
TEHOPOTILAAN EKA TUNTI -TOIMINTAOHJE

Kriittisesti sairaan potilaan vastaanottoiminnan kehittäminen toimintakorttien osalta Tampereen yliopistollisen sairaalan tehohoidon vastuualueella



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2013

Marika Arbelius-Iltanen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Marika Arbelius-Iltanen	Vuosi 2013
Työn nimi	Tehopotilaan eka tunti-toimintaohje –kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto toiminnan kehittämisen toimintakorttien osalta Tampereen yliopistollisen sairaalan tehohoidon vastuualueella	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyöntarkoituksena oli kehittää Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeeseen kuuluvia toimintakortteja Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) teho-osaston henkilökunnan antaman palautteen suuntaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää, potilasta vastaanottavan hoitotiimin toimintaa, parantaa yhteistyötä ja potilaan hoidon jatkuvuutta.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön teoriaosuus koottiin hoitotyön näkökulmasta. Teoriaosuudessa käsitellään hoitotyön laatua ja tiimityötä tehohoidossa sekä toiminnallista opinnäytetyötä.

Toimintaohjeet ovat osa jatkuvaa työn parantamisen, kehittämisen ja tehohoitajan osaamisen sekä sitouttamisen perustaa. Toimintaohje konkretisoituu käytännössä toimintakortteja käyttämällä. Toimintakorteissa tehtävät ja tekijät on selkeästi määritelty, jotta tilannekohtainen vaihtelu ja väärinkäsitykset vähenevät hoidossa. Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeessa pyritään luomaan yhteiset pelisäännöt toimintakorttien avulla päivystyspotilaan vastaanottolanteeseen Taysin tehohoidon vastuualueella.

Palautetta toimintakorteista kerättiin kyselylomakkeella elokuussa 2012. Kyselylomakkeeseen vastasivat Tehopotilaan eka tunti -simulaatiokoulutukseen osallistuneet hoitajat, lääketieteen opiskelijat ja lääkärit. Avointen kysymysten sisältö analysoitiin muodostamalla teemoja. Avoimeen kyselylomakkeeseen vastasi 23 simulaatiokoulutukseen osallistunutta henkilöä. Vastausprosentti oli 100. Kyselyyn vastanneet pitivät toimintakortteja hyödyllisenä ja työtä selkiyttävänä. Kyselyn perusteella henkilökunta oli pääsääntöisesti sitä mieltä, että toimintakorteissa tehtäväjako on mietittävä uudelleen.

Opinnäytetyön tuotoksena ovat päivitettyt toimintakortit. Ne ovat käytössä Taysin tehohoidon vastuualueella laminoituina toimintakortteina sekä sähköisessä muodossa intranetissä.

Avainsanat Tehohoito, tehohoitotyön laatu, tehopotilaan vastaanotto, tiimityö, toiminnallinen opinnäytetyö, toimintakortti

Sivut 36 s + liitteet 10 s.



HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Marika Arbelius-Iltanen	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	The first hour protocol –development of the critical care patient admission by task charts in the Tampere University hospital ICU.	

ABSTRACT

The aim of this study was to develop the task charts of 'The first hour protocol' for ICU. This was done according to the feedback given by the Tampere University Hospital ICU personnel. The goal of this study was to clarify the activities of the nursing team admitting a patient, to improve co-operation and continuation of the patients care.

The theoretical part of this practice based study was collected from the nursing point of view. Quality of nursing, teamwork in the ICU and practice based study were discussed in the theoretical part. Guidelines are a constant part of improving and developing nursing but also a foundation of ICU nurses' know-how and commitment. The guideline describes how the activity should proceed. It solidifies in practice by using the task charts. In the task charts, the tasks and the operator are clearly appointed. This allows the ever changing situations and misunderstandings to decrease. With the first hour protocol guideline common rules are created with the task charts when admitting a patient to the Tampere University Hospital ICU.

Feedback from the task charts was collected in August 2012. Questionnaires were answered by ICU nurses, doctors and medical students taking part in the first hour simulation training. Open questions were divided and analysed by forming different themes. All in all 23 participants answered the questionnaire and the response rate was 100 %. The participants who answered the questionnaire felt that the task charts were effective and useful. Based on the answers of the questionnaires, the participants felt that the assignment allocation would have to be rectified.

Keywords ICU nursing, teamwork, quality of ICU nursing, admission of an ICU patient, functional study, task chart

Pages 36 p. + appendices 10 p.



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	HOITOTYÖN LAATU TEHOHOIDOSSA	2
2.1	Hoitotyön laadun lähtökohdat	2
2.2	Lait ja strategiat tehohoidon taustalla.....	3
2.3	Potilasturvallisuus tehohoidossa	4
2.4	Oikea-aikaisuus ja triage -luokitus tehohoidossa	4
2.5	Sujuvuus ja toimintaohjeet tehohoidossa	5
2.6	Simulaatiokoulutus tehohoidossa.....	7
3	TIIMITYÖ TEHOHOIDOSSA	7
3.1	Tiimityön lähtökohdat	8
3.2	Hoitotiimin kehitysvaiheet	9
3.3	Tarkoitus, tavoitteet ja jäsenet hoitotiimissä.....	10
3.4	Viestintätaidot hoitotiimissä.....	11
3.5	Moniammatillinen tiimityö tehohoidossa.....	13
4	TEHOHOITOA KÄSITTELEVIÄ TUTKIMUKSIA.....	14
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	18
6	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	18
6.1	Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohdat.....	18
6.2	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	20
6.2.1	Toimintakortit tiimityön tukena.....	22
6.2.2	Toimintakorttien toimivuuden arviointi	24
7	POHDINTA.....	27
7.1	Toimintakorttien merkityksen arviointi	28
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	29
7.3	Tulevaisuuden näkymät ja jatkosuunnitelmat	30
	LÄHTEET	32
Liite 1	Puhelinkartoitukset teho-osastoille 2011	
Liite 2	Koulutuspalautte 28.–29.8.2012	
Liite 3	Ennakoilmoitus	
Liite 4	Tehohoitajan (1) toimintakortti punaisessa hälytyksessä	
Liite 5	Tehohoitajan (2) toimintakortti punaisessa hälytyksessä	
Liite 6	Tehohoitajan (3) toimintakortti punaisessa hälytyksessä	
Liite 7	Tehohoitajan (1) toimintakortti keltaisessa hälytyksessä	
Liite 8	Tehohoitajan (2) toimintakortti keltaisessa hälytyksessä	
Liite 9	Tehohoitajan (1) toimintakortti vihreässä hälytyksessä	

1 JOHDANTO

Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) teho-osastolla hoidetaan noin 1 900 potilasta vuosittain. Päivystyksenä tulee yli 80 prosenttia potilasta. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika on 2,6 vuorokautta. Teho-osastolla työskentelee 120 sairaanhoitajaa, neljä perushoitajaa, osastonhoitaja, neljä apulaisosastonhoitajaa, ylihoitaja, ylilääkäri, kaksi apulaisyllilääkärinä ja noin viisitoista tehollääkärinä. Tehohoidon vastuualueeseen kuuluu 16 -potilaspaikkainen teho-osasto sekä 8 -potilaspaikkainen tehostettu valvonta. Teho-osasto tarjoaa tehohoitoa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin lähes puolen miljoonan asukkaan lisäksi yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien eli Pirkanmaan, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden 700 000 asukkaalle. (PSHP:n toimintatiedot 2011; Tays: Tehohoidon vastuualueen vuosikatsaus 2011.)

Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje (Ensimmäisen tunnin toimintaohje kriittisesti sairastuneen päivystyspotilaan tehohoidossa, 2011) on tarkoitettu Taysin tehohoidon vastuualueen tehohoitajien ja tehohoitolääkäreiden avuksi kriittisesti sairaan potilaan vastaanottotilanteeseen. Toimintaohje systematisoi valmistautumisen tehopotilaan vastaanottoon, jakaa hoitotiimin jäsenille roolit ja niiden mukaiset tehtävät toimintakorteilla, selkiyttää tavoitteita ja mahdollistaa vastaanottotilanteen harjoittelun sekä kehittämisen. Ne tukevat käytännön työtä. Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje on ollut koekäytössä Taysin teho-osastolla 1.4.2012 alkaen. Toimintaohje antaa mahdollisuuden arvioida ja kehittää kriittisesti sairaan potilaan vastaanottoon liittyviä toimintatapoja.

Potilas määritellään kriittisesti sairaaksi, kun hänellä on yksi tai useampi henkeä uhkaava elintoiminnanhäiriö. Kriittisesti sairas potilas tulee tehohoitoon pääsääntöisesti päivystysluonteisesti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää, Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeeseen kuuluvia toimintakortteja Taysin teho-osaston henkilökunnan antaman palautteen suuntaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää potilasta vastaanottavan hoitotiimin toimintaa, parantaa yhteistyötä ja potilaan hoidon jatkuvuutta. Kehittämistarkoituksena opinnäytetyössä on kartoittaa, mitä muutoksia tehohoitotyöntekijät toivovat toimintakortteihin.

Opinnäytetyön aihevalintaan vaikuttivat tiimityön tärkeys hoitotyössä ja kiinnostus kehittää tiimityön avulla kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto toiminnan laatua ja potilasturvallisuutta omassa työyksikössä. Tiimityöskentelyä voidaan pitää työn organisoimisen ja kehittämisen välineenä. Se on tärkeä osa pyrkimyksessä entistä laadukkaampaan ja potilaslähtöisempään hoitotyöhön. (Isoherranen 2005, 68–69; Jalava & Virtanen 1995, 23.)

Kysely toteutettiin elokuussa 2012 Tehopotilaan eka tunti -simulaatioharjoitukseen osallistuneelle 23 henkilölle. Vastausprosentti oli 100.

Kyselyn tavoitteena oli hyödyntää saatuja vastauksia toimintakorttien kehittämiseen.

2 HOITOTYÖN LAATU TEHOHOIDOSSA

Tehohoito on osa kriittisesti sairaan potilaan hoitoketjua. Hoidon lopputulos riippuu silti kaikkien hoitoon osallistuvien yksiköiden henkilö- ja materiaali-resursseista, toiminnan laadusta sekä hoitokäytännöistä. Tehohoitoa tulee antaa hoidosta hyötyvälle potilaalle eettisesti, tehokkaasti, vaikuttavasti ja kustannustietoisesti. Aggressiivisella, nopeasti aloitetulla tehohoidolla pyritään estämään potilaan tilan huononeminen, lyhentämään tehohoitoaikaa ja parantamaan hoitotuloksia. (Kaarola 2007, 52, 57; Kaarola 2010, 497; Laurila & Ala-Kokko 2003, 1285–1288.)

2.1 Hoitotyön laadun lähtökohdat

Teho-osastoilla annetaan tehohoitoa. Se on oma lääketieteen erikoisala ja hoitotyön erityisosaamisalue. Tehohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytymättä ja jossa hänen elintoimintojaan valvotaan ja tarvittaessa ylläpidetään erityislaitteiden avulla. Teho-osastoilla on myös välitön valmius elintoimintojen häiriöiden korjaamiseen. Hoidon tavoite on voittaa aikaa perussairauden hoitamiseen torjumalla ja estämällä hengenvaara. Teho-osastolle keskitetään potilaalle elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon vaatima henkilöstö, osaaminen ja teknologia. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet, 1997; Saastamoinen 2007.)

Teho-osastolla ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa perustehtävänsä eli laadukasta tehohoitoa suunnitelmallisesti, turvallisesti ja kustannustietoisesti sujuvana käytäntönä sekä hyödyntää näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyön ja tiedonkulun hoitoon osallistuvien eri toimintayksiköiden välillä tulee olla saumatonta. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 7; Kaarola 2010, 498; Blomster, Mäkelä, Ritmala-Casten, Säämäläinen & Varjus 2001, 175–177.)

Kriittisesti sairaan potilaan siirto osastolta toiselle on suuri riski potilasturvallisuuden kannalta (Kinnunen & Peltomaa 2009, 82). Tämän takia hoitoketjussa tulee kiinnittää erityistä huomiota potilaan siirtoihin ja hoitopaikan muutoksiin sekä tiedonkulun varmistamiseen eri yksiköiden välillä. Taysin teho-osastolle potilas tulee usein Ensihoitokeskuksen, Acutan, leikkaussalin kautta tai siirtona joko vuodeosastolta tai valvontaosastolta. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 14; Potilasturvallisuusopas 2011, 24, 31.)

Tehohoidon laatuun vaikuttavat toiminnan organisointi sekä henkilökunnan ammatti- ja vuorovaikutustaidot. Toimivan työyhteisön perustana on selkeä perustehtävän määrittely. Yhteiset pelisäännöt, koulutus, avoin vuorovaikutus

sekä toiminnan jatkuva arviointi lisäävät perustehtävän toteutumista ja työn tuloksellisuutta. Määrittelemällä hoidon laatu kirjoitettujen toimenkuvien ja kirjallisten hoito-ohjeiden avulla luodaan kriteerit, jotka takaavat hyvän hoidon ja parantavat tehohoitotuloksia. Tehohoitotulokset ovat myös yhteydessä henkilökunnan määrään ja laatuun. Laadun arviointi tarkoittaa potilaan hoidon laadun parantamista, hoitohenkilöstön työolosuhteiden kehittämistä ja organisaation toimivuuden kehittämistä. (Blomster ym. 2001, 175; Kaarola 2007, 57.) Spiikin (2004, 91) mukaan, liian yleisesti hyväksytään keskitasoisia suorituksia. Samassa ajassa ja samalla energialla voi monet työt tehdä sata prosenttisesti sovitun tavoitteen mukaisesti.

Potilasturvallisuus on yleisesti koko terveydenhuollon laadun perusta. Tehohoitotyön laatua ohjeistavat lakien ja eettisten ohjeiden lisäksi yksiköiden toimintastrategiat. Laadun muita ulottuvuuksia ovat muun muassa potilasturvallisuus, oikea-aikaisuus ja sujuvuus. Hyvän laadun osatekijänä tehohoidossa on myös käytössä olevat toimintaohjeet. (Potilasturvallisuusopas 2011, 10.)

2.2 Lait ja strategiat tehohoidon taustalla

Terveydenhuoltolaki (2010) edellyttää, että terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja on näin ammatillisesti sekä tieteellisesti asianmukaista. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Potilasturvallisuusopas 2011, 8.) Terveydenhuollon toiminnoissa toteutuvat hyvät ja tavoiteltavat ominaisuudet (Pelkonen 1993, 62).

Terveydenhuoltolaissa (2010) ja Potilasturvallisuuslaissa (2010) annetaan ohjeita mm. laadusta ja potilasturvallisuudesta. Sairaanhoidajan työtä ohjaavat myös osaltaan samat lait, jotka ohjaavat sekä potilasturvallisuutta että hoidon laatua. Lisäksi kansanterveyslaissa (2003), erikoissairaanhoidolaissa (2003), Lääkärin etiikassa (2005) ja Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (1996) veloitetaan huolehtimaan riittävästä ammattitaidon ylläpitämisestä. (Finlex; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet; Lääkärin etiikka.)

Myös Hotuksessa (Hoitotyön tutkimussäätiö) ja sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa vuodelle 2015 painotetaan, että toiminnan perusteina tulee olla hoito-ohjelmat ja laatusuosituksiset. Näitä arvioidaan ja niiden käyttöönottoa edistetään. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015.)

Taysin Tehohoidon vastuualueen tulevaisuusohjelmassa 2012–2016 painotetaan muun muassa sitä, että potilaan hoito teho-osastolla tulee perustua yhdenmukaisiin hoitomenetelmiin ja hoidossa huomioidaan jokainen potilas yksilönä. Näyttöön perustuvat käytännöt juurrutetaan yhteisiksi toimintatavoiksi yhdenmukaisilla toimintaohjeilla. Tavoitteena on myös parantaa rajapintayhteistyötä sekä taata toimiva potilaan hoitoketju. Tässä tavoitteessa tärkeää on työvuoron vastaavan tehohoitajan eli organisaattorin ja päivystävän tehollääkärin tiivis yhteistyö. Yhteistyön välineitä ovat esimerkiksi Tehopotilaan eka

tunti -toimintaohje. (Teho-osaston tulevaisuusohjelma 2012–2016.) Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategiassa vuosille 2012–2016 nostetaan esille hoitoprosessien ja hoitoketjujen määrittely, jotta hoidon eri vaiheisiin liittyvät roolit ja niiden vastuut selkeytyvät. (PSHP:n strategia 2012–2016.)

2.3 Potilasturvallisuus tehohoidossa

Potilasturvallisuuslaissa (2010) sanotaan, että potilasturvallisuus on keskeinen laadun ulottuvuus. Se tulee työyksiköissä sisällyttää osaksi arjen toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7.) Potilasturvallisuus on myös yksi EU:n terveyspolitiikan painopistealueista, jota on järjestelmällisesti kehitetty vuodesta 2005 (EU -komissio, potilasturvallisuus) Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä on vastaavasti Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 (Sosiaali- ja terveysministeriö).

Potilasturvallisuuden tavoitteena on, että potilas saa laadullisesti parasta mahdollista hoitoa. Näin hoidon vaikutukset ovat mahdollisimman edullisia ja sivuvaikutukset mahdollisimman pieniä. Tuloksen on oltava hyvää, positiivisesti vaikuttavaa sekä potilaille turvallista. Potilaan tulee hyötyä hoidosta, niin ettei hänen tilansa huonone hoidon takia eikä hänelle aiheudu turhaa kärsimystä laatu puutteiden vuoksi. Hoitopaikasta riippumatta kukaan ei saisi kärsiä hoidon estettävissä olevista haittavaikutuksista, vammautua tai kuolla. (Snellman 2009, 39; Potilasturvallisuus opas 2011, 7; EU -komissio, potilasturvallisuus.)

Kinnusen ja Peltomaan (2009) mukaan viestintään liittyvät ongelmat ovat osa-vaikuttajina noin 65 prosentissa tapahtuneista haittatapahtumista terveydenhuollossa. Viestinnän tehokkaalla hyödyntämisellä pyritään parantamaan hoidon turvallisuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. Potilaan turvallisuutta voivat vaarantaa esimerkiksi tilanteet, joissa havaitaan sääntöjen rikkomista, virheitä, erehtymisiä sekä puutteita ammattitaidossa ja tiimityössä, eikä näistä epäkohdista uskalleta mainita. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86–87.)

2.4 Oikea-aikaisuus ja triage -luokitus tehohoidossa

Triage -luokituksella tarkoitetaan paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Triage -luokitusta käytetään pääsääntöisesti päivystyspotilaiden hoidon arvioinnissa. Triage on ranskaa ja tarkoittaa lajittelua, järjestämistä, erottelua sekä valikoimista. Käytännössä triage tarkoittaa potilaiden ryhmittelyä. Triagen tarkoituksena on saada hoitoon mahdollisimman nopeasti siitä hyötyvät potilaat niin, että jokainen saa oikea-aikaista hoitoa. Hoidon tarpeen lisäksi triage ohjaa käytettävissä olevia resursseja. Potilasryhmittelyssä käytetään värikoodeja punainen, keltainen ja vihreä. (Syväoja & Äijälä 2009, 94–95; Terveydenhuollon laatuopas 2011, 10–11.)

Hoitohenkilökunnalta edellytetään kykyä arvioida potilaan sairauden vaatima hoidonkiireellisyys joko päivystyksellisesti, kiireellisesti tai kiireettömästi, jonka tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. Näin potilaat ohjataan hoitoon ennalta suunnitellun luokittelun mukaisesti. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 10–11.)

Ensihoidossa Triage-luokitus on ollut monia vuosia osana jokapäiväistä toimintaa. Nykyään luokitus on käytössä Suomessa kaikissa erikoissairaanhoidon ja noin kolmasosassa perusterveydenhuollon päivystyksistä sekä noin 80 %:ssa yhteispäivystyspisteistä (Malmström, R., Kiura, Malmström, T., Torkki & Mäkelä 2012, 699–703.) Triagen käyttöä teho-hoidossa ei ole toistaiseksi dokumentoitu Taysissä eikä tiettävästi muissa sairaaloissa.

2.5 Sujuvuus ja toimintaohjeet tehohoidossa

Tehohoidossa sujuvuus tarkoittaa sitä, että hoitoa varten on käytettävissä riittävästi ammattitaitoisia tehohoitajia ja potilaan tutkimuksiin riittävästi voimavaroja. Sujuvassa hoidossa keskeisimmät toiminnot on kuvattu ja sovittu vastuista ja menettelyistä toimintojen parantamisessa. Pyrkimyksenä yhdenmukaistaa ja tehostaa toimintaa tavoitteelliseksi ja läpinäkyväksi koko organisaatiossa. Teho-osastolla hoitoon liittyvät toiminnot toteutuvat samankaltaisina diagnoosista riippumatta. Yhdenmukaisten toimintaohjeiden merkitys korostuu entisestään, jos hoitotiimin kokoonpano vaihtelee. Toiminnan valvonta on myös olennainen osa hoitotyötä. (Helovuori 2009, 104–106; Terveydenhuollon laatuopas 2011, 13.)

Euroopan tehohoitoyhdistyksen kongressissa keskusteltiin vuonna 2006 tarpeesta luoda erilaisia toimintaohjeita laadukkaam hoidon takaamiseksi. Monilla eri hoitamisen alueilla toimintaohjeiden koetaan helpottavan tehohoitajan työskentelyä ja päätöksentekoa. Teho-osastolla hoidettaville yleisimmille sairauksille on perusteltua laatia mahdollisuuksien mukaan tieteelliseen näyttöön perustuvat toimintaohjeet. Ne toimivat hyvin myös aloittelevan tehohoitajan tukena. (Lundgren-Laine 2006; Potilasturvallisuusopas 2011, 24; Terveydenhuollon laatuopas 2011, 13.)

Toimintaohjeet ovat osa tehohoitotyön toiminnan suunnittelua, työnjakoa, toiminnan valvontaa, toimenpiteiden varmistamista ja tarkastamista sekä viestintää. Hoidon suunnittelun päämääränä on varmistaa, että potilaan hoito tulevassa tilanteessa on koordinoitua ja että kaikki oleelliset hoitoon vaikuttavat tekijät ovat koko hoitotiimin tiedossa. Turvallisen ja tehokkaan työyhteisön perustana on selkeä työnjako. Se helpottaa yhteistyötä merkittävästi, koska yksittäisten tehtävien suorittamisesta ei tarvitse sopia joka kerralla erikseen. Selkeällä työnjaolla voidaan varmistaa että hoitotiimin jäsenten vastuut pysyvät selvinä ja kaikki tarvittavat toimenpiteet tulevat tehdyksi. Kaikkien hoitotiimin jäsenten vastuut, roolit ja tehtävät tulee olla jaettu siten, että niissä ei ole mitään epäselvyyttä. Tämä auttaa työmäärän hallinnassa ja väärinkäsityksiin perustuvien virheiden välttämässä. Epäselvyydet vastuukysymyksistä,

seurattavista asioista tai niiden muutoksista saattavat johtaa siihen, että oleellinen tieto jää huomaamatta tai viestimättä, koska sitä ei katsota tarpeelliseksi. (Helovuori 2009, 104–106.)

Tarkistuslistojen käyttöönotto ja jatkuva ylläpito edellyttää kaikkien ammattiryhmien hyväksyntää ja sitoutumista, myös johdon. Käyttöönotto vaatii tiimityön luonteen ymmärtämistä ja avointa työilmapiiriä. Myös vastarintaa voidaan havaita, koska koko toimintatapa- ja kulttuuri muuttuvat. Valviran käsityksen mukaan edellä kuvattuja, hyväksi havaittuja potilasturvallisuuden työkaluja tulee käyttää ja kehittää edelleen. THL:n lähteen mukaan tarkistuslistojen käyttö vähensi kuolleisuutta ja komplikaatioita noin 30 prosenttia. Kustannusvaikutuksista Suomessa on vasta vähän arvioita. (Leikkaustiimin tarkistuslista, THL; Leikkaussalin tarkistuslista, Valvira.)

Ajan suhteen ratkaiseviin hoitotoimenpiteisiin ja lääkehoidon toteuttamisiin tarvitaan toimintaohjeet. Ne mahdollistavat ja tukevat tehohoidon toteuttamista oikein ja oikea-aikaisesti sekä parantavat tehohoidon tuloksellisuutta ja potilasturvallisuutta. Tehohoidossa tulee arvioida ja kehittää myös sellaisten sairauksien hoitokäytäntöjä, joiden hoidosta ei ole annettavissa riittävää näyttöön perustuvaa hoitosuositusta. Erilaisten tarkistuslistojen käyttö vähentää virheitä ja yhtenäistää toimintatapoja. (Potilasturvallisuusopas 2011, 24; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 13.)

Teho-osastolla tarvitaan sovitut kirjalliset toimintaohjeet, koska ne lisäävät potilaan sekä omaisten turvallisuuden tunnetta ja luottamusta saamaansa tehohoitoon. Hoitotiimin jäseniltä vaaditaan kykyä omaksua toimintaohjeita ja ymmärtää niiden noudattamisen tärkeys. Toimintaohjeet ovat yhdessä sovittuja hoitotiimin toiminnan tapoja ja periaatteita, joiden mukaan tiimissä toimitaan. Toimintaohjeet vähentävät hoitovaihtoehtojen määrää, mikä parantaa hoidon laatua, turvallisuutta ja taloudellisuutta. Teho-osastolla on asioita, jotka ovat potilaan hoidon kannalta elintärkeitä. Näissä tilanteissa hoitotiimit ja niiden vastuut on sovittava selkeästi, jotta potilaan turvallinen tehohoito ei esimerkiksi elvytys- tai vastaanottotilanteessa vaarannu. Hoito-ohjeet on päivitettävä säännöllisesti ja niiden noudattamista tulee seurata. Toimintaohjeiden noudattamisen edellytyksenä on, että tehohoitajat ovat saaneet riittävän koulutuksen ja perehdytyksen tehtäviinsä. (Kaarola 2007, 58; Koivukoski & Palomäki 2009, 29–30, 48; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 11–12.)

Kirjatut toimintaohjeet helpottavat myös sijaisten ja opiskelijoiden perehtymistä. Jos hoitotiimissä on toimittu toimintaohjeiden vastaisesti, on tätä helppo lähteä selvittämään toimintaohjeiden pohjalta. Paperille kirjatut ohjeet selkiyttävät käsittelyä, eikä ketään tarvitse syyllistää tapahtuneesta. Yhteisten toimintaohjeiden luominen edellyttää niihin sitoutumista ja niiden noudattamista. (Koivukoski & Palomäki 2009, 51.) Kaarolan (2007, 19) mukaan potilaan selviytymiseen teho-osastolta vaikuttavat henkilökunnan ammattitaito, toimintaohjeiden määrä, laatu ja noudattamistapa.

2.6 Simulaatiokoulutus tehohoidossa

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on nimetty yhdeksi tavoitteeksi hätätilapotilaan hoidon kehittäminen. Sitä voidaan edistää esimerkiksi simulaatiokoulutuksella. Pakolan ja Vanhatalo-Suonurmen mukaan (2011) simulaatio tarkoittaa todellisuuden jäljittelyä. Tavoitteena on koulutettavien kokemukseen perustuva asioiden oppiminen ja muistaminen oikein todellisuutta muistuttavassa tilanteessa. (Pakola & Vanhatalo-Suonurmi 2011, 6–7.)

Terveystieteiden tutkimuksessa simulaation kohteena voivat olla esimerkiksi äkillinen hätätilanne tai kädentaidot. Simulaation keinoin on myös mahdollista harjoitella sellaisia tilanteita, joita tulee yksittäisen henkilön kohdalle harvoin tai joissa tarvitaan nopeita vasteita ja päätöksiä. Näin voidaan oppia taitoja, joita aikaisemmin pystyttiin harjoittelemaan vain oikeissa tilanteissa ja käytännön työssä. Simulaatiokoulutuksen etu on ensisijaisesti vaarattomasti oppiminen, ilman potilaan terveyden vaarantumista. Opettajien ja terveydenhuollon ammattilaisten mukaan simulaatiot tuntuvat tehokkaita ja turvallisilta oppimisen kannalta. (Pakola & Vanhatalo-Suonurmi 2011, 6–7.)

Sitä puoltaa myös kartoitus, minkä mukaan sairaanhoidon opiskelijoiden simulaatiokoulutuksen avulla hankitut hoitotyön taidot ovat siirrettävissä oikeaan hoitotyöhön. (Pakkanen, Stotl & Salminen 2012, 163–174.) Simulaatio-opetuksella voidaan parantaa myös potilasturvallisuutta (Potilasturvallisuusopas 2011, 7).

Hoitotyö laatua ja potilasturvallisuutta tehohoitotyössä on mahdollisuus kehittää huomioimalla tiimityön merkitys esimerkiksi simulaatiokoulutuksen avulla. Tiimityöskentelyä voidaan pitää työn organisoinnin ja kehittämisen välineenä. Se on tärkeä osa pyrkimyksessä entistä laadukkaampaan ja potilaslähtöisempään tehohoitotyöhön. (Isoherranen 2005, 68–69; Jalava & Virtanen 1995, 23.)

3 TIIMITYÖ TEHOHOIDOSSA

Tiimillä tarkoitetaan henkilöitä, jotka työskentelevät yhdessä saman päämäärän hyväksi. Tiimissä on jaettu päätöksentekoa, tehtävien suorittamista ja vastuuta jokaiselle jäsenelle. Jokainen tiimin jäsen on myös vastuullinen tuomaan esiin oman asiantuntemuksensa, jotta asetetut tavoitteet saavutetaan. Ongelmaksi voi muodostua jäsenten tietämättömyys toistensa työtehtävistä, huono kommunikaatio jäsenten välillä, epäselvyydet vastuukysymyksissä ja asenteiden joustamattomuus. (Blomster ym. 2001, 64.)

Tiimityö edellyttää selkeitä toimintaohjeita, joita myös noudatetaan. Huipputiimissä jäsenet ovat kiinteästi sitoutuneita hoitotiiminsä tavoitteisiin ja jäsenet pystyvät luottamaan toisten jäsenten tekemisiin. Suoritusaso on hyvä ja laadukas hoitotiimi pystyy jopa ylittämään sille annetut vaatimukset. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty, on tärkeä periaate. Selkeät mielikuvat tehostavat

toimintaa ja ohjaavat oikeaan suuntaan. Näillä keinoin hyvin onnistunut tiimityöskentely parantaa tehohoitotyön laatua ja tukee tehohoitajan tunnetta siitä, että hän osaa työnsä ja on tarpeellinen sekä arvostettu hoitotiimin jäsenenä. Hyvässä hoitotiimissä työt tehdään, kuten on sovittu. Näin syntyy hyvä kokonaisuus. Ei ole vaarallista, että tehdään päällekkäistä työtä. Päällekkäisyys aiheuttaa kuitenkin ylimääräistä työtä ja sitä kautta stressiä ja uupumusta, koska tehtävät ja henkilöstöresurssit on usein mitoitettu tietyn toimintatavan mukaisesti. Sekavan toiminnan riskinä on lähes aina joidenkin tehtävien unohtuminen. (Heikkilä 2002, 30; Isoherranen 2005, 153; Sirola & Salminen 2002, 273; Spiik 2004, 82, 87–88, 132.)

Tiimityön keskeisiä kulmakiviä kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto toiminnassa teho-osastolla ovat muun muassa hoitotiimin muodostuminen, hoitotiimin roolit, tavoitteet ja tarkoitus, pelisäännöt, sekä viestintä ja moniammatillinen tiimityö. Voidaan sanoa, että tämän päivän tehohoidossa tehohoitotyön vaatimat laatuvaatimukset toteutuvat usein parhaiten tavoitteellisella ja hyvällä tiimityöllä.

3.1 Tiimityön lähtökohdat

Hoitotiimi on ryhmätyöskentelyn erityismuoto. Tiimityöllä saavutetaan synergiaetua, jolloin kokonaisuus on suurempi kuin osiensa summa. (Isoherranen 2005, 69.)

Hoitotiimi koostuu pienestä ryhmästä ihmisiä, jotka suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat työskentelyään vastuullisesti. Tiimityöskentely on tapa tehdä työtä yhdessä. Se edellyttää asiantuntijuutta, vuorovaikutustaitoja, kykyä ratkaista ongelmia ja taitoa tehdä päätöksiä. Tiimityö on tiivistä yhteistyötä tiimin jäsenten kesken. Hyvin toimiva hoitotiimi on vastuullinen, motivoitunut sekä sitoutunut työhönsä tavoitteen saavuttamiseen ja perustehtävästä huolehtimiseen. Hoitotiimillä on sovittu päämäärä, yhteinen tavoite ja näkemys potilaan tehohoidosta. Hoitotiimi on työväline, jonka avulla perustehtävä tehdään ja toteutetaan. Yhdessä tapahtuva koulutus tai harjoittelu ja toiminnan arviointi ovat keskeisiä keinoja kehittämisessä sekä hoitotiimin oppimisessa. (Isoherranen 2005, 71; Koivukoski & Palomäki 2009, 74; Sirola & Salminen 2002, 273; Spiik 2004, 39.)

Tiimityö voi myös olla hoitotyön kehittämisen ja organisoimisen väline. Tiimityö motivoi ja sitouttaa työntekijää perustehtäväänsä. Tiimityö myös vahvistaa yksilövastuista hoitotyötä ja tukee omahoitajaa hänen työssään. Se on tärkeä osa pyrkimyksessä entistä laadukkaampaan ja potilaslähtöisempään hoitotyöhön. Hoitotiimin jäsenet tietävät yksilövastuunsa, mutta tiimillä on myös yhteisvastuu toiminnan sujuvuudesta potilaan parhaaksi. (Heikkilä 2002, 17–18; Isoherranen 2005, 68–69; Jalava & Virtanen 1995, 23; Koivukoski & Palomäki 2009, 16–17.)

Hoitotiimin koko voi vaihdella, mutta neljästä kahdeksaan jäsenen hoitotiimeiltä voi odottaa parasta mahdollista tiimityöskentelyä. He suunnittelevat hoitotiimin tehtävien suorittamista, ennakoivat tilanteita, ratkovat ongelmia ja keskustelevat hoitotiimiä koskevista asioista. Hoitotiimin jäsenet eivät vietä välttämättä paljon aikaa yhdessä, mutta heidän työskentelynsä on koordinoitua (Heikkilä 2002, 18, 34; Spiik 2004, 56.)

Aina kun hoitotiimiin tulee uusi jäsen, tiimin dynamiikka muuttuu ja sen täytyy etsiä uusi tapa toimia. Yksilösuorittaminen tai muiden aliarvioiminen eivät kuulu tiimityöhön. Hoitotiimissä toimiminen vaatii aina tehohoitajalta sitoutumista organisaation periaatteisiin. Hoitotiimin jäsenet ovat vastuullisia ja kantavat huolta asioiden sujumisesta sovittujen arvojen ja hoitotavoitteiden mukaisesti. Näin syntyy laadukas prosessi, jonka tarkoituksena on edistää potilaan hyvää tehohoitoa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 16.)

Hoitotiimin vaihtuvuuteen vaikuttavat osaston luonne, potilaiden hoitoisuus ja tehohoitajien vaihtuvuus. Jos hoitotiimi pysyy samana, yhteistyö helpottuu. Lisäksi tutut hoitotiimin jäsenet helpottavat yhteistyön alkamista. Pitkään yhdessä työskennellyt hoitotiimi oppii tuntemaan toistensa erikoisosaamisen ja pystyy myös hyödyntämään sitä paremmin. (Heikkilä 2002, 17–18; Koivukoski & Palomäki 2009, 16–17.)

Hoitotiimin yleisiä tunnusmerkkejä ovat tietty koko, tarkoitus, säännöt, vuorovaikutus, työnjako ja roolit sekä johtajuus. Hoitotiimiä koskeva ymmärrys syntyy parhaiten osallistuvan havainnoinnin kautta, kokemuksen ja näkemyksen kohdatessa (Niemistö 2007, 16–17.)

3.2 Hoitotiimin kehitysvaiheet

Isoherrasen, Rekolan ja Nurmisen (2008) sekä Salmisen ja Sirolan (2002) että Kauppilan (2006) mukaan hoitotiimille kuvataan viisi erilaista kehitysvaihetta. Ensimmäisessä kehitysvaiheessa on päällimmäisenä muotoutuminen, jolloin pyritään orientoitumaan hoitotyöhön selvittämällä tehtävää, ja sen edellyttämiä sääntöjä ja sekä löytämään hyväksyttävä toimintatapa. Tässä muotoutumisvaiheessa hoitotiimin jäsenet eivät vielä toimi tiiminä. Hoitotiimin muodostuminen onnistuu nopeammin, jos hoitotiimillä on valmiina johtaja.

Toisessa vaiheessa tavanomaista on kuohuminen. Hoitotiimin jäsenet reagoivat tehtävään ja vastarinta herää tehtävän vaatimuksia kohtaan. Ristiriitoja pyritään kuitenkin selvittämään ja tiimin johtajaan kohdistuu kritiikkiä.

Kolmannessa vaiheessa hyväksytään tilanne ja erilaiset jännitykset vähenevät sekä hoitotiimi vakiintuu. Näkemykset esitetään avoimesti ja rakentavasti. Muodostetaan sääntöjä, ohjeita ja malleja, joita tarvitaan tehtävän hyvään suorittamiseen, samalla etsitään yhdessä ratkaisuja. Hoitotiimissä saadaan ja annetaan keskinäistä tukea sekä sitoudutaan työtehtävään. Hoitotiimin jäsenet

tietävät hoitotyön tavoitteet, kuten myös omat tehtävänsä ja paikkansa tiimissä.

Neljännessä vaiheessa suoritetaan itse hoitotyö. Hoitotiimissä on opittu ratkaisemaan ongelmat. Hoitotiimin roolit ja toiminta ovat vakiintuneet sekä johtajuus on selkiytynyt. Lisäksi roolit ovat joustavat ja liittyvät hoitotiimin perustehtävään. Hoitotiimin jäsenet ovat sitoutuneita hoitotyön tavoitteisiin. Energia on käytössä tehokkaaseen työskentelyyn, mikä on laadukasta, tuloksekasta ja luovaa. Hoitotiimin jäsenet tuntevat toistensa kyvyt ja mahdollisuudet. Tässä vaiheessa toisten huomioonottaminen on parantunut.

Viimeisenä kehitysvaiheena on tiimityöskentelyn lopettaminen, jolloin hoitotyö on saatu päätökseen tai päästy tavoitteeseen. Tiimityöntekijät vaihtavat ajatuksia ja tunteita keskenään sekä antavat palautetta ja pohtivat yhdessä, mitä on opittu. (Isoherranen 2008, 109; Kauppila 2006, 97–99; Sirola & Salminen 2002, 273.)

Palaute hoitotiimin työskentelystä annetaan työn ohessa. Kritiikki ja negatiivinen palaute kohdistetaan asiaan eikä palautetta henkilöidä. Lisäksi opetellaan tarkastelemaan tapahtumia ja löydetään ne kohdat, jotka eivät sujuneet. Hoitotiimissä virheistä opitaan yhdessä. Palaute käsitellään kerralla loppuun eikä siihen enää palata. Jos ilmaantuu pohtimista ja ratkaisua vaativia tehtäviä, ne hoidetaan mieluiten saman päivän aikana. Heti saatu palaute auttaa asioiden selkeytymistä ja estää asioiden kasvamista ongelmiksi. Palautteenannon aikana on koko tiimi paikalla. (Koivukoski & Palomäki 2009, 116–117.)

3.3 Tarkoitus, tavoitteet ja jäsenet hoitotiimissä

Tavoitteellisilta hoitotiimeiltä odotetaan, että ne saavuttavat jotain. Tästä johdun hoitotyön edellytyksenä se, että toiminnalle on asetettu tarkoitus ja selkeä, tiedostettu tavoite. Lisäksi tarvitaan yleinen hyväksyntä siitä, miten tavoite saavutetaan. Näin hoitotiimin jäsenillä on selkeä käsitys hoitotyöstä, toiminnan päämäärästä ja potilaista. (Niemistö 2007, 21, 38; Sirola & Salminen 2002, 273.)

Tarkoitus ohjaa hoitotiimin toimintaa ja vaikuttaa rakenteisiin. Tarkoitus kertoo, miksi hoitotiimi on olemassa. Hoitotiimien toiminta heikkenee ja olemassaolo lakkaa, jos niiden toimintaohjeet, tavat, kokoonpano tai hoitotyö eivät ole tarkoituksenmukaisia. Tarkoituksenmukainen hoitotyö konkretisoituu ja suuntautuu tavoitteeseen. (Niemistö 2007, 34.)

Tavoite tarkoittaa samaa kuin perustehtävä. Hoitotiimin ensisijainen tavoite, perustehtävä sisältää osatavoitteita. Tietoisuus hoitotavoitteesta, perustehtävästä on mielekkään hoitotiimin lähtökohta. Yhteistyössä pyritään toimimaan niin, että yhteinen hoitotavoite tunnistetaan sekä saavutetaan mahdollisimman onnistuneesti ja tehokkaasti. Päämäärätietoisuus helpottaa hoitotiimin jäsenten motivoitumista ja tehtäväjakoja hoitotyön suorittamisessa. Mitä monimutkai-

sempia asioita käsitellään, sitä tärkeämmäksi tulevat yhteinen kieli ja käsitteet sekä vuorovaikutukseen liittyvät säännöt. Yhteistyö onnistuu, kun hoitotiimin jäsenillä on yhteinen mielenkiinto ja päämäärä ja kun yhteistyöllä saavutettu päämäärä tyydyttää kaikkia osapuolia. Tämä edellyttää tehohoidolta selkeitä vaiheita, joissa määritellään tilanne ja vaihtoehdot. Vaihtoehtojen osalta arvioidaan niihin liittyvät hyödyt ja riskit. Lopuksi vielä varmistetaan yhteinen ymmärrys valitusta toimintasuunnitelmasta, seurataan vaikutuksia ja arvioidaan niitä. Tehohoidossa hoidon tavoitteena on potilaan paras mahdollinen vointi. Pirstaleisesti, päällekkäisesti ja ristiriitaisin hoitotavoittein työskentelevät tehohoitajat eivät toimi tehokkaalla ja taloudellisella tavalla. (Blomster ym. 2001, 64; Helovuoto 2009, 112–113; Isoherranen ym. 2008, 27–28; Niemistö 2007, 35–38.)

Hoitotiimin yhteistyö toimii hyvin silloin, kun jäsenten roolit ovat riittävän selkeät ja yhteen sopivat. Kun pyritään tehokkaaseen yhteistyöhön, jäsenten roolien määrittely vähentää toiminnan päällekkäisyyksiä ja mahdollisia ristiriitaisia hoitotavoitteita. Yhteinen roolien täsmentäminen nopeuttaa muutosta, lisää hoitotiimin toiminnan tehokkuutta ja sen jäsenten työhyvinvointia. (Isoherranen 2005, 41–42; Isoherranen ym. 2008, 36.)

Sen johtamiseen liittyy suunnittelu, ennakointi, priorisointi, tavoitteiden asettaminen ja tehokas voimavarojen hyödyntäminen. Hoitotiimi toimii selkeiden yhteisten tavoitteiden ja suunnitelman mukaisesti sekä tunnistaa tehtävän kannalta kriittisimmät ja tärkeimmät työvaiheet. Kaikilla on sama perustehtävä. Johtaja työskentelee tasavertaisena ja pitää sen ajan tasalla, suunnittelee toimintaa jo ennen tehtävän aloittamista, valmistaa tuleviin haasteisiin ja ohjaa aktiivisena toimintaa. Vastuu koordinoinnista on koko ajan selvä. Se tapahtuu hyvien vuorovaikutustaitojen ja vuoropuhelun keinoin. Kuka tahansa jäsenistä voi nostaa asioita esille. (Helovuoto 2009, 110; Koivukoski & Palomäki 2009, 65–69.)

Omahoitajan tehtävä on vastata potilaan tehohoitotyön kokonaisuudesta. Hoitotiimin jäsenen tehtävänä on kuulua ja sitoutua hoitotiimiin sekä huolehtia perustehtävästä. Hänelle voidaan nimetä omia vastuualueita. Hoitotiimin jäsenen vastuu ja velvollisuus on olla aktiivinen tiedon hankkija sekä tuottaja. Aktiivisuus hoitotyön tekemisen kehittämisessä on välttämätöntä. Kaikilla ei ole samanlaisia taitoja tai kykyjä, mutta kun tehohoitaja on osa hoitotiimiä, hän voi hakea tukea muilta jäseniltä. Täysin tiimityön vastaisesti ajatteleva ja toimiva tehohoitaja voi toiminnallaan aiheuttaa ristiriitoja, joiden selvittämiseen saattaa mennä runsaasti aikaa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 48, 74–76, 88.)

3.4 Viestintätaidot hoitotiimissä

Viestintä on etenevä tapahtumasarja, jota pitää jatkuvasti kehittää. Jokaisella tehohoitajalla on henkilökohtainen vastuu viestinnästä ja jokaisen antama tieto on arvokasta. Ongelmat viestinnässä lisäävät tehohoidon virhemahdollisuuksia (Koivukoski & Palomäki 2009, 59; Potilasturvallisuus opas 2011, 9.)

Tiimityöskentelyssä vaikuttava viestintä on kaikkein tärkein työkalu inhimillisten virheiden hallinnassa. Inhimillisessä vuorovaikutussuhteessa syntyy usein vääriä käsityksiä, koska hoitotiimin jäsenet katsovat asioita eri lähtökohdista ja antavat samoille ilmiöille erilaisia merkityksiä. Erityisesti hoitotyössä syntyy viestintäongelmia, koska viestinnän määrä ja laatu vaihtelevat hoitotiimien välillä. Toimiva käytäntö on onnistuneen hoitotiimi työskentelyn ehdoton edellytys. (Heikkilä 2002, 19, 177; Kinnunen & Peltomaa 2009, 87; Niemistö 2007, 43; Porteous, Stewart-Wynne, Connolly & Crommelin 2009, 152–156.)

Vaikuttava viestintä tehopotilaan siirtovaiheessa on tärkeää potilasturvallisuuden kannalta sekä parantaa potilaan selviytymistä tehohoidon jälkeen. Lähes kaikki virheiden hallinnan menetelmät sisältävät viestintää. Turvallisuuteen liittyvissä asioissa ei voida vain olettaa, että viesti on mennyt perille, vaan asiasta on saatava jonkinlainen vahvistus. Joissain tapauksissa voidaan toistaa viesti uudelleen, mutta esimerkiksi ”ok” tai ”selvä” voivat olla kuittaus viestin perille menosta. (Heikkilä 2002, 19, 177; Kinnunen & Peltomaa 2009, 87; Niemistö 2007, 43; Porteous ym. 2009, 152–156.)

Käden taidot ja teho-osaston tavat ovat opittavissa, mutta jos ei hallitse vuoropuhelun taitoa, on vaikea sitoutua tiimityössä tarvittavaan vastavuoroisuuteen. Hoitotiimin jäsenten arvostaminen, kuunteleminen ja tilan antaminen ovat keskeisiä asioita. Jos haluaa käyttää tietojään ja taitojaan yksin, ei sovi hoitotiimiin. Ammatillinen vuoropuhelu tukee hoitotiimin jäsenten selviytymistä ja kehittymistä edelleen. Vuoropuhelu ja kuunteleminen ovat kaiken kehittämistyön, onnistuneen tiedonkulun ja viestinnän lähtökohta. Tiimityön taidot ja sopimukset helpottavat potilaan kohtaamista ja auttavat hoitotiimin jäseniä selviytymään vaikeistakin tilanteista. (Koivukoski & Palomäki 2009, 29–30, 62–63.)

Todenmukaisen tilannekuvan ylläpitäminen jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä potilaan vastaanotto toiminnan aikana on haaste, josta harvoin selviää vain yhden ihmisen huomiokyvyn varassa. Keskeinen osa voimavarojen hallintaa on tiedon jakaminen vastaanotto toiminnan vaiheista, havaituista muutoksista olosuhteissa, poikkeamista hoitosuunniteluissa, hoitotavoitteissa sekä laitteiden ja järjestelmän toiminnassa. Näillä saavutetaan turvallisen vastaanotto toiminnan edellyttämä tilannetietoisuus. Sen ylläpitäminen vaatii aktiivista viestintää. Viestintä liittyy muun muassa potilaan tilaan ja tehohoidon etenemiseen. Erityisiä tilannetietoisuuden haasteita ovat osastojen ja hoitoyksiköiden väliset tiedonvälityskäytännöt, joissa osa olennaista tietoa voi jäädä huomioimatta. (Helovuori 2009, 111–112.)

Tehohoitotyössä tilanteiden nopea muuttuminen ja epävarmuus vaativat nopeaa päätöksentekoa sekä koko hoitotiimiltä hyvää ja avointa viestintää. Toimiva yhteistyö ilmenee hoitotiimissä lisäksi potilasta koskevan tiedon jakamisena. Tähän sisältyvät avoin keskustelu, kuunteleminen ja kysymyksiin tai

kommentteihin vastaaminen. Yhteistyökyky voidaan myös nähdä osana ammatillista pätevyyttä, jossa eri ammattiryhmät jakavat potilaan tehohoitoon ja vointiin liittyvät kokemuksensa. Yhteistyötä tehohoidossa edistävät hyvät ihmissuhteet ja lääkärin saatavilla olo. Liian vähäinen keskustelu koetaan ongelmalliseksi yhteistyössä. (Blomster ym. 2001, 64–65.)

Moniammatillista tiimityötä tukee avoin viestintäilmapiiri. Siinä jaetaan tietoa sekä huomioidaan muut hoitotiimin jäsenet. Moniammatillista tiimityötä tukevan ilmapiirin rakentumiseen tulee keskittyä erityisesti niissä työyksiköissä, joissa samassa hoitotiimissä olevien ammattiryhmien välillä vallitsee selkeä arvojärjestys. (Helovuori 2009, 110–111.)

3.5 Moniammatillinen tiimityö tehohoidossa

Moniammatillinen yhteistyö tehohoidossa muodostuu kolmesta osa-alueesta; tiimityöstä, potilaan parhaan tavoittelusta ja potilasta koskevan tiedon jakamisesta. Tehohoidon toteuttamisen edellytyksenä on alalle koulutettu henkilökunta, jonka jäsenet muodostavat toimivan hoitotiimin. Toimintavalmiuden on oltava sama vuorokaudenajasta riippumatta. (Blomster ym. 2001, 64.)

Hoitotiimit nähdään yleensä pääasiallisena tapana organisoida moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö pyrkii poistamaan hajanaista ajattelua ja kehittämään kokonaisvaltaista tiedon keräämistä. Lähtökohtana on potilas, joka huomioidaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yhdessä työskentely tuottaa yhteisvaikutuksen, jota ei synny rinnakkain työskennellen. (Isoherranen 2005, 15.)

Terveystieteiden hoitotiimeissä lääkäri kuuluu osana moniammatilliseen tiimiin. Hän on tasavertainen hoitotiimin jäsen ja osaa hyödyntää muiden hoitotiimin jäsenten tietoa, taitoa ja osaamista. Moniammatillisessa hoitotiimissä korostuvat ammatista nouseva vastuu ja vastuun sopiminen kiistattomasti. Hoitotiimin jäsenillä on riittävän selvät ja yhteensopivat roolit. Moniammatillinen hoitotiimi koostuu erilaisen koulutuksen saaneista asiantuntijoista, jotka ovat yhteydessä toisiinsa saavuttaakseen yhteisen päämäärän. Hoitotiimissä eri ammattiryhmien erilaisten näkemysten koetaan laajentavan ja parantavan hoitotyön laatua. Yhteistyö edellyttää yhteistä kieltä ja käsitteitä sekä sosiaalisia taitoja. Moniammatillisuudella voidaan taata potilaan tehohoidon laatu sen kohdentuminen oikeisiin asioihin. (Isoherranen ym. 2008, 42, 95; Koivukoski & Palomäki 2009, 97–98; Sirola & Salminen 2002, 273–274.)

Teho-osastolla hoitotiimin jäsenten viestinnän tuloksena syntyvän ratkaisun tulee olla sellainen, että kaikki ymmärtävät sen olevan tässä tilanteessa paras mahdollinen ratkaisu. Hoitotiimin jäsenet sitoutuvat siihen ja kokevat yhteisvastuuta ratkaisun toteuttamisesta. Hoitotiimin jäsenten tarkoituksena on yhteistyötilanteissa rakentaa yhteinen kokonaisnäkemys ja yhteinen tavoite potilaan tarvitsemasta tehohoidosta. Tällöin puhutaan sosiaalisesti jaetusta tietoon

perustuvasta ajattelusta, mikä on moniammatillisen yhteistyön ydinkäsite. (Isoherranen 2005, 23.)

Sairaaloiden teho-osastojen tehokkuuserot johtuvat osaksi siitä, paljonko lääkärin ja tehohoitajien välillä on vuorovaikutusta sekä kommunikaatiota. Tehohoitajien ja -lääkärin hyvä yhteistyö on tärkeä tekijä ja vaikuttaa myönteisesti lopputulokseen. Sen on myös todettu edistävän potilaan tehohoitoa, lisäävän työtyytyväisyyttä ja laskevan hoidon kustannuksia. (Benner, Tanner & Chesla 1999, 276; Blomster ym. 2001, 64.)

Moniammatillisen tiimityön kehittäminen on laatutyötä. Keskeisintä on se, kuinka erilaista tietoa ja taitoa osataan käyttää hyväksi potilaan tarpeisiin vastaattaessa. Taloudellisestakin näkökulmasta ajatellen hoitotiimin joustava yhteistyö antaa parempia tuloksia, ainakin pitkällä aikavälillä kuvattaessa. Tämän asian tarkka ja nopea mittaaminen on vaikeaa. Erityisesti silloin, kun potilaan tilanne on hyvin monimutkainen ja hän saa tarvitsemansa kokonaisavun joustavasti, säästää yhteistyö aikaa ja resursseja sekä lisää tehohoidon laatua estämällä työn päällekkäisyydet ja resurssien tuhlaamisen. Tärkeä lähtökohta on, että hoitotiimin jäsenet saavat riittävästi koulutusta ja siten välineitä kehittää hoitotiimityöskentelyä. (Isoherranen 2005, 71, 151; Koivukoski & Palomäki 2009, 84.)

Hyvä työilmapiiri, joustava, kaikkia huomioiva ja tasa-arvoinen yhteistyö auttaa myös jaksamaan hoitotyössä. Kun moniammatillinen tiimityö on hyvää, vaikeuksia ja onnistumisia voidaan jakaa, voidaan saada onnellisuuskokemuksia. Selkeät ja yhteiset tavoitteet voivat antaa hoitotiimille kokemuksen, että he ovat tärkeä osa jotain suurempaa, toimivaa kokonaisuutta. (Heikkilä 2002, 30.)

4 TEHOHOITOA KÄSITTELEVIÄ TUTKIMUKSIA

Tehohoitoa käsitteleviä tutkimuksia löytyy jonkin verran, mutta tehopotilaan vastaanoton toimintaohjeistuksesta tai toimintakorteista vastaanottotilanteesta ei löydy kirjallisuudesta tutkimusta tai aihetta vastaavaa artikkelia. Tämän takia valitsin uusimpia, pääosin suomenkielisiä teohoitoa käsitteleviä tutkimuksia, joista sain näkökulmaa omaan opinnäytetyöhöni. Tehopotilaan vastaanotto on mielestäni kiinnostava aihe ja nostaa esille yhden oleellisen kulmakiven teohoitoa tarvitsevan potilaan hoitoketjussa, mihin voidaan kiinnittää huomiota.

Meriläisen (2012) tutkimuksessa kuvaillaan tehohoitopotilaan hoitoympäristöä ja selvitetään tehohoitopotilaan kokemuksia hoidosta. Siinä kuvattiin tehopotilaiden psyykkistä elämänlaatua kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua tehohoidosta. Tutkimuksessa kuvattiin jälkiseurantapoliklinikan toimintaa potilaiden, omaisten, hoitajien ja lääkärin näkökulmasta. Potilas itse ei voi teho-osastolla vaikuttaa hoitoympäristöönsä, mutta henkilökunta voi. Hoitohenkilökunta voi joko edistää tai hidastaa psyykkistä toipumista. Esimerkiksi rau-

hoittamalla hoitoympäristöä, huolehtimalla vuorokausirytmistä, suunnitelmalla hoitotyötä potilaslähtöisesti ja antamalla riittävästi tietoa voidaan edistää potilaan toipumista. Tämän kaltaisen tutkimustiedon avulla tehohoito-otilaiden hoidon laatua ja jälkiseurantaa voidaan kehittää.

Kaarola (2007) tutkimuksessa selvitettiin tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuutta ja samalla hyödyntää teho-osastolla tehtävää tutkimusta toiminnan seurannan ja kehittämisen rutiinityövälineeksi. Eniten tehohoitopotilaita kuoli ensimmäisen vuoden aikana tehohoidosta. Elämänlaatututkimukseen osallistujat asuivat kotona ja he kokivat elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi. Pitemmän aikavälin seurannassa ilmeni, että fyysinen toipuminen tapahtui henkistä toipumista nopeammin. Kaksi käytössä ollutta elämänlaatumittaria vastasivat hyvin toisiaan. Tehohoitokokemuksella ja elämänlaatuarviolla havaittiin olevan keskinäinen yhteys.

Siirilä (2008) Tehohoitotyön laatua käsittelevässä tutkimuksessa kuvattiin tehohoitotyön laatua, kartoitettiin taustamuuttujia sekä tehohoitotyön laadun esteitä ja edistäviä tekijöitä sairaanhoitajien ja osastonhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan parhaiten toteutui muun muassa hygieniasta huolehtiminen, omaisten huomioiminen, potilaan asiallinen ja ystävällinen kohtelu, kärsimysten lievittäminen sekä potilaan ja henkilökunnan välinen luottamuksellinen keskustelu. Tätä heikommin toteutuivat kiireettömän ilmapiirin luominen, rauhallinen hoitoympäristö ja potilaan mahdollisuus omaan rauhaan, riittävän henkilökunnan järjestäminen, kivunhoitomahdollisuuksista tiedottaminen ja potilaan hengellisten tarpeiden huomiointi. Keskussairaalassa arvioitiin tehohoitotyön laatu kokonaisuudessaan paremmaksi kuin yliopistosairaloissa. Laatua edistäviksi tekijöiksi mainittiin muun muassa ammattitaito ja sen ylläpito, henkilökohtaiset voimavarat, työyhteisön toimintakyky ja johtaminen sekä taloudelliset ja eettiset tekijät. Estäviä tekijöitä olivat kiire ja erilaiset potilastekijät. Tämän tutkimuksen mukaan tehohoitotyön laatu toteutuu Suomessa hyvin. Tutkimustulokset osoittavat myös epäkohtia, joihin voidaan puuttua. Samoin hyväksi havaittuja tehohoitotyön osa-alueita voidaan ylläpitää ja parantaa edelleen.

Pyykkö (2004) Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi tutkimuksessa kehitettiin ja arvioitiin tietojärjestelmään soveltuva potilaan ja hänen läheistensä hoitotyötä kuvaava tehohoitotyön malli. Tämä tehohoitotyön malli kuvaa potilaan elintoimintojen muutoksia, sairauden ja sen hoidon tuomia rajoituksia sekä kokemuksia. Lisäksi malli kuvaa läheisten hätään liittyviä hoitotyön diagnooseja, terveysongelmien vaikeusasteita vastaavaa hoitotyötä, hoitotyön toimintoja ja hoitotyön tuloksia sekä hoitoisuutta. Mallia voidaan käyttää lähtökohtana näyttöön perustuvan teorian kehittämiseen. Se antaa perusteet ja osoittaa tehohoitotyön vaikuttavuutta potilaan kokonaisuudessa.

Brown, Rasmussen, Baldwin ja Wyeth (2012) Teho-osastolle tulevan potilaan ensimmäisen tunnin vastaanoton suunnittelun ja käyttöönoton harjoittelu virtuaalisen harjoitusmallaattorin avulla. Tämän artikkelin mukaan hoitajien koulutus teho-osastolla on vaatii voimavaroja. Tavoitteena oli suunnitella ja

kehittää uusi virtuaalimaailmasolvellus opettamis- ja koulutustarkoitukseen tehohoitajille potilaan vastaanottotilanteen harjoitteluun. Virtuaalisimulaattorilla voi harjoitella tärkeimpiä vaiheita potilassiirrossa. Se tuo mahdollisuuden käytännössä testata jäsentämiskykyjä, jota ennen testattiin yksinkertaisilla fyysisillä simulaatioilla ja käytännön työharjoittelussa. Tämä mahdollistaa myös etäopiskelun. Kirjoittajien mielestä tämä on uusi ja alkuperäinen sovellus virtuaalimaailmasta teho-osaston potilaan vastaanotossa.

Edellä esitellyissä tutkimuksissa oli erilaisista näkökulmista pohdittu tehohoitotyön laatua ja mahdollisuuksia sen mittaamiseen. Mittauksia tehtiin erilaisilla mittareilla ja osa niistä oli uusia sovelluksia. Haastavaa laadun mittaamisessa näyttää olevan se, miten saadaan mitattua juuri haluttua kohdetta, ilman, että siihen vaikuttaisi muita huomioon otettavia tekijöitä. Australialaisen artikkelin ensimmäisen tunnin virtuaalisesta simulaatio-sovelluksesta on kiinnostava. Tällaisella ohjelmalla on mahdollisuus täydentää myös Tehopotilaan eka tunti-toimintaohjeen koulutusmateriaalia.

Taulukossa 1 esitetty lyhyesti opinnäytetyössä käytetyt keskeiset tutkimukset, niiden tarkoitus, tulokset ja hyötynäkökulma tälle opinnäytetyölle.

Taulukko 1. Yhteenveto keskeisistä tutkimuksista

Tutkimuksen tekijä, tutkimuksen nimi valmistumisvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tulokset	Hyöty tälle työlle
Meriläinen, Tehohoito potilaan hoitoympäristö psyykkinen elämänlaatu ja toipuminen 2012	Tehohoitopotilaan hoitoympäristön kuvaaminen ja tehohoitopotilaan kokemusten selvittäminen.	Henkilökunta voi vaikuttaa tehohoitopotilaan hoitoympäristöön. Tehohoitopotilaan hoitokokemusten selvittäminen.	Potilaan vastaanottotilanne on osa tehohoitopotilaan fyysistä, psyykkistä ja symbolista ympäristöä. Henkilökunta voi vaikuttaa tehohoitopotilaan vastaanottotilanteeseen ja hoitoympäristöön. Vastaanottotilanne on myös yksi laadun osatekijä tehohoidossa, jossa voidaan huomioida riittävä tiedonanto, hoitoympäristön rauhoittaminen, potilaskeskeinen hoitotyö.
Kaarola, Mitä hyötyä tehohoidosta? 2007	Selvittää tehohoitajaksien vaikuttavuutta ja hyödyntää tutkimusta toiminnan kehittämisessä.	Fyysinen toipuminen henkistä nopeampaa. Tehohoito kokemuksella ja elämänlaatuarviolla yhteys.	Tehopotilaan vastaanottotilanne on osa tehohoidonkokemusta. Tehohoitokokemuksella ja elämänlaatuarviolla oli yhteys. Onko toimintaohjella vaikutusta potilaan elämänlaatuun tai toipumiseen? Mitattavuus?
Siirilä, Tehohoitotyön laatu 2008	Kuuaa tehohoitotyön laatua. Kartoittaa laadun estäviä ja edistäviä tekijöitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta.	Laatu arvioitiin hyväksi laatua edistävät: ammattitaito, voima varat, toimintakyky, johtaminen ja talous- ja eettiset tekijät estävät: kiire tekijät.	Toimintaohjeen ja toiminnan epäkohtiin voidaan puuttua. Hyviä tehohoitotyön osaluueita voidaan kehittää ja ylläpitää
Pyykkö, Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi 2004	Kuuaa potilaan elintoimintojen muutoksia, sairauden ja hoidon rajoituksia. Lisäksi kuvataan potilaan ja läheisten kokemuksia.	Malli erottelee erilaisten potilaiden hoitotyötä, kuvaa potilaiden kuoleman riskiä. Malli osoittaa tehohoitotyön vaikuttavuutta potilaan kokonaishoidossa.	Miten koko tehohoitotyön vaikuttavuudesta potilaan toipumiseen voitaisiin erottaa potilaan vastaanottoon liittyvät ensimmäisen tunnin vaikutukset?
Brown ym, Teho-osaston ensimmäisen tunnin virtuaalisen harjoitussimulaattorin suunnittelu ja käyttöönotto 2012	Kuuaa virtuaalista simulaatio-ohjelmaa teho-osastolla potilaan vastaanoton harjoittelemiseksi.	Virtuaalinen simulaatioharjoittelu mahdollistaa koulutusresurssien parhaan mahdollisen käytön ja etäopiskelun.	Virtuaali opiskelun on mahdollisuus tehopotilaan vastaanottotilanteessa myös Taysin tehohoidon vastuualueella. Mahdollinen vaihtoehto tai/ja tuki simulaatioharjoituksille.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Alun perin minulle oli selvää, että opinnäytetyöni tulee käsittelemään jotenkin Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjetta. Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksenaan kehittää siihen kuuluvia toimintakortteja Taysin teho-osaston henkilökunnan antaman palautteen suuntaisesti.

Opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää, potilasta vastaanottavan hoitotiimin toimintaa, parantaa yhteistyötä ja potilaan hoidon jatkuvuutta. Kehittämistarkoituksena opinnäytetyössä on kartoittaa, mitä muutoksia tehohoito-työntekijät toivovat toimintakortteihin. Näitä selvitettiin kyselylomakkeella kahdella kysymyksellä, jotka olivat: Miten Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje vaikuttaa työskentelyysi ja Mitä muuttaisit Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeessa?

6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö ammattikorkeakoulussa tavoittelee ammatillisen käytännön toiminnan ohjeistamista tai järjeistämistä (Vilka & Airaksinen 2003, 9).

6.1 Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohdat

Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään yhdistämään teoriatietoa ja käytännön kokemuksellista tietoa. Näiden avulla pyritään ratkaisemaan työyhteisössä ilmennyt kehittämisen tarve ja saamaan aikaan muutosta. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella näkökulmalla toteutettu sekä se osoittaa riittävää alan tietojen ja taitojen hallintaa. Tavoitteena on ohjata ammatillisuuden ja ammatillisten teorioiden yhdistämiseen, selvittämällä keskeiset toiminnalliset ongelmat kyseisen opinnäytetyön kannalta. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10; Lauri 1997, 114, 116.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja tuotoksena on päivitetty toimintakortit tehopotilaan vastaanottotilanteeseen. Idea jatkuvasta palautteen kartoittamisesta simulaatiokoulutusten yhteydessä nousi halusta ja tarpeesta kehittää Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeeseen kuuluvia toimintakortteja edelleen.

Tavoitteena on kehitystarpeiden löytäminen, tiedostaminen ja hyväksyminen. Jos kehitystarpeita ei tiedosteta, ei mitään muutosta voida saada aikaan. Tämän jälkeen etsitään vaihtoehtoja kehitystarpeiden ratkaisemiseksi ja muutetaan toimintaa sisällöllisesti tai menetelmällisesti. Vaikein, mutta tuloksellinen tapa on luoda uudenlaista toimintaa. Toiminnallisena opinnäytetyönä tehdyssä ohjeistuksessa pystytään yhdistämään ammatillista teoreettista tietoa ammatilliseen käytäntöön. Tärkeänä osana on eri lähteistä hankittu teoreettinen viitekehys. Siitä selviää opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja perustelut sisällön valinnalle. Tavoitteena on, että tuotos erottuu edukseen muista vastaavista ja on käyttökelpoinen kohderyhmässä. Tuotoksella pyritään myös hyvään asiasisäl-

töön, informatiivisuuteen, houkuttelevuuteen ja selkeyteen. Sen lisäksi pohditaan teorioiden ja käsitteiden avulla kriittisesti käytännön ratkaisuja ja kehitetään niiden avulla oman alan ammattikulttuuria. Persoonallinen tuotos saavuttaa kohderyhmänsä paremmin. (Vilka & Airaksinen 2003, 42–43, 53, 70; Lauri 1997, 116.)

Tehopotilaan eka tunti -toimintakorttien tavoitteena on jakaa ja selkiyttää hoitotiimin ennakkovalmisteluja ja tehtäväjakoja päivystyspotilaan saapuessa teho-osastolle hoitotiimin jäsenille jaettavien toimintakorttien avulla. Toimintakorteilla pyritään helpottamaan hoitotiimin jäsenten yhteistyötä ja viestintää sekä kartoittamaan ongelmakohtia päivystyspotilaan vastaanottotilanteessa. Haastavassa tilanteessa voidaan myös viestiä selkeästi kohdentamalla pyyntö nimellä, katsomalla silmiin tai koskettamalla esimerkiksi olkapäätä. Tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta ja tehohoitotyön laatua kriittisesti sairaan potilaan tehohoidon aloituksessa. Toimintakortit antavat entistä paremman mahdollisuuden uudelle tehohoitajalle tutustua ja perehtyä päivystyspotilaan vastaanottotilanteeseen Taysin teho-osastolla. Koko toimintaohjeen noudattaminen näkyy käytännössä toimintakorttien käyttönä tehopotilaan vastaanottotilanteissa.

Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on teksti, josta selviää mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut, ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. Raportissa kerrotaan myös miten opinnäytetyön tekijä kuvaa ja arvioi omaa prosessia, tuotosta ja oppimista. Opinnäytetyö kertoo ammatillisesta osaamisesta ja kasvusta sekä persoonallisesta kasvusta. Raporttiin kuuluu usein kirjallinen tuotos. Raportti on yhtenäinen ja johdonmukainen, mikä tehdään jollekin tai jonkun käytettäväksi. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on selkiyttää toimintaa tuotoksen avulla. (Vilka & Airaksinen 2003, 38, 65–67.) Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen eli toimintakorttien kohderyhmänä on Tampereen yliopistollisen sairaalan tehohoidon vastuualueen hoitajien ja lääkäreiden muodostamat hoitotiimit, jotka ovat vastaanottavat kriittisesti sairasta potilasta teho-osastolle.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on suositeltavaa löytää opinnäytetyölle toimeksiantaja, koska työelämästä saatu opinnäytetyöaihe tukee ammatillista kasvua, kun tekijä pääsee ratkaisemaan käytännönläheistä ja työelämälähtöistä ongelmaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 16.) Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana oli Taysin tehohoidon vastuualue.

6.2 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Kuviossa 1 on esitetty Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeen eteneminen prosessina. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyvä osio on kuviossa lihavoituna tekstinä.

Idea tehopotilaan vastaanotto toiminnan kehittämistä	2010
Tarve tehopotilaan vastaanottotilanteen kehittämiseksi	
Teoriaosuuden hahmottuminen	2011
Tehopotilaan vastaanottotilanteen käytännöt, muita toimintaohjeita	
Ennakoilmoituskaavake käyttöön ja sen palautteen jatkuva kerääminen	
Sähköinen 0- kysely teho-osaston henkilökunnalle	2012
Tehopotilaan eka tunti- toimintaohje koekäyttöön ja Toimintakortit versio 1.0	
Opinnäytetyön ideoiminen, ideapaperi 19.4.2012	
Lähdemateriaalin etsiminen ja siihen tutustuminen	
Simulaatiokoulutus: kyselylomake ja havainnointi	
Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	
Lähdemateriaalin lukua ja teoreettisen viitekehysten hahmottuminen	
Suunnitelmaseminaari 2.10.2012	
Kyselylomakkeiden ja havainnoinnin yhteenveto, muutostarpeet	
Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen alkaa	
Tehopotilaan eka tunti-toimintaohjeen päivitys ja Toimintakortit versio 2.0	
Teoreettinen viitekehys kirjoitetaan	2013
Valmis opinnäytetyö 9.4.2013	
Sähköinen 1-kysely teho-osaston henkilökunnalle	
Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeen jatkuva kehittäminen	

Kuvio 1. Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeen ja **toiminnallisen opinnäytetyön** eteneminen

Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on aiheen valinta. Aiheen on hyvä olla motivoiva ja kiinnostava sekä syventää asiantuntemusta aiheesta. Lisäksi aiheen on hyvä olla tulevaisuuteen suuntaava ja työelämää kiinnostava. Opinnäytetyön tavoite on, että sillä pystyy näyttämään parhaimman osaamisen jollakin oman alan osa-alueella. Opinnäytetyön aihetta tavoitellaan alueelta, jossa opinnäytetyöntekijä hyvä ja motivoitunut lisäämään tietoja sekä kehittämään taitoja. Lisäksi se tukee urasuunnitelmia. (Vilka & Airaksinen 2003, 23–24.)

Toiminnallisen opinnäytetyön jakaminen pienempiin kokonaisuuksiin helpottaa työn eteenpäin viemistä (Lauri 1997, 115). Tämä opinnäytetyö koostuu ideoinnista, lähdemateriaalin etsimisestä, simulaatiokoulutuksen palautteesta ja sen työstämisestä, teoreettisesta viitekehuksesta ja päivitetystä toimintakorteista sekä opinnäytetyön arvioinnista.

Idea Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeesta syntyi keväällä 2010, kun havaittiin tarve ja idea erilliselle ohjeelle kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto-tilanteeseen. Tehohoitajana lähdin hahmottelemaan toimintaohjetta palattuani hoitovapaalta aktiiviyöelämään. Huomasin rutiinien unohtuneen sekä teorias-
sa että käytännössä, kun olin vastaanottamassa teho-osastolle tulevaa kriitti-
sesti sairasta potilasta. Vastaaventyypistä toimintaohjetta haettiin erilaisia hakusanoja käyttäen sähköisistä hakukoneista. Toimintaohjeen löytymistä kartoitettiin myös soittamalla keväällä 2011 Suomen teho-osastoille (liite 1). Ohjetta vastaanottotilanteeseen ei ole löytynyt etsinnöistä huolimatta. Sitä suunniteltiin ja tehtiin aluksi parityöskentelynä oman työn ohella. Samoihin aikoihin aloitettiin myös yleinen keskustelu osastollamme aiheesta ja toivot-
tiin teho-osaston hoitohenkilökunnan osallistuvan antamalla kommentteja ja ehdotuksia potilaan vastaanottoon liittyvistä käytännöistä.

Tämä opinnäytetyössäni tekeminen alkoi keväällä 2012 aiheen ideoimisella ja hahmottelulla. Pääosin syksyn aikana 2012 olen keräillyt lähdemateriaalia ja hahmotellut opinnäytetyöni teoreettista viitekehystä. Sisällön ja materiaalin kerääminen on ollut haastavaa ja aikaa vievää. Syksyn ja talven aikana kävin läpi löytämiäni lähteitä ja kirjoitin samalla teoreettista viitekehystä. Syksyn aikana tapasin muutaman kerran opinnäytetyön ohjaajaa ja sain häneltä vinkkejä työn eteenpäin viemiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää toimintakortteja edelleen niin, että kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto teho-osastolle saataisiin mahdollisimman laadukkaaksi hyvin sujuvalla tiimityöllä.

Toimintakortit otettiin koekäyttöön Taysin teho-osastolla 1.4.2012. Teho-osaston hoitohenkilökuntaan kokemuksia ja kommentteja kerättiin kehittämisen pohjaksi kolmen simulaatiokoulutuksen yhteydessä 28.–29.8. 2012. Koulutukset pidettiin yhdessä teho-osaston potilashuoneista. Näin saatiin mahdollisimman todellisen tuntuinen harjoitteluympäristö. Potilashuone pyrittiin rajaamaan potilashoidosta koulutuspäivien ajaksi. Varasuunnitelmana oli käyttää Pirkseen eli Tampereen yliopiston, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Tampereen ammattikorkeakoulun yhteinen Pirkanmaan simulaatiokeskuksen koulutustilaa, jos teho-osastolle ei olisi ollut vapaana potilashuonetta kyseisinä päivinä.

Tehopotilaan eka tunti -toimintakortteja arvioitiin simulaatiokoulutusten yhteydessä palautekyselyllä, mikä sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. (liite 2). Kaikilta osallistujilta saatiin palaute. Se annettiin kirjallisella kyselylomakkeella ja palautettiin kyseisen koulutustilaisuuden lopuksi.

Palautekyselylomake sisälsi määrällisiä ja laadullisia kysymyksiä. Määrällistä tutkimusmenetelmää käytetään, kun tarvitaan mitattavaa, numeraalista tietoa. Tässä opinnäytetyön kyselyssä kysymykset ammattitautista, työkokemuksen määrästä ja koulutuksen arvosanasta ovat määrällisiä. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä selvittään ilmiötä kokonaisvaltaisesti, kuten miten tai mitä sanoilla alkavilla kysymyksillä, näitä ovat kysymykset 5 ja 6. (Vilka & Aikarsinen 2003, 58, 63.)

Vilkan & Airaksisen (2003, 63) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä kyselyn tulokseksi riittää suuntaa antava tieto. Tarkoituksena oli kyselylomakkeen avulla kartoittaa Tehopotilaan eka tunti -simulaatiokoulutukseen osallistujilta mielipiteitä toimintakorttien käytöstä sekä muutostarpeita. Palautekyselylomake tehtiin yhteistyössä toisen tehohoitajan kanssa. Palautekyselylomaketta testattiin ennakkoon muutamilla tehohoitajilla. Tämän jälkeen kysymyksiä tarkennettiin saadun palautteen perusteella. Apuna oli myös tehosaton käytössä oleva yleinen koulutuspalautelomake. Simulaatiokoulutuksesta saadun palautteen perusteella tehtiin yhteistyössä muutoksia toimintakortteihin. Uudistetut toimintakortit saatiin käyttöön loppuvuodesta 2012.

6.2.1 Toimintakortit tiimityön tukena

Toimintakorttien avulla määritellään potilasta vastaanottavan hoitotiimin jäsenet ja jaetaan kullekin hoitotiimin jäsenelle omat vastualueet kriittisesti sairaan potilaan vastaanottotilanteessa Taysin teho-osastolla.

Toimintakortteja voi mielestäni osittain verrata tarkastuslistoihin (check-list). Niilläkin voidaan varmistaa, että tärkeimpään tilanteeseen liittyvät hoitotoimenpiteet tulevat tehdyiksi. Samalla inhimillisten unohdusten riski vähenee ja potilasturvallisuus lisääntyy. Tarkistuslistan käyttö ei kohdistu toiminnan sisältöön, vaan sen tarkoituksena on koordinoita ja tukea koko hoitotiimin toimintaa parantamalla turvallisuutta, tiedonkulkua ja tiimityötä. Potilaan vastaanottotilanteessa on realistista ja haastavaa pyrkiä parhaaseen mahdolliseen laatuun tilanteessa käytettävissä olevilla voimavaroilla. (Helovuori 2009, 106; Leikkaussalin tarkistuslista, Valvira; Leikkaustiimin tarkistuslista, THL; Pelkonen 1993, 61.)

Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeen tarkoituksena on pyrkiä päivystyspotilaan yksilöllinen tilanne huomioiden mahdollisimman laadukkaaseen kriittisesti sairaan potilaan vastaanottotilanteeseen Taysin tehohoidon vastuualueella. Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeeseen kuuluvat ennakoilmoituskaavake, toimintakorttien avulla työnjako, valmistautuminen, vastaanotto ja yhteiset ensisijaiset tavoitteet sekä hoitotiimin arvio potilaan vastaanotosta. Tässä opinnäytetyössä käsitellään toimintaohjetta toimintakorttien osalta.

Toimintakortit otettiin koekäyttöön 1.4.2012. Niiden mukaan hoitotiimin tehohoitajat kokoontuvat välittömästi potilaspaikalle ja tekevät toimintakorttinsa ja ennakoilmoituskaavakkeen perusteella tarvittavat valmistelut ennen päivystyspotilaan saapumista teho-osastolle. Hoitotiimin jäsenet sopivat potilaan hoidosta ja tarvittavista toimenpiteistä sekä niiden järjestyksestä. Hoitotiimin jäsenillä on tiedossa oma roolinsa, mutta tiimityön onnistumisen kannalta on tärkeää tietää myös muiden hoitotiimin jäsenten roolit.

Toimintakorttien työstäminen oli aikaa vievää ja haasteellista. Hoitotiimin jäsenille jaetut roolit ja niiden tehtävien kirjoittaminen jotenkin yleistettävään järjestykseen, ilman päällekkäisyyksiä ja ristiriitaisuuksia, vaati pitkä-aikaista

asiaan paneutumista. Kun toimintakorttien sisältö oli hahmottunut ja tiedossa, mitattiin työasujen taskun kokoa. Toimintakortit haluttiin saada ulkomitoiltaan taskuun hyvin sopivaksi. Korttien täytyi myös olla keskenään visuaalisesti yhdenmukaiset. Sisällön ja mittojen mukaisesti Taysin Painatuskeskus teki eri vaihtoehtoja värityksen, kirjasinmallin ja ulkoasun osalta. Vaihtoehtoista valittiin selkein ja käyttökelpoisin. Toimintakortit laminoitiin, jotta ne kestävät paremmin käytössä ja niitä voidaan tarvittaessa pyyhkiä. Tehohoitajien toimintakortit ovat yksiosaisia ja tehohoitolääkärien toimintakortit kaksiosaisia. Kaikissa toimintakorteissa on tärkeimmät puhelinnumerot listattu kääntöpuolelle. Tehohoitolääkärin toimintakortteja ei ole tässä opinnäytetyössä liitteenä, koska ne sisältävät puhelinnumeroita, jotka ovat vain Taysin sisäiseen käyttöön tarkoitettuja.

Toimintakorteissa päivystyspotilaan vastaanotto Taysin teho-osastolle tapahtuu kolme portaisena triage-luokituksen tapaan. Triagen tarkoituksena on antaa oikea-aikaista hoitoa ja saada hoitoon mahdollisimman nopeasti siitä hyötyvät. Triage ohjaa hoidon tarpeen ja käytettävissä olevat resurssit. Potilasryhmittelyssä käytetään värikoodeja punainen, keltainen ja vihreä. (Syväoja & Aijälä 2009, 94–95.)

Taysin teho-osastolla käytössä olevassa triage-luokituksessa jaetaan päivystyspotilaat kolmeen eri väriluokkaan (punainen, keltainen ja vihreä) sairauden ja hoidon kiireellisyyden mukaan. Teho-osastolle tulevan päivystyspotilaan triage-luokituksen tekevät tehohoitolääkäri ja organisoiva tehohoitaja täyttäessään ennakoilmoituskaavaketta (liite 3) potilaasta. Päivystyspotilaan vastaanottoon osallistuville hoitotiimin jäsenille jaetaan toimintakortit rooleineen hälytyksen värin mukaan.

Punaisiksi luokitellaan potilaat, jotka ovat hengenvaarassa tai joiden tila vaatii välittömiä hoitotoimia. Hoitotiimiin tarvitaan pääsääntöisesti kaksi tehohoitolääkärää ja kolme tehohoitajaa (liite 4, 5 ja 6). Punaisen hälytyksen potilaalla voi olla esimerkiksi vaikea septinen sokki tai akuutti hengitysvajaus, johon liittyy vaikea kaasujenvaihtohäiriö ja mahdollisesti epästabili hemodynamiikka. Epästabili monivamma, elvytetty jäähdytettävä potilas tai uhattu ilmatie luokitellaan myös punaiseen hälytykseen.

Keltaiseksi luokitellaan potilaat, joiden tila on tasaisempi eivätkä he vaadi monia samanaikaisia toimenpiteitä ensimmäisen tunnin aikana. Keltaiseen hälytyksen hoitotiimissä on I-tehohoitaja omahoitajana (liite 7) ja II-tehohoitaja (liite 8) sekä heidän lisäksi yksi tehohoitolääkäri. Keltaisen hälytyksen potilaan tila on tulohetkellä tasaisempi, kyseessä voi olla esimerkiksi neurokirurginen potilas.

Vihreäksi luokitellaan potilaat, joilla ei ole kriittisiä elintoimintahäiriöitä tulovaiheessa. Vihreän hälytyksen potilasta vastaanottaa yksi tehohoitaja (liite 9) ja yksi tehohoitolääkäri. Potilaan tila vaatii valvontaa tai hoidon aloitusajan kohta voi olla sovittavissa, esimerkiksi traumapotilaan seurantatilanne. Nämä potilaat hoidetaan pääsääntöisesti tehostetussa valvonnassa.

Toimintakorteilla nopeutetaan hoitotiimin muodostumista sekä työnjakoa teho-osastolla. Toimintakortit nopeuttavat myös hoitotiimin jäsenten sitoutumista päivystyspotilaan vastaanottotilanteeseen. Samalla poistetaan ajan hukkaa, koska hoitotiimin jäsenillä on tavoitteet selvillä.

6.2.2 Toimintakorttien toimivuuden arviointi

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä halutaan lomakekyselyn avulla saada tietoa tai ymmärrystä ihmisten toiminnan taustalla vaikuttavista uskomuksista ja käsityksistä. Tavoitteena on toteuttaa kohderyhmän näkemyksiin pohjautuva idea. Kysymykset alkavat sanoilla miten tai mitä. Näin vastaajan on helppompaa kuvailla ja selittää näkemyksiään ja ajatuksiaan. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63.)

Lomakekysely alkaa kartoittamalla vastaajan taustatietoja ammatin ja työkokemuksen osalta. Koulutukseen osallistui yhteensä 23 henkilöä (n= 23): joista 6 oli tehohoitolääkäreitä, 2 lääketieteen opiskelijaa ja 15 tehohoitajaa. Lääkäreiden tehohoitotyöskentelyn kokemuksen keskiarvo 1,6 (1–5v.) vuotta ja tehohoitajien työkokemus tehohoidosta oli keskiarvoltaan 10,8 (0,5–28v.) vuotta.

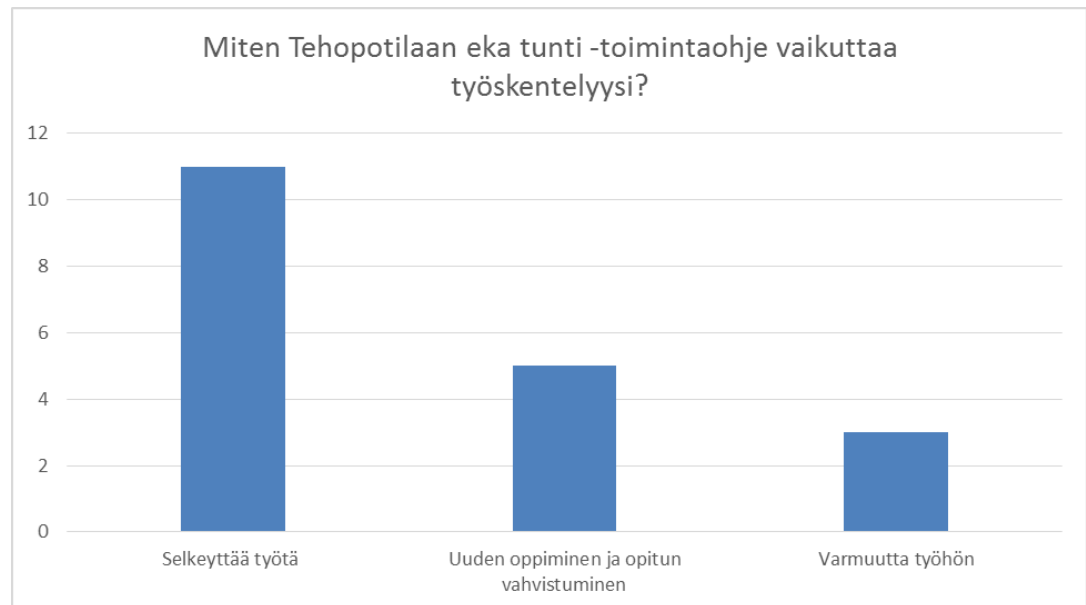
Kysymyksessä 1 pyydetään arvioimaan koulutuksen onnistumista kouluasteikolla 4-10. Koulutukseen osallistujat antoivat Tehopotilaan eka tunti -simulaatiokoulutuksesta yleisarvosanan, jonka keskiarvo oli 8,9 (vaihteluväli 8–10).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään palautekyselyn viidettä ja kuudetta kysymystä. Kysymys 5: Miten Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje vaikuttaa työskentelyysi? Kysymys 6: Mitä muuttaisit Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeessa?

Kysymys 5: Vastaajien mielestä toimintaohje ensisijaisesti selkeyttää työnjakoa ja helpottaa tehopotilaan vastaanottotilannetta. Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje vaikuttaa kyselyyn vastanneiden henkilöiden mielestä potilaan vastaanottoon teho-osastolle vahvistamalla aiemmin opittua ja systematisoimalla toimintaa. Samalla toimintaohjeen koetaan antavan paremmat valmiudet olla vastaanottotilanteessa ja kantaa vastuuta omasta toiminnasta. Toimintaohjeen avulla voidaan myös vähentää vastaajien mielestä pelkoa vastaanottotilannetta kohtaan selkiyttämällä ja systematisoimalla potilaan tulovaihetta, joka voi ajoittain olla aika kaaosmainen. Työkaverin tunteminen helpottaa yhteistyötä ja tuo vastaajien mielestä tilanteeseen varmuutta. Kyselyyn vastanneet henkilöt kokivat Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeen hyödylliseksi ja toivoivat, että toimintakortteja jaetaan jatkossa useammin. Opiskelijan näkökulmasta katsottuna nähtiin hyödylliseksi yleensäkin toimintamallien oppiminen työelämää varten.

Kuviossa 2 on esitetty kysymyksen: Miten Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje vaikuttaa työskentelyysi vastaukset ryhmiteltyinä aihepiireittäin. Taulukossa on esitetty kolme useimmin vastattua vaihtoehtoa.

Kuvio 2. Palautelomakkeen kysymyksen 5 vastaukset.



Selkiyttää alkuvaiheen hässäkkää.

Antaa paremmat valmiudet olla tilanteessa ja kantaa vastuu omasta toiminnasta.

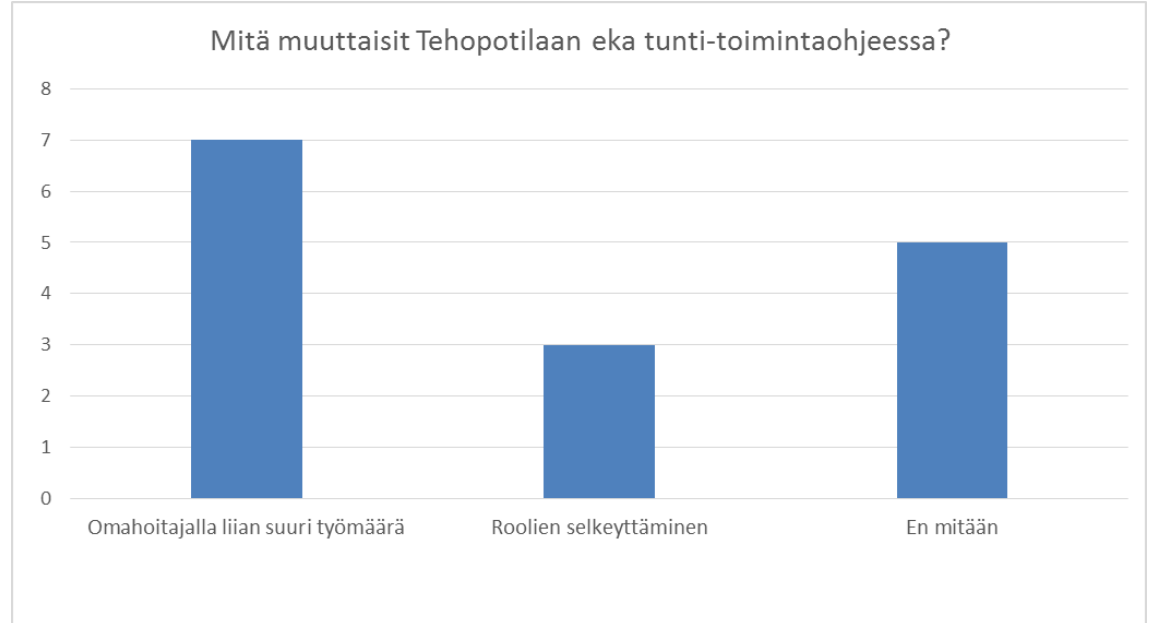
Kysymys 6: Mitä muuttaisit Tehopotilaan eka tunti toimintaohjeessa? Vastajat esittivät selkeästi eniten parannusehdotuksia omahoitajan tehtävänkuvaan. Tässä toimintakorttien testauksessa huomattiin selkeä tarve saada tehtäviä jaettua uudelleen. Monen kyselyyn vastanneen mielestä omahoitajan vastuu ja työmäärää koettiin liian suureksi. Usean vastaajan palautteessa ehdotettiin työnjaon uudistamista potilasta vastaanottavien tehohoitajien osalta.

Toimintakorttien jakoa hoitotiimin jäsenille toivottiin heti työvuoron alussa tai niin aikaisin, kuin se on mahdollista. Näin hoitotiimin jäsenillä olisi paremmat mahdollisuudet sopia ja kerrata omat vastualueet ennen päivystyspotilaan saapumista teho-osastolle.

Vastauksissa oli ehdotus, missä toivottiin, että toimintakortit laitettaisiin hätätilanteessa syrjään. Hoitotiimin jäseniltä toivottiin myös joustoa toimintakorttien vastuiden suhteen. Lääkäreiden kortit vaikuttivat toisten vastaajien mielestä selkeiltä, mutta osassa vastauksista niihin toivottiin selkeämpää jakoa tilanteen johtamisen ja toteutuksen suhteen. Moni vastasi tähän kysymyksen, ettei muuttaisi mitään toimintaohjeessa.

Kuviossa 3 on esitetty kysymyksen: Mitä muuttaisit Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeessa vastaukset ryhmiteltyinä aihepiireittäin. Taulukossa on esitetty kolme useimmin vastattua vaihtoehtoa.

Kuvio 3. Palautelomakkeen kysymyksen 6 vastaukset.



Omahoitajalle vähemmän hommaa.
Toimintakorttien jako heti vuoron alussa.

6.2.3 Muutosehdotukset Tehopotilaan eka tunti -toimintakortteihin

Elokuussa 2012 pidettiin hoitajia ja lääkäreitä koskeva Tehopotilaan eka tunti -simulaatiokoulutus teho-osaston omassa toimintaympäristössä. Simulaatiokoulutuksesta pyydettiin osallistujilta palaute. Saadun palautteen perusteella toimintaohjetta korjattiin yhteisellä päätöksellä paremmin käytännössä toimivaksi.

Koulutuspalautekyselyyn vastanneet tehohoitajat ja teholääkärit toivoivat eniten muutosta omahoitajan eli tehohoitaja-I tehtäviin päivystyspotilaan vastaanottotilanteessa. Vastuu ja tehtävämäärä koettiin vastaajien mielestä liian suureksi. Toimintakortteja haluttiin korjata palautteen suuntaisesti. Tästä johtuen punaisessa hälytyksessä I-tehohoitajan tehtäviä siirrettiin II -tehohoitajalle. Toimintakorttien 2.0 versiossa potilaan ilmasteistä ja hengityksestä huolehtiminen siirrettiin omahoitajalta kanyloinnista vastaavalle II-tehohoitajalle. Tehtäväsiirron perusteluna on, että näin omahoitaja pystyy paremmin pitämään vastaanottotilanteen kokonaistilanteen hallinnassa, havainnoimaan sitä ja arvioimaan esimerkiksi lisäävun tarvetta.

7 POHDINTA

Toiminnallisessa opinnäytetyössä arvioidaan työn idea, johon kuuluvat esimerkiksi tavoitteet ja niiden saavuttaminen, teoreettinen viitekehys, opinnäytetyön ongelmien ratkaiseminen, kohderyhmä sekä tuotos (Vilkkä & Airaksinen 2004, 154).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää, Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeeseen kuuluvia toimintakortteja Taysin teho-osaston henkilökunnan antaman palautteen suuntaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa mahdollisuus selkiyttää potilasta vastaanottavan hoitotiimin toimintaa, parantaa yhteistyötä ja potilaan hoidon jatkuvuutta. Kehittämistarkoituksena opinnäytetyössä oli kartoittaa, mitä muutoksia tehohoitoälytehtäjät toivovat toimintakortteihin. Näitä selvitettiin kyselylomakkeella.

Opinnäytetyölle asettamani tavoitteet savutin, kun saatiin käyttöön uudistetut toimintakortit osana Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjetta Taysin tehohoidon vastuualueella loppuvuodesta 2012. Opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen pitäminen mielessä koko opinnäytetyön prosessin aikana oli haastavaa. Opinnäytetyön rajaaminen koskemaan vain toimintakorttiosuutta tuntui välillä vaikealle ja rajauksessa oli ajoittain vaikea pysyä.

Opinnäytetyölle laadittu teoreettinen viitekehys on mielestäni perusteltu. Varsinkin tiimityötä koskevissa osioissa on mielestäni käsitelty asioita laajasti ja monelta eri näkökulmalta. Tässä opinnäytetyössä olevaa tekstiä yleensä olisi voinut mielestäni vielä tiivistää ja muokata sujuvammaksi sekä helpommaksi lukea.

Kaikesta huolimatta, opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt kirjallisia iltatöitäni. Olen myös oppinut etsimään tietoa, artikkeleita ja tutkimuksia erilaisilla sähköisillä hakukoneilla. Monia asioita on kuitenkin pitänyt oppia kantapäähän kautta. Haasteelliseksi osoittautui ajan jakaminen toisaalta työpaikalla tehtävän kehittämisprojektin ja toisaalta opinnäytetyön kesken. Tästä syystä olen joutunut venyttämään opinnäytetyön aikataulua. Alun perin suunnittelin, että opinnäytetyö olisi valmistunut vuoden vaihteessa. Tähän aikatauluun en kuitenkaan päässyt. Vaikka työt osaltaan tukivat toisiaan, tarvittiin kumminkin työn eteenpäin viemiseen oma aikansa. Kehittämisprojektin osalta oli tiedossa selkeitä päivämääriä, jolloin täytyi olla esittää jotain valmista. Näissä kohdissa opinnäytetyön eteenpäin vieminen selkeästi hidastui. Olen sitä mieltä, että tehtävien tekeminen rinnakkain on kuitenkin laajentanut opinnäytetyön näkökulmaa.

Voin sanoa, että opinnäytetyön tekeminen yksin on ollut ajoittain vaikeaa ja haasteellista. Välillä olisin kaivannut toisen näkökulmaa tai mielipidettä. Olen kuitenkin saanut paljon tukea kotijoukoilta, työyhteisöstäni ja muilta ystäväiltäni. Opinnäytetyön tekemisen aikataulua olen saanut sovitella vain omaan kalenteriini, mikä on voinut osaltaan helpottaa työn edistymistä. Edistyminen on mielestäni ollut ajoittain kyseenalaista.

7.1 Toimintakorttien merkityksen arviointi

Toimintakortteja tulee mielestäni käyttää tehopotilaan vastaanottotilanteessa. Se vaatii jatkuvaa kehittämistä, aikaa, pitkäjänteisyyttä, säännöllistä kouluttamista ja asian esillä pitämistä. Nämä ovat tärkeitä koska, osastolla on paljon henkilökuntaa ja heidän käsitykset sekä asenteet tehopotilaan vastaanottotilanteesta ovat erilaisia. Toimintakortit antavat mahdollisuuden keskustella toimintaohjeen puutteista ja parannusehdotuksista henkilöimättä asiaa minään hoitotiimin tai yksittäisen tiimin jäsenen tekemäksi.

Opinnäytetyön tuotoksena toimintakorteista saatiin korjausten jälkeen toimivammat. Toimintakortit pyrittiin säilyttämään mahdollisimman lyhyinä ja hoitotiimin jäsenten roolit selkeinä. Toimintakortit on suunnattu Taysin teho-osaston hoitajien ja lääkäreiden käyttöön. Näin saatiin kohderyhmä tarkasti rajattua. Toimintakortit pyrkivät selkiyttämään hoitotiimin työskentelyä, konkretisoimaan tavoitteita potilaan vastaanottotilanteessa, parantamaan potilasturvallisuutta ja antamaan mahdollisuuden vastaanotto toiminnan kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto toiminnan kehittämiseen ensimmäisen tunnin aikana. Toimintakortteihin kirjataan vain tärkeimmät toimenpiteet; liian pikkutarkka ja pitkä lista jää käyttämättä. (Helovuori 2009, 106.)

Aiheena Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje ja siinä käytetyt toimintakortit ovat mielestäni uusi ja tärkeä osa hoitotyötä teho-osastolla. Tätä osoittaa se, että aihetta esiteltiin muun muassa Erva- päivillä ja Tehohoitopäivillä 2011. Tehohoitolehdessä Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjetta esittelevä kappale oli sisällytetty Taysin erityisvastuualueen teho-osastot esittäytyvät (Kalliomäki, Karlsson, Karhe & Hoppu 2012, 116–168) sisään. Finnanest-lehdessä (Tehopotilaan eka tunti) sekä Lääkärilehden sähköisessä versiossa (Tays loi ohjeen tehopotilaan saapumiseen 4.6.2012) ovat toimintaohjetta esittelevät artikkelit. Sairaanhoidaja-lehteen on lähetetty juttuehdotus arvioitavaksi. Toimintaohje on rekisteröity Eka Tunti® nimikkeellä Patentti- ja rekisterihallituksessa (PAMPERS). Keväällä 2013 aihetta esiteltiin e-posterinäyttelyssä, First hour protocol clarifies recourse management and nursing staff education in the ICU, ISICEM –kongressissa (International symposium on intensive care and emergency medicine) Brysselissä ja tiivistelmän julkaisee myöhemmin Critical Care.

Mielestäni toimintakorteissa on riittävästi pystytty yhdistämään teoriaa käytäntöön ja luomaan uudenlainen toimintamalli tehohoitotyön tueksi kriittisesti sairaan potilaan vastaanottotilanteeseen. Lisäksi toimintakortteja pystyttiin kehittämään siitä saadun palautteen perusteella. Uuden toimintamallin sisään ajamiseen menee useita vuosia, joten toimintakortteja on pystyttävä jatkuvasti ja perustellusti muuttamaan tarpeen ja palautteen viitoittamaan suuntaan. Toisaalta täytyy myös muistaa, ettei toimintakorttien paras mahdollinen käyttö ensisijaisesti nopeuta kriittisesti sairaan potilaan vastaanottotilannetta, vaan vähentää virheitä ja unohduksia sekä auttaa parempaan viestintään ja yhteistyöhön hoitotiimin jäsenten kesken. Virheiden ja unohduksien väheneminen

sekä viestinnän ja yhteistyön parantuminen voivat kuitenkin riipittää toimintaa.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyössä pyritään siihen, ettei virheitä synny. Tästä huolimatta luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–228.)

Artikkeleita ja tutkimuksia aiheesta on etsitty eri hakukoneista, esimerkiksi Theseus, Pubmed, Cinahl, Medic ja Medline monilla erilaisilla sanoilla ja yhdistelmillä, kuten teho-hoito, triage, potilaan vastaanotto, tiimityö, toimintaohje, toimintakortti tai ICU/ intensive care hand over/ handoff/ hand-off/ hand off ja first hour. Näistä ei ole tehty dokumenttia, jonka pohjalta haku olisi mahdollista suorittaa uudelleen. Mukana on muutama englanninkielinen lähde. Ne pyrittiin kääntämään niin hyvin kuin oli mahdollista. Tässä opinnäytetyössä löytyi mielestäni riittävästi aiheen kannalta keskeistä lähdemateriaalia teoreettiseksi perustaksi Tehopotilaan eka tunti -toimintakorteille tehohoito-työn laadun ja tiimityöskentelyn näkökulmasta. Lähdemateriaali on pääosin 2000-luvulta.

Kysymyslomakkeen kysymyksiä testattiin tehohoitajilla ennen niiden käyttöä elokuussa 2012. Testauksen perusteella kysymyksiä korjattiin ja niiden järjestyksestä muutettiin sujuvammaksi. Testaamalla kysymyksiä ennalta pyrittiin vähentämään epäselvää tulkintaa, jossa opinnäytetyön tekijä ja kyselyyn vastanneet ovat ajatelleet eri asioita kysymyksiensä kohdalla. Kysymyksiä muotoiltiin uudelleen. Samalla pyrittiin selvittämään, ettei koulutuspalautteessa jää kysymättä jotain oleellista toimintakorttien kehittämisen kannalta. Esitutkimuksella on huomattava merkitys kysymysten validiteetin eli pätevyyden arvioinnissa. Sen avulla opinnäytetyöntekijä voi varmistaa, että kysymykset ovat loogisia, toimivia ja ymmärrettäviä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206.)

Simulaatiokoulutuksen yhteydessä kerätyllä kyselylomakkeella saatiin vastauksia siihen, miten toimintakortteja toivottiin kehitettävän. Simulaatiokoulutuksesta haluttu palautekaavake saatiin takaisin täytettynä kaikilta. Mielestäni palautelomakkeen jakaminen heti koulutuksen jälkeen oli perusteltua. Herää kuitenkin kysymys, jäikö jotakin palautetta antamatta esimerkiksi liian lyhyen vastausajan takia? Kyselyyn vastattiin omalla käsialalla. Se ei mielestäni ole merkityksellistä, koska käsialaa on vaikea tunnistaa. Tämä johtuu siitä, että työssä käytetään sähköistä potilastietojärjestelmää. Millainen merkitys oli sillä, että opinnäytetyön kyselyn tekijä on työyhteisön sisäinen henkilö? Onko hänen persoona voinut vaikuttaa saatuihin vastauksiin? Onko toimintaohjetta arvioitu objektiivisesti ja rehellisesti?

Kyselylomakkeessa olisi voinut vielä tarkentaa kysymyksiä ja kohdistaa kysymykset 5 ja 6 suoraan koskeviksi toimintakortteja eikä toimintaohjetta. Validius tarkoittaa kysymyksen kykyä mitata juuri sitä, mitä halutaan mitata.

Vastaajat ovat saattaneet käsittää kysymykset toisin kuin opinnäytetyön tekijä on ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Kuten on jo aikaisemmin mainittu, toimintakortit ovat koko toimintaohjeen käytännön osuus ja ovat siksi saman sisältöiset, ikä niitä voi erottaa toisistaan.

Opinnäytetyön reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen vastaukset eivät ole yleistettävissä, vaan ovat näiden 23 henkilön elokuussa 2012 pidetyn simulaatiokoulutuksen jälkeen antamat vastaukset. Kyselylomakkeen vastauksia ei voida toistaa samanlaisina muissa vastaavissa simulaatiokoulutuksissa. Vastauksista saatiin kuitenkin arvokasta tietoa toimintakorttien kehittämiseksi.

Kyselylomakkeen vastausten luotettavuutta voi heikentää se, että toimintakortit olivat olleet vasta vähän aikaa käytössä, eikä vielä vakiintunut käytäntö. Toisaalta kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa sen hetkistä tilannetta ja kehitystarpeita.

Simulaatiokoulutuksessa käytetyn kyselylomakkeen vastaajia ei voida jälkikäteen tunnistaa eikä erotella. Vastaajilla on ollut tiedossa, että heidän antamiaan vastauksia käytetään toimintakorttien sisällön kehittämiseen. Yksittäisen henkilön antamista vastauksista ei ole kerrottu ulkopuolisille. Opinnäytetyön eettisissä kysymyksissä keskeistä on, että kyselylomakkeeseen vastaajat ovat vapaaehtoisia ja voivat myös keskeyttää tai jättää vastaamatta kysymyksiin. Vastaaminen ei saa olla haitaksi vastaajalle. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.)

7.3 Tulevaisuuden näkymät ja jatkosuunnitelmat

Voidaan sanoa, että toimintakortit ovat tulossa osaksi teho-osaston arkea. Silti ne vaativat jatkuvaa ja pitkäjänteistä koko teho-osaston henkilökunnan tiedottamista ja kouluttamista esimerkiksi simulaation keinoin. Käytännössä tilanne on hankala, jos osa hoitotiimin jäsenistä käyttää toimintakortteja ja osa ei käytä. Tällöin voi tärkeitä tehtäviä jäädä huomioimatta, kun luullaan ja oletetaan, mutta ei kommunikoida ja tarkasteta tehtäviä. Simulaatiokoulutukseen on vuodelle 2013 koulutussuunnitelma, jonka mukaan koulutus tulee kattamaan noin 70 prosenttia henkilökunnasta. Seuraaville vuosille jää haasteeksi koko henkilökunnan ja uusien hoitajien sekä lääkäreiden kouluttaminen. Jonkinlainen suunnitelma koulutuksen ylläpidosta tulisi laatia kuluvan vuoden aikana.

Toimintaohjetta voisi jatkossa myös kehittää tekemällä erillisen toimintakortin myös teho-osaston organisoivalle hoitajalle, jonka työpanos on suuri jokaisen uuden potilaan vastaanottotilanteessa. On erittäin paljon kiinni organisoivasta hoitajasta, otetaanko toimintakortit käyttöön potilaan vastaanottotilanteessa. Tarkoituksena on myös suunnitella kaksiosainen nimikointitarra. Tarrassa olisi tila oman nimen kirjoittamiselle ja lisäksi tarraan olisi painettuna hoitotiimin jäsenten roolit, esimerkiksi omahoitaja, kanylointi, lääkkeet sekä tehohäikäri I ja tehohäikäri II.

Jatkohaasteena on myös löytää tai kehittää sellainen mittari, jolla voisi mitata Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeen ja toimintakorttien käytön vaikutuksia tehopotilaan hoidon aloitukseen ja siitä selviytymiseen. Voidaan sanoa, että tällä hetkellä positiiviset vaikutukset ovat havaittavissa, mutta niiden osoittaminen juuri toimintakorttien käytön hyödyiksi on vaikeaa ja osittain mahdotonta. Lauri (1997, 130) kiteyttääkin, että muutoksen aikaansaaminen käytännön hoitotyössä on hidasta ja aikaa vaativaa. Kehitystä voidaan saada aikaan vain hoitotyön sisällöllisellä muutoksella. Se on kiinni hoitajien asenteesta, kyvystä ja halusta. Lisäksi siihen vaikuttaa hoitotyön johtajien ja kehittämistyön tekijöiden kiinnostus kehittämistyön toteuttamiseen.

Tulevaisuudessa olen kiinnostunut tekemään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen koskien potilaan vastaanottoa teho-osastolle ja näin vielä tarkemmin kartoittamaan aiheesta maailmalla tehtyjä tutkimuksia sekä artikkeleita. Tällä hetkellä näyttää siltä, että aihealuetta työstetään eritavoin monessa paikassa; esimerkiksi Englannissa, Australiassa, Uudessa -Seelannissa ja Kanadassa.

Jatkotutkimushaasteina ovat teho-osaston henkilökunnan sitoutumisen tukeminen ja kartoittaminen toimintakorttien osalta. Haasteena on myös toimintakorttien ja koko toimintaohjeen pitäminen ajan tasalla jatkuvalla teho-osaston henkilökunnan käyttökokemusten kartoittamisella ja uusimman tutkimustiedon hyödyntämisellä.

"Kehitys pysähtyy tyytyväisyyteen."
(Leo-Pekka Tähti)

LÄHTEET

Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castren, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Helsinki: Tammi.

Brown, R., Rasmussen, R., Baldwin, I. & Wyeth, P. 2012. Design and implementation of a virtual world training simulation of ICU first hour handover processes. Australian Critical Care 25, 178–187.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.10.2012. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1383571

Ensimmäisen tunnin toimintaohje kriittisesti sairastuneen päivystyspotilaan tehohoidossa, ”Tehopotilaan eka tunti”. Versio 1.0/ 2011. Tehohoidon vastuualue. Tays.

EU -komissio, potilasturvallisuus. Euroopan komissio-tiedostot. Viitattu 25.10.2012. http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_fety/idx_fi.htm

Finlex. Suomen sähköinen säädöskokoelma sekä ajantasaisten säädösten ja alkuperäisten säädösten kokoelmat. Viitattu 10.9.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/>

Heikkilä, K. 2002. Tiimit – avain uuden luomiseen. Helsinki: Talentum Media Oy.

Helovuori, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K.(toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 99–116.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita.13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli. Viitattu 15.10.2012. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/yhtenaisten-kaytantojen-kehittamisen-malli>

International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine. Viitattu 15.12.2012. <http://www.intensive.org/>

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Jalava, U. & Virtanen, P. 1995. Moniammatillinen projektitoiminta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kaarola, A. 2007. Mitä hyötyä tehohoidosta? Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Kaarola, A. 2010. Tehosairaanhoidon kirjaaminen ja laatu. Teoksessa Ritmala-Castren, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 479–503.

Kalliomäki, J., Karlsson, S., Karhe, L. & Hoppu, S. (toim.). 2012. Taysin eritysvastuualueen teho-osastot esittäytyvät. Tehohoito 30 (2), 166–168.

Kauppila, R. 2006. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kinnunen, M., Peltomaa K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M., Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77–97.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyö tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen -Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 114–135.

Laurila, J. & Ala-Kokko, T. 2003. Elintoimintojen tukihoidot tehohoidossa. Suomen Lääkärilehti 11, 1285–1288.

Leikkaussalin tarkistuslista. Valvira. Viitattu 10.10.2012.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/leikkaussalin_tarkistuslista

Leikkaustiimin tarkistuslista. THL. Viitattu 10.10.2012.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/leikkaustiimin-tarkistuslista

Lundgren-Laine, H. 2006. Sairaanhoitajalehti 1/ 2006. Mistä tehosairaanhoidajat keskusteleivat Euroopassa? Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 5.10.2012.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/1_2006/muut_artikkelit/mista_tehosairaanhoidajat_keskus/

Lääkärin etiikka. 2005. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 15.10.2012.

<http://www.laakariliitto.fi/etiikka/>

Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen lääkärilehti, 699–703. Viitattu 19.11.2012.
www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto9_2.pdf

Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Niemistö, R. 2007. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Helsinki: Palmenia.

Pakkanen, J., Stolt, M. & Salminen, L. 2012. Potilassimulaatio sairaanhoitaja-opiskelijoiden hoitotyön taitojen oppimisessa. Hoitotiede 24 (2), 163–174.

Pakola, I., Vanhatalo-Suonurmi, T. 2011. Tampereen yliopisto. Avoin yliopisto. Aikuiskasvatuksen aineopinnot. Pro gradu -tutkielma.

PAMPERS - Patentti- ja rekisterihallitus. Viitattu 20.9.2012.
http://tavaramerkki.prh.fi/lehti/tm/Tavaramerkkilehti12_2012.pdf

Pelkonen, M. 1993. Laadunvarmistuksen keskeiset käsitteet. Teoksessa Pelkonen, M., Perälä, M.-L. (toim.) Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 61–83.

Porteous, J.M., Stewart-Wynne, E.G., Connolly, M. & Crommelin, P.F. 2009. ISoBAR – a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. Medical Journal of Australian 190 (11), 152–156.

PSHP:n strategia 2012- 2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

PSHP toimintatiedot 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 19.11.2012.
[ttp://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10125](http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10125)

Pyykkö, A. 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Viitattu 10.11.2012.
<http://jultika.oulu.fi/Record/isbn951-42-7314-1>

Saastamoinen, T. 2007. Sairaanhoitajalehti 9/ 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 5.10.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9_2007/muut_artikkelit/ammattillisuus_korostuu_teho-osas/

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 20.9.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Siirilä, N. 2008. Tehohoitotyönlaatu. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 15.10.2012.
<http://tutkielmat.uta.fi/haekokoversio.php?id=18674>

Sirola, K. & Salminen E.-M. 2002. Projekti- verkosto- ja tiimityöskentely terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen E.-M. & Sirola, K (toim.) Terveyden edistäminen. Helsinki: WSOY, 262–280.

Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015. STM. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 25.10.2012.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1067373

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa, K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 24–41.

Spiik, K.-M. 2004. Tulokseen tiimityöllä. Helsinki: WSOY.

Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997. Suomen tehohoitoyhdistys ry. Viitattu 15.9.2012.
www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

TAYS loi ohjeen tehohoitopotilaan saapumiseen. Lääkärilehti. Verkkójulkaisu. Viitattu 20.8.2012.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=12147/TAYS+loi+ohjeen+tehohoitopotilaan+saapumiseen

Tehohoidon vastualueen vuosikatsaus 2011. Tays. PSHP.

Tehohoidon vastualueen tulevaisuusohjelma 2012–2016. Tays. PSHP.

Tehopotilaan eka tunti n.d. Finnanest. Suomen Anestesiologiyhdistys ry.2012. 45 (5), 431.

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Kuntaliitto. Viitattu 10.10.2012.
www.hoidonvaikuttavuus.fi/files/Tlaatuopas.pdf

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 206–214.

Potilasturvallisuusopas. 2011. THL. Viitattu 10.10.2012.
www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Puhelinkartoitukset teho-osastoille 2011

Puhelimitse tehtiin kartoitukset seuraaville suomalaisille teho-osastoille tehopotilaan vastaanoton ohjeistuksesta helmikuussa 2011:

Kysyin, onko teho-osastollanne käytössä kirjallista potilaan vastaanotto-ohjetta?

– Satakunnan keskussairaala/ sh Jaana Lehtonen

– Oulun yliopistollinen sairaala/ Teho-osasto k1 oh

– HUS alue:

Hyvinkään aluesairaala/ sh Katja Halonen

Töölön sairaala/oh Anna-Liisa Felin

Meilahden sairaala/ yh Anu Meriö

Jorvin sairaala/ yh Anu Meriö

Peijaksen sairaala / sh Anu Lilja

– Kymenlaakson keskussairaala/ sh Anu Lilja



Koulutuspalaute 28.–29.8.2012

Simulaatiokoulutus: Tehopotilaan eka tunti

Aika: 28.–29.8.2012

Paikka: Tays, teho-osasto, h9

Kouluttajat:

Olen

- tehohoitaja, työskennellyt teho-osastolla ____ vuotta.
- teholääkäri, työskennellyt teho-osastolla ____ vuotta.
- opiskelija

1) Arvioi koulutuksen onnistumista kouluasteikolla 4-10.

2) Selvensikö koulutus Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjetta?

Kyllä, miten

Ei, miksi

3) Miten koulutus vaikuttaa työskentelytapoihisi?

4) Koetko koulutuksen hyödylliseksi?

5) Miten Tehopotilaan eka tunti -toimintaohje vaikuttaa työskentelyysi?

6) Mitä muuttaisit Tehopotilaan eka tunti -toimintaohjeessa?

7) Ehdotuksia koulutuksen sisältöön?

8) Risut ja ruusut



Ennakoilmoitus, sivut 1 ja 2

ENNAKKOILMOITUS Pvm: Klo: Siirtolupa heti <input type="checkbox"/> Ilmoitetaan kun saa siirtää <input type="checkbox"/>	Nimi Hetu Tuloaika-arvio Mistä tulee Puh:
Taustatiedot:	
Pituus: Paino:	
Hälytyksen väri Punainen Keltainen Vihreä	
TILANNE ILMOITUSHETKELLÄ	
Ilmatie ja Hengitys:	Spontaani <input type="checkbox"/> CPAP/Bipap <input type="checkbox"/> Intuboitu <input type="checkbox"/> Respiraattorissa <input type="checkbox"/>
Hemodynamiikka;	Pulssi RR / Vakaa / Epävakaa Art.kan <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Swan – Ganz <input type="checkbox"/> Noradrenalin-inf <input type="checkbox"/> Muu
Tajunta	Normaali / Sekava / Unelias / Tajuton / Sedatoitu GCS ____
VALMISTAUTUMINEN HOITOTOIMENPITEISIIN TEHO / HDU	
Ilmatie ja hengitys	Spont <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Intub <input type="checkbox"/> Respiraattori <input type="checkbox"/>
Hemodynamiikka	Art.kan <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Swan ganz <input type="checkbox"/> Noradrenalin <input type="checkbox"/> Muu
Massiivi nesteytys <input type="checkbox"/>	Viilennys <input type="checkbox"/> Dialyysi <input type="checkbox"/> Donor <input type="checkbox"/>
O- hätäveret ____ kpl	Ecmo ____
Potilaan hoitopaikka:	
TEHO	HDU Eristys / Typpi / Dialyysi
Muuta huomioitavaa:	



Hälytyksen purkaminen, klo

Palaute

Ryhmän toiminta

0 _____ 10

Johtaminen

0 _____ 10

Kommunikointi

0 _____ 10

Välineiden valmius / toiminta

0 _____ 10

Tässä 10 tarkoittaa parasta mahdollista ja 0 huonointa mahdollista toimintaa.



Tehohoitajan (1) toimintakortti punaisessa hälytyksessä

TOIMINTAKORTTI PUNAINEN HÄLYTYS/ TEHOHOITAJA 1

- OMAHOITAJA
- KIRJAUS
- SUJUVUUS JA TOTEUTUS

1. Saa ennakoilmoituksen

2. Informoi hoitoryhmää potilaasta, varmista tehtäväjako

3. Valmistaudu potilaspaikalla

- kirjaa clinisoft: potilas "paikalla"
- tarkasta valvontalaitteet ja potilaspaikka

4. Potilaan saavuttua

- A, B, C, D
- kuuntele tuloraportti
- tilaa ja ota TEHO:n tulolabrat
- harkitse lisäapu
- pidä clinisoft ajan tasalla, varmista laiteliitännät
- hoida yhteydenotot mm. LEKI, RTG, LABRA
- täytä anestesiakaavake
- tiedota potilasta/omaisia

5. Lopeta hälytys

- muista palaute

Tehohoitajan (2) toimintakortti punaisessa hälytyksessä

TOIMINTAKORTTI PUNAINEN HÄLYTYS/ TEHOHOITAJA 2

- HENGITYS
- KANYLOINTI

1. Vastaanota tehtävä tulevalla potilaspaikalla

2. Valmistaudu potilaspaikalla

- varaa välineet hengityksen turvaamiseksi
- kokoa kanylointivälineet + muut tarvikkeet
- letkuta 3-linjainen painesetti

3. Potilaan saavuttua

- kytke potilas valvontalaitteisiin
- siirrä potilas tehon sänkyyn
- kuuntele raportin pääkohdat
- avusta hengityksen turvaamisessa
- avusta kanyloinneissa
- avusta muissa toimenpiteissä

4. Palaa alkuperäiseen työtehtävään hälytyksen loputtua.

Tehohoitajan (3) toimintakortti punaisessa hälytyksessä

**TOIMINTAKORTTI
PUNAINEN HÄLYTYS/TEHOHOITAJA 3**

- LÄÄKITYS
- NESTEYTYS

1. Vastaanota tehtävä

2. Valmistaudu potilaspaikalla

- ota Fentanyl
- tee Noradrenalin-infuusio
- tee Propofol-infuusio
- tee insuliini-infuusio
- letkuta Ringer 1000 ml painepussiin

3. Potilaan saavuttua

- kytke potilas valvontalaitteisiin
- siirrä potilas tehon sänkyyn
- kuuntele raportin pääkohdat
- vastaa lääkityksestä
- anna antibiootti
- vastaa nesteytyksestä
- vastaa verituotteista

4. Palaa alkuperäiseen työtehtävään hälytyksen loputtua

Versio 2.0 Copyright © TAYS 2012



Tehohoitajan (1) toimintakortti keltaisessa hälytyksessä

TOIMINTAKORTTI
KELTAINEN HÄLYTYS/TEHOHOITAJA 1

- OMAHOITAJA
- HAPETUS JA HENGITYSLAITEHOITO
- KIRJAUS
- SUJUVUUS JA TOTEUTUS

1. Saa ennakoilmoituksen
2. Informoi hoitoryhmää potilaasta, varmista tehtäväjako
3. Valmistaudu potilaspaikalla

- kirjaa clinisoft: potilas "paikalla"
- tarkasta valvontalaitteet ja potilaspaikka
- varaa välineet hengityksen turvaamiseksi

4. Potilaan saavuttua

- A, B, C, D
- kuuntele raportti
- avusta hengityksen turvaamisessa
- tilaa ja ota TEHO:n tulolabrat
- harkitse lisäapu
- pidä clinisoft ajan tasalla, varmista laiteliitännät
- hoida yhteydenotot mm LEKI, RTG, LABRA
- täytä anestesiakaavake
- tiedota potilasta /omaisia

5. Lopeta hälytys

- muista palaute

Versio 2.0 Copyright © TAYS 2012



Tehohoitajan (2) toimintakortti keltaisessa hälytyksessä

TOIMINTAKORTTI
KELTAINEN HÄLYTYS/TEHOHOITAJA 2

- LÄÄKITYS
- NESTEYTYS
- KANYLOINTI

1. Vastanota tehtävä

2. Valmistaudu potilaspaikalla

- varaa kanylointivälineet
- letkuta 2/3-linjainen painesetti
- tee lääkkeet ennakoilmoituksen perusteella

3. Potilaan saavuttua

- kytke potilas valvontalaitteisiin
- siirrä potilas tehon sänkyyn
- kuuntele raportin pääkohdat
- avusta kanyloinneissa
- vastaa lääkityksestä
- anna antibiootti
- vastaa nesteytyksestä
- vastaa verituotteista
- avusta toimenpiteissä

4. Palaa alkuperäiseen työtehtävään hälytyksen loputtua

Versio 2.0 Copyright © TAYS 2012

Tehohoitajan (1) toimintakortti vihreässä hälytyksessä

TOIMINTAKORTTI

VIHREÄ HÄLYTYS/TEHOHOITAJA 1

- OMAHOITAJA
- KOKONAISHOITO

1. Saa ennakkoilmoituksen
2. Valmistaudu potilaspaikalla
 - kirjaa clinisoft: potilas "paikalla"
 - tarkasta valvontalaitteet ja potilaspaikka
 - varaa välineet hengityksen turvaamiseksi
 - varaa kanylointivälineet
3. Potilaan saavuttua
 - A, B, C, D
 - kytke potilas valvontalaitteisiin
 - siirrä potilas tehon sänkyyn
 - ilmoita tehohoitolääkärille
 - kuuntele raportti
 - tilaa ja ota TEHO:n tulolabrat
 - harkitse lisäapu
 - pidä clinisoft ajan tasalla, tarkista laiteliitännät
 - avusta kanyloinneissa
 - toteuta määrätyt nesteet ja lääkkeet
 - täytä anestesiakaavake
 - tiedota potilasta/omaisia

Versio 2.0 Copyright © TAMK 2012

