

Kaisa Hiltunen & Katja Jussila

SYNNYTTÄNEEN ÄIDIN JA TEHOHOITOA TARVITSEVAN VASTASYNTYNEEN HOITAMINEN YHDESSÄ

Toimintamallin laatiminen OYS:n lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolle

Kaisa Hiltunen & Katja Jussila

SYNNYTTÄNEEN ÄIDIN JA TEHOHOITOA TARVITSEVAN VASTASYNTYNEEN HOITAMINEN YHDESSÄ

Toimintamallin laatiminen OYS:n lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolle

Kaisa Hiltunen & Katja Jussila
Opinnäytetyö
Syksy 2024
Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja
kehittämisen tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Kättilö YAMK, Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Tekijät: Kaisa Hiltunen & Katja Jussila

Opinnäytetyön nimi: Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen hoitaminen yhdessä – Toimintamallin laatiminen OYS:n lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolle.

Työn ohjaajat: Satu Rainto & Marja Kinisjärvi

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2024

Sivumäärä: 50 + 4 liitettä

Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisen eli parihoidon toteuttaminen ja organisointi on ajankohtaista, sillä Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) uudella lasten ja vastasyntyneiden teho ja valvontaosastolla kaikki potilashuoneet ovat perhehuoneita, joka mahdollistaa parihoidon toteuttamisen. Tehohoitoa tarvitseva vastasyntynyt erotetaan vielä usein äidistään syntymän jälkeen, vaikka tiedetään, että äidin ja vastasyntyneen yhdessä hoitaminen tuomaa monia terveyshyötyjä sairaalle vastasyntyneelle, keskoselle, synnyttäneelle äidille ja koko perheelle.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata olemassa olevaa tietoa synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, mitä asioita tulee huomioida, kun parihoidon toteutetaan ja järjestetään. Kirjallisuuskatsauksen aineistosta saatiin ylä- ja alaluokkien yhdistämisellä muodostettua viisi pääluokkaa: perhelähtöinen hoitokulttuuri, hoitotyön uudelleen suunnittelu ja organisointi, vahva johtaminen, Couplet care toimintamalli sekä tunnistaa Couplet care hoidon esteet ja haasteet.

Opinnäytetyön toisessa vaiheessa kehitettiin toimintamalli äidin ja vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen. Kehittämistyö toteutettiin moniammatillisena työryhmyöskentelynä Oys:n lasten ja naisten osaamisalueella ja siinä hyödynnettiin tutkimusvaiheessa toteutetun kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Toimintamalli sisältää äidin ja vastasyntyneen kriteerit parihoidon toteuttamiseen, henkilökunnan resurssien ja työnjaon määräytymisen synnyttäneiden äitien ja tehohoitoa tarvitsevien vauvojen hoitamiseen sekä kättilön tehtäväkuvan synnyttäneen äidin hoidossa. Toimintamallin avulla Oys:ssa pystytään järjestämään parihoidon potilasturvallisesti ja niin, että äitiä ja vastasyntynyttä ei eroteta toisistaan kuin perustellusta syystä.

Parihoidon toteuttamisella ja järjestämisellä edistetään perhelähtöistä hoitotyötä, joka lisää vastasyntyneiden ja vanhempien hyvinvointia, hoitotyötyytyväisyyttä, pitkäaikaiset hoitotulokset paranevat sekä vastasyntyneiden sairastuvuus ja kuolleisuus vähenee. Tämän vuoksi olisi hyvä tutkia lisää, miten parihoidon organisoidaan eri sairaaloissa Suomessa ja maailmalla. Lisäksi olisi hyvä tutkia parihoidon hyötyjä kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta, jotta tehtyjä valintoja voitaisiin paremmin perustella sekä saada lisää tietoa hoidon vaikutuksista ja hoitomalleista, joilla voidaan parhaiten tukea ja parantaa äidin, vauvan ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia.

Asiasanat: Vastasyntyneen tehohoito, synnyttänyt äiti, parihoidon, sairaanhoitaja, kättilö

ABSTRACT

OULU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of midwifery, Master's Degree Programme in development and management of health and social care.

Authors: Kaisa Hiltunen & Katja Jussila

Title of thesis: Caring for a mother who has given birth and the newborn requiring intensive care together – Creating a model for the pediatric and neonatal intensive care and monitoring unit at OYS.

Supervisors: Satu Rainto & Marja Kinisjärvi

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2024

Number of pages: e.g. 50 + 4 appendices

The implementation and organization of couplet care which involves caring for a mother who has given birth and the newborn requiring intensive care together is timely as all patient rooms in the new pediatric and neonatal intensive care unit at Oulu university hospital (OYS) are family rooms allowing the couplet care of the mother and newborn. A newborn requiring intensive care is still often separated from its mother after birth. Even though it is known that caring for the mother and a newborn together brings many health benefits to the sick newborn, premature infant, birthing mother and for the whole family.

The purpose of the thesis was to describe existing knowledge about the couplet care of a birth mother and a newborn requiring intensive care through an integrative literature review. The aim was to produce information on what aspects should be considered when couplet care is implemented and organized. From the material of literature review five main categories were identified that should be considered when organizing couplet care. The Categories were: family-centered care culture, redesigning and organizing nursing care, strong leadership, couplet care model and identifying obstacles and challenges of couplet care.

In the second phase of the thesis a model for couplet care was developed by a multidisciplinary team in the Oys's children and women's competence area. The developed model was based on the results of the literature review. The intervention model includes criteria for implementation of couplet care, the allocation of human resources and division of labor for caring for mothers who have given birth and infants requiring intensive care, and the roles of midwives in the care of birth mother. With the help of this model Oys can organize couplet care safely and in such a way that mother and newborn are not separated except for justified reasons.

The implementation and organization of couplet care promotes family centered care which benefits both the birthing mother and the newborn. It would be useful to investigate further how couplet care is organized in other hospitals in Finland and abroad. It would be useful to study the benefits of the couplet care from cost-effectiveness perspective in order to better justify the choices made and to gain more knowledge about the effects and models of care that can best support and improve the well-being of mother, newborn and whole family

Keywords: Neonatal intensive care, birthing mother, couplet care, nurse, midwife

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	PERHELÄHTÖINEN HOITOTYÖ SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN TAI KESKOSEN HOIDOSSA.....	8
2.1	Perhehuone vastasyntyneen tehohoidossa.....	9
2.2	Couplet care hoito.....	10
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	12
4	TUTKIMUSVAIHE- INTEGRATIIVINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.....	13
4.1	Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys (PICO).....	14
4.2	Tutkimuksen valintakriteerit.....	15
4.3	Aineiston tiedonhakuprosessi.....	16
4.4	Aineiston valinta.....	19
4.5	Aineiston laadun arviointi.....	20
4.6	Aineiston analysointi.....	21
4.7	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	22
4.7.1	Perhelähtöinen hoitokulttuuri.....	22
4.7.2	Vahva johtaminen.....	23
4.7.3	Hoitotyön suunnittelu ja organisointi.....	25
4.7.4	Couplet care toimintamalli.....	27
4.7.5	Couplet care hoidon esteet ja haasteet.....	29
5	KEHITTÄMISVAIHE- TOIMINTAMALLI SYNNYTTÄNEEN ÄIDIN JA TEHOHOITOA TARVITSEVAN VASTASYNTYNEEN YHDESSÄ HOITAMISEEN.....	31
5.1	Moniammatillinen työryhmätyöskentely.....	32
5.2	Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen kriteerit.....	33
5.3	Synnyttäneen äidin hoidon toteutus.....	34
5.4	Kättilön tehtäväkuva.....	35
5.5	Hoitoa ja tarkkailua vaativien vastasyntyneiden määrän kartoittaminen, jotka voitaisiin hoitaa äidin vierellä naisten ja synnyttäneiden osastolla.....	36
6	POHDINTA.....	38
6.1	Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi.....	38
6.2	Opinnäytetyön eettisyyden arviointi.....	40

6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	41
LÄHTEET	45
LIITTEET	49

1 JOHDANTO

Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan sairaan vastasyntyneen tai keskosen hoitaminen yhdessä samassa paikassa syntymästä kotiutukseen asti on vielä melko uusi toimintamalli Suomessa. Äidin ja vastasyntyneen yhdessä hoitamista kutsutaan parihoidoksi eli Couplet Care hoidoksi. Couplet Care on tullut Suomeen Ruotsista, missä sitä on toteutettu jo yli kymmenen vuoden ajan. Äidin ja vastasyntyneen yhdessä hoitamisesta on monia terveyshyötyjä sairaalle vastasyntyneelle, keskoselle, synnyttäneelle äidille ja koko perheelle. Suomessa uusien sairaaloiden tehosastoilla on nykyään perhehuoneita ja toimintatapoja on kehitetty perhelähtöisiksi. Vanhempien läsnäoloa ja vauvan hoitoon osallistumista pidetään tärkeänä. (Aaltonen, 2023; Brockman, 2015; Lehtonen ym., 2020; Phelan-Backus, 2017; Westrup, 2015.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) ja vanhempien edustajat suosittelevat vauvan ja vanhempien erottamisen minimointia sekä vanhempien osallistamista vauvan hoitoon hoitotiimin jäsenenä (van Veenendaal, van Kempen, ym., 2022b). WHO:n vauvamyönteisyysohjelman (neo-BFHI) mukaan yksikön tulee tarjota vieri- ja perhekeskeistä hoitoa sekä hoitoympäristön tukea. Neo-BFHI on vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille sekä lastenosastoille tehty vauvamyönteisyysohjelma, joka huomioi erityisesti keskosen ja sairaan vastasyntyneen tarpeet. Vastasyntyneiden tehohoidossa korostetaan perhekeskeisyyttä, jonka lähtökohtana on perheen kunnioittaminen ja yksilöllinen hoito. (Haiek, 2020; Hoitotyön tutkimussäätiö, 2019.)

Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosasto muuttaa uuteen tulevaisuuden sairaalaan marraskuussa 2024. Uudessa sairaalassa osaston kaikki potilashuoneet ovat perhehuoneita, joka mahdollistaa synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen tai keskosen hoitamisen yhdessä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä asioita tulee ottaa huomioon, kun synnyttäneen äidin ja sairaan vastasyntyneen tai keskosen yhdessä hoitaminen toteutetaan ja järjestetään. Tavoitteena oli kehittää toimintamalli, joka mahdollistaa synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisen potilasturvallisesti.

2 PERHELÄHTÖINEN HOITOTYÖ SAIRAAN VASTASYNTYNEEN TAI KESKOSEN HOIDOSSA

Perhelähtöisessä hoitotyössä vanhemmille annetaan tilaa osallistua hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja päätöksentekoon yhdessä ammattilaisten kanssa. Perhelähtöisen hoitotyön mukaisesti vastasyntyneen hoidossa tulisi aina ottaa huomioon koko perhe. Perhelähtöisyyden toteutumisen tärkeänä osana on jokaisen hoitotyöntekijän halukkuus ja sitoutuminen siihen, että hoito toteutetaan yhdessä potilaan vanhempien kanssa tasavertaisina kumppaneina heitä kuunnellen. Hoidon keskiössä on vanhempien ja henkilökunnan yhteinen tavoite, jota kohti mennään yhdessä toimien. Tavoitteena on, että vanhemmista tulee lapsensa hoidon, asiantuntijoita ja he ottavat vastuun lapsensa hoidosta, jolloin ammattilainen on enemmänkin opastajan roolissa. (Mikkelsen & Frederiksen, 2011.) Myöhemmässä vaiheessa kotiutumisen jälkeen on huomattu, että ne vanhemmat, jotka osallistuivat vastasyntyneen lapsensa hoitoon ja päätöksentekoon sietävät paremmin vanhemmuuden tuomaa stressiä ja he osaavat lukea paremmin lapsensa tarpeita. Aiemmin lasten- ja vastasyntyneiden potilaslähtöisestä hoitotyöstä käytettiin nimitystä perhekeskeinen hoitotyö. Tässä mallissa hoitotyöntekijät olivat pääroolissa ja hoito hoitaja- tai organisaatiolähtöistä, jossa myös vanhemmat olivat olleet hoidon kohteena. (Raiskila, 2018; Hoitotyön tutkimussäätiö, 2019.)

Vastasyntyneen tai ennenaikaisesti syntyneen vauvan hoito teho-osastolla koskettaa potilaan perhettä ja perheen tukeminen on keskeistä vauvan toipumiselle. Nykyisin perheet otetaan mukaan vauvan hoitoon aktiivisesti ja vanhemmat ovat mukana tekemässä päätöksiä tehohoidossa olevan vauvan puolesta. Hoitotyössä korostetaan perhekeskeisyyttä ja pyritään huomioimaan erilaiset haasteet kokonaisvaltaisesti. Perhekeskeisyys sitoo perheen arvot, näkökulmat ja valinnat sekä sairaalassa tarjotun hoidon kokonaisuudeksi. Perheen ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä on keskeistä aito yhteistyö, kumppanuus ja avoin molemminpuolinen tiedonvaihto. (Davidson ym., 2017.)

Perhelähtöisessä hoitotyössä perheenjäsenille tulisi tarjota rajoittamaton pääsy vastasyntyneen luokse ja mahdollisuus osallistua lääkärintarkoituksiin. Vanhempien osallistumista tehohoidossa olevan vauvan hoitoon tulee edistää tehokkaiksi osoitettujen interventioiden avulla. Systemaattinen ja sensitiivinen kommunikaatio on hoidon kulmakivi. Perheille tulee tarjota myös psykologista ja sosiaalista tukea sekä vertaistukea voidaan myös suositella. Lisäksi hoitoympäristössä on

turvattava perheiden yksityisyys. Näiden toimintatapojen avulla voidaan parantaa perheenjäsenten hyvinvointia, tukea vanhemmuutta, parantaa perheiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä sekä perheiden tyytyväisyyttä hoitoon. Perhekeskeisen hoidon on osoitettu vähentävän hoitoon liittyviä kustannuksia. (Davidson ym., 2017; Hoitotyön tutkimussäätiö, 2019.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) perinataalitulaston (2022) mukaan Suomessa syntyi 2500 lasta ennenaikaisesti vuonna 2022, joista pikkukeskosia (alle 32 raskausviikkoa) oli 361. Ennenaikaiset ja sairaat vastasyntyneet voivat viettää syntymän jälkeen huomattavan pitkän ajan vastasyntyneiden teho-osastolla ennen kuin pääsevät kotiin. Tälle ajalle on ollut ominaista äidin ja vauvan erottaminen toisistaan, mikä rajoittaa vauvan ja vanhemman välistä emotionaalista ja fyysistä läheisyyttä. Vastasyntyneiden teho-osastoilla vanhemmat voivat kokea, että eivät voi ottaa tavanomaisia vanhemmuuden rooleja. Vanhempien ja vauvan läheisyyttä, vuorovaikutusta sekä erottamattomuutta tuetaan erilaisilla perhelähtöisillä toimintatavoilla. Vanhempien ja vauvan läheisyys eli 0-separaatio määritellään tutkimuksissa ”mahdollisuudeksi olla yhdessä kaikissa olosuhteissa vanhempien mieltymysten mukaisesti, mikä vastaa tilannetta, kun täysiaikainen vauva ja perhe on kotona syntymän jälkeen”. (Lehtonen ym., 2020; Stelwagen ym., 2020; van Veenendaal, van Kempen, ym., 2022b.)

2.1 Perhehuone vastasyntyneen tehohoidossa

Vastasyntyneiden teho-osastot ovat olleet perinteisesti avoimia osastoja, joissa hoidetaan useita vastasyntyneitä samassa huoneessa. Tämän vuoksi vanhempien läsnäoloa vauvan vierellä on jouduttu rajoittamaan. (van Veenendaal ym., 2020a.) Teho-osastoille on suunniteltu ja perustettu perhehuoneita, sillä nykyisin tiedetään ja ymmärretään perhelähtöisen hoitotyön merkitys keskos-ten ja sairaiden vastasyntyneiden hoidossa (Pellikka ym., 2020). Perhehuonetyöskentelyn periaat-teenä on hoitohenkilökunnan ja vanhempien välinen kumppanuus ja yhteistyö (Brødsgaard ym., 2019). Suurimmassa osassa korkean elintason maiden yksiköissä ei ole tiloja, jotka tukisivat vanhempien läsnäoloa vauvojensa huoneissa 24 tuntia vuorokaudessa (Toivonen ym., 2017).

Perhehuoneen ympäristö edistää äidin ja vastasyntyneen välistä varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyssuhteen muodostumista. Äidin ja vauvan lyhytaikaisella erottamisella voi olla jopa voimakkaita ja pitkäaikaisia vaikutuksia molemmille. Äidin ja vauvan erossa oleminen tulee olla mahdollisimman lyhyt ja äidin tulee päästä vastasyntyneen vierelle mahdollisimman pian. Äidille erottaminen voi aiheuttaa ahdistusta, stressiä ja masennusta. (Pellikka ym., 2020.) Äidin ja vauvan yhdessäolo parantaa vastasyntyneen ja perheen kokemusta saadusta hoidosta, lyhentää sairaalassaoloaika sekä vähentää vastasyntyneen riskiä joutua uudelleen sairaalaan. Perhehuone parantaa molempien vanhempien osallistumista vauvan hoitoon. (Haumont, 2014; Westrup, 2015; White, 2010.)

2.2 Couplet care hoito

Couplet care hoidossa synnyttänyttä äitiä ja sairasta vastasyntynyttä tai ennenaikaisesti syntynyttä vauvaa ei eroteta toisistaan syntymän jälkeen ja äiti ja vauva pidetään yhdessä syntymästä kotiutukseen. Couplet care hoitomalli on lähtenyt leviämään Ruotsista Eurooppaan ja ympäri maailmaa n. 10 vuotta sitten. Yhdysvalloissa Couplet care hoitoa toteutettiin jo 1970-luvulla. Tällä hetkellä couplet care on yleistymässä vastasyntyneiden tehohoidossa. (Neff Brenda, 2011.) Neonatal Couplet Care -hoitomalli on WHO:n suositusten mukainen vastasyntyneiden hoidossa, sillä se edistää ihokontaktin ja imetyksen toteutumista sekä lisää vanhempien läsnäoloa ja osallistumista vastasyntyneen hoitoon ympäri vuorokauden (de Salaberry ym., 2019; Flacking ym., 2012; van Veenendaal ym., 2020a; White, 2010.)

Couplet Care -hoitomallissa äitiä tuetaan olemaan vastasyntyneen ensisijainen hoitaja, mikä tukee äidin vanhemmuutta ja luottamusta hoitaa omaa vauvaansa. Couplet Care hoito mahdollistaa äidin läsnäolon vastasyntyneen luona heti synnytyksen jälkeen. Hoitomallia on mahdollista toteuttaa jo synnytyssalissa, jolloin vauva pääsee nopeasti äidin ihokontaktiin heti alkuvirvoittelun jälkeen. Ihokontaktin aikana vauvaa voidaan monitoroida sekä toteuttaa nasaaliylipainehoitoa, ottaa verenäytteitä ja aloittaa suonensisäinen ravitsemus. Äidin synnytyssalivalvonnan jälkeen äiti ja vauva siirtyvät yhdessä perhehuoneeseen vastasyntyneiden teho-osastolle, jossa myös äidin synnytyksen jälkeinen hoito tapahtuu. Äidin kotiutumisen jälkeen vauvan hoito jatkuu perhehuoneessa

perhekeskeisen hoitotyön periaatteiden mukaan. (Bergman, 2019; de Salaberry ym., 2019; Hautmont, 2014; Lehtonen ym., 2020; Neff Brenda, 2011.)

Couplet care hoitomallissa tehdään tiimityötä eri ammattiryhmien välillä. Vastasyntyneiden tehohoidossa tiimityön perusta on ammattiryhmien välinen yhteistyö ja hyvä viestintä. Tehohoitotyössä korostuu ammatillinen pätevyys, ammattiryhmien välinen kunnioitus ja vastuullisuus. (Barbosa, 2013.) Couplet Care hoitomalliin siirtyminen vaatii vastasyntyneiden teho-osastolla toiminnan suunnittelua ja kehittämistä. Couplet care hoitomallia toteutetaan eri tavoin maailmalla ja Suomesakin. Mallin tavoitteena on, että hoitohenkilökunta liikkuu perheen luokse, eikä päinvastoin. (Aaltonen, 2023.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Koko opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää toimintamalli synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tai valvontaa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen.

Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata olemassa olevaa tietoa synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisesta. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, mitä asioita tulee huomioida, kun synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitaminen toteutetaan vastasyntyneiden teho-osastolla.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys:

1. Mitä asioita tulee huomioida, kun synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen (P) yhdessä hoitaminen toteutetaan ja järjestetään (I) vastasyntyneiden teho-osastolla (Co)?

Opinnäytetyön kehittämisosuuden tarkoituksena oli kehittää toimintamalli, miten synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tai valvontaa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitaminen järjestetään Oys:n lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla uudessa sairaalassa. Kehittämisosuuden tavoitteena oli yhdessä löytää ratkaisut niihin asioihin ja tekijöihin, jotka vaikuttavat synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tai valvontaa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen.

Koko opinnäytetyön tavoitteena on kehitetyn toimintamallin avulla mahdollistaa synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tai valvontaa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitaminen perhelähtöisesti ja potilasturvallisesti niin, että äitiä ja vauvaa ei eroteta syntymän jälkeen kuin perustellusta syystä. Toimintamalli perustuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja kirjallisuuskatsauksen tuloksiin.

4 TUTKIMUSVAIHE- INTEGRATIIVINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsaus on keskeinen tutkimusmenetelmä muodostettaessa kokonaiskuva tietystä aiheesta tai asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia riippuen katsauksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-synteesi. (Suhonen, 2016.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan usein kahteen päätyyppiin: narratiiviseen ja integratiiviseen katsaukseen. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus voidaan sijoittaa myös osaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta, sillä se on tarkemmin suunniteltu ja jäsennelty kuin narratiivinen katsaus, mutta siinä on mukana narratiivisia elementtejä. (Suhonen, 2016.) Integratiivisen tutkimusmenetelmän vahvuutena on mahdollisuus tuottaa monipuolisten näkökulmien avulla laaja kuva ja uutta tietoa aiemmin tutkitusta aiheesta integraation ja kritiikin kautta. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on kirjallisuuskatsauksista laajin menetelmä, joka mahdollistaa kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimuslöydösten yhdistämisen sekä teoreettisen ja eri menetelmin tuotetun empiirisen tiedon tarkastelun. Tälle katsaustyyppille on tyypillistä sen prosessimainen luonne. Kirjallisuuskatsaus jaetaan eri vaiheisiin, joita ovat 1) tutkimuskysymyksen/tutkimusongelman määrittäminen, 2) aineiston keruu, 3) tutkimusaineiston laadun arviointi 4) aineiston analyysi 5) tulkinta ja tulosten esittäminen. Tämän tutkimusmenetelmän erityispiirteinä muihin kirjallisuuskatsauksiin verrattuna on, että vaiheet etenevät osin päällekkäin koko prosessin ajan tutkimuskysymyksestä tuotetun kuvailun tarkasteluun. (Kangasniemi & Jääskeläinen, 2013; Whittemore, 2005.)

4.1 Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys (PICO)

Integratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä, että tutkimuskysymykset ovat laajoja ja tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti (Whittemore, 2005). Opinnäytetyömme tutkittava ilmiö on vielä melko uusi asia Suomessa ja vähän tutkittu, joten kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys ei voi olla liian rajattu, mutta kuitenkin tarkasti määritelty ja sopiva tutkittavaan ilmiöön nähden. Tutkimuskysymyksen muodostamisessa voidaan hyödyntää PICO muistisääntöä, joka muodostuu sanoista Population eli kohdejoukko, the Phenomena of Interest eli kohteena oleva ilmiö sekä the Context eli tarkasteltava toimintaympäristö (Booth ym., 2012).

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys:

- 1. Mitä asioita tulee huomioida, kun synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen (P) yhdessä hoitaminen toteutetaan ja järjestetään (I) vastasyntyneiden teho-osastolla (Co)?**

TAULUKKO 1. PICO:n mukaiset asiasanat suomeksi ja englanniksi.

PICO	Populations eli kohdejoukko (P)	Phenomena of interest eli mielenkiinnon kohde (I)	Context eli asiayhteys tai ympäristö (Co)
Asiasanat	Synnyttänyt naispotilas, tehohoitoa tarvitseva vastasyntynyt	Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitaminen.	Vastasyntyneiden teho-osasto
Englanninkielinen vastine	Birth mother, newborn intensive care.	Couplet care, mother newborn couplet care.	Neonatal intensive care unit.

4.2 Tutkimuksen valintakriteerit

Tietokantahakujen toteutuksessa vuosiluku rajattiin kaikissa tietokannoissa 15 vuotta vanhoihin tuloksiin, jotta tietoa löytyisi mahdollisimman laajasti, se olisi riittävän nykyaikaista ja kuvaisi mahdollisimman hyvin synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamista. Tiedonhaun ehtoina oli koko tekstin saatavuus ilmaisena sekä julkaisukielenä suomi tai englanti. Rajauksissa huomioitiin koko tekstin saatavuus tietokannoittain, sillä osa tietokannoista tarjosi jatkolinkejä, joista tekstin sai auki. Koko tekstin saatavuus ilmaisena saattoi karsia laadukasta aineistoa pois, jolla on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen (Niela-Vilén, 2016). Hakutuloksia ei rajattu maantieteellisesti. Katsaukseen valittujen tutkimusten ja artikkeleiden valintakriteerit eli mukaanotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 2) perustuvat tutkimuskysymykseen ja ne on laadittu hyödyntämällä PICO -strategiaa.

TAULUKKO 2. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
P (Population)	Tutkimuksen kohderyhmänä synnyttäneet naispotilaat ja tehohoitoa tarvitsevat vastasyntyneet.	Tutkimuksen kohderyhmänä naispotilaat, joka eivät ole synnytyksen jälkeen potilaana ja vauvat, jotka eivät tarvitse tehohoitoa syntymän jälkeen.
I (Interest)	Tutkimus käsittelee synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamista.	Tutkimus ei käsittele synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamista.
Co (Context)	Tutkimusympäristö on vastasyntyneiden teho-osasto.	Tutkimusympäristö on vuodeosasto tai muu ympäristö.

4.3 Aineiston tiedonhakuprosessi

Tiedonhakuun saadaan kattavuutta pitämällä sekä hakusanat, hakutavat että tietokantavalikoima riittävän monipuolisina. Kirjallisuuskatsauksessa systemaattinen tiedonhaku dokumentoidaan, jolloin haku voidaan toistaa. Tiedonhakuun liittyy saannin ja tarkkuuden käsitteet. Saannilla tarkoitetaan hakutuloksen osumien suhdetta kaikkiin relevantteihin dokumentteihin tietokannassa. Tarkkuudella tarkoitetaan hakutuloksen osumien suhdetta kaikkiin löydettyihin dokumentteihin. (Oulun yliopisto, 2024.)

Ennen varsinaista tutkimustiedon hakua tehtiin pilotointihaku yhdestä tietokannasta, jotta varmistettiin oikeat hakulausekkeet ja niiden toimivuus. Hakulausekkeet muodostettiin yhdessä Oulun ammattikorkeakoulun (OAMK) kirjastoinformaattikon kanssa. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku toteutettiin elokuussa 2024. Tiedonhaku kohdistettiin Ebsco:n CINAHL ja Academic Search Premier, Medic, Pubmed tietokantoihin sekä Oula-Finna ulkomaiset aineistoihin. Hakulausekkeet ja asiasanat tietokannoittain (Liite 1).

Alustavan tiedonhaun ja asiasanastojen perusteella kirjallisuuskatsauksen keskeiset käsitteet olivat: vastasyntyneiden tehohoito, vastasyntyneiden teho-osasto, perhehoitotyö (Finmesh), Intensive Care, Neonatal Intensive Care Units, Neonatal, Family Nursing (Mesh), vastasyntyneen tehohoito, perhekeskeinen hoito, nollaerottelu, neonatal intensive care, neonatal intensive care unit, NICU, ICU, Neonatal ICU, Newborn Intensive Care Unit, Newborn ICU, mother-infant closeness, parent-infant closeness, family integrated care, Ficare, intensive family integrated care, NICU babies, couple model, couplet model, couplet care, mother newborn couplet care, mother neonate pairs, mother newborn pairs, maternal and neonatal intensive care, zero separation, 0-separation, togetherness, mother-newborn care ja MNCU.

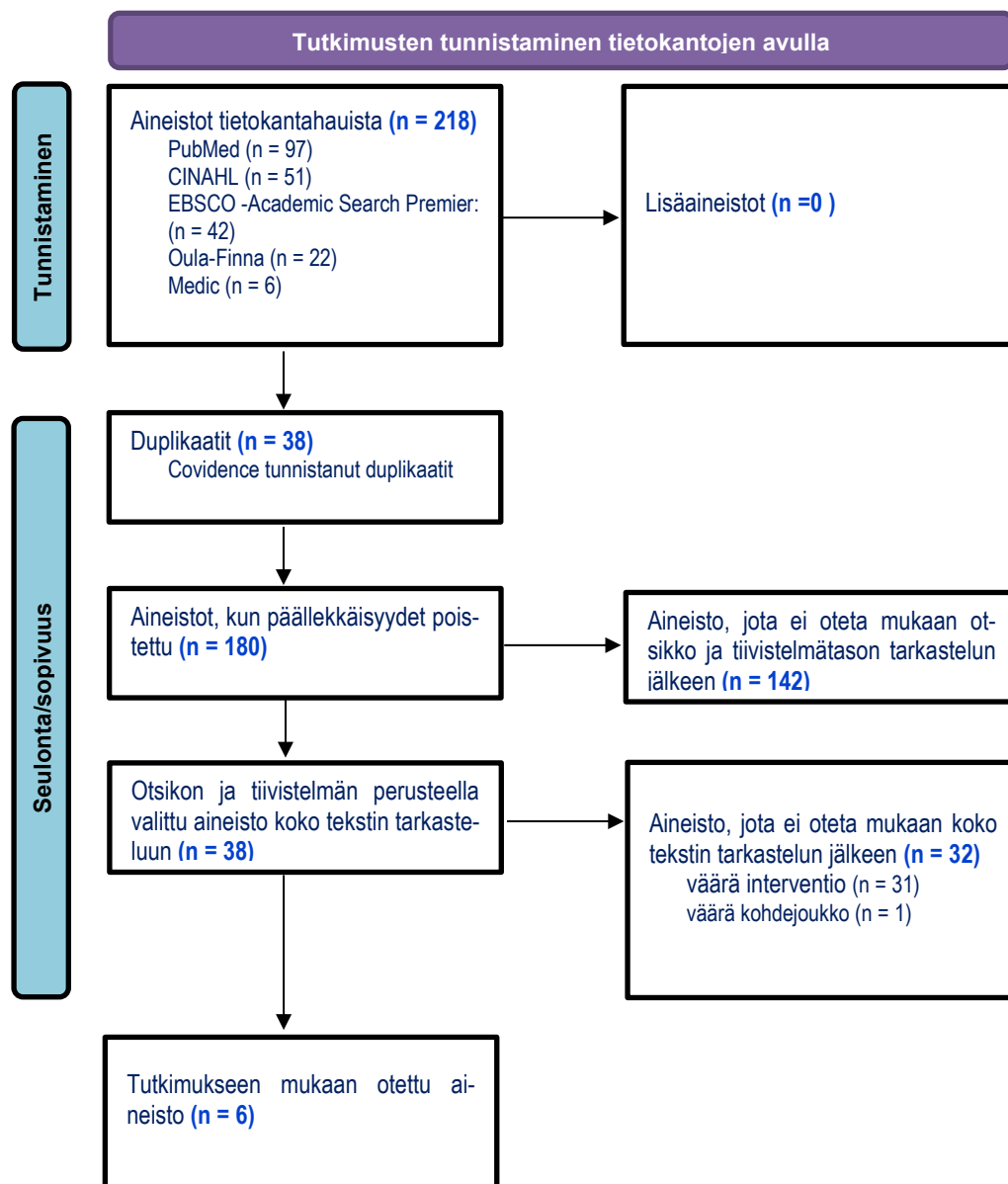
Cinahl on keskeisin tietokanta hoitotieteen ja hoitotyön tietokantoihin. Cinahl:ssa hyödynnettiin asiasanasto Cinahl Headings:a. (Lehtiö, 2016.) Hakutulokset rajattiin vertaisarvioituihin englanninkielisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin sekä vuosiin 2009-2024. Lisäksi käytettiin tarkennettua hakua. Tietokantahaussa hakutuloksia saatiin 51 kpl. Otsikko ja tiivistelmätason tarkastelun jälkeen valittiin seitsemän artikkelia koko tekstin tarkasteluun. Koko tekstin tarkastelun perusteella näistä valikoitui yksi katsauksen aineistoon.

Medic on kotimainen tietokanta, joka pitää sisällään viitteitä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja raporteista (Lehtiö, 2016). Medic:ssä käytettiin Mesh-asiasanastoa sekä sen suomenkielistä versiota FinnMesh asiasanastoa. Tietokantahaussa hakutulokset rajattiin suomen- ja englanninkielisiin hakutuloksiin sekä vuosiin 2009-2024. Hakulauseke jaettiin AND operaattorilla hakukenttiin. Hakutuloksia saatiin 6, joista kaksi oli duplikaattia. Otsikko ja tiivistelmätason tarkastelun jälkeen valittiin yksi artikkeli ja yksi väitöskirja koko tekstin tarkasteluun. Koko tekstin tarkastelussa kumpikaan ei vastannut tutkimuskysymykseen, eikä valikoitunut aineistoon.

PubMed on tärkein terveystieteiden tietokanta (Lehtiö, 2016). PubMed:n kautta löydettyt artikkelit tarkistettiin Google Scholarin avulla, sillä se paikantaa aineistoja. PubMed:ssa käytimme Mesh:n asiasanahakua ja omalla vapaalla tekstillä tehtiin hakulauseke. Hakutulokset rajattiin vertaisarvioituihin englanninkielisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin ja vuosiin 2009-2024. PubMed on viitetietokanta, jolloin ei aina löydy suoraan kokotekstilinkkiä löydetyistä lähteestä (Lehtiö, 2016). Tämän vuoksi emme käyttäneet kokotekstirajauksia, sillä se olisi rajannut liikaa pois relevantteja tuloksia. Tietokantahaussa hakutuloksia saatiin 97kpl, joista kahdeksan oli duplikaattia. Otsikko ja tiivistelmätason tarkastelun jälkeen valittiin 17 artikkelia koko tekstin tarkasteluvaiheeseen. Koko tekstin tarkastelun perusteella näistä valikoitui kaksi artikkelia katsauksen aineistoon.

EBSCO -Academic Search Premier on laaja monialainen tietokanta. Asiasanastona on EBSCO subject terms. (Oulun yliopisto, 2024.) Hakutulokset rajattiin vertaisarvioituihin englanninkielisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin, vuosiin 2009-2024 sekä koko tekstin saatavuuteen. Hakulauseke jaettiin AND operaattorilla hakukenttiin. Tietokantahaussa hakutuloksia saatiin 42 kpl, joista 16 oli duplikaattia. Otsikko ja tiivistelmätason tarkastelussa oli 26 artikkelia, joista viisi valittiin koko tekstin tarkasteluun. Koko tekstin tarkastelun perusteella todettiin, että näistä ei yksikään vasta tutkimuskysymykseen, eikä näin ollen valikoitunut katsauksen aineistoon.

Oula-Finna -Ulkomaiset aineistot sisältää koottuja e-aineistoja ja e-kirjoja useista ulkomaisista tietokannoista (Oulun yliopisto, 2024). Hakutulokset rajattiin vertaisarvioituihin englanninkielisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin sekä vuosiin 2009-2024. Tietokantahaussa käytettiin tarkennettua hakua. Tietokantahaussa hakutuloksia saatiin 22kpl, joista otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin kahdeksan artikkelia. Koko tekstin tarkastelun perusteella näistä valikoitui kolme artikkelia katsauksen aineistoon.



Kuvio 1. Aineiston haku- ja valintaprosessin kuvaaminen PRISMA-kaavion avulla (Booth ym., 2012).

4.4 Aineiston valinta

Tutkimusten valintaprosessin tavoitteena on taata, että kaikki relevantit tutkimukset saadaan sisällytettyä katsaukseen (Stolt, 2016). Aineiston valinta tehtiin vaiheittain. Jokaisen tietokannan hakutulokset käytiin läpi samalla tavalla sekä huomioitiin tietokantojen erityispiirteet ja vaatimukset. Hakutuloksiin perehdyttiin ensin otsikon ja tiivistelmän perusteella. Tutkimukset ja artikkelit valikoituivat mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti siten, että niiden tuli vastata tutkimuskysymykseen ja käsitellä synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamista. Lopullinen aineiston valinta tehtiin koko tekstin tarkastelun perusteella. Tutkimuksen aineistoksi valittiin neljä alkuperäistä tutkimusartikkelia ja kaksi asiantuntijalausuntoihin perustuvaa artikkelia.

Hakutuloksissa oli paljon aineistoa, joka käsitteli aihetta laajemmin perhelähtöisen hoitotyön näkökulmasta. Lisäksi hakutuloksissa oli huomattava määrä myös sellaista aineistoa, joka käsitteli vain Couplet Care hoidon hyötyjä ja vaikutuksia äidille, vauvalle ja koko perheelle, eikä siltä osin vastannut tutkimuskysymykseen. Tällainen aineisto poissuljettiin otsikko ja tiivistelmävaiheen aikana. Tiedonhaun hakutuloksista muodostui johtopäätös, että synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisen järjestämistä ja toteutusta on varsin vähän tutkittu. Varsinaisen tietokantahaun lisäksi tehtiin Google- ja Google Scholar hakuja, mutta ammattikirjallisuutta ja ns. harmaata kirjallisuutta ei löytynyt tutkittavasta aiheesta lisää.

Aineiston keruun aikana pidettiin kirjaa tiedonhaun tuloksista ja valintaprosessi dokumentoitiin niin selkeästi, että se voidaan tarvittaessa toistaa (Stolt, 2016). Aineiston kerääminen ja kokoaminen tehtiin kahden tutkijan toimesta. Viitteiden läpikäynnissä ja tuplatarkistuksessa hyödynnettiin Covidence ohjelmaa, jossa työskenneltiin ennalta sovittujen tiimisäätöjen mukaan. Viitteiden tallentaminen tehtiin Mendeley-viitteidenhallintaohjelman avulla.

4.5 Aineiston laadun arviointi

Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa valitun aineiston laadun arviointi tehdään soveltuvien arviointikriteerien mukaan, sillä arviointikriteerejä ja tarkistuslistoja ei aina pysty käyttämään sellaisenaan (Polit Denise & Beck Cheryl, 2021). Jokainen valikoitu alkuperäistutkimus tai artikkeli voidaan arvioida erikseen tai tutkimukset voidaan käsitellä yhtenä kokonaisuutena. Integratiivisessa katsauksessa laadun arviointi voidaan toteuttaa käsitteiden, mallien ja teorioiden käytön tai metodologian soveltamisen näkökulmasta, jotka sopivat omaan katsaukseen. (Vilka, 2023.) Aineiston laadunarvioinnissa on oleellista se, että miten asianmukaisesti valittava tutkimus on toteutettu, miten tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen ja katsauksen tarkoitukseen (Booth ym., 2012).

Katsauksen aineisto sisälsi laadullisia tutkimuksia (n=3), kvasikokeellisen tutkimuksen, joka toteutettiin sekamenetelmällä (n=1) sekä asiantuntija-artikkeleita (n=2). Aineiston laadun arviointi tehtiin valittujen tutkimusten osalta ja arvioinnin suoritti kaksi tutkijaa itsenäisesti. Arvioinnissa käytettiin Joanna Briggs Instituutin julkaisemia ja Hoitotyön tutkimussäätiön kääntämiä laadun arvioinnin tarkistuslistoja. Tarkistuslistoista käytettiin kvasikokeellisen- ja laadullisen tutkimuksen arviointikriteerejä. JBI:n tarkistuslistat eivät soveltuneet kaikilta osin, joten laadun arvioinnin tukena käytettiin myös Siipi ym. (2019) luomia laatu mittaavia kriteerejä, jotka on esitetty laadun arviointitaulukossa (Liite 2). Kriteerejä arvioitiin asteikolla: kyllä, heikko, ei raportoitu. Katsaukseen valikoituneet tutkimusartikkelit jäsenneltiin taulukkoon siten, että poimittiin tiedot kirjoittajista, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimusasetelman kuvaus, tutkimusmenetelmän tarkoituksenmukaisuus, viitekehys sekä johtopäätösten esille tuominen. JBI:n tarkistuslistojen avulla tehty tutkimusten laadun arvioinnin tulos on esitetty aineiston analyysitaulukon (Liite 3) yhteydessä numeerisesti. Tutkimukset arvioitiin myös julkaisufoorumin mukaan.

Valitun artikkelin soveltuvuutta katsaukseen tarkastellaan artikkelin ulkoisten ja sisäisten tekijöiden avulla (Booth ym., 2012). Valittujen tutkimusten laatu oli sovellettujen laadunarviointikriteerien mukaan pääosin hyvä. Tutkimusten aiheet käsittelivät synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamista ja asioita, jotka siihen liittyvät. Tutkimukset oli toteutettu Pohjoismaissa, Euroopassa ja Australiassa eri tutkimusmenetelmin. Tutkimusten tulokset ja johtopäätökset on tuotu selkeästi esille. Katsaukseen valittujen tutkimusten tuloksilla on merkitystä, sillä niitä voidaan hyödyntää, kun Oulun yliopistollisessa sairaalassa kehitetään ja johdetaan hoitotyön toimintamalleja perhelähtöisiksi. Tutkimusartikkelit ovat julkaistu tieteellisissä lehdissä, jotka ovat

julkaisufoorumien tasoluokituksessa perustasoa. Aineistoon valitut asiantuntija-artikkelit ovat myös julkaistu tieteellisissä lehdissä, jotka edustavat perustasoa.

4.6 Aineiston analysointi

Aineiston analyysin ja synteessin tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista (Whittemore, 2005). Aineiston käsittelyn tarkoituksena on tuottaa tutkijalle mahdollisimman kattava ja luotettava kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä ja sen tulee vastata katsauksen tarkoitukseen. Analysointi on järkevintä tehdä taulukkomuotoon. Analysoinnin viimeisessä vaiheessa kategorioista/luokista muodostetaan synteesi. (Niela-Vilén, 2016; Tuomi, 2018.) Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa analysoinnin tavoitteena on vertailla ja yhdistellä olemassa olevaa tietoa sekä tuottaa uutta tulkintaa tutkittavasta ilmiöstä sekä tuottaa aineistosta jäsentynyt kokonaiskuva (Kangasniemi & Jääskeläinen, 2013).

Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissa aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn avulla tutkittavasta aiheesta muodostetaan yleiskäsitys (Tuomi, 2018). Analysointi jaetaan eri vaiheisiin. Ensimmäisessä vaiheessa kootaan taulukkoon aineistojen tiedot, kuten kirjoittaja, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen kohdejoukko ja määrä, tutkimusympäristö, aineistonkeruutapa sekä tutkimusten keskeiset tulokset tutkimuskysymykseen pohjautuen. Toisessa vaiheessa tehdään pelkistäminen eli redusointi sekä ryhmittely eli klusterointi, jolloin aineistosta kerätään alkuperäisiä, pelkistettyjä ilmaisuja ja aineistosta karsitaan pois kaikki epäolennainen. Aineistosta saadaan muodostettua luokkia tai kategorioita yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien mukaisesti. Samaa kuvaavat asiat luokitellaan yhteen kategoriaan/luokkaan. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostetaan alakategorioita/-luokkia, jotka ryhmitellään eroavaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaan yläkategorioiksi/-luokiksi. Yläkategoriat/-luokat nimetään eli abstrahoidaan. Nimetyistä käsitteistä syntyy aineiston teoreettiset käsitteet. Analysoinnin viimeisessä vaiheessa kategorioista/luokista muodostetaan synteesi. (Niela-Vilén, 2016; Tuomi, 2018.)

Ennen analysointia ja taulukointia opinnäytetyöhön valittu aineisto luettiin huolellisesti läpi sekä tehtiin muistiinpanoja ja merkintöjä tekstistä nousseista asioista ja tiedoista, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyömme aineiston analysoinnin ensimmäisen vaiheen tiedot koottiin taulukkoon (Liite 3). Toisessa vaiheessa aineistosta löydetyt tiedot, jotka vastasivat

tutkimuskysymykseen, koottiin taulukkoon (Liite 4) yhdistellen samaa kuvaavia ylä- ja alaluokkia. Ylä- ja alaluokkien yhdistämisellä saatiin aineistosta muodostettua viisi pääluokkaa: **perhelähtöinen hoitokulttuuri, hoitotyön uudelleen suunnittelu ja organisointi, vahva johtaminen, Couplet care toimintamalli sekä Couplet care hoidon esteiden ja haasteiden tunnistaminen.**

Analysoinnin viimeisessä vaiheessa kirjallisuuskatsauksen tuloksista muodostettiin synteesi. Tässä tutkimuksessa synteesi on kokonaisuus asioista, jotka vaikuttaa ja jotka täytyy ottaa huomioon, kun synnyttänyt äiti ja tehohoitoa tarvitseva vauva hoidetaan yhdessä. Synteesi kuvataan kirjallisuuskatsauksen tuloksissa ja se on pohjana ja perusteluna kehittämistyölle. Kehittämistyönä laadittiin toimintamalli synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen.

4.7 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysoinnin perusteella jokaiselle synnyttäneelle äidille ja tehohoitoa tarvitsevalle vastasyntyneelle olisi tarjottava parihoidtoa vauvan selviytymisen, kasvun, terveyden ja kehityksen edistämiseksi sekä äidin toipumiseksi yhdessä näyttöön perustuvien hoitomenetelmien kanssa (Bjerregaard ym., 2024; Chellani ym., 2022; Dykes ym., 2016; Klemming ym., 2023; Patriksson & Selin, 2022; van Veenendaal, Labrie, ym., 2022c). Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen parihoidon toteutuksessa ja hoidon järjestämisessä tulisi huomioida: **perhelähtöinen hoitokulttuuri, hoitotyön uudelleen suunnittelu ja organisointi, vahva johtaminen, Couplet care toimintamallin toteutuminen sekä tunnistaa Couplet care hoidon esteet ja haasteet.**

4.7.1 Perhelähtöinen hoitokulttuuri

Perhelähtöisessä hoitokulttuurissa vastasyntynyt on vanhempiensa kanssa synnytystyypistä tai terveydentilasta riippumatta sekä vanhemmat ovat vastasyntyneen ensisijaisia hoitajia alusta alkaen (Klemming ym., 2023; Patriksson & Selin, 2022; van Veenendaal, Labrie, ym., 2022c). Vanhempia arvostetaan vauvan elämän tärkeimpinä henkilöinä, jolloin he ottavat helpommin vastaan vauvan ensisijaisen huoltajan roolin. Vastasyntyneen hoivaavalla hoidolla tarkoitetaan

hoitoa, joka perustuu sensitiiviseen vuorovaikutukseen vanhempiensa kanssa. Hoidossa ja vuorovaikutuksessa otetaan huomioon vauvan käyttäytyminen ja tarpeet sekä äidin ja vauvan herkkä kiintymyssuhdeprosessi. Vanhempien osallistuminen vastasyntyneen hoitoon vastasyntyneiden teho-osastolla parantaa hoidon tuloksia. (Chellani ym., 2022; Klemming ym., 2023.)

Perhelähtöisen hoitokulttuurin luomisessa uudistetaan sairaalajärjestelmiä ja hoitokäytäntöjä. Tämä lisää vastasyntyneiden ja vanhempien hyvinvointia, hoitotytyväisyyttä, pitkäaikaiset hoitotulokset paranevat sekä vastasyntyneiden sairastuvuus ja kuolleisuus vähenee. Äidin ja vauvan yhdessä hoitamisella optimoidaan äidin ja vauvan rauhallinen ja terveellinen uni, vähennetään stressiä ja kipua, tuetaan vanhemman ja vauvan yhteissäätelyä, edistetään vanhemman läsnäoloa, tuetaan kiintymyssuhdetta, vähennetään vanhempiin kohdistuvaa rasitusta sekä parannetaan vauvan aivojen kehitystä ja vaikutetaan myönteisesti myöhempään kehitykseen. Vastasyntyneitä hoitavissa yksiköissä olisi pyrittävä inhimilliseen hoitoon, jossa korostetaan vanhempien ja vauvojen välistä läheisyyttä, ihokontaktin keskeistä merkitystä ja perheen yhdessäoloa. Organisaatiossa tulee olla tietoa parihoidon vaikutuksista, jotta ymmärretään, miten tärkeää on pitää äidit ja vastasyntyneet aina yhdessä. Perhelähtöisen hoitotyön toteuttaminen ja onnistuminen vaatii, että henkilökunta on saanut systemaattista ja strukturoitua koulutusta vastasyntyneen hoidosta ja kehityksestä sekä vanhempien ohjaamisesta. (Dykes ym., 2016; Klemming ym., 2023.)

4.7.2 Vahva johtaminen

Organisaation johtohenkilöiden tehtävänä on asettaa tavoitteet toiminnalle ja mahdollistaa toiminnan toteuttaminen. Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisen eli parihoidon toteutumisen edellytys on, että sairaalan ja osastojen johto pysyy yhtenäisenä äidin ja vastasyntyneen erottamattomuutta koskevan vision saavuttamisessa ja johtaa kehitystä siihen suuntaan. Toiminnan toteutuksessa olisi hyvä hyödyntää kansallisten terveyslaitosten suosituksia. Parihoidon toteutuksessa voidaan tarvita taloudellisia investointeja, jonka vuoksi on tärkeää, että sairaalan johto tukee parihoidon toteutusta. Henkilökunnan asenteet ja ammatillinen lähestymistapa luovat perustan sille, että vastasyntyneitä ja äitejä voidaan hoitaa parina, yhtenä kokonaisuutena. Tämä voidaan saavuttaa vain, jos johtajuus on vahvaa ja päättäväistä ja henkilökunnalla on selkeä tavoite. Parihoidon toteuttaminen vaatii usein muutoksen johtamista, jonka vuoksi tarvitaan

muutosagentteja, jotka ovat sitoutuneet tekemään muutoksia yksikössä. (Dykes ym., 2016; Klemming ym., 2023.)

Parihoidon toteuttamista ja arviointia varten tulisi organisaatioon perustaa johtoryhmä, johon kuuluu äidin ja vauvan hoitoon osallistuvien osastojen esihenkilöt. Ohjausryhmän avulla voidaan paremmin hallita viestintää, tehdä päätöksiä sekä seurata ja raportoida laatuindikaattoreita. Parihoidon arviointiin liittyviä merkityksellisiä tietoja ovat: äitien ja vastasyntyneiden parihoidon kesto, ihokosketus, imetys, vastasyntyneen infektiot ja keuhkosairaudet, äidin plasman hemoglobiini-kotiutuksessa, äidin verenpainelääkityksen tarve, vanhempien stressi- ja mielenterveysindikaattorit sekä haavoittuvassa asemassa olevien lasten pitkän aikavälin kehitys. Johtoryhmän vastuulla on suunnitella ja toteuttaa prosessi, jonka avulla tunnistetaan yksikön parannustarpeet ja tarjotaan näyttöä muutostoimille. Johtoryhmän tehtävänä on lisäksi varmistaa, että parihoidon merkitys ymmärretään laajemmin. (Klemming ym., 2023.)

Sairaalan johdon tulisi tarjota hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille koulutusta äiti-vauva parin hoidosta. Henkilökunnan kouluttamisen tavoitteena on kehittää ja muuttaa ammatillista ajattelua niin, että voidaan varmistaa kaikkien äiti-vauva-parien korkea hoidon laatu. (Klemming ym., 2023.) Koulutuksella vastataan uudenlaisen toiminnan toteuttamiseen ja potilasturvallisuuteen. Koulutusta olisi tarjottava jatkuvana, jolloin uudet työntekijät saavat tarvitsemansa koulutuksen. Koulutuksen aiheina olisi hyvä olla varhaisen kiintymyssuhteen muodostuminen, ihokontaktin ja imetyksen tukeminen, erilaiset hoitotyössä tarvittavat taidot sekä äidin ja vauvan hätätilanteet. (Dykes ym., 2016; Klemming ym., 2023.)

Organisaation koulutussuunnitelmien kehittämisessä tulisi huomioida parihoidon vaatimukset. Parihoidossa on usein selkeät tehtävät ja vastuut äidin ja vastasyntyneen hoidon osalta. Henkilökunnalla tulisi kuitenkin olla ristikkäistä osaamista äidin ja vastasyntyneen hoidosta. Vastasyntyneiden hoitohenkilökunta tarvitsee perustiedot ja käytännön taidot äidin synnytyksen jälkeisestä hoidosta, johon voi liittyä lääketieteellisiä komplikaatioita kuten verenvuoto, kouristus ja akuutin infektion oireet. Synnytyksen jälkeinen hoito voi kuulua tai olla kuulumatta sairaanhoitajien pätevyyteen ja siinä on vaihtelua eri maiden välillä. Suurimmalla osalla sairaanhoitajista ei ole pätevyyttä tai kokemusta synnyttäneen äidin hoidosta. Vastaavasti äitiä hoitavilla kättilöillä ei ole tarvittavia tietoja ja taitoja vastasyntyneen tehohoidosta. Parihoitoa suunniteltaessa on todettu, että mallinnukset ja simulaatiot ovat hyvä tapa sitouttaa henkilökuntaa, lisätä tietoisuutta ja saada tärkeää palautetta, jonka avulla voidaan tehdä parannuksia äiti-vauvaparin ja perheen optimaalisen hoidon

varmistamiseksi. Tietämyksen ja koulutuksen lisääntyessä ymmärretään paremmin äidin ja vauvan parihoitoon liittyviä tarpeita. (Klemming ym., 2023.)

4.7.3 Hoitotyön suunnittelu ja organisointi

Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitaminen edellyttää organisaatiossa järjestelmämuutoksia sekä synnytys- että lastentautien erikoisalalla, kun otetaan huomioon hoidon suunnittelu ja organisointi, laitteet ja yksiköiden suunnittelu. Sairaita tai ennenaikaisia vastasyntyneitä hoitavissa hoitoyksiköissä on ratkaisevan tärkeää järjestää ja suunnitella sekä äidin että vauvan hoito siten, että äidin ja vauvan erottaminen minimoidaan heti vauvan syntymän jälkeen ja tavoitteena on, että kaikki äidit ja vastasyntyneet voidaan hoitaa yhdessä samassa paikassa. Äidin ja vastasyntyneen parihoitoon järjestäminen ja toteutus on keskeinen osa järjestelmämuutosta. (Klemming ym., 2023.)

Äidin ja vastasyntyneen parihoito on helpompi toteuttaa sairaaloissa, joissa synnytyksen ja vastasyntyneiden erikoisalat on integroitu tai pienemmissä yksiköissä, joissa on joustava organisaatio. Parihoito olisi mukautettava paikallisiin olosuhteisiin ja se voidaan järjestää eri tavoin. Tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen osalta äidin ja vastasyntyneen parihoito toteutetaan useimmiten vastasyntyneiden teho-osastolla. Parihoitoa voidaan toteuttaa myös silloin, jos vastasyntynyt tarvitsee kevyempää lisähoitoa. Tällöin hoito voi tapahtua jollakin pediatriisella osastolla tai synnyttäneiden osastolla sairaalan organisaatorakenteesta ja lapsen tilasta riippuen. (Klemming ym., 2023.)

Parihoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen vaikuttaa myös paikalliset ja kansalliset ohjeet, veropolitiikka ja hallituksen suositus. Parihoidon käyttöönotto edellyttää usein alkuvaiheessa lisäinvestointeja. Parihoidolla voidaan kuitenkin parantaa hoidon laatua ja hoidon tehostumisen vaikutuksesta parihoito säästää kustannuksia ja terveydenhuoltokustannukset laskevat. Muita mahdollisia taloudellisia säästöjä syntyy sairaanhoitajien resurssien ja ajan tarpeen vähenemisestä, pienemmästä tilantarpeesta, kun äiti ja vauva ovat samassa huoneessa sekä äidin kuljetusten vähenemisestä osastojen välillä. (Dykes ym., 2016; Klemming ym., 2023.)

Parihoidon organisointimallin valintaan vaikuttaa monet toisiinsa liittyvät tekijät, kuten osastojen ja sairaalan fyysinen rakenne, organisaatorakenne, yhteistyö äidin ja vastasyntyneen hoitoon

osallistuvien osastojen välillä sekä hoitoa tarjoavien organisaatio ja korvausjärjestelmä. Äidin ja vastasyntyneen kliinistä hoitoa yhden ja saman hoitotiimin toimesta voidaan pitää parihoidon kultaisten standardina, sillä näin saavutetaan paras mahdollinen jatkuvuus äidin ja vauvan hoidossa. Tämä edellyttää sitä, että hoitotiimit osaavat hoitaa molempia potilaita. Monissa maissa sairaanhoitajia on vähän ja on hyvin harvinaista, että sairaanhoitajalla on pätevyys hoitaa sekä sairasta tai ennenaikaisesti syntynyttä vauvaa ja synnyttäneitä äitiä. Suomessa ja Ruotsissa parihoidon järjestetään usein niin, että äiti ja vastasyntynyt hoidetaan parina vastasyntyneiden teho-osastolla, jolloin synnytysosaston kätilöt ja synnytyslääkärit hoitavat ja vastaavat äidin lääketieteellisestä hoidosta ja vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajat ja neonatologit hoitavat ja vastaavat sairaan ja ennenaikaisesti syntyneen vauvan hoidosta. (Klemming ym., 2023.)

Parihoitoa voi toteuttaa myös yhdistetty hoitotiimi, jossa kätilöt ovat osa vastasyntyneiden hoitotiimiä ja kuuluvat vastasyntyneiden teho-osaston henkilökuntaan. Äitiä hoitavat kätilöt tekevät tiivistä yhteistyötä synnytysosaston kanssa, sillä kokonaisvastuu äidin lääketieteellisestä hoidosta on synnytyslääkärillä. Tässä organisaatiomallissa sairaanhoitajat ja kätilöt ovat laajasti ristiinkoulutettuja, jotta voidaan varmistaa sekä vauvojen että äitien turvallinen hoito. Tämä organisaatiomalli on harvinainen ja toteutettu yhdessä yksikössä Suomessa, Ruotsissa ja Kanadassa. (Klemming ym., 2023.)

Vastasyntyneen lieviä ja ohimeneviä lääketieteellisiä hoidon tarpeita voidaan hoitaa äidin vierellä synnytyksen jälkeisellä osastolla. Vastasyntyneen hoidon tarpeita voi olla: hypoglykemia, lievä ennenaikaisuus, syömisongelmat, nenämahaletkun tarve, infektion hoito, sinivalohoito ja lievän takypnean tarkkailu ja hoito. Tällöin vastasyntyneen lääketieteellisestä hoidosta vastaa neonatologi ja hoitotyöstä osaston kätilöt. Vaativimpien hoitotoimenpiteiden suorittamisesta, kuten nenämahaletkun asettamisesta ja suonensisäisten antibioottien antamisesta hoitovastuu on vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajilla. Tämä organisointimalli on laajasti käytössä Suomessa ja Ruotsissa, sillä kätilöt ovat koulutettu hoitamaan vain synnyttäneitä äitiä ja tervettä vastasyntyntä. (Klemming ym., 2023.)

Parihoidon organisointiin ja suunnitteluun tarvitaan merkittäviä muutoksia osastojen suunnittelussa, jotta voidaan varmistaa tehokas ja turvallinen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen hoito. Osaston on tarjottava äidille ja kumppanille tilat, joka mahdollistaa äidin, vauvan ja kumppanin yhdessä olemisen koko vuorokauden ajan. Usein tämä tarkoittaa uusien tilojen ja perhehuoneiden rakentamista. Amerikkalaiset ja eurooppalaiset terveydenhoitostandardit ovat

antaneet suunnitteluseurauksia vastasyntyneiden teho-osastoille parihoidon toteutuksesta. Suositusten mukaan äiti ja vastasyntynyt olisi mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisessä tilassa, jossa heidän vuoteensa pinnasänky/sänky/avopöytä/inkubaattori ovat lähekkäin. Osastolla tulee tehdä järjestelyjä yksityisyyden suojaamiseksi, jos äitiä ja vauvaa ei voida hoitaa samassa huoneessa. (Klemming ym., 2023.)

Synnyttäneen äidin hoitoa varten vastasyntyneiden teho-osastolla tulisi olla valvonta- ja hälytysjärjestelmä, jonka avulla hälytetään apua. Synnytyslääkäreiden ja kättilöiden tulee olla helposti tavoitettavissa ja heidän pitää pystyä tulemaan hätätilanteeseen nopeasti, jos äidin vointi heikenee. Hätätilanteita varten osastolla on tarvittava varustus äidin hoitoa varten, kuten lääkkeet ja hoitotarvikkeet. Potilashuoneessa tulisi olla leveä oviaukko, joka mahdollistaa äidin turvallisen ja nopean siirron leikkaussaliin tai teho-osastolle. Äidin sängyn tulisi olla tavallinen sairaalasänky, josta voi irrottaa päädyn hätätilanteissa. Sänkyjen tulisi olla mukavia ja säädettävissä imetystä ja ihokontaktia varten. Isällä tai kumppanilla olisi hyvä olla samanlainen sänky logistisista syistä. Perhehuoneessa tai perhehuoneen vieressä tulisi olla oma kylpyhuone, jossa on suihku ja riittävästi tilaa sekä varustelu äidin hoitoa varten. Perhehuoneen ääni- ja valoympäristö olisi suunniteltava siten, että vanhempien ja vauvojen uni voidaan turvata. Äidin hoitaminen vastasyntyneiden teho-osastolla edellyttää äidin aterioiden järjestämistä ja siihen liittyviä logistisia palveluja. (Klemming ym., 2023.)

4.7.4 Couplet care toimintamalli

Couplet care toimintamalli, jossa sairasta tai ennenaikaisesti syntynyttä vastasyntynyttä ja synnyttäneitä äitiä, joka tarvitsee omaa hoitoa, hoidetaan yhdessä lapsen syntymästä kotiuttamiseen asti. Couplet care eli parihoidointerventio on perhekeskeinen hoitomalli, jolla pyritään mahdollistamaan äidin ja vauvan läheisyys ja katkeamaton yhdessäolo. (Dykes ym., 2016; Klemming ym., 2023.)

Äidin ja vastasyntyneen parihoido alkaa heti vauvan syntymän jälkeen. Sairaana vastasyntyneen tai ennenaikaisena syntyneen vauvan hoito aloitetaan synnytyssalissa tai vuodeosastolla äidin vierellä. Vastasyntyneen iästä, raskausviikoista ja terveydentilasta riippuen tarvitaan erilaista hoitoa, josta suurin osa on mahdollista suunnitella ja toteuttaa niin, että vastasyntynyttä ei eroteta äidistä. Vastasyntyneen hoidon aloittaminen äidin vierellä vaatii oikeanlaiset tilat, välineet ja

henkilökunnan, jolla on erityisosaamista. Vaativia hoitotilanteita varten tarvitaan enemmän valmisteluja. Äidin ja vauvan parihoidon on tiivistä tiimityötä, jossa äitiä hoitavan tiimin ja vastasyntyneitä hoitavan tiimin välillä tarvitaan yhteistyötä ja yhteydenpitoa. Tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen vointi ja tila vakautetaan ensin, jonka jälkeen jatkohoito suunnitellaan yhdessä vastasyntyneiden ja synnytyspuolen tiimin kanssa. Joustavassa järjestelmässä synnyttäneen äidin alkuvaiheen tarkkailu voidaan suorittaa vastasyntyneiden teho-osastolla, jos vastasyntyneen tila on kriittinen ja vaatii välitöntä siirtoa. (Klemming ym., 2023.)

Vastasyntyneiden teho-osaston hoitotiimi, johon kuuluu neonatologi ja sairaanhoitaja, voivat aloittaa vastasyntyneen alkuhoidon heti vauvan syntymän jälkeen synnytyssalissa, kun vastasyntynyt on siirretty äidin ihokontaktiin tai elvytyspöydälle äidin läheisyyteen. Alkuhoidon jälkeen äiti ja vauva siirretään yhdessä ihokontaktissa vastasyntyneiden teho-osastolle. Monissa yksiköissä on kehitetty erityisiä liikuteltavia kuljetus- ja mobiililaitteita, joiden avulla vastasyntynyt ja äiti voidaan siirtää. (Klemming ym., 2023.) Ihokontaktia suositellaan kaikille äideille ja vastasyntyneille synnytystavasta tai vastasyntyneen ruokintatavasta riippumatta. Ihokontaktilla tarkoitetaan vastasyntyneen ja vanhemman välistä ihokosketusta, jossa vastasyntynyt asetetaan vanhemman paljaalle rinnalle makuuasentoon alasti ja vastasyntyneen selkä peitellään pyyhkeillä. Ihokontakti eli kenguruhoito on kehitetty ennen 37 raskausviikkoa syntyneiden ennenaikaisten lasten tai sellaisten lasten hoitoon, joiden syntymäpaino on enintään 2500g. Ihokontakti vähentää äidin ja vastasyntyneen stressiä, edistää kiintymyssuhdetta ja imetyksen onnistumista. Lisäksi se auttaa vastasyntynyttä tyydyttämään biologisia perustarpeita, aktivoi neuroprotektiivisia mekanismeja, mahdollistaa varhaisen neurologisen käyttäytymisen itsesääntelyn ja antaa vakaamman sykkeen, lämpötilouden, verenpaineen, hengityksen ja korkeamman verensokerin. Ihokontakti voi vaikuttaa myös äitiin positiivisesti vähentämällä äidin synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. (Dykes ym., 2016; Patriksson & Selin, 2022.)

Vastasyntyneiden teho-osastolla äidin synnytyksen jälkeisestä hoidosta vastaa synnytysosaston kätilöt ja synnytyslääkäri. Vastasyntyneiden teho-osastolla hoidetaan myös sellaisia äitejä, joilla on monimutkaisempia lääketieteellisiä hoidon tarpeita, kuten keisarinleikkaus, pre-eklampsia, hypertensio, infektio ja diabetes. Äidit, joiden vauva syntyy sairaana tai ennenaikaisena tarvitsevat usein myös itse lääketieteellistä hoitoa pitkään. Näissä tilanteissa on tärkeää, että äiti ei joudu olemaan erossa lapsestaan kriittisimmän hoitajakson aikana ja ensimmäisinä päivinä, jolloin varhainen vuorovaikutus käynnistyy. Synnytyksen jälkeen synnytyslääkäri arvioi äidin hoitotason ja parihoidon kelpoisuuskriteerit. Äidin ja vastasyntyneen parihoidon voi estää äidin vakava pre-eklampsia,

runsas verenvuoto, hemodynaaminen epävakaus, vakava tartuntatauti, vakava psyykkinen sairaus tai tehohoidon tarve. Vastasyntyneiden teho-osastolla äidin hoitoon kuuluu: synnytyksen jälkeinen hoito, lääkärinkierrot, lääkemääräykset ja lääkehoidon toteutus. Äiti kotiutetaan, kun hän on täysin toipunut synnytyksestä ja jatkaa vauvan kanssa yhdessä olemista omaisen roolissa. (Klemming ym., 2023.)

Couplet care toimintamallissa sairaanhoitajan ja kättilön tehtävänä on tukea äitiä ja vastasyntyntä fyysiseen ja emotionaaliseen läheisyyteen sekä mahdollistaa äidin tai vanhemman osallistuminen vastasyntyneen hoitoon. Vanhempien osallistuminen vastasyntyneiden hoitoon parantaa vastasyntyneiden hoitotuloksia. Vastaavasti vanhempien osallistumattomuus lisää äitien stressitasoa. Vanhempien aktiivinen osallistuminen vauvan hoitoon lisää imetystä ja kenguruhoitoon toteutusta sekä vastasyntyneen hoitoaika lyhenee teho-osastolla. (Chellani ym., 2022.)

4.7.5 Couplet care hoidon esteet ja haasteet

Tehohoitoa tarvitseva vastasyntynyt ja synnyttänyt äiti erotetaan vielä usein synnytyksen jälkeen. Tämä johtuu lääketieteen erikoisalojen jakautumisesta vastasyntyneiden hoitoon ja äidin hoitoon. Äiti-lapsi-parien erottamisella synnytyksen jälkeen on haitallinen vaikutus perheen terveyteen ja hyvinvointiin. (Bjerregaard ym., 2024; Chellani ym., 2022.) Fyysistä läheisyyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä voivat olla: sosioekonomiset tekijät, kulttuurinormit, vastasyntyneiden yksiköiden rakenteet, resurssikysymykset, johtaminen, henkilöstön asenteet ja käytännöt, henkilöstön ja vanhempien väliset suhteet, äidin ja vanhemman oma päätös (Dykes ym., 2016; Patriksson & Selin, 2022).

Perhehuoneen saatavuus vaikuttaa paljon siihen, voidaanko parihoidon toteuttaa organisaatiossa. Perhehuoneen saatavuus vaikuttaa myös siihen, voiko toinen vanhempi/kumppani olla äidin fyysisenä ja henkisenä tukena synnytyksen jälkeen ja osallistua vauvan hoitoon. Kumppanin mahdollisuutta jäädä äidin ja vauvan vierelle pidetään tärkeänä voimavarana sekä äidille että vastasyntyneelle. Parihoidon käyttöönotto edellyttää monessa yksikössä vastasyntyneiden hoitoon tarkoitettujen tilojen uudelleenrakentamista, jotta äitien hoito olisi mahdollista. (Klemming ym., 2023; Patriksson & Selin, 2022.)

Äidin ja vastasyntyneen erottamiseen vaikuttaa usein synnytystapa. Parihoito toteutuu parhaiten silloin, kun äiti synnyttää alateitse ja on matalan riskin synnyttäjä. Keisarinleikkauksen jälkeen äiti tarvitsee enemmän hoitoa ja tämän vuoksi hoidetaan usein alkuvaiheessa eri osastolla. Äidin voinnin parantuessa hän voi siirtyä vauvan vierelle vastasyntyneiden teho-osastolle potilaaksi. (Bjerggaard ym., 2024.) Äidin ja vauvan erottaminen voi johtua myös siitä, että äidille tehdään toimenpiteitä vauvan syntymän jälkeen, kuten istukan poisto ja välilihan repeämän korjaus leikkaussalissa tai äidillä on runsas verenvuoto, kipuja tai pre-eklampsia, jolloin hän tarvitsee tarkkailua synnytyksen jälkeen ennen kuin voi siirtyä vauvan vierelle (Patriksson & Selin, 2022).

Parihoidon vaikutuksista vastasyntyneeseen, äitiin ja kansanterveyteen ei ole vielä riittävästi tieteellistä näyttöä, joka voi vaikuttaa siihen, että sairaaloissa parihoito on otettu käyttöön vähitellen. Toinen syy parihoidon hitaaseen käyttöönottoon on se, että organisaatiossa voidaan tarvita isoja järjestelmämuutoksia, joiden eteenpäin vieminen on haastavaa eri osastojen välillä. Säännöllisen yhteistyön puuttuminen vastasyntyneiden teho-osaston, synnytysosaston ja synnyttäneiden osaston välillä heikentää hoitoketjun luomista, joka edistää äidin ja vauvan yhteenkuuluvuutta. (Dykes ym., 2016; Klemming ym., 2023; Patriksson & Selin, 2022.)

Äidin ja vauvan yhdessä hoitamisen esteenä voi olla myös henkilökunnan vastustus. Vastuksen syynä voi olla luottamuksen ja pätevyyden puute, äidin ja vauvan turvallisuuden liittyvät huolenaiheet sekä liian vähäinen tieto ja ymmärrys parihoidon vaikutuksista. (van Veenendaal, Labrie, ym., 2022c.) Maailmanlaajuisesti vastasyntyneiden hoitoyksiköt ovat eri vaiheissa parihoidon järjestämisen suhteen ja monesta yksiköstä puuttuu erillinen toimintamalli, jonka avulla parihoito toteutetaan. Couplet care toimintamallin toteuttamiseksi sekä yleensäkin vanhempien osallistumisen mahdollistamiseksi tarvitaan lisää poliittisia päätöksiä, asianmukaista poliittista suunnittelua, lainsäädäntöä ja resurssien kohdentamista. (Dykes ym., 2016.)

5 KEHITTÄMISVAIHE- TOIMINTAMALLI SYNNYTTÄNEEN ÄIDIN JA TEHOHOITOA TARVITSEVAN VASTASYNTYNEEN YHDESSÄ HOITAMISEEN

Kehittäminen nähdään usein konkreettisena toimintana, jolla tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittämistoiminta voi saada alkunsa erilaisista lähtökohdista, kuten esimerkiksi organisaation kehittämistarpeesta. Kehittämistoiminnan kohde, laajuus, organisointitapa ja lähtökohta voivat vaihdella huomattavasti riippuen siitä, mihin kehittämisellä pyritään. Kehittämistyön taustalla on tutkimustieto, jota käytetään ja sovelletaan käytäntöön. (Ojasalo, 2015; Toikko & Rantanen, 2009.)

Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla tarkoitetaan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä, jonka avulla tuotetaan uutta tietoa ja pyritään saamaan aikaan käytännön parannuksia ja uusia ratkaisuja (Toikko & Rantanen, 2009). Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellisen kehittämistyön avulla kehitettiin toimintamalli synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolle. Toimintamalli sisältää kriteerit synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen, synnyttäneen äidin hoidon toteutuksen eli hoitohenkilökunnan resurssien ja työnjaon määräytymisen synnyttäneiden äitien ja tehohoitoa tarvitsevien vauvojen hoitamiseen sekä kättilön tehtäväkuvan synnyttäneen äidin hoidossa.

Opinnäytetyömme kehittämisosio liittyy Oys:n lasten ja naisten osaamiskeskuksessa toteutuneeseen kehittämisprojektiin, jonka tavoitteena oli yhteiskehittää toimintamalli synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen Oys:n uuteen sairaalaan. Kehittämistoiminta sai alkunsa organisaation kehittämistarpeesta, sillä uudessa sairaalassa lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla tilat mahdollistavat synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisen, sillä kaikki potilashuoneet ovat perhehuoneita. Uudessa sairaalassa on tavoitteena mahdollistaa parihoito, joka on näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Kehittämistyö toteutettiin moniammatillisesti työryhmätyöskentelynä. Me opinnäytetyön tekijät osallistuimme toimintamallin kehittämiseen aktiivisesti työme sekä Yamk-opintojen puolesta. Tutkimusvaiheessa toteutetun kirjallisuuskatsauksen tuloksia hyödynnettiin toimintamallin kehittämisessä. Toimintamallia kehitettiin erilaisilla menetelmillä. Toimintamallin on hyväksynyt lasten ja

vastasyntyneiden teho- ja valvontaosaston, äiti-lapsiyksikön ja synnytyssalin esihenkilöt, lääkärit ja työryhmän hoitohenkilökunta yhdessä.

Toimintamalli on käytännön työkalu, jonka avulla mahdollistetaan ja järjestetään synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitaminen potilasturvallisesti, eikä äitiä ja vauvaa eroteta syntymän jälkeen kuin vain perustellusta syystä. Uusi toimintamalli otetaan käyttöön uudessa sairaalassa 2.12.2024. Uuden mallin toimivuutta ei pystytä kokeilemaan turvallisuussyistä (pitkä matka Oys:n naistenklinikan ja lastenklinikan välillä) ennen uuteen sairaalaan muuttoa.

5.1 Moniammatillinen työryhmätyöskentely

Oys:n lasten ja naisten osaamiskeskuksessa perustettiin moniammatillinen työryhmä syksyllä 2023, jonka tarkoituksena oli kehittää asioita, jotka vaikuttavat synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen lasten ja vastasyntyneiden teho-osaston tiloissa. Työryhmä kokoontui yhteistyöpalaveriin 1-2 kuukauden välein 2024 syksyyn asti. Työryhmää johti kliinisen hoitotyön asiantuntija ja sen jäsenenä oli kättilöitä lasten teho-osastolta, naisten ja synnyttäneiden osastolta sekä synnytyssalista sekä gynekologeja, neonatologeja ja esihenkilöitä naistentautien ja synnytysten puolelta ja lasten teho-osastolta. Kliininen hoitotyön asiantuntija järjesti palaverien ajankohdat. Palaverit toteutettiin sairaalan tiloissa ja jokaiseen palaveriin pystyi osallistumaan myös Teams-kutsun kautta. Työryhmän tehtävänä oli koordinoita kehittämistyön eri vaiheita, koota asiat yhteen ja tehdä päätöksiä yhteisissä palaverissa.

Yhteiskehittämiseen liittyy yleensä toiminnan kokeileminen (Helminen, 2023). Lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla oli pilotti synnyttäneiden äitien hoitamisesta sairaan vastasyntyneen vierellä vuonna 2021. Tästä toimintamallista tuli osastolle pysyvä käytäntö, jonka jälkeen osastolla on voinut olla 1-2 synnyttänyttä äitiä kerrallaan potilaana vauvan vierellä. Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen on ollut kriteerit, jotta hoitajaresurssit ja tilat ovat riittäneet sekä potilasturvallisuus on toteutunut. Uudessa sairaalassa toiminta muuttuu tilojen myötä, kun jokainen potilashuone on perhehuone ja synnyttäneitä äitejä on enemmän potilaana yhtä aikaa. Tämän vuoksi tarvitaan uusi toimintamalli.

Moniammatillisen työryhmän päätöksestä toimintamallin kehittäminen jaettiin eri vaiheisiin. Eri vaiheista saatua tietoa käytettiin toimintamallin kehittämisen perustana. Ensimmäiseksi muodostettiin uudet kriteerit synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamiseen. Toisessa vaiheessa kartoitettiin synnyttäneiden äitien määrä nykyisellä “vanhalla” lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla, jotta saadaan tietoa ja käsitys, kuinka paljon synnyttäneitä äitejä voisi olla potilaana yhtä aikaa uudessa sairaalassa. Tällä tiedolla on merkitystä, kuinka paljon tarvitaan resursseja äitien hoitamiseen. Kolmannessa vaiheessa kartoitettiin lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla olevien vastasyntyneiden määrä, jotka voitaisiin hoitaa naisten ja synnyttäneiden osastolla äidin vierellä. Tällaisia vauvoja varten muodostettiin kriteerit neonatologien toimesta. Vauvojen määrällä on merkitystä hoitajien resurssointiin. Lisäksi muodostettiin kättilön tehtäväkuva synnyttäneen äidin hoitamiseen lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolle. Yhteiskehittämisen tarkoituksena on kehittää aidosti uutta jakamalla tietoa ja kokemuksia eri ammattiryhmien ja sidosryhmien välillä. Yhteiskehittäminen on luonteeltaan heterogeenistä ja lopulta kaikkien jakama tieto ja kokemus sulautuvat yhteiseksi kokonaisuudeksi. (Helminen, 2023.)

5.2 Synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen kriteerit

Synnyttäneelle äidille ja tehohoitoa tarvitsevalle vastasyntyneelle tehtiin omat kriteerit, minkä perusteella synnyttänyt äiti voi tulla potilaaksi tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen viereen lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolle. Kriteerit muodostuivat hoitoisuuteen vaikuttavista asioista. Synnyttäneen äidin kriteerit muodostettiin gynekologien ehdotuksen pohjalta ja moniammatillisen työryhmän keskustelujen pohjalta. Tehohoitoa tarvitsevien vastasyntyneiden kriteerit muodostettiin neonatologien ja pediatrien toimesta sekä työryhmän keskustelujen pohjalta. Kriteerien muodostamisessa hyödynnettiin nykyisin käytössä olevia kriteerejä.

Toimintamallin lähtökohtana on, että synnyttänyt äiti ja tehohoitoa tarvitseva vastasyntynyt erotetaan toisistaan vain perustellusta syystä. Synnyttäneen äidin kriteerit perustuvat sellaisiin tilanteisiin, jolloin synnyttänyttä äitiä ei voida hoitaa potilaana tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen vierellä. Tällaisia tilanteita ovat: ***komplisoitunut sektio, huonossa tasapainossa oleva perussairaus esim. tyypin 1 diabetes, vaikea pre-eklampsia, septinen infektio, tehohoito,***

kontrolloimaton päihteiden käyttö, äidin oma toive tai mikä tahansa vaiva, joka vaatii toistuvaa arviota lääkäriltä, kuten esimerkiksi psyykkinen tilanne.

Tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen tilanne voi myös vaikuttaa siihen, voiko synnyttänyt äiti tulla heti synnytyksen jälkeen vauvan vierelle potilaaksi. Tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen kriteerit perustuvat tällaisiin tilanteisiin: ***raskas tehohoito heti syntymän jälkeen, syntyminen keskosena alle 28 raskausviikolla tai kirurginen hoidon tarve heti syntymän jälkeen.*** Vastasyntyneen hoidon keventyessä synnyttänyt äiti voi siirtyä potilaaksi vauvan vierelle.

5.3 Synnyttäneen äidin hoidon toteutus

Uudella lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla kaikki potilashuoneet ovat perhehuoneita, joka mahdollistaa synnyttäneen äidin hoitamisen vastasyntyneen vierellä, mikäli sekä äidin että vauvan kriteerit täyttyvät. Synnyttäneen äidin hoidon toteutuksen lähtökohtana pidettiin oletusta, että synnyttäneiden äitien määrä tulee lisääntymään nykyisestä mallista lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla. Tämän vuoksi tehtiin selvitys, kuinka paljon synnyttäneitä äitejä voisi olla yhtä aikaa potilaana yhden työvuoron aikana, jotta hoitajaresurssit äitien ja tehohoitoa tarvitsevien vastasyntyneiden hoitoon osataan suunnitella ja järjestää. Yhden kuukauden ajalta kartoitettiin tehohoidossa olevien vastasyntyneiden synnytyksen jälkeisessä hoidossa olevien äitien vuorokohtainen määrä. Tiedon keräämiseen käytettiin synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen uusia kriteerejä, jotka tulevat olemaan käytössä uudessa sairaalassa.

Kuukauden ajan lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosaston organisaattorihoitaja tai vuorostaava hoitaja keräsi tiedot synnyttäneiden äitien määrästä anonymisti ja numeerisesti paperiselle kaavakkeelle. Tieto äidin mahdollisuudesta olla potilaana, saatiin vauvan hoitajalta, joka pystyi tarkistamaan asian vauvan tietojen kautta potilastietojärjestelmästä. Tietojen keräämisessä ei käytetty henkilötietoja. Tietojen keräämiseen tehtiin kirjallinen ohjeistus opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Kuukauden aikana, jolloin synnyttäneiden äitien määrän kartoittaminen tehtiin, kahdella ensimmäisellä viikolla potilaita oli keskimäärin 17–20 jokaisena kuukauden päivänä jokaisessa vuorossa. Kuukauden kahdella viimeisellä viikolla potilaita oli keskimäärin 22-27 jokaisessa vuorossa. Toteutetun laskennan mukaan 17 vuorokauden aikana synnyttäneitä äitejä olisi voinut olla 1-3 jokaisessa vuorossa, 8 vuorokauden aikana 4-6 jokaisessa vuorossa, kahden päivän ajan 6-7

jokaisessa vuorossa ja yhden päivän ajan 9 äitiä jokaisessa vuorossa. Jos seuranta olisi jatkunut esimerkiksi kolme päivää pidemmälle, jokaisessa vuorossa olisi ollut 9 äitiä potilaana. Tämä laske-
kenta antoi kuvan todellisesta tilanteesta yhden kuukauden ajalta sen hetkellä potilasmäärällä.

Kerättyä tietoa hyödynnettiin hoitajaresurssin suunnittelussa: mikä ammattiryhmä hoitaa synnyttäneet äidit ja mistä resurssit tulevat, kun vastasyntynyt tarvitsee tehohoitoa tai valvontaa heti syntymän jälkeen. Synnyttäneen äidin hoitoon tarvittava kättilöresurssi oli tärkeä selvittää, sillä nykyisellä mallilla vanhassa sairaalassa lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosaston henkilökuntaan kuuluvat kättilöt vastaavat synnyttäneiden äitien hoidosta. Resurssien huolellisella suunnittelulla voidaan varmistaa potilasturvallinen hoitotyö sekä vaikuttaa myös henkilökunnan pysyvyyteen.

Uudessa toimintamallissa lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosaston tiloissa potilaana olevat synnyttäneet äidit ovat potilashallinnollisesti naisten ja synnyttäneiden osaston potilaita. Äitien hoitotyöstä vastaavat saman osaston kättilöt ja lääketieteellisestä hoidosta gynekologit. Yövuoron aikana synnytyssalin kättilöt osallistuvat tarpeen mukaan äitien hoitamiseen. Uudessa sairaalassa naisten ja synnyttäneiden osasto, synnytyssali ja lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosasto ovat saman rakennuksen eri kerroksissa, mutta siirtyminen on nopeaa hissien avulla. Tehdyn kartoituksen perusteella synnyttäneiden äitien määrä lisääntyy merkittävästi lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla, joka tarkoittaa myös sitä, että synnyttäneiden äitien määrä vähenee naisten ja synnyttäneiden osastolla nykyisestä. Lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosaston henkilökuntaan kuuluvat kättilöt hoitavat uudessa sairaalassa teho-osaston omia potilaita, sillä kättilöiden työpanos tarvitaan tehopotilaiden hoidon turvaamiseen.

5.4 Kättilön tehtäväkuva

Kättilön tehtäväkuvan muodostamista varten moniammatillinen työryhmä perusti ”työnyrkin”. Työnyrkkiin kuului kättilöitä lasten ja vastasyntyneiden teho ja valvontaosastolta, naisten ja synnyttäneiden yksiköstä ja synnytysosastolta. Lisäksi työnyrkissä oli mukana esihenkilöitä. Uuden tehtäväkuvan muodostamisessa hyödynnettiin Oys:ssä käytössä olevia ohjeistuksia synnyttäneen äidin hoitamiseen alatiesynnytyksen ja sektorin jälkeen. Ryhmä kokoontui säännöllisesti kliinisen hoitotyön asiantuntijan johdolla. Palaverit pidettiin Oys:n tiloissa ja Teams:n avulla. Tehtäväkuvan

kirjallinen osuus työstettiin Teams:ssa. Työnyrkin jäsenet keskustelivat tehtäväkuvaan vaikuttavista asioista kättilöiden kanssa, jotka hoitavat synnyttäneitä äitejä. Lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla työskentelevien kättilöiden kokemusta hyödynnettiin, sillä heillä on kokemusta synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamisesta vuodesta 2021 lähtien.

Tehtäväkuvan muodostamisen tarkoituksena oli saada selkeä työnkuva kättilölle, joka hoitaa äitiä lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosaston tiloissa. Uudessa toimintamallissa kättilön tehtävistä jää pois vauvaan liittyvä hoitotyö sekä äidin ja perheen ohjaaminen vauvan perushoitoon, sillä vastasyntyneen hoitamisesta vastaa lasten ja vastasyntyneiden teho ja valvontaosaston henkilökunta. Synnyttäneen äidin hoidossa toteutetaan muilta osin Oys:n ohjeita.

5.5 Hoitoa ja tarkkailua vaativien vastasyntyneiden määrän kartoittaminen, jotka voitaisiin hoitaa äidin vierellä naisten ja synnyttäneiden osastolla

Lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosaston neonatologien muodostamien kriteerien mukaan naisten ja synnyttäneiden osastolla voitaisiin hoitaa sellaisia vauvoja, jotka tarvitsevat nenämahaletkua syömisen harjoittelun tueksi tai vauvat, joilla on vielä iv-kanyyli hypoglykemian tai antibiootihoidon vuoksi, eikä ole muuta hoidon tarvetta. Toimintamallin suunnittelua varten kartoitettiin lasten ja vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla olevien vastasyntyneiden määrä kuukauden ajalta jokaisessa aamuvuorossa, jotka voitaisiin hoitaa vointinsa puolesta äidin vierellä, mikäli hoitoa pystyttäisiin järjestämään. Tämä edellytti sitä, että vastasyntyneen äiti oli vielä potilaana naisten ja synnyttäneiden osastolla.

Kuukauden ajan organisaattorihoitaja tai vuorovastaava hoitaja keräsi tiedot täysiaikaisten vastasyntyneiden määrästä anonyymisti ja numeerisesti paperiselle kaavakkeelle. Kriteerit täyttävien vastasyntyneiden kartoittaminen tehtiin lääkärin kierron yhteydessä aamuvuoron aikana, kun lääkäri arvioi vauvan voinnin ja kunnon. Tietojen keräämisessä ei käytetty henkilötietoja. Tietojen keräämiseen tehtiin erillinen ohjeistus opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Kerättyjen tietojen perusteella kuukauden aikana 12 vuorokauden aikana ei ollut yhtään kriteerit täyttävää vastasyntyntä, 11 vuorokauden aikana oli yksi vauva, kolmen vuorokauden aikana kaksi vauvaa ja kolmena päivänä kolme vauvaa, jotka täyttivät kriteerit.

Kartoituksen aikana huomattiin, että silloin, kun vauva olisi ollut kuntonsa puolesta valmis siirtymään äidin vierelle vuodeosastolle, äiti oli jo ehtinyt kotiutua. Tämän kartoituksen perusteella sellaisia vastasyntyneitä oli vähän, jotka täyttivät kriteerit. ***Tämä kartoitus osoitti sen, että tällä hetkellä toimintamalliin ei voida huomioida sellaisia tehohoitoa tai valvontaa tarvitsevia vauvoja, jotka voitaisiin hoitaa äidin vierellä.***

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus jaetaan eri vaiheisiin. Ensin määritellään tutkimuskysymys, jonka jälkeen tulevat aineiston keruu, tutkimusaineiston laadun arviointi, aineiston analyysi, synteesi ja tulosten esittäminen. (Kangasniemi & Jääskeläinen, 2013.) Kaikkien näiden prosessin vaiheiden selkeä kuvaaminen on tärkeää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta (Kangasniemi & Jääskeläinen, 2013). Tutkimuksen uskottavuus syntyy metodin tarkasta noudattamisesta, joka sisältää tässä tutkimuksessa aineiston tarkan seulomisen ja etukäteen luodut kriteerit mukaan otettaville tutkimusartikkeleille (Salminen, 2011).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkijat tuntevat integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusmenetelmänä. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden selkeä jäsentäminen ja järjestelmällisyys lisää sen luotettavuutta. Tutkijan omat mielipiteet vaikuttavat tutkimustuloihin sitä vähemmän mitä tarkemmin tutkimuskäytänteet ovat määritetty. (Kangasniemi & Jääskeläinen, 2013; Salminen, 2011.)

Katsaukselle laadittava **tutkimuskysymys** on tärkeässä roolissa koko katsauksen prosessissa. Sen avulla voidaan laatia selkeä hakustrategia, rajata katsauksen laajuutta sekä tunnistaa oleellinen tutkimusnäyttö. PICO-asetelman mukaisesti tehty tutkimuskysymys auttaa katsauksen teossa, sekä auttaa myöhemmin arvoimaan, onko katsauksen tavoitteet saavutettu. Alun perin suunnittelemaamme tutkimuskysymystä muutimme siinä vaiheessa, kun esitetasimme mukaanotto- ja poissulkukriteereitä ja huomasimme, että tutkimuskysymystä vaihtamalla saamme kattavammin tietoa ja vastauksia. Tässä vaiheessa tehty tutkimuskysymyksen vaihto ei vaikuttane tutkimuksen luotettavuuteen merkittävästi. Opinnäytetyömme tutkimuskysymys: ***Mitä asioita tulee huomioida, kun synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen (P) yhdessä hoitaminen toteutetaan ja järjestetään (I) vastasyntyneiden teho-osastolla (Co)?*** on selkeä ja PICO:n mukainen, joten se lisää luotettavuutta.

Luotettavassa tieteellisessä tutkimuksessa **mukaanottokriteereiden** tulisi olla selvästi kuvattu ja niiden tulisi sopia hyvin yhteen tutkimuskysymyksen kanssa. Katsaukseen hyväksytyjen

tutkimusten täytyy vastata määriteltyjä mukaanottokriteereitä. (Niela-Vilén, 2016.) Opinnäytetyön mukaanotto- ja poissulkukriteerit kirjattiin huolellisesti tutkimuksen valintakriteerit osioon ja rajattiin tähän tutkimukseen sopiviksi. Tietokantahakujen tuloksissa vuosiluku rajattiin kaikissa tietokannoissa viisitoista vuotta vanhoihin tuloksiin, jotta tietoa löytyisi mahdollisimman laajasti, se olisi riittävän nykyaikaista ja kuvaisi mahdollisimman hyvin synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen yhdessä hoitamista. Tiedonhaun ehtoina oli koko tekstin saatavuus ilmaisena sekä julkaisukielenä suomi tai englanti. Saatuihin hakutuloksiin perehdyttiin ensin otsikon ja tiivistelmän avulla ja näiden perusteella valikoitiin parhaiten tutkimuskysymykseen vastaavat artikkelit ja tutkimukset. Katsaukseen mukaan otettavissa tutkimuksissa ja artikkeleissa täytyi olla kuvattuna synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen hoitaminen yhdessä lasten teho-osastolla, eli niiden täytyi vastata tutkimuskysymykseen. Mukaanottokriteerinä aineiston haun kohdalla ollut kokotekstin saatavuus ilmaisena saattoi karsia laadukasta aineistoa pois. Tällä voi olla vaikutusta kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen.

Hakustrategian selkeä kuvaaminen on ehdotonta työn luotettavuuden ja hakujen toistettavuuden kannalta (Hirsjärvi, 2009). Hakustrategian tekemisessä ja hakulausekkeiden laatimisessa käytettiin avuksi informaation ammattitaitoa. Esitestasimme mukaanotto- ja poissulkukriteerien toimivuutta ennen varsinaista tiedonhakua, joka osaltaan lisää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Hakustrategia on kuvattu ja dokumentoitu huolellisesti (Liite 1).

Laadukkaassa katsauksessa tulisi olla hyödynnetty useita elektronisia tietokantoja ja sopivia **tiedonlähteitä**. Tietokannat tulisi valita katsauksen aihealueen mukaan (Stolt, 2016, 42-50.) Tiedonlähteiden riittävyys pyrittiin varmistamaan tekemällä systemaattinen tiedonhaku useasta kansainvälisestä ja kansallisesta tietokannasta. Tiedonhaku kohdistettiin Ebsco:n CINAHL ja Academic Search Premier, Medic, Pubmed tietokantoihin sekä Oula-Finna-ulkomaiset aineistoihin.

Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa valitun aineiston **laadunarviointi** tehdään soveltuvien arviointikriteerien mukaan, sillä arviointikriteerejä ja tarkistuslistoja ei aina pysty käyttämään sellaisenaan (Polit Denise & Beck Cheryl, 2021). Laadun arvioinnin luotettavuutta lisää se, että käytimme laadunarvioinnissa sekä Joanne Briggs Instituutin laadunarviointikriteeristöä, että Siipi ym. (2019) luomia laatua mittaavia kriteerejä. Tällä tavalla saimme laajemmin arvioitua aineiston laatua.

Opinnäytetyön kehittämisvaihe alkoi meistä riippumattomista syistä jo ennen kirjallisuuskatsauksen valmistumista. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousi esille useampi tärkeä teema asioista, joita

täytyy huomioida, kun äitiä ja vauvaa hoidetaan yhdessä lasten teho-osastolla. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia käytettiin kehittämistyön tieteellisenä perustana. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä tulee huomioida seuraavat teemat: **perhelähtöinen hoitokulttuuri, hoitotyön suunnittelu ja organisointi uudella tavalla, vahva johtaminen, Couplet care toimintamalli sekä Couplet care hoidon esteiden ja haasteiden tunnistaminen.** Näitä kaikkia teemoja käsiteltiin moniammatillisen työryhmän palaverissa.

Kehittämisvaihe alkoi moniammatillisen työryhmän kanssa ennen, kuin opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen tulokset valmistui. Tästä ei ollut kuitenkaan haittaa, eikä vähennä katsauksen luotettavuutta, sillä olimme käsitelleet palaverissa juuri samoja teemoja. Näiden teemojen pohjalta kartoitimme äiti-potilaiden määriä lasten ja vastasyntyneiden teho-osastolla, samoin kuin sellaisen valvontahoitoa tarvitsevien vauvojen määriä, jotka voitaisiin hoitaa naisten ja synnyttäneiden osastolla. Lisäksi luotiin kriteerit äideille ja vauvoille, jotka voidaan hoitaa couplet care toimintamallin mukaan ja teimme kätilölle selkeän työnkuvan lasten teho-osastolle. Kaikissa näissä toimenpiteissä oli mukana paljon eri ammattiryhmien edustajia. Ääneen pääsivät myös lasten ja vastasyntyneiden teho-osaston, synnytyssalin ja naisten ja synnyttäneiden osaston kätilöt, joita kuului moniammatilliseen työryhmään. Tällä tavalla saatiin myös henkilöstön mielipide kuulluksi. Tämä lisää opinnäytetyön luotettavuutta, vaikka alkuperäisen suunnitelman mukaisen Learning Cafe jätimme pois ajan puutteen ja muiden työryhmän toimintaan liittyvien tehtävien vuoksi.

Kehittämistyön pohjalta syntyi toimintamalli, joka mahdollistaa äidin ja vauvan yhdessä hoitamisen. Toimintamalli ja sen tieteellinen perusta esiteltiin lasten ja vastasyntyneiden teho-osaston, naisten ja synnyttäneiden osaston ja synnytyssalin yhteisellä osastotunnilla ennen kuin toimintamalli otetaan käyttöön.

6.2 Opinnäytetyön eettisyyden arviointi

Hyvän tieteellisen käytännön peruseräisiin kuuluu luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Hyvä tieteellinen käytäntö muodostuu menettelytavoista, joita noudattamalla pyritään siihen, että hyvä tieteellinen käytäntö säilyy läpi tutkimuksen teon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023.)

Opinnäytetyömme tutkijoina sitoudumme noudattamaan Suomen tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä sääntöjä ja ohjeita. Toteutimme opinnäytetyötä varten tekemämme tiedonhaun hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja dokumentoimme tiedonhaun mahdollisimman tarkasti ja huolellisesti, jotta tiedonhaku on mahdollista toistaa. Olemme noudattaneet hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita myös opinnäytetyön kehittämisvaiheessa. Omassa toiminnassa pyrimme toimimaan mahdollisimman luotettavasti, rehellisesti ja vastuullisesti.

Opinnäytetyön aihe valittiin tutkijoiden oman mielenkiinnon lähtökohdista. Olemme molemmat kättilöitä ja halusimme kehittää perhelähtöistä hoitotyötä ja kättilötyön osa-aluetta lasten ja vastasyntyneiden teho-osastolla. Tämä sitoutti meitä tutkijoita entisestään tekemään opinnäytetyön mahdollisimman tunnollisesti, sillä opinnäytetyön tuloksilla ja kehitetyllä toimintamallilla on vaikutuksia koko lasten ja naisten osaamisalueen toimintoihin. Lisäksi opinnäytetyölle oli tilaus työnantajalta. Opinnäytetyö kokonaisuudessaan tehtiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023).

Tutkimuslupaa tarvitsimme moniammatillisen työryhmän toiminnan dokumentoimiseen. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu, koska tutkimus ei kohdistunut potilaisiin. Tutkimuslupa haettiin Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelta (Pohde) opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen. Tutkimuslupahakemukseen lisäsimme opinnäytetyön suunnitelman. Moniammatillisen työryhmän jäsenet olivat kaiken aikaa tietoisia opinnäytetyön tekemisestä ryhmän toiminnan rinnalla. Tutkimuksen tekijät osallistuivat palavereihin osana työryhmää ja näin ollen työryhmän toiminta kuului tutkimuksen tekijöiden työaikaan. Tarvittaessa osallistuimme palavereihin työajan ulkopuolella kotoa käsin, emmekä kirjanneet tätä työajaksi. Opinnäytetyön tutkimusta ja raportointia teimme omalla ajalla.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tehohoitoa tarvitseva vastasyntynyt tai keskonen erotetaan vielä usein äidistään syntymän jälkeen. Erottaminen vaikuttaa koko perheeseen ja tällöin koko perhe kokee haitallisen eron. Voidaankin sanoa, että viimeisimmän näyttöön perustuvan tiedon ja nykykäytännön välillä on kuilu, vaikka parihoitoa on toteutettu jo yli 10 vuotta maailmalla. Edelleen on yleistä, että vastasyntyneen kunto ratkaisee, onko hän koko ajan, osan aikaa vai ei ollenkaan yhdessä vanhempiansa kanssa

perhehuoneessa teho-osastolla. Tämä johtuu siitä, että lääketieteen erikoisalajat jakaantuvat vielä tänäkin päivänä vastasyntyneiden ja äitien hoitoon ja organisaatioista puuttuu yhteistyömallit tai ne ovat puutteelliset. Äidin ja vauvan erottamisen syyt ovat hyvin samankaltaisia maailmanlaajuisesti, kuten vauvan keskosuus, hengityshäiriö, hypoglykemia, infektio, lääkehoidon tarve sekä lääketieteelliset toimenpiteet. Näissä tilanteissa vastasyntynyt erotetaan usein äideistään kahden tunnin kuluessa synnytyksen jälkeen ja joskus suoraan synnytyksen jälkeenkin. Kirjallisuuskatsaukseen valitussa aineistossa parihoidon esteet ja haasteet nousivat myös vahvasti esille. Esteiden ja haasteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta osataan kehittää niitä asioita, jotka mahdollistavat parihoidon toteuttamisen. Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavatkin, että parihoidon toteuttaminen on laaja kokonaisuus, joka muodostuu useasta eri osa-alueesta.

Nykykäytännön muuttaminen näyttää edellyttävän, että yksikössä on toimintamalli, jonka avulla voidaan järjestää ja toteuttaa parihoidon. Valmiin toimintamallin toteuttaminen ja käyttöön ottaminen vaatii myös sen, että yksikössä on jo valmiiksi olemassa perhelähtöinen hoitokulttuuri, koska se on toiminnan lähtökohta. Perhelähtöisen hoitokulttuurin luominen yksiköön vaatii henkilökunnan järjestelmällisen perehdyttämisen ja kouluttamisen. Oys:n lasten teho- ja valvontaosastolla henkilökunta on koulutettu perhelähtöisen hoitotyön toteuttamiseen ja uusilla työntekijöillä perhelähtöinen hoitotyö kuuluu perehdytykseen. Koulutus ja tieto antaa valmiuksia ohjata perhettä vastasyntyneen hoidossa sekä tukea vanhempia vanhemmuudessa. Tämä onkin hyvä pohja, kun uusi toimintamalli otetaan käyttöön. Lisäksi lasten teho- ja valvontaosastolla on toteutettu synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tai tehovalvontaa tarvitsevan vauvan yhdessä hoitamista pienimuotoisesti osaston kättilöiden toimesta muutaman vuoden ajan, jolloin osaston henkilökunnalla on jo käsitys, mitä parihoidon tarkoittaa. Uuden toimintamallin käyttöönotto uusissa tiloissa voi vaikuttaa kuitenkin siihen, että tarvitaan lisää koulutusta perhelähtöisestä hoitotyöstä, kun eri osastojen henkilökunta alkaa yhdessä toteuttamaan parihoidon.

Opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksen mukaan kaikkien äidin ja vastasyntyneen hoidosta vastaavien yksiköiden välillä tarvitaan yhteistyötä, jotta synnyttäneen äidin ja tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen erottaminen voidaan minimoida ja jokaisessa hoitoketjun osassa toimitaan perheen parhaaksi. Lisäksi eri ammattikunnilla sekä päätöksistä tekeville johtohenkilöille tulisi olla sama käsitys ja ymmärrys äidin ja vauvan erottamattomuudesta. Yhteistyölle voi olla esteenä se, että yksiköt ovat saman organisaation sisällä eri vaiheessa perhelähtöisen hoitotyön toteuttamisessa ja se vaikuttaa siihen, että yhteistä käsitystä äidin ja vauvan yhdessä hoitamisesta ei ole. Oys:ssa uusi

toimintamalli otetaan käyttöön aivan uusissa tiloissa, joka voi omalta osaltaan vaikeuttaa yhteistyötä alkuvaiheessa.

Uuden toimintamallin kehittäminen ja rakentaminen mahdollistui, kun toimeksianto tuli lasten ja naisten osaamisalueen hoitotyön toiminnoista vastaavalta johtajalta ja esihenkilöstö hyväksyi sen. Toimintamallin kehittämistä ja valmistumista auttoi se, että moniammatilliseen työryhmään kuului monia eri ammattiryhmiä sekä toiminnasta vastaavia johtajia. Työryhmän työskentelyä johdettiin asiantuntevasti ja johtajien ja esihenkilöiden aktiivinen osallistuminen mahdollisti sen, että kehittämisen apuna oli relevanttia tietoa henkilöstöresursseista ja yksiköiden toiminnasta. Voimmekin todeta, että kun hoitotyön toimintoja organisoidaan uudella tavalla ja kehitetään potilaan hoitoon liittyviä hoitoprosesseja, tarvitaan vahvaa johtamista ja muutoksen johtamisen taitoa.

Tutkimusten mukaan perhehuoneen saatavuus vaikuttaa siihen, voidaanko parihoitoa toteuttaa. Suomessa uusien sairaaloiden suunnittelussa on huomioitu perhehuoneet, joten tilojen pitäisi nykyisin mahdollistaa parihoidon eli Couplet care toimintamallin toteuttaminen. Perhehuone mahdollistaa parihoidon toteuttamisen tilojen puolesta, mutta äidin ja vauvan yhdessä hoitamisen organisointi voidaan toteuttaa eri tavoin riippuen paikallisista olosuhteista. Oys:iin kehitettiin organisointimalli, joka on yleisesti käytössä Suomessa ja Ruotsissa. Tässä mallissa äitiä ja vauvaa hoitaa eri osastojen hoitajat ja lääkärit tiiminä. Äitiä hoitaa naisten ja synnyttäneiden osaston kättilö, vauvaa lasten teho ja valvontaosaston sairaanhoitaja tai kättilö, neonatologi vastaa vauvan hoidosta ja gynekologi äidin hoidosta. Tällä mallilla voidaan varmistaa, että kaikki äidit ja vauvat voidaan hoitaa yhdessä lasten teho ja valvontaosastolla, jos kriteerit täyttyvät sekä käytössä olevat henkilöstöresurssit saadaan riittämään. Toimintamallin kehittämissivaiheessa suurin haaste olikin, että mikä yksikkö vastaa ja toteuttaa äitien hoitamisen lasten teho ja valvontaosastolla. Kehitettyä toimintamallia voidaan hyvin perustella sillä, että sen avulla voidaan toteuttaa perhelähtöistä hoitotyötä ja henkilöstöresurssi saadaan riittämään parihoidon toteuttamiseen.

Kehitetty toimintamalli vastaa sisällöltään couplet care toimintamallia. Äiti saa lasten teho ja valvontaosastolla tarvitsemansa hoidon vauvan vierellä ja kaikki perustarpeet ja viihtyvyys on myös huomioitu. Isällä/kumppanilla on mahdollisuus yöpyä perhehuoneessa ja osallistua vauvan hoitoon. Moniammatillinen työryhmä näki tarpeelliseksi tehdä kriteerit äitien ja vauvojen yhdessä hoitamista varten, jotta potilasturvallisuus toteutuu sekä pystytään rauhoittamaan vastasyntyneen kriittinen tilanne heti syntymän jälkeen. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan kriteerit ovat käytössä yleisesti ja vain matalan riskin synnyttäjillä parihoito toteutuu parhaiten.

Jokaiselle synnyttäneelle äidille tulisi nykytiedon mukaan tarjota mahdollisuus kokoaikaiseen olemiseen vauvan vierellä teho-osastolla, sillä tutkimusten mukaan se parantaa vastasyntyneen selviytymistä, terveyttä sekä edistää kasvua ja kehitystä. Pitkällä aikavälillä tämä tuo myös säästöjä terveydenhuoltoon. Kehitetyn toimintamallin avulla Oys pystyy tarjoamaan tulevaisuudessa perhelähtöistä hoitotyötä myös silloin, kun vauva syntyy sairaana tai keskosena. Kehitetty toimintamalli sekä uudet perhehuoneet lasten teho- ja valvontaosastolla voivat myös houkutella synnyttäjiä Oys:iin ja vaikuttaa tällä tavalla myönteisesti Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen talouteen.

Parihoidon toteuttamisesta ja järjestämisestä löytyi yllättävän vähän tutkittua tietoa. Tästä näkökulmasta kaivattaisiin lisää tutkimusta, sillä parihoidon toteuttamiseen ja järjestämiseen liittyvät asiat ovat ajankohtaisia, kun uusia sairaaloita rakennetaan ja toimintoja kehitetään. Lisäksi olisi tärkeää tutkia lisää parihoidon vaikutuksia ja kustannusvaikuttavuutta. Uusia tutkimustuloksia tarvitaan, jotta tehtyjä valintoja voitaisiin paremmin perustella, saada lisää tietoa hoidon vaikutuksista ja hoitomalleista, joilla voidaan parhaiten tukea ja parantaa äidin, vauvan ja koko perheen hyvinvointia.

LÄHTEET

- Aaltonen Susanna. (2023). Couplet care toimintamalli. *Neonataalihoitaja*, 30, (59), s. 6–8.
- Barbosa, V. M. (2013). Teamwork in the Neonatal Intensive Care Unit. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 33(1), 5–26. <https://doi.org/10.3109/01942638.2012.729556>
- Bergman, N. J. (2019). Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Research*, 111(15), 1087–1109. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1530>
- Bjerregaard, M., Axelin, A., Carlsen, E. L. M., Birk, H. O., Poulsen, I., Palisz, P., Kallermose, T., & Brødsgaard, A. (2024). Evaluation of a complex couplet care intervention in a neonatal intensive care unit: A mixed methods study protocol. *Pediatric Investigation*, 8(2), 139–148. <https://doi.org/10.1002/ped4.12420>
- Booth, A., Papaioannou, D., & Sutton, A. (2012). *Systematic Approaches to a Successful Literature Review*. Luettavissa: https://www.researchgate.net/publication/235930866_Systematic_Approaches_to_a_Successful_Literature_Review. Luettu 20.10.2024.
- Brockman, V. (2015). Implementing the Mother-Baby Model of Nursing Care Using Models and Quality Improvement Tools. *Nursing for Women's Health*, 19(6), 490–503. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12245>
- Brødsgaard, A., Pedersen, J. T., Larsen, P., & Weis, J. (2019). Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17–18), 3117–3139. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>
- Chellani, H., Arya, S., Mittal, P., & Bahl, R. (2022). Mother-Newborn Care Unit (MNCU) Experience in India: A Paradigm Shift in Care of Small and Sick Newborns. *Indian Journal of Pediatrics*, 89(5), 484–489. <https://doi.org/10.1007/s12098-022-04145-9>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Curtis, J. R. (2017b). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- de Salaberry, J., Hait, V., Thornton, K., Bolton, M., Abrams, M., Shivananda, S., Kiarash, M., & Osiovič, H. (2019). Journey to mother baby care: Implementation of a combined care/couplet

- model in a Level 2 neonatal intensive care unit. *Birth Defects Research*, 111(15), 1060–1072. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1524>
- Dykes, F., Thomson, G., Gardner, C., Hall Moran, V., & Flacking, R. (2016). Perceptions of European medical staff on the facilitators and barriers to physical closeness between parents and infants in neonatal units. *Acta Paediatrica*, 105(9), 1039–1046. <https://doi.org/10.1111/apa.13417>
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Ewald, U., & Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- Haiek, L. N., Hannula, L. & Niela-Vilen H-K. 2020. Neonataaliosastojen vauvamyönteisysohjelman (Neo-BFHI) suositusten toteutuminen vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla Suomessa. *Hoitotiede*, 32, 250-261.
- Haumont, D. (2014). NIDCAP and developmental care. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 3(2), e030240. <https://doi.org/10.7363/030240>
- Helminen, J. (toim.). (2023). *DiakHub tutkii, kehittää ja vaikuttaa - Diakonia-ammattikorkeakoulun vuosikirja 2022. (Diak Vuosikirja - Diak Yearbook 2). Diakonia-ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-414-5>.*
- Hirsjärvi, Sirkka., R. Pirkko., S. Paula. (2009). *Tutki ja Kirjoita*. Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2019). *Miten voidaan toteuttaa perhekeskeistä hoitoa ja tukea potilaan perhettä teho-osastolla?* Näyttövinkki 7/2019. Luettavissa: <https://hotus.fi/nayttovinkki/miten-voidaan-toteuttaa-perhekeskeista-hoitoa-ja-tukea-potilaan-perhetta-teho-osastolla/>. Luettu 5.4.2024.
- Kangasniemi, M. & Jääskeläinen, P. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 2013, 25 (4), 291–301, 25(4), 291–301.
- Klemming, S., Lilliesköld, S., Arwehed, S., Jonas, W., Lehtonen, L., & Westrup, B. (2023). Mother-newborn couplet care: Nordic country experiences of organization, models and practice. *Journal of Perinatology*, 43(S1), 17–25. <https://doi.org/10.1038/s41372-023-01812-3>
- Lehtiö, L. J. E. (2016). *Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.*
- Lehtonen, L., Lee, S. K., Kusuda, S., Lui, K., Norman, M., Bassler, D., Håkansson, S., Vento, M., Darlow, B. A., Adams, M., Puglia, M., Isayama, T., Noguchi, A., Morisaki, N., Helenius, K., Reichman, B., & Shah, P. S. (2020a). Family Rooms in Neonatal Intensive Care Units and

- Neonatal Outcomes: An International Survey and Linked Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 226, 112-117.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.06.009>
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>
- Neff Brenda. (2011). *NEONATAL COUPLET CARE: THE NEXT EVOLUTION IN FAMILY CENTERED NEONATAL CARE*. Key Nurse Leaders Leadership Library. www.keynurseleaders.com 1.800.729.6674
- Niela-Vilén, H. H. L. (2016). *Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.*
- Ojasalo, K., M. T. & R. J. 2015. (2015). *Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. WSOYpro Oy.
- Oulun yliopisto. (2024). *Hoitotyö: artikkelit ja tietokannat*. Oulun yliopisto. Luettavissa: <https://libguides oulu.fi/c.php?g=682438&p=4868551>. Luettu: 5.5.2024.
- Patriksson, K., & Selin, L. (2022). Parents and newborn “togetherness” after birth. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2026281>
- Pellikka, H.-K., Pölkki, T., Sankilampi, U., & Kangasniemi, M. (2020). Finnish Parents’ Responsibilities for Their Infant’s Care When They Stayed in a Single Family Room in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 53, e28–e34. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.01.019>
- Phelan-Backus, A. (2017). *Development of Couplet-Care Education*. Luettavissa: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/4590/>. Luettu 13.8. 2024.
- Polit Denise & Beck Cheryl. (2021). *Essentials of Nursing Research, Appraising Evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.
- Raiskila, S. (2018). PARENT-INFANT CLOSENESS AND FAMILY-CENTERED CARE IN NEONATAL INTENSIVE CARE. *Turun yliopiston julkaisu*. Luettavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7347-7>. Luettu: 5.6.2024.
- Salminen, A. (2011). *Mikä Kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja johdatus hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Luettavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3>. Luettu: 5.3.2024.
- Stelwagen, M. A., van Kempen, A. A. M. W., Westmaas, A., Blees, Y. J., & Scheele, F. (2020). Integration of Maternity and Neonatal Care to Empower Parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(1), 65–77. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.11.003>

- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. (2016). *Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.*
- Toikko, R. (2009). *TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA.* Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Toivonen, M., Lehtonen, L., Löyttyniemi, E., & Axelin, A. (2017). Effects of single-family rooms on nurse-parent and nurse-infant interaction in neonatal intensive care unit. *Early Human Development, 106–107*, 59–62. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.01.012>
- Tuomi, J. S. A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi: Vsk. Luku 4.* Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.* Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettavissa: <https://tenk.fi/fi/tie-devilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>. Luettu 30.4.2024.
- van Veenendaal, N. R., Labrie, N. H. M., Mader, S., van Kempen, A. A. M. W., van der Schoor, S. R. D., & van Goudoever, J. B. (2022c). An international study on implementation and facilitators and barriers for parent-infant closeness in neonatal units. *Pediatric Investigation, 6*(3), 179–188. <https://doi.org/10.1002/ped4.12339>
- van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Broekman, B. F. P., de Groof, F., van Laerhoven, H., van den Heuvel, M. E. N., Rijnhart, J. J. M., van Goudoever, J. B., & van der Schoor, S. R. D. (2022b). Association of a Zero-Separation Neonatal Care Model With Stress in Mothers of Preterm Infants. *JAMA Network Open, 5*(3), e224514. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.4514>
- van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Franck, L. S., O'Brien, K., Limpens, J., van der Lee, J. H., van Goudoever, J. B., & van der Schoor, S. R. D. (2020a). Hospitalising preterm infants in single family rooms versus open bay units: A systematic review and meta-analysis of impact on parents. *EClinicalMedicine, 23*, 100388. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100388>
- Vilkkä, H. (2023). *Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina.* Art House Oy.
- Westrup, B. (2015). Family-centered developmentally supportive care: The Swedish example. *Archives de Pédiatrie, 22*(10), 1086–1091. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.07.005>
- White, R. D. (2010). Single-Family Room Design in the Neonatal Intensive Care Unit—Challenges and Opportunities. *Newborn and Infant Nursing Reviews, 10*(2), 83–86. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.011>
- Whittemore, R. K. K. (2005). METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546–553.

LIITTEET

Liite 1 Tiedonhakutaulukko

Liite 2 Laadunarviointitaulukko

Liite 3 Aineiston 1. vaiheen analysointitaulukko

Liite 4 Aineiston 2. vaiheen analysointitaulukko

TIEDONHAKUTAULUKKO

LIITE 1

Tietokanta	Hakulausekkeet	Rajaus	Tulokset	Otsikon ja Tiivistelmän perusteella	Koko tekstin perusteella
Cinahl	"intensive care, neonatal" OR "intensive care units, neonatal" OR "neonatal intensive care*" OR nicu OR "icu, neonatal" OR "neonatal icu" OR "maternal and neonatal intensive care" OR (MM "Intensive Care, Neonatal") AND "family nursing" OR "couple model" OR "couplet model" OR "mother newborn couplet care" OR "couplet care" OR "mother neonate pair*" OR "mother newborn pair*" OR "zero separation" OR 0-separation OR "family integrated care" OR Ficare OR "intensive family integrated care" OR togetherness OR "mother-newborn care*" OR mncu OR "mother-infant closeness" OR "parent-infant closeness" OR (MM "Family Centered Care").	Vertaisarvioidut tutkimukset ja artikkelit englanti v. 2009-2024	51	7	1
Medic	"vastasyntyneiden tehohoito" "vastasyntyneiden teho-osastot" "intensive care neonatal" "intensive care units neonatal" "neonatal intensive care" nicu "icu neonatal" "neonatal icu" "maternal and neonatal intensive care" AND "perhehoitotyö" "family nursing" perhekeskei* "couple model" "couplet model" "couplet care" "mother newborn couplet care" "mother neonate pair" "mother newborn pair" "zero separation" "family integrated care" Ficare "intensive family integrated care" togetherness "mother-newborn care" mncu "mother-infant closeness" "parent-infant closeness".	Kaikki hakutulokset suomi, englanti v.2009-2024	6	2	0
Pubmed	("neonatal intensive care*" OR nicu OR "icu, neonatal" OR "neonatal icu" OR intensive care units, neonatal[MeSH Terms] OR intensive care, neonatal[MeSH Terms]) AND ("couple model" OR "couplet model" OR "couplet care" OR "mother newborn couplet care" OR "mother neonate pair" OR "mother newborn pair" OR "zero separation" OR "family	Vertaisarvioidut tutkimukset ja artikkelit englanti v. 2009-2024	97	17	2

	integrated care" OR Ficare OR togetherness OR "mother-newborn care*" OR mncu OR family nursing[MeSH Terms] OR "mother-infant closeness" OR "parent-infant closeness").				
EBSCO -Academic Search Premie	"intensive care, neonatal" OR "intensive care units, neonatal" OR "neonatal intensive care*" OR nicu OR "icu, neonatal" OR "neonatal icu" OR "maternal and neonatal intensive care" OR DE "NEONATAL intensive care" AND "family nursing" OR "couple model" OR "couplet model" OR "couplet care" OR "mother newborn couplet care" OR "mother neonate pair*" OR "mother newborn pair*" OR "zero separation" OR 0-separation OR "family integrated care" OR Ficare OR "intensive family integrated care" OR togetherness OR "mother-newborn care*" OR mncu OR "mother-infant closeness" OR "parent-infant closeness" OR DE "FAMILY-centered care".	Vertaisarvioitua tutkimukset ja artikkelit englanti v. 2009-2024	42	5	0
Oula-Finna - ulkomaiset aineistot	"intensive care, neonatal" OR "intensive care units, neonatal" OR "neonatal intensive care" OR "neonatal intensive care unit" OR NICU OR "ICU, neonatal" OR "neonatal ICU" OR "newborn intensive care unit" OR "newborn ICU" OR "maternal and neonatal intensive care" AND "zero separation" OR 0-separation OR "couplet model" OR "couple model" OR "couplet care" OR "mother newborn couplet care" OR "couple model" OR "couplet model" OR "mother neonate pairs" OR "mother newborn pairs" OR "mother-newborn care" OR MNCU OR togetherness OR "mother-infant closeness" OR "parent-infant closeness"	Vertaisarvioitua tutkimukset ja artikkelit englanti v. 2009-2024	22	8	3

LAADUN ARVIOINTITAUUKKO

LIITE 2

Kriteeri Asteikko: K= kyllä H= heikko E= ei raportoitu Artikkelit	Tarkoitus ja tavoite esitetty selkeästi	Tutkimusasetelma kuvattu asianmukaisesti	Tutkimusmenetelmä tarkoituksenmukainen	Viitekehys selkeä	Tutkimuksen johtopäätökset tuotu esille
Bjerregaard ym., 2024	K	K	K	K	K
Dykes ym., 2016	K	K	K	K	K
Van Veenendaal ym., 2022	K	K	K	K	K
Patriksson & Selin, 2022	K	H	H	K	K

AINEISTON ANALYSOINTITAU LUKKO 1. VAIHE

LIITE 3

Tutkimuksen tekijä/tekijät Julkaisu vuosi- ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kohdejoukko	Tutkimusympäristö	Aineistonkeruutapa	Tutkimuksen keskeiset sisällöt, jotka vastaavat tutkimuskysymyksen	Laadunarviointi
Michella Bjerregaard, Anna Axelin, Emma Louise Malchau Carl- sen, Hans Okkels Birk, Ingrid Poulsen, Patrick Palisz, Thomas Kalle- mose, Anne Brøds- gaard. 2023 Tanska	Arvioida Couplet care - menetelmän vaikutta- vuutta ja toimeenpanoa sekä kustannustehok- kuutta. Vaikuttaa hoito- suosituksiin ja kehittää perhekeskeistä hoito- työtä.	Vastasyntyneiden te- hohoitoa tarvitsevat äiti-lapsiparit.	Kööpenhaminan yliopistolli- nen sairaala, vastasyntynei- den teho-osasto.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivi- nen sekamenetelmätutkimus: Kvasikokeellinen tutkimus.	Äidin ja vauvan erottaminen syn- nytyksen jälkeen vaikuttaa kieltei- sesti perheen terveyteen ja hyvin- vointiin. Couplet Care on sektion jälkeen mahdollista, mutta nolla- erottelu ei ole mahdollista. Tutki- muksen tulokset voivat antaa tie- toa tulevista hoitomalleista, jotka tukevat parhaiten perheiden hy- vinvointia.	JBI: Arviointikriteerit kva- sikokeelliselle tutkimuk- selle. Tulos: 6/11 Kokonaisarviointi: hyväk- sytty. 1.K 2.K 3.K 4.K 5.K 6.? 7.E 8.E 9.K
Harish Chellani, Suganda Arya, Pratima Mittal, Rajiv Bahl. 2022 Intia	Kuvailla MNCU-yksikön perustamista ja siitä saa- tuja kokemuksia, mukaan lukien mahdollisuudet ja haasteet. Ehdotetaan jat- kotoimia.	Vastasyntyneiden te- hohoitoa tarvitsevat äiti-lapsiparit, Hoito- henkilökunta ja hoito- ympäristöt.	MNCU (mother-Newborn care unit)- yksikkö Intian New Delhissä.	Asiantuntijalausunto artikkeli.	Äidin jatkuva läsnäolo ja hoito vastasyntyneiden teholla on muu- tos hoitokulttuuriin. Tämä edel- lyttää myös tilojen muutoksia so- piviksi. Couplet Care-mallia on ke- hitetty ja vastasyntyneiden hoita- jia on koulutettu mallin toteutta- miseksi. Lastenlääkäreiden ja syn- nytyslääkäreiden vahva yhteistyö on hoidon kulmakivi.	Ei tutkimus.
F. Dykes, G. Thomson, C. Gardner, V.Hall Mo- ran, R. Flacking. 2016 Iso-Britannia	Tutkia eri Euroopan maissa toimivien neonato- logien ja sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia vanhemman ja lapsen fy- sisen läheisyyden esteistä ja helpottajista.	16 vastasyntyneiden teho-osaston ammatti- laista yhdeksästä yksi- köstä, viidestä maasta.	Vastasyntyneiden teho- osasto.	Kvalitatiivinen tutkimusase- telma: Puolistrukturoidut pien- ryhmä- ja yksilöhaastattelut.	Vastasyntyneiden yksikön suun- nitteilla ja resurssoinnilla voi olla ratkaiseva merkitys läheisyyttä edistävään tai estävän hoitokult- tuuriin. Euroopassa menossa sel- keä muutos, jossa siirrytään per- hekeskeiseen hoitomalliin. Vasta- syntyneiden osastoilla on	JBI: Arviointikriteerit laa- dulliselle tutkimukselle. Tulos: 9/10 Kokonaisarviointi: hyväk- sytty. 1.K 2.K 3.K

					investoitava henkilöstön koulutukseen, tutkimukseen sekä tiloihin perhekeskeisyyden edistämiseksi. Lisäksi on investoitava johtajiin, jotka sitoutuvat hoitokulttuurin muutokseen.	4.K 5.K 6.E 7.K 8.K 9.K 10.K
Nicole R van Veenendaal, Nanon HM Labrie, Silke Mader, Anne A M W van Kempen, Sophie R D van der Schoor, Johannes B van Goudoever, CROWN Study Group. 2022 Alankomaat	Tutkia vastasyntyneiden hoitoon liittyviä olosuhteita ja saada syvälinen käsitys vanhempien ja lapsen läheisyyden mahdollistajista ja esteistä 19 maassa.	Vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunta 45 eri vastasyntyneiden teho-osastolta Euroopassa ja Kanadassa.	Vastasyntyneiden teho-osasto.	Kvalitatiivinen tutkimusasetelma: Haastattelututkimus, teema-analyysi.	Vastasyntyneiden teho-osaston ammattilaiset löysivät teemoja, joilla voidaan optimoida nolla-erotusta ja vanhemman ja vauvan läheisyyttä. Vanhempien ja vauvan läheisyys ja vanhempien aktiivinen osallistuminen vastasyntyneiden hoitoon ovat tärkeitä vanhempien ja vauvan terveyden kannalta.	JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. Tulos: 10/10 Kokonaisarviointi: hyväksytty. 1.K 2.K 3.K 4.K 5.K 6.K 7.K 8.K 9.K 10.K
Stina Klemming, Siri Lillieskö, Sofia Arwrehed, Wibke Jonas, Liisa Lehtonen, Björn Westrup 2023 Ruotsi ja Suomi	Kuvata Ruotsissa ja Suomessa käytettyjä erilaisia Couplet-care organisatiomalleja ja visioita tulevaisuutta, jossa vastasyntyneet ja äidit ovat aina yhdessä lääketieteellisistä tarpeista riippumatta.		Synnytyksiä hoitavat sairaalat Suomessa ja Ruotsissa.	Asiantuntijalausunto artikkeli.	Henkilöstön asenteet, arvot ja ammatilliset lähestymistavat luovat perustan Couplet Caren mahdollistamiselle. Tähän voidaan päästä vain, jos organisaation johto on sitoutunut myös tähän uuteen toimintatapaan. Couplet care:n käyttöönotto vaatii usein lisäresursseja ja investointeja kuten henkilökunnan koulutusta ja uudenlaisia tiloja, joissa hoito on mahdollista toteuttaa. Pitkällä aikavälillä tuo kustannushyötyjä.	Ei tutkimus.
Katarina Patrikson & Lotta Selin 2022 Ruotsi	Kuvata äidin ja vastasyntyneen erottamiseen johtaneita tilanteita.	Kaikkien kolmen tutkimusympäristön eli osastojen hoitajat (kätilöt, sairaanhoitajat, lastenhoitajat, lääkärit ja sairaanhoitajien avustajat)	Synnytysosasto, äitiysosasto ja vastasyntyneiden teho-osasto NU Hospital Group:ssa Länsi Ruotsissa.	Empiirinen laadullinen tutkimus: Havainnointitutkimus.	Vastasyntyneen ja äidin 0-erottelun epäonnistumisen taustalla on mm. puutteita organisaation suunnittelussa, vastasyntyneen lisääntynyt hoidontarve, äidin lisääntynyt hoidontarve tai esimerkiksi vanhemman oma päätös.	JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. Tulos: 6/10 Kokonaisarviointi: hyväksytty. 1.K

					Kaikissa kolmessa yksikössä erot- tamisen teemat vaihtelivat hie- man.	2.K 3.K 4.K 5.K 6.E 7.E 8.E 9.E 10.K
--	--	--	--	--	--	--

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Perhelähtöinen hoitokulttuuri	Perheen osallistuminen tehohoitoa tarvitsevan vastasyntyneen hoitamiseen	Kulttuurinormit Sosioekonomiset tekijät Yksikön arvot Ymmärretään perhelähtöisen hoitotyön vaikutus hoitotuloksiin ->Hoidon laadun parantuminen ->Vanhempien ja vauvojen hoitotyytyväisyys ja hyvinvointi ->Hoidon tehostuminen ->kustannusten säästö Hoitokulttuurin muutos Henkilöstön arvot, asenteet ja ammatillinen lähestymistapa
Hoitotyön uudelleen suunnittelu ja organisointi	Moniammatillinen yhteistyö synnytys- ja lastenosaston välillä. Hoitotyön toteutuksen uudelleen organisointi Vaiheittainen käyttöönottoprosessi Kansalliset ohjeet äiti-vauvaparin hoitamista varten Ruotsissa	Työmenetelmien ja rutiinien parantaminen raskaana olevan naisen, että äidin ja vastasyntyneen synnytyksen jälkeiseen hoitoon osallistuvien yksiköiden sisällä ja välillä. Henkilöstöressurssien suunnittelu ja jakaminen äitien ja vastasyntyneiden hoitamiseen. Perhehuoneet: mahd. tilojen uudelleen rakentaminen (yhden hengen huoneet) Tarvittavien hoitolaitteiden suunnittelu ja hankinta. Tilojen suunnittelussa keskitytään läheisyyteen ja turvallisuuteen Osastojen välisiä sopimuksia, kun henkilökunta liikkuu
Vahva johtaminen	Hoitotyön johdon vahva tuki Perhelähtöisen hoitotyön lähijohtaminen	Asettaa tavoitteet Johtaa yhtenäistä hoitokulttuuria Riittävä henkilöstöressurssi Hoitohenkilökunnan osaaminen ja ammattitaito

	<p>Päätöksentekovaltuutus Viestintä</p>	<p>Henkilöstön järjestelmällinen koulutus Vastaa potilasturvallisuudesta Edistää asenteita ja ammatillinen ajattelutavan muutos</p>
<p>Couplet care toimintamalli</p>	<p>Äidin ja vauvan läheisyys ja katkeamaton yhdessäolo syntymästä kotiutumiseen asti. Moniammatillinen tiimityö- sh-klö yhteistyö. Erilaiset parihoidon toimintamallit. Henkilöstön ristiinkoulutus</p>	<p>Äidin kelpoisuuskriteerit parihoidon Äidin ja vauvan lääketieteellisen turvallisuuden arviointi Henkilöstön arvot, asenteet ja ammatillinen lähestymistapa Tavoitteena 0-erottelu Ihokontakti Imetyksen tukeminen Emotionaalinen ja käytännön tuki vauvan hoitamiseen Vahvistaa äidin ja vauvan sidettä Vähentää äidin ja vastasyntyneen stressiä Äidin ja vastasyntyneen varhaisen kiintymissuhteen luominen, emotionaalinen läheisyys Vuorovaikutustaidot korostuvat Äidit saavat synnytyksen jälkeisen rutiinihoidon vastasyntyneiden teho-osastolla vastasyntyneiden teho-osaston sairaanhoitajalta tai synnytysosaston kättilöltä Hätätilanteiden hallinta</p>
<p>Couplet Care hoidon esteiden ja haasteiden tunnistaminen</p>		<p>Hoitomallit Järjestelmät Turvallisuuden uhka Vastustus Koulutuksen puute</p>