



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Tehohoitotyön perehdytysohjeiden yhtenäinen sisältörunko

Kettunen Susanna ja Djoukaeva Madina

2017 Laurea



Tehohoitotyön perehdytysohjeiden yhtenäinen sisältö-
runko

Susanna Kettunen & Madina Djoukaeva

Tehohoitotyön perehdytysohjeiden yhtenäinen sisältörunko

Vuosi 2017 Sivumäärä 37

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tunnistaa ja kuvailla tehosairaanhoitajien perehdytyksen yhteisiä sisältöjä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) ATeK:n teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeita käyttäen. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia yhteinen runko perehdytysohjeille teho- ja tehovalvontaosastolle. Näitä teho-osastoja olivat Jorvin sairaalan osasto U2, Töölön sairaalan teho-osasto, Meilahden tornisairaalan teho- ja tehovalvontaosasto 20 sekä teho- ja tehovalvontaosasto M1. Tarve opinnäytetyölle oli lähtöisin työelämästä, sillä HYKS ATeK:n teho-osastoilla ei ollut selkeää yhteistä linjaa perehdytykselle. Opinnäytetyössä selvitettiin, mitä yhteistä nämä olemassa olevat perehdytysohjeet sisältävät ja puuttuuko niistä jotain olennaista peilaten materiaalia tutkittuun tietoon tehosairaanhoitajien osaamisalueista.

Teoreettisen viitekehyksen tässä opinnäytetyössä muodostivat käsitteet teho- ja tehovalvontaosastojen hoitotyön perehdyttäminen sekä teho- ja tehovalvontaosastojen keskeinen osaaminen. Tutkimusaineisto koostui ATeK:n teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeista, joiden analysointiin saatiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Aineiston analysointi eteni alku- ja peräisilmauksien pelkistämällä sekä niiden ryhmittelyllä, joista muodostuivat osastokohtaiset teho- ja tehovalvontaosastojen osaamisalueet. Näitä osaamisalueita verrattiin osastojen kesken, joista saatiin muodostettua yhtenäinen osaamisen sisältörunko.

Opinnäytetyön tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että teho- ja tehovalvontaosastojen perehdytys painottuu pitkälti kliiniseen osaamiseen. Perehdytysmateriaalia analysoidessa pystyttiin muodostamaan kahdeksan yhtenäistä osaamisaluetta, joita ovat teho- ja tehovalvontaosastojen laitteidenhallinta, aseptiikka, lääkehoidon osaaminen, toimintaohjeet uudelle työntekijälle, potilaan kliininen tarkkailu, toimenpiteet teho- ja tehovalvontaosastolla, uusi potilas ja jatko- ja perushoito sekä potilaan perushoito. Opinnäytetyössä saatuja tutkimustuloksia verrattiin kansallisiin teho- ja tehovalvontaosastojen yleisiin osaamisalueisiin, joista on tutkimusnäyttöä. Teho- ja tehovalvontaosastojen osaaminen muodostuu laajasta kokonaisuudesta, johon kuuluu kliinisen osaamisen lisäksi vahvasti ammatillinen osaaminen. Teho- ja tehovalvontaosastojen osaamiseen vaikuttaa myös hänen henkilökohtaiset ominaisuutensa. Perehdytysohjeita analysoidessa kävi ilmi, että ammatillinen osaaminen niissä jäi selkeästi vähemmälle huomiolle.

ATeK teho- ja tehovalvontaosastojen perehdytysohjeita ei oltu analysoitu aikaisemmin, joten yhtenevästä sisällöstä ei ollut tietoa. Tämän opinnäytetyön pohjalta olisi mahdollista jatkaa yhtenäisen perehdytysrungon kehittämistä kohti yhteisiä perehdytysohjeita ATeK:n teho- ja tehovalvontaosastoille. Tutkimustuloksista muodostettu taulukko voisi toimia pohjana yhteisille perehdytysohjeille. Jatkossa perehdytystä voisi kehittää selvittämällä tehosairaanhoitajien omia kokemuksia perehdytysjaksosta, joka pystytään toteuttamaan esimerkiksi haastattelututkimuksena ja tällä tavoin siihen saataisiin työntekijän näkökulma.

Asiasanat: teho- ja tehovalvontaosastojen osaaminen, teho- ja tehovalvontaosastojen perehdyttäminen, teho- ja tehovalvontaosastojen

Susanna Kettunen and Madina Djoukaeva

A uniform instruction frame for intensive care nursing orientation

Year	2017	Pages	37
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to discuss the uniform contents in intensive care nurses' orientation by using the orientation material of the Helsinki University Central Hospital (HUCH) ATeK (HUCH Operating theaters, intensive care and pain management) intensive care units. The aim of the thesis was also to create a common competence framework of the general intensive care nursing skills for four intensive care units of HUCH that take part in this project. The project comprises Jorvi Hospital ward U2, Töölö Hospital intensive care ward as well as Meilahti Tower Hospital intensive care units 20 & M1. The thesis was initiated by HUCH ATeK who had no clear uniform guidelines for intensive care nursing orientation. The thesis discusses the similarities in the orientation guidelines and whether there was a lack of content by comparing to the general competence skills of intensive care nursing.

The theoretical framework consists of the following concepts: intensive care nursing, intensive care nurse, intensive care nurses' orientation and essential competence skills in intensive care nursing. The data was retrieved from the nursing orientation material of the ATeK intensive care units. Inductive content analysis was applied in this thesis. The analysis of the data proceeded through the reduction of the original expressions and their grouping, which consisted of competence areas of units for intensive care. These competence areas were compared between the units to form a uniform division by contents.

Based on the research results of the thesis, it can be concluded that the orientation in intensive care is largely focused on clinical competence. During the analysis of the orientation material, the following eight uniform competence areas could be established: power management, aseptics, drug management skills, directives for new employees, clinical observation of the patient, measures in the department, new patient and follow-up care, and basic care.

The nursing orientation materials of the ATeK intensive care units have not been analysed before, so there was no information about the uniform contents. The results show that it would be possible to continue developing a uniform orientation material for ATeK intensive care units. The table of the results in this thesis could serve as a basis for the uniform orientation instructions. In the future, the new employee induction could be developed by finding out the experiences of intensive care nurses and their orientation period. It can be implemented, for example, as an interview study and thus to receive the employees' perspective of orientation.

Keywords: competence in intensive care nursing, orientation in intensive care nursing, intensive care nursing

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tehosairaanhoidajan keskeinen osaaminen.....	7
2.1	Tehohoito.....	7
2.2	Tehosairaanhoidaja	8
2.3	Teho-osastojen sairaanhoitajien perehdyttäminen	9
2.4	Keskeinen osaaminen.....	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja aiheen rajaus	14
4	Tutkimusmenetelmät.....	15
4.1	Aineiston keruu	19
5	Hankeyhteistyö	19
6	Tulokset.....	21
6.1	Teho-osastojen laitteidenhallinta	21
6.2	Aseptiikka.....	22
6.3	Lääkehoidon osaaminen.....	22
6.4	Toimintaohjeet uudelle työntekijälle	22
6.5	Potilaan kliininen tarkkailu.....	23
6.6	Toimenpiteet teho-osastolla	23
6.7	Uusi potilas ja jatkohoito	23
6.8	Potilaan perushoito	23
6.9	Teho-osastojen erityisosaaminen.....	24
6.10	Tehohoitotyön yleiset osaamisalueet.....	24
7	Pohdinta	25
7.1	Eettisyys	26
7.2	Luotettavuus	27
7.3	Johtopäätökset	28
7.4	Jatkotutkimusehdotukset	31
	Lähteet	32
	Kuviot..	33
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Tämän opinäytetyön tarkoituksena on kuvailla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) leikkaussalit, teho- ja kivunhoito tulosyksikön (ATeK) teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeiden sisältöä ja muodostaa tämän perusteella yhtenäinen tehohoitotyön perehdytyksen runko osaamisalueittain. Tällä hetkellä teho-osastoilla on käytössä osastokohtaiset perehdytysohjeet, joiden yhtenevää sisältöä ei ole aikaisemmin kartoitettu. Tarve tälle opinäytetyölle tuli työelämätaholta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä ATeK:n teho-osastoilta. Opinäytetyön aihe valikoitui myös opiskelijoiden mielenkiinnosta tehohoitotyötä kohtaan.

Vakavasti sairastuneet tai loukkaantuneet potilaat tarvitsevat usein tehohoitoa, jonka aikana potilasta tarkkaillaan jatkuvasti ja hänen elintoimintojaan voidaan tarvittaessa ylläpitää erikoislaitteiden avulla teho-osastolla (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997). Tehohoidon tarpeen on arvioitu kasvavan 25% Suomessa vuoteen 2030 mennessä ja tähän vaikuttaa muun muassa väestön nopea ikääntyminen. Kuitenkin samaan aikaan, kun tehohoitopotilaiden määrä on kasvanut, niin myös tehohoidon laatu Suomessa on parantunut viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Samaan aikaan kuolleisuus suomalaisilla teho-osastoilla on ollut huomattavasti pienempää verrattuna kansainvälisesti. Henkilökunnan kokemus ja osaaminen tehohoitotyöstä vaikuttavat hoidon tuloksiin. (Reinikainen 2012, 64-65.)

Tehohoitotyö Suomessa on kehittynyt edellisten vuosikymmenten aikana sille tasolle, missä sen voidaan sanoa tänään olevan. Alun perin tehohoito on kehittynyt kirurgisen hoidon tarpeesta ja ensimmäiset teho-osastot perustettiin Suomeen vuonna 1964. Erikoisalaksi tehohoito vakiintui vuosien 1970-1990 välisenä aikana ja hoitotiede lähti kehittymään 1990-luvulla, jonka myötä myös tehohoitotyötä käsittelevät tutkimukset lisääntyivät. Teho-osastoilla on alusta asti ollut tehohoitoon omistautunut hoitohenkilökunta, jonka ammattiosaamiseen ovat vahvasti kuuluneet tiivis ryhmätyö, kyky ottaa myös hoitajille normaalisti kuulumattomiakin vastuutehtäviä sekä potilaslähtöinen työskentelyote. Näiden vuosikymmenten aikana tehohoidon tuloksellisuus on kehittynyt Suomessa niin, että nykyisin potilasvalintoja tehdään harkitummin arvioiden tehohoidon todellista tarvetta ja hyötyä. (Aarno 2008, 17-19.)

Teho-osastolla työskentely vaatii monipuolista ja monestakin näkökulmasta erityistä osaamista sairaanhoitajalta, jota sairaanhoitajakoulutus ei opintojen aikana välttämättä tarjoa. Tehosairaanhoitaja tarvitsee holistista eli kokonaisvaltaista osaamista kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöstä. Osaaminen voidaan jakaa kliiniseen osaamiseen ja yleiseen ammatilliseen osaamiseen. Hyvä tehosairaanhoitaja ei omaa vain teoriatietoa tai käytännöntaitoja, vaan lisäksi häneltä löytyy osaamista asenne- ja arvoperustasta sekä hänellä on käytännön työkokemusta ja henkilökohtaisia ominaispiirteitä, jotka edesauttavat toimintaa potilastyössä. (La-

kanmaa 2012, 50-52.) Uuden tai vastavalmistuneen sairaanhoitajan perehdytys teho-osastolle vie pitkän ajan, jopa useamman vuoden, joten sen laatuun täytyy panostaa. Heti alusta asti perehdytykseen panostaminen lisää uuden sairaanhoitajan sitoutumista työhönsä, mikä lisää potilasturvallisuutta ja hoidon tehokkuutta. (Ylikukkonen, Kotila & Salmenperä 2016, 60-61.)

Tarve opinnäytetyölle on tullut työelämätaholta ja toimeksiantaja on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) leikkaussalit, teho- ja kivunhoito tulosyksikkö ATeK, jonka alaisuuteen kuuluu neljä teho-osastoa HUS:n alueella. Työelämätaho haluaa saada yhtenäisen sisältörungon perehdytykselle näillä neljällä teho-osastolla, sillä tällä hetkellä jokaisella teho-osastolla on omansa. Näiden jo olemassa olevien perehdytysohjeiden pohjalta rakennettava yhteinen runko vaatii huolellista perehtymistä tehohoitotyöhön ja tehosairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin, jotta voidaan onnistua tuottamaan työelämälle käyttökelpoista materiaalia. Opinnäytetyön tarkoitus on tunnistaa ja kuvailla tehosairaanhoitajien perehdytyksen yhteisiä sisältöjä HYKS ATeK:n teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeita käyttäen. Tavoitteena on laatia yhteinen runko perehdytysohjeille näille HYKS ATeK:n teho-osastoille.

2 Tehosairaanhoitajan keskeinen osaaminen

Tässä kappaleessa on avattu opinnäytetyön keskeiset käsitteet, jotka tulevat vastaan koko opinnäytetyöprosessin teon aikana ja ovat olennaisen tärkeitä ymmärtää saadakseen kokonaiskäsityksen käsiteltävästä aiheesta. Tehosairaanhoitajan keskeisiä osaamisen sisältöjä esitellään tutkittuun tietoon perustuen. Kappaleessa kuvataan, mitä on tehohoito, tehosairaanhoitaja, tehohoitotyöhön perehdyttäminen ja tehosairaanhoitajan keskeinen osaaminen. Nämä keskeiset käsitteet määritellään tutkittuun tietoon perustuen.

2.1 Tehohoito

Tehohoito on lääketieteen erikoisala, joka kohdistuu kriittisessä tilassa oleviin potilaisiin ja heidän lähiomaisiin. Tehohoidossa olevat potilaat ovat kriittisesti sairaita, vakavasti vammautuneita tai ovat juuri käyneet läpi suuren kirurgisen toimenpiteen, mikä vaatii leikkauksen jälkeistä tehohoitoa. Se ei ole parantumattomasti sairaille potilaille tarkoitettua hoitoa, vaan sellaisille potilaille, joilla arvioidaan olevan toipumisennuste ja mahdollisuudet hyvään elämään hoidon jälkeen. Tehohoidon tavoitteena on potilaan tilapäisen kuolemanvaaran välttäminen ja tarkoituksena on auttaa selviytymään kriittisen tilan yli ja näin ollen parantaa potilaan ennustetta pitkällä aikavälillä. (Jalonen, Junntila, Järvelä, Leppikangas, Metsävainio, Niemi-Muroa, Pöyhiä & Salomäki 2014, 63.)

Tehohoidossa olevat potilaat ovat ympärivuorokautisen valvonnan alaisia, eli potilasta ja hänen elintoimintojaan tarkkaillaan keskeytyksettä monipuolisen monitoroinnin avulla ja elin-

toimintojen ylläpitoon käytetään erityisteknologiaa. Hoidossa käytetään monipuolisia kajoavia hoitomuotoja eli ihmisen elimistön sisälle ulottuvia tutkimuksia tai toimenpiteitä. (Jalonen ym. 2014, 61.) Esimerkiksi hengityskonehoito on yleinen kajoava hoitomuoto teho-osastolla (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997). Tehohoito tarkoittaa peruselintoimintojen tukemista kaikin mahdollisin tavoin hoidon voimavaroja säästelemättä. Elintoimintahäiriöitä hoidetaan tehokkaasti lääkkeillä ja laitteilla. Tällaista hoitoa annetaan yliopistosairaaloissa ja keskussairaaloissa. (Jalonen ym. 2014, 61.) Suomessa on myös teho-osastoja, jotka ovat erikoistuneet erityisosaamista vaativien potilaiden tehohoitoon, esimerkiksi sydänvalvontayksikkö ja sydänkirurgian tehoyksikkö, neurokirurginen tehovalvontaosasto sekä traumatologian teho-osasto. (HUS 2016.)

Teholääketieteen tärkeä osa-alue on potilaan kivun hoito, koska potilas itse ei välttämättä pysty sitä ilmaisemaan (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997). Kivun hoito on todella tärkeää, koska kipu on rasittava ja kuormittava tekijä potilaan elimistölle kriittisessä tilassa. Jatkuva kivun tuntemus pitkittää paranemista ja voi kroonistua. (Käypä hoito 2015.) Tehohoidossa kipua hoidetaan tehokkaasti ja kipua lievittäviä lääkkeitä annetaan herkemmin, sillä hengitystiet ovat mahdollista varmistaa ja eikä hengityksen lamaantumista näin ollen tarvitse pelätä. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Teho-osastolla työskentelevät erikoiskoulutusta saaneet sairaanhoitajat ja lääkärit yhdessä muiden erikoisalojen ammattilaisten kanssa. Potilaat ovat kokonaisvaltaisesti riippuvaisia teho-osastolla työskentelevästä henkilökunnasta, sairaalan hoitolaitteistosta ja sairaalan ympäristöstä. Tästä syystä tehohoidon yleiset eettiset periaatteet korostuvat vahvasti. Tehohoidossa jokaisella potilaalla on oikeus saada tarpeenmukaista hoitoa voimavaroja säästämättä. Potilaalla on myös itsemääräämisoikeus, eli oikeus päättää omasta hoidosta, mikäli on tehnyt itse päätöksen ilman painostusta ja ymmärtää päätösten seuraukset. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

2.2 Tehosairaanhoitaja

Sairaanhoitaja on terveydenalan ammattilainen, jonka työkuvaan kuuluu ihmisen hyvinvoinnista huolehtiminen. Sairaanhoitajat ovat korkeasti koulutettuja ja tekevät hoitotieteeseen perustuvaa hoitotyötä. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Terveys käsitteenä ei tarkoita vain sairauden puuttumista, vaan myös fyysisen ja psyykkisen tilan hyvinvointia. Eli sairaanhoitajan ammattikuvaan kuuluu yksilöllisen ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin arvioiminen ja hoito, jotta ihminen voisi elää tasapainoista elämää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 24.) Sairaanhoitajan tehtävänä on elämän säilyttäminen ja kärsimysten lievittäminen (Lauri 2007, 38).

Suomalainen sairaanhoitajakoulutus on alempaan korkeakoulututkintoon valmistava koulutus, joka kestää 3,5 vuotta sisältäen 210 opintopistettä. Sairaanhoitajat saavat valmistuessaan

yleissairaanhoidajan pätevyyden, joka antaa perusvalmiudet työskennellä hoitotyössä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tutkintoa säätelee Suomen lainsäädännön lisäksi EU-direktiivit, jolloin varmistetaan samanlainen koulutustaso sairaanhoitajille kaikissa Euroopan maissa, jotka kuuluvat Euroopan Unioniin. Sairaanhoidajana toimiminen edellyttää muun muassa hoitotieteen, lääketieteen sekä farmakologian tuottaman tutkimustiedon hallintaa. Osaaminen edellyttää myös kykyä soveltaa tietoa käytännön hoitotyössä. Sairaanhoidonopinnot koostuvat perus- ja ammattiopinnoista, vapaasti valittavista opinnoista ja opinnäytetyöstä. Koulutuksesta lähes kolmas osa on käytännön harjoittelua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ympäristöissä. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 13.) Suomessa luvan harjoittaa terveydenhuollon ammattia myöntää sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan keskusvirasto Valvira, joka valvoo myös asianmukaista ammatinharjoittamista. Valvira antaa sairaanhoitajalle oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä. (Valvira 2008.)

Jokaisen sairaanhoitajan tulee työskennellä potilaan oikeuksia noudattaen ja eettisten ohjeiden mukaan, joissa korostuu potilaan itsemääräämisoikeus, potilaan kohtelu, tiedonsaantioikeus ja oikeus kieltäytyä hoidosta. (Lauri 2007, 38.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön vastuut ja velvollisuudet. Sen tarkoitus on edistää potilasturvallisuutta, edistää palvelujen laatua ja palvelujärjestelmän toimivuutta varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja valmiudet. (Finlex 1994.)

Tehosairaanhoidaja työskentelee kriittisessä tilassa olevien potilaiden kanssa, jotka vaativat korkeatasoista teknologian hyödyntämistä. Vaikeasti hoidettavia potilaita hoidetaan erityisoloissa teho-osastolla. Tehosairaanhoidajalta vaaditaan hyvän ammattitaidon ylläpitämistä. Teho-osastolla sairaanhoitajalta edellytetään erityisosaamista hoitotyöhön, esimerkiksi tarkkailulaitteiden teknistä osaamista sekä ymmärrystä ihmisen fysiologiasta ja patofysiologiasta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 236-237.)

2.3 Teho-osastojen sairaanhoitajien perehdyttäminen

Uusi työntekijä on oikeutettu saamaan työpaikallaan riittävästi perehdytystä liittyen työtehtäväänsä, työpaikan työolosuhteisiin, käytettäviin työmenetelmiin ja työvälineisiin työturvallisuuslain mukaan. Työnantajan tulee huolehtia työntekijän riittävästä osaamisesta, jotta työtehtävistä voi suoriutua. Perehdytystä annetaan vaarojen ja haittojen ehkäisemiseksi sekä työntekijöiden turvallisuutta tai terveyttä haittaavien tekijöiden välttämiseksi. (Työturvallisuuslaki 738, 2002.)

Teho-osastolla työskentely vaatii monipuolista osaamista ja perehtyneisyyttä teoreettisiin perusteisiin ja käytännöntaitoihin, mitä sairaanhoitajakoulutus ei opintojen aikana välttämät-

tä tarjoa. Teho-osastot ovat itse vastuussa uusien hoitajien perehdyttämisestä, mikä kuluttaa huomattavasti toimipaikan resursseja. Koska perehdytys tapahtuu yksilötasolla, sen laatu ja sisältö vaihtelevat. Hyvä perehdytys teho-osastoilla lisää sairaanhoitajan teoriaperustaa ja itseluottamusta taitoihinsa. Perehdytyksen ansiosta uuden sairaanhoitajan on helpompi päästä sisään työyhteisöön ja luoda sosiaalisia kontakteja. Tehosairaanhoitajan itseluottamuksen kasvaessa hänestä tulee myös motivoituneempi työntekijä, joka edistää lisäksi halua kehittyä urallaan sairaanhoitajana. Tarvittava ja systemaattinen työntekijän perehdyttäminen vähentää hoitajien vaihtuvuutta ja lisää työhön sitoutumista, joka taas tuottaa ammattitaitoisempia ja vastuullisempia sairaanhoitajia pitkällä aikavälillä. (Ritmala-Castrén 2008, 29.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) käyttää teho-osastoillaan sairaanhoitajan ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen viisiportaista ammattiuramallia (AURA). Vasta valmistunut tai uusi sairaanhoitaja teho-osastolla aloittaa työskentelyn perehtyvältä tasolta keräten yleistä kliinistä osaamista. Perehtyvällä tasolla sairaanhoitaja saa perehdytystä 4-5 viikon verran osaston toimintaan ja keskeisiin osaamisalueisiin. Seuraavalle, eli suoriutuvalle tasolle siirtyminen tapahtuu noin vuoden jälkeen, kun osaaminen on varmistettu, esimerkiksi tenttein ja koulutuksin sekä työntekijän kanssa on käyty kehityskeskusteluja. Syventyminen tehohoitotyöhön jatkuu seuraavien vuosien ajan aina suoriutuvalta tasolta pätevän tason kautta taitavaan tasoon asti. HUS tarjoaa työntekijöilleen ”Tehohoitotyön syventävän perehdytyksen” koulutuskokonaisuutta, joka koostuu kuudesta koulutuspäivästä (Björn 2017). Opiskelijaohjaus, mentorointi ja vastuualuetyöskentely alkavat yksilöllisesti työntekijän valmiuksen mukaan. Taitava tehohoitaja -koulutusta tarjotaan sairaanhoitajille, joilla on vähintään viiden vuoden työkokemus ja laaja-alainen ammattipätevyys. Asiantuntijatason sairaanhoitaja voi toimia esimerkiksi hoitotyön kliinisenä asiantuntijana, mutta silloin häneltä vaaditaan jo yliopistotasoinen korkeakoulututkinto. Ammattiuramalli on kehittänyt hoitajien osaamista ja erikoisosaamisen kautta tehopotilaat saavat korkealaatuisempia palveluita. AURA auttaa myös työntekijää hahmottamaan urakehityksen paremmin ja sitoutumaan työhönsä teho-osastojen pitkästä perehdytysajasta huolimatta. Tämän urakehitysmallin tavoite on, että kaikki sairaanhoitajat saavuttaisivat vähintään pätevän tason ja noin 20% hoitajista Taitavan tason uran aikana (Ylikukkonen, Kotila & Salmenperä 2016, 57-61.)

Tehohoitotyössä on aika-ajoin tyypillistä erilaiset hoitajien tai heidän työaikansa vähennykset säästösyistä, osastojen yhdistymiset sekä uudistukset organisaatioissa, jotka luovat omia haasteita myös työntekijöiden osaamisen varmistamiseen ja ylläpitämiseen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa Northwestern Memorial Hospital, joka on yliopistosairaala, ei ole mielellään palkannut teho-osastoilleen vasta valmistuneita sairaanhoitajia tai hoitajia, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta akuuttihoitotyöstä. Haasteita näille teho-osastoille on kuitenkin tuottanut tehosairaanhoitajien kokemuksen laaja vaihtelu sekä nuorten hoitajien urasuunnitelmat ja trendi, joka tarkoittaa käytännössä lyhyitä työsuhteita ja kokemushakuisuutta. Sairaala osal-

listui uudenlaisen perehdytysmallin kokeilemiseen teho-osastolla, joka kehitettiin Bennerin (1989) viisiportaisen ”noviisista asiantuntijaksi” -mallin pohjalle. HUS:n käyttämä AURA-urakehitysmalli perustuu myös samaan malliin. Tekijöiden tavoitteena oli suunnitella ohjelma, joka sisältää kriittisen ajattelun käyttöä, osaamisen vahvistamista ja oppimismetodeja, jotka lisäävät monipuolisesti kokemusta tehohoitotyöstä. (Morris, Pfeifer, Catalano, Fortney, Nelson, Rabito, Harap 2009.)

Perehdytysohjelma suunniteltiin oppijalähtöiseksi perinteisen opettajalähtöisyyden sijaan, mikä edellyttää oppijan henkilökohtaisten tarpeiden tunnistamista. Perehdytysmallissa sairaanhoitajat jaettiin kolmeen ryhmään, joita olivat 1. hoitajat, joilla oli kokemusta akuuttihoitotyöstä, 2. hoitajat, joilla ei ollut kokemusta akuuttihoitotyöstä ja 3. vastavalmistuneet sairaanhoitajat. Malli tarjosi erilaisia osallistavia toimia perinteisen luentotyypin opiskelun sijaan ja käytössä olivat muun muassa verkko-oppiminen, potilastapausesimerkit, simulaatio-opetus ja ohjattu käytännönharjoittelu. Vasta valmistuneiden sairaanhoitajien mielestä hyödyllisimmät tavat oppia olivat erilaiset taskuoppaat, simulaatioharjoittelu ja tapausesimerkkien läpikäyminen. Uuden perehdytysmallin myötä Northwestern Memorial Hospital muutti periaatettaan vasta valmistuneiden sairaanhoitajien palkkaamisesta myönteisemmäksi. Ohjelma lisäsi hoitajien tyytyväisyyttä työssään, sitoutuminen parani ja vaihtuvuus väheni. Kokeneiden tehosairaanhoitajien asenne muuttui myönteisemmäksi ohjaamista ja mentorointia kohtaan uuden perehdytysohjelman myötä. Perehdytyksen kesto ei muuttunut, mistä voidaan huomata, että tehohoitotyön kokonaisvaltainen osaaminen ei muodostu hetkessä, vaan sen omaksuminen vaatii sairaanhoitajalta enemmän aikaa. (Morris, ym. 2009.)

2.4 Keskeinen osaaminen

Osaaminen tehohoitotyössä on moniulotteinen kokonaisuus, jonka ylläpitäminen vaatii avukseen erilaisia työkaluja, kuten itsearviointia, kehityskeskusteluja ja osaamisen varmistamista testien avulla. Tehosairaanhoitajan osaaminen voidaan jakaa kahtia kliiniseen ja yleiseen ammatilliseen osaamiseen. Osaamisalueet jakaantuvat vielä tarkemmin tietoperustaan, taitoperustaan, asenne- ja arvoperustaan, työkokemukseen tehohoidosta sekä henkilökohtaisiin ominaispiirteisiin. Keskeiset henkilökohtaiset ominaispiirteet voidaan jaotella vielä inhimillisyyteen, oikeaan eettiseen toimintatapaan, työskentelytapaan sekä työmotivaatioon. (Lakanmaa 2012, 50.) Tehohoitotyö on erikoisala, joka vaatii ainutlaatuista yhdistelmää taitoja, osaamista ja asenteita. Tämän osaaminen edellyttää asianmukaista koulutusta ja kehitysmahdollisuuksia, esimerkiksi tehohoitotyön lisäkoulutusta. (EfCCNa 2013.)

The European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) eli Euroopan tehohoidon sairaanhoitajaliiton koulutuskomitea aloitti vuonna 2009 projektityön, jossa kehitettiin tehosairaanhoitajan osaamisen puitteet, joita voidaan hyödyntää käytännön osaamisen arvioinnissa ja jatkokoulutusta helpottamaan. EfCCNa:n mukaan tehohoitotyön osaamisalueet on

jaettu neljään yläluokkaan: kliininen osaaminen, ammattillinen osaaminen, johtamisosaaminen, sekä koulutus- ja kehitysoosaaminen. Kliinisen osaamisen alaluokat ovat arviointi ja hoitotyön diagnoosi, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Ammatilliseen osaamiseen kuuluu monipuolinen päätöksenteko, eettisyys ja oikeudellisuus ja kommunikaatio. Johtamisen alaluokkiin kuuluu yksikön hallinta, tiimin hallinta, terveys ja turvallisuus, sekä laativakuutus. Koulutuksen ja kehityksen alaluokiksi taas voidaan määritellä henkilökohtainen kehitys, muiden kehitys, sekä näyttöön perustuva käytäntö. Vahvistaakseen pätevyyttään sairaanhoitajan tulee pystyä osoittamaan osaamista yllämainituissa vaadituissa kohdissa. Osaamistaan arvioija pystyy tunnistamaan esimerkiksi havainnoimalla käytännön työtä, keskustelemalla ja kyseenalaistamalla, portfolio todistuksella ja muilta kollegoilta saadun palautteen kautta. (EfCCNa 2013.)

Valmistuvista sairaanhoitajista vain pieni osa pääsee käytännönharjoitteluun teho-osastolle opintojen aikana ja näin ollen vastavalmistuneiden hoitajien työkokemus tehohoidosta on usein vähäistä. Pehdytys uuteen asiaan ja työpaikkaan täytyy näin ollen olla laadukasta ja järjestelmällistä, jotta hoitotyöstä voi suoriutua vaaditulla tasolla. Valmistuvien sairaanhoitajien osaaminen biologiassa ja fysiologiassa sekä taidot akuuttihoitossa ovat heikkoja verrattuna tehosairaanhoitajiin Lakanmaan (2012) väitöstutkimuksen mukaan. Vahvimmat osa-alueet opiskelijoiden tehohoidon osaamisessa ovat tiedossa potilaan hoitotahdon toteuttamisesta, lääkelaskuissa, neurologiassa ja endokrinologiassa. Tehosairaanhoitajien osaaminen on taas vahvinta hengityksen ja verenkierron osalta. Tehohoidon tietoperustaan vaikuttavat henkilöiden oma motivaatio ja halukkuus työskennellä teho-osastolla, itsenäinen tiedonhaku sekä opintojen aikana käydyt valinnaisopinnot liittyen tehohoitoon. (Lakanmaa 2012, 45-46.)

Tehohoidon perusosaamiseen kuuluu kliininen ja ammatillinen kompetenssi. Hyvä tehosairaanhoitaja tuntee hoitotyötä ohjaavat periaatteet ja on tietoinen käytännön hoitotyön suosituksista sekä noudattaa työyksikön ohjeistuksia. Tehohoitotyön hyviin periaatteisiin kuuluu potilasturvallisuudesta huolehtiminen. Vastuunkantaminen, ammatillinen pätevyys, ymmärrys, täsmällisyys, hienotunteisuus, potilaslähtöinen työskentelytapa, kuntouttava työote, tasa-arvoisuus, kollegiaalisuus ja itsenäisyys kuuluvat hyvän tehosairaanhoitajan joka päiväiseen toimintaan. Teho-osastolla hoidetaan kriittisesti sairaita huonon vastustuskyvyn omaavia potilaita, jolloin tehosairaanhoitajan täytyy hallita aseptiset säännöt ja työskentelytapa. Tehohoitotyön kuuluu olennaisesti hoitotoimenpiteiden hallinta, joiden hallitseminen on tehosairaanhoitajien sekä valmistuvien sairaanhoitajien itsearvioimana heikkoa. (Lakanmaa 2012, 44-49.)

Kliininen osaaminen tehohoitotyössä tarkoittaa käytännössä tapahtuvaa hoitotyötä, jota ohjaavat tehosairaanhoitajan tiedot ja taidot kriittisesti sairaan potilaan hoidosta. Kliininen osaaminen on kokonaisuus, joka alkaa hoidon suunnittelusta ja toteutuksen jälkeen päättyy

arviointiin. Toiminnalla on selkeä toimintakaari. Käytännön hoitotyössä yksi iso osa-alue on potilaan kliinisen tilan tarkkailu. Kliinisen tilan tarkkailuun tehosairaanhoitajat käyttävät toiminnastaan eniten aikaa. Tehopotilaan kliinisen tilan tarkastelu tarkoittaa potilaan elintoimintojen tarkkailua ja arviointia, sekä muutoksiin reagoimista. Elinjärjestelmien toiminnan tarkkailuun kuuluu verenkierron, hengityksen, ruoansulatuselimistön, hermoston, munuaisten, aineenvaihdunnan ja lihasten toiminnan tarkkailu. Kliininen osaaminen edellyttää siis kykyä seurata potilaan vointia ja reagoida siinä tapahtuviin muutoksiin. (Hoffman, Kerry, Aitken, Leanne, Duffield, Christine 2009, 12-19.)

Tehosairaanhoitajan osaaminen kliinisen tilan tarkkailussa koostuu neljästä teemasta: tiedon hankkiminen potilaan kliinisestä tilasta, tiedonkäsittely kliinisen tilan tarkkailussa, päätöksenteko ja yhteistyö potilaan kliinisen tilan tarkkailussa. Tiedon hankkiminen potilaan tilasta edellyttää sairaanhoitajalta biologis-fysiologista osaamista, kuten verenkierron, hengityksen ja happo-emästasapainon tunnistamista ja ymmärtämistä. Tiedonhankintaan sisältyy tarkkailukohteen tunnistaminen, tarkkailun eri menetelmät ja jatkuva käytännössä tapahtuva kliinisen tilan tarkkailu, jolloin seurataan potilaan tilan muuttumista esim. lääkkeiden tai liuotushoitojen vaikutuksesta. Kokeneet tehosairaanhoitajat kokevat myös tärkeäksi oikean ja väärän tiedon tunnistamisen, tarkkailun luotettavuuden arvioinnin ja analyttisen ajattelun, eli syy-seuraussuhteen tulkinnan ja diagnostisen päättelyn. Tehosairaanhoitajan on tunnistettava oma osaaminen, velvollisuudet ja osattava työskennellä yhteistyössä muiden alan ammattilaisten kanssa. Osaaminen ei rajoitu ainoastaan potilaan kliinisestä tilasta hankittuun tietoon, vaan siihen kuuluvat olennaisena osana myös tiedonkäsittely, päätöksenteko ja yhteistyö, jolloin sairaanhoitajan toiminnassa näkyy selkeä johdonmukaisuus. (Alastalo 2015, 25-31.)

Eettinen osaaminen on olennainen osa tehosairaanhoitajan osaamista, joka sisältää eettisten ohjeiden tuntemisen sekä oikean eettisen toiminnan. Päätöksenteko on osa tehohoitotyön perusosaamista, johon kuuluu itsenäinen päätöksenteko, ongelmanratkaisu, kriittinen ajattelu ja kyky priorisoida omaa toimintaa työssään. Sekä tehosairaanhoitajat että valmistumassa olevat sairaanhoitajat ovat Lakanmaan (2012) kyselytutkimuksen perusteella sitä mieltä, että perusosaamiseen kuuluva yhteistyö on parhaimmalla tasolla, kun taas työnkehittäminen heikoimmalla tasolla tuloksien mukaan. Teho-osastolla yhteistyö pitää sisällään hoitajien ja lääkäreiden keskinäisen vuorovaikutuksen, yhteistyön ja tiimityöskentelyn. Työnkehittäminen tarkoittaa muun muassa perehdytysjakson läpäisemistä sekä itsearviointia. (Lakanmaa 2012, 44-49.)

Tehohoitotyön osaamista kartoittavassa väitöskirjassaan Riitta-Liisa Lakanmaa esittelee kehittämänsä tehohoitotyön osaamista arvioivan mittarin (ICCN-CS1). Mittari on tarkoitettu suomalaisille valmistuville sairaanhoitajille sekä aloitteleville tehosairaanhoitajille itsearviointiin osaamisen varmistamisen rinnalle ja se sisältää 144 kohtaa. ICCN-CS1 on luotettava ja paik-

kaansapitävä asteikko kuvaamaan nimenomaan tehohoitotyön perusosaamista. Työkalua voidaan hyödyntää kuvamaan perustarpeita, tukena jatkokoulutuksessa ja havainnollistamaan osaamisvaatimuksia. ICCN-CS1:sta voi olla myös apua mentoreille, jotka seuraavat perehdytyksessä olevien työntekijöiden kehittymistä. Itsearviointin rinnalla tulee kuitenkin käyttää osaamista vahvistamaan teoriakokeita/-testejä sekä käytännön harjoittelua esimerkiksi simulaation avulla, koska tehokas osaamisen varmistaminen liittyy suoraan potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun. (Lakanmaa 2012, 52-59.)

Tehosairaanhoidajan osaaminen muodostuu siis laajasta kokonaisuudesta, jonka omaksuminen vie aikaa. Tehosairaanhoidajan osaamiseen vaikuttaa aikaisempi koulutus, kokemus tehohoitotyöstä sekä oma motivaatio työntekoon. Lähdeaineistoja tarkastellessa huomattiin, että kaikista näistä nousi esille kaksi pääluokkaa, jotka kuvaavat tehohoidon keskeistä osaamista. Osaaminen jakautuu kliiniseen osaamiseen, joka sisältää teoreettisen tietopohjan, kliinisen potilaan tarkkailun, hoitotoimenpiteet sekä hoitotyön arvioinnin. Toinen pääluokka on ammatillinen osaaminen, johon kuuluu päätöksenteko, oma-aloitteinen tiedonhaku, eettinen toiminta, itsearviointi, kriittinen ajattelu ja yhteistyö. Voidaan huomata, että ollakseen pätevä tehosairaanhoidaja, on hallittava paljon enemmän kuin pelkästään käytännössä toteutettavat hoitotoimenpiteet. Hyvällä tehosairaanhoidajalla on vahva ammatillinen perusta, joka ohjaa myös kliinistä hoitotyötä käytännössä.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja aiheen rajaus

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tunnistaa ja kuvailla tehosairaanhoidajien perehdytyksen yhteisiä sisältöjä HYKS ATeK:n teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeita käyttäen. Opinnäytetyön tavoitteena on laatia yhteinen runko perehdytysohjeille näille HYKS ATeK:n neljälle hankkeessa mukana olevalle teho-osastolle. Haasteen opinnäytetyölle luo teho-osastojen erikoisalut, jolloin erityisosaaminen on hyvin erilaista kullakin osastolla. Tämän takia aihe on syytä rajata yhteisen osaamisen sisällön kuvaamiseen ja löytää perehdytysohjeista punainen lanka, joka yhdistää näitä teho-osastoja toisiinsa.

Tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta laadittiin opinnäytetyölle tutkimuskysymykset, jotka ovat:

1. Mitä yhteisiä sisältöalueita on HYKS ATeK:n teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeissa?
2. Miten HYKS ATeK:n tehohoitotyön perehdytyksen sisällöt vastaavat tehohoitotyön yleisiä osaamisalueita?

Tämä opinnäytetyö on tutkielmatyyppinen aineistopohjainen laadullisin menetelmin toteutettu opinnäytetyö. Aineistoa analysoidessa käydään läpi perehdytysmateriaali, joka saadaan

HYKS ATeK:n teho-osastoilta. Perehdytysohjeista etsitään yhteistä osaamisen sisältöä muodostaen näistä yhtenevän rungon ja tämän jälkeen tarkastellaan valituista lähdeaineistoista nousseita tehosairaanhoitajan keskeisiä osaamislueita.

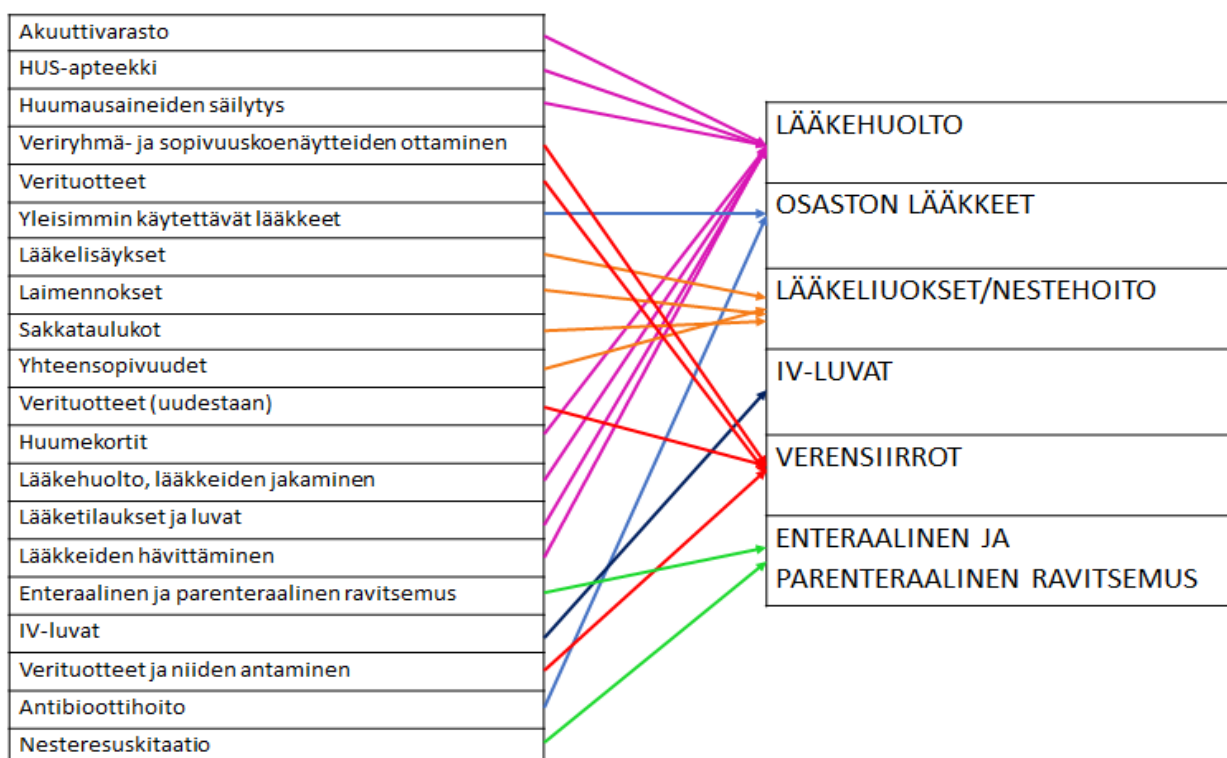
4 Tutkimusmenetelmät

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan käsitellä ja tutkia sisällönanalyysiä käyttäen. Laadullisen tutkimuksen sisältö voi muodostua esimerkiksi kirjallisessa tai kuvallisessa muodossa olevista aineistoista, kuten kirjoista, raporteista tai artikkeleista (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.). Sisällönanalyysissä teoreettisena kehyksenä voivat olla kirjoitetut, kuullut tai nähdyt sisältöjen analyysit. Aineisto täytyy rajata tarkasti sisällönanalyysia käytettäessä. Valitut lähdeaineistot käydään läpi tekemällä muistiinpanoja, jotka tukevat sisällönanalysointia. Sisällönanalyysissä lähdeaineiston läpikäymisen jälkeen materiaali jäsennetään eli luokitellaan niin, että tutkija nostaa aineistosta esille tärkeimmät huomiot, mikä perustuu induktiiviseen päättelyyn. Luokiteltu sisältö voidaan tämän jälkeen jakaa teemoihin. Järjestys sisällönanalyysissä siirtyy alkuperäisilmaisista alaluokkien kautta kohti yläluokkia ja lopulta tutkija muodostaa tarvittaessa aineistosta kehkeytyneet pääluokat. Sisällön teemoittelun jälkeen täytyy viimeistään valita, haluaako etsiä aineistosta samankaltaisuuksia vai eroavaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94-95.)

Opinnäytetyössä analysointimenetelmänä käytettiin induktiivistä sisällönanalyysiä. Induktiivinen päättely tarkoittaa sitä, että useammasta yksittäisestä aineistosta laaditaan yksi yleinen versio/aineisto. Luokitteleva analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti, jossa pyrkimyksenä oli luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, joka analysoidaan käyttäen apuna tutkimuksen tarkoitusta ja tehtävänasettelua. Työn tulokseksi oli tarkoitus saada teoreettinen ymmärrys aiheesta tiivistetyssä muodossa ja tarkastella asioiden yhtäläisyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 96-97.) Käytännössä tarkasteltiin teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeita, joista koottiin yhteinen tuotos vastaten tutkimuskysymyksiin. Induktiivinen aineistolähtöinen analyysi jaettiin kolmeen vaiheeseen, jotka olivat 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Analysointi tapahtui vertaamalla luokittelussa tehtyjä johtopäätöksiä alkuperäisaineistoon. Redusoinnilla tarkoitetaan aineiston aukikirjoittamista, eli aineistosta poimitaan olennaisia alkuperäisilmauksia ja pelkistetään ne yksinkertaisemmaksi ilmaisuksi. Sitten tulee toinen vaihe eli klusterointi, jossa pelkistetyt ilmaisut, samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään omaksi luokaksi eli alaluokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston klusterointia seuraa abstrahointi, jossa alaluokat ryhmitellään yläluokiksi. Abstrahoinnissa yläluokat ryhmitellään edelleen teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115.)

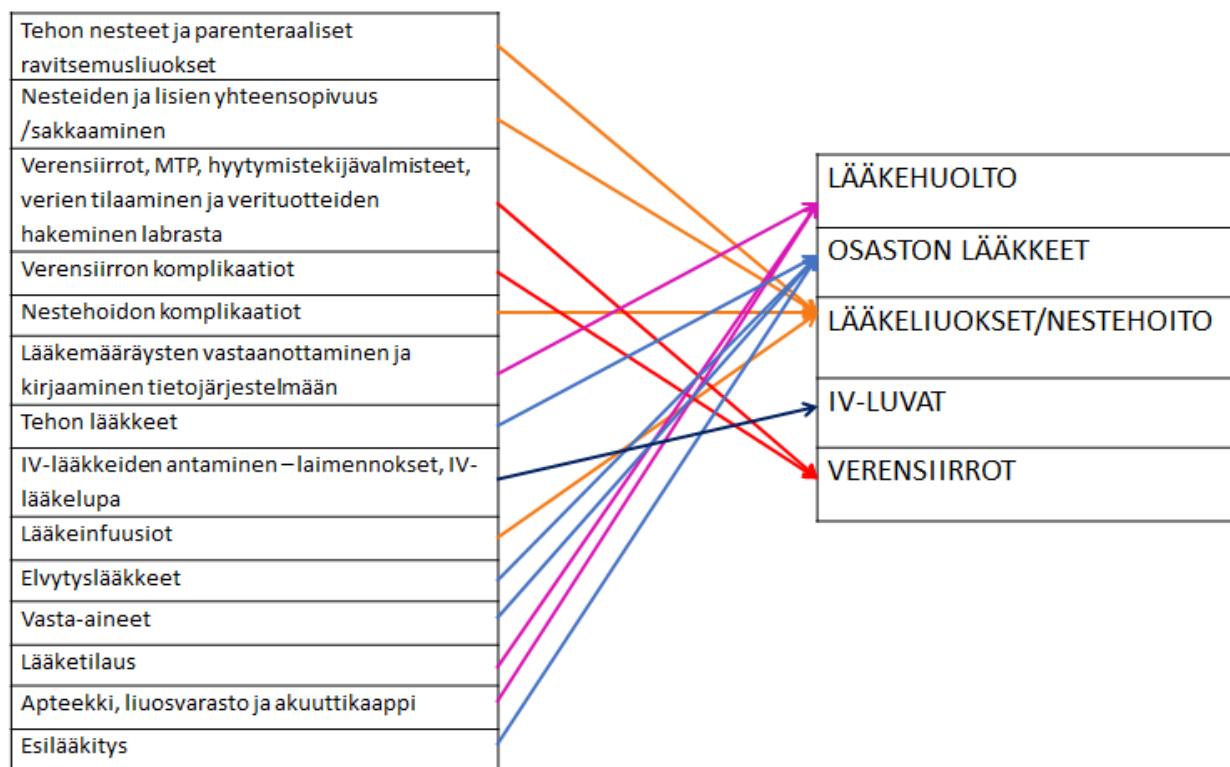
Opinnäytetyön tutkimusaineiston, eli perehdytysmateriaalin, analysointi aloitettiin niin, että teho-osastojen perehdytysohjeet käytiin läpi ja tämän perusteella alkuperäisilmauksista tehtiin luettelo. Perehdytysohjeiden pelkistäminen luettelon omaiseksi auttoi hahmottamaan aineistoa kokonaisuutena sekä helpotti seuraavia analysointivaiheita. Luetteloihin, jotka koottiin osastokohtaisiksi, oli myös tarvittaessa helppo palata tarkistamaan asiayhteyksiä. Seuraavaksi ryhmiteltiin jokaisen teho-osaston perehdytyksen sisältö aihealueittain, joista muodostui osastokohtaiset alaluokat (kuvio 1-3).

U2 teho-osasto /LÄÄKEHOITO ALALUOKAT

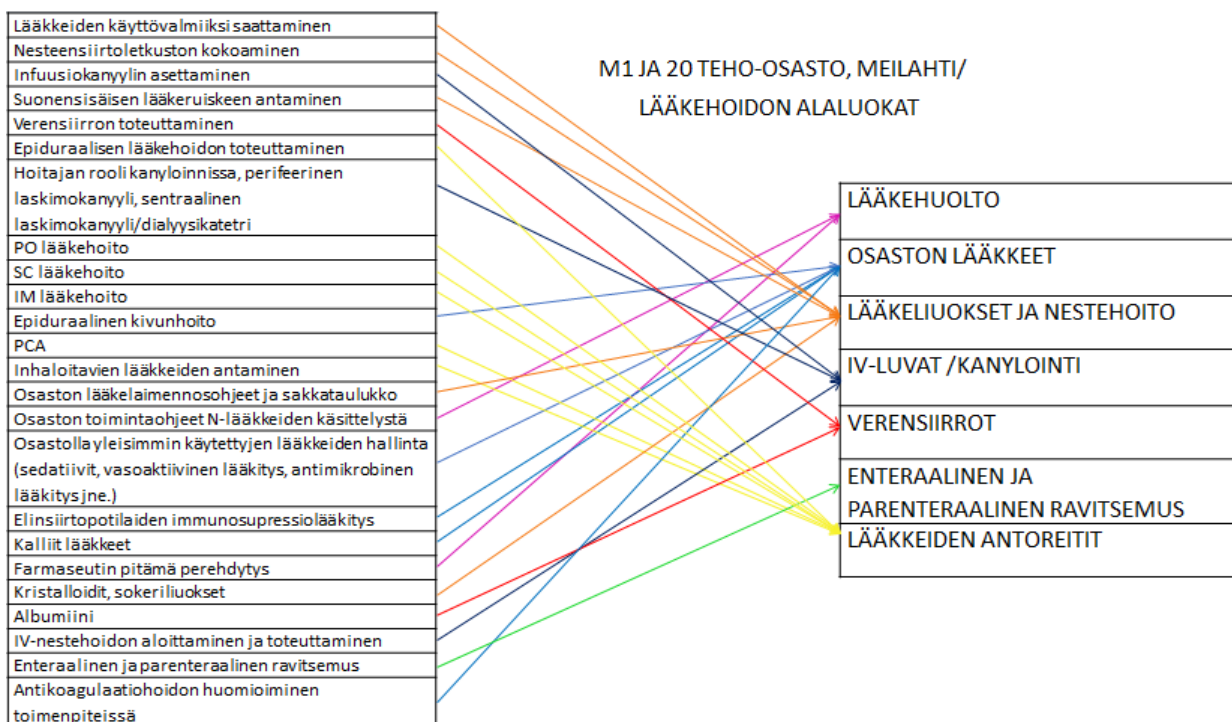


Kuvio 1: Esimerkki Jorvin sairaalan U2 teho-osaston lääkehoidon sisällön luokittelusta.

Töölön teho-osasto /LÄÄKEHOIDON ALALUOKAT

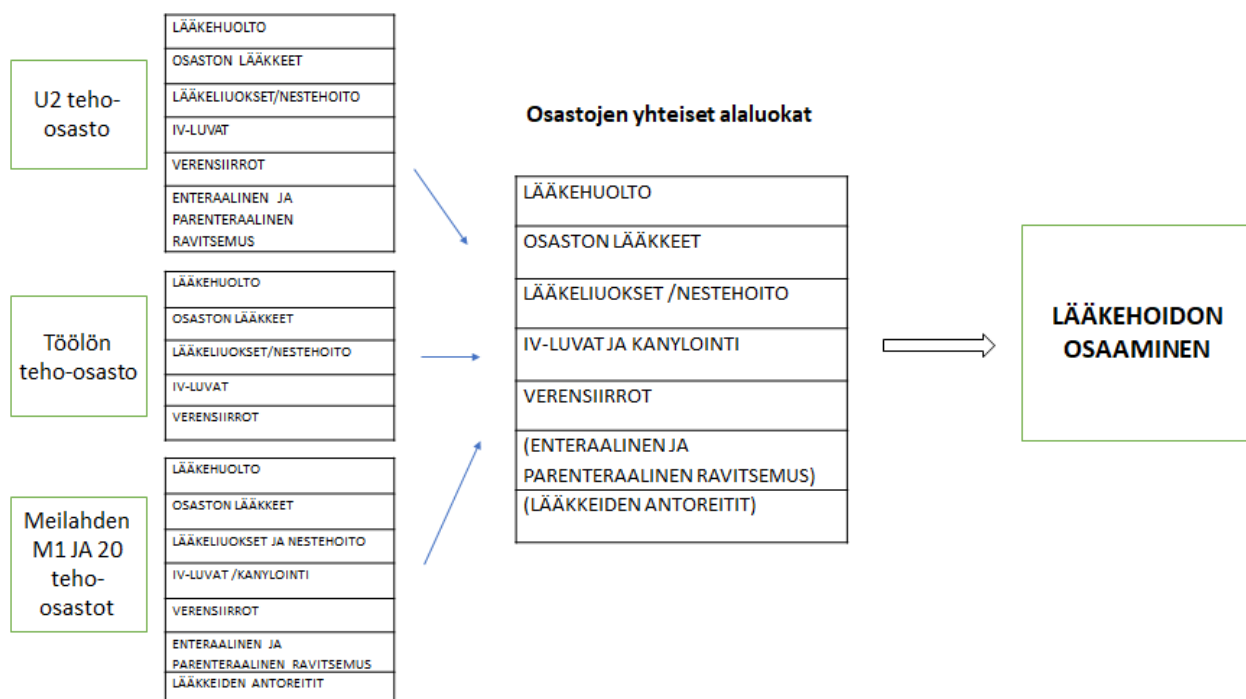


Kuvio 2: Esimerkki Töölön teho-osaston lääkehoidon sisällön luokittelusta.



Kuvio 3: Esimerkki Meilahden sairaalan M1&20 teho-osastojen lääkehoidon sisällön luokittelusta.

Näistä alaluokista saatiin muodostettua teho-osastojen yhteiset alaluokat. Lisäksi perehdytysohjeet sisälsivät osa-alueita, jotka esiintyivät useamman teho-osaston materiaalissa, mutta eivät olleet yhteneviä kaikilla osastoilla. Nämä osittain yhtenäiset osa-alueet listattiin yhteisten tekijöiden jälkeen sulkumerkkien sisäpuolelle. Teho-osastojen yhteisistä alaluokista muodostuneista taulukoista luotiin yläluokkia, jotka nimettiin sisältöä kuvaavilla käsitteillä (kuvio 4), joiden mukaan oli helppo muodostaa yhteistä osaamista kuvaava analyysitaulukko (liite 1).



Kuvio 4: Esimerkki induktiivisesta käsitteen luomisesta.

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keruu perustui valmiisiin lähdeaineistoihin, jotka saatiin tutkimusluvan hakemisen ja hyväksymisen jälkeen HYKS ATeK:n teho-osastoilta. Lähdeaineistona käytettiin teho-osastojen perehdytysohjeita. Opinnäytetyöt, joissa käytetään HUS:n asiakirjoja, vaativat tutkimusluvan. Tutkimuslupaa voitiin hakea, kun opinnäytetyösuunnitelma oli hyväksytty oppilaitoksessa. Yhteistyökumppani antoi ohjeistuksen tutkimusluvan hakuprosessiin. (Mäkijärvi 2015.)

5 Hankeyhteistyö

Opinnäytetyön tarve oli lähtöisin työelämästä ja yhteistyökumppanina toimi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). 24 kunnasta muodostuva HUS tarjoaa jäsenkuntiansa asukkaille erikoissairaanhoidon palveluita eripuolilla Uudenmaan maakuntaa. Helsingin yliopistollinen keskussairaala (HYKS) vastaa vaativaa hoitoa tarvitsevista potilaista ja se muodostuu 17 alueella sijaitsevasta sairaalasta, joihin HUS:n erikoissairaanhoito on keskitetty. Tulosyksikkö HYKS leikkaussalit, teho- ja kivunhoito (ATeK) on yksi alueen suurimmista ja sen alle on keskitetty osa HUS:n alueella toteutettavasta tehohoidosta. ATeK tulosyksikön voi jakaa viiteen osa-alueeseen, johon kuuluvat leikkaussalit-linja, tehohoidon linja, kivunhoidon linja, tutkimus-, koulutus- ja asiantuntijapalvelut sekä välinehuolto. ATeK:n piirissä työskentelee 1800 hoito- ja terveysalan ammattilaista. (Hoitotyö ATeKissa 2016.)

HYKS ATeK:n tehohoidon linja on yksi hallinnollinen kokonaisuus, joka vastaa Hyksin aikuispotilaiden tehohoidosta neljällä teho-osastolla. Näitä teho-osastoja ovat Meilahden tornisairaalan teho- ja tehovalvontaosasto 20 sekä teho- ja tehovalvontaosasto M1, Töölön sairaalan teho- ja tehovalvontaosasto ja Jorvin sairaalan osasto U2 (palovammakeskus ja tehohoito). Opinnäytetyö rajoittui näille ATeK:n teho-osastoille ja niiden perehdytysohjeiden yhtenäisen rungon muodostamiseen. (HUS Intra 2017.)

Palovammapotilaiden tehohoito on keskitetty valtakunnallisesti Jorvin sairaalan palovammakeskukseen. U2 toteuttaa palovammapotilaan koko hoitoketjun saman osaston yhteydessä. Osasto on 12 paikkainen, jossa on neljä erikoisvarusteltua huonetta palovammapotilaille. U2 hoitaa myös muita potilaita, jotka vaativat tehohoitoa. Osastolla hoidettavia potilasryhmiä ovat muun muassa erilaiset infektiopotilaat, hengitysvajauspotilaat, sydänpotilaat, intokikaatiopotilaat sekä postoperatiivista valvontaa vaativat potilaat. U2 toteuttaa myös hypotermiahoitoa elvytetyille potilaille, jatkuvaa munuaiskorvaushoitoa sekä hemoperfuusioita intokikaatioissa. (HUS Intra 2017.) Palovammapotilaiden hoito tapahtuu normaalia korkeammassa lämpötilassa ja heidän nesteytys on huomattavasti tavalliseen tehohoitopotilaaseen verrattuna runsaampaa. Haavanhoidon ja kivunhoidon osaaminen korostuu palovammoja hoitaessa. (HYKS Palovammakeskus 2016.)

Meilahden tornisairaalan teho- ja tehovalvontaosasto M1 on aloittanut toimintansa 1.9.2015 ja osastolla on 20 potilaspaikkaa. Näistä potilaspaikoista on käytössä 13-15 ja kolme potilaspaikkaa on soveltuvia eristyspotilaille. Osastolla hoidetaan pääasiassa päivystyksellisiä potilaita, jotka tarvitsevat vaativaa tehohoitoa tai valvontaa. Tällaisia potilaita ovat muun muassa vaikean hengitysvajauksen takia hengityskonehoitoa tarvitsevat potilaat, infektiopotilaat, neurologiset ja elvytetyt potilaat, akuutista munuaisvauriosta kärsivät potilaat ja munuaiskorvaushoitoa tarvitsevat potilaat. Osastolla tehdään myös lääketieteen ja hoitotyön kehittämiseksi aktiivista tutkimustyötä. M1 tekee tiivistä yhteistyötä teho- ja tehovalvontaosasto 20 kanssa ja hoitaa tarvittaessa kirurgisia tehohoitopotilaita. Osasto osallistuu lisäksi Tehohoidon jälkipoliklinikan toimintaan. (HUS Intra 2017.)

Teho- ja tehovalvontaosasto 20 on myös Meilahden tornisairaalassa sijaitseva aikuispotilaiden operatiivisen puolen raskasta tehohoitoa tai tehovalvontaa tarjoava yksikkö. Osastolla on 13 potilaspaikkaa ja potilaista 70% on päivystyksellisesti hoitoon tulleita. Medisiinisiä potilaita on puolet ja toinen puoli muodostuu kirurgisista potilaista. Osastolla hoidetaan sydänkirurgisia potilaita, akuuttia munuaisvauriota sairastavia ja munuaiskorvaushoitoa tarvitsevia potilaita. Lisäksi osastolle on keskitetty valtakunnallisesti maksan-, suolen- ja haimansiirron jälkeinen tehohoito sekä akuutin maksan vajaatoimintapotilaat, joiden hoidossa on arvioitu tarvittavan maksansiirtoa. Teho-osasto 20 hoitaa myös suurimman osan HUS:n alueen pään ja kaulan sekundun mikrovaskulaarikirurgisista potilaista. Tehohoidon jälkipoliklinikka kuuluu myös osaston

toimintaan, johon kutsutaan yli 6 vuorokautta tehohoitoa saaneet alle 65-vuotiaat potilaat. Meilahden elvytys/MET-ryhmän vastuu on teho-osastolla ja ryhmä hoitaa kaikki Meilahden alueen elvytystilanteet sekä MET-toiminnan osastoilla. (HUS Intra 2017.)

Töölön sairaalan teho-osastolla on 9 potilaspaikkaa ja sen erikoisalaa ovat vaikeasti vammautuneet tehohoitoa tarvitsevat potilaat. Teho-osastolla hoidetaan Töölön sairaalan kaikki teho- tai tehovalvontaa tarvitset potilaat, jotka siitä hyötyvät. Elektiivisen plastiikkakirurgian postoperatiivinen hoito sekä Töölön sairaalassa peruselintoimintojen häiriön saaneiden potilaiden hoitaminen tapahtuu teho-osastolla. Tapaturmapotilaat, jotka päätyvät Töölön sairaalan teho-osastolle, tarvitsevat tehostettua hoitoa tai valvontaa. Suurin osa potilaista tulee erilaisista liikenneonnettomuuksista tai putoamistapaturmista, joissa he ovat vammautuneet vaikeasti. Potilaat voivat olla monivammautuneita, jolloin tapaturma on aiheuttanut heille useamman kuin yhden vamman kehoon. (HUS Intra 2017.)

6 Tulokset

ATEK:n teho-osastojen tällä hetkellä käytössä olevat perehdytysmateriaalit koostuivat erilaisista liitetiedoista, jotka sisälsivät tehosairaanhoitajalta vaadittavan perehdytyksen rungon. Ne koostuivat neljän teho-osaston perehdytysmateriaaleista, joihin kuuluvat Jorvin sairaalan U2, Töölön sairaalan teho-osasto ja Meilahden sairaalan osastot M1 & 20. Materiaalit erosivat toisistaan osastojen välillä sisällöltään sekä laajuudeltaan. Opinäytetyön aineiston sisällönanalyysissa perehdytysmateriaalista muodostui kahdeksan yhtenäistä tehohoitotyön sisältöaluetta. Nämä kahdeksan yläluokkaa koostuivat 1) Teho-osastojen laitteidenhallinnasta, 2) Aseptiikasta, 3) Lääkehoidon osaamisesta, 4) Toimintaohjeista uudelle työntekijälle, 5) Potilaan kliinisestä tarkkailusta, 6) Toimenpiteistä teho-osastolla, 7) Uudesta potilaasta ja jatkohoidosta sekä 8) Potilaan perushoidosta. Analyysin tulokset esitellään taulukoissa liite 1-2.

6.1 Teho-osastojen laitteidenhallinta

Analysoidessa materiaalia yhdeksi yläluokaksi muodostui Teho-osastojen laitteidenhallinta, joka oli laajuudeltaan yksi suurimmista. Laitteidenhallinta sisälsi seitsemän yhteistä alaluokkaa teho-osastojen välillä, joita olivat hengityksen tarkkailuun ja tukemiseen liittyvät laitteet, monitorointi, lääkehoitoon liittyvät laitteet, toimenpiteissä käytettävät laitteet, sydämen toimintaan ja verenkierron tarkkailuun liittyvät laitteet, kuntoutukseen ja mobilisointiin liittyvät laitteet sekä ravitsemuksen tukemiseen liittyvät laitteet. Näiden yhteisten alaluokkien ulkopuolelle jäivät haavahoitoon liittyvät laitteet ja neurologian tarkkailuun liittyvät laitteet, koska ne eivät esiintyneet kaikilla osastoilla. Haavahoidossa käytettävät laitteet esiintyivät Jorvin sairaalan U2 teho-osastolla sekä Töölön teho-osastolla. Neurologian tarkkailussa

käytettävät laitteet esiintyivät Töölön teho-osaston ja Meilahden M1 & 20 teho-osastojen perehdytysohjeissa.

6.2 Aseptiikka

Aseptiikka esiintyi kaikilla ATeK:n teho-osastoilla keskeisenä osana perehdytyksen sisältöä. Aseptiikka muodostui viidestä alaluokasta, joita olivat aseptinen työote, näytteiden ottaminen, infektioiden torjunta, haavan aseptinen hoito ja eristyspotilaan hoito. Näistä alaluokista ainoastaan aseptinen työote esiintyi kaikkien teho-osastojen perehdytysohjeissa. Näytteiden ottaminen osana aseptiikkaa huomioitiin vain Jorvin sairaalan U2 teho-osastolla. Infektioiden torjunta voitiin löytää U2 teho-osaston ja Töölön teho-osaston perehdytysmateriaaleista. Töölön sairaalan ja Meilahden sairaalan teho-osastoilla haavan aseptinen hoito ja eristyspotilaan hoito otettiin huomioon aseptiikan osaamisessa.

6.3 Lääkehoidon osaaminen

Perehdytysmateriaaleissa lääkehoidon osaaminen muodostui seitsemästä alaluokasta, joista viisi esiintyi kaikilla teho-osastoilla. Lääkehuolto, osaston lääkkeet, lääke-liuokset/nestehoito, suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamisen teoriaosuudet ja käytännön näytöt (taulukossa IV-luvat) ja kanylointi ja verensiirrot esiintyivät alaluokista kaikilla ATeK:n teho-osastoilla. Yhteisen lääkehoidon osaamisen ulkopuolelle jäivät enteraalinen- ja parenteraalinen ravitseminen sekä lääkkeidenantoreitit. Enteraalinen- ja parenteraalinen ravitseminen löytyi Jorvin U2 teho-osaston ja Meilahden teho-osastojen M1 & 20 perehdytysohjeista. Meilahden M1 & 20 teho-osastojen perehdytysmateriaali oli ainoa, joka käsitteli lääkkeidenantoreittejä.

6.4 Toimintaohjeet uudelle työntekijälle

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri painottaa paljon ATeK:n tehohoitotyön perehdytyksessä materiaalin mukaan uuden työntekijän työsuhteeseen liittyviä asioita, joista muodostui oma yläluokka 'Toimintaohjeet uudelle työntekijälle'. Tähän yläluokkaan sisältyi viisi alaluokkaa, jotka olivat osaston päiväjärjestys ja henkilöstön toimenkuvat, työturvallisuus, jätehuolto ja ekologisuus, yhteystiedot ja huolto/korjaukset sekä potilastietojärjestelmä. Alaluokkina osaston päiväjärjestys ja henkilöstön toimenkuvat, työturvallisuus sekä jätehuolto ja ekologisuus olivat yhteneviä kaikilla teho-osastoilla. Näiden ulkopuolelle jäivät yhteystiedot (sisältäen siis tärkeitä yhteystietoja osaston ja sairaalan sisällä) ja huolto/korjaukset sekä potilastietojärjestelmä, sillä nämä alaluokat eivät esiintyneet jokaisen teho-osaston perehdytysohjeissa. Materiaalissa esiintyneet yhteystiedot löytyivät Jorvin sairaalan U2 teho-osaston ja Meilahden sairaalan M1 & 20 teho-osastojen perehdytysohjeista. Ohjeet huoltoon ja korjauksiin oltiin huomioitu ainoastaan Jorvin U2 teho-osastolla. Potilastietojärjestelmä ja sen käyttöön

perehdytys oli mainittu Jorvin U2 teho-osastolla ja Meilahden M1 & 20 teho-osastoilla, mutta Töölön teho-osaston ohjeissa ei ollut selkeää ohjetta potilastietojärjestelmän käytöstä.

6.5 Potilaan kliininen tarkkailu

Suurimmaksi tehohoitotyön perehdytyksen sisällön osa-alueeksi muodostui 'Potilaan kliininen tarkkailu'. Kaikilla teho-osastoilla potilaan kliininen tarkkailu jakaantui hengityksen tarkkailuun, sydämen ja verenkierron tarkkailuun sekä neurologian seurantaan. Näiden lisäksi muodostui kahdeksan alaluokkaa, jotka eivät olleet yhteneviä kaikilla teho-osastoilla. Jorvin U2 teho-osaston ja Meilahden M1 & 20 teho-osastojen perehdytykseen sisältyi kirjaaminen ja pisteytykset sekä kivun seuranta. Sedaation tarkkailu huomioitiin ainoastaan Jorvin U2 teho-osastolla. U2 ja Töölön teho-osaston perehdytysmateriaalissa oli huomioitu kielekkeen seuranta. Uuden potilaan tarkkailu ja tutkimuksien aikainen potilaan tarkkailu taas esiintyi vain Töölön teho-osaston perehdytyksessä. Nestetasapainon tarkkailu sisältyi Töölön ja Meilahden M1 & 20 teho-osastojen perehdytysohjeisiin potilaan kliinisen tarkkailun yhteydessä. Meilahden M1 & 20 teho-osastojen ohjeissa oli lisäksi huomioitu ruoansulatuksen seuranta.

6.6 Toimenpiteet teho-osastolla

Teho-osastojen perehdytysmateriaali muodostui lisäksi isosta osa-alueesta 'Toimenpiteet teho-osastolla', josta syntyi kahdeksan yhteistä alaluokkaa. Näitä olivat leikkaukseen valmistelu, tutkimukset teho-osaston ulkopuolella, hengitysteihin kohdistuvat toimenpiteet, kardiologiset toimenpiteet, kirurgiset bedside-toimenpiteet, näytteiden ottaminen, käytänteet potilaan kuollessa sekä elvytys ja MET-toiminta (medical emergency team). Lisäksi Jorvin U2 ja Töölön teho-osastojen perehdytysohjeista pystyttiin muodostamaan oma alaluokka katetrien ja kanyylien laitolle. Ravintoletkujen laitto oltiin huomioitu vain Töölön sairaalan teho-osastolla.

6.7 Uusi potilas ja jatkohoito

Sisällönanalyysin pohjalta syntyi oma yläluokkansa potilaan vastaanottamiselle sekä jatkohoittoon siirtämiselle, joka nimettiin otsikolla 'Uusi potilas ja jatkohoito'. Tähän kuului kolme yhtenevää alaluokkaa, joita olivat potilaan vastaanottaminen, omaiset ja potilaan siirtäminen. Lisäksi muodostuneet alaluokat 'Potilaspaikan valmistelu' ja 'Raportointi' esiintyivät Jorvin U2 ja Töölön teho-osastoilla, mutta ei mainittu Meilahden sairaalan M1 & 20 teho-osastoilla.

6.8 Potilaan perushoito

Potilaan perushoidosta muodostui oma yläluokka, sillä se esiintyi kaikkien teho-osastojen perehdytysohjeissa keskeisenä osa-alueena. Potilaan perushoito pystyttiin jakamaan viiteen alaluokkaan, joista ravitsemus, asentohoito, hygienia ja kuntoutus olivat yhteneviä sisältöjä te-

ho-osastojen kesken. Lisäksi potilaan perushoidosta muodostui alaluokka 'Eritys', joka sisältyi Jorvin U2 ja Töölön teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeisiin, mutta se jäi uupumaan Meilahden teho-osastoilta.

6.9 Teho-osastojen erityisosaaminen

HYKS ATeK:n teho-osastojen perehdytysmateriaali sisälsi myös osastojen välillä toisistaan eroavaa erikoisosaamista, josta muodostettiin oma taulukko. Erikoisosaaminen jäi varsinaisen analyysin ulkopuolelle, sillä se ei vastannut meidän tutkimuskysymykseen yhteisistä tehosairaanhoidajan osaamisen sisällöistä. Erikoisosaamisesta syntyi omat potilasryhmät, jotka voitiin jakaa palovamma-, monivamma-, neurotrauma-, selkäydinvamma-, plastiikkakirurgiseen- ja leukakirurgiseen potilaseen. Lisäksi erikoisosaamiseksi voitiin lukea munuaiskorvaushoito, vedot ja ripustukset sekä kipsit ja kipsaaminen. Jorvin sairaalan U2 teho-osasto hoiti ainoana osastona palovammapotilaita. Munuaiskorvaushoitoa toteutti sekä Jorvin U2 ja Meilahden M1 & 20 teho-osastot. Töölön sairaalan teho-osaston erikoisosaamista olivat monivamma-, neurotrauma-, selkäydinvamma-, plastiikkakirurgisen- ja leukakirurgisen potilaan hoitaminen. Ainoastaan Töölön teho-osaston perehdytykseen liittyi kipsit ja kipsaaminen. Vedot ja ripustukset sisältyivät Jorvin U2 ja Töölön teho-osastojen perehdytyksen runkoon.

6.10 Tehohoitotyön yleiset osaamisalueet

Opinnäytetyössä ATeK:n tehohoitotyön perehdytysohjeista saatuja tuloksia peilattiin myös tehohoitotyön yleisiin osaamisalueisiin, jotta saataisiin kokonaiskuva siitä, että vastaako niiden sisältö yleistä osaamista. Apuna hyödynnettiin Lakanmaan (2012) väitöstutkimuksen tuloksia, joissa hän jakoi tehosairaanhoidajan keskeisen osaamisen kliiniseen osaamiseen ja ammatilliseen osaamiseen. Kliininen osaaminen oli vahvasti esillä ATeK:n tehohoitotyön perehdytyksessä, mutta ammatillinen osaaminen oli hankalampaa huomata aineistosta, sillä se esiintyi kliinisen osaamisen yhteydessä. Yleinen tehohoitotyön osaaminen voidaan jakaa siis tietoperustaan, taitoperustaan, asenne ja arvopohjaan, kokemuserustaan ja työntekijän persoonallisiin tekijöihin (Lakanmaa 2012, 44). Nämä Lakanmaa jakoi vielä pienempiin käsitteisiin, joita olivat hoitotyön lähtökohdat, kliiniset ohjeet, hoitotoimenpiteet, eettinen hoitotyö, päätöksenteko osaaminen, kehittämistyö sekä yhteistyötaidot. Työntekijän persoonalliset tekijät jakautuivat inhimillisyyteen ja eettisyyteen, toimintatapoihin ja työmotivaatioon.

ATeK:n teho-osastoilla oltiin huomioitu hoitotyön lähtökohdissa turvallisuuden osalta työntekijän näkökulma, mutta erillistä potilasturvallisuutta käsittelevää osiota ei löytynyt. Tosin potilasturvallisuuteen liittyviä tekijöitä nousi esille muiden osaamisalueiden yhteydessä, sillä esimerkiksi turvallinen laitteidenhallinta tai turvallisesti toteutettu lääkehoito ovat osa potilasturvallisuutta (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 3-4). Vastuullisuus hoitotyössä ilmeni perehdytysohjeissa muun muassa vastuuhoidajan toimenkuvan kuvauksena. Tehohoitotyön

perehdytys on itsessään osa hoitajan ammattitaitoa ja sen varmistamista, mikä korostui yleisissä hoitotyön lähtökohdissa. Lakanmaa nosti potilaslähtöisyyden keskeiseksi osaamiseksi tehosairaanhoidajan työssä, johon liittyi esimerkiksi oikeudenmukaisuus, intymiteetti, yksilöllisyys sekä tasa-arvo. Potilaslähtöisyys puuttui selkeästi ATeK:n tehohoitotyön perehdytyksestä, jonka painopiste oli kliinisessä hoitotyössä.

Kliinisiä ohjeita ja hoitotoimenpiteitä tarkastellessa voitiin huomata, että sekä yleisissä osaamisalueissa että perehdytyksen sisällössä oli paljon yhteneviä tekijöitä. Aseptiikka, potilaan kliininen tarkkailu, laitteiden hallinta, lääkehoito, omaisten huomiointi, leikkaukseen valmistelu, potilaan siirto sekä toimenpiteissä avustaminen esiintyivät kaikki ATeK:n perehdytysohjeissa. Yleiseen tehohoitotyön kliiniseen osaamiseen Lakanmaan mukaan kuuluu lääkärinmääräyksien toteuttaminen, joka näkyi perehdytysohjeissa lähinnä tietojärjestelmien käytön hallinnassa, mutta määräyksien tulkintaa ei huomioitu. Potilaan tukeminen ja ohjaamisosaaminen nousi esiin osana yleistä tehosairaanhoidajan osaamista, mutta näitä oli vaikea erottaa ATeK:n teho-osastojen perehdytysohjeista erillisinä osa-alueinaan, vaikka esimerkiksi kivun seuranta on osa potilaan ohjaamista (Jalonen ym. 2014, 144-145). Opinnäytetyön aineistosta nousi esiin toimintaohjeet potilaan kuollessa, mutta sieltä puuttui kokonaan kuolevan potilaan hoito, jota Lakanmaa korosti yhtenä osa-alueena hoitotoimissa.

Eettiset käytännöt hoitotyössä luokiteltiin omaksi osa-alueeksi tehosairaanhoidajan yleisessä osaamisessa. Perehdytysmateriaalissa ei huomioitu eettistä osaamista millään ATeK:n teho-osastolla. Tehosairaanhoidajan työhön kuuluu päätöksenteko osaaminen, mihin voidaan lukea muun muassa ongelmanratkaisukyky, kriittinen ajattelutaito ja työn priorisointi (Lakanmaa 2012, 44). Perehdytysohjeissa päätöksentekokyky oli osana potilaan kliinistä tarkkailua ja lääkehoidon osaamista. Kehittämistyö kuuluu myös osaksi tehosairaanhoidajan osaamista, johon kuuluu työhön perehtyminen sekä itsensä jatkuva kehittäminen. ATeK on huomioinut tämän perehdytyksensä rungossa, sillä käytössä olevan AURA-mallin mukaan työntekijälle järjestetään perehdytysjakso, tietyin väliajoin suoritettavat tentit sekä kehityskeskusteluita. Yksi keskeisistä hoitotyön lähtökohdista oli kollegiaalisuus, joka korostuu erityisesti teho-osastolla, missä työskennellään jatkuvasti tiimissä. Tiimityöskentelyyn, vuorovaikutustaitoihin tai kollegiaalisuuteen ei kuitenkaan kiinnitetty perehdytysohjeissa huomiota.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön pohdintaosiossa käsitellään tutkimuksen tekoon liittyvää etiikkaa sekä sen toteutumista tässä opinnäytetyössä. Pohdinnassa tarkastellaan myös opinnäytetyön luotettavuutta. Tulokset, jotka syntyivät tässä opinnäytetyössä käytetyn aineiston pohjalta, herättivät paljon ajatuksia, joita pohditaan johtopäätöksissä. Johtopäätöksissä verrataan ATeK:n teho-osastojen perehdytysmateriaalin sisältöä yleisiin tehohoitotyön osaamisalueisiin. Lopuksi pohditaan opinnäytetyöprosessin aikana syntyneitä jatkotutkimusehdotuksia.

7.1 Eettisyys

Laadullisen tutkimuksen tekoon liittyy aina eettinen päätöksenteko, joka ohjaa millaisia keinoja tutkijan on sallittua käyttää tutkimusprosessissaan. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa kunnioitetaan rehellistä toimintaa, puolueettomuutta, tiedon julkisuutta sekä kriittistä ajattelua. Tutkimuksen johdonmukaisuus on merkki hyvästä eettisestä toiminnasta laadullisessa tutkimuksessa. Lähteiden oikein valitseminen ja käyttäminen on tutkijan vastuulla. Eettiset ongelmat voivat liittyä tutkimustoiminnassa esimerkiksi epäselvään tai vääristettyyn informointiin, aineistonkeruumenetelmien luotettavuuteen tai tutkimustulosten väärään esittämistapaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122-125.)

Tutkimuksessa on tärkeää kunnioittaa tiedonantajaa, joita voivat olla ihmiset, organisaatiot taikka erilaiset aineistot. Tutkijan vastuulla on myös aiheen oikeanlainen valinta. Tutkimusaihetta valittaessa tulee selkeästi ilmaista se, kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi kyseinen tutkimus tehdään. Hyvänä eettisenä käytäntönä voidaan pitää tutkittavien/tutkittavan suojan kunnioittamista. Tutkijan tulee selvittää tutkimukseen liittyvät tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Tutkittavien tai yhteistyökumppaneiden on oltava mukana hankkeessa vapaaehtoisesti ja heillä on oikeus kieltää myöhemmin itseään koskevan aineiston käyttö tutkimuksessa. Tutkijan velvollisuus on tiedottaa osallistujaa tutkimuksen tarkoitukselta. Tutkimuskohdetta tulee kunnioittaa koko tutkimusprosessin ajan ja tietojen käsittely tulee olla luottamuksellista, eikä niitä saa luovuttaa ulkopuolisille tahoille tai käyttää muuhun kuin sovittuun tarkoitukseen. Tutkimuksen uskottavuus liittyy olennaisesti eettiseen toimintaan. Uskottavassa tutkimuksessa ei vähätellä muiden tutkijoiden osuutta, harhaan johdeta huolimattomalla tai puutteellisella raportoinnilla, eikä esitetä aikaisemmin saatuja tuloksia näennäisesti uusina. Tutkimuksen tekijällä ja opinnäytetyötä ohjaavilla opettajilla on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, jotta eettisiltä ristiriidoilta vältyttäisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125-130.)

Opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan tutkimuksessa tarvittavia hyviä eettisiä käytäntöjä toimimalla avoimesti ja tiedottamalla jokaisesta opinnäytetyön vaiheesta mukana oleville tahoille, eli Laurea Ammattikorkeakoululle sekä yhteistyökumppanina toimivalle Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille. Opinnäytetyön tarve on työelämälähtöinen ja sen tuloksia tullaan käyttämään HYKS ATeK:n hoitotyössä. Sovitusti perehdytysmateriaalia ei luovutettu, joka saatiin käyttöön HUS:lta, ulkopuolisille henkilöille salassapitovelvollisuuden vuoksi. Asia huomioitiin opinnäytetyön tulosten julkistamisessa. Perehdytysmateriaalin alkuperäisilmauksista muodostuneet taulukot selventävät lukijalle analysointiprosessia sekä sitä, mistä lopulliset tulokset ovat muodostuneet (Kuula 2013, 108-109). Samaan aikaan kuitenkin tutkimusetikan mukaan salassapitovelvollisuus velvoittaa suojaamaan luottamuksella annettuja tietoja, joka rajoittaa tutkimusaineiston sisällön julkaisua opinnäytetyössä (Kuula 2013, 108-109).

Puolueettomuus opinnäytetyössä näkyi siinä, että ennako-odotuksia, jotka olisivat ohjanneet valmiin työn tuloksia, ei asetettu. Toimintavaiheessa analysoitiin teho-osastojen perehdytysohjeita huolellisesti useampaan kertaan, ettei opinnäytetyössä saadut tulokset olisivat olleet harhaanjohtavia. Tuloksien todenmukaisuutta edisti myös kaksi opinnäytetyöntekijää, jolloin näkökulmia analysointivaiheessa sekä pohdinnassa oli useampi kuin yksi. Johdonmukainen aineistojen läpikäyminen, analysointi ja raportointi lisäsivät totuudenmukaisuutta. Hyvä eettinen käytäntö näkyi myös siinä, että työssä esitettiin selkeästi tiedonkeruumenetelmät ja lähteiden käyttö, jolloin lukijan on mahdollista tarkistaa tiedon paikkaansapitävyys.

7.2 Luotettavuus

Aineiston eri vaiheita tulee arvioida kriittisesti, jotta katsauksesta saadun tiedon luotettavuus voidaan määritellä. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus perustuu kolmeen totuusteoriaan, jotka ovat konsensuksen totuusteoria, pragmaattinen totuusteoria ja koherenssiteoria. Konsensus totuusteoriassa pyritään luomaan yhteisymmärrys aineistojen välillä ja pragmaattisessa teoriassa totuus on se, mikä on toimivaa ja hyödyllistä. Koherenssiteoriassa tutkimustulosten on oltava yhteensopivia, eikä niissä voi esiintyä ristiriitaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131- 133.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvailla monilla käsitteillä, kuten luotettavuus/totuudellisuus, mikä tarkoittaa tässä tapauksessa sitä, että riittävää dokumentaatiota käyttäessä vertaisarvioijan pitäisi tulla samaan lopputulokseen tutkimuksen laatijan kanssa. Luotettavuutta kuvaa myös siirrettävyys, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa yritetään ymmärtää tiettyjä asioita pyrkimättä yleistykseen. Tutkimusta pidetään oikeana vain, jos ulkopuoliset tukevat sen lopputulosta, jolloin voidaan puhua riippuvuudesta. Käsitteet luotettavuus/totuudellisuus ja riippuvuus ovat hyvin lähellä toisiaan. Lisäksi luotettavuutta voidaan arvioida vahvistettavuudella, eli antaa aineisto informantille luettavaksi ja analysoitavaksi, jolla varmistetaan, ettei aineisto ole itsekeksimä. Saturatio eli kylläntyminen asettaa kysymyksen: ”Onko tutkimuksessa riittävästi osallistujia?” Kriteerivaliditeetti tarkoittaa omien tulosten tukena aikaisempien tutkimusten käyttöä. (Kananen 2015, 352-355.)

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen tietoperustan rakentaminen pohjautui tehohoitotyön tutkimustietoon, mikä vahvisti koko opinnäytetyön luotettavuutta. Esimerkiksi tutustuttiin huolellisesti kansainväliseen väitöstutkimukseen tehosairaanhoidajien osaamisesta (Lakanmaa 2014.), mikä auttoi hahmottamaan tehohoitotyön osaamista kokonaiskuvana. Työn luotettavuutta lisäsi myös johdonmukaisuus, joka näkyi opinnäytetyön kirjallisuustuotoksen jäsentelyn selkeytenä. Lähdemerkinnät lisättiin työhön huolellisesti heti lähteen käytön jälkeen, mikä helpotti jatkossa alkuperäislähteiden hakua ja lisäsi näin ollen työn luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikutti myös se, että opinnäytetyötä ohjaavilla opettajilla oli aikai-

sempaa kokemusta sekä tehohoitotyöstä että tutkimuksen teosta. Luotettavuutta heikentävä tekijä oli se, että opinnäytetyöntekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimusprosessista.

Tehohoitotyön hallitseminen vaatii monien vuosien työkokemusta sekä jatkuvaa lisäkoulutusta työn ohessa. Opinnäytetyöntekijöiden käytännön kokemus tehohoidosta oli vähäistä opinnäytetyöprosessin alkaessa, joka tarkoitti sitä, että opinnäytetyön tekeminen vaati aihealueeseen huolellista perehtymistä ja asiantuntijoiden tukea. Opinnäytetyön suunnittelun alkuvaiheessa molempien kokemus tehohoitotyöstä pohjautui syventäviin teoriaopintoihin eikä juurikaan käytännön kokemusta ollut. Prosessin edetessä molemmat tekijöistä pääsivät suorittamaan syventävän harjoittelun tehohoitotyön ympäristöön, mikä lisäsi ymmärrystä tehohoitotyön osaamisesta, joka tuki tätä opinnäytetyön tekoa. Lisäksi toinen opinnäytetyöntekijä pääsi tutustumaan ATeK:n teho-osastoon kesätyön merkeissä Töölön sairaalan teho-osastolla ja siellä toteutettavaan perehdytysjaksoon omakohtaisesti. Opinnäytetyön luotettavuutta tukemassa olivat myös yhteistyökumppanin ATeK:n hoitotyön osaamisen ja ammatillisen kehittymisen asiantuntijaryhmä, joka kommentoi opinnäytetyötä prosessin edetessä.

7.3 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön lähtöasetelma oli mielenkiintoinen, sillä tutkimusaineistoa, joka koostui HYKS ATeK:n teho-osastojen hoitotyön perehdytysohjeista, ei oltu analysoitu aikaisemmin. Käytännössä se tarkoitti sitä, että perehdytysohjeiden yhtenevästä sisällöstä ei ollut aikaisempaa tietoa. Teho-osastojen perehdytysmateriaali erosi toisistaan rakenteeltaan sekä jäsentelyltään, mikä oli huomattavissa jo ensimmäisen kerran tiedostoja läpi käytäessä. Jorvin sairaalan U2 teho-osaston perehdytysohjeet oltiin koottu yhdeksi kokonaiseksi opaspaketiksi, joka sisälsi kaiken osaston perehdytykseen liittyvän. Töölön sairaalan teho-osaston perehdytysmateriaali koostui useammasta liitetiedostosta, jotka sisälsivät uudelle työntekijälle tarkoitettuja tiedotteita sekä useita toisiaan muistuttavia osaamista kartoittavia tarkistuslistoja. Meilahden sairaalan teho-osastojen M1 & 20 perehdytysmateriaali oli ATeK:n teho-osastoista laajin, sillä ne sisälsivät tiedotteiden ja tarkistuslistojen lisäksi erillisen perehdytysohjelmappaan, missä kuvattiin tarkasti perehdytyksen kulkua. Perehdytysohjeiden toisistaan eroava jäsentely vaikeutti aineiston analysointia, mutta materiaalin aukikirjoittaminen yhteiseksi kokonaisuudeksi helpotti analysointiprosessin etenemistä.

Jorvin U2 teho-osastolle ominaista oli se, että siellä työskentelevät hoitajat kiertävät myös vuodeosastolla, joten perehdytysopas sisälsi myös vuodeosastokuntoisen potilaan hoitamisen. Oppaassa tuotiin hyvin esille työturvallisuus, sillä se sisälsi paljon käyttöohjeita kuvien kera esimerkiksi sähkölaitteista, kaasu- tai imulaitteista. Huomiota kiinnitti erityisesti myös kattavat ohjeet verituuotteiden käytöstä, joiden perusteella kokemattomampikin hoitaja pystyisi toteuttamaan turvallisesti verensiirtoja. Lisäksi perehdytysmateriaalista oli löydettävissä selkeä kuvaus vastuuhoitajan työtehtävistä eri vuoroissa, mikä auttaa hoitajaa oman työn hallin-

nassa. Jorvin U2 teho-osaston perehdytysmateriaalia tarkasteltaessa huomattiin, että materiaali oli koottu yhdeksi kokonaiseksi oppaaksi. Tästä oppaasta puuttui sisällysluettelo sekä selkeä teemoittain jäsentely, joka vaikeutti tiedon etsimistä. Tehohoitopotilaan hoitotyön osaaminen tuli ilmi ainoastaan oppaan lopussa olevasta tarkistuslistasta, jonka pääpaino tehohoitotyössä oli laitteiden hallinnassa, lääkehoidossa sekä hoitotoimenpiteissä.

Töölön teho-osaston perehdytysohjeita oltiin uudistamassa jo opinnäytetyön alkuvaiheessa, joka näyttäytyi perehdytysmateriaalin sisällössä, sillä perehdytyksestä vastaavat henkilöt olivat vaihtuneet. Osastolla oltiin kuitenkin tehty omat Aura-mallin tasojen kuvaukset. Perehdytysohjeet olivat jäsenelty hyvin aihealueittain mukailleen potilaan hoitopolkua. Esimerkiksi yhden tarkistuslistan hoitotyön osaamisen kartoitus alkoi potilaan vastaanottamisesta päättyen jatkohoitoon siirtymiseen. Tarkistuslistoja oli Töölön perehdytysmateriaalissa useita, jotka muistuttivat sisällöltään toisiaan. Osastolla käytettävistä laitteista oltiin tehty oma tarkistuslista, joka sisälsi laitteet niiden mallien mukaan. Eri teho-osastoilla on käytössä eri valmistajien laitteita (esimerkiksi respiraattorit) ja niiden mallit voivat vaihtua ajan kanssa, mikä luo haasteen päivittämää ja ylläpitää tämän tyyppistä tarkistuslistaa. Vastuuhoitajan toimenkuva huomioitiin myös Töölön tehohoitotyön perehdytyksen sisällössä, mutta se ei sisältänyt työvuorokuvausta, kuten edellä mainitussa U2 teho-osaston perehdytysohjeissa.

Meilahden sairaalan teho-osastojen M1 & 20 perehdytysmateriaalissa erityistä oli se, että ne olivat yhteiset molemmilla osastoilla. Perehdytysohjeiden pääpaino muodostui työsuhteeseen liittyvistä asioista ja niiden huomattiin sisältävän laajan erillisen oppaan perehdytysohjelmasta. M1 & 20 teho-osastot olivat ainoat, jotka käyttivät perehdytysohjeissaan apuna ISBAR-mallia, jolla varmistetaan turvallinen ja selkeä tiedonkulku raportoitaessa uudesta potilaasta (Sairaanhoitajaliitto 2014). Näissä perehdytysohjeissa käytettiin myös osaamisen kartoittamiseksi perehdytyksen tarkistuslistaa, jonka pääpaino oli elintoimintojen tarkkailussa ja tukemisessa. Lääkehoidon osaamisessa huomattiin mielenkiintoinen kohta, että ainoastaan Meilahden teho-osastot olivat huomioineet epiduraalisen kivunhoidon osaamisen, vaikka se on yleinen kivunhoitomenetelmä teho- ja tehovalvontaosastoilla (Duodecim 2017.) Näissä perehdytysohjeissa oltiin mainittu lääkkeiden antoreitit, joista ei ollut mainintaa muiden teho-osastojen perehdytysmateriaaleissa. Laitteidenhallinnan osaamisesta oli muodostettu oma tarkistuslista myös Meilahden teho-osastoilla.

Sisällön analyysin tuloksista voitiin muodostaa yhtenäinen taulukko, jossa kuvattiin keskeisiä perehdytyksen sisältöjä näillä teho-osastoilla. Muodostuneista käsitteistä, joita olivat teho-osastojen laitteidenhallinta, aseptiikka, lääkehoidon osaaminen, toimintaohjeet uudelle työntekijälle, potilaan kliininen tarkkailu, toimenpiteet teho-osastolla, uusi potilas ja jatkohoito sekä potilaan perushoito, nousi vahvasti esille se, että tämän hetkinen tehohoitotyön perehdytyksen painopiste on kliinisessä osaamisessa. Prosessin myötä huomattiin, että tehosaira-

hoitajan olisi hallittava suuri määrä erilaisia laitteita ja niiden käyttöä, jotta hän kykenisi hoitamaan kokonaisvaltaisesti kriittisessä tilassa olevaa tehohoitoapotilasta. Jokainen teho-osasto oli huomionnut perehdytyksessään aseptiikan merkityksen hoitotyössä, mutta sen painopisteet erosivat osastojen kesken. Esimerkiksi näytteiden ottaminen osana aseptiikkaa huomioitiin vain Jorvin U2 teho-osastolla.

ATeK:n teho-osastojen lääkehoidon osaaminen sisälsi vaativan ja raskaan lääkehoidon toteuttamista painottuen suomensisäiseen lääke- sekä nestehoitoon. Kaikilla näillä osastoilla osaaminen varmistetaan AURA-mallin mukaisesti esim. iv- ja akutologian tenttein. Yläluokka 'Toiminta uudelle työntekijälle' sisälsi paljon HUS:n yleiseen perehdytykseen liittyviä mm. hallinnollisia asioita, jotka jäivät lopullisen analyysin ulkopuolelle, sillä ne eivät kuvanneet tehosairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista. Aineistoa tutkiessa ilmeni, että työturvallisuus esiintyi omana isona kokonaisuutena jokaisen ATeK:n teho-osaston perehdytyksessä. Perehdytysmateriaalin pohjalta voitiin huomata, että tehosairaanhoitajalta vaaditaan potilaan kokonaisvaltaisen kliinisen tarkkailun osaamista näillä teho-osastoilla. Niissä esiintyi paljon toimenpiteiden hallintaan liittyvää osaamista, joka vahvisti käsitystä siitä, että tehohoitotyön perehdytys painottuu pitkälti kliiniseen osaamiseen. Tärkeänä asiana pidettiin, että jokainen teho-osasto oli huomionnut ohjeissaan potilaan omaiset ja heidän kohtaamisen tärkeyden. Opinnäytetyöntekijöiden harjoitteluiden sekä työskentelyn myötä kertyneen kokemuksen pohjalta voidaan sanoa, että iso osa potilaan hoitoa teho-osastolla muodostuu perushoidosta, mikä voitiin huomata myös näistä perehdytysohjeista.

Perehdytysmateriaalin analyysin pohjalta todettiin, ettei Lakanmaan määrittelemään tehosairaanhoitajan keskeiseen osaamiseen kuuluvaa potilaslähtöisyyttä oltu huomionnut HYKS ATeK:n teho-osastojen perehdytyksessä. Voisiko potilaslähtöisyyttä huomioida jo tehosairaanhoitajan perehdytyksessä, jotta tämä tulisi keskeiseksi osaksi käytännön hoitotyötä teho-osaston haastavasta ympäristöstä huolimatta? Perehdytysohjeet eivät sisältäneet myöskään kollegiaalisuutta, joka ilmenee Lakanmaan väitöskirjassa osana tehosairaanhoitajan keskeistä osaamista. Ovatko tiimityöskentelytaidot ja vuorovaikutustaidot asioita, jotka tulisi sisällyttää perehdytysohjeisiin omana osa-alueenaan vai kehittyvätkö nämä taidot vasta ajan ja kokemuksen myötä?

Yleisiin tehosairaanhoitajan osaamisalueisiin kuuluvat Lakanmaan (2012) mukaan myös henkilökohtaiset ominaispiirteet. Henkilökohtaiset ominaispiirteet vaikuttavat tehosairaanhoitajan työskentelyyn ja ovat osa ammatillista identiteettiä, joka voi vaikuttaa myönteisesti ammatilliseen osaamiseen. Lakanmaan väitöstudiumin tuloksia tarkastellessa huomattiin, että henkilökohtaisilla ominaispiirteillä oli yllättävän suuri osa tehosairaanhoitajien kompetenssissa. Inhimillisyyden ja eettisyyden liittyivät mm. luotettavuus, rehellisyys ja empaattisuus. Persoonallisiin tekijöihin luettiin myös erilaiset toimintatavat, kuten paineensietokyky stres-

saavissa tilanteissa ja sopeutumiskyky vaikeissa olosuhteissa. Hoitajan oma motivaatio teho-
hoitotyöhön ratkaisee myös hänen työhön sitoutumistaan ja ammatillisen roolin ottamistaan.
(Lakanmaa 2012, 44.) Aineiston analyysin pohjalta voitiin todeta, että henkilökohtaisia omi-
naispiirteitä ei oltu huomioitu tehohoitotyön perehdytysohjeissa. Toinen syy, miksi henkilö-
kohtaiset ominaispiirteet jäivät sisältörungon ja tutkimustuloksien ulkopuolelle opinnäyte-
työssä oli se, että Lakanmaan tutkimuksen näkökulma kohdistui tekijöihin, jotka vaikuttavat
tehosairaanhoitajan osaamiseen. Haasteena näiden tekijöiden huomioon ottamisessa on nii-
den intergroiminen perehdytyksen sisältöön. Nämä ovat varmasti ominaisuuksia, jotka vaikut-
tavat positiivisesti tehohoitajan ammatti-identiteettiin, mutta voidaanko näistä piirteistä luo-
da raameja hyvälle tehohoitajalle? Eikö tämä tarkoittaisi silloin sitä, että tehosairaanhoitaji-
en täytyisi olla luonteeltaan samanlaisia ollakseen päteviä tehohoitajia? Kuitenkin hyväksi
voidaan nähdä se, että tehohoitotyön perehdytys vahvistaisi jo näitä olemassa olevia hyviä
persoonaan liittyviä ominaispiirteitä.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimushaasteena esitämme, että opinnäytetyön pohjalta olisi mahdollista jatkaa yhten-
näisen perehdytysrunгон kehittämistä kohti yhteisiä perehdytysohjeita ATeK:n teho-
osastoille. Analyysin myötä ATeK:n on mahdollista hyödyntää tehohoitotyön yleisiä osaamis-
alueita ja taulukko voisi toimia pohjana yhteisille perehdytysohjeille. Huomioitavaa yhtenäi-
sen perehdytyksen kehittämisessä on kuitenkin tämän ulkopuolelle jäävä osastokohtainen eri-
koisosaaminen (erikoisalat), johon perehdyttämisestä vastuu säilyy edelleen yksittäisillä teho-
osastoilla itsellään.

Mielenkiintoista olisi lisäksi selvittää tehosairaanhoitajien omia kokemuksia perehdytysjaksos-
ta: Miten he ovat kokeneet perehdytyksen - mitä hyvää se sisältää ja jäikö siitä pois jotain
olennaista? Aiheesta voisi tehdä opinnäytetyön esimerkiksi haastattelututkimuksena, jolloin
perehdytykseen saataisiin työntekijän näkökulma ja se voisi osaltaan olla tukemassa ATeK:n
perehdytyksen kehittämistä tämän opinnäytetyön rinnalla.

Lähteet

Aarno, K. 2008. Tehohoidon kehitys Suomessa. Tehohoitolehti 1/2008. Suomen tehohoitoyhdistys ry. 17-19.

Alastalo, M. 2015. Potilaan kliinisen tilan tarkkailu ja siihen liittyvä osaaminen tehohoitotyössä - kokoneiden tehosairaanhoitajien näkemys. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto, 25-31.

Björn, A. 2017. Opinnäytetyön yhteistyökumppanin sähköpostiyhteys 12.3.2017. HUS ATeK. Helsinki.

Duodecim. 2017. Sairaanhoitajan tietokannat. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Kivunhoitomenetelmät. Viitattu 24.10.2017. www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti

EfCCNa. 2013. EfCCNa Competencies for European Critical Care Nurses. Viitattu 28.1.2017. http://www.efccna.org/images/stories/publication/competencies_cc.pdf

Eriksson, E. Korhonen, T. Merasto, M. & Moisio, E. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Viitattu 3.2.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 1§, 3:15-21 §. Viitattu 23.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sairaanhoitaja#L1>

Finlex, 2002. Työturvallisuuslaki 738/14§. Työntekijälle annettava opetus ja ohjaus. Viitattu 17.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Hoitotyö ATeKissa. Viitattu 17.1.2017. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks-atek/hoitotyö/Documents/ATeK-hoitotyö%20site%202016-A5.pdf>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2016. HUS-tietoa; Tehohoito. Viitattu 17.1.2017. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks-atek/tehoahoito/Sivut/default.aspx>

Hoffman, A., Kerry, Aitken, Leanne, Duffield, Christine. 2009. A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. Griffith University, 12-19. Viitattu: 29.01.2017. https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/30917/59471_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Huittinen, V., Kari, A., Leino-Kilpi, H., Niinikoski, J., Ohtonen, M., Rauhala, V., Tammisto, T. & Takkunen, O. 1997. Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Viitattu 19.1.2017. <http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf>

HUS. 2017. HUS ATeK:n teho-osastojen kuvaukset. 20.3.2017. HUS Intra. Helsinki.

HUS. 2016. Tehohoito. Viitattu 19.1.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/tehoahoito/Sivut/default.aspx>

HYKS Palovammakeskus. 2016. Palovammakeskuksen hoito-ohje palovammapotilas. Viitattu 17.1.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/tehoahoito/Documents/Tehopalovamman%20hoito-ohje/Tehopalovamman%20hoito-ohje%20U2.pdf>

Inkinen, R. Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Jalonen, J., Junntila, E., Järvelä, K., Leppikangas, H., Metsävainio, K., Niemi-Murola, L., Pöyhkä, R. & Salomäki, T. 2014. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: DUODECIM.

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

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Suomen Yliopisto Oy.

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. painos. Tampere: Hansaprint Oy.

Käypä hoito. 2015. Kipu. Viitattu 19.1.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103#s1>

Lakanmaa, R. 2012. Competence in Intensive and Critical Care Nursing - development of a basic assessment scale for graduating nursing students. 43-50. Viitattu: 24.10.2017.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/76824/Annales%20%201014%20Lakanmaa%20ISS.pdf>

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Porvoo: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Morris, L., Pfeifer, P., Catalano, R., Fortney, R., Nelson G., Rabito, R. & Harap, R. 2009. Outcome Evaluation of a New Model of Critical Care Orientation. American Journal of Critical Care. Viitattu 28.1.2017.
<http://ajcc.aacnjournals.org/content/early/2009/02/20/ajcc2009355.full.pdf>

Mäkijärvi, M. 2015. Opinnäytetyön tutkimuslupa. Johtajaylilääkärin ohje. 2/2015. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 1.

Reinikainen M. 2012. Hospital mortality of Intensive Care Patients in Finland - Insights into Prognostic Factors and Measuring Outcomes. Viitattu: 22.1.2017.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0719-6/urn_isbn_978-952-61-0719-6.pdf

Ritmala-Castrén, M. 2008. Oppimispolkuja tehohoitotyöhön. Tehohoitolehti 1/2008. Suomen tehohoitoyhdistys ry. 29.

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Opiskele sairaanhoitajaksi. Viitattu 23.1.2017.
<https://sairaanhoitajat.fi/koosteet/opiskele-sairaanhoitajaksi/>

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Potilasturvallisuus. Viitattu: 8.12.2017.
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valvira. 2008. Ammattioikeudet. Viitattu 3.2.2017.
<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Valvira. 2008. Valvira. Viitattu 3.2.2017. <http://www.valvira.fi/valvira>

Ylikukkonen, P. Kotila, J. & Salmenperä, R. 2016. Lähiesimies osaamisen johtajana - sairaanhoitajan ammatillinen kasvu ja kehittyminen tehohoitotyössä. Tehohoitolehti 1/2016. Suomen tehohoitoyhdistys ry. 57-6
Kuviot

Kuvio 1: Esimerkki Jorvin sairaalan U2 teho-osaston lääkehoidon sisällön luokittelusta. ..	16
Kuvio 2: Esimerkki Töölön teho-osaston lääkehoidon sisällön luokittelusta.....	17
Kuvio 3: Esimerkki Meilahden sairaalan M1&20 teho-osastojen lääkehoidon sisällön luokittelusta.	17
Kuvio 4: Esimerkki induktiivisesta käsitteen luomisesta.	19

Liitteet

Liite 1: Analyysin tulokset	36
Liite 2: Erityisosaaminen teho-osastoilla	37

Liite 1: Analyysin tulokset

ATeK:n teho-osastojen perehdytysmateriaalin sisällönanalyysi (TAULUKKO)

TEHO-OSASTOJEN LAITTEIDENHALLINTA	ASEPTIIKKA	LAAKEHOIDON OSAAMINEN	TOIMINTAOHJEET UUELLE TYONTEKIJALLE	POTILAAN KLIININEN TARKKAILU	TOIMENPITEET TEHO-OSASTOLLA	UUSI POTILAS JA JATKOHOITO	POTILAAN PERUSHOITO
Hengityksen tarkkailuun ja tukemiseen liittyvät laitteet	Aseptinen työote	Lääkehuolto	Osaston päiväjärjestys ja henkilöstön toimenkuvat	Hengityksen tarkkailu	Leikkaukseen valmistelu	Potilaan vastaanottaminen	Ravitseminen
Monitorointi	(Näytteiden ottaminen)	Osaston lääkkeet	Työturvallisuus	Sydämen ja verenkierron tarkkailu	Tutkimukset teho-osaston ulkopuolella	Omaisat	Asentohoito
Lääkehoitoon liittyvät laitteet	(Infektioiden torjunta)	Lääkeliuokset /nestehoito	Jätehuolto ja ekologisuus	Neurologian seuranta	Hengitysteihin kohdistuvat toimenpiteet	Potilaan siirtäminen	Hygienia
Toimenpiteissä käytettävät laitteet	(Haavan aseptinen hoito)	IV-luvat ja kanylointi	(Yhteystiedot ja huolto/korjaukset)	(Kirjaaminen ja pisteytykset)	Kardiologiset toimenpiteet	(Potilas paikan valmistelu)	Kuntoutus
Sydämen toimintaan ja verenkierron tarkkailuun liittyvät laitteet	(Eristyspotilaan hoito)	Verensiirrot	(Potilastietojärjestelmä)	(Sedaation tarkkailu)	Kirurgiset <u>bedsidetoimenpiteet</u>	(Raportointi)	(Eritys)
Kuntoutukseen ja mobilisointiin liittyvät laitteet		(<u>Enteraalinen ja parenteraalinen ravitseminen</u>)		(Kielekkeen seuranta)	Näytteiden ottaminen		
Ravitsemuksen tukemiseen liittyvät laitteet		(Lääkkeiden antoreiitit)		(Uuden potilaan tarkkailu)	Käytänteet potilaan kuollessa		
(Haavahoitoon liittyvät laitteet)*				(Tutkimuksien aikainen potilaan tarkkailu)	Elvytys ja <u>MET-toiminta</u>		
(Neurologian tarkkailuun liittyvät laitteet)				(Nestetasapainon tarkkailu)	(Katetrien ja kanyylien laitto)		
				(Kivun seuranta)	(Ravintoletkujen laitto)		
				(Ruoansulatuksen seuranta)			

*() – Sisällönanalyysissä sulkuimerkein merkityt alaluokat eivät esiinny kaikilla ATeK:n teho-osastoilla.

Liite 2: Erityisosaaminen teho-osastoilla

ATeK teho-osastojen erityisosaaminen (jätetty yhtenäisen sisältörungon ulkopuolelle)

Palovammapotilas
Munuaiskorvaushoito
Monivammapotilas
Neurotraumapotilas
Selkäydinvammapotilas
Plastiikkakirurginen potilas
Leukakirurginen potilas
Vedot ja ripustukset
Kipsit ja kipsaaminen