

Sara Försti & Roosa Laine

Intensiivivalvonnassa olevan potilaan hoitotyö päivystysosastolla (POS)

Opinnäytetyö

Kevät 2020

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Sara Försti ja Roosa Laine

Työn nimi: Intensiivivalvonnassa olevan potilaan hoitotyö päivystysosastolla (POS)

Ohjaajat: Tanja Hautala, TtM, lehtori ja Kristiina Vaahtera, THM, lehtori

Vuosi: 2020

Sivumäärä: 53

Liitteiden lukumäärä: 4

Opinnäytetyön aiheena oli intensiivivalvonnassa olevan potilaan hoitotyö päivystysosastolla (POS). Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää intensiivivalvonnan kohdentumista oikeille potilasryhmille. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää intensiivivalvontapotilaiden hoitotyötä päivystysosastolla. Lisäksi tavoitteena oli lisätä tietoa hoitohenkilökunnan keskuudessa intensiivivalvontapotilaiden hoidosta. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Minkälaisia kriteerejä intensiivivalvontahoitoon päätyvällä potilaalla tulisi olla? Miten potilaiden tulisi kohdentua intensiivivalvonnan potilaspaikoille?

Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen, sisältäen kuitenkin myös kvalitatiivisia piirteitä. Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Opinnäytetyön yhteistyöorganisaatio oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja kohderyhmä Seinäjoen keskussairaalan päivystysosaston hoitohenkilökunta. Aineisto analysoitiin Webropol-kyselytyökalun raportointimenetelmällä ja avointen kysymysten osalta sisällön teemoittelun avulla.

Opinnäytetyön tuloksena havaittiin, että intensiivivalvontaan otettavat potilaat tulisi selkeästi rajata. Intensiivivalvontaan tulisi ottaa akuuttia seurantaa ja valvontaa tarvitsevat potilaat, mutta etenkin iäkkäiden, levottomien ja tehohoitoa vaativien potilaiden sijoituspaikkaa tulisi harkita tarkemmin. Tuloksissa nousivat esille myös päivystysosaston hoitajien koulutustarpeet, erityisesti lääkeinfuusioihin liittyen.

Avainsanat: intensiivivalvonta, intensiivivalvontapotilas, valvontahoito, valvontapotilas, hoitotyö, päivystys, päivystysosasto, päivystysaikainen hoito, monitorointi

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Program in Nursing

Specialisation: Bachelor of Health Care, Registered Nurse

Authors: Sara Försti and Roosa Laine

Title of thesis: Nursing in an Emergency Department for a Patient under Intensive Care (POS)

Supervisors: Tanja Hautala, MNSc, Senior Lecturer and Kristiina Vaahtera, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2020

Number of pages: 53

Number of appendices: 4

The topic of this thesis was the nursing work of a patient in Intensive Care Unit on the Emergency Department. The meaning of the thesis was to find out the targeting of intensive care to the right patient groups. The aim of the thesis was to develop the nursing work for intensive care patients in the Emergency Department. In addition, the aim was to increase information among nursing staff about the care of intensive care patients. The research questions of the thesis were: What are the criteria for a patient ending up in intensive care? How should patients be targeted at intensive care units?

The research method was quantitative, including qualitative features as well. The material of the thesis was collected with an electronic questionnaire. The co-operating organization of the thesis was The Hospital District of South Ostrobothnia and the target group was the nursing staff of the Emergency Department of Seinäjoki Central Hospital. The material was analysed using the Webropol survey tool's reporting method and content themes.

As a result of the thesis, patients admitted to intensive care should be clearly delimited. Patients in need of acute monitoring and control should be taken in intensive care. The location should be considered more carefully when it comes to elderly patients or restless persons and patients requiring intensive care.

Keywords: intensive care, intensive care patient, critical care, nursing, emergency department, monitoring

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkuuettelo.....	6
1 JOHDANTO.....	7
2 VALVONTAHOIDON TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	9
2.1 Valvontahoidon periaatteet.....	9
2.2 Peruselintoimintojen seuraaminen valvontayksikössä.....	10
2.3 MET-ryhmän toiminta osana valvontapotilaan hoitotyötä.....	12
3 INTENSIIVIHOIDON TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	14
3.1 Intensiivivalvontapotilaan hoitotyö.....	14
3.1.1 Intensiivivalvontapotilaan hoitoympäristö.....	16
3.1.2 Intensiivivalvontapotilaan hoidon erityispiirteet.....	17
3.2 Intensiivihoidon toteutuminen ja periaatteet päivystysosastolla.....	19
4 HOITOTYÖN TULOKSELLISUUS.....	23
4.1 Hoitotyön tehokkuus ja resurssit.....	23
4.2 Potilasohjauksen merkitys hoitotyössä.....	25
5 TAVOITE JA TARKOITUS.....	27
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	28
6.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä.....	28
6.2 Aineiston keruu.....	28
6.3 Aineiston analysointi.....	30
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	33
7.1 Intensiivivalvonnassa toteutettavan hoitotyön hyvä tuloksellisuus ja tehokkuus.....	33
7.2 Intensiivivalvontaan oikein valikoituvat potilaat ja potilasryhmät.....	34
7.2.1 Intensiivivalvonnan potilaspaikoille kuulumattomat potilaat ja potilasryhmät.....	36
7.3 Intensiivivalvonnassa toteutettava lääkehoito ja lääkeinfuusiot.....	38

7.4 Intensiivivalvonnan kehityskohteet.....	39
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	40
8.1 Opinnäytetyön johtopäätökset.....	40
8.2 Opinnäytetyön eettisyys	43
8.3 Opinnäytetyön pätevyys ja luotettavuus.....	45
8.4 Opinnäytetyöprosessin kuvaus	46
8.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	47
LÄHTEET	48
LIITTEET	53

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Taulukko 1. Opinnäytetyön yläteemat ja alateemat.	32
--	----

1 JOHDANTO

Päivystystoiminta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on määrältään, kustannuksiltaan ja sisällöltään tärkeä osa suomalaista terveydenhuoltoa. Päivystyksessä tapahtuvalla toiminnalla on tärkeä rooli ja vaikutus niin potilaan hoitoketjuun, hoidon tuloksiin kuin myös sen kustannuksiin. Suomessa yhteneväiset päivystyshoidon periaatteet on määritelty kehityskohteiksi koko maassa. Yhteistyötä kehitystyön kannalta on tehty yhdessä kuntien kanssa, esimerkkinä tästä on erikoissairaanhoidon keskittynyt yhteispäivystys. (Reissell ym. 2012, 13.)

Valvontapotilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on 1–2 lievää tai keskivaikeaa peruselintoimintahäiriötä, mutta ei merkittävää tajunnan häiriötä, esimerkkinä tästä on heräämövalvontapotilas (Lund 2018). Intensiivivalvontapaikoilla hoidetaan intensiivipotilaita, jotka ovat pidempiaikaisen valvonnan tarpeessa. Heillä ei kuitenkaan ole tehohoidon tarvetta (Aho-Koivula 2011, 22). Intensiivivalvonnan yksi pääasiallinen tarkoitus on laskea tehovalvonnan käyttöastetta (Chaboyer, James & Kendall 2005).

Intensiivivalvonnassa potilaat ovat tyypillisesti jatkuvassa ja noninvasiivisessa monitoroinnissa, jossa seurataan verenpainetta, sykettä, happisaturaatiota ja hengitystaajuutta. Monitoroinnin avulla pystytään havaitsemaan esimerkiksi sydän- ja hengityselinten epävakauksia. (Bose ym. 2017.) Intensiivivalvonnan positiivisena puoleena pidetään sitä, että yhtä hoitajaa kohden on laskettu 1–2 potilasta (Yousef ym. 2012).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan päivystysosastolla muodostui tarve saada lisää tietoa päivystysosaston intensiivivalvontapaikkojen käytöstä. Tähän pohjautui opinnäytetyön aihe, Intensiivivalvonnassa olevan potilaan hoitotyö päivystysosastolla (POS). Etelä-Pohjanmaalla väestö on muuhun Suomeen verrattuna sairaampaa. Etenkin valtimosairauksia sekä elintapasairauksia esiintyy huomattavan paljon. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on vastannut tähän haasteeseen muun muassa monien erilaisten hankkeiden ja strategioiden avulla. Haasteisiin on pyritty vastaamaan lisäksi verkostoitumisen avulla. (Reissell ym. 2012, 78.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää intensiivivalvonnan käyttöä päivystysosastolla sekä intensiivihoidon kohdentumista oikeille potilasryhmille. Tavoitteena on kehittää intensiivivalvontapotilaiden hoitotyötä päivystysosastolla. Lisäksi tavoitteena on lisätä tietoa hoitohenkilökunnan keskuudessa intensiivivalvontapotilaiden hoidosta.

2 VALVONTAHOIDON TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ

2.1 Valvontahoidon periaatteet

Valvontahoito käsittää niiden potilaiden hoidon tarpeen, joilla ei ole tehohoidon tarvetta, mutta joiden hoito ei kuitenkaan onnistu tavanomaisella vuodeosastolla. Valvontapotilaalla on useimmiten 1–2 lievää tai keskivaikeaa peruselintoimintahäiriötä, mutta ei merkittävää tajunnan häiriötä. Valvontapotilaasta esimerkkinä on heräämövalvontapotilas. (Lund 2018.)

Potilas voidaan hoitaa täysin valvontaosastolla ja tilanteen salliessa siirtää tavanomaiselle vuodeosastolle. Mikäli potilaan tila huononee, tulee hänet viivytyksettä siirtää tehohoitoon. Valvontaosasto voi toimia myös niin sanottuna step down–yksikkönä, jossa hoidetaan teho-osaston potilaita, jotka ovat siirtymässä seuraavaksi vuodeosastolle. Näin saadaan vapautettua teho-osaston resursseja, mutta potilas saa tavallista intensiivisempää ja jatkuvampaa hoitoa sekä valvontaa. (Lund 2018.)

Jotta potilas voidaan ottaa valvontahoitoon, hänellä ei tule olla niitä esteitä, joiden perusteella häntä ei otettaisi myöskään tehohoitoon. Lisäksi potilaalla on oltava riittävä todennäköisyys palautua akuutista tilastaan lähelle entistä elämänlaatuun. Valvontahoitoon soveltuvia potilasryhmiä ovat esimerkiksi akuutin sepelvaltimotautikohtauksen saaneet, valvontaa vaativat rytmihäiriöpotilaat, diabeettiset ke-toasidoosipotilaat, sepsiksen saaneet sekä akuutit hengitysvajauspotilaat. Lisäksi myös esimerkiksi deliriumpotilaat, tajunnaltaan kohtalaiset myrkytyspotilaat, aivo- halvauspotilaat, yksittäisen elintoimintahäiriön vammapotilaat sekä elektrolyyttihäiriöstä kärsivät potilaat kuuluvat valvontahoidon piiriin. Jatkuva seuranta sekä nopea puuttuminen paheneviin elintoimintahäiriöihin korostuu. (Lund 2018.)

Potilaan valvonnan tarkoituksena on tarkkailla potilaan sairauden etenemistä ja seurata hoidon vaikutusta. Valvonnan avulla voidaan todeta hoidon ja hoitosuunnitelman tehokkuus. Sen avulla voidaan tarkkailla lisäksi valvottujen suureiden alueita ja reagoida niihin tarpeen vaatiessa. Potilasvalvontalaitteet ovat erittäin hyödyllisiä hoitotyössä, mutta sairaanhoitajan toteuttama potilaan aistinvarainen tarkkailu on silti valvonnan kulmakivi. Sairaanhoitajan suorittama aistinvarainen tarkkailu sitoo

paljon voimavaroja, joten parhaiten sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi tehohoidossa. Hoitoympäristö muuttuu turvattomaksi, kriittiset tilanteet voivat jäädä huomiotta ja valvontasuureiden päivitysvälit pitkittyvät, jos sairaanhoitaja joutuu hoitamaan liian montaa potilasta yhtä aikaa. (Salmenperä 2014.)

Valvontamonitorit valvovat fysiologisia suureita. Valvontamonitorit voivat varoittaa, hälyttää, muistuttaa ja kehottaa. Ne siis huomioivat poikkeamat, muistuttavat siitä hoidosta vastaavaa sairaanhoitajaa ja ehdottavat mahdolliseen korjaavaan toimintaan. Kriittisesti sairasta potilasta hoitava sairaanhoitaja käyttää ajastaan suuren osan valvontalaitteiden tarkkailuun ja potilaan seurantaan. Valvontaympäristössä ja -monitorissa saattaa kuitenkin olla lukuisia eri suureita, joita seurata. Siksi olisikin tärkeää suunnitella valvontaympäristö niin, että se asettaa tärkeysjärjestykseen kaikista tärkeimmät suureet. (Salmenperä 2014.)

Valvontaosastojen ongelmia voivat erityisesti olla väärin sijoitetut potilasryhmät. Valvontaosastosta saattaa helposti muodostua potilaiden "säilytyspaikka", ennen mahdollista vuodeosastoille siirtymistä. Jos hoitoaika arvioidaan selvästi yli vuorokauden kestäväksi, tulisi potilaat sijoittaa suoraan erikoisalojen vuodeosastoille. (Hyppölä ym. 2016.)

2.2 Peruselintoimintojen seuraaminen valvontayksikössä

Potilasvalvonnan perusvalvonnassa tarkkaillaan vitaalisuureita, joita ovat verenpaine, sydämen syke, hengitystaajuus ja lämpötila. Kolme ensimmäistä suuretta ovat tärkeimpiä potilasturvallisuuden vaarantumisesta hälyttäviä suureita. Kyseisistä suureista käy ilmi elimistön hapenkuljetuksen häiriintyminen sekä sydämen vaurioituminen. Pulssioksimetrin avulla pulssia ei tarvitse koko ajan tunnustella, vaan se toteaa hengitysliikkeen ja varoittaa, jos potilaan hapetus kudoksissa muuttuu kriittiselle tasolle. Voidaan siis todeta, että pulssioksimetri huomioi potilaan hapetuksen kriittisen vian nopeasti, mutta myös sairaanhoitajaa tarvitaan huomioimaan potilaan harmaankalpeaa tai syanoottista eli sinertävää ihonväriä. (Salmenperä 2014.)

Potilaan tärkeistä peruselintoiminnoista kertoo esimerkiksi tajunnantaso, kyky vastata kysymyksiin, rannesykkeen voimakkuus, kehon lämpötila ja hengitystaajuus. Muutokset näissä elintoiminnoissa auttavat löytämään ne riskipotilaat, jotka ovat vaarassa saada henkeä uhkaavan häiriön. (Niemi-Murola ym. 2016.)

Perus- eli vitaalielintoiminnot tarkoittavat ihmisen hengissä pysymisen kannalta keskeisiä elintoimintoja kuten hengitystä ja verenkiertoa. Jos näissä elintoiminnoissa ilmenee häiriötiloja, voivat ne pahimmillaan johtaa elottomuuteen ja potilaan menehtymiseen. Tärkeää on oikea-aikainen havainnointi ja hoito. Hoito potilaan hyväksi on aloitettava aina viiveettä. Peruselintoimintoja täytyy arvioida säännöllisesti esimerkiksi ABCDE-protokollaa noudattaen. (Niemi-Murola ym. 2016.)

A (= airway) tarkoittaa hengitystien avoimuutta. Hengitystien tukkeutuminen uhkaa aina potilaan henkeä. Tukkeutuminen johtuu yleisimmin tajunnan äkillisestä heikentymisestä, oksentamisesta, vierasesineestä, anafylaktisesta reaktiosta tai jostakin vammasta. Sisäänhengityksen vinkuna, hengitysvaikeus, levottomuus ja happisaturationin alentuminen ovat merkkejä hengitykseen liittyvästä ongelmasta. (Niemi-Murola ym. 2016.)

B (= breathing) merkitsee hengityksen arviointia ja seuranta. Sairaanhoidaja arvioi potilaan hengitystyötä ja kaasujenvaihtoa. Lisäksi on tärkeää seurata hengitystaajuutta ja -mekaniikkaa sekä apuhengitysilihasten käyttöä. Hapettumista seurataan mittaamalla kapillaariveren happikyllästeisyys pulssioksimetrillä (SpO₂) ja keuhkotuuletusta eli ventilaatiota arvioidaan mittaamalla uloshengityksen hiilidioksidipitoisuutta (EtCO₂, End-tidal Carbon Dioxide). Lisäksi on hyvä seurata potilaan ihon väriä ja huomioida mahdollinen syanoottisuus. (Niemi-Murola ym. 2016.)

C (= circulation) kuvaa verenkierron arviointia ja seuranta. Sairaanhoidaja voi tutkia potilaan riittämättömän verenkierron nopeasti kokeilemalla potilaan raajojen lämmön ja mahdolliset lämpörajat, tunnustelemalla perifeeriset pulssit, arvioimalla ihon värin ja marmoroitumisen sekä mittaamalla kapillaaritäyttöajan. Verenkierron monitorointiin kuuluu sykkeen, pulssitaajuuden ja verenpaineen mittaus sekä EKG. (Niemi-Murola ym. 2016.)

D (= disability) ilmaisee neurologisen tilan arviointia ja seuranta. Tajuisaan olevalta potilaalta sairaanhoitaja tutkii aikaan ja paikkaan orientoitumisen. On hyvä selvittää, muistaako potilas esimerkiksi oman nimensä, syntymäaikansa ja viimeaikaiset sairaalaan johtaneet tapahtumat. Raajat, niiden liikkeet ja kasvot tutkitaan, jotta huomataan mahdolliset puutumis- ja puolierot. Lisäksi tutkitaan potilaan silmät, pupillien koko, reagointi valolle ja mahdolliset puolierot. Myös veren glukoosipitoisuuden mittaaminen kuuluu peruselintoimintojen seurantaan. Glasgow'n kooma-asteikon (GCS) avulla voidaan helposti arvioida potilaan tajunnan tasoa. Asteikon avulla arvioidaan potilaan silmien, puheen ja liikkeen toimintoja. E (=exposure, examination, environment) tarkoittaa potilaan vammojen paljastamista, tarkempaa tutkimista ja lisävammojen ehkäisemistä. Potilasta voidaan tutkia kirurgisen, sisätautisen tai neurologisen tutkimisen periaatteiden mukaan. (Niemi-Murola ym. 2016.)

Akuutisti sairastunut, vammautunut tai peruselintoimintojen häiriöistä kärsivä potilas tarvitsee aina jatkohoitoa ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalassa. Tällöin lääkäri määrittelee tarvittavan valvonnan tason. Vaihtoehtoina ovat invasiiviset menetelmät leikkaus-, valvonta- ja teho-osastoilla. (Niemi-Murola ym. 2016.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa antamaan henkeä tai terveyttä uhkaavassa tilanteessa vaaran torjumiseksi tarpeellisen hoidon, vaikka potilaan tahtoa ei pystytäisi selvittämään, esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi (L 17.8.1992/785).

2.3 MET-ryhmän toiminta osana valvontapotilaan hoitotyötä

On tutkittu, että potilaan elintoimintojen heikentyessä uhkaavia peruselintoimintojen häiriöitä ei välttämättä tunnisteta tarpeeksi tehokkaasti tai riittävän ajoissa. Sairaalassa hoidettavista potilaista 1–2 % ajautuu vuosittain tehohoitoon. Heistä suurella osalla havaitaan edeltävästi merkittäviä peruselintoimintojen muutoksia. Eräässä suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että elintoimintahäiriö olisi voitu havaita noin neljä tuntia aikaisemmin 54 %:lla elvytettyistä sydänpysähdyspotilaista. On arvioitu, että kahdeksalla kymmenestä tehohoitoon päätyvistä potilaista tai sydänpysähdyksestä kärsineistä potilaista elintoimintojen heikkeneminen tapahtuu 8–48 tuntia aikaisemmin. (Karhu & Rautiainen 2016.)

Tunnistamalla peruselintoimintojen häiriöt ja huolehtimalla varhaisesta hoidon aloituksesta, voidaan ehkäistä lähes kolmannes sairaalakuolemista. Tästä syystä on huomioitava potilaan heikkenevät elintoiminnot varhaisessa vaiheessa, aloitettava asianmukaiset hoitotoimet sekä kutsuttava paikalle hätätiloihin perehtynyttä lisäapua. Hoitohenkilökunnalle luodut selkeät ohjeistukset, esimerkiksi MET-kriteerit, helpottavat suurelta osin valvontapotilaiden tilan tunnistamista. (Karhu & Rautiainen 2016.)

MET-ryhmä (Medical Emergency Team) on sairaalan sisällä toimiva ryhmä, joka osallistuu elvytys- ja hätätilanteiden hoitoon. MET-ryhmä lähtee liikkeelle tehohoidosta. Ryhmään kuuluvat tehohoito- ja anestesia lääkäri sekä yksi tai kaksi MET-hoitajaa. Tavoitteena on tunnistaa hätätilapotilas ja parantaa hoidon laatua. Näin ollen parannetaan myös potilasturvallisuutta. MET-käynti on joko akuutti tai ennalta suunniteltu seurantakäynti. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri MET, [viitattu 6.2.2020].)

MET-ryhmä kutsutaan paikalle keskitetyn hälytysjärjestelmän kautta. Hälytyskynnyksen tulee olla matala. Hälytyskriteerit perustuvat potilaan elintoimintahäiriöihin. Valvontayksiköiden ja vuodeosastojen sairaanhoitajien on tunnistettava hälyttävä tilanne. Heidän tehtäviinsä kuuluu hälytyksen tekeminen, ensiavun antaminen, hapen annon aloittaminen itse hengittävälle sekä nesteytyksen ja peruselvytyksen aloittaminen. Tehokkaimmillaan ryhmän toiminta on silloin, kun löydetään ne potilaat, jotka hyötyvät nopeasta alkuhoidosta. Hälyttävien tilanteiden tunnistus on oltava tehokasta ja hoidon rajauspäätökset toivottomien potilaiden kohdalla selvillä. (Varpula & Lund 2014.)

3 INTENSIIVIHOIDON TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Intensiivivalvontapotilaan hoitotyö

Intensiivivalvonnan yksikkö on otettu maailmalla käyttöön ensimmäisen kerran 1970-luvulla, alun perin sydänpotilaiden hoitoa varten, kun haluttiin seurata sydämen toimintaa. Intensiivivalvontayksikköä voidaan kutsua monilla eri nimillä, kuten "intermediate care unit", "high dependency unit" ja "sub-intensive care unit". Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan potilailla, jotka päätyivät tehohoitoon intensiivivalvonnasta, oli matalampi kuolleisuus kuin potilailla, jotka olivat olleet ennen tehohoitoa ilman intensiivivalvontatasoista hoitoa. (Choi ym. 2016.)

Intensiivisissä ja kriittisissä hoitotyön ympäristöissä korostuu hyvä perusosaaminen, joka on usein sidoksissa vallitsevaan työkokemuksen määrään. Myös koulutus, niin perus- kuin täydennyskoulutus sekä tiedonhaku liittyvät positiivisella tavalla perustaitoihin. Huonolla työmotivaatiolla nähdään puolestaan olevan negatiivinen yhteys perustaitoihin. (Lakanmaa ym. 2015.)

Erilaisten sairauksien vakavuus sairaalahoidossa tavallisilla osastoilla olevilla potilailla on kohonnut. Tämä aiheutuu siitä, että väestö ikääntyy ja akuutit sekä krooniset tapaukset monimutkaistavat potilastapauksia ja hoitoa. On tutkittu, että intensiivisempää hoitoa tarvitsevien potilaiden määrä lisääntyy, mutta intensiivistä hoitoa tarjoavien osastojen kapasiteetti ja määrä ei voi samassa suhteessa kasvaa. (Choi ym. 2016.)

Esille nousee lisäksi se, että intensiivisten potilaspaikkojen puute voi johtaa siihen, että liian aikaisin tavalliselle osastolle siirretty intensiivivalvontahoidon potilas voidaan joutua ottamaan takaisin intensiivisempään hoitoon. Tämä aiheutuu siitä, että intensiivistä hoitoa tarvitseva potilas siirretään liian nopeasti tavalliselle osastolle ilman, että hänelle on annettu riittävää toipumisaikaa. Potilaan palautuminen intensiiviseen hoitoon voi toisaalta johtua myös siitä, että tavallisella osastolla akuuttiin tilanteeseen ei kyetä reagoimaan yhtä nopeasti tai hoitojen aloitus viivästyy liikaa.

Intensiivistä hoitoa tarvitsevat potilaat ovat usein allttiita akuuteille voinnin muutoksille hoidon aikana. Intensiivisen hoidon potilaat vaativatkin jatkuvaa hoitoa, koska he ovat toipumisvaiheessa akuuteista sairauksista. (Choi ym. 2016.)

Tavallisten osastojen antamaa hoitoa ei saisi verrata intensiivistä hoitoa antaviin osastoihin, koska yleisillä vuodeosastoilla ei ole välttämättä yhtä kattavaa hoitovälineistöä käytettävissä tai hoitajilla mahdollisuutta suorittaa jatkuvaa potilaiden valvontaa sekä seurantaa. Akuutin potilaan hoitotyöhön osallistuva sairaanhoitaja on usein huolissaan potilaan monimutkaisista hoitotarpeista, erilaisista valvontalaitteista, työvoiman jakaantumisesta tai liiallisesta työn kuormittavuudesta. Hoitajilla, jotka työskentelevät intensiivisen valvonnan osastoilla, on oltava tarpeellinen osaaaminen sekä ammattitaito akuuttiin ja kriittiseen hoitotyöhön liittyen. Lisäksi heillä tulisi olla erityistä tietoa hapen annosta ja hengitystukilaitteista. (Choi ym. 2016.)

Simpsonin ym. (2017) mukaan viimeisten 20 vuoden aikana intensiivivalvontahoidon määrä ja kustannukset ovat lisääntyneet. Kuitenkaan osastojen suunnittelu, henkilöstömäärät tai potilaiden sisäänottokriteerit eivät ole kehittyneet tarpeeksi. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että intensiivivalvontaosastojen organisointi saattaa olla monimutkaista. Monimutkaisuuteen vaikuttavat alueelliset tarpeet, valtiolliset tavoitteet, kliininen asiantuntemus sekä käytettävissä olevat fyysiset resurssit. (Simpson ym. 2017.)

Vuoteen 2030 mennessä tarve intensiiviselle ja kriittiselle hoidolle kasvaa jopa 25 %. Syynä tähän on muun muassa Suomen vanheneva väestö. Tällöin kriittisten hoitopaikkojen tarve Suomessa kasvaa. Myös muissa Euroopan maissa on havaittavissa samanlaista muutosta. Intensiivisen ja kriittisen hoidon määrän lisääntyessä tarvitaan maailmanlaajuisesti päteviä sairaanhoitajia. Hoitajat edistävät merkittävästi potilaan turvallisuutta, jolloin saavutetaan parempia potilastuloksia. Myös sairastavuus, kuolleisuus, komplikaatiot ja virheiden määrä vähenevät. Tällöin pystytään myös vaikuttamaan kokonaiskustannuksiin alentavasti. (Lakanmaa ym. 2015).

3.1.1 Intensiivivalvontapotilaan hoitoympäristö

Viime vuosina Suomessa on kehitetty aktiivisesti etenkin päivystystoimintaa sekä potilaiden akuuttihoitoa. Päivystyksen läheisyydessä sijaitsevat valvontaosastot toteuttavat akuutisti sairaiden potilaiden hoitoa ja valvontaa ympärivuorokautisesti. Valvontaosastoilla hoitotyön ja erikoisalojen välisen yhteistyön on oltava toimivaa ja saumatonta. (Hyppölä ym 2016.)

On tutkittu, että intensiivivalvonnan osastot ovat tärkeässä roolissa sekä osittain siltena tehohoidon ja muiden väliaikaisten osastohoitoaikojen välillä. Lisäksi intensiivivalvontaosaston käyttö saattaa vähentää yhtäkkistä potilaan takaisinsiirtoa tehovalvontaosastolle. Voidaan siis ajatella, että intensiivivalvonnan yksi pääasiallinen tarkoitus on laskea tehovalvonnan käyttöastetta. (Chaboyer ym. 2005.) Vlayen ym. 2012 tutkimuksen mukaan step down–tyyppiset, intensiivistä hoitoa tarjoavat osastot ovat hyödyllisiä ja käyttökelpoisia sellaisille monitorointia tarvitseville potilaille, jotka voivat intensiivihoidon avulla välttää päätyksen takaisin tehohoitoon. Tutkimuksen mukaan step down–tyyppistä hoitoa on kuitenkin vahvistettava ja sen tehokkuus tulee varmistaa. (Vlayen ym. 2012.)

Intensiivivalvonnan hyödyksi nähdään myös se, että potilas pääsee tehovalvonnasta intensiivihoitopaikalle aiempaa nopeammin, mutta samalla säilyy hyvä sairaanhoitaja-potilas-suhde sekä korkea kriittisen ja akuutin hoidon asiantuntemus. (Chaboyer ym. 2005.) Intensiivivalvonnan positiivisiin puoliin lukeutuu myös se, että yhtä sairaanhoitajaa kohden on laskettu vain 1–2 potilasta hoidettavaksi. Puolestaan tavallisella osastolla potilaita saattaa olla jopa 6–7 yhtä sairaanhoitajaa kohden. (Yousef ym. 2012.)

Choi ym. (2016) tutkimuksessa ilmenee, että potilaat, joita hoidetaan intensiivisen valvonnan osastoilla, ovat tilaltaan ja voinniltaan vakavampia, kuin tavallisilla osastolla hoidettavat potilaat. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että intensiivivalvonnan osastoilla BiPAP:n ja suurivirtauksisen nenäkanyylin käyttöä on yleensä enemmän. (Choi ym. 2016)

Intensiivivalvonnan osastot ovat useimmiten sijoitettu sairaalan sisällä lähelle ensiapua, leikkaussaleja sekä röntgeniä. Keskeinen sijainti sairaalassa on tärkeä potilassiirroissa. Intensiivivalvonta on tavallisesti iso avoin tila, jossa potilaiden yksityisyys on suojattu verhoihin tai sermeihin. Infektioon sairastuneilla sekä heikon vastustuskyvyn omaavilla potilailla on lisäksi erilliset suojatut tilat. (Nimmo & Singer 2011, 1-2.)

3.1.2 Intensiivivalvontapotilaan hoidon erityispiirteet

Intensiivivalvontapaikoilla hoidetaan intensiivipotilaita, jotka ovat jatkuvan ja pidempiaikaisen valvonnan tarpeessa. Heillä ei kuitenkaan ole tehohoidon tarvetta (Aho-Koivula 2011, 22). Intensiivivalvonnassa potilaat ovat tyypillisesti jatkuvassa ja noninvasiivisessa monitoroinnissa, johon kuuluvat verenpaine, syke, hengitystiheys ja happisaturaatio. Monitoroinnin avulla pystytään havaitsemaan esimerkiksi sydämen ja hengityselinten epävakauksia. Jopa yksi epänormaali vitaalielintoiminto kasvattaa potilaan riskiä kriittisiin seurauksiin. Tällaisia ovat etenkin hengitysvaikeus ja hengitystaajuuden voimakkaat muutokset, jotka saattavat luoda tarpeen MET-ryhmän avulle. (Bose ym. 2017.)

Tutkimusten mukaan ei voida tarpeeksi korostaa ilmatien, hengityksen ja verenkierron hallintaa sekä hapen antoa akuutisti sairastuneilla potilailla. Jos akuutisti sairas potilas on siirtymässä tavalliselta osastolta intensiiviseen hoitoon, on tavallisella osastolla annettua hoitoa, sen tasoa ja laatua hyvä tutkia ennen potilaan vastaanottamista intensiivihoidon. Jos potilas siirtyy intensiivisestä hoidosta tavalliselle osastolle, tulisi tavallisella osastolla kiinnittää erityistä huomiota potilaan hengitykseen ja hallittava hyvin hengitysteiden avoimuuden varmistus. (Choi ym. 2016.)

Simpsonin ym. (2017) tutkimuksen mukaan erääseen intensiivivalvontayksikköön on tyypillisesti otettu sisään monitorointia vaativat potilaat, hengitysongelmaiset, sydän- ja verisuonitautiset (hypertensio, sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti, sepsis, rytmihäiriöt), maha- ja suolikanavan ongelmista kärsivät, munuaismoireiset, aineenvaihduntaongelmaiset, hematologiset ja neurologiset potilaat sekä sekavat potilaat. Tutkimuksen mukaan intensiiviseen valvontaan ei otettu tahdistettuja potilaita,

keuhkovaltimokatetrin omaavia, kardioversioituja potilaita, vakavia munuaisongelmaisia eikä sedatoituja potilaita. (Simpson ym. 2017.)

On tutkittu, että intensiivivalvonnassa olevan potilaan uneen voivat vaikuttaa monet tekijät. Potilaiden hyvään unen laatuun vaikuttavat negatiivisella tavalla intensiivivalvonnassa olevat kirkkaat valot, korkea melutaso, hoitotoimenpiteet ja etenkin kipua aiheuttavat hoitotoimenpiteet sekä hoidon sivuvaikutukset. Lisäksi unen laatuun vaikuttaa laitteiden ja monitorien äänet ja näytöt. Toisaalta potilaaseen ja uneen vaikuttavat myös erilaiset sairaalaan kuuluvat hajut, stressi ja fyysiset rajoitukset. (Younis, Hayajneh & Rubbai 2020, 298-301.)

Younis ym. (2020) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien on oltava tietoisia laadukkaasta unen tärkeydestä ja sen merkityksestä kriittisesti sairaan potilaan terveyteen ja toipumiseen. Sairaanhoitajan on tärkeää tunnistaa potilaan unihäiriöt ja niiden taustalla olevat syyt. On myös osattava suunnitella ja toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä potilaan ongelmien ja vaivojen helpottamiseksi.

Potilaan sairauden vakavuutta ja hoidon vaativuutta voidaan kuvata erilaisilla pisteytysjärjestelmillä. Pisteytysjärjestelmillä voidaan mitata luotettavasti esimerkiksi hoidon intensiteettiä, sairauden vakavuutta, monielinvaurion kehittymistä sekä potilaan toipumisennustetta ja sairaalakuoleman riskiä. Hoidon intensiteettiä kuvataan TISS (Therapeutic intervention scoring system) -pisteillä. TISS-pisteet kuvaavat lisäksi potilaan hoidossa käytettävien tutkimusten sekä hoidon toimenpiteiden määrää ja laatua. Lisäksi TISS-pisteiden kokonaismäärään vaikuttaa potilaan hoidon tarve, tutkimus- ja hoitovalikoimat sekä henkilöstöresurssit. (Lundgren-Laine & Meriläinen 2017.)

Triage-arvioinnin eli hoidon tarpeen arvioinnin avulla voidaan löytää ne riskiryhmän potilaat, jotka vaativat tehostettua ja intensiivistä seurantaa. Usein potilaat, joilla on kohonnut sydän- ja hengityselinten epävakauden riski, sijoitetaan intensiivisen hoidon osastolle, koska he vaativat enemmän elintärkeiden oireiden seurantaa noninvasiivisesti. (Yousef ym. 2012.) Simpson ym. (2017) tutkimuksen mukaan erään intensiivivalvontaosaston neljä tyypillisintä potilastyyppeä olivat hengitysoireinen, sydänoireinen, sepsis- ja diabeettinen ketoasidoosipotilas.

3.2 Intensiivihoidon toteutuminen ja periaatteet päivystysosastolla

Seinäjoen keskussairaalan päivystysosaston vuodeosastolla on 22 potilaspaikkaa, joista neljä on intensiivisen valvonnan paikkoja. Päivystysosastolla hoidetaan aikuispotilaita noin yhdestä kolmeen vuorokautta. (Päivystysosasto, [viitattu 9.12.2019]). Osaston tehtävänä on ottaa vastaan kaikki lyhyttä hoitoa, seurantaa tai diagnoosin varmistamista tarvitsevat potilaat, erityisesti päivystyksestä. Lisäksi potilaita saapuu päivystysosastolle poliklinikoilta, teho-osastolta sekä muilta sairaalan osastoilta. (Talousarvio 2019 ja toiminta- ja taloussuunnitelma 2020–2021.) Useimmiten potilaat siirtyvät päivystysosastolta jatkohoitoon esimerkiksi erikoissairaanhoidon vuodeosastolle tai terveyskeskukseen. (Päivystysosasto, [viitattu 9.12.2019].)

Päivystysosasto hoitaa laaja-alaisesti kaikkia sairauksia. Toiminta on erityisesti kohdennettu sisätautien, kirurgian ja neurologian potilaisiin. Alojen erikoislääkärit kiertävät osastolla päivittäin. Hoidettujen potilaiden määrä ja hoitoisuus ovat kasvussa. Se aiheuttaa haasteita erityisesti intensiivivalvonnassa sekä yövuoroissa. Vuonna 2019 toiminnassa oleva yhteispäivystys tuo mahdollisesti lisäresursseja päivystysosastolle. (Talousarvio 2019 ja toiminta- ja taloussuunnitelma 2020–2021.)

Terveystieteiden tutkimuskeskus määrää päivystyshoidon järjestämisestä sekä toteaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin keskussairaalan olevan laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö (L 30.12.2010/1326). Yhteispäivystys hoitaa ympärivuorokautisesti kaikenikäisiä potilaita. Potilaat voivat saapua paikalle ilman lähetettä. Yhteispäivystyksessä hoidetaan etenkin sellaisia potilaita, joiden hoitoa ei voi siirtää myöhemmäksi ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Vastaanotettava sairaanhoitaja arvioi potilaiden hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. (Yhteispäivystys, [viitattu 9.12.2019].)

Loppuvuodesta 2019 on otettu käyttöön myös päivystysapupuhelin 116117. Numeron tarkoituksena on antaa apua äkillisiin terveysongelmiin. Ammattilaiset tekevät hoidon tarpeen arvioinnin puhelimesta ja ohjaavat soittajan oikeaan hoitoon. Vuorokauden ympäri palvelevasta päivystysavusta voi myös kysyä neuvoja sekä hoito-ohjeita. Tehtävään koulutetut sairaanhoitajat vastaavat päivystysavun puheluihin. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – Päivystysapu 116117, [viitattu 6.2.2020].)

Hoidettavia potilasryhmiä päivystysosastolla ja päivystysosaston intensiivivalvonnassa ovat gastrokirurgiset, sisätautiset, ortopediset, neurologiset sekä psykiatriset potilaat. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – päivystysosasto, [viitattu 21.11.2019].) Gastrokirurgiseen potilasryhmään kuuluvat divertikuliittipotilaat, kolekystiitti- ja appendisiittipotilaat sekä perianaaliabskessi-, verioksennus- ja meleenapotilaat. Verioksennus- ja meleenapotilaat vaativat intensiivivalvontapaikan, koska nämä potilasryhmät vaativat tarkkaa seuranta mahdollisen vuotoriskin vuoksi. (Mylläri 2020.)

Sisätautisiin potilaisiin kuuluvat esimerkiksi infektio-, alkoholidelirium- sekä flimmeripotilaat. Ortopedian osa-alueeseen kuuluvat yön yli seurantaan tulevat commootiopotilaat. Neurologisia potilaita intensiivivalvonnassa ovat huimaus-, päänsärky-, kouristelu-, TIA- sekä migreenipotilaat. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – päivystysosasto, [viitattu 21.11.2019].)

Jos psykiatrinen potilas päätyy hoidettavaksi päivystysosaston intensiivivalvontaan, on potilaalla aina ilmennyt jokin somaattinen ongelma. Psykiatriset potilaat ovat siis käytännössä sisätautisia potilaita, joille lääkäri tekee lisäksi psykiatrian lähetteen tai konsultaatiopyynnön. (Mylläri 2020.) Psykiatrisiksi potilaiksi luetaan lisäksi päihtyneet, itsetuhoisesti käyttäytyvät sekä kaksoisdiagnoosipotilaat. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – päivystysosasto, [viitattu 21.11.2019].) Perusoikeuksien rajoittaminen on tarvittaessa mahdollista intensiivivalvonnassa, esimerkiksi magneettivoimien. Perusoikeuksien rajoituksesta päättää aina hoitava lääkäri tarkoin perustein. (Mylläri 2020).

Ensiavun etupäivystäjä konsultoi aina erikoisalan takapäivystäjää, ja he yhdessä päättävät potilaaksi ottamisesta intensiivivalvonnan paikoille. Hoitovastuussa oleva lääkäri päättää potilassiirroista, esimerkiksi siirrosta intensiivipaikalta päivystysosaston puolelle. Neurologisten potilaiden osastolle ottamisesta päättää aina neurologiapäivystäjä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – päivystysosasto, [viitattu 21.11.2019].) Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystysosastolla neurologisia potilaita hoidetaan myös tavallisilla osastopaikoilla, joissa hyödynnetään monitori- ja teleseuranta (Mylläri 2020).

Intensiivivalvonnassa annetaan lääkeinfuusioita, jolloin nestemäinen lääke voidaan antaa potilaalle jatkuvana ja tasaisena ruiskeena eli laskimoinfuusiona. Laskimoinfuusio voi kestää muutamista minuuteista tunteihin. Lääkeinfuusioita käytetään esimerkiksi tilanteissa, jolloin lääkeaineen nopea eliminoituminen elimistöstä on toivottua, lääkeaineen haittavaikutuksien esiintymistä halutaan vähentää, lääkeaineella on kapea terapeutinen leveys ja kun lääkeaineen pitoisuutta veressä halutaan säädellä annosnopeutta muuttamalla. Infuusioautomaatin tai ruiskupumpun avulla mahdollistetaan useita tunteja tai jopa päiviä jatkuva infuusio. Tällöin puhutaan kestoinfusiosta eli jatkuvasta infusiosta. (Saano & Taam-Ukkonen 2017, 253.)

Päivystysosaston intensiivivalvonnassa käytettäviä lääkeinfuusioita ovat esimerkiksi Furesis, NovoRapid, Noradrenalin, Dexdor sekä Levetiracetam. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – päivystysosasto, [viitattu 21.11.2019].) Lääkeinfusioiden antaminen vaatii aina tarkkaa ja huolellista seurantaa. Potilaan on oltava myös jatkuvassa monitoriseurannassa. Arteriakanyyleja ei intensiivivalvonnassa ole käytössä. (Mylläri 2019.) Arteriakanyylin eli valtimokanyylin käyttöindikaationa on jatkuva verenpaineen seuranta, mittaus ja monitorointi. Arteriakanyyli on myös aiheellinen potilailla, joiden hoito vaatii säännöllistä verinäytteiden ottoa. (Arteriakanylointi 2016.)

Noninvasiivista ventilaatiota (NIV) tarvitsevia potilaita hoidetaan intensiivivalvonnassa V60-hengityslaitteiden avulla. (Mylläri 2019.) Noninvasiivisella ventilaatiohoidolla (NIV) vältetään potilaan intubointi ja trakeostomiaan päätyminen. NIV-hoito parantaa hengitysvajepotilaiden selviytymistä ja vähentää infektioriskiä. (Noninvasiivinen ventilaatio, [viitattu 3.5.2020].) V60 on avustava hengityslaitte, joka on tarkoitettu tukemaan potilaan hengitystyötä. Käytettäessä V60-hengityslaitetta, potilaan on hengitettävä spontaanisti itse. Hengityslaitte antaa mekaanista hengitysapua, joten se soveltuu potilaille, joilla on esimerkiksi krooninen hengityshäiriö, hengitysvajaus tai obstruktiivinen uniapnea. (Respironics V60/V60 Plus -hengityslaitte, [viitattu 27.4.2020].)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystysosaston intensiivivalvonnassa ei ole käytössä erillisiä eristystiloja eristyspotilaille. Potilaspaikoilla on käytössä antibakteeriset suojaverhot. Eristyspotilaat hoidetaan normaaleilla potilaspaikoilla, niin sa-

nottuna paikkaeristykseenä. Potilaspaikan viereen laitetaan ohje, joka kertoo eristykseen tason ja neuvoo, kuinka toimia eristystilanteissa. Myös hoitajien hyvää käsihygieniaa ja suojainten käyttöä eristystilanteissa korostetaan. (Mylläri 2020.)

Päivystysosastolla toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä, joka tarkoittaa työskentelyä työparin kanssa. Tällöin työparilla on nimetyt potilaat, joihin hoitajat perehtyvät paremmin ja joiden hoidosta ja seurannasta he ovat vastuussa. Yksilövastuinen hoitotyö ei tarkoita yksin työskentelyä, vaan kyse on vastuusta ja perehtymisestä tietyn potilaan asioihin. (Mylläri 2020.)

4 HOITOTYÖN TULOKSELLISUUS

4.1 Hoitotyön tehokkuus ja resurssit

Hoitotyön tehokkuudessa on useimmiten kyse siitä, mitkä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa ovat tavanomaisia keinoja käsitellä toimijoiden omia sekä heidän keskinäisiä tietojaan. Keskeistä se on silloin, kun tietoa tunnustetaan, hankitaan, jalostetaan, varastoidaan ja hyödynnetään. Ongelmaksi voi muodostua tiedon hyödyntämisen vaikeus. (Syväjärvi ym. 2016.)

Hoitotyön ollessa kustannustehokasta ja toiminnan vaikuttavaa, huomioidaan yksikössä kaikkien ammattilaisten osaaminen. Yksilöiden osaaminen myös hyödynnetään kokonaisuudessaan. Toimintaa ja henkilökunnan osaamista kehittämällä päästään parhaaseen mahdolliseen ja asiakaslähtöiseen kustannustehokkuuteen. Rakenteiden uudistaminen yksinään ei riitä kustannustehokkuuden kasvuun. Tutkimusten mukaan tehokkaita keinoja hoidon tuloksellisuuden parantamisessa ovat henkilökuntaan kohdistuvat tekijät. Tällaisia ovat henkilökunnan asiantuntemuksen lisääminen yksilöllisessä potilasohjauksessa, tietoisuus moniammatillisesta tiimityöstä sekä tietojärjestelmien ja näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen. (Ovasainen ym. 2016.)

Tutkitun tiedon mukaan on hankalaa määritellä tarkasti tarvittavia henkilöstön minimimitoituksia erilaisille potilasryhmille ja organisaatioille. Ei ole myöskään perusteltua asettaa tarkkoja rajoja sille, kuinka monta hoidettavaa potilasta on yhtä hoitajaa kohden. Riittävä henkilöstön määrä ei yksinään takaa palvelujen laadukkuutta. Tarkoituksenmukainen henkilöstömitoitus kuitenkin huomioi palvelutarpeiden muutokset terveydenhuollon muuttuvassa ja moninaisessa toimintaympäristössä. Samalla voidaan huomioida myös asiakkaiden tarpeet joustavasti. (Ruontimo 2012, 4.)

Tehokas hoitotyön osaaminen vaatii laajaa ja kattavaa osaamista. Tarvittaessa hoitohenkilökunnalle tulee mahdollistaa lisäkoulutusta. Henkilökunnan hallittu ja suunnitelmallinen kierto eri erikoisaloilla mahdollistaa vahvan osaamisen ja sen ylläpi-

don. Pyrittäessä parhaaseen mahdolliseen hoitoon, on huomioitava potilaiden hoidon vaatimustaso, joka määrittää henkilöstöresurssin tarpeen. (Aho-Koivula 2011, 23-24.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan päivystysosaston intensiivivalvontapaikkojen käytössä oleva henkilökuntaresurssi on 2 sairaanhoitajaa tai 1 sairaanhoitaja ja 1 perushoitaja intensiivivalvonnassa, jokaisessa työvuorossa, myös yövuorossa. Käytännössä tämä tarkoittaa kahta potilasta yhtä hoitajaa kohden. (Mylläri 2020.) Päivystysosastolla toimiva henkilökunta on yhteistä ja joustavassa käytössä intensiivisen valvonnan potilaspaikoilla ja osaston puolella. (Aho-Koivula 2011, 23.)

Seinäjoen kaupungin alueella pyritään turvaamaan kaikille potilaille oikea-aikaiset ja ammattitaitoiset terveydenhuollon palvelut. On siirrytty lääkäri-hoitaja-työparimaliin. Sen avulla voidaan parantaa kroonisten sairauksien suunnitelmallista hoitoa, vastata terveyspalveluiden kysynnän kasvuun ja käyttää resursseja tehokkaasti. Lisäksi hyödynnetään kaikkien työntekijöiden osaamista ja ammattitaitoa. (Perä, [viitattu 13.1.2020].)

Päivystysasetuksessa veloitetaan, että kunnan tai kuntayhtymän on varmistettava, että terveydenhuoltolaissa tarkoitettua kiireellistä hoitoa on mahdollista saada vuorokauden ympäri. Tämä toteutuu kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystysyksikössä, jossa on toimintaa vuorokauden ympäri. Yksikössä, jossa järjestetään kiireellisen hoidon vastaanotto, on oltava riittävät resurssit sairauden määrittämiseen ja lisäksi ohjeistus siitä, mihin potilas tarvittaessa lähetetään sairauden määrittämisen tai hoidon vuoksi. Lisäksi yksikön on ohjattava alueen väestöä siitä, milloin kyseisen paikkakunnan vastaanottopalvelu on saatavilla. (Oikeusministeriö, [viitattu 1.4.2020].)

Päivystysyksikössä tulee olla käytössä moniammatillinen henkilökunta. Yksikön on varmistettava henkilökunnan riittävä koulutus ja työkokemus. Olennaista on myös tuntee alueen olosuhteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus. Päivystysyksikössä on oltava kuntaan tai kuntayhtymään laillistettu lääkäri. (Oikeusministeriö, [viitattu 1.4.2020].)

4.2 Potilasohjauksen merkitys hoitotyössä

Potilaalla on lakisääteinen tiedonsaantioikeus liittyen hänen hoitoonsa. Ilman laadukasta potilasohjausta terveydenhuollon palveluprosessit eivät ole toimivia. (Lipponen 2014, 13-14.) Tehohoitoa ja valvontaa vaativilla potilailla sekä heidän omaisillaan on erilaisia valmiuksia ja toiveita hoitoon sekä päätöksentekoon osallistumisesta. Ihannetilanteessa halutun tiedon tulisi olla helposti potilaan ja omaisten saatavilla. On tutkittu, että hoitohenkilökunnan antama tietoinen tuki perheenjäsenille, antaa heille paremman ymmärryksen tilanteesta sekä vähentää tilanteen aiheuttamaa ahdistusta. (Schnock ym. 2017.)

Potilasohjaus on merkittävässä roolissa kaikessa hoitotyössä. Se on auttamiskeino, jonka kehittäminen on tärkeää, sillä ohjauksen tarve lisääntyy koko ajan. Potilasohjauksen määrä on lisääntynyt, koska potilaiden tietoisuus on lisääntynyt koskien heidän oikeuksiaan, sairauksiaan ja sairauksien hoitoa. Nykyisin hoitoajat lyhentyvät merkittävästi, jolloin ohjauksen tarve lisääntyy. Potilasohjaus on myös suoritettava lyhyemmässä ajassa, mutta edelleen vaikuttavasti. Tyypillistä potilasohjaukselle on rakenteen suunnitelmallisuus, ohjauksessa potilas on keskiössä asioiden ratkaisijana ja hoitohenkilöstö taustalla tukemassa potilasta päätöksenteossa. Hoitohenkilöstö ei mieti valmiita ratkaisuja. Tästä syystä ohjausta voidaankin kuvata sanojen ”opetus”, ”tiedon antaminen”, ”informointi” ja ”neuvonta” kautta. (Lipponen 2014, 17.)

Potilasohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan tietoa, ymmärrystä ja päätöksentekokykyä. Tavoitteena on myös pyrkiä edistämään potilaan kykyä sekä aloitteellisuutta parantaa elämänsä haluamallaan tavalla. Potilaalle suunnattu ohjaus on lähtöisin aina potilaan tarpeista. Se on myös kiinnittynyt hoitohenkilöstön ja potilaan taustalla vaikuttaviin tekijöihin, esimerkiksi motivaatioon. (Lipponen 2014, 17.)

Sairaanhoitajalta potilasohjaus vaatii ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan, edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja sekä turvata potilaalle riittävä ohjaus (Lipponen 2014, 18). Sairaanhoitajilla on keskeinen rooli tiedon jakamisessa sekä oppimisen helpottamisessa. Sairaanhoitajat ovat jatkuvassa kontaktissa potilaan ja hänen läheistensä kanssa, jolloin yhteistyö sujuu luonnollisesti

ja vaivattomasti. (Schnock ym. 2017.) Hoitohenkilöstöllä on keskeinen asema potilaan aktiivisuuden ja tavoitteellisuuden lisäämisessä. Näiden tekijöiden kautta pyritään korostamaan potilaan vastuunottoa omasta hoidostaan. (Lipponen 2014, 18.)

Lisää tutkimusta tarvittaisiin sen ymmärtämiseksi, kuinka suuri merkitys kommunikoinnilla on potilaan, hänen läheistensä sekä hoitohenkilökunnan välillä. Kommunikointi hoitoryhmän jäsenten kanssa helpottaa potilaan sitoutumista hoitoon. Tällöin mahdollistetaan myös hoidon tulosten parantuminen. (Schnock ym. 2017.)

5 TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää intensiivivalvonnan käyttöä päivystysosastolla sekä intensiivihoidon kohdentumista oikeille potilasryhmille. Lisäksi opinnäytetyön avulla on tarkoitus mahdollistaa tehokkaampi intensiivivalvonnan käyttö. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää intensiivivalvontapotilaiden hoitotyötä päivystysosastolla. Tavoitteena on myös lisätä tietoa hoitohenkilökunnan keskuudessa intensiivivalvontapotilaiden hoidosta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksillä pyrittiin löytämään intensiivivalvontahoidon potilaspaikoille kuulumattomat potilaat. Lisäksi pyrkimyksenä oli löytää intensiivivalvontaan kuuluvat ja hoidosta hyötyvät potilaat ja potilasryhmät. Tuloksia on mahdollista hyödyntää päivystysosaston toiminnassa sekä potilaiden hoidon kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

- Minkälaisia kriteerejä intensiivivalvontahoitoon päätyvällä potilaalla tulisi olla?
- Miten potilaiden tulisi kohdentua intensiivivalvonnan potilaspaikoille?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Tutkimuksellisen opinnäytetyön keskeisenä tehtävänä on etsiä vastauksia työelämän luomiin kysymyksiin ja ongelmiin. Vastauksia etsitään tekemällä kokeita, kyselyjä ja haastatteluja. Usein tutkimuksellisella opinnäytetyöllä pyritään kartoittamaan, tutkimaan ja luomaan kehittämisideoita työelämän käytäntöjen parantamiseksi tai jopa uuden toimintamallin kehittämiseksi. (Opinnäytetyön toteuttaminen, [viitattu 13.1.2020].)

Tämän opinnäytetyön avulla pyrittiin kartoittamaan ja kehittämään päivystysosaston toimintaa keräämällä tietoa päivystysosaston intensiivivalvonnan potilaspaikkojen käytöstä. Näin ollen potilaat saivat oikeaa ja juuri heille kohdennettua hoitoa. Tärkeää oli myös arvioida potilaan kuntoa, jotta potilas osattiin sijoittaa oikealle osastolle sairaalassa.

Opinnäytetyö toteutettiin pääosin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta käyttäen. Opinnäytetyössä käytettiin sähköistä puolistrukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä (Liite 1). Täten kyselyssä oli myös laadullisen eli kvalitatiivisen kyselylomakkeen piirteitä.

Laadullisen kyselyn avulla pyritään usein ymmärtämään tutkittavaa kohdetta, käyttäytymistä sekä päätöksenteon syitä. Tällöin tavoitteena on tutkittavan asian ymmärtäminen, ei määrien selvittäminen. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään esimerkiksi toiminnan kehittämiseen ja erilaisten, sekä uusien vaihtoehtojen etsimiseen. (Heikkilä 2014, 8.)

6.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyölle pyydettiin tutkimuslupa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta. Tutkimuslupahakemus sisälsi opinnäytetyön tarkoituksen, tavoitteen

sekä tärkeyden. Tutkimusluvan saamisen jälkeen aineiston kerääminen päivystysosastolta alkoi. Aineisto kerättiin päivystysosaston hoitohenkilökunnalta ja kohde-ryhmään kuuluivat erityisesti sairaanhoitajat. Yhteyshenkilönä toimi päivystysosaston kliininen asiantuntijasairaanhoitaja.

Sähköinen kirjallinen puolistrukturoitu kyselylomake toteutettiin Webropol-kyselytyökalun avulla, jonne luotiin sähköinen kyselypohja (Liite 1). Kyselylomakkeessa käytettiin sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyön kyselylomakkeessa oli yhteensä 16 kysymystä. Niistä 10 oli vaihtoehtokysymyksiä, jotka sisälsivät vaihtoehdot ”kyllä”, ”ei” ja ”vastauksen perustelu”. Loput 6 kysymystä olivat avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeesta oli tarkoitus tehdä napakka, nopeasti täytettävä sekä helppolukuinen.

Sähköisen kyselytyökalun hyviä ominaisuuksia ovat muun muassa edullisuus, helpokäyttöisyys, tuloksien reaaliaikaisuus sekä helppo siirrettävyys muihin tilasto-ohjelmiin. (Heikkilä 2014, 20.) Opinnäytetyön onnistuminen riippuu pitkälti kyselylomakkeen toimivuudesta. Kyselylomakkeessa erityisen ratkaisevaa on se, kysytäänkö lomakkeessa sisällöllisesti hyviä kysymyksiä tilastollisesti oikealla tavalla. Onnistunut kyselylomake on yhdistelmä, jossa on huomioitu niin tilastolliset kuin myös sisällölliset tekijät. (Vehkalahti 2008, 20.)

Kyselylomaketta suunniteltaessa tulee olla tiedossa opinnäytetyön teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet, koska niihin kohdistuvien yleisten käsitteiden avulla opinnäytetyössä selvitetään aihepiiriin liittyvät kiinnostuksen kohteet. Suunniteltaessa kyselylomaketta tulee tutustua myös laajemmin opinnäytetyön aihepiiriä koskevaan teoriakirjallisuuteen sekä aiempiin tutkimuksiin. Hyvän kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää, että opinnäytetyön tekijät tietävät opinnäytetyön tavoitteen. Tällöin tekijät tietävät, mihin kysymyksiin he ovat etsimässä vastauksia. (Vilka 2009, 81.)

Lopullisen kyselylomakkeen yhteydessä toimitettiin saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä. Lisäksi määriteltiin viimeinen mahdollinen vastausajankohta ja kerrottiin kerättyjen tietojen käsittelyn tapahtuvan täysin luotta-

muksellisesti. Erityisesti korostettiin vastaamisen tärkeyttä ja kiitettiin vastaajaa osallistumisesta opinnäytetyöhön. Yhteyshenkilölle lähetettiin muistutus vastaamisen tärkeydestä ja viimeisestä vastausajankohdasta.

Sähköinen kyselylomake todettiin toimivaksi luomalla pilottikysely. Pilottikysely lähetettiin testattavaksi muutamalle opinnäytetyöryhmän jäsenelle. Pilottikyselyn onnistuneen testauksen jälkeen Webropol-kysely lähetettiin maaliskuussa sähköpostitse päivystysosaston yhteyshenkilölle. Yhteyshenkilö välitti sähköisen kyselylomakkeen päivystysosaston hoitohenkilökunnalle. Päivystysosaston henkilökunnalla oli noin kolmen viikon vastausaika kyselyyn, jonka aikana 10 päivystysosaston sairaanhoitajaa vastasi kyselyyn. Opinnäytetyön kyselylomakkeella kerätyt vastaukset päivystysosaston hoitohenkilökunnalta olivat laadukkaita ja monipuolisia.

6.3 Aineiston analysointi

Sähköisen kyselylomakkeen avulla saadut tulokset analysoitiin tilastollisesti ja sisällön teemoittelun avulla. Opinnäytetyön määrällinen aineisto analysoitiin kysely- ja raportointityökalu Webropolin omalla analysointiohjelmalla hyödyntäen lukuja ja prosenttiarvoja. Kyselylomakkeen analysoinnissa käytettiin myös sisällön teemoittelua helpottamaan avointen kysymysten vastausten analysointia ja järjestelyä.

Sisällön teemoittelu tarkoittaa aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä erilaisiin aihepiireihin. Se muistuttaa hieman luokittelua, mutta lukumäärien sijaan siinä korostuu teeman sisältö, esimerkiksi mitä asioita siihen sisältyy tai mitä teemasta on sanottu. Ajatuksena on löytää aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Sisällön teemoittelun avulla saadaan luokiteltua myös esimerkiksi sisällöllisiä näkemyseroja ja yhdistäviä tai erottavia tekijöitä. (Teemoittelu, [viitattu 13.1.2020].) Tässä opinnäytetyössä teemoiteltiin esimerkiksi intensiivivalvonnan liian vaativat potilasryhmät sekä keskeisimmät kriteerit intensiivivalvontapotilaalle.

Tässä opinnäytetyössä sisällön teemoittelua lähdettiin toteuttamaan siten, että jokainen yksittäinen Webropol- kyselytyökalusta saatu vastaus kirjattiin erillisille muistilapuille. Muistilaput pilkottiin sisällön perusteella samankaltaisiin ryhmiin. Näin ollen saatiin muodostettua erilaisia alaluokkia eli alateemoja. Tässä opinnäytetyössä

alateemoiksi muodostuivat esimerkiksi jatkuva tarkkailu ja seuranta, infuusiot ja hengitystukihoidot, tilat ja monitorit sekä tehohoitoa vaativat potilaat.

Tämän jälkeen alateemoista muodostettiin isoja ja laajoja kokonaisuuksia, jolloin samankaltaiset vastaukset ryhmiteltiin. Jokaiselle pienelle ryhmälle luotiin teema, joka kuvasi kysytyyn kysymykseen saatujen vastausten sisältöä. Luodut teemat muodostivat alateemat. Alateemojen mukaan kysymykset ryhmiteltiin kysymysnumerosta välittämättä. Näin ollen pystyttiin luomaan kolme keskeistä yläteemaa, jotka olivat: ”intensiivivalvonnassa toteutettavan hoitotyön hyvä tuloksellisuus ja tehokkuus”, ”intensiivivalvontaan oikein valikoituvat potilaat” ja ”intensiivivalvonnassa toteutettava lääkehoito sekä lääkeinfuusiot”.

Yläteeman ”intensiivivalvonnassa toteutettavan hoitotyön hyvä tuloksellisuus ja tehokkuus” alateemoiksi muodostuivat esimerkiksi ”kokonaisvaltainen tiedon lisäys”, ”ammattitaitoinen henkilökunta”, ”potilasta hyödyttävä hoidon hyvä tuloksellisuus” sekä ”koulutustarpeet”. Puolestaan yläteeman ”intensiivivalvontaan oikein valikoituvat potilaat” alateemoina olivat ”jatkuva seurannan tarve”, ”jatkuva tarkkailu”, ”valvontaa vaativat” sekä ”sydän- ja hengitysvajauspotilaat”. Viimeisen yläteeman ”intensiivivalvonnassa toteuttava lääkehoito ja lääkeinfuusiot” alateemoja olivat ”lääkeinfuusiot”, ”vaativa lääkehoito”, ”hengitystukihoito” sekä ”liuotukset”. Alla olevassa taulukossa on esitetty tämän opinnäytetyön yläteemat sekä alateemat. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Opinnäytetyön yläteemat ja alateemat.

YLÄTEEMA	ALATEEMA
Intensiivivalvonnassa toteuttavan hoitotyön hyvä tuloksellisuus ja tehokkuus	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas hyötyy hoidosta. • Hoidon rajaus. • Hoitoajan suunnittelu. • Tiedonlisäys, koulutustarpeet. • Perushoidon kehittäminen. • Ammatillisen osaamisen kehittäminen. • Ammattitaitoinen henkilökunta.
Intensiivivalvontaan oikein valikoituvat potilaat ja potilasryhmät	<ul style="list-style-type: none"> • Jatkuva tarkkailu ja seuranta, monitorointi. • Intensiivistä hoitoa ja valvontaa vaativat sairaudet. • Jatkuvan seurannan tarve, elintoiminnot ja tajunta. • Sydän- ja hengitysvajauspotilaat. • Hemodynamiikan ongelmat. • Sijoitusongelmat. • Väärin sijoitetut. • Levottomat. • Tehohoitoa vaativat potilaat.
Intensiivivalvonnassa toteuttava lääkehoito ja lääkeinfuusiot	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkehoito. • Vaativa lääkehoito. • Lääkeinfuusiot. • Hengitystukihoito.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Suljetuissa kysymyksissä käsiteltiin aiheita, jotka liittyivät vastaajien perustietoihin, työvuosien lukumäärään päivystysoastolla sekä hoitotyön työvuosien lukumäärään. Lisäksi tiedusteltiin aikaisempaa kokemusta valvontapotilaan hoitotyöstä, koulutukseen osallistumisesta sekä tutustumisesta hoitotyön ammattikirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Vastaajat vastasivat myös suljetuissa kysymyksissä kysymyksiin potilaiden sijoittumisesta. Avoimissa kysymyksissä käsiteltiin aiheita koskien sairaanhoitajien koulutustarpeita, potilaiden sijoittumista, potilaiden vaativuutta sekä hoidettavuutta, hoidon kriteereitä sekä kehittämisehdotuksia intensiivivalvontaosastolla.

7.1 Intensiivivalvonnassa toteutettavan hoitotyön hyvä tuloksellisuus ja tehokkuus

”Intensiivivalvonnassa toteutettavan hoitotyön hyvä tuloksellisuus ja tehokkuus” muodostui ensimmäiseksi yläteemaksi. Alateemoja kyseiselle yläteemalle olivat ”kokonaisvaltainen tiedon lisäys”, ”ammattitaitoinen henkilökunta”, ”henkilökunnan koulutustarpeet”, ”jatkuva ammatillisen osaamisen kehittäminen” ja ”riittävät henkilökuntaresurssit”. Lisäksi hyvän tuloksellisuuden ja tehokkuuden alateemaksi muodostui, että hoitoon ottamisen perusteena tulisi olla arvio hyvästä hoidon tuloksellisuudesta. Tällöin tulotilanne olisi kohtalaisen vakaa ja potilaan ennusteeseen voitaisiin intensiivivalvonnassa annettavalla hoidolla merkittävästi vaikuttaa. Hoidon tulisi olla myös suhteellisen lyhytaikaista. Kyseiseen yläteeman liitettiin myös kysymykset liittyen vastaajien perustietoihin, työkokemukseen ja koulutustarpeisiin.

Vastaajan ammattinimikettä kysyttäessä havaittiin, että kaikki vastaajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Vastaajista 20–30-vuotiaita oli kaksi. Vastaajista puolet, eli viisi, olivat iältään 31–40-vuotiaita. Puolestaan vastaajista 41–50-vuotiaita oli yhteensä kaksi. Yli 51-vuotiaiden vastausprosentti oli pienin, heitä oli yksi. Päivystysoastolla 1–5 vuotta työskennelleitä vastaajia oli neljä, yhtä paljon oli 6–8 vuotta työskennelleitä. Yli 8 vuotta työskennelleitä sairaanhoitajia oli vain kaksi vastaajista. Kysyttäessä yleisesti hoitotyön työvuosien lukumäärää, alle 5 vuotta työskennelleitä

oli kaksi. 6–10 vuotta ja 11–20 vuotta hoitoalalla työskennelleitä vastaajia oli molempia kolme. Yli 20 vuotta työskennelleitä sairaanhoitajia oli kaksi. Suurella osalla, eli yhteensä seitsemällä oli aikaisempaa kokemusta valvontapotilaan hoitotyöstä.

Yhdeksän vastaajaa koki omaavansa riittävästi ammattitaitoa intensiivivalvontapotilaiden hoidosta. Kyselyyn osallistuneista vastaajista yksi ei kokenut omaavansa riittävää ammattitaitoa. Ammattitaidon riittämättömyyttä perusteltiin sillä, että intensiivivalvonnassa hoidetaan laajasti eri erikoisalojen potilaita. Tällöin vahvaa rutiinia kaikkien potilasryhmien hoitamiseen ei välttämättä pääse muodostumaan.

Vastaajista valtaosa eli yhteensä seitsemän, oli tutustunut aikaisemmin valvontapotilaan hoitotyöstä tehtyihin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Valvontapotilaan hoitotyötä käsitteleviin koulutuksiin oli osallistunut yhteensä neljä vastaajaa. Kaikilla koulutuksiin osallistuneilla viimeisin koulutus oli toteutunut vuonna 2019. Vastaajista kolme ei ollut osallistunut valvontapotilaan hoitotyötä käsitteleviin koulutuksiin. Koulutusta kaivattiin vaativien sydän- ja hengitysvajauspotilaiden hoitoon, kuten EKG:n tulkitaan ja hengitystukimuotoihin. Lisäksi koulutustarpeeksi nähtiin kokonaisvaltainen tiedon lisäys osastolla toteutettavaa hoitotyötä kohtaan. Vastaajat pitivät tärkeänä jatkuvan ammatillisen osaamisen kehittämistä sekä olemassa olevan tiedon päivittämistä. Lisäksi koulutustarpeissa mainittiin moniongelmaisen potilaan ja äkillisten tilanteiden hoito.

7.2 Intensiivivalvontaan oikein valikoituvat potilaat ja potilasryhmät

”Intensiivivalvontaan oikein valikoituvat potilaat ja potilasryhmät” yläteeman alateemoja olivat ”oikeiden potilaiden valikoituminen”, ”selkeä hoidon rajaus” ja ”tiedotus päivystyspoliklinikan ja päivystysosaston välillä”. Lisäksi alateemana nousi esille ”sijoitusongelmat”, ”eristys” ja ”potilaspaikkojen puute”. Alateemojen avulla havaittiin intensiivivalvontaan soveltuvat potilasryhmät. Näitä olivat esimerkiksi jatkuvan tarkkailun ja seurannan tarpeessa olevat potilaat sekä sydän- ja hengitysvajauspotilaat. Myös hemodynamiikan ongelmista kärsivät potilaat nostettiin esille alateemoissa intensiivivalvontaan kuuluviksi potilaiksi.

Kysyttäessä vastaajien mielipidettä intensiivivalvonnassa hoidettavien potilaiden tai potilasryhmien vaativuudesta havaittiin, että vastaajista seitsemän oli sitä mieltä, että potilaat tai potilasryhmät eivät ole liian vaativia hoidettavaksi intensiivivalvonnassa. Yksi vastaajista oli perustellut vastauksen ”ei” siten, että potilaiden sijoitukseen ja hoitolinjoihin anestesialääkärit ottavat usein laajasti kantaa. Vastaajista vain kaksi koki intensiivivalvonnassa hoidettavien potilaiden tai potilasryhmien olevan hoidoltaan liian vaativia.

Tuloksista kävi ilmi ja samalla alateemaksi muodostui, että intensiivivalvonnassa tulisi vastaajien mielestä hoitaa potilaita, jotka vaativat jatkuvaa tarkkailua ja seurannaa, etenkin vitaalielintoimintojen vuoksi. Kyseisillä potilailla ei kuitenkaan tule olla tehohoidon tarvetta. Vastaajien mukaan seurannan tarve voi johtua potilaan fyysisestä tai psyykkisestä syystä. Jatkuvassa seurannassa olevalta potilaalta korostettiin vitaalielintoimintojen ja tajunnan seurannan tärkeää merkitystä. Vastaajista osa yhdisti tähän MET-pisteytyksen. Lisäksi jos potilaan hoito vaatii jatkuvaa näköyhteyttä, kuten ensikertaa kouristaneilla, oli osa vastaajista sitä mieltä, että tällöin intensiivivalvonta on potilaalle paikkana oikea.

Vastauksista kävi myös ilmi, että olisi tärkeää arvioida potilaan hyötymistä intensiivihoidosta, verrattuna osastohoitoon. Sairauksista muodostui toinen alateema. Vastaajat antoivat myös esimerkkejä sairauksista, jotka kuuluvat heidän mielestään intensiivivalvontaan. Tällaisia tapauksia olivat sydänoireet, vähäoireinen sepsis, ketoasidoosi, epileptiakohtaukset, intoksikaatio eli myrkytys, alkoholidelirium ja ruoansulatuskanavan verenvuoto. Intensiivivalvontahoito on potilaille vastausten perusteella aiheellista, jos potilaat tarvitsevat infuusioita sekä hengitystukihoitoja. Esimerkkeinä mainittiin V60- ja NIV- hoitoa tarvitsevat potilaat.

Kriteereiksi ja tunnusmerkeiksi intensiivihoidon ottamiselle mainittiin näkymä hoidon hyvästä tuloksellisuudesta. Tällöin potilas hyötyy saamastaan hoidosta ja hänellä on toivoa paranemisesta. Tähän liitettiin tulossyy, potilaan ikä, perussairaudet, hoitomyönteisyys sekä ennuste. Tulossyyn yhteydessä hoitoaika voitaisiin suunnitella lyhyeksi ja tehokkaaksi.

Potilaita joiden tila on kohtalaisen vakaa lähtötilanteessa. Meidän resurssit on rajalliset lisähoitojen suhteen.

Lyhytaikaista hoitoa vaativia potilaita, joilla tilapäinen elintoimintojen häiriö, potilaat joiden tilannetta ja vointia voidaan oleellisesti parantaa ja palauttaa lähtötasolle.

Vastaajat nostivat esille potilaiden hengityksen sekä hemodynamiikan ongelmat, josta muodostui alateema. Hengityksen ongelmista mainittiin matalat happiarvot, hengitysvajaus sekä hengitystukihoidon tarve, kuten NIV-hoito sellaisilla potilailla, joilla ei ole kriteereitä hengityskonehoitoon. Hemodynamiikan ongelmista vastaajat mainitsivat matalat verenpaineet sekä epävakaan hemodynamiikan. Lisäksi vastaajien mielestä kriteereiksi soveltuivat myös kouristuskohtaukset, akuutti sekavuus ja levottomuus, anafylaksia sekä sepsispotilaat.

7.2.1 Intensiivivalvonnan potilaspaikoille kuulumattomat potilaat ja potilasryhmät

Ajoittain päivystysosaston intensiivivalvonnan paikoille ajautuu sellaisia potilaita, jotka eivät sinne vastaajien mielestä hoidollisesti kuulu. Tästä muodostui alateema. Tähän ryhmään merkittävänä osana kuuluvat sellaiset potilaat, joiden hoidolla intensiivivalvonnassa ei saavuteta toivottuja tuloksia, eikä heidän elämänlaatuun pystytä merkittävästi parantamaan. Syynä tähän voi olla potilaiden korkea ikä ja olemassa oleva hoidon rajaus. Tällaisia potilaita ovat iäkkäät, monisairaat ja DNR-päätöksen omaavat, joiden menehtyminen on todennäköistä lyhyen ajan sisällä. Ryhmään kuuluvat myös saattohoitopotilaat ja hoitokotien iäkkäät asukkaat, jotka eivät hyödy valvontatasoisesta hoidosta. Vastaajat nostivat esille myös omaisten läsnäolon hankaluuden intensiivivalvonnan avonaisissa tiloissa, esimerkiksi saattohoitotilanteissa.

Todella huonokuntoiset DNR-päätöksen omaavat potilaat, vievät paikkoja potilailta joita voitaisiin hoidolla auttaa. Lisäksi omaisille intensiivi on haastava paikka koska siinä ei mahdollisuutta olla rauhassa vierellä jos potilaan vointi todella huono.

lääkkäät, monisairaat potilaat, joilla on hoidon rajaukset jo tehty eikä intensiivissä annettavilla hoidoilla voida enää potilaan ennustetta parantaa.

Yhdeksän vastaajaa oli sitä mieltä, että intensiivivalvonnan potilaspaikoilla hoideetaan sinne kuulumattomia potilaita. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että erityisesti psykiatriset potilaat, joilla ei ole vitaalielintoimintojen häiriöitä, eivät kuulu intensiivivalvonnan potilaspaikoille. Vastauksen perusteluna oli kyseisten potilaiden sitovuus ja raskashoitoisuus.

Vastaajat kokivat erityisen haastaviksi levottomat potilaat, jotka tällä hetkellä ajautuvat intensiivivalvontahoitoon. Heitä ovat esimerkiksi aggressiiviset sekä psyykkisesti sairaat potilaat. Sairaanhoidajat nostivat esille puutokset tiloissa, esimerkkeinä melko avonaiset seinät ja ovet, tällöin levottomat potilaat voivat häiritä muita potilaita sekä hoitotoimenpiteitä. Myös karkaamisvaarassa olevat potilaat ovat intensiivivalvonnassa haastavia, avointen tilojen takia. Eristyspotilaat koettiin vaikeahoitoisiksi intensiivivalvonnan tiloissa ja potilaspaikoilla, esimerkiksi roskakorien sekä pesupisteiden hankaluuden vuoksi.

Levottomat/sekavat, intensiivissä ei ole minkäänlaisia seiniä/ovia jotka suojaisivat toisia potilaita hälinältä. Sekava potilas ei pysty myöskään rauhoittumaan ja samalla häiritsee kovasti muita.

Esille nousivat potilaiden sijoitusongelmat paikkapulan vuoksi. Tällöin potilaita sijoitetaan väärin perustein intensiivivalvontaan. Väärin sijoitettu potilas voi olla esimerkiksi täydellistä valvontaa vaativa osastopotilas, jonka hoito voidaan toteuttaa tavallisella osastolla. Lisäksi muilla osastoilla yllättävän romahduksen saaneet potilaat ja kirurgiset meleenapotilaat kuuluvat tehovalvontaan.

Muilta osastoilta tulevat potilaat jotka tarvitsevat valvontaa esim. voinnin romahtamisen vuoksi (heidän ensisijainen paikka on teva).

Liian vaativiksi potilasryhmiksi intensiivivalvontaan nimettiin tehohoitoa vaativat potilaat. Tällaisia potilaita ovat monielinvaurioista kärsivät potilaat, sekä potilaat, joille intensiivivalvontatasoinen hoito ei ole riittävää. Haastaviksi koettiin myös vaativat sydänpotilaat, kuten vakavista rytmihäiriöistä kärsivät sekä STEMI-potilaat. STEMI-potilaalla tarkoitetaan ST-nousuinfarktipotilasta. ST-nousuinfarktissa sepelvaltimo tukkeutuu, josta seuraa sydänlihaksen hapenpuute. (Riikola & Mäntylä 2011.) Perusteluna sydänpotilaiden haastavuudelle vastaajat toivat esille teho-osastolla työskentelevän sairaanhoidajan parhaimman osaamisen sydänpotilaan hoitamiseen.

Esille nostettiin myös elvytystilanteet, jolloin teho-osasto ja anestesialääkäri ovat varsin kaukana intensiivivalvonnasta. Liian vaativaksi koettiin myös levottomat, aggressiiviset, kirurgiset ja runsaasti vuotavat potilaat.

Toisinaan potilaat sijoitetaan väärin. Meille ei mielestäni kuulu sydänpotilaat, eikä vaativia infuusioita tarvitsevat todella heikkokuntoiset sekä erityisen paljon tukea vaativat potilaat. Tällöin tämä potilas sitoo toisen hoitajan täysin ja toiselle hoitajalle jää kolme potilasta.

Rytmihäiriöinen, jolla oletettavaa vakavat rytmihäiriöt. Jos joudutaan etenemään elvytykseen, on teho ja anelääkäri varsin kaukana.

7.3 Intensiivivalvonnassa toteutettava lääkehoito ja lääkeinfuusiot

Alateemoja olivat ”erilaiset lääkeinfuusiot”, ”vaativa lääkehoito” ja ”hengitystukihoito”. Alateemojen avulla voitiin todeta, että intensiivivalvonnassa toteutettavan lääkehoidon ei tulisi olla tehohoidon tasoista. Sen tulisi olla tehohoidon lääkehoitoon verrattuna astetta kevyempää.

Vastaajien mukaan lääkeinfuusiot olivat yksi merkittävä kriteeri intensiivivalvontaan ottamiselle. Lääkeinfuusioilla voidaan hoitaa esimerkiksi vitaalielintoimintojen häiriöitä, kuten matalia verenpaineita, rytmihäiriöitä ja tiputtaa insuliini-infuusioita. Kyseeseen vastanneet sairaanhoitajat toivat esille koulutustarpeitaan lääkehoidosta, esimerkiksi uusista lääkeinfuusioista, liuotuksista sekä arteriakanyyleista. Tästä muodostui myös yksi alateema.

Uusia lääkeinfuusioita tulee aina yllättäen, ilman että niiden seurannasta on kokemusta. Näihin toivoisi edes lyhyttä opetusta.

Haastava lääkehoito nostettiin perusteluksi liian vaativalle potilaalle intensiivivalvonnassa. Vaativaksi koettiin erityisesti liuotukset, lääkitykset, joihin päivystysosaston sairaanhoitajilla ei ole tarvittavaa koulutusta ja kokemusta sekä jatkuvaa sedaatiota tarvitsevat potilaat. Arteriakanyylin omaava potilas, jolla on jatkuva verenpaineen ja A-astrupin mittausta, koettiin myös vastaajien mielestä vaativaksi.

7.4 Intensiivivalvonnan kehityskohteet

Kolmen keskeisen yläteeman sisältä poimittiin kyselyyn vastanneiden vastaajien keskeisimmät toiveet ja ajatukset intensiivivalvonnan kehityskohteista. Jokaisen yläteeman sisältä löytyi toive tai kehitysidea päivystysoseston intensiivivalvontaan. Kehityskohteet käsittelivät potilaiden sijoitusta, henkilökuntaan liittyviä tekijöitä ja hoitotyötä.

Kyselyyn vastanneet päivystysoseston sairaanhoitajat korostivat kehityskohteissa erityisesti oikeiden potilaiden valikoitumista intensiivihoidon. Heidän mielestään tulisi tehdä selkeä rajausta siitä, ketä hoidetaan intensiivivalvonnassa. Tällöin rajauksesta tulisi tiedottaa myös päivystyspoliklinikkaa. Esille nostettiin myös saattohoitotilanteet, jolloin hoito intensiivivalvonnassa tulisi keskeyttää ja potilas siirtää yhden hengen huoneeseen osaston puolelle. Kehityskohteina nähtiin myös sekä sydän-että hengitysvajauspotilaiden hoitotyö. Osa vastaajista toivoi perushoidon kehittämistä, kuten tiheämpää vitaalien mittausta ja nestetasapainon seuranta.

Kehityskohteiksi mainittiin myös henkilökuntaan liittyvät tekijät, kuten koulutustarpeisiin vastaaminen. Vastauksissa nousi esille sairaanhoitajien merkitys intensiivivalvonnan työvuoroissa. Vastaajista pieni osa oli sitä mieltä, että intensiivivalvonnassa olisi hyvä työskennellä vuoron aikana aina kaksi sairaanhoitajaa. Lisäksi vastauksista ilmeni, että vastaajat korostivat konsultaatiotilanteissa lääkärin ammattitaidon merkitystä. Intensiivivalvonnan tilojen puolesta kehityskohteeksi nostettiin paremman eristyksen toteuttaminen.

Selkeästi rajattu ketä hoidetaan ja siitä on tieto esim. päivystyspoliklinikalla. Konsultoitava lääkäri olisi ammattitaitoinen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön johtopäätökset

Tämä opinnäytetyö antaa vastauksia sille asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksillä pyrittiin löytämään intensiivivalvontapotilaan hoitoon ottamisen kriteerejä sekä havaitsemaan potilaiden oikeaa kohdentumista intensiivivalvonnan potilaspaikoille. Opinnäytetyön pohjalta intensiivivalvontahoidon kriteereiksi nousi jatkuvan seurannan ja valvonnan tarve, monitorointi ja lääkehoito. Havaittiin kuitenkin myös, että intensiivivalvontaa tarvitsevalla potilaalla ei tule olla tehohoidon tarvetta.

Opinnäytetyö vastasi myös toiseen tutkimuskysymykseen potilaiden kohdentumisesta. Intensiivivalvonnan potilaspaikoille ei tulisi ottaa potilaita, joilla on voimassa oleva DNR- päätös tai saattohoitopäätös. Intensiivivalvonnan potilaspaikoille ei tulisi myöskään ottaa monisairaita, levottomia tai iäkkäitä potilaita. Paikkapulan ei tulisi olla peruste intensiivivalvontahoidolle. Jos havaitaan hoidon tuloksettomuus, potilas tulisi siirtää viipymättä pois intensiivivalvonnasta.

Hyppölän ym. (2016) mukaan valvontaosastojen ongelmiksi saattoi muodostua väärin sijoitetut potilasryhmät, jolloin valvontapaikoista saattoi ajoittain tulla potilaiden ”säilytyspaikkoja”. Myös kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat toivat esille ongelman intensiivivalvontaan kuulumattomista potilaista, kuten iäkkäistä hoitolaitosten asukkaista. Lisäksi Hyppölä ym. (2016) mainitsivat, että jos hoitoaika arvioitiin selvästi yli vuorokauden kestäväksi, tulisi potilaat sijoittaa valvontapaikan sijaista erikoisalojen vuodeosastoille. Varpula ja Lund (2014) korostivat hoidon rajauspäätösten pohdintaa toivottomien potilaiden kohdalla. Heidän mukaansa lisäksi hälyttävien tilanteiden tunnistamisen oli oltava tehokasta.

Chaboyer ym. (2005) nostivat esille intensiivivalvonnan osastojen merkittävän roolin siltana tehohoidon ja muiden väliaikaisten osastohoitoaikojen välillä. Lisäksi tutkimuksessa tuotiin esille, että intensiivivalvontapaikkojen käyttö mahdollisesti vähensi potilaiden takaisinsiirtoja tehovalvontaosastolle. Tällöin intensiivivalvonta lasensi tehovalvonnan käyttöastetta. Lundin (2018) mukaan valvontapaikoilla potilas sai osastoihin verrattuna intensiivisempää ja jatkuvampaa hoitoa ja valvontaa. Tämä

ilmiö nousi esille myös opinnäytetyön tuloksissa. Kuitenkin saadut vastaukset ilmensivät myös, että raja intensiivivalvonnan ja tehovalvonnan välillä on häilyvä. Vastajat toivat esille, että olisi luotava selkeä kriteeristö, jonka avulla potilaan sijoittaminen helpottuu.

Opinnäytetyön tuloksista havaittiin, että sydän- ja hengitysvajauspotilailla oli vastajien mukaan täydet perusteet intensiivivalvontapaikkojen käytölle. Intensiivivalvontapaikoilla voitiin hyödyntää hengitystukimuotoja ja seurata sekä hoitaa tehokkaasti hemodynamiikan ongelmia. Yousef ym. (2012) nostivat esille sydän- ja hengityselinten epävakaudesta kärsivät potilaat. Tutkimuksessa todettiin, että nämä potilaat olisi hyvä sijoittaa intensiivisen hoidon potilaspaikoille, koska kyseiset potilaat vaativat tärkeiden vitaalielintoimintojen seuranta noninvasiivisesti. Lisäksi Lundin (2018) mukaan valvontahoitoon soveltuvilla potilailla tuli olla todennäköisyys parantua akuutista tilasta lähelle entistä elämänlaatua. Esimerkkinä Lund (2018) käytti muun muassa akuutin sepelvaltimotautikohtauksen saaneita, valvontaa vaativia rytmihäiriöpotilaita ja hengitysvajauspotilaita.

Pyrittäessä parantamaan potilas lähelle entistä elämänlaatua korostui potilasohjauksen merkitys hoitotyössä. Lipponen (2014) toi esille, että potilasohjauksen keskeisenä tavoitteena oli pyrkiä edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä. Lipponen (2014) lisäsi, että hoitohenkilöstö oli avainasemassa lisäämässä potilaan aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. Aktiivisuuden ja tavoitteellisuuden avulla voitiin lisätä potilaan vastuunottoa omasta hoidostaan.

Opinnäytetyön tuloksilla pyrittiin reagoimaan tarpeeseen kehittää intensiivivalvontapotilaiden hoitotyötä päivystysosastolla. Näin ollen opinnäytetyön tulokset selvensivät oikeiden potilaiden kohdentumista intensiivivalvonnan potilaspaikoille. Opinnäytetyö vastasi myös tavoitteeseen lisätä tietoa hoitohenkilökunnan keskuudessa intensiivivalvontapotilaiden hoidosta.

Tässä opinnäytetyössä saavutettiin sille asetetut tavoitteet. Opinnäytetyöllä pyrittiin kehittämään intensiivivalvonnassa tapahtuvaa hoitotyötä tuomalla esille sinne kuuluvia potilaita sekä potilasryhmiä. Opinnäytetyö toi lisäksi esille intensiivivalvontahoitoon kuulumattomia potilasryhmiä. Opinnäytetyön kyselytutkimus havaitsi koulutustarpeet eri hoitotyön osaamisalueilta.

Analysoitaessa vastauksia sisällön teemoittelun avulla esille nousi kolme selkeää yläteemaa. Näistä merkittävimäksi nousi intensiivivalvonnassa toteutettavan hoitotyön hyvä tuloksellisuus ja tehokkuus. Vastaajat korostivat, että arvioitaessa potilaan tulosyytä intensiivivalvontapaikalle, tulisi miettiä potilaan hyötymistä saamastaan hoidosta. Intensiivivalvontaan sopiva potilas olisi sellainen, jonka tilannetta ja vointia voitaisiin hoidolla oleellisesti parantaa. Hyvään tuloksellisuuteen ja tehokkuuteen vaikutti myös oleellisesti hoitohenkilökunnan olemassa olevan ammattitaidon lisäksi työssä kehittyminen ja koulutustarpeet.

Vastaajista seitsemän oli osallistunut erilaisiin koulutuksiin ja tutustunut valvontapotiilaan hoitotyöhön liittyvään ammattikirjallisuuteen. Vastaajat toivat kuitenkin avoimissa kysymyksissä esille erilaisia koulutustarpeita. Suurin koulutustarve liittyi lääkehoitoon, etenkin erilaisiin infuusioihin ja liuotushoitoihin liittyen. Vastaajien kesken esille nousi lisäksi sydän- ja hengitysvajauspotilaan hoitotyön koulutustarpeet. Lisäkoulutusta tarvittaisiin EKG:n tulkintaan ja hengitystukimuotojen käyttöön.

Toinen tärkeä johtopäätös liittyi intensiivivalvontaan oikein valikoituviin potilaisiin. Keskeinen ongelma oli sijoitusvaikeudet, koskien esimerkiksi iäkkäitä, tehohoitotasoisia potilaita sekä mahdollista eristystarvetta. Suurimmaksi sijoitusongelmaksi koettiin monisairaat ikäihmiset, joilla oli voimassa oleva DNR-päätös. Vastaajat kokivat, että tällaisten potilaiden elämänlaatua ei intensiivivalvonnassa kyetty olennaisesti parantamaan.

Intensiivivalvontaan oikein valikoituvien potilaiden alateemaksi nousi myös intensiivivalvontaa tarvitsevat, seuranta- ja valvontaa vaativat potilaat. Vastaukset nostivat esille intensiivivalvontaan valikoituvien potilaiden kriteeristön merkityksen. Kriteereiksi mainittiin jatkuva vitaalielintoimintojen ja tajunnan seurannan ja valvonnan tarve, korkeat MET-pisteet, hengitystukimuotoja tarvitsevat hengitysvajauspotilaat ja suonensisäistä infuusiolääkehoitoa tarvitsevat potilaat. Vastaajat korostivat, että tulisikin pohtia tarkasti, minkälainen potilas tarvitsee intensiivivalvontapaikan ja minkälainen ei.

Lisäksi esille nousi ja samalla yhdeksi alateemaksi muodostui, että intensiivivalvontahoitoon sopivat etenkin sydän- ja hengitysvajauspotilaat. Jos näillä potilailla kui-

tenkin havaittiin tarvetta tehohoitoon, heidät tulisi siirtää sinne ajoissa ja viivyttämättä. Vastaajat mainitsivat esimerkkeinä tehohoitoa vaativiksi potilaiksi STEMI- ja rytmihäiriöpotilaat. Myös pelko elvytyksestä oli aihe tehohoitoon siirtymiselle.

Kolmantena ja viimeisenä johtopäätöksenä korostui intensiivivalvonnassa toteutettava lääkehoito ja lääkeinfuusiot. Intensiivivalvonnassa toteutettava lääkehoito ei saisi ylittää lähelle tehohoidon tasoa. Lisäksi lääkehoitoa toteuttavilla sairaanhoitajilla tulisi olla varmuus ja riittävä osaaminen toteuttaa valvontapotilaan lääkehoitoa.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, kuten inhimillistä ja arvoperustaista toimintaa. Näin pyrittiin löytämään totuus tieteellisesti hyväksytyille menetelmille. Ydin on pohdinnassa, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tekstiä. Opinnäytetyön eettisistä ratkaisuista ovat vastuussa sen tekijät. Eettisyyden merkitys on erityisen keskeistä tieteissä, joissa kerätään aineistoa inhimillisestä toiminnasta ja käytetään ihmisiä tietolähteinä, esimerkkinä haastattelut hoitotieteessä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 362.)

Opinnäytetyö voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava sekä tuloksiltaan uskottava, jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tärkeimpiä hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus, avoimuus, vastuullisuus sekä kunnioitus. Lisäksi tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien on oltava määräysten mukaisia. Opinnäytetyöllä on oltava myös tutkimuslupa myönnettynä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyössä huomioitiin rehellisyys, huolellisuus sekä kunnioitus tutkittavaa aihetta ja tietolähteinä olevia ihmisiä kohtaan. Opinnäytetyön tekemisessä käytettiin määräysten mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyön tekijät hankkivat myös aiheelleen tutkimusluvan. Lisäksi opinnäytetyössä huomioitiin kyselylomakkeen eettisyys ja anonymiteetin säilyminen. Anonymiteettiä suojaasi tunnistetietojen kysymisen välttäminen sekä se, että päivystysosaston osastonhoitaja välitti sähköisen kyselylomakkeen päivystysosaston hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tekijöiden on hallittava omaan tieteenalaansa liittyvää tietoa ja siihen kuuluvia menetelmiä sekä noudatettava eettisesti kestäviä toimintatapoja. Oman tieteenalan huono hallitseminen ja kokonaisvaltaisen prosessin suorittamisen huolimattomuus heikentävät työn luotettavuutta, jolloin työ voidaan mitätöidä. Epäeettinen ja epärehellinen toiminta loukkaa ja vahingoittaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.)

Opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuseettisesti kestäviä toimintatapoja. Opinnäytetyöntekijät välttivät epäeettistä ja epärehellistä toimintaa. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäävä tekijä oli tekijöiden omaan tieteenalaan liittyvän tiedon ja menetelmien hallinta ja osaaminen.

Suomessa opinnäytetyön tekijöitä ohjaavat yleiset eettiset periaatteet, joita on kolme. Ensimmäisessä kohdassa keskiössä on tekijöiden kunnioitus tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kohtaan, taustalla vaikuttaa Suomen perustuslaki. Toisessa kohdassa tekijät kunnioittavat kulttuurillista monimuotoisuutta. Kolmannen kohdan mukaan opinnäytetyöstä ei saa aiheutua kohteelle vahinkoja, haittoja eikä riskejä. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019, 7.)

Opinnäytetyössä yksityisyyden suoja on keskeinen. Opinnäytetyöhön osallistuneiden sekä siinä mainittujen henkilöiden yksityisyyttä suojellaan. On kunnioitettava myös tekijänoikeuksia. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019, 12-13.) Opinnäytetyössä korostettiin vastaajien anonymiteettiä ja luottamuksellisuutta. Myös opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden yksityisyyttä suojeltiin. Opinnäytetyön valmistuttua kerätty aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

Hoitaminen käsittää inhimillisen toiminnan, jonka keinoilla tavoitellaan hyvää. Tavoiteltava asia on esimerkiksi hyvä terveys. Hoitotyöksi kutsutaan hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista. Taustalla on pyrkimys edistää toisen ihmisen hyvää, jolloin toiminnassa on vahva eettinen ulottuvuus, jota käsitellään hoitotyön etiikassa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 23.)

Hoitotyön etiikka käsittää tiedonalan, joka sisältää hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä merkittävänä osana ammatillista hoitotyötä. Hoitaminen on inhimillistä toisen auttamista, joten hoitotyöhön osallistuvalla tulee olla hyvä syvälinen ja inhimillinen käsitys hoitotyön arvoperustasta. Hoitotyöhön osallistuvien tulee

kyetä toimimaan sivistyneesti ja inhimillisellä tavalla. Hoitotyön perustehtäväksi luetaan ihmisten tukeminen heidän oman terveyshyvänsä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Terveyshyvän määrittely pohjautuu ihmisen omiin arvoihin, henkilökohtaiseen tietoon sekä kokemuksiin. Esimerkiksi toisille se voi merkitä hyvää fyysistä kuntoa, toisille elämänosien tasapainoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 24.)

Tehohoidon ja siihen olennaisesti kuuluvien osa-alueiden eettiset periaatteet ovat elämän säilyttäminen, kärsimysten lievittäminen, lisähaittojen välttäminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, totuudellisuus ja oikeudenmukaisuus. Lisäksi on tärkeää tarkastella potilaan vajaata päätöksentekoa, kuolevaa potilasta sekä potilaan turhaa hoitoa. Merkittävää on myös moniammatillinen yhteistyö hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden välillä sekä potilaan läheisten huomioon ottaminen. Eettisiä periaatteita on jatkuvasti tarkasteltava ja tarpeen tullen täydennettävä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 238-239.)

Koska intensiivivivonnassa käytetään hyödyksi laajasti erilaisia teknologisia laitteita, kuten monitoriseurantaa, on myös hyvä huomioida eettinen suhtautuminen teknologiaan. Hoitajien on hallittava teknologisten laitteiden käyttäminen. On tärkeää kertoa myös potilaille laitteista ja niiden käyttötarkoituksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon teknologia sisältää niin tutkimusta, suunnittelua, käyttöä kuin arviointiakin. Se onkin nähtävä laajana järjestelmänä, joka edellyttää monitieteisyyttä, moniammatillisuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. Teknologian käytön keskiössä on varmistettava hyvä elämä terveyden, sosiaalisen osallistumisen ja henkilökohtaisen autonomian näkökulmasta. Teknologian eettisessä kentässä on huomioidava käyttäjät ja työntekijät. Kaikkien on tiedettävä, millaisia teknisiä apuvälineitä on mahdollista käyttää. Jokaisen on myös tehtävä oma henkilökohtainen päätös siitä, mitä he haluavat käyttää ja mikä on heidän hyväksyntänsä mukaista. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2018, 43.)

8.3 Opinnäytetyön pätevyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön pätevyydellä eli validiteetilla tarkoitetaan mittarin tai menetelmän kykyä mitata sitä, mitä työssä oli tarkoituskin mitata. Pätevässä opinnäytetyössä ei

saa olla systemaattista virhettä, mikä tarkoittaa sitä, miten tekijät olivat ymmärtäneet mittarin, kyselylomakkeen sekä kysymykset. Tulokset vääristyvät, jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tekijä. (Vilkkä 2015, 193-194.)

Validiutta tarkasteltiin jo opinnäytetyötä suunniteltaessa, ja se ilmeni käsitteiden määrittelynä sekä mittarin huolellisena suunnitteluna. Keskeisenä kysymyksenä oli se, miten onnistuneesti tekijät olivat kyenneet siirtämään työssä käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden tiiviissä muodossa varsinaiseen kyselylomakkeeseen. (Vilkkä 2015, 193-194.) Opinnäytetyön pätevyys varmistui sillä, että keskeiset käsitteet oli määriteltä huolellisesti. Pätevyyttä lisäsi kyselylomakkeen tarkistuttaminen tekijöihin kuulumattomilla, ulkopuolisella henkilöllä.

Opinnäytetyön luotettavuus, reliabiliteetti, tarkoitti tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja tulosten toistettavuutta. Pätevyys ja luotettavuus loivat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Luotettavuutta voivat kuitenkin heikentää monet asiat, kuten tutkijan tekemä virhe vastauksia tallennettaessa. (Vilkkä 2015, 194.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että tekijöitä oli kaksi. Molemmat tekijät tarkastelivat työtä koko prosessin ajan. Lisäksi luotettavuutta lisäsi se, että työssä käytettiin useita luotettavia lähteitä.

8.4 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2019 aiheen valinnalla. Aiheen valinnasta seurasi aihesuunnitelman tekeminen ja aiheseminaarien esittäminen. Aihesuunnitelman hyväksymisen jälkeen aloitettiin virallisen opinnäytetyön suunnitelman tekeminen. Opinnäytetyötä suunniteltaessa tavattiin sekä yhteistyöorganisaation yhteyshenkilöä, osastonhoitajaa että myös opinnäytetyön ohjaavaa opettajaa. Tapaamisten jälkeen aloitettiin syvälinen perehtyminen sekä tiedon etsiminen ja kerääminen aiheesta. Aihetta määriteltiin suoritettuna tiedonhaun ja saatujen hakutulosten pohjalta.

Opinnäytetyön suunnitelma valmistui, ja se hyväksyttiin alkuvuodesta 2020. Hyväksymisen jälkeen hankittiin tutkimuslupa ja alettiin keräämään kyselylomakkeen

avulla käytännön tietoa päivystyksen hoitohenkilökunnalta. Hoitohenkilökunnalta saatuja vastauksia luettiin läpi ja analysoitiin sekä Webropolin raportointityökalulla, että sisällön teemoittelun avulla. Saatujen vastausten analysoinnin pohjalta tulokset kirjoitettiin opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön toteutustapa havaittiin soveliaaksi, koska hektisessä työvuorossa työskentelevien sairaanhoitajien oli helppo täyttää sähköinen kirjallinen kyselylomake, verrattuna esimerkiksi haastattelutilanteeseen. Sähköisesti täytettävä kyselylomake oli heille nopeampi tapa vastata ja osallistua. Se oli myös opinnäytetyön tekijöille tehokas tapa erityisesti analysointivaiheessa.

Opinnäytetyön valmistumisajankohta oli toukokuussa 2020, jolloin esiteltiin valmis tuotos seminaarissa muille opiskelijoille, ohjaavalle opettajalle sekä yhteyshenkilöille. Opinnäytetyön kypsyyskoe kirjoitettiin syksyllä 2020, jonka jälkeen opinnäytetyö ja sen tulokset käytiin esittelemässä päivystyksen henkilökunnalle.

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena nousi ajatus tehohoidon ja tehovalvonnan näkökulman selvittämisestä. Jatkotutkimusehdotus koskee valvontaa tarvitsevien potilaiden hoitoa ja oikeaa sijoitusta. Jatkotutkimuksessa olisi mahdollista pohtia tehohoidon ja tehovalvonnan kriteeristöjä suhteutettuna intensiivivalvonnan potilaskriteereihin.

Lisäksi intensiivivalvontapotilaan hoitotyötä tulisi tulevaisuudessa tutkia enemmän ja tuottaa siihen liittyvää hoitotieteellistä tutkimustietoa. Tietoa on saatavilla teho- ja valvontahoidosta hyvin. Intensiivivalvontahoidosta saatavilla oleva kotimainen tutkittu tieto on todella niukkaa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, kuinka paljon Suomen sairaaloissa on käytössä intensiivisen valvonnan tasoiset osastot teho- ja valvontaosastojen rinnalla.

LÄHTEET

- Aho-Koivula, K. 13.6.2011. Perusmiehitysselvitys. [Verkojulkaisu]. Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri: Hoitotyön ja hoitotyönhenkilöstön toiminnallinen selvitys ja suunnitelma 2012–2018. [Viitattu 10.10.2019]. Saatavana: <https://www.epshp.fi/files/4259/Perusmiehitysselvitys.PDF>
- Arteriakanylointi. 23.11.2016. Lapin sairaanhoidopiiri. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 27.4.2020]. Saatavana: <https://intra.seamk.fi/loader.aspx?id=723edfa7-e552-442a-a8a3-b0fb98846649>
- Bose, E., Chen, L., Clermont, G., Dubrawski, A., Pinsky, M., Ren, D., Hoffman, L. & Hravnak, M. 1.4.2017. Risk for Cardiorespiratory Instability Following Transfer to a Monitored Step-Down Unit. [Verkojulkaisu]. *Respiratory Care*. 62 (4), 415–422. [Viitattu 27.11.2019]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Chaboyer, W., James, H. & Kendall, M. 2005. Transitional Care After the Intensive Care Unit. Current Trends and Future Directions. [Verkkolehtiartikkeli]. *Critical Care Nurse*. 25 (3), 1–12. [Viitattu 25.11.2019]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Choi, S., Lee, J., Shin, Y., Lee, J., Jung, J., Han, M., Son, J., Jung, Y., Lee, S-H., Hong, S-B., Hong, S-B. & Huh, J-W. 1.6.2016. Effects of a medical emergency team follow-up programme on patients discharged from the medical intensive care unit to the general ward: a single-centre experience. [Verkojulkaisu]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 22. 356–362. [Viitattu 16.4.2020]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri – MET. Ei päiväystä. [Viitattu 6.2.2020]. Saatavana: http://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ja_tutkimukset/tehostettu_hoito/met_%28medical_emergency_team%29
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri – Päivystysapu 116117. Ei päiväystä. [Viitattu 6.2.2020]. Saatavana: http://www.epshp.fi/hoitopalvelut/yhteispaivystys/paivystysapu_116117
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri – päivystysosasto. Ei päiväystä. Ohje. Julkaisematon.
- Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. 9. uud. p. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Edita. [Viitattu 12.11.2019]. Saatavana: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Hyppölä, H., Tillgren, T., Daavittila, I., Martikainen, M. & Nyrhilä, J. 2016. Sujuva hoitopolku ensihoidosta päivystyksen kautta takaisin kotiin. [Verkoartikkeli].

Duodecim: Akuuttilääketiede katsaus. [Viitattu 7.10.2019]. Saatavana: <https://www-terveysportti-fi.libts.seamk.fi/xmedia/duo/duo13467.pdf>

Karhu, J. & Rautiainen, H. 10.2.2016. Potilaan seuranta ja uhkaavan peruselintointihäiriön tunnistaminen. [Verkojulkaisu]. Peruselintointojen häiriöt ja niiden hoito. [Viitattu 28.4.2020]. Saatavana: Duodecim Oppiportista. Vaatii käyttöoikeuden.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden lakien muuttaminen.

Lakanmaa, R-L., Suominen, T., Ritmala-Kastren, M., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. 23.4.2015. Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. [Verkojulkaisu]. Hindawi Publishing Corporation. [Viitattu 16.4.2020]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulu: Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. Väitösk.

Lund, V. 23.5.2018. Akuuttihoito-opas: valvontahoito. [Verkoartikkeli]. Duodecim: Terveysportti. [Viitattu 10.10.2019]. Saatavana: Terveysportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Lundgren-Laine, H. & Meriläinen, M. 2.10.2017. Potilaan sairauden vakavuutta ja hoidon vaativuutta kuvaavat pisteet. [Verkojulkaisu]. Teho- ja valvontahoitotyön opas. [Viitattu 27.11.2019]. Saatavana: Duodecim-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Mylläri, A. 2019. Kliininen asiantuntijasairaanhoitaja. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Sähköpostiviesti. 8.11.2019.

Mylläri, A. 2020. Kliininen asiantuntijasairaanhoitaja. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Sähköpostiviesti. 5.2.2020.

Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vaahtera, A. & Vakkala, M. 25.11.2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. [Verkkokirja]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 3.4.2020]. Saatavana Duodecim Oppiportista. vaatii käyttöoikeuden.

Nimmo, G. & Singer, M. 2011. ABC of Intensive Care – Second Edition. United Kingdom: BMI Books.

- Noninvasiivinen ventilaatio. Ei päiväystä. ResMed. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.5.2020]. Saatavana: <https://www.resmed.com/fi-fi/healthcare-professional/diagnosis-and-treatment/ventilation/niv.html>
- Oikeusministeriö. 29.8.2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. [Verkkojulkaisu]. Suomen säädöskokoelma. [Viitattu 1.4.2020]. Saatavana: [file:///C:/Users/User/Downloads/sk20170583%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/sk20170583%20(1).pdf)
- Opinnäytetyön toteuttaminen. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Rovaniemi: Lapin AMK. [Viitattu 13.1.2020]. Saatavana: <https://www.lapinamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opinto-opas,-AMK-tutkinto/Opinnaytetyoohje/Opinnaytetyon-toteuttaminen#>
- Ovaskainen, P., Suvivuo, P., Virjonen, K. & Leino, I. 2016. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveystalouteen. [Verkkokaartikkeli]. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 77–79. [Viitattu 13.1.2020]. Saatavana: <https://journal.fi/sla/article/view/55936>
- Perä, T. Ei päiväystä. Onko yleinen käsitys oikea: Erikoissairaanhoito toimii hyvin, perusterveydenhuoltoon tarvitaan parannusta? [Verkkojulkaisu]. Seinäjoen terveyskeskus. [Viitattu 13.1.2020]. Saatavana: <https://www.avi.fi/documents/10191/4484948/VAA+Per%C3%A4%20esh+bet-ter+than+pth.pdf/c490d4f3-301d-41d1-8fa5-c5714e7ba3f1>
- Päivystysosasto. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 9.12.2019]. Saatavana: <http://www.epshp.fi/hoitopalvelut/yhteispaivystys/paivystysosasto>
- Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola, M. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. [Verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tampere: Juvenes Print. [Viitattu 10.12.2019]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80245/bc917b3e-23e1-495a-85a4-6ffb9db22482.pdf?sequence=1>
- Resipronics V60/V60 Plus -hengityslaitte. Ei päiväystä. Philips käyttöopas. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 27.4.2020]. Saatavana: [http://incenter.medical.philips.com/doclib/enc/11191055/Resipronics_V60_Ventilator_User_Manual_\(FIN\)_1052977_J.pdf%3ffunc%3ddoc.Fetch%26nodeid%3d11191055](http://incenter.medical.philips.com/doclib/enc/11191055/Resipronics_V60_Ventilator_User_Manual_(FIN)_1052977_J.pdf%3ffunc%3ddoc.Fetch%26nodeid%3d11191055)
- Riikola, T. & Mäntylä, P. 26.9.2011. ST-nousuinfarkti, yleisin sydäninfarkti. Duodecim Terveyskirjasto. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.5.2020]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00104
- Ruontimo, T. 2012. Henkilöstömitoituksen hallittu tulevaisuus: Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt lukujen takana. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Tehy ry. Tehyn julkaisusarja B: 2/12. [Viitattu 10.12.2019]. Saatavana:

https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/julkaisu/2012/2012_b_2_henkilostomitoituksen_hallittu_tulevaisuus_id_29.pdf

- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2017. Lääkehoidon käsikirja. 1.-6. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Salmenperä, M. 4.2.2014. Potilasvalvontalaitteiden käytön vaikutus potilasturvallisuuteen. [Verkkajulkaisu]. Potilasturvallisuuden perusteet. [Viitattu 2.4.2020]. Saatavana: Duodecim Oppiportista. Vaatii käyttöoikeuden.
- Schnock, K., Ravindran, S., Fladker, A., Leone, K., Williams, D., Dwyer, C., Wu, T-G., Thornton, K. & Gazarian, P. 1.12.2017. Identifying Information Resources for Patients in the Intensive Care Unit and Their Families. [Verkkajulkaisu]. Critical Care Nurse. 37 (6). [Viitattu 20.4.2020]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Simpson, C., Sahetya, S., Bradsher, R., Scholten, E., Bain, W., Siddique, S. & Hager, D. 1.1.2017. Outcomes of Emergency Medical Patients Admitted to an Intermediate Care Unit With Detailed Admission Guidelines. [Verkkajulkaisu]. American Journal of Critical Care. 26 (1). [Viitattu 20.4.2020]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Syvjärvä, A. & Pietiläinen, V. 2016. Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. [Verkkajulkaisu]. Tampereen yliopisto. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. [Viitattu 13.1.2020]. Saatavana: [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syvjarvi %26 Pietilainen OA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syvjarvi_%26_Pietilainen_OA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Talousarvio 2019 ja toiminta- ja taloussuunnitelma 2020–2021. 31.10.2018. [Verkkajulkaisu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 21.11.2019]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/11781/Talousarvio_2019_ja_toiminta-_ja_talous-suunnitelma_2020-2021.PDF
- Teemoittelu. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Kajaani: KAMK – University of Applied Sciences. [Viitattu 13.1.2020]. Saatavana: <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opin-naytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/Teemoittelu>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 14.11.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 11.11.2019]. Saatavana: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (TENK). 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suo-

messa. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 11.11.2019]. Saatavana: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden_eettisen_ennakkoarvi-
oinnin_ohje_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden_eettisen_ennakkoarvi-
oinnin_ohje_2019.pdf)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2018. Sosiaali- ja terveysalan eettiset periaatteet – ovatko ne validea tulevaisuudessa? [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 11.11.2019]. Saatavana: <https://etene.fi/documents/1429646/12259990/ETENE+julkaisu+46+Eettiset+perusteet%2C+kausijulkaisu/5a137eb6-6e68-8f50-96bb-ac844397343e/ETENE+julkaisu+46+Eettiset+perusteet%2C+kausijulkaisu.pdf>

Varpula, T. & Lund, V. 2.3.2014. MET-toiminta. [Verkkajulkaisu]. Anestesiologia ja tehohoito. [Viitattu 2.4.2020]. Saatavana: Duodecim Oppiportista. Vaatii käyttöoikeuden.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.-3. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vlayen, A., Verelst, S., Bekkering, G., Schrooten, W., Hellings, J. & Claes, N. 1.4.2012. Incidence and preventability of adverse events requiring intensive care admission: a systematic review. [Verkkajulkaisu]. Journal of Evaluation in Clinical Practice. [Viitattu 20.4.2020]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Yhteispäivystys. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 9.12.2019]. Saatavana: <http://www.epshp.fi/hoitopalvelut/yhteispaivystys>

Younis, M., Hayajneh, F. & Rubbai, Y. 12.3.2020. Factors influencing sleep quality among Jordanian intensive care patients. [Verkkajulkaisu]. British Journal of Nursing. 29 (5), 298–302. [Viitattu 1.4.2020]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Yousef, K., Pinsky, M., DeVita, M., Sereika, S. & Hravnak, M. 1.9.2012. Characteristics of Patients with Cardiorespiratory Instability in a Step-Down Unit. [Verkkajulkaisu]. American Journal of Critical Care. 21 (5), 344–350. [Viitattu 27.11.2019]. Saatavana: CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. Sähköinen kyselylomake

Liite 2. Saatekirje

Liite 1. Sähköinen kyselylomake

1. Ikä?

- 20-30-vuotta
- 31-40-vuotta
- 41-50-vuotta
- Yli 51-vuotta

2. Ammattinimikkeesi

- Lähihoitaja/Perushoitaja
- Sairaanhoitaja

3. Työvuosiesi lukumäärä päivystysosastolla?

- 1-5-vuotta
- 6-8-vuotta
- Yli 8-vuotta

4. Hoitotyön työvuosien lukumäärä?

- Alle 5-vuotta
- 6-10-vuotta
- 11-20-vuotta
- yli 20-vuotta

5. Onko sinulla aiempaa kokemusta valvontapotilaan hoitotyöstä?

- Kyllä
- Ei

6. Oletko osallistunut koulutukseen liittyen valvontapotilaan hoitotyöhön?

- Kyllä

- Ei
- Milloin viimeksi?

7. Mitä koulutustarpeita sinulla on valvontapotilaan hoitotyöhön liittyen?

8. Oletko tutustunut valvontapotilaan hoitotyöstä tehtyihin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen?

- Kyllä
- Ei

9. Minkälaisia potilaita intensiivivalvonnassa kuuluisi mielestäsi hoitaa?

10. Luettele esimerkkejä potilaista, jotka eivät mielestäsi tarvitse intensiivivalvontaa, mutta jotka tällä hetkellä ajautuvat intensiivivalvonnan piiriin?

11. Koetko, että intensiivivalvonnan potilaspaikoilla hoidetaan sinne kuulumattomia potilaita?

- Kyllä
- Ei
- Vastauksen perustelu

12. Koetko, että intensiivivalvonnassa hoidetaan liian vaativia potilaita/potilasryhmiä?

- Kyllä
- Ei
- Vastauksen perustelu

13. Minkälainen on mielestäsi liian vaativa potilas/potilasryhmä intensiivivalvontaan?

14. Luettele lyhyesti mielestäsi keskeisimmät kriteerit ja tunnusmerkit, joiden avulla potilaat tulisi valita intensiivivalvonnan potilaspaikoille.

15. Koetko sinulla olevan riittävästi ammattitaitoa intensiivivalvontapotilaiden hoidossa?

- Kyllä
- Ei
- Vastauksen perustelu

16. Missä koet, että osastolla olisi parannettavaa intensiivivalvontapotilaiden hoidotyössä?

Liite 2. Saatekirje

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyömme aiheesta ”Intensiivivalvonnassa olevan potilaan hoitotyö päivystysosastolla (POS)”. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää intensiivivalvonnan käyttöä päivystysosastolla sekä intensiivihoidon kohdentumista oikeille potilasryhmille. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä tietoa hoitohenkilökunnan keskuudessa intensiivivalvontapotilaiden hoidosta.

Kyselylomake toteutetaan sähköisenä Webropol-kyselynä. Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Vastaukset analysoidaan luottamuksellisesti. Vastaaminen on tärkeää, koska opinnäytetyömme kerää olennaista ja hyödyllistä tietoa päivystysosaston intensiivivalvonnan hoitohenkilökunnan käyttöön. Vastausaikaa kyselyyn on noin kaksi viikkoa, riippuen vastauksien määrästä.

Tarvittaessa lisätietoa saa opinnäytetyön tekijöiltä.

Kiitämme osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin

Sara Försti
sara.forsti@seamk.fi

Roosa Laine
roosa.laine@seamk.fi

