



Tiimityön toimivuus kriittisesti sairaalan potilaan hoidossa hoitohenkilökunnan kokemana

Kristiina Koskela

Lumi Vuorio

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2019

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Klininen asiantuntija, akuuttihoito

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Klininen asiantuntija, akuuttihoito

KOSKELA KRISTIINA & VUORIO LUMI:

Tiimityön toimivuus kriittisesti sairaan potilaan hoidossa hoitohenkilökunnan kokemana

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Marraskuu 2019

Kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa hoitohenkilökunnan tiimityöskentelytaidot ovat tärkeä osa potilaan hoitoa ja potilasturvallisuutta. Laadukkaassa tiimityössä ammattilaisten työpanos saadaan käyttöön potilaan hyödyksi, kun taas puutteet tiimityössä voivat johtaa haittatapahtumaan. Oulaskangas on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva verraten pieni ympärivuorokautista päivystyshoitoa antava sairaala, jossa kokemusta kriittisesti sairaan potilaan hoidosta kertyy niukasti hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kriittisesti sairaan potilaan hoidosta tiimityön osalta Oulaskankaan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli tuottaa kehittämis ehdotuksia tiimityön parantamiseksi kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esiin ei-tekniisten taitojen merkitystä hoitotyössä. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta, ja tutkimusaineisto kerättiin Oulaskankaan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalta learning cafe -menetelmällä. Teemat aineistonkeruussa perustuivat CRM-periaatteisiin, joka on menetelmä tiimityöskentelytaitojen parantamiseksi. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittivat, että hoitohenkilökunnalla on paljon ajatuksia tiimityön ja toiminnan kehittämiseksi sekä ymmärrystä moderneista potilasturvallisuuden käytännöistä. Kehittämistarpeita nähtiin kaikilla tiimityön osa-alueilla kommunikaatiosta johtamiseen ja hoidon organisointiin. Vahvuuksina nähtiin hoitajien kollegiaalisuus ja kokeneiden hoitajien osaaminen ja ohjaaminen uusissa tilanteissa.

Tiimityötä tutkitusti parantavia malleja on monia, mutta niiden hyödyntäminen vaatii aktiivisuutta organisaatiossa. Tiimityön parantamiseksi ehdotettiin organisaatioon uusien ja jo käytössä olevien hoitoprotokollien juurruttamista. Lisäksi ehdotettiin traumatiimitoiminnan aloittamista sovellettuna organisaatioon, moniammatillisen tiimityön harjoittelua simulaatio-oppimisen keinoin, sekä osaamisen tunnistamista ja hyödyntämistä organisaatiossa.

Jatkotutkimusaiheena ehdotettiin toimintatutkimusta, jonka avulla voitaisiin implementoida potilasturvallisuutta edistäviä käytäntöjä organisaatioon. Jatkotutkimuskohteeksi ehdotettiin tutkimusta hoitohenkilökunnan psyykkisestä kuormituksesta kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa.

ABSTRACT

Asiasanat: päivystys, päivystyshoitotyö, tiimityö, CRM, ei-tekniiset taidot, kriittisesti sairas potilas, potilasturvallisuus

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

Koskela Kristiina & Vuorio Lumi:

The Effectiveness of Teamwork in Treating Critically Ill Patient Experienced by the Nursing Staff

Master's thesis 61 pages, appendices 9 pages
November 2019

When treating critically ill patient, teamwork skills of medical staff are an important part of patient care and patient safety. The purpose was to examine and describe the experiences of the nursing staff in the care of a critically ill patient in teamwork. The aim was to produce development proposals to improve teamwork in the care of critically ill patient. Another aim was to highlight the importance of non-technical skills in nursing. The study was qualitative in nature and the data were collected from Oulaskangas's nursing staff by the learning cafe method. The themes in the data collection were based on CRM principles, a method for improving teamwork skills. The data were analyzed by content analysis.

The results reveal that the nursing staff have ideas for developing teamwork, as well as an understanding of modern patient safety practices. Development needs were seen in all areas of teamwork, from communication to leadership. The strengths were seen as the collegiality of nurses and the skills and guidance of experienced nurses in new situations. Overall, the study suggests that in order to improve teamwork it should introduce new and existing treatment protocols into the organization.

As a follow-up topic, action research was proposed to implement patient safety practices within the organization. The subject of further study on the psychological burden of nursing staff in the treatment of a critically ill patient was also suggested.

Key words: emergency department, emergency care, teamwork, CRM, non-technical skills, critically ill patient, patient safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OULASKANKAAN SAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYS	6
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	7
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
4.1	Tutkimuksen taustaa	8
4.2	CRM-menetelmä tiimityön parantamiseksi	9
4.3	Kriittisesti sairas potilas päivystyksessä	12
4.4	Potilasturvallisuus päivystyshoitotyössä	13
4.5	Tiimityö kriittisesti sairaan potilaan hoidossa	15
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	17
5.1	Kvalitatiivinen menetelmä	17
5.2	Aineiston hankinta learning cafe- menetelmällä	18
5.3	Aineiston analyysi	19
6	TOTEUTUS	20
6.1	Tiedonantajien kuvaus	20
6.2	Aineiston keruu	20
6.3	Sisällönanalyysi	22
7	TULOKSET	25
7.1	Hoitotyön osaaminen	25
7.2	Simulaatioharjoittelu	27
7.3	Hoitotilanteen organisointi	27
7.4	Tiimityön johtaminen	29
7.5	Tunteet kriittisesti sairasta hoidettaessa	30
7.6	Kommunikaatio hoitotilanteessa	30
7.7	Työskentely tiimissä	31
7.8	Tiedonkulku potilaan hoitopolun aikana	32
8	POHDINTA	35
8.1	Tulosten tarkastelu	35
8.2	Eettisyys	44
8.3	Luotettavuus	45
8.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	46
	LÄHTEET	49
	LIITTEET	53
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi	53
	Liite 2. Tutkimusartikkelit taulukkona	54
	Liite 3. Tietoinen suostumuslomake	59

1 JOHDANTO

Kriittisesti sairaan potilaan hoidon onnistuminen on monitekijäinen asia. Kun potilasta kokoontuu hoitamaan suuri joukko terveydenhuollon ammattilaisia, voi olla mahdollista, etteivät nämä ihmiset tunne toisiaan, tehtävänkuvaansa tiimissä tai tiimin jäsenten osaamistasoja. Tästä syystä on tarpeen kiinnittää huomiota hoidon organisointiin ja sitä kautta tiimin kokonaissuoritukseen. (Handolin & Väisänen 2007, 1164.)

Yksi merkittävä potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä on tiimityön laatu. Laadukkaassa tiimityössä ammattilaisten työpanos saadaan käyttöön potilaan hyödyksi, kun taas puutteet tiimityössä voivat johtaa haittatapahtumaan. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 12-14; Hoppu, Niemi-Murola & Handolin 2014, 1744, 1748.) Kun on tutkittu hoitovirheiden syitä, on havaittu useimpien virheiden taustalla olevan inhimillisiä ja systeemivirheitä. Tilannetta on pyritty parantamaan hoitohenkilökunnan tiimityöskentelytaitoja kehittämällä ja virheen mahdollisuutta pienentämällä esimerkiksi systemaattisen simulaatioharjoittelun ja erilaisten tarkistuslistojen avulla. (Rall 2013, 10-11.)

Oulaskangas on verraten pieni ympärivuorokautista hoitoa antava sairaala Pohjois-Pohjanmaalla (PPSHP 2018a). Kriittisesti sairaita potilaita ohjautuu Oulaskankaalle alueellisen hoidonporrastuksen mukaan melko vähän (PPSHP 2018b), minkä vuoksi kriittisesti sairaan potilaan hoitamisesta ei pääse syntymään rutiinia hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön aihe lähti yhteisestä kiinnostuksesta kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöhön. Tässä opinnäytetyössä tutkitaan Oulaskankaan sairaalan yhteis-päivystyksen hoitohenkilökunnan kokemuksia tiimityöstä kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa. Tavoitteena on tuottaa kehittämis ehdotuksia tiimityön parantamiseksi, sekä tuoda esille ei teknisten taitojen merkitys hoitotyössä.

2 OULASKANKAAN SAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYS

Oulaskankaan sairaala (OAS) kuuluu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ja on yksi Oulun yliopistollisen sairaalan tulosalueista. Oulaskankaan yhteispäivystys kattaa 124 000 ihmisen virka-ajan ulkopuolisen terveyskeskus- ja perustason erikoissairaanhoidon päivystyksen. (Tuomikoski 2017; PPSHP 2018a.) Päivystyksen hoitohenkilökunnasta vuorossa olevista hoitajista yksi, "akuuttihoitaja", on resursoitu hoitamaan kaikkia päivystykseen tulevia erikoissairaanhoidon potilaita, ja hän saa tarvittaessa apua muilta hoitajilta. Yhteensä hoitajia on vuorossa 3-6 työvuorosta riippuen.

Kriittisesti sairaita potilaita tulee hoidettavaksi alueellisen hoidonporrastuksen mukaisesti siten, että vaativinta hoitoa tarvitsevat ohjautuvat suoraan Oulun yliopistolliseen sairaalaan (PPSHP 2018b). Oulaskankaalle tulee kuitenkin potilaita kaikilta erikoisaloilta, ja he voivat olla lapsia, aikuisia tai ikääntyneitä. Osa kriittisesti sairaista potilaista tulee Oulaskankaalle hoitoon, ja osa tarvitsee tilan vakauttamista päivystyksessä ennen siirtoa yliopistosairaalaan (Tuomikoski 2017; PPSHP 2018b), kuten pitkien etäisyyksien seudulla on katsottu aiheelliseksi toimia (Koponen & Sillanpää 2005, 227).

Oulaskankaalla päivystyksessä erikoissairaanhoidon potilaita hoitava lääkäri on ensisijaisesti sairaalan etupäivystäjä, joka ei aina ole sairaalan oma lääkäri. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan rooli on korostunut, sillä he tuntevat sairaalan ja alueen käytännöt. Tarvittaessa lääkäri konsultoi sairaalan takapäivystäjää, joita ovat anestesialääkäri, kirurgi, sekä sisätautilääkäri. Lastenlääkäri ja gynekologi takapäivystivät vuoden 2018 loppuun. Konsultointimahdollisuus muilla erikoisaloilla on yliopistosairaalaan. (Tuomikoski 2017.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kriittisesti sairaan potilaan hoidossa tiimityön osalta Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksessä.

Tutkimustehtävät:

1. Minkälaisena hoitohenkilökunta kokee tiimityön toimivuuden kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa?
2. Mitä kehittämistarpeita hoitohenkilökunta näkee kriittisesti sairaan potilaan hoidossa tiimityön osalta?

Tavoitteena on tuottaa kehittämis ehdotuksia tiimityön parantamiseksi kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa. Lisäksi tavoitteena on tuoda esiin ei-tekni-
stien taitojen merkitystä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Hyvä ryhmädynamiikka auttaa puutteellisillakin taidoilla toimivan ryhmän hyvään lopputulokseen, kun taas taitavatkin ammattilaiset huonosti toimivassa ryhmässä saattavat aikaan saada kaaoksen (Hoppu ym. 2014, 1747).

Hoitotyön voidaan katsoa koostuvan teknisistä ja ei-teknisistä taidoista. Edellisiin kuuluvat esimerkiksi potilaan tutkiminen, laitteistojen käyttö, lääkehoito sekä erilaiset toimenpiteet. Hyvään ja turvalliseen hoitoon kuuluu kuitenkin olennaisena osana myös ei-tekniset taidot, joita ovat päätöksenteko, kommunikointi, suunnittelu ja ennakointi sekä tilannetietoisuuden ylläpito. (Castren ym. 2012, 38.)

Potilasturvallisuuden näkökulmasta tekninen osaaminen ei potilasta hoidettaessa yleensä ole ongelma. Kliinisen osaamisen puutteet eivät yleensä johda haittatapahtumiin toisin kuin inhimilliset tekijät ja huono tiimityö (Hoppu ym. 2014, 1744-8). Tässä työssä keskitytään tarkastelemaan kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä ei-teknisten taitojen näkökulmasta. Viitekehiksemme perustaksi on valittu CRM-menetelmä, johon pohjautuu muun muassa aineiston keruun teemamme.

4.1 Tutkimuksen taustaa

Tiedonhakuna tutkimuksen perustaksi tehtiin kirjallisuuskatsaus selvittämään CRM-menetelmän soveltuvuutta terveydenhuoltoon ja sen käyttöä terveydenhuollossa (liite 1). Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan 33 tutkimusartikkelia (liite 2). Näytön asteeltaan vahvimmat katsaukset antoivat tulokseksi sen, että CRM-menetelmän eri sovellukset ovat vähentäneet terveydenhuollossa haittatapahtumia, kuten kuolleisuutta, komplikaatioita ja infektioita merkittävästi (Alnaib, M., Al Samaraee, A. & Bhattacharya 2012; Gordon ym. 2015; Fung ym. 2014). CRM-menetelmän käyttö myös parantaa turvallisuuskulttuuria ja opettaa kommunikaatitaitoja (Marshall & Manus 2007; Kemper, Bruijne, van Dyck & Wagner 2011; Gordon ym. 2015; Fouilloux 2015; Kotsakis ym. 2014).

Lisäksi tietoa on haettu manuaalisesti käyttäen tutkimuksen muita keskeisiä käsitteitä suomeksi ja englanniksi. Hakusanojen määrittelyssä käytettiin apuna FinMeSH sekä MeSH –tietokantoja sekä kirjallisuuskatsauksessa että muussa tiedonhaussa. Hakusanoiksi valikoituivat esimerkiksi kriittisesti sairas potilas, päivystyshoitotyö, tiimityöskentelytaidot ja potilasturvallisuus, sekä tutkimustuloksissa esiin tulleita käsitteitä kuten moniammatillisuus sekä simulaatioharjoittelu. Kriittisesti sairas potilas on sairaanhoitopiirin käytössä oleva termi, jota käytetään akuutisti sairaasta potilaasta.

4.2 CRM-menetelmä tiimityön parantamiseksi

CRM-menetelmä on kehitetty 1980-luvulla ilmailuun liittyvien haittatapahtumien vähentämiseksi, taustana 1970-luvun lento-onnettomuudet. Lyhenteenä se tulee sanoista Crew Resource Management, tai Crisis Resource Management. Määritelmiä on lukuisia. CRM-menetelmän mukaisesti voidaan ajatella, että tiimillä on yhteinen kuva

- tilanteesta, ongelman syystä, laadusta ja sen merkityksestä sekä tulevaisuudennäkymistä
- tavoitteesta tai toivotusta lopputulemasta
- ratkaisusta ja siitä miten siihen päästään - kuka tekee, miten, milloin ja miksi. (Nyström 2013, 101-102.)

Ajatuksena on luoda toimintakulttuuri, joka auttaa tiimin resurssien hyödyntämisessä ja mahdollistaa virheisiin puuttumisen silloinkin, kun kyseenalaistetaan hierarkiassa ylempänä olevaa. Tämä vähentää virheitä ja tehostaa toimintaa. (Nyström 2013, 101-102.) Menetelmä sopii erinomaisesti tiimityön kehittämiseen ja valmentaa kriisitilanteissa toimimiseen.

Euroopassa tunnetuin termi CRM-menetelmästä terveydenhuollossa on NOTECHS (non-technical skills), joka kehitettiin alun perin ilmailuun CRM-koulutuksen arvioinniksi. Terveydenhuollossa NOTECHS-menetelmää on jatkoke-

hitetty viime vuosikymmenten aikana vielä paremmin terveydenhuoltoon soveltuva, josta työkalu ANTS (Anesthetic non-technical skills) (kuvio1) on syntynyt. Sen katsotaankin olevan suunnan näyttäjänä CRM- koulutuksen kehityksessä terveydenhuollon saralla. (Helovu 2009, 109; Kuisma ym. 2018, 195.)



KUVIO 1. ANTS-järjestelmä (Flin 2012, 2, mukaillen).

Kuisma ym. (2018, 195) käyttävät johtamisesta termiä *tehtävien hallinta*, koska ovat kokeneet sen neutraalimpana, vähemmän hierarkiaan painottuneena. Helovu (2009, 110-113) käsittää johtamisen kuvastavan yhteistyötä, jossa *johtaminen* näkyy työn suunnitteluna ja toiminnan ohjaamisena resurssit ja tavoitteet huomioon ottaen. Se pyrkii tehokkaaseen työn hallintaan, sekä välttämään ylimääräisen stressin ja kiireen tuomat paineet. Toiminnasta vastuussa olevan henkilön tulee olla kaikilla tiimin jäsenillä selvillä, mutta kuka tahansa tiimin jäsenistä voi ottaa esille tilanteen kannalta oleellisia asioita (Helovu 2009, 110-113.) Johtamiseen kuuluu suunnittelun lisäksi myös viestiminen kaikille tiimin jäsenille sekä tarvittavien hoitovälineiden käyttökuntoon valmistelu. Tarvittavat työtehtävät tehdään standardeja ja hoitoprotokollia noudattaen sekä priorisoidaan tärkeyden mukaan. Näistä periaatteista pidetään kiinni koko hoitotapahetuman ajan. Huolehditaan myös, että resurssit ovat riittävät, jolloin työn kuormitus ja stressi tiimin jäsenillä olisi mahdollisimman vähäistä. (Kuisma ym. 2018, 196.)

Yhteistyön tarkoituksena on luoda hyvää tiimityötä tukeva ilmapiiri, jossa huomioidaan kaikki tiimin jäsenet. Erityisen tärkeää tämä on moniammatillisissa

tiimeissä, jossa suhteet voivat olla hierarkkisia. Johtamisessa käytetään jämyä kyyttä ja auktoriteettia (Kuisma ym. 2018, 196), mutta kuitenkin niin, että kokemattominkin tiimin jäsen uskaltaa tuoda esiin omat mielipiteensä, havaintonsa ja huomionsa riittävän määrätietoisesti tiimin johtajan auktoriteettia kyseenalaistamatta (Helovu 2009, 110-113). Jokaisen mielipidettä on kuunneltava, sen ilmaisua on mahdollistettava ja kannustettava (Helovu 2009, 110-113). Tehtävät jaetaan ottamalla huomioon kunkin tiimiin kuuluvan osaaminen ja valmiudet käsitellä stressiä ja väsymystä. Huolehditaan siitä, että kukin tiimin jäsenistä tietää oman roolinsa ja vastuunsa. Kaikilla tiimin jäsenillä tulisi olla myös yhteinen käsitys tilanteesta. Tiimin jäseniä autetaan tarpeen mukaan käymällä läpi resurssien tarve, ennakoimalla tarvittava tieto ja välineistö, sekä pitämällä debriefing eli jälkipuinti vaikeiden hoitotilanteiden jälkeen. (Kuisma ym. 2018, 196.)

Nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä *tilannetietoisuuden* ylläpitäminen on haastavaa. Vain harvoin yksi ihminen voi siitä selvitä. Näin ollen on tärkeää, että tiimin jäsenet jakavat aktiivisesti tietoa keskenään toiminnan eri vaiheista, havainnoista ja muutoksista aktiivisesti kommunikoimalla, jotta asiat ymmärretään samanaikaisesti ja samankaltaisesti. Tilannetietoisuuteen liittyy myös ennakointi, joilla useat haittatapahtumat terveydenhuollossa olisi ehkäistävissä. (Helovu 2009, 110-113; Kuisma ym. 2018, 197.)

Jotta *päätöksenteko* on laadukasta ja turvallista on päätöksenteossa oltava saatavilla kaikki mahdollinen tieto tilanteesta. Tämän mahdollistaa selkeät toiminnan vaiheet, kuten rutiinit, protokollat ja hoito-ohjeet, sekä tilanteen ja erilaisten vaihtoehtojen kartoittaminen, sekä toiminnan hyötyjen ja riskien arvioiminen. Tehokas tiimin toiminta edellyttää, että päätöksenteon eri vaiheet käydään läpi yhdessä tiimin jäsenten kesken kuuntelemalla ja keskustelemalla tiimin kaikkia resursseja käyttäen. (Helovu 2009, 110-113; Kuisma ym. 2018, 198.)

CRM- menetelmän avulla voidaan saada käyttöön kaikkien tiimin jäsenten ammattitaito ja kehittää moniammatillista yhteistyötä. Se rohkaisee laatimaan ja ottamaan käyttöön erilaisia toimintamalleja erilaisiin tilanteisiin. (Kuisma ym. 2018, 198-199.) CRM- menetelmään perustuvia hoitotyöhön soveltuvia apuvälineitä on monia. Hoitotyön toimintoja standardoimaan ja sitä kautta potilasturvallisuutta lisäämään on käytössä esimerkiksi erilaisia tarkistuslistoja. Maailman

terveysjärjestö WHO on julkaissut vuonna 2008 ohjeet kirurgisesti hoidettavien potilaiden turvallisuuden parantamiseksi, jonka jälkeen leikkaussalitoiminnassa ympäri maailman on otettu käyttöön erilaisia tarkistuslistoja. Ne ovat merkittävästi vähentäneet leikkauspotilaiden komplikaatioita ja kuolleisuutta (Ikonen & Pauniahho 2010, 108; Alnaib ym. 2012, 289-92). Nykyään myös suurimpaan osaan simulaatioharjoittelussa terveydenhuollossa liittyy CRM- periaatteiden käyttö (Rall, 2013, 11).

4.3 Kriittisesti sairas potilas päivystyksessä

Potilaalla on oikeus saada terveydentilaansa edellyttämää kiireellistä hoitoa käytettävien resurssien mukaisesti kotikunnastaan tai kotipaikastaan riippumatta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1326/2010, 3§). Päivystyksen on oltava aina auki ja vastattava väestön palveluntarpeeseen laadukkaalla verkostoitumisella, suunnittelulla, kehittämisellä ja moniammatillisella työotteella. Sen ytimessä on oltava aina läsnä huippuosaaminen, hyvä prosessien hallinta ja korkea ammattietiikka. Päivystys on yhteiskunnan turvaverkko ja samalla ikkuna koko terveydenhuoltojärjestelmän palvelukulttuuriin. Päivystyksessä kohdataan koko yhteiskunnallisten ongelmien kirjo ja tehdään päätöksiä elämästä ja kuolemasta. Päivystyksen perustehtävänä onkin henkeä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen. (Koponen & Sillanpää 2005, 20-21.) Kriittisesti sairaalla potilaalla on hengittämisen, verenkierron, tajunnantason tai muun elintoiminnon vakava häiriö, tai riskioire, joka voi äkillisesti edetä vakavaksi häiriöksi. Hän tarvitsee kiireellistä tai välitöntä hoitoa alueellisen hoidonporrastuksen mukaisessa terveydenhuollon yksikössä (Martikainen & Ala-Kokko 2015a, 8; Martikainen ja Ala-Kokko 2015b, 701).

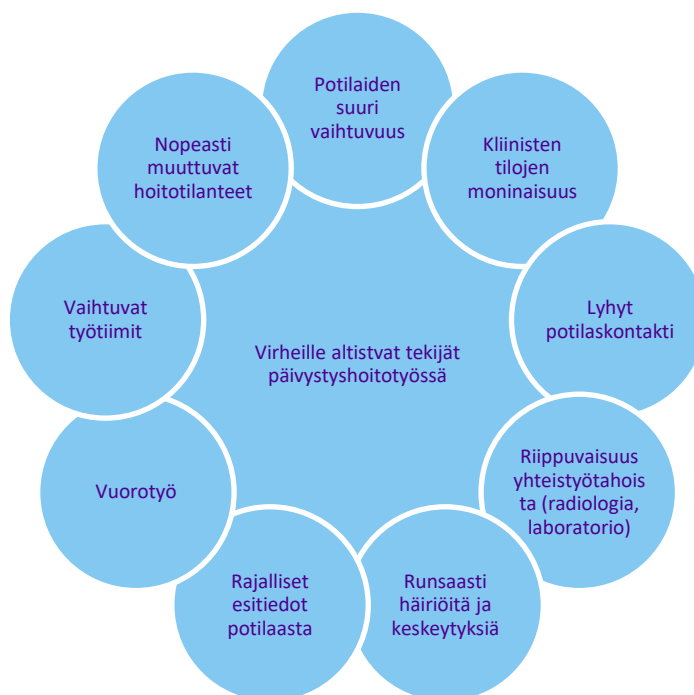
Päivystyspoliklinikat ovat eriasteisesti valmistautuneita kriittisesti sairaiden potilaiden vastaanottoon. Hoitotoimet voivat tällöin olla standardoimattomia, eivätkä aina ennalta suunniteltuja. Tämä altistaa sille, että hoito keskittyy epäolennaiseen ja joskus tarpeettomiin asioihin. Tärkeisiin asioihin keskittyminen voi unohtua tai jäädä huomiotta. (Koponen & Sillanpää 2005, 233.) Nopeasti muuttuvat tilanteet, ennakoimattomuus ja tiimityöskentely kuuluvat päivystyspoliklinikalla

työskentelemiseen. Potilaat saattavat tarvita apua usean erikoisalan osaajilta. Hoitosuhde päivystyksessä on lyhyt, ja sen aikana hoitohenkilökunnan on tehtävä potilaan hoidon tarpeen arviointi, tarvittavat toimenpiteet ja suunniteltava jatkohoito yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken. Tämä vaatii hoitajalta vankkaa päätöksentekotaitoa ja ammattiosaamista, sekä edellyttää hyvää yhteistyökykyä, joustavuutta ja kollegan asiantuntijuuden arvostamista. (Castren ym. 2009, 63.)

4.4 Potilasturvallisuus päivystyshoitotyössä

Terveystenhuollon yksiköitä tarkasteltaessa päivystys on ympäristö, jossa riski haittatapahtumille on keskimääräistä suurempi. Tämä johtuu siitä, että potilasmäärät vaihtelevat suuresti, ja potilaita voi olla kaiken ikäisiä, kaikilta erikoisaloilta. Potilaiden terveysongelma voi olla mitä tahansa alkaen helposti ja nopeasti hoidettavista vaivoista aina kriittisesti sairaisiin potilaisiin. (Bleetman, Sanusi, Dale & Brace-McDonnel 2011, 389.)

Inhimilliset virheet tapahtuvat usein samalla kaavalla. Vähemmän kokemusta omaavat ammattilaiset tekevät virheitä tietämättömyyttään, kun taas kokeneempien virhe aiheutuu rutinoituneiden toimintatapojen seurauksena. Virheille altistavia tekijöitä ovat yksilön väsymys, stressi, ylikuormitus, tyytymättömyys tai sairaus. Virheen laukaisevia tekijöitä voivat olla keskeytykset ja häiriöt, poikkeava työjärjestys, odottamattomat uudet tehtävät sekä monien työtehtävien päällekkäisyys. Lisäksi erityisesti päivystyshoitotyö on altis ympäristön häiriötekijöille. Virheille altistavia tekijöitä on lukuisia (kuvio 2). (Bleetman ym. 2011, 392.)



KUVIO 2. Virheille altistavat tekijät päivystyshoitotyössä. (Bleetman ym. 2011, 391-393, mukaillen)

Kun on tutkittu kokeneiden ammattilaisten näkemyksiä potilasturvallisuudesta, on saatu tulokseksi yhteneväisiä käsityksiä siitä, että toiminta on turvallista silloin, kun lopputulos on onnistunut. Lopputulosta arvioimalla voidaan kuitenkin päätyä liian suoraviivaisiin päätelmiin. Se jättää huomiotta läheltä piti –tilanteet, sekä onnellisten sattumien vaikutuksen hyvään lopputulokseen. Hoidon turvallisuus ei ole kuitenkaan vain onnistunut lopputulos, vaan turvallisen toiminnan tulee sietää myös erilaisia poikkeamia. Turvallisuus muodostuu koko järjestelmän toiminnasta yhdessä, eikä ainoastaan sen osien, eli yksilöiden, laitteiden tai yksiköiden toiminnasta tai toimivuudesta. (Helovuo ym. 2012, 12-14.)

Potilasturvallisuuden keskeinen osa ja takaaja on ennen kaikkea tiimityön laatu (Helovuo ym. 2012, 84). Puutteiden tiimityössä on todettu usein olevan haittapahtuman syy, vaikka tiimityö on myös potilasturvallisuutta parantava tekijä. Tiimityöskentelyä koskevat asenteet ja tiimin johtamistavat vaikuttavat hoidon laatuun ja turvallisuuteen. (Hoppu ym. 2014, 1744-1748.) Potilasturvalliseen toimintaan kuuluu se, että ammattilaiset kykenevät toimimaan yhdessä tiiminä siten, että heidän kykynsä ja työpanoksensa saadaan parhaalla tavalla käyttöön potilaan hoitamiseksi (Helovuo ym. 2012, 84).

Tutkimuksissa on havaittu tiimityön harjoittelun vähentävän haittatapahtumia. Myös erilaisten tarkistuslistojen käyttö ehkäisee unohduksia ympäristössä, joka on altis keskeytyksille ja häiriöille. (Marshall & Manus, 2007; Bleetman ym. 2011, 392.)

4.5 Tiimityö kriittisesti sairaan potilaan hoidossa

Sanan tiimi voi ymmärtää monella eri tavalla. Salminen (2017, 21-25) kuvaa usean työyhteisön kutsuvan lähityöyhteisöään tiimiksi, mukavaksi porukaksi, jonka kanssa on kiva viettää aikaa, mutta se yksin ei tee porukasta tiimiä. Tiimillä tarkoitetaan yhteisöä, joka on sitoutunut toimimaan yhteisen päämäärän vuoksi ja joka ottaa yhdessä vastuun tavoitteiden toteutumisesta. Organisaatioissa voi olla lukuisia eri tiimejä johtotiimeistä asiakaspalvelutiimeihin tai tuotantotiimeistä kehitystiimeihin. Tiimin toiminnan periaatteet pysyvät kuitenkin samanlaisina riippumatta siitä, mihin tarkoitukseen tiimi on perustettu. Tiimin vähimmäiskoko on noin 3-4 henkilöä, kuitenkin yleensä alle 10 henkilöä. Tiimissä tulee olla riittävästi erilaista osaamista ja näkökulmaa, jotta sen sisällä erilaiset roolit voisivat toteutua. Mitä suurempi tiimi on, sen todennäköisempää jäsenten näkemyserot ja vuorovaikutusongelmien syntyminen voi olla. Suuri tiimi voi aiheuttaa haastetta toiminnan organisoinnissa sekä keskinäisen luottamuksen rakentumisessa. Sillä voi olla vaikutusta myös tiimin nopeuteen niin toiminnassa kuin päätöksenteossakin. (Salminen 2017, 21-25.)

Toimiva tiimi hyödyntää jäsenten erilaisen osaamisen ja mielenkiinnon kohteet rakentamalla toimivan kokonaisuuden, jota Salminen (2017, 30-31) kuvaa palapeliorganisaatioksi. Onnistuessaan se parantaa työhyvinvointia, sillä tiimin jäsen saa tehdä työkseen sitä mitä kokee osaavansa ja minkä kokee kiinnostavaksi. Tiimin jäsen voi kokea työn imua, joka lisää tiimin energiatasoa, tulostasoa sekä arvostusta työtä kohtaan. (Salminen 2017, 30-31.)

Työyhteisöä tarkastellessa käyttämättömiä voimavaroja löytyy yleensä koko työyhteisöstä, ja niitä voidaan tuhlata huonon yhteistyön vuoksi tarpeettomaan toimintaan. Hyvin toimiva tiimi pystyy tekemään parempia ratkaisuja yhdessä kuin yksilöt erikseen. Se kykenee ratkaisemaan monimutkaisia ongelmia, sekä

hyödyntämään koko kapasiteettiaan saavuttaakseen päämääränsä. (Salminen 2017, 26-29; Isoherranen 2005, 106.) Salminen (2017, 26-29) kutsuu tätä ”tiimiälyksi”. Tiimiälyssä pyritään keskittymään hyviin jäsenten välisiin yhteistyötai-toihin sekä hyödyntämään tiimin jäsenten ominaisuuksia ja osaamista. Tiimiäly vaatii herkkyyttä ja havainnointikykyä, tasapuolisuutta ja hyviä kuuntelutaitoja, sekä kykyä arvostaa muiden mielipiteitä. (Salminen 2017, 26-29.)

Kriittisesti sairaan potilaan hoitaminen päivystyksessä vaatii tiimiltä kliinisten taitojen lisäksi myös ei-teknisten taitojen hallintaa. Kriittisesti sairas tarvitsee ympärilleen moniammatillisen tiimin, jonka toiminnassa korostuvat ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuus. Tiimityö onnistuu, jos kaikki tiimin jäsenet si-toutuvat noudattamaan sovittuja toimintamalleja, ja työnjako on selkeää. Hoito suunnitellaan ja ennakoidaan yhdessä koko tiimin kesken. Jotta hoitotilanne pysyy hallinnassa, vaaditaan priorisointia, käytettävissä olevien resurssien huomioimista ja niiden tehokasta hyödyntämistä. Koko tiimin kesken yhteiset tilannekatsaukset ja tiedon aktiivinen jakaminen kommunikoimalla auttavat ti-lannetietoisuuden ylläpidossa hoitotilanteen aikana. Päätöksenteon tukena täy-tyy olla saatavilla kaikki mahdollinen tieto, ja riskien hallinta tulisi olla etupainot-teista. (Kuisma ym. 2018, 109-110.) Kun tiimityö on hyvää, siinä toimivat niin vuorovaikutus, yhteistyö kuin johtajuuskin. Moniammatillisen tiimin jäsenten tu-lee pystyä toimimaan yhteistyössä saumattomasti, vaikka näkisivät toisensa ensimmäistä kertaa. (Hoppu ym. 2014, 1744-1748.) Tiimityöskentelytaitoja on vaikea oppia muuten kuin harjoittelemalla (Hoppu ym. 2014, 1744-1748; Kuis-ma ym. 2018, 199).

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Kun tutkitaan asiaa tieteellisesti, on valittava tutkimusmenetelmä. Valinta riippuu tutkimusongelmasta; millaisella menetelmällä voidaan saada paras vastaus asetettuun ongelmaan. Valittu lähestymistapa antaa viitteet myös aineistolle, jonka avulla tutkimusongelmaa ratkaistaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 123-124.)

5.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä tai asiaa. Määrien sijaan on tarkoitus saada esiin syvyyttä ja antaa ilmiölle mielekäs tulkinta. Usein selvitetään kuinka ihmiset näkevät ja kokevat maailmaa. (Kananen 2008, 24-25.)

Aineisto laadullisessa tutkimuksessa on sellainen, joka antaa tutkittavasta ilmiöstä monipuolisen ja rikkaan kuvan. Se voi olla olemassa valmiiksi, tai tutkija voi itse kerätä sen. Aineiston määrä on riittävä, kun sen perusteella saadaan kattava kuva tutkittavasta asiasta. Aineistosta on tuolloin havaittavissa saturoituminen, eli aineistosta ei enää nouse esiin uusia teemoja tai näkökulmia, vaan jo esiin tulleet seikat alkavat toistua. (Hirsjärvi ym. 2009, 181-182.)

Tässä työssä käytetään laadullista tutkimusotetta, jotta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä saadaan kattava kuva. Aineiston avulla pyritään saamaan kuva siitä, millaiseksi hoitohenkilökunta kokee tiimityöskentelyn. Lisäksi aineistosta pyritään saamaan esiin seikat, joiden avulla voidaan tehdä kehittämissuhteita tiimityöskentelyn parantamiseksi hoidettaessa kriittisesti sairasta potilasta.

5.2 Aineiston hankinta learning cafe- menetelmällä

Aineistokeruun perusmenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö, joita voidaan käyttää niin laadullisessa kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen ollessa kyseessä pyritään usein kysymällä selvittämään ihmisten tapaa ajatella ja nähdä ilmiö. Haastattelussa kysyminen voi tapahtua joko strukturoidusti ennalta määrätyin kysymyksiin, hiukan vapaammin teemoittain, tai avoimesti, mikä antaa haastattelutilanteeseen vapaimmat raamit sisällöllisesti. Haastattelu voi myös tapahtua yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna. Näillä kaikilla valinnoilla on vaikutuksensa aineiston laatuun ja sisältöön. (Hirsjärvi ym. 2009, 191-212.)

Haastattelun etuina voidaan pitää sitä, että ihminen saa tuoda esiin itseään koskevia asioita vapaasti. Haastattelun avulla voidaan selventää ja syventää käsiteltyjä asioita, sillä haastattelun kuluessa voidaan edetä moniin suuntiin, joita ei ennalta tarvitse olla tiedossa. Tutkijan tehtävänä on tuoda esiin haastateltavan ajatusmaailmaa, tunteita ajatuksia, kokemuksia ja käsityksiä. Tutkijan oma ajatusmaailma määrittää sitä, miten hän tätä tehtävää toteuttaa. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 35, 41.)

Ryhmähaastattelun tavoite on vapaamuotoinen. Osallistujat kommentoivat aiheita vapaasti. Ryhmähaastattelu on hyvä haastattelun muoto silloin, kun halutaan saada selville ryhmän muodostama yhteisen näkemyksen johonkin tiettyyn aiheeseen. Sen etuna on nopeus ja tehokkuus, ja haasteena ryhmädynamiikka sekä valtahierarkiat, esimerkiksi joidenkin haastateltavien dominointi keskustelussa. Tavallisesti ryhmähaastattelu tallennetaan nauhoittamalla. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 61-63.)

Learning cafe- menetelmä kuuluu aineistonhankinnassa teemahaastattelututkimukseen (The World Cafe 2018). Teemahaastattelu sijoittuu avoimen, eli täysin vapaasti etenevän haastattelun, ja strukturoidun, eli täsmällisessä muodossa esitettyihin kysymyksiin perustuvan haastattelun, välimaastoon. Teemahaastattelussa tutkija muodostaa tutkimusaiheeseen teoriaan perustuen haastattelukysymyksiä, jotka voidaan esittää haastateltaville vaihtelevassa järjestyksessä. Teemahaastattelu antaa vapauden edetä haastattelussa tarkkojen kysymysten

sijasta teemoittain. Tämä antaa tilaa haastateltavien näkökulmalle tutkijan näkökulman sijaan. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 47-48.)

Learning cafe -menetelmässä keskustellaan pienryhmissä kahvilamaisessa ilmapiirissä ennalta annetuista teemoista, jotka salama-alustetaan ennen keskustelujen aloittamista. Jokaisessa ryhmässä on pysyvä kirjuri kirjaamassa pisteitä kiertävien pienryhmien ajatuksia ylös, ja uudet keskustelijat jatkavat aiheesta keskustelua siitä mihin edellinen ryhmä jäi. Aineistona toimii siis ryhmien omat kirjalliset tuotokset annetuista teemoista. Lisäksi tutkija voi kirjata tilanteessa käytyjä keskusteluja muistiin ryhmien tuottaman aineiston lisäksi. (The World Cafe 2018.) Tässä työssä on hyödynnetty learning cafe -menetelmää aineiston tuottamisessa. Menetelmä valittiin, koska sen avulla aineistoa saadaan tuotettua kattavasti ja tehokkaasti lyhyessä ajassa (The World Cafe 2018).

5.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoidaan laadullisesti sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä aineistoa pelkistetään saman tyyppisiä sisältöjä yhdistämällä tutkimuskysymyksen ohjaamana. Pelkistetystä aineistosta saadaan vastaus tutkimuskysymyseen. (Alasuutari 1999, 40-44.) Luokittelu jäsentää tutkittavaa aihetta ja antaa mahdollisuuden vertailla sen eri osia toisiinsa. Luokittelun avulla voidaan nimetä isosta aineistosta keskeiset piirteet. Luokat on voitava perustella käsitteellisesti ja empiirisesti. Aineiston luokittelussa voidaan käyttää apuna esimerkiksi teorioita ja teoreettisia malleja. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 147-148.)

6 TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö on tehty kvalitatiivista tutkimusotetta noudattaen. Aineistonkeruumenetelmänä on käytetty teemahaastattelun kenttään sijoittuvaa learning cafe -menetelmää. Menetelmällä saatu aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan tehty tutkijoiden yhteistyönä.

6.1 Tiedonantajien kuvaus

Tutkimuskohteenamme oli Oulaskankaan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemukset. Sen vuoksi pyrimme saamaan tiedonantajiksemme koko päivystyksen henkilökunnan. Tiedonantajina toimi Oulaskankaan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta. Aineistonkeruuseen osallistuikin valtaosa, noin 2/3 henkilöstöstä, eli 20 henkilöä.

Hoitohenkilökuntaan kuuluvat työskentelevät lääkintävahtimestarina, lähihoitajana tai sairaanhoitajana yhteispäivystyksessä, ja osallistuvat työssään kriittisesti sairaiden potilaiden hoitamiseen. Tiedonantajien työkokemus vaihteli muutamasta kuukaudesta vuosikymmenten kokemukseen päivystyshoitotyössä.

6.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruu tapahtui päivystyksen viikoittaisen osastokokouksen yhteydessä, ja siihen osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineistonkeruun ajankohta oli ennalta sovittu ja siitä informoitiin etukäteen sekä päivystyksen osastokokouksessa, että sähköpostitse. Niissä tiedonantajille kerrottiin opinnäytetyön aihe ”Tiimityö kriittisesti sairaan potilaan hoidossa” sekä tarkoitus mitä varten aineisto kerätään.

Aineisto kerättiin toukokuussa 2018 kahdessa saman sisältöisessä tilaisuudessa päivystyksen kahvihuoneessa. Tilaisuuksien aluksi tutkijat esittelivät opinnäytetyön aiheen suullisesti power point –kalvojen kanssa. Tiedonantajille ker-

rottiin lyhyesti tutkimustyön tarkoitus, sekä teoriaa aineistonkeruuseen liittyvän materiaalin taustalla. Lisäksi tiedonantajilta pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 3) osallistumiseen allekirjoitettuna.

Aineisto tuotettiin learning cafe –menetelmällä. Tiedonantajille annettiin neljä eri aihetta, jotka lyhyesti esiteltiin. Aiheiden teoreettisena lähtökohtana käytettiin Manserin (2009, 143-151) tiimityötaitojen määritelmää, joka perustuu CRM-menetelmän periaatteisiin (kuvio 3).

Kummassakin tilaisuudessa tiedonantajat jakaantuivat 3-4 hengen pienryhmiin, joissa keskustelua käytiin kunkin ryhmän aiheesta yhden toimiessa kirjurina. Kirjaamiseen oli varattu kynä sekä A2-kokoinen kartonki, jonka ylälaitaan oli kirjoitettu ryhmän aihe. Tähän kirjuri kirjoitti keskustelun sisältöä vapaamuotoisesti. 10 minuutin keskustelun jälkeen ryhmät siirtyivät kirjuria lukuun ottamatta aina seuraavan aiheen pariin siten, että lopulta oli saatu kirjattua kaikkien tiedonantajien näkemys jokaiseen neljään aiheeseen. Ryhmien kirjalliset tuotokset ovat tämän työn aineistona.

Tämän lisäksi tutkijat kirjoittivat ylös huomioitaan tiedonantajien keskusteluista, ja ne lisättiin osaksi aineistoa. Tilaisuudet sujuivat rauhallisesti, ja tiedonantajat olivat innostuneita keskustelemaan aiheista.



KUVIO 3. Aineistonkeruun teemat. (Manser 2009, 143-151, mukaillen)

6.3 Sisällönanalyysi

Edellä kuvatut tilaisuudet tuottivat aineistoksi 140 ilmaisua, jotka kirjattiin digitaaliseen muotoon. Muodostimme sisällönanalyysin keinoin 140 alkuperäisestä ilmauksesta 192 pelkistystä, 33 alaluokkaa ja 8 yläluokkaa. Pelkistysten määrä on suurempi kuin alkuperäisten ilmausten siitä syystä, että alkuperäisistä ilmauksista osa oli pitkiä ja käsittivät useamman kuin yhden sisällöllisen kokonaisuuden, joten ne päädyttiin jakamaan osiin (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisten ilmaisujen pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys
Ensihoidolta tekstiä tulee niin ettei puolia-kaan muista	Ensihoidon raportin sisältöä on vaikea muistaa
Raportilla osastolle olennaiset tiedot poikkeavat, eikä kaikkea kerrota	Osastolle raportoitaessa olennaisten tietojen muuttuminen tai puuttuminen
Raporttiin olennaiset hoitoon liittyvät asiat	Raportin tulisi sisältää olennaiset asiat

Koska tiedonantajia oli pyydetty kertomaan näkemyksensä paitsi tiimityön nykytilanteesta, myös antamaan kehitysehdotuksia ja ideoita, aineistosta oli selkeästi havaittavissa ilmaukset, jotka kuuluivat jompaankumpaan tyyppiin. Pelkistykset värikoodattiin sen mukaan kummasta on kyse. Nykytilannetta kuvaavia pelkistyksiä saatiin 71, ja ehdotuksia 116. Lisäksi kumpaankaan kategoriaan kuulumattomia pelkistyksiä tuli 5 kappaletta – nämä pelkistykset olivat luonteeltaan yleisesti tiimityötä kuvaavia toteamuksia.

Yhteensä 192 pelkistyksestä muodostettiin 33 alaluokkaa (taulukko 2). Alaluokkia muodostettaessa keskityttiin sisältöön, eikä huomioitu pelkistyksen luonnetta ehdotuksena, nykytilanteen kuvauksena tai toteamuksena.

TAULUKKO 2. Esimerkki pelkistysten luokittelusta alaluokaksi.

Pelkistys	Alaluokka
Ensihoidon raportin sisältöä on vaikea muistaa	Raportin sisältö
Osastolle raportoitaessa olennaisten tietojen puuttuminen tai muuttuminen	
Raportin tulisi sisältää olennaiset asiat	

33 alaluokasta muodostettiin 8 yläluokkaa, sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti yhdistelemällä samansisältöisiä alaluokkia samaan yläluokkaan (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Esimerkki alaluokkien luokittelusta yläluokaksi.

Alaluokka	Yläluokka
Raportin sisältö	Tiedonkulku potilaan hoitopolun aikana
Ennakkoilmoituksen hyödyntäminen	
Potilaan tuloon valmistautuminen	
Kirjaaminen	

Tulokset esitellään yläluokkien (taulukko 4) mukaan seuraavassa luvussa.

TAULUKKO 4. Yläluokkien muodostuminen

Alaluokka	Yläluokka
Erityisosaaminen	Hoitotyön osaaminen
Omat taidot	
Hoitotiimin taidot	
Harjoittelun merkitys	
Työkokemus kriittisesti sairaan hoidosta	
Kollegan auttaminen	
Luottamus kollegaan	Simulaatioharjoittelu
Johtajuuden harjoittelu	
Tiimityön harjoittelu	
Hoitoprotokollien käyttäminen	Hoitotilanteen organisointi
Hoitolaitteiden hallinta	
Hoitoympäristö	
Tilannesidonnaisuus	
Tilanteen ymmärtäminen	
Jatkohoidon organisointi	
Omaisten huomiointi	Tiimityön johtaminen
Johtajan kunnioitus	
Johtajan roolin ymmärtäminen	
Johtovastuu tiimissä	Tunteet kriittisesti sairasta hoidettaessa
Jälkipuinti	
Tunteet hoitotyössä	Kommunikaatio hoitotilanteessa
Kommunikaation asiallisuus	
Kommunikaation laatu	
Kommunikaation selkeys	Työskentely tiimissä
Moniammatillinen yhteistyö	
Päällekkäiset hoitotoimet	
Roolijako tiimissä	
Roolien selkeys	
Roolien toimenkuvat	Tiedonkulku potilaan hoitopolun aikana
Ennakoilmoituksen hyödyntäminen	
Potilaan tuloon valmistautuminen	
Raportin sisältö	
Kirjaaminen	

7 TULOKSET

7.1 Hoitotyön osaaminen

Hoidettaessa kriittisesti sairasta potilasta hoitohenkilökunta pyrkii työnjaossa hyödyntämään kunkin hoitajan erityisosaamista. Sitä käytetään myös kokemattomampien kollegoiden ohjaamiseen hoitotilanteessa. Erityisosaaminen käsitellään esimerkiksi erilaisiin potilasryhmiin erikoistumisena kuten kirurgiset- tai sisätautipotilaat.

Toisilla on enempi kokemusta ja tietoa. Tunnetaan toisemme ja hyödynnetään toistemme vahvuuksia.

Aina tämä ei toteutunut, ja toiveena olikin avoin kommunikointi vahvuuksista, jotta erityisosaaminen ja ”hiljainen tieto” saataisiin käyttöön. Toiveena oli myös se, että tuotaisiin esiin, jos omassa osaamisessa on puutteita.

Uskalla tunnustaa, jos et osaa tai hallitse.

Lisäksi oman ammattitaidon ylläpitämistä pidettiin tärkeänä ja toivottavana asiana.

Hoitajat eivät aina kokeneet olevansa selvillä hoitotiimin osaamistasosta. Koska päivystäviä lääkäreitä on paljon, saattoi olla epäselvää, minkä tasoinen tietämys hoitovastuussa olevalla lääkärillä on. Yleensä kuitenkin etupäivystäjänä toimivien lääkäreiden koettiin olevan tehtäviensä tasalla. Toiveena oli avoin kommunikointi osaamisesta.

Harjoittelu nähdään tärkeäksi osaksi potilaan hoitoa. Harjoittelua kuitenkin koettiin olevan liian vähän, ja toiveena oli, että harjoiteltaisiin muitakin hoitotilanteita kuin elvytystä, sillä

niitä on tarve treenata, koska aina kun treenataan, jotain menee pieleen.

Harjoittelun koettiin antavan valmiuksia hoitaa potilasta, ja sen odotettiin lisäävän luottamusta omiin taitoihin, sekä luottamusta kolleegaan. Harjoittelun toivottiin olevan yhdessä opettelua koko hoitotiimin kesken, ja myös lääkäreiden toivottiin osallistuvan yhdessä harjoittelemiseen.

Hoitohenkilökunta koki omaavansa liian vähän kokemusta kriittisesti sairaiden hoidosta, sillä hoitotilanteita sattuu yksittäisen työntekijän kohdalle harvoin. Tästä syystä katsottiin, että hoitamisesta puuttuu rutiini niin hoitajilla kuin monilla lääkäreillä. Kokemuksen ja osaamisen katsotaan näkyvän lääkärin päätöksenteossa hoitotilanteessa. Myöskään tiimin johtamisesta ei kerry tarpeeksi kokemusta sillä

on ohjeita, mutta ei hyvää käytännön kokemusta.

Kokemus vahvistaa tilannetietoisuutta, kartuttaa tietoa, ja auttaa lisäämään ymmärrystä akuuttitilanteista. Kriittisesti sairaita potilaita nähtiin olevan paljon vähemmän kuin aiemmin, joka vaikuttaa kokemuksen karttumiseen. Toivottiin, että työnjakoa akuuttitilanteissa vaihdeltaisiin niin, että myös vähemmän kokemusta omaavat hoitajat pääsevät kriittisesti sairaan potilaiden hoitotilanteisiin, jotta he saisivat kokemusta.

Kollegan auttaminen akuuttitilanteessa on itsestään selvyys, ja toiveena oli, että ennen auttamaan ryhtymistä selvitetään, tarvitseeko hoitotiimi apua, ja kuunneltaisiin mitä apua ollaan vailla. Parasta on jos

sopimuksen mukaan jäädään kaveriksi tai annetaan toimia yksin.

Luottamus kolleegaan onkin asia, jota toivottiin työrauhan muodossa siten, ettei kaikkea tulisi tarkistamaan.

Pitäisi luottaa, että työkaverit pärjää, jos apua ei tarvita.

Tutun kollegan kanssa tiimityön katsotaankin olevan sujuvaa, sillä silloin luottamus syntyy siitä, että kollegan osaamista ei tarvitse erikseen tiedustella tai pohdita.

7.2 Simulaatioharjoittelu

Toive simulaatioharjoittelusta nousi vahvasti esiin tarpeesta saada kokemusta kriittisesti sairaan potilaan hoidosta, hoitotilanteiden johtamisesta ja organisoinnista.

Johtajuuden harjoittelua katsottiin tarvittavan sekä tiimin johtamisesta, että sen kokoamisen johtamisesta, jotta hoitotilanteessa se sujuisi organisoidusti. Toivottiin suunniteltuja simulaatioharjoittelutilanteita, joihin osallistuisivat myös lääkärit. Harjoitteista toivottiin kokemusta eri tiimirooleista erilaisissa hoitotilanteissa, ja sitä, että harjoittelu olisi säännöllistä. Lisäksi esiin nousi se, että

tarvitaan harjoittelua työnjaosta ja työskentelystä.

Hoitajat kokivat, että potilaan tilan arviointi ei ole tasalaatuista, sillä

tilanteen vakavuutta tai henkeäuhkaavuutta arvioidaan kovin eri lailla.

Tästä syystä toivottiin ohjekortteja erilaisille akuuttitilanteille, sekä potilaan tilan arviointiin työkaluja, kuten ABCDE-protokolla potilaan tutkimiseksi, ja näiden käytön harjoittelua yhdessä.

7.3 Hoitotilanteen organisointi

Hoitotilanteen organisointia sivuttiin aineistossa moniulotteisesti. Hoitajat kokivat hallitsevansa hoitolaitteiden hallinnan pääosin hyvin, mutta puutteitakin osaamisessa oli. Koettiin, että toimintavarmuudesta tulisi huolehtia paremmin, sillä esimerkiksi virtajohdon jäätyä irti saattoi ongelmaksi muodostua laitteen sammuminen kesken kaiken esimerkiksi sydänfilmiä otettaessa. Pidettiin tärkeänä, että jokainen huolehtii osaamisestaan laitteiden käytössä. Hoitoympäristön tulisi myös olla tuttu, ja sitä katsottiin edesauttavan sen, että tarvikkeilla on oma paikkansa. Nykyisellään tavaroita koettiin olevan liikaa ensiapuhuoneessa.

Koettiin, että päivystyksen kokonaistilanne vaikuttaa yksittäisen akuuttipotilaan hoidon organisointiin. Vaikuttavia tekijöitä oli useita, mutta niistä ratkaisevimaksi koettiin päivystyksen ruuhkaisuus.

onko muita potilaita, missä sukkula¹ on, ketä on töissä, minkälaiset lääkärit?

Arkena aamuvuorossa koettiin olevan selkeää ja rauhallista hoitaa huonokuntoistakin potilasta, ja tiimin koettiin muodostuvan helpommin.

Tilannetietoisuuden koettiin olevan vaihtelevaa. Toisinaan tiimi toimii joustavasti ja sopeutuu muuttuvaan päämäärään, kun taas toisinaan se ei suju kitkatta. Toiveena oli ennen kaikkea ymmärrys priorisoinnin tärkeydestä, sillä

pytyllekään ei kannata ketään jättää, ettei tule uutta elvytettävää.

Parasta on, kun on yhteinen päämäärä ja tahtotila sinne pääsemiseksi, sekä luottamus siihen, että saa apua sitä tarvitessaan. Tämä syntyy yhteisestä tilanekuvasta.

Jatkohoidon organisoinnissa nousi esiin ongelma tiedonkulusta silloin, kun potilasta on hoitanut moni hoitaja.

osastolle olisi hyvä ilmoittaa minkä kuntoista [potilasta] viedään.

Turhautuneisuutta aiheutui siitä, jos jatkohoitopaikka ei ole valmistautunut potilaan tuloon informoinnista huolimatta.

Omaisten huomioinnin koettiin usein akuuttipotilaiden kohdalla jäävän liian vähäiseksi, ja siksi toivottiinkin omaisille mahdollisuutta keskusteluun lääkärin tai hoitajan kanssa.

Omaiset jäävät monesti ns. heitteille.

¹ sukkula on päivystyksessä työskentelevä hoitaja, joka tarpeen mukaan siirtyy sairaalassa sille osastolle, missä on eniten tarvetta avulle.

7.4 Tiimityön johtaminen

Johtajan kunnioitusta toivottiin siten, että otetaan määräykset vastaan eikä lähdetä kyseenalaistamaan.

Ei saa ottaa itseensä johtajan määräyksiä.

Hoitajat eivät aina ymmärtäneet, miksi tiimissä on oltava johtaja ja mikä hänen roolinsa on. Toisaalta pohdittiin sitä, kuinka hyvä johtaja lisää tiimin tilannetietoisuutta ja sitä kautta potilaan hoidon sujumista onnistuneesti. Koettiin, että tiimi tarvitsee johtajan, jolla on tilanne hallussa ja joka uskaltaa ja osaa johtaa muita. Hoitajat toivat myös esiin huolen siitä, että johtaja saattaa hoitotilanteesta puuttua kokonaan, tai johtovastuu olla epäselvää, kun paikalla on useampi lääkäri ja hoitohenkilökuntaa. Henkilökunnan kokemus nähtiin vahvuutena, silloin kun

kokeneet hoitajat ottavat johtovastuuta ja ohjataan toisia.

Todettiin myös, että lääkäri johtaa eri asioita kuin hoitaja, eikä aina lääkäriä siksi välttämättä laskettu osaksi hoitotiimiä. Katsottiin, että lääkäri johtaa hoidon prosessia ja hoitaja hoitotyön työnjakoa. Nähtiinkin, että lääkärin ja hoitajan tulisi johtaa tiimiä työparina. Ongelmaksi koettiin vaihtuvat lääkärit, joiden johtamisosaamisen nähtiin olevan vaihtelevaa.

Selkeää johtajuutta ja johtovastuuta silti kaivattiin, sillä

olisi hyvä, ettei moni anna ohjeita.

7.5 Tunteet kriittisesti sairasta hoidettaessa

Tunteiden käsittely nähtiin tärkeänä jälkipuinnin kannalta. Koettiin hyvänä saada positiivista palautetta tiimin kesken. Puutteena nähtiin jälkipuinnin puuttuminen kokonaan, tai että sitä oli sattumanvaraisesti riippuen siitä, oliko jälkipuinnille aikaa.

Kriittisesti sairaiden potilaiden hoitaminen koettiin ajoittain stressaavana, mutta toisaalta koettiin, että

kokemuksen myötä pelko ja paine helpottaa hoidettaessa kriittisesti sairasta.

Ikävänä koettiin hoitotilanteisiin liittyvä asiaton kielenkäyttö ja avuntarpeen vähättely.

Ei ole kunnioitusta toisen työtä kohtaan, jos ei usko että tarvii tulla paikalle (takapäivystäjä).

Toisaalta henkilökemioiden toimivuus nähtiin voimavarana ja hyvin onnistuvan hoidon edistäjänä, kun kyetään hyödyntämään yksilöllisiä vahvuuksia.

7.6 Kommunikaatio hoitotilanteessa

Kommunikaation toimivuus koettiin sekä onnistumisena että epäonnistumisena. Hoitajat esittivät myös paljon toiveita kommunikaation parantamiseksi. Kommunikaatiolta toivottiin asiallisuutta, sillä

akuuttitilanne ei ole vitsinheittotilanne.

Joskus vuorovaikutus ei suju onnistuneesti, vaan akuuttitilanteen viestintä saatettiin kokea myös

vittuiluna ja pään aukomisena,

ja kielenkäytön koettiin voivan olla epäasiallista. Toisaalta kommunikaation laadun nähtiin riippuvan paikalla olevasta henkilökunnasta, ja tämän vuoksi kommunikaation nähtiin olevan epätasalaatuista vaihdellen tilanteesta toiseen. Toiveena oli laadukas ja hyvä kommunikaatio, sillä sen koettiin sujuvoittavan työntekoa. Yhteistyö ensihoidon kanssa nostettiin esimerkiksi sujuvasta kommunikaatiosta potilaan hoidossa. Sen sijaan kritiikkiä osoitettiin eri ammattiryhmien väliselle hierarkkiselle kommunikaatiojärjestykselle, sillä

puhuttelujärjestys [on] vanhanaikaista byrokraattista paskaa.

Tämä koettiin hoitoa hidastavana asiana akuuttipotilasta hoidettaessa.

Kommunikaation selkeys oli ajoittain ongelmallista sillä

kaikki puhuu tai huutaa yhteen ääneen.

Toiveena oli viestinnän selkeys alkaen ääneen aikeiden kommunikoinnista ajatusten esille tuontiin sekä viestin toistamiseen. Toivottiin selkeää ja ytimekästä kommunikaatiota, jota mielellään tilanteen johtaja tukisi, eli

selkeät ja lyhyet ohjeet ja käskyt sekä niiden toistaminen.

7.7 Työskentely tiimissä

Moniammatillisesta yhteistyöstä katsottiin olevan sekä hyviä että huonoja yhteistyökokemuksia, sekä pelkoja siitä, ettei päivystykseen saada lisääpua esimerkiksi takapäivystäjiltä silloin kun sitä pyydetään tai tarvitaan.

Takapäivystäjän tulisi tukea etupäivystäjää paikan päällä, ei vain puhelimitse.

Yhteistyön onnistumisesta kiiteltiin ensihoitoa, vartijaa, poliisia sekä laboratorioita.

Standardoimattomasta työnjaosta, kommunikaatiosta ja roolijaosta aiheutui päällekkäisiä hoitotoimia esimerkiksi siten, että

raporttia ei välttämättä aina kuunnella, kun energia menee potilaan siirtoon.

Työnjako koettiin epäselväksi ja roolista toiseen saatettiin vaihtaa kesken hoitotilanteen. Toiveena kuitenkin oli selkeä roolijako minkä ajatellaan vähentävän päällekkäistä työtä sekä kohdentavan resursseja akuuttipotilaan hoitoon. Ehdotuksia annettiin hoitajien parityöskentelystä tiimin kokoonpanoon.

Tiimin muotoutuminen on kaiken a ja o: kolme hoitajaa ja lääkäri.

Epäselvästä roolijaosta aiheutui ylimääräistä kiirettä, ja mietittiinkin että oman roolin ymmärtäminen ja siinä pysyminen on tärkeää.

[Tulisi olla] ymmärrys omasta roolista, miksi teen, mitä teen, ja [tulisi] osata muuttaa omaa toimintaa vasteen mukaan.

Hoitajat antoivat monipuolisia ehdotuksia siitä, millaisia eri roolien tulisi olla. Pohdittiin parasta henkilöä ennakkoilmoituksen vastaanottoon, hoitotiimin kokoa ajaksi ja annettiin ehdotuksia tiimin muodostamisen periaatteista. Mietittiin kuka voisi kirjata, ja ketkä osallistuisivat akuuttipotilaan hoitoon esim. yöaikaan, kun miehitys päivystyksessä on minimissä.

Hässäkkä saadaan rauhoittumaan, kun roolit on selvillä.

7.8 Tiedonkulku potilaan hoitopolun aikana

Tiedonkulkua ja tiedon hyödyntämistä tarkasteltiin potilaan koko hoitopolun ajalta. Hoitopolun katsottiin alkavan siitä, kun päivystyksessä saadaan tieto potilaan tulosta, jatkuen päivystyksen tiedonkulkuna sekä raportointina jatkohoitotaholle, kattaen sekä suullisen että kirjallisen tiedonkulun.

Koettiin että ennakkoilmoitus potilaasta antaa päivystykselle aikaa valmistautua potilaan hoitoon, ja sen ansiosta myös kokonaiskuva on parempi. Toiveena esitettiin, että ennakkoilmoitusta hyödynnetään tiimin valmistelussa. Ehdotettiin myös, että

se, joka ottaa ennakon, aloittaa organosoinnin ja kuuntelee raportin.

Potilaan tuloon valmistaudutaan potilastietojärjestelmää hyödyntämällä ennen potilaan saapumista esitietojen saamiseksi. Näistä voidaan saada kriittisen tärkeitä tietoja esimerkiksi siitä, onko potilas vaikkapa tehohoidon piirissä, tai mitä lääkityksiä hän käyttää. Valmistautumisen kuvattiin olevan ja sen toivottiin olevan moniammatillista. Yhdessä lääkärin kanssa suunnitellaan hoitoa ja informoidaan yhteistyötahoja, kuten röntgen ja laboratorio.

Ennakkopuhelun tullessa pyritään tekemään kaikki valmiiksi: ranneke, labrat, kone auki ensiapuun yms.

Hoitajat korostivat raportin sisällön tärkeyttä ja vaikeutta tiedonvälitystä ajatellen. Koettiin, että raportointi ei ole tasalaatuista, ja että ensihoidon raportin kuunteleminen on joskus vaikeaa, kun asiaa on paljon. Lisäksi tuotiin esille, että aina ei osata raportoida jatkohoitoonkaan päin olennaisimpia asioita. Toisinaan raportissa mentiin liikaa yksityiskohtiin, ja toisaalta taas jokin tärkeä asia saattoi jäädä huomiotta. Toiveena oli, että raportti sisältäisi

olennaiset hoitoon liittyvät asiat,

esimerkiksi poikkeamat elintoiminnoissa sen sijaan, että raportoitaisiin yksityiskohtaisesti normaaliarvoja.

Hoitajat pitivät laadukkaana monipuolista ja kattavaa kirjaamista. Tärkeänä pidettiin että,

muistettaisi kirjata potilaan voinnin muutokset, eikä vain pelkkiä viataaleja, ne ei ole informatiivisia.

Toiveena oli tilanteessa tapahtuva kirjaaminen virheiden välttämiseksi, sekä potilastietojärjestelmän hyödyntäminen reaaliaikaisesti. Silloin

potilasta luovutettaessa tiedot voi vaan printata, eikä jälkikäteen tarvi miettiä miten [hoitotilanne] meni.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Hoitohenkilökunnalla on monipuolisesti näkemyksiä tiimityön toimivuudesta sekä kehittämistarpeista, sekä monenlaisia ehdotuksia tiimityön eri osa-alueiden kehittämiseksi. Hoitohenkilökunta tiedostaa haasteet tiimityöskentelyssä ja ovat motivoituneita parantamaan tiimityötä. Osaamisen puutetta kliinisissä taidoissa ei nähdä ongelmana, vaan haasteet nähdään tiimityön toimivuudessa.

Hoitotyön osaaminen

Kun on selvitetty päivystyshoitotyön osaamisvaatimuksia tarkemmin yliopistosairaalan päivystyksen hoitajilta, on tulokseksi saatu monipuolinen kattaus taitoja, joita päivystyshoitotyö vaatii. Tulisi osata erilaiset hoitoprotokollat sekä peruselintoimintojen seuranta ja poikkeavuuksiin reagointi. Tulisi osata ennakoida, priorisoida, ja tarpeen vaatiessa kyseenalaistaa. Tiimissä on osattava johtaa ja olla johdettavana, sekä ylläpitää tilannetietoisuutta. Teoriatietoa tulisi olla ja sitä pitäisi osata etsiä. Kirjaamisen ja raportoinnin tulisi sujua. Lisäksi tarvitaan kommunikaatiotaitoja niin kollegoiden ja yhteistyötahojen suuntaan, kuin potilaan ja omaisten kohtaamiseen. Myös toimintaympäristön tunteminen, työyhteisöön sitoutuminen ja kollegan tukeminen on katsottu tärkeäksi. (Jokela 2014, 28-38.)

Tuloksissamme hoitajat näkivät osaamisen hyödyntämisen tavoitteena, johon pyritään hoitotiimissä potilasta hoidettaessa. Tuttujen tiimiläisten kesken se koettiin luontevaksi, kun tunnettiin työkaverin taidot. Toivottiin avointa kommunikaatiota osaamisesta, sillä sen koettiin parantavan potilasturvallisuutta ja luottamusta kolleegaan. Luottamuksen katsotaan olevan yksi tärkeimmistä asioista tiimityössä, eivätkä tiimit toimi hyvin ilman jäsenten keskinäistä luottamusta (Isoherranen 2005, 108). Hoitajat arvostivat suuresti käytännön kokemusta kriittisesti sairaan potilaan hoidosta, ja kokivat, että sellaisia potilaita sattuu hoidettavaksi liian harvoin, jotta rutiinia asiaan tulisi. Tästä syystä toivottiin harjoittelua, jotta osaamisen taso pysyisi yllä ja parantuisi. Harjoittelun koettiin parantavan luottamusta omiin ja kollegan taitoihin.

Hiljaisen tiedon siirtäminen koettiin tärkeäksi, ja sitä tapahtui kokeneiden hoitajien ohjatessa vähemmän kokemusta omaavaa kollegaa hoitotilanteessa. Lisäksi vähemmän kokeneiden toivottiin aktiivisesti pääsevän mukaan hoitotilanteisiin kokemuksen saamiseksi. Hätätilanteen sattuessa kollegan auttaminen oli hoitajille itsestään selvää. Tämä on tunnistettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Lång 2013, 28).

Päivystyshoitotyö vaatii hoitajalta laajoja valmiuksia arvioida hoidon tarvetta ja päättää hoidosta. Kun on tutkittu vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaamistasoa ja osaamisvaatimuksia päivystyshoitotyön suhteen, on havaittu puutteita sekä kliinisessä- että päätöksenteko-osaamisessa. Osaamistaso kuitenkin paranee työkokemuksen myötä. Lääkkeenä on esitetty sairaanhoitajakoulutuksessa huomion kiinnittämistä päivystyshoitotyön vaatimuksiin esimerkiksi triagen, eli hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin osaamisen muodossa, sekä työssä olevien lisäkouluttaminen alueellisen tarpeen mukaan. (Lankinen 2013, 76-81)

Simulaatioharjoittelu

Simulaatio on riittävän hyvä jäljitelmä todellisuudesta tietyn päämäärän saavuttamiseksi. Sen päämäärä voi olla työntekijöiden harjoittelu jonkin asian hallitsemiseksi, testaaminen, tai jonkin asian paremmin ymmärtäminen. Tiettyjä toimenpiteitä suoritettaessa tai tietyissä olosuhteissa voisi potilasvahingoilta välttyä lähes kokonaan, jos opetuksessa tai harjoittelussa käytettäisiin simulaatiokoulutuksen eri mahdollisuuksia. Motto "Ei enää ensimmäistä kertaa" on tärkeimpiä periaatteita simulaatioharjoittelussa, joka tarkoittaa muun muassa sitä, ettei kajoavia toimenpiteitä suoritettaisi potilailla ennen kuin ammattilainen on osoittanut osaavansa hoitotoimenpiteen simulaatiolla. (Rall 2013, 9-10.)

Simulaatio tarjoaa mahdollisuuksia oppia ennakoimaan tulevia ongelmia, sekä valmistautumaan odottamattomiin ja kriittisiin tilanteisiin. Se mahdollistaa hyvän tavan harjoitella systemaattisesti ja rutiinomaisesti niin tavallisia kuin harvemmin kohdalle osuvia tilanteita, sekä auttaa parantamaan ryhmän suoritusta siten, että virheiden todennäköisyys vähenee. (Rall 2013, 11.)

Tuloksissamme tuli esiin hoitajien tarve saada kokemusta kriittisesti sairaan potilaan hoidosta. Koska kriittisten potilaiden hoitaminen päivystyksessä ei ole jokapäiväistä, näkivät hoitajat simulaatioharjoittelun keinona saada kokemusta asiassa. Simulaatioharjoittelulta toivottiin erityisesti johtamisen harjoittelua sekä tiimityön harjoittelua. Lisäksi toivottiin, että harjoittelu olisi säännöllistä sekä moniammatillista ja että harjoittelun kautta tutustuttaisiin muihinkin hoitoprotokollaan kuin hoitoelvytykseen.

On havaittu, että simulaatio-opetuksella on etuja verrattuna perinteisiin opetusmenetelmiin. Simulaatio-opetusta saaneiden tekniset ja kommunikatiiviset taidot ovat merkittävästi paremmat kuin perinteistä opetusta saaneilla. Tiedollisessa osaamisessa eroja ei ole havaittu. (Fouilloux ym. 2015, 132-139.) Päivystyspoliklinikoiden hoitohenkilökuntaa tutkittaessa on havaittu simulaatioharjoittelun parantaneen erityisesti yhteistyö-, kommunikaatio- ja tiimityötaitoja, sekä kokonaistilanteen hallintaa. Sen sijaan simulaatioharjoitteet eivät juurikaan kehittäneet kliinisiä taitoja. Kuitenkin tietojen koettiin karttuvan, kun harjoitteiden aikana oppia tuli työkavereiden esimerkistä. (Kupiainen 2013, 73.)

Hoitotilanteen organisointi

Tulostemme mukaan hoitotilanteen organisointi nähtiin monipuolisena ja haastavana palapelinä, johon vaikuttaa päivystyksen kokonaistilanne, kuten rauhallisuus tai ruuhkaisuus päivystyksessä, jotka voivat vaikuttaa käytettävissä oleviin resursseihin hoitotilanteessa. Myös tilannetietoisuuden hoitotilanteessa koettiin vaihtelevan. Tilanteenhallinta ruuhkien ennakoimisesta niiden hallintaan sekä muuttuvien olosuhteiden hallinta liittyykin sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen (Lång 2013, 28-38).

Tulos on linjassa sen suhteen, mitä aiemmin on havaittu esimerkiksi Keski-Suomessa, kun selvitettiin tiimityön haasteita päivystyksessä. Selvityksessä ongelmina nähtiin esimerkiksi epäyhtenäiset toimintaperiaatteet, tiedonkulun ongelmat, sekä vajavaiset potilastiedot. Taustasyinä näihin ongelmiin nähtiin olevan kiire, ruuhkat, henkilökunnan vaihtuvuus, organisaatioiden asenteet sekä organisaation muutokset. Myöskään tilaratkaisut eivät aina tukeneet moniammatillista vuorovaikutusta esimerkiksi silloin kun äänieristyksessä oli puutteita

tai työskentelytilat olivat liian ahtaat. Lisähaastetta tiimityöhön tuo vuorovaikutus sairaalan tai terveydenhuollon kentän ulkopuolelle, jolloin mukana saattaa olla esimerkiksi vartija, ensihoito, poliisi tai sosiaaliviranomainen. (Collin ym. 2012, 38.)

Hoitolaitteiden hallinta ja hoitoympäristön tunteminen kuuluvat päivystyshoitotyön osaamisvaatimukseen (Nummelin 2009, 34-37; Lång 2013, 28-38; Jokela 2014, 28-38). Tuloksissamme hoitajat näkivät yhtenä hoitotilanteen sujuvuuteen vaikuttavana tekijänä hoitolaitteiden käytön sekä muun hoitoympäristön. Katsottiin, että hoidon sujuvuutta ja potilasturvallisuutta voivat heikentää puutteet laitteiden käytön osaamisessa ja toimintavarmuudessa, sekä hoitoympäristön tavarapaljous tai tavaroiden paikkojen jatkuva vaihtuminen.

Tulokset ovat yhteneväisiä aiempien huomioiden kanssa esimerkiksi lääkintälaitteiden merkityksestä hoitotyössä. Lääkintälaitteiden käyttö on lisääntynyt jatkuvasti ja niillä on keskeinen rooli potilaan hoidon onnistumisessa potilasturvallisesti. Laitteita käyttää useimmiten monilukuinen joukko ammattilaisia, joten niiden tulisi olla suunniteltu käyttäjäystävällisesti siten, että käyttö on helppoa ja turvallista. Mikäli laitteen käyttö on käyttäjälle vaikeaa, siitä voi aiheutua haittoja. Potilaan hoito voi hidastua, sillä laitteen käyttö vie liikaa aikaa. Riskiksi nousee myös laitteen käyttäminen väärin. Käyttäjä voi kokea stressiä laitteen käytöstä, eikä välttämättä osaa hyödyntää laitetta riittävän monipuolisesti. Silloin kun lääkintälaitteet vastaavat potilaan lääkkeen annostelusta tai peruselintoimintojen seurannasta ja ylläpidosta, voi puutteet tai poikkeamat laitteen käytössä johtaa vakavaan haittatapahtumaan tai sen riskiin. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 92-94.) Koska puutteellinen osaaminen laitteiden käytössä aiheuttaa stressiä, tulisi kaikkien käytössä olevien laitteiden olla ympäristöön sopivia, ja henkilökunnan tulisi saada niiden käyttöön perusteellinen perehdytys. Tämä ei kuitenkaan riitä, vaan laitteen käytön tulisi lisäksi sopia koko käytössä olevaan työprosessiin. Stressi laitteiden käytöstä on yleistä, ja vie resursseja, joita tarvittaisiin muuhun työskentelyyn. Se lisää kokonaistyökuormaa, häiritsee keskittymistä ja vaikuttaa negatiivisesti työn hallinnan tunteeseen. Myös työympäristöllä on suuri merkitys potilasturvallisen hoidon takaajana. Vaikuttavia tekijöitä ovat hoitoympäristön järjestys, ahtaus, melu ja hälinä, rakenteet, jotka kaikki osaltaan luovat

edellytyksiä hoitaa potilasta ja vaikuttavat haittatapahtumariskiin. (Helovuori ym. 2012, 67-70)

Tiimityön johtaminen

Johtajuus hoitotilanteessa liittyy yleisesti tiimityöskentelytaitoihin ja tehtävien hallintaan. Tuloksissamme johtajan rooli koettiin joskus epäselväksi. Johtajuutta kuitenkin kaivattiin yksiselitteisten ohjeiden saamiseksi, ja siksi että olisi johtaja, jolla on koko tilanne hallinnassa. Työkokemuksen katsottiin vaikuttavan positiivisesti johtajanroolin ottamiseen. Isoherranen (2005, 109) mukaan sosiaalinen status tai arvostus vaikuttaa siihen, kenen ohjetta kuunnellaan ja pidetään tärkeänä. Sosiaali- ja terveysalalla tulevat vastaan myös vastuukysymykset, joita lainsäädäntö määrittelee. Tiimin yksittäiset asiantuntijat ovat siis ammatillisesti ja lainpuitteissa vastuussa omasta työskentelystään, vaikka tiimin toiminta kokonaisuudessaan katsotaankin olevan yhteisvastuullista. (Isoherranen 2005, 109, 116.) Tiimissä tarvitaan jaettua johtajuutta, joka tarkoittaa jokaisen vastuuta omasta alueestaan. Johtajana voi toimia sovitusti kuka tahansa tiimin jäsenistä. Moniammatillisessa tiimissä tarvitaan joustavuutta rooleja määriteltäessä pyrkimällä potilaslähtöiseen ja osaamista hyödyntävään työskentelyyn. Luottamus toisen työhön on moniammatillisessa tiimissä ja sen johtamisessa tärkeää. (Isoherranen 2012, 152.) Johtajuuteen sisältyy myös hoitotilanteen kokonaishallinta, johon kuuluu priorisointi, käytettävissä olevien resurssien tehokas hyödyntäminen sekä hoitotiimin tilannetietoisuuden ylläpitäminen (Kuisma ym. 2018, 109). Hoitajan johtamisosaamiseen kuuluu tilannetietoisuus-osaaminen ja johtaminen, jossa tärkeää on kokonaiskuvan hahmottaminen, tilannekatsaukset sekä delegointitaito (Jokela 2014, 28-38).

Tunteet kriittisesti sairasta hoidettaessa

Palautteen antaminen on tärkeä ihmissuhdetaito ja elintärkeää organisaatiolle (Isoherranen, 2005, 128). Tuloksissamme käy ilmi, että henkilökemioiden toimivuus ja positiivisen palautteen saaminen työkaverilta koettiin voimavarana. Akuuttihoitotilanteet saatettiin kuitenkin kokea pelottaviksi ja stressaaviksi, mutta kokemuksen myötä stressin koettiin lievittyvän. Stressiä aiheutti myös työkaverin epäasiallinen käytös tai avuntarpeen vähättely, joka osaltaan saattaa kieltä myös epävarmuudesta potilasta hoidettaessa. Jälkipuinnille olisi tarvetta hoi-

totilanteiden herättämien tunteiden käsittelemiseksi, mutta ajanpuutteen vuoksi sille ei useimmiten ollut aikaa.

Palautteen antamisen tulisi olla avointa ja ottaa huomioon vastaanottajan kokemus ja kyky käsitellä palautetta. Epäonnistuessaan palautteenanto aiheuttaa tunteita ja toimintaa, joista on haittaa ryhmän tehokkaalle toiminnalle. Vääränlainen kritiikki herättää vihaa ja pelkoa, aiheuttaa vastuun pakenemista, selittelyä ja kritiikin antajan välttelyä. Toimivan ja avoimen palautteen antaminen on keskeinen osa ammattitaitoa, sosiaalinen taito, jota voidaan harjoitella ja kehittää. (Isoherranen, 2005, 128-129.)

Kommunikaatio hoitotilanteessa ja työskentely tiimissä

Tuloksissamme hoitajat kokivat, että erityisesti roolijaon ja kommunikaation ongelmat aiheuttivat usein päällekkäisiä hoitotoimia sekä keskittymistä epäolennaisiin asioihin. Epäselvät roolit tai työn organisoinnin puute aiheuttivat sen, että roolia saatettiin vaihtaa kesken hoitotilanteen. Hoitajilla oli näkemyksiä siitä, mitä toiminnan organisointi edellyttäisi. Toiveena oli, että roolijako ja tiimin jäsenet olisivat selvillä jo ennen potilaan saapumista ja roolissa pysyttäisiin. Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että selkeä ja vakioitu työnjako eri roolisissa toimiville tiimissä on turvallisen ja tehokkaan yhteistyön keino (Helovuo ym. 2012, 189; Helovuo 2009, 104).

Turvallinen ja tehokas yhteistyö edellyttää, että kaikilla tiimin jäsenillä on selvillä vastuualueet, roolit ja tehtävät. Standardoidut työtehtävät eri rooleissa toimiville helpottavat tiimissä työskentelevien yhteistyötä, sillä tehtävistä ei tarvitse sopia joka kerta erikseen. Se auttaa työtehtävien hallinnassa, sekä väärinkäsityksistä johtuvien virheiden minimoimisessa. Vakioidulla työnjaolla varmistetaan se, että tiimiläisten tehtävät pysyvät kaikille selkeänä ja tarvittavat toimenpiteet tulevat tehdyksi riippumatta siitä ketä tiimiin kulloinkin kuuluu. Ongelmaksi työnjaossa voi muodostua se, että kommunikaatio tiimiläisten välillä vähenee, sillä pitkään yhdessä toimineet tiimit tottuvat toistensa toimintatapoihin ja helposti olettavat toiminnan olevan tietynlaista. (Helovuo ym. 2012, 189; Helovuo 2009, 104.)

Ongelmia kommunikaatiossa voi tulla, jos ajateltuja asioita ei sanota ääneen, vaan oletetaan että toinen ymmärtää. Ääneen sanominenkaan ei välttämättä tarkoita, että olisi tullut kuulluksi, eikä kuulluksi tulemisesta automaattisesti seuraa asian ymmärtäminen. Ymmärtäminen ei myöskään ole sama asia kuin tekeminen. (Kuisma ym. 2018, 197.)

Hyvä kommunikaatio on luonteeltaan selkeää. Viesti suunnataan oikealle henkilölle ja varmistetaan että vastaanottaja ymmärtää asian. Vastaanottaja kuuntelee ja ottaa kantaa kuitenkin häiritsemättä kollegaa, joka on keskittymässä johonkin tärkeään työtehtävään. Onnistunut kommunikaatio syntyy, kun otetaan huomioon mahdolliset ongelmat, jotka yllä mainitaan. (Kuisma ym. 2018, 196-197.)

Ongelmat kommunikaatiossa ovat myötävaikuttajana noin 65 prosentissa terveydenhuollon häiritseviä tapahtumista. Ongelmien takana on usein koko organisaation toimintakulttuuriin liittyvät viralliset ja epäviralliset käytännöt, sekä eri ammattiryhmien väliset suhteet, ja hierarkkiset toimintatavat. Turvallisuutta vaarantaa esimerkiksi ammattiryhmien keskinäinen kunnioituksen puute, huono lähijohtaminen tai se, ettei epäkohdista uskalleta mainita. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86-89.) Tutkimuksessamme tuli esille haasteita moniammatillisessa tiimissä toimiselle kommunikaation osalta. Myös luottamus lääkärin osaamiseen ja paikalle tulemiseen oli vaihtelevaa. Katsottiin myös, että hierarkkista toimintaa ja vuorovaikutusta esiintyi edelleen, ja se vaikutti luottamuspulana ja yhtenä esteenä moniammatillisen tiimityöskentelyn onnistumiselle. Hoitajat kokivat hierarkkisen kommunikaatiojärjestyksen olevan vanhanaikaista ja toivoivat tasavertaista kohtelua tiimin jäsenten kesken kuitenkin tiimin johtajaa kunnioittaen. Sairaanhoidajan osaamisvaatimuksiin katsotaan kuuluvan hyvät vuorovaikutustaidot ja kyky toimia moniammatillisessa tiimissä eri ammattiryhmien kesken (Lång 2013, 28-38; Nummelin 2009, 41-49). Tätä osaamista pidettiin tärkeänä myös tutkimustuloksissamme.

Kommunikaation koettiin olevan epätasalaatuista. Ongelmiksi koettiin epäasiallisuus ja sekavuus sekä "päälle puhuminen". Tähän vaikutti tiimin koostumus ja tiimin jäsenten työkokemus kriittisesti sairaan potilaan hoidossa. Toiveena oli

laadukas ja hyvä kommunikaatio, joka olisi selkeää ja ytimekästä. Ehdotuksena nousi esille johtajaa kunnioittava kommunikaatiotapa, johon kuuluu selkeys, ytimekkyys ja toistaminen. Kommunikaation katsotaan olevan tärkein työkalu inhimillisten virheiden välttämiseksi (Helovu 2009, 107-108; Helovu ym. 2012, 189). Keinona kommunikaation parantamiseksi voidaan käyttää ”suljetun ympyrän”-periaatetta, jossa ajatuksena on, että viestin lähettäjä saa jonkinlaisen kuittauksen siitä, että viesti on ymmärretty ja vastaanotettu. Tärkeää tietoa välitettäessä ei voida olettaa, että annettu viesti on automaattisesti huomioitu, joten ilmoitus siitä, että viesti on mennyt perille ja kuultu oikein (toistaminen) on osa kommunikaatioon liittyvää turvallisuusprotokollaa. Tämän katsotaan olevan tärkeää terveydenhuollossa muun muassa lääkemääräyksissä. (Helovu 2009, 107-108.)

Tiedonkulku potilaan hoitopolun aikana

Tuloksissamme hoitajat kuvasivat tiedonkulkua ja tiedon hankinnan menetelmiä alkaen siitä, kun tulevasta potilaasta on saatu tieto päivystykseen ja päättyen siihen, kun potilas on luovutettu seuraavalle hoitotaholle raportin jälkeen. Tähän väliin on mahtunut monenlaista valmistautumista potilaan hoitoon ja tiedon etsimistä potilastietojärjestelmästä, sekä uuden tiedon hankkimista potilaasta erilaisten mittausten ja tutkimusten avulla. Tietoa on usein kertynyt paljon lyhyen potilaskontaktin aikana, ja kaiken sisäistäminen ja eteenpäin raportointi koettiin haasteena.

Ensihoidon ennakoilmoituksen vastaanottamisen toivottiin käynnistävän valmistelut potilaan tuloon. Sen koettiin antavan paremman kokonaiskuvan tilanteesta sekä aikaa tehtävien järjestelyille. Ennakoilmoituksen tarkoituksena onkin antaa tietoa potilaasta ja antaa aikaa valmistautua kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamiseen ennalta sovitun protokollan mukaisesti (Kuisma ym. 2018, 104-105). Usein kiire ja stressi saattaa johtaa raportin kuuntelemisen vaikeuteen ja keskittymisen häiriintymiseen. Se voi olla liian pitkä tai siitä puuttuu olennaisia asioita. Tästä syystä olisi tärkeää, että raportointi olisi selkeää ja yhteisesti sovitun toimintamallin mukainen. (Kuisma ym. 2018, 106.) Hoitajat toivoivat potilaasta raportoinnin olevan systemaattista, sisältäen olennaiset tiedot potilaan voinnista ja tilanteesta kuitenkin ilman liiallisia yksityiskohtia. He näkivät raportoinnin laadun olevan vaihtelevaa, tärkeää voi jäädä pois tai vastaavasti se

voi olla liian pitkä ja yksityiskohtainen, jolloin kokonaisuuden hahmottaminen vaikeutuu.

Samankaltaiset tiedonkulun haasteet tunnetaan kirjallisuudessa. Haasteiksi on nimetty tietojärjestelmien ongelmat sekä potilastietojen epätarkkuus ja puutteet, mitkä aiheuttivat muun muassa päällekkäisiä hoitotoimia. Myös hoitajien työaika havaittiin kuluvan potilastietojen tarkastamiseen johtuen epäyhtenäisistä käytännöistä. (Collin ym. 2012, 36-37.)

Nykyaikaisen terveydenhuollon monimutkaisuuden vuoksi tiedonkulku ja viestintä ovat entistäkin tärkeämmässä roolissa. Sen katsotaan kuuluvan tärkeänä osana sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia (Jokela 2014, 28-38; Nummelin 2009, 41-49). Hoitovastuu voi siirtyä useaan kertaan potilaan sairaalassaoloaikana, esimerkiksi työvuorojen vaihtuessa lääkäreiden ja hoitajien osalta, tai potilassiirtoina eri yksiköiden välillä. Tämä altistaa potilaita tiedonkulusta johtuville virheille. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338-339.) Ihmisen kyky havaita asioita ja pitää asioita mielessään on rajallinen. Rauhattomassa työympäristössä ja kiireessä työskennellessä on epärealistista odottaa, että jokainen asia tulee hoidetuksi muistinvaraisesti. Tästä syystä hoitotyön prosesseja varmistamaan tulisi käyttää erilaisia teknisiä ratkaisuja, hoitoprosesseja tukevaa dokumentaatiota sekä tarkistuslistoja. (Helovuori 2012, 77.) Potilaasta raportoinnin menetelmänä ISBAR on strukturoituun kommunikaatioon kehitetty työkalu, joka on lähtöisin 1990-luvun Yhdysvaltojen merivoimista. ISBAR-työkalun on todettu vähentävän terveydenhuollon haittatapahtumia. (Ervast, 2013; Kinnunen ym. 2009, 86-89)

8.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys ei koske pelkästään hyvää tieteellistä käytäntöä, vaan siihen kuuluu myös tutkimuksen laadun arviointi. Hyvän tieteellisen käytännön on kuljettava mukana tutkimuksen teon alusta loppuun. Hyvä tieteellinen käytäntö on sitä, että jo ideavaiheesta lähtien noudatetaan tutkimusyhteisön tunnistamia toimintatapoja ja periaatteita, joita ovat esimerkiksi pyrkimys rehellisyyteen, avoimuuteen sekä puolueettomuuteen. Aineistonkeruusta lähteiden käyttöön, tulosten raportointiin ja tulkintaan tutkija palaa yhä uudelleen eettisten kysymysten äärelle. Tutkijan on noudatettava yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä. Tutkijan on käytettävä tiedonhankintaan oman alansa käytäntöön pohjaavia tiedonhankinnan ja tutkimuksen menetelmiä ja perusteltava valintansa. Tutkija viittaa asianmukaisesti lähteisiin erottaen selkeästi jo aiemman tiedon tutkimuskohteesta sekä omat tulokset. (Vilkkä 2015, 26-27; Hirsjärvi ym. 2009, 23-27)

Tutkimuksen on oltava toistettavaa. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessi on avattava siinä määrin, että lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkimuksessa tehtyjä valintoja ja ratkaisuja hyvän tieteellisen käytännön kannalta. Tutkijan on kerrottava rahoituslähteet sekä tutkimukseen liittyvät salassapito- ja vaihtolovelvollisuudet. On kerrottava mikä on tutkijan suhde tutkittavaan asiaan. Tutkijan on myös pohdittava aineistojen säilyttäminen sekä kuinka turvataan tutkittavien anonymiteetti. (Vilkkä 2015, 30- 31; Hirsjärvi ym. 2009, 23-27.)

Tämä työ on tehty yhteistyössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Oulunkankaan tulosalueen kanssa opinnäytetyön tekijöiden aloitteesta ja kustantamana. Organisaatio on tarjonnut työaikaa tutkimusraportin kirjoittamista varten yhteensä 20 tuntia tutkijaa kohden. Tutkimussuunnitelman on hyväksynyt tulosalueen ylihoitaja ja yhteistyöstä käytännön kysymyksissä on vastannut organisaation nimeämä työelämän yhteyshenkilö. Tutkimussuunnitelmassa on sovittu, että tutkimus julkaistaan pysyvästi Theseuksessa, ja tulokset raportoidaan organisaatiolle.

Tutkijoiden osallisuus tutkittavana olevaan työyhteisöön on ollut haaste ja etu tutkimusta tehdessä. Tutkijat ovat pyrkineet jättämään omat ennakkoajatukset

tutkittavasta aiheesta taka-alalle keskittyen aineistoon ja tutkimustuloksiin. Tutkijoiden rooli työyhteisön jäsenenä on pyritty pitämään erillään tutkimusaineistoa kerätessä ja tutkimuksen muissakin vaiheissa mahdollisimman objektiivisen tuloksen saamiseksi. Toisaalta tutkijoiden työyhteisön jäsenyys ja työkaveruus on voinut antaa tutkittaville rohkeutta tuoda esille vaikeitakin asioita sekä motiivoida tutkittavia tutkittavaan aiheeseen. Se on voinut olla myös syynä siihen, että keskustelut ovat sujuneet luontevasti ja hyvässä hengessä. Tutkijoilla on ollut helppo ymmärtää tutkittavaa ilmiötä sen tuttuuden vuoksi, mutta toisaalta haasteena on ollut onnistua raportoimaan aiheesta yleistajuisesti ja ymmärrettävästi niin, että ilmiölle vieraampi lukija pystyy seuraamaan ja ymmärtämään sisältöä.

Tutkittaville on informoitu tutkimuksen tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet sekä tutkimustapa kirjallisesti (liite 3) ja suullisesti. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista ja siitä on saanut kieltäytyä niin halutessaan. Tutkimusaineisto on säilytetty salassapitovelvollisuuden mukaisesti ja tutkittavien henkilöllisyys on pyritty pitämään anonyyminä, vaikkakin pieni työyhteisö on tuonut tähän haastetta. Tulosten raportoinnissa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että tutkittavia ei voi tunnistaa tutkimukseen lainattujen kommenttien perusteella.

8.3 Luotettavuus

Tutkimuksen laadun ja luotettavuuden arvioinnissa ei ole yhtä oikeaa tapaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena tutkimuskohteen valinnasta tutkimuksen raportointiin. Tutkimusta tehdessä voidaan käyttää useita tutkimus- ja mittaustapoja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231).

Tutkimustulosten tulisi olla toistettavissa, ja tätä voidaan mitata eri tavoilla. Joko arvioitsijoiden avulla, jotka tulevat tutkimusta arvioidessaan samaan tulokseen tutkijoiden kanssa, tai vaihtoehtoisesti tutkimalla samaa asiaa useaan kertaan, jolloin tulemalla samansuuntaiseen lopputulokseen, voidaan tutkimustuloksia pitää luotettavina. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tutkimuksen eri vaiheiden ja aineiston tarkka kuvaaminen lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan tulee analysoida tuloksia laajasti, ja pohtia mahdollisia häiriötekijöitä sekä virhetulkinnan mahdollisuuksia työssään. Tutkijan on perusteltava päätelmänsä. (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233.)

Tiedonhaussa on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tutkimuksen viitekehysten määrittelyssä, mikä antaa tutkimukselle luotettavan perustan (Kangasniemi 2013, 291-301). Tietokantoina on käytetty vakiintuneita ja luotettavia tietokantoja, kuten Chinal, Medline ja Medic. Hakua on täydennetty manuaalisella haulla tutkimuksen asiasanoilla, millä on saatu laajempaa näkökulmaa.

Opinnäytetyömme on tehty Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukaan ja sen tutkimusprosessi on pyritty kuvailemaan mahdollisimman tarkasti. Tuloksia on peilattu aikaisempiin tutkimuksiin ja muuhun teoriaan ja tuloksissa on samankaltaisuuksia niihin verraten. Opinnäytetyö on raportoitu Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeen mukaan ja se on opiskelijoiden vertaisarvioima, sekä arvioitu korkeakoulun käytännön mukaan.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tiimityöskentelytaidot ovat yksi tärkeimmistä päivystyshoitotyön osa-alueista. Onnistuessaan tiimityö parantaa toimintaa niin yksilö- kuin organisaatiotasollakin. Se hyödyntää ja yhdistää eri ammattiryhmien osaamisen potilaan parhaaksi, ja helpottaa yhteistyötä sekä lisää arvostusta kollegaa kohtaan. Työskentely toimivassa, moniammatillisessa tiimissä voi vähentää hierarkkista toimintakulttuuria ja merkittävästi parantaa potilasturvallisuutta.

On olemassa lukuisia keinoja vaikuttaa tiimityön toimivuuteen. Olennaista on sitoutuminen systeemi- ja ajatteluun niin organisaation kuin yksilön tasolla. Tutkitusti toimivia malleja on kehitetty paljon, mutta niiden hyödyntäminen vaatii aktiivista työtä. Uuden käytännön implementointi vaatii aikaa ja resursseja, jotta siitä tulisi luonteva osa toimintaa.

Opinnäytetyömme osoittaa, että hoitohenkilökunnalla on paljon ajatuksia toiminnan kehittämiseksi ja ymmärrystä moderneista potilasturvallisuuden käytännöistä, sekä taitoa nähdä kohdat, joissa on kehittämisen varaa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat kehittämis ehdotukset:

- uusien ja jo osittain käytössä olevien hoitoprotokollien juurruttaminen lisäkoulutuksin kuten
 - ISBAR – systemaattisen raportoinnin työkalu
 - ABCDE-protokollan käyttö potilaan tilaa arvioidessa
 - NEWS sekä PEWS – potilaan tilan arvioinnin työkalu
 - tarkistuslistat
 - hoitokortit kriittisesti sairaille potilaille
- traumatiimitoiminta organisaatioon sovellettuna
- moniammatillisen tiimityön harjoittelu simulaatio-oppimisen keinoin säännöllisesti
- CRM-periaatteiden hyödyntäminen tiimityössä
- systemaattisen jälkipuinnin järjestäminen sisältäen rakentavan palautteen antamisen
- osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen organisaatiossa
- osaamisen ylläpito perehdytyksessä hiljaista tietoa hyödyntäen

Jatkotutkimusaiheena ehdotamme organisaatioon toimintatutkimusta, jossa implementoidaan potilasturvallisuutta edistäviä hoitoprotokollia, kuten traumatiimitoiminta, työyhteisöön. Jatkotutkimuskohteeksi ehdotamme akuuttihoitotyön kentälle tutkimusta hoitohenkilökunnan psyykkisestä kuormituksesta kriittisesti sairasta potilasta hoidettaessa.

*" Mieli, jonka uusi kokemus on kerran laajentanut, ei koskaan
palaa vanhoihin mittoihinsa. " —Oliver Wendell Holmes*

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Alnaib, M., Al Samaraee, A. & Bhattacharya, V. 2012. The WHO surgical safety checklist: a review. *Journal of perioperative practice*. 22 (9), 289-292.

Bleetman, A., Sanusi, S., Dale, T. & Brace-McDonnel, S. 2011. Human factors and error prevention in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal* 29 (5), 389-393.

Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. painos. Helsinki: Suomen punainen risti.

Castren, M. Aalto, S. Rantala, E. Sopanen, P. Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Collin, K., Valleala, U., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 31-43.

Ervast, M. 2013. ISBAR Suullisen raportoinnin potilasturvallisuustyökalu. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 15.8.2018. Vaatii käyttöoikeuden.

Flin, R. 2012. Too soft to grasp? Application of non-technical skills to improve outcomes in anaesthesia. Industrial Psychology Research Centre, University of Aberdeen. Scotland. European Society of Anaesthesiology ESA. Luettu 13.6.2019.

[https://www.esahq.org/~media/ESA/Files/Refresher%20Courses/2012/Too%20soft%20to%20grasp%20Application%20of%20non-technical%20skills%20to%20improve%20outcomes%20in%20anaesthesia%20\(2012\).ashx](https://www.esahq.org/~media/ESA/Files/Refresher%20Courses/2012/Too%20soft%20to%20grasp%20Application%20of%20non-technical%20skills%20to%20improve%20outcomes%20in%20anaesthesia%20(2012).ashx)

Fouilloux, V., Doguet, F., Kotsakis, A., Dubrowski, A. & Berdah, S. 2015. A model of cardiopulmonary bypass staged training integrating technical and non-technical skills dedicated to cardiac trainees. *Perfusion*. 30 (2), 132-139.

Fung, L., Boet, S., Bóuld, M., Qosa, H., Perrier, L., Tricco, A., Tavares, W. & Reeves, S. 2014. Impact of crisis recourse management simulation-based training for interprofessional and interdisciplinary teams: A systematic review. *Journal of interprofessional care*. 29 (5), 433-444.

Gordon, M., Baker, P., Catchpole, K., Darbyshire, D. & Schocken, D. 2015. Devising a consensus definition and framework for non-technical skills in healthcare to support educational design: A modified Delphi study. *Medical Teacher*. 37 (6), 572-577.

Handolin, L., Väisänen, O. 2007. Traumatiimin simulaatiokoulutus – kuinka harjoitella ryhmätyönä suoritettua kriittistä hoitotapahtumaa? *Suomen lääkirilehti*. 62 (11), 1163-1166.

Helovu, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus - mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen 2012. *Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. 2. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hoppu, S., Niemi-Murola, L., Handolin, L. 2014. Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana – oppia tiimityöstä. *Duodecim* 130 (7), 1744-1748

Ikonen, P., Pauniah, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest*. 43 (2), 108-111.

Isoherranen, K. 2005. *Moniammatillinen yhteistyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.

Jokela, H. 2014. *Hätätilapotilaan päivystyshoitotyö. Hoitohenkilökunnan erityisosaamisen vaatimukset Tays Ensiaapu Acutassa*. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäyte-työ.

Kananen, J. 2008. *Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4) 291-301

Kemper, P., Bruijne, M., van Dyck, C. & Wagner, C. 2011. Effectiveness of classroom based crew resource management training in the intensive care unit: study design of a controlled trial. *BMC Health Services Research*. 11, 304.

Kinnunen, M. & Peltomaa K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Koponen, L. & Sillanpää K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi.

Kotsakis, A., Mercer, K., Mohseni, H., Gaitero, R. & Agbeko, R. 2014. The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers. *Journal of Interprofessional Care*. 29 (4), 1-3.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2018. Ensihoito. 6.- 7. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kupiainen, M. 2013. Simulaatioiden käyttö Suomen päivystyspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan harjoittelumuotona. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 30.12.2010/1326

Lankinen, I. 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajien arvioimana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisu.

Lång, T. 2013. Sairaanhoitajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammatillisesta osaamisesta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Manser, T. 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 53, 143-151.

Marshall, D. & Manus, D. 2007. A Team Training Program Using Human Factors to Enhance Patient Safety. *AORN Journal*. 86, (6), 994-1011.

Martikainen, M & Ala-Kokko, T. 2015a. Kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen ja hoitoperiaatteet. Teoksessa *Akuuttihoito-opas*. 18. Painos. Helsinki: Duodecim.

Martikainen, M & Ala-Kokko, T. 2015b. Kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan hoidonporrastuksen periaatteet. Teoksessa *Akuuttihoito-opas*. 18. Painos. Helsinki: Duodecim.

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Nyström, P. 2013. CRM ja ei-tekniset taidot ensihoidossa. Teoksessa: Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) 2013. *Ensihoito*. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

PPSHP, 2018a. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 1.2.2018. <https://www.ppsHP.fi/Sairaanhoitopiiri/Pages/default.aspx>

PPSHP, 2018b. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 1.2.2018. <https://www.ppsHP.fi/Ensihoito-ja-paivystys/Pages/default.aspx>

Rall, M. 2013. Simulaatio- mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa *Simulaatiooppiminen terveydenhuollossa*. Helsinki: Fioca Oy.

Salminen, J. 2017. *Onnistu tiimityössä. Tiimin jäsenen kirja*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Grano Oy

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 4/2015, 338-343.

The World Cafe. 2018. World cafe method. Luettu 10.2.2018 <http://www.theworldcafe.com/key-concepts-resources/world-cafe-method/>

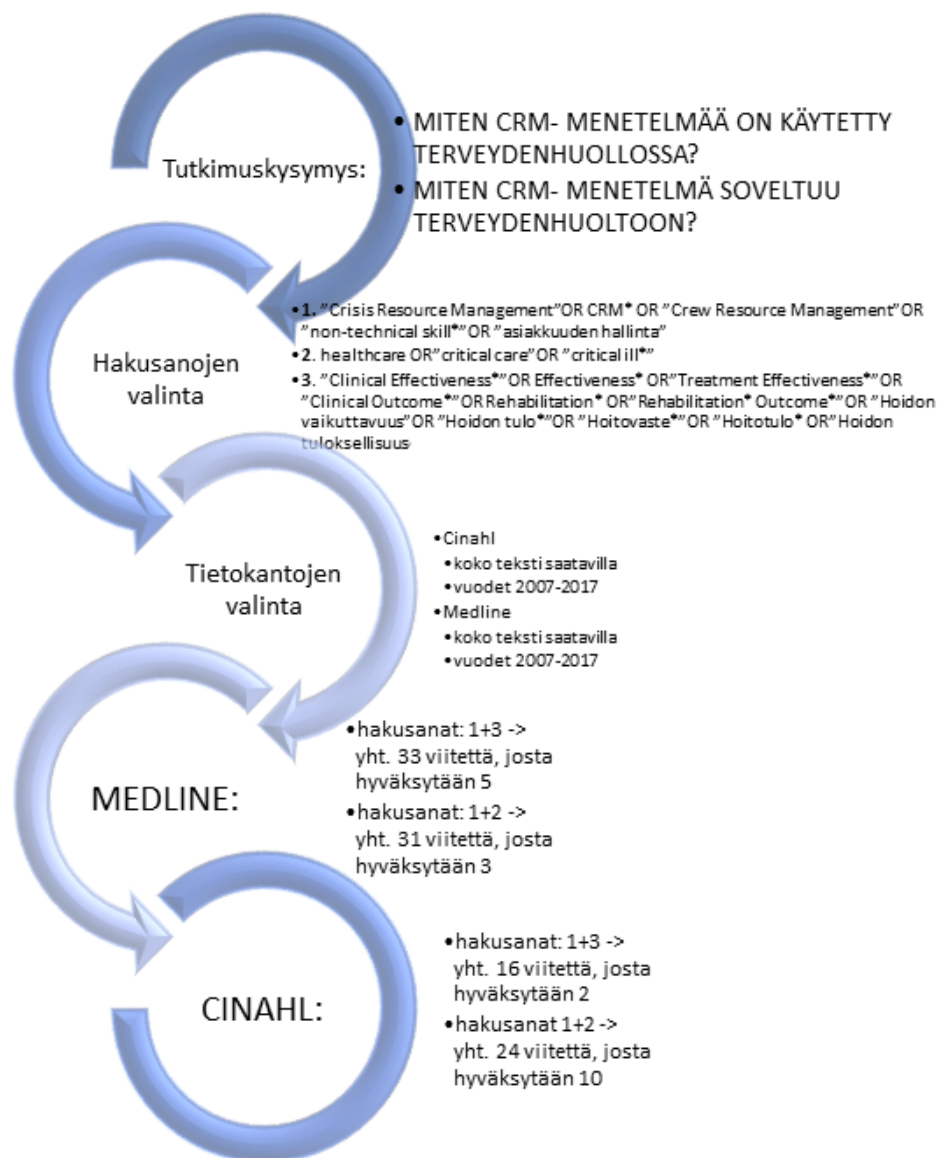
Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuomikoski, A. 2017. Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksen ylilääkärin suullinen tiedonanto vuoden 2016 Oulaskankaan yhteispäivystyksen käyttilastoista ja toiminnasta. Keskusteltu ja kirjattu 4.12.2017

Vilka, H. 2015. *Tutki ja kehitä*. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi



Liite 2. Tutkimusartikkelit taulukkona

Artikkeli	Tekijät, vuosi, julkaisukanava, maa	Tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Simulation-based team training in paediatric units	I. Rød, E. Moen & S. Struksnes 2007. Norwegian Journal of Clinical Nursing. Norway	Kuvata millaisia kokemuksia pediatrian yksiköissä työskentelevillä sairaanhoitajilla on CRM-pohjaisen simulaatioharjoittelun vaikutuksesta hätätilapotilaan hoitoon.	Laadullinen, induktiivinen ja kuvaileva tutkimus Sisällönanalyysi 10 lastensairaanhoidajan yksilöhaastattelusta	Simulaatioharjoittelu koettiin tärkeäksi oppimisen kannalta ja hätätilanteissa toimimisen parantajana Luottamus omiin kykyihin koettiin parantuneen. Hoidon laadun koettiin parantuneen.
Crew resource management: How well does it translate to an interprofessional healthcare context?	S. Reeves, S. Kitto & I. Masiello 2012. Journal of Interprofessional Care. UK & Ireland	Pohditaan CRM:n soveltuvuutta terveydenhoitoalalle.	Asiantuntija-artikkeli	CRM-menetelmän käyttö terveydenhuollossa tulisi tutkia, sillä sen soveltuvuudesta terveydenhuoltoon ei ole näyttöä.
Impact of crisis resource management simulation-based training for interprofessional and interdisciplinary teams: A systematic review	L. Fung, S. Boet, M. Bould, H. Qosa, L. Perrier, A. Tricco, W. Tavares & S. Reeves 2014. Journal of interprofessional care. UK & Ireland	Tutkia CRM-menetelmän mukaista simulaatioharjoittelun tehokkuutta verrattuna muihin menetelmiin terveydenhuollon kriittisissä potilastilanteissa, joissa toimii moniammatillinen tiimi.	Kirjallisuuskat-saus 12 tutkimusta	CRM-pohjainen simulaatioharjoittelu parantaa merkittävästi osallistujien CRM-taitoja. CRM-menetelmä vaikuttaa lupaa-valta, mutta tarvitaan lisää tutkimusta sen selvittämiseen, onko CRM-pohjaisella simulaatiolla etuja potilaan hoitotuloksiin nähden verrattuna muihin tiimityön harjoittelun menetelmiin.
Team competence among nurses in an intensive care unit: The feasi-	S. Gundrosen, E. Solligård & P. Aadahl 2014. Intensive and Critical Care		Kaksoissokkotutkimus satunnais-tetulla asetelmalla. Ei-teknisiin taitoihin (ANTS)	Simulaatioharjoittelu voi parantaa tiimin toimintakykyä tehohoito-oloissa verrattuna

bility in <i>in situ</i> simulation an assessing non-technical skills	Nursing. Norway		perustuva simulaatio-opetusmenetelmä verrattuna luento-opetukseen. Aineistona 72 sairaanhoitajaa. Tilastoanalyysi.	luento-oppimiseen.
Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation – expert raters' versus self-assessments: an explorative study	R. Ballangrud, M. Persenius, B. Hedeling & M. Hall-Lord 2013. BMC Nursing. Norway	Tutkia tehosaston tiimin suorituskykyä simulointiin perustuvassa hätätilanteessa asiantuntijan arvioimana ja sairaanhoitajien itsearviointina eri erikoisaloilla.	Arvio 53 sairaanhoitajan videoidusta simulaatioharjoittelutilanteesta 11 ryhmässä. Tilastonanalyysi	Tiimityön osaamisen taso vaihtelee eri erikoisaloilla merkittävästi. Asiantuntija-arviot erosivat itsearviointeista merkittävästi.
Team Management Training Using Crisis Recourse Management Results in Perceived Benefits by Healthcare Workers	S. Rudy, R. Polomano, W.B. Murray, J. Henry & R. Marine 2007 The Journal of Continuing Education in Nursing. USA	Arvioida CRM-menetelmän hyötyjä kriisitilanteissa toimimiseen terveydenhuollon ammattilaisilla	Postikysely CRM-pohjaiseen simulaatioharjoitteluun osallistuneille. 53/149 kyselyyn vastanneita. Tilastoanalyysi	CRM-harjoittelu voi parantaa hätätilanteissa toimimisen kykyä.
Measuring Intangibles: Defining Predictors of Non-Technical Skills in Critical Care Air Transport Team Trainees	P. Jernigan, M. Wallace, C. Novak, T. Gerlach, D. Hanseman, T. Pritts & B. Davis 2015 Military Medicine USA	Arvioida aiemman kokemuksen hätätilanteista vaikutusta ei-tekniisiin taitoihin	USA:n armeijan tehohoitoa antavan lentoyksiköiden henkilökunta, joiden simulaatio-koulutusta pisteytettiin ei-tekniisten taitojen kannalta ja stressiä arvioitiin mittaamalla kortisolitasoja. Tilastoanalyysi.	Aiempi tehohoitotilanteiden kokemus parantaa ei-tekniisiä taitoja, mutta ei vaikuta stressiin hoitotilanteessa.
A Team Training Program Using Human Factors to Enhance Patient Safety	D. Marshall & D. Manus AORN Journal USA	Parantaa tiimityötä ja vähentää haattatapahtumia leikkaussalissa	Lomakekysely ennen ja jälkeen CRM-pohjaisen hätätilanteen simulaatioharjoittelun leikkaussalilihenkilökunnalle (osallistujia 688 kpl). Tilastoanalyysi	Tarkastuslistan ja tiimityön harjoittelu parantaa potilasturvallisuutta vähentää haattatapahtumia.
Simulation in medical education	K. Khan, T. Pattison & M. Sherwood 2011 Medical Teacher	Simulaatioharjoittelun merkitys terveydenhuollossa oppimisen	Asiantuntija-artikkeli	Oppiminen on parempaa simulaatioharjoittelun avulla kuin luo-

	UK	kannalta		kassa. Ei ole tietoa vaikuttaako tämä potilaan ennusteeseen.
Effectiveness of classroom based crew resource management training in the intensive care unit: study design of a controlled trial	P. Kemper, M. Bruijne, C. van Dyck & C. Wagner 2011 BMC Health Services Research UK & Ireland	Tutkia CRM-taitojen vaikutus potilasturvalliseen toimintaan	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus. 3/6 tehohoidon henkilökuntaryhmälle annettiin CRM-koulutusta. Ennen ja jälkeen tutkimus taidoista.	CRM-koulutus parantaa välillisesti potilasturvallisuutta, kun henkilökunta motivoituu kehittämään välineitä, kuten tarkastuslistoja, ja asenne ja organisaatiokulttuuri muuttuu potilasturvallisempaan suuntaan
Differences in Nurse and Surgeon Perception of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in OR	B. Carney, P. West, J. Neily, P. Mills & J. Bagian 2010 AORN Journal USA	Leikkaussalihenkilökunnan turvallisuusasenteiden selvittäminen kommunikaation parantamiseksi ja WHO:n tarkastuslistan jalkauttamisen tueksi	34 sairaalassa toteutettu kysely yht. 2024 leikkaussalin hoitajalle ja kirurgille. Tilastoanalyysi.	Näkemykset kommunikaation onnistumisesta olivat erilaiset kirurgeilla, ja hoitajilla. Hoitajat arvioivat kommunikaation onnistumiset huonommaksi suhteessa kirurgiin, kuin kirurgit suhteessa hoitajiin. Tämä voi altistaa kommunikaation puutteista johtuville haittatapahtumille.
Neonatal resuscitation for the preterm infant: evidence versus practice	N. Finer & W. Rich 2010 Journal of Perinatology USA	Parantaa ennenaikaisesti syntyvän elvytyksen laatua	Videokuvaus elvytystilanteista. CRM-taitojen lisääminen, tarkastuslistan kehittäminen	Vaaditaan lisää tutkimusta vaikuttavuuden arvioimiseksi
Devising a consensus definition and framework for non-technical skills in healthcare to support educational design: A modified Delphi study	M. Gordon, P. Baker, K. Catchpole, D. Darbyshire & D. Schocken 2015 Medical Teacher UK	Ei-teknisten taitojen määrittely: konsensus määritelmästä.	Delfoi-menetelmä. Laaja kirjallisuuteen perustuva asiantuntijamenetelmä, jossa kommentoidaan aineistoa useassa vaiheessa perusteellisen näkemyksen löytämiseksi. 16 asiantuntijaa.	Ei teknisten taitojen määritelmä: Yhdistelmä sosiaalisista (tiimityön ja kommunikaation) ja kognitiivisista (analyytisyys ja persoonalle ominainen toimintatapa) kyvyistä jotka tukevat korkealaa- tuista, turvallista,

				vaikuttavaa ja tehokasta moniammatillista hoitoa kompleksisessa terveydenhuollossa
A model of cardiopulmonary bypass staged training integrating technical and non-technical skills dedicated to cardiac trainees	V. Fouilloux, F. Doguet, A. Kotsakis, A. Dubrowski & S. Berdah 2015 Perfusion Canada & France	Kehittää malli simulaatiolle ohitusleikkauksiin sekä teknisten ja ei-teknisten suhteen, ja arvioida simulaation hyötyjä niihin osallistuneilla kardiologiaan erikoistuvilla lääkäreillä.	Vertaileva tutkimus. Verrattiin 5 simulaatioihin osallistunutta 4 perinteisen opetuksen saaneeseen. Lääketieteellinen, tekninen ja kommunikatiivinen taito testattiin.	Tekniset ja kommunikatiiviset taidot olivat merkittävästi paremmat simulaatioihin osallistuneilla kuin muilla. Tiedollisessa osaamisessa ryhmillä ei ollut eroa.
The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers	A. Kotsakis, K. Mercer, H. Mohseni-Bod, R. Gaitero & R. Agbeko 2014 Journal of Interprofessional Care UK	Kehittää ja implementoida moniammatillisen tiimin simulaatiolasten teho-osastolle	Kysely 38 lääkärille ja 51 sairaanhoitajalle	Simulaatio paransi teknisiä ja kommunikatiivisia taitoja. Varmuus hoitotilanteessa kasvoi. Lisäsi ymmärrystä kommunikaation, työnjaon ja tiimityön tärkeydestä.
Would you speak if the consultant got it wrong? ...and would	M. Bromiley & L. Mitchell 2009 Journal of Perioperative Practice UK	Selvittää, kuinka ei-tekniset taidot voivat auttaa tiimiä suoriutumaan paremmin	Tapausselostus kuolemaan johtaneesta rutiinileikkauksesta.	Ei-teknisten taitojen osaaminen edesauttaa virheiden korjaamista ajoissa
The WHO surgical safety checklist: a review	M. Alnaib, A. Al Samaraee & V. Bhattacharya 2012 Journal of Perioperative Practice UK	WHO:n leikkauksien tarkastuslistan käyttöönoton maailmanlaajuisten vaikutusten selvittäminen	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 17 artikkelia sekä	Tarkistuslista on vähentänyt leikkauksipotilaiden kuolleisuutta ja komplikaatioita kehittyvissä maissa verrattuna aiempaan. Kehittyneissä maissa eroja ei havaittu. Tarkistuslista edistää hyvää kommunikatiokulttuuria Tarkistuslista toimii parhaiten lyhyenä ja henkilökunnan ymmärtäessä syyt sen käyttöön
Development	M. Khan, K. Ah-	Vakiinnuttaa	33 urologia kävi	Simulaatioharjoit-

and implementation of centralized simulation training: evaluation of feasibility, acceptability and construct validity	med, A. Gavazzi, R. Gohil, L. Thomas, M. Poulsen, M. Ahmed, P. Jaye & P. Dasgupta 2012 BJU International UK	selvittää hyväksyntää urologien simulaatioharjoittelua teknisten ja ei-teknisten taitojen harjoittelun suhteen	simulaatioharjoitteluohtelman, josta kysely jälkeen päin.	telu koettiin mielekkääksi tavaksi harjoitella saada kokemusta. Simulaatioharjoittelun vakiinnuttaminen on mahdollista.
Student views of stressful simulated ward rounds	I. Thomas 2015 The Clinical Teacher. UK	Selvittää auttaako simulaatioharjoitteluparantamaan potilasturvallisuutta, kun toimitaan stressaavassa ympäristössä	Kysely terveysalan opiskelijoilta simulaation jälkeen. Vastausten laadullinen teemanalyysi.	Suosittelaa simulaation käyttöä terveysalan koulutuksissa potilasturvallisuuden parantajana
Effect of High-Fidelity Simulation on Medical Students' Knowledge about Advanced Life Support: A Randomized Study Medline 3/3	A. Cortegiani, V. Russotto, F. Montalto, P. Iozzo, C. Palmeri, S. Raineri & A. Giarratano 2015 PLOS ONE Italy	Selvittää, parantaa simulaatioharjoittelulääketieteen koulutuksessa teknisiä ja ei-teknisiä taitoja	Satunnaistettu tutkimus. Verrattiin luento-opetusta saanutta ryhmää toiseen, joka sai lisäksi simulaatio-opetusta	Simulaatioharjoittelu parantaa merkittävästi eiteknisiä taitoja sekä kokemusta osaamisesta hätätilanteessa

Liite 3. Tietoinen suostumuslomake



LIITE 1 (3)

TIEDOTE
1.4.2018**Hyvä yhteispäivystyksen hoitaja!**

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa ~~Oulaskankaan~~ sairaalan yhteispäivystyksen henkilökunnalta kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteista, sekä selvittää kriittisesti sairaan potilaan hoidon toimivuutta tiimityön osalta. Lisäksi tarkoitus on myös kehittää hoitohenkilökunnan tiimityötaitoja ja hoidon organisointia kriittisesti sairaan potilaan hoidossa.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan keräämällä tietoa kaikilta ~~Oulaskankaan~~ sairaalan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan jäseniltä, jotka ovat halukkaita osallistumaan opinnäytetyöhömmme. Aineistonkeruu tapahtuu osastokokouksen yhteydessä järjestettävässä oppimiskahvilassa, jossa pienryhmissä keskustellaan annetuista teemoista ja kirjataan ylös keskustelun sisältöä ja ajatuksia. Tilaisuuden kesto on noin tunnin, ja se järjestetään kaksi kertaa. Aineistona toimii osallistujien yhteiset kirjalliset tuotokset, sekä opinnäytetyön tekijöiden kirjaukset keskusteluista. Tilaisuuksissa ei ole ääni- tai kuvatahtiointia.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, ja kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä opinnäytetyön raportista yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa ~~Thesau~~- tietokannassa, ellei Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaamme mielellämme!



2 (3)

Opinnäytetyön tekijät

Kristiina Koskela
Akuuttihoitotyön kliininen asiantuntija –opiskelija (YAMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
Kristiina.koskela@health.tamk.fi
P. 050 4039499

Lumi Vuorio
Akuuttihoitotyön kliininen asiantuntija –opiskelija (YAMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
Kristiina.koskela@health.tamk.fi
P. 050 3664881

SUOSTUMUS

Kriittisesti sairaan potilaan hoidon kehittäminen Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksessä

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksen henkilökunnalta kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteista, sekä selvittää kriittisesti sairaan potilaan hoidon toimivuutta tiimityön osalta. Lisäksi tarkoitus on myös kehittää hoitohenkilökunnan tiimityötaitoja ja hoidon organisointia kriittisesti sairaan potilaan hoidossa.

Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus