

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Jonna Hiltunen
Sini Holopainen

POTILASOHJAUS SEKÄ KOTI- JA VAPAA-AJAN TAPATURMAT
Ohjelehtinen PKSSK:n päivystyspoliklinikalle potilasohjauksesta sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisystä

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2013



OPINNÄYTETYÖ
Kesäkuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Jonna Hiltunen, Sini Holopainen

Nimeke
Potilasohjaus sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmat, Ohjelehtinen PKSSK:n päivystyspoli-
klinikalle potilasohjauksesta ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisystä
Toimeksiantaja
PKSSK:n päivystyspoliklinikka

Tiivistelmä

Potilasohjauksen avulla voidaan muun muassa edistää potilaan terveyttä, tuoda säästö-
jä kansantalouteen ja sairausmenoihin, vähentää sairaalassaoloajan pituutta ja sairaus-
päiviä. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien on arvioitu yleistyvän ja niiden osuus kaikista ta-
paturmista on 80 %. Suomi sijoittuu tilastollisesti EU-maissa korkealle vertailtaessa koti-
ja vapaa-ajan tapaturmista johtuvien kuolemantapausten määrää.

Opinnäytetyön aiheena oli potilasohjaus sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy.
Sen tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta potilasohjauksen tärkeydes-
tä ja huomioimisesta osana kokonaisvaltaista hoitotyötä sekä antaa tietoa koti- ja va-
paa-ajan tapaturmista ja niiden ehkäisystä. Toiminnallisena toteutetun opinnäytetyön
tehtävänä oli laatia ohjelehtinen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen
kuntayhtymän päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan käyttöön potilasohjaustilanteita
tukemaan. Kohderyhmäksi valitsimme päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan, koska
lähtötilanteessa toimeksiantajan näkökulmasta ongelmana oli päivystyspoliklinikan hoi-
tohenkilökunnalta puuttuvat ohjeet potilasohjauksesta, joiden avulla voitaisiin ehkäistä
päivystyshoitoon joutuminen.

Olemattoman palautteen vuoksi emme pystyneet arvioimaan, antoiko ohjelehtinen hoi-
tohenkilökunnalle riittävästi tietoa potilasohjauksesta ja millaisena he sen testausvai-
heessa kokivat. Päivystyspoliklinikka voi halutessaan muokata tekemäämme ohjelehtis-
tä tarpeittensa mukaan ja keräämämme potilasohjaukseen liittyvän materiaalin pohjalta
voisi laatia yhtenäisen potilasohjaussuosituksen.

Kieli
suomi

Sivuja 56
Liitteet 6
Liitesivumäärä 15

Asiasanat
potilasohjaus, kotitapaturma, vapaa-ajan tapaturma, tapaturmien ehkäisy, päivystyshoi-
totyö



THESIS
June 2013
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
tel. +358 504 054 816

Authors
Jonna Hiltunen, Sini Holopainen

Title
Patient Education and Domestic and Leisure Time Accidents. An Information Leaflet for Emergency Department on Patient Education and Prevention of Home and Leisure Time Accidents
Commissioned by
Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia, North Karelia Central Hospital, Emergency Department

Abstract

Patient education can be used to promote patients' health, achieve savings in national economy and medical expenses as well as to reduce the length of hospital stays and sick days. It is estimated that home and leisure time accidents become more common, and their proportion of all accidents is 80 %. As to the rate of fatal home and leisure time accidents, Finland ranks high statistically compared to other EU countries.

The theme in this practice-based thesis was patient education and prevention of home and leisure time accidents. The aim was to increase awareness among the nursing personnel of the importance of patient education as part of holistic nursing and to give information on home and leisure time accidents and their prevention. The assignment was to compile a useful information leaflet for the nursing personnel at North Karelia Central Hospital Emergency Department to support patient education situations.

Nursing personnel at the Emergency Department comprised the target group for the study. From the perspective of the commissioning organization, the basic problem was that the nursing staff lacked instructions on patient education that would help prevent visits to Emergency Department.

Due to non-existent feedback, it was impossible to evaluate if the leaflet gave enough information on patient education and how the nursing personnel perceived it during the testing phase. In the future they can update it according to their own needs. One development idea is to draw up a consistent patient education recommendations on the basis of the material presented in this thesis.

Language
Finnish

Pages 56
Appendices 6
Pages of Appendices 15

Keywords
patient education, home accident, leisure time accident, emergency care, accident prevention

Sisältö

Tiivistelmä
Abstract

Sisältö	5
Tiivistelmä	5
Abstract	5
1 Johdanto	7
2 Yleisimmät koti- ja vapaa-ajan tapaturmat	8
2.1 Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin johtavat syyt eri ikäryhmissä	9
2.1.1 0–6-vuotiaiden tapaturmat.....	10
2.1.2 7–18-vuotiaiden tapaturmat.....	10
2.1.3 19–24-vuotiaiden tapaturmat.....	11
2.1.4 25–64-vuotiaiden tapaturmat.....	11
2.1.5 Yli 65-vuotiaiden tapaturmat.....	12
2.2 Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista aiheutuvat kustannukset	13
2.3 Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyö.....	15
3 Potilasohjaus.....	18
3.1 Potilasohjaus käsitteenä	19
3.2 Asiakaslähtöinen ohjausprosessi	20
3.3 Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat taustatekijät	22
3.4 Hoitajan rooli ohjaustilanteessa.....	25
3.5 Johdon ja esimiehen tuki potilasohjauksen toteutuksessa	27
3.6 Potilasohjauksen eettisyys	28
4 Päivystyshoitotyö.....	31
4.1 Erikoissairaanhoidon päivystys	31
4.2 Perusterveydenhuollon päivystys.....	32
4.3 PKSSK:n päivystyspoliklinikka	32
4.4 Toiminnan luonne päivystyspoliklinikalla	33
4.5 Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä.....	34
4.6 Potilasohjaus prosessina päivystyshoitotyössä.....	36
4.7 Ohjaus ensihoitotyössä	37
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	39
6 Toiminnallisen opinnäytetyön kuvaus.....	39
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	39
6.2 Lähtötilanteen ja kohderyhmän kartoitus.....	40
6.3 Toiminnan ja työskentelyn kuvaus	42
6.4 Ohjelehtisen suunnittelu ja toteutus	44
6.5 Ohjelehtisen testaaminen ja arviointi.....	46
7 Pohdinta	47
7.1 Aiheen pohdinta	48
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	49
7.3 Opinnäytetyön eettisyys	51
7.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys	52
7.5 Opinnäytetyön jatkotutkimus- ja kehittämisideat	53
Lähteet	54

Liitteet

Liite 1	Lähtötilannekysely
Liite 2	Tiedonhankintataulukko
Liite 3	Palautekysely
Liite 4	Ohjelehtinen
Liite 5	Tarkistuslista
Liite 6	Toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmia sattuu joka vuosi noin 700 000 suomalaiselle. Tilastollisesti Suomi sijoittuu EU-maissa korkealle vertailtaessa koti- ja vapaa-ajan tapaturmista johtuvien kuolemantapausten määrää. Vuosittain näistä tapaturmista johtuen kuolee noin 2100–3000 henkilöä. (Sisäasiainministeriön pelastusosasto 2006; Moilanen 2011.)

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn suunnitelmallinen kehittäminen aloitettiin noin 20 vuotta sitten Lääkintöhallituksen toimesta, jolloin havahduttiin siihen, että koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ovat merkittävä ja kasvava kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Ehkäisytyötä oli tätä ennen tehty systemaattisesti vain liikenne- ja työtapaturmien ehkäisemiseksi. Kokonaistilannetta oli vaikeaa hahmottaa, sillä koti- ja vapaa-ajan tapaturma-alalla ehkäisyvastuu jakautui monelle taholle ja tapaturmatyyppejä on monia. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmasektorilla ehkäisytoiminta on ollut heikosti resursoitua verrattuna muihin tapaturmasektoreihin. Alalla ei myöskään ole vastaavanlaista lakisääteistä vakuutusjärjestelmään perustuvaa rahoitusjärjestelmää, toisin kuin liikenne- ja työtapaturma-alalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 24.)

Terveydenhuollon asiakas on oikeutettu ohjaukseen, ja terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus toteuttaa sitä. Ohjauksen avulla asiakkaalle välitetään tietoa, mutta valintojensa avulla hän päättää itse omasta elämästään. Ohjaukselle jää hoitotyössä nykyisin yhä vähemmän aikaa, sillä terveydenhuollon hoitoajat lyhenevät jatkuvasti. Tällöin myös ohjauksen merkitys korostuu. Hoitoaikojen lyhentyminen vaatii tehokasta ohjausta, sillä samaan aikaan oletetaan, että asiakkaat kykenevät selviytymään toipumisajasta kotona, muuttamaan elintapojaan toivotulla tavalla ja ottamaan vastuuta oman terveytensä hoidosta. (Kygäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5,12.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi potilasohjauksen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tukena. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä

hoitohenkilökunnan tietoisuutta potilasohjauksen tärkeydestä osana kokonaisvaltaista hoitoa sekä antaa hoitohenkilökunnalle tietoa koti- ja vapaa-ajan tapaturmista ja niiden ehkäisystä. Opinnäytetyömme tehtävänä oli laatia kokoamamme teoretiedon pohjalta käyttökelpoinen ja hyödyllinen ohjelehtinen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan käyttöön potilasohjaustilanteita tukemaan. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen ensiapupoliklinikan toimeksiannosta, mutta käytämme työssämme päivystyspoliklinikka-termiä, jotta tekstimme olisi yhtenäistä ja ajantasaista.

2 Yleisimmät koti- ja vapaa-ajan tapaturmat

Yksi tärkeimmistä käsitteistä opinnäytetyössämme on tapaturma, jolle löysimme määritelmän sisäasiainministeriön pelastustoimen Internet-sivuilta *”Tapaturma on äkillinen, odottamaton, ulkoisten tekijöiden aiheuttama, terveyttä vahingoittava tapahtuma”* (Sisäasiainministeriön pelastusosasto 2006). *”Kotitapaturmiksi on määriteltäviä omassa asunnossa, muussa asunnossa, loma-asunnossa, asunnon pihapiirissä tai kesämökillä sattuneet tapaturmat.”* (Haikonen 2010a, 19). Työikäisille (15–64-vuotiaat) suomalaisille on arvioitu aiheutuvan 230 000 koti-tapaturmaa joka vuosi (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 29). Vapaa-ajan tapaturmilla tarkoitamme muualla kuin työpaikalla, oppilaitoksissa tai päivähoitossa tapahtuneita tapaturmia.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmissa loukkaantuu ja kuolee paljon enemmän ihmisiä kuin liikennetapaturmissa, vaikka liikennetapaturmat koetaan vaarallisemmiksi. (Moilanen 2011.) Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien on myös arvioitu yleistyvän ja niiden osuus kaikista tapaturmista on 80 %. Tapaturmista noin 6 % johtaa kuolemaan, mikä tarkoittaa vuosittain noin 3000:ta tapaturmasta aiheutunutta kuolemaa. (Kiiskinen ym. 2008, 29.) Terveys- ja hyvinvoinninlaitos julkaisi vuonna 2010 raportin vuonna 2009 tilastoiduista tapaturmista. Niiden perusteella kotitapaturmat kattoivat 29 % kaikista tapaturmista, ja vain liikuntatapaturmia oli kolme prosenttiyksikköä enemmän kuin kotitapaturmia. (Haikonen 2010b, 14.) Suljimme liikenne- ja liikuntatapaturmat pois opinnäytetyöstämme, koska mie-

lestämme koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ja niiden ehkäisy ovat jääneet vähäiselle huomiolle nyky-yhteiskunnassa.

Yleisimpiä kotitapaturmien sattumistapoja vuonna 2009 olivat muun muassa kaatumiset (77 000 tapausta), satuttaminen terävään esineeseen (59 000 tapausta), palovammat (53 000 tapausta), liukastuminen (41 000 tapausta) ja puutoaminen alemmalle tasolle (27 000 tapausta). Kaatumisten määrä kasvoi ikäluokkien suurentuessa, mutta kaikki muut tapaturmien sattumistavat vähenivät iän myötä. Terveystieteiden tutkimuskeskus keräsi tilastot 15–74 vuotta täyttäneiden tapaturmatiedoista. (Haikonen 2010a, 22.) Suurin osa vapaa-ajan tapaturmista sattui vuonna 2009 ostoksilla tai asioidessa, muussa vapaa-ajan viettämisessä tai liikuntaa harrastaessa (Haikonen 2010c, 37).

2.1 Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin johtavat syyt eri ikäryhmissä

Erilaiset ympäristötekijät vaikuttavat tapaturmien syntyyn tapaturmatyyppittäin, ja tapaturman syntyyn vaikuttaa usein monta tekijää yhtä aikaa. Niitä ovat esimerkiksi liukkaat pinnat ja pintojen tasoerot. Riskikäyttäytyminen ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat taas yksilölähtöisiä tekijöitä. (Kiiskinen ym. 2008, 70.)

Alkoholi on usein myötävaikuttava tekijä tapaturman syntymisessä, joten alkoholinkäyttöön vaikuttaminen on tärkeää, jotta tapaturmien syntymistä voitaisiin ehkäistä. Humalahakuisen juomisen ja runsaan kertajuomisen on todistettu lisäävän tapaturmien yleisyyttä. Näiden tapaturmien seurauksena aivovamman saa 15 000–20 000 henkilöä vuodessa. Noin puolet aivovammoista syntyy alkoholin vaikutuksen alaisena, ja lähes yhtä suurella osalla vamman saaneista on päihdehistoria. Joka neljännellä tapaturmaisesti kuolleella miehellä on alkoholia veressään. Tämä tarkoittaa vuositasolla 500 kuolemaa. Tapaturmaisesti kuolleilla naisilla alle 10 %:lla on alkoholia veressään. Alkoholivaikutteisista koti- ja vapaa-ajan tapaturmista tilastoidaan vain ne, jotka johtavat kuolemaan. (Kiiskinen ym. 2008, 30.)

2.1.1 0–6-vuotiaiden tapaturmat

Lasten yleisin kuolinsyy on tapaturma, mutta vakavat tapaturmat ovat kuitenkin vähentyneet. Kuolemaan johtaneet tapaturmat sattuvat useimmiten liikenteessä tai aiheutuvat hukkumisista. Pienille lapsille sattuu eniten tapaturmia kotona ja kotipihalla. Yleisimmin lapset satuttavat itsensä tapaturmaisesti kaatumalla tai putoamalla. Myös esineen aiheuttamat tapaturmat ja myrkytystapaukset ovat yleisiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45.)

Lapsen kokemattomuus, tarve oppia uusia taitoja, ympäristöjen soveltumaton mitoitus ja huollon puute, lapselle sopimattomat tuotteet, riskien tunnistamisen vaikeus, aikuisten valvonnan ja opastuksen puute ovat altistavia tekijöitä tapaturman aiheutumiselle lapsilla. Huostaan otetuilla lapsilla on tutkimuksen mukaan keskimääräistä suurempi riski kuolla tapaturmaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45.)

2.1.2 7–18-vuotiaiden tapaturmat

Suomalaisten koululaisten ja nuorten yleisin kuolinsyy on tapaturma. Keskimäärin 70 nuorta iältään 7–18-vuotiaita, kuoli tapaturmien seurauksena 2000–2003 välisenä aikana joka vuosi. Yleisimmin kuolema aiheutui kuljetustapaturmassa, joiden osuus oli kaksi kolmasosaa tämän ikäisten tapaturmakuolemista. Toiseksi yleisin kuolemaan johtanut tapaturmatyyppi oli hukkuminen, joita on sattunut viime vuosina keskimäärin yhdeksän joka vuosi. Kolmanneksi yleisin tapaturman aiheuttaja oli myrkytystapaturmat, jotka olivat pääasiassa huumausaine- tai lääkeainemyrkytyksiä. Lähes 90 % kaikista tämän ikäisten tapaturmakuolemista aiheutuu näistä kolmesta yleisimmästä kuolemansyystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46.)

Nuorille tehdyn terveystapatutkimuksen mukaan myös lievemmät tapaturmat ovat yleisiä nuorten keskuudessa. Kyselyyn vastanneista 12–18-vuotiaista nuorista 5,5 % ilmoitti käyneensä lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla viimei-

sen kuukauden sisällä lievän tapaturman takia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46.)

2.1.3 19–24-vuotiaiden tapaturmat

Vuosien 2000–2003 välillä 19–24-vuotiaita kuoli tapaturmaisesti keskimäärin 100 joka vuosi. Tapaturmat ovat siis myös nuorten aikuisten yleisin kuolinsyy. Kuolemaan johtaneet tapaturmat johtuivat selvästi yleisimmin liikennetapaturmista ja myrkytyksistä. Tapaturmaisista kuolemantapauksista noin puolet oli kuljetustapaturmia ja noin neljännes myrkytyksiä, lähinnä huumausaine- tai lääkeainemyrkytyksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47.)

Vuonna 2003 tehdyn Suomalaisten turvallisuus -haastattelututkimuksen mukaan 19–24-vuotiaille sattui yli 150 000 fyysiseen vammaan johtanutta tapaturmaa, joista koti- ja vapaa-ajan tapaturmien osuus oli 70 %. Jokaista tuhatta 19–24-vuotiasta kohti vuosittain sattuu noin 270 koti- ja vapaa-ajan tapaturmaa. Eriytisesti liikunta- ja kotitapaturmien määrä on kasvanut nuorten aikuisten keskuudessa viime vuosikymmenien aikana. Varhaisessa aikuisiässä elämä on täynnä suuria muutoksia, joten siihen liittyy useita mahdollisia stressitekijöitä. Tutkimukset osoittavatkin, että pitkään jatkuneet stressioireet lisäävät nuorten riskiä altistua tapaturmille. Myös alkoholin ja muiden päihteiden käyttö lisää riskiä joutua tapaturmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48.)

2.1.4 25–64-vuotiaiden tapaturmat

Yleisimmin tapaturmaisesti kuolleet henkilöt ovat iältään 45–64-vuotiaita miehiä. Kaatumis- ja putoamistapaturmat ovat hyvin yleisiä työikäisten keskuudessa sekä työpaikoilla että vapaa-aikana. Yksi tärkeä tapaturmien riskitekijä työikäisten keskuudessa on alkoholi, ja yleensä äkillinen tapaturma on juuri humalajuomisen seurausta. Pelkästään yksittäinen alkoholin käyttökerta saattaa altistaa tapaturmille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 49.)

Yleisintä humalahakuinen juominen on kuitenkin nuoremmissa ikäryhmissä, alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä sekä naimattomien ja eronneiden keskuudessa. Alkoholin nauttiminen johtaa usein hukkumis-, palo- ja paleltumakuolemiin. Alkoholimyrkytykseen kuolleista miesten osuus on 80 %. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 49.)

2.1.5 Yli 65-vuotiaiden tapaturmat

lääkäiden henkilöiden tapaturmat ja kuolemat sekä sairaalahoitoon johtavat tapaturmat aiheutuvat pääosin kaatumisista. Suomessa kuolee vuosittain yli tuhat 50-vuotiasta tai sitä vanhempaa henkilöä kaatuessaan. Kaatumisista aiheutuneet vammat muodostavatkin vakavan kansanterveydellisen ja -taloudellisen ongelman. Yleisimpiä ikääntyneiden suomalaisten vammoja, jotka johtavat sairaalahoitoon, ovat kaatumisvammat, murtumat ja pehmytkudosvammat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 50.)

Suomessa hoidettavien lonkkamurtumien määrä on vuosittain yli 7 000. Riski joutua pysyvästi laitoshoitoon kasvaa kaatumisesta aiheutuneen vamman seurauksena. Arviolta joka kolmas yli 65-vuotias kotona asuva kaatuu vähintään kerran vuodessa ja laitoksessa asuvista jopa yli puolet. Aikaisemmin kaatuneista joka toinen kaatuu uudelleen. Kaatumistapaturmista aiheutuneiden vammojen määrän on osoitettu lisääntyneen viime vuosikymmeninä. Kaatumisen ja loukkaantumisen riskiä lisäävät ikääntymiseen liittyvät muutokset, kuten fyysiseen suorituskäyvyn heikkeneminen, muutokset lihasvoimassa ja tasapainossa. Lisäksi elämäntapojen muuttuminen ja erilaiset sairaudet lisäävät kaatumisen riskiä. Yksilöllisten kaatumiselle altistavien tekijöiden tunnistamisella ja poistamisella voidaan pienentää kaatumisriskiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 50.)

Useiden eri ehkäisytoimenpiteiden yhdistämisellä voidaan vähentää ikääntyneiden henkilöiden kaatumisia 20–40 %. Hyviin tuloksiin on päästy harjoittamalla lihasvoimaa ja tasapainoa, vähentämällä lääkkeiden käyttöä, kiinnittämällä huomiota näön parantamiseen tähtääviin toimenpiteisiin, käyttämällä lonkkasuojaimia ja panostamalla ympäristöön liittyvien vaaranpaikkojen muutostoi-

hin. Ikääntyvien rajoittunut toimintakyky asettaa haasteita myös paloturvallisuustason parantamiselle. Yli 90 % kuolemaan johtaneista tulipaloista tapahtuu asuinympäristössä, ja niiden yleisin syytymissyy on tupakointi. Ikääntyneiden palveluasumisessa ja vanhainkodeissa paloturvallisuustason on todettu olevan riittämätön asukkaiden toimintakykyyn verrattuna. Erityisen huolestuttavaa on myös se, että tavallisiin vuokra-asuntoihin tai erityisen palovaarallisiin kohteisiin on sijoitettu toimintakyvyltään rajoittuneita henkilöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 50–51.)

2.2 Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista aiheutuvat kustannukset

On arvioitu, että tapaturmista aiheutuu 2,5–4 miljardin euron kokonaiskustannukset vuodessa, arvio on laskettu vuoden 2001 tapaturmatilanteesta. Välittömät kustannukset, jotka aiheutuivat koti- ja vapaa-ajan tapaturmista, olivat 460–548 miljoonaa euroa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 55.) Noin puolet kokonaissummasta koostui terveydenhoitomenoista, viidesosa työkyvyttömyydestä aiheutuneista tulonsiirroista, ja lähes kolmasosa oli poliisi- ja pelastustoimen menoja. Pääasiallisesti kustannukset kohdentuivat kunnille, vakuutusyhtiöille, Kansaneläkelaitokselle ja työnantajille. Työpaikoilla on vuonna 2001 arvioitu toteutuneen 1,9 miljoonaa koti- ja vapaa-ajan tapaturmista aiheutunutta poissaolopäivää, kun työtapaturmia tarkasteltaessa määrän arvioitiin olevan 1,6 miljoonaa poissaolopäivää. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyyn ja valistukseen sekä tapaturmien ja tutkimustyön hyväksi käytettiin varoja vajaat puoli prosenttia tapaturmien aiheuttamista välittömistä kustannuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b.)

On laskettu, että vuonna 2001 tapaturmista aiheutui 112 000 hoitojaksoa sairaaloissa. Kaatumiset ovat yleisimpiä sairaalahoitoa vaativia tapaturmia. Pelkästään lonkkamurtumista aiheutuneiden vuosittaisten kokonaishoitokustannusten määrän on arvioitu olevan 115 miljoonaa euroa. Avoterveydenhuollon puolella tapaturmista aiheutuvista käynneistä 70 prosenttia on koti- ja vapaa-ajan tapaturmien aiheuttamia. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista koituvien välillisten kustannusten arvioitiin olevan 3,4 miljardia euroa. 10 prosenttia välillisistä kustannuksista koostuu tuotantomenetysten arvosta. Kotitapaturmien on arvioitu

aiheuttavan yli miljoona sairauslomapäivää vuodessa. Noin 60 prosenttia näistä tapaturmista johtaa ainakin yhteen haittapäivään, ja noin neljäsosa tapaturmista aiheuttaa yli viikon pituisen haittapäiväjakson. Kotitapaturman uhreista yli 40 prosenttia joutuu sairaalahoitoon. Yleisimpiä tapaturmien seurauksia ovat haavat, mustelmat, nyrjähdykset ja venähdykset. Murtumaan johtaa noin 11 prosenttia kotitapaturmista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b.)

Vuonna 2009 kotitapaturmista 42 % hoidettiin kotikonstein, ensiavussa ilman lääkärin tapaamista hoidettiin 6 % ja lääkäri käynnillä ilman sairaalan jäämistä hoidettiin 30 %. Sairaalahoitoa heti tai myöhemmin kotitapaturman tapahtumisen jälkeen vaati 5 %, muuta hoitoa sai 1 %. (Haikonen 2010a, 23.) Vapaa-ajan tapaturmien osuus sellaisista tapaturmista, jotka eivät vaatineet hoitoa, oli 19 %, kotikonstein hoidettiin 26 % tapaturmista. Ensiavussa tapaturmista 7 % hoidettiin ilman lääkärin tapaamista. Tapaturman uhreista 41 % kävi lääkärissä, mutta eivät jääneet sairaalaan. Sairaalahoitoa heti tai myöhemmin tarvitsi vain 2 % ja muun hoidon avulla 1 % tapaturman uhreista. (Haikonen 2010c, 38.)

Kotitapaturmista aiheutuneilla haittajaksoilla tarkoitetaan haittapäivä tai sairauslomapäiviä. Haittapäivällä tarkoitetaan, että tapaturman uhrilla on vaikeuksia tai mahdotonta selvittää päivittäisistä tavanomaisista tehtävistä ja toimista. Kotitapaturmia, joista haittapäiviä ei aiheutunut, oli noin 48 %. Sairauslomapäiviä aiheutui noin 87 %:lle tapaturmien uhreista. Haittajaksoihin, jotka olivat 1–6 vuorokauden pituisia, sisältyi haittapäiviä noin 20 %:lle tapaturman uhreista ja sairauslomapäiviä oli noin 5 %:lla. Vähintään viikon ja korkeintaan kuukauden pituisesta haittajaksoista haittapäiviä oli noin 23 %:lla ja sairauslomapäiviä noin 5 %:lla. Yli kuukauden pituisista haittajaksoista haittapäiviä oli noin 7 %:lla ja sairauslomapäiviä oli noin 2 %:lla. (Haikonen 2010a, 23.)

Muita vapaa-ajan tapaturmia koskien haittapäiviltä välttyi 33 % ja sairauslomapäiviltä noin 76 %. Toisin kuin kotitapaturmien kohdalla, 1–6 vuorokauden mittaisista haittajaksoista haittapäiviä aiheutui noin 37 %:lle ja sairauslomapäiviä noin 12 %:lle. Viikosta kuukauteen pituisesta haittajaksoista haittapäiviä muita vapaa-ajan tapaturmia koskien oli noin 24 %:lla ja sairauslomapäivinä noin 8 %:lla. Yli kuukauden mittaisesta haittajaksoista haittapäiviä aiheutui noin 5 %:lle ja sairauslomapäiviä noin 3 %:lle. (Haikonen 2010c, 38.)

2.3 Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyö

Kansanterveyslaki velvoittaa kuntaa seuraamaan väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä antamaan kuntalaisille terveyskasvatusta ja takaamaan säännölliset terveystarkastukset. Terveyden edistäminen koskee monia kunnassa toimijoita, esimerkiksi sosiaali-, koulu-, kulttuuri-, nuoriso- ja liikuntatoimia. Myös kaavoituksella ja liikenteen muokkaamisella voidaan vaikuttaa kuntalaisten terveyttä edistävasti. (Kansanterveyslaki 66/1972.)

Tapaturmaa edeltävistä tekijöistä ja itse tapaturmasta muodostuu tapahtumaketju, jonka syy-seuraussuhteiden selvittämisellä voidaan vaikuttaa tapaturmien ehkäisyyn. Ehkäisytyön avulla yritetään vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen ja asenteisiin. Myös työ-, liikenne-, koti- ja elinympäristöä pyritään parantamaan ja kehittämään ihmisten valmistamien ja käyttämien tuotteiden ja välineiden turvallisuutta. Tapaturmien ehkäisytyö olisi kohdistettava ensisijaisesti sellaisiin tapaturmiin, jotka ovat yleisiä, vakavia ja ehkäistävissä ilman kohtuuttomia kustannuksia. (Parkkari & Kannus 2009.)

Tapaturmien ehkäisyn perusta on tieto vaaratekijöistä sekä tieto millaisia ja missä ympäristössä tapaturmia sattuu. Tapaturmien ehkäisyn perustaan kuuluu myös tieto siitä, kenelle miten paljon tapaturmia sattuu. Lapsille ja iäkkäille turvallinen ympäristö on turvallinen kaikille muillekin. (Moilanen 2011.) Kaikki tapaturmat voitaisiin estää niin työssä, liikenteessä, kodissa kuin vapaa-ajallakin. Vastuu tapaturmien torjunnasta on meillä itsellämme, koska juuri me tunnemme parhaiten tapamme ja ympäristön, jossa toimimme. Jos olemme oma-aloitteisia, voimme poistaa vaaratekijät jo pienilläkin toimenpiteillä ja tekemällä muutoksia tottumuksiimme. Tällöin huomiota täytyy kiinnittää riskeihin, sääntöjen ja ohjeiden noudattamiseen sekä omasta ja muiden turvallisuudesta huolehtimiseen. Ihmisten suhtautuminen turvallisuuteen eri toimintaympäristöissä on keskeistä tapaturmien torjunnan kannalta. (Sisäasianministeriön pelastusosasto 2006.)

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy on otettu osaksi valtioneuvoston strategista turvallisuuden edistämisen linjausta. Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa on määritelty tavoitteeksi Suomen sijoittuminen Euroopan turvallisimmaksi maaksi vuoteen 2015 mennessä. Jotta tämä tavoite saavutettaisiin, olisi myös

koti- ja vapaa-ajan tapaturmien määrää vähennettävä. Suomi on tällä hetkellä EU-maiden välisessä vertailussa sijalla 20. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011a.) Jos kaikki EU-maat ottaisivat mallia Ruotsista, Hollannista ja Espanjasta, voitaisiin vuosittain pelastaa 73 000 ihmishenkeä. Eri ikäryhmittäin tarkasteltuna lasten kuolleisuus on vähäisintä Ruotsissa, aikuisten kuolleisuus Hollannissa ja vanhusten kuolleisuus Espanjassa. Kun vertaillaan kaikkien EU-maiden kuolleisuustilastoja eri tapaturmissa ja ikäryhmittäin jokaisen maan tavasta ehkäistä tapaturmia voitaisiin kehittää yhtenäinen malli, jonka avulla pystyttäisiin pelastamaan kokonaisuudessaan 104 000 ihmishenkeä vuodessa. (Petridou, Kyllekidis, Jeffrey, Chisthi, Dessypris & Stone 2007, 281.)

Suomen terveystalitiikkaa linjaa seuraavien 15 vuoden ajan Valtioneuvoston toukokuussa vuonna 2001 hyväksymä kansanterveysohjelma, Terveys 2015 -tavoiteohjelma. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä, ja ohjelma on lähtöisin Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelmasta. Terveys 2015 Maailman terveysjärjestö WHO:n yhteistyöohjelman avulla pyritään tukemaan ja edistämään terveyttä kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Ohjelman avainasemassa ovat jokapäiväisen elämän toiminnan alueet ja elämäntapa. Tapaturmia koskeva tavoite, joka edellyttää toimenpiteitä, on nuorten miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden alentaminen kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 34.)

Haddonin mallin mukaan tapaturmien ehkäisytyö voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen, aikaan ennen onnettomuustapahtumaa, onnettomuuden tapahtumahetkeen ja onnettomuuden tapahtuman jälkeiseen aikaan. On olemassa myös kolmen E:n sääntö, joka toimii tapaturmien ehkäisyn viitekehyksenä. Kolmen E:n mallissa ehkäisevän työn keskiöön kuuluvat ympäristön ja tuotteiden turvallisuus (engineering), säädökset ja niiden toimeenpano (enforcement), sekä turvallisuusasenteisiin ja käyttäytymiseen vaikuttaminen (education). (Lounamaa, Råback & Tiirikainen 2009, 13,15.)

Haddonin mallia mukaillen, esimerkkinä voidaan käyttää ikääntyvän henkilön lonkkamurtuman ehkäisyn vaiheita. Ajassa ennen onnettomuutta, tulisi väestötasolla huolehtia lihasvoiman ja tasapainon säilymisestä ja kertoa ikääntyvälle henkilölle ja hänen omaisilleen lonkkamurtumaa ehkäisevistä toimenpiteistä. Li-

säksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla, yhdyskuntasuunnittelijoilla ja pelastushenkilöstöllä tulisi olla käytettävissään ajantasainen tieto kaatumistapaturmien riskitekijöistä ja ehkäisymahdollisuuksista. Onnettomuushetkellä, eli tässä tapauksessa kaatumishetkellä, lonkkasuojainten käytöllä voitaisiin estää tai lieventää murtumia. Onnettomuuden jälkeen on huolehdittava nopeasta ja tehokkaasta kuntoutuksesta ja kaatumisen pelon hallinnasta, sillä iäkkään henkilön kaatuminen lisää riskiä kaatua uudelleen. Lisäksi on muistettava huomioida turvallisuutta lisäävien muutosten tekeminen asuinympäristössä ja hankkia ikääntyvän henkilön käyttöön turvallisuutta lisääviä apuvälineitä. Esimerkiksi turvarannekkeen hankkimista olisi hyvä harkita. (Lounamaa ym. 2009,14.)

Kansalaisjärjestöiltä ja viranomaistahoilta, jotka yleensä vastaavat koti-, liikunta- ja muiden vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytoiminnasta, puuttuu lakisääteinen rahoitus ja organisointi. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjunnan koordinoinnista ja koko alan kehittämisestä. Käytännön toimenpiteistä ja alaa koskevista kampanjoista on vastannut sosiaali- ja terveysministeriön johtama koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyön neuvottelukunta. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisystä vastaava yksikkö on perustettu Kansanterveyslaitokseen. UKK-instituutin Tapaturmat ja osteoporosi -yksikkö on keskittynyt vanhusten kaatumistapaturmien ja osteoporoottisten murtumien ehkäisytyöhön. Liikuntavammojen ehkäisyyn erikoistunut UKK-instituutin lääkäriasema koordinoi Liikuntavammojen Valtakunnallista Ehkäisyohjelmaa (LiVE). Lasten tapaturmien ehkäisytyön koordinoinnista taas vastaa Lastensuojelun keskusliiton yhteydessä toimiva lasten tapaturmatoimikunta. (Parkkari & Kannus 2009.)

Kuntien lisäksi monet yhteisöt ja järjestöt ovat yhteistyössä järjestäneet erilaisia kampanjoita tapaturmien ehkäisemiseksi. Finanssialan Keskusliitto, Suomen sosiaali- ja terveys ry (SOSTE), liikenne- ja viestintäministeriö, Suomen Kuntaliitto, Liikenneturva, Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö (SPEK), Liikenteen turvallisuusvirasto (Trafi), Tapaturmavakuutuslaitosten liitto, Onnettomuustutkimuskeskus, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Puolustusvoimat, Turvallisuus- ja kemikaalivirasto (Tukes), Sisäasiainministeriö, Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö ja Työturvallisuuskeskus järjestävät vuosittain 13. päivä perjantaina Tapaturmapäivän. Kaikille suomalaisille suunnattu Tapaturma-

päivä on järjestetty jo vuodesta 1995, ja sen tarkoituksena on kiinnittää huomiota yleiseen tapaturmariskiin ja siihen liittyvien onnettomuuksien ehkäisyyn vuosittain vaihtuvien teemojen. (Valtakunnallinen tapaturmayhteistyöryhmä 2012.)

Liikenne- ja työtapaturmiin verrattuna koti-, liikunta- ja muiden vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy on vaikeaa, sillä tapaturmat ovat monimuotoisia ja niihin liittyy yksityisyys. Tällöin muun muassa lainsäädännöllisiä pakkokeinoja (turvavyöpakko, kypäräpakko ja nopeusrajoitukset) ei voida toteuttaa. Koti-, liikunta- ja muiden vapaa-ajan tapaturmien torjunnassa pyritään painottamaan ensisijaisesti kansalaisten valistamista ja asennekasvatusta. Turvallisuuskasvatuksessa pyritään antamaan perustietoja ihmisen kehityksestä, auttamaan elämän ja ympäristön muutoksiin sopeutumisessa, auttamaan tunteiden, arvojen ja asenteiden selvittämisessä sekä turvallisten valintojen ja päätösten tekemisessä. Tämänkaltaisen toiminnan täytyisi olla pitkäjänteistä ja nopeita tuloksia on vaikeita saavuttaa. Väestön yleisessä terveystieteessä kohdataan usein samankaltaisia vaikeuksia kuin koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjunnassa. (Parkkari & Kannus 2009.)

3 Potilasohjaus

Potilasohjauksen on todettu olevan työelämässä merkittävä osa potilaan hoitoa, mutta se on myös hyvin aikaa vievää. Potilasohjaus vaikuttaa merkittävästi hoidon tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Laadukas potilasohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta potilaan oppimistarpeiden tunnistamista, oppimisteorioiden tuntemista, asiakaslähtöisten ohjausmenetelmien hallintaa sekä näyttöön perustuvaa, ajantasaista hoitotyön sisällöllistä osaamista. (Hämäläinen, Jauhiainen & Janatuinen 2010a, 11.) Ohjauksen avulla voidaan edistää potilaan terveyttä, tuoda säästöjä kansantalouteen ja sairausmenoihin, vähentää sairaalassaoloajan pituutta ja sairaspäiviä sekä lääkkeiden käyttöä (Kääriäinen 2010, 29).

Ohjausta voidaan toteuttaa hyvin erilaisissa hoitoympäristöissä ja monenlaisissa tilanteissa, kuten sairaaloissa osastoilla, perusterveydenhuollon vastaanotol-

la, kodeissa ja kouluissa. Hyvällä ohjauksella tavoitellaan asiakkaan kotona selviytymisen vahvistamista ja yhteydenottojen vähentämistä hoitajakson jälkeen. (Kyngäs ym. 2007, 6.) Ohjausta voidaan toteuttaa monilla eri tavoilla. Potilasta voidaan joko neuvoa tai rohkaista, ja jo yksinkertainen asioiden selittäminen ja informaation antaminen sekä opetus ovat osa ohjaamista. (Casey 2007, 1042.)

Ohjaus perustuu terveydenhuollon juridiikkaan, tarkemmin sanottuna lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista sekä lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja ammattietiikasta. Hoitohenkilökunta ja organisaatio kantavat vastuun siitä, kuinka ohjausta arvostetaan osana hoitotyötä sekä miten resurssien käytössä on huomioitu ohjaamisen mahdollistaminen. Hoitohenkilökunnalla täytyy olla oma käsityksensä ohjauksesta, jotta heillä olisi hyvät edellytykset ohjauksen toteuttamiseen. (Kääriäinen 2007, 25.)

Ohjaaminen hoitotyössä on sidoksissa laajaan lakien, ammattikäytänteiden sekä suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen verkostoon (Kyngäs ym. 2007,12). Laeilla on määritelty, että sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta. Asiantuntijalaitoksia ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Jos kansanterveystyön järjestämisessä tai toteuttamisessa on puutteita tai epäkohtia, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta tai ovat terveydenhuoltolain vastaisia, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tai Aluehallintovirasto voi määrätä puutteet korjattaviksi ja epäkohdat poistettaviksi. Elintavat ja elinympäristö muodostavat kokonaisuuden, joka vaikuttaa hyvinvointiin. Sosiaali- ja terveysministeriö vaikuttaa toimillaan muun muassa terveyttä edistäviin elintapoihin ja siihen, että elinympäristö on turvallinen, puhdas sekä esteetön. Tapaturmat ovat keskeinen ehkäisykohde puhuttaessa kansanterveysongelmista. (Kansanterveyslaki 66/1972; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b.)

3.1 Potilasohjaus käsitteenä

Ohjaus-käsitettä käytetään hoitotieteessä ja hoitotyössä paljon. Hoitotyön puhekielessä ja tieteellisessä käytössä ohjauksesta käytetään erilaisia käsitteitä, jonka vuoksi sitä on vaikea hahmottaa käytännön ilmiönä. Ohjaus-käsitettä on käy-

tetty rinnakkain muun muassa tiedon antamisen, neuvonnan, opetuksen, opastuksen ja informoinnin käsitteiden kanssa. Käsitteiden epäselvän käytön vuoksi on vaikeaa tunnistaa, mitä ohjaus potilastyössä on. Ohjaus tarkoittaa muun muassa tiedon antamista, potilaan hoitoprosessiin liittyvää vuorovaikutusta, potilaan auttamista valintojen tekemisessä ja hoitotyön toimintoa. Ohjaus käsittää joukon toisiinsa liittyviä toimintoja, jotka voivat olla kestoaltaan lyhyitä ja kertaluonteisia, tai pidempiä ja toistuvia. (Kääriäinen 2007, 27-29.)

Tässä opinnäytetyössä potilasohjaus on terveyden edistämistä. Potilasohjauksella tarkoitamme päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan kykyä hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti päivystyshoitotyössä. Potilasohjauksella pyrimme vähentää päivystyshoitoon uudelleenjoutumista. Terveyden edistäminen ja potilasohjaus ovat tärkeitä asioita, koska ne tukevat potilaan kokonaisvaltaista terveyttä. Potilasohjaus voi lisätä potilaan itsenäisyyttä, nopeuttaa paranemista ja edesauttaa potilasta parantamaan elämänlaatuaan. Terveyden edistämällä ja sen tehokkuudella on epäilijänsä, mutta terveyden edistäminen on kuitenkin osa hoitotyötä. (Casey 2007, 1042.)

3.2 Asiakslähtöinen ohjausprosessi

Asiakslähtöinen ohjausprosessi tarkoittaa asiakkaan ja hoitajan välistä aktiivista toimintaa. Asiakslähtöisessä ohjausprosessissa tarkoituksena on suunnitella ja rakentaa ohjausprosessi yhteistyössä hoitajan kanssa sekä lisätä asiakkaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28.)

Asiakslähtöistä ohjausprosessia suunniteltaessa tavoitteet määrittävät ohjauksen sisällön. Ohjauksen suunnitteluvaiheessa tavoitteet tulisi määrittellä yhdessä asiakkaan kanssa, jotta ne sopisivat hänen elämäntilanteeseensa. Suunnittelussa pitäisi lähteä aina siitä, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää, sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. (Kääriäinen ym. 2005, 28.)

Erilaisten ohjausmenetelmien valintaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota, sillä jokainen potilas muistaa ja prosessoi asioita eri tavoin (Kääriäinen 2010, 27). Jotta hoitaja osaisi valita oikean ohjausmenetelmän, hänen tulee olla tietoinen siitä, miten asiakas omaksuu asioita. Asiakkaiden vahvuudet omaksua asioita ovat riippuvaisia heidän taustastaan. Hoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta tiedostamaan oma tyyliinsä omaksua asioita. Joidenkin asiakkaiden on helpompi muistaa ja ilmaista asioita kielellisesti, jolloin häntä voidaan tukea antamalla ohjaustilanteessa vahvistavaa palautetta. Osa asiakkaista tarkastelee asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin ja toiset päinvastoin. Joillekuille taas saattaa olla helpompi hahmottaa asioita visuaalisesti, jolloin hoitajan kannattaa käyttää kuvamateriaalia ohjauksen tukena. Kuitenkin riippumatta siitä, millä tavoin asiakas omaksuu asioita, keskeistä on asioiden kertaaminen ohjaustilanteen lopuksi. Yleensä asiakkaat muistavat parhaiten ensimmäisen ja viimeiseksi ohjauksessa kerrotun asian. (Kääriäinen ym. 2005, 28.)

On arvioitu, että asiakkaat kykenevät muistamaan 75 % näkemästään, 10 % kuulemastaan ja 90 % sekä kuulo -että näköaistin välityksellä saadusta tiedosta. Tämä osoittaa, että ohjauksessa tulisi käyttää useita eri menetelmiä. Kirjallista materiaalia ei tulisi kuitenkaan antaa vain sen vuoksi, että aiheesta on sitä olemassa. Materiaalin täytyy tukea ohjauskeskustelussa käsiteltyjä asioita, eikä se saa olla liian yleisluontoista. (Kääriäinen ym. 2005, 29.)

Hoitaja voi käyttää erilaisia ohjaustyyliä asiakaslähtöisessä ohjauksessa. Hyväksyvä ohjaustyyli eli konfrontoiva ja katalysoiva tyyli tukevat asiakaslähtöisyyttä. Hyväksyvää tyyliä käytetään sellaisissa tilanteissa, joissa asiakkaan tunteet ovat pinnalla tai hän tarvitsee hoitajalta varmistusta asialleen. Hoitajan tehtävä on kuunnella, hyväksyä, tukea ja nyökytellä, mutta ei osallistua tilanteeseen muulla tavoin kuin pyytämällä tarkennusta tarvittaessa. Konfrontoivaa tyyliä käytetään silloin, kun halutaan osoittaa asiakkaan puheen ja tekojen väliset ristiriitaisuudet, esimerkiksi jos asiakas ei ole huolissaan terveysongelmastaan, vaikka se olisi merkittävä. Katalysoivaa tyyliä käytetään silloin, kun halutaan kartoittaa ja selkiyttää asiakkaan tilannetta, esittämällä avoimia kysymyksiä, mitä, missä, milloin, kuka. Tällöin asiakkaan on pohdittava, mitä hyötyä ja haittaa muutoksesta hänelle olisi ja mitä se häneltä vaatisi. Tällaisen ohjaustyylin tarkoituksena on auttaa asiakasta päätöksenteossa ja toiminnassa. Hoitajan olisi

tärkeää hallita eri ohjaustyyliä ja osata käyttää niitä tilanteen mukaisesti. Hoitajan tulisi välttää ammattislangia ja puhua niin, että asiakas ymmärtää asiat. (Kääriäinen ym. 2005, 29.)

Asiakkaan ohjaus kuuluu hoitajan jokapäiväiseen toimintaan, jonka vaikutusta hän pystyy itse parantamaan. Asiakkaat, joita ei tueta vastuullisuuteen omasta toiminnastaan, kokevat olevansa riippuvaisia terveydenhuoltohenkilöstöstä ja uskovat, että heillä itsellään on vain vähän mahdollisuuksia vaikuttaa terveyteensä liittyviin asioihin. Jotta hoitaja ymmärtäisi asiakkaan käyttäytymistä, hänen on pohdittava myös omaa eettistä toimintaansa. Hoitajan tulisikin pohdita omia henkilökohtaisia ja ammatillisia arvojaan ja olla tietoinen niistä. Hänen tulisi myös tarkastella omia uskomuksiaan, kokemuksiaan ja ennakkoluulojaan. Asiakkaan luottamuksen hoitajaan voi viedä hoitajan negatiivinen asennoituminen, tuomitsevuus, uhkailu ja moralisointi. (Kääriäinen ym. 2005, 30.)

Monet asiakkaat ovat kuvanneet ohjausta terveydenhuollossa hoitajalähtöiseksi ja kaivanneet elämäntilanteensa parempaa huomiointia, vaikka asiakaslähtöisyyden tulisi olla yksi ohjauksen tavoitteista terveydenhuollossa. Ohjauksen yhteissuunnittelu toteutuu vielä nykyäänkin huonosti ja ohjausmenetelmiä käytetään yksipuolisesti. (Kääriäinen ym. 2005, 30.)

3.3 Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat taustatekijät

Laadukas ohjaus voidaan mieltää monitahoiseksi ja kontekstisidonnaiseksi ilmiöksi. Ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa toimia ohjaajana osaavasti ja vaikuttavasti. On tärkeää, että jokainen potilasta ohjaava henkilö tunnistaa ja tiedostaa oman ammatillisen vastuunsa merkityksen ohjaajana. Onnistunut ohjaus vaatii hoitajan ammatillisen vastuun lisäksi asianmukaista resurssien käyttöä, sillä resurssit vaikuttavat potilaslähtöisen ohjauksen toteuttamiseen. (Kääriäinen 2010, 30.)

Ohjaus voidaan jakaa vaiheittain kolmeen eri osaan: suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Rekola & Hakala 2008, 596). Ohjauksessa on aina kyse vuorovaikutuksesta ja ohjauksen olennaiset piirteet voidaan jakaa erilaisiin taustatekijöihin. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutus, sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Asiakkaalla voidaan tarkoittaa yksilöä, perhettä tai yhteisöä. Yksilöä taas voi edustaa lapsi, ikääntynyt, vakavasti sairas tai somaattisesti täysin terve ihminen, joka tarvitsee ohjausta elintapoihinsa. Asiakkaiden erilaisuus asettaa hoitajalle suuria haasteita, sillä lapsen ohjaaminen on erilaista kuin murrosikäisen nuoren tai ikääntyneen asiakkaan. Hyvin motivoitunut asiakas taas on päihdeongelmaisen potilaan vastakohta ohjauksen kannalta. (Kyngäs ym. 2007, 25–26.)

Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan, esimerkiksi vältteleekö hän ohjausta, unohtaako hän asioita tai kieltäkö hän niitä. Asiakkaan voi olla vaikea keskittyä ohjaukseen, jos hänellä on vasta diagnosoitu sairaus ja tällöin hän joutuu arvioimaan elämäänsä uudelleen. (Kyngäs ym. 2007, 26, 30.) Potilasohjaustilanteeseen vaikuttavat mahdolliset ympäristölliset tekijät, kuten esteet ja häiriöt. Ohjaukselle paras ympäristö on häiriötön ja sellainen, missä ohjaukseen liittyvä materiaali on välittömästi saatavilla. Ohjausympäristön tulisi olla sellainen, ettei se herätä potilaissa negatiivisia tunteita. Ohjaustilanteessa potilaan tulisi tuntea olonsa luottavaiseksi ja kokea, että hänen asiaansa kunnioitetaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2013.)

Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat erityisesti asiakkaan motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyylit ja -valmiudet. Asiakkaan motivaatio vaikuttaa siihen, onko hän halukas omaksumaan hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Hoitaja voi esittää avoimia kysymyksiä selventääkseen niitä tekijöitä, jotka voisivat motivoida asiakasta hoitoonsa. Myös hoitajan oma motivaatio ja valmiudet tukea asiakkaan

motivoitumista vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2013.)

Myös sosiaaliset, kulttuurilliset, uskonnolliset ja eettiset tekijät ovat ohjauksen kannalta merkittäviä taustatekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Sekä asiakkaalla, että hoitajalla on omat arvonsa, jotka ovat osa heidän maailmankatsomustaan. Arvot vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Jotta hoitaja pystyisi selvittämään asiakkaan suhdetta esimerkiksi omaisiin, hoitajan täytyy havainnoida asiakkaan ja omaisten vuorovaikutusta ja omaisten mahdollisuuksia tukea asiakasta. Hoitajan on tärkeää varmistaa asiakkaalta, miten tärkeänä asiakas pitää omaisten ohjaamista ja kuinka omaiset pystyisivät häntä tukemaan. Hoitajan on huomioitava ohjauksessaan myös asiakkaan kulttuuriin mahdollisesti liittyvät tabut, uskomukset ja traditiot. Asiakkaan turvattomuuden tunnetta voivat lisätä asiakkaan vieras äidinkieli, mikä vaikeuttaa aktiivista osallistumista ohjaukseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2013.)

Tutkimuksen mukaan ohjaukseen käytettävissä olevat resurssit ovat sairaaloissa kokonaisuudessaan melko hyvät. Hoitohenkilökunnan taidot itsehoidon tukemiseen ovat osalla huonot, mutta heidän asenteensa ohjaukseen ovat myönteisiä. Hoitajat kokevat ajan puutteen, tilojen epäasianmukaisuuden ja puutteellisen välineistön aiheuttavan ongelmia. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 4.) Ohjausta voivat hankaloittaa hoitajien kokemus, tietojen ja taitojen sekä täysvaltaisuuden tunteen puuttuminen. Hoitajat voivat lisäksi aliarvioida tai vähätellä muiden hoitajien työkokemuksia tai näkökulmia. Rutiinit ja yleinen moraalit voivat myös vaikuttaa kielteisesti terveyden edistämiseen. Rutiinit määrittelevät päivän sisällön ja sen mitä päivän aikana tulee tehdä. Yleinen moraalit voi taas antaa negatiivisen vaikutelman esimerkiksi terveyden edistämisestä, ja siten ohjaus voi jäädä toteuttamatta, vaikka hoitohenkilökuntaa olisikin riittävästi sen toteuttamiseen. Nykyään myös potilaiden yleinen tietämys voi hidastaa ohjausta, tai pelkästään potilaan liian huono kunto voi estää ohjauksen toteutumisen. (Casey 2007, 1043.)

3.4 Hoitajan rooli ohjaustilanteessa

Hoitajan rooli ohjaustilanteessa on ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana oleminen. Lisäksi hänen tulisi hallita vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot ohjausprosessin ylläpitämiseksi. (Kääriäinen 2010, 26-27.) Hoitajan ammattitaidon kehittämisen tarpeet liittyvät vaatimukseen näyttöön perustuvasta ja asiakaslähtöisestä hoitotyöstä. Hoitajan tulisi osata hakea ja käyttää tutkittua tietoa potilasohjauksessa, sekä osata toimia potilaan kanssa tasa-vertaisessa yhteistyösuhteessa, jossa molemmat oppivat toisiltaan. Ammattitaidon kehittymisen edellytyksenä ovat osaamisen päivittäminen oppimisesta, potilasohjauksesta ja potilaan hoidosta. (Hämäläinen ym. 2010a, 11.)

Ohjauksella pyritään tukemaan asiakkaan ja hoitajan välistä tavoitteellista ongelmanratkaisua, jolloin asiakasta autetaan tarkkailemaan itseään, elämäntodellisuuttaan, mahdollisuuksiaan ja rajoituksiaan sekä päättämään muutoskeinoista. Hoitajan tehtävänä on kannustaa asiakasta luottamaan omiin kykyihinsä ja tukea asiakkaan oma-aloitteisuutta, jotta hän pystyisi arvioimaan omaa toimintaansa ja ottamaan palautetta vastaan. Hoitaja pystyy vaikuttamaan omalla toiminnallaan edellä mainittuihin asioihin, mutta vain asiakas voi itse niitä muuttaa. (Kääriäinen ym. 2005, 29.)

Nykypäivänä lyhyet hoitoajat ja kiire luovat haasteen potilasohjaukselle. Kiireessä hoitajien vuorovaikutustaidot korostuvat, koska lyhyen ajan sisällä tulisi pystyä rakentamaan potilaan kanssa luottamuksellinen hoitosuhde. Vuorovaikutustaidot eivät ole jokaiselle itsestäänselvyys, ja niiden parantamiseksi täytyy kouluttaa itseään. Vuorovaikutustaitoja voi kehittää videoimalla ohjaustilanteet, joiden onnistumista voidaan työyksikössä tarkastella jälkeenpäin. Tällöin hoitaja pystyy arvioimaan ja kehittämään omia vuorovaikutustaitojaan. (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 30.)

Hoitajan on tärkeää miettiä, mitkä asiat ohjaustilanteessa on tärkeää käsitellä. Lisäksi hänen on osattava asettaa asiakkaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen sekä mietittävä, millaisia asioita asiakas on ohjaushetkellä valmis oppimaan. (Kyngäs ym. 2007, 30–31.) Hoitajan on havaintojensa perusteella valitta-

va tapa, jolla viestiä asiakkaan kanssa (Hankonen ym. 2006, 24). Koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä, ohjausta annetaan useimmiten suullisesti. Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa asiakkaan kysymysten esittämisen, väärinkäsitysten oikaisemisen ja tuen saamisen hoitajalta. Suullista ohjausta voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäohjauksen muodossa ja sitä voidaan tukea erilaisin oheismateriaalein. Asiakkaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Yksilöohjaus on oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä, mutta se vaatii hoitajalta aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Hoitajalla tulisi myös olla taito havainnoida ja kuunnella potilasta. Havainnoinnissa huomio kiinnittyy potilaan ilmeisiin ja eleisiin. Hoitajan jännittyneisyys, ahdistuneisuus ja kiinnostuksen puute ohjaukseen voivat heikentää potilaan oppimista. Hoitaja vaikuttaa omalla käytöksellään ja sanattomalla viestinnällään ohjauksen onnistumiseen. Jos hoitaja vain ”käy läpi” ohjeet kaavamaisesti, piittaamatta siitä, ymmärtääkö potilas, ohjaus epäonnistuu. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26–27.) Hoitajan tulisi myös kiinnittää huomiota sanalliseen viestintään, sillä sanojen merkitykset eivät ole samat kaikille ja ne voivat vaihdella myös saman kielen ja kulttuurin sisällä (Hankonen ym. 2006, 25).

Ohjauksen näkökulmasta katsottuna haasteena ovat asiakkaat, jotka kokevat itsensä terveiksi, mutta joiden terveydentila vaatisi hoitoa. Esimerkiksi jokin sairaus voi olla ohjaushetkellä oireeton, mutta sen paraneminen vaatii kuitenkin elintapojen muuttamista. Hoitajalla on tällöin tärkeä rooli asiakkaan motivoinnissa. Hoitajan tulisi aika-ajoin arvioida omia kykyjään ohjaajana ja sitä, miten ohjaus on onnistunut, jotta hän voisi kehittyä ohjaajana. (Kyngäs ym. 2007, 30–31, 45.)

Ohjauksen merkitys korostuu tulevaisuudessa, sillä potilaiden ja väestön odotetaan ottavan yhä enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Tämän lisäksi hoitoajat sairaalassa lyhenevät jatkuvasti niin, että potilas voidaan kotiuttaa suoraan päivystyspoliklinikalta. Potilaiden tarpeet ja odotukset ohjaukselle ovat lisääntyneet, ja kaikki uusi tieto, joka potilaalle annetaan, lisää hoidon onnistumisen mahdollisuuksia. (Rekola & Hakala 2008, 596.)

3.5 Johdon ja esimiehen tuki potilasohjauksen toteutuksessa

Asiakaslähtöisyys on potilasohjauksen onnistumisen kannalta tärkeintä (Hämäläinen, Janatuinen, Kostainen & Jauhiainen 2010b, 94). Jotta asiakaslähtöinen potilasohjaus olisi onnistunutta, sen toteuttamisen kannalta johdon ja esimiehen tuki on ensiarvoisen tärkeää. Hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat vastuussa siitä, miten potilasohjausta arvostetaan osana hoitotyön toimintoja. Esimiehen asennoituminen potilasohjaukseen vaikuttaa mahdollisuuksiin toteuttaa ohjausta ja siihen, millaisia resursseja ohjaukseen on käytettävissä. Esimiehellä tulisi olla selkeä käsitys siitä, mitkä asiat asiakaslähtöisessä potilasohjauksessa ovat hallinnassa, missä on kehittymisen tarvetta ja mihin asioihin olisi syytä kiinnittää huomiota. (Hämäläinen ym. 2010b, 96.) Hallinnollinen tuki pystyy tukemaan terveyden edistämistä muun muassa rahallisesti, esimerkiksi panostamalla laitteisiin ja mahdollistamalla terveyden edistämisen asiantuntijan palkkaamisen osaksi hoitohenkilökuntaa (Casey 2007, 1043).

Asiakaslähtöisen potilasohjausprosessin toteutumista edesauttavat yhtenäinen potilasohjausmateriaali ja eri ammattihenkilöiden sitoutuminen yhtenäisten ohjeiden noudattamiseen koko organisaatiossa. Asiakaslähtöistä potilasohjausprosessia edistävät myös asiakaspalautteen kerääminen, potilasohjauksen yhtenäisyyden ja jatkuvuuden turvaaminen siirryttäessä yksiköstä toiseen sekä potilasohjeiden päivittäminen organisaatiotasolla. Potilasohjauksen kehittämiseksi osaamisen johtamisella on suuri merkitys. Esimiehet ovat vastuussa henkilöstönsä ja työyhteisönsä osaamisen arvioinnista sekä kehittämis- ja täydennyskoulutustarpeiden määrittelemisestä. (Hämäläinen ym. 2010b, 96.)

Ohjauksen tunnistaminen ja tiedostaminen ovat haasteita hoitotyön perus- ja täydennyskoulutukselle. Koulutuksessa täytyisi korostaa ohjauksen merkitystä, pohtia mitä ovat ohjauksen keskeiset ominaispiirteet, ohjeistaa käyttämään tutkimustietoa ohjaustilanteissa sekä antaa keinoja ohjausmateriaalien tuottamiseen ja vuorovaikutussuhteiden luomiseen. Lisäksi jokaisen hoitotyötä tekevän tulisi harjoitella tavoitteellista toimintaa, arviointia ja kirjaamista. (Kääriäinen & Kyngäs 2013.) Hoitajat tarvitsisivat enemmän koulutusta koskien

ohjaamaan oppimista, ohjauksen sisältöä, ohjausmenetelmiä ja vuorovaikutusta (Kääriäinen 2010, 27).

3.6 Potilasohjauksen eettisyys

Muutokset terveydenhuollossa heijastuvat asiakkaan ja hoitajan välisiin kohtaamisiin ja ohjaustilanteisiin. Hoitajilla on oma ammattietiikkansa, joka ohjeistaa, miten mainitut tilanteet tulisi kohdata ja miten ammattietiikkaa voi soveltaa hoitotyöhön. Tietotekniikan ja Internetin lisääntyvä käyttö ohjauksen tukena tuo mukanaan eettisiä kysymyksiä ja haasteita asiakkaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Asiakkaalla on mahdollisuus etsiä terveystietoa Internetistä, mikä muuttaa valtasuhteita ja tekee asiakkaista entistä itsenäisempiä. (Kyngäs ym. 2007, 153.)

Eettiset periaatteet ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä hoitotyön periaatteet ohjaavat vuorovaikutusta hoitotyössä. Hoitotyön eettisiä periaatteita ovat huolenpito, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Huolenpidolla tarkoitetaan yksilön auttamista, tukemista ja selviytymistä edistävää toimintaa. Huolenpito on luonteeltaan empaattista ja läsnä olevaa, ja se tuo todellisen ja aidon läsnäolon tunteen. Huolenpitoon kuuluvat myös ammattihenkilön taidot, kuten eleet ja toiminnot (katse, kuuntelu ja läsnäolo). Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan muun muassa ihmisen vapautta tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Itsemääräämisoikeus voi rajoittua, jos hänelle ei kerrota omasta hoidostaan tai hän ei kykene ymmärtämään annettua tietoa. Oikeudenmukaisuutta pidetään keskeisenä hoitotyötä ohjaavana periaatteena. Oikeudenmukaisuuden peruslähtökohtana on yksilön vapaus, tasa-arvoisuus ja hyöty, joiden merkitys kasvaa jatkuvasti, sillä terveydenhuollon voimavarat kohdentuvat pääasiassa tähän periaatteeseen. (Hankonen ym. 2006, 26.)

Hoitotyön periaatteita ovat yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus, kulttuurilähtöisyys, omatoimisuus ja vastuullisuus. Yksilöllisyydellä tavoitellaan hoitotyössä sitä, että ohjauksen tavoitteet vastaisivat ohjattavan käsityksiä hoidostaan ja hänen toiveitaan silloin, kun ohjattava kykenee osallistumaan omaan hoitoonsa. Jatkuvuuden avulla pyritään katkeamattomaan

hoitotapahtumaan, jossa ohjaus nivoutuu osaksi kokonaisuutta sisältäen kirjallisen ja suullisen tiedon. Turvallisuudella tarkoitetaan hoitotyössä hoitajan tehtävää vastata ohjattavan turvallisuuden tarpeisiin ja tuottaa ohjattavalle hyvää oloa. Hoitajan on myös tutustuttava vierasta kulttuuria edustavan ohjattavan tapoihin ja tottumuksiin kyetäkseen ohjaamaan häntä kokonaisvaltaisesti. Omatoimisuudella tarkoitetaan hoitajan kykyä selvittää, mitkä ovat ohjattavan voimavarat ja tukea ohjattavaa näiden voimavarojen käytössä. Hoitajan vastuu on olla tietoinen siitä, mitä on tekemässä ja kantaa vastuu tekemästään. (Hankonen ym. 2006, 27.)

”Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 8. §). Kaikilla Suomen kansalaisilla on oikeus terveydentilansa oikeuttamaan hoitoon, kuitenkin niiden voimavarojen tarjoamalla tavalla, mitä kulloinkin on omassa terveydenhuollossa käytettävissä. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta, ja häntä on hoidettava sellaisella lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla, joka sopii potilaalle. Potilas on myös oikeutettu hoitoon, jossa toimitaan yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Potilaalla on oikeus päättää hoidostaan sekä siitä, haluaako hän ohjausta ja miten hän saamansa ohjauksen pohjalta toimii. Hoitohenkilöstön täytyy mahdollistaa se, että potilas voi tehdä päätökset hoitoonsa liittyvistä asioista itsenäisesti ilman pakkoa, riittävät taustatiedot saatuaan. Hoitohenkilöstön tulee olla tietoinen voimavaroistaan, jotka heillä ohjaajina on käytössään voidakseen edistää potilaan terveyttä ja tietämystä. Toisaalta hoitajan on myös tiedostettava omat rajansa ohjaajana. (Kääriäinen 2007, 25–26.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.– – Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15. §).

Sairaanhoitajan ammatti on laillistettu ammatti, joten ilman asiaankuuluvaa koulutusta ei voi tehdä sairaanhoitajan työnkuvaan tai vastuualueeseen

kuuluvia tehtäviä. Luvan sairaanhoitajan ammatin harjoittamiseen myöntää terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Ammattiin opiskeleva henkilö voi tehdä tilapäisesti sairaanhoitajan toimenkuvan mukaisia tehtäviä. Erilliset koulutukset voivat antaa oikeuksia tiettyjen toimintojen suorittamiseen esimerkiksi nimikesuojatulle ammatinharjoittajalle. Terveydenhuollossa työskentelevä henkilö on velvollinen ylläpitämään ammatin edellyttämää ammattitaitoa ja tietämystä säädöksistä ja määräyksistä, jotka koskevat hänen ammattitoimintaansa. Työnantaja on velvollinen mahdollistamaan ammatillisen täydennyskoulutuksen työntekijöilleen. VALVIRA on sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston ylläpitämä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri. Sieltä näkee muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilön nimen, rekisteröintitunnuksen ja ammattinimikkeen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Hoitoympäristön eettisyyden huomioimiseen kuuluu riittävän ajan varaaminen asiakkaan kanssa keskusteluun rauhallisessa tilassa ja huolehtiminen siitä, että hoitajalla on valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta. Hoitajan, muiden terveydenhuollon työntekijöiden, organisaation ja yhteisön on jaettava vastuu siitä, että terveydenhuollon voimavaroja käytetään tarkoituksenmukaisesti. Tämän mahdollistamiseksi on perehdyttävä siihen, miten ohjausta arvostetaan työmenetelmänä ja miten aika, ohjaustaidot ja ohjauksen uudet sähköiset apuvälineet sekä ohjauksen tukena käytettävä materiaali mahdollistavat ohjauksen. Ohjausympäristöä valittaessa tulisi pohtia entistä huolellisemmin asiakaslähtöisyyttä, jolloin ympäristön avulla voitaisiin mahdollistaa selkeä ja ajantasainen tiedonsaanti. Tällöin asiakkaita ei kuitenkaan saisi erotella iän, sosiaalisen aseman tai koulutuksen perusteella. Ohjaustilanteessa eettiset kysymykset nousevat erityisen merkittäviksi silloin, kun ohjataan sellaisia asiakkaita, jotka ovat vaarassa syrjäytyä, eivät hallitse nykyajan tietotekniikkaa, eivät pysty ottamaan vastuuta päätöksenteosta ja vastamaan omasta hoidostaan esimerkiksi psyykkisten ongelmien tai muistihäiriöiden vuoksi. (Kyngäs ym. 2007, 155, 157.)

4 Päivystyshoitotyö

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vammautumisen tai kroonisen sairauden vaikeutumisen seurauksena annettavaa välitöntä hoitoa ja seuranta. Viime vuosina päivystystoiminnan kehittyminen on johtanut yhteispäivystystoiminnan yleistymiseen. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan päivystyspoliklinikkaa, johon on yhdistetty sekä perus- että erikoissairaanhoidon palvelut. (Kemppainen 2013, 92-93.)

Päivystyspoliklinikalla työskentely on päivystyshoitotyötä, jolla tässä opinnäytetyössä tarkoitamme Pohjois-Karjalan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla tapahtuvaa hoitotyötä. Hoitohenkilökunnalla käsitämme tässä yhteydessä perushoitajat, sairaanhoitajat ja lääkintävahtimestarit, jotka työskentelevät päivystyspoliklinikalla. PKSSK:n päivystyspoliklinikalla tapahtuvalla koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn käsitteellä tarkoitamme toimia, joiden avulla ehkäistään potilaan joutumista hoitoon uudelleen ja lisätään potilaan tietoisuutta koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisystä.

4.1 Erikoissairaanhoidon päivystys

Sairaanhoitopiiri huolehtii yleensä erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan järjestämisestä. Päivystystoiminta keskitetään usein yhteen alueellisesti toimivaan päivystyspoliklinikkaan, joka tarjoaa ympäri vuorokauden kaikki palvelut, lukuun ottamatta vaativimpia erityistason palveluja. (Kemppainen 2013, 93.)

Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989). Päivystys voi olla hajautettu eri päivystyspoliklinikoille potilasryhmittäin. Sairaalat on jaoteltu aluesairaaloihin, pieniin ja isoihin keskussairaaloihin sekä yliopistosairaaloihin. Yliopistosairaaloihin on keskitetty vaativimpien erikoissairaanhoidon potilasryhmien, kuten neurokirurgisten potilaiden, hoito. (Kemppainen 2013, 93.)

4.2 Perusterveydenhuollon päivystys

Kunnat huolehtivat yleensä perusterveydenhuollon päivystystoiminnan palvelujen järjestämisestä, joita tuottavat terveyskeskukset, sairaanhoitopiirit tai yksityiset palvelun tuottajat. Päivystystoiminta on jaettu perusterveydenhuollossa virka-ajalla ja virka-ajan ulkopuolella toteutettavaksi. (Kempainen 2013, 93.)

Virka-aikana päivystystoiminta toteutetaan tarjoamalla omalääkäreiden akuuttivastaanottoaikoja tai terveysasemilla keskitettynä päivystystoimintana. Virka-ajan ulkopuolella päivystystoiminta järjestetään joko keskitetysti perusterveydenhuollon päivystyksenä alueellisesti tai yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa yhteispäivystyksenä. (Kempainen 2013, 93.)

4.3 PKSSK:n päivystyspoliklinikka

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ensiapupoliklinikan nimi muuttui päivystyspoliklinikaksi 1.1.2013 (Nevalainen 2013a). Pohjois-Karjalan keskussairaalassa aloitettiin ensimmäisenä Suomessa yhteispäivystystoiminta 1.4.2013. Käytännössä yhteispäivystys tarkoittaa sitä, että keskussairaalan tiloissa toimineet terveyskeskuspäivystys ja erikoissairaanhoidon päivystys (päivystyspoliklinikka) yhdistyivät. (Tikkamäellä aloittaa Suomen ensimmäinen aito yhteispäivystys 2013.)

PKSSK:n yhteispäivystys sijaitsee sairaalan J- ja E-siivessä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013a). Sen yhteydessä toimii myös 15-paikkainen tarkkailuosasto, jossa toteutetaan lyhytaikaista (alle 24 h) seurantaa ja hoitoa eri erikoisalojen potilaille. Lisäksi jatkuvaa seurantaa vaativille potilaille on varattu kolme potilaspaikkaa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013b.)

Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan työhön kuuluvat polikliiniset hoitotoimenpiteet, potilaiden kuljetus tutkimusyksiköihin tai vuodeosastoille ja potilaiden valmistelu päivystysleikkauksiin (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013c). Hoitohenkilökunnan lisäksi potilaiden

hoidosta vastaavat eri erikoisalojen päivystävät lääkärit (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013b). Kuljetustoimisto hoitaa potilassiirrot jatkohoitopaikkoihin sairaalan ulkopuolelle, ja sen alaisuuteen kuuluva potilaskuljetusyksikkö avustaa sairaalan sisäisissä potilassiirroissa (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013d).

Päivystyspoliklinikan luonteeseen kuuluu kävijämäärien suuri vaihtelu ja ennakoimattomuus, minkä vuoksi toiminta ruuhkautuu ajoittain ja odotusajat voivat olla pitkät. Alussa arvioidaan hoidon tarpeen kiireellisyys kiireellisyysluokituksen (triage) mukaisesti. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013c.) Triagen tilanarvioon kuuluvat nopea tajunnan tason tarkistaminen, verenkierron arviointi sekä hengitysteiden avoimuuden ja hengityksen arviointi (Kemppainen 2013, 93). Potilaat, joilla on välitön tai uhkaava hengenvaara, pääsevät aina suoraan hoitoon (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013c).

PKSSK:n yhteispäivystyksen toiminta perustuu potilaan voinnin tai vaivojen selvittelyyn ja niiden pohjalta oikeaan hoitopaikkaan ohjaamiseen. Päivystyspoliklinikalle soitetaan puhelinneuvontaan, josta sitten ohjataan potilas oikealle hoitotaholle tai annetaan tarpeen mukaan kotihoito-ohjeita. Jos puhelinsoiton perusteella potilaan suositellaan tulevan päivystyspoliklinikalle, hänen hoidon tarpeensa ja -kiireellisyytensä arvioidaan uudestaan. Päivystyksessä toimii sairaanhoitajan vastaanotto, fast track -linja (nopealinja) ja operatiivinen tiimi sekä konservatiivinen tiimi. Fast track - linjalla hoidetaan potilaita, jotka eivät tarvitse laboratorio- tai röntgenkäyntejä hoitoaan varten. (Nevalainen 2013b.)

4.4 Toiminnan luonne päivystyspoliklinikalla

Päivystyspoliklinikan kautta tulee sairaalaan hoitoon vakavasti loukkaantuneita tai äkillisesti sairastuneita ihmisiä vuorokauden ympäri. Päivystyksissä hoidetaan myös kiireetöntä hoitoa tarvitsevia potilaita, esimerkiksi lisätutkimuksia, seurantaa tai jatkohoitoa tarvitsevia. Päivystykseen saapuvat potilaat tarvitsevat usein monien erikoisalojen ammattilaisten apua. Potilaan

hoidon tarve voi johtua somaattisesta sairaudesta tai oireesta, mutta usein vaiva voi olla myös psyykkinen tai sosiaalinen. Päivystykseen saapuvan potilaan vointi voi olla kriittinen ja potilaan hoidosta vastaavien täytyy tehdä nopeita päätöksiä. Tästä syystä hoitotapahtumat jäävät usein lyhyiksi ja hoitohenkilökunnan toiminta voi muuttua nopeasti kiireiseksi. (Rasku, Sopanen & Toivola 1999, 14, 29.)

Päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitajan työpäivä on joka päivä erilainen. Kiireisinä päivinä hoitaja saattaa tuntea itsensä riittämättömäksi. Joinakin päivinä töissä voi olla leppoisaa ja rauhallista, jolloin hoitaja tuntee kykenevänsä keskittymään yhden tai useamman potilaan hoitoon rauhassa. Vaikka hoitoajat ovat päivystyspoliklinikoilla lyhyitä, sen aikana täytyisi kyetä potilaan hoidon kannalta tekemään kaikki olennainen ja lisäksi suunnittelemaan jatkohoito. Potilas ei välttämättä kykene vastaanottamaan kaikkea tietoa hoidon aikana, mutta potilaan kokonaishoidon kannalta täytyisi pyrkiä aina potilaslähtöiseen terveyden edistämiseen. (Rasku ym. 1999, 29.)

Ohjaaminen ja opettaminen ovat keskeinen ja samalla myös haasteellinen osa päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitotyöntekijän ammatillista toimintaa. Laadukkaan ohjaamisen avulla voidaan lisätä potilaan hoitoon sitoutumista ja parantaa hoidon jatkuvuutta. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitajan työtehtäviin kuuluu olennaisesti ohjaaminen tutkimuksiin, kotihoito-ohjeiden antaminen, jatkohoitoseuranta, neuvonta ja opettaminen. Potilaan ohjaaminen päivystyspoliklinikalla on hyvin haasteellista, sillä hoitajan on hyvin lyhyessä ajassa muodostettava selkeä käsitys potilaasta, hänen elämäntilanteestaan ja oppimiskyvystään, jotta ohjaus olisi mahdollisimman vaikuttavaa. (Sillanpää 2008, 41–42.)

4.5 Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä

Hyvällä hoidolla tarkoitetaan monimutkaista inhimillistä toimintaa, joka toteutuu potilaan ja hoitajan välisessä suhteessa. Potilaan näkökulmasta katsottuna hoito on hyvää silloin, kun se vastaa potilaan odotuksia ja potilas on itse tyytyväinen. Edellytyksiä hyvälle hoidolle ovat hoitajien riittävä tietoperusta, aineelliset

resurssit sekä inhimilliset arvot ja kokemus. Hyvällä hoidolla tavoitellaan potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Hyvä hoito sisältää tehtäväkeskeisiä ja ihmiskeskeisiä toimintoja. Tehtäväkeskeisillä toiminnoilla pyritään jonkin tehtävän suorittamiseen. Niitä ovat muun muassa potilaan ohjaus, fyysiset toiminnot, potilaan päätöksenteon tukeminen, omatoimisuuden ylläpitäminen sekä hoidon jatkuvuutta ylläpitävät toiminnot. (Pellikka, Lukkarinen & Isola 2003, 168-169.)

Aiempien tutkimusten mukaan päivystysyksiköiden potilaat ovat korostaneet riittävää tiedonsaantia osana hyvää hoitoa. Päivystyspotilaiden mielestä myös omaan hoitoon osallistuminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen kuuluvat oleellisesti hyvään hoitoon. Potilaat arvostavat hoitajien teknisen osaamisen ja ammattitaidon lisäksi toimivaa vuorovaikutusta ja hyvää kohtelua. Päivystyspotilaiden turvallisuudentunnetta lisäävät hoitajien antama tuki ja kannustus. Potilaat odottavat päivystysyksikköön hakeutuessaan pääsevänsä hoitoon ilman pitkiä odotusaikoja. Odottamisen syiden ja keston tiedottaminen potilaalle on tutkimusten mukaan puutteellista. Potilaat kokevat negatiivisena asiana myös sen, että ennen hoidon alkamista ja odotusaikana saadut väliaikatiedot ovat olleet niukkoja. Potilaat, jotka kotiutuvat päivystysyksiköistä hoidon jälkeen, pitävät riittävien kotihoito-ohjeiden saamista tärkeänä. (Pellikka ym. 2003, 168-169.)

Oulun seudun yhteispäivystyksessä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yhteispäivystyksenä hoidettujen potilaiden käsityksiä hoitoon liittyneistä toiminnoista ja hoitoprosessin etenemisestä. Tutkimuksen aineisto on kerätty Hyvä hoito -mittarin avulla. Kyseisen tutkimuksen mukaan potilaista yli puolet (58 %) kokivat ohjauksen ja neuvonnan toteutuneen hyvin. Potilaista 79 % arvioi saaneensa riittävästi ohjausta tutkimusten ja toimenpiteiden aikana, ja yli puolet (67 %) potilaista oli saanut riittävästi tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. Puolet potilaista koki terveellisten elämäntapojen neuvonnan tarpeettomana. Potilaista 81 % oli sitä mieltä, että tutkimukset ja toimenpiteet suoritettiin ammattitaitoisesti, ja 74 % arvioi hoitajien hallitsevan välineiden laitteiden käytön hyvin. Kivun hoidon laatuun ja riittävyteen oli tyytymättömiä 12 % potilaista ja 30 %:n mielestä kivun hoito ei ollut tarpeellista. Tutkimuksen perusteella yhteispäivystyksen kehittämiskohteita ovat pyrkiminen nopeaan hoidon aloittamiseen, potilaiden kivun tunnistamiseen ja hoitamiseen, potilaiden rohkaisu osallistumaan

omaan hoitoonsa sekä potilaiden huomioiminen ja ajan tasalla pitäminen hoidostaan siten, että potilaille välittyy tunne kokonaisvaltaisesta huolenpidosta. (Pellikka ym. 2003, 166, 172, 177.)

4.6 Potilasohjaus prosessina päivystyshoitotyössä

Päivystyksenä sairaalaan tulevan potilaan tiedonsaannista ja ohjauksesta sairaalassa sairaanhoitajan toteuttamana on kehitetty ohjausmalli. Siinä on eritelty ohjauksen painoalueet samalla huomioiden potilasohjauksen jatkuvuus koko hoitoprosessin aikana. Ohjauksen malli on jaettu mukailen potilaan hoitopolkua:

- sairaalaan tulovaiheen ohjaus
- osastovaiheen ohjaus
- sairaalasta lähtövaiheen ohjaus.

Hyvän potilasohjauksen edellytyksenä on hoitohenkilökunnan ammattitaito hallita potilaan ohjausprosessin eri osa-alueet. Potilasohjauksessa on kyse jatkuvasta vuorovaikutuksesta potilaan kanssa, suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja ohjauksen tarpeen määrittelystä kaikissa hoidon vaiheissa. Kaikki edellä mainitut vaiheet tulisi kirjata potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistamiseksi. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 11.)

Sairaalaantulovaihe on jaettu kahteen osa-alueeseen: potilaan sairastumiseen ja ensitiedon tarpeeseen. Sairastumisvaiheessa hoitaja vastaanottaa potilaan ja omaisen sekä selvittää tulosyn ja -tilanteen sekä potilaan taustatiedot. Kirjaamisen osalta aloitetaan hoitosuunnitelman laatiminen, kirjataan taustatiedot, sairaalaantulotilanne ja jatko-ohjaustarpeet. Ensietovaiheessa hoitajan täytyy kertoa potilaalle ja omaiselle mitä hoitotoimenpiteitä tai tutkimuksia hänelle tehdään ja miksi. Hoitajan on myös tunnistettava välittömän ohjauksen tarve ja asettaa ohjaukselle tavoitteet. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 12.)

Osastovaiheessa hoitajan toteuttama ohjaus painottuu kolmeen eri osa-alueeseen: akuuttivaiheeseen, oireiden syyn selvittämiseen ja hoitoon, sekä

selviytymisvaiheeseen. Akuuttivaiheessa hoitaja arvioi uudelleen ohjaustarpeet ja asettaa niille tavoitteet. Hoidon akuuttivaiheessa ohjaus on hyvä painottaa päivittäisistä asioista, tutkimuksista, hoidoista, uudesta tilanteesta ja hoidon toteutuksesta liittyvistä asioista kertomiseen. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 13.)

Oireiden ja sairauden syyn selvittämisvaiheessa hoitajan toteuttama ohjaus painottuu tutkimuksista ja toimenpiteistä kertomiseen sekä jatko-ohjauksen toteuttamiseen. Selviytymisvaiheessa keskitytään potilaan ohjaukseen moniammatillisesti, jolloin ohjaustilanteessa voi olla mukana hoitajan ja potilaan lisäksi esimerkiksi lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykologi ja toimintaterapeutti. Hoitaja kirjaa lopuksi hoitosuunnitelmaan potilaan oman näkemyksen ja mahdollisuutensa toimia terveyttä tukevalle ja edistävällä tavalla. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 14–15.)

Kotiutus- ja jatkohoitovaiheessa hoitajan toteuttama ohjaus painottuu jatko- tai kotihoidon järjestämiseen ja asiaankuuluvan kirjallisen materiaalin sekä mahdollisten kontrolliaikojen antamiseen. Potilaalle ja omaiselle tulee kertoa vertaistukimahdollisuuksista ja selvittää potilaan kanssa kaikki epäselvät asiat. Lopuksi hoitaja tekee yhteenvedon toteutuneesta hoidosta, johon tulee kirjata myös potilaan ohjauksen jatkosuunnitelmat. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 15–16.)

4.7 Ohjaus ensihoitotyössä

Päivystyspotilaan hoitoketjun tulisi jatkua saumattomasti hätäkeskuksesta ensihoidon kautta aina päivystykseen saakka ja sieltä edelleen jatkohoitopaikkaan. Ensihoito kuljettaa potilaan päivystykseen, jolloin raportointi on tärkeä osa hoidon jatkuvuutta hoitovastuun siirtyessä ensihoidosta päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle. (Kempainen 2013, 92, 96.)

Ensihoito-organisaatiossa on yleensä pyritty keskittymään kyvykkyyteen reagoida mahdollisimman nopeasti jo tapahtuneisiin hätätilanteisiin. Kuitenkin muutos yhteiskunnassa ja asiakkaiden terveyspalveluja koskevissa tarpeissa ohjaa kehittämään palveluita uuteen suuntaan. Nykyään ei enää riitä palveluntarjoajien kyky reagoida syntyneisiin ongelmiin, vaan heidän on

pystyttävä ennakoimaan tulevia muutoksia sekä ehkäisemään ennalta niiden haitallisia vaikutuksia. Ensihoitopalvelun ainoaksi tuotteeksi ja ensihoitajan osaamisalueeksi ei enää riitä pelkkä valmius ja hoito, vaan lisäksi tarvitaan ennakoivaa ja tehokasta riskienhallintaa yhteistyössä muiden terveyttä, turvallisuutta ja vakautta tuottavien toimijoiden kanssa. Riskienhallinnassa valistus on yksi keskeinen väline. Ensihoitotyössä tapahtuvaa potilasopetusta eli valistusta ohjaavat monet periaatteet. Potilaan ja hoitajan yhteisiä periaatteita ovat muun muassa tasavertaisuus, kunnioittaminen, ammatillisuus, luottamuksellisuus, suunnitelmallisuus, jatkuvuus ja sitoutuneisuus. Hoitajan näkökulmasta painottuvia periaatteita ovat asiantuntijuus, yksilöllisyys, terveyskeskeisyys ja velvollisuus huolehtia, että potilas saa tarpeeksi tietoa. Potilaan näkökulmasta painottuvia periaatteita ovat muun muassa omatoimisuus, aktiivisuus, itsehoito, oikeus saada tietoa häntä koskevista päätöksistä ja saada tarpeeksi tietoa kyetäkseen vaikuttamaan ja osallistumaan häntä koskeviin päätöksiin. (Rekola & Hakala 2008, 597–598.)

Valistus on erityisen arvokasta yhteiskunnan kannalta, sillä se säästää merkittävässä määrin jatkohoidon kustannuksia ja korvauksia, sekä sitä voidaan tuottaa melko pienin kustannuksin. Valistuksen tavoitteena on vähentää jo tapahtuneiden, terveydelle haitallisten kriisien vaikutuksia luomalla oikeita toimintamalleja opetuksen keinoin. Valistuksella tavoitellaan sellaisten keinojen antamista asiakkaalle, joiden avulla voidaan ehkäistä turvallisuus- ja terveysriskejä. Valistusta kutsutaan myös oppimistapahtumaksi, jossa opettaja ja oppija ovat tasa-arvoisessa vuorovaikutuksessa. (Rekola & Hakala 2008, 598, 604.)

Hoitotyön ohessa tapahtuvan valistuksen tukena voidaan käyttää kirjallista materiaalia, jota on mahdollista täydentää yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Esimerkiksi asiakkaalle voidaan tarjota tietoa päihdehuollon mahdollisuuksista ja tarjonnasta hoitotilanteen yhteydessä, jolloin asiakkaan kynnys hakeutua hoitoon voi madaltua. Itseopiskelu on haastavaa sekä asiakkaalle, että valistajalle, joten opetettavan materiaalin on oltavan hyvin ymmärrettävää. Silloin kun ohjaus on vähäisempää, tai kun sitä ei ole ollenkaan, asiakkaan on hallittava omaksuttu teoretieto hyvin. (Rekola & Hakala 2008, 599.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta potilasohjauksen tärkeydestä ja huomioimaan se työssään osana potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa. Tarkoituksena on myös antaa hoitohenkilökunnalle tietoa koti- ja vapaa-ajan tapaturmista ja niiden ehkäisystä.

Opinnäytetyömme tehtävänä oli laatia opinnäytetyöhön kokoamiemme tietojen pohjalta käyttökelpoinen ja hyödyllinen ohjelehtinen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan käyttöön potilasohjaustilanteita tukemaan. Ohjelehtinen on tarkoitettu käytettäväksi potilaan hoidon ohessa tapahtuvassa ohjaustilanteessa, potilaan siirtyessä toiselle osastolle tai kotiutusvaiheessa.

6 Toiminnallisen opinnäytetyön kuvaus

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyö, joka toteutuu erilaisina hankkeina. Yleisötilaisuuden suunnitteleminen ja organisointi on yksi esimerkki toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksesta. Tuotos voi olla myös markkinointikampanja, multimediasovellus, tietokoneohjelma tai kehittämissuunnitelma. Myös oppimateriaalit ja oppaat ovat yksi mahdollisuus toiminnallisen opinnäytetyön toteutuksessa. (Hakala 2004, 23, 25–26, 28.)

Kiinnostuimme toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä, sillä siinä yhdistyy tutkimustiedon etsiminen, toiminnallisen osuuden suunnittelu ja toteuttaminen sekä raportointi. Ohjelehtisen laatiminen käytännön hoitotyöhön antoi meille mahdollisuuden tutustua lähemmin päivystyshoitotyön kentän työskentelytapoihin. Toiminnallisen opinnäytetyöprosessin jälkeen koimme, että työnjälkemme oli näkyvää ja hyödyllistä. Päivystyspoliklinikan toiminta kiinnosti meitä molempia,

joten olimme tyytyväisiä, kun saimme kuulla tarjolla olevasta mielenkiintoisesta opinnäytetyön aiheesta.

Realistinen aikataulutus, yhteiset säännöt ja työskentelytavan määrittäminen ovat kulmakiviä opinnäytetyötä tehdessä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48). Käytimme työskentelyssä apunamme Vilkan ja Airaksisen (2003) teoksessaan esittelemää kolmikantaperiaatetta, jonka mukaan toiminnallisen opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa tulisi ottaa huomioon työelämän edustaja, ohjaaja sekä itse opinnäytetyön tekijät. Työelämän edustajana toimi tässä tapauksessa toimeksiantajan edustaja, päivystyspoliklinikan osastonhoitaja, jonka luona kävimme opinnäytetyön aiheen suunnittelu- ja rajausvaiheessa, sekä ohjelehtisen sisältöä miettiessämme. Ohjaajamme auttoi meitä paljon kappaleiden asettelussa ja sisällön laadun tarkastelussa. Osallistuimme myös huhtikuussa 2013 kokeilulliseen opinnäytetyön raportin asettelupajaan, missä saimme apua opinnäytetyön asetuksien muokkaamiseen. Asettelupaja oli kolmannen lukuvuoden sosionomiopiskelijoiden järjestämä.

6.2 Lähtötilanteen ja kohderyhmän kartoitus

Toimeksiantajan näkökulmasta lähtötilanteessa ongelmana oli, että päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalta puuttui potilasohjausmalli, jonka avulla voitaisiin ehkäistä päivystyshoitoon joutuminen. Opinnäytetyön lähtökohtana oli miettiä terveyden edistämistä ja potilasohjausta tapaturmien ehkäisyyn kannalta. Päivystyspoliklinikan osastonhoitaja toivoi myös, että hoitohenkilökunta huomioisi potilaat kokonaisvaltaisemmin ja mainitsi, että työn luonteen vuoksi hoitajat keskittyvät hoitamaan akuuttia vaivaa, jonka vuoksi esimerkiksi ennaltaehkäisevä ohjaus voi helposti unohtua. (Nevalainen 2012.)

Lähtötilanteen kartoittamiseksi, selvitimme Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän potilasohjauksen ajantasaisen tilan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla, ja etsimme teoriatietoa päivystyshoitotyöstä ja potilasohjauksesta kokonaisvaltaisesti koko Suomesta. Lisäksi perehdyimme siihen, kuinka Suomen lainsäädäntö määrittelee terveyden edistämisen ja potilasohjauksen. Ohjelehtisemme kohderyhmäksi valitsimme päivystyspoliklinikan

hoitohenkilökunnan. Alun perin tarkoituksenamme oli laatia ohjelehtinen, joka olisi voitu antaa potilaalle mukaan, mutta aiheen rajaukset muuttivat suunnitelmia. Pyrimme kokoamaan ohjelehtisen hoitohenkilökunnalle potilasohjauksesta koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tukeksi.

Kartoitimme lähtötilannetta lähettämällä PKSSK:n päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle lyhyen kyselylomakkeen (liite 1) potilasohjauksesta sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisemisestä. Kysymysten avulla pyrimme saamaan tietoa päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan käsityksistä potilasohjauksesta, ohjaukseen käytettävissä olevan ajan riittävydestä, sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmista, joita he ovat kohdanneet työssään. Lähetimme lähtötilannekyselyn sähköpostitse päivystyspoliklinikalle osastonhoitajalle. Toivoimme, että kyselyyn vastattaisiin kahden viikon kuluessa. Vastauksia saimme neljä, kolmelta sairaanhoitajalta ja yhdeltä lääkintävahtimestarilta.

Kysyimme hoitohenkilökunnan mielipidettä siitä, kuinka potilasohjaus näkyy hoitotyössä ja onko siihen riittävästi aikaa. Saamamme vastaukset olivat suuntaa antavia hyvin pienen otoksen vuoksi, mutta vastanneiden mukaan potilasohjaus on osa työtä jollain tavalla. Osastonhoitaja (2013a) kertoi, että lähtötilannekyselyn tulokset vahvistivat hänen ajatuksiaan siitä, että hoitohenkilökunnalta puuttuu selkeät ja yhtenäiset ohjeet potilasohjauksesta sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisemisestä. Ohjaukselle ei vastanneiden mielestä ole riittävästi aikaa ja ohjaus pitää usein aloittaa hoitotoimenpiteen aikana. Ohjaus käsittelee yleensä jatkohoito- tai haavahoito-ohjeistusta tai erilaista lääkeohjausta, kuten Marevanin käyttöohjeistusta. Lisäksi ohjauksen aikana käydään usein läpi myös kontrolliaikoja. Kysyimme, kuinka hoitohenkilökunta voisi omalla toiminnallaan vaikuttaa tapaturmien ehkäisemiseen. Puolet vastanneista kertoi, ettei tiedä mitä hoitohenkilökunta voisi tehdä tai ettei hoitohenkilökunta voi tehdä mitään tapaturmien ehkäisemiseksi. Yksi vastanneista mainitsi turvavälineiden käyttöön rohkaisemisen ”valistustyön” esimerkkinä. Vastanneilta kysyttiin myös, millaisia vapaa-ajan tapaturmia he ovat työuransa aikana hoitaneet. Kaikissa vastauksissa nousivat esille erilaiset murtumat, jotka johtuivat yleensä kaatumisista. Lisäksi he mainitsivat hoitaneensa erilaisia ruhjeita, raajojen sijoiltaan menemisiä ja venähdyksiä.

6.3 Toiminnan ja työskentelyn kuvaus

Opinnäytetyön aiheen varmistumisen ja tarkentumisen jälkeen syksyllä 2012 aloitimme työskentelyn etsimällä tietoa terveyden edistämisestä, tapaturmien ehkäisemisestä ja potilasohjauksesta sähköisistä tietokannoista. Tietoa etsiesämme jouduimme pyytämään osastonhoitajalta tarkennusta aiheeseemme useasti, sillä aluksi löysimme tietoa vain ikääntyneiden kaatumistapaturmista.

Tiedonhankinta on keskeinen osa opinnäytetyötä, jossa aihe tai ongelma toimii lähtökohtana. Aiheen tai ongelman pohjalta aletaan määritellä käsitteitä, joita myöhemmin voidaan käyttää hakusanoina. Hakusanoja yhdistelemällä ja rajaamalla voidaan etsiä tietoa sopiviksi arvioiduista tietokannoista. Lopuksi arvioidaan hakutuloksia, ovatko ne relevantteja, laadukkaita tai luotettavia, sekä vastaako lopputulos tiedonhakijan ennako-odotuksia tai tarpeita. (Elomaa & Mikkola 2008, 35.) Käytimme hyväksemme Nelli-portaalia, jonka kautta pääsimme Medic- ja Cinahl- tietokantoihin Kirjasimme liitteeseen 2, mitä hakusanoja ja tietokantoja käytimme, esimerkiksi suomenkielinen tietokanta (Medic) sekä englanninkielinen tietokanta (Cinahl). Theseus-tietokannasta etsimme muita toiminnallisia opinnäytetöitä aiheeseemme liittyen. Näistä opinnäytetöistä etsimme itsellemme hyödyllisiä lähteitä. Jouduimme joissakin tapauksissa käyttämään sekundaarilähteitä, esimerkiksi Haddonin malli on otettu sekundaarilähteestä.

Käytimme lähteinä pääasiallisesti vuoden 2000 jälkeen julkaistuja tutkimuksia ja artikkeleita. Lait, joita käytimme lähteinä, olivat vuosilta 1972, 1992 ja 1994. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisystä potilasohjauksen avulla ei löytynyt suoranaisesti tutkittua tietoa, joten jouduimme etsimään tietoa koti- ja vapaa-ajan tapaturmista ja niiden ehkäisystä sekä potilasohjauksesta erikseen. Sähköisten tietokantojen lisäksi etsimme tietoa myös Internet-sivuilta, lehdistä ja kirjoista.

Aikataulun suunnittelun avuksi teimme taulukon, johon merkitsimme kokonaistuntimäärän, joka oli varattu opinnäytetyön tekemiselle, sekä kokonaistuntimäärän, jonka todellisuudessa käytimme opinnäytetyön tekemiseen. Emme liittäneet taulukkoa osaksi opinnäytetyötämme, koska tutkittuamme Karelia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmien opinnäytetöitä totesimme,

ettei se ollut yleisesti käytetty tapa. Totesimme, että ajoittain oli helpompi työskennellä oman henkilökohtaisen aikataulun mukaan. Yhteisen aikataulun suunnittelu oli hankalaa etenkin joului-, tammi- ja toukokuussa, koska olimme silloin työharjoittelussa ja harjoittelupaikkamme sijaitsivat eri paikkakunnilla tai muuten eri paikoissa. Kiireisintä aikaa opinnäytetyön kirjoittamisessa olivat helmi-, maaliskuu- ja huhtikuu. Tammikuussa 2013 saimme opinnäytetyön suunnitelman hyväksytyksi, jonka jälkeen aloimme muokata ja täydentää opinnäytetyömme teoriaosuutta raporttimuotoon. Maaliskuussa 2013 ryhdyimme suunnittelemaan ohjelehtisen sisältöä ja ulkoasua, lähetimme ohjelehtisen toimeksiantajalle arvioitavaksi ja samalla tarkastelimme kriittisesti kirjallisen työmme sisältöä.

Saimme apua opinnäytetyön ja ohjelehtisen suunnitteluun osastonhoitajalta, joskin hänen työkiireidensä takia yhteydenpito oli hidasta. Sen sijaan koimme kaikki henkilökohtaiset tapaamiset hänen kanssaan hyödyllisiksi ja saimme niistä paljon lisätietoa opinnäytetyötämme varten toimeksiantajan näkökulmasta. Kolmannen tapaamisemme jälkeen ohjelehtisen sisältö varmistui, ja kuulimme toimeksiantajan näkökulman ja mielipiteen työstämme. Kävimme vielä huhtikuussa 2013 osastonhoitajan luona tarkentamassa opinnäytetyössä käyttämiämme käsitteitä, jotka muuttuivat yhteispäivystykseen siirtymisen seurauksena. Keskustelimme osastonhoitajan kanssa myös aikatauluun liittyvistä asioista ja sovimme, että käymme huhtikuun loppupuolella pitämässä päivystyspoliklinikalla opinnäytetyöstämme ja laatimastamme ohjelehtisestä lyhyen osastotunnin varmistamiseksi, että mahdollisimman moni hoitohenkilökunnasta hyötyisi tekemästämme työstä. Osastotunti kuitenkin peruuntui ja jäi pitämättä osastonhoitajan työesteiden vuoksi.

Huhtikuussa lähetimme osastonhoitajalle palautekysely-lomakkeen (liite 3). Keskustelimme osastonhoitajan kanssa, kuinka palaute olisi nopeinta kerätä. Sekä meidän että osastonhoitajan mielestä palautteen kerääminen tapahtuisi nopeimmin, jos se olisi sähköisessä muodossa. Kysymysten avulla pyrimme saamaan palautetta, millaista tietoa ohjelehtinen antoi koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisystä ja potilasohjauksesta, sekä kuinka ohjelehtinen tuki koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyä. Muotoilimme kysymykset niin, ettei niihin voi-

nut vastata kieltävästi tai myöntävästi. Kysymysten asettelu antoi vastaajalle mahdollisuuden vastata monipuolisemmin.

6.4 Ohjelehtisen suunnittelu ja toteutus

Ohjelehtiset koetaan hyvänä terveyden edistämistä ja potilasohjausta tukevana asiana, joista saa tietoa (Casey 2007, 1043). On tutkittu, että potilaiden mielestä heille annettava tieto ja potilasohjeet ovat riittämättömiä käytännön hoitotyössä. Sairaanhoidajat ovat tyytymättömiä käytössä oleviin ohjausmenetelmiin ja -materiaaliin. Parhainkaan ohje ei aina pysty vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Suositeltavaa ohjeen kirjoittamisessa on lähteä liikkeelle tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää, koska silloin ohjeesta vain alunkin lukeneet saavat tärkeää tietoa. (Torkkola ym. 2002, 24–25, 32, 39, 56.)

Ohjeen ei tarvitse olla sitova, vaan se voi olla ehdotus tai suositus, johon on koottu keskeiset asiat esimerkiksi menettelytavoista (Korpela 2002). Asiat tulee ilmaista ohjeissa lyhyesti ja ytimekkäästi sekä täsmällisesti. Ohje voidaan myös ilmaista luettelomaisesti, jolloin tärkeät asiat saadaan esille tehokkaasti. (Torkkola ym. 2002, 25.) Valitsimme ohjelehtisen toiminnallisen opinnäytetyömme tuotokseksi, koska tarkoituksenamme oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta potilasohjauksesta ja sen tärkeydestä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tukena.

Hyvän ohjeen kirjoittaminen alkaa kohderyhmän täsmentämisellä: kenelle ohje ensisijaisesti kirjoitetaan. Ohje voi olla pysty- tai vaakamallinen. Vaakamallises- sa lehtisessä voidaan yksi sivu jättää kansilehdeksi, johon voidaan asettaa ohjeen nimi. Hyvä on myös miettiä, millaisen kirjasinlajin valitsee, esimerkiksi Arialin 12 pisteen teksti on suurempi kuin Times New Romanin 12 pisteen teksti. (Torkkola ym. 2002, 36, 56, 59.) Punainen väri viestittää yleensä länsimaisessa kulttuurissa vaarasta, mutta sillä voidaan viestittää myös asian tärkeydestä. Vihreä taas viestittää uudistumisesta ja hyvinvoinnista. (Chapman 2010.)

Ohjelehtisen ensimmäinen sivu on kansilehti, johon asetimme otsikon. Viimeinen sivu on takakansi, johon sijoitimme Karelia-ammattikorkeakoulun ja

PKSSK:n logot sekä tekstin, jossa mainitaan ohjelehtisen olevan osa opinnäytetyötämme. Liitimme logot ohjelehtiseen, koska ne ovat osa opinnäytetyötämme ja ohjelehtinen on tehty yhteistyössä PKSSK:n yhteispäivystyksen kanssa. Toimeksiantaja lupasi meille päivystyspoliklinikalta valokuvia, joita voisimme käyttää ohjelehtisessä. Käytimme 12 pisteen Arial-kirjasinta koska, mielestämme se oli yksi selkeimmistä fonteista joita kokeilimme. Ohjelehtisessä käytimme punaisia reunoja, joilla pyrimme kiinnittämään huomiota tekstiin. Kansilehden kuva otettiin Microsoft Office Wordin ClipArt:sta, jonka hakusanana käytimme ”sairaala” -sanaa. Vihreä tausta sairaalan takana kertoo mielestämme Chapmanin kuvaamasta uudistumisesta ja hyvinvoinnista, mikä vastaa ohjelehtisen tarkoitusta; lisätä tietoisuutta potilasohjauksesta eli niin sanotusti uudistaa hoitohenkilökunnan käsitystä asiasta. Ohjelehtisessä on tyhjiä sivuja, sillä tarkoituksenamme oli laittaa ohjelehtiseen kuvia päivystyspoliklinikalta.

Ohjelehtinen on esitetty liitteessä 4. Suunnittelimme toimeksiantajalle luovutettavan ohjelehtisen A5-kokoiseksi ja vaakamalliseksi, jolloin siitä saa taiteltua pienen vihkon. Mielestämme vihko on mukavampi lukea kuin useampi A4-paperi. Ohjelehtisemme sisältöön kuului mielestämme teoriatietoa koti- ja vapaa-ajan tapaturmien yleisyydestä ja niiden ehkäisemisestä, koska opinnäytetyön lähtökohtana oli toimeksiantajan toive miettiä terveyden edistämistä ja potilasohjausta tapaturmien ehkäisyn kannalta. Koimme tärkeäksi sisällyttää siihen myös tietoa potilasohjauksesta ja sen tärkeydestä osana kokonaisvaltaista hoitotyötä, koska toimeksiantajan mukaan päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta ei kiinnitä riittävästi huomiota siihen päivystyshoitotyössä.

Kotitapaturmien ehkäisykampanja on kehittänyt tarkistuslistoja eri ikäryhmille sopiviksi: vauvoille, pienille lapsille, koululaisille, aikuisille ja ikääntyneille (Kotitapaturmien ehkäisykampanja -työryhmä 2004). Kysyimme sähköpostitse luvan kotitapaturmien ehkäisykampanja -sivuston ylläpitäjältä käyttää tarkistuslistoja osana opinnäytetyötämme ja ohjelehtistä (Tiirikainen 2013). Tarkoituksenamme oli, että hoitohenkilökunta käyttäisi ohjaustilanteessa apunaan Kotitapaturmien ehkäisykampanjan kehittämiä tarkistuslistoja (liite 5) yhdessä ohjelehtisemme kanssa, koska mielestämme niiden avulla voitiin herätellä potilaiden tietoisuutta kotitapaturmista ja niiden ehkäisystä. Lisäsimme sivuston linkkinä ohjelehtiseen,

jolloin listat ovat mielestämme helposti hoitohenkilökunnan saatavilla ja tulostettavissa.

6.5 Ohjelehtisen testaaminen ja arviointi

Ohjelehtisen testaaminen ajoittui vuoden 2013 huhtikuulle, jolloin osastolla oli parhaillaan käynnissä yhteispäivystykseen totuttautuminen (Nevalainen 2013a). Ohjelehtisen arviointi tapahtui testaamalla valmiin tuotoksen toimivuutta käytännössä noin kahden viikon ajan. Sovimme osastonhoitajan kanssa, että ohjelehtinen lähetetään ennen testausvaihetta sähköisesti hänelle, minkä jälkeen hän lähettää sen edelleen tulostettavaksi ja testattavaksi osastolle. Ohjelehtinen oli päivystyspoliklinikalla operatiivisen tiimin testattavana. Toimeksiantosopimusemme (liite 6) mukaan toimeksiantaja osallistui kopiointi- ja painokustannuksiin. Keräsimme palautetta ohjelehtisestä liitteessä 3 esitettyjen kysymysten perusteella.

Vähäisistä tapaamisista huolimatta osastonhoitaja oli tyytyväinen aikaansaannokseemme, sekä opinnäytetyöhön, että ohjelehtiseen (Nevalainen 2013a). Sovimme puhelimitse toimeksiantajan kanssa, että saisimme palautetta ohjelehtisestä hyvissä ajoin ennen vuoden 2013 toukokuun seminaaria. Osastonhoitaja ei kuitenkaan saanut hoitohenkilökunnalta takaisin yhtään palautetta, joten emme pystyneet arvioimaan ohjelehtisen hyödyllisyyttä tai sitä, millaisena se on koettu päivystyspoliklinikalla. Toimeksiantaja ei luovuttanut käyttöömme lupamia kuvia missään vaiheessa. Kyselimme kuvista muutamia kertoja, mutta emme saaneet loppujen lopuksi kuvia ohjelehtistämme varten.

Saimme palautetta ohjelehtisestä vertaisarvioijilta ja ohjaajalta opinnäytetyön seminaarissa. Koimme palautteen hyväksi ja olimme itsekin samaa mieltä heidän kanssaan. Ohjelehtinen on laaja kokonaisuus, missä on kattavasti käsitelty koti- ja vapaa-ajan tapaturmia ja potilasohjausta. Saamamme palautteen myötä huomasimme, että ohjelehtinen sopii luettavaksi pienissä osissa, kuten pelkääntään koti- ja vapaa-ajan tapaturmista tai potilasohjauksesta. Ohjelehtinen sopii tällä tavoin sekä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle, opiskelijoille että potilaille välitettäväksi. Hoitohenkilökunta voisi lukea haluamansa osiot, ja opiskeli-

jat voisivat lukea ohjelehtisen kokonaisuudessaan. Ohjelehtinen on mielestämme toimiva. Päivystyspoliklinikan omilla kuvilla olisimme voineet saada siitä mielenkiintoisemman. Emme halunneet lisätä Microsoft Wordin ClipArt-kuvia ohjelehtiseen, koska toimeksiantaja halusi meidän käyttävän heidän omia kuviaan.

7 Pohdinta

Koska tapaturmia sattuu paljon ja niiden syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät, niiden ehkäisemiseksi tarvitaan ”räätälöityjä” lähestymistapoja. Ympäristöllisillä muutoksilla voidaan suojella koko väestöä tapaturmilta, mutta niiden lisäksi tarvitaan henkilökohtaisia, sosiaalisia ja käyttäytymiseen vaikuttavia strategioita. Tulevaisuudessa eri tahojen moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan kehittää malleja tapaturmien ja tapaturmakuolleisuuden vähentämiseksi. (Sleet, Liller, White & Hopkins 2004, 12.)

Päivystyspoliklinikan suurimpia haasteita tulevina vuosina on väestön voimakkaaseen ikääntymiseen vastaaminen ja siitä johtuvaan päivystyspalveluiden kysynnän lisääntymiseen varautuminen (Sopanen 2009, 76). Tapaturmien ehkäisemisen uudet haasteet koskevat vanhustyötä ja alkoholipolitiikkaa (Korhonen, Niemi, Parkkari, Palvanen & Kannus 2011, 761). Kohdentamalla akuuttivaiheen hoito tehokkaasti ja saattamalla potilas oikeaan aikaan asianmukaiseen hoitoon pystytään päivystyspotilaan toipumisen ennusteeseen vaikuttamaan. Jotta päivystyspoliklinikalle saapuvia potilasvirtoja kyettäisiin hallitsemaan, tulisi laatia luokittelukriteereitä, joiden perusteella päivystyspotilaat jaettaisiin hoitoryhmiin tulosyyn ja hoidon kiireellisyyden mukaan. Lisäksi tulevaisuudessa tarvitaan uusia toimintoja päivystyspoliklinikoiden kuormituksen hallitsemiseksi. (Sopanen 2009, 76.)

Valtioneuvoston neuvottelukunta esittää, että sosiaali- ja terveysministeriön erityisryhmien asumisturvallisuutta selvittävän työryhmän ehdotukset ja Suomen Pelastusalan Keskusjärjestön asumisturvallisuusprojektissa kehitetyt käytänteet toteutetaan. Tuoteturvallisuusvalvonnassa tulisi keskittyä erityisesti lapsille,

nuorille ja ikääntyneille tarkoitettujen tavaroiden ja palveluiden turvallisuuteen sekä palveluihin, joissa on suuri loukkaantumisriski. Väestöviestintää liukastumistapaturmien ehkäisemisestä jalankulkijoiden varautumisen lisäämiseksi sekä jalankulkijoiden kelitiedottamisen laajuutta tulisi lisätä. Jalkakäytävien talvihoidon kunnossapidon laatutasoa tulisi parantaa laatimalla talvihoidon laatuksiteerit ja yhtenäistämällä kunnossapitokäytännöt. Lisäksi automaattisten sammutuslaitteiden asentamista asuntoihin tulisi lisätä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 34.)

7.1 Aiheen pohdinta

Koimme jo prosessin alusta alkaen potilasohjauksen soveltamisen päivystyshoitotyöhön haasteelliseksi, sillä tiesimme kiireen vaikeuttavan potilasohjauksen toteuttamista huomattavasti. Haasteellinen lähtökohta lisäsi kuitenkin mielenkiintoamme lähteä selvittämään asiaa. Alkukartoituksemme jälkeen huomasimme, että potilasohjauksesta päivystyshoitotyössä ei löytynyt tutkittua tietoa, joten koimme opinnäytetyömme erittäin tärkeäksi ja hyödylliseksi. Opinnäytetyön aiheella oli mielestämme merkitystä yhteiskunnallisesti, jonka vuoksi halusimme opinnäytetyömme avulla kehittää PKSSK:n päivystyspoliklinikan potilasohjausta.

Jouduimme yhdistämään tietoa kahdesta kategoriasta: potilasohjauksesta ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmista. Näitä kategorioita yhdistävää tietoa oli vähän tai ei ollenkaan. Aihe oli mielestämme sellainen, missä pystyimme hyödyntämään molempien kykyjä ja vahvuuksia opinnäytetyön prosessin aikana. Huhtikuussa 2013 pohdimme, oliko meillä mahdollisuuksia päästä alussa asettamaamme tavoitteeseen. Olimme etsineet tietoa koti- ja vapaa-ajan tapaturmista ja potilasohjauksesta, mutta koimme, ettemme olleet onnistuneet yhdistämään teoriatietoa näiltä osa-alueilta keskenään ja soveltamaan niitä päivystyspoliklinikan käyttöön. Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheen aikana pohdimme, mitä asioita olimme painottaneet työssämme ja oliko teoriatieto tasapainossa.

Koimme, että ajallisesti opinnäytetyöprosessimme ajoittui huonoon aikaan yhteispäivystykseen siirtymisen vuoksi. Jos ohjeleistä olisi voitu testata päivystyspoliklinikalla pidempään, olisimme voineet saada palautetta ja parannusehdotuksia laajemmin. Yhteispäivystykseen siirtymisen vuoksi sekä osastonhoitaja että henkilökunta olivat kiireisiä, minkä vuoksi jouduimme joustamaan omassa aikataulussamme huomattavasti. Lisäksi hoitohenkilökunta olisi luultavasti pystynyt paneutumaan ohjelehtisen testaamiseen paremmin, jos tilanne osastolla olisi ollut rauhallisempi. Olemattoman palautteen vuoksi opinnäytetyömme tuotoksena syntyneen ohjelehtisen hyödyllisyys jää arvoitukseksi. Jo vähäinenkin määrä palautteita olisi antanut meille mahdollisuuden kehittää ohjeleistä heidän tarkoituksiinsa sopivaksi.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Sovelsimme opinnäytetyön arvioinnissa Kylmän ja Juvakan (2007) luomia luotettavuuskriteereitä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavan opinnäytetyöstämme tekee se, että kohderyhmämme sai mahdollisuuden tutustua opinnäytetyömme tuloksiin ohjeleistä testaamalla. Lisäksi pyysimme heiltä palautetta ohjelehtisen sisällöstä ja hyödyllisyydestä. Vahvistettavuus kriteerinä vaikutti negatiivisesti opinnäytetyömme luotettavuuteen, koska emme kirjoittaneet muistiin toimintamme ja työskentelyn eri vaiheita, vaan mietimme prosessin loppuvaiheessa, minkä asioiden parissa olimme milloinkin työskennelleet. Reflektiivisyys näkyy opinnäytetyössämme omien valintojemme kautta, kuten siinä, mitä materiaalia valitsimme käytettäväksi opinnäytetyössämme. Reflektiivisyys näkyy myös siten, että vaikutimme opinnäytetyönprosessimme etenemiseen asettamalla asioita tärkeysjärjestykseen, esimerkiksi aloitimme ohjelehtisen suunnittelun vasta maaliskuussa 2013, vasta kun opinnäytetyösuunnitelma oli hyväksytty. Siirrettävyys näkyy opinnäytetyössämme siten, että etsimme esimerkiksi potilasohjauksesta laajasti tietoa, minkä olemme myöhemmin siirtäneet ohjelehtiseen ja siten päivystyspoliklinikalle hoitohenkilökunnan käyttöön. Toivomme ohjelehtisemme vaikuttavan hoitohenkilökunnan suhtautumiseen ja antavan heille strukturoidun mallin potilasohjauksesta. Pyrimme käyttämään opinnäytetyössämme tieteellisiä tietokantoja ja pyrim-

me olemaan lähdekriittisiä. Yritimme aina etsiä ensisijaisesti alkuperäisiä tutkimuksia ja kirjallisuutta käyttöömme.

Kyselyä suoritettaessa tulisi kunnioittaa osallistujan itsemääräämisoikeutta ja kyselyn tulisi olla vapaaehtoinen sekä mahdollista toteuttaa anonyymisti (Hirsjärvi 2009, 25). PKSSK:n päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle lähettämämme lähtötilannekyselyn (liite 1) vastauksista kävi ilmi, että muun muassa kysymys neljä ”Miten hoitohenkilökunta voisi omalla toiminnallaan vaikuttamaan tapaturmien ehkäisemiseen?” osoittautui vaikeasti ymmärrettäväksi, mikä vaikuttaa kyselyn luotettavuuteen. Emme itse käyneet suorittamassa kyselyä osastolla, vaan lähetimme kyselyn sähköisesti osastonhoitajalle. Uskomme, että kyselyyn vastaamisessa kunnioitettiin hoitohenkilökunnan itsemääräämisoikeutta, sillä lähtötilanne kysely oli hoitohenkilökunnalle vapaaehtoinen ja he saivat vastata siihen anonyymisti. Emme kokeneet tarpeelliseksi käyttää hoitorekisteriä eri tapaturmien määrien selvittämisessä, koska löysimme riittävästi ajantasaista tietoa yleisimmistä koti- ja vapaa-ajan tapaturmista muista lähteistä.

Keskeiset käsitteet avaamalla voidaan varmistaa, että lukija ymmärtää, mitä niillä tarkoitetaan. Jotkut lukijat voivat pohtia käsitteiden tarkoitusta, vaikka on olemassa myös yleisesti tunnettuja käsitteitä, joita ei välttämättä ole tarpeellista avata. (Hakala 2004, 107.) Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on osa prosessia, esimerkiksi luotettavien sivustojen ja julkaisujen sekä tutkimusten käyttäminen lähteinä (Hirsjärvi 2009, 23–25). Tietoa hankkiessamme koimme luotettavaksi lähteeksi esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivustot. Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikutti myös se, että jouduimme yhdistelemään potilasohjauksesta ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmista löytynyttä tietoa ja soveltamaan niitä molempia päivystyshoitotyöhön. Vaikka sosiaali- ja terveysalalla käytetään joitakin yleisesti vakiintuneita käsitteitä, päätimme avata kaikki opinnäytetyössämme käytetyt käsitteet. Tällöin lukijan ei tarvitsisi miettiä niiden tarkoitusta. Englanninkielisten artikkeleiden ja tutkimusten käyttäminen osana opinnäytetyömme lähdemateriaalia vaikutti luotettavuuteen, koska on mahdollista, että asiayhteys muuttui käänösvaiheessa. Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuudesta oli vaikea löytää tietoa, joten sovelsimme

luotettavuuden arvioinnissa ja pohdinnassa laadullisia opinnäytetöitä käsittelevää kirjallisuutta.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset ongelmat ovat ristiriitoja arvojen välillä, eikä niihin ole yhtä oikeaa vastausta (Leino-Kilpi 2003a, 58). Opinnäytetyöprosessin aikana meille heräsi joidakin ohjaustilanteisiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. Pohdimme muun muassa sitä kuinka paljon hoitaja voi puuttua potilaan koti- ja vapaa-ajan toimintaan utelomalla esimerkiksi potilaan kodin turvallisuusasioista, joilla olisi kuitenkin merkitystä tapaturmien ehkäisyn kannalta. Ohjaustilanteessa hoitajan täytyy miettiä etukäteen, millä tavoin esittää kysymyksensä ja kuinka syvällisesti hän puuttuu potilaan henkilökohtaiseen elämään.

Hoitotyön perustehtävä on tukea potilaiden terveyshyvän ylläpitämistä ja sen saavuttamista. Terveyshyvällä tarkoitetaan potilaan omia arvoja ja hänen henkilökohtaista tietoa, sekä kokemusta. (Leino-Kilpi 2003b, 20.) Potilaalla on itsemääräämisoikeus, joten hän itse päättää, mitä tietoa hän ottaa vastaan ja omaksuu itselleen. Sairaalassa potilaalle voi myös tulla tunne yksityisyyden menettämisestä, joten hoitajan täytyy ottaa huomioon potilaan henkilökohtaiset yksityisyyden tarpeet. Yksityisyyden tarve on kulttuurisidonnaista, ja jokainen kokee sen eri tavalla. Potilaalla on myös oikeus tietoisesti annettuun suostumukseen, mikä tarkoittaa, että hän on perehtynyt asioihin ja antaa luvan omien tuntemustensa perusteella. (Välimäki 2003, 125, 133, 138.)

Sovelsimme opinnäytetyömme eettiseen pohdintaan Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 172) teoksessaan esille tuomia, yleisesti tutkimuksissa käytettäviä, eettisiä vaatimuksia niiltä osin kuin se opinnäytetyössämme oli mahdollista. Olimme aidosti kiinnostuneita aiheestamme ja olimme tunnollisia välittääksemme opinnäytetyömme avulla mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tehdesämme opinnäytetyötä emme syyllistyneet vilpillisyyteen ja kunnioitimme yleisesti opinnäytetyöhömmme osallistuvien henkilöiden ihmisarvoa. Laatimamme ohjelehtinen antaa riittävästi tietoa, jotta sen tarjoamaa informaatiota voidaan käyttää eettisten vaatimusten mukaisesti osana päivystyshoitotyötä. Koimme,

että opinnäytetyömme tarjoaa mahdollisuuksia jatkotutkimuksille. Teimme opinnäytetyön kahdestaan, jolloin kohtelimme toisiamme arvostavasti, emmekä vähätelleet toisiamme. Opinnäytetyötä tehdessä jouduimme pohtimaan potilasohjaukseen liittyviä eettisiä seikkoja ja jouduimme peilaamaan omaa eettistä käyttäytymistämme hoitotyön kentällä omaan työhömmme.

7.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Kirjoittamisen aikana eteen tulee niin sanotusti ylä- ja alamäkiä, aikoja jolloin tekstiä syntyy paljon ja aikoja, jolloin kirjoittaminen etenee hyvin hitaasti (Karisto & Seppälä 2004, 15). Aikataulun laatiminen taulukkona auttoi meitä hahmottamaan omaa ajankäyttöämme opinnäytetyön tekemisessä. Se antoi meille myös työvälineen, jonka avulla pystyimme suunnittelemaan muiden koulutehtävien toteuttamista. Kehityimme mielestämme huomattavasti raportin kirjoittamisessa. Koimme haastavaksi etenkin viitteiden ja lähteiden merkitsemisen sekä oikeinkirjoituksen. Pohdimme myös sitä, kuinka suuri merkitys luotettavien lähteiden arvioimisella ja hyödyntämisellä on oman työn luotettavuuden kannalta. Jouduimme suunnittelemaan aikataulun pitkälle aikavälille ja hyväksymään sen tosiasiassa, että aikataulusta täytyy osata myös joustaa.

Sairaanhoitajien tehtävänä on toteuttaa ja kehittää hoitotyötä. Se voi samanaikaisesti olla sairauksia ehkäisevää ja parantavaa, terveyttä edistävää ja ylläpitävää sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitajan työskentelyä ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet sekä ohjeet ja säädökset. Hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajilta ajantasaista hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian teoreettista sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden tutkimustietoon perustuvaa osaamista. Sairaanhoitajien, ja samalla hoitotyön osaajien, on osattava hankkia ja arvioida tietoa toimintansa perustana ja arvioida sitä kriittisesti sekä kehittää sen avulla työyhteisöä. (Opetusministeriö 2006, 63.) Koimme tämän opinnäytetyön kehittäneen meitä muun muassa ajantasaisen hoitotieteen tutkimustiedon hakijoina. Lisäksi uskomme, että opinnäytetyöprosessin myötä työskentelytappamme ja tietomme potilasohjauksesta ovat parantuneet. Kokonaisuutta ajatellen, opinnäytetyöprosessi kasvatti ja valmisti meitä tulevina sairaanhoitajina

työskentelemään hoitotyön kentällä, sekä mieltämään potilasohjauksen ja terveyden edistämisen osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä.

7.5 Opinnäytetyön jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Opinnäytetyömme muodostaa kokonaisuuden, jossa käsitellään koti- ja vapaa-ajan tapaturmia ikäryhmittäin sekä tapaturmien ehkäisyä. Työtämme voi myöhemmin jakaa eri osiksi ja siten tarkentaa ja laajentaa esimerkiksi eri ikäryhmien tai tapaturmien kohdalla. Opinnäytetyöhömme keräämiämme tietoja voisi hyödyntää esimerkiksi keräämällä tietopaketin potilasohjauksesta sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmien yleisyydestä ja pitämällä päivystyspoliklinikan lisäksi muilla sairaalan osastoilla osastotunnin aiheesta.

Aiheesta voisi tehdä myös posterin osaston seinälle tai ohjeen potilaille kotiin vietäväksi. Päivystyspoliklinikka voisi halutessaan myös muokata tekemäämme ohjelehtistä tarpeittensa mukaan. Eräs kehittämisidea voisi olla yhtenäisen potilasohjaussuosituksen laatiminen, muun muassa keräämämme potilasohjaukseen liittyvän materiaalin pohjalta.

Lähteet

- Casey, D. 2007. Nurses' Perceptions, Understanding and Experiences of Health Promotion. *Journal of Clinical Nursing* (16), 1039–1049.
- Chapman, C. 2010. Color Theory for Designers. Part 1 The Meaning of Color. <http://www.smashingmagazine.com/2010/01/28/color-theory-for-designers-part-1-the-meaning-of-color/>. 19.5.2013.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.
- Haikonen, K. 2010a. Kotitapaturmat. Teoksessa Haikonen, K. & Lounamaa, A. (toim.) *Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009. Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Raportti 13/2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 19–26. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/509a0a2b-aa80-452f-9642-8d2581848f55>. 7.3.2013.
- Haikonen, K. 2010b. Tapaturmatilanteen yleiskuva. Teoksessa Haikonen, K. & Lounamaa, A. (toim.) *Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009. Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Raportti 13/2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13–18. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/509a0a2b-aa80-452f-9642-8d2581848f55>. 7.3.2013.
- Haikonen, K. 2010c. Muut vapaa-ajan tapaturmat. Teoksessa Haikonen, K. & Lounamaa, A. (toim.) *Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009. Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Raportti 13/2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 35–38. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/509a0a2b-aa80-452f-9642-8d2581848f55>. 7.3.2013.
- Hakala, J. T. 2004. *Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Niteet 4 - 2006*. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, 23–31. http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. 14.5.2013.
- Hirsjärvi, S. 2009. Tieteelliselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. *Tutki ja kirjoita*. Jyväskylä: Tammi, 18–27.
- Hämäläinen, S., Jauhiainen, A. & Janatuinen, A.L. 2010a. Potilasohjauksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen, Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, 10-15.
- Hämäläinen, S., Janatuinen, A.L., Kostianen, S. & Jauhiainen, A. 2010b. Potilasohjauksen kehittäminen työyhteisössä- Johtamisen näkökulma. Teoksessa Jauhiainen, A (toim.). *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, 94-100.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A. Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-*

- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006,10–18.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. 27.2.2013.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy. 171-184.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Karisto, A. & Seppälä, U. 2004. Maukas gradu. Valmistusvihjeitä tutkielman tekijöille. Tampere: Vastapaino.
- Kemppainen, M. 2013. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 92–101.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S., Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet: Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2008:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf. 2.12.2012.
- Korhonen, N., Niemi, S., Parkkari, J., Palvanen, M. & Kannus, P. 2011. Aikuisien tapaturmakuolemien profiili on muuttunut. Suomen Lääkärilehti 66 (9), 760–761.
- Korpela, J. 2002. Ohjeen kirjoittaminen. Arkisen asiakirjoittamisen opas. <http://www.cs.tut.fi/~jkorpela/kirj/7.7.html>. 21.1.2013.
- Kotitapaturmien ehkäisykampanja – työryhmä. 2004. Tarkistuslistat. <http://www.kotitaturma.fi/?cat=27>. 27.2.2013.
- Kotitapaturmien ehkäisykampanja–työryhmä. 2013a. Etusivu. <http://www.kotitaturma.fi/>. 18.3.2013.
- Kotitapaturmien ehkäisykampanja–työryhmä. 2013b. Yhteystiedot. http://www.kotitaturma.fi/?page_id=1403. 18.3.2013.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy,
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis D 937. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kääriäinen, M. 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, 26–32.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/. 14.3.2013.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18 (1), 4-13.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3 (3), 27-31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

- Leino-Kilpi, H. 2003a. Eettinen ongelmanratkaisu. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit, 58–74.
- Leino-Kilpi, H. 2003b. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit, 19–29.
- Lounamaa, A., Råback, M. & Tiirikainen, K. 2009. Tapaturmat ja niiden ehkäisy. Teoksessa Tiirikainen, K. (toim.) Tapaturmat Suomessa. Helsinki: Edita, 12–16.
- Moilanen, M. 2011. Tapaturmat ovat suuri terveystarve. Tesso.
<http://www.tesso.fi/content/tapaturmat-ovat-suuri-terveystarve>.
8.3.2013.
- Nevalainen, J. 2012. Osastonhoitaja. Pohjois-Karjalan keskussairaala. Ensiapu-
poliklinikka. Tapaaminen, 17.9.2012.
- Nevalainen, J. 2013a. Osastonhoitaja. Pohjois-Karjalan keskussairaala. Päivys-
tyspoliklinikka. Tapaaminen, 8.3.2013.
- Nevalainen, J. 2013b. Osastonhoitaja. Pohjois-Karjalan keskussairaala. Päivys-
tyspoliklinikka. Tapaaminen, 12.4.2013.
- Opetusministeriö. 2006. Sairaanhoidon ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Teok-
sessa Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta
valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähim-
mäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityk-
siä 2006:24, Helsinki: Opetusministeriö, 63–71.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>. 17.4.2013.
- Parkkari, J. & Kannus, P. 2009. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat. Sairauksien eh-
käisy. Kustannus Oy Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00136. 24.10.2012.
- Pellikka, H., Lukkarinen, H. & Isola, A. 2003. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoi-
dosta yhteispäivystyksessä. Hoitotiede 15 (4), 166-179.
- Petridou, E., TH. Killekidis, S., Jeffrey, S., Chisthi, P., Dessypris, N. & Stone, D.
H. 2007. Unintentional Injury Mortality in the European Union. How
Many More Lives Could be Saved. Scandinavian Journal of Public
Health, (35), 278–287.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013a. Tik-
kamäen yhteispäivystys. <http://www.pkssk.fi/ensiavun-klinikka>.
4.4.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013b. Tark-
kailuosasto. <http://www.pkssk.fi/tarkkailuosasto>. 4.4.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013c. Toi-
minta PKSSK:n yhteispäivystyksessä. <http://www.pkssk.fi/ensiavun-toiminta>. 4.4.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013d. Kulje-
tustoimisto. <http://www.pkssk.fi/kuljetustoimisto>. 4.4.2013.
- Rasku, T., Sopanen, P. & Toivola, T. 1999. Hoitoa ympärivuorokauden: Ensi- ja
polikliininen hoito. Porvoo: WSOY.
- Rekola, L. & Hakala, T. 2008. Potilasohjaus ja valistus ensihoitajan työssä. Te-
oksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito.
Helsinki: Tammi, 596–604.

- Sillanpää, K. 2008. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K.(toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi, 40–45.
- Sisäasiainministeriön pelastusosasto. 2006. Turvatietoa. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat. <http://www.pelastustoimi.fi/turvatietao/koti-ja-vapaa-ajan-tapaturmat/>. 24.10.2012.
- Sleet, D., A., Liller, K., D., White, D., D. & Hopkins, K. 2004. Injuries, Injury Prevention and Public Health. *American Journal of Health Behavior* 28 (1), 6–12.
- Sopanen, P. 2009. Potilaan hoito päivystyspoliklinikassa. Teoksessa Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle, 67–78.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003a. Tapaturmatilanne 2002. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ja niiden torjuntatyö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:4. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3582.pdf&title=Tapaturmatilanne_2002_fi.pdf. 8.3.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003b. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista isot kustannukset. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1225325>. 24.10.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallisesti kotona ja vapaa-aikana. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2007–2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:24. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjuntatyön neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3858.pdf. 21.1.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/elintavat/tapaturmat>. 21.11.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Terveiden edistäminen. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>. 7.11.2012.
- Tiirikainen, K. 2013. Kotitapaturmien ehkäisykampanja - tarkistuslistojen käytöstä Email kati.tiirikainen@luovi.net. 26.2.2013.
- Tikkamäellä aloittaa Suomen ensimmäinen aito yhteispäivystys. 2013. Karjalainen. 27.3.2013. <http://www.karjalainen.fi/uutiset/uutis-alueet/maakunta/item/27151-tikkamaella-aloittaa-suomen-ensimmainen-aito-yhteispaivystys>. 4.4.2013.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Välimäki, M. 2003. Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit, 125–147.
- Valtakunnallinen tapaturmayhteistyöryhmä. 2012. Mikä on tapaturmapäivä?. <http://www.tapaturmapaiva.fi/fi/mika-on-tapaturmapaiva>. 29.10.2012.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Lähtötilannekysely

OPINNÄYTETYÖ
Jonna Hiltunen
Sini Holopainen

Lähtötilannekartoitus

20.9.12

Miten potilasohjaus näkyy työssänne?

Onko potilasohjaukseen riittävästi aikaa?

Minkälaisia vapaa-ajan tapaturmia olette hoitaneet?

Miten hoitohenkilökunta voisi omalla toiminnallaan vaikuttamaan tapaturmien ehkäisemiseen?

Tiedonhankintataulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Cinahl	health AND promotion AND acute AND nursing	linked full text, published date from 1.1.2000, apply related words, Boolean/phrase search	44	1
Cinahl	accidents AND prevention NOT traffic NOT older people NOT occupational accidents	linked full text, abstract available, published date from 1.1.2000, Apply related words; Also search within the full text of the articles, Boolean/phrase search	117	2
Medic	tapatur* and ehkäisy	vuosi 2000-, vain kokotekstit, asiasanojen synonyymit käytössä	24	5
Theseus	Tapaturmantorjunta		11	0

Palautekysely

OPINNÄYTETYÖ
Jonna Hiltunen
Sini Holopainen

Palaute

18.4.2013

Millaista tietoa ohjelehtinen antoi koti- ja vapaa-ajan tapaturmista ja niiden ehkäisemisestä?

Millaista tietoa ohjelehtinen antoi potilasohjauksesta?

Ohjelehtinen oli tarkoitettu tukemaan koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisemistä potilasohjauksen avulla. Koitteko, että ohjelehtinen tuki tätä tarkoitusta?

Oliko Kotitapaturmien ehkäisy –kampanjan tarkistuslistoista hyötyä ohjaustilanteessa?

Ohjelehtinen



Karelia
AMMATIKORKEAKOULU



**POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ**



**Ohjelehtinen PKSSK:n
päivystyspoliklinikalle potilasohjauksesta
ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmien
ehkäisystä**

Tämä ohjelehtinen on osa potilasohjaus- ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmat – opinnäytetyötä. Opinnäytetyön ovat tehneet Karelia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Hillunen, J. ja Holopainen, S. yhteistyössä PKSSK:n päivystyspoliklinikan kanssa keväällä 2013.

Sisältö

Hyvä PKSSK:n päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta!

Miksi potilasohjaus on tärkeää?

Hoiteijan rooli potilasohjaustilanteissa

Asiakaslähtöinen potilasohjaus

Yleisimmät koti- ja vapaa-ajan tapaturmat

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista aiheutuivat kustannukset

Ehkäisytyö

Hyödyllisiä linkkejä

Lähteitä

Hyvä PKSSK:n päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunta!

Tämä ohjeellinen on suunnattu hoitohenkilökunnalle ja sen tarkoituksena on antaa tietoa potilasohjauksesta, koti- ja vapaa-ajan tapaturmien yleisyydestä ja niiden ehkäisemisen tärkeydestä. Ohjeellinen on tarkoitettu luettavaksi ennen potilasohjaustilanteita tai niiden aikana käytettäväksi. Ohjeellisen tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle uusia näkökulmia ja vinkkejä ohjaustilanteisiin koti- tai vapaa-ajan tapaturmassa loukkaantuneen potilaan kanssa.

Miksi potilasohjaus on tärkeää?

Ohjauksella on merkittävä osuus hoitajan työssä ja ohjausosaamista pidetäänkin yhtenä hoitajan osaamisvaatimusten ydinalueena. Ohjaus perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista sekä lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja ammattietikasta.

Ohjaukseen panostamalla voidaan:

- ✓ vaikuttaa kansantalouteen
- ✓ vaikuttaa potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen sekä sitä edistävään toimintaan
- ✓ lisätä potilaan itsenäisyyttä, nopeuttaa parantamista ja saada potilas parantumaan aiemmanlaatuasti
- ✓ vähentää potilaan kotona selviytymistä ja vähentää yhteydenottojen määrää hoitajakson jälkeen.
- ✓ lisätä potilaan hoitoon sitoutumista ja parantaa hoidon jatkuvuutta
- ✓ säästää merkittävässä määrin jatkohoidon kustannuksissa ja korvauksissa.

Ensihoitotyössä tapahtuvaa ohjausta kutsutaan potilasopetuksesi eli valistukseksi.

Valistuksen tavoitteena on:

- ✓ vähentää jo tapahtuneiden, terveydelle haitallisten kriisien vaikutuksia
- ✓ antaa asiakkaalle keinoja, joiden avulla turvallisuus- ja terveysriskejä voidaan ehkäistä

Päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitajan työntekäviin kuuluu olennaisesti ohjaaminen tutkimuksiin, kotihoito-ohjeiden antaminen, jatkohoitoseuranta, neuvonta ja opettaminen. Jotta hoitohenkilökunnalla olisi hyvät edellytykset ohjauksen toteuttamiseen pitää heillä olla oma käsityksensä ohjausilanteesta vastaten seuraaviin kysymyksiin:

- ✓ mitä ohjaus on
- ✓ miten ohjausta toteutetaan
- ✓ miksi ohjausta toteutetaan
- ✓ millainen vastuu hoitohenkilökunnalla on edistää potilaan valintoja
- ✓ millainen vastuu potilaalle on omista valinnoistaan.

Valistukseen ensihoitotyössä ohjaavat monet periaatteet.

Potilaan ja hoitajan yhteisiä periaatteita ovat:

- ✓ tasavertaisuus
- ✓ kunnioittaminen
- ✓ ammatillisuus
- ✓ luottamuksellisuus
- ✓ suunnitelmallisuus
- ✓ jatkuvuus
- ✓ sitoutuneisuus.

Hoitajan rooli potilasohjaustilanteessa

Potilaiden tarpeet ja odotukset ohjaukselle ovat lisääntyneet ja kaikki uusi tieto joka potilaalle annetaan, lisää hoidon onnistumisen mahdollisuuksia. Ohjauksen merkitys tulee korostumaan tulevaisuudessa, sillä potilaiden ja väestön odotetaan ottavan enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Hoitajille tulisi tarjota koulutusta koskien ohjaamiseen oppimista, ohjauksen sisältöä, ohjausmenetelmiä ja vuorovaikutusta. Hoitajan rooli ohjaustilanteessa on ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana oleminen ja potilaan motivoiminen.

Asiakaslähtöinen potilasohjaus

Asiakaslähtöisyys on potilasohjauksen onnistuneisen kannan tärkeintä

Asiakaslähtöistä potilasohjausprosessia edistävät:

- ✓ yhtenäinen potilasohjausmateriaali
- ✓ yhtenäisten ohjeiden noudattaminen koko organisaatiossa
- ✓ potilasohjeiden päivittäminen organisaatiossa
- ✓ eri ammattihenkilöiden sitoutuminen ohjauksen kehittämiseen
- ✓ asiakaspalauteen kerääminen
- ✓ potilasohjauksen yhtenäisyyden turvaaminen
- ✓ hoidon jatkuvuuden turvaaminen siirtäessä yksiköstä toiseen
- ✓ johdon ja esimiehen tuki sekä täydennyskoulutuksen järjestäminen työntekijöille
- ✓ ammattiin edellyttämän ammattitaidon ylläpitäminen ja tietämys säädöksistä ja määräyksistä.

Potilasohjaustilanteessa tulee huomioida:

- ✓ ympäristölliset tekijät
 - o fyysinen tila
 - o yksityisyyden takaaminen
 - o esteet esim. tilan ahtaus
 - o häirit evim. melu
 - o ohjausmateriaalin välittöm saatavuus
- ✓ potilaan havainnointi ja kuuntelu
 - o potilaan kunnioittaminen
 - o ilmeet
 - o eleet
- ✓ eettiset seikat
 - o toimiminen eettisten ohjeiden mukaisesti
 - o riittävän tiedon antaminen potilaalle, jonka pohjalta potilas voi tehdä omat päätöksensä
 - o päätösvallan antaminen potilaalle siitä, haluako hän ohjausta ja miten hän saamansa ohjauksen pohjalta toimii
 - o tietoisuus omista voimavaroistaan ohjaajana

Hoitaja päättää havaintojensa perusteella, millä tavalla viesti potilaan kanssa ja millaisia ohjauskeinoja aikoo käyttää.

Ohjauksen omistumiseen vaikuttaa hoitajan:

- ✓ sanaton viestintä
 - jännittyneisyys
 - ahdistuneisuus
 - käyös
- ✓ sanallinen viestintä
 - sanojen merkitykset ohitava kaikille samat
- ✓ vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot sekä teorialaite
- ✓ taito hallita potilasohjausprosessin eri vaiheet
 - suunnittelu
 - toteutus
 - arviointi
 - kirjaaminen
- ✓ taito asettaa asiakkaan ohjaustarpeet
- ✓ tärkeysjärjestykseen
- ✓ kyky huomioida millaisia asioita asiakas on ohjaushetkellä valmis oppimaan
- ✓ kyky arvioida aika-ajoin omia kykyjään ohjaajana ja sitä miten ohjaus on omistunut, jotta hän voisi kehittyä ohjaajana
- ✓ aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta.

Yleisimmät koti- ja vapaa-ajan tapaturmat

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat kattavat kaikkia tapaturmista 80 %: Työikäisille suomalaisilla (15–64 -vuotiaat) on arvioitu aiheutuvan 230 000 kotitapaturmaa vuositain. Tapaturmista noin 6 % johtaa kuolemaan, eli noin 3000 henkilöä kuolee tapaturmaisesti vuosittain.

Yleisimpiä kotitapaturmien sattumistapoja ovat mm:

- ✓ kaatumiset
- ✓ säilyttäminen terävään esineeseen
- ✓ lamppotilat (polttamisen kuumassa)
- ✓ liukastumiset
- ✓ putoumiset alemmalle tasolle.

0–6-vuotiaiden tapaturmat

Pienille lapsille sattuu ennen tapaturmia kotona ja kotipihalla.

Loukkaantumisen syytä ovat yleisimm in:

- ✓ terävän esineen aiheuttamat vammat
- ✓ myrkytykset
- ✓ kaatuminen tai putoaminen.

Tekijät, jotka altistavat lapset tapaturmalle:

- ✓ lapsen kokemattomuus
- ✓ tarve oppia uusia taitoja
- ✓ ympäristöjen soveltumaton mitoitus ja huollon puute,
- ✓ lapselle sopimattomat tuotteet
- ✓ riskien lunnistamisen vaikeus
- ✓ aikuisten valvoman ja opastuksen puute

7–18-vuotiaiden tapaturmat

Yleisimm in 7-18 -vuotiaiden kuolema aiheutuu:

- ✓ kuljetustapaturman seurauksena
- ✓ hukkusiin joutumisen seurauksena
- ✓ myrkytyksistä, jotka ovat pääasiassa huumeusair e- tai lääkeainemyrkytyksiä.

Kuinka ehkäistä? Itse ohjaustilanteessa tulisi huomioida edellä

mainitut ympäristölliset tekijät, muistaa potilaan havainnointi ja kunnioitus sekä eettiset seikat, jotka vaikuttavat potilasohjaukseen.

Lisäksi hoitajan tulisi miettiä kuka on potilasohjauksen kohde, koska kohde ei välttämättä ole aina hoidettava potilas itse, esimerkiksi pienten lasten kanssa (0-6-vuotiaat) ohjauksen kohde on yleensä toinen tai molemmat vanhemmista. Kuten myös 7-18-vuotiaiden kanssa toimittaessa, vanhemmat voivat olla mukana ohjaustilanteessa. Teri- ikäisten kanssa on täytysi otettava huomioon potilaan toive vanhemmille informoinnista.

Lapsille tapahtuvia tapaturmia ehkäistään opettamalla lapsille kertomalla kotona olevista vaarallisista aineista, kuinka rannalla tai vedessä käyttäytyään ja huumeusainneiden ja päihteiden vaarallisuudesta. Hoitajan tulisi opastaa vanhempia ja kertoa tapaturmille altistavista tekijöistä, joita he osaisivat kiinnittää niihin huomiota.

19–24-vuotiaiden tapaturmat

Kuolemaan johanneet tapaturmat 19-24-vuotiailla johtuvat yleisimm in liikennetapaturmista ja myrkytyksistä. Tutkimukset osoittavat, että pitkään jatkuneet stressorit lisäävät nuorilla riskejä altistua tapaturmille.

25–64-vuotiaiden tapaturmat

Alkoholin nauttiminen johtaa usein 25–64-vuotiaiden hukkumis-, palo- ja paloluonakuolemiin. Yleisimmän tapaturmaisesti kuolleet henkilöt ovat iältään 45–64-vuotiaita miehiä. Kaatumis- ja putoumistapaturmat ovat hyvin yleisiä työikäisten keskuudessa sekä työpajoilla, että vapaa-aikana.

Yli 65-vuotiaiden tapaturmat

Tapaturmat ja kuolemat, sekä sairaalahoitoa vaativat tapaturmat aiheutuvat pääosin kaatumisista. Kaatumisista aiheutuneet vammat muodostavatkin vakavan kansanterveydellisen ja taloudellisen ongelman. Aikaisemmin kaatuneista joka toinen kaatuu uudelleen.

Kuinka ehkäistä? Ohjaustilanteessa hoitajan tulisi huomioida edellä mainitut ympäristölliset tekijät, muistaa poliiaan hävällöinnit ja kuuntelu sekä eettiset seikat, jotka vaikuttavat polttasoljaukseen. Koska yleisimmät tapaturmat aiheutuvat liikennetapaturmista, niitä voidaan ehkäistä lisäämällä tietoisuutta turvallisuussäännöistä ja kannustaa noudattamaan niitä. Alkoholistia ja erilaisista myrkytyksistä johtuvia tapaturmia voidaan ehkäistä mm. kiinnittämällä huomiota polttiaan alkoholin käyttöön ja keskustelomalle siitä hänen kanssaan. Alkuisien kaatumis- ja putoumistapaturmat ovat ehkäistävissä kartoittamalla ympäristön vaaratekijät ja poistamalla ne.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista aiheutuvat

kustannukset:

- ✓ 2,5–4 miljardia euroa vuodessa
- ✓ 115 miljoonaa euroa lonkkamurtumista
- ✓ yli miljoona sairauslomapäivää vuodessa
- ✓ työpajoilla vuonna 2001 1,9 miljoonaa poissaolo päivää

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyyn ja välistukseen sekä tapaturmien ja tutkimustyön hyväksi käytettiin vuonna 2001 varoja väijäat puoli prosenttia tapaturmien aiheuttamista välittömistä kustannuksista

Ehkäisytyö

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy on otettu osaksi valtioneuvoston strategista turvallisuuden edistämisen linjausta. Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa on määritelty tavoitteeksi Suomen sijoittuminen Euroopan turvallisimmaksi maaksi vuoteen 2015 mennessä. Jotta tämä tavoite saavutettaisiin, olisi myös koti- ja vapaa-ajan tapaturmien määrää vähennettävä. Suomi on tällä hetkellä EU-maiden välisessä vertailussa sijalla 20.

Hyödyllisiä linkkejä

Tarkastuslistat kotitapaturmien ehkäisemiseksi

<http://www.kotitapaturma.fi/?cat=27>

Tapaturma-aiheisia sivustoja

http://www.kotitapaturma.fi/?page_id=1555

Tapaturma-aiheisia artikkeleita ja tiedotteita

<http://www.kotitapaturma.fi/?cat=50>

Tapaturma-aiheisia videoita

<http://www.kotitapaturma.fi/?cat=32>

Piste tapaturmillesi

[http://www.thl.fi/fi_Fi/web/pistetapaturmillesi-fiakkaatoinnintaimallioipas](http://www.thl.fi/fi_Fi/web/pistetapaturmillesi/fiakkaatoinnintaimallioipas)

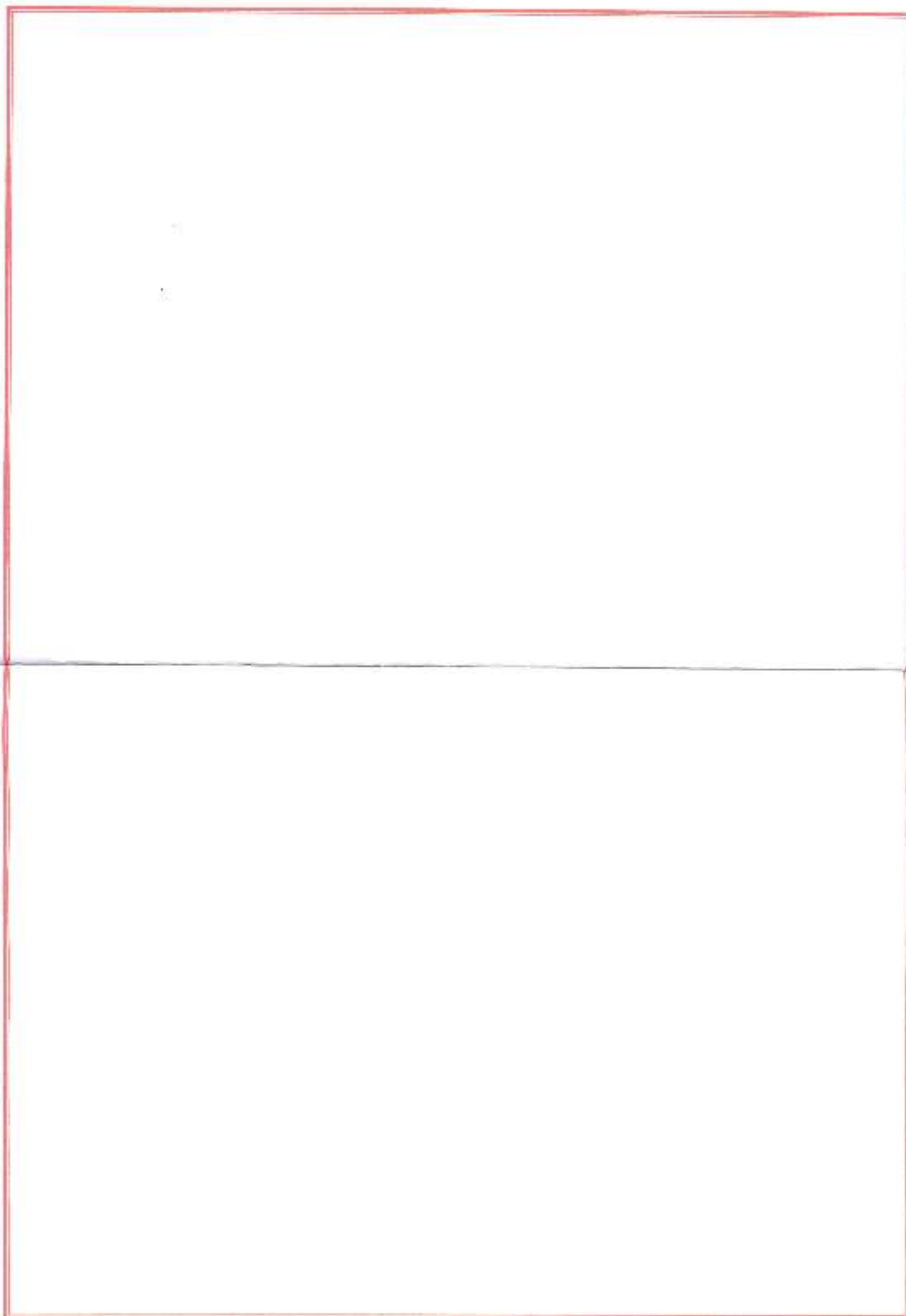
Tavoiteohjelma koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisemiseksi vuosille 2007–2012

<http://www.stm.fi/julkaisut/hayta/-/julkaisu/099379#>

Lähteitä

- Casey, D. 2007. Nurses' Perceptions, Understanding and Experiences of Health Promotion. *Journal of Clinical Nursing*.
- Hämäläinen, S., Janatuinen, A.L., Kostainen, S. & Jauhainen, A. 2010. Potilasohjauksen kehittämisen työyhteisössä - johtamisen näkökulma. Teoksessa Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjauksaan.
- Kansanterveyslaki 66/1972
- Kuusinen, U., Venko, T., Matkainen, K., Natunen, S., Aromaa, A. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus- ja vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy*.
- Kotitapaturmien ehkäisykampanija – lyöryhmä. 2004.
- Tarkistuslistat
- Kääräinen, M. 2010. Laadukkaana potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Lounamaa, A., Råback, M. & Tirinkainen, K. 2009. Tapaturmat ja niiden ehkäisy. Teoksessa Tapaturmat Suomessa.
- Rekola, L. & Hakala, T. 2008. Potilasohjaus ja valitus ensihoitajan työssä. Teoksessa Ensihoito.
- Pietilä, A.-M., Varjoranta, P. & Matveinen, M. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus- ja vaikuttavuus. *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy*.
- Sairaanhoidtaja.
- Sillanpää, K. 2008. Potilaaksi päävystyspoliklinikalle. Teoksessa Ensihoito.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat*.

10



Tarkistuslista

Tarkastuslista kotitapaturmien ehkäisemiseksi

Aikuiset

	Kyllä	Ei
Onko puhelimen lähellä hätänumerot?		
• yleinen hätänumero 112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Myrkytystietokeskus (09) 4711 tai (09) 471 977	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• oma lääkäri tai terveyskeskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotitöissä tapahtuvat tapaturmat		
1. Säilytetäänkö kodin kemikaalit alkuperäispakkauksissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko kemikaalien varoitusmerkinnät ja käyttöohjeet tuttuja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko kodin työkalut kunnossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko asunnossa tukevat käsinojalliset taloustikkaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko valaistus riittävä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palo- ja sähkötapaturmat		
1. Onko asunnon palovaroin oikein sijoitettu ja toimintakunnossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko asunnossa sammutusvälineet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko pyykin kuivatus järjestetty turvallisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ei saunan kiukaan päällä tai lämmittimen lähellä)?		
4. Ovatko pistorasiat ja sähköjohdot kunnossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko sähkölaitteet		
• määräysten mukaisia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• kunnossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ovatko turvallisuus- ja käyttöohjeet tallessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tupakoidaanko sängyssä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaatumiset ulkona		
1. Hiekoitetaanko kadut ja pihat talvella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko ulkovalaistus riittävä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko ulkojalkineet oikeanlaiset ja varustettu talvella liukuesteillä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikennetapaturmat		
1. Käytetäänkö autossa turvavyötä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko polkupyörä ja sen varusteet kunnossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Käytetäänkö pyöräillessä pyöräilykypärää?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Käyttääkö perheesi veneilyliivejä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensiapu		
1. Onko kodin ensiapuvarustus riittävä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko ensiaputaidot ajan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

www.kotitapaturma.fi - tämä tarkastuslista ja paljon muuta tietoa tapaturmien ehkäisystä

Sosiaali- ja terveysministeriö
Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö
Kansanterveyslaitos
Punainen Risti

Sisäasiainministeriö
Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto
Terveyden edistämisen keskus



KOTITAPATURMIEN EHKÄISYKAMPANJA

10/2004

(Kotitapaturmien ehkäisykampanja – työryhmä 2004; Lupa tarkistuslistan käyttöön Tiirikainen 2013)

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi	PKSSK Ensilapupoliklinikka
Toimeksiantajan edustaja	Juha Nevalainen
Osoite	Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Puhelinnumero:	(013) 171 331 3
Sähköposti:	juha.nevalainen@pkask.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1000177 Jonna Hiltunen 1001491 Sini Holopainen
Puhelinnumero:	p. 044 325 018 7 (Jonna) p. 040 555 338 4 (Sini)
Sähköposti:	jonna.hiltunen@edu.pkamk.fi sini.holopainen@edu.pkamk.fi

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja tukee opiskelijaa opinnäytetyön suorittamisessa antamalla työn suorittamiseen tarvittavia tietoja ja sisäisiä aineistoja tarpeelliseksi katsomallaan tavalla. Toimeksiantaja vastaa opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista, joita ovat kopiointi- ja postituskulut (sekä mahdolliset painokulut).	

Opiskelijan sitoumukset	
Toimeksiantaja saa oikeudet käyttää tutkimussuunnitelmaa, tutkimusaineistoa ja sen tuloksia sisäisessä kehitystyössään. Lisäksi toimeksiantaja saa hyödyntää nyt tehtävää tutkimusta tiatessaan myöhemmin omaan käyttöönsä samansisältöisiä seuranta tutkimuksia kolmannelta osapuolelta.	

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t):	Tarja Ruokonen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkisen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
23.11.2012	<i>Jonna Hiltunen</i> <i>Sini Holopainen</i> Jonna Hiltunen Sini Holopainen
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
23.11.2012	<i>Juha Nevalainen</i> Juha Nevalainen

2016-10-10
Asiantuntija