



SOSIAALI- JA TERVEYSALA

Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen
Länsi-Pohjan keskussairaalassa

Marika Holpainen

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusohjelman opinnäytetyö
Sairaanhoitaja (Ylempi AMK), Master of Health Care

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Tekijä:	Marika Holpainen
Opinnäytetyön nimi:	Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen Länsi-Pohjan keskussairaалassa
Sivuja (+liitteitä):	104 (15)
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa näyttöä konsultaatiohoitajatoiminnasta. Konsultaatiohoitajatoiminta aloitettiin Länsi-Pohjan keskussairaалassa kokeiluna vuonna 2009. Tehtävänä oli selvittää konsultaatiohoitajatoiminnan tarpeellisuutta sekä kehittää kyseistä toimintaa Länsi-pohjan keskussairaалassa. Tavoitteena oli tuoda esiin tutkimustuloksia ja kokemuksia, joita voidaan hyödyntää kehitettäessä konsultaatiohoitajatoimintaa.</p> <p>Opinnäytetyötä ohjasi näyttöön perustuvan tiedon hankinta. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hankitaan parasta ajan tasalla olevaa tietoa, arvioidaan sitä ja käytetään saatua tietoa hoitotyön toiminnan toteutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteeseen pyrin etsimällä tieteellistä-, toiminta- ja kokemusnäyttöä hyvästä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöstä, ammatillisesta yhteistyöstä tehohoidossa ja konsultaatiohoitajatoiminnasta.</p> <p>Opinnäytetyön toteutustapana oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kyselytutkimus sekä vapaamuotoisten päiväkirjakirjoitusten analysointi. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusnäyttö koostui tehohoitotyötä käsittelevistä tutkimuksista, joista toin esiin keskeisiä tuloksia SWOT-analyysin avulla. Toimintanäytön osuuden opinnäytetyössäni muodostivat konsultaatiohoitajatoiminnasta aiemmin tehdyt tutkimukset ja kehittämisprojektit. Kokemusnäyttö perustui Länsi-pohjan keskussairaalan vuodeosaston hoitajilta (n=43) kyselyillä saavutettuun tietoon sekä konsultaatiohoitajina toimineiden teho-osaston sairaanhoitajien (n=10) päiväkirjakirjoituksista saavutettuun tietoon.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella konsultaatiohoitajatoiminta on tarpeellista Länsi-Pohjan keskussairaалassa. Konsultaatiohoitajatoiminta koettiin hyväksi ja sillä tuettiin vuodeosastojen hoitajien työskentelyä. Konsultaatiohoitajatoiminta on myös vakiinnuttanut paikkansa teho-osaston toiminnassa. Opinnäytetyössä esiin tuodusta näytöstä on hyötyä kehitettäessä Länsi-Pohjan keskussairaalan konsultaatiohoitajatoimintaa, koska yksittäisen hoitotyöntekijän tai ylemmän toimihenkilön on työlästä tutustua näin laajasti tehohoitotyötä sekä konsultaatiohoitajatoimintaa koskeviin tutkimuksiin ja niiden laadun arviointiin. Opinnäytetyössä saavutettiin hoitajien kokemusten avulla tärkeää tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitajien välisen yhteistyön kehittämisessä, potilaan hoidon laadun varmistamisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa.</p>	
Asiasanat: näyttöön perustuva hoitotyö, konsultaatiohoitajatoiminta, tehohoitotyö, ammatillinen yhteistyö	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Author:	Marika Holpainen
Title:	The consultation nurse activities development in Länsi-Pohja's central hospital
Pages:	104 (15 appendix)
<p>The purpose of this thesis was to produce evidence of the consultation nurse activity. The consultation nurse experiment was started in Länsi-Pohja's central hospital in the year 2009. The purpose of this thesis was to figure out the need for consultation nurse activity and to develop it. The aim was to introduce research results and experiences which could be used to improve the consultation nurse activity.</p> <p>This thesis was direct by collection of evidence-based knowledge. Evidence based nursing is to provide the best updated knowledge and evaluation of that knowledge. The knowledge is also used for nursing implementation. Aim of this thesis was also to find scientific-, action, and practical experience evidence from advisable critical care nursing, professional co-operation in intensive case and consultation nurse activity.</p> <p>Thesis was carried out with the help of a systematic literature survey, inquiry and analysis of informal diary scripture. The literature surveys scientific part was based on researches which consisted of nursing in intensive care. The main results from the researches were brought up with the help of SWOT-analysis. Action part of this thesis was based on previous researches and development projects which were made of consultation nurse activity. Practical experience part was based on experiences concerning the consultation nurse experiment in Länsi-Pohja's central hospital. Experiences were collect from ward nurses (n=43) with the help of inquiry. Consultation nurses (n=10) experiences were collected and analyzed with the help of their informal diary scripture.</p> <p>The results of this thesis showed that the consultation nurse activity is necessary in Länsi-Pohja's central hospital. Experiences of the consultation nurse activity were suffered well and activity supported the work of ward nurses. The consultation nurse action has also established its place in the intensive care unit. It is quite hard for a single employee or managerial staff to find out and evaluate the quality of researches which consists intensive care nursing and consultation nurse activity so widely. Hence it is beneficial to apply the evidence and use it for developing the consultation nurse activity. This thesis also achieved important information from nurse's experiences which is useful for developing collaboration between nurses, insuring quality of patient nursing and continuity of care.</p>	
Keywords: evidence-based nursing, consultation nurse activity, intensive care nursing, professional co-operation	

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ	8
3 KRIITTISESTI SAIRAAAN POTILAAN HOITOTYÖ	9
3.1 Tehohoitotyön käsitteiden tarkastelua	9
3.2 Tehohoitotoiminta	10
3.3 Etiikka tehohoitotyössä	12
3.4 Tehohoito potilaan ja omaisten näkökulmasta	14
3.5 Tehohoidosta toipumisen tukeminen.....	15
3.6 Tehohoitotyön tutkimus	18
4 AMMATILLINEN YHTEISTYÖ JA ASiantuntijuus HOITOTYÖSSÄ.....	19
4.1 Ammatillisen yhteistyön ja kollegiaalisuuden käsitteiden tarkastelua	19
4.2 Yhteistyö tehohoidossa	21
4.3 Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö	22
4.4 Sairaanhoitajien ammatillinen yhteistyö	25
4.5 Asiantuntijuus hoitotyössä	26
5 KONSULTAATIOHOITAJATOIMINTA	29
5.1 Konsultaatiotyö	29
5.2 Konsultaatiohoitajatoiminnan hyödyntäminen hoitotyössä.....	31
5.3 Konsultaatiohoitajatoiminnan kuvaus	32
5.4 Katsaus konsultaatiotoiminta tutkimuksiin ja projekteihin	34
5.5 Kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan hoitoketju Pohjois-Suomessa	43
5.6 Konsultaatiohoitajatoiminnan aloittaminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa.....	44
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	47

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	48
7.1 Kirjallisuuskatsaus	48
7.2 Kyselytutkimus	54
7.3 Konsultaatiohoitajien vapaamuotoiset päiväkirjajointukset.....	56
8 TUTKIMUSTULOKSET	59
8.1 Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten tulokset ja luokittelu	59
8.2 Vuodeosaston hoitajien kokemukset konsultaatiohoitajatoiminnasta	71
8.3 Konsultaatiohoitajien kokemukset konsultaatiohoitajatoiminnasta.....	82
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	84
9.1 Johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta	84
9.2 Johtopäätökset vuodeosastojen hoitajien kokemuksista toiminnasta	89
9.3 Johtopäätökset konsultaatiohoitajien kokemuksista toiminnasta	90
9.4 Kehittämisehdotukset johtopäätösten pohjalta	91
10 POHDINTA	94
LÄHTEET	98
LIITELUETTELO	104

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni pohjautuu konsultaatiohoitajatoiminnan aloittamiseen Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Opinnäytetyöni aihe nousee käytännön hoitotyöstä lähteneistä tarpeista ja kehittämishaasteista. Opinnäytetyölleni on tarvetta, koska eri ammattiryhmien tekemä tiimityö luo haasteita potilaiden kokonaisvaltaisten tarpeiden huomioimiselle sekä laadukkaalle hoidon jatkuvuudelle. Teho-osastolta vuodeosastolle siirtyvien vaikeahoitoisten potilaiden määrä on lisääntynyt, tämän vuoksi hoitajien keskinäisen yhteistyön kehittäminen on tärkeää ja ajankohtaista. Myös useista aiemmista tutkimuksista on ilmennyt sairaanhoitajakonsultaation tarpeellisuus ja kehittämisen tärkeys.

Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) erityisvastuualueeseen kuuluvat viisi pohjoista sairaanhoitopiiriä (Lappi, Länsi-Pohja, Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa ja Keski-Pohjanmaa) ovat laatineet kansalliseen terveysprojektiin liittyen erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja työnjakoa koskevan ohjeistuksen kriittisesti sairaan tai vammautuneen aikuispotilaan hoidon järjestämisestä Pohjois-Suomessa. Hoitoketjun tavoitteena vaikuttavuuden parantamiseksi, on järjestää tehohoidon palveluja rationaalisesti Pohjois-Suomessa. (Ala-Kokko, Rautiainen, Pikkupeura, Katisko & Laurila 2009, 50.) Työ- ja toimintatapojen yhtenäistämällä ja uudistamisella tavoitellaan tarkoituksenmukaisen hoidonporrastuksen toteutumista sekä pyritään turvaamaan hoidon saatavuus ja laatu Pohjois-Suomen asukkaille asuinpaikasta riippumatta (Rissanen 2008, 15).

Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen on osana tätä kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan hoitoketjua. Konsultaatiohoitajatoiminnalla tuetaan pitkäaikaisen tehopotilaan sekä vaikeasti sairaan potilaan selviytymistä vuodeosastoilla sekä saadaan informaatiota potilaiden toipumisesta tehohoidon jälkeen.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa näyttöä hyvästä kriittisesti sairastuneen potilaan hoidosta, ammatillisesta yhteistyöstä tehohoidossa ja konsultaatiohoitajatoiminnasta. Opinnäytetyössä tuodaan esiin kirjallisuuskatsauksen sekä hoitotyöntekijöiden kokemusten avulla tutkimustuloksia, joita voidaan hyödyntää kehitettäessä konsultaatiohoitajatoimintaa. Tavoitteena on tuotetun näytön avulla kehittää konsultaatiohoitajatoimintaa Länsi-Pohjan keskussairaalassa.

Opinnäytetyöni käsittelee konsultaatiohoitajatoimintaa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotyöntekijä voi olla koulutukseltaan lähihoitaja, perushoitaja tai sairaanhoitaja. Kyselytutkimuksen ja vapaamuotoisten päiväkirjakirjoitusten analysoinnin avulla kerätään tietoa ja kuvataan hoitotyöntekijöiden kokemuksista konsultaatiotoiminnasta vuodeosastoilla ja teho-osastolla, kokeilun kestäneeltä puolen vuoden ajalta Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Tutkimuksen avulla selvitetään myös vuodeosastojen ja teho-osaston yhteistyötä ja tarpeellisuutta tarkemmin. Tutkimusmenetelmänä käytetään systemaattista kirjallisuuskatsausta. Katsauksessa käytetään tehohoitotyötä käsitteleviä tutkimuksia sekä aiemmin konsultaatiohoitajatoiminnasta tehtyjä tutkimuksia ja raportteja.

Opinnäytetyötä ohjaa näyttöön perustuvan tiedon hankinta. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hankitaan parasta ajan tasalla olevaa tietoa, arvioidaan sitä ja käytetään saatua tietoa hoitotyön toiminnan toteutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteeseen pyrin etsimällä tieteellistä-, toiminta- ja kokemusnäyttöä hyvästä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöstä, ammatillisesta yhteistyöstä tehohoidossa ja konsultaatiohoitajatoiminnasta.

Opinnäytetyön sisällön valmisteluun olen käyttänyt tehohoitotyötä käsittelevää kirjallisuutta, artikkeleita sekä aiheesta aiemmin tuotettuja tutkimuksia. Määrittelen opinnäytetyössä esiintyvät keskeiset käsitteet, joita ovat näyttöön perustuva hoitotyö, tehohoitotyö, konsultaatiohoitajatoiminta ja ammatillinen yhteistyö. Näitä käsitteitä tarkastellaan opinnäytetyössä aluksi kirjallisuuden kautta. Teoreettisen viitekehyksen jälkeen esitellään aiempien kansallisten ja kansainvälisten konsultaatiotoimintaa koskevien tutkimusten tuloksia sekä kuvataan konsultaatiohoitajatoiminta kokeilua Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Tutkimuksen toteutuksen kuvaamisen jälkeen pohditaan tutkimustulosten merkitystä ja esitetään ehdotuksia Länsi-Pohjan keskussairaalan konsultaatiotoiminnan kehittämiseksi.

2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ

Käsite näyttöön perustuva hoitotyö (eng. Evidence based nursing) voidaan määritellä parhaan ajan tasalla olevan tiedon hankkimiseksi, arvioinniksi ja sen järjestelmälliseksi, kriittiseksi ja harkituksi käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa. Saatua tutkimustietoa voidaan myös soveltaa hoitamisen johtamiseen ja koulutukseen. Kyse on siten tiedosta, päätöksenteosta, toiminnan toteutuksesta, tuloksesta ja arvioinnista. Näyttöä tarvitaan niin hoitotyöntekijöiden kokemustiedosta, kuin potilaiden ja heidän perheiden ja läheistensä hoitokokemuksista. Kaiken perustana on käsite ”näyttö”, jonka perusteella tulos arvioidaan. Näyttöön perustuva hoitotyö jaetaan kolmeen pääluokkaan, joita ovat tutkimusnäyttö, toimintanäyttö ja kokemusnäyttö. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, Åstedt-Kurki 2007, 118; Lauri 2003, 7.)

Näyttö, johon toiminta, tulos ja sen arviointi perustuu, jaetaan kolmeen pääluokkaan. Ensimmäinen luokka on tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, joka on tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta hoidettavan ihmisen terveyteen ja elämänlaatuun. Toiseen luokkaan kuuluu hyväksi havaittu toimintanäyttö, joka perustuu terveydenhuollon organisaatiossa yleensä laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. Kolmantena luokkana on kokemukseen perustuva näyttö, joka voi tarkoittaa ammattilaisen käytännön kokemuksen kautta toteamaa vaikuttavuutta tai potilaan kokemusta siitä, että hoito on vaikuttavaa ja vastaa juuri hänen tarpeisiinsa. (Lauri 2003, 7-9.)

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä on kyseessä selkeä, käytännön työssä esiintyvä ongelma, johon haetaan ratkaisua erilaisen tiedon varassa. Ongelman esittämisen jälkeen haetaan kirjallisuudesta ja omasta kokemukseräisestä tiedosta siihen vastauksia, arvioidaan niiden luotettavuus ja käyttökelpoisuus. (Leino-Kilpi 2000, 11-12.) Pekkalan (2001, 58) mukaan nykyään hoitotyön edellytetään perustuvan tutkimustiedon antamaan näyttöön pelkästään perinne- tai kokemustiedon sijaan. Hoitotyöntekijä joutuu jatkuvasti arvioimaan saamaansa tiedon luotettavuutta. Lisäksi yksittäisen hoitotyöntekijän on työlästä löytää ja käydä läpi kaikki kustakin aiheesta tehdyt tutkimukset ja arvioida niiden laatua. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat keino tutkimustiedon kokoamiseen, tiivistämiseen ja levittämiseen.

3 KRIITTISESTI SAIRAAAN POTILAAN HOITOTYÖ

3.1 Tehohoitotyön käsitteiden tarkastelua

Tehohoidolla tarkoitetaan kriittisesti sairaiden potilaiden tarpeista huolehtimista. Kriittisesti sairaan potilaan fysiologisten toimintojen ollessa epävakait, potilas tarvitsee suunniteltua ja jatkuvaa lääkärin sekä sairaanhoitajan antamaa hoitoa. Tehohoitoa tarvitaan myös silloin, kun potilaan toipuminen edellyttää hengityskonehoitoa tai tilanteissa, joissa potilaan fysiologisiin toimintoihin kohdistuu vajaatoiminnan mahdollisuus, mikä vaatii valvontaa ja välitöntä mahdollisuutta puuttua tilanteeseen. (Mäkelä 1998, 6.)

Tehohoitoa annetaan teho-osastoilla, joille on keskitetty elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon edellyttämä henkilöstö, osaaminen ja teknologia. (Ambrosius, Huitinen, Kari, Leino-Kilpi, Niinikoski, Ohtonen, Rauhala, Tammisto & Takkunen 1997.) Tehohoidolla annetaan aikaa kriittisesti, mutta ei toivottomasti sairaan potilaan omien voimavarojen toipumiselle. Potilaan vitaalielintoimintoja seurataan, tuetaan ja korvataan väliaikaisesti erilaisten hoitotoimenpiteiden avulla. Tehohoito päättyy, kun potilas toipuu tai kun tehohoito osoittautuu tuloksettomaksi. (Kaarlola 2007, 13.)

Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyön tavoitteena on potilaan elintärkeiden elintoimintojen elvyttäminen, säilyttäminen ja tukeminen. Hoitotyön keinoilla myös tuetaan potilasta ja omaisia kuoleman kohdatessa. (Lyytikäinen 2002, 12.) Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet määrittelevät tehohoidon olevan vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilaita tarkkaillaan keskeytyksettä ja heidän elintoimintojaan valvotaan sekä tarvittaessa ylläpidetään erikoislaittein. Tehohoidon tavoitteena on voittaa aikaa perussairausten hoitamiseen torjumalla ja estämällä hengenvaara. (Ambrosius ym. 1997.)

Päätöksenteko on toimintaa, jossa arvioidaan potilaan tehohoidon tarkoituksenmukaisuus ja pohditaan potilaan hoidosta saamaa hyötyä sekä haittoja. Päätöksenteossa ratkaistaan potilaan tehohoidon rajaaminen ja saattohoitoon siirtyminen. Tehohoidon rajaamisella tarkoitetaan toivottomasti sairaan huonoennusteisen potilaan elintoimintojen tukevista hoidoista pidättäytymistä ja aloitetusta hoidosta luopumista. Tehohoidon rajaaminen alkaa oikeasta potilasvalinnasta ja päättyy asiantuntijoiden yhteistyössä tekemään yksimieliseen, selkeästi kirjattuun päätöksen ja usein potilaan kuolemaan. (Lyytikäinen 2002, 8, 10.)

3.2 Tehohoitotoiminta

Vaikka tehohoidon tarkoitus on turvata keskeiset elintoiminnot, vastataan myös potilaan psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin (Ponkala 1994, 4). Olennaista kriittisesti sairaan potilaan hoitamisessa on hoitotyön omaleimaisen luonteen ja oman itsenäisen vastuualueen ymmärtäminen (Mäkelä 1998, 9). Tehohoitotyössä potilas on fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti riippuvainen tehohoitajasta, hoitolaitteista ja -ympäristöstä, minkä vuoksi hoitajalta edellytetään toimimista potilaan edustajana (Peltonen 2006, 60). Endacott (1996) totesi, että tehohoidon kohdalla usein pohditaan hoidon teknisyyden ja inhimillisyyden välistä kahtiajakoisuutta, joka pitkälti johtuu tehohoidon nopeasta kehitymisestä. Tehohoitajat ovat välittömänä linkkinä hoidon teknisyyden ja inhimillisyyden välillä. (Mäkelä 1998, 9.)

Tehohoidon toteuttamisen edellytyksenä on alalle koulutettu henkilökunta, jonka jäsenet muodostavat toimivan työryhmän. Toimintavalmiuden on oltava sama vuorokauden ajasta riippumatta. (Mäkelä 1998, 17.) Kivinen (1993, 76) toteaa, että potilaiden nopea vaihtuminen vaatii hoitajalta joustavuutta. Kuolema, väkivalta ja päivittäin eteen tulevat eettiset kysymykset vaativat hoitajalta voimavaroja. Kuolevan potilaan hoitaminen ja kuolevan potilaan omaisten kohtaaminen lisäävät työn rasittavuutta. (Mäkelä 1998, 9.) Angus ym. (2003) toteavat, että tehohoito on usein osa kriittisesti sairaan potilaan hoitoketjua, mutta potilaan hoidon lopputulos riippuu kaikkien hoitoon osallistuvien yksiköiden toimintaresursseista ja hoitokäytännöistä (Kaarlola 2007, 52).

Hoitaja toimii teho-osastolla yhteistyössä monien eri tahojen kanssa pyrkiäkseen vahvistamaan potilaan selviytymistä edistäviä tekijöitä. Leino-Kilpi (2004) totesi, että tehohoitotyössä sairaanhoitaja huolehtii potilaan kokonaisvaltaisesta ja laadukkaasta hoidosta potilaan itse ollessa siihen sairautensa tai tajuttomuuden tilansa vuoksi kykenemätön ja hoitajalla on sellaista erityisosaamista, jota potilaan asioiden hoitaminen vaatii (Peltonen 2006, 60).

Lääketieteen ja teknologian kehittyminen tarjoavat yhä uusia mahdollisuuksia hoitaa entistä sairaampia potilaita. Väestön keski-ikä samanaikainen nousu lisää ikääntymiseen liittyviä sairauksia. Tehohoidon tarve tulee lisääntymään ja kustannukset ovat keskimääräisiä hoitokustannuksia korkeampia. (Kaarlola 2007, 33.)

Suomessa toimii tällä hetkellä vajaa neljäkymmentä tehohoito-osastoa, kun vastasyntyneiden tehohoidon osastot ja sydänvalvontayksiköt jätetään pois. Tehohoitoon otetaan Suomessa vuosittain noin 17 000 potilasta, joiden keskimääräinen hoitoaika on noin 3 vuorokautta (Varpula 2011). Tehohoitovuorokauden kustannukset kohoavat noin 3000–4000 euron tasolle (Kekomäki 2012, 10). Tehohoidon vuorokausikustannukset ovat 7–10 kertaiset normaaliin vuodeosastoon verrattuna (Alakokko, Rautiainen, Pikkupeura, Katisko & Laurila 2009, 49). Koska tehohoitoon käytettävät resurssit ovat rajalliset, ne tulisi kohdentaa mahdollisimman oikein ja vaikuttavasti tehohoidosta hyötyville potilasryhmille (Karlola 2007, 33).

Oleennaista tehohoitoa suunniteltaessa on pohtia, onko potilaalla mahdollisuuksia toipua sairaudesta tai vammastaan ja hyötyykö hän tehohoidosta. Riskin, hyödyn ja käytettävissä olevien voimavarojen välillä tulisi vallita tasapaino, joka arvioidaan jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Suomessa vuosina 1986–1989 suoritettu valtakunnallinen tehohoidon monikeskustutkimuksen mukaan tehohoidon todellisia hyötyjiä ovat olleet monivamman tai myrkytyksen vuoksi hoitoon joutuneet sekä suurten leikkausten vuoksi hoitoa vaatineet potilaat esimerkiksi sydänleikkauspotilaat. Todellisiin hyötyjiin kuuluvat myös aikuiset, joilla todetaan äkillinen hengitysvajausoireyhtymä (ARDS) ja septisen sokki edellyttäen ettei potilaalla ole vakavia perussairauksia. (Mäkelä 1998, 7-8.)

Hoidon alussa suurin osa potilaista on täysin riippuvaisia hengityskonehoidosta tai muista elintärkeiden toimintojen tukihoidoista (Mäkelä 1998, 6). Tehohoidon kehittyminen on mahdollistanut yhä vaikeammin sairaiden potilaiden hoitamisen korkean teknologian ja potilaan elintoimintojen tukevien erikoishoitojen avulla. Tästä on seurannut ennusteeltaan toivottomienkin potilaiden elämän pitkittäminen. Tehohoitoa annetaan kriittisesti, mutta ei toivottomasti sairaalle potilaalle. Jos tehohoidon aikana selviää, etteivät potilaan peruselintoiminnot tukevista ja korvaavista hoidoista huolimatta palautu, arvioidaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja saatetaan päätyä hoidon rajaamiseen (Lyytikäinen 2002, 7.)

Karlola (2007, 19) totesi, että yleisteholla hoidettujen potilaiden suurin kuolleisuus ajoittuu tehohoitajaksolle ja sen jälkeiselle kuukaudelle. Puolen vuoden kuluttua tehohoitajaksosta suurin osa elää täysipainoista elämää (Mäkelä 1998, 6). Angus ym. (2003) toteavat tehohoitopotilaiden kuolleisuuteen vaikuttavat tehohoitoa edeltäneet ja tehohoidon aikana syntyneet riskitekijät. Edeltäviä riskitekijöitä ovat potilaan pitkäaikaissai-

raudet ja korkea ikä. Teho-osastolla kuolleilla potilailla on yleensä eloon jääneitä korkeammat akuutin sairauden vakavuutta kuvaavat APACHE-, SAPS- tai SOFA-pisteet. Korkeisiin pisteisiin liittyy usein pitkittynyt teho- tai hengityskonehoito. Angus ym. (2003) toteavat potilaan selviytymiseen vaikuttavan myös teho-osaston henkilökunnan ammattitaito, hoito-ohjeiden määrä, laatu ja noudattamistapa, hoitoympäristön psyykinen ja fyysinen kuormittavuus sekä hoitavan henkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus (Kaarlola 2007, 19). Tehohoitoon joutuneista potilaista menehtyy ensimmäisen puolen vuoden aikana noin 25 % (Mäkelä 1998, 6).

Teknologian ja hoitomuotojen samanaikainen kehittyminen mahdollistavat entistä sairaampien potilaiden hoidon. Hoitotuloksiin vaikuttavat potilaasta riippuvat ja riippumattomat tekijät. Potilaasta riippumattomia tekijöitä ovat muun muassa aiempi terveydentila, omatoimisuus, ikä ja akuutin sairauden vakavuus. Potilaasta riippumattomia tekijöitä ovat esimerkiksi kaikkien hoitoprosessiin osallistuvien yksiköiden toiminnan organisointiin, ajoitukseen, intensiteettiin ja laatuun vaikuttavat rakenne- ja prosessitekijät. (Kaarlola 2007, 13, 52.) Nykyiset hoitomenetelmät mahdollistavat entistä vaikeammin sairaiden potilaiden hoidon, jolloin hoitolinjoja valittaessa tulee yhä tärkeämmäksi arvioida potilaan eri vaihtoehtoista saamaa hyötyä. Onnistuessaan tehohoito takaa kriittisesti sairaalle potilaalle maksimaaliset mahdollisuudet selviytyä, mutta on myös tilanteita, joissa tehohoidon rajaaminen on perusteltua ja parasta mahdollista potilaan hoitoa (Lyytikäinen 2002, 59). Tehohoitoa tulee antaa hoidosta hyötyville potilaille eettisesti, tehokkaasti, vaikuttavasti ja kustannustietoisesti (Kaarlola 2007, 52).

3.3 Etiikka tehohoitotyössä

Tehohoidolla on luja eettinen perusta. Elämän säilyttäminen ihmisarvoa kunnioittaen on selkeä tavoite, johon tehohoidon eettinen päätöksenteko perustuu. Muita tärkeitä tehohoidon eettisiä periaatteita ovat kärsimyksen lievittäminen, lisähaittojen välttäminen ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Ambrosius ym. 1997.) Kaarlola (2010, 32) toteaa, että hyvä tehohoito on eettistä, tehokasta, vaikuttavaa ja kokonaisvaltaista. Hoitajan käsitys siitä, mikä on hyvää ja oikein ei kuulu yksilöllisen etiikan alueelle, vaan se on sosiaalisesti rakentunut nivoutuen tieteenalaan sekä kulloisenkin työyhteisön normeihin ja vaatimuksiin. Tämä käsitys muodostaa pohjan hoitajan työlle, sille mitä hän huomioi ja miten hän reagoi eri tilanteisiin. (Benner, Tanner & Chelsea 1999, 33). Tehohoidossa potilaan parhaan määrittäminen ja toteuttaminen ei aina ole ongelma-

tonta. Eettisiä ongelmatilanteita voi syntyä esimerkiksi, kun hoitaja ja lääkäri ovat eri mieltä toteutettavasta hoidosta kuten elvytyspäätöksestä tai käytettävästä teknologiasta. (Mäkelä 1998, 17.)

Romppanen (2008) kuvasi tehohoidon eettisiä ongelmia sairaanhoitajien näkökulmasta. Suurin osa vastaajista kertoi kokevansa työssään hoitoon liittyviä eettisiä ongelmia viikoittain. Työyhteisössä käsiteltiin tehohoidon eettisiä ongelmia varsin hyvin, mutta asiassa koettiin kehittämisen tarvetta esimerkiksi etiikan koulutusta. Tehohoidon eettisestä ongelmasta aiheutui tutkimuksen mukaan potilaalle mahdollisesti inhimillistä kärsimystä ja sen seuraukset olivat kauaskantoiset. Tehohoidon eettinen ongelma liittyi tyypillisesti henkilökunnan toimintaan, sillä heidän oli toimittava potilaan puolesta, koska tämä ei itse siihen terveydellisen tilanteensa vuoksi pysty. Tutkimuksen perusteella sairaanhoitajien tehohoitoon liittyvät ongelmat koskivat henkilökunnan epäeettistä toimintaa, potilaan tasa-arvoisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteuttamattomuutta, potilaan ihmisarvon loukkauksia, rajallisia resursseja, itse aiheutettujen sairauksien hoitamista, elämän ja kuoleman välisiä kysymyksiä, tietojen välittämisen ongelmallisuutta ja omaisten osuutta potilaan hoidossa. (Romppanen 2008, 2.)

Eettisten ongelmien käsittelyn vaikeudesta kertonee se, että ne jäävät tehohoidossa usein yhteisen keskustelun ulkopuolelle. Eettisissä ongelmatilanteissa ilmenee tehohoidon vaativuus. Jaksako ja kykeneekö hoitaja keskustelemaan ongelmista, joissa joutuu pohtimaan myös omia arvojaan, vaikka keskustelun tavoitteena onkin potilaan hoidon koordinointi ja parantaminen. (Mäkelä 1998, 20).

Lääketieteellisesti tehohoidon rajaaminen käsittää hoidosta pidättäytymisen tai aloitusta hoidosta luopumisen, jotka ovat eettisesti ja lääketieteellisesti vaikeita päätöksiä. Hoidon rajaamisella tarkoitetaan prosessia, jossa useita lääketieteellisiä hoitomenetelmiä ei aloiteta lainkaan tai ne lopetetaan potilaalta, jonka odotetaan todennäköisesti kuolevan ilman näitä elintoimintoja tukevia hoitomenetelmiä. Baltz & Wilsonin (1995) hoitotieteen käsitys tehohoidon rajaamisesta on yhdenmukainen lääketieteen käsityksen kanssa, sillä hoidon rajaamisen tulee perustua lääketieteellisiin lähtökohtiin ja kokonaisnäkemykseen potilaan tilanteesta. Ennen lopullista päätöksentekoa tulee varmistaa, että kaikki mahdollinen potilasta parantava hoito on annettu, potilaan sairauden paranemista tai lievenemistä pidetään mahdottomana ja, että kaikki hoitoon osallistuvat ovat yksimielisiä hoidon rajaamispäätöksestä. (Lyytikäinen 2002, 9-10.)

Hyvä tehohoidon rajaaminen tarkoittaa, että potilaalle varmistetaan kivuttomuus, mahdollisimman hyvä olo ja huolehditaan potilaan arvokkuuden säilymisestä. Lisäksi tajuisaan oleva potilas tarvitsee henkistä ja hengellistä tukea, jota järjestetään potilaan ja hänen omaistensa tahtoa ja toivomuksia kunnioittaen. Tarkoituksenmukainen tehohoidon rajaaminen sallii potilaalle arvokkaan ja hyvän kuoleman. Jones & Fitzgerald (1998) totesivat, että hoidon rajaamista koskevan päätöksenteon jälkeen sairaanhoitajan tehtävänä, on toteuttaa hoidon rajaaminen. Tämä tarkoittaa, että potilaan kivuttomuudesta huolehditaan ja elintoimintoja tukevia hoitoja lopetetaan. Tähän yleensä liittyy hengityslaitteessa vieroittaminen, lääkehoidon vähentäminen kipulääkitystä lukuun ottamatta ja suunniteltujen hoitojen kuten dialyysin lopettaminen. (Lyytikäinen 2002, 10.)

Tavallisin tehohoidon rajaamisen syy on monielinvaurio (multiple organ failure, MOF), jolla tarkoitetaan useiden elinten toiminnan samanaikaista häiriintymistä ja se on tavallisin kuolinsyy tehohoidossa. Käytännössä tehohoidon rajaaminen tarkoittaa elintoimintoja tukevista lääkehoidoista, hengityslaitteidosta ja muista tukihoidoista (esimerkiksi dialyysi tai verituotteet) luopumista tai niistä pidättäytymistä. Tehohoidon rajaaminen on päätöksenteon hierarkkinen prosessi, jossa lääkärit ovat vastuussa päätöksenteosta ja hoitajat toimivat päätösten mukaisesti. Kaarlolan (1997) mukaan Suomessa tehohoidon rajaamista ei ole systemaattisesti tilastoitu, mutta kansainvälisten tutkimusten mukaan se on lisääntynyt erittäin merkittävästi 1990-luvulla. (Lyytikäinen 2002, 7, 60.)

3.4 Tehohoito potilaan ja omaisten näkökulmasta

Potilaan turvallisuuden tunne voi johtua ympäristöstä sekä potilaan sisäisistä tekijöistä. Ulkoinen turvallisuus taataan potilaalle luomalla mahdollisimman turvallinen hoitoympäristö. Ihmissuhde turvallisuus taataan sillä, että potilas voi luottaa siihen, että ympäristössä on henkilöitä, jotka tarpeen vaatiessa auttavat häntä. Potilaan sisäistä turvallisuutta hoitaja voi lisätä vahvistamalla potilaan itseluottamusta ottamalla potilaan omat näkökannat ja voimavarat huomioon sekä rohkaisemalla potilasta tekemään omia aloitteita. Tehohoitoon joutuminen ja siihen johtaneet syyt lisäävät yksilön turvattomuutta ja pelkoa. Hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus ja velvollisuus auttaa näiden turvallisuutta häiritsevien tekijöiden selvittämisessä, ehkäisemisessä ja poistamisessa. Päätaivitteena on potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden toteutuminen hoitotyössä. (Mykkänen & Virranta 2001, 16–17.)

Kaarlolan (2010, 32) mukaan hyvän hoitosuhteen perustana on toimiva potilaan, hänen läheistensä ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus. Potilaita ja omaisia on informoitava selkokielellä, empaattisesti, kysymyksiin ja keskusteluun kannustavasti. Henkilökunnan eri jäsenten antaman tiedon tulee olla keskenään ristiriidatonta. Informaatio kannatta antaa suurina linjoina, jolla vältetään potilaan hoitovasteen mahdollisesti huonontuessa läheisten epätoivoiset takertumiset kokonaistilanteen kannalta epäolennaisiin, normaalirajoissa oleviin tutkimustuloksiin. (Kaarlola 2011, 39.) Potilaan omaisille on myös kerrottava potilaan tilan toivottomuudesta heti kun se on riittävän luotettavasti todettu. Totuudenmukainen, ymmärrettävä ja kiireetön keskustelu omaisten kanssa potilaan tilanteesta kuuluu sairaanhoitajan ja lääkärin eettisiin velvollisuuksiin. Keskustelun tavoitteena on, että omaiset hyväksyvät potilaan tilanteen toivottomuuden ennen lopullista hoidon rajaamista koskevaa päätöksentekoa. (Lyytikäinen 2002, 12.)

Tehohoitoon liittyy yleensä myös potilaan saamia ei-toivottuja vaikutuksia kuten tehohoidosta tai sairaudesta johtuvia fyysisiä ongelmia. Tehohoidon aikana vaikean sairauden tuoma huono yleiskunto, riittämätön lepo, sairaudesta tai hoidoista aiheutuva kipu, voimattomuus sekä liikkumisrajoitus (verisuonikatetrit, laskuputket, haavat), epämiellyttävät ja kivuliaat hoidot, vuorokausirytmien häiriintyminen sekä keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet aiheuttavat muistamattomuutta, sekavuutta, hallusinaatioita ja painajaisia. Psykkisiä terveysongelmia potilaalle aiheuttavat myös ahdistuneisuus, elämänhallinnan puute ja kuolemanpelko, joita voivat aiheuttaa tehohoitoympäristö ja annettavat hoidot, sairauden tai lääkkeiden aiheuttaman unen ja todellisuuden sekoittuminen. Läheisistä erossa olo voi lisätä turvattomuuden tunnetta. Tehohoidon jälkeisen vuoden aikana potilailla on masennustaipumusta, joka vaikuttaa myös läheisten elämäntilaan. Muut todetut tehohoidon pitkäaikaisvaikutukset liittyvät muuttuneeseen kehonkuvaan, huonontuneeseen fyysiseen suorituskykyyn ja näistä johtuviin psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. (Kaarlola 2010, 32; Kaarlola & Pyykkö 2010, 463–464.)

3.5 Tehohoidosta toipumisen tukeminen

Sairauden odottamattomuus, äkillisyys ja vakavuus sekä epävarmuus selviämisestä ja sairauden jatkuva hoito erityisympäristössä erilaisia teknisiä apuvälineitä käyttäen rasittavat tehopotilasta. Nämä tekijät aiheuttavat potilaalle sairauden lisäksi erilaisia kokemuksia, joista selviämiseen ei pelkillä lääketieteen menetelmiä saada ratkaisua. (Pyykkö 1995, 3).

Tehohoidossa olleet potilaat kärsivät usein pitkään tehohoidon jälkeen eriasteisista psyykkisistä ja fyysisistä ongelmista (Pöykkö 2006, 1). Läheisille yllättäen tullut potilaan tehohoidon tarve, on johtanut miettimään potilaan selviytymistä ja kuoleman mahdollisuutta. Kuormittuminen ilmenee tavallisesti psykosomaattisina oireina, joista tavallisimpia ovat keskittymisvaikeudet, sydänoireet, verenpaineen kohoaminen, ruoansulatuskanavan toimintahäiriöt, unettomuus, väsymys, painajaiset, ahdistus ja paniikkituntemukset. (Kaarlola 2010, 32–33.)

Pöykön (2006, 1) tutkimuksessa todettiin, että tehohoidosta vuodeosastolle siirtyminen on koettu vaikeana tapahtumana potilaiden, omaisten ja vuodeosaston henkilökunnan näkökulmista. Teho-osastolta siirtynyt potilas aiheuttaa vuodeosaston henkilökunnalle stressiä ja lisää työtä. Potilaiden, omaisten ja vuodeosaston henkilökunnan ajatukset adekvaatista hoidosta eivät aina ole yhtenäiset. Potilaat ja omaiset ovat tottuneet teho-osastolla siihen, että potilaan tarpeet tulee välittömästi huomioitua ja potilasta tarkkailaan koko ajan. Vuodeosastojen hoitajilla on kuitenkin useita potilaita hoidettavana eikä yhden potilaan jatkuvaan huomioimiseen ja tarkkailuun ole mahdollisuutta. Konsultatiohoitajien vierailut vuodeosastoilla vähensivät potilaiden pelkoja.

Nurmen (2005) tutkimuksessa todetaan, että tehohoidon tarve ei yleensä synny äkillisesti ja yllättäen, vaan suuri osa potilaista (76 %) kärsii verenkierron tai hengityksen ongelmista keskimäärin 6,5 tunnin ajan ennen sydämenpysähdystä tai muuta tehohoitoa vaativaa vitaalinelintoiminnan häiriötä. Vitaalitoimintojen tukihoidojen viivästyminen heikentää potilaan ennustetta altistamalla hänet monielinvauriolla ja hoidon pitkittymiselle. (Rissanen 2008, 26.) Varpula, Uusaro, Ala-Kokko, Tenhunen, Ruokonen, Perttilä & Pettilä (2007, 1273) totesivat, että kriittisesti sairaan potilaan varhainen tunnistaminen, elintoimintahäiriöiden toteaminen ja hoidon nopea aloittaminen ovat keskeisiä hoidon tulosta parantavia tekijöitä. Heidän mukaan tehohoidon jälkeiseen kuntoutusvaiheeseen panostamalla sekä liian varhaista vuodeosastosiirtoa välttämällä voidaan potilaiden vuodeosastovaiheeseen ajoittuvaa kuolleisuutta pienentää huomattavasti. Varpulan ym. (2007, 1273) mukaan tehohoidossa olleen potilaan jälkiseurannalla pyritään parantamaan hoidon jatkuvuutta, estämään suunnittelemattomia siirtoja takaisin teho-osastolle sekä vähentämään tehohoidon jälkeistä kuolleisuutta vuodeosastovaiheen aikana. Jälkiseuranta tulisi järjestää tehohoidon ja tehovalvonnan henkilökunnan voimin ja niiden hallinnon alaisena toimintana.

Teho-osastolla potilaat ja läheiset elävät yleensä kriisin shokki- ja reaktiovaiheita, joka voi aiheuttaa omaisten taantuneisuutta ja riippuvuutta ilmentävää käyttäytymistä. Omaiset tarvitsevat sen vuoksi huomiota, ristiriidatonta ja ymmärrettävää informaatiota, sen toistoa ja henkistä tukea. Läheisten kuormittumisen havaitseminen ja tilannetta korjaavien tukijärjestelmien mahdollisimman nopea käynnistäminen tulisi tapahtua jo tehohoidon aikana ja jatkua tarvittaessa tehon jälkipoliklinikalla. Aktiivisella toiminnalla pyritään estämään tilanteen muuttuminen pitkäaikaiseksi psyykkiseksi traumaksi. (Kaarlola 2010, 33.)

Kaarlolan (2011, 39) mukaan tehohoidon aikana pidetystä omaisryhmästä sekä tehohoidon jälkeisestä jälkipoliklinikan toiminnasta on saatu hyviä kokemuksia. Jälkipoliklinikan toiminnan tavoitteena on potilaan fyysisen ja psyykkisen voinnin ja jatkohoitojärjestelyjen arvioinnin, teho- ja sairaalahoidon ”syy-seuraus-suhteiden kertaaminen, potilaspalautteen saaminen ja potilaan elämäntapamuutosten tukeminen. Myös informoinnin ja tukitoimien avulla pyritään vähentämään tiedon puutteesta johtuvia terveystalvaiden käyttöä ja kustannuksia. Jälkipoliklinikoita toimii tällä hetkellä suomessa kaksi kappaletta. Oulun yliopistollisen sairaalan tehohoidon jälkipoliklinikka aloitti kyseisen toiminnan Suomessa. Toiminta aloitettiin myös Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2008. (Kaarloa 2010, 33.)

Nilsson, Berner, Hertz, Laerkner, Djursaa & Andersen (2011) kertoivat, päiväkirjatoiminnasta pitkäaikaisille. Toiminta tunnetaan Ruotsin, Norjan ja Tanskan tehohoidossa. Päiväkirjaa kirjoitettiin paperisessa tai elektronisessa muodossa. Paperiseen päiväkirjaan lisättiin myös usein valokuvia. Päiväkirjaa kirjoitti hoitaja potilaille päivittäin positiivisessa hengessä, kertoen potilaalle henkilökohtaisella tasolla potilaalle hänen voinnistaan ja sen muutoksista. Näiden kirjoitusten avulla mahdollistettiin potilaan hahmottaa toivuttuaan itselleen tehohoitoaika ja tapahtumia. Kirjoituksia käytettiin myös apuna jälkiseurantapoliklinikan toiminnassa. (Korpela, Leppänen, Mäkinen & Vanhatalo 2011, 184.) Suomessa potilaspäiväkirjan tavoitteena oli täyttää potilaalle tehohoidon aikana tulleita aukkoja muistissa, jotka koskivat potilaan tilassa tai hoidossa tapahtuneita muutoksia sekä potilaan perheen arkielämän tapahtumia. Potilaspäiväkirjaan kirjoittaminen ja sen lukeminen myöhemmin auttoivat potilaita ja läheisiä käsittelemään ja selkeyttämään ajatuksiaan tehohoitajaksosta sekä toipumaan sairauden ja tehohoidon aiheuttamasta kriisistä. Potilaat kokivat saaneensa vastauksia moneen mielestä askarruttavaan kysymykseen. Päiväkirja auttoi potilaita hyväksymään sairauden, käsittelemään

sitä ja sen mahdollisesti aiheuttamaa surua, tuskaa sekä rakentamaan toipumisen jälkeistä elämää. Päiväkirja mahdollisti myös tuen tuomisen kuolleen potilaan omaisten suruprosessiin. Omaiset kokivat päiväkirjan lukemisen auttaneen heitä paremmin hyväksymään ja ymmärtämään tapahtuneen. (Rahikainen 2006, 122.)

3.6 Tehohoitotyön tutkimus

Tehohoito on kansallisesti ja kansainvälisesti eräs vähiten tutkittu kliinisen hoitotieteen osa-alue (Lyytikäinen 2002, 8). Tehohoitoon liittyvä hoitotieteellinen tutkimus on vielä varsin alkuvaiheessa ja tutkimustuloksia on vähän. Suomessa ensimmäiset väitökset tehohoitotyön alueelta valmistuivat 2000-luvulla: Anita Pyykön (2004) Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi, Heli Pontikaran (2004) Auttava kanssakäyminen – substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä, Anne Kaarlolan (2007) Mitä hyötyä tehohoidosta? Tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuuden arviointi sekä viimeisimpänä Merja Meriläisen (2012) Tehohoitopotilaan hoitoympäristö: psyykinen elämänlaatu ja toipuminen. Suomessa tehohoidon tutkimustyötä on tehty 1990-luvulta alkaen. Kansainvälisesti tehohoitotyön tutkimusta tehdään lisääntyvästi. Kliinistä tutkimusta tehdään eniten Australiassa, Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa. (Lungren-Laine, Ääri & Leino-Kilpi 2007, 56.) Kansainvälisten tutkimusten yleistäminen suomalaiseen tehohoitoon voi olla kuitenkin kulttuuristen erojen vuoksi ongelmallista (Lyytikäinen 2002, 8).

Leino-Kilpi & Suominen (1995) totesivat tehohoidon tutkimus- ja kehittämistarpeita selvittävässä kartoituksessa hoitotyön teho-osastolla olevan antoisaa, monipuolista, vaihtelevaa ja haastavaa. Tehohoitotyössä parasta oli työ sinänsä, pätevä henkilökunta ja yksilöllinen hoito. Työssä itsessään parhaimmaksi oli koettu sen akuutti luonne ja intensiivisyys. Yhden potilaan hoitaminen mahdollisti hoidon yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden. Hoitotyön ongelma-alueena oli työn vaativuus- ja vastuutekijät, työn järjestelytekijät ja tila- ja ympäristötekijät. Sekä potilas- että omaiskontaktit olivat vaativia, mikä aiheutti psyykkistä ja fyysistä kuormittumista. Ongelmallista oli myös potilasmäärän, hoidettavuustason ja henkilökuntamäärän ennakoimattomuus. Fyysiseltä ympäristöltään teho-osastot olivat yleensä epätarkoituksenmukaisia, ahtaita ja meluisia. Tämä ilmeni muun muassa potilaan yksityisyyden suojaamisen puutteellisuutena. (Mäkelä 1998, 8.)

4 AMMATILLINEN YHTEISTYÖ JA ASiantuntijuus HOITOTYÖSSÄ

4.1 Ammatillisen yhteistyön ja kollegiaalisuuden käsitteiden tarkastelua

Yhteistyöllä tarkoitetaan muun muassa sairaanhoitajan ja lääkärin jaettua päätöksentekoa, joka sisältää tiimityöskentelyä, tiedon ja vastuun jakamista, avointa kommunikaatiota ja omien ammatillisten näkökulmien esittämistä (Lyytikäinen 2002, 7). Yhteistyö täyttää Baggsin & Schmittin (1997) kriteerit yhdessä työskentelystä vain, jos se sisältää työskentelyn tiiminä, potilaan parhaan tavoittelun tai ensisijaisuuden ja potilasta koskevan tiedon jakamisen tai siitä yhdessä käytävän keskustelun (Mäkelä 1998, 20).

Kollegiaaliseen toimintaan kuuluu yhteisen ammattitiedon, -taidon ja -kokemuksen välittäminen. Kollegiaalisuutta esiintyy yksilö- ja ammattiryhmätasolla, samaa ammattia harjoittavien keskuudessa tai eri ammattia harjoittavien työntekijöiden keskuudessa. Tästä johtuen sairaanhoitajan kollegiaalisuutta voidaan tarkastella sairaanhoitajien keskinäisen tai jonkun muun ammattiryhmän välisen kollegiaalisuuden näkökulmasta. Kollegiaalisuus sisältää ammatinharjoittajien hyvän käyttäytymisen. Sairaanhoitajien kollegiaalisuusperinne on nuorempi kuin lääkäreiden. Sairaanhoitajien toimivat kollegiaaliset suhteet vaikuttavat potilaan hyvään hoitamiseen. Kollegiaalinen käyttäytyminen mahdollistaa potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa hoitohenkilökunnan tiedollisten, taidollisten ja kokemuksen perustuvan osaamisen käytön. (Rämänen & Vehviläinen 1994, 2-3, 63.)

Kurtti-Sonnisen (2003) kuvasi tutkimuksessaan kollegiaalisuutta ja siihen liittyvää ilmiöiden kokonaisuutta. Tutkimuksesta ilmeni, että kollegiaalisuus määriteltiin myös tasa-vertaiseksi organisaation eri tasoilla toimivien yksilöiden väliseksi vuorovaikutussuhteeksi ja myönteiseksi sosiaalisiksi riippuvuussuhteeksi. Kollegiaalisuus tai epäkollegiaalisuus ilmeni tutkimuksessa samaa ammattia harjoittavien yksilöiden käyttäytymisessä. Laajimmillaan kollegiaalisuus ymmärrettiin myös samalla alalla toimivien ammattiryhmien yhteistyöksi ja yhteishengeksi. Kollegiaalisuuden näkökulmasta olivat tärkeitä erityisesti yksilön korkea moraalit, sivistyneet käytöstavat ja ammatillisuus. Yksilö joko edistää tai heikentää toiminnallaan ja käyttäytymisellään kollegiaalisuuden toteutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen toimintaympäristön muutokset koettelivat Kurtti-Sonnisen mukaan ammattiryhmien sisäistä ja välistä kollegiaalisuutta. (Kurtti-Sonninen 2003, 2.)

Yhteistyön vaatimus korostuu monimutkaisissa ja dynaamisissa organisaatioissa, joissa tilanteet ovat ennalta arvaamattomia, kuten teho-osastolla. Teho-osastolle on tyypillistä epävarmuus ja tilanteiden nopea muuttuminen, joka vaatii hoitotiimiltä hyvää ja avointa kommunikaatiota sekä itsenäistä päätöksentekoa. (Mäkelä 1998, 11.) Yhteistyössä osallistujien suhteet eivät perustu hierarkiaan, asemaan tai rooliin, vaan valta jaetaan jokaisen tietojen ja taitojen perusteella. Toimivan yhteistyön edellytyksiä jokaiselta osallistujalta ovat oman roolin ja ammattitaidon tiedostaminen ja hyväksyminen, usko omiin taitoihin ja omien ammatillisten rajojen tunnistaminen. Myös valmius yhteistyöhön, kunnioitus ja luottamus muiden ammattitaitoa kohtaan sekä erinomaiset kommunikointitaidot ovat välttämättömiä. (Ritmala-Castrén 2008, 112.)

Yhteistyöhön sisältyy kommunikaatiota ja päätöksentekoa. Yhteistyön päämääränä on silloin potilaan hyvinvoinnin ja sairaudesta johtuvien tarpeiden tyydyttäminen niin, että kunnioitetaan jokaisen ammattilaisen yksilöllisiä valmiuksia ja taitoja. Yhteistyö vaatii pätevyyttä, luottamusta itseensä ja muihin sekä kaikkien osapuolien yhteistyökykyä. (Mäkelä 1998, 9-10.)

Ongelmia tiimityöhön aiheuttaa, kun lääkäri ei hoitajan pyynnöstä huolimatta tule paikalle, hoitajan ollessa kokematon tai jos hoitajalla ja lääkäriellä on eri käsitys tarvittavista toimista (Mäkelä 1998, 17). Kivinen (1993, 54) totesi tutkimuksessaan tiimityöskentelyn olevan vaikeaa silloin, kun hoitajalla ja lääkäriellä on eri käsitys potilaan hoidosta. Yhteistyö onnistuu vain, jos yksilöt kokevat olevansa osa tiimiä, jossa huomioidaan kaikkien osallistujien kokemus, jaetaan vastuu tuloksista ja annetaan kaikille jäsenille mahdollisuus vaikuttaa prosessiin (Mäkelä 1998, 11).

Yhteistyö onnistuu tilanteissa, joissa osapuolilla on yhteinen mielenkiinto ja päämäärä. Lisäksi yhteistyöllä saavutettavan lopputuloksen on tyydytettävä kaikkia osapuolia riittävästi. (Mäkelä 1998, 11.) Potilaan hyvä hoito edellyttää kaikkien hoitoon osallistuvien välistä toimivaa yhteistyötä hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Tiimi- ja yhteistyönkin ominaisuuksia ovat yhteinen pyrkimys johonkin sekä jaettu päätöksenteko. Yhteistyölle on lisäksi ominaista osallistujien halukkuus olla mukana, oman asiantuntijuuden antaminen yhteiseen käyttöön ja vastuun jakaminen. (Ritmala-Castrén 2008, 112.)

Hyvällä yhteistyöllä on sekä yksilö että organisaation kannalta positiivisia seurauksia. Yksilön omanarvontunto, itseluottamus ja oma merkityksen tunne vahvistuvat ja työtyy-

tyväisyys lisääntyy. Tuottavuus lisääntyy ja hoidon tulokset paranevat. (Ritmala-Castrén 2008, 112.) Sairaanhoidon erikoistuminen monen ammattiryhmän vastuualueiksi on lisännyt monitieteellisen yhteistyön tarvetta. Hoitajien ja lääkärien välisen yhteistyön on todettu parantavan potilaan hoitoa ja lisäävän työtyytyväisyyttä sekä laskevan hoidon kustannuksia. Työtyytyväisyys puolestaan lisää henkilökunnan työssä jaksamista (Mäkelä 1998, 5).

4.2 Yhteistyö tehohoidossa

Tehohoito kuormittaa potilaita, omaisia ja henkilökuntaa. Eri henkilöryhmiin kohdistuvien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten stressitekijöiden tiedostaminen, tunnistaminen ja minimointi edistävät jaksamista, hoitoon ja työhön sitoutumista (Kaarlola 2010, 32). Tiimityö on tehohoitajien mielestä tehotyöskentelyn vahvuus ja tiimiltä saatava tuki koetaan henkisenä voimavarana (Mäkelä 1998, 41).

Kivinen (1993, 52) totesi, hoitajan työskentelevän koko työvuoron ajan tiimissä, jonka kokoonpano voi vaihdella jokaisessa työvuorossa. Työvuoron aikana hoitaja kohtaa oman osaston työtoverien lisäksi eri alan lääkäreitä ja omaisia. Baggs & Schmitt (1997) totesivat, että tehohoidossa yhteistyö tapahtuu työskentelynä tiiminä, jonka tavoitteena on potilaan hyvinvointi. Tämä yhteistyö sisältää potilasta koskevan tiedon jakamisen keskustelemalla, kuuntelemalla ja toisten toimintaa tai puheeseen vastaamalla. Mariano (1989) toteaa, että ryhmästä eri ammattiryhmien edustajia tulee tiimi, kun sillä on yhteinen tavoite, määrätty rakenne ja käsitys omasta tehtävästään. (Mäkelä 1998, 5, 9, 16.)

Potilaan hoitaminen teho-osastolla on taiteilua haasteellisen työn, nopeasti muuttuvien tilanteiden, lukuisien työtoverien ja muiden ammattihenkilöiden joukossa (Ritmala-Castrén 2008, 112). Tehohoidossa nopeasti muuttuvien hoitotilanteiden hallitsemiseksi yhden potilaan hoitoon osallistuu samanaikaisesti useita ammattihenkilöitä. Eri ammattiryhmien edustajat pystyvät tuomaan potilaan hoitoon erilaista tietoa ja taitoa. Tehohoitotiimillä tarkoitetaan teho-osaston vastaavan lääkärin, potilaan hoitoon osallistuvan erikoislääkärin (esimerkiksi kirurgi, sisätautilääkäri, pediatri), teho-osaston apulaislääkärin, vastaavan hoitajan, potilaan oman hoitajan ja hoitoon avustavina henkilöinä osallistuvien sairaanhoitajien muodostamaa työryhmää (Mäkelä 1998, 9-10, 17).

4.3 Hoitajien ja lääkärien välinen yhteistyö

Yhdysvaltalainen Baggs on yhdessä Schmittin kanssa tutkinut pitkään hoitajien ja lääkärien välistä yhteistyötä tehohoidossa. Baggs & Schmitt (1997) määrittelivät yhteistyön ominaispiirteiksi jaetun potilaiden hoidon suunnittelun ja toteuttamisen sekä jaetun vastuun päätöksenteossa ja ongelmanratkaisussa. Yhteistyössä olennaista on tavoitteiden asettaminen yhdessä, vastuullisuuden uudelleenmäärittely ja avoin kommunikaatio. (Mäkelä 1998, 11–12.) Teho-osaston myönteinen ja avoin ilmapiiri mahdollistaa myös potilaan hoitoa koskevista eriävistä mielipiteistä keskustelun lääkärin kanssa (Lyytikäinen 2002, 64).

Mäkelän (1998, 28) mukaan sairaanhoitajan ja lääkärin yhdessä työskentely ilmeni hoidon yhteisenä tavoitteena ja ”me-henkenä”, joka auttoi jaksamaan ja yrittämään vaikeisakin tilanteissa. Yhteistyön onnistumisen edellytyksiksi Baggs & Smith (1997) määrittelivät saatavilla olon ja halukkuuden kuunnella, olla vastaanottavainen. Saatavilla olo tässä tapauksessa sisälsi sekä ajan, paikan että tiedon suhteen paikalla olon. (Mäkelä 1998, 12). Onnistuessaan yhteistyö on sairaanhoitajien ja lääkärien työskentelyä yhdessä, vastuun ja tiedon jakamista, jaettua päätöksentekoa ja omien ammatillisten näkökulmien esittämistä (Lyytikäinen 2002, 7).

Perkon ja Laurin (1990) tutkimuksessa vuodeosastoilla työskentelevät hoitajat osallistuivat päätöksentekoon johdattelemalla lääkäreitä, tekemällä keskustelualoitteen ja kysymällä hoitolinjoista. Hoitajat esittivät kritiikkiä siitä, että kuolevaa potilasta hoidetaan liian aktiivisesti ja päätöstä saattohoidon aloittamisesta viivytellään (Lyytikäinen 2002, 17). Hoitajat ja lääkärit odottavat kunnioitusta toiselta ammattiryhmältä, mikä ilmenee kohteliaisuutena, diplomaattisuutena ja miellyttävänä käytöksenä. Lisäksi lääkärit ja hoitajat haluavat toisen ammattiryhmän uskovan heihin päätöksenteossa tai informaation välityksessä. (Mäkelä 1998, 14.) Tuen saaminen on erityisen tärkeää henkisesti vaativissa tilanteissa, joissa hoitajat arvostivat lääkäriltä saamaansa tukea (Lyytikäinen 2002, 12).

Mäkelän (1998, 29) tutkimuksessa todettiin, että hoitajat pitivät tärkeänä, että hoitajien osallistumista lääkärin ja omaisten väliseen keskusteluun. Keskusteluun osallistuminen auttoi yhteisen hoitolinjan muodostamisessa. Hoitajat kokivat olevansa tärkeitä tiedon välittäjiä ja asioiden kertaajia lääkärin ja omaisten välillä. Hoitajilla ei ole riittävästi

tietoa vastata omaisten kysymyksiin, jos he eivät osallistu lääkärin ja omaisten väliseen keskusteluun. Tästä voi seurata se, että omaiset voivat saada ristiriitaista informaatiota potilaan hoidosta ja tilasta. (Lyytikäinen 2002, 13.)

Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön on kuitenkin todettu olevan puutteellista erityisesti vastuun jakamisessa ja eettisessä päätöksenteossa (Lyytikäinen 2002, 7). Taylor (1996) todennut, että ongelmia hoitajien ja lääkärin yhteistyössä saattaa esiintyä muun muassa siksi, että hoitajat ovat nykyään autonomisia ja tietoisia omasta tehtävästään hoitotyössä (Mäkelä 1998, 16).

Bucknallin & Thomasin (1997) tutkimuksessa ilmeni, että tehohoitajista noin 30 % ilmoitti olevansa eri mieltä hoitopäätöksistä muiden kanssa viikoittain tai useammin. Useimmin ongelmia esiintyy ongelmia silloin, kun hoitaja kokee omaavansa enemmän tietoa, kokemusta ja taitoa, kuin potilaan hoidosta vastuussa olevalla lääkäriellä hoitajan mielestä on. (Mäkelä 1998, 16.) Kivinen (1993, 54) on myös Suomessa saanut samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan hoitajan ja lääkärin yhteistyötä. Hoitajan ja lääkärin yhteistyötä huononsi se, ettei lääkäri saapunut paikalle hoitajan pyytäessä (Kivinen 1993, 54).

Päinvastaisen tuloksen sai Mäkelä (1998) tutkimuksessaan, jossa hoitajat eivät kokeneet ongelmaksi lääkärin paikalle saapumista (Lyytikäinen 2002, 63). Tämä on keskeistä myös konsultaatiohoitajatoiminnassa, lääkärin tulee olla tavoitettavissa konsultaatiota varten, mutta häneltä ei välttämättä edellytetä paikalle saapumista.

Lyytikäinen (2002) on tutkimuksessaan selvittänyt sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Tulosten mukaan sairaanhoitajien ja lääkäreiden kommunikaatio oli avointa ja heillä oli potilaan hoitoa koskevat yhteiset tavoitteet. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden tiimityöskentely ja keskinäinen tuki oli harvinaista tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Sairaanhoitajat esittivät harvoin omia mielipiteitään potilaan hoidon rajaamisesta ja osallistuivat harvoin tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon. Eniten tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon osallistuivat sairaanhoitajat, joilla oli pitkä tehohoitokokemus. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä, mikä on myös konsultaatiohoitajatoiminnan edellytys.

Tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa korostuu sairaanhoitajan, lääkärin ja omaisten yhteistyön tärkeys. Hoitajat hyväksyvät ja toteuttavat lääkärin päätökset, vaikka heillä olisi ristiriitaisia mielipiteitä hoidon rajaamisen perusteista. Tehohoidon rajaamisessa lääkärit ovat vastuussa hoitoratkaisujen tekemisestä ja hoitajat toimivat pääasiassa informaationantajina, mutta he kuitenkin ovat valmiita auttamaan lääkäriä vaikeissa hoitopäätöksissä. (Lyytikäinen 2002, 12, 60.) Jones & Fitzgerald (1998) mukaan päätöksenteon odottaminen, jahkailu ja empiminen on raskasta hoitajille, jotka kohtaavat potilaan ja omaiset jatkuvasti epätietoisessa tilanteessa. Selvitäkseen vaikeista tilanteista niin lääkärit kuin hoitajatkin tarvitsevat tukea ja avointa keskusteluyhteyttä. (Lyytikäinen 2002, 12.)

Arslanian-Engoren (1995) ovat tutkineet yhteistyötä hoitotyön asiantuntijan (Clinical nurse specialist, CNS) ja lääkärin kanssakäynnissä. Tutkimuksen mukaan yhteistyö vahvistaa kollegiaalisia suhteita hoitajan ja lääkärin välillä, antaa positiivista palautetta työstä, vahvistaa hoitotyön näkökulmaa, määrittelee hoitotyön asiantuntijan käytännön roolia ja vahvistaa molempin puolta luottamusta. (Mäkelä 1998, 11.)

Hoitajan ja lääkärin välistä kommunikaatiota on tutkittu sekä tehohoidossa että sen ulkopuolella. Leino-Kilpi & Suomisen (1995) mukaan kommunikaatio tehohoidossa on ollut myös yksi tutkimus- ja kehittämisaikana sekä koulutustarpeen kohde. Avoimen kommunikaation tarve tulee esille erityisesti eettisissä ongelma-tilanteissa. Sekä lääkärit että hoitajat ovat todenneet keskustelun avulla voitavan parantaa eri ammattiryhmien välistä yhteisymmärrystä ja yksimielisyyttä käytännön hoitotilanteissa. (Mäkelä 1998, 19.)

Myönteisen sairaanhoitaja-lääkärisuhteen merkitys on todettu vaikuttavan muun muassa potilaan hoidon onnistumiseen. Vastuu lääketieteellisestä arviosta perustuu kokemukseen. Edistyneet aloittelijat luottavat kyseenalaistamatta muiden hoitajien ja lääkäreiden kokemukseen ja arvioihin. Myös tässä hoitaja-lääkäri-suhteessa kokemuksen merkitys korostuu. Tosiasia on se, etteivät kaikki lääkärit ja hoitajat ole yhtä päteviä, eivätkä he tunne potilaita välttämättä yhtä hyvin. On selvää, että kokenut lääkäri ja hoitotyön asiantuntija, jolla on vuosien kokemus toimivat eri tavoin, kuin apulaislääkärit tai vastaavalmistuneet sairaanhoitajat. (Benner, Tanner & Chelsea 1999, 276, 284, 291.)

Konsultoinnissa lääkärin kanssa suuri merkitys on sillä, että hoitajan kanssa on syntynyt yhteinen kommunikaatiomalli, jossa toisen taidot tunnustetaan ja jossa vallitsee keskinäinen luottamus sekä kunnioitus. Esimerkiksi opetussairaaloissa apulaislääkäreiden vaihtuessa nopeasti, tällaisten suhteiden luomisen mahdollisuudet ovat rajalliset. Näissä oloissa sairaanhoitajat turhautuvat helposti joutuessaan todistamaan pätevyyttään lääkäreille, jotka eivät muutoin ottaisi heidän ehdotuksiaan vakavasti. Kokeneiden hoitajien ja hoitavien lääkäreiden työskennellessä yhdessä pitkiä aikoja, neuvottelemisen kliinisiä tietoja koskien lakkaa olemasta haaste. (Benner, Tanner & Chelsea 1999, 298.)

Asiantuntevat hoitajat osaavat esittää asiansa vakuuttaen lääkärin siitä, että potilaan hoitoon on tehtävä muutoksia. Asian esittäminen saattaa kuitenkin olla vaikeaa esimerkiksi silloin, kun tilanteessa tarvitaan määrittelemätöntä kliinistä tietoutta, eikä lääketieteellisiä päätöksiä voida tehdä objektiivisen informaation pohjalta tai jos arviointi pohjautuu potilaan reaktioiden tuntemiseen, eikä tieteelliseen tietoon lääkkeen ominaisuuksista. Hoitaja-lääkärisuhteessa kommunikaatiomallien käyttö epäonnistuu, jos joko hoitaja tai lääkäri on kokematon tai kummallakaan ei ole taitoa tiedustella ja tulkita toisen mielipidettä. (Benner, Tanner & Chelsea 1999, 298, 301.)

Udén, Norberg, Lindseth & Marhaug (1992) mukaan hoitajat olivat kuvanneet lääkärin keskittyvän potilaan sairauteen kykenemättä hyväksymään kuolemaa. Hoitajien mielestä potilaat olivat joutuneet käymään läpi tarkoituksettomia ja kivuliaita hoitomuotoja. Lisäksi lääkärit eivät hoitajien mielestä antaneet potilaalle ja hänen omaisilleen todellista tietoa sairaudesta. Lääkärit puolestaan väittivät hoitajien hyväksyvän kuoleman liian helpolla. Heidän mukaansa hoitajat ovat liian innokkaita tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta asioista, joihin heidän tietämyksensä ja koulutuksensa ei riitä. Tämä kertoo siitä, että molemmilla ammattiryhmillä on oma ammatillinen näkökulmansa potilaan hoitoon ja, ettei potilaan parhaan tavoittelu ole aina yksiselitteistä. Lääkärille ensisijaista on potilaan parantaminen ja hoitajalle potilaasta huolehtiminen sekä hoitaminen. (Mäkelä 1998, 18).

4.4 Sairaanhoitajien ammatillinen yhteistyö

Latvala (2001, 2) kuvasi tutkimuksessaan keskussairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien toteuttamaa ammatillisen yhteistyön muotoja ja sairaanhoitajien käsityksiä omista yhteistyövalmiuksistaan. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat omat yhteistyö-

valmiutensa yleensä hyväksi. Sairaanhoidajat olivat melko yksimielisiä yhteistyön merkityksestä omalle oppimiselleen sekä työyksikön ja hoitotyön ammatin kehittymiselle.

Ammatillisen yhteistyön kehittämällä voidaan vaikuttaa tiedon, vuorovaikutustaitojen ja keskinäisen luottamuksen lisääntymiseen, kokonaisnäkemyksen laajenemiseen, uusien työtapojen oppimiseen toisilta sekä hoitotyön yhteiskunnallisen aseman vahvistumiseen. Latvalan (2001) tutkimuksessa mainittiin moniammatillinen yhteistyö eri muodoissaan, asiantuntijasairaanhoidajan konsultointi ja toisen sairaanhoidajan paremmasta työtavasta oppiminen, hoitajien kuvatessa oppimistilanteitaan. (Latvala 2001, 2.)

Latvalan (2001) tutkimuksen perusteella ainakin tutkimusorganisaatiossa oli tarve sekä moniammatillisen että hoitotyön eri alueiden välisen yhteistyön kehittämiseen. Sairaanhoidajan tarvitsemat yhteistyö- ja työnjakotaidot korostuvat tiimi- ja verkostoituvien työtapojen yleistyessä. Yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, muutosvalmiudet, vastuullisuus ja moniammatillinen yhteistyö kuuluvatkin sairaanhoidajan nykyisiin ja tuleviin vaatimuksiin. Sairaanhoidajien yhteistyövalmiudet ovat edellytys ammatillisen yhteistyön onnistumiselle. (Latvala 2001, 2, 8-9, 12.)

Tiedollisiin, taidollisiin, asenteellisiin ja arvoihin liittyviin yhteistyövalmiuksiin kuuluvat muun muassa oma asennoituminen yhteistyöhön ja hyvä ammatillinen itsetunto sekä toisen työn tunteminen ja hänen asiantuntemuksensa arvostaminen. Ammatillinen yhteistyö edellyttää myös toisen huomioon ottamista, kuuntelemista ja auttamista yli ammattirajojen. Yhteistyöhön kykenevältä sairaanhoidajalta edellytetään selkeää käsitystä omasta tehtävästään, riittävää autonomiaa sekä vastuunottoa. Sairaanhoidajien vahva ammatillinen itsetunto ja oman asiantuntijuuden hyväksyminen sekä arvostaminen ovat yhteistyön edellytyksiä lisäten rohkeutta ammatillisten ja organisatoristen rajojen ylittämisiin. (Latvala 2001, 10, 12.)

4.5 Asiantuntijuus hoitotyössä

Ammattilaisen tehtävä on suoriutua hyvin omasta toimialueestaan, kun taas asiantuntija puolestaan kykenee siirtämään tietoa toisesta toimintaympäristöstä toiseen. Asiantuntijan myös oletetaan pystyvän arvioimaan toiminnan onnistuneisuutta, hahmottamaan kokonaisuuksia ja näkemään asioiden merkitys laajemmasta kuin vain oman työnsä näkökulmasta. (Laakkonen 2004, 28.)

Pätevät kliiniset sairaanhoitajat ovat erittäin taitavia, mutta asiantuntevat sairaanhoitajat kykenevät reagoinnin lisäksi havainnoimaan ja toimimaan potilaan hyväksi jo ennen kuin muodolliset tunnusmerkit täyttyvät. Aloittelevilla ja kokemattomilla hoitajilla tulee olla mahdollisuus turvautua asiantuntijasairaanhoitajaan. Vaikeiden teknisten tehtävien taitava suorittaminen edellyttää hyvää kliinistä ymmärrystä, kun puolestaan tilanteen kliininen ymmärtäminen edellyttää nopeaa ja asiantuntevaa toimintaa. Kyky toimia taitavasti kovassa kiireessä vaatii sisäistettyjä taitoja, joita syntyy vain kokemuksen kautta. Toimenpiteiden ja reaktioiden ohella hyvä kliininen ote luo mahdollisuuden ottaa kantaa asioihin, tavalla jolla potilaan paras toteutuisi (Benner, Tanner & Chelsea 1999, 183, 195, 334.)

Varjuksen (1999) tutkimuksessa kuvattiin, miten autonomisiksi tehosairaanhoitajat kokivat itsensä työssään ja sitä, miten merkitykselliseksi he kokivat työnsä. Tutkimus oli osa Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen tehohoitoa koskevasta projektista, jossa tarkasteltiin tehosairaanhoitajan työn hallintaa. Tutkimustulosten mukaan tehosairaanhoitajat pitivät itsenäistä työtä tärkeänä. Hoitajat olivat autonomisia omassa työssään eli välittömässä potilashoidossa, mutta autonomia koko osaston toimintaan liittyneenä oli ollut paljon vähäisempää. Autonomia oli tutkimuksessa lisääntynyt yleensä työkokemuksen myötä. (Varjus 1999, 2.)

Varjuksen (1999) tutkimuksessa vastaajista suurin osa oli motivoituneita työhönsä. Työmotivaatiota oli edistänyt onnistuminen potilaan hoidossa. Myös suurin osa vastaajista oli ollut tyytyväisiä työhönsä tehohoitajina. Hoitajat eivät kuitenkaan olleet täysin tyytyväisiä omaan tietoperustaansa ja käytännölliseen osaamiseensa, vaan olisivat halunneet kehittää niitä. Heidän työhön sitoutumista oli edistänyt mahdollisuus käyttää itsenäisesti omaa tietämystään ja mahdollisuutta toimia itsenäisesti työssään. Tutkimuksen tulosten perusteella autonomia hoitotyössä lisää sairaanhoitajien työn merkityksellisyyttä ja näin myös potilaan hoidon laatu paranee. (Varjus 1999, 2.)

Kokeneiden sairaanhoitajien kliininen päättely on enemmän asioihin paneutuvaa käytännön päättelyä, kuin irrallista, tieteellistä tai teoreettista päättelyä. Kokenut sairaanhoitaja ymmärtää potilaan sairauskokemuksen ja pystyy vastaamaan siihen. Hoitajaa tukee kehittynyt kliininen tieto, joka on hankittu kokemuksen kautta, monien samassa tilanteessa olleiden potilaiden kanssa. Hoitajan intuitio nojaa sekä harkitsevaan pohdintaan ja tietyn tilanteen analysointiin. Intuitioon sisältyy harkittua rationaalisuutta, kokemuk-

sen kautta hankittua käytännön viisautta sekä käsitystä siitä mikä on hyvää ja oikein. (Benner, Tanner & Chelsea 1999, 17, 29.)

Hoitotyö, joka mahdollistaa hoitajan tuntea potilas ihmisenä, antaa myös mahdollisuuksia nähdä ja ymmärtää, se mikä on kaikkein tärkeintä potilaalle ja hänen perheelleen. Hoitajat, jotka viettävät potilaan seurassa useita tunteja päivässä, oppivat kuinka tämä kommunikoi ja mistä hän pitää tai ei pidä. Hoitajat tietävät, miltä potilaan haavat näyttävät, miten paljon raajat liikkuvat ja kuinka paljon niissä on voimaa, millaista katsekontaktia häneltä voidaan odottaa ja miten hän reagoi esimerkiksi perheensä läsnäoloon. Kun potilaassa tapahtuu pienimpiäkin muutoksia, hoitaja tunnistaa ne. Potilaan tunteminen on siis erittäin olennainen tekijä varhaisten varoitusmerkkien tunnistamisessa ja välittömissä hoidoissa. (Benner, Tanner & Chelsea 1999, 33, 288–289.)

Sairaanhoitajat ovat pyrkineet kehittämään työtään etiikkaan ja tieteelliseen tietoon perustuvaksi. Pyrkimykseen on liittynyt hoitotyön yhteiskunnallisen tehtävän ja oman tietoalueen tunnistaminen. Taustalla on ollut halu tarjota entistä parempia hoitotyön palveluja, kehittää hoitotyön sisältöä ja vahvistaa hoitotyön yhteiskunnallista asemaa. Sairaanhoitaja vastaa alansa asiantuntijuudesta. Asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä. Eräinä professionaalisen ammatin tunnusmerkkeinä sairaanhoitajat ammattikuntana luovat järjestelmiä, joiden avulla he valvovat ammattikuntansa jäsenten toimintaa sekä pyrkivät kohottamaan hoidon tasoa. (Mykkänen & Virranta 2001, 3-4.)

5 KONSULTAATIOHOITAJATOIMINTA

5.1 Konsultaatiotyö

Perinteisesti konsultteja on käytetty liikejohdon toiminnan apuna, mutta nyt lähes kaikissa asiantuntijaorganisaatioissa on mahdollista kuvata omaa työskentelyotetta konsultoitavaksi. Konsultaatio-käsitteen sisältö vaihtelee sen mukaan, millä alalla toimitaan ja millaisia palveluita tarjotaan. Yleisesti konsultaatiolla tarkoitetaan jonkin tiedon, taidon, osaamisen tai työn tilaamista asiakkaan toiminnan ja tuloksen parantamiseksi. (Tokola & Hyyppä 2004, 6.)

Konsultoinnin alkuvaiheeseen liittyvät aikaisemmat kehittämissyritykset onnistumisineen ja epäonnistumisineen, ja näin ollen konsultointiin voi liittyä voimakkaita odotuksia. Konsultoinnin alkuvaiheessa on olennaista selvittää mistä kukin vastaa, ketkä ovat osapuolet ja ketkä ovat mukana. Myöskään, miksi ollaan liikkeellä, ei välttämättä ole itsestään selvää eli konsultoinnin tavoite on tuotava julki. Konsultaation alussa ”konsulttiin” voi kohdistua epärealistisia odotuksia. Suurella todennäköisyydellä konsultaatioprosessin alussa voi törmätä virheellisiin odotuksiin. Odotukset voivat olla tietoisia tai tiedostamattomia, ja kaikkia odotuksia ei ole välttämättä lausuttu ääneen. (Tokola & Hyyppä 2004, 23.)

Usein konsultaation alkuvaiheessa syntyvä ahdistus johtuu siitä, että jokainen osallistuja joutuu liittymään ryhmään ja työstämään omaa rooliaan sekä suhdettaan muihin jäseniin. Ahdistuksen luonne vaikuttaa siihen, millaisia ratkaisuja ryhmä on taipuvainen etsimään tilanteeseensa. Jos tilanne koetaan omaa olemassaoloa uhkaavaksi, ryhmä voi turvautua erilaisiin hyökkäysreaktioihin, jotka eivät välttämättä olisi tarpeellisia. Konsultaation alkuvaiheeseen liittyvät usein kehitykselliset jumit, jotka ovat muun muassa loukkaantumisia. Nämä ovat koettuja vääryyksiä ja väärinymmärryksiä, jotka koskaan eivät ole päässeet keskusteluun, eikä niitä näin ole voitu korjata. (Tokola & Hyyppä 2004, 24.)

Esimerkki tällaisesta on kateuden esiintyminen. Ei ole helppo myöntää, että joku on hyvä jossain. Ei ole myöskään helppo lähteä mukaan sellaiseen, jossa jonkun toisen koetaan hankkivan kunniaa ja menestystä. Olennaista on se, miten kateuden tunteen herättyä toimitaan. Kateus voi olla tuhoavaa, esimerkiksi siten, että hyvät ehdotukset

vaietaan, koska väärä taho tuo ne esiin. Kateus voi olla myös kehitystä eteenpäin vievä voima, jolloin se ei aiheuta pilaamista, väheksymistä tai tuhoamista, vaan pyrkimyksen kehittyä ja saavuttaa jotain, mitä kateuden kohteella ajatellaan olevan. (Tokola & Hyypä 2004, 24–25.)

Osallistujien pyrkimykset, haaveet ja motiivit ovat tärkeitä konsultaation alkuvaiheessa. Ihmisten toiveidensa ilmaisu on kehitystyön edellytys. Tärkeä kysymys on, voiko organisaatio vastata näihin toiveisiin. Organisaation kehityshaasteena on riittävä kyky vastata ympäristön vaatimiin muutoksiin ja pyrkimys ennakoida tulevia haasteita. Eteenpäin meno ja kehittyminen edellyttävät yleensä tietyn määrän ristiriitaa ja tyytymättömyyttä. Yksilöiden ja ryhmien psyykkiset voimat vaikuttavat organisaation toimintaan. (Tokola & Hyypä 2004, 31.)

Kuormittavissa tilanteissa esille nousevat primitiivisemmät tavat toimia, esimerkiksi organisaatiota kohtaavassa muutostilanteessa. Silloin pyritään varmistamaan oma selviytyminen aloittamalla erilaisia kehityksen vastaisia voimia, tällöin työhön, työn tekemiseen ja yhteistyöhön keskittynyt toiminta lakkaa. Tämä voi olla esimerkiksi ammattikuntien, yksilöiden tai yksiköiden välistä taistelua, jossa yhteinen päämäärä katoaa. Toiminta kanavoituu hyökkäykseen tai puolustukseen ja asettaa organisaation ryhmät ja yksilöt toisiaan vastaan, jolloin mustavalkoinen ajattelu saa valtaa. Koska itsensä ulkopuolella nähty paha oikeuttaa oman toiminnan, omasta itsestä poistetaan kaikki paha ja oman toiminnan arviointi jää pois. (Tokola & Hyypä 2004, 32–33.)

Tiimijattelu ja työyhteisön kehittämispyrkimykset ovat pyrkimystä sitä kohti, että työ hahmottuisi paremmin kokonaisuutena. Konsultaatio on parhaimmillaan avun tarjoamista. Jos mahdollista, kaikkien kontaktien, jokaisen puhelun, tulee olla asiakkaalle avuksi. Konsultti on asiantuntijan roolissa ja hänellä on asiakasta hyödyttävä ratkaisu olemassa. Tällaiseen työskentelyyn edellytys on riittävä asiantuntemus, jolloin omaa tietämystään ei ole tarve korostaa, vaan se tulee näkyväksi vuorovaikutuksen aikana. Riskinä on, että asiakkaalla on toive siitä, että ulkopuolinen voi ottaa ”pahan” pois ilman, että asiakkaan itse täytyisi nähdä vaivaa asian eteen. Kompetenssin ja osaamisen tunteen jättäminen myös asiakkaalle on kuitenkin myös olennainen osa konsultin ammattitaitoa. (Tokola & Hyypä 2004, 42, 54-55.)

5.2 Konsultaatiohoitajatoiminnan hyödyntäminen hoitotyössä

Hoitotyössä puhuttaessa konsultaatiosta tarkoitetaan yleensä organisaation sisällä tapahtuvia sisäisiä konsultaatioita. Konsultaatio on prosessi, jossa asiantuntija roolissa oleva kutsutaan toisen toimesta ratkaisemaan olemassa olevaa ongelmaa. Konsultaatio liittyy yleensä potilaan terveysongelmiin ja kohdistuu potilaaseen tai hoitotyön toimintaan. (Mäkelä, Kiviniemi, Suominen, Routasalo & Arve 2001, 6.)

Kiikkalan (2003) mukaan keskinäinen konsultointi ja oppiminen toimivat, kun työtovereilta otetaan vastaan ohjausta vastaan tai häntä ohjataan. Kollegiaalisuus tukee työtovereita, antaa rohkaisua, kannustaa ja arvostaa toisen työtä sekä edistää jaksamista. Silen-Lipposen (1999) mukaan ammattitaitoisten työntekijöiden erilaisten tietojen ja taitojen hyödyntäminen on tärkeää, jotta potilaan hoito ja työntekijöiden toiminta ei pirstoutuisi erillisiin osiin. Tavoitteena on edistää potilaan hyvää oloa ja kunkin ammattiryhmän erityisosaamisen kunnioittamista. Hyvästä yhteistyöstä hyötyvät eniten potilaat. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 58.)

Potilas kokee teho-osaston usein turvallisenä hoitoympäristönä jatkuvan hoitohenkilökunnan läsnäolon ja tarkkailulaitteiden vuoksi. Siirto vuodeosastolle voi aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tunnetta. Toisaalta vuodeosaston hoitohenkilökunta voi kokea teho-osastolta siirtyneen potilaan hoidon vaikeana. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 57.) Usein potilaan tehohoidon tarve kasvaa tai vähenee asteittain ja siksi tehohoidossa olleen potilaan vointia olisi syytä tarkkailla myös tehohoidon jälkeen. Jos potilaan vitaelintoimintojen häiriötä ei saada korjattua, hän altistuu komplikaatioille ja sairaalahoidon pitkittymiselle. (Tirkkonen, Lehtinen & Hoppu 2010, 434.)

Potilaan peruselintoimintojen muutoksien huomaaminen ja niihin puuttuminen yksinkertaisin toimenpitein säästäisi turhalta ja toivottomalta tehohoidolta sekä parantaisi oleellisesti potilaan mahdollisuuksia selviytyä takaisin tasapainoiseen elämään (Tirkkonen, Jalkanen, Alanen & Hoppu 2009, 428). Myös suomalaisen elvytyksen Käypä hoito-suosituksen mukaan sairaalassa tapahtuvia sydänpysähdyksiä ja suunnittelemattomia siirtoja teho-osastolle voitaisiin estää, jos kriittisesti sairaat potilaat osastoilla tunnistettaisiin ja hoidettaisiin varhaisessa vaiheessa nykyistä tehokkaammin. Tähän tarpeeseen pyritään vastaamaan erilaisilla konsultaatio toimintamalleilla. (Tirkkonen, Lehtinen & Hoppu 2010, 432.)

5.3 Konsultaatiohoitajatoiminnan kuvaus

Konsultaatiohoitajatoiminnalla tarkoitetaan opinnäytetyössäni teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamisen hyödyntämistä muun muassa tarkkailun, laitteiden, lääkityksen, nestehoidon alueella siten, että se parantaisi potilaan hoidon laatua sekä tukisi ja helpottaisi vuodeosaston henkilökunnan työtä. Konsultaatiohoitajatoiminta käsittää opinnäytetyössäni puhelimitse tai vuodeosastolla tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa. Konsultaatiohoitajatoiminnan tavoitteena on pitkäaikaisen tehopotilaan tai muutoin vaikeasti sairaan potilaan selviytymisen tukeminen vuodeosastolla sekä informaation saaminen potilaiden toipumisesta tehohoidon jälkeen. (Ala-Kokko, Ohukainen, Katisko, Klasila, Kontio & Kortetjärvi 2006, 22-23.)

Konsultaatiohoitajat ovat yleensä samoja sairaanhoitajia, jotka ovat hoitaneet tehohoidosta siirtynyttä potilasta myös teho-osastolla. Carr (2002, 71) totesi, että hoitaja, joka on hoitanut potilasta jo teho-osastolla, on paras ymmärtämään potilaan ja omaisten sairauden ja tehohoidon aiheuttamaa käyttäytymistä. Konsultaatiohoitajatoiminnan tavoitteena on myös kehittää vuodeosastojen ja teho-osastojen henkilökunnan yhteistyötä. Konsultaatiohoitajatoiminnan avulla pyritään vähentämään kriittisesti sairaan potilaan hoitoaikaa ja kustannuksia. (Ala-Kokko, Ohukainen, Katisko, Klasila, Kontio & Kortetjärvi 2006, 22-23.)

Higgins (2008, 35) totesi potilaan voinnin laskun huomioinnin olevan avainasemassa potilaan turvallisuuden takaamisessa. Useista kansainvälisistä tutkimuksista selvisi, että vuodeosastoilla olevilla potilailla näkyi usein jo varhain merkkejä ja oireita, kuten muutoksia hengityksessä tai pulssissa, kun heidän vointinsa alkoi huonontua. Jos tällaisten potilaiden kohdalla hoito viivästyi, he saattoivat kuolla tai heidän tilansa vaati hoitoa teho-osastolla. On ajateltu, että jos nämä potilaat tunnistettaisiin ja hoidettaisiin aiemmin, se vähentäisi kuolemia ja tehohoidon tarvetta. Yksi tapa tunnistaa ja hoitaa potilaita, joiden vointi huononee, on käyttää apuna konsultaatiohoitajatoimintaa (outreach services). Tähän toimintaan yleensä sisältyy Early Warning Scoring System (EWSS)- pisteytysjärjestelmän käyttö, joka auttaa havaitsemaan ja tarkkailemaan potilaan fysiologisia muutoksia sekä vastaamaan niihin potilaan voinnin huonontuessa (McGaughey, Alderdice, Fowler, Kapila, Mayhew & Moutray 2009, 2).

Teho-osaston lääkäriin päättää yhdessä konsultaatiohoitajan kanssa potilaat, joita käydään tapaamassa suunnitellusti vuodeosastolla. Konsultaatiohoitaja tutustuu potilaskertomuksiin, tarkastaa vuodeosastolla potilaan fyysisen ja psyykkisen tilan ja tekee tutkimuksia (muun muassa verenpaine, hengitys, pulssi, lämpö, verensokeri, neurologinen status, mahdolliset haavat ja kanyylit). Konsultaatiohoitaja kirjaa tehdyt tutkimukset, informoi käynnistä ja tarvittaessa ohjaa sekä neuvoo vuodeosaston henkilökuntaa. Tutkimusten perusteella hän hoitaa itsenäisesti ennalta ohjeistetun mukaisesti potilaan hengityksen ja verenkierron häiriöitä esimerkiksi antaa tarvittaessa lisähappea tai nesteboluksen. (Terveyskirjasto 2008.) Liitteenä Länsi-Pohjan keskussairaalassa käytössä oleva konsultaatiohoitajan toimintaohje (LIITE 1).

Tarvittaessa konsultaatiohoitaja ottaa yhteyden teho-osaston lääkäriin, joka antaa ohjeet puhelimitse tai saapuu itse paikalle. Käyntien jälkeen konsultaatiohoitaja raportoi myös teho-osaston lääkäriä tavatuista potilaista. Lisäksi konsultaatiohoitaja käy pyynnöstä katsomassa muitakin kuin ennalta sovittuja potilaita ja vastaa puhelinkonsultaatioihin sekä informoi myös näistä lääkäriä. Konsultaatiohoitaja käyttää potilaan tutkimuksessa apunaan seurantakaavaketta, johon merkataan potilaan elintoimintojen ja tajunnan tason tarkkailut. Liitteenä on Länsi-Pohjan keskussairaalassa käytössä oleva teho-osaston konsultaatiohoitajan seurantakaavake (LIITE 2). Kaavakkeeseen kirjataan myös toimenpiteet, joita potilaan luona tehdään, kuten esimerkiksi hengitysteiden imeminen tai lisähapen antaminen. Saadut tulokset pisteytetään Early Warning Scoring System- taulukon avulla ja tietyn pistemäärän ylittyessä konsultaatiohoitaja ottaa yhteyden lääkäriin. (Terveyskirjasto 2008.) Länsi-Pohjan keskussairaalassa kirjataan myös puhelinkonsultaatiot. Liitteenä käytössä oleva puhelinkonsultaatiokaavake (LIITE 3).

Early Warning Scoring System –pisteytysjärjestelmä perustuu potilaasta mitattaviin fysiologisiin arvoihin. Potilaan voinnin tarkkailussa huomioidaan sydämen syke, hengitystiheys, lämpö, tajunnan taso, virtsamäärä, verenpaine sekä happisaturaatio. (Higgins 2008, 36.) Green & Edmonds (2004, 136) totesivat potilaan tilan arvioinnin apuna käytettävän pisteytysjärjestelmän tukevan konsultaatiohoitajien klinisiä päätöksiä, auttaen epätasapainossa olevien potilaiden voinnin huonontumisen riskin arvioinnissa sekä tarjoavan objektiivisia syitä miksi potilas pitäisi siirtää takaisin tehohoitoon tai vastaavasti pitäytyä vuodeosastohoidossa. Subbe, Davies, Williams, Rutheford & Gemmell (2003, 801) vakuutuivat siitä, että EWS-pisteytysjärjestelmän käyttö on sopiva työkalu tunnistamaan riskipotilaita.

5.4 Katsaus konsultaatiotoiminta tutkimuksiin ja projekteihin

Tehohoidon jälkeisestä hoitajakonsultaatiosta ja tehohoidosta vuodeosastolle siirtymisestä on Suomessa tehty muutamia tutkimuksia (Pöykkö 2006, Jauhiainen 2009) sekä sairaanhoitopiirien omia projekteja (Alho & Poskiparta 1998, Lahtinen & Tuuliainen 2006, Malinen, Korkala, Siren, Vuorela & Loisa 2004, Tirkkonen, Alanen, Jalkanen & Hoppu 2009). Kansainvälisissä tutkimuksissa ja artikkeleissa esitettiin useita erilaisia toimintamalleja välittää tehohoidon sairaanhoitajien erikoisosaamista teho-osaston ulkopuolelle. Konsultaatiomallien tarkoituksena oli riskipotilaiden tunnistaminen, potilaiden hoidon optimoiminen sekä asiantuntija-avun ja -tuen järjestäminen vuodeosastoille. Erilaisia konsultointimalleja oli muun muassa ”Intensive Care Liaison Nurse” (LN), ”Critical Care Outreach Team” (CCOT), ”Mediacal Emergency Team” (MET), ”Patient at risk team” ja ”Rapid Response Team” (RRT). Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa osoitettiin potilaiden hyötyvän teho-osastolta vuodeosastolle siirron jälkeisen seurannan järjestämisestä. Järjestetyn seurannan avulla siirtymisen kynnyksessä tehohoidosta vuodeosastolle alenee ja hoidon jatkuvuus sekä potilasturvallisuus paranevat. Seurannan järjestämisellä taataan potilaan pääsy tehohoitoon ajoissa jos vitaalinelintoiminnoissa esiintyi vakavia häiriöitä. (Pöykkö 2006, 1.)

Suomessa toimintamalli tunnetaan parhaiten nimellä ”Mediacal Emergency Team” (MET), jota suomalainen lääkäriseura Duodecim käyttää elvytyksen Käypä hoitosuosituksessa (Hoppu & Alanen 2012, 13). Konsultaatiotoiminta määritellään riippuen siitä, mitkä ovat sen tavoitteet ja alueet, joilla toimintaa tehdään. Ajatus ennakoivasta puuttumisesta potilaan laskevaan yleistilaan on lähtöisin Australiasta. Parannettaessa sydänpysähdyksen saaneiden potilaiden selviytymisen keinoja, päädyttiin ratkaisuun, jossa tehoitohenkilökunnasta koostuva ryhmä voitiin pyytää esimerkiksi sairaalaan vuodeosastolle arvioimaan peruselintoimintojen häiriöstä kärsivän potilaan tilaa. Kansainvälisesti käytössä oleva konsepti sairaaloiden sisäisestä, ennaltaehkäisevästi toimivasta ryhmästä oli levinnyt Australiasta laajalle länsimaisiin sairaaloihin esimerkiksi Iso-Britanniaan, Kanadaan ja Yhdysvaltoihin. (Tirkkonen, Jalkanen, Alanen & Hoppu 2009, 428.) Myös Ruotsissa ja eri sairaaloissa Suomessa toimintaa kokeillaan tarpeen ja resurssien mukaan. MET-toiminta eroaa perinteisestä elvytysryhmästä merkittävästi ja ero olisi tärkeä tiedostaa. MET-toiminnan painopiste on ennakoivassa toiminnassa, ei esimerkiksi vasta sydänpysähdyksen hoitoa antavassa toiminnassa. (Hoppu & Alanen 2012, 13).

Kansainvälisiä konsultaatiomalleja ja projekteja

Green & Edmonds (2004, 134) kuvailivat Australialaisen teho-osaston hoitajan roolia (ICU Liaison Nurse), joka toimi yhdyshenkilönä vuodeosaston ja teho-osaston välillä. Yhdyshenkilön tehtäviin kuului muun muassa neuvojen ja ohjeiden antaminen sekä vuodeosaston henkilökunnan tukeminen potilaan hoidon toteuttamisessa ja päätöksien teossa. Tarvittaessa yhdyshenkilö puuttui potilaan hoitoon osastolla sekä helpotti potilaiden ja omaisten sopeutumista teho-osastolta vuodeosastolle siirtymisessä. Myös Chaboyer, Foster M.M, Foster M & Kendall (2004, 77) kuvailivat yhteyshenkilönä toimivan hoitajan roolia samansuuntaisesti. Rooliin sisältyi hoitohenkilökunnan kouluttamista ja tukemista, potilaan hoitamista ja tukemista sekä omaisten kouluttamista ja tukemista.

”The Critical Care Outreach Team” konsultointimallin tarkoituksena oli antaa kriittisesti sairaille potilaille hoitoa paikasta riippumatta. Tiimin rooli oli tukeva, neuvova ja opastava, sekä myös välitöntä hoitoa antava. Toimintamallissa korostui potilaan voinnin ennalleen palauttaminen osastolla voinnin huonontuessa. Tarkoituksena oli välttää potilaiden joutumista tehohoitoon, mahdollistaa potilaiden siirto teho-osastolta ja jakaa sekä kehittää kriittisesti sairaan potilaan hoitamisessa tarvittavia taitoja. (Pöykkö 2006, 3.) Pirret (2008, 381) totesi tutkiessaan outreach-toiminnan roolia ja vaikuttavuutta Uudessa-Seelannissa käyntien vuodeosastolla potilaiden luona koskeneen kliinistä tutkimusta, hoitojen tai lääkityksen ohjausta tai potilaan sekä omaisten koulutusta ja tukemista. McArthur-Rouse (2001, 696) totesi, että vuodeosaston hoitohenkilökunta täytyy kouluttaa tunnistamaan ne potilaat, joilla on riski kriittisen tilan kehittymiseen sekä ottamaan yhteyttä ajoissa asianmukaiseen henkilöön. Early Warning Scoring System (EWSS) -pisteytysjärjestelmän tai jonkin muun vastaavanlaisen kriittisen tilan tunnistamista auttavien kriteereiden käyttö olisi tärkeää, jotta potilaat havaittaisiin osastolta ja asioista tiedotettaisiin lääkärille (McArthur-Rouse 2001, 703).

”Medical Emergency team” (MET) -toiminta pyrki estämään sairaalassa tapahtuvia sydänpysähdyksiä, kuolemia ja suunnittelemattomia siirtoja teho-osastolle. Toiminnan tarkoituksena oli tehokkaammin tunnistaa ja hoitaa peruselintoiminnoista kärsivät potilaat vuodeosastoilla. (Tirkkonen, Jalkanen, Alanen & Hoppu 2010, 432.) Samalla periaatteella toimi myös Iso-Britanniassa ”Patient-At-Risk team”. Goldhill, Worthington, Mulcahy, Tarling & Sumner (1999, 853) totesivat tutkiessaan ”Patient-at-risk” -tiimin toimintaa, että monella kriittisesti sairaalla potilaalla oli epänormaaleja fysiologisia ar-

voja jo ennen ajautumistaan tehohoitoon. Kriittisesti sairaiden potilaiden vuodeosastolta tunnistamisella, varhaisella tiedottamisella sekä toiminnalla todennäköisesti ehkäistään elvytyksiä ja parannetaan potilaan lopputulosta.

Gerber & Odelle (2010) esittelivät Iso-Britanniassa toteutetun projektin Call for Concern (C4C): Patient and relative activated Critical Care Outreach. Projektin idea oli alun perin Yhdysvalloista. Projektissa tehon konsultaatiohoitajien numero oli saatavilla myös omaisille. Konsultaatiohoitajan numeroon soittamisesta eli C₄C -projektista oli tehty esitelehtinen, joka oli näkyvillä vuodeosastoilla ja sairaalan yleisillä paikoilla omaisia varten. Omaiset pystyivät tarvittaessa soittamaan konsultaatiohoitajille suoraan, jos he olivat erityisen huolissaan omaisensa voinnista, eikä heidän yrityksensä esittä huolensa hoitavalle vuodeosaston henkilökunnalle tuottanut tulosta. Projektin alussa oli odotettu puhelujen tulvaa, mutta koko vuoden aikana oli tullut vain yhteensä 37 puhelua. Aina-kin kahdessa tapauksessa voitiin varmasti esittää, että omaisten yhteydenotto ja konsultaatiohoitajien toiminta esti potilaan tilan heikkenemisen edelleen. (Korpela, Leppänen, Mäkinen & Vanhatalo 2011, 184.)

Cossu, Onelli & Livanu (2009) olivat selvittäneet onko Italiassa käytössä konsultaatiohoitajatoimintaa teho-osastoilla. Puhelinkyselyllä oli kartoitettu toiminnan laajuutta maan eri tehoilla. Vain yhdellä teholla oli järjestäytyneitä konsultaatiohoitajatoimintaa. Tutkimuksessa todettiin, että italialaisten hoitajien tulisi parantaa hoidon tasoa ja taata, että kaikilla olisi samantasoisia konsultaatiohoitajatoimintaa saatavilla. (Korpela, Leppänen, Mäkinen & Vanhatalo 2011, 184.)

Konsultaatiomalleja ja projekteja Suomessa

Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa (TAYS) oli anestesiayksikön, teho-osaston ja sen kirurgisten yhteistyösosastojen välillä ilmennyt tyytymättömyyttä ja epäyhtenäisiä käytäntöjä liittyen potilaan siirtoon teho-osastolta vuodeosastolle. TAYS:ssa koettiin tarvetta sekä potilaan siirtotapahtuman, että siirtotapahtumassa mukana olevan henkilökunnan yhteistyön kehittämiseen. Potilaan siirtoa häirtasivat päällekkäiset työtehtävät ja osastojen välinen tietämättömyys toisten töistä ja toimintatavoista. Huono siirtoilmapiiri vaikutti myös potilastyytyväisyyteen. Potilas koki olonsa turvattomaksi, kun siirto viivästyy ja hoitajien välillä oli kireyttä. Potilasturvallisuuden heikentäjänä koettiin myös puutteellinen tiedonsiirto. Turvaton olo koettiin uhkana vaikeuttaa välilli-

sesti potilaan paranemista ja ajautumista takaisin tehohoitoon. Tällöin toipuminen hidastui ja myös hoitokustannukset kasvoivat. (Malinen, Korkala, Siren, Vuorela & Loisa 2004, 7.)

TAYS:n projektin tavoitteena oli yhtenäistää toimintatapoja, lisätä siirron sujuvuutta, lisätä yhteistyötä teho-osaston ja vuodeosastojen välillä sekä parantaa tiedonsiirtoa, jolloin myös hoidon jatkuvuus varmistuu ja potilasturvallisuus lisääntyy. Projektin myötä keskustelu teho-osaston ja vuodeosastojen välillä lisääntyi (osastotunneilla ja siirtotapahtumissa). Myös joustavuus lisääntyi, koska siirtoajankohta ja siihen liittyvät tapahtumat sovittiin yhdessä vuodeosaston hoitajan kanssa. Ilmapiiri yhteistyöosastojen välillä parani hoitohenkilökunnan ymmärtäessä syitä, miksi asiat ei aina suju suunnitellusti esimerkiksi samanaikaiset työt teho-osastolla ja vuodeosastolla. Projektissa luodut siirto-ohjeet auttoivat uusia työntekijöitä. Potilaan hoidon jatkuvuus varmistui tiedonsiirron paranemisen myötä. Hoitajien välinen tiedonsiirto oli potilaan tarpeista lähtevää ja laadukkaampaa, näin myös potilasturvallisuus lisääntyi. (Malinen, Korkala, Siren, Vuorela & Loisa 2004, 9, 27.)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS) järjestettiin myös MET-projekti vuonna 2008. TAYS:ssa outreach-toimintaa oli toteutettu teho-osaston lääkärin määräyksestä satunnaisesti jo ennen projektin aloitusta. MET-projektin myötä outreach-toiminta lisääntyi. Outreach-toimintaa toteuttivat tehohoitajat, jotka arvioivat potilaan tilaa ja raportoivat potilaan voinnista tehohoidon lääkäriä. Seurannat toteutettiin vierailamalla potilaan luona jatkohoito-osastolla kolme kertaa vuorokaudessa halutun ajanjakson ajan. Seurantakäyntejä määrättiin tehohoidosta vuodeosastolle siirtyville potilaille, joiden arveltiin tarvitsevan jatkohoitoa tukevaa seurantaa. Kyseinen konsultaatiotoiminta malli paransi peruselintoimintojen tunnistamista, ennaltaehkäisyä, hoitoa ja hoidon jatkuvuutta sekä vähensi tehohoidon jälkeistä kuolleisuutta. (Tirkkonen, Lehtinen & Hoppu 2010, 432-434.)

Etelä-Karjalan keskussairaalassa toteutettiin projekti, jossa kehitettiin sairaanhoitajakonsultaatiota teho-osaston ja vuodeosastojen välillä. Etelä-Karjalan keskussairaalassa toteutettiin aiemmin toimintatapaa, jossa teho-osaston hoitohenkilökunta oli satunnaisesti käynyt joidenkin teho-osastolta vuodeosastolle siirtyneiden potilaiden luona. Hoitajakonsultaatiotoiminnan kehittämistä pidettiin kuitenkin tärkeänä, koska sen avulla oli mahdollisuus parantaa teho-osastolta siirtyvien potilaiden hoitoa sekä tukea potilasta ja

vuodeosaston henkilökuntaa siirtymisen alkuvaiheessa. Yhtenä tavoitteena oli tehohoidon jälkeistä hoitajakonsultaatiota ohjaavien kriteereiden laadinta. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 58.)

Hoitajakonsultointiin kuuluivat ensisijaisesti potilaat, joiden tehohoitoaika teho-osastolla oli yli viisi vuorokautta, riskipotilaat (iäkkäät potilaat), hengityskoneeseen jäävät sekä CPAP-potilaat, trakemostoidut potilaat sekä potilaat, joilla ei ollut omaisia sekä potilaat joiden siirto vuodeosastolle oli valmistelematon (ennenaikainen). Toisena hoitajakonsultaation tavoitteena oli yhteistyön lisääminen teho-osaston ja vuodeosastojen välillä. Projektin alussa Etelä-Karjalan keskussairaalassa järjestettiin koulutusta aiheesta teho-osaston ja vuodeosastojen sairaanhoitajille sekä pidettiin osastotunteja, joissa hoitohenkilökunta sai esittää parannusehdotuksia ja ideoita hoitajakonsultaatioiden kehittämiseksi. Vuodeosaston hoitajien pyynnöstä järjestettiin myös koulutusta teho-osastolta siirtyneiden potilaiden hoitoa koskien. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 58.)

Hoitajakonsultaatiot toteutettiin Etelä-Karjalan keskussairaalassa siten, että teho-osaston sairaanhoitaja kävi potilaan luona tämän siirryttyä vuodeosastolle, tavaten samalla vuodeosaston omahoitajan, keskustellen potilaan hyvinvointiin liittyvistä asioista ja osallistuen potilaan hoidon suunnitteluun yhdessä omahoitajan kanssa. Koettiin, että vuodeosastolle siirtyvän potilaan tarkkailun taso laskee joskus liian nopeasti potilaan siirryttyä jatkohoitoon. ”Vieroitusta” tehohoidosta voitiin helpottaa hoitajakonsultaation avulla, varsinkin pitkään tehohoidossa olleen potilaan ajateltiin hyötyvän hoitajakonsultaatiokäynneistä. Hoitajakonsultaation aikana teho-osaston sairaanhoitaja tarvittaessa myös opetti ja ohjasi tehopotilaan hoitoon liittyvissä asioissa vuodeosaston henkilökuntaa. Konsultaatiokäynti tehtiin yleensä kerran vuorokaudessa ja käyntejä jatkettiin potilaan tarpeiden mukaan. Sekä teho-osaston henkilökunta, että vuodeosaston hoitohenkilökunta arvioivat hoitajakonsultaation hyödyllisenä toimintatapana. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 58.)

Etelä-Karjalan keskussairaalassa pääsääntöisesti hyväksi sekä vuodeosastojen, että teho-osaston näkökulmasta todettiin konsultaatiokäyntien toteuttaminen työvuorojen vaihteissa, jolloin irtaantuminen tehohoitotyöstä onnistui parhaiten. Teho-osaston näkökulmasta yhtenä ongelmana hoitajakonsultaation toteuttamisessa koettiin, että teho-osaston kiiretilanteissa konsultaatiokäyntejä ei ole mahdollista toteuttaa. Hoitajakonsultaatioiden avulla lisättiin teho-osaston ja vuodeosastojen välistä yhteistyötä sekä hyödynnettiin

erilaisia ammatillisia osaamisalueita potilaan parhaaksi. Yhteistyöllä katsottiin olevan hoitohenkilökunnan kollegiaalisuutta lisäävä vaikutus. Hyvin toimivalla yhteistyöllä oli mahdollista parantaa hoitotyötä muun muassa tietojen ja taitojen lisääntyessä konsultaatiokäyntien avulla. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 58.)

Pöykkö (2006) tutki Oulun yliopistollisen sairaalassa järjestettyä konsultaatiohoitajako-keilua. Pöykön mukaan vuodeosaston sairaanhoitajat kokevat teho-osastolta siirtyneiden potilaiden hoitamisen vaativana ja työllistävänä. Muun muassa henkilö- ja aikaresurssit aiheuttavat hoitajille huolta. Merkittävimmät fyysiset ongelmat liittyvät hengittämiseen ja korkeaan verensokeriin. Konsultaatiohoitajan vierailut vuodeosastolla potilaiden luona vähensivät potilaan pelkoja. (Pöykkö 2006, 8, 48.)

Alho & Poskiparta (1998) selvittivät sairaanhoitajakonsultaatio toiminnan tarpeellisuutta Keski-Suomen keskussairaalassa. Alho & Poskiparta totesivat vuodeosastojen sairaanhoitajien kaipaavan tehohoitajilta konsultaatioapua, koulutusta ja omahoitajan vierailuja potilaan vuodeosastohoidon alkuvaiheessa. Tutkimuksessa ilmeni, että myös lääkärit kokivat voivansa hyödyntää teho-osaston sairaanhoitajia akuuttitilanteissa, joissa olivat itse estyneet välittömästi saapumaan paikalle. Tällaisessa tilanteessa tehohoitaja voi lääkäreiden mukaan esimerkiksi tehdä alkukartoituksen sekä toimia ammattitaitonsa ja vastuunsa puitteissa. Riippumatta siitä, missä potilasta hoidetaan, on hänellä oikeus saada asiantuntevaa ja vastuullista hoitoa. Lääketieteen ja hoitomenetelmien kehittyminen on lisännyt vaikeahoitoisten potilaiden määrän lisääntymistä vuodeosastoilla. Vastatakseen tähän haasteeseen, vuodeosastojen sairaanhoitajien on asianmukaista käyttää hyväkseen jo olemassa olevaa tietotaitoa, oman erikoisalueensa tietämyksen lisäksi. (Alho & Poskiparta 1998, 19.)

Alhon & Poskiparran (1998) mukaan konsultaatio toiminnan kehittymistä auttaa toiminnasta tiedottaminen ja yhteisistä pelisäännöistä sopiminen. Hyvän yhteistyön onnistuminen vuodeosaston henkilökunnan kanssa mahdollistaa heidän positiivinen suhtautumisensa konsultaatiohoitajatoimintaan. Konsultaatio toiminnasta hyötyvät kaikki osapuolet ja sen käyttö lisääntyy, jos se on virallista ja organisoitua. Konsultaatiohoitajatoiminnalla turvataan potilaan laadukas hoito sekä hoidon jatkuvuus. Hoitotyössä resurssien optimaalisella hyödyntämisellä ja oikein kohdistamisella sekä lääkkeiden ja laitteiden oikealla käytöllä saadaan myös kustannussäästöjä aikaan. (Alho & Poskiparta 1998, 19.)

Keskeisiä tuloksia kansainvälisistä konsultaatiotoimintamalleista

Endacott, Elliot & Chaboyer (2009, 3225) olivat keränneet systemaattiseen katsaukseen tutkimuksia (n=20), jotka koskivat hoitajan toimimista yhteyshenkilönä (ICU liaison) tai muuta konsultaatiomallia (critical care outreach services). Endacott ym. (2009) totesivat, että kyseisillä yhteyshenkilötoiminnalla tai konsultaatiotoiminnoilla oli hyödyllinen vaikutus koskien potilaiden tehohoito kuolemia, sairaalakuolemia, suunnittelematonta tehohoitoa sekä tehohoitoon ajautumista. Kaikissa tutkimuksissa kommunikaatio vuodeosastojen ja teho-osastojen välillä myös parani. Tirkkosen ym. (2010, 432) mukaan outreach-toiminnalla on osoitettuja positiivisia vaikutuksia, kuten potilaan parempi selviytyminen sairaalasta kotiutukseen saakka, teho- ja sairaalahoidossa olevien potilaiden kuolleisuuden ja suunnittelemattomien teho-osastolle siirtojen määrän väheneminen. McGaughey ym. (2009, 2) puolestaan totesivat katsauksessaan, että tarvitaan lisää laadukasta tutkimusta osoittamaan konsultaatiotoiminnan (outreach services) vaikuttavuutta.

Odell, Victor & Oliver (2009, 2000) toivat esiin neljä pääteemaa kirjallisuuskatsauksessaan koskien vuodeosastonhoitajien roolia huonontuvan potilaan voimien havainnoijana. Teemat käsittelivät potilaan tilan huonontumisen tunnistamista, tilan huonontumisen kirjaamista ja arviointia, raportointia potilaan huonontuneesta tilasta sekä vastaamista tilanteeseen ja potilaan pelastamista. Vuodeosaston hoitajalla oli merkittävä rooli huononevan potilaan tilan tunnistamisessa. Voimien huonontuminen oli vaikea havaita ja siitä oli raportoitu harvoin. Hoitajat eivät olleet myöskään tottuneet hätätilanteisiin. Eritään huonokuntoiset, vaikeasti sairaat potilaat nostivat hoitajien työtaakkaa sekä aiheuttivat hoitajille ylläsuruttumista ja stressiä. Vitaalielintoimintojen tarkkailu ja kirjaaminen oli usein annettu tehtäväksi avustavalle hoitohenkilökunnalle. Vitaalielintoimintojen kirjaamisen puuttuminen tai niiden havainnoin puuttuminen voi johtua tietojen ja taitojen puutteesta. Myös toistuvat tarkkailut aiheuttivat ylikuormittumista hoitajille. (Odell ym. 2009, 2001.)

Odellin ym. (2009) mukaan Early Warning Scoring System -pisteytysjärjestelmä potilaan voimien arvioinnin tukena oli tuonut hoitajille varmuutta ja oikeutuksen soittaa apua. Hoitajien huoli omasta toiminnasta ja epäilykset tyhmyltä näyttämislä toisten kollegoiden silmissä aiheuttivat sen, että hoitajat saattoivat odottaa ja katsoa meneekö potilaan tila huonommaksi ennen kuin soittivat apua. Myös hoitajan ja lääkärin välises-

sä kommunikaatiossa koskien potilaan tilaa oli koettu vaikeuksia. Kokeneemmat hoitajat käyttivät enemmän lääketieteellistä sanastoa ja olivat olleet näin ollen vakuuttavampia myös lääkäreiden halutessa tietoa potilaan voinnista. Hoitajat kokivat voivansa aloittaa hoitotoimenpiteitä, kuten lisähapen antoa tai nestehoitoa, ennen lääkärille soittoa, kuitenkin joskus tämä oli tulkittu lääketieteellisen määräyksen alueeksi, mutta toiminta oli koettu oikeutettuna, jos lääkäriä oli vaikeuksia tavoittaa tai lääkärillä oli puutteellinen tieto ja kokemus tilanteen hoitamisesta. (Odell ym. 2009, 2002.)

McKinneyn & Deeneyn (2002, 327) mukaan teho-osastolta vuodeosastolle siirtyvät potilaat kokevat sekä positiivisia että negatiivisia tunteita. Vuodeosastolle siirto nähtiin positiivisena askeleena ja merkkinä kohti toipumista. Myös Odellin (2000, 326) mukaan potilaat kokivat, että vuodeosastolle siirto tarkoitti sitä, että he olivat paremmassa kunnossa, vaikka eivät kokeneet vointiaan paremmaksi. Suurin osa potilaista koki eron teho-osaston hoitohenkilökunnasta negatiivisimmaksi asiaksi vuodeosastolle siirtymisessä (McKinney & Deeny 2002, 326). Varsinkin pitkään tehohoidossa olleiden potilaiden vuodeosastolle siirto tulisi suunnitella huolellisesti, ottaen huomioon potilaan ja omaisten tarpeet. Potilaat, jotka erityisesti valmisteltiin siirtoon, suhtautuivat tulevaan siirtoon paremmin. (Coyle 2001, 141.)

Osoittamalla aika milloin siirto osastolle tapahtuu, auttaisi potilaan ja omaisten psyykkistä valmistautumista tulevaan jatkohoitoon siirtymiseen. Suurimmat erot teho-osaston ja vuodeosaston kohdalla olivat hoidon keventyminen. Vuodeosastolla puuttui jatkuva monitorivalvonta sekä hoitajan koko ajan potilaan vierellä oleminen. Tämä aiheutti aluksi joillekin potilaille pelkoa. Potilaan tarvitessa paljon tukea vuodeosastolle siirtymisen alkuvaiheessa, hoitajien tulisikin keskustella ennakkoon siirtymisestä vuodeosastolle sekä tulevasta muutoksista, joita potilas siirron myötä kohtaa. Myös kaikki tarpeettomat monitoroinnit tulisi lopettaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Vuodeosastojen hoitajille tulisi järjestää koulutusta tehohoidosta siirtyvän potilaan hoitotyöstä esimerkiksi koskien potilaan henkisiä ja fyysisiä tarpeita. Potilaiden siirrot vuodeosastolle tulisi järjestää suunnitellusti päiväaikana ja välttää ilta-aikana siirtoja. Teho-osaston sairaanhoitajien konsultaatiokäynnit olisivat hyödyllisiä tehohoidon jälkeen. (McKinney & Deeny 2002, 328-329.)

Huolta potilaille aiheutti vuodeosastolla pärjääminen. Siirtoa suunnittelemalla ja siitä keskustelemalla yhteistyössä potilaan kanssa vähentävät potilaiden kokemaa stressiä

potilaan siirto teho-osastolta vuodeosastolle. Potilaiden kokemusten ymmärtäminen mahdollistaa potilaiden paremman valmistelun jatkohoitoon siirtymisessä. (Odell 2000, 326, 328). Pelkojen vähentämisessä vuodeosaston henkilökunta oli oleellisessa asemassa. Vuodeosaston henkilökunta kuitenkin saattoi kokea teho-osastolta siirtyvän potilaan hoidon vaikeana ja stressaavana. Huolta aiheuttivat laitteet ja lääketieteelliset ongelmat sekä kokeneempia hoitajia henkilöstömitoitus sekä ylikuormittuminen. (Whittaker & Ball 2000, 138–139.) Leith (1999, 214) kuvasi siirtovaiheessa potilaalle ja omaisille pelkoa aiheuttavan hoitohenkilökunnasta eroamisen pelko, stressin kokeminen ja epävarmuus liittyen sairaudesta selviytymiseen. Tutkimuksessa toiset potilaat kokivat siirron vähemmän stressaavana, kun jatkohoito osasto oli samassa kerroksessa tai jos potilaalla oli aiempi tehohoitokokemus, jolloin he tiesivät mitä oli odotettavissa.

Young, Donald, Parr & Hillman (2007, 186) totesivat tutkimuksessaan verratessaan kahden sairaalan MET-toimintaa Australiassa, että toiminta oli vakiinnuttanut paikkansa sairaaloiden toiminnassa. MET-toimintaa vaativat potilaat olivat molemmissa sairaaloissa hyvin samanlaisia. Potilaat olivat sairaita, iäkkäitä ja useammin kirurgisia kuin konservatiivista hoitoa saaneita tai tarvitsevia. TAYS:n MET-projektissa (2009) kirurgiset tai operatiiviset potilaat olivat suurin potilasryhmä (Tirkkonen ym. 2009, 430). Buist, Moore, Bernard, Waxman, Anderson & Nguyen (2002, 389) totesivat, että MET-ryhmän toiminta oli vähentänyt ennakoimattomien sairaalassa tapahtuvien sydänkohtausten määrää puoleen ja näin myös osaltaan vähentänyt potilaiden menehtymistä niiden seurauksena. Outreach-toiminta oli myös lisännyt ”ei elvytetä”-päätöksiä (Leary & Ridley 2003, 331).

Keskeiset muutokset potilaan vitaalielintoiminnoissa

Parr, Hadfield, Flabouris, Bishop & Hillman (2001) esittivät ”Medical Emergency team” toimintaa tutkiessaan yleisimmiksi kriteereiksi MET-puheluihin potilaan fysiologisen tilan muuttumisesta laskeneen Glasgow’n kooma-asteikon (GCS >2), matalan systolisen verenpaineen (< 90 mmHg) ja hengitystiheyden nousun (frekvenssi >35). TAYS:n MET-projektissa (2009) yleisimmät syyt MET-soittoon olivat hengitysvajaus (erityisesti kohonnut hengitystaajuus) ja tajunnan tason aleneminen tai kouristelu (Tirkkonen ym. 2009, 430). Tirkkosen ym. (2010, 432) mukaan outreach-toiminta vähentää ainakin hapenpuutteesta ja hypovolemiasta aiheutuvia ongelmia aikaisemmin tehohoidetuilla potilailla. Pöykön (2006, 42-43) tutkimuksessa yleisimmät ongelmat liittyivät hengittämi-

seen ja korkeaan verensokeriin. Hengityksen ongelmat liittyivät korkeaan hengitysfrekvenssiin, matalaan happisaturaatioon tai limaisuuteen. Myös Goldhill (1999) ja Hodgetts ym. (2001) esittivät, että potilaan kohonnut hengitysfrekvenssi oli ensimmäinen ja yleisin merkki potilaan tilan huonontumisesta (Pöykkö 2006, 42). Lisäksi Subbe, ym. (2003, 801) totesivat myös, että hengityksessä tapahtuvat muutokset olivat luotettavimpia merkkejä potilaan voinnin huonontumisen riskistä.

5.5 Kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan hoitoketju Pohjois-Suomessa

Yhtenä keskeisenä tavoitteena vuosina 2002-2007 toteutetussa Kansallisessa terveys-hankkeessa oli erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirien työnjaon ja yhteistyön lisääminen. Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) erityisvastuualueella perustettiin yhteistyöryhmä, joka selvitti ja kehitti yhteistä toimintamallia Pohjois-Suomen alueella. Tehohoidon suhteen tavoitteena oli tehohoidon laadun ja saatavuuden turvaaminen (OYS) erityisvastuualueen keskussairaaloissa sekä lääketieteellisen osaamisen tukeminen. OYS:n erityisvastuualueeseen kuuluvat viisi pohjoista sairaanhoitopiiriä (Lappi, Länsi-Pohja, Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa ja Keski-Pohjanmaa) laativat tähän kansalliseen terveysprojektiin liittyen erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja työnjakoa koskevan ohjeistuksen kriittisesti sairaan tai vammautuneen aikuispotilaan hoidon järjestämisestä Pohjois-Suomessa. (Ala-Kokko, Rautiainen, Pikkupeura, Katisko & Laurila 2009, 50.) Hoitoketjuohjeistus sisälsi saman potilaan ongelmakokonaisuuteen liittyvää terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä hoitoprosessien kokonaisuutta (Rissanen 2008, 29).

Hoitoketjuohje koski potilaita, joiden elintoiminnot oli tilapäisesti uhattuina tai jo häiriintyneet sairauden tai vamman vuoksi. Ohjeistus sisälsi hoitoketjun potilaan sairastumisesta aina potilaan palaamiseen kotiin tai siirtymisen mahdollisimman mielekkääseen jatkohoitopaikkaan. Hoitoketjulla pyrittiin turvaamaan hoidon laatu ja saatavuus myös keskussairaaloissa. Erityinen tavoite oli muun muassa kriittisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan tunnistaminen. Kriittisesti sairaan tai vammautuneen aikuispotilaan hoitoketjuohje liitteineen tuotettiin Terveysportin kautta julkiseen käyttöön. Lisäksi tuotettiin ohje kriittisen tilan tunnistamisesta. Ohjeistusta toteutettiin hoitoketjumallinnusta käyttäen ja jalkauttamisessa yhtenä menetelmänä käytettiin auditointia. Hoitoketjun auditoinneissa lähes kaikissa yksiköissä koettiin haasteeksi kriittisesti sairaan potilaan tunnistamisen koulutus. (Ala-Kokko, Rautiainen, Pikkupeura, Katisko & Laurila 2009, 49-51.)

Hoitoketjun julkistamista edelsi läheteanalyysi, josta ilmeni, että kriittisesti sairastuneen potilaan tilan arviointi oli puutteellista, varsinkin tajunnantilan tai hengityksen arvioinnin osalta. Vuodeosastolta tehohoitoon siirrettyjen potilaiden sairaalakuolleisuus on 1,5-kertainen, kuin päivystyspoliklinikalta tai muusta tarkempaa valvontaa toteuttavasta yksiköstä (esimerkiksi heräämöt, leikkaussalit). Potilaiden kriittisen tilan tunnistaminen ja hoidon nopea aloittaminen vaikuttavat potilaan ennusteeseen, joten jatkuvaa koulutusta tarvitaan. Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen oli myös osana tätä kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan hoitoketjua. Winters, Pharm, Hunt, Guallar, Berenholz, Pronovost (2007) totesivat kriittisesti sairastuneen potilaan alkuhoitoa voitavan parantaa teho-osastolta käsin järjestetyllä, niin sanotulla hätätilapotilaan konsultaatioryhmän toiminnalla. (Ala-Kokko, Rautiainen, Pikkupeura, Katisko & Laurila 2009, 50–53).

Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) toteutettiin (10.10.05-09.04.06) tehokonsultaatiohoitajakokeilu. OYS:ssa oli tehohoidon jälkeinen kuolleisuus kansainvälisessä vertailussa korkea ja tehohoidon uusintahoidot olivat yleisiä. Konsultaatiohoitajatoiminnalla pystyttiin osoittamaan, että potilaiden selviytymistä vuodeosastoilla voitiin tukea entistä paremmin kyseisellä toiminnalla. Konsultaatiohoitajien käynneillä pystyttiin ehkäisemään potilaiden (10 henkilöä) uusintahoidon, säästettiin potilaiden (29 henkilöä) pitkittynyt tehohoito sekä mahdollistettiin joissain tapauksissa potilaan hoidon järjestäminen vuodeosastolla aikaisemmin kuin ennen. Lyhentämällä tehohoitoa voitiin myös huomattavasti vähentää potilaan sairaalainfektoriskiä. Konsultaatiotoiminnalla pystyttiin aiempaa paremmin toteuttamaan turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa. Toiminta oli myös tehostunut ja potilaiden tehohoitajaksot olivat lyhentyneet. Toiminnan avulla kehitettiin myös vuodeosastojen sekä teho-osaston hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä. (Ala-Kokko, Ohukainen, Katisko, Klasila, Kontio & Kortetjärvi 2006, 22-23.)

5.6 Konsultaatiohoitajatoiminnan aloittaminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa

OYS erityisvastuualueeseen kuuluva Länsi-Pohjan keskussairaala, osallistui myös kehittämään ja laatimaan yhteistä ohjeistusta koskien kriittisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan hoitoketjua Pohjois-Suomessa. OYS:n mallin mukaisesti, myös Länsi-Pohjan keskussairaalassa jalkautettiin käytäntöön konsultaatiohoitajatoimintaa. Länsi-pohjan keskussairaalassa konsultaatiohoitajatoiminta kokeilu toteutettiin 02.02.-31.08.2009 välisenä aikana. Konsultaatiohoitajina toimivat (n=10) kokeneet sairaanhoi-

tajat, jotka hallitsivat tehohoitotyöskentelyn. Konsultaatioapua oli tarjolla puhelimitse sekä vuodeosastolla käyntien muodossa. Konsultaatioapua oli mahdollisuus saada joka päivä ympäri vuorokauden, mutta teho-osaston oman toiminnan ohessa resurssien puitteissa. Konsultaatiohoitajatoiminnan tavoitteena oli ehkäistä tehohoidosta siirtyneiden potilaiden ajautuminen takaisin tehohoitoon voinnin huonontumisen vuoksi sekä tunnistaa ajoissa potilaat, joiden tila vaatisi edetessään tehohoitoa. Toiminnan tarkoitus oli tukea vuodeosaston hoitajien työtä ja saada tietoa tehopotilaiden voinnista heidän siirryttyään jatkohoitoon vuodeosastolle.

Ennen kokeilun aloitusta Länsi-Pohjan keskussairaалassa kävi joulukuussa 2008 OYS:n konsultaatiohoitajana toiminut Ritva Katisko, kertomassa toiminnasta sekä kokemuksista vastaavanlaisesta konsultaatiohoitajatoiminnasta OYS:ssa. Pidetty tilaisuus osoitettiin kaikille Länsi-Pohjan keskussairaalan osastonhoitajille ja hoitohenkilökunnalle. Konsultaatiohoitajatoimintakokeilu aloitettiin vuoden 2009 alussa. Tammikuussa teho-osaston henkilökunnalle pidettiin osastotunti konsultaatiohoitajatoiminnasta ja sen aloittamisesta. Myös kokeiluun osallistuvia vuodeosastoja (2A, 3B, 4A, 4B, 5A ja 5B) tiedotettiin toiminnasta tammikuussa. Kaikilla osallistuvilla vuodeosastoilla kierrettiin kertomassa konsultaatiohoitajatoiminnasta ja sen aloittamisesta myös Länsi-Pohjan keskussairaалassa. Vuodeosastoille jätettiin myös kirjallista informaatiota konsultaatiotoiminnasta. Toiminnasta tiedotettiin lisäksi Länsi-Pohjan keskussairaalaan viikkotiedotteessa helmikuussa 2009.

Kokeilun alkaessa teho-osaston sairaanhoitajat, jotka toimivat konsultaatiohoitajina kiersivät aktiivisesti vuodeosastoilla kertomassa toiminnasta. Konsultaatiohoitajat kiersivät vuodeosastoilla ensimmäisen viikon aikana päivittäin. Yksittäisellä vuodeosastolla käytiin myös pitämässä heidän omasta pyynnöstään konsultaatiohoitajatoiminnasta osastotunti. Kokeilun edetessä toukokuussa 2009 vuodeosastoille jaettiin laminoituja huonetauluja sekä taskuohjeita kriittisen tilan tunnistamisesta (LIITE 4). Länsi-Pohjan keskussairaalan ohjetta raamitti OYS:n kriittisen tilan tunnistamisen ohje. Toiminnasta kerrottiin kesäkuussa 2009 myös Länsi-Pohjan keskussairaalan tulokaskurssilla, jonka tarkoituksena oli perehdyttää uudet työntekijät kuntayhtymän toiminta-ajatukseen, tehtäviin ja toimintaympäristöön. Myös tulokaskurssilla jaettiin uusille työntekijöille ja sijaisille taskuohjeet kriittisen tilan tunnistamisesta.

Konsultaatiohoitajakokeilun aikana tapahtuneet konsultaatiokäyntien ja –puheluiden määrät ja sisällöt tilastoitiin (LIITE 5-6).

Konsultaatiokäyntejä vuodeosastoilla, oli kokeilun aikana merkitty yhteensä 33 käyntiä. Puhelinkonsultaatioita oli vastaavasti kokeilun aikana merkitty 15 puhelua. Konsultaatiokäyntien ja –puheluiden sisällöt löytyvät liitteestä (LIITE 6). Huolimatta siitä, että kokeilun aikana myöhemmin kesällä konsultaatiohoitajatoiminnasta tiedotettiin uudelleen Länsi-Pohjan keskussairaalaan viikkotiedotteessa, ei heinäkuussa 2009 merkitty yhtään konsultaatiokäyntiä tai -puhelua.

Konsultaatiohoitajatoiminta vakiinnutti paikkansa Länsi-Pohjan keskussairaalan teho-osaston toiminnassa. Käytäntönä pidetään, että pitempään tehohoidossa olleiden potilaiden siirtyessä jakohoitoon vuodeosastolle, käy konsultaatiohoitaja sovitusti potilasta tapaamassa vuodeosastolla sekä informoi potilaan voinnista myös teho-osaston lääkäriä. Konsultaatiokäyntien tarve ja niistä luopuminen, arvioidaan yhdessä lääkärin kanssa potilaan yksilöllisen voinnin sekä toipumisen edistymisen mukaan. Länsi-Pohjan keskussairaalassa konsultaatiohoitajatoiminnalla pyritään turvaamaan potilaan laadukas hoito ja sen jatkuvuus. Toiminnalla pyritään myös tukemaan potilaan toipumista ja ehkäisemään potilaan voinnin huonontumista sekä näin estämään potilaan joutumista mahdollisesti uudelleen tehohoitoon. Konsultaatiohoitajatoiminnalla pyritään tukemaan vuodeosastojen hoitajien työtä myös muiden kuin teho-osastolta siirtyneiden potilaiden hoidossa, mutta teho-osaston konsultaatiohoitajina toimineet kertovat, että konsultaatioita koskien potilaan vointia esiintyy harvoin.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni pohjautuu konsultaatiohoitajatoiminnan aloittamiseen Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa näyttöä hyvästä kriittisesti sairastuneen potilaan hoidosta, ammatillisesta yhteistyöstä tehohoidossa ja konsultaatio-toiminnasta. Tutkimuksen avulla kerätään tietoa ja kuvataan hoitotyöntekijöiden kokemuksia konsultaatio-toiminnasta vuodeosastoilla ja teho-osastolla kokeilun kestäneeltä puolen vuoden ajalta Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Tutkimuksen avulla selvitetään myös vuodeosastojen ja teho-osaston yhteistyötä ja tarpeellisuutta tarkemmin.

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuoda esiin kirjallisuuskatsauksen sekä hoitotyöntekijöiden kokemusten avulla tutkimustuloksia, joita voidaan hyödyntää kehitettäessä konsultaatiohoitajatoimintaa Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Tähän tavoitteeseen pyritään seuraavien osatavoitteiden avulla:

1. Etsin aiheesta tuotettua tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä. Tutkimusnäyttö saavutetaan tehohoitotyötä sekä sairaanhoitajan ammatillista yhteistyötä käsittelevien tutkimusten tulosten analysoinnilla. Tutkimusten tuloksista tuotan yhteenvedot, jotka on koottu taulukoiksi. Taulukoissa esitetyt tutkimusten keskeiset tulokset tuotan SWOT-analyysien avulla tehtyjen johtopäätösten pohjalta. Taulukot esitetään liitteessä (LIITE 7).
2. Etsin hyväksi havaittua toimintanäyttöä. Toimintanäyttö perustuu opinnäytetyössäni aiemmin konsultaatiohoitajatoiminnasta tehtyihin tutkimuksiin ja projekteihin. Niiden keskeiset tulokset esitetään taulukoissa, jotka tuotan SWOT-analyysien avulla tehtyjen johtopäätösten pohjalta. Taulukot esitetään liitteessä (LIITE 8).
3. Etsin kokemukseen perustuvaa näyttöä. Kokemusnäyttö perustuu opinnäytetyössäni Länsi-Pohjan keskussairaalan vuodeosastojen hoitajilta puolistrukturoidulla kyselyllä saavutettavaan tietoon, joka käsitellään SPSS For Windows-analysointiohjelmalla. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten tiedot käsitellään sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysi esitetään liitteessä (LIITE 9). Kokemusnäyttöä kerätään myös konsultaatiohoitajina toimineilta teho-osaston sairaanhoitajilta päiväkirjamerkintöjen avulla. Päiväkirjamerkinnät käsitellään sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysi esitetään liitteessä (LIITE 10).

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni toteutuksessa käytin apuna niin sanottua monistrategista tutkimusta, jota nimitetään myös triangulaatiotekniikaksi eli tutkimus on määrällisen (kvantitatiivisen) ja laadullisen (kvalitatiivisen) tutkimuksen yhdistelmä. Kyse on pyrkimyksestä lisätä tietoa ja ymmärrystä etsimällä tutkittavasta asiasta erilaista informaatiota (Leino-Kilpi 1997, 224). Kvantitatiivinen suuntaus olettaa, että tutkimuksen kohde on tutkijasta riippumaton, kun taas kvalitatiivisen strategian mukaan kohde ja tutkija ovat vuorovaikutuksessa. Kyselylomaketta käytettäessä tutkimuksen apuna, pyritään minimoimaan tutkijan vaikutus tietojenkeruuvaiheessa, mutta silti lomake saattaa heijastaa myös tutkijan omia oletuksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 23, 28.)

Konsultaatiohoitajatoiminta kokeilu toteutettiin Länsi-pohjan keskussairaalassa 2.2.–31.8.2009 välisenä aikana. Tutkimusjoukko koostui Länsi-pohjan keskussairaalassa konsultaatiohoitajatoiminta kokeiluun osallistuneiden osastojen 2A, 3B, 4A, 4B, 5A ja 5B vuodeosastojen hoitajista (n=43) sekä tehohoito-osaston konsultaatiohoitajina toimineista hoitajista (n=10). Tutkimuslupa tutkimuksen toteuttamiseen haettiin operatiivisen alueen ylihoitajalta. Eettisen toimikunnan lupaa ei tässä tutkimuksessa tarvittu, koska potilaisiin liittyviä tietoja ei käsitelty.

Tutkimuksen määrällinen aineisto kerättiin vuodeosastonhoitajilta puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla (LIITE 11). Kerätyn määrällisen aineiston eli kyselylomakkeet käsiteltiin SPSS for Windows-ohjelmalla sekä kyselyn avoimet vastaukset käsiteltiin sisällön analyysillä (LIITE 9,14). Teho-osaston konsultaatiohoitajina työskenteleviltä tietoa kerättiin konsultaatiohoitajakokeilun aikana vapailla päiväkirjaan kirjoitetuilla kirjoituksilla. Kirjoituksista kerätty laadullinen materiaali käsiteltiin sisällön analyysillä (LIITE 10).

7.1 Kirjallisuuskatsaus

Tieteellistä näyttöä etsin eri tietolähteistä: kirjoista, alan tieteellisistä julkaisuista, viitetietokannoista, kokoomatietokannoista sekä Internetistä. Keskeinen osa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ovat systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on luoda mahdollisimman kattava kuva aiheeseen liittyvästä tutkimustiedosta ja näyttää, mistä näkökulmasta ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu. Hyvä kir-

jallisuushaku kattaa vähintään viimeisen viiden vuoden aikana tehdyt tutkimukset. (Lauri 2003, 28.) Tässä kirjallisuushaussa, koska aihe oli hyvin spesifinen, haku kattoi kaksikymmentä viimeistä vuotta. Tehohoito on sekä kansallisesti että kansainvälisesti eräs vähiten tutkittu hoitotieteen osa-alue (Lyytikäinen 2002, 8). Hoitotieteen ollessa tieteenalanakin varsin nuori, täsmällisen kysymyksen asettaminen olisi tuonut mukanaan sen ongelman, että hakemaltani alueelta ei olisi löytynyt montakaan tutkimusta. Tästä syystä tein haun tarkoituksellisesti laajalla käsitteellä ”tehoahoito”. Viitteitä erittäin runsaasti löytyessä sekä viitteiden tarkennusta vaatiessa, käytin lisäksi hakusanoina: ”hoitotyö” ja ”konsultaatio”. Vastaavasti kansainvälisistä tietokannoista viitteitä hakiesani hakusanoina käytin: ”Critical care nursing” ja ”consultation”.

Hakuprosessi on kuvattu vaiheittain kokonaisuudessaan liitteessä: Kirjallisuushaun yhteenveto (LIITE 12). Valitessani opinnäytetyöhöni käytettävää kirjallisuutta sekä tutkimuksia, etsin vastausta tutkimustehtävääni eli mitä on hyvä ja kokonaisvaltainen kriittisesti sairaan potilaan hoito, ammatillinen yhteistyö tehohoidossa ja konsultaatiohoitajatoiminta.

Tutkimuksia etsin Lapin korkeakoulukirjaston ylläpitämän Nelli-portaalin kautta sivuilta www.nelliportaali.fi, jossa on mahdollista eri aineistojen käyttö. Tutkimuksia etsin seuraavista tietokannoista, seuraavin hakukriteerein:

Lapin korkeakoulukirjaston Juolukka-tietokannasta tutkimuksia etsin hakusanalla: ”Tehohoito”. Haulla löytyi 98 viitettä, joiden otsikot kävin läpi. Koska joukossa oli myös paljon epärelevantteja viitteitä, rajasin vielä hakusanoiksi: ”Tehohoito ja hoitotyö”. Viitteitä löytyi 36 kappaletta. Huomasin kuitenkin, että rajaamallani haulla jäi pois myös relevantteja viitteitä ja palasin alkuperäisen haun viitteisiin. Näistä 98 viitteestä löytyi samasta viitteestä useampi saatavuustieto esimerkiksi uudempi painos samasta kirjasta, joten lopulliseksi eri viitteiden määräksi muodostui 87 kappaletta. Kolmella viitteistä viitattiin lehtikokoelmiin, näitä kokoelmia olivat Tehohoito, Intensive and Critical Care Nursing ja Finnanest. Viitteistä 17 kappaletta oli tehohoidossa hoitotyön näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia, 4 kappaletta viitteistä oli tehoahoitotyön julkaisu tai raportti. Viitteistä 19 kappaletta oli ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä, jotka koskivat tehoahoitoa. Kolme viitteistä oli videotallennetta esimerkiksi kriittisesti sairaan potilaan tunnistamisesta. Viitteistä 32 kappaletta oli tehoahoitotyötä käsittelevää kirjallisuutta, lisäksi viitteistä oli 9 kappaletta englanninkielistä tehohoidon kirjallisuutta. Näillä molemmilla

hakutavoilla löytyi siis yhteensä 17 eri tehohoitotyöstä hoitotyön näkökulmasta tehtyä tutkimusta, jotka vastasivat opinnäytetyöni tutkimustehtävään. Näistä löydettyistä tutkimuksista valikoitui 2 kappaletta analysoitavaksi kirjallisuuskatsaukseen.

Medic-tietokannasta, joka koostuu suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista hain tutkimuksia hakusanalla: ”Tehohoito”. Haulla löytyi 594 viitettä. Tarkensin hakusanoiksi: ”Tehohoito ja hoitotyö” ja sain viitteitä 41 kappaletta, jotka kävin kaikki läpi. Viitteistä oli 23 kappaletta lehtiartikkeleita, 5 kappaletta kirjallisuutta ja 13 kappaletta tutkimuksia. Näistä viitteistä 3 kappaletta vastasivat opinnäytetyöni tutkimustehtävään, niistä kaksi oli tutkimuksia, joista toinen oli jo aiemmin löytynyt Juolukan tietokannasta. Löytynyt uusi tehohoitotyön tutkimus ei kuitenkaan soveltunut analysoitavaksi kirjallisuuskatsaukseen.

Suomen yliopistojen yhteisestä Linda-tietokannasta hain tutkimuksia hakusanalla: ”Tehohoito”. Haulla löytyi 248 viitettä, joiden otsikot kävin läpi. Koska joukossa oli paljon epärelevanttejä viitteitä, rajasin vielä hakusanoiksi: ”Tehohoito ja hoitotyö”. Viitteitä löytyi 61 kappaletta, mutta haulla löytyi samasta viitteestä useampi saatavuustieto, joten lopullinen eri viitteiden määrä oli 53 kappaletta. Näistä viitteistä 14 kappaletta oli tehohoitoa koskevaa kirjallisuutta ja 7 kappaletta oli englanninkielistä tehohoidon kirjallisuutta, 5 kappaletta viitteistä oli tehohoidon julkaisu tai raportti. Viitteistä 10 kappaletta oli ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä ja 17 kappaletta tutkimuksia. Tarkasteltuani hakutuloksia huomasin, että alkuperäisellä haulla hakusanalla: ”Tehohoito”, oli löytynyt 10 kappaletta tutkimuksia, joita ei hakusanoilla: ”Tehohoito ja hoitotyö” löytynyt viitteistä lainkaan. Lopputuloksena molemmat haut yhdistettyinä löytyi siis yhteensä 26 eri tutkimusta, jotka vastasivat tutkimustehtävääni. Näistä tutkimuksista 14 kappaletta oli uusia tutkimuksia, joita ei ollut aiemmalla haulla löytynyt. Analysoitavaksi opinnäytetyöni kirjallisuuskatsaukseen niistä valikoitui 3 kappaletta.

Etsin lisäksi Suomen yliopistoissa hoitotieteen tai terveydenhuollon koulutusohjelmien opinnäytetyöhakemistoista opinnäytetöitä, lisensiaattitöitä ja väitöskirjoja, selaamalla yliopistojen internet-sivustoilla kaikki kyseisten alojen töiden otsikot läpi. Valintakriteerinä käytin tutkimuksen otsikossa viittausta tehohoitotyöhön. Haulla löytyi vielä 15 uutta tutkimusta, mitä ei ollut aiemmin tietokantahauilla löytynyt, jotka vastasivat opinnäy-

tetyöni tutkimustehtävään. Näistä tutkimuksista 10 kappaletta valikoitui analysoitavaksi kirjallisuuskatsaukseen.

Etsin myös artikkeleita sisältävistä tietokannoista tutkimustehtävään vastaavaa kirjallisuutta. Kotimaisten artikkeleiden Arto-viitetietokannasta hain tutkimuksia hakusanalla: ”Tehohoito”. Haulla löytyi 366 viitettä. Koska viitteitä oli paljon, rajasin vielä hakusanoiksi: ”Tehohoito ja hoitotyö”, jolloin liitteitä löytyi vain 4 kappaletta. Kävin kaikkien ensimmäisellä haulla löytyneiden 366 viitteen otsikot läpi. Viitteistä 7 kappaletta käsittelee tehohoitotyötä hoitotyön näkökulmasta. Muut viitteet käsittelevät tehohoitotyötä lääketieteen näkökulmasta esimerkiksi ARDS:n hoitosuosituksia.

Kotimaisten sanoma- ja aikakauslehtien Aleksi-viitetietokannasta hain tutkimuksia hakusanalla: ”Tehohoito”. Haulla löytyi 226 viitettä, jotka kävin kaikki läpi. Viitteistä 15 kappaletta vastasi asetettuun tutkimustehtävään, artikkeleista 3 kappaletta liittyi läheisesti konsultaatiohoitajatoimintaan. Muut viitteet käsittelevät yleisesti tehohoitotyötä esimerkiksi infektioiden torjunta teho-osastolla.

FIMnet-viitetietokannasta, joka sisältää Lääkärilehden kirjoituksia (alkaen vuodesta 1992) hain tutkimuksia hakusanalla: ”Tehohoito”. Haulla löytyi 833 viitettä. Tarkensin hakusanoiksi: ”Tehohoito ja hoitotyö” ja sain viitteitä 32 kappaletta, jotka kävin kaikki läpi. Lisäksi hain tutkimuksia vielä hakusanoilla: ”Tehohoito ja konsultaatio”. Haulla löytyi 65 viitettä. Viitteistä 2 kappaletta vastasi asetettuun tutkimustehtävään. Muut viitteet käsittelevät tehohoitoa lääketieteellisestä näkökulmasta.

Duodecimin ylläpitämästä terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu Terveysportin tietokannasta, jonka pääpaino on lääketieteellisessä tiedossa, löytyi hakusanalla: ”Tehohoito” viitteitä 232 kappaletta. Kävin kaikkien näiden viitteiden otsikot läpi. Ne kuitenkin kaikki käsittelevät tehohoitoa lääketieteen näkökulmasta esimerkiksi akuuttia munuaisvauriota, eivätkä näin vastanneet tutkimustehtävääni.

Medline/PUBMED-tietokannasta, joka kattaa kansainvälisesti lääketieteen ja muiden terveystieteiden alan lehtiä ja on käytettävissä useana eri versiona, hain tutkimuksia hakusanalla: ”Critical care nursing”. Haulla löytyi 18293 viitettä. Tarkensin hakusanoiksi: ”Critical care nursing and consultation” ja sain viitteitä 275 kappaletta, joiden kaikkien otsikot kävin läpi. Viitteistä suuri osa käsittelee tehohoitotyötä hoitotyön näkö-

kulmasta. Viitteistä 18 kappaletta käsitteli hoitajakonsultaatiotoimintaa jossain muodossa. Loput viitteistä käsittelivät yleisesti tehohoitotyötä esimerkiksi hoitajan roolia kriittisesti sairasta lasta kuljetettaessa.

Cinahl-tietokannasta (EBSCO), joka sisältää hoitotieteen ja sen lähialojen kansainvälisten lehtien viitteitä, haun suoritin hakusanoilla: ”Critical care nursing”. Viitteitä löytyi 1238 kappaletta. Lisäsin hakusanoiksi: ”Critical care nursing and consultation”, jolloin viitteet rajautuivat 6 kappaleeseen. Nämä viitteet käsittelivät muun muassa kriittisesti sairaan lapsen hoitoa.

Cochrane-kirjastosta, joka on kokoomatietokanta kontrolloiduista kokeellisista tutkimuksista ja systemoiduista katsauksista koostuu seitsemästä tietokannasta, etsin koko tekstin käsittävällä haulla, hakusanoilla: ”Critical care nursing and consultation”. Haulalla löytyi runsaasti viitteitä, 7163 kappaletta. Rajatessani hakua koskemaan otsikkoa, abstraktia tai avainsanoja (title, abstract or keywords) hakusanoilla: ”Critical care nursing and consultation”, jolloin viitteitä löytyi vain yksi kappale. Viite kuitenkin käsitteli toimenpiteitä vanhusten hoidon fyysisten rajoitusten ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. The Cochrane library-tietokannat sisältävät erityisesti sairauksien hoitoon liittyvää aineistoa.

Hakuprosessin avulla etsin kirjallisuutta, joka käsitteli aihetta vastaten asettamaani kysymyksen: Mitä on kokonaisvaltaisesti hyvä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö, hyvä tehohoidon ammatillinen yhteistyö ja konsultaatiohoitajatoiminta sekä minkä asioiden on todettu heikentävän edellä mainittujen toteutumista. Hakuprosessin edetessä poissuljin ensimmäiseksi viitteet, joiden otsikot eivät vastanneet lainkaan tehohoitoa hoitotyön näkökulmasta, näitä olivat muun muassa viitteet, jotka käsittelivät tehohoitoa lääketieteellisestä näkökulmasta. Lisäksi poissuljin neonataali ja lastentehohoitoa käsittelevät viitteet. Seuraavassa vaiheessa karsin pois ammattikorkeakouluissa tehdyt opinnäytetyöt, koska niiden käyttö ei ole yleisesti suositeltavaa. Perussääntönä Metsämuuronen (2002, 23) esittää, että ensimmäisen varsinaisen siteerauksen sietävä tutkimuksen taso on lisensointityö, koska työtä ohjaa professori ja palautteen antaa lisäksi joku muukin tohtoritasoinen asiantuntija. Väitöskirjoissa tieto on myös yleensä luotettavaa, koska sitä edeltää lisensointityön kaltainen tarkka tutkiminen. Näin ollen lisensointityötä alempia tutkielmia, ei yleensä käytetä lähteenä, kuin poikkeustapauksissa. Koska tehohoitotyötä koskevia lisensointitöitä ja väitöskirjoja on vain muutamia, on opinnäytetyössäni perus-

teltua myös pro gradu-tutkielmien käyttö. Tämä on myös perusteltua sillä, että kaikkia olemassa olevia tuloksia aihetta koskien hyödynnettiin. Hakuprosessin avulla löytämiäni ja hakukriteereitten täyttämiä artikkeleita, tutkimuksia ja muuta kirjallisuutta käytin apuna muun muassa tuodessani esiin aiemmin aiheesta tuotettua tietoa. Varsinaisesta tutkimusten analysoinnista poissuljin hakuprosessissa löytyneet artikkelit, koska niissä ei ollut viitteitä tutkimuksiin, jotka olisi sopinut tarpeisiini ja joita ei olisi jo aiemmilla tietokantahauilla löytynyt.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten valinta ja analysointi

Kirjallisuuskatsauksessa analysoitavat tutkimukset valikoituivat niiden sisällön sekä tutkimuksen iän perusteella. Tutustuin kaikkien 47 tutkimuksen tiivistelmään (Taulukko 1.) ja niistä valikoitui 15 tutkimusta, jotka mielestäni palvelivat mahdollisimman hyvin kirjallisuuskatsaukseni tarkoitusta. Katsauksessa käytetyt tutkimukset oli vuosilta 1997-2009. Tutkimukset esitetään liitteessä: Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset (LIITE 13).

TAULUKKO 1. Yhteenveto kirjallisuushaulla löydetyistä tehohoitotyön tutkimuksista

Organisaatio	Pro Gradu-tutkielma	Lisensiaattityö	Väitöskirja	Muu julkaisu	Yhteensä
Helsingin yliopisto	3	-	1	1	5
Kuopion yliopisto	11	-	-	-	11
Oulun yliopisto	12	-	1	-	13
Tampereen yliopisto	8	-	1	-	9
Turun yliopisto	7	-	-	1	8
Keski-Suomen SHP	-	-	-	1	1
YHTEENSÄ	41	-	3	3	47

Kirjallisuuskatsauksessa käyttämäni tutkimusten arviointi ja lopullinen valinta perustui opinnäytetyöni tavoitteisiin ja tarkoituksiin parhaiten vastauksia antavien tutkimusten käyttöön. Tavoitteenani oli löytää aiempaa kokonaisvaltaista näyttöä hyvästä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöstä, tehohoidon ammatillisesta yhteistyöstä ja konsultaatiohoitajatoiminnasta, jonka mukaan myös luokittelin tutkimukset. Katsaukseen valikoituneet tutkimukset käsittelivät vaihtelevasti tehohoitoa potilaan, omaisen, hoitajan sekä lääkärin näkökulmasta. Luokittelin tutkimukset selvyuden vuoksi tutkimusasetelman mukaan. Jaoin tutkimukset kolmeen luokkaan. Ensimmäinen luokka käsitti tutkimukset, joiden tuloksia voitiin hyödyntää kehitettäessä kriittisesti sairaan hoitotyötä. Toinen

luokka käsitti tutkimukset, joissa käsiteltiin hoitoalan ammatillista yhteistyötä. Kolmas luokka käsitti tutkimukset tai projektit, jotka kohdistuivat erityisesti konsultaatiohoitajatoimintaan.

Kirjallisuuskatsauksessa käyttämäni tutkimukset analysoin SWOT-analyysillä. SWOT-analyysi eli nelikenttäanalyysi (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) on menetelmä, jonka tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa ongelmien tunnistamisessa, arvioinnissa ja kehittämisessä. SWOT-analyysin avulla etsittiin tehohoitotyön tutkimuksista nousseita nykyisiä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia, joita voidaan hyödyntää konsultaatiohoitajatoimintaa kehitettäessä. (Horelli & Roininen 1998.) SWOT-analyysin lopputulokset kokosin nelikenttäkuvioksi, jotka esitin liitteissä (LIITE 7-8). Lopputuloksista tein johtopäätöksiä siitä, mitä asioita on parannettava ja mitkä asiat eivät kaipaa parannuksia hyvässä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä, ammatillisessa yhteistyössä tehohoidossa sekä konsultaatiohoitajatoiminnassa.

Tutkimuksista pyrin löytämään vastauksia seuraavilla kysymyksillä: Vahvuuksia etsin kysymyksellä, mitkä ovat myönteiset ja toimivat asiat kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä, ammatillisessa yhteistyössä ja konsultaatiohoitajatoiminnassa. Heikkouksia pyrin löytämään kysymyksellä, mitkä asiat ovat ongelmallisia tai eivät toimi kriittisesti sairaan potilaan hoidossa, ammatillisessa yhteistyössä ja konsultaatiohoitajatoiminnassa. Mahdollisuuksia kartoitin kysymyksellä, mihin suuntaan kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä, ammatillista yhteistyötä ja konsultaatiohoitajatoimintaa, ja niihin liittyviä asioita tulisi kehittää. Lisäksi etsin tutkimuksista uhkia kriittisesti sairaan potilaan hoitotyölle, ammatilliselle yhteistyölle ja konsultaatiohoitajatoiminnalle, käyttämällä kysymystä, mitkä tekijät voivat vaikeuttaa asioiden toimivuutta.

7.2 Kyselytutkimus

Länsi-Pohjan keskussairaalan konsultaatiohoitajatoiminnasta kerättiin kyselytutkimuksen avulla tietoa tosiasioista, itse toiminnasta, arvoista, asenteista sekä mielipiteistä. Tutkimuksessa käyttämissäni lomakkeissa pyydettiin myös edellä mainittujen lisäksi arviointeja ja perusteluja toiminnoille sekä mielipiteille. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 23) mielestä kyselylomakkeessa pyritään minimoimaan tutkijan vaikutus tietojenkeruuvaiheessa, mutta lomake saattaa silti heijastaa myös tutkijan omia oletuksia. Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen avoimet kysymykset antoivat kuitenkin vastaa-

jille myös mahdollisuuden sanoa, mitä he todella ajattelivat asiasta, kun taas puolestaan monivalintakysymykset estivät sisällön liiallisen kirjavuuden ja luotettavuuden kyseenalaistamisen, jolloin sitä olisi myös ollut vaikeampi käsitellä. (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2000, 193, 197). Monivalintavaihtoehtoilla kartoitettiin vastaajien mielipide-eroja ja avoimilla kysymyksillä annettiin mahdollisuus täydentää vastauksia. Opinnäytetyössäni kyselytutkimuksen avulla kerättiin tietoa sekä kuvattiin vuodeosastojen hoitotyöntekijöiden kokemuksia konsultaatiotoiminnasta. Kyselyn avulla selvitettiin yleistä asennoitumista hoitajien väliseen konsultaatioon ja teho-osaston sairaanhoitajien palvelun kuvaan sekä kartoitettiin vuodeosastojen ja teho-osaston yhteistyötä ja tarpeellisuutta.

Kyselytutkimuksen aineiston keruu

Tutkimusjoukko koostui Länsi-pohjan keskussairaalassa konsultaatiotoiminta kokeiluun osallistuneiden osastojen 2A, 3B, 4A, 4B, 5A ja 5B vuodeosastojen hoitajista (n=43). Tutkimuksen määrällinen aineisto kerättiin vuodeosaston hoitajilta puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla (LIITE 11). Kyselylomakkeena käytin Kristiina Alhon ja Päivi Poskiparran 1997 Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin tutkimustarkoituksiin tehtyä kyselylomaketta. He käyttivät kyseistä kyselylomaketta sairaanhoitajakonsultaation tarpeellisuuden kartoittamiseen sekä siihen liittyvien kehittämistarpeiden selvittämiseen. Koska kyselylomaketta oli luotettavasti jo aiemmin käytetty vastaavanlaista toimintaa kartoittaessa, en katsonut esitestausta tarpeelliseksi. Tutkimuslupa tutkimuksen totuttamiseen haettiin operatiivisen alueen ylihoitajalta. Eettisen toimikunnan lupaa ei tässä tutkimuksessa tarvittu, koska en käsitellyt potilaisiin liittyviä tietoja.

Konsultaatiohoitajatoiminta kokeilu toteutettiin Länsi-pohjan keskussairaalassa 2.2.–31.8.2009 välisenä aikana. Kyselylomakkeet jaettiin vuodeosastoille kokeilun päätyttyä syyskuussa 2009. Kyselylomakkeisiin annettiin vastausaikaa kuukausi. Vuodeosastoilla käytiin informoimassa ja muistuttamassa kyselystä ennen vastausajan päättymistä. Kyselylomakkeita jaettiin jokaiselle vuodeosastoille 20 kappaletta. Vuodeosastoille jätettiin suljettu palautuslaatikko täytettyjä kyselylomakkeita varten. Tutkimukseen osallistuneilla vuodeosastoilla työskenteli keskimäärin 14-17,5 hoitajaa osastoa kohti. Kyselyyn oli mahdollista osallistua kaikkien tutkimukseen osallistuneiden vuodeosastoilla työskentelevien perus- tai lähihoitajien ja sairaanhoitajien. Kyseisillä vuodeosastoilla työskentelevien hoitajien yhteismäärä Länsi-Pohjan keskussairaalassa on 97 hoitajaa.

Kyselytutkimuksen tulosten analysointi

Kyselylomakkeita palautettiin 43 kappaletta. Puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla saavutettu tieto, käsiteltiin SPSS For Windows-analysointiohjelmalla, joka on suunniteltu tilastotieteelliseen analyysiin tekoon. Lisäksi aineiston käsittelyssä ja kuvioiden tekemisessä käytin apuna myös Excel-tilukkolaskentaohjelmaa. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten tiedot käsiteltiin sisällön analyysiin avulla. (LIITE 9, 14). Sisällön analyysistä on kerrottu myöhemmin kappaleessa aineiston analysointi sisällönanalyysiin avulla.

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on tietojenkäsittelyn ohjelmisto, jolla on mahdollista toteuttaa tilastollinen analyysi. Frekvenssitaulukon ensimmäinen sarake kertoo muuttujan luokan ja toinen sarake kertoo kussakin luokassa olevien havaintojen määrän (lkm). Osuudet on laskettu koko aineistosta (%) ja vain vastanneiden osuudesta (kysymykseen vastanneet %). Keskeisimpiä perustunnuslukuja ovat myös laskettujen arvojen määrä (yhteensä) ja puuttuvien arvojen määrä (puuttuva tieto). Ristiintaulukon avulla tarkasteltiin kahden muuttujan välistä yhteyttä. Ristiintaulukossa esitetään muuttujan frekvenssijakauma (havaintojen lukumäärät muuttujan eri luokissa) toisen muuttujan luokissa frekvenssinä ja prosentteina. Havainnollisempaa on tarkastella prosentteja, kuin pelkkiä frekvenssejä. (Valtari 2004, 11, 13.)

7.3 Konsultaatiohoitajien vapaamuotoiset päiväkirjamerkinnät

Tutkimusjoukko koostui Länsi-pohjan keskussairaалassa konsultaatiotoiminta kokeiluun osallistuneiden tehoahoito-osaston konsultaatiohoitajina toimineista hoitajista (n=10). Konsultaatiohoitajatoiminta kokeilu toteutettiin Länsi-pohjan keskussairaалassa 2.2.–31.8.2009 välisenä aikana. Aineistoa kerättiin konsultaatiohoitajina toimineilta teho-osaston sairaanhoitajilta päiväkirjamerkintöjen avulla. He kertoivat kokemuksiaan konsultaatiohoitajatoiminnasta vapaamuotoisesti kirjoituksin päiväkirjaan, lisäksi konsultaatiokäynnit ja –puhelut tilastoitiin kokeilun ajalta. Kirjoitusten tiedot käsiteltiin sisällön analyysiin avulla (LIITE 10). Aineiston ja tilastojen käsittelyssä sekä kuvioiden tekemisessä käytin apuna myös Excel-tilukkolaskentaohjelmaa. Tutkimuslupa tutkimuksen totuttamiseen haettiin operatiivisen alueen ylihoitajalta. Eettisen toimikunnan lupaa ei tässä tutkimuksessa tarvittu, koska potilaisiin liittyviä tietoja ei käsitelty.

Aineiston analysointi sisällönanalyysin avulla

Tässä kappaleessa kuvaillaan aineiston käsittelyn prosessia sisällönanalyysin avulla, aina alkuvaiheista kohti tulkinnallisia lopputuloksia. Sekä vuodeosaston hoitajien täyttämät kyselylomakkeet, että teho-osaston konsultaatiohoitajilta kerätyt vapaamuotoiset kirjoitukset käsiteltiin tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysillä. Kyngäs & Vanhanen (1999) kuvaavat sisällönanalyysia menettelytapana, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentteina tässä opinnäytetyössä toimivat kyselomakkeen avoimet vastaukset sekä konsultaatiohoitajien päiväkirja kirjoitukset. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään valitsemaan aineiston analyysiyksiköt tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Tutkimuksen tulokseksi on tarkoitus saada teoreettinen ymmärrys kokemuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 95, 97, 105.)

Ennen aineiston analyysin aloitusta sisällönanalyysissä määritetään analyysiyksikkö, joka tässä analyysissä oli lauseen osa. Tuomen & Sarajärven (2004, 110) mukaan aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmevaiheinen prosessi.

Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään. Pelkistäminen tapahtuu karsimalla dokumentin avulla saadusta aineistosta kaikki epäolennainen pois. Tätä vaihetta ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään koodaamalla olennaiset ilmaukset. Aineistolta kysyttiin tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä: ”Millaisia kokemuksia hoitajilla oli konsultaatiohoitajatoiminnasta”, ”Tarvitaanko konsultaatiohoitajatoimintaa” ja ”Miten konsultaatiohoitajatoimintaa voi kehittää”. Eli aineistosta tunnistettiin asioita, joista tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita. Näitä ilmaisevia lauseita alleviivasin erivärisillä kynillä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 111–112.)

Seuraavana vaiheena oli aineiston ryhmittely, jossa aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tämän analyysin vaiheen jälkeen pelkistin lausumia yksittäisiksi ilmaisuiksi. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelin ja yhdistin luokaksi sekä nimesin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112.)

Käsitteiden ryhmittelystä käytin nimitystä alakategoria ja edelleen alakategorioiden ryhmittelyä kuvasin yläkategorioina. Eli samansisältöiset alakategoriat yhdistin toisiinsa ja muodostin yläkategorioita. Yläkategorioiden yhdistäviä ryhmittelyjä kuvasin yhdistävänä kategoriana. Lopulta kaikki yläkategoriat yhdistettiin kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi (LIITE 9-10, 14). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä siis yhdistellään käsitteitä ja alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävän kategorian avulla vastataan asetettuihin tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 113–115.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten tulokset ja luokittelu

Referoidessani kirjallisuuskatsaukseen valittuja tutkimuksia, toin esiin keskeiset tutkimustulokset SWOT-analyysin avulla. Tutkimukset luokittelin tutkimusasetelman mukaan, koska halusin tuoda kriittisesti sairaan potilaan hoidon ja siihen liittyvien elementtien moninaisuuden esiin kokonaisvaltaisesti (Taulukko 2.). Jaoin tutkimukset kolmeen luokkaan. Ensimmäinen luokka käsitti tutkimukset, jotka oli tehty tehohoidon alueelta, ja joiden tuloksia voitiin hyödyntää kehitettäessä hyvää kriittisesti sairaan hoitotyötä. Toinen luokka käsitti tutkimukset, joissa käsiteltiin hoitoalan ammatillista yhteistyötä, joiden tuloksia voitiin hyödyntää kehitettäessä yhteistyötä tehohoidossa. Kolmas luokka käsitti tutkimukset tai projektit, jotka kohdistuivat erityisesti konsultaatiohoitajatoimintaan, joiden tuloksia voitiin hyödyntää kehitettäessä samaista toimintaa Länsi-Pohjan keskussairaalassa.

TAULUKKO 2. Tutkimusten luokittelu

Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö	Ammatillinen yhteistyö	Konsultaatiohoitajatoiminta ja jälkiseuranta
Lehto 1997	Mäenpää 1998	Alho & Poskiparta 1997
Kokko 2000	Mäkelä 1998	Meriläinen 2005
Palojoki 2002	Latvala 2001	Pöykkö 2006
Tanhua 2005	Lyytikäinen 2002	Jauhiainen 2009
Korhonen 2007	Raatikainen 2004	
Pekurinen 2008		

Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö

Lehdon (1997) tutkimuksessa kuvattiin, minkälaista emotionaalista, konkreettista ja tiedollista tukea omaiset kokivat saaneensa teho-osaston henkilökunnalta. Tutkimuksessa tarkoituksena oli myös selvittää, miten omaisten taustamuuttajat olivat yhteydessä hoitohenkilökunnalta saatuun tukeen. Tutkimusaineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella, joka oli sisältänyt yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomake oli jaettu viiden keskussairaalan teho-osastolla hoidettavien aikuispotilaiden omaiselle tai läheiselle. Aineisto oli analysoitu pääosin tilastollisin menetelmin SPSS-Windows ohjelmalla.

la. Avoimen kysymyksen vastaukset oli analysoitu sisällön erittelyllä. Aineisto ja tulokset oli kuvattu tilastollisin menetelmin ja suorana tekstinä. Lehdon mukaan tutkimustulosten avulla hoitohenkilökunta voi kehittää ja arvioida omaisiin kohdistuvaa hoitotyötä. Lisäksi tulosten tuottaman tiedon avulla hoitohenkilökunta voi tulla myös tietoisiksi omaisten tuen tarpeeseen liittyvistä asioista. Tutkimuksen mukaan suurin osa omaisista koki saaneensa emotionaalista ja tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta. Konkreettisen tuen saaminen ei ollut tarpeen useimpien omaisten mielestä. Nuoret omaiset kokivat saaneensa huomattavasti muita omaisia harvemmin emotionaalista, konkreettista ja tiedollista tukea. Myös omaiset, joilla oli alaikäisiä huollettavia, kokivat, että he saivat muita omaisia harvemmin tukea hoitohenkilökunnalta. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Kokon (2000) tutkimuksessa kuvattiin potilaiden kokemuksia hoitamisesta teho-osastolla. Hoitamista kuvattiin viitekehyksessä eri näkökulmista hoitotieteessä tehtyjen tutkimusten perusteella. Tehohoitotyötä sekä teho-osastoa ympäristönä tarkasteltiin erityisesti potilaan näkökulmasta. Aineisto oli kerätty teemahaastattelemalla kuutta teho-osastolla hoidossa ollutta potilasta. Aineisto oli analysoitu sisällön analyysillä. Tutkimuksella tuotetun tiedon avulla voidaan ymmärtää potilaiden tehohoitokokemuksia ja kehittää tehohoitotyötä.

Kokon (2000) tutkimuksen tulosten perusteella hoitaminen teho-osastolla oli potilasta varten olemista ja toimintaympäristön sekä vaativien tilanteiden hallintaa. Potilasta varten ollessaan hoitaja toimi potilaskeskeisesti potilaan tilanteen ymmärtäen. Toimintaympäristön ja vaativien tilanteiden hallinta hoitamisessa muodostui vaativissa olosuhteissa työskentelystä, tehohoitotyön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä. Potilaat kuvasivat tilanteita, jotka ilmensivät välittämisen puuttumista. Tilanteissa hoitaminen välittyi potilaalle rutiininomaisena ja haluttomuutena kohdata potilas. Potilaat pitivät hoitamisessa tärkeänä toipumisen tukemista, jossa keskeistä oli kannustaminen, läsnäolo ja olon helpottaminen. Potilaat kuvasivat toivovansa hoitajilta enemmän läsnäoloa, tilanteesta tiedottamista ja tietoa hoitajaan yhteyden saamisesta. Tulokset osoittivat, että tehohoitotyössä tarvitaan laaja-alaisen tieto- ja taitoperustan lisäksi myös vuorovaikutus- ja potilaan kohtaamiseen liittyviä taitoja. Hoitajilla oli myös merkittävä rooli potilaan toipumisen käynnistäjänä ja tukijana. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Palojoen (2002) tutkimuksessa kuvattiin hoitajan ominaisuuksia, hoitoon liittyviä toimintoja ja yhteistyötä omaisten kanssa tehohoitajan näkökulmasta. Tutkimuksessa käytettiin Helena Leino-Kilven laatiman HYVÄ HOITO –mittarin hoitajaosaa, jota oli muokattu tehohoitotyöhön soveltuvaksi. Tutkimuksessa kuvattiin myös, mitä mittarin väittämiä tehohoitajat pitivät tärkeimpinä. Mittarissa olevien avointen kysymysten avulla kuvattiin, mitä muita mahdollisia ominaisuuksia tehohoitajalla on sekä mitä muita mahdollisia tehohoitoon ja omaisyhteistyöhön liittyviä toimintoja tehohoidossa on tehohoitajan näkökulmasta arvioituna. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat pääkaupunkiseudulla olevan neljän julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluvaa teho-osastoa ja yhden pääkaupunkiseudun ulkopuolisen teho-osaston sairaanhoitajat. Tutkimuksessa käytetyt HYVÄ HOITO -mittarin hoitajaosan sisältöalueet olivat ”Hoitavan henkilön ominaisuudet” ja ”Hoitotoiminnot”, jotka jakautuivat tehtävä- ja ihmiskeskeisiin toimintoihin. Mittariin oli myös luotu uusi sisältöalue ”Yhteistyö omaisten kanssa”. Aineiston kuvailmisessa oli käytetty tilastollisia menetelmiä. Avoimet kysymykset oli analysoitu sisällönanalyysimetodilla.

Palojoen (2002) tutkimustulosten mukaan parhaiten sisältöalueista toteutuivat tehohoitajien itsensä arvioimana tehohoitajan ominaisuudet ja ihmiseen suuntautuneet hoitotoiminnot. Sisältöalueiden keskiarvot vastasivat erittäin hyvää hoidon laatua. Sisältöalueiden hajonta oli vähäistä. Tehtävään suuntautuneiden toimintojen keskiarvo vastasi jokseenkin hyvää hoidon laatua. Sisältöalueista ”Yhteistyö omaisten kanssa” toteutui huonointen saavuttaen jokseenkin hyvän hoidon laatutason. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Tanhuan (2005) tutkimuksessa kuvattiin omaisten ja sairaanhoitajien kokemuksia tiedottamisesta teho-osastolla. Tutkimusaineisto oli kerätty teemahaastattelulla viideltä omaiselta, joiden läheinen oli ollut hoidettavana teho-osastolla vähintään kolme vuorokautta ja kuudelta sairaanhoitajalta, jotka olivat työskennelleet teho-osastolla vähintään yhden vuoden. Aineisto oli analysoitu sisällön analyysillä.

Tanhuan (2005) tutkimustulosten perusteella omaisten tiedonsaantiin teho-osastolla vaikuttivat tiedottamisen vastuualueet, tiedonsaantia tukevat tekijät ja tiedonsaantia estävät tekijät. Tiedottamisen vastuualueet muodostuivat sairaanhoitajan ja lääkärin tiedottamista asioista. Sairanhoitajat kertoivat potilaan sen hetkisestä kokonaistilanteesta ja lääkärit puolestaan potilaan hoidosta, ennusteista ja tutkimustuloksista. Omaisten

tiedonsaantia tukevia tekijöitä olivat tiedon saatavuus, tiedonantotapa, toivoa ylläpitävä tiedottaminen ja vuorovaikutusta tukeva tiedottaminen. Toivon antamisella, mahdollisuudella keskustella lääkärin kanssa ja selkeällä ja ymmärrettävällä tiedottamisella parannettiin omaisten tiedonsaantia merkittävästi. Tiedonsaantia estäviä tekijöitä olivat tiedon huono ymmärrettävyys ja vuorovaikutusta estävä tiedottaminen. Tiedon huonoon ymmärrettävyyteen vaikuttivat omaisten kriisi ja liiallinen lääketieteellisten termien käyttö.

Tanhuan (2005) mukaan sairaanhoitajien omaisille tiedottamiseen vaikuttivat tiedottamisen velvollisuus ja vastuunjako, tiedottamista tukevat ja estävät tekijät. Velvollisuus perustui omaisen tilanteen ymmärtämiseen ja omaisia varten olemiseen. Omaisen tilanteen ymmärtämisessä tärkeintä oli omaisen kriisin ymmärtäminen. Omaista varten olemisessa keskeistä oli hoitajan läsnäolo. Hoitajan positiivinen läsnäolo paransi omaisten ja sairaanhoitajan vuorovaikutusta ja toi inhimillisyyttä ja tukea osoittavaa suhtautumista omaisiin. Sairaanhoitajien tiedottamista tukevia tekijöitä olivat omaisten vierailujen suunnittelu, ammatillisesti kokenut henkilökunta ja vuorovaikutusta tukeva tiedottaminen. Sairaanhoitajien ja omaisten myönteinen asenne ja hoitajan itsensä tunteminen paransivat omaisille tiedottamista. Hoitajan pitkä ammatillinen työkokemus vaikutti positiivisesti omaisten tiedonsaantiin ja tiedonantotapaan. Sairaanhoitajien kohdalla tiedottamista estäviä tekijöitä olivat potilaan kunto, toimintaympäristö ja tiedon puute. Tiedon puute ilmeni ohjeiden ja koulutuksen puuttumisena tiedottamisesta. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Korhosen (2007) tutkimuksessa kuvattiin pitkään tehohoidossa olleiden potilaiden kokemuksia tehohoidosta ja tehohoidon jälkeisestä kuntoutumisestaan. Aineisto oli kerätty haastattelemalla viittä tehohoidossa ollutta potilasta. Potilaat oli haastateltu heti tehohoidon jälkeen sekä kolmen kuukauden kuluttua tehohoidon päättymisestä. Aineisto oli analysoitu sisällön analyysillä. Tuloksia voidaan hyödyntää tehohoitotyössä sekä tehohoitopotilaan jatkohoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

Korhosen (2007) tutkimuksen tulokset osoittivat, että pitkään tehohoidossa olleet potilaat tarvitsivat henkilökunnalta tukea ja tietoa siirtyessään jatkohoitoon. Myös kotiuduttuaan potilaat tarvitsivat ohjausta, kuntoutusta ja jatkoseurantaa. Potilaiden kokemukset tehohoidosta olivat myönteisiä, epätodellisia sekä epämiellyttäviä. Myönteisenä potilaat kokivat turvallisen ja hyvän hoidon, turvallisen hoitoympäristön sekä läheisten tuen ja

länäolon. Epämiellyttäviä kokemuksia potilaille aiheuttivat turvattomuuden ja riippuvuuden tunteet sekä sairauden ja hoidon aiheuttamat pelot ja pettymykset., Epätodellisia tuntemuksia potilaille aiheuttivat erilaiset unet, muistamattomuus ja harha-aistimukset. Muistamattomuus ja sekavuuden kokemukset vaivasivat potilaita vielä kolmen kuukauden kuluttua. Potilaiden kokemukset kuntoutumisestaan tehohoidon jälkeen olivat pääosin myönteisiä. Oma aktiivinen harjoittelu ja positiivinen asenne tulevaan sekä läheisten tuki edistivät kuntoutumista. Potilaiden fyysistä kuntoutumista heikensivät erilaiset fyysiset oireet muun muassa hengästyminen, väsymys ja huimaus sekä jatkokuntoutuksen puute. Psykkistä ja sosiaalista kuntoutumista tukivat läheisten läsnäolo ja tuki, potilaiden positiivinen asenne tulevaisuuteen sekä tiedollinen tuki. Kuntoutumista hidastivat potilaiden tuntema ahdistus ja masentuneisuus, muistikatkot sekä pelko tulevaisuudesta. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Pekurisen (2008) tutkimuksessa kuvattiin, mitä tukea tehohoitopotilaan läheiset tarvitsevat sekä läheisten sukupuolen, iän, suhteen potilaaseen, ammatilliseen koulutukseen ja tehohoitoon joutumisen syyn yhteyttä tuen tarpeeseen. Aineisto oli kerätty kyselylomakkeella yhden yliopistosairaalan eri teho-osastojen aikuispotilaiden yli 18 vuotta täyttäneiltä läheisiltä. Kysely oli tehty induktiivisesti kehitetyllä Critical Care Family Needs Inventory –mittarilla (CCFNI), jossa läheisten tuen tarpeet ovat ahdistuksen lievittymisen ja turvan tunteen, läheisyyden, tiedon saannin, psykososiaalisen tuen ja mukavuuden tarpeet. Kyseinen mittari perustuu kriisi- ja tarveteorioihin. Aineiston analysoinnissa oli käytetty tilastollisia menetelmiä.

Pekurisen (2008) tutkimuksen perusteella tärkein tuen tarve läheisillä oli ahdistuksen lievittymisen ja turvan tunteen tarve. Läheisten ahdistus lieveni ja turvan tunne parani, kun he saivat asiallista ja ymmärrettävää tietoa potilaasta siten, että toivon tunne säilyi. Läheisille oli tärkeää säilyttää läheisyys potilaaseen koko hoidon ajan silloinkin, kun he eivät itse olleet läsnä teho-osastolla. Läheiset tarvitsivat tietoa potilaan lääketieteellisestä hoidosta ja potilaalle tehdyistä toimenpiteistä. Henkilökohtaisia tarpeitaan, psykososiaalisen tuen ja mukavuuden tarvetta, läheiset olivat pitäneet vähemmän tärkeänä. Naiset olivat pitäneet ahdistuneisuuden lievittymisen ja turvan tunteen sekä läheisyyden tarvetta miehiä tärkeämpinä. Nuoret tarvitsivat psykososiaalista tukea iäkkäämpiä enemmän. Äkillisesti tehohoitoon joutuneiden läheiset tarvitsivat tiedollista tukea muita enemmän.

Pekurisen (2008) mukaan tehohoidossa työskentelevien hoitajien tulisi tunnistaa läheisten erilaiset tarpeet ja tarjota tukea ilman läheisen erillistä pyyntöä. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota asiallisen ja ymmärrettävän tiedon jakamiseen eri menetelmin. Tärkeää oli säilyttää läheisen ja potilaan yhteys tiiviinä koko tehohoitojakson ajan. Yhteyden säilymiseen tiiviinä vaikuttivat joustavat vierailuajat ja hoitajan toimiminen yhteydenpitäjänä potilaan ja omaisen välillä. Nuorten, naisten ja äkillisesti tehohoitoon joutuneiden läheisten tuen tarpeeseen on kiinnitettävä erityisesti huomiota. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Ammatillinen yhteistyö

Mäenpään (1998) tutkimuksessa kuvattiin hoitajan ja potilaan välistä suhdetta sekä hoitajan ja potilaan läheisten välistä suhdetta tehohoitotyössä sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa, mitkä tekijät edistivät ja mitkä tekijät vaikeuttivat hyvän hoitosuhteen luomista tehohoitotyössä. Tutkimuksessa käytetty aineisto oli kerätty eri teho-osastojen hoitajilta vapaamuotoisina esseekirjoituksina. Tehohoitajia oli pyydetty kirjoittamaan tehohoitotyöstä. Otsikoiksi oli annettu: Tehohoitajana Suomessa – onnea vai tuskaa? Aineistosta oli tehty sisällön analyysi, jonka avulla oli saatu esille tutkittavien oma näkemys hoitajan ja potilaan tai hänen läheistensä suhteesta, sekä mitkä tekijät siihen vaikuttivat. Mäenpään mukaan tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitajien koulutuksessa ja käytännön työssä. Pyrittäessä kehittämään tehohoitotyötä, on Mäenpään mielestä myös tärkeää ottaa huomioon hoitotyöntekijöiden kokemuksia, koska työssä uupuminen on yhä yleisempää ja hoitajan uupuminen heijastuu myös potilaan hoitoon.

Mäenpään (1998) tutkimustulos osoitti, että hoitosuhde teho-osastolla hoitajan näkökulmasta on suhde, joka sisältää vuorovaikutusta, hyvin paljon inhimillisiä tekijöitä, emotionaalisuutta ja vaatii ammatillisuutta. Hoitajan ammattitieto ja -taito korostui, kun hän kohtasi kriittisessä tilassa olevan potilaan läheisineen. Hoitajalla oli useimmiten dominoiva rooli, ja hän toimi myös potilaan asianajajana. Hyvän hoitosuhteen luominen edellytti hoitajalta sekä omien, että potilaan ja hänen läheistensä tunteiden ymmärtämistä ja hallitsemista. Rajoittavia tekijöitä hyvän hoitosuhteen luomisessa oli muun muassa potilaan kriittinen tila, sedaatio, intubaatio sekä äkillisen elämänkriisin tuomat vaikutukset. Vaikeutuneen vuorovaikutuksen ja kommunikaation hoitajat kokivat sekä haastavana, että vaikeana ja ahdistavana. Omat elämän- ja työkokemukset auttoivat hoitajia

hoitosuhteen luomisessa. Myös omahoitajajärjestelmä sekä työnohjaus koettiin hoitosuhteen luomista edistävänä tekijänä. Tehohoitotyössä nonverbaalisen vuorovaikutuksen osuus hoitajan ja potilaan välillä korostui ja oli tärkeä, joka onnistuessaan myös edesauttoi hyvän hoitosuhteen luomisessa. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Mäkelän (1998) tutkimuksessa kuvailtiin sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä tehohoidossa. Tutkimuksessa oli myös kartoitettu niitä tekijöitä, jotka edistävät tai estävät yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena oli parantaa hoitotyötä teho-osastolla ja lisätä henkilökunnan työssä jaksamista. Tutkimusaineisto oli kerätty vapaamuotoisina esseekirjoituksina viidestä yliopistollisesta sairaalasta niiden kirurgian, sisätautien ja lasten teho-osastoilta. Aineistosta oli tehty sisällön analyysi. Analyysissä muodostettujen luokittelun apuna oli käytetty Baggsin ja Schmittin (1997) mallia hoitajan ja lääkärin yhteistyöstä tehohoidossa.

Mäkelän (1998) tutkimuksessa nousi esiin, että sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö tehohoidossa ilmeni yhdessä työskentelynä. Yhdessä työskentely muodostui tiimityöstä, yhteisestä hoidon tavoitteesta ja mahdollisuudesta keskustella ja kysellä potilaan hoidosta. Toimiva tiimityö paransi työilmapiiriä ja potilaan hoidosta keskustelu ja kyseli paransi potilashoitoa. Yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi kuvattiin tehohoidossa työskentelevien hyvät ihmissuhteet ja lääkärin saatavilla olo. Hyvät ihmissuhteet ilmenivät toisen mielipiteen kuuntelemisena, työn kunnioittamisena, keskusteluna, luottamuksena ja positiivisena palautteena. Lääkärin saatavilla olo käsitti sekä ajan, paikan ja ammatillisen osaamisen suhteen saatavilla olon. Yhteistyötä estäviksi tekijöiksi muodostuivat huono kyky työskennellä tiimissä sekä keskustelemisen ja kuuntelemisen puute. Huono tiimityö näkyi toisen ammattiryhmän työn kunnioittamisen puutteena. Keskustelemisen ja kuuntelemisen puute näkyi hoitajien mielestä heidän mielipiteittensä aliarvostuksena. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Latvalan (2001) tutkimuksessa kuvattiin yhden keskussairaalan sairaanhoitajien toteuttaman ammatillisen yhteistyön muotoja, sairaanhoitajien käsityksiä omista yhteistyövalmiuksistaan ja yhteistyön merkityksestä sekä organisaation johdon tuesta ammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Tutkimusaineisto oli kerätty tutkimusorganisaation neljän eri osa-alueen sairaanhoitajilta. Aineiston keräys- ja otantamenetelmänä oli käytetty

strukturoitua kyselyä. Määrällinen aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin. Osa avoimista ja puoliavoimista kysymyksistä oli analysoitu sisällönanalyysi -menetelmällä.

Latvalan (2001) tutkimuksen tulokset osoittivat tarpeen kehittää organisaatiossa sen jäsenten henkilökohtaisten tavoitteiden ja hyvinvoinnin kannalta erilaisia ammatillisen oppimisen ja yhteistyön muotoja. Latvala suosittelee tutkimusten tulosten perusteella ajan järjestämistä erilaisille, sekä moniammatillisille, että eri erikoisalojen välisille keskustelu- ja suunnittelufoorumeille, joissa ”punaisena lankana” kulkee strateginen suunnittelu ja sen mukaiset yhteiset kehittämiskohteet sekä toiminnan arviointi. Kaikki tämä edellyttää ylimmän johdon tukea ja riittävää arvostusta sekä asian tärkeyden ymmärtämistä. Lisäksi edellytetään yksilöiden omien asenteiden, sekä persoonallisten, että professionaalisten tarkistamista. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat omat yhteistyövalmiutensa yleensä hyviksi. Sairaanhoitajien tärkeimpiä yhteistyökumppaneita olivat oman työyksikön toiset sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat arvostelivat johtamisen tapaa työyksikössään ja organisaatiossa. Sairaanhoitajat olivat yleensä tyytyväisiä oman ammattikuntansa kokoontumisten riittävyyteen, sen sijaan sairaanhoitajien ja lääkäreiden sekä koko henkilökunnan keskinäisiä kokoontumisia pidettiin riittämättöminä. Eri yksiköissä yhteiset kokoontumiset, kehittämistoiminnot sekä palaute- ja arviointitapojen käyttö toteutuivat kovin erin tavoin. Sairaanhoitajat olivat melko yksimielisiä yhteistyön merkityksestä omalle oppimiselleen sekä työyksikön ja hoitotyön ammatin kehittymiselle.

Latvalan (2001) mukaan ammatillisen yhteistyön kehittämisellä voitiin eniten vaikuttaa tiedon, vuorovaikutustaitojen ja keskinäisen luottamuksen lisääntymiseen, kokonaisnäemyksen laajenemiseen, uusien työtapojen oppimiseen toisilta sekä hoitotyön yhteiskunnallisen aseman vahvistumiseen. Sairaanhoitajien omien oppimistilanteiden kuvauksissa useimmin mainittiin moniammatillinen yhteistyö eri muodoissaan, asiantuntijasairaanhoitajan konsultoinneista ja toisen sairaanhoitajan paremmasta työtavasta oppiminen. Sairaanhoitajat arvostivat moniammatillisen yhteistyön merkitystä sekä potilaan hoidon laadun turvaajana, että yleensä oman ammatillisen oppimisen kannalta. Sairaanhoitajien omat oppimiskokemukset liittyivät nimenomaan eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. Toisaalta sairaanhoitajat kokivat puutteeksi ammattiryhmien välisten yhteisten kokoontumisten vähäisyyden. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Lyytikäisen (2002) tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa sekä sairaanhoitajan päätöksentekoon osallistumista edistäviä tai estäviä tekijöitä. Tutkimuksen kohteena oli ollut kolmen yliopistosairaalan ja neljän keskussairaalan teho-osastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia. Tutkimusaineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimusaineisto oli käsitelty, analysoitu sekä kuvattu tilastollisia menetelmiä käyttämällä.

Lyytikäisen (2002) tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajien ja lääkäreiden kommunikaatio oli avointa ja heillä oli potilaan hoitoa koskevat yhteiset tavoitteet. Lähes aina sairaanhoitajat luottivat lääkärin läsnäoloon, tietoihin ja taitoihin tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden tiimityöskentely ja keskinäinen tuki oli harvinaista tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Sairaanhoitajat esittivät harvoin omia mielipiteitään potilaan hoidon rajaamisesta ja osallistuivat harvoin tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon. Eniten tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon osallistuivat sairaanhoitajat, joilla oli pitkä tehohoitokokemus ja paljon kokemusta tehohoidon rajaamisesta.

Lyytikäisen (2002) mukaan sairaanhoitajien tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon osallistumista edistäviä tekijöitä oli sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteiset keskustelut potilaan omaisten kanssa, lääkäreiden halukkuus keskustella hoidon rajaamisesta sairaanhoitajien kanssa, lääkäreiden rohkaisu päätöksentekoon osallistumiseen, lääkäreiden odotukset ja vastuun jakamisesta ja sairaanhoitajien oma halukkuus jakaa vastuuta sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden keskinäiset ihmissuhteet. Päätöksentekoon osallistumista estäviksi tekijöiksi muodostui avoimen keskustelun puute, sairaanhoitajien kokemuksen vähäinen arvostaminen, sairaanhoitajien tietojen vähäinen hyödyntäminen, lääkäreiden välinpitämätön suhtautuminen sairaanhoitajien eriäviin mielipiteisiin, sairaanhoitajien oma haluttomuus jakaa vastuuta ja myönteisen palautteen puuttuminen. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Raatikaisen (2004) tutkimuksessa kuvattiin ja analysoitiin teho-osaston sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä ja työn kuormittavuutta sekä millainen yhteys sairaanhoitajien työtyytyväisyydellä oli työn kuormittavuuteen. Tutkimukseen oli valittu harkinnanvaraisesti mukaan kaksitoista Intensium Oy:n tehohoidon laaturaportointipalveluun osallistuvaa, suomalaista teho-osastoa. Tutkimusjoukko koostui tehohoidon osastojen sairaanhoitajista. Työtyytyväisyyden selvittäminen oli tehty kyselytutkimuksena. Kyselylomakkeessa

oli kansainvälisestä Nursing Work Index (NWI-R) –mittarista suomalaisen yhteiskuntaan muokattua sairaanhoitajien työympäristön piirteitä kuvaavia Likert –väittämiä ja taustatietoja kartoittavia kysymyksiä. Työn kuormittavuutta kuvattiin teho-osastojen toimintatilastoista Intensium Oy:n kokoamien potilaiden sairauden vaikeusasteen (SAPS II) ja hoidon intensiteetin (TISS) sekä potilas/hoitaja –suhteen ja kuormittamisprosentin avulla. Tiedot oli käsitelty ja analysoitu tilastollisin menetelmin.

Raatikaisen (2004) tutkimukseen osallistui puolet Intensium Oy:n vuonna 2003 laadunseurantaan kuuluvista teho-osastoista ja otos edustaa noin kolmasosaa perusjoukosta, kaikista suomalaisilla teho-osastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista. Näin ollen tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää kuvaamaan suomalaisten teho-osastojen sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä ja työn kuormittavuutta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää teho-osastojen hoitotyön johtamisen, henkilöstömitoituksen ja työskentelyolosuhteiden kehittämässä sekä hoitohenkilökunnan rekrytoinnin ja poliittisen päätöksenteon perusteena.

Raatikaisen (2004) tutkimuksen tulosten mukaan teho-osaston sairaanhoitajat olivat tyytyväisimpiä toimintaympäristöjensä yhteistyön toimivuuteen. Oman työn kontrollointi ja organisatoristen piirteiden toimivuus oli keskinäisellä tasolla. Heikoimmaksi hoitajat arvioivat hoitotyön autonomian toteutumisen. Hoitajat arvioivat voivansa vaikuttaa omaa työtään koskevaan päätöksentekoon kohtalaisesti, mutta osaston asioihin vaikuttamismahdollisuudet ja uralla etenemismahdollisuudet oli heikommat. Esimiehiltä ja sairaalan johdolta saatavaan tukeen ja palkkaukseen oltiin tyytymättömiä. Tyytyväisimpiä olivat keskisuurten teho-osastojen sairaanhoitajat ja tyytymättömiä pienten tehojen sairaanhoitajat.

Raatikaisen (2004) mukaan työtyytyväisyys erosi jonkin verran sairaanhoitajien iän, koulutuksen, sukupuolen ja työkokemuksen mukaan. Työn kuormittavuuden lisääntymiseen vaikuttivat potilaiden vaikeammat sairaudet ja lisääntynyt hoitoteknologia sekä henkilöstön riittämättömyys. Tulosten mukaan työn kuormittavuuden lisääntyminen vähensi sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 7).

Konsultaatiohoitajatoiminta ja jälkiseuranta

Alhon ja Poskiparran (1997) kartoituksessa selvitettiin voidaanko teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamista hyödyntää käyttämällä hyväksi sairaanhoitajakonsultaatiota, ja koettiinko toiminta tarpeellisenä. Työn tarkoituksena oli kehittää yhteistyötä Keski-Suomen keskussairaalan vuodeosastojen ja teho-osaston kesken. Tutkimukseen oli valittu harkinnanvaraista otantaa käyttäen kolmen kirurgisen ja kahden sisätautivuodeosaston sairaanhoitajat. Aineistonkeruumenetelmänä oli käytetty kyselyä. Kyselylomake oli sisältänyt sekä strukturoituja, että avoimia kysymyksiä. Tutkimukseen oli myös osallistunut anestesia- ja lääkäriä. Lääkäreille osoitettu kyselylomake oli huomattavasti suppeampi, kuin sairaanhoitajille kohdistettu. Selvityksen lähtökohtana olivat vuosien varrella kertyneet omakohtaiset kokemukset epävirallisesta sairaanhoitajakonsultaatiosta. Toimintaa ei ollut virallisesti järjestetty, eikä siihen ollut resursoitu henkilökuntaa. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien kannanotot olivat tukeneet tutkimuksen tarpeellisuutta.

Alho & Poskiparta (1997) olivat sitä mieltä, että konsultaatiopalvelun käyttö lisääntyisi, jos se olisi organisoitua ja tiedotus olisi tehokasta. Selvityksen perusteella teho-osastolta siirtyvien potilaiden kohdalla korostui hoidon jatkuvuus, jota sairaanhoitajakonsultaatio hyvin palveli. Potilaan tarpeista lähtevässä hoitotyössä yhteistyöllä voitiin parantaa hoidon laatua, turvata eettinen, taloudellinen sekä tehokas hoito. Vuodeosastojen sairaanhoitajien ja anestesia- ja lääkärien mielestä huonokuntoisen potilaan hoidossa oli alueita, joissa teho-osaston sairaanhoitajat voisivat tukea potilaslähtöisen hoitotyön toteutumista. Suurin osa tutkimukseen vastanneista oli sitä mieltä, että sairaanhoitajakonsultaatio on tarpeellista. Selvimpänä syynä oli se, että lääkärit eivät omien työkiireidensä vuoksi aina olleet pystyneet välittömästi antamaan konsultaatioapua vuodeosaston hoitajille. Eniten ongelmia tuottivat erilaiset lääke- ja infuusioasiat sekä sentraaliset venakatetrit ja CPAP-maskit. Huonokuntoiset, teholta siirtyneet potilaat moninaisine erikoishoitoinen muodostivat oman tärkeän ryhmänsä. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 8).

Meriläisen (2005) tutkimuksessa kuvattiin Oulun yliopistollisen sairaalan tehohoidon jälkiseurantapoliklinikan toimintaa tutkimushoitajan, lääkärin, potilaan ja omaisen näkökulmasta ja sekä selvitettiin tutkimukseen osallistuneiden mielipiteitä tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka käynnistä. Tutkimusaineisto oli kerätty havainnoimalla poliklinikka käyntejä ja haastatteleamalla poliklinikka käynteihin osallistuneita (hoitajia,

lääkäreitä, potilaita ja omaisia). Havainnointi menetelmänä oli käytetty osallistuvaa havainnointia. Haastatteluaineisto oli kerätty teemahaastattelulla. Tutkimuksesta saatujen tietojen avulla on mahdollisuus kehittää tehohoitoa ja sen jälkiseurantaa.

Meriläisen (2005) tutkimukseen osallistuneet pitivät tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka käyntiä tärkeänä ja tarpeellisena. Potilaat ja omaiset kokivat saaneensa kokonaisvaltaista tietoa sairaudesta, hoidosta ja toipumisesta. Näiden tietojen avulla he pystyivät kokoamaan sirpaleiset kokemuksensa kokonaisuudeksi. Hoitajat ja lääkärit saivat potilailta ja heidän omaisiltaan tietoa sairauden ja hoidon kokemuksista sekä vaikutuksista heidän elämään. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 8).

Pöykön (2006) tutkimuksessa kuvattiin Oulun yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja tehohoidon yksikön järjestämää konsultaatiohoitajakokeilua. Tutkimuksessa kuvattiin tehohoidosta vuodeosastolle siirtyneen potilaan vointia konsultaatiohoitajien arvioimana ja konsultaatiohoitajien kokemuksia toiminnasta. Lisäksi kuvattiin kahden vuodeosaston sairaanhoitajien kokemuksia tehohoidosta siirtyneen potilaan hoitamisesta vuodeosastolla. Tutkimusaineisto oli muodostunut konsultaatiohoitajien täyttämästä seurantakaavakkeesta, kolmen konsultaatiohoitajan teemahaastattelusta ja heidän kirjoittamastaan aineistosta käynneistään potilaiden luona. Lisäksi aineistoon oli kuulunut kahdeksantoista vuodeosaston sairaanhoitajan täyttämää kyselylomaketta, joka oli sisältänyt avoimia kysymyksiä. Seurantakaavakkeesta saadut tiedot oli käsitelty tilastollisin menetelmin. Teemahaastattelusta, kirjallisesta aineistosta ja kyselylomakkeista saatu tutkimusaineisto oli analysoitu sisällön analyysillä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä tehohoidosta vuodeosastolle siirtyneiden potilaiden hoitoa ja konsultaatiohoitajatoimintaa.

Pöykön (2006) tutkimustulosten perusteella vuodeosastolle siirtyneiden potilaiden merkittävimmät ongelmat liittyivät hengittämiseen ja korkeaan verensokeriin. Konsultaatiohoitajat olivat tukeneet ja ohjanneet vuodeosaston henkilökuntaa potilaan hoitoon liittyvissä kysymyksissä ja olivat itse osallistuneet potilaan hoitoon. Teho-osaston henkilökunnan positiivinen suhtautuminen toimintaan mahdollisti hyvän yhteistyön vuodeosaston henkilökunnan kanssa. Konsultaatiohoitajien vierailut vuodeosastolla asiallisten ja orientoituneiden potilaiden luona vähensi potilaiden pelkoja. Tutkimuksen mukaan toiminnasta tiedottaminen ja yhteisistä pelisäännöistä sopiminen auttoi tutkimuksen

mukaan konsultaatiohoitajatoiminnan kehittymistä. Vuodeosaston sairaanhoitajat kokivat teho-osastolta siirtyneiden potilaiden hoitamisen vaativana ja työllistävänä. Heille aiheutti huolta osaston henkilö- ja aikaresurssit. Teho-osaston ja vuodeosaston välinen tiedonsiirto koettiin ongelmallisena. Vuodeosaston sairaanhoitajat pitivät teho-osastolta vuodeosastolle siirtymävaiheessa tärkeänä potilaiden ja omaisten valmistelua. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 8).

Jauhiaisen (2009) tutkimuksessa kuvattiin organisaation sisäisiä potilassiirtoja ja sairaanhoitajan roolia potilassiirroissa teho- ja vuodeosastosairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimusaineisto oli kerätty haastattelemalla potilassiirtoihin osallistuneita teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajia. Lisäksi tietoa oli kerätty potilassiirtoon strukturoidulla tutkimuslomakkeella, raportointiin käytetystä ajasta sekä potilaan hoidontarpeesta siirtopäivänä. Tutkimus tuotti tietoa teho-osastolta vuodeosastolle tapahtuvien potilassiirtojen rakenteesta, potilassiirron sujuvuutta edistävästä ja estävästä seikoista sekä sairaanhoitajan roolista.

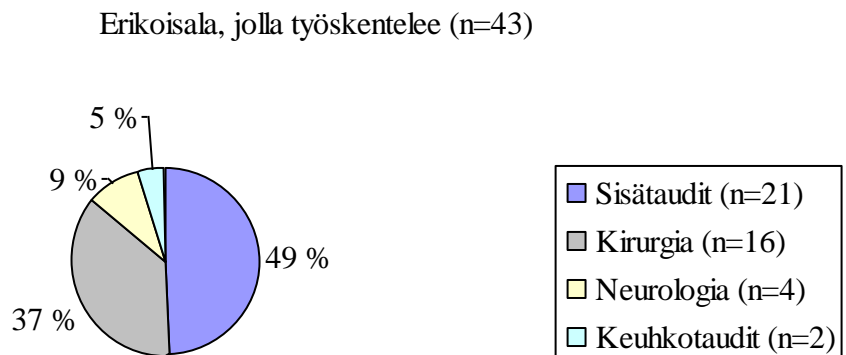
Jauhiaisen (2009) tutkimuksen mukaan potilassiirrot olivat suunniteltuja ja muodostuivat siirtojärjestelyistä, potilaan siirtovalmiuden varmistamisesta, siirtotapahtumasta ja tiedonsiirrosta. Potilassiirtoon kuului potilaisiin, henkilökuntaan, välineisiin ja aikaan liittyvää koordinoitua, rutiineja sekä vaihtelua. Potilassiirron sujuvuutta edistivät riittävä ja osaava henkilökunta, selkeä oikea-aikainen tiedonsiirto sekä yksiköiden välinen yhteistyö. Sujuvuutta esti koordinoimaton tiedonsiirto, yksikkökohtaiset toimintatavat, potilaiden hoitoisuus, vähäiset aika- ja henkilökuntaresurssit sekä siirtojen suunnittelemattomuus. Potilassiirroissa sairaanhoitajilla oli itsenäistä roolia useammin virallisista ohjeista ja potilassiirtoon osallistuvista ammattilaisista riippuvainen rooli. Tutkimuksen SWOT-analyysin keskeiset tulokset esitetään taulukossa liitteessä (LIITE 8).

8.2 Vuodeosaston hoitajien kokemukset konsultaatiohoitajatoiminnasta

Kyselyssä olleiden avointen kysymysten vastaukset käsiteltiin sisällön analyysin avulla. Vastaukset esitetään tulosten yhteydessä. Koska vastauksista sisällön analyysin avulla muodostetut pelkistetyt ilmaisut vastaavat liki alkuperäisiä ilmaisuja, ei alkuperäisilmauksia erikseen tuloksien yhteydessä esitetä. Sisällön analyysin avulla muodostuneet kategoriat löytyvät liitteistä (LIITE 9, 14).

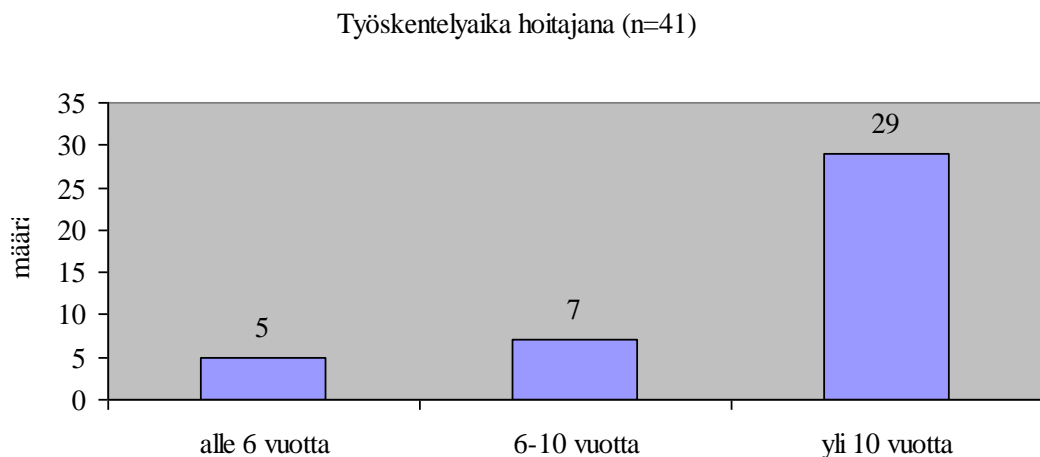
Kyselyyn vastasi hoitajia kaikilta tutkimukseen osallistuneilta Länsi-Pohjan keskussairaalan vuodeosastoilta. Näillä osastoilla työskenteli yhteensä 97 hoitajaa. Kyselylomakkeen palautti 43 henkilöä, jolloin kokonaisvastausprosentiksi tuli 42 %. Kahdessa näistä palautetuista lomakkeista oli vastattu vain avoimeen kysymykseen koskien konsultatiohoitajatoiminnan tarpeellisuutta.

Erikoisaloittain tarkasteltaessa vähiten osallistujia oli keuhkotautien erikoisalalta, vain kaksi hoitajaa vastasi kyselyyn sekä neurologian erikoisalalta, jossa 4 henkilöä vastasi kyselyyn. Eniten kyselyyn osallistujia oli sisätautien erikoisalalta. Toiseksi eniten kyselyyn osallistuivat hoitajat kirurgian erikoisalalta (Kuvio 1.).



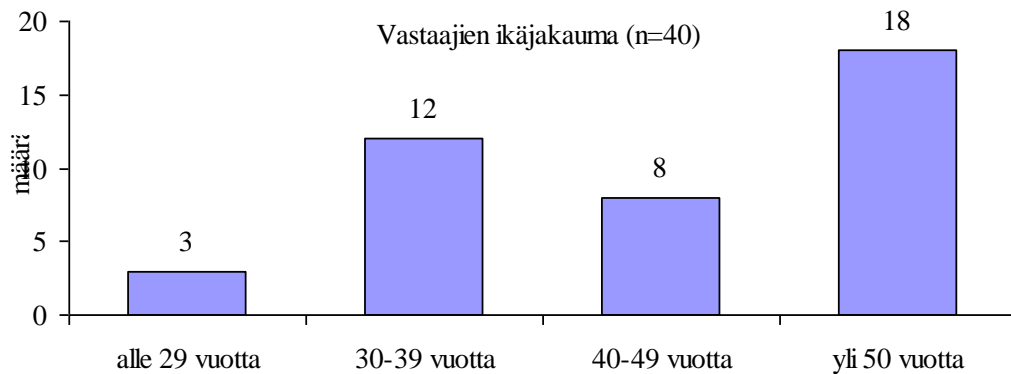
KUVIO 1. Vastaajien erikoisala

Kyselyyn vastanneilla hoitajilla yli kymmenen vuoden työkokemus oli yleisin (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Vastaajien työskentelyaika

Kyselyyn osallistujista vajaa puolet oli iältään yli 50-vuotiaita ja pienin osa oli iältään alle 29-vuotiaita. Noin puolet osallistujista oli iältään 30–49 vuotiaita (Kuvio 3.). Kyselyn toteutus ajankohtana vuonna 2009 Länsi-Pohjan keskussairaalan vakituisen henkilöstön keski-ikä oli 47,8 vuotta ja sijaiset mukaan lukien keski-ikä oli 45,9 vuotta (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin toimintakertomus 2009, 11).

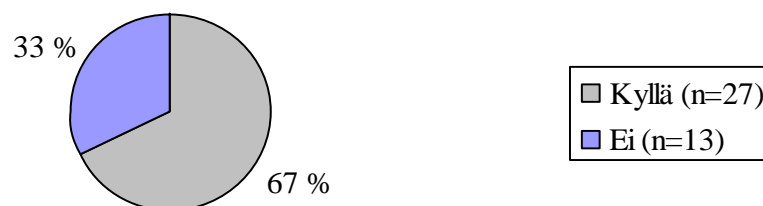


KUVIO 3. Vastaajien ikä

Vuodeosastojen hoitajien konsultaatiokokemus

Kyselyyn osallistuneista 40 hoitajaa oli vastannut kysymykseen, omaako kokemusta teho-osaston konsultaatiohoitajatoiminnasta. Vastaajista suurimmalla osalla oli kokemusta konsultaatiohoitajatoiminnasta (Kuvio 4.). Ne, joilla oli kokemusta konsultaatiohoitajatoiminnasta, omasivat kokemusta valtaosin (91 %) muutamia kertoja, vain kahdella vastaajalla oli kokemuksia toiminnasta useita kertoja.

Onko sinulla kokemusta hoitajakonsultaatiosta (n=40)



KUVIO 4. Konsultaatiokokemus

Vastaajien kokemus konsultaatiohoitajatoiminnan käytöstä jakaantui tasaisesti sekä työskentelyajoittain, että erikoisaloittain. Alle kuusi vuotta työskentelykokemusta omaavista hoitajista 60 %:lla, 6-10 vuotta työskennelleistä hoitajista 71 %:lla ja hoitajina yli kymmenen vuotta työskennelleillä 68 %:lla oli kokemusta konsultaatiohoitajatoiminnasta (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kokemus teho-osaston hoitajakonsultaatiosta työskentelyajoittain

Työskentelyaika	alle 6 vuotta		6-10 vuotta		yli 10 vuotta	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
kyllä	3	60	5	71	19	68
ei	2	40	2	29	9	32
Yhteensä	5	100	7	100	28	100

Sisätautien erikoisalalta kyselyyn osallistuneista hoitajista 65 %:lla ja kirurgiselta erikoisalalta hoitajista 71 %:lla oli kokemusta konsultaatiohoitajatoiminnasta. Neurologian erikoisalalta vastanneista kolmella hoitajalla oli kokemusta hoitajakonsultaatiotoiminnasta. Keuhkotautien vuodeosaston toisella kyselyyn osallistuneella hoitajalla oli kokemusta hoitajakonsultaatiotoiminnasta (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kokemus teho-osaston sairaanhoitajakonsultaatiosta erikoisaloittain

Erikoisala	sisätaudit		kirurgia		neurologia		keuhkotaudit	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
kyllä	13	65	10	71	3	75	1	50
ei	7	35	4	29	1	25	1	50
Yhteensä	20	100	14	100	4	100	2	100

Konsultaatioiden sisältö

Tarkasteltaessa alueita, joilta vuodeosaston hoitajat kokivat tarvitseensa konsultaatioapua, vastaukset jakaantuivat tasaisesti kaikkien vaihtoehtojen kesken. Kyselyyn vas-

tanneista vuodeosaston hoitajista 78 %:a koki tarvinneensa joskus lääkkeisiin ja nestehoitoon liittyvää konsultaatioapua. Potilaan vitaalielintoimintoihin liittyen oli hoitajista noin puolet (47 %) joskus tarvinneet konsultaatioapua ja kaksi vastaajista oli tarvinnut konsultaatioapua usein. Konsultaatioavun jakaantuminen aiheittain on esitetty taulukossa 5.

Konsultaatioalueita kartoitettaessa kysymyksessä oli myös avoin vaihtoehto (muu syy), jossa oli mahdollisuus esittää muita aiheita, joissa hoitajat kokivat tarvinneensa konsultaatioapua. Vastauksissa konsultaatio oli liittynyt: ”CVK-katetreihin”, ”trakeostomiapotilaan hoitoon”, ”trakeaan”, ”lääkärin saatavuuteen, anestesia lääkäri, ei ole tullut kanyylinlaittoon” ja ”trakeostomia kanyylin”.

TAULUKKO 5. Konsultaatioalueet

Konsultaation liittyminen	usein	joskus	ei koskaan	n
Laitteisiin	5 % (1)	55 % (11)	40 % (8)	20
Lääkkeisiin	-	78 % (14)	22 % (4)	18
Nestehoitoon	-	78 % (14)	22 % (4)	18
Vitaalielintoimintoihin	12 % (2)	47 % (8)	41 % (7)	17
Muu syy				5

Konsultaatioavun saamatta jääminen

Kyselyssä kartoitettiin tilanteita, jolloin hoitaja oli estynyt saamaan konsultaatioapua (Taulukko 6.). Noin puolet kyselyyn vastanneista hoitajista koki saaneensa lääkärin konsultaatioapua sitä tarvitessaan. Eli puolet hoitajista vastasi, ettei ollut koskaan jäänyt ilman lääkärin konsultaatioapua tai oli erittäin harvoin jäänyt ilman lääkärin konsultaatioapua. Satunnaisesti oli hoitajista 27 %:a jäänyt ilman lääkärin konsultaatioapua. Vain kaksi vastanneista oli jäänyt usein ilman lääkärin konsultaatioapua.

Vastanneista hoitajista 82 % oli saanut teho-osaston sairaanhoitajalta konsultaatioapua, sitä tarvitessaan. Vastanneista 18 %:lla eli kuudella hoitajalla vastanneista oli kokemus siitä, että oli estynyt saamaan konsultaatiohoitajan apua. Nämä tapaukset olivat olleet kuitenkin vain harvoin tai satunnaisesti.

TAULUKKO 6. Tilanteet, joissa konsultaatioapua ei ole saatu

	usein	satunnaisesti	harvoin	erittäin harvoin	en koskaan	n
Ei lääkärin konsultaatiota	7 % (2)	27 % (8)	13 % (4)	10 % (3)	43 % (13)	30
Ei hoitajan konsultaatiota	0 % (-)	3 % (1)	10 % (3)	7 % (2)	81 % (25)	31

Tarkasteltaessa erikoisaloja suhteessa hoitajien lääkäriltä saamatta jääneeseen konsultaatioapuun, nousi esiin, että kirurgisen erikoisalan oli hoitajista 85 %:a ja sisätautien erikoisalalta hoitajista 30 %:a oli jäänyt ilman lääkärin konsultaatioapua (Taulukko 7.). Tämä selittynee ainakin osin sillä, että kirurgian erikoisalan lääkärit voivat olla esimerkiksi suorittamassa leikkausta ja tavoittamattomissa pitempiä aikoja, kuin vastaavasti sisätautien erikoisalan lääkärit.

Tarkasteltaessa työkokemusta suhteessa hoitajien lääkäriltä saamatta jääneeseen konsultaatioapuun, nousi esiin, että eniten työkokemusta omaavista (yli 10 vuotta) hoitajista oli 79 %:a jäänyt ilman lääkärin konsultaatioapua, mutta tämä selittynee sillä, että myös kyselyyn vastanneista hoitajista 79 %:a oli pitkä työkokemus (yli 10 vuotta).

TAULUKKO 7. Lääkäriltä saamatta jäänyt konsultaatioapu erikoisaloittain

	sisätaudit		kirurgia		neurologia		keuhkotaudit	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
usein	0	0	2	15	0	0	0	0
satunnaisesti	0	0	7	54	1	25	0	0
harvoin	1	9	2	15	1	25	0	0
erittäin harvoin	2	18	0	0	1	25	0	0
en koskaan	8	73	2	15	1	25	2	100
Yhteensä	11	100	13	100	4	100	2	100

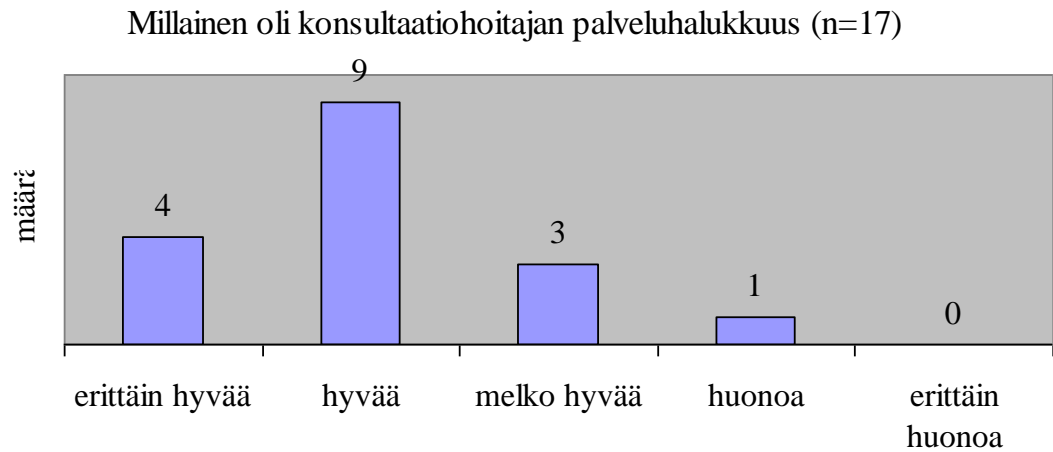
Kysymyksessä oli myös avoin vastausvaihtoehto, joka mahdollisti hoitajien nimetä syitä sille, miksi eivät olleet saaneet lääkärin konsultaatioapua. Kysymykseen vastasi 12 hoitajaa. Kysymyksiin oli vastattu kahdesta eri näkökulmasta. Osa hoitajista vastasi miksi olisivat lääkärin konsultaatioapua tarvinneet, kun taas osa hoitajista vastasi miksi lääkäri oli konsultaatioapua estynyt antamaan. Vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysin avulla, jonka avulla muodostuneet kategoriat löytyvät liitteestä (LIITE 14).

Hoitajat olisivat lääkärin konsultaatioapua tarvinneet koskien potilaan voinnin muutosta tai lääke- ja nestehoitoon liittyvä ohjausta. Potilaan voinnin muutos koski vitaalielin-toimintoihin koskevaa muutosta esimerkiksi hengenahdistusta, rintakipua tai elvytystä. Muuhun potilaan tilaan liittyvä muutos koski esimerkiksi potilaan levottomuutta. Lääke- ja nestehoidon konsultaatiotarpeet liittyivät potilaan lääkitykseen esimerkiksi lääkkeiden antamiseen, siihen liittyvään seurantaan, lääkityksen aloittamiseen tai tehostamiseen sekä keskuslaskimokatetrin toimintaan ja perifeerisen kanyylin tarpeeseen. Vastauksissa koskien miksi lääkäri oli konsultaatioapua estynyt antamaan, syinä esiin nousivat lääkärin tavoittamattomuus esimerkiksi olleessaan leikkaamassa potilasta tai huono yhteistyö hoitajan kanssa kuten esimerkiksi pyynnöstä huolimatta lääkäri ei saapunut paikalle.

Kartoitettaessa olisiko konsultaatiohoitaja voinut auttaa tilanteissa, joissa lääkärin konsultaatioapua ei saatu, vastaukset jakaantuivat tasaisesti. Noin puolet (53 %) vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajakonsultaatiota ei olisi voitu käyttää, tai ainakin harvoin tai erittäin harvoin apuna. Toinen puoli (47 %) vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että hoitajakonsultaatiota olisi voitu käyttää usein tai ainakin satunnaisesti lääkärin estyessä antamasta konsultaatioapua.

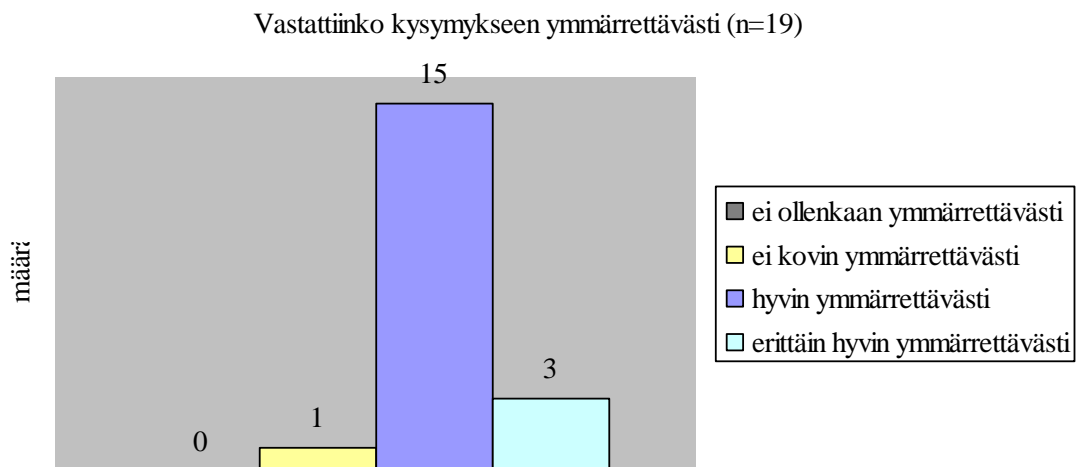
Konsultaatiohoitajien palveluhalukkuus ja vastauksien ymmärrettävyys

Konsultaatiohoitajien palveluhalukkuus koettiin hyväksi (Kuvio 5.). Hoitajista 65 %:a kokivat teho-osaston konsultaatioavun pyytämisen ”kynnyksen” matalaksi, kuusi hoitajista oli sitä mieltä, ettei sillä ollut merkitystä. Yksi hoitaja oli kokenut konsultaatioavun pyytämisen ”kynnyksen” korkeana. Hoitajista 43 %:a koki, että jos konsultaatiopalvelusta tiedotettaisiin enemmän, he käyttäisivät myös palvelua enemmän. Hoitajista yli puolet (57 %) vastasi käyttävänsä palvelua yhtä paljon, vaikka siitä tiedotettaisiin enemmän.



KUVIO 5. Konsultaatiohoitajan palveluhalukkuus

Vastaajista liki kaikki (95 %) oli sitä mieltä, että konsultaatiohoitaja oli antanut tietoa ymmärrettävästi. Vain yksi vastaaja koki, että konsultaatiohoitaja ei vastannut hänen kysymykseensä kovinkaan ymmärrettävästi (Kuvio 6.).



KUVIO 6. Konsultaatiohoitajan antaman vastauksen ymmärrettävyys

Konsultaatioavusta saatu hyöty

Myös valtaosa vastaajista (83 %), koki konsultaatiohoitajalta saadun tiedon hyvin käyttökelpoiseksi. Loput vastaajista pitivät saatua tietoa jonkin verran käyttökelpoisena. Vastaajista yli puolet (59 %) koki, että konsultaatiohoitajalta saadulla tiedolla oli paljon vaikutusta hoitajan omiin hoitokäytänteisiin. Hoitajista alle puolet koki konsultaation avulla saadun tiedon vaikuttaneen vähän omiin hoitokäytänteisiin (Taulukko 8.).

TAULUKKO 8. Saadun tiedon vaikutus omiin hoitokäytänteisiin

Vaikuttiko tieto omiin hoitokäytänteisiin	lkm	%	kysymykseen vastanneet %
Erittäin paljon	2	4,7	11,8
Paljon	8	18,6	47,1
Vähän	7	16,3	41,2
Yhteensä	17	39,5	100,0
Puutuva tieto	26	60,5	
Yhteensä	43	100,0	

Arvioitaessa hoitajakonsultaatiossa annetun tiedon vaikutusta osaston hoitokäytänteisiin, vastasi suurin osa (65 %) hoitajista, että saadulla oli paljon vaikutusta myös osaston hoitokäytänteisiin (Taulukko 9.).

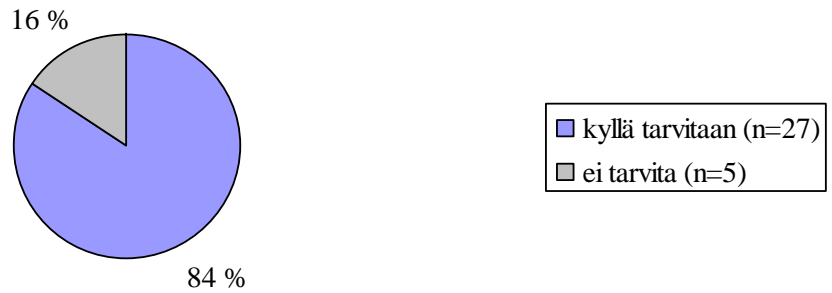
TAULUKKO 9. Saadun tiedon vaikutus osaston hoitokäytänteisiin

Vaikuttiko tieto osaston hoitokäytänteisiin	lkm	%	kysymykseen vastanneet %
Erittäin paljon	1	2,3	5,9
Paljon	10	23,3	58,8
Vähän	6	14,0	35,3
Yhteensä	17	39,5	100,0
Puuttuva tieto	26	60,5	
Yhteensä	43	100,0	

Konsultaation tarpeellisuus

Kartoitettaessa konsultaatiohoitajan tarpeellisuutta, avoimeen kysymykseen vastasi 33 hoitajaa. Vastanneista 84 %:a oli sitä mieltä, että teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamiseen liittyviä palveluja tarvitaan. Viisi vastanneista oli sitä mieltä, että näitä palveluja ei tarvita (Kuvio 7.).

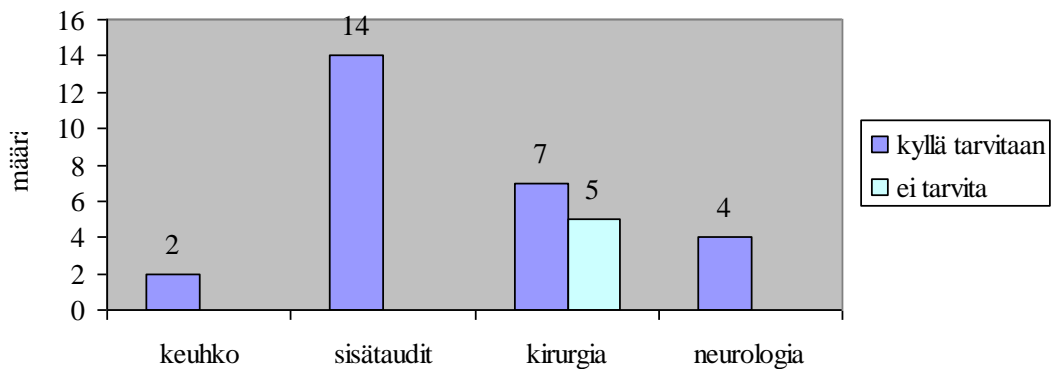
Tarvitaanko hoitajakonsultaatiota (n=32)



KUVIO 7. Konsultaation tarpeellisuus

Sisätautien, neurologian ja keuhkotautien erikoisalalta vastanneet hoitajat olivat kaikki sitä mieltä, että konsultaatiohoitajaa tarvitaan. Vain kirurgian erikoisalaan kuuluvan vuodeosaston viisi hoitajaa oli sitä mieltä, ettei kyseisiä palveluja tarvita (Kuvio 8.). Kolmea näistä kielteisistä vastauksista, ei perusteltu millään lailla. Kahden muun vastaajan perustelut olivat: *”Potilaiden hoidon arviointi kuuluu osaston hoitajille”*, *”Loppullisen päätöksen tekee lääkäri kuitenkin. Samat mittaukset RR, p, Sao₂, dextro osataan ottaa osastollakin”*.

Hoitajakonsultaation tarpeen jakaantuminen erikoisaloittain (n=32)



KUVIO 8. Konsultaation tarpeellisuus erikoisaloittain

Kyselylomakkeessa kartoitettiin myös avoimen kysymyksen avulla teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamiseen liittyvien palvelujen tarpeellisuutta. Avoimen kysymyksen vastaukset käsiteltiin sisällön analyysin avulla. Vastauksista muodostuneet kategoriat löytyvät liitteestä (LIITE 9).

Yläkategorioiksi vuodeosaston hoitajien vastauksista muodostuivat konsultaatiotarpeen tunnistaminen, kollegiaalisuus ja yhteistyötä edistävät sekä estävät tekijät. Alakategorioiksi muodostuivat laitteiden ja välineiden toimintaan liittyvä ohjaus, lääkehoitoon ja nestehoitoon liittyvä ohjaus, Invasiivisiin katetreihin liittyvä ohjaus, hengityksen hoitoon liittyvä ohjaus, potilasturvallisuus, tiedon antaminen ja hoitoa koskevien päätösten tukeminen, suhtautuminen konsultaatiotoimintaan, aika- ja henkilöstöressurit, konsultaatiohoitajan osaaminen sekä hyvän yhteistyön onnistuminen.

Vuodeosaston hoitajat tunnistivat tarvinneensa konsultaatioapua oman toimintansa tukemisessa, muun muassa hoitolaitteiden ja -välineiden toiminnan ohjauksessa, potilaan lääke- ja nestehoitoon liittyvissä asioissa esimerkiksi suonensisäisissä lääkityksissä. Invasiivisten katetrien hoidossa tai kanyloinnissa oli tarvittu ohjausta tai apua. Myös trakeostomoidun potilaan hoidossa koettiin konsultaatioapu tarpeelliseksi. Harvemmin annettavien hoitojen kohdalla konsultaatioapu koettiin potilasturvallisuutta edistäväksi.

Kollegiaalisuuteen liittyivät konsultaatiohoitajan tiedon antaminen ja potilaan hoitoa koskevien päätösten tukeminen, esimerkiksi huonokuntoisten potilaiden tai vaativaa hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon liittyen tai konsultaatioapua tarvittaessa hoitotyön alueelta.

Yhteistyötä estäviksi tekijöiksi muodostui esimerkiksi negatiivinen asenne konsultaatio-toimintaa kohtaan. Aika- ja henkilöstöressurit vaikuttivat yhteistyötä edistävästi ja estävästi. Resurssien ollessa riittävät, ne vaikuttivat yhteistyötä edistävästi, kun taas puolestaan resurssien ollessa niukat, vaikuttivat ne yhteistyötä estävästi. Yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi muodostui myös suhtautuminen konsultaatiotoimintaan, kuten positiivinen asenne toimintaa kohtaan, johon puolestaan vaikutti hoitajien keskinäinen arvostus ja ystävällinen käytös. Yhteistyötä edistävänä koettiin myös se, että konsultaatiohoitaja-toiminta tuki erityisesti vastavalmistuneita tai uusia hoitajia. Konsultaatiohoitajan tavoitti helpommin kuin lääkärin ja konsultaatiohoitajatoiminta oli saatavilla ympärivuorokauden, mutta toisaalta epäroitiin pystyisikö konsultaatiohoitajat päivystysaikana irtottautumaan omasta työstään. Hyvä yhteistyön onnistuminen koettiin yhteistyötä edistävänä tekijänä, koska konsultaatiohoitajalta oli matalampi kynnys pyytää apua, kuin lääkäriltä. Konsultaatiopalvelusta ja tavoitettavuudesta tiedottaminen koettiin hyvänä asiana. Toiminnan joustavuus ja hyvä keskusteluyhteys edistivät yhteistyön onnistumista. Konsultaatiohoitajien erityisosaaminen myös tunnustettiin ja sitä arvostettiin.

Suhtautuminen hoitajakonsultaatioon

Vuodeosastojen hoitajien asennoitumista ja suhtautumista selvitettiin kyselyssä väittämiensä avulla. Väittämiin vastanneet hoitajat olivat hyvin tasaisesti samaa mieltä hoitajakonsultaatioon liittyvissä asioista. Väittämiensä vastauksien jakaantuminen esitetään liitteessä (LIITE 15).

Kaikki vastanneet olivat yhtä mieltä siitä, että kollegan konsultointi tarvittaessa on vastuullista toimintaa sekä siitä, että sairaanhoitajilla on vahvuusalueita joista olisi hyötyä toiselle sairaanhoitajalle. Vastanneista hoitajista 98 %:a oli sitä mieltä, että sairaanhoitajien välinen konsultaatiotoiminta on osoitus ammattitaidosta, yksi hoitajista ei osannut sanoa mitä mieltä asiasta oli. Valtaosa (95 %) hoitajista koki myös, että konsultaatiotoiminta tukee päätöksentekoa, kaksi vastanneista ei osannut ottaa asiaan kantaa. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että neuvon kysyminen on osoitus heikosta ammattitaidosta, kaikki muut vastanneet hoitajat olivat asiasta eri mieltä. Hoitajista 95 % oli sitä mieltä, että konsultointi on osoitus vahvasta ammatti-identiteetistä, kaksi hoitajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

Eniten vastauksissa tuli hajontaa, kartoitettaessa hoitajien mielipidettä siitä, että tulisiko kaikissa ongelmatilanteissa sairaanhoitajan aina konsultoida lääkäriä. Hoitajista 68 % oli sitä mieltä, ettei lääkäriä ole aina tarpeen konsultoida ongelmatilanteissa. Kun taas 16 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajan tulee aina konsultoida lääkäriä ongelmatilanteessa. Kuusi vastaajista ei osannut sanoa, mitä mieltä asiasta oli.

8.3 Konsultaatiohoitajien kokemukset konsultaatiohoitajatoiminnasta

Teho-osaston sairaanhoitajat kirjoittivat päiväkirjaan kokemuksistaan toimiessaan konsultaatiohoitajina kokeilun aikana. Toimintaa aloitettaessa he kiertelivät sovitusti vuodeosastoilla esittelemässä konsultaatiohoitajatoimintaa ja ”etsimässä” konsultaatioapua tarvitsevia potilaita esimerkiksi teho-osastolta vuodeosastolle jatkohoitoon siirtyneitä potilaita. Konsultaatiotoiminnasta pidettiin myös osastotunteja vuodeosastoilla. Konsultaatiohoitajina toimineiden kirjoittamat vapaamuotoiset päiväkirjamerkinnot käsiteltiin sisällön analyysin avulla. Kirjoituksista muodostuneet kategoriat on esitetty liitteessä (LIITE 10).

Yläkategorioiksi vastauksista muodostuivat yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät, vuodeosaston hoitajia tukeva toiminta sekä tiedottaminen toiminnasta. Alakategorioiksi muodostuivat toiminnan esittely ja siitä informointi, potilaan hoitoon osallistuminen ja hoitopäätösten tukeminen, odotukset toiminnasta, kollegiaalisuus, hyvät ihmissuhteet, positiivinen ja negatiivinen suhtautuminen konsultaatio toimintaan sekä tyytyväisyys konsultaatio toimintaan.

Tiedottaminen sisälsi toiminnan esittelyä ja toiminnasta keskustelua vuodeosaston hoitajien kanssa. Vuodeosastojen hoitajia tuettiin osallistumalla potilaan hoitoon sekä tukemalla potilasta koskevissa hoitopäätöksissä. Vuodeosaston hoitajien odotuksia toiminnasta esitettiin konsultaatiohoitajina toimineille, koskien esimerkiksi vuodeosaston elvytystilanteessa auttamista sekä suonensisäisen kanyylin asettamisesta potilaalle. Kollegiaalisuus koettiin toisilta oppimisena, yhdessä työskentelynä ja keskinäisenä arvostamisena. Konsultaatiohoitajatoiminnasta tiedottaminen, vuodeosaston hoitajien työskentelyn tukeminen sekä yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät vaikuttivat yhteistyön onnistumiseen. Yhteistyötä estäviksi tekijöiksi muodostui kiireinen ilmapiiri, epäystävällinen käytös ja negatiivinen asennoituminen konsultaatiohoitajatoimintaa kohtaan. Hyvät ihmissuhteet, positiivinen suhtautuminen konsultaatiohoitajatoimintaan sekä tyytyväisyys konsultaatio toimintaan puolestaan edistivät yhteistyön onnistumista.

Konsultaatiohoitajatoiminta kokeilun aikana tilastoidut konsultaatiokäynnit vuodeosastoilla olivat koskeneet potilaan voinnin laskua (yleistilan lasku, verenpaine matala) tai potilaan tilan tarkistamista (hengitysvaikeus, kipuongelma), hoitolaitteen käytön ohjausta (syöttöpumppu, nenämaski), hoitotoimien ohjusta (trakeostomian hoito, keskuslaskimokatetrin hoito) sekä teho-osaston lääkärin kanssa sovittuja käyntejä, joissa teho-osastolta siirtyneen potilaan vointia seurattiin, näitä lääkärin kanssa suunniteltuja käyntejä oli yhteensä 12 kappaletta. Konsultaatiokäynnit esitetään liitteessä (LIITE 6).

Vastaavasti konsultaatiohoitajatoiminta kokeilun aikana kirjatut konsultaatiopuhelut koskivat hoitolaitteen toimintaa (pleuraimu, syöttöpumppu), lääkelaimennus ohjeita ja lääkkeen antoon liittyvää ohjausta, lääkehoidon neuvontaa (maksakoomapotilaan kivunhoitoa koskien ja sydäninfarktipotilaan lääkitystä koskien), potilaan elvytystilannetta, hoitotoimien ohjausta (trakeostoman hoito) sekä kertaalleen teho-osaston lääkärin kanssa suunniteltua potilaan voinnin tiedustelua. Konsultaatiopuheluiden sisällöt esitetään liitteessä (LIITE 6).

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen, vuosina 1997–2009 julkaistujen tutkimusten keskeiset tulokset esitin SWOT-analyysien avulla tehtyjen johtopäätösten pohjalta kootuissa taulukoissa. Taulukot esitetään liitteissä (LIITE 7-8).

Tutkimuksista hain vahvuuksia etsimällä asioita, mitkä olivat myönteisiä ja toimivat kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä, ammatillisessa yhteistyössä ja konsultaatiohoitajatoiminnassa. Analysoiduista tutkimuksista nousi esiin keskeisinä vahvuuksina tehosaston sairaanhoitajien ammattitaitoinen toiminta ja yhteistyö muiden hoitajien kanssa. Tämä lisäsi potilaiden kokemaa turvallisuutta. Tehohoidon jälkeinen osastokonsultaatio koettiin erittäin positiivisena. Potilaiden fyysistä kuntoutumista tuettiin positiivisella ja aktiivisella asenteella. Potilaan tilanteen ymmärtäminen koettiin hoitajan tarjolla olona ja välittämisenä. Sairaanhoitajat kokivat velvollisuuksiinsa kuuluvan omaisten tilanteen ja kriisin ymmärtämisen. Hoitajan läsnäolo toi omaisille inhimillistä ja tukea osoittavaa suhtautumista. Potilaan siirrosta vuodeosastolle annettiin tietoa etukäteen omaisille. Hoitohenkilökunnan antama tieto oli rehellistä, luotettavaa ja yhdenmukaista. Onnistunut vuorovaikutus edesauttoi hoitosuhteen muodostumista.

Hoitajan työ- ja elämäkokemuksesta oli hyötyä hoitosuhteen luomisessa. Yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden kanssa toimi hyvin tehohoidossa. Sairaanhoitajat tekivät mielellään myös yhteistyötä toisten sairaanhoitajien kanssa. Sairaanhoitajilla oli yleisesti hyvät dialogitaidot. Sairaanhoitajat pitivät saman ammattiryhmän yhteistyön kehittämistä tärkeänä. Asiantuntijasairaanhoitajina konsultoitui yleensä vahvan ammattikokemuksen omaavaa sairaanhoitajaa. Hoitajilla oli tehohoidossa sama potilaan hoitoa koskeva tavoite lääkärin kanssa. Tiimityöskentely paransi työilmapiiriä ja se koettiin henkisenä voimavarana.

Potilaat ja omaiset kokivat tehohoidon jälkeisen jälkiseurantapoliklinikan käynnin erittäin myönteisenä, saaden tietoa sairaudesta, hoidosta, toipumisesta sekä ohjausta ja hoitohenkilökunta puolestaan näki potilaan toipuneena. Potilaat ja omaiset suhtautuivat konsultaatiohoitajatoimintaan positiivisesti. Lisäksi hoitajat olivat tyytyväisiä konsultaatiohoitajatoimintaan ja toivoivat sen jatkuvan. Myös lääkärit tukivat konsultaatiohoitaja-

toimintaa. Konsultaatiohoitajina toimineet teho-osaston sairaanhoitajat tiedostivat vuodeosastojen hoitajien oman asiantuntijuusalueen. Potilaan siirtymistä teho-osastolta vuodeosastolle tuki vuodeosaston sairaanhoitajan potilaspaikan valmistelu, ennakkotieto potilaan siirtymisestä, omaisten informointi siirrosta sekä potilaan valmistelu siirtoon, tukemalla häntä emotionaalisesti. Vuodeosaston sairaanhoitajat kokivat voivansa käyttää lääkärin estyessä sairaanhoitajakonsultaatiota. Hoitajakonsultaatio oli helposti tavoitettavissa, käytännönläheistä ja ymmärrettävää. Nämä tutkimusten keskeiset vahvuudet toteutuessaan edistivät hyvää kriittisesti sairaan potilaan hoitoa, ammatillista hoitotyötä sekä konsultaatiohoitajatoimintaa.

Heikkouksia löysin tutkimuksista etsimällä asioita, mitkä olivat ongelmallisia tai eivät toimi kriittisesti sairaan potilaan hoidossa, ammatillisessa yhteistyössä ja konsultaatiohoitajatoiminnassa. Analysoiduista tutkimuksista keskeisinä heikkouksina nousi esiin, että tiedonpuute aiheutti potilaiden turvattomuuden tunteen lisääntymistä. Myös jatkohoitoon siirtyminen aiheutti turvattomuuden tunnetta, koska hoitaja ei ollut enää koko ajan vieressä, eikä jatkuvaa monitorivalvontaa ollut. Hoitajien toiminnassa välittämisen puuttuminen koettiin rutiininomaisena toimintana ja haluttomuutena kohdata potilas. Hoitajien erilaiset työ- ja elämäkokemukset sekä arvot ja asenteet vaikuttivat tapaan kohdata potilas.

Epäselvyydet työnjaosta tiedottamisessa heikensi omaisten tiedonsaantia. Tiedon huono ymmärrettävyys johtui omaisten kriisistä ja liiallisesta lääketieteellisten termien käytöstä. Omaisten tiedonsaantia heikensi vuorovaikutusta estävä tiedottaminen, jolloin tieto oli riittämätöntä ja vaikeasti saatavaa. Tehohoidossa potilaan hoitoa suunniteltiin vähäisesti yhdessä potilaan ja omaisten kanssa, eikä heitä myöskään juuri rohkaistu osallistumaan potilaan hoitoon. Omaisia ei myöskään neuvottu seuraamaan potilaan oireita ja kertomaan niistä hoitajille. Potilaan kliinisen tilan seurantaan liittyviä havaittuja heikkouksia olivat koholla olevat verensokeriarvot sekä virtsamäärän ja nestetasapainon seurannan ongelmat. Hengityksen turvaamiseen liittyvä hoito oli puutteellista sekä vuodeosastojen ja teho-osaston nestevuorokauden vaihtuminen eri aikaan toi haasteita potilaan hoidon suunnittelulle ja toteuttamiselle.

Sairaanhoitajilla ei ollut riittävästi tietoa yhteistyöstä eikä yhteistyötä kehittävää koulutusta järjestetty tarpeeksi. Osastonhoitajilta odotettiin enemmän rohkaisua, kannustusta ja yleensä palautetta. Hoitajien mielestä lääkärit eivät odottaneet saavansa tukea hoitajil-

ta päätöksenteossa. Hoitajat asettivat harvoin yhdessä lääkärin kanssa potilasta koskevia hoidon tavoitteita. Lääkäreillä oli esiintynyt keskenään erimielisyyttä ja yhteistyön puutetta. Vuodeosastonhoitajat olivat huolissaan resurssien riittävydestä. Teho-osaston ja vuodeosaston välisessä tiedonsiirrossa koettiin olevan ongelmia. Vuodeosastoilla oli tiedon vastaanottamisen välillä erilaisia työnjakomalleja. Vuodeosaston tai teho-osaston paikkatilanne aiheutti sen, että vastaanottava vuodeosasto vaihtui tai siirtoajankohtaa ei voinut sopia etukäteen. Tiedon siirtyminen oleellisia asioita koskien estyi jos sijaiset eivät tunteneet potilassiirron tai yksikön rutiineja. Konsultaatiohoitajatoiminnalla annetuilla tiedoilla ei ollut juurikaan vaikutusta osaston yleiseen hoitokäytäntöön. Teho-osaston henkilökunnan lähestymisen kynnyks koettiin korkeaksi. Näiden tutkimusten keskeisinä heikkouksina esiintyvien asioiden kehittämiseen tulee pyrkiä, jotta hyvä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö, ammatillinen yhteistyö sekä konsultaatiohoitajatoiminta onnistuisi hyvin.

Mahdollisuuksia kartoitin tutkimuksista etsimällä mihin suuntaan kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä, ammatillista yhteistyötä ja konsultaatiohoitajatoimintaa, ja niihin liittyviä asioita tulisi kehittää. Keskeisinä mahdollisuuksina analysoiduista tutkimuksista nousi esiin potilaan turvallisuuden tunteen luominen, joka on mahdollista hoitajan läsnäololla, aitoudella ja välittävällä hoitotyöllä. Osastokonsultaatiota kannattaa hyödyntää tehohoidon jälkeisessä potilaan hoidossa. Potilaan fyysistä kuntoutusta tuetaan sovitun jatkokuntoutuksen avulla. Potilasta tuetaan kannustamalla, olemalla läsnä sekä potilaan oloa helpottamalla. Tärkeää on myös ymmärtää hoitajan merkittävä rooli potilaan toipumisen käynnistäjänä ja motivaation ylläpitäjänä. Potilaalle tulee antaa tietoa tapahtuneesta ja hoitoon liittyvistä asioista.

Omaisista voidaan tukea tiedottamalla riittävästi, selkeästi ja rehellisesti, mutta hienotunteisesti, käyttäen kieltä, jota omainen ymmärtää. Omaisille tiedottamisen sisältöä tukee selkeä vastuunjako tiedottamisesta koskien sekä se, että tiedottamisen hoitaa ammatillisesti kokenut henkilökunta. Olennaista on onnistuneen vuorovaikutussuhteen luominen potilaan ja omaisten kanssa. Merkittävää on yhteistyön lisääminen ja kehittäminen omaisten kanssa neuvomalla, tukemalla sekä rohkaisemalla potilaan hoitoon osallistumisessa.

Kokeneempien ja pätevien hoitajien vaikutusmahdollisuuksia tulisi lisätä sekä huomioida osaamisen siirtäminen kokeneilta hoitajilta nuoremmille. Hyväksi todettujen toimin-

tatapojen oppiminen ja soveltaminen omaan työskentelyyn on tärkeää. Myös hoitajien ja lääkärien yhteistyön, tiimityön ja työnjaon kehittäminen on tärkeää. Tiedottaminen eri yksiköistä ja yhteistyömahdollisuuksista on mahdollista vierailujen, esittelyjen ja tutustumisen avulla. Hoitajille tulisi järjestää kollegiaalisuuskoulutuksia ja osastonhoitajille johtamistaitojen koulutusta. Hoidon yhteinen tavoite auttaa jaksamaan ja yrittämään potilaan hyväksi vaikeissakin tilanteissa, potilaan hoidosta keskusteleminen on mahdollista, kun arvostetaan mielipiteitä ja kokemusta molemminpuolin. Yhteistyötä parantavat hyvät ihmissuhteet, lääkäriltä saatava positiivinen palaute, saatavilla olo ja vahva ammattitaito.

Tehohoidosta saadun tiedon avulla potilaat pystyvät yhdistämään kokemuksensa ja tietonsa kokonaisuudeksi ja käsittelemään sitä. Potilaiden toipumisen seuraamisesta saadaan arvokasta tietoa tehohoidon asiantuntijoille. Konsultaatiohoitajatoiminnalla voidaan tukea vuodeosaston hoitajia ohjaamalla ja tukemalla potilaan hoitoon liittyvissä asioissa, varmistamalla vuodeosastojen hoitajien päätöksentekoa hyödyntämällä tehosaston sairaanhoitajien asiantuntijuutta. Yhteistyö lisää hoitohenkilökunnan välistä kollegiaalisuutta sekä tietojen ja taitojen lisääntymistä. Potilaan siirtoajankohtaan ja jatkohoitopaikan potilaspaikkaan liittyvät asiat suunnitellaan, koordinoidaan, tiedonsiirto turvataan sekä järjestelyt varmistetaan. Yksiköiden välinen yhteistyön toimiminen vaikuttaa myös potilassiirtoon. Hoitajakonsultaation käyttömäärä lisääntyy jos toiminnasta tiedotetaan. Konsultaatiohoitajatoiminnalla turvataan potilaan laadukas ja hyvä hoito sekä hoidon jatkuvuus. Konsultaatiohoitajatoiminta kehittää hoitajien kollegiaalisuutta ja ammattitaitoa.

Uhkia kriittisesti sairaan potilaan hoitotyölle, ammatilliselle yhteistyölle ja konsultaatiohoitajatoiminnalle löysin etsimällä tutkimuksista viitteitä, mitkä tekijät voivat vaikeuttaa asioiden toimivuutta. Tutkimuksista keskeisinä uhkina tuli esiin hoitajan välittämisen puute ja passiivinen suhtautuminen, joka aiheutti potilaalle turvattomuuden tunnetta ja fyysisiä oireita vuodeosastolla. Inhimillisyyden puute koettiin esineellistävänä ja ihmisarvoa loukkaavana. Jatkokuntoutuksen puute, tiedon ja tuen puute eivät tue potilaan kuntoutumista. Kiire esineellistää potilasta ja tekee hoitamisesta epäinhimillistä. Hoitajien osalta koettiin potilaan tilan ymmärtämättömyyttä ja potilaskeskeisyyden puuttumista. Passiivinen suhtautuminen potilasta kohtaan vaikuttaa potilaan toipumiseen. Potilaan kohtaaminen ei onnistu, jos potilas kokee, että hänestä ei välitetä. Hoitajan läsnäolon puuttuminen aiheuttaa hoitajan kosketuksen olevan kova ja tekninen. Sairaanhoita-

jan tai lääkärin persoonallisuus voi vaikuttaa puutteellisiin vuorovaikutustaitoihin, jolloin myös omaisten tiedonsaanti voi estyä. Äkillisesti tehohoitoon joutuneiden potilaiden läheiset tarvitsevat tukea enemmän tiedon saannin tarpeessa. Omaisten tukemiseen vaikuttaa organisaatiossa ja työyksikössä vallitseva ihmiskäsitys sekä hoitohenkilökunnan omaksuma käsitys perustehtävänsä toteuttamisesta.

Hoitotyönjohtajan tapa kohdella työntekijöitä vaikuttaa heidän tapansa kohdata potilas ja omainen. Hoitohenkilökunnan vähyys aiheuttaa kiirettä, ärtyisyyttä ja laskevat hoitotyön tasoa. Resurssien riittävyys korostuu monisairaiden ja -hoitoisten potilaiden kohdalla. Vuorovaikutus voi olla rajoittunutta ja vaikeutunutta. Organisaation eri yksiköiden välillä on eroja ammatillisten yhteistyömuotojen toteutumisessa. Ongelmatilanteita ei käsitellä riittävästi tai työyhteisö on keskustelematon. Ilmapiiri ei ole avoin ja luottamuksellinen. Yhteistyön sujuvuutta ei arvioida. Hoitajat eivät pidä lääkäriä samanarvoisena työkaverina, kuin hoitajakollegoitaan. Potilaiden hoitoa ei voi toteuttaa ilman eri ammattiryhmien työskentelyä tiiminä. Heikkoutena nousi esiin myös puutteellinen kyky työskennellä yhdessä, lääkärin huono kyky kuunnella ja keskustella hoitajien kanssa, näkemuserot hoitolinjoista sekä toisen työn kunnioittamisen puute.

Tiedon puute konsultaatiohoitajatoiminnasta aiheuttaa hämmennystä ja luuloja toimintaa kohtaan, toimintaa on pidetty vuodeosaston hoitajan ammattitaidon aliarvioimisena, teho-osaston oma henkilökunta suhtautui konsultaatiohoitajatoimintaan negatiivisesti. Uuden toiminnan aloittaminen vaatii resursseja, yhteisten pelisääntöjen puute, potilaiden ja omaisten valmistelemattomuus tulevaan osastosiirtoon heikentävät asioiden toimivuutta. Asioiden toimivuutta voi vaikeuttaa myös koordinoimaton potilaan siirto, yksikkökohtaiset toimintatavat, riittämättömät resurssit, siirron suunnittelemattomuus, potilaiden määrä ja hoitoisuus. Toiminnan tarpeellisuus voidaan kokea kielteisesti tai kohtaaminen voi epäonnistua. Toiminnan esteenä voi olla myös ammatillinen kehittämättömyys konsultaation pyytäjän tai antajan kohdalla. Vaatii hoitajilta asennoitumista ja ammatillista kasvua, jotta erikoistietämyksen jakamisesta tulee osa jokapäiväistä toimintaa. Tutkimusten keskeisinä uhkina esiintyvät asiat vaativat parannusta, jotta hyvä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö, ammatillinen yhteistyö ja konsultaatiohoitajatoiminta voi onnistua hyvin.

9.2 Johtopäätökset vuodeosastojen hoitajien kokemuksista toiminnasta

Kyselyyn osallistuneista Länsi-Pohjan keskussairaalan vuodeosastojen hoitajista valtaosa oli yli 30-vuotiaita ja heillä oli myös pitkä työkokemus. Suurimmalla osalla hoitajista oli kokemusta konsultaatiohoitajatoiminnasta muutamia kertoja. Vastaajien kokemus konsultaatiohoitajatoiminnan käytöstä jakaantui tasaisesti sekä työskentelyajoittain että erikoisaloittain. Konsultaatioapua vuodeosastojen hoitajat olivat tarvinneet tasaisesti jokaiselta osa-alueelta. Näitä osa-alueita olivat laitteisiin ja lääkkeisiin liittyvä konsultaatio sekä potilaan vitaalielintoimintoihin liittyvä konsultaatio. Noin puolet kyselyyn vastanneista hoitajista koki saavansa lääkärin konsultaatioapua sitä tarvitessaan.

Kartoitettaessa olisiko konsultaatiohoitaja voinut auttaa tilanteissa, joissa lääkärin konsultaatioapua ei saatu, noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajakonsultaatiota ei olisi voitu käyttää apuna lainkaan tai ainakin harvoin tai erittäin harvoin. Toinen puoli vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että hoitajakonsultaatiota olisi voitu käyttää usein tai ainakin satunnaisesti lääkärin estyessä antamasta konsultaatioapua. Hoitajien nimeissä syytä sille, miksi eivät olleet saaneet lääkärin konsultaatioapua, esiin nousi lääkärin tavoittamattomuus esimerkiksi olleessaan leikkaamassa tai huono yhteistyö hoitajan kanssa esimerkiksi lääkäri ei hoitajan pyynnöstä huolimatta saapunut paikalle. Vastanneista muutamilla oli kokemus siitä, että ei ollut saanut konsultaatiohoitajan apua. Nämä tapaukset olivat olleet harvinaisia tai satunnaisia.

Vastaajista liki kaikki oli sitä mieltä, että konsultaatiohoitaja oli antanut tietoa ymmärrettävästi. Myös valtaosa vastaajista, koki konsultaatiohoitajalta saadun tiedon hyvin käyttökelpoiseksi. Hoitajat myös kokivat, että konsultaatiohoitajalta saadulla tiedolla oli vaikutusta hoitajan omiin sekä osaston hoitokäytänteisiin. Konsultaatiohoitajien palveluhalukkuus koettiin hyväksi ja suurin osa hoitajista koki teho-osaston konsultaatioavun pyytämisen ”kynnyksen” matalaksi. Kartoitettaessa konsultaatiohoitajan tarpeellisuutta, hoitajat olivat sitä mieltä, että teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamiseen liittyviä palveluja tarvitaan ja niitä toivottiin jatkossakin.

Vuodeosastojen hoitajien asennoituminen ja suhtautuminen konsultaatiohoitajatoimintaan oli pääsoin myönteistä ja positiivista. Avoin kysymys, joka koski hoitajakonsultaatio toiminnan tarpeellisuutta, osoitti vastauksien perusteella sen, että pienellä osalla vastaajista oli hyvin kielteinen suhtautuminen tutkittavaan aiheeseen, tämä asenne ilmeises-

ti myös vaikutti heidän tutkimuksen vastaushalukkuuteen muita kyselylomakkeen kysymyksiä koskien. Se, kuinka perehtyneitä nämä vastaajat olivat konsultaatiohoitajatoimintaan tai minkälaisia kokemuksia heillä toiminnasta oli, jäi kuitenkin epäselväksi, koska he eivät vastanneet muihin kysymyksiin lainkaan.

Kyselyssä selvitettiin avoimen kysymyksen avulla, miten vuodeosaston hoitajat kehittäisivät konsultaatiohoitajapalvelua. Kysymykseen vastasi 11 hoitajaa. Vastauksissa kehittämisehdotuksina esiintyi konsultaatiohoitajapalvelusta tiedottamisen lisääminen, konsultaatiohoitajana toimivan sairaanhoitajan ammattitaidon varmistaminen, konsultaatiohoitajan ammattitaidon hyödyntäminen potilaan toipumisessa, hoidon jatkuvuuden varmistamisessa ja vuodeosaston hoitajien työn tukemisessa sekä toimivan yhteistyön säilyttäminen ja lisääminen.

” kun potilas siirtyy osastolle sh. kons. voisi seuraavana päivänä käydä katsomassa potilasta.”

”potilaan voinnin arvioimisessa. Yksi konsultaatiohoitaja/vuoro. Voisi kiertää osastolla potilaan siirtymisen jälkeen (tarpeen vaatiessa)”

”pitäisi olla enemmän esillä ja tarjota palveluksia”

”osaava, tietävä, asioista selvää ottava konsultaatiohoitaja”

”joustavuutta kaikkien henkilöiden kesken ja että hyvä ystävällinen käytös on itsestäänselvyys”

”konsultaatiopalvelua tulisi antaa kokeneiden, osaavien hoitajien. Joskus on tilanne, että vastaajan tiedot ja taidot ovat puutteelliset, jopa puutteellisemmat kuin kysyjällä. Toisaalta joskus olen saanut todella hyviä ohjeita ja neuvoja”

9.3 Johtopäätökset konsultaatiohoitajien kokemuksista toiminnasta

Konsultaatiohoitajatoiminta kokeilun alussa konsultaatiohoitajina toimineet kokeneet teho-osaston sairaanhoitajat tiedottivat ja markkinoivat palvelusta aktiivisesti sekä kiertelemällä kokeiluun osallistuneilla vuodeosastoilla. Tiedottamisen myötä vuodeosastojen hoitajat tulivat tietoisiksi toiminnasta. Kokeilun jatkuessa konsultaatiohoitajina toimivat kokivat osin turhauttavana kierteilyn vuodeosastoilla, koska vuodeosastojen hoitajat eivät konsultoineet asioista tai osastoilla ei ollut potilaita, joilla olisi ollut tarvetta konsultaatioapuun.

Konsultaatiohoitajina toimineiden teho-osaston sairaanhoitajien kokemukset toiminnasta olivat hyvin vaihtelevia. Konsultaatiohoitajat kokivat, että suhtautuminen tarjottuun yhteistyömuotoon vuodeosaston hoitajien puolelta oli pääosin hyvin innostunutta ja toiminta koettiin vuodeosastolla turvallisuutta luovana. Myös lääkärit olivat vuodeosastoilla osoittaneet kiinnostusta toimintaa kohtaan. Konsultaatiohoitajat keskustelivat toiminnasta vuodeosastolla avoimesti. Toiminnan merkitys potilaan hoidon laadun ja jatkuvuuden kannalta ymmärrettiin puolin ja toisin. Myös negatiivisia kokemuksia kirjattiin, suhtautuminen konsultaatio toimintaa kohtaan oli epäileväistä, asenne aliarvioivaa, eikä kiinnostusta keskusteluun löytynyt. Suurin osa konsultaatiohoitajien kokemuksista oli kuitenkin myönteisiä ja konsultaatiohoitajatoiminta koettiin vuodeosastolla sekä konsultaatiohoitajien mielestä tarpeellisena ja siihen oltiin tyytyväisiä.

9.4 Kehittämisehdotukset johtopäätösten pohjalta

Länsi-Pohjan keskussairaalan hoitohenkilöstön kokemuksista saavutetun tiedon merkittävin ero aiempiin Suomessa toteutettuihin konsultaatiohoitajatoimintaa käsitelleihin tutkimuksiin ja projekteihin oli se, että avoimissa vastauksissa ei mainittu lainkaan tehohoito potilaan ja heidän omaisten toipumista tukevaa toimintaa tai mainintaa tiedonsiirrosta. Aiemmissä tutkimuksissa todettiin, että varsinkin pitkään tehohoidossa olleen potilaan toipumista voidaan tukea konsultaatiohoitajatoiminnalla. Pöykön (2006, 54) tutkimuksessa esitettiin, että tiedon siirtoa teho-osastojen ja vuodeosastojen välillä sekä potilaan valmistelua vuodeosastolle siirtoon tulisi kehittää. Myös Jauhaisen (2009) tutkimuksessa havaittiin tiedonsiirron ongelmia tehopotilaan siirtymisessä vuodeosastolle.

Tehohoito potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta on mahdollistaa parantaa kiinnittämällä huomiota potilaan vuodeosastolle siirron ennakkointiin, potilaan siirron valmisteluun sekä tiedonsiirron varmistamiseen. Vuodeosastolle siirron ennakkointi ei aina tehohoidon luonteen vuoksi ole mahdollista, mutta potilaiden siirtovalmiutta voidaan tukea kannustamalla potilasta sekä kuvailemalla vastaanottavaa vuodeosastoa. Teho-osaston sairaanhoitajien tietoa vastaanottavan vuodeosaston toimintatavoista voisi lisätä kuvaamalla keskeiset tiedot vuodeosastosta ja sen käyttämistä varusteista. Potilaiden valmistelussa vuodeosastolle siirrossa asteittaisella monitoroinnin vähentämisellä parannetaan potilaan siirtovaiheen hoidon laatua ja vähennetään siirron aiheuttamaa stressiä (Jauhainen 2009, 50).

Tiedon siirrossa teho-osaston ja vuodeosastojen välillä varsinkin tiedon siirron ajankohtiin ja menetelmiin tulisi kiinnittää huomiota. Suullista tiedonsiirtoa pidettiin tärkeimpänä tiedonsiirtomenetelmänä (Jauhiainen 2009, 51). Vuodeosastojen hoitajat voivat myös kokea teho-osaston tietojärjestelmästä saatavan dokumentin epäselvänä. Jauhiainen (2009, 50) totesi tutkimuksessaan, että kokenut sairaanhoitaja, jolla ei ole kiirettä, osaa kysyä ja löytää tehotulosteista tarvitsemansa tiedot. Jauhiaisien (2009, 51) mukaan suunnittelematonta osastojen välistä tiedonsiirtoa on mahdollista kehittää tiedonsiirron ja raportoinnin struktuurilla. Struktuurin tulisi sisältää informaatiota puhelimesta, kirjallisesti ja suullisesti välitettävistä tiedoista sekä tiedonsiirron ajankohdista.

Potilaspäiväkirjan käyttö pitkäaikaisten tehopotilaiden kohdalla edistäisi potilaiden ja läheisten tehohoitojakson käsittelyä, selkeyttämällä ajatuksia ja paikkaamalla ”aukkoja” muistissa, ja näin osaltaan edistäisi toipumista sairauden ja tehohoidon aiheuttamasta kriisistä (Rahikainen 2006, 122). Myös tehohoitopotilaiden jälkiseuranta toiminnan kehittämällä pystyttäisiin edistämään potilaan ja omaisten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toipumista tehohoidosta. Myös teho-osaston hoitoon osallistuva henkilökunta saisi arvokasta tietoa potilaan sairaudesta, toipumisesta, kokemuksista sekä niiden vaikutuksesta potilaan ja omaisten elämään. (Meriläinen 2005.)

Vuodeosastojen ja teho-osaston hoitohenkilökunnan yhteistyötä tulisi kehittää esimerkiksi kollegiaalisuus koulutuksien tai muiden vastaavien toimintojen kautta, joilla vahvistetaan hoitohenkilökunnan keskinäistä arvostusta ja korostetaan yhteisen toiminnan ymmärrystä potilaan parhaan tavoittelussa. Hoitotyön hallinnon tulisi luoda sairaanhoitajien välistä kollegiaalisuutta tukevia järjestelmiä (Rämänen & Vehviläinen 1994, 63). Hoitohenkilöstön yhteistyön kehittämiseksi näkisin olevan Länsi-Pohjan keskussairaalan henkilöstön koon vuoksi erittäin hyvät edellytykset. Omalta osaltaan sairaalassa jo käytettävä niin sanottu ”työnkierto” tutustuttaa hoitohenkilökuntaa toisiinsa, antaa tietoa eri yksiköiden toimintatavoista ja näin ollen auttaa hoitajia ymmärtämään eri osastojen työskentelytapoja. Tällä toiminnalla mahdollistetaan paremman yhteistyön onnistuminen. Yhtenä tapana lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta muiden yksiköiden toiminnasta on heidän mahdollisuus tutustua eri yksiköiden toimintaan esimerkiksi ”avoimien ovien” malliin. Myös näin voitaisiin lisätä hoitajien tietoutta eri yksiköiden toimintatavoista. Tämän toiminnan toteutusta voi kuitenkin rajoittaa tiettyjen hoitoympäristön vaatimusten huomioiminen (steriiliyden säilyttäminen) ja potilasturvallisuuden sekä potilaiden intymiteettisuojan takaaminen. Hoitajien tietoisuutta osastojen toiminnasta

voidaan myös lisätä esimerkiksi yhteisillä koulutuspäivillä tai seminaareilla. Laakkonen (2004, 48) totesi, että hoitotieteellistä tutkimustoimintaa ja siitä tuotettua näyttöä on saatavilla runsaasti. Koska toiminnan ja osaamisen arviointiin löytyy sekä ulkomaisia, että Suomessa kehitettyjä ja suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään soveltuvia mittareita, ei myöskään arviointimittareiden puute voi olla hoitokulttuurin kehittämisen esteenä.

Hoitohenkilöstön säännöllinen tietojen ja taitojen arviointi, seuranta sekä tarvittavan koulutuksen järjestäminen on tärkeässä asemassa potilaan hoidon laadun turvaamisessa. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta sairaalassa on jo käytössä säännöllisesti päivitettävä i.v.-lupa käytäntö, joka koskee potilaan suonensisäisten lääkitysten ja nestehoidon asioita. Mielestäni myös esimerkiksi elvytyskoulutuksia olisi hyvä järjestää osastoilla säännöllisesti. Potilasturvallisuuden kannalta tärkeää olisi myös, että vuodeosaston hoitajat osaisivat tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa potilaan kriittisen tilan. Hoitajia pyrittiin tukemaan potilaiden kriittisen tilan tunnistamisessa jo vuonna 2009 laatimalla ohjeet potilaan kriittisen tilan tunnistamisesta. Ohjeita jaettiin huonetaulujen ja taskuohjeiden muodossa vuodeosastoille sekä tulokaskursseilla uusille työntekijöille.

Hoitajien koulutustarvetta tulisi kartoittaa säännöllisesti ja järjestää koulutuksia. Esimerkiksi tämän opinnäytetyön yhteydessä suoritettujen tutkimusten perusteella trakeostomoidun potilaan hoitotyössä sekä keskuslaskimokatetrien käsittelyssä kaivataan ohjausta ja tukea. Näistä olisi hyvä olla kirjalliset ohjeet selkeästi kaikkien saatavilla. Teho-osastolta trakeostomoituna tai keskuslaskimokatetrin kanssa siirtyvän potilaan mukana tulisi järjestelmällisesti antaa myös kirjalliset ohjeet niiden hoitoon liittyen.

Konsultaatio toiminnasta tiedottaminen ja rohkaiseminen konsultaatioavun käyttöön tulisi kuulua konsultaatiohoitajatoiminnan toteutukseen. Konsultaatiohoitajina toimivien ammattitaidon ja kokemuksen varmistaminen on tärkeää, jotta konsultaatioapua tarvitseva voi luottaa toimintaan ja saa tarvitsemansa avun. Merkittävää olisi myös konsultaatiohoitajana toimivien palveluhalukkuuden varmistaminen ja hyvän yhteistyön vaalimisen ymmärtäminen, jotta yhteistyö onnistuu ja yhdessä työskentely koetaan turvallisena. Konsultaatiohoitajatoiminnan lisäksi teho-osaston sairaanhoitajat voisivat jakaa erikoisosaamistaan esimerkiksi hoitotoimia koskevien koulutuksien pitämällä vuodeosastoilla. Näitä koulutuksia voisivat olla esimerkiksi aiemmin mainitsemani elvytyskoulutukset tai hoitotoimia koskevat koulutukset kuten trakeostomoidun potilaan hoito.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöni pohjautui konsultaatiohoitajatoiminnan aloittamiseen Länsi-Pohjan keskussairaалassa. Opinnäytetyössäni tutkittiin konsultaatiohoitajatoiminnan tarvetta Länsi-Pohjan keskussairaалassa. Opinnäytetyön tulosten perusteella konsultaatiohoitajatoiminnalle ja sen kehittämiseksi oli tarvetta Länsi-Pohjan keskussairaалassa. Konsultaatiohoitajatoiminnalla tuettiin vuodeosaston hoitajien työskentelyä antamalla ohjausta ja neuvontaa ja osallistamalla tarvittaessa myös potilaan hoitoon. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että hyvällä konsultaatiohoitajatoiminnalla turvataan potilaan laadukas hoito sekä hoidon jatkuvuus. Opinnäytetyön keskeiset tulokset olivat pitkälti yhtenäisiä Suomessa aiemmin konsultaatiohoitajatoiminnasta tehtyjen tutkimusten kanssa.

Tutkimusmenetelmänä käytin systemaattista kirjallisuuskatsausta, kyselytutkimusta sekä kirjoitusten analysointia. Kirjallisuuskatsauksen avulla toin esiin näyttöä hyvästä kriittisesti sairaan potilaan hoidosta, sairaanhoitajien ammatillisesta yhteistyöstä sekä konsultaatiohoitajatoiminnasta. Kyselytutkimuksen avulla keräsin tietoa ja kuvasin hoitotyöntekijöiden kokemuksia konsultaatiohoitajatoiminnasta vuodeosastoilta sekä selvitin vuodeosastojen ja teho-osaston yhteistyötä ja sen kehittämisen tarpeellisuutta. Vapaamuotoisten päiväkirjakirjoitusten avulla keräsin tietoa ja kuvasin teho-osaston hoitotyöntekijöiden kokemuksia konsultaatiohoitajatoiminnasta.

Tutkimuksen määrällisen aineiston keräsin vuodeosaston hoitajilta puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla, jotka käsittelin SPSS for Windows-ohjelmalla. Tutkimuksen laadullisen aineiston keräsin teho-osaston konsultaatiohoitajilta, heidän kirjoittamista vapaista päiväkirjakirjoituksista. Kirjoituksista kerätyn laadullisen materiaalin käsittelin sisällön analyysin avulla. Sisällönanalyysissä luokittelujen nimeämisen apuna käytin aiempien konsultaatiohoitajatoiminnasta ja teho-osaston potilassiirroista tehtyjen tutkimusten sisällön analyysillä muodostettujen luokittelujen nimiä.

Päädyin käyttämään opinnäytetyössäni laadullisen (kvalitatiivisen) ja määrällisen (kvantitatiivisen) tutkimustavan yhdistämistä, niin sanottua triangulaatiota, koska mielestäni eri lähestymistavat täydensivät toisiaan ja lisäsivät tutkimuksen validiutta.

Tutkimuksen validiudella tarkoitetaan sitä, mittaako tutkimus sitä, mitä sen on tarkoitus mitata (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2000, 222) tai toisin sanoen onko tutkimuksessa

tutkittu sitä, mitä on luvattu. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Näiden käsitteiden hylkäämistä tai korvaamista jopa suositellaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa, koska käsitteet ovat saaneet erilaisia tulkintoja ja käännöksiä suomalaisessa kirjallisuudessa sekä siksi, että ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133–134.)

Triangulaatiotekniikan käyttö tutkimuksessani vahvisti tulosten luotettavuutta. Kvantitatiivisella kyselytutkimuksella sain kerättyä tietoa vuodeosastoilla työskentelevien hoitajien näkökulmasta, kun taas kvalitatiivisella päiväkirja kirjoitusten analysoinnilla sain tuotua esille konsultaatiohoitajina toimineiden teho-osaston hoitajien näkökulman ja kuuluviin myös heidän äänensä. Haittana koin monistrategisessa tutkimuksessa sen työläyden ja pitkän raportin.

Kyselytutkimuksessa käytin Kristiina Alhon ja Päivi Poskiparran (1997) tekemää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaanhoitajakonsultaatio toiminnan kartoittamiseen laadittua kyselylomaketta. Koska kyselylomaketta oli luotettavasti jo aiemmin käytetty vastaavanlaista toimintaa kartoitettaessa, en katsonut esitestausta tarpeelliseksi. Tämä oli kuitenkin mielestäni virhe, koska huomasin, että kaikki osallistujat eivät vastanneet huolellisesti kyselylomakkeen kysymyksiin. Kyselylomakkeen rakenne saattoi olla syytä siihen, miksi kyselyyn oli vastattu osin vaillinaisesti. Kyselytutkimuksen heikkoutena koin myös vuodeosaston hoitohenkilökunnan vähäisen osallistumisen. Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 42 %. Kyselylomakkeen kysymykset kuitenkin täydensivät toisiaan ja sain vastauksia siihen mitä halusin tietää. Keskeisten tulosten luotettavuutta lisäsi se, että avoimiin kysymyksiin oli vastattu pääosin huolellisesti. Kyselytutkimusta voidaan pitää reliabilina, koska asetettuihin kysymyksiin saatiin tarkoituksenmukaista tietoa konsultaatiohoitajatoiminnasta.

Opinnäytetyössä kuvattiin rehellisesti aineiston sisällön analyysin eteneminen ja koska luokittelujen nimeämisen apuna käytin aiempien tutkimusten sisällön analyysillä muodostettujen luokittelujen nimiä, palasin alkuperäisaineistoon jatkuvasti varmistaen yhteyden aineiston ja muodostettujen luokkien välillä. Reliabiliteettia ja validiutta lisää mielestäni saadut keskeiset tulokset, jotka olivat yhtenäisiä Suomessa aiemmin konsultaatiohoitajatoiminnasta tehtyjen tutkimusten kanssa.

Kirjallisuuskatsauksen avulla sain kattavan kuvan tehohoitoon, ammatillisen yhteistyöhön ja konsultaatiohoitajatoimintaan liittyvästä tutkimustiedosta. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden pyrin takaamaan hakuprosessin mahdollisimman tarkalla kuvauksella, jotta se olisi toistettavissa. Kirjallisuuskatsauksessa analysoitujen tutkimusten toteutukset kuvattiin katsauksen tutkimustulosten ja luokittelun yhteydessä sekä taulukossa erillisessä liitteessä (LIITE 13), joka mahdollistaa tutkimusten luottavuuden arvioinnin.

Kirjallisuuskatsauksessa keskeisinä tuloksina nousi esiin, että konsultaatiohoitajatoiminnalla on merkittävä vaikutus potilaiden toipumisen tukemisessa ja edistämässä, hoidon laadun ja jatkuvuuden varmistamisessa sekä vuodeosastojen hoitajien työskentelyn tukemisessa. Esimerkkinä potilaat saivat konsultaatiohoitajilta tietoa tehohoitoajastaan ja pystyivät yhdistämään kokemuksiaan kokonaisuudeksi ja käsittelemään sitä. Tämä edisti heidän toipumistaan. Vuodeosastojen hoitajat puolestaan saivat ohjausta sekä tukea päätöksiin potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Todettiin myös, että on merkittävää keskittää huomiota tehohoitopotilaan jatkohoitoon siirtymisessä vuodeosastolle. Siirtoajankohta ja -tapahtuma tulisi suunnitella ja koordinoida, niin vuodeosastolla, kuin teho-osastolla sekä toteuttaa siirto päiväaikaan. Näin varmistetaan paremmin potilaan ja tiedon siirron onnistuminen sekä resurssien riittävyys. Tilanteissa, joissa toiselle potilaalle tarvitaan kiireellisesti tehopaikka tai siirtyvällä potilaalla on eristystarve, voi potilassiirron ennakointi ja suunnitelman toteutuminen kuitenkin estyä.

Kirjallisuuskatsauksen keskeisten tulosten perusteella kehitettäessä konsultaatiohoitajatoimintaa on huomioitava myös hoitajien kollegiaalisuuden ja ammattitaidon kehittäminen sekä vahvistettava vuodeosastojen ja teho-osaston välistä yhteistyötä. Mahdollistamalla hoitajien hahmottaa potilaan hoidon kokonaisuus ja yhdistää oma toiminta osaksi sitä, sekä tekemällä yhteistyökumppanit tutuiksi, päästäisiin pois kilpailutilanteesta sekä voitaisiin vaikuttaa asenteisiin. Hoitajilta vaaditaan asennoitumista ja ammatillista kasvua, jotta tiedon ja taidon jakamisesta tulisi osaksi kaikkien hoitajien toimintaa. Tietojen ja taitojen lisääntymisellä ja jakamisella mahdollistettaisiin resurssien maksimaalinen hyödyntäminen ja oikea kohdentaminen. Näin myös turvattaisiin potilaiden asiantunteva ja vastuullinen hoitaminen sekä tuettaisiin potilaan kuntoutumista. Näitä asioita voisi edistää esimerkiksi eri yksiköiden ja asiantuntijoiden esittelyillä, kollegiaalisuus- ja asiantuntijakoulutusten järjestämisellä sekä yhteistyön sujuvuuden arvioinnilla. Kehitettäessä konsultaatiohoitajatoimintaa on myös hoitotyönjohtajilla merkittävä asema. Heidän tapa kohdella työntekijöitä vaikuttaa työntekijöiden tapaan kohdata potilaat ja

omaiset sekä muu henkilökunta. Henkilökunnan ammattitaitoa ja koulutustarpeita tulisi valvoa ja tarpeen mukaan järjestää koulutusta. Myös käytettävissä olevat aika- ja henkilöstöresurssit sekä monisairaajat ja vaativaa hoitoa tarvitsevat potilaat tuovat omat tarpeensa ja haasteensa konsultaatiohoitajatoiminnan kehittämiseen.

Jatkossa ehdottaisin esiin tuomieni kehittämissuhteissa esitettyjen asioiden tarkempaa tutkimista ja kehittämistä lisää juuri Länsi-Pohjan keskussairaalan tarpeisiin sopiviksi. Resurssien optimoimiseksi, niin työpanoksen kuin kokemuksellisen tiedon käytön kannalta on mielestäni erittäin hyödyllistä, että näitä tutkimus- ja kehittämistehtäviä toteutettaisiin oman henkilöstön työajan puitteissa myös lisäksi yhteistyössä ammattikorkeakoulun kanssa esimerkiksi juuri sairaalan oman hoitohenkilökunnan lisä- ja täydennyskoulutautumisen yhteydessä.

LÄHTEET

Alakokko Tero, Ohukainen Jaana, Katisko Ritva, Klasila Marja, Kontio Tarja & Kortetjärvi Satu 2006: Tehokonsultaatiotoiminta /Teho 1 ja 2. Pohjan piiri 6/2006, 22-23.

Ala-Kokko Tero, Rautiainen Hanna, Pikkupeura Jaana, Katisko Ritva & Laurila Jouko 2009: Tehopotilaan hoitoketju Pohjois-Suomessa. Suomen Lääkärilehti 1-2/2009 vsk 64. 49-54

Alho Kristiina & Poskiparta Päivi 1997: Sairaanhoidajakonsultaatio - kartoitus teho-osaston sairaanhoidajien erikoisosaamisen hyödyntämisen tarpeellisuudesta Keski-Suomen keskussairaalan vuodeosastoilla. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu 74/1998.

Ambrosius, Huittinen Veli-Matti, Kari Aarno, Leino-Kilpi Helena, Niinikoski Juha, Ohtonen Mauri, Rauhala Vuokko, Tammisto Tapani, Takkunen Olli 1997: Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet.

Benner Patricia, Tanner Chirstine A., Chelsea Catherine A. 1999: Asiantuntijuus hoitotyössä. Juva: WSOY –kirjapainoyksikkö.

Buist Michael, Moore Gaye, Bernard Stephen, Waxman Bruce, Anderson Jeremy & Nguyen Tuan 2002: Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. British Medical Journal 324(16), 387-390.

Carr Kristine 2002: Ward visits after intensive care discharge: why? Teoksessa Griffiths Richard D. & Jones Crhistina (toim.) Intensive Care Aftercare. Reed Educational and Professional Publishing Ltd. 69-82.

Chaboyer Wendy, Foster Michele M., Foster Michelle & Kendall Elizabeth 2004: The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. Intensive and Critical Care Nursing (2004) 20, 77-86.

Coyle Maria 2001: Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. Intensive and Critical Care Nursing (2001) 17, 138-143.

Endacott Ruth, Eliott Suzanne & Chaboyer Wendy 2009: An integrative review and meta-synthesis of the scope and impact of intensive care liaison and outreach services. Journal of Clinical Nursing 18, 3225-3236.

Eriksson Katie, Isola Arja, Kyngäs Helvi, Leino-Kilpi Helena, Lindström Unni Å., Paavilainen Eija, Pietilä Anna-Maija, Salanterä Sanna, Vehviläinen-Julkunen Katri, Åstedt-Kurki Päivi 2007: Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Goldhill D.R., Worthington L., Mulcay A., Tarling M., Sumner A. 1999: The patient-at-risk team: identifying and managing seriously ill ward patients. Anaesthesia, 1999(54), 853-860.

Green Anna & Edmonds Liz 2004: Bridging the gap between the intensive care unit and general wards –the ICU Liaison Nurse. Intensive and Critical Care Nursing (2004) 20, 133-143.

Higgins Yvonne 2008: Promoting patient safety using an early warning scoring system. *Nursing Standard*. 22, 44, 35-40.

Hirsjärvi Sirkka & Hurme Helena 2008: Tutkimushaastattelu. teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-paino Oy.

Hoppu Sanna & Alanen Pasi 2012: Onko sairaalassa tapahtuva sydänpysähdys ehkäistävissä? -kokemuksia TAYS:sta. *Tehohoito* 2012, 30(1), 13.

Horelli L. & Roininen J. 1998: SWOT arviointimenetelmänä. Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus YTK. Hakupäivä 6.3.2004. <<http://www.hut.fi/Yksi>>.

Jauhiainen Virpi 2009: Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kaarlola Anne 2007: Mitä hyötyä tehohoidosta? Tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuuden arviointi. Akateeminen väitöskirja. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsingin yliopisto.

Kaarlola Anne 2010: Tehopotilaiden jälkipoliklinikka –miksi ja miten perustettiin. *Tehohoito* 28(1), 32-33.

Kaarlola Anne & Pyykkö Anita 2010: Sairauden ja tehohoidon aiheuttamat terveysongelmat. Teoksessa Kaarlola Anne, Larmila Maarit, Lungré-Laine Heljä, Pyykkö Anita, Rantalainen Terhi & Ritmala-Castrén (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Tallina: Kolofon Baltico OÜ.

Kaarlola Anne 2011: Potilaan ja omaisten informointi ja tukeminen tehohoidon aikana. *Tehohoito* 29(1), 39.

Kekomäki Martti 2012: Kannattaako tehohoito? *Tehohoito* 2012 (30)1, 10.

Kivinen Kirsti 1993: Teho-osaston toiminnan kehittäminen. I Osaraportti. Nykytilanteen kartoitus. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn ja koulutuksen kehittämisprojekti. Tehy. Sarja A: Tutkimusraportteja 4/1993. Helsinki: Painatuskeskus Oy, Pikapaino.

Kokko Anne 2000: Hoitaminen teho-osastolla potilaan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Korhonen Virpi 2007: ”Ilman teitä en olisi selvinnyt” Potilaiden kokemuksia tehohoidosta ja kuntoutumisesta tehohoidon jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Korpela Sirpa, Leppänen Sinikka, Mäkinen Päivi & Vanhatalo Leena 2011: 4th EfCCN Congress & FSAIO Spring Congress European Critical Care Nursing. 24.-26.3.2011, Kööpenhamina. *Tehohoito* 29(2), 184.

Kurtti-Sonninen Eeva 2003: Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö. Lisensiaattityö. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Laakkonen Arja 2004: Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopisto.

Lahtinen & Tuuliainen 2006: Sairaanhoidon konsultaatio osana teho-osastolta vuodeosastolle siirtyneiden potilaiden hoitotyötä. *Tehohoito* 24(1): 57-59.

Latvala Raija 2001: Sairaanhoidon ammattilainen yhteistyö – kyselytutkimus erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Lauri Sirkka (toim.) 2003: Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.

Leary T. & Ridley S. 2003: Impact of an Outreach team on re-admissions to a critical care unit. *Anaesthesia* 2003, 58, 328-332.

Lehto Birgitta 1997: Omaisten saama tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Leino-Kilpi Helena 1997: Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – Yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Leino-Kilpi Helena 2000: Näyttöön perustuva hoitotyö: Onko sitä? Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001: Näyttöön perustuva hoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy.

Leith Beverly 1999: Patient's and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart & Lung* 1999 vol 28 no 3. 210-218.

Lungren-Laine Heljä, Ääri Riitta-Liisa & Leino-Kilpi Helena 2007: Hoitotieteen tutkijakoulutus ja tehohoitoon siirtymisen tutkimus. *Tehohoito* 25 (1), 56.

Lyytikäinen Helena 2002: Sairaanhoidon ammattilainen yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa kysely teho-osastojen sairaanhoitajille. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin toimintakertomus 2009. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu.

Malinen Heli, Korkala Anna-Liina, Siren Ria, Vuorela Päivi & Loisa Pekka 2004: Potilaan siirto teho-osastolta vuodeosastolle. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2004.

McArthur-Rouse Fiona 2001: Critical care outreach services and early warning scoring systems: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 36 (5), 696-704.

McGaughey Jennifer, Alderdice Fiona, Fowler Robert, Kapila Atul, Mayhew Alain & Moutrey Marianne 2009: Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the preven-

tion on Intensive Care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards (Review). The Cochrane collaboration.

McKinny Aidin & Deeny Pat 2002: Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience. *Intensive and Critical Care Nursing* (2002) 18, 320-331.

Meriläinen Merja 2005: Tehohoidon jälkiseurantapoliklinikan toiminnan kuvaus. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Metsämuuronen Jari 2002: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Sri Lanka: International Methelp Oy.

Mykkänen Minna & Virranta Seija 2001: Vertaisarviointimenetelmä sairaanhoitajien toiminnan kehittämisessä tehohoidon osastolla – havainnointitutkimus. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 60/2001.

Mäenpää Inger 1998: Hoitosuhde teho-osastolla – hoitajan suhde potilaaseen ja hänen läheisiinsä teho-osastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Mäkelä Merja 1998: Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö tehohoidossa sairaanhoitajan kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Mäkelä Merja, Kiviniemi Kirsi, Suominen Tarja, Routsalo Pirkko & Arve Seija 2001: Kliinisen hoitotyön asiantuntija – tiedekorkeakoulun näkökulmasta. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:33/2001. Turun yliopisto.

Odell Mandy 2000: The patient's thoughts and feeling about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing* 2000 31(2), 322-329.

Odell Mandy, Victor Chirstina & Oliver David 2009: Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 65(10), 1992-2006.

Palojoki Sari 2002: Hyvä tehohoitaja, hyvään tehohoitoon liittyvät toiminnot ja hyvä yhteistyö omaisten kanssa – hoitajien näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Parr M.J.A., Hadfield J.H., Flabouris A., Bishop G., Hillman K. 2001: The Medical Emergency Team: 12 month analysis of reasons for activation, immediate outcome and not-for-resuscitation orders. *Resuscitation* 50 (2001), 39-44.

Pekkala Eila 2000: Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja* 2001: Näyttöön perustuva hoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy.

Pekurinen Ari 2008: Tehohoitopotilaan läheisen tuen tarve. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Peltonen Petra 2006: Sairaanhoitaja tehopotilaan edustajana. *Tehohoito* 24(1), 60.

- Pirret Alison 2008: The role and effectiveness of a nurse practitioner led critical care outreach service. *Intensive and Critical Care Nursing* (2008) 24, 375-382.
- Ponkala Outi 1994: Aikuispotilaan omaisten tarpeisiin vastaaminen tehohoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Pyykkö Anita 1995: Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Pöykkö Ulla 2006: konsultaatiohoitajatoimintakokeilu - kokeilun aikainen toiminta ja tehohoidosta siirtyneen potilaan hoitaminen vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Raatikainen Sirkka-Liisa 2004: Sairaanhoidajien työtyytyväisyys ja työn kuormittavuus tehohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Rahikainen Tiina 2006: Potilaspäiväkirja teho-osastolla. *Tehohoito* 2006 24(2), 122.
- Rissanen Maritta 2008: Kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan hoitoketju Pohjois-Suomessa – yhteiskunnallisen vaikuttavuuden arviointia. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- Ritmala-Castrén Marita 2008: Yhteistyö teho-osastolla –yhteenkuuluvuutta vaihtotalouden hengessä. *Tehohoito* 26 (2), 112-113.
- Romppanen Taina 2008: Tehohoidon eettisyys sairaanhoidajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Rämänen Katri & Vehviläinen Katri 1994: Sairaanhoidajien välinen kollegiaalisuus. Opinnäytetutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Subbe C.P., Davies R.G., Williams E., Rutherford P. & Gemmell L. 2003: Effect of introducing the Modified Early Warning score on clinical outcomes, cardio-pulmonary arrests and intensive care utilisation in acute medical admissions. *Anaesthesia* 2003, 58, 775-803.
- Tanhua Anitta 2005: Omaisille tiedottaminen teho-osastolla. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Terveyskirjasto 2008: Konsultaatiohoitajatoiminnan kuvaus. Hakupäivä 27.10.2008. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01093>.
- Tirkkonen Joonas, Lehtinen Ann-Mari & Hoppu Sanna 2010: ICU Outreach kurkottaa pitkälle –paraneeko potilasturvallisuus? *Finnanest* 2010, 43 (5), 432-436.
- Tirkkonen Joonas, Jalkanen Ville, Alanen Pasi & Hoppu Sanna 2009: Medical Emergency Team (MET) TAYS:ssa –aikainen puuttuminen potilaan peruselintoimintojen häiriöihin. *Finnasest* 2009, 42 (5), 428-433.
- Tokola Pekka & Hyypä Harri 2004: Konsultaatiotyön perusteita. EU: Metanoia instituutti.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2004: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtari Maarit 2004: SPSS-OPAS perusteet. Tieto- ja viestintäteknikka. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.

Varjus Sirkka-Liisa 1999: Työn autonomia ja merkitys tehosairaanhoidajan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Varpula Tero, Uusaro Ari, Ala-Kokko Tero, Tenhunen Jyrki, Ruokonen Esko, Perttilä Juha & Pettilä Ville 2007: Tehohoidon toimintakokonaisuus erikoissairaanhoidossa. Suomen lääkärilehti 12/2007 vsk 62, 1271-1276.

Varpula Tero 2011: Tehohoidon valinnat. Duodecim Terveysfoorumi 2011. Hakupäivä 20.2.2012.<<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f877886628/tf2011terovarpula.pdf>>.

Whittaker Julie & Ball Carol 2000: Discharge from intensive care: a view from the ward. Intensive and Critical Care Nursing (2000) 16, 135-143.

Young Lis, Donald Margaret, Parr Michael & Hillman Ken 2007: The Medical Emergency Team system. A two hospital comparison. Resuscitation (2008) 77, 180-188.

LIITELUETTELO

- LIITE 1 Konsultaatiohoitajan toimintaohje
- LIITE 2 Teho-osaston konsultaatiohoitajan seuranta-kaavake (2)
- LIITE 3 Puhelinkonsultaatiokaavake
- LIITE 4 Ohje kriittisen tilan tunnistamisesta
- LIITE 5 Konsultaatiokäyntien ja –puheluiden tilastot (2)
- LIITE 6 Konsultaatiokäyntien ja –puheluiden sisällöt (2)
- LIITE 7 Kirjallisuuskatsauksen tutkimusnäytön muodostavat SWOT-analyysit (11)
- LIITE 8 Kirjallisuuskatsauksen toimintanäytön muodostavat SWOT-analyysit (4)
- LIITE 9 Sisällönanalyysi vuodeosaston hoitajien kokemuksista konsultaatiohoitaja toiminnasta
- LIITE 10 Sisällönanalyysi konsultaatiohoitajien kokemuksista konsultaatiohoitaja toiminnasta
- LIITE 11 Kyselyn saate ja kyselylomake (5)
- LIITE 12 Kirjallisuushaun yhteenveto
- LIITE 13 Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset (2)
- LIITE 14 Sisällönanalyysi yleisimmistä syistä lääkärin konsultaatiopyyntöön
- LIITE 15 Väittämien jakaantumukset

Toimintaohjeet: Soita tehon lääkärille, jos EWSS on 3 tai suurempi**TAI** Potilaalla on kolme tai enemmän seuraavista:

- HF>30 tai <10
- RR (syst.) <90
- P >110 /min
- potilas ei ole täysin hereillä ja orientoitunut
- SaO2 lisähapella <90%
- Diureesi <100 / 4h

TAI Potilas, jonka tajunnan taso on alentunut (GCS) ja HF>35 tai P>140**TAI** potilas kouristelee**TAI** Potilaalla CRP edelleen nousussa kolmannen post. op. päivän jälkeen**Hengitys:**

- lisähapen antaminen (jos SaO2<94 %)
- potilaan nostaminen puoli-istuvaan asentoon (aina, jos HF>25 tai SaO2 <94)
- lima-imut nenänielusta / intubaatioputkesta / trakeostomiasta
- lima-imun opettaminen
- pulloon puhalluttaminen

Verenkierto:

- elvytyksen aloittaminen
- nesteboluksen antaminen, jos RR (syst.) <90 lääkärin ohjeen mukaan
- laskimokanyylin laitto
- EKG määrittäminen
- verinäytteen ottaminen (vrs ja hb)
- diureetin antaminen (lääkärin määräys)
- verensiirto (lääkärin määräys)
- akuutin kammiovärinän hoito

Neurologia:

- tajunnan tason seuraaminen (ohje omahoitajalle)
- CT tutkimus (lääkärin määräys)
- kouristelun lääkitseminen (Stesolid 5-10mg per rect)

Diureesi:

- diureetin antaminen (lääkärin määräys)
- nestebolus, jos diureesi <150ml/3h tai >1000ml/3h lääkärin ohjeen mukaan
- nestelista, diureesin seuranta, ohje omahoitajalle

Kanyylit:

CVK:n poisto jos se on tarpeeton tai jos pistoaukko infektoitunut tai kanyyli > 7 vrk vanha ja potilas kuumeilee tuntemattomasta syystä, CVK:n kärki näytteeksi ja veriviljelyt

Teho-osaston konsultaatiohoitajan seuranta-kaavake**Osasto****Dg:****Potilas****hetu****Konsultaatiohoitaja:** _____

- Seurantakäynti
- Pyydettyinä, syy:
- Puhelinkonsultaatio, aihe:

Konsultaatiohoitajan havainnot, pvm _____

	klo	klo	klo
Hengitysfrekvenssi / min			
SaO2			
happilisä			
RR			
P / min			
Periferia lämmin / kylmä			
Lämpörajat kädet / jalat			
Diureesi			
Lämpö			
Verensokeri			
Kanyylin kunto			
Tajunnan taso GCS (Taulukko 1)			
EWSS (Taulukko 2)			
Kipu VAS (Taulukko 3)			

Käynnin tulos: Seuranta jatkuu / loppuu**Lääkärin hoito-ohjeet:**

Taulukko 1. GCS
Glasgow Coma Scale

Kriteeri		Pisteet
Silmien avaus	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Paras liikevaste	Noudattaa kehoituksia	6
	Reaktio kivulle	5
	Fleksio vetäytyy	4
	Fleksio epänormaali	3
	Extensio	2
	Ei vastetta	1
Paras puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Sanoja	3
	Äännähtelyä	2
	Ei vastetta	1

Taulukko 3.
VAS

ei kipua	0
lievä kipu	1-2
kohtalainen kipu	3-4
voimakas kipu	5-6
erittäin kova kipu	7-8
sietämätön kipu	9-10

Taulukko 2. EWSS (Early Warning Scoring System)

	3	2	1	0	1	2	3
P		<40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
RR syst.	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Hengitysfrekvenssi		<8		9-14	15-20	21-29	>30
Tax		<35	35.1-36.5	36.6-37.4	>37.5		
CNS				GCS 15	GCS 13-14	GCS 10-12	GCS<9

Laboratoriovastaukset

	pvm	pvm	pvm	pvm
	klo	klo	klo	klo
Hb				
Leuc				
Tromb				
Na				
K				
Krea				
Alb				
Gluk				
CRP				

PUHELIN KONSULTAATIO

POTILAS: (Nimi, henkilötunnus) _____

PVM ja KELLO: _____

Mistä soitetaan: _____

Kuka soittaa: _____

Mitä kysytään:

Tulos:

Annettu neuvonta

Puhelu lääkärille

Hoitaja käy katsomassa potilasta

Lääkäri käy katsomassa potilasta

MUU POTILASHOITOON LIITTYVÄ KONSULTAATIO:
(Esim. lääkelaimennus ohjeet, hoitovälineistön käytön ohjaus)

Mitä kysyttiin:

OHJE KRIITTISEN TILAN TUNNISTAMISESTA

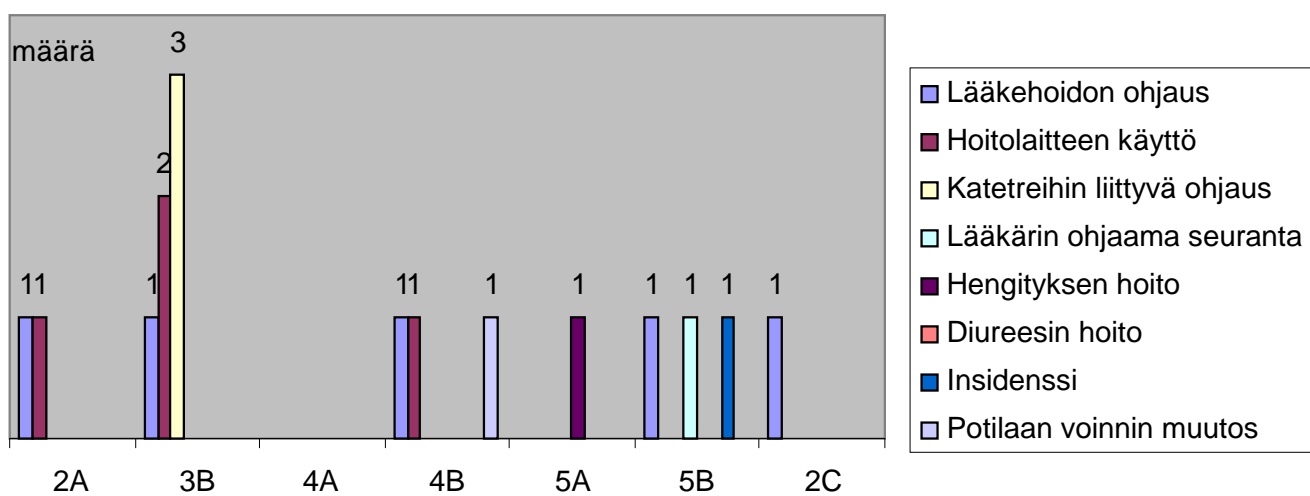
Potilaan vitaalielintoimintojen alkuhoito ja häiriön syyn selvittäminen on aloitettava heti jos:

- **Potilaalla on kolme tai enemmän seuraavista oireista:**
 - Hengitystiheys yli 30 /min tai alle 10 /min
 - Systolinen verenpaine alle 90 mmHg eikä reagoi nestehoitoon
 - Pulssi yli 110 /min
 - Potilas ei ole täysin hereillä ja orientoitunut
 - Happisaturaatio alle 90% lisähapella
 - Virtsamäärä alle 100 ml edeltävän 4 tunnin aikana
- **Tai potilas ei ole täysin orientoitunut ja hengitystiheys yli 35 /min tai pulssi yli 140 /min**
- **Tai potilaalla on pitkittynyt kouristuskohtaus (yli 5 min) tai useita kouristuksia eikä tajunta palaa välillä (yli 30 min)**

Konsultaatiohoitaja käy tarvittaessa katsomassa pitkään tehohoidossa olleita potilaita anestesialääkärin arvion mukaan sekä muita potilaita osaston pyynnöstä. Konsultaatiohoitajat antavat tarvittaessa ohjausta ja neuvontaa oman erikoisosaamisensa alueelta. Toiminta tapahtuu yhteistyössä teho-osaston lääkärin ja vuodeosaston henkilökunnan kanssa.

Konsultaatiohoitajat ovat tavoitettavissa teho-osastolta p. 3720 ja 3721

Puhelinkonsultaatioiden sisältö (n=16)



	Lääkehoidon ohjaus	Hoitolaitteen käyttö	Katetreihin liittyvä ohjaus	Lääkärin ohjaama seuranta	Hengityksen hoito	Diureesin hoito	Insidenssi	Potilaan voinnin muutos
■ 2C	1							
■ 5B	1			1			1	
■ 5A					1			
■ 4B	1	1						1
■ 4A								
■ 3B	1	2	3					
■ 2A	1	1						

KONSULTAATIOKÄYNTIEN JA –PUHELUIDEN SISÄLTÖ

2AKäyntikonsultaatio:

- Potilaan voinnin lasku (yleistilan lasku, voipunut); annettu seuranta- ja hoito-ohjeita

Puhelinkonsultaatio:

- Pleuraimun toiminta
- Lääkelaimennos ohjeita

3BKäyntikonsultaatio:

- Potilaan voinnin lasku (hapetus, diureesi); annettu seuranta- ja hoito-ohjeita
- Hoitolaitteen käytön ohjausta (syöttöpumppu, yhteensä 3 käyntiä)
- Sovitusti anestesia­lääkärin pyynnöstä: potilaan voinnin tarkistaminen (yhteensä 2 käyntiä)
- CVK aspiroitu auki

Puhelinkonsultaatio:

- CVK:n käytön ohjausta (yhteensä 3 soittoa)
- Lääkelaimennos- ja anto-ohjausta
- Pleuraimun toiminta
- Hoitolaitteen käytön ohjaus (syöttöpumppu)

4AKäyntikonsultaatio:

- Sovitusti anestesia­lääkärin pyynnöstä: potilaan voinnin tarkistaminen (yhteensä 5 käyntiä)
- Lääkelaimennos ohjeita

4BKäyntikonsultaatio:

- Sovitusti anestesia­lääkärin pyynnöstä: potilaan voinnin tarkistaminen (yhteensä 4 käyntiä)
- Elvytystilanne
- Hoitolaitteen käytön ohjaus (syöttöpumppu)

Puhelinkonsultaatio:

- Elvytystilanne
- Maksakoomapotilaan kipulääkitys
- Enteraalisen ravitsemuksen ongelma (ruokintalaitteiston käytön ongelma)

5AKäyntikonsultaatio:

- Hoitotoimien ohjausta (trakeostomian hoito)
- Sovitusti anestesia­lääkärin pyynnöstä: potilaan voinnin tarkistaminen

Puhelinkonsultaatio:

- Trakeostomian hoito

5B

Käyntikonsultaatio:

- Potilaan voinnin tarkistaminen (kipuongelma, yhteensä 2 käyntiä)
- Potilaan voinnin tarkistaminen (hengitysvaikeus, trakeostomia), annettu seuranta- ja hoito-ohjeita
- Potilaan voinnin tarkistaminen (hengitysvaikeus, yhteensä 3 käyntiä)
- Syöttöletkun laitto (anestesia lääkäri paikalla)
- Potilaan voinnin tarkistaminen (hengitysvaikeus, trakeostomia), annettu seuranta- ja hoito-ohjeita
- CVK:n kanssa ongelmia, annettu ohjausta
- Potilaan voinnin tarkistaminen (RR matala), annettu seuranta- ja hoito-ohjeita
- Neuvontaa diureesia koskien ja annettu ohjausta hoitovälineen käytöstä (nenämaski)

Puhelinkonsultaatio:

- Sovitusti anestesia lääkärin pyynnöstä: potilaan voinnin tarkistaminen
- NML:n irtoaminen (ohjattu soittamaan anestesia lääkärille uuden nml:n laittoa varten)
- Lääkehoidon neuvontaa (sydäninfarktipotilas)

Muu 2C

Puhelinkonsultaatio:

- Verituotteiden anto ohjeita (jääplasman tiputusnopeus)

SWOT-analyysi Lehdon (1997) tutkimuksesta ”Omaisten saama tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Suurin osa omaisista koki saaneensa emotionaalista tukea - toivoa ja myötätuntoa vaikeassa elämäntilanteessa ● Omaiset kokivat hoitohenkilökunnan helposti lähestyttäväksi ● Omaiset luottavat hoitohenkilökuntaan ● Omaiset tunsivat olleensa hyväksytyjä omina itsenään ● Omaisilla oli mahdollisuus ilmaista syvimpiä tunteitaan ● Omaiset kokivat saaneensa konkreettista tukea hoitohenkilökunnalta ● Hoitohenkilökunnan antama tieto on rehellistä, luotettavaa ja yhdenmukaista - tiedon määrä on omaisten mielestä riittävää 	<ul style="list-style-type: none"> ● Omaiset kokivat saaneensa hoitohenkilökunnalta vähiten palautetta omasta jaksamisestaan ● Hoitohenkilökunta ei rohkaissut omaisia läheisensä hoitamiseen ● Nuoret kokivat saaneensa harvemmin emotionaalista tukea ● Naiset tarvitsivat miehiä useammin emotionaalista tukea ● Omaiset eivät saa tietoa etukäteen teho-osaston toiminnasta ● Kaikki omaiset eivät saa tietoa potilaan sairauden paranemisen ennusteesta, hoidon suunnittelusta - eivät voi kertoa mielipidettään koskien potilaan hoitoa ● Omaiset eivät saa tietoa potilaan ikävistä omaisia kohtaan
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitohenkilökunnan tulee antaa tietoa omaiselle rauhallisessa paikassa ja käyttää kieltä, jota omainen ymmärtää ● Hoitohenkilökunnan on havaittava herkästi omaisten tiedon tarve ● Hoitohenkilökunnan tulee rohkaista enemmän omaisia puhumaan tunteistaan ● Hoitohenkilökunnalta omaisille enemmän palautetta ja kannustaa jaksamiseen läheisen sairauden aikana ● Omaisia tulee enemmän rohkaista osallistumaan läheisensä hoitamiseen ● Teho-osaston toimista tulee kertoa etukäteen omaisille ● Nuorten ja perheellisten omaisten huomiointi ● Työntekijöiden hyvä perehdytys ja työyksikkökohtainen koulutus ● Omaiset kokevat tärkeänä, että potilas saa hyvää hoitoa ja on turvallisisa käsissä 	<ul style="list-style-type: none"> ● Omaisten tarve konkreettiseen tukeen vaihtelee ● Omaisten tukemiseen vaikuttaa organisaatiossa ja työyksikössä vallitseva ihmiskäsitys ja hoitohenkilökunnan omaksuma käsitys perustehtävänsä toteuttamisesta ● Työntekijät eivät tiedosta työyksikön toimintafilosofiaa ja yhteisiä toimintaperiaatteita ● Riittämätön ja ammattitaidoton hoitohenkilökunta ● Hoitotyönjohtaja ei valvo henkilökuntansa ammattitaitoa ja koulutustarpeita ● Hoitotyönjohtajan tapa kohdella työntekijöitä vaikuttaa heidän tapaansa kohdata potilas ja omainen ● Hoitohenkilökunnan vähyys - monisairaat ja -hoitoiset potilaat - kiire, ärtyisyys, hoitotyön tason lasku

SWOT-analyysi Kokon (2000) tutkimuksesta ”Hoitaminen teho-osastolla potilaan näkökulmasta”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajat hallitsivat työskentely ympäristönsä ja nopeasti muuttuvat tilanteet ● Ammattitaitoinen toiminta ja yhteistyö muiden hoitajien kanssa lisäsivät potilaiden kokemaa turvallisuutta ● Potilaan tilanteen ymmärtäminen koettiin tarjolla olona ja välittämisenä ● Potilasta ja omaisia informointiin ● Potilaan omaan hoitoon osallistumista tuettiin ● Potilaan tarpeiden tunnistettiin ja niihin vastattiin 	<ul style="list-style-type: none"> ● Välittämisen puuttuminen koettiin rutiinomaisena toimintana ja haluttomuutena kohdata potilas ● Tehohoitoon liittyi tilanteita, jotka koettiin epämuikaviksi - kanyylit, seurantalaitteet, mittaukset, valvonta ● Hoitajien erilaiset työ- ja elämäkokemukset sekä arvot ja asenteet vaikuttivat tapaan kohdata potilas
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Ollaan potilasta varten ja lisätään läsnäoloa ● Hallitaan toimintaympäristö ja vaativat tilanteet, joissa korostuu asiantuntijuus ja kyky yhteistyöhön ● Tuetaan potilaan toipumista kannustamalla, olemalla läsnä ja potilaan oloa helpottamalla ● Hoitajan merkittävä rooli toipumisen käynnistäjänä ja motivaation ylläpitäjänä ● Annetaan tietoa tapahtuneesta ja hoidossa käytettävistä laitteista 	<ul style="list-style-type: none"> ● Kiire esineellistää potilasta ja tekee hoitamisesta epäinhimillistä ● Potilaan tilan ymmärtämättömyys ja potilaskeskeisyyden puuttuminen ● Passiivisella suhtautuminen potilasta kohtaan vaikuttaa potilaan toipumiseen ● Erikoisteknologia vaatii käyttäjältään erikoisosaamista ● Potilaan kohtaaminen ei onnistu, jos potilas kokee, että hänestä ei välitetä ● Hoitajan läsnäolon puuttuminen aiheuttaa hoitajan kosketuksen olevan tekninen ja kova

SWOT-analyysi Palojoen (2002) tutkimuksesta ”Hyvä tehohoitaja, hyvään tehohoitoon liittyvät toiminnot ja hyvä yhteistyö omaisten kanssa – hoitajien näkökulma”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Parhaiten toteutuvaksi hoitajien ominaisuudeksi koettiin potilaiden hoitoon liittyvien toimenpiteiden suorittaminen tarkasti ja huolellisesti ● Hyvin toteutuvaksi ominaisuudeksi koettiin potilaiden hoitoon liittyvä luottamuksellinen ja rehellinen toiminta, myös potilaille annetut lupaukset pidettiin ● Lääkkeiden anto virheettömyys koettiin ominaisuudeksi ● Potilaan voinnista oltiin selvillä ● Potilaan ravitsemuksesta ja puhtaudesta huolehdittiin ● Potilaiden asioiden salassa pitämisestä toisilta potilailta huolehdittiin ● Potilasta kunnioitettiin ● Toimittiin potilaan parhaaksi ● Hoitoon liittyviä asioita selvitettiin omaisille ● Omaisia rohkaistiin ja tuettiin henkisesti ● Kivunhoidosta huolehdittiin hyvin 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajan ajattelun itsenäisyys ja toiminnan varmuus koettiin huonosti toteutuvaksi ● Myös hoitajan tehokkuus ja nopeus potilashoidossa koettiin huonosti toteutuvaksi ● Hoitajien toimintaa potilasta hoidettaessa ei koettu älykkääksi, vaan koettiin ettei osata vastata tai tiedetä asioista potilaan niistä kysyessä ● Erilaisia hoitovaihtoehtoja ei tarjottu hoidon toteuttamiseksi ● Hoitoa suunniteltiin vähäisesti yhdessä potilaiden ja omaisten kanssa ● Potilaiden ja omaisten osallistumista hoitoon rohkaistiin vähäisesti ● Potilasta tuettiin huonosti löytämään myönteisiä asioita sairaudesta ja tilanteesta ● Omaisia ei neuvottu seuraamaan potilaan oireita ja tuntemuksia ja kertomaan niistä hoitajille ● Omaisten omien tilojen puuttuminen
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Yhteistyön lisääminen ja kehittäminen omaisten kanssa ● Omaisten kuunteleminen ● Potilaiden ja omaisten henkisen rohkaisun tukeminen sekä potilaan hoitoon osallistumisen lisääminen ● Tehohoitajan ammatillisten ominaisuuksien vahvistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajan ajan riittävyys ● Työssä jaksaminen ● Työtehokkuuden vähentyminen

SWOT-analyysi Tanhuan (2005) tutkimuksesta ”Omaisille tiedottaminen teho-osastolla”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Omaisten tiedon määrää paransi aktiivinen kysely ● Sairaanhoidajat kokivat velvollisuuksiinsa kuuluvan omaisten tilanteen ja kriisin ymmärtämisen ● Hoitajat kokivat työnkuvaan kuuluvan omaisia varten läsnä osastolla olon ● Hoitajan positiivinen läsnäolo paransi vuorovaikutusta ● Hoitajan läsnäolo toi inhimillistä ja tukea osoittavaa suhtautumista omaiseen ● Mahdollisuutta keskustella lääkärin kanssa pidettiin tärkeänä 	<ul style="list-style-type: none"> ● Epäselvyydet työnjaosta tiedottamisessa ja koulutuksen puute heikensi tiedonsaantia ● Tiedonsaantia heikensi myös huono tiedon ymmärrettävyys, ohjeiden ja tiedon puute ● Tiedon huono ymmärrettävyys johtui omaisten kriisistä ja liiallisesta lääketieteellisten termien käytöstä - omaisten kriisiä ei ymmärretä, jolloin ei tiedetä miten kussakin tilanteessa tiedotetaan potilaan voinnista ● Tiedonsaantia heikensi vuorovaikutusta estävä tiedottaminen, jolloin tieto oli riittämätöntä ja vaikeasti saatavaa
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Tiedottamista tukee <ul style="list-style-type: none"> - omaisten vierailujen suunnittelu - riittävä, selkeä ja rehellinen tiedottaminen - ammatillisesti kokenut henkilökunta - vuorovaikutusta tukeva tiedottaminen - tiedon saatavuuden varmistaminen - tiedonantotapaan huomion kiinnittäminen - toivoa ylläpitävä tiedottaminen - selkeä tiedottamisen vastuunjako tiedottamisen sisältöä koskien 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tiedonsaantia estäviä tekijöitä on potilaan huono kunto ja toimintaympäristön kiire ● Lääkärin ja hoitajien erilaisten tiedottamisen vastuualueiden tietämättömyys ● Sairaanhoidajan tai lääkärin persoonallisuus voi vaikuttaa puutteellisiin vuorovaikutustaitoihin, jolloin tiedonsaanti voi estyä

SWOT-analyysi Korhosen (2007) tutkimuksesta ”Ilman teitä en olisi selvinnyt potilaiden kokemuksia tehohoidosta ja kuntoutumisesta tehohoidon jälkeen”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Saatu hoito koettiin hyvänä ja turvallisena ● Tehohoito kokemukset koettiin pääasiassa myönteisinä ● Hoitoympäristö koettiin turvallisena ● Tehohoidon jälkeinen osastokonsultaatio koettiin erittäin positiivisena ● Kuntoutus tehohoidon jälkeen koettiin positiivisena ● Positiivisella ja aktiivisella asenteella tuettiin potilaiden fyysistä kuntoutumista ● Läheisten ihmisten tuella, myönteisellä elämän asenteella, harrastuksilla, huumorilla ja uskonnolla tuettiin potilaiden psyykkistä kuntoutumista ja sopeutumista ● Ihmissuhteiden, ystäväpiirin ja työelämän avulla tuettiin potilaiden sosiaalista kuntoutumista 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tehohoitoon koettiin liittyvän myös epämiellyttäviä ja epätodellisia kokemuksia, koskien unia, sekavuutta, muistamattomuutta, hoitotoimenpiteitä ja hoitoympäristöä ● Potilaiden turvattomuuden tunnetta lisäsi tietämättömyys ● Potilailla esiintyi epäselvää ajankulkua ● Hengityskonehoito aiheutti kommunikointivaikeuksia ● Jatkohoitoon siirtyminen aiheutti turvattomuuden tunnetta potilaalle, koska hoitaja ei ollut enää koko ajan vierellä, eikä jatkuvaa monitorivalvontaa ollut ● Riippuvuuden tunnetta koettiin, joka aiheutti avuttomuuden, puolustuskyvyttömyyden, yksinäisyyden ja hylätyksi tulemisen tunnetta ● Koettiin huolen ja pelon tunteita omaisten jaksamisesta, uudelleen sairastumisesta, toipumisesta ja kuntoutumisesta ● Potilaalle aiheutui tehohoidosta fyysisiä muutoksia kuten väliaikaista liikuntakyvyn huononemista, voimattomuutta, väsymystä, huimausta, kipua, tunnottomuutta, puutumista, leikkausarpia ja avanteita ● Potilaalle ilmeni ulkonäöllisiä muutoksia, joka aiheutti haluttomuutta ja kyvyttömyyttä palata entisenlaiseen elämään
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Potilaan turvallisuus luodaan hoitajan jatkuvalla läsnäololla, aitoudella ja välittävällä hoitotyöllä ● Käytetään tehohoidon jälkeistä osastokonsultaatiota ● Fyysistä kuntoutumista tuetaan sovitun jatkokuntoutuksen avulla ● Taloudellisten asioiden neuvonta turvataan - erilaisten tukimahdollisuuksien selvittäminen ● Mahdollistetaan läheisten ja ystävien tuki sekä harrastus- ja järjestötoiminta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajan välittämisen puute ja passiivinen suhtautuminen aiheutti turvattomuuden tunnetta ja fyysisiä oireita vuodeosastolla ● Inhimillisyyden puute koettiin esineellistävänä ja ihmisarvoa loukkaavana ● Jatkokuntoutuksen puute ei tue potilaan kuntoutumista ● Tiedon ja tuen puute ei tue potilaan kuntoutumista ● Potilaan sosiaalinen eristäytyminen aiheutti yksinäisyyttä, masennusta ja ahdistusta

SWOT-analyysi Pekurisen (2008) tutkimuksesta ”Tehohoitopotilaan läheisen tuen tarve”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Läheisten varmuus siitä, että potilas saa parhaan mahdollisen hoidon ● Kysymyksiin vastataan suoraan ja avoimesti <ul style="list-style-type: none"> - ymmärrettävää tietoa tilanteesta - tieto odotettavissa olevasta paranemisennusteesta - toivon tunteen säilyttäminen ● Hoitohenkilöstön välittäminen potilaasta ● Mahdollistetaan säännöllinen tapaaminen ja joustavat vierailuajat <ul style="list-style-type: none"> - kerran päivässä tietoa potilaan voinnista - ilmoitus läheiselle, jos voinnissa tapahtuu muutoksia ● Etukäteen tietoa potilaan siirrosta vuodeosastolle 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitohenkilökunta ei osallistu omaisten ja lääkärin kanssa keskusteluun ● Päivystysaikana päivystävän lääkärin vähäisempi perehtyneisyys potilaaseen
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Tunnistaa läheisten tarpeet ja vastata niihin <ul style="list-style-type: none"> - ahdistuneisuuden lievittymisen ja turvan tunteen tarpeeseen vastaaminen - auttaa sopeutumaan vaikeaan elämäntilanteeseen ● Läheiset saavat neuvoja ja tukea <ul style="list-style-type: none"> - kirjallista ja suullista tietoa potilaasta ja teho-osaston toiminnasta ● Läheiset tarvitsevat henkilökunnan heille osoittamaa hyväksyntää ja rohkaisua vierailuajojen tauottamiseen ● Hienotunteisuuden ja toivon tunteen säilyttäminen ● Vaikeista aisoista puhuminen avoimesti ja rehellisesti 	<ul style="list-style-type: none"> ● Naiset tarvitsevat enemmän tukea ahdistuksen lievittämisen ja turvan tunteen tarpeissa ● Nuoret tarvitsevat psykososiaalista tukea enemmän ● Äkillisesti tehohoitoon joutuneen potilaiden läheiset tarvitsevat tukea enemmän tiedon saannin tarpeessa

SWOT-analyysi Mäenpään (1998) tutkimuksesta ”Hoitosuhte teho-osastolla – hoitajan suhde potilaaseen ja hänen läheisiinsä teho-osastolla sairaanhoitajan näkökulmasta”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Tehohoitotyö koetaan monipuolisena ● Teho-osasto koetaan positiivisena ja toiveikkaana paikana - suurin osa potilaista toipuu ● Huolenpito ja hoivaaminen korostuvat tehohoitotyössä ● Onnistunut vuorovaikutus - edesauttaa hoitosuhteen muodostumista ● Työ- ja elämäkokemuksesta on hyötyä hoitosuhteen luomisessa ● Ammatillisuuden säilyttäminen - erilaisissa tilanteissa ● Omahoitajajärjestelmä ● Työnohjaus ja debriefing 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajan ja potilaan suhde on myös hyvin emotionaalinen, joka sisältää myös negatiivisia tunteita - ihmisen hädän, tuskan ja kuoleman kohtaamista - koetaan ahdistusta potilaan pahan olon ja ahdistuksen myötä ● Tehohoitotyössä hoidosta luopuminen myös koetaan tuskaa aiheuttavana ● Hoidon laadusta luopumista koetaan kiireen ja henkilökuntapulan vuoksi ● Nonverbaalista vuorovaikutusta ei huomioida ● Avuttomuuden, rajallisuuden ja riittämättömyyden tunnetta koetaan - aina potilasta ei pystytä auttamaan ● Läheisten surun ja tuskan tunteiden vastaanottaminen
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajan ja potilaan suhde monivivahteinen ja sisältää erilaisia tekijöitä ● Ammatillisuus korostuu - miten suhtaudutaan potilaaseen - miten ymmärretään potilasta - miten kohdataan potilaan tarpeet ● Läheisten tarpeiden huomioiminen ottaminen ja inhimillisuus ● Onnistunut vuorovaikutussuhde potilaan ja läheisten kanssa vaatii ammattitiedon lisäksi ammattitaitoa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vuorovaikutus rajoittunutta ja vaikeutunutta ● Ihmistä ei huomioida tai kohdata inhimillisesti - työympäristön, välineiden ja teknisten laitteiden keskeltä ● Äkillisen elämänmuutoksen (-kriisin) tuomat vaikutukset ● Yhteiskunnassa mitataan kaikki rahassa ja tuottavuudessa ● Työssä uupuminen

SWOT-analyysi Mäkelän (1998) tutkimuksesta ”Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö tehohoidossa sairaanhoitajan kuvaamana”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Tiiminä työskentely parantaa työilmapiiriä ● Kriittisissä ja nopeaa päätöksentekoa ja toimintaa vaativissa tilanteissa ammattilaiset osaavat ja tietävät miten toimia ● Tiimi koetaan henkisenä voimavarana ● Potilaan hoitajat osallistuvat lääkärikerroille aktiivisesti ● Keskustelua potilaan hoidosta ja voinnista käydään omaisten, lääkärin ja hoitajan kesken ● Yhdessä työskentely ilmenee hoidon yhteisenä tavoitteena - aina potilaan hyvä vointi ● Tuttu tiimi herättää luottamusta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoidon suunnitteluun hoitajat osallistuvat vaihtelevasti ● Hoitajat vetäytyvät ristiriitatilanteissa lääkärin hoitolinjakeskusteluista ● Huonosti toimiva tiimityö syynä vähäiseen yhteistyöhön ● Tehohoidon kiireinen luonne ● Hoitoon osallistuvien erilaiset persoonat - kiireessä korostuu erilaisten persoonien huono yhteistoiminta ● Lääkärin keskinäinen erimielisyys ja yhteistyön puute
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Yhteistyö hoitajan ja lääkärin välillä tehohoidossa näkyy yhdessä työskentelynä ● Yhdessä työskentely parantaa potilaan hoitoa - potilaan hoidosta keskusteleminen ja kysely - lisää myös turvallisuutta työpaikkana, koskaan ei ole yksin ● Hoidon yhteinen tavoite auttaa jaksamaan ja yrittämään potilaan hyväksi vaikeissakin tilanteissa ● Potilaan hoidosta keskusteleminen on mahdollista, kun lääkäri arvostaa hoitajan mielipiteitä ja kokemusta ● Yhteistyötä parantavat hyvät ihmissuhteet, lääkäriltä saatava positiivinen palaute sekä lääkärin saatavilla olo ja vahva ammattitaito 	<ul style="list-style-type: none"> ● Potilaiden hoitoa ei voi toteuttaa ilman eri ammattiryhmien työskentelyä tiiminä ● Tiimityö korostuu kriittisissä ja nopeaa päätöksentekoa ja toimintaa vaativissa tilanteissa ● Puutteellinen kyky työskennellä yhdessä ● Lääkärin huono kyky kuunnella ja keskustella hoitajien kanssa ● Näkemuserot hoitolinjoista ● Toisen työn kunnioittamisen puute

SWOT-analyysi Latvalan (2001) tutkimuksesta ”Sairaanhoitajien ammatillinen yhteistyö – kyselytutkimus erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajat arvioivat yhteistyövalmiutensa yleensä hyväksi ● Sairaanhoitajat tekevät mielellään yhteistyötä toisten sairaanhoitajien kanssa ● Yleisesti hyvät dialogitaidot <ul style="list-style-type: none"> - perusvuorovaikutustaidot - taito kuunnella - neuvottelu- ja perustelukyky - oman ja toisen työn arvostaminen ● Työyksikössä säännöllisesti osastokokouksia tai tiimi-palavereja hoitohenkilökunnan kesken ● Tärkeimpänä pidetään työyksikön sisäisen yhteistyön ja saman ammattiryhmän yhteistyön kehittämistä ● Asiantuntijasairaanhoitajina konsultoidaan yleensä vahvan ammattikokemuksen omaavaa sairaanhoitajaa <ul style="list-style-type: none"> - joko omalla tai toisella erikoisalalla - liittyen potilaan hoidon suunnitteluun ja hoitotyön toteuttamiseen ● Oma oppimisen lisäksi yhteistyön koetaan parantavan hoitotyön laatua 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajilla (25 %) ei ole riittävästi tietoa yhteistyöstä ● Osa hoitajista (36 %) ei ole koskaan osallistunut yhteistyötaitoja kehittäviin koulutuksiin ● Vähiten tyytyväisiä hoitajat omiin atk-valmiuksiin ● Yleinen ilmapiiri ei välttämättä tue hoitajien keskinäistä yhteistyötä eikä moniammatillista yhteistyötä ● Ei järjestetä riittävästi yhteistyötä kehittävää koulutusta <ul style="list-style-type: none"> - ei keskustelua yhteistyömahdollisuuksista ● Osastonhoitajilta odotetaan enemmän rohkaisua, kannustusta ja yleensä palautetta
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tietoa eri yksiköistä ja yhteysmahdollisuuksista <ul style="list-style-type: none"> - kokonaisuus tutuksi, oman toiminnan yhdistäminen mahdollistuu ● Eri yksiköiden ja asiantuntijoiden esittelyjä <ul style="list-style-type: none"> - vierailuja osastotunneille - työn arvostamisen lisääntyminen ● Yhteistyökumppanit tutuksi <ul style="list-style-type: none"> - pääsy pois kilpailutilanteesta ● ”Infoiskuja” eri alojen asiantuntijoilta <ul style="list-style-type: none"> - sairaanhoitajilta kertovat työstään - millaisissa asioissa toisia sairaanhoitajia voi konsultoida ● Kollegiaalisuuskoulutukset <ul style="list-style-type: none"> - asennekoulutus tarpeellista ● Osastonhoitajille koulutusta positiivisen palautteen antamisesta, vuorovaikutuksesta ja avoimen ilmapiiriin vaikuttamisesta, yleensä johtamistaidoista 	<p>UHAT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Organisaation eri yksiköiden välillä on eroja oppivan organisaation periaatteiden mukaisten ammatillisten yhteistyömuotojen toteutumisessa ● Eri hoitotyön alueen osastonhoitajien kyvyssä yhteistyöhön on huomattavia eroja ● Ristiriitojen olemassaolon kieltäminen ● Ongelmatilanteiden käsittelyn riittämättömyys ● Keskustelematon työyhteisö <ul style="list-style-type: none"> - ei hyväksytä erilaisia mielipiteitä ● Työpaikkakokousten ilmapiiri ei ole avoin, luottamuksellinen ● Yhteistyön sujuvuutta ei arvioida

SWOT-analyysi Lyytikäisen (2002) tutkimuksesta ”Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajilla on sama potilaan hoitoa koskeva tavoite lääkärin kanssa ● Hoitajat saavat lääkäriltä tietoa potilaan ennusteesta ● Hoitajat keskustelevat yhdessä lääkärin ja omaisten kanssa - potilaan sairaudesta, hoidosta ja ennusteesta - keskussairaaloiden teho-osastoilla hoitajat osallistuvat yhteisiin keskusteluihin omaisten ja lääkärin kanssa ● Valtaosa hoitajista tietää mistä hoidon rajaamisen asioista lääkäri on keskustellut omaisten kanssa ● Hoitajien mielestä omaiset saavat totuudenmukaista tietoa - potilaan sairaudesta ja ennusteesta ● Hoitajat ovat harvoin eri mieltä hoidon rajaamisesta lääkärin kanssa - hoitajat kunnioittavat lääkärin päätöksiä, myös ollessaan eri mieltä hoidon rajaamispäätöksistä ● Hoitajat voivat vähentää potilaan kärsimyksiä esittämällä mielipiteensä hoidosta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitaja asettaa harvoin yhdessä lääkärin kanssa potilasta koskevia hoidon tavoitteita ● Hoitajien mielestä lääkärit eivät odota saavansa tukea hoitajilta päätöksenteossa ● Hoitajat osallistuvat harvoin lääkärin ja omaisten yhteisiin keskusteluihin - yliopistosairaaloissa teho-osastojen hoitajista alle puolet osallistuu yhteisiin keskusteluihin omaisten ja lääkärin kanssa ● Hoitajat kokevat, että tehohoidon rajaamista koskeva päätöksenteko edellyttää harvoin hoitajan ja lääkärin yhteistyötä ● Hoitajat eivät voi nopeuttaa hoidon rajaamisen päätöksentekoa esittämällä mielipiteitä potilaan hoidosta
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajien ja lääkäreiden kommunikaatio on avointa - teho-osaston ilmapiiri mahdollistaa avoimen keskustelun ● Hoitajat tukevat lääkäriä hoidon rajaamisen päätöksenteossa ● Hoitajat, joilla on kokemusta tehohoidon rajaamisesta kokevat, että hoidon rajaaminen edellyttää hoitajan ja lääkärin tiimityötä ja keskinäistä tukea ● Hoitajat ovat tietoisia potilaan tehohoidon rajaamista koskevista suunnitelmista ● Hoitaja voi luottaa lääkärin paikalle saapumiseen ja läsnäoloon ● Hoitajat luottavat lääkärin hoidon rajaamista koskeviin tietoihin ja taitoihin ● Hoitosuunnitelmissa on selkeät ohjeet hoidon rajaamisesta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lääkärit eivät ole halukkaita keskustelemaan hoidon rajaamisesta hoitajien kanssa ● Tehohoidon rajaaminen ei perustu hoitajien mielestä lääketieteen ja hoitotyön yhteiseen näkemykseen potilaan tilasta ● Hoitajat eivät pidä lääkäriä samanarvoisena työkaverina kuin hoitajakollegoitaan ● Lääkäri suhtautuu välinpitämättömästi hoitajan eriävään mielipiteeseen ● Hoitajat eivät ole itse halukkaita jakamaan vastuuta ● Lääkäri ei rohkaise hoitajia vastuun jakamiseen päätöksenteossa ● Hoitajat esittävät harvoin omia ammatillisia mielipiteitään hoidon rajaamisesta

SWOT-analyysi Raatikaisen (2004) tutkimuksesta ”Sairaanhoitajien työtyytyväisyys ja työn kuormittavuus tehohoidossa”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Hoitajat suhteellisen tyytyväisiä työhönsä ● Työ on haasteellista ja vaihtelevaa ● Työ tarjoaa ammatillisen kasvun mahdollisuuksia <ul style="list-style-type: none"> - etenkin nuorille hoitajille ● Yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden kesken toimii hyvin ● Työssä oppimista ja kehittymistä tuetaan <ul style="list-style-type: none"> - hyvä perehdytys uusille työntekijöille - täydennyskoulutusmahdollisuudet ● Työn kuormittavuus tasapainossa keskisuurilla teho-osastoilla <ul style="list-style-type: none"> - toiminta, resurssit ja johtaminen vastaavat toisiaan 	<ul style="list-style-type: none"> ● Esimiehiltä ja sairaalan johdolta saatu tuki puutteellista ● Hoitajat odottavat enemmän tukea työlleen ● Vanhamuotoisen erikoissairaanhoitajakoulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen kesken eroavaisuuksia työtyytyväisyydessä <ul style="list-style-type: none"> - vanhamuotoisen erikoissairaanhoitajakoulutuksen saaneilla ei ole varsinaisia uralla etenemisen mahdollisuuksia ● Työssä käytettävä teknologia kuormittaa hoitajien työtä ● Henkilöstön riittämättömyys ja vaihtuvuus ● Yliopistosairaaloiden toimintojen monipuolisuus, työyksiköiden suuri koko
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Kokeneimpien ja pätevien hoitajien vaikutusmahdollisuuksia lisätään <ul style="list-style-type: none"> - kehittämisprojektit ● Osaamisen siirto kokeneilta hoitajilta nuoremmille <ul style="list-style-type: none"> - mentorointi ● Pyritään järjestämään kokeneitakin hoitajia motivoiva työskentely <ul style="list-style-type: none"> - mahdollistetaan hyvät, yksilölliset edellytykset ● Uuden hyväksi todetun toimintatavan oppiminen ja soveltaminen omaan työskentelyyn <ul style="list-style-type: none"> - vertaiskäynnit toisille teho-osastoille - valtakunnalliset ja alueelliset koulutuspäivät ● Nuorten hoitajien mahdollisuus yhdistää työ- ja perhe-elämä sekä opiskelu ● Johtamisjärjestelmien kehittäminen ● Hoitajien ja lääkäreiden tiimityön ja työnjaon kehittäminen ● Tehokas rekrytointityö <ul style="list-style-type: none"> - apuvälineenä tutkimukset ja selvitykset ● Pienten tehojen toimivuuden parantaminen <ul style="list-style-type: none"> - lisätään resursseja tai yhdistetään niitä toisiin tehoihin ● Suurten yliopistosairaaloiden teho-osastoja toimivammaksi ja inhimillisemmiksi <ul style="list-style-type: none"> - jakamalla niitä suhteellisen itsenäisiin alayksiköihin 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ylihoitajilta saatavan tuen puute <ul style="list-style-type: none"> - ylihoitajien liian vähäinen määrä - ylihoitajien hallinnollinen rooli ● Hoitotyön johtajien rekrytointiin ei kiinnitetä huomiota <ul style="list-style-type: none"> - tehtävään valitaan epämotivoituneet, ei toisia innostavat, ei tulevaisuuteen suuntaavat johtajat ● Lähiesimiesten pätevyysvaatimuksia ei tarkasteta tai huomioida ● Naispuolisilla hoitajilla työn tukemiseen ja vaikutusmahdollisuuksien parantamiseen ei kiinnitetä huomiota ● Työtyytyväisyys vaihtelee eri teho-osastojen kesken ● Pienten tehojen resurssien niukkuus ● Yliopistosairaaloiden moniportainen byrokratia ja päätöksenteon etäisyys

SWOT-analyysi Alhon ja Poskiparran (1997) kartoituksesta ”Sairaanhoitajakonsultaatio kartoitus teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamisen hyödyntämisen tarpeellisuudesta Keski-Suomen keskussairaalan vuodeosastoilla”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Sairaanhoitajat kokevat voivansa käyttää lääkärin estyessä sairaanhoitajakonsultaatiota ● Teho-osaston sairaanhoitajat pystyvät vastaamaan vuodeosaston hoitajan ongelmiin ● Konsultaatiota käyttäneistä on valtaosa tyytyväisiä ● Annettu tieto on käyttökelpoista - vaikutusta myös hoitajan omaan hoitokäytäntöön ● Konsultaatioapu on helposti tavoitettavissa, käytännönläheistä ja ymmärrettävää ● Kohtaamiskokemukset pääasiallisesti myönteisiä sekä palveluhenkisiä - vastaajien helppo lähestyä teho-osaston henkilökuntaa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Konsultaatioavun saamisessa on jonkin verran vaikeuksia - lääkäri estynyt tulemasta paikalle ● Annetulla tiedolla ei juurikaan vaikutusta osaston yleiseen hoitokäytäntöön - yksittäiset tilanteet - tiedonkulku ei aina etene ● Koettu myös kynnys lähestyä teho-osaston henkilökuntaa kohtaan korkeaksi ● Vaikeahoitoisten potilaiden määrä on lisääntynyt
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Sairaanhoitajakonsultaatio on tarpeellista ● Konsultaatiotoiminnan kehittäminen tärkeää ● Konsultaation käyttömäärä lisääntyy jos toiminnasta tiedotetaan ● Konsultaatiotoiminta tulisi olla organisoitua ja virallista ● Tehohoidon asiantuntijuus on kehittynyt ja perustuu kokemukseen ja ammattitaitoon - edellytys konsultaatiosairaanhoitajalle ● Teho-osaston toiminnan monipuolisuuden vuoksi yhteistyökyky ja moniammatillisuuden hyödyntäminen on välttämätöntä - resurssien maksimaalinen hyödyntäminen ja oikea kohdentaminen ● Turvataan potilaan laadukas ja hyvä hoito sekä hoidon jatkuvuus ● Hoitajien kollegiaalisuuden ja ammattitaidon kehittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Toiminnan tarpeellisuus koetaan kielteiseksi ● Huonot kokemukset hoitajilla - epäonnistunut kohtaaminen - ammatillinen kehittymättömyys konsultaation pyytäjän tai antajan kohdalla ● Potilas ei saa asiantuntevaa ja vastuullista hoitoa riippumatta siitä, missä häntä hoidetaan ● Konsultaatiotoiminnan toteuttaminen olemassa olevilla resursseilla vaikeaa ● Vaatii hoitajilta asennoitumista ja ammatillista kasvua, jotta erikoistietämyksen jakamisesta tulee osa jokapäiväistä toimintaa

SWOT-analyysi Meriläisen (2005) tutkimuksesta ”Tehohoidon jälkiseurantapoliklinikan toiminnan kuvaus”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Potilaat ja omaiset kokevat käynnin erittäin myönteisenä ● Saavat tarpeellista tietoa sairaudesta, hoidosta, toipumisesta sekä ohjausta ● Omaisten mukana olo käynnillä antaa mahdollisuuden monipuoliseen asioiden tarkasteluun ja tukee yhteistyötä ● Hoitajien ohjaava ja kannustava toiminta luo perustan onnistuneelle käynnille ● Luottamuksellisen suhteen syntyminen ● Potilaan näkeminen toipuneena 	<ul style="list-style-type: none"> ● Päivän aikataulutus - odotusajat pitkiä ● Isossa sairaalassa kulkeminen koettiin vaikeaksi ● Hoitajan rutiininomainen suorittaminen, tilanteeseen valmistautumattomana joutuminen ● Hoitajat kokivat seurannassa käytettävän lomakkeen vieraana - samojen kysymysten toistuvuus ● Omaisten puuttuminen käynniltä ● Ahdistuneen ja masentuneen potilaan kohtaaminen
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Saadun tiedon avulla potilaat pystyvät yhdistämään kokemuksensa ja tietonsa kokonaisuudeksi ja käsittelemään sitä ● Tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka toiminnasta tulisi käytäntö kaikille pitkään tehohoidossa olleille ● Potilaiden toipumisen seuraaminen ja kokemusten kuuleminen antaa arvokasta tietoa tehohoidon asiantuntijoille ● Tehohoidon asiantuntijoiden antama tieto edistää toipumisessa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Potilaat koettiin passiivisina ollessaan hiljaisia tai sulkeutuneita ● Potilaan yli puhuminen omaiselle ● Hoitajan ja lääkärin lomakkeissa oli osittain kysytty samoja asioita - osa kokee toistamisen olevan turhaa ja häiritsevää

SWOT-analyysi Pöykön (2006) tutkimuksesta ”Konsultaatiohoitajatoimintakokeilu kokeilun aikainen toiminta ja tehohoidosta siirtyneen potilaan hoitaminen vuodeosastolla”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Positiivinen suhtautuminen konsultaatiohoitajatoimintaan - potilaat ja omaiset ● Omaisten tiedon tarpeen huomioiminen ● Osaston henkilökunnan ystävällisyys ● Hoitajien tyytyväisyys ● Hyvä vastaanotto vuodeosastolle mentäessä ● Toivomus konsultaatiohoitajatoiminnan jatkumisesta ● Konsultaatiohoitajat pitävät tärkeänä potilaan voinnin seurantaa ● Konsultaatiohoitajat tiedostavat vuodeosaston hoitajien oman asiantuntijuusalueen ● Lääkäreiden tuki toiminnalle 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vuodeosastojen ja teho-osaston nestevuorokauden vaihtuminen eri aikaan ● Verensokeriarvot potilailta koholla ● Virtsamäärän ja nestetasapainon seuraamisessa ongelmia ● Hengityksen turvaamiseen liittyvä hoito puutteellista ● Katetrien ja kanyylien hoitoon ohjauksen tarvetta ● Huonokuntoisten potilaiden vaativa ja työllistävä hoitaminen ● Huoli resurssien riittävydestä ● Tiedonsiirron ongelmat ● Potilaan hoidon suunnittelu vuodeosastolla
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Vuodeosaston hoitajien tukeminen ohjaamalla sekä tukemalla potilaan hoitoon liittyvää toimintaa ● Vuodeosaston hoitajien päätösten varmistaminen konsultaatiohoitajalta ● Neste- ja lääkehoidon kysymyksiin vastaaminen ● Hengitykseen ja happeutumiseen liittyvien asioiden ohjaaminen ● Vuodeosastonhoitajat voivat hyödyntää konsultaatiohoitajan asiantuntijuutta potilaan hoidossa ● Yhteistyö lisää hoitohenkilökunnan välistä kollegiaalisuutta ja tietojen ja taitojen lisääntymistä 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tiedon puute konsultaatiohoitajatoiminnasta aiheuttaa hämmennystä ja luuloja toimintaa kohtaan ● Konsultaatiohoitajatoimintaa pidetään vuodeosaston hoitajan ammattitaidon aliarvioimisena ● Teho-osaston oma henkilökunta suhtautuu konsultaatiohoitajatoimintaan negatiivisesti ● Uuden toiminnan aloittaminen vaatii resursseja - välineet ja ihmiset ● Yhteisten pelisääntöjen puute ● Potilasta ja omaisia ei valmistella tulevaan osastosiirtoon

SWOT-analyysi Jauhiaisen (2009) tutkimuksesta ”Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina”.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> ● Vuodeosaston sairaanhoitaja valmistelee potilaspaikan valmiiksi - potilaspaikan siivoaminen - hoitovälineiden hankkiminen - tarvittavien lääkkeiden etukäteen tilaaminen ● Siirtoajankohta voidaan useasti suunnitella joustavasti yksiköiden tarpeen mukaan ● Ennakkotieto potilaan siirtymisestä annetaan vuodeosastolle ● Potilaan valmistellaan siirtoon - mahdollistetaan ruokailu - suonensisäiset lääkkeet vaihdetaan vuodeosastolla käytettäviin muotoihin - aamupesuihusta huolehditaan - tarpeettomat kanyylit ja dreelit poistetaan - potilaan kuntoutuksesta huolehditaan aamulla ennen vuodeosastolle siirtoa ● Potilasta tuetaan emotionaalisesti, omaisia informoidaan osastosiiirrosta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vuodeosastolla tiedon vastaanottamisen välillä on erilaisia työnjakomalleja ● Vuodeosaston paikkatilanne voi aiheuttaa vastaanottavan vuodeosaston vaihtumisen - eristämistarve tms. ● Aina siirtoajankohtaa ei voi sopia etukäteen - tehopaikka voidaan tarvita kiireellisesti toiselle potilaalle ● Potilaat siirtyvät vuodeosastolle aamuvuoron aikana - aamurutiinien aikana ● Suunnittelemattomat potilassiirrot aiheuttavat pirstaleisuutta ja kiirettä teho- ja valvontaosastolla ● Sijaiset eivät tunne potilassiirron ja yksikön rutiineja - tietoa ei siirry oleellisista asioista
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> ● Siirtoajankohta on suunnittelu ja koordinoitu ● Potilaspaikan järjestelyt ovat kunnossa ● Jatkohoitopaikan järjestämisen työnjako on selkeä ● Potilaan siirtovalmius on varmistettu ● Potilaan vastaanottaminen vuodeosastolle onnistuu ● Tiedonsiirto on turvattu - puhelimesta, kirjallisesti sekä raportointi vuodeosastolla ● Henkilökunnan määrä on riittävä sekä osaaminen varmistettu ● Yksiköiden välinen yhteistyö toimii 	<ul style="list-style-type: none"> ● Koordinoimaton tiedonsiirto - päällekkäiset, puuttuvat tiedot ● Yksikkökohtaiset toimintatavat - neste- ja infuusiovarustekäytännöt ● Yksiköiden erilaiset tiedontarpeet ● Riittämättömät resurssit - aika- ja paikkaresurssit ● Siirron suunnittelemattomuus ● Potilaiden määrä ja hoitoisuus

Sisällönanalyysi vuodeosastojen hoitajien kokemuksista konsultaatiohoitajatoiminnasta

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Erilaiset koneet ja laitteet	Laitteiden ja välineiden toimintaan liittyvä ohjaus	Konsultaatiotarpeen tunnistaminen	Vuodeosaston hoitajien toiminnan tukeminen
Harvinaisemmat i.v.lääkkeet Lääkkeen antotapa Erikoislääkitykset In-fuusionesteet Suonensisäinen ravitsemus	Lääkehoitoon ja nestehoitoon liittyvä ohjaus		
Keskuslaskimokatetrien toiminta ja hoito Kanylointi	Invasiivisiin katetreihin liittyvä ohjaus		
Trakeomostoidun potilaan hoito CPAP	Hengityksen hoitoon liittyvä ohjaus		
Harvinaisemmat hoidot	Potilasturvallisuus		
Mahdollisuus kysyä neuvoa Kysymyksiin vastauksia Hoitopäätösten tukeminen	Tiedon antaminen ja hoitoa koskevien päätösten tukeminen	Kollegiaalisuus	Vuodeosaston hoitajien toiminnan tukeminen
Vaativaa hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon tukeminen			
Huonokuntoisten potilaiden hoitamiseen osallistuminen			
Tehopotilaan tukeminen vuodeosastolle siirtymisen alkuvaiheessa			
Keskinäinen arvostaminen Odotukset toiminnasta Käytös Asenne	Suhtautuminen konsultaatiotoimintaan	Yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät	Hyvän yhteistyön onnistuminen
Uudet hoitajat Henkilökunnan määrä Konsultaation saatavuus Puhelinkonsultaatio Päivystysaika	Aika- ja henkilöstö resurssit		
Asiantuntijuus alueet Tiedonsiirto Kokemus Ajankohtainen tietotaito	Konsultaatiohoitajan osaaminen		
Tiedottaminen palvelusta Toiminnan joustavuus Keskusteluyhteys ”Matala kynnyks” pyytää apua Tavoitettavuus	Hyvän yhteistyön onnistuminen		

POTILAAN TURVALLISEN JA LAADUKKAAN HOIDON JATKUVUUS

Sisällönanalyysi konsultaatiohoitajien kokemuksista konsultaatiohoitajatoiminnasta

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	
Epätietoisuus toiminnasta	Toiminnan esittely ja siitä informointi	Tiedottaminen	Hyvän yhteistyön onnistuminen	POTILAA TURVALLISEN JA LAADUKKAAN HOIDON JATKUVUUS
Osastoilla kiertäminen Osastoille soittaminen Osastotuntien pitäminen				
Potilaan voinnista ja hoidosta keskustelu	Potilaan hoitoon osallistuminen ja hoitopäätösten tukeminen	Vuodeosaston hoitajia tukeva toiminta		
Suonensisäisen kanyylin laitto Elvytystilanteessa auttaminen	Odotukset toiminnasta			
Toisilta oppiminen Yhdessä työskentely Keskinäinen arvostaminen	Kollegiaalisuus			
Avoimuus Ystävällisyys Keskustelu Kuunteleminen	Hyvät ihmissuhteet	Yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät		
Ilmapiiri Kiinnostus Asenne Kiire Käytös	Positiivinen suhtautuminen konsultaatio toimintaan			
	Negatiivinen suhtautuminen konsultaatio toimintaan			
Turvallisuuden tunne Myönteinen kokemus Nuoret ja sijaiset	Tyytyväisyys konsultaatio toimintaan			

Aila Pyyny
Marika Salmi
puh. teho-osasto 3720

KYSELY
Kemi 31.8.2009

SAATEKIRJE

Hyvä hoitaja,

Länsi-Pohjan keskussairaalassa on toteutettu konsultaatiohoitajatoimintakokeilu 2.2. – 31.8.2009 välisenä aikana. Osastoltanne on voitu tarvittaessa hyödyntää teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamista, joka on voinut käsittää puhelimitse tai osastokäynnillä tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa. Hoitajakonsultaatio on voinut liittyä potilaan elintoimintojen tarkkailuun, laitteiden käyttöön, lääketyksen ja nestehoidon toteuttamiseen tai muuhun sellaiseen toimintaan, joka on tukenut ja helpottanut vuodeosaston hoitohenkilökunnan työtä.

Pyydämme sinua kohteliaammin osallistumaan tutkimukseen vastaamalla kysymyksiin. Kysymysten tarkoituksena on selvittää konsultaatiohoitajatoiminnan tarpeellisuutta Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Lisäksi haluamme selvittää miten mielestäsi konsultaatiohoitajatoimintaa pitäisi kehittää. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä tutkimuksessa voi vastauksiasi tunnistaa. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Opiskelemme Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveystieteiden osastolla ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Tutkinnon opinnäytetyönä toteutamme kehittämistehtävän, jonka tarkoituksena on kartoittaa toiminnan tarpeellisuutta sekä kehittää konsultaatiotoimintaa Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Käytettävän kyselylomakkeen on tehnyt Kristiina Alho ja Päivi Poskiparta 1997.

Kiitos vastauksistasi!

Aila Pyyny
Erikoissairaanhoitaja

Marika Salmi
Sairaanhoitaja (AMK)

KYSELYKAAVAKE

Vastaa seuraaviin kysymyksiin **ruksaamalla** haluamasi vaihtoehto tai **kirjoittamalla** vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Työskentelyaika hoitajana: alle 6 vuotta
 6-10 vuotta
 yli 10 vuotta
2. Ikä: alle 29 vuotta
 30–39 vuotta
 40–49 vuotta
 yli 50 vuotta
3. Erikoisala, jolla työskentelet: sisätaudit
 kirurgia
 neurologia
 keuhkotaudit
4. Onko sinulla kokemusta teho-osaston sairaanhoitajakonsultaatiosta?
 kyllä
 ei
5. Jos sinulla on kokemusta, kuinka monta kertaa olet käyttänyt teho-osaston sairaanhoitajan konsultaatiota viimeisen puolen vuoden aikana? (mikäli sinulla itsellä ei ole kokemuksia siirry suoraan kysymykseen numero 7.)
 useita kertoja
 muutamia kertoja
6. Onko konsultaatio liittynyt:
laitteisiin usein
 joskus
 ei koskaan
- lääkkeisiin usein
 joskus
 ei koskaan
- nestehoittoon usein
 joskus
 ei koskaan
- vitaalinelintoimintoihin esim. hengitys usein
 joskus
 ei koskaan
- muuhun mihin _____

7. Oletko ollut tilanteissa, jolloin olisit tarvinnut lääkärin konsultaatioapua, mutta et jostain syystä ole sitä saanut? (jos et ole ollut, siirry kysymykseen numero 10.)

- usein
- satunnaisesti
- harvoin
- erittäin harvoin
- en koskaan

8. Mitä ovat yleisimmät syyt, jotka ovat olleet syynä em. tapauksissa.

1. _____
2. _____
3. _____

9. Olisiko edellä mainituissa tilanteissa voinut käyttää teho-osaston sairaanhoitajan konsultaatiota?

- usein
- satunnaisesti
- harvoin
- erittäin harvoin
- en koskaan

10. Oletko ollut tilanteissa, joissa olet tarvinnut teho-osaston sairaanhoitajan konsultaatioapua, mutta et ole sitä saanut? (jos et, siirry kysymykseen numero 17.)

- usein
- satunnaisesti
- harvoin
- erittäin harvoin
- en koskaan

11. Vastattiinko esittämäsi kysymykseen ymmärrettävästi?

- ei ollenkaan ymmärrettävästi
- ei kovin ymmärrettävästi
- hyvin ymmärrettävästi
- erittäin hyvin ymmärrettävästi

12. Oliko saatu tieto käyttökelpoista?

- hyvin käyttökelpoista
- jonkin verran käyttökelpoista
- vähän käyttökelpoista
- ei ollenkaan käyttökelpoista

13. Oliko saadulla tiedolla vaikutusta:

a) omaan hoitokäytäntöösi

- erittäin paljon
- paljon
- vähän
- ei ollenkaan

b) osastosi hoitokäytäntöön

- erittäin paljon
- paljon
- vähän
- ei ollenkaan

14. Minkälainen oli teho-osaston sairaanhoitajan palveluhalukkuus?

- erittäin hyvää
- hyvää
- melko hyvää
- huonoa
- erittäin huonoa

15. Millainen on teho-osaston konsultaatioavun pyytämisen "kynnys"?

- korkea
- matala
- ei merkitystä

16. Jos teho-osaston konsultaatiopalveluiden käyttö mahdollisuuksista tiedotettaisiin enemmän, käyttäisitkö niitä nykyiseen verrattuna:

- enemmän
- yhtä paljon
- vähemmän

17. Miten kehittäisit teho-osaston sairaanhoitajakonsultaatiopalvelua?

Joukko väittämiä, vastaa niihin:

18. Sairaanhoitajien välinen konsultaatiotoiminta on osoitus ammattitaidosta.

- samaa mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

19. Konsultaatiotoiminta tukee päätöksentekoa.

- samaa mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

20. Neuvon kysyminen on osoitus heikosta ammattitaidosta.

- samaa mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

21. On vastuullista toimintaa konsultoida tarvittaessa kollegaa.

- samaa mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

22. Konsultointi on osoitus vahvasta ammatti-identiteetistä.

- samaa mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

23. Kaikissa ongelmatilanteissa sairaanhoitajan on aina syytä konsultoida lääkäriä.

- samaa mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

22. Sairaanhoitajilla ei ole sellaisia vahvuusalueita, joista olisi hyötyä toisille sairaanhoitajille.

- samaa mieltä
- eri mieltä
- en osaa sanoa

25. Tarvitaanko mielestäsi osastollasi teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamiseen liittyviä palveluja, perustelee.

KIITOS VASTAUKSISTASI!

HAKUSANAT

Tehoito, hoitotyö, konsultaatio
 Critical care nursing, consultations
 • Ei rajausta

**TIETOKANNAT**

Juolukka	”Tehohoito”= 98 ”Tehohoito ja hoitotyö”= 36
Medic	”Tehohoito”= 594 ”Tehohoito ja hoitotyö”= 41
LINDA	”Tehohoito”= 248 ”Tehohoito ja hoitotyö”= 61
ARTO	”Tehohoito”= 366 ”Tehohoito ja hoitotyö”= 4
ALEKSI	”Tehohoito”= 226
FIMnet	”Tehohoito”= 833 ”Tehohoito ja hoitotyö”= 32 ”Tehohoito ja konsultaatio”= 65
Duodecim	”Tehohoito”= 232
Medline/PUBMED	”Critical care nursing”= 18293 “Critical care nursing ja consultation”= 275
Cinahl (EBSCO)	“Critical care nursing”= 1238 “Critical care nursing ja consultation”= 6
Cochrane	“Critical care nursing and consultation”= 7163 “Critical care nursing and consultation”= 1 (rajaus: title, abstract or keywords)

Valintakriteerit otsikon perusteella:

- Hoitotyötä käsittelevät tehohoidon tutkimukset
- Hoitajakonsultaatio toimintaa koskevat artikkelit



Poissulkukriteerit:

- Neonataali tai lastentehohoito
- Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö
- Muu kirjallisuus

Juolukka	17
Medic	3
LINDA	26
ARTO	7
ALEKSI	3
FIMnet	2
Duodecim	-
Medline/PUBMED	18
Cinahl (EBSCO)	-
Cochrane	-

Tutkimusten valikoituminen:

- Hoitotyötä käsittelevät tehohoidon tutkimukset
- Pro Gradu-tutkielma, liseniaattityö, väitöskirja



Poissulkukriteeri:

- Artikkelit
- Saatavuus aiemmalla haulla toisesta tietokannasta

Lisätty erillinen haku Helsingin, Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistoista

Juolukka	17
Medic	1
LINDA	14
Yliopistot	15
YHTEENSÄ	47

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

LIITE 13 (1)

Tutkija, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä ja menetelmä	Tulokset
Alho & Poskiparta, 1997	selvittää voidaanko teho-osaston sairaanhoitajien erikoisoaamista hyödyntää käyttämällä sairaanhoitajakonsultaatiota ja koetaanko tämä tarpeellisenä	kolmen kirurgisen ja kahden sisätautivuodeosaston sairaanhoitajat (n=82), anestesia- ja kyselykaavake, sisällön analyysi	huonokuntoisten potilaiden hoidossa teho-osaston sairaanhoitajat voivat tukea hoitotyön toteutumista, suurimman osan mielestä sairaanhoitajakonsultaatio on tarpeellista
Jauhiainen, 2009	kuvata organisaation sisäisiä potilassiirtoja ja sairaanhoitajan roolia potilassiirroissa	potilassiirtoihin osallistuneet teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat (n=8), strukturoitu kysely (n=4), teemahaastattelu, sisällön analyysi	sujuvat potilassiirrot ovat suunniteltuja, sujuvuutta edistää riittävä ja osaava henkilökunta, selkeä oikea-aikainen tiedonsiirto sekä yksiköiden välinen yhteistyö
Kokko, 2000	kuvata potilaiden kokemuksia hoitamisesta teho-osastolla	OYS päivystysteho-osaston kirurgiset tai sisätautipotilaat (n=6), teemahaastattelu, sisällön analyysi	hoitaminen teho-osastolla on potilaita varten olemista sekä toimintaympäristön ja vaativien tilanteiden hallintaa
Korhonen, 2007	kuvata pitkään tehohoidossa olleiden potilaiden kokemuksia tehohoidosta ja kuntoutumisestaan tehohoidon jälkeen	tehohoitopotilaat (n=5), haastattelu, sisällön analyysi	pitkään tehohoidossa olleet potilaat tarvitsevat tukea ja tietoa siirtyessään jatkohoitoon, kotiuduttuaan potilaat tarvitsevat ohjausta, kuntoutusta ja jatko-seurantaa
Latvala, 2001	kuvata sairaanhoitajien toteuttaman ammatillisen yhteistyön muotoja, sairaanhoitajien käsityksiä omista yhteistyövalmiuksista, yhteistyön merkityksestä sekä organisaation johdon tuesta yhteistyön kehittämiseksi	yhden keskussairaalan neljän eri osa-alueen sairaanhoitajat (n=300), strukturoitu kysely, SPSS ja sisällön analyysi	yhteistyövalmiudet ovat yleensä hyvät, tärkeimpiä yhteistyökumppaneita ovat oman työyksikön toiset sairaanhoitajat. Moniammatillinen yhteistyö, asiantuntija sairaanhoitajien konsultoinnit ja toisen sairaanhoitajan paremmasta työtavasta oppiminen mainitaan usein
Lehto, 1997	kuvata minkälaista emotionaalista, konkreettista ja tiedollista tukea omaiset kokevat saaneensa teho-osaston henkilökunnalta	viiden keskussairaalan teho-osaston aikuispotilaan omaiset tai läheiset (n=110), kyselylomake, SPSS, sisällön erittely	suurin osa saa emotionaalista ja tiedollista tukea, nuoret ja ne, joilla on alaikäisiä huolettavia kokevat saavansa muita omaisia harvemmin tukea
Lyytikäinen, 2002	selvittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa sekä sairaanhoitajan päätöksentekoon osallistumista edistäviä tai estäviä tekijöitä	kolmen yliopistosairaalan ja neljän keskussairaalan teho-osaston sairaanhoitajat (n=270), strukturoitu kyselylomake, SPSS	sairanhoitajien ja lääkäreiden kommunikaatio on avointa ja potilaan hoitoa koskevat tavoitteet ovat yhteiset, sairaanhoitajat luottavat lääkärin läsnäoloon
Meriläinen, 2005	kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan tehohoidon jälkiseurantapoliklinikan toimintaa	jälkipoliklinikan hoitajat (n=2), lääkärit (n=2), potilaat (n=10) ja omaiset (n=7), poliklinikkakäyntien havainnointi (n=10) ja teemahaastattelu, sisällön analyysi	jälkiseurantapoliklinikan käynti on tärkeä ja tarpeellinen, kokonaisvaltainen tiedon saaminen sairaudesta, hoidosta ja toipumisesta
Mäenpää, 1998	kuvata hoitajan ja potilaan välistä suhdetta sekä hoitajan ja potilaan läheisten välistä suhdetta tehohoitotyössä	eri teho-osastojen sairaanhoitajat (n=29), vapaamuotoinen esseekirjoitus, sisällön analyysi	hoitosuhde teho-osastolla sisältää vuorovaikutusta, inhimillisiä tekijöitä, emotionaalisuutta ja vaatii ammatillisuutta, hoitajan ammattitieto- ja taito korostuu

LIITE 13 (2)

Tutkija, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä ja menetelmä	Tulokset
Mäkelä, 1998	kuvata sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä tehohoidossa	viiden yliopistosairaalan kirurgian, sisätautien ja lasten teho-osastojen (n=29), vapaamuotoiset esseekirjoitukset, sisällön analyysi	yhteistyö ilmenee yhdessä työskentelynä, joka muodostuu tiimityöstä, yhteisestä hoidon tavoitteista ja mahdollisuudesta keskustella ja kysellä potilaan hoidosta, toimiva tiimityö parantaa työilmapiiriä ja potilashoitoa
Palojoki, 2002	kuvata hoitajana ominaisuuksia, hoitoon liittyviä toimintoja ja yhteistyötä omaisten kanssa	pääkaupunkiseudun neljän teho-osaston ja yhden pääkaupunkiseudun ulkopuolisen teho-osaston sairaanhoitajat (n=93), avoimet kysymykset, sisällön analyysi	parhaiten tehohoitajat arvioivat toteutuvan tehohoitajan ominaisuudet ja ihmisuuntautuneet toiminnot
Pekurinen, 2008	kuvata mitä tukea tehohoitopotilaan läheiset tarvitsevat	aikuisen tehohoitopotilaan läheiset (n=60), kyselylomake, CCFNI-mittari	ahdistuksen ja turvan tunteen tarve on tärkein tuen tarve, asiallinen ja ymmärrettävä tiedonsaanti auttaa, läheisyyden säilyttäminen tärkeää
Pöykkö, 2006	kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja tehohoidon yksikön järjestämää konsultaatiohoitajakokeilua	konsultaatiohoitajat, seurantakäytännöt (n=138), teemahaastattelu (n=3), kyselylomake (n=18), SPSS, sisällön analyysi	vuodeosastolle siirtyneiden potilaiden ongelmat liittyivät hengittämiseen ja korkeaan verensokeriin, konsultaatiohoitajat tukevat ja ohjaavat vuodeosaston henkilökuntaa potilaan hoitoon liittyvissä asioissa ja kysymyksissä, osallistuvat potilaan hoitoon, käynnit vähentävät potilaiden pelkoja
Raatikainen, 2004	kuvata ja analysoida teho-osaston sairaanhoitajien tyytyväisyyttä ja työn kuormittavuutta	suomalaisten teho-osastojen sairaanhoitajat (n=302), kyselytutkimus, SPSS	tyytyväisimpiä ollaan työympäristön toimivuuteen, tyytymättömiä esimiehiltä ja sairaalan johdolta saatuun tukeen, autonomian toteutuminen on heikkoa, työn kuormittavuuden lisääntyminen on seurausta potilaiden vaikeammista sairauksista ja hoitoteknologian sekä henkilöstön riittämättömyydestä
Tanhua, 2005	kuvata omaisten ja sairaanhoitajien kokemuksia tiedottamisesta teho-osastolla	tehohoitopotilaan omaiset (n=5), teho-osaston sairaanhoitajat (n=6), teemahaastattelu, sisällön analyysi	toivon antamisella, mahdollisuudella keskustella lääkärin kanssa sekä selkeällä ja ymmärrettävällä tiedottamisella parannetaan omaisten tiedon saantia, tiedon huonoon ymmärrettävyyteen vaikuttaa omaisten kriisi ja liiallisten lääketieteellisten termien käyttö

Sisällönanalyysi yleisimmistä syistä lääkärin konsultaatiopyyntöön

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Hengenahdistus Rintakipu Sydänoireet Huono hapetus Elvytys Huono diureesi	Potilaan vitaalielintoi- mintoihin liittyvä muu- tos	Potilaan voimnin muutos	Potilaan hoitoa koskeva konsultaatio
Potilaan voimnin huonontu- minen Potilaan levottomuus Potilaan tilan arviointi	Muu potilaan tilaan liittyvä muutos	Potilaan voimnin muutos	
Lääkkeet Lääkkeiden antotapa Lääkehoidon seuranta Kipulääkityksen tehostami- nen Rauhoittavan lääkityksen aloitus tai tehostaminen	Lääkehoito	Lääke- ja nestehoitoon liittyvä ohjaus	
Keskuslaskimokatetri Suonensisäisen kanyylin lait- taminen	Invasiiviset kanyylit	Lääke- ja nestehoitoon liittyvä ohjaus	
Ei tavoitettavissa Leikkaussa- lissa Tulevat tuntien päästä Lääkärien vähäisyys	Lääkärin tavoitettavuus	Lääkärikonsultaation saa- tavuus	
Pyynnöstä huolimatta ei tule paikalle Hoitaja ei uskalla pyytää apua	Lääkärin yhteistyö hoi- tohenkilökunnan kanssa	Lääkärikonsultaation saa- tavuus	

Väittämien jakaantumukset

