



Perehdytysmalli TAYS Hatanpään neurologisten osastojen uusille työntekijöille

Helinä Ahopelto

Kalle Viitaniemi-Ek

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2020

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen (YAMK)

TIIVISTELMÄ

Tampereen Ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Helinä Ahopelto & Kalle Viitaniemi-Ek
Perehdytysmalli TAYS Hatanpään neurologisten osastojen uusille työntekijöille

Opinnäytetyö 109 sivua, joista liitteitä 26 sivua
Toukokuu 2020

Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan perehdyttämään uuden työntekijän työhön, työolosuhteisiin ja työvälineiden oikeaan käyttöön niin, että hän ammatillisen osaamisen huomioon ottaen pystyy toimimaan työssään turvallisesti. Tämä koskee uusien työntekijöiden lisäksi myös niitä työntekijöitä, joiden työnkuva on muuttunut tai jotka ovat olleet kauan pois työpaikaltaan.

Suuri hoitohenkilökunnan vaihtuvuus on rasite koko organisaatiolle. Tämän vuoksi työnantajan on tärkeää panostaa hyvään ja laadukkaaseen perehdytykseen. Hyvän perehdytyksen on tutkittu myös olevan yhteydessä vastavalmistuneiden hoitajien työtyytyväisyyteen ja työssä pysymiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tampereen yliopistollisen sairaalan, TAYS Hatanpään, kahden neurologisen osaston hoitotyöntekijöiden mielipiteitä siitä, mitä uusien hoitotyöntekijöiden tulisi osata voidakseen hoitaa turvallisesti neurologisia potilaita. Tiedot kerättiin E -lomakkeen kautta ja analysoitiin teemoittelemalla sisällönanalyysia käyttäen. Vastausprosentiksi tuli 32% (n = 15). Teemoittelun avulla vastauksista nousi esiin kymmenen yläluokkaa, jotka olivat neurologisen potilaan ja neurologisten oireiden seuranta, potilasturvallisuus, kuntoutus ja moniammatillisuus, nestetasapainon seuranta, ravitsemus, lääkehoito, neurologisen potilaan hoitotyö, toimenpiteet, tutkimukset ja elvytys.

Henkilöstökyselyn tulokset osoittivat, että vastavalmistuneiden hoitajien ja jo viisi vuotta ammatissa toimineiden, mutta ilman neurologista työkokemusta olevien hoitajien perehdytystarpeissa tai perehdytyksen osa-alueissa ei tämän henkilöstökyselyn vastaajien mielestä ollut lainkaan eroja, vaan heidät perehdytettäisiin osastoilla aivan samalla tavoin neurologisen potilaan hoitotyöhön. Työn menetelmälliset vaatimukset eivät tulleet henkilöstökyselyn tuloksissa kovin selkeästi esiin, vaan vastaukset keskittyivät lähinnä työn tiedollisen osaamisen vaatimuksiin.

Lomake tulee toimimaan organisaation sisäisessä verkossa perehdytysmallin pohjana ja sen kautta tulee löytymään oleellisin neurologiseen hoitotyöhön liittyvä tieto.

Avainsanat: perehdytys, perehdyttäminen, neurologinen hoitotyö, neurologiset sairaudet

ABSTRACT

Tampereen Ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Social and Health Care Management

AHOPELTO, HELINÄ & VIITANIEMI-EK, KALLE:
Orientation Model for the Neurological Wards of the TAYS Hatanpää Hospital

Master`s thesis 109 pages, appendices 26 pages
May 2020

The purpose was to find out the opinions of the nursing staff of the two neurological departments in Tampere University Hospital, TAYS Hatanpää, about what new nursing staff should know in order to be able to safely treat neurological patients. The data were collected through Form E and analyzed by thematizing through content analysis. The response rate was 32% (n = 15). Thematic responses revealed ten upper classes of responses: neurological patient and neurological symptom monitoring, patient safety, rehabilitation and multidisciplinary, fluid balance monitoring, nutrition, medication, neurological patient care, procedures, examinations, and resuscitation.

The results showed that there were no differences in the orientation needs or areas of orientation between newly graduated nurses and nurses who had been in the profession for five years without neurological work experience. The methodological requirements of the work did not appear very clearly in the results of the personnel survey. The answers focused mainly on the requirements of the information competence of the work.

The form will serve as the basis for the orientation model in the organization's internal network, and through it, the most relevant information related to neurological nursing will be found.

Keywords: orientation, orientation, neurological nursing, neurological diseases

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
3 KOHDEORGANISAATIO JA TUTKIMUSYKSIKÖT	9
4 OSAAMISEN JOHTAMINEN HOITOTYÖSSÄ	13
4.1 Kirjallisuuskatsauksen prosessi.....	13
4.1.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	16
4.2 Osaamisen johtaminen	18
4.2.1 Osaaminen hoitotyössä	18
4.2.2 Osaamisen johtaminen hoitotyössä.....	23
4.2.3 Pehdyttäminen osaamisen johtamisen osa-alueena	25
4.3 Neurologisen hoitotyön tiedolliset ja menetelmälliset osaamisalueet.....	30
4.3.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) hoitotyö.....	31
4.3.2 Parkinsonin tautia sairastavien hoitotyö.....	32
4.3.3 Epilepsiaa sairastavien hoitotyö	33
4.3.4 Amyotrofinen lateraaliskleroosia (ALS) sairastavien hoitotyö	34
4.3.5 Multipeliskleroosia (MS –tauti) sairastavien hoitotyö	36
4.3.6 Potilasturvallisuus hoitotyössä.....	36
5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	38
5.1 Tutkimuksen toteutuksen prosessi.....	38
5.2 Tutkimuksen kohdejoukko.....	39
5.3 Aineiston keruun suunnittelu ja lomakkeen esitestaus	39
5.3.1 Kysymyslomake.....	40
5.4 Aineiston hankinta.....	42
5.5 Aineiston analysointi	43
5.6 Työryhmän työskentely	45
6 TULOKSET	47
6.1 Pehdytyksen sisältö	47
6.1.1 Neurologisen potilaan ja neurologisten oireiden seuranta	48
6.1.2 Potilasturvallisuus.....	50
6.1.3 Kuntoutus ja moniammatillisuus	52
6.1.4 Nestetasapainon seuranta.....	53
6.1.5 Ravitseminen.....	55

6.1.6 Lääkehoito	57
6.1.7 Neurologisen potilaan hoitotyö	59
6.1.8 Toimenpiteet.....	63
6.1.9 Tutkimukset	65
6.1.10 Elvytys	66
6.2 Vastavalmistuneiden ja kokeneiden hoitajien perehdytystarpeet ja perehdytyksen osa-alueet	67
6.2.1 Tiedollisen osaamisen perehdytystarpeet.....	67
6.2.2 Menetelmällisen osaamisen perehdytystarpeet.....	67
6.2.3 Yhteenveto	68
7 POHDINTA	69
7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	69
7.1.1 Tutkimuksen eettisyys	69
7.1.2 Tutkimuksen luotettavuustarkastelu	70
7.2 Johtopäätökset.....	72
7.5 Tulosten jatkotyöstäminen.....	74
LÄHTEET	76
LIITTEET	84

1 JOHDANTO

Hyvä perehdytys on erittäin tärkeää työn sujuvuuden ja työturvallisuuden kannalta. Vaikka perehdyttäminen on tärkeää kaiken ikäisille, erityisen tärkeää perehdytys ja työhön opastaminen ovat nuorille, jotka vasta aloittelevat uraansa. (Työterveyslaitos 2017.) Perehdytys auttaa uutta työntekijää sitoutumaan työyhteisöön. Se on myös tärkeä markkinointikeino, jolla houkutella uusia hoitajia työyhteisöön. (TEHY 2017.) Työtyytyväisyys ja työssä pysyminen on todettukin olevan vastavalmistuneilla hoitajilla sidoksissa perehdytysohjelmiin. Myös potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että hoitajia perehdytetään tehtäviinsä tarpeeksi, ja että kaikilla on osaaminen, jota työssä vaaditaan. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2014, 54.) Perehdytys on myös lakisääteinen velvoite työnantajalle. Työturvallisuuslaissa 738/2002 on useita työnantajaa velvoittavia määräyksiä perehdytykseen liittyen.

Työhön perehdyttäminen on työnantajan vastuulla ja perehdytystä tulisi järjestää aina, kun työntekijän tehtävät muuttuvat, työntekijä siirtyy uusiin tehtäviin tai palaa töihin pitkän poissaolon jälkeen. Perehdyttämisen ja opastuksen suunnittelusta, toteuttamisesta ja valvonnasta vastaa työntekijän lähin esimies. Perehdyttämiseen ja opastukseen liittyviä tehtäviä voidaan jakaa muille työntekijöille, mutta vastuu säilyy kuitenkin aina esimiehellä ja johdolla. (TEHY n.d.)

Perehdytys on yksi osa osaamisen kehittämistä, joka taas on tärkeä osa-alue osaamisen johtamisessa. Perehdyttäminen lisää ja vahvistaa myös perehdyttäjän omaa osaamista. (Hyypänen, 2013, 124, 127.)

Terveystieteiden laakiin vuonna 2017 tehtyjen muutoksien myötä edellytettiin, että anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita vaativa operatiivinen toiminta tulisi viimeistään 1.1.2018 koota sairaaloihin, joissa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Pirkanmaalla tällaisia päivystyksiä on vain TAYS Keskussairaalassa, Valkeakosken sairaalassa sekä Jokilaakson sairaalassa Jämsässä. (Tays 2018a.) Tämä johti Hatanpään sairaalan ja Tampereen yliopistollisen sairaalan yhdistymiseen.

Tämän Taysin ja Hatanpään sairaalan yhdistymisen myötä syntyi työnantajan puolelta toive luoda kokonaan uusi perehdytysmallilomake kahdelle TAYS Hatanpään neurologian vuodeosastolle. Tämän perehdytysmallilomakkeen on tarkoitus toimia tulevaisuudessa myös organisaation uudessa sisäisessä verkossa perehdytysmallin pohjana.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tampereen yliopistollisen sairaalan, TAYS Hatanpään, kahden neurologisen osaston hoitotyöntekijöiden mielipiteitä siitä, mitä uusien hoitotyöntekijöiden tulisi osata voidakseen hoitaa turvallisesti neurologisia potilaita.

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda kahdelle hyvin saman tyyppiselle Tampereen yliopistollisen sairaalan, TAYS Hatanpään neurologian osastolle perehdytysmallilomake, joka toimisi tulevaisuudessa myös organisaation sisäisessä verkossa perehdytysmallin pohjana. Perehdytysmalli olisi siten myös työkalu nykyisille työntekijöille, koska sen kautta löytyisi oleellisin neurologiseen hoitotyöhön liittyvä tieto. Opinnäytetyö valmistuu yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaista tiedollista osaamista uuden hoitotyöntekijän tulisi hallita neurologisten potilaiden hoidosta?
2. Minkälaista menetelmällistä osaamista uuden hoitotyöntekijän tulisi hallita neurologisten potilaiden hoidosta?

3 KOHDEORGANISAATIO JA TUTKIMUSYKSIKÖT

TAYS Hatanpää on osa Tampereen yliopistollista sairaalaa ja se tarjoaa potilailleen vaativaa kirurgiaa ja kiireetöntä erikoissairaanhoidoa sekä päiväkirurgiaa ja vuodeosastohoitoa. TAYS Hatanpään Kantasairaalassa sijaitsevat infektiotaudit, kirurgia, sisätaudit ja yleislääketiede. Puistosairaalan puolella (Kuva 1) toimivat geriatria ja neurologia, eli vuodeosastot HV1, HV2 ja neurologian poliklinikka. (Tays 2018b.)



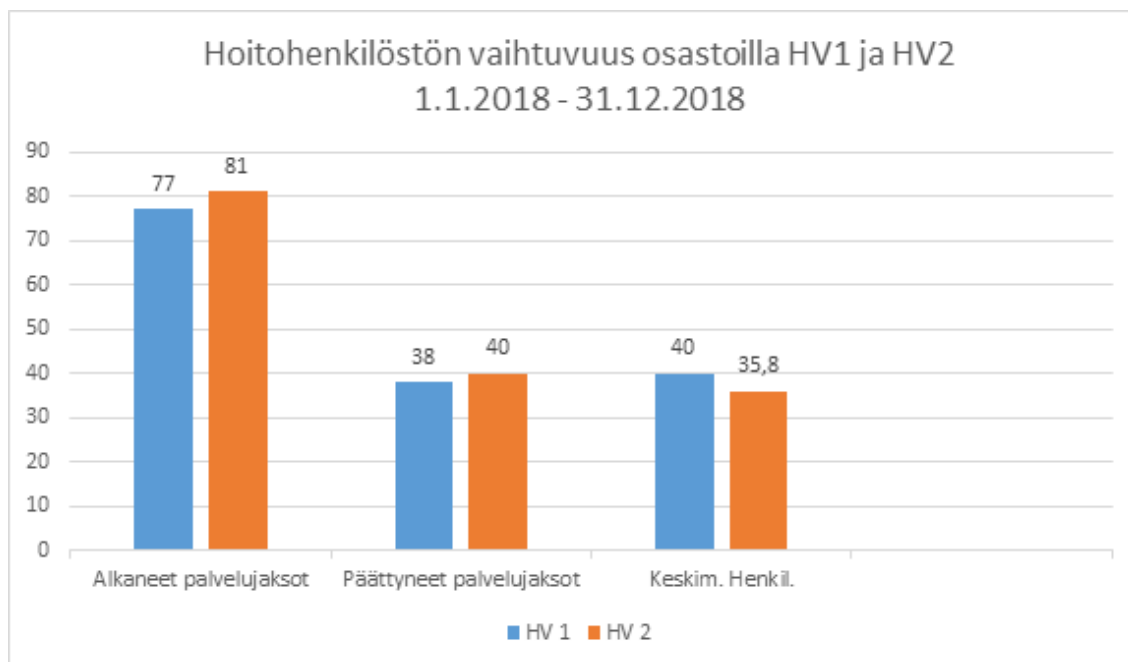
KUVA 1. Hatanpään puistosairaalan pääsisäänkäynti (© Helinä Ahopelto 2020)

Tays Hatanpään neurologian vuodeosastoille potilaat tulevat pääsääntöisesti Taysin neurologian osastolta 10B tai neurokirurgian osastolta 6A. Potilaita tulee myös suoraan Ensiapu Acutasta ja Taysin Aivoverenkiertoyskiköstä. Sovitusti tai kutsuttuna potilaita tulee kotoa käsin arviointi- ja kuntoutusjaksoille. Tays Hatanpään neurologisilla vuodeosastoilla potilailla tarkistetaan lääkehoitoa,

arvioidaan apuvälineiden tarvetta arjessa ja järjestetään kuntoutusta. Neurologisen potilaan kuntoutuksessa toteutetaan potilaan tarpeista lähtevää yksilöllistä kuntoutusta ja hoitoa. Tays Hatanpään neurologisten vuodeosastojen potilaiden sairaudet ovat erilaisia hermoston, eli aivojen, ääreishermoston, lihasten sekä selkäytimen sairauksia. Hoitoajat osastoilla vaihtelevat päivistä jopa muutamaaan kuukauteen. (Tays intranet 2019a.)

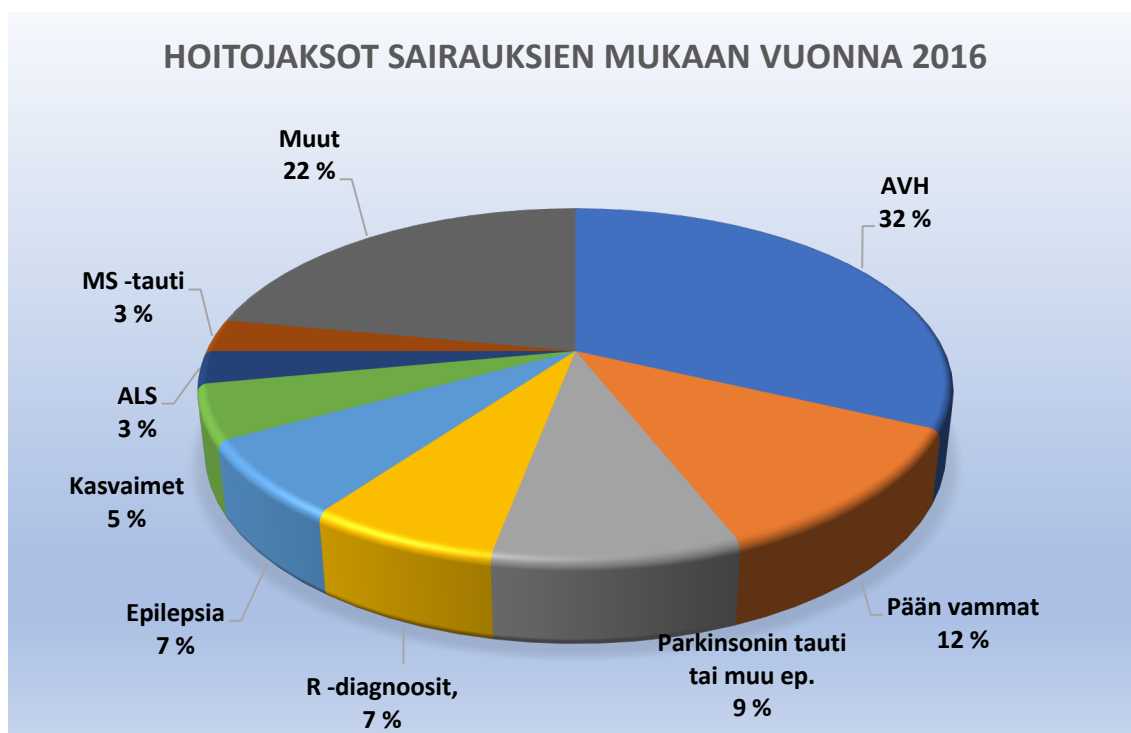
Molemmilla vuodeosastoilla on 32 potilaspaikkaa ja kaksi lääkäriä, osastonhoitaja sekä 25 hoitajaa, joista puolet on perus- tai lähahoitajia ja puolet sairaanhoitajia. Osastoilla on yksi yhteinen apulaisosastonhoitaja, hoidonkoordinaattori, neuropsykologi ja osastonsihteeri. Lisäksi osastoilla työskentelee mm. fysio-, puhe- ja toimintaterapeutteja sekä sosiaalityöntekijöitä. Käytettävissä on myös muiden erikoisalojen asiantuntijoita, kuten diabetes-, haava- ja infektiohoitaja sekä ravitsemusterapeutti.

Hoitohenkilökunnan vaihtuvuudesta neurologian vuodeosastoilla HV1 ja HV2 oli saatavilla tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilösihteeri Tarja Luomajoelta vain yhden vuoden ajalta organisaatiomuutoksesta johtuen (kuvio 1). Aikaisemmin osastot siis kuuluivat Tampereen kaupungin organisaatioon ja sitä tietoa ei ole enää saatavilla. Osastolla HV1 alkaneita palvelujaksoja oli tarkasteluajankohtana 77kpl, kun taas osastolla HV2 alkaneita palvelujaksoja oli 81kpl. Alkaneilla palvelujaksoilla tarkoitetaan tässä työsopimuksia. Jos työntekijän peräkkäisillä palvelujaksoilla oli täsmälleen samat organisaatitiedot, eli henkilö pysyi samalla osastolla uuden työsopimuksen alkaessa, ei häntä laskettu alkaneisiin palvelusuhteisiin mukaan. Toisin sanottuna täysin uudet työntekijät tai osastolta toiselle, uudella työsopimuksella, siirtyneet työntekijät laskettiin tilastoon mukaan. Sama laskentakaava pätee myös päättyneisiin palvelujaksoihin. Päättyneitä palvelujaksoja osastolla HV1 oli 38kpl ja osastolla HV2 40kpl. Vaihtuvuus siis kummallakin osastolla oli noin 50% luokkaa alkaneisiin palvelujaksoihin verrattuna. Keskimääräinen henkilökunta osastoilla saatiin laskemalla henkilökunnan määrä tarkasteluajankohdan alku- ja loppupäivämääränä ja jakamalla näiden summa kahdella.



KUVIO 1. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus osastoilla HV1 ja HV2 1.1.2018 - 31.12.2019 (Luomajoki 2019)

Tampereen yliopistollisen sairaalan TAYS Hatanpään neurologisilla osastoilla HV1 ja HV2 hoidetut yleisimmät neurologiset sairaudet hoitajaksojen mukaan olivat järjestyksessä yleisimmästä lähtien vuonna 2016 erilaiset aivoverenkierohäiriöt (AVH), pään vammat, parkinsonin tauti (tai muu ekstrapyramidaalijärjestelmän sairaus), epilepsia, kasvaimet, ALS, eli amyotrofinen lateraaliskleroosi ja MS –tauti, eli multippeliskleroosi (kuvio 2).



KUVIO 2. Hoitojaksot sairauksien mukaan vuonna 2016 osastoilla HV1 ja HV2 (TAYS Hatanpää 2018)

R – diagnooseilla tarkoitetaan oireenmukaisia diagnooseja, pois lukien muistihäiriö, kouristelu ja päänsärky. Niiden osuus on 7% ja ryhmä –muut 22%. Niitä ei kuitenkaan käsitellä tässä sen tarkemmin, koska tarkoitus on esitellä osastoilla yleisimmin hoidettavia sairauksia (kuvio 2). Kasvaimilla tarkoitetaan tässä kaikkia neurologisia kasvaimia, kuten aivo- ja selkäydin kasvaimia sekä niissä esiintyviä metastaaseja. (TAYS Hatanpää 2018.)

4 OSAAMISEN JOHTAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Tämän opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat pohjautuvat aiemmin tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen, jonka yksityiskohtaiset tulokset ovat esitelty tämän opinnäytetyön lopussa (liite 2).

4.1 Kirjallisuuskatsauksen prosessi

Kirjallisuuskatsauksessa opinnäytetyön aiheesta valittiin neljä pääkäsitettä, joita olivat perehdyttäminen, neurologiset sairaudet, neurologinen hoitotyö ja potilasturvallisuus. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys muodostettiin PICO -työkalua hyödyntäen (liite 3) ja se puolsi näiden pääkäsitteiden käyttämistä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys oli: Mikä on perehdytyksen merkitys, kun uusi hoitaja aloittaa työskentelyn neurologisella osastolla, jotta hän tietää ja osaa työnkuvaansa liittyvät välttämättömimmät asiat ja pystyy hoitamaan turvallisesti ja oikein neurologisia potilaita? Tämän jälkeen pääkäsitteille muodostettiin synonyymit asiasanastojen avulla. Synonyymejä etsittiin suomeksi ja englanniksi YSA, FinMeSH (suomi) ja FinMeSH (englanti) -tietokannoista. Hakusanat ja valitut synonyymit ovat nähtävissä taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Käsitteiden määritteleminen

<u>Oma hakusana:</u>	perehdyttäminen	neurologiset sairaudet	neurologinen hoitotyö
<u>YSA:</u>	perehdytys, työnopastus	neurologiset taudit, hermoston sairaudet, -taudit	-
<u>FinMeSH (suomi):</u>	perehdytys, työhön perehdyttäminen, orientoivan vaiheen koulutus	hermostosairaudet, -taudit, hermoston sairaudet, hermoston taudit	neurologisten sairauksien hoitotyö, neurologisten tautien hoitotyö
<u>FinMeSH (englanti):</u>	inservice training, <u>training, inservice</u>	nervous system diseases	neuroscience nursing, neurological nursing

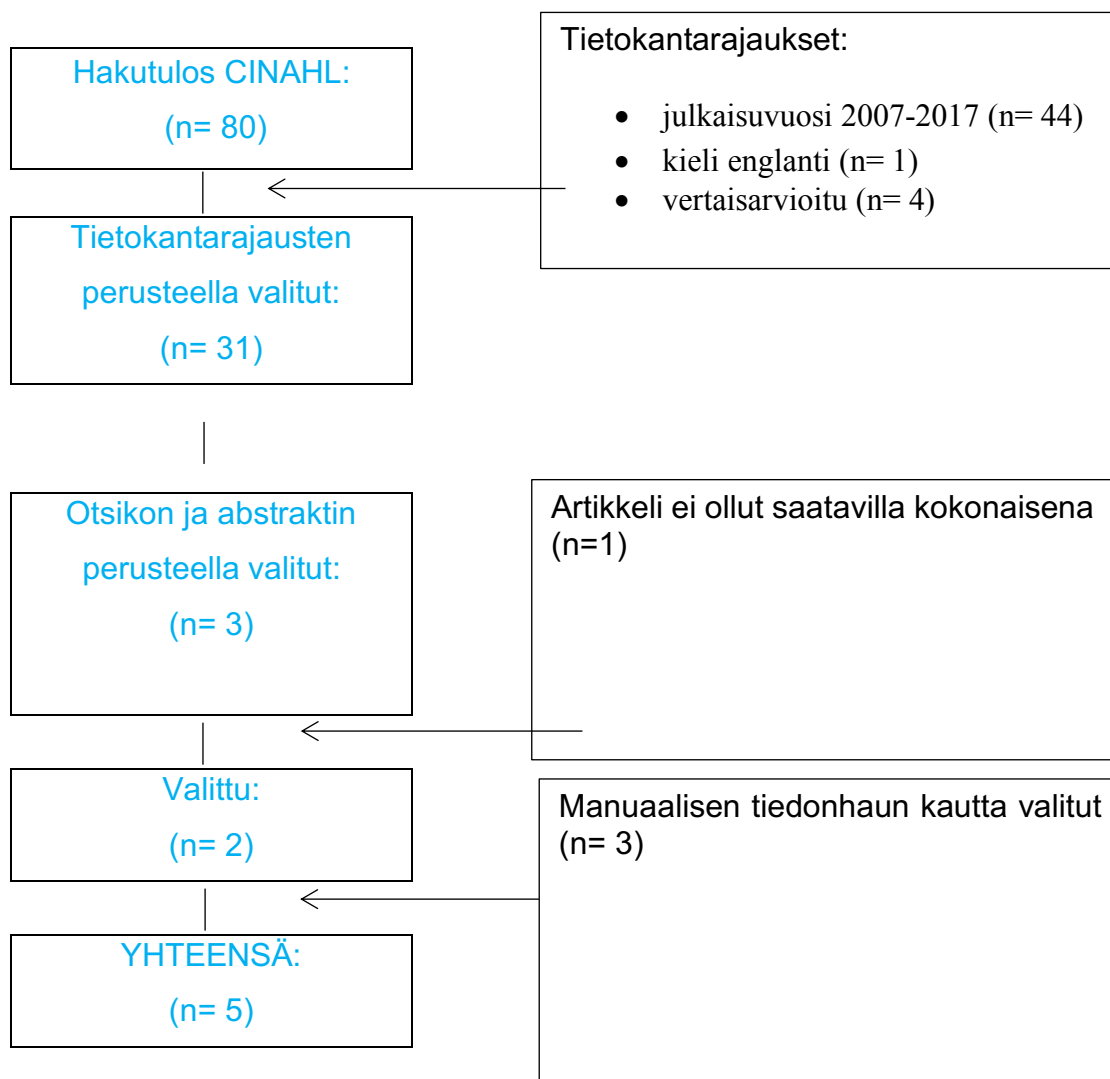
Medical Subject Headings (MeSH) –palvelusta tarkistettiin, että käsite “nervous system diseases” pitää sisällään kaikki neurologiset sairaudet, eikä rajoitu pelkästään hermostoon, kuten käsitteestä voisi päätellä. Lisäksi sana ”potilasturvallisuus” jätettiin tästä taulukoinnista tarkoituksella pois synonyymejä määritettäessä. Käsitteeseen palataan kuitenkin opinnäytetyön teoreettisten lähtökohtien yhteydessä.

Informaatikon ohjauksen perusteella käytimme ainoastaan CINAHL Complete (EBSCOhost) –tietokantaa ja hakulauseeksi lopulta muodostui:

”staff* development*” OR ”employee* orientation*” OR ”inservice* training*”) AND (“neuroscience* nursing*” OR “neurol* nursing*” OR “neurol* ward*” OR “neuroscience* unit*”

CINAHL Complete (EBSCOhost) -tietokanta tuotti 80 tulosta ja tietokantarajauksen jälkeen valittuja tutkimuksia oli 31. Tietokantarajaukset perustuivat julkaisuvuoteen, kieleen ja vertaisarviointiin. Näistä abstraktin

perusteella valittiin kolme, mutta määrä tarkentui kahteen, koska yhtä tutkimusta ei saatu hankittua yrityksistä huolimatta. Manuaalisen tiedonhaun avulla mukaan valikoitui lisäksi kolme tutkimusta (kuvio 3).



KUVIO 3. Varsinainen tiedonhakuprosessi

Valittujen tutkimusten näytön asteen arviointi tehtiin Käypä hoito -suosituksissa käytetyllä näytön asteen luokittelulla, joka muodostuu kirjaimista A, B, C tai D (Duodecim 2014). Näytön asteen arviointi on esitetty kirjallisuuskatsauksen tulosten yhteydessä olevan taulukon ensimmäisessä sarakkeessa (liite 2). Enemmistö valituista tutkimuksista sijoittui luokkaan B, joka tarkoittaa kohtalaista tutkimusnäyttöä, muiden jäädessä tasolle C.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten julkaisukanavat arvioitiin Julkaisufoorumin (JUFO) tieteellisen julkaisutoiminnan laadunarviointia tukevan luokitusjärjestelmän mukaisesti (Julkaisufoorumi 2018). Tämä luokittelu käy ilmi kirjallisuuskatsauksen lopussa olevan koosteen ensimmäisestä sarakkeesta, jossa ovat tähän kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset taulukon muodossa (liite 1). Tasoluokka 1 on perustaso, johon suurin osa tieteellisistä julkaisukanavista sijoittuu. Luokat 2 ja 3 ovat vielä korkeatasoisempia. Julkaisukanavat, jotka eivät täysin täytä luokan 1 kriteereitä, sijoittuvat luokkaan 0. Kaikkia julkaisukanavia ei myöskään ole välttämättä arvioitu. (Julkaisufoorumi 2018.) Mikään tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista ei sijoittunut luokkiin 2 ja 3.

4.1.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kaksi kirjallisuuskatsaukseen valituista erillisistä englanninkielisistä tutkimuksista olivat osa samaa kokonaisuutta. Toisessa tutkimuksessa haastateltiin neurologisten potilaiden omaisia ja toisessa neurologisia potilaita hoitavaa henkilökuntaa. Molempien tutkimusten tuloksissa vastaajat olivat sitä mieltä, että alalla työskentelevät hoitajat tarvitsevat alan vaativuuden vuoksi erillisen työhön perustuvan koulutusohjelman, joka sisältäisi koulutusta esimerkiksi neurologisten potilaiden haastavan käyttäytymisen positiiviseen hallintaan. Perheiden kanssa työskentelyyn tarvitaan myös lisää koulutusta. (Baker 2011, 271; Baker 2012, 71.)

Myös perusteellinen orientaatio nousi kriittisen tärkeäksi. Sen tarkoituksena oli, että vastavalmistuneet hoitajat tuntisivat yleisimmät neurologiset diagnoosit ja siten pystyisivät myös tarjoamaan niitä sairastaville potilaille parhaan mahdollisen hoidon. Perusteellinen orientaatio paransi esimerkiksi vastavalmistuneiden hoitajien kliinistä osaamista sekä lisäsi tyytyväisyyttä valittuun suuntautumiseen. (Ballard, Mead, Richardson & Lotz 2012, 168-174.) Perehdyttäjät ja juuri valmistuneet sairaanhoitajat kokivat, että eniten potilasturvallisuuteen liittyvää epävarmuutta aiheutti perehdytettävälle nimenomaan hoitotyön tekninen osaaminen. Sillä tarkoitettiin esimerkiksi

suonensisäisten lääkkeiden antamista tai käyttäjälle uusien laitteiden käyttöä. (Myers, Reidy, French, McHale, Grisholm & Griffin 2010, 163-171.)

Turhautuminen ja ylivoimaisuus nousivat neljän tärkeimmän teeman joukkoon tutkittaessa juuri valmistuneiden sairaanhoitajien siirtymävaiheen tunteita ja kokemuksia. Lääkäreitä kohtaan ilmeni myös paljon erilaisia pelkoja. Vastaavasti ohjaajilta saadun jatkuvan tuen merkitys koettiin erittäin oleelliseksi. Tutkimuksen tuloksissa korostettiin orientaatioprosessin ja pätevien perehdyttäjien merkitystä, jotta valmistuneet sairaanhoitajat myös jäävät työskentelemään kyseessä olevaan organisaatioon. (Thomas, Bertram & Allen 2012, 243-249.)

Kaikista edellä mainituista tutkimuksista kävi ilmi, että pelkkä tutkintoon sisältyvä koulutus neurologisesta hoitotyöstä ei ole lainkaan riittävää, vaan juuri työyhteisössä mahdollisesti järjestettävällä perehdytyksellä on erittäin suuri merkitys vastavalmistuville hoitajille.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tuli esiin orientaatioprosessin ja pätevien perehdyttäjien merkitys. Uudet työntekijät tarvitsevat perehdytystä etenkin hoitotyön teknisten näkökohtien, yleisimpien neurologisten diagnoosien ja niihin liittyvien hoitotoimenpiteiden sekä neurologisten potilaiden haastavan käyttäytymisen positiiviseen hallintaan. Lisäksi neurologisten potilaiden perheiden kanssa työskentely vaatii hoitajilta erityistä ammattitaitoa. (Baker 2011, 271; Baker 2012, 71; Ballard, Mead, Richardson & Lotz 2012, 168-174; Myers, Reidy, French, McHale, Grisholm & Griffin 2010, 163-171; Thomas, Bertram & Allen 2012, 243-249.) Edellä mainituissa tutkimuksissa on asiaa tarkasteltu neurologisten potilaiden omaisten, neurologisia potilaita hoitavan hoitohenkilökunnan sekä juuri valmistuvien sairaanhoitajien näkökulmasta ja kaikki tulokset ovat hyvin samankaltaisia.

4.2 Osaamisen johtaminen

Osaamisella tarkoitetaan työntekijältä vaadittavia taitoja ja tietoja, kontakteja ja kokemusta, sekä motivaatiota ja energiaa. Organisaation kannalta merkittävää on osaaminen, joka kytkeytyy organisaation perustoimintaan ja tulevaisuuden visioon. (Surakka, 2009, 91.)

Johtajalta odotetaan nykypäivänä kykyä luoda edellytyksiä innovaatioille, uuden oppimiselle, luovuudella ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Verkostojen kehittäminen ja niiden hyväksikäyttö on myös johtajan tehtävä. (Surakka, 2009, 91.)

Osaamisen johtaminen on toimintaa, jonka avulla kehitetään organisaation osaamista ja yhteistyövalmiutta sekä siellä työskentelevien yksilöiden henkilökohtaista osaamista. Osaamisen johtamisessa otetaan huomioon myös ne strategiset tavoitteet, jotka on asetettu koko organisaatiolle. (Hyrkäs, 2009, 3.)

Osaamisen johtaminen on siis strategialähtöistä toimintaa, jossa kehitetään ja arvioidaan henkilöstön osaamista toiminnan tavoitteista lähtien. Kartoitusta ja ennakkointia henkilöstön osaamisesta tarvitaan, että organisaation toimintakyky on taattu myös tulevaisuudessa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen, Seppänen, 2013, 69.) Uudistusta ja kehittymistä on tapahduttava koko henkilöstön, niin johdon kuin henkilöstön keskuudessa (Hyypänen, 2013, 107).

4.2.1 Osaaminen hoitotyössä

Käsitteenä osaaminen on hyvin moni-ilmeinen. Sillä voidaan tarkoittaa tietoja, taitoja tai kykyjä, joita ryhmällä tai yksittäisellä henkilöllä on. Toiseksi, sillä voidaan tarkoittaa organisaation osaamista, joka tarkoittaa niin ryhmien, kuin myös yksilöiden osaamista. Kolmanneksi osaamista voidaan miettiä organisaation kulttuurin kautta, joka tarkoittaa, että organisaation kulttuuria muutetaan niin, että organisaatiolle asetetut tavoitteet on mahdollista tavoittaa. (Salojärvi, 2009, 146.)

Taito (skills), kyvykkyys (capabilities) ja pätevyys (competencies) ovat eniten käytettyjä termejä, joita osaamiseen työelämässä liittyy. Taidot ovat jokin erityisosaaminen, jota voidaan soveltaa työelämässä ja jota voidaan myös opettaa. Kyvykkyys tarkoittaa laajempia työelämässä tarvittavia taitoja ja pätevyys tarkoittaa tiettyyn työtehtävään liittyviä valmiuksia. (Viitala, 2005, 113.)

Smukin ja Tuomen mukaan osaaminen koostuu kokemuksesta, tiedoista ja taidoista. Työn määritelmä taas koostuu toiminnan ja osaamisen yhdistelmästä. Näin ajatellen Smukin ja Tuomi määrittelevät osaamisen ja työn olevan saman asian eri puolia, jossa osaaminen kehittää työtä ja työ kehittää osaamista. (Tuomi & Smukin, 2012, 27.)

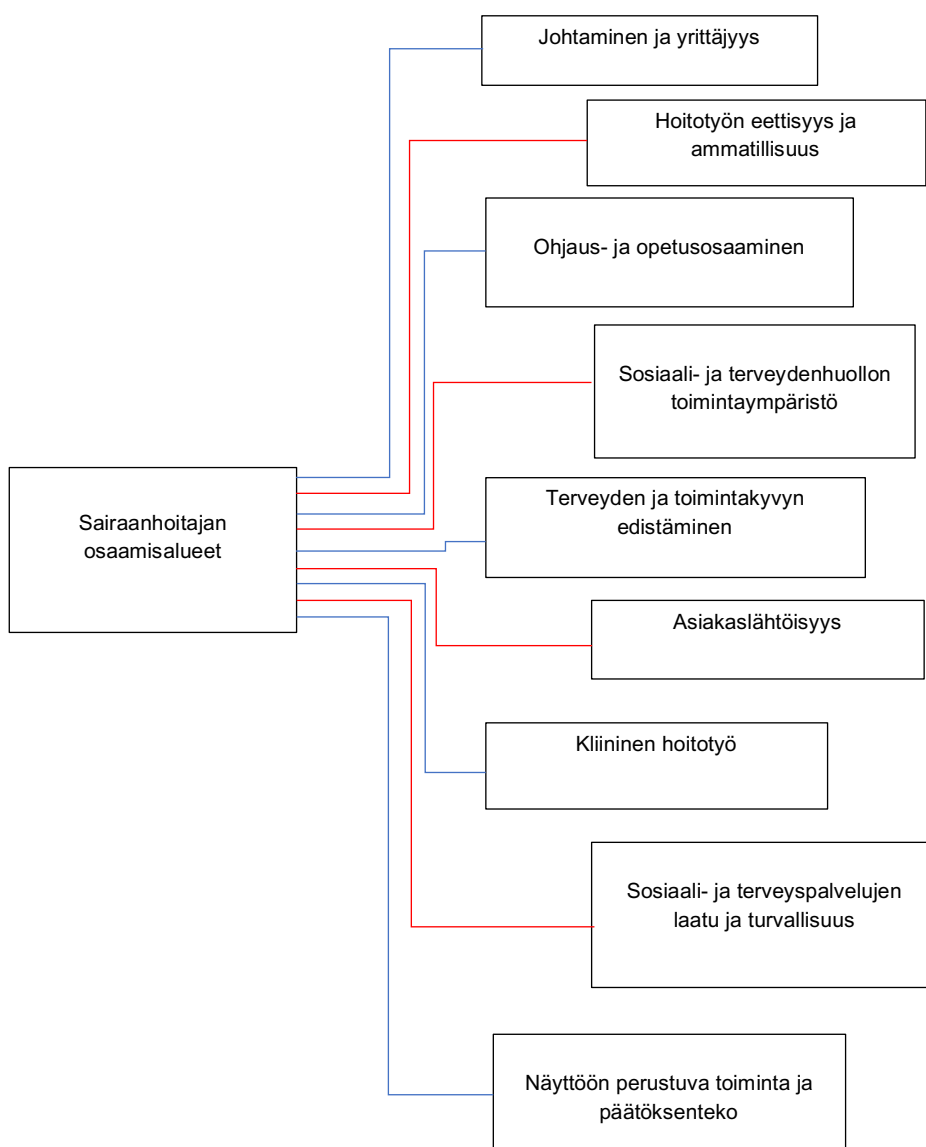
Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on terveydenhuoltoalalta valmistuvien ammattihenkilöiden työn päämäärä. Hyvä ammatin tiedollinen ja taidollinen hallinta on perusedellytys terveydenhuollossa työskentelyyn. Täytyy olla kykyä vastata potilaiden muuttuviin terveystarpeisiin, sekä taitoa tilannekohtaiseen ja vastuulliseen päätöksentekoon. (Surakka, 2009, 80.)

Ammattikorkeakoulut vastaavat siitä, että sairaanhoitajan koulutus antaa valmistuvalla sairaanhoitajalle sellaiset valmiudet, että hän pystyy suorittamaan työtehtävänsä pystyvästi, onnistuneesti, taitavasti ja osuvasti. Sairaanhoitajaopiskelijan on siis valmistuessaan osattava ne asiat, jotka on katsottu valmiin sairaanhoitajan kelpoisuuden edellyttävän. (Ruuskanen, 2011, 88.)

Kehittyminen ja osaaminen hoitotyössä tapahtuu vaiheittain, kun taidot ja tiedot kehittyvät sekä lisääntyvät. Oma aktiivisuus ja motivaatio ovat edellytyksiä kehittymiselle, mutta myös kehittymistä ja oppimista tukeva työyhteisö. (Lauri, 2006, 94.)

Suomen sairaanhoitajaliiton ja ammattikorkeakoulujen terveysalan verkoston "sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen, sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus" -hankkeen loppuraportissa määritellään sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisosaamisalueiksi (kuvio 4) asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö,

näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus. (Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2014.)



KUVIO 4. Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisosaamisalueet (Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2014)

Sairaanhoitajan osaamisalueista (kuvio 4) ”näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä.” (Sairaanhoitajalehti 2006.) Näyttöön perustuvista suosituksista Käypähoitosuositukset ovat esimerkki kansallisista hoitosuosituksista (Käypähoito - suositus 2019).

Sairaanhoitajan kliiniseen osaamiseen kuuluu (kuvio 4), että sairaanhoitaja osaa edesauttaa potilaan hyvää oloa ja terveyttä hoitotyön eri auttamismenetelmillä. Hoitajan tulee hallita erilaisia hoidon toteutukseen liittyviä taitoja, kuten esimerkiksi potilaan nesteytystä, kivun hoitoa, verensiirtoja, haavojen hoitoja ja turvallisen lääkehoidon toteutusta. Hoitajan tulee osata myös potilaan kehon ja tilan tarkkailu. Kliiniseen osaamiseen kuuluu myös muun muassa aseptisen työskentelyn hallitseminen, elvytys ja poikkeusolojen terveydenhuolto. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola, Hietanen, 2006, 46.)

Ohjaus on paljon käytetty käsite hoitotyössä. Ohjausta luonnehditaan monesti yhtenä osana hoitotyön opetus- tai hoitoprosessia tai osana ammatillista toimintaa (kuvio 4). (Kääriäinen & Kyngäs, 2006.) Hoitohenkilökunnan ammattitaito, eli pätevyys potilaan ohjauksessa on tärkeää. Hoitohenkilökunnalla on ammatillisesti vastuu, joka edellyttää hyviä vuorovaikutus- ja ohjaustaitoja, sekä riittäviä tietoja niin potilaiden ohjausmenetelmistä kuin myös ohjattavista asioista. (Lipponen, 2014.) Myös opiskelijoiden ja henkilöstön ohjauksessa hoitajien viestintä- ja vuorovaikutustaidot nousevat esiin (Mäkipää & Korhonen 2011, 21).

Hoitajien päivittäistä toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet (kuvio 4). Eettiset ohjeet korostavat yksilön oikeutta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen sekä ihmisen elämänlaadun ja voimavarojen vahvistaminen kuuluvat myös hoitajien eettiseen toimintatapaan. (Mäkipää & Korhonen 2011, 22.)

Terveyden edistäminen on toimintakyvyn sekä terveyden lisäämistä, terveysongelmien ja sairauksien vähentämistä ja terveyserojen kaventamista

(Sairaanhoitaja-lehti 2006). Terveiden edistäminen kaikessa toiminnassa potilaiden parissa on myös osa hoitajien tehtäväkenttää (kuviot 4). Hoitajien tulee ammatillisen osaamisen lisäksi pystyä yhteistyöhön muiden asiantuntijoiden ja muiden sektorien kanssa. (Lauri, 2006, 121.)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Asiakaslähtöisessä toimintamallissa palvelujen ja hoidon kokonaisuus toimii asianmukaisesti. Osaava hoitotyön ammattihenkilöstö (kuviot 4) tukee asiakasta tunnistamaan tarpeensa ja voimavaransa. Hoitohenkilöstö kohtaa asiakkaan yksilöllisesti ja tasa-arvoisesti, asiakkaan omia elämänarvoja kunnioittaen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri n.d.)

Yrittäjyydellä ja yritystoiminnalla on nouseva osuus yhteiskunnassa myös terveydenhuollossa (kuviot 4). Hoitajan on tärkeää ymmärtää yrittäjämäisesti toimiminen hoitajan ammatissaan. Yksityinen sektori ja kolmas sektori ovat palveluntuottajia, joiden osuus kasvaa sosiaali- ja terveysalan palvelurakenteita uudistaessa. (Seinäjoen ammattikorkeakoulu n.d.)

Terveysturvalaki (1326/2010, 8 §) edellyttää, että toiminnan on oltava turvallista, laadukasta, ja toteutettu asianmukaisesti (Terveysturvalaki 2010). Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvä laatu tarkoittaa, että asiakas saa tarvitsemaansa palvelua oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa (kuviot 4). Hyvä laatu tuottaa asiakkaille hyvinvointia ja minimoi riskit ja maksimoi hyvinvoinnin ja terveyden. (Terveysturva- ja hyvinvoinninlaitos 2019.)

Sairaanhoitajan tarvittavaan osaamiseen (kuviot 4) ja tehtäväkuviin vaikuttavat rakenteelliset muutokset sosiaali- ja terveyspalveluissa. Hoitajan tulisi ymmärtää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisen, organisoimisen ja järjestämisen tavat, sekä Suomessa tapahtuvan valvonnan ja ohjauksen. (Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2014.)

Vaikka hoitaja tällä hetkellä työssään hallitsisikin kaiken tarvittavan osaamisen kohtuullisen hyvin, niin jatkuva muutos aiheuttaa sen, että ammatillisen

osaamisen ylläpito ja sen kehittäminen on työelämässä toimiessa jatkuva prosessi (Hilden, 2002, 63).

4.2.2 Osaamisen johtaminen hoitotyössä

Esimiehen yksi haasteellisimmista tehtävistä on henkilöstön johtaminen. Tarvitaan kykyä, tietoa ja taitoa johtaa ihmisiä, havainnoida vallitsevaa ilmapiiriä ja kulttuuria, sekä toimia oikeudenmukaisesti erilaisissa ristiriitatilanteissa. Esimies tarvitsee myös kykyä huomata ja havainnoida työyhteisön jäsenten motivaatio ja osaaminen. (Laaksonen, Niskanen & Ollila, 2012, 140.)

Terveysthuollon johtajien riittävä osaaminen on ratkaisevassa osassa palvelujen laadun ja terveydenhuollon toimivuuden kannalta (Sinkkonen & Taskinen, 2007, 78). Terveysthuollon suurin ammattiryhmä on hoitohenkilökunta. Muuttuvassa toimintaympäristössä myös hoitohenkilöstöä koskevat vaatimukset osaamisen suhteen muuttuvat. Hoitotyön johtajalta tämä vaatii ennakkointia hoitohenkilökunnan osaamistarpeista. Hoitoyksikön on helpompi varautua uusiin haasteisiin, kun tarvittavaa osaamista on osattu jo etukäteen ennakoida. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen, 2013, 51, 69.)

Terveysthuollon hoitohenkilöstön pysyminen organisaatiossa, täysipainoinen hoitohenkilöstön osaamisen hyödyntäminen ja osaamisen kehittäminen ovat yhä tärkeämpiä menestystekijöitä. Hoitohenkilöstön suuri vaihtuvuus viittaa henkilöstöpolitiikan epäonnistumiseen organisaation sisällä. Terveysthuollon organisaatioissa on yhä tänäkin päivänä paljon osaamista, jota ei käytetä oman organisaation hyväksi. Osaamista ei ole joko hyödynnetty, tai työntekijä ei ole saanut tehdä koulutustaan vastaavaa työtä. (Lammintakanen, 2011, 239.)

Täytyy ottaa huomioon, että myös henkilöstöllä on vastuu omasta osaamisestaan. Työntekijä odottaa, että hänen osaamiseensa ja kehittymiseensä panostetaan ja työnantaja odottaa, että työntekijä on myös sitoutunut oman osaamisensa kehittämiseen ja ylläpitoon. Työnantaja tarjoaa mahdollisuuksia ja puitteita osaamisen kehittämiseen, mutta työntekijältä

odotetaan myös vastuuta ja aktiivisuutta asian suhteen. (Hyyppänen, 2013, 114-115.)

Esimiehen täytyy johtamisessaan ottaa huomioon osaaminen organisaation, tiimin ja yksittäisen työntekijän näkökannalta. Organisaation näkökulmasta katsottuna niillä kyvyillä ja osaamisella, jotka turvaavat organisaation jatkuvuuden, on merkitystä. Tiimin näkökulmasta osaaminen tiivistyy siihen, mitä tiimin jäsen tai jäsenet yhdessä osaavat ja kuinka he osaavat yhdessä yhdistää tietotaitonsa niin, että voivat tuottaa tiimille kehittyneempiä toimintatapoja. Yksilön osaamisessa tärkeää on osata yhdistää substanssiin liittyvät tiedot ja taidot niin, että niistä on hyötyä ammatin harjoittamisessa. (Kupias, Peltola & Pirinen, 2014.)

Osaamista yksilötasolla voidaan kehittää antamalla henkilöille uusia ja haastavia työtehtäviä. Etenkin työkavereita kouluttaessa tai opastaessa osaaminen kehittyy. Tällöin työntekijä joutuu syventymään ohjattavaan aiheeseensa tarkemmin ja miettimään omaa osaamistaan uudella tavalla. (Kupias, Peltola & Pirinen, 2014.)

Tärkeimpänä tehtävänä hoitotyön johtamisessa on luoda hoitotyölle edellytyksiä niin, että hoitotyö on tuloksellista, vaikuttavaa ja laadukasta. Näyttöön perustuvat käytännöt ja substanssiosaaminen korostuvat silloin, kun johtaja toimii lähellä potilashoitoa. Johtaminen hoitotyössä perustuu niin hoitotyön ja johtamisen asiantuntijuuteen, kuin myös palvelu- ja toimintaympäristön tuntemiseen, käytännön kokemukseen ja hoitotyön tutkimusten tuntemiseen. (Valtioneuvosto 2009.)

Hoitotyön johtajalla tulisi olla tarpeeksi niin kliinistä tietämystä, erityistä osaamista johtamisesta, kuin myös visio siitä, miten hoitotyötä kehitetään. Henkilökuntaa tulisi johtaa niin, että hoitajat pystyisivät toteuttamaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä. (Sarajärvi, Mattila & Rekola, 2011, 82.) Työyhteisön tai organisaation kehittymisen ja muutoksen tuulissa mukana pysymiseen tarvitaan osaamisen kehittämistä ja näin ollen myös osaamisen johtamista. Tavoitteiden saavuttamiseksi työyhteisö ja koko organisaatio tarvitsevat henkilökunnan jokaisen yksilön osaamisen. (Laaksonen, Niskanen & Ollila, 2012, 144.)

Organisaatiolle ja sen työntekijöille tärkeitä pääomia ovat taito, tieto ja hiljainen osaaminen. Hiljaista osaamista on paljon varsinkin jo kokeneimmilla työntekijöillä. Kaikenlaisen tietotaidon hyödyntäminen ja huomioiminen on esimiehen tehtävänä osaamisen johtamisessa. Hoitotyössä tietotaidon lisäksi vaaditaan niin tunneosaamisen hallintaa, kuin myös sosiaalista hallintaa. (Laaksonen, Niskanen & Ollila, 2012, 148-149.)

Osaamisen johtamisen välineitä ovat esimerkiksi kehityskeskustelut, koulutus, työnkierto ja perehdytys (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen, 2013, 70). Tässä tutkimuksessa käsitellään osaamisen johtamisen osa-alueista ainoastaan perehdytystä.

4.2.3 Perehdyttäminen osaamisen johtamisen osa-alueena

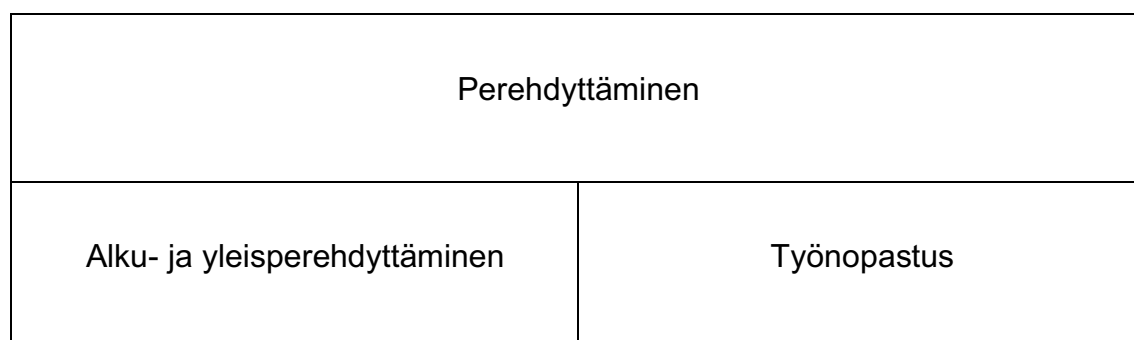
Perehdyttäminen käsittää kaikki ne toimet, joiden avulla uusi työntekijä saadaan osaksi työyhteisöä. Mitä nopeammin perehdytettävä pystyy toimimaan itsenäisesti, sen nopeammin työyhteisö ja organisaatio hänestä hyötyvät. Hyvä perehdytys vie aikaa, mutta sen avulla uusi työntekijä oppii asiat kerralla oikein ja turvallisuusriskit vähenevät. (Joki, 2018.)

Perehdytyksestä määrätään eri laeissa. Työnantajalla on vastuu työntekijän työhön opastamisesta. Työturvallisuuslaki, työsopimuslaki ja laki yhteistoiminnasta yrityksissä, käsittelevät varsinkin perehdyttämistä. (Kupias & Peltola, 2009, 20.) Työturvallisuuslainsäädäntö edellyttää, että työntekijä perehdytetään työpaikan työvälineisiin, työmenetelmiin, turvallisuuteen, työolosuhteisiin ja terveyteen liittyviin asioihin (Haatainen, Kangasniemi, Jokiniemi, Meretoja & Pietilä, 2014, 42). Työsopimuslaissa (luku 2, §1) mainitaan, että "työnantajan on pyrittävä edistämään työntekijän mahdollisuuksia kehittyä kykyjensä mukaan työurallaan etenemiseksi." Samassa pykälässä myös mainitaan, että työtehtävän tai työmenetelmän muuttuessa, on työnantajan pidettävä huoli, että työntekijä pystyy suoriutumaan työstään. (Työsopimuslaki 2001.)

Suomessa teollisuuden alkuaikoina ei perehdytystä juurikaan ollut, vaan ajateltiin, että työ tekijäänsä neuvoo. Teollisilla työpaikoilla kuitenkin huomattiin sotien jälkeen, että kaikki eivät opi vain vierestä katsomalla. Työnantajat myös huomasivat, että nopea oppiminen merkitsi teollisuudelle tehokkuutta ja siten myös urakkatyöntekijälle parempaa palkkaa. 1940- ja 1950-luvulla perehdytystä uudistettiin teollisuuden työnjohdossa. Tällöin korostettiin oikeisiin toimintatapoihin ohjaamista mahdollisimman nopeasti ja yksinkertaisesti. Tärkeää oli myös se, että työnopastajana toimiva henkilö osasi opettaa ja hallitsi opettamansa työn. (Viinamäki, 2018.)

Työhönopastus ei nykypäivänä kuitenkaan pelkästään enää riitä, koska työtehtävät ja organisaatiot ovat muuttuneet entistä monimutkaisemmiksi. Näin ollen myös perehdytys on muuttunut työelämän vaatimusten myötä yhä laajemmaksi ja monipuolisemmaksi. Työntekijöiden täytyisikin myös ymmärtää organisaation eri prosesseja ja se, miten ne ja organisaatio ylipäättään toimivat. (Kupias & Peltola 2009, 13.)

Perehdyttämistä tarvitaan niin uuden työntekijän tullessa työyhteisöön, kuin myös vanhan työntekijän palatessa töihin pitkän poissaolon jälkeen. Kesätyöntekijöiden tai lyhyiden sijaisuuksien tekijöiden perehdyttämiseen on vain vähän aikaa, joten perehdytyksen on oltava tehokasta ja sisällettävä kaikista oleellisin tieto työn kannalta. (Joki, 2018.) Myös työtehtävien muuttuessa, vaikka työympäristö pysyisikin samana, syntyy tarve perehdytykselle. Perehdytys onkin Kupiaksen ja Peltolan mukaan yläkäsite koko kokonaisuudelle (kuvio 5). (Kupias & Peltola 2009, 18-19.)



KUVIO 5. Perehdyttämisen kokonaisuus (Kupias & Peltola, 2009, 19)

Nykyään Suomen terveydenhuollon suuria haasteita ovat etenkin hoitohenkilökunnan saatavuus, työhön rekrytointi ja työssä pysyminen. Uusien hoitajien kokemukseen työn mielekkyydestä ja myös heidän työssä pysymiseensä ovat yhteydessä muun muassa perehdytysohjelmat. Perehdytyksen tuleekin olla tarpeeksi pitkä, kun uusi hoitaja tulee uuteen työpaikkaan. Tämä on myös työturvallisuuslaissa mainittu. (Haatainen, Kangasniemi, Jokiniemi, Meretoja & Pietilä, 2014, 42.) Hoitohenkilökunnan työssä pysyminen on ollut ongelmana myös muualla, kuten esimerkiksi Kanadassa, jossa tilanteeseen pyritään vaikuttamaan tukemalla vastavalmistuneita hoitajia jo heidän ensimmäisessä työpaikassaan. Tämä tapahtui pienryhmissä, joissa kehitettiin kriittisen ajattelun taitoja ja itseluottamusta pohtimalla ja analysoimalla oppimista. (Stewart, Boutin, Murphy-Lavallée & Lizotte 2009, 15).

Ensimmäinen päivä on luonnollisesti tärkeä osa perehdytystä. On kuitenkin laajasti tunnustettu, että perehdytys ei ole vain yksittäinen päivä tai tapahtuma, vaan se on prosessi. (Wallace 2007.) Kupias ja Peltola kuvaavat perehdytystä niin ikään prosessiksi (taulukko 2), joka alkaa jo ennen rekrytointia, miettimällä työtehtävissä vaadittavaa osaamista ja vaatimuksia. Rekrytointivaiheessa mahdolliselle työntekijälle kerrotaan työn ja työyhteisön vaatimuksista ja erityispiirteistä. Tällöin myös työntekijän potentiaalia ja osaamista selvitetään. (Kupias & Peltola 2009, 102-110.)

Tehdyn valinnan jälkeen ennen työhöntuloa hänen kanssaan käydään läpi työsuhteen alkuun liittyviä käytännön asioita. Vastaanottovaiheessa pyritään uudelle tulokkaalle antamaan hyvä ja rauhallinen vastaanotto, jossa myös esimies on läsnä. Ystävällinen ja rauhallinen alku antaa positiivisen ensivaikutelman työstä. Ensimmäisenä työpäivänä perehtyjälle esitellään työkaverit, työtilat ja työpiste. Ensimmäisen viikon aikana pyritään perehtyjää auttamaan pääsemään kiinni uuteen työhönsä. Ensimmäisen viikon perehdytysohjelma voi olla tiukka, mutta on tärkeää huomioida, että kaikkea ei voi omaksua lyhyessä ajassa, vaan täytyy myös opastaa mistä perehtyjä löytää tarvittaessa lisää tietoa. Ensimmäisen kuukauden aikana perehtymisen vastuu siirtyy hiljalleen jo perehtyjälle itselleen. Palautekeskustelu perehdyttäjän kanssa on tässä vaiheessa tärkeä, jotta voitaisiin käydä läpi sekä perehdyttämistä että

perehtymistä ja sitä, kuinka se on onnistunut. Koeajan kuluessa uuden työntekijän tulisi jo selviytyä työstään itsenäisesti ja osata hankkia lisää tarvittavaa tietoa. Perehtyminen voi päättyä myös työsuhteen päättymiseen. Lähtökeskustelussa olisi hyvä myös pyytää työntekijältä arvio ja palaute organisaation perehdytyksestä, jotta siitä saataisiin lisää näkemystä ja kokemusta prosessin kehittämiseen. (Kupias & Peltola 2009, 102-110.)

TAULUKKO 2. Perehdyttämisen vaiheet (Kupias & Peltola, 2009, 102)

Ennen rekrytointia tapahtuva vaihe	
Rekrytointivaihe	
Ennen työhöntuloa tapahtuva vaihe	
Perehdyttäminen työsuhteen aikana:	Uuden työntekijän vastaanottaminen Ensimmäinen päivä Ensimmäinen viikko Ensimmäinen kuukausi Koeajan päätyttyä
Työsuhteen päättymiseen liittyvä vaihe	

Terveysthuollon organisaatioilla on Suomessa eri pituisia ja eri sisältöisiä perehdytysohjelmia (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2014, 54). Perehdytys voi kestää jopa kuukausia, jos kyseessä on esimerkiksi vaativa hoitoyksikkö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 66). Perehdytys tapahtuu myös hieman eri lailla eri toimipaikoissa. Se voi tapahtua esimerkiksi jakamalla kirjallista aineistoa, suullisena esityksenä tai audiotekniikkaa hyväksi käyttäen. Kuitenkin perehdyttäminen toteutuu yleensä työn ohessa oppien. Usein on käytetty kaikkia näitä keinoja ja niistä on koottu oma perehdytysohjelma. (Saarinen, 2014.) Suositusten mukaan näiden perehdytysohjelmien tulisi perustua sairaanhoitajien, heidän perehdyttäjiensä sekä hoitotyön esimiesten tekemään systemaattiseen osaamisen arviointiin. Kansainvälisesti on käytössä erilaisia systemaattisia perehdytysohjelmia ja näistä on myös hyvin tuloksia. Tällaisessa ohjelmassa kliinisesti kokenut yksi tai useampi sairaanhoitaja perehdyttää ja tukee

vastavalmistunutta hoitajaa yksilöllisesti riittävän pitkän ajan. Parhaita tuloksia on saatu kolme - kuusi kuukautta kestäville perehdytysohjelmilla. Iso-Britannian terveydenhuoltojärjestelmän mukaan tällainen systemaattinen perehdytysohjelma on muun muassa lisännyt potilasturvallisuutta ja potilastyytyväisyyttä, lisännyt hoitajien itseluottamusta ja työmoraalia sekä toiminut organisaation rekrytointivalttina. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2014, 54-55.)

McKenna ja Green toteavat tutkimuksessaan, että muutos opiskelijan roolista sairaanhoitajan rooliin vaatii niin henkilökohtaista, kuin myös ammatillista kasvua. Tätä muutosta helpottamaan vaaditaan jatkuvaa tukea. (McKenna & Green 2004.) Uuden hoitajan siirtyminen työelämään on siis haastavaa. Aluksi uusi hoitaja oppii nopeasti ja omaksuu rutiineja, mutta muutamien kuukausien päästä tilalla voi olla huoli ja epävarmuus omassa työssä pärjäämisestä. Tällöin hän tarvitsee tukea työyhteisöltä, ettei epävarmuus aiheuttaisi uupumusta ja tappaisi työssä oppimisen iloa. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2014, 51.) Työyhteisön keskeisimpiä oppimiseen vaikuttavia tekijöitä ovatkin vuorovaikutus ja sosiaalinen ilmapiiri (Kurtti, 2012, 13). Opiskelija voi siten edetä taitoja hankkiessaan ja kehittyessään omalla alallaan aina noviisista asiantuntijaksi (Benner, 1993, 28).

Olisi tärkeää kiinnittää huomiota myös perehdyttäjänä toimivan hoitajan motivaatioon ja ammattitaitoon (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2014, 54). Ensivaikutelman merkitys on suuri ja perehdyttäjä on tässä suuressa osassa. Huonossa tapauksessa voi työsuhteen alku mennä pilalle vääränlaisen perehdyttäjän toimesta. (Saarinen, 2014, 9.) Hyvän perehdyttäjän kriteereihin myös kuuluu, että hän omaa hyvät ohjaajan taidot ja osaa toiminnallaan tukea perehtyjänä olevan henkilön omaa osaamista ja oman oppimisen kehittymistä. On tärkeää, että myös perehdyttäjää tuetaan hänen tehtävässään ja hänelle annetaan palautetta tehdystä työstä. Perehdyttäjä tarvitsee esimieheltään tukea onnistuneeseen perehdyttämiseen. Ilman esimiehen myötävaikutusta perehdytyksen toteutuminen ei organisaatiossa onnistu kunnolla. (Kupias & Peltola, 2009, 111, 57 – 58.) Perehdytyksen onnistumiseen vaikuttaa siis ratkaisevasti myös perehdyttäjä (Lahti, 2007).

Henkilön saama hyvä perehdytys vaikuttaa positiivisesti myös asiakastytyvyyteen. Hyvällä perehdytyksellä pystytään varmistamaan, että asiakas saa oikeanlaiset palvelut ajallaan. Uuden henkilökunnan hyvällä ja onnistuneella perehdyttämisellä pystytään vaikuttamaan myönteisesti myös organisaation maineeseen. Tutkimusten mukaan hyvin hoidettu perehdytys vaikuttaa positiivisesti työntekijän emootioihin, joka puolestaan laajentaa työntekijän valmiutta oppia uutta ja avartaa myös työntekijän havainnointikykyä. (Hakala, 2017.)

4.3 Neurologisen hoitotyön tiedolliset ja menetelmälliset osaamisalueet

Neurologinen hoitotyö on erikoisala, johon kuuluvat ongelmat liittyvät hermoston alueen sairauksiin. Usein kyseessä on vakava ja äkillinen sairaus, jolla on huomattavia vaikutuksia sitä sairastavan ihmisen ajatteluun, tunne-elämään, toimintakykyyn ja tajuntaan. Neurologisista sairauksista käsitellään tässä aivoverenkiertohäiriöt (AVH), parkinsonin tauti, epilepsia, amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS) ja multippeliskleroosi, eli MS –tauti, koska nämä ryhmät ovat yleisimpiä TAYS Hatanpään neurologisilla osastoilla hoidettavia potilasryhmiä. Potilaan hoidolla voidaan tarkoittaa sitä hoidollista kokonaisuutta, jota tarkastellaan juuri ammatillisen hoitotyön näkökulmasta. Se on työtä, jota eriasteiset sairaanhoitajat, sekä lähi- ja perushoitajat tekevät omaan koulutukseensa ja asiantuntemukseensa perustuen, osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. (Salmenperä, Tuli & Virta, 2002, 8-11.)

Neurologisen potilaan hoitotyö on suurelta osin myös tarkkailua. Tajunnantaso tarkkaillaan Glasgow'n kooma-asteikon (GCS) avulla. Kooma-asteikko perustuu silmien avaamisen, puhumisen ja liikevasteen testaamiseen. Neurologisilta potilailta tarkkaillaan myös mm. pupilleja ja silmien liikkeitä. Siinä arvioidaan mm. pupillien kokoa, valoreaktiota, katseen kohdentamista ja katseen suuntaa. Raajojen toimintaa tutkitaan esimerkiksi testaamalla puolierot oikean ja vasemman puolen välillä sekä testaamalla lihasten voimaa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2006, 89-90.)

4.3.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) hoitotyö

Aivoverenkiertohäiriöillä tarkoitetaan kahta hyvin erilaista tilaa, jotka ovat paikallinen aivovaltimon verenvuoto, eli hemorragia ja paikallinen aivokudoksen verettömyys, eli iskemia. Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt jakaantuvat edelleen ohimeneviin TIA –kohtauksiin ja varsinaisiin aivoinfarkteihin. Valtimovuodot, eli valtimorepeämät voivat tapahtua aivoaineeseen, jolloin puhutaan aivoverenvuodosta tai lukinkalvonalaisen tilaan, jolloin kyseessä on subaraknoidaalivuoto (SAV). Noin 14000 ihmistä sairastuu maassamme vuosittain erilaisiin aivoverenkiertohäiriöihin ja noin 25% heistä on vielä työikäisiä. Tähän myös kuolee vuosittain noin 5000 ihmistä, joten aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa myös kolmanneksi yleisin kuolinsyryryhmä. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) aiheuttavat ihmisillä myös eniten laatupainotteisten elinvuosien menetystä, sillä puolelle eloonjääneistä jää jokin pysyvä haitta. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2006, 271 –272.)

Aivoinfarktipotilaalla esimerkiksi hoidon tavoitteena on peruselintoimintojen varmistaminen, lisävaurioiden ja komplikaatioiden ehkäisy sekä kuntoutuksen varhainen aloittaminen. Potilasta tuleekin tarkkailla ympärivuorokautisesti akuutissa vaiheessa. Oireiden muuttumisesta ja lisääntymisestä ilmoitetaan lääkärille (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 704).

Verensokeriarvojen tulisi olla alle 8 mmol/l, koska kohonnut verensokeri saattaa akuutissa vaiheessa pahentaa iskeemistä vauriota ja aivoödeema sekä lisätä infarktin vuotoriskiä. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa myös lämmönsäätelyn häiriöitä. Edellä mainituista syistä potilaan kehon lämpötilan tulisikin olla enintään 37,5C. Ensisijaisena lääkityksenä käytetään parasetamolia. Kohonnutta verenpainetta lasketaan lääkkeellisesti vain, jos se on yli 220/120 mmHg tai yli 185/110 mmHg antikoagulaatiopotilaalla. Kohonnut verenpaine kuuluu aivoinfarktin alkuvaiheeseen. Mikäli kallonsisäinen paine on normaali voi myös hengitystä tehostaa PEP –pullopuhalluksin. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 705.)

Ravitsemus aloitetaan suun kautta vasta kun nielemisen on todettu olevan turvallista, joten aluksi potilaalle saatetaan laittaa nenä-mahaletku. Nieleminen aloitetaan sileillä soseilla ja paksuilla nesteillä aspiraatiovaaran takia. Suu tulee myös puhdistaa huolellisesti aina ruokailun jälkeen. Ulostamisen ja virtsaamisen häiriöt ovat myös alkuvaiheessa tavallisia tuntuu puutoksien takia. Tarvittaessa potilas kertakatetroidaan. Potilaan tulee kuitenkin välttää ponnisteluja, joten suolentoiminnasta huolehditaan tarvittaessa laksatiivien avulla. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 705.)

Edellä mainittujen esimerkinomaisten tiedollisten osaamisalueiden lisäksi hoitajan tulee hallita myös siihen liittyvä menetelmällinen osaaminen, jotta hän voisi toteuttaa onnistuneesti käytännön hoitotyötä, mikä myös ilmenee edellä olevassa kuvauksessa. Tällöin tiedollisena osaamisalueena voidaan esimerkiksi nähdä potilaan verensokeriarvojen mittaamisen tarpeen tunnistaminen, arvojen tulkitseminen sekä poikkeaviin arvoihin reagointi ja niihin liittyvien hälyttävien oireiden tunnistaminen. Menetelmällisenä osaamisalueena olisi siinä tapauksessa esimerkiksi verensokerin mittaus ja insuliinin pistäminen. Tämä vaatimus osata tiedollisen osaamisen lisäksi myös menetelmällinen osaaminen koskee luonnollisesti kaikkia hoidettavia sairausryhmiä. Tässä opinnäytetyössä on esimerkkejä tiedollisen ja menetelmällisen osaamisen vaatimuksista myös muiden neurologisten sairausryhmien osalta.

4.3.2 Parkinsonin tautia sairastavien hoitotyö

Kyseessä on yleensä hitaasti etenevä ja krooninen keskushermoston sairaus, joka aiheutuu aivojen Substantia nigra -tumakkeen hermosolujen tuhoutumisesta. Tämä johtaa lopulta dopamiinin puutteeseen, koska juuri ko. hermosolut valmistavat sitä. Dopamiini on ns. välittäjäaine, jonka puutos puolestaan aiheuttaa ”tietokatkoksia” aivojen niissä osissa, jotka säätelevät lihasten toimintaa ja liikkeitä. Parkinsonin tautia sairastaa 0,1-0,2% suomalaisista ja keskimäärin tauti alkaa noin kuusikymmentä -vuotiaana. Miehillä Parkinsonin tauti on jonkin verran yleisempää kuin naisilla. (Salmenperä, Tuli & Virta, 2002, 175.)

Parkinsonin taudissa parantavaa hoitoa ei ole, mutta oleellista on oireiden lievittäminen. Lisäksi tuetaan selviytymistä arkitoiminnoissa. Ohjauksen tarve korostuu etenkin liikkumisen, puhevaikeuksien, ravitsemuksen ja hengityksen suhteen. Tässä korostuvat puheterapian ja fysioterapian tarve. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 721-722.) Hoitajan tulee huomioida työssään nämä asiat.

Normaalia suurempi hikoilu ja talineritys huomioidaan myös hoitotyössä, kuten myös mahdollinen ummetus. Lisäksi potilaan mielialan merkitys on oleellinen. Ruokailujen yhteydessä on otettava huomioon mm. lepovapina ja mahdolliset pakkoliikkeet. Ne myös lisäävät energiankulutusta. Paksuvartistet ruokailuvälineet voivat helpottaa ruokailua. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 722-723.)

Menetelmälliset vaatimukset hoitajalle ovat varsin moninaiset. Hänen tulee hallita sairauden edellä mainittuihin ominaispiirteisiin liittyvä osaaminen, mikä tarkoittaa esimerkiksi taitoa käyttää ja ohjata potilasta käyttämään tarvittavia liikkumisen ja ruokailun apuvälineitä. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 722.)

4.3.3 Epilepsiaa sairastavien hoitotyö

Epilepsia on sairaus, jossa potilaalla on taipumus saada toistuvasti epileptisiä kohtauksia ilman siihen erityisesti altistavia tekijöitä. Kohtauksella tarkoitetaan normaalista poikkeavan purkauksellisen aivosähkötoiminnan seurauksena esiintyviä aivotoiminnan häiriöitä, jotka ovat ohimeneviä. Yleisimpiä kohtausoireita ovat kouristelu, tajunnan ja käyttäytymisen häiriöt sekä aistihäiriöt. On huomattavaa, että kuka tahansa voi saada epileptisen kohtauksen esimerkiksi stressin, runsaan alkoholinkäytön tai valvomisen seurauksena. (Salmenperä, Tuli & Virta, 2002, 204.)

Epilepsiaa esiintyy jokaisessa ikäluokassa. Osaan epilepsioista liittyy perinnöllinen alttius sairastua siihen. Useimmiten epilepsiaan sairastutaan lapsena tai iäkkäänä. Hoitoa epilepsiaan tarvitaan joskus läpi koko elämän.

Lääkehoidon tavoitteena on aina kohtauksettomuus. Pitkittyneestä kohtauksesta, status epilepticus, puhutaan, kun kohtaus on kestänyt yli 30 minuuttia tai kohtaukset tulevat toistuvasti niin usein, ettei potilas ehdi niiden välillä toipumaan. Hoitajan on tärkeä huomata, että status epilepticuksen oire ei ole välttämättä koristelu tai tajuttomuus, vaan se voi olla lievempioireinenkin. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2006, 110- 114.)

Hoitajan tulee osata tunnistaa oireiltaan hyvinkin monimuotoiset epileptiakohtaukset ja hallita myös niiden ensihoito. Epileptiakohtauksen aikana hoitajan on tarkkailtava monia erilaisia asioita, joita ovat mm. potilaan hengitys, katseen suunta, pupillit, virtsarakon ja suolen pidätyskyky, tajunta, ihon väri ja lämpö sekä vartalon asento, pureminen ja tajuttomuuden, lihasjännityksen sekä kouristuksen kesto aika ja tarkka ajankohta. Lisäksi potilaalta tulee mitata mm. verenpaine, syke, happisaturaatio, lämpö ja sydänfilmi. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 729-730.)

Epileptiapotilas tarvitsee myös ohjausta, koska epilepsian itsehoito on tärkeää. Säännöllinen ja myönteinen elämänsäsenne sekä –rytmi ovat tärkeitä. Tämä pitää sisällään säännölliset ruokailuajat, riittävän ja säännöllisen yöunen. Potilas saa rasittaa itseään kuitenkin kohtuullisesti. Stressi, psyykinen ja fyysinen liikarastitus, valvominen ja epäsäännöllinen nukkuminen, voimakas saunominen ja mahdollisesti vilkkuvalot voivat olla epileptiakohtauksia provosoivia tekijöitä. Muita altisteita ovat mm. paasto, epäsäännöllinen ruokailu, alkoholin tai muiden nautintoaineiden käyttö, etenkin krapula sekä korkeakuumeiset infektiot. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 731.)

4.3.4 Amyotrofinen lateraaliskleroosia (ALS) sairastavien hoitotyö

Amyotrofisessa lateraaliskleroosissa (ALS) on kyse tahdonalaisen lihaksiston heikkenemiseen ja surkastumiseen johtavasta sairaudesta, joka useimmiten johtaa kuolemaan 3-5 vuodessa. Tämä tapahtuu liikehermoratojen rappeutumisen seurauksena ja sen syy on tuntematon. Vuosittain Suomessa noin 150 ihmistä sairastuu siihen ja sitä sairastaa keskimäärin 350-400 ihmistä

maassamme. Sairastuminen tapahtuu yleensä 55-60 –vuotiaana. (Salmenperä, Tuli & Virta, 2002, 204.)

Hengityksen osalta tavoitteena on potilaan hengityslihasten toimintakyvyn ylläpito ja riittävä hengitystyö pneumonian ja aspiraation ehkäisemiseksi. Potilaan vuoteenpääty pidetään koholla. On erittäin oleellista myös kirjata hoitokertomukseen potilaan mielipide pysyvästä hengityslaittehoidosta, sillä hengityksen vajaatoiminta etenee. Pääsääntöisesti sitä ei suositella. Potilaan rintakehän liikkuvuutta tulee parantaa ja yskimistä helpottaa. Tähän liittyvät oikea hengitystekniikka, hengitysharjoitukset ja liman poisto. Potilasta ohjataan hengityspalkeen käyttöön ja tarvittaessa limaa imetään. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 728.)

Riittävä ravitsemuksen saanti ja nesteytys on tärkeää. Bulbaarialueen lihasten heikkeneminen kuitenkin altistaa potilaan ruuan, syljen ja liman aspiroimiselle. Tarvittaessa tulee konsultoida nielemisestä puheterapeuttia ja käyttää klinisiä ravintovalmisteita, sosemaista tai pehmeää ruokaa ja sakeuttamisaineella sakeutettuja juomia. Nielemisvaikeuksien edetessä potilaalle asennetaan gastroomaletku. Ruokaillessa tulee huomioida etukumara istuma-asento, jolloin pää on suorassa tai hieman eteenpäin kumartuneena. Kuumia ja kylmiä juomia tulee myös välttää, koska ne lisäävät yskänärsytystä. Happamat ja makeat juomat taas lisäävät syljeneritystä, joka ei ole suotavaa. Poreileva kylmä juoma voi kuitenkin stimuloida nielemisrefleksiä. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 728.)

Kommunikaatio-ongelmia pyritään ratkaisemaan käden vielä toimiessa esimerkiksi kirjoittamalla tai kommunikaattorin avulla. On tärkeää myös tukea ja ohjata potilasta sekä tämän omaisia. Keskustellaan sairaudesta, sen oireista, hoidosta ja ennusteesta. (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen, 2013, 729.)

4.3.5 Multippeliskleroosia (MS –tauti) sairastavien hoitotyö

Kyseessä on tulehduksellinen ja krooninen sairaus, joka johtaa keskushermoston valkean aineen pesäkemäisiin vaurioihin. Se on luonteeltaan monioireinen ja etenemistavaltaan vaikeasti ennakoitava. MS –tautia sairastaa maassamme noin 6000 ihmistä. Se on myös yleisin vakava neurologinen sairaus nuorilla aikuisilla. Yli puolet potilaista saa diagnoosinsa ikävuosien 20-40 välillä. Sairauden oireet liittyvät mm. mielialaan, kognitiivisiin suorituksiin, jaksamiseen, lihasvoimaan ja lihastonukseen, näköön, tuntoon, koordinaatioon ja tasapainoon, kipuihin, virtsarakon sekä suoliston toimintaan, seksuaalisiin toimintoihin ja kohtauksellisiin oireisiin. (Ruutiainen & Tienari, 2006, 379, 383, 387-391.)

MS- tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta toimintakyvyn muutoksia ja taudin kulkua pystytään muuntamaan interferonihoidolla. Hoitoa ei aloiteta, jos tauti ei ole aktiivinen. Taudin aktiivisuuden merkkinä on, että MS -taudilla on ollut vähintään kaksi pahenemisvaihetta hoitoa edeltäneen kahden vuoden aikana. Hoitoa annetaan pistoksina. Sairaanhoidaja opettaa potilaalle lääkkeen oikean käsittelyn ja oikean pistostekniikan. Taudin pahenemisvaiheessa potilaalle voi tulla myös virtsaamisvaikeuksia. Tällöin aloitetaan kertakatetroinnit ja hoitaja opettaa potilaalle itsekatetroinnin. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2006, 118 – 119.) Hoitajan menetelmällisenä osaamisena tässä tulee esiin pistosten antaminen ihon alle ja lihakseen sekä katetrointi.

4.3.6 Potilasturvallisuus hoitotyössä

Potilasturvallisuus voidaan määritellä eri tavoin, riippuen miltä kannalta asiaa ajatellaan. WHO (World Health Organization) määrittelee potilasturvallisuuden yksinkertaisesti potilaiden terveydenhoitoon liittyvien virheiden ja epäsuotuisien vaikutusten ehkäisyksi (WHO 2020).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan potilasturvallisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan sitä, että potilas saa oikean ja tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuuden lisäksi lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden

laiteturvallisuus. Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää järjestelmällistä sekä suunnitelmallista toimintatapaa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeanlaista hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Hoidosta tulisi aiheutua mahdollisimman vähän haittaa potilaalle. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Turvallisuus, virheiden minimointi, työtehtävien oppiminen ja osaamisen jakaminen ovatkin esimerkkejä tarpeista, jotka ohjaavat yrityksiä perehdyttämään työntekijöitään (Kupias & Peltola, 2009, 17).

Juuri valmistuneet sairaanhoitajat ja heidän perehdyttäjänsä kokivat, että hoitotyön tekniset näkökohdat, kuten esimerkiksi käyttäjille uusien laitteiden käyttö ja suonensisäisten lääkkeiden antaminen aiheuttivat eniten juuri potilasturvallisuuteen liittyvää epävarmuutta (Myers, Reidy, French, McHale, Grisholm & Griffin 2010, 163-171).

Jos potilas tai hänen omaisensa eivät ole tyytyväisiä hoitoon tai kohteluun, jota terveydenhuollon yksikössään on saanut, voi hän jättää palautetta hoitavaan yksikköön. Asiasta voi tehdä myös kantelun Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastoon tai sen alueen aluehallintovirastoon, jonka alueella potilas on tai on ollut hoidettavana. (Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos 2018.)

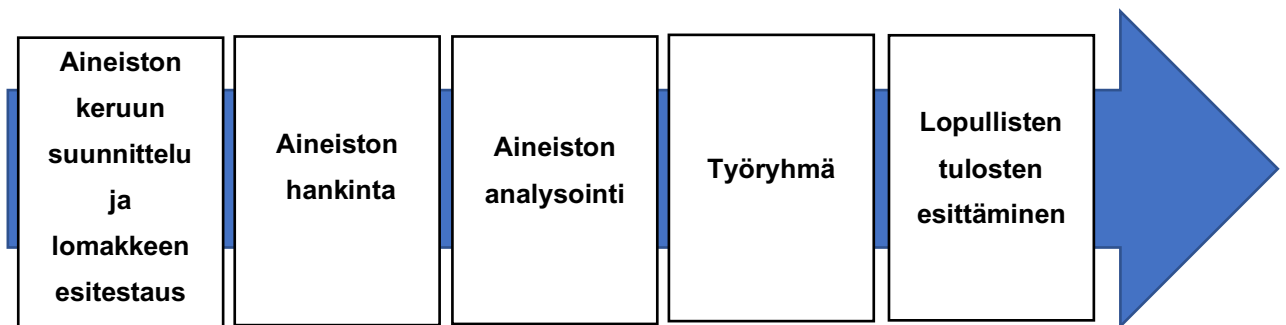
5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tämä opinnäytetyö perustuu laadulliseen tutkimukseen, jonka lähestymistapa oli toimintatutkimuksellinen. Kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus on tutkimuksen muoto, jossa korostetaan ihmisen omaa merkitystä oman maailmansa kokijana, havainnoijana ja toimijana. Laadullinen tutkimus operoi pelkästään kielellä ja teksteillä, toisin kuin määrällinen, eli kvantitatiivinen tutkimus, jolle keskeisiä ominaisuuksia ovat mitattavuus ja numerot. Toimintatutkimus puolestaan määrittellään usein siten, että tutkimuksen keskiössä ja lähtökohtana on jokin konkreettinen ongelma tai kehittämistehtävä, jonka ratkaisemiseksi varsinainen tutkimus lopulta tehdään. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 69, 80, 82.) Tämän opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat olivat osin myös työelämälähtöisiä.

5.1 Tutkimuksen toteutuksen prosessi

Tutkimuksen toteutuksen prosessi noudatti alla olevan kuvion 6 kolmea ensimmäistä vaihetta ja se kuvataan tarkemmin kappaleissa 5.3, 5.4 ja 5.5. Tutkimuksen toteutuksen prosessi muodostui aikajärjestyksessä aineiston keruun suunnittelusta ja lomakkeen esitestauksesta, aineiston hankinnasta sekä aineiston analysoinnista.

Aineiston analysoinnin jälkeinen työryhmätyöskentely ja sen perusteella muodostettu perehdyttämismallilomake Tampereen yliopistollisen sairaalan TAYS Hatanpään neurologisille osastoille eivät kuuluneet varsinaiseen tutkimuksen toteutuksen prosessiin, vaan olivat osa tutkimustulosten hyödyntämistä toimeksiantajaorganisaation sisällä. Siten ne muodostivat yhdessä tutkimuksen toteutuksen prosessin kanssa varsinaisen opinnäytetyöprosessin. Työryhmän työskentelyä ja sen tuloksena syntynyttä perehdyttämismallilomaketta käsitellään tarkemmin tämän opinnäytetyön luvuissa 6.3 ja 7.



KUVIO 6. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

5.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimukseen otettiin mukaan 59 työntekijää, jotka osallistuivat neurologisten potilaiden hoitoon. Osastolla HV1 potentiaalisia vastaajia oli 28 ja osastolla HV2 31 kpl. Joillakin vastaajilla oli kaksoisrooli, kuten apulaisosastonhoitajalla ja hoidonkoordinaattorin sijaisella, jotka olivat myös potilastyössä. Siten myös he osallistuivat tutkimukseen. Osallistumisen kriteerinä oli lisäksi vähintään puolen vuoden työkokemus hoitotyöstä ko. osastoilla. Osallistujan toimen vakinaisuudella tai koulutuksella ei ollut merkitystä. Tämän opinnäytetyön tekijät eivät osallistuneet tutkimukseen.

5.3 Aineiston keruun suunnittelu ja lomakkeen esitestausta

Tutkimus päätettiin tehdä laadullisena tutkimuksena, koska toimeksiantajalla oli jo valmiiksi mietitty ehdotus siitä, miten tutkimus voitaisiin toteuttaa. Opinnäytetyöntekijät pääsivät kuitenkin esittämään mielipiteensä ja olisivat voineet myös päättää asian toisin.

5.3.1 Kysymyslomake

Yleisin tapa tehdä laadullista tutkimusta Suomessa viime vuosina lienee ollut nimenomaan teemahaastattelu (Eskola & Suoranta, 2014, 88). Päädyimme kuitenkin tekemään tutkimuksemme kyselylomaketta käyttäen, koska toimeksiantajalla oli jo valmis ajatus siitä, miten tutkimus tultaisiin toteuttamaan. Ehdotusta puolsi lisäksi myös sen toteuttamisen yksinkertaisuus. E –lomakkeella tieto olisi helppoa ja nopeaa kerätä sekä analysoida. Haastattelujen litterointi jäisi kokonaan pois ja toimeksiantajan olisi myös helpompi järjestää vastaajille vastaamisen käytettävä työaika.

Opinnäytetyöhömmme liittyvän kysymyslomakkeen sisältö oli siis työelämälähtöinen. Kysymyksiä oli kaksi ja ne olivat muodoltaan avoimia. Vastaajilta kysyttiin, miten he perehdyttäisivät osastolle töihin tulleen juuri valmistuneen sairaanhoitajan tai vaihtoehtoisesti jo viisi vuotta työelämässä olleen sairaanhoitajan, jolla ei ole lainkaan neurologista työkokemusta (liite 5). Patricia Bennerin esittämässä nk. Dreyfusin mallissa nämä hoitajien arkkityypit vastaavat lähinnä edistynyttä aloittelijaa ja pätevää hoitajaa, joka omalla erikoisalallaan olisi jo pätevä hoitaja. (Benner 1993, 28.)

Opiskelija voi Patricia Bennerin esittämän nk. Dreyfusin mallin mukaisesti edetä kehittyessään ja taitoja hankkiessaan viiden vaiheen kautta noviisista aina asiantuntijaksi. Nämä vaiheet, eli tasot kuvastavat ammattitaitoisen suorituksen muutoksia kolmella eri osa-alueella. Osa-alueista ensimmäinen on siirtyminen abstraktien periaatteiden varassa toimimisesta aiemmin koettujen todellisten tilanteiden käyttöön paradigmoina. Toinen osa-alue liittyy muutokseen, jossa tilanne pystytään hahmottamaan yhä enemmän yhtenä suurena kokonaisuutena kuin erillisinä, mutta yhtä tärkeinä osina. Kolmas osa-alue on siirtyminen ulkopuolisen havainnoijan roolista osallistuvan suorittajan rooliin. (Benner 1993, 28.)

Käytäntö ilman teoriaa ei mahdollista taitavaa käyttäytymistä monimutkaisia selviytymistaitoja vaativilla aloilla, kuten hoitotyössä. Toisaalta teorialla ilman käytäntöä on edellistäkin huonommat mahdollisuudet onnistua. Siten teoria ja käytäntö yhdistyvät toisiaan tukevaksi, keskinäiseksi ja omaehtoiseksi

prosessiksi, kun sairaanhoitaja kehittää taitojaan. Vain molempien osa-alueiden kehittäminen ja arvostus mahdollistavat todellisen asiantuntijuuden saavuttamisen. (Benner, Tanner & Chesla, 2009, 1-2.)

Edellä kuvattuja vaiheita ovat noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Edistynyt aloittelija kuvataan sairaanhoitajaksi, joka kykenee suorituksiin, jotka täyttävät vähimmäisvaatimukset. Hän on jo itse ollut riittävän monessa todellisessa tilanteessa, voidakseen itse tai ohjaajan avustuksella huomata eri tilanteiden merkitykselliset ja toistuvat osatekijät, joista Dreyfusin mallissa käytetään nimeä tilanteen aspektit. (Benner 1993, 34.)

Pätevä hoitaja puolestaan kykenee näkemään jo oman toimintansa tietoisten pitkäaikaisten suunnitelmien ja tavoitteiden valossa. Yleensä hän on työskennellyt samantyyppisissä tehtävissä 2 -3 vuotta. Taitava hoitaja huomaa potilaan tilan heikkenemisen tai muun ongelman usein jo ennen kuin havaittavat muutokset ilmenevät hänen vitaalitoiminnoissaan. Tämä taso vaatii yleensä 3 – 5 vuoden työskentelyä samanlaisen potilasaineiston parissa. Taitava hoitaja kuitenkin palaa pätevä hoitajan tasolle, jos hän kohtaa kokonaan uudenlaisen tilanteen. (Benner 1993, 37-41.)

Opinnäytetyöhömmme liittyvän kyselylomakkeen esitestaus järjestettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan, TAYS Hatanpään, infektio-osastolla B0. Esitestaukseen osallistujille lähetettiin sähköpostitse opinnäytetyöhön liittyvän henkilöstökyselyn varsinaisille osallistujille tarkoitettu saatekirje sekä hyperlinkki E -lomakkeeseen. Esitestaajille kohdistetussa ohjeessa pyydettiin heitä vastaamaan kyselyyn oman osastonsa erikoisalana näkökulmasta ja kommentoimaan lisäksi lomaketta sähköpostitse sen tekijöille. Vastaajia pyydettiin erityisesti arvioimaan kysymysten, kysymyslomakkeen ja vastausohjeiden selkeyttä ja lisäksi laskemaan se aika, joka vastaamisen heiltä kului. Ohjeistuksessa myös kysyttiin, tallensivatko vastaajat vastauksensa välillä ja kestikö vastaaminen heidän mielestään liian kauan. Oli myös oleellista tietää, puuttuiko vastaajien mielestä kysymyslomakkeesta jotakin olennaista tai oliko siinä jotakin turhaa.

Annettuun määräaikaan mennessä, joka oli yksi viikko, ei saatu vielä tarvittavaa määrää vastauksia. Osallistumiskehotuksen jälkeen odotettiin vielä toinen viikko, minkä aikana vastauksia tuli kolme kappaletta, eli määrä, jota etukäteen tavoiteltiin. Näistä yksi oli kuitenkin tyhjä E-lomake ilman kommentteja. Vastaamisesta muistutettiin jälleen, jonka tuloksena saatiin vielä yksi vastaus. Tähän meni siis huomattavasti enemmän aikaa, kuin etukäteen oli suunniteltu.

Saatujen vastauksien perusteella, kysymyksiä tarkennettiin vielä lisäämällä niihin konkreettisia esimerkkejä. Vastauslomakkeessa myös painotettiin, että tutkimuksen kohteena oleva perehdytys liittyy nimenomaan neurologisten potilaiden hoitoon, eikä esimerkiksi toimintaympäristöön. Myös vastaamisen tarvittavan ajan tarve korostui ja vastaaminen todennäköisesti vaatisi sille varatun erillisen ajan.

5.4 Aineiston hankinta

Kysely toteutettiin e- lomakkeella (liite 4), jossa oli kaksi avointa kysymystä. Näitä kysymyksiä edelsi lyhyt johdanto, joka muodosti kehyskertomukseksi kutsutun orientaation. Tätä nimenomaista tapaa kerätä aineistoa laadulliseen tutkimukseen kutsutaan eläytymismenetelmäksi. (Eskola & Suoranta, 2014, 111-112.) Eläytymismenetelmä on tutkimusaineiston keräämisen tapa, jossa vastaajat kirjoittavat pieniä esseitä tai lyhyehköjä tarinoita tutkijan antamien ohjeiden mukaan (Eskola, 2010, 72). Jokainen vastaaja sai e –lomakkeen sähköpostitse hyperlinkkinä. Mukana oli myös saatekirje (liite 4). Jokaisella vastaajalla oli myös mahdollisuus tallentaa välillä vastauksensa ja vastata näin useassa osassa. Linkki omiin keskeneräisiin vastauksiin tuli vastaajille sähköpostitse. Vastaajat saivat kirjoittaa vastauksensa täysin vapaamuotoisesti esimerkiksi käyttämällä erilaisia luetteluita, kuten ranskalaisia viivoja tai kirjoittamalla esseen tai tarinan.

Vastaamista varten varattiin molemmilla osastoilla neljä erillistä tunnin pituista ajanjaksoa, jolloin omatoimisesti oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Vastaamaan pystyi koska tahansa vastaamiseen annetun ajan 20.6-5.8.2018 puitteissa. Tällä vältettiin kesälomakauden aiheuttama ongelma, sillä kenenkään

loma ei yhtäjaksoisesti kestänyt neljää viikkoa kauempaa, eikä kenenkään vastaus jäänyt saamatta kiireisen työpäivän vuoksi. Vastaamisesta muistuteltiin koko ajan mm. osastoilla olevien inforuutujen välityksellä.

5.5 Aineiston analysointi

Kyselyyn saatiin määräajassa 15 vastausta, joiden lisäksi neljä vastausta oli tallennettu keskeneräisenä. Ne kuitenkin huomioitiin tässä opinnäytetyössä.

Yleensä kerätty materiaali, kuten paperiset kyselylomakkeet ja nauhoitukset eivät sellaisenaan sovi analysoitavaksi, vaan ne pitää käsitellä jotenkin, jotta aineisto saadaan hallittavaan muotoon. Tämä voidaan kuitenkin joissakin tapauksissa huomioida jo materiaalin keräysvaiheessa, esimerkiksi käyttämällä sähköistä kyselylomaketta. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen, 2014, 118.) Sähköisen kyselylomakkeen käyttäminen oli siten tietoinen ratkaisu, joka osaltaan helpotti varsinaisen analyysiprosessin käynnistymistä.

Henkilöstökyselystä saadut vastaukset tulostettiin paperille ja saatu aineisto analysoitiin teemoittelemalla, sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysi on laadullisen aineiston analyysin perustyökalu. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2014, 190.) Teemoittelu on laadullisen aineiston pilkkomista ja uudelleenryhmittelyä eri aihepiirien mukaan. Siten on mahdollista vertailla eri teemojen esiintymistä aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 105-107.)

Koko aineisto analysoitiin yhdessä. Erityistä huomiota kiinnitettiin myös siihen, ettei yhtäjaksoinen työskentelyaika muodostunut liian pitkäksi. Henkilöstökyselyn tulokset tulostettiin paperille, jotka käytiin läpi. Analyysiprosessi noudatti aineistolähtöisen analyysin päävaiheita, joita ovat järjestyksessä yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi, joka on mukana jo aineiston pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheissa. (Kylmä & Juvakka, 2007, 116-119.)

Alkuaan oli tarkoitus alleviivata alkuperäisestä aineistosta kaikki ne alkuperäisilmaisut, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Pian kuitenkin

huomasimme, että näin tehdessämme alleviivaisimme käytännössä melkein koko aineiston. Tämä johtui pitkälti siitä, että aineistomme muodostui kysymyslomakkeiden vastauksista ja oli siten varsin tiivistä. Päädyimme siksi tekemään pelkistykset suoraan vastauslomakkeista. Pelkistysten perusteella muodostettiin aineistosta alaluokat ja niille lopulta myös yläluokat, jotka sittemmin siirrettiin liitteenä oleviin taulukoihin (liitteet 7 ja 8). Jotta pystyimme hahmottamaan koko kokonaisuuden taulukoiden muotoon, kirjoitimme henkilöstökyselyn pelkistykset sekä ala- ja yläluokat lopuksi kahdelle erilliselle isolle pahville. Kaikki työvaiheet tarkistettiin aina toiseen kertaan, jotta voitiin olla varmoja analyysin virheettömyydestä.

Samat asiat alkoivat toistua vastauksissa yllättävän nopeasti jo ensimmäisen kysymyksen yhteydessä, eli saturaatiopiste saavutettiin melko nopeasti. Kaikki vastaukset kuitenkin analysoitiin, koska kyseessä oli koko henkilöstölle tehty kysely ja haluttiin saada mahdollisimman tarkka ja yksityiskohtainen kuva heidän mielipiteistään. Työryhmän työskentelyä varten yhdistimme lopuksi kahdesta eri kysymyksestä saadut tulokset samaan kuvioon, koska niiden välillä ei juurikaan ollut eroja.

Saturaatio tarkoittaa laadullisessa tutkimuksessa aineiston kylläntymistä. Tämä tapahtuu silloin, kun uudet osallistujat eivät tuota enää uusia näkökulmia tai elementtejä tutkittavaan ilmiöön. (Kylmä & Juvakka, 2014, 27.)

Vaikka rajasimme kaikki toimintaympäristöön kuuluvat asiat tämän tutkimuksen ulkopuolelle, aineistosta löytyi myös asioita, jotka liittyivät toimintaympäristön lisäksi myös neurologisen potilaan hoitotyöhön, kuten pelkistykset ”elvytyskärry” tai ”potilaskutsujärjestelmän toiminta”.

Rajasimme aineistoa kaiken kaikkiaan päätöksillä, joiden perusteet liittyivät juuri opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Tästä esimerkkinä voidaan mainita ilmaisu neurologian yleispiirteet, joka kuuluu ennemminkin lääkärin, kuin hoitajien perehdytykseen. Mikäli saatu vastaus ei jostakin syystä ollut ymmärrettävä, jätettiin se myös taulukon ulkopuolelle.

Henkilöstökyselyn tuloksista koostettu yhteenveto esitettiin sen jälkeen työryhmässä, johon suunniteltiin kuuluvaksi tämän opinnäytetyön tekijöiden lisäksi, molempien osastojen osastonhoitajat, apulaisosastonhoitaja, hoidonkoordinaattori ja hänen sijaisensa sekä tietyin kriteerein valitut hoitohenkilökunnan edustajat kummaltakin osastolta. Työryhmän tehtävä oli päättää TAYS Hatanpään neurologisten osastojen perehdytysmallilomakkeen sisällöstä tehdyn henkilöstökyselyn tuloksien pohjalta, lisäten tai poistaen siitä perustellusti asioita oman harkintansa mukaan. Opinnäytetyön pohdintaosuudessa esitetään lyhyesti myös tämä ehdotus ja kuvataan sitä prosessia. Opinnäytetyömme tulokset tarkoittavat kuitenkin henkilöstökyselyn avulla saatuja vastauksia.

5.6 Työryhmän työskentely

Mahdollisuudesta osallistua työryhmän työskentelyyn tiedotettiin molempien osastojen sisäisillä inforuuduilla sekä sähköpostitse kaikille potentiaalisille vastaajille. Tämän jälkeen osastonhoitajat ottivat vastaan ilmoittautumisia, joten kaikkien ilmoittautuneiden anonymiteetti säilyi osaston muuhun henkilökuntaan nähden, vaikkeivat he olisi tulleetkaan valituksi työryhmään. Yksi mahdollinen ongelma, jonka tiedostimme jo etukäteen, olisi vapaaehtoisten valinta liian suuresta joukosta, sillä toinen neurologisista osastoista oli vaihtanut erikoisalaansa tammikuussa 2011, joten hyvin monella hoitajalla on täsmälleen yhtä pitkä neurologinen työkokemus.

Opinnäytetyön tekijät eivät osallistuneet työryhmässä varsinaiseen päätöksentekoon. Työryhmään osallistuvilta hoitajilta edellytettiin vähintään viiden vuoden neurologista työkokemusta ko. osastoilta ja osallistuminen perustui lisäksi vapaaehtoisuuteen. Kummaltakin osastolta valittiin vain yksi lähi- ja yksi sairaanhoitaja. Mikäli halukkaita olisi ollut täytettäviä paikkoja enemmän, olisi valinta tehty neurologisen työkokemuksen pituuden perusteella. Vapaaehtoisia löytyi juuri tarvittava määrä, eikä valintaa siten jouduttu tekemään.

Kaikille kutsutuille jaettiin etukäteen henkilöstökyselyn tuloksista yhteenveto ja nykyisin käytössä oleva perehdytyslomake, jotta he pystyisivät perehtymään

asiaan jo ennalta. Samalla annettiin myös tilanteeseen liittyvä ohjeistus. Tämä tehtiin kasvotusten, jotta mahdollisiin kysymyksiin pystyttiin vastaamaan välittömästi. Lisäksi kutsutuilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä myös tämän jälkeen ennen työryhmän kokoontumista.

Työryhmän ensimmäinen suunniteltu kokoontumiskerta kuitenkin peruuntui. Varsinaiseen kokoukseen pääsivät toisella yrittämällä opinnäytetyön tekijöiden lisäksi ainoastaan toinen osastonhoitaja ja kolme henkilökunnan edustajaa, joista kaksi oli lähihoitajia ja yksi sairaanhoitaja. Muutos työryhmän kokoonpanossa johtui pitkälti TAYS Keskussairaalan Neurologisen kuntoutuksen vuodeosasto NEKU:n yhdistymisestä toiseen neurologiseen osastoon, joka sitoi samanaikaisesti joidenkin alkuperäisen työryhmän jäsenten työpanoksen.

Osastonhoitaja avasi työryhmän kokouksen ja johti sitä. Tämän jälkeen toinen opinnäytetyön tekijöistä kertoi kokoukseen liittyvistä käytännön asioista ja kertasi työryhmän toimintaohjeet. Perehdytysmallilomake-ehdotus käsiteltiin järjestelmällisesti ja menttiin kohta kohdalta läpi. Opinnäytetyöntekijät kokosivat työryhmän tekemät päätökset kokouksen aikana yhteen ja toistivat aina tehdyn päätöksen varmistaakseen sen oikeellisuuden. Tämä oli välttämätöntä, sillä keskustelu oli vilkasta ja välillä rönsyili koskemaan useampaa lomakkeen kohtaa saman aikaisesti. Molemmat opinnäytetyöntekijät kirjoittivat myös itsenäisesti muistiinpanoja kokouksen kulusta ja sen sisällöstä sekä pitivät kokouksen asiassa ja suunnittelussa aikataulussa.

Työryhmän työskentely sujui suunnitelman mukaisesti ja asia käytiin läpi yhden kokouskerran aikana. Kokouksen jälkeen perehdytysmallilomake muodostettiin tehtyjen päätösten pohjalta ja niiden mukaiseksi. Lomakkeen visuaalinen ulkonäkö suunniteltiin yhdessä toisen osaston osastonhoitajan kanssa, jonka jälkeen molempien osastojen osastonhoitajat hyväksyivät perehdytysmallilomakkeen sekä sen visuaalisen ilmeen.

6 TULOKSET

Kysymyslomakkeessa oli kaksi kysymystä ja ne olivat muodoltaan avoimia. Vastaajilta kysyttiin, miten he perehdyttäisivät osastolle töihin tulleen juuri valmistuneen sairaanhoitajan ja vaihtoehtoisesti jo viisi vuotta työelämässä olleen sairaanhoitajan, jolla ei ole lainkaan neurologista työkokemusta (liite 5).

Kyselylomakkeen kahteen eri kysymykseen saadut vastaukset eivät juuri poikenneet toisistaan, joten tässä luvussa käsitellään ainoastaan ensimmäiseen kysymykseen saatujen vastauksien perusteella tehdyt pääluokat. Kaikki pääluokat ja kuviot löytyvät tämän opinnäytetyön liitteenä olevista taulukoista.

Kysely lähetettiin 59:lle TAYS Hatanpään osastojen HV1 ja HV2 henkilökunnan jäsenelle. Nykyään osastot tunnetaan nimillä HNE1 ja HNE2. Osallistumisen kriteerinä oli vähintään puolen vuoden työkokemus hoitotyöstä ko. osastoilla. Heiltä saatiin vastauksia yhteensä 15 kpl, joiden lisäksi neljä vastausta oli tallennettu keskeneräisenä. Myös keskeneräiset vastaukset huomioitiin tässä opinnäytetyössä. Vastausprosentiksi muodostui 32% (n=15). Vastaajilta ei kerätty mitään taustatietoja.

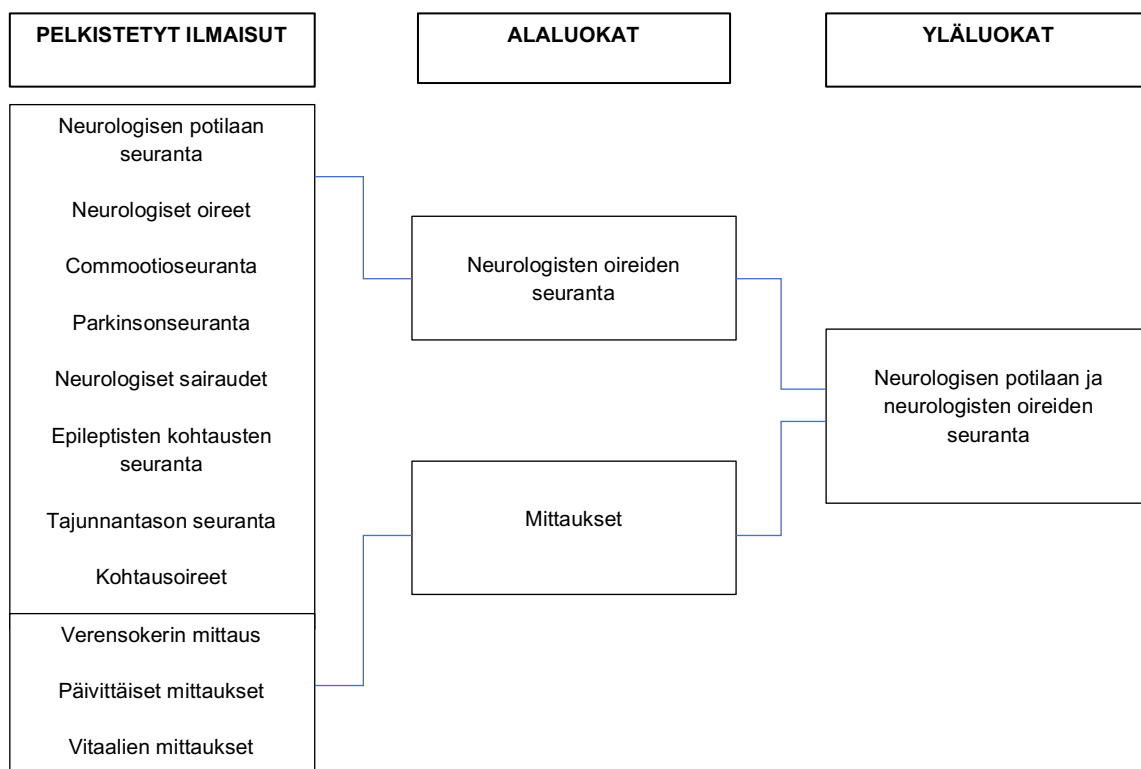
6.1 Perehdytyksen sisältö

Vastauksista nousi teemoittelun avulla kymmenen yläluokkaa, jotka olivat neurologisen potilaan ja neurologisten oireiden seuranta, potilasturvallisuus, kuntoutus ja moniammatillisuus, nestetasapainon seuranta, ravitsemus, lääkehoito, neurologisen potilaan hoitotyö, toimenpiteet, tutkimukset ja elvytys. Yläluokat syntyivät vastaajien alkuperäisilmaisuista, joista ensiksi muodostettiin pelkistetyt ilmaukset, jotka sittemmin luokiteltiin alaluokkiin ja edelleen yläluokkiin.

Jokaisesta yläluokasta on tehty oma kuvio, joka esitellään erikseen joka luvussa. Luvusta löytyvät myös esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, joista pelkistetyt ilmaisut on muodostettu.

6.1.1 Neurologisen potilaan ja neurologisten oireiden seuranta

Perehdytyksen ensimmäinen yläluokka neurologisen potilaan ja neurologisten oireiden seuranta muodostui kahdesta alaluokasta, jotka olivat neurologisten oireiden seuranta ja mittaukset (kuvio 7).



KUVIO 7. Neurologisen potilaan ja neurologisten oireiden seuranta

Alaluokka neurologisten oireiden seuranta muodostui kahdeksasta pelkistetystä ilmaisusta ja alaluokka mittaukset kolmesta pelkistetystä ilmaisusta. Yksi pelkistetty ilmaisu saattoi esiintyä useita kertoja vastauksissa alkuperäisilmaisuna.

Alaluokkaan neurologisten oireiden seuranta kuuluivat neurologisen potilaan seuranta, neurologiset oireet, commootioseuranta, parkinsonseuranta, neurologiset sairaudet, epileptisten kohtausten seuranta, tajunnantason seuranta ja kohtausoireet.

Suurin osa vastaajista kuvaili pelkistysten mukaisia konkreettisia oireita, joita hoitajan pitää työssään seurata ja neurologisen potilaan seuranta pelkkänä ilmaisuna esiintyikin vastauksissa ainoastaan muutaman kerran. Samoin pelkistys neurologiset oireet esiintyi alkuperäisilmaisuna ilman tarkempaa erittelyä vain muutamassa vastauksessa.

Alaluokkaan mittaukset kuului kolme pelkistettyä ilmaisua, jotka olivat verensokerin mittaus, päivittäiset mittaukset ja vitamiinien mittaukset. Osastoilla HNE1 ja HNE2 päivittäiset mittaukset ja vitamiinien mittaukset tarkoittavat kuitenkin samaa asiaa. Mittauksiin kuuluvat verenpaineen ja pulssin mittaus, happisaturaatio, hengitystaajuuden laskeminen ja lämmön mittaus. Näiden mittausten tulosten perusteella lasketaan nk. NEWS -pisteytys, joka on yleisesti käytössä koko Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. NEWS -pisteytysjärjestelmä on systemaattinen ja yhtenäinen tapa seurata potilaan tilaa. Siinä pisteytyksen kautta havainnoidaan erilaisten elintoimintojen muutoksia, joiden perusteella voidaan jo hyvissä ajoin havaita mahdolliset hälytysmerkit potilaan tilassa. (Tays 2019a.)

Neurologiset oireet oli yksi pelkistetty ilmaisu, joka kuului alaluokkaan neurologisten oireiden seuranta. Pelkistetty ilmaisu muodostui esimerkiksi alla olevista alkuperäisilmaisuista:

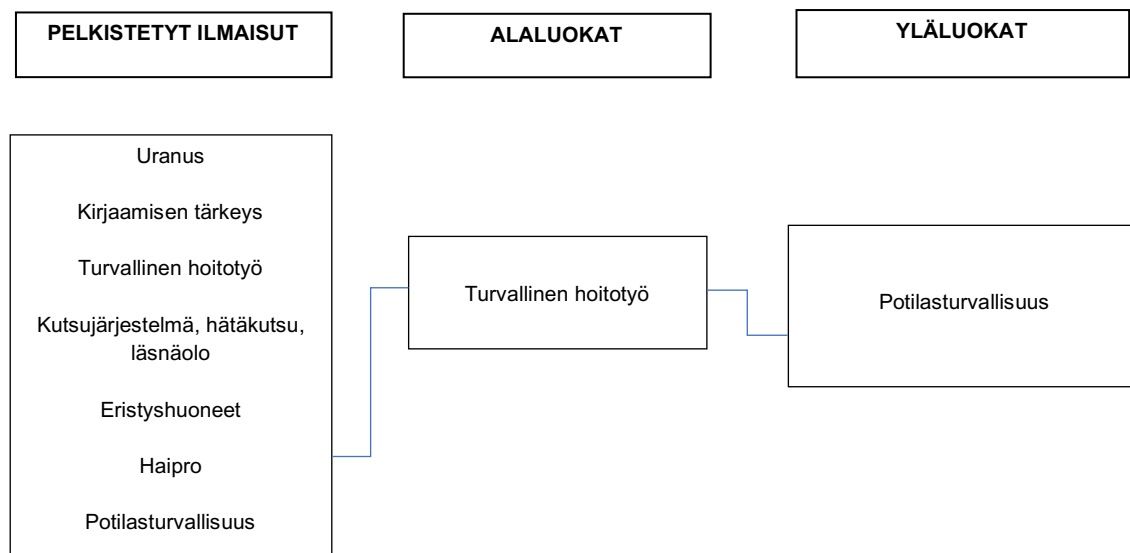
"Neurologisiin sairauksiin liittyy paljon erityishuomiota vaativia seikkoja. Sairauksiin liittyvää oiretiedostamattomuutta, sekavuutta, nielemisongelmia..."

"Kerron mm. afasiasta, nielemisvaikeuksista..."

"Opettaisın tärkeimpiä neurologisia oireita, joita pitää tarkkailla päivittäisissä toimissa, esim. neglet, apraksia, pusher..."

6.1.2 Potilasturvallisuus

Perehdytyksen toinen yläluokka on nimeltään potilasturvallisuus ja se muodostui yhdestä alaluokasta, jonka nimi oli turvallinen hoitotyö (kuvio 8).



KUVIO 8. Potilasturvallisuus

Alaluokka turvallinen hoitotyö muodostui seitsemästä pelkistetystä ilmauksesta. Yksi pelkistetty ilmaisu saattoi esiintyä useita kertoja vastauksissa alkuperäisilmaisuna.

Alaluokka turvallinen hoitotyö muodostui pelkistyksistä, joita olivat Uranus, kirjaamisen tärkeys, turvallinen hoitotyö sekä kutsujärjestelmä, hätäkutsu, läsnäolo ja eristyshuoneet, haipro sekä potilasturvallisuus.

Uranus on Tampereen yliopistollisessa sairaalassa käytössä oleva potilastietojärjestelmä, joka tuli sittemmin käyttöön myös Hatanpään sairaalassa vuonna 2018 (Tays 2017).

HaiPro on tietotekninen työkalu ja potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely, joka on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä Suomessa. Raportointijärjestelmä on tarkoitettu yksikön sisäisen

toiminnan kehittämiseen. Sen avulla järjestelmän käyttäjät pystyvät hyödyntämään vaaratapahtumista saatavat opit ja yksikön johto saa informaatiota toimenpiteiden vaikutuksesta ja varautumisen riittävydestä. (Avanic Oy 2016.)

Pelkistykset nousivat alkuperäisilmaisuihin esiin sanatarkasti ja useimmiten ainoastaan yksittäisinä mainintoina. Siten yksi pelkistys saattoi muodostua pelkästään yhdestä alkuperäisilmaisusta.

Uranus oli yksi pelkistetyistä ilmaisuihin, joka kuului alaluokkaan turvallinen hoitotyö. Pelkistetty ilmaisu muodostui esimerkiksi alla olevista alkuperäisilmaisuihin:

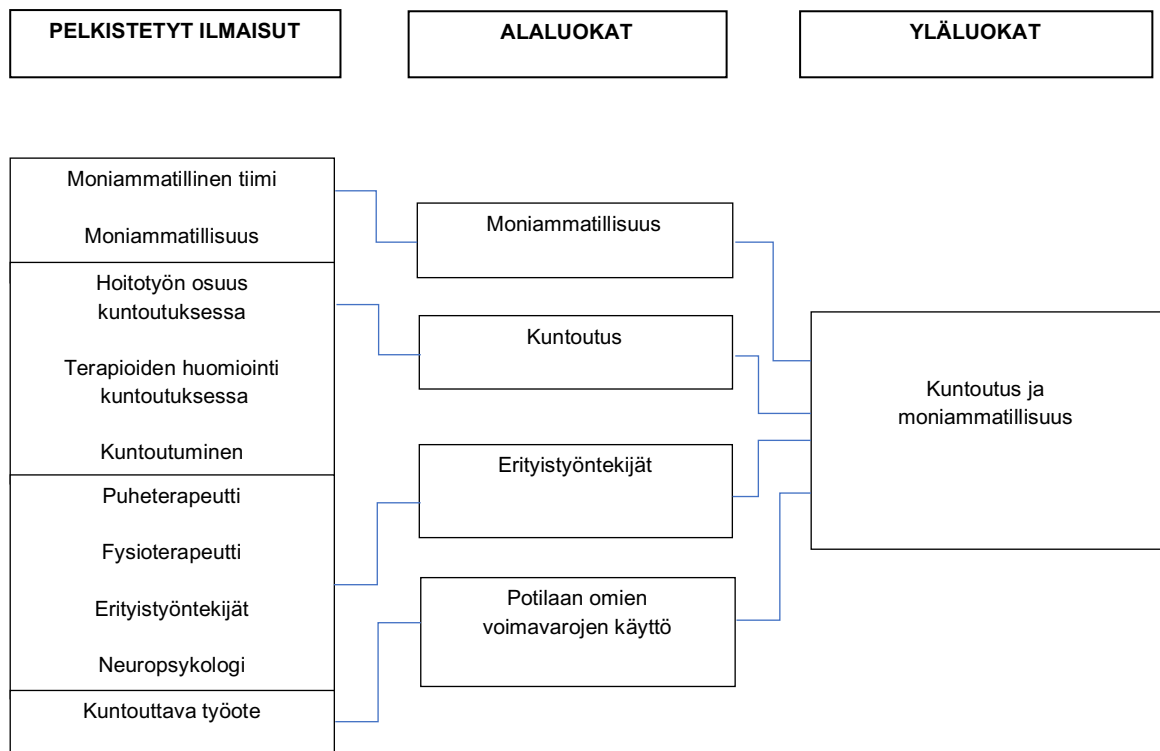
"Käydään läpi Uranusta, etusivua, mistä haetaan tietoa raporttia luettaessa, kirjaaminen, etusivun tekeminen, lääkärin nuijat..."

"... sekä hoitosuunnitelman päivittämistä."

"Uranukseen perehdyttäminen sekä hoitotyön yhteenvetoon, myös hoitosuunnitelman päivittäminen tärkeä asia."

6.1.3 Kuntoutus ja moniammatillisuus

Kuntoutus ja moniammatillisuus olivat perehdytyksen kolmas yläluokka ja se muodostui neljästä alaluokasta, jotka olivat moniammatillisuus, kuntoutus, erityistyöntekijät ja potilaan omien voimavarojen käyttö (kuvio 10).



KUVIO 10. Kuntoutus ja moniammatillisuus

Alaluokka moniammatillisuus muodostui kahdesta pelkistetystä ilmauksesta, jotka olivat moniammatillinen tiimi ja moniammatillisuus. Pelkistetyt ilmaukset olivat melko sanatarkasti alkuperäisilmauksia ja esiintyivät aineistossa muutaman kerran.

Alaluokka kuntoutus muodostui kolmesta pelkistetystä ilmauksesta, joita olivat hoitotyön osuus kuntoutuksessa, terapioiden huomiointi kuntoutuksessa ja kuntoutuminen. Pelkistetyt ilmaukset nousivat alkuperäisaineistosta esiin samalla tavoin kuin edellä.

Alaluokka erityistyöntekijät muodostui puolestaan neljästä pelkistetystä ilmauksesta, joita olivat puheterapeutti, fysioterapeutti, erityistyöntekijät ja neuropsykologi. Osa vastaajista mainitsi erityistyöntekijät yhtenä kokonaisena henkilöstöryhmänä, kun taas toiset mainitsivat heidät ammattiryhmittäin.

Alaluokka potilaan omien voimavarojen käyttö muodostui yhdestä pelkistetystä ilmauksesta, joka oli kuntouttava työote. Kyseistä pelkistystä oli kuvattu alkuperäisaineistossa yksityiskohtaisemmin ja konkreettisemmin, vaikkakin se esiintyi myös pelkkänä sanatarkkana mainintana.

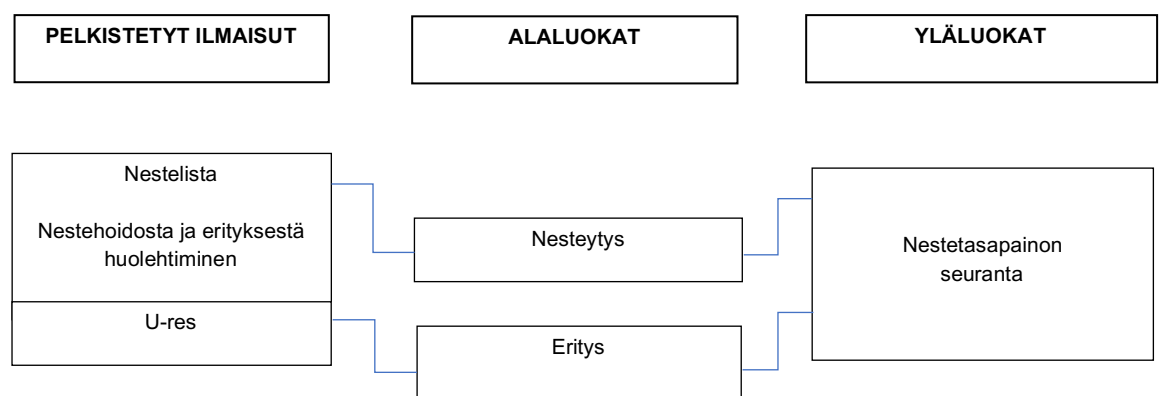
Hoitotyön osuus kuntoutuksessa oli pelkistetty ilmaisu, joka kuului alaluokkaan kuntoutus. Pelkistetty ilmaisu muodostui esimerkiksi alla olevista alkuperäisilmaisuista:

”Kerron kuntouttavasta hoitotyöstä.”

”Hoitotyön osuus kuntoutuksessa.”

6.1.4 Nestetasapainon seuranta

Perehdytyksen neljäs yläluokka oli nimeltään nestetasapainon seuranta ja se muodostui kahdesta alaluokasta, joiden nimet olivat nesteytys ja erityys (kuvio 11).



KUVIO 11. Nestetasapainon seuranta

Alaluokka nesteytys muodostui kahdesta pelkistetystä ilmaisusta, joita olivat nestelista sekä nestehoidosta ja erityksestä huolehtiminen. Pelkistetty ilmaisu nestelista esiintyi kerran suorasanaaisena alkuperäisilmaisuna. Kuten myös nestehoidosta ja erityksestä huolehtiminen, mutta sen lisäksi siihen liittyi alkuperäisilmaisu virtsaaminen kertamainintana.

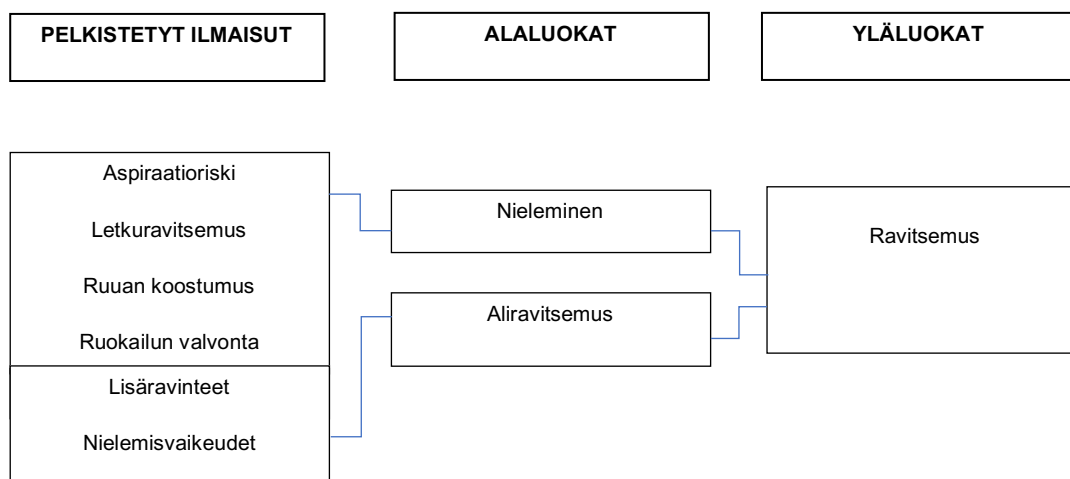
Alaluokka erityys muodostui yhdestä pelkistetystä ilmaisusta, joka oli U -res. Tämä pelkistetty ilmaisu muodostui ainoastaan yhdestä alkuperäisilmaisusta, joka oli U -res laitteen käyttö. U -res laitteella tarkoitetaan residuaalivirtsan mittaamiseen käytettävää ultraäänilaitetta. Residuaali tarkoittaa virtsaamisen jälkeen virtsarakkoon jäävää jäännösvirtsaa. Tutkimuksessa ultraäänilaitteen avulla siis selvitetään kuinka paljon virtsarakkoon jää virtsaa virtsaamisen jälkeen. (Vaasan keskussairaala 2015.)

Nestelista oli yksi pelkistetty ilmaisu, joka kuului alaluokkaan nesteytys. Pelkistetty ilmaisu muodostui alla olevasta alkuperäisilmaisusta:

”Perehdytän nestelistan käyttöön, mitä merkataan ja mitä ei.”

6.1.5 Ravitsemus

Ravitsemus oli perehdytyksen viides yläluokka, ja se muodostui kahdesta alaluokasta, jotka olivat nieleminen ja aliravitsemus (kuvio 12).



KUVIO 12. Ravitsemus

Alaluokka nieleminen koostui neljästä pelkistetystä ilmaisusta joita olivat aspiraatoriski, letkuravitsemus, ruuan koostumus ja ruokailun valvonta. Pelkistykset esiintyivät melko sanatarkkoina ilmaisuina aineistossa. Yksi pelkistetty ilmaisu saattoi esiintyä useita kertoja vastauksissa alkuperäisilmaisuna.

Alaluokka aliravitsemus muodostui kahdesta pelkistetystä ilmaisusta joita olivat lisäravinteet ja nielemisvaikeudet. Pelkistys nimeltä lisäravinteet esiintyi samannimisenä alkuperäisilmaisuna vain kerran, kun taas pelkistys nielemisvaikeudet esiintyi useita kertoja joko samannimisenä tai samaa tarkoittavana synonyyminä.

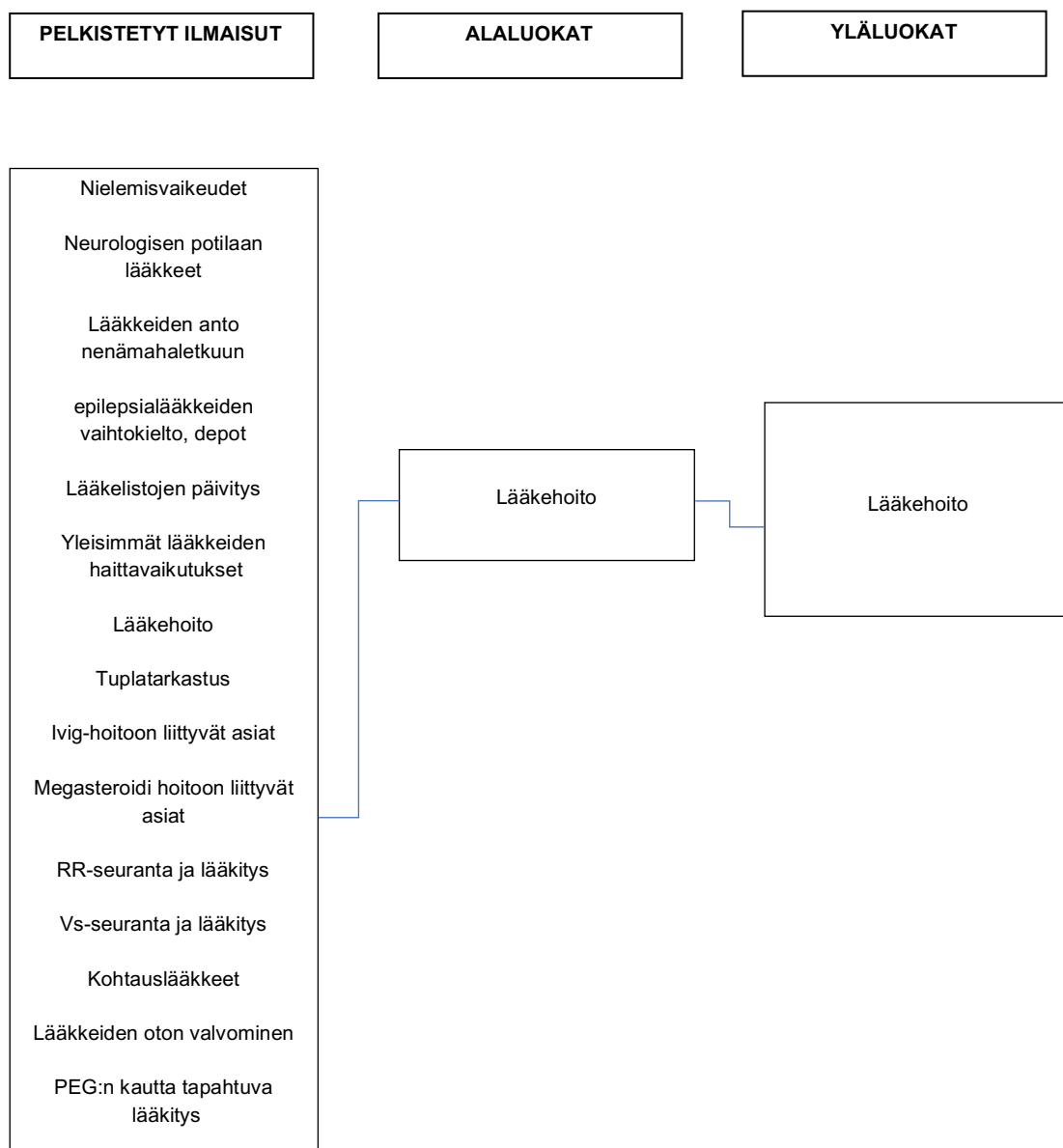
Aspiraatio on tila, jossa oraaliset ja/tai gastriset eritteet pääsevät keuhkoihin. Tämä aiheutuu heikentyneestä nielemisestä tai nielemisrefleksistä. (HUS 2019.)

Pelkistetty ilmaisu nielemisvaikeudet esiintyi myös yläluokan lääkehoito sisällä. Aspiraatoriski oli yksi pelkistetty ilmaisu, joka kuului alaluokkaan nieleminen. Pelkistetty ilmaisu muodostui alla olevasta alkuperäisilmaisusta:

” Painota puheterapeutin alkuarviota potilaan nielemisestä ennen kuin ruokaa ja juomia annetaan ja painotan varovaisuuteen aspiraatoriskin vuoksi. ”

6.1.6 Lääkehoito

Kuudes perehdytyksen yläluokka oli nimeltään lääkehoito ja se muodostui samannimisestä alaluokasta (kuvio 13).



KUVIO 13. Lääkehoito

Alaluokka lääkehoito muodostui viidestätoista pelkistetystä ilmaisusta, joita olivat nielemisvaikeudet, neurologisen potilaan lääkkeet, lääkkeiden antonämahaletkuun, epilepsia lääkkeiden vaihtokielto, depot sekä lääkelistojen päivitys, yleisimmät lääkkeiden haittavaikutukset, lääkehoito, tuplatarkastus, Ivig-hoitoon liittyvät asiat, Megasteroidi hoitoon liittyvät asia, RR-seuranta ja lääkitys,

Vs-seuranta ja lääkitys, kohtauslääkkeet, lääkkeiden oton valvominen ja PEG:n kautta tapahtuva lääkitys.

Nielemisvaikeudet alkuperäisilmaisuna esiintyi edellisen lisäksi tässäkin alaluokassa pelkistykseenä. Pelkistys lääkehoito esiintyi alkuperäisaineistossa useita kertoja esimerkiksi mainintana yleisimmistä osastolla käytettävistä lääkkeistä tai mainintana yleisimmistä neurologisen potilaan lääkkeistä. Kokonaisuutena alaluokka lääkehoito ja siihen liittyvät pelkistykset korostuivat määrällisesti alkuperäisilmaisuuksissa ja esiintyivät usein melko sanatarkasti.

Letkuravitsemusta käytetään potilailla joilla esiintyy nielemisongelmia, mitkä voivat johtaa tukehtumiseen tai aspirointiin. Aspirointi on tapahtumaketju, jossa ruoka ei päädy pelkästään ruokatorveen ja vatsalaukkuun, vaan osa siitä kulkeutuu myös keuhkoihin. Letkuravitsemus voidaan toteuttaa usealla eri tavalla, joita esimerkiksi ovat nasogastrinen letkuruokinta, eli nenämahaletku ja perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia eli PEG-letku. (Nutricia, n.d.) Nenämahaletku on ohut nenän kautta mahaan viety letku, kun taas PEG-letku viedään mahalaukkuun suoraan vatsanpeitteiden läpi (Terveyskylä 2017). Letkuravitsemuksen lisäksi nenämahaletkun ja PEG-letkun kautta voidaan antaa myös lääkkeitä.

Depot on lääkevalmiste, joka vapauttaa lääkeainetta hitaasti. Depot tablettia ei saa halkaista, jos ei pakkausselosteesta siitä erikseen mainita. Depot tablettia ei saa myöskään pureskella tai murskata, koska tällöin lääkeainetta voi imeytyä elimistöön liian suuri määrä, joka voi lisätä riskiä haittavaikutuksista. (Yliopiston apteekki 2017.)

IVIG -hoito, on laskimoon annettavaa immunoglobuliinihoitoa. Immunoglobuliini on proteiinia, joka on valmistettu tuhansien verenluovuttajien plasmasta. Pääsääntöisesti IVIG -hoitoa annetaan erilaisista autoimmuunisairauksista kärsiville potilaille. (Octapharma 2020.)

Megasteroidihoito on lääkeinfuusiohoito, jota käytetään MS-taudin akuutin pahenemisvaiheen hoitona. Lääkeinfuusiota annetaan yleensä kolmena peräkkäisenä päivänä, ja hoito kestää kaksi – kolme tuntia kerralla. (Tays intranet 2014.)

RR on yleisesti terveydenhuollossa käytetty lyhenne, joka tarkoittaa verenpainetta. Lyhenne tulee verenpainemittarin erään keksijän, Riva-Roccin nimestä. (Duodecim terveyskirjasto 2019.)

Lyhenne vs tarkoittaa verensokeria ja on myös terveydenhuollossa yleisesti käytössä oleva lyhenne.

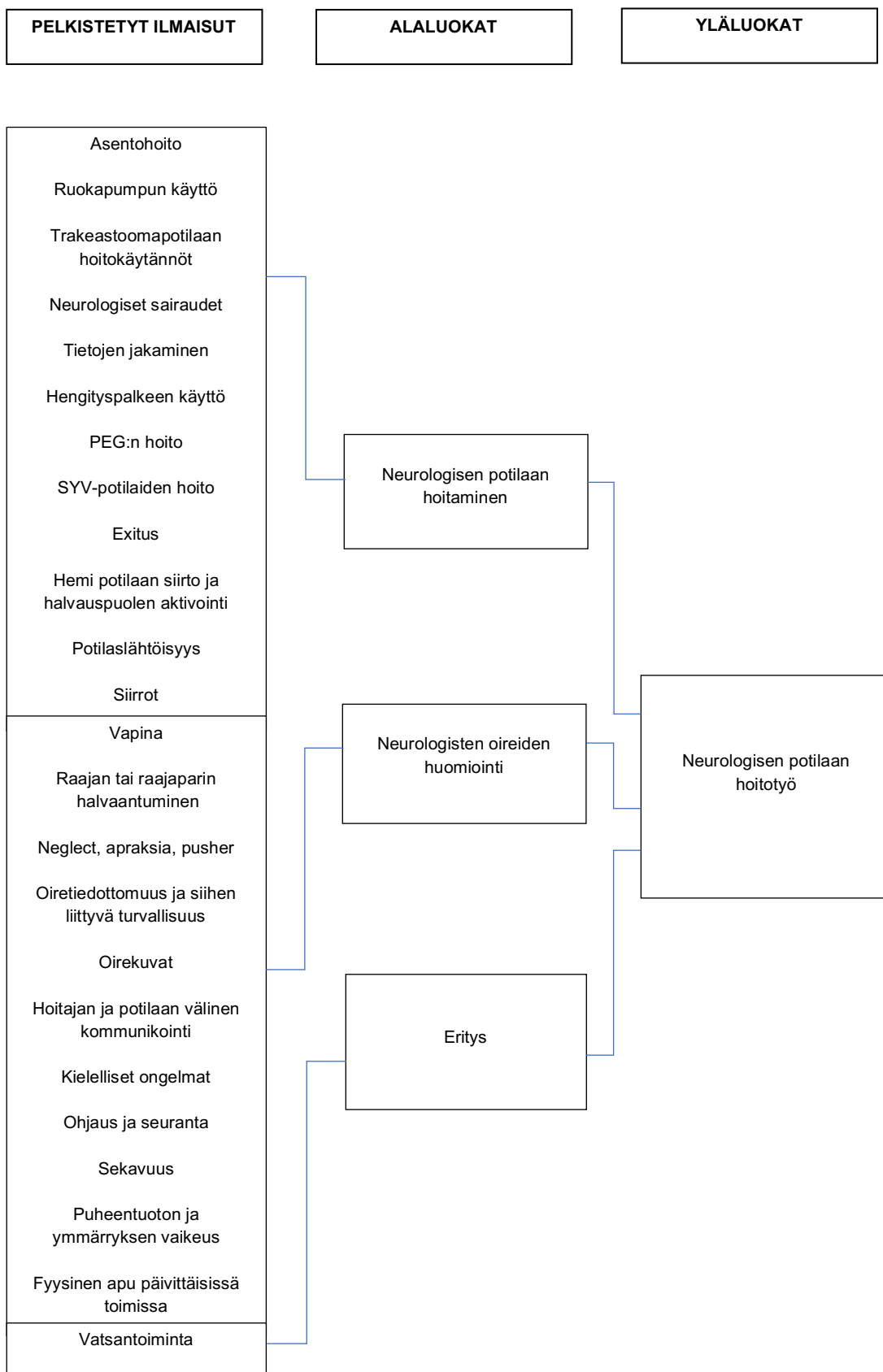
Pelkistetty ilmaisu nielemisvaikeudet esiintyi myös yläluokan ravitsemus sisällä. Neurologisen potilaan lääkkeet oli yksi pelkistetty ilmaisu, joka kuului alaluokkaan lääkehoito. Pelkistetty ilmaisu muodostu esimerkiksi alla olevista alkuperäisilmaisuista:

” Kerron tyypillistä neurologisen potilaan lääkkeitä...”

” Kerron yleisimmistä lääkkeitä mitä menee neurologisilla potilailla sekä kohtauslääkkeistä...”

6.1.7 Neurologisen potilaan hoitotyö

Neurologisen potilaan hoitotyö oli perehdytyksen seitsemäs yläluokka ja se muodostui kolmesta alaluokasta, joita olivat neurologisen potilaan hoitaminen, neurologisten oireiden huomioiminen ja erityis (kuvio 14).



KUVIO 14. Neurologisen potilaan hoitotyö

Alaluokka neurologisen potilaan hoitaminen koostui kahdestatoista pelkistetyistä ilmaisusta, joita olivat asentohoito, ruokapumpun käyttö, trakeastomia potilaan hoitokäytännöt, neurologiset sairaudet, tietojen jakaminen, hengityspalkeen käyttö, peg:n hoito, SYV-potilaiden hoito, exitus sekä hemi potilaan siirto ja halvauspuolen aktivointi, potilaslähtöisyys ja siirrot. Pelkistetty ilmaisu neurologiset sairaudet esiintyi pelkistettynä ilmaisuna myös yläluokassa neurologisen potilaan ja neurologoisten oireiden seuranta. Pelkistys neurologiset sairaudet esiintyi alkuperäisilmaisuna aineistossa useimmiten ja melko sanatarkasti. Tosin muutamassa vastauksessa sairauksia selitettiin tarkemmin nimeltä mainiten. Pelkistys hemi potilaan siirto ja halvauspuolen aktivointi muodostui muutamasta erittäin epäspesifistä ilmaisusta. Kokonaisuutena alaluokka neurologisen potilaan hoitaminen ja siihen liittyvät pelkistykset korostuivat määrällisesti alkuperäisilmaisuihin.

Alaluokka neurologisten oireiden huomiointi koostui yhdestätoista pelkistetyistä ilmaisusta, joita olivat vapina, raajan tai raajaparin halvaantuminen sekä neglect, apraksia, pusher, oiretiedottomuus ja siihen liittyvä turvallisuus, oirekuvat, hoitajan ja potilaan välinen kommunikointi, kielelliset ongelmat, ohjaus ja seuranta, sekavuus, puheentuoton ja ymmärryksen vaikeus sekä fyysinen apu päivittäisissä toimissa. Edellämainitut pelkistykset esiintyivät alkuperäisilmaisuihin aineistossa pääsääntöisesti yksittäisinä mainintoina.

Alaluokka erityis muodostui yhdestä pelkistetyistä ilmaisusta, joka oli vatsantoiminta. Kyseinen pelkistetty ilmaisu esiintyi aineistossa alkuperäisilmaisuna muutaman kerran.

Trakeastomia on potilaalle tehtävä kirurginen toimenpide. Toimenpiteessä kaulan ihon läpi tehdään avanne henkitorveen. Avanteeseen laitetaan trakeastomiakanyyli, joka pitää avanteen avoinna. Trakeastomia tehdään normaalin hengitysreitin tukkeutumisen uhatessa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018.)

SYV -lyhenteellä tarkoitetaan selkäydinvammaisia potilaita. Lyhenne on käytössä yleisesti terveydenhuollossa.

Hemi, eli hemiplegia tarkoittaa toispuolihalvausta, jossa joko vasemman tai oikean puolen lihaksisto on täydellisesti halvaantunut (Duodecim terveyskirjasto 2020).

Neglect tarkoittaa huomiotta jättämistä. Neglectistä kärsivä potilas ei huomioi aivovaurion vastakkaiselta puolelta tulevaa tunto-, kuulo-, tai näköinformaatiota, vaikka hän tuntee, kuulee ja näkee normaalisti. (Tays 2018c.)

Apraksia tarkoittaa tahdonalaisten liikkeiden häiriötä. Liikkeet tai liikesarjat, jotka ovat jo varhain opittu ja aiemmin sujuneet automaattisesti, muuttuvat vaikeiksi tai jopa mahdottomiksi suorittaa. Potilas tekee liikesarjojen vaiheita täysin väärässä järjestyksessä ja liikkeet saattavat olla kömpelöitä. (Aivoliitto 2020.)

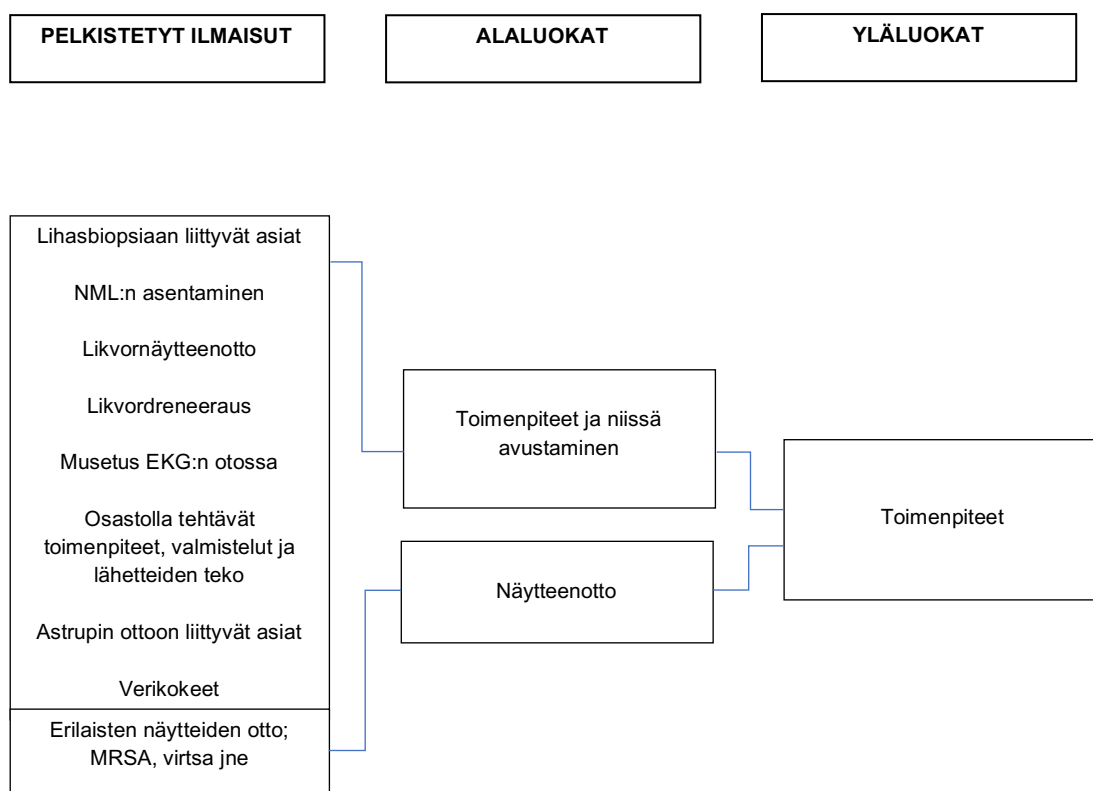
Pusher on työntöoire, joka tarkoittaa, että potilas työntää terveillä raajoillaan voimakkaasti halvaantunutta puolta kohti (Tays 2018c).

Pelkistetty ilmaisu neglect, apraksia ja pusher kuului alaluokkaan neurologisten oireiden huomiointi. Se muodostui alla olevasta alkuperäisilmaisusta:

” Opettaisın tärkeimpiä neurologisia oireita joita pitää tarkkailla päivittäisissä toimissa esim. neglect, apraxia, pusher...”

6.1.8 Toimenpiteet

Perehdytyksen kahdeksas yläluokka oli nimeltään toimenpiteet ja se muodostui kahdesta alaluokasta, joita olivat toimenpiteet ja niissä avustaminen sekä näytteenotto (kuvio 15).



KUVIO 15. Toimenpiteet

Alaluokka toimenpiteet ja niissä avustaminen muodostui kahdeksasta pelkistetyistä ilmaistusta, joita olivat lihasbiopsiaan liittyvät asiat, NML:n asentaminen, likvor -näytteenotto, likvordreneeraus, musetus EKG:n otossa, osastolla tehtävät toimenpiteet, valmistelut ja läheteiden teko, astrup -näytteenottoon liittyvät asiat ja verikokeet. Edellä mainitut pelkistykset esiintyivät alkuperäisilmaisuina aineistossa pääsääntöisesti yksittäisinä mainintoina.

Alaluokka näytteenotto muodostui yhdestä pelkistetyistä ilmaisusta, joka oli erilaisten näytteidenotto; MRSA, virtsa jne. Edellä mainittu pelkistys esiintyi alkuperäisilmaisuina aineistossa yksittäisinä mainintoina.

Lihاسبiopsia tarkoittaa lihaskoepalaa, joka otetaan paikallispuudutuksessa, tavallisimmin reidestä, säärestä tai olkavarresta. Lihاسبiopsiasta patologi tutkii lihaksen rakennetta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Likvor - eli selkäydinnesteennäytteenotossa lääkäri pistää ohuen neulan selkäydinnestetilään ja selkäydinnestettä otetaan tutkimuksia varten muutamia millilitroja (Vaasan keskussairaala 2020). Likvordreneerauksella tarkoitetaan likvorin valuttamista selkäydinnestetilästä.

Musetuksesta puhutaan, kun EKG, eli sydänfilmi, siirretään rekisteröintilaitteella MUSE-järjestelmään. MUSE CV on digitaalinen EKG -tiedonhallintajärjestelmä, ja se on Laboratoriokeskuksen ylläpitämä. Tiedonhallintajärjestelmään tallennetaan kaikki lepo-ekg rekisteröinnit. (Tays intranet 2019b.)

Astrup on kantapäästä, korvanlehdestä tai sormenpäästä otettava kapillariverinäyte, jota käytetään happoemästaseen selvittämiseen (Fimlab 2015).

Metisilliinille resistentti *Staphylococcus Aureus* eli MRSA on antibiooteille tavallista enemmän vastustuskykyinen bakteeri. Lääkkeille vastustuskykyisten bakteereiden leviäminen vaikeuttaa etenkin vaikeasti sairaiden potilaiden infektioiden hoitoa. Tämän vuoksi sairaaloissa pyritään estämään lääkkeille vastustuskykyisten bakteerien leviäminen. (TAYS 2019b.)

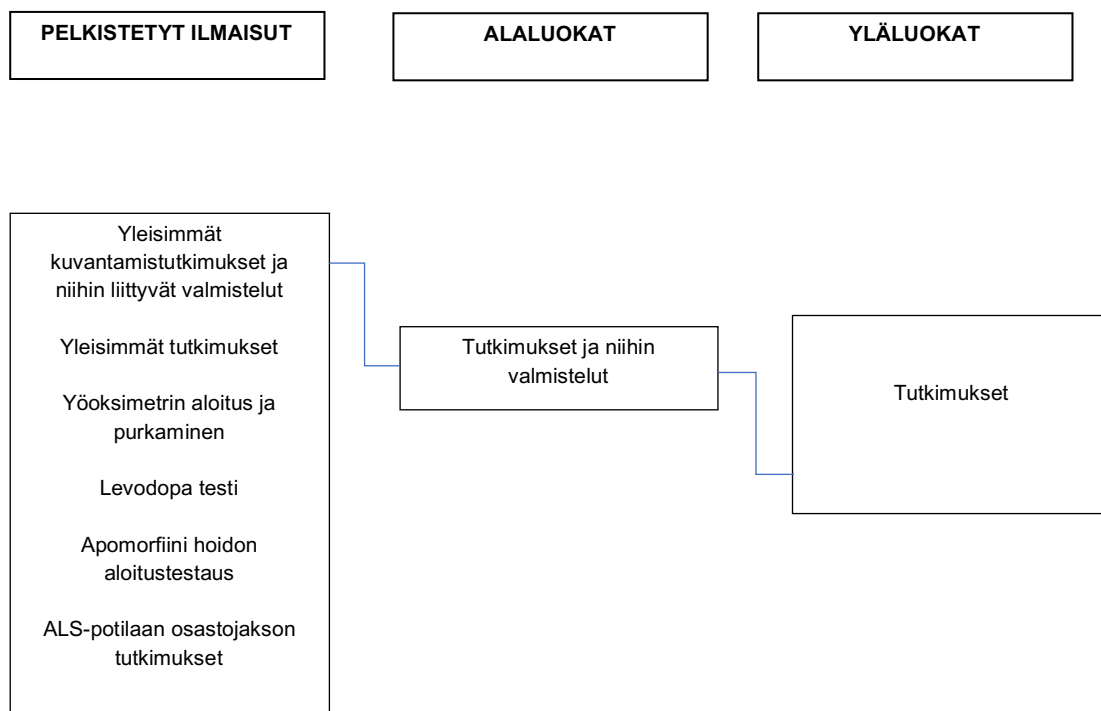
Pelkistetty ilmaisu osastolla tehtävät toimenpiteet, valmistelut ja lähetteiden teko muodostui alla olevista alkuperäisilmaisuista:

” Osastolla tehtävät toimenpiteet, valmistelut ja lähetteiden teko. ”

” Hyvä olisi käydä läpi osastolla tehtäviä toimenpiteitä, valmistelu ja ja lähetteiden tekoa. ”

6.1.9 Tutkimukset

Tutkimus oli perehdytyksen yhdeksäs yläluokka ja se muodostui yhdestä alaluokasta, joka oli tutkimukset ja niihin valmistelut (kuvio 16).



KUVIO 16. Tutkimukset

Alaluokka tutkimukset ja niihin valmistelut muodostui kuudesta pelkistetyistä ilmaisusta, joita olivat yleisimmät kuvantamistutkimukset ja niihin liittyvät valmistelut, yleisimmät tutkimukset, yöoksimetrin aloitus ja purkaminen, levodopa -testi, apomorfiini -hoidon aloitustestaus, ALS -potilaan osastojakson tutkimukset. Kaikki edellä mainitut pelkistykset esiintyivät melko sanatarkkoina mainintoina aineistossa useamman kerran.

Pulssioksimetrillä mitataan happisaturaatiota, eli seurataan potilaan mahdollista happivajetta (Tays intranet 2017). Yöoksimetriassa potilaalla on tallentava pulssioksimetri, joka mittaa yön ajalta saturaatioarvot ja siten mahdolliset happivajetilanteet saadaan selville.

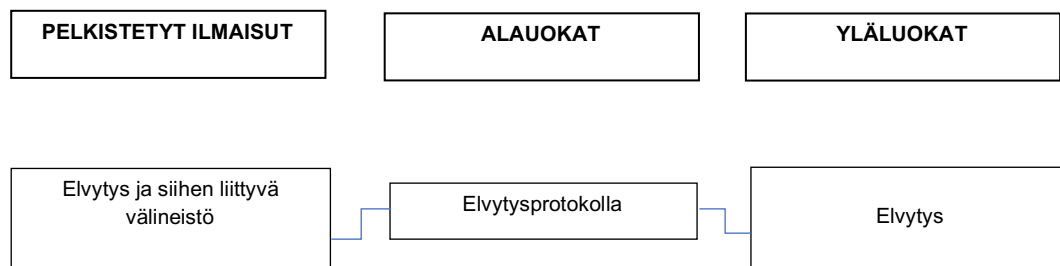
Pelkistetty ilmaisu yleisimmät kuvantamistutkimukset ja niihin liittyvät valmistelut kuului alaluokkaan tutkimukset ja niihin valmistelut. Se muodostui seuraavista alla olevista alkuperäisilmaisuista:

” Tutkimuksista: kuvantamiset...”

” Kerron yleisimmät kuvantamistutkimukset ja niihin liittyvät valmistelut. ”

6.1.10 Elvytys

Kymmenes perehdytyksen yläluokka oli nimeltään elvytys ja se muodostui yhdestä alaluokasta, joka oli elvytysprotokolla (kuvio 17).



KUVIO 17. Elvytys

Alaluokka elvytysprotokolla muodostui pelkistetyistä ilmaisusta elvytys ja siihen liittyvä välineistö. Yksi pelkistetty ilmaisu saattoi esiintyä useita kertoja vastauksissa alkuperäisilmaisuina. Pelkistetty ilmaisu muodostui alla olevista alkuperäisilmaisuista:

” Elvytystilanteet ja muut hätätilanteet ja välineet ”

” Perehdytys elvytykseen ja siihen liittyvään välineistöön sekä siihen mitä tehdä elvytystilanteessa, kun sattuu paikalle. ”

6.2 Vastavalmistuneiden ja kokeneiden hoitajien perehdytystarpeet ja perehdytyksen osa-alueet

Vastavalmistuneiden hoitajien ja jo viisi vuotta ammatissa toimineiden, mutta ilman neurologista työkokemusta olevien hoitajien perehdytystarpeissa tai perehdytyksen osa-alueissa ei tämän henkilöstökyselyn vastaajien mielestä ollut lainkaan eroja, vaan heidät perehdytettäisiin osastoilla aivan samalla tavoin neurologisen potilaan hoitotyöhön.

6.2.1 Tiedollisen osaamisen perehdytystarpeet

Tiedollisen osaamisen perehdytystarpeet nousivat tekemämme henkilöstökyselyn vastauksissa erittäin voimakkaasti esiin, mutta pelkästään isoina kokonaisuuksina ja käsitteinä, eli niitä ei useinkaan eritelty yhtään sen tarkemmin. Esimerkkinä henkilöstökyselyn vastaajat mainitsivat *”yleisimmät sairaudet ja niiden vaikutukset sekä potilaan toimintakykyyn että hoitoon jne”*.

6.2.2 Menetelmällisen osaamisen perehdytystarpeet

Työn menetelmälliset vaatimukset eivät tulleet henkilöstökyselyn tuloksissa kovin selkeästi esiin, vaan vastaukset keskittyivät lähinnä työn tiedollisen osaamisen vaatimuksiin. Tämä ongelma tiedostettiin jo kyselylomakkeen esitestauksen perusteella ja sen vuoksi kyselylomakkeeseen liittyviä vastausohjeita täsmennettiin. Siitäkin huolimatta ko. ilmiö tuli hyvin voimakkaasti esiin myös varsinaisen henkilöstökyselyn tuloksissa. Tämä ilmiö myös osaltaan lisäsi henkilöstökyselyn jälkeen kokoontuneen työryhmän työmäärää ja vastuuta, koska työryhmän piti huomioida myös työn menetelmällisen osaamisen vaatimukset perehdytysmallilomakkeessa, jonka sisällöstä he päättivät. Menetelmällisinä vaatimuksina nousivat kuitenkin esiin jotkut erikseen mainitut toimenpiteet, kuten NML:n asentaminen ja likvordneeraus, joita osastoilla tehdään.

6.2.3 Yhteenveto

Viisi vuotta jo ammatissa toimineiden, mutta ilman neurologista kokemusta olevien hoitajien ja vastavalmistuneiden hoitajien perehdyttämisessä ei tullut esiin lainkaan eroja. Vastaajat kokivat työn tiedollisen osaamisen vaatimukset perehdyttämisessä tärkeämmiksi, kuin menetelmällisen osaamisen vaatimukset. Tästä huolimatta vastaajat eivät eritelleet tiedollisen osaamisen vaatimuksia juuri lainkaan.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus voi olla hyväksyttävää eettisesti ja luotettavaa sekä sen tulokset uskottavia vain siinä tapauksessa, että koko tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvää tieteellistä käytäntöä määrittelevien ohjeiden noudattaminen on tutkijayhteisön itsesääätelyä, jolle rajat määrittelee lainsäädäntö. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020.)

7.1.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä elementtejä esimerkiksi ovat, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja, eli rehellisyyttä, tarkkuutta ja yleistä huolellisuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020.)

Tutkimukseen on sovellettava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijoiden tulee ottaa muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisesti huomioon, niin että he viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla ja siten antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020.)

Myös rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville sekä raportoidaan tutkimustulosten yhteydessä. Tutkimukseen tulee aina hakea myös tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020.)

Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin edellä mainittuja hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä elementtejä. Opinnäytetyössä viitattiin muiden kirjoittamiin teksteihin asianmukaisesti ja lähteet merkittiin tämän opinnäytetyön lähdeluetteloon. Opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin olemaan mahdollisimman

lähdekriittisiä ja käyttämään pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhaa lähdemateriaalia. Kaupallisia lähteitä tietoisesti vältettiin.

Vastaaminen henkilöstökyselyyn oli vapaaehtoista ja tapahtui anonymisti e – lomakkeen kautta, jolloin tutkimuksen tekijätäkään eivät tieneet vastaajien henkilöllisyyttä tai sitä ketkä osastojen henkilökunnasta olivat vastanneet tai jättäneet vastaamatta kyselyyn.

Myöskään osaston henkilökunta ei tiennyt sitä, jos vapaaehtoisia työryhmään olisi ilmoittautunut tarvittavaa määrää enemmän ja joku tai jotkut eivät olisi siten tulleet valituksia tähän tehtävään. Työryhmän jäsenten henkilöllisyys ei myöskään selviä tästä opinnäytetyöstä pois lukien henkilöt, joiden henkilöllisyys saattaa työtehtävien vuoksi olla todennettavissa.

Esiin tuotiin, että opinnäytetyön aihe, kuten osin myös sen menetelmälliset lähtökohdat olivat työelämälähtöisiä. Opinnäytetyön toimeksiantajaorganisaatio on myös tutkimuksen tekijöiden työnantaja. Varsinaista rahoitusta tai rahoittajaa ei työllä ole. Työntaja on sallinut tulostaa ja kopioida tarvittavaa materiaalia kustannuksellaan ja joihinkin asioihin on myös käytetty työaika. Opinnäytetyötä on kuitenkin pääsääntöisesti tietoisesti pyritty tekemään omalla ajalla. Organisaation työryhmän kokoukseen ja sen työskentelyyn organisaation lopullisen perehdytysmallilomakkeen luomiseksi tutkimuksen tekijät osallistuivat ainoastaan sihteerin ominaisuudessa. Myös asianmukainen tutkimuslupa tämän työn tekemiseksi oli saatu.

7.1.2 Tutkimuksen luotettavuustarkastelu

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijä tai tekijät joutuvat miettimään tehtyjä ratkaisuja koko tutkimuksen teon ajan. Samalla he joutuvat miettimään tutkimuksen luotettavuutta ja analyysin kattavuutta. (Suoranta & Eskola, 2015, 577.) Määrällisessä tutkimuksessa on luotettavuutta käsitelty reliabiliteetin ja validiteetin käsittein. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta ja validiteetti puolestaan tarkoittaa, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on luvattu. Laadullisessa tutkimuksessa näiden käsitteiden käyttö on kritisoitua,

koska ne vastaavat lähinnä vain määrällisen tutkimuksen tarpeita. Mitään yksiselitteistä ohjetta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole. Laadullista tutkimusta kuitenkin arvioidaan kokonaisuutena, joten tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus korostuu. (Tuomi & Sarajärvi, 2019, 213-220.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija tai tutkijat itse ovat pääasiallinen luotettavuuden kriteeri. Tämän vuoksi koko tutkimusprosessi on luotettavuuden arvioinnin alla. Lähtökohtana siis laadullisessa tutkimuksessa on tutkijan avoin subjektiviteetti. (Suoranta & Eskola, 2015, 563.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää yksityiskohtainen kuvaus tutkimusprosessista ja sen etenemisestä (Grönfors, 2011, 106).

Tutkimustulokset laadullisessa tutkimuksessa eivät saa olla sattumanvaraisia. Tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden on sovittava aineiston sisältöön ja tutkimusongelmaan. Yksi näkökulma laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen on tulosten siirrettävyys myös muihin kohteisiin tai tilanteisiin sekä se ovatko tulokset yleistettävissä. (Jyväskylän yliopisto, 2010.)

Prosessina opinnäytetyön tekeminen oli pitkä. Osittain prosessin venymiseen vaikuttivat osastoilla tapahtuneet muutokset ja osittain opinnäytetyön tekijöiden omat aikataululliset haasteet. Kuten yllä olevassa teoriassa todettiin, myös tässä työssä jouduttiin ajattelemaan tehtyjä ratkaisuja koko tutkimusprosessin ajan. Prosessin lopussa huomattiin tutkimuksen tekijöiden ajattelevan asioista hieman erilailla kuin prosessin alussa. Tämä tuli ilmi esimerkiksi silloin, kun mietittiin tehtyjä luokitteluja uudelleen. Työtä tehdessä jouduttiin käyttämään välillä myös hyvin paljon aikaa asioiden kertaamiseen prosessin venymisestä johtuen.

Tutkimuksen tekijät kokivat erittäin hyväksi, että opinnäytetyössä oli kaksi tekijää. Erilaiset mielipiteet ja katsontakannat olivat ehdottomasti suuri rikkaus ja hyöty työn lopputulosta ajatellen. Kumpikin opinnäytetyöntekijä tuntee käsiteltävän aihealueen hyvin ja siten aikaansaatiin hyviä ja mielenkiintoisia keskusteluja sekä uusia näkökulmia, joita hyödynnettiin opinnäytetyötä tehdessä. Myös opinnäytetyöprosessin tarkkaa kuvaamista auttoi, kun opinnäytetyöntekijöitä oli kaksi. Näin prosessi tuli tarkemmin kuvattua ja osaltaan lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen lopullinen vastausprosentti oli kohtuullinen, koska kyseessä oli laadullinen tutkimus. Lisäksi kyselyn vastaajille oli asetettu selkeät vaatimukset vaaditun ammattitaidon ja työkokemuksen osalta, mikä lisäsi osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuslomake myös esitettiin ja siinä havaitut puutteet ja siihen esitetyt korjausehdotukset otettiin huomioon.

Henkilöstökyselyn tuloksissa työn menetelmälliset vaatimukset eivät tulleet kovin selkeästi esiin, vaan vastaukset keskittyivät lähinnä työn tiedollisen osaamisen vaatimuksiin. Olisi ollut mielenkiintoista saada enemmän tietoa myös hoitohenkilökunnan mielipiteistä liittyen työn menetelmällisiin vaatimuksiin.

Vastaajat kirjoittivat myös paljon ulkoiseen toimintaympäristöön liittyvistä asioista, vaikka ne oli selkeästi jo vastausohjeissa rajattu tämän kyselyn ulkopuolelle.

7.2 Johtopäätökset

Tutkimuksessa kävi ilmi, että vastaajien mielestä ko. neurologisille osastoille töihin tullut vastavalmistunut hoitaja tulisi perehdyttää ja perehdytettäisiinkin samalla tavoin, kuin jo viisi vuotta työelämässä toiminut hoitaja, jolla ei ole lainkaan neurologista työkokemusta.

Henkilöstökyselyn vastausprosentiksi muodostui 32% (n=15) ja vastaajien ulkopuolelle rajattiin tietoisesti hoitajat, joilla ei tutkimushetkellä ollut vähintään puolen vuoden työkokemusta hoitotyöstä ko. osastoilla. Siten osastoilla kuitenkin työskentelee nyt huomattava määrä hoitajia, joiden mielipiteestä kysyttäviin asioihin nähden ei ole tietoa. Lisäksi entisen Neurologisen kuntoutuksen vuodeosasto NEKU:n hoitajat ovat nykyään osa tutkimuksen kohteena olleiden neurologisten osastojen henkilöstöä. Myös huomattavan moni hoitaja täyttäisi tällä hetkellä osallistumiseen vaaditun työkokemuskriteerin.

Vastauksista nousi teemoittelun avulla esiin osastoilla tapahtuvan neurologiseen hoitotyöhön liittyvän perehdytyksen kymmenen erillistä yläluokkaa, jotka olivat sattumanvaraisessa järjestyksessä neurologisen potilaan ja neurologisten

oireiden seuranta, potilasturvallisuus, kuntoutus ja moniammatillisuus, nestetasapainon seuranta, ravitsemus, lääkehoito, neurologisen potilaan hoitotyö, toimenpiteet, tutkimukset sekä elvytys.

Kyselylomakkeessa haettiin tietoa erilaisista perehdytystarpeista. Lomakkeessa mainittiin esitestauksen perusteella esimerkkejä haetuista asioista (liite 5.), kuten sairaudet, toimenpiteet ja tutkimukset. Tällä haluttiin ohjata vastauksia oikeaan suuntaan. Esitestaajat kaipasivat asiaan jonkinlaista selvennystä pelkkien kysymysten sijaan. Lisäksi lomakkeessa mainittiin, että kysely ei koske toimintaympäristöön liittyviä asioita. Tämäkin osa-alue nousi esiin esitestauksen yhteydessä. Tästä huolimatta varsinaisen kyselyn vastauksissa tuli esiin useimmiten juuri perehdytyksen tiedolliset perehdytystarpeet. Jälkeenpäin opinnäytetyön tekijät pohtivat, ohjasivatko nämä esimerkit liikaa vastauksia tiedollisiin perehdytystarpeisiin menetelmällisten perehdytystarpeiden sijaan.

Henkilöstökyselyn tulosten ja työryhmän työskentelyn perusteella syntyi yksimielisessä yhteisymmärryksessä perehdytysmallilomake (liite 6) TAYS Hatanpään neurologisten osastojen HNE1 ja HNE2 uusille työntekijöille. Kokouksen puheenjohtajana toiminut toinen osastonhoitaja hyväksyi lomakkeen jälkeenpäin ennen sen käyttöönottoa, sen jälkeen, kun opinnäytetyön tekijät olivat kirjoittaneet sen puhtaaksi. Perehdytysmallilomakkeen visuaalinen ulkoasu toteutettiin toimeksiantajan toiveiden mukaan. Toimeksiantajaorganisaatio otti lomakkeen käyttöön jo heti sen valmistuttua. Myöhemmin myös selvisi, että organisaation suunniteltu perehdytysmalli tullaan julkaisemaan sisäisen verkon nk. Moodle –alustassa Intranetin sijaan.

Perehdytysmallilomakkeen laatiminen tapahtui työnantajan toimeksiannosta ja tuli siten organisaatiossa vallitsevaan tarpeeseen. Kuitenkin jo valmistuessaan ko. lomake oli jo hieman puutteellinen osastoilla tapahtuneiden potilasryhmiin liittyvien muutosten vuoksi. Osastoilla on parhaillaankin käynnissä jatkuva muutos, joten täysin ajantasaista, kummallekin osastolle sopivaa lomaketta saattaa olla mahdotonta tässä tilanteessa laatia. Kaikesta huolimatta nyt laadittu perehdytysmallilomake on hyvä pohja uudelle tai uusille perehdytysmallilomakkeille kummallakin osastolla.

Koska perehdytysmallilomakkeen luominen oli työelämälähtöinen prosessi, osoitti opinnäytetyön toimeksiantaja sen kautta suurta mielenkiintoa henkilöstönsä osaamista kohtaan ja halukkuutta sen kartoittamiseen ja edelleen kehittämiseen. Myös kaikista tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen kuuluneista tutkimuksista kävi ilmi, että pelkkä tutkintoon sisältyvä koulutus neurologisesta hoitotyöstä ei ole lainkaan riittävää, vaan juuri työyhteisössä mahdollisesti järjestettävällä perehdytyksellä on erittäin suuri merkitys. Toimeksiantajaorganisaatio panosti siten osaamisen johtamiseen, joka on toimintaa, jonka avulla kehitetään organisaation osaamista ja yhteistyövalmiutta sekä siellä työskentelevien yksilöiden henkilökohtaista osaamista. (Hyrkäs, 2009, 3.) Kartoitusta ja ennakointia henkilöstön osaamisesta tarvitaan, jotta organisaation toimintakyky on taattu myös tulevaisuudessa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen, 2013, 69.)

Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajaa järjestämään uudelle työntekijälle riittävän perehdytyksen ja tarvittaessa annettua ohjausta ja opetusta tulee täydentää (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Toimeksiantajaorganisaatio pyrki huolehtimaan tästä veloitteestaan esimerkiksi juuri tämän opinnäytetyön kautta. Opinnäytetyön tuloksena syntynyt perehdytysmallilomake pyrkii varmistamaan, että jokainen uusi työntekijä saisi riittävän perehdytyksen neurologisilla osastoilla tarvittaviin tietoihin ja taitoihin.

Myös perehdyttäjänä toimiva hoitaja tarvitsee aikaa perehdyttämiseen. Uusien asioiden opettaminen perehdytettävälle vaikeutuu kiireessä. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2014, 55.) Perehdytysmallilomake auttaa myös perehdyttäjää suunnittelemaan ja jäsentämään perehdytystään etukäteen sekä helpottaa perehdyttäjää ajanhallinnassa ja asioiden jäsentelyssä kiireisen arjen keskellä.

7.5 Tulosten jatkotyöstäminen

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana tehtiin päätös, että Tampereen yliopistollisen sairaalan Neurologian ja kuntoutuksen vuodeosasto NEKU liittyy osaksi henkilöstökyselymme toisena kohteena ollutta osastoa, joka silloiselta nimeltään oli HV1. Nykyään osasto HV1 tunnetaan nimellä HNE1. Tämän

johdosta opinnäytetyömme tuloksena syntyvä perehdytyslomake palveleekin parhaiten juuri Neurologian ja kuntoutuksen vuodeosasto NEKUN henkilökuntaa, heidän tutustuessaan osastoryhmään. Myös opinnäytetyön suunniteltu valmistumisajankohta palveli tätä tarkoitusta. Tämän lisäksi perehdytysmallilomake valmistui juuri ajankohtaan, jolloin kesätyöntekijät aloittivat työskentelyn osastoilla. Näitä kokemuksia hyödyntäen on lomaketta mahdollista kehittää edelleen toimeksiantajan puolelta.

Kehittämisehdotuksena on vastaavan kyselyn toteuttaminen tulevaisuudessa myös Tampereen yliopistollisen sairaalan Neurologian ja kuntoutuksen vuodeosasto NEKU:lta saapuneelle henkilökunnalle ja sen pohjalta jo käytössä olevan perehdytyslomakkeen muokkaaminen vastaamaan koko uuden osastoryhmän yhteisiä tarpeita.

Lisäksi osastoilla saattaisi olla tällä hetkellä potentiaalisia vastaajia enemmän, joilla puolen vuoden vaadittu työkokemuskriteeri täytyisi. Tutkimushetkellä oli huomattavan moni uusi hoitaja aloittanut työskentelyn neurologisilla osastoilla. Valtaosa heistä oli iältään nuoria. Myös tutkimuksen vastausprosentin lisäämiseen kannattaisi panostaa entistä enemmän. Siten koko tutkimuksen uusiminen voisi jatkossa olla myös perusteltua.

Lisäksi on oleellista, että perehdytysmallilomaketta päivitetään jatkuvasti molempien osastojen muuttuvia tarpeita vastaavaksi. Myös osaston HV2 nimi vaihtui opinnäytetyöprosessin aikana osastoksi HNE2.

Toimeksiantajan on tarkoitus jatkossa muokata perehdytysmallilomake sähköiseen muotoon ja siirtää se omaan sisäiseen verkkoonsa nk. Moodle – alustalle, jossa se toimisi ikään kuin työohjeita käsittelevän tietopankin sisällysluettelona, josta työntekijät pääsisivät hyperlinkkien kautta siirtymään aihetta käsitteleviin tarkempiin työohjeisiin. Tämä apuväline helpottaisi myös vakituisen henkilökunnan jokapäiväistä työtä. Toimeksiantajan tulisi myös nimetä erilliset vastuuhenkilöt, jotka huolehtisivat työohjeiden ajantasaisesta sisällöstä.

LÄHTEET

- Aivoliitto. 2020. Muut toimintakyvyn neuropsykologiset häiriöt. Luettu 8.3.2020. <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/sairastumisen-jalkeen/muutokset/muut-hairiot/>
- Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2014. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen - sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus - hanke. Luettu 20.9.2019. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Awanic Oy. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Luettu 17.2.2020. <http://awanic.com/haipro/>
- *Baker, M. 2012. Education requirements for nurses working with people with complex neurological conditions: nurses` perceptions. Nurse Education Today 32 (1), 71-77.
- *Baker, MJ. 2011. Education requirements for nurses working with people with complex neurological conditions: Relatives` perceptions. Nurse Education in Practice 11, 268-272.
- *Ballard, J., Mead, C., Richardson, D. & Lotz, A. 2012. Impact of disease-specific orientation on new graduate nurse satisfaction and knowledge retention. Journal of Neuroscience Nursing 44 (3), 168-174.
- Benner, P. 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. 2009. Expertise in Nursing Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Duodecim. 2014. Näytön asteen luokitus Käypä hoito –suosituksissa. Luettu 30.5.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02087>
- Duodecim terveyskirjasto. 2019. Lääketieteen sanasto. Luettu 8.3.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02975
- Duodecim terveyskirjasto. 2020. Lääketieteen sanasto. Luettu 8.3.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01083
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. n.d. Hoitotyön toimintaohjelma 2014 - 2018 Etelä-Pohjanmaalla. Luettu 24.9.2019. https://www.epshp.fi/files/6876/hoitotyön_toimintaohjelma_EP.pdf
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Lihaskoepalan otto. Luettu 8.3.2020. [https://www.epshp.fi/files/5069/Lihaskoepalan_otto_\(lihasbiopsia\).pdf](https://www.epshp.fi/files/5069/Lihaskoepalan_otto_(lihasbiopsia).pdf)
- Eskola, J. 2010. Eläytymismenetelmän autuus ja kurjuus. Teoksessa Aaltoila, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: WS Bookwell Oy, 72-86.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fimlab. 2015. Verikaasuanalyysi (kapillaariverestä). Luettu 8.3.2020. <https://fimlab.fi/tutkimus/verikaasuanalyysi-kapillaariveresta>

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2014. Työyhteisön keinot pitää nuoret sairaanhoitajat työpaikassa ja ammatissa. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja. Työhyvinvoinnin keinot. Porvoo: Bookwell Oy, 51, 54-55.

Grönfors, M. & Vilkkä, H. (toim.) 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät. [Verkkokirja]. Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkkä

Haatainen, K., Kangasniemi, M., Jokiniemi, K., Meretoja, R. & Pietilä, A-M. 2014. Työhyvinvointi ja kliinisen hoitotyön asiantuntijuus. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja. Työhyvinvoinnin keinot. Porvoo: Bookwell Oy, 42.

Hakala, L. 2017. Perehdytys muuttuvassa työelämässä. Luettu 28.7.2019. <https://www.terveellinentyo.fi/perehdytys-muuttuvassa-tyoelamassa/>

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

HUS. 2019. Aspiraatiopneumonia. Luettu 8.3.2020. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Hyvinkn%20sairaalan%20alueellinen%20sairaalahygieniapiv/Aspiraatiopneumonia.pdf>

Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Hyyppänen, R. 2013. Esimiesosaaminen, liiketoiminnan menestystekijä. 3. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Joki, M. 2018. Henkilöstöasiantuntijan käsikirja. Luettu 22.10.2019. <https://kauppakamaritieto-fi.libproxy.tuni.fi/fi/s/ak/kirjat/henkilostoasiantuntijan-kasikirja-2018/7-perehdyttaminen/?coll=2>

Julkaisufoorumi. 2018. Arvioinnit. Luettu 01.06.2018. <http://www.julkaisufoorumi.fi/fi/arvioinnit>

Jyväskylän yliopisto. 2010. Tutkimuksen toteuttaminen. Luettu 6.4.2020. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, H., Palomäki, R., Roine, R.O. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soimila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim, 271 -272.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018. Henkitorviavanneleikkaus. Luettu 8.3.2020. [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Henkitorviavanneleikkaus\(54801\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Henkitorviavanneleikkaus(54801))

Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press / Palmenia Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä.

Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. Luettu 26.9.2019. <https://verkkokirjahylly.almatalent.fi/teos/14jo323404>

Kurtti, J. 2012. Hiljainen tieto ja töissä oppiminen. Edellytysten luominen hiljaisen tiedon hyödyntämiselle röntgenhoitajien työyhteisössä. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy -Juvenes Print.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Käypä hoito – suositus. 2019. Luettu 24.9.2019. <https://www.kaypahoito.fi/kaypa-hoito>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Sairaanhoidaja-lehti. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Luettu 24.9.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. painos. Helsinki: Edita.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Pro gradu - tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77984/gradu01898.pdf>

Lammintakanen, J. 2011. Henkilöstö voimavarana – osaaminen johtamisen haasteena. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOY, 239.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Porvoo: WSOY.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Luettu 24.9.2019.
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Luomajoki, T. Henkilöstösihteeri. 2019. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus osastoilla HV1 ja HV2. Sähköpostiviesti 28.3.2019. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

McKenna, LG. & Green, C. 2004. Experiences and learning during a graduate nurse program: an examination using a focus group approach. *Nurse Education in Practice*. 4 (4), 258-263.

Mustajoki, M., Pellikka, M., Alila, A., Rasimus, M. & Matilainen, E. (toim.) 2013. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

*Myers, S., Reidy, P., French, B., McHale, J., Grisholm, M. & Griffin, M. 2010. Safety concerns of hospital-based new-to-practice registered nurses and their preceptors. *Journal of Continuing Education in Nursing* 41 (4), 163-171.

Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitoyön vuosikirja*. Helsinki: Fioca, 21 - 22.

Nutricia. n.d. Täyttä elämää letkuruokinnan kanssa. Luettu 26.2.2020.
<http://letkuravitsemus.fi/letkuravitsemuksen-aloittamisesta>

Octapharma. 2020. Immuunipuutossairaus. Luettu 8.3.2020.
<https://www.octapharma.fi/fi/potilaille/terapia-alueet/immuuniterapia.html>

Ruuskanen, I. 2011. Koulutuksesta työelämään, vastavalmistunut sairaanhoitaja asiantuntijana. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja*. Helsinki: Fioca, 88.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2014. *Tutkimuksen voimasanat*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ruutiainen, J. & Tienari, P. 2006. MS-tauti ja muut demyelinaatiosairaudet. Teoksessa Soynila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. Helsinki: Duodecim, 379, 383, 387-391.

Saarinen, M. 2014. Perehdyttämisen avulla sitoutuneita työntekijöitä. *Kasvatustieteiden pro gradu – tutkielma*. Luettu 10.2.2020.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96569/gradu07415.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sairaanhoitaja-lehti. 4/2006. Luettu 25.9.2019.
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/terveyden-edistaminen-kasitteena-ja-kaytannossa/>

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) 2002. *Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö*. Helsinki: Tammi.

Salojärvi, S. 2009. Osaamisen johtaminen ja kehittäminen. Teoksessa Helsilä, M. & Salojärvi, S. (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki: Talentum, 146.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva hoitotyö - avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: Sanoma Pro.

Seinäjoen ammattikorkeakoulu. n.d. Sairaanhoidaja opinto-opas. Luettu 25.9.2019. <https://opinto-opas.seamk.fi/index.php/fi/26/fi/77>

Sinkkonen, S. & Taskinen, H. 2007. Johtamisosaamisen vaatimuksia terveydenhuollossa. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Terveys ja johtaminen, terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä. 1-2. painos. Porvoo: WSOY, 78.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stewart, MA., Boutin, S., Murphy-Lavallée, E. & Lizotte, J. 2009. The Transition to Becoming a Neuroscience Nurse: A Focus on Integration. Canadian Journal of Neuroscience Nursing 31 (1), 15. Luettu 01.05.2019. <http://web.b.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=967e1147-92cb-4240-bfa5-093ea57c414f%40pdc-v-sessmgr02>

Suoranta, J. & Eskola, J. 2015. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. [Verkkokirja]. Tampere: Vastapaino.

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla - näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Vammala: Tammi.

Tays. 2017. Taysin potilastietojärjestelmä käyttöön Hatanpään sairaalassa vuonna 2018. Luettu 18.11.2019. [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteisty/Hatanpaan_ja_Taysin_yhdistaminen/Taysin_potilastietojarjestelma_Uranus_ka\(65976\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteisty/Hatanpaan_ja_Taysin_yhdistaminen/Taysin_potilastietojarjestelma_Uranus_ka(65976))

Tays. 2018a. Hatanpään sairaalan ja TAYSin yhdistäminen. Luettu 11.3.2018. http://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteisty/Hatanpaan_ja_Taysin_yhdistaminen

Tays. 2018b. TAYS Hatanpää. Luettu 11.3.2018. http://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Hatanpaa

Tays. 2018c. Aivoverenkiertohäiriöt ja huomiotta jääminen, eli neglect. Luettu 8.3.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Aivoverenkiertohairiopotilaan_ohjaus/Aivoverenkiertohairiot_ja_huomiotta_jaam\(76666\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Aivoverenkiertohairiopotilaan_ohjaus/Aivoverenkiertohairiot_ja_huomiotta_jaam(76666))

Tays. 2019b. Tietoa MRSA:n kantajalle. Luettu 8.3.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Infektiosairaudet/Tietoa_MRSAn_kantajalle\(18145\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Infektiosairaudet/Tietoa_MRSAn_kantajalle(18145))

Tays. 2019a. Tays Hatanpäällä lupaavia kokemuksia MET-toiminnasta. Luettu 10.2.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/Tays_Hatanpaalla_lupaavia_kokemuksia_MET\(81120\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Tays_Hatanpaalla_lupaavia_kokemuksia_MET(81120))

Tays Hatanpää. 2018. Hoitajaksot sairauksien mukaan vuonna 2016 osastoilla V1 ja V2. Sairaalan omia tilastoja.

Tays intranet. 2014. Megasteroidihoito. Luettu 10.3.2020. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laake_ja_nestehoitoohjeet/Megasteroidihoito_PNE\(12510\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laake_ja_nestehoitoohjeet/Megasteroidihoito_PNE(12510))

Tays intranet. 2017. Pulssioksimetria. Luettu 15.3.2020. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laite_ja_valineohjeet/Pulssioksimetria_SPAI\(13284\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laite_ja_valineohjeet/Pulssioksimetria_SPAI(13284))

Tays intranet. 2019b. EKG:n tallentaminen MUSE:en. Luettu 5.3.2020. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laite_ja_valineohjeet/EKGn_tallentaminen_MUSEen\(6505\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laite_ja_valineohjeet/EKGn_tallentaminen_MUSEen(6505))

Tays intranet. 2019a. Tays Hatanpään Neurologian vuodeosasto V2. Luettu 10.3.2019. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Potilashoito/Toimintayksikot/Tays_Hatanpaa/Neurologia_ja_fysiatria/Tays_Hatanpaan_Neurologian_vuodeosasto_V\(70606\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Potilashoito/Toimintayksikot/Tays_Hatanpaa/Neurologia_ja_fysiatria/Tays_Hatanpaan_Neurologian_vuodeosasto_V(70606))

TEHY. 2017. Luettu 10.5.2019. <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/hyva-perehdytys-vaatii-aikaa-ja-halua>

TEHY. n.d. Perehdytys. Luettu 11.3.2018. <https://www.tehy.fi/fi/apua/tyosuhteen-alkaminen/perehdytys>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2017. Potilasturvallisuus. Päivitetty 31.3.2017. Luettu 11.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2018. Potilasturvallisuus. Päivitetty 3.4.2018. Luettu 5.8.2018. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. SOTE -uudistus, laatu. Päivitetty 13.5.2019. Luettu 25.9.2109. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu 25.9.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyskylä. 2017. Muut keinot ravitsemuksen turvaamiseen. Luettu 26.2.2020. <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/sy%C3%B6p%C3%A4sairaudet/ravitsemus/muut-keinot-ravitsemuksen-turvaamiseen>

*Thomas, CM., Bertram, E. & Allen, RL. 2012. The transition from student to new registered nurse in professional practice. *Journal for Nurses in Staff Development* 28 (5), 243-249.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2019. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, L. & Smukin, T. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen, organisaation oppimisen oivalluksia. 1. painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2020. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Luettu 3.4.2020. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Työsopimuslaki 26.1.2001/55. Luettu 11.4.2019.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6sopimuslaki>

Työterveyslaitos. 2017. Hyvä työura alkaa perehdytyksestä. Tiedote 52/2017. Julkaistu 3.12.2017. Luettu 11.3.2018 <https://www.ttl.fi/hyva-tyoura-alkaa-perehdytyksesta/>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Luettu 6.4.2020.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L2P14>

Vaasan keskussairaala. 2015. Virtsasuihkun ja jäännösvirtsan mittaus. Luettu 26.2.2020. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/erikoisalut/urologia/virtsasuihkun-ja-jaannosvirtsan-mittaus-kir.pkl/>

Vaasan keskussairaala. 2020. Selkädinnestenäytteen ottaminen. Luettu 8.3.2020. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/erikoisalut/neurologia/selkaydinnestenaytteen-ottaminen2/>

Valtioneuvosto. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Luettu 26.9.2019.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNB%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Viinämäki, M. 2018. Perehdytys kehittyi teollistumisen myötä. Luettu 19.6.2019. <https://telma-lehti.fi/perehdytys-kehittyi-teollistumisen-myota>

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otava.

Wallace, K. 2007. Creating an Effective New Employee Orientation Program. Luettu 06.08.2018.
<https://journals.tdl.org/llm/index.php/llm/article/viewFile/1802/1077>

WHO. 2020 Patient safety. Luettu 8.8.2018. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety>

Yliopiston apteekki. 2017. Erityyppiset lääke­muodot. Luettu 8.3.2020.
https://www.yliopistonapteekki.fi/neuvot/farmaseutinneuvot/eri_tyyppiset_laake_muodot

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyölupa



**Elämän
tähden**

Tampereen yliopistollinen sairaala

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

23.5.2018

**48 §
OPINNÄYTETYÖLUPA**

Tampereen YAMKn sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutusohjelman opiskelijat Helinä Ahopelto ja Kalle Viitaniemi-Ek hakevat lupaa opinnäytetyönsä toteuttamiseksi yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, Toimialueen 8, Tays Hatanpään kanssa.

Opinnäytetyön työnimi on " Pehdytysmalli Tays Hatanpään neurologisten osastojen uusille työntekijöille. "

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää TAYS Hatanpään kahden neurologisen osaston hoitotyöntekijöiden mielipiteitä siitä, mitä uusien hoitotyöntekijöiden tulisi tietää ja osata voidakseen hoitaa turvallisesti neurologisia potilaita.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan sähköisenä lomakekyselynä . Aineistonkeruun kohdejoukon muodostavat Toimialueella 8, Neurologian- ja fysiatrian vastuualueella, osastoilla HV1 ja HV2 työskentelevät hoitajat.

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja sen toteuttamisesta on sovittu yhteistyössä työelämätahon kanssa.

Päätös

Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä:

- opinnäytetyön yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ellei työelämätahin kanssa toisin sovita
- kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja kohdejoukkoa informoidaan tutkimusprotokollan mukaisesti
- opinnäytetyön tulokset raportoidaan siten, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa
- ennen opinnäytetyön julkaisemista annetaan siitä työelämälausunto
- opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötaholle ja sen tulokset esitellään erikseen sovittavana ajankohtana
- opinnäytetyön valmistumisesta informoidaan opetusylihoitaja Susanna Teuhoa

Arkistotunnus: 430

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä

Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi



Tampereen yliopistollinen sairaala

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

23.5.2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Susanna Teuho".

Susanna Teuho
Opetusylihoitaja
Osaamisen kehittämissyksikkö

Päätösvallan perusteet ja sovelletut oikeusohjeet	Hallintoylihoitajan päätöspöytäkirja 1§/2010
Liitteet	Opinnäytetyön suunnitelma liitteineen Hakemus
Jakelu	Opiskelijat Helinä Ahopelto ja Kalle Viitaniemi-Ek Sairaalaylihoitaja Paula Hakala Ylihoitaja Anu Nyman Osastonhoitaja Laura Kukkola Opetuskoordinaattori Heli Kytöharju Ohjaava opettaja Hannele Laaksonen
Tiedoksi	

Arkistotunnus: 430

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi



HAKEMUS / LUPA (opinnäytetyölle /
tieteelliselle tutkimukselle / kehittämistyölle)

1 (2)

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet / tutkijan / tutkijoiden nimet	Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka	Sähköposti	Puhelin
Helinä Ahopelto Kalle Viitaniemi-Ek	Hatanpään Puistokuja 28 B 28, 33900 TRE Näsilinnankatu 34 C 39 33200 TRE	helina.ahopelto@ pshp.fi kalle.viitaniemi@ pshp.fi	040-5673710 050-5313623
Ammattikorkeakoulu / yliopisto	Koulutusohjelma / yksikkö		
Tampereen Ammattikorkeakoulu	Sos. ja terveysalan johtaminen (YAMK)		
Opinnäytetyön / tutkimuksen / kehittämistyön nimi			
Perheohjelmamalli TAYS Hatanpään neurologisten osastojen uusille työntekijöille			
Vastuualue / yksikkö, jossa opinnäytetyö / tutkimus / kehittämistyö toteutetaan			
TAYS Hatanpää Neurologian osastot H11 ja H12			
Opinnäytetyön / tutkimuksen / kehittämistyön tarkoitus ja kuvaus toteutuksesta			
katso ystävällisesti opinnäytetyön suunnitelma			
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. Ennen ammattikorkeakoulun (AMK) opinnäytetyön julkistamista edellytetään työelämälausunto Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.			
Kustannuksista vastaa (pvm ja nimi)			
<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> PSHP:n vastuuyksikkö, josta sovittu kanssa			
Opinnäytetyön / tutkimuksen / kehittämistyön raportti toimitetaan ylihoitajalle ja			
<input checked="" type="checkbox"/> tulokset esitellään työelämäyhteistyötaholle			
<input type="checkbox"/> jokin muu tapa, mikä			
Työryhmä			
AMK/ yliopisto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimiselvennys	Puhelin	
	<i>Heikki Lahti HANNI LITAKSONEN</i>	+35840 6613450	
Vastuualue/ osasto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimiselvennys	Puhelin	
	<i>Laura Kukkola LAURA KUKKOLA</i>	+35844 485 8916	
Pvm ja allekirjoitus (hakijan tai ryhmästä yhden henkilön)			
11.4.2018 <i>Helinä Ahopelto</i> <i>Kalle Viitaniemi-Ek</i>			
<i>Helinä Ahopelto</i>			



Elämän
tähden

HAKEMUS / LUPA (opinnäytetyölle /
tieteelliselle tutkimukselle / kehittämistyölle)

2 (2)

PÄÄTÖS

Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen / kehittämistyöhön myönnetään

- hakemuksen mukaisesti
 päätöksessä nro 48 mainituin edellytyksin

Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin

Hakemus hylätään, perustelut: _____

Pvm ja allekirjoitus (opetusylihoitaja /hallintoylihoitaja)

23.5.18 Susanna Teuhola
Susanna Teuhola
Opetusylihoitaja
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pvm ja allekirjoitus (toimi/vastuualuejohtaja, mikäli aineistonkeruu kohdentuu muuhun kuin hoitohenkilöstöön)

Tays no LP166b 06.15

- Jakelu: 1) alkuperäinen päättäjällä, 10v
2) kopio vastuuyksikön ylihoitajalle, oma tarve
3) kopio opetushoitajalle, oma tarve
4) kopio tarvittaessa opetusylihoitajalle, oma tarve

Liite 2. Kooste kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista

Tutkimuksen tekijät, vuosi, julkaisukanava, maa, näytön asteen luokittelu, julkaisukanavan luokittelu:	Tarkoitus:	Aineisto ja tutkimusmenetelmät:	Keskeiset tulokset:
Baker, M. 2012. Nurse Education Today, United Kingdom. B. 1.	Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia sairaanhoitajien ja terveydenhuollon avustajien käsityksiä vaikeita neurologisia sairauksia sairastavien aikuisten parissa työskentelevien koulutuksesta ja koulutusvaatimuksesta. Tämä tutkimus on osa isompaa tutkimusta.	Tutkimuksessa oli mukana 368 osallistujaa, joista sairaanhoitajia oli 110 ja terveydenhuollon avustajia 258. Vastausprosentiksi muodostui 32%. Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, jonka suunnittelussa huomioitiin aihetta käsittelevä kirjallisuus ja kokeneista sairaanhoitajista koostuvan asiantuntijaneelin mielipide. Lomake	Vastaajat olivat sitä mieltä, että on olemassa selkeä tarve kehittää koulutusta hoitajille, jotka työskentelevät vaikeita neurologisia sairauksia sairastavien aikuisten kanssa.

		postitettiin vastaajille. Kyseessä oli määrällinen tutkimus.	
Stewart, MA., Boutin, S., Murphy-Lavallée, E. & Lizotte, J. 2009. Canadian Journal of Neuroscience Nursing, Canada.	Tutkimus on tilattu Tampereen yliopiton kirjaston kaukopalvelun kautta, mutta ei ole vielä saapunut.		
Ballard, J., Mead, C., Richardson, D. & Lotz, A. 2012. Journal of Neuroscience Nursing. USA. C. 1.	Tutkimuksen tarkoituksena oli luoda tautispesifinen orientaatioväylä yleisimpiin neurologisiin sairauksiin valmistuville sairaanhoitajille, jotta näitä sairauksia sairastaville potilaille voidaan tarjota parasta mahdollista hoitoa.	Tutkimukseen osallistui 18 valmistuvaa sairaanhoitajaa, mutta lopulta vain 17 vastausta saatiin tutkimukseen mukaan. Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista aineistoa.	Hyvin perusteellinen suuntautumisprosessi ja orientaatio ovat kriittisen tärkeitä, jotta uudet sairaanhoitajat ovat hyvin valmistautuneita ja koulutettuja hoitamaan neurologisia potilaita.
Baker, MJ. 2011. Nurse Education in Practice. United Kingdom. B. 1.	Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia omaisten käsityksiä vaikeita	Tutkimuksessa oli mukana 100 omaista, jotka valittiin sattumanvaraisesti	Eräs tärkeimmistä tuloksista oli, että omaiset uskovat, että on olemassa vaatimus

	<p>neurologisia sairauksia sairastavien aikuisten parissa työskentelevien sairaanhoitajien ja terveydenhuollon avustajien koulutuksesta ja koulutusvaatimuksesta.</p> <p>Tämä tutkimus on osa isompaa tutkimusta.</p>	<p>ti tutkimukseen. Lisäksi heidän piti olla iältään yli 16v, lukea ja puhua englantia sekä heidän omaisensa tuli olla hoidossa ko. sairaalassa loka-marraskuussa 2007.</p> <p>Vastausprosentiksi muodostui 39%. Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, joka postitettiin vastaajille. Kyseessä oli määrällinen tutkimus, jota analysoitiin SPSS-ohjelmistolla.</p>	<p>hoitotyön erityisopetuksesta sairaanhoitajille, jotka työskentelevät vaikeita neurologisia sairauksia sairastavien aikuisten parissa.</p>
<p>Myers, S., Reidy, P., French, B., McHale, J., Chisholm, M. & Griffin, M. 2010. Journal of Continuing Education in Nursing. USA. C. 0.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia perehdyttäjien ja juuri valmistuneiden sairaanhoitajien mielipiteitä juuri valmistuneiden sairaanhoitajien oppimistarpeista, jotka liittyivät</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 22 perehdyttäjää, jotka olivat naisia (N=22). Juuri valmistuneista sairaanhoitajista kolme oli miehiä (N=19). Perehdyttäjistä muodostettiin seitsemän ja</p>	<p>Suurin oppimistarve oli epävarmuus liittyen hoitotyön teknisiin näkökohtiin.</p>

	potilasturvallisuuteen.	vastavalmistuneista sairaanhoitajista kuusi ryhmää, joiden mielipiteitä tutkittiin.	
Thomas, CM., Bertram, E. & Allen, RL. 2012. Journal for Nurses in Staff Development. USA. B. -.	Tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää juuri valmistuneiden sairaanhoitajien siirtymäkokemuksia ensimmäisen työvuoden aikana.	Tutkimuksen vastaajina oli yksitoista vapaaehtoista hoitajaa. Kyseessä oli laadullinen fenomenologinen tutkimus.	Vastauksista ilmestyi neljä teemaa, jotka olivat turhautuminen ja ylivoimaisuus, ohjaajien jatkuva tuki, tunnistetut pelot sekä jatkuva palaute orientaation aikana.

Liite 3. Tutkimuskysymyksen muodostaminen PICO –työkalua hyödyntäen

P=Population, Patient, Problem	I =Intervention	C =Comparison	O =Outcome
Mikä on perehdytyksen merkitys,	kun uusi hoitaja aloittaa työskentelyn neurologisella osastolla,		jotta hän tietää ja osaa työnkuvaansa liittyvät välttämättömimmät asiat ja pystyy hoitamaan turvallisesti ja oikein neurologisia potilaita?

Liite 4. Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja!

Työskentelemme Tampereen yliopistollisen sairaalan, TAYS Hatanpään neurologisella osastolla HV2. Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa (TAMK) ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, jonka suuntautumisvaihtoehtona on Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Tampereen yliopistollisen sairaalan, TAYS Hatanpään, kahden neurologisen osaston hoitotyöntekijöiden mielipiteitä siitä, mitä uusien hoitotyöntekijöiden tulisi tietää ja osata, voidakseen hoitaa turvallisesti neurologisia potilaita.

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda kahdelle hyvin saman tyyppiselle Tampereen yliopistollisen sairaalan, TAYS Hatanpään neurologian osastolle perehdytysmallilomake, joka toimisi tulevaisuudessa myös organisaation sisäisessä verkossa perehdytysmallin pohjana. Perehdytysmalli olisi siten myös työkalu nykyisille työntekijöille, koska sen kautta löytyisi oleellisin neurologiseen hoitotyöhön liittyvä tieto. Opinnäytetyö valmistuu yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu anonyymisti.

Pyydämme Teitä täyttämään alla olevasta linkistä aukeavan E -kyselylomakkeen, joka on osa edellä mainittuun tutkintoon liittyvää opinnäytetyötämme. Vastauksien viimeinen mahdollinen palautuspäivä on 05.08.2018.

Vastauslinkki: <https://lomake.tamk.fi/v3/lomakkeet/26300/lomake.html>

E- lomakkeen tunnus: neurologia

E- lomakkeen salasana: neurologia

Kiitos vaivannäöstäsi!

Helinä Ahopelto
helina.ahopelto@pshp.fi

Kalle Viitaniemi-Ek
kalle.viitaniemi@pshp.fi

Liite 5. Kyselylomake

Toivomme sinun vastaavan kysymyksiin vapaamuotoisesti. Voit tarvittaessa tallentaa vastauksesi ja jatkaa myöhemmin. Halutessasi laita rasti ruutuun kohdassa OSITTAINEN TALLENNUS, kirjoita sähköpostiosoitteesi ja paina TALLENNA -painiketta, saat linkin sähköpostiisi, jonka kautta voit jatkaa vastaamistasi.

Kun olet vastannut kysymyksiin ja haluat palauttaa vastauksesi, paina TALLENNA -painiketta.

Vastauksien viimeinen palautuspäivä on xx.xx.xxxx. Huomioithan vastauksissasi sekä tiedollisen että menetelmällisen osaamisen. Kiitos!

Kehyskertomus 1.

Alisa on 25 -vuotias ja valmistunut äskettäin hoitajaksi. Hän tulee osastollemme töihin.

Kuvittele, että olet hänen perehdyttäjänsä. Mitä asioita kerrot hänelle neurologisten potilaiden hoidosta ja miksi? Esim. sairaudet, toimenpiteet ja tutkimukset. Ei toimintaympäristöön liittyviä asioita.

Kehyskertomus 2.

Alisa on 30 -vuotias ja valmistunut viisi vuotta sitten hoitajaksi. Tämän ajan hän on myös työskennellyt ammatissaan. Hän tulee ensimmäistä kertaa neurologiselle osastolle töihin.

Kuvittele, että olet hänen perehdyttäjensä. Mitä asioita kerrot hänelle neurologisten potilaiden hoidosta ja miksi? Esim. sairaudet, toimenpiteet ja tutkimukset. Ei toimintaympäristöön liittyviä asioita.

Kiitos, kun vastasit ja osallistuit kyselyymme! Kerromme kyselyn tuloksista myöhemmin ilmoitettuna ajankohtana.

Liite 6. Perehdytysmallilomake



Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Kun olet perehtynyt käsiteltävään asiaan, laita päivämäärä kyseisen asian kohdalle sekä pyydä perehdyttäjän kuittaus viereen:

Uuden työntekijän nimi:	Perehdytyspäivä:	Perehdyttäjä:
NEUROLOGISEN POTILAAN HOITO JA SEURANTA		
Yleisimmät neurologiset sairaudet:		
AVH, aivovamma		
parkinson		
epilepsia		
ALS		
MS		
NPH		
aivokasvaimet		
Neurologiset oireet:		
vapina ja jäykkyys		
raajaoireet		
neglect, apraksia, pusher, ataksia		
oiretiedostamattomuus		
delirium		
puheentulon ja ymmärtämisen vaikeudet		
hahmottamishäiriöt		
limaisuus		
epileptiset oireet		
nielemisvaikeudet		
Neurologisen potilaan hoito:		
asentohoito		
trakeostomiotilaan hoito		
kuntouttava hoitotyö		
kommotioseuranta		
parkinsonseuranta		
verensokerin mittaus		
verenpaineen mittaus		
Glasgow		
NEWS		



Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Kun olet perehtynyt käsiteltävään asiaan, laita päivämäärä kyseisen asian kohdalle sekä pyydä perehdyttäjän kuittaus viereen:

Uuden työntekijän nimi:	Perehdytyspäivä:	Perehdyttäjä:
Nestetasapainon seuranta:		
nesteytys		
erittäminen		
Kirjaaminen:		
Uranus		
Rafaela		
Fimlab		
MONIAMMATILLINEN KUNTOUTUS		
Moniammatillinen työyhteisö:		
hoitohenkilökunta		
lääkärit		
fysioterapeutit		
toimintaterapeutit		
puheterapeutit		
ravitsemusterapeutti		
neuropsykologit		
sosiaalityöntekijät		
osastonsihteri		
sairaalahuoltajat		
Kuntoutus:		
kuntouttava hoitotyö		
suunnitellut yksilölliset terapiat		
lääkärinkierto		
kuntoraportti		
hoitosuunnitelma		
LÄÄKEHOITO		
IVIG		
megasteroidi		
apomorfiini		
levodopa		
verenhennuslääkitys		
lääkkeiden anto letkun kautta		

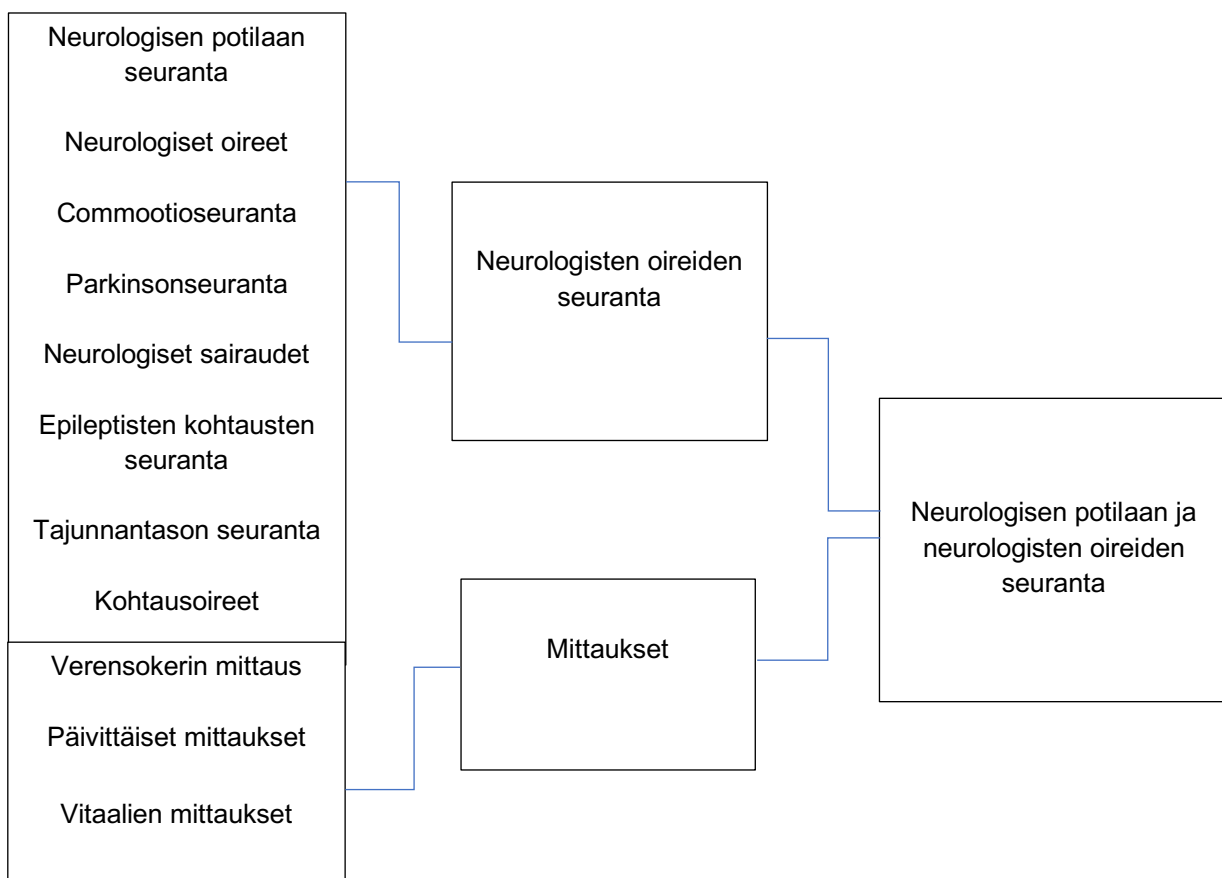


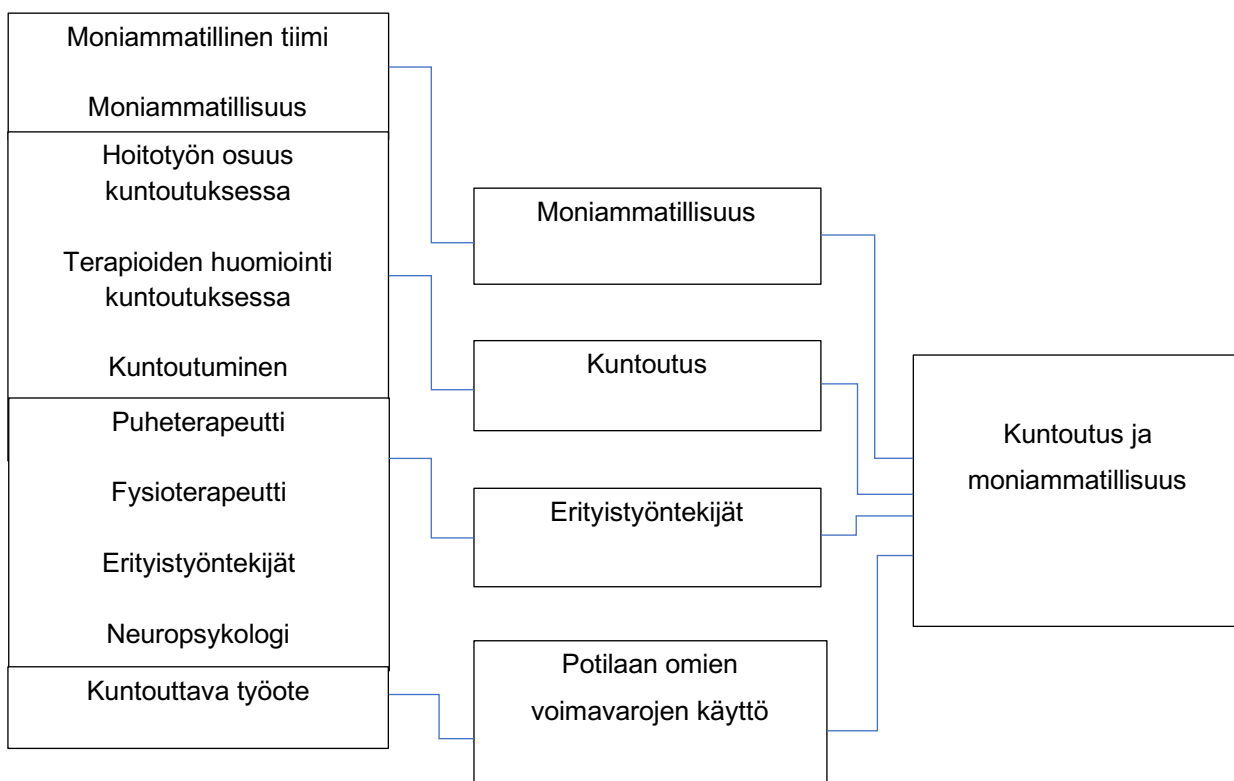
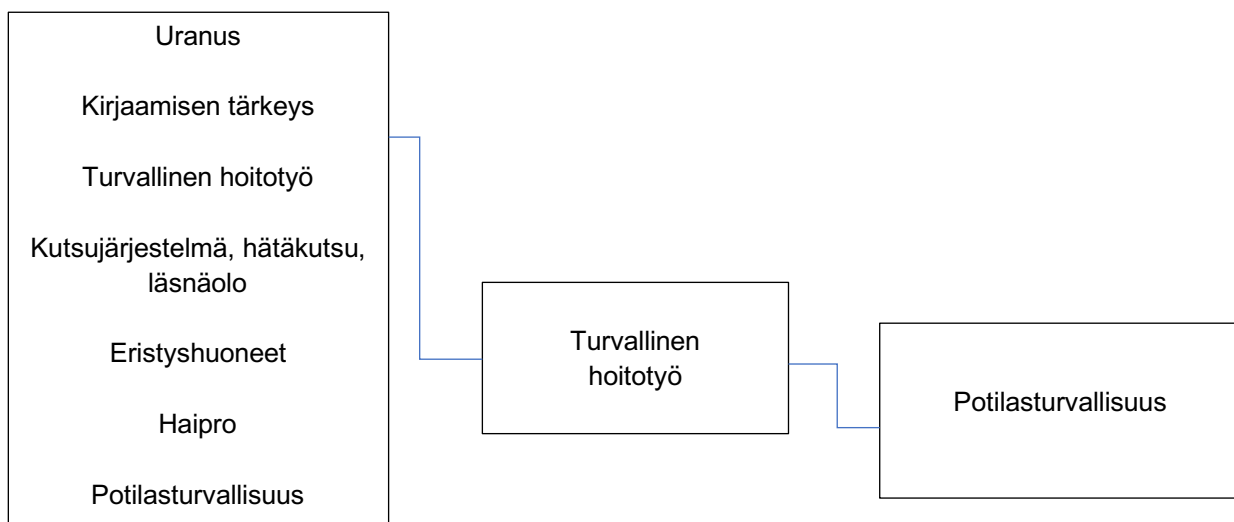
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

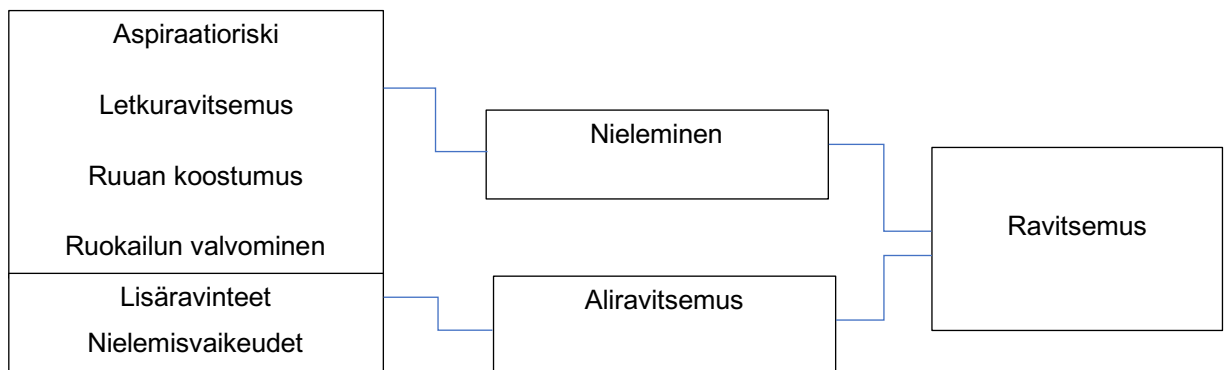
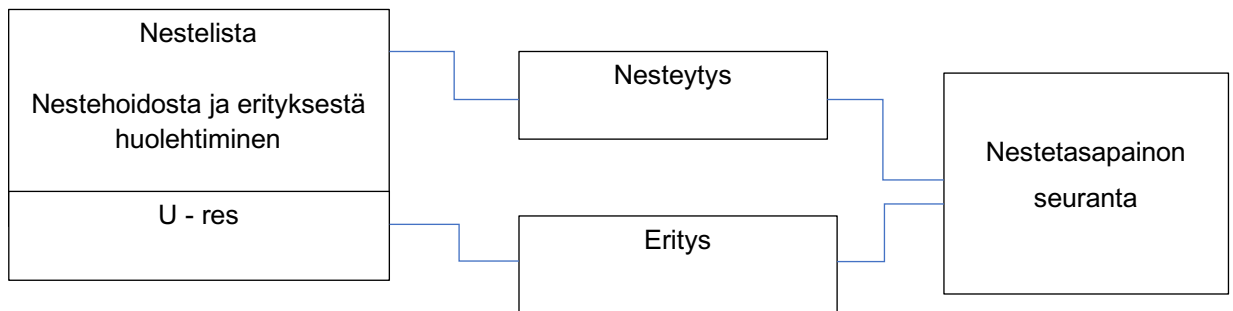
Kun olet perehtynyt käsiteltävään asiaan, laita päivämäärä kyseisen asian kohdalle sekä pyydä perehdyttäjän kuittaus viereen:

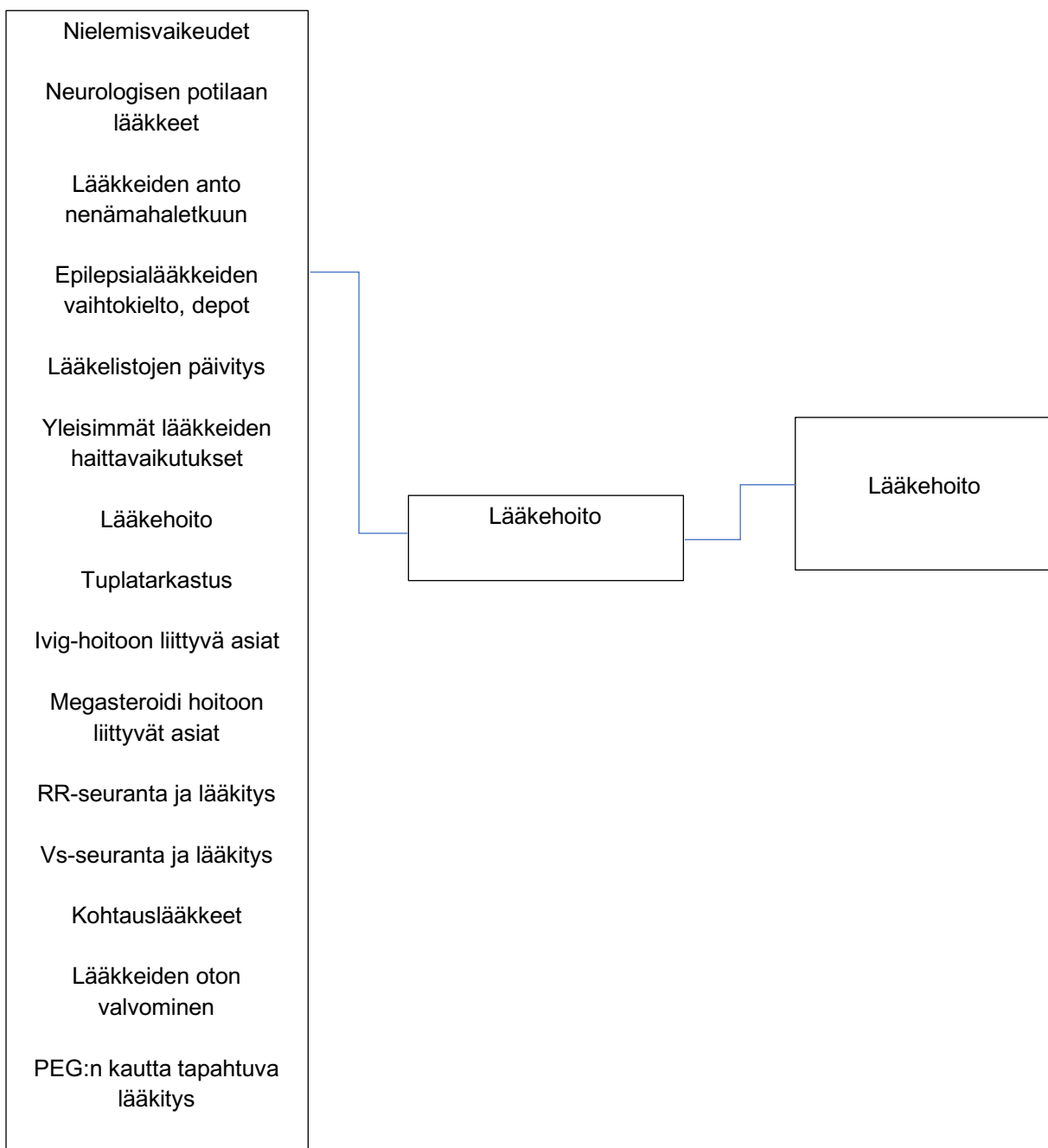
Uuden työntekijän nimi:	Perehdytyspäivä:	Perehdyttäjä:
TOIMENPITEET JA TUTKIMUKSET		
Toimenpiteet ja niissä avustaminen:		
lihasbiopsia		
NML		
likvornäytteenotto		
likvordreneeraus		
EKG		
astrup		
veriviljelyt		
ortostaattinen verenpaine		
katetrointi		
imu		
MRSA –näytteidenotto		
Tutkimukset:		
kuvantamistutkimukset		
yöoksimetri		
RAVITSEMUS		
nieleminen		
letkuravitsemus		
NRS		
ELVYTYS		
MET		
elvytysohjeet		

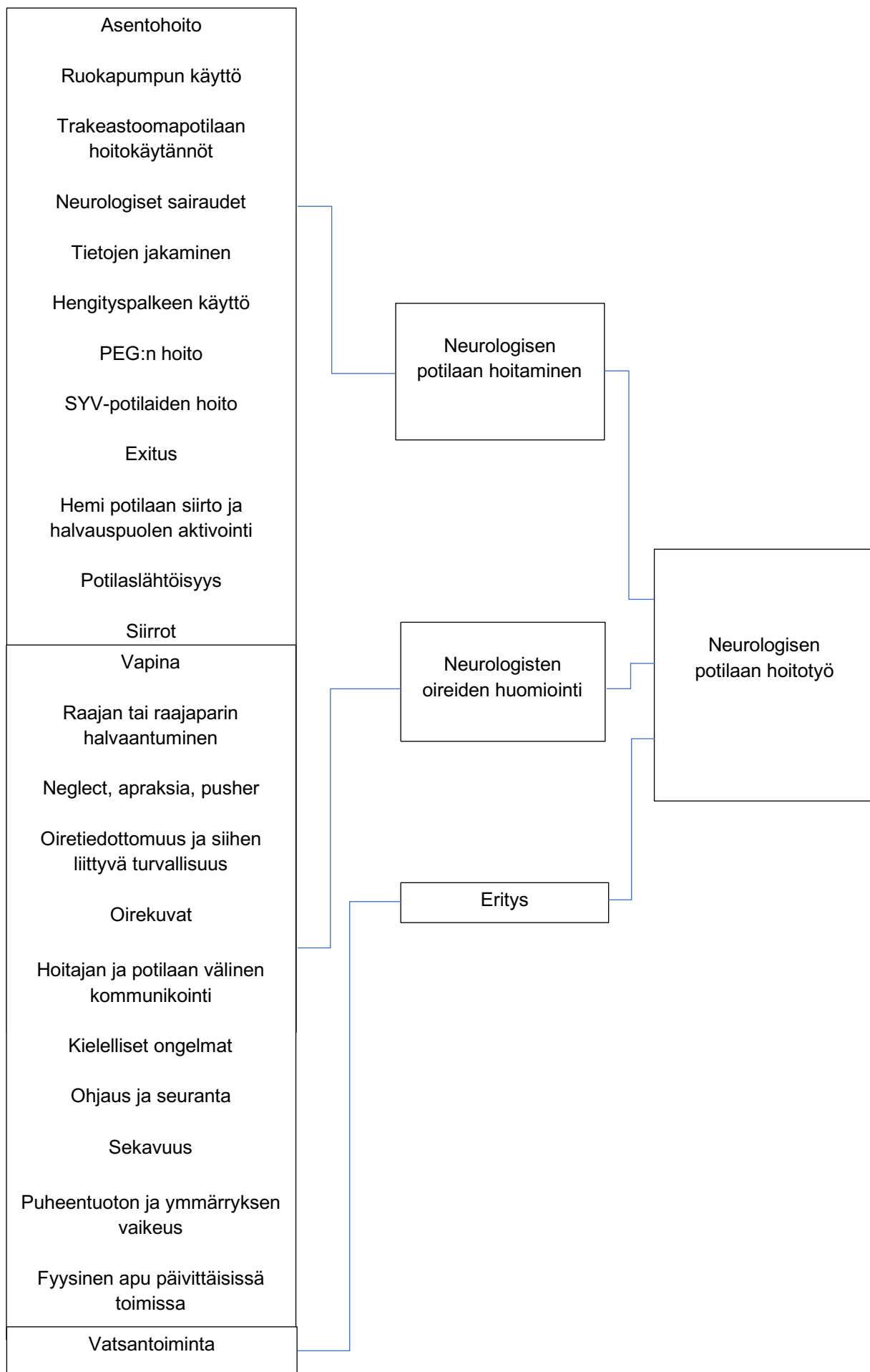
Liite 7. Kehskertomuksen 1 perusteella muodostetut taulukot

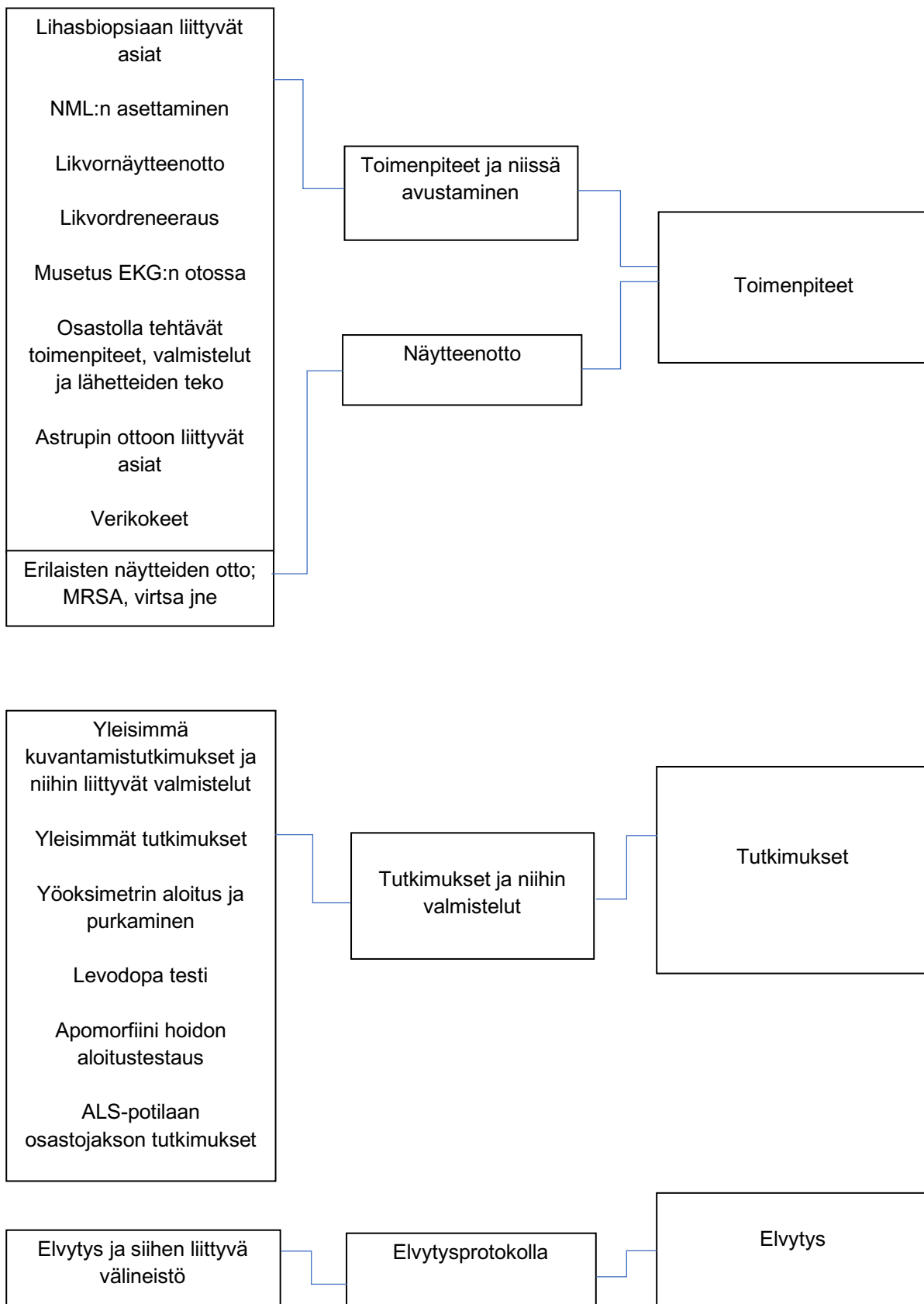












Liite 8. Kehyskertomuksen 2 perusteella muodostetut taulukot

