

Tiina Haanperä, Mari Hakala

Sairaanhoitajien näkemyksiä MET-toiminnan kehittämisestä ja ei-tekniisten taitojen toteutumisesta vuodeosastojen hoitajien ja MET-ryhmän välillä

Opinnäytetyö
Akuuttihoitotyö YAMK

2019



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Tiina Haanperä Mari Hakala	Sairaanhoitaja YAMK	Toukokuu 2019
Opinnäytetyön nimi		73 sivua 6 liitesivua
Sairaanhoitajien näkemyksiä MET-toiminnan kehittämisestä ja ei-teknisten taitojen toteutumisesta vuodeosastojen hoitajien ja MET-ryhmän välillä		
Toimeksiantaja Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä, teho- ja valvontahoidon yksikkö		
Ohjaaja Niina Eklöf		
Tiivistelmä Kymenlaakson keskussairaalassa teho-osaston ja sydänvalvonnan henkilökunta vastaavat sairaalan sisäisestä MET-toiminnasta (Medical Emergency Team). Sairaalaan on rakentumassa akuuttihoiton lisärakennus, millä on vaikutuksia myös MET-toimintaan. Eiteknisten taitojen, kuten johtamisen, tilannetietoisuuden ja kommunikaation, hallinta on tärkeä osa MET-toimintaa, ja näiden taitojen harjoittelu lisää potilasturvallisuutta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ei-teknisten taitojen toteutumista vuodeosastolla työskentelevien hoitajien ja MET-ryhmän välillä. Työn tavoitteena oli kehittää MET-toimintaa ja sitä kautta potilasturvallisuutta. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilta. Haastatteluihin osallistui kaksikymmentäyhdeksän (n = 29) sairaanhoitajaa MET-ryhmästä ja vuodeosastoilta. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimus osoitti, että roolijako MET-tilanteissa on usein epäselvä ja selkeää johtajaa oli usein vaikea hahmottaa. Tilannetietoisuus toteutui vaihtelevasti. Kommunikaatiossa koettiin eniten haasteita. Ne ilmenivät kommunikaatiokatkoksina, kieliongelmina tai kommunikaation puuttumisena kokonaan. Tuloksista ilmeni kuitenkin, että suljettua viestintää MET-tilanteissa pääsääntöisesti kuitenkin käytettiin. MET- ja elvytystilanteiden jälkeistä jälkipuintia ei yleensä käyty. MET-toiminnan kehittämiseksi sairaanhoitajat toivat esille erilaisten toimintamallien ja tarkastuslistojen kehittämisen. Roolijakoon toivottiin myös selkeyttä. MET-koulutuksen kehittäminen ja yhteiset harjoitukset MET-ryhmän ja vuodeosastojen sairaanhoitajien välillä koettiin tarpeelliseksi. Tutkimustuloksissa nousi esiin MET- ja elvytystilanteiden jälkipuinnin merkitys yksilölle sekä tärkeänä osana MET-toiminnan kehittämistä. Opinnäytetyön tulokset ovat hyödynnettävissä MET-toiminnan kehittämisessä.		
Asiasanat medical emergency team, johtaminen, tilannetietoisuus, kommunikaatio		

Authors	Degree	Time
Tiina Haanperä Mari Hakala	Master of Health Care	May 2019
Thesis title		
Nurses' views on developing MET operation and using non-technical skills between hospital ward nurses and the medical emergency team		73 pages 6 pages of appendices
Commissioned by		
Social and Health Care Services in Kymenlaakso, Intensive care and monitoring unit		
Supervisor		
Niina Eklöf		
Abstract		
<p>MET (= Medical Emergency Team) operation is part of the intensive care and the cardiac care units' staff's work in Kymenlaakso Central Hospital. The hospital is being expanded for the needs of acute care, which also has an impact on MET operation. Managing non-technical skills is an important part of the MET operation, and the training of these skills increases patient safety.</p>		
<p>The objective of the thesis was to examine how non-technical skills are being realized between MET and wards nurses. The aim was to develop non-technical skills and in that way improve patient safety. The thesis was a qualitative analysis. The research material was collected by semi-structured interviews. Twenty-nine (n = 29) nurses from MET and wards participated in the interviews. The data was analyzed using inductive content analysis.</p>		
<p>The results of the thesis show that role assignment is not always clear, and it is often difficult to recognize the leader of the team. Also, situation awareness varied. The greatest challenges lie in communication by way of communication failures, language problems and lack of communication. However, the results show that closed-loop communication is usually used in MET operation. On the other hand, debriefing after MET or resuscitation calls is usually not used. In order to improve MET operation, nurses submit different kinds of checklists and operation models. Nurses wish clearer role assignment. Developing MET education and training together with MET and wards is necessary. The results of the thesis show that debriefing after MET or resuscitation calls is important to the individual nurse and it is an important part of the MET operation. The results of the thesis can be used to improve MET operation.</p>		
Keywords		
medical emergency team, leadership, situation awareness, communication		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN VIITEKEHYS	7
2.1	Tiedonhaku	7
2.2	MET-toiminta	8
2.3	Crisis resource management ja ei-tekniset taidot	13
2.3.1	Johtaminen	16
2.3.2	Tilannetietoisuus	17
2.3.3	Kommunikaatio	19
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	22
4.1	Aineiston keruu	22
4.2	Aineiston analyysi	23
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	26
5.1	MET-toiminnan toteutuminen.....	26
5.1.1	Johtamisen toteutuminen	27
5.1.2	Tilannetietoisuuden toteutuminen	30
5.1.3	Kommunikaation toteutuminen.....	33
5.1	MET-toiminnan kehittäminen.....	37
5.1.1	MET-toiminnan kehittämisen sisältö	38
5.1.2	MET-toiminnan kehittämisen keinot	48
6	POHDINTA.....	58
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	58
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	66
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	68
	LÄHTEET	70

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Tutkimustaulukko

1 JOHDANTO

Kymenlaakson keskussairaalassa toimii Medical Emergency Team eli MET-ryhmä, jonka jäseninä toimii teho- ja sydänvalvontaosaston henkilökunta. MET-ryhmä vastaa sairaalan sisäisestä MET-toiminnasta ja elvytyksistä, lukuun ottamatta lastenosastoa, vauvateho-osastoa, päivystystä ja leikkausosastoa. MET-hälytykset ovat lisääntyneet vuosi vuodelta.

Tämän päivän tavoitteina ovat elvytystilanteiden ja lääketieteellisten hätätilanteiden tulosten parantaminen. Lupaavana laatua parantavana tekijänä nähdään ei-teknisten taitojen käyttö. Ei-teknisillä taidoilla päästään käsiksi inhimillisiin tekijöihin parantamalla johtajuutta, tilannetietoisuutta ja kommunikaatiota. (Chalwin & Flabouris 2013, 962.) Käypä hoito -suosituksissakin nostetaan esiin ei-teknisten taitojen merkitys ja niiden vaikutus elvytystilanteissa, sillä on todettu, että ei-teknisten taitojen ja CRM (= Crisis Resource Management) perusteiden lisäämisellä elvytyskoulutuksiin, elvytystilanteiden toiminta on parantunut (Elvytys 2016). Simulaatioharjoittelu ja erityisesti siinä harjoiteltavat ei-tekniset taidot ovat tärkeä osa potilasturvallisuutta, sillä hyvällä ryhmädynamiikalla puutteellisilla taidoillakin toimiva ryhmä pääsee hyvään lopputulokseen (Hoppu ym. 2014, 1747).

Viiveet kriittisesti sairaiden potilaiden tunnistamisessa ja hälytyksen tekemisessä muodostuvat usein ongelmaksi. Hoitohenkilökunnan jatkuva koulutus onkin tärkeässä roolissa onnistuneessa MET-toiminnassa. (Tirkkonen ym. 2014, 2311, 2316.) Hyvä tiimityö niin ryhmän sisällä kuin vuodeosastojen henkilökunnankin kanssa on tärkeää potilaiden asianmukaisen ja parhaan mahdollisen hoidon takaamiseksi.

Kymenlaakson keskussairaalaan ollaan rakentamassa uutta lisärakennusta, jonne siirtyvät sairaalan akuuttihoitoyksiköt. Tämän vuoksi välimatka MET-ryhmän ja vuodeosastojen välillä tulee pitenemään, minkä takia MET-toimintaa tulee kehittää entisestään, sillä MET-ryhmä ei tulevaisuudessa pääse yhtä nopeasti paikalle kuin tällä hetkellä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ei-teknisten taitojen toteutumista Kymenlaakson keskussairaalan vuodeosaston hoitajien ja MET-ryhmän välillä. Työn tavoitteena on kehittää ei-teknisten taitojen koulutusta ja sitä kautta kehittää potilasturvallisuutta.

2 OPINNÄYTETYÖN VIITEKEHYS

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu MET-toiminnasta ja ei-teknisistä taidoista. Viitekehyksessä sivutaan myös elvytystoimintaa, sillä se on vahvasti sidoksissa MET-toimintaan, koska usein MET-ryhmä toimii myös sairaalan elvytysryhmänä, kuten Kymenlaakson keskussairaalassa. Viitekehys muodostuu suosituksista, artikkeleista, kirjallisuudesta, luennoista, tilastosta ja aiemmasta tutkimustiedosta.

2.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön teoriaa varten tavoitteena oli löytää tieteellisiä, vertaisarvioituja tutkimuksia. Tiedonhakuja tehtiin systemaattisesti eri tietokannoista ja tietokannat valittiin Kaakkurin eli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjaston tiedonhakuportaaleista. Tiedonhakuja tehtiin englanninkielisistä tietokannoista Pubmed ja Cinahl. Suomenkielisiä hakuja tehtiin Medic-tietokannasta. Hakusanat muodostettiin sekä suomeksi että englanniksi ja hakujen rajauksena pidettiin 10 vuotta. Manuaalisella haulla mukaan valikoituivat myös vuosien 2003, 2006 ja 2009 tutkimukset, koska ne osuivat hyvin opinnäytetyön aihealueeseen. Taulukossa 1 on esitetty tiedonhaku eri tietokannoista.

Taulukko 1. Tiedonhaku eri tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat /hakulauseke	Rajaus	Tulokset	Valitut
Pubmed	medical emergency team AND non-technical skills AND (train* OR educat*)	10v.	67	11
Cinahl	medical emergency team AND non-technical skills AND (train* OR educat*)	10v.	2	0
Medic	MET-ryhmä AND ei-tekniset taidot	10v.	0	0

Cinahlista löydetyistä kahdesta tutkimuksesta toinen oli sama tutkimus, joka oli jo valikoitunut opinnäytetyöhön Pubmedin hakutuloksista. Manuaalisella haulla opinnäytetyöhön valikoitui lisäksi neljä englannin kielistä tutkimusta. Lisäksi opinnäytetyön viitekehyksen materiaalina käytettiin neljää englannin ja kymmentä suomen kielistä lähdettä. Kaikki teoriaosassa käytetyt tutkimukset on esitetty tutkimustaulukossa (liite 2).

2.2 MET-toiminta

MET-lyhenne tulee englannin kielen sanoista Medical Emergency Team ja sillä tarkoitetaan sairaalan sisällä toimivaa ensihoitoryhmää. MET-ryhmä kutsutaan paikalle potilaan tilan ollessa kriittinen. (Tirkkonen ym. 2014, 2311.) MET-toiminta on saanut alkunsa 1990-luvulla Australiassa ja Suomeen se on jalkautunut viimeisen 10 vuoden aikana. MET-toiminnalla pyritään vaikuttamaan tilanteisiin, joissa potilaan vointi on jo selkeästi heikentynyt,

mutta vielä ei ole ajauduttu elvytystilanteeseen. Toiminnan perusajatuksena on, että vuodeosaston henkilökunta on koulutettu peruselintoimintojen kriittisten häiriöiden tunnistamiseen ja he hälyttävät paikalle osaston ulkopuolisen MET-ryhmän. (Kantola & Kantola 2013, 222). Jotta kriittisesti sairaille voidaan taata riittävä hoito myös intensiivihoidon osastojen ulkopuolella, tarvitaan koko sairaalan kattava järjestelmä, jolla potilaan tilan huononeminen tunnistetaan, apu hälytetään ja vastataan avun tarpeeseen. Tällaisen järjestelmän käyttöön otossa henkilökunnan koulutus ja selkeät hälytyskriteerit ovat tärkeässä roolissa, sillä tutkimusten mukaan potilaan peruselintoimintojen huononemisen tunnistamisessa ja hälytyksen tekemisessä on herkästi viiveitä (Elvytys 2016; Tirkkonen ym. 2014, 2311). MET-ryhmän konsultaation perusteella potilaan tilaa voidaan mahdollisesti korjata vuodeosastolla, jolloin potilaan hoito jatkuu siellä, tai potilas pääsee tehostettuun hoitoon ennen kuin palautumattomat elinvauriot ovat kehittyneet. Myös hoidon rajoittaminen MET-lääkärin ja hoitavan lääkärin yhteisellä päätöksellä tulee joskus kysymykseen (Kantola & Kantola 2013, 223).

MET-ryhmien kokoonpanot vaihtelevat sairaalakohtaisesti, mutta yleisimmin ryhmään kuuluu yhdestä kahteen tehohoitajaa ja yksi tehohoitoon perehtynyt lääkäri. (Kantola & Kantola 2013, 222.) Yleensä MET-ryhmä toimii myös sairaalan elvytysryhmänä (Tirkkonen ym. 2014, 2311, 2315). MET-ryhmälle MET-tilanteet ovat haastavia, sillä ryhmän jäsenet eivät useinkaan tunne potilasta. Myös tilannearvion tekemisen ja hoidon aloituksen aikaikkunat ovat lyhyet. (Gillon ym. 2012, 227.) MET-ryhmän on lisäksi hallittava sujuva kommunikointi ja saumaton yhteistyö, sillä pelkät lääketieteelliset tiedot ja taidot eivät riitä turvallisen ja parhaan mahdollisen hoidon saavuttamiseen (Kantola & Kantola 2013, 224). Kriittisten potilaiden hoito edellyttääkin sekä monipuolisia teknisiä että ei-teknisiä taitoja, jotta hoitohenkilökunta voi suoriutua tehtävästä optimaalisesti (Petersen ym. 2017, 8). Australiassa Austinin opetussairaalassa MET-hoitajalta vaadittavaa osaamista on määritelty tarkemmin. Siellä MET-hoitajan odotetaan omaavan kliinistä suorituskkyä sekä hallitsevan tietyt tekniset taidot. Myös ammatillista käyttäytymistä, ihmissuhdetaitoja sekä ei-teknisiä taitoja pidetään tärkeänä osa MET-hoitajan työtä. (Topple ym. 2015, 47.)

Potilasturvallisuuden parantaminen on MET-toiminnan keskeinen tavoite, sillä toiminnalla pyritään ehkäisemään suunnittelemattomia teho-osastosiirtoja, sydänpysähdyksiä ja sairaalakuolleisuutta. Noin 60–80 % :lla sairaalan sydänpysähdyspotilaista on mitattavissa häiriöitä peruselintoiminnoissa jo useita tunteja sydänpysähdystä aikaisemmin. (Kantola & Kantola 2013, 223.) Näitä ovat muutokset virtsanerityksessä, verenpaineessa, syketaajuudessa, happikyllästeisyydessä, hengitystaajuudessa, avoimen hengitystien ylläpidossa ja tajunnan tasossa (Käypähoito –suositus 2016). Näiden peruselintoiminnan häiriöiden tunnistamiseksi on kehitetty tutkimustietoon perustuvat hälytyskriteerit Early Warning System (EWS) ja Acute – Life threatening Early Recognition and Treatment (ALERT) (Kantola & Kantola 2013, 223). Hälytyskriteerit mahdollistavat suuren riskin potilaan tunnistamisen yksinkertaisten mittausten avulla (Kantola & Kantola 2013, 223) ja ne ovat hyvä keino vuodeosastoille potilaan tilan muuttumisen seuraamiseen (Elvytys 2016). Petersenin ym. (2017, 5–6) tutkimuksen mukaan EWS-pisteet parantavat luonnollisen unohduksen riskiä kliinisistä vihjeistä ja potilaiden hienovaraisista voimien muutoksista muodostamalla monimutkaisista kliinisistä olosuhteista numeraalisen arvon. Erityisesti hoitajat korostivat tutkimuksessa EWS-pisteiden käytön helpottavan keskinäistä ja ammatillista viestintää sekä priorisoivan työmäärää. EWS-pisteiden käyttökelpoisuutta kuvattiin positiivisesti etenkin käytettäessä niitä kliinisen arvioinnin apuna. Usein hoitajien päätös valvoa potilasta paremmin perustui kuitenkin hoitajan omaan vaistoon, kliiniseen intuitioon. Tunne perustui yleensä kliinisiin oireisiin ja diagnostiikkaan, joita ei ole sisällytetty EWS-pisteisiin. Näitä olivat muun muassa ihon väri, hengitystaajuus tai potilaan kertoma muutos tilassa.

MET-toiminta vaatii saumattoman hoitoketjun muodostumisen heti vuodeosastolta potilaan heikentyneen tilan tunnistamisesta lähtien (Tirkkonen ym. 2014, 2311). Petersenin ym. (2017, 7) tutkimuksessa todettiin kuitenkin vuodeosaston ja MET-ryhmän välillä haasteita. Tutkimuksessa suurin este MET-soitolle oli ahdistuneisuus MET-ryhmää kohtaan. Vaikka yhteistyö MET-ryhmän kanssa olikin pääsääntöisesti hyvää, suurin osa hoitajista oli kokenut turhautuneisuutta, pelkoa ja ahdistavia kohtaamisia MET-ryhmän kanssa. MET-ryhmää pidettiin myös pidättäytyneenä ja toisinaan epäkunnioittavina. Nämä tunteet olivat siinä määrin yleisiä, että monet sairaanhoitajat eivät

soittaneet MET-puhelua edellä mainituista syistä. Useimmat sairaanhoitajat kuitenkin arvostivat MET-ryhmää ja heidän osaamista, sekä asiantuntemusta ja kertoivat haluavansa tiiviimpää yhteistyötä MET-tiimin kanssa. MET-toiminnan kehittämisessä tärkeäksi muodostuu koko sairaalassa tapahtuva jatkuva tiedottaminen, toiminnan tilastointi ja seuranta, palautekäytännöt, MET-ryhmän ja vuodeosaston henkilökunnan kouluttaminen ja oppiminen potilastapauksista (Kantola & Kantola 2013, 224). MET-tilanteiden potilaat eroavat niin vuodeosaston kuin teho-osastonkin potilaista. Onkin tärkeää, että arvioidaan, millaisia teknisiä ja ei-teknisiä taitoja tarvitaan heidän tilan arvioonsa ja kehitetään näyttöön perustuva, keskitetty, sairaalakohtainen strategia niiden implementoimiseksi. (Gillon ym. 2012, 233.)

Hyvänä esimerkkinä MET-hoitajien koulutuksesta toimii Australiassa yliopistollisessa opetussairaalassa toimiva neljän kokeneen teho-osaston sairaanhoitajan koordinoima MET-koulutus, johon pääsyyn vaaditaan vähintään kolmen vuoden työkokemus teho-osastolta. Koulutus kestää puoli vuotta ja jokainen siihen osallistuva saa oman mentorin täksi ajaksi. Koulutukseen sisältyy muun muassa luentoja tulevasta roolista, vastuista ja toimintatavoista MET-käynnillä. Koulutuksessa painotetaan sekä teknisiä että ei-teknisiä taitoja (Topple ym. 2015, 48.)

Meilahden sairaalassa MET-toimintaan pääsevät mukaan kaikki halukkaat, vähintään yhden vuoden teho-osastolla työskennelleet, hoitajat. Uudet MET-ryhmän jäsenet käyvät vanhempien hoitajien kanssa MET-käynneillä ja osallistuvat MET-koulutukseen (Norrgård 2017). Myös säännöllinen hätätilannesimulaatiokoulutus on keskeisessä roolissa kehitettäessä MET- ja elvytystoimintaa. Meilahden sairaalassa MET-ryhmän lääkäreiden ja hoitajien yhteinen simulaatioharjoittelu toteutetaan yhdestä kahteen kertaa vuodessa ja ryhmän lääkäreitä ja hoitajia koulutetaan säännöllisesti. Myös vuodeosastojen henkilökuntaa koulutetaan säännöllisesti MET-ryhmän toimesta. MET-ryhmä on toiminnan alusta lähtien kerännyt palautetta toiminnastaan, jotta he ovat pystyneet arvioimaan toiminnan onnistumista. (Kantola & Kantola 2013, 224.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on kehitetty palautekäytäntöjä aloittamalla elvytystilanteiden jälkeinen palautekeskustelu. Se pyritään käymään heti elvytystilanteen jälkeen elvytykseen osallistuneiden kesken ja

sen vetäjänä toimii teho-osaston sairaanhoitaja. Palautekeskustelu käydään ensin läpi hälyttäneen yksikön kanssa ja sitten teho-osaston elvytysryhmän kanssa ja aikaa siihen käytetään noin 5–15 minuuttia. Keskustelu käydään läpi aina saman strukturoidun mallin mukaisesti. Malli on koettu sairaalassa tarpeelliseksi. (Kankkunen & Metsävainio 2019.) Elvytystiimien tiimityön kehittämisessä debriefingillä eli jälkipuinnilla tai palautekeskustelulla on myös tutkimusten valossa tärkeä rooli. Sen on osoitettu olevan avainasemassa oppimisessa sekä tärkeä selviytymiskeino elvytystilanteiden aiheuttamaan stressiin. Jälkipuinnin kautta voidaan vaikuttaa jopa kliinisiin tuloksiin. (Robinson ym. 2016, 718–719). Vaikka tutkimustulokset puhuvat jälkipuinnin puolesta, Robinsonin ym. (2016, 719) tutkimuksessakin nousi esiin, että elvytystilanteiden jälkeistä debriefingiä harvoin kuitenkaan pidettiin.

MET- ja elvytystoiminta Kymenlaakson keskussairaalassa

Kymenlaakson keskussairaalaan MET-toiminta aloitettiin pilotoinnilla vuonna 2012. Sitä ennen syksyllä 2011 teho-osaston ja sydänvalvonnan henkilökunnalle oli luennoitu MET-toiminnasta. Sisällöltään koulutus oli MET-kriteereiden perusteita, potilaan tilan arviointia ja kuultuja kokemuksia Kanta-Hämeen keskussairaalan vastaavanlaisesta toiminnasta. Pilotointivaiheessa oli määritelty, että MET-hoitajana voi toimia sydänvalvontatyöhön tai tehohoitoon perehtynyt sairaanhoitaja. MET-toimintaan osallistujilla tuli olla työkokemusta kyseisistä yksiköistä vähintään vuosi. MET-hoitaja oli määritelty jokaiseen työvuoroon, ja tällä oli mukanaan MET-puhelin. (Vierula 2013.)

Pilotointi toteutettiin ensin osassa vuodeosastoja. Näiden vuodeosastojen osastonhoitajat ja elvytyskouluttajat sitoutettiin MET-toimintaan. MET-kouluttajat pitivät vuodeosastoilla luentoja osastotunneilla aiheesta. Myös osastojen omien elvytyskouluttajien tehtävänä oli kertoa MET-kriteereistä omilla osastoillaan. Pilotoinnin jälkeen MET-toiminta laajentui käsittämään kaikkia sairaalan vuodeosastoja. Elvytyskoulutuksissa alettiin kertoa myös MET-toiminnasta.

Kymenlaakson keskussairaalassa MET-puhelu soitetään MET-kriteerien täyttyessä. Kriteerit on määritelty hengitykseen, verenkiertoon ja tajunnan

tasoon liittyviin asioihin. Tämän lisäksi hoitajan huoli on yksi kriteeri MET-soitolle. (Vierula 2013.)

Kymenlaakson keskussairaalassa MET-käynnille lähtee teho- ja sydänvalvontaosastojen potilastilanteesta riippuen yhdestä kahteen hoitajaa ja useimmiten päivystävä anestesialääkäri. MET-hoitajaa ei ole erikseen nimetty vuoroon, vaan hoitajista se lähtee, kuka sillä hetkellä pystyy parhaiten irrottautumaan. Teho-osaston ja sydänvalvonnan henkilökunta hoitavat myös elvytyskäynnit. Tällä hetkellä MET-ryhmällä ei ole omia elvytys- tai hätätilanneharjoituksia. Viimeisin MET-ryhmän elvytysharjoitus oli vuonna 2016 XAMK:ssa Kotkan kampuksella järjestetty simulaatioharjoitus, johon koko sen hetkinen teho-osaston ja sydänvalvonnan henkilökunta osallistuivat. MET-toiminnan aloituksen jälkeen MET-käyntien määrä on kasvanut vuosi vuodelta. Vuonna 2018 MET-käyntejä oli 107 ja elvytyskäyntejä 38 (MET- ja elvytystilastot – Kymenlaakson keskussairaala 2018).

2.3 Crisis resource management ja ei-tekniset taidot

Crisis Resource Management (CRM) on alkujaan ilmailualalla käyttöönotettu ja sittemmin myös terveydenhuoltoon siirretty malli, joka pyrkii hyödyntämään ja käyttämään sekä koordinoimaan kaikkia käytettävissä olevia resursseja parhaan mahdollisen tuloksen ja potilasturvallisuuden saavuttamiseksi. Näitä resursseja ovat kaikki tilanteeseen osallistuvat ihmiset taitoineen, asenteineen, kykyineen ja rajoituksineen. CRM:n periaate on välttää kriisin syntymistä ja minimoida jo sattuneiden virheiden aiheuttamat negatiiviset seuraukset. (Rall & Dieckmann 2005, 107–108.) CRM:llä tarkoitetaan ensisijaisesti viestintärutiineja, joiden avulla käytettävissä oleva tieto ja työvoima osataan käyttää tehokkaasti varmistamaan tehtävien suorittaminen ja kriittiset toimenpiteet. Toiminnan suunnittelu ja ennakointi, tilannekuvan ylläpito, päätöksenteko, tehtävien jakaminen, toiminnan seuranta sekä varmistaminen ovat osa näitä rutiineja. Näiden on tarkoitus ehkäistä inhimillisiä virheitä, havaita ne ajoissa ja saada minimoitua niiden vahingolliset seuraukset. CRM ei kuitenkaan itsessään poissulje inhimillistä virheen mahdollisuutta, mutta se tarjoaa keinot sen hallintaan. (Helovuo ym. 2012, 184–185.)

Ei-teknisillä taidoilla tarkoitetaan tiedollisia ja sosiaalisia taitoja, jotka täydentävät ammattiteknistä osaamista ja ne myötävaikuttavat turvalliseen suorittamiseen työtehtävissä. Myös ei-teknisistä taidoista on alettu puhumaan ensimmäisenä ilmailualalla 1990-luvulla, jolloin CRM-koulutus oli jo vakiintunut tälle alalle. Tällöin on käynnistetty eri tutkimushankkeita, joiden tavoitteena on ollut tunnistaa sellaiset käytännön toimintatavat, joita turvallisesti ja toimivat tiimit käyttivät. Näiden tuloksena syntyi selkeä käsitys siitä, mitä tiimityön ei-tekniset taidot tulisivat olla sekä kuinka ne näkyvät toiminnassa. (Helovuo ym. 2012, 186.) Ei-tekniset taidot mahdollistavat potilasturvallisen ja tehokkaan ryhmän toiminnan (Krage ym. 2017, 728; Cooper & Cant 2014, 33).

Terveystieteiden tutkimuksessa merkittävä suunnannäyttävä tiimityötaitoille on ollut NOTECHS-hanke. Se on näyttänyt tietä terveydenhuollon ammattiryhmien ei-teknisten taitojen määrittelylle. (Helovuo ym. 2012, 186.) Ensimmäiset ei-teknisten taitojen kuvaukset anestesiologiassa – Anesthetist Non-Technical Skills, ANTS, julkaisi Ison-Britannian Aberdeenin yliopisto vuonna 2003 (Fletcher ym. 2003, 580–588). Tätä seuranneena on ei-teknisten taitojen kuvaukset saatu myös muille potilasturvallisuuden kannalta kriittisesti tärkeille alueille kuten kirurgiaan ja tehohoitoon. Ei-tekniset taidot pääosin koostuvat useista eri osa-alueista, jotka sisältävät useita toimintatapoja. Ei-teknisten taitojen osaaminen moniammatillisessa tiimissä näkyy viestintänä tiimin jäsenten välillä näiden päämäärien saavuttamiseksi. (Helovuo ym. 2012, 186.)

Käypä hoito -suosituksissa nostetaan esiin ei-teknisten taitojen merkitys ja niiden vaikutus elvytystilanteissa (Elvytys 2016). Ei-teknisiä taitoja, kuten johtamista, kommunikaatiota ja tilannetietoisuutta, käyttämällä pyritään parantamaan elvytysten ja hätätilanteiden hoidon tuloksia. Johtamistaitojen harjoittelu onkin jo kansainvälisesti hyväksytty osana elvytysryhmien harjoittelua (Chalwin & Flabouris 2013, 967). Lisättäessä elvytysryhmien opetukseen ei-teknisiä taitoja ja CRM-perusteita on todettu, että elvytystilanteissa toiminta on parantunut. Sen lisäksi että toiminta on parantunut, on osoitettavissa, että parhaassa tapauksessa paranemiset ovat mitattavissa vielä vuosi koulutuksen jälkeenkin. (Hallikainen 2016, 41.) Koska ei-teknisistä taidoista on osoitettu olevan hyötyä muiden hätätilanteita hoitavien ryhmien osalta, vaikuttaa todennäköiseltä, että niiden hallinnasta olisi hyötyä myös MET-ryhmälle (Chalwin & Flabouris, 2013, 967). Krage ym.

(2017, 732–733) tutkivat ulkoisten stressitekijöiden, kuten melun sekä tilannetta häiritsevien omaisten, vaikutuksia tiimin suorituskykyyn. He totesivat, että ulkoisten stressitekijöiden astuessa kuvaan ei-tekniisiä taitoja voidaan tarvita, jotta teknisten taitojen suoritus onnistuu hyvin.

Ei-tekniisten taitojen parempaan hallintaan voidaan vaikuttaa käyttämällä kognitiivista apua, kuten toimintaohjetta. Toimintaohjeen avulla voidaan vähentää toimijoiden kognitiivista kuormaa vapauttaen näin kapasiteettia tavoitteiden ja tehtävien parempaan ymmärrykseen. (Marshall & Mehra 2013, 674–675.) Ei-tekniisten ja tekniisten taitojen oppimisen kognitiivista kuormaa voidaan vähentää myös toteuttamalla ei-tekniisten taitojen koulutusta vasta sitten, kun ammattilaisen tekninen osaaminen on riittävällä tasolla (Reader ym. 2006, 558). MET-ryhmän ei-tekniisten taitojen hallinnan mittaamiseksi on kehitetty myös mittari nimeltä The Team Emergency Assessment Measure (TEAM). Mittarin on todettu sopivan hyvin niin harjoitteluun kuin kliinisiin olosuhteisiin ja sen käytöstä on hyötyä arvioitaessa tiimin suorituskykyä sekä käytettäessä sitä debriefingissä. (Cant ym. 2016, 641–646.) TEAM tarjoaa mahdollisuuden tiimin kehittymiselle (Cooper & Cant 2014, 33). Se on todettu luotettavaksi mittariksi ja sen käytön uskotaan vaikuttavan potilasturvallisuuteen. (Cooper ym. 2009, 450).

Ei-tekniisten ja yksittäisten tekniisten taitojen harjoittelumetodina voidaan käyttää simulaatioharjoittelua (Hallikainen 2016, 41), mitä Käypä hoito -suositusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tulisikin käyttää ainakin elvytystilanteiden harjoittelussa (Elvytys 2016). In situ -simulaatiot eli ryhmäharjoitukset, jotka toteutetaan oikeissa potilaiden hoitoyksiköissä, käyttäen yksikössä olevia välineitä ja resursseja sekä henkilökuntaa ovat toimiva tapa ylläpitää ja parantaa ei-tekniisiä taitoja, kuten tiimityötä ja kommunikaatiota. In situ -simulaatiot tarjoavat hyvät mahdollisuudet potilasturvallisuuden parantamiseen ja ne mahdollistavat piilevien turvallisuusriskien tunnistamisen (Patterson ym. 2013, 468, 476). Ei-tekniisten taitojen simulaatioharjoittelu ei kuitenkaan paranna kuolleisuusastetta, komplikaatioastetta eikä tehohoitoyksikössä tai sairaalassa oloaika (Gjeraa ym. 2014, 784). Kuitenkin Gjeraan ym. (2014, 784, 786) kirjallisuuskatsauksen mukaan kaikkien simulaatioharjoitteluun osallistuneiden tiedot ja taidot paranivat. Suurimmassa osassa tutkimuksia myös itse tiimin suoritukset paranivat. Myös huomattavaa kehittymistä todettiin tapahtuneen tehtävien

loppuunsaattamisen ja suoritusaikojen osalta. Suorituskyvyn parannusten ylläpidossa havaittiin kuitenkin ongelmia.

2.3.1 Johtaminen

Terveysthuollossa johtamisjärjestelmiä on perinteisesti kahta linjaa: lääkärijohtajia ja hoitajien johtajia. Usein muillakin toimialoilla on ajatus, että paras ammattilainen nousee muiden johtajaksi. Tämän vuoksi terveydenhuoltoalalla paras klinikko tai tutkija on päätenyt johtajaksi. Johtaja osaa siis kliinisen tai tieteellisen työn hyvin, mutta harvoin opettamisen osaajia ei tunnusteta tai arvosteta. (Kaila & Rosenberg 2013, 159.) Cantin ym. (2016, 644) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien johtaminen koettiin yhtä tehokasta kuin lääkärin johtaminen. Tiimin suorituskykyä mitattaessa juuri tiimin johtajan ei-teknisten taitojen osaamisella on suuri merkitys, etenkin jos ulkoiset stressitekijät liittyvät tilanteeseen (Kragen ym. 2017, 731).

Ihmisiä johdetaan sanallisesti, joko puhumalla tai kirjoittamalla. Tällöin oikein sanojen käyttö ja taito kuunnella korostuu. Kiireessä vuorovaikutuksen merkitys kasvaa, eikä aikaa ole hukattavaksi. Silloin on entistä tärkeämpää, että sanat ymmärretään myös samalla tavalla. (Kaila & Rosenberg 2013, 161–162.) Johtamisessa ja yhteistyössä on ajatuksena, että johtaja pyrkii hyödyntämään tehokkaasti ryhmän resursseja pitäen tavoitteen selkeänä mielessä ja päätökset hallinnassa (Helovuo ym. 2012, 196–197; Kaila & Rosenberg 2013, 161–162). Kun yhteistyössä toimintatavat kohdistuvat ryhmän jäsenten huomiointiin, niin johtamisessa taas huomio kiinnittyy enemmän käsillä oleviin tehtäviin. Tällöin yhteistyön onnistumisen kannalta on tärkeää, että johtaja huomioi muut tiimin jäsenet, arvioi heidän valmiuksia, tukee vaativissa tilanteissa sekä antaa avointa palautetta. Kun tiimi toimii hyvin, tuntevat he tekevänsä työtä asiantuntijaryhmänä, eikä ryhmänä asiantuntijoita. (Helovuo ym. 2012, 196–197). Tehokas johtaminen sisältää avointa kommunikointia, tiimipohjaista päätöksentekoa ja ryhmän koon rajoittamista hallittavaan kokoon (Cant ym. 2016, 644).

Mitä useampi henkilö on tiimissä, sitä enemmän se vaatii koordinoitua, johon kuuluu suunnittelu ja ennakoitua, työkuorman hallinta, asioiden priorisointi sekä toiminnan ohjaaminen niin, että sovitut päämäärät ja menettelytavat

toteutuvat. Koskaan ei saa kuormittaa yhtä henkilöä liikaa, vaan työt jaetaan aina tasapuolisesti. Kun työt on koordinoitu hyvin, estää se väärinkäsitykset. Tällöin usean henkilön yhteistoiminnassa ei jää asioita tekemättä. He myös tunnistavat tehtävän kannalta kriittisimmät työvaiheet ja toimivat aina yhteisten tavoitteiden mukaisesti (Helovuori ym. 2012, 196–197).

Johtamista voi oppia vain johtamalla (Kaila & Rosenberg, 2013, 161–162) ja yksi jo olemassa oleva ratkaisu tähän olisikin korkean tason simulaatioharjoittelu (Robinson ym. 2016, 719). Simulaatiossa voidaan harjoitella yhdessä toimimista, samojen sanojen käyttöä sekä kunkin roolia tiimissä, jotta ne tulevat luonteviksi ja tutuiksi (Kaila & Rosenberg 2013, 161–162.) Johtamistaitojen on osoitettu olevan suoraan yhteydessä elvytystilanteen tekniseen suorittamiseen ja lopputulokseen. Näiden taitojen harjoittelu onkin liitetty osaksi elvytysryhmien harjoittelua ja kansainvälistä ALS (= Advanced Life Support) koulutusta. (Chalwin & Flabouris 2013, 967; Robinson ym. 2016, 715.) ALS-koulutukseen osallistuneita tutkittaessa on kuitenkin todettu, että ALS ei ole johtamisen oppimiseen riittävä koulutus, vaan johtamistaitojen harjoittelua tarvitaan enemmän ja sen tulisi keskittyä rooleihin, tiimin tiedottamiseen ja jälkipuintiin. Elvytyskoulutuksen tulisi sisältää kaikki ei-tekniisten taitojen osa-alueita, kuten tiimityö, tilannetietoisuus, tehtävien hallinta ja päätöksenteko. (Robinson ym. 2016, 715–720). Erillisellä ei-tekniisten taitojen kouluttamisella tiimin johtajille voitaisiin edesauttaa koko tiimin suorituskykyä stressaavissa tilanteissa (Krage ym. 2017, 733). Robinson ym. (2016, 719) tutkimuksessa huomion arvoisina tuloksina mainittakoon, että elvytystiimien nuoremmat jäsenet kuvasivat johtamistaitonsa huonommiksi, kuin tiimien vanhemmat jäsenet. Myöskään selkeää ennalta sovittua roolijakoa ei useinkaan ollut, mikä näkyi toisten tehtävien päällekkäisyyksinä ja toisten laiminlyöntinä. Kobrasin ym. (2016, 260–261) tutkimuksessa todettiin myös, että elvytyskoulutuksista eniten hyötyivät hätätilanteista vähemmän kokemusta omaavat henkilöt. Kuitenkin kaikkien osallistuneiden itsevarmuus hätätilanteita kohtaan lisääntyi.

2.3.2 Tilannetietoisuus

Tilannetietoisuudella tarkoitetaan tietoisuutta käsillä olevasta tilanteesta. (Brindley ym. 2017, 4). Se perustuu kaikkien asiaankuuluvien vihjeiden, kuten

potilaan, tiimin, ajan ja välineistön, havainnointiin, minkä pohjalta kehitetään ja ylläpidetään tietoisuutta työympäristöstä. Tilannetietoisuus vaatii ymmärrystä siitä, mitä havainnot tarkoittavat ja mitä seuraavaksi voi tapahtua. (Flin ym. 2012, 12.) Tilannetietoisuudessa vaaditaan kykyä seurata ja säädellä reaaliajassa niitä tietoja, mitä tehtävän suorittamiseen käytetään sekä mitä vihjeitä painotetaan tai jätetään painottamatta (Brindley ym. 2017, 4). Tilannetietoisuuden ylläpitämiseen harvoin selvittää vain yhden ihmisen huomiokyvyn turvin. Tämän vuoksi tiimityössä onkin erittäin tärkeää jakaa tietoa aktiivisesti eri toimintojen tärkeistä vaiheista, odottamattomista muutoksista sekä suunnitelluista tavoitteiden poikkeamisista. Lisäksi muun muassa laitteiden tai järjestelmien toiminnasta täytyy ilmoittaa. Viestinnän tärkeys korostuu, jotta yhteinen ymmärrys tiimillä säilyy. (Helovuori ym. 2012, 198.)

Tilannetietoisuus muodostuu kolmesta osasta, jotka ovat tietojen kerääminen, tunnistaminen ja ymmärtäminen sekä ennakointi (Flin ym. 2012, 12). Endsleyn kolmivaiheisen tietojen käsittelyyn perustuvan mallin mukaan tilannetietoisuus määritellään vastaavasti: kyky tunnistaa asiaankuuluvat vihjeet, miten nämä vihjeet yhdistetään aiempaa tietämystä käyttäen sekä kuinka paljon voidaan ennustaa tulevia lopputuloksia. Jokainen näistä kolmesta tasosta tarvitsee edelliseltä tasolta saadut tiedot. Ymmärtämällä paremmin tilannetietoisuuden piirteitä, voidaan tunnistaa ajattelua, joka tekee virheitä enemmän tai vähemmän todennäköisesti. (Brindley ym. 2017, 3–4.) Tilannetietoisuus onkin vaikein ei-teknisistä taidoista ylläpitää. Siinä selviydytään selkeästi huonommin kuin muissa ei-teknisissä taidoissa. Tämä ei ole kuitenkaan yllättävää, koska tilannetietoisuus on kognitiivinen taito, mikä tekee havaittavasta käyttäytymisestä vaikeampaa havaita. (Fletcher ym. 2003, 585.)

Asiaankuuluvien vihjeiden tunnistaminen merkityksettömien vihjeiden seasta ei ole ihan yksinkertaista. Omat oletukset ja aikaisempi tietämys voivat vaikuttaa siihen, että takerrutaan tiettyihin vihjeisiin ja sen vuoksi jokin tärkeä vihje jää huomioimatta. (Brindley ym. 2017, 5.) Yksi oleellinen osa tilannetietoisuutta onkin kyky tunnistaa vaaratilanteiden ennakoivat merkit (Helovuori ym. 2012, 199). Merkityksellisten vihjeiden tunnistamisen jälkeen aikaisemmat kokemukset ja tietämys tulisi osata yhdistää paremmaksi ymmärrykseksi käsillä olevasta tilanteesta kokonaisuudessaan. Ensimmäisellä

tasolla tehtyjen väärin vihjeiden tunnistaminen voi johtaa seuraavalla tasolla tehtävään väärään diagnoosiin. Häiriötekijät, kuten meteli, stressi kilpailevat prioriteetit ja väsymys, vaikuttavat tähän herkästi. Ne voivat vaikuttaa vihjeiden väärin tunnistukseen ja tiedon saannin epäonnistumiseen. Tästä syystä häiriötekijät tulisi saada minimoitua. (Brindley ym. 2017, 5–6; Helovuo ym. 2012, 199.) Kolmannella tasolla vaaditaan kykyä ennustaa tulevia asioita. Tason yksi vihjeiden havaitsemisen ja tason kaksi diagnoosin tekemisen jälkeen harkitaan mitä todennäköisesti tapahtuu seuraavaksi. Virheet tulevan ennustamisessa johtavat herkästi yli- tai alivarovaisuuteen. (Brindley ym. 2017, 7.)

Niin kutsutut “pause pointit”, joissa ryhmä pysähtyy hetkeksi vetämään tilannetta yhteen ennen seuraavaan työvaiheeseen siirtymistä, ovat hyvää työväline onnistuneen tilannekuvan ylläpitämiseen. Myös työn koordinointi ja järkevä jaksottaminen kuuluu tähän. Pause point -kohdissa on mahdollista käyttää tarkastuslistoja, jotta kriittiset asiat tulee varmistettua. Ne ovat keino varmistaa, mitä asioita tarkkaillaan tietyllä hetkellä ja kuka vastaa näiden asioiden tarkkailusta. Lisäksi niissä voidaan varmistaa erilaiset havainnot ja kenelle muulle niistä tulisi informoida. (Helovuo ym. 2012, 196–199.) Esimerkiksi virheet päätöksenteossa voivat johtua puutteesta tunnistaa ja ymmärtää tilannetta, koska ei olla tilannetietoisia (Reader ym. 2006, 555). Tämän vuoksi tiedon välitys tiimin kesken on merkittävää (Helovuo ym. 2012, 201).

2.3.3 Kommunikaatio

Kommunikaatio tunnistetaan yhä useammin tärkeäksi osa-alueeksi korkean tason akuuttihoitoa (Cristancho ym. 2017, 23) ja sen jatkuvalle kehittämiselle on edelleen tarvetta (Kobras ym. 2016, 255). Kommunikaatio on usein keskeisessä roolissa silloin, kun kliininen hoito menee hyvin tai vastaavasti huonosti. Kommunikaatio käsittää sekä sen, miten jokin asia on sanottu, että sen, kuinka se on ymmärretty. Sanallisen viestinnän ohella non-verbaali viestintä, kuten kasvojen ilmeet, eleet ja katsekontakti sekä paraverbaali viestintä, kuten puheen tahti, sävy, voimakkuus ja painotus, ovat tärkeässä osassa. (Cristancho ym. 2017, 24–25.) Muunlainen epäsuora viestintä, kuten vihjaaminen, on puutteellista viestintää (Helovuo ym. 2012, 193). On

oikeastaan mahdotonta olla kommunikoida. Vaikka tarkoituksena ei ole kommunikoida, voidaan antaa tahattomia viestejä. Jo pelkkä hiljaisuus voidaan tulkita erimielisyytenä, myöntymisenä, mielenkiinnon puutteena, tukena, yhteistyönä tai halveksintana. Tästä syystä turvallisuuskirjallisuudessa veloitetaan tiimin jäseniä puhumaan ääneen ja selkeästi huolimatta siitä, missä asemassa itse on tiimin muihin jäseniin nähden. Hetkittäistä hiljaisuutta voidaan vaatia akuuttitilanteissakin keskittyttäessä hankalan tehtävän suorittamiseen. Harjoittelua tarvitaan, jotta opitaan, milloin kuuluu puhua ja milloin aktiivisesti kuunnella. (Cristancho ym. 2017, 24–25.) Reader ym. (2006, 556) kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin, kuinka teho-osastolla myös tarvittaisiin enemmän avointa keskustelua lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä, jotta kaikilla olisi yhteinen ymmärrys tilanteista. Esimerkiksi lääkemääräyksiä yhteydessä tapahtui virheitä juuri kommunikoinnin puutteesta johtuen.

Mekanistinen lähestymistapa jakaa kommunikaation kolmeen osaan, jotka ovat lähettäjä, viesti ja vastaanottaja. Tässä lähestymistavassa korostetaan tarkan viestin lähettämisen hyödyllisyyttä. Suljettu viestintä eli closed-loop communication on yksi mekanistisen kommunikaation muodoista. Suljettua viestintää voidaan toteuttaa monin eri tavoin, mutta itse strategiana sen tarkoituksena on varmistaa, että annettu käsky tai ohjeistus on kuultu, ymmärretty ja suoritettu. (Cristancho 2017, 26.) Tätä voidaan kutsua myös kaksisuuntaiseksi viestinnäksi. Closed-loop -viestinnässä on myös tärkeää, että sen, joka sanoo kiittauksen, on sen oltava riittävän täsmällinen. Esimerkiksi elvytystilanteessa, kun lääkäri (lähettäjä) pyytää nimettyä hoitajaa antamaan yhden milligramman adrenaliinia iv:sti, ei hoitaja voi kuitata asiaa ”ok” tai ”juu”, vaan hän vastaa siihen: ”Annan yhden milligramman adrenaliinia iv:sti.” Kaksisuuntaista viestintää tulisi käyttää aina, kun halutaan välttyä väärinymmärryksiltä. (Helovuo ym. 2012, 190–191.) Sekaannusten välttämiseksi viestin lähettäjän on myös tärkeää nimetä henkilö, jolle viesti on tarkoitettu sekä käyttää lyhyitä ja ytimekkäitä ilmauksia (Cristancho 2017, 26). Yksisuuntaista viestintää tulisi sen sijaan välttää turvallisuuden takia, sillä siinä oletetaan, että henkilö, jolle on puhuttu, on ymmärtänyt viestin niin kuin lähettäjä on sen ajatellut. Tässä on vaarana, että osa viestistä on jäänyt kuulematta tai sen on ymmärretty väärin. Ei saisi heittäytyä oletuksen varaan, että viesti on mennyt perille, kun kyseessä on turvallisuuteen vaikuttavaa

tietoa. Viestistä tulee aina saada vahvistus. Usein tehokkaan ja tehottoman tiimityön taustalla onkin joko hyvä tai huono kommunikointi (Helovuo ym. 2012. 189–190).

Monimutkaisten kommunikaatiotilanteiden apuna voidaan käyttää erilaisia muistitekniikoita tai ohjeita. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei kommunikaation tule muuttua automaatioksi, jolloin sen nyanssit ja dialogi jäävät käyttämättä. (Cristancho ym. 2017, 27.) Terveystieteissä kuitenkin aika ajoin kohdataan tilanteita, joissa tiimin toimiessa hyvin yhteen, ajatellaan, ettei heidän tarvitse kommunikoida keskenään ääneen. Kun toisen toimintatavat ovat tulleet tutuiksi, osataan tilanteissa ennakoida ilman suullista viestintää. Pitkään yhdessä toimiville tiimeille käykin vähitellen niin, että viestinnän määrä vähenee. Kommunikaation ajatus kuitenkin on, että tilanteissa varmistetaan, että kaikki pysyvät tilanteen tasalla, olivat he työskennelleet yhdessä pitkään tai vain vähän aikaa. (Helovuo ym. 2012, 189.)

Kommunikaation kynnys myös helposti kasvaa, ellei asioista kommunikoida. On luontevampaa puhua puheliaassa ryhmässä, kuin hiljaisessa. Samalla kynnys ottaa asioita puheeksi kasvaa, jos ryhmän viestintä on huonoa. Erityisesti vaaratapahtumissa havaitaan paljon ennusmerkkejä ja vaikka poikkeava tilanne saattaa kiinnittää jonkun huomion, ei sitä ehkä nosteta esille. (Helovuo ym. 2012, 189-190.) Kuitenkin tiimin jäsenten kommunikointi ja tiedonvälitys kuuluu joka vaiheeseen, jotta kaikki näkökulmat tulisivat huomioiduksi. Ryhmässä on aina tietty määrä tietoa ja taitoa sekä kokemusta ja hyvällä yhteistyöllä voidaan varmistaa, että kaikki tämä olemassa oleva kokemus ja tietotaito tulee käytettyä tehokkaasti hyväksi. (Helovuo ym. 2012, 201.)

3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ei-tekniisten taitojen toteutumista vuodeosaston hoitajien ja MET-ryhmän välillä. Opinnäytetyössä ei-tekniisistä taidoista tarkastellaan johtamista, tilannetietoisuutta ja kommunikaatiota. Työn tavoitteena on kehittää MET-toimintaa ja sitä kautta potilasturvallisuutta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten johtaminen, tilannetietoisuus ja kommunikaatio toteutuvat MET-ryhmän ja vuodeosastojen hoitajien välillä tällä hetkellä?
2. Miten MET-toimintaa voidaan kehittää?

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimusosio toteutettiin ryhmähaastatteluna, kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, teemahaastattelua, käyttäen (Vilka 2007, 101).

Haastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, sillä se on joustava tapa aineiston keruun säätelyyn ja se mahdollistaa saatavien vastauksien selventämisen ja tietojen syventämisen (Hirsjärvi ym. 2010, 204–205).

Ryhmähaastattelun käyttöön päädyttiin, koska se mahdollistaa tiedon saannin useammalta informaartilta saman aikaisesti. Ryhmähaastattelun käytön perusteena oli myös ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen mahdolliset hyödyt.

Ryhmän vuorovaikutuksen avulla voidaan saada enemmän tietoa haastateltavilta, sillä omien kokemusten muistaminen voi olla helpompaa toisen haastateltavan kertoman perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124.)

Haastattelut toteutettiin syys-lokakuun aikana 2018. Teho-osaston sekä vuodeosastojen ja päivystysosaston esimiehille lähetettiin kutsu osallistua ryhmähaastatteluun sekä saatekirje (liite 1), jotka yksiköiden esimiehet välittivät edelleen omille työntekijöilleen. Haastateltavia pyydettiin ilmoittautumaan sähköpostitse opinnäytetyön tekijöille. Ryhmähaastattelujen ajankohdat sovittiin teho-osaston esimiehen kanssa ja nämä ilmoitettiin saatekirjeen ja kutsun ohella.

Haastatteluja pidettiin kuusi, joissa osallistujamäärät vaihtelivat 3-7:n välillä. Myös ryhmän MET-hoitajien ja vuodeosaston hoitajien määrät vaihtelivat, kuitenkin niin, että jokaisessa haastattelussa oli osallistujia molemmista ryhmistä. Edellytys haastatteluun osallistumiselle oli kokemus MET- ja elvytystilanteista. Lopullinen otos oli 29, joista MET-hoitajia oli 14 ja vuodeosaston hoitajia 15.

Haastattelut toteutettiin Kymenlaakson keskussairaalan tarjoamissa kokoustiloissa haastateltavien työaikana ja niiden kesto vaihteli yhdestä kahteen tuntiin. Jokaisen haastattelun alussa osallistujien kanssa käytiin läpi haastattelutekniset sekä eettiset asiat, kuten haastattelun vapaaehtoisuus, mahdollisuus keskeyttää haastattelu ja kieltää oman osuuden käyttö opinnäytetyössä, haastateltavien tunnistamattomuus opinnäytetyön tuloksissa, aineiston luottamuksellinen käsittely sekä se, että haastattelut nauhoitetaan ja nauhat hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Osallistuminen haastatteluun näiden asioiden läpi käymisen jälkeen tulkittiin suostumukseksi haastatteluun. Haastattelut tallennettiin kolmella nauhurilla ja litteroitiin seuraavan kahden kuukauden aikana. Litteroitua aineistoa tuli 204 sivua fontilla Arial, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidusti eli tutkimuskysymyksistä poimittiin keskeiset aiheet, joita tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi tuli käsitellä (Vilkkä 2007, 101). Haastattelussa haettiin vastauksia kysymyksiin: miten johtaminen, tilannetietoisuus ja kommunikaatio toteutuvat MET-ryhmän ja vuodeosastojen hoitajien välillä tällä hetkellä? ja miten MET-toimintaa voidaan kehittää? Haastattelussa käytettiin myös apukysymyksiä, joiden avulla pyydettiin tarkennuksia haastateltavien vastauksien perusteella.

4.2 Aineiston analyysi

Sisällön analyysi mahdollistaa objektiivisen ja systemaattisen tavan analysoida aineistoa. Se on metodina joustava ja sisältöherkkä (Elo & Kyngäs 2007, 108). Sisällön analyysillä kuvaillaan, kvantifioidaan sekä järjestetään tutkittavaa ilmiötä. Koska sisällön analyysi sopii hyvin myös puheiden analysointiin, valittiin se opinnäytetyön tutkimusmateriaalin analyysimalliksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistosta lähtevää sisällön analyysiä, jossa kategoriat muodostetaan aineistosta (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Elo & Kyngäs 2007, 109). Analyysiprosessi voidaan kuvata kolmivaiheisena sisältäen valmistelun, järjestelyn ja raportoinnin (Elo & Kyngäs 2007, 109; Elo ym. 2014, 1–2). Ensimmäiseksi opinnäytetyön tekijät jakoivat

nauhoitetut haastattelumateriaalit puoliksi ja litteroivat kumpikin kolmen haastattelun aineistot. Analyysiprosessin valmisteluvaiheessa määriteltiin analyysiyksikkö; sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijät lukivat aktiivisesti omat osuutensa useaan kertaan läpi, jotta pohja analyysille muodostui (Cavanagh 1997, 8-9; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Elo & Kyngäs 2007, 109.)

Analyysiprosessin toisessa vaiheessa haastattelumateriaalit pelkistettiin eli aineistosta koodattiin tutkimustehtävien mukaisia ilmaisuja. Oman osuuden pelkistämisen jälkeen opinnäytetyön tekijät vaihtoivat litteroidut haastattelumateriaalit ristiin ja lukivat ne läpi useaan kertaan, minkä jälkeen he kävivät jo tehdyt pelkistykset läpi pelkistäen tarvittaessa lisää. Kun opinnäytetyön tekijät olivat tyytyväisiä ja yhtä mieltä pelkistyksistä, he ryhmittelivät pelkistetyt ilmaisut yhdessä sen mukaan, mitkä asiat vaikuttivat kuuluvan yhteen. Näin aineistoa käsitteellistettiin ja alakategoriat muodostuivat. Lopuksi saman sisältöisiä kategorioita yhdistettiin toisiinsa ja niistä muodostui yläkategoriat. Näin suoritettiin abstrahointi eli tutkimuskohteesta muodostettiin kuvaus yleiskäsitteitä käyttäen. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Elo & Kyngäs 2007; 110–111.) Analyysiprosessin viimeisenä vaiheena raportoidaan tutkimustulokset, jossa esitetään sisällön analyysissa muodostetut kategoriat kuvaten niiden sisällöt ja merkitykset (Elo & Kyngäs 2007, 109; Elo ym. 2014, 2).

Taulukossa 2 esitetään esimerkki MET-ryhmän ja vuodeosastojen johtamisen toteutumisen induktiivisesta sisällön analyysistä. Taulukossa 3 puolestaan esitetään esimerkki MET-ryhmän ja vuodeosastojen MET-toiminnan kehittämisen keinojen induktiivisesta sisällön analyysistä.

Taulukko 2. Esimerkki johtamisen toteutumisen induktiivisesta sisällön analyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"Mut kaikis semmosis tilanteis, mis mä olen ollu mukana, ni mun mielest se on ollu kyl ihan hyvää se johtaminen, et aina on	Johtaminen on ollut hyvää ja rauhallista, selkeät ohjeet.	Johtamisen laatu	Johtamisen toteutuminen

sit sattunu olemaa semmonen, joka antaa selkeet ohjeet ja on rauhallinen ja sanoo, miten tehdään.”			
”Kyl mä näkisin et se on kuitenkin MET-ryhmän hoitaja, joka johtaa sitä tilannetta ite tai vaikka niin ku yhteistyössä.”	MET-ryhmän hoitaja johtaa tilannetta.	Kuka johtaa	
”Siin on just sit taas se, että kelle, niin ku, kuka ne ohjeet ottaa vastaa vähä niin ku siis sillee, ku se lääkäri antaa niit, ni kuka alkaa toteuttaa niitä, niin joskus on se, et pitääks mun nyt alkaa tekemää vai mitä, teetteks tyä vai niin ku et miten niin ku ni, siinähän se kenelle se lääkäri antaa ne ohjeet.”	Roolit epäselvät.	Roolit	

Taulukko 3. Esimerkki kehittämisen keinojen induktiivisesta sisällön analyysistä

Alkuperäisilmaisua	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
”Niin kun tyylii, että siä hoiat tän niin kun hoitotilanteen ja sitte ne määräykset tulee siält lääkärilt.”	Hoitajat voisivat johtaa hoitotieteen puolen, lääkärit määräykset.	Roolit	Kehittämisen keinot
”Mikä on aika vanha, mitä myös voisi uusia... et siin ois niin ku selkeämpi protokolla siin, et kuka puhelun ottaa vastaan, ni sit se menis sujuvasti se.”	Hälytyspuheluun selkeämpi protokolla.	Toimintamallit ja tarkastuslistat	
”No joskushan siel on et ehkä pari tekee samaa asiaa, sillee ettii tai jotain niin sen takii just sanottais et ”hei nielutuubi, ambu” nii sit siel ei oo kymmenen niinkun...”	Pitää sanoa, mitä tekee.	Viestintä	

”...et jos se ois se kone siellä potilaan vieres ni sit niin ku tää ramppaaminen jäis siit pois.”	Kiertokärri mahdollistaa vuodeosaston hoitajan läsnäolon MET-tilanteessa.	MET-tilanteiden hallinta	
Se olis tosi hyvä [jälkipuinti], ku aattelee, et siin on tosiaa, et jos on jotain, mitä vois niin ku vähä petrata, ni se tavallaan käytäis siin läpi ja sit vois vähä oppii seuraavaa kertaa.	Jälkipuinnista voi oppia.	Jälkipuinti	
”MET-ryhmä lähtee ja siel on osastolta kans jokunen hoitaja tai muuta ja sit harjotellaa siinä.”	MET-koulutukset tapahtuvat ”paikan päällä”.	MET- ja elvytyskoulutus	

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui yhteensä 29 sairaanhoitajaa, joista MET-hoitajia oli 14 ja vuodeosaston hoitajia 15. Haastatteluihin osallistui sekä naisia että miehiä. Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta MET-tilanteista.

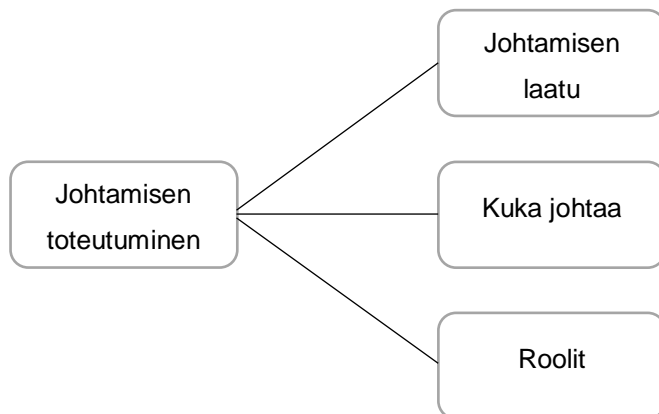
Opinnäytetyön tulokset muodostuivat analysoimalla haastatteluaineisto induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimustulokset esitetään kahdessa osassa kuvaten ensin MET-toiminnan toteutumista ja sitten MET-toiminnan kehittämistä. Tulokset sisältävät alkuperäisilmauksia ja haastateltavien anonymiteetin varmistamiseksi käytetään numerointia. Alkuperäisilmaukset ovat identifioitu haastatteluiden mukaan esim. H1 (haastattelu 1).

5.1 MET-toiminnan toteutuminen

MET-toiminnan toteutuminen esitetään kolmessa osassa, joita ovat johtamisen toteutuminen, tilannetietoisuuden toteutuminen sekä kommunikaation toteutuminen.

5.1.1 Johtamisen toteutuminen

Sairaanhoitajat kuvasivat johtamisen toteutumisen sisältävän johtamisen laadun, sen, kuka johtaa sekä roolit (kuva 1).



Kuva 1. Johtamisen toteutuminen sairaanhoitajien kuvaamana

Johtamisen laatu

Haastateltavat kuvasivat johtamisen toteutumista yleisesti vaihtelevaksi. Johtamisen kuvattiin olevan jopa usein olematonta.

Ja aika usein on aika olematonta johtamista. (H5)

Osa sairaanhoitajista puolestaan kuvasi johtamisen olleen hyvää, rauhallista ja selkeää, etenkin silloin, kun johtaja antoi selkeät ohjeet.

Mut kaikis semmosis tilanteis, mis mä olen ollu mukana, ni mun mielest se on ollu kyl ihan hyvää se johtaminen, et aina on sit sattunu olemaa semmonen, joka antaa selkeet ohjeet ja on rauhallinen ja sanoo miten tehdään.(H6)

Erityisesti lääkäreiden johtamista kuvattiin henkilöstä riippuvaiseksi. Lääkäreiden johtamisen koettiin olleen MET-tilanteissa joskus myös epäselvää.

Nyt täytyy kyl sanoo, että se riippuu ihan siitä lääkäristä, joka siellä paikalla on. (H5)

Kuka johtaa

Siitä, kuka johtaa MET- tai elvytystilanteissa, sairaanhoitajilla oli vaihtelevat näkemykset. Ainoastaan näkemys siitä, että vuodeosaston hoitaja ei voi toimia johtajana, oli yhtenäinen. Useampi haastateltavista totesi olevan epäselvyyksiä siitä, kuka tilannetta johtaa. Johtaja kuitenkin nähtiin välttämättömänä MET-tilanteessa.

Tota siin on vähän, ihan oikeest silleen et se...minust se johtaminen, johtamistaito on tosi tärkeä, et jonkuu on otettava... (H1)

MET-hoitajien kuvattiin toimivan johtajana ja ottavan johtovastuun paikalle saapuessaan. Heiltä koettiin tulevan selkeät ohjeet ja vuodeosasto odottikin tehtäviä MET-tiimiltä. MET-ryhmällä nähtiin tilanteen olevan hallinnassa. MET-hoitaja koki olevansa tilanteen johtaja silloin, kun hänellä oli kirjattavinaan MET- tai elvytyskaavakkeet.

Mun mielest kuitenkin niil MET-ryhmän hoitajil on niin iso kokemus niist asioist, ku kuitenkin ei nyt joka päivä kuitenkin niit MET-tilanteit meillä oo, ni se on hyvä, että MET-ryhmän hoitajat ottaa sen vastuun siinä ja sit myä jeesataa. (H6)

Toisaalta lääkäri nähtiin tilanteen johtajana. Erityisesti elvytystilanteissa lääkärin koettiin toimivan johtajan. Useimmiten lääkärin oletettiin toimivan johtajana, vaikka lääkäri ei todellisuudessa olisi johtanutkaan. Sairaanhoitajat kuvasivat vaikeaksi tietää, kuka johtaa, jos paikalla oli ollut useampi lääkäri. Sairaanhoitajat pohdiskelivat tässä yhteydessä myös sitä, voiko anestesiaalääkäri toimia johtajana, sillä johtajan pitäisi olla koskematta potilaaseen, mikä ei aina onnistu, sillä anestesiaalääkäri joutuu osallistumaan usein potilaan hoitotoimenpiteisiin.

Ja sillon siel yleens saattaa monesti olla kaks tai useempikin lääkäri ja sillon niinkun tuntuu et se on viel.... niinkun hankalampaa välil hahmottaa, että... että siel on joku johtaja. (H5)

...mut sit aatellaa tot meiän anestesia lääkäriki, et johtajana pitäis olla periaattees sellanen, mikä ei koske sormellakaan siihen potilaaseen, mut anelääkäri esimerkiks joutuu yhtä sun toista siinä mahollisesti tekemään. (H5)

Roolit

Roolijaon sairaanhoitajat kuvasivat olevan epäselvä. Sairaanhoitajien mukaan työnjako oli harvemmin määritelty elvytys- tai MET-tilanteessa, vaikka sen koettiin olevan tärkeää, etteivät kaikki tekisi samaa asiaa. Osa hoitajista kuvasi hoitajien osaavan jakaa roolinsa keskenään tai MET-ryhmän jakavan työt. MET-hoitajat jakoivat omat roolinsa keskenään matkalla MET-käynnille, mutta aina sen ei koettu onnistuvan, vaikka MET-ryhmän hoitajien roolien selvyys nähtiin tärkeänä.

Kyl mul oli ainaki alkuun siinä, että no mitä miä täs nyt teen sitte, niin tuota ei se kauhean selkeästi myöskään ratkea siinä ryhmänkään sisällä minusta aina se, että kuka tekee mitä sitte... (H4)

Et silleen niinkun myö kyl sovitaan keskenämme et mitä niinkun, ettei se mee siihen, et kaikki kaikki repii piuhoi toisiltaan, ja... (H3)

Eikä se välttämättä se kommunikaatio sitte sen matkan aikana ole sen ihmeellisempää kun just kysytää että ”no kirjaatko vai haluatko tehdä ja vastata” ja vastaus saattaa sit olla et ”no katotaa kun päästää sinne. (H5)

Tärkeänä pidettiin myös sitä, että omassa roolissa pysytään, mutta tarpeen vaatiessa roolia voidaan myös muuttaa, mutta siitä pitää selkeästi ilmoittaa.

Se on joka asias niin kun se, että kun siä otat sen yhen työn, niin tee sitä. Äläkä keskity siihen muuhun, koska sillon siin tulee se hässäkkä. (H1)

Osan lääkäreistä kerrottiin jakavan roolit, mutta toisaalta myös mainittiin, ettei monikaan lääkäri osaa tehdä roolijakoa. Rooleista kirjaajan rooli nähtiin tärkeänä ilmoittaa, erityisesti jos johtajuus tilanteessa oli muuten epäselvä.

Kirjaamisesta miä kyl sanon aina, koska se on niin hirveen tärkeitä, ne kellonajat. (H1)

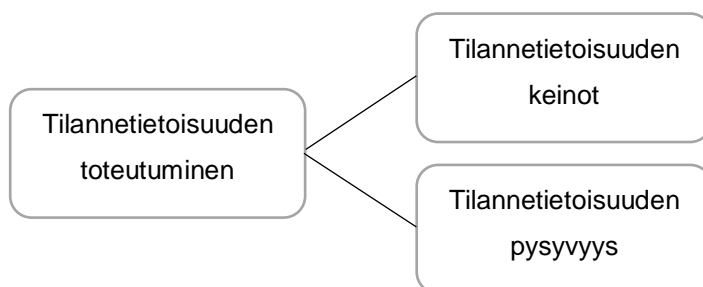
Sairaanhoitajat kuvasivat myös tilanteita, joissa MET-ryhmä alkoi hoitamaan tilannetta keskenään, vaikka vuodeosaston hoitajat olisivat halunneet osallistua tilanteen hoitoon. Joskus myös koettiin, ettei MET-hoitajat tarvitse vuodeosaston apua.

Jotkuu ottaa heti niinkun ohjat käteen ja sit ne ajaa helpost vuodeosaston niinkun henkilökunnan et työ voitte mennä, et myö jatketaa tästä. Ja toiset taas antaa meidän pumppaa seuraavat puol tuntii ja tota tekee ite sit jotaa mitä tekee, et tota... (H5)

Kyllä... ja just sellasta et menkääs nyt syrjään, me hoidetaan tää nyt ja sit tuntuu et...mul olis ollu tähän jotain . Nii... et sit voi olla niinkun semmonen tilanne et ”noh, ne nyt siel sit tekee jotain”. (H1)

5.1.2 Tilannetietoisuuden toteutuminen

Sairaanhoitajat kuvasivat tilannetietoisuuden toteutumista tilannetietoisuuden keinoina ja tilannetietoisuuden pysyvyytenä (kuva 2).



Kuva 2. Tilannetietoisuuden toteutuminen sairaanhoitajien kuvaamana

Tilannetietoisuuden keinot

Suurin osa sairaanhoitajista kuvasi, että usein MET-tilanteiden alussa erityisesti MET-ryhmän paikalle tullessa pidettiin pause point. Tämä pidettiin erikseen vielä lääkärille, jos lääkäri saapui MET-ryhmän jälkeen. Tilanneyhteenvetoja kerrottiin pidettävän myös tilanteiden lopussa ja joskus myös puolessa välissä.

On, viimeks oli ainaki... ekaks kartotettii potilaan tila, sitte hoidettii ja sitte vedettii yhtee, mitä on annettu ja sen jälkee kutsuttii sit omalääkäri, osastonlääkäri, ja sit sen kaa piettii palaveri et jatkot, et siin oli niin ku alussa, puoles välis ja sit lopussa siin kohtaa ku MET-ryhmä lähti pois... (H2)

Pieni osa haastateltavista kuitenkin koki, että pause point jää tekemättä eikä kukaan kertaa, mitä on tapahtunut.

Ja sit tietyst ois hyvä et se ois tosiaan se yks selkee johtaja mikä edes jossakin vaiheessa, mielummin vaikka parikin kertaa pysäyttäis sen koko porukan ja kävis sen tilanteen läpi niin että kaikki varmast kuulee ja ymmärtää missä ollaan menossa ja mitä on ajatus tehdä seuraavana. Ja sit voitais vaikka siin yhes siin pähkii et tulisko viel jollain jotain mieleen mitä hän ei oo ottanu huomioon. (H5)

Kyllä koen, että näin ei tapahdu. (H5)

Tilannetietoisuuden pysyvyys

Sairaanhoitajien kuvaukset tilannetietoisena pysymisestä MET-tilanteissa vaihtelivat. Toisaalta kuvattiin, että tilannetietoisena ei pysytty. Edes kirjaaja ei välttämättä pysynyt tilannetietoisena. Myös mainittiin, että vähäinen kokemus elvytystilanteissa vaikutti siihen, että ei pystynyt havainnoimaan kokonaisuutta omaan osuuteen keskittyessä.

Ja vaikka oisit kirjurinakii niin monta kertaa saa sit kysyy että itekkii on et ”mitäs täs nyt olikaa tapahtunu”....menny vähän ohi. (H5)

Mut ite voin sanoo kyl sillee et en oo hirveen mones elvytystilantees viel, siis oon ollu, mut en oo ihan kauheasti, ni kyl se on itellee aina sit sillee edellee sellain tilanne, että siin sattaa välil mennä semmosee modee, että ei välttämättä pysty havainnoimaan ympärillä tapahtuvaa... niin sillee kokonaisuutta, kun keskittyy siihen omaan osuuteen. (H6)

Osa sairaanhoitajista puolestaan kuvasi tilannetietoisuuden pysyvän hyvin MET-tilanteen aikana, osa koki, että joskus ollaan tilannetietoisia, mutta ei aina. Tilannetiedottomuudesta kertoi muun muassa se, että joskus samaa asiaa hoiti useampi hoitaja.

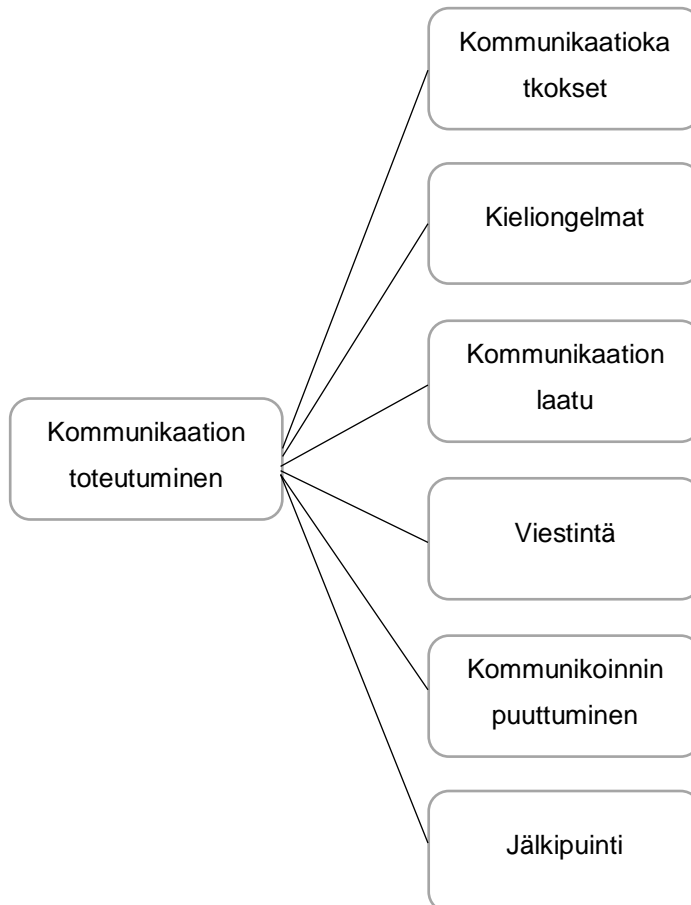
Mut monestihan se onkii että se on vähän saattaa olla aika semmosta että siellä sitte pyöritää ja kuka... on lähten 3 ihmistä hakemaa sitä plasmalyteä. Ja sitte huomaaki että ”aa, nää onkin täällä näin.” niinkön että sitte. (H5)

Tilannetietoisuuden pysyvyyteen sairaanhoitajat kertoivat vaikuttavan potilaan epäselvä tausta ja tilanne sekä se, ettei kukaan välttämättä tiennyt potilaasta mitään. Myös potilastiedot saattoivat olla ristiriitaisia. Sekavaksi tilanteet koettiin päiväsaikaan, kun tilanteissa oli mukana paljon ihmisiä, yöaikaan tilannetietoisuus pysyi paremmin, koska paikalla oli ihmisiä vähemmän.

Seki vähä riippuu, että mihin aikaa se tapahtuu, et jos on vaikka päivä ja meit on hoitajii niin ku miljoona päin siel, ni sit siel on yhtäkkii kaikki niin ku etupäivystäjät ja meiän osastonlääkärit ja anestesia lääkäri, ni sit siel on hirvee niin ku härdelli ja sit kuka niistäkii, kuka niit antaa niit määräyksii... ni sillon se on. Sit tietyst yövuoros on paljo helpompi ku on vaan ne kolme hoitajaa ja sit sielt tulee tietyt ihmiset ni sillon se on jotenki selkeempää ku se, että se on niin ku päivällä. (H6)

5.1.3 Kommunikaation toteutuminen

Sairaanhoitajat kuvasivat kommunikaation toteutumisen sisältävän kommunikaatiokatkokset, kieliongelmat, kommunikaation laadun, suljetun viestinnän, sanattoman viestinnän, jälkipuinnin.



Kuva 3. Kommunikaation toteutuminen sairaanhoitajien kuvaamana

Kommunikaatiokatkokset

Haastatteluissa nousi esiin, että usein päivystysaikana MET-tiimin tullessa vuodeosastolle jätetään heidät yksin potilaan luo. Tähän vaikuttaa se, että vuodeosaston henkilökunta joutuu lähteä kansliaan katsomaan potilaan papereita, jos eivät tunne potilaan taustoja. Tässä toivottiinkin, että hälytyksen tehnyt hoitaja olisi paikalla koko ajan. Näiden asioiden takia, kommunikaatio koettiin huonoksi. Kaiken kaikkiaan informaation kulku kuvattiin ongelmalliseksi MET-tilanteissa.

No monta kertaa on ollu sit, tai ei nyt voi sanoo et monta kertaa, mut kuitenkin, tulee sellasii kertoi mieleen et on ollu, just sitte, et ollaa menty sinne paikalle ja sitte se on se osaston hoitaja on hävinny siitä ettei oo pystyny enää keltää kysymää siinä, ku se on lähteny kansliast hakemaa papereit tai tulostelemaa tai jotain tälläst, mikä tietyst on ymmärrettävää jos ei hän tunne sit potilast ollenkaa, ni tottakai. (H2)

Kieliongelmat

Kommunikaatiossa yhdeksi ongelmaksi koettiin vahvasti kielimuuri ja vaikeudet vieraskielisen aksentin ymmärtämisessä. Etenkin, jos tilanteessa on paljon hälinää, silloin huono suomen kielen taito korostuu selkeämmin. Myös persoonakohtaisia ongelmia voi olla kommunikaatiossa.

Ellei ole niin huono suomi ettei ymmärrä... myös näin on kerran käynyt. Vaikea ala minulle, en ymmärrä tarkkaan, et jos mul on mun lääkäri, oman erikoisalalan lääkäri ja hänel on huono suomi, ni vähä yritän... et miä pystyn niin sanotust ajattelemaa et tätä se tarkoittaa, mut sit ku tulee jotain ihan muuta, ni what? Mikä lääke? Ei ymmärrä ollenkaan tai jotain muuta tämmöst, et silloin on kyl kommunikaatio... mut siin oli kyl sit hyvä MET-hoitaja siin vieres, sitte joka kääns... mutta muuten enemmän se on sit sitä sellasta persoonakohtasta, et jotkut... hmm... (H2)

Kommunikaation laatu

Vuodeosaston sairaanhoitajat kokivat kommunikaation MET-tiimin kanssa välillä toimivana. Toisaalta MET-tiimin jäsenet toivat esille, että kommunikaatio ei aina toimi, ja kommunikaation koettiin olevan jopa sekavaa välillä. Sekä vuodeosaston sairaanhoitajat, että MET-tiimin jäsenet toivat esiin myös sen, että kommunikaatio riippuu henkilöistä. Esimerkiksi henkilökemiat vaikuttavat asiaan.

MET-ryhmän kaa on tosi hyvin niin ku toimii, se kommunikointi, mut just se et se lääkäri on ainut siin vähä niin ku sit ei, yks puhuu

vierast kieltä, yks puhuu liian hiljaa ja yks ei puhu sinnepäinkää, kenellekkää, puhuu niin ku jollee, tai ne puhuu keskenää... sisäpäivystäjä ja anelääkäri puhuu keskenää ja siis sellast, niitten ehkä enemmänkii. Et kyl mun mielest MET-ryhmänkaa ei oo ikinä ollu sellast mitää kommunikaatio-ongelmii, et se toimii hyvin. (H6)

Vuodeosaston hoitajat kokivat, että lääkärit kommunikoivat enemmän MET-tiimin kanssa. He myös kokivat lääkäreiden kanssa kommunikoimisen hankalaksi, sekä kertoivat, että lääkärit saattavat keskustella vain lääkäreiden kanssa.

Ja monesthan se lääkäri niin ku enemmän puhuu aina tietenkii sit sille MET-ryhmälle niin ku ja siin niin ku, et oikeestaa ees kuule ku puhuu niin hiljaa ja sit miä aattelen, et mitähän se määräs, ei sil oo mitää välii, nää kuuli kuitenkin. (H6)

Sekä vuodeosaston sairaanhoitajat, että MET-tiimin jäsenet kokivat, että lääkäreiden käytös on joskus epäasiallista.

Ja se on miust niin kun tosi ikävää, että siäl on nuorii hoitajii, kokemattomii hoitajii, ja sitte tulee joku lääkäri huutaa ja räyhää sinne ja ”mitä tyä soitatte?”... (H1)

Lääkäreiden kanssa kommunikoinnissa haasteeksi koettiin, myös se, että he eivät ota katsekontaktia.

Viestintä

Viestinnän osalta suljettua viestintää kuvattiin toimivaksi ja paljon käytetyksi viestinnän muodoksi. Tätä käytettiin erityisesti lääkemääräysten yhteydessä. Sairaanhoitajat kuvasivat, että jos käskyt jäävät kuittaamatta, jää muille epäselväksi se, toteutetaanko sitä vai ei. Johtamiseen liittyen esille nostettiin, että suljettua viestintää käytettäessä on tärkeää tietää johtaja, jotta tietää, kenelle kohdistaa viestin siitä, että jokin asia on tehty.

Kyl miä ainaki koen sen et se on ihan toimivaa. (H3)

Miä kans yleensä kyl aina niin ku varmistan sen sanomalla äänee sen, mitä uskon kuulleen. (H4)

Osa sairaanhoitajista kuitenkin kertoi, ettei käyttänyt suljettua viestintää eikä ollut kiinnittänyt huomiota, että suljettua viestintää ylipäänsä käytettäisiin tai sitä käytettiin vaihtelevasti. Hoitajat kertoivat elvytyskoulutuksissa, että elvytyskoulutuksissa suljetusta viestinnästä oli kuitenkin puhuttu.

En oo lääkkeenantotilantees ollu, et oisin antanu, mut ehkä olen hakenu jotain tippaa, mut en ole varmaan toistanu sitä kyl, myönnän, en ole toistanut. Olen vaan lähteny hakemaan... (H6)

Ja kyl myö tuol elvytys... talon elvytyskoulutuksissakin siitä puhutaa mut se on sit eri asia ketkä siel koulutuksis käy. (H5)

Kommunikoinnin puuttuminen

Osa sairaanhoitajista kuvasi kommunikaation olevan joskus sanatonta. Koettiin, että elvytystä voidaan tehdä sanattomasti. Kuitenkin MET-ryhmän jäsenet nostivat esille kommunikaation olevan itseasiassa huonompaa, kun jäsenet tuntevat toistensa toimintatavat ja oletetaan, että tiedetään, mitä kollega tekee. Tällaiset oletukset koettiin kompastuskivenä ja vaarallisena, sillä usein oletettaessa kaverin tekevän jotain, kukaan ei yleensä sitten kyseistä asiaa teekään.

Eikä siin ees hirveesti tarvi puhua, ennen ku sit tietysti, on niitäkin et melkeen niinku sanattomana voidaan tehdä töitä, sitä elvytystyötä. (H4)

Eiks siitä ollu just jossaki oli että vuo... et se ois just vaarallista kun olettaa, et mitä kaveri tekee. Et se on just yks niitä kompastuskiviä. (H5)

Jälkipuinti

Sairaanhoitajat kertoivat jälkipuinnin olevan vaihtelevaa. MET-tiimi saattaa käydä keskenään ohimennen tilanteen läpi samalla kun kirjoittavat MET-lappuja.

Myä käyää, jos miä lähen kaverin kans ni myä saatetaa käyä siinä matkalla läpi, myä saatetaa käyä ku myä kirjojetaa ne laput, myö tehää se tavallaa... (H2)

Vuodeosaston sairaanhoitajat kertoivat yleisesti, että osastoilla he käyvät jälkipuintia tilanteessa olleiden kanssa, etenkin, jos tilanne on ollut kaoottinen. Kukaan ei tuonut esille, että MET-tiimi, lääkärit ja vuodeosaston sairaanhoitajat kävisivät kunnon jälkipuintia keskenään. Jälkipuinti on ollut enimmäkseen palautteen antoa puuttuneista välineistä ja siitä jos tilanne on mennyt hyvin. Tiukoissa tilanteissa palautteen anto koettiin hankalana. MET-tiimin jäsen kertoi, että työnteko estää jälkipuinnin käynnin tilanteesta, mutta teho-osastoon voi aina olla yhteydessä, jos jokin jäi vaivaamaan mieltä. Vuodeosastolta tuotiin esille, että jos jälkipuintia ei tehdä, voi hoitajille jäädä epätietoinen olo siitä, kuinka tilanne onnistui. Etenkin uusien hoitajien kohdalla tätä korostettiin.

Koska monta kertaa meil ei jää, sit jos ei oo niinkun tuu käyty keskusteluu ja on kokeneit hoitajii ja vähän vähemmän kokeneit hoitajii nii monel saattaa jäädä se tunne et mites tää nyt meni. (H3)

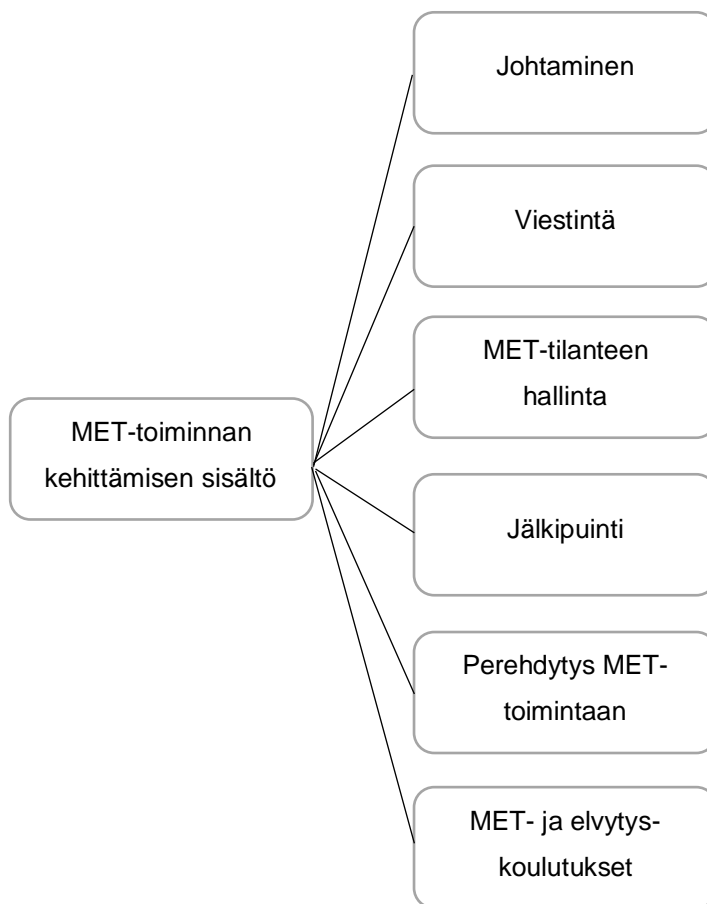
Käyää jos on joku kaaottinen tilanne, joo kyllä. (H3)

5.1 MET-toiminnan kehittäminen

MET-toiminnan kehittäminen esitetään kahdessa osassa, joista ensimmäisenä kehittämisen sisältö ja toisena kehittämisen keinot.

5.1.1 MET-toiminnan kehittämisen sisältö

Sairaanhoitajat kuvasivat MET-toiminnan kehittämisen sisältönä johtamisen, viestinnän, MET-tilanteiden hallinnan, jälkipuinnin, perehdytyksen MET-toimintaan sekä MET- ja elvytyskoulutuksen (kuva 4).



Kuva 4. MET-toiminnan kehittämisen sisältö sairaanhoitajien kuvaamana

Johtaminen

Sairaanhoitajat kuvasivat johtamisen kehittämisen sisältönä selkeää johtajuutta, jossa johtaja jakaa roolit. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että johtajalla on tilanne hallinnassa, eikä kaikkien tarvitse miettiä, tuleeko kaikki tarpeellinen tehtyä. Johtajan toivottiin myös rajaavan MET-tilanteisiin osallistuvien määrää, ohjaamalla ylimääräiset pois, niin että paikalle jäisivät vain tilannetta hoitavat ihmiset.

Ylimääräiset pois. (H6)

Nii ja sit ne tavallaan kun joku ottaa tavallaan sen homman hanksaan niin sillon muitten ei tarvi huolehtii siitä et täs ei oo kellää tää homma niinkun hanskassa vaan, että sitte voi tehdä sitä mitä, eikä tarvi miettii mitä... (H5)

MET-tiimin tullessa paikalle toivottiin, että osaston vastuuhoidaja jäisi paikalle. Sairaanhoidajien mielestä johtajalla olisi hyvä olla myös selkeät säännöt siitä, miten määräykset annetaan. Erityisesti elvytyksissä toivottiin noudatettavan elvytysprotokollaa, jolloin johtaminenkin olisi helpompaa. Johtajan pitäisi myös tietää, että kaikki tulee tehtyä. Huomion arvoiseksi kuvaukseksi johtamisen kehittämisessä nousi myös se, että johtajan tulee olla helposti lähestyttävä.

Ja varsinkii sit kun työ tuutte paikalle, niin mun mielestä sillon kun siin on enemmän porukkaa niin mejän porukkaa voidaan purkaa siit pois. Et siihen jää se vastuu hoitaja... (H3)

Ja kyl täytyy myöntää et sit kun sanoit että johtajan pitäis olla helposti lähestyttävä niin onhan se sitten kun on tällanen tilanne ja se pitäis olla sellanen että et tietyst et se on helpost lähestyttävä mut et se myös mahdollistais sen avoimen niinkun kommunikaation, sen että siä uskallat sanoo jos siä ihmettelet jotain siin tilanteessa... (H5)

Esimerkiks elvytystilanteessa jos meillä siinä tilanteessa noudatettais protokollaa ihan oikeesti niin sillon mun mielest niinkun johtaminenkin ois helpompaa, on se sitten kuka tahansa se johtaja. (H5)

Viestintä

MET-toiminnan kehittämisen sisältönä viestinnän osalta sairaanhoitajat kuvasivat selkeän ja riittävän äänen käyttöä sekä ylipäänsä enemmän ääneen puhumista.

No kyllä ainaki just toi, että riittävä äänellä niin ku. On sellasii lääkäreit, jotka puhuu tosi, tosi sellasel hiljasel äänel et sit saa niin ku mennä suurinpiirtein korva sinne, et kuulee, että se että käytettäis ja selkee ja riittävä ääni just. (H6)

Selkeät, kohdistetut, lyhyet viestit nähtiin oleellisena osana viestinnän sisältöä. Erityisesti elvytystilanteissa toivottiin kunnollista kommunikaatiota ja selkeitä viestejä. Tärkeänä pidettiin tiimin kommunikointia yhdessä, myös lääkärin ja hoitajien välillä. Kommunikoinnin tulisi olla avointa, missä tiimin kaikkien jäsenten tulisi antaa avoimesti ehdotuksia siitä, mitä tehtäisiin. Jonkinlainen kommunikoinnin käyttäytymismalli, jossa kommunikoidaan tietyllä tavalla, nousi sairaanhoitajien kuvauksissa esille. Suljetun viestinnän toivottiin olevan rutiinotoimintaa. Myös käyttäytymisopas kommunikoinnille mainittiin.

Nii, nii et aina tarkista se ja tee sitä ja kysy toiselta ja ihan semmoset muutamat ihan vaan tavallaan ehkä muistutukset tai sit nii-nkun käyttäytymisopas, ihan. Et sit se menis niinkun... (H3)

Selkeet ja lyhyet viestit... ja kohdistetut. Et jos miä puhun jollee tietylle ihmiselle niin puhun myös hänelle. (H5)

Se pitäis sano että ”elvytys lopetetaan” tähän... näin... (H5)

Tai sit se et pitäis olla jotenkii että...niinkun jotenkii olla tietyt säännöt. Et kun on MET-käynti niin aina kun sanotaan lääkkeit kun lääkäri määrää sen nii se aina toistetaan ja se joka sen antaa niin sanoo ääneen nii sit se. Et se olis sellain rutiini et aina kun ollaan ja se toistetaan niin sillan se määräys...et se kuuluu semmosee siihen et kaikki toistetaan niin sitten tavallaan et jos ne virhemarginaalit voi... (H3)

MET-tilanteen hallinta

Sairaanhoitajat kuvasivat tilanteen yhteenvedon selkiyttävän tilannetta kaikkien osalta. Tärkeinä asioina MET-tilanteen hallinnassa nähtiin kehittämisen kannalta tilannetietoisuus potilaan jatkohoidosta, siitä mitä vuodeosaston

hoitajien tarvitsee tietää, sekä siitä, milloin otetaan uudelleen yhteyttä MET-tiimiin.

Mitä minä teen tässä jos jää tänne ja missä vaiheessa otetaan sitten taas yhteyttä jos tulee... jotain että... ja et onko ne hoidot rajattu. (H1)

Sit taas jatketaan tai et mitä sitte tekee että kaikki on kuitenkin sitten samalla tasolla sitte, kaikki tietää mitä nyt, missä nyt olla menossa ja sitte taas jatketaan. (H5)

Tilanteen hallinnan kehittämisen kannalta sairaanhoitajat kuvasivat, että roolien jako selkiyttäisi tilannetietoisuutta.

No ehkä sellain niin ku siis jos vuodeosastolt aattelee ni olis sellaset selkeet niin ku, tai sellain niin ku selkee työnjako pitäisi niin ku olla periaattees, et se on nyt se, mikä tekee tän ja sit sä teet tän, ni sit ehkä siin vois tulla vähän sellain... parempi se tietosuus. (H6)

No kylhän se selkeyttää, kun onhan tääl ollu näit jotka sanoo, et "hei, siä otat sen". Nii onhan se sillon jokainen tietää sen tehtävän. (H3)

Tilanteen hallinta olisi myös helpompaa, jos heti alkuun kysyttäisiin, kuka on johtaja. Tällöin vuodeosaston hoitajan voisi kertoa suoraan johtajalle, missä mennään. Tilanteen hallinnan kehittämisen sisältönä myös raportointi nostettiin esille. Sairaanhoitajat toivoivat, että osattaisiin raportoida juuri MET-tilanteen kannalta oleelliset potilasta koskevat asiat, jolloin tilanteen hallinta olisi helpompaa.

Ja sit sellaset oleelliset asiat et ei niin ku et ei tarvi kertoo monta proteesii sil on missäki eri paikois, ei niin ku ihan kaikkee, mitäs siäl lukee siäl niin ku et ne oleelliset perussairaudet riittää, mitkä on nyt siihen meiän sen mahdollisest sen tilanteen kannalt, et joskus ku sit tietoo tulee ihan hirveen paljo, ku on joku monisairas ihminen ni sit

ei niin ku enää oikeestaa oo hajukaa et mikä tän potilaan oikeesti, miks se on tullu sairaalaan, mikä se sen syy on tälle käynnille. (H4)

Nii, ja jos siinäki ois johtaja siinäki tilanteessa niin osaston väki jotka tuntee potilaan niin vois kertoa suoraa sille johtajalle, kerran sen, joka sit tietää missä mennää. (H5)

Johtajan tukeminen koettiin myös yhtenä osa-alueena MET-tilanteen hallinnassa.

Jälkipuinti

Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että MET- ja elvytystilanteiden jälkeen käytäisiin jonkinasteinen jälkipuinti.

No eihän se varmaan ikinä huono ois. (H2)

No jos asialle vois tehdä jotakin, niin minusta ainaki olis hyvä käyä läpi sitte jälkeen päin nää tilanteet, että niin ku varsinki jos on näin päässy käymään, muutenkinhan on hyvä käyä jälkeinpäin... (H4)

Jälkipuinti mahdollistaisi sen, ettei kenenkään tarvitse jäädä miettimään, olisiko voinut tehdä jotain toisin, ja hoitohenkilökunta tietäisi heti, mikä toiminnassa meni hyvin.

Nii tulis samantien niinkun pystys sillee käyä läpi mikä meni hyvin. Ens kerral tietää paremmin. (H5)

Ja kyllä se on se, et kylhän sit aina jää, onhan niit aina sen verran harvoin, tällee osastokohtasest, aina niit jää vähä miettimää, et meniköhän se nyt ja oisko jotain pitän tehdä toisin tai siis sillee... et senki kannalt ihan niin ku hyvä. (H6)

Sairaanhoitajat kuvasivatkin jälkipuinnin MET-toimintaa kehittävänä tekijänä.

Perehdytys MET-toimintaan

Sairaanhoitajat kertoivat yleisesti, että he eivät ole saaneet perehdytystä MET-toimintaan. MET-tiimi toi esille, että ei ole toimintamalleja, protokollaa, tai koulutusta MET-toimintaan, vaan he tekevät MET-työtä mututuntumalla. MET-tiimi kertoi, etteivät he ole saaneet koulutusta kyseiseen toimintaan, mikä koettiin huonona. Lähinnä uuden työntekijän perehdytystä MET-toimintaan kuvattiin, että puolen vuoden aikana uutena hoitajana lähdetään kokeneemman mukaan MET-käynnille, jonka jälkeen pitäisi pärjätä yksin. Samalla esiin nostettiin, että tämän puolen vuoden aikana ei kuitenkaan ole varsinaista koulutusta siihen, mitä MET-käynnillä pitäisi osata.

5 vuotta oon ollu talossa ja kerran oon ollu tällasel MET:ti luennol, toisen kerran siel elvytyskoulutukses. Sanotaa näin et sul on niinkun puol vuotta kun oot talossa niin saat sen puolen vuoden aikan lähtee jonkunkaa, mut sit sen puolen vuoden jälkeen niin voit mennä sit jo yksin niille MET käynneille... (H5)

Ei mul ainakaa, en miä oo saanu mitään perehdytyst siihen, muuta ku "ota kärry ja lähe menee. (H4)

...ei oo toimintamallei, ei oo koulutust eikä oo protokollaa ja sit vaan tehää vähän niinkun mututuntumal ja kaikki oottaa et mikäkhää lääkäri sielt tulee joka sit sanoo jos sanoo... (H5)

Useimmat vuodeosaston sairaanhoitajista kertoivat saaneensa MET-kortit, joissa oli MET-kriteerit. MET-toiminnan alkaessa sairaalassa myös osastotunneilla oli käyty kertomassa MET-toiminnasta.

Et on se MET-kortti niinkun ja annettii se, missä on ne kriteerit. (H1)

MET- ja elvytyskoulutus

Sairaanhoitajat kuvasivat, että heidän yleisen näkemyksensä mukaan elvytyskoulutuksissa käydään liian vähän ja harvoin. Osa haastateltavista ei

ollut edes koskaan käynyt organisaation järjestämässä elvytyskoulutuksissa. Osa kuvasi, että vuodeosastojen tilanteet eivät salli osallistumista. Kuitenkin yhdellä vuodeosastolla kerrottiin elvytyskoulutusten olevan ohjelmoitu kerran vuodessa käytäviksi. Yhdeksi syyksi siihen, että elvytyskoulutuksissa käydään vähän, mainittiin, että vanhemmat hoitajat saattaisivat hävetä sitä, että he joutuvat päivittämään elvytystaitojaan.

...mut homma on aina vähän se, että tota meil on kiireistä ja meil on tilanteet seemmosia että ei vaan päästä kun pitäis. (H1)

En täs talos kertaakaan viel. (H6)

MET-ryhmän jäsenet kertoivat ryhmän omien elvytyskoulutusten olevan harvassa. He kertoivat MET-ryhmällä olleen yhden kerran elvytyskoulutuksen, mutta siitäkin oli kulunut jo aikaa. Myös vuodeosaston henkilökuntaa oli ollut simulatiossa mukana. Elvytyskouluttajien kerrottiin käyvän omissa elvytyskoulutuksissaan.

No sillonhan, mikä se oli se simulaatiotapahtuma, tuolla jossakin tuolla... (H3)

Nii, ni sehän oli ihan... tietyst siinhän vähän niinkun kaikki tulikii, se roolitus, sun muu yhteistyö siin tosi hyvin. Et joku sellainen, joku semmonen harjotus...niinko...mun mielest. Se oli... jopa lääkärit sitä kehu, sitä tapahtumaa, et tällasii pitäis olla... (H3)

MET-toiminnan kehittämisen sisältönä MET-koulutuksen osalta simulaatioharjoittelu nousi vahvasti esiin. Sairaanhoitajat kuvasivat simulaatioharjoittelun kehittävän kaikkea tarpeellista toimintaa MET-tilanteissa, kuten roolitusta ja yhteistyötä sekä tuovan varmuutta oikeaan tilanteeseen, kun sitä on jo harjoiteltu aiemmin. Yhdeksi tavaksi tämän toteuttamiseen ehdotettiin yhteisiä koulutusiltapäiviä osaston ja MET-tiimin kanssa, esimerkiksi luentosalissa.

Kyl se mun mielest tälle tuo enemmän varmuutta siihen tilanteeseen, vaikkei se nyt olis se elvytystilanne, vaan se olis niin

ku normaali MET-käynti, ni sit sais niin ku sellast harjotust siihen. Et tietää, miten toimii siin tilantees, ettei oo vaan sillee... mitä mä teen... (H6)

Toi on mun mielest hyvä et olis joku iltapäivä sessio jossa luentosalissa että sinne saahaan paljon porukkaa, saahaan eri osastoilta ja et saaha se sama tieto sit jotenki. (H5)

Johtaminen ja johdettavana oleminen kuvatiin yhtenä simulaatioharjoittelun osa-alueena.

Siihen käskyttämisee ja käskyn vastaanottamisee... siis sinällää että se selkeyttää sit hommaa, mut se ei oo niin ku toisen varpaille astumist, vaa se niin ku hoitaa sit potilast selkeemmin, et ei yks ihminen laita vaikka samaa asiaa, et siin ois se johtaja... mut se vaatii siihen kaikkien omaa pikku panost ja asennemuutosta. (H2)

Simulaatioharjoittelun nähtiin myös mahdollistavan sen, että MET-toiminta ei olisi ryhmän kokoonpanosta riippuvaista. Erittäin tärkeänä koettiin, että MET-tiimi ja vuodeosasto osallistuisivat yhdessä simulaatioharjoitukseen.

...se simulaatiokoulutus niin ku niille ketkä tekee METti keikkoi, ois se... ja sit aina parempi jos siihen saa ne osastot mukaan ni vielä parempi ois sillee. (H2)

Lähes yhtä tärkeänä pidettiin myös lääkäreiden osallistumista harjoitteluun. Lisäksi toivottiin yhteisiä MET-koulutustilaisuuksia MET-tiimille ja vuodeosastoille.

Ja sit jos aatellaa että käytännössä se vaatii osastolta esimerkiks kaks hoitajaa, sit siel on MET-ryhmästä kaks hoitajaa ja sit siel olis myös se anestesia lääkäri joka sinne useesti lähtee. Et millä myö se sinne saadaan? (H5)

Vastaavasti toivottiin myös muuta kuin simulaatioharjoittelua. Simulaatioharjoittelun ei aina nähty sopivan kaikille, sillä jokainen oppii eri

tavoin. Se, että kyseinen harjoittelumetodi vaatii simuloimista ja täten jonkinasteista ”näyttelemistä” koettiin järjettömänä.

Mut se voi olla et ku se on uus tilanne, et jos niit tekis useammin, ni siihen tottuis ja siit sais enemmän irti, et tietyst siä näät, mikä sun painantatekniikka on ja ai, miä kyhjötän tuol nurkas koko ajan... niin ku tälläsii juttui, mut jotenki se oli vähä sellain mun mielest tekemäl tehty tilanne että... miä henk. koht. Toivoisin jotaa muuta, mut en tiiä, mitä se sit ois ollu. (H4)

Miä oon taas sitä mieltä, et ku jokainen oppii niin eri tavalla, et ei se kaikille sovi, et mun mielest se oli niin ku järjettömyyden huippu et mennää sinne ja leikitää et täs ois tälle ja näytellää et tää tilanne menee tollee ja... tietyst siin on niin ku omat puolesa, et siä pystyt jälkikätee kattoo jotain tiettyi asioit siält sit, tarkistaa et... (H4)

Kuitenkin sillä, että simulaatioharjoittelua olisi enemmän, uskottiin olevan vaikutusta siihen, että harjoittelumetodiin tottuisi ja siitä saisi lopulta enemmän irti.

Sairaanhoitajat toivoivat elvytyskoulutuksen sisältävän muutakin kuin paineluelvytyksen harjoittelua.

Miä oon samaa mieltä, se... miä olen niin monta vuotta sitä käyny painelemas, et ei se ainakaa minuu täs tilantees auta yhtää enää... kyl mä sen tiedän... mut ei se ole, ku siin on niin paljo muutaki kun pelkkä se painelu... just kirjaamiset ja tämmöset. (H2)

Se ois hyvä! Nii sen elvytys... sen painelu... se harjottelun sijaa ois noit simulaatit. Se ois tosi hyvä. (H5)

Erityisesti toivottiin elvytyskoulutuksen olevan enemmän simulaatioharjoittelutyypistä. Näin elvytyskoulutus olisi haastateltavien mukaan oikeamman oloista.

Miä kannatan et olis tavallaa sellast simulaatiokoulutust, se ois jotenki oikeamman oloista. (H2)

Elvytyskoulutukset nähtiin mahdollisina käydä isollakin osallistujamäärällä. Sisällöllisesti elvytyskoulutuksen toivottiin sisältävän suljetun viestinnän kouluttamista sekä vuodeosaston hoitajien roolien harjoittelua.

...että se olis niin ku enemmän sitä että olis automaattisest joku rooli sil omal hoitajal tai sit joka on siin vastaava hoitaja sen potilaan kohal et alkais vaikka kirjaamaa... jokainen osaa sen... kirjata niit et mitä siel on niit tapahtumii siäl niin ku et siin ei tarvita mitää sellast suurempaa osaamist... (H4)

Mut minust just se et se et miä peräänkuulutan sit simulaatioo ja sitä karttaa teille tai sitä sellasta listaa. Sehän ois ihan hirveen kiva. Ja sit ois kyl ihana jos ois resursseja pitää niit MET-koulutuksia osastotunteina esimerkiksi... ja myöhän ollaa pidetty isoi koulutuksii, elvytyskoulutuksii, sillon ei ollu viel tää MET käytössä ni sillee ollaa pidetty esimerkiks tuol... sis ihan tuol Maijanrannassa... koko ryhmä: lääkärit, hoitajat, sihteerit. KAIKKI. (H1)

Elvytyskoulutusten toivottiin sisältävän myös MET-infon, jotta vuodeosastoilla ymmärrettäisiin paremmin, ettei tarvitse odottaa elvytykseen asti.

Mut pitäiskö siihen yhdistää sit semmonen pieni MET-info siihen et siin ois aina niin ku et siin tulis samalla, samassa paketissa... ymmärrys siitä, et aina ei tarvi odottaa elvytykseen asti... et 555... (H4)

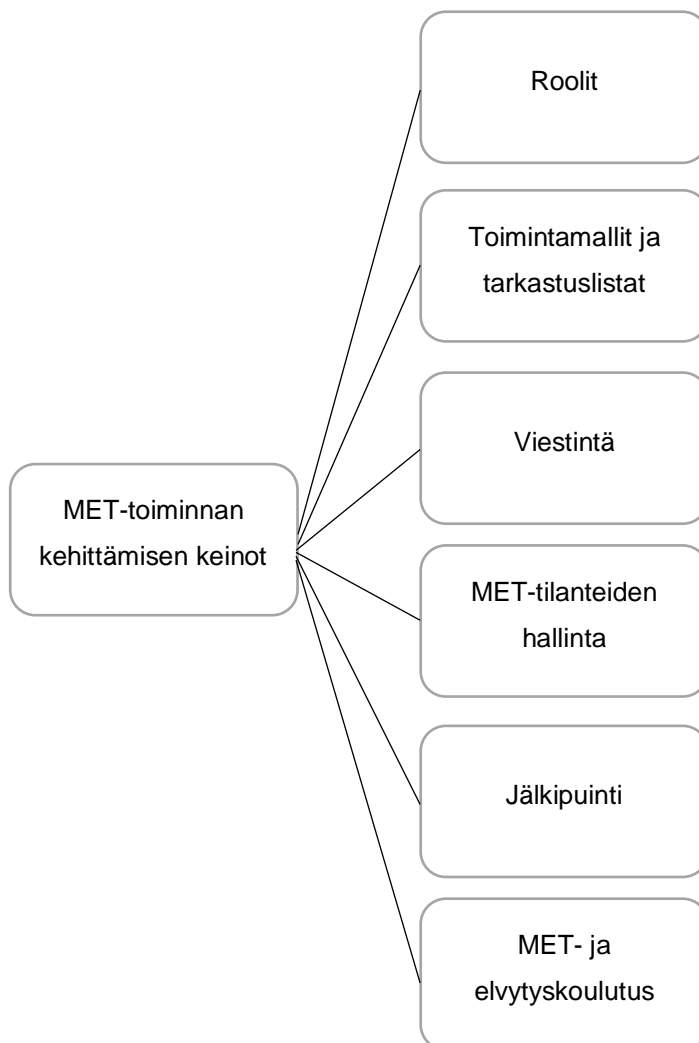
Sairaanhoitajat mainitsivat tässä yhteydessä myös aitoihin elvytystilanteisiin liittyen, että tällä hetkellä aidoissa elvytystilanteissa elvytysprotokollaa ei aina noudateta. Protokollan noudattaminen oli heidän mukaansa riippuvaista siitä, kuka lääkäri oli vuorossa.

Esimerkiks elvytystilanteessa jos meillä siinä tilanteessa noudatettais protokollaa ihan oikeesti niin sillen mun mielest niinkun johtaminenkin ois helpompaa, on se sitten kuka tahansa se johtaja. (H5)

Mut kun mun mielest meil ei niis tilanteis noudateta sitä protokollaa mikä on. (H5)

5.1.2 MET-toiminnan kehittämisen keinot

Sairaanhoitajat kuvasivat MET-toiminnan kehittämisen keinoiksi toimintamallit ja tarkastuslistat, tiedonhallinnan, viestinnän, roolit, jälkipuinnin sekä MET- ja elvytyskoulutuksen (kuva 5).



Kuva 5. MET-toiminnan kehittämisen keinot sairaanhoitajien kuvaamana

Roolit

Roolien kehittämisen keinoina sairaanhoitajat kertoivat, että silloin kun lääkäri ei ole MET-tilanteessa mukana, voisi MET-hoitaja toimia johtajana. Tämä sama kehittämisen keino tuli esiin useammalta MET-tiimin jäseneltä eri haastatteluissa. Yhdessä haastattelussa ehdotettiin myös, että kirjaaja voisi toimia MET-tilanteissa johtajana. Elvytystilanteisiin koettiin, että hoitaja voisi hyvin toimia johtajana. Roolien kehittämisen keinoina haastatteluista nousi esiin myös se, että MET-hoitaja voisi johtaa hoitotieteellistä puolta ja lääkäri antaisi määräykset. Tähän ehdotettiin, että hoitajan ollessa johtajana, voisi hän kysyä lääkäriltä lääkemääräykset. Jos MET-tiiminhoitaja toimii johtajana, toivottiin siitä selkeää ohjetta niin, että he varmasti toimivat johtajana.

Ja moderni hoitaja taas haluais et tää muuttuu kokonaa hoitajajohtajaks, niit lääkäreit ei tarvita muuta ku siihen päätöksentekoo eli onks se menehtynny, lain mukaa lääkäri toteaa kuolleeks ja sit tekee osastosiirtopäätöksen. Sitä ennen, siihen asti, ni hoitajat pystyy sen hoitaa. (H6)

Ja toinen... ja sit taas meil on se oma semmonen ...meilhän saattaa tulla lääkäri ja sillonhan se johtaa, se on ihan automatic, mut totanii mut miä kyl niin peräänhuan sitä hoitajan johtamista myös siinä elvytystilanteessa vaikka anestesiaalääkäri ottaa sen hoitovastuun nii pitää olla se hoitaja kuka jakaa niit töitä. (H1)

Niin taikka se voi johtaa sitä tilannetta niin vaikka ois kyse lääkkeestä, niin jos niinkun ei ala tulla määräyksii ja tiedetää et jotain pitäsi tulla niin se voi kysyy siltä lääkäriltä: ”Annetaanko jotain lääkkeitä? (H5)

Toisaalta, toiset MET-tiimin jäsenet kokivat, että lääkärin täytyy olla aina johtajana. Esiin nostettiin myös lääkäreiden kouluttaminen johtajuuteen, jotta toiminta MET-tilanteissa olisi helpompaa. Yhdessä haastelussa ehdotettiin, että roolit voisi jakaa A (= airway) B (= breathing) C (= circulation) D (= disability) -

protokollan mukaan. Johtajan roolista toivottiin, että se sanottaisiin ääneen kaikille, jotta tiedetään kuka johtaa.

Se kannattais... samal taval, kun mitä vaik on hoitoryhmä enskas, niin siälhän on jaettu, et kuka huolehtii hengityksen ja näin... (H5)

Sit kaikil ois niinkun tavallaan se taustatuki, et miä vaan hoidat että nää hommat on kunnossa ja jaan ne tehtävät et on A ja sit on B ja sit on C sulle ja sit D... (H5)

Voi niin ku sanoo, mun mielest... ei siit haittaakaan olis, niin ku et minä otan nyt, et miä olen se... tän sanoo... olen johtaja ja sit kaikki tietää et silt tulee ne käskyt. (H6)

No pitäiskö sinne sit ehkä lähtee vähän niinkun sillä tyylillä että menet huoneesta sisää ja kysyt ensimmäisenä ”kuka tät hommaa johtaa?” (H5)

Toimintamallit ja tarkastuslistat

Haastatteluissa esitettiin monia erilaisia toimintamalleja ja tarkastuslistoja MET-toimintaan. Yhdessä haastattelussa ehdotettiin kehittämisen keinona toimintamalli, jossa olisi selkeä työn jako MET-tiimin ja vuodeosaston välillä. Tähän toivottiin myös yhteistä harjoittelua.

Mä mieltisin semmosta toimintamallia, siin olis vaan semmonen runko, että mitä, mitä... työnjako, just osaston ja MET-ryhmän kesken, että yks jää... et siin ois niin ku selkee malli jossain olemassa, mitä harjoteltais niin ku elvytystäkin, että... (H4)

Toisessa haastattelussa esiin nostettiin MET-kartta MET-puhelulle, josta kävisi ilmi mitä pitää potilaasta ilmoittaa MET-puhelussa muun muassa eristys (potilaan nimi ja hetu, mikä huone, syy soitolle) sekä toimintaohjeet MET-tilanteessa. Tämä toimisi MET-puhelun tarkastuslistana. Toisessakin haastattelussa nousi sama asia esille, ja toivottiinkin selkeää protokollaa MET-puhelulle.

Nii joku malli, muutamat tai jotkuu niin kun... perusjutut, et ois vaikka tollain kuponki, siin lukis ne et, mitkä asiat siä kerrot sitte siit että ja siihen vois sit esimerkiks kuuluu sellain asia, että onko se mahdollisest eristyspotilas... (H4)

Mikä on aika vanha, mitä myös voisi uusia... et siin ois niin ku selkeämpi protokolla siin, et kuka puhelun ottaa vastaan, ni sit se menis sujuvasti se. (H6)

Must tää sama ois aika hyvä niinkun et miä en tieä onks semmost tehty et meil ei ainakaa missää oo et semmonen MET-puhelu, ihan semmonen taulu, mis on MET-soitto... Kerro: kuka, syntymäaika ja miksi soitat. (H1)

MET-käynnille itsessään esitettiin myös tarkastuslistaa, jolloin pystytään varmistamaan, että kaikki oleellinen on tullut tehtyä. Tähän esitettiin ABCDE-tarkastuslistaa (A=airway, B=breathing, C=circulation, D=disability, E=exposure), joka toimisi hyvin MET-käynnillä. Tämä lista voisi olla MET-kärryssä. MET-kärryyn toivottiin myös lyhyttä ohjetta, mitä käynnin aikana seurataan.

Nii tavallaa haettu sitä ABCDE- systeemiä jolla oli myös joku hieno nimi... en muista tällä hetkellä, mutta että se ois varmaan aika hyvä ottaa ehkä käyttöön nois tilanteissa... (H5)

Että oisko siinä kärryssä hyvä joku tollanen ABC- semmonen, että oi siinä niinkun näkyvillä näin, että kuka siinä kirjaa niin ainakin näkis koska... monestihan sekii et jos menet MET:tiinkin niin sulla on se kärry mistä siä katot ja toimit ja niit siit. (H5)

MET-toiminnan kehittämiseksi ehdotettiin myös, että teho-osastolla voisi olla aina vuoron alussa valmiiksi nimetty MET-hoitajat, ja näiden vastuut mahdollisella MET-käynnillä. Esimerkiksi teho-osaston toiminnanohjausjärjestelmässä voisi olla nimettynä MET-hoitajat.

Siin toiminnanohjausjutskashan olis nyt mahdollisuus jakaa se, ne lähtijät siihen... (H2)

Mut onhan se sillälailla että monessa sairaalassahan on, ei tässä sairaalassa oo, vaan että kun siä tuut vuoroon niin sit varsinkii noissa teho-osastoissa käydään läpi kuka on vastuussa siinä vuorossa MET:ti käynneistä, mikä sun roolis on siinä hommassa? Annat siä lääkkeit ja kirjaat? Vai oot siä siinä sitten niinkun touhuumassa. Niinkun sitte laitot vaikka verenpainetta ja teet sitä ja tätä...hoijat tavallaan sitä potilasta siinä. (H5)

Viestintä

Viestinnän parantamisen keinona ehdotettiin, että toistetaan, mitä on kuultu check-listan tapaan eli käsky kuitataan.

Nii... nii... Ja just sehän on hirveen hyvä, että toistaa sen... vähän niin ku tällänen checkkilista. (H2)

Nii just se et kun myö saadaan se määräys niin siä toistat sen... (H5)

Tämä nousi esiin useammassa haastattelussa. Sanottiin myös, että aina täytyy tarkastaa mitä on tekemässä ja kysyä toiselta. Samassa haastattelussa sanottiin, että pitää aina sanoa, mitä on tekemässä. Toisessa haastattelussa mietittiin, että johtajalle tulisi kertoa mitä on tehnyt. Lääkettä antaessa ehdotettiin, että se pitäisi sanoa ääneen kokonaisuudessaan. Suljetun viestinnän parantamiseksi ehdotettiin sen harjoittelua.

Tai sit se et pitäis olla jotenkii että...niinkun jotenkii olla tietyt säännöt. Et kun on MET-käynti niin aina kun sanotaan lääkkeit kun lääkäri määrää sen nii se aina toistetaan ja se joka sen antaa niin sanoo ääneen nii sit se. Et se olis sellain rutiini et aina kun ollaan ja se toistetaan niin sillan se määräys...et se kuuluu semmosee siihen et kaikki toistetaan niin sitten tavallaan et jos ne virhemarginaalit voi... (H3)

Nii, nii et aina tarkista se ja tee sitä ja kysy toiselta ja ihan semmoset muutamat ihan vaan tavallaan ehkä muistutukset tai sit niinkun käyttäytymisopas, ihan. Et sit se menis niinkun. (H3)

Et jos miä soitan lääkärille että tarvii lääkettä ni ku se sanoo mulle "oxanest 3mg" ni miä sanon et "oxanest 3mg" ja se sanoo "joo". (H5)

MET-tilanteiden hallinta

MET-tilanteiden hallinnan helpottamiseksi sairaanhoitajat toivat esiin osastolla olevan kiertokärryn tuomisen mukaan MET-potilaan luo, jossa olisi kyseisen potilaan tiedot auki valmiina, kun MET-ryhmä ja lääkäri tulevat paikalle. Sairaanhoitajat kertoivat, että tämä voisi helpottaa muun muassa potilastietojen lukemista sekä mahdollistaisi esimerkiksi laboratoriolähetteiden teon paikan päällä.

Mistä tuli sit mielee et jos niin ku siin vaihees ku on hälyytys tehty ni pystyis tuomaa samantien sen kiertokärrin sinne huoneeseen et sais siit samantien kaikki, jos tarvii ottaa labroi siin heti, ni siit sais lähetteen tehty labraan et kaikki tälläset niin ku kerral, plus että siit sais samantien luettuu sit että mikä täl on täl potilaal ja se kärrri ois siin lääkäreille valmiina ja näin ni sit ei ehkä tulis sitäkää et sielt täytyis aina lähtee niin ku taas takasin sinne kansliaa ja käyä kattoos ku tulee joku uus kysymys esille... (H2)

Et se kuuluis aina siihen tilanteeseen, elvytyksen tai METin ni aina ottais sen kärrin. (H4)

Vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat myös, että tämä mahdollistaisi heidän läsnäolon MET-tilanteessa. MET-hoitaja mietti, että anestesia­lääkärin ja hoitavan lääkärin yhteistyö voisi helpottua, jos potilaan tiedot olisivat lähellä. Yhdessä haastattelussa tuotiin esiin myös ajatus, että tietokone olisi kiinni MET-kärryssä.

Tai sit mahollisest et se ois jopa siin elvytyskärris, siin meiän kärris, ois tietokone... (H2)

Nii, tavallaan kun ne tiedot olis siin auki, et jos sattuis et siel on se osaston lääkäri, tulee se ane, ni ne pystyy heti tekee sen päätöksen et miten täs nyt toimitaan vai toimitaanko. (H3)

Jälkipuinti

Jälkipuinti yhdessä MET-tiimin ja vuodeosaston sairaanhoitajien kesken yleisesti koettiin hyväksi. Sairaanhoitajat kertoivat, että jälkipuinnin kautta voisi oppia seuraavaa kertaa varten sekä kehittäisi osaston toimintaa.

Se olis tosi hyvä, ku aattelee, et siin on tosiaa, et jos on jotain, mitä vois niin ku vähä petrata, ni se tavallaan käytäis siin läpi ja sit vois vähä oppii seuraavaa kertaa. (H6)

Joo,kyllä. Koska siit, eihän siit mitää muuta voi tehdä kun oppii. (H1)

Ja varsinkii jos on ollut tilanteita, kun on ensimmäistä kertaa tullu osastolle töihin ja sitte tuleeki tällasia niin sitten voidaan käydä uuestaa läpi että ku siin tulee varmast sellanen et ”teinks miä nyt niinkun piti ja muuta... (H1)

Kehittäis meijänkii toimintaa kun myö nähtäis... mikä meni pielee tai siis oltais voitu tehdä toisel taval. (H3)

Ehdotettiin, että jälkipuintia voisi ehdottaa heti tilanteen jälkeen ja sen voisi käydä kahvihuoneessa. Jälkipuinnin kestolle mietittiin 5-10minuuttia.

Mut kyl miä kokisin ainaki sen, meillä niin harvoin on, jos nyt lähdetää sielt huoneest pois, ni mentäis kahvihuoneeseen vaikka, ei sen tarvi olla ku 5 minuuttii tai 10 minuuttii ja viäl, kysyttäis tavallaa et haluaisitteks tyä täst asiast niin ku viäl keskustella, käydääkö joku... (H2)

MET-hoitaja toi myös esille simulaation, jonka jälkeen käydään aina jälkipuinti. Tämä voisi keino harjoittaa myös sitä. Yhdessä haastattelussa tuotiin esille myös jälkisoitto osastolle, jossa käytäisiin jälkipuinti läpi. Sairaanhoitajat miettivät jälkipuinnin hyötyä myös palautteen antona. Toisaalta koettiin, että kokemattoman MET-hoitajan voi olla vaikea antaa suoraa palautetta kokeneemmalle vuodeosaston hoitajalle. Tähän ratkaisuksi sairaanhoitajat miettivät palautteen antoa anonyymisti esimerkiksi sähköpostitse, jotka käsiteltäisiin osastotunneilla.

Mietin just sitä, että jos on siin tilantees se palaute niin sillon se on vaan ne ihmiset, jotka on siinä, ni saa sen palautteen, et siit ei hyödy sitte niin ku koko osasto... semmonen minkä siä sanoit, et vähä henkäs ja laittais sähköpostilla... sähköposti osastolle, mikä niin ku otettais esille jossain osastopalaverissa että tämmöstä palautetta on tullu MET-ryhmän käynneistä, plussat ja miinukset ja sit mitä me näille tehdään tai just kaikki tää, mitä havaintoja et toi oli hyvä et kohennetaa asentoo ja muistetaa kattoo suuhun ja... miks ei... (H4)

Ja voishan siinä olla sellanen jälkisoitto esim. puhelimitse... (H5)

MET- ja elvytyskoulutus

MET-koulutuksen keinoksi nousi hyvin vahvasti jokaisessa haastattelussa simulaatioharjoitukset. Kerrottiin, että ainakin kerran vuodessa jokaisen pitäisi päästä simuloimaan MET-tilannetta. Simulaatioharjoituksia koettiin tarvittavan niin pelkästään MET-ryhmälle kuin MET-ryhmälle ja vuodeosaston henkilökunnalle yhdessä. Etenkin kommunikoinnin ja yhteistyön takia olisi hyvä harjoitella yhdessä.

Kyl miä kans ajattelisin et se ois ehkä suurempi se hyöty, koska kuitenkin ne on niit sellasii, et sehän meil on se ongelma just se et jos ei se kommunikaatio ja se yhteistyö toimi täysin ni, ni ei myö, ei se parane sillä, että myä harjotellaa niin ku tehon porukka omana ja osastot omana, et ois niin ku sekotettu ni... (H4)

... jos ei sitä niin pysty ni en miä pistäis sitä pahaks vaikka se tämmöses simulaatios oliskii ja siel ois muitakii vuodeosastoi, koska siin voitais opettaa, et olis semmonen malli, et ku sinne mennää, nii ni tota, siin tulee automaattisesti, miä olen ykkönen, miä olen kakkonen ja sit ruvetaa tekee eli niin ku siin tulee jo heti et okei, myö ollaa vähä vierait, mut täähän voi tapahtua vaikka tossa ruokasalin ulkopuolel eikä siinäkää oo minun osastolt muita porukkaa, ni sillon heti jo tulee semmonen hoitajille, et tää pitää jakaa ja jos ei kukaa jaa ni miä oon ykkönen siä oot kakkonen ja nyt tehää, et miä nyt otin täst ja siä komennat niin kauan kunnes joku tulee, koska sehän sielt puuttuu siel osastolta just... (H2)

Ja sit viel niinkun ottais se pakka yhteen et sit niinkun kouluttauduttais yhes. (H5)

Nii tommosia kun ne järjestäis vaikka kerran vuoteen, tai se että jos olkoot nyt sit vaikka vapaaehtoista jos siin nyt joku... (H3)

Yhdessä haastattelussa tuotiin esille, kuinka simuloiminen auttaisi pelkoon ja jännitykseen oikeassa tilanteessa. Kun näitä tilanteita harjoiteltaisiin, ei oikeassa tilanteessa jännittäisi niin paljon.

Mä ainaki aattelen, et se vähentäis semmosta pelkoa ja jännitystä siinä itse aidossa tilanteessa, kun se on sit niin ku leikisti harjoteltu ja tiennyt siinä tilanteessa et tää on simulaatio, tässä tehdään näin, et sul ois se yks kokemus siellä varmasti olemassa ennen ku joutuu oikeeseen, oikean ihmisen kaa toimii. (H4)

Vuodeosaston sairaanhoitajan mielestä heille voisi olla koulutusta myös siihen, kuinka toimia osastolla ennen kuin MET-ryhmä on paikalla. Simulaatioiden toteutuksesta nousi ajatuksia, että ne toteutettaisiin niin sanotusti paikan päällä, siellä missä tilanteet oikeastikin tapahtuvat eli "in situ" tyylisesti.

Et se alkais niin ku se tilanne siitä et löyetaä vaikka se potilas sielt huoneest ja siin tilantees nukke ja sitte, et miten se siit lähtee...

miten tehdä se hälyytys ja miten MET-ryhmä tulee siihen paikalle ja näin, eikä se, että kaikki seisoo nuken vieres ja vuoron perää käyää painelemas sit nukkee kolme minuuttii. (H2)

Et kylhän semmonen et kun joku on tilanne tällee päällä et onko hyvä asento siinä? Onko happi? Onko...tämmösii..just tällasta perusasioita et ne oppii ensinnäkin niin et mitä siä voit tehdä..tämmöstä harjotella. (H5)

...mut mietin vaan tälleen et sit myöskii se et tavallaan siin tulis se toimintaympäristö et se ois se missä se oikeestikin sit se tilanne tapahtuu ja et tota... (H5)

Yhdessä haastattelussa myös kysyttiin, onko Kymenlaakson keskussairaalassa käytössä NEWS-pisteet (National Early Warning Score).

Onks niit NEWS-pisteytyksii käytössä missää, onks ne niin ku rantautunu mitenkää? (H4)

Monessa haastattelussa nousi esiin, kuinka elvytyskoulutusten tulisi olisi velvoite, pakko käydä. Kehittämiskeinona ehdotettiin, että sairaalassa olisi seurantajärjestelmä niistä, ketkä käyvät elvytyskoulutuksissa. Ehdotettiin myös, että osastonhoitaja voisi pitää seurantaa tästä asiasta. Sairaanhoitajien mielestä erikoissairaanhoidossa elvytyskoulutuksen tulisi aina kuulua työaikaan. Elvytyskoulutusten pitäisi olla myös pakollisia ja niihin pitäisi erikoissairaanhoidossa osallistua tietyin aikavälein.

Kuitenki erikoissairaanhoidon sairaala ni kyl se pitäis olla sillee et se kuuluu työaikaan niin ku pakollisena et jonkuu tietyn... niin ku väliajan jälkee ni sun on mentävä sinne uuestaa sinne. (H2)

Tai että pitäis käydä jokaisen, että meil on velvote. (H1)

Nii ja tommissa koulutuksissa ois hirveen just tärkeä et just osastonhoitaja tai mikä hän nyt on nykyään titteliltään niin just pitäis sitä seurantaa... et sitä tietää itekkii omastaki eläm...

työelämästäkii sitä et jos on joku koulutus näin ni, onhan niihin laiska ite ilmottamaan ittensä tai näin. Mut sit että jos pomo tulee sanoo et "hei siä et oo käynny nyt että... (H5)

MET-hoitajat kokivat, että haluaisivat osastotunteja elvytys- ja MET-toiminnasta puolen vuoden- parin kuukauden välein. Samoin kuin MET-koulutukset, myös elvytyskoulutusten haluttaisiin tapahtuvan "paikan päällä" eli in situ -tyylisesti.

...mut ei, siis nimenomaa halu... haluaisin ainakii niinkun elvytys siis elvytys -ja MET- toimintaan. (H3)

Miä ainakin haluaisin et ois sellasii osastotuntei sillon tällöin, puoli vuosittain, parin kuukauden välein, jotakii, aina jollekkiin eri ketkä sillon sattuu olee töissä tai miten. (H3)

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ei-tekniisten taitojen toteutumista vuodeosaston hoitajien ja MET-ryhmän välillä. Tässä opinnäytetyössä ei-tekniisistä taidoista valittiin tarkasteltaviksi johtaminen, tilannetietoisuus ja kommunikaatio. Tutkimuskysymykset ja tutkimustulokset vastasivat hyvin toisiaan. Näin muodostui kuva MET-ryhmän ja vuodeosastojen hoitajien välisten ei-tekniisten taitojen tämän hetkisestä toteutumisesta. Työn tavoitteena oli kehittää ei-tekniisten taitojen koulutusta ja sitä kautta vaikuttaa potilasturvallisuuden kehittämiseen.

Johtaminen ja roolit

Kaila ja Rosenberg (2013, 159) toteavat kirjassaan, että usein eri toimialoilla johtajaksi mielletään paras ammattilainen, minkä vuoksi terveydenhuoltoalalla johtajaksi päätyy paras klinikko. Myös tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajat mielsivät lääkärin usein johtajaksi, vaikka he kokivat heidän johtamistaitonsa epäselväksi ja henkilöstä riippuvaiseksi. Toisaalta myös MET-hoitaja nähtiin johtajana. Johtajuudessa on epäselvyyksiä osin varmasti siksi, ettei Kymenlaakson keskussairaalassa ole tällä hetkellä strukturoitua mallia MET-

toimintaan. MET-tilanteita ei kouluteta tai harjoitella, mikä selkiyttäisi johtajuutta varmasti. Monella haastateltavista ei ollut kokemusta simulaatioharjoittelusta, mikä voi vaikuttaa siihen, että johtajaa ei ole aiemmin tarvinnut nimetä. Eri lähteiden mukaan juuri simulaatiot auttavat johtamistaitojen harjoittelussa (Kaila & Rosenberg 2013, 162; Robinson ym. 2016, 719).

Sairaanhoitajat pohtivat haastatteluissa sitä, kuinka anestesia- ja lääkäri pystyy toimimaan johtajana, koska johtajan pitäisi heidän mielestään kuitenkin olla koskematta potilaaseen. Anestesia- ja lääkärin tehtäviin hätätilanteessa kuuluu esimerkiksi ilmatien varmistaminen, jolloin hänen on osallistuttava fyysisesti potilaan hoitoon. MET-Summit 2019 -kongressissa (Kantola 2019) esitettiin, että esimerkiksi ilmatietä varmistamiseksi lääkärin on annettava johtamisvastuu selkeästi jollekin toiselle, vaikka hoitajalle. Toisaalta haastatteluissa tuotiin esiin, että MET-hoitaja toimisi lähtökohtaisesti tilanteen johtajana, mille ei ainakaan Cant ym. (2016, 644) tutkimuksen mukaan olisi esteitä, sillä siinä todettiin hoitajan johtajuuden olevan yhtä tehokasta kuin lääkärin johtaminen. Tämä mahdollistaisi lääkärin keskittymisen diagnostiikkaan ja potilaan hoitotoimenpiteisiin. Näin ei myöskään syntyisi väärinkäsityksiä tai epäselvyyttä johtajasta, kun johtamisvastuu pysyisi alusta alkaen samalla henkilöllä.

Vaikka toisaalta hoitaja johtajana voisi olla hyvä ratkaisu mahdollistaen muun muassa anestesia- ja lääkärille hoitotoimenpiteet ja taustatietojen selvittämisen, on siinä kuitenkin ongelmia. On helppo ajatella, että diagnostiikka ja tilanteen johtaminen voidaan eritellä, mutta onnistuuko se lopulta käytännössä? Pysyykö lääkäri tilanteessa tilannetietoisena, jos hän keskittyy potilaspapereihin ja mitattuihin arvoihin, vai voiko jokin tärkeä diagnoosin tekemiseen tarvittava asia jäädä häneltä huomaamatta? Voihan olla, että lääkärin on helpompi hahmottaa kokonaiskuva tilanteesta silloin, kun hän itse joutuu sitä koordinoimaan.

Johtajan tulisi tehdä päätökset, mutta mitä päätöksiä hoitaja voi tehdä?

Haastateltavat kuvasivat hoitajan johtajuutta niin, että hoitaja hoitaa johtamisen ja lääkäri kliiniset päätökset. Todellisuudessa tämä jaottelu voi kuitenkin olla hankalaa. Ensihoidossa hoitajat joutuvat johtamaan, joten voisi

kuvitella sen olevan mahdollista myös sairaalan sisällä. Ensihoitajien toiminta perustuu pitkälle käypä hoito -suositukseen eli protokollaan, miten mikäkin tilanne tulee hoitaa, ja tämä helpottaa myös johtamista, johdettavana oloa ja päätöksen tekoa, kun kaikilla on olemassa käsitys siitä, mitä pitäisi tehdä. Ensihoidossa hoitajan johtaminen voi olla helpompaa myös siksi, että ensihoitolääkärin ja ensihoitajan toimenkuvat ovat lähempänä toisiaan kuin sairaanhoitajien toimenkuvat sairaalan sisällä, missä lääkäri toimii selvästi diagnoosien ja päätösten tekijänä ja hoitaja suorittaa käytännön hoitotoimenpiteet. MET-tilanteiden potilaat ovat kuitenkin oma ryhmänsä ja eroavat muista potilaista, kuten Gillon ym. (2012, 233) tutkimuksesta kävi ilmi. Näiden potilaiden hoidossa tarvitaan moniammatillista osaamista ja monen eri näkökulman huomioon ottamista. Jokainen MET-tilanne on erilainen, eikä niiden ongelmien hoitoon ole olemassa valmiita suosituksia. Toki toimintamallit siihen, miten potilas tutkitaan, voidaan luoda, mutta itse potilaan hoito voi olla joka kerta erilaista. Tärkeää olisikin, että MET-ryhmä, vuodeosaston hoitajat, anestesia lääkäri ja kyseisen erikoisalalan lääkäri toimisivat moniammatillisena tiiminä, jolloin kaikki mahdolliset seikat tulisivat huomioitua.

Johtamisongelman ratkaisuna voisikin toimia parhaiten se, että anestesia lääkäri olisi aina automaattisesti johtaja, jos hän on paikalla. Hän voi siirtää johtajan vastuun kesken hätätilanteiden hoitajalle. MET-hoitajan tulisi kuitenkin osata johtaa, tilanteen niin vaatiessa. Tämä on myös todellisuutta silloin, kun lääkäri ei tule MET-käynnille mukaan tai MET-ryhmä on paikalla ennen lääkäriä, sillä tilanteen johtaminen on kuitenkin aloitettava heti MET-ryhmän saapuessa paikalle. MET-hoitaja voisi luovuttaa johtajuuden ”pause pointin” myötä lääkärille sitten, kun lääkäri saapuu paikalle. Joka tapauksessa on selvää, että johtamistaidot vaativat harjoittelua, niin lääkäriltä kuin hoitajaltakin, ja simulaatioharjoittelu on keino siihen (Robinson ym. 2016, 719; Kaila & Rosenberg 2013, 161–162; Gjeraa ym. 2014, 784, 786; Hallikainen 2016, 41).

Tutkimustuloksissa roolijako kaiken kaikkiaan kuvattiin usein epäselväksi. MET-ryhmä jakoi joskus roolit keskenään matkalla MET-tilanteeseen, mutta se ei kuitenkaan aina toteutunut ja oli myös henkilöistä riippuvaista. Myös Robinsonin ym. (2016, 719) tutkimuksessa todettiin, että elvytystilanteissa ei

useinkaan ollut ennalta sovittuja rooleja, jolloin elvytystiimin jäsenet eivät olleet tietoisia omasta roolistaan. Roolijaon puuttuminen tai niiden epäselvyys vaikeuttavat kokonaistilanteen hallintaa. Simulaatioharjoituksilla voisi roolitusta hyvin harjoitella, kun päästäisiin tiiminä harjoittelemaan. Näissä tilanteissa voidaan antaa johtajan rooli suoraan tietylle henkilölle, jolloin hän pääsee harjoittelemaan nimenomaan roolijakoa muulle tiimille. Samalla muu tiimi oppii tietyn kaavan hätätilanteisiin, jolloin he osaavat jo alkaa odottaa omia roolejaan oikeissa tilanteissa. Roolijakoa voisi myös ajatella toteutettavaksi aina samojen roolien mukaisesti, niin että yksi hoitaa hengitykseen liittyvät asiat, yksi verenkiertoon, yksi lääkkeisiin jne. Tällainen simulaatioharjoittelu olisi hyväksi meidän sairaalassamme ja helpottaisi kaiken kaikkiaan oikeiden hätätilanteiden hoitoa, kun roolit olisivat selvät.

Helovuo ym. (2012, 196) tuo esille kirjassaan, että koordinoitua tarvitaan enemmän, kun tiimissä on useampi henkilö. Hänen mukaansa hyvin koordinoitu työ estää väärinkäsitykset. Tässä opinnäytetyössä haastateltavat nostivat esiin myös, että MET-tilanteeseen osallistujien määrällä on merkitystä tilanteen hallintaan. He toivoivat johtajan rajaavan ryhmän kokoa, jotta toiminta pysyisi selkeänä. Myös opinnäytetyön tekijät näkevät tämän tärkeänä. Liian isossa ryhmässä, jossa ei ole jaettu roolejakaan, usein ihmiset tekevät samaa asiaa päällekkäin. Tällainen tuo turhaa "hässäkkää" tilanteisiin, eikä oikein kenelläkään pysy tilanne ajan tasalla. Myös Cant ym. (2016, 644) tutkimuksessa tuli esille hyviin johtamistaitoihin kuuluvan ryhmäkoon rajaaminen. Haastateltavat toivoivat, että kuitenkin osaston vastuuhoidaja jäisi aina tilanteessa paikalle. Vastuuhoidajan paikalla olo onkin tärkeää, sillä hänellä on eniten tietoa potilaasta. Haastateltavat toivat esiin, että tämä ei tällä hetkellä kuitenkaan aina toteudu, sillä sähköiset potilastiedot ovat usein kansliassa, jonne hoitajan on lähdettävä niitä katsomaan. Tähän kehittämisehdotukseksi sairaanhoitajat esittivät kiertokärrin tuomista aina MET- ja elvytystilanteisiin, mikä mahdollistaisi vastuuhoidajankin paikalla olon. Vastuuhoidajan paikalla pysyminen lisäisi varmasti potilasturvallisuutta sekä tiimin johtajan tilannetietoisuutta.

Haastatteluissa tuotiin esille MET-tilanteisiin vaikuttavan henkilökemiat ja mahdollisen johtajan lähestyttävyyden. Cristancho ym. (2017, 24–25) toivat esille kirjassaan, että tiimin jäsenten tulee puhua ääneen ja selkeästi omasta

ammattiarvosta huolimatta. Sairaalamailma on vielä toistaiseksi melko hierarkkinen järjestelmä (Eteläpelto ym. 2013, 48), mikä voi vaikuttaa erityisesti hoitajan uskallukseen tuoda oma mielipide esille. Tutkimuksissa onkin tuotu esille, että kokemattomamman pitäisi pystyä kyseenalaistamaan kokeneempia tiimin jäseniä. Päätösten tulisi kuitenkin perustua useamman tiimin jäsenen näkemykseen. Tutkimuksissa on todettu, että avoimen kommunikaation puute hoitajien ja lääkäreiden kesken voi tehdä hoitajista huolimattomia potilaan hoidossa. (Reader ym. 2006, 557). Olisikin äärimmäisen tärkeää, että kommunikaatio olisi mahdollisimman avointa. Simulaatioharjoittelu voisi vaikuttaa positiivisesti tähän viestinnän ongelmaan, koska se toisi tiettyä rutiinia viestintäkäytäntöihin ja sitä kautta voitaisiin tuoda paremmin esille, että jokaisen mielipide on tärkeä eikä ”varpaille astumista” tarvitse pelätä.

Opinnäytetyön tuloksista kävi esille myös, että simulaatioharjoittelu voisi auttaa pelkoon ja jännitykseen oikeassa tilanteessa. Krage ym. (2017, 732–733) tutkimustuloksissa todettiin, että ei-tekniisten taitojen hallinta on tärkeää tekniisten taitojen suorituskyvyn säilyttämiseksi erityisesti silloin, kun kuvaan astuvat ulkoiset stressitekijät. Olisikin tärkeää päästä harjoittelemaan myös omia stressinsietotaitoja, sillä jokainen ihminen reagoi eri tavalla stressitilanteissa. Se, että simuloitussa tilanteessa jännittää hätätilannetta, voi jännitys oikeassa tilanteessa moninkertaistua, kun on kyse oikeista ihmisistä. Jos henkilöllä ei ole keinoja tämän hallintaan, voi hätätilanteessa toimiminen olla varsin hankalaa. Tähänkin tarvittaisiin siis harjoitusta ja opetusta sairaalasta käsin.

Viestintä

Simulaatioharjoittelulla voitaisiin hyvin harjoitella myös suljettua viestintää. Vaikka suljettu viestintä koettiin suhteellisen toimivaksi, koettiin viestintä yleisesti kuitenkin sekavaksi. Tässä on huomattava ristiriita. Jos suljettua viestintää käytetään oikein, ei kommunikaatiossa pitäisi olla ongelmia. Nousikin ajatus siitä, osaavatko ihmiset kuitenkaan käyttää suljettua viestintää oikein vai onko ongelma pikemminkin siinä, että osa hoitajista käyttää sitä ja osa ei. Tällöin voisi kuvitella kommunikaation olevankin sekavaa, kun käytetään samaan aikaan eri kommunikaatiotapoja. Sairaanhoidajat toivat esille myös kieliongelmat, erityisesti vaikeudet vieraskielisen aksentin

ymmärtämisessä. Tähän ongelmaan olisi ratkaisuna myös suljetun viestinnän käyttö (Helovuo ym. 2012, 191). Kun määräys annetaan, se toistetaan, kuten sen on kuultu, jolloin määräyksen antaja korjaa tai kuittaa määräyksen. Jos määräys korjataan, se toistetaan taas uudelleen, kuten sen on kuullut. Tätä tulisi toistaa niin kauan aikaa, että se kuitataan oikeaksi. Niin hoitajalla kuin lääkärikin on myös itsellään vastuu omasta ymmärretyksi tulemisestaan. Toisaalta jos määräystä ei ymmärrä, on siitä rohkeasti kysyttävä uudelleen. Tämä kertoo myös siitä, että MET-tilanteissa ei aina ehkä ole salliva ilmapiiri. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että ei uskalleta tarkentaa annettuja määräyksiä. Erityisesti tämä on vaarallista, sillä se vaikuttaa suoraan potilasturvallisuuteen. Organisaatiokulttuurin muutos olisi tässäkin tarpeen.

Helovuo ym. (2012, 189) toteaa, että terveydenhuollossa ongelmaksi kommunikaatiossa nousee joskus ajatus siitä, että hyvin toimivan tiimin ei tarvitsisi kommunikoida keskenään ääneen. Myös tässä opinnäytetyössä MET-hoitajat toivat tämän näkemyksen esille. Voi olla vaarallista ajatella näin, sillä silloin toiminta perustuu ainoastaan olettamuksiin siitä, että toinen tekee jonkun asian. Todellisuudessa ei kuitenkaan koskaan voi olla varma siitä, mitä toinen ajattelee. Kommunikaation puuttumisella on iso vaikutus myös tilannetietoisuuteen ja sairaanhoitajat kuvasivatkin joskus useamman hoitajan tekevän samaa tehtävää.

Toimintamallit ja tarkastuslistat

Marshallin ja Mehran (2013, 674–675) tutkimuksessa todettiin kognitiivisen avun, esimerkiksi toimintaohjeen, vaikuttavan ei-teknisten taitojen parempaan hallintaan. Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousi myös esiin tarkastuslistojen ja toimintaohjeiden tärkeys. Sairaanhoitajat toivoivat muun muassa toimintamallia, jossa olisi selkeä työnjako MET-ryhmän ja vuodeosaston välillä sekä tarkastuslistaa MET-käynnille, jolla varmistetaan, että kaikki tarpeellinen on tehty. Toimintaohje vähentää parhaimmillaan toimijoiden kognitiivista kuormaa ja vapauttaa näin kapasiteettiä tehtävien ja tavoitteiden parempaan ymmärrykseen (Marshall & Mehra, 2013, 674–675). MET-ryhmän jäsenet nostivat esille ABCDE-tarkastuslistan sekä ohjeet käynnin aikana seurattavista asioista. ABCDE-malli olisi hyvä runko potilaan ensiarvion tekemiselle. Tällä varmistettaisiin ensiarvion tekeminen jokaisella MET-

käynnillä standardoidusti henkilökunnasta riippumatta. Samanlainen lista toimisi myös ohjeena potilaan tilan seurannassa.

Perehdytys

MET-perehdytyksen puute nousi tuloksissa selvästi esille. MET-toiminnan alkaessa koulutukseen oli panostettu, mutta ylläpitovaihe oli selvästi jäänyt. Moni ei ollut saanut minkäänlaista koulutusta MET-toimintaan, vaan se tapahtui lähinnä työssäoppimisen kautta tai siihen oli pitänyt opetella itse. Tämä kertoo selkeän strukturoidun toimintamallin puutteesta. Ennen kuin perehdytysasiat MET-toiminnassa saadaan kehitettyä, ABCDE-toimintamalli voisi toimia käynnin toimintaohjeena.

Mallia MET-toiminnan kehittämiseen voitaisiin ottaa esimerkiksi Topple ym. (2015, 46–49) tutkimuksesta, missä määriteltiin MET-hoitajan osaamistavoitteet. Australian mallin mukaan perehtyjälle määritetään aina mentori ja MET-toimintaan perehdytetään osissa ensin puheluiden vastaamisesta aina MET-käynnin toteuttamiseen asti. Perehdytysaika on puoli vuotta ja tänä aikana mentori varmistaa, että kaikki toimintaan liittyvät asiat tulee käytyä läpi. Tämän mallin mukaan MET-hoitajaa ei ole laskettu teho-osaston resursseihin, vaan hän avustaa hoitotyössä teho-osastolla työmäärän näin salliessa. Kymenlaakson keskussairaalassa resurssit ovat tiukassa ja erillistä MET-hoitajaa on vaikea irrottaa muusta työstä. Teho-osasto on kuitenkin siirtymässä vuoden 2020 aikana uusiin tiloihin sairaalaan lisäsiipeen, mikä tuo omat haasteensa myös MET-toiminnalle. Nykyistä mallia tulee olemaan vaikea toteuttaa uusissa tiloissa, sillä tehopotilaat tulevat olemaan omissa huoneissaan. Tämän takia tulisi vakavasti harkita erillisen MET-hoitajan irrottamista hoitotyöstä, koska se mahdollistaa nopean lähdön MET-käynnille eikä vaaranna teho-osaston potilasturvallisuutta.

Koska perehdytystä tai jatkuvaa koulutusta toimintaan ei tällä hetkellä ole, puuttuu myös selkeät toimintamallit. Oletettavasti siis MET-käynnit suoritetaan eri tavoin, jokainen oman parhaansa mukaisesti. Tähän tarvittaisiin muutosta. MET-käynnille tulisi olla strukturoitu malli, jota noudatetaan. Kaikille potilaille tulisi tehdä aluksi ensiarvio, jossa karkeasti arvioidaan potilaan hengityksen ja verenkierron tila. Vasta tämän jälkeen siirryttäisiin tarkennettuun arvioon,

jossa mitattaisiin arvoja. Näin potilaan tutkiminen ja hoito olisi helpompaa ja kuva potilaan peruselintoimintojen tilasta saataisiin nopeasti jo ensiarviota tehdessä. Tämä mahdollistaisi aloittamaan jo ensiarvion perusteella ensimmäisiä hoitoja, kuten kanyylin laittoa tai nesteytystä, jolloin tilanteen huononemiseen pystyttäisiin puuttumaan välittömästi.

Jälkipuinti

Opinnäytetyön tuloksissa tuli vahvasti esille erityisesti vuodeosaston sairaanhoitajien tarve jonkinasteiselle jälkipuinnille MET- ja elvytystilanteiden jälkeen. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa tällainen palautekeskustelumalli on jo otettu käyttöön ja se on koettu tarpeelliseksi (Kankkunen & Metsävainio 2019). Jälkipuinnilla olisi varmasti paljon positiivisia vaikutuksia. Kuten Robinsonin ym. (2016, 718–719) tutkimuksessakin todettiin jälkipuinti kehittää tiimityötä, vaikuttaa oppimiseen sekä on tärkeä selviytymiskeino elvytystilanteiden aiheuttamaan stressiin. Jälkipuinnilla onkin todettu olevan jopa vaikutusta kliinisiin tuloksiin. Ennen kaikkea jälkipuinnilla voitaisiin vaikuttaa myös MET-ryhmän ja vuodeosaston yhteistyön kehittämiseen. Ilman jälkipuintia ja yhteistä keskustelua tilanteiden jälkeen, ei kukaan tiedä oliko oma suoriutuminen onnistunut, oliko se sujuvaa, vai tarvitsisiko jotain harjoitella. Kaikkien oman kehityksen takia, jälkipuinnit ovat ehdottoman tärkeitä. Niiden kautta jokainen voi oppia omasta työskentelystään. Samalla, kun puhutaan tiimin kesken, siitä kuinka tilanne meni, voisi se auttaa myös avoimempaan kommunikaatioon lääkäreiden ja hoitajien kesken. Kaikki tulisivat tutummiksi keskenään entisestään ja uskomme tämän helpottavan yhteistyönkin sujumista.

Elvytyskoulutukset

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että elvytyskoulutuksissa ei käydä säännöllisesti, mikä on huolestuttavaa. Erikoissairaanhoidon tasolla sairaanhoitajien elvytystaitojen tulisi olla kunnossa (Elvytys 2016). Elvytyskoulutusten tulisi olla säännöllisiä ja niistä tulisi pitää kirjaa, jotta varmistettaisiin, että elvytystaidot ovat kunnossa. Myös MET-ryhmällä tulisi olla säännöllistä elvytyskoulutusta, muun simulaatiokoulutuksen ohella. Organisaation tukea tarvittaisiin sairaanhoitajien motivoimiseen sekä ennen

kaikkea elvytyskoulutuksissa käymisen mahdollistamiseen. Resurssit osastoilla eivät voi olla niin tiukassa, että koulutuksiin ei päästä, sillä elvytystaidot ovat osa potilasturvallisuutta.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys

Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Tekijät ovat noudattaneet rehellisyyttä, tarkkuutta sekä huolellisuutta opinnäytetyötä tehdessään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, 6–7.) Tutkimuslupa opinnäytetyöhön haettiin Carea- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ohjeiden mukaisesti ja johtajaylihoitaja myönsi luvan. (Carea –Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, 6; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 222). Tämän jälkeen sairaanhoitajia tiedotettiin kirjallisesti (liite 1) opinnäytetyön aiheesta. Osassa vuodeosastoja käytiin kertomassa opinnäytetyön aiheesta myös suullisesti osastonhoitajien pyynnöstä. Vapaaehtoisia pyydettiin ilmoittautumaan sähköpostitse opinnäytetyön tekijöille.

Opinnäytetyön haastatteluissa on kunnioitettu haastateltavien itsemääräämisoikeutta ja heille on annettu mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Jokaisen haastattelun alussa on kerrattu tutkimuseettiset asiat eli kerrottu osallistumisen vapaaehtoisuudesta, mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu sekä kieltää itseä koskevan aineiston käyttö. Tutkittaville on myös kerrottu, kuinka aineisto säilytetään opinnäytetyön tekemisen aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 219.) Tutkimustuloksissa on esitetty alkuperäisilmauksia ja niitä on käytetty niin, ettei vastaaja ole tunnistettavissa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10).

Tutkimusaineistoa käsiteltäessä tutkijat ovat tiedostaneet vastuun tutkimustulosten vastaavuudesta aineistoon (Kyngäs & Vanhanen, 1999,10). Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimuksen tulokset on raportoitu avoimesti sekä vastuullisesti ja raportoinnissa on noudatettu

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjetta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, 6–7).

Luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, koska haluttiin saada uutta tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 65–67). Sisällön analyysi mahdollisti suuren aineiston käytön ilmiön vahvistamisessa (Elo & Kyngäs 2007, 114). Tutkijat pyrkivät tarkastelemaan ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti koko analyysiprosessin ajan. Tutkimuksessa pyrittiin osoittamaan luotettavasti yhteys tulosten ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10; Elo & Kyngäs 2007, 112.)

Molemmat tutkijat ovat lukeneet aineiston läpi useaan kertaan ymmärtääkseen sen olennaiset piirteet ja kategorioiden muodostamisvaiheessa on useaan kertaan palattu aineistoon kategorioiden luotettavuuden varmistamiseksi (Elo & Kyngäs 2007, 113.) Koska tutkijoita on kaksi, tutkimuksessa on luotettavuuden lisäämiseksi hyödynnetty tutkijoiden triangulaatiota yhdistämällä erilaista asiantuntijuutta tutkijoiden koulutustaustan, työhistorian ja kokemusten ollessa erilaiset (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 76).

Tutkimusta voidaan pitää uskottavana, sillä tutkimustulokset kuvattiin selkeästi kuvaten, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tämän tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198; Elo ym. 2014, 2). Myös haastatteluihin osallistujat kuvattiin selkeästi (Elo ym. 2014, 2, 8). Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää tutkijoiden omaa substanssiosaamista tutkittavasta ilmiöstä sekä laajaa otantaa. Vahvuutena voidaan pitää myös haastattelumateriaalin läpikäyntiä molempien tutkijoiden toimesta. Luotettavuuden rajoitteena voidaan pitää sitä, että osa haastateltavista työskentelee samassa työyksikössä tutkijoiden kanssa. Tähän liittyvää luotettavuuden rajoitetta pyrittiin välttämään eri keinoin. Haastatteluihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, jolloin tutkijoilla ei ollut vaikutusta osallistujien valintaan. Tutkijat eivät osallistuneet tutkimusaikana työyksikössä käytyihin aihealueeseen liittyviin keskusteluihin välttääkseen vaikuttamasta osallistujien näkemyksiin. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidusti käyttäen

samoja teemoja ja kysymyksiä kaikissa haastatteluissa. Lisäkysymyksiä käytettiin vain tarkentamaan haastateltavien vastauksia ja näin pyrittiin välttämään virhetulkintoja. Haastattelut pidettiin tiloissa, joissa oli mahdollisimman vähän häiriötekijöitä ja tutkijat saivat pidettyä haastattelut hyvin teeman mukaisina (ks. Hirsjärvi & Hurme 2011, 185; Hirsjärvi ym. 2010, 232).

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten siirrettävyys toiseen tutkimusympäristöön varmistettiin kuvaamalla tutkimusympäristö ja osallistujien valinta yksityiskohtaisesti sekä selvittämällä taustat. Myös aineiston keruu ja analyysi kuvattiin tarkasti. (Ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198; Elo ym. 2014, 2). Tutkimuksen johdonmukaisuutta ja toistettavuutta tarkastelemalla arvioitiin tutkimuksen riippuvuutta. (Elo ym. 2014, 2). Tutkimuksen tarkan tutkimusympäristön ja osallistujien valinnan tarkan kuvauksen vuoksi tämä tutkimus olisi toistettavissa. Muutokset henkilökuntarakenteessa tai sillä, että henkilökuntaa olisi jo koulutettu enemmän MET-toimintaan, voisi kuitenkin olla vaikutuksia tutkimustulosten samankaltaisuuteen. Tutkimustulokset perustuvat täysin aineistoon ja haastateltavien omiin kokemuksiin eivätkä tutkijoiden harhaluuloihin tai kiinnostuksiin, mikä osoittaa tutkimuksen vahvistettavuutta (Elo ym. 2014, 2). Luotettavuutta on lisätty käyttämällä alkuperäisilmauksia, joilla osoitetaan, kuinka kategoriat on muodostettu aineistosta (Elo & Kyngäs 2007).

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ei-tekniset taidot MET-ryhmän ja vuodeosaston välillä eivät toteudu kaikilta osin toivotulla tavalla. Suurimmat ongelmat ei-teknisten taitojen toteutumisessa ovat johtamisen, roolijaon ja kommunikaation alueilla. Tutkimustulosten mukaan tilannetietoisuus toteutuu myös vaihtelevasti. MET-toiminnan kehittämisen osalta suurimmiksi kehittämisalueiksi nousivat johtamistaitojen ja avoimen kommunikoinnin, MET-toiminnan perehdytyksen sekä MET- ja elvytyskoulutusten kehittäminen. Myös jälkipuinti nähtiin tärkeänä ja sen käyttöä toivottiin mukaan MET- ja elvytystoimintaan. Simulaatioharjoittelun tarve ja halukkuus siihen, nousi esiin useammassa kehittämissä osiossa.

Opinnäytetyön tuloksia voi hyvin hyödyntää MET-toiminnan kehittämisessä. Tutkimustulokset toivat esille ei-teknisten taitojen tämän hetkisen tilan ja paljon konkreettisia seikkoja MET-toiminnan kehittämiseen. Näiden perusteella tarkan kehittämissuunnitelman tekeminen olisi mahdollista.

Opinnäytetyöprosessin aikana useita jatkotutkimusaiheita nousi esiin. Tämän opinnäytetyön perusteella tehtyjen mahdollisten muutosten, kuten MET-toiminnan perehdyttämisen ja koulutuksen, myötä samankaltainen tutkimus voitaisiin tehdä uudelleen. Näin selvitetäisiin, onko ei-teknisten taitojen hallinnassa tapahtunut muutoksia. Toinen tutkimusaihe voisi olla se, onko kehitettävät asiat otettu käyttöön ja miten ne ovat toimineet vai onko kenties tullut ilmi uusia kehitettäviä asioita. Myös mahdollisen MET- ja elvytystilanteiden jälkeisen jälkipuinnin seurauksia, kuten niistä oppimista, voisi tutkia. MET-toiminnan tehostamiseksi voisi tutkia, milloin potilaan peruselintoiminnoissa on ensimmäisen kerran havaittu heikkenemistä ja milloin varsinainen MET-soitto on soitettu. Näitä viiveitä hälytyksen teossa tulisi tutkia, jotta löydettäisiin konkreettiset syyt soiton viivästymiselle ja jotta siihen voitaisiin vaikuttaa.

LÄHTEET

- Brindley, P. G., Schoenherr, J. R. & Howes, D. 2017. Attention and Awareness in Acute Care Medicine. Teoksessa Brindley, P.G. & Cardinal, P. (toim.) 2017. Optimizing Crisis Resource Management to Improve Patient Safety and Team Performance – A handbook for all acute care health professionals. Kanada. Practice, Performance and Innovation Unit of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. PDF-dokumentti. [viitattu 20.1.2019].
- Cant, R. P., Porter, J. E., Cooper, S. J., Roberts, K., Wilson, I. & Gartside, C. 2016. Improving the non-technical skills of hospital medical emergency teams: The Team Emergency Assessment Measure (TEAM). *Emergency Medicine Australasia* 28: 641,646.
- Carea- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Opiskelijoille/Opinnäytetyöt/> [viitattu 4.4.2019].
- Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4: 5–16.
- Chalwin, R. P. & Flabouris, A. 2013. Utility and assessment of non-technical skills for rapid response systems and medical emergency teams. *Internal Medicine Journal* 43: 962–969.
- Cooper, S. J. & Cant, R. P. 2014. Measuring non-technical skills of medical emergency teams: An update on the validity and reliability of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM). *Resuscitation* 85: 31–33.
- Cooper, S., Cant, R., Porter J., Sellick, K., Somers, G., Kinsman, L. & Nestel D. 2010. Rating medical emergency teamwork performance: Development of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM). *Resuscitation* 81: 446–452.
- Cristancho, S., Brindley, P.G. & Lingard, L. 2017. Verbal Communication in Acute Care Medicine. Teoksessa Brindley, P.G. & Cardinal, P. 2017. Optimizing Crisis Resource Management to Improve Patient Safety and Team Performance – A handbook for all acute care health professionals. Kanada. Practice, Performance and Innovation Unit of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. PDF-Dokumentti. [viitattu 20.1.2019].
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2007. The Qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*: 1:107-115.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*: 1–10. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244014522633> [viitattu 1.5.2019].

Elvytys. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. 3.2.2016. Saatavilla: www.kaypahoito.fi. [viitattu 20.8.2018].

Eteläpelto, A., Collin, K. & Silvennoinen, M. 2013. Simulaatiokoulutuksen pedagogiikka. Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M. M. & Jokela, J. (toim.) 2013. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Fletcher, G., Flin, R., McGeorge, P., Glavin, R., Maran, N. & Patey, R. 2003. Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British Journal of Anaesthesia* 5: 580–588. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)37551-7/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)37551-7/fulltext) [viitattu 29.4.2019].

Flin, R., Glavin, R., Maran, N., Patey, R. 2012. Framework for Observing and Rating Anaesthetists' Non-Technical Skills – Anaesthetists' Non-Technical Skills System Handbook v1.0. University of Aberdeen; Scottish Clinical Simulation Centre. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.rcoa.ac.uk/system/files/AaE-ANTS-HANDBOOK.pdf> [viitattu 10.3.2019].

Gillon, S., Radford, S., Chalwin, R., DeVita, M., Endacott, R. & Jones, D. 2012. Crisis resource management, simulation training and the medical emergency team. *Critical Care and Resuscitation* 3: 227–235.

Gjeraa, K., Møller, T. P. & Østergaard, D. 2014. Efficacy of simulation-based trauma team training of non-technical skills. A systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 58: 775–787. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aas.12336> [viitattu 15.3.2019].

Hallikainen J. 2016. Uudet suositukset elvytyksen opettamisesta. *Finnanest 1*. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/hallikainen_uudet_suosituksset_elvytyksen_opettamisesdta.pdf [viitattu 15.3.2019].

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus – potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2011. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoppu, S., Niemi-Murola, L. & Handolin, L. 2014. Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana – oppia tiimityöstä. *Duodecim* 17: 1744–8. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/17/duo11821> [viitattu 20.8.2018].

Kaila, M. & Rosenberg, P. 2013. Lähijohtajakoulutuksen simulaatioharjoittelu. Teoksessa Rosenberg P., Silvennoinen, M., Mattila, M. M. & Jokela J. (toim.) 2013. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

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

Kankkunen, P. & Metsävainio, K. 2019. Elvytys- ja hätätilanteiden läpikäyminen tiimin kanssa – mitä voimme oppia? MET-SUMMIT 25.1.2019. Luento.

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 20.8.2018].

Kantola, T. 2019. MET-Summit 2019 -kongressi. Helsinki. Luento.

Kobras, M., Langewand, S., Murr, C., Neu, C. & Schmid, J. 2016. Short lessons in basic life support improve self-assurance in performing cardiopulmonary resuscitation. *World Journal of Emergency Medicine* 4: 255-262. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5143308/> [viitattu 15.3.2019].

Krage, R., Zwaan, L., Tjon Soei Len, L. Kolenbrander, M. W., van Groeningen, D., Loer, S. A., Wagner, C. & Shober, P. 2017. Relationship between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: does stress have an influence? *Emergency medicine* 34: 728–733. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://emj.bmj.com/content/34/11/728.long> [viitattu 20.3.2019].

Marshall, S. D. & Mehra, R. 2013. The effects of a displayed cognitive aid on non-technical skills in a simulated 'can't intubate, can't oxygenate' crisis. *Anaesthesia* 69: 669–677. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.12601> [viitattu 20.3.2019]

MET- ja elvytystilastot – Kymenlaakson keskussairaala 2018.

Norrgård, M. 2017. Tutustumiskäynti Meilahden sairaalassa. Luento

Patterson, M. D., Geis, G. L., Falcone, R. A., LeMaster, T. & Wears, R. L. 2012. In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ Qual Saf* 22: 468–477. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/6/468.long> [viitattu 10.3.2019].

Petersen, J., Rasmussen, L. S. & Rydahl-Hansen S. 2017. Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study. *BMC Emergency Medicine* 36:1–9. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710111/> [viitattu 10.3.2019].

Rall, M. & Dieckmann, P. 2005. Crisis Resource Management to Improve Patient Safety. *European Society of Anaesthesiology 2005*; 107–112.

Reader, T., Flin, R., Lauche, K. & Cuthbertson, B. H. 2006. Non-technical skills in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia* 5: 551-559. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)35055-9/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)35055-9/fulltext) [viitattu 28.4.2019].

Robinson, P. S., Shall, E. & Rakhit, R. 2016. Cardiac arrest leadership: in need of resuscitation? *Postgrad Med Journal* 92: 715–720.

Tirkkonen, J., Nurmi, J. & Hoppu, S. 2014. Sairaalan sisäinen ensihoito on tullut jäädäkseen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 22-23: 2311–2317. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/22/duo11968> [viitattu 12.4.2019].

Topple, M., Ryan, B., McKay, R., Blythe, D., Rogan, J., Baldwin, I. & Jones, D. 2015. Features of an Intensive Care based Medical Emergency Team nurse training program in a University Teaching Hospital. *Australian Critical Care* 29: 46–49.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 4.4.2019].

Vierula, T. 2013. Ennakoivaa elvytystä Kymenlaakson keskussairaalassa. JET-projektityö.

Vilka H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Arvoisa vastaanottaja!

Olemme opiskelemassa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa akuuttihoiton YAMK-tutkintoa ja opintoihimme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ei-tekniisten taitojen toteutumista vuodeosaston ja MET-tiimin välillä. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hätätilanteissa toimimista sujuvammaksi ja kehittää koulutussuunnitelma ei-tekniisten taitojen parantamiseksi, jotta tulevaisuudessa päästäisiin toteuttamaan simulaatioita.

Pyydämme kohteliaimmin sinua osallistumaan opinnäytetyömme haastatteluihin. Haastattelut toteutetaan teemahaastattelulla 4-5 hengen ryhmissä, niin että mukana olisi kaksi MET-ryhmän sairaanhoitajaa ja kaksi tai kolme vuodeosaston sairaanhoitajaa. Haastatteluihin osallistuminen tapahtuu työajalla. Haastateltavilta edellytetään kokemusta MET- tai elvytystilanteista. Kokemustesi ja näkemystesi vuoksi juuri sinun osallistumisesi teemahaastatteluun on tärkeää, jotta MET-tilanteita saataisiin kehitettyä toimivimmiksi ja saataisiin selville tarkalleen, minkälaista koulutusta tulevaisuudessa tätä varten tarvitaan. Haastattelut nauhoitetaan ja tuloksia käytetään niin, että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa. Haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista ja sinulla on oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa ja kieltää sinua koskevan aineiston käyttäminen opinnäytetyössä. Haastattelumateriaali käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto kerätään vain ja ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja se hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii yliopettaja Niina Eklöf, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu - XAMK. (niina.eklof@xamk.fi)

Pyydämme sinua ilmoittamaan osallistumisestasi meille sähköpostitse.

Annamme tarvittaessa mielellämme lisätietoja opinnäytetyötämme koskien.

Ystävällisin terveisin,

Tiina Haanperä ja Mari Hakala, Akuuttihoito YAMK-opiskelijat

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu - XAMK, sosiaali- ja terveystieteiden osasto

Tiina: sähköposti: otiha046@edu.xamk.fi (Tiina) / puh. 0503212496

Mari: sähköposti: omaha085@edu.xamk.fi (Mari) / puh. 0407088809

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Otos	Tulokset	Tietokanta
Cant, R. P., Porter, J. E., Cooper, S. J., Roberts, K., Wilson, I, Gartside, C. 2016. Australia.	TEAM-mittarin pätevyyden ja käytettävyyden testaaminen MET-ryhmän ei-tekniisten taitojen arvioinnissa sekä tämän mittarin käytettävyyttä käytännön tiimityössä ja oppimistuloksissa	Havainnointi, fokusryhmät	n=283 TEAM arviointia	TEAM on pätevä, luotettava ja helppokäyttöinen mittari sekä harjoitteluun että klinisiin olosuhteisiin. Siitä on myös hyötyä tiimin suorituskykyyn käytettäessä sitä arviointiin ja debriefingiin.	Pubmed
Chalwin, R. P. & Flabouris, A. 2013. Australia.	Korostaa elvytys- ja MET-ryhmien ei-tekniisten taitojen osaamisen hyötyjä.	Kirjallisuuskatsaus		Hätätilanteita hoitavien tiimien tulisi hyödyntää ei-tekniisiä taitoja, koulutusta ja ei-tekniisten taitojen arviointia	Pubmed
Cooper, S.J. & Cant, R.P. 2014. Australia.	Tarkoituksena oli päivittää viimeaikainen TEAM-mittarin käytettävyys	kirjallisuuskatsaus		TEAM mittari mahdollistaa harjoittelun, jolla pystytään parantamaan tiimin ei-tekniisten taitojen suorituskykyä.	Pubmed
Cooper, S., Cant, R., Porter, J., Sellick, K., Somers, G., Kinsman, L. & Nestel, D. 2009. Australia.	Kehittää pätevä, luotettava ja toteuttamiskelpoinen tiimityöskentelymittari resuskitaation	Kattava kirjallisuuskatsaus, havainnointi	N=56 (havainnointi)	TEAM mittarin todettiin olevan pätevä ja luotettava väline, josen pitäisi olla hyödyllinen lääkäreiden lisätyökalu, jolla voidaan mitata tiimityötä	Manuaalinen haku

	arviointia varten.			lääketieteellisissä hätätilanteissa.	
Fletcher, G., Flin, R., McGeorge, P., Glavin, R., Maran, N. & Patey, R. 2003. Iso-Britannia.	Tavoitteena oli tehdä kokeellinen arviointi psykometristen perusominaisuuksien ja ei-tekniisten taitojen käytettävyyden määrittämiseksi.	Haastattelu ja havainnointi	n=29	Tulokset osoittivat, että järjestelmä on valmis, ja että taidot ovat havaittavissa ja ne voidaan arvioida hyväksyttävällä sopimustasolla ja tarkkuudella. Järjestelmän sisäinen johdonmukaisuus näytti hyvältä, ja käytettävyyttä koskevat vastaukset olivat hyvin myönteisiä	Manuaalinen haku
Gillon, S., Radford, S., Chalwin, R., DeVita, M., Endacott, R., Jones, D. 2012. Australia	Tarkastella MET-toiminnan periaatteita, osoittaa aktiivisen MET-toiminnan olevan vastaus lääketieteellisiin kriiseihin sekä korostaa ei-tekniisten taitojen merkitystä MET:in yhteydessä.	Kirjallisuuskatsaus		Intensiivihoidon parissa toimivat tulevat lisääntyvän MET-toiminnan myötä olemaan yhä enemmän arvioimassa heikkenevien osastopotilaiden hoitoa. MET-käynnit eroavat perinteisestä lääkäri-potilas kohtaamisesta, kuten myös tehohoitopotilaista. Tarvitaankin lisätutkimuksia optimaalisen MET-arvion tekemiseen tarvittavista teknisistä ja ei-tekisistä taidoista sekä kehittää näyttöön perustuvat, keskitetyt, sairaalakohtaiset strategiat kuinka ne	Pubmed

				implementoidaan käytäntöön.	
Gjeraa, K., Møller, T. P., Østergaard, D. 2014. Tanska.	Selvittää, onko traumatiimin ei-tekniisiä taitoja sisältävän simulaatioharjoittelulla vaikutusta reaktioihin, oppimiseen, käyttäytymiseen tai potilaan hoidon lopputulokseen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	n=13	Huomattavaa oppimista tapahtui simulaation jälkeen. Kolme tutkimusta osoitti tiimin suorituskyvyn huomattavaa parantumista, potilaan hoidon lopputulokseen simulaatioharjoittelulla ei ollut vaikutusta.	Pubmed
Kobras, M., Langewand, S., Murr, C., Neu, C., Schmid, J. 2016. Saksa.	Tutkimuksessa selvitettiin uudenlaisen kardiopulmonaalisen elvytyksen (CPR) koulutuksen tulos, jossa keskitytään erityisesti mahdollisten auttajien itsevarmuuden muutoksiin hätätilanteissa.	Kysely	n=143 (harjoiteltuun osallistuneet) n=314 (verrokiryhmä)	Tutkimuksessa kävi ilmi, että osallistujat kokivat huomattavan parannuksen itseluottamuksessa verrattuna heidän muistoihinsa ennen koulutusta. Heidän itsevarmuus oli myös huomattavasti suurempi kuin verrokiryhmän.	Pubmed
Krage, R., Zwaan, L., Tjon Soei Len, L. Kolenbrande r, M. W., van Groeningen, D., Loer, S. A., Wagner, CC., Shober,	Selvittää ei-tekniisten ja tekniisten taitojen suhdetta kontrolloiduissa olosuhteissa ulkoisten stressitekijöiden	Simulaation perustuva satunnaistettu poikkileikkaustutkimus	n=30	Elvytyksen aikaisten ulkoisten stressitekijöiden ollessa läsnä tiimin tekninen suoritus on yhteydessä tiimin johtajan ei-tekniisiin taitoihin.	Pubmed

P. 2017. Alankomaat.	n ollessa läsnä.				
Marshall, S. D. & Mehra, R. 2013. Australia.	Selvittää, kognitiivisen avun yhteyttä ANTS pisteisiin ja tiimin sisäisiin ristiriitoihin sekä ei- teknisiin taitoihin.	Havainnointi	n=64	Hengitysteiden häätätilanteissa ei- tekniset taidot paranevat käytettäessä kognitiivista apua.	Pubmed
Patterson M. D., Geis G. L., Falcone R. A., LeMaster T., Wears R. L. 2012. USA.	Implementoida ja demonstroida in situ - simulaatioiden käytettävyyttä turvallisuusris- kien tunnistamisessa sekä vahvistaa tiimityöharjoitte- lun lasten päivystyksessä	Havainnointi	n=218	In situ -simulaatiot ovat käytännöllinen tapa havainnollistaa turvallisuusriskejä ja varmistaa tiimityötä. Rutiininomaiset in situ -simulaatiot vaikuttivat positiivisesti toimintaan ja turvallisuusilmapiiriin.	Pubmed
Petersen J, Rasmussen L.S & Rydahl- Hansen s. 2017. Tanska.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää EWS- protokollan kolmeen näkökohtaan liittyvät esteet ja helpotustekijät: 1) seurantataajuuden noudattaminen , 2) nuorempien	Haastattelu , fokusrhmät	n=18	Potilasta tulisi seurata myös kiireisinä ajankohtina. Yhteistyötä ja yhteydenpitoa lääkäreiden kanssa niiden potilaiden kohdalla, joilla oli kohonneet EWS- pisteet, pidettiin epärealistisena, koska potilaita oli paljon. Lisäksi yhteistyö sairaanhoitohenkilökun- nan kanssa oli ongelmallista, koska	Manuaalinen haku

	lääkäreiden kutsuminen potilaille, joilla on kohonnut varhaisvaroitus , ja 3) kutsua hätätilanteessa toimiva tiimi			monet sairaanhoitajat kokivat tiimillä olevan kielteisiä asenteita.	
Reader, T., Flin, R., Lauche, K. & Cuthbertson, B.H 2006. Iso-Britannia.	Tarkastella kriittisten tapahtumien tutkimuksia teho-osastolla, jotta pystyttiin selvittämään, onko kriittisten tapahtumien taustalla yhteys ei-tekniisiin taitoihin.	Kirjallisuuskatsaus	n=10	Suurimassa osassa kriittisten vaaratilanteiden taustalla olevista tekijöistä voidaan liittää ANTS (aneesthesits' non-technical skills) -luokittelussa kuvattuun ei-tekniiseen taitoluokkaan.	Manuaalinen haku
Robinson, P. S., Shall, E., Rakhit, R. 2016. Iso-Britannia.	Arvioida elvytysryhmän johtajuutta ja tiimityöskentelyä sekä arvioida tulevia koulutustarpeita	Poikkileikkaustutkimus	n=102	Elvytysryhmän johtamisharjoittelulle, jossa keskitytään rooleihin, tiimin tiedottamiseen ja jälkipuintiin, on tarvetta.	Pubmed
Topple M, Ryan B, McKay R, Blythe D, Rogan J, Baldwin I & Jones D. 2016. Australia.	Kuvailla ja nostattaa keskustelua teho-osastohoitajien koulutuksesta MET-toimintaan.	Kehittämiprojekti		Puitteet MET-hoitajan koulutusohjelmalle on luotu.	Pubmed