

Sanna Nyman

**KRIITTISESTI SAIRAAAN PERUSELINTOIMINTOJEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMI-
NEN VUODEOSASTOLLA**

KRIITTISESTI SAIRAAAN PERUSELINTOIMINTOJEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN VUODEOSASTOLLA

Sanna Nyman
Kehittämistyö YAMK
Kevät 2017
Sosiaali – ja terveysalan kehittäminen
ja johtaminen, sairaanhoitaja YAMK
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Sosiaali – ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, sairaanhoitaja YAMK

Tekijä: Sanna Nyman

Opinnäytetyön nimi: Kriittisesti sairaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistaminen vuodeosastolla

Työn ohjaajat: TtT Yliopettaja Pirkko Sandelin ja TtT Yliopettaja Kaisa Koivisto

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 56+ 4 liitesivua

Tehohoidon on tutkittu lisäävän elinaikaa, siksi potilaan henkeä uhkaava tila pitäisi pystyä tunnistamaan riittävän ajoissa. Potilaan elottomuus sairaalan vuodeosastolla johtuu yleensä tunteja kestäneestä peruselintoimintojen häiriöstä. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistaminen on potilaan hengissä säilymisen kannalta elintärkeää. Tehokas hoitoelvytys ei välttämättä paranna potilaan ennustetta. Paras tapa välttää elottomuus on ehkäistä se. Mitä aikaisemmin peruselintoimintojen huononeminen havaitaan, sen parempi ennuste potilaalla on ja yksinkertaisilla hoitotyön toiminnoilla voidaan ehkäistä elvytystilanteet. Saumattomat hoitoketjut hoitohenkilökunnan keskuudessa ja selkeät hälytyskriteerit sairaalan sisällä ehkäisevät viiveen muodostamisesta avun pyytämässä. Kriittisesti sairaanpotilaan tunnistamisessa auttaa potilaan voimien huolellinen seuraaminen ja hänen terveydentilaansa koskevan statuksen tunteminen.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää Länsi-Pohjan keskussairaalan vuodeosaston hoitohenkilökunnan arvioita osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää heidän arvioitaan osaamisestaan hoitaa potilasta kyseissä tilanteissa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli lisätä koulutuksen avulla hoitohenkilökunnan ammattitaitoa tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöt ja hoitaa niitä riittävän varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tavoitteena oli antaa vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle tietoa tehohoito-osaston konsultaatiohoitajan palveluista liittyen potilaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen. Tutkimuksellisen kehittämistyön toimeksiantajana toimi Länsi – Pohjan keskussairaala. Vuodeosastoista mukana olivat pehmyt kirurgisen osaston ja sydän – ja keuhko-osaston hoitohenkilökunta.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin ryhmähaastattelua, jonka avulla saatiin vuodeosaston hoitohenkilökunnalta tietoa kuinka he havainnoivat ja tunnistavat potilaan vitaalitoimintoja. Ryhmähaastattelun avulla selvitettiin myös konsultaatiohoitajan tarpeellisuudesta vuodeosastonhoitohenkilökunnalle. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli ryhmäkeskustelu osio, jossa kerrottiin konsultaatiohoitajan roolista Länsi-Pohjan keskussairaalaissa. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen liittyvä koulutus käytiin ryhmäkeskustelu muodossa. Johtopäätöksinä työssä todettiin, että Länsi – Pohjan keskussairaalan osastojen 4B eli pehmyt kirurginen vuodeosasto ja sydän – ja keuhko-osastojen hoitohenkilökunta havainnoivat säännöllisin väliajoin potilaan tilaa. Havainnointiin kuului kliiniset mittaukset potilaan vitaalitoiminnoista ja keskustelu potilaan kanssa. Potilaan tarkkailu tapahtui säännöllisillä kierroilla tai erikseen sovitusti esimerkiksi lääkärin ohjeiden mukaan. Konsultaatiohoitajan rooli oli epäselvää vuodeosastoilla ja siihen haluttiin tarkennusta. Jatkotoimenpiteinä Länsi – Pohjan keskussairaalaissa oli tulossa konsultaatiohoitajan aktiivisempi käyttö ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä potilastyössä.

Asiasanat: Peruselintoiminnot, peruselintoimintojen häiriöt, Medical Emergency Team, hoitohenkilökunta.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Master's degree programme in development and management of Health and Social care

Author: Sanna Nyman

Title of thesis: Identifying critically ill vital functions disorders ward

Supervisor(s): PhD Senior Principal Lecturer Pirkko Sandelin and PhD Senior Principal Lecturer Kaisa Koivisto

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 56 + 4

Intensive care, has been studied to increase the survival time, patient's life-threatening condition should be detected as soon as possible. Lifelessness of the patient is usually due to hours-long basic bodily functions disorder. Identification of the basic physiological functions disorders is important for the survival of the alive. Effective treatment in recovery does not necessarily improve the patient's prognosis. The best way to avoid the lifelessness is to prevent it. The earlier the basic bodily functions deterioration is detected, the patient has a better prognosis and simple nursing can prevent recovery situations. Seamless care chains in nursing among the staff within the hospital prevent delay in the formation of assistance requesting. Identifying critically ill patient requires follow-up and being of the patient's knowledge

The purpose of this research development work has been the evaluation of Central Hospital of West-North ward staffs capabilities of recognizing the abnormalities in patient's vital functions. In addition, the aim was to find out their estimates of their know-how to treat the patient in the specific circumstances. Aim is to increase the training of health personnel skills to identify the patient's vital functions disorders and treat them early enough stage. A further objective is to provide information on an intensive care unit ward nursing staff consulting nurse services related to patient department of basic vital functions disorders to identify and to treat them. Research development work was commissioned by Central Hospital of West-North. Ward of research was soft – surgical ward and the heart – and lung ward.

The research development work was used group interviews. Group interviews yielded information on the nursing staff how they care for patients and how they identified critical patients. Group interview were used to explore consulting nurses necessity to the ward. The research development work of a group discussion with consulting nurses, for their role in the West –North Central. Identification of basic physiological functions problems took place to discuss the. Training took place through the patient's vital signs monitoring with the international classification. It can be concluded that the West - North Central departments 4B, ie soft-surgical ward and the heart - and lung-departmental medical staff observed at regular intervals the patient's condition. Observation included clinical measurements, which were the measurement of blood pressure, heart rate, oxygen saturation and respiratory rate. In addition the medical staff will discuss with patients to receive information about the patient's consciousness level, level of pain and a general well being. Patient monitoring took place through regular rounds or in separately instructed by a doctor. The role of the consulting nurse was unclear and clarification was needed. As a procedure, the West - North Central was becoming more active in use of preventive consulting nurses as a measure in patient care.

Keywords: Basic vital signs, vital functions disorders, medical emergency team, medical staff

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	9
2	KRIITTISESTI SAIRAAKPOTILAAN HOITAMINEN VUODEOSASTOLLA.....	11
2.1	Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisen merkitys potilaan hoidossa	11
2.1.1	Verenkiertoelimistö ja sen häiriöt.....	12
2.1.2	Hengitystoiminta ja sen häiriöt.....	13
2.2	Kriittisesti sairaanpotilaan tunnistaminen	13
2.2.1	Peruselintoimintojen arviointiasteikko	14
2.2.2	MET – tiimin toiminta.....	16
3	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
4	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön suunnittelu.....	21
4.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa	23
4.2.1	Ensimmäisen vaiheen aineiston keruu ryhmähaastattelulla	24
4.2.2	Toisen vaiheen aineiston keruu ryhmäkeskustelulla	25
4.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	26
5	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET.....	31
5.1	Hoitohenkilökunnan arviot osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriötä.....	31
5.2	Hoitohenkilökunnan arviot osaamisestaan hoitaa potilaan peruselintoimintojen häiriötä.....	34
5.3	Koulutustilaisuus konsultaatiohoitajan roolista ja tarpeellisuudesta	36
5.4	Konsultaatiohoitajan rooli Länsi-Pohjan keskussairaalassa	38
6	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN JA KIRJALLISUUTEEN VERRATTUNA.....	41
7	POHDINTA.....	43
7.1	Kehittämistyön toteuttaminen.....	43
7.2	Kehittämistyön luotettavuus	45
7.3	Kehittämistyön eettisyys	47
7.4	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	48
	LÄHTEET	50

LIITTEET

1 JOHDANTO

Tunteja kestänyt peruselintoimintojen häiriö potilaalla sairaalan vuodeosastolla voi johtaa elottomuuteen, tehokas hoitoelvytykskään ei välttämättä paranna hänen ennustetta. Paras tapa välttää elottomuus on ehkäistä se. Mitä aikaisemmin peruselintoimintojen huononeminen havaitaan, sen parempi ennuste potilaalla on, jolloin myös yksinkertaisilla hoitotyön toiminnoilla voidaan ehkäistä elvytystilanteet. Saumattomat hoitoketjut hoitohenkilökunnan keskuudessa ja selkeät hälytyskriteerit sairaalan sisällä ehkäisevät viivettä avun pyytämisessä. Vuonna 1974 Pittsburghin yliopiston anestesiologian ja tehohoidon professori Peter Safar totesi, että laadukkainkin tehohoito muuttuu kalliiksi saattohoidoksi, jos potilaan hoitoa edeltävä hoitoketju epäonnistuu. Tehokas hoito aloitetaan yleensä vasta kun elottomuus sairaalassa olevan potilaan kohdalla on todettu, kuitenkin potilaan peruselintoimintojen huononemisen varhainen havaitseminen voi estää potilaan täydellisen elottomuuden. Suomessa ja muualla maailmassa varhainen puuttuminen peruselintoimintojen häiriöihin on vielä varhaisessa vaiheessa. Tätä selitetään sairaaloiden organisaatioiden järjestelmällä, joka ei anna selkeitä ohjeita ja hoitohenkilökunnan reagoimattomuudella tai liian myöhään tehdyillä havainnoilla. (Tirkkonen, Nurmi & Hoppu 2014, viitattu 10.12.2016; Gylden 2011, 5.)

Suomessa ja Australiassa tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että potilaan peruselintoiminnoissa tapahtuu muutoksia jo tunteja ennen sydänpysähdystä. Nurmen, Harjolan, Nolanin & Castrenin (2004) tekemässä tutkimuksessa potilaan peruselintoiminnoissa tapahtuvien ennakoivien oireiden tunnistaminen ja niihin reagoiminen riittävän ajoissa estää potilaan tehohoitoon siirtymisen. Tutkimuksessaan he toivat ilmi, että valtaosalla elvytetyistä potilaista oli ollut peruselintoiminnoissa häiriöitä jo tunteja ennen sydänpysähdystä. Vastaavasti Australiassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 59 teho-osastolle siirretystä potilaasta 58 oli ollut peruselintoiminnoissa häiriöitä jo ennen teho-osastolle tuloa (Buist, Bernard, Nguyen, Moore & Anderson 2004, 137, viitattu 10.5.2016). Australiassa, Uudessa – Seelannissa ja Iso – Britanniassa tehdyissä tutkimuksissa puolestaan 80 prosentilla sairaalan sisällä tapahtuneista elvytykseen joutuneista potilaista oli havaittavissa peruselintoiminnoissa häiriöitä jo tunteja ennen sydänpysähdystä. (Krause, Smith, Prytherch, Parr, Flabouris & Hillman 2004, 275.)

MET (Medical emergency team) on Australiasta lähtöisin, tehohoitohenkilökunnasta koostuva ryhmä, jonka tarkoituksena on arvioida potilaan tilaa vuodeosastolla hänen voinnissa tapahtumien muutosten vuoksi. MET toiminta on sittemmin laajentunut ympäri maailmaa ja se koostuu maasta

riippuen hoito – tai lääkäri painotteisesta ryhmästä. Suomessa MET toiminta on levinnyt yliopistolisiin ja osin myös keskussairaaloihin omana toimintana. MET nimitys on yleisemmin Suomessa käytössä oleva nimi varhaisen puuttumisen ryhmälle, vastaavia nimityksiä varhaisen puuttumisen ryhmälle on myös RTT eli Rapid Response Team tai CCOT eli Critical Care Outreach Team. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2008 käyttöön otettu MET ryhmä koostuu kahdesta teho-osaston sairaanhoitajasta ja tarvittaessa teho- osaston lääkäristä. Vuonna 2011 tehtiin osavuositutkimus Tampereen yliopistollisessa sairaalassa MET toiminnan hyödyllisyydestä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että MET toiminta oli vähentänyt elvytysten määrää vuodeosastoilla, vaikka se oli lisännyt MET ryhmään yhteydenottoja kymmenkertaisesti. Suurin syy yhteydenottoon johtui potilaan hengitysvajauksesta ja suurin osa puheluista tuli kirurgisilta vuodeosastoilta. Peruselintoimintojen häiriöitä oli dokumentoitu jo 6- 24 tuntia aikaisemmin ennen MET ryhmän paikalle pyytämistä. (Tirkkonen, Jalkanen, Alanen & Hoppu 2009, 428; Gylden 2011, 2 – 8.)

Työni on tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa on mukana toiminnallinen ja laadullinen osuus. Laadullista menetelmää on käytetty selvittämään kehittämistyön tarkoituksia ja tavoitteita. Tarkoituksena on selvittää Länsi-Pohjan keskussairaalan vuodeosaston hoitohenkilökunnan arvioita osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää heidän arvioitaan osaamisestaan hoitaa potilasta kyseissä tilanteissa. Kehittämistyönsäni on myös toiminnallinen osuus. Toiminnallinen osuus koostuu ryhmäkeskustelusta, jossa annetaan tietoa konsultaatiohoitaja palveluista liittyen peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen sekä koulutustilaisuudesta, jossa käydään läpi potilaan vitaalitoimintojen tarkkailu ABCD luokituksen mukaisesti.

Kehittämistyön aiheen sain Länsi- Pohjan keskussairaalan teho-osaston osastoinhoitaja Ulla-Maija Kärjeltä. Vuodeosastoista kehittämistyössä on mukana pehmyt kirurginen vuodeosasto sekä sydän – ja keuhkosairauksien vuodeosasto. Ulla – Maija Kärki Länsi-Pohjan keskussairaalan teho-osastolta perusteli aiheen valintaa ja kehittämistyössä mukana olevia osastoja sillä, että keskimääräisesti näiltä kahdelta osastolta tulee teho-osastolle eniten potilaita hoitoon. Tämä selittyy sillä, että kyseisillä osastoilla on lähtökohtaisesti huonokuntoisia potilaita. Osastoilla on paljon potilaita koska terveyskeskuspaikat ovat vähissä. Lisäksi uudet hoitajat, joita voi olla paljon eivät tunne vielä osastojen hoitokäytäntöjä ja toimintatapoja yhtä hyvin kuin kokeneet hoitajat. (Kärki 2016.)

2 KRIITTISESTI SAIRAAPOTILAAN HOITAMINEN VUODEOSASTOLLA

Kehittämistyöni käynnistyi hakemalla sähköisistä tietokannoista aihetta käsittelevää kirjallisuutta ja tutkimuksia. Hakutermeinä käytin seuraavia käsitteitä: peruselintoimintojen häiriöt, peruselintoimintojen häiriöiden tunnistaminen, MET – toiminta ja kriittisesti sairaanpotilaan hoitaminen vuodeosastolla. Kehittämistyöni aihetta käsittelevien tutkimusten ja tutkimusartikkeleiden ja niiden tulosten avulla kehittämistyöni tietoperustan, jonka kuvaan tässä luvussa. (Varto 1992, 92; Vilkkä & Airaksinen 2003, 42.)

2.1 Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisen merkitys potilaan hoidossa

Potilaan yleistilan heikkeneminen ja peruselintoimintojen häiriöiden tunnistaminen on hoitoketjun ensimmäinen ja tärkein lenkki. Hoitohenkilökunnan tulee osata tunnistaa potilaan hätätila ja aloittaa siihen vaadittava hoito (Elvytys, käypä hoito 2016, viitattu 16.3.2017).

Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistaminen potilaalla on hänen hengissä säilymisen kannalta elintärkeää. Tehohoidon on tutkittu lisäävän elinaikaa, siksi potilaan henkeä uhkaava tila pitäisi pystyä tunnistamaan riittävän ajoissa. Kriittisesti sairaanpotilaan tunnistamisessa auttaa potilaan voinnin huolellinen seuraaminen ja hänen terveydentilaansa koskevan statuksen tunteminen. Eri-laiset monitoroinnit ja laboratorio kokeet täydentävät kriittisesti sairaanpotilaan tilan tunnistamista mutta peruselintoimintojen alkuvaiheen häiriöiden tunnistaminen on erityisen tärkeää. (Junttila 2014, viitattu 24.4.2016, Takkunen & Penttilä 2006, 912.)

Onnistuneen hoidon toteutuminen edellyttää kykyä arvioida potilaan tila luotettavasti ja nopeasti. Henkeä uhkaavat tilat on pystyttävä tunnistamaan riittävän ajoissa ja tarvittavat hoitotoimenpiteet aloitettava välittömästi potilaan hengen turvaamiseksi. Ensiarvio potilaan voinnista toteutetaan ABCD luokituksen avulla ripeästi ja systemaattisesti. A eli airway (hengitystiet), B eli breathing (hengittäminen), C eli circulation (verenkierto) ja D eli disability (tietoisuus), jokaiselle potilasryhmälle toteutetaan arvio samassa järjestyksessä, oli kyse lapsesta, raskaana olevasta tai ikääntyneestä ihmisestä. Peruselintoimintojen riittävyys arvioidaan aina, vaikka potilas vaikuttaisi hyvävointiselta. (Hiltunen 2009, 249 – 253.)

2.1.1 Verenkierroelimistö ja sen häiriöt

Sydän, laskimot, valtimot ja hiussuonet muodostavat verenkiertoelimistön, joka toimii koko elimistön huoltojärjestelmänä. Ilman sydämen pumppausta elossa pysyminen on mahdotonta. Sydämen toiminta voi häiriintyä hapenpuutteen, rytmihäiriöiden tai pumppaustoiminnan heikkenemisen vuoksi. Sepelvaltimotauti on yksi merkittävin tekijä rytmihäiriöiden aiheuttajana. Sydämen pumppaustoiminta voi heikentyä esimerkiksi korkean verenpaineen vuoksi. Verenkierroelimistön normaali toiminta on tunnettava, jotta poikkeustilanteita voidaan arvioida. Terveen ihmisen sydän lyö levossa normaalisti 60 - 80 kertaa minuutissa. Rasituksessa syke voi nousta 160 - 180 kertaan minuutissa. Verenpaine koostuu kahdesta osasta systolisesta ja diastolisesta. Systolinen verenpaine on yläpaine eli se kertoo sydämen pumppauksen tuottamasta paineesta. Systolinen paine on riippuvainen sydämen vasemman kammion työstä, aortasta ja ääreisverenkierron vastuksesta sekä suurten valtimoiden kimmoisuudesta. Diastolinen paine eli alapaine kertoo sydämen lepovaiheesta supistusvaiheen jälkeen. Diastoliseen paineeseen vaikuttavat valtimoiden elastisuus ja verenkierron vastus. Normaali systolinen arvo tulisi olla alle 120mmHg (elohopeamillimetri), tyydyttävä arvoon kuitenkin alle 139 mmHg. Diastolinen ihanne tavoite on alle 80 mmHg kun taas tyydyttävä arvo 89mmHg. (Laine Kettunen & Majahalme 2011, 20, 41, 210.)

Verenkierrovajaus ilmenee silloin, kun kudokset eivät saa riittävästi verta tarpeeseensa nähden. Verenkierrovajaus ilmenee septisenä, - kardiogeenisenä, - obstruktiivisena - tai hypovoleemisena sokkina. Infektio voi laukaista septisen sokin, joka johtaa verenkiertovajaukseen. Typpioksidin liikatuoanto käynnistää verenkiertovajauksen. Kardiogeenisen sokin aiheuttajana on sydäninfarkti. Sydäninfarktissa sydänlihas herpaantuu, jolloin sydänlihas lamaantuu ohimenevästi. Obstruktiivisessa verenkiertovajauksessa kammioiden täytyminen on estynyt ja tämä johtaa pumppausvajaukseen. Sydänpussin tamponaatio, trauma, sydänlihastulehdus tai keuhkoembolia voivat aiheuttaa pumppausvajauksen sydämessä. Hypovolemia johtaa verenpaineen laskuun. Sen aiheuttajana on veritilavuuden menetys vuotoissa. Vuoto voi olla sisäinen tai ulkoinen, jolloin se on helpompi havaita. Verenkierrovajauksen tunnistaminen on elintärkeää. Hypotensio eli alhainen verenpaine on tunnusomaista verenkiertovajauksessa, samoin tihentynyt sydämen työmäärä, joka ilmenee nopea lyöntisyytenä ja rytmihäiriöinä. (Varpula 2014, 120 – 122.)

2.1.2 Hengitystoiminta ja sen häiriöt

Äkillinen hengitysvajaus on tavallisin tehohoitoon joutumisen syy. Hengitysvajaus ilmenee yleensä muiden peruselintoimintojen häiriöiden yhteydessä. Hengityselimistö huolehtii elimistön hapettumisesta. Happea siirtyy sisäänhengitysvaiheessa elimistöön ja uloshengitysvaiheessa hiilidioksidi siirtyy pois elimistöstä. Elimistö käyttää minuutissa noin 250 ml happea ja tuottaa noin 200 ml hiilidioksidiä minuutissa. Terveen aikuisen kertahengitystilavuus on keskimäärin 500 ml. Normaali hengitystiheys on 12 – 15 kertaa minuutissa. Hengitysvajauksessa kaasujenvaihto on häiriintynyt hapenpuutteen seurauksena, liiallisen hiilidioksidin kertymisellä elimistöön tai näiden yhdistelmänä. Hengitysvajauksessa elimistö pyrkii itse säätelemään kaasujen vaihtoa lisäämällä hengitystyötä, joka ilmenee hengitystiheyden nousuna. (Aittomäki, Valta & Salorinne 2006, 172 – 175; Reinikainen 2014, 100.)

Hengitysvajauksen syitä on monia. Hengitystyön vaikeutuminen voi ilmetä pinnallisena hengityksenä. Se voi johtua esimerkiksi vieras esineestä hengitysteissä tai liman aiheuttamasta tukoksesta, aspiraatiosta, jossa vatsan sisältöä on joutunut hengitysteihin. Hengitysvajauksen voi aiheuttaa keuhkoinfektio, joka on yleensä pneumonia eli keuhkokuume. Sellaiset perussairaudet kuten sydämen vajaatoiminta, muu keuhkosairaus kuin pneumonia ja vakavat infektiot sekä toimenpiteen jälkeinen tila voivat aiheuttaa hengitysvajauksen. Hengitysvajauksen tunnistaminen on tärkeää. Kliinisiä löydöksiä ovat takykardia eli sydämen tihentynyt lyöntimäärä, pieni pulssipaine eli ylä – ja alapaineen pieni ero, nopeutunut hengitystiheys, virtsan erityksen vähentyminen ja huono perifeerinen verenkierto. (Varpula & Penttilä 2006, 940; Reinikainen 2014, 100 – 109.)

2.2 Kriittisesti sairaanpotilaan tunnistaminen

Potilaan kliininen tila arvioidaan etenemällä päästä ylävartaloon ja raajojen ääreisosiin huomioimalla samanaikaisesti potilaan tajuntaa ja yleistilaa. Puhuttelemalla potilasta saadaan selville tajunnan taso, tajunnan ollessa häiriintynyt kokeillaan kipuvastetta esimerkiksi painamalla silmäkuopan yläreunaa. Valoreaktiota testataan mustuaisista ja arvioidaan mustuaisen reaktio valoon tajuntaa. Tajunnan tason muutokset voivat olla neurologisia, sydänperäisiä, hengityksestä - tai verenkierrosta johtuvia. Hengitystaajuuden kohoaminen on merkki elimistön häiriötilasta. Mittaamalla potilaan hengitystiheyttä ja happisaturaatiota, arvioimalla hengitystyötä ja kokeilemalla sydämen rytmiä arvioidaan myös potilaan kliinistä tilaa. Esitiedot potilaasta kuten kotioloissa oleva toiminta

ja suorituskky kuuluvat myös alkuvaiheen kliiniseen arvioon, samoin kuin potilaalla olevat perussairaudet, lääkitykset, vammapotilaalla vammamekanismi ja mahdolliset hoidonrajaukset. Keskeistä on tunnistaa mikä on aiheuttanut häiriötilan elimistössä. (Ala – Kokko & Ruokonen 2014, 73 – 75.)

Hoitotoimenpiteet aloitetaan välittömästi, kun häiriötila on havaittu. Potilaan hengitys ja hengittäminen turvataan varmistamalla avoimet hengitystiet sekä arvioimalla lisähapen tarve happisaturaatiosta. Mittaamalla potilaan verenpaine ja tunnustelemalla pulssin taajuutta, muotoa ja kokoa arvioidaan verenkierron riittävyyttä. Erilaiset kuvantamismenetelmät, laboratorio tutkimukset ja sydämen kaikututkimukset kuuluvat myös potilaan kliinisen tilan arviointiin. Ensisijaista on kuitenkin tunnistaa muutokset ja häiriöt potilaan peruselintoiminnoissa. (Ala – Kokko & Ruokonen 2014, 76 – 77.)

2.2.1 Peruselintoimintojen arviointiasteikko

Peruselintoimintojen häiriöiden tilan tunnistamiseen on kehitetty erilaisia arviointiasteikkoja ja apuvälineitä. Arviointi asteikoista tärkein on niin sanottu ABCD malli. Mallia tulee käyttää systemaattisesti ja toistetusti.

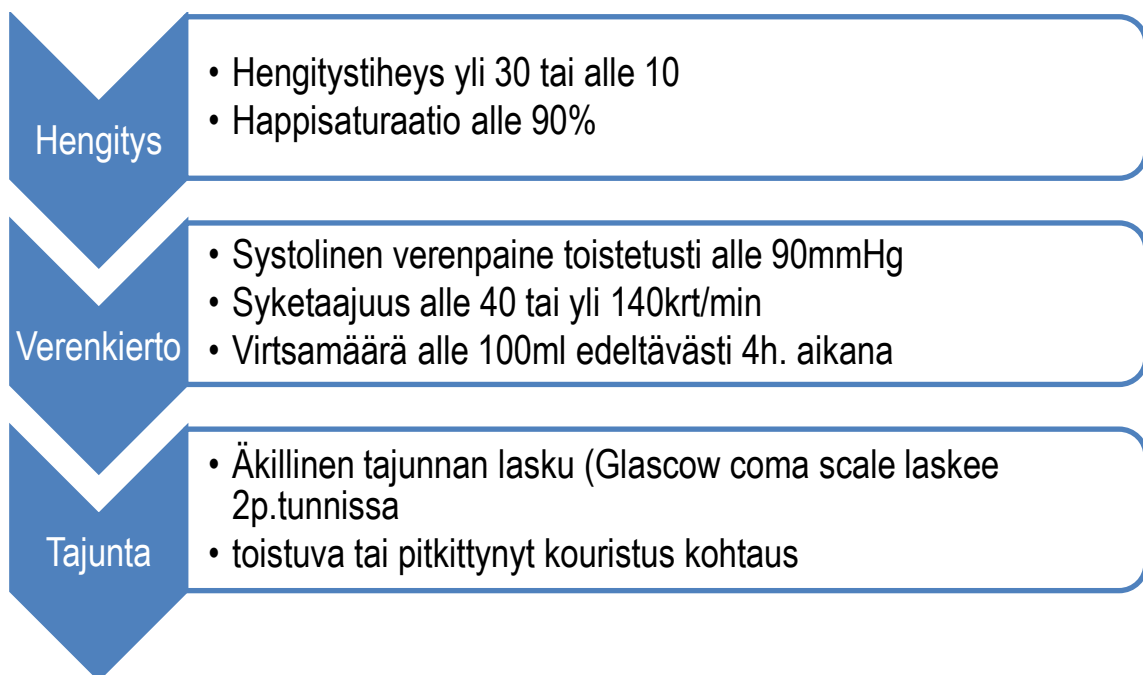
A – Airway eli ilmatie. Potilaalta seurataan hengitystaajuutta, puhutellaan, pystyykö potilas puhumaan kokonaisia lauseita hengästyttä. Ovatko hengitystiet avoinna? Hengitysvaikeudesta kärsivän hengitystie varmistetaan avaamalla ja tukemalla avoin hengitystie. Tajuttoman potilaan leukaa nostetaan kaksin käsin tukemalla samalla kaularankaa. Auki pysymisen varmistamiseksi potilaalle asennetaan nieluputki. Mikäli tajunnantaso ei korjaannu ja potilas ei reagoi nieluputkeen on riski, että potilaan vatsan sisältöä joutuu keuhkoihin ja hengitysteihin. Tällöin hengitysteiden auki pysyminen turvataan intuboimalla potilas. Nielusta ja suusta tyhjennetään vierasesineet.

B – Breathing eli hengittäminen. Tarkkaillaan rintakehän liikettä ja kuunnellaan hengitysteitä ja hengitysääniä. Hengitystaajuuden mittaaminen on oleellista, apuna voi käyttää happisaturaation mittaamiseen tarkoitettua mittaria, tähän ei kuitenkaan pidä täysin luottaa koska se ei takaa hengityksen riittävyyttä. Riittämätön hapen saanti turvataan antamalla lisähapetta siihen tarkoitettuilla välineillä, tajuttoman potilaan ollessa kyseessä hapen saanti turvataan hengityspalkeella. Tajuisaan olevalle vaikeasti hengittävälle potilaalle annetaan lisähapetta välittömästi.

C – Circulation eli verenkierto. Potilaalta tunnustellaan pulssia ja ihon lämpötilaa. Liian korkeat tai matalat syke taajuudet ja verenpaine ovat hälytysmerkkejä potilaalla. Näiden veren-

kierron tilasta kertovien taajuuksien vaihtelu tulee selvittää esimerkiksi tutkimalla verenvuodon merkkejä. Mikäli potilaalta ei saada rannesyketä tuntumaan nostetaan jalat koholle ja avataan suoniyhteys

D – Disability eli tietoisuus. Mikä on potilaan neurologinen taso ja tajunnan taso. Ymmärtääkö ja noudattaako potilas kehotuksia ja onko hän tajuissaan. Puhumalla ja kyselemällä saadaan tietoa potilaan tajunnan tasosta. Esimerkiksi liian alhainen verensokeri vaikuttaa potilaan tajunnan tasoon. Tajunnan tason mittaamiseen käytetään apuna Glasgow kooma asteikkoa (GCS). Tämän asteikon avulla selvitetään potilaan reaktiota kipuärsykkeisiin ja verbaalista sekä motorista vastetta pisteyttämällä. Mitä vähemmän pisteitä potilas saa sen heikompi on neurologinen tila. (Junttila2014 viitattu 24.4.2016, Takkunen & Penttilä 2006, 914; Niskanen & Randell 2006, 690; Hiltunen 2009, 257.) Kuviossa 1 on esitetty ABCD luokituksen mukaiset hälytyskriteeristöt. Taulukossa 1 on esitetty Glasgow coma scale asteikko, joka kuvaa potilaan tajunnan tasoa.



KUVIO 1. Ohje kriittisen tilan tunnistamiseen (Gylden 2011, 8)

TAULUKKO 1. Glasgow coma scale (Maximi pisteet 15)

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei lainkaan	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kivun	4
	Fleksio kivulle	3
	Extensio kivulle	2
	Ei vastetta	1

2.2.2 MET – tiimin toiminta

Käypä hoito suosituksen (2016) mukaan sydänpysähdyksiä voidaan ennaltaehkäistä menettely tavoilla, joilla tunnistaan uhkaavat häiriö tekijät elimistössä ennen sydänpysähdystä. Potilaan yleistilan heikkeneminen ja häiriöiden tunnistaminen on hoitoketjun ensimmäinen ja tärkein tapahtuma. Sairaaloiden ja organisaatioiden on huolehdittava henkilöstön riittävästä osaamisesta tunnistaa ja hoitaa potilaan elimistön häiriötilat. Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistaminen koulutusten avulla on keskeinen osa hoitoketjua. Henkilökunnalla tulee olla selkeät ohjeet ja kriteerit potilaan häiriötilojen tunnistamiseen ja elvytys tilanteessa toimimiseen, lisäksi tulee olla yhtenäinen menetelmä, miten toimitaan uhkaavissa ja elvytyksen tullessa olevissa tilanteissa. Sairaaloiden tulee rohkaista henkilökuntaa pyytämään apua riittävän varhaisessa vaiheessa. Apu voi olla esimerkiksi sairaalan sisällä järjestetty ryhmä, jolla on riittävä tehohoidon osaaminen. Ryhmän pyytämiseen

pitää olla matala kynnyks. Erilaiset pisteytysjärjestelmät helpottavat avun pyytämistä. (Elvytys, Käypä hoito 2016, viitattu 28.9.2016.)

Englannissa ja Amerikassa on käytössä MEWS (Adult modified early warning score) pisteytys. Pisteytys on kehitetty aikuisilla tunnistamaan varhaiset häiriö tekijät elimistön toiminnassa. MEWS pisteytyksien tarkoituksena on tunnistaa potilaan tilan liiallinen huononeminen ja näin ollen ehkäistä tehohoitoon joutumista ja jopa kuolemaa. Pisteytys on tarkoitettu hoitohenkilökunnalle ja sen avulla käydään tärkeimmät elintoimintoihin liittyvät tekijät läpi. Pisteytys aloitetaan potilaan hengitystiajuuden laskemisesta ja happiarvon eli saturaation mittaamisesta. Apuna on kortti, josta katsotaan lukemien perusteella saadut pisteet. Kortissa on lisäksi kivun arviointi, sykkeen tiheyden laskeminen, ruumiin lämpötilan mittaaminen ja virtsan tulon laskeminen edelliseltä kahdelta tunnilta. Saadut pisteet lasketaan yhteen ja kokonaispisteiden avulla katsotaan toimenpiteet. Liiallinen pistemäärä johtaa avun pyytämiseen. Sairaaloissa, joissa MEWS on käytössä, toimii Critical care outreach team, joka toimii samalla periaatteella kuin MET ryhmä. (Quinton & Higgins 201, 5 - 18, viitattu 28.9.2016.)

Australiassa 1990 luvun lopulla kehitettiin medical emergency team, jonka tehtävänä oli vähentää viivettä tehohoidon aloituksessa hätätilapotilaan luona. Vuodeosastot kutsuvat MET tiimin arvioimaan potilaan tilan kriittisyyden ja aloittamaan tarvittaessa hoidon tehostetun hoidon tasolla jo vuodeosastolla. Suomessa MET toiminta on vakiintunut sairaaloihin ja esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksissa todettiin MET toiminta hyödylliseksi. Tutkimus toteutettiin seitsemän kuukauden mittaisella seuranta jaksolla. Jakson loputtua MET soittoja oli tullut kolminkertaisesti verrattuna aikaisempaan, MET toimintaan edeltäviin vuosiin. Yleisimmät soitot liittyivät potilaan hengitysvaikeuksiin ja tajunnan tason muutoksiin. MET ryhmä koostuu sairaalasta riippuen hoitajista, lääkäreistä tai molemmista ammattiryhmistä. Hoitajat ovat teho – osaston sairaanhoitajia ja yleensä saaneet lisäkoulutuksen ennen MET ryhmässä toimimista. Tallgrenin ja Kaskinoron (2013) tekemässään tutkimuksessa on pohdittu kriittisesti sairaanpotilaan varhaisesta tunnistamisesta vuodeosastoilla ja mahdollisesti vuodeosastoille toteutettavaa koulutusta peruselintoimintojen häiriöistä, jotta niihin osattaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa puuttua. (Tallgren & Kaskinoro 2013, 216 – 219; Tirkkonen, Jalkanen, Alanen & Hoppu 2009, 429 – 430.)

3 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on selvittää Länsi-Pohjan keskussairaalan vuodeosaston hoitohenkilökunnan arvioita osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää heidän arvioitaan osaamisestaan hoitaa potilasta kyseissä tilanteissa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on lisätä koulutuksen avulla hoitohenkilökunnan ammattitaitoa tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöt ja hoitaa niitä riittävän varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tavoitteena on antaa vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle tietoa tehohoito-osaston konsultaatiohoitajan palveluista liittyen potilaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen.

Tutkimuksellisen kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia arvioita hoitohenkilökunnalla osaamisestaan on tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla?
2. Millaisia arvioita hoitohenkilökunnalla osaamisestaan hoitaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla?

Tutkimuksellisen kehittämistyön toisessa vaiheessa:

1. Vuodeosaston hoitohenkilökunnalle pidetään koulutustilaisuus potilaan peruselintoimintojen tunnistamisesta ja niiden hoitamisesta.
2. Koulutustilaisuudessa konsultaatiohoitaja kertoo roolistaan ja tilaisuuteen osallistujilta pyydetään arvioita konsultaatiohoitajan työn tarpeellisuudesta.

4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksellinen kehittämistyöni on työelämälähtöinen. Työelämälähtöinen tutkimus vahvistaa koulutusta ja sen avulla voi kehittää itseään sekä ammattitaitoaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 17). Aiheen saatuaani pohdin tietoa pohjaa työhöni ja etsin tutkimuksia, jotka käsittelevät kriittisesti sairaanpotilaan tunnistamista vuodeosastolla. Tutkimusten mukaan varhainen puuttuminen peruselintoimintojen häiriöön vuodeosastolla parantaa potilaiden selviytymistä. Kausen, Smithin, Prytherchin, Parrin, Flabouris ja Hillmanin tekemä seuranta tutkimus vuonna 2004 osoitti, että 79 % elvytetyistä potilaista oli peruselintoiminnoissa häiriöitä tunteja ennen sydänpysähdystä. Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 90 sairaalaa, Englannista 69, Australiasta 19 ja Uudesta – Seelannista kaksi. Yleisimmät peruselintoimintojen muutokset, jotka oli potilaiden kohdalla kirjattu, liittyivät verenkiertoelimistöön ja tajunnan tason laskuun (Kause, Smith, Prytherch, Parr, Flabouris & Hillman 2004, viitattu 16.3.2017).

Tehohoito osaamisen tuominen vuodeosastoille on laajentunut Suomessa ja sairaaloihin on perustettu MET (medical emergency team) tai outreach ryhmiä, joiden tarkoituksena on tunnistaa tehohoidon tarpeessa olevat potilaat ja näin ollen parantaa koko sairaalan hoitoisuutta. Käypähoito suosituksen tavoitteena on riittävän ajoissa tunnistaa potilaassa tapahtuvat muutokset, jotka vaikuttavat hänen terveydentilaansa. (Lehtinen 2011, 6-7; Suvela 2005, 425, Elvytys, Käypä hoito 2016, viitattu 28.9.2017.)

Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöstä löytyy paljon tietoa ja tutkimuksia. MET (Medical emergency team) toiminnasta on myös olemassa tutkimuksia, osa vanhoja, mutta myös uusimpia. Suomessa ensimmäiset tutkimukset on tehty vuonna 2009, jolloin Tampereen yliopistollinen sairaala aloitti MET projektin. Meilahden sairaala aloitti oman MET toimintansa 2010 (Kantola & Kantola 2013, 224). Suomessa tehdyt tutkimukset MET tai Outreach ryhmän toiminnasta ovat tuoreita ja siksi lisäävät kehittämistyöni luotettavuutta. Taulukossa 2 on esitetty Suomessa tehtyjä tutkimuksia, jotka käsittelevät MET toimintaa Suomessa ja peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisen tärkeyttä sairaalan sisällä. Taulukossa 3 on ulkomailta tehtyjä tutkimuksia, joissa on kerrottu MET toiminnasta ja sen hyödyllisyydestä potilaan hoidossa sairaalassa.

TAULUKKO 2. Kansainvälisiä tutkimuksia MET toiminnasta ja peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisen tärkeydestä

<p>Jouni Nurmi 2005. Sydänpysähdystä edeltäviin oireisiin on puututtava Julkaistu: Finnanest 38 (1) 2005</p>	<p>Nurmi artikkelissaan kirjoittaa kuinka peruselintoiminnoissa on havaittavissa muutoksia jo tunteja ennen sydänpysähdystä ja kuinka ulkomailla aikaisempina vuosina toteutetut tutkimukset tukevat tätä väitettä. Nurmi myös arvioi artikkelissaan MET toiminnan hyödyllisyyttä.</p>
<p>Joonas Tirkkonen, Ville Jalkanen, Pasi Alanen ja Sanna Hoppu 2009. Medical Emergency Team (MET) TAYS:ssa – aikainen puuttuminen potilaan peruselintoimintojen häiriöihin. Julkaistu Finnanest 42 (5) 2009</p>	<p>Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehty tutkimus MET toiminnan hyödyllisyydestä ja kuinka MET toiminta on vaikuttanut sairaalan toimintaan sekä onko siitä ollut hyötyä. Kyseinen tutkimus on tehty vuonna 2009, jolloin MET ryhmä on toiminut sairaalassa jo projekti muotoisena kahden vuoden ajan. Tuloksista ilmeni, että MET käynnit lisääntyivät reilusti lyhyen seuranta jakson aikana. Suurin yksittäisen käynnin syy oli hengitysvajaus.</p>
<p>Sanna Hoppu & Pasi Alanen 2012. Onko sairaalassa tapahtuva sydänpysähdys ehkäistävissä? – kokemuksia TAYS:sta. Julkaistu tehohoito 2012 30 (1).</p>	<p>Artikkelissa ottavat kantaa siihen, että riittävän varhainen puuttuminen peruselintoimintojen häiriöihin voisi mahdollisesti estää elottomuuden tai tehohoitoon joutumisen. Artikkelissa myös käydään läpi MET toimintaa ja sen tavoitteita.</p>
<p>Taru Kantola & Teemu Kantola 2013. Medical Emergency Team (MET) – apua osastolle elvytystä kevyemmin perustein. Julkaistu Finnanest 46 (3)</p>	<p>Kyseissä artikkelissa on kirjoitettu MET toiminnan hyödyllisyydestä, käyty läpi aikaisempia ulkomailla tehtyjä tutkimuksia peruselintoimintojen häiriöiden varhaisesta tunnistamisesta ja arvioitu MET toiminnan hyödyllisyyttä Suomessa. Artikkelissaan he kertovat Meilahden sairaalan MET toiminnasta ja hälytyskriteereistä, jotka laukaisevat hoitohenkilökunnan keskuudessa MET hälytyksen.</p>

TAULUKKO 3. MET toimintaa ja peruselintoimintojen häiriöiden varhaisen tunnistamisen hyötyjä käsitteleviä kansainvälisiä tutkimuksia

Juliane Kause, Gary Smith, David Prytherch, Michael Parr, Arthas Flabouris & Ken Hillman 2004. A comparison of Antecedents to Cardiac Arrests, Deaths and EMergency Intensive care Admissions in Australia and New Zealand, and the United Kingdom—the ACADEMIA study Julkaistu Resuscitation 2012 62 (3)	Artikkelissa kerrottiin tutkimuksesta, jossa oli mukana yhteensä 90 sairaalaa Australiasta, Uudesta – Seelannista ja Englannista. Tutkimuksessa havaittiin, että potilailla jotka menivät elottomaksi oli havainnoitu peruselintoimintoissa häiriöitä jo tunteja ennen elottomuutta.
Barbetti, J. & Lee, G.2008. Medical emergency team: a review of the literature. Julkaistu Nurs crit care 2008 13 (2).	Artikkelissa on kerrottu MET toiminnasta, mitä se pitää sisällään ja milloin MET ryhmää tarvitaan. Artikkelissa on myös käyty läpi MET toiminnan hyötyjä.

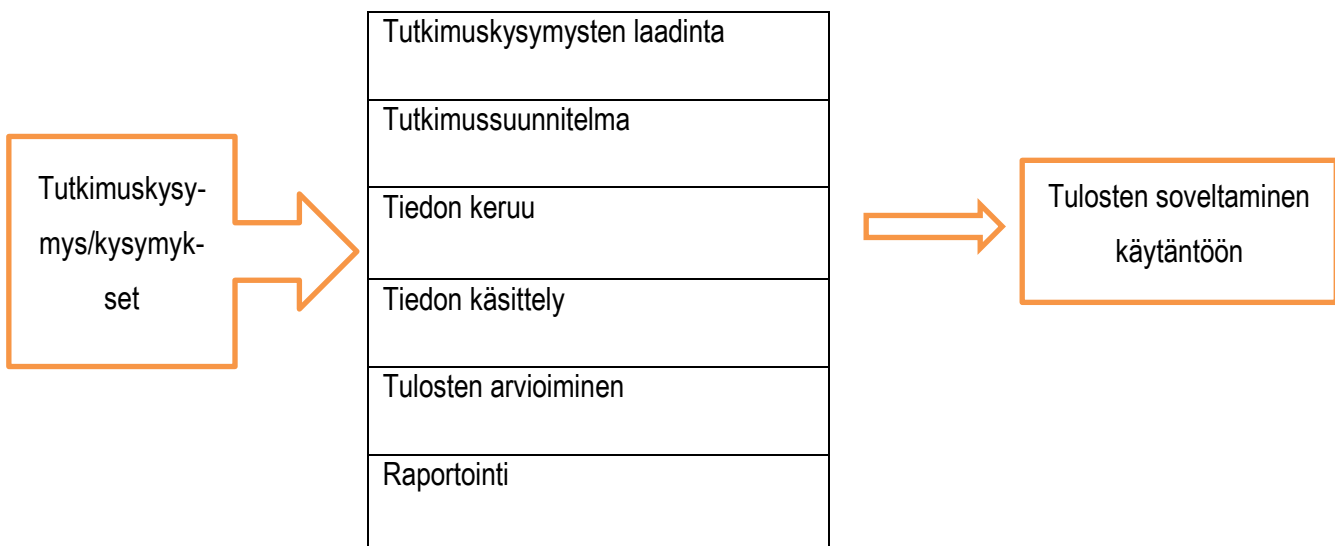
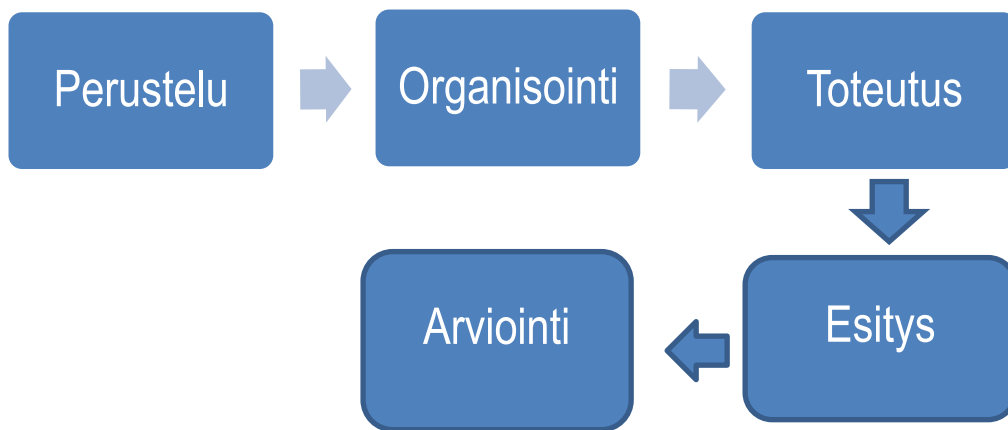
4.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön suunnittelu

Tässä työssä on käytetty tutkimuksellista kehittämistyö menetelmää, jossa on tyypillistä konkreettinen kehittämistoiminta ja tutkimuksellinen näkökulma, joiden avulla tuotetaan uutta tietoa työelämään. Kehittämisosissa on mukana toiminnallisuus ja tutkimus osiossa on laadullinen osio, joiden avulla on haettu vastauksia tutkimuskysymyksiin. Millaisia arvioita hoitohenkilökunnalla osaamisestaan on tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla ja millaisia arvioita hoitohenkilökunnalla osaamisestaan hoitaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla? Laadullinen osia pitää sisällään kuvailevan lähestymistavan. Kuvaileva lähestymistapa pyrkii kuvailemaan ja selittämään kokoamaan tietoa, siihen kuuluu myös analyysin tekeminen (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2017, viitattu 29.3.2017). Tässä työssä käytettiin sisällönanalyysia.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä kuvaillaan ihmisiä ja heidän kokemuksiaan ryhmähaastattelun avulla, joka on analysoitu sisällönanalyysi menetelmää käyttäen. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä arvioida muun muassa aineiston keruuta kehittämistyön edetessä, jolloin on mahdollista saada kokonaisvaltaista kokemustietoa tutkimuskohteesta. Laadullinen menetelmä pyrkii selittämään miksi, miten ja millainen. Se auttaa ymmärtämään tutkittavana olevaa kohdetta syvällisesti. Kehittämistyölle puolestaan on ominaista toiminnallisuus. Se koostuu yleensä kahdesta osasta toiminnallisesta tuotoksesta esimerkiksi tapahtuman järjestämisestä ja kuvailevasta raportoinnista. Tässä kehittämistyössä toiminnallisuus tulee esille ryhmäkeskustelum muodossa, jossa sisältönä on konsultaatiohoitajan rooli Länsi-Pohjan keskussairaalassa ja koulutustilaisuus, jossa käydään läpi potilaan tutkiminen ABCD luokituksen mukaisesti. Ryhmähaastattelun avulla saadaan tutkimusky-

symyksiin vastaukset. Kehittämistyön raportoinnissa kuvataan prosessi, jonka mukaan työ on tuotettu ja kirjoitetaan tietoperusta, johon työ pohjautuu. (Liukko 2012, viitattu 17.3.2017; Virtuaaliammattikorkeakoulu 2017, viitattu 17.3.2017; Varto 1992, 98, 105, 114; Tuomi & Latvala 2017. Viitattu 17.3.2017). Taulukossa 4 on kuvattu kehittämissprosessin muodostuminen. Kuviossa 2 on esitetty prosessimaisesti, kuinka teorian muodostuminen tapahtuu.

TAULUKKO 4. Kehittämissprosessin muodostuminen (Toikko & Rantanen 200, viitattu 17.3.2017)



KUVIO 2. Teorian muodostaminen (Routia 2007, viitattu 23.2.2017)

Varsinaisen kehittämistyöni aloitin tekemään syksyllä 2016, jolloin sain tutkimusluvan Länsi – Pohjan keskussairaalan operatiivisen alueen ylihoitaja Maritta Rissaselta (liite 1). Tutkimuslupaa tarvitaan etenkin silloin, kun kerätään tietoa henkilöiltä. Tutkimuslupa tulee anoa siltä organisaatiolta, jota tutkimus tai kehittämistyö koskee (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2017, viitattu 17.3.2017). Tutkimusluvan saatua olin yhteydessä syke osaston osastonhoitajaan Tarja Rajaseen ja osaston 4B osastonhoitaja Sinikka Savikujaan. Sovin heidän kanssaan tapaamiset osastotunneille, jolloin pääsin keräämään aineiston. Aineiston keruu tapahtui ryhmähaastattelun avulla. Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa esimerkiksi teemahaastattelu rungon avulla. Tavoitteena kuitenkin on, että keskustelu on vapaamuotoista. Ryhmähaastattelun etuna on, että sillä saadaan kerättyä tietoa nopeasti ja ryhmän jäsenet voivat auttaa toisia muistamaan asioita (Saaranen – Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 17.3.2017). Teho-osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyyny oli mukana kehittämistyössä mentorin ja konsultaatiohoitajan roolissa. Yhdessä hänen kanssaan pidimme osastotunnit osastoilla ja kävimme läpi konsultaatiohoitaja toimintaa Länsi – Pohjan keskussairaalassa sekä keskustelimme potilaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisesta vuodeosastolla sekä niiden tunnistamisen tärkeydestä. Hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelut toteutin joulukuussa 2016. Tammikuussa 2017 aloitin aineiston sisällönanalyysin ja kehittämistyön loppuversion tekemisen.

4.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa

Länsi-Pohjan keskussairaalaan on tehty vuonna 2012 konsultaatiohoitajan toimintaa käsittelevä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Tämän opinnäytetyön on tehnyt Marika Holpainen (2012). Kehittämistyöni on osaltaan jatkumoa Holpaisen opinnäytetyölle, koska kehittämistyössäni yhtenä osa-alueena tuon hoitohenkilökunnalle informaatiota konsultaatiohoitaja toiminnasta ja hänen roolistaan Länsi – Pohjan keskussairaalassa. Holpainen on tutkimuksessaan todennut konsultaatiohoitajan toiminnan hyödylliseksi Länsi-Pohjan keskussairaalassa.

Kehittämistyössäni oli mukana Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin osastoista osasto 4B eli pehmytkirurginen vuodeosasto, joka on 25 paikkainen sekä sydän – ja keuhkosairauksien vuodeosasto eli syke osasto, joka on 23 paikkainen. Tilastojen mukaan edellä mainituista osastoista tulee eniten potilaita tehohoitoon. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38; Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2016; Intensium – rekisteri 2016.)

Kehittämistyön alussa on tärkeää pohtia, keitä kohderyhmään kuuluu ja tehdä tarvittavat rajaukset. Kohderyhmää miettiessä on hyvä pohtia vastaajien ominaisuuksia kuten ikää, koulutusasmaa ja ammatillista osaamista. Lähetin osastonhoitajille pyynnön tulla tekemään ryhmähaastattelua osastoille. Pyyntöni toivoin, että saisin ryhmähaastattelu tilanteeseen mukaan hoitotyöntekijöitä. Työssäni oli mukana sairaanhoitajia, lähihoitajia ja molemmilta osastoilta heidän osastonhoitajat. Ammatillista kokemusta ja ikää en ryhmähaastattelussa mukana olleilta henkilöiltä kysynyt, koska vastaajia oli useampia ja keskustelu oli monipuolista. Ryhmähaastatteluissa oli mukana yhteensä 16 hoitotyönammattilaista. Länsi – Pohjan keskussairaalan teho – osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyynyn kanssa pidimme ryhmäkeskustelu tilanteen, jossa kerroimme konsultaatiohoitajasta, hänen roolistaan ja kuinka konsultaatiohoitaja voi auttaa hoitohenkilökuntaa vuodeosastolla. Kävimme myös ryhmäkeskustelemalla läpi potilaan tutkimisen ABCD luokituksen mukaan.

4.2.1 Ensimmäisen vaiheen aineiston keruu ryhmähaastattelulla

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään haastattelemalla tutkimuksen kohteena olevia henkilöitä ja tekemällä tulkintoja sekä analysointia tutkittavasta aiheesta. Menetelmää käytettäessä tavoitteena on luoda uutta tietoa, jonka avulla voidaan muuttaa käytäntöjä ja kehittää teorioita. Laadullisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ovat ihmisten kokemukset todellisuudessa, tutkijan tulee vastata kysymykseen mitä tutkimuksella tutkitaan? Laadullista tutkimusmenetelmää käytettäessä valitaan siihen sopiva lähestymistapa. Tässä kehittämistyössä käytettiin kuvailevaa lähestymistapaa. Kuvailemisen kautta pyritään vastaamaan kysymyksiin mitä tai mikä on tutkimuksen kannalta kiinnostavin asia. Kuvailevaan menetelmän käyttöön liittyy tiettyjä edellytyksiä, saadut tulokset tulee esittää luotettavasti ilman virheitä ja tällä menetelmällä ei pyritä selittämään tai tekemään ennustuksia. Kuvailevan menetelmän käyttö voi olla tarpeen monissa käytännön ongelmissa ja sen käyttö on yleistä kehittämistöissä, joissa etsitään uusia ratkaisuja ongelmiin. Selittämisen kautta pyritään löytämään syyt tutkimukselle. Selittämisen avulla pyritään saamaan yhtenäinen kuva tutkittavana olevasta kohteesta ja järjestämään hajanainen tieto kokonaiskuvaksi. Saatu tieto muodostaa teorian kokonaisuudessaan. Tietoa kerätään ja sen tiedon pohjalta muodostetaan käsitteitä, joiden avulla tutkija uskoo saavansa mahdollisimman monipuolisen teorian tutkimukseensa. (Krause & Kiikkala 1996, 77 - 83; Vilka, 2005, 97; Routio 2007, viitattu 23.2.2017.)

Haastattelut on käytetyimpiä tiedonkeruumenetelmiä. Ryhmähaastattelu on valikoidussa ryhmässä, haastattelijan vetämä keskustelu tilanne, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö saa tuoda

oman näkemyksensä ja ajattelu tapansa tutkimukseen. Ryhmähaastattelu koostuu neljästä kymmeneen ihmisestä. Haastattelu etenee ennalta suunnitellun rungon mukaisesti, mutta haastatteluaiheiden järjestystä voidaan muuttaa. Ryhmähaastattelu tuottaa rikasta ja monipuolista tietoa, jota ei muulla tutkimusmenetelmällä saataisi. Ryhmähaastatteluissa pyritään ymmärtämään ilmiöitä ja vastaamaan kysymyksiin miksi, miten, mitä ja kuinka. Ryhmähaastatteluja käytetään paljon, kun halutaan kehittää palveluja. Ryhmähaastattelu on joustava ja siksi sitä voi käyttää vastaamaan moniin tutkimuskysymyksiin. Ryhmähaastattelussa tulee esille aito keskustelu, koska haastateltavat kertovat omia näkemyksiään ja kokemuksiin tilanteista. Ryhmähaastattelun etuna on saada tutkittavasta kohteesta syvempää ja tarkempaa tietoa. Sitä voidaan käyttää arkojen ja vaikeidenkin asioiden tutkimukseen. Haastattelussa on monia etuja, mutta siinä on myös haittoja, joita tutkijan tulee pohtia päättäessään tiedonkeruu tapaa. Haastattelu on kallista ja aikaa vievää. Tekstin litterointi on hidasta ja tarkkaa. Analysointi, tulkinta ja raportointi voi olla ongelmallista, koska valmiita malleja ei ole. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507 – 1509; Hirsjärvi & Hurme 2000, 34 -35.)

Kehittämistyössäni käytin täysin avointa ryhmähaastattelua, jolloin tutkittavasta aiheesta saadaan syvällistä tietoa. Kehittämistyöhöni osallistujien määrää ei voinut etukäteen tietää, koska kyseessä oli vuodeosaston osastotunti ja sinne osallistui hoitohenkilökunnasta ne hoitajat, jotka hoitotyöstään pääsivät. Avoimessa ryhmähaastattelussa tyypillistä on, että haastattelut eivät ole etukäteen teemoitettuja. Haastatteluja pidetään joustavana tiedonkeruutapana ja sen aikana haastateltaville annetaan tietoa tutkittavasta kohteesta, aika tulee sopia etukäteen, jotta haastateltavat pystyvät valmistautumaan. Paikaksi on hyvä sopia rauhallinen tila, jossa ei ole ulkopuolisia häiriötekijöitä. (Krause & Kiiikkala 1996, 108 – 109.) Sydän – ja keuhko-osaston hoitohenkilökunnalle pidin osastotunnin 8.12.2016. Paikkana toimi vuodeosaston taukuhuone. Paikalla oli seitsemän hoitotyönammattilaista ja osastonhoitaja Tarja Rajanen. Osaston 4B osastotunnin pidin 21.12.2016. Paikkana toimi osaston raportointi huone. Mukana oli seitsemän hoitotyönammattilaista ja osastonhoitaja Sinikka Savikuja. Aikaa molemmille haastatteluille ja kehittämistyöni muille osille oli varattuna yksi tunti, mikä oli riittävän pitkä aika toteuttaakseni suunnitelmat.

4.2.2 Toisen vaiheen aineiston keruu ryhmäkeskustelulla

Työ ja työyhteisön kehittämisen apuna käytetään usein keskustelua. Keskustelut tapahtuvat joko ryhmäkeskusteluna tai yleiskeskusteluna. Osanottajat päättävät itse keskustelun sisällöstä, tarkoi-

tuksena on tuoda esille erilaisia näkökulmia asiaan liittyen ja keskustella niistä avoimesti. Keskusteleavan kehittämistoiminnan tukena voidaan käyttää kuvia tai tarinoita aiheesta, jolloin keskustelusta voi saada monipuolisemman kuvauksen. Kehittämisellä pyritään jonkin toimintatavan muutokseen, joka on työyhteisön tavoitteena sekä lisäämään työyhteisössä vaikuttavuutta. (Toikka & Rantanen 2009, 14, 102 – 103.)

Kehittämistyössä pyritään toiminnollisuuteen ja sillä on yksi selkeä piirre, siinä pyritään visuaalisiin tai viestinnällisiin keinoin luomaan kokonaistilanne tehdystä aineistosta. Toteutustavan mietintä on tärkeää, jotta saavutetaan oikea kohde ryhmä oikeaan tilanteeseen. Toteutin kehittämistyöni toisen vaiheen käyttämällä ryhmäkeskustelua hyödyksi. Keskustelun avulla saadaan monipuolisia näkökulmia, opitaan arvioimaan ja erittelemään toisten ajatuksia. Ryhmässä keskusteltaessa nousee esille asioita, joita voidaan yhdessä pohtia ja miettiä ratkaisuja ongelmiin tai kysymyksiin. Tutkimusten mukaan koulutus lisää ammatillista pätevyyttä ja toisena vaiheena kehittämistyössäni on järjestää opetustilanne raportin pohjalta ja informoida konsultaatiohoitajan roolista sekä pyytää hoitohenkilökunnan arvioita konsultaatiohoitajan tarpeellisuudesta. (Brenifier 2009, 9, 43, Collin 2007, 26, viitattu 30.9.2016, Vilka & Airaksinen, 2003, 50 – 53.)

Kehittämistyössäni yhtenä tavoitteena oli lisätä peruselintoiminnoista tietoisuutta hoitohenkilökunnan keskuudessa. Käytin tässä apuna powerpoint (Liite 4) esitystä, johon olin koonnut tiedot kehittämistyöstäni ja ABCD koodiston mukaisesti tiedot potilaan tutkimisesta. Länsi – Pohjan keskussairaalan teho – osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyynyn kanssa kerroimme käytössä olevasta konsultaatiohoitajasta sekä kävimme läpi potilas tapauksia, joissa konsultaatiohoitajan apu olisi tarpeen.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kehittämistyöni ensimmäinen vaihe tapahtui ryhmähaastatteluilla. Haastattelulla kerättiin aineisto kehittämistyöhöni. Ryhmähaastattelussa oli seitsemän kysymystä ja vastaajia oli yhteensä 16 hoitotyönammattilaista. Haastattelut nauhoitettiin ja auki kirjoitettiin haastattelujen jälkeen. Haastattelujen auki kirjoittaminen tapahtui litterointi menetelmänä. Litteroinnilla tarkoitetaan puhutun tai kirjoitetun tekstin puhtaaksi kirjoittamista. Puheesta voidaan puhtaaksi kirjoittaa tutkimuksen kannalta tärkeimmät asiat. Litterointi on aikaa vievää ja vaatii tarkkuutta, jotta kirjoitetaan asiat oikein (Saaranen – Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 20.3.2017). Ryhmähaastattelussa kertyi yhteensä

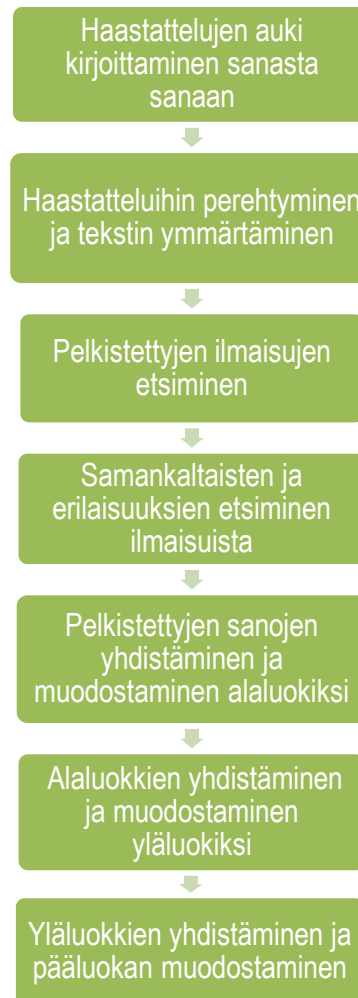
64 puhuttua vastausta, jotka auki kirjoitettiin litteroimalla. Saadun aineiston analysoin käyttämällä aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysilla saadut tulokset kuvataan sanalliseksi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tarkoituksena on karsia tutkimusongelman rajaamat informaatiot, kuitenkin hävittämättä olennaisinta tietoa. Tutkittava aineisto tiivistetään tutkimusongelmiin tai – kysymyksiin vastaamiseksi. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissa vastaukset puretaan sanoihin tai lauseisiin. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa lähdetään liikkeelle aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista. Toisena vaiheena ryhmitellään eli klusteroidaan teksti ja viimeisenä vaiheena analysoinnissa muodostetaan teoreettiset käsitteet eli abstrahoidaan teksti. (Vilka 2005, 103, 139 – 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 113.)

Kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteiden saavuttamiseksi haastattelu runkoon oli mietitty kysymykset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tällöin pääluokiksi muodostui: millaisia arvioita hoitohenkilökunnalla osaamisestaan on tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriötä vuodeosastolla ja hoitohenkilökunnan arviot osaamisestaan hoitaa potilaan peruselintoimintojen häiriötä vuodeosastolla.

Kehittämistyön toisessa vaiheessa haastateltaville pidettiin samalla osastotunnilla ryhmäkeskustelun muodossa kertaus potilaan tilan arvioinnista ABCD luokan mukaisesti. Toisessa vaiheessa pidettiin myös koulutustilaisuus konsultaatiohoitajasta ja hänen roolistaan Länsi-Pohjan keskussairaalaissa. Näitä kahta edellä mainittua asiaa oli myös yhdistetty haastattelu runkoon kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseksi. Pääluokaksi muodostui konsultaatiohoitajan rooli ja tarpeellisuus Länsi-Pohjan keskussairaalaissa.

Kehittämistyössäni käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka vastasi parhaiten tavoitteiden saavuttamiseen. Induktiivinen sisällönanalyysi eteni teorian mukaisesti. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi eteni sisällönanalyysin periaatteiden mukaisessa järjestyksessä. Pääluokat ohjasivat haastattelu kysymyksiä ja ne jaettiin neljään luokkaan vastaamaan kehittämistyön kysymyksiä. Kaksi kehittämistyön kysymystä vastasivat kehittämistyön tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Haastattelut auki kirjoitettiin sanasta sanaan. Vastauksista etsittiin samaa tarkoittavat vastaukset ja jaettiin analyysirungon mukaisesti alkuperäisiin ilmaisuihin. Alkuperäisistä ilmaisuista etsittiin pelkistettyjä ilmaisuja lukemalla ja alleviivaamalla alkuperäisiä ilmaisuja. Pelkistettyjen ilmaisujen

avulla voitiin muodostaa sisällönanalyysille alaluokat, joista alaluokkia yhdistämällä saatiin yläluokat. Yläluokat yhdistettiin vastaamaan pääluokkia, jotka vastasivat kehittämistyön kysymyksiin. Kuviossa 3 on esitetty kehittämistyön sisällönanalyysin eteneminen.



KUVIO 3. Aineiston sisällönanalyysin eteneminen

Pelkistämisessä auki kirjoitetusta haastattelusta karsitaan tutkimuksen kannalta turha informaatio pois. Tekstin pelkistäminen voi olla tiivistämistä tai tekstin osiin pilkkomista. Pelkistämisessä voi käyttää apuna koodaamista, jossa tutkimukselle olennainen informaatio merkataan ohjaamaan tutkimuskysymyksiä. Alkuperäisestä tekstistä nostetaan esille tutkimuksen kannalta oleellisen ilmaisu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Taulukossa 5 on esitetty esimerkin avulla pelkistäminen.

TAULUKKO 5. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus
<i>ottamalla ainakin näitä fysiologisia mittauksia, verenpaineet, pulssit, saturaatiot, lämpö ja hengitystihyettä laskemalla ja haastatteleamalla mikä on vointi, miltä tuntuu, onko kipuja.</i>	<i>Mittaamalla fysiologisia mittauksia ja haastatteleamalla potilasta millaiseksi hän kokee vointinsa⁴</i>

Ryhmittelyssä tekstistä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Samaa käsittelevät käsitteet ryhmitellään ja nimetään sisältöä kuvaavaksi luokaksi. Luokitteluna voi olla tutkittavan ilmiön käsitys, piirre tai ominaisuus. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimitystä alaluokka ja alaluokkien ryhmittelyä nimetään yläluokaksi. Yläluokkien yhdistämistä nimetään pääluokaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Taulukossa 6 on ilmaistu esimerkin avulla sisällönanalyysin ryhmittely eli klusterointi

TAULUKKO 6. Esimerkki Alaluokkien muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<i>Säännöllisillä kierroilla potilashuoneissa tarkkaillaan potilaan vitaalitoimintoja ja yleistilaa</i>	<i>Hoitotyötoimintoihin liittyvät kierrot potilashuoneissa säännöllisin väliajoin</i>

Käsitteiden muodostamisen avulla erotellaan tutkimuksen kannalta oleellisin tieto. Valikoitujen käsitteiden avulla muodostetaan teoreettiset käsitteet. Käsitteellistämistä jatketaan niin kauan, kun se on aineiston näkökulmasta mahdollista. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan ja käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkija pyrkii aineistolähtöisen analyysin avulla ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Vilka 2005, 103, 139 – 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 113.) Taulukossa 7 on havainnollistettu käsitteiden muodostuminen.

TAULUKKO 7. Yläluokan ja sen yhdistämisestä pääluokkaan

Yläluokka	Pääluokka
<i>Potilaan peruselintoiminnot</i>	<i>Hoitohenkilökunnan arvioinnit osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintoja ja niiden häiriöitä</i>

Laadullista tutkimusmenetelmää käyttäessä saa tutkittavasta kohteesta pätevän, koska se vastaa tutkimuksen kohteena olevia tutkimuskysymyksiä. Pätevyys on keskeinen asia laadullisessa tutkimuksessa. Käytettäessä sisällönanalyysia tutkimuksen purkamiseen saadaan aineistosta purettua tarkoitukselliset, merkitykselliset ja tutkimuksen aikomukset paremmin esiin. Sisällönanalyysin avulla saatiin kattavampia ja kertomuksellisempia vastauksia hoitohenkilökunnalta koskien tutkimuskysymyksiäni. Hoitohenkilökunta osallistui aktiivisesti ryhmähaastattelu tilanteeseen ja vastaukset ryhmähaastattelu tilanteessa olivat kehittämistyöni kannalta monipuolisia. Pätevyyttä kehittämistyöhöni lisäsi hoitohenkilökunnan määrä, paikalla olijoita oli yhteensä 16 ja paikalla olijat koostuivat lähihoitajista, sairaanhoitajista ja kahdesta osastonhoitajasta. (Varto 1992, 103 – 104; Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Kehittämistyön pääluokkia ovat: **Hoitohenkilökunnan arviointi potilaan peruselintoiminnoista, hoitohenkilökunnan arvioinnit osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintoja ja niiden häiriöitä** ja **konsultaatiohoitajan rooli Länsi-Pohjan keskussairaalassa**. Alaluokat, jotka kuvaavat pääluokkia ovat *Ihmiskehon peruselintoiminnot, rutiininomaiset hoitotyötoiminnot, arviointi menetelmät hoitotyössä, potilaan kokonaisvaltainen hoitotyön arviointi, koulutuksen merkitys hoitotyössä, koulutuksen sisältö ja kaikkien mukaan pääsy tärkeää, konsultaatiohoitajan tarpeellisuus vuodeosastolla, konsultaatiohoitaja, hoitotyön avuksi mittari kuvaamaan potilaan tilaa*. Saadut tulokset voidaan esittää graafisissa muodoissa. Kehittämistyössäni tulokset on esitetty sanallisesti kirjoittamalla ja esimerkkien avulla.

Tuloksia tulee saada riittävä määrä, jotta kysymyksiin saadaan vastaukset ja pystytään perustelemaan päätelmät. Saadut tulokset eivät välttämättä sellaisenaan kerro tuloksista vaan tutkijan tulee nostaa esille sellaiset seikat, joista johtopäätökset voidaan todentaa (Hirsjärvi, Remes, Liikanen & Sajavaara 1995, 65 – 66). Kehittämistyössäni olen nostanut ryhmähaastattelu tilanteesta sellaiset vastaukset esille, jotka ovat kehittämistyöni tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta tärkeimmät ja jotka ovat antaneet vastauksen tutkimuskysymyksiin. Ryhmähaastattelu tilanteessa vastauksia tuli riittävä määrä, jotta tutkimuskysymyksiin voitaisiin vastata.

5.1 Hoitohenkilökunnan arviot osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä

Hoitohenkilökunnan on tunnettava ammattietiikka ja hyvä hoitaminen ennen kuin hän voi hoitotyötä toteuttaa. Sairaanhoitajan kannalta eettisyys voidaan jakaa neljään osa-alueeseen, ihmisarvoon – ja oikeuksiin sekä hyvän tekemiseen, että vahingon välttämiseen. Nykyaikana ihmisarvo tarkoittaa sitä, että olemme kaikki samanarvoisia, rotuun, ikään, sukupuoleen ja uskontokuntaan riippumatta. Meitä koskevat samat oikeudet juridisesti. Ihmisoikeus pitää sisällään oikeuden vapauteen ja sosiaaliseen turvallisuuteen. Hoitotyössä nämä käsitteet tarkoittavat jokaisen oikeutta ja arvoa fyysisestä ja psyykkisestä yksityisyydestä ja koskemattomuudesta. Hoitotyössä on annettava totuudenmukaista, rehellistä tietoa, taattava pääsy hoitoon ja velvollisuus välttää eriarvoistamista kohtelua.

Hoitotyön historiassa on aina ollut tavoitteena hyvän tekeminen toiselle. Puhutaan myös altruismista toiminnasta, jossa toisen ihmisen hyvinvointi menee oman edelle tai pyritään lieventämään toisen kärsimystä. Hoitotyössä hoitotyöntekijän on aina pohdittava hoidettavan turvallisuutta ja suojeltava tätä. Tarvittaessa myös puolustettava hoidettavan oikeuksia ja ajettava hänen parastaan, mikäli hän ei itse pysty siihen. Hoitotyön tekijän on myös pidettävä oma ammatillinen osaamisensa ajan tasalla. (Leino – Kilpi & Välimäki 2008, 30; Sarvimäki & Stenbock - Hult 2009, 118 – 120.)

Potilaan ikä, perussairaudet esimerkiksi keuhkohtaumatauti, sepelvaltimotauti, verenpainetauti ja sydämen vajaatoiminta ja niihin käytössä olevat lääkkeet voivat muuttaa peruselintoimintoja siten, että ne muuttavat elimistön normaaleja vitaalitoimintoja. Nämä fysiologiset muutokset tulee tuntea ja hoitohenkilökunnan tunnistaa mikä on sairauteen liittyvää vitaalitoiminnan muutosta ja mikä on peruselintoimintaan vaikuttavaa häiriötä. Alkuvaiheen hoitoketjuun on panostettava vuodeosaston ja päivystyspoliklinikan kanssa, jotta niin sanotut hätätila potilaat havaitaan riittävän ajoissa. Hoitotyön vaikuttavuutta voidaan arvioida käyttämällä luotettavia mittareita. Vaikuttavuuden kohteina ovat esimerkiksi hoitomenetelmät, joilla ennakoitaan ja vähennetään tilanteita, jotka ovat johtaneet potilaan voinnin romahtamiseen, lisätään turvallisuuden tunnetta potilaan ja omaisten kohdalla ja lisätään potilaan elinvuosia. Hyvän hoidon tavoitteena on lisätä laadukkaita elinvuosia, välttää turhia hoitoja sekä hoitokärsimystä. Hyvä hoito perustuu aine tutkittuun ja päivitettyyn tietoon sekä lakiin potilaan asemasta ja oikeudesta. (Lund 2005, 440; Kaarlola & Pyykkö 2010, 462 – 463.)

Haastatteluissa kolme ensimmäistä kysymystä vastasivat kehittämistyön kysymykseen, jossa hoitohenkilökunta arvioi osaamistaan tunnistaa potilaan peruselintoimintoja (liite 3). Alaluokiksi nousi viisi hoitotyötoimintaa, jotka liittyvät potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön: **fysiologiset mittaukset, erityksen seuranta ja arviointi, neurologinen tila sekä kipu**

Fysiologiset mittaukset pitävät sisällään verenpaineen, - sykkeen, - happisaturaation, - hengitystiheyden - ja taajuuden mittaamisen sekä kehon lämpötilan mittaamisen. Mittaamisen apuna hoitohenkilökunta käyttää verenpainemittaria ja happisaturaatiomittaria sekä hengitystaajuuden mittaamisen apuna sekuntikelloa.

Ensinnäkin kun sinne huoneeseen menee, niin näkee potilaasta itsestä, miten hän voi, sen jälkeen haetaan verenpainemittaria ja saturaatiomittaria. Yleensä potilaan huoneessa huomaa potilaan kasvoista, miten hän potilas voi ja sen jälkeen haetaan kaikki mahdolliset mittarit.

Erityksen seuranta ja arviointi käsittävät diureesin eli virtsan määrän mittaamisen ja kehon nestebalanssin arvioimisen. Virtsamäärän mittaaminen tapahtuu, joko siten, että potilaalla on virtsakettri tai potilas virtsaa astiaan ja hoitohenkilökunta mittaa tulleen virtsa määrän.

Diureesi, onko hiipunut

Neurologinen tila käsittää potilaan vireystilan, orientaation ja tajunnan tason arvioimisen. Neurologinen arvio tapahtuu yleensä vuodeosastoilla keskustelemalla potilaan kanssa. Epäiltäessä neurologisia oireita voi tajunnan tason arviointin käyttää Glasgow Coma Scale asteikkoa, joka pisteyttää potilaan tajunnan tasoa. **Kivun arviointi** potilaan näkökulmasta sekä hoitohenkilökunnan oman ammatillisen osaamisen arvioimisen mukaan potilaan kokemasta kivusta. Potilaalta kysytään kipukokemuksia. Apuna voidaan käyttää kipu mittaria (VAS), jossa potilas arvioi kokemansa kivun asteikolla 1 – 10, jolloin 10 luku vastaa pahinta mahdollista potilaan kokemaa kipua.

Katsomalla merkkejä, onko kalpea, hikinen, kommunikaatio, vireys ja yleistila kaikin puolin.

*Onko kauhean kipeää, että kipulääkkeetkään auta kipuun.
Levoton*

Peruselintoimintojen säännöllinen ja rutiininomainen mittaaminen vuodeosastolla sekä niiden kirjaaminen on potilaan hoidon kannalta tärkeää, koska ilman kirjauksia ja mittauksia on mahdoton arvioida muutoksia. Yläluokiksi muodostui alaluokkien perusteella kolme hoitotyöntoimintaa, **ihmiskehon peruselintoiminnot, rutiininomaiset hoitotyöntoiminnot ja arviointi menetelmät hoitotyössä.**

Lisäksi tarvittaessa, mutta niin kuin aamuisin ottavat yököt ja tuossa kolmen aikaan ottaa iltavuoro mitä lääkäri on määrännyt niistä fysiologisista mittauksista. Ja sitten on niitä laboratorionkokeita. Potilailta, joilta on määrätty katsotaan kaksi kertaa vuorokaudessa nestetasapaino ja tarvittaessa. Jos potilaan voinnissa on muutoksia, otetaan lisää laboratorionkokeita.

Valtaosalla sairaalassa olevista potilaista kärsii peruselintoimintojen häiriöistä jo tunteja ennen sydänpysähdystä. Tyypillisiä muutoksia mitä potilaasta on kirjattu, ennen sydänpysähdystä ovat liittyneet hengitystaajuuden, verenpaineen, syketaajuuden, tajunnantason ja erityksen muutoksiin. Tehokas hoito on aloitettu vasta sydänpysähdysten ilmetyä, vaikka oireita on ollut havaittavissa jo tunteja enne sydänpysähdystä. Huomiotta jättäminen ei välttämättä johdu hoitohenkilökunnan

ammattillisesta osaamisesta vaan siitä, että he ovat saaneet liian vähän koulutusta asiaan tai rohkaisua puuttua tilanteeseen. Kynnys hälyttää lääkäri potilaan luo vai olla korkea ja kokemattoman lääkärin arvio hätätilapotilaasta voi olla virheellinen. (Nurmi, 2005. 44 – 45.)

5.2 Hoitohenkilökunnan arviot osaamisestaan hoitaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä

Hoitotyön ammatillinen kehittyminen kehittyy työtä tehdessä ja kokemuksia karttaessa. Työtä oppii tekemällä ja tietoa keräämällä. Tutkimusten mukaan ammatilliseen kehittymiseen vaikuttaa oma mielenkiinto ja kyky sekä halu kehittyä. Ammatillinen kasvu lisääntyy työvuosien saatossa. Ammatillista kasvua voidaan tukea hoito-organisaatioissa tukemalla hoitotyöntekijän omia vahvuuksia ja mahdollistaa ammatillinen kehittyminen. (Niemi 2004, Viitattu 10.1.2017.) Hoitotyössä koulutukset ovat keskeinen osa työtä. Terveysalalla vallitsee uusi suunta hoitotyössä ja se on näyttöön perustuva hoitotyö. Nykyaikana terveydenhuollon potilaat ja asiakkaat ovat valvutuneempia, aktiivisempia ja tietoisempia omasta terveydentilastaan sekä saamasta hoidostaan. Hoitotyötä tekevien on pystyttävä perustelemaan kaikki toiminta, joka kohdistuu terveydenhoitoon. Tutkimusnäyttö hoitotyön toiminnasta antaa vastauksia kliinisiin kysymyksiin. Näyttöön perustuva hoitotyö on tavoitteellista, koska sillä yhdistetään eri hoitokäytäntöjä sosiaali – ja terveysalalla. Näyttöön perustuva hoitotyö pohjautuu aina tutkittuun tietoon. Tätä käytetään, jotta saadaan mahdollisimman suuri hyöty potilaalle tai asiakkaalle häntä koskevassa terveydessään ja hoidossaan. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyvät eri elementit, joilla hoitotyö on tehty toiminnalliseksi. Hoitotyön toiminta perustuu aina tutkittuun tieteelliseen tutkimukseen, hyväksi havaittuun kokemukseen hoitotyössä, potilaan kokemukseen ja niihin resursseihin, jotka käytössä ovat. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyvät oleellisesti arvot ja esteettisyys, koska hoitotyön toiminta ulottuu pitkälle historiaan. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen on jatkuva prosessi, koska elinympäristömme muuttuu koko ajan, hoitotyön on pysyttävä mukana. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9-17.)

Käytäntöön perustuva tieto ja vaikuttavuuden arviointi nivoutuvat käsitteenä vahvasti yhteen. Esimerkkinä voidaan pitää, kun jokin käytäntö muuttuu havaitun ongelman mukaisesti. Tästä syntyy vaikuttavuus työhön. Vaikuttavuuden arvioinnissa tuotetaan ja arvioidaan saatua tietoa. Parhaaseen tietoon perustuva käytäntö saa vaikutuksen, kun se viedään ja otetaan käyttöön käytännön työssä (Pohjola, Kemppainen & Väyrynen 2012. 43 – 44).

Kehittämistyön yhtenä tavoitteena on, että vuodeosastoille annetaan tietoa teho-osaston konsultaatiohoitaja palveluista peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyen. Kysymysten yksi, viisi, kuusi ja seitsemän avulla saatiin käsitys niistä hoitotyötoiminnoista, joita hoitohenkilökunta käyttää hoitaessaan potilaita ja hyödyntääkö hoitohenkilökunta käytössä olevaa teho-osaston konsultaatiohoitaja toimintaa. Alaluokiksi muodostui kymmenen hoitotyön toimintaa, jotka vaikuttavat potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon vuodeosastolla: **potilaan kokonaistilanteen arvioiminen, leikkauksen jälkeinen seuranta, ongelmien ennaltaehkäisy, koulutuksen sisältö, koulutuksen tiheys, osallistujat koulutuksiin, konsultaatiohoitajan tarpeellisuus, konsultaatiohoitajan rooli osastolla, lääkäreiden suhtautuminen hoitohenkilökuntaan ja selkeät säännöt lääkäreille potilaan konsultaatiota varten.**

Potilaan kokonaisvaltainen arvioiminen vaatii hoitotyöntekijältä riittävää ammatillisuutta ja saavutettua työkokemusta, siksi toisten hoitotyönammattilaisten tuki ja turva ovat ensiarvoisen tärkeitä varsinkin uran alkuvaiheilla. Leikkauksen jälkeinen seuranta voi tapahtua suoraan vuodeosastolla. Silloin hoitotyönammattilaisen tulee tietää mitä leikkauksen jälkeiseen seurantaan kuuluu ja mitä asioita havainnoidaan säännöllisesti.

jos potilaalla on tehty mahasuolikanavan leikkauksia, niin seurataan koko ajan sitä vatsan tilannetta. Pitkin päivää katsotaan miltä se vatsa näyttää, onko vatsa toiminnut, onko pissaa tullut ja kaikkea tällaista.

Ongelmien ennaltaehkäisy on vaativaa kokeneeltakin hoitotyönammattilaiselta. Osastot ovat monesti kiireisiä ja potilailta paljon, hoitohenkilökunnan tulee arvioida potilaita jatkuvasti ja huomata pienimmätkin muutokset peruselintoiminnoissa. Muutosten aikainen huomiointi ja ongelmien varhainen puuttuminen voi estää potilaan ajautumisen tehohoitoon.

Huonokuntoisia potilaita on todella paljon vuodeosastoilla.

Koulutuksen sisältö pitää olla sellainen, että siitä on oikeasti hyötyä ammatillisesti. **Koulutuksen tiheys** tulisi arvioida hoitohenkilökunnan tarpeiden mukaan, elvytyskoulutukset ovat tärkeitä, koska ne yllättävät aina ja hyvin onnistunut elvytys voi pelastaa potilaan. Koulutukset saavat myös pohtimaan osastolla välineiden käyttökelpoisuutta ja miettimään omalle kohdalle tilanteita, joissa elvytys voi olla edessä. Koulutukseen tulisi päästä koko osastonhenkilökunta yhtä usein. Osastolla esimerkiksi koulutusvastaavat pitäisivät **osallistujista** kirjaa, jotta kaikki varmasti niihin pääsisivät. **Non**

stop koulutuksia toivottiin osastolta, koska silloin suuremmalla joukolla olisi mahdollisuus koulutukseen mennä. Koulutukseen voisi osallistua vapaa päivänä, jolloin siitä saisi työtunnit merkata ylös, jos muuta mahdollisuutta koulutukseen pääsystä ei ole.

Nyt on ollut yhdessä osaston 3B kanssa, kaikki ei pääse, työvuorossa olevat vain

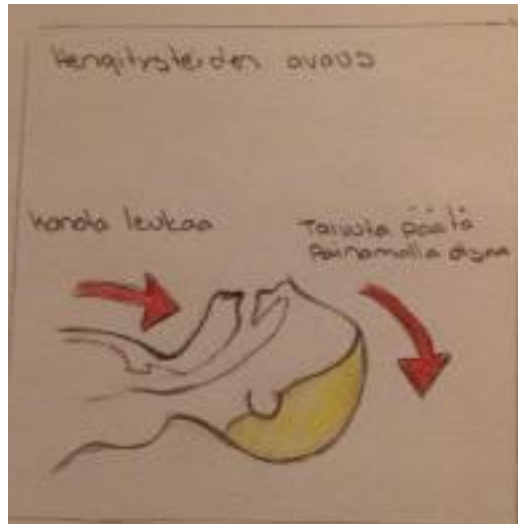
Puhuttiin siitä, että koulutuksessa voisi olla enemmän siitä lääkityksestä. Mä luulen, että meillä jokainen osaa sen peruselvytyksen, mutta totta kai sitäkin pitää harjoitella. Lääkityksen ja kirjaamiset ja kaikkea muuta käydä läpi lisäksi, koska sitä ei käydä läpi.

Ne (koulutuksessa) käydään kahden puolen aamupesujen välissä nopeasti.

Siinä saattaa käydä niin, että saattaa jäädä kaksikin vuotta välistä ettei ole päässyt koulutukseen, jos ei satu just se työvuoro siihen.

5.3 Koulutustilaisuus konsultaatiohoitajan roolista ja tarpeellisuudesta

Koulutustilaisuus potilaan peruselintoimintojen tutkimisesta oli kertausta hoitohenkilökunnalle, koska he kaikki ovat hoitotyönammattilaisia ja koulutuksen järjestäjän tulee tutustua ennalta koulutettavien pedagogisiin valmiuksiin. Koulutuksen pitäjän tulee itse olla alan asiantuntija, jotta hän voi vahvistaa koulutettavien osaamista. Koulutuksen lopuksi olisi hyvä kerätä palaute. (Poikela 1999, 221- 222.) Koulutustilaisuudessa käytiin keskustelemalla ja kuvin läpi potilaan tutkiminen ja esimerkein potilastapauksia, joita vuodeosastolla oli ollut. Kuviossa 4 on havainnollistettu potilaan hengitysteiden avaaminen.



KUVIO 4. Esimerkki potilaan hengitysteiden avaamisesta

Tulevaisuudessa tullaan painottamaan sairaanhoitajille yhä enemmän moniammatillisuutta, muutoksen hallintakykyä, yhteistyövalmiutta, johtamisvalmiutta ja tiedonhankkimiskykyä. Potilaita kannustetaan itsehoitoon ja kliinistä osaamista painotetaan. Laatu ja sen hallinta kuuluvat hoitohenkilökunnan ammattivelvollisuuksiin, siksi omasta asiantuntijuudestaan tulee huolehtia kouluttautumisella. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2002, 18.)

Koulutusta pidettiin tärkeänä vuodeosaston hoitohenkilökunnan keskuudessa ja elvytyskoulutusta toivottiin lisää tai suunnitella se niin, että kaikki pääsisivät.

Toiselta vuodeosastolta tuli ehdotus, että teho-osaston henkilökunta järjestäisi säännöllisin väliajoin elvytyskoulutusta, jossa kävisi koko sairaalan henkilökunta, mukana koulutuksessa voisi olla myös lääkäri.

Merja Meriläisen (2012) tekemän tutkimuksen mukaan teho-osastolta vuodeosastohoitoon siirtyvän potilaan luona käyvä konsultaatiohoitaja voi vähentää potilaan kokemaa ahdistusta ja pelkoa, jota tehohoito on voinut jättää potilaaseen. Lisäksi konsultaatiohoitaja saa vuodeosaston henkilökunnalta tärkeää tietoa potilaasta ja hän voi tarvittaessa ohjata vuodeosaston henkilökuntaa esimerkiksi vitalitoimintojen tarkkailussa ja seurannassa. Informaation toisto potilaalle ja omaisille auttavat toipumisprosessissa.

Konsultaatiohoitajan rooli ja tarpeellisuus aiheuttivat keskustelua. Osastoilla oli epäselvää mitä konsultaatiohoitaja teki, kun hän kävi potilashuoneessa. Konsultaatiohoitaja oli aikaisemmin miellyttänyt enemmän potilaan jatkohoitoon liittyväksi hoitokokonaisuudeksi kuin ennaltaehkäisyyn ja konsultointi apuun. Koulutustilaisuudessa teho-osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyyny kertoi konsultaatiohoitajan käyttö mahdollisuuksista ja toivoi, että osastot ottaisivat konsultaatiohoitaja mukaan osaston toimintaan matalan kynnyksen periaatteella.

Tiedetään, että sellainen on, mutta kieltämättä itsekin ajatellut, että mitä se hoitaja tekee, kun tulee tänne. Jos teillä (teho-osastolla) on ollut joku meidän potilas, konsultaatiohoitaja tulee tänne, käy potilas huoneessa ja lähtee pois. Mitä se teki siellä?

Silloin aluksi, kun se tuli (konsultaatiohoitaja) silloin kävi useammin. He käyvät siellä huoneessa ja lähtevät, ei ollut mitään.

Lääkäreiden suhtautuminen ja heidän **paikalleen saanti** oli joidenkin hoitajien mielestä haasteellista. Lääkärit eivät hoitajien mukaan uskoneet aitoa huolta potilaista. Hoitohenkilökunta toivoi yhtenäisiä sääntöjä hoitaja lääkäri konsultaatioon. Aila Pyyny vastaavasti painotti, että konsultaatiohoitaja konsultoi suoraan teho-osaston lääkäriä potilaasta, jolloin ei tarvitsisi osastopäivystäjää konsultoida.

Lääkäreille pitää joskus sanoa, että me pahimmassa tapauksessa elvytetään tätä potilasta, jos se ei pääse teholle

Meille on matala kynnyks soittaa ja me soitetaan sitten anestesia­lääkärille potilaasta.

5.4 Konsultaatiohoitajan rooli Länsi-Pohjan keskussairaalassa

Konsultaatiohoitajan rooli ja työnkuva potilaan luona oli monelle vuodeosaston hoitohenkilökunnalle epäselvä. Koulutustilaisuudessa teho – osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyyny kertoi konsultaatiohoitajan merkityksestä. Tämä herätti paljon keskustelua hoitohenkilökunnassa molemmilla osastotunneilla. Vuodeosaston hoitohenkilökunnassa oltiin tietoisia konsultaatiohoitajasta, mutta ajateltiin, että konsultaatiohoitajaa tarvittaisiin silloin, kun pitkäaikainen potilas siirtyy teho-osastolta vuodeosastolle niin konsultaatiohoitaja käy arvioimassa potilaan vointia sovittuina ajankohtina.

Konsultaatiohoitajan markkinointi on aloitettu jo vuonna 2009, mutta se vastaanotto oli jotenkin semmoinen, ettei haluttu tätä toimintaa. Me ei tulla kenenkään työtä arvostelemaan vaan me halutaan olla tukena.

Kysymys numero neljä koski konsultaatiohoitajan roolin tuntemista osastoilla, konsultaatiohoitajan esittelyä uusille hoitajille ja mittareiden käyttöä potilashoitotyössä. Yläluokaksi nousi kaksi hoitotyön toimintaa **konsultaatiohoitajan rooli** ja **mittarin käyttö** vuodeosastoilla. Moni oli kaivannut selkeää rooli kuvausta konsultaatiohoitajasta ja hänen toiminnastaan. Tästä aiheesta keskusteltiin pitämäni esityksen aikana ja ihmiset olivat tietoisia konsultaatiohoitajasta, mutta ajateltiin, että konsultaatiohoitajaa tarvittaisiin silloin, kun pitkäaikainen potilas siirtyy teho-osastolta vuodeosastolle niin konsultaatiohoitaja käy arvioimassa potilaan vointia sovittuina ajankohtina.

Tällä hetkellä on suunnitelmallista se, että jos teholla on pitkäaikainen potilas ja hän siirtyy osastolle tehon hoitaja käy sovituin välein katsomassa potilasta. Se on potilaalle, kun hän on ollut pitkään teholla ihan hirveä kynnys siirtyä osastolle. Teho-osastolla ollut kaiken maailman piuhossa ja näppylöissä. Meidänkin pitäisi

(teho-osaston henkilökunta) oppia siihen, että kun potilas on siirtymässä vuodeosastolle, niin silloin riisuttaisiin vähitellen saturaatiomittaria, ei mittailtais niin tiheään enää verenpainetta. Potilaalla ja omaisille on monesti sellainen kynnys, kun potilas tulee tänne niin sitä ei hoideta enää ollenkaan. Hoidetaan tietysti, mutta se tuntuu mahdollisesti omaisesta ja potilaasta, kun häntä ei koko ajan olla vieressä ja mittaamassa, että on unohdettu. Pyritään tätä lievittämään sillä, että käydään teholta katsomassa potilasta. Me käydään katsomassa, että mittaukset ovat hyvät ja potilaalla ei ole ongelmia. Me kirjataan niitä muutaman kerran ja kun huomataan, että potilaan tila on lähtenyt hyvin menemään eteenpäin, niin me lopetetaan osastolla käynnit.

Hoitohenkilökunta keskusteli siitä, että konsultaatiohoitajaa konsultoidaan liian harvoin, vaikka vuodeosaston hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus hyödyntää konsultaatiohoitajaa enemmän. Potilaan tilaa arvioidessa olisi hyvä käyttää erilaisia mittareita, jotka kuvaavat potilaan vointia tai tilaa. Länsi – Pohjan keskussairaalassa on ollut vuodesta 2009 asti käytössä potilaan vitaalitoimintoja kuvaava mittari ja tätä mittaria esittelimme yhdessä teho-osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyyryn kanssa. Mittari vaati päivitystä puhelinnumeroiden osalta, mutta muutoin mittari oli helppo luokinen. Mittarissa on kuvattu vitaalitoiminnot, jotka koostuvat ABCD luokan mukaisesta järjestyksestä.

Glasgow coma scale ei ole myöskään käytössä, se on ajateltu suunnattavaksi vain neurologisille potilaille.

Länsi- Pohjan keskussairaalaan on kaavailtu uuden mittarin käyttöön ottamisesta. Uusi mittari olisi NEWS mittari (National early warning score). Kyseisellä pisteytysjärjestelmällä on tarkoitus erotella tarkemmin hätätilapotilaat ja vähentää sairaalakuolleisuutta (Tirkkonen, Nurmi & Hoppu 2014 viitattu 10.12.2016). Uuden mittarin käyttöajankohtaa ei ollut vielä tarkemmin suunniteltu, mutta toivottiin, että muun muassa tämä kehittämistyö lisäisi aktiivisuutta mittareiden käyttöön otossa ja kriittisesti sairaan potilaan tunnistamisessa vuodeosastolla sekä konsultaatiohoitajan suurempaa käyttöastetta.

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN JA KIRJALLISUUTEEN VERRATTUNA

Euroopan elvytysneuvosto, European resuscitation council (ERC) on julkaissut viimeksi 2015 uudet päivitetty elvytys-suositukset, joissa on ohjeistukset sairaalan sisällä tapahtuneisiin elvytyskoulutuksiin ja peruselintoimintojen tarkkailuun. Suomen käypä hoito suositus elvytyksestä perustuu Euroopan elvytysneuvoston ohjeistuksiin. Suosituksissa todetaan, että potilaan tilan heikkenemisen tunnistaminen on potilaan selviytymisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Jotta kriittinen tila havaitaan, tarvitaan koko sairaalaan yhtenäiset ohjeet, joilla tila tunnistetaan sekä avun pyytämiseen. Suurella osalla elottomaksi menneistä potilaista on havaittu peruselintoiminnoissa häiriöitä jo tunteja ennen sydänpysähdystä. Sydänperäinen syy ei ole läheskään aina selittämässä potilaan elottomuutta sairaalan vuodeosastolla. (Nikkilä 2014, 4; Monsieurs & Nolan 2015, 10 – 12.)

Hoitohenkilökunnan arviointi potilaan peruselintoiminnoista perustui kliiniseen mittauksiin ja potilaan kanssa kommunikointiin. Kliinisinä mittareina toimi verenpainemittari ja happisaturaatiomittari. Yleinen silmäys myös potilaaseen kertoi myös hoitohenkilökunnalle potilaan tilasta. Yleisesti ajatellaan, että valvonta laitteet vuodeosastoilla ehkäisivät elottomuutta ja potilaan tilan äkillistä huononemista, mutta valvonta laitteet eivät auta, jos hoitohenkilökuntaa on liian vähän tai peruselintoimintojen häiriöitä ei osata tulkita valvonta laitteista (Gylden 2011, 13).

Katsotaan ihon väri ja lämpö. Ja potilaasta näkee, jos on vaikka aikaisemmin hoitanut potilasta, kun se vointi muuttuu.

Potilaan tarkkailu tapahtui säännöllisillä kierroilla ja aina potilas huoneeseen mennessä. Potilaan tarkkailua myös toteutettiin lääkärin ohjeiden mukaisesti. Konsultaatiohoitajan rooli koettiin enemmän potilaan jatkohoitoon liittyväksi kuin ennaltaehkäisyyn.

Tarkoituksena on olla osaston henkilökunnan tukena arvioimassa sitä potilaan vointia ja kuntoa ja yhdessä pohtia mitä nyt. Teho-osaston hoitajat ovat jatkuvasti tekemisissä potilaan tarkkailun kanssa ja se on rutiinia heille. Osastolla on omat erityisosaamiset ja teho-osaston henkilökunnalla omat erityisosaamiset. Yhdessä pohtimalla voidaan tehdä paljon potilaan voinnin kohentamiseksi ja ennaltaehkäistä tai lyhentää teho-osastolla olo aikaa. Se vaatii vain sen, että osastot rohkeasti pyytävät apua. Tarkoituksena ei ole tulla arvostelemaan kenenkään työtä vaan yhdessä pohtia potilaan kuntoa ja tehdään kaikki potilaan parasta ajatellen.

Tehohoidolta vaaditaan inhimillisyyttä, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta, jotta se on hyödyllinen potilaalle ja yhteiskunnalle. Terveystieteille asetetaan jatkuvasti rajoituksia ja vaaditaan kustannustehokkuutta. Sen vuoksi tehohoidolta vaaditaan näyttöä sen toimivuudesta ja vaikuttavuudesta. Tehohoito teknologia on kallista ja vaatii erikoisosaamista. Tehohoito on aikaa vievää ja vaatii tiloja sekä laitteita. Potilaat altistuvat tehohoidon aikana infektioille herkemmin ja nämä heikentävät potilaan ennustetta. Kaikkein paras keino lisätä kustannustehokkuutta ja saada vaikuttavuutta terveydenhuoltoon on ennaltaehkäistä potilaan ajautuminen tehohoitoon. MET toiminnalla pyritään juuri saamaan kustannusvaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Viime vuosina sairaaloiden elvytysryhmiä on alettu korvaamaan MET ryhmillä, jotta potilaan ajautuminen elvytykseen voitaisiin ennaltaehkäistä. (Lehtinen 2011, 4 – 5; Parviainen 2003, 165.)

Konsultaatiohoitajatoiminta on aloitettu vuonna 2009 Länsi – Pohjan keskussairaalassa ja sitä on markkinoitu alkuun tehohoidosta siirtyvälle potilaalle jatkohoidon tueksi. Teho- osaston sairaanhoitaja on käynyt arvioimassa potilaan kuntoa ja vointia, potilaan siirtyessä jatkohoitoonvuodeosastolle. Tällainen seuranta on ollut käytössä esimerkiksi Isossa - Britanniassa vuodesta 2000. Outreach toiminnan tarkoituksena on tukea potilaan jatkohoittoa, viedä tehohoito osaamista vuodeosastoille ja tätä kautta ehkäistä mahdollinen uusinta tehohoito jakso potilaan kohdalla (Lehtinen 2011, 8). Konsultaatiohoitajan tulee olla kokenut teho-osaston sairaanhoitaja, jotta hän omalla ammattitaidollaan voi arvioida potilaan jatkohoidon tarpeen. Kriteerit pyytää konsultaatiohoitaja on matala. Potilaan peruselintoiminnoissa tapahtuneet muutokset ABCD luokituksen mukaisesti tai hoitohenkilökunnan huoli potilaasta riittävät syyksi ottaa yhteyttä konsultaatiohoitajaan. Selkeät ohjeet sairaaloissa helpottavat hoitohenkilökunnan työtä ottaa yhteyttä konsultaatiohoitajaan heidän havaitessaan potilaan peruselintoiminnoissa häiriöitä. (Kankkunen 2016, 4 – 5.)

7 POHDINTA

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on selvittää Länsi-Pohjan keskussairaalan vuodeosaston hoitohenkilökunnan arvioita osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää heidän arvioitaan osaamisestaan hoitaa potilasta kyseissä tilanteissa. Kehittämistyön tavoitteena on lisätä koulutuksen avulla hoitohenkilökunnan ammattitaitoa tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöt ja hoitaa niitä riittävän varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tavoitteena on antaa vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle tietoa tehohoito-osaston konsultaatiohoitajan palveluista liittyen potilaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen. Kehittämistyön avulla haluttiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin vastaukset: *Millaisia arvioita hoitohenkilökunnalla osaamisestaan on tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla? Millaisia arvioita hoitohenkilökunnalla on osaamisestaan hoitaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla?*

Kehittämistyön toisessa vaiheessa vuodeosaston hoitohenkilökunnalle pidettiin koulutustilaisuus, jossa käytiin potilaan tutkiminen läpi ABCD luokituksen mukaisesti sekä koulutustilaisuudessa kerrottiin käytössä olevasta konsultaatiohoitaja palvelusta ja hänen roolistaan sekä osallistujilta pyydettiin arvioita konsultaatiohoitajan tarpeellisuudesta. Kehittämistyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan ammattitaitoa potilaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisessa ja niiden ennakkoivassa hoitamisessa.

7.1 Kehittämistyön toteuttaminen

Lähteiden etsiminen on haasteellista ja lähteisiin tulisi suhtautua kriittisesti niitä käytettäessä, koska ne ovat osa luotettavuutta. Lähdettä tutkiessa tulee huomioida sen ikä ja laatu sekä mikä on lähteen uskottavuuden aste. Tunnettujen asiantuntijoiden tekemät kirjoitukset ovat luotettavin valinta lähteiksi. Oman alan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin tutustuminen on välttämätöntä kehittämistyötä tehdessä. Mahdollisuuksien mukaan tulisi aina käyttää ensisijaista lähdettä, koska silloin tieto ei muutu ja tutkimuksen luotettavuus säilyy. (Vilka & Airaksinen 2003.)

Tietoa löytyy valtavan paljon ja aiheen rajaaminen on ollut keskeistä kehittämistyössä. Tutkimussuunnitelman teon aloitin maaliskuussa 2016, kun päätin yhdessä työelämän edustajien kanssa

kehittämistyön aiheeni. Tutkimussuunnitelmani valmistui syksyllä 2016. Tutkimussuunnitelman teon aloitin pohtimalla aiheen rajauksen ja aikataulun. Aiheen rajaukseen käytin apuna ajatuskarttaa eli mind mapia. Mind – mapin avulla saa jäsenettyä ja rajattua aiheen sekä huomattua tärkeimmät ja keskeisimmät asiat työhön liittyen. Tiedon hakuun olen käyttänyt internetiä, kirjallisuutta ja tutkimuskirjallisuutta. (Buzan 2012, 41.)

Kehittämistyötäni varten tutustuin aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin konsultaatiohoitajasta ja kriittisesti sairaanpotilaan hoitoketjusta. Holopaisen (2012) Länsi – Pohjan keskussairaalaan tekemän tutkimuksen mukaan konsultaatiohoitajat koettiin vuodeosastoilla tukea henkilökunnalle antaviksi. Lisäksi lääkärin ollessa estynyt saapumaan vuodeosastolle arvioimaan potilaan peruselintoimintojen häiriöitä voitiin käyttää sairaanhoitajaa konsultaatioapuna. Tutustuin myös Ulla Pöykön tekemään tutkimukseen konsultaatiohoitajista. Tutkimus on tehty Oulun yliopistolla vuonna 2006. Pöykkö on tutkimuksessaan selvittänyt konsultaatiohoitajien avulla tehohoidosta vuodeosastolle siirtyvän potilaan vointia. Rissanen Maritta (2008) on pro Gradu tutkielmassaan puolestaan käynyt läpi kriittisesti sairaan potilaan hoitoketjua Pohjois-Suomessa. Tämä työ on tehty Oulun yliopistossa vuonna 2008.

Pidin kehittämistyön teosta päiväkirjaa koko prosessin ajan. Päiväkirjan tarkoituksena oli toimia muistina ja tukena lopullista raporttia kirjoittaessani, jotta lopullista raporttia. Päiväkirja auttoi myös arvioimaan tietoperustaan, jota kehittämistyössäni käytin (Vilkka & Airaksinen 2003, 21 – 22, 43). Tietoperustan kirjallisuuden ja tutkimusten avulla pystyin muodostamaan oleelliset kysymykset ryhmähaastattelu tilannetta varten, joka lisäsi aineiston keruuni ja tutkimustulosten luotettavuutta.

Asiantuntijoinani käytän mentoriani, osastonhoitaja Ulla-Maija Kärkeä ja apulaisosastonhoitaja Aila Pyynyä. Opinnäytetyön ohjaajana toimi Pirkko Sandelin. Ajokilometrit koostuvat väliltä Oulu-Kemi-Oulu. Asun Oulussa ja kehittämistyötäni varten kävin Kemissä Länsi-Pohjan keskussairaalaossa pitämässä osastotunnit, muutoin yhteydenpito toimi sähköpostin välityksellä. Ryhmähaastatteluihin minulla oli aikaa osastotunnin verran, joka oli tunnin mittainen.

Budjetin laatiminen on osa kehittämistyötä. Kehittämistyön alussa tutkija suunnittelee kustannukset ja mahdollisuudet saada työhönsä avustusta. Toimeksiantajana kehittämistyössäni toimi Länsi – Pohjan sairaanhoitopiiri. Haastatteluja varten tarvitsen sanelu koneen, jonka lainasin Oulun ammattikorkeakoululta. (Vilkka & Airaksinen 2003, 38.) Budjettini koostui ajokilometreistä ja työtunneista. Työtuntien määrää on vaikea ennakoida kehittämistyön luonteesta johtuen.

7.2 Kehittämistyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan luotettavuuskriteerien kautta. **Siirrettävyys/sovellettavuus:** Tutkimuksen monipuolinen ja rikas kuvailu kertovat lukijalle kuinka tuloksia voi soveltaa muihin tutkimuksiin. Tutkimuksellisessa kehittämistyössäni aikaisemmat tutkimukset tulevat tuloksia, joita olen saanut sekä tarpeellisuutta, jonka vuoksi tämä työ on tehty. **Totuudellisuus:** Miten saadut johtopäätökset vastaavat tutkimuksen todellista tilaa. Esimerkiksi triangulaatio menetelmällä voidaan arvioida luotettavuutta. Triangulaatiossa voidaan käyttää useampia tutkimus menetelmiä lisäämään luotettavuutta tai tutkimuksessa voi olla useampi kuin yksi tutkija, joka lisää luotettavuutta. Kehittämistyössäni on käytetty tutkimus – ja kehittämismenetelmää sekä analysointi on tapahtunut käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia ja kuvailevaa lähestymistapaa. Tällainen useamman menetelmän käyttö lisää luotettavuutta. **Vahvistettavuus:** Tulokset, joita on syntynyt saa vahvistusta toisista tutkimuksista. **Uskottavuus:** Tutkijan oma persoona näkyy tutkimuksessa, mutta sen tulee olla neutraali tuloksia kohtaan. (Willberg 2009, viitattu 20.3.2017.)

Tutkimuksen on oltava luotettava ja teoriaa kirjoittaessa on varmistettava sen luotettavuudesta. Luotettavuutta tutkimuksessa kuvastaa se, että se säilyttää kokonaisvaltaisuuden myös teorianmuodostuksessa. Tämä tarkoittaa sitä, että ymmärretään tutkittavana olevaa kohdetta ja osataan rajata se käsittelemään aihetta (Varto 1992, 103 – 107). Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa vastataan seuraavan laisiin kysymyksiin: **Tutkimuksen kohde ja tarkoitus:** Mitä tutkitaan ja miksi tutkitaan. **Oma sitoutuminen tutkimukseen:** Miksi tutkija haluaa juuri tästä aiheesta tehdä tutkimuksen, miksi se on hänelle tärkeä ja mitä tutkija on ajatellut tutkimuksen alussa tulevasta tutkimuksestaan. **Aineiston keruu:** Millä lailla tutkija on saanut tutkimuksen kannalta oleellisen aineiston, onko aineiston keruussa ollut ongelmia ja onko aineiston keruu tapa vastannut tutkimuskysymyksiin. **Tutkimuksen tiedonantajat:** Millä perusteella tutkija on valinnut tiedonantajat tutkimukselleen, montako henkilöä on ollut ja kuinka heihin on pidetty yhteyttä. Tässä pohdinta osiossa ei kuitenkaan tiedonantajan henkilöllisyys saa paljastua. **Tutkija – tiedonantaja suhde:** Kuinka suhde toimi, saivatko tiedonantajat tulokset ennen niiden julkistamista ja muuttiko tiedonantajan kommentti tuloksia. Perustelut tulee olla, jos näin on tutkija menetellyt. **Tutkimuksen kesto:** Mikä oli tutkimuksen kokonaisaikataulu. **Tutkimuksen luotettavuus:** Tutkijan tulee arvioida miksi tämä tutkimus on eettisesti korkeatasoinen ja raportti luotettava. **Tutkimuksen raportointi:** Millä lailla tutkimus on koottu ja raportoitu. Tutkija on lukijoille velkaa rehellisen ja yksityiskohtaisen selvityk-

sen tutkimuksen kulusta ja analysoinnista. Lukijoiden tulee saada informaatiota tutkimuksesta riittävästi ja informaation tulee vastata tutkittavana olevaan kohteeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 – 141.)

Haastattelututkimusta lukevalle ei anneta itse haastattelua luettavaksi vaan hänen tulee luottaa tutkijan tulkintaan saaduista tuloksista. Tulosten varmentamiseksi voidaan käyttää kuitenkin erilaisia menetelmiä, kuten kirjoittamalla tarkka selostus siitä miten tuloksiin on päästy (Hirsjärvi & Hurme 2000, 152). Kehittämistyöstä saadut tulokset perustuvat aineistoon, jotka tutkimuksessa on kerätty, eivät tutkijan omaan käsitykseen. Tulosten merkityksellisyys tulee esille, kun tutkija itse on ymmärtänyt ne ja kuvannut tapahtumien kulun. Luotettavuutta lisää myös se, että tutkija on saanut aineistoa oleellisen määrän, jotta hän pystyy tulokset analysoimaan. Luotettavuuden täyttymiseksi tutkimustulokset voidaan jakaa neljään osaan, jotka tulee täytyä lopullisen analysoinnin aikana. Tutkijalla tulee olla riittävästi aineistoa tutkivasta kohteesta. Aineiston tulee olla myös laajuudeltaan sellaista, että oleellinen tieto tutkimuksen kannalta löydetään. Tutkimustulosten tulee olla johdonmukaisesti esitettyjä ja perusteltuja. Kehittämistyöstä tulee ilmetä idea ja oivallus ja analysoida saatu tieto niin, että lukija löytää siitä innovaation ja omaperäisyyden. Kehittämistyön tulee olla looginen kokonaisuus, jossa on tiivistetty tieto, johon tutkimusongelmilla haluttiin päästä. (Janhonen & Mikkonen 2001, 72, 105 – 106.)

Tutkimustulosten analysoinnissa ja pohdinnassa tarkastellaan yleisiä arviointiperusteita. Laadullista tutkimusta toteutettaessa tuotetaan tietoa erilaisten valintojen ja tulkintojen kautta. Tutkimuksissa kuitenkin tulee vastata aina kysymykseen, tutkittiinko sitä mitä aiottiin tutkia. Tutkijalla on vastuu tuotetusta tutkimustiedosta. Tutkijan tulee tarkastella omia lähtökohtiaan ja arvioida asioita, joita pitää totuudenkaltaisina väitteinä. Tutkija ei saa esittää tietoa sellaisena, joka häntä itseään miellyttää tai sopisi yleiseen ajatteluun. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom – Yläne & Paavilainen 2011, 130 – 131, 16 – 17.)

Tutkimustulosten luotettavuus perustuu rehellisyyteen käytetyssä tutkimustekniikassa. Rehellisyys perustuu myös tutkijan omaan puolueettomuuteen saaduista tuloksista. Kehittämistyössä on sitä, että voidaan näyttää toteen ja toistaa saadut tulokset. Hyvä tutkimustapa ja avoimuus edistää koko kehittämistoimintaa. Kirjallisuutta käytettäessä tulee muistaa, että ei aliarvioi muita tekijöitä ja varasta toisen tekstiä tai ideoita. (Simonsuuri - Sorsa 2002, 119.)

7.3 Kehittämistyön eettisyys

Tutkimusetiikan tulee olla sopusoinnussa myös hoitotyön ammattietiikan kanssa. Saadut tulokset ovat raportoitava rehellisesti ja raportin on kestettävä mahdollista julkista kriittisyyttä. Tutkijalta edellytetään vastuullisuutta työstään. Tämä korostuu etenkin silloin, kun tutkitaan henkilön oma-kohtaisia kokemuksia. Tässä kehittämistyössä haastateltavien vastaukset perustavat heidän omaan kokemuksiinsa ja siksi raportin auki kirjoittamisvaiheessa tulee kiinnittää huomiota henkilön identiteetin suojaukseen. Ryhmähaastattelu paikkana toimi vuodeosaston henkilökunnan taukotila. Lopullisen raportin kirjoitin puolueettomasti enkä kirjoittanut raporttia siten, että sieltä voisi paljastua haastateltavien henkilöllisyys. (Krause & Kiikkala 1996, 63 – 64, 109.)

Eettisyys perustuu ihmisarvon kunnioitukseen, arvostamiseen, persoonan henkilökohtaisiin arvoihin ja siihen mitä hän odottaa elämältä. Ammatillinen eettisyys perustuu työpaikan sääntöihin ja normeihin, jotka hoitohenkilökunnan on omattava pystyäkseen työskentelemään hoitoalalla. (Fry & Johnstone 2012, 9 – 11.) Tutkijan pitää pohtia kehittämistyön alkuvaiheessa mikä on haastateltavien motivaatio ryhmähaastatteluun ja ovatko he oikeita henkilöitä haastateltaviksi, koska kehittämistyöllä voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia työyhteisössä. Tämän vuoksi eettiset periaatteet hoitoalalla ja hoitotyön tarkoitus on pidettävä mielessä koko tutkimusprosessin ajan. (Krause & Kiikkala 1996, 64 – 65.)

Tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin. Tutkijan tulee pohtia eettiseltä kannalta, millaista on hyvä tutkimus, mitä tutkitaan, millaisia keinoja tutkija tutkimukseen käyttää ja millaisia tutkimustuloksia tutkija saa tavoitella. Laadullinen tutkimus ei välttämättä ole laadukasta, siksi tutkijan tulee huolehtia tutkimussuunnitelman laadusta, tutkimusasetelman käyttökelpoisuudesta, hyvin tehdystä raportoinnista ja tulosten julkistamisesta. Hyvää tutkimus pohjautuu eettiseen sitoutuneisuuteen. Tutkimuksen kannalta eettiset ongelmat viittaavat itse tutkimustoimintaan, esimerkiksi aineiston keräämiseen ja analysointiin sekä tutkimustulosten esittämistapaan liittyviä eettisiä tutkimusongelmia. Ennen tutkimuksen alkua tutkijan tulee antaa oikeanlaista informaatiota tutkimuksiin osallistuville tahoille. Informaation tulee sisältää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit joita tutkimuksessa voi ilmetä. Tutkittaville tulee kertoa, että he ovat tutkimuksessa mukana vapaaehtoisesti ja heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimukseen osallisuutensa missä tahansa vaiheessa tutkimusta. Tutkijan tulee varmistaa, että tutkimukseen osallistuvat tietävät oikeutensa ja tutkimuksen luotettavuuden, että jokaisen henkilökohtainen identiteetti on suojassa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128 – 131.)

Kehittämistyöni vaati luvan Länsi – Pohjan keskussairaalan operatiivisen alueen ylihoitaja Maritta Rissaselta. Luvan tarvitsin, koska haastattelin hoitohenkilökuntaan kuuluvia työntekijöitä. Luvan saatuani olin yhteydessä osastonhoitajiin Tarja Rajanen ja Sinikka Savikujaan. Lähetin heille sähköpostin välityksellä haastattelupyynnön (Liite 2). Haastatteluissa olivat mukana ne hoitotyön ammattilaiset, jotka pääsivät töiden ohessa mukaan. Haastateltaville kerroin kehittämistyöstäni, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Länsi – Pohjan keskussairaalan teho-osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyynty kertoi vastaavasti omasta mukana olostaan. Haastattelu paikkana toimi osastojen taukotila ja raportointi huone. Ulkopuolisia henkilöitä ei paikalla ollut. Haastattelujen purkamisen jälkeen poistin haastattelut sanelukoneesta, näin jäljelle jäi vain kirjoitettu sanasta sanaan teksti. Haastatteluissa ei nimiä otettu ylös tai oliko kyseessä sairaanhoitaja vai perushoitaja vain läsnäolijoiden lukumäärä oli ylhäällä. Vastaajia ei näin ollen pysty tunnistamaan.

7.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että Länsi – Pohjan keskussairaalan osastojen 4B eli pehmyt kirurginen vuodeosasto ja sydän – ja keuhko-osastojen hoitohenkilökunta havainnoivat säännöllisin väliajoin potilaan tilaa. Havainnointiin kuuluu kliiniset mittaukset, joita olivat verenpaineen, sydämen sykkeen, happisaturaation ja hengitystaajuuden mittaaminen. Lisäksi hoitohenkilökunta keskustelee potilaiden kanssa, jolloin he saavat informaatiota potilaan tajunnan tasosta, kivun laadusta ja yleisvoinnista. Potilaan tarkkailu tapahtui säännöllisillä kierroilla tai erikseen sovitusti esimerkiksi lääkärin ohjeiden mukaan.

Konsultaatiohoitajan rooli oli epäselvä ja siihen haluttiin tarkennusta. Konsultaatiohoitajan käyntejä kuitenkin pidettiin hyvänä, mutta raportointia käynnistä haluttiin tarkentaa. Lääkärin paikalle saanti koettiin ongelmaksi toisinaan ja konsultaatiohoitaja olisi apuna arvioimassa potilasta sekä ottamassa yhteyttä suoraan teho- osaston lääkäriin potilaasta. Kehittämistyöni esityksen aikana kerroimme yhdessä Länsi – Pohjan keskussairaalan teho-osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyyntyn kanssa konsultaatiohoitajan mukaan ottamisesta niin sanotusti MET toimintana. Vuodeosastot pyytäsivät teho-osaston sairaanhoitajaa potilaan luokse, kun heillä herää huoli potilaasta tai peruselintoiminnoissa tapahtuu muutoksia.

Tuloksista tulee käydä ilmi, miten tutkimuksessa on saatu ratkaisut ongelmiin, onko tutkimus lisännyt uutta tietoa tutkivalla alueella, miten tuloksia voidaan hyödyntää ja onko tutkimus tuottanut jatkokutkimushaasteita? (Hirsjärvi, Remes, Liikanen & Sajavaara 1995, 65 – 66.) Kehittämistyön tulokset esittelin 14.3.2017 pidettävällä osastotunnilla. Osastotunti pidettiin Länsi- Pohjan keskussairaalan teho-osastolla. Paikalla oli teho-osaston sairaanhoitajia ja apulaisosastonhoitaja Aila Pyöry. Tulokset tuottivat keskustelua eniten konsultaatiohoitaja roolin tuomisesta osastoille. Ratkaisuja mietittiin mikä olisi sopiva tapa toimia, jotta konsultaatiohoitaja saataisiin aktiiviseen käyttöön koko sairaalaan. Yhtenä ehdotuksena tuli, että teho-osaston lääkäri määräisi suoraan potilaan papereihin, mikäli hän tarvitsisi konsultaatiohoitajan käyntejä vuodeosastolla. Arviointi korttien käyttöä ja mahdollisesti uuden arviointi kortin käyttöönottoa pitäisi toteuttaa aktiivisemmin, sen lisäksi siitä pitäisi tiedottaa paremmin. Lääkäreiden aktiivisempaa osallistumista peruselintoimintojen tunnistamiseen ja koulutuksiin tuotiin esille osastotunnilla.

Kehittämishaaste tuli vuodeosastojen hoitohenkilökunnalta. He haluaisivat koko sairaalaan yhteisiä ohjeet potilaan peruselintoimintojen tarkkailuun sekä yhtenäisen mittarin, jolla he arvioisivat potilaan vointia vuodeosastolla. Kehittämishaasteena olisi tutkimus, kuinka Länsi – Pohjan keskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunta ovat hyödyntäneet konsultaatiohoitajan asiantuntemusta ja ammattitaitoa tietyn ajan jakson aikana. Onko konsultaatiohoitajaa hyödynnetty ennaltaehkäisevästi potilaan hoidossa vai onko konsultaatiohoitajan käyttö ollut vain niille potilaille, jotka teho-osastolta ovat vuodeosastolle siirtyneet?

LÄHTEET

Aittomäki, J., Valta, P. & Salorinne, Y. 2006. Keuhkofysiologiaa anestesian kannalta. Teoksessa Anestesiologia ja tehohoito. 2 uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ala-Kokko, T. & Ruokonen, E. 2014. Keskeiset periaatteet hätätilapotilaan tilan arvioinnissa ja alkuhoidossa. Teoksessa Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Brenifier, O. 2009. Keskusteleva opetus. Tallinna: Tallinnan kirjapaino Oy.

Buist, M., Bernard, S., Nguyen, T., Moore, G. & Andreson, J. 2004. Viitattu 10.5.2016. Association between clinically abnormal observations and subsequent in-hospital mortality: a prospective study. [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(04\)00123-6/fulltext](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(04)00123-6/fulltext)

Buzan, T 2012. Mind mapping for dummies. English: John Wiley & Sons Ltd.

Collin, K. 2007. Asiantuntijaksi oppiminen, ammatillisen identiteetin kehittyminen ja moniammatillinen työ. Viitattu 16.5.2016. Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteiden laitos ja aikuiskasvatus. <https://koppa.jyu.fi/kurssit/65050/luento/luentokaijajacollin>.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M & Moisia, E-L. 2014. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus hanke. Porvoo: Bookwell Oy.

Fry, S. & Johnstone, M-J. 2012. Ethics in nursing practice. A guide to ethical decision making. 4 painos. United Kingdom: The international council of nurses.

Gylden, K. 2011. MET – toiminta TAYS:ssa 2011. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. Anestesiologia ja tehohoito 9/2011, 1 -16.

Hiltunen, T. 2009. Teoksessa Ensihoidon perusteet. Helsinki: Suomen punainen risti.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Liikanen, P., Remes, P. & Sajavaara, P. 1995. Tutkimus ja sen raportointi. 4 – 6 painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Holpainen, M. 2012. Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, terveyden edistämisen koulutusohjelma.

Hoppu, S. & Alanen, P. 2012. Onko sairaalassa tapahtuva sydänpysähdys ehkäistävissä? – kokemuksia TAYS:sta. Suomen tehohoitoyhdistys Viitattu 16.3.2017. <http://www.sthy.fi/tehohoito-lehti/arkisto/1839-onko-sairaalassa-tapahtuva-sydanpysahdys-ehkaistavissa-kokemuksia>.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.)2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Junttila, E. 2014. Anestesiologian perusteet. Duodecim oppiportti. Viitattu 24.4.2016. www.oppiportti.fi.

Kaarlola, A. & Pyykkö, A. 2010. Teoksessa. Teho – ja valvonta hoitotyön opas. Ensimmäinen painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. 2016. Sairaalan sisäinen ensihoito – MET toiminta. Kuopion yliopistollinen sairaala. Viitattu 19.1.2017. <http://sash.fi/wp-content/uploads/2016/03/MET.pdf>.

Kantola, T & Kantola, T. 2013. Medical emergency team. – Apua osastolle elvytystä kevyemmällä perusteella. Finnerest 46 (3) 222 – 226.

Kause, J., Smith, G., Prytherch, D., Parr, M., Flabouris, A. & Hillman, K. 2004. Viitattu 9.5.2016. A comparison of antecedents to cardiac arrests, deaths and emergency intensive care admissions in

Australia and New Zealand, and the United Kingdom--the ACADEMIA study. [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(04\)00247-3/fulltext](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(04)00247-3/fulltext).

Kari, A. & Mussalo, P. 2012. Suomalaisen tehohoidon vertaisarvioinnin alkuvaiheet. *Finnanest* 2012 45 (4) 316 – 322.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Tampere: Tammer – Paino Oy.

Kärki, U-M 2016. Länsi-Pohjan keskussairaalan teho-osasto. Haastattelu 23.5.2016.

Käypä hoito suositus 2016. Elvytys 3.2.2016. Viitattu 16.5.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010>.

Laine, M., Kettunen, R. & Majahalme, S. 2011. *Sydänsairaudet*. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Paria, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2 uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Leino – Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lehtinen, A-M. 2011. *Outreach-toiminta: Tehohoidon jälkeistä seuranta vuodeosastoilla*. Tampereen yliopisto: lääketieteenlaitos 2011.

Liukko, S. 2012. *Opinnäytetyön raportointi – kehittämistyö*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.3.2017. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyö/>.

Lund, V. 2005. Akuutisti kriittisesti sairaan leikkauspotilaan preoperatiivinen optimointi – mikä on riittävää? *Finnanest* 38 (5) 440 – 444.

Kajaanin ammattikorkeakoulu 2017. *Opinnäytetyön eettiset suositukset*. Kajaani. Viitattu 17.3.2017. <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>.

Kause, J., Smith, G., Prytherch, D., Parr, M., Flabouris, A. & Hillman, K. 2004. A comparison of Antecedents to Cardiac Arrests, Deaths and EMergency Intensive care Admissions in Australia

and New Zealand, and the United Kingdom—the ACADEMIA study. Viitattu 16.3.2017. [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(04\)00247-3/fulltext](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(04)00247-3/fulltext).

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Oulu yliopisto. Viitattu 30.1.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf>.

Monsieurs, G & Nolan, J. (Toim.) 2015. Summary of the main changes in the Resuscitation Guidelines. Belgium, European resuscitation council. 1 – 20.

Mäntyranta, T & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim 2008; 124, 1507 – 13.

Niemi, L. 2004. Ammatillinen kasvu ja sitä edistävät kasvutekijät hoitotyössä. Lääketieteellinen tiedekunta Tampereen Yliopisto. Viitattu 10.1.2017. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/handle/10024/91551>.

Nikkilä, T. 2014. MET- toiminta TAYS:ssa 1.9.2012–31.12.2012, NEWS-pisteet MET-potilailla ja vaikutus myöhempään selviytymiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö.

Niskanen, M. & Randell, T. 2006. Neurokirurgisen potilaan anestesia. Teoksessa anestesiologia ja tehohoito. 2 uudistettu painos. Helsinki: kustannus Duodecim Oy.

Nurmi, J. 2005. Sydänpysähdystä edeltäviin oireisiin on puututtava. Viitattu 18.1.2017. http://www.finnanest.fi/files/a_nurmi.pdf. Finnanest 2005, 38 (1). 44 – 48.

Nurmi, J., Harjola, V-P., Nolan, J. & Castren, M. 2004. Viitattu 9.5.2016. Observations and warning signs prior to cardiac arrest. Should a medical emergency team intervene earlier? <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2005.00679.x/full>. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2015/3 49 (5), 702 - 706.

Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Parviainen, I. 2003. Tehohoidon tulokset ja kustannukset Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1996–2000. *Finnanest* 2003, 36 (2) 165.

Poikela, E. 1999. Kontekstuaalinen oppiminen. Oppimisen organisoituminen ja vaikuttava koulutus. Tampereen yliopisto. Viitattu 30.1.2017. <https://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67562/951-44-5954-7.pdf?sequence=1>.

Pohjola, A, Kempainen, T & Väyrynen, S. 2012. Sosiaalityön vaikuttavuus. Tampere: Juvenes print.

Quinton, S. & Higgins, Y. 2011. Adult modified early warning score (MEWS) Policy & Escalation Pathayv3.0. Viitattu 28.9.2016. <http://www.heartofengland.nhs.uk/wp-content/uploads/MEWS.pdf>.

Reinikainen, M. 2014. Hengitysvajauksen patofysiologia. Teoksessa peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom – Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY Pro.

Routia, P. 2007. Empiirisen tutkimuksen suunnittelu. Virtuaaliyliopisto. Viitattu 23.2.2017. <http://www2.uiah.fi/projects/metodi/f00.htm>.

Sarajärvi, A. & Mattila, L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY pro.

Saaranen – Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvaliMOTV. Viitattu 17.3.2017. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_4.html.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Simonsuuri-Sorsa, M. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Suomen tehohoitoyhdistys 2016. Suomen teho-osastot. Viitattu 10.5.2016. <http://www.sthy.fi/teho-osastot>.

Suvela, M. 2005. Tampereen teholla. *Finnanest* 2005, 38 (5) 423 – 426.

Tallgren, M. & Kaskinoro, K. 2013. Hätätilan tunnistaminen ja varhaisen puuttumisen malli. Kysely MET-toiminnasta 2013. *Finnanest* 2013, 46 (3) 216 – 220.

Takkunen, O. & Penttilä, V. 2006. Tehohoitotarpeen tunnistaminen ja potilasvalinta. Teoksessa *Anestesiologia ja tehohoito*. 2 uudistettu painos. Helsinki: kustannus Oy Duodecim.

Tammisto, T. 2006. Anestesiologian kehitys Suomessa. Teoksessa *anestesiologia ja tehohoito*. 2. uudistettu painos. Helsinki: kustannus Oy Duodecim.

Tirkkonen, J., Nurmi, J. & Hoppu, S. 2014. Sairaalansisäinen ensihoito on tullut jäädäkseen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2014. Viitattu 10.12.2016. http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/haku?p_auth=uWNHOe7v&p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11968&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku.

Tirkkonen, J., Jalkanen, V., Alanen, P. & Hoppu, S. 2009. Medical Emergency Team (MET) TAYS:ssa aikainen puuttuminen potilaan peruselintoimintojen häiriöihin. *Finnanest* 42 (5), 428 – 433.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomi, S. & Latvala, E. 2017. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.3.2017. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/>.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Varpula, M. 2014. Verenkiertovajauksen ilmeneminen eri sokkityypeissä. Teoksessa peruselintointien häiriöt ja niiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Varpula, T & Penttilä, V. 2006. Hengitysvajauksen hoito. Teoksessa anestesiologia ja tehohoito. 2 uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tammer-Paino Oy: Tampere.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Virtuaali ammattikorkeakoulu 2017. Kuvaileva tutkimusote. Viitattu 17.3.2017.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749.html>.

Willberg, E 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 20.3.2017.
<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>.



LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPHIRIN
KUNTAYHTYMÄ
Hoitotyön tulossyksikkö

Tutkimus-/opinnäytetyö lupalomake

Tulosalue/tulosyksikkö	operatiivinen		Henkilötunnus
Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimi	[REDACTED]	
	Nyman Sanna Katriina	Postinumero ja -paikka	90940 Ilahti
	Kotiosoite	Sähköpostiosoite	sanna.nyman8@gmail.com
	Suokuja 3	Nykyinen virka/toimi/opiskelija	Sairaanhoitaja
	Puhelinnumero koti työ	Suoritusvuosi	2010
	0400697655	Arvioitu valmistumisvuosi	2017
	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka	Oulun yliopistollinen sairaala Oulun ammattikorkeakoulu	
	Suoritettu tutkinto	Tuleva tutkinto	
	Sairaanhoitaja AMK	Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen - ja johtamisen tutkinto	
	Tutkimuksen opinnäytetyön projektin nimi	Kriittisesti sairaan peruselintilojen häiriöiden tunnistaminen vuodeosastolla	
Tutkimus on	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö, ylempi AMK <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> pro gradu -tutkielma <input type="checkbox"/> muu, mikä		
Hakija osallistuu potilastyöhön	<input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei		
Tutkimuksen vastuuhenkilöt ohjaajat (nimi), allekirjoitus	Pirkko Järvelin 30.9.2016 Tiina Puotinen 30.9.2016 Pirkko Saarimäki 30.9.2016		
Tutkimukseen osallistuvan sairaalan vastuuyksikön muut tutkijat työtekijät	Ulla-Maija Kärki Päivämäärä 30.09.2016		
Tarvittavat lausunnot/luvat	<input checked="" type="checkbox"/> ei tarvetta <input type="checkbox"/> eettinen toimikunta (OYS) <input type="checkbox"/> valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta	lähetyspäivä vastaus saatu pvm	
Päätös	<input checked="" type="checkbox"/> tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> hakemus hylätään, miksi		
Päätöksen tekijä	<input type="checkbox"/> hallintoylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> tulosalueen ylihoitaja		
Päivämäärä	Allekirjoitus	Päivämäärä	Allekirjoitus
6.10.16	Hilja Rinne		
Opinnäytetyön luovutus tutkimus- opinnäytetyön luvan antaneelle yksikölle			
arvioitu aika: Kun on valmis			
Lomakkeen säilytys			
- tutkija alkuperäinen: tutkimuksen ajan - päättäjät, arkistointi ja paikka: hoitotyön hallinto, hoitotyön johdon sihteeri			

Päivitetty:
Lautaja: Ylihoitaja Tiina Puotinen, 22.12.2015
Hyväksyjä: Hallintoylihoitaja Mervi Tikkanen

LIITE 2

Hyvä osastoinhoitaja

Työskentelen Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien teho-osastolla ja opiskelen Oulussa ylempää ammattikorkeakoulu tutkintoa (YAMK, kehittämisen – ja johtamisen tutkinto sosiaali – ja terveysalalla). Opintoihini kuuluu kehittämistyö, jonka toteutan Länsi- Pohjan keskussairaalaan osastoilla 4B eli-pehmytkirurgisella vuodeosastolla sekä syke eli sydän – ja keuhko-osastolla. Kehittämistyöni tarkoituksena on selvittää Länsi- Pohjan keskussairaalan vuodeosaston hoitohenkilökunnan arvioita osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöitä vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää heidän arvioitaan osaamisestaan hoitaa potilasta kyseissä tilanteissa. Kehittämistyöni tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan osaamista tunnistaa potilaan peruselintoimintojen häiriöt ja hoitaa niitä riittävän varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tavoitteena on antaa vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle tietoa tehohoito-osaston konsultaatiohoitajan palveluista liittyen potilaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen.

Pyydän teiltä lupaa tulla haastattelemaan osastolla työskenteleviä hoitotyöntekijöitä, kertomaan heille potilaan peruselintoiminnoissa tapahtuvista muutoksista ennen yleis-tilan romahtamista ja tiedottamaan Länsi-Pohjan keskussairaalan teho-osaston konsultaatiohoitajasta ja hänen palveluistaan, jotka ovat vuodeosastojen hoitohenkilökunnan käytettävissä. Teho-osaston apulaisosastonhoitaja Aila Pyyny tulee tapahtumaan mukaan kertomaan tarkemmin heidän roolistaan konsultaatiohoitajana.

Saatuani luvan toteutan haastattelut osastontoimintaan, teille ja hoitohenkilökunnalle sopivana ajankohtana esimerkiksi osastotunnilla. Kokonaisuudessaan toteutus kestää noin yhden tunnin. Toiveenani on toteuttaa haastattelut ja tiedotustilanne joulutammikuun aikana. Haastattelu on ryhmähaastattelu, johon toivon mahdollisimman monen hoitotyöntekijän pääsevän mukaan. Kehittämistyöstäni ei voi tunnistaa yksittäistä hoitotyöntekijää. Kehittämistyöni raportti tulee Länsi- Pohjan keskussairaalan käyttöön heti sen valmistuttua.

Parhain terveisin

Sanna Nyman
Sairaanhoitaja
Suokuja 3
90940 Jääli
0400697655
sanna.nyman8@gmail.com

LIITE 3

Kysymykset yksi, kaksi ja kolme koskivat hoitohenkilökunnan arviointia potilaan peruselintoiminnoista

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>1.</p> <p>”ottamalla ainakin näitä fysiologisia mittauksia, verenpainet, pulssit, saturaatiot, lämpö ja hengitystiheyttä las-kemalla ja haastattelemalla mikä on vointi, miltä tuntuu, onko kipuja”.</p> <p>”Katsomalla merkkejä, onko kalpea, hikinen, kommunikaatio, vireys ja yleistila kaikin puolin”.</p> <p>”Diureesi, onko hiipunut”</p> <p>”Onko kauhean kipeä ettei kipulääkkeetkään auta kipuun”.</p> <p>”Levoton”</p>	<p>”Mittaamalla fysiologisia mit-tauksia ja haastattelemalla potilasta millaiseksi hän ko-kee vointinsa”</p> <p>”Potilasta katsomalla ja tark-kailemalla havainnoidaan neurologinen tila”</p> <p>”Eritystä seuraamalla ja las-kemalla, sekä kivun arvioimi-sella”</p>	<p>Fysiologiset mittaukset</p> <p>Eriytyksen seuranta ja arviointi</p> <p>Neurologinen tila</p> <p>Kipu</p>	<p>Ihmiskehon peruselintoimin-not</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arviointi potilaan peruselintoiminnoista</p>

LIITE 3

<p>2.</p> <p>"Meillähän on kierrot ja sitten jatkuvasti kun me käydään huoneissa, sä koko ajan katot niitä potilaita miten he jaksavat.</p> <p>"Varsinkin, jos tiedetään jostakin potilaasta sen kuntoa, esimerkiksi sydämen vajaatoiminta niin seurataan pissamista".</p> <p>"Aamutoimien yhteydessä ja päivällä tehdään kiertoja"</p> <p>"Lisäksi tarvittaessa, mutta aamuisin ottaa yököt ja tuossa kolmen aikaan ottaa iltavuoro, mitä lääkäri on määrännyt niistä fysiologisista mitauksista. Sitten heiltä, joilta</p>	<p>"Säännöllisillä kierroilla potilashuoneissa tarkkaillaan potilaan vitaleitoimintoja ja yleis-tilaa"</p> <p>"Aamutoimintojen aikana ja päivällä potilashuoneissa kierrot"</p>	<p>Hoitotyötoimintoihin liittyvät kierrot potilashuoneissa säännöllisin väliajoin</p>	<p>Rutiininomaiset hoitotyötoiminnot</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arviointi potilaan peruselintoiminnoista</p>
--	---	---	--	--

LIITE 3

<p>on määrätty kaksi kertaa vuorokaudessa katsotaan nestetasapaino ja tarvittaessa, jos voinnissa on muutoksia”.</p>				
<p>3. ”Ei ole” ”Kipu mittaria vois periaatteessa kyllä käyttää” ”Ainoastaan VAS:ia mutta se on joillekin hirvittävän hankala, varsinkin iäkkäillä potilailla. Eivät he oikein ymmärrä sitä”. ”Se on tosiaan itsellekin hankala, jos tullaan itseltä kysymään kuinka paljon sinun VAS:i on, se on hankala sanoa kuinka paljon se kymmenen on. Kuinka kipeä sitä on</p>	<p>”VAS kipumittari ei ole yleisessä käytössä osaston hoitotyössä, mutta mittaria voisi käyttää” ”VAS kipumittarin käyttö iäkkäiden kohdalla vaikeaa, koska he eivät välttämättä ymmärrä sitä” ”Muuta mittaria ei ole käytössä”</p>	<p>Hoitotyön apuna käytettävät potilaan tilaa kuvaavat mittarit</p>	<p>Arviointi menetelmät hoitotyössä</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arviointi potilaan peruselintoiminnoista</p>

LIITE 3

jos on se kymmenen. Vanhuksille se on hankala, kun ei itsekään osaisi sanoa paljon VAS on?”				
---	--	--	--	--

Kysymykset yksi, viisi, kuusi ja seitsemän vastasivat kysymykseen millaisilla hoitotyötoiminnoilla hoitohenkilökunta potilaita hoitaa

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
1. ”Ensinnäkin, kun sinne huoneeseen menee niin näkee siitä potilaasta itsestään miten voi. Sen jälkeen haetaan verenpainemittaria, saturatiomittaria. Yleensä potilaan huoneessa huomaa kasvotusten miten se potilas voi ja sen jälkeen haetaan kaikki mahdolliset mittarit.” ”jos potilaalla on tehty gastron leikkauksia, niin seurataan	”Potilaan yleisilmeestä näkee heti huoneeseen mentyä miten hän jaksaa” ”Leikkauksen jälkeen potilaan tilaa tarkkaillaan pitkin päivää ja arvioidaan leikkausalueita” ”Jos on havaittu ongelmia, mittauksia tehdään useammin”	Potilaan kokonaistilanteen arvioiminen Leikkauksen jälkeinen seuranta Ongelmien ennaltaehkäisy	Potilaan kokonaisvaltainen hoitotyön arviointi	Hoitohenkilökunnan arvioinnit osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintoja ja niiden häiriöitä

LIITE 3

<p>koko ajan sitä vatsan tilan- netta. Pitkin päivää katsotaan miltä se vatsa näyttää, onko vatsa toiminut, onko pissaa tullut”.</p> <p>”Sitten, jos on ollut jotain niin käydään tiheämmin katso- massa, esimerkiksi, jos on ol- lut vaikka verenpaineen las- kua”.</p>				
<p>5.</p> <p>”Kyllä, Kerran vuodessa on pi- detty ja pyritty pitämään kahta ja kolmea ryhmää sillain, että kaikki saadaan käymään. Lis- tan mukaisesti kerran vuo- dessa”.</p> <p>”Puhuttiin siitä, että koulutuk- sessa voisi olla enemmän siitä lääkityksestä. Mä luulen,</p>	<p>”Kerran vuodessa pidettävä elvytyskoulutus, jossa kaikki kävisivät”</p> <p>”Koulutuksessa tulisi olla enemmän lääkehoitoon ja kir- jaamiseen liittyviä asioita”</p>	<p>Koulutuksen sisältö</p> <p>Koulutuksen tiheys</p> <p>osallistujat koulutuksiin</p>	<p>Koulutuksen merkitys hoito- työssä</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arvioinnit osaamisestaan tunnistaa po- tilaan peruselintoimintoja ja niiden häiriöitä</p>

LIITE 3

<p>että meillä jokainen osaa sen peruselvytyksen, mutta totta kai sitäkin pitää harjoitella. Lääkityksen ja kirjaamiset ja kaikkea muuta käydä läpi lisäksi, koska sitä ei käydä läpi”.</p>				
<p>6. ”Kaikki koulutus on aina hyväksi” ”Kerran vuodessa oleva elvytyskoulutus on kyllä ihan minimi, vois olla vaikka kaks kertaa vuodessa”. ”Mikä ettei ihan hyvä” ”Kyllä meidän osastolla olisi aiheellista järjestää. Onko mahdollista, että tehosairaanhoitajille ja akuuttiosaston</p>	<p>”Koulutus on hyväksi aina” ”Elvytys koulutusta pitäisi olla useammin” ”Koulutus mahdollisuus, jossa koulutus järjestettäisiin yhdessä anestesialääkäreiden kanssa” ”Madaltaa kynnystä soittaa konsultaatiohoitajalle” ”Elvytyskoulutukset olisivat keskitetyksi esimerkiksi non stop koulutuksina, jolloin kaikki pääsisivät käymään”</p>	<p>Koulutus sisältö Koulutusten tiheys Non stop koulutukset Osallistujat</p>	<p>Koulutuksen sisältö ja kaikkien mukaan pääsy tärkeää</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arvioinnit osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintoja ja niiden häiriöitä</p>

LIITE 3

<p>hoitajille järjestettäisiin yhdessä koulutusta anestesialääkäreiden taholta?”</p> <p>”Ja sitten samalla tuli mieleen, että sitä kynnystä madaltaa mitkä on ne milloin konsultatiohoitajaa voi soittaa tai kysyä neuvoa, apu, mitä milloinkin. Se on tiedossa, että on sellainen (konsultaatiohoitaja), mutta ei sitä osaa käyttää”</p> <p>”Sehän on joka vuosi koulutussuunnitelmia tehtäessä toive, että elvytyskoulutukset olisivat keskitetyksi ja jokainen pääsisi käymään. Mikäli on yhdelle osastolle järjestetty, niin vain se porukka pääsee käymään joka on töissä. Jos</p>				
---	--	--	--	--

LIITE 3

<p>se olisi (koulutus) jossakin tuolla non stoppina niin voisi käydä vuorossa olevat”</p>				
<p>7. ”Ainakin siinä vaiheessa on ollut tosi hyviä ne tilanteet, kun on haettu pitkään teholla ollut potilas osastohoitoon ja on kuitenkin vielä letkua joka suuntaan ja tippaa vaikka minkälaista ja se vointi ei todellakaan ole vielä mikään sellainen hyvä. Niin siinä vaiheessa ainakin on ihan hyvä, että te olette käyneet monenakin päivänä peräkkäin kattomassa sitä miten se tilanne on lähtenyt etene- mään”.</p>	<p>”Konsultaatiohoitaja on koettu tarpeelliseksi, kun potilas on haettu teho-osastolta ja vointi ei ole ollut hyvä. Potilasta on käyty katsomassa miten vointi on lähtenyt menemään” ”Konsultaatiohoitaja on ollut hyvä kokemus” ”Konsultaatiohoitaja luo turvallisuuden tunnetta, kun havainnoi samoja asioita” ”Kynnys kysyä potilaasta helpompi, joka on ollut teho-osastolla” ”Lääkärin paikalle saanti vaikeaa”</p>	<p>Konsultaatiohoitajan tarpeellisuus Konsultaatiohoitajan rooli osastolla Lääkäreiden suhtautuminen hoitohenkilökuntaan Selkeät säännöt lääkäreille potilaan konsultaatiota varten</p>	<p>Konsultaatiohoitajan tarpeellisuus vuodeosastolla</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arvioinnit osaamisestaan tunnistaa potilaan peruselintoimintoja ja niiden häiriöitä</p>

LIITE 3

<p>”Olen ollut muutamia kertoja töissä, kun on sattunut omalle kohdalle. Olen kokenut, että se on ollut hyvä”</p> <p>”Se luo kuitenkin sellaista turvaa, että on itse havainnoinut samanlaisia asioita”.</p> <p>”Jos potilas on tullut teholla, on kynnys helpommin soittaa takaisin, että oliko tämmöistä ongelmaa silloin teholla ollessa. Se on sillain helppoa”.</p> <p>”Lääkärin paikalle saanti on välillä ongelmallista. Olisi hyvä, kun konsultaatiohoitaja, tulisi arvioimaan yhdessä osastonhenkilökunnan kanssa potilaan vointia”.</p>	<p>”Huonokuntoisia on todella paljon ja lääkärit eivät välttämättä usko hoitajaa”</p>			
---	---	--	--	--

LIITE 3

<p>"Huonokuntoisia potilaita on todella paljon vuodeosastoilla."</p> <p>"Lääkäreille pitää joskus sanoa, että me pahimmassa tapauksessa elvytetään tätä potilasta, jos se ei pääse teholle"</p>				
---	--	--	--	--

Kysymys numero neljä koski konsultaatiohoitajan roolin tuntemista tutkimuksessa mukana olleilla vuodeosastoilla

Alkuperäiset ilmaisut

Pelkistetyt ilmaisut

Alaluokka

Yläluokka

Pääloukka

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>4.</p> <p>"Ei kumpaakaan" "Kaipaa päivitystä, viime toukokuussa päivitetty, mutta nuo ei ole siinä"</p> <p>"Glasgow coma scale ei ole myöskään käytössä, se on ajateltu suunnattavaksi vain neurologisille potilaille"</p>	<p>"Konsultaatiohoitajan esittely ei ole perehdytysohjelmassa eikä mittarin esittely"</p> <p>Glasgow coma scale asteikko mielletään vain neurologiselle potilaalle"</p> <p>"Konsultaatiohoitajan esittely jäänyt taka-alalle"</p>	<p>Konsultaatiohoitajan esittely ja hänen roolinsa Länsi-Pohjan keskussairaalassa</p> <p>Glasgow coma scale mukaan ottaminen hoitotyöhön</p>	<p>Konsultaatiohoitaja</p> <p>Hoitotyön avuksi</p> <p>mittari kuvaamaan potilaan tilaa</p>	<p>Konsultaatiohoitajan rooli Länsi-Pohjan keskussairaalassa</p>



LIITE 3

<p>"Vanhemmissa perehdytys-ohjelmissa ei ole, uusi tuli vasta muutama päivä sitten ja sitä ei ole keretty lukea vielä".</p> <p>"Konsultaatiohoitajatoiminta on pikkasen jäänyt takalalle, se on unohtunut vaikka siitä on ollut puhetta ja on ollut osastotunteja. Sitten sen hoksa, kun on tosi huonokuntoinen potilas, että nythän vois kysyä konsultaatiohoitajaa. Ei se tule aina ensimmäisenä mieleen".</p> <p>"Se on ehkä vähän epäselvää, että mitä se konsultaatiohoitaja tekee".</p>	<p>"Konsultaatiohoitajan rooli epäselvä"</p>			
---	--	--	--	--




KRIITTISESTI SAIRAAAN PERUSELINTOIMINTOJEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN VUODEOSASTOLLA

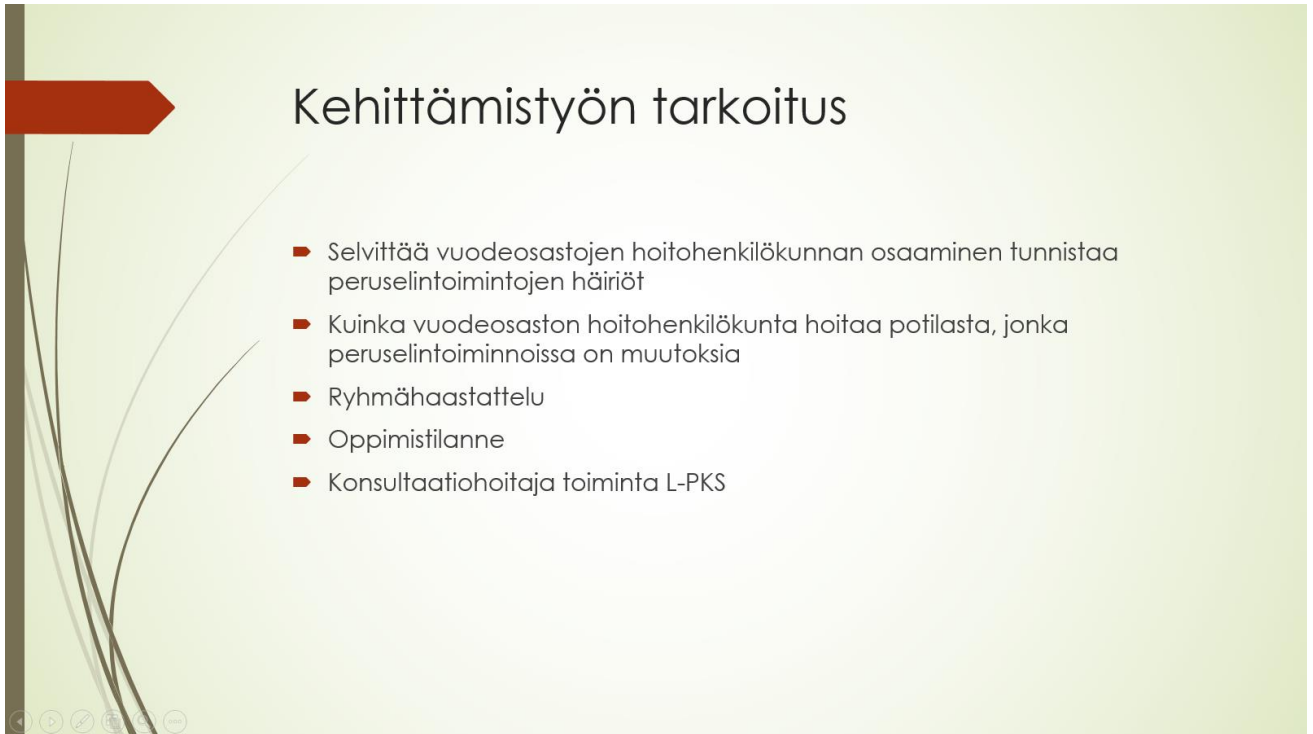
Sanna Nyman
Oulun ammattikorkeakoulu
Kehittämisen – ja
johtamisen tulkinto
(Ylempi AMK)



Taustaa kehittämistyölle

- Suomessa, Australiassa, Uudessa – Seelannissa ja Englannissa tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että potilailla oli jo tunteja ennen sydänpysähdystä peruselintoiminnoissa häiriöitä.
- Australiassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 59 teho-osastolle siirretystä potilaasta 58 oli ollut peruselintoiminnoissa häiriöitä jo ennen teho-osastolle tuloa.
- MET (Medical emergency team) on Australiasta lähtöisin, tehohoitohenkilökunnasta koostuva ryhmä, jonka tarkoituksena on arvioida potilaan tilaa vuodeosastolla hänen voinnissa tapahtumien muutosten vuoksi.





Kehittämistyön tarkoitus

- Selvittää vuodeosastojen hoitohenkilökunnan osaaminen tunnistaa peruselintoimintojen häiriöt
- Kuinka vuodeosaston hoitohenkilökunta hoitaa potilasta, jonka peruselintoiminnoissa on muutoksia
- Ryhmähaastattelu
- Oppimistilanne
- Konsultaatiohoitaja toiminta L-PKS



Ryhmähaastattelu

- Millä hoitotyön toiminnoilla arvioitte potilaan vointia?
- Arvioitteko potilaan vointia systemaattisesti? Kuinka usein?
- Mitä mittaria käytätte arvioidessanne potilaan vointia?
- Onko perehdytysohjelmassanne käytetyn mittarin esittely tai konsultaatiohoitajan esittely?
- Onko Teillä säännöllisin väliajoin elvytyskoulutusta?
- Haluaisitteko te, että potilaan peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseen lisättäisiin koulutusta? Entä haluaisitteko te, että elvytyskoulutusta olisi enemmän?
- Tiedättekö käytössä olevasta konsultaatiohoitajasta?
- Mitä mieltä olette konsultaatiohoitajasta?

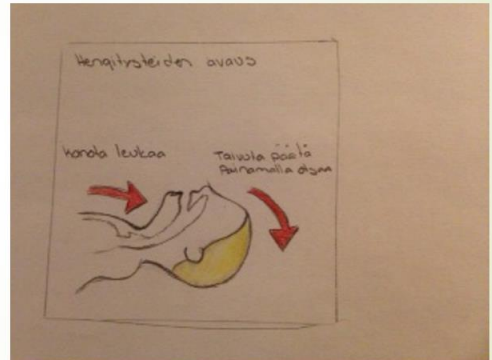
Arviointiasteikko

- ABCD –malli on tärkein
- A Airway – ilmatie
- B Breathing – hengittäminen
- C Circulation – verenkierto
- D Disability – tietoisuus
- L-PKS käytössä oleva arviointiasteikko kortti

Airway - ilmatie

Hengitystaajuus – normaalisti 12-15krt/min.

Puhuminen – jaksako potilas puhua kokonaisia lauseita hengästymättä




Breathing - hengittäminen

- Rintakehän liike
- Kuunteleminen
- Apuna voi käyttää happisaturaatiota
- Vähintään 96%



Circulation - verenkierto

- Pulssin tunnustelu, onko tasainen ja rauhallinen?
- Ihon lämpötila, ruumiinlämpö



Disability - tietoisuus

Glascow coma scale
 Juttele ja kysely
 Mitä vähemmän pisteitä sen huonompi on neurologinen tila

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
Puhevaste	Ei lainkaan	1
	Orientoitunut	5
	Sekava	4
Liikevaste	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
	Noudattaa kehoituksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kivun	4
	Fleksio kivulle	3
	Extensio kivulle	2
	Ei vastetta	1