



Reagoimaton asiakas kotihoidossa - opetusvideo Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajille

Eeva Mäkinen & Ronja Kuokkanen

Laurea-ammattikorkeakoulu

**Reagoimaton asiakas kotihoidossa - opetusvideo Tampereen
kaupungin kotihoidon lähihoitajille**

Eeva Mäkinen
Ronja Kuokkanen
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2021

Eeva Mäkinen, Ronja Kuokkanen

Reagoimaton asiakas kotihoidossa - opetusvideo Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajille

Vuosi

2021

Sivumäärä

53

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajille. Tavoitteena oli kehittää ja vahvistaa Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajien osaamista ja toimintaa kohdattaessa reagoimaton asiakas. Tavoitteena oli myös parantaa potilasturvallisuutta, koska oikein tehty tilannearvio takaa ikäihmiselle laadukkaan hoidon ja vähentää tarpeettomien päivystyskäyntien määrää. Yhteistyökumppanina toimi Tampereen kaupungin kotihoito.

Suomessa väestörakenteen muutos on nopeaa - yli 65-vuotiaita on tällä hetkellä yli miljoona ja määrän oletetaan jopa puolitoistakertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Vuonna 2019 Suomessa oli 200 000 kotihoidon asiakasta ja nykyisin tavoitteena onkin siirtyä laitoshoidosta avopalveluihin. Tämä tulee lisäämään entistä laaja-alaisemmin huonokuntoisten ja monisairaiden ikäihmisten määrää kotihoidossa. On ensiarvoisen tärkeää, että lähihoitaja osaa käyntinsä aikana arvioida ja havainnoida asiakkaan vointia, sillä ikäihmisen toimintakyvyn heikkeneminen tai romahtaminen voi olla merkki vakavasta peruselintoimintojen häiriöstä, joka voi johtaa tajuttomuuteen tai jopa elottomuuteen.

Kehittämistyössä saatiin kyselyn avulla tärkeää tietoa kohderyhmältä eli Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajilta, jonka pohjalta tuotettiin opetusvideo. Opetusvideolla käydään läpi tajuttoman ja elottoman asiakkaan tutkimista ja hoitoa ABCDE-menetelmän avulla. Opetusvideon hoidollisiin pohdintoihin saatiin tukea yhteistyökumppanilta ja kahdelta ensihoitajalta.

Valmiin opetusvideon arvioi Tampereen kaupungin kotihoidon päällikkö sekä palveluesimies. Kokonaispalaute oli hyvää, ja videota aiotaan käyttää henkilöstön perehdytys- ja koulutusmateriaalina. Opetusvideo oli selkeä, rauhallinen sekä ympäristö ja toiminta aidon oloista. Muokkausideoita saatiin muutamia, kuten simulaatio sanan vaihtaminen selkokielelle sekä opetusvideon sisällön lisääminen videon alkuun. Opetusvideota kehitettiin tekemällä siihen edellä mainitut parannusehdotukset. Kehittämisideoina tuli esiin hätäsiirron opettaminen sekä mahdollisen simulaatioharjoituksen järjestäminen. Video ladattiin Tampereen kaupungin Kohota-sivustolle, jossa on myös muita hoitotyön ohjeita.

Eeva Mäkinen, Ronja Kuokkanen

Unresponsive client in home care - an educational video for practical nurses of the City of Tampere

Year	2021	Pages	53
------	------	-------	----

The purpose of this developmental work was to produce an educational video for practical nurses of the city of Tampere. The aim was to develop and strengthen different skills as well as activities within the practical nursing community when they encounter an unresponsive client. In addition to this, the aim was to establish client safety, as a correct situational assessment, which in turn guarantees the quality of care as well as a potential reduction in the number of unnecessary emergency service visits. The aim was also to improve patient safety, as correct situational assessment guarantees quality care for the elderly client and reduces the number of unnecessary emergency visits. The partner of this developmental work was the City of Tampere Home Care.

In Finland, demographic changes in the population structure occur rapidly, there are currently more than one million people over the age of 65 and this number is expected to increase exponentially by 2030. In 2019, there were 200,000 home care clients across Finland, and today the goal is to move from institutional care to outpatient services. This will increase the scope of home care services for not only elderly clients but also for individuals who suffer from mental health issues. It is of absolute paramount importance that the practical nurse is able to assess and observe their client's general condition during their visit. The reason for this being, that the client's ability to function may deteriorate rapidly, leading to different signs of organ dysfunction, which has the potential to lead to an episode of unconsciousness or even lifelessness.

In this developmental work, the survey provided important information from the target group. The target group included practical nurses, who work within the home care field, in the City of Tampere. The results of this eventuated in the production of an educational video. The educational video instructs the viewer through the initial examination and treatment of an unconscious and lifeless client using the ABCDE method. In addition to the partner and supervising teachers, support from was also given and received from two members within the paramedic professional field.

The completed educational video was evaluated by the City of Tampere's Head of Home Care and the Service Supervisor. Overall, the feedback received was good and the videos will be used as staff orientation and training materials. According to the feedback, the video was clear, calm, and the environment and activities were real. A few development ideas were given, such as changing the language to that of a more easy to follow, meaning that someone without a practical nurse's education can also follow what is being said. These comments were indeed added to the educational video. Development ideas also included teaching emergency transfer with an instructional video and as well as the arrangement of possible simulational exercise. The video was uploaded to the City of Tampere's Kohota website, which also includes various nursing instructions and materials.

Keywords: unresponsive, lifeless, resuscitation, practical nurse, home care

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kotihoito.....	7
2.1	Kotihoito Tampereella.....	7
2.2	Kotihoidon lähihoitaja.....	8
3	Reagoimaton asiakas.....	8
3.1	Tajuton.....	9
3.2	Eloton.....	10
4	Hätätilapotilaan tutkiminen.....	11
4.1	Ensiarvio.....	12
4.2	Tarkennettu arvio.....	15
5	Työn tarkoitus ja tavoite.....	18
6	Opetusvideon kehittämisprosessi.....	18
6.1.1	Määrittele.....	20
6.1.2	Tutki ja kiteytä.....	21
6.1.3	Ideoi, kuvaa ja kokeile.....	28
6.1.4	Testaa ja toteuta.....	30
7	Eettisyys ja luotettavuus.....	30
7.1	Eettisyys.....	31
7.2	Luotettavuus.....	32
8	Pohdinta ja arviointi.....	33
8.1	Kehittämistyöprosessin pohdinta.....	33
8.2	Opetusvideon tarkastelu.....	34
	Lähteet.....	36
	Kuviot.....	41
	Liitteet.....	42

1 Johdanto

Suomessa väestörakenteen muutos on nopeaa - samalla, kun ikäihmisten määrä kasvaa, nuoremman väestön määrä vähenee syntyvyyden laskun myötä. Suomen väkiluku oli Tilastokeskuksen (2021) mukaan vuonna 2020 noin 5,5 miljoonaa ja siitä noin 22 % oli yli 65-vuotiaita. Yli 65-vuotiaita on tällä hetkellä siis yli miljoona ja määrän oletetaan jopa puolitoistakertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. (Vähäkangas, Niemelä, Mäkelä & Noro 2017, 3.)

Ikääntyneiden toimintakyky ja terveys ovat kohentuneet aiemmasta, mutta ikääntyminen itsessään nostaa usein monien sairauksien riskiä (Suomen seniorihoiva 2020; Hannikainen 2018). Kotihoidon asiakkailta on usein erilaisia sairausdiagnooseja, heillä on käytössään useita lääkkeitä ja ikääntymismuutokset vaikeuttavat oireiden tunnistamista. Tämän takia on ensiarvoisen tärkeää, että lähihoitaja osaa käyntinsä aikana arvioida ja havainnoida asiakkaan vointia ja tehdä tarvittavia mittauksia sekä tulkita niitä oikein. (Kaasalainen 2019, 16; Korkiakangas & Vanhanen 2014, 9.)

Euroopan sosiaalirahasto ja Ely-keskus ovat olleet rahoittamassa vuosina 2011-2014 Eheä Elämän Ehto -kehittämishanketta, jossa on kartoitettu kotihoidon ja palveluasumisen henkilöstön kokemuksia sekä valmiuksia ikäihmisiä koskevien akuuttitilanteiden hoitoon. Kyselyissä kerättiin tietoa henkilöstön kokemien akuuttitilanteiden määrästä ja laadusta, henkilöstön omista valmiuksista, työyksikön ohjeistuksista sekä tarjolla olevasta välineistöstä. Kyselyssä kävi ilmi, että täydennyskoulutukselle on tarvetta. Lisäksi toimintaohjeita ja työvälineitä kaivataan lisää. (Korkiakangas & Vanhanen 2014, 9-11.)

Oikein tehty tilannearvio takaa ikäihmiselle laadukkaan hoidon ja vähentää tarpeettomien päivystyskäyntien määrää. Ikääntyneen tutkiminen ja hoito akuuttitilanteissa vaatiikin gerontologista osaamista, tietotaitoa akuutisti sairastuneen ikäihmisen tutkimisesta ja hoitamisesta, konsultaatiomahdollisuuksien parantamista ja esille tuomista, selkeitä toimintaohjeita, hoitajan mukana kulkevia hoitovälineitä sekä riittäviä henkilöstöresursseja. (Korkiakangas & Vanhanen 2014, 2, 9.)

Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda opetusvideo. Tavoitteena oli vahvistaa Tampereen kotihoidon lähihoitajan osaamista ja toimintaa reagoimattoman asiakkaan hoidossa. Kehittämistyössä kuvattiin, kuinka lähihoitaja voi ensiarvion avulla todeta reagoimattoman asiakkaan joko tajuttomaksi tai elottomaksi ja kuinka hänen tulisi toimia työdiagnoosin saatuaan. Kehittämistyön tilaajana toimi Tampereen kaupungin kotihoito.

2 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotiin järjestettyjä sosiaali- ja terveystalvaeluita. Kotihoidon palvelut räätälöidään asiakasohjauksen kautta tehdyn palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti asiakkaan tarpeiden pohjalta. (Tampereen kaupunki 2020a.) Palvelut keskittyvät hoitoon ja huolenpitoon, kuten voinnin seurantaan, lääke- ja ravitsemushoitoon sekä päivittäisissä toimissa tukemiseen (Superliitto 2020.) Hoidollisten ja huolenpidollisten palveluiden lisäksi kotihoidossa on tarjolla ulkopuolisten palveluntarjoajien tuottamia lisäpalveluita, kuten aterija kauppapalveluita, turvapuuhelinpalvelu sekä päiväkeskustoimintaa. Kotihoidon palvelut voidaan siis koota kunnallisten, yksityisten sekä kolmannen sektorin palveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Tärkeimmät kotihoitoa ohjaavista laeista ja säädöksistä ovat sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki. Kotihoitoa ohjaava lainsäädäntö kehittyy jatkuvasti ja ohjeistuksia uudistetaan. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) tarkoituksena on 1 luvun 1§:n mukaan edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja vähentää eriarvoisuutta turvaten tasa-arvoisen kohtelun. Kansanterveyslaissa määritellään sairaanhoito ja avopalvelut kunnan järjestettäväksi. Lisäksi siinä määritellään apuvälinepalvelut. Kotihoidon kannalta terveydenhuoltolaissa säädetään, että kunnan on järjestettävä vanhuuseläkettä saaville neuvontapalveluita sekä, hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista moniammatillista kotisairaanhoitoa. Laki myös velvoittaa, että perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa tehdään yhteistyötä. Kunnissa tapahtuva kotihoidon kehitys tapahtuu eri tahtiin ja erilaisin ratkaisuin. (Ikonen 2015, 7, 23-25, 28, 30.) Kotihoidon ja -palveluiden lainsäädännöstä, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö ja Valvira eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, joka valvoo kotiin annettavia palveluita ja hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020).

Nykyisin tavoitteena on siirtyä laitoshoidosta avopalveluihin. Tämä tulee lisäämään entistä laaja-alaisemmin huonokuntoisten ja monisairaiden ikäihmisten määrää kotihoidon palveluissa. (Pursiainen 2015, 10-14.) Vuonna 2019 Suomessa oli 200 000 kotihoidon asiakasta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020b). Kotipalvelut on suunnattu ensisijaisesti ikäihmisille, vammaisille sekä henkilöille, joiden toimintakyky on laskenut jonkin sairauden perusteella. Myös lapsiperheet voivat saada kotipalvelua, mikäli lapsen hyvinvointi sitä vaatii. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

2.1 Kotihoito Tampereella

Tampereella kotihoidon palvelut on suunnattu kaikille yli 18-vuotiaille kotihoitoa tarvitseville. Kotihoidossa on sekä lyhyt- että pitkäaikaisia asiakkaita. Kotihoidon palveluita voidaan tarjota ympärivuorokautisesti sekä viikonloppuisin että pyhinä. Yöaikaan palveluita tarjoaa Tampereen kaupungin keskitetty yöpartio. (Tampereen kaupunki 2020b.)

Tampereella kotihoitoa tehdään moniammatillisesti. Hoitoon osallistuu kotihoidon lähihoitajia ja sairaanhoitajia, esimiehiä, kotihoidon lääkäreitä sekä mobiilihoitajia. Tarvittaessa kotihoidon asiakkaan hoitoon voi osallistua myös kuntoutuksen ammattilaisia, suuhygienisti, ravitsemusterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. (Tampereen kaupunki 2020c.; Tampereen kaupunki 2020b.) Tampereen kotihoidon kentällä on toiminut vuodesta 2017 alkaen mobiilihoitajia asiakkaiden hoitotyön tukena arvioiden hoidon ja jatkotoimenpiteiden tarvetta. Mobiilihoitajat ovat koulutukseltaan AMK-ensihoitajia. Mobiilihoitajilla on hoidon tarpeen arvioinnissa tukenaan muun muassa vierilaitteistoa, kuten muun muassa pika-CRP ja pika-Tnt laitteistot, joilla he voivat arvioida asiakkaan voinnin tilaa tarkemmin. (Ihalainen & Kaistinen 2017.)

2.2 Kotihoidon lähihoitaja

Lähihoitaja on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattilainen (Valvira 2020). Se on tuoreimpia sosiaali- ja terveysalan ammatteja. Lähihoitajan ammattitutkinto on korvannut aiempia sosiaali- ja terveysalan tutkintoja kuten muun muassa perushoitajan tutkinnon (Ikonen 2015, 172.). Lähihoitajan työllistymismahdollisuudet ovat monipuoliset. Lähihoitaja voi työskennellä esimerkiksi päiväkodissa, vanhusten asumisyksiköissä, kotihoidossa, hammashoitolassa, ensihoidossa, vammaispalveluissa, mielenterveys- ja päihdeyksiköissä sekä erikoissairaanhoidossa. Työ on usein vaativaa ja perustuu laaja-alaisen tietotaidon lisäksi vuorovaikutustaitoihin. (Superliitto 2021.)

Kotihoidossa lähihoitajan työnkuva on kokonaisvaltaista asiakkaan hoito- ja huolenpitotyötä. Lähihoitajalta edellytetään monialaista osaamista. Osaamista tarvitaan erityisesti päivittäisissä toiminnoissa tukemisessa, ravitsemus- ja lääkehoidossa, haavanhoidossa sekä voinnin seurannassa. Lisäosaamista voidaan tarvita asiakkaiden monialaisten tarpeiden mukaan esimerkiksi avannehoidossa, vaativissa haavanhoidoissa tai poikkeavassa ravitsemushoidossa kuten esimerkiksi PEG-ravitsemushoidon toteuttamisessa. (Ikonen 2015, 173-178.)

Hoito- ja huolenpidollisten työtehtävien lisäksi lähihoitajalle kuuluu kotihoidossa myös vuorovaikutus- ja viestintätaitojen hallinta. Vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu asiakastyössä - lähihoitajan tulee kyetä hyvään vuorovaikutukseen asiakkaan ja tämän läheisten kanssa. Hyvien vuorovaikutussuhteiden luominen on perusta hyvälle asiakassuhteelle. Lähihoitajan tulee osata kuuntelemisen taito sekä luoda asiakkaaseen luottamuksellinen ja ammatillinen suhde.

3 Reagoimaton asiakas

Tässä kehittämistyössä reagoimattomalla asiakkaalla tarkoitetaan kotihoidon asiakasta, joka ei ole hereillä, eikä reagoi puhuttelulle tai käsittelylle. Tässä kehittämistyössä reagoimaton

asiakas -käsitetä tarkennetaan kotihoidon lähihoitajan tekemän ensiarvion pohjalta joko tajuttomaksi tai elottomaksi asiakkaaksi.

3.1 Tajuton

Tajuttomalla potilaalla tarkoitetaan potilasta, joka ei reagoi ulkomaailmasta tuleviin ärsykkeisiin - kuten puhutteluun tai kipuun. Tajunnan tason laskun aste voi vaihdella uneliaisuudesta aina syvään tajuttomuuteen ja tajuttoman potilaan vastakohtana pidetäänkin täysin tajuissaan olevaa ja orientoitunutta henkilöä, jonka puhe on selvää ja muisti vastaa henkilön ikää. Heikentyneitä tajunnan tasoja voi olla laajasti näiden edellä mainittujen tilojen välissä. Tajunnan tason mahdollisimman tarkka määrittäminen on ensiarvoisen tärkeää tajunnan tason kehittymistä seurattaessa - tähän on luotu Glasgow'n kooma-asteikko. (Castrén ym. 2012, 162; Kuisma ym. 2018, 405.)

Tajuttomuuden taustalla voi olla moninaisia syitä ja ne voivat vaihdella melko vaarattomista tiloista jopa henkeä uhkaaviin hätätilanteisiin. Syyt voidaan jakaa aivoperäisiin ja yleisiin syihin. Aivoperäisiä tajuttomuuden syitä voivat olla kallonsisäinen verenvuoto ilman ulkoista syytä, aivoinfarkti, aivovamma, keskushermoston infektio, kohonnut kallonsisäinen paine sekä kouristelu. Tajuttomuutta aiheuttaviin yleisiin syihin lasketaan riittämätön verenkierto, sydänperäiset syyt kuten rytmihäiriöt, yleinen hapenpuute, riittämätön keuhkotuuletus ja siitä seuraava hiilidioksidiretentio, poikkeava verensokeripitoisuus, myrkytystila sekä simulaatio eli tajuttomuuden näyttelemine. (Castrén ym. 2012, 162-164.)

Osa tajuttomuutta aiheuttavista syistä voidaan todeta ja hoitaa jo sairaalan ulkopuolella. Tällaisia syitä ovat muun muassa matala verensokeri ja osa lääkemyrkytyksistä. Matala verensokeri voidaan todeta mittaamalla verensokeri ja usein potilaalla onkin tiedossa oleva diabetes. Matalan verensokerin hoito voidaan aloittaa sairaalan ulkopuolella G10% -liuoksella. Tajuttomalta vaikuttava potilas voi myös joissakin tapauksissa esittää olevansa tajuton saadakseen huomiota, lääkkeitä tai sairaalahoitoa. Erottaminen oikeasti tajuttoman potilaan ja simuloivan potilaan välillä on joskus haastavaa, koska simuloivalla saattaa olla aiempaa kokemusta tajuttomaksi tekeytymisestä ja hän saattaa sietää jopa intubaatioputkea. (Castrén ym. 2012, 164-166).

Tajuttomuus on aina henkeä uhkaava tila ja sen syiden selvittämisen tulisi olla viiveetöntä. Tajuttoman potilaan tutkiminen ja hoito on suoraviivaista. Tärkeintä on noudattaa protokollan mukaista tutkimisjärjestystä ja hoitoa, koska näiden tutkimusten avulla voidaan todeta myös tavanomaisista syistä poikkeavat tapaukset. Erityisen tärkeää on todeta ne tapaukset, joihin on tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa. (Kallela, Häppölä & Eriksson 2014.)

Tajuttomuuden tunnistamiseen on luotu muistisääntöjä, joista tunnetuimpina voidaan mainita VOI IHME! ja MIDAS (Castrén ym. 2012, 163).

TAJUTTOMUUDEN SYIDEN MUISTISÄÄNTÖJÄ

V	VUOTO KALLON SISÄLLÄ	M	MENINGIITTI
O	O ₂ (HAPENPUUTE)	I	INTOKSIKAATIO
I	INTOKSIKAATIO	D	DIABETES
I	INFECTIO	A	ANOKSIA
H	HYPOGLYKEMIA	S	SUBDURAALI- TAI MUU AIVOVERENVUOTO
M	MATALA VERENPAIN		
E	EPILEPSIA		
!	! SIMULAATIO		

Kuvio 1: Tajuttomuuden syiden muistisääntöjä VOI IHME & MIDAS (Castrén ym. 2012, 163).

3.2 Eloton

Elottomalla potilaalla tarkoitetaan tajutonta, hengittämätöntä tai agonaalisesti hengittävää potilasta. Tällaisen tilan oletetaan johtuvan sydänpysähdyksestä, jossa sydämessä ei enää ole mekaanista toimintaa. Sydänpysähdykseksi voidaan lukea myös tilat, joissa sydämessä on vielä mekaanista supistustoimintaa, mutta se ei riitä ylläpitämään verenkiertoa tai tunnettavissa olevaa sykettä - ilman elvytystä tällainen tila johtaa menehtymiseen. (Kuisma ym. 2018, 288.)

Sydänpysähdykset voidaan jakaa sydänperäisiin ja ei-sydänperäisiin sydänpysähdyksiin. Ei-sydänperäiset sydänpysähdykset voidaan jakaa vielä kahteen alaryhmään, traumaattisiin ja ei-traumaattisiin sydänpysähdyksiin. (Kuisma ym. 2018, 288.)

Sydänperäiset sydänpysähdykset muodostavat yli 60 % äkillisten sydänpysähdysten syistä. Kammiovärinä ja -takykardia ovat suurimman osan sydänperäisten sydänpysähdysten alkurytminä. Sydänperäisiä sydänpysähdysten syitä voivat olla sydäninfarkti, iskemiaan liittyvä rytmihäiriö, primaari rytmihäiriö, kardiomyopatia, myokardiitti, sydänlääpien sairaudet sekä pitkä QT-oireyhtymä. Ei-sydänperäiset sydänpysähdykset kattavat kolmanneksen kaikista sydänpysähdysten syistä. Ne voidaan jakaa traumaattisiin ja ei-traumaattisiin sydänpysähdyksiin. Ei-sydänperäiset syyt johtavat usein asystoleen tai sykkeettömään PEA-rytmiin, mutta rytminä voi esiintyä myös kammiovärinä tai -takykardia. Ei-sydänperäisiä sydänpysähdysten syitä voivat olla trauma, ei-traumaattinen verenvuoto kuten aortan dissekaatio tai aortan aneurysman repeämä, intoksikaatio, hukkuminen, keuhkoembolia, aivoverenvuoto, tukehtuminen, keuhkotulehdus, hirttäytyminen, astma tai keuhkohtaumatauti, kouristelu sekä kätkeytyminen. (Kuisma ym. 2018, 288-290.)

Elottomuutta ennakoivia oireita ovat usein rintakipu ja hengenahdistus. Muita ennako-oireita voivat olla muun muassa vatsakipu, tajunnanhäiriöt sekä päänsärky. Vain osa potilaista osaa

reagoida ennakko-oireisiin ajoissa ja soittaa hätänumeroon. Useat yksinasuvat eivät ehdi hälyttää apua ennen menehtymistään - tällöin vainaja saatetaan löytää vasta päivien tai viikkojen kuluttua. Hoitolaitoksissa ja kotihoidossa tällaiset ennakko-oireet voidaan tunnistaa säännöllisillä peruselintoimintojen mittauksilla ja NEWS- eli aikaisen varoituksen pistejärjestelmän avulla. (Kuisma ym. 2018, 288, 290.)

4 Hätätilapotilaan tutkiminen

Potilaan systemaattinen ja johdonmukainen tutkiminen on hyvän ja turvallisen hoidon perusta. Akuutisti sairastuneiden potilaiden hoito vaatii nopeaa päätöksentekoa ja ennestään tuttu tutkimusjärjestys tukee hyvään lopputulokseen pääsemistä. Tutkimustapoja on useita erilaisia ja niiden käyttö vaihtelee tekijän mukaan. Tärkeintä on kuitenkin hoidon kannalta riittävien tietojen kerääminen. (Alanen, Jormakka, Kosonen & Saikko 2018, 10.)

Potilaan peruselintoimintojen arviointiin on kehitetty ABCDE-menetelmä, joka on laajasti käytössä oleva sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten hyväksymä toimintaprotokolla. Menetelmän avulla potilaan voinnin tilasta voidaan tehdä heti kohteeseen saavuttua karkea arvio yleissilmäyksen perusteella. Mikäli potilas on tajuissaan, orientoitunut, kivuton ja hengittää rauhallisesti, ei hän yleensä tarvitse välitöntä hätäensiapua. Jos potilas on tajuton, vuotaa runsaasti verta tai valittaa hengitysvaikeutta, on peruselintoimintojen turvaamiseksi yleensä tehtävä nopeita toimenpiteitä. Kohteessa oltaessa hoito joudutaan usein aloittamaan oirenmukaisena, sillä tarkempia, taudin määrittämisen kannalta oleellisia tutkimuksia ei välttämättä pystytä kohteessa tekemään. Kohteessa tehdään usein työdiagnoosi eli olettamusdiagnoosista, jota oirekuva ja kliiniset tutkimukset tukevat. Työdiagnoosiin päästäkseen on huomioitava myös erotusdiagnoosit eli muut mahdolliset tilannetta ja oiretta selittävät tilat. (Kantola, Norrgård & Kupari 2019; Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012,150; Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2018, 121.)

Ikäihminen hätätilapotilaana

Ikäihmisten kohdalla toimintaprotokolla noudattaa samaa kaavaa kuin nuorempienkin kohdalla. Vuonna 2019 tehdyn kansainvälisen tutkimuksen mukaan sydänpysähdyksen saanut ikäihminen menehtyy kuitenkin lähes aina elvytyksestä huolimatta. Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri Jouni Nurmi on kertonut HUS Akuutissa (2020), että vaikka ikäihmisen verenkierto saataisiinkin elvytyksellä palautumaan, voi vanhukselle silti jäädä aivojen hapenpuutteesta johtuvia laajojakin vammoja, joiden vuoksi sairaalasta kotiutuminen ei ole enää todennäköistä. Sydänpysähdyksestä toipuminen vaatii elimistöltä myös paljon sellaisia resursseja, joita yli 80-vuotiailla ei useinkaan enää ole. Ikä ei kuitenkaan yksin kerro mitään elvytyksestä selviämisestä, koska osa 70-vuotiaista voi olla hyvin huonokuntoisia ja 85-vuotias vielä

hämmentävän hyvässä kunnossa. Tosi asia kuitenkin on, että elimistön palautumiskyky on heikentynyt ikääntymismuutosten myötä. Elvytysyritykset voivatkin siis lisätä kärsimystä ikäihmiselle. Usein yli 80-vuotiaiden sydänpysähdyksen syynä on elintoimintojen hiipuminen. Tällaisia tilanteita varten ikäihmisen kanssa kannattaisi keskustella hoidonraajauksista. (HUS 2020.)

Ikäihmisen hoidonrajaus tarkoittaa pidättäytymistä hyödyttömästä tai haitallisesta hoidosta. Päätöksen tekee aina lääkäri ja se pyritään tekemään yhdessä hoidettavan henkilön ja hänen läheistensä kanssa. Hoidonrajausten ei kuitenkaan tulisi vaikuttaa muun hoidon laatuun. Vaikka hoidettava henkilö tai hänen läheisensä vaatisivat, ei lääketieteellisesti selvästi hyödyttöä tai haitallista hoitoa voida antaa. DNR-päätös tulee sanoista Do Not Resuscitate, joka tarkoittaa suomennettuna ”älä elvytä”. Tämä tarkoittaa pidättäytymistä painelu-puhalluselvytyksestä, kun potilas ei enää hyödy siitä. On olemassa myös elvytyksestä pidättäytymistä tarkoittava DNAR-päätös, joka tulee englanninkielisistä sanoista Do Not Attempt Resuscitation eli suomennettuna ”älkää yrittäkö elvyttää”. DNR- ja DNAR-päätös kirjataan potilaan tietoihin ja hoitohenkilökunnan tulisi olla tietoinen päätöksestä. Henkilöä, jolla päätös on, ei elvytetä missään tilanteessa. AND-päätös tulee englannin kielen sanoista Allow Natural Death, joka suomennettuna tarkoittaa ”salli luonnollinen kuolema”, sen tarkoituksena on sallia luonnollinen kuolema. Tällöin tavoitellaan kuolevan potilaan loppuelämän oireettomuutta ja mukavuuden lisäämistä. (Terveyskylä 2020; Hirvonen & Pöyhiä 2016; Terveyskirjasto 2018; Hänninen 2011.)

4.1 Ensiarvio

Ensiarviossa arvioidaan, onko kyseessä hätätilapotilas vai ei. Siinä arvioidaan hoidon kiireellisyyttä yleissilmäystä tarkemmin. Ensiarvio tehdään DrABC -protokollan mukaisesti. Ensiarvion tekemiseen ja välittömiin hoitotoimiin ei saisi kulua muutamaa minuuttia kauempaa. (Alanen ym. 2018, 20, 150.)

D-kirjain tulee sanasta danger, jossa arvioidaan kohdetta ja sen turvallisuutta. Potilaan kotona potilasta hoidettaessa hoitaja on aina ulkopuolinen ja ympäristö on vieras. Tällaisesta ympäristöstä voi löytyä erilaisia vaaratekijöitä - viallisista sähkölaitteista aina väkivallan uhkaan. Koska muut paikallaolijat voivat olla potilas- ja työturvallisuusriski tai muuten häiriöksi, on tila hyvä rauhoittaa muista paikallaolijoista - lähiomaisten kohdalla harkiten. Kohteen arvioinnissa voidaan saada myös arvokasta lisätietoa potilaan vointiin vaikuttavista asioista, kuten lääkkeistä, hajuista, alkoholista, siisteydestä tai asennoista. Potilasta hoidettaessa tulee aina muistaa potilasturvallisuuden lisäksi myös hoitajan oma työturvallisuus. Mikäli hoitoa ei voida toteuttaa turvallisesti, kutsutaan paikalle lisäapua. (Alanen ym. 2018, 20; Castrén ym. 2012, 149.)

R-kirjain tulee sanasta response, joka tarkoittaa herättelyä ja puhuttelua. Kun potilas kohdattaa, tulisi häntä aina alkuun puhutella ja herätellä. Puhuttelu tulisi aloittaa aina ennen

potilaaseen koskemista ja potilaalle olisi myös hyvä kertoa sanallisesti, keitä paikalle on tullut ja minkä takia. Potilaan tajunnantaso arvioitaessa voidaan hyödyntää AVPU-kaavaa. (Alanen ym. 2018, 21.)

A	Hereillä	Silmät auki ja seuraa tilannetta
V	Reaktio ääneen	Puheella heräteltävissä
P	Reaktio kipuun	Kivulla heräteltävissä
U	Ei reaktiota	Ei heräteltävissä

Kuvio 2: AVPU-taulukko (Alanen ym. 2018, 21).

Onnistunut ja vuorovaikutuksellinen viestintä potilaan ja hänen läheistensä kanssa on hoitotyön perusta (Castrén ym. 2012, 149). Puhuttelun tulisi olla normaali toimenpide kohteeseen tultaessa. Jos potilas ei reagoi puhutteluun, arvioidaan potilaan reagointi voimakkaaseen ravisteluun ja kivulle. Kivulle reagoimisen yhteydessä on kuitenkin muistettava oma työturvallisuus sekä kivun tuottamisen eettisyys. Kipureaktiota voi kokeilla esimerkiksi kynsivallista painamalla tai subraorbitaalaisesti eli silmäkuopan yläpuolelta painamalla. Jos potilas ei reagoi kipuunkaan, hän on syvästi tajuton ja siksi hätätilapotilas. Myös muita tajunnan tasosta kertovia asioita on hyvä huomioida tässä yhteydessä kuten onko potilaalla ulosteet tai virtsat alla. Mikäli potilas vastaa puhutteluun asiallisesti, voidaan hänelle esittäytyä ja samalla havainnoida muita potilastietoja, kuten puheen tuoton selkeyttä ja orientaatiota. Potilaan kanssa samalle tasolle asettuminen voi auttaa kontaktin luomisessa. (Alanen ym. 2018, 21.)

A - Airways - Hengitystiet

Hengitysteitä arvioitaessa arvioidaan riittääkö potilaan tajunnantaso ylläpitämään nielun lihasjänteitä eli tonusta sekä tarkistetaan, onko hengitysteiden edessä esimerkiksi kieltä, eritteitä tai vierasesineitä. Tarkastetaan siis ovatko hengitystiet auki ja pysyvätkö ne auki, tuntuuko hengityksen ilmavirta? (Alanen ym. 2018, 22; Castrén ym. 2012, 151.)

Tajutonta potilasta hoidettaessa hengitysteiden arviointi aloitetaan hengitysteiden avaamisella painamalla kädellä otsalta ja leuasta kohottamalla. Samalla tarkistetaan, onko nielussa mahdollisia vierasesineitä tai eritteitä - tarvittaessa puhdistetaan nielu ja imetään eritteitä imulla. Normaalissa hengityksessä rintakehä kohoaa hengityksen tahdissa ja hengityksen ilmavirta tuntuu esimerkiksi hoitajan kämmenselässä. Tajuttomalle potilaalle tulisi hengitysteiden auki pysymisen turvaamiseksi asettaa nenä-nielutuubi, nieluputki tai

intubaatioputki. Samalla saadaan tärkeää tietoa potilaan nielun suojareflekseistä. Mikäli potilas sietää nieluputken, suojarefleksit eivät toimi ja aspiraation riski kasvaa. Jos käytössä ei ole edellä mainittuja välineitä, jää yksi hoitaja käsin turvaamaan hengitysteiden auki pysymistä. (Alanen ym. 2018, 22; Castrén ym. 2012, 151; Kuisma ym. 2018, 122-123.)

B - Breathing - Hengitys

Hengitystä arvioidessa tehdään nopea arvio potilaan hapettumisen ja ventilaation riittävydestä. Sinertävä tai harmahtava iho voi viitata hapenpuutteeseen. Jos hengitysteiden avaamisen jälkeen ei tunnu ilmavirtaa tai potilas ei hengitä normaalisti, on hän Käypä hoito - ohjeen (2016) mukaan eloton. Hengitystä arvioitaessa arvioidaan tajuissaan olevalta potilaalta puheen tuottoa - pystyykö potilas puhumaan lauseita, yksittäisiä sanoja vai ei mitään. Mikäli potilas ei jaksa puhua kuin yksittäisiä sanoja, on hengitys uhattuna. Heikkoa hengitystä ja hengittämättömyyttä tulee tukea paljeventilaatiolla ja lisähapella. Lisähapetta voidaan antaa potilaalle myös silloin, kun hengitysfrekvenssi on alle kahdeksan tai yli 30. Ensiarviossa potilaalle voidaan laittaa sormeen tai korvalehteen happisaturaatiomittari, jos se on helposti saatavilla. Pääsääntöisesti ensiarviossa kuitenkin arvioidaan hengitystä asteikolla: hidastunut, normaali ja tihentynyt. Ensiarviossa hengitysääniä kuunnellaan korvakuulolla. Hengitystä arvioitaessa arvioidaan myös potilaan hengitysteistä mahdollisesti erittyvää limaa, yskää, kakomista sekä hengityksen työläyttä - ovatko apuhengityslihakset käytössä? (Alanen ym. 2018, 22; Castrén ym. 2012, 151.)

C - Circulation - Verenkierto

Verenkierron tilaa voidaan arvioida esimerkiksi rannepulssia (radialis) tunnustelemalla. Rannepulssia voidaan tunnustella painamalla oma etusormi ja keskisormi potilaan rannevaltimolle peukalon puolelle. Sykettä olisi hyvä tunnustella vähintään kuuden sekunnin ajan. Rannepulssia tunnustelemalla saadaan selville syketaajuus sekä sykkeen tasaisuus ja voimakkuus. Samalla saadaan tunnusteltua ihon lämpö ja mahdolliset lämpörajojen siirtymiset. Jos rannepulssi saadaan tunnustelemalla selville, on verenkierto riittävällä tasolla ja elintärkeät elimet saavat riittävästi verta. Tällöin potilas ei useinkaan ole välittömässä hengenvaarassa. Mikäli rannepulssia ei saada tuntumaan, voidaan sykettä kokeilla nivustaipeesta (femoralis) tai kaulavaltimolta (carotis). Jos pulssi tuntuu, tiedetään, että sydän kierrättää verta, mutta verenpaineen laskiessa ja ääreisverenkierron sulkeutuessa pulssin tuntuminen häviää. Mikäli pulssia ei saada tuntumaan, on henkilö vaikeassa verenkiertosokissa. Myös ihon väri ja mahdollinen hikisyys antaa auttajalle tärkeää tietoa. Ihon hikisyys voi olla merkki sympatoniasta eli sympaattisen hermoston kiihotustilasta. Tämä voi olla oire sokista, myrkytystilasta, kouristelusta tai poikkeavasta hengitystyöstä. (Alanen 2018, 23; Castrén ym. 2012, 151.)

4.2 Tarkennettu arvio

Tarkennettu arvio noudattaa samaa ABC-kaavaa kuin ensiarviokin, mutta siihen kuitenkin lisätään vielä tajuntaa ja tarkempaa tutkimusta tarkoittavat D- ja E-kohdat. Tästä muodostuu siis ABCDE-menetelmä. Tarkennetussa arviossa aiempaa, ensiarviossa tehtyä, tutkimusta syvennetään perusmittauksin ja haastatteluin. Perusmittaukset tehdään käytännössä lähes kaikille potilaille, jos ei löydy perustetta olla niitä tekemättä. Näihin mittauksiin kuuluvat verenpaineen, pulssin ja rytmin, hengitystaaajuuden ja -äänien, happisaturaation, tajunnantason ja kehon lämpötilan arviointi ja mittaukset. Myös alkoholin mittaaminen uloshengitysilmaasta kuuluu perusmittauksiin, mikäli tajunnantaso, neurologisia oireita tai lääkityksiä tulee arvioida tarkemmin. Mittaukset tulee kirjata ylös huolella, koska sitä mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty. (Alanen 2018, 24-25.)

A - Airways - Hengitystiet

Hengitysteiden avoimuutta arvioidaan samalla tavalla kuin ensiarviossakin. Hengitystiet avataan painamalla kädellä otsalta ja kohottamalla leuasta. Tarkistetaan, onko nielussa vierasesineitä tai eritteitä. Hengityksen ilmapirtaa tunnustellaan kämmenselällä, poskella tai havainnoimalla rintakehän kohoamista. Mikäli potilaan tajunnantaso ei riitä ylläpitämään nielun lihasjänteitä, tulisi hänelle asettaa nenä-nielutuubi, nieluputki tai intubaatioputki. Mikäli potilas puhuu, on hän usein myös kykeneväinen pitämään hengitysteitään auki. (Alanen ym. 2013, 25.)

B - Breathing - Hengitys

Potilasta tutkittaessa hengitystaaajuus antaa tärkeää tietoa hengitystyöstä. Se kertoo herkästi voinnin heikkenemisestä ja voikin olla aluksi ainoa silminnähtävä havainto peruselintoimintojen heikkenemisestä. Hengitystaaajuuden nopeutuminen on merkki hengitysvaikeudesta, mutta se voi kiihtyä myös esimerkiksi kivun, kiihtymisen, nestehukan tai lääkevaikutusten yhteydessä. Normaalina hitaampi hengitys kertoo yleensä heikentyneestä tajunnantasosta. Normaalina hengitystaaajuutena voidaan pitää 12-20 kertaa minuutissa tapahtuvaa hengitystä. Kohonneena hengitystaaajuutena voidaan pitää yli 20 kertaa minuutissa ja hidastuneena hengitystaaajuutena alle 12 kertaa minuutissa tapahtuvaa hengitystä. Hengitystaaajuutta olisi hyvä mitata 30-60 sekuntia ja se olisi hyvä tehdä niin, että potilas ei ole tietoinen hengitystaaajuuden mittauksesta, koska se saattaa vääristää saatua arvoa. Hengitystaaajuutta voidaan laskea esimerkiksi rintakehän nousuja laskemalla. Se tulisi laskea tasaisin väliajoin, jotta mahdolliset muutokset havaitaan ajoissa. Kliinisten tutkimusten lisäksi hengitystyötä voidaan arvioida myös kapnografialla, joka mittaa uloshengityksen hiilidioksidipitoisuutta. Hengitystaaajuuden lisäksi tulee arvioida myös potilaan hengitystyön määrää ja laatua, hapettumista sekä ventilaatiota. (Alanen ym. 2018, 26-28.)

Tarkennetussa arviossa tulisi kuunnella hengitysäniä auskultoimalla stetoskoopilla. Ennen hengitysänten kuuntelemista tulee varmistaa, että hengitystiet ovat auki ja hengitystyö on spontaania. Potilaan olisi hyvä olla puhumatta hengitysäniä kuunneltaessa. Jotta päästäisiin mahdollisimman hyvään tutkimustulokseen tulisi hengitysänten kuuntelun tapahtua rintakehän molemmilta puolilta ja kaikista keuhkolohkoista - edestä, takaa sekä sivuilta. Normaalit hengitysänet kuuluvat sekä sisään- että uloshengitysvaiheissa erityisesti keuhkojen alaosissa. Normaalit hengitysänet ovat hiljaisia ja kuuluvat pääsääntöisesti vain aktiivisen sisäänhengityksen aikana. Epänormaaleja hengitysäniä ovat rohinat, erilaiset vinkunat tai rahinat. Puuttuvat hengitysänet kertovat vaikeasta ahtaumasta hengitysteissä. (Alanen ym. 2018, 28-32.)

Happisaturaatioarvon mittaaminen kuuluu tarkennettuun arvioon. Se mitataan pulssioksimetrillä. Potilaan happisaturaatioarvo tulisi mitata ennen lisähapen antoa, jotta lisähapen tarve ja vaste nähdään varhain. Happisaturaatioarvo kertoo, kuinka suuri prosentuaalinen osa veren hemoglobiinista on täyttynyt hapella. Arvo mitataan usein potilaan sormesta, mutta se saadaan myös potilaan korvalehdestä. Normaalina happisaturaatioarvona pidetään terveellä ihmisellä yli 95 %. Yksittäisiä arvoja tärkeämpää on seurata mittatulosten trendiä. Jatkuvasti laskeva happisaturaatio kertoo koittavasta hapettumisen äkillisestä romahtamisesta. Vammautuneen potilaan kohdalla on tärkeää muistaa, että happisaturaatio voi näyttää normaalilta, vaikka käytössä oleva hemoglobiinimäärä on jo laskenut vuodon seurauksena. Pulssioksimetri ei kerro liiallisesta hapettumisesta. Keuhkojen ventilaatiota voidaan mitata kapnometrillä, joka kertoo reaaliajassa uloshengityksen hiilidioksidipitoisuuden ja se reagoi välittömästi hengityksen ja verenkierron muutoksiin. (Alanen ym. 2018, 33-36, 39.)

C - Circulation - Verenkierto

Valtimosykkeen tunnustelua ja verenpaineen mittausta voidaan pitää verisuoniston ja verenkierron tilaa arvioitaessa perustutkimuksina. Verenpainetta voidaan mitata automattimittareilla, jotka ovat nykyään melko nopeita ja luotettavia. On kuitenkin tilanteita, jolloin verenpaineen mittaaminen automaattisilla verenpainemittareilla ei onnistu, esimerkiksi flimmeri, jota mittari ei tunnista. Onkin siis tärkeää, että jokainen hoitoalan työntekijä osaa käyttää manuaalista verenpainemittaria. (Alanen ym. 2018, 39-40.)

Pulssioksimetri näyttää luotettavasti myös syketaajuuden. Sykkeen tasaisuuden varmistamiseksi tulee potilas monitoroida, jos sykkeen tasaisuutta epäillään. EKG kertoo sydämen sähköisestä toiminnasta. EKG otetaan yleensä 12-kytkentäisenä, mutta rintakipuiselta potilaalta olisi hyvä ottaa 14-kytkentäinen sydänfilmi, koska se kertoo myös sydämen oikean puolen ja takaseinän tilanteesta. EKG antaa nopeasti viitteitä siitä, onko potilaan oireisto sydänperäistä. (Alanen ym. 2018, 41-42.)

Potilaan raajoista tulisi kokeilla lämpörajoja ja -tiloja, sillä verenkierron hiipuessä lämpörajat nousevat lähemmäs tärkeitä elimiä. Kapillaaritäyttöä arvioidaan kynsistä tai kynsivallista painamalla - mitä nopeammin väri palaa eli kapillaarit täyttyvät, sen paremmassa kunnossa ääreisverenkierto on. Nilkkojen ja säärien turvotukset viittaavat sydämen vajaatoimintaan, kun neste kertyy vajaatoiminnan myötä alaraajoihin. (Castrén ym. 2012, 154.)

D - Disability - Tajunta

Tajunnantaso arvioitaessa arvioidaan juuri sen hetkistä tajunnantaso. Tajunnantason arvioimisen tueksi on luotu Glasgow'n kooma-asteikko (GCS). Glasgow'n kooma-asteikolla arvioidaan kolme osa-aluetta - silmien auki pitämistä, puhevastetta sekä liikevastetta. Näistä osa-alueista muodostuu muistisäännöksi sana SiPuLi. Glasgow'n kooma-asteikolla pisteitä annetaan asteikolla 15-3. 15 pistettä voi saada täysin tajuissaan oleva henkilö ja 3 pistettä saa syvästi tajuton potilas, joka ei reagoi mihinkään ärsykkeisiin. Tajunnan tason arviointi aloitetaan potilasta puhuttelemalla. (Alanen ym. 2018, 44-45.)

Potilaan motorisia taitoja voidaan havainnoida esimerkiksi raajojen puolieroja esiin tuovilla liikeharjoituksilla - puristusvoimaa testattaessa tai kättä ylös nostettaessa. Myös kasvojen puolierot ja esimerkiksi suupielen roikkuminen ovat tärkeitä havaintoja. Puolierot voivat kertoa mahdollisesta aivoverenkierron häiriöstä. Silmien mustuaiset ovat normaalisti samankokoiset ja reagoivat valolle supistumalla. Myös puolierot mustuaisissa viittaavat toispuoleiseen aivotapahtumaan tai aivovammaan. (Castrén ym. 2012, 155.)

Tajuntaa arvioidessa mitataan myös verensokeri. Matala tai hyvin korkea verensokeritaso voi aiheuttaa tajuttomuutta. Verensokeri mitataan potilaan sormenpäältä. Jos verensokerit ovat poikkeavan korkeat tai diabetesta sairastavalla potilaalla ilmenee ketoasidoosin oireita, tulee potilaalta mitata verestä myös ketoaineet. Ketoaineiden mittaaminen tapahtuu samalla tavalla kuin verensokereiden pikamittaus. Ketoaineissa selvästi kohonneena arvona voidaan pitää 1,5mmol/l. (Alanen ym. 2018, 46-48.)

Alkoholin mittaaminen tulee kyseeseen silloin, kun sen käytöstä herää epäily tai potilaan tajunta on alentunut. Erityisesti vammapotilaalta alkoholipitoisuuden mittaaminen on tärkeää. Alkoholipitoisuus mitataan alkometrillä potilaan uloshengityksestä. Jotkin lääkkeaineet, kuten Dinit, voi antaa vääriä alkometrilukemia. (Alanen ym. 2018, 48.)

E - Exposure - Paljastaminen ja tarkempi tutkimus

Tarkennetussa tutkimuksessa selvitetään myös potilaan kiputuntemusta. Kipua arvioitaessa voidaan apuna käyttää erilaisia visuaalisia- tai numeraalisia kipuasteikkoja. Kipu on aina subjektiivinen kokemus, joten sitä ei voida tarkasti mitata - potilaan kokema tuntemus on aina tärkein kipua kuvaava mittari. Kivuliaalla potilaalla on kuitenkin usein myös

vitaalielintoiminnoissa kivusta kertovia viitteitä. Kipua arvioidessa tulee huomioida kivun luonnetta, voimakkuutta ja muutosta. (Alanen ym. 2018, 50-51.)

Tarkemmassa tutkimuksessa mitataan myös elimistön lämpötila. Ihmisen normaali kehon lämpötila vaihtelee 35,8-37,8 asteen välillä. Tätä matalampi lämpö voi johtua erilaisista sairauksista tai liialliselle kylmälle altistumisesta. Kuumeesta voidaan puhua, kun kehon lämpö nousee yli 38 asteen. 42 asteeseen nouseva kuume on hengenvaarallinen tila, joka aiheuttaa elinvaurioita. (Alanen ym. 2018, 52.)

Potilaasta voidaan havainnoida myös ihomuutoksia ja verenpurkauksien merkkejä (Castrén ym. 2012, 155). Lisäksi mahdolliset vammaanmerkit tulee tutkia. Tutkimus aloitetaan päästä ja etenee kohti varpaita. Tarkoituksena on tunnustella ruumiinosat läpi, jotta mahdolliset murtumat ja vammat havaitaan.

5 Työn tarkoitus ja tavoite

Kehittämistyön tarkoitus oli luoda opetusvideo, jonka avulla vahvistetaan Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajien osaamista ja toimintaa reagoimattoman asiakkaan hoidossa.

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää ja vahvistaa Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajien osaamista ja toimintaa reagoimattoman asiakkaan kohtaamisessa. Tavoitteena oli myös parantaa potilasturvallisuutta, koska oikein tehty tilanearvio takaa ikäihmiselle laadukkaan hoidon ja vähentää tarpeettomien päivystyskäyntien määrää.

6 Opetusvideon kehittämisprosessi

Kehittämisprosessit voivat syntyä erilaisten lähtökohtien pohjalta. Lähtökohtana voi olla esimerkiksi organisaation oma kehitys- tai muutoshalukkuus. Kehittämisprosessissa ratkaistaan usein käytännössä esiin tulevia ongelmia tai kehitetään uusia ideoita, käytäntöjä, tuotteita tai palveluita. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 19.)

Tämä kehittämistyö on tutkimuksellinen kehittämistyö. Tutkimuksellinen kehittämistyö eroaa tieteellisestä tutkimuksesta pääasiassa toiminnan päämäärän perusteella. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä halutaan tuottaa uusia ratkaisuja ja parannuksia käytäntöön, kun taas tieteellisessä tutkimuksessa tuotetaan uutta teorian tietoa. Näiden kahden kehittämistyön erot määrittelevät myös niissä käytettävät prosessit, lähestymistavat ja menetelmät. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä pääpaino on usein käytännön kehittämistehtävän tekemisessä, mutta myös uuden tiedon tuottamisen tulisi olla keskeistä. Kehittämisstyössä tarvitaan yleisesti suunnitteluosaamista ja suunnitelman mukaisen etenemisen hallintaa.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tarvitaan lisäksi projektityön ja kehittämisen osaamista ja hallintaa. Kehittämistyöstä kirjoitetaan usein projektiraportti, jossa kuvataan lähtökohdat ja tavoitteet sekä käytetyt menetelmät, prosessin eteneminen sekä saadut lopputulokset. Tutkimuksellinen kehittämistyö on usein prosessimaista ja ennakoimatonta. Tutkimuksellinen kehittämistyö kulkee ideoinnista erilaisten kehittälyvaiheiden kautta ratkaisuun, toteutukseen ja kehittämistyön arviointiin. (Ojasalo ym. 2015, 19-20.)

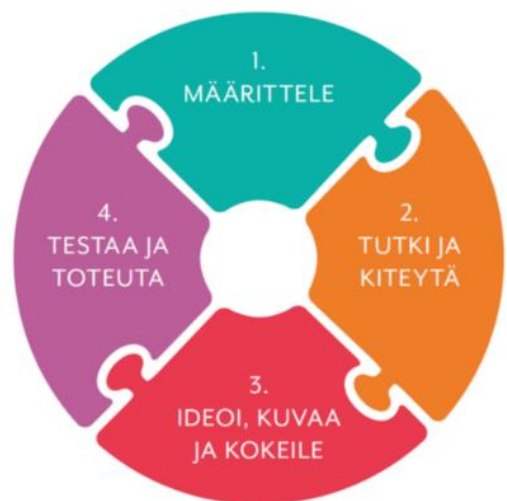
Nykyään kehittämistyössä hyödynnetään paljon palvelumuotoilua. Palvelumuotoilun ajatus on kehittää palveluita ja liiketoimintaa ihmislähtöisesti. Palvelumuotoilussa palvelun käyttäjä otetaan mukaan kehittämistyöhön. Sen avulla kehittämistyö saa kokonaisvaltaisen lähestymistavan, prosessin, menetelmät ja työkalut. Siinä hyödynnetään asiakaslähtöiseen kehittämistyöhön sopivia luovia menetelmiä kuten yhteiskehittämistä, visualisointi- ja konkretisointitapoja sekä nopeita kokeiluja. Palvelumuotoilu on toimialariippumatonta ja siinä tehtävä kehittämistyö voidaan jakaa neljään vaiheeseen: määrittelyyn, tutkimiseen ja kiteyttämiseen, ideointiin, kuvaamiseen ja kokeiluun sekä testaamiseen ja toteuttamiseen. (Palvelumuotoilu Palo 2021.)

1. Määrittele

Määrittelyvaiheessa määritellään palvelun nykytilannetta. Tarkoituksena on kerätä tietoa organisaatiosta ja sen epäkohdista. Tavoitteena on rakentaa kokonaisvaltainen kuva palvelun nykytilasta huomioimalla kilpailijat. Sen avulla opitaan jo käytetyistä ratkaisusta - mitkä toimivat ja mitkä eivät. (Palvelumuotoilu Palo 2018.)

2. Tutki ja kiteytä

Tässä vaiheessa pyritään selvittämään, mitä palvelun kohderyhmä todella kaipaa sekä yritetään saada kokonaisvaltainen ymmärrys asiakkaasta. Kokonaisvaltainen ja laadukas asiakasymmärrys ja tiedon kerääminen ovatkin suunnittelun kulmakiviä. Saadusta tiedosta kerätään tärkeät näkökulmat ja tieto muovataan sellaiseksi, että sitä on helppo hyödyntää kehittämisen myöhemmissä vaiheissa. (Palvelumuotoilu Palo 2018.)



Kuvio 3: Palvelumuotoiluprosessin vaiheet (Palvelumuotoilu Palo 2021).

3. Ideoi, kuvaa ja kokeile

Tässä vaiheessa kehitetään mahdollisimman paljon ratkaisuja tavoitteisiin pääsemiseksi. Ideat muodostuvat toimiviksi palvelukonsepteiksi, joita voidaan testata koekappaleiden avulla. Nopeiden kokeilujen kautta saadaan tietää kustannustehokkaasti, mitkä ratkaisuista ovat kannattavia ja mitä voidaan jatkokehittää. (Palvelumuotoilu Palo 2018.)

4. Testaa ja toteuta

Tämä on palvelumuotoilun viimeinen vaihe. Uudet, kehitetyt ideat ja ratkaisut hiotaan, viimeistellään ja toteutetaan markkinoille vietäviksi. Viimeistelyä helpottavat aiemmat dokumentoinnit ja mallintamismenetelmät. (Palvelumuotoilu Palo 2018.)

6.1.1 Määrittele

Määrittelyvaiheessa pystyttiin hyödyntämään aiempaa tietoa ja kokemusta Tampereen kaupungin kotihoidon toiminnasta, tarpeista ja epäkohdista liittyen akuuttitilanteisiin ja niiden tunnistamiseen. Määrittelyssä perehdyttiin kotihoidon toimintaan ja sen toteuttamiseen Tampereella sekä maanlaajuisesti - kotihoidossa päivät ovat nopeitempöisiä, muuttuvia ja asiakaskäynnit usein lyhyitä. Kokemus on, että Tampereella kotihoidossa ei ole akuuttitilanteissa toimimisen tueksi visuaalista opetusmateriaalia tai asiakkaan tutkimista tukevia ja helpottavia työkaluja kuten NEWS- (National Early Warning Score) eli aikaisen varoituksen pistejärjestelmää, jonka avulla akuutteihin tilanteisiin johtavat elintoimintojen muutokset voidaan tunnistaa ajoissa (Hankonen 2018). Määrittelyvaiheessa pohdittiin myös, että kotihoidossa nopeat asiakaskäynnit, täydet asiakaslistat ja vaihtuvat hoitajat luovat helposti tilanteita, joissa asiakkaan syvempi voinnin tarkkailu voi jäädä toissijaiseksi ja näin ollen johtaa asiakkaan voinnin heikkenemiseen lyhyellä aikavälillä. Aiheeseen liittyen havainnointiin myös epäkohta virallisen raportointiajan puuttumisesta - on tärkeää pystyä perehtymään asiakkaan hoitosuunnitelmaan ja viimeisimpiin kirjauksiin ennen asiakkaan luo menemistä, jotta hoitaja on ajan tasalla asiakkaan hoidon ja voinnin tilasta.

Kohderyhmä rajattiin lähihoitajiin, koska he kohtaavat työnkuvansa vuoksi muita kotihoidon työntekijöitä useammin akuuttitilanteita. Aihe rajautui reagoimattoman asiakkaan hoitoon, koska näissä tilanteissa lähihoitaja on vain oman havainnointinsa varassa, eikä pysty tukeutumaan asiakkaan kertomaan informaatioon niin kuin esimerkiksi rintakipuista asiakasta hoitaessaan. Aihe valikoitui myös halusta saada varmuutta ja työkaluja edellä esiteltyihin tilanteisiin. Opetusvideo valittiin toteutettavaksi opetusmateriaaliksi siitä syystä, että Oppiportissa on jo kotihoidon akuuttitilanteisiin suunnattua kurssimateriaalia kirjallisessa muodossa.

6.1.2 Tutki ja kiteytä

Kohderyhmältä kerättiin tietoa heillä teetetyllä kyselyllä. Kysely teetettiin Forms -sovelluksen avulla, joka on osa Microsoftin palvelua. Sen avulla voidaan tehdä kyselyitä, tietovisoja tai vaikka äänestyksiä. Saadut vastaukset voidaan analysoida palvelun analytiikkaominaisuuksien avulla. Vastaukset voidaan tarvittaessa ladata myös Excel-muotoon. Formsin avulla kysely voidaan tehdä anonymisti. Yhteystyötaholta eli Tampereen kaupungilta varmistettiin, että kysely voitiin toteuttaa tämän palvelun avulla. Lisäksi varmistettiin, että kyselyt aukeavat lähihoitajille heidän työpuhelimissaan ja työsähköposteissaan, millä voitiin taata melko hyvän vastausprosentin saaminen.

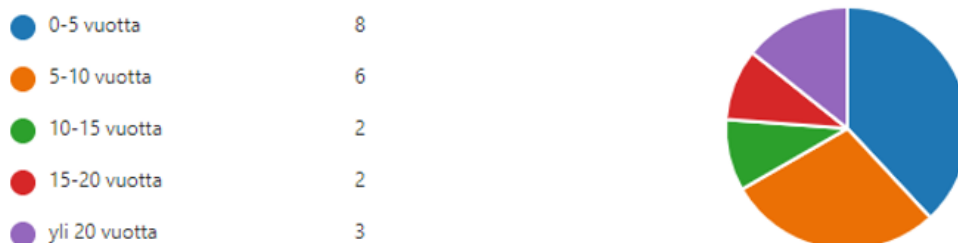
Kyselyn kysymykset olivat suljettuja kysymyksiä lukuun ottamatta kolmea kohtaa: 1) milloin työntekijä on osallistunut työnantajan järjestämään ensiapukoulutukseen, 2) lähihoitajien toiveita opetusvideolla käsiteltävistä asioista ja 3) heidän toiveitaan oppimistaan tukevista menetelmistä. Kysely teetettiin anonymiteettiä suojellen ja siihen vastaamiseen annettiin aikaa 12 päivää. Tämän jälkeen vastaukset analysoitiin ja kirjoitettiin puhtaaksi.

Kysely lähihoitajille

Kysely lähetettiin Tampereen kaupungin kotihoidon keskustan lähipalvelualueiden esimiesten kautta alueiden lähihoitajille. Kyselyyn vastasi 21 lähihoitajaa. Kaiken kaikkiaan kysymyksiä oli 11. Kysymyksistä kaksi haarautui aiemman vastauksen perusteella, joten kaikki vastaajat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Kaikki vastaajat vastasivat yhdeksään kysymykseen.

Ensimmäisessä kysymyksessä kartoitettiin työntekijöiden työkokemusta hoitoalalta. Vastanneista 38 % on työskennellyt hoitoalalla alle viisi vuotta. 5-10 vuotta työkokemusta omaavia oli 29 % ja yli kymmenen vuotta hoitoalalla olleita oli 34 %. Vastanneista työntekijöistä suurin osa on työskennellyt hoitoalalla alle kymmenen vuotta.

1. Työkokemus vuosina hoitoalalta?



Kuvio 4: Forms-kysely: Työkokemus vuosina hoitoalalta?

Toisessa kysymyksessä kartoitettiin, milloin työntekijä on viimeksi osallistunut työnantajan järjestämään ensiapukoulutukseen. Vastanneista kahdeksan eli noin 38 % on osallistunut

työnantajan järjestämään koulutukseen kolmen vuoden sisällä. Vastaaajista kolme eli noin 14 % on osallistunut työnantajan järjestämään koulutukseen yli kolme vuotta sitten. Kymmenen eli noin 49 % ei ole osallistunut työnantajan järjestämään koulutukseen kertaakaan.

"En ole ollut ollenkaan. Koulussa viimeeksi olen suorittanut EA1:n."

"12/20"

"En ole ollut kertaakaan."

"2 vuotta sitten"

"Oiskohan ollut 2019"

"En milloinkaan."

"Lähihoitajakoulutuksessa, ei töissä ollenkaan."

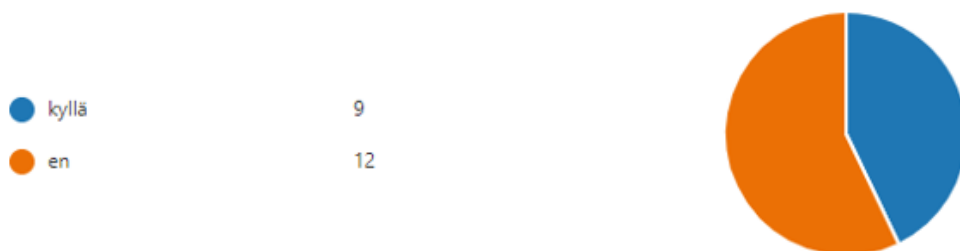
"Kouluaikana"

"N. 2vuotta sitten"

"Ehkä kahdeksan vuotta sitten"

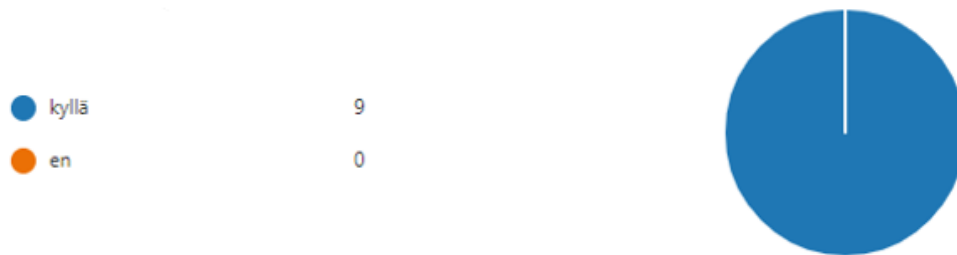
Seuraavaksi kysyttiin, kuinka moni kotihoidon lähihoitajista on kotihoidossa työskennellessään kohdannut joko tajuttoman tai elottoman asiakkaan ja kuinka moni heistä on kokenut osanneensa toimia tilanteessa oikein. Vastanneista yhdeksän eli noin 43 % on kohdannut kotihoidossa työskennellessään tajuttoman tai elottoman asiakkaan. Heistä kaikki kokivat osanneensa toimia tilanteessa oikein. Vastanneista 57 % ei ole kohdannut tajutonta tai elotonta asiakasta kotihoidossa työskennellessään - he eivät myöskään ole vastanneet jatkokysymykseen.

3. Oletko koskaan kotihoidossa työskennellessäsi kohdannut tajutonta tai elotonta asiakasta?



kuvio 5: Forms-kysely: Oletko koskaan kotihoidossa työskennellessäsi kohdannut tajutonta tai elotonta asiakasta?

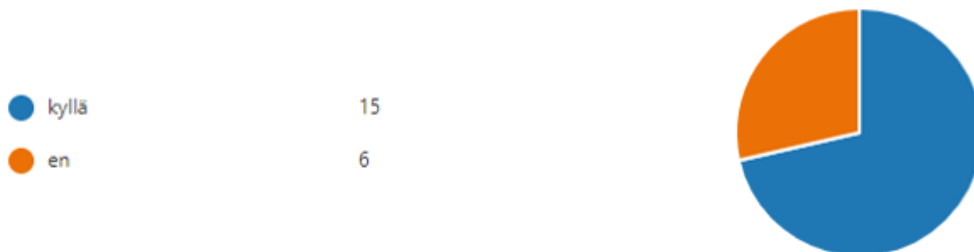
4. Koetko osanneesi toimia tilanteessa oikein?



kuvio 6: Forms-kysely: Koetko osanneesi toimia tilanteessa oikein?

Viidennessä kysymyksessä kartoitettiin, kuinka moni vastaajista osaisi toimia oikein, jos he nyt kohtaisivat tajuttoman tai elottoman asiakkaan. Vastaajista 15 eli 71 % kokee, että osaisi toimia tilanteessa oikein ja kuusi eli 29 % kokivat, etteivät osaisi toimia tilanteessa oikein.

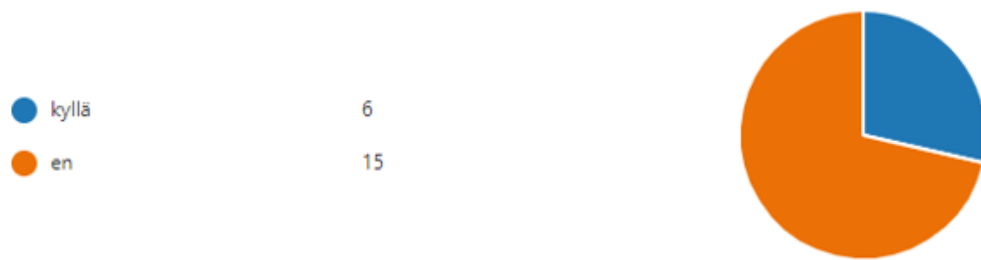
5. Jos nyt kohtaisit tajuttoman tai elottoman, koetko että osaisit toimia tilanteessa oikein?



kuvio 7: Forms-kysely: Jos nyt kohtaisit tajuttoman tai elottoman, koetko että osaisit toimia tilanteessa oikein?

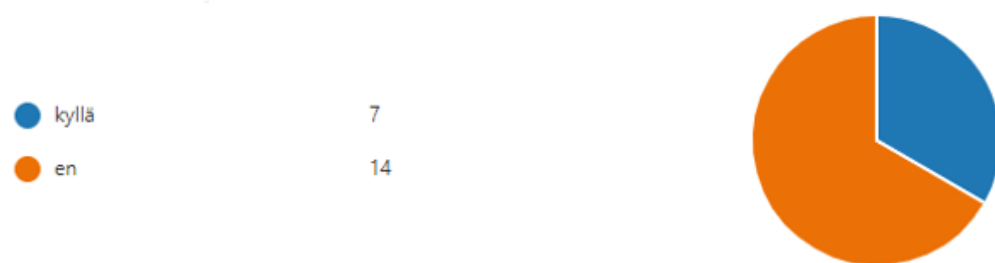
Seuraavaksi kartoitettiin, kuinka moni kotihoidon lähihoitajista on kuullut ABCDE-menetelmästä ja kuinka moni osaisi toimia sen mukaisesti. Vastanneista kuusi eli 29 % ovat kuulleet menetelmästä ja 15 eli 71 % eivät ole kuulleet ABCDE-menetelmästä. Kuitenkin seitsemän eli 33 % kokee osaavansa toimia menetelmän mukaisesti ja 14 eli 67 % kokee, etteivät osaa toimia sen mukaisesti. Tämän kysymyksen osalta saimme ristiriitaisia tutkimustuloksia, koska menetelmästä oli kuullut pienempi vastaajamäärä kuin sen mukaisesti osaisi toimia.

6. Oletko kuullut ABCDE -menetelmästä?



kuvio 8: Forms-kysely: Oletko kuullut ABCDE-menetelmästä?

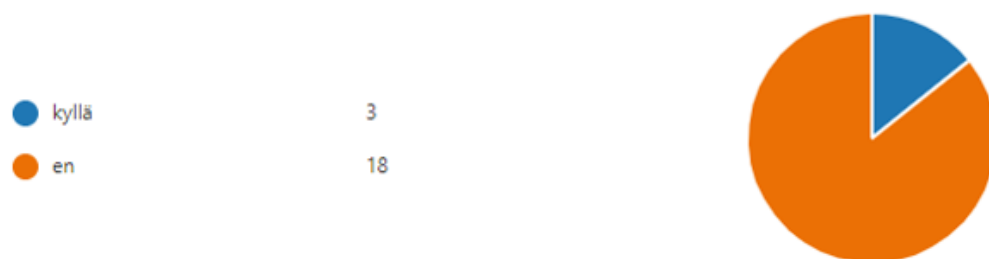
7. Osaisitko toimia ABCDE -menetelmän mukaisesti?



kuvio 9: Forms-kysely: Osaisitko toimia ABCDE- menetelmän mukaisesti?

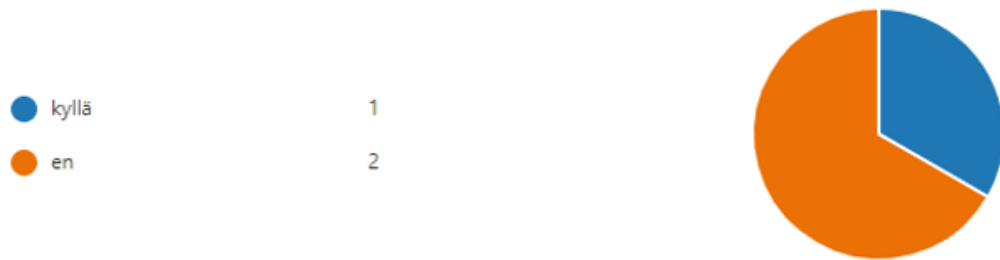
Kahdeksannessa kysymyksessä kysyttiin, ovatko lähihoitajat kuulleet Oppiportissa suoritettavasta Päivystystilanteet kotihoivossa -kurssista. Vastanneista vain kolme eli 14 % on kuullut kurssista ja 18 eli 86 % ei ole kuullut. Tämän kysymyksen vastauksen perusteella kysyjä sai jatkokysymyksen, mikäli vastasi kysymykseen ”kyllä”. Jatkokysymyksessä kysyttiin, oliko kurssista kuullut lähihoitaja suorittanut kyseistä kurssia. Jatkokysymykseen vastanneista yksi oli suorittanut kurssin.

8. Oletko kuullut Oppiportissa suoritettavasta kurssista ”Päivystystilanteet kotihoivossa”?



kuvio 10: Forms-kysely: Oletko kuullut Oppiportissa suoritettavasta kurssista?

9. Oletko suorittanut kyseisen kurssin Oppiportista?



kuvio 11: Forms-kysely: Oletko suorittanut kyseisen kurssin Oppiportista?

Kymmenennessä kysymyksessä kartoitettiin avoimen kysymyksen avulla lähihoitajien toiveita opetusvideon suhteen. Vastauksissa nousivat esille toiveet videon selkeydestä ja ABCDE-menetelmän kertauksesta.

”ABCDE selkeästi ja lopuksi lyhyet kertauskuvat toimintamallin mukaisesta toiminnasta.”

”Videolla olisi YKSINKERTAINEN perusrunko, miten voi AINA toimia. Hengittämisen tarkastaminen, pulssin tunnusteleminen, kylkiasentoon siirtäminen ja hengitysteiden auki pitäminen. Avun hälyttäminen.”

”Esim. Voiko tajuttomuus johtua aivotapahtumasta, verensokerista, traumasta tms.”

”Miten edetään ja kenelle ensimmäisenä soitetaan. Tilanne on hankala, jos ei ole tuttu asiakas, kun pitää ensin etsiä tietoa asiakkaasta, esim. onko DNR-päätöstä ja mistä vaikka tajuttomuus voisi johtua.”

”Ilmateiden avaaminen ja hengityksen tarkkailu, elottomuuden ja tajuttomuuden erottaminen toisistaan.”

”Selkeää järjestystä miten toimia. Ei liian monimutkainen. Helppo muistaa tai ohjeet helposti saatavilla.”

Viimeisessä kysymyksessä kysyttiin avoimella kysymyksellä, millaiset oppimistavat tukevat heidän oppimistaan. Vastauksista kävi esille, että lähihoitajat kokevat oppivansa parhaiten käytännönharjoittelun, toistojen, visuaalisten materiaalien sekä mallioppimisen kautta. Muutamat olivat jättäneet vastaamatta kysymykseen tai vastanneet ”en tiedä”.

”Elvytystilanteita tulee vastaan töissä niin harvoin, että perustoimintamalli pitäisi saada iskostettua selkätimeen. Siihen auttaisi vain konkreettinen harjoittelu vähintään kerran vuodessa.”

”Visuaalisesti kiinnostavat materiaalit. Parhaimman oppimistuloksen saa, kun kokemus tuotetaan auditiivisesti ja visuaalisesti. Myös käytännön harjoittelu näiden jälkeen on tärkeää.”

”Videot, luennot tai ryhmäoppiminen parempia kuin pelkkä tekstin lukeminen.”

”Kaikki tavat yhdessä tukee oppimista. Video hyvä perusta, mutta asioita pitäisi silti kerrata ajoittain.”

”Käytäntö ja toisto. Mahdollisuus kerrata koska vaan missä vaan.”

”Videot, konkreettinen tekeminen, mallioppiminen.”

Hyvän opetusvideon kriteerit

Hyvä suunnittelu ja toteutus ovat opetusvideota tehtäessä hyvin tärkeitä työvaiheita, jotta opetusvideo soveltuu opetusmateriaaliksi. Tarkoituksena on tuottaa videomateriaali, joka perustuu tutkittuun tietoon. Opetusvideo on tyyliltään hyvin samankaltainen kuin dokumenttielokuva. Opetusvideon tekemiselle ei ole tarkkoja kaavoja, minkä mukaisesti se tulisi toteuttaa - ohjenuoria on kuitenkin olemassa. (Pirnes 2018, 25.)

Opetusvideolla tulisi pyrkiä sulavaan kohtausten vaihtuvuuteen, johon katsoja ei kiinnitä erityisesti huomiota. Jos katsoja tulee tietoiseksi videon rakenteellisista yksityiskohdista, häiriintyy oleellisen asian seuraaminen. Katsojan keskittymistä katkovat asiat yritetään saada häivytettyä mahdollisimman hyvin - tätä tapaa kutsutaan jatkuvuuskerronaksi. (Ailio 2015, 31.)

Yhtenä tärkeänä pidettynä hyvän opetusvideon tunnusmerkkinä on videon maltillinen kesto. Opetusvideon kesto olisi hyvä pitää alle 12 minuutissa. Tämän mittaiseen videoon mahtuu jo paljon erilaisia elementtejä, kuten muutamia oleellisia pääasioita, lukuisia yksityiskohtia ja liikkuvaa kuvaa. 20 minuutin opetusvideo on kestoaltaan jo pitkä, eikä katsoja välttämättä jaksaa keskittyä asiaan niin kauan. Kestoltaan lyhyempi video pitää myös videon sanoman tiiviinä ja katsoja jaksaa usein katsoa sen keskittyneemmin. Lyhyen keston vuoksi video onkin usein monikäyttöisempi, koska sitä voidaan helpommin esittää erilaisissa asiayhteyksissä ja tilaisuuksissa. Video ei kuitenkaan saa olla liian lyhytkään, jotta asia ei jää vaillinaiseksi ja huolimattomasti kerrotuksi. (Pirnes 2018, 25; Aaltonen 2018, 22.)

Jotta video olisi käytäntöön soveltuva ja kohderyhmää puhutteleva, tulisi se kuvata aidossa ympäristössä. Audiitiivista materiaalia olisi hyvä tukea vielä erilaisilla kohdistetuilla kaavioilla tai teksteillä, jotta esitettävä asia hahmottuisi entistä paremmin. Koska katsojan voi olla vaikea keskittyä kohtaukseen ja puhuttuun ääneen samanaikaisesti, voi puhetta tukevilla lisähuomioilla saada katsojan yhä paremmin ymmärtämään videon sanoma. Puheen tulisi olla reipasta ja kuuluvaa, jota katsoja jaksaa kuunnella. Puhe olisi myös mahdollisuuksien mukaan hyvä sijoittaa rauhallisempiin hetkiin, jotta kuva ei vie ääneltä liikaa huomiota. (Pirnes 2018, 25; Ailio 2015, 20.)

Videolla kuvan huomiopisteen eli kohdan, johon katsojan huomio kiinnittyy, tulisi olla sijoitettuna kultaisen leikkauksen mukaisesti. Tämä tarkoittaa, että jos kuvaruutu jaetaan yhdeksään ruutuun, huomiopiste osuu ruutujen risteyskohtaan. Jos kuvassa näkyy ihminen, tulisi hänet sijoittaa kuvan niin, että hänen katsellaan ja liikkeellään on tilaa, kun taas selän puolella tilaa saa olla vähemmän. Huomiopiste on hyvä pitää peräkkäisissä kuvissa samalla puolella kuvaa. Kun henkilö asetellaan kuvaan, on hyvä tarkistaa, että hänen selkensä takanaan ei ole oksia, johtoja tai horisonttia silmien, korvien tai leuan tasolla - tämä voi saada kuvasta koomisen, jolloin katsoja ei välttämättä pysty keskittymään oleelliseen. Kameran on hyvä olla aina kuvattavan henkilön silmien korkeudella. (Ailio 2015, 33-35, 43.)

Videokuvaa rajattaessa täytyy pitää huolta siitä, että kuvaa ei koskaan katkaista nivelkohdista. Kuva rajataan aina ihmisten nivelten välistä. Kuvaajan apuna on kahdeksan kuvakoon kansainvälinen järjestelmä, ja jokaisella kuvakolla on sisällöllinen merkitys - esimerkiksi lähikuva auttaa tunteiden vahvistamisessa ja laajempi kuvakoko kertoo enemmän ympäristöstä kuin kohteena olevasta henkilöstä. Laaja kuvakokojen käyttäminen monipuolistaa ja tuo tunnelmaa kuvaan, kun taas yksipuolinen ja tiiviin kuvakoon käyttäminen voi luoda kuvasta katsojalle ahdistavan. (Ailio 2015, 36.)

Hyvällä opetusvideolla puheen tulee olla selkeää ja äänen kuuluvaa. Videon kuvaamista suunniteltaessa täytyy huomioida, voiko ääntä äänittää kuvaamisen yhteydessä vai täytyykö se äänittää eri tilanteessa ja tilassa. Tilassa saattaa olla esimerkiksi kaiuntaa tai ilmastointilaite, jonka hurinaa ihmiskorva ei rekisteröi tilanteessa, mutta ääni jää äänitykseen ja sen poistaminen on usein jälkikäteen hankalaa. (Ailio 2015, 46-47.)

Videota kuvattaessa tulee tarkistaa valon riittävyys. Videokuvassa henkilöiden kasvojen tulee olla hyvin valaistut. Kohdetta olisi hyvä kuvata kirkkaasta valonlähteestä poispäin, ei vastavaloon. Ylhäältä tuleva valo jättää kuvattavan silmäanaluset helposti tummiksi. Suoraan kohti tuleva valo voi puolestaan jättää kohteen taakse epätoivotun varjon. Tämän takia valon sijaintiin tulee kiinnittää huomiota. Kuvaamisessa käytettävien valojen tulisi olla väriltään samaa lämpötilaa. Poikkeavat valoalueet saattavat värjääntyä päävalosta riippuen joko keltaisiksi tai sinertäviksi. (Ailio 2015, 50, 54.) Videota editoidessa täytyy vielä tarkistaa, että

videossa värien ja kontrastien voimakkuus ovat tasapainossa ja värit ovat teräviä.

Opetusvideon sisällölliset kriteerit

Koska opetusvideolla opetetaan tajuttoman hoitoa ja elvyttämistä, on tilanteet hyvä käydä hitaasti ja selkeästi läpi - tämä oli myös haastateltavien toive. Opetusvideolla opetetaan tajuttoman ja elottoman asiakkaan tunnistamista ja hoitamista, mikä vaatii hyvää teknistä osaamista. Tämän takia osa kohtauksista kuvattiin korostetun hidastetusti. Opetusvideon uskottavuuden näkökulmasta haluttiin video kuvata ympäristössä, joka vastaa todenmukaisesti kotihoidon asiakkaan asuinympäristöä. Uskottavuutta lisäämään päätettiin opetusvideolle ottaa asiakkaaksi ikäihminen. ABCDE-menetelmää pidettiin tärkeänä opetusvideolla esitettävänä tutkimusmenetelmänä. Menetelmän avulla asiakkaan tutkiminen on johdonmukaista ja systemaattista. Myös lähihoitajat toivat kyselyssä ilmi, että tutkimusmenetelmän oppimiselle olisi tarvetta. Kaikki edellä mainitut kohdat haluttiin sisällyttää opetusvideoon.

6.1.3 Ideoi, kuvaa ja kokeile

Ideointi, kuvaamis- ja kokeiluvaiheessa videon käsikirjoitus ja toteutus suunniteltiin kyselyn tulosten ja siinä ilmenneiden toiveiden pohjalta. Käsikirjoituksessa huomioitiin myös työelämäohjaajien sekä kuvaajaeditoijan toiveet ja ehdotukset. Käsikirjoitus luetutettiin myös kahdella ensihoitajalla. Toinen ensihoitajista ehdotti, että videossa kuvataan ensin se, kuinka lähihoitaja osaa avata hengitystiet itsenäisesti, tunnustella hengitystä ja kääntää tajuttoman asiakkaan kylkiasentoon ja vasta tämän jälkeen soittaa hätänumeroon. Elottoman kohdalla ensihoitaja suositteli, että video kuvattaisiin tajuttoman kaltaisesti niin, että lähihoitaja avaa hengitystiet, tunnustelee hengitystä ja tämän jälkeen, todettuaan asiakkaan elottomaksi, soittaa hätänumeroon. Myös toinen käsikirjoituksen lukenut ensihoitaja tuki ajatusta. Ensihoitajat myös suosittelivat, että aiemmasta suunnitelmasta poiketen, lähihoitajat tutkisivat potilasta ainoastaan aistienvaraisesti eivätkä mittariston avulla. Nämä huomioitiin käsikirjoituksessa.

Opetusvideon tuottaminen

Videon tuottaminen lähti liikkeelle pohdinnalla siitä, mitä opetusvideolla halutaan kertoa kohderyhmälle. Aiheesta löytyy jo aiempaa audiovisuaalista opetusmateriaalia, jota on hyödynnetty opetusvideon suunnittelussa. Olemassa oleva materiaali on suunnattu eri kohderyhmille kuin tässä kehittämistyössä tuotettu video. Videolla on huomioitu, että kohderyhmällä, lähihoitajilla, on ammatillista osaamista, joka auttaa tilanteessa toimimista ja tarkemman arvioinnin tekemistä - sen vuoksi videolla käydään läpi ABCDE-menetelmää.

Käsikirjoitusprosessi

Hyvän opetusvideon taustalla on aina hyvin laadittu käsikirjoitus. Käsikirjoitus toimii opetusvideon kivijalkana, jonka varaan tuotos rakennetaan. Käsikirjoituksesta joudutaan tekemään yleensä monia versioita ja se muovautuu usein vielä videota kuvattaessa. Käsikirjoitusprosessi voikin olla työläs ja uuvuttava työvaihe, mutta se yleensä palkitsee tekijänsä valmiin työn valmistuttua. Käsikirjoitusprosessissa tulee usein vaiheita, kun työ ei tunnu etenevän, mutta säännöllinen ja rutiininomainen kirjoittaminen auttaa usein tämän vaiheen yli. Hyvä käsikirjoittaja hallitsee audiovisuaalisen kerronnan periaatteet ja hahmottaa käsikirjoituksensa kuvina ja ääninä - tätä oppii videoita ja muita audiovisuaalisia materiaaleja katsomalla. Omaperäisyys ja kiinnostava tarinankerronta tekevät audiovisuaalisesta tuotoksesta mielenkiintoisen ja katsojaa koukuttavan. (Aaltonen 2018, 12-13.)

Käsikirjoituksen kirjoittaminen oli alkuun haastavaa. Käsikirjoitusprosessin alussa mietittiin, minkälainen tarina opetusvideon taustalla on. Koska opetusvideosta haluttiin mahdollisimman realistinen ja kohderyhmää palveleva, päätettiin videon käsikirjoituksessa huomioida todellinen ympäristö ja lähihoitajien asiakaskunta. Punainen lanka löytyikin nopeasti, mutta tarkempien yksityiskohtien hiominen oli hitaampaa. Käsikirjoitusta muokattiin useaan otteeseen opettajien ja kahden ensihoitajan huomioiden perusteella. Yhteistyökumppanilta ei saatu kehittämisehdotuksia käsikirjoitukseen.

Opetusvideossa tehdyt ratkaisut

Käsikirjoitusta ja opetusvideon kohtauksia mietittäessä heräsi kysymyksiä tiettyjen kohtausten kulusta. Näistä kohtauksista keskusteltiin sekä ohjaavien opettajien, yhteistyökumppanin että kahden ensihoitajan kanssa ja lähteitä käyttäen päädyttiin seuraaviin päätöksiin:

Ensimmäisenä pohdittiin, tulisiko reagoimaton asiakas kääntää vatsamakuulta ensin selälleen ja vasta sen jälkeen kyljelleen. Punaisen Ristin toimintaohjeen (2021) mukaan vatsalla makaava ihminen tulisi kääntää ensin selälleen. Toinen vaihtoehto on kääntää tajuton vatsamakuulta suoraan kylkiasentoon. Opetusvideolla päädyttiin Punaisen ristin toimintaohjeen (2021) mukaisesti kääntämään asiakas ensin selälleen ja sitten vasta kyljelleen, jotta hengitysteiden avaaminen ja asiakkaan hengityksen tunnusteleminen olisi helpompaa.

Toiseksi pohdittiin hätäpuhelun soiton ajankohtaa tajuttoman asiakkaan kohdalla. Opetusvideo on suunnattu lähihoitajille. Tämän tyyppisissä akuuttitilanteissa ohjeistus on, että hoitoalan ammattilainen kääntää asiakkaan ensin kylkiasentoon, ja vasta sitten soittaa hätäpuhelun. (Oppiportti 2021.)

Seuraavaksi mietittiin puhalluselvytyksen opettamista. Elvytyksen Käypä hoito -suosituksen (2016) mukaan yksin elvyttävä keskittyy pelkästään paineluun. Puhalluselvytys on usein hyvin

haastavaa ja ilma menee helposti mahalaukkuun. Koska puhalluselvytyksen tärkeydestä on ristiriitaista tietoa elvytyksen alkuvaiheessa, painotetaan opetusvideolla laadukkaan paineluelvytyksen tärkeyttä, mutta videolla opetetaan myös puhallukset. (Käypä hoito 2016.)

Neljäntenä pohdinnan aiheeksi nousi vierilaitteiston käyttö tajuttoman asiakkaan hoidossa. Tällaisessa akuuttitilanteessa ensivaiheen tutkimisessa riittää aistienvaarainen tutkiminen. Hoitajan ollessa kohteessa yksin, on tärkeää, että hän keskittyy hengityksen seurantaan ja tukemiseen.

6.1.4 Testaa ja toteuta

Testaus ja toteutusvaiheessa käsikirjoitusta luetutettiin yhteistyökumppanilla sekä kahdella ensihoitajalla. Heidän ehdotustensa pohjalta tekstiä hiottiin useampaan kertaan. Käsikirjoituksessa suunnitellut kohtaukset käytiin vielä todellisessa kuvausympäristössä läpi, jotta nähtäisiin kuinka suunnitelmat toimivat todellisuudessa ja jotta mahdollisia muutoksia olisi helppo toteuttaa. Tässä vaiheessa varmistettiin myös, että lähihoitajien ja yhteistyökumppanin toiveet huomioitaisiin mahdollisimman hyvin. Videon kuvaaja valitsi kuvauspaikat, kuvasi videon ja varmisti, että video on laadukas ja, että kaikki tarvittavat elementit saatiin kuvattua. Kuvaaja myös editoi videon suunnitelman mukaisesti, mutta omaa luovuuttaan hyödyntäen. Kuvaaja-editoijan kanssa sovittiin, että videon muokkauksen edetessä, hän lähettää videoklippejä, jotta kehittämistyön tekijät ovat ajan tasalla työn edistymisestä ja saavat myös omia havaintojaan ja toiveitaan työhön mukaan. Kun video oli valmis, lähetettiin se vielä yhteistyökumppaneille arvioitavaksi. Arvioinnin avulla haluttiin palautetta siitä, kuinka video kohtaa yhteistyökumppaneiden odotusten kanssa, kuinka sovitut asiat toteutuvat, kuinka hyvin video soveltuu kotihoidon ympäristöön ja onko se tarpeeksi laadukas opetusvideoksi kotihoitoon. Arviointi kirjoitettiin työhön auki, jotta tätä kehittämistyötä myöhemmin hyödyntävät voivat huomioida arvioinnissa esiin tulleita asioita ja kehittää omaa työtään tämän pohjalta.

7 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen perustana toimii tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus. Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena on tuottaa niin luotettavaa tietoa kuin mahdollista. Tutkimusta tarkasteltaessa arvioidaan, kuinka hyvin tässä on onnistuttu - kuinka todenmukaista ja luotettavaa tietoa tutkimuksella on saatu. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta tutkimuksen kriittinen tarkastelu on erityisen tärkeää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211; Kylmä & Juvakka 2007, 67.)

7.1 Eettisyys

Eettisyyspohdinta alkaa jo tutkimusaihetta valittaessa, koska aiheen tulisi olla yhteiskunnallisesti merkittävä. Tutkimuksen eettisyyttä tukee se, että tutkija on aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja aihe kiinnostaa häntä. Tutkijan tulee myös olla kriittinen lähteidensä suhteen. Tutkijan tulee esittää tutkimuslöydöksensä rehellisesti, eikä hän saa väärentää tutkimustulosta. Eettisyyden näkökulmasta tutkimuksen tulee olla ihmisarvoa kunnioittavaa, eikä tutkimuksesta saa koitua haittaa tai vaaraa kenellekään - tutkittavan hyvinvointi on aina tiedettä tai yhteiskunnallista etua tärkeämpää. Tutkimusta tehtäessä täytyy huomioida myös kollegiaalinen ja moniammatillinen arvostus - tutkijoiden tulee kunnioittaa toisiaan, yhteistyökumppaneitaan ja muita tutkimusprosessissa mukana olevia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-213.) Jos tutkimuksen eettisyys kärsii, vaarantaa se koko tutkimuksen onnistumisen. Tutkimusta tehdessään tutkija joutuu pohtimaan valintojensa eettisyyttä - eettisyyspohdinnat kulkevat tutkijan mukana koko tutkimusprosessin ajan. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Tutkimusta tehtäessä on perehdyttävä kohdeorganisaation lupamenettelyihin, koska tutkimuskäytännöt voivat vaihdella eri organisaatioiden välillä. Yleensä tutkimuslupa haetaan kohdeorganisaation ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Lupahakemusta haettaessa tulee myös varmistaa, saako kohdeorganisaation nimeä mainita tutkimustyössä. Tutkimusta tehtäessä täytyy tutkittavalta aina olla suostumus tutkimukseen. Silloin kun tutkittavana on hoitohenkilöstö, ei eettisen toimikunnan lausuntoa yleensä tarvita. Eettiseltä toimikunnalta voidaan hakea hyväksyntää tutkimuksen eettisyydestä, mikäli tutkittavana ovat potilaat tai asiakkaat. Ensisijaisesti tutkimuksen eettisyyden arvioiminen kuuluu kuitenkin tutkijalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222-223; Jyväskylän yliopisto 2019.)

Koska kehittämistyössä tutkimuskohteena oli hoitohenkilöstö, ei kehittämistyöhön tarvittu eettisen toimikunnan lausuntoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Tampereen kaupungin kotihoidosta tehtäviin tutkimuksiin tarvitaan tutkimuslupa. Tutkimuslupa tuli olla hyväksyttynä ennen, kuin aineiston kerääminen voitiin aloittaa. Tutkijan on oltava henkilökohtaisesti yhteydessä tutkittavaan yksikköön ja tutkimuksesta on sovittava yksikön yhteishenkilön kanssa etukäteen. Tutkimuslupahakemukseen tuli liittää kehittämistyön suunnitelma. Koska kehittämistyöstä ei saa maksullista korvausta Tampereen kaupungilta, ei ollut tarpeellista kirjoittaa tutkimussopimusta. (Tampereen kaupunki 2021.)

Kehittämistyöhön kerättiin tietoa kohderyhmältä, lähihoitajilta kyselyn avulla. Kyselyssä oli tarkoitus kartoittaa Tampereen kaupungin kotihoidon keskustan alueen lähihoitajien tajuttomuuden tunnistamista sekä elvytysosaamista. Tämän lisäksi kyselyllä kerättiin lähihoitajien toiveita opetusvideon toteutukseen. Kysely toteutettiin Microsoft Formsilla, jonka myös kehittämistyön työelämäohjaajat ovat hyväksyneet. Kyselyyn tuli saatekirje, jossa

lähihoitajille kerrottiin, ketkä tietoa keräävät ja mihin tarkoitukseen. Kyselyyn vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja anonymiteettiin, jota myös Forms-sovellus tukee.

Opetusvideo kuvattiin toisen kehittämistyön tekijän isovanhemman kotona. Kuvausympäristön käytöstä oli sovittu etukäteen asianomaisten kanssa ja siitä kirjoitettiin kirjallinen sopimus. Koska opetusvideo kuvattiin yksityishenkilön kotona, oli huomioitava kodin omistajan yksityisyys ja turvallisuus. Tästä syystä videon kuvaamisen yhteydessä varmistettiin, ettei videolta voi tunnistaa kodin sijaintia. Kuvausympäristöä valmistellessamme pidimme myös tärkeänä, että esillä olevat valokuvat ja muut arvoesineet oli laitettu syrjään. Otimme myös kodin omistajan toiveet huomioon kuvausympäristöä valmistellessamme.

Opetusvideolla näytteli toinen kehittämistyön tekijä sekä hänen isovanhempansa. Koska toinen näyttelijöistä oli ulkopuolinen, oli hänen kanssaan kirjoitettu kirjallinen sopimus. Kuvattavan elvytystilanteen näyttelijän ruumiillisten haittojen poissulkemiseksi näyttelijä korvattiin elvytystilanteessa Anne-elvytysnukella. Anne-elvytysnukan saimme ystävällisesti lainaan Suomen Punaisen Ristin Tampereen osastolta.

7.2 Luotettavuus

Tutkimuslähteitä on tarkasteltu lähdekriittisesti. Lähteinä on käytetty paljon tunnettujen ja arvostettujen kustantamojen kirjoja. Sähköisten lähteiden valinnassa on suosittu tunnettujen toimijoiden, kuten Opetus- ja kulttuuriministeriön ja Tampereen kaupungin, tuottamia lähteitä. Lähteitä käytettäessä on pyritty palaamaan alkuperäiselle lähteelle, eikä ole käytetty jonkun toisen tulkintaa lähteestä. Kehittämistyön lähteinä on käytetty tuoreita, n. 5-10 vuoden aikana tuotettuja materiaaleja paria lähdeä lukuun ottamatta. Jokaista aihealuetta käsiteltäessä on käytetty useampia lähteitä.

Koska kehittämistyö oli kehittämisprosessi, haluttiin kehittämisvaiheessa huomioida myös kohderyhmän mielipiteet ja ajatukset. Tästä syystä Tampereen kaupungin kotihoidon keskustan alueen lähihoitajille teetettiin Forms-kysely, jossa kartoitettiin lähihoitajien työkokemusta, aiempaa kokemusta reagoimattoman asiakkaan hoidosta, tietämystä ABCDE-menetelmästä sekä toiveita opetusvideolle. Tampereen kaupungin kotihoidon keskusta-alueen lähihoitajilla teetetty kysely perustui vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen. Kysely perustui anonymiteettiin, joka suojelee haastateltavien yksityisyyttä. Kaikilla haastateltavien tiimien lähihoitajilla oli yhteneväiset mahdollisuudet vastata haastatteluun ilman, että tutkimustulosta hyödyntäviä tai haittaavia tekijöitä rajattiin pois.

Opetusvideon käsikirjoitus kirjoitettiin alan kirjallisuuteen nojaten ja käsikirjoitus luetutettiin kahdella ensihoitajalla, jotka toivat näkemyksiään esille. Ensihoitajat työskentelevät etulinjassa kyseisten potilasryhmien hoidossa, joten heillä on koulutuksen ja kokemuksen kautta hyvä näkemys tällaisista tilanteista. Heiltä saatiin hyviä näkökulmia ja vinkkejä asioihin,

joita opetusvideolla olisi hyvä painottaa - tällaisia asioita olivat muun muassa tajuttoman asiakkaan hengityksen seuraamisen painottaminen ja aistienvärisen seurannan tärkeyden huomioiminen.

Opetusvideosta haluttiin laadukas ja hyvin toteutettu. Tästä syystä kuvaajaksi ja editoijaksi pyydettiin ulkopuolinen medianomi. Kuvaus- ja editointiprosessista vastaavan medianomin kanssa kirjoitettiin kirjallinen sopimus, jossa käsiteltiin aikataulu ja palkkio. Kuvaaja on tietoinen opetusvideon käyttö- ja jakamistarkoituksesta. Kuvaajalle annettiin myös aikaa tutustua käsikirjoitukseen ja opinnäytetyön suunnitelmaan.

Opetusvideo lähetettiin arvioitavaksi ohjaaville opettajille, Tampereen kaupungin kotihoidon päällikölle sekä palvelusesimiehelle. Arviointi kirjattiin ylös, jotta myöhemmin samasta aiheesta tutkimustyötä tekevät voisivat sitä hyödyntää. Kokonaispalaute oli hyvää. Opetusvideo oli palautteen mukaan selkeä ja rauhallinen. Lisäksi ympäristö ja toiminta olivat aidon oloisia. Kehitysideoita saatiin muutamia, kuten simulaatio sanan vaihtaminen selkokielelle, sekä sisällön lisääminen opetusvideon alkuun. Nämä huomiot toteutettiin vielä opetusvideolla. Kehittämissideoina tuli esiin hätäsiirron opettaminen opetusvideolla sekä mahdollisen simulaatioharjoituksen järjestäminen.

8 Pohdinta ja arviointi

8.1 Kehittämistyöprosessin pohdinta

Kehittämistyö lähti liikkeelle siitä, kun päätimme valita työn toteutustavaksi toiminnallisen ja vielä tarkemmin, videon muodossa tehtävän kehittämistyön. Lähdimme pohtimaan aihetta, joka soveltuisi opetusvideoksi. Halusimme hyödyntää kummankin osaamisaluetta - kotihoitoa ja ensihoitoa. Idea aiheesta syntyi nopeasti, kun keksimme kehittää opetusvideon kotihoitoon tajuttoman ja elottoman potilaan tutkimisesta ja hoitamisesta. Aihetta ehdotimme Tampereen kaupungin kotihoidon päällikölle, joka puolsi ideaamme. Kun olimme saaneet kehittämistyöllemme toimeksiantajan, esittelimme idean vielä ohjaaville opettajillemme.

Kehittämistyötä on ollut todella opettavaista tehdä. Lähdimme prosessiin avoimin ja ehkä hieman naiivein mielin. Aluksi ajattelimme, että kehittämistyön tekeminen olisi melko nopeaa ja mutkatonta. Olimme molemmat kehittämistyön ohella sekä työharjoitteluissa että työelämässä, mikä loi aikataulullisia haasteita. Aluksi teimme kehittämistyötä poikkeuksetta kirjastossa ja ajattelimme, että työtä tehdessä meidän täytyisi olla fyysisesti läsnä. Kirjastossa tutkimusmateriaalit olivat myös helposti käytössämme, mikä helpotti tiedonhakuja. Koronarajoitukset muuttivat suunnitelmia ja tällöin otimme myös ottaa Teams-puhelut käyttöömme. Tämä helpotti työskentelyä todella paljon, koska aikataulu oli helpompi sovittaa yhteen. Kirjastojen sulkeutuminen toi mukanaan haasteet kehittämistyön kannalta relevanttien

materiaalien löytämiseen, koska kirjat piti varata ainoastaan nimen ja esittelytekstin perusteella - useat varaamamme kirjat osoittautuvatkin kehittämistyön kannalta hyödyttömiksi. Onneksi materiaalia löytyi hyvin myös internetistä.

Kehittämistyön edetessä opinnäytetyöseminaarit osoittautuivat kehittämistyön etenemisen kannalta ratkaiseviksi. Seminaareista saimme ohjaavilta opettajilta todella paljon ohjausta ja palautetta työstä, jonka avulla pääsimme taas ongelmakohtien yli ja työ lähti etenemään sujuvasti. Alkukevät oli kehittämistyön kannalta rankinta aikaa, kun aikataulu venyi ja usko työn valmistumiseen horjui. Toinen toistamme tukien pääsimme yli vaikean ajan, ja työ lähti taas sujumaan omalla painollaan.

Tiimityöskentely on sujunut luontevasti ja moitteettomasti. Kehittämistyöhön lähtiessämme tiesimme toistemme vahvuudet, heikkoudet ja tavat työskennellä - tämä on helpottanut yhteistyötä. Olemme hyödyntäneet omia vahvuusalueitamme työnjakoa tehtäessä, mutta olemme myös astuneet epä mukavuusalueillemme ja oppineet uutta. Olemme pystyneet keskustelemaan myös vaikeammista asioista kehittämistyön tekemisen tiimoilta ja olemme ratkaisseet ongelmia yhdessä ja toisiamme tukien. Olemme molemmat kehittyneet rakentavan palautteen antamisessa ja vastaanottamisessa.

Kehittämistyö on yllättänyt meidät laadullaan positiivisesti. Sekä tekstiosio että opetusvideo ovat mielestämme hyvin ja tarkasti tehtyjä. Yllätyimme hieman, kun teoreettista viitekehystä täytyi alussa tiivistää melko paljon, mutta nyt sitä tarkastellessa tuntuu, että tiivistys oli todella tarpeen. Teksti on asiallista ja helppolukuista, kappaleet hyvin jaoteltuja ja kokonaisuus selkeä. Videosta tuli sellainen millaiseksi sen kuvittelimme. Se on selkeä ja asiat on siinä esitetty tarpeeksi yksinkertaisesti.

8.2 Opetusvideon tarkastelu

Opetusvideolla kotihoidon lähihoitaja tulee ikäihmisen luokse kotikäynnille. Lähihoitaja kohtaa kohteessa asiakkaan, joka ei reagoi puhutteluun eikä käsittelyyn. Opetusvideon ensimmäisessä osiossa lähihoitaja tutkii asiakkaan ABCDE-menetelmän avulla ja toteaa asiakkaan tajuttomaksi. Lähihoitaja toimii ensimmäisessä osiossa tajuttoman hoidon ohjeistuksen mukaisesti ja kääntää asiakkaan näin ollen kylkiasentoon ja soittaa hätäkeskukseen. Toisessa osiossa lähihoitaja toteaa asiakkaan elottomaksi tämän hengittämättömyyden vuoksi ja hätäpuhelun jälkeen aloittaa paineluvelvytyksen. Opetusvideolla tulee kummankin osion jälkeen tietoisu tajuttomuuden ja elottomuuden yleisimmistä syistä. Videon lopussa näytölle tulee vielä still-kuvana ABCDE-menetelmä, joka puhutaan auki.

Opetusvideon pituudeksi olimme ajatelleet alle 12 minuuttia, mutta lopun ABCDE-tietoisuuden vuoksi videon pituus venyi 16 minuuttiin. Emme kuitenkaan halunneet tiivistää videota suunnittelemaamme alle 12 minuuttiin, sillä pidämme ABCDE-tietoisuutta tärkeänä. Saimme

pidettyä videon sisällön tästä huolimatta tiiviinä, eikä aihe lähtenyt rönsyilemään. Video soveltuu pituudeltaan sekä opetus- että perehdytysvideoksi. Videota on myös helppo kelata ja siihen on helppo palata otsikoinnin vuoksi.

Opetusvideo kuvattiin pääasiallisesti sisätiloissa. Koska videon ääni äänitettiin myöhemmin, ei sen kuvaamisessa tarvinnut huomioida ulkopuolisia ääniä. Ammattikuvaajan välineistön vuoksi myös valotus oli kunnossa, eikä meidän tarvinnut puuttua siihen. Ammattikuvaaja hoiti pääasiallisesti kaikki kuvaamiseen liittyvät erityishuomiot, kuten kuvakulmat. Ammatillisesta oli todella suuri apu sekä kuvaamisessa että videon editoinnissa. Videon äänitteen äänittäminen oli oletettua haastavampaa ja siihen kului kokonainen päivä.

Jälkikäteen opetusvideota katsoessamme huomasimme, että Anne-nuken rintakehän painelukohta näyttäytyy videolla hieman vääränä. Kuvaustilanteessa valitsimme kohdan tarkasti, mutta luulemme, että videolla käytetty kuvakulma on saanut aikaan sen, että painelukohta ei näyttäydy täysin oikeana. Anne-nuken rintakehä myös painautuu hieman enemmän toiselle rinnalle, vaikka painelukohta olikin rintakehän keskellä. Lisäksi Anne-nuken hengitystiet eivät pysyneet auki nuken ominaisuuksien vuoksi. Edellä mainitut kohdat ovat ainoat videolla huomaamamme luotettavuutta heikentävät tekijät.

Videolla toteutuu kotihoidossa näyttäytyvä todellinen miljöö ja asiakkaana toimii ikäihminen, joten tämä tukee videon luotettavuutta ja realistisuutta. Mielestämme video on laadukkaasti suunniteltu, kuvattu ja editoitu. Videota on mielenkiintoista katsoa ja asiat on siinä selitetty yksinkertaisesti ja johdonmukaisesti. Emme halunneet huomioida opetusvideolla vallitsevaa koronatilannetta, sillä halusimme videosta monivuotisen ja ajattoman. Kuvaushetkellä vallitsevat koronasuosituksukset kuitenkin huomioitiin.

Lähteet

Painetut

- Aaltonen J. 2018. Käsikirjoittajan työkalut. 4. uudistettu painos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.
- Alanen P., Jormakka J., Kosonen A. & Saikko S. 2018. Oireista työdiagnoosiin. 1.-3. -painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Castrén M., Helveranta K., Kinnunen A., Korte H., Laurila K., Paakkonen H., Pousi J. & Väisänen O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Ikonen E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. painos. Keuruu: Otava Oy.
- Järvelä J. 2018. Mikä muuttuu, kun lähihoitajakoulutus elokuussa uudistuu? Super 6-7/2018, 40-41.
- Kaasalainen S. 2019. Sote - hallinnon himmelissä. Helsinki: Into Kustannus Oy.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuisma M., Holmström P., Nurmi J., Porthan K. & Taskinen T. 2018. Ensihoito. 6.7. -painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Ojanen K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2015. Kehittämistyön menetelmät - Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Pursiainen S. 2015. Lähihoitajana yhteiskunnassa. 4. painos. Helsinki: Edita.
- Vilkkä H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sähköiset

- Ailio J. 2015. Vähän parempi video - opas laadukkaaseen videon suunnitteluun ja toteutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 102. Turku AMK. Viitattu 24.2.2021. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165831.pdf>
- Hankonen R. 2018. Ennakoi muutokset potilaan voinnissa - laske pisteet. Tehy-lehti 27.3.2018 (verkkojulkaisu). Viitattu 12.2.2021. <https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/ennakoi-muutokset-potilaan-voinnissa-laske-pisteet>

- Hannikainen K. 2018. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Suomen sosiaalinen tila -raporttisarja 1/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.11.2020.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136061/URN_ISBN_978-952-343-067-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hirvonen O. & Pöyhiä R. 2016. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös - uskallanko ottaa puheeksi? Duodecim-lehti 9/2016. Helsinki: Duodecim. 844-849. Viitattu 24.2.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13107>
- HUS 2020. Juuri julkaistu: Sydänpysähdyksen elvyttämisestä harvoin apua iäkkäille. Uutinen 13.2.2020. HUS. Viitattu 24.2.2021. <https://www.hus.fi/ajankohtaista/juuri-julkaistu-sydanpysahdyksen-elvyttamisesta-harvoin-apua-iakkaille>
- Hänninen J. 2011. DNR vai AND. Lääkärilehti 41/2011. 3004. Viitattu 25.2.2021.
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/dnr-vai-and/>
- Ihalainen J. & Kaistinen S. 2017. Kutsukaa mobiilihoitaja! Viitattu 9.11.2020.
<https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/blogit/8G7bTebS.html>
- JAMK 2021. Kirjoittamisprosessi. Viitattu 24.2.2021.
<https://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/3-kirjoittamisprosessi/>
- Jyväskylän yliopisto 2019. Mitä eettisen toimikunnan lausunto tarkoittaa? Viitattu 21.2.2021.
<https://www.jyu.fi/fi/tutkimus/tutkimuspalvelut/tutkimushallinto/tutkimusetiikan-tukipalvelut/ihmistieteiden-eettinen-toimikunta/eettinen-ennakoarviointi-tutkimukselle/mita-lausunto-tarκοittaa>
- Kantola T., Norrgård M., Kupari P. 2019. Peruselintoimintojen arviointi ABCDE-työkalua käyttäen. Sairaanhoidajapäivät 2019. Viitattu 21.1.2021.
<https://sairanhoidajapaivat.fi/wp-content/uploads/sites/27/2019/03/sairanhoidajapaivat-2019-luennot-2.pdf>
- Korkiakangas E. & Vanhanen M. 2014. Akuuttitilanteet ikääntyneen hoitotyössä. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.12.2020.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/84716/ePooki%2030_2014_Akuuttitilanteet%20ikaantyneen%20hoitotyossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Käypä hoito -suositus 2016. Elvytys. Helsinki: Duodecim. Viitattu 21.1.2021 & 8.5.2021.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi17010>

- Lääkehoito kotihoidossa 2018. Kohota. Viitattu 8.1.2021. <http://kohota.fi/wp-content/uploads/2018/08/KOHOTAL%C3%A4%C3%A4kehoito-kotihoidossa.pdf>
- Miettinen E. & Utriainen S. 2016. Tiivistä ydin ja konkretisoi teoria - Millainen on hyvä opetusvideo? Opinnäytetyö. Tampereen Ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.2.2021. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121302/Miettinen_Erno_Utriainen_Sampo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Miettinen S. 2020. Koronavirus-epidemian vaikutuksista kotihoidon palveluihin. Viitattu 3.1.2021. https://www.tampere.fi/tiedostot/k/6LaSP4mXb/Koronavirus_tiedote_kotihoidon_asiakkaille.pdf
- Opetus- ja kulttuuriministeriö 2021. Ammatillisen koulutuksen reformi. Viitattu 7.1.2021. <https://minedu.fi/amisreformi>
- Oppiportti 2021. Päivystystilanteet kotihoidossa. Verkkokurssi. Viitattu 8.5.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/dvk00209/avaa>
- Palvelumuotoilu Palo 2018. Palvelumuotoilun prosessin vaiheet. Blogiteksti 8.12.2018. Viitattu 2.2.2021. <https://www.palvelumuotoilupalo.fi/blogi/2018/1/31/palvelumuotoilun-vaiheet>
- Palvelumuotoilu Palo 2021. Mitä palvelumuotoilu on? Viitattu 2.2.2021. <https://www.palvelumuotoilupalo.fi/palvelumuotoilu>
- Pirnes T. 2018. Opetusvideoiden käyttäminen ammatillisessa koulutuksessa. Pro gradu - tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 24.2.2021. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57812/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201805022415.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Punainen Risti 2021. Toimintaohje - Tajuton mahallaan. Viitattu 5.5.2021. https://rednet.punainenristi.fi/system/files/page/05_Toimintaohje_tajuton_mahallaan.pdf
- Sarell N. 2019. Lähihoitajien koulutuksessa mielipuolinen asetelma - ”On korkea kynnyks hakea töitä, kun taidot eivät riitä”. Viitattu 7.1.2021. <https://duunitori.fi/tyoelama/lahihoitajat-koulutus>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 3.1.2021.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 8.11.2020.

<https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Suomen seniorihoiva 2020. Vanhusten yleisimmät sairaudet. Viitattu 21.12.2020.

<https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/ikaantyneiden-sairaudet/vanhusten-yleisimmat-sairaudet/>

Superliitto 2020. Lähihoitaja on moniosaaja. Viitattu 8.11.2020.

<https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/lahihoitaja-on-moniosaaja/>

Superliitto 2021. Lähihoitajan työ. Viitattu 7.1.2021.

<https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/>

Tampereen kaupunki 2020a. Kotihoito. Viitattu 8.11.2020. [https://www.tampere.fi/sosiaali-](https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/apua-kotiin/kotihoito.html)

[ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/apua-kotiin/kotihoito.html](https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/apua-kotiin/kotihoito.html)

Tampereen kaupunki 2020b. Mitä kotihoito on? Viitattu 8.11.2020.

<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/apua-kotiin/kotihoito/palvelut.html>

Tampereen kaupunki 2020c. Kotihoidon esimiehet. Viitattu 8.11.2020.

<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/apua-kotiin/kotihoito/esimiehet.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020a. Kotihoito. Viitattu 6.11.2020.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020b. Kotihoito 2019. Viitattu 6.11.2020.

<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>

Terveyskirjasto 2018. DNR-päätös. Viitattu 25.2.2021.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180

Tilastokeskus 2020. Väestö. Viitattu 22.12.2020.

https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Valvira 2020. Ammattioikeudet. Viitattu 7.1.2020.

<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Vähäkangas, P., Niemelä, K., Mäkelä, M. & Noro, A. 2017. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen. Raportti 13/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.11.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135810/URN_ISBN_978-952-302-981-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kuviot

Kuvio 1: Tajuttomuuden syiden muistisääntöjä VOI IHME & MIDAS (Castrén ym. 2012, 163). .	10
Kuvio 2: AVPU-taulukko (Alanen ym. 2018, 21).	13
Kuvio 3: Palvelumuotoiluprosessin vaiheet (Palvelumuotoilu Palo 2021).	19
Kuvio 4: Forms-kysely: Työkokemus vuosina hoitoalalta?	21
kuvio 5: Forms-kysely: Oletko koskaan kotihoidossa työskennellessäsi kohdannut tajutonta tai elotonta asiakasta?	22
kuvio 6: Forms-kysely: Koetko osanneesi toimia tilanteessa oikein?	23
kuvio 7: Forms-kysely: Jos nyt kohtaisit tajuttoman tai elottoman, koetko että osaisit toimia tilanteessa oikein?	23
kuvio 8: Forms-kysely: Oletko kuullut ABCDE-menetelmästä?	24
kuvio 9: Forms-kysely: Osaisitko toimia ABCDE- menetelmän mukaisesti?	24
kuvio 10: Forms-kysely: Oletko kuullut Oppiportissa suoritettavasta kurssista?	24
kuvio 11: Forms-kysely: Oletko suorittanut kyseisen kurssin Oppiportista?	25

Liitteet

Liite 1: Kyselyn saatekirje	43
Liite 2: Forms-kysely	44
Liite 3: Opetusvideon käsikirjoitus	46

Liite 1: Kyselyn saatekirje

Hyvät lähihoitajat!

Olemme kaksi loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyöksemme opetusvideota Tampereen kaupungin kotihoidolle reagoimattoman asiakkaan kohtaamisesta ja hoitamisesta yhteistyössä Tampereen kaupungin kotihoidon kanssa.

Opetusvideon tarkoituksena on vahvistaa Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajien osaamista ja toimintaa reagoimattoman asiakkaan hoidossa. Toinen opinnäytetyön tekijöistä on työskennellyt useamman vuoden ajan Tampereen kaupungin kotihoidossa ja on kokenut, että tällaisiin tilanteisiin kaivattaisiin lisää opetusmateriaalia ja tukea - tästä syystä lähdimme kehittämään opetusvideota.

Kaipaisimme teidän apuanne ja mielipiteitänne hyvän ja laadukkaan opetusvideon luomiselle. Olemme kehittäneet lyhyehkön kyselyn, jonka kysymykset ovat sekä avoimia että suljettuja. Kyselyn avulla haluamme kartoittaa lähihoitajien tarpeita opetusvideon sisällön suhteen. Kysely etenee sen mukaan, mitä vastaatte - osa kysymyksistä haarautuvat edellisten vastausten mukaan. **Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 2-5 minuuttia. Kysely perustuu vapaaehtoisuuteen ja anonyymiteettiin eli nimettömyyteen. Vastausaikaa kyselyn täyttämiseen on perjantaihin 26.3.2021 asti.**

Kyselyyn pääsette [tästä](#)

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne! 😊

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelijat Eeva Mäkinen ja Ronja Kuokkanen
Laurea-ammattikorkeakoulu

Liite 2: Forms-kysely

Reagoimaton asiakas kotihoidossa

Hyvä lähihoitaja, kaipaisimme sinun apuasi ja mielipidettäsi hyvän ja laadukkaan opetusvideon luomiselle, jossa käsitellään reagoimattoman asiakkaan kohtaamista kotihoidossa. Olemme kehittäneet lyhyehkön kyselyn, jonka kysymykset ovat sekä avoimia että suljettuja. Kyselyn avulla haluamme kartoittaa lähihoitajien tarpeita opetusvideon sisällön suhteen. Kysely etenee sen mukaan, mitä vastaatte, joten osa kysymyksistä haarautuvat edellisten vastausten mukaan. Vastaamiseen kuuluu aikaa 2-5 minuutin ajan ja vastaaminen onnistuu mobiililaitteella tai pöytäkoneelta.

* Pakollinen

1. Työkokemus vuosina hoitoalalta? *

- 0-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 10-15 vuotta
- 15-20 vuotta
- yli 20 vuotta

2. Koska olet viimeksi ollut työnantajan järjestämässä ensiapukoulutuksessa? *

3. Oletko koskaan kotihoidossa työskennellessäsi kohdannut tajutonta tai elotonta asiakasta? *

- kyllä
- en

4. Koetko osanneesi toimia tilanteessa oikein?

- kyllä
- en

5. Jos nyt kohtaisit tajuttoman tai elottoman, koetko että osaisit toimia tilanteessa oikein? *

- kyllä
- en

6. Oletko kuullut ABCDE -menetelmästä? *

kyllä

en

7. Osaisitko toimia ABCDE -menetelmän mukaisesti? *

kyllä

en

8. Oletko kuullut Oppiportissa suoritettavasta kurssista "Päivystystilanteet kotihoidossa"? *

kyllä

en

9. Oletko suorittanut kyseisen kurssin Oppiportista?

kyllä

en

10. Mitä toivoisit käsiteltävän tajuttoman ja elottoman hoitoa käsittelevällä opetusvideolla? *

11. Millaiset opetustavat tukevat oppimistasi? *

Tämä ei ole Microsoftin luomaa tai suosittelemaa sisältöä. Lähettämäsi tiedot lähetetään lomakkeen omistajalle.

Liite 3: Opetusvideon käsikirjoitus

Roolit:

Lähihoitaja: Eeva Mäkinen
Ikäihminen: Aili-mummo/Anne-nukke
Ensihoitaja: Ronja Kuokkanen
Ääninäyttelijä: Ronja Kuokkanen

Videolla Eevan toiminta kulkee synkronoidusti ääninäyttelijän ohjeiden ja kerronnan kanssa. Video on mykistettynä ääninäyttelijän ääntä lukuun ottamatta.

Musta teksti: Kuvaa tapahtumia.

Punainen teksti: Vuorosanat.

Sininen teksti: Videon teknisiä huomioita.

Tekstilaatikoilla tarkoitetaan videolle tulevia pieniä huomiolaatikoita, jotka ovat taustaltaan valkoisia ja niihin tulee mustalla tekstillä hoidon kannalta tärkeitä asioista.

Aloituskohtaus (kesto kaiken kaikkiaan max. 45 sekuntia)

Eeva ajaa asiakaskäynnille 90-vuotiaalle Aili-mummolle. Eeva ajaa asiakkaan pihaan, parkkeeraa auton ja tarkistaa autossa istuessaan vielä kännykältä edellispäivän käyntien kirjaukset sekä asiakkaalle laaditun hoitosuunnitelman. **Kohtaus kuvataan apukuljettajan takapenkiltä.**

Ääninäyttelijä-Ronja: Tarkista aina ennen kohteeseen menoa asiakkaan hoitosuunnitelma, hoidonrajaukset sekä viimeisimmät kirjaukset ja mittaukset. Näin olet selvillä asiakkaan viimeaikaisesta voinnista. Ruudulle teksti: Tarkista aina asiakkaan hoitosuunnitelma, mahdolliset hoidonrajaukset, viimeisimmät kirjaukset ja vitaalit. Videolla äänet päällä.

Eeva nousee autosta ja siirtyy apukuljettajan puolelle tarkistamaan repustaan, että kaikki hoitovälineet ovat mukana. **Kohtaus kuvataan takarenkien kohdalta keulaan päin, Eevan sivuprofiilia ja apukuljettajan penkkiä kuvaten niin, että kuvasta näkyy, kun Eeva penkoo reppuaan.**

Ääninäyttelijä-Ronja: Tarkista, että tarvittavat hoitovälineet, kuten verenpaine- ja verensokerimittarit ovat mukana. Ruudulle teksti: tarkista, että tarvittavat hoitovälineet ovat mukana.

Eeva siirtyy autolta asiakkaan ovelle. **Kuvataan Eevaa muutaman sekunnin ajan niin, että ympäristöä ei ole tunnistettavissa.** Eeva avaa asiakkaan avaimella asiakkaan kotioven. **Kuvataan**

muutaman sekunnin ajan lähietäisyydeltä lukkoa ja oven avaamista niin, että talo ei ole tunnistettavissa. Oven avaamisen aikana pysäytetyn kuvan päälle teksti: Reagoimaton asiakas kotihoidossa - opetusvideo Tampereen kaupungin kotihoidon lähihoitajille - Eeva Mäkinen & Ronja Kuokkanen.

Tajuttoman ensiapu -kohtaus:

Eeva astuu eteiseen ja riisuu ulkovaatteitaan. [Kuvataan sisältä eteiseen päin.](#)

Eeva: Huomenta Aili! Eeva täällä kotihoidosta (huutelee eteisestä asuntoon). Ääni kuuluu.

Ääninäyttelijä-Ronja: Asiakkaan kohtaamisen tulisi alkaa aina puhuttelulla. Eevan huhuilee Ailia.

Eeva ihmettelee, kun Aili ei vastaa tervehdykseen ja siirtyy peremmälle asuntoon etsiäkseen häntä. Eeva löytää Ailin makuuhuoneesta, sängyn vierestä vatsamakuulta. [Kuvataan niin, että maassa makaava asiakas näkyy.](#) Eeva kiirehtii Ailin luokse.

Näytölle pysähtyneen kuvan päälle teksti ”Tajuttoman ensiapu”

Eeva: Aili! Aili, herää! Eevan ääni on mykistettynä, ruudulle tulee pieneen laatikkoon teksti ”Herättele kuuluvasti”.

Ääninäyttelijä-Ronja: Herättele, ravistele ja testaa asiakkaan kipureaktiota.

Eeva: Aili! Aili, herää! Eevan ääni mykistettynä. Eeva ravistelee asiakasta saman aikaisesti hartioista ja kokeilee asiakkaan kipureaktiota.

Ääninäyttelijä-Ronja: Avaa asiakkaan hengitystiet ja tunnustele hengitystä. Eeva kokeilee Ailin hengitystä.

Ääninäyttelijä-Ronja: Käännä asiakas selinmakuulle. Huomioi asiakkaan mahdolliset liikerajoitukset käännettäessä. Ruudulle tekstilaatikko ”Käännä asiakas selinmakuulle, jotta voit vielä varmistua asiakkaan hengityksestä”. Eeva kääntää Ailin selälleen.

Ääninäyttelijä-Ronja: Avaa asiakkaan hengitystiet nostamalla asiakkaan leukaa ja painamalla otsasta päälakea alaspäin. Tunnustele asiakkaan hengitystä poskella tai kämmenselällä. Kun asiakas ei hengitä ei pulssia tarvitse enää tunnustella. Eeva avaa asiakkaan hengitystiet ja tunnustelee hengitystä. Tekstilaatikko ”Avaa hengitystiet ja tunnustele hengitystä”.

Ääninäyttelijä-Ronja: Kun asiakas hengittää, käännetään hänet kylkiasentoon. Laita asiakkaan itsesi puoleinen käden 90 asteen kulmaan. Tekstilaatikko: Käännä asiakas kylkiasentoon.

Ääninäyttelijä-Ronja: Laita kauimmaisen jalan polvi koukkuun ja kauimmainen käsi henkilön rintakehän päältä toiselle olkapäälle. Tekstilaatikko: Käsi rintakehän päältä kohti olkapäätä. [Kuvataan kauempaa kokonaisuutta.](#)

Ääninäyttelijä-Ronja: Ota asiakkaan koukussa olevasta polvitaipeesta tai lantiosta ja kauimmaisesta olkapäästä kiinni ja käännä asiakkaan kyljelle itseäsi kohti. Asiakkaan päällimmäinen, koukussa oleva, polvi tuodaan vartalon eteen koukkuun tukemaan hyvää kylkiasentoa.

Ääninäyttelijä-Ronja: Hengitystiet avataan uudelleen kohottamalla leukaa ylöspäin. Samalla tunnustellaan, että hengitys kulkee edelleen esteettömästi.

Ääninäyttelijä-Ronja: Tuodaan asiakkaan päällimmäinen käsi posken alle tukemaan hyvää pään asentoa. Tunnustellaan vielä kertaalleen hengityksen kulku. [Kuvaa lähietäisyydeltä.](#)

Ääninäyttelijä-Ronja: Kun hengitys on turvattu, soitetaan hätäpuhelu. Eeva kaivaa puhelimen esille ja painelee näytölle numerot 112. Ruudulle pieni laatikko: Soita hätäpuhelu.

Ääninäyttelijä-Ronja: Soita hätäpuhelu itse, kerro mitä on tapahtunut. Kerro tarkka osoite ja kunta. Vastaa hätäkeskuspäivystäjän esittämiin kysymyksiin. Kytke puhelimen kaiutin toiminto päälle ja jatka auttamista. Toimi annettujen ohjeiden mukaisesti. Lopeta puhelu vasta saatuasi luvan hätäkeskuspäivystäjältä. Opasta lisäapu paikalle. Soita uudelleen, jos tilanne muuttuu ennen avunsaapumista. Eeva kaivaa puhelimen esille ja painelee näytölle numerot 112. [Kuvataan puhelimen ruutua.](#) Ruudulle pieni laatikko, ”Soita hätäpuhelu” ja ”Kytke kaiutintoiminto päälle ja jatka auttamista”. Eeva puhuu puhelimeen mykistettynä.

Ääninäyttelijä-Ronja: Tutki asiakas ABCDE -menetelmän avulla. Tekstilaatikko: A - Airways - Hengitystiet, B - Breathing - Hengitys, C - Circulation - Verenkierto, D - Disability - tajunta, E - Exposure - Paljastaminen/Ympäristön havainnointi, nämä allekkain.

Ääninäyttelijä-Ronja: Hengitystiet avataan uudelleen kohottamalla leukaa ylöspäin. Samalla tunnustellaan, että hengitys kulkee edelleen esteettömästi. Tekstilaatikko yläreunaan A - Airways - Hengitystiet, ja hetken päästä uusi laatikko ”B - Breathing - Hengitys. Tekstilaatikko: ”Avaa hengitystiet ja tunnustele hengitystä”.

Ääninäyttelijä-Ronja: Tunnustele asiakkaan ranteesta sykettä. Tekstilaatikko yläreunaan C - Circulation - Verenkierto. Verenpainetasoa voit arvioida sykkeen tuntumisella - jos syke tuntuu ranteesta, on systolinen verenpaine yli 80 ja jos syke tuntuu vain kaulavaltimolla, on systolinen verenpaine yli 60. Tekstilaatikko: Tunnustele sykettä ja arvioi verenpainetasoa. Eeva toimii ohjeiden mukaisesti.

Ääninäyttelijä-Ronja: Testaa potilaan kipureaktiota uudelleen sormenpästä painamalla. Mittaa myös verensokerit, jos laitteisto on lähistöllä, sillä verensokereiden poikkeamat voivat olla tajuttomuuden taustalla. Tekstikenttä: Testaa kipureaktiota ja mittaa verensokerit. Tekstilaatikko yläreunaan D - Disability - Tajunnantaso. Kuvataan kauempaa kokonaisuutta, niin että tutkimukset kuitenkin erottuvat selkeästi.

Ääninäyttelijä-Ronja: Tarkista, näkykö asiakkaan iholla poikkeamia, kuten verenpurkauksia tai muita vammaanmerkkejä. Katso, onko asiakkaalla alla virtsoja tai ulostetta. Kokeile asiakkaan ihon lämpöä ja hikisyyttä tunnuksella ihoa. Tarkkaile ympäristöä - löytykö sieltä tajuttomuutta selittäviä lääkeainepakkauksia, alkoholia tai muita päihteitä. Tekstilaatikko yläreunaan E - Exposure - Paljastaminen.

Ääninäyttelijä-Ronja: Tärkeintä on kuitenkin turvata asiakkaan hengitys ja olla asiakkaan lähetyksellä koko ajan, erityisesti yksin kohteessa oltaessa. Tekstilaatikko yläreunaan Airways + Breathing.

Ensihoito saapuu paikalle ja ottaa hoitovastuun. Ensihoitajia kuvataan niin, että housuissa olevat logot eivät näy ja henkilöt eivät muutenkaan ole tunnistettavissa (esimerkiksi vain niin, että ensihoitajien jalat näkyvät elvytettävän vieressä polvista alaspäin?)

Tekstilaatikko tajuttomuuden yleisimmistä syistä: Vuoto kallon sisällä, hapenpuute, myrkytys, infektio, matala verensokeri, matala verenpaine, epilepsia, simulaatio (näyttelemine).

(Näyttö tummuu).

Elottoman ensiapu -kohtaus:

Eeva astuu eteiseen ja riisuu ulkovaatteitaan. Kuvataan sisältä eteiseen päin.

Eeva: Huomenta Aili! Eeva kotihoidosta täällä (huutelee eteisestä asuntoon). Ääni kuuluu.

Ääninäyttelijä-Ronja: Asiakkaan kohtaamisen tulisi alkaa aina puhuttelulla. Eevan huhuilee Ailia.

Eeva ihmettelee, kun Aili ei vastaa tervehdykseen ja siirtyy peremmälle asuntoon etsiäkseen häntä. Eeva löytää Ailin makuuhuoneesta, sängyn vierestä vatsamakuulta. Kuvataan niin, että maassa makaava asiakas näkyy. Eeva kiirehtii Ailin luokse.

Eeva: Aili! Aili, herää! Eevan ääni on mykistettynä, ruudulle tulee pieneen laatikkoon teksti ”Herättele kuuluvasti”.

Ääninäyttelijä-Ronja: Herättele, ravistele ja testaa asiakkaan kipureaktiota.

Eeva: **Aili! Aili, herää!** Eevan ääni mykistettynä. Eeva ravistelee asiakasta saman aikaisesti hartioista ja kokeilee asiakkaan kipureaktiota.

Ääninäyttelijä-Ronja: **Avaa asiakkaan hengitystiet ja tunnustele hengitystä.** Eeva kokeilee Ailin hengitystä.

Ääninäyttelijä-Ronja: **Käännä asiakas selinmakuulle. Huomioi asiakkaan mahdolliset liikerajoitukset käännettäessä.** Ruudulle tekstilaatikko ”Käännä asiakas selinmakuulle, jotta voit vielä varmistua asiakkaan hengityksestä”. Eeva kääntää Ailin selälleen.

Ääninäyttelijä-Ronja: **Avaa asiakkaan hengitystiet nostamalla asiakkaan leukaa ja painamalla otsasta päälakea alaspäin. Tunnustele asiakkaan hengitystä poskella tai kämmenselällä. Kun asiakas ei hengitä ei pulssia tarvitse enää tunnustella.** Eeva avaa asiakkaan hengitystiet ja tunnustelee hengitystä. Kuvan yläkulmaan tekstilaatikko ”A-Airways-Hengitystiet”. Tekstilaatikko ”Avaa hengitystiet ja tunnustele hengitystä”. ”Asiakas ei hengitä”

Ääninäyttelijä-Ronja: **Tarkista hoidonrajaukset ja soita hätäpuhelu. Jos asiakkaalla on DNR-päätös, soitetaan oman alueen sairaanhoitajalle lääkärille.** Ruudulle tekstilaatikko ”Tarkista hoidonrajaukset”.

Ääninäyttelijä-Ronja: **Soita hätäpuhelu itse, kerro mitä on tapahtunut. Kerro tarkka osoite ja kunta. Vastaa hätäkeskuspäivystäjän esittämiin kysymyksiin. Kytke puhelimen kaiutin toiminto päälle ja jatka auttamista. Toimi annettujen ohjeiden mukaisesti. Lopeta puhelu vasta saatuasi luvan hätäkeskuspäivystäjältä. Opasta lisäapu paikalle. Soita uudelleen, jos tilanne muuttuu ennen avunsaapumista.** Eeva kaivaa puhelimen esille ja painelee näytölle numerot 112. **Kuvataan puhelimen ruutua.** Ruudulle pieni laatikko, ”Soita hätäpuhelu” ja ”Kytke kaiutintoiminto päälle ja jatka auttamista”. Eeva puhuu puhelimeen mykistettynä.

Ääninäyttelijä-Ronja: **Aloita paineluelvytys hätäkeskuspäivystäjän ohjeiden mukaisesti. Varmista, että elvytettävä on kovalla alustalla selällään. Tee tarvittaessa hätäsiirto.** Tekstilaatikat: ”Aloita paineluelvytys”.

Ääninäyttelijä-Ronja: **Paljasta elvytettävän rintakehä. Aikuisella painelukohta on rintalastan keskellä niin, että toisen käden kämmenen tyvi tulee painelukohtaan ja toinen käsi sen päälle. Käsivarsien tulisi olla suorassa ja hartioiden kohtisuorassa elvytettävän rintakehän yläpuolella.** Eeva asettaa kädet oikealle kohdalle asiakkaan (Anne-nuken) rintalastalle saman aikaisesti. Tekstilaatikat: ”Palvelukohta on rintalastan keskellä”. ”Käsivarret suorassa elvytettävän rintakehän yläpuolella”. **Kuva nousee ylöspäin tai kuva siirtyy kauemmas, niin että käsivarret ja hartiat (oikea asento) näkyvät.**

Ääninäyttelijä-Ronja: **Painelussyvyys on viisi - kuusi senttiä.** Tekstilaatikko: ”Painelussyvyys on 5-6 cm”. Eeva painaa asiakkaan (Anne-nuken) rintalastaa alas

Ääninäyttelijä-Ronja: Rintakehän tulee palautua painallusten välissä täysin, mutta käsiä ei kuitenkaan tule irrottaa elvytettävän rintakehältä. Tekstilaatikko: ”Anna rintakehän palautua, mutta älä nosta käsiäsi rintakehältä”. Kuvataan lähietäisyydeltä asiakkaan rintakehää ja Eevan kämmeniä/käsivarsia kyynärpäistä alaspäin.

Ääninäyttelijä-Ronja: Painelutaajuus on 100-120 painelua minuutissa ja elvytyksen tulisi olla mahdollisimman keskeytyksetöntä. Painelun tulisi olla mäntämäistä ja tasaista. Tekstilaatikko: ”Painelutaajuus 100-200 kertaa minuutissa” ja näytöllä menee painallusten tahdissa numerot ”1,2,3,4...jne”.

Ääninäyttelijä-Ronja: Käypä hoito ohjeen mukaan hoitajan ollessa kohteessa yksin pelkkä paineluelytys riittää, kunnes lisäapu saapuu paikalle. Puhalluksia voidaan kuitenkin yrittää. Tekstilaatikko: ”Kohteessa yksin oltaessa paineluelytys riittää”.

Ääninäyttelijä-Ronja: Avaa hengitystiet uudelleen ja sulje toisella kädellä elvytettävän sieraimet ja paina huulesi tiiviisti elvytettävän suulle. Puhalluksia tulee kaksi ja niiden tulisi olla rauhallisia sekunnin kestäviä. Tarkkaile samalla nouseeko elvytettävän rintakehä. Tekstilaatikko: ”Avaa hengitystiet”. Eeva avaa hengitystiet ja sulkee Anne-nuken sieraimet. Eeva painaa huulensa tiiviisti Anne-nuken suulle. Eeva puhalttaa, kun ääninäyttelijä antaa tähän kehotuksen vuorosanoillaan.

Ääninäyttelijä-Ronja: Mikäli painelupuhallus elvytys onnistuu, jatka tätä rytmillä 30 painallusta ja kaksi puhallusta. Mikäli tämä ei kuitenkaan onnistu jatketaan paineluelytytystä. Painelutaajuus on 100-120 painelua minuutissa ja painelua jatketaan, kunnes elvyttäjän voimat ehtyvät tai lisäapu antaa luvan lopettaa. Tekstilaatikko:”30:2”. ”Kohteessa yksin oltaessa jatketaan paineluelytytystä, jos puhallusyrietykset eivät ensimmäisillä yrityksillä onnistu”. ”Painelua jatketaan, kunnes elvyttäjän voimat ehtyvät tai kunnes lisäapu antaa luvan lopettaa”. Eeva aloittaa paineluelytyksen. Kuvataan kauempaa niin, että koko elvytystilanne näkyy. Voidaan mahdollisesti zoomata Eevan asentoon ja painelusyvyteen vielä kertausmielessä.

Ensihoito saapuu paikalle ja ottaa hoitovastuun, hoitaja siirtyy taka-alalle hieman levähtämään. Ensihoitajia kuvataan niin, että housuissa olevat logot eivät näy ja henkilöt eivät muutenkaan ole tunnistettavissa (esimerkiksi vain niin, että ensihoitajien jalat näkyvät elvytettävän vieressä polvista alaspäin?) Ennen näytön tummenemista näytölle tulee tietoisku laatikko ”Yleisimmät elottomuuden syyt: Sydäninfarkti, Aivoverenkiertohäiriö, Keuhkoembolia, Akuutti infektio”

(Näyttö tummenee)

Tämän jälkeen näytölle tulee ABCDE -kertaus. Kun kyseistä kohtaa kerrataan, korostuu se näytöllä.

Ääninäyttelijä-Ronja: ABCDE-menetelmä on erinomainen työkalu asiakkaan systemaattiseen tutkimiseen. Se on yleisesti tunnettu ja myös terveydenhuoltoalan ammattilaisten käyttämä ja hyväksymä toimintamalli. ABCDE-menetelmä toimii hyvin niin akuuteissa kuin kiireettömimmissäkin tilanteissa. ABCDE- menetelmän avulla ja systemaattisella tutkimisella asiakkaan peruselintoimintojen muutokset saadaan nopeasti kiinni ja henkeä uhkaaviin tilanteisiin pystytään puuttumaan hyvissä ajoin. Iäkkäämmän ihmisen toimintakyvyn heikkeneminen tai romahtaminen saattavat olla merkkejä vakavasta peruselintoimintojen häiriöstä joidenka taustalla voi olla esimerkiksi virtsatieinfektio, keuhkokuume tai sydäninfarkti.

Ääninäyttelijä-Ronja: A = Airways - hengitystiet. Hengitysteiden avoimuutta voidaan tarkastella sillä, nouseeko asiakkaan rintakehä ja tuntuuko ilmavirta. Jos asiakas puhuu kokonaisin lausein, kykenee hän yleensä näissä tilanteissa pitämään myös hengitystiensä auki. Yksittäiset sanat, kuorsaavalta, rohisevalta tai muuten epämääräiseltä kuulostava hengitys saattaa olla merkki hengitysvaikeudesta. Vanhuksen hengitysteitä avattaessa mahdolliset hammasproteesit on syytä jättää paikoilleen.

Ääninäyttelijä-Ronja: B = Breathing - hengitys. Hengityksen arvioinnissa tärkein hengitystyötä kuvaava mittari on asiakkaan hengitystaajuus. Hengitystaajuus voidaan laskea asiakkaan rintakehän liikkeestä ja hyvän tuloksen varmistamiseksi hengitystaajuus on laskettava 30-60 sekunnin ajalta. Normaalista hengitystaajuutta, joka sijoittuu välille 10-20 kertaa minuutissa voidaan pitää hyväksyttävänä. Tästä poikkeavat luvut saattavat olla merkki hengitysvaikeudesta tai heikentyneestä tajunnasta. Hetkellinen pelko, kipu tai fyysinen rasitus voi hetkellisesti nostaa hengitystaajuutta. Tämän lisäksi tärkeää tietoa hengityksen kulusta antaa se millä tavoin asiakas hengittää tai käyttääkö asiakas hengittämiseen myös apulihaksia. Erilaiset rohinat, vinkumiset tai muuten huolta herättävä hengitys on syytä noteerata.

Ääninäyttelijä-Ronja: C= Circulation - verenkierto. Asiakkaan verenpaineen tasoa voidaan havainnoida verenpaineen mittauksella joko automaattisella tai manuaalisella verenpaine mittarilla. Joskus akuuteissa tilanteissa saattaa riittää tieto asiakkaan systolisen verenpaineen tilanteesta. Systolisen verenpaineen saa helposti ja nopeasti mitattua tunnustelemalla sykettä ranteesta - jos syke tuntuu, on systolinen verenpaine yli 80. Jos syke ei tunnu, mutta kaulavaltimon syke tuntuu, on systolinen verenpaine yli 60. Sykettä tunnusteltaessa voidaan samalla havainnoida, onko syke normaali, epäsäännöllinen, nopea tai hidas, heikko tai vahva. Samalla sykettä tunnustellessa pystytään arvioimaan miltä iho tuntuu.

Ääninäyttelijä-Ronja: D = Disability - tajunta. Asiakkaan tajunnantaso arvioidaan puhuttelemalla asiakasta, jolloin saadaan käsitys asiakkaan puhekyvystä. Asiakkaalle voidaan antaa jokin käsky esimerkiksi puristaa hoitajan käsiä, jonka avulla voidaan arvioida sitä, onko

asiakas kykenevä noudattamaan kehotuksia. Samalla arvioidaan asiakkaan puristusvoimaa ja sen symmetriaa. Jos asiakas ei avaa silmiä edes kehotukselle tai pysty noudattamaan ohjeita, voidaan tajunnantason syvyyttä arvioida vielä kipu reaktiolla esimerkiksi sormenpäästä painamalla tai kyljestä hieromalla. Verensokerin mittaaminen on myös tärkeää, koska verensokerin muutokset voivat olla syynä heikentyneelle tajunnalle. Ikäihmistä tutkittaessa on otettava kuitenkin huomioon mahdollinen muistisairaus, mutta tämän taakse ei kuitenkaan voida kokonaan nojautua.

E = Expurse - paljastaminen. Akuuteissa tilanteissa asiakkaan voinnin arvioimisen kannalta tärkeitä ja selittäviä tekijöitä voi löytyä ympäristöstä. Tällaisia tekijöitä voi olla esimerkiksi alkoholi, lääkkeet tai muuten huolta herättävä ympäristö. Myös ihon kuivuus ja kimmoisuus sekä suun limakalvojen kuivuneisuus ovat tärkeitä havaintoja. Asiakkaan lämmön mittaaminen voi antaa tarkempaa tietoa asiakkaan peruselintoiminnoista. Asiakkaan tarkempi haastattelu kannattaa tehdä, jos asiakas pystyy vastaamaan. Tärkeitä havainnoiteja voidaan saada myös omaisilta tai muilta perheenjäseniltä. Asiakkaalta voidaan kysyä esimerkiksi mikä on pääasiallinen oire ja mikä on oireen aikaisempi historia tai onko tällä hetkellä koettu oire uusi oire. Asiakkaan ollessa kivulias on tärkeää saada tietoon mikä on kivun sijainti, koska kipua on alkanut ja minkälaista se on. Päivämäärän ja elettävän kuukauden kysyminen asiakkaalta antaa hyvää tietoa asiakkaan aikaan ja paikkaan orientoitumisesta.

Tämän jälkeen näytölle tulee kiitokset sekä Tampereen kaupungin ja Laurea ammattikorkeakoulun logot.