



Sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen trauma- potilaan hoitoprosessissa: kirjallisuuskatsaus

Hallikainen, Liina

Lehmusvirta, Jenni

Vesaniemi, Jenni

2014 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessissa: kirjallisuuskatsaus

Hallikainen Liina
Lehmusvirta Jenni
Vesaniemi Jenni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2014

Hallikainen Liina, Lehmusvirta Jenni ja Vesaniemi Jenni

Sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessissa: kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2014 Sivumäärä 41

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen keinoin kuvata sairaanhoitajan tehtäviä ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa, alkaen päivystyspoliklinikalta ja päättyen siihen, kun potilas siirtyy heräämöstä jatkohoitoon vuodeosastolle. Tavoitteena on selvittää sairaanhoitajan tehtäviä hoitoprosessin aikana. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan osaston K3:n ja päivystyspoliklinikan kanssa.

Tähän kirjallisuuskatsaukseen haettiin tutkimuksia kolmesta eri sähköisestä tietokannasta. Analysoitavaksi löydettiin yhteensä yhdeksän tutkimusta, jotka sisällöltään vastaavat tutkimuskysymykseen. Valitut tutkimukset on julkaistu vuosina 2008-2013.

Sairaanhoitajan eri tehtäviä on käyty opinnäytetyössä läpi hyödyntäen Opetusministeriön (2006) julkaisemia sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen alueita. Ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa vaaditaan sairaanhoitajalta jokaisen osaamisalueen hallitsemista. Eri hoitoprosessin vaiheissa korostuvat eri osaamisalueet riippuen sairaanhoitajan työnkuvasta.

Päivystyksessä korostuu potilaan voinnin muutosten arviointi ja nopea päätöksenteko ja leikkauksalissa kommunikointi moniammatillisen tiimin kanssa ja aseptinen toiminta. Heräämössä sairaanhoitajalta vaaditaan potilaan vitaalielintoimintojen ja voinnin seuranta sekä kivunhoidon vaikuttavuutta. Kaikissa prosessin vaiheissa potilas tulee kohdata yksilöllisesti.

Asiasanat: hoitoprosessit, sairaanhoitajat, ortopedia, traumatologia, toimenkuvat

Hallikainen Liina, Lehmusvirta Jenni and Vesaniemi Jenni

Nurse's assignments during the orthopedic trauma patient's nursing process: a literature review

| Year | 2014 | Pages | 41 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of this thesis is to describe the nurse's assignments during the orthopedic trauma patient's nursing process. This thesis discusses the part of the nursing process that begins when the patient arrives at the emergency room and ends when the patient moves to the ward via the recovery room. The aim is to clarify the nurse's assignments during the nursing process. The thesis was done in cooperation with Laurea University of Applied Sciences and Peijas hospital ward K3 and emergency room.

The research papers for this literature review were searched from three different electronic databases. Altogether nine research papers dealing with the thesis statements were analyzed. The chosen research papers were published during the years 2008-2013.

The different nurse's assignments have been presented in this study using the national vocational qualification for nurses published by the Ministry of Education and Culture (2006). A nurse must have the knowledge of every field of knowledge at different stages of the orthopedic trauma patient's nursing process. At different stages of the nursing process the knowledge of different fields is emphasized depending on the nurse's job description.

In the emergency room it is important to evaluate the changes in the patient's health and make decisions quickly. In the operating theatre the emphasis is on communication with the multivocational team members and aseptic operation. In the recovery room the nurses must monitor the patient's vital functions, mental and physical condition and the effectiveness of the pain care. At all the stages in the process the patient has to be treated as an individual.

Keywords: nursing process, nurse, orthopedics, traumatology, job description

Sisällys

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Teoreettinen viitekehys | 6 |
| 2.1 | Hoitoprosessi | 7 |
| 2.1.1 | Pre-, intra- ja postoperatiiviset hoitoprosessit | 8 |
| 2.1.2 | Päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessi | 9 |
| 2.2 | Ortopedinen traumapotilas..... | 11 |
| 2.3 | Ortopedisien päivystyspotilaan hoito..... | 13 |
| 2.3.1 | Konservatiivinen hoito..... | 13 |
| 2.3.2 | Operatiivinen hoitoprosessi | 14 |
| 3 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet | 15 |
| 4 | Opinnäytetyön toteuttaminen..... | 16 |
| 4.1 | Projektiympäristön kuvaus | 16 |
| 4.1.1 | Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikka | 17 |
| 4.1.2 | Peijaksen sairaalan osasto K3 | 18 |
| 4.2 | Opinnäytetyö organisaatiokaavion avulla | 19 |
| 4.3 | Toteutunut yhteistyö ja aikataulu | 19 |
| 4.4 | Kirjallisuuskatsaus | 20 |
| 4.4.1 | Hakujen toteutus..... | 21 |
| 4.4.2 | Hakujen tulokset | 23 |
| 5 | Kirjallisuuskatsauksen tulokset..... | 28 |
| 6 | Projektin arviointi | 32 |
| 6.1 | Tulosten arviointi ja sovellettavuus | 33 |
| 6.2 | Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys | 34 |
| 6.3 | Itsearviointi ja ammatillinen kasvu | 35 |
| | Lähteet | 37 |
| | Kaaviot..... | 40 |
| | Taulukot | 41 |

1 Johdanto

Opinnäytetyö on osa hoitotyön koulutusohjelman opintoja Laurea-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyö tehtiin projektina yhteistyössä Peijaksen sairaalan operatiivisen tulosyksikön kanssa, joka on osa Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä. Yhteistyössä ovat mukana Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikka ja osasto K3.

Laurea-ammattikorkeakoulu on uutta osaamista luova ja palveluinnovaatioita käyttävä ammattikorkeakoulu. Laurean toimintamalli on Learning by Developing (LbD). LbD:n lähtökohdalla on työelämään kuuluva ja käytäntöä uudistava kehittämishanke. Hankkeen eteenpäin viemisen edellytyksenä on opettajien, opiskelijoiden ja työelämän osaajien yhteistyö, jonka tavoitteena on uuden tiedon saaminen työelämään. (Laurea Fakta 2012: 11.)

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa päivystyksen ja vuodeosaston välillä. Tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen keinoin selvittää sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen traumapotilaan hoidon aikana päivystyksestä siihen asti kunnes potilas siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle.

Sairaanhoitajan eri tehtäviä on käyty opinnäytetyössä läpi käyttämällä apuna Opetusministeriön (2006) julkaisemia sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen osa-alueita. Ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa vaaditaan sairaanhoitajalta jokaisen osaamisalueen hallitsemista. Hoitoprosessin eri vaiheissa korostuvat eri osaamisalueet riippuen sairaanhoitajan työnkuvasta.

Päivystyksessä korostuu potilaan voinnin muutosten arviointi ja nopea päätöksenteko. Leikkauksalissa tärkeässä osassa on kommunikointi moniammatillisen tiimin kanssa ja aseptinen toiminta. Heräämössä sairaanhoitajalta vaaditaan potilaan vitaalielintoimintojen, voinnin ja kivunhoidon seuranta. Kaikissa prosessin vaiheissa potilas tulee kohdata yksilöllisesti.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä on käyty läpi työhön liittyvät keskeiset käsitteet, jotka ovat oleellinen osa kirjallisuuskatsausta. Ensin käydään läpi yleisellä tasolla hoitoprosessi ja ortopedinen traumapotilas. Tämän jälkeen käsitellään ortopedisen päivystyspotilaan hoitoprosessi, joka mukautuu sen perusteella onko potilaan hoidossa valittu konservatiivinen vai operatiivinen hoitolinja.

2.1 Hoitoprosessi

Potilaan hoitoprosessi alkaa siitä, kun potilas on ensimmäistä kertaa yhteydessä terveydenhuoltoon sairauden tai vamman takia. Potilaan tila arvioidaan ja hoidon tarve määritellään, jonka perusteella päätetään hoitomenetelmistä ja hoidon tavoitteesta. Hoitoprosessin aikana potilaan tilaa arvioidaan jatkuvasti ja hoitoprosessi etenee potilaan tilassa tapahtuvien muutosten mukaan. Hoitoprosessiin liittyy yleensä moniammatillinen yhteistyö eri tahojen kanssa. Hoidon tarpeen päättyessä hoitavassa yksikössä tehdään hoitotyön yhteenveto, josta selviää potilaalle annettu hoito ja potilaan sen hetkinen tilanne. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007: 6-9.)

Potilaan hoitoprosessiin liittyy vahvasti laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Hoitoprosessin eri vaiheissa on potilaalle annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista ja muista hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä päätettäessä potilaan hoidosta. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan omaa tahtoa tai silloin, jos selvitys aiheuttaisi vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/784, 6§.)

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidoista halutessaan ja tällöin on potilasta hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei kykene mielenterveyshäiriön, vakavan kehitysvamman tai muun syyn vuoksi päättämään hoidostaan, on hänen lähiomaistaan tai muuta edunvalvojaa kuultava ennen hoitopäätöksen tekemistä. Jos potilaan tahdosta ei saada selvyyttä, hoidetaan potilas tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/784, 6§)

“European orthopaedic and trauma patients’ perceptions of nursing care: a comparative study” (2009) tutkimuksessa selvitettiin Englannin, Suomen, Kreikan ja Ruotsin ortopedisten sekä traumapotilaiden käsityksiä saamastaan hoidosta. Parhaimmat tulokset antoivat potilaat Ruotsissa ja Suomessa. Kreikassa hoitoa saaneet potilaat antoivat huonoimmat pisteet hoidosta. Tutkimuksessa verrattiin myös eri maiden potilaiden antamia pisteitä eri osa-alueilla. Kaikissa maissa korkeimmat pisteet tulivat “responding”-osasta, joka sisälsi muun muassa sen, että hoitajat tarjosivat sellaista apua mitä potilaat tarvitsivat ja olivat paikalla silloin, kun potilas heitä tarvitsi. Potilaat eivät tutkimuksen mukaan kokeneet, että heidät nähtäisiin yksilöinä. Tästä osa-alueesta sekä Suomi, Ruotsi ja Englanti saivat matalimmat pisteet. Kreikassa matalimmat pisteet tulivat selittämisestä eli potilaat kokivat, että hoitajat eivät kertoneet mitä tekivät. Tutkimuksesta näkyvät erot voivat osin johtua kulttuurillisista eroista, mutta tulokset antavat silti jonkinlaista viitettä potilaiden käsityksistä saamastaan hoidosta ja näi-

den tuloksien avulla voidaan kehittää hoitoa sairaaloissa. (Suhonen, Berg, Idvall, Kalafati, Kattajisto, Land, Lemonidou, Schmidt, Välimäki & Leino-Kilpi 2009.)

Perioperatiivisen hoitoprosessin tärkeimpiä asioita ovat potilaan eheyden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen sekä potilaskeskeisyyden toteutuminen. Tärkeää on myös turvallisen vuoro-vaikutussuhteen luominen ja ylläpito. Hoidon jatkuvuus on tärkeä osa-alue. Siihen kuuluu tiedonkulun jatkuvuus, hoidon tulosten seuranta sekä tämän hetkinen että pitkäaikainen toipuminen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Tallqvist 2012: 51.)

Käsitteitä kirurgisen potilaan hoitoprosessi ja perioperatiivinen hoitoprosessi ei tule sekoittaa keskenään, vaikka käsitteet voivat toimia rinnakkain ja yhdyttyä (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010: 22). Perioperatiivinen hoitoprosessi alkaa silloin, kun potilaasta tehdään leikkauspäätös. Perioperatiivinen hoitoprosessi voidaan jakaa kolmeen osaan. Vaiheet ovat preoperatiivinen, joka käsittää leikkausta edeltävän ajan, intraoperatiivinen, joka käsittää leikkauksen aikaisen toiminnan ja postoperatiivinen, johon kuuluu leikkauksen jälkeinen aika. Osat jakautuvat niin ajallisten kuin toiminnallisten vaiheiden mukaan. (Lukkari ym. 2010: 20.)

2.1.1 Pre-, intra- ja postoperatiiviset hoitoprosessit

Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu kaikki leikkauspäätöksen tekemisestä alkaen aina siihen asti, kun potilas luovutetaan leikkausosastolle ja vastuu siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. Preoperatiivisessa vaiheessa potilaalle annetaan tarvittava tieto leikkaukseen valmistautumiseen. Potilaasta kerätään leikkausta varten tarvittavat tiedot ja tehdään mahdolliset tarpeelliset tutkimukset. Preoperatiivisen toiminnan yhtenä tarkoituksena on luoda mahdollisimman hyvät edellytykset jatkohoidolle. On mahdollista, että potilaan omaisia tavataan preoperatiivisessa vaiheessa suunniteltaessa potilaan operaatiota ja hoitoa. Tällä tavoin pystytään paremmin huomioimaan potilaan kokonaisvaltainen hoito. (Lukkari ym. 2010: 20.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun leikkaussalin henkilökunta ottaa potilaan ja raportin potilaasta vastaan. Intraoperatiivisessa vaiheessa potilasta hoidetaan kirurgisesti moniammatillisen työryhmän toimesta. Työryhmään kuuluu muun muassa kirurgeja, sairaanhoitajia, anestesia- ja lääkäreitä sekä tarvittaessa lääkintävahtimestareita ja laitoshuoltajia. Intraoperatiivinen vaihe päättyy silloin, kun potilas luovutetaan leikkausosastolta valvontayksikköön. (Lukkari ym. 2010: 20.)

Postoperatiivinen toiminta alkaa siitä, kun valvontayksikkö on vastaanottanut potilaan ja loppuu siihen, kun potilas ei tarvitse leikkauksen jälkeistä hoitoa. Yleensä postoperatiivisen hoidon katsotaan kestävän ensimmäiseen leikkauksen jälkeiseen päivään. Postoperatiivisessa vaiheessa tarkkaillaan potilaan tilaa anestesian ja operaation jälkeen. Mahdollisimman nope-

asti potilaan elintoimintojen normalisoinnin jälkeen pyritään potilas siirtämään valvonnasta vuodeosastolle jatkamaan leikkauksesta toipumista. (Lukkari ym. 2010: 21-22.)

2.1.2 Päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessi

Potilaan tullessa päivystyspoliklinikalle tehdään potilaasta triage-luokitus eli potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyysluokitus. Tämän tavoitteena on löytää ne potilaat, joiden vointi voi heikentyä äkillisesti. Sairaanhoidajan tulee luokitella potilaat oireiden, vammamekanismin, muiden esitietojen ja löydösten perusteella ja tarvittaessa konsultoida lääkäriä. Triage-luokituksia on useita erilaisia ja niissä määritellään päivystyskohtaisesti, mitä arvioidaan ja missä järjestyksessä. (Malmström, Kiura, Malmström, Torkki & Mäkelä 2012: 699.)

Terveydenhuoltolaissa on määrätty, että ”Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve”. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 50§)

Päivystyspoliklinikat ovat auki ympäri vuorokauden, jotta potilaan oikeus saada hoitoa toteutuu akuutissa tilanteessa. Potilaan oikeudesta terveydenhuoltoon ja hoitoon pääsemiseen määritellään laissa. Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen käsissä, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Hoidon tulee olla laadukasta ja järjestetty niin, että se ei loukkaa potilaan itseisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 3§)

Päivystyspoliklinikalla työskentely on ennustamatonta, vaihtelevaa sekä haastavaa. Sairaanhoidajalla on suuri vastuu, sillä hänen tulee hallita eri erikoisalojen osaamista ja eri potilasryhmien hoitoa. Päivystyksessä tulee osata tehdä nopeita päätöksiä vaativissa tilanteissa. Sairaanhoidajalla tulee olla riittävä ammattitaito, jotta hän voi arvioida potilaan hoidon tarvetta. (Ahonen ym. 2012: 127.) Terveydenhuollon ammattihenkilö määritellään laissa. Työtä tekevällä tulee olla ammatinharjoittamisoikeus tai ammatinharjoittamislupa sekä henkilö, jolla

on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 2§)

Päivystysleikkaus on leikkaus, jolla pyritään estämään sairastuneen tai vammautuneen potilaan tilan ja toipumismahdollisuuksien huononemista. Päivystysleikkausta tarvitsevat potilaat ryhmitellään niiden kiireellisyyden mukaan. Ryhmittelyyn on erilaisia vaihtoehtoja, mutta väri tai numerointi on yleisimpiä tapoja. Punaisella värillä tarkoitetaan, että leikkaus on suoritettava alle kahdeksan tunnin kuluessa. Oranssilla värillä kerrotaan, että leikkaus on tehtävä 8-24 tunnin kuluessa. Keltainen väri tarkoittaa, että leikkaus on tehtävä 24-48 tunnin kuluessa ja vihreä sitä, että leikkaus suoritetaan lähipäivinä. (Ahonen ym. 2012: 127-128.)

Ennen leikkaukseen siirtymistä potilaalta tulee kysyä lupa leikkaukseen, jos se vain on mahdollista. Sairaanhoitaja selvittää potilaan pituuden, painon, käytössä olevan lääkityksen, perussairaudet ja allergiat. Hän mittaa myös verenpaineen, sykkeen ja happisaturaation. Sairaanhoitaja tekee lääkärin määräämät esivalmistelut ja tutkimukset sekä huolehtii potilaan riittävästä kivunhoidosta. Leikkaussalia informoidaan tulevasta potilaasta leikkaussali-ilmoituksella. Ilmoituksessa annetaan leikkaussalin henkilökunnalle olennaiset tiedot potilaasta. Tärkeitä tietoja ovat nimi, henkilötunnus, perussairaudet, käytössä oleva lääkitys, ravinnonoton aika, verivaraukset, oletettu diagnoosi, mahdollinen alkometrilukema ja suunniteltu leikkaus. (Ahonen ym. 2012: 128.)

Päivystyspotilaan yleistila saattaa olla erittäin huono ja mahdolliset perussairaudet eivät välttämättä ole hoitotasapainossa. Näiden takia päivystyspotilaan leikkauskelpoisuus saattaa olla elektiiviseen leikkaukseen tulevaa potilasta merkittävästi huonompi. Päivystysleikkauksien kuolleisuus on nelinkertainen verrattuna elektiivisiin leikkauksiin ja komplikaatioiden riski leikkauksessa ja sen jälkeen on tavallista suurempi. (Ahonen ym. 2012: 127.)

Sairaanhoitaja on keskeinen toteuttaja potilaan kivun hoidossa. Kivun arviointiin on kehitetty monia erilaisia mittareita, jotka on tarkoitettu helpottamaan sairaanhoitajan päätöksentekoa. Kivun säännöllinen arviointi ja kunnollinen kirjaaminen ohjaavat toteuttamaan tavoitteellista kivunhoitoa. Potilas itse arvioi kuinka hyvin kivunhoito on toteutettu hänen kohdallaan. Sairaanhoitajan tulee osata yhdessä potilaan kanssa valita potilaalle sopivin auttamismenetelmä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2008)

Hoitamaton kipu aiheuttaa aina haittavaikutuksia ja hidastaa paranemista. Akuutti kipu voi huonosti hoidettuna kroonistua ja saada aikaan pysyviä muutoksia toiminnallisissa sekä rakenteellisissa kipuradoissa. Hoitamattomana akuutti kipu lamaa suolen toimintaa, aiheuttaa virtsaumpea, rasittaa verenkiertoa ja heikentää hengitystoimintaa sekä saa aikaan hormonaalisia

stressivasteita. Suomessa käytäntö on osoittanut, että kivunhoito lyhytkestoiseen kirurgiaan liittyen on epätasalaatuista ja osa potilaista kokee, että heidän kipuaan ei hoidettu parhaalla mahdollisella tavalla. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2008)

2.2 Ortopedinen traumapotilas

Ortopedisellä potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on tuki- tai liikuntaelinten sairaus tai vamma (Kiviranta & Järvinen 2012: 13). Ortopediassa ja traumatologiassa on tavoitteena ylläpitää ja palauttaa tuki- ja liikuntaelinten normaali toiminta. Tuki- ja liikuntaelimestöstä puhuttaessa tarkoitetaan luita, niveliä, jänteitä, nivelsiteitä, lihaksia ja myös joitakin erikoistuneita kudoksia, kuten välilevyjä (Kröger, Aro, Böstman, Lassus & Salo 2010: 37.) Tutkimusmenetelmien kehittyessä, saadaan koko ajan enemmän tietoa tuki- ja liikuntaelinten toiminnasta ja rakenteesta. Näin pystytään myös kehittämään uusia hoitotapoja. (Kiviranta ym. 2012: 13.)

Traumapotilaalle on syntynyt vamma yleensä äkillisesti ja tahdosta riippumatta jonkin ulkoisen tapahtuman seurauksena (Kröger ym. 2010: 17). Trauman laajuus riippuu yleensä vamman aiheuttavan voiman suunnasta, suuruudesta ja kosketusalueesta (Hammar 2011: 357). Lisäksi vamman laatuun vaikuttaa yksilölliset reaktiotavat, mutta yleensä tietynlaisen vammamekanismin voidaan osoittaa tekevän tietynlaisia vammoja. Traumatoleranssi vaikuttaa vamman laatuun. Traumatoleranssilla tarkoitetaan kudosten kykyä kestää vaurioita, johon vaikuttaa elimistön rakenteiden joustavuus. (Kröger ym. 2010: 25-26.)

Ortopediselle traumapotilaalle on siis tapahtunut ulkoinen, itsestä riippumaton tapahtumasarja, joka on aiheuttanut luunmurtuman. Ortopedisellä potilaalla on yleensä murtumien lisäksi eriasteisia pehmytkudosvammoja. (Hammar 2011: 363.) Luunmurtuman hyvän hoidon perustana on tietämys luukudoksen paranemisprosessista (Kröger ym. 2010: 211).

Luun murtumaherkkyteen vaikuttaa luukudoksen laatu, massa ja rakenne sekä kyky sitoa energiaa. Kun luu ei kestä siihen kohdistuvaa paikallista kuormitusta, syntyy murtuma. Murtumat jaetaan syntyväksi suoran tai epäsuoran voiman vaikutuksesta. Laboratorio-olosuhteissa tehdyissä kokeissa on pystytty löytämään vakioituja murtumistyyppisiä, mutta esimerkiksi suuri energiamäärä voi aiheuttaa sen, että alkuperäinen murtumalinja muuttuu eri suuntiin. Kun kyseessä on suora voima, murtuu luu siitä kohdasta mihin voima on kohdistunut. Kun luuhun vaikuttaa epäsuora voima, murtuu luu eri kohdasta kuin mihin voima kohdistuu. (Kröger ym. 2010: 213-214.)

Kun luuhun kohdistuva väkivalta on suora ja iskutyypinen, on seurauksena yleensä poikkimurtuma. Siinä pehmytkudosvamma on pieni verrattuna suureen ja murskaavaan väkivaltaan. Täl-

löin luu pirstoutuu ja siirtymät ovat suurempia. Siihen murtuuko luu kokonaan vai osittain, vaikuttaa voiman määrää. Jotkin sairaudet voivat aiheuttaa luunmurtumia niin, että väkivaltaa ei tarvita. Tämän takia tapaturmien yhteydessä on murtumien kohdalla suljettava pois patologisen eli tautiperäisen murtuman mahdollisuus. (Kröger ym. 2010: 214-215.)

Ortopedisien traumapotilaan hoito ja murtuman diagnosointi alkaa yleensä jo tapahtumapaikalla. Murtumakohdassa ilmenee yleensä kipua, selvää turvotusta ja muita ulkoisia merkkejä kuten pehmytkudosvaurioita. Tärkeää on tutkia löytyykö potilaalta samalta alueelta muita vammoja, kuten hermo-, verisuoni tai nivelvammoja. Lisäksi on tutkittava raajan pulssi, onko ihossa tuntoa ja raajan liikkeitä. Myöhemmässä vaiheessa saadaan röntgenkuvalla varmistettua diagnoosi. (Kröger ym. 2010: 217.)

Murtumaa hoidettaessa tavoitteena on vaurioituneen kehonosan toiminnan nopea palauttaminen. Murtumafragmentit eli murtumapalat on saatava hyvin asentoihin ja luutumisen on tapahduttava häiriöttä, jotta murtuma parantuisi mahdollisimman nopeasti ja hyvin. Pelkkä murtuman hoito ei riitä, vaan on huomioitava myös pehmytkudosvammat. Murtumien hoidossa on valittavana kaksi eri linjausta: konservatiivinen ja operatiivinen hoito. (Kröger ym. 2010: 227.)

Konservatiivisen hoidon ideana on pitää murtuma halutussa asennossa niin, ettei se pääse liikkumaan. Asentoa pidetään tällaisena niin kauan kunnes murtumakohta on tarpeeksi tukeva. Operatiivisessa hoidossa käytetään leikkausta apuna siinä, että murtumafragmentit saadaan kiinnitettyä yhteen. Molempiin hoitotapoihin liitetään aina toiminnallinen eli kuntouttava hoito alusta loppuun saakka. Siihen kumpi yllä olevista hoitotavoista valitaan vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, murtuman sijainti ja tyyppi sekä pehmytkudosvauriot ja luutumisoimaisuudet. (Kröger ym. 2010, 227.) Operatiivisen ja konservatiivisen hoidon eroja on tutkittu solislumurtumapotilailla. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa sitä, olivatko potilaat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja mikä oli syynä mahdolliseen tyytymättömyyteen. Pääsyyntä tyytymättömyyteen konservatiivisessa hoidossa oli hoidon aiheuttama kipu. Tutkimustulosten myötä syntyy johtopäätös, että solislumurtumien hoidossa on operatiivinen hoitolinja parempi vaihtoehto. (Mirzatolooei Fardin 2011: 34-40.)

Ortopedistä traumapotilasta hoitaessa on otettava huomioon komplikaatioiden mahdollisuus. Yleisiä komplikaatioita, mitä potilas voi saada, ovat muun muassa traumaattinen sokki, rasvaembolia, laskimotromboosi, keuhkoveritulppa ja tetanus. Koska murtuman aiheuttaa usein suuri voima, voi se aiheuttaa muillekin kudoksille vammoja. Yleisimpiä ovat hermo- ja verisuonivammat. Hoitotapaa valitessa on mietittävä tarkkaan, mikä toimisi murtumaan parhaiten, sillä eri tapoihin hoitaa liittyy omia komplikaatioriskejään. (Kröger ym. 2010: 226-227.)

2.3 Ortopedisen päivystyspotilaan hoito

Ortopedisen päivystyspotilaan hoitopolku alkaa siitä, kun potilaalle tulee akuuttia hoitoa vaativa tuki- tai liikuntaelimen vamma. Tällöin potilaan tulee hakeutua välittömästi päivystykselliseen hoitoon omaan terveyskeskukseen tai yksityiselle sektorille. Hoitopaikassa tehdään potilaasta anamneesi, alustavat kliiniset tutkimukset, kuvantaminen ja laboratoriotutkimukset. Anamneesista tulee ilmi mitä potilaalle on tapahtunut, millä energialla vamma tai vammat ovat syntyneet, potilaan perussairaudet, lääkitys, allergiat, mikä potilaan vointi ja vitaalielin-toiminnot ovat olleet aikaisemmin sekä mitä hoitotoimenpiteitä potilaalle on jo tehty. (Hakala 2004, 21.) Näiden tutkimusten perusteella arvioidaan tarvitseeko potilas lähettää erikoissairaanhoidon vai järjestyykö potilaan hoito terveyskeskuksessa tai yksityisellä sektorilla. (Lukkari ym. 2010: 24)

Erikoissairaanhoidon tarvitaan aina lähete. Lähetteen tekijä voi olla terveyskeskus, yksityinen sektori tai kiireellisessä tilanteessa lähete voi tulla ambulanssista päivystyspoliklinikalle. Päivystyksessä tehdään lisää tutkimuksia, kuvantamista ja otetaan uusia laboratorionäytteitä. Anamneesia tarkennetaan sitä mukaan, kun uusia tietoja saadaan selville. Näiden tulosten perusteella päädytään joko konservatiiviseen tai operatiiviseen hoitolinjaan. (Lukkari ym. 2010: 24.) Päivystyspoliklinikalla tilanne voi muuttua nopeasti. Siksi potilaan tilan arviointia tulee tehdä toistuvasti kliinisen arvioinnin, laboratoriotutkimusten ja kuvantamisen avulla. (Hakala 2004: 21.)

Ortopedisen päivystyspotilaan murtumat voidaan hoitaa joko konservatiivisesti tai operatiivisesti. Yleisenä sääntönä on, että lieväasteiset murtumat hoidetaan konservatiivista linjaa käyttäen. Hoidon valintaan ja paranemisedellytyksiin vaikuttaa murtuman sijainti, tyyppi, murtuma-alueen verisuonitus ja luuhun liittyvät ominaisuudet. Potilaalle tulee tällöin selvittää mikä on murtuman suunniteltu hoito, arvioitu sairaalahoidon kesto, immobilisaation ja hoitoajan pituus sekä hoidon ennustettavissa oleva lopputulos. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010: 700.)

2.3.1 Konservatiivinen hoito

Useimmat murtumat hoidetaan konservatiivisesti, vaikka leikkaushoidot ovatkin kehittyneet paljon. Konservatiivisella hoidolla pyritään murtumien parantumiseen ja potilaan kivuttomuuteen. Keinona käytetään muun muassa vuodelepoa, vetoa, kipsausta ja erilaisia tukilastoja. Esimerkiksi lievien rinta- ja lannerankamurtumien hoidossa käytetään tilapäisesti kipuvaiheen ajan kestävä vuodelepoa, mutta näidenkin potilaiden kohdalla pyritään mahdollisimman nopeaan mobilisaatioon. (Holmia ym. 2010: 700.)

Vetohoitoa käytetään lähinnä aikuisilla ja silloinkin vain kivunhoitona preoperatiivisesti, kun leikkaukseen pääsyä joudutaan odottamaan. Vetohoidolla pyritään siihen, että estetään lihasvoimia liikkuttamasta murtumafragmentteja. Vedossa olevan potilaan hoidossa on tärkeää sairaanhoitajan huomioida, että potilas osallistuu omaan hoitoonsa, vetolinja säilyy murtumalinjan liikkumisen välttämiseksi, painehaavojen ennaltaehkäisy ja hoito, mahdollinen virtsanerityksen väheneminen ja syvien laskimotrombien ehkäisy. Potilaiden ollessa pitkään vetohoidossa riski pneumoniaan ja paralyyttiseen ileukseen kasvavat. Konservatiivinen hoito on yleensä kivuliasta, jonka takia hyvällä kivunhoidolla on suuri merkitys. (Holmia ym. 2010: 700-701.)

Kipsihoidon tarkoituksena on saada aikaan murtuma-alueen immobilisaatio. Periaatteena on, että murtumakohdan molemmanpuoleiset nivelet saadaan liikkumattomiksi. Ennen kipsausta murtuma reponoidaan. Reponointia varten potilas kipulääkittää ja tarvittaessa murtumakohta puudutetaan. Jos potilas on erittäin kivulias, repositio tehdään johto- tai spinaalipuudutuksessa, joissain tapauksissa yleisanestesiassa. Sairaanhoitajan tulee ohjata kipsattua potilasta kipsin kanssa kotona selviytymiseen ja mitä kipsin hoidossa tulee huomioida. Lääkäri määrää ajan kuinka kauan kipsiä pidetään sekä määrittelee raajan painovaraukset, joita tulisi noudattaa. (Holmia ym. 2010: 701-703)

2.3.2 Operatiivinen hoitoprosessi

Ennen leikkausta tulee huomioida ja arvioida potilaan fyysinen toimintakyky, leikkausriskiä lisäävät tekijät, leikkaukseen kelpoisuutta heikentävien sairauksien mahdollisimman hyvä hoito ja asianmukainen potilaan informointi. Preoperatiivisiin seulontatutkimuksiin kuuluvien EKG:n, thoraxröntgenin, elektrolyyttien, kreatiinin ja hemoglobiinin määrittelyillä ei ole pienen riskin leikkaukseen menevillä hyötyä, jos potilas on perusterve. Ainoa poikkeus ovat naiset, joiden hemoglobiini kontrolloidaan lähes aina ennen leikkausta. (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito-suositus. 2008.)

Ennen leikkaukseen menoa potilasta tarkkaillaan jatkuvasti mahdollisten voimien muutosten varalta. Tarkkailuun kuuluu leikkauksen alueen kunnan, infektioiden, orientaation, yhteistyökyvyn, kivun ja oireiden tarkkailu. Tärkeää on anamneesin mahdollisimman kattava täydennys aiemmista tehdyistä anestesia- ja toimenpiteistä, lääkkeitä, yliherkkyyksistä ja aikaisemmin nautituista ruoista, juomista ja päihteistä. Potilaasta otetaan verenpaine, syke, EKG, pituus, paino ja tarvittaessa potilas puhallutetaan promillejen selvittämiseksi. Potilaasta otetaan myös veriryhmä ja sopivuuskoe mahdollista verensiirtoa varten. (Erämies & Kuurne 2012.)

Kuvantamistutkimuksista tarvitaan vamma-alueen röntgenkuvat ja mahdollisesti ultraäänitutkimusten tulokset (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito-suositus 2008). Samalla kun tutkimuksia tarvittaessa toistetaan, ilmoitetaan leikkaussaliin tulevasta päivystysleikkauksesta ja

tehdään leikkausilmoitus potilastietojärjestelmään. Päivystysleikkausta potilas odottaa voimista riippuen päivystyspoliklinikalla, teho-osastolla tai vuodeosastolla. (Lukkari ym. 2010: 24.) Ennen leikkaussaliin menoa anestesia lääkäri määrittelee potilaan anestesia luokituksen, jonka perusteella pystytään määrittelemään potilaan anestesia muoto. Suurin osa ortopedisistä leikkauksista voidaan tehdä puudutuksella. Anestesia muotoa valittaessa on huomioitava leikkauksen kesto ja murtuman laatu. (Holmia ym. 2010: 67-68.)

Potilas otetaan leikkausosastolle vastaan tilassa, joka soveltuu rauhalliseen ja yksilölliseen kohtaamiseen. Potilaan saapumista leikkausosastolle tulisi ajoittaa siten, että kaikki kolme perioperatiivista sairaanhoitajaa olisivat vastaanottamassa potilasta. Vastaanottohetki on tärkeä potilaan sekä perioperatiivisten sairaanhoitajien kannalta. Perioperatiivisilta hoitajilta odotetaan huomaavaisuutta ja joustavuutta. Anestesia sairaanhoitaja arvioi vuorovaikutuksen ja potilasohjauksen toimivuutta. Potilaan tulisi tuntea, että hoito etenee suunnitellusti ja potilaalla on luottavainen olo. (Lukkari ym. 2010: 235-236.)

Anestesia sairaanhoitaja on valmistellut anestesia välineet valmiiksi ennen potilaan siirtymistä leikkausosalolle. Valvovasa sairaanhoitaja avustaa potilasta siirtymisessä leikkausosalolle ja anestesia sairaanhoitajaa valvontalaitteiden kiinnityksessä. Potilaan ollessa leikkausvalmis käydään anestesia lääkärin johdolla läpi tarkistuslista. Listassa varmistetaan onko oikea potilas, oikea leikkauskohta sekä -puoli ja leikkauksen kesto. (Munro 2009.)

Anestesia lääkärin johdolla aloitetaan potilaan anestesia. Kun anestesia lääkäri on aloittanut anestesian, toteuttaa anestesia hoitaja potilaan lääkkeitä lääkärin ohjeistuksella. Valvovasa sairaanhoitaja toimii tällöin avustamassa instrumenttipuolelle ja tarvittaessa avustaa myös anestesia hoitajaa. Instrumenttihoitaja avustaa kirurgia leikkauksessa ja informoi anestesia hoitajaa leikkauksen etenemisestä. (Munro 2009.)

Potilaan leikkauksen jälkeinen hoito jatkuu valvonta- tai teho-osastolla. Tästä alkaa potilaan perioperatiivisen hoidon kolmas vaihe eli postoperatiivinen vaihe. Vaihe alkaa, kun potilas otetaan valvontayksikössä vastaan. Potilaan tärkeitä elintoimintoja tarkkaillaan niin kauan, kunnes ne ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle. Yleensä potilaan tarkkailuun ja hoitoon valvontayksikössä kuluu 1-3- tuntia. Valvontayksiköstä potilas siirretään voinnin mukaan vuodeosastolle, teho-osastolle tai muuhun jatkohoitopaikkaan. (Lukkari ym. 2010: 361-362.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa päivystyksen ja vuodeosaston välillä. Tavoitteena on selvittää tutki-

tun tiedon avulla sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen traumapotilaan hoidon aikana siihen asti, kunnes potilas on siirtynyt jatkohoitoon vuodeosastolle.

Tutkimuskysymys työlle on:

- Miten tutkittu tieto kuvaa sairaanhoitajan tehtäviä ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

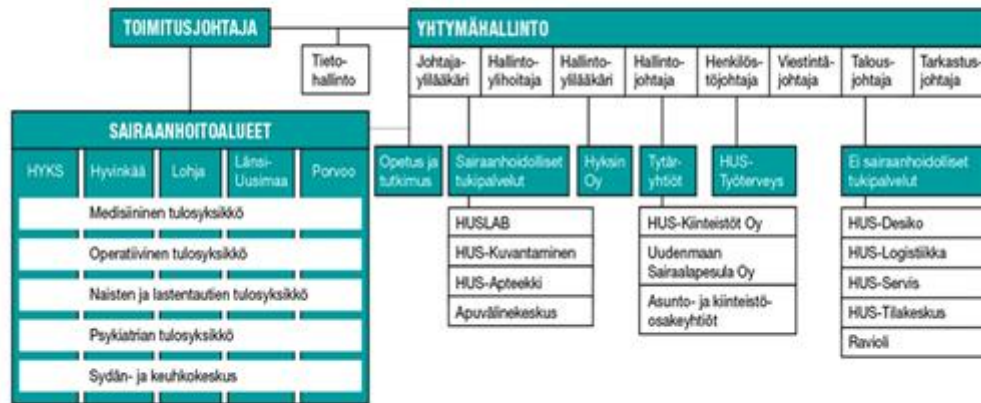
Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jossa tuodaan esiin sairaanhoitajan tehtävät ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa alkaen potilaan saapumisesta päivystykseen ja loppuen potilaan siirtyessä vuodeosastolle. Sairanhoitajan tehtävät kuvataan kattavasti, jotta sairaanhoitajan rooli selkeytyisi ja hoitohenkilökunnalla olisi yhtenäinen tieto siitä, mitä sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu.

4.1 Projektityöympäristön kuvaus

Peijaksen sairaala on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) yksi toimipiste, joka sijaitsee Vantaalla. HUS on kuntayhtymä, johon kuuluu 24 kuntaa, jotka ovat jakautuneet eri sairaanhoitoalueisiin. HUS tarjoaa oman alueensa kunnille erikoissairaanhoitoa. Yhtenä osana HUS:a on HYKS, jonka tehtävänä on tarjota erikoissairaanhoidon palvelut omalle alueelleen. HYKS:iin on keskitetty koko maan harvinaisten sairauksien hoito tai muuten vaativaa hoitoa tarvitsevien erikoissairaanhoito. (HUS 2014.)

HUS:n tavoitteena vuosille 2012 - 2016 on olla kansainvälisesti korkeatasoinen sairaalaorganisaatio, joka luo uutta tietoa. HUS:n arvot ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus. Nämä arvot ohjaavat kaikkea toimintaa HUS:n sisällä. Tavoitteena onkin antaa laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa sekä tarjota haluttuja työpaikkoja. (Meskanen 2014.)

HUS:N TOIMINNALLINEN ORGANISAATIO 2013



Kaavio 1. HUS:n toiminnallinen organisaatio 2013 (Eckardt 2013.)

4.1.1 Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikka

Vantaan ja Keravan erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisesta päivystyksestä huolehtii Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikka. Päivystyspoliklinikalla on 31 monitoreilla varustettua tarkkailupaikkaa. 19 tarkkailupaikoista on sisätautitarkkailupaikkoja ja 12 kirurgisten potilaiden tarkkailupaikkoja. Potilaita vuonna 2013 päivystyspoliklinikalla hoidettiin 19910, joista sisätautipotilaita oli 10377 ja kirurgisia potilaita 9157. (Meskanen 2014.)

Päivystyspoliklinikalla hoidettujen sisätautipotilaiden yleisimpiä diagnooseja olivat vuonna 2013 eteisvärinä tai eteislepatus, ruusu ja bakteerin aiheuttama keuhkokuume. Kirurgisten potilaiden yleisimpiä diagnooseja olivat muun muassa määrittämätön tai muu vatsakipu, muu toimenpiteen jälkeinen infektio ja määrittämätön verivirtsaisuus. Keskimääräinen aika, jonka potilaat olivat osastolla, oli samana vuonna viisi tuntia ja 31 minuuttia. Sisätautipotilaat viipyvät osastolla keskimäärin kuusi tuntia ja 28 minuuttia ja kirurgiset potilaat neljä tuntia ja 36 minuuttia. (Meskanen 2014.)

Päivystyspoliklinikan toiminnasta vastaavat osastonylilääkäri ja osastonhoitaja. Sisätautien ja kirurgian päivystyspoliklinikalla on omat osastonlääkäriinsä ja lisäksi saatavilla on ympäri vuorokauden psykiatrian konsultaatiopalvelut ja virka-aikana keuhkolääkärin ja neurologin konsultaatiopalveluita. Päivystyspoliklinikan henkilökunta koostuu osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta, opetushoitajasta, 43 sairaanhoitajasta, viidestä sairaanhoitajan sissivakanssis-

ta, kahdesta perushoitajasta ja yhdestä lääkintävahtimestarista. Töissä olevien hoitajien määrä vaihtelee työvuorokohtaisesti. Osastolla työskentelee kahdeksan osastonsihteerii ja lisäksi on myös olemassa yksi osastonsihteerin sissivakanssi, joka palvelee koko päivystysaluetta. (Meskanen 2014.)

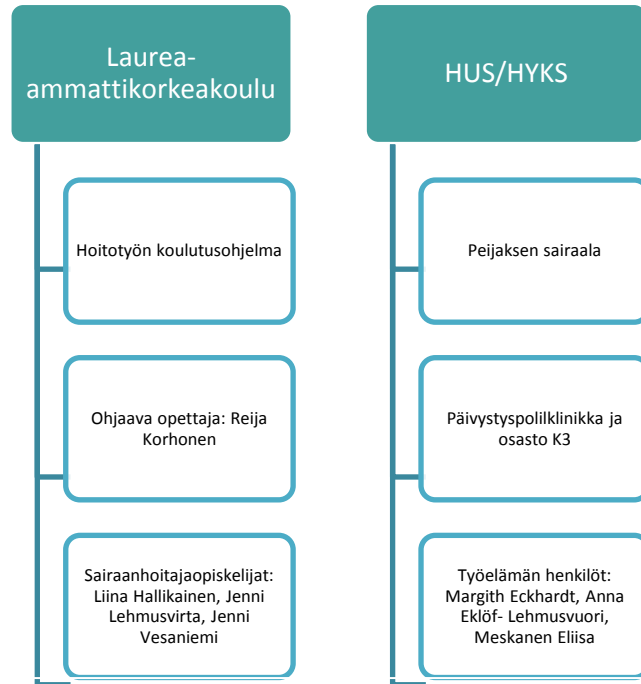
4.1.2 Peijaksen sairaalan osasto K3

Peijaksen sairaalan osasto K3 on ortopedinen vuodeosasto, jossa hoidetaan HYKS-alueen reuma- ja jalkateräkirurgisia potilaita. Osastolla hoidetaan myös muita ortopedisiä sekä traumatologisia päivystyspotilaita ja ortopedisiä infektiopotilaita. (Eklöf-Lehmusvuori 2014.)

Potilasmäärät ja potilasaineisto vaihtelevat osastolla. Päivittäiset potilasvaihtelut ovat osastolla yleisiä ja hoitoajat lyhyitä. Nopea vaihtuvuus ja ennakoimattomat tilanteet ovat osastolla tyypillisiä ja lisäävät työn kuormittavuutta. Osasto K3:n keskimääräinen hoitoaika oli 3,05 vuorokautta. (Eklöf- Lehmusvuori 2014.)

Osasto K3:n henkilökunta koostuu yhdestä osastonhoitajasta, kahdesta apulaisosastonhoitajasta, 24,5 sairaanhoitajasta, viidestä perushoitajasta ja kahdesta osastosihteeristä. K3:n vakansseihin lasketaan myös sissitoiminnassa olevat kaksi sairaanhoitajaa, yksi perushoitaja ja yksi osastonsihteerii. Osastolla toimii ylilääkärin lisäksi kuusi osastonlääkärää. Kolmen vastuualueella on reuma- ja jalkateräkirurgia ja kolme osastonlääkärää vastaa pääsääntöisesti LYHKI toiminnasta. Ortopediien lisäksi osastolla toimii kahdesta kolmeen sairaalalääkärää eripituisissa jaksoissa. (Eklöf-Lehmusvuori 2014.)

4.2 Opinnäytetyö organisaatiokaavion avulla



Kaavio 2. Opinnäytetyö organisaatiokaavion avulla

4.3 Toteutunut yhteistyö ja aikataulu

Opinnäytetyö aloitettiin keväällä 2013, jolloin päätettiin opinnäytetyön aihe. Kesä oli varattu tiedonhakuun ja kirjallisuuskatsauksen teoriaosuuden tekoon. Syksyllä alkoi varsinainen työskentely, sillä kesällä työ ei juuri ollut edistynyt. Syyskuussa 2013 oltiin yhteydessä sähköpostitse Peijaksen sairaalan kliiniseen opettajaan Margith Eckhardtiin. Häneltä saatiin HUS:n organisaatiokaavio vuodelta 2013. Syksyllä saatiin teoriaosuus lähes valmiiksi ja tammikuulle 2014 jäi vain pientä viimeistelyä.

Keväällä 2014 olimme yhteydessä K3:n osastonhoitajaan Anna Eklöf-Lehmusvuoreen sähköpostitse ja saimme tietoa osasto K3:n toiminnasta. Yhteydessä oltiin myös päivystyspoliiklinikan osastonhoitajaan Eliisa Meskaseen, jolta saimme sähköpostitse tietoa päivystyspoliiklinikasta. Kevään aikana näimme ohjaavan opettajamme Reija Korhosen kanssa kolme kertaa. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin helmikuun puolessa välissä.

Kirjallisuuskatsaukseen tehtiin haut tammi-helmikuun vaihteessa. Kirjallisuuskatsauksen työstämiseen yhdessä tuli taukoa helmikuun lopusta maaliskuun loppuun aikataulutuserongelmien takia, mutta tuona aikana ryhmäläiset työstivät opinnäytetyötä itsenäisesti. Kirjallisuuskatsaus saatiin valmiiksi huhtikuun aikana. Projektin arviointiosio toteutettiin toukokuun alussa,

jonka jälkeen tehtiin tiivistelmä työstä ja viimeisteltiin johdanto, ulkoasu sekä oikeinkirjoitus.

4.4 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on laaja tutkimus valitusta aihealueesta käyttäen jo olemassa olevaa tietoa. Kirjallisuuskatsauksen tehtävä on vastata tutkijan määrittelemään tutkimuskysymykseen tai -ongelmaan. Tehdessä kirjallisuuskatsausta on huomioitava, että tutkimuksen tarkoitus vaikuttaa valittuun aineistoon. Löydetty tutkittu tieto antaa kokonaiskuvan aihealueesta tehtyihin tutkimuksiin ja tutkimustuloksiin. Tyylejä tehdä kirjallisuuskatsausta on useita, riippuen siitä millä tapaa tutkittu tieto on koottu. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007: 2-3)

Kirjallisuuskatsauksen etuna on, että se kokoaa olemassa olevat tutkimukset yhteen, joka helpottaa tiedon hahmottamista ja käyttöä (Aveyard 2010: 6). Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen tutkimusten ja niiden pohdinnan myötä tulisi löytyä ehdotuksia lisätutkimuksille. Tämän takia on tärkeää, että kirjallisuuskatsaus on tarkasti keskittynyt vastaamaan tutkimuskysymykseen. (Rowley & Slack 2004: 32.)

Kirjallisuuskatsauksen tyyliksi valittiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä. Koska selviä sääntöjä ei ole, voivat aineistot olla erittäin laajoja. Tutkimuskysymys pystytään kuvaamaan laajasti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkimuskysymykseen liittyviä ominaisuuksia. Tällä tavalla pystytään tiivistämällä tutkimuksia luomaan laaja kuva aiheesta. (Salminen 2011: 7.)

Etsiessä kirjallisuuskatsaukseen lähteitä, tulee huomioida lähteiden luotettavuus (Rowley ym. 2004: 32-33). Tähän tutkimukseen haettiin lähteitä sekä internetin kautta että kirjastoista. Seuraavassa esitellään lyhyesti hauissa käytetyt tietokannat.

Medic sisältää viitteitä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista. Vuodesta 1978 tuotetussa terveystieteellisessä tietokannassa on yli 100 000 viitettä ja vuosittain tietokantaan syötetään noin 4000 viitettä lisää. (Medic 2014.)

EBSCO tarjoaa internetissä laajan valikoiman kokonaisia tekstejä ja tietokantoja johtavilta tiedontuottajilta. Kattavat tietokannat vaihtelevat yleisistä viittauskokoelmista tiettyä alaa koskeviin tietokantoihin. (EBSCOhost 2014.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin EBSCO-CINAHLia tutkimusten hakuun.

PubMed on lääke- ja terveystieteiden sekä lähialojen tärkein kansainvälinen kirjallisuusviitetietokanta, josta löytyy yli 22 miljoonaa artikkeliviitettä. Kokonaisia tekstejä pääsee lukemaan vaihtelevasti, riippuen kirjaston ja lehtien sopimuksista. (PubMed 2014.)

4.4.1 Hakujen toteutus

Tutkimushakuja tehdessä huomattiin, että tutkimuksia, jotka liittyisivät suoraan ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessiin, löytyi vähän. Tutkimuksia lähdettiin hakemaan laajemmin keskittyen tutkimuksiin, jotka käsittelivät sairaanhoitajan tehtäviä perioperatiivisen hoitoprosessin eri vaiheissa.

Sisäänottokriteereitä valittaville lähteille olivat: aikuiset yli 18-vuotiaat, ortopedinen, traumapotilas, päivystyspotilas, tieteellisesti toteutettu tutkimus ja hoitotyön näkökulma. Poissulkukriteereitä lähteille ovat: lapset ja nuoret, mielenterveyspotilas sekä pro gradu- ja opinäytetyöt. Lähteiksi hyväksyttiin tutkimukset, jotka ovat suomen- tai englanninkielisiä. Lähteiden julkaisuvuodet rajattiin vuosiin 2008-2014. Tietokannoissa tehtyjen hakujen tulokset arvioitiin ensin otsikkotasolla, joista jatkoon valituista luettiin tiivistelmä. Tiivistelmän vastassa sisäänottokriteereitä arvioitiin tutkimus koko sisällön perusteella ja tehtiin lopullinen arvio tutkimuksen soveltuvuudesta kirjallisuuskatsaukseen.

| Hakukone | Rajaus | Hakusana, hakusanat | Löydettyt | Jatkoon otsikon perusteella | Jatkoon tiivistelmän perusteella | Koko sisällön perusteella otetut |
|----------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| PubMed | 2009-2014, englanniksi, hakusanat otsikossa tai johdannossa | Nursing AND emergency AND trauma | 60 | 1 | 1 | 0 |
| | 2009-2014 englanniksi, hakusanat otsikossa | Track and trigger emergency | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----|---|---|---|
| | 2009-2014 Englanniksi | Nursing AND orthopaedic trauma | 178 | 1 | 1 | 0 |
| | 2009-2014, free full text avail- able, hu- mans | "orthopaedic trauma" | 27 | 0 | 0 | 0 |
| | 2009-2014, free full text avail- able, hu- mans | intraoperative nursing | 762 | 3 | 0 | 0 |
| | 2008-2014, full text, humans, | recovery room nursing | 235 | 1 | 1 | 1 |
| EBSCO- CINAHL | 2009-2014 full text | orthopedic nursing | 368 | 1 | 1 | 1 |
| | 2009-2014 Full text | intraoperative nursing | 114 | 5 | 2 | 1 |
| | 2009-2014 Full text | Perioperative nurses | 447 | 4 | 1 | 1 |
| | 2009-2014 Full text English | post anesthesia nursing | 75 | 3 | 2 | 1 |
| Medic | 2009-2013 | hoitopro* | 36 | 1 | 0 | 0 |
| | 2009-2013 | orto* traum* | 55 | 1 | 0 | 0 |
| | 2008-2013 | päivystys | 88 | 2 | 2 | 1 |
| | 2009-2013 | hoidon tarpeen arviointi & hoitopol* | 73 | 1 | 0 | 0 |
| | 2009-2013 | hoitotyö kehittä* | 55 | 1 | 0 | 0 |
| | 2009-2014 | intraoperatiivinen AND hoitotyö | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Valitut tutkimukset yhteensä: 8 | | | | | | |

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen tehdyt haut.

4.4.2 Hakujen tulokset

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhdeksän tutkimusta: kahdeksan löytyi internethakujen perusteella ja yksi tutkimus löydettiin manuaalisesti haulla. Jokainen ryhmän jäsen syventyi tutkimuksiin ja teki omat muistiinpanonsa siitä, kuinka tutkimukset vastaavat tutkimuskysymyseen. Jokaisen ryhmäläisen muistiinpanot käytiin ryhmän keskuudessa läpi ja lähdettiin kaasaamaan kirjallisuuskatsauksen tuloksia ryhmän kesken. Valitut tutkimukset koottiin tutkijantaulukkoon.

| Tutkimus/tekijät/vuosi /paikka | Tutkimuksen tarkoitus | Kohderyhmä/tutkimusasetelma | Tiedonkeruu/käytetyt mittarit | Keskeiset tulokset |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medication Errors, Routines and Differences Between Perioperative and Non-perioperative Nurses. Treiber, A. & Jones, J. 2012. USA | Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia sairaanhoitajien tekemiä lääkevirheitä eri hoitoympäristöissä. | Rekisteröityneet sairaanhoitajat, jotka ovat tehneet lääkevirheen. | Kyselytutkimus, jossa on suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus | 202 palautettua kyselylomaketta. N. 78% sisälsi lääkevirhe tapahtuman. Tutkimuksessa kävi ilmi, että operatiiviset ja nonoperatiiviset hoitajat olivat huolissaan suurimmaksi osaksi samoista asioista. Huolestuttavia asioita olivat epäselvä käsiala lääkemääräyksessä, epäselvät suulliset määräykset, samankuuloiset lääkenimet tai samannäköiset lääkkeet ja epäonnistuminen lääkehoidon toteutuksen ”viiden oikean” varmistamisessa. Tutkimuksessa tuli ilmi monia eri asioita, jotka vaikuttavat lääkevirheiden tapahtumiseen. |
| Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery | Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata kuinka anestesiologit siirtävät informaation ja | 17 anestesiologia ja 15 sairaanhoitajaa. | Tarkkailtiin ja haastateltiin heräämössä työskentelevää henkilökuntaa. Tulokset analysoi- | Tutkimuksen aikana tarkasteltiin 45 raporttia. Raportin antamisen aikana sairaanhoitaja suoritti myös muita toimia, kuten monitorointi |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>room Smith, A., Pope, C., Goodwin, D. & Mort, M. 2008. Englanti</p> | <p>ammattillisen vastuun sairaanhoitajille leikkausalin heräämössä.</p> | | <p>tiin kvalitatiivista metodologia käyttäen.</p> | <p>laitteiden kiinnitystä ja lääkähoidon toteutusta. Samaan aikaan muiden töiden tekeminen hankaloittaa turvallisen raportin antoa. Raportin pituus vaihteli potilaan tilanteen mukaan. Usein sairaanhoitaja kysyi vielä lisäkysymyksiä raportin jälkeen. Myös kirjallinen anestesiakertomus jätettiin usein heräämöhenkilökunnalle raportin yhteydessä. Informointi potilaan siirtymisestä oli välillä väärin ajoitettu ja leikkussali saattoi antaa informaation potilaasta, vaikka leikkaus oli vielä kesken. Heräämöhoitaja tuli turhaan hakemaan potilasta, koska potilas ei ollut vielä valmis. Heräämöhoitaja saattoi myös joutua palaamaan takaisin leikkussaliin kysymään anestesialääkäriltä lisämääräyksiä nesteytykseen tai lääkkeisiin, kun anestesialääkäri oli jo aloittanut toisen potilaan leikkauksen. Ennen poistumistaan anestesialääkäri kysyi, oli oliko kaikki hyvin, jotta hän voisi poistua tilanteesta. Jos sairaanhoitaja antoi luvan, anestesialääkäri pystyi poistumaan.</p> |
| <p>Difficulties in intraoperative care. Larsson</p> | <p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata intra-</p> | <p>12 sairaanhoitajaa, joilla on vähintään</p> | <p>Tutkimus toteutettiin kolmessa</p> | <p>Ennalta arvaamattomat tilanteet koettiin haastaviksi tilanteiksi</p> |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mauleon A., Ekman S. 2012. Ruotsi</p> | <p>operatiivisessa vaiheessa tapahtuvia hankalia hoitotilanteita, joihin sairaanhoitajat joutuvat sekä kuinka sairaanhoitajat selvittivät tilanteet.</p> | <p>kolmen vuoden kokemus intaoperatiivisessa vaiheessa työskentelystä. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat olivat naisia 35-55-vuotiaita, joiden työskentelyaika leikkauksissa vaihteli 9-30-vuoteen.</p> | <p>akuuttia sairaanhoitoa tarjoavassa sairaalassa ruotsissa. Kaikkia vastaajia haastateltiin ja haastattelut nauhoitettiin.</p> | <p>hoitotyössä. Tilanteet asettavat paineita ja vaatimuksia hoitajille. Ne vaikuttavat hoitajien mahdollisuuksiin toimia eri tilanteissa. Ennakoimattomassa tilanteessa haasteita ovat vieraiden laitteiden käyttö, potilaan tilan muutokset ja niihin reagointi. Sairaanhoitajan tehtävä on huolehtia potilaan hyvinvoinnista. Välillä tämä saattaa johtaa työyhteisön jäsenen toimintaan puuttumiseen sairaanhoitajan toimesta. Aikaisemmat kokemukset ennalta arvaamattomista tilanteista vaikuttavat sairaanhoitajan käytökseen.</p> |
| <p>Päivystysprosessin tarkastelu tuo apu päivystyspoliklinikan ruuhkiin. Mattila, J., Granfelt, T., Harjola, V., Holmlund, L., Koskinen, A., Mustonen, E., Paloheimo, M. & Pohjola-Sintonen, S. 2008. Suomi</p> | <p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia kuinka Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikan toimintaa voisi kehittää hoitoprosessia muokkamalla ja vähentää päivystyksen ruuhkautumista.</p> | <p>Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikka</p> | <p>Tapaustutkimus. Tutkimuksessa hoitoa tarkasteltiin vaiheina 2005-2007 välisenä aikana. Tarkastelun pohjalta luotiin kokonaiskuva hoitoprosessista. Tietolähteenä käytettiin päivystyksen hoitotietojärjestelmää, tietoja täydennettiin haastatelluilla, havainnoinnilla ja muiden tietojärjestelmien tiedoilla.</p> | <p>Tutkimuksessa päivystyksen vastaanoton ruuhkautumisen syiksi saatiin selville henkilöstöresurssien allokointi, samaan aikaan saapuvat potilaat ja ei saapumisjärjestelyihin liittyvien töiden kasaantuminen kiirei-kaan. Tukipalveluiden kuten kuvantamisen viiveet ja hoitohenkilökunnan epätarkoituksenmukaiset työajat potilasmääriin nähden aiheuttivat ruuhkaa. Poistumisjärjestelyihin ongelmia tuottivat kommunikointi eri ryhmien välillä ja jatkohoitopaikojen huono saata- vuus.</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. Kelvered, M., Öhlen, J., Åkesdotter Gustafsson, B. 2011. Ruotsi.</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata leikkauslihoitajan kokemuksia intraoperatiivisten hoitotyön toimintojen menettelyjä potilaaseen liittyen.</p> | <p>Leikkauslihoitajat, jotka ovat olleet töissä vähintään yhden vuoden leikkauslihoitajana.</p> | <p>Tiedonkeruuna käytettiin kuutta pari haastattelua ja neljää yksilöhaastattelua. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa ja suljetussa ympäristössä. Lisäky-symyksiä tehtiin tarvittaessa.</p> | <p>Tutkimuksessa tuli tulokseksi 15 kattavaa hoitotyön menettelyä ja kolme motivoivaa hoitotyön toimintoa intraoperatiivisessa vaiheessa.</p> |
| <p>European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: a comparative study. Suhonen, R., Berg, A., Advall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Schmidt, L., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. 2009. Englanti, Suomi, Kreikka, Ruotsi.</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Englannin, Suomen, Kreikan ja Ruotsin ortopedisten traumapotilaiden mieltä hoidonlaadusta sairaalahoidon aikana.</p> | <p>Tutkimuksen kohderyhmä on ortopediset ja traumapotilaat Suomessa, Ruotsissa, Kreikassa ja Englannissa.</p> | <p>Tiedonkeruu tapahtui kyselylomakkeella, joka oli tarkoitettu täyttää sairaalassa ennen kotiutusta. Vastaneita oli Suomesta (n=428, eli 85%) Kreikasta (n= 315 eli 86%) Ruotsista (n= 218 eli 73%) ja Englannista (n= 135 eli 85%)</p> | <p>Tutkimuksessa Ruotsissa oli kaikista vanhimmat osallistujat ja Kreikassa nuorimmat. Sairaalassa oloaika oli Suomessa huomattavasti alhaisempi kuin muissa maissa. Kreikkalaisten otanta erosi muista poikkeavan tiedonkeruun takia. Tutkittuja osa-alueita hoidosta olivat potilaan kohtaaminen yksilönä, selittäminen, reagointi potilaan tarpeisiin ja läsnäolo.</p> |
| <p>Läheisten hoitoon osallistuminen - kirjallisuuskatsaus. Nikki L, Paavilainen E. 2010. Suomi.</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata läheisten hoitoon osallistumista sekä läheisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä päivystyspoliklinikalla</p> | <p>Päivystyspoliklinikan omaiset ja hoitohenkilökunta</p> | <p>Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimukset oli haettu vuosilta 2000-2008. Tietokannat, joita käytettiin hakuihin olivat Medline, British nursing Index, Cinahl, Medic, Ovid Nursing Database ja Linda.</p> | <p>Tulokseksi saatiin, että läheisten hoitoon osallistuminen oli perheen yhdessäoloa, tiedon saamista hoitohenkilökunnalta ja potilaan auttamista. Läheiset haluavat olla potilaan lähellä ja mahdollisuuksien mukaan edistää potilaan hyvää vointia. Perheen yhdessäolo vahvisti perheen keskeisiä siteitä ja voimavaroja sekä auttoi kestämaan</p> |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Saaduista tutkimuksista suoritettiin sisällön analyysi. | tunnepitaisia vastoin käymisiä. |
| Track and trigger in a emergency department: an observational evaluation study. Wilson, S., Wong, D., Clifton, D., Fleming, S., Way, R., Pullinger, R., Tarassenko. L. 2012. Englanti. | Tutkimuksen tarkoitus on arvioida paperille kirjattujen T&T- pisteiden käyttöä englantilaisessa päivystyksessä. | Englantilaisen keskikokoisen opetussairaalan päivystyksessä toimivat sairaanhoitajat ja potilaille tehdyt T&T-pistetaulukot. | Aineisto kerättiin 472 potilaan potilastiedoista. Potilastiedot sisälsivät 2965 vitaalien mittausta, joista kerättiin tiedot tutkimusta varten. | Tutkimuksessa tarkastelluista potilaista 85,8 prosentilla oli ainakin yksi CEM-standardeja noudattava vitaalien mittausta otettu. 60,6 prosentilla oli ainakin yhden T&T-pisteet kirjattu. T&T- pisteitä toteutettiin huonosti ja laskuvirheet pisteiden laskussa olivat yleisiä, etenkin yö aikaan. |
| Nursing workload in the post-anesthesia care unit. Lima, L., Rabelo, E. 2013. Brasilia. | Tutkimuksen tarkoitus on arvioida heräämössä työskentelevien sairaanhoitajien työn kuormitusta. | Tutkimuspaikkana toimi Brasilialaisen sairaalan heräämö. Tutkimuksessa tarkasteltiin yli 18-vuotiaita aikuisia, joille on tehty elekttiivinen anestesiaa vaativa leikkaus. | Tutkimus toteutettiin 95 % tilastollisen ja 5 % kirjallisen materiaalin perusteella. Tutkitut parametrit perustuvat NAS (Nursing Activities Score) pisteisiin, jotka asetettiin tehostetun valvonnan aseuksiin ja ajettiin 160 potilaan tietojen läpi. | 160 potilaan keski-ikä oli 57 +/- 15 vuotta. Naisia oli 49,4 prosenttia ja miehiä 50,6 prosenttia. Yleisimmät alat leikattavilla olivat urologia, yleiskirurgia, gastrokirurgia ja thoraxkirurgia. Sairaanhoitajan keskimääräinen työn kuormittavuus oli 76.2 potilasta kohden. Asteikko oli välillä 70.47-84.6 pistettä. Suurin osa potilaista pysyi kliinisesti vakaina ja pystyttiin siirtämään nopeasti jatkohoitopaikkaan. Potilaan iällä ei ollut yhteyttä potilaan kuormittavuuteen. |

Taulukko 2. Tutkijantaulukko

Opetusministeriö (2006) on laatinut selvityksen asioista, jotka kuuluvat sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen. Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu eettisestä toiminnasta, terveyden edistämisestä, hoitotyön päätöksenteosta, ohjauksesta ja opetuksesta.

ta, yhteistyöstä, tutkimus- ja kehittämistyöstä sekä johtamisesta, monikulttuurisesta hoitotyöstä, yhteiskunnallisesta toiminnasta, kliinisestä hoitotyöstä ja lääkehoidosta.

Tutkimuksista lähdettiin etsimään yllä lueteltuja osa-alueita ja sitä kuinka tutkimukset kuvaavat sairaanhoitajan tehtäviä hoitoprosessin aikana. Löydetyissä tutkimuksissa korostuivat eettisen toiminnan, hoitotyön päätöksenteon, ohjauksen ja opetuksen, yhteistyön, kliinisen hoitotyön ja lääkehoidon osaaminen, joten kirjallisuuskatsaus rajattiin näiden osa-alueiden käsittelemiseen.

5 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Sairaanhoitajan tulee työssään toimia eettisesti ja noudattaa potilaiden oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä sekä kunnioittaa ihmisoikeuksia. Lisäksi sairaanhoitaja on vastuussa omasta ammatillisesta kehittymisestään. (Opetusministeriö 2006: 64) Eettiset lähtökohdat näkyvät tutkimuksissa potilaan kohtaamisessa, hoitotyön arvoissa ja sairaanhoitajien pätevydessä sekä teoreettisen tiedon hallitsemisessa perioperatiivisen potilaan hoidosta. (Larsson Mauleon & Ekman 2012, Treiber & Jones 2012.) Kiire aiheuttaa eettisiä ristiriitoja hoitotyöhön. Suuret ja monisairaajat potilasryhmät aiheuttavat sairaanhoitajille paineita ja potilaiden kokonaisvaltainen hoito jää kiireen takia vähemmälle. Ruuhkaiset päivystykset ja henkilökunnan vähyys ovat riskejä potilaille, jotka vaatisivat nopeaa hoitoa. (Mattila, Granfelt, Harjola, Holmlund, Koskinen, Mustonen, Paloheimo & Pohjola-Sintonen 2008.)

Perioperatiivisessa hoidossa sairaanhoitajat kokevat eettiseksi ongelmaksi tilanteet, joihin eivät ole ennalta osanneet valmistautua. Leikkaussaleissa eettisiä ristiriitoja on tullut ilmi, kun leikkaussalin henkilökunta ei ole yhteisymmärryksessä potilaan hoidosta. Ajoittain sairaanhoitajien ja kirurgien välille syntyy ristiriitoja siitä, miten potilasta tulisi leikkaussalissa hoitaa. (Larsson Mauleon ym. 2012, Treiber ym. 2012, Tengvall 2010.) Sairaanhoitajat kokevat eettiseksi ongelmaksi puuttua toisen hoitohenkilökunnan jäsenen toimintaan varmistakseen potilaan hyvän hoidon toteutumisen (Larsson Mauleon ym. 2012).

Sairaanhoitajalta edellytetään yhteistyötä potilaiden, omaisten ja moniammattillisen tiimin jäsenten kanssa (Opetusministeriö 2006: 66). Yhteistyön kannalta tutkimuksessa kävi ilmi, että kommunikointi eri tahojen ja hoitohenkilökunnan kesken on tärkeää potilaan hoidon kannalta. Yhteistyön merkitys näkyy päivystyspoliklinikalla yhtenä tekijänä, jolla voidaan estää myös ruuhkautumista. Jos sairaanhoitajien ja lääkärin välinen tiedonvaihto on sujuvaa, jää tarpeeton viive potilaan poistumisessa päivystyspoliklinikalta pois. Viive eri yksiköiden toiminnassa aiheuttaa potilaan akuutin sairauden tunnistamisen pitkittymistä. (Mattila ym. 2008.)

Vähäiset tai väärin sijoitetut henkilöstöresurssit lisäävät hoitohenkilökunnan painetta ja pidentävät aikaa potilaan hoitoon pääsyyn. Hyvällä yhteistyöllä ja kommunikoinnilla pienennetään riskejä eri yksiköiden välillä ja potilaan hoidon laatu paranee. (Mattila ym. 2008.) Leikkaussali ympäristössä tärkeää yhteisöllisyyden kannalta on henkilökunnan psyykkiset ja fyysiset työskentelyolosuhteet. Hyvät olosuhteet takaavat potilaan korkeatasoisen hoidon ja hoitoprosessille hyvän jatkumon. Henkilökunta on kokenut, että johdolta saatu tuki yhteisiin toimintamalleihin sitouttaa hoitohenkilökuntaa pitkäjänteiseen toimintaan. (Tengvall 2010.)

Yhteisöllisyys ei koostu vain ammattihenkilöiden välisestä vuorovaikutuksesta ja kommunikoinnista. Sairaanhoidajan on muistettava, että potilaan omaiset ovat osa yhteisöllisyyttä ja mukana potilaan hoidossa. Omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyö alkaa ensi kohtaamisesta ja yhteistyön tärkeys korostuu potilaan hoidon aikana. Positiivinen ensitapaaminen tuo luottamusta potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välille. Potilaan joutuessa sairaalan yhteistyön aloitus tapahtuu ensimmäisenä omaisten puolelta. Tutkimustuloksissa huomattiin, että sairaanhoitajilla on parannettavaa läheisten tarpeen huomioinnissa ja vuorovaikutussuhteiden laadun parantamisessa. Puutteita oli havaittavissa sairaanhoitajien ja omaisten välisessä yhteistyössä silloin, kun omaisilla ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa potilaan hoitoon koskevissa päätöksissä. On muistettava, että läheisen sairastuminen vaikuttaa koko perheen elämään ja se saattaa muuttaa koko perhedynamiikan rakennetta. Omaisten läsnäolo ja yhteistyö hoitohenkilöstön välillä mahdollistaa potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen arvioinnin päivytyksessä. (Nikki & Paavilainen 2010.)

Sairaanhoidajan ammatilliseen pätevyyteen kuuluu osaaminen ohjauksesta ja opetuksesta. Sairaanhoidajan tehtävänä on ohjata potilasta tunnistamaan terveysriskejään ja niiden hallintaa. Potilaiden lisäksi sairaanhoidajan tulee osata ohjata tämän omaisia käyttäen tukena tarkoituksenmukaista ohjausmateriaalia. Henkilöstön ja opiskelijoiden ohjaus ja opetus kuuluu myös sairaanhoidajan tehtäviin. (Opetusministeriö 2006: 65.) Löydettyssä tutkimuksessa tulee esiin ohjauksen ja opetuksen merkitys ja näin tämän osa-alueen voidaan todeta kuuluvan sairaanhoidajan tehtäviin myös ortopedisen traumapotilaan hoidossa. Omaisille on tärkeää saada olla mukana esimerkiksi lääkehoitoon ja kotihoito-ohjeisiin liittyvässä ohjauksessa ja he haluavat saada tietoa siitä, kuinka voisivat auttaa sairastunutta läheistään. Sairaanhoidajan ottaessa potilaan omaiset huomioon, opettaessa ja ohjattaessa heitä, potilaan paraneminen edistyy. (Nikki ym. 2010.)

Sairaanhoidaja voi joutua suojelemaan potilasta muilta työyhteisön jäseniltä, jos sairaanhoidajasta tuntuu, että potilaan hyvinvointi on vaarassa. Sairaanhoidajan tulee puuttua virheelliseen toimintaan, jos sellaista havaitsee. (Kolvered, Öhlen & Gustafsson 2011, Larsson Mauleon ym. 2012, Tengvall 2010.) Virheelliseen toimintaan puuttuminen voidaan nähdä sairaanhoidajan tapana ohjata ja opettaa henkilökuntaa sen lisäksi, että pitäisi esimerkiksi luentoja. Oh-

jaus ja opetus kuuluvat sairaanhoitajan tehtäviin riippumatta työympäristöstä. Leikkaussalissa ollessa esimerkiksi opiskelijoita, on sairaanhoitajan tarkkailtava heidän toimintaa ja ohjattava asepteiseen toimintaan (Kilvered ym. 2011).

Kollegiaalisuus on tärkeää potilaan hoidon kannalta ja selkeät ohjeet hoitopäätösten tekoon pienentävät potilasvahinkojen syntymistä (Mattila ym. 2008). Haasteita ammatilliseen päätöksentekoon tuo ennalta arvaamattomat ja nopeasti muuttuvat tilanteet. Sairaanhoitajan tulee arvioida potilaan tilaa ja tehdä oman arvionsa perusteella päätöksiä potilaan hoidosta. Liian vähäiset tiedot potilaasta hankaloittavat päätöksentekoa ja saattavat vaarantaa potilaan turvallisuuden. (Larsson Mauleon ym. 2012.) Sairaanhoitaja arvioi myös oman osaamisensa riittävyyttä siitä, pystyykö hän hoitamaan potilasta itsenäisesti vai tarvitseeko apua potilaan hoidossa (Smith, Pope, Goodwin & Mort 2008).

Sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön osaamiseen liittyy näyttöön perustuva teoreettinen osaaminen, jonka perusteella sairaanhoitaja tekee päätöksiä, ratkaisee mahdollisia ongelmatilanteita ja toteuttaa potilaan hoitoa. Sairaanhoitaja vastaa potilaan fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Sairaanhoitajan tulee muun muassa seurata potilaan peruselintoimintoja ja antamansa hoidon vaikutusta, hallita keskeisiä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä ja tukea potilaan ja omaisten jaksamista. (Opetusministeriö 2006: 68.)

Sairaanhoitajan yksi osaamisalueista on lääke- ja anestesiahoidon toteuttaminen. Osa-alue voidaan jakaa erilaisiin toimintoihin, jotka sairaanhoitajan tulee hallita. Toiminnot liittyvät lääkkeiden antoreittien ja annostelulaitteiden osaamiseen, käytettävien lääkkeiden tuntemiseen, potilaan monitorointiin ja tarkkailuun, vuodon ja nesteiden korvaamisperiaatteiden osaamiseen, eri anestesiaamuotojen tuntemiseen, elvytyksen hallintaan sekä heräämisen ja psyykkisen turvallisuuden huolehtimiseen. (Tengvall 2010.) Löydetyt tutkimukset osoittavat, että sairaanhoitajien tietämättömyys lääkehoidosta, kiirehtiminen ja epäselvät määräykset aiheuttavat virheitä potilaan lääkehoidossa (Tengvall 2010, Treiber ym. 2012).

Päivystyksessä sairaanhoitajan tulee tutustua potilaan tilanteeseen ja tietojensa perusteella tehdä potilaslaajittelu eli triage. Triagen avulla määritellään potilaan hoidonsaannin kiireellisyysluokka. Triagen merkityksen selittäminen omaisille vähentää heidän epätietoisuuttaan. Tiedot kirjataan käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Päivystysprosessia tutkimalla on saatu selville asioita, jotka vaikuttavat päivystyspoliklinikan ruuhkautumiseen. Sairaanhoitajan hyvät ongelmanratkaisutaidot ovat hyödyksi, sillä ruuhkan estämiseksi on tärkeää tunnistaa ruuhkautumisen syyt ja toimenpiteet, jolla tilanne voidaan korjata. Päivystyspoliklinikan ruuhkautuminen saattaa myös muuttaa sairaanhoitajan työnkuva. Esimerkiksi kun jatkohoitopaikoista on pulaa, pidentyvät hoitoajat päivystyspoliklinikalla ja sairaanhoitajien työnku-

vaan tulee lääkärintarkintoja, perushoitoa ja ruokahuoltoa, jotka kuuluvat enemmän vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien työnkuvaan. (Mattila ym. 2008, Nikki 2010.)

Päivystyksessä potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset tulisi huomata ajoissa sekä tunnistaa sellaiset tilanteet, joihin tulisi reagoida nopeasti. Potilaan voinnin heikkenemisestä saadaan tietoa vitaleita seuraamalla ja siksi sairaanhoitajan tulisi kontrolloida niitä säännöllisesti. Jos jossain arvossa tapahtuu muutoksia, tulisi vitaleita kontrolloida tiheämmin ja huonokuntoisella potilaalla suositellaan monitorointia, joka mahdollistaa jatkuvan vitaleiden seurannan. Syke, verenpaine, hengitystaajuus, happisaturaatio ja lämpö ovat yleisimmät mitattavat vitaleilintoiminnot. Lisäksi tajunnan tasoa seurataan Glasgow'n kooma-asteikon avulla. Sairanhoitajien tulisi osata arvioida vitaleiden arvoista se, vaatiiko tilanne jatkotoimia kuten lääkärin kutsumista paikalle. Mahdollisimman nopea reagointi potilaan voinnin muutokseen parantaa potilaan hoidonennustetta. (Wilson, Wong, Clifton, Fleming, Way, Pullinger & Tarasenko 2012.)

On tutkittu leikkaussalisairanhoitajien kokemuksia toteuttamastaan intraoperatiivisesta hoitotyöstä. Sairanhoitajien työnkuvaan kuuluva potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen näkyi sairaanhoitajien vastauksissa. Sairanhoitajat kokivat tärkeänä antaa potilaalle kokemuksen, että häntä hoidetaan yksilöllisesti. He yrittivät luoda potilaalle luottavaisen olon muun muassa piilottamalla mahdollisesti potilaalle pelkoa aiheuttavat esineet leikkaussalissa. (Kilvered ym. 2011, Tengvall 2010.) Sairanhoitajat sekä potilaat näkevät yksilöllisen hoidon saamisen tärkeänä. Euroopassa ortopedisistä sekä traumapotilaista eniten yksilöllistä hoitoa kokevat saavansa kreikkalaiset, kun taas esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa potilaat eivät näe, että heitä hoidettaisiin kovinkaan yksilöllisesti. (Suhonen ym. 2009.)

Leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat kokevat, että heillä on suuri vastuu huolehtia siitä, että potilas on mahdollisimman hyvässä asennossa leikkauspöydällä ja katsoa, ettei leikkauksen aikana potilaan sisälle jää mitään ylimääräistä (esimerkiksi liinoja, neuloja) (Kilvered ym. 2011, Tengvall 2010). Sairanhoitajat kertoivat tasaisin väliajoin tarkistavansa, etteivät lääkärit siirrä esimerkiksi potilaan kättä sellaiseen asentoon, joka voisi aiheuttaa neurologisia vaurioita potilaalle (Kilvered ym. 2011). Jotta leikkaushaava paranee parhaalla mahdollisella tavalla, sairaanhoitajat huolehtivat ympäristön aseptisuudesta, käytettävien instrumenttien ja liinojen puhtaudesta sekä kehon normaalista lämpötilasta. Jo ennen leikkausta sairaanhoitaja tarkistaa ihon kunnon, puhdistaa ja rajaa leikkausalueen aseptisesti. Nämä tutkimukset antavat kuvaa siitä, kuinka sairaanhoitajan työ leikkaussalissa vaatii hyvää havainnointi- ja tarkkailukykyä ja tarkan aseptiikan toteuttamista infektioiden torjumiseksi. (Kilvered ym. 2011, Tengvall 2010.)

Tutkimuksessa leikkaus- ja anestesiahoitajien pätevydestä käy ilmi, että leikkaushoitaja ja anestesiahoitaja tekevät yhteistyötä intraoperatiivisessa vaiheessa. (Tengvall 2010.) Työnkuvien eriytyminen ja tarkasti määritelty tehtävien jako aiheuttavat kuitenkin sen, että sairaanhoitaja keskittyy omaan erikoisalaansa eikä näin ollen ole perehtynyt muihin potilaan hoitoon liittyviin asioihin. (Tengvall 2010, Treiber ym. 2012.) Tutkimuksissa tulee ilmi, että sairaanhoitajalla tulee olla tarvittavat tiedot ja taidot toteuttaa lääkehoitoa. Hänen tulee olla perehtynyt potilaaseen potilaspapereiden avulla ja selvittää potilaan lääkitys ja jo annetut lääkkeet. (Smith ym. 2008, Tengvall 2010, Treiber ym. 2012.) Sairaanhoitajan tulee huolehtia potilaan lääke- ja nestehoidosta ja tarvittaessa pyytää lääkäriltä lisämääräyksiä. (Smith ym. 2008.)

San Paulossa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ensimmäiset tunnit leikkauksen jälkeen ovat kriittisimpiä. Näiden ajan potilas tarvitsee tiiviimpää tarkkailua sekä sairaanhoitajien suorittamia hoitotoimenpiteitä. Potilaan voinnin mukaan voidaan seurantaa vähentää. Potilaiden pitkittynyt hoito heräämössä kasvatti sairaanhoitajien työn kuormittavuutta. (Lima & Rabelo 2013.) Potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämöhön sairaanhoitaja saa lääkäriltä tai toiselta sairaanhoitajalta raportin potilaasta. Raporttia saadessaan sairaanhoitaja saattaa samalla esimerkiksi kiinnittää monitoreja, ottaa vitaaleja, nollata arterialinjan ja tarkkailla potilaan vointia. Raportissa kerrotaan yleensä perustiedot potilaasta, mikä leikkaus on tehty, mikä anestesiaamuoto on ollut, annetut lääkkeet ja oliko leikkauksen aikana jonkinlaisia komplikaatioita. Näiden tietojen ja potilaan vointia arvioimalla sairaanhoitaja suunnittelee potilaan hoitoa heräämössä. (Smith ym. 2008.)

Sairaanhoitajan työhön heräämössä kuului tarkkailla potilaan sydämen rytmiä, vitaalielintointintoja, haava-aluetta ja kipuja. Sairaanhoitajan tuli suorittaa lääke- ja haavanhoitoa, antaa potilaalle happea tarvittavin välinein, varmistaa potilasturvallisuuden toteutuminen sekä arvioida potilaan psyykkistä ja henkistä tilaa. Potilaan tajunnantason palautumisen ja hengitystä avustavien laitteiden poiston jälkeen sairaanhoitaja keskustelee potilaan kanssa. Keskustelun tarkoitus on emotionaalisen tuen tarjoaminen potilaalle. Kun potilaan elintoiminnot ovat stabiilit, kivut ja pahoinvointi hallinnassa, voi potilas siirtyä heräämöstä jatkohoitoon. (Lima ym. 2013.)

6 Projektin arviointi

Tutkimuksista ei noussut esiin selkeitä yksittäisiä teemoja. Hoitoprosessi on laaja kokonaisuus, jossa sairaanhoitajan tehtävistä korostuvat erilaiset toiminnot riippuen hoitoympäristöstä. Opinnäytetyötä oli selkeä lähtöä työstämään sairaanhoitajan ammatillisten osaamisalueiden kautta. Näitä osa-alueita hyödyntäen opinnäytetyöhön saatiin koottua sairaanhoitajan tehtäviä, jotka ovat osa ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessia.

6.1 Tulosten arviointi ja sovellettavuus

Tutkimuksissa tuli ilmi, että sairaanhoitajan työhön päivityksessä kuuluu potilaan voinnin ja hoidon kiireellisyyden arviointi. Sairanhoitajan on oltava tietoinen potilaidensa tilanteesta ja pystyttävä nopeaan päätöksentekoon ja toimintaan. Potilaan voinnin jatkuva seuranta ja siinä tapahtuvien muutoksien huomiointi sekä niihin reagoiminen nopeasti parantavat potilaan ennustetta. Jotta sairaanhoitaja pystyy tekemään päätöksiä, tulee hänellä olla riittävä teoreettinen osaaminen.

Leikkaussalissa sairaanhoitaja pyrkii luomaan potilaalle mahdollisimman rauhallisen ja luottavaisen olon huomioimalla potilaan yksilöllisesti. Sairanhoitajan tehtävä on valmistaa potilas leikkausta ja anestesiaa varten. Leikkaussalissa työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan hyvää aseptista osaamista, jolla pyritään torjumaan infektioiden syntymistä. Lisäksi sairaanhoitajan työ leikkaussalissa vaatii hyvää havainnointi- ja tarkkailukykyä.

Heräämössä sairaanhoitaja ottaa potilaasta vastaan raportin. Sairanhoitajan työhön heräämössä kuului tarkkailla potilaan sydämen rytmiä, vitaalielintoimintoja, haava-alueita ja kipuja. Sairanhoitajan tuli suorittaa lääke- ja haavanhoitoa, antaa potilaalle happea tarvittavin välinein, varmistaa potilasturvallisuuden toteutuminen sekä arvioida potilaan psyykkistä ja henkistä tilaa. Sairanhoitaja suunnittelee potilaan hoitoa heräämössä saamiensa tietojen ja potilaan voinnin muutosten mukaan. Tarvittaessa sairaanhoitajan tulee kysyä lääkäriltä lisäohjeita ja -määräyksiä.

Yhteistyön sujuvuus moniammatillisessa tiimissä on tärkeää, jotta pystytään turvamaan potilaan hyvä hoito ja hoidon jatkuvuus. Tutkimuksissa korostui erityisesti yhteistyön ja kommunikoinnin merkitys leikkaussalissa työskennellessä, koska hoitotiimi on konkreettisemmin läsnä tilanteessa. Päivityksessä ja heräämössä sairaanhoitajan työ on itsenäisempää ja sairaanhoitaja voi tarvittaessa konsultoida muita tiimin jäseniä. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää koko hoitoprosessin ajan. Sairanhoitajien työhön kuuluu myös yhteistyö potilaan omaisten kanssa.

Kaikissa hoitoprosessin vaiheissa näkyy tärkeinä osa-alueina kliinisen hoitotyön ja lääkehoidon osaaminen. Sairanhoitajan on kyettävä huomaamaan virheelliset lääkemääräykset, jotta potilaan lääkehoito sujuu turvallisesti. Jos sairaanhoitaja huomaa virheellisiä työtapoja tai toimintaa, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden, on hänen puututtava siihen. Sairanhoitajan työnkuvaan kuuluukin ohjata ja opettaa potilaiden ja omaisten lisäksi muuta henkilökuntaa. Virheelliseen toimintaan puuttuminen määritellään kuuluvan myös sairaanhoitajan eettiseen

toimintaan. Sairaanhoidajan tulee noudattaa potilaiden oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä ja kunnioittaa ihmisoikeuksia.

Kaikkien sairaanhoidajan osaamisalueiden hallitseminen näkyy niin pätevyyksessä, leikkaussalissa kuin heräämössäkin. Kuitenkin hoitoprosessin eri vaiheissa toiset osaamisalueet korostuvat enemmän kuin toiset. Esimerkiksi yhteistyön merkitys korostuu leikkaussalissa, kun taas pätevyyksessä korostuu potilaan voinnin muutosten arviointi ja nopea päätöksenteko.

Koska tutkimushakuja tehdessä ei löytynyt pelkästään ortopedisen traumapotilaan hoitoon keskittyviä tutkimuksia, jää kirjallisuuskatsauksesta uupumaan erikoispiirteet, jotka liittyvät ortopedisen traumapotilaan hoitoon. Löydetyt tutkimukset kuvasivat pääasiassa sairaanhoidajan työnkuvia yleisesti eivätkä keskittyneet tietyn potilasryhmän hoitoon. Tutkimuksista löydetyt hoitoprosessin eri vaiheisiin kuuluvat sairaanhoidajan tehtävät voidaan todeta kuuluvan myös ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessiin. Tätä päätelmää tukee myös olemassa oleva kirjallisuus ja ryhmäläisten omat kokemukset hoitotyöstä. Sairaanhoidajan tehtäviä ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa ei ole tutkittu tarpeeksi ja tässä olisikin aihetta lisätutkimukselle.

6.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsaukseen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksia haettiin luotettavista lähteistä. Hakuja tehdessä useat tutkimukset vaikuttivat otsikon ja tiivistelmän perusteella lupaavilta, mutta ongelmaksi muodostui kuitenkin se, että kaikkia tutkimuksia ei löytynyt kokonaisuudessaan tai tekijöillä ei ollut tarvittavia oikeuksia tutkimusten lukemiseen. Tästä syystä tutkimuskysymyksen vastaavia tutkimuksia on voinut jäädä kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle, mikä heikentää tulosten luotettavuutta. Tutkimuksia hakiessa olisi hyvä selata tieteellisten lehtien sisällysluetteloita ja hyödyntää löydettyjen tutkimusten lähdeviitteitä (Aveyard 2010: 82-83).

Koska löydettyissä tutkimuksissa ei käsitelty suoraan ortopedisen traumapotilaan hoitoprosessia, vaan tutkimukset käsitelivät sairaanhoidajan tehtäviä yleisesti tai tietyssä ympäristössä, ei täysin luotettavia päätelmiä voitu tutkimusten perusteella tehdä. Tuloksien päätelmät perustuvat paljolti tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta tehtyihin päätelmiin ja tekijöiden aiempaan kokemukseen hoitoalalta. Ohjaavalta opettajalta saatu tuki ja neuvot auttoivat tekemään kirjallisuuskatsauksesta mahdollisimman luotettavan, mutta tekijöiden kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen tekemisestä vaikuttaa kuitenkin kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen.

Yhdessä pohtimalla nousi erilaisia näkökulmia esiin ja tutkimuksista pystyttiin keskustelemaan yhdessä ja pohtimaan kuinka ne vastaavat tutkimuskysymykseen. Se, että kirjallisuuskatsaus on tehty kolmistaan lisää työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Ohjeessa Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa tuo esille, että kirjallisuuskatsausta tehdessä on tärkeää muistaa hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimusta tehdessä tulee käyttää tarkkuutta, huolellisuutta ja raportoida rehellisesti tutkimusten tulokset. Sepittämällä, havaintojen vääristämisellä, plagioinnilla ja anastamisella toisen tutkijan tekstejä ei noudateta eettistä toimintaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyö on pyritty tekemään näiden ohjeiden mukaan sekä kunnioittaen toisten tutkijoiden tekstejä tarkoilla lähdemerkinnöillä. Opinnäytetyö on suunniteltu ja toteutettu yksityiskohtaisesti ja hakupolut on laitettu selvästi näkyviin, jotta kirjallisuuskatsausten haut voidaan tarvittaessa toistaa.

6.3 Itsearviointi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö tehtiin kolmen opiskelijan ryhmässä. Alussa ryhmäläiset kävivät yhdessä keskustelua ja pohdintaa opinnäytetyön aiheesta ja siitä kuinka opinnäytetyö halutaan toteuttaa. Keskustelut opettivat ryhmäläisiä kuuntelemaan ja perustelevaan omat mielipiteensä selkeästi ja faktoihin perustuen. Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät arvioivat kriittisesti omia ja muiden ryhmäläisten tuotoksia. Palautteen anto sujui hyvin ja mielipiteet pystyttiin esittämään suhteellisen asiallisesti. Ryhmäläiset kehittyivät paljon palautteen vastaanottamisessa opinnäytetyöprosessin aikana.

Aiheen varmistuttua ryhmäläiset päätyivät toteuttamaan opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksena, sillä se tuntui kaikkein sopivimmalta tavalta ryhmäläisille. Suurin osa työstä jaettiin ryhmäläisten kesken tasan ja se työstettiin pitkälti itsenäisesti. Itsenäisesti työstytyjen kappaleiden saaminen yhtenäiseksi tekstiksi kasvatti ryhmäläisten yhteistyötaitoja. Ryhmäläisillä oli ajoittain vahvojakin erimielisyyksiä työstä tai työskentelytavoista, mutta erimieleisyydet saatiin sovittua. Tämänkin ansiosta yhteistyötaidot kehittyivät koko työskentelyn ajan.

Alussa kirjallisuuskatsauksen kokonaisuuden hahmottaminen oli haastavaa. Kirjallisuuteen ja jo tehtyihin kirjallisuuskatsauksiin tutustuminen auttoi ymmärtämään millainen kirjallisuuskatsauksen tulisi olla. Tutkimusten löytäminen kirjallisuuskatsaukseen oli aluksi hankalaa ja ryhmäläiset olisivat voineet hyötyä esimerkiksi informaation avusta. Loppujen lopuksi ryhmäläiset löysivät kuitenkin tutkimuskysymykseen vastaavat tutkimukset.

Opinnäytetyön tekemisen sovittaminen kolmen ihmisen aikatauluihin osoittautui erittäin haastavaksi. Prosessi opetti paljon joustavuutta ja suunnitelmallisuutta. Kompromissien teko ja asioiden priorisointi tuli ryhmäläisille tutuksi prosessin aikana. Vahvuksina ryhmäläisillä oli

aiempi kokemus yhdessä työskentelystä ja omat hoitotyön kokemukset opinnäytetyössä käsitellyistä hoitoprosessin vaiheista.

Ryhmäläisten henkilökohtainen kiinnostus operatiiviseen hoitotyöhön motivoi opinnäytetyön tekemisessä. Opinnäytetyössä olevaa tietoa voidaan hyödyntää myös tulevaisuudessa. Sairaanhoidajan työhön kuuluu jatkuva itsensä kehittäminen (Opetusministeriö 2006: 64). Sairaanhoidajalta vaaditaan työssään yhteistyötaitoja, suunnitelmallisuutta, priorisointia, joustavuutta sekä palautteen anto- ja vastaanottamiskykyjä. Opinnäytetyötä tehdessä ryhmäläiset ovat kehittäneet näitä taitoja ja tulevat hyötymään niistä työelämässä.

Lähteet

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajalehti 10, 6-9.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2013 (viitattu 2.4.2014). Saatavilla: www.hotus.fi.

Aveyard, H. 2010. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide. Berkshire: Open University Press.

EBSCOhost. 2014. EBSCOhost Research Databases. Viitattu 19.3.2014.
http://support.ebsco.com/help/?int=ehost&lang=en&feature_id=&TOC_ID=Always&SI=0&BU=0&GU=1&PS=0&ver=&dbs=afh

Eckardt, M. 2013. Opinnäytetyö. Vastaanottaja Lehmusvirta, J. Lähetetty 3.9.2013. (viitattu 5.9.2013). Yksityinen sähköpostiviesti.

Eklöf-Lehmusvuori, A. Tietoa K3:sta ja päivystyksestä opinnäytetyötä varten. Vastaanottaja Vesaniemi J. Lähetetty 4.4.2014. (viitattu 14.4.2014). Yksityinen sähköpostiviesti.

Erämies, T. & Kuurne, S. 2012. Preoperatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.2.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk01710&p_haku=sairaanhoidajan%20k%4sikirja

Hakala, P. 2004. Monivammapotilas päivystyspoliklinikalla. Finnanest 1, 21- 26.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpäsairauksien hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

HUS. 2014. Hus-tietoa. HUS:n www-sivusto. Viitattu 15.1.2014.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>

Johannsson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteiden laitoksen julkaisuja A:51. Turku: Turun yliopisto.

Kelvered, M., Öhlen, J., & Gustafsson, B. 2011. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. Viitattu 29.4.2014.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=86056bc5-d529-4523-a607-3d17ee1030cd%40sessionmgr112&hid=117>

Kiviranta, I. (toim.) & Järvinen, M. (toim.) 2012. Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. 2010. Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 17§

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. L 28.6.1994/559.

Laurea Fakta: Opas opiskeluun Laureassa 2012-2013. Laurea-ammattikorkeakoulu 2012.

Larsson Mauleon, A. & Ekman, S. 2012. Difficulties in intraoperative care. Viitattu 30.4.2014. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=86056bc5-d529-4523-a607-3d17ee1030cd%40sessionmgr112&vid=23&hid=117>

Leikkausta edeltävä arviointi (online). Käypä hoito-suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. Viitattu 4.2.2014. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Lima, L. & Rabelo, E. 2013. Nursing workload in the postanesthesia care unit. Viitattu 7.5.2014 <http://search.proquest.com/docview/1447164385/fulltextPDF?accountid=12003>

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti 9/2012.

Mattila, J., Granfelt, T., Harjola, V., Holmlund, L., Koskinen, A., Mustonen, E., Paloheimo, M. & Pohjola-Sintonen, S. 2008. Päivystysprosessin tarkastelu tuo apua päivystyspoliklinikan ruuhkiin. Viitattu 20.4.2014. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029665>

Medic. 2014. Medic-etusivu. Viitattu 19.3.2014 <http://www.terkko.helsinki.fi/medic/>

Meskanen, E. 2014. Opinnäytetyötä varten tietoa päivystyksestä. Vastaanottaja Vesaniemi, J. Lähetetty 2.5.2014. (viitattu 6.5. 2014). Yksityinen sähköpostiviesti.

Mirzatoolei, F. 2011. Comparison between operative and nonoperative treatment methods in the management of comminuted fractures of the clavicle. Viitattu 14.11.2013. <http://www.aott.org.tr/article/view/5000011441/5000011793>

Munro, C. 2009. The Perioperative Nurse's Role in Table-Enhanced Anterior Total Hip Arthroplasty. Viitattu 6.5.2014. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=59600908-8212-4016-8d37-31c69173ceea%40sessionmgr112&vid=36&hid=128>

Nikki, L. & Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 22 (4), 312-323.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 15.4. 2014. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

PubMed. 2014. PubMed Help. Viitattu 19.3.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/>

Rowley, J. & Slack, F. 2004. Conducting a Literature Review. Viitattu 6.2.2014. <http://search.proquest.com/docview/223532063/2B03A39F039F4B20PQ/1?accountid=12003>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisu. Viitattu 15.12.2013. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Smith, A., Pope, C., Goodwin, D & Mort, M. 2008. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. Viitattu 28.4.2014.

<http://bj.oxfordjournals.org/content/101/3/332.full.pdf+html>

Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Schmidt, L., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2009. European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: a comparative study. Viitattu 30.4.2014.

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&sid=86056bc5-d529-4523-a607-3d17ee1030cd%40sessionmgr112&hid=117>

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Viitattu 30.4.2014.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 7.5.2014.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf

Treiber, L. & Jones, J. 2012. Medication Errors, Routines, and Differences Between Perioperative and Non-perioperative Nurses. Viitattu 20.4.2014.

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=86056bc5-d529-4523-a607-3d17ee1030cd%40sessionmgr112&vid=21&hid=117>

Wilson, S., Wong, D., Clifton, D., Fleming, S., Way, R., Pullinger, R. & Tarassenko, L. 2013.

Track and trigger in an emergency department: an observational evaluation study. *Emerg Med J* 30, 186-191.

Kaaviot

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| Kaavio 1. HUS:n toiminnallinen organisaatio 2013..... | 17 |
| Kaavio 2. Opinnäytetyö organisaatiokaavion avulla | 19 |

Taulukot

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen tehdyt haut. | 22 |
| Taulukko 2. Tutkijantaulukko..... | 27 |