



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Eettiset haasteet pitkittyneessä tehohoidossa hoitotyön näkökulmasta

Henna Suoknuuti, Heidi Tuominen

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Eettiset haasteet pitkittyneessä tehohoidossa hoitotyön näkökulmasta

Henna Suoknuuti, Heidi Tuominen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2019

Henna Suoknuuti, Heidi Tuominen

Vuosi 2019

Sivumäärä 68

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja selvittää sairaanhoitajien kokemia eettisiä haasteita pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyössä sydänkirurgisella teho-osastolla. Opinnäytetyössä kartoitettiin lisäksi, kuinka osaston sairaanhoitajat käsittelevät pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa esiintyneiden eettisten haasteiden tuomaa kuormaa. Tässä opinnäytetyössä pitkittynyt tehohoitopotilas tarkoittaa seitsemän (7) vuorokautta tai sitä pidemmällä hoitajaksolla ollutta tehohoitopotilasta.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa osaston käyttöön sairaanhoitajien kokemista pitkittyneiden tehohoitopotilaiden hoidossa ilmenneistä eettisistä haasteista sekä hoitajien työssäjaksamisen keinoista. Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen, ja se tehtiin yhteistyössä Meilahden sydänkirurgisen teho-osaston M2A kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkielmana. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella osastolla työskenteleviltä sairaanhoitajilta ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen pääluokiksi muodostui 14 pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyötä koskevaa eettistä haastetta. Nämä olivat riittämätön kärsimysten lievittäminen, omaisten toiminta, potilaan hoitotahdon toteutuminen, kommunikaatiovaikeuksiin liittyvät eettiset haasteet, hoidon pitkittäminen, päätöksenteko, potilaan hoidon vastuukysymykset, pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuus, eriävät näkemykset, totuudellisuus, riittämättömien resurssien ja työn luonteen tuomat haasteet, yksityisyydensuoja, omaisten ja potilaan tukeminen ja haasteet perushoidossa. Sairaanhoitajien työssäjaksamista tukivat keskustelut kollegoiden kanssa, terveelliset elämäntavat, riittävä lepo ja työvuorosuunnittelu. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää pitkittyneiden tehohoitopotilaiden hoitotyön eettisessä tarkastelussa ja hoitotyön kehittämisessä.

Asiasanat: eettiset haasteet, tehohoitopotilas, pitkittynyt tehohoito, hoitotyö

Henna Suoknuuti, Heidi Tuominen

Ethical challenges in prolonged intensive care from the nursing point of view

Year	2019	Pages	68
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe and find out ethical challenges from the nursing perspective in prolonged intensive care in a cardiosurgical intensive care unit. Another purpose for this thesis was to define the ward nurses' individual methods for maintaining coping at work and how they deal with the load of ethical challenges, which occurs at prolonged intensive care nursing. In this thesis prolonged intensive care means seven (7) or more days a continuing treatment period of. The aim of this thesis was to study ward nurses' experiences of ethical challenges in prolonged intensive care and also nurses coping at work for the ward. This thesis was working life based, and it was done in association with cardiosurgical intensive care unit M2A at Meilahti hospital in Finland. This thesis was a qualitative study. The aim was to collect already existing research data of this subject, and to send a questionnaire inquiry to the ward's nurses. The data was collected by the inquiry through open questions, and the data was analysed by using inductive content analysis.

The results revealed fourteen (14) ethical challenges of prolonged intensive care from a nursing perspective based on the questionnaire inquiry. These ethical challenges included insufficient alleviation of suffering, relatives' behaviour, the fulfilment of the patient's advance directive, communication problems, prolonged treatment, decisions-making process, question of responsibility in patient care, overload of prolonged intensive care nursing, different views, truthfulness, the challenges of insufficient resources, the patient's privacy, support for patient and relatives and challenges of the general care. Things that promoted nurses' coping at work were talking to colleagues, healthy lifestyle, adequate rest and rota planning. The results of this thesis can be used to improve prolonged intensive care and to study ethical challenges in prolonged intensive care.

Keywords: ethical challenges, intensive care patient, prolonged intensive care, nursing

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Tehohoito	8
2.1	Tehohoitoympäristö	9
2.2	Tehohoitopotilas	10
2.3	Sairaanhoitajan rooli tehohoitotyössä.....	11
3	Etiikka	12
3.1	Tehohoitotyön etiikka	13
3.2	Eettiset haasteet hoitotyössä.....	14
4	Projektiympäristön kuvaus	14
4.1	Pitkittänyt tehohoitopotilas.....	15
4.2	Sydänkirurginen tehohoitopotilas	15
4.3	Sydämen- ja keuhkonsiirrot Suomessa	16
4.4	Sydämen apupumppupotilas	17
5	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	17
6	Tutkimusmenetelmän valinta ja aineiston keruu	18
6.1	Tiedonhaku	19
6.2	Kyselykaavakkeen laatiminen.....	19
6.3	Kyselykaavakkeen pilotointi	20
6.4	Tutkimuksen toteuttaminen	21
6.5	Aineiston analysointi	21
6.6	Opinnäytetyön alustava aikataulu	23
7	Tulokset	25
7.1	Riittämätön kärsimysten lievittäminen	25
7.2	Omaisten toiminta.....	26
7.3	Potilaan hoitotahdon toteutuminen	27
7.4	Kommunikaatiovaikeuksiin liittyvät eettiset haasteet.....	28
7.5	Hoidon pitkittäminen	28
7.6	Päätöksenteko	29
7.7	Potilaan hoidon vastuukysymykset.....	29
7.8	Pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuus	30
7.9	Eriävät näkemykset	31
7.10	Totuudellisuus.....	31
7.11	Riittämättömien resurssien ja työn luonteen tuomat haasteet	32
7.12	Yksityisyyden suoja.....	32
7.13	Omaisten ja potilaan tukeminen	33
7.14	Haasteet perushoidossa.....	33

8	Toinen tutkimuskysymys: Työssäjaksaminen	34
9	Pohdinta.....	34
9.1	Johtopäätökset.....	35
9.2	Eettisyyden tarkastelu.....	36
9.3	Luotettavuuden tarkastelu.....	38
9.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
10	Ammatillinen kasvu.....	40
	Lähteet	42
	Taulukot	47
	Liitteet	48
	Kuviot	49

1 Johdanto

Tehohoitotyö on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitotyötä, jota toteutetaan erityisoloissa teho-osastoilla. Tehohoidossa hoitaja kohtaa tehohoitopotilaiden hoitotyössä eettisesti haastavia tilanteita, joiden ratkaisu vaatii ammattimaista päätöksentekokykyä. Sairaanhoitajien ja Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet tukevat ja ohjaavat eettistä päätöksentekoa tehohoitotyössä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 237-238.)

Opinnäytetyön aiheena oli: Eettiset haasteet pitkittyneessä tehohoidossa hoitotyön näkökulmasta. Tutkijoiden suorittaman tiedonhaun mukaan Suomessa ei ole aiemmin tutkittu hoitotyön näkökulmasta pitkittyneen tehohoitajakson aiheuttamia eettisiä haasteita. Tässä opinnäytetyössä on tutkittu sairaanhoitajien kohtaamia eettisiä haasteita pitkittyneessä tehohoidossa ja heidän tapojaan käsitellä eettisten haasteiden tuomaa kuormaa. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää osastolla käytännön tehohoitotyön kehittämisessä. Tehohoitoa ja sen muita osa-alueita on kuitenkin tutkittu jo aiemmin läheisistä näkökulmista. Muun muassa Sinisalo Anu (2015) tutki Pro Gradussaan psyykkisiä stressitekijöitä tehohoidon aikana potilaiden sekä sairaanhoitajien näkökulmasta. Lisäksi Meriläinen Merja (2012) tutki väitöskirjassaan potilaiden kokemuksia tehohoidosta sekä psyykkisestä elämänlaadusta tehohoidon jälkeen.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä sydänkirurgisen teho-osaston kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemia eettisiä haasteita pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyössä. Lisäksi yhteistyökumppanin pyynnöstä opinnäytetyössä kartoitettiin sairaanhoitajien tapoja käsitellä eettisten haasteiden tuomaa kuormaa. Tässä opinnäytetyössä pitkittynyt tehohoitopotilas tarkoittaa seitsemän (7) vuorokautta tai sitä pidemmällä tehohoitajak-solla ollutta potilasta. Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

Millaisia eettisiä haasteita sairaanhoitajat ovat kokeneet pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa sydänkirurgisella teho-osastolla?

Miten sydänkirurgisen teho-osaston sairaanhoitajat huolehtivat omasta työssäjaksamisesta?

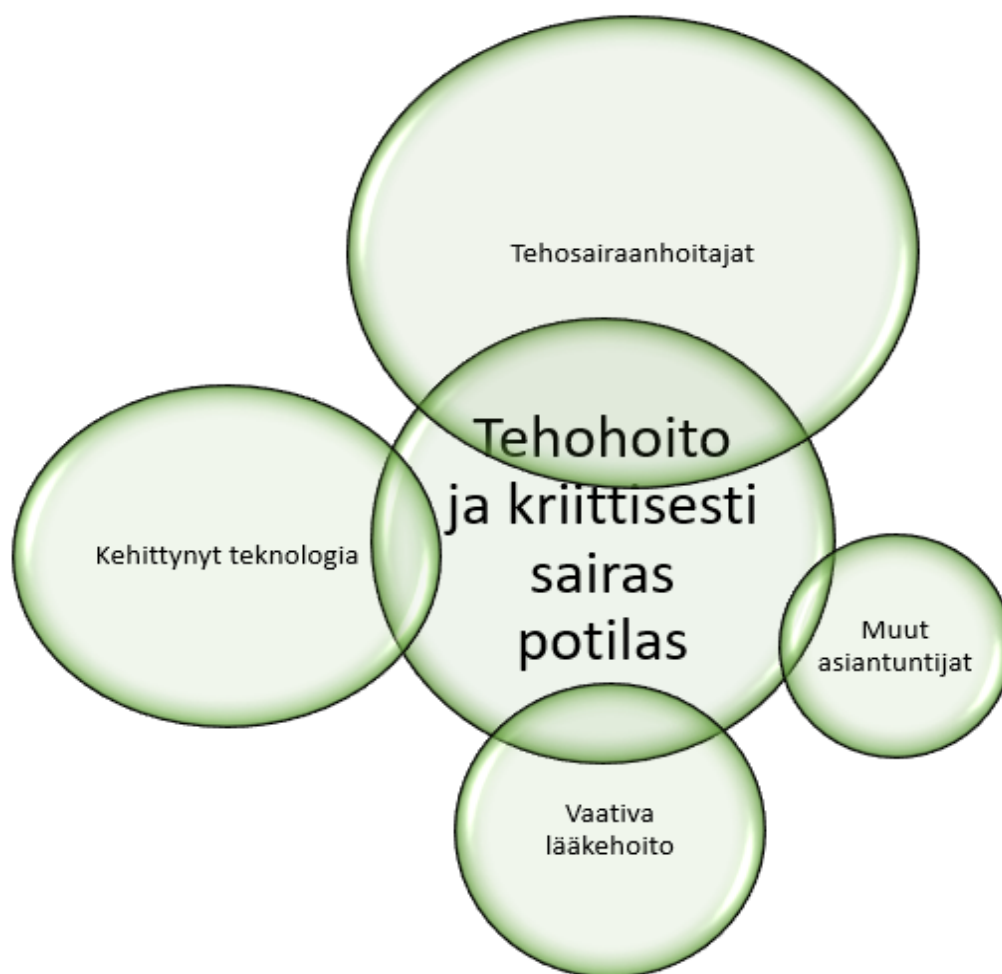
Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin sydänkirurgisen teho-osaston sairaanhoitajille toimitetuilla kyselykaavakkeilla ja aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kyselykaavakkeita vietiin osastolle 50 kappaletta, ja vastattuja kyselykaavakkeita saatiin 16 kappaletta, vastausprosentin ollessa 32%.

2 Tehohoito

Tehohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan potilaan hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytyksettä ja hänen elintoimintojaan valvotaan, sekä tarvittaessa pidetään yllä erikoislaittein (World federation of societies of intensive and critical care medicine 2018; Suomen Tehohoitoyhdistys 1997). Tehohoidon tavoitteena on voittaa aikaa perussairauden hoitamiseen torjumalla sekä estämällä hengenvaara (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, 238). Tehohoitoa annetaan siihen tarkoitetuilla teho-osastoilla, ja niiden toiminta on ympäri vuorokauden jatkuvaa (Meriläinen 2012, 22). Teho-osastoille on keskitetty elintärkeiden elintoimintojen valvonnan ja ylläpidon edellyttämää henkilöstöä, osaamista sekä teknologiaa. Alastalo, Salminen ja Leino-Kilpi (2017, 96) mainitsevat artikkelissaan, että tehohoito onkin luonteeltaan vahvaan kollegiaalisuuteen ja moniammatilliseen työskentelyyn perustuvaa työtä. Meriläinen (2012, 22) viittaa Almerudiin (2007) kirjoittaessaan, että teho-osastot ovat sairaalan kehittyneimpiä teknisiä ympäristöjä.

Tehohoito perustuu monimutkaiseen teknologiaan, jonka ymmärtäminen on asiaan perehtymättömälle vaikeaa (Suomen Tehohoitoyhdistys 1997). Käsitukset tehohoidon menetelmistä ja tuloksellisuudesta voivat tämän vuoksi olla virheellisiä. On varsin yleistä, että tehohoidon tulokset oletetaan paljon todellista huonommiksi. Tämä on ongelmallista erityisesti silloin, kun halutaan käyttää itsemääräämisoikeutta etukäteen esimerkiksi kriittisen sairauden varalta ja laatia hoitotestamentti. Jos testamentin laatija olettaa tehohoidon tuloksellisuuden paljon todellista huonommaksi, hän saattaa määrittää tahtonsa eri tavoin kuin oikein informoituna. (Suomen Tehohoitoyhdistys 1997.) Lääketieteellisillä tiedekunnilla, Suomen Tehohoitoyhdistyksellä ja tehohoidon ammattilaisilla onkin velvollisuus huolehtia, että kansalaisilla on riittävän selkeä käsitys tehohoidon olemuksesta, menetelmistä ja tuloksellisuudesta (Suomen Tehohoitoyhdistys 1997).

Suomessa on noin viisi tehohoitopaikkaa 100 000 asukasta kohti. 25 teho-osastolla, jotka kuuluvat Suomen Tehohoitokonsortioon, on yhteensä noin 257 potilaspaikkaa. Vuonna 2015 näillä osastoilla tapahtui yhteensä 18 284 hoitajaksoa. Hoitajakset voidaan jakaa päivystyksellisiin ja ennalta suunniteltuihin eli elektiivisiin hoitajaksoihin. Sydänkirurgian jälkeinen tehohoito on kaikista tavallisin ennalta suunnitellun tehohoitotapauksen aihe. Keskimääräinen tehohoitotapaus on kolme (3) vuorokautta. (Reinikainen & Varpula 2018.)



Kuvio 1: Tehohoito ja kriittisesti sairas potilas, Meriläisen (2012) mukaan

3 Tehohoitoympäristö

Ilmakunnas (2018) viittaa Ala-Kokkoon ja Penttilään artikkelissaan mainiten, että ero teho-
hoito-osaston ja valvontatasoisen osaston tarjoaman hoidon välillä on asiaan perehtymättö-
män usein vaikea ymmärtää. Tehohoitopotilaalla on kuitenkin yleensä useita samanaikaisia
elintoimintahäiriöitä, kun valvontatasoiset osastot keskittyvät pääasiassa hoitamaan potilaita,
joilla on yhden elinjärjestelmän häiriö (Ilmakunnas 2018). Heinonen (2012, 8) viittaa Haup-
tiin, Bekesiin ja Brilliin ym. (2003) sekä Kaarlolaan (2007) mainitessaan, että Suomessa teho-
hoito-osastot voidaan jakaa kolmeen vaativuusluokkaan: Yliopistollisten sairaaloiden teho-
osastoilla hoidetaan vaativimpia tehohoitoa vaativia potilaita, sekä niillä voidaan hoitaa kaik-
kia tehohoitoa tarvitsevia potilasryhmiä. Keskussairaaloiden teho-osastoilla voidaan hänen
mukaansa hoitaa kaikkia muita tehohoitoa vaativia potilasryhmiä vaativimpia tapauksia lu-
kuun ottamatta, kuten esimerkiksi elinsiirtoja tai sydänkirurgiaa. Tehovalvontaosastoja voi

Heinosen mukaan taas olla myös edellä mainituissa sairaaloissa, ja siellä voidaan toteuttaa ainoastaan potilaan tehostettua perustarkkailua ja hoitoa.

Teho-osastoilla kyetään tarjoamaan korkeamman tasoista potilaiden valvontaa ja monitorointia, kuin tavallisilla sairaalan osastoilla. Teho-osastoilla työskentelee useampia sairaanhoitajia, lääkäreitä sekä fysioterapeutteja potilasta kohden, sekä henkilöstö on erityisesti koulutettua akuutisti sairaan potilaan hoitoon. (World federation of societies of intensive and critical care medicine 2018.) Näiden ammattilaisten lisäksi teho-osastoilla työskentelee osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, osastonsihteereitä, sekä teho-osastoilla tulee olla ympäri vuorokauden käytettävissä päivystävä anestesioologi, kirurgi ja sisätautilääkäri. Teho-osastoilla sairaanhoitajien määrä potilaspaikkaa kohden tulisi vaativimmilla teho-osastoilla olla 1:1, ja muilla teho-osastoilla 1:1,6. (Tohmo, Kuosa & Erkola 2014).

Teho-osastojen suunnittelun keskeisiä lähtökohtia ovat näköyhteys potilaiden ja valvomon välillä, sekä osaston sisäisen kommunikaation turvaaminen (Meriläinen 2012, 22). Tavallisimmin teho-osastoilla on käytössä monipaikkaisia potilashuoneita, joissa potilaiden yksityisyyttä pyritään turvaamaan väliverhoin. Teho-osastoilla myös valaistus on potilaiden tarkkailun ja hoidon mahdollistamiseksi päällä ympäri vuorokauden. Kirkas valaistus voi jäädä päälle myös silloin, kun potilaalle ei tehdä kirkasta valaistusta vaativia toimenpiteitä. (Meriläinen 2012, 22-23.) Meriläinen (2012, 22-23) on todennut myös Baileyyn ja Timmonsiiin (2005) viitaten, että teho-osasto on ympäristönä myös meluista, ja melutaso voikin nousta hetkellisesti jopa 80 desibelin tasolle. Teho-osasto on myös Meriläisen (2012) mukaan vaativa työympäristö, muun muassa erilaisten laitteiden ja kojeiden kasvavan määrän sekä ahtaiden tilojen vuoksi. Teho-osastot ovatkin teknologialtaan sairaalan kehittyneimpiä osastoja (Ritmala-Castrén, Lönn, Lundgrén-Laine, Meriläinen & Peltomaa 2017, 550). NykYTEKNIKALLA voidaan esimerkiksi korvata täysin potilaan keuhkojen ja sydämen toiminta pitkäaikaisesti kehon ulkoisia menetelmiä käyttäen (Ala-Kokko & Penttilä 2018).

3.1 Tehohoitopotilas

Tehohoitopotilaalla tarkoitetaan potilasta, joka terveydentilansa vuoksi tarvitsee jatkuvaa elintoimintojen valvontaa, lääkitystä, laitteistoa tai kliinistä erityisasiantuntemusta, jota voidaan tarjota ainoastaan teho-osastolla. Osa potilaista tarvitsee tehohoitoa suunnitellusti heti leikkauksen jälkeen. Osa potilaista vaatii hengityslaittehoitoa esimerkiksi pneumonian tai muun keuhko-ongelman takia ja joutuvat sen vuoksi teho-osastolle hoitoon. On myös joitakin lääkityksiä, mitä voidaan toteuttaa ainoastaan teho-osastoilla. (World federation of societies of intensive and critical care medicine 2018.) Tehohoitoa voidaan antaa Ala-Kokon & Penttilän (2018) mukaan myös siltahoitona elinsiirtoon, esimerkiksi aivokuolleelle potilaalle elinsiirron mahdollistamiseksi. Toivottomasti sairaat potilaat eivät kuulu tehohoitoon (Nuutinen

2014). Vahtera (2016) sekä Ala-Kokko & Penttilä (2018) mainitsevat artikkeleissaan, että liian hyväkuntoista potilasta ei tule ottaa tehohoitoon, koska tehohoito itsessään altistaa potilaan erilaisille infektioille ja komplikaatioille. Vahtera (2016) mainitsee kuitenkin myös, että liian huonokuntoisen potilaan hoito teho-osastolla ei ole kannattavaa, koska tehohoitopaikkoja on rajoitetusti ja tehohoidon toteuttaminen on kallista.

3.2 Sairaanhoidajan rooli tehohoitotyössä

Tehohoitotyö on oma sairaanhoidon erikoisalansa ja Tsurkan (2014, 3) mukaan hänen viitattessaan Lakanmaahan (2012), asettaa se sairaanhoitajille omat vaatimuksensa ammatillisen pätevyyden sekä oman osaamisen suhteen. Tehohoitotyön kompetenssi, eli tässä tapauksessa tehosairaanhoitajan ammatillinen pätevyys voidaan jakaa hänen mukaansa kahteen osaan; kliiniseen ja yleiseen ammatilliseen kompetenssiin. Kompetenssi voidaan määritellä muun muassa tehohoidon tietoperustaksi, taitoperustaksi, asenteeksi ja arvoperustaksi, tehohoitotyön kokemusperustaksi sekä tehosairaanhoitajan omaksi persoonaperustaksi. Tehohoidossa merkittävässä roolissa on myös vahva hoitaja-potilassuhde, joka johtuu siitä, että useimmilla teho-osastoilla on yksi sairaanhoitaja yhtä potilasta kohden. Teho-osastolla työskentelevä sairaanhoitaja viettääkin kaikista ammattilaisista eniten aikaa potilaan vierellä (Alastalo ym. 2017, 94).

Potilaan kliinisen tilan tarkkailu on osa tehosairaanhoitajan tärkeää osaamista, ja se onkin tunnistettu osaksi tehosairaanhoitajan ammatillista osaamista tehohoidon kansainvälisissä järjestöissä. Aiemmissa tutkimuksissa on oleellisesti tunnistettu kliinisen tilan tarkkailun osa-alueita sekä menetelmiä osaksi tehosairaanhoitajan ammatillista osaamista. Tiedon hankkiminen edellyttää bio-fysiologista osaamista, tarkkailumenetelmien, elinjärjestelmien sekä niissä tapahtuvien muutosten havaitsemisen osaamista. On myös osattava huomioida tehohoidon eri potilasryhmät. Esimerkiksi sydänkirurgisen tehohoitopotilaan tarkkailu painottuu hieman eri asioihin, kuin neurokirurgisen tai traumapotilaan tarkkailu. On muistettava myös, että kriittisesti sairaan potilaan hoidossa myös päivittäisen perushoidon toteutuksella on korostunut rooli, ja se tulisikin nähdä hygienian hoitoa suurempana kokonaisuutena. (Alastalo 2018, 17.) Potilaan tarkkailussa hyödynnetään kehittynyttä teknologiaa, mutta myös tehosairaanhoitajan omia aisteja. Tehosairaanhoitajan osaamiseen kuuluu myös hoidon, sekä lääkehoidon tehon ja vaikuttavuuden seuranta ja diagnostisten päätelmien teko päivittäisien toimien yhteydessä. Tehosairaanhoitajalta vaaditaan myös jatkuvasti analyyttistä ajattelukykyä, eli toisin sanoen syy-seuraussuhteen pohdintaa. Tehosairaanhoitajan osaamiseen kuuluu myös olennaisesti päätöksentekokyky. Tehohoidossa sairaanhoitajan tulee kyetä tekemään itsenäisesti päätöksiä potilaan hoitoon liittyen lääkärin ja kollegoiden tukemana. (Alastalo 2018, 16-17; 2017, 94-96.) Useat tehohoitopotilaat tarvitsevat myös hengityskonehoitoa oman hengityksen ollessa jostain syystä riittämätöntä. Soini (2015, 5) viittaa Chlaniin ym. (2011) todetessaan, että

teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat hengityskonehoidon kokonaisvaltaisesta toteutuksesta. Työskentely teho-osastoilla on moniammatillista, jonka vuoksi tehosairaanhoitajalta vaaditaan myös kollegiaalisuutta, viestintäosaamista sekä yhteistyötaitoja. Tehosairaanhoitaja on tiiviisti yhteistyössä potilaan omaisten kanssa sekä toimii viestinvälittäjänä omaisille potilaan tilan muutoksissa. (Alastalo ym. 2017, 94-96).



Kuvio 2: Tehosairaanhoitajan osaaminen mukailten Soini (2015) sekä Alastalo ym. (2017)

4 Etiikka

Sanat ”moraali” ja ”etiikka” tulevat kreikan sanoista *mos* ja *ethos*, ja ne molemmat tarkoittavat *tapaa*. Sanoilla ”etiikka” ja ”moraali” on sama perusmerkitys; ihmisten käsitykset oikeasta, väärästä, hyvästä ja pahasta. Molemmissa termeissä on kyse ihmisen tavoista ja tottumuksista toimia erilaisissa tilanteissa. (Sajama 1995.)

Pohjimmiltaan etiikka pohtii kysymystä siitä, mikä on oikein (ETENE 2011, 10; 2012, 4). Moraalietiikan klassikkona pidetään edelleenkin Aristotelesta, jonka etiikan perusajatus oli se, että yksilön tulee kehittää hyveitä, ei vain toteuttaa yksittäisiä hyviä tekoja (ETENE 2011, 12). Sosiaali- ja terveydenhuoltoon sovellettuna tämä ajattelutapa korostaa ammatillisen osaamisen ohella tarvetta ymmärtää avarakatseisemmin potilaan tai asiakkaan elämäntilannetta ja pyrkimyksiä, sekä tukea elämäntilanteen hallinnassa (ETENE 2011, 13).

Perustan eettisille ohjeille määrittää terveydenhuollon lainsäädäntö. Hoitotyöntekijän eettinen velvollisuus on tuntea terveydenhuollon lainsäädäntö ja noudattaa sitä. (Eettisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä 2014.) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on määrittänyt terveydenhuollolle yhteiset eettiset periaatteet, joiden tarkoituksena on turvata ihmisille eettisesti laadukas hoito. Periaatteisiin kuuluvat oikeus hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioitus, hyvä ammattitaito, sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonta. (ETENE 2001.)

Suomen Sairaanhoidajaliitto (1996) on myös määritellyt sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Niiden tarkoituksena on tukea sairaanhoidajien, terveydenhoitajien, kättilöiden sekä ensihoitajien (AMK) eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa on kuusi eri osa-aluetta; I Sairaanhoidajan tehtävä, II Sairaanhoidaja ja potilas, III Sairaanhoidajan työ ja ammattitaito, IV Sairaanhoidaja ja työtoverit, V Sairaanhoidaja ja yhteiskunta, sekä VI Sairaanhoidaja ja ammattikunta. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

4.1 Tehohoitotyön etiikka

Eettisiä ohjeita on laadittu erikseen tehohoidolle, ja Suomessa näiden laatimisesta vastaa Suomen tehohoitoyhdistys. Eettiset periaatteet voidaan jakaa kuuteen kohtaan, joita ovat elämän säilyttäminen, kärsimysten lievittäminen, lisähaittojen välttäminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, totuudellisuus ja oikeudenmukaisuus. Näiden lisäksi eettisissä ohjeissa tarkastellaan potilaan vajaata päätöksentekoa, kuolevaa potilasta ja potilaan turhaa hoitoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 238; Suomen tehohoitoyhdistys, 1997.)

Tehohoitotyön etiikkaan liittyy myös vahvasti tehohoitoa vaativien potilaiden valinta ja hoidontarpeen arviointi. Sekä yhteiskunnallisella että yksityisellä tasolla on eettistä, mikäli tehohoitoon otetaan vain tilapäisessä hengenvaarassa olevia potilaita. Tehohoitoon ei tule ottaa potilaita elämän säilyttämiseksi tehohoidon keinoin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa antamaan vaaran torjumiseksi tarpeellisen hoidon sitä tarvitsevalle henkeä tai terveyttä uhkaavassa tilanteessa, vaikka potilaan tahdosta ei esimerkiksi tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voida saada selvitystä. (Nuutinen, 2014.)

Hoitotestamentti on potilaan ohittamaton tahdonilmaisu. Se on niin kirjallisena kuin suullisesti ilmaistuna täysin eettisesti ja juridisesti sitova sekä se on kirjattava potilaan hoitokertomustietoihin. Hoitotahto on täysin sitova, jos se on tehty täydessä ymmärryksessä ja vapaasta tahdosta. Jos mahdollista, siihen on syytä kirjata todistajat. Potilaan hoitotahdon merkitys korostuu erityisesti silloin, jos potilaan ja omaisten näkemykset hoidon jatkuvuudesta ovat erilaisia. (Nuutinen, 2014.)

4.2 Eettiset haasteet hoitotyössä

Kahden tai useamman arvon välillä vallitsevasta ristiriidasta muodostuu eettinen ongelma. Eettisellä ongelmalla ei yleensä ole vain yhtä ainoaa ratkaisuvaihtoehtoa, vaan useat niistä kilpailevat keskenään. Eettiselle ongelmalle on tyypillistä se, että ratkaisuvaihtoehdot ovat epätäydellisiä. Lisäksi ratkaisuvaihtoehdot eivät välttämättä poista kyseessä olevaa ongelmaa kokonaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 61.) Eettisessä ristiriidassa on usein useita vaihtoehtoja, eikä mikään niistä ole täysin tyydyttävä (ETENE 2011, 11).

Eettiselle haasteelle ei ole olemassa tarkkaa määritelmää, mutta monessa lähteessä puhutaan eettisestä ongelmasta ja haasteesta rinnakkain verraten toisiinsa. Tässä opinnäytetyössä eettinen haaste tarkoittaa kahden tai useamman arvon välistä ristiriitaa, joiden ratkaisuun ei ole vain yhtä ratkaisuvaihtoehtoa, vaan useat näistä vaihtoehdoista kilpailevat keskenään.

Eettinen haaste muodostuu silloin, kun monta hyvää asiaa tulisi toteuttaa yhtä aikaa, eikä tämä syystä tai toisesta ole mahdollista. Tällöin joudutaan arvioimaan ja punnitsemaan käsillä olevia eri vaihtoehtoja. Usein hyvästä on luovuttava, jotta toinen hyvä toteutuisi. Esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeus on kiistaton, mutta potilaan kyky arvioida ja harkita omaa etuaan voi joskus tuntua kyseenalaiselta. Tällöin potilaan oikeus päättää omista asioistaan saattaa olla ristiriidassa hyvän hoidon palvelun ja periaatteiden kanssa. (ETENE 2011, 9-10.)

Eettiset ongelmat voivat pitkittyessään aiheuttaa eettistä stressiä hoitajille. Eettinen stressi syntyy, kun hoitaja kokee pitkittyneenä ajanjaksona, ettei pysty toimimaan haluamallaan eettisesti hyväksyttävällä tavalla. (Kuokkanen 2012, 69.) Eettinen stressi voi pahimmillaan aiheuttaa sairaanhoitajille masennusta, voimattomuuden tunnetta ja johtaa jopa alan vaihtoon. (Ranta 2012, 74.)

5 Projektiympäristön kuvaus

HUS HYKS:n Meilahden sairaalan sydänkirurgian teho-osastolla M2A hoidetaan sydänleikkaus- ja rintakehän alueen suurten verisuonten leikkauksissa olleita potilaita. Osastolla hoidetaan myös sydämen- ja keuhkonsiirtopotilaita elinsiirtoleikkauksen jälkeen sekä erilaisia sydämen apupumppuhoitoa vaativia potilaita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla M2A on 11 potilaspaikkaa ja miehitys vuorossa on 11 sairaanhoitajaa sekä vuorovastaava. Kaiken kaikkiaan osastolla työskentelee noin 85 sairaanhoitajaa, anestesiologeja, kirurgeja sekä konsultoivia lääkäreitä. Sydänkirurginen teho-osasto M2A kuuluu HYKS:n ATeKi tulosityksikköön, joka kattaa anestesiologiset, tehohoidolliset sekä kivunhoidolliset palvelut HYKS sairaanhoitoalueella.

Hanketyön aloituksessa huhtikuussa 2018 tutkijat haastattelivat yhteistyöosaston M2A osastonhoitajaa sekä apulaisosastonhoitajaa liittyen osaston erityisluonteeseen ja potilasryhmiin. Tutkijat olivat muotoilleet etukäteen kysymyksiä, joihin toivoivat yhteistyökumppanilta vastauksia, jotta he ymmärtäisivät paremmin osaston toimintaa ja erityisluonnetta. Tapaamisen yhteydessä tutkijat pääsivät myös kiertämään osastolla ja sitä kautta tutustumaan sydänkirurgiseen teho-osastoon toimintaympäristönä. Tämä helpotti tutkijoita hahmottamaan tehohoitoympäristöä sekä sen päivittäistä toimintaa ja erityisluonnetta.

5.1 Pitkittynyt tehohoitopotilas

Pitkittynyt tehohoitopotilas on kiistelty aihe, eikä sille löydy tiedonhaun puitteissa yksiselitteistä määritelmää tai aiempaa tutkimustietoa. Lehtikunnas (2016, 4) viittaa Maleshiin ym. (2012), Chaniin ym. (2014), sekä Martiniin ym. (2005) mainitessaan, että pitkäaikainen tehohoitopotilas määritellään eri tutkimuksissa eri tavoin. Hänen mukaansa pitkäaikainen tehohoitopotilas voidaan määritellä esimerkiksi niin, että potilaan tehohoitajakso on kestänyt tavallista kauemmin. Sydänleikkauksen jälkeen voidaan tehohoitopotilasta pitää pitkäaikaisena, jos hoitajakso on kestänyt yli kolme (3) vuorokautta, mutta toisaalta spontaanin intracerebraalisen vuodon jälkeen se on määriteltykin yli kymmeneksi vuorokaudeksi. Toisaalta pitkäaikaiseksi tehohoitopotilaaksi määrittely riippuu myös siitä, minkälaisesta sairaalasta on kyse.

Tässä opinnäytetyössä pitkittynyt tehohoitajakso määritellään yli seitsemän (7) vuorokautta tai sitä pidemmän ajan kestäväksi tehohoitajaksoksi. Yhteistyökumppanin mukaan osastolla hoidettavat elinsiirtopotilaat, tässä tapauksessa sydämensiirrot sekä keuhkonsiirrot ovat lähtökohtaisesti aina pitkittyneitä tehohoitopotilaita massiivisen leikkauksen ja vaativan kuntoutuksensa vuoksi. Tätä tietoa puoltaa myös HUS:n julkaisema sydän- ja keuhkonsiirtopotilaiden kotihoito-ohje (2017), jossa mainitaan, että teho-osastohoito elinsiirto-operaation jälkeen kestää keskimäärin 8-12 vuorokautta, joskus jopa useampia viikkoja.

5.2 Sydänkirurginen tehohoitopotilas

Meilahden sydänkirurgian teho-osastolla M2A keskimääräinen hoitajakson pituus on kolme (3) vuorokautta. Osastolla hyödynnetään runsaasti tehohoitopotilaan hoitolaitteita ja teknologiaa, joita ei ole muualla Suomessa käytössä. Useat potilaat ovat hengityskoneessa ja heille toteutetaan suonensisäistä lääke- ja nestehoitoa. Osastolla toteutetaan myös dialyysihoitoa, aortan vastapulsaattorihoitoa, sekä sydämen apupumppuihin liittyviä huoltotoimia. Jokaisen sydänkirurgisen tehohoitopotilaan kohdalla päivittäinen kuntoutus on merkittävässä roolissa osana postoperatiivista kuntoutusta. (Laulajainen & Sakki, 2018.) Sydänkirurgisen potilaan

leikkauksen jälkeistä vointia ja heräämistä seurataan tarkoin teho-osastolla vähintään yhden vuorokauden ajan, koska toipumisen alkuvaiheessa muutokset potilaan hemodynamiikassa ovat mahdollisia. Kuntoutuminen aloitetaan jo leikkauksen jälkeisenä aamuna, ja potilas siirtyy teho-osastolta vuodeosastolle kuntoutumaan, kun vointi on tasaantunut. (Terveyskylä 2018, a.) Yhteistyökumppanin mukaan sydänkirurgisen tehohoitopotilaan hoidossa esiintyvät eettiset haasteet ilmenevät yleensä jo hoidon alussa.

5.3 Sydämen- ja keuhkonsiirrot Suomessa

Meilahden sairaalan sydänkirurgisella teho-osastolla M2A on valtakunnallinen vastuu sydämen- ja keuhkonsiirteiden saaneiden potilaiden hoidosta Suomessa (Laulajainen, Sakki 2018). Elinsiirrossa on kyse vaativasta toimenpiteestä, jossa potilaan kehoon siirretään kokonainen tai osittainen elin (HUS Elinsiirrot). Sydämensiirto on Lemströmin (2018) mukaan hyväksytty ja paras hoitomuoto siihen soveltuville loppuajan vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Ensimmäinen Suomessa toteutettu sydämensiirto on tehty vuonna 1985. Tällä hetkellä Suomessa tehdään keskimäärin n. 20 sydämensiirtoa vuosittain, vaikka tarve kansainvälisellä ja pohjoismaisella tasolla olisi n. 25-30 siirtoa vuodessa. Kaikki Suomessa toteutetut aikuispotilaiden elinsiirrot on keskitetty Meilahden tornisairaalaan. (HUS Elinsiirrot; Isoniemi; Harjula 2017.) Vuoteen 2016 mennessä Suomessa on tehty aikuispotilaille kaiken kaikkiaan reilu 500 sydämensiirtoa (Lemström, 2018; Terveyskylä c.)

Lääkehoitoon ja muuhun konservatiiviseen hoitoon verrattuna sydämensiirto parantaa merkittävästi siirteiden saaneen elämänlaatua, elinajan ennustetta sekä suorituskykyä ja mahdollista paluuta esimerkiksi työelämään tai opiskeluiden pariin. Keuhkonsiirto on myös paras ja hyväksytty hoitomuoto vaikeaa keuhkojen vajaatoimintaa sairastaville potilaille. (Lemström 2018; Sydän- ja keuhkonsiirtopotilaan kotihoito-ohje 2017). Se ei kuitenkaan ole ensisijainen hoitomuoto, vaan siihen päädytään, jos keuhkosairaus etenee muista hoidoista huolimatta (Terveyskylä c.) Ensimmäinen Suomessa suoritettu keuhkosiirto on tehty vuonna 1990 HYKS:n sydän- keuhkokeskuksessa (Terveyskylä c; Isoniemi). Keuhkonsiirto- sekä sydämensiirtoleikkauksen voi suorittaa myös samanaikaisesti tai erikseen. Samanaikaisessa siirteenvaihdossa puhutaan sydämen ja keuhkojen yhteissiirteestä. (Lemström 2018.) Ensimmäinen Suomessa suoritettu sydän- keuhkosiirre on tehty vuonna 1988 (Terveyskylä c; Isoniemi). Sydämen ja keuhkon yhteissiirron aiheena on loppuvaiheen sydän - keuhkosairaus, joka etenee tunnetuista hoitomuodoista huolimatta. Potilaalle tulisi tehdä siirtoarvio siinä vaiheessa, kun potilaan elinai-kaennuste on 2-3 vuotta. Liian myöhään tehdyt siirrot ovat riskialttiita, sekä elinajanodote ja laatuhyöty ovat huonompia. (Lemström 2018.)

Minkä tahansa elinsiirtoleikkauksen jälkeen, mukaan lukien sydän- ja keuhkonsiirrot, potilas joutuu käyttämään pysyvästi päivittäistä immunosuppressiolääkitystä, joka estää uuden elimen aiheuttamaa hylkimisreaktiota elimistössä. Lääkitystä ei saa päiväksikään keskeyttää muiden leikkausten yhteydessä. Hylkimisreaktion eli rejektion todennäköisyys on suurin ensimmäisinä viikkoina ja kuukausina elinsiirtoleikkauksen jälkeen, ja tällöin tarvitaan eniten lääkitystä. Immunosuppressiolääkkeiden käytön seurauksena elinsiirtopotilailla on tavallista enemmän verenpainetauti, diabetesta, hyperlipidemiaa, infektioita, munuaisten vajaatoimintaa sekä elektrolyyttihäiriöitä. (Koivusalo & Petäjä 2018; Helander; Sydän- ja keuhkonsiirtopotilaan kotihoito-ohje 2017.)

5.4 Sydämen apupumppupotilas

Vaikean kroonisen sydämen vajaatoiminnan hoidossa tuloksiltaan paras hoitovaihtoehto on sydänsiirto. Koska sydänten tarjonta on rajallinen, käytetään joko vaihtoehtoisena hoitona tai sydänsiirtoa odottaessa verenkierron tukilaitehoitoa. Sydämen vasempaan kammioon asennetaan LVAD, mekaaninen tukilaite, joka hoitaa sydämen vasemman kammion työn. Sydämen vasemman kammion kärjestä laite ottaa keuhkoista tulleen hapetetun veren, ja palauttaa sen aorttaan. Aortasta veri kulkeutuu muualle elimistöön. Apupumpun asennus tapahtuu avosydänleikkauksessa sydän- ja keuhkokonetta apuna käyttäen. Apupumppu asennetaan rintakehän sisäpuolelle, josta yhdistetään vatsanpeitteiden läpi kaapeli ohjausyksikköön. Ohjausyksikkö toimii joko kahdella akulla tai suoralla verkkovirralla. Ohjausyksikkö käyttää pumppua ja ilmoittaa mahdollisista virhetilanteista. Sydämen apupumpun saanut potilas on toimenpiteen jälkeen teho-osastolla keskimääräisesti 2-5 vuorokautta, jonka jälkeen toipuminen jatkuu vuodeosastolla. (Terveyskylä 2018, b.)

6 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöaihe oli syyskuussa 2017 esillä Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan kampuksella järjestetyllä opinnäytetyötorilla. Aihe oli syntynyt yhteistyöosaston toiveesta ja tarpeesta saada tutkimustietoa osastolla hoidossa olleiden pitkittyneiden tehohoitopotilaiden hoidossa esiintyneistä eettisistä haasteista. Tutkijoiden oma kiinnostus teho- ja akuuttihoitotyötä ja hoitotyön etiikkaa kohtaan vaikutti aiheen valintaan. Tutkijat näkivät aiheen tärkeänä ja merkityksellisenä sekä tutkimuksesta saatavan tiedon arvokkaaksi myös muillakin teho-osastoilla. Aiheen laajuuden vuoksi tutkimuskysymykset rajattiin tutkimaan eettisiä haasteita tehohoitotyössä hoitotyön näkökulmasta tarkasteltuna.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selvittää kyselyn avulla sydänkirurgisen teho-osaston sairaanhoitajien kokemia eettisiä haasteita liittyen pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyöhön. Tutkimuksessa kartoitettiin myös osaston sairaanhoitajien henkilökohtaisia keinoja käsitellä eettisten haasteiden aiheuttamaa kuormaa, sekä keinoja pitää yllä omaa työssäjaksamista. Tavoitteena oli kerätä osaston käyttöön tietoa tehohoitotyössä esiintyvistä eettisistä haasteista tutkielmallisen opinnäytetyön muodossa, sekä herättää työyhteisössä keskustelua tulevaisuuden hoitotyön kehittämiseksi. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

Millaisia eettisiä haasteita sairaanhoitajat ovat kokeneet pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa sydänkirurgisella teho-osastolla?

Miten sydänkirurgisen teho-osaston sairaanhoitajat huolehtivat omasta työssäjaksamisesta?

7 Tutkimusmenetelmän valinta ja aineiston keruu

Tutkimusmenetelmäksi tutkijat valitsivat kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusotteen. Tutkittava ilmiö oli entuudestaan vieras, eikä siitä juurikaan löydy aiempaa tutkimustietoa, sekä tutkimuksen tavoitteena oli saada ilmiöstä syvällisempi näkemys. Kanasen (2015, 71) mukaan laadullinen tutkimus onkin avain tällaisen ilmiön tutkimiseen sekä sen syvällisempään ymmärtämiseen. Tiettyjen asioiden kuvailu, kuten tässäkin opinnäytetyössä, on Kanasen (2015, 71) mukaan mahdollista ainoastaan tekstin avulla. Esimerkiksi ihmisten suhtautumista, asenteita ja kokemuksia on lähes mahdotonta kuvata muutoin, kun laadullisin keinoin. Ihmisten suhtautumista tai asenteita on haastavaa kuvata muulla, kuin laadullisella tutkimuksella. Induktiivista sisällönanalyysia käytetään, kun pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja keskitytään yksittäistapauksiin. (Kananen 2015 67,71) Tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, jotta saatu kuvaus olisi mahdollisimman laadullista ja syvällistä tutkittavasta ilmiöstä.

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä aiempiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Aineistonhankinta menetelmäksi valittiin kysely sen tuomien etujen johdosta. Tehohoitoympäristö on hektinen, joten vastaaja pystyi vastaamaan kyselyyn silloin kun hänellä on aikaa. Lisäksi paperinen kyselykaavake mahdollisti aikaan ja paikkaan sitoutumattoman mahdollisuuden osallistua tutkimukseen, sekä kysymysten syvällisemmän pohtimisen, kuten esimerkiksi aika-
taulutettu haastattelu.

Kyselykaavakkeen käyttöön liittyy kuitenkin etujen lisäksi myös heikkouksia. Tutkijat eivät voi olla varmoja, kuinka vakavasti vastaaja on suhtautunut tutkimukseen ja siihen vastaamiseen, sekä ovatko vastaukset huolellisia ja ennen kaikkea rehellisiä. Myös vastausprosentti voi jäädä

suunniteltua pienemmäksi. Tosin Hirsijärven, Remeksen & Sajavaaran (2008, 191) mukaan jollekin erityisryhmälle, tässä tapauksessa osastolla työskenteleville sairaanhoitajille kohdistettu kysely, jonka aihe on heidän kannaltaan tärkeä, voidaan hyvinkin odottaa korkeampaa vastausprosenttia.

7.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin maaliskuu- elokuun 2018 välisenä aikana. Laajimmilta osin tiedonhaku suoritettiin kevään 2018 aikana. Tiedonhaussa hyödynnettiin Laurea-ammattikorkeakoulun kirjaston maksuttomia sähköisiä materiaaleja, kirjallisuutta, sekä käytössä olevia tiedonhakuportaaleja, kuten Libguides, ProQuest Central, Medic, Julkari, Terveysportti, e-Hoitotiede ja Theseus. Hakusanoina käytettiin ”tehoitotyö”, ”tehoito”, ”tehoitopotilas”, ”etiikka”, ”eettiset haasteet”, ”tehoitoidon etiikka”, ”etiikka tehoitotyössä”, sekä näiden sanojen englanninkielisiä vastineita, kuten ”intensive care”, ”critical care nursing”, ”intensive care nursing”, ”intensive care patient”, ”ethics”, ”ethical summons”, ”intensive care ethics”, ”Ethical problems in intensive care” sekä ”ethics at intensive care”.

Tiedonhaussa tutkijat tekivät havainnon, että aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta on hyvin vähäisesti, jos ollenkaan. Tiedonhaun aikana tutkijat joutuivat rajaamaan tutkimuksia siten, että hyödynsivät pääasiassa korkeintaan 10 vuotta vanhoja tutkimuksia. Aiemman tutkimustiedon vähyden vuoksi tutkijat hyödynsivät myös joitakin yli 10 vuotta vanhoja lähteitä, perustellen sitä aiemman tutkimustiedon vähyydellä.

7.2 Kyselykaavakkeen laatiminen

Kyselykaavake rakentui alustavasti kahdelle (2) A4 kaavakkeelle mukaan lukien saatekirje. Kyselykaavakkeen taustatiedoissa selvitettiin ensin sairaanhoitajien työkokemuksen määrää työskentelyvuosina kyseisellä osastolla. Vastausvaihtoehdot olivat: alle vuoden, 1- alle 3 vuotta, 3-5 vuotta, sekä yli 5 vuotta. Työkokemuksen määrän vastausvaihtoehdot rakentuivat HUS:ssä (2015) käytössä olevan Riitta Meretojan kehittämän Aura -mallin mukaisesti niin, että valittavat työvuosivaihtoehdot ovat *perehtyvä taso*, *suoriutuva taso*, *pätevä taso*, sekä *taitava taso*. Sairaanhoitajan tuli kyselykaavakkeeseen rastittaa hänen työvuosiaan vastaava kohta. Kysymyksellä pyrittiin saamaan tietoa siitä, onko työvuosien määrällä vaikutusta tutkielmaan osallistujan kokemuksiin pitkittyneen tehoitopotilaan hoidossa liittyviin eettisiin haasteisiin.

Kyselykaavake (liite 1) rakentui kuudesta (6) aiheeseen liittyvästä avoimesta kysymyksestä. Avoimiin kysymyksiin päädyttiin siksi, että vastaajalla olisi mahdollisuus kertoa aiheesta omin

sanoin ja mahdollisimman laajasti. Kolme ensimmäistä kysymystä syventyi sairaanhoitajien kohtaamiin eettisiin haasteisiin pitkittyneessä tehohoidossa omaisten kohtaamisessa, potilaan itsemääräämisoikeudessa sekä hoidosta luopumisessa. Tutkijat kokivat, että nämä aihealueet erityisesti korostuivat pitkittyneessä tehohoidossa. Neljäs kysymys koski muita hoitajien kohtaamia eettisiä haasteita pitkittyneessä tehohoidossa. Kaksi viimeistä kysymystä koski sairaanhoitajien työssäjaksamista. Kyselykaavakkeen kysymyksissä ei huomioitu kaikkia Tehohoitoyhdistyksen laatimia eettisiä ohjeita aineiston analyysin laajuuden vuoksi. Kysely toteutettiin anonyymisti, jotta vastaukset olisivat mahdollisimman rehellisiä ja kynnys osallistua tutkimukseen olisi matala. Kyselyyn vastaaminen tulkittiin halukkuutena osallistua tutkimukseen.

7.3 Kyselykaavakkeen pilotointi

Tutkijat pilotoivat tammikuussa 2019 kyselykaavakkeen sen toimivuuden ja täyttämisaian arvioimiseksi. Kyselykaavake lähetettiin sähköpostitse kahdelle (2) eri teho-osastolla toimineille sairaanhoitajalle. He arvioivat kaavakkeen täyttämiseen kulunutta aikaa, saatekirjeen sisältöä sekä kysymysten ymmärrettävyyttä ja muotoilua. Molemmat pilotointiin osallistuneet sairaanhoitajat toimivat kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä, joten voitiin olettaa, että heillä on riittävää asiantuntemusta tehohoitotyön erityisluoteesta.

Pilotoinnin tuloksista kävi ilmi, että kyselykaavakkeessa vastaustilaa oli liian vähän. Pilotoijat arvioivat, että vähäinen vastaustila kannustaa vastaajaa lyhyisiin vastauksiin. Toinen pilotointiin osallistuneista sairaanhoitajista nosti esille myös, että viimeinen kysymys koskien työssäjaksamista aiheutti hämmennystä, koska se ei ollut linjassa aiempien kysymysten näkökulman, tässä tapauksessa eettisyyden kanssa. Hyvää palautetta pilotoijat antoivat kuitenkin kyselykaavakkeen rakenteesta sekä kysymysten muotoilusta. Heidän mukaansa kysymykset oli hyvin keskitetty koskemaan pitkittyntä tehohoittoa sekä heidän mielestään kysymyksiin oli helppo vastata sairaanhoitajan näkökulmasta.

Pilotoinnin tulosten pohjalta kyselykaavaketta muokattiin ennen osastolle lähetystä niin, että vastaustilaa oli aiempaa enemmän. Kahden sivun sijaan kysely muodostui vastaustilan lisäämisen jälkeen kolmen (3) sivun mittaiseksi saatekirjeineen. Myös saatekirjeeseen lisättiin tieto, että viimeinen kysymys koskien työssäjaksamista ei suoranaisesti linkity eettisiin haasteisiin, vaan koskee yleisellä tasolla sairaanhoitajien työssäjaksamista kyseisellä osastolla.

7.4 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimus toteutettiin helmikuussa 2019 osastolle jätettävänä kyselykaavakkeena, jonka osastolla työskentelevät sairaanhoitajat saivat vapaaehtoisesti täyttää. Jokaista tyhjää kyselykaavaketta kohden oli yksi tyhjä kirjekuori, johon täytetty kyselykaavake tuli jättää ja palauttaa kuorineen suljettuna osaston kahvihuoneessa sijaitsevaan pahviseen palautuslaatikkoon. Palautuslaatikon viereen tulostettiin muistin virkistykseksi Suomen Tehohoitoyhdistyksen laatimat eettiset ohjeet. Alustavan aikataulun mukaan kaavakkeet olivat osastolla kolmen (3) viikon ajan täytettävänä aikavälillä 6.2.-27.2.2019. Viimeisellä viikolla tutkijat tulivat yhteistyökumppanin kanssa käydyn sähköpostikeskustelun myötä siihen tulokseen, että vastausaikaa jatketaan vielä viikon loppuun eli 4.3.2019 asti suuremman otannan saamiseksi. Toinen tutkijoista kävi 26.2.2019 osastolla esittelemässä sairaanhoitajille uudelleen tutkimusta, sekä kertomassa kyselyyn vastaamisesta, jotta mahdollisimman moni osastolla työskentelevistä sairaanhoitajista olisi tietoinen mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Lopullisen vastausajan päättymisen jälkeen tutkijat keräsivät täytetyt vastauskaavakkeet aineiston analysointia varten. Ennen tutkimuksen toteutusta suoritettiin kyselykaavakkeen pilotointi kahdella puolueetomalla sairaanhoitajalla. Kaiken kaikkiaan osastolle toimitettiin 50 kappaletta tyhjiä vastauslomakkeita saatekirjeineen ja kirjekuorineen, joista takaisin saatiin takaisin 16 täytettyinä. Tyhjiä kaavakkeita tutkijat saivat täytettyjen lisäksi 29 kappaletta, joten viisi (5) kaavaketta on jäänyt osastolle tai hukunut.

7.5 Aineiston analysointi

Kanasen (2008, 24) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tietona tulee käyttää sanoja ja lauseita, kun taas määrällinen tutkimus perustuu lukuihin. Pelkistetyimmillään laadullinen aineisto on ilmiösultaan tekstiä (Eskola ym. 2003, 15). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistykseen, vaan tarkoituksena on ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja mielekkään tulkinnan antaminen, jolloin pyritään ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen subjektiivisesti. Laadullisen tutkimuksen toteuttamiseksi ei ole määrällisen tutkimuksen kaltaista tarkkaa viitekehystä, vaan Kvalitatiivisen aineiston analyysi on syklinen prosessi, josta puuttuvat kvantitatiivisen tutkimuksen tiukat säännöt. (Kananen 2008, 24, 27, 28.) Kanasen (2008, 25, 28) mukaan laadullisessa tutkimuksessa luodaan uusia hypoteeseja tutkimuksen edetessä, eli mitään ennako-oletuksia ei saisi asettaa. Määrällisen tutkimuksen alussa taas asetetaan hypoteesit, joiden paikkansapitävyyttä testataan tutkimuksen aikana.

Laadullisen tutkimuksen perusideana on tutkia yhtä tapausta, kun taas määrällisessä tutkimuksessa tutkitaan tapausten joukkoa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan yhdestä havaintoyksiköstä irti mahdollisimman paljon, ja tapausta tulisi käsitellä perusteellisesti syvyyssuunnassa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita asioiden merkityksistä,

kuinka ihmiset kokevat ja näkevät reaali maailman. Laadulliseen tutkimukseen liittyy myös vahvasti suora kontakti tutkittavan ja tutkijan välille, jolloin tutkija menee kentälle ilmiön pariin haastattelemaan ja havainnoimaan ilmiötä. Osallistuvuus on hyvin keskeistä suurelle osalle kvalitatiivista tutkimusta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan rooli on olla ymmärtäjä, sekä osallistuja ja mukana olija. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutussuhteessa, kun taas määrällisessä tutkimuksessa tutkijan rooli on olla itsenäinen sekä puolueeton toimija, jotta tutkija ei mitenkään vaikuttaisi tutkittavaan. (Kananen 2008, 25, 27, 28; Eskola ym. 2003, 13).

Kanasen (2015, 128; 2008, 28, 32) mukaan laadullinen tutkimus soveltuu uusien ja tuntemattomien ilmiöiden tutkimusotteeksi, sekä kvalitatiivista tutkimusta voidaan lähteä toteuttamaan ilman aiempaa tietoa ilmiöstä, jolloin aloitetaan niin sanotusti puhtaalta pöydältä. Tutkijan tulee tällöin kuitenkin olettaa, että tarvittava tieto on tutkittavilla.

Niin kvalitatiivisessa kuin kvantitatiivisessakin tutkimuksessa on kolme peruskysymystä, joiden eteen tutkimuksen tekijä joutuu:

- 1) millä menetelmällä tietoa kerätään,
- 2) paljonko tietoa tarvitaan ja
- 3) montako kohdetta tai osallistujaa tarvitaan ja millaisia havaintoyksiköitä (Kananen 2008, 33.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston määräksi näkee usein mainittavan 15 tiedonantajaa. Tällä määrällä tulisi saada tutkimustulos, joka ei enää muuta tulosta. Yksiköitä voi toki olla vähemmänkin, koska aineistoa pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Perusideana nähdään se, että havaintoja ei enää lisätä, jos lisäys ei tuo muutosta tuloksiin. (Kananen 2008, 38; Eskola ym. 2003, 18).

Osastolta saatiin yhteensä 16 kappaletta täytettyä kyselykaavaketta. Kaavakkeet jaettiin puoliksi tutkijoiden kesken työmäärän jaon vuoksi ja tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Tutkijat analysoivat aineistoa ensin itsenäisesti omalla ajallaan. Aineistoon perehdyttiin ensin lukemalla, sen jälkeen tutkijat jaottelivat vastauskaavakkeet omiin ryhmiinsä vastaajien työvuosien mukaan. Jaottelun jälkeen aineisto litteroitiin, eli purettiin kirjalliseen muotoon alkuperäisilmaisuihin. (Hirsijärvi ym. 2008, 217).

Aineiston analysointi aloitettiin kirjoittamalla täytetyistä vastauskaavakkeista ylös kaikki alkuperäisilmaisut. Alkuperäisilmaisulla tarkoitetaan niitä lausumia, jotka käsittelevät hoitotyössä ilmeneviä eettisiä haasteita. Alkuperäisilmaisut siirrettiin taulukkomuotoon niin, että alkuperäinen merkitys säilyy. Taulukkoon lisättiin kaksi (2) saraketta tekstisarakkeiden oikealle puo-

lelle, jotka nimitettiin alaluokaksi ja yläluokaksi. Alaluokka- sarakkeeseen kirjoitettiin asiiasältöä kuvaava nimi. (Kananen 2015, 166-168.). Tämän jälkeen aineistot vaihdettiin, ja uudelle aineistolle tehtiin sama: litterointi, tiivistäminen ja alaluokka. Tämän jälkeen aineistot yhdistettiin, ja alaluokkien perusteella tutkijat päättivät yhdessä asiiasältöjä kuvaavia yläluokkia. Lopulta aineistosta tehtiin yläluokittain yhtenäinen iso analyysitaulukko, josta kävi ilmi alkuperäisilmaisu, tiivistys, alaluokka ja yläluokka. Tämänlaiseen taulukkomuotoon pyrittiin siksi, että tehtyä analyysia olisi mahdollisimman helppo tulkita, sekä analyysin vaiheet olisivat lukijalle mahdollisimman läpinäkyvät. Alkuperäisilmaisuun lisättiin numerot, jotka kuvaavat vastaajan työvuosia: 1) Alle vuoden 2) 1-3 vuotta 3) 3-5 vuotta ja 4) yli 5 vuotta osastolla työskennellyt sairaanhoitaja.

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) ”Huonokuntoisia potilaita ”roikotetaan” hereillä/puolihereillä hengityskoneessa intuboituna (mahd. rintakehä avoinna tai ECMO:ssa) päiväkausia, vaikka edellytyksiä extubaatiolle ei ole lähiaikoina”	Huonokuntoisten potilaiden hereillä/puolihereillä pitäminen hengityskoneessa vailla extubaation edellytyksiä	Huonokuntoisten potilaiden hereillä pitäminen vailla extubaation edellytyksiä	Riittämätön kärsimysten lievittäminen
2) ”Pitkittyneet ovat usein sekavia, ja sekavuutta hoidetaan melko huonosti osastollamme”	Sekavuutta hoidetaan melko huonosti osastolla	Lääkehoidolliset puutteet ja hoidotyön haasteet	
4) ”Kuolevan potilaan hoito ei ole asiallista”	Asiaton kuolevan potilaan hoito		
4) ”Kipulääkitys mm opiaatit kielletään potilaalta tämän ollessa väsynyt, eikä ”korvaavaa” lääkitystä määrätä tilalle”	Opiaattien käytön kieltäminen potilaan ollessa väsynyt, eikä korvaavaa lääkitystä tilalle		

Taulukko 1: Esimerkki tutkimusaineiston analysoinnista

7.6 Opinnäytetyön alustava aikataulu

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2017 opiskelijoiden osallistuttua opinnäytetyöstarttiin Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan kampuksella. Keväällä 2018 opiskelijat toteuttivat pääasiassa tiedonhakuja sekä teoreettisen viitekehyksen rakentamista, mutta aloittivat myös opinnäytetyöprosessin suunnittelua ohjaavan opettajan kanssa sekä tutkimukseen vaadittua tutkimuslupahakuprosessia. Opintojen kesäloman (touko- elokuu) aikana opiskelijat olivat kesätoissa ja sen ohella rakensivat kyselykaavakepohjaa sekä suorittivat edelleen tiedonhankin-

taa. Syksyllä 2018 molemmat opiskelijat suorittivat opintojensa viimeisen syventävän harjoittelujakson, joka kesti opiskelijasta riippuen 10 viikosta 12 viikkoon. Harjoittelujakson ohella opiskelijat täydensivät tutkimuslupahakemusta pyyntöjen pohjalta tutkijantaulukkoon. Vuodenvaihteen jälkeen alkoi tiiviimpi yhteydenpito yhteistyökumppaniin sekä ohjaavaan opettajaan sekä kyselykaavakkeen pilotointi. Helmikuun suunnitelmaseminaarin yhteydessä valmis kyselykaavake jätettiin osastolle täytettäväksi.

Syyskuu 2017	Opinnäytetyöstarttiin ja opinnäytetyötoriin osallistuminen 8.9.2017
Joulukuu 2017	Aiheanalyysipajaan osallistuminen 1.12.2017 Aiheanalyysi hyväksytty 14.12.2017
Maaliskuu 2018	Laurea-ammattikorkeakoulun tiedonhankinnan työpajaan osallistuminen 2.3.2018 Opinnäytetyön prosessin suunnittelu yhdessä opinnäytetyöohjaajan kanssa
Huhtikuu 2018	Tapaaminen yhteistyökumppanin kanssa Meilahden sairaalassa osastolla M2A 25.4.2018 Teoreettisen viitekehyksen suunnittelun aloitus
Touko-, elokuu 2018	Kyselykaavakepohjan rakentaminen
Syys- marraskuu 2018	Tutkimusluvan päivittäminen korjauspyyntöjen pohjalta
Joulukuu 2018	Hyväksytty tutkimuslupa 28.12.2018
Tammikuu 2019	Kyselykaavakkeen hyväksytys opinnäytetyön ohjaajalla 9.1.2019 Kyselykaavakkeen pilotointi
Helmikuu 2019	Suunnitelmaseminaari Meilahden sairaalassa 6.2.2019 sekä kyselykaavakkeen jättäminen osastolle täytettäväksi
Maaliskuu 2019	Aineiston haku osastolta 4.3.2019 Aineiston analysointivaihe
Huhtikuu 2019	Arvioiva seminaari Laurea Tikkurilan kampuksella 17.4.2019 Opinnäytetyön tutkimustulosten julkaisu yhteistyöosastolla 23.4.2019

Taulukko 2: Opinnäytetyöprosessin eteneminen

8 Tulokset

Tutkimustuloksina saatiin 14 eettisten haasteiden yläluokkaa, jotka olivat riittämätön kärsimysten lievittäminen, omaisten toiminta, potilaan hoitotahdon toteutuminen, kommunikatiovaikeuksiin liittyvät eettiset haasteet, hoidon pitkittäminen, päätöksenteko, potilaan hoidon vastuukysymykset, pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuus, eriävät näkemykset, totuudellisuus, riittämättömien resurssien ja työn luonteen tuomat haasteet, yksityisyyden suoja, omaisten ja potilaan tukeminen sekä haasteet perushoidossa. Tutkimustulokset esitellään seuraavaksi tutkimuskysymyksittäin, jotka olivat:

Millaisia eettisiä haasteita sairaanhoitajat ovat kokeneet pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa sydänkirurgisella teho-osastolla?

Miten sydänkirurgisen teho-osaston sairaanhoitajat huolehtivat omasta työssäjaksamisesta?

8.1 Riittämätön kärsimysten lievittäminen

Aineistosta nousi yhtenä merkittävänä eettisenä haasteena esille pitkittyneen tehohoitopotilaan riittämätön kärsimysten lievittäminen. Sen alaluokiksi muodostuivat huonokuntoisten potilaiden hereillä pitäminen ilman ekstubaation edellytyksiä, lääkehoidolliset puutteet ja hoitotyön haasteet, potilaan riittävästä lääkityksestä ja nesteytyksestä huolehtiminen hoidon terminaalivaiheessa, osittainen hoidosta luopuminen sekä riittämätön kivunlievitys ja kärsimysten lievittäminen. Selkeästi eniten mainittuja asioita aineistossa olivat riittämätön kivunlievitys ja riittämätön kärsimysten lievittäminen. Yksi (1) vastaajista toi lisäksi esille, että huonokuntoisia potilaita pidetään myös ajoittain hereillä tai puolihereillä hengityskoneessa ilman ekstubaation edellytyksiä. Haasteelliseksi koettiin myös terminaalivaiheen potilaiden riittävästä lääkityksestä ja nesteytyksestä huolehtiminen. Yksi (1) vastaajista toi esille vastauksessaan, että kuolevan potilaan hoito ei ole hänen mukaansa asiallista. Kärsimyksen lievittämisessä ilmeni lisäksi muita hoitotyön haasteita, esimerkiksi pitkittyneet potilaat ovat usein sekavia, ja sekavuutta hoidetaan vastaajan mukaan melko huonosti osastolla. Riittämättömän kärsimysten lievittämisen esille nostaneista hoitajista kaikilla yhtä lukuun ottamatta oli työkokemusta kyseiseltä osastolta viisi vuotta tai enemmän. Tähän tietoon pohjautuen voimme päätellä, että kyseisellä osastolla kokeneemmat hoitajat kokevat tuoreempia hoitajia merkittävämmäksi eettiseksi haasteeksi riittämättömän kärsimysten lievittämisen.

8.2 Omaisten toiminta

Aineistosta esiin nousseista seikoista yksi merkittävin asia oli omaisten toimintaan liittyvät eettiset haasteet. Aineistosta nousi esille omaisten ymmärtämättömyys potilaan todellisesta voinnista ja toipumisennusteesta, omaisten läsnäolon potilasta kuormittavat vaikutukset, omaisten haluttomuus hoidonrajauksiin tai hoitojen lopetukseen, omaisten haasteet ymmärtää omat rajansa potilaaseen kohdistuvassa päätöksenteossa ja hoitotyössä, omaisten vaikeus kunnioittaa potilaan omaa tahtoa, yhteistyöhaasteet omaisten ja hoitajien välillä, omaisten vaikeus sisäistää saatua informaatiota, omaisten vastuu tuoda julki potilaan oma tahto sekä omaisten ymmärtämättömyys tehohoitoympäristöä kohtaan. Näistä muodostui lopulliset omaisten toimintaan liittyvät alaluokat.

Yhtenä haasteena nousi esille omaisten ymmärtämättömyys potilaan todellista vointia ja toipumisennustetta kohtaan. Omaisilla oli aineiston mukaan välillä liiankin positiivinen kuva potilaan voinnista ja toipumisennusteesta verrattuna todelliseen tilanteeseen. Yksi (1) vastaaja nosti esille, että omaiset on vaikea saada ymmärtämään, etteivät he välttämättä aina toimi potilaan parhaaksi. Lisäksi eettisesti haastavana koettiin omaisten haluttomuus hoidon rajauksiin tai hoitojen lopetukseen. Ajoittain lääkäreillä ja hoitajilla on suuri työ saada omaiset uskomaan, ettei potilaan parantuminen ole enää realistista.

Yhdeksi haasteeksi nousi omaisten vaikeus ymmärtää heidän omat rajansa potilaaseen kohdistuvassa päätöksenteossa ja hoitotyössä. Yhdessä vastauksessa nostettiin esille, kuinka omaiset kävelevät potilaan yli, ja puuttuvat asioihin hänen puolestaan. Toinen vastaaja koki haasteeksi sen, että omaiset saavat ”määrätä” asioista, vaikka potilas olisi kyvykäs ilmaisemaan tahtonsa itse. Omaisten on lisäksi vaikea ymmärtää, etteivät he voi päättää asioista itsenäisesti. Lisäksi aineistosta korostettiin omaisten suurta vastuuta tuoda potilaan oma tahto julki potilaan itse ollessa siihen kyvytön.

Aineistosta nousi esille yhteistyöhaasteet omaisten ja hoitajien välillä. Yksi (1) vastaaja koki, että joskus hoidon pitkittyessä omaisista tulee ”hankalia”, esimerkiksi he haluaisivat päättää vierailuajoista ja niiden pituuksista. Yksi (1) vastaajista koki myös, että ajoittain omaiset kyseenalaistavat hoitoa ja syyttelevät huonosta hoidosta perusteettomasti. Yhden vastaajan mukaan myös omaisilla on myös välillä haasteita sisäistää huonossa tilanteessa saatua informaatiota, ja tämän johdosta ovat kokeneet asioita ”pimitettävän”. Myös omaisten riippuvaisuus nousi aineistossa esille ja heidän pelkonsa purkaminen hoitajaan.

Aineistosta kävi ilmi omaisten ymmärtämättömyys tehohoitoympäristöä kohtaan. Joskus omaiset haluaisivat olla läsnä potilaan vieressä jatkuvasti, jonka järjestäminen avo-osastolla on

mahdotonta. Lisäksi aineistosta nousi esille omaisten läsnäolon, toisaalta tukeva, mutta toisaalta kuormittava vaikutus. Potilas ei aina kehtaa sanoa omaisille olevansa väsynyt, tai vastaavasti omaiset pakottavat potilasta jatkuvasti jumppaamaan, eivätkä anna potilaan olla rauhassa ja levätä. Omaisten toimintaan liittyvien eettisten haasteiden esille nostaneiden vastaajien joukossa oli muutamia hoitajia, joilla työkokemusta kyseiseltä osastolta vuodesta kolmeen vuotta, tai kolmesta alle viiteen vuotta. Suurimmalla osalla vastaajista työvuosia oli kertynyt kuitenkin viisi vuotta tai enemmän, ja sen perusteella voidaan todeta, että kokeneemmat hoitajat kohtaavat työssään useammin omaisten toiminnan aiheuttamiin eettisiin haasteisiin.

8.3 Potilaan hoitotahdon toteutuminen

Yhtenä merkittävänä eettisenä haasteena pidettiin pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotahdon toteutumista. Alaluokiksi muodostuivat potilaan hoitotahto vaikeasti toteutettavissa, potilaan hoitotahdon ohittaminen, potilaan hoitotahtoa ei ole kunnioitettu, potilaan hoitotahdon puuttuminen, potilaan mielipiteen huomiotta jättäminen ja oikeudenmukaisuuden toteutumattomuus. Vastauksista kävi ilmi, että joissain tapauksissa potilaan hoitotahto on ohitettu. Kaksi (2) vastaajaa nostivat esille tilanteen, jossa lääkäri oli jatkanut hoitoja huolimatta potilaan omasta pyynnöstä lopettaa hoidot. Aineiston mukaan potilaan hoitotahtoa ei aina kunnioiteta, ja ajoittain potilaan hoitotahto on myös vaikeasti toteutettavissa. Aineiston mukaan merkittävä haaste potilaan hoitotahtoa koskien on myös sen puuttuminen. Aina hoitotahdosta ei ole etukäteistietoa, tai hoitotahto puuttuu kokonaan, eikä omaisillakaan ole selvää näkemystä siitä, mitä potilas haluaa. Lisäksi vastauksista nousi ilmi, että joskus potilaan mielipide jätetään huomiotta, välillä sitä ei edes kysytä. Potilaan mielipiteen huomioinnin haasteena pidettiin sedaatiota ja yleistä sekavuutta. Sedaatioon liittyen yksi (1) vastaajista nosti esille eettisesti haasteellisen tilanteen, jossa ”puolihorteiselta” potilaalta kysytään kysymyksiä, jotka vaikuttavat potilaan koko loppuelämään ja lääkäri tulkitsee vastauksen oman mielen mukaan, jos edes saa sellaisen. Lisäksi yksi viisi vuotta tai pidempään osastolla työskennellyt hoitaja pohti vastauksessaan, että oikeudenmukaisuus ei toteudu, sillä potilaiden hoito ja kohtelu saattavat olla erilaista riippuen potilaasta tai lääkäristä. Hoitotahdon esille nostaneilla hoitajilla oli hyvin vaihteleva työkokemus kyseisellä osastolla, alle vuoden työkokemuksesta aina viiden vuoden tai sitä pidempään työkokemukseen. Vastaajien työvuosien pohjalta voidaan tehdä päätelmä, että kaiken tasoiset hoitajat kyseisellä osastolla törmäävät pitkittyneessä tehohoidossa hoitotahtoon liittyviin eettisiin haasteisiin, eikä näin ollen työvuosien määrällä ole merkittävä vaikutusta aineiston tuloksiin.

8.4 Kommunikaatiovaikeuksiin liittyvät eettiset haasteet

Aineistosta nousi selkeästi esille pitkittyneen tehohoidon eettisenä haasteena kommunikaatiovaikeudet. Alaluokiksi muodostuivat potilaan vaikeudet päättää omasta hoidostaan sedatiosta ja keinoilmatiestä johtuen, potilaan kyvyttömyys ilmaista mielipidettä tai tehdä päätöksiä, kielelliset haasteet, ammattitermistön käytön aiheuttamat kommunikaatiovaikeudet sekä hoidon tavoitteiden epäselvyys hoitotiimissä.

Monet kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat haasteeksi erityisesti potilaan hoitotahdon ilmaisun näkökulman, koska erinäiset kommunikaatiota vaikeuttavat tekijät asettavat haasteita potilaan oman tahdon ilmaisemiselle. Asian esille nostaneilla hoitajilla oli vaihteleva kokemus työvuosina kyseisellä osastolla, joten voidaan todeta, että pitkittyneen tehohoitoipotilaan kommunikaatiovaikeudet nähdään eettisenä haasteena niin kokeneempien hoitajien kuin myös tuoreempien hoitajien näkökulmasta. Aineistosta ilmenee, että pitkittyneellä tehohoitopotilaalla kommunikaatiovaikeuksia aiheuttaa muun muassa keinoilmatie, sedatio, lääkkeet, kipu sekä väsymys. Aineiston mukaan kommunikaatiohaasteita aiheuttaa myös kielelliset haasteet, esimerkiksi vieraskielisen potilaan tehohoitotyössä, koska kommunikointi potilaan omalla äidinkielellä nähtiin puutteellisena.

Kommunikaatiovaikeuksia ilmeni aineistossa myös ammattilaisten, sekä ammattilaisten ja potilaiden sekä omaisten kesken. Hoitajat kokivat, että he joutuivat usein oikolukemaan omaisille ja potilaille lääkärin kertomaa. Kommunikaatiovaikeudet nähtiin myös haasteena ammattilaisten välillä, koska hoitajat kokivat hoidon tavoitteiden jäävän epäselviksi lääkäreiden puutteellisen informaation vuoksi. Vastajien mukaan työyhteisössä ei myöskään keskustella kaikista asioista riittävän avoimesti, mikä saattaa heidän mukaansa johtaa asioiden turhaan ”vatvomiseen” ja väärän tiedon leviämiseen.

8.5 Hoidon pitkittäminen

Hoidon pitkittäminen oli myös yksi esille noussut eettinen haaste sairaanhoitajien näkökulmasta pitkittyneessä tehohoitoipotilaan hoitotyössä. Alaluokiksi muodostuivat tarpeeton potilaan hoidon pitkittäminen omaisten painostuksesta, tarpeeton potilaan hoidon pitkittäminen ilman toipumisennustetta, hoidon pitkittäminen potilaasta johtumattomista syistä, rankkojen hoitojen toteutus liian huonokuntoisille potilaille sekä potilaan hoidosta luopumisen protokollien vaihtelevuus. Hoidon pitkittämisen esille nostaneet hoitajat olivat suurimmilta osin kokeneempia hoitajia, joilla oli työvuosia kolmesta viiteen vuotta tai enemmän, sekä joukossa oli myös muutamia alle kolme vuotta osastolla työskennelleitä vastaajia. Merkittävä osa, reilusti yli puolet, vastauksista koski hoidon turhaa pitkittämistä ilman toipumisennustetta. Yksi (1) vastaajista toi esille myös hoidosta luopumisen protokollien vaihtelevuuden. Yksittäisinä vas-

tauksina aineistosta nousi esille liian rankkojen hoitojen toteutus liian huonokuntoisille potilaille, sekä hoidon pitkittäminen potilaasta johtumattomista syistä. Hoidon pitkittämisen esille nostaneiden hoitajien työvuosien ja vastauksien perusteella kokeneemmat hoitajat kokevat hoidon pitkittämisen tuoreempia hoitajia merkittävämmäksi eettiseksi haasteeksi pitkittyneessä tehohoitotyössä.

8.6 Päätöksenteko

Yhdeksi eettiseksi haasteeksi aineistosta nousi päätöksenteko. Alaluokiksi muodostuivat päätöksenteko potilaan puolesta, potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidosta ja sairaustilanteesta johtuen sekä potilasvalintaan liittyvät haasteet. Yksi eettisistä haasteista oli päätöksenteko potilaan puolesta. Vastajien mukaan esimerkiksi hoidosta luopumisessa toinen henkilö joutuu tekemään päätöksiä potilaan puolesta, jos etukäteen ei ole tehty selkeää hoitoahtoa. Lisäksi esimerkiksi ekstuboitu potilas ei välttämättä ymmärrä hoitonsa päämäärää, joten päätöksiä ja hoitoja joudutaan tekemään potilaan tahdosta riippumatta. Potilaan päätöksentekokyky voi olla tehohoidosta johtuen myös alentunut. Potilaat voivat olla hyvin väsyneitä, lääkittyjä tai psyykkisesti sellaisessa tilassa, että on eettisesti kyseenalaista kysyä heiltä heidän loppuelämänsä vaikuttavia asioita. Yksi (1) vastaajista myös pohti, onko potilas kykenevä käsittämään tilannettaan, kun potilaan mielipidettä asioihin kysytään sedaatiotaukojen aikana. Kolmanneksi eettiseksi haasteeksi muodostui yhden vastauksen pohjalta potilasvalintaan liittyvät haasteet, jossa vastaaja pohti, että minkä kuntoisia potilaita tulisi leikata. Päätöksentekoon liittyvien eettisten haasteiden esille nostaneiden hoitajien työkokemus kyseisellä osastolla oli hyvin vaihteleva, alle vuodesta viiteen vuoteen tai enemmän, joten voidaan päätellä, että kaiken tasoiset hoitajat kohtaavat pitkittyneet tehohoitopotilaan hoitotyössä päätöksentekoon liittyviin eettisiin haasteisiin, eikä täten työkokemuksella ole vaikutusta aineistosta saataviin tuloksiin.

8.7 Potilaan hoidon vastuukysymykset

Yhdeksi eettiseksi haasteeksi muodostui potilaan hoidon vastuukysymykset. Alaluokiksi muodostuivat vastuukysymykset omaisten tiedottamisessa, vaikeiden päätösten vastuun siirtäminen, lääkäreiden vastuun välttely hoidosta luopumisesta sekä hoitajien suuri vastuu potilaan hoidossa. Kaksi (2) hoidosta vastaamisen esille nostaneista vastaajista toi esille kokemuksen siitä, että ajoittain lääkärit siirtävät tarpeettomasti päätöksentekoa, ja välttelevät vastuuta pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa. Yksi (1) vastaajista koki myös, etteivät lääkärit ota vastuuta pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidosta luopumisesta, vaikka potilaan toipuminen ei

edisty. Myös vastuukysymykset omaisten tiedottamisessa nousivat aineistosta esille. Hoitokouksien järjestämisestä ja sisällöstä tulisi informoida omaisia paremmin. Yksi (1) vastaaja koki, että on ajoittain epäselvää kuka tiedottaa omaisille, jos tehohoitopotilas joutuu käymään useasti leikkaussalissa päivystysaikaan. Yhdessä vastauksessa korostettiin myös hoitajan suurta vastuuta pitkittyneen tehopotilaan hoidossa seuraavanlaisesti: *”Lääkäreiden mielenkiinnon lasku potilaan hoitoon/asiaan paneutuminen vaihtelee - hyvin paljon hoitajien vastuulla, esim. labravastaukset, lääkitys, potilaan yleisvointi - kuntoutuksen edistyminen”*. Jokainen hoidosta vastaamisen esille nostaneista hoitajista yhtä lukuun ottamatta olivat työskennelleet kyseisellä teho-osastolla viisi vuotta tai enemmän. Tämän perusteella voidaan todeta, että kokeneemmat hoitajat kokevat tuoreempia hoitajia merkittävämmäksi eettiseksi haasteeksi hoidon vastuukysymykset.

8.8 Pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuus

Aineistosta muodostui yhdeksi eettiseksi haasteeksi pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuus. Alaluokaksi muodostuivat hoitajien haluttomuus ja motivaation puute hoitaa pitkittyneitä potilaita sekä pitkittyneen tehohoitopotilaan toistuvan hoitotyön aiheuttamat vaikutukset hoitajissa. Kaksi (2) vastaajaa koki, että hoidon pitkittyessä hoidon lääketieteellinen mielenkiintoisuus vähenee ja hoitajien on ajoittain vaikea motivoitua hoitamaan pitkittyntä tehohoitopotilasta. Yksi (1) hoitajien haluttomuuden ja motivaation puutteen esille nostaneista hoitajista mainitsi vastauksessaan, että kokeneemmat hoitajat eivät toteuta dialyysia siitä syystä, että joutuisivat useammin hoitamaan pitkittyneitä tehohoitopotilaita. Kaksi (2) hoitotyön kuormittavuuden esille nostaneista hoitajista toi esille pitkittyneen tehohoitopotilaan toistuvan hoitotyön aiheuttamat vaikutukset hoitajissa. Toinen näistä vastaajista nosti esille toistuvasti pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitamisen vaikutukset tapaan puhua potilaalle sekä suorittaa hoitotoimet. Vastaaja pohti asiaa seuraavanlaisesti: *”Pahimmillaan potilas kuulee keskustelut siitä, ettei jaksettaisi hoitaa häntä”*. Toinen näistä kahdesta asian esille nostaneista vastaajista toi vastauksessaan esille myös sen, että nuoret ja kokemattomat joutuvat useammin hoitamaan pitkittyntä tehohoitopotilasta, mikä voi vastaajan mukaan johtaa väsymiseen ja mahdolliseen työpaikan vaihtoon. Saatuihin vastauksien ja aineiston perusteella voidaan tehdä päätelmä, että pitkittyneen tehohoitopotilaan toistuva hoitotyö vaikuttaa heikentävästi hoitajan jaksamiseen ja hoitotyön tasoon. Pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuuden nosti kaiken kaikkiaan esille kuusi (6) vastaajaa. Heistä neljä (4) vastaajaa oli työskennellyt kyseisellä osastolla viisi vuotta tai enemmän, ja kaksi (2) vastaajaa yhdestä kolmeen vuotta. Asian esille nostaneiden vastaajien työvuosien perusteella voidaan tehdä päätelmä, että pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuutta kohtaavat

kaiken tasoiset hoitajat kyseisellä teho-osastolla, eikä työvuosien määrällä ole merkittävää vaikutusta tuloksiin.

8.9 Eriävät näkemykset

Aineistosta kävi ilmi, että osastolla työskentelevät hoitajat kokivat pitkittyneen tehohoidon eettiseksi haasteeksi eriävät näkemykset. Näkemuseroja oli havaittu niin ammattilaisten välillä, kuin myös omaisten ja potilaiden sekä ammattilaisten ja potilaiden välillä. Lopullisiksi alaluokiksi muodostuivat potilaan ja lääkärin eriävät mielipiteet, omaisten eriävät näkemykset asiantuntijoiden kanssa, eriävät hoidon tavoitteet sekä se, että hoitajaa ei kuunnella lääketieteellisessä päätöksenteossa. Aineistosta nousi useasti esille omaisten ja asiantuntijoiden eriävät mielipiteet hoitolinjausten suhteen. Myös lääkäreiden keskinäiset näkemuserot nousivat aineistosta ilmi. Vastaajien mukaan eri erikoisalojen lääkäreillä saattaa olla hyvin eriävät näkemykset hoitolinjausten suhteen. Yksi (1) näkemuserojen esille nostaneista hoitajista koki myös, ettei hoitajien mielipiteitä oteta aina huomioon lääketieteellisiä hoitolinjauksia tehtäessä. Eriävät näkemykset eettisenä haasteena esille nostaneiden hoitajien työkokemus oli vuosina suurimmilta osin kolmesta viiteen vuotta tai enemmän kuin viisi vuotta, joten voitaisiin nämä tulokset huomioden olettaa, että kokeneemmat hoitajat kokevat muita hoitajia enemmän eriävät näkemykset eettiseksi haasteeksi pitkittyneessä tehohoitotyössä.

8.10 Totuudellisuus

Totuudellisuus nousi aineistosta esille yhtenä pitkittyneen tehohoitajakson aiheuttamana eettisenä haasteena. Alaluokiksi muodostuivat potilaan tilanteen tai ennusteen kaunistelu, lääketieteellisten asioiden kertomatta jättäminen, hoitotyön tiedonannon laajuuden arviointi, sekä haasteet omaisten informoinnissa hoitolinjauksien puuttuessa. Totuudellisuuden esille nostaneiden vastaajien työvuosien perusteella kokeneemmat hoitajat kokivat tuoreempia hoitajia enemmän tilanteen kaunistelun ja tiedonannon laajuuden eettisenä haasteena pitkittyneessä tehohoitotyössä. Kaksi (2) vastaajista kuvasi myös olevansa hoitajana vaikeassa asemassa, koska he eivät voi kertoa omaisille tai potilaalle lääketieteellisistä asioista, eikä myöskään välttämättä ole selkeyttä mitä asioita lääkäri on jo kertonut. Hoitolinjauksien puuttuminen katsottiin myös eettiseksi haasteeksi hoitotyön näkökulmasta, koska hoitajana on vaikea informoida omaisia potilaan hoitolinjausten puuttuessa. Yksittäinen vastaaja, jolla oli vähemmän kokemusta hoitotyöstä kyseisellä osastolla kuin muilla asian esille nostaneilla hoitajilla, koki haasteellisena välillä hahmottaa kuinka paljon saa hoitajana antaa tietoa.

8.11 Riittämättömien resurssien ja työn luonteen tuomat haasteet

Aineistosta nousi esille riittämättömien resurssien ja työn luonteen tuomat haasteet. Alaluokiksi muodostuivat rajallinen aika potilastyössä ja omaisten kohtaamisessa, osaston profiilin aiheuttamat haasteet, henkilökuntamiehityksen aiheuttamat haasteet, liian vähäinen terapeuttian tarjonta potilaalle sekä taloudelliset tekijät. Resurssien ja työn luonteen tuomien haasteiden esille nostaneista vastaajista kaikki yhtä lukuun ottamatta olivat työskennelleet kyseisellä osastolla viisi vuotta tai enemmän. Tämän seikan huomioon ottaen voidaan olettaa, että kokeneemmat hoitajat kokevat riittämättömät resurssit ja työn luonteen tuomat haasteet tuoreempia hoitajia merkittävämmäksi eettiseksi haasteeksi. Esille nousseista seikoista henkilökuntamiehityksen aiheuttamat haasteet olivat merkittävin yksittäinen tekijä. Vastaajien mukaan haasteet henkilökuntamiehityksessä näkyivät käytännössä niin, että henkilökuntamitoitus mahdollistaa harvoin poistumista potilaan viereltä, liian vähäinen henkilökunnan määrä potilaiden hoitoisuuteen nähden sekä henkilökunnan riittämättömyys niin määrällisesti kuin laadullisesti. Osaston profiilin aiheuttamat haasteet näkyvät yhden (1) vastaajan mukaan niin, että omaisten tulisi saada yksilöllistä kohtelua samaan aikaan kun osaston profiili rajoittaa vierailuiden pituutta.

8.12 Yksityisyyden suoja

Yhtenä eettisenä haasteena aineistosta nousi esille potilaan yksityisyyden suoja. Alaluokiksi muodostuivat potilaan tietosuojasta huolehtiminen avo-osastolla, potilaan intymiteettisuojasta huolehtiminen sekä potilaan tietojen luovutus. Yksityisyyden suojaan liittyvien eettisten haasteiden esille nostaneista hoitajista 40 %:lla oli yli viiden vuoden työkokemus osastolla, ja 60 %:lla alle vuoden työkokemus. Vastaajien työkokemuksen määrästä voidaan todeta, että yksityisyyden suojaan liittyviin eettisiin haasteisiin törmäävät kaiken tasoiset hoitajat kyseisellä teho-osastolla, eikä työvuosien määrällä ole merkittävää vaikutusta aineiston tuloksiin. Yksityisyyden suojan esille nostaneista hoitajista osa kuvaili osaston luonnetta, joka omalta osaltaan tuo omat eettiset haasteensa potilaan yksityisyyden suojelemiseen. Osasto on niin kutsuttu avo-osasto, jossa potilaiden välissä on ainoastaan verhot. Kaksi (2) vastaajista mainitsi eettisenä haasteena sen, että viereinen potilas saattaa olla kuunteleva, mikä omalta osaltaan vaikuttaa keskustelua rajoittavasti. Näkösuoja on myös avo-osaston luonteen vuoksi huomioitava. Kaksi (2) vastaajista nosti esille näkö- ja intymiteettisuojasta huolehtimisen eettisenä haasteena pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyössä. Yksi (1) vastaajista nosti esille myös tietojen luovutukseen liittyvän eettisen haasteen. Vastaaja oli pohtinut, että kenelle saa luovuttaa tietoja ja kuka on todellinen potilaan lähiomainen.

8.13 Omaisten ja potilaan tukeminen

Aineistoista nousi esille haasteet omaisten ja potilaan tukemisessa. Alaluokiksi muodostuivat haasteet omaisten tukemisessa, toivon ylläpitäminen kuntoutumisen ollessa hidasta sekä tajuissaan olevan potilaan tukeminen hoidon lopettamistilanteessa. Haasteellisena koettiin sellaisten omaisten kohtaaminen ja tukeminen, joilla ei ole muuta tukiverkostoa elämässään. Yksi (1) vastaajista koki haasteellisena itsensä motivoimisen potilaan hoitotyöhön ja omaisten tukemiseen, kun on itse tietoinen siitä, ettei potilas tule selviämään. Aineistosta nousi esille myös omaisten ja potilaan toivon ylläpitämisen haastavuus kuntoutumisen ollessa hidasta. Lisäksi yksi (1) vastaajista pohti, miten tukea tajuissaan olevaa potilasta hoidon lopettamistilanteessa. Omaisten ja potilaan tukemisen esille nostaneilla hoitajilla työkokemuksen määrä kyseisellä osastolla vaihteli suuresti yhdestä työvuodesta viiteen vuoteen tai enemmän. Tämän tiedon pohjalta voidaan päätellä, että työkokemuksen määrällä ei ole merkittävää vaikutusta tuloksiin.

8.14 Haasteet perushoidossa

Aineistosta nousi esille perushoidossa esiintyvät eettiset haasteet pitkittyneessä tehohoitotyössä. Alaluokiksi muodostuivat haasteet päivittäisten hoitotoimien suorittamisessa potilaan itsemääräämisoikeuden näkökulmasta, hoitajan suuri rooli päivärytmin toteutumisessa sekä unen ja vuorokausirytmien ylläpitämisessä ilmenevät haasteet. Perushoidon eettisten haasteiden esille nostaneilla hoitajilla oli hyvin vaihteleva työkokemus kyseisellä osastolla, joten voidaan olettaa, että kaiken tasoiset osastolla työskentelevät hoitajat kohtaavat työssään perushoidossa esiintyviin eettisiin haasteisiin, eikä työkokemuksen määrällä ole täten merkittävää vaikutusta tuloksiin. Perushoidossa eettinen haaste on hoitajan suuri rooli päivärytmin toteutuksessa. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoitaja päättää hyvin pitkälti kaikessa, miten potilaan päivä etenee. Aineistosta nousi esille myös esimerkiksi asentohoitojen toteutuksen merkitys perushoidon eettisenä haasteena. Asentohoidot on pakko toteuttaa päivittäisessä hoitotyössä painehaavojen välttämiseksi, ja niissä pyritään potilaan kanssa kompromissiin. Hengitysteiden imut oli yksi perushoitoon liittyvä eettinen haaste. Yhden vastaajan mukaan hengitysteiden imut on suunniteltu tapahtuvaksi tiettyyn aikaan vuorokaudesta, riippumatta siitä nukkuuko potilas vai ei. Myös yksi vastaajista toi esille sen, ettei potilaiden unensaantia tueta tarpeeksi. Tämän tulkitimme perushoidolliseksi eettiseksi haasteeksi unen ja vuorokausirytmien tukemisen näkökulmasta. Toisaalta potilaan vuorokausirytmia tulisi säännöllistää ja tukea,

mutta toisaalta hengitysteiden imut on myös suoritettava. Tämä aiheuttaa eettisen haasteen perushoidon toteutuksen eettisestä näkökulmasta.

8.15 Toinen tutkimuskysymys: Työssäjaksaminen

Opinnäytetyön toisena tutkimuskysymyksenä oli ”Miten sydänkirurgisen teho-osaston sairaanhoitajat huolehtivat omasta työssäjaksamisesta?”. Merkittävin aineistosta noussut keino hoitajilla eettisten haasteiden käsittelyyn oli kollegoiden kanssa puhuminen, joka mainittiin lähes jokaisessa vastauskaavakkeessa. Toiseksi eniten painotettiin työn ja arjen erottamista toisistaan, sekä vapaa-ajan merkitystä. Voimavaroja lisäävinä tekijöinä koettiin perheen ja läheisten kanssa vietetty aika sekä vapaa-ajan mielekäs tekeminen. Terveelliset elämäntavat, liikunta ja levon merkitys korostuivat myös vahvasti aineistossa ja tuli esille useammassa kuin yhdessä (1) vastauskaavakkeessa. Työssäjaksamista tukee vastaajien mukaan työvuorosuunnittelu, riittävät vapaat ja työyhteisön avoimuus sekä yhteisöllisyys. Kahdessa (2) vastauksessa korostettiin eettisesti hyvän hoidon toteutusta ja itsensä kuormittamisen välttämistä työssäjaksamisen perustana. Yksittäisesti oli myös vastattu debriefing, työhönohjausryhmä, huumori ja työporukan yhteinen tekeminen. Vastaukset olivat samankaltaisia työvuosista riippumatta, joten voidaan olettaa, että työvuosilla ei ole suurta vaikutusta eettisten haasteiden käsittelytapoihin.

9 Pohdinta

Opinnäytetyö päädyttiin toteuttamaan laadullisena tutkimuksena koska tutkittavaa ilmiötä olisi ollut hyvin vaikeaa tutkia määrällisin keinoin. Kyselykaavake valittiin osaston kiireellisen luonteen vuoksi. Kysymysten valinnan pohjana käytettiin Suomen tehohoitoyhdistyksen laatimia eettisiä ohjeita. Kysymykset olivat tutkimuskysymyksiin johdattelevia, jotka toivat laajoja vastauksia analysoitavaksi. Tutkijat pohtivatkin, olivatko kysymykset liiankin johdattelevia aiheeseen. Kysymyksien muotoilu tai asettelu eri tavalla voisi mahdollisesti muuttaa tutkimuksen tulosta toisenlaiseksi. Lisäksi tutkijat pohtivat, sulkiko aiheeseen johdattelevat kysymykset muita pitkittyneessä tehohoidossa koettuja eettisiä haasteita pois, koska vastaajan ajatukset pyörivät johdattelevissa kysymyksissä. Mahdollisesti joitakin koettuja eettisiä haasteita jäi mainitsematta tämän johdosta.

Tutkimuksen tuloksia on mahdotonta verrata aikaisempiin tuloksiin, koska aiempaa tutkittua tietoa aiheesta ei ole. Analysointivaiheessa muodostuneet yläluokat voisivat myös toisilla tutkijoilla olla täysin erilaiset. Tutkimuksesta saadut tulokset linkittyvät vahvasti sydänkirurgiseen tehohoitotyöhön ja siinä ilmeneviin eettisiin haasteisiin, mutta toisaalta useita tehohoitotyön eettisiä haasteita esiintyy myös muilla teho-osastoilla osaston erityisluonteesta riippumatta.

9.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön aineistosta kävi ilmi, että sydänkirurgisella teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat kohtaavat pitkittyneen tehohoitopotilaan päivittäisessä hoitotyössä monenlaisia eettisiä haasteita. Aineistosta ylivoimaisesti eniten nousi esille liian vähäinen kärsimysten lievittäminen. Monet vastaajat kokivat, että kivunlievitys/kipulääkitys pitkittyneellä tehohoitopotilaalla on liian vähäistä. Tämän lisäksi terminaalivaiheen hoidon koettiin olevan puutteellista.

Pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa eettisesti haasteelliseksi koettiin myös keinoilmatien ja sedaation vaikutus potilaan kanssa kommunikointiin. Näiden lisäksi potilaan väsymys, psyykinen tila, voimakas lääkitys ja väsymys tuovat haastetta potilaan tahdonilmaisun tulkitsemiseen. Lisäksi vastauksissa nostettiin esille hoidon tavoitteiden epäselvyyksien tuomat haasteet hoitotyöhön. Hoitajan on vaikea kertoa omaisille tai potilaalle hoidon etenemisestä, kun selvää tietoa jatkoista ei ole. Kaksi vastaajaa nosti myös esille lääkäreiden puolesta enusteen ”kaunistelun”, jolloin hoitaja on vaikeassa asemassa, kun ei voi kertoa lääketieteellisistä asioista potilaalle ja omaisille. Hoitajan on vaikeaa joskus arvioida, kuinka paljon saa itse antaa tietoa.

Pitkittyneen potilaan hoitotahdon toteutuminen nousi yhdeksi eettiseksi haasteeksi. Syy tähän on aikaisemmin mainitut kommunikaatiovaikeudet. Joskus potilaalta myös puuttuu hoitotahto kokonaan, ja välttämättä omaisetkaan eivät ole tietoisia, mikä potilaan hoitotahto on. Tämä johtaa eettisesti haasteellisiin tilanteisiin, kuinka toimia potilaan tahdon mukaan, ja ulkopuolinen henkilö joutuu päätökset tekemään. Kaksi vastaajaa nosti myös esimerkkitalanteita, kuinka potilaan hoitotahto on ohitettu lääkäreiden toimesta. Yksi vastaaja myös koki, ettei aina potilaan mielipidettä edes kysytä.

Hoidon turha pitkittäminen nousi hyvin monessa vastauksessa esille. Hoitajat kokivat, että hoitoa on pitkitetty turhaan ilman toipumisennustetta. Eettisesti haasteelliseksi koettiin erityisesti, jos hoitoa pitkitettiin muista kuin potilaasta riippuvista syistä. Esille nostettiin myös omaisten painostus hoitojen jatkamiselle ja turhien hoitotoimenpiteiden tekeminen, jotka eivät edistä potilaan parantumista. Yksi vastaaja koki lisäksi, ettei kukaan lääkäreistä ota vastuuta hoidosta luopumisesta, vaikka toipuminen ei edisty.

Eettiseksi haasteeksi nousi omaisten toiminta. Omaiset eivät välillä ymmärrä potilaan todellista vointia, tai eivät edes halua ymmärtää, joka on inhimillisesti ajateltuna ymmärrettävää.

Tämä kuitenkin tuo haastetta hoitotyöhön ja yhteistyöhön omaisten kanssa. Omaiset eivät aina hyväksy hoidon rajaamista, ja heidän läsnäolonsa on joskus enemmänkin potilasta kuormittavaa kuin tukevaa, esimerkiksi silloin kun potilaan ei anneta levätä. Huoli läheisestä purkautuu joskus huonosta hoidosta aiheetta syyttelyllä ja pelon purkamisella hoitajaan, joka lisää hoitotyön kuormittavuutta.

Pitkittyneiden tehohoitopotilaiden hoitaminen koettiin kuormittavaksi sairaanhoitajille. Kolmesta vastauksesta nousi esille hoitajien motivaation ja halun puute hoitaa pitkittyneitä tehopotilaita. Jatkuva saman potilaan hoitaminen päivästä toiseen koettiin raskaaksi. Yksi vastaaja koki, että tämä näkyi joidenkin hoitajien kohdalla kommunikoinnissa ja hoitotyön alenemisena, potilas saattoi pahimmillaan kuulla kuinka häntä ei jaksettaisi hoitaa. Yksi vastaaja myös koki, että jatkuva pitkittyneiden potilaiden hoitaminen saattaa johtaa etenkin nuorilla hoitajilla väsymiseen ja pahimmillaan työpaikan vaihtoon.

Pitkittyneiden tehohoitopotilaiden hoidossa esiintyvien eettisten haasteiden käsittelytavoissa ylivoimaisesti korostui puhuminen kollegoiden kanssa. Lisäksi aineistosta nousi tärkeys työn ja arjen erottamisesta toisistaan. Terveelliset elämäntavat, riittävä lepo ja harrastukset tukivat työssäjaksamista. Myös työvuorojen suunnittelu ja riittävien vapaiden pito oli tärkeässä roolissa. Vastauksissa ei ollut huomattavia eroja työvuosien mukaan.

9.2 Eettisyyden tarkastelu

Tutkimus toteutettiin *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan* (TENK) hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti, sekä heidän laatimiensa Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisten periaatteiden mukaisesti, jotka on jaettu kolmeen osaan: 1. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, 2. vahingoittamisen välttäminen sekä 3. yksityisyys ja tietosuojat (TENK 2012). Opinnäytetyöprosessiin haettiin myös hyväksytysti asianmukaiset tutkimusluvut yhteistyöorganisaatiosta. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta, aineistonkeruu ja tulosten raportointi toteutettiin avoimesti ja vastuullisesti, eettisen tarkastelun kestäväillä tavoilla.

Tutkimusaiheen valinta on jo ensimmäinen eettinen ratkaisu, mitä tutkija voi tehdä. Tutkija pohtii, mikä on aiheen yhteiskunnallinen merkitys ja kuinka tutkimus erityisesti vaikuttaa siihen osallistuviin henkilöihin (Kankkunen -Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.) Aiheenvalinta perustui työelämän tarpeeseen ja tutkijoiden mielenkiintoon tehohoitoympäristöä kohtaan. Lisäksi tutkijat halusivat tuottaa uutta tietoa osastolle hoitajien kohtaamista eettisistä haasteista pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa. Tutkijat ajattelivat, että tutkimusaihe voisi mahdollisesti helpottaa tutkittavien henkilöiden eettisten haasteiden tunnistamista ja niiden prosessointia. Myös vastavalmistuneet tai opiskelevat sairaanhoitajat saisivat tietoa siitä,

minkälaisia eettisesti haasteellisia tilanteita heitä tehohoitotyössä odottaa, joiden ennakointi ja tiedostaminen mahdollisesti helpottaisi heidän hoitotyötään.

Tutkittavien itsemääräämisoikeus on yksi tutkimuksen osallistumisen lähtökohta ja tärkeää on, että tutkimukseen osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. Osallistuminen tutkimukseen perustuu tietoiseen suostumukseen. Saatekirjeen informatiivisuuteen tulee panostaa, koska kyselytutkimuksessa vastaaminen voidaan tulkita tietoiseksi suostumukseksi (Kankkunen -Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-178). Tutkimuksen tiedonhankinnassa kunnioitettiin tutkimuksen osallistujan vapaaehtoisuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen saatekirjeessä kerrottiin osallistujalle selkeästi, miksi tutkimus tehdään sekä tulosten julkaisemisesta osaston käyttöön. Tutkijoiden yhteystiedot olivat esillä saatekirjeessä, jotta yhteyden ottaminen kyselyyn liittyvissä asioissa olisi ollut mahdollisimman helppoa. Osastolla pidetyssä suunnitelmaseminaarissa kerrottiin vastauskaavakkeiden analyysi- ja säilytystavasta tutkittaville ja sillä pyrittiin mahdollisimman läpinäkyvään ja selkeään toimintaan.

Anonymiteetti on tutkimustyössä keskeistä (Kankkunen -Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Eryteisesti tutkimusaineiston keräämisvaiheessa etiikkaan kiinnitetään huomiota, koska on taatava tutkittavien kunnioitus. (Erikson - Isola - Kyngäs ym. 2012, 26). Tiedonhankintavaihe ja tulosten raportointi toteutettiin yksityisyyttä ja tietosuojaa kunnioittaen. Tutkimuksen kyselylomake ja kysymykset muotoiltiin niin, että tutkittavan henkilöllisyys ei olisi niistä tunnistettavissa. Työvuodet pyrittiin jaottelemaan niin, ettei niistä vastaaja voisi yksilöidä. Osastolla vastauskaavakkeet laitettiin neutraalin näköiseen ja suljettavaan kirjekuoreen, joka täyttämisen jälkeen palautettiin suljettuun vastauslaatikkoon. Laatikko ei ollut lukittu, mutta se oli sinetöity.

Saadut kyselykaavakkeet jaettiin puoliksi tutkijoiden kesken, ja kaavakkeet säilytettiin asiallisesti molempien tutkijoiden kotona kaappien ylähyllyillä. Kyselykaavakkeiden siirtäminen sähköiseen muotoon aloitettiin heti, ja vastaukset tallennettiin toisen tutkijan omalle erilliselle muistitikulle. Vastauskaavakkeet hävitettiin opinnäytetyön tulosten julkistamisen jälkeen asiallisesti silppurin avulla, ja muistitikku tyhjennettiin protokollaan kuuluvasti.

Tutkijan on pyrittävä tutkittavien epämukavuusriskien sekä tarpeettomien haittojen minimointiin, jotka voivat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia (Kankkunen -Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Tutkimus tutki hoitotyössä koettuja eettisiä haasteita, joten tulokset voivat aiheuttaa lukijoissa negatiivisia tunnereaktioita. Tätä on pyritty minimoimaan tutkimuksen tulosten kerronnassa mahdollisimman neutraaleihin ja akateemisiin ilmaisiin.

9.3 Luotettavuuden tarkastelu

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole yhtä yksiselitteistä mallia, miten tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on suurelta osalta tutkijan arvioinnin ja näytön varassa. Tieteellisen tutkimuksen yleiset luotettavuusmittarit ovat reabiteetti ja validiteetti. (Kananen 2014, 146-147).

Aiheen valinnasta lähtien tutkijat ovat pyrkineet perustelemaan vaihe vaiheelta teoriaan perustuen, miksi tutkimus on tehty näin. Pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön eettisten haasteiden tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus, koska aiheesta ei tiedonhaun perusteella löytynyt aiempaa tutkittua tietoa. Sisällönanalyysi oli induktiivinen, koska aikaisempaa tietoa aiheesta ei ollut. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin anonyymisti täytettävä kyselykaavake, koska näin uskottiin saatavan rehellisempiä ja laadukkaampia vastauksia, kuin haastattelulla. Kyselyssä aikaa vastausten pohtimiseen oli käytössä enemmän, kuin haastattelussa, ja sosiaalinen paine vastausten muodostamisessa oli mahdollisesti pienempi.

Kysymyksien suunnittelussa tutkijat miettivät tarkasti, miten saataisiin mahdollisimman paljon monipuolista aineistoa tutkimuskysymyksiin. Vaihtoehtoja mietittiin pelkästään tutkimuskysymyksen esittämisestä moniin erilaisiin kysymyksiin. Kysymykset päädyttiin tekemään Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettisiä ohjeita mukailleen. Kysymysten oli tarkoitus saada vastaajan pohtimaan syvemmin hoitajana kohtaamiensa eettisiä haasteita pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyössä. Kysymyksissä ei kuitenkaan käsitelty kaikkia eettisten ohjeiden kohtia, koska aineiston materiaalista olisi tullut liian laaja kahden tekijän käsiteltäväksi inhimillisessä aikataulussa. Luotettavuuden lisäämiseksi kyselykaavake pilotoitiin ennen tutkimuksen toteutusta osastolla. Pilotointi toteutettiin lähettämällä kyselykaavake kahdelle (2) laillistetun sairaanhoitajan toimessa toimineelle sairaanhoitajalle, jotka arvioivat kyselykaavakkeen rakennetta ja sen täyttämiseen kuluva aika. Heidän kommenttiansa perusteella kaavake muokattiin lopulliseen muotoonsa.

Saatekirjeeseen kirjoitettiin Suomen tehohoitoyhdistyksen eettisten ohjeiden pääkohdat ja osastolle jätettiin tulostetut Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet muistinvirkistämiseksi ja pohdinnan helpottamiseksi. Osastolle vietiin yhteensä 50 kirjekuorta suljettavine kirjekuorineen. Lisäksi tutkijat tekivät sinetöidyn vastauslaatikon, jolla minimoitiin mahdollisuus vastausten kopelointiin.

Aineiston teemoittelussa ja koodaamisessa on mahdollista esiintyä tulkinnanvaraa, mutta tulkinnan pystyy varmistamaan sillä, että toinen tutkija tulee samaan johtopäätökseen tekijän kanssa (Kananen 2015, 153). Osastolta saadut valmiit 16 kappaletta kyselykaavakkeita jaettiin tutkijoiden kesken puoliksi ja analysoitiin itsenäisesti aluksi. Analyysissa käytettiin pohjana Kanasen (2015) kirjoittamaa teosta ”Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä”. Aineiston alkuperäisilmaisut kirjoitettiin auki, niille tiivistys ja alaluokka. Tämän jälkeen aineistot vaihdettiin

uudelleenanalysoitavaksi. Lopuksi tutkijat yhdistivät molemmat analyysit ja miettivät yhteisiä yläluokkia alaluokille. Lopputulokseksi saatiin yhtenäinen analyysitulokko. Tutkimuksen luotettavuuden ja läpinäkyvyyden lisäämiseksi analyysitulokkoon otettiin jokainen kyselykaavakkeeseen kirjoitettu asia, eikä yhtäkään lausumaa jätetty pois.

Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tutkijat pyrkivät käyttämään teoreettisessa viitekehysessä mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotta tutkittu tieto olisi mahdollisimman ajantasaista. Yhteisellä päätöksellä opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa lopullisten työssä käytettyjen lähteiden tuli pääasiassa olla korkeintaan 10 vuotta vanhoja. Poikkeuksena tutkijat käyttivät joitain vanhempia lähteitä perustellen sitä aiemman tutkimustiedon vähyydellä.

Tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia arvioidessa tutkijat uskoivat, että saman kyselykaavakkeen samalle vastaajakunnalle lähettäessä, saadut vastaukset olisivat lähestulkoon samanlaisia. Analysointivaiheessa muodostuvat yläluokat voisivat olla eri tutkijoilla erilaiset, mutta tutkijat eivät usko, että erot olisivat kovinkaan radikaaleja. Kysymyskaavakkeen tutkitaville esittämien kysymysten muotoilu tai asettelu eri tavalla voisi mahdollisesti muuttaa tutkimuksen tulosta ihan erilaiseksi. Tutkijat pohtivatkin, olivatko kysymykset liian suuntaa antavia, jäikö vielä joitain koettuja eettisiä haasteita mainitsematta niiden takia, joka vaikuttaa oleellisesti tutkimuksen validiteettiin.

9.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Aineiston tuloksista nousi yhtenä eettisenä haasteena ilmi yhtäjaksoinen pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitamisen vaikutukset hoitajan jaksamiseen. Vähemmän kokeneiden hoitajien väsyminen pitkittyneiden potilaiden hoitamiseen nostettiin myös esille. Kehittämisehdotuksena tilanteeseen voisi kehittää ratkaisun, joka jakaisi tasaisemmin pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuutta työyhteisössä hoitajien kesken. Tällainen ratkaisu voisi esimerkiksi olla suurempi hoitajien vaihtuvuus hoidettavalla potilaalla. Toisaalta asiassa tulee ottaa huomioon myös potilaan näkökulma ja hoitosuhteen merkitys. Jos hoitaja vaihtuu kovin usein, ei hoitosuhde ole kovin pysyvä.

Aineistosta yhtenä eettisenä haasteena nousi esille myös resursseihin ja hoitajamitoitukseen liittyvät asiat. Vastauksissa tuotiin esille hoitajamitoituksen vaikutuksia muun muassa omaisten kohtaamiseen. Vastaajien mukaan hoitajan aika on rajallinen hoitotyön ohella tukea ja ohjata omaisia. Tutkijat pohtivat olisiko hoitajamitoituksen lisääminen ainoa vaihtoehto saada hoitajille enemmän aikaa hoitotyön ohella. Tutkijat tiedostavat kuitenkin sen, että resursseihin liittyvät asiat ovat organisaatiolähtöisiä ja niihin muutosten saaminen olisi iso prosessi.

Myös päätöksentekoon ja vastuukysymyksiin liittyvät eettiset haasteet nousivat esille aineistosta. Omaisten tiedottamisessa oli epäselvyyttä erityisesti päivystysaikaan. Myös hoitokouksista omaisille tiedottaminen nähtiin puutteellisenä. Epäselvää oli, kuka tiedottaa omaisia potilaan joutuessa esimerkiksi päivystyssaliin leikattavaksi. Vastuukysymyksiin liittyvien asioiden tiimoilta osastolla voitaisi esimerkiksi järjestää osastokokous, johon osallistuisi niin lääkäreitä kuin hoitajia. Kokouksessa työyhteisö voisi yhdessä sopia toimintamallin omaisten tiedottamisen suhteen.

Aineistosta nousi esille myös riittämätön kärsimysten lievittäminen. Muun muassa Suomen Tehohoitoyhdistys (STHY) (1997) mainitsee eettisissä ohjeissaan, että hoito ei saa tuottaa potilaalle turhaa kärsimystä. Tehosairaanhoidon liittyy olennaisesti potilaan kokemaa kärsimystä ja kipua sekä kivun oireenmukaisesta hoitamisesta huolehtiminen. Osaston sairaanhoitajille ja lääkäreille voitaisiin esimerkiksi järjestää kivunhoidon koulutusta, jotta kivunhoitoa osastolla voitaisiin kehittää esimerkiksi kivunhoitoon keskittyvän toimintamallin muodossa.

10 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi kesti kaiken kaikkiaan vuoden ja neljä kuukautta. Opinnäytetyöprosessin aikana toinen opinnäytetyötä tekevästä opiskelijasta suoritti osan viimeisestä harjoittelujaksostaan teho-osastolla. Tämä auttoi opiskelijaa hahmottamaan paremmin tehohoitotyön arkea ja toimintaa teho-osastolla. Opinnäytetyöprosessin aikana opiskelijat syvensivät laadullisen tutkimusmetodiikan aiempaa osaamistaan. Tutkimusmenetelmän hahmottaminen oli opiskelijoille opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa haastavaa, koska analyysimenetelmän toteutusta käytännössä oli haastava hahmottaa ilman konkreettista aineistoa. Myös akateemisen kirjoitustyylin hallinta sekä pohdinnallisen tuotoksen muodostaminen kirjallisessa muodossa vahvistui aiempaa enemmän opinnäytetyötä kirjoittaessa. Opinnäytetyöprosessi vaati opiskelijoilta myös yhteistyötaitoja ja kykyä työskennellä osana tiimiä. Tämä näkyi opiskelijoiden keskinäisenä yhteistyönä sekä yhteydenpitona ohjaavaan opettajaan ja työelämän yhteistyökumppaniin opinnäytetyön eri vaiheissa. Opinnäytetyöprosessi vaati molemmilta opiskelijoilta kykyä huomioida toisen mielipiteet ja näkemykset, sekä ottaa huomioon myös muut saadut kehittämisehdotukset opinnäytetyötä koskien.

Analyysivaiheessa opiskelijat tekivät yllättäviä havaintoja tehohoitotyön eettisten haasteiden moninaisuudesta. Saadut tulokset toivat opiskelijoille uutta tietoa tehohoitotyön eettisistä

haasteista ja tehohoitotyön arjesta sairaanhoitajan näkökulmasta. Opiskelijat pääsivät pohtimaan sitä kautta omaa ammatillista asiantuntijuuttaan myös eettisten haasteiden ratkaisun näkökulmasta, sekä kehittämään omaa hoitotyön eettistä osaamistaan.

Lähteet

Painetut

Alastalo, M. 2018. Kriittisesti sairaan potilaan kliinisen tilan tarkkailu. *Spirium* 53:2, 16-19

Alastalo, M. Salminen, L. & Leino-Kilpi, H. 2017. Potilaan kliinisen tilan tarkkailu - tärkeä osa tehosairaanhoidajan osaamista. *Tehohoito* 35:2, 94-97.

Eriksson, K. Isola, A. Kyngäs, H. Leino-Kilpi, H. Lindström, U. Paavilainen, E. Pietilä, A. Salanterä, S. Vehviläinen-Julkunen, K. Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 26.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 5. Painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hirsijärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

HUS. 2015. *Aura - Ammattiura sairaanhoitajana*. Esite.

Kananen, J. 2015. *Opinnäytetyön kirjoittajan opas - Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun*. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino oy.

Kananen, J. 2008. >kvali< *Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro oy

Kuokkanen, L. 2012. *Sairaanhoitajan eettinen stressi. Teoksessa sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt - Hoitotyön vuosikirja 2012*. Helsinki: Fioca, 68-69.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ranta, I. 2012. *Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt Hoitotyön vuosikirja 2012*. Porvoo: Bookwell Oy.

Ritmala-Castrén, M. Lönn, M. Lundgrén-Laine, H. Meriläinen, M. & Peltomaa, M. 2017. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sajama, S. 1995. *Arkipäivän etiikkaa hoitotyön näkökulmasta*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Latvia: Livonia print

Sähköiset

Ala-Kokko, T. & Penttilä, V. 2018. *Kenelle tehohoitoa annetaan? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 15.12.2018.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/2/duo14121>

Harjula, A. 2017. *Sydänsiirtojen historiasta meillä ja maailmalla. Sydänsiirrot. Sydänliitto*. Viitattu 20.2.2019.
<https://sydanliitto.fi/syke/tietoa/elinsiirtojen-historiaa/sydansiirot>

Eettisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä. 2014. Sairaanhoidajat. Viitattu 14.1.2018.
<https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/eettisten-ongelmien-tunnistaminen-hoitotyossa/>

Elinsiirrot. HUS. Viitattu 20.2.2019.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/sivut/default.aspx?redirected=1>

ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE: Julkaisuja 1. Luettu 4.4.2018

<http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf.pdf>

ETENE. 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE & Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.4.2018
<file:///C:/Users/haidi/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/U083IRF3/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf>

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE & Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.4.2018

<file:///C:/Users/haidi/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WW0GE0UU/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf>

Heinonen, K. 2012. Tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka - osana kriittisesti sairaan potilaan hoitoketjua. YAMK opinnäytetyö. Kemi Tornion ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.1.2019.

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43965/Heinonen%20Kirsi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ilmakunnas, M. 2018. Mikä tekee teho-osastosta teho-osaston? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 18.12.2018.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/2/duo14115>

Koivusalo, A-M. Petäjä, L. 2018. Elinsiirron saanut leikkauspotilaana. Elin- ja kudossiirrot. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Viitattu 24.1.2018.

<http://www.oppiportti.fi/op/kia20713/do>

Lehtikunnas, T. 2016. Tehohoitopotilaan siirtotiedote hoitotyön päätöksenteon tukena - retrospektiivinen asiakirja-analyysi vuosilta 2001-2013. Turun yliopisto. Viitattu 12.2.2019.

<http://www.utupub.fi/handle/10024/123251>

Lemström, K. 2018. Rintakehän alueen elinsiirrot. Elin- ja kudossiirrot. Kirurgia. Duodecim oppiportti. Viitattu 18.1.2019.

<http://www.oppiportti.fi/op/kia20707/do>

Meriläinen, M. 2012. Tehopotilaan hoitoympäristö elämänlaatu ja toipuminen. Viitattu 3.4.2018.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf>

Nuutinen, L. 2014. Tehohoidon etiikkaa. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim oppiportti. Viitattu 11.4.2018

<http://www.oppiportti.fi/op/ajt00030/do>

Reinikainen, M & Varpula, T. 2018. Suomalainen tehohoito. Duodecim 2018. Viitattu 5.4.2018

<http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14120>

Soini, J. 2014. Hengityskonepotilaan hoitotyö -mittarin kehittäminen. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.1.2019.

<file:///C:/Users/haidi/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/N32AAKR7/GRADU-1419858008.pdf>

Suomen sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 12.4.2018

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Suomen tehohoitoyhdistys. 1997. Eettiset ohjeet. STHY. Viitattu 3.4.2018.

https://sthy.fi/wp-content/uploads/2017/07/STHY_eettiset_ohjeet.pdf

Sydänkirurginen teho-osasto M2A. HUS. Viitattu 4.4.2018.

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-tornisairaala/osastot/sydankirurgian_teho_osasto_21/Sivut/default.aspx

Terveyskylä a. Sydänsairaudet. Viitattu 16.1.2019.

<https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet>

Terveyskylä. 2018. Elinsiirtotalo. Ajankohtaista. Julkaistu 5.11.2018. Viitattu 24.1.2019.

<https://www.terveyskyla.fi/elinsiirtotalo/ajankohtaista/vuoden-2018-tehdyt-elinsiirrot-31-10-menessä>

Terveyskylä b. Elinsiirtotalo. Sydämen apupumppu. Viitattu 27.3.2019

<https://www.terveyskyla.fi/elinsiirtotalo/aikuisten-elinsiirrot/sydämen-apupumppu/mikä-on-sydämen-apupumppu>

Terveyskylä c. Mistä sydänsiirrossa on kyse? Sydänsiirto. Aikuisten elinsiirrot. Elinsiirtotalo. Viitattu 24.1.2018.

<https://www.terveyskyla.fi/elinsiirtotalo/aikuisten-elinsiirrot/sydänsiirto/mistä-sydänsiirrossa-on-kyse>

Tohmo, H. Kuosa, R. & Erkola, O. 2014. Tehohoito-osasto. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim oppiportti. Viitattu 13.4.2018

<http://www.oppiportti.fi/op/ajt00008/do>

Tsurkka, A. 2014. Sairaanhoidajien perehdytys teho-osastolla. YAMK opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.1.2019.

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80931/Tsurkka%20Anne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 1.10.2018.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Viitattu 1.10.2018.

<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>

Vahtera, A. 2016. Tehohoidon aiheet ja vasta-aiheet. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Duodecim oppiportti. Viitattu 13.4.2018

<http://www.oppiportti.fi/op/atd00130/do>

World federation of societies of intensive and critical care medicine. 2018. Patient and public resources. Viitattu 4.4.2018.

http://www.world-critical-care.org/index.php?option=com_content&view=article&id=277&Itemid=46

Julkaisemattomat

Helander, T. Hyvä jälkihoito tuo elinpäiviä. Viitattu 20.2.2019.

http://www.syke-elinsiirrot.fi/liitteet/Elinsiirron_jalkihoito_170517.pdf

Isoniemi, H. Elinsiirtotoiminta. Elinsiirto- ja maksakirurgia. HYKS Vatsakeskus. Viitattu 20.2.2019.

https://www.fimea.fi/documents/160140/765540/29224_2015-05-28_Elinsiirrot_Isoniemi.pdf

Laulajainen, A. & Sakki, J. Sydänkirurgisen teho-osaston esimiehet. Yhteistyötapaaminen 2018.

Sydän- ja keuhkonsiirtopotilaan kotihoito-ohje. 2017. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Meilahden sairaala. Helsinki: Kopio Niini. Viitattu 20.2.2019.

http://www.syke-elinsiirrot.fi/liitteet/HUS_Kotihoito-ohje_A5_LOWRES.pdf

Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki tutkimusaineiston analysoinnista.....	23
Taulukko 2: Opinnäytetyöprosessin eteneminen	24

Liitteet

Liite 1: Kyselykaavake	50
Liite 2: Tutkimuslupa	53
Liite 3: Analyysitaulukko	54

Kuviot

Kuvio 1: Tehohoito ja kriittisesti sairas potilas, Meriläisen (2012) mukaan..... 9

Kuvio 2: Tehosairaanhoidajan osaaminen mukailleen Soini (2015) sekä Alastalo ym. (2017) 12

Liite 1: Kyselykaavake

Pitkittyneen tehohoitojakson aiheuttamat eettiset haasteet sairaanhoitajan näkökulmasta.
Kyselylomake M2A sairaanhoitajille 9.1.2019

Sydänkirurgisen tehohoitopotilaan pitkittyneen hoitojakson aiheuttamat eettiset haasteet sairaanhoitajan näkökulmasta:

Olemme kaksi AMK sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Tikkurilasta. Teemme kvalitatiivista opinnäytetyötä, joka toteutetaan yhteistyössä sydänkirurgisen teho-osaston M2A kanssa. Tarkoituksenamme on kerätä Teiltä arvokasta tietoa kyselyn muodossa, pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa ilmenneistä eettisistä haasteista sairaanhoitajan näkökulmasta. Lisäksi kartoitamme tehosairaanhoitajien keinoja huolehtia omasta työssäjaksamisesta. Opinnäytetyön tulokset tulevat osaston käyttöön.

Lähestymme Teitä nyt ystävällisimmin kyselykaavakkeen muodossa, johon vastaaminen vie arviolta 20 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen vastataan anonymisti. Kysely toteutetaan avoimien kysymysten muodossa, joten vastaattehan omin sanoin.

Suomen tehohoitoyhdistyksen (STHY) määrittelemät yleiset eettiset periaatteet tehohoidossa ovat:

1. Elämän säilyttäminen
2. Kärsimysten lievittäminen
3. Lisähaittojen välttäminen
4. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
5. Totuudellisuus
6. Oikeudenmukaisuus
7. Potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidossa
8. Kuoleva potilas tehohoidossa
9. Turha hoito.

Kysely keskittyy sydänkirurgisen potilaan **pitkittyneeseen tehohoitojaksoon**. Tässä kyselyssä pitkittynyt tehohoitojakso on määritelty yli seitsemäksi (7) vuorokaudeksi. Toivomme, että pyritte vastauksissanne miettimään pitkittyneiden potilaiden hoidossa ilmenneitä eettisiä haasteita.

Vastaukset kirjoitetaan tälle lomakkeelle, tarvittaessa lomakkeen toiselle puolelle. Täytetyt lomakkeet laitetaan kyselylomakkeen mukana olevaan kirjekuoreen ja palautetaan osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Vastausaikaa on kolme (3) viikkoa aikavälillä 6.2.-27.2.2019, jolloin kyselykaavakkeet ovat osastolla.

Tutkijoiden yhteystiedot:

Henna Suoknuuti

AMK sairaanhoitajaopiskelija

Ratatie 22, 01300 Vantaa

Laurea-ammattikorkeakoulu

henna.suoknuuti@student.laurea.fi

Heidi Tuominen

AMK sairaanhoitajaopiskelija

Ratatie 22, 01300 Vantaa

[Laurea-ammattikorkeakoulu](mailto:heidi.tuominen@student.laurea.fi)heidi.tuominen@student.laurea.fi

Pitkittyneen tehohoitojakson aiheuttamat eettiset haasteet sairaanhoitajan näkökulmasta.
Kyselylomake M2A sairaanhoitajille 9.1.2019

1. Kauanko olet työskennellyt tässä tehohoidon yksikössä? Rastita oikea vaihtoehto.
 Alle vuoden 1- alle 3 vuotta 3-5 vuotta Yli 5 vuotta
2. Millaisiin eettisiin hoitotyön haasteisiin olet törmännyt liittyen pitkittyneen tehohoitopotilaan itsemääräämisoikeuteen?
3. Millaisia eettisiä haasteita olet kokenut pitkittyneen tehohoitopotilaan omaisten kohtaamisessa?
4. Millaisia eettisiä haasteita olet kohdannut pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa liittyen hoidosta luopumiseen?

Pitkittyneen tehohoitojakson aiheuttamat eettiset haasteet sairaanhoitajan näkökulmasta.
Kyselylomake M2A sairaanhoitajille 9.1.2019

5. Millaisia muita eettisiä haasteita olet kohdannut pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta?
6. Miten henkilökohtaisesti käsittelet pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa kohtaamiasi eettisiä haasteita?
7. Miten huolehdit omasta työssäjaksamisesta?

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

HYKS-SAIRAANHOITOALUE: HYKS SYDÄN- JA KEUHKOKESKUS

Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Henna Suoknuuti, Heidi Tuominen
Yliopisto / amk:	Laurea Ammattikorkeakoulu, Tikkurila
Opinnäytetyön nimi:	Eettiset haasteet pitkittyneen tehohoitopotilaan hoidossa hoitotyön näkökulmasta
HUS tutkimuksen vastuhenkilö:	Sakki Jenni
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Hannele Moisander

Tutkimuksen suorituspaikka

YHTYMÄHALLINTO /

HYKS-SAIRAANHOITOALUE: HYKS SYDÄN- JA KEUHKOKESKUS / Puolto, Ekola Sirkka
Helena, 10/12/2018

- Aineisto
- Potilaat/Omaiset, Lukumäärä:
 - Henkilökunta, Lukumäärä: n.50
 - Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
 - Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Kysely

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	19.12.2018
Tutkimusluvan päättymispäivä:	28.02.2019
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Sinisalo Juha
Hyväksyjän tulosityksikkö:	HYKS-SAIRAANHOITOALUE: HYKS SYDÄN- JA KEUHKOKESKUS
Hyväksyjän toimi:	Tutkimuksen ja opetuksen vastuhenkilö

Liite 3: Analyysitaulukko

Riittämätön kärsimysten lievittäminen

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) "Huonokuntoisia potilaita "roikotetaan" heireillä/puolihereillä hengityskoneessa intuboituna (mahd. rintakehä avoinna tai ECMO:ssa) päiväkausia, vaikka edellytyksiä extubaatiolle ei ole lähiaikoina"	Huonokuntoisten potilaiden heireillä/puolihereillä pitäminen hengityskoneessa vailla extubaation edellytyksiä	Huonokuntoisten potilaiden heireillä pitäminen vailla extubaation edellytyksiä	Riittämätön kärsimysten lievittäminen
2) "Pitkittyneet ovat usein sekavia, ja sekavuutta hoidetaan melko huonosti osastollamme"	Sekavuutta hoidetaan melko huonosti osastolla	Lääkehoidolliset puutteet ja hoitotyön haasteet	
4)"Kuolevan potilaan hoito ei ole asiallista"	Asiaton kuolevan potilaan hoito		
4) "Kipulääkitys mm opiaatit kielletään potilaalta tämän ollessa väsynyt, eikä "korvaavaa" lääkitystä määrätä tilalle"	Opiaattien käytön kieltäminen potilaan ollessa väsynyt, eikä korvaavaa lääkitystä tilalle		
4) "Jos hoidosta päätetään luopua, niin potilaalle ei välttämättä anneta nukuttavaa/sedatoivaa lääkitystä"	Hoidosta luopumistilanteessa potilaalle ei välttämättä anneta nukuttavaa/sedatoivaa lääkitystä		
4) "Riittävästä kipulääkityksestä sekä nesteytyksestä huolehtiminen terminaali-vaiheen potilaalle"	Riittävästä kipulääkityksestä ja nesteytyksestä huolehtiminen terminaali-vaiheen potilaalle		
4) "Toisinaan hoidoista luovutaan "puolittain"	Osittainen hoidoista luopuminen	Osittainen hoidoista luopuminen	
4) "Ajoittain riittämätön kärsimysten lievittäminen"	Kärsimysten lievittäminen riittämätöntä	Riittämätön kivunlievitys ja kärsimysten lievittäminen	
4) "Yleisesti kärsimysten lievittäminen on liian vähäistä, voitaisiin tehdä enemmän"	Kärsimysten lievittäminen riittämätöntä		

4) "Kärsimysten lievittäminen puutteellista"	Kärsimysten lievittäminen puutteellista		
4) "Trakeostomiat tehdään liian myöhään, eli potilasta pidetään hereillä intubaatioputken kanssa"	Potilasta pidetään hereillä intubaatioputken kanssa		
4) "Potilasta ei ole kipulääkitty riittävästi"	Potilasta ei ole kipulääkitty riittävästi		
4) "Riittämätön kivunlievitys"	Kivunlievityksen riittämättömyys		
4) "Liian vähäinen kipulääkitys. Lääkärit pelkäävät lääkkeiden sivuvaikutuksia"	Liian vähäinen kipulääkitys		
4) "Kivunhoidon riittävyys/riittämättömyys"	Kivunhoidon riittämättömyys		

Omaisten toiminta

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) "Omaiset eivät aina toimi potilaan parhaaksi ja on vaikea saada heidät ymmärtämään tämä"	Omaiset on vaikea saada ymmärtämään sen, etteivät he aina toimi potilaan parhaaksi	Omaisten ymmärtämättömyys potilaan todellisesta voinnista ja toipumisenusteesta	Omaisten toiminta
4) "Tiedonvastaanottokyvyssä ongelmia -> ei ymmärrä/halua ymmärtää todellista tilannetta"	Omainen ei ymmärrä/halua ymmärtää todellista tilannetta		
4) "Omaiset ovat usein sokeita potilaan todelliselle voinnille"	Omaiset eivät käsitä potilaan todellista vointia		
4) "Omaisten läsnäolon merkitys-toisaalta toipumista tukevaa-toisaalta potilasta kuormittavaa. Kaikki eivät "kehtaa" sanoa omalle omaiselle olevansa väsyneitä."	Omaisten läsnäolon kuormittavat vaikutukset potilaan vointiin, sekä potilaan vaikeudet kertoa siitä omaisille	Omaisten läsnäolon potilasta kuormittavat vaikutukset	
4) "Ollaan liiankin positiivisia potilaan toipumisesta, vaikka ei ole todellista"	Epärealistinen toivo potilaan toipumisesta	Omaisten haluttomuus hoidonrajauksiin tai hoitojen lopetukseen	
3) "Omaiset eivät halunneet lopettaa hoitoja. Kyseessä nuori (alle 35v) potilas jolla pienet lapset. Kun edellytyksiä toipumiseen ei enää ollut, teki lääkärit kovasti töitä, että saisivat heidät	Omaisten haluttomuus lopettaa hoitoja, vaikka nuoren potilaan ennuste olematon		

ymmärtämään. ”Se hengittää vielä”, ”on niin hyvän värinen” kuullaan usein, ei ymmärretä, että koneet pitää hengissä”		
4) ”Omaiset eivät aina hyväksy sitä päätöstä”	Omaisten vaikeus hyväksyä hoidon rajaamista	
4) ”Joskus omaiset eivät ymmärrä, että he eivät voi määrätä/päittää itsenäisesti”	Omaisten vaikeus ymmärtää, etteivät voi päättää/määrätä itsenäisesti	Omaisten haasteet ymmärtää omat rajansa potilaaseen kohdistuvassa päätöksenteossa ja hoidotyössä
3) ”Ei anneta potilaan olla rauhassa ja levätä, vaan omaiset saattavat pakottaa jumppaamaan”	Omaiset eivät anna potilaan rauhassa levätä, vaan saattavat pakottaa potilaan jumppaamaan	
4) ”Vierailuaikojen noudattaminen”	Vierailuaikojen noudattaminen	
4) ”Omaiset saavat määrätä” asioita potilaan puolesta, vaikka potilas pystyisi itse vastaamaan/päyttämään asioista”	Omaiset saavat määrätä asioita, vaikka potilas olisi kykenevä itse vastaamaan asioista	
4) ”Jotkut omaiset kävelevät potilaan yli, puuttuvat asioihin potilaan puolesta”	Omaiset kävelevät potilaan yli, ja puuttuvat asioihin potilaan puolesta	
4) ”Joskus omaiset unohtavat potilaan inhimillisen kärsimyksen omassa tuskassaan”	Omaisten vaikeus kunnioittaa potilaan omaa tahtoa omassa surussaan	Omaisten vaikeus kunnioittaa potilaan omaa tahtoa
4) ”Omaiset eivät suostu kuuntelemaan potilasta”	Omaiset eivät suostu kuuntelemaan potilasta	
4) ”Aina ei kemiat kohtaa -> omainen kuvittelee olonsa syrjäytyneeksi”	Kemiat eivät kohtaa, jonka johdosta omainen tuntee itsensä syrjäytyneeksi	Yhteistyöhaasteet omaisten ja hoitajien välillä
4) ”Omaiset tulevat helposti ”hankaliksi” hoidon pitkittyessä. Heihin suhtautuminen silloin vaikeaa. Haluavat päättää vierailujen ajat ja pituudet, mm. nämä asiat yleisiä”	Hoidon pitkittyessä omaiset tulevat hankaliksi, jolloin heihin suhtautuminen haastavaa. Yleistä on halu päättää vierailuajat ja pituudet	
4) ”Omainen syyttelee huonosta hoidosta syyttä”	Omainen syyttää huonosta hoidosta ilman syytä	
4) ”Omaiset kyseenalais-tavat hoitoa”	Omaisten hoidon kyseenalaistus	

4) "Liian riippuvainen omainen"	Omainen on liian riippuvainen	
4) "Omaiset purkavat pelkoa hoitajaan"	Omaiset purkavat pelkoa hoitajaan	
4) "Omaisten ymmärrys on ollut huonossa tilanteessa rajoittunut, vaikka asiat on kerrottu useaan kertaan. Omaiset ovat kokeneet asioita "pimitettävän"	Omaisilla vaikeus sisäistää saatua informaatiota huonossa tilanteessa, ja ovat kokeneet asioita pimitettävän	Omaisten vaikeus sisäistää saatua informaatiota
4) "Omaisten ymmärrys on ollut huonossa tilanteessa rajoittunut, vaikka asiat on kerrottu useaan kertaan. Omaiset ovat kokeneet asioita "pimitettävän"	Omaisilla vaikeus sisäistää saatua informaatiota huonossa tilanteessa, ja ovat kokeneet asioita pimitettävän.	
2) "Omaisilla on suuri vastuu siinä, että potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu kun tilanne on kriittinen ja päätöksiä on tehtävä nopeasti"	Omaisilla suuri vastuu siinä, että potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu kriittisessä ja nopeita päätöksiä vaativassa tilassa	Omaisten vastuu tuoda julki potilaan oma tahto
4) "Jotkut omaiset halusivat olla koko ajan omaisen vieressä, vaikka potilas täysin sedatoitu ja järjestely mahdoton nykyisellä "avo-osastolla" jossa vain verhot potilaiden välissä"	Omaisten ymmärtämättömyys tehohoitoympäristöä kohtaan	Omaisten ymmärtämättömyys tehohoitoympäristöä kohtaan
4) "Toisaalta myös huonetoverien levon turvaaminen" (omaisten ollessa osastolla)	Huonetoverin levon turvaaminen	

Potilaan hoitotahdon toteutuminen

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) "Potilaan omaa tahtoa on vaikea toteuttaa"	Potilaan omaa tahtoa on vaikea toteuttaa	Potilaan tahto vaikeasti toteutettavissa	Potilaan hoitotahdon toteutuminen
4) "Potilaasta tilanne vaikuttaa ehkä toivotomalta, tai potilas haluaisi luovuttaa, jättää kuntoutuksen väliin tms. Kuitenkin hoitajana tietää, että tilanteesta voi toipua kuntoutuksella yms. Potilaan tahto ei ole hänen omaksi parhaakseen. Potilasta joudutaan	Potilaan pakottaminen kuntoutuksen vasten tahtoa tilanteessa, jossa mahdollisuus toipumiseen		

usein pakottamaan - hoitajana koen että useimmiten tämä lo- pulta kannattaa”		
4) ”Potilaan papereissa lukee, ettei halua elvy- tystä ja tätä toivetta ei noudateta -> elvyte- tään ja laitetaan ”ko- neeseen”	Lääkäri ohittanut potilaan selkeän kirjatun hoitotah- don	Potilaan hoitotahto on ohitettu
4) ”Potilas on joskus sanonut, että haluaa kuolla (siis todella huo- nokuntoinen) -> halu- aisi hoitojen lopetusta ja lääkärit eivät suostu- neet”	Lääkäri jatkanut hoitoja huoli- matta potilaan pyynnöstä lopet- taa hoidot	
3) ”Hoitotahtoa ei ole kunnioitettu”	Potilaan hoitotah- toa ei ole kunnioi- tettu	Potilaan hoitotahtoa ei ole kunnioitettu
4) ”Myös tilanteissa, jossa potilas itse il- moittaa oman tahtonsa sitä ei kunnioiteta”	Potilaan ilmais- tessa tahtonsa sitä ei kunnioiteta	
4) ”Olisi hyvä, jos poti- laalla olisi joku hoito- tahto, mitä haluaa hoi- don pitkittyessä”	Hoidon pitkitty- essä hoitotahto olisi hyvä olla	Hoitotahdon puuttu- minen
3) ”Kun hoitotahto ei ole ihan selvillä, omai- silla ei aina ole selvää näkemystä mitä poti- laat haluaa”	Hoitotahto ei ole selvillä ja omai- silla ei ole selvää näkemystä mitä potilas haluaa	
4) ”Jokaisen aikuisen pitäisi miettiä ja kir- jata kirjallinen hoito- tahto”	Jokaisen aikuisen tulisi kirjata hoi- totahto	
1) ”Joskus tällaisen po- tilaan hoitotahdosta ei myöskään ole etukä- teistietoa”	Joskus potilaan hoitotahdosta ei ole etukäteistie- toa	
3) ”Sedaatio, sekavuus -> usein potilaan mieli- pidettä ei kuunnella”	Potilaan mieli- pidettä ei välttä- mättä oteta huo- mioon sekavuu- desta johtuen	Potilaan mielipiteen huomiotta jättäminen
4) ”Ei aina kuulla poti- laan mielipidettä”	Potilaan mieli- pidettä ei aina kuunnella	
4) ”Puolihorteiselta po- tilaalta kysytään kysy- myksiä, jotka vaikutta- vat potilaan koko lop- puelämään ja lääkäri tulkitsee vastauksen,	Lääkäri tulkitsee puolihorteisen po- tilaan tahdonil- maisun oman mie- len mukaan, jos edes saa sellaisen	

jos edes sellaisen saa, oman mielen mukaan”		
2) ”Mielipiteet saate- taan huomioida, joskus harvoin kysyä”	Potilaan mielipi- dettä ei aina huomioida tai välttä- mättä edes kysyä	
4) ”Oikeudenmukaisuus ei toteudu. Riippuen potilaasta tai lääkäristä kohtelu tai hoito saat- taa olla erilaista”	Oikeudenmukai- suus ei toteudu. Potilaiden hoito ja kohtelu erilaista riippuen poti- laasta tai lääkä- ristä	Oikeudenmukaisuus- den toteutumatto- muus

Kommunikaatiovaikeuksiin liittyvät eettiset haasteet

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
2) ”Merkittävin on sellai- nen tilanne, että potilas ei itse voi vaikuttaa, esim. apupumpun laittamiseen millään tavalla, kun on hengityskoneessa sedatoi- tuna. Aina potilas ei voi itse vaikuttaa hoitolin- jauksiinsa”	Potilaan vaikeudet se- daatiosta ja hengitys- konehoidosta johtuen ottaa kantaa omiin hoitolinjauksiinsa esi- merkiksi apupumpun laittamiseen	Potilaan vai- keudet päät- tää omasta hoidosta se- daatiosta ja keinoilma- tiestä johtuen	Kommunikaatiovai- keuksiin liittyvät eettiset haasteet
4) ”Potilaat ovat usein se- datoituna useita päiviä, jolloin heidän oma tah- tonsa on kysymysmerkki”	Potilaan oma tahto ei tiedossa usean päivän sedaation vuoksi		
1) ”Monet tehohoitopoti- laat ovat pitkittyneesti hoidossa hitaan heräämi- sen, CIP/CIM-/tai neurolo- gisten syiden takia, mikä tarkoittaa sitä, että hoi- taja toimii pitkälti poti- laan puolestapuhujana. Tällainen potilas on usein intuboituna/trakeostomoi- tuna, jolloin kommuni- kointi ja toiveiden kuun- telu haastavaa”	Hoitaja toimii poti- laan puolestapuhu- jana potilaan hoidon pitkittyessä. Kommu- nikointi ja toiveiden kuuntelu haastavaa myös keinoilmatiestä johtuen		
4) ”Potilas ei itse pysty päättämään hoidon jatka- misesta (sedatoitu/intu- boitu)”	Potilaan rajoittunut kyky ilmaista tahtoa intuboinnista tai se- daatiosta johtuen		
4) ”Trakeostomoidun poti- laan kanssa kommunika- tio haasteellista”	Kommunikaatiovai- keudet trakeosto- moidun potilaan kanssa		
2) ”Potilas on niin väsy- nyt, ettei jaksa kommuni- koida kunnolla, herättämi-	Väsynyt potilas ei jaksa kommunikoida kunnolla	Potilaan ky- vyttömyys il- maista mieli- pidettään tai	

nen ei mahdollista äärimmäisen epästabiilin hemodynamiikan vuoksi”		tekemään päätöksiä
4) ”Lääkkeet, kipu ja vaihtuvat tilanteet ym. vaikuttavat siihen, että potilas ei ole ”oma itsensä” eikä välttämättä pysty tekemään päätöksiä tai ilmaisemaan aidosti mielipidettään”	Potilas ei ole oma itsensä hoidosta johdun, eikä välttämättä kykene tekemään päätöksiä tai ilmaisemaan mielipidettään	
4) ”Kommunikointi haastavaa”	Kommunikoinnin haasteet	
4) ”Omalla äidinkielellä palvelu puutteellista”	Omalla äidinkielellä palvelu puutteellista	Kielelliset haasteet
4) ”Lääkäri puhuu potilaan/omaisten kanssa niin, että hoitajan täytyy tulkata”	Lääkäri puhuu niin, että hoitaja joutuu selventämään potilaalle/omaisille lääkärin puhetta	Ammattitermistön käytön aiheuttamat kommunikatiovaikeudet
4) ”Kun asioista ei keskustella avoimesti, tai hoidon tavoitteet on epäselvät, purkaantuu hoitajien ja päivystäjien turhautuminen ja epävarmuus tilanteessa juoruiluna ja vatvoimisella, joka voi johtaa väärinkäsityksiin ja väärän tiedon leviämiseen”	Asioista ei keskustella avoimesti työyhteisössä, mikä purkaantuu juoruiluna ja vatvomisena.	Hoidon tavoitteiden epäselvyys hoitotilmissä
4) ”Hoidon tavoitteet jäävät ajoittain hoitajille hämärän peittoon kun lääkärit eivät kaikkea kerro hoitajille”	Lääkärit eivät kerro kaikkea hoitajille, joten hoidontavoitteet jäävät ajoittain hämärän peittoon.	

Hoidon pitkittäminen

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) ”Omaisten painostuksesta potilaan tehohoitoa on jatkettu, vaikka ennuste on lääketieteen kannalta ollut olema-ton”	Tarpeetonta hoitoa vailla ennustetta on jatkettu omaisten painostuksesta	Tarpeeton potilaan hoidon pitkittäminen omaisten painostuksesta	Hoidon pitkittäminen
3) ”Usein hoitoja pitkitetään hoitajan näkökulmasta katsottuna tarpeettomasti, vaikka toipumisennustetta ei ole”	Hoitoja pitkitetään tarpeettomasti vailla toipumisennustetta	Tarpeeton potilaan hoidon pitkittäminen ilman toipumisennustetta	
2) ”Tehdään hirveästi töitä, että potilas pelastuisi sairaudesta, mistä ei voi pelastua” (turha hoito)	Tehdään töitä, jotta potilas pelastuisi sairaudesta, mistä ei voi pelastua		

2) ”Välillä pohtii pitkittäkö hoitoja turhaan ja kärsiikö potilas vain tästä”	Pitkittynyt turha hoito	
4) ”Hoitoa pitkitetään turhaan, vaikka toivoa ei enää ole”	Hoitoa pitkitetään turhaan vailla toipumisennustetta	
4) ”Tarpeeton hoidon pitkittäminen vaikka tiedetään että kuolema on varmasti edessä”	Turha hoito tilanteessa, jossa potilas tulee menehtymään	
4) ”Hoidon turha pitkitäminen”	Hoidon turha pitkitäminen	
4) ”Usein hoitoa pitkitetään liian pitkään”	Hoitoa pitkitetään liian pitkään	
4) ”Hoidon pitkittämien ei paranna”	Hoidon pitkittäminen ei paranna	
2) ”Tuntuu, että hoidonlopettamispäätös tehdään liian myöhään”	Hoidonlopettamispäätös tehdään liian myöhään	
4) ”Turha hoito”	Turha hoito	
4) ”Tehdään turhia toimenpiteitä, jotka eivät hyödytä toipumista”	Tehdään turhia toimenpiteitä, jotka eivät edistä toipumista	
4) ”Milloin hoitoa pitkitetään turhaan/vääristä syistä/jonkun muun kuin potilaan vuoksi”	Hoidon pitkittäminen jostakin muusta kuin potilaasta johtuvasta syystä	Hoidon pitkittäminen potilaasta johtuvista syistä
4) ”Rankkoja hoitoja liian huonokuntoisille potilaille”	Rankkoja hoitoja liian huonokuntoisille potilaille	Rankkoja hoitoja liian huonokuntoisille potilaille
3) ”Hoidosta luopumisen protokollat vaihtelevat”	Hoidosta luopumisen protokollissa vaihtelevuutta	Potilaan hoidosta luopumisen protokollien vaihtelevuus

Päätöksenteko

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
3) ”Omaisten mielipidettä on kysytty, kun potilaan mielipidettä ei saada -> itsemääräämisoikeus toteutuu?”	Omaisten mielipidettä kysytään potilaan mielipiteen puuttuessa	Päätöksenteko potilaan puolesta mielipiteen puuttuessa, tai kun potilas ei kykene tekemään päätöksiä	Päätöksenteko
1) ”On todella vaikeaa vetää rajaa siihen, milloin on oikea aika luopua hoidoista. Ja myös se, että toinen ihminen päättää sen potilaan puolesta, jos ei ole selkeää hoitotahtoa etukäteen”	On todella vaikeaa vetää rajaa siihen, milloin on oikea aika luopua hoidoista, sekä se, että toinen ihminen päättää sen		

	potilaan puolesta hoitotahdon puuttuessa	
4) ”Extuboitu potilas ei välttämättä ymmärrä hoitonsa tarkoitusta tai päämäärää -> joudutaan tekemään päätöksiä potilaan puolesta tai teettämään asioita/hoidoja potilaan tahdosta riippumatta”	Extuboitu potilas ei välttämättä ymmärrä hoitonsa päämäärää. Päätösten tekeminen potilaan puolesta tai tahdosta riippumatta	
4) ”Potilaan mielipidettä kysytään sedaatiotaukojen avulla, onko potilas tuolloin kykenevä käsittämään tilannettaan?”	Onko potilas kykenevä sedaatiotauoilla käsittämään tilannettaan	Potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidosta ja sairaus-tilanteesta johtuen
3) ”Potilaan vajaa päätöksentekokyky liittyen leikkauksiin/toimenpiteisiin/kuntoutus”	Potilaan vajaa päätöksentekokyky hoitolinjauksiin liittyen	
4) ”Tehohoitopotilaalla ei yleensä ole psyykkisiä/fyysisiä voimia tekemään montaakaan päätöstä hoitoon liittyen”	Potilaan kyvyttömyys tehohoidosta johtuen tehdä päätöksiä hoitoonsa liittyen	
2) ”Potilas on deliriumissa, eikä kykene päättämään asioista”	Deliriumissa oleva potilas ei kykene päättämään asioistaan	
4) ”Osa potilaista on niin väsyneitä, lääkittyjä, psyykkisesti selaisessa tilassa, esim. äkillisesti sairastuttuaan ja heiltä kysytään heidän loppuelämänsä vaikuttavia asioita”	Potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidosta tai lääkityksistä johtuen, ja heiltä kysytään loppuelämänsä vaikuttavia asioita	
4) ”Potilasvalinta; minkä kuntoisia leikataan?”	Potilasvalinta. Minkä kuntoisia potilaita leikataan?	Potilasvalintaan liittyvät haasteet

Potilaan hoidon vastuukysymykset

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) ”Jos potilas joutuu käymään useasti leikkauksissa päivystysaikaan, on epäselvää kuka tiedottaa omaisille, vastuuta välteillään”	Epäselvyys siitä, kuka tiedottaa omaisille, jos potilas joutuu käymään useasti leikkauksissa päivystysaikaan. Vastuuta välteillään	Vastuun välttely omaisten tiedottamisessa	Potilaan hoidon vastuukysymykset

2) ”Omaisilla on paljon ”ruusuisempi” kuva potilaan voinnista, silloin pohtii mitä lääkäri on puhunut omaisille, ja joskus tuntuu että vaikeita päätöksiä siirretään tarpeettomasti eteenpäin, ettei itse tarvitsisi kohdata omaisia / potilasta	Omaisilla epärealistinen käsitys potilaan voinnista, jonka johdosta mietityttää mitä lääkäri on heille sanonut. Hoitajasta joskus tuntuu, että vaikeita päätöksiä siirretään turhaan eteenpäin omaisten/potilaan kohtaamisen välttämiseksi	Vaikeiden päätösten siirtäminen eteenpäin	
4) ”Hoitajana koen, ettei päätöksiä tehdä riittävän nopeasti. Usein vastuuta/Päätöksentekoa vältellään tai siirretään ”katsootaan nyt viikonlopun yli, vielä pari viikkoa” tms. On vaan liian usein kuultu. Lääkäri ei kykene kohtaamaan tilannetta”	Hoitolinjauksiin liittyviä päätöksiä ei tehdä riittävän nopeasti, vaan päätöksentekoa vältellään		
4) ”Kukaan lääkäreistä ei ota vastuuta hoidosta luopumisesta, vaikka potilaan toipuminen ei edisty”	Lääkärit eivät ota vastuuta potilaan hoidosta luopumisesta, vaikka toipuminen ei edisty	Lääkärit eivät ota vastuuta hoidosta luopumisesta, vaikka potilaan toipuminen ei edisty	
4) ”Lääkäreiden mielenkiinnon lasku potilaan hoitoon/asiaan paneutuminen vaihtelee - hyvin paljon hoitajien vastuulla, esim. labravastaukset, lääkitys, potilaan yleisvointi - kuntoutuksen edistyminen”	Hoitajien vastuulla paljon tehtävää riippuen lääkärin mielenkiinnosta potilaan hoitoa kohden	Hoitajien suuri vastuu potilaan hoidossa	
4) ”Hoitokokouksien sisällöistä, tai ylipäättään säännöllisestä järjestämisestä tulisi infota omaisia”	Hoitokokouksista tulisi paremmin informoida omaisia	Riittämätön omaisten informointi	

Pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuus

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) ”Iso osa kokeneimmista hoitajista ei toteuta dialyysia, koska joutuisivat hoitamaan useammin pitkittyneitä potilaita”	Kokeneimpien hoitajien haluttomuus toteuttaa dialyysia, välttääkseen pitkittyneiden potilaiden hoidon	Hoitajien haluttomuus ja motivaation puute hoitaa pitkittyneitä potilaita	Pitkittyneen tehohoitopotilaan hoitotyön kuormittavuus

4) "Hoitoa ei toteuteta hoitohenkilökunnan halun tai koulutustason takia"	Hoidon toteutus on riippuvainen hoitohenkilökunnan halusta ja koulutustasosta	
2) "Hoitajana vaikea motivoitua pitkittyneen potilaan hoitamiseen"	Vaikeus motivoitua pitkittyneen potilaan hoitamiseen	
4) "Potilaan hoidon pitkittyessä potilaan hoidon lääketieteellinen mielenkiintoisuus vähenee"	Hoidon pitkittyessä hoidon lääketieteellinen mielenkiintoisuus vähenee	
4) "Monet nuoret ja kokemattomat joutuvat hoitamaan pitkittyneitä potilaita "liian" usein, mikä johtaa väsymiseen ja mahdolliseen työpaikan vaihtoon"	Nuoret ja kokemattomat hoitajat joutuvat hoitamaan pitkittyneitä potilaita liian usein, joka voi johtaa väsymiseen ja mahdolliseen työpaikan vaihtoon	Pitkittyneen teho- hoitopotilaan tois- tuvan hoitotyön ai- heuttamat vaiku- tukset hoitajissa
2) "Jos useita päiviä putkeen hoitanut samaa potilasta, joidenkin hoitajien kohdalla se alkaa näkyä tavassa puhua potilaalle ja saatetaan mennä "helpoimman" kautta. Pahimmillaan potilas kuulee keskustelut siitä, ettei jaksattaisi hoitaa häntä"	Joskus saman potilaan hoitaminen useiden päivien ajan alkaa näkyä kommunikaatiossa ja hoitotyön tason alentumisena. Pahimmillaan potilas kuulee keskustelut, ettei jaksattaisi hoitaa häntä	

Eriävät näkemykset

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
3) "Potilaan mielipide vs. lääkärin mielipide"	Potilaan mielipide vs. lääkärin mielipide	Potilaan ja lääkärin eriävät mielipiteet	Eriävät näkemykset
3) "Omaisten toiveet ja annetut hoitolinjaukset eivät kohtaa -> omaisten eri käsitykset elämän säilyttämisestä ja kärsimysten lievittämisestä"	Omaisten eriävät käsitykset elämän säilyttämisestä ja kärsimysten lievittämisestä	Omaisten eriävät näkemykset asiantuntijoiden kanssa	
4) "Omaiset eivät aina ole samaa mieltä kun lääkäri-hoitohenkilökunta potilaan hoidon rajaamisesta"	Omaisten eriävät mielipiteet asiantuntijoiden kanssa hoitolinjauksista		
4) "Omaisten ristiriitaiset näkemykset"	Omaisten ristiriitaiset näkemykset		

1) ”Omaisen näkemys voi myös erota potilaan omaan tahtoon, heillä voi olla erilaiset toiveet”	Potilaan ja omaisten näkemys ja toiveet eroavat toisistaan	Omaisten näkemys erot potilaan kanssa
4) ”Lääkäreillä eri tavoitteet hoidon etenemisestä/jatkamisesta keskenään tai hoitohenkilökunnan tai omaisten kesken”	Lääkäreiden erimielisyydet hoidon tavoitteiden suhteen eri ammattilaisten/omaisten kesken	Eriävät hoidon tavoitteet
4) ”Hoitokokouksessa lääkäreillä on eriäviä mielipiteitä”	Lääkäreiden eriävät mielipiteet hoitokokouksissa	
4) ”Myöskään tiettyjen kollegoiden potilaiden kohdalla tuntuu pätevän eri säännöt. Neurologi ja anestesioologi saattaisi olla lopetuksen kannalla, mutta kirurgi vaatii hoitoja jatkettavan”	Potilaiden kohtelussa ja hoitolinjauksissa eri suuntauksia, lääkärin ovat eri mieltä potilaan hoidon rajauksista	
4) ”Hoitajan näkemystä ei aina kunnioiteta/kuunnella”	Hoitajan näkemys huomiotta jättäminen	Hoitajaa ei kuunnella

Totuudellisuus

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
3) ”Joskus lääkärit ”kaunistelevat” potilaan tilannetta, kun potilaan voinnista kerrotaan. Hoitaja vaikeassa asemassa, kun ei voi kertoa lääketieteellisistä asioista (totuudellisuus)”	Lääkärit eivät kerro omaisille totuudellisesti potilaan tilanteesta, jolloin hoitaja vaikeassa tilanteessa omaisten informoinnin suhteen	Tilanteen tai ennusteen kaunistelu	Totuudellisuus
4) ”Ennusteen ”silottelu” kriittisissä tilanteissa”	Ennusteen silottelu kriittisissä tilanteissa		
4) ”Kaikkia faktoja ei välttämättä aina kerrota omaisille”	Kaikkia tosiasioita ei aina kerrota omaisille	Asioiden kertomatta jättäminen	
3) ”Komplikaatioista kertominen; välillä tuntuu, että ennen leikkausta lääkärit eivät kerro hoidon komplikaatioista, joten pitkittyminen ja siihen liittyvät asiat tulevat yllätyksenä”	Lääkärit eivät informoi komplikaatioista ja hoidon pitkittymisen tuleen yllätyksenä		
2) ”Hoitajana joskus vaikea arvioida, kuinka	Hoitajana joskus vaikea arvioida, kuinka	Hoitotyön tiedonannon laajuuden arviointi	

paljon itse voi antaa tietoa”	paljon saa antaa tietoa	
3) ”Kun mietitään ja jähkataan hoitojen lopetusta. On hirmu haastavaa puhua omaisille kun ei ole vielä varmuutta”	Hoitolinjauksien puuttuessa hoitotyön haasteena omaisten informointi	Haasteet omaisten informoinnissa hoitolinjauksien puuttuessa

Riittämättömien resurssien ja työn luonteen tuomat haasteet

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) ”Hoitajalla rajoitettu aika sairaalassa potilastyön ohella tukea omaisia”	Hoitajan rajoitettu aika potilastyön ohella	Rajallinen aika potilastyössä ja omaisten kohtaamisessa	Riittämättömien resurssien ja työn luonteen tuomat haasteet
4) ”Ajan riittäminen sekä potilaan hoitamiseen, että omaisten kanssa keskusteleminen”	Hoitajan ajan riittäminen potilaan hoitamiseen sekä omaisille		
1) ”Omaisten kohtaaminen on oma haasteensa, sillä heidän tulisi samaan aikaan saada yksilöllistä kohtelua, kun osaston profiili rajoittaa esimerkiksi vierailuiden pituutta”	Omaisten tulisi saada yksilöllistä kohtelua, mutta osaston profiili rajoittaa esimerkiksi vierailujen pituutta	Osaston profiilin aiheuttamat haasteet	
4) ”Henkilökuntamiehitys harvoin mahdollistaa poistumista potilaan viereltä”	Henkilökuntamiehituksen johdosta potilaan viereltä poistuminen hankalaa	Henkilökuntamiehituksen aiheuttamat haasteet	
4) ”Henkilökunnan riittämättömyys määrällisesti/laadullisesti”	Henkilökunnan riittämättömyys määrällisesti/laadullisesti		
4) ”Liian vähän henkilökuntaa hoitoisuuteen nähden, osaamattomuus, kiire, asenne”	Liian vähän henkilökuntaa hoitoisuuteen nähden. Lisäksi kiire, osaamattomuus ja asenne vaikuttavat		
4) ”Taloudelliset tekijät”	Taloudelliset tekijät	Taloudelliset tekijät	
4) ”Liian vähän fysio-, toiminta- tai muuta terapiaa”	Liian vähän erilaisia terapioiden	Liian vähäinen terapian tarjonta potilaalle	

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
1)"Hoidossa on eri kuntoisia potilaita ja potilaiden tietosuojausta tulisi pitää parempaa huolta -> ettei toisen potilaan asioista puhu kovaan ääneen, kun viereisellä paikalla on virkeämpi melkein vuodeosastokuntoinen potilas, joka kuulee kaiken"	Tietosuojasta tulisi pitää parempaa huolta. Potilaan asioista ei tule puhua kovaan ääneen, niin ettei parempikuntoinen potilas viereisellä paikalla kuule	Potilaan tietosuojausta huolehtiminen avo-osastolla	Yksityisyyden suoja
4)"Viereinen potilas saattaa olla kuunteleva, joten se voi rajoittaa keskustelua"	Keskustelun rajoittuneisuus parempikuntoisten potilaiden vuoksi		
1)"Potilaspaikkojen välissä on vain verhot, joten on tärkeä huomioida näkösuoja"	Tärkeää huomioida näkösuoja	Potilaan intimitetisuojausta huolehtiminen	
1)"Intimiteettisuoja on asia, joka mikä monesti unohtuu helposti"	Intimiteettisuoja unohtuu helposti		
4)"Tietosuoja ongelmia -> kuka on oikeasti lähimainen, tietojen luovutus"	Kuka on oikeasti omainen. Kenelle tiedot luovutetaan	Potilaan tietojen luovutus	

Omaisten ja potilaan tukeminen

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
4) "Jatkuva itsensä "skarppaaminen" siihen että jaksaa tukea omaisia päivästä toiseen ja löytää motivaatiota potilaan hoitamiseen, vaikka tietää/näkee että potilaan "peli on menetetty"	Hoitajien haasteet tukea vailla toipumisennustetta olevien potilaiden omaisia	Haasteet omaisten tukemisessa	Omaisten ja potilaan tukeminen
4)"Ongelma on omaiset, joilla ei ole tukiverkostoa. Huomaa, että voimavarat yksin ei riitä pitkittyneen potilaan hoidon vierellä kulkemiseen"	Väsyneet omaiset ilman tukiverkostoa		
2) "Miten valaa uskoa tulevaan, kun toipuminen leikkauksesta on erittäin hidasta?"	Miten pitää toivoa yllä, kun potilaan toipuminen on hidasta	Toivon ylläpitäminen kuntoutumisen ollessa hidasta	
2)"Miten tukea potilasta esim. kuntoutumisen ei etene?"	Miten tukea potilasta, kun kuntoutuminen ei etene?		

nessa, kun itsestä tun- tuu, ettei toipuminen etene?”			
2) ”Miten tukea poti- lasta tilanteessa, kun potilas on tajuissaan ja ymmärtää että hoito lo- petetaan?”	Miten tukea tajuis- saan olevaa potilasta hoidon lopettamisti- lanteessa	Tajuissaan olevan potilaan tukeminen hoidon lopettamisti- lanteessa	

Haasteet perushoidossa

Alkuperäisilmaisu	Tiivistys	Alaluokka	Yläluokka
3) ”Muita pienempiä haasteita on päivittäin; kun on pakko tehdä esim. asentohoidot, py- ritään yleensä kompro- missiin”	Pienempiä haas- teita päivittäin, esimerkiksi asentohoidoissa pyritään yleensä kompromissiin	Haasteet päivittäis- ten hoitotoimien suorittamisessa po- tilaan itsemäärää- misoikeuden näkö- kulmasta	Haasteet perushoi- dossa
2) ”Pääasiassa hoitaja päättää kaikessa, miten potilaan päivä etenee”	Hoitaja päättää potilaan päivä- rytmin	Hoitajan suuri rooli päivärytmin toteu- tumisessa	
4) ”Riittävän unen/vuo- rokausirytmien ylläpitä- minen, ympäristön rau- hoittaminen yöaikaan hoidon pitkittyessä, mm. hengitysteiden imut on suunniteltu ta- pahtuvaksi tiettyyn ai- kaan vuorokaudesta huolimatta siitä nuk- kuuko potilas vai ei”	Riittävän unen, ympäristön rau- hoittamisen, sekä vuorokausi- rytmien ylläpitä- misen haasteet	Unen ja vuorokausi- rytmien ylläpitämi- sessä ilmenevät haasteet	
4) ”Potilaan unensaantia ei ole tuettu”	Unensaannin tuki riittämä- töntä		