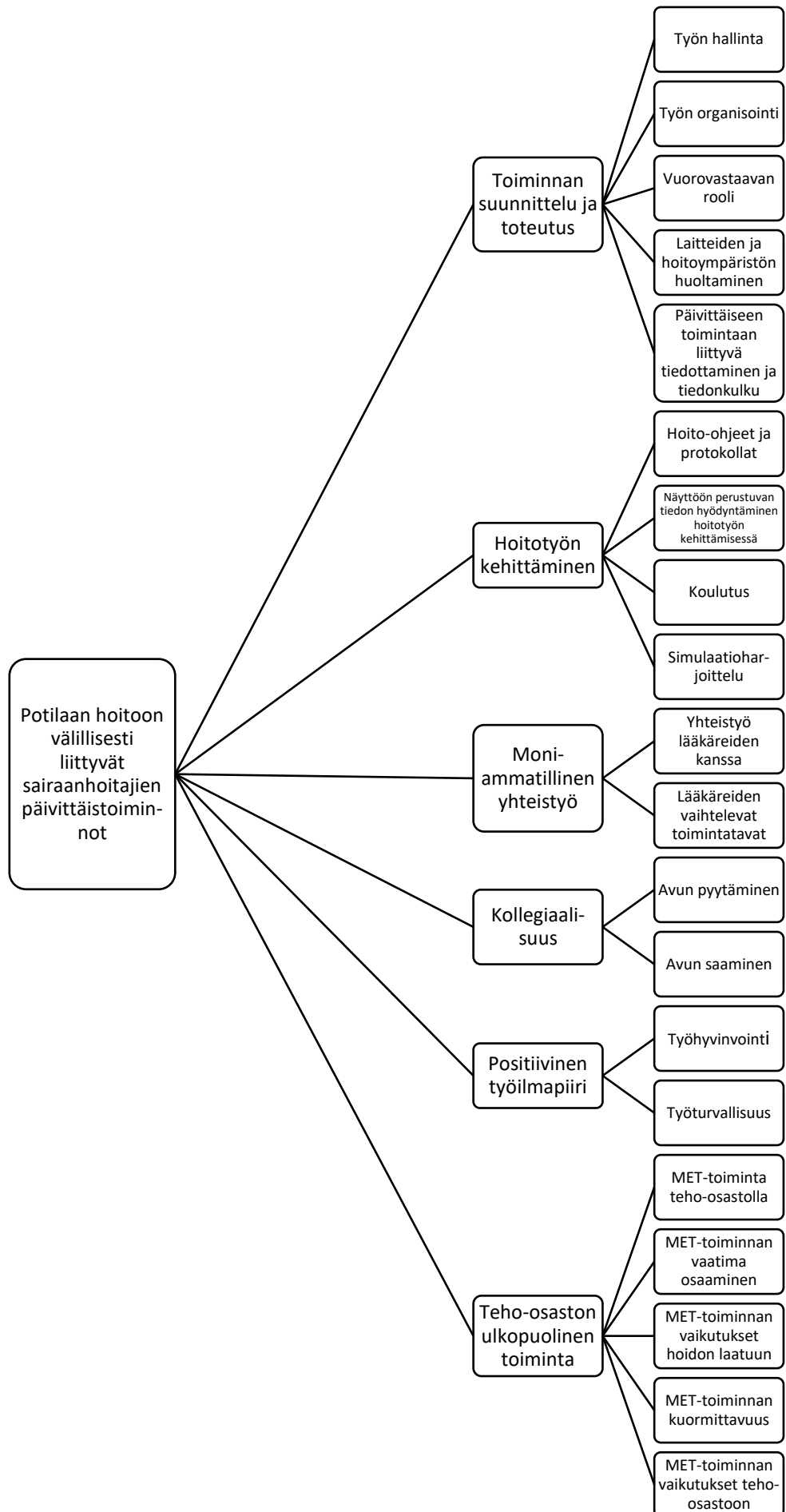
Potilaan hoito teho-osastolla kuvattiin intensiiviseksi ja tehohoitotyön luonteen kuvattiin kuuluvan se, että potilaan läheiset ovat kriittisessä tilanteessa kiinteästi mukana potilaan vierellä. Sairaanhoitajien mielestä potilaita kohdellaan yksilöllisesti ja kunnioittaen. Haastateltavien kuvausten mukaan tehohoitotyössä potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutus on jatkuvaa. Potilaita kuunnellaan ja heidän mielipiteensä ja toiveensa huomioidaan.

Myös potilaan läheisiä kuvattiin kohdeltavan yksilöllisesti, kunnioittaen ja huomioiden. Omaisia kuunnellaan ja tuetaan ja tarvittaessa ohjataan esimerkiksi kriisiavun piiriin.

*Ja sitten mie näkisin, että me kyllä kohdellaan potilaita ja heidän läheisi-
ään hirveän hyvin. Kunnioitetaan ja kuunnellaan, huomioidaan. Tuetaan
ja ohjataan tarvittaessa lisäavun piiriin, jos on semmoisia tilanteita. (H5)*

6.2 Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot teho-osastolla

Potilaan hoitoon välillisesti liittyviä sairaanhoitajien päivittäistoimintoja ovat haastatteluissa nousseiden kuvausten mukaan toiminnan suunnittelu ja toteutus, hoitotyön kehittäminen, moniammatillinen yhteistyö, kollegiaalisuus, positiivinen työilmapiiri ja teho-osaston ulkopuolinen toiminta (kuva 2).



Kuva 2. Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot sairaanhoitajien kuvaamana.

6.2.1 Toiminnan suunnittelu ja toteutus

Teho-osastolla työn hallinnan kuvattiin toteutuvan pääasiallisesti hyvin. Osastolla on vahva toimintakulttuuri ja sen puitteissa työnteko on hallittua ja selkeää. Sairaanhoitajien kuvausten mukaan työnjako on pääsääntöisesti toimivaa ja jokainen tietää työvuorossa oman roolinsa ja tehtävänsä. Työvuoroissa on lähes aina riittävästi henkilökuntaa. Työn organisointia helpottaa yhdessä laadittu päivärytmi ja raameiltaan päivän aikataulu on aina samanlainen. Sovitut käytännöt ohjaavat työtä, mutta tarvittaessa käytäntöjä muokataan joustavasti.

Ne semmoiset hyvät toimintatavat siirtyy sit niille seuraaville ihmisille, että sitten on tavallaan turvallisempi tehdä töitä, kun tietää, että näin täällä on tehty. Ja näin on oikein tehdä. (H1)

Toisaalta koettiin, että sairaanhoitajan rooli jää epäselväksi yksittäisissä työvuoroissa, jos sairaanhoitajalla ei ole omaa potilasta eikä vastaavan- tai MET-hoitajan roolia.

Silloin, jos on pienempi potilasmäärä ja sulla ei ole niin sanotusti vastuuta, MET-vuoroa etkä oo päävastuussa sit potilaasta niin silloin se on sit vähän irrallinen. (H5)

Työvuoron vastaavan sairaanhoitajan tehtävät ja rooli koettiin selkeiksi. Sairaanhoitajien kuvailujen mukaan vuoron vastaava sairaanhoitaja huolehtii kaikista hänelle kuuluvista tehtävistä. Vastaavan hoitajan tehtävät on määritetty, ja hän tekee tietyt asiat tai delegoi tarvittaessa tehtävät muille.

Meillä on vuorovastaava, joka sitten kantaa vastuunsa siitä vuorosta ja että ihmiset pääsevät syömään ja huolehtii, että asiat tulee tehtyä. Se on hirmu hyvä käytäntö. (H3)

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan he huoltavat laitteet, kuten esimerkiksi erilaiset hengityskoneet ja valmistelevat potilaspaikan uutta potilasta varten. Sairaanhoitajien tehtäviin kuuluu hoitotarvikkeiden täydentäminen potilaspaikeille ja hoitotiloihin. Sairaanhoitajat kokivat, että pääsääntöisesti heillä on aikaa laitteiden huoltamiselle, hoitotarvikkeiden täydentämiselle ja potilaspaikan valmistelulle. Jokaiseen laitteeseen on tehty hyvät huolto-ohjeet, joiden avulla

laitteiden huoltaminen on helppoa. Samoin potilaspaikan valmisteluun on hyvät ja selkeät ohjeet.

Meillä on hyvät ohjeet. Paikan laittamiseen, huoltoihin ja näihin. (H6)

Se on myös hyvä, että kun joudutaan itse huolehtimaan laitteista ja tavaroista niin sitten jotenkin esimerkiksi hengityskoneet oppii ihan eri tavalla kyllä. (H4)

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan ilta- ja yöaikaan laitteita ei välttämättä ehdi huoltamaan pienemmän henkilökuntamäärän vuoksi. Tällöin laitteet jäävät seuraavaan työvuoroon tulevien huollettaviksi. Kiireisinä työvuoroina koettiin, että hoitotarvikkeiden täydentäminen ja laitteiden huoltaminen vie aikaa potilashoidolta. Ratkaisuksi tähän keskusteluissa nousi hoitologistikon palvelujen käyttäminen hoitotarvikkeiden ja -välineiden täydentämisessä.

Niin, hoitologistikko-palvelut vois olla sitten näiden yleisten paikkojen täyttämiseen ja huolehtimiseen. Että hoitajan aika ei mee tilausten tekemiseen. (H2)

Välillä hoitotarvikkeiden ja -välineiden täydentäminen jää sairaanhoitajien kuvailujen mukaan tekemättä, vaikka siihen olisi aikaa. Syyksi tähän pohdittiin sitä, että potilaspaikan täydentämiselle ei ole sovittua aikaa päivärytmissä.

Tokihan se voi olla, että on ollut niin kiire, että paikkojen täyttäminen on unohtunut tai ei oo huomannut, mutta ei se aina senkään piikkiin mene. (H3)

Päivittäiseen toimintaan liittyvä tiedottaminen toimii sairaanhoitajien kertoman mukaan pääsääntöisesti sähköpostin kautta. Yleiset ja selkeät asiat tiedotetaan kokemuksen mukaan hyvin. Teho-osaston kansliassa sijaitseville valkotaluille laitetaan päivittäiseen toimintaan liittyvät ja tiedotteet ja akuuteista, tärkeistä asioista tiedotetaan suusanallisesti jokaiselle.

Semmoset yleiset ja selkeät asiat, ne kyllä kulkee. Semmoiset akuutit. (H2)

Sähköpostia ei aina ehdi sairaanhoitajien kertoman mukaan lukemaan kiireen vuoksi ja koska sähköposteissa ei käytetä tärkeysluokitusta niin tärkeät ja

olennaisimmat viestit on vaikea löytää. Osa tärkeistä asioista löytyy vain osastotunnilla kirjatusta muistiosta ja kiireen vuoksi niitä ei aina ehdi lukea. Tiedonkulkuun liittyen sairaanhoitajat kokivat, että keskeneräisistä asioista ei tiedoteta riittävän usein. Keskeneräisistä asioista toivottiin säännöllistä tiedottamista.

Sit tällaiset vähän työläämmät ja vähän vaiheessa olevat jutut. Niin niistä toivoisi sellaista tiedottamista aina väliajoin, että missä mennään. (H5)

Sähköpostissakin on se ongelma, että siellä voi olla niin paljon asiaa, että sen löytäminen, sen oleellisen asian löytäminen on vähän työlästä. (H4)

6.2.2 Hoitotyön kehittäminen

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan hoitotyön kehittämisen on oltava jatkuvaa, jotta potilaille voidaan tarjota parasta mahdollista laadukasta hoitoa. Teho-osastolla hoitotyön kehittämisen koettiin olevan aktiivista. Teho-osaston toimintaohjeet ja protokollat koettiin hyviksi, ja ne perustuvat näyttöön perustuvaan tietoon. Osa toimintaohjeista ja protokollista on helposti löydettävissä. Sairaanhoitajien kertoman mukaan näyttöön perustuvalla toiminnalla varmistetaan, että potilaan hoidossa käytetään parasta ja ajantasaista saatavilla olevaa tietoa. Näyttöön perustuvan tiedon hakeminen on mahdollistettu organisaatiossa ja teho-osastolla hyvin. Jokaisella potilaspaikalla on tietokoneet, joilla pääsee terveysalan tietokantoihin, ja tiedonhaku on siksi mahdollista myös potilastyön ohessa.

Meillä on ideaali tilanne se, että meillä on potilaspaikoilla koneet niin me pystytään menemään esimerkiksi terveysporttiin ja saadaan sieltä vaikka eri lääketieteen lehdet. Että istut siinä ja sä samanaikaisesti voit tarkkailla potilasta ja samalla sitten kattoo joitain juttuja. (H1)

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan jokaisella sairaanhoitajalla on nimetyt, tehohoitotyöhön liittyvät vastuualueet, jonka ohjeistukset sairaanhoitaja tekee näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen. Vastuualueiden hoitamiseen on pääasiallisesti hyvin aikaa. Sairaanhoitaja etsii oman vastuualueensa uusinta tutkimustietoa ja tiedottaa ja kouluttaa muita.

Niin, et se vastualue ohjaa niin et se vastualueen ihminen pitää muut ajantasalla ja seuraa sitä mitä omalla vastuualueella tapahtuu, muutoksia ja uusia asioita tulee. (H2)

Opetusmateriaalia kuvattiin olevan organisaation puolesta saatavilla esimerkiksi verkkokursseina ja teho-osastolla on paljon omaa opetusmateriaalia. Organisaation sisäisiin ja ulkopuolisiin koulutuksiin pääsee sairaanhoitajien kertoman mukaan hyvin.

Koulutuksiin meiltä mun mielestä pääsee hyvin, että jos on niinku vaan mielenkiintoisia koulutuksia ja hakeutuu niin kyllä mun mielestä ihmiset on päässyt hyvin koulutukseen meiltä. (H2)

Simulaatiokoulutukset koettiin hyvinä ja opettavaisina erityisesti silloin, kun harjoitukset järjestetään aidossa ympäristössä ja teho-osaston omilla välineillä.

Simulaatiot on hyviä. (H5)

Välillä hoito-ohjeiden ja protokollien löytäminen kuvattiin olevan vaikeaa. Sairaanhoitajien kertoman mukaan ohjeet vaativat edelleenkin kehittämistä, koska kaikki ohjeet eivät ole yhdenmukaisia. Osittain hoito-ohjeiden päivittäminen jää siksi, että vastuualueiden hoitamiseen ei ole riittävästi aikaa.

Siihen vastuualueeseen, niiden hoitamiseen tarvittais kyllä U-päiviä. Sellaisia, että on pois varsinaisesta... että ei riitä, että siinä työn ohella yrittää niitä tehdä. Että ei se onnistu. (H3)

Teho-osaston sisäisen koulutuksen toivottiin olevan järjestelmällisempää ja organisoidumpaa. Sisäisiin koulutuksiin toivottiin hyvää, pitkäjänteistä suunnitelmaa. Esimerkiksi vuosittain järjestettäviä koulutuksia hengityksestä, verenkierrosta ja lääkkeistä toivottiin järjestettävän säännöllisesti. Lisäksi keskusteluissa nousi esiin, että koulutukselliset teemapäivät eri potilasryhmien hoidosta olisi opettavaisia.

Ehkä se vois olla organisoidumpaa tai jotenkin suunnitelmallisempaa kuin se, että merkitään vaan, että mitä tai mistä haluttais jotain. Että sitä jotenkin niinku vähän enemmän pitkällä tähtäimellä suunniteltais. (H3)

Osastotunneille toivottiin potilastapausten läpikäymistä, niin sanottuja tapaus-caseja, jolloin samalla voidaan kerrata kyseisen potilasryhmän hoitoprotokollat ja keskustella hoidon erityispiirteistä. Tapaus-caset koettiin opettavaisiksi työn kannalta. Osastotunneille toivottiin vähemmän erilaisia tuote-esittelyjä.

Että toivoisin sellasta vielä enemmän, että olis niitä, että käytäis läpi jotain tapaus-caseja, koska ne on mun mielestä tosi opettavaisia. (H6)

Simulaatioharjoituksia pitäisi sairaanhoitajien kokemusten mukaan olla paljon enemmän ja harjoitusten pitäisi olla monipuolisempia. MET-ryhmän toimintaan liittyviä simulaatioharjoituksia pitäisi alkaa järjestämään niin, että MET-toimintaa voitaisiin harjoitella turvallisesti simulaation keinoin. Simulaatioharjoituksissa toivottiin käytettävän tarkkailijoita, jotka havainnoivat ryhmän toimintaa, koska tarkkailijana oppii paljon ja simulaatioharjoituksessa toimivat oppivat paineensietokyvyn hallintaa, kun joutuvat toimimaan tarkkailun alla.

Sitä toivoisin myöskin, että tehtäisiin se meidän omalla välineistöllä, että esimerkiksi elvytysharjoituksia ja vuodeosasto-olosuhteissa tai jossain muualla. Että jos se oiskin met-välineistö ja tehtäiskin jossain muualla niin se ois heti toisen tyyppinen. (H5)

6.2.3 Moniammatillinen yhteistyö

Yhteistyö lääkäreiden kanssa koettiin toimivaksi ja tasa-arvoiseksi. Lääkäreillä on erilaiset toimintatavat ja potilaan hoidossa toteutettavat hoitokäytännöt riippuvat lääkäristä.

Päivittäisessä toiminnassa myös sellainen lääkäri yhteistyö nyt pääsääntöisesti on toimivaa. (H2)

Sairaanhoitajien kertoman mukaan teho-osastolla ei ole tällä hetkellä yhtä nimeä vastaavaa lääkäriä ja sairaanhoitajien kokemuksen perusteella se vaikeuttaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä. Yhden nimetyn vastaavan lääkärin puuttumisesta johtuen myös tehohoitopotilaiden hoitoprosessien ja ohjeiden päivittäminen ja kehittäminen yhdessä sairaanhoitajien kanssa on puutteellista.

Kun aattelee tätä yhteistyötä, että ois semmoinen selkeä tehosta vastaava lääkäri, joka tekis enemmän yhteistyötä meidän kanssa ja kävis just esimerkiksi niitä ohjeita läpi. (H4)

6.2.4 Kollegiaalisuus

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan teho-osaston kaltaisissa akuuteissa työyksiköissä tiimityön merkitys korostuu. Nopeasti muuttuvat tilanteet ja työn luonteeseen kuuluva epävarmuus vaativat hoitotiimiltä hyvää ja avointa kommunikaatiota. Avoimen työilmapiirin ansiosta työkaverilta ohjeiden ja neuvojen kysymisen kuvattiin olevan helppoa. Sairaanhoitajien mielestä kommunikaatio on avointa ja rehellistä. Työkaverit huomioidaan hyvin kaikissa työhön liittyvissä tilanteissa. Tarvittaessa työkaverin kanssa pystyy pohtimaan potilaan hoitoon liittyviä asioita. Työkavereita tuetaan työtehtävissä ja päätöksenteossa. Avun pyytäminen on helppoa ja apua tarjotaan herkästi. Kiireisissä tilanteissa työtehtäviä pystyy delegoimaan työkavereille.

Kyllä meillä mun mielestä pääsääntöisesti kyllä hyvin otetaan toiset huomioon ja ollaan kollegiaalisia ja autetaan ja että... (H4)

Sairaanhoitajien kuvauksissa korostui, että jokaiselle on tärkeää antaa tilaa työnsä tekemiseen omalla tavallaan. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan joskus työkaveri ohjailee liikaa työntekoa, ja se voi aiheuttaa ristiriitatilanteita. Myös apua ja neuvoja tarjotaan joskus liikaa niin, että toiselle voi tulla riittämättömyyden tunteita.

Välillä tulee sellainen olo, että toinen tuputtaa sitä apua ja tulee tavaltaan ohjaamaan sitä minun työtä. (H5)

6.2.5 Positiivinen työilmapiiri

Sairaanhoitajan työn teho-osastolla kuvattiin olevan ammattitaidollisesti vaativaa. Ammattitaitoa on koko ajan ylläpidettävä esimerkiksi teknologian kehittymisen myötä. Hyvä työilmapiiri on sairaanhoitajien mukaan tärkeää työn mielekkyyden kannalta. Teho-osaston työilmapiiri koettiin avoimeksi ja siksi uusien ideoiden ja ehdotusten esiin tuominen on helppoa. Uudet ideat otetaan pääsääntöisesti hyvin vastaan. Jokainen sairaanhoitaja pitää työstään ja on motivoitunut työhönsä. Hyvät vuorovaikutustaidot luovat avoimen ilmapiirin ja

helpottavat työhön ja potilaiden hoitamiseen liittyvää keskustelua. Työskentely-ympäristö koettiin turvalliseksi niin fyysisesti kuin henkisesti.

Kyllä varmaan ensinnäkin se, että se jo millainen porukka siellä on töissä ni sehän se tekee et tuota jokainen on kuitenkin innostunut siitä työstään. (H1)

Teho-osastolla kuvattiin olevan pääsääntöisesti riittävästi henkilökuntaa ja siksi uusien työntekijöiden perehdytykseen on riittävästi aikaa. Sairaanhoidajien kuvausten mukaan uudet työntekijät otetaan hyvin vastaan ja riittävän perehdytyksen ansiosta hyvät toimintatavat siirtyvät uusille työntekijöille.

Tuo mitä osaan arvostaa, että on kuitenkin riittävästi työntekijöitä vuorossaan, että siitä nyt kuitenkin suht turvallisesti voi lähteä potilasta käyttämään vaikka CT:ssä tai muualla. (H3)

6.2.6 Teho-osaston ulkopuolinen toiminta

Sairaanhoidajien kertoman mukaan sairaalan MET-toiminta järjestetään teho-osaston toimesta ja jokaisessa työvuorossa on nimetty MET-hoitaja, joka lähtee tarvittaessa avuksi muihin yksiköihin potilaan voinnin huonontuessa. MET-toiminta koettiin hyväksi, koska se palvelee koko sairaalan toimintaa ja edistää potilasturvallisuutta muissa yksiköissä.

Kuitenkin varmaan parempi se, että se kynnys soittaa ja tehdä se methälytys... se on hyvä juttu, että tuolta vuodeosastoilta tehdään niitä. (H3)

Sairaanhoidajat kokivat, että MET-toiminta on laajentunut paljon viime vuosina ja että nykyisellä toimintamallilla MET-toimintaa ei pystytä enää lisäämään. Ilta- ja yöaikaan teho-osastolle jäävä henkilökuntamäärä koettiin olevan liian pieni, kun MET-hoitaja on muualla. Teho-osaston sairaanhoidajalla on useimmiten varsinkin ilta- yö- ja viikonloppuaikaan oma potilas, jonka hoito kärsii siitä, että sairaanhoidaja on MET-käynneillä. Sairaanhoidajat kokivat, että MET-hoitajan potilas ei saa yhtä hyvää hoitoa kuin muut potilaat, koska oma hoitaja joutuu poistumaan paikalta useasti. Toisen sairaanhoidajan on otettava vastuu MET-hoitajan potilaasta silloin, kun MET-hoitaja ei ole paikalla.

Mut kaiken kaikkiaan se työmäärä on lisääntynyt niin paljon, että se kyllä rupeaa vaikuttamaan siihen meidän potilaiden hoitoon. (H1)

Kyllä se alkaa olla jo silleen maksimissaan se, että mihinkä me pystytään tolla määrällä. (H5)

MET-hoitajalta vaaditaan sairaanhoitajien kuvausten mukaan erityisosaamista, mutta työnantaja ei palkitse rahallisesti erityisosaamista vaativasta työstä.

Kyllähän se sitä jollain tavalla saattais kannustaa sitä toimintaa, jos siitä vähän paremmin maksettais. Ja ehkä se osoittais talon, tai siis työnantajan, kunnioitusta sitä toimintaa kohtaan. (H2)

MET-toiminta koettiin fyysisesti ja henkisesti kuormittavana eikä toiminta ole sairaanhoitajien kokemuksen mukaan aina mielekästä.

Kuormittaa paitsi fyysisesti niin myös henkisesti. (H3)

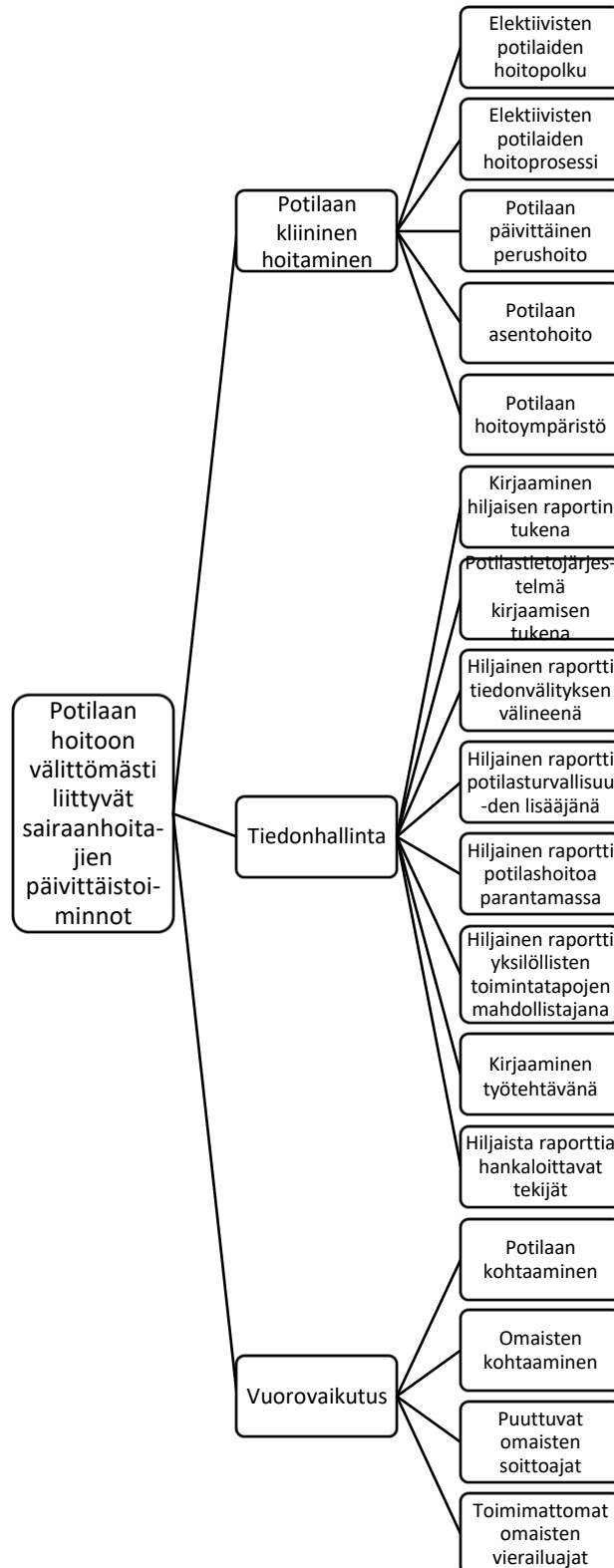
Mutta se on... voi jo sanoa, että rasite. (H4)

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan uudet MET-hoitajat eivät saa riittävästi tukea aloittaessaan MET-hoitajana ja MET-vuorot alkavat liian nopeasti, kun sairaanhoitaja on aloittanut työt teho-osastolla.

MET-vuorot lähtee aika pian sitten, kun työntekijä on tullut teholle töihin. Että sitten mietin aina, että pääseekö kunnolla käsiksi siihen perus tehohoitopotilaan työhön ku tulee tää MET-toiminta. (H5)

6.3 Potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot valvontayksikössä

Sairaanhoitajien kuvauksissa potilaan hoitoon välittömästi liittyviä päivittäistoimintoja ovat potilaan kliininen hoitaminen, tiedonhallinta ja vuorovaikutus (kuva 3).



Kuva 3. Potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot sairaanhoitajien kuvaamana.

6.3.1 Potilaan kliininen hoitaminen

Valvontayksikön sairaanhoitajien kuvauksissa potilaan kliiniseen hoitamiseen liittyvät elektiivisten potilaiden hoitopolku, elektiivisten potilaiden hoitoprosessi, potilaan päivittäinen perushoito, potilaan asentohoito ja potilaan hoitoympäristö.

Elektiivisten, ajanvarauksella sydäntutkimuksiin tulevien potilaiden hoitopolku koettiin toimivaksi ja selkeäksi. Sairaanhoitajien kuvausten mukaan elektiivisten potilaiden hoidossa on selkeät pelisäännöt ja hoito-ohjeistuksia on helppo päivittää, koska ohjeet ovat hyvät ja selkeät. Toiminnan johtaminen elektiivisten potilaiden kohdalla on helppoa selkeiden toimintaohjeiden ansiosta.

Elektiivisten potilaiden hoitopolku on aika selkeä ja toimiva. (H1)

Ja kun siihen on varattu ne tietyt potilaspaikat ja hoitaja niille. Se niinku pyörii, vaikka siinä tulis sitten aamulla kolme potilasta. Mut siinäkin on tietty sabluuna sitten millä mennään ja miten toimitaan siinä. Että se on hyvin selkee. (H2)

Haastateltavien mielestä potilaiden perushoidossa huomioidaan potilaan sen hetkinen vointi ja hoidot rytmitetään niin, että potilas saa akuutissa tilanteessa riittävästi lepoa.

Ja samaten, jos yöllä on tullut, vaikka joskus aamuyöllä hengenahdistuksen vuoksi niin en mä nyt häntä rupee kahdeksan aikaan nykimään yhtään mihinkään. Että tavallaan semmoinen järjen käyttö siinä... Tai rintakipuilee. Ei me ruveta niinku siinä vaiheessa pesemään. (H2)

Toisaalta sairaanhoitajien kuvausten mukaan perushoittoon ei ole riittävästi aikaa päivittäisessä toiminnassa. Perushoidosta joudutaan tinkimään kiireen vuoksi ja joskus perushoidolliset tehtävät jäävät tekemättä, koska potilaiden kiireellinen hoito on etusijalla. Myöskään potilaiden asentohoitoa ei ehditä toteuttaa riittävästi ja sairaanhoitajien mielestä asentohoitoa pitäisi kehittää valvontayksikössä. Sairaanhoitajien kuvausten mukaan perushoitajien palkkaaminen parantaisi potilaiden päivittäistä perushoitoa ja sairaanhoitajille jäisi enemmän aikaa sairaanhoidollisiin tehtäviin.

Mutta joskus, kun potilasvaihto on niin valtaisa. Sit on joku sekava potilas, mikä vie siun kaiken huomion niin se perushoito on se asia, minkä jättää viimimmäksi. (H1)

Arkiaamuihin perushoitaja niin siis meidän toiminta olis hyvin paljon parempaa. (H3)

Ja sit näiden halvaantuneiden asentohoidoista lähtien. Se on meillä sellainen, jota pitäis kyllä kehittää ja... Mut ei me edes ehditä paneutua siihen aamuvuorossa. (H4)

Sairaanhoitajat kokivat, että potilaiden hoitoympäristö ei ole optimaalinen. Potilaille ei ole mahdollisuutta järjestää rauhallista hoitoympäristöä ahtaiden tilojen vuoksi. Potilaat eivät aina ohjaudu oikeaan hoitopaikkaan ja valvontayksikössä hoidetaan sairaanhoitajien kuvausten mukaan potilaita, joille toinen osasto olisi oikeampi hoitopaikka. Tällöin potilassiirtoja tulee useammin ja muiden potilaiden hoito kärsii, kun sairaanhoitajan aika kuluu siirtojen järjestykseen ja potilaspapereiden kirjoittamiseen. Potilaiden sijoittelussa valvontayksikön sisällä ei voida aina huomioida potilaan parasta esimerkiksi rauhallisen hoitoympäristön turvaamiseksi.

Plus sitten se, että kun sä huseeraat sen yhden ihmisen kanssa kaikki nämä asiat niin sit sä siirrätkin sen osastolle ja siitä tulee taas lisää paperityötä siitä osastosiirrosta. Niin voi olla, että ne muut potilaat, mitkä sulla on siinä ollut niin on ollut ihan toissijaisessa asemassa siinä... Ja kaikki vaan sen takia, että se potilas on ollut väärin sijoitettuna väärään yksikköön. (H2)

6.3.2 Tiedonhallinta

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan hiljainen raportointi tarkoittaa potilasraportin lukemista potilasasiakirjoista eli potilaskertomuksista ja hoitosuunnitelmista. Jokainen sairaanhoitaja lukee vuoronsa alussa tiedot niistä potilaista, joita tulee vuoron aikana hoitamaan. Valvontayksikössä hiljainen raportointi on ollut käytössä useita vuosia. Hiljainen raportti on sairaanhoitajien kokemusten mukaan toimiva. Se mahdollistaa onnistuneemman tiedonsaannin. Hiljainen raportointi mahdollistaa jokaiselle sairaanhoitajalle yksilöllisen lukutaktiikan ja jokainen voi perehtyä potilasasiakirjoihin omalla tavallansa. Tämän vuoksi hiljainen raportti on joustava raportointimenetelmä.

Ja varsinkin, kun sulla on se tietty kaava mitä kautta sä katsot ne sen potilaan asiat... Sen ei välttämättä tarvitse olla sama, kun sillä sun kollegalla, mutta se sellainen toimiva lukutaktiikka millä sä etenet siinä. (H1)

Sairaanhoitajat kuvasivat hiljaisen raportoinnin nopeuttavan raportointia ja sen vuoksi sairaanhoitajalla jää enemmän aikaa potilaille. Vuorojen vaihtuessa edellisen vuoron sairaanhoitaja vapautuu tekemään potilastyötä eikä molemmat sairaanhoitajat ole sidottuina raportointitilanteeseen.

Siinä on hyvää jo ensinnäkin se, että se vapauttaa edellisen vuoron työntekijät tekemään sitä työtänsä normaalisti. Kukaan ei ole sidottu siihen raportointiin, mikä on erinomaisen hyvä asia. (H1)

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta, koska potilaan asioihin tulee perehdyttyä paremmin kuin suullisessa raportoinnissa. Hiljainen raportointi myös vähentää inhimillisten virheiden määrää, koska tiedot luetaan potilasasiakirjojen merkinnöistä. Myös lääkäreiden laittamat määräykset tulevat huomioitua paremmin hiljaista raporttia luettaessa.

Sit siinä ([raportoinnissa] oli se suurempi virhemahdollisuus, jos se edellinen vuoro oli muistanut väärin sen ihmisen asiat. (H3)

Haastateltavien kuvausten mukaan hiljaisesta raportoinnista huolimatta sairaanhoitajat varmistavat ennen töistä lähtemistä, että seuraavan vuoron sairaanhoitajalla ei ole enää mitään kysyttävää potilaan asioista. Myös erityisen tärkeäksi koetuista asioista annetaan suullinen raportti.

Se edellinen vuoro ei lähde ennen kuin se toinen on lukenut ja osoittanut selkeästi, että ei tarvitse enempää tietoa asiasta. (H3)

Jos sit on joku tärkeä asia niin kyllähän me aina sanotaan, että hei huomasiiko sen, että... (H4)

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan hiljainen raportti edellyttää tarkkaa kirjaamista ja sen vuoksi hoitokertomukseen täytyy kirjata tarkasti ja huolellisesti. Medanets -kirjaamisjärjestelmä on helpottanut kirjaamista.

Sitten jos asiat on hyvin kirjattu niin eihän sun tarvii sitten välttämättä kauheasti kysyäkkään sit siltä edelliseltä vuorolta... (H2)

Jos hoke on hyvin tehty niin sillä pitäis päästä hyvin alkuun. (H1)

Kehitettäviä asioita sairaanhoitajat kuvasivat etenkin kirjaamisen osa-alueella. Kirjaaminen ei ole automatisoitua, joten kirjaaminen vie paljon aikaa. Kirjaamisessa on paljon muistettavia ja huomioitavia asioita ja esimerkiksi potilaan nestehoito kirjataan kolmelle eri paperille. Kirjattavaa on sairaanhoitajien kokemusten mukaan liikaa ja sairaanhoitaja on poissa potilashoidosta, kun kirjaamiseen kuluu paljon aikaa. Joskus kirjaaminen on puutteellista. Esimerkiksi potilaan nestehoidon kirjauksissa puuttuvat kellonajat.

Mut kirjaaminen vie meiltä ihan hirveästi aikaa, se on vaan fakta. Me ollaan tosi paljon pois potilaiden luota sen takia, että me kirjataan. (H1)

Edelleen meillä menee hirveesti aikaa kirjaamiseen, koska mikään ei ole millään tavalla automatisoitua ja sitten on kuitenkin paljon asioita mihin pitää kiinnittää huomiota. (H1)

Haastateltavien mukaan hiljaisen raportin lukemista vaikeuttaa rauhallisen lukutilan puute. Kansliassa hiljaisen raportin lukeminen keskeytyy usein, kun puhelin soi tai lääkäri tulee kansliaan keskustelemaan potilaan asioita. Aamuisin hiljaiselle raportille on liian vähän aikaa.

Joskushan sen hiljaisen raportin lukeminen on levotonta, kun siinä kansliassa yrittää lukea... Puhelin soi ja lääkäri saattaa tulla siihen jostain keskustelemaan ja... niin se on vähän semmoinen. (H3)

Aamussa on vain viisitoista minuuttia se raporttiaika ja se hyvin usein paukkuu yli... Se viisitoista minuuttia on tosi vähän. (H2)

6.3.3 Vuorovaikutus

Haastateltavien kuvausten mukaan omaiset ovat usein huolissaan ja paljon läsnä läheisensä sairastuttua äkillisesti tai vakavasti. Tämän vuoksi valvontayksikössä joustetaan vierailuajoista potilaan kriittinen tilanne huomioiden. Myös omaisen tilanne, esimerkiksi työajat tai julkisen liikenteen aikataulut, huomioidaan ja vierailuajoista joustetaan usein.

Meillähän on sen kuntoisia jotkut, että ollaan joustettu siitä vierailuajasta. (H3)

Tokihan mä ymmärrän, että jos se on se ainut mahdollinen aika, kun joku pääsee töittensä takia käymään tai näin poispäin. (H2)

Omaisten vierailuajat ovat kuitenkin sairaanhoitajien kokemusten mukaan toimimattomat. Vierailuajat eivät toteudu ja omaiset eivät noudata heille annettuja ohjeita vierailuja koskien. Vierailuajoista joustaminen on aiheuttanut sen, että omaisia on paikalla lääkärikiertojen, aamupesujen ja potilassiirtojen aikaan. Tämä heikentää potilaiden yksityisyyden suojaa.

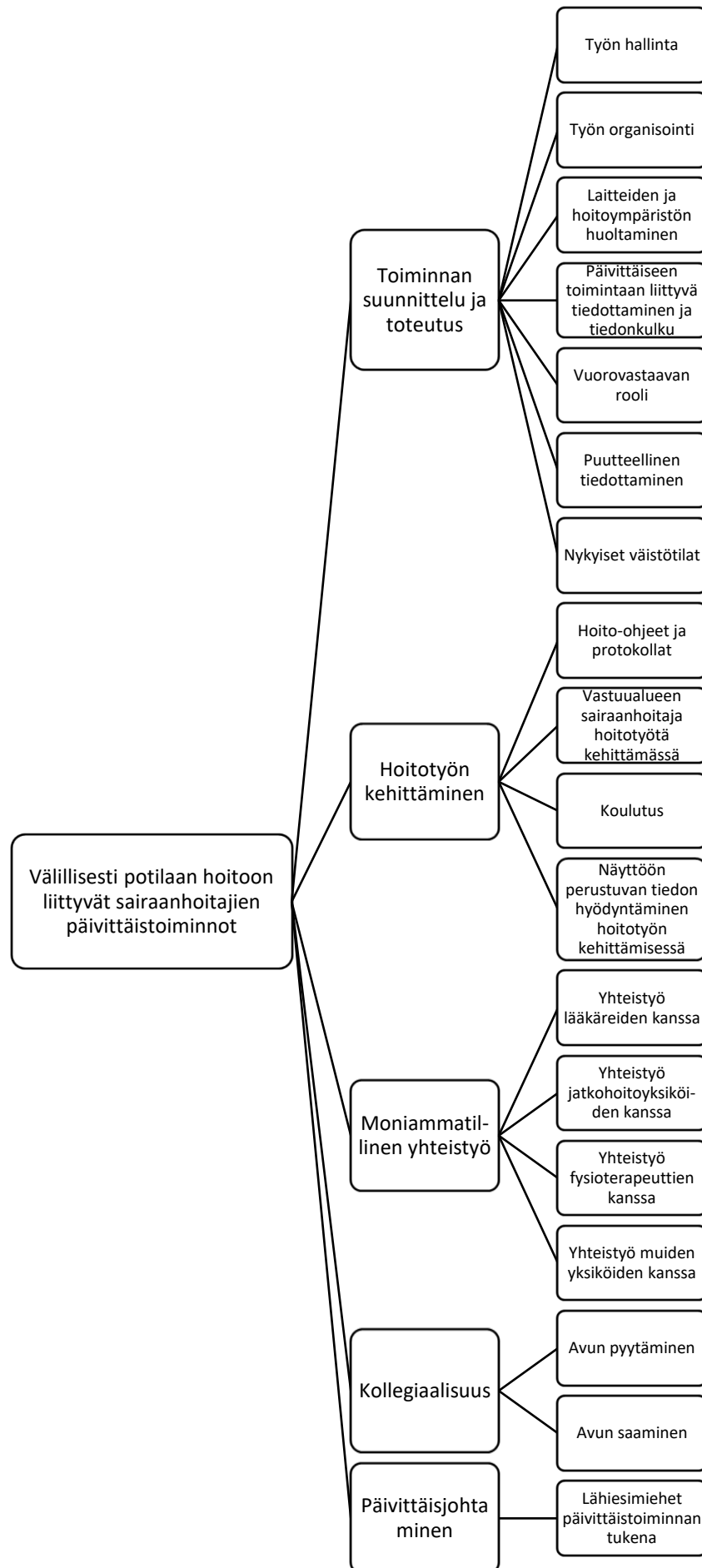
Siellä on vähän tarpeettoman aikaisin ihmisiä pyörimässä. Vaikka jos itse yrität tehdä aamupesuja tai alkaa lääkärikierto niin siellä on sit se omainen paikalla. (H2)

Sairaanhoitajien kuvauksissa kävi ilmi, että valvontayksikössä ei ole omaisille määritettyjä soittoaikoja, joten puheluita tulee useasti ja sairaanhoitajalla kuluu paljon aikaa puhelimesta. Puhelut omaisten kanssa vievät aikaa potilashoidosta.

Ja sit se meidän puhelinliikenne välillä. Tuntuu, että joskus joissain aamuvuoroissa sieltä soittaa kolme-neljä eri sukulaista niin sä oot koko ajan puhumassa niiden sukulaisten kanssa ja sä et kerkee tekemään sen potilaan hommia juuri lainkaan. (H4)

6.4 Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot valvontayksikössä

Potilaan hoitoon välillisesti liittyviä sairaanhoitajien päivittäistoimintoja ovat haastatteluissa esiin tulleiden kuvausten mukaan työn hallinta, työn organisointi, laitteiden ja hoitoympäristön huoltaminen, päivittäiseen toimintaan liittyvä tiedottaminen ja tiedonkulku, vuorovastaavan rooli, puutteellinen tiedottaminen ja nykyisiin väistötiloihin liittyvät haasteet (kuva 4).



Kuva 4. Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot sairaanhoitajien kuvaamana.

6.4.1 Toiminnan suunnittelu ja toteutus

Valvontayksikössä työnjako oli sairaanhoitajien kokemusten mukaan tasapuolista. Pääasiallisesti aamuvuoroissa työskentelee kolme sairaanhoitajaa ja silloin, kun aamuvuorossa on neljäs sairaanhoitaja niin työtä pystyy tekemään paremmin ja vastuualueisiin ehtii perehtymään ja kehittämään oman vastuualueensa hoitotyötä. Selkeät toimintamallit helpottavat työskentelyä esimerkiksi lääkkeiden tarkastamisessa. Yövuoron sairaanhoitaja tekemä lääke- ja nestetilaukset koettiin hyvänä toimintatapana.

Ja siinä yritetään olla tasapuolisia, että yhdellä ei oo kaikki rankat, vaikka hän olis niitä aikaisemmin hoitanutkin... vaan reilu jako, että jokaisen pylly nousee sieltä penkistä hommiin. (H1)

Se on ollut kyllä toimivaa, että sitten kun on ollut se neljäs aamussa niin siinä on kerennyt tekemään ne... kun meillähän saattaa nuo perushoidolliset työt jäädä vähän vähille aamuvuorossa, jos on kolme hoitajaa ja tupa täynnä. (H2)

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan elektiivisillä, ajanvarauksella sydäntutkimuksiin tulevilla potilailla on nimetty, oma sairaanhoitaja ja hän ehtii hyvin ohjaamaan potilaita.

Se on tosi hyvä, että näiden elektiivisten potilaiden kohdalla on selkeästi yksi hoitaja, koska se on sitten enempi tälläistä ohjaamista. Ja siihen pitää antaa se oma aikansa siihen. (H4)

Haastateltavien kertoman mukaan myös laitteiden ja hoitoympäristön tarkastamiseen ja huoltamiseen on selkeät toimintamallit. Tarkastamiselle ja huoltamiselle on varattu aikaa. Laitteet ja hoitovälineet ovat pääsääntöisesti toimintakunnossa ja jokainen huolehtii laitteiden huoltamisesta ja tarkastamisesta.

Sitten meillä on selkee sabluuna siihen, että miten meillä tarkastetaan ja täytetään kaapit ja tarkastetaan huumeet ja elvytyskärryt ja tahdistin-pakit ja kaikki tämmöiset. Se on ihan toimiva systeemi. (H2)

Vuorovastaavan rooli valvontayksikössä koettiin nimelliseksi, koska kaikki työvuorossa olevat sairaanhoitajat tekevät vuorovastaavan töitä. Vuorovastaava keskustelelee ja neuvottelee muiden kanssa aina ennen päätöksentekoa.

Mutta ehkä se ei oo niin isossa roolissa meillä... Yhdessähän näitä tässä kuitenkin tehdään. (H3)

Valkotauluille laitettavat päivittäiseen toimintaan liittyvät tiedotteet koettiin toimivana käytäntönä. Yhteisen sopimuksen mukaan valkotauluille laitetaan vain tärkeimmät asiat.

Se taulu... vaikka se tuntuu aina, että se on niin täynnä informaatiota niin se on kyllä kätevä. Siihen laitetaan vaan ne kaikkein tärkeimmät. (H1)

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan valvontayksikön toimintaa ei pystytä kehittämään, koska siihen ei ole riittävästi aikaa. Neljäs sairaanhoitaja aamuvuoroissa vähentäisi kuvausten mukaan kuormitusta ja parantaisi hoitotyön laatua. Kuormittavissa tilanteissa pitäisi haastateltavien mukaan herkemmin hälyttää ylimääräistä henkilökuntaa työvuoroihin. Myös perushoitajaa toivottiin arkisin aamuvuoroihin, jotta potilaiden perushoidollisiin tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan paremmin. Sairaanhoitajien kertoman mukaan he joustavat liikaa työvuorojen vaihdoissa.

Niin, kun eihän sitä toimintaa pysty kehittämään tai niitä juttuja suunnittelemaan, jos siihen ei anneta aikaa, että... (H1)

Mut me joustetaan aika paljon. Sorrun siihen itsekin. Mutta ehkä vähän liikaa, että jotenkin se on meidän yhteinen ongelma, että me aatellaan sitä kollegaa siinä. (H4)

Hiljaisen raportin aikaista tilannetta kansliassa kuvattiin levottomaksi ja puhe-
linliikenne pitäisi sairaanhoitajien mukaan saada minimoitua raporttien ajaksi. Tätä helpottaisi heidän mukaansa omaisille määritetty soittoaika.

Mun mielestä meillä pitäis olla joku soittoaikakin niille omaisille ihan oikeasti, koska joku saattaa soittaa tyyliin tunnin välein, että joko se lääkäri on kiertänyt, mitä siellä kierrolla oli ja näin. (H2)

Sairaanhoitajien kuvausten mukaan potilasvaihtuvuus valvontayksikössä on suuri ja potilaspaikan ja laitteiden huoltotöihin kuluu aikaa. Joskus laitteiden kuvattiin jääneen huoltamatta, ja tämä voi akuutissa tilanteessa aiheuttaa jopa vaaratilanteen potilashoidossa. Haastateltavien mukaan laitteiden huolto-ohjeita pitäisi ehtiä kertamaan ja opiskelemaan.

Muutamia juttuja siellä on, mitä joutuu joskus jäljestä päin tekemään. Niinku esimerkiksi se happianturi. (H2)

Jokainen on varmaan kantapään kautta oppinut, että joku laite jos ei toimi. Imu tai joku niin siinä on hätä, kun sitä oikeasti tarvii. (H3)

Päivittäiseen toimintaan liittyvä tiedottaminen ja tiedonkulku koettiin osittain toimimattomaksi. Yleinen tiedottaminen ei ole sairaanhoitajien kuvausten mukaan toimivaa. Yleisiin asioihin, kuten osastojen yhdistymiseen, sijaisiin tai lomiin, liittyvä tiedottaminen saisi kuvausten mukaan olla avoimempaa. Sairaanhoitajien kuvausten mukaan osa tiedotettavista asioista käsitellään ja tiedotetaan vain osastotunneilla ja niiden, jotka eivät ole olleet paikalle, pitäisi muistaa ja ehtiä lukemaan asiat osastotuntimuistiosta.

Varmaan sellainen yleinen tiedottaminen. Että niinku mikä liittyy meidän yhdistymiseen tai ihan tällaiseen yleiseen. (H1) Niin, sijaisiin ja lomiin tai... (H3) Et sit vasta kerrotaan, kun se suurinpiirtein ensi viikolla tapahtuu. Että ehken vähän semmoista kaipais. (H4)

Sekin muuten meillä on. On osastotunti ja osastotuntimuistio, mutta milloin sen ehtii sitten lukemaan sen osastotuntimuistion niin se on sitten toinen juttu. (H4)

Sähköpostin kautta tapahtuvaa tiedottamista kuvattiin huonoksi viestintävälineeksi akuuteissa asioissa, koska sähköposteja ei kiireen vuoksi ehdi lukemaan. Olennaisetkin asiat menevät ohi, koska sähköposteja ei ehdi tai ei tule luettua riittävän usein. Sairaanhoitajat kokivat, että sähköpostia tulee liikaa ja sen kautta lähetetään epäolennaisia asioita. Osa viesteistä tulee useampaan kertaan eri lähettäjiä, ja sen vuoksi tärkeät viestit hukkuvat viestipaljouteen.

Mut sähköpostia tulee liikaa. Sitä ei jaksa lukea. (H4)

Niin, ja jotkut oleelliset asiatkin menee sitten ohi. (H3)

Meille tulee vähän suodattamatta, välitetään vaan viestejä eteenpäin, jotka ei välttämättä koske meidän yksikköä tai ei kosketa vaikka suurta osaa meistä ollenkaan. (H1)

Nykyiset valvontayksikön tilat koettiin ahtaiksi ja epäkäytännöllisiksi. Tiloissa on puutteita, kuten suihkutila, jotka hankaloittavat päivittäistä toimintaa.

Ja meillähän ei oo tuolla edes suihkumahdollisuutta. (H4)

6.4.2 Hoitotyön kehittäminen

Sairaanhoitajien kertoman mukaan elektiivisten potilaiden hoito-ohjeet ja hoitoprotokollat ovat tehty hyvin ja siksi niitä on myös helppo päivittää. Myös sydänpotilaiden hoito-ohjeet koettiin selkeiksi. Sairaanhoitajien mukaan hiljainen tieto on sanoitettu hoito-ohjeiksi ja uusia hoito-ohjeita on tehty paljon.

Niitä [elektiivisten potilaiden] ohjeistuksiakin on helppo päivittää tai ylläpitää, kun niille on kerran luotu hyvä pohja. (H2)

Viime vuosina on tehty tosi paljon uusia ohjeita. (H1)

Sairaanhoitajien kertomusten mukaan sairaanhoitaja tekee oman vastuualueensa ohjeita ja pitää aiheesta tarvittaessa osastotunteja.

Joistain asioista voidaan pitää osastotunteja tai muuta tällöistä sitä mukaa, kun tarvitaan koulutusta. Tai sitten niiden kirjallisten ohjeiden päivittämistä tai muuta. (H3)

Ajanpuute koettiin ongelmaksi hoito-ohjeiden ja -protokollien päivittämisessä. Vastuualueen hoitamiseen ei ole sairaanhoitajien kertoman mukaan riittävästi aikaa ja siksi hoito-ohjeet jäävät päivittämättä. Hoito-ohjeiden päivittämisessä ei hyödynnetä näyttöön perustuvaa tietoa. Erityisesti neurologisen potilaan lääkehoito-ohjeissa koettiin olevan liikaa tulkinnanvaraa, ja siksi ohjeita pitäisi selkiyttää. Vastuualueen hoitamista ja hoito-ohjeiden päivittämistä varten tarkoitettuja U-päiviä on sairaanhoitajien kokemusten mukaan harvoin ja suunniteltuja U-päiviä perutaan, jos valvontayksikössä tulee esimerkiksi sairauslomista johtuvia poissaoloja.

Meillä on nuo työvuorot niin kiireisiä ja kun meillä on aamuvuorossakin vain se kolme sairaanhoitajaa niin siinä ei urkene sitä aikaa tehdä mitään muuta kuin se potilastyö. Että siinä ei ehdi lukea sähköposteja saati sitten hoitamaan sitä vastuualuettaan. (H2)

Niinku nyt, jos saa edes sellaisen normaalin tiedon siitä [vastuualueesta] paperille saati sitten, että siinä ois joku tommoinen tutkimus pohjalla niin... (H2)

Ja sitten U-päivät on kyllä kiven takana. Tai sitten jos on U-päivä ja tulee sairasloma niin sitten se U-päiväläinen paikataan siihen aika usein. (H4)

Sairaanhoitajat kokivat, että osastotunneilla on liian vähän koulutusta eri potilasryhmien hoidosta. Koulutusta tarvittaisiin, koska valvontayksikössä hoidetaan nykyisin monen eri erikoisalan potilaita. Haastateltavien kokemusten mukaan koulutukseen ei pääse riittävästi.

Ja koulutusta pitää olla, että ei voi olettaa, että kaikki erikoisalat hallitse. (H3)

Oishan se mukavaa, että jos on jonkun alueen vastuuhoidtaja niin sitten pääsisi siihen liittyvään koulutukseen sitten myöskin. (H2)

6.4.3 Moniammatillinen yhteistyö

Yhteistyö jatkohoitoyksiköiden kanssa koettiin pääsääntöisesti toimivaksi. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan jatkohoitoyksiköiden kanssa pystyy sopimaan ja neuvottelemaan esimerkiksi potilassiirroista. Lääkärinkierroista on sairaanhoitajien kertoman mukaan tehty hyvä suunnitelma.

Just nimenomaan se jatkohoitoyksiköiden kanssa yhteistyössä toimiminen on mun mielestä ollut paljon parempi. Joustoa löytyy kummastakin suunnasta. (H2)

Siitäkin [lääkärinkierrosta] meillä on teoriassa hirvittävän hyvä suunnitelma. (H1)

Sairaanhoitajat kokivat, että yhteistyö lääkäreiden kanssa ei ole kovin toimivaa. Vaikka lääkärintierrosta on tehty hyvä suunnitelma niin se ei yleensä toteudu. Sairaanhoitajien kertomusten mukaan lääkärintierrolle ei ole määritetty tarkkaa aikaa eikä sairaanhoitajat tiedä, kuka lääkäri on tulossa kiertämään. Tästä johtuen lääkäri voi sairaanhoitajalle ilmoittamatta aloittaa kierron. Sairaanhoitajat haluaisivat osallistua lääkärintierrolle, jotta he tietäisivät, mitä potilaan kanssa on puhuttu kierrolla. Joskus sairaanhoitaja joutuu selvittämään potilaan asioita jälkikäteen, koska ei ole ollut lääkärintierrolla. Ilman sairaanhoitajaa lääkäri ei aina löydä tarvitsemaansa tietoa potilastietojärjestelmästä. Lääkäripulasta johtuen kierto voi keskeytyä, koska lääkäri joutuu käymään muualla hoitamassa akuutteja tilanteita.

Joskus ne [lääkärit] ei sano meille, että ne aloittaa kierron. (H3)

Ainakin itse haluaisi hoitajana osallistua siihen kiertoon, että tietäisi mitä se lääkäri sitten puhuu sille potilaalle. (H2)

Että semmoinen yhteistyö vähän puuttuu siltä saralta, että tulee semmoinen tunne, että ihan sama joidenkin mielestä, että ollaanko me siellä ollenkaan. (H4)

Sairaanhoitajat toivoivat heidän ja lääkäreiden välille avoimempaa kommunikatiota. Esimerkiksi aamuisin kiertävän lääkärin toivottiin käyvän kertomassa, että mihin aikaan on tulossa lääkärinkierrolle.

Semmoinen avoin kommunikaatio siinäkin. Et niinku sellainen yhteistyö siihen. (H1)

Ehkä se semmoinen ois kiva, että se kiertävä lääkäri kävis siinä aamulla sanomassa, että hän kiertää tänään. (H2)

Sairaanhoitajat kokivat huonona asiana sen, että valvontayksikössä ei ole omaa lääkäriä päivystysaikana. Heidän kokemustensa mukaan oma lääkäri tarvittaisiin myös päivystysaikana. Koska omaa lääkäriä ei ole niin sairaanhoitajien kokemusten mukaan päivystysajan siirtojärjestys osastolle siirtyvistä potilaista jää tekemättä.

Mut just niinku tarvittais, just ilta- ja yöaikaan, että meillä ois joku puolustamassa meitä. (H3)

Yhteistyö fysioterapeuttien kanssa koettiin liian vähäiseksi aikaisempaan verrattuna. Sairaanhoitajat kokivat, että fysioterapeuttien saaminen potilaan luokse on hankalaa ja he tulevat vain erikseen pyydettyinä. Sairaanhoitajat toivoivat, että fysioterapeutti olisi osa hoitotiimiä ja osallistuisi potilaan hoitoon kuntoutuksen osalta.

Aikaisemmin se fysioterapeutti eli sitä arkea siinä meidän kanssa. Se oli mukava, kun se oli siellä ja saattoi nostaa siinä apuna. (H2)

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan yhteistyö päivystyspoliklinikan ja päivystysosaston kanssa ei toimi. Potilassiirrot koettiin toimimattomaksi, koska usein

päivystyspoliklinikalta ja päivystysosastolta siirretään potilaita nopeassa aika-
taulussa tai ilmoittamatta niistä valvontayksikköön.

*Ja sitten varmaan suurin murheenkryyni on kyllä nää meille paukahte-
levat potilaat ensiavusta ja päivystysosastolta jotka vaan tulee. (H2)*

*Ja sitten se miten sinne [valvontayksikköön] tullaan, kun ne ei ihan si-
säistä sitä siellä päivystyksessä, että meillehän tulee potilaita osastolta,
angiosalista, kotoa. Että se ei tarkoita, että jos ne on käynyt siellä äs-
ken ja siellä oli kaksi paikkaa niin, että viiden minuutin päästä se tilanne
on sama. (H2)*

6.4.4 Kollegiaalisuus

Kollegiaalisuuden kuvattiin toteutuvan hyvin. Sairaanhoidajien kertomuksien
mukaan työkavereilta on helppo pyytää apua ja kysyä neuvoja. Kuvausten
mukaan työkaverilta saa apua potilashoidossa ja toisaalta potilaan hoitoon liit-
tyviä asioita pystyy pohtimaan yhdessä työkaverin kanssa. Sairaanhoidajien
kuvattiin olevan tasavertaisia keskenään.

*Mikä meillä toimii niin se on tällöinen kollegalta kysyminen. Että se
toimii, että jos sie et osaa sitä siitä ohjeesta lukea niin sitten sä saat
kyllä ihan varmasti apua. (H4)*

*Ja jokainen uskaltaa kysyä avuksi toista, että ei tarvii sillä tavalla miet-
tiä. (H3)*

6.4.5 Päivittäisjohtaminen

Sairaanhoidajien kuvausten mukaan lähiesimiehet ovat sairaanhoidajien tukena
päivittäisessä toiminnassa. Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja käyvät
päivittäin kysymässä kuulumiset ja selvittävät nopeasti esimerkiksi toisen yksi-
kön kanssa olleet ristiriitatilanteet. Apulaisosastonhoitaja koettiin helposti lä-
hestyttäväksi ja hänelle on helppo kertoa asioista. Sairaanhoidajilla oli tunne,
että apulaisosastonhoitaja on kiinnostunut heistä ja heidän asioistaan.

*Niin, ja apulaisosastonhoitaja pyrkii joka vuorossa aamulla ja iltapäivällä
käymään... käy kattomassa, että mikä meininki. (H1)*

Kyllä, ja jos on jotain mielen päällä niin voidaan sanoa sit siinä. (H2)

Toisaalta sairaanhoitajien kuvauksissa päivittäisjohtamisen toivottiin olevan vielä avoimempaa.

Niin, enemmän läpinäkyvyyttä tähän meidän johtamiseen ehkä. (H4)

Mutta onhan se myös tapa johtaa, että tekeekö sen kuinka avoimesti. (H1)

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajien kokemuksia päivittäistoiminnan toimivista ja kehitettävistä käytännöistä. Tavoitteena oli tunnistaa molempien yksiköiden hyvät käytännöt ja muutostarpeet uuden tehovalvonnan yhtenäisten toimintamallien kehittämiseksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa uuden tehovalvonnan toimintaa sekä yhtenäisiä käytäntöjä ja toimintamalleja. Tulokset vastasivat tutkimustehtäviin, ja niistä saatiin käsitys molempien yksiköiden hyvistä ja muutosta vaativista päivittäistoiminnan käytännöistä. Pohdinnassa opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan sisällön analyysissä muodostettujen yhdistävien kategorioiden mukaan.

Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että yhteisten toimintamallien luominen on tärkeää, koska kehittämistoiminnan pohjalta luodut toimintamallit johtavat parhaimmillaan huomattavaan toiminnan paranemiseen ja organisaation oppimiseen (Kajamaa 2011, 6–7) ja hoitotyön yhtenäiset toimintamallit takaavat hoidon laadun ja yhdenvertaisuuden (Woodrow 2012, 7). Toimintamallien yhtenäistäminen edellyttää näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä, jolloin protokollat ohjaavat hoitoa kaikissa ammattiryhmissä (Griffith 2017, 333). Uusien toimintamallien tarkastelu ja kehittäminen edellyttää kuitenkin pitkäjänteistä työtä ja tutkimusta (Tiirinki 2014, 120), ja siksi teho-osaston ja valvontayksikön yhtenäisiä toimintamalleja on alettava kehittämään pitkäjänteisesti ja päämäärätietoisesti. Hyvin luotu toimintakulttuuri näkyy potilasturvallisuutena ja hyvinä hoitotuloksina, mutta myös henkilökunnan työtyytyväisyytenä. (Griffith 2017, 328, 330, 332–333.)

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi samoja hoitotyön käytäntöjä ja toimintamalleja, joita ACCN ja EfCCNa ovat määritelleet kriteereiksi akuutti- ja tehohoitotyön käytännöille ja osaamisvaatimuksiksi akuuttihoitotyössä ja teho-osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille (EfCCNa 2013, 6–23; AACN 2015, 1–26). Lisäksi tuloksista kävi ilmi useita muita päivittäistoiminnan käytäntöjä, kuten päivittäiseen tiedonkulkuun liittyviä käytäntöjä, raportointiin liittyviä toimintamalleja, teho-osaston ulkopuoliseen toimintaan liittyviä toimintamalleja ja käytäntöjä sekä potilaiden perushoitoon liittyviä toimintamalleja. Myös kesällä 2018

valmistuneessa, teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajien tulevaisuuden osaamistarpeita kartoittaneessa opinnäytetyössä tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajien mielestä uuden tehovalvonnan hoito- ja toimintakäytänteet sekä kirjaamiskäytänteet vaativat yhteensovittamista (Huotari 2018, 41, 43).

Dubois ym. (2012, 298-299) osoittivat tutkimuksessaan hoitotyön toimintamallien vaihtelevan osastoittain ja toimintayksiköittäin. Toimintamallien variaatio voi johtua olemassa olevista resursseista käytännön hoitotyön tekemiseen ja myös työympäristöllä voi olla vaikutusta toimintamalleihin. Myös tässä opinnäytetyössä teho-osaston ja valvontayksikön toimintamallien huomattiin tulosten perusteella poikkeavan toisistaan. Yksiköiden resurssit ovat erilaiset ja sen voi osaltaan katsoa vaikuttavan toimintamallien eroihin. Valvontayksikössä aamuvuoron vahvuudessa on kolme sairaanhoitajaa ja tämän koettiin vaikuttavan niin toimintamalleihin kuin hoitotyön kehittämiseenkin.

Potilaan hoitoon välittömästi liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot

Tulosten mukaan teho-osastolla kaikkien potilaiden ja valvontayksikössä elekttiivisten potilaiden vastaanottoprosessi sekä hoitopolku ovat toimivia ja selkeitä. Selkeät ohjeet helpottavat ja ohjaavat toimintaa potilaiden hoitopoluissa. Molemmissa yksiköissä potilaiden vointi huomioidaan perushoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Teho-osastolla perushoidon ja potilaiden kuntoutuksen koettiin kuuluvan päivittäisiin rutiineihin, mutta valvontayksikössä perushoitoon ja potilaiden asentohoitoon ei ole riittävästi aikaa päivittäisessä toiminnassa. Perushoidolliset toimet ja asentohoito jäävät tekemättä, kun potilaiden hoitoa joudutaan priorisoimaan. Myös Adam ym. (2017, 14-15), Heikura ym. (2017, 524), Mendes ym. (2017, 62) ja Sommers ym. (2015, 1051-1052) toteavat tutkimuksissaan, että kuntoutus, varhainen mobilisointi ja fysioterapia ovat potilaan kannalta tärkeä osa päivittäisiä toimintamalleja teho-osastolla ja valvontayksikössä. Mahdollisimman varhain aloitettu kuntoutus tukee toipumista ja ehkäisee hoidosta johtuvaa sekavuutta. Sekä sairaanhoitajien että moniammatillisen tiimin toteuttama kuntoutus ovat todettu olevan potilaan kannalta hyödyllisiä toimintamalleja.

Tuloksista kävi ilmi, että valvontayksikön hoitoympäristö ei ole optimaalinen tämän hetkisten väistötilojen vuoksi. Nykyiset väistötilat ovat ahtaat ja epäkäytännölliset ja se hankaloittaa päivittäistä toimintaa. Tästä syystä potilaille ei välttämättä pystytä järjestämään rauhallista hoitoympäristöä. Parantavan ja yksityisyyttä kunnioittavan hoitoympäristön mahdollistaminen olisi kuitenkin tärkeää potilaan toipumisen kannalta (Blomster ym. 2001, 57-59). Lisäksi potilaat eivät aina ohjaudu oikeaan hoitopaikkaan ja turhista potilassiirroista aiheutuu lisätyötä, jolloin muiden potilaiden hoidolle ei jää riittävästi aikaa.

Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että akuuttihoitotyössä on tärkeää, että potilas ja hänen omaisensa saavat riittävästi tietoa ja tukea vakavan sairastumisen kohdatessa. Sairaanhoidajan rooli omaisille informoimisessa on tärkeä. Potilaan tulee antaa mahdollisuuksien mukaan osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. (Alfheim ym. 2018, 397-394; Schandl ym. 2017, 107-108; Wong ym. 2015, 60-61.) Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että molemmissa yksiköissä potilaat ja omaiset tulevat kuulluksi ja saavat apua ja psyykkistä tukea vaikeassa tilanteessaan. Omaiset huomioidaan hyvin ja valvontayksikössä vierailuajoista joustetaan sekä potilaan että omaisen tilanne huomioiden. Toisaalta vierailuajoista joustaminen on sairaanhoitajien kokemusten mukaan aiheuttanut sen, että valvontayksikössä on potilaiden omaisia paikalla silloinkin, kun ei pitäisi kuten lääkärikiertojen, potilassiirtojen ja aamupesujen aikaan. Valvontayksikössä kehitettävänä käytäntönä koettiin omaisille määritettyjen soittoaikojen puuttuminen.

Tulokset osoittavat, että teho-osaston ja valvontayksikön kirjaamisen ja raportoinnin käytännöt poikkeavat toisistaan. Molemmissa yksiköissä raportointikäytännöt koettiin toimiviksi ja sujuviksi. Tuloksista käy ilmi, että valvontayksikössä käytössä oleva hiljainen raportointi mahdollistaa onnistuneen tiedonsaannin ja yksilöllisen lukutaktiikan jokaiselle sairaanhoitajalle. Lisäksi hiljaisen raportin koettiin nopeuttavan raportointia ja antavan enemmän aikaa potilastyölle. Tulosten mukaan hiljainen raportointi parantaa potilasturvallisuutta, koska potilaiden asioihin perehdytään tarkemmin ja suulliseen raportointiin liittyvät inhimilliset virheet jäävät pois. Teho-osastolla käytössä oleva suullinen raportointi koettiin selkeäksi, kokonaisvaltaiseksi, mutta toisaalta tiiviiksi. Suullisesta raportoinnista pidettiin erityisesti siksi, että raportin aikana kollegan kanssa voi keskustella ja vaihtaa ajatuksia potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

Myös teho-osastolla käytössä olevaa, lääkärin arki-iltapäivisin pitämää, yleiskatsausta pidettiin toimivana käytäntönä tilanteen opetuksellisen ja informatiivisen näkökulman vuoksi.

Akuuttihoitotyössä tarkalla ja huolellisella kirjaamisella varmistetaan hoidon toteutus ja jatkuvuus (Blomster 2001, 181). Teho-osastolla käytössä oleva potilastietojärjestelmä koettiin toimivaksi, sujuvaksi ja tarkaksi kirjaamisen välineeksi. Myös Nykänen & Junttila (2012, 12) toivat raportissaan esille tietojärjestelmän käytettävyyden tärkeyden. Heidän mukaansa potilastietojärjestelmien ja hoitokertomusten tulee olla käytettävyydeltään sellaisia, että ne mahdollistavat sairaanhoitajien työtehtävien ja moniammatillisen tiedonvaihdon toteutuksen tehokkaasti ja sujuvasti. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että valvontayksikön kirjaamiskäytännöissä on kehitettävää. Kirjaaminen ei ole automatisoitua ja siksi se vie paljon aikaa. Kirjaamisessa on useita huomioitavia asioita ja jotkut hoitotyön osa-alueet kirjataan useaan kertaan. Tulosten mukaan teho-osaston kirjaamiskäytäntöjä tulisi kehittää hoitotyön tarpeen määrittelyn osalta. Hoitotyön tarpeita ei tällä hetkellä kirjata mihinkään eikä sille ole sovittua kirjaamissivua teho-osaston potilastietojärjestelmässä.

Potilaan hoitoon välillisesti liittyvät sairaanhoitajien päivittäistoiminnot

Tulokset osoittavat, että teho-osastolla koettiin olevan vahva toimintakulttuuri. Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitajien kokemus vahvasta toimintakulttuurista on todettu lisäävän työtyytyväisyyttä ja sitoutumista organisaation toimintamalleihin sekä parantavan työilmapiiriä (Dubois ym. 2012; Rostila ym. 2011, 43-44; Saukkonen ym. 2017, 241). Tulokset osoittavat, että teho-osastolla on avoin ja hyvä työilmapiiri ja sitä pidettiin tärkeänä työn mielekkyyden kannalta. Selkeät käytännöt ja päivärytmi ohjaavat uusien työntekijöiden toimintaa ja heidän on helpompi päästä mukaan osaston päivittäiseen toimintaan. Myös valvontayksikön toimintamallit ovat tulosten mukaan selkeät ja ne helpottavat päivittäistä työskentelyä. Työnjako koettiin molemmissa yksiköissä tasapuoliseksi ja pääsääntöisesti toimivaksi. Tulosten mukaan molemmissa yksiköissä kollegiaalisuus toteutuu hyvin ja avun saaminen sekä avun pyytäminen on helppoa.

Tuloksissa kävi ilmi, että vastaavan hoitajan rooli on molemmissa yksiköissä määritetty ja kirjattu. Teho-osastolla vastaava hoitaja huolehtii kaikille hänelle kuuluvista tehtävistä tai tarvittaessa delegoi tehtäviä muille vuorossa oleville. Valvontayksikössä vastaavan hoitajan rooli koettiin nimelliseksi ja kaikki vuorossa olevat sairaanhoitajat tekevät tarvittaessa vuorovastaavan töitä.

Tulokset osoittavat, että molemmissa yksiköissä on hyvät laitteiden huolto-ohjeet. Teho-osastolla koettiin, että toimintaa ylläpitäviin huolto- ja potilaspaikan valmistelu -töihin on pääsääntöisesti aikaa. Ilta- ja yöaikaan huoltotöitä ei välttämättä ehdi tehdä pienemmän henkilökuntamäärän vuoksi. Valvontayksikössä huoltotöihin kuluu paljon aikaa suuren potilasvaihtuvuuden vuoksi.

Päivittäisen viestinnän merkitys korostui opinnäytetyön tuloksissa, kuten myös Camelo ja Chales (2013, 110-117) ovat viestinnän tärkeydestä tutkimuksessaan todenneet. Päivittäiseen viestintään oltiin osittain tyytyväisiä, mutta siinä koettiin olevan parannettavaa. Tutkimustuloksista käy ilmi, että viestinnän toivottiin olevan avoimempaa ja selkeämpää. Molemmissa yksiköissä koettiin, että esimerkiksi osastojen yhdistymiseen liittyvistä asioista ei tiedoteta riittävästi ja riittävän usein. Molemmissa yksiköissä sähköpostin kautta tapahtuvaa viestintää pidettiin ongelmallisena, koska sähköposteja ei aina ehdi lukemaan ja toisaalta sähköpostiviestejä koettiin tulevan niin paljon, että tärkeiden ja olennaisten viestien löytyminen on vaikeaa.

Opinnäytetyön tuloksissa korostui hoitotyön kehittämisen merkitys. Teho-osastolla koettiin, että hoito-ohjeiden ja protokollien päivittämiseen on riittävästi aikaa ja että näyttöön perustuva toiminta toteutuu pääasiallisesti hyvin. Tulokset osoittavat, että teho-osastolla näyttöön perustuva toiminta on mahdollistettu hyvin organisaation ja yksikön toimesta. Vastuualueiden sairaanhoitajat tekevät ohjeistuksia näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen ja kouluttavat muita sairaanhoitajia. Näyttöön perustuvaan toimintaan sitoutuminen ja toiminnan integroiminen osaksi päivittäistä hoitotyön kulttuuria edistää näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönottamista ja kehittämistä (Hägman-Laitila 2009, 22-23; AACN 2015, 6-7, 18, 25-26).

Valvontayksikön tuloksista käy ilmi, että aikaa hoito-ohjeiden ja protokollien päivittämiseen ei ole tarpeeksi ja että näyttöön perustuvaa tietoa ei pystytä hakemaan riittävästi. Lähiesimiesten tuki koettiin opinnäytetyön tulosten mukaan tärkeäksi päivittäistoiminnassa. Valentin ja Ferninande (2011, 1577-1578) tutkimuksessa todettiin, että lähiesimiesten tehtävä on tukea koulutuksiin pääsemisessä sekä hoito-ohjeiden ja protokollien päivittämisessä näyttöön perustuvaan tietoon perustuen. Useissa tutkimuksissa on todettu, että laadukkaan ja taloudellisesti tehokkaan hoidon tuottaminen ja toimintamallien kehittäminen edellyttää terveydenhuollon johtajilta jatkuvaa, uudenlaista ja tehokasta johtamisen mallia (ks.Griffith 2017, 332-333; Turpeinen 2011, 48) sekä aktiivista otetta näyttöön perustuvan toiminnan ja hyvien hoito- ja toimintakäytäntöjen edistäjänä (Holopainen ym. 2014, 40, 51-52). Hyvällä johtamisella voidaan parantaa työntekijöiden sitoutumista organisaation tavoitteisiin ja toimintamalleihin (Legget ym. 2017, 2).

Tulokset osoittavat, että teho-osastolla simulaatioharjoittelua ja -koulutuksia pidettiin tärkeinä ja opettavaisina. Simulaatioharjoituksia toivottiin olevan enemmän ja säännöllisemmin ja harjoitusten toivottiin olevan monipuolisempia. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että sujuvaa tiimityötä ja vuorovaikutusta sekä hyvää johtajuutta on tärkeää harjoitella simulaation keinoin. Tutkimustulokset osoittavat työskentelyolosuhteiden ja työtyytyväisyyden lisääntyneen simulaatioharjoittelun myötä ja työntekijöiden vaihtuvuuden ja sairauslomien vähentyneen. (Gundrosen ym. 2014, 312-317; Hoppu ym. 2014, 1744; Meurling ym. 2013, 485; Meurling 2013, 35-36.) Tuloksista käy ilmi, että molemmissa yksiköissä toivottiin, että osastotunneilla järjestettävä koulutus olisi järjestelmällisempää. Molempien yksiköiden sairaanhoitajat toivoivat osastotunneille koulutusta eri potilasryhmien hoidosta.

Moniammatillisuuden merkitys korostui myös opinnäytetyön tuloksissa (Ks. Valentin & Ferninande 2011, 1578). Teho-osastolla yhteistyö lääkäreiden kanssa koettiin toimivaksi ja tasa-arvoiseksi, mutta valvontayksikössä yhteistyö lääkäreiden kanssa on opinnäytetyön tulosten mukaan toimimatonta. Tuloksista selvisi, että valvontayksikössä lääkäreiden ja sairaanhoitajien välille toivottiin avoimempaa kommunikaatiota ja selkeitä toimintamalleja esimerkiksi lääkirinkierrosta. Teho-osastolla toivottiin yhtä, nimettyä teho-osastosta vastaavaa lääkäriä, jonka kanssa hoito-ohjeita ja protokollia olisi helppo tehdä ja

päivittää. Valvontayksikössä yhteistyö jatkohoitoyksiköiden kanssa koettiin pääsääntöisesti toimivaksi, mutta päivystyspoliklinikan ja päivystysosaston kanssa yhteistyö koettiin toimimattomaksi. Tulosten mukaan valvontayksikön ja fysioterapeuttien yhteistyö on liian vähäistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että moniammatillisesti toteutettu kuntoutus luo edellytykset potilaan paremmalle toipumiselle ja voi lyhentää teho- tai valvontahoitojaksoa (Heikura ym. 2017, 524; Sommers ym. 2015, 1051-1052).

Tuloksissa kävi ilmi, että teho-osaston toimesta järjestettävä MET-toiminta (medical emergency team) koettiin fyysisesti ja henkisesti raskaaksi eikä toiminta ole sairaanhoitajien kokemusten mukaan aina mielekästä. Sairaanhoitajat kuvaisivat toiminnan olevan tärkeää muiden yksiköiden ja potilasturvallisuuden kannalta. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan MET-toiminta parantaa potilasturvallisuutta sairaaloissa (Ala-Kokko & Pettilä 2018, 166; Tirkkonen ym. 2014, 2311-2315; Kantola & Kantola 2013, 222). Toiminta on kuitenkin laajentunut niin paljon, että nykyisellä toimintamallilla MET-toimintaa ei pystytä enää sairaanhoitajien kokemusten mukaan lisäämään. Tuloksista kävi myös ilmi, että uudet MET-hoitajat eivät saa riittävästi tukea aloittaessaan MET-hoitajana.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, koska se soveltuu hyvin aihealueisiin, joista aikaisempaa tutkimustietoa on vähän tai halutaan saada uutta tietoa ja ymmärrystä tutkimusasetelmien mukaisesti (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-67). Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus edustaa järjestelmällistä ja objektiivista keinoa kuvata ja määrittää ilmiöitä (Elo ym. 2014, 1). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajien kokemuksia päivittäistoiminnan toimivista ja kehitettävistä käytännöistä. Kyseisten osastojen päivittäistoiminnan käytäntöjä ei ole aikaisemmin tutkittu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi tutkija kiinnitti koko tutkimusprosessin ajan huomiota tutkimuskysymykseen sisältyviin oletuksiin ja tulkintaa koskeviin uusiin oletuksiin (ks. Green & Thorogood 2009, 29).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa kiinnittää huomiota tutkijan toimintaan ja tutkijan perusteluihin toiminnalleen (Hirsjärvi & Hurme 2017, 189). Tutkimusta tehtäessä on tärkeää, että tutkija ei puheillaan tai teoillaan luo ennakkoasenteita aihetta kohtaan. Tutkija pyrki olemaan neutraali kaikissa tilanteissa niin, että tutkimuksen luotettavuus ei vaarantunut. (Ks.Holloway & Galvin 2017, 304-305.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin sen kaikissa vaiheissa. Luotettavuutta arvioitiin hyödyntäen Lincolnin ja Guban kriteeristöä, jossa tarkastellaan tutkimuksen uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta (Elo ym. 2014, 1; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198; Tuomi ym., 2018, 160-163).

Tutkimuksen uskottavuutta paransi tutkijan intensiivinen ja riittävän pitkä työskentely ilmiön kanssa, jolloin tutkittavien ilmiöiden ymmärtäminen ja sisäistäminen on syvällisempää. Lisäksi tutkimuksen uskottavuutta lisättiin tulosten selkeällä kuvauksella niin, että raportista ilmenee analyysiprosessi sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. (Ks.Holloway & Galvin 2017, 309, 316; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää aiheen ajankohtaisuutta ja haastatteluihin osallistuvien kiinnostusta olla mukana kehittämässä päivittäistoiminnan käytäntöjä. Haastatteluihin osallistuneiden läheisyyttä tutkijaan voidaan pitää tutkimuksen luotettavuutta rajoittavana tekijänä. Tätä pyrittiin välttämään siten, että haastattelutilanteissa teemahaastattelun kulkua ohjasi tutkimuskysymykset ja tutkijan tekemä lista apukysymyksistä.

Tutkimustulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin varmistettiin tarkalla tutkimusympäristön ja osallistujien valinnan kuvauksella sekä taustojen selvittämisellä ja aineistojen keruun ja analyysin huolellisella kuvauksella (ks.Elo ym. 2014, 8; Holloway & Galvin 2017, 309; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tietojen keräämisen luotettavuutta varmistettiin raportoimalla yksityiskohdat teemahaastattelujen kulusta ja haastatteluihin osallistuneiden kuvauksista (ks.Elo ym. 2014, 8). Teemahaastattelut toteutettiin teho-osaston ja valvontayksikön henkilökunnasta valikoituneille sairaanhoitajille, joilla oli riittävä työkokemus kyseisessä yksikössä ja he osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti. Haastateltaville kerrottiin, että haastattelun voi omasta tahdosta

keskeyttää milloin vain. Haastatteluihin osallistuvat allekirjoittivat sopimuksen tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelujen teemat nousivat opinnäytetyön tutkimustehtävistä. Haastatteluihin osallistuville korostettiin, että haastattelujen materiaali käsitellään luottamuksellisesti niin, että yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei selviä tutkimuksesta.

Tutkimuksen riippuvuutta arvioitiin tarkastelemalla tutkimuksen toistettavuutta ja tulosten samankaltaisuutta (ks. Elo ym. 2014, 2-3; Holloway & Galvin 2017, 309-310). Tämä opinnäytetyö olisi toistettavissa samanlaisena, koska tutkimusympäristö ja osallistujien valinta on kuvattu tarkasti. Tulosten samankaltaisuuteen voisi kuitenkin vaikuttaa esimerkiksi tilanteen muuttuminen henkilökuntarakenteessa. Vahvistettavuutta parannettiin varmistamalla tutkimustulosten perustuminen aineistoon ja kokemukseen (ks. Holloway & Galvin 2017, 309-310).

Sisällön analyysin tulosten luotettavuus riippuu riittävän monipuolisen, sopivan ja hyvin kyllästetyn tiedon saatavuudesta. Sisällön analyysin luotettavuutta parannettiin huolellisella tutkimustyöhön valmistautumisella, hyvin suunnitelluilla teemahaastatteluilla, perusteellisella sisällön analyysillä ja tulosten raportoinnilla. Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijä teki tutkimusta yksin ja siksi sisällön analyysin uskottavuutta vahvistettiin tarkastamalla tietojen edustavuus kokonaisuutena. Tutkija palasi aineistoon useasti ja tarkisti tulkintojensa todenperäisyyttä. (Ks. Elo ym. 2014, 5,8.) Tutkimuksessa pyrittiin luotettavasti osoittamaan yhteys aineiston ja tulosten välillä (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 10; Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Raportointivaiheessa sekä induktiivisessa että deduktiivisessä sisällön analyysissä tulokset kuvailtiin kategorioiden sisällön ja valitun lähestymistavan mukaisesti (ks. Elo ym. 2014, 2).

Eettisyys

Tämän opinnäytetyön kaikissa vaiheissa noudatettiin hyvää tutkimusetiikkaa ja sen määrittelemiä eettisiä periaatteita ja sääntöjä sekä Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän yleisiä sääntöjä (ks. Holloway & Galvin 2017, 52-53; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Tutkimus- ja kehittämistoiminta 2017; Vilkkä 2015, 149). Opinnäytetyö on tehty niin, että koko prosessin ajan on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tulokset on

raportoitu avoimesti ja vastuullisesti. Raportoinnissa on noudatettu Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjeita. (Ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuksen aihe nousi työelämän tarpeista ja eettisesti tarkasteltuna on oikein, että kahden yksikön yhdistymistä valmistellaan myös osastojen päivittäistoimintaa kartoittamalla (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218).

Tutkimuslupa haettiin Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän ohjeistuksen mukaisesti (ks. Tutkimus- ja kehittämistoiminta 2017). Johtajaylihoitajalta saadun tutkimusluvun jälkeen teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajia tiedotettiin sekä suullisesti että kirjallisesti opinnäytetyön aiheesta ja vapaaehtoisia pyydettiin ilmoittautumaan sähköpostitse opinnäytetyön teki-jälle (ks. Holloway & Galvin 2017, 57-58; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-219).

Haastatteluihin osallistuneiden itsemääräämisoikeuden ja anonymiteetin toteutumisesta on huolehdittu koko opinnäytetyöprosessin ajan (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Holloway & Galvin 2017, 69). Opinnäytetyön haastatteluihin osallistuneet sairaanhoitajat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen ja vielä haastattelujen alussa korostettiin haastattelujen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen (ks. Holloway & Galvin 2017, 57-58; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-219).

Tutkimusaineistoa on käsitelty tiedostaen tutkijan eettinen vastuu tutkimustulosten ja aineiston vastaavuudesta (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Tutkimustuloksissa esitettyjä alkuperäisilmauksia on käytetty siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa (ks. Holloway & Galvin 2017, 309). Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti, kun opinnäytetyö on valmis ja hyväksytty.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tulokset vastasivat tutkimuskysymyksiin teho-osaston päivittäistoiminnan toimivista ja kehitettävistä käytännöistä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että teho-osaston ja valvontayksikön toimintamallit ja päivittäistoi-

minnan käytännöt poikkeavat toisistaan ja siksi yksiköiden yhdistyessä päivittäistoiminnan käytäntöihin ja toimintamalleihin täytyy kiinnittää erityistä huomiota, jotta toimintamallit saadaan yhdenmukaistettua. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevan tehovalvonnan yhtenäisiä toimintamalleja suunniteltaessa, mutta tuloksia voidaan soveltaa myös samankokoisten keskussairaaloiden yksiköissä huomioiden vallitsevat toimintamallit ja organisaatiokulttuuri.

Teho-osaston ja valvontayksikön päivittäistoiminnoissa koettiin olevan paljon toimivia käytäntöjä ja niiden esille tuominen ja vahvistaminen on tärkeää. Kehitettäviin käytäntöihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, ja käytäntöjä olisi hyvä pyrkiä parantamaan jo ennen yksiköiden yhdistymistä. Kirjaamisen ja raportoinnin osalta toimintamallit poikkeavat suuresti toisistaan ja näiden toimintamallien yhdenmukaistaminen vaatii erityistä huomiota, jotta uuden tehovalvonnan toiminta olisi sujuvaa ja toimintamallit yhdenmukaisia. Tuloksissa esille tulleet päivittäistoiminnan käytännöt ja niiden erilaisuus tulee ottaa huomioon muutosjohtamisessa ja kehittää käytäntöjä samaan suuntaan, jotta yhteentörmäyksiltä ja ristiriidoilta vältytään yksiköiden yhdistyessä. Molempien yksiköiden sairaanhoitajista muodostetuissa työryhmissä opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa uusia, yhteisiä päivittäistoiminnan käytäntöjä. Näyttöön perustuvan toiminnan vahvistaminen on aikaisempiin tutkimuksiin ja tämän opinnäytetyön tuloksiin viitaten tärkeää ja sen vahvistamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella teho-osaston ja valvontayksikön kirjaamisen ja raportoinnin käytännöt ovat hyvin erilaisia. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää sairaanhoitajien kokemuksia tiedonhallintaan liittyen ja luoda näiden pohjalta toimiva kirjaamisen ja raportoinnin toimintamalli.

Tulosten perusteella vastaavan hoitajan rooli on tällä hetkellä erilainen teho-osastolla ja valvontayksikössä. Tulevan tehovalvonnan vastaavan hoitajan rooli on laajempi ja vastuullisempi, joten jatkotutkimuksena voisi tehdä kehittämistyön tehovalvonnan vastaavan hoitajan työnkuvasta.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että teho-osaston toimesta järjestettävä MET-toiminta koetaan fyysisesti ja henkisesti kuormittavana. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää MET-hoitajien kokemuksia MET-toiminnasta ja siihen liittyvän koulutuksen riittävydestä.

LÄHTEET

Adam, S., Osborne, S. & Welch, J. 2017. *Critical Care Nursing – Science and Practice*, 3. painos. Oxford: Oxford University Press.

Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.kaypahoito.fi [viitattu 17.10.2018].

Ala-Kokko, T., Karlsson, S., Pettilä, V., Ruokonen, E. & Tallgren, M. 2014. *Tehohoito-opas*. 4. painos. Helsinki: Duodecim.

Ala-Kokko, T. & Pettilä, V. 2018. Kenelle tehohoitoa annetaan? Potilasvalinnassa on keskeistä tehohoitolääkärin tekemä yksilöllinen arvio potilaan tilasta. *Duodecim* 134, 165–166.

Al-Busaidi, Z. 2008. Qualitative Research and its Uses in Health Care. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 1, 11–19. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3087733/> [viitattu 7.10.2018].

Alfheim, H., Rosseland, L., Hofsvø, K., Småstuen, M. & Rustøen, T. 2018. Multiple symptoms in family caregivers of intensive care unit patients. *Journal of pain and symptom management* 2, 387–394. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 14.10.2018].

Alharbi, T., Ekman, I., Olsson, L.-E., Dudas, K. & Carlström, E. 2012. Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy* 108, 294–301. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 12.10.2018].

American Association of Critical-Care Nurses (AACN). 2015. Scope and standards for acute and critical care nursing practice. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.aacn.org/nursing-excellence/standards/aacn-scope-and-standards-for-acute-and-critical-care-nursing-practice> [viitattu 30.10.2018].

Bellagamba, G., Gionta, G., Senergue, J., Bèque, C. & Lehucher-Michel, M. 2015. Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2, 357–367.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S.-L. *Tehohoitotyö*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Browning, L., Ryan, C.S., Thomas, S., Greenberg, M. and Rolniak, S., 2007. Nursing specialty and burnout. PDF-dokumentti. *Psychology, Health and Medicine* 2, 248–254. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 29.10.2018].

Camelo, S. & Chaces, L. 2013. Teamwork as a nursing competence at intensive care units. *Investigacion y Educacion en Enfermeria* 1, 107–115.

- Carney, M. 2011. Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 7, 523–539. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 15.10.2018].
- Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 3, 5–13.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. & Blais, R. 2012. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research* 1, 286–300. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 27.10.2018].
- EFCCNa competencies fo European critical care nurses. 2013. European federation of critical care nursing. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.efccna.org/images/stories/publication/competencies_cc.pdf [viitattu 28.10.2018].
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open* January-March 2014, 1–10. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244014522633> [viitattu 7.10.2018].
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062> [viitattu 8.11.2018].
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Ikkunoita Tutkimusmetodeihin 1. Juva: Bookwell Oy.
- Flick, U. 2014. An introduction to qualitative research. London: SAGE Publications Ltd.
- Green, J. & Thorogood, N. 2009. Qualitative Methods for Health Research. London: SAGE Publications Ltd.
- Gregory, B., Harris, S., Armenakis, A. & Shook, C. 2009. Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research* 62, 673–679. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 15.10.2018].
- Griffith, J. 2017. An Organizational Model for Excellence in Healthcare Delivery: Evidence From Winners of the Baldrige Quality Award. *Journal of Healthcare Management* 5, 328–342.
- Gundrosen S., Solligård E. & Aadahl P. 2014. Team competence among nurses in an intensive care unit: The feasibility of in situ simulation and assessing non-technical skills. *Intensive and Critical Care Nursing* 30, 312–317.
- Harisalo, R. 2010. Organisaatioteoriat. 3. painos. Tampere: Tampereen yliopisto paino Oy.

Heikura, J., Juopperi, R., Klasila, M. & Pesonen, L. 2017. Kuntoutumista edistävä työote. Teoksessa Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgrén-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 524–525.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2017. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Unigrafia Oy.

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

Holloway, I. & Galvin, K. 2017. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. 4. painos. Chichester: Wiley Blackwell.

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. 2. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hoppu, S., Niemi-Murola, L. & Handolin, L. 2014. Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana – oppia tiimityöstä. *Duodecim* 130, 1744–1748.

Huotari, E. 2018. ”Vähän kun kasais uutta joukkuetta” – sairaanhoitajien käsi-tyksiä tulevan tehovalvontayksikön osaamistarpeista. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/150684/huotari_eveliina.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 5.11.2018].

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen – systemoitu katsaus toimintamalleihin. *Tutkiva hoitotyö* 3, 20–27.

Jacobs, R., Mannion, R., Davies, H., Harrison, S., Konteh, F. & Walshe, K. 2013. The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social Science & Medicine* 76, 115–125. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 20.10.2018].

Jalonen, J. 2014. Tehohoito. Teoksessa Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet, 63–69.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. painos. Juva: WSOY.

Järvinen, P. 2014. Esimiestyö ongelmatilanteissa. 8. painos. Helsinki: Talentum.

Kajamaa, A. 2011. Unraveling the helix of change: an activity- theoretical study of health care change efforts and their consequences. Helsinki: Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteiden laitos. Väitöskirja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kantola, T. & Kantola, T. 2013. Medical Emergency Team (MET) -apua osastolle elvytystä kevyemmin perustein. *Finnanest* 3, 222–226. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/kantola_kantola_met.pdf [viitattu 28.10.2018].
- Kervinen, H. 2016. Akuutti sepelvaltimo-oireyhtymä ja sydäninfarkti. Lääkärin käsikirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/ltk/koti> [viitattu 17.10.2018].
- Kinnunen, J. 2017. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Teoksessa Rissanen, A. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 167–182.
- Kinnunen, J. & Vuori, J. 2005. Terveystieteiden johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: WSOY, 192–217.
- Kleinknecht-Dolf, M., Grand, F., Spichiger, E., Muller, M., Martin, J. & Spirig, R. 2015. Complexity of nursing care in acute care hospital patients: results of a pilot study with a newly developed questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29, 591–602. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 27.10.2018].
- Komulainen, J. 2017. Sote-ohjaus ja hoitosuositukset. *Duodecim* 133(7), 713–714. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13660> [viitattu 29.10.2018].
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3–12.
- Käypä hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/etusivu> [viitattu 1.10.2018].
- Lakanmaa, R.-L. 2013. Tehosairaanhoidajan kompetenssi. *Tehohoito* 31 (2), 135–137.
- Lakanmaa, R.-L., Suominen, T., Perttilä, J., Puukka, P. & Leino-Kilpi, H. 2012. Competence requirements in intensive and critical care nursing – Still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing* 28 (6), 329–336. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 29.10.2018].
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 7.8.1992/785. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785> [viitattu 8.11.2018].
- Lammintakanen, J. 2017. Henkilöstö voimavarana – osaaminen johtamisen haasteena. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 237–258.
- Leggat, S., Karimi, L. & Bartram, T. 2017. A path analysis study of factors influencing hospital staff perceptions of quality of care factors associated with patient satisfaction and patient experience. *BMC Health Services Research* 17:739, 1–8. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2718-x> [viitattu 29.10.2018].

- Lirkki, A. Teho-osaston ja valvontayksikön osastonhoitaja. Suullinen tiedonanto 10.10.2018. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä.
- Lundgrén-Laine, H., Ritmala-Castrén, M. & Murtola, LM. 2014. Suomalaisen valvontahoidon piirteitä vuonna 2012. *Tehohoito* 32(2), 131–133.
- Lönn, M. & Pajunen, T. 2017. Hengitysvajauspotilaan seuranta ja hoito. Teoksessa Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgrén-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 32–121.
- Maakunta- ja sote-uudistus s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely> [viitattu 1.10.2018].
- Marshall, J., Bosco, L., Adhikari, N., Connolly, B., Diaz, J., Dorman, T., Fowler, R., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J-L., Vollman, K. & Zimmerman, J. 2017. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. PDF-dokumentti. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. Saatavissa: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.xamk.fi/science/article/pii/S0883944116302404> [viitattu 16.10.2018].
- Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämälaatu ja toipuminen. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf> [viitattu 16.10.2018].
- Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. 2010. 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing* 26, 246–253. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.xamk.fi/science/article/pii/S0964339710000558> [viitattu 18.10.2018].
- Meurling, L. 2013. Teamwork training using patient simulation. Stockholm. Karolinska Institutet. Väitöskirja.
- Meurling, L., Hedman, L., Sandahl, C., Felländer-Tsai, L. & Wallin, C-J. 2013. Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. *BMJ Quality & Safety* 14, 22(6), 485–494.
- Nykänen, P. & Juntila, K. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti: Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Parviainen, I. 2012. Teho-osasto 2020 -luvun tarpeisiin. *Tehohoito* 30 (1), 66–68.
- Reinikainen, M. & Varpula, T. 2018. Suomalainen tehohoito. Kansallinen vertaisarviointi tuottaa toimintaa ohjaavaa tietoa. *Duodecim*, 134, 161–163. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14120> [viitattu 12.10.2018].

- Roine, R. & Jäkälä, P. 2014. Aivoinfarktin hoito. Teoksessa Ala-Kokko, T., Karlsson, S., Pettilä, V., Ruokonen, E. & Tallgren, M. (toim.) Tehohoito-opas. Tampere: Tammerprint Oy, 171–177.
- Rostila, I., Suominen, T., Asikainen, P. & Green, P. 2011. Differentiation of organizational climate and culture in public health and social services in Finland. *Journal of Public Health* 19 (1), 39–47.
- Salminen-Tuomaala, M., Ala-Hynnilä, L., Hämäläinen, K. & Ruohomäki, H. 2017. Uuteen tehohoidon toimintayksikköön siirtymisen haasteet sairaanhoitajien kokemana. *Tutkiva hoitotyö* 15(4), 12–19.
- Saukkonen, P., Roos, M., Viinikainen, S., Helminen, M., Asikainen, P., Green, P. & Suominen, T. 2017. Organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri hoitohenkilökunnan näkökulmasta. *Hoitotiede* 29 (4), 239–251.
- Sawatzky, J. & Enns, C. 2012. Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management* 20 (5). 696–707.
- Schndl, A., Falk, A-C. & Frank, C. Patient participation in the intensive care unit. 2017. *Intensive and Critical Care Nursing* 42, 105–109. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717300198?via%3Dihub> [viitattu 19.10.2018].
- Schein, E. & Schein, P. 2017. Organization culture and Leadership. 5.painos. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. E-kirja. Saatavissa: www.kaakuri.finna.fi [viitattu 31.10.2018].
- Sommers, J., Engelbert, R., Dettling-Ihnenfeldt, D., Gosselink, R., Spronk, P., Nollet, F. & van der Schaaf, M. 2015. Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. *Clinical Rehabilitation* 29(11), 1051–1063. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607892/> [viitattu 17.10.2018].
- Sosiaali- ja terveysministeriö s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/terveyspalvelut> [viitattu 1.10.2018].
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fi-fe201504226780.pdf?sequence=1> [viitattu 30.10.2018].
- Suomen tehohoitoyhdistys. 1997. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://sthy.fi/wp-content/uploads/2017/07/STHY_eettiset_ohjeet.pdf [viitattu 17.10.2018].
- Syväoja, P. 2017. Kuumen sairaalan toteuttamissuunnitelma. Esper. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä. PDF-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.esper.fi/images/Dokumentit/KUUMAN-SAIRAALAN-TOTEUTTA-MISSUUNNITELMA-190117.pdf> [viitattu 29.10.2018].

Taskinen, H. 2017. Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa Rissanen, A. & Lammintakanen J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 147–166.

Tehostettu hoito. 2016. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.8.2018. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/terveyspalvelut/tehostettu-hoito/> [viitattu 27.9.2018].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos s.a. Hyvät käytännöt. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.10.2018. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/hyvät-kaytannot> [viitattu 10.10.2018].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tiirinki, H. 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526204215.pdf> [viitattu 29.10.2018].

Tirkkonen, J., Nurmi, J. & Hoppu, S. 2014. Sairaalan sisäinen ensihoito on tullut jäädäkseen. *Duodecim* 2014; 130: 2311–2317. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo11968> [viitattu 30.10.2018].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vaajakoski: Tammi.

Turpeinen, M. 2011. Muutoksen ja arvioinnin paikka. Henkilöstö arvioi julkisen erikoissairaanhoidon organisaatiofuusiota eri positioista. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66750/978-951-44-8444-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 29.10.2018].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 26.10.2018].

Tutkimus- ja kehittämistoiminta. 2017. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelut. Ammattilaisille Essoten verkkosivuilta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/ammattilaiselle/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/> [viitattu 26.10.2018].

Vahtare, A. 2016. Tehohoidon toteutus ja vaikuttavuus. Teoksessa Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vahtera, A. & Vakkala, M. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Duodecim Oy, 161.

Valentin, A. & Ferdinande, P. 2011. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine* 37, 1575–1587.

Valvontayksikkö. 2016. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.9.2018. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/terveyspalvelut/valvontayksikko/> [viitattu 27.9.2018].

Varpula, T. & Lund, V. 2014. Tehohoitotarpeen tunnistaminen ja potilasvalinta, organisaatio ja MET-toiminta. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehoahoito. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 942–947.

Varpula, T., Uusaro, A., Ala-Kokko, T., Tenhunen, J., Ruokonen, E., Perttilä, J. & Pettilä, V. 2007. Tehohoidon toimintakokonaisuus erikoissairaanhoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 12 (62).

Virtanen, P. & Stenvall, J. 2014. Älykäs julkinen organisaatio. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Wiili-Peltola, E. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Viinikainen, S. 2015. Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96978/978-951-44-9770-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 29.10.2018].

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 1.–2. painos. Vaajakoski: Tammi.

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, H. 2015. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* (2015) 31, 51–63. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25245202> [viitattu 19.10.2018].

Woodrow, P. 2012. Intensive Care Nursing – 3. painos. A framework for practice. London: Routledge.

World Health Organization, Regional Office for Europe. 2013. Good practises in nursing and midwifery – from expert to expert. A manual for create country case studies. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/234952/Good-practices-in-nursing-and-midwifery.pdf?ua=1 [viitattu 1.10.2018].

Saatekirje

16.2.2018

Hyvä teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitaja,

opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa akuuttihoidon YAMK-tutkintoa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on saada tietoa teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajien päivittäistoiminnan toimintakulttuurista. Tutkimuksen tavoitteena on hyvien käytäntöjen ja muutostarpeiden tunnistaminen tulevaa tehovalvontayksikköä ajatellen.

Pyydän kohteliaimmin sinua osallistumaan opinnäytetyöni haastatteluihin. Haastattelut toteutetaan teemahaastattelulla 4-6 henkilön ryhmässä, erikseen teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajille. Haastatteluihin osallistuminen tapahtuu työajalla. Osallistumisesi teemahaastatteluun on erittäin tärkeää, jotta osastojen hyvät käytännöt ja muutostarpeet pystytään tunnistamaan ennen yhdistymistä. Haastattelut nauhoitetaan ja tuloksia käytetään niin, että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa. Sinulla on oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa vaan ja kieltää sinua koskevan aineiston käyttäminen opinnäytetyössä. Haastattelujen materiaali käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Työtäni ohjaa yliopettaja Niina Eklöf, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, nina.eklof@xamk.fi.

Pyydän sinua ilmoittamaan osallistumisestasi minulle sähköpostitse. Annan mielelläni lisätietoa, mikäli haluat kysyä lisätietoja opinnäytetyöstäni.

Ystävällisin terveisin

Sanna Tähtkäpää

Akuuttihoito YAMK-opiskelija

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala

osata033@edu.xamk.fi

SUOSTUMUS HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on saada tietoa teho-osaston ja valvontayksikön sairaanhoitajien päivittäistoiminnan toimintakulttuurista. Ymmärrän, että tutkimuksen tavoitteena on hyvien käytäntöjen ja muutostarpeiden tunnistaminen tulevaa tehovalvontayksikköä ajatellen. Olen saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä opinnäytetyöhön liittyen.

Ymmärrän, että osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta tai keskeyttää se missä vaiheessa tahansa. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimustulosten julkaisu tapahtuu siten, ettei ketään yksittäistä henkilöä voi niistä tunnistaa. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun osallistumaan haastatteluun:

____.____.2018 Mikkeli

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys
