

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kukkonen Petra

ENSIHOIDON YHDEN HOITAJAN YKSIKÖN KÄYTTÄJIEN ASIAKASKOKEMUKSET JA ASUMISPALVELUN HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

Opinnäytetyö

Helmikuu 2019



**OPINNÄYTETYÖ
HELMIKUU 2019**

**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä
Petra Kukkonen

Toimeksiantaja
Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Nimeke

Ensihoidon yhden hoitajan yksikön käyttäjien asiakaskokemukset ja asumispalvelun hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen.

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli hankkia asiakaskokemuksia Siun soten AVOT-hankkeelle ensihoidon yhden hoitajan yksikön- pilotoinnista ja selvittää asumispalvelun ja kotihoidon hoitohenkilöstön hoidon tarpeen arvioinnin osaamista.

Tarkoituksena oli kehittää hoitajien hoidontarpeen arvioinnin osaamista asumispalvelussa kehittämistyönä toteutetun ABCDE-menetelmää hyödyntävän toimintaohjeen avulla. Tavoitteena on se, että akuutit ja riskioireiset asiakkaat osataan asumispalvelussa tunnistaa. Yhden hoitajan ensihoidon yksikölle eivät kuulu akuutit potilaat ja tämän vuoksi on tärkeää, että palvelua käyttävät hoitajat osaavat arvioida ja tunnistaa asiakkaan avuntarpeen ja sen onko kyseessä hätäpotilas.

Opinnäytetyön tehtävänä oli asumispalvelujen hoitajien hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen kehittäminen ja tukeminen. Asumispalvelun hoitohenkilöstön hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen kehittäminen tulee tukemaan osaltaan ensihoidon yhden hoitajan yksikön palvelun tarkoituksenmukaista ja asiakaslähtöistä käyttämistä.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisen kehittämistyön menetelminä hyödyntäen. Aineisto toteutettiin puolistukturoituina kyselyhaastatteluina, joissa hyödynnettiin triangulaatiota. Kehittämistyön prosessissa käytettiin ”Learn Cafe”-menetelmää.

Opinnäytetyössä johtamista käsitellään osaamisen- ja muutos- johtamisen näkökulmista.

Kieli
suomi

Sivuja 74
Liitteet 8
Liitesivumäärä 11

Asiasanat: yhden hoitajan yksikkö, asumispalvelu, kotihoidon kehittäminen, ensihoito, AVOT, hoidontarpeen arviointi, kotihoito, muutosjohtaminen, osaamisen johtaminen

**THESIS****February 2019****Master's Programme in Development
and Management of Health Care and
Sociality Service**

Tikkarinne 9

FI 80200 JOENSUU

FINLAND

Tel. +350 13 260 600 (switchboard)

Author
Petra Kukkonen

Title
User's experiences of emergency care's one-nurse's first-aid unit pilot and development of assessment of the need for treatment of housing service.

Commissioned byⁱ
Siun sote – Joint municipal authority for North Karelia social and health services

The aim of this thesis was to collect customer experiences for the Siun sote's AVOT project on the operation of a primary care one-nurse's first-aid unit pilot and to develop the assessment of need for care in a housing service. Customer experience wanted to find out the need for action and development needs.

The purpose was to develop the skills of evaluating nursing care needs by means of an ABCDE-based code of practice for housing services. The goal is that acute and risky customers can identify themselves in the housing service. A single nurse emergency care unit does not include acute patients, and it is therefore important that nurses using the service know how to assess and identify the customer's need for help and whether it is an emergency patient.

The task of the thesis was to develop and support the competence assessment of the need for the management of housing services. The development of the need for assessment of the need for residential care nursing staff will contribute to the appropriate and customer-oriented use of the service of one nursing unit.

The thesis was implemented using methods of research development work. The material was implemented as semi-structured query interviews using triangulation. The development process used the "Learn Cafe" method.

In the thesis, management is dealt with from the perspective of competence and change management.

Language
Finnish

Pages 74
Appendices 8
Pages of Appendices 11

Keywords

One-nurse's first-aid unit, AVOT, assessment of need for care, nursing home, home care, emergency care, competence management, change management

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Taustaa	7
3	Yhden hoitajan ensihoitoyksikkö	10
3.1	Yhden hoitajan ensihoitoyksikön pilotointi Siun sotessa	10
3.2	Yhden hoitajan yksikkö	10
3.3	Vastaavaa ensihoidon toimintaa Suomessa	12
4	Osaamisen ja muutoksen johtaminen	13
4.1	Ammatillisen osaamisen ja tulevaisuuden työelämän vaatimukset	13
4.2	Osaamisen johtaminen	15
4.3	Muutoksen johtaminen	19
5	Hoidon tarpeen arviointi	21
5.1	Peruselintoiminnot – niiden arviointi ja seuranta	21
5.1.1	Hengittäminen	23
5.1.2	Verenkierto	24
5.1.3	Tajunta	26
5.2	ABCDE-menetelmä	31
6	Toimintaympäristön määrittely ja käsitteet	35
6.1	Siun sote	35
6.2	Kotihoito	35
6.3	Tehostettu asumispalvelu	38
6.4	Ensihoito	40
7	Asiakaskokemusten hankinta	42
7.1	Suunnitteluvaihe	42
7.2	Toteutus	44
8	Asiakaskokemuskyselyn tulokset	45
8.1	Asiakkaiden asiakaskokemukset	45
8.2	Hoitohenkilöstön asiakaskokemukset	47
8.3	Ensihoidon kenttäjohtajien kokemukset	54
8.4	Kotihoidon ja asumispalvelun henkilöstön näkemys omasta hoidon tarpeen arvioinnin osaamisesta	57

9 Käytetyt menetelmät ja kehittäminen	59
9.2 Käytetyt menetelmät ja kehittämistyön prosessi	59
9.2 Kehittämistyö	62
10 Luotettavuus ja eettisyys.....	63
11 Pohdinta.....	64
Lähteet	68

Liitteet

Liite 1	OPINNÄYTETYÖN AIKATAULU
Liite 2	SAATEKIRJELMÄ ASIAKKAALLE / OMAISELLE
Liite 3	KYSELY ASIAKKAALLE
Liite 4	KYSELY KOTIHOITOON / ASUMISPALVELUUN
Liite 5	KYSELY KENTTÄJOHTAJILLE
Liite 6	KYSELY KOTISAIRAALALLE JA HOIVASAIRAALALLE
Liite 7	TOIMINTAOHJE ASUMISPALVELUN TURVALLISUUS KIERROLLE: HÄTÄPOTILAAN TUNNISTAMINEN
Liite 8	LEARN CAFE- REFLEKTOINNIN KOOSTE

1 Johdanto

Ensihoidon yhden hoitajan yksikkö on suunnattu kotihoidon, asumispalvelun ja hoivasairaaloiden tueksi asiakkaan hoidontarpeen arviointiin, konsultointiin ja kotona annettavan hoidon toteuttamisen tueksi. Yksikkö toteuttaa kiireetöntä ensihoitoa asiakkaan luona paikan päällä mutta ei kuljeta asiakasta. Akuutit asiakkaat eivät kuulu tämän yksikön hoidon piiriin. Kiireettömän yhden hoitajan ensihoitomallin käyttö edellyttää, että asumispalvelun ja kotihoidon hoitohenkilökunta tunnistaa asiakkaat, jotka eivät kuulu yhden hoitajan yksikön piiriin. Virheellinen hoidontarpeen arviointi saattaisi viivästyttää asiakkaan saamaa hoitoa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli hankkia asiakaskokemuksia ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminnasta AVOT-hankkeelle sekä kehittää ja sujuvoittaa moniammatillista yhteistyötä palvelun sidosryhmien kanssa. Asumispalvelun ja kotihoidon hoitohenkilökunnan kyselyillä kartoitettiin tämän vuoksi myös hoitajien arviota omasta hoidon tarpeen arvioinnin osaamisesta. Opinnäytetyön tehtävänä oli kehittää asumispalvelun hoidontarpeen arvioinnin osaamista. Tavoitteena oli laatia kehittämistyönä toimintaohje, joka hyödyntää ABCDE-menetelmää sekä peruselintoimintojen viitearvoja sekä potilaan erilaisia oireita. Ohje on tehty Kontiolahden tehostettuun asumispalveluun asiakkaan hoidontarpeen arvioinnin ja hätäpotilaan tunnistamisen tueksi. Valmis ohje on tarkoitus liittää osaksi Kontiolahden asumispalveluiden yksiköiden kuukausittain tehtävää henkilöstön turvallisuuskierrosta.

Tulevaisuudessa eläkeläisten määrä suhteessa työikäisiin Suomessa kasvaa nopeasti, kuten myös palvelujen tarve. Palvelujen tarpeeseen vastaaminen vaatii terveydenhuollolta toiminnan ja resurssien uudelleen organisointia ja palvelurakenteen keventämistä, jotta palvelujen tarpeisiin pystytään vastaamaan ja järjestämään tulevaisuudessakin. Esimerkiksi Kuopion 75 - 84 vuotiaiden ikäihmisten määrän ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä peräti 5000 henkilöllä. Pohjois-Karjalassa väestön ikääntyminen noudattaa tätä samaa suuntausta. Väestön ikääntyminen tulee näkymään erityisesti maakunnissa.

Ennusteen mukaan Joensuussa vuonna 2025 yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa vuodesta 2010 noin 47 prosentilla. Väestöennusteen mukaan Pohjois-Karjalassa väestö ikääntyy vieläpä Suomen maan keskiarvoa nopeammin. (Tilastokeskus 2018).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 585/2017 mukaisesti ensihoito on tarkoitettu kiireellisen hoidon toteuttamiseen. Ensihoito toimii kuitenkin usein kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden rajapinnassa kiireettömissä tehtävissä. Kiireettömät tehtävät vievät ensihoidon resursseja kiireellisiltä ensihoidon tehtäviltä. Tämän vuoksi on kehitettävä uusia ensihoidon operatiivisen toiminnan ulkopuolelle integroitua ja kustannustehokkaita malleja rajapintojen välille. (Valtioneuvosto 2016). Samaan aikaan kotihoidossa ja asumispalvelun hoivakodeissa on osaavia hoitoalan ammattilaisia ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, mutta asiakkaan voinnin muuttuessa asiakas lähetetään usein hoidontarpeen arviointiin päivystykseen, josta he kotiutuvat takaisin hoivakotiin tai kotiin usein jo samana päivänä. Nämä turhat päivystyskäynnit kuormittavat terveydenhuoltoa ja ovat varsinkin ikäihmisille hyvin kuormittavia. (Kirsi, Mylläri & Valvanne 2014, 5).

Erilaisten ja uusien toimintojen integroinnissa ja toimintaan sitouttamisessa korostuu aina johtaminen ja lähiesimiestyö. Opinnäytetyössä tarkastellaan prosessin aikana toimintaa osaamisen- ja muutos- johtamisen näkökulmista. Esimiehellä on lain mukaan velvollisuus huolehtia ja varmistaa henkilöstön osaaminen, kouluttaa ja kehittää osaamista toiminnan tarpeisiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, § 18). Esimiehen tai työnantajan tulee säännöllisesti varmistaa, että työntekijät hallitsevat työyksikössään ja tehtävässään tarpeelliset ja keskeiset työtehtävät (Potilasturvallisuusasetus 341/2011, 1 §). Hoidontarpeen arviointi kuuluu keskeisenä työtehtävänä hoitotyöhön. Hoivakodeissa hoidontarpeen arviointiin tulee soveltaa terveydenhuoltolain 51 §:n asetusta, että arvioinnin tekee terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö tai nimikesuojattu ammattilainen esimerkiksi lähihoitaja. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

2 Taustaa

Opinnäytetyö on strategisesti ajankohtainen ja tukee Siun soten tavoitteita. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveysalan kuntayhtymän eli Siun soten strategisena tavoitteena 2017–2018 on vähentää tehostetun asumispalvelujen laitospaikkojen määrä niin, että kotona asuu ja hoidetaan vähintään 92 % alueen yli 75-vuotiaista valtakunnallisten laatusuosituksen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 7; Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2018, 34 - 36). Siun soten visiona on olla ”asiakkaan arvostama” ja missiona: ”Turvaamme arkeasi”. Henkilöstöstrategiassa korostetaan myös moniammatillisuutta ja kehittämistä. Siun sotessa strateginen painopiste ikäihmisten hoitotyössä on suunnattu kotihoitoon ja sen turvalliseen ja asiakaslähtöiseen kehittämiseen. Laitospaikkojen määrää pyritään vähentämään ja palvelurakennetta keventämään.

Toimeksianto tähän opinnäytetyöhön saatiin tammikuussa 2018 Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymältä eli Siun sotelta. Yhden hoitajan yksikön-pilotointi kuuluu AVOT- hankkeeseen. AVOT-hanke kuuluu osana hallituksen I&O -kärkihankkeeseen. AVOT- hankkeessa kehitetään kotihoidon, omaishoidon ja näiden sidosryhmien palveluita. AVOT-hanke on Pohjois-Karjalan alueen hankenimi, joka kuuluu valtion I&O-kärkihakkeen alle. I&O kärkihankkeen mottona; ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa”. Pohjois-Karjalan hankkeen nimi AVOT muodostuu sanoista ”arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukien”. Hankkeen tavoitteena on kehittää ikäihmisten kotona pärjäämistä yhdenvertaisia tukipalveluita ja kotiin tarjottavia palveluja kehittämällä. Kehittämisessä hyödynnetään uudella tavalla asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön osallisuutta ja osallistumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018; Salmi 2018).

Pohjois-Karjalan alueen AVOT- hankkeessa on mukana Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä, Pohjois- Karjalan pelastuslaitos, Karelia ammattikoulu, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ISO, kaikki Pohjois-Karjalan kunnat, Heinäveden kunta, Sosiaaliturvayhdistys, Pohjois-Karjalan mielenterveysomaiset FinFami ry, Pohjois-Karjalan Muisti ry, Pohjois-Karjalan Martat ry, ViaDia ry sekä omais- ja perhehoidon järjestöt. Hankkeen kustannukset on arvioitu olevan 1,6 miljoonaa euroa. Projektipäällikkönä Pohjois-Karjalan hankkeessa toimi Soile Särmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

AVOT-hanke keskittyy vahvistamaan omais- ja perhehoitoa. Tätä tuetaan kehittämällä matalan kynnyksen omais- ja perhehoidon ohjauskeskusta, jonka toiminta on verkostoitunutta. Hankkeessa pyritään myös vahvistamaan turvallista kotona asumista lisäämällä turvallisuuden tunnetta ensihoidon yhden hoitajan yksikön toimintamallia kehittämällä yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa. Tarkoituksena on kehittää ympärivuorokautista kotihoidon avun saatavuutta, erilaisia tukipalveluita ja hyödyntää erilaisia digitalisaation keinoja ikäihmisten arjen ja turvallisuuden tukena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Toimeksianto koski käyttäjäkokemusten keräämistä yhden hoitajan yksikön pilotin aikana asiakkailta, kenttäjohtajilta, kotihoidon ja asumispalvelun henkilöstöltä sekä hoiva- ja koti-sairaaloitten henkilöstöltä sekä saadun tiedon hyödyntämistä kuntayhtymässä kotihoidon ja asumispalvelun asukkaan hoidon kehittämisessä. Käyttäjäkokemusten avulla halutaan kehittää asiakkaille tarjottavia kotiin vietäviä palveluita ja lisätä moniammatillista yhteistyötä ensihoidon ja sen sidosryhmien välillä, yksikön toimintaa sekä perustellaan toiminnan tarpeellisuutta ja kannattavuutta kuntayhtymälle. Hankkeen puolelta yhteyshenkilöinä opinnäytetyölle ovat olleet AVOT-hankkeen kehittämisasiantuntija kotihoidosta ja ensihoidon vastaava kenttäjohtaja.

Ensihoidon yhden hoitajan yksikön kotiin annettavalla palvelulla pyritään vähentämään ikäihmisten turhia päivystyskäyntejä ja sairaalapäiviä, kun hoito ja hoidontarpeen arviointi voidaan toteuttaa suoraan asiakkaan kotona tai

hoivapaikassa. Näin asiakas saa oikea-aikaista oikeaa hoitoa oikeassa paikassa. Organisaatiolle hyöty on paitsi kustannustehokasta myös imagollista.

Tavoitteena oli hankkia asiakkaiden käyttäjäkokemuksia AVOT-hankkeelle, sillä asiakkaiden käyttäjäkokemuksia ei aiemmin Kiteellä vuonna 2017 toteutetusta pilotista juurikaan saatu. Käyttäjäkokemuskyselyn tuloksista tuotettiin Powerpoint esitys, jonka avulla AVOT-hanke esitteli perusteluita Siun soten kuntayhtymän johdolle yhden hoitajan yksikön tarpeellisuudesta ja kannattavuudesta. Tavoitteena on saada yhden hoitajan yksikön toiminnasta pysyvää, toimivaa ja mahdollisesti ympärivuorokautista.

Opinnäytetyön kehittämistyön tavoitteena oli luoda selkeä toimintaohje asumispalveluun. Ohjeen tehtävänä oli kehittää ja tukea asumispalvelussa hoitajien hoidon tarpeen arvioinnin osaamista niin, että akuutit ja riskioireiset asiakkaat tunnistetaan yhä paremmin ja heidät osataan ohjata hoitoon suoraan hälytyskeskuksen kautta. Toimintaohjeessa hyödynnettiin hoidon tarpeen arviointiin yleisesti sairaanhoidossa käytettyä ABCDE-menetelmää sekä ihmisen peruselintoimintojen viitearvoja ja riskioireita. Ohjeen tavoitteena on parantaa asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnin osaamista. Ensihoidon yhden hoitajan yksikölle ei kuulu akuutit potilaat. Tämän vuoksi on tärkeää, että kotihoidon tai asumispalvelun hoitaja osaa arvioida tuleeko heidän ottaa yhteyttä suoraan hälytyskeskukseen vai voidaanko hyödyntää yhden hoitajan ensihoitoyksikköä asiakkaan hoitoon ja hoidon tarpeen arviointiin.

Aikaisemmissa opinnäytetöissä ja kirjallisuudessa yhden hoitajan yksikön toteuttamaa kiireetöntä ensihoitoa on tarkasteltu yleensä ensihoidon näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä pyritään tarkastelemaan yhden hoitajan ensihoitoyksikön toimintaa ja toiminnan hyödyntämistä asumispalvelun näkökulmasta.

Kotihoidon ja asumispalvelun hoitohenkilökunta nähdään tässä opinnäytetyössä ensihoidon yhden hoitajan yksikön yhtenä suurena asiakasryhmänä hoidettavan asiakkaan lisäksi. Tästä syystä toimintaa haluttiin tarkastella vahvasti myös hoitohenkilöstön näkökulmasta. Yhden hoitajan yksikön tarkoitus on toimia

asiakkaan hoidollisen hoidon arvioinnin ja hoidon toteuttamisen lisäksi myös kotihoidon ja asumispalvelun yksiköiden hoitohenkilöstön tukena asiakkaan hoitotyössä.

3 Yhden hoitajan ensihoitoyksikkö

3.1 Yhden hoitajan ensihoitoyksikön pilotointi Siun sotessa

Yhden hoitajan yksiköllä tarkoitetaan opinnäytetyön yhteydessä Siun soten kuntayhtymän alaista, ensihoidon erillistä kiireettömän ensihoidon yksikköä. Yksiköstä toteutettiin pilotointi AVOT-hankkeessa 1.1.2018 - 31.5.2018.

Aiemmin Siun sotessa on vastaavaa yhden hoitajan ensihoidon toimintaa pilotoitu 2017 Kiteellä. Kiteen pilotissa toiminta toteutettiin ensihoidon oman yksikön toimesta normaalin ensihoitotyön ohessa. Siun soten yhden hoitajan yksikön pilottiin hankittiin erillinen kalusto ja henkilöstö. Pilotointi tehtiin myös laajemmalla alueella, johon kului kevään 2018 pilotoinnissa koko Siun soten alue eli kaikki Pohjois-Karjalan kunnat sekä Heinävesi.

Siun soten Pohjois-Karjalan yhden hoitajan toimintamallin pohjana on toiminut aiempi opinnäytetyö: ”Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun kehittäminen: uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli”, jota kehittivät yhteistyössä Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen kanssa vuonna 2016 Gerres ja Koivisto.

3.2 Yhden hoitajan yksikkö

Yksikön palvelu on suunnattu kotihoidon, asumispalvelun ja hoivasairaaloiden asiakkaan hoidontarpeen arvioinnin ja konsultoinnin tueksi sekä hoidon toteuttamiseksi asiakkaan omassa kotona tai hoitolaitoksessa. Asiakkaat

koostuvat pääsääntöisesti ikäihmisistä. Yksikkö pystyy toteuttamaan hoidontarpeen arviointia monipuolisesti.

Yksikössä työskentelee vuorossaan vain yksi hoitotason ensihoitaja, jolla on käytössään monipuolisesti vierianalytiikkaa ja ensihoidon välineistöä asiakkaan hoidon tarpeen arviointia varten. Yksikössä voidaan toteuttaa vieritestausta kuten CRP, EKG ja verikaasuanalyysi, lääkityä tai toteuttaa iv-hoitoa paikan päällä. Ensihoitajalla on myös mahdollisuus konsultoida suoraan päivystävää lääkäriä. Ensihoitajalla on käytössään Siun soten alueella sosiaalihuollossa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa käytössä oleva asiakaspotilasjärjestelmä Mediatri.

Yksikkö ei kuljeta potilaita eikä sovellu tämän vuoksi yksinään kiireellistä hoitoa vaativan tai hätätilapotilaan hoitoon, vaikka yksikkö voidaankin hälyttää ensivaste periaatteen mukaisesti hälytystehtävälle, esimerkiksi aloittamaan elvytustoimet. Yhden hoitajan yksikön toiminta ei ole ympärivuorokautista. Tehtävät yksikölle tulevat suoraan yhteydenottona sidosryhmiltä tai tehtävän yksikölle voi siirtää kenttäjohtaja. Yhden hoitajan yksikön ensihoitotehtävät eivät yleensä tule hätäkeskuksen kautta, vaikkakin yksittäisiä tehtäviä välitetään ajoittain myös hätäkeskuksen kautta. Yhteydenottajana on yleensä kotihoidon tai asumispalvelun hoitotyöntekijä. Ensiarvion asiakkaan hoidon tarpeesta ensihoitaja tekee jo puhelun aikana, jotta mahdolliset riski- ja hätätilapotilaat tunnistetaan. Jos puhelun aikana herää epäilyä siitä, että kyseessä voi olla riski- tai hätätilapotilas ohjaa ensihoitaja yhteydenottajaa soittamaan suoraan numeroon 112 hätäkeskukseen. (Gerres 2018.)

Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoito seuraa ja raportoi itse tarkasti yhden hoitajan yksikön toimintaa Siun soten johdolle AVOT-hankkeen aikana. Raportti kootaan kuukausittain käyntimäärien, hoidon syiden ja alueellisen käytön mukaisesti. (Gerres 2018.) Tavoitteena pelastuslaitoksella on saada yhden hoitajan yksikön palvelusta pysyvää.

3.3 Vastaavaa ensihoidon toimintaa Suomessa

Yhden hoitajan ensihoitoyksiköistä on saatu tähän mennessä jo jonkin verran kokemusta myös muualta Suomessa. Vastaavanlaista toimintaa ja kehittämistä on ollut ainakin Päijät-Hämeessä, Etelä-Karjalassa ja Pohjois-Savossa ennen Pohjois-Karjalaa.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote) on käyttänyt yhden hengen liikkuvaa ensihoidon päivystysyksikön toimintamallia vuoden 2017 maaliskuusta lähtien. Ennen tätä toiminta kehitettiin hankkeessa ”päivystys olohuoneessa”. Nykyisin yksikön toiminta on ympärivuorokautista. Tänä vuonna toimintaa on vahvistettu toisella yksiköllä. Eksote:lla korostetaan, ettei kyse ole vain ambulanssista yhdellä hoitajalla vaan kokonaan uudesta toimintamallista liikkuvasta päivystysyksiköstä, joka tarjoaa apua yhtenä osana päivystyksen, ensihoidon, kotisairaalan ja kotihoidon palveluketjua asiakkaille kotiin tarjottavissa palveluissa ja tukee näin kotona pärjäämistä. Samalla toiminta lisää päivystyksen ja ensihoidon resursseja ja tarjoaa asiakkaalle parempaa palvelua. (Suomalainen 2017.)

Taloudellisesti toiminta on kustannustehokasta. Yhden hoitajan päivystysyksikkö hoiti helmikuussa 2017 annetun tiedon mukaan kotona 87 % yksikölle tulleista tehtävistä ilman erillistä päivystyskäyntiä. Tämä on säästänyt sairaalapäiviä ja samalla laitospaikkoja on pystytty vähentämään. Tehtäviä oli tuolloin (2017) 4000 tehtävän vuositason tasolla, eikä kaikkiin tehtäviin pystytty edes vastaamaan. Toiminta on ollut kiiteltävää ja palaute asiakkailta, henkilökunnalta ja sidosryhmiltä pelkästään positiivista. (Suomalainen 2017.)

Päijät-Hämeessä vastaavanlaista toimintamallia lähdettiin kehittämään vuosina 2013- 2014, jolloin toteutettiin pilottijakso Orimattilassa, josta Päijät-Hämeen EVA-malli sai alkunsa (ensihoidon vastaanottopalvelu). EVA- toiminto aloitettiin Päijät-Hämeessä maaliskuussa 2015. Marraskuussa 2015 toiminnalle myönnettiin yhtymän laatu- ja kehittämispalkinto. Palaute EVA-toiminnasta on ollut lähes poikkeuksetta positiivista niin asiakkailta kuin

yhteistyökumppaneiltakin. Tällä hetkellä (2018) Päijät-Hämeessä on toiminnassa kaksi EVA-yksikköä (Latvala & Hartikainen 2018, 10.)

4 Osaamisen ja muutoksen johtaminen

4.1 Ammatillisen osaamisen ja tulevaisuuden työelämän vaatimukset

Terveystenhoito elää jatkuvassa muutoksessa ja työn vaatimukset muuttuvat koko ajan. Tämän vuoksi osaamisen ylläpito edellyttää organisaatioilta kykyä ennakoita tulevaa ja kartoittaa, tukea ja ylläpitää sekä kehittää henkilöstön osaamista strategisesti. Tällä varmistetaan, että organisaatiolla on käytössään riittävästi osaavaa henkilöstöä myös tulevaisuudessa työn muuttuviin haasteisiin. Osaamisen kehittämiseen on käytettävissä monia eri menetelmiä kuten esimerkiksi perehdyttäminen ja työhön opastaminen, työnkierto, kehityskeskustelut, palaute, opintomatkat, seminaarit, lisä- ja täydennyskoulutukset, verkko-opinnot, omaehtoinen koulutus, erilaiset hankkeet ja verkostoitumiskoulutukset. Kehittämistä tulee tehdä tarvelähtöisesti ja suunnitelmallisesti pitkän aikavälin tavoitteilla ja sitä tulee myös arvioida säännöllisesti. Arvioimalla voidaan osaamista kehittää strategisesti ja parantaa myös osaamisen johtamista. Tällä luodaan pohjaa myös oppimista arvostavalle organisaatiokulttuurille. (Kuntatyöntajat, 2007.)

Ammatillisen osaamisen ylläpidon veloitteesta terveydenhuollossa on erikseen maininta laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa lain luvussa 3 § 15 ja tarkemmin vielä § 18 terveydenhuollon ammattihenkilöä soveltamaan työssään yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja työskentelytapoja koulutuksensa mukaisesti ja tätä osaamista hänen tulee jatkuvasti täydentää. Myös työnantajaa veloitetaan seuraamaan ammattihenkilöiden ammatillista osaamista ja

mahdollistamaan henkilöstön täydennys- ja muihin koulutuksiin osallistuminen, jotta tarvittava osaaminen ja taidot pysyvät yllä ja kehittyvät turvallisen ja asianmukaisen työn toteuttamiseksi terveydenhuollossa. Samassa laissa (Luku 4a, 23 a §) on määritetty myös hoidon tarpeen arvioinnin osalta, että laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö saa koulutuksensa ja tehtävänkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon perusteella. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee aina antaa apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Ammatillisen osaamisen kehittämiseen on havahduttu valtakunnallisesti ja vuonna 2017 solmittiin raamisopimus tukemaan Suomen kilpailukykyä ja turvaamaan työllisyyttä. Tavoitteena ammatillisella osaamisen kehittämisellä on auttaa työntekijöitä sopeutumaan työelämässä jatkuvasti tapahtuviin muutoksiin, lisätä työn tuottavuutta ja pidentää työuria ja päivittää henkilöstön osaamista vastaamaan työelämän tarpeita koko työuran ajan. (Valtiovarainministeriö 2013.)

Metsämäki Valtiovarainministeriöstä esitti vuonna 2012 näkemyksiä työelämän muutoksista tulevaisuudessa esitelmässään. Hän määritteli työelämän muutosten olevan palvelutyön lisääntyminen, tietoyhteiskunnallistuminen, verkostoituminen, työsuhteiden moninaistuminen, toimintatapojen joustavuus ja globalisoituminen. (Metsämäki 2012.) Vuonna 2017 vakuutusyhtiö Ilmarinen teetti laajan Future Score -testin, johon vastasi yli 800 työnantajan edustajaa ympäri Suomea. Kyselyssä kartoitettiin näkemyksiä tulevaisuuden tarvittavista työelämän taidoista. Testin kärkisijoille nousivat vuorovaikutus, itsetuntemus, tunneälykyys ja empatia. Heti perässä tulivat kyky tunnistaa ja kehittää omaa osaamistaan, verkostoitumiskyky ja relienssi eli muutosjoustavuus sekä yhteistyökyky. Top-10 listan lopusta löytyi kyky toimia erilaisissa ympäristöissä ja kulttuureissa, kriittinen ajattelu ja luovuus sekä itseohjautuvuus. (Keskinäinen vakuutusyhtiö Ilmarinen 2017.)

Samankaltaisia tuloksia saatiin Suomen Työn Liiton teettämässä Made by Finland- tutkimuksessa, jossa kohderyhmänä olivat 18- 79 -vuotiaat suomalaiset, joilta kysyttiin näkemyksiä Suomen vahvuuksista, menestystekijöistä ja

työelämästä tulevaisuudessa. Tutkimukseen vastaajia oli 2219. Tärkeimpänä Suomen menestystekijänä pidettiin korkeatasoista koulutusta (38 %). Yksittäisenä merkittävimpänä muutoksena työelämässä nähtiin teknologian käytön lisääntyminen. Kyky sopeutua muutoksiin nähtiin myös merkittävänä, sillä 78 % vastaajista piti tätä hyvin tärkeänä työelämäntaitona tulevaisuudessa. (Suomen Työn Liitto 2017.)

Osaamisen merkitys on korostunut entisestään viime vuosina. Osaamisen pohjana on ammatillinen peruskoulutus, jota tulee ylläpitää ja päivittää säännöllisesti. Elinikäisen oppimisen omaksuminen on tärkeää, koska tämän päivän työelämässä tulee koko ajan uusia työkykyvaatimuksia kaikilla toimialoilla. Työterveyslaitos nostaa esille ammatillisen osaamisen vahvana tekijänä henkilö työhyvinvoinnille ja työkyvyille. Työterveyslaitoksen professori Ilmarinen laati vuonna 2014 Työkykytalo-kuvan, joka on nelikerroksinen talo, jonka avulla kuvataan henkilön työkykyyn keskeiset vaikuttavat osa-alueet. Talon peruspohjana on henkilön oma terveys ja toimintakyky. Osaaminen tulee toisessa kerroksessa heti terveyden ja työkyvyn jälkeen. (Työterveyslaitos 2018.)

4.2 Osaamisen johtaminen

Uuden toimintamallin myötä vaaditaan työntekijöiltä uutta osaamista. Tarvitaan koulutusta. Osaamisen johtaminen korostuu yhden hoitajan ensihoidon yksikössä asumispalvelussa henkilöstön hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen tunnistamisessa. Ensihoidon integroidun palvelumallin tarkoituksenmukainen käyttö ja asiakkaan laadukas hoito vaativat osaavaa hoidon tarpeen arviointia asumispalvelun hoitohenkilökunnalta. Esimiehen tehtävänä on varmistaa osaaminen. Esimerkiksi halvausoireisen potilaan kohdalla on ensiarvoisen tärkeää, että tunnistetaan oireet, jotta asiakas saa kiireellistä hoitoa, jota hän tarvitsee. Tällaisessa tilanteessa yhden hoitajan yksikön käyttäminen voi viivästyttää potilaan kiireellisen hoidon saantia.

Gerres ja Koivisto näkivät vuonna 2016 kehittäessään yhden hoitajan yksikön toimintamallia yhtenä tärkeimpänä asiana toimintamallin kehittymisen kannalta asiakkaiden osallistamisen ja kouluttamisen. (Gerres & Koivisto 2016, 85). Esimiehellä on vastuu varmistaa henkilölle riittävästi koulutusta ja resursseja sekä ohjata osaamista sekä muutosta henkilöstön yhteistyössä kanssa. Toimintojen integrointi vaatii verkostoitumista ja kokonaan uudenlaisen toimintamallin sisäistämistä.

Ihmisten parissa työskenneltäessä tärkeimmät menestystekijöinä organisaation menestykselle on tunnistaa asiakkaiden odotukset, palvelujen tarpeet ja vastata niihin osaavalla ammattitaidolla. Tällöin keskeinen tulos saadaan osaavalla henkilöstöllä. Digitalisaation kasvu, innovaatiot ja globaalisuus luovat mahdollisuuksia, mutta näiden myötä väistämättä kasvavat myös työn erilaiset osaamisvaatimukset. Tämän vuoksi esimiehen on tärkeää tunnistaa oman organisaationsa ja toimialansa keskeiset prosessit ja osaamisen tarpeet, jotta koulutus ja resurssit osataan kohdentaa palvelemaan vaadittua osaamista. Strategisella ennakkoinnilla ja osaamistarpeiden kartoittamisella luodaan perustaa ja valmiuksia vastata tuleviin muutoksiin ja organisaation strategiisiin päämääriin. (Rovaniemen koulutuskuntayhtymä: Osaamme-hanke 2015.)

Osaamisen johtaminen on systemaattista johtamista, jolla pyritään turvaamaan yrityksen strategisten tavoitteiden ja vision toteutuminen edellyttämä osaaminen niin nykyisellään kuin myös tulevaisuudessa (Viitala 2006, 38). Osaamisen johtamisella esimies pyrkii hyödyntämään työntekijöiden potentiaalin, osaamisen ja kehittämään heidän valmiuksiaan niin, että he suoriutuvat heidän alati muuttuvista työtehtävistään asianmukaisesti. Osaamisen johtamisella tulee vahvistaa ja ylläpitää jokaisen työntekijän substanssiosaamista, mutta sillä pyritään myös huomioimaan työntekijän yksilöosaaminen ja sen hyödyntäminen lisäarvona työyhteisössä esimerkiksi työtä kehitettäessä. Tämä pitää sisällään myös nykyosaamisen arviointia ja kehittämissuunnitelman laadintaa sekä osaamisen kehittymisen seuranta. (Hyppälä 2007, 282.)

Osaamiselle ei ole olemassa yhtä ja ainoaa määritelmää. Ojala määrittelee osaamisen olevan yksilön ja yhteisön tietoa, taitoa, asenteita, kyvykkyyttä, asiantuntemusta ja kokemusta sekä taitoa verkostoitumista. Osaamiseen vaikuttaa hänen mukaansa myös yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet ja kontaktit. (Ojala 2008, 50). Viitala näkee osaamisen kokonaisuutena; kyvykkyytenä selviytyä ammatillisesti työtehtävästä. Toiminnallisella tasolla osaamista voidaan peilata esimerkiksi työprosessien suorittamisen avulla. Tällöin ne ovat usein myös substanssiosaamista eli erityistä ammatillista osaamista, jota tarvittava työtehtävä vaatii, jotta työtä voidaan tehdä ammatin vaatimusten mukaisesti. Ammattitaito on kykyä suoriutua työtehtävästä kokonaisvaltaisesti ja itsenäisesti. Substanssiosaaminen muodostaa ammattitaidon ytimen. (Viitala 2006, 113- 115.) Osaamista tarkastellaan työelämässä monitasoisesti, eikä vain yksilöiden osaamisen summana. Osaamista tulee tarkastella organisaation toiminnassa niin organisaation, tiimin kuin myös yksilön näkökulmista. (Viitala 2006, 65; Ojala 2008, 54- 55).

Viitala näkee osaamisen johtamisen koostuvan osaamistarpeiden ennakoinnista, osaamisen varmistamisesta, valmentavasta esimiestyöstä ja osaamiskulttuurin luomisesta ja johtamisesta. Näiden kaikkien keskiössä on koko ajan organisaation visio, strategiat ja arvot. Osaamisen ennakointi auttaa keskittymään oikeisiin kehityksen kohteisiin ja niiden saavuttamiseen ja yllä pitää jatkuvaa uudistumista. Osaamisen varmistamisella huolehditaan, että organisaatiolla on käytettävissä riittävä henkilöstöressurit strategisesti tärkeiden toimintojen toteuttamiseksi. Puutteita kehitetään ja koulutus kohdennetaan tarpeiden mukaisesti. Valmentavalla esimiestyöllä tarkoitetaan esimiehen roolia tukea ja suunnata henkilöstön osaamisen kehittymistä ja mahdollistaa osaamisen kehittäminen. Osaamiskulttuurin luomisella ja johtamisella tarkoitetaan oppimista arvostavan yhteisen työyhteisökulttuurin luomista ja ylläpitämistä. Esimiehen tehtävänä on selkiyttää osaamisen kehittämisen suuntaa avoimessa yhteistyössä henkilöstön kanssa ja luoda oppimista edistävää ilmapiiriä. (Viitala 2006, 63- 67).

Osaamiskulttuurin luominen ja osaamisen johtaminen vaativat keskusteluita ja luottamuksellista ja avointa ajatuksen vaihtoa henkilöstön kanssa. Esimiehen tulee luoda oppimista tukevia prosesseja ja malleja ja aktivoida henkilöstön

kehittämistä. Tällä luodaan innostavaa oppimiskulttuuria, esimiehen ja työntekijöiden vuorovaikutussuhteita, kehitetään ja lisätään sosiaalista hyvinvointia työyhteisössä. Henkilöstön osaamiseen ja oppimiseen sitouttamisessa on suuri rooli myös esimiehen omalla toiminnallaan. Sitoutunut ja innostunut esimies, joka toimii samoin kuin ohjaa eli toimii omalla esimerkillään ohjaavana roolimallina. Osaamisen johtamisessa lähiesimiehen tärkein tehtävä on luoda yhteys työntekijöiden osaamisen ja strategian välille heidän jokaisen osaamistaan hyödyntäen ja olla tukemassa työntekijöiden osaamista työstään selviytymiseen. (Viitala 2006, 63- 67, 313- 324, 341- 342.)

Palautteen saaminen ja työntekijän voimaannuttaminen (empowerment) ovat koulutuksen rinnalla tärkeitä keinoja henkilöstön osaamisen johtamiseen. Ne motivoivat työntekijää ja kannustavat työntekijää kehittämään itseään. (Sydänmaanlakka 2007, 37). Voimaannuttavassa johtamistavassa on tyypillistä työntekijöiden vastuiden jakaminen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen joka lisää työntekijöiden vastuullisuutta ja itseohjautuvuutta. Voimaannuttaminen tukee parhaimmillaan työntekijän tunnetta hyväksytyksi tulemisesta, lisää itseluottamusta sekä motivaatiota ja auttaa tavoittelemaan kohti sovittuja päämääriä. Motivoitumisen ja voimaantumisen myötä työtyytyväisyys ja tuottavuus kasvavat sekä laatu paranee. (Laaksonen & Ollila 2017, 246- 50.)

Nykypäivän hektinen työelämä on haasteellista. Osaamisen johtamiseen kuuluu myös erilaisten oppimistapojen huomioiminen. Työntekijät ovat yksilöllisiä ja toiselle saman asian sisäistäminen ei ole yhtä helppoa kuin toiselle. Tämä tulee huomioida niin vanhoja kuin, uutta työntekijää perehdytettäessä. Inhimillisten voimavarojen vahvistaminen auttaa muutoksiin sopeutumisessa. Inhimillisiä voimavaroja ovat esimerkiksi resilienssi, sitkeys, tulevaisuuden usko, hyvä itsetunto ja realismi. (Hakala 2018.) Keskustelu ja avoin luottamuksellinen vuorovaikutus ovat ensiarvoisen tärkeitä. Esimiehen on aina hyvä varmistaa ja kysyä työntekijältä onko tämä ymmärtänyt läpi käydyt asiat. Suullisen ohjeistamisen lisäksi on aina hyvä varata työntekijälle myös kirjallista materiaalia oppimisen tueksi. (Pahkin & Vesanto 2013, 8.)

4.3 Muutoksen johtaminen

Sosiaali- ja terveysalalla muutokset ovat korostuneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Viime vuosina rakenteellisia uudistuksia on tehty paljon, kun sosiaali- ja terveyshuollon toimintoja on yhdistetty laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Tällä hetkellä rakenneuudistusta suunnitellaan valtakunnallisesti sote uudistuksen muodossa. Tavoitteena on vastata Suomen väestöennusteen ennusteisiin väestörakenteen muutoksista palvelutarpeen kasvaessa väestön vanhetessa huomattavasti nykyisestään. Sote uudistuksella tavoitellaan toiminnan tehostamista, palvelujen mahdollistamista, kykyä vastata tulevaan palveluntarpeeseen tasavertaisesti sekä kustannustehokkuutta. Yhtenä uudistuksena Sote-uudistuksen myötä tulee olemaan asiakkaan valinnanvapaus, jonka myötä asiakas voi itse valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan välillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018, 16- 19.) Sote-uudistus liittyy kiinteästi toiseen suuren tulevaan rakenne uudistukseen eli maakuntauudistukseen. Kuntien ja kuntayhtymien julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu on siirtymässä maakuntauudistuksen myötä maakunnalle 1.1.2021. (Valtioneuvosto 2016.)

Muutoksen johtaminen kuuluu tänä päivänä keskeisesti esimiestyöhön. Muutosten keskiössä muutosjohtamisen osaaminen korostuu. Osaavalla johtamisella on suuri merkitys muutoksen onnistumisessa. Haastavissa muutoksissa esimiehen tulee kiinnittää fokus henkilöstön työhyvinvointiin ja työkyvyn tukemiseen, sillä työkyky ja työhyvinvointi heikentyvät usein suurissa muutoksissa. Tämä saattaa näkyä sairauspoissaolojen lisääntymisenä ja tuottavuuden heikentymisenä. Epävarmuus muutoksen keskellä saattaa heikentää myös henkilöstön työhön sitoutumista tai aiheuttaa työn sujumuuden ongelmia. Esimiehen roolina on antaa tukea ja kannustaa työn sujumista ja ylläpitää motivaatiota, työvirettä ja innostusta yllä tukien työyhteisön ja työntekijän työhyvinvointia muutoksessa. Työkyvyn tukemisessa esimiehen tehtävänä on työkykyongelmien ennalta ehkäiseminen, havaitseminen ja prosessien eteenpäin vieminen. (Pekkarinen & Pesonen 2017).

Esimies huolehtii muutoksen aikana siitä, että normaalia työtä jatketaan muutosprosessin rinnalla. Tiedottaminen ja keskusteleminen tulevista muutoksista auttavat luomaan muutoksesta ymmärrettävän, hallittavamman ja mielekkäämmän henkilöstölle. Henkilöstölle on hyvä kertoa, miksi muutos tehdään ja mitä sillä tavoitellaan. Tärkeää on kertoa, miten muutos vaikuttaa yksittäiseen työntekijään. Henkilöstön osallistaminen ja kehittämiseen mahdollisuuksien mukaan sitouttaa henkilöstöä paremmin. Muutoksen keskellä esimiehen muutokseen suhtautumisella on suuri merkitys. Muutoksen aikana esimiehen viestintää, asenteita ja eleitä seurataan korostuneemmin. On entistä tärkeämpää olla läsnä ja henkilöstön saatavilla. Työntekijällä saattaa olla tärkeää voida keskustella epävarmuudesta tai peloistaan esimiehen kanssa. Esimiehen tehtävänä on katkaista mahdollisesti esiintyvät huhupuheet heti, sillä ne lisäävät turhaan henkilöstön epävarmuutta. Muutoksen aikana on tärkeää seurata ja tunnustella säännöllisesti työyhteisön ilmapiiriä ja puuttua heti epäasialliseen käytökseen. Vaikka päätökset saattavat olla henkilöstön vaikea hyväksyä, ei epäasiallista käyttäytymistä voi sallia. (Pahkin & Vesanto 2013, 8-11.)

Työtehtävien muutoksissa esimiehen tehtävänä on huolehtia työntekijän perehdyttämisestä ja opastuksesta uusiin muutoksiin työssä. Muutoksiin sopeuttamiseen vaikuttaa työntekijän oma osaaminen, työkyky ja tukiverkosto. Asennoituminen vaihtelee yksilöllisesti; toinen näkee muutoksen mahdollisuutena ja toinen koettaa sopeutua muutokseen pelon tai ahdistuksen tuntein. Tähän vaikuttavat jokaisen aikaisemmat, yksilölliset kokemukset työelämän muutoksista, oma terveydentila ja elämäntilanne ja asenne tai motivaatio. Usein muutosten keskellä työyhteisössä esiintyy muutosvastarintaa, joka saattaa johtua pelosta uutta tuntematonta muutosta kohtaan. Ihminen saattaa tuntea olonsa uhatuksi ja epävarmaksi jos muutoksia tapahtuu liikaa ja liian nopeasti. Tähän auttaa avoin tiedottaminen ja yhteisen vision terävöittäminen – perustelut sille miksi muutos on välttämätöntä. Muutoksen onnistumista tukee henkilöstön kokemus, johon vaikuttaa tiedottaminen, mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa muutokseen sekä työntekijän oma motivaatio. Esimiehen riittävä vuorovaikutus työyhteisön kanssa on tärkeää muutoksessa. (Rauramo 2013, 9-13.)

Ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminta muuttaa totuttua hoitotyönkulttuuria asumispalvelussa. Asiakkaan voinnin heikentyessä on aiemmin usein päädytty soittamaan suoraan hätäkeskukseen ja asiakas on viety päivystykseen tutkittavaksi. Tämä oli yleinen tapa toimia opinnäytetyön toteutetun asiakaskokemus kyselyn mukaan. Uudessa ensihoidon toimintamallissa hoidon tarpeen arviointi toteutetaan hoivakodissa ja hoito pyritään järjestämään hoivakotiin. Hoidon tarpeen arvioinnin apuna on yhden hoitajan yksikön laaja vieritestausvälineistö, ensihoitajan ammattitaito ja mahdollisuus lääkärin konsultointiin, jotka mahdollistavat asiakkaan tarkemman tutkimisen ja hoidon tarpeen arvioinnin. Hoitajat saavat ensihoitajalta jatkohoito-ohjeet ja he hoitavat asiakkaan hoivakodilla. Tämä lisää asumispalvelun hoitajien vastuuta potilaan hoidosta ja lisää hoitotyön osaamisen vaatimuksia, kun asiakkaiden hoito siirtyy yhä enemmän hoivakotiin. Muutos saattaa aiheuttaa ammatillista epävarmuutta.

Esimiehen on tärkeää keskustella avoimesti muutoksista työyhteisön kanssa ja perustella muutosta. Esimiehen tuki on työntekijälle tärkeää muutoksessa. Työntekijät kokevat muutokset jokainen yksilöllisesti ja toiselle pienikin muutos voi tuntua merkittävältä, kun taas jollekin toiselle ei muutos vaikuta juuri lainkaan. (Ponteva 2010, 42- 44).

5 Hoidon tarpeen arviointi

5.1 Peruselintoiminnot – niiden arviointi ja seuranta

Hoitajan perustehtäviin kuuluu peruselintoimintojen seuraaminen, kirjaaminen ja voinnin muutoksista tiedottaminen lääkärille, seuraavan vuoron hoitotyöntekijöille kuin myös asiakkaalle ja tämän omaisille. Hoitajan tulee ymmärtää ammatillisen koulutuksensa pohjautuen seurata asiakkaan vointia ja ryhtyä akuuteissa

tilanteissa tarvittaviin toimenpiteisiin ilman lääkärin erillistä määräystä. Potilasasiakirjoihin kirjataan seuranta, tehdyt tutkimukset ja tulokset sekä voinnissa tapahtuneet muutokset. Kirjaamisella turvataan potilaan hoidon jatkuvuus ja parannetaan potilasturvallisuutta. (Valvira 2014.)

Ihmisen peruselintoimintoihin kuuluvat hengittäminen, verenkierto ja tajunta. Ikäihmisten hoidon tarpeen arviointia vaikeuttaa lisäksi erilaiset iän tuomat muutokset ja useat päällekkäiset perussairaudet, jotka saattavat yli korostaa tai piilottaa tulkittavia oireita (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 72–73).

Vuonna 2018 Valvira julkaisi yleiskirjeen elintoimintojen seuraamisen ja osaamisen puutteista, joita nähtiin olevan kaikissa hoitoalan ammattiryhmissä hoitajista lääkäreihin. Yleisesti puutteita oli havaittu yleisissä peruselintoimintojen kuten lämmön, verenpaineen, verensokerin tai hengitys- ja happisaturaation sekä tajunnantason seuraamisessa, esimerkiksi kaatumisten ja päähän kohdistuneen vamman jälkeen. Esimies on vastuussa laadukkaasti hoidon tuottamisesta ja hänen tehtävänä on varmistaa hoitohenkilökunnan osaaminen ja järjestää työntekijöille tarvittaessa lisää koulutusta, ohjeistusta ja perehdytystä. (Valvira 2018.)

Vuoden 2016 elvytyksen käypähoitosuosituksessa todettiin, että hoitolaitoksissa voidaan ehkäistä sydänpysähdyksiä organisoidulla menettelytavalla, jolla voidaan tunnistaa tapaukset, joissa potilas on kriittisesti sairas ja tarvitsee välitöntä hoidon tehostamista. Yhtenä menetelmänä suosituksessa mainitaan ABCDE-malli. (Käypä hoito 2016a). On todettu, että ihmisen peruselintoiminnoissa esiintyy muutoksia hyvin usein jo tunteja, jopa vuorokautta ennen itse sydäninfarktia. Kun muutokset tunnistetaan potilaan peruselintoiminnoissa, voidaan hoito toteuttaa nopeammin ja tehokkaammin. (Nurmi 2005, 44.) Pelkkä peruselintoimien mittaaminen ei riitä, vaan mittaustuloksia tulee myös osata arvioida, jolloin hoitajan tulee tietää yleiset ja poikkeavat viitearvot.

5.1.1 Hengittäminen

Hengittämiseen käytetään hengityselimistöä, johon kuuluvat: hengitystiet, keuhkot ja hengityslihakset. Hengityselimistö on kiinteässä yhteydessä verenkierron kanssa. Hengittämisen tehtävänä luovuttaa happea keuhkojen kautta verenkiertoon ja poistaa elimistöstä hiilidioksidia uloshengityksessä. Lisäksi hengityselimistö säätelee elimistön happo-, emäs-, lämpö- ja nestetasapainoa. Hengittämistä säätelee aivojen ydinjatkeessa sijaitseva hengityskeskus. (Iivanainen & Syväoja 2008, 316- 317.)

Hengittämisen arvioinnissa voidaan hyödyntää frekvenssiä eli hengitystaajuutta (HT). Aikuisella normaalina hengitystiheytenä pidetään yleisesti hengittämistä 12- 20 kertaa minuutissa. Lievä hengitysvaikeus on, kun frekvenssi on 20- 25 krt/min. Vaikeana hengitysvaikeutta voidaan pitää, kun frekvenssi on enemmän kuin 30 kertaa minuutissa tai alle 10 kertaa minuutissa tai saturaatio SpO2 laskee alle 90 % lisähapen kanssa (taulukko 1). (Oksanen & Turva 2015, 31; Iivanainen & Syväoja 2008, 318; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 369.)

Taulukko 1. Hengityksen arviointiin (Mukaiillen Iivanainen 2008, 322).

Hengitysvaikeuden vaikeusaste:	Frekvenssi:	SpO2%:	Muita oireita:
Normaali	12-20	99-95	Puhuminen normaalia, ei apulihasten käyttöä
Lievä	20-25	>92	Saattaa valittaa ahdistusta, puhuu lausein
Kohtalainen	25-30	85-92	Puhe pari sanaa kerrallaan apuhengityslihakset alkavat olla apuna käytössä
Vaikea	30-40	70-85	Puhuminen vaikeaa, apulihakset voimakkaasti käytössä, ei jaksa yskiä, voi usein hikinen, RR >120
Uhkaava romahdus	>40 > 10	>70	Syanoosia, sekava ja levoton, ei jaksa puhua, ei yskiä, hengitys epäsäännöllistä, vaihtelevaa, yleistila huononee

Hengittämistä voidaan arvioida kattavasti ulkoisesti ilman hoitovälineitä kuuntelemalla ja katselemalla potilaan hengittämistä. Seurataan potilasta hengitystiheyden, hengityssänten, apulihasten käytön, ihon värin, lämmön ja kosteuden avulla. Arvioinnissa kannattaa hyödyntää puhetta, sillä vaikeassa hengitysvaikeudessa on vaikea saada sanottua edes yksittäisiä sanoja. Potilaan pyrkiminen pystyasentoon ja sekavuus voivat olla viitteitä hengittämisen vaikeudesta. Hajuaististakin saattaa olla havainnoinnissa apua, sillä esimerkiksi asetonin tuoksu hengityksessä saattaa paljastaa diabeettisen ketoasidoosin, jolloin potilas tarvitsee välittömästi sairaala- tai jopa tehohoitoa. Ketoasidoosi on elimistön happomyrkytystila joka johtuu insuliinin puutoksesta. Tila on hengenvaarallinen. Happomyrkytystä on syytä epäillä jos sekä verensokeri on koholla että verinäytteestä löytyy ketoaineita. (Iivanainen & Syväoja 2008, 320; Tampereen yliopistollinen sairaala 2018; Diabetesliitto 2018).

Tarkempi mittaustulos elimistön hapettumisesta saadaan käyttämällä SpO₂-mittaria eli pulssioksimetriä ja kuuntelemalla keuhkoja stetoskoopilla. Verikaasuanalyysillä saadaan lisäksi tietoa elimistön happo-emäs-tasapainosta. (Iivanainen & ym. 2008, 320). Verikaasuanalyysin ottaminen ei ole mahdollista kotihoidossa eikä asumispalvelussa, mutta Siun soten yhden hoitajan yksiköllä vierianalyysilaitteisto ja ottamiseen saatu erilliskoulutus mahdollistaa ensihoitajalle verikaasuanalyysin ottamisen potilaan luona.

5.1.2 Verenkierto

Jatkuva verenkierto on elämää ylläpitävä, välttämätön peruselintoiminto. Verenkiertoelimistö muodostuu verisuonistosta ja sydäimestä. Verenkierto jaetaan isoon ja pieneen verenkiertoon. Isosta verenkierrosta huolehtii sydän pumppaamalla hapetettua verta valtimoista kaikkialle elimistöön hiussuonia myöten ja palaten laskimoita pitkin takaisin sydämeen oikeaan eteiseen. Pieniverenkiertoa kutsutaan keuhkoverenkierroksi, sillä sydämeen laskimoista palautunut vähähappinen veri kulkeutuu keuhkovaltimoa pitkin keuhkoihin, jossa verestä kaasujenvaihdon seurauksena punasoluista poistuu hiilidioksidia ja

punasoluihin kiinnittyy happimolekyylejä. Hapekas veri siirtyy keuhkolaskimoa pitkin takaisin sydämen vasempaan eteiseen. Hapen ja hiilidioksidin kuljettamisen lisäksi verenkierto huolehtii ravintoaineiden kuljetuksesta ruuansulatuskanavasta kudoksiin. Verenkierto kuljettaa kuona-aineet maksaan ja munuaisiin sekä ja hormonit kohdesoluihin. Verenkierto myös ylläpitää ruumiinlämpöä ja elimistön happamuutta (pH) tasaisena kehossa. (Arstila, Hänninen, Nienstedt & Stig- Erik 2009 184- 186.)

Verenkierron arviointiin kotihoidossa ja asumispalvelussa voidaan hyödyntää verenpainetta ja sykkeen mittaamista, lämmön mittaamista, radialis- ja carotis-pulssien palpaatiota ja potilaan havainnointia. Nestekertymät, turvotukset, kaulavaltimon pullottaminen istuvassa asennossa voivat olla merkkejä sydämen- tai verenkierron- häiriöistä. Ääreisverenkierron heikentymisestä kertoo myös viileämmät kädet ja varpaat. Paikantamaton kipu, huonovointisuus ja hengenahdistus voivat olla sydäninfarktin oireina. Ikäihmisillä tulee huomioida että sydäninfarkti voi esiintyä myös oireettomana, varsinkin diabeetikolla ja ikäihmisillä. Noin 10 % sydäninfarkti on täysin kivuton. (Iivanainen & Syväoja 2008, 576; Iivanainen & ym. 2010, 212- 213).

Normaalina verenpainetta pidetään, kun se on alle 130/85 mmHg. Verenpaine määritellään kohonneeksi, kun verenpaine ylittää 140/90 mmHg. Ikäihmisten kohdalla (yli 80-v.) Käypä hoito -suositusten mukaan asetettu tavoitetaso on 150/90 mmHg. (Käypä hoito 2014.) Normaali aikuisen syketaajuus on 60–100 kertaa minuutissa levossa.

Korkeasta verenpaineesta ei yleensä aiheudu akuuttia päivystyksellistä hoidon tarvetta, ellei verenpaine ole yli 200 mmHg tai sisällä muita liitännäisoireita. Matalaverenpaine (hypotonia) voi aiheuttaa nopeastikin hengenvaarallisen tilan potilaalle. Matalana henkilön verenpainetta pidetään, kun systolinen paine eli yläpaine on alle 100 mmHg ja kriittiseksi matalapaine määritetään, kun systolinen paine on alle 80 mmHg. Akuuttitilanteissa nopean arvioinnin matalasta verenpaineesta saa tehtyä ranne- ja kaulapulssista tunnustelemalla; jos radialis eli rannepulssi tuntuu, on systolinen pulssi ainakin 80 mmHg. Jos radialista ei

havaita mutta kaulapulssi eli carotis tuntuu, on verenpaine noin 60 mmHg. Jos carotis- pulssiakaan ei löydy, aloitetaan elvytys. (Iivanainen ym. 2010, 181- 183.)

Aikuisen normaalina ruumiinlämpönä pidetään 37–36°C. Normaaliin ruumiin lämpöön vaikuttavat kuitenkin monet asiat, kuten ikä, rasitus, lääkkeet, paino, ruokailu tai mittaustapa. Alilämpöisyys eli hypotermia luokitellaan lieväksi ruumiinlämmön ollessa 32- 35°C, keskivaikeaksi ihmisen hypotermia luokitellaan 30- 32°C ruumiinlämmöllä, vaikeaksi ruumiinlämmön laskiessa alle 30 celsiusasteeseen ja kriittinen hypotermia on alle 26°C. (Castren, Kurola, Lund, Martikainen & Silfast 2014).

5.1.3 Tajunta

Tajunta on ihmisen kykyä muistaa, tietää, ymmärtää, tuntee ja toimia. Tajunnan avulla ihminen on tietoinen itsestään ja ympäristöstään ja hänellä on sekä menneisyys että tulevaisuus muistoinen ja suunnitelmiseen. Aivojen antamien käskyjen mukaan ihminen kykenee esimerkiksi liikkumaan. Tajunnan häiriöt esiintyvät tajunnantason laskuna, esimerkiksi sekavuutena, uneliaisuutena tai ymmärryksen alentumisena tai toimintakyvyn heikkenemisenä, tajuttomuutena tai kyynä tuottaa puhetta tai liikettä. Usein myös muissa aisteissa voi olla häiriöitä esimerkiksi näkö- tai tuntopuutoksia. (Aivotalo 2018.)

Tajunnantason arvioimiseen voidaan käyttää Glasgowin kooma-asteikkoa (GCS), joka on nopea ja helppokäyttöinen kansainvälisesti käytetty tajunnantason arvioinnin mittari. (Alaspää & Holmström 2013, 79). Tietoa tajunnantason syistä saadaan myös verensokerin, happisaturaation ja verenpaineen mittauksella ja potilaan ulkoisesta olemuksesta ja oireista sekä tiedostamalla yleiset tajuttomuuden syyt ja niiden oireisto. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017).

Glasgowin kooma-asteikossa arvioidaan kolmea toimintoa (taulukko 2), joihin kuuluvat silmien avaaminen, puhevaste ja liikevaste. Nämä käydään läpi

järjestyksessä, johon voi hyödyntää muistisääntöä SI-PU-LI eli silmät-puhe-liike. Täydet 15 pistettä tarkoittaa normaalia tajunnantasoja ja kolme pistettä erittäin vakavaa aivotoiminnan vajetta jolloin potilas on täysin reagoimaton. Pisteytyksen raportoinnissa on tärkeä tunnistaa mistä pisteet koostuvat, joten ne ilmoitetaan toiminnan saaman pistemäärän mukaisesti esimerkiksi SI3PU3LI5 = GCS11. (Alaspää & Holmstöm 2013, 79, 151; Iivanainen ym. 2010, 83.)

Taulukko 2. Glasgowin kooma-asteikko GCS (mukaillen Iivanainen 2010, 83).

Toiminto:	Kriteeri:	Pisteet
Silmien avaus	Spontaanisti Kehotuksesta Vasteena kipuun Ei avaa silmiä	4p. 3p. 2p. 1p.
Puhevaste	Orientoitunut Sekava Yksittäisiä sanoja Ääntelyä Ei vastetta	5p. 4p. 3p. 2p. 1p.
Liikevaste	Noudattaa kehotuksia Torjuu kivun Väistää kivun Koukistaa (flexio) kipuun Ojentaa (extensio) kipuun Ei vastetta	6p. 5p. 4p. 3p. 2p. 1p.
Yhteensä min 3p. – max 15 p.		Yht.

Yleisimpiä tajuttomuuden syitä voidaan käydä läpi muistisäännön VOI IHME! avulla. Muistisäännössä tajuttomuuden syyt ovat V=vuoto kallon sisällä, O=hapen puute (O₂), I=intoksikaatio eli myrkytys, I=infektio, H=hypo- tai hyperglykemia eli matala tai korkea verensokeri, M=matala verenpaine, E=epilepsia tai joskus!= simulaatio eli esittäminen, jossa potilas esittää tajuttomuutta. (Alaspää & Nurmi 2013, 375.)

Ikäihmisillä aivoinfarkti joka on hyvin yleinen. Aivoinfarktilla tarkoitetaan iskemian aiheuttamaa aivokudosten pysyvää vauriota. Tukokseen eli embolian yleisin syy (25 %) on sydämen rytmihäiriöistä johtuva flimmeri eli eteisvärinä, jonka

seurauksena sydäimestä kulkeutuu verihyytymä valtimoista ja tukkeuttaa jonkin aivorungon haaran aiheuttaen aivoinfarktia. Toisena yleisenä (15 %) syynä aivohalvauksissa on aivovaltion repeytymisestä aiheutuneessa vuodossa. (Atula 2017). Oireina saattaa esiintyä toisen puolen halvausoireita kuten suupielen roikkumista, nielemisvaikeutta, puheen puuroutumista, näköhäiriöitä toiselle kyljelle kaatumista ja toispuolista lihasheikkoutta sekä tajunnan tason heikkenemistä aina tajuttomuuteen asti, Ennakoivana oireena voi esiintyä voimakasta päänsärkyä tai pahoinvointia. (Castren, Korte & Myllyrinne 2017; Atula 2017.) Toispuoliset halvausoireet voivat esiintyä joko osittaista eli hemipareesisesti tai täydellisesti eli hemiplegisesti. Infarktin yhteydessä systoolinen verenpaine nousee usein yli 200 mmHg. Aivoinfarkti oireistoinen potilas tarvitsee kiireellistä sairaalahoitoa, sillä liuotushoidon aloittaminen tulee aloittaa oireiden alkamisesta alle 4,5 tunnin kuluessa. (Käypä hoito, 2016a; Castren, Korte & Myllyrinne 2017; Atula 2017).

Tajuttomuuden syynä voi olla hapen puutteesta johtuva tajuttomuus. Tajuttomuus voi olla lyhytkestoista esimerkiksi TIA-kohtauksissa (transient ischemic attack), ja pyörtymisessä (synkopee), joka saattaa johtua monista eri syistä kuten matalasta verenpaineesta, jännittämisestä, kivusta, nestehukasta, pahoinvoinnista tai pitkään seisomisesta. TIA-kohtauksen saaneen potilaan terveydentila ei vaadi akuuttia hoitoa, mutta lääkärin tulee arvioida hoidon tarve esimerkiksi asetyylisaalihapon lisääminen lääkitykseen estämään verihitaleiden tarttumista toisiinsa tai verenohennuslääkityksen tarve. Pyörtyneen pulssia tunnustellaan ja hengitystä seurataan ja jos ne eivät 20 sekunnin aikana pala normaaliksi aloitetaan elvytys. Tyypillisen, lyhytkestoisen pyörtymisen vuoksi ei lääkärin käyntiä tarvitse, ellei pyörtyminen ole toistuvaa.

Pitkäkestoinen hapenpuutteesta johtuva tajuttomuus voi johtua hengityksestä nielussa. Esteenä voi olla oksennusta, vierasesine tai ruokaa. Hengittämättömän potilaan ensiapu aloitetaan aina tarkistamalla aina hengitystiet ja niiden avoimuus. Havaittu hengityksestä poistetaan nielusta. Tajuton, hengittävä potilas käännetään kylkiasentoon. Hengittämättömälle potilaalle aloitetaan peruselvytys. Jos tajuttomuuteen liittyy kouristelua ilman tiedossa olevaa epilepsiaa tai potilas loukkaa itsensä tai on syytä epäillä sydänperäistä tajuttomuutta, on syytä

toimittaa potilas välittömästi hoitoon. (Mustajoki 2017.) Epileptikon pitkäkestoinen (status epilepticus) kohtaus on hengenvaarallinen hätätilanne, joka vaatii aina välitöntä sairaalahoitoa, samoin kuin lyhyen aikavälin toistuvat kohtaukset. Pitkäkestoisena pidetään yli viisi minuuttia kestänyttä epileptistä kouristelukohtausta. (Käypä hoito 2016b.) Ensiapulääkkeinä käytetään bukkaalista midatsolaamia tai rektaalista diatsepaamia. Kotihoidossa ja asumispalvelussa epilektikoille on yleensä määrätty rektaalinen diatsepaami, joka voidaan antaa kohtauksen pitkittyessä, uusiutuessa ja estämään uusia kohtauksia (Käypä hoito 2016b). Kohtauksen aikana potilaan päätä suojataan kolhiutumiselta, mutta muuten liikkeitä ei tule rajoittaa. Suuhun ei saa laittaa mitään kohtauksen aikana. Kohtauksen jälkeen käännetään kylkiasentoon ja varmistetaan hengitys. Jos kouristelu kestää yli viisi minuuttia tai uusiutuu, otetaan yhteys hätäkeskukseen. (Kälviäinen 2016.)

Intoksikaatiolla tarkoitetaan myrkytystä tai humalatilaa. Intoksikaation yleisimpiä aiheuttajia ovat lääkkeet, päihteet, myrkylliset sienet/marjat, hähkä ja erilaiset kemikaalit kuten, emäksiset aineet ja liuottimet, sekä vahvat hapot. (Castren, Korte & Myllyrinne 2017b.)

Intoksikaatiot ikäihmisten kotihoidossa ja asumispalvelussa ovat yleensä lääkkeiden aiheuttamia; esimerkiksi asiakas on saanut vahingossa toisen asiakkaan lääkkeet tai saatu annos on ollut virheellinen. Selkeissä myrkytysoireisissa ja – tapauksissa soimitaan aina 112-hätäkeskukseen. Potilasta ei saa oksettaa ja vointia seurataan aina avun saapumiseen saakka. Myrkytystä epäiltäessä tai lievissä tapauksissa ilman selkeitä oireita voidaan konsultoida ja saada ohjeita myrkytystietokeskuksesta, josta voidaan tarkistaa esim. lääkkeiden yhteisvaikutukset ja ohjeistetaan potilaan seuranta tai hoitoa. (Castren, Korte & Myllyrinne 2017b.) Suomen Punaisen Ristin verkkosivuilla ensiapuohjeissa kerrotaan myrkytyksen oireita olevan pahoinvointi, oksentelu, iho-oireet, tokkuraisuus, päänsärky, huimaus, hengenahdistus, kouristelu, sydämentykytys ja tajunnan heikkeneminen tai tajuttomuus. Kotihoidossa tulee aina huomioida mahdollisuus, että intoksikaatio voi johtua myös päihteistä, kuten alkoholin ja lääkkeiden sekakäytöstä tai huumausaineista. (Suomen Punainen Risti 2018.)

Infektiosta johtuva tajuttomuus voi johtua vakavista infektiosairauksista kuten sepsiksestä, meningiitistä (aivokalvontulehdus) tai enkefaliitista (aivotulehdus). Nämä kaikki infektiosairaudet aiheuttavat tajunnan tason ja käytöksen häiriöitä ja vaativat äkillistä sairaalahoitoa. (Alaspää & Nurmi 2015, 375- 377.)

Verensokerin vaihtelut ovat yksi yleinen tajunnantason heikkenemisen ja tajuttomuuden aiheuttajista. Alhaisena verensokeria pidetään, kun veriplasman glukoosiarvo on alle 4 mmol/l. Alhainen verensokeri oireilee alkuvaiheessa nälän tunteena, tärinänä, hikoiluna ja ärtyisyytenä, jotka johtuvat adrenaliinin liikavaikutuksesta, joka on seurausta veren alhaisesta glukoosipitoisuudesta. Hypoglykemia ensihoitona on verisokeritason tasoittaminen. Oireet helpottavat nopeasti, kun potilas nauttii sokeria tai tärkkelystä sisältävää ravintoa. Varsinaisen hypoglykemia, jossa keskushermoston toiminta häiriintyy, on kun veriplasman glukoosi menee alle 2,8 mmol/l. Tässä vaiheessa oireita ovat lisäksi päänsärky, sekavuus, näköharhat, aggressiivisuus tai riitaisa käytös, kouristukset ja mahdollinen tajuttomuus. Tajuttomalle ei saa laittaa suuhun mitään. Tajuttomalle aikuiselle voidaan antaa 1 mg glukagonia intramuskulaarisesti tai subkutaanisesti reiteen tai olkavarteen. Jos glukagonia ei ole käytössä tai asiakas ei tule tajuihinsa tulee soittaa hätäkeskukseen 112. (Mustajoki 2018.)

Korkea verensokeri eli hyperglykemia johtuu insuliinin puutteesta. Korkeana verensokeria pidetään, kun glukoosiarvo on > 15 mmol/l. Insuliinin puutteesta saattaa seurata elimistön happomyrkytystila eli ketoasidoosi, joka on hengenvaarallinen tila. Ketoasidoosi ei kehity akuutisti vaan pidemmän ajan seurauksena. (Diabetesliitto 2018.) Tarkemmissa tutkimuksissa ketoaineet ovat myös positiiviset. Tällainen voi olla ihmisellä jolla insuliinin tuotanto on loppunut tai selvästi heikentynyt, mutta jolla ei vielä ole diagnosoitua diabetesta tai kun asiakkaan diabetes ei ole hoitotasapainossa. Oireina esiintyy pahoinvointia, vatsakipua, takykardiaa, hyperventilaatiota, janon tunnetta, virtsaamisen tarvetta, rintakipua, laihtumista, kuumeilua, tajunnan heikentymistä tai asetonin tuoksua hengityksessä. Tila vaatii välitöntä sairaalahoitoa tai jopa tehohoitoa. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2018.)

Anafylaktinen shokki tarkoittaa akuutisti syntyvää allergista reaktiota. Allergisen reaktion voi laukaista erilaiset lääkeaineet, ruoka-aineet, mehiläisen- tai ampiaisen pistos. Reaktio alkaa usein huulista tai kämmenten alueelta kihelmöintinä leviten muutamassa minuutissa koko kehoon. Huulet ja silmät turpoavat, usein myös kieli ja nielu turpoavat. Potilaalla on hengenahdistusta ja ääni käheytyy ja voi olla vinkuva. Muina oireina voi esiintyä ripulointia tai oksentamista, vatsakipua, takykardiaa ja iholle ilmaantuu paukamaista urtikariaa ja iho punoittaa. Potilas saattaa myös menettää tajuntansa. Tila on hengenvaarallinen ja hoitamattomana voi johtaa kuolemaan. Vaatii akuuttia sairaanhoitoa. Hoivakodissa ja asumispalvelussa tulee soittaa välittömästi hätäkeskukseen 112. Anafylaksian ensihoitona on adrenaliini, joka annetaan välittömästi intramuskulaarisesti lihakseen. Annostus adrenaliinia 1mg/ml annetaan aikuiselle 0,1 millilitraa kymmentä painokiloa kohti. Annostus uusitaan tarvittaessa 5-15 minuutin kuluttua. Hoitoa voidaan tehostaa antihistamiinilla, kortisonilla ja avaavalla astmasuihkeella. Hengittämistä helpotetaan antamalla happea viiksillä tai maskilla. Potilas tulee aina ensiavun jälkeen lähettää tarkkailuun sairaalaan. (Hannuksela-Svahn 2014; Mäkelä & Mäkinen-Kiljunen 2007, 25- 27, 123- 125.)

5.2 ABCDE-menetelmä

ABCDE-menetelmä on systemaattinen toimintamalli potilaan peruselintoimintojen varmistamiselle ja tutkimiselle, mikä nopeuttaa peruselintoimintojen hoidon aloittamista viiveettä. Toimintamallin systemaattisuus auttaa löytämään hyvin potilaan elintoimintoja uhkaavat oireet. Toimintamalli soveltuu ja voidaan käyttää hoidon arviointiin kaikissa toimintaympäristöissä ja samanlaisena kaikenikäisille potilaille. Kirjaimet koostuvat englanninkielisistä sanoista A= Airway (hengitystie), B= Breathing (hengitys), C= Circulation (verenkierto), D= Disability ja E= Expose (paljastaminen). Kirjainyhdistelmän edessä käytetään usein myös pientä c-kirjainta (catastrophic haemorrhage, cABCDE), joka tarkoittaa näkyvää, katastrofaalista verenvuotoa, joka tulee pyrkiä tyrehdyttämään aina ennen

ABCDE- menetelmäarvioinnin jatkamista. (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Løvgren 2012, 117- 119).

ABCDE-menetelmää tulee edetä järjestyksessä; seuraavaan vaiheeseen ei tule siirtyä ennen kuin edellinen on kunnossa. Ensiarvio hoidon tarpeesta tulee kuitenkin aina tehdä heti yleissilmäyksellä muutamassa sekunnissa jokaisen potilaan kohdalla. Kun sitten todetaan tarkempi voinnin arvioinnin tarve, toteutetaan potilaan riipeä systemaattinen tutkiminen ABCDE-menetelmän avulla. Menetelmä kertoo myös välittömien peruselintoimintojen tukemiseen käytettävien toimenpiteiden järjestyksestä. (Koponen & Sillanpää 2005, 76; (Alaspää & Holmström 2008, 65.)

Ensimmäisessä vaiheessa (A = airway) tarkistetaan potilaan hengitystiet ja niiden avoimuus. Tämä tehdään varmistamalla hengityksen virtaaminen ja tarkastamalla onko nielussa nähtävissä vierasesinettä tai muuta hengitystie-estettä. Hengitysteiden ollessa tukkeutuneena akuuttitoimeenpiteenä tulee pyrkiä poistamaan hengityseste ja puhdistaa nielu avoimeksi. Muuten varmistetaan potilaan hengitysteiden auki pysyminen nostamalla potilaan päätä leuasta taaksepäin samaan aikaan painamalla otsasta alaspäin, jotta hengitystiet pysyvät avoinna. Tämä elintärkeä toimenpide turvaa potilaan hengittämisen. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012,150). Tutkimuksen edetessäkin tulee koko ajan huolehtia siitä, että hengitystiet myös pysyvät avoimina. Tajuttoman potilaan kieli saattaa tukkia nielun. Tarvittaessa potilas tulee kääntää kyljelleen ja uudelleen varmistaa, että hengitystie pysyy edelleen avoimena. Jos todetaan, ettei potilas hengitä, eikä ole herätettävissä, otetaan viipymättä yhteys hätäkeskukseen ja aloitetaan paineluelvytys. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017.)

Kun ilmatie on saatu varmistettua, siirrytään toiseen vaiheeseen. Toisessa vaiheessa (B=breathing) tutkitaan potilaan hengittäminen. Tarkoituksena on havaita henkeä uhkaavat tai kriittiset hengitysvaikeudet. Hengittämistä voidaan arvioida hyvin noninvasiivisesti potilasta ja hänen hengitystyötään arvioimalla. Arviointia toteutetaan kuuntelemalla hengitysääniä, kyselemällä ja huomioimalla puhuuko potilas – ja jos puhuu, niin miten hän puhuu. Silmäilemällä potilaan

ulkoista olemusta; onko kylmänhikinen, kalpea, hakeeko tukea asennosta tai ahdistuneen oloinen. (Aalto 2009, 81, 83.) Hengitystiheyden (frekvenssin) arviointi on tärkeää. Tämä lasketaan vähintään 30- 60 sekunnin ajalta. Laskeminen tehdään rintakehän liikettä seuraamalla ja laskemalla sisään- ja uloshengityksenjaksot aikaa ottamalla. (Hoikka 2013, 26.) Lisäksi arvioidaan, onko hengittäminen normaalia, normaalia nopeampaa vai normaalia hitaampaa. Hengitysvaikeuden astetta arvioidaan, huomioimalla apulihasten käyttö hengitystyön aikana tarkkailemalla onko rintakehän liikkuminen rajoittunutta tai kylkiapulihakset tai kaulan lihakset käytössä. Happisaturaation arviointiin käytetään pulssioksimetria eli happisaturaatiomittaria. Tarvittaessa hengittämistä voidaan helpottaa antamalla potilaalle lisähappea tai imemällä eritteitä hengitysteistä. Hengittämistä voi auttaa myös asento, kuten puoli-istuva tai eteenpäin kumartuva asento. Tajuton hengittävä potilas asetetaan kyljelleen aspiraatiovaaran vuoksi. Sairaalassa ja ensihoidossa ilmatiet voidaan turvata intubaatiolla. Intuboimiseen ei ole hoitohenkilökunnalla yleensä vaadittavaa osaamista koti- tai hoivakoti-hoidossa. (Iivanainen & Syväoja 2009, 318- 322, 326- 32.)

Kolmannessa vaiheessa (C=circulation) keskitytään tutkimaan potilaan verenkiertoa. Näkyvät verenvuodot tyrehdytetään (Alaspää & Holmström 2013, 121). Pulssi tunnustellaan ja lasketaan; ensin ranteesta radialispulssi tai tarvittaessa ja tajuttomalta kaulalta carotiksesta. Potilaan mahdollinen rintakipu tai rytmihäiriötuntemukset sekä turvotukset huomioidaan. Ihon kapilaaritäyttö, lämpötila ja lämpörajat tulee tutkia, sillä esimerkiksi hätätilanteissa, kuten shokissa elimistö keskittää verenkierron elimistön tärkeille elimille turvatakseen verenkierron keskivartaloon ja aivoihin. Näistä tutkimuksista saadaan huomionarvoista tietoa arvioitaessa elimistön verenkierron tilaa. (Hiltunen 2009, 262- 263; Aalto 2010, 79–92; Reitala 2009, 188.)

Seuraavana, neljäntenä vaiheena on D=disability eli tajunnantason arvioiminen. Tajunnantaso aloitetaan arvioimalla, onko potilas tajuissaan. Tajunnantason arvioinnissa huomioidaan neurologisia oireita, puolieroja kuten toisen puolen lihasheikkoutta tai suupielen roikkumista. Puhe voi muuttua sammaltavaksi tai potilas on sekava ja hänen normaali tajunnantasonsa ja orientoituminen aikaan

ja paikkaan äkillisesti heikentynyt. Potilas voi olla myös tajuton. Tajunnan tason arviointiin käytetään yleisesti Glasgowin kooma-asteikkoa, jolla arvioidaan kolmea toimintaa: potilaan silmien avaamista, puhetta ja liikevastetta. Muistisääntönä käytetään yleisesti tavutusta SI-PU-LI. Tutkimuksissa tulee huomioida silmien mustuaisten reagointi valoon tai katseen mahdollinen suuntautuminen sivulle (devitaatio). Devitaatiossa katse suuntautuu kohti aivojen vaurioitunutta osaa. (Iivanainen & Syväoja 2009, 606- 609.)

Verensokeri mitataan verensokerimittarilla, sillä tajunnantason heikkenemisen taustalla voi olla hypoglykemia eli alhainen verensokeri. On hyvä arvioidessa muistaa, että tajuttomuuden syynä voi olla myös intoksikaatio esimerkiksi lääkityksen tai päihteiden käytön seurauksena. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017.)

Viimeinen vaihe E= exposure tarkoittaa potilaan paljastamista. Tässä vaiheessa potilaan muut mahdolliset vammat tutkitaan. Potilas tulee riisua siten, että vammojen konkreettinen havainnointi ja tutkiminen voidaan tehdä kaikkialta ja kriittiset vammat huomata. Tutkimisen aikana ja viimeistään sen jälkeen tulee huomioida lämpöhukka ja hypotermiariski suojaamalla potilas niiden varalta. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Pääkkönen, Pousi & Väisänen, 2012, 155–158.)

Vartalon tutkinnassa voidaan hyödyntää myös käytössä olevaa ensihoidolla käytettävää RiVaLaiSeR-protokollaa, joka muodostuu tutkittavista kehon osista; Rinta, Vatsa, Lantio, Aivot, Selkäranka ja Raajat. Järjestys on laadittu vamma-alueiden kriittisyys huomioiden. Rinnan ja vatsan alueen vammat voivat olla hengenvaarallisia ja heikentää potilaan voinnin hyvinkin lyhyessä ajassa kriittiseksi toisin kuin yleensä raajojen vammat. (Alaspää, Holmström, Kuisma, Nurmi, Porthan & Taskinen 2015, 521- 522)

6 Toimintaympäristön määrittely ja käsitteet

6.1 Siun sote

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä on Pohjois-Karjalan ja Heinäveden kuntien perustama ja omistama kuntayhtymä, joka aloitti toimintansa 1.1.2017. Siun soten perustehtävänä on järjestää alueiden kuntalaisten lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon Siun soten järjestämisvastuuseen kuuluvat myös pelastuslain määrittämät (397/2011) alueellisen pelastustoimen palvelut. Siun sotelle on sisälletty myös muita tehtäviä kunta-alueiden kanssa erikseen sovittujen tehtävien ja sopimusten myötä ympäristöterveydenhuollon tehtävien osalta. (Siun sote hallinto-ohje 2017, 3.)

Siun sote toteuttaa kuntayhtymän alueen asiakkaille ehkäisevät, korjaavat, hoitavat, kuntouttavat ja muut tarvittavat sote-palvelut yhtenäisenä kokonaisuutena. Palveluilla tuetaan myös väestön itsenäistä kotona ja arjessa pärjäämistä. Kuntayhtymä voi tuottaa sosiaali- ja terveysalan palvelut joko itsenäisesti, ostopalveluina, asiakkaalle annetun palvelusetelin, kuntalain (410/2015) 49 §:n mukaisesti yhdessä toisen kunnan tai kuntayhtymän kanssa tai muuten lakien määritysten mukaisesti. (Siun sote perussopimus 2016, 2.)

6.2 Kotihoito

Kotihoito määritetään lainsäädäntöön sosiaalihuoltolaissa (1301/2014 20 §) ja sosiaalihuoltolainasetuksessa (607/1983). Lisäksi kotihoitoon kuuluu terveydenhuoltolain (1326/2010, 25 §) mukainen kotisairaanhoido. Kotihoidon tehtävänä on tarjota tarvittava hoito ja tuki niille, joiden toimintakyky on alentunut ja jotka tarvitsevat apua selviytyäkseen jokapäiväisistä toiminnoista kotona. Kotihoidolla tuetaan yksilöllisesti kotona selviytymistä. Palvelua saadaan sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä heikentävän syyn tai perhe- tai elämän-tilanteen vuoksi tarvitsevat päivittäistä apua. (Sosiaalihuoltolaki, 1301/2014).

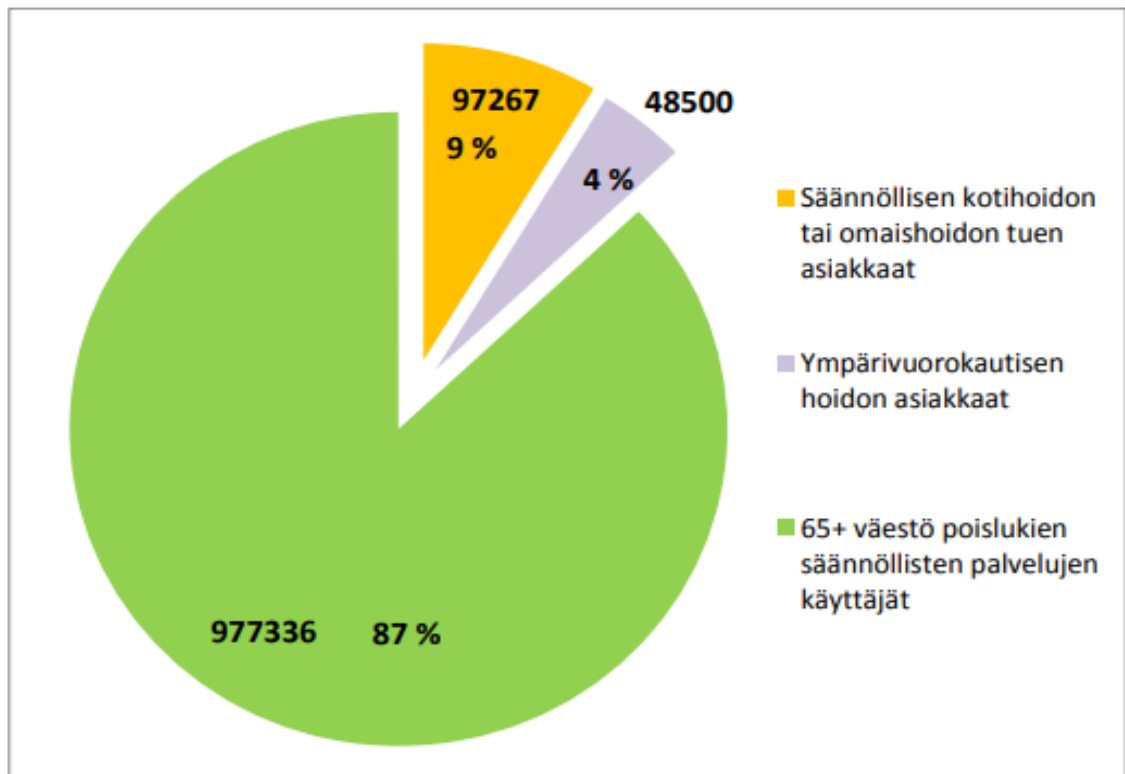
Kotipalvelun järjestämisvastuu on kunnalla. Kotihoidon piiriin ohjautetaan palvelutarpeen arvioinnin kautta. Asiakkaan hoito pyritään toteuttaa hoitajan ja asiakkaan tai tämän omaisen kanssa yhdessä laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan asiakkaan toimintakykyyn pohjautuen. Hoito ja palvelusuunnitelmaa päivitetään palvelujen tarpeen muuttuessa ja sen toteutumista tulee seurata. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kotihoitoa voidaan myöntää tilapäisenä tai jatkuvana asiakkaan avuntarpeen mukaan, jonka mukaan määräytyvät asiakkaan hoitomaksut. Hoidon toteuttavat kotihoidossa lähihoitajat, sairaanhoitajat, kodinhoitajat ja kotiavustajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018). Moniammatilliseen hoitotyöhön osallistuu usein kotihoidon rinnalla lääkäri tai fysioterapeutti. Kotisairaalan toiminta on tukemassa kotihoidon työtä monessa kunnassa. Kotihoitoa tukee myös tässä opinnäytetyössä pilotoitava yhden hoitajan ensihoidon yksikkö.

Tarvittavat tukipalvelut kotihoidon asiakkaalle haetaan kotipalvelun, kotihoidon, vanhus- tai vammaispalvelujen kautta. Tukipalvelut tuottaa joko kunta itse tai sitten kunta ostaa ne ostopalveluna muualta. Asiakkaalle voidaan myöntää myös palveluseteli, jolloin hän voi valita palveluntuottajan itse. Kotihoidon asiakkaille liitetään palveluun usein erilaisia tukipalveluja, kuten ateria-, kuljetus-, kauppa- tai turvapuhelin-palveluita kartoitetun hoidon tarpeen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018).

Kotihoito on asiakkaan avustamista päivittäisissä asioissa. Hoitoon kuuluu hygieniasta huolehtimista, lääkkeiden jakamista, lääkehoidon toteuttamista, haavanhoitoa ja erilaisia muita hoitotoimenpiteitä joita asiakas tarvitsee kyetäkseen olemaan omassa kodissaan. Kotihoidon työntekijät seuraavat ja tukevat asukkaan vointia ja ohjaavat niin asiakasta kuin omaisia erilaisissa palveluissa ja niihin liittyvissä asioissa. Kotipalvelua järjestetään kunnissa päivällä, mutta nykyisin suurimmassa osassa kuntia palvelua saadaan ainakin iltaisin ja viikonloppuisin. Yhä useammassa kunnassa kotihoidon palvelua tarjotaan myös yöaikaan yöpartion muodossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018).

Kotihoidon lainsäädännön ja sisällön valmisteleminen ja suunnittelemisesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoidon toteutumista valvoo ja seuraa Valvira, joka ohjaa aluehallintovirastoja vanhustenhuoltolain ja yhtenäisten käytänteiden yhdenmukaisesta toteutumisen seurannasta ja ohjeistamisesta valtakunnallisesti. Nykyistä kotihoidon toteuttamista ja kehittämistä ohjaavat ja määrittelevät myös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980), ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011) sekä valtakunnallinen ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi, ja palvelujen parantamiseksi 2017- 2019” Suomessa vuonna 2015 säännöllisten kotihoidon palvelujen piirissä yli 65-vuotiaita oli väestössä noin 95 000 henkilöä, jotka saivat joko kotihoidon- tai omaishoidon palveluita (Kuva 1). (Sosiaali ja terveysministeriö 2017.)



Kuvio 1. Suomessa vuonna 2015 säännöllisten palvelujen käyttäjät (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11).

Ikääntyneiden määrä kasvaa suurten ikäluokkien eläköityessä. Tähän vaikuttaa myös syntyvyyden ja kuolleisuuden aleneminen. Ikäihmisten määrän kasvaessa samaan aikaan lasten ja työikäisten määrä tulee vähenemään. Kotiin tarjottavia palveluita on kehitettävä, jotta palvelut voidaan toteuttaa kestävästi ikäihmisille myös tulevaisuudessa. Kotihoidon lisäksi ympärivuorokautista hoivaa- ja huolenpitoa (tehostettu asumispalvelu, terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon asiakkaat) tarvitsi vuonna 2015 yli 50 000 ihmistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11). Väestön rakennemuutoksessa taloudellisen kestävyden turvaamiseksi tulee meidän tulevaisuudessa tehostaa entistä enemmän palveluja ja resursseja kotihoitoon. Vuoden 2015 palvelujen tuottaminen säännöllisten palvelujen kustannukset olivat 4,5 miljardia euroa, joista tehostetun asumispalvelun kustannuksiin meni 70 prosenttia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 13.)

Tähän sosiaalipuolen muutostarpeeseen vastataan AVOT-hankkeen ja Siun soten ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminnalla, jolla tuetaan hoidon tarpeen arviointia ja kotona annettavaa hoitoa, jotta ikäihmisen mahdollisuudet selvitä kotona pitempään ilman laitoshoidoa voidaan turvata. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa on todettu, että erityisesti kehitettävien kotipalvelujen rinnalla tulee kehittää ensihoidon kotiin annettavien päivystyspalveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 25).

6.3 Tehostettu asumispalvelu

Tehostella asumispalvelulla tarkoitetaan asiakkaan ympärivuorokautista hoivaa- ja huolenpitoa, joka toteutetaan erillisessä yksikössä esimerkiksi hoivakodilla. Palvelua järjestetään henkilöille, joille päivittäisen tuen ja avun tarve on ympärivuorokautista eivätkä kotiin tarjottavat palvelut enää riitä. Asiakkailla ei myöskään ole lääketieteellistä tarvetta sairaalahoitoon. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Asumispalvelu tarjoaa asiakkaalle päivittäisen hoivan kuten ruokailussa avustamisen, hygieniasta huolehtimisen, liikkumisessa ja muissa toimitissa

avustamisen ja hoitotyön. Siihen sisältyy ateriat, siivous, ja vaatehuolto. Hoitotyötä toteutetaan kuntouttavasti ja yksilöllisesti asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky huomioiden. (sosiaalihoitolaki 1301/2014.) Tehostetussa asumispalvelussa tulee tukea asiakkaan olemassa olevia omia voimavaroja ja itsemääräämisoikeutta. Asiakas huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Kaikille asiakkaille laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka mukaan hoitoa toteutetaan, kuten kotihoidossa. Lisäksi yhteistyössä lääkärin kanssa tulee laatia jokaiselle tehostetun asumispalvelun asiakkaalle terveys- ja hoitosuunnitelma, joka tukee potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista riippumatta siitä missä yksikössä asiakasta hoidetaan. (Komulainen, Mäkeläinen & Vuokko, 2011, 12).

Tehostetussa asumispalvelussa pyritään luomaan kodinomainen ympäristö ja turvattu hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Asunnot kalustetaan asiakkaiden omilla tavaroilla ja kalusteilla yksilöllisesti. Yleensä hoivakoti tarjoaa asuntoon sängyn, vaatekaapin ja yöpöydän. Henkilökohtaiset vaatteet, hygienia- ja hoitotarvikkeet asiakas hankkii itse. Asunnosta asiakas tekee erillisen vuokrasopimuksen ja maksaa vuokraa. Hoitomaksu määräytyy asiakkaan yleensä asiakkaan tulojen mukaan tai kunnan tai asumispalvelun järjestäjän palveluhinnaston mukaan. Asumispalvelussa henkilöstö koostuu pääsääntöisesti lähihoitajista ja sairaanhoitajista tai sairaanhoitajista. Hoitotyössä voi olla myös hoitoavustajia, kodinhoitajia tai hoitoapulaisia, mutta kuitenkin niin että jokaisessa työvuorossa on aina vähintään lähihoitaja paikalla. (Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2017, 6-7.)

Asumispalvelun järjestämisvastuu on kunnilla. Tehostettuun asumispalveluun tullaan palveluohjauksen kautta. Asiakkaan toimintakyky ja tuen tarve arvioidaan usein myös moniammatillisessa tiimissä. Kriteerien täytyessä ja muiden palvelumuotojen ollessa riittämättömät, asiakas on oikeutettu tehostettuun asumispalveluun. (Sosiaalihoitolaki 1301/2014).

6.4 Ensihoito

Ensihoito kuuluu osana terveydenhuollon palveluita ja on tarkoitettu potilaan henkeä uhkaavaan, akuuttiin hoitoon sairastumisen tai tapaturman yhteydessä sekä hoitoon siirtämiseen terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseen yksikköön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Ensihoidon järjestäminen kuuluu sairaanhoitopiirien vastuulle. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä määrittelevät oman alueensa palvelutasopäätöksen, jonka mukaisesti ensihoidonpalvelut tulee järjestää. Palvelutasopäätös tulee olla laadittu riskianalyysiin perustuen niin, että siinä on huomioitu alueellisesti potilaiden tavoittamisajat, ensihoidon järjestäminen, palvelun sisältö ja henkilöstö. Toteuttamisen tulee olla tarkoituksenmukaista ja tehokasta sekä laadittu onnettomuus- ja ruuhkatilanteet huomioiden. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Ensihoidon hälytystehtävät arvioidaan hätäkeskuksessa kiireellisyyden mukaisesti neljään eri luokkaan (taulukko 3) (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017, 6 §). Jokaiselle luokalle on määritetty tavoiteajat potilaan tavoittamiselle, joihin ensihoidon tulee pääsääntöisesti ylittää. A-, B- ja C-luokan tehtävät on luokiteltu kiireellisiksi ensihoidontehtäviksi ja näistä A- ja B-luokan tehtävät ovat hälytystehtäviä. D-luokkaan kuuluvat niin sanotut kiireettömät ensihoidon tehtävät, joissa potilaan tavoitettavuusaika on kahden tunnin sisällä. C-luokan tehtävien potilaiden tavoitettavuus tulee tapahtua alle 30 minuutin sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 34).

Hälytystehtävissä ensihoidon henkilöstö on tarkkaan määritetty. Ensihoidon yksiköille on määritelty kaksi erillistä vaatimustasoa; perustaso ja hoitotaso. Näissä ensihoidon yksikössä tulee olla vähintään kaksi työntekijää. Perustason yksikössä vähintään toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus ja toisen vähintään (559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö.

Taulukko 3. Hoidontarpeen arviointi ensihoidossa Lähde: Suomen säädöskokoelma 585/2017 6 §, 2017.

<p>A-luokan tehtävä:</p> <p>korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna</p>
<p>B- luokan tehtävä:</p> <p>todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan elintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta</p>
<p>C-luokan tehtävä:</p> <p>avuntarvitsijan elintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia.</p>
<p>D-luokan tehtävä:</p> <p>avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi.</p>

Hoitotason ensihoidon yksikössä tulee toisen ensihoitajan olla vähintään ensihoitaja AMK tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavan, vähintään 30 opintopisteen opintokokonaisuuden ensihoidon koulutusohjelmassa ja toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. (sosiaali- ja terveysministeriön asetus 585/2017, 8 §). Ensihoidossa toimii myös ensivasteyksikkö, jonka henkilöstö on saanut ensivastekoulutuksen ja heillä on valmiudet aloittaa potilaan kiireellinen hoito ennen ensihoitoyksikön saapumista. Näissä yksiköissä on aina vähintään kaksi ensivastekoulutuksen käynnyttä työntekijää (Valli 2016).

Sairaanhoitopiiri voi sopia ensihoidon kassa erikseen järjestettävistä kiireettömistä potilassiirroista tai muista toiminnoista, mutta näissä on huomioitava, että ensihoitopalveluun kuulumattomien potilassiirtojen ja muiden kuin hälytystehtävien kohdalla ei voida palveluita sisällyttää palvelutasopäätökseen. Tällainen toiminta tulee eriyttää ja huomioida ensihoidovalmiuden ulkopuolelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen vastaa Siun soten kuntayhtymän alueella pelastustoimen ja ensihoidon tehtävien järjestämisestä väestölle pelastuslain (29.4.2011/379) palvelutason määrittämisen mukaisesti Pohjois-Karjalan maakunnan alueella. (Siun sote hallintosääntö 2016, 11).

7 Asiakaskokemusten hankinta

7.1 Suunnitteluvaihe

Opinnäytetyön alkuvaiheen aikataulu oli erittäin tiivis. Päätös yhden hoitajan yksikön- pilotoinnin toteuttamisesta Siun sotessa tehtiin vasta joulukuussa 2017 rahoituksen varmistuttua. Asiaa esiteltiin joulukuun lopulla Keskisen alueen esimieskokouksessa, jolloin kuulin toiminnasta. Aihe kiinnosti ja otin yhteyttä AVOT- hankkeeseen. Sain opinnäytetyölle toimeksiannon tammikuun 15.päivä 2018.

Aloin tehdä opinnäytetyönsuunnitelmaa ja laadin aikataulun opinnäytetyön toteutukselle (liite1). Tutkimusmenetelmien ymmärryksen lisäämiseksi ja tietopohjan kartuttamiseksi tutustuin eri metodeihin kirjallisuuden ja internetin aineistojen kautta. Noudatin Vilkan ohjetta, jonka mukaan ennalta määritellyt tutkimuskysymykset ohjaavat opinnäytetyön tekemistä ja auttavat tekijää aiheen rajaamisessa (Vilka 2015, 60). Opinnäytetyötä ohjaavina kysymyksinä ovat olleet seuraavat kysymykset: ”Mikä on yhden hoitajan- yksikön palvelun tarve?”, ”Tuottaako yksikön toiminta asiakkaille lisäarvoa ja jos tuottaa, niin millaista lisäarvoa?”, ”Muutoksen ja osaamisen johtamisen merkitys?” sekä ”Miten kehittää kotihoidon ja sen sidosryhmien henkilökunnan hoidon tarpeen arvioinnin osaamista?”

Asiakaskokemus-kyselyjen rungot suunniteltiin erikseen asiakkaille, kenttäjohtajille, kotihoidon- ja asumispalvelun henkilöstölle sekä koti- ja hoivasairaaloitten henkilöstölle. Lomakkeet hyväksyttiin AVOT-hankkeen

yhdyshenkilöillä. Kysymykset muokattiin heidän kanssaan ja heiltä saadun palautteen ja ideoinnin seurauksena tulleiden havaintojen mukaisesti. Kyselylomakkeet testattiin eri käyttäjäryhmien edustajilla asumispalvelussa, terveyskeskussairaalassa ja ensihoidon puolella. Kaikkiin kyselyihin laadittiin myös saatekirjelmät. Lisäksi tutustuin ja lisäsin ymmärrystäni yksikön toiminnasta olemalla työvuoron ajan yhden hoitajan matkassa mukana. Oman kokemuksen ja seuraamisen lisäksi sain päivän aikana kysellä toiminnasta vuorossa olleelta ensihoitajalta. Näiden asioiden ja kokemusten pohjalta laadin lopulliset kyselylomakkeet (liitteet 2-5), jotka AVOT-hanke hyväksyi ennen kyselyiden järjestämistä.

Ennen kyselyiden aloittamista laadittiin ohjeistus lähiesimiehille, jotta he voivat tahoillaan ohjeistaa ja sitouttaa henkilöstön kyselyyn sekä avustamaan asiakkaita kyselyyn vastaamisessa. Suunnitelmana oli käydä ohjeistamassa kyselyt keskisen ja läntisen alueen lähiesimiehille heidän esimieskokouksissaan, mutta samaan aikaan keskisen alueen palvelujohtaja jäi työstään pidemmäksi aikaa. Tässä tilanteessa esittely tuli liian nopealla aikataululla sijaiselle, eikä tätä voitu järjestää. Sijaistavan palvelujohtajan kanssa sovittiin, että laaditaan selkeät ohjeet lähiesimiehille jotka ohjeistavat ja sitouttavat henkilöstönsä sitten kyselyyn. Ohjeistus toteutettiin lopulta sähköpostilla, joka oli nopea tapa levittää ohjeistus eri yksiköiden henkilöstölle.

Opinnäytetyönsuunnitelman tekeminen vei aikaa ja vaati paljon muokkaamista sekä opinnäytetyönohjausta ennen kuin sain ohjaajaltani luvan toimittaa valmiin opinnäytetyönsuunnitelma tutkimussuunnitelmalupahakemuksen liitteeksi. Kiireellisen aikataulun vuoksi lupa-asialle pyydettiin nopeutettua käsittelyä, mutta esteeksi tuli hakemuksen häviäminen sisäisessä postissa useaksi viikoksi. Viivästymisen vuoksi kyselyjen ajankohtaa siirrettiin ja lyhennettiin alkuperäisestä toteuttamisajankohdasta myöhäisempään ajankohtaan. Tutkimuslupa saatiin maaliskuussa 2018 ja kyselyt julkaistiin tämän jälkeen.

7.2 Toteutus

Sähköiset kyselyt levitettiin Siun soten sähköpostin kautta jaettavalla linkillä henkilöstölle. Asiakaskokemus-kyselyt toteutettiin 5.3. – 8.4.2018 välisenä aikana. Aineistot kerättiin tämän ajalta.

Kyselyt toteutettiin osin strukturoituina ja osin avoimin kysymyksin sähköisesti tai paperilomakkeella valikoiduille käyttäjäryhmille. Strukturoitu haastattelu tarkoittaa lomakehaastattelua, jossa kaikilla asianomaisille esitetään samat valmiit kysymykset ja vastausvaihtoehdot samassa järjestyksessä (Eskola & Suoranta 2000, 86).

Kaikkiin paperiversioon asiakas sai lomakkeen mukana esitetyt ja maksetun palautuskuoren sekä saatekirjelmän. AVOT- hanke toimitti tarvittavat esitetyt kirjekuoret, joiden postimaksu oli jo valmiiksi maksettu. Hoitajat auttoivat asiakasta lomakkeen läpi käymisessä ja tarvittaessa sen täyttämässä. Siun soten hoitotyöntekijät lähettivät tarvittaessa täytetyn kyselyn kirjekuoressa sisäisessä postissa tai normaalissa postissa hankkeen yhteyshenkilölle asiakkaan puolesta. Vastajia odotettiin kyselyihin olevan yhteensä noin n=80 – n=120.

Hoitohenkilöstölle kyselyt olivat sekä paperiversiona että sähköisenä versiona. Asiakkaille kyselylomake toteutettiin vain paperiversiona. Sähköiset kyselyt toteutettiin Webropol- ohjelmalla AVOT-hankkeen tunnusten alle. Kyselyyn saivat vastata he, jotka käyttivät tai kohtasivat yhden hoitajan yksikön työssään tai hoidettavana asiakkaana kyselyn välisenä aikana.

Ensihoidon kenttäjohtajille kyselyt toteutettiin pelkästään sähköisenä. Kenttäjohtajien kysely erosi muista kyselyistä myös sisällöllisesti. Kysymykset olivat enemmän sidoksissa ensihoidon toimintaan kuin yksittäisiin käyttäjäkokemuksiin, kuten muissa kyselyissä.

Sähköiset vastatut kyselyt tallentuivat webropol-palveluun ja asiakkaiden vastatut paperilomakkeet palautettiin kehittämysyksikköön. Kaikki saatu data toimitetaan

alkuperäisinä AVOT- hankkeelle ja jää AVOT:in säilytettäväksi ja hyödynnettäväksi. Keskeisistä tuloksista koostettiin Power Point- esitys joka esiteltiin kuntayhtymälle. Kyselyistä saatuja tuloksia hyödynnetään myös asumispalvelujen henkilöstön hoidontarpeen arvioinnin osaamisen kehittämiseen kehittämällä toimintamalli asumispalveluun hätäpotilaan tunnistamisen tueksi.

Hoidon tarpeen arvioinnin toimintamallin kehittämiseen on hyödynnetty näyttöön perustuvaa, tutkittua, tietoa. Näyttöön perustuvaa tietoa oli laajasti saatavilla muun muassa PubMedin, terveystieteen, käypähoito suositusten ja näyttöön perustuvan kirjallisuuden kautta. Käytän mahdollisuuksien mukaan uusinta saatavilla olevaa tietoa ja huomioin erityisesti lähdetietojen luotettavuuteen.

Prosessista kirjoitetaan opinnäytetyön raportti. Raporttiin analysoidaan ja tehdään johtopäätöksiä aiheen vaatimassa laajuudessa. Ennen Theseksessa julkaisemista opinnäytetyön prosessia, tuloksia ja kehitystyötä esitellään Karelian ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden- seminaarissa, jossa työ opponoidaan. Valmis, hyväksytty raportti julkaistaan hyväksynnän jälkeen sähköisesti Theseus - verkkopalvelussa.

8 Asiakaskokemuskyselyn tulokset

8.1 Asiakkaiden asiakaskokemukset

Asiakkaiden palautuneita asiakaskokemus-kyselyn vastauksia tuli 10 kappaletta. Vastaajista viisi oli miestä ja viisi naista. Vastaajien keski-ikä oli 74,5 vuotta. Nuorin oli 40 vuotias ja vanhin 92 vuotias. Vastaajista seitsemän oli kotihoidon asiakkaita, yksi asumispalvelusta, yksi kotisairaalan asiakas ja yksi vastaajista oli jättänyt asiakasryhmän kokonaan vastaamatta. Vastaajista kolme oli Joensuusta, kolme Kontiolahdelta, yksi Liperistä, yksi Tuupovaarasta ja yksi Outokummusta. Lisäksi oli yksi vastaaja joka ei ollut ilmoittanut asuinpaikkaansa.

Vastaajista kaikki kymmenen asiakasta olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun ja kokivat että tällaiselle kotiin järjestettävälle ensihoidon palvelulle on tarvetta. Kaikki vastanneet asiakkaat kokivat myös saaneensa riittävän hoidon ja hoidontarpeen arvion vaivaansa sekä riittävät jatkohoito-ohjeet ensihoitajan käynnin aikana. Yksi vastaajista oli tähän jättänyt vastaamatta.

Kyselyyn vastanneista asiakkaista voitiin kotona hoitaa seitsemän ilman päivystyskäyntiä. Vain kaksi tarvitsi päivystyskäynnin ensihoidon yksikön käynnin jälkeen.

Kysyttäessä asiakkailta jäikö heille huoli omasta pärjäämisestään ensihoitajan lähdettyä, niin huolta ei jäänyt yhdellekään; yksi vastaajista vastaa: ei osaa sanoa ja seitsemän vastaajista (n=7/8) ei kokenut huolta omasta pärjäämisestään yhden hoitajan yksikön käynnin jälkeen. Asiakkaat olivat tyytyväisiä palvelussa erityisesti siihen, että palvelun ja avun sai kotiin eikä tarvinnut lähteä päivystykseen. Kysyttäessä asiakkailta omin sanoin mikä toiminnassa oli hyvää, palautteessa nousi erityisesti esille se, että palvelun sai kotiin, eikä tarvinnut lähteä esimerkiksi päivystykseen. Toinen selkeästi esille noussut ja arvostettu asia olivat ensihoidon asiakaskohtaukset. Tässä asiakkaiden (n=9/10) vastaukset sanasta sanaan mitkä asiat koettiin palvelussa erityisen hyvänä:

"Palvelun sai kotiin asti".

" Palvelu tuli kotiin eikä tarvinnut lähteä sitä hakemaan. Olin erittäin tyytyväinen! Omalla kohdallani toinen vaihtoehto lääkkeen saamiselle olisi ollut hoito tk:ssa tai ajaa aamuin illoin 26km/sivu."

"Helpottaa puhua jonkun kanssa. Tällöinen hanke täytyisi säilyä jatkuvaan."

"Tutkimukset ja hoito sujuivat turvallisesti, nopeasti. Ensihoitaja kävi tarkastamassa vointia vielä seuraavana aamuna. Tunsin olevani hyvissä käsissä!"

"Kaikki! Hoitaja oli ystävällinen, rauhallinen ja toimi kaikin puolin hienosti. Eikä tarvinnut lähteä päivystykseen jonottamaan. Helpompaa vähävaraiselle monisairaalle ja kipeälle (sekä omaiselle)."

"- Palvelu tuli kotiin asti!, -Käyjällä ei ollut kiire --> aikaa potilaalle."

"Asiallinen ja asiansa osaava hoitaja" "Sain tarvitsemani hoidon, kohtaamisesta jäi minulle hoitajasta hyvä kuva/mieli."

"Nimenomaan se että palvelu tuli kotiin. Esim. iäkkäämmille henkilöille erittäin hyvä vaihtoehto sillä mahdollistaa kotona hoidon/olemisen kun ei tarvitse lähteä hoitoa hakemaan." "Toiminta ammattitaitoista."

"En oaa kertoa"

Puolet asiakkaista (n=5/10). oli jättänyt vastaamatta kokonaan kysymykseen mitä parannettavaa ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminnassa heidän mielestään olisi. Vastauksissa muutaman vastaus koski hoidon odottamista ja yhden asiakkaan toive oli, että palvelu alkaisi aamulla aikaisemmin. Asiakkaiden antamat vastaukset alla sanasta sanaan:

"Tulemiseen menee välillä pitkään. Voisi olla enemmän kuin 1 ensihoidon yksikkö."

"Parasta tietysti olisi jos meillä olisi sairaanhoitaja omasta takaa laittaa vuoroon (myös iltaan) mutta yhden hoitajan yksikkö on erinomainen vastine."

" Ainut mikä tulee mieleen niin voisi alkaa aamulla 1-2 h aikaisemmin jos esim. tietyt lääkkeet saatava heti aamusta."

"kto edellinen" (en oaa kertoa) sekä "Ei"

8.2 Hoitohenkilöstön asiakaskokemukset

Asiakaskokemuskyselyyn Vastasi 47 työntekijää. Heistä oli 42 lähihoitajaa, neljä sairaanhoitajaa ja yksi vastaaja näiden ulkopuolelta. Hoitoapulaisia ei ollut vastaajissa ollut yhtään. Yli kolmen vuoden työkokemus löytyi 73 % vastaajista ja näistä vieläpä 22 %:lla oli yli 15-vuoden työkokemus hoitoalalta. Vastaajat jakautuivat seuraavasti: kotihoidosta vastaajia oli 31 ja asumispalvelusta 14. Heistä 27 vastaajaa oli käyttänyt yhden hoitajan yksikön palvelua myös aiemmin,

ennen kyselyyn vastaamista. Ensimmäistä kertaa ensihoidon yhden hoitajan yksikön palvelua käytti 41 % hoitajista.

Kotisairaalan ja hoivasairaalan osalta vastaajia oli vain neljä, joten luotettavasti ei voida arvioida tällä tulospäärällä sairaaloiden henkilöstön asiakaskokemusta. Kaikki vastaajat olivat hoivasairaalaista, joten yhtään vastaajaa ei ollut kotisairaalaista. Tämän vuoksi tuloksia tarkastellaan tässä opinnäytetyössä pääsääntöisesti kotihoidon ja asumispalvelun kyselyiden pohjalta. Sairaalan vastaajista oli kaksi sairaanhoitajaa, yksi lähihoitaja ja yksi muu vastaaja esimerkiksi lääkäri. Vastaajista kolmella oli työkokemusta yli 15 vuotta. Hoivasairaala koki ensihoidon palvelun tarpeellisuuden nimeen omaan kotihoidossa ja asumispalvelussa- eivät sairaalalle. Kaksi vastaajista näki hyötyä asiakkaiden turhien päivystyskäyntien vähenemisessä. Ohessa avoimet vastaukset kysyttäessä millaiselle yhteistyölle koetaan tarvetta sairaalan puolelta ensihoidon yhden hoitajan yksikön kanssa.

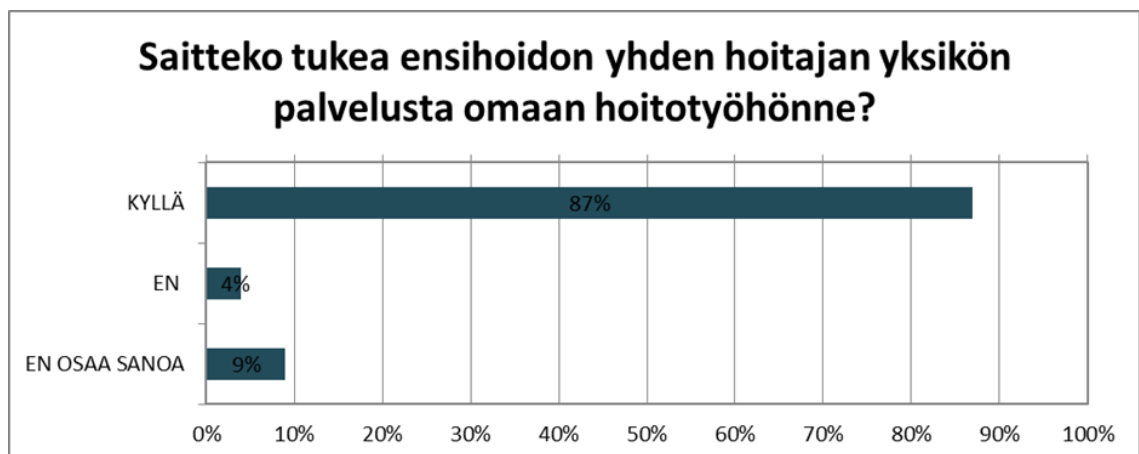
”Kotihoidon ja palveluasumisyksikköjen työntekijät tarvitsevat just tällaisen konsultaatiopalvelun, etteivät lähettäisi päivystykseen asiakkaitaan liian heppoisin perustein.”

”Yleensä niissä tilanteissa missä on mahdollista välttää kotihoidon asiakkaan ajautuminen yhteispäivystykseen, näitä tilanteita tulee melko usein koska kotihoidon lääkäri resurssit on alimitoitettu ja esim lääkärin kotikäynnit eivät toteudu toivotulla tavalla, omalle terveysasemalle ei saa 1-5 pv kiireellisyys aikoja . Esim yhden hoitajan yksikkö voi tehdä kartoituskäynnin kotihoidon asiakkaan luokse jos/kun asiakkaan yleisvointi on huomattavassa määrin heikentynyt esim perussairaudesta pahenemisesta (esim syd.vaj toiminta) johtuen jos omalle terveysasemalle ei pääse tai saa aikaa tai on oletuksena että tilanne hoituu lääkärillä konsultoimalla. Toinen tilanne joka tulee mieleen, jos asiakas on kaatunut ja on tullut jonkin asteinen trauma, tilanne ei kuitenkaan vaadi välitöntä lääkärin vo:lle hakeutumista. Ehkä yhden hoitajan yksikkö voisi tehdä tilannearvion myös tilanteissa joissa asiakkaan yleisvointi on laskenut tuntemattomasta syystä johtuen. On eduksi että yhdenhoitajan yksikkö voi ottaa ekg:n.”

Asiakaskokemuskyselyn ajankohdan aikana asumispalvelusta ja kotihoidosta yhden hoitajan yksikköön otettiin yhteyttä hyvin monesta eri syystä. Vastauksia oli 44 kappaletta. Näistä tapauksista suurimmassa osassa 36 voidaan katsoa tarvitun ennen kaikkea hoidon tarpeen arviota tai lääkärin konsultaatiota. Yleisin syy yhteydenottoon oli asiakkaan yleisvoinnin heikentyminen joita oli näistä 19 käyntiä. Lisäksi oli muutama arvio asiakkaan kotikuntoisuuden varmistamiseksi. Traumatapahtumia oli kolme ja ne koskivat asukkaan kaatumista. Lisäksi oli pari virtsatieinfektion lääkekuurin aloitusta, antibiootti-tiputus kotona ja tapaus, jossa asiakas oli saanut seuraavan päivän lääkkeensä sekä muutama EKG:n ottaminen, joista toinen oli sovittu jo ennakkoon yksikön kanssa.

Joukossa oli myös yksi akuuttitapaus, jossa asiakkaalla oli toisen puolen heikkoutta. Akuutit asiakkaat eivät kuulu yhden hoitajan yksikön hoidettavaksi vaan näillä oireilla tulee soittaa aina suoraan hätäkeskukseen. Tätä hoidon tarpeen osaamista ja hätäpotilaan tunnistamista halutaan kehittää tämän opinnäytetyönkin myötä asumispalvelussa ja kotihoidossa, jotta asiakkaan hoitoon pääsy ei viivästy vaan asiakas saa hoitoa heti oikeasta paikasta.

Kysyttäessä hoitajien kokemuksia palvelusta saamastaan tuesta omaan hoitotyöhön koki saaneensa tukea suurin osa vastaajista (n=39/45) vastaajista, lisäksi neljä työntekijää ei osannut arvioida asiaa ja vain kaksi työntekijää oli sitä mieltä, ettei palvelu tukenut heidän hoitotyötään (Kuvio 2).



Kuvio 2. Hoitajien kokema tuki omaan työhönsä ensihoidon palvelusta.

Avoimeen kysymykseen siitä, mikä palvelussa oli hyvää, vastasi 37 vastaajaa (n=37/42). Kotihoidon ja asumispalvelun hoitajat kokivat saaneensa tukea ja vahvistusta erityisesti hoidon tarpeen arviointiin ja tarvittavien mittausten suorittamiseen asiakkaan hoidontarpeen varmistamiseksi. Kotihoidossa ja asumispalvelussa vierimittaukseen käytettävä välineistö on hyvin vaihtelevaa eikä esimerkiksi ekg:n ottaminen ole mahdollista. Hyvänä asiana pidettiin myös ensihoidon suoraa yhteydenottomahdollisuutta lääkäriin ja mahdollisen reseptin ja lääkekuurin aloittamista yksikössä tai kotona. Koettiin että voitiin välttää asiakkaiden turhia päivystyskäyntejä ensihoidon tekemän hoidontarpeen arvioinnin ja lääkärin hoitolinjausten avulla. Ohessa on muutamia poimintoja työntekijöiden avoimista vastauksista.

”Yhden hoitajan yksikkö sai tehtyä mittaukset mm. sydänfilmi. Yhteys suoraan lääkäriin, josta saimme jatko-ohjeet. Tukea omalle työllemme voinnin arvioinnissa.”

”Sydänfilmi saatu otettua, CRP mitattua, i.v lääke saatu annettua kotona, ilman sairaalaan siirtymistä, lääkekuurin aloitus lääkkeitä tuotu mukana.”

”Matalan kynnyksen palvelu, joka vähentää turhia päivystys/ambulanssikeikkoja.”

”Yhden miehen ambulanssin henkilökunta pystyy tekemään mittauksia, joihin meillä ei ole tarvikkeita”.

”Itse saatoin jatkaa ilta kierrosta. Yksiköstä otettiin yhteys lääkäriin. Ja soitettiin minulle myöhemmin toiminta ohjeet.”

Lähes kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että yhteistyö ensihoitajan kanssa oli arvostavaa ja kollegiaalista (43/44). Tähän on luokiteltu kaikki täysin samaa- ja lähes samaa mieltä olleet vastaukset. Täysin erimieltä asiasta ei ollut yksikään - yksi työntekijä ei ollut samaa eikä erimieltä asiasta.

Henkilöstöstä 39 (n=39/44) koki asiakkaan hyötyvän ensihoidon yhden hoitajan yksikön palvelusta, kun taas kaksi vastaajista ei kokenut palvelusta olleen asiakkaalle hyötyä. Kotona tai hoivakodissa pystyttiin hoitamaan kaksi kolmasosaa asiakkaista (n=29/44). Päätöksen päivystykseen niistä 15 asiakkaasta, jotka lähetettiin päivystykseen, teki yleensä yksikön ensihoitaja.

Henkilöstö uskoi vahvasti palvelun tuovan kotihoidon- tai asumispalvelun asiakkaalle lisäarvoa (n=40/44). Viisi vastaajaa ei osannut sanoa kantaansa.

Jos ensihoidon yhden hoitajan palvelua ei olisi ollut käytettävissä, olisi kotihoidon ja asumispalvelun yleisin tapa toimia ollut soitto hätäkeskukseen 112, yhteispäivystykseen tai asiakkaan ohjaaminen päivystykseen. Näin ilmoitti 28 (n=28/44) vastaajaa. Lisäksi muutamassa tapauksessa hoidon aloittaminen olisi viivästynyt, kun olisi odotettu maanantaille esimerkiksi virtsanäytteen ottamista ja lähettämistä laboratorioon, sekä näytteellä todetun virtsainfektion myötä siirtänyt asiakkaan lääkekuurin aloittamista.

Ohessa muutamia lainauksia työntekijöiden vastauksista heidän kokemuksena asiakkaan hyötymisestä yhden hoitajan yksikön palvelusta:

”Asiakkaan ei tarvinnut lähteä päivystykseen terveyskeskukseen. Asiakkaan ei tarvinnut siirtyä vuodeosastolle hoitoa saamaan, i.v hoidon vuoksi, vaan hoito voitiin suorittaa asukkaan luona. Lääkekuuri saatu aloitettua, viikonlopun aikana.”

”Saatiin asukkaalle aikaisemmin apu, tämä palvelu myös tuki asukkaan terveys- ja hoitosuunnitelmaa jossa vältetään turhia siirtoja esim päivystys.

”Vältettiin turha päivystyskäynti --> ei turhaa rasitusta ikäihmiselle

Saatiin varmistettua, ettei asiakkaalla ole akuuttia hätää --> vaikutus myös turvallisuuden tunteeseen kotona yksin asuessa”

”Asiakkaan vointi arvioitiin tarkasti ja hän pääsi jatkohoitoon ja siitä asumaan tehostettuun palveluasumisen yksikköön.”

Hoitajien kokemukseen asiakkaan saamasta hoidontarpeen arvioinnin tai hoidon riittävyydestä vastasi 43 työntekijää. Näistä 42 vastaajista kotihoidon ja asumispalvelun henkilökunnasta olivat sitä mieltä, että asiakas saa riittävän avun hoidon tarpeen arvioinnista tai hoidosta. Tähän on laskettu vastaajat (n=41), jotka

olivat täysin samaa tai lähes samaa mieltä.. Yksi vastaajista oli täysin toista mieltä tai yksi vastaajista lähes toista mieltä

Lähes kaikki kotihoidon ja asumispalvelun vastaajista koki saaneensa riittävät ja selkeät jatkohoito-ohjeet, joko omaan hoitotyöhönsä tai asiakkaalle (n=43/44). Mukaan on laskettu vastaukset, joissa vastaaja on täysin samaa mieltä n=36 tai lähes samaa mieltä (n=7/44). Yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Yksikään vastaajista ei kokenut jatkohoito-ohjeita riittämättömiksi.

Kotihoidon ja asumispalvelun henkilöstön vastanneista (n=45) lähes kaikki olivat täysin samaa mieltä (n=35) tai lähes täysin samaa mieltä (n=8) siitä, että yhden hoitajan yksikön toiminta tukee kotihoidon tai tehostetun asumispalvelun asiakkaan oikea-aikaista hoitoa. Täysin eri mieltä oli vain yksi vastaajista (n=1) ja yksi vastaajista (n=1) ei ollut asiasta kumpaakaan mieltä.

Arvioitaessa ensihoidon yhden hoitajan toiminnan tarvetta nykyisen palveluajan ulkopuolella viimeisen kuluneen kuukauden aikana vastasi kysymykseen kotihoidosta ja asumispalvelusta 45 työntekijää. Yli puolet vastaajista (n=26) ei kokenut tarvetta yhden hoitajan yksikön toiminnalle yöaikaan. Kuluneen aiemman kuukauden aikana oli kuitenkin 12 vastaajista kokenut, että heillä oli työssään tullut vastaan tilanteita klo 22- 09 välisenä aikana, jolloin olisi ollut tarvetta yhden hoitajan yksikön palvelulle. Seitsemän vastaajista ei osannut sanoa kantaansa asiaan.

Kotihoidon ja asumispalvelun hoitohenkilöstö koki yhden hoitajan yksikön toiminnassa erityisen hyvänä tuen saamista asiakkaan hoidon tarpeen arviointiin. Avoimissa vastauksissa henkilöstö koki ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminnan tukevan heidän työtään. Toiminta koettiin tarpeellisena ja ensihoidon osaamista ja ammattitaitoa arvostettiin. Myös ensihoidon asiakaskohtaamisia arvostettiin ja niitä pidettiin onnistuneina ja ystävällisinä. Alla poimintoja hoitohenkilöstön (n=37) vastauksista; siitä mitä pitivät toiminnassa erityisen hyvänä.

"Palvelu on erittäin tärkeä silloin, kun meillä ei ole yksikössä sairaanhoitajaa, esim, iltavuorossa".

"Perusteellinen tutkimus ja seuranta. Selkeät toimintaohjeet. Todella ystävällisiä ja palveluhenkisiä hoitajia." "

"Ensihoitaja tuli Kohtuullisen nopeasti paikalle. Oli perillä potilaan tilasta ja oli mukana tarvittavat hoitovälineet."

"Palvelu oli nopeaa sekä erittäin asiantuntevaa. Sekä itse asiakas, että läheiset olivat tyytyväisiä siihen, miten asiat hoidettiin."

"Nimenomaan se, että palvelu tuli kotiin. Esim. iäkkäämmille henkilöille erittäin hyvä vaihtoehto, sillä mahdollistaa kotona hoidon/olemisen kun ei tarvitse lähteä hoitoa hakemaan."

"Ystävällisyys, potilaan hoidossa rauhallinen ja kertoi toimenpiteistä. Myös lähiomaisen huomioiminen sairaanhoidossa."

"Huomioi asiakkaat, ystävällisyys. Selkeät toimintaohjeet. Tutkitaan ja seurataan vointia perusteellisesti/ajallisesti."

"Ystävällisyys, nopeus, asiantuntevuus"

Vaikka vastaajista alle kolmannes ilmoitti kyselyssä, että kuluneen kuukauden aikana vastaus hetkeen oli heillä ollut tilanteita, jossa yksikön palvelua olisi tarvittu yöaikaan, niin toiminnan kehittämisen vastauksissa (n=4/20) tämä nousi esille yksikön ympärivuorokautiselle toiminnalle sekä resurssien lisäämiselle (n=7/20). Tämä korreloitui odotusaikaan, jotka koettiin muutamissa vastauksissa olleen pitkiä ja tähän kehitysehdotuksena oli useammalla useamman yksikön toiminta. Ensihoidon kotihoitoon suunnatusta toiminnasta toivottiin pysyvää. Ohessa on muutama poiminto henkilöstön ehdotuksista palvelun kehittämiseen.

"Siitä tulisi pysyvä. Yhden hoitajan toimenä välimatkat on pitkiä. Aina ei yksikkö ole päässyt paikalle."

"Kamalan kauan viipyy tuleminen paikalle. Koska oli edellisellä tehtävällä.46km matka joten ajoonkin menee aikaa. -eli saisi olla useampi yksikkö käytössä."

"Lisää resursseja, useampi yksikkö? Toiminta-aika tulisi olla 24/7"

”Turhilta päivystysreissuilta vältyttäisiin, jos yksikkö pystyisi suoraan konsultoimaan lääkäriä.”

”Yhdenmiehen yksiköllä oli käynti Outokummussa, joten hän ei päässyt paikalle. Asiakas lähti myöhemmin ambulanssilla päivystykseen koska oli kaatunut toistamiseen illalla. Yksiköllä voisi olla pienempi toiminta-alue, jolloin se voisi olla paremmin käytettävissä.

8.3 Ensihoidon kenttäjohtajien kokemukset

Ensihoidon kenttäjohtajille suunnatussa kyselyssä vastanneista kenttäjohtajista jokainen (n=8/8) uskoi yhden hoitajan yksikön toiminnan tuottavan lisäarvoa asiakkaalle. Puolet vastaajista (n=4/8) perusteli tätä kotiin annettavalla hoidolla, jonka uskottiin vähentävän asiakkaan turhia päivystyskäyntejä kun hoidon tarve ja hoito voidaan arvioida ja toteuttaa monipuolisesti paikan päällä. Palvelun uskottiin nopeuttavan asiakkaan hoidon saantia. Kuusi vastaajista oli sitä mieltä että yhden hoitajan yksiköllä on myös paremmat mahdollisuudet ja aikaa tutustua laajemmin asiakkaan tilanteeseen ja ottaa erilaisia mittauksia tai vieritestauksia paikan päällä. Ohessa on otettu muutama poiminta tyypillisistä perusteluista.

”Täsmä hoito suoraan kotiin. Esim: Labrat kotona, niiden perusteella ab hoito. Säästyy päivystyskäynniltä ja mahdolliselta osasto jaksolta. Erittäin positiivisena olen kokenut juuri asiakkaan näkökulmasta.”

”Asiakkaan terveydentilaa ja yleisestikin pärjäämistä voidaan selvittää tiettyjen muuttujien kohdalla tarkemmin. Yhteisen potilastietojärjestelmän hyödyntäminen tuo myös lisäarvoa.”

Kotihoitoon ja asumispalveluun kenttäjohtajat uskoivat toiminnan antavan tukea hoitohenkilöstölle heidän työhönsä ja asiakkaan hoidon tarpeen arviointiin.

Yksikköön pystyy ottamaan yhteyttä matalalla kynnyksellä. Yksikkö on selkeä yhteistyötaho, joka on suunnattu kotihoidolle ja asumispalvelulle. Tämä pienentää kynnystä hoitajien yhteydenottamiseen yksikköön. Yksiköstä saa helposti apua ja tukea asiakkaan voinnin arviointiin.



Kuvio 3. Vastaajien näkemys ensihoidon erillisestä yksiköstä

Kaikki kahdeksan vastannutta kenttäjohtajaa uskoivat, että yhden hoitajan yksikköä voidaan hyödyntää kiireettömissä ensihoidon tehtävissä ja kaikki vastaajista kertovat siirtäneensä kiireettömiä tehtäviä yksikölle. Kiireellisiin tehtäviin yksikköä hyödyntäisi seitsemän vastaajista, kun taas yksi oli sitä mieltä, ettei yksikköä voisi hyödyntää kiireellisiin tehtäviin. Vastaajista kuusi uskoo yksikön toiminnan vapauttava ensihoidon resursseja valmiuden yllä pitoon ja kiireellisiin hälytystehtäviin. Oleellisena asiana ensihoidon toiminnan kannalta pidettiin myös sitä, että yhden hoitajan yksikön toimintaa toteutetaan erillisenä omana yksikkönä ensihoidon sisällä. Tätä mieltä oli viisi vastaajista (kuvio 3).



Kuvio 4. Kenttäjohtajien arviot toiminnan ympärivuorokautisesta tarpeesta

Toiminnan ympärivuorokautisuus jakoi mielipiteitä. Vastaajista viisi oli sitä mieltä, että yksikön toiminnan tulisi olla ympärivuorokautista. Neljännes vastaajista ei näe ympärivuorokautiselle toiminnalle tarvetta ja yksi kenttäjohtajista ei osannut sanoa asiaan kantaansa. (Kuvio 4).

Toiminnassa kehitettävää yhden hoitajan yksikössä oli kahden kenttäjohtajan mielestä hälytyskäytänteissä. Pitää selkeyttää toimintamallia ja ohjeistusta kuka hälyttää ja saa hälyttää yksikön ensihoidon omille tehtäville. Toiminta hakee vielä muotoaan ja tehtäväkenttää tulisi kehittää harkiten. Auton varustusta haluttaisiin lisätä tutkimuslaitteiston ja lääkevalikoiman osalta. Kirjaaminen monelle eri alustalle koettiin turhana ja aikaa vievänä työnä, jota tulisi kehittää. Tietoisuutta yhden hoitajan yksikön toiminnasta tulee vielä lisätä monin paikoin. Lisäksi oli yksi ehdotus yhden hoitajan yksikön toiminnan ympärivuorokautisesta toiminnasta.

8.4 Kotihoidon ja asumispalvelun henkilöstön näkemys omasta hoidon tarpeen arvioinnin osaamisesta

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää arviointia potilaan terveydentilasta ja toimintakyvystä. Arviointia tehdään tutkimalla ja havainnoimalla asiakasta. Apuna käytetään kyselyjä, erilaisia mittaustuloksia ja testejä sekä käytettävissä olevia asiakkaan potilasasiakirjoja. Hoidon tarpeen arvioinnin tehtävä ei ole diagnoosi, vaan arvioida asiakkaan tarvitsema hoito, oikea hoitopaikka ja hoidon kiireellisyys. (Valvira 2014.)

Hoidon tarpeen arvioinnin osaaminen on osa potilasturvallisuutta ja työnantajan tehtävänä on huolehtia siitä, että henkilöstöllä on vaadittava osaaminen ja koulutus hoidon tarpeen arviointiin (Valvira 2014).

Kotihoidon ja asumispalvelun henkilökunnan kyselyyn oli liitetty asiakaskokemusten lisäksi kysymyksiä heidän omasta hoidon tarpeen arvioinnin osaamisestaan ja hätäpotilaan tunnistamisesta.

Kysyttäessä millaiseksi työntekijät arvioivat oman osaamisensa hoidon tarpeen arvioinnissa oli vastaajista vain seitsemän (n=7/45) sitä mieltä, että heidän osaamisensa on erittäin vahvaa. Vahvana osaamistaan piti 60 % (n=27/45) vastaajista ja neljännes (n=11/45) ei kokenut osaamistaan vahvana mutta ei myöskään heikkona. Yksikään vastaajista ei kokenut omaa hoidon tarpeen arvioinnin osaamistaan heikoksi. Oma hoidon tarpeen arviointi koetaan kotihoidossa ja asumispalvelussa hyvänä.

Vaikka oma hoidon tarpeen osaaminen arvioitiin vahvaksi, koettiin kuitenkin tarvetta hoidon tarpeen arvioinnin koulutuksille. Vastaajista peräti 30 oli sitä mieltä, että kotihoitoon ja asumispalveluun suunnattua hoidon tarpeen arvioinnin koulutusta tarvitaan (n=30/45). Koulutukselle ei kokenut lainkaan tarvetta neljä vastaajista (n=4/45) eikä lähes neljännes vastaajista ei osannut sanoa omaa kantaansa koulutuksen tarpeeseen (n=11/45).

Hoidon tarpeen arvioinnissa yleisesti käytössä olevasta ABCDE-menetelmästä kysyttäessä vastaajista vain seitsemälle vastaajalle (n=7/45) menetelmä oli tuttu. Peräti 38 vastaajista (n=38/45) ilmoitti, etteivät he tunteneet kyseistä, yleisesti hoidon tarpeen arvioinnissa käytettyä ABCDE-menetelmää.

Kyselyssä kartoitettiin myös vastaajien ensiapukoulutusten voimassaoloa. Vastaajista 28 (n=28/45) oli vastaamishetkellä voimassa oleva E1, E2 tai hätä-EA:n ensiapukoulutus. Vastaajista kolmannes (n=15/45) ilmoitti, ettei heillä ollut ensiapukoulutusta lainkaan voimassa. Lisäksi vastaajista kaksi ei osannut sanoa oliko heillä ensiapukoulutus enää voimassa.

Avoin kysymys siitä miten hyvin tunnistat hätäpotilaan, oli vastannut 38 vastaajaa. Kysymyksen muotoilu on huonosti laadittu ja se näkyi vastauksissa; yleisin vastaus oli ”Melko hyvin”. Kysymysasettelussa olisi pitänyt kysyä **miten** tunnistat hätäpotilaan, jotta vastauksista olisi saanut hyödyllistä tietoa kotihoidossa ja asumispalvelussa käytetyistä menetelmistä asiakkaan hoidontarpeen arvioinnissa. Tätä tietoa olisi pystynyt hyödyntämään. Sen verran vastauksista nousee huomioitavina asioina esille, että kuudessa vastauksissa hätäpotilaan tunnistamisessa vaikutti se, tunnettiin asiakas entuudestaan (n=6/38). Esille tuotiin myös vaikeutena tunnistamiselle asiakkaan kommunikaatiovaikeudet. Vain muutamassa vastauksessa oli kuvattu menetelmiä, joilla hätäpotilaan tunnistamista tehtiin. Yksi vastaajista kuvailee tunnistavansa näin: *”Ihosta (väri, hikisyys, kylmyys, lämpö), hengityksestä, silmistä, verenpaineesta yms. yleisvoinnin heikkenemisestä”*. Muutamassa vastauksessa todettiin tarvetta olevan kotihoitoon suunnatulla koulutuksella hätäpotilaan tunnistamiseksi.

9 Käytetyt menetelmät ja kehittäminen

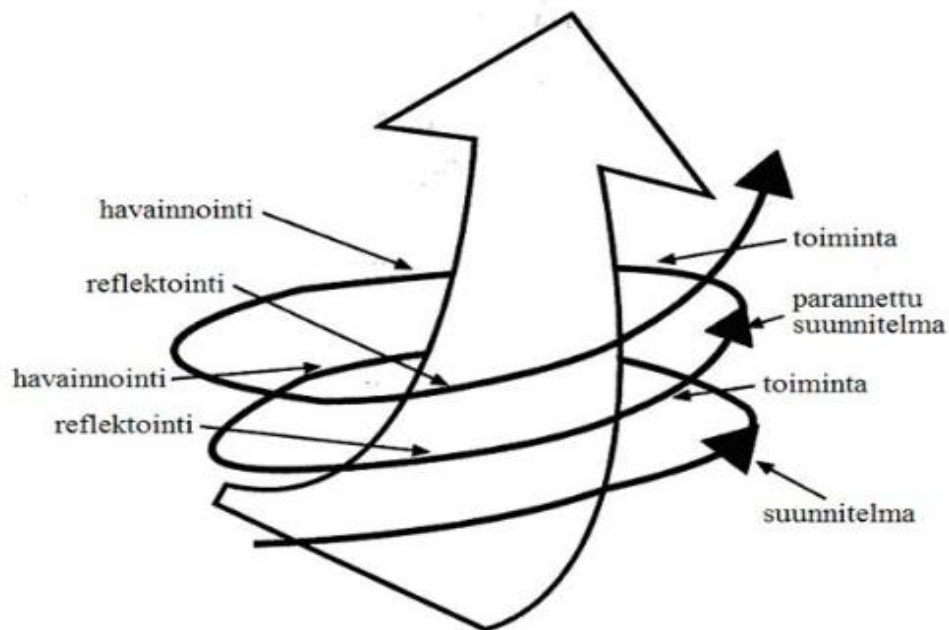
9.2 Käytetyt menetelmät ja kehittämistyön prosessi

Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui soveltava tutkimuksellinen kehittämistoiminta joka hyödyntää tutkimustieteen tuloksia, mutta sitä ei itsessään voida pitää tieteellisenä tutkimuksena. Tieteellistä tutkimustietoa hyödynnetään ja sovelletaan uusien käytänteiden tai toimintamallien kehittämiseen. Kehittämisen tavoitteena on parantaa olemassa olevia prosesseja, luoda uusia toimintamalleja tai tuottaa kokonaan uusia tuotteita tai innovaatioita. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 20 - 21). Soveltavassa tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tutkimuksen tietoa hyödynnetään kehittämistyöhön, mutta se ei ole itse tutkimusta. (Toikko & Rantanen 2009,19). Asiakaskokemuksiin aineisto hankintaan hyödynnettiin kyselyitä ja triangulaatiota.

Triangulaatio tarkoittaa erilaisten menetelmien ja tietolähteiden käyttämistä ja yhdistelyä, joka lisää tiedon luotettavuutta, varsinkin jos monesta eri lähteestä päästään samaan tulokseen. Se voi tarkoittaa aineiston osalta esimerkiksi jaettuja tiedonhaun kohteita, kuten asiakkaita ja työntekijöitä- eri kohderyhmiä, joille kysely järjestettiin samanaikaisesti samasta aiheesta, kuten tässä opinnäytetyössä tehtiin. Triangulaatiota käytetään usein luomaan riittävää kokonaiskuvaa tutkittavasta aiheesta useammasta eri näkökulmasta. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 141- 143: Toikko & Rantanen 2009, 124.)

Teoreettisen viitekehyksen ja tiedon hankintaan hyödynnettiin kirjallisuutta ja verkkoaineistoja laajasti aiheesta sekä opinnäytetyön teon rinnalla käytettiin oppimispäiväkirjaa sekä osallistumista yhden hoitajan ensihoidon yksikön toimintaan seuraajana yhden työvuoron ajan lisäämään omaa tietoisuutta aiheesta.

Kehittämisen keskiössä oli toimintatutkimukselliset menetelmät kuten interventio, joka on tyypillistä toiminnallisessa kehittämistoiminnassa. Interventiossa yhdistetään teoria ja käytäntö. Sykliä edetessä toimivat käytänteet otetaan käyttöön ja niitä kehitellään edelleen sykliä edetessä. Kehittämisen prosesseille asetetut alkuperäiset visiot eivät aina toteudu tai tutkimukseen aikana kohdataan uusia kehitettäviä toimintoja, joita lähdetään suunnittelemaan. Tutkimuksellisesti ei ole määritelty sykliä määrää, mutta prosessien (toiminta – havainnointi – reflektointi) kierroksia pitäisi olla vähintään kahdesti, ylärajaa sykliä määrälle ei ole määritetty. Uusituissa prosessinkierroksissa syklit toteutetaan uudistettujen käytänteiden mukaisesti. (Heikkine, 2007, 29; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 83).



Kuvio 5. Toimintatutkimuksen spiraali, Heikkinen & Jyrkämä 1999.

Kehittämisen prosessin eteneminen ei monestikaan vastaa suunnitelmaa, sillä uuden luomisessa ja innovatiivisille prosesseille on luonteenomaista tietty ennakoimattomuus. Tämän vuoksi kehitystyönprosesseja joudutaan usein tarkastelemaan ja muuttamaan kehittämissuunnitelman aikana. (Toikko & Rantanen 2009, 10). Tässä on nähtävissä tutkimukselliselle toiminnalle tyypillistä spiraalimaista prosessointia intervention avulla.

Prosessin kulku eteni kehittämistyössä toimintatutkimuksesta tutun spiraalimaisen toimintamallin mukaisesti (kuvio 5). Prosessi koostui suunnittelusta, toiminnasta, havainnoinnista ja reflektoinnista, jotka etenevät osin limittäin ja toistuvasti prosessin kuluessa. Ymmärrys ja tulkinta kasvoivat vähitellen kehitystyön aikana. Jatkuvan parantamisen periaatteen mukaisesti toimintaa pyritään kehittämään uusien kierrosten aikana. (Heikkinen 2010, 220 - 221; Heikkinen 2007, 36; Kuula 2006; Kemmis & McTaggart, 2000, 595).

Kehittämistyön tekemisessä hyödynnettiin toimintatutkimuksellisia menetelmiä, kuten havainnointia, kyselyistä saatua dataa ja tutkimuspäiväkirjaa. Tavoitteena on kehittää toimintaa yhdessä henkilöstön kanssa käytännössä, oikeassa toimintaympäristössä havainnoinnin ja reflektoinnin keinoin. Reflektoinnin kautta pyritään jatkuvaan toiminnan kehittämiseen. (Kuula 2006).

Asiakkaan hoidontarpeen arvioinnin kehittämisen toimintamalliin hyödynnettiin ABCDE - protokollaa. Oppiminen yhdistetään yksiköiden kuukausittaiseen turvallisuuskävelyyn. Turvallisuuskävelyn aikana käydään läpi ABCD-protokollan perusteet sekä käydään läpi peruselintoimintojen perusarvot ja hälyttävät poikkeamat, joilla hätätilapotilas tulee tunnistaa. Tieteellisen tiedon tulee olla luotettavaa joka kehittämistoiminnassa Rantasen ja Toikon mukaan tarkoittaa todenmukaisuuden lisäksi sitä, että tieto on käyttökelpoista (Toikko & Rantanen 2009, 159). Käyttökelpoisuutta ja tiedon oikeellisuutta huomioitiin toimintaohjetta tehtäessä sillä, että tieto hankittiin luotettavista lähteistä ja mahdollisimman monipuolisesti. Varsinkin kriittiset peruselintoimintojen arvot katsottiin useammasta eri lähteestä, jotta ne ovat varmasti oikein. Ohjeistus laadittiin hoitohenkilökunnalle hoidon tarpeen tueksi hätäpotilaan tunnistamiseksi ja pahimmillaan väärät peruselintoimintojen arvot vaarantaisivat asiakkaan hengen.

Asumispalvelun työntekijöiden kanssa toteutettiin reflektointi toiminta ja toimintaohjetta kehitettiin reflektion perusteella. Reflektointi tapahtui kirjallisesti "Learn Cafe"-oppimisena ja työntekijöiden ehdotukset kirjattiin ylös. Alkuperäisessä suunnitelmassa oli suunnitelmassa keskustelut, mutta tämä muutettiin, koska puheen litterointi on menetelmänä aikaa vievää ja hidasta. Valitettavasti henkilöstö ei osallistunut kovinkaan aktiivisesti Learn Cafe-tuokioon

ja heiltä joutui jonkin verran johdattelemaan mukaan. Vastauksien määrä oli niukkaa ja tätä kautta toimintaohjeen muokkausta tai muutosta ohjeeseen ei juurikaan alkuperäisestä suunnitelmasta tapahtunut.

Palautteessa katsottiin värityksen olevan hyvä; ”liikennevalo-malli” joka herättää huomioimaan. Selkeät viitearvot haluttiin myös pitää ohjeessa. Osa koki toimintaohjeen hieman sekavana. Palautetta tuli myös siitä, että kriittisyyttä tukevat rinnakkaisoireet olivat mukana. Enemmistö kuitenkin halusi ne ohjeessa säilyttää. Toisessa yksikössä työntekijöiden mielestä ohje tulee mahtua yhteen paperiin ja tekstiä tiivistettiin. ABCDE-protokollan avaamiselle ei paperilla nähty tarvetta, sen nähtiin tukevan työjärjestyksen muistamista kaavion muodossa, koska turvakävelyllä ABCDE-menetelmä kuitenkin käydään yhdessä vaiheittain läpi.

9.2 Kehittämistyö

Lopullisena kehittämistyönä toteutettiin palautteen perusteella selkeä toimintamalli asumispalveluun hoidontarpeen arvioinnin tueksi. ABCDE-menetelmä on tarkoitus ottaa yhdeksi osaksi kuukausittain yksiköissä henkilöstölle järjestettävää turvallisuuskävelyä. Turvallisuuskierrokseen on kuulunut jo aiemmin yksiköissä peruselvytyksen kertaaminen, joten näen ABCDE-ohjeistuksen täydentävän ohjeistusta. Tällaisessa toimintamallissa peruselintoimintojen riskioireet ja perusarvot tulevat kerrattua henkilöstölle useamman kerran vuodessa.

Kehittämistyön tarkoituksena on vahvistaa ja yhtenäistää Kontiolahden asumispalvelussa hoitohenkilöstön hoidon tarpeen arvioinnin osaamista, hätäpotilaan tunnistamista ja potilasturvallisuutta. Tarkoituksena on kehittää työntekijöiden riskioireiden tunnistamista, esitietojen ja mittauksen huomioimista ABCDE- menetelmää hyödyntämällä. Tämä on tarpeen myös ennen yhteydenottoa yhden hoitajan- yksikköön, sillä hätäpotilaiden tulee tunnistaa hätäpotilaiden avun tarve. Riskioireiden tunnistamisella pyritään varmistamaan kiireellisen ensihoidon tarpeessa olevan hätäpotilaan tunnistaminen ja

yhteydenotto tällöin suoraan hätäkeskukseen, jotta asiakkaan kiireellinen hoito ei viivästy. Tällaisia riskioireita ovat esimerkiksi halvausoireet, sydänoireet ja vaikeat hengitysvaikeudet.

Kehittämistyön aikana jaettiin tietoa yhden hoitajan yksikön toiminnasta ja lisättiin tietoisuutta yksikön toiminnan periaatteista Kontiolahden hoitohenkilöstölle asumispalvelussa. Kontiolahden asumispalvelussa on käytetty jo kaikissa tehostetun asumispalvelun yksiköissä useamman kerran asiakkaiden hoidon tukena yhden hoitajan ensihoitoyksikköä. Kokemukset ovat olleet erittäin hyviä.

10 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusetiikkaan kuuluu hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Tähän kuuluu eettisesti kestävien tiedonhankintamenetelmien ja tutkimusmenetelmien käyttäminen sekä rehellisyys toiminnassa. Käytettäessä toisen tutkimusta ja saatuja tuloksia on tuotava alkuperäisen tekijä ilmi ja kunnioitettava hänen tutkimustaan. (Vilka 2015, 42; Kuula 2006). Tutkimuksen tulee olla objektiivinen ja rehellinen. Tulokset tulee julkaista sellaisenaan; niitä ei keksitä, plagioida eikä kaunistella vaan kaikki tulokset nostetaan esille. Tekijän tulee olla mahdollisimman objektiivinen ja välttää omia mielipiteitä.

Vastaajien kyselyyn vastaamiseen kannustettiin, mutta vastaaminen oli aina vapaaehtoista. Asiakasta kohdeltiin asiallisesti ja kunnioittavasti. Vastaajien anonymiteetti suojattiin jo kyselyjen tekovaiheessa. Kysymykset toteutettiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa ja vastaajan anonymiteetti säilyy. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia sitoo salassapitovelvollisuus myös hanke- ja kehittämistoiminnassa ja erityisesti ihmisten yksityisyyttä säätelee henkilötietolaki (Henkilötietolaki 523/1999).

Asiakkaille kyselyt jaettiin ensihoitajan arvioinnin mukaan. Ensihoitajan tuli arvioida eettisesti, onko palvelua saanut asiakas kykenevä vastaamaan kyselyyn

asianmukaisesti. Eli ymmärtääkö asiakas mistä kyselyssä on kysymys. Esteenä voi olla esimerkiksi asiakkaan muistisairaus.

Asiakkaan luona oli paikalla usein myös hoitaja tai omainen, joka ohjeistettiin avustamaan asiakasta tarvittaessa kyselyn kanssa. Tämä toiminta ei aiheuttanut eettistä ristiriitaa, koska arvioitavana oli ensihoidon toiminta, eikä hoitajan toiminta. Kyselyn pystyi täyttämään myös omainen, joka oli yhtä lailla palvelun käyttäjä.

Tekijä raportoi saavutetut tavoitteet ja tulokset, analysoi aineiston jonka avaa selkeästi lukijoille perusteluineen, jotta he voivat arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja käytettävyyttä. Tekijä esittelee kehittämisestä nousseet kehitysehdotukset sekä pohtii kehitystyön soveltamismahdollisuuksia sekä sen mahdollisuuksia jatkokehittämiselle. Tutkimusetiikkaa ja pohdintaa ei pidä myöskään unohtaa. Opinnäytetyön tekijän tehtävä on perustella tekemänsä johtopäätöksensä lukijalle kriittisesti, objektiivisesti ja saatuihin tuloksiin nojaten. Raportoinnin tulee olla perusteltua ja johdonmukaista, jotta lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Käytettäessä kriittisiä arvoja hätäpotilaan tunnistamiseksi on tärkeää, että käytetty tieto on tutkittua tietoa, sama tieto voidaan todentaa useasta luotettavasta lähteestä ja näyttöaste vahvaa. Tämän vuoksi opinnäytetyössä on käytetty laajasti aineistoa, jotta ohjeessa käytetyt arvot eivät aiheuta vaaraa potilaalle hoidon tarpeen arviointia a tehtäessä.

Tutkimuksen reliabelius voidaan todentaa toistamalla, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Valiuden toteamiseksi opinnäytetyöntekijänä perustelen käyttämäni menetelmät, jotta voidaan arvioida, onko opinnäytetyössä mitattu oikeita asioita esim. onko kyselyssä käytetyt kysymykset oleellisia ja sellaisia että vastaaja ymmärtää ne vai saattaako vastaaja ymmärtää ne monin eri tavoin. Kyselyt ovat nähtävissä raportin liitteenä.

11 Pohdinta

Muutokset totuttuihin toimintamalleihin ovat välttämättömiä, jos halutaan turvata vanhenevan väestön kotihoito tulevaisuudessa. Tilaa sille ajattelulle, että jokainen toimii vain ”omalla” sektorillaan ei enää ole. Tarvitsemme moniammatillista yhteistyötä ja rajapinnoissa toimimista, jotta palveluketjuista saadaan sujuvia, taloudellisia ja ennen kaikkea asiakaslähtöisiä. Toteuttaminen vaatii esimiesten tukea ja sitoutumista viedä muutoksia eteenpäin. Koulutuksen tarve korostuu ja osaamisen vahvistaminen on tärkeää jo potilasturvallisuudenkin näkökulmasta.

lääkkäiden asiakkaiden päivystyskäynnit eivät aina ole tarkoituksenmukaisia ja asiakas saatetaan palauttaa hoitokotiin jo samana päivänä takaisin. Jatkohoitona usein ohjataan olemaan seuraavana päivänä yhteydessä omaan terveyskeskukseen. Siirrot päivystyksen ja hoitokodin välillä ovat ikäihmiselle raskaita ja kuormittavat päivystyksen sekä ensihoidon resursseja. Tämä lisää tarvetta ensihoidon kanssa tehtävälle uudenlaiselle yhteistyölle, jossa asiakas saa kiireettömän hoidon kotiinsa.

Siun soten alueella sairaanhoitajien resurssit kotihoidossa ja asumispalveluissa ovat usein rajalliset ilta-aikaan sekä viikonloppuisin. Kotisairaaloiminta kattaa vain kantakaupungin alueella tai sen välittömässä läheisyydessä.

Esimiehillä on vastuu ja velvollisuus huolehtia työntekijöille riittävästi koulutusta ammattitaidon ylläpitämiseksi ja osaamisen varmistamiseksi varsinkin uusien toimintamallien ja muutosten keskellä. Tässäkin uuden toiminnan jalkauttaminen vaatii esimiehen työpanosta, jotta henkilöstö oppii hyödyntämään laajemmin ja turvallisesti yhden hoitajan ensihoitoyksikköä oman työnsä tukena asiakkaan hoitotyössä. Työntekijöiden hoidon tarpeen arvioinnin osaamiseen tulee panostaa ja järjestää lisää koulutusta.

Kotihoidon ja palveluasumisen henkilökunnan hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseksi on tarvetta. Kotihoidon ja asumispalvelun henkilöstön peruselintoimintojen seurannan, mittaamisen ja hoidon tarpeen arvioinnin osaamista tulee kehittää. Hoidontarpeen arvioinnin osaamisen ja ammatillisen varmuuden kasvaessa asiakkaiden hoidon laatu parantuu ja turhat

päivystyskäynnit vähenevät. Osaavan hoidon tarpeen arvioinnin myötä asiakas saa oikea-aikaista hoitoa, joka toteutuu oikeassa hoitopaikassa.

Terveysalan ammattihenkilöiden tulee käyttää ja soveltaa arviointiin ja hoitoon tutkittua tietoa. Yhtenäisten käytänteiden ja kokemuksen myötä hoidon tarpeen arvioinnista tulee johdonmukaista ja perusteltua. Tämä parantaa potilasturvallisuutta. On tärkeää tunnistaa potilaan epänormaali hengitys, liian alhainen verenpaine, halvausoireet tai muut akuutit oireet, jotta voidaan turvallisesti hyödyntää kiireettömiä tukipalveluita kuten yhden hoitajan ensihoito yksikköä. Hätäpotilas tulee tunnistaa ja ottaa näissä tapauksissa aina yhteys suoraan hätäkeskukseen.

Yhden hoitajan yksikön toiminnalle on olemassa selkeä tarve. Tehtäviä AVOT-hankkeen yhden hoitajan yksikölle pilotoinnin aikana 1.1.- 31.5.2018 tuli 847 kappaletta. Valtaosa yhteydenotoista tuli kotihoidolta (n=513/847). Hätäkeskuksen kautta yhteydenottoja tuli 78 kappaletta ja ensihoidosta 30 kappaletta. Lisäksi muita yhteydenottoja tuli yksikölle 226 kappaletta. Toiminta koettiin kaikkien kyselyihin osallistuneiden keskuudessa tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa palveluun ja toiminnasta toivottiin pysyvää. Asiakkaat arvostivat kotiin saatua palvelua ja ensihoitajan osaamista. Suurimpana hyötynä nähtiin se, että ei tarvinnut lähteä päivystykseen jonottamaan, vaan hoidon sai kotona. Kotihoidon kohteissa tehtäviä oli 298, joista neljä peruttiin matkalla kohteeseen kotihoidon toimesta. Asiakkaista kotona pystyttiin hoitamaan 199 joka oli 67 % kaikista tehtävistä ja kuljetuksen vaati 33 %. (AVOT koosteraportti 2018).

Kotihoidon ja asumispalvelun työntekijät arvioivat ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminnan tukevan heidän työtään ja asiakkaan hoidon tarpeen arviointia. Siun sotessa hoidon tarpeen arviointia on kehitetty ja koulutukseen on nyt panostettu. Kotihoitoon on suunnattu uusi verkkokurssi: hätäpotilaan tunnistaminen. Lisäksi siun sote on kehittänyt yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa ensiapukoulutusta, joka jatkossa vaaditaan voimassa olevana kaikilta asumispalvelun ja kotihoidon vakituisilta työntekijöiltä. Tässä koulutuksessa hyödynnetään myös ABCDE-toimintamallia.

Yhden hoitajan yksikön toiminnasta saatiin pilotoinnin jälkeen toukokuussa 2018 toistaiseksi toimivaa ainakin vuoden 2018 loppuun asti Siun soteen ja Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselle. Tavoitteena on saada yhden hoitajan yksikön toiminnasta pysyvää. Toimintaa muutettiin niin, että päivittäinen valmius-aika on klo 8-21 eli toiminta-aikaa aikaistettiin tunnilla. Tarve aikaistukselle koettiin erityisesti kotihoidossa.

Valinnanvapauden toteutuessa yhden hoitajan yksikön toiminnalla voidaan saavuttaa myös lisäarvoa Siun soten kotihoidon ja asumispalvelun asukkaille kilpailtaessa yksityisiä palveluntuottajia vastaan.

Opinnäytetyön prosessi oli raskas mutta opettavainen. Prosessin aikana oli vaikeaa rajata aihetta. Materiaalia oli runsaasti käytettävissä ja halu oppia ja tutustua aiheeseen oli suurta. Suurin osa ajasta meni lukemiseen ja aiheeseen tutustumiseen teoriapohjan kartuttamiseksi. Ensihoidon yhden hoitajan ensihoitoyksikön toimintamalli oli innostava ja ajoittain oli vaikeaa säilyttää focus kotihoidon palvelujen kehittämisessä. Myös alkuvaiheen kiireinen aikataulu uuvutti ja tuntui ajoittain liian haastavalta. Työn edetessä joutui useampaan otteeseen pysähtymään ja miettimään sitä, että mitä tässä ollaan tekemässä ja kenelle. Esimiestyön esille tuominen muutoksessa ja osaamisen johtamisessa olisi mielestäni kaivannut enemmän auki kirjoittamista itse kontekstiin ja kulkemaan rinnalla koko prosessin ajan. Materiaalia läpi käydessäni ja analysoidessani ymmärsin myös kyselymallin ja kysymysten asettelun tärkeyden; osa kysymyksistä ei antanut vaihtoehtoja tarkasteluun, vertailuun tai aineistosta ei saanut hyödynnettyä materiaalia opinnäytetyöhön. Muutokset tulivat vastaan moneen kertaan prosessin edetessä ja niihin tuli vain sopeutua ja muuttaa toimintaa. Yksi tällainen muutos oli kehittämistyö.

Asiakaskokemusten tulokset toiminnalle yllättivät positiivisesti. Kyselyt kuitenkin osoittivat sen saman kuin muuallakin suomessa, että ihmiset ovat halukkaita saamaan palveluita suoraan kotiinsa. Vastaajien palautteissa korostuivat myös todella paljon vuorovaikutustaidot, jotka käyttäjäkokemuksen kannalta näyttivät

olevan oleellinen asia myönteiseen käyttäjäkokemukseen. Aineisto oli vähäinen eikä tuloksia voida pitää kuin viitteellisinä.

Mieleenpainuvien kokemus oli itselle tutustuminen konkreettisesti työvuoron ajan yhden hoitajan yksikön toimintaan. Tämä auttoi ymmärtämään toimintaa ja sen monimotaisuutta sekä helpotti kirjoittamistyötä, kun pystyi peilaamaan materiaalia omiin havaintoihin.

Kehittämistyön tekeminen asumispalveluun oli myös antoisaa. Innostuin itse ideasta, jossa ABCDE-menetelmä liitettiin konkreettiseen toimintaan; yksikön turvallisuuskävelyn yhteyteen. Näin asian käsittelylle tulee toistoja, joka varmasti tehostaa oppimista. Toivon, että Kontiolahden asumispalvelussa tästä saadaan pysyvä käytäntö turvallisuuskierrosten yhteyteen. Uskon että tällä voidaan vahvistaa hoitohenkilöstön hätäpotilaan tunnistamista ja hoidon tarpeen arviointia, kun selkeät hätäpotilaan tunnusmerkit tunnistetaan ja niille on määritellyt viitearvot. Tunnistamalla riskioireet hätäpotilaiden kohdalla, varmistetaan että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa viivytystä.

Koska ensihoidon yhden hoitajan ensihoito yksikön toimintamalli on vielä uusi, toivon jatkossa opinnäytetyön aihetta, joka tehtäisiin yhden hoitajan yksikön työntekijöiden kokemuksista ja näkemyksistä. Suomessa erilaista kehittämistä ja seuranta on varmasti paljon yhden hoitajan yksiköiden osalta, mutta haluaisin jatkossakin, että toimintaa tarkastellaan ja kehitetään myös muusta kuin ensihoidon näkökulmasta.

Olen tyytyväinen siitä, että sain tämän aiheen. Olin motivoitunut koko prosessin ajan, vaikka joukossa oli toki niitäkin päiviä, kun opinnäytetyö ei edennyt. Tavoitteena oli saada asiakaskokemuksia ensihoidon yhden hoitajan yksikön palvelun käyttäjiltä ja niitä saatiin, mutta luotettavuuden näkökulmasta olisin toivonut vastauksia enemmän. Ensihoidon yhden hoitajan yksikön toiminnasta saatiin pysyvää palvelua Siun sotelle. Asumispalveluun kehitettiin hoidon tarpeen arviointiin toimintamalli tukemaan hoitajien hoidon tarpeen arvioinnin osaamista. Tavoitteena oli kehittää asumispalvelun hoitajien hoidon tarpeen osaamista ja tehtävänä luoda toimintaohje tukemaan tätä. Toimintaohje kehitettiin

yhteistyössä henkilöstön kanssa. Ohje otetaan käyttöön Kontiolahden asumispalvelun yksiköissä vuoden 2019 aikana ja se sisällytetään kuukausittain tehtävälle turvallisuuskierrokselle yksiköihin.

Lähteet

- Aalto, S. 2009. Potilaan peruselintoimintojen arviointi. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Aivotalo.fi. 2018. Tajunnan tason arviointi. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ylläpitämä julkinen e-Terveyspalvelu verkkosivusto. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/tietoa-aivovammoista/tajunnantason-arviointi>. 14.9.2018.
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2013. Ensihoito; Potilaan tutkiminen ja hoitotekniikat. 3.-4.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Alaspää, A. & Nurmi, J. 2015. Tajuttomuus. Toimitus Holmström, P., Kuisma, M., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Arstila A., Björkqvist S-E., Hänninen O. & Nienstedt W. 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. ISBN: Helsinki: WSOY.
- Atula, S. 2017. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). lääkirikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001. 11.11.2018.
- AVOT-hanke. 2018. Yhden hoitajan yksikkö EPK 771. Koosteraportti pilottijaksolta 1.1.- 31.5.2018.
- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Suomen Punainen Risti.
- Castrén, M., Kurola J., Lund V., Martikainen M. & Silfast T. 2014. Ensihoitopas. Helsinki: Duodecim.
- Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriö. Duodecim. Ensiapuopas. Verkkojulkaisu. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=spr00005. 11.11.2018.
- Castren, M., Korte H. & Myllyrinne K. 2017b. Myrkytykset. Ensiapuopas. Verkkojulkaisu. Lääkäriseura Duodecim, 2017. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00013. 11.11.2018.
- Gerres, J. 2018. Ensihoitaja. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. Suullinen keskustelu. Perehdyttäminen yhden hoitajan yksikön toimintaan työvuoron ajan. 11.2.2018. 2018.

- Gerres, J. & Koivisto, K. 2016. Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelun kehittäminen: uudenlaisen ensihoitoyksikön toimintamalli. Karelia ylempi korkeakoulu. Johtaminen ja kehittäminen. Opinnäytetyö. 2016.
- Diabetesliitto. 2018. Ketoasidoosi, happomyrkytys. Verkkojulkaisu. https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_1_diabetes/ketoasidoosi_happomyrkytys.11.11.2018.
- Etelä- Karjalan sosiaali - ja terveydenhuollonkuntayhtymä. 2017. Seniori - ja yhteisöasumisen raportti. <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2017/Documents/Seniori-%20yhteis%C3%B6asumisen%20ty%C3%B6ryhm%C3%A4n%20raportti.pdf>.18.2.2018.
- Hakala, L. 2018. Työelämä muuttuu - mitä työelämävalmiuksia tarvitsemme? Verkkojulkaisu. Valtioministeriö 2018. https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/tyoelama-muuttuu-mita-tyoelamavalmiuksia-tarvitsemme-. 11.10.2018.
- Hannuksela-Svahn, A. 2014. Anafylaktinen reaktio (äkillinen yliherkkyysoireyhtymä). Lääkärikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00201. 11.11.2018.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus - ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkinen H., 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Toim. Heikkinen H., Rovio E. & Syrjälä L. Vantaa: Dark oy.
- Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa ”Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle”. Toimittaneet Aaltola, J. & Valli, R. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Heikkinen, Hannu L.T. & Huttunen, Rauno & Moilanen, Pentti (toim.).1999. Jyväskylä: Atena kustannus oy.
- Henkilötietolaki, 523/1999.
- Hiltunen, T. 2009. Sairastuneen kohtaaminen. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyppälä, R. 2007. Esimiesosaaminen. Liiketoiminnan menestystekijä. Helsinki: Edita.
- liivanainen A., Jauhiainen M. & Syväoja P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

- Iivanainen A. & Syväoja P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. 1988. The Action Research Planner. Deakin: University Press.
- Keskinäinen vakuutusyhtiö Ilmarinen. 2017. Uudistu tai katoa- Mitkä ovat tulevaisuuden tärkeimmät työelämätaidot? Artikkel. <https://www.ilmarinen.fi/uutishuone/arkisto/2017/uudistu-tai-katoa/>. 17.11.2018.
- Kirsi T., Mylläri E. & Valvanne J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus Projektin julkaisu nro 2. Kuntaliitto. ISBN 978-952-293-235-8. Helsinki: Kuntaliitto.
- Komulainen J., Mäkelä M. & Vuokko R. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. ISBN 978-952-245-538-3. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.
- Kuntatyönantajat. 2017. Osaamisen johtaminen on osa strategista henkilöstöjohtamista. Verkkoartikkeli. <https://www.kt.fi/henkilostojohtaminen/osaamisen-johtaminen>. 18.11.2018.
- Kuula, A. 2006. Toimintatutkimus. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. 11.2.2018.
- Kälviäinen, R. 2016. Epilepsiakohtauksen ensiapu. Käypä hoito- suositus. Lääkäriseura Duodecim. 2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00365&suositusid=hoi50030>. 11.11.2018.
- Käypä hoito. 2016a. Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051#K1>. 11.11.2018.
- Käypä hoito. 2016b. Epileptinen kohtausta (pitkittänyt; status epilepticus). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen Yhdistys ry:n ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50030#K1>. 11.11.2018.

- Käypä hoito. 2016c. Elvytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. <http://www.kaypahoito.fi/KH2017-suositukset-portlet/Tulosta?id=hoi17010#K1>. 11.11.2018.
- Käypä hoito. 2014. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. 8.10.2018.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Latvala N. & Hartikainen S. 2018. Yhden hengen ensihoitopalvelun yksikkö Pirkanmaalle. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/146354/Hartikainen_Suvi_Latvala_Niina.pdf?sequence=1. 28.10.2018.
- Metsämäki, J. 2012. Työmarkkinoiden toimivuuden parantaminen ja työelämän kehittäminen. Työ- ja elinkeinoministeriö. Powerpoint-esitys Helsinki 14.2.2012. <https://slideplayer.fi/slide/1885744/>. 18.11.2018.
- Mustajoki, P. 2017. Pyörtyminen (synkopee). Lääkärikirja Duodecim, 2017. Verkkojulkaisu. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00069&p_hakusana=epilepsia. 11.11.2018.
- Mustajoki, P. 2018. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabetesta sairastavalla. Lääkärikirja Duodecim, 2018. Verkkojulkaisu. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757. 11.11.2018.
- Mäkelä, M. & Mäkinen-Kiljunen, S. 2007. Anafylaktisen reaktion tutkimukset ja hoito. Artikkel; katsaus. Duodecim, 2007; 123. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96873.pdf>. 11.11.2018.
- Nurmi, J. 2005. Sydänpysähdystä edeltäviin oireisiin on puututtava. Finnanest 38 (1). http://www.finnanest.fi/files/a_nurmi.pdf. 20.11.2018.
- Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. WSOY. Porvoo 2008.
- Pahkin, K. & Vesanto, P. 2013. Organisaatiomuutos esimiehen näkökulmasta. Työterveyslaitos. ISBN: 978-952-261-336-3 (pdf). <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131749/Organisaatiomuutos%20esimiehen%20n%C3%A4k%C3%B6kulmasta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 18.11.2018.
- Pekkarinen, L. & Pesonen, S. 2017. Julkisen alan työhyvinvointi ja muutos: Varhainen tuki esimiestyön tukena muutoksessa. 5.6.2017, Muutoksen

- hallinta – seminaari, Kuntatalo. Verkkojulkaisu.
https://ttk.fi/files/5368/Pesonen_ja_Pekkarinen_050617.pdf. 18.11.2018.
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOYpro.
- Potilasturvallisuusasetus 341/2011.
- Punkkinen, J. & Väätäinen, H. 2017. Sidosryhmien kokemuksia Etelä-Karjalan sosiaali - ja terveystieteiden liikkuvasta yhden hengen päivystysyksiköstä. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu, 2017.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017111016854>. 14.2.2018.
- Rauramo, P. 2013. Työhyvinvointi muutostilanteessa. Työturvallisuuskeskus. Verkkojulkaisu. ISBN 978-951-810-506-3.
https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi_muutostilanteissa.pdf. 11.10.2018.
- Reitala, J. 2009. Potilaan kohtaaminen ja tilan arviointi. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino oy.
- Rovaniemen koulutuskuntayhtymä. 2015. Osaamme-hanke (ESR). Osaamisen johtaminen. Käsikirja. Verkkojulkaisu.
<https://www.redu.fi/loader.aspx?id=283831a3-dbf6-4ce2-82cd-7251322e8b03>. 18.11.2018.
- Salmi, E. 2018. Siun soten AVOT-hankkeen malleja voi hyödyntää koko maassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkojulkaisu. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/siun-soten-avot-hankkeen-malleja-voi-hyodyntaa-koko-maassa. Helsinki 2002.12.8.2018.
- Sarajärvi A. & Tuomi J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. Toiminta- ja taloussuunnitelma 2019- 2021. Talousarvio 2019.
http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_toiminta-ja-taloussuunnitelma.pdf/1f12aeb6-5161-4c53-aff5-14176372f3b8. 2.2.2019.
- Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. 2018. Konserniohje.
http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/siunsote_konserniohje/ae83a750-b6e9-4ea4-9f60-f300ef819d1b. 14.8.2018.
- Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. 2017. Ikäihmisten asumispalvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö 1.1.2017 alkaen.
http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote_ikaihminen_palvelut_myontamisperusteet2017.pdf/a6e56d90-69d3-44b9-9770-354d2b725b4a. 12.12.2018.
- Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. 2016. Siun sote Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä; Perussopimus.

http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_perussopimus.pdf/cd203e2b-08db-46cb-ae98-f9231ecd7b70.14.8.2018.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Asetus ensihoitopalvelusta. Verkkojulkaisu. https://stm.fi/documents/1271139/5228951/STM_as_ensihoitopalvelusta_PM_2.pdf/4a8570a7-b7e1-40fd-8700-cb8dadd70535. 14.9.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Koti- ja omaishoidon uudistus (I&=kärkihanke). Pohjois-Karjala: Arvokasta Vanhenemista Omatoimisuutta Tukemalla (AVOT). Verkkojulkaisu. <https://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitettavat-hankkeet/pohjois-karjalan-avot.11.10.2018>.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. URN:ISBN:978-952-00-3960-8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomalainen, T. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivystys tulee olohuoneeseen. Artikkel. 2017. http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/paivystys-tulee-olohuoneese-1. 27.10.2018.

Suomen Punainen Risti. 2018. Ensiapuohjeet. Verkkojulkaisu. <https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/myrkytys>. 14.8.2018.

Suomen Työn Liitto. 2017. Made by Finland, tutkimusraportti 9.3.2017. <https://suomalainentyo.fi/wp-content/uploads/2018/01/made-by-finland-tutkimusraportti-tiivistelma.pdf>. 12.10.2018.

Söderqvist, M. 2004. Vaihtoehtona sosio- konstruktismi. Teoksesta; Tutkiva ja kehittävä ammattikorkeakoulu. Kotila H. & Mutanen, A. (toim.) Helsinki: Edita.

TAYS. 2018. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Verkkojulkaisu. Ohje terveydenhuollon ammattilaisille. Diabeettinen ketoasidoosi. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Endokrinologian_hoitoohjeet/Diabeettinen_ketoasidoosi\(9705\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Endokrinologian_hoitoohjeet/Diabeettinen_ketoasidoosi(9705)). 28.10.2018.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Raportti. Työryhmä: Erhola, M., Hämäläinen, P., Jonsson, P.-M., Junnila, M., Linnosmaa, I., Nykänen, E., Pekurinen, M. Vaaramaa, M. ISBN 978-952-302-176-1. Verkkojulkaisu. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/115008/URN_ISBN_978-952-302-176-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 14.12.2018.

Thim, T., Krarup, NH., Grove, EL., Rohde, CV. & Løvgren, B. 2012. Initial assesment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disapility, Exposure (ABCDE) approach. International Journal Of General

- Medicine- Dove MedicalPress. 2012: 5. 117-21.
https://www.researchgate.net/publication/221818120_Initial_assessment_and_treatment_with_the_Airway_Breathing_Circulation_Disability_Exposure_ABCDE_approach.12.11.2018.
- Tilastokeskus. 2018. Väestöennuste 2015. <http://www.poketti.fi/vaesto>.20.2.2018.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Työterveyslaitos. 2018. Työkykytalo. Verkkojulkaisu.
<https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyokykytalo/>. 18.11.2018.
- Valli, J. 2016. Ensihoitojärjestelmä. Ensihoito-opas. Verkkojulkaisu.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti>.27.10.2018.
- Valtioneuvosto. 2016. Alueuudistus. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus Sairaalaverkkoa ja yhteispäivystyspalveluita uudistetaan osana sote- uudistusta. Verkkojulkaisu.
<http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys>.20.2.2018.
- Valtiovarainministeriö. Henkilöstö- ja hallintopolitiikkaosasto. Verkkojulkaisu.
<https://vm.fi/documents/10623/307719/Ammatillisen+osaamisen+kehitt%C3%A4minen/de52cccf-f8a3-4e40-a80b-bb6739919bfe/Ammatillisen+osaamisen+kehitt%C3%A4minen.pdf>.
18.11.2018.
- Valvira. 2014. Hoidon tarpeen arviointi. Verkkojulkaisu.
http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi.27.10.2018.
- Valvira. 2018. Elintoimintojen seuraaminen.
<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elintoimintojen-seuraaminen>. 27.10.2018.
- Viitala, R. 2006. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otava Oy.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä 2015: PS-kustannus.

Yamk- opinnäytetyön aikataulu

- 15.1.2018 toimeksiantosopimuksen tekeminen ja aiheen sopiminen AVOT- hankkeeseen projektipäällikkö ja ensihoidon vastaavan kenttäjohtajan kanssa.
 - 19.1.2018 Suunnittelupalaveri AVOT- hankkeen yhdyshenkilöiden kanssa
 - Sovitaan tutkimuksen tavoitteista.
 - Sovitaan kenelle kyselyt suunnataan, missä muodossa kyselyt toteutetaan, milloin kyselyt toteutetaan, miten kyselyt ohjeistetaan henkilöstölle ja asiakkaille.
- Sovitaan osallistumisesta yksikön 12h työvuoroon omakohtaisen kokemuksen saamiseksi opinnäytetyötä varten. Toteutus 11.2.2018.
- 5.1–22.2.2018 AMK- opinnäytetyön tutkimussuunnitelman laadinta, hyväksyttäminen ja tutkimusluvan hakeminen Siun soten kuntayhtymältä
- Osallistuminen Kareliassa opinnäytetyön ohjauksiin
- 22.1–15.2.2018 kyselyiden ja saatekirjelmien laadinta ja hyväksyttäminen AVOT: n yhteyshenkilöillä
- 29.1.–22.2.2018 kyselyiden testaaminen käyttäjillä, kyselyiden viimeistely ja luominen sekä esimiesten ohjeistaminen
- 5.3.–8.4.2018 Kyselyiden toteuttaminen Webropol- kyselyinä ja paperiversioina
- 30.3.–30.4.2018 käyttäjäkokemusten kirjaaminen(15.3. mennessä) ja analysointi. Valmis data AVOT: in käyttöön ja aineiston analysointiin
- Toukokuussa tulokset ja perustelut AVOT: in toimesta Siun soten kuntayhtymälle.
30.5.2018 Yhden hoitajan ambulanssi-pilotti päättyy. Toiminnan jatkumisesta päätös?

(Jos yhden hoitajan ambulanssi toiminta on saanut jatkoa)

- *2018 kehittämistyöpaja Toiminta-mallin/ohjeen kehittäminen hoidontarpeen arvioinnin toteuttamiseen henkilöstölle Kontiolahden asumispalveluun*
- *Elo-syyskuu 2018 toiminta-ohjeen reflektointi asumispalvelun/kotihoidon ja ensihoidon kanssa*
- 15.4.–30.9.2018 opinnäytetyön raportin kirjoittaminen, tulosten analysointi, pohdinta ja kehittämisen kohteet (hyödynnettävyys jatkossa).
- Johtamisen merkityksen pohdinnan ja teorian näkökulman kirjoittaminen raporttiin muutoksen johtamisesta ja toimintojen integroimisesta pilotissa
- Opinnäytetyön seminaariesitys syksyllä 2018
- Kypsyysnäyte syksyllä 2018
- Opinnäytetyön arviointi, viimeistely/korjaus, hyväksyttäminen ja talletus Theseukseen viimeistään marraskuussa

Ensihoitopalvelun yhden hoitajan yksikön käyttäjäkokemuskysely ajalle 5.3. – 8.4.2018

Arvoisa asiakas/omainen

Saatte tämän saatekirjeen ohessa kyselyn, johon toivomme teidän vastaavan. Vastaaminen on vapaaehtoista ja voitte täyttää sen itse tai yhdessä hoitajan/ omaisen kanssa.

”Yhden hoitajan yksikkö”-kokeilu toteutetaan 1.1. – 31.5.2018 välisenä aikana.

Yhden hoitajan yksikön tarkoituksena on tuottaa hoidon tarpeen arviointia ja kiireetöntä ensihoitoa ensisijaisesti ikäihmisille kotiin ja asumispalveluun. Toimintaa toteutetaan Joensuun, Ilomantsin, Kontiolahden, Polvijärven, Outokummun ja Liperin alueilla.

Arvostamme mielipidettänne. Omakohtaiset kokemuksenne ovat meille arvokkaita.

Kyselyyn vastaaminen kestää n. 5-10 minuuttia. Voitte vastata 8.4.2018 mennessä. Kysely tehdään nimettömänä ja kyselystä ei voida tunnistaa vastaajia. Täytetyn lomakkeen voitte antaa hoitajalle joka lähettää vastauksenne Siun soten kehittämissyksikölle tai voitte lähettää vastauksenne myös itse. Kirjekuoressa on osoitetiedot valmiina ja ne löytyvät myös tämän kirjeen vasemmasta alanurkasta. Postimaksu on maksettu.

Tämä kysely toteutetaan osana sosiaali- ja terveysalan yamk-tutkinnon opinnäytetyötä. Kokeilu kuuluu AVOT-hankeeseen, joka on yksi hallituksen kärkihankkeita. AVOT tulee sanoista: arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla.

Kiitos vastauksista ja aurinkoista kevättä!

Ystävällisin terveisin:

Kati Nygren

Kari Törrönen

Petra Kukkonen

AVOT-hanke

AVOT-hanke

yamk-opiskelija(sos.-ja terv.)

Kehittämisasiantuntija Vastaava ensihoidon kenttäjohtaja Karelia YAMK, Joensuu

Kysely asiakkaalle / omaiselle

(Rastittakaa sopivin vaihtoehto vihreään ruutuun)

Ikäanne: _____

Sukupuoli: Nainen Mies

Teidän hoitonne järjestää tällä hetkellä:

- Kotihoito
- Asumispalvelu
- Kotisairaala
- Hoivasairaala

Paikkakunta: _____

1. Saitteko riittävän hoidon/arvion vaivaanne ensihoidon hoitajankäynnin aikana?

- KYLLÄ
- EN
- EN OSAA SANOA

2. Saitteko ensihoitajalta selkeät jatkohoito-ohjeet?

- KYLLÄ
- EN
- EN OSAA SANOA

3. Voitiinko hoito toteuttamaan teille paikan päällä vai jouduitteko lähtemään päivystykseen?

- HOITO ANNETTIIN KOTONA
- HOITO VAATI PÄIVYSTYS KÄYNTIÄ

4. Jos tarvittava hoito annettiin teille kotona, niin jäikö teille huoli pärjäämisestänne ensihoidon lähdettyä?

- KYLLÄ
- EN
- EN OSAA SANOA

5. Olitteko tyytyväinen saamaanne palveluun?

- KYLLÄ
- EN

Jos vastasitte KYLLÄ kertoisitteko miksi olitte tyytyväinen?

Jos vastasitte EN kertoisitteko mikä palvelussa oli huonoa?

5. Onko tällaiselle kotiin järjestettävälle ensihoidon palvelulle mielestänne tarvetta?

- ON TARVETTA
- EI OLE TARVETTA
- EN OSAA SANOA

6. Mikä palvelussa oli hyvää

7. Oliko palvelussa jotain parannettavaa?

Kysely kotihoidon ja asumispalvelun henkilökunnalle

Ammattinimike a) Sairaanhoidtaja, b) Lähihoitaja, c) hoitoapulainen, d) Muu
Työkokemus a) alle 1v, b) 1-2v, c) 3-5v, d) 6-10v., e) 11-15v, f) yli 15v
Työskentelen a) kotihoidossa, b) asumispalvelussa
Oletteko käyttänyt yhden hoitajan yksikön palvelua aiemmin? KYLLÄ / EN

1. Miksi otitte yhteyttä yksikköön (syy)? (AVOIN VASTAUS)
2. Saitteko tukea ensihoidon yksikön palvelusta omaan hoitotyöhönne? KYLLÄ / EI
→ Jos vastasit KYLLÄ, niin kertoisitteko miten palvelu tuki työtänne? (AVOIN VASTAUS)
3. Hyötyikö asiakas ensihoidon yksikön palvelusta?
→ Jos vastasit KYLLÄ, niin kertoisitteko miten asiakas mielestänne hyötyi palvelusta: (AVOIN VASTAUS)
4. Miten olisitte toimineet, jos yksikköä ei olisi ollut käytettävissä? (AVOIN VASTAUS)
5. Onko teillä ollut tilanteita viimeisen kuukauden aikana, joissa yksikön palvelua olisi tarvittu klo 22- 09 välisenä aikana? EI/KYLLÄ/EN OSAA SANOA
6. Mitä toiminnassa tulisi mielestänne kehittää? (AVOIN VASTAUS)
7. Mitä lisäarvoa tällainen ensihoidon kotiin tuottama palvelu mielestänne tuo asiakkaalle? (AVOIN VASTAUS)
8. Pystyttiinkö asiakkaan hoito toteuttamaan kotona/hoivakodissa yksikön toimesta? KYLLÄ / EI
a. Jos vastasitte EI ja asiakas päädyttiin lähettämään päivystykseen tekikö arvion yksikön ensihoitaja? KYLLÄ / EI

VÄITTÄMÄT; kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa:

- Asiakas sai riittävän avun hoidon tarpeen arvioinnista / annetusta hoidosta. Arvioi asteikolla 1-5
- Asiakas/hoitaja saivat riittävät ja selkeät jatkohoito-ohjeet. Arvioi asteikolla 1-5
- Yhteistyö ensihoitajan kanssa oli kollegiaalista ja arvostavaa. Arvioi asteikolla 1-5
- Palvelu tukee kotihoidon/ asumispalvelun asiakkaan oikea-aikaista hoitoa? Arvioi asteikolla 1-5

OMAN HOIDON TARPEEN OSAAMISEN ARVIOINTI

- Miten mielestäsi tunnistat hätätilapotilaan? (AVOIN VASTAUS)
- Koettako tarvetta koulutuksille hoidon tarpeen arvioinnin koteihin/ asumispalvelussa? KYLLÄ / EN/EN OSAA SANOA
- Onko cABCD- menetelmä teille tuttu (hoidon tarpeen arvioinnissa)? KYLLÄ / EI
- Onko teillä voimassa olevaa ensiapukoulutusta? KYLLÄ / EI

Kysely ensihoidon kenttäjohtajille

1. Voidaanko yhden miehen yksikön toimintaa hyödyntää ensihoidon kiireettömissä tehtävissä? KYLLÄ/ EI / EN OSAA SANOA
2. Saadaanko yksikön toiminnalla tukea kiireellisille tehtäville? KYLLÄ / EI / EN OSAA SANOA
3. Oletko siirtänyt kiireettömiä tehtäviä yhden hoitajan yksikön hoidettavaksi? KYLLÄ / EN
4. Näetkö yhden hoitajan ensihoito yksikön toiminnan tuottavan lisäarvoa asiakkaalle/potilaalle? KYLLÄ/ EI / EN OSAA SANOA
→ Jos vastasitte KYLLÄ, niin perustelisitteko mitä hyötyä näette asiakkaalle palvelusta olevan? (AVOIN VASTAUS)
5. Vapauttaako yksikön toiminta ensihoidon resursseja valmiuden ylläpitoon ja kiireellisiin hälytystehtäviin (A, B)? KYLLÄ / EI / EN OSAA SANOA
6. Uskotko yksikön kotiin vietävien palveluiden vähentävän asiakkaiden turhia päivystyskäyntejä /ESH:n palveluita? KYLLÄ / EN / EN OSAA SANOA
7. Yksikkö toimii tällä hetkellä joka päivä klo 9-22 välisenä aikana. Pitäisikö toiminnan olla mielestänne ympärivuorokautista? KYLLÄ/ EI/ EN OSAA SANOA
8. Näettekö oleellisena sen että yhden hoitajan yksikön toiminta on päivittäisestä ensihoitotyöstä erillistä, omaa toimintaansa? KYLLÄ/EN/EN OSAA SANOA
9. Mitä hyötyä yksikön toiminnassa mielestänne on? (AVOIN VASTAUS)
10. Mitä kehitettävää yksikön toiminnassa mielestänne on? (AVOIN VASTAUS)

Kysely kotisairaalan ja hoivasairaalan henkilöstölle

- Ammattinimikkeeni on: a) Sairaanhoidtaja, b) Lähihoitaja, c) hoitoapulainen, d) Muu
- Työkokemukseni on: a) alle 1v, b) 1-2v, c) 3-5v, d) 6-10v., e) 11-15v, f) yli 15v
- Työskentelen: a) kotisairaalassa b) hoivasairaalassa
- Oletteko käyttänyt yhden yksikön palvelua aiemmin? KYLLÄ / EN

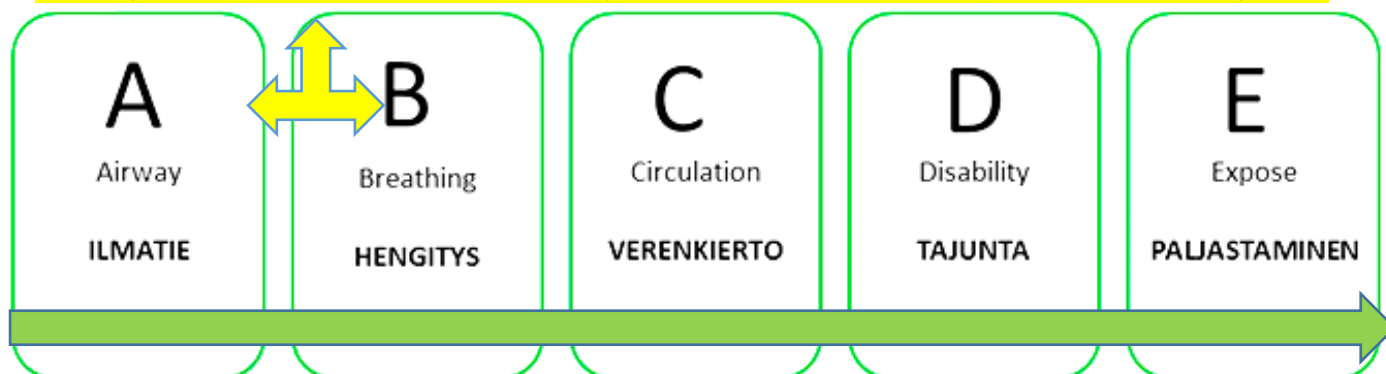
1. Millaiselle yhteistyölle näette tarvetta yhden hoitajan yksikön kanssa? (AVOIN VASTAUS)
2. Miksi otitte yhteyttä yksikköön (syy)? (AVOIN VASTAUS)
3. Onko teillä ollut tilanteita, joissa yksikön palvelua olisi tarvittu klo 22 - 09 välisenä aikana? EI/KYLLÄ, JOSKUS/ KYLLÄ, USEIN
4. Mitä yksikön toiminnassa tulisi kehittää? (AVOIN VASTAUS)
5. Mitä hyötyä mielestänne potilaalle on yksikön toiminnasta? (AVOIN VASTAUS)
6. Pystyttiinkö asiakkaan hoito toteuttamaan hoivasairaalassa yksikön toimesta? KYLLÄ / EI

VÄITTÄMÄT; kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa:

- Potilas/hoitaja saivat riittävät ja selkeät jatkohoito-ohjeet. Arvioi asteikolla 1-5
 - Yhteistyö ensihoitajan kanssa oli kollegiaalista ja arvostavaa. Arvioi asteikolla 1-5
 - Potilas hyötyi yksikön toiminnasta. Arvioi asteikolla 1-5
 - Sairaala hyötyi yhteistyöstä ensihoidon yksikön kanssa. Arvioi asteikolla 1-5
7. Uskon käyttäväni palvelua uudestaan. KYLLÄ /EN /EN OSAA SANOA

HÄTÄPOTILAAN TUNNISTAMISEN ABCDE-MENELMÄN AVULLA

Ei hengitä → soita 112 → ELVYTÄ 30:2 (Huomioi asiakkaan DNR, myös soittaessa 112)



HENGITYS NORMAALI:	VERENKIERTO NORMAALI:	TAJUNTA NORMAALI:
<p>HT: 12-20 krt/min Spo2: 95-99%</p> <p>*Puhe: pystyy puhumaan normaalisti, hengittäminen rauhallista, äänetöntä</p>	<p>RR: yläpaine yli 100mmHg/ alle 200 mmHg * yli 80v suositus optimaali <160/90mmHg alapaine alle 90 Syke: 60-100 krt/min Lämpö: 37°C</p>	<p>VS (b-gluk.): yli 4,0 mmol/l GCS(SI-PU-LI): 15 p. Tajuisaan ja herätettävissä Orientoituminen normaalia (asiakkaalle normaalia, huomioi esim. dementoitunut ikäihminen) *Liikkuminen ja kivun kokeminen normaalia</p>
<p>HEIKENTYNYT: HT:21-25 krt/min Spo2: 95-90%</p> <p>*Puhe: vaikea puhua lauseita/ sanoja *Apulihakset käytössä jonkin verran *Hengenahdistus, hengitys vinkuu/rohisee ! KOHTALAINEN: HT 25-30krt/min</p>	<p>HEIKENTYNYT: RR: yläpaine alle 100 mmHg tai alapaine 180- 200 mmHg Syke: 60-40 krt/min tai 100-140 Lämpö 37,5- 40°C tai alle 35°C *rintakipu, huonovointisuus, raajojen lämpöraja nousee, turvotuksia</p>	<p>HEIKENTYNYT: VS: 4,0 -2,8 mmol/l GCS: 14-11p. Tajunnantason lasku *orientoituminen aikaan ja paikkaan heikentynyt Kouristaminen *sekavuus, uneliaisuus, TIA-kohtaukset, pyörtyminen</p>
<p>HÄTÄPOTILAS: Ei hengitä HT:alle 10 krt/min tai yli 30 krt/min Spo2: alle 90% lisähapesta huolimatta Runsas näkyvä verenvuoto *Puhe: yksittäiset sanat vaikeaa, ei pysty puhumaan *Apulihakset koko ajan käytössä *Vaikea hengenahdistus, hengitys haukkovaa, sinisyys iholla, kylmähikisyys, sekavuus</p>	<p>HÄTÄPOTILAS: RR yläpaine alle 90 mmHg Syke: pitkittyneesti alle 40 krt/min tai yli 140 krt/min Lämpö yli 41°C tai alle 32°C *voimakas laajaalainen rintakipu, hengenahdistus, hikisyys, pahoinvointi, pahoinvointi, yleistilanlasku * virtsantulon ehtyminen</p>	<p>HÄTÄPOTILAS: VS: alle 2,8 mmol/l GCS: <12p. Äkillinen tajunnan tason lasku tai tajuttomuus Pitkäkestoinen/jatkuva kouristelu tai kouristelujen toistuvuus *Toispuolen selkeät puolierot puristusvoimassa tai kasvoissa, puheen ”sammaltaminen” voimakas pääkipu(AVH-oireet), sekavuus, mustuaiset eri kokoisia, eivät reagoi valoon</p>

TURVAKIERROKSEN ABCDE-liitteen arviointi:

Osallistujat:

Kontiolahden asumispalvelun henkilöstö

Päivämäärä: 18.11.2018

Paikka: Yksiköissä

Kirjaajana: Petra Kukkonen

Mikä huonoa:

- GCS on vieras, vaatisi jonkin verran opettelua
- lisäoireet eivät välttämättä tarpeen → selkeämpi ilman
- ajanpuute → kierroille tulee lisää pituutta

Mikä hyvää:

- väritys, ulkoasu, hyvä "liikennevalo"-rakenne
- selkeät aruot
- lisäoireet hyvä olla → vahvistaa arviointia
- Kertaaminen turvakierroilla vahvistaa osaamista
- ABCDE-kertoo hyvin tutkimusjärjestyksen
- Selkeä ulkoasu / ohje

Muuta kommentoitavaa:

← Turvavastaaivi Turvallisuusvastaaville lisää koulutusta jotta kierroksella esittely sjuu sjuvasti

Hei,
Tämä liittyy tuleviin Kk-turvallisuuskierroksiin. Palo- ja pelastusastoiden lisäksi kierroilla käydään läpi potilaan hoidon tarpeen arviointi ABCDE-menetelmällä ja hätäpotilaan kriittiset arvot. Kommentoisiittekö lomakkeelle miten koette; mitä puuttuu, mikä huonoa

Kiitokset kaikille kommentoijille ja etukäteen. Tätä kehittäjän opinnäytetyössäni jonka vuoksi minulle itselleni tärkeää. Toisessa lomakkeessa kierroilla käytävät asiat. Kierto joka kuun viimeinen to. 2019 aloitetaan kierrot dokumentoituna ohjeisella mallilla n. 15-20min T: Petra