



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Karoliina Koskinen & Miia Viljanen

KOULUTUSSUUNNITELMAN LAATIMINEN
MATINKYLÄ-OLARIN KOTIHOIDON
ÄKILLISTEN TILANTEIDEN OSAAMISEN
KEHITTÄMISEKSI

Hyvinvoinnin asiantuntija YAMK
Sosiaali- ja terveysala
2024

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Karoliina Koskinen, Miia Viljanen
Opinnäytetyön nimi	Koulutussuunnitelman laatiminen Matinkylä-Olarin kotihoi- don äkillisten tilanteiden osaamisen kehittämiseksi
Vuosi	2024
Kieli	suomi
Sivumäärä	94 + 5 liitettä
Ohjaaja	Riikka Lehesvuo

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen kotihoidon yksiköissä on pyritty lisäämään äkillisten tilanteiden osaamista. Kuitenkin käytännön hoitotyössä on tullut ilmi, että äkillisten tilanteiden osaamisessa ja hallinnassa on parantamisen varaa. Tässä kehittämisprojektissa selvitettiin hoitajien kokemia äkillisiä tilanteita, niiden hallintaa edistäviä ja heikentäviä tekijöitä sekä koulutustarpeita liittyen äkillisten tilanteiden hoitoon.

Väestö ikääntyy ja yhä useampi ikäihminen asuu kotonaan. Kotihoidolla tuetaan iäkkäiden pidempää kotona asumista. Avun ja tuen tarve on moninaistunut, kun kotona hoidetaan yhä iäkkäämpiä ihmisiä. Kotihoidon asiakkaiden avuntarpeen kasvaessa, lisääntyvät samalla ensihoitohälytysten ja päivystyskäyntien määrä. Kehittämisprojektin tiedonkeruu toteutettiin tarkoituksenmukaisena otantana anonymisti kyselytyökalua käyttäen Matinkylä-Olarin henkilöstön keskuudesta. Analysointi suoritettiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.

Kyselyn perusteella nousi ilmi, että yksikössä on puutteita äkillisten tilanteiden osaamisessa, muun muassa asiakkaan systemaattisessa arvioimisessa ja tutkimisessa sekä erilaisten mittareiden käytössä. Myös välineistössä on puutteita. Tutkimuksessa nousi myös ilmi, että tilanteet esiintyvät harvoin ja yllättäen, jonka vuoksi hoitohenkilökunta kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta erilaisiin äkillisiin tilanteisiin. Tutkimuksen pohjalta laadittiin koulutussuunnitelma työyksikön käyttöön, joka sisältää kuusi osa-aluetta. Näitä ovat yleisimmät äkilliset tilanteet ja niiden hallinta, systemaattisen tilannearvion teko ja hoidontarpeenarviointi, vitaa-liarvojen mittaaminen ja ymmärtäminen, mittareiden käyttö, elvytys ja oman osaamisen vahvistaminen.

Avainsanat ikääntyneet, kotihoito, äkilliset tilanteet, osaamisen kehittäminen

ABSTRACT

Author	Karoliina Koskinen, Miia Viljanen
Title	The Preparation of a Training Plan for the Development of Competence in Sudden Situations in Matinkylä-Olari Home Care
Year	2024
Language	Finnish
Pages	94 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Riikka Lehesvuo

In the home care units of the Wellbeing Services County of Western Uusimaa, efforts have been made to increase competence in sudden situations. However, in nursing practice work, it has become clear that there is room for improvement in the competence and management of sudden situations. In this development project, the sudden situations experienced by nurses, the factors promoting and weakening their management, and the training needs related to the treatment of sudden situations were investigated.

The population is aging, and more and more elderly people live at home. Home care supports the elderly living at home longer. The need for help and support has multiplied as more and more elderly people are cared for at home. As the need for help from home care clients increases, the number of first aid calls and emergency room visits also increases. The data collection for the development project was carried out as a purposeful sample anonymously using a survey tool among the personnel of Matinkylä-Olari. The analysis was performed using inductive content analysis.

Based on the survey, it became clear that the unit has shortcomings in managing sudden situations, for example in the systematic evaluation and investigation of the client and in the use of various metrics. There are also shortcomings in the equipment. The study also revealed that situations occur rarely and unexpectedly, which is why the nursing staff felt they needed additional training for various sudden situations. Based on the research, a training plan was drawn up for use by the work unit, which includes six areas. These include the most common sudden situations and their management, making a systematic assessment of the situation and assessing the need for treatment, measuring and understanding vital signs, using meters, resuscitation and strengthening one's own skills.

Keywords	elderly, home care, sudden situations, competence development
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	10
3	KOTIHOIDON ÄKILLISTEN TILANTEIDEN OSAAMINEN.....	14
	3.1 Kotihoito	14
	3.1.1 Ikääntyneet kotihoidossa	15
	3.1.2 Hoitajana iäkkäiden palveluissa	17
	3.2 Ikääntyneiden päivystyskäyntien taustatekijät	19
	3.3 Yleisimmät ikääntyneiden päivystyshoitoa vaativat syyt	22
	3.3.1 Hoidon tarpeen arviointi.....	29
	3.3.2 Kliininen tutkimus	30
	3.3.3 Asiakkaan tilaa arvioivia menetelmiä	32
	3.3.4 Ikääntyneet päivystyksessä.....	36
	3.4 Osaamisen kehittäminen	41
	3.4.1 Hoitotyön ammattitaitovaatimukset	45
	3.4.2 Osaamista kehittävät koulutusmenetelmät	47
4	KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS JA AINEISTO	50
	4.1 Kehittämisprojektin malli.....	51
	4.2 Aineiston keruu ja kuvaus.....	52
	4.3 Aineiston analyysi	54
5	TUTKIMUSTULOKSET	57
	5.1 Tutkimusjoukon kuvaus	57
	5.2 Hoitajien kokemat äkilliset tilanteet.....	57
	5.3 Äkillisten tilanteiden hallintaa edistävät ja heikentävät tekijät	58
	5.4 Tarvittava välineistö.....	60
	5.5 Osaaminen äkillisissä tilanteissa	61

5.6 Tulosten tarkastelu	64
6 KOULUTUSSUUNNITELMA.....	69
6.1 Koulutuksen sisältö	69
6.2 Opetusmenetelmät.....	71
6.3 Aika-, tila- ja välineresurssit	72
6.4 Kouluttajat	73
6.5 Arviointi ja seuranta.....	73
6.6 Jatkokoulutus ja tukimateriaali.....	74
7 POHDINTA JA KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI	75
7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	77
7.2 Jatkotutkimusehdotukset	79
LÄHTEET	82
LIITTEET	95

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuva 1. Kotihoidon asiakkaiden yleisimmät diagnoosit päivystyksessä vuoden aikana.	26
Kuva 2. Kotihoidon asiakkaiden yleisimmät ensihoidon kuljetuskoodit	28
Kuva 3. Kotiutumisessa huomioon otettavat asiat.....	41
Kuva 4. Agile malli.....	52
Kuva 5. Kyselyn vastaukset koskien lisäkoulutusta.	63
Taulukko 1. Iäkkään potilaan päivystyshoidon indikaatiot.	22
Taulukko 2. Menetelmiä osaamisen kehittämiseen.....	43
Taulukko 3. Esimerkki aineiston analyysistä.	56

LIITELUETTELO

LIITE 1. TUTKIMUSLUPA

LIITE 2. KOULUTUSSUUNNITELMA

LIITE 3. KYSELYLOMAKE

LIITE 4. SAATEKIRJE

LIITE 5. AINEISTON ANALYYSI

1 JOHDANTO

Yhä useampi ikäihminen asuu kotonaan ja saa tukea sekä apua kotona asumiseen ikäihmisten kotiin annettavista palveluista. Avun ja tuen tarve on moninaistunut, kun kotona hoidetaan yhä iäkkäämpiä ihmisiä. Tilastojen mukaan vuonna 2022 kotihoidon asiakkaita koko maassa oli 194 000, joista yli 65-vuotiaita oli 172 981. Kotihoidon asiakkaista 59 prosenttia, eli 114 091 ikäihmistä sai säännöllisesti kotihoidon palveluja ja 46 prosenttia, eli 89 552 henkilöä sai intensiivisen kotihoidon palveluita, joilla tarkoitetaan paljon kotihoidon palveluita käyttäviä asiakkaita. Kotihoidon asiakasmäärä on kasvanut viime vuosina ja sen laadukas järjestäminen vaatii riittäviä resursseja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024.) Väisänen ja muut (2023) kirjoittavat, että kotihoiton resurssit eivät kuitenkaan ole kasvaneet, mikä aiheuttaa lisääntyviä vaikeuksia ja ongelmia kotihoodolle. Kotihoidon palveluiden tulee tukea asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista. Samanaikaisesti hoitohenkilökunnan on oltava valmiina toimimaan äkillisissä tilanteissa. (Hautsalo ja muut, 2023, s. 58.)

Kotihoidon asiakkaiden avuntarpeen kasvaessa, lisääntyvät samalla ensihoitohälytysten ja päivystyskäyntien määrä. Tämän nähdään johtuvan hoivapalveluiden laadun vaihtelusta, hoitohenkilökunnan puutteellisesta osaamisesta ja henkilöstön vaihtuvuudesta. Kotihoidon toiminnan- ja henkilöstön osaamisen kehittämisellä voidaan vähentää ensihoitohälytyksiä ja turhia päivystyskäyntejä. Äkillisissä tilanteissa korostuvat päätöksenteon osaaminen ja asiakkaan tunteminen sekä riittävät tiedot ja taidot päätöksentekoon. Palveluntarjoajat eivät voi siirtää kaikkia ongelmia ensihoidon ja päivystyksien vastuulle. (Nyman ja muut, 2021, s. 32; Tuukkanen ja muut, 2019, s. 1800.) Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) edellyttää, että terveydenhuollon ammattilaisten on jatkuvasti kehitettävä osaamistaan ja perehdyttävä työtään koskeviin säädöksiin. Näiden edellä mainittujen asioiden vuoksi, on tärkeää vahvistaa kotihoodon hoitajien osaamista tilannearvion ja toimintakyvyn arvioinnissa.

Tässä kehittämisprojektissa tutkitaan Matinkylä-Olarin kotihoidon työntekijöiden osaamista äkillisten tilanteiden hallitsemisessa. Kotihoidon asiakkaiden avuntarpeen kasvaessa hoitohenkilökunnan riittävä osaaminen ja valmiudet ovat keskeisiä ensihoitohälytysten ja päivystyskäyntien vähentämiseksi.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen kotihoidon yksiköissä on pyritty lisäämään äkillisten tilanteiden osaamista perehdytykseen kuuluvan äkillisten tilanteiden verkkokurssin myötä sekä nimittämällä yksiköihin äkillisten tilanteiden muutos-agentteja. Kuitenkin käytännön hoitotyössä on tullut ilmi, että pelkän kurssin suorittaminen ei suoraan tuo osaamista hoitajien päivittäiseen toimintaan vaan tarvitaan lisää koulusta sekä vakioitujen arviointimenetelmien implementointia osaksi osaamisen kehittämistä.

Helakorpi (2004, s. 2–9) korostaa, että organisaatioiden menestyksen keihäänkärkiä ovat osaaminen sekä sen kehittäminen ja jakaminen. Asioiden oppiminen ei tapahdu vain koulutuksessa, vaan oppimista tapahtuu myös töitä tehtäessä ja työtä kehittäessä. Osaaminen on tärkeä tekijä työelämässä, joka muuttuu ja uudistuu nopeasti. Poikelan (2002, s. 33–42) toimittamassa Ongelmaperustainen pedagogiikka -teoksessa sanotaan, että koulutuksesta saatu tieto vanhentuu nopeaan tahtiin eikä työn vaatimaa tietoa ja taitoa voida tuottaa vain muodollisen koulutuksen kautta. Työelämän asiakaslähtöisyys ja laadun tavoittelu johtavat prosessien parantamiseen, jossa kehittyminen on avainasemassa. Laatu edellyttää osaamista, joka taas edellyttää oppimista. Sormunen ja Poikela (2008, s. 16) myös korostavat yksilön omaa toimintaa sekä kykyä reflektoida ja hyödyntää olemassa olevaa tietoa osaksi omaa osaamista.

Idea kehittämistehtävälle syntyi käytännön hoitotyö huomioiden ja kokemusten pohjalta. Kehittämistehtävän ajatusta kirkastettiin kesäkuusta 2023 lähtien ja se esiteltiin Matinkylä-Olarin yksikön esihenkilöille. Tutkimuslupa haettiin Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelta joulukuussa 2023 ja luvan 9489/13.01.00/2023 (LIITE1) myöntämisen jälkeen aloitettiin aineiston keruu tammikuussa 2024.

Kehittämiprojektin yhteistyökumppanina toimii Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue on aloittanut toimintansa 01.01.2023. Se järjestää Espoon, Hangon, Inkoon, Karkkilan, Kauniaisten, Kirkkonummen, Lohjan,

Raaseporin, Siuntion ja Vihdin asukkaille sosiaali- ja terveystoimen, sekä pelastustoimen ja opiskeluhuollon palvelut. Matinkylä-Olarin kotihoito on osa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen ikääntyneiden palvelua, jolla tuetaan ikääntyneiden kotona asumista ja omatoimista elämistä. (Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, 2023.)

Matinkylä-Olarin kotihoidossa työskentelee kaikkiaan 54 henkilöä, joista 51 on hoitohenkilökuntaa ja 3 hallinnollista työntekijää. Suurin osa henkilökunnasta on lähihoitajia, lisäksi yksikössä on kuusi vakituista sairaanhoitajaa, sihteeri, kotihoiton ohjaaja sekä aluevastaava. Kotihoidossa hoitajat toteuttavat käyntejä pääsääntöisesti yksin ja näin ollen myös kohtaavat asiakkaat ja tilanteet yksin. Koska lähihoitajat ovat kotihoidon henkilökunnassa runsaasti edustettuina, voidaan olettaa, että hoitajien osaaminen on lähihoitajakoulutuksen sisältöä vastaava. Lähihoitajakoulutukseen sisältyy nykyään 35 opintopisteen verran akuuttihoitotyössä toimimisen opintoja, joissa osaamisalueena on akuuttihoiton työmenetelmien, -välineiden ja materiaalien käyttö sekä hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Opintopolku, 2024; K. Piispanen, henkilökohtainen keskustelu, 23.02.2024.)

Kehittämiprojektin aihetta on tutkittu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan, Palvelukeskus Helsingin, Helsingin Pelastuslaitoksen ja HUS Akuutin kehittämistyössä, joka on nimetty PÄTIJÄ-hankkeeksi. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda yhtenäinen ohjeistus ja toimintamalli, jonka avulla voidaan arvioida ja hoitaa asiakkaan päivystykselliset tilanteet turvallisesti asiakkaan kodissa. Hankkeen tuotoksena syntyivät päivystystilanteiden opas ja siihen liittyvä koulutus, äkillisten tilanteiden opas kotihoidon työntekijöille, Liikkuva Hoitaja-, Liikkuva sairaala- sekä toimintamalli kotihoidon asiakkaan terveydentilan äkillisen muutoksen tai muuttuneen sosiaalisen tilanteen tunnistamiseen ja hoitamiseen. (Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus, n.d.) Tämä kehittämiprojekti ei ole osa PÄTIJÄ-hanketta. Tutkimusorganisaatiossa on käytössä PÄTIJÄ-hankkeen aikana toteutettu repussa kulkeva äkillisten tilanteiden opas kotihoidon työntekijöille, mutta tämän

käyttö on koettu haasteelliseksi tutkimusorganisaatiossa. Tieteellisestä näkökulmasta aihetta on tutkittu muun muassa Nyman ja muut (2021) sekä Soon ja Sun (2020) toimesta. Aiheeseen liittyen on tehty eritasoisia opinnäytetöitä ja sitä sivuavia kirjoituksia. Opinnäytetöiden tuotoksena on usein ollut taskuopas tai tarkistuslista kotihoidon henkilökunnalle äkillisten tilanteiden arviointiin. Monesta opinnäytetyöstä puuttui jatkoseuranta, jonka perusteella pystyisi havainnoimaan tuotoksien toimivuutta.

Kehittämiprojektin tarkoituksena on selvittää kotihoidon hoitajien kokemuksia omasta osaamisestaan äkillisten tilanteiden hallitsemisessa ja koulutustarpeita liittyen äkillisten tilanteiden hoitoon. Kehittämiprojektin avulla kartoitetaan hoitajien koulutustarpeet äkillisten tilanteiden osalta, ja tulosten perusteella laaditaan koulutussuunnitelma, joka vastaa hoitajien tunnistamiin osaamispuutteisiin ja käytännön tarpeisiin. Koulutussuunnitelman tavoitteena on lisätä hoitajien valmiuksia äkillisten tilanteiden ennakointiin, tunnistamiseen ja hoitamiseen kotihoidossa. Kehittämiprojekti keskittyy somaattisiin tilanteisiin, joten ikääntyneiden sosiaaliset ja psyykkiset äkilliset tilanteet ovat rajattu kehittämiprojektin ulkopuolelle. Kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osiossa hyödynnetään laadullista lähestymistapaa ja aineisto kerätään hoitajille suunnatulla kyselyllä (LIITE3).

Kehittämiprojektilla on kolme tutkimuskysymystä, jotka tarkastelevat kotihoidon äkillisiä tilanteita, niiden ennakointia ja tunnistamista sekä toimintatapoja näissä tilanteissa.

Tutkimuskysymykset:

- Millaisia äkillisiä tilanteita kotihoidon hoitajat ovat kohdanneet työssään?
- Minkälaiset tekijät edistävät tai heikentävät hoitajien kykyä hallita kotihoidon äkillisiä tilanteita?

- Minkälaista osaamista ja välineistöä hoitajat kokevat tarvitsevansa toimiakseen paremmin äkillisissä tilanteissa?

Kehittämiprojektin tavoitteena on lisätä hoitajien valmiuksia toimia äkillisissä tilanteissa sekä ehkäistä näiden toimien avulla iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden tarpeettomia päivystyskäyntejä. Samalla pyritään lisäämään tietoisuutta äkillisistä tilanteista sekä kehittää hoitajia tunnistamaan tekijöitä, jotka joko edistävät tai heikentävät näiden tilanteiden hallintaa. Kehittämiprojektille määritellään myös lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita koskien sekä tekijöitä, että kohdeyksikköä. Yksikköä koskevana lyhyen aikavälin tavoitteena on lisäksi selvittää lisäkoulutuksen tarvetta ja sisältöä. Yksikköä koskevat pidemmän aikavälin tavoitteet ovat tietoisuuden lisääminen äkillisistä tilanteista ja niiden hallinnasta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää organisaatiossa vakioitujen arviointimenetelmien käyttöönotossa osana päivittäistä hoitotyötä sekä muutosagenttien työn kehittämisessä. Tekijöiden lyhyen aikavälin tavoitteita ovat uuden oppiminen, tieteellinen kirjoittaminen sekä kehittämiprojektin säännöllinen edistäminen. Pidemmän aikavälin tavoitteita tekijöitä kohtaan ovat omalla uralla edistyminen ja oman tietoisuuden syventäminen.

3 KOTIHOIDON ÄKILLISTEN TILANTEIDEN OSAAMINEN

Suomessa laki määrittelee ikääntyneen väestön koostuvan vanhuuseläkeiän ylittäneistä eli yli 63-vuotiasta henkilöistä. Iäkkääksi henkilöksi taas määritellään ikään liittyvien syiden vuoksi toimintakyvyltään heikentynyt henkilö. (Kuntaliitto, 2020.) Iäkkäällä tarkoitetaan tässä kehittämisprojektissa yli 65-vuotiaita henkilöitä. Kehittämisprojektin käsitteenä ovat iäkkäät henkilöt, koska suurin osa kotihoidon asiakkaista on yli 65-vuotiaita ja kotihoidolla pyritään tukemaan iäkkäiden ihmisten kotona asumista. Kehittämisprojektista on rajattu pois äkilliset psyykkiset ja sosiaaliset tilanteet, koska kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää kotihoidon työntekijöiden osaamista toimia ja hoitaa somaattisia äkillisiä tilanteita, jotta vältyttäisiin iäkkäiden ihmisten tarpeettomilta päivystyskäynneiltä.

3.1 Kotihoito

Suomessa kotihoidon lainsäädännöllisestä valmistelusta sekä yleisluontoisesta suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kunnat ovat lain mukaan velvollisia järjestämään kotihoidon palvelut. Kotihoidon palveluita voidaan myös järjestää yksityisiltä toimijoilta omana toimintanaan yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostopalveluna esimerkiksi kolmannelta sektorilta tai yksityisiltä organisaatioilta. Siihen, miten palvelut järjestetään ja organisoidaan, vaikuttaa väestön ikärakenteen lisäksi paikallinen politiikka ja maantieteellinen sijainti. (Hammar, 2008, s. 21–30; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023.)

Kotihoito on yleisluontoinen nimitys kotiin annettavien palveluiden kokonaisuudesta, joka sisältää kotipalvelun (päivittäisissä toiminnoissa tarvittava perushoidollinen apu) sekä kotisairaanhoidon (terveydenhuollollinen apu, kuten lääkeshoidon toteutus). Kotihoidolla useimmiten tuetaan iäkkäiden pidempää kotona asumista ja kotihoitoa annetaan asiakkaan tarpeen mukaan. Hoitoa voi saada öiseen aikaan ja siihen voi liittyä sairaanhoidollista hoivaa. Kotihoidon asiakaspohja on laaja ja kotihoidon asiakkuudessa olevien ihmisten sairaustausta on hyvin mo-

ninainen. Kuitenkin voidaan tehdä karkea jako kahteen eli muistisairaisiin asiakkaisiin (lievästä muistisairaudesta aina vaikeaan muistisairauteen, sisältäen muistisairaudesta johtuvat käytösongelmia omaavat iäkkäät) sekä somaattisesti sairaiisiin, joiden orientaatiossa ei esiinny poikkeavaa. Muistisairailla asiakkailla päivittäisissä toiminnoissa pärjäämiseen vaikuttavat muistisairauden tila ja eteneminen, lääkitys, elinympäristö ja sen muuttumattomuus, omaisten antama tuki ja muut tukipalvelut. Somaattisesti sairailta asiakkailla pärjäämiseen ja vointiin vaikuttavat asiakkaan perussairaudet ja niiden hoitotasapaino. Sosiaalihuoltolakiin on kirjattu, että kotihoitoon kuuluu asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti hoito ja huolenpito, edistävä ja ylläpitävä toiminta ja kotisairaanhoido. Näillä huolehditaan, että henkilö kykenee suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista kodissaan ja elinympäristössään. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023; Valvira, 2015; Sosiaalihuoltolaki, 1301/2014.)

Väitöskirjassaan Hammar (2008, s. 21–30.) kirjoittaa, että kotihoitoa voidaan määrittellä eri näkökulmien kautta. Toiminnan kautta määriteltynä kotihoidon tarkoitus on tukea kotona asumista ja parantaa elämänlaatua. Tätä näkökulmaa Suomessa ovat tukeneet ja ohjanneet sekä valtakunnalliset suunnitelmat ja linjaukset että myös kansallisen tason kehittämisohjelmat ja kuntien vanhuspoliittiset toimintasuunnitelmat. Kotihoidon sisältöä määrittää avun ja palveluiden tarve, jonka vuoksi kotihoidon palvelut sisältävätkin kaikkea aina ennaltaehkäisevästä ja kuntouttavasta toiminnasta saattohoitoon. Kotihoidon palvelut ryhmitellään sairaanhoidollisiin palveluihin, perushoitoa ja huolenpitoa sisältäviin palveluihin ja tukipalveluihin, kuten ateriapalveluun ja kuljetuspalveluun. Asiakkaiden kotona pärjäämistä tukevat lisäksi oikeiden apuvälineiden saanti, sekä muut terveys- ja sosiaalipalvelut, kuten lääkärin palvelut.

3.1.1 Ikääntyneet kotihoidossa

Kotona asumisen mahdollisuus taataan ikääntyneille sairauden ilmentyessä ja toimintakyvyn laskiessa, minkä vuoksi kotihoidon asiakkaiden määrää lisääntyy väes-

tön ikääntyessä. Iäkkäät kotihoidon asiakkuudessa olevat kokevat usein kotihoidon käyntien vahvistavan heidän omia voimavarojaan. Usein kotihoitoa saavat iäkkäät ovat tyytyväisiä ja arvostavat mahdollisuutta olla kotona. He ovat kiitollisia hoitajien käynneistä sekä käynneillä annettavasta avusta ja tuesta. Iäkkäiden kokemukset kotihoidosta ovat pääosin positiivisia ja hoitajien käyntejä myös odotetaan. (Kariniemi ja muut, 2020, s. 24–41.) Kotihoidon asiakkuudessa olevat iäkkäät ovat myös tunnistaneeet ja nimenneet henkilökohtaisia resursseja, jotka auttavat heitä olemaan kotona kotihoidon turvin kuten Eloranta ja muut (2008, s. 308–314) kirjoittavat. Näihin resursseihin lukeutuvat muun muassa aktiivisena pysyminen ja tunne elämän hallinta. Samaan aikaan kuitenkin iäkkäät kokevat, että kotihoidossa ei aina ole osaamista kaikkiin tilanteisiin sekä lääkinällisten laitteiden käsittelyyn kuten Fjorside ja Morville (2016 s. 284–297) ovat tutkimuksessaan tuoneet esille.

Ikäihmisten itsenäinen päätöksenteko ja autonomia ovat myös kotihoidossa haasteena, kun iäkäs päätyy voinnin heikentymisen seurauksena riippuvaiseksi kotihoidosta ja sen antamasta avusta. Koska kotihoidon toiminta ja sen suuntaviivat määrittävät organisaatiojärjestelmän pohjalta, kokevat iäkkäät jäävänsä sen rakenteellisen ja hallinnollisen logiikan jalkoihin. Myös kotihoidon puitteet ovat nähty rajoittavan ikääntyneiden mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksentekoon hoitoa koskien. Mikäli kotihoidon asiakkuuteen päädytään varhaisessa ikävaiheessa, saattaa se aiheuttaa lisäksi negatiivisia tunteita sekä aggressiota kotihoitoa kohtaan. Yleensä nämä kuitenkin hälvenevät kokemuksen myötä. Iäkkäät ovat myös kokeneeet, ettei vuoropuhelu aina ole toimivaa ja että kotihoidossa tapahtuvien jatkuvien muutosten tahdissa on vaikea pysyä. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta on eriäviä näkökulmia, osan mielestä hoito- ja palvelusuunnitelmassa on huomioitu tärkeitä asioita, kun taas osa iäkkäistä ei tiedä onko heille edes tehty hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (Kariniemi ja muut, 2020, s. 24–41; Fjordside & Morville, 2016 s. 284–297.)

lääkkäät nostavat kohtaamisen tärkeyden esille usein, koska kohtaamisella on vaikutusta iäkkäiden henkisiin voimavaroihin ja päivän kulkuun. Kritiikkiä iäkkäät antavat nuorten hoitajien taidoista iäkkäiden kohtaamiseen. Iäkkäät ovat tuoneet esille kokemuksen, että vanhaa ja sairasta ihmistä pidetään tyhmänä ja kohtaamisissa on ollut loukkaava sävy. Vaikka kohtaamisessa muuten onnistuttaisiinkin niin viimeistään hoitajan kiire pilaa iäkkäiden mukaan koko kohtaamisen. Iäkkäiden mukaan hoitajilla ei ole tarpeeksi aikaa, mutta tätä ei pidetä hoitajien vikana ja hoitajista riippuvaisena asiana. Positiivista palautetta annetaan usein miespuolisista hoitajista sekä varttuneemmista hoitajista. Hoitajien kanssa keskustelu ja naureskelu lisää iäkkään tyytyväisyyttä ja kuulluksi tulemisen tunnetta. Kotihoidon hoitajien osaamiseen ja arviointikykyyn luotetaan ja iäkkäät kokevatkin, etteivät selviäisi ilman kotihoitoa. Vaikka usein puhutaan, että kotona asumista pidetään iäkkäiden suurimpana toiveena, toivovat iäkkäät myös mahdollisuutta palvelu- ja hoiva-asumiseen. Kotona asuminen ei myöskään ole kaikkien iäkkäiden toive varsinkin, jos taustalla on turvattomuutta ja yksinäisyyttä. (Kariniemi ja muut, 2020, s. 24–41.)

Kiviniemi (2018, s. 7–15) on kirjoittanut, että iäkkäät pitävät tärkeänä sosiaali- ja terveyspalveluita suunniteltaessa sekä toteutettaessa sitä, että heitä kuullaan, he saavat riittävästi tietoa asioista ja heidän mielipiteensä otetaan huomioon mahdollisessa päätöksenteossa. Kotihoidon hoitajien päätöksentekoon epäselvissä tilanteissa ja mahdolliseen päivystykseen lähettämispäätökseen vaikuttaa myös iäkkään asiakkaan tahtotila, kuten Oikarinen ja muut (2018, s. 41–43) kirjoittavat.

3.1.2 Hoitajana iäkkäiden palveluissa

Artikkelissaan Hautsalo ja muut (2023, s. 57–71) selvittivät, että kotihoidon työntekijät kokevat työn olevan sekä fyysisesti että henkisesti kuormittavampaa kuin muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Kuormitukseen vaikuttaa lisääntynyt asiakkaiden määrä, kotiolojen aiheuttamat haasteet työergonomialle, kiire ja lisääntynyt työpaine. Hoitajat kokevat, että työpäivän aikana ei ehdi tehdä kaikkea

sitä työtä mitä pitäisi. Lisäksi kotihoidossa työskentely vaatii laaja-alaista osaamista ja ymmärrystä, johon kotihoidossa pyritään vastaamaan. Kotihoidon asiakaspohjassa näkyy selvästi vanhuspsykiatrian laitoshoidon purku, jonka vuoksi kotona asuu yhä useampi mielenterveyden kanssa painiva iäkäs, joiden kohtaamiseen hoitajat kaipaavat lisäkoulutusta.

Väisänen ja muut (2023) kirjoittavat, että perusterveydenhuollon haasteet, sosiaalipalvelun haasteet ja väestön ikääntyminen näkyvät päivystysten ruuhkautumisena. Ikääntyneet ovat usein palveluntarpeeltaan moninaisia ja tarvitsevat paljon palveluita. Väisäsen ja muiden (2023) tekemän tutkimuksen tulosten mukaan erityisesti kotihoidon asiakkaat käyttävät paljon päivystyksen palveluita, joilla paikataan tai täydennetään saatavaa palvelua, kun kotihoidossa ei pystytä vastaamaan kaikkiin asiakkaan tarpeisiin. Tutkimuksessa on nostettu myös esille, että kotihoidossa työntekijät kuormittuvat enemmän kuin muissa hoitomuodoissa, minkä vuoksi on pohdittu myös, että onko kotona nykyään enemmän huonokuntoisia asiakkaita vai onko tarjottavassa palvelun määrässä parannettavaa. Tutkimuksessa on myös nostettu esille, että vaikka ympärivuorokautisen hoivaa on vähennetty, eivät kuitenkaan kotihoidon resurssit ole kasvaneet, mikä aiheuttaa lisääntyviä vaikeuksia ja ongelmia kotihoidolle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut tilastoraportin kotihoidon riittävyyden seurannasta, jonka perusteena olivat asiakassuunnitelmissa ilmoitetut palvelutuntimäärät. Tutkimusorganisaation alueella vähintään asiakassuunnitelman mukainen määrä kotihoidon palvelutunteja toteutui 54 % tapauksista. Tutkimustuloksissa korostui, että julkisella sektorilla (48 %) suunniteltu määrä toteutui harvemmin, kuin yksityisellä sektorilla (61 %). (Saske ja muut, 2024, s. 11.)

Saarnion ja muiden (2013, s. 62–76) julkaisemassa kirjoituksessa käsiteltiin iäkkäiden muistisairaiden kanssa toimivien hoitajien kokemuksia omastatunnosta. Suurin osa hoitajista koki omantunnon voimavarana, joka varoittaa tarpeen tullessa sekä myös ohjaa ja opastaa työn tekemisessä. Omatuntoa ei koettu taakaksi. Tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että koulutuksella, työkokemuksella, työpaikalla ja

iällä oli vaikutusta yksilön käsitykseen omastatunnostaan. Tutkimuksen perusteella Saarnio ja muut (2013, s. 62–76) antoivat toimintaehdotuksen, että muistisairaiden hoivaa antavissa organisaatioissa keskityttäisiin henkilökuntarakentamiseen ja vahvistettaisiin sairaanhoitajien osaa. Perusteluna sairaanhoitajien osan vahvistamisen tärkeydelle pidettiin sitä, että sairaanhoitajat kuuntelevat omatuntoaan muita herkemmin.

Moss ja muut (2016, s. 106–113) kirjoittivat että hoitajien moraalista ahdistusta esiintyy jopa 80 % hoitajista ja sitä aiheuttaa muun muassa vääränlainen hoito, asiakkaan saama riittämätön kivunlievitys ja epäpätevät kollegat. Iäkkäiden palveluissa työtä tekevät hoitajat ovat suhteessa muihin haavoittuvaisempia heidän päivittäin kohtaamansa stressin, psyykkisen kuorman ja mutkikkaiden tunteiden vuoksi. Hoitajat kohtaavat päivittäin hauraita, toimintakyvyltään heikentyneitä ja kuolemaa lähestyviä iäkkäitä, jotka ovat herkästi haavoittuvia. Tämä saattaa aiheuttaa myös hoitajassa epävarmuutta, riittämättömyyttä ja haavoittuvuutta. Iäkkäiden palveluissa ja käytännön hoitotyössä hoitajat kokevat stressiä työyhteisön, vuorovaikutuksen ja eettisten haasteiden vuoksi. Iäkkään ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen yhdistettynä oikeudenmukaisuuteen ja ammatillisten vaatimusten täyttämiseen aiheuttaa stressiä varsinkin iäkkäiden muistisairaiden hoivan parissa. (Saarnio ja muut, 2013, s. 62–76.) Mealerin (2020, s. 21) teoksessa kuvataan, että psyykinen stressi ja sen kanssa pärjääminen voi hoitajille olla hankalaa, koska hoitajat kokevat sekä ympäristöön että asiakkaisiin liittyviä kokemuksia, jotka saattavat kertyessään laukaista psyykkisiä häiriöitä.

3.2 Ikääntyneiden päivystyskäyntien taustatekijät

Suomessa ikääntyneen väestön määrän odotetaan kasvavan, ja vuoteen 2030 mennessä sen ennustetaan olevan 26,3 % väestöstä (Tilastokeskus, 2021). Väestön ikääntyminen on maailmanlaajuinen ongelma (Soon & Sun, 2020, s. 1). Nyman ja muut (2021, s. 32) nostavat tutkimuksessaan esille, että kotihoidon asiakkaiden avuntarpeen kasvaessa ovat kasvaneet myös päivystyskäynnit ja ensihoitohälytyk-

set. Päivystyskäyntien lisääntymisen syyksi on nostettu esille kotihoidon suoritemäärän lisääntyminen sekä se, että kotihoito ei vastaa kaikkien asiakkaiden palvelutarpeisiin (Nyman ja muut, 2021, s. 46; Väisänen ja muut, 2023). Tämä johtuu laitospaikkojen vähentämisestä sekä siitä, että kotihoidon asiakkaat ovat nykyään entistä sairaampia ja huonokuntoisempia. Laitospaikkojen supistaminen väistämättä johtaa siihen, että avopalveluita tarvitsevat yhä useammat kotona asuvat ikääntyneet. (Nyman ja muut, 2021, s. 33.) Päivystyspalveluiden tarvetta ja käyttöä on osaltaan korostanut ikääntyneiden palveluiden politiikka, etenkin silloin, jos kotihoidon palveluiden laatua tai riittävyyttä ei ole pystytty edistämään. Tutkimuksen mukaan myös kotihoidon suuremmat kustannukset ovat yhteydessä päivystyspalveluiden käyttöön. Kun tarkasteltiin kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja omaishoidon keskimääräisiä kustannuksia paljon päivystyspalveluita käyttäneiden kesken, korostuivat kotihoidon keskimääräiset kustannukset, jotka olivat kolminkertaiset muihin palvelumuotoihin nähden. Kotihoidon kustannusten keskiarvo 0–3 päivystyskäyntien ryhmässä oli 1 878 € ja 4 tai useamman käynnin ryhmässä 5 504 €. (Väisänen ja muut, 2023.) Ukkonen ja muut (2019, s. 1) tutkivat kahden vuoden ajan ikääntyneen väestön käyntejä päivystyspoliklinikalla. Tutkimustulokset tukevat Nymanin ja muiden sekä Väisäsen ja muiden tutkimustuloksia. Tutkimustulokset osoittivat, että päivystyskäyntien määrä nousi ikääntymisen myötä. Ikääntyneiden päivystyskäyntejä lisäävät myös merkittävästi hoivapalveluiden laadun vaihtelut sekä hoitohenkilöstön puutteellinen osaaminen (Tuukkanen ja muut, 2019, s. 74). Kotona asuvien ikääntyneiden siirrot kodin ja päivystyspoliklinikan välillä lisääntyvät erityisesti viimeisten elinkuukausien aikana. Siirtojen lisääntyminen ei johdu pelkästään henkilöiden hoitotarpeista, vaan taustalla ovat myös kotihoidon ja tukipalveluiden puutteet sekä organisaatiotason ongelmat, kuten rahoitus, palvelukapasiteetti ja henkilöstön saatavuus. Tämän seurauksena asiakkaita saatetaan siirtää, vaikka he voisivat jäädä nykyiseen paikkaansa, tai heidät siirretään hoitoympäristöön, joka ei vastaa heidän muuttuneita tarpeitaan tai etujaan. (Nyman ja muut, 2021, s. 33; Wilson & Birch, 2018, s. 1.)

lääkäiden kotihoidossa tulee vastaan erilaisia äkillisesti muuttuvia tilanteita, joissa jokaisen työntekijän tulisi osata toimia. Tilanteissa on tärkeää tunnistaa akuutit välitöntä hoitoa vaativat tilanteet (Taulukko 1), sekä tilanteet, jotka voitaisiin hoitaa ja ratkaista konsultoinnin avulla. Äkillisissä tilanteissa toimimisen tavoitteena on taata asiakkaalle hyvä ja turvallinen hoito sekä tarpeettomien päivystyskäyntien välttäminen. (Duodecim Oppiportti, 2021.) Kokemuksen mukaan työntekijän osaaminen vaikuttaa äkillisissä tilanteissa toimimiseen, hoidon tarpeen arviointiin ja päätöksentekoon. Erilaisia äkillisiä tilanteita kotihoidossa ovat muun muassa kaatumiset ja niiden aiheuttamat vammat, äkilliset sairauskohtaukset kuten aivotapahtumat, infektiot sekä lääkehaitat (Leppänen ja muut, 2019, s. 2297; Mylläri ja muut, 2014, s. 12).

Taulukko 1. Iäkkään potilaan päivystyshoidon indikaatiot. (Laurila, 2015, s. 651.)

Sydänperäiset syyt	<ul style="list-style-type: none"> • Sepelvaltimotautikohtaus • Uusi rytmihäiriö, vaikea sydämen vajaatoiminta tai läppävika
Neurologiset syyt	<ul style="list-style-type: none"> • Akuutti aivoverenkiertotapahtuma (TIA, infarkti, vuoto) • Pitkittynyt epilepsia-kohtaus
Keuhkosairaudet	<ul style="list-style-type: none"> • COPD, astman akutisoituminen
Traumat	<ul style="list-style-type: none"> • Lonkka- tai muu murtuminen • Päänvammat, Subduraalihakematooma, Intrakerebraalivuoto
Muut akuutit syyt	<ul style="list-style-type: none"> • Äkillisesti muusta tuntemattomasta syystä romahtanut kunto • Tajuttomuuskohtaus tai äkillinen sekavuus tuntemattomasta syystä • Akuutti vatsa • Vaikeat infektiot

3.3 Yleisimmät ikääntyneiden päivystyshoitoa vaativat syyt

Päivystyshoidon kriteerit ja kiireellisen hoidon järjestäminen perustuvat terveydenhuoltolakiin (1326/2010). Kiireellisellä sairaanhoidolla tarkoitetaan äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumista, joka edellyttää välitöntä arviointia ja hoitoa. Kiireelliselle hoidolle on ominaista, että sen lykkäminen johtaisi oireiden pahenemiseen tai vamman vaikeutumiseen. Kiireellisen hoidon

järjestämiseksi on nähty tärkeäksi kehittää yhtenäisiä kansallisia ohjeistuksia. Ohjeistukset pyrkivät edistämään resurssien järkevää käyttöä ja oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista hoitopaikan valintaa sekä kiireellisen hoidon tarpeen tunnistamista. (Koskela, 2017.) Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut valtakunnalliset ja yhtenäiset ohjeet aikuisten kiireellisen hoidon perusteista. Kiireellisen hoidon perusteet perustuvat oireisiin ja vammoihin, jotka toimivat käytännön työtä helpottavana suosituksina, mutta painottavat kuitenkin, että hoidon kiireellisyydestä tehtävä päätös edellyttää aina yksilöllistä arviointia. (Ilkka & Lampilinna, 2020, s. 5.) Kiireellisen hoidon perusteiden pohjalta on kehitetty valtakunnallinen terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu kiireellisen hoidon tarpeen arviointia tukeva oirekortteihin pohjautuva ohjesivusto Hoidonperusteet.fi. Sivusto tarjoaa laadukkaan, kansallisesti yhdenvertaisen ja tutkittuun tietoon pohjautuvat ohjeet, jotka tukevat ammattilaisten arviointia ja päätöksentekoa. (Hoidonperusteet, 2024.)

Yksi yleisimmistä sairaalahoitoon joutumisen syistä iäkkäillä ovat lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat, joihin kuuluvat lääkkeiden haittavaikutukset ja prosessin virheet. Prosessin virheisiin kuuluvat muun muassa lääkkeiden määräämisessä, jakamisessa ja antamisessa tapahtuvat poikkeamat. Iäkkäät ovat erityisen alttiita lääkityksen haitoille, ja sairaalahoitoon johtavan lääkehaitan todennäköisyys on iäkkäillä jopa neljä kertaa suurempi kuin muilla. Ennaltaehkäisyllä olisikin mahdollista estää suuri osa lääkehaitoista. (Laatikainen, 2020, s. 7–17.)

Iäkkäiden yleisin päivystyskäynnin syy on yleistilan lasku, jolla tarkoitetaan sellaista iäkkään toimintakyvyn heikkenemistä, jonka syy on epäselvä. Tyypillisiä piirteitä ovat liikunta- ja toimintakyvyn lasku (epäspesifi jalkojen kantamattomuus), ruokahalun huonontuminen, epäselvä väsymys ja kotona pärjäämättömyys. Käsitteenä kotona pärjäämättömyys on melko epämääräinen ja monitulkintainen. Terveydenhuollossa kotona pärjäämättömyydellä tarkoitetaan toimintakyvyn laskun aiheuttamaa kyvyttömyyttä pärjätä kotiolosuhteissa omaisten ja kotihoidon tur-

vin. Vaikka yleistilan lasku on yleinen päivystykseen hakeutumisen syy, on sitä tutkittu verrattain hyvin vähän. Niillä, jotka hakeutuvat päivystykseen yleistilan laskun vuoksi, kuluu yleensä päivystyskäyntiin enemmän aikaa ja heillä myös osastohoitoon päätyminen on todennäköisempää kuin muilla. Jopa 13 % päivystyskäyneistä yli 65-vuotiaiden ja lähes 25 % yli 90-vuotiaiden joukossa johtuu yleistilan laskusta. Yleistilan lasku sinänsä ei ole päivystyksellinen tilanne vaan on usein pitkäaikainen jatkumo ja seurausta taustalla olevista pitkäaikaissairauksista. Kuitenkin myös vakava sairaus saattaa esiintyä yleistilan laskuna ja mikäli yleistilan laskun syytä ei tunnisteta, saattaa iäkkään tarvitsema asianmukainen hoito viivästyä, mikä taas osaltaan lisää uusien päivystyskäyntien määrää. Yleistilan laskun taustalla olevia yleisimpiä diagnooseja ovat väsymys ja huonovointisuus, keuhkokuume, virtsatieinfektio tai pyelonefriitti eli munuaisaltaan tulehdus, sydämen vajaatoiminta, keuhkohtaumataudin pahenemisvaihe, eteisvärinä eli flimmeri tai eteislepatus eli flutteri, murtuma, aivohalvaus sekä huimaus. Potilaista noin 28 %, joiden tulossyynä on yleistilan lasku, on kaatunut ennen päivystykseen päätymistä. Iäkkäät hakeutuvat päivystykseen myös hakemaan lievitystä oireisiin, pelon ja huolien vuoksi ja hoidon ja tutkimusten tarpeen vuoksi. (Leppänen ja muut, 2019, s. 2297–2301; Mylläri ja muut, 2014, s. 12–17.)

Ukkonen ja muut ovat samoilla linjoilla edellä mainittujen kanssa tutkimuksessaan, jossa he tutkivat ikääntyneiden päivystyskäyntejä. Ukkosen ja muiden (2019, s. 1–3) tutkimustuloksissa korostuu, että joka viidennellä päivystyspoliklinikalla vierailleella 80- vuotta täyttäneellä diagnosoitiin oireiden olleen epäspesifisiä eli niitä ei voitu tarkkaan määrittellä. Tässä tutkimuksessa epäspesifit diagnoosit olivat yleisiä ja niiden osalta tärkeä tulos oli se, että näiden potilaiden tutkimuksista aiheutui samanlaisia tai jopa korkeampia kustannuksia, kuin muiden potilaiden osalta. Tyypillisiä ikääntyneiden käyntidiagnooseja tutkimuksen mukaan olivat keuhkokuume, huonovointisuus ja väsymys, sydämen vajaatoiminta, eteisvärinä, määrittämätön vatsakipu, pään haava, määrittämätön rintakipu, määrittämätön desorientaatio, kallonsisäinen vamma, pyelonefriitti, selkäkipu, lonkkamurtuma

sekä erilaiset infektiot, joista erityisesti korostui virtsatieinfektiot. Näihin käyntidiagnooseihin liittyen oli tutkittu myös sitä, mitkä olivat yleisimmät käyntisyyt ikääntyneille, jotka olivat kotiutuneet. Heidän yleisimmät käyntidiagnoosinsa olivat eteisvärinä, pään haava ja määrittämätön rintakipu. Kotihoidon asiakkaiden päivystyskäynnit ovat tutkimuksien mukaan merkittävästi yhteydessä samana päivänä tehtyihin kotikäynteihin (Jones, 2018, s. 527). Samoja tutkimustuloksia esittävät Nyman ja muut (2021, s. 41), joiden tutkimuksessa yleisimmät päivystyksessä annetut diagnoosit olivat verenpainetauti, huonovointisuus ja väsymys, tapaturmat tai kaatumiset, epäily psyykkisestä- tai käyttäytymishäiriöstä, skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsoafektiivinen häiriö ja pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt. Näitä vuoden 2018 kotihoidon asiakkaiden yleisimpiä diagnooseja päivystyspoliklinikalla on kuvattu laajemmin kuvassa 1. Ikääntyneiden akuutit tilanteet esiintyvät moninaisina, ja niiden taustalla on usein erilaisia terveydellisiä, sosiaalisia tai toimintakykyyn liittyviä tekijöitä.

Sisätautien päivystyspoliklinikka	Lkm
ICD-10-diagnoosi	
I10-I15 Verenpainesairaudet	1832
R53 Huonovointisuus ja väsymys	1085
J06.9 Määrittämätön akuutti ylähengitystieinfektio, J20.9 Määrittämätön akuutti keuhkoputkitulehdus, J09-J18 Influenssa ja keuhkokuume, J18.9 Määrittämätön keuhkokuume	986
F00-F03 Dementia, F05 Sekavuustila (delirium) ilman alkoholia tai muita psyykeen vaikuttavia aineita, G30 Alzheimerin tauti, G31 Muualla luokitattomat muut hermoston rappeutumissairaudet	912
I26-I28 Keuhkosydänsairaus ja keuhkoverenkierron sairaudet, Ryhmä I30-I499 Muut sydänsairaudet	748
I50 Sydämen vajaatoiminta	682
A46 Ruusu	534
A41 Muu septikemia (verenkierrossa on bakteereita)	514
N39.0 Sijainniltaan määrittämätön virtsatieinfektio, N10 Akuutti tubulointerstiaalinen munuaistulehdus, N11, N12 tubulointerstiaalinen munuaistulehdus	437
J41-J46 Pitkäaikainen tavallinen tai limaismärkäinen keuhkoputkitulehdus, määrittämätön pitkäaikainen keuhkoputkitulehdus, keuhkolaajentuma, muu pitkäaikainen ahtauttava keuhkosairaus, astma, akuutti vaikea astma	384
Muut diagnoosit	2732
Yhteensä	10846
Perustason kirurginen päivystys	
Y940-Y948 Vapaa-ajan tapaturmat	830
W01 Kaatuminen samalla tasolla	634
S01 Pään haava	428
S06.0 Aivotärhdys, S00 Pinnallinen päävamma	330
R10.0 Akuutti vatsa, R10.1 Ylävatsakipu, R10.2 Lantion tai välilihan alueen kipu, R10.3 Alavatsakipu, R10.4 Muu tai määrittämätön vatsakipu, K59.0 Ummetus	238
M54 Selkäsärky, M54.0 Niskan ja selän pannikuliitti (suolillepeen rasvakudoksen tulehdus), M54.1 Hermojuuren sairaus, M54.2 Kaularankakipu, M54.3 Tuntemattomasta syystä johtuva iskiaskipu, M54.5 Lanneselän kipu, M53.1 Niska-olkavarsi-oireyhtymä	181
S30-S39 Vatsan, alaselän, lannerangan ja lantion vammat	176
S80-S89 Polven ja säären vammat	175
S70-S79 Lonkan ja reiden vammat	174
S40-S49 Hartianseudun ja olkavarren vammat	157
Muut diagnoosit	271
Yhteensä	3594
Terveyskeskuspäivystys	
N30-N39 Muut virtsaelinten sairaudet, N10 Akuutti tubulointerstiaalinen munuaistulehdus	155
R10 Vatsa- ja lantiokipu, K59.0 Ummetus	110
I10-I15 Verenpainesairaudet, I26-I28 Keuhkosydänsairaus ja keuhkoverenkierron sairaudet, I30-I49 Muut sydänsairaudet	105
M54 Selkäsärky, M53.1 Niska-olkavarsi-oireyhtymä	94
R07.4 Määrittämätön rintakipu	94
A46 Ruusu, L02 Ihon paise, äkämä tai ajos	84
J00-J06 Ylähengitysteiden akuutit infektiot, J09-J18 Influenssa ja keuhkokuume, J20-J22 Muut akuutit alahengitysteiden infektiot	78
M79.6 Raajakipu	59
R53 Huonovointisuus ja väsymys	50
R42 Pyöritys ja huimaus, H81.1 Hyvänlaatuisen kohtauksittainen huimaus	43
Muut diagnoosit	603
Yhteensä	872

Kuva 1. Kotihoidon asiakkaiden yleisimmät diagnoosit päivystyksessä vuoden aikana (Nyman ja muut, 2021, s. 42).

Päivystyksessä iäkkäillä tavataan myös ei akuutteja tauteja ja vammoja, joita ovat kognitiivisten taitojen heikentyminen, kuivuma- ja vajaaravitsemustilat sekä masennus. Diagnoointi on sitä haastavampaa mitä monisairaampi potilas on tai mitä enemmän tällä on lääkkeitä käytössään. Myös muistisairaudet vaikeuttavat diagnoosin tekoa. Kotihoidon asiakkaiden päivystyskäynnit ovat muita asiakkaita harvemmin seurausta akuuteista sairauksista tai vammoista (Jones ja muut, 2018, s. 529–530). Kotona asuvien ikäihmisten päivystyskäyntejä voidaan kokemuksien,

mutta myös tutkimuksien mukaan ennaltaehkäistä tai vähentää, jos virka-aikana saatavilla olevat palvelut ovat riittävän kattavat. päivystyskäyntien määrää voisi olla mahdollista vähentää, mikäli hoitohenkilöstöllä olisi tarpeeksi geriatrista tietotaitoa, hoito perustuisi kattavaan geriatriseen arviointiin, lääkärin konsultaatio olisi saatavilla joustavasti ja kotisairaaloiminta palvelisi laajemmin monisairaita vanhuksia. Kotihoidon toiminnan kehittäminen, hoitolinjojen selkeyttäminen ja henkilöstön kouluttaminen voivat tutkitusti vähentää päivystys- ja ensihoitokäyntejä. (Leppänen ja muut, 2019, s. 2297–2301; Mylläri ja muut, 2014, s. 12–17; Nyman ja muut, 2021, s. 32.)

Kotihoidon palvelut nähdään vielä osittain tehtäväkeskeisiksi. Kotihoidon työntekijöillä on rajallinen aika toimia asiakaskäynnillä. Tämän nähdään lisäävän päivystyskäyntejä, sillä hoitohenkilökunnan kohtaamat terveydelliset ongelmat ja rajallinen aika voivat edistää sitä, että hoitohenkilökunta ohjaa potilaan herkästi päivystyspoliklinikoille. (Jones ja muut, 2018, s. 525–526.) Nymanin ja muiden tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoidon asiakkaiden ensihoitohälytyksiin ja päivystyskäynteihin vaikuttavia tekijöitä. Tämän tutkimuksen alue kohdistui pääkaupunkiseudulle, joka toimii myös tämän opinnäytetyön toteutusalueena. Nymanin ja muiden tutkimustulokset tukevat aiempia tässä opinnäytetyön luvussa käsiteltyjä tutkimuksia, sillä myös tässä tutkimuksessa korostui, että vanhemmille ikäryhmille tehtiin enemmän ensihoitohälytyksiä kuin nuoremmille. Vuonna 2018 aineisto koostui 16 339 kotihoidon asiakkaasta. Ensihoitohälytyksien prosenttiosuus kotihoidon asiakkaista oli 35,7 %, eli ensihoitohälytyksiä tehtiin useammin kuin joka kolmannekselle asiakkaista. Yleisimmät ensihoidon asettamat tehtäväkoodit olivat vuosina 2017 ja 2018 selkä, raaja tai vartalokipu, hengitysvaikeus, kaatumisesta aiheutunut vamma, muu sairastuminen, terveydentila määritelty, ei kuljetustarvetta sekä äkillisesti heikentynyt yleistila. Kaikista kotihoidon hälytetyistä ensihoitotehtävistä puolet olivat D kiireellisyysluokan tehtäviä, eli potilaalla ei ole viitettä peruselintoimintojen häiriöistä ja tehtävä voidaan hoitaa enintään kahdentunnin aikana. Vastaavasti vuonna 2018 A kiireellisyysluokan tehtäviä oli 1 %

ja B kiireellisyysluokan tehtäviä 16 % sekä C kiireellisyysluokan tehtäviä oli kolmannes. Tutkimuksessa korostuivat merkittävästi kotihoidon arviot kiireellisistä- ja hätätilanteista, jotka muuttuivat ensihoitajien luokittelemana tilanteiksi, jotka eivät vaatineet ensihoidon kuljetusta tai välitöntä hoitoa. (Nyman ja muut, 2021, s. 36–39.) Kuvassa 2 on kuvattu tutkimuksen keskeiset ensihoidon kuljetuskoodit kotihoidon asiakkailta.

	Kuljetuskoodit ja X-koodit (ei kuljetustarvetta) v. 2017		Kuljetuskoodit ja X-koodit (ei kuljetustarvetta) v. 2018	
	LKM	%	LKM	%
Ei tarvetta, terveydentila määritelty (X-5)	4435	28,8	3620	26,2
Muu sairastuminen (C, D) (774)	3966	25,8	3837	27,8
Vamma: Kaatuminen (A, B, C, D) (745)	1773	11,5	1504	10,9
Hengitysvaikeus (A, B, C) (703)	956	6,2	821	6
Muu, äkillisesti heikentynyt yleistila (705)	805	5,2	712	5,2
Selkä-, raaja- tai vartalokipu (B, C, D) (783)	665	4,3	543	3,9
Rintakipu (A, B, C) (704)	482	3,1	381	2,8
Oksentelu, ripuli (C, D) (775)	339	2,2	292	2,1
Vatsakipu (A, B, C, D) (781)	320	2,1	249	1,8
Potilas kieltäytyi (X-6)	301	2,0	293	2,1
Potilas hoidettu kohteessa (X-8)	245	1,6	314	2,3
Mielenterveysongelma (C, D) (785)	239	1,6	211	1,5
Aivohalvaus (B, C) (706)	234	1,5	169	1,2
Verenvuoto: Gynekologinen tai urologinen (A, B, C, D) (762)	106	0,7	113	0,8
Myrkytys (A, B, C, D) (752)	94	0,6	97	0,7
Kouristelu (A, B, D) (772)	91	0,6	70	0,5
Tehtävä peruutettu (X-9)	85	0,6	53	0,4
Kuollut (X-1)	84	0,5	48	0,4
Muu kuljetus (X-4)	83	0,5	61	0,4
Sokeritasapainon häiriö (A, B, C) (771)	73	0,5	71	0,5
Muut yhteensä	415	2,7	346	2,5
Yhteensä	15791	100	13805	100

Kuva 2. Kotihoidon asiakkaiden yleisimmät ensihoidon kuljetuskoodit (Nyman ja muut, 2021, s. 39).

3.3.1 Hoidon tarpeen arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työtä pyritään helpottamaan selkeillä ohjeilla. Ohjeiden avulla toimintatapoja voidaan yhtenäistää ja ehkäistä haittatapahtumia. Peruselintoimintojen systemaattinen arviointi kuuluu jokaisen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen perusvalmiuksiin. Potilaan peruselintoimintojen mittaamiseen on kehitetty erilaisia protokollia, jotka perustuvat vahvaan tutkimusnäyttöön. Nämä menetelmät sopivat potilaan voinnin seurantaan jokaiseen hoitoyksikköön. Potilaan tilan tarkka arviointi erilaisissa hoitotilanteissa on olennainen osa potilaan hoidon kokonaisuutta. Lisäksi on tärkeää huomioida, että oikein tehty arviointi on keskeinen tekijä potilasturvallisuuden näkökulmasta, erityisesti kun on kyse kriittisesti sairaiden potilaiden tunnistamisesta ja hoidon aloittamisesta varhaisessa vaiheessa. Potilasturvallisuuden kannalta äkillisten tilanteiden hallintaan vaikuttavat merkittävästi työntekijöiden koulutustausta sekä tiedolliset ja taidolliset valmiudet. Potilasturvallisuuden näkökulmasta kotiolosuhteissa toimimiseen liittyvät riskit voivat johtua vaativista ja epäsuotuisista olosuhteista sekä virheistä kliinisen tilanteen arvioinnissa, päätöksenteossa ja kommunikaatiossa. (Salminen-Tuomaala ja muut, 2015, s. 26.) Kotihoidon suorittama potilaan tilan arviointi on nähty sujuvoittavan päivitykseen tulevan potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia. Suomessa pyritään siihen, että cABCDE ja NEWS ovat vakioiduja menetelmiä tutkia ja arvioida potilaan peruselintoimintojen tilaa hoitopaikasta riippumatta. (Karjalainen ja muut, 2018, s. 786–788; Sairaanhoidtajaliitto, n.d.). Lisäksi käytössä on ISBAR-raportointimenetelmä, joka lisää potilasturvallisuutta (Lääketieteen sanasto, 2021).

Hoidon tarpeen arvioinnilla on merkittävä rooli terveydenhuollossa. Se perustuu systemaattiseen tutkimukseen ja asiakkaan haastatteluun. Menetelmän avulla tunnistetaan asiakkaista ne, jotka tarvitsevat välitöntä ja kiireellistä hoitoa arvioimalla ongelman tai sairauden oireita ja niiden vaikeutta (Duodecim Oppiportti, 2022; Mölläri ja muut, 2023). Potilaan haastattelu tilan arvioimiseksi on yhtä tärkeää, kuin peruselintoimintojen mittaaminen. Esitietojen huolellinen kerääminen

ja vuorovaikutus nähdään edistävän sairaudenmäärittystä ja toimivan hoitosuhteen muodostamista (Salonen, 2020). Muhrer (2014, s. 31) korostaa, että potilaan haastatteluun perustuva anamneesin muodostaminen ja kliininen tutkiminen auttavat valitsemaan oikeat tutkimukset diagnoosin tekemiseksi. Haastattelussa on tärkeää tunnistaa asiakkaan mahdolliset muistisairaudet, sillä heidän kohdallansa tietolähde on usein epävarma. Tämän vuoksi asiakkaan omaisen tai läheisen mukaan ottaminen osaksi haastattelua korostuu. (Pullinen ja muut, 2001.)

Kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen on erittäin tärkeää. Salminen-Tuomaala ja muut (2015, s. 29) nostavat esille, että äkillisissä tilanteissa kotihoidon asiakkaan realistista arvioimista vaikeuttavat fyysisten oireiden epämääräisyys, henkiset ja sosiaaliset ongelmat, erilaisten päihteiden käyttö, muistamattomuus sekä seksuaalisuus. Monisairaiden kohdalla nämä oireet voivat olla epätyypillisiä ja epämääräisiä. Kriittisesti sairaalla potilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on merkittävä tajunnantason, verenkierron tai hengityksen häiriö. Kriittisesti sairaaksi potilaaksi tunnistetaan myös potilas, jolla on riskioire, joka voi johtaa äkillisesti edellä mainittuihin häiriöihin. Kriittisesti sairas potilas tulee tunnistaa viipymättä ja aloittaa oikea-aikainen hoito välittömästi häiriö todettaessa. Kriittisestä tilasta kertoo lisääntynyt hengitystyö, hengitysvajaus, tajunnantason muutokset ja verenkierron heikkeneminen. Useat häiriöt yhdessä viittaavat potilaan vakavampaan tilaan. (Martikainen & Ala-kokko, 2015, s. 8–10.)

3.3.2 Kliininen tutkimus

Martikainen ja Ala-Kokko (2015, s. 9–10) korostavat, että kliininen tutkimus ja riskiarviointi, hoitoprotokollia hyödyntäen, ovat keskeisiä menetelmiä kriittisesti sairaan potilaan tunnistamisessa. Merkityksellisimmät menetelmät ovat Glasgow'n kooma-asteikko ja cABCDE protokolla. Hoidon aloitus perustuu potilaan kliiniseen tilaan, jonka vuoksi hoitohenkilökunnan on tärkeää tuntea hoitoprotokollat. Kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen perustuu vähimmäismittauksiin, joita ovat hengitystaajuus, happikyllästeisyys, sydämen rytmi, syketaso, verenpainen, tajun-

nantaso, lämpötila ja lämpörajojen havainnointi. Poikkeavuudet peruselintoiminoissa ennakoivat sydämenpysähdystä. Soonin ja Sunin (2020, s. 1) tutkimus korosti, että kotihoidon henkilökunnan kyvyssä toimia akuuteissa ja hätätilanteissa on eroja. Peräti 44,2 % tutkimukseen vastanneista kotihoidon työntekijöistä totesi oman osaamisensa olevan alhainen äkillisissä ja hätätilanteissa.

Krögerin ja muiden (2018) tekemän tutkimuksen mukaan ikääntyneiden parissa työskentelevistä hoitajista vain 37 % luottaa kollegoiden osaamiseen ja pätevyyteen. Kotihoidon henkilöstön osaamista arvioitaessa on tullut esille, että kotihoidon henkilökunta kokee omaavansa perustiedot ja taidot ikääntyneiden hoitotyöstä, joilla selviävät itsenäisesti kotihoidon käynneistä vastaten asiakkaan tarpeisiin (Tiikkainen & Juntunen, 2018). Turjamaa (2014, s. 1–50) taas on kirjoittanut, että kotihoidon hoitajien työ on toimenpidekeskeistä keskittyen päivittäisten toimenpiteiden, lääkehoidon ja välttämättömien hoitotoimien tekemiseen sekä että se on kiireistä ja rutiininomaista suorittamista, jossa asioita tehdään asiakkaan puolesta, eikä asiakkaan tarpeisiin vastata niin että tunnistettaisiin ja hyödynnettäisiin asiakkaan voimavaroja. Tilanearvion tekeminen kotihoidossa ei ole ollut tehdyissä tutkimuksissa esillä ja sitä kannattaisikin tutkia enemmän väestön ikääntyessä ja ikääntyneiden palveluiden kehittämistä ajatellen. Nyman ja muut (2021, s. 44–47) tuovat esille tutkimustuloksissaan, että kotihoidon työntekijöillä ei ole riittävästi osaamista arvioida asiakkaan tilaa sen muuttuessa. Lisäksi tilanearvion suorittamiseksi työntekijöillä ei ole riittävästi tutkimusvälineistöä arvioimaan asiakkaan tilaa eikä konsultaatiotukea. Hoitolinjausten tunteminen tukee hoitajan päätöksentekoa asiakkaan tilan muuttuessa. Äkillisissä tilanteissa toimiminen edellyttää hyvää perusosaamista sairauksista sekä kykyä ja välineitä arvioida asiakkaan tilaa. On todettu, että lähihoitajat tarvitsevat osaamisensa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi akuuttihoitoon perehtyneitä sairaanhoitajia. Hoitohenkilökunnan toimintaa äkillisissä tilanteissa edistävät yhteistyö hoitavien lääkärin kanssa sekä ennakoivat hoitosuunnitelmat äkillisiin tilanteisiin varautumiseksi.

3.3.3 Asiakkaan tilaa arvioivia menetelmiä

Glasgow'n kooma-asteikko (GCS) kuvaa potilaan tajunnantason heikkenemistä erilaisten potilasryhmien kohdalla. Arviointiasteikko perustuu kolmeen parametriin, joita ovat silmä-, sanallinen- ja motorinen vaste. Kokonaispistemäärä on kolmen ja 15 välillä. Matalat pisteet kertovat huonosta tajunnantasosta ja korkeat pisteet puolestaan kertovat kohtalaisen hyvästä tai normaalista tajunnantasosta. Asteikon vastetasot pisteytetään silmävasteessa 1–4 arvojen välillä, sanallisessa vasteessa 1–5 ja motorisessa vasteessa 1–6. Näissä pienet arvot tarkoittavat huonoa tai olematonta vastetta. (Shobhit & Iverson, 2023, s. 1–4.)

cABCDE on peruselintoimintojen arviointityökalu ja tulee sanoista Catastrophic haemorrhage, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure. Tämä menetelmä tarjoaa järjestelmällisen lähestymistavan potilaiden arviointiin ja hoitoon, etenkin kriittisesti sairaiden ja loukkaantuneiden potilaiden kohdalla. Menetelmää voidaan hyödyntää eri kiireellisyysluokitusten potilaille niin tavallisissa ja kiireetömissä hoitotilanteissa, kuin hätätilanteissa. Etuna on, että alustavan tilanarvion voi tehdä ainoastaan aistinvaraisten havaintojen perusteella, mutta arvioinnin tarkentamiseksi voidaan lisätä erilaisia fyysisiä mittauksia ja mittalaitteita. Menetelmä sopii käytettäväksi sekä aikuisille, että lapsille. Menetelmän käytön tavoitteena on tunnistaa nopeasti henkeä uhkaavat ongelmat ja aloittaa niiden hoito viivettä, se on suunniteltu ohjaamaan potilaan elintoimintojen tutkimista ja hoitotoimenpiteiden suorittamista niiden kiireellisyyden mukaan. cABCDE-menetelmän avulla saadaan lisäaikaa lopullisen diagnoosin saavuttamiseen, sillä alkuarvio ja hoito suoritetaan samanaikaisesti ja se on jatkuvaa. Suomalaisessa elvytyksen Käypä Hoito -suosituksessa korostetaan, että potilaan peruselintoimintojen häiriöiden ja yleistilan heikkenemisen tunnistaminen on ensisijainen ja merkittävä osa hoitoketjua ennen kuin tilanne etenee sydänpysähdykseen. Menetelmä on laajasti tunnettu ja käytössä sosiaali- ja terveysalan yksiköissä. (Thim ja muut, 2012, s. 117–119; Sairaanhoidajaliitto, n.d.)

ISBAR tulee sanoista Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation. Potilaan luovutus toiselle terveydenhuollon yksikölle nähdään yhdeksi kriittisimmiksi vaiheiksi potilaan hoidossa. Usein luovutuksen yhteydessä jää potilaan hoidon kannalta kriittisiä yksityiskohtia kertomatta ja usein niissä esiintyy merkityksettömiä yksityiskohtia. Nämä asiat vaikuttavat siihen, että potilaan hoidon jatkuvuus vaarantuu sekä hoidon kannalta voi esiintyä virheitä tai haittoja. Näiden asioiden vuoksi on kehitetty strukturoitu menetelmä (ISBAR) raportointiin, jonka tavoitteena on turvallisempi tiedonkulku. Menetelmän käyttö sopii erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ympäristöissä ja kliinisissä tilanteissa, niin suullisesti, kuin kirjallisesti. Menetelmän avulla tärkeää informaatiota voidaan tiivistää selkeään muotoon, joka mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen viestinnän kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten välillä esimerkiksi potilastietoja raportoidessa. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää kouluttaa ammattilaiset menetelmän käyttöön. Erilaiset kommunikaation ongelmat, joihin luokituvat tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset, myötävaikuttavat jopa 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. (Burgess ja muut, 2020, s. 1–3; Sairaanhoidajaliitto, n.d.)

NEWS eli aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä tulee sanoista National Early Warning Score. Sen tarkoituksena on tunnistaa heikkeneminen ja reagoida siihen. Menetelmä on kehitetty Isossa-Britanniassa, josta sen käyttö on levinnyt laajasti ympäri maailmaa. Viimevuosien aikana käyttö on lisääntynyt laajasti myös kotihoitossa, päivystyspoliklinikoilla ja ensihoidossa, sillä sen on todettu olevan luotettava mittari havainnoimaan ja ennakoimaan peruselintoimintojen häiriöitä. News pyrkii yhtenäistämään peruselintoimintojen seuraamisen käytännön eri sairaaloiden ja yksiköiden välillä. (Scott ja muut, 2019, s. 287; Hankonen, 2018.) Varhaisessa vaiheessa parametrien muutoksien havainnointi edistää oikea-aikaisen hoidon aloitusta ja parantaa hoidon vaikuttavuutta. Menetelmässä tarkastellaan kuutta erilaista fysiologista mittausta, joita ovat tajunnantaso, syke, hengitystiheys, happisaturaatio, systolinen verenpaine ja lämpötila. Nämä fysiologiset mit-

taukset pisteytetään ja lasketaan yhteen, lisäpisteitä tulee lisähapen käytöstä. Menetelmässä pistemäärät vaihtelevat 0–20 välillä. Korkeammat pisteet ennustavat potilaan tilan heikkenemistä. Mikäli potilas saa yli seitsemän pistettä edellyttää hänen tilansa välittömiä toimenpiteitä. Mikäli potilaan NEWS pisteet ovat 1–4, edellyttää se muiden hoitohenkilökunnan informoimista tilanteesta ja pisteiden laskemista kahdeksan tunnin välein. Mikäli pisteet ovat 5–6, edellyttää se lääkärin konsultointia, muun hoitohenkilökunnan informointia sekä vitaaleiden ja tajunnantason arviointia vähintään 2–4 tunnin välein. Jokainen potilaan fysiologinen muuttuja pisteytetään asteikolla 0–3. Pistemäärä kasvaa mitä kauempana normaalista fysiologisesta alueesta mitattu tulos on. Pisteiden kokonaismäärä heijastaa luotettavasti potilaan peruselintoimintojen tilaa. Korkeat pisteet ennustavat tarkasti sydämenpysähdystä, tehohoitoon joutumista tai kuolemaa seuraavan vuorokauden aikana. Kotihoidossa NEWS-pisteytys on arvokas lisä, sillä sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi arvioitaessa lisäavun hälyttämisen tarvetta. (Scott ja muut, 2019, s. 287–288; Hankonen, 2018; Karjalainen ja muut, 2018, s. 786.)

Vaikka Suomessa peruselintoimintojen arviointiin ja seurantaan käytettäviä menetelmiä ei ole kansallisella tasolla standardoitu, on se arvokas lisä varsinkin päivystysaikana niukoilla resursseilla toimiville organisaatioille. Karjalainen ja muut (2018, s. 787–788) tuovat kirjoituksessaan esille menetelmän hyötyjä, kuten potilaiden arvioinnin selkeytyminen, objektiivisen tiedon saaminen peruselintoiminoista sekä seurannan jatkuvuuden varmistaminen henkilöstön vaihtuessa. Menetelmä auttaa hahmottamaan ne potilaat, jotka tarvitsevat tiheämpää seurantaa peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamiseksi. Kotihoidon tai ensihoidon suorittama pisteytys edistää osaltaan päivystykseen saapuvan potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia, sillä menetelmän tarjoaa yhtenäisen tavan arvioida peruselintoimintojen tilaa.

Kotihoidon hoitohenkilökunnalle on kehitetty ohjeet iäkkään monisairaana akuutisti muuttuneen tilanteen arviointiin. Nämä ohjeet sisältävät tiiviin tietopaketin,

joka auttaa tunnistamaan iäkkään terveystilanteen äkilliset muutokset sekä kroonisesti sairaan henkilön tilan kriittisen vaikeutumisen. Ohjeet koostuvat ohjekirjasta ja -kortista. (Sairaanhoitajaliitto, n.d.)

Edellä mainitut potilaan tilan arvioimiseen käytettävät sensitiiviset mittarit toimivat pääsääntöisesti ilman välineistöä. Kokemuksen mukaan kuitenkin fysiologisten mittareiden käyttö osana potilaan tilan arviointia antaa luotettavampaa ja havaintoja tukevaa tietoa tilan arviointiin. Muhrer (2014, s. 31) tukee tätä kokemusta kirjoituksessaan, jossa hän nostaa esille, että esitiedot, mukaan lukien sairaushistoria ja fysiologiset mittaukset ovat kriittisiä diagnostisen prosessin kannalta sekä tarjoavat laajaa tietoa asiakkaan tilasta. Jotta hoitaja pystyisi toimimaan sujuvasti äkillisissä tilanteissa kotihoidossa, hänen repustaan tulisi löytyä kuume-, verensockeri-, happisaturaatio- ja verenpainemittari. Hoitajan tulisi käyttää sensitiivisiä ja fysiologisia mittareita yhdessä potilaan tilan arvioimiseksi. Veren glukoosipitoisuuden mittaaminen on keskeinen tekijä akuutisti sairaan potilaan tilan arvioinnissa ja se tarjoaa arvokasta tukea hoitopäätösten tekemisessä (Duodecim Oppiportti, 2018). Esimerkiksi Nymanin ja muiden (2021, s. 39) tutkimustuloksissa kotihoidon yksi yleisin hälytyskoodi oli sokeritasapainonhäiriö. Verenpainemittarin avulla saadaan tietoa potilaan systolisesta ja diastolisesta paineesta. Systolisella (yläpaine) verenpaineella tarkoitetaan valtimon sisällä olevaa painetta sydämen supistuksen aikana ja diastolisella (alapaine) tarkoitetaan lepovaiheen aikaista painetta (Peltari, 2023). Useiden mittareiden ominaisuuksiin kuuluu myös pulssin mittaaminen. Äkillisissä tilanteissa verenpaineen mittaaminen on tärkeää. Verenpaineen ja pulssin mittaamisella ja tunnustelemisella voidaan arvioida verenkierron riittävyttä (Alakare ja muut, 2023a). Tämä johtuu siitä, että vaikka makroverenkierron mittaukset voivat näyttää normaaleilta, mikroverenkierto ja kudospesuusio voivat silti olla vakavasti häiriintyneet. Verenkierron vajauksesta ja kudospesuusiosta kertovat muun muassa nopea syke, ihon kylmähikisyys, hiusverisuonien hidas täyttyminen, ääreisosien viileys tai sinerrys ja ihon marmoroituminen. (Wilkman & Kuitunen, 2018, s. 174). Happisaturaatiolla mitataan valtimoveren hemoglobiinin happikyllästysastetta eli sitä, miten paljon soluilla on happea saatavilla (Kurki,

2014). Solujen jatkuva hapensaanti on elintoiminnoille välttämätön. Happisaturation avulla voidaan arvioida hengityksen ja verenkierron häiriötiloja. Mikäli hapensaanti estyy vakavien häiriöiden vuoksi hengityksessä tai verenkierrossa, alkavat solut vaurioitua nopeasti. (Castren ja muut, 2022.) Äkillisissä ja yllättävissä hoitotilanteissa toimiminen on usein haastavaa ja psyykkisesti kuormittavaa. Potilaan tilan arvioiminen on ensisijaisen tärkeää näissä tilanteissa. Potilaan tilan arviointi tulee tapahtua systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti huomioiden eri elinjärjestelmien toiminta. (Duodecim Oppiportti, 2020.) Elvytyksen Käypä hoito -suosituksessa on korostettu yleistilan heikkenemisen ja peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisen merkitystä potilaan hoitoketjussa. Peruselintoimintojen turvaaminen edellyttää, että kriittisesti sairas potilas tunnistetaan ja hoito aloitetaan ajoissa. Näin voidaan välttää monet kuolemantapaukset terveydenhuollossa. (Karjalainen ja muut, 2018.)

3.3.4 Ikääntyneet päivystyksessä

Tämän kehittämisprojektin taustalla oli ajatus siitä, että iäkkäille päivystyskäynnit ovat raskaita ja saattavat aiheuttaa lisäongelmia. Kotihoidon työntekijöiden osaamista lisäämällä ja sen myötä tilanteita ennaltaehkäisemällä voitaisiin mahdollisesti vähentää päivystyskäyntien määrää. Myös kotihoidon työntekijöiden lisääntyneen osaamisen myötä saataisiin tarkempia tilannearvioita, jotka voivat vaikuttaa siihen päätökseen, onko kyseessä tilanne, jossa iäkäs tulee lähettää päivystykseen.

lääkäillä on korkea riski sairastua päivystys- ja sairaalahoidossa deliriumiin, jonka vuoksi on tärkeää erottaa, onko päivystyskäynnin syynä hätätilanne vai pidempään kestänyt yleistilan heikkeneminen. Päivystysolosuhteissa iäkkään kokonaisvaltaista geriatrasta arviointia ei suositella. (Viikari & Wuorela, 2019, s. 1581.) Elderin ja muiden (2023, s. 532–534) tutkimuksessa on todettu, että päivystyspoli-klinikka on ympäristönä sellainen, joka todennäköisesti aiheuttaa ikääntyneillä deliriumia helpommin, etenkin niissä tilanteissa, joissa ikääntynyt on viettänyt päi-

vystyspoliklinikalla paljon aikaa. Tätä edistävät päivystyspoliklinikoiden ja sairaalavuodeosastojen ruuhkautuminen. Deliriumin puhkeamiseen iäkkäillä vaikuttavat univaje, luonnonvalonpuute, ympäristön melu, liikkumattomuus, aliravitsemus, kognitiiviset häiriöt, kipu ja akuutit sairaudet.

Ikääntymisen ja sairauksien myötä toimintakyky heikkenee. Pienet muutokset elinolosuhteissa tai akuutit ongelmat riittävät laukaisemaan äkillisen sairaalahoidon tarpeen. Yleiskunnoltaan hauraat potilaat ajautuvat toistuvasti päivystysvastaanotoille kaatumisten, sekavuuden ja toimintakyvyn heikkenemisjaksojen takia. (Viikari & Wuorela, 2019, s. 1579.) Tätä tulosta tukee Memedovich ja muiden (2024, s. 1–2) kansainvälinen tutkimus, jonka tutkimustuloksista on havaittavissa, että lähes 44 % ikääntyneistä palaa ensimmäisen päivystyskäynnin jälkeen kuuden kuukauden sisään päivystykseen ja heistä noin 7,5 % palaa useita kertoja päivystykseen ensimmäisen päivystyskäynnin jälkeen. Tämän nähdään johtuvan siitä, että iäkkäillä on todennäköisesti eri aistien heikkenemää, monisairauksia, epätyypillisiä oireita, useita erilaisia lääkityksiä ja monipuolisempia psykososiaalisia tarpeita. Memedovich ja muut (2024, s. 2) korostavat tutkimuksessaan, että päivystyshoidon mallissa keskiössä on välitön hoito, joka kohdistuu akuutteihin vammoihin, tiloihin ja sairauksiin. Tämä lähestymistapa ei välttämättä vastaa ikääntyneiden potilaiden tarpeisiin ja terveyshaasteisiin.

lääkkäiden potilaiden toipuminen akuuteista sairauksista heikkenee vähitellen. Konaistoimintakyvyn merkitys lisääntyy, kun taas yksittäisten tautien vaikutus enusteeseen vähenee. Sairaalahoito on uhkaava tekijä iäkkään toimintakyvylle. Toimintakyvyn aleneminen sairaalahoidossa on riskialttiimpaa niille, jotka ovat monisairaita ja hauraita. Näiden riskitekijöiden tunnistamisella ja itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämisellä voidaan vähentää akuuttiin sairauteen liittyvää palautumattonta toimintakyvyn menetystä ja tarjota potilaan tarpeisiin sopivaa hoitoa. (Viikari & Wuorela, 2019, 1579.) Ennen hoitoa päivystysvastaanotoilla on tärkeä saada käsitys potilaan akuuttia tilannetta edeltäneestä kokonaistoimintakyvystä. Tämä on tärkeää siksi, koska hoitotiimi voi joutua tekemään isoja päätöksiä, jotka

ohjaavat tulevien hoitotoimenpiteiden intensiteettiä. Ihmisen kokonaistoimintakyky koostuu fyysisestä, kognitiivisesta, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta. (Viikari & Wuorela, 2019, s. 1579.) Kotihoidon systemaattisella raportoinnilla voidaan välittää asiakkaan hoidon kannalta tarpeellista informaatiota toimintakyvystä ja sen mahdollisista muutoksista. Raportoinnin ollessa hajanainen tai puutteellinen saattaa asiakkaan toimintakyky näyttäytyä erilaisena päivystyspoliklinikalla, joka saattaa vaikuttaa asiakkaan hoitosuunnitelmaan.

lääkäiden äkillisten tilanteiden ongelmana päivystysvastaanotoilla on, että aikaa arvion tekemiseen on rajallisesti. Äkillisesti sairastunut iäkäs voi näyttää ja vaikuttaa kovin huonokuntoiselta riippumatta edeltävästä toimintakyvystä. Ammattilaisen teettämä silmämääräinen arvio on epäluotettava toimintakyvyn mittari. Tärkeää on huomioida toimintakyvyn muutokset ja niiden äkillisyys. Äkillisissä tilanteissa toimintakyky voi alentua akuutin sairauden tai haitallisten lääkitysten myötä muutamien päivien kuluessa. Iäkkään yleistila voi heikentyä myös hitaasti kuukausien aikana. Hitaasti edennyt yleistilan lasku usein johtuu perussairauksista, eikä varsinaista uutta lääketieteellistä hoidettavaa ongelmaa esiinny. Päivystyskäynnillä tulee selvittää, miksi iäkäs on hakeutunut vastaanotolle. Selvitysten myötä voidaan päästä vaikuttamaan tekijöihin, joita korjaamalla voidaan tasoittaa iäkkään ja omaisten tilannetta kotioloissa pitkäksi aikaa. (Viikari & Wuorela, 2019, s. 1579–1581.)

Kun iäkäs potilas saapuu päivystykseen, tulisi hänen tutkimuksensa ja hoito aloittaa viipymättä. Iäkkäälle hoidon viivästyminen aiheutuvat haitat ovat suurempia, kuin nuoremmilla potilailla. Tämä johtuu siitä, että vanhenemiseen liittyy aina voimavarojen heikentymistä. Hyväkuntoisten iäkkäiden hoitolinjat akuuttien sairauksien kohdalla ovat samat, kuin nuoremmillakin potilailla. Oikean ja nopean hoidon aloittaminen on edellytystä sille, että yleistilan heikkenemisen aiheuttanut akuutti vaiva tai vamma tunnistetaan. Nopealla hoidon aloituksella tuetaan toimintakyvyn säilymistä ja estetään komplikaatioiden syntymistä. Iäkästä arvioitaessa ja hoitoa suunniteltaessa päivystysvastaanotolla on tärkeää huomioida äkillistä tilannetta







edeltävä toimintakyky ja aiemmin tehty hoitosuunnitelma ja hoidon rajaukset. (Alakare ja muut, 2023b.)

Iäkäs päivystyspotilas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti. Hoidossa tulee kiinnittää erityisesti huomiota potilaan toimintakykyyn ennen akuuttia sairastumista. Potilaan sosiaalinen tilanne tulee myös huomioida, jotta mahdollisten tukijärjestelyiden tarve pystytään toteuttamaan. Iäkkään potilaan lääkehoidon yhteisvaikutukset ja haitat ovat tärkeä huomioida hoidon aikana. Muita asioita, joihin tulee kiinnittää huomiota, on kognitiivinen tila ja mahdolliset sekavuudet, apuvälineiden tarpeellisuus ja liikkuminen, kaatuilu, ravitsemustila, alkoholin käyttö, kaltoinkohdellisuuden mahdollisuus sekä masennus ja ahdistuneisuus. Mahdollisuuksien mukaan iäkkäälle järjestetään kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi, mutta sitä ei suositella päivystysvastaanotoilla suoritettavaksi. Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin ja potilaan etujen kannalta on järkevää, että arvioinnin tekee iäkkään kokonaisvaltaisesti tunteva lääkäri, jolla on pitkäaikainen hoitosuhde potilaaseen. (Alakare ja muut, 2023.) Graham ja muiden (2023, s. 2) tutkimuksessa, joka koskee iäkkäiden kokemuksia päivystyspoliklinikan kehittämisestä, kokonaisvaltaisen geriatrisen arviointi nousi merkittävään keskiöön, sillä tutkimuksien mukaan sen on nähty vähentävän iäkkäiden sairaalahoidon tarvetta (Graham ja muut, 2023, s. 2).

Puutteellinen suunnittelu iäkkään kotiutuessa on yhteydessä suunnittelemattomiin uusintäkäynteihin päivystysvastaanotoilla ja sairaaloissa. Kunnollisella ja turvallisella kotiutumisen suunnittelulla vähennetään terveyttä vaarantavien tapahtumien riskejä ja turvataan hoidon jatkuvuus. Toistuvat siirrot kodin ja sairaalan välillä lisäävät ikääntyneiden sosiaalisia ja terveyteen liittyviä riskejä. Kun suunnitellaan kotiutusta, otetaan iäkäs ja/tai omaiset mukaan suunnitteluun. On tärkeää, että iäkkään hoitoon osallistuvien tahojen välillä on toimiva viestintä sairaalassa ja kotona. Iäkkään potilaan kotiutuessa on erityisen tärkeää selvittää iäkkään yksilöllinen tilanne ja kyky selviytyä kotona yksin tai kotipalveluiden turvin. Kotiutuessa tulee selvittää iäkkään omat näkemykset ja yksilölliset tarpeet. Iäkkäälle on merkityksellistä, että hänet huomioidaan ja tullaan kuulluksi itseä koskevissa asioissa

kotiutuksen yhteydessä. Tämä saattaa tutkitusti tukea iäkkään itsenäisyyttä kotona. Moni iäkäs saattaa kokea pelkoa oireiden uusiutumisesta tai kotona pärjäämisestä. Iäkkään huoli tulee aina ottaa vakavasti. Kotiutumisen suunnittelun tarkoituksena on, että iäkkäällä on tarvittavat palvelut ja jatkoseuranta kotiutuksen jälkeen. Suunnittelussa huomioidaan toimintakykyä ja terveydentilaa heikentävät mahdolliset riskitekijät. Turvallisella iäkkään kotiutuksella voidaan vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksien hallintaan ja parantaa potilastyytyväisyyttä. (Palonen ja muut, 2020, s. 3–25.) Kotiutuminen tapahtuu usein omaisten avulla tai vaihtoehtoisesti asiakas kotiutuu omatoimisesti. Kotihoito on asiakasta vastassa verrattain harvoin, esimerkiksi jos asiakkaalla ei ole kotiavaimia mukanaan.

Kun iäkäs kotiutetaan, varmistetaan päivittäisistä askareista selviytyminen ja niiden riittävä ohjaus. Ammattilaisen on tärkeä huomioida ja tunnistaa potilaan iän mukana tuomat rajoitteet, jotta kotiutus on turvallista ja jatkohoito-ohjeet tulee oikein ymmärretyiksi. Kotiuttamisessa tulisi pyrkiä siihen, että se ei tapahdu enenaikaisesti. Kotiuttaminen ei saa vaarantaa ikääntyneen terveyttä ja hoidon jatkuvuus tulisi turvata kotona. Ravitsemus ja lääkehoidon ohjaus ja toteutus ovat myös merkittävässä roolissa, kun iäkästä kotiutetaan. Tutkimuksen mukaan vuorokaudenajoista kotiutuminen aamulla tai päivällä on iäkkäälle parempi ajankohta kotiutumisvalmiuden näkökulmasta. (Palonen ja muut, 2020, s. 5–27.) Kuvassa 3 on tarkasteltu asioita, joita tulisi huomioida iäkkään kotiutuksessa. Grahamin ja muiden (2023, s. 1–2) tutkimustulokset osoittavat, että ikääntyneiden kokemusten mukaan onnistunut päivystyskäynti vaatii kokonaisvaltaista huomiota, etenkin viestinnän, hoidon, odotusajan sekä fyysisten ja ympäristöön liittyvien tekijöiden huomiointia.

Kotiutumisessa huomioon otettavia asioita:	
	Lääkitys ja mahdolliset lääkemutokset, tarvittaessa uusia lääkkeitä mukaan ja reseptit lääkkeisiin
	Kotiolot ja sen aiheuttamat haasteet kotona pärjäämiselle (portaat, kynnykset, kodin siisteys)
	Toimintakyky ja apuvälineet (toimintakyky ennen sairaalaan joutumista ja kotiutuksen aikaan)
	Tukipalvelut ja niiden aktivointi (mm. kotihoito, ateriapalvelu, annosjakelu, turvapuhelin), tarvittaessa kotiutusateriat
	Omaisille ilmoitus kotiutumisesta, kyyti kotiin ja muut käytännön asiat (onko kotiavaimet mukana, rahaa taksiin jne.)
	Jatkohoito-ohjeet kotihoitoon, omaisille ja potilaalle ymmärrettävästi

Kuva 3. Kotiutumisessa huomioon otettavat asiat.

3.4 Osaamisen kehittäminen

Osaamisen kehittäminen on välttämättömyys työelämässä. Sillä tarkoitetaan prosessia, joka lisää työntekijöiden osaamista, hyvinvointia sekä organisaation vaikuttavuutta (Koskimäki ja muut, 2020, s. 668). Eklund (2021, s. 28–108) on nostanut esille, että osaamisen kehittäminen voidaan nähdä mielen avoimuutena, tulevaisuuteen suuntautuvana näkemyksenä ja tietoisena tekemisenä uusien taitojen kartuttamiseksi. Osaamisen kehittämisen prosessi tapahtuu päivittäisessä työssä ja sen tavoitteellisuus tulisi olla jokaisen organisaation jäsenen arkea. Eklund (2021, s. 28–108) korostaa, että hyvin suunnitellut ja motivoivat tavoitteet ovat keskeisiä tekijöitä työntekijöiden motivaation ylläpitämisessä osaamisen kehittämisessä. Osaamisen kehittämistä voidaan toteuttaa monipuolisesti erilaisilla menetelmillä, joita ovat muun muassa koulutustilaisuudet ja seminaarit, jatko-opinnot sekä mentorointi ja tutorointi. Myös Kupias ja muut (2014, taul. 7) tunnistavat

nämä menetelmät osaamisen kartoittamiseksi ja kehittämiseksi. Lisäksi he nostavat näiden menetelmien rinnalle erilaiset ulkoiset keinot, kuten fasilitointi, coaching, benchmarking, tiimin rajat ylittävä yhteistyö, valmennukset, verkostot, konsultoinnit ja osaamiskartoitukset. Sisäisiin keinoihin he nostavat kehittämisspäivät ja –palaverit, ideavartit, dialogisuus, reflektointi, tietoiskut, oppimisilma-
piiri, oppimista tukevat rakenteet sekä teemaluennot. Menetelmiä on kuvattu taulukossa 2. Muun muassa Leskelä (2005) on kirjoittanut, että mentorointi edistää laaja-alaisesti ammatillista kehittymistä ja myös Helakorpi (2004) on kirjoittanut mentoroinnin merkityksestä.

Koulutuksen vaikuttavuuden arviointi on moniulotteinen käsite, joka sisältää yksilön, työyhteisön, alueen, yhteiskunnan ja globaalitason. Koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnin keskiössä ovat tietojen ja taitojen kohtaaminen, työhyvinvoinnin ja työtoiminnan kehittäminen, kestävä kehittyminen, osaamisen johtaminen, kustannustehokkuus, tuottavuus, osallisuus ja monitoimisuus. Koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa keskeistä on käytäntöperustainen kehittäminen, joka korostuu niin koulutukseen osallistuvan työntekijän, opiskelijan kuin työelämä- ja koulutusorganisaatioidenkin näkökulmasta. (Sotetie, n.d.)

Taulukko 2. Menetelmiä osaamisen kehittämiseen. (Surakka, 2009, s. 88–89.)

Menetelmiä osaamisen kehittämiseen	
<p>Sisäiset keinot:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rekrytointi, perehdyttäminen, työkierto, sijaisena toimiminen • vastuulliset erityistehtävät, tehtävien siirto, kouluttajana toimiminen, asiantuntijatehtävät, koulutustehtävät, työnohjaus, mentorointi ja tutorointi • projektit, tutkimus- ja kehittämistoiminta, prosessikuvaukset 	<p>Ulkoiset keinot:</p> <ul style="list-style-type: none"> • erilaiset koulutustilaisuudet ja opintokäynnit, seminaarit, ammatilliset opintopäivät • ammattikirjallisuuden ja -lehtien lukeminen • jatko-opiskelu

Osaamisen kehittämisen haasteena on teorian tiedon ja käytäntöön viennin kuilu, niin yksilö- kuin organisaatiotasolla. Vaikka tavoitteet, taustat ja teoria ymmärrettäisiin, on silti eri asia viedä opit osaksi arkea. Osaamisen kehittäminen nähdäänkin opitun tiedon soveltamisena ja sovittamisena arjen työhön. Jokaisella työntekijällä on vastuu toiminnan reflektoinnista ja työn kehittämisestä. Organisaation vastuu kuitenkin on luoda rakenteet ja suuntaviivat, jotka mahdollistavat osaamisen kehittämisen työnteon yhteydessä. Osaamisen kehittämisen näkökulmasta tavoitteena on, että oppiminen olisi osa työtä ja arkea siinä missä työskentelykin. Parhaassa tapauksessa oppimista ja työnteoa ei tarvitse erotella toisistaan. Keskeistä osaamisen kehittämisessä on, että uusien oppien käytäntöön vieminen vie aikaa, jonka vuoksi muutosprojekteille tulisi antaa riittävästi aikaa. Tavoitteiden saavuttamiseksi muutosprojektien tulee olla perusteltuja ja motivoivia. (Eklund, 2021, s. 28–108.) Eklund (2021, s. 28–108) kiteyttää kirjoituksessaan, että organisaatioiden toiminnan muutos tapahtuu vasta, kun henkilöstö on valmis muuttamaan ja omaksumaan uudet toimintatavat. Tämän vuoksi todelliset muutoksen tulokset nähdään vasta riittävän ajanjakson jälkeen.

Osaamisen kehittämisellä nähdään olevan erilaisia tehtäviä, kuten pätevän työvoiman ja heidän osaamisensa hahmottaminen, liikkuvuuden helpottaminen ja asiantuntemuksen arviointi ja analysointi (Batt ja muut, 2020, s. 913). Sitoutunut ja osaava henkilöstö nähdään organisaatioiden avaintekijänä, jotta organisaatio voi menestyä ja pärjätä globaalissa kilpailussa. Oppiminen, osaamisen kehittyminen ja kehittäminen liittyvät vahvasti käytännön työhön. (Toivanen ja muut, 2012, s. 3–4). Terveysthuolto nähdään alueena, jossa henkilökunnan osaamisen kehittäminen on merkittävässä roolissa. Tähän vaikuttavat terveydenhuollon ja väestön muutokset, kuten nopeasti ikääntyvä väestö, syntyvyyden lasku ja sairauksien muutokset, jotka aiheuttavat muutoksia terveydenhuollon ja hoidon tuottajien järjestelmässä. (Fukada, 2018, s. 1.) Terveysthuollossa osaamisen kehittäminen on erityisen tärkeää, kuten Fukada (2018, s. 1) tuo esille tutkimuksessaan. Tutkimuksessa tulee ilmi, että sairaanhoitajilta vaaditaan nykyään yhä korkeampaa ammattitaitoa, jotta he pystyvät tarjoamaan kokonaisvaltaista hoitoa erilaisiin potilasarpeisiin. Sairaanhoitajien tulisi pystyä yhdistämään erilaisia tietoja ja sisällyttää ne päätöksentekoon ja hoitotyöhön.

Hoitotyön tutkimussäätiö on tutkimuksessaan ”Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa” tarkastellut hoitotyöntekijöiden päätöksentekokykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa tulee ilmi, että potilaan hoidon kannalta merkittäviä päätöksiä tehdään usein kiireen ja sen aiheuttaman paineen alla. Päätöksentekoon vaikuttaviksi tekijöiksi tutkimuksessa nostettiin näyttöön perustuva tieto, intuitio ja työkokemus, ympäristötekijät, erilaiset organisaatiokohtaiset ohjeistukset, lait ja asetukset, kollegan konsultointi sekä potilaan ja heidän omaisten näkemykset. Tutkimuksen mukaan päätöksentekoon voivat vaikuttaa kielteisesti ristiriitaiset tai epäselvät tilanteet sekä puutteellinen tieto, jotka voivat aiheuttaa hoitotyöntekijälle epävarmuutta, riskejä ja muuttuvia tilannetekijöitä. (Oikarinen ja muut, 2018, s. 41–43.) Kotihoidossa asiakaskäynneillä työtä tehdään pääosin yksin. Äkillisen tilanteen tullessa eteen myös päätöksentekoa työntekijät toteuttavat yksin usein kiireen ja paineen alla. Kotiolosuhteissa on lisäksi useita muita tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa päätöksentekoon

kuten potilaan oma tahtotila ja omaisten näkemys. Oikarinen ja muut (2018, s. 41–43) ovat listanneet päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä, joista puutteellisen tiedon aiheuttaman epävarmuus ja riskit nousivat esille. Lienee siis mahdollista olettaa, että osaamisen kehittäminen lisää hoitajan tietotaitoa ja vähentää näin ollen yksilökohtaista epävarmuuden tunnetta sekä vähentää päätöksentekoon liittyviä riskejä. Myös Soon ja Sun (2020, s. 10) korostavat tutkimustuloksiinsa pohjautuen jatkuvan koulutuksen tärkeyttä erilaisin menetelmin. Tutkimustuloksissa nousi esille, että hoitohenkilökunta ei aina tunnistanut, milloin on kyse akuutista tai hätätilanteesta.

3.4.1 Hoitotyön ammattitaitovaatimukset

Suomessa ammattikorkeakoulujen tutkintojen osaaminen on luokiteltu koulutuskohtaisiin ja yhtenäisiin kompetensseihin. Kompetensseilla tarkoitetaan laajoja osaamiskokonaisuuksia, jossa korostuvat yksilöiden tiedot, taidot ja asenteet. Näiden tavoite on olla toisistaan erottuvia ja arvioitavissa olevia osaamiskokonaisuuksia. Yhteisillä kompetensseilla tarkoitetaan eri koulutusohjelmille yhteisiä osaamisalueita, joiden erityispiirteet ja tärkeys vaihtelevat eri ammateissa ja työtehtävissä. Nämä muodostavat vankan perustan yhteistyölle, asiantuntijuuden kehittymiselle ja työelämässä toimimiselle. Opiskelijan ammatillisen asiantuntijuuden kehittymisen perustana ovat koulutuskohtaiset kompetenssit. (Auvinen ja muut, 2022, s. 4; Auvinen ja muut, 2010, s. 6.)

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, eli lähihoitajan perustutkinto on 180 osaamispisteen laajuinen. Tutkinto sisältää pakollisia tutkinnon osia, osaamisalakohtaisia pakollisia tutkinnon osia sekä valinnaisia tutkinnon osia. Lisäksi ammatillisen perustutkinnon osat sisältävät yhteisiä tutkinnon osia, kuten viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, matemaattisluonnontieteellinen osaaminen sekä yhteiskunta- ja työelämäosaaminen. Tutkinnon perusteet ovat uudistettu ja ne tulivat voimaan 01.08.2024. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnossa osaamistavoitteet ja ammattitaitovaatimukset vaihtelevat valittujen osaamisalaosien myötä. Tutkin-

non kompetenssien rakenne on kuitenkin yhtenäinen kaikissa osaamisaloissa, näihin sisältyvät ergonomia, aseptiikka, ammattieettisyys, lainsäädännön, määräysten ja ohjeiden noudattaminen, työyhteisössä toimiminen, ammatillinen vuorovaikutus, työn suunnittelu ja arviointi, toimintakyvyn tukeminen, päivittäisissä toiminnoissa ohjaaminen sekä lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Näiden pääluokkien sisällä painotetut ammattitaitovaatimukset vaihtelevat. (Opetushallitus, 2024, s. 1–59.)

Lähihoitajan perustutkinnossa on seitsemän eri osaamisalaa, joilla on omat ammattitaitovaatimuksensa (Opetushallitus, 2024, s. 1). Kaikille osaamisaloille valinnaisina opintoina on tarjolla 15 osaamispisteen laajuinen tutkinnonosa "Ikääntyneiden akuuttitilanteissa toimiminen", joka tarjoaa hyvät perusvalmiudet äkillisiin tilanteisiin. Tämä tutkinnonosa koostuu kolmesta osasta: hoidon tarpeen arviointi ja suunnittelu, hoidon toteutus ja arviointi sekä jatkohoidon toteutus. (Opintopolku, n.d.)

Hoidon tarpeen arviointi ja suunnittelu antavat valmiudet arvioida ja suunnitella hoitoa systemaattisesti. Tutkinnonosan suoritettuaan opiskelija kykenee hyödyntämään ennakoivia hoito- ja palvelusuunnitelmia, tunnistamaan ja arvioimaan asiakkaan oireita, peruselintoimintoja ja vammapotilaan löydöksiä. Lisäksi opiskelija oppii käyttämään erilaisia sensitiivisiä ja fysiologisia mittareita, tulkitsemaan tuloksia ja tunnistamaan voinnin muutoksia kokonaisvaltaisesti, huomioiden ikääntymisen ja sairauksien vaikutukset. (Opintopolku, n.d.)

Hoitotyön toteutus ja arviointi kattavat ikääntyneiden lääkehoidon toteuttamisen ja seuraamisen, peruselintoimintojen turvaamisen, voinnin seurannan sekä oireiden mukaiset hoitotoimet. Tutkinnonosa sisältää myös hoitotoimien dokumentoinnin ja tiedottamisen asianmukaisesti, väkivallan uhan ennakkoinnin sekä toimimisen ensiaputilanteissa osana työryhmää ja lisäavun hälyttämisen tarvittaessa. Jatkohoidon toteutuksen sisältö pyrkii painottamaan hoidon jatkuvuutta. Toteutus sisältää oikeanlaisen jatkohoito-ohjeistuksen, ikääntyneen jatkohoidon suunnittelun ja toteutuksen omalla vastualueella. (Opintopolku, n.d.)

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto antaa monipuoliset perusvalmiudet toimia ammattialan eri tehtävissä riippumatta osaamisalasuuntautumisesta. Tutkinto antaa valmiudet työskennellä alan säädöksiä, toimintaohjeita, arvoperustaa ja ammattietiikkaa noudattaen. Osaamiseen sisältyvät asiakkaan ja potilaan kohtaaminen sekä terveyden, hyvinvoinnin, osallisuuden ja toimintakyvyn edistäminen. Lisäksi sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittanut osaa toimia ergonomisesti, asiakas- ja potilasturvallisuutta noudattaen sekä infektioturvallisuuden huomioiden. Työskentely perustuu näyttöön perustuvaan tietoon. Lähihoitajan ammattiosaamiseen kuuluvat palveluiden arviointi ja suunnittelu, mielenterveys- ja päihdehaasteiden tunnistaminen, hyvinvointiteknologian hyödyntäminen ja amatillisessa vuorovaikutuksessa toimiminen monikulttuurisissa ja moniammatillisissa ympäristöissä. (Opetushallitus, 2024, s.1.)

Useat eri tekijät tulevat muokkaamaan hoitotyön ammattilaisten työtä tulevaisuudessa. Tähän lukeutuvat muun muassa Suomen ja maailman talous, taloudellinen kasvu, tekniikan kehitys, väestön ikääntyminen, monikulttuurisuus ja palvelurakenteiden muutos. Tulevaisuuden osaamistarpeiksi on tunnistettu asiantuntijaroolin omaksuminen, työn vaikuttavuuden arviointi, vuorovaikutusosaaminen, kokonaihoidon arviointi, asiakaslähtöisten ja yksilöllisten palvelujen tarjoaminen, yksilöiden omahoidon tukeminen, kliinisen osaamisen syventäminen, uusien teknologioiden ja digitaalisten hoitomenetelmien hyödyntäminen sekä yhteiskunnallisten muutosten ja terveyspalveluiden tarpeiden ennakointi. (Sirviö ja muut, 2016, s. 1–4.)

3.4.2 Osaamista kehittävät koulutusmenetelmät

Koulutus on yksi tärkeimmistä henkilöstön kehittämisen menetelmistä. Hyvin toteutettu koulutus voi parantaa työntekijöiden työtyytyväisyyttä, tavoiteltuja tuloksia ja taloudellista tehokkuutta. (Heydari ja muut, 2019, s. 1.) Käytännön harjoittelu nähdään erittäin tärkeäksi kliinisen hoitotyön parantamiseksi. Käytännön harjoittelua ja reflektiota käytetään menetelmänä yhdistämään tietoa ja koke-

muksia hoitotyön ammatillisessa kehittämisessä. Nämä menetelmät yhdessä edistävät hoitotyöntekijöiden kriittisyysajattelua sekä harkintaa ja parantavat potilaiden hoitoa. (Blanchet Grateau, 2016, s. 125.) Price ja Reichertin (2017, s. 10) tutkimustuloksissa sairaanhoitajat korostavat koulutuksen merkitystä ja pitävät erityisen tärkeänä jatkuvaa ammatillista kehittymistä, johon kuuluvat sekä virallinen että epävirallinen koulutus, kuten osa-aikaiset kurssit, tapahtumat, konferenssit, webinaarit ja seminaarit. Tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille, että säännölliset koulutukset edistävät laadukkaan potilashoidon tarjoamista nykyisten näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaisesti.

Teknologinen kehittyminen on lisännyt sen käyttömahdollisuuksia myös koulutuksessa ja osaamisen lisäämisessä. Muun muassa robotiikka ja simulaatio-opetus on lisännyt mahdollisuuksia kehittää oppimista ja osaamista. Simulaatio-opetuksen hyväksi puoleksi on nähty mahdollisuus harjoitella aidon kaltaisia tilanteita erilaisia rooleja vaihtaen ja yhteistyötä kehittäen. Robotiikan ajatellaan tuovan sosiaali- ja terveysalalle tarvittavaa apua riittävän tarkan rajauksen myötä (Hänninen, 2021). Teknologinen edistyminen ja robotiikka näkyvät myös sosiaali- ja terveysalan opetuksessa ja koulutuksissa esimerkiksi VR-lasien käytön lisääntymisellä, joilla voidaan luoda realistisia kokemuksia käyttäjille (Gaba, 2007). Erilaiset pelityyppiset ratkaisut ja niiden tutkiminen osaamisen lisäämisessä ovat lisääntyneet. (Havola ja muut, 2020).

Simulaatio opetus lisääntyy koko ajan (Medley & Horne, 2005; Sinclair & Ferguson 2009). Simulaatio-opetusta on muun muassa simulaatiokeskuksessa toteutettavat tehtävät, monitoroidulla simulaationukella toteutettavat harjoitukset sekä myös erilaisilla malleilla harjoiteltavat tehtävät ja virtuaalipelit. Simulaatio-opetus on todettu olevan tehokas mutta kaikki tutkimukset eivät ole positiivisia. Simulaatio-opetuksen onnistuminen on sidoksissa opetettavaan aiheeseen ja sisältöön. Suurin merkitys on jälkipuinnilla eli debriefingillä, jonka aikana ja avustuksella tapahtuu suurin oppiminen. Debriefingissä käytettävällä mallilla ei sinänsä ole väliä vaan

tärkeintä on sen sisältö ja rakenne. (Karjalainen, n.d.) Kaplan ja Ura (2010) tehdyssä tutkimuksessa kuitenkin nousi esille, että osa kokee simulaatio-opetuksen epämiellyttäväksi opetusmenetelmäksi. Simulaatioon osallistuneet saattavat tuntea olonsa epämukavaksi, lisäksi arvioitavana oleminen saattaa aiheuttaa negatiivisia tunteita eikä simulaation aina mielletty lisäävän varmuutta tilanteessa toimimiseen.

Terveydenhuollossa debriefing on suositeltavaa varsinkin akuuttien kriisien jälkipuintiin, jossa ryhmäistuntona käydään läpi tapahtumia ja sen herättämiä ajatuksia (Työterveyslaitos, 2022). Abatzis ja Littlewood (2015) kirjoittavat, että debriefing on ratkaiseva tekijä simulaatiokoulutuksen tehokkaaseen soveltamiseen. Abatzis ja Littlewood (2015) kirjoittavat myös, että debriefing tarjoaa mahdollisuuksia myös sosiaali- ja terveysalan koulutuksen ja laadun parantamiseen sekä siihen osallistuneiden sisäiseen kasvuun ja aitoon pohdintaan. Kun nämä edellä mainitut muuttajat otetaan mukaan päivittäiseen kliniseen hoitotyöhön, voidaan simuloinnilla parantaa muun muassa potilasturvallisuutta.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS JA AINEISTO

Kettunen (2009, s. 15) on kirjoittanut, että projektityön tarkoitus on saavuttaa määritelty tavoite. Mäntyneva (2016, s. 9–30) toteaa, että projekti koostuu neljästä eri vaiheesta, joita ovat valmistelu, suunnittelu, toteutus ja päätös. Projektin valmisteluun kuuluu muun muassa projektin tausta eli tarpeesta lähtenyt kehitysjärjestelmä. Valmistelu on tarpeen, jotta mahdolliselle projektille saadaan ostaja tai tarvittavat resurssit. Kun projekti on saanut aloituspäätöksen, alkaa sen yksityiskohtainen suunnittelu. Suunnitteluvaiheessa määritellään laajuus ja projektin tavoitteet, sekä pohditaan vaihtoehtoisia tapoja projektin toteutukselle, jotta asetettujen tavoitteiden saavuttaminen on realistista. Myös aikataulun teko, resurssien sekä kustannusten arviointi kuuluu suunnitelmaan ja ne kirjataan riittävän tarkasti. Projektiin liittyvät mahdolliset riskit ja ongelmat pohditaan ja havainnoidaan suunnittelun aikana ja niiden esiintymisen varalle tehdään erillinen toimintasuunnitelma. Mäntyneva (2016, s. 9–30) toteaa, että projekti käsitteenä voidaan määritellä eri tavalla ja projekti sanaa käytetään melko väljästi. Projekti on ainutkertainen kokonaisuus, jollaista täysin vastaavaa ei ole aiemmin toteutettu. Lisäksi projektille ominaista on ajallinen, kustannuksellinen ja laajuudellinen raja. Projektille tunnusomaisia piiriteitä ovat selkeä tavoite, väliaikaisuus, rajalliset resurssit, lopputuloksen saavuttamisen riski ja projektipäällikkö, joka koordinoi kaikkea projektiin liittyvää. Projektien määrä organisaatioissa lisääntyy, koska projektit ovat tulossuuntautuneita ja niillä voidaan vaikuttaa toiminnan ohjattavuuteen ja mitattavuuteen.

Kun projektisuunnitelma on tehty, lähdetään toteuttamaan siinä määritetty projekti. Projektisuunnitelmaan voidaan myös tehdä tarvittavia muutoksia, mikäli näitä ilmenee. Koko projektin etenemisen ajan seurataan mahdollisten resurssien käyttöä ja itse projektin etenemistä. Toteuttamisen aikaan on tärkeää tarkastella kokonaisuutta ja tunnistaa mahdolliset ongelmat, jotka saattavat haitata projektin etenemistä tai sen valmistumista. Projekti päätetään, kun projektin tuotos on saatu valmiiksi ja loppuraportti on kirjoitettu. Projektin loppuraportissa kuvataan

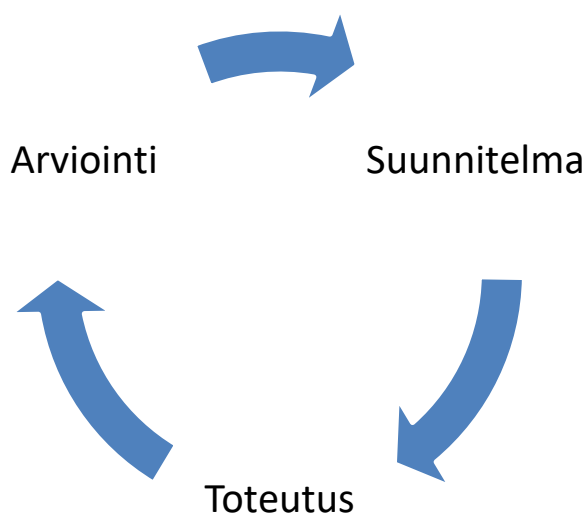
projektin tuotokset ja arvioidaan projektin onnistumista, sekä kirjataan mahdolliset poikkeamat alun projektisuunnitelmasta ja varmistetaan asetettujen tavoitteiden saavutus. Projektin huolella tehty päätös on tärkeää, jotta se ei aiheuttaisi jatkossa turhia resurssien käyttöä. (Mäntyneva, 2016, s. 9–30.)

Tämän kehittämisprojektin vahvuuksina oli alusta lähtien tekijöiden välinen hyvä ja avoin yhteistyö sekä eteenpäin suuntaava ajattelumalli. Myös kiinnostus aiheeseen ja intohimo sosiaali- ja terveysalan kehittämiseen kannatteli läpi projektin. Heikkouksia olivat mahdolliset aikataululliset haasteet yhdessä muiden elämän osa-alueiden kanssa ja molempien tekijöiden itsekriittisyys, joka myös toimi projektin uhkana. Muita mahdollisia uhkia oli prosessin venymisen aiheuttamat turhautumisen tunteet sekä kiinnostuksen ja motivaation hälventyminen. Mahdollisuuksia kehittämisprojekti tarjosi useita, kuten tieteellisestä kirjoittamisesta oppiminen ja siinä kehittymisen sekä suurempien kokonaisuuksien tarkastelu ja havainnointi.

4.1 Kehittämisprojektin malli

Kehittämisprojektin mallina toimii ketterä eli niin sanottu Agile-malli, jonka perustana toimii ajatus, että projektia ei pyritä suunnittelemaan kokonaan ennakkoon vaan varaudutaan matkan varrella tuleviin muutoksiin. Agile-mallissa työssä ei edetä lineaarisesti yhdestä vaiheesta seuraavaan vaan koko prosessi ikään kuin kiertää kehää suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin välillä. Ketterissä projekteissa suuressa merkityksessä on jatkuva ja tiivis yhteistyö eri toimijoiden ja sidosryhmien kanssa, joka mahdollistaa projektin kannalta oikeiden päätösten tekemisen. Agile-malli toimii erinomaisesti pienemmissä sekä luovuutta vaativissa projekteissa, joissa muutokset ovat mahdollisia projektin aikana. Agile-mallissa työskentelevä tiimi myös viisastuu projektin edetessä. Agile-mallin huonoja puolia ovat sen muuttuvaiset osatekijät, jolloin aikataulusta ja budjetista ei ole mahdollista antaa tarkkaa tietoa ennalta. (Pulkkanen, 2022.)

Tässä kehittämisprojektissa työ suunniteltiin pääpiirteittäin ja sitä ei pyritty suunnittelemaan kokonaan ennakkoon. Läpi koko kehittämisprojektin varauduttiin mahdollisiin muutoksiin, kuten kehittämisprojektin venymiseen ja aiheen mahdolliseen rajaamiseen. Työ ei edennyt lineaarisesti vaan se oli prosessi, jossa työtä tarkasteltiin suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin välillä.



Kuva 4. Agile malli.

4.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Kehittämisprojektin tiedonkeruu toteutettiin tarkoituksenmukaisena otantana ja anonymisti kyselytyökalua käyttäen Matinkylä-Olarin alueen kotihoidon henkilöstölle. Yksikköön toimitettiin saatekirje tiedoksi tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta (LIITE4). Kyselyillä kartoitettiin kotihoidon työntekijöiden subjektiivista kokemusta omasta osaamisesta sekä minkälaista osaamista ja välineitä he kokevat tarvitsevansa toimiakseen paremmin äkillisissä tilanteissa.

Kyselytutkimukseen vastaaminen tapahtui anonyymisti, eikä yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Kyselyssä ei kerätty sellaista tietoa, jonka perusteella vastaukset pystyisivät kohdentamaan tiettyyn työntekijään. Kyselyyn vastaaminen tapahtui työntekijän työajalla ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen vei ajallisesti noin viisi-kymmenen minuuttia. Kysely pidettiin lyhyenä, koska hoitotyön ohessa ei ole aikaa vastata pitkiin kyselyihin. Kysely sisälsi sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Oletuksena oli, että avoimista kysymyksistä saadaan eniten tutkimuksellista kehittämistyötä hyödyntäviä tietoja.

Kysely määritellään menettelytavaksi, jossa ominaista on se, että tiedonantajat täyttävät omatoimisesti heille esitetyn kyselylomakkeen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen voi tapahtua työpaikoilla, kotona tai valvotussa ryhmätilanteessa. Kyselylomakkeen haasteena on, että vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi. Sen vuoksi suositaan ennemmin lomakehaastattelua, teemahaastattelua ja syvähaastattelua. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 73–74.) Laadullinen tutkimus voi sisältää kvantitatiivisia piirteitä. Laadullinen aineisto voidaan muuttaa muun muassa taulukkomuotoon joidenkin usein toistuvien havaintoyksiköiden osalta. Tällöin käytetään aineiston selittämisessä kvantitatiivisen analyysin tuloksia, vaikka merkitystulkintojen tekemiseen on laadullisen tutkimuksen ydinasia. (Alasuutari, 2014, s. 50–53.)

Kyselytutkimus toteutettiin koulun lisensoimaa verkkokyselytyökalua käyttäen, koska näin oletettiin saatavan parhaat ja aidoimmat vastaukset. Fyysisten haastatteluiden haasteeksi olisivat tulleet aikataululliset resurssit, koska haastattelut tulisi tehdä käytännön hoitotyön ohessa, eikä hoitajien päivissä ole ylimääräistä aikaa. Haastattelut myös saattaisivat aiheuttaa vastaajissa vastausten kaunistelua ja sen sanomista mitä oletetaan haluttavan kuulla oman rehellisen mielipiteen sijaan, haastattelijan ollessa jo ennestään henkilökunnalle tuttu.

Saatus aineistoa hyödynnettiin koulutussuunnitelman tekemisessä, jotta koulutussuunnitelmaan saatiin sisällytettyä kaikki tarpeellinen koulutus, mitä hoitajat kokevat saatujen vastausten perusteella tarvitsevansa toimiakseen tehokkaammin kotihoidon äkillisissä tilanteissa.

4.3 Aineiston analyysi

Analyysillä tarkoitetaan tutkimuksen yhteydessä arkisia asioita, kuten aineiston lukemista huolellisesti, tekstimateriaalin järjestelyä, sisällön ja rakenteiden erittelyä sekä jäsentämistä ja pohtimista. Analyysissä keskitytään siihen, mistä asioista, aiheista ja teemoista aineisto kertoo. (Vuori, 2023.) Tarkoituksena on selkeyttää aineiston sisältöjä tai rakennetta ja tarkastella tutkimusongelmien näkökulmasta keskeisten seikkojen esiintymistä ja ilmentymistä. Analyysin avulla tutkija lisää aineiston informaatioarvoa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Laadullista tutkimusta tehdessä korostuu käytännöstä nousseen aineiston merkitys ja tutkimuksessa tulisi antaa painoarvoa käytännöstä nouseville erityispiirteille. Laadullisessa tutkimuksessa ei testata ennalta hahmotettua teoriaa, vaan tutkittavan ilmiön abstrahointi tapahtuu vähitellen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään asiaa tutkittavien näkökulmasta ja tavoittaa heidän ajattelutapansa. (Aaltola ja muut, 2018.)

Analyysi toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä, joka on yleisin laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä. Sisällönanalyysin toteutustapoja ovat aineistolähtöinen eli induktiivinen ja teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällön analyysi. (Elo ja muut, 2022, s. 215.) Aineistolähtöinen laadullinen analyysi kuvataan kolmen vaiheen kautta, joita ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja aineiston abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, luku 4.) Aineiston analyysissä pelkistettiin alkuperäisilmaisut, jonka jälkeen aineistolta kysyttiin tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä, jotta saatiin esille tutkimuksen kannalta kiinnostavat ja tutkimuskysymyksiin vastaavat asiat. Pelkistuksen eli redusoinnin jälkeen nämä ilmai-

sut ryhmiteltiin eli klusteroitiin yhtäläisyyden perusteella alaluokkiin. Samaa tarkoittavat ilmaisut taas yhdistettiin samaan ylä- ja pääluokkaan. Ala-, ylä- ja pääluokkien avulla vastattiin tutkimusongelmiin. Lopulta aineisto abstrahoitui eli siitä luotiin teoreettiset käsitteet. Näiden kategorioiden muodostaminen on analyysin kriittisin vaihe, koska tutkija päättää oman tulkintansa mukaan ilmaisujen kuulumisen tiettyyn kategoriaan. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 101–111.)

Analyysi aloitettiin lukemalla saatu aineisto läpi, jonka jälkeen poimittiin kyselytutkimuksesta alkuperäisiä ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Ne alkuperäisilmaisut, joilla ei ollut analyysin kannalta hyödyllistä sisältöä, poistettiin. Analyysissä keskityttiin selkeästi ilmaistuihin äkillisten tilanteiden hallintaa edistäviiin ja heikentäviin tekijöihin, tarvittavaan välineistöön ja hoitajien kokemaan tarvittavaa osaamiseen. Piilossa olevia viestejä ei huomioitu tässä analyysissä. Analyysiyksikkönä tässä tutkimuksessa toimi lause tai lausuma, joka kuvaa edellä mainittuja asioita. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin ja niille luotiin ala- ja yläluokat, jonka jälkeen ne yhdistettiin edelleen pääluokkaan (LIITE5). Koko tämän ajan pidettiin mielessä luokittelun olevan analyysin kriittisin osa-alue ja luokittelua pohdittiin syvällisesti. Aineisto alkoi melko nopeasti toistamaan itseään eli se saturoitui. Aineiston analyysin vaiheet ovat kuvattuna seuraavassa esimerkkitaulukossa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Esimerkki aineiston analyysistä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>”Olen saanut koulutusta asian suhteen, mutta tilanteet tulevat kuitenkin suhteellisen harvoin ja yllättäen, joten lisäkoulutus olisi aina tarpeen. Toimintakäytännöt myös muuttuvat koko ajan ja on usein työntekijän vastuulla pysyä niistä ajan tasalla.”</p>	<p>Äkilliset tilanteet tulevat harvoin ja lisäkoulutusta tarvitaan. Työntekijän vastuulle jää usein selvittää ajantasaiset käytäntötavat.</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimimista heikentävät tekijät</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimiminen</p>	<p>Äkillisten tilanteiden osaaaminen</p>
<p>”Asiakkaan aiempi tuntemus edistää. Tieto ja käytännön harjoittelu/kokemus edistää. Ennakointi edistää.”</p>	<p>Asiakkaan tunteminen, tietotaito ja ennakointi edistävät äkillisissä tilanteissa toimimista.</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimimista edistävät tekijät</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimiminen</p>	<p>Äkillisten tilanteiden osaaaminen</p>

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tämä kappale sisältää tutkimusjoukon kuvauksen sekä tutkimustulokset. Tuloksia käsitellään ja esitellään tutkimuskysymyksittäin. Tutkimuskysymyksiä olivat millaisia äkillisiä tilanteita kotihoidon hoitajat ovat kohdanneet työssä, minkälaiset tekijät edistävät tai heikentävät hoitajien kykyä hallita kotihoidon äkillisiä tilanteita ja minkälaista osaamista ja välineistöä hoitajat kokevat tarvitsevansa toimiakseen paremmin äkillisissä tilanteissa. Tutkimustulosten havainnollistamiseksi tekstissä on myös kyselyaineistosta poimittuja vastaajien suoria lainauksia.

5.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Kyselyyn saatiin vastauksia 16 kappaletta, joista 15 hoitohenkilökunnalta. Potentiaalisia vastaajia yksikössä kyselyn toteutuksen aikaan oli yhteensä 54, joten vastausprosentti jäi alhaiseksi. Kyselyyn vastaajista 50 % oli työskennellyt terveydenhuollon alalla yli 10 vuotta ja 37,5 % vastaajista omasi työkokemusta 5–10 vuoden verran. Lisäkoulutuksia selvitettiin, jotta saatiin selville henkilöstön osaamisen taso. Suurin osa vastaajista oli suorittanut lisäkoulutuksia, joista yleisimpiä olivat ergonomia-, haavanhoito- ja näyttöönottokoulutus. Myös ensiapukurssin moni vastaaja oli suorittanut viiden vuoden sisään, mutta osalla tästä oli ehtinyt vierähtää enemmän aikaa.

5.2 Hoitajien kokemat äkilliset tilanteet

Kehittämiprojektin alussa oli tiedossa, että kotihoidossa esiintyy erilaisia äkillisiä tilanteita, joissa toimimisen osaamista on pyritty lisäämään äkillisten tilanteiden verkkokurssin myötä sekä nimittämällä yksiköihin äkillisten tilanteiden muutosagentteja. Kuitenkaan ei ollut tarkalleen tiedossa, minkälaisia ja mitä nämä hoitajien kokemat äkilliset tilanteet ovat.

Saatujen vastausten perusteella kotihoidon hoitajat ovat kohdanneet työssään eniten määrittämätöntä yleistilan laskua, joka on iäkkäiden kohdalla yleisin päivystykseen lähettämisen syy. Kuitenkaan määrittämätön yleistilan lasku ei sinänsä ole

äkillinen tilanne. Vastausten perusteella äkillisistä tilanteista hoitajat ovat eniten kohdanneet erilaisia sairauskohtauksia kuten epileptikohtauksia, sydäninfarkteja, aivotapahtumia sekä hypo- ja hyperglykemioita. Myös väkivaltaa ja sen uhkaa, asiakkaan psyykkistä oireilua ja sekavuutta, asiakkaiden kaatumisia, eriasteisia traumoja sekä muutoksia vitaalielintoiminnoissa ja elottomuutta hoitajat raportoivat kohdanneensa työssään.

5.3 Äkillisten tilanteiden hallintaa edistävät ja heikentävät tekijät

Kyselyssä selvitettiin minkälaiset tekijät edistävät tai heikentävät hoitajien kykyä hallita äkillisiä tilanteita. Edistäviksi tekijöiksi kyselyn perusteella nousivat hoitajan oma rauhallisuus, riittävä tieto ja taito, käydyt koulutukset, asiakkaan tunteminen ja mahdollinen ennakointi. Asiakkaan tuntemisen koettiin mahdollistavan aikaisien merkkien tunnistamisen ja myös tavallisuudesta poikkeavien asioiden havainnoinnin. Edistäviksi tekijöiksi vastausten perusteella nousivat myös toimivat ja asianmukaiset työvälineet, hoitajan oma kokemus ja osaaminen äkillisistä tilanteista ja päätöksenteosta, kollegoiden ammatillinen tuki sekä tilanteiden purkaminen yhdessä (debriefing). Yllättäen vastauksissa oli nostettu esiin myös hoitajan oma hyvinvointi ja sen vaikutus äkillisten tilanteiden hallintaan.

”Rauhallisuus on vahvuuteni, mutta en tiedä kuinka hyvin osaan toimia, jos tulee vakavampia tilanteita eteen.” (vastaaja 8)

”Tällaisia tilanteita suhteellisen harvoin, niin ei osaa rutiinimaisesti toimia. Tuttujen asiakkaiden kanssa helpompaa, mutta jos kyseessä ennestään minulle tuntematon asiakas, kysyn neuvoa muilta asiantuntijoilta. Eli asiakkaan tunteminen auttaa paljon.” (vastaaja 13)

”Työntekijöiden jatkuva koulutus sekä asioista keskusteleminen työyhteisössä. Äkillisten tilanteiden jälkeen tapahtuma olisi hyvä käydä läpi esim. esihenkilön kanssa. Voitaisiin pohtia, mitä tehtiin ja mitä olisi mahdollisesti voitu tehdä eri tavalla.” (vastaaja 3)

Useissa vastauksissa painotettiin asiakkaan tuntemista ja ennalta saadun tiedon tärkeyttä äkillisessä tilanteessa toimimiseen. Lisäksi oma osaaminen sekä koulutus- ja työtausta nousivat vastauksissa esille edistävänä tekijänä ja pidemmästä työkokemuksesta koettiin olevan hyötyä päätösten tekemisessä. Vaikka kotihoitossa työtä tehdään pääosin yksin, myös kollegoiden tuki koettiin tärkeäksi. Riskien kartoittaminen ja turvallisuusnäkökulmien huomioiminen, ajantasaiset lääkelistat ja kirjaukset sekä asiakkaan voinnin viimeaikaisista muutoksista tiedottaminen nousivat esille äkillisten tilanteiden hallintaa edistävänä tekijänä. Vastausten perusteella edistävät tekijät painottuvat positiivisiin tekijöihin kuten hoitajan osaamiseen, asiakkaan tuntemiseen ja toimivaan välineistöön sekä kollegiaaliseen tukeen ja työhyvinvointiin.

Kyselyssä selvitettiin lisäksi äkillisten tilanteiden hallintaa heikentäviä tekijöitä. Vastauksissa nousi monesti esille kiireen ja paineen tunne tekemättömistä töistä sekä sen luoma negatiivinen vaikutus äkillisten tilanteiden hallintaan. Lisäksi hoitajan oma epävarmuus sekä osaamisen ja kokemuksen puute ja puutteellinen koulutus nousivat vastauksissa esille. Myös se, ettei asiakasta tunnettu, tarpeellisten taustatietojen puute sekä asianmukaisten välineiden puute nousivat vahvasti esille vastauksissa äkillisten tilanteiden hallintaa heikentävinä tekijöinä. Heikentävissä tekijöissä nousi yllättäen esille hoitajan oma huonovointisuus sekä kuormittuneisuus, jolloin äkillisten tilanteiden hallinta koettiin hankalaksi. Vastauksista myös hoitajan hätäannus ja paniikki tilanteen yllättäessä nousi heikentäviksi tekijöiksi.

”Kiire heikentää tilanteen hallintaa, paine tekemättömistä töistä, kun jos-sain venyy pitkään.” (vastaaja 2)

”Kokemus ja kokemuksen puute. Oma hyvinvointi ja oma huonovointisuus. Jos hoitaja on itse liian kuormittunut hän ei välttämättä jaksa alkaa selvittää asiakkaan ongelmaa.” (vastaaja 7)

”Oma hätäntyminen heikentää, osaamisen puute heikentää. Asiakkaan tuntemattomuus heikentää. Välineiden puuttuminen heikentää.” (vastaaja 5)

Vastauksista tuli esille huolestuttavasti myös hoitajien viitsimättömyys tilannearvion tekemiseen ja äkillisen tilanteen hoitamiseen. Vastaajien mukaan osalle on helpompaa ja luontevampaa soittaa yksikön sairaanhoitajalle, jollekin kollegalle tai hätäkeskukseen äkillisen tilanteen kohdatessaan, kuin tutkia ja selvittää tilannetta itse sekä tehdä asianmukaista tilannearviota.

”Heikentäviä: osaamattomuus, viitsimättömyys (helpompaa soittaa sairaanhoitajalle/päikkäriin/häke kuin itse tutkia ja selvittää tilannetta sekä tehdä arviota), asenneongelma (ei ole minun hommani tehdä tätä).” (vastaaja 12)

Hoitajat toivat vastauksissaan esille myös toimintakäytäntöjen runsaan muuttumisen ja että usein jää työntekijän vastuulle selvittää ajantasaiset toimintatavat, mikä koettiin äkillisten tilanteiden hallintaa heikentävänä tekijänä. Äkillisten tilanteiden hallintaa heikentävät siis useat erilaiset tekijät, jotka painottuvat negatiivisävytteisiin tekijöihin kuten kiireeseen, osaamattomuuteen ja epävarmuuteen, asiakkaan tuntemattomuuteen ja toimimattomiin välineisiin.

5.4 Tarvittava välineistö

Hoitajien mielipidettä kysyttiin sitä, minkälaisia välineitä he kokevat tarvitsevansa toimiakseen äkillisissä tilanteissa. Vastauksista selvisi, että osalla hoitajista varustus kattaa verensokeri- ja verenpainemittarit sekä kainalokuumemittarit. Toisaalta taas osalla vastaajista ei ole edes näitä mittareita käytössään. Tilannearvion tekemisen mittareita kuten cABCDE ja NEWS, ei vastausten perusteella käytetä. Hoitajilla ei myöskään vastausten mukaan ole mahdollisuutta happisaturaatiomittarin käyttöön, koska sellaista ei ole varustuksessa. Vastauksissa korostui, että hoitajat toivoisivat saavansa käyttöönsä paremmat kuumemittarit ja happisaturaatiomittarit. Myös sormesta otettavan EKG-laitteen tarve tuli esille kyselyn vastauksissa.

Äkillisten tilanteiden hallintaa heikentää vastausten perusteella muun muassa välineiden toimimattomuus. Toimivilla välineillä voitaisiin parantaa hoitajien mahdollisuuksia viraalimittausten luotettavaan saantiin sekä välillisesti tilannearvion tekoon äkillisen tilanteen sattuessa.

5.5 Osaaminen äkillisissä tilanteissa

Tutkimuskyselyssä selvitettiin Matinkylä-Olarin kotihoidon hoitohenkilökunnan kokemuksia omasta osaamisestaan äkillisissä tilanteissa sekä heidän näkemyksiään siitä, minkälaista osaamista näiden tilanteiden hoitamisessa tarvitaan. Osaamisalueiksi muodostuivat tutkimustulosten mukaan kommunikaatiotaidot, rauhallisuus ja asiakkaiden tunteminen. Puutteellisiksi osaamisalueiksi muodostuivat sensitiivisten ja fysiologisten mittareiden käytön osaaminen, tilannearvion tekeminen ja systemaattisuus sekä päätöksenteko.

Puolet kyselyyn vastanneista kokivat, että heidän osaamisensa äkillisissä tilanteissa on kohtalaisella tai hyvällä tasolla. Puolet vastaajista (8 vastaajaa) kokivat osaamisensa puutteelliseksi tai tarvitsevansa lisäkoulutusta äkillisissä tilanteissa toimimiseen ja osaamisen ylläpitämiseen.

”Harjoittelua / koulutusta jotta oikeassa tilanteessa ei mene lukkoon. En koe, että osaamiseni olisi kiitettävällä tasolla haastavassa äkillisessä tilanteessa.” (vastaaja 10)

”Kohtuuhyvä osaaminen, mutta välillä vaikea arvioida kuinka akuutti tilanne kyseessä ja koska ei olisi tarvinnut ambulanssia. Kotikäynneillä on tärkeää tietää asiakkaiden taustatiedot, perussairaudet, lääkitykset sekä ”normaalitila”, eli millainen asiakas on normaalisti. Tärkeää olla myös ainakin karkea kuva erityyppisistä mahdollisista akuuttitilanteista ja niiden ensiaputoimista, esim. aivotapahtumat, sydäntapahtumat, murtumat, päihteet yms. Saattaa tarvita missä vaan.” (vastaaja 11)

”Koulutus - käydään läpi millaisia tilanteita voi olla ja miten niissä voisi toimia. Mitä varusteita voisi olla hoitajan mukana repussa? Asiakkaan tunteminen lisää turvallisuutta.” (vastaaja 8)

Tutkimustulosten perusteella ensisijaiseksi toimeksi äkillisissä tilanteissa nousi asiantuntijan konsultaatio tai hätäkeskukseen soittaminen, joilla hoitohenkilökunta hakee päätöksentekoon tukea kollegoilta tai lääkäriltä. Asiantuntijaksi oli vastauksissa määritelty kollega, sairaanhoitaja, hätäkeskus tai lääkäri.

”Minusta riittää, että soittaa sh:lle tai hätänumeroon ja kertoo mitä poikkeavaa asiakkaan voinnissa on. Esimerkiksi asiakas ei pärjää yksin kotona. Asiakkaalla on hengenahdistus, tai asiakas kaatui eikä pärjää kotona.”
(vastaaja 15)

”Ihan hyväksi ja kunhan tunnistaa ja soittaa työkaverille kysyäksseen neuvoa (välittää asiakkaasta) niin se riittää.” (vastaaja 7)

”Osaan soittaa ja kysyä apua jos en muuten pärjää, se tärkein osaaminen kaikessa. Kysy pyytää apua. Lisäksi tarvitaan kykyä hoitaa montaa asiaa yhtäaikaan, esim.puhelin asiakas, oven avaus jne. Lisäksi tarvitaan kyky olla rauhallinen, jottei hermostuta asiakasta.” (vastaaja 2)

Koulutussuunnitelman laatimiseksi koettiin tärkeäksi selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä siitä, minkälaista osaamista äkillisten tilanteiden hallitsemiseen vaaditaan. Hyvä raportointi ja asiakkaan taustatietojen tunteminen nähtiin edistäviksi tekijäksi tilanteen arvioinnissa ja oikeiden päätösten tekemisessä. Lisäksi rauhallisuus, systemaattinen tilannearvio, vitaalielintoimintojen mittaaminen ja niiden ymmärtäminen nähtiin edistäviksi tekijöiksi. Lisäksi riskien ja turvallisuuskäsitteiden huomioiminen nähtiin tärkeiksi tekijöiksi. Oikeanlaisten työvälineiden sekä sensitiivisten ja fysiologisten mittareiden käytön nähtiin edistävän hoitajan toimintaa äkillisissä tilanteissa. Tutkimuskyselyssä kuitenkin ilmeni, että tutkimusorganisaatiosta oli puutteita välineistössä ja hoitohenkilökunnan osaamisessa sekä motivaatiossa erilaisten mittareiden käyttöön.

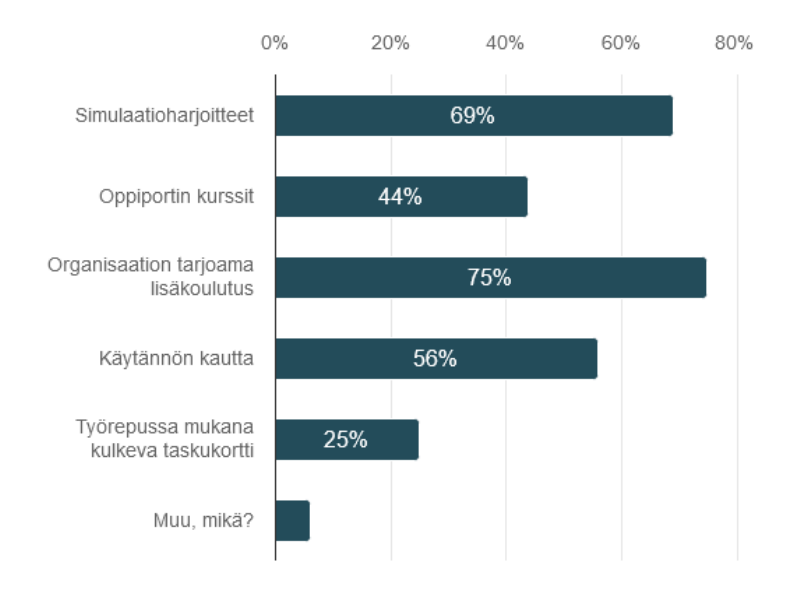
”Koen osaamiseni suht hyväksi, mutta kotihoidossa usein välineet puuttuvat. Tarvitaan taitoja, jossa osaat erilaisten mittausten sekä potilaan kuuntelun ja havaintojen perusteella miettiä, mistä tila johtuu. Äkillisten tilanteiden kurssit, abcde-protokollan osaaminen. Äkillisten tilanteiden koulutus tulisi olla jatkuvaa ja toistuvaa, ettei taidot pääse ruostumaan.”
(vastaaja 6)

”Oma hätäntyminen heikentää, osaamisen puute heikentää. Asiakkaan tuntemattomuus heikentää. Välineiden puuttuminen heikentää.” (vastaaja 5)

”Mittarien puuttuminen, huono kielitaito tai puutteellinen koulutus heikentää hallintaa.” (vastaaja 6)

”Jos pitää alkaa laskemaan ja mittaamaan sellaista mitä ei yleensä muuten laske ja mittaa. Asiakkaan tukena pitäisi olla ja ambulanssi laskekoon ja mitatkoon sitten. Ei lähihoitajalla ole happisaturaatiomittaria mukana.” (vastaaja 15)

Kyselyssä selvitettiin myös, miten hoitajat toivoisivat saavansa lisäkoulutusta äkillisissä tilanteissa toimimiseen. Kyselyn vastausten perusteella (Kuvio 2) suurin osa työntekijöistä haluaisi saada lisäkoulutusta organisaation pitämien koulutusten kautta (75 %) sekä simulaatioharjoitteiden kautta (69 %). Vähiten hoitajat kokevat saavansa apua työrepuissa mukana kulkevista taskukorteista (25 %) tai verkossa suoritettavista kursseista (44 %).



Kuva 5. Kyselyn vastaukset koskien lisäkoulutusta.

5.6 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksinä olivat: Millaisia äkillisiä tilanteita kotihoidon hoitajat ovat kohdanneet työssään, minkälaiset tekijät edistävät tai heikentävät hoitajien kykyä hallita kotihoidon äkillisiä tilanteita ja minkälaista osaamista ja välineistöä hoitajat kokevat tarvitsevansa toimiakseen paremmin äkillisissä tilanteissa. Tutkimus oli ajankohtainen, sillä käytännön hoitotyössä on havaittu, että äkillisten tilanteiden osaamisen verkkokurssit ja yksikkökohtaisten muutosagenttien nimeäminen ei yksinään riitä lisäämään hoitohenkilökunnan osaamista äkillisten tilanteiden hallitsemiseksi.

Potentiaalisia vastaajia yksikössä kyselyn toteutuksen aikaan oli yhteensä 54, joten vastausprosentti jäi alhaiseksi. Kyselyn vastausaikaa pidennettiin kuukaudella tutkimusluvan puitteissa, mutta siitä huolimatta vastaajia ei saatu aktivoitua tarpeeksi. Alhaisen vastausprosentin vuoksi tutkimustuloksiin tulee suhtautua harkinnanvaraisesti, mutta siitä huolimatta nykytilasta saatiin ajantasaista tietoa, joka tukee kehittämissuunnitelmassa käytettyä teoreettista viitekehystä ja tutkimustuloksia.

Tutkimus osoitti, että vastaajat tunnistivat erilaisia osaamisalueita äkillisten tilanteiden hallitsemiseksi, mutta näiden tulosten perusteella ilmeni myös merkittäviä haasteita hallita äkillisiä tilanteita. Osaamisalueiksi määriteltiin kommunikaatiotaidot, rauhallisuus ja asiakkaiden tunteminen, kun taas puutteellisiksi osaamisalueiksi havaittiin sensitiivisten ja fysiologisten mittareiden käytön osaaminen, tilanearvion tekeminen, systemaattisuus ja päätöksenteko. Surakka (2009, s. 88) kirjoittaa, että työyhteisön ja yksittäisten hoitajien osaamisesta laajempaa tietoa saadaan osaamiskartoituksen avulla. Sen avulla voidaan myös kohdentaa osaamisen kehittämisen painopisteitä suhteutettuna organisaation tavoitteisiin ja strategiaan. Kartoitus antaa mahdollisuuden vertailla yksiköiden välistä osaamista ja suunnitella koulutusta sekä työnjakoa. Osaamiskartoitus antaa myös mahdollisuuden tarkastella ja ennakoita mahdollisia tulevaisuuden haasteita ja osaamisen tarvetta. Tämä kehittämistutkimus toimii osana osaamisen kartoitusta.

Tutkimuskyselyssä ilmeni, että tutkimusorganisaatiosta oli puutteita välineistössä ja hoitohenkilökunnan osaamisessa sekä motivaatiossa erilaisten mittareiden käyttöön. Puutteellisiksi osaamisalueiksi muodostuivat sensitiivisten ja fysiologisten mittareiden käytön osaaminen, tilannearvion tekeminen, systemaattisuus ja päätöksenteko. Lisäksi vastauksista nousivat vahvasti esille äkillisten tilanteiden hallintaa heikentävinä tekijöinä hoitajan osaamisen ja kokemuksen puute, puutteellinen koulutus sekä asianmukaisten välineiden puute. Nyman ja muut (2021, s. 44–47) tuovat esille tutkimustuloksissaan, että kotihoidon työntekijöillä ei ole riittävästi osaamista arvioida asiakkaan tilaa sen muuttuessa. Lisäksi tilannearvion suorittamiseksi työntekijöillä ei ole riittävästi tutkimusvälineistöä arvioimaan asiakkaan tilaa eikä konsultaatiotukea. Hoitolinjausten tunteminen tukee hoitajan päätöksentekoa asiakkaan tilan muuttuessa. Äkillisissä tilanteissa toimiminen edellyttää hyvää perusosaamista sairauksista sekä kykyä ja välineitä arvioida asiakkaan tilaa. On todettu, että lähihoitajat tarvitseva osaamisensa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi akuuttihoitoon perehtyneitä sairaanhoitajia. Hoitohenkilökunnan toimintaa äkillisissä tilanteissa edistävät yhteistyö hoitavien lääkärin kanssa sekä ennakoivat hoitosuunnitelmat äkillisiin tilanteisiin varautumiseksi.

Hoitohenkilökunta koki äkillisissä tilanteissa osaamisen vaihtelevan. Puolet kyselyyn vastanneista koki, että heidän osaamisensa äkillisissä tilanteissa on kohtalaisella tai hyvällä tasolla. Puolet vastaajista koki osaamisensa puutteelliseksi tai tarvitsevana lisäkoulutusta äkillisissä tilanteissa toimimiseen ja osaamisen ylläpitämiseen. Siitä huolimatta lisäkoulutuksen tarve on ilmeinen johtuen siitä, että tilanteet esiintyvät harvoin ja yllättäen. Kyselytutkimuksen tulokset ovat linjassa Soonin ja Sunin (2020, s. 1) tutkimuksen kanssa, joka korosti, että kotihoidon henkilökunnalla on eroja selviytymiskyvyssä toimia akuuteissa ja hätätilanteissa. Peräti 44,2 % tutkimukseen vastanneista kotihoidon työntekijöistä totesi oman osaamisensa olevan alhainen äkillisissä ja hätätilanteissa. Jonesin ja muiden (2018, s. 525–526) tutkimuksessa kotihoito nähdään vielä osittain tehtäväkeskeiseksi. Kotihoidon työntekijöillä on rajallinen aika toimia asiakaskäynnillä. Tämän nähdään li-

säävän päivystyskäyntejä, sillä hoitohenkilökunnan kohtaamat terveydelliset ongelmat ja rajallinen aika voivat edistää sitä, että hoitohenkilökunta ohjaa potilaan herkästi päivystyspoliklinikoille.

Hoitohenkilökunta koki äkillisissä tilanteissa osaamisen vaihtelevan, mutta siitä huolimatta lisäkoulutuksen tarve on ilmeinen johtuen siitä, että tilanteet esiintyvät harvoin ja yllättäen. Kommunikaatiotaitojen merkitys nousi esiin, mutta organisaatiossa on huomattavia puutteita välineistön ja mittareiden käytössä sekä henkilökunnan motivaatiossa niiden hyödyntämiseen. Äkillisissä ja yllättävissä hoitotilanteissa toimiminen on usein haastavaa ja psyykkisesti kuormittavaa. Potilaan tilan arvioiminen on ensisijaisen tärkeää näissä tilanteissa. Potilaan tilan arvioinnin tulee tapahtua systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti huomioiden eri elinjärjestelmien toiminta. (Duodecim Oppiportti, 2020.) Äkillisten tilanteiden hallintaa on tarpeen kehittää ja ylläpitää laadukkaan hoitotyön takaamiseksi ja myös työntekijöiden oman osaamisen vahvistamiseksi, sillä kyselyn vastauksissa oli vahvasti esillä konsultointi ja vastuun siirto toiselle henkilölle/toimiyksikölle, kuten yksikön sairaanhoitajalle tai ambulanssille. Tutkimustuloksen vastauksia tukee Oikarisen ja muiden tutkimus, jossa tulee ilmi, että potilaan hoidon kannalta merkittäviä päätöksiä tehdään usein kiireen ja sen aiheuttaman paineen alla. Päätöksentekoon vaikuttaviksi tekijöiksi tutkimuksessa nostettiin näyttöön perustuva tieto, intuitio ja työkokemus, ympäristötekijät, erilaiset organisaatiokohtaiset ohjeistukset, lait ja asetukset, kollegan konsultoiminen sekä potilaan ja heidän omaisien näkemykset. Tutkimuksen mukaan päätöksentekoon voivat vaikuttaa kielteisesti ristiriitaiset tai epäselvät tilanteet sekä puutteellinen tieto, jotka voivat aiheuttaa hoitotyöntekijälle epävarmuutta, riskejä ja muuttuvia tilannetekijöitä. (Oikarinen ja muut, 2018, s. 41–43.)

Jo lähihoitajan perustutkinto antaa valmiudet arvioida sekä suunnitella hoitoa systemaattisesti sekä toimia äkillisissä tilanteissa. Tutkinto antaa valmiudet asiakkaan oireiden tunnistamiseen ja arvioimiseen, peruselintoimintojen mittaamiseen ja ar-

viointiin, sensitiivisten ja fysiologisten mittareiden käyttämiseen, tulkitsemaan tuloksia ja tunnistamaan voinnin muutoksia kokonaisvaltaisesti sekä huomioimaan ikääntymisen ja sairauksien vaikutukset. (Opintopolku, n.d.). Vastaajat nostivat kyselyssä kyseiset osa-alueet esille ja niiden nähtiin edistävän äkillisten tilanteiden hallintaa. Myös sairaanhoitajan ammattitutkinto pitää nämä samat asiat sisällään. Kuitenkaan vastausten perusteella näitä edellä mainittuja asioita ei osattu vaikkane koettiin tärkeiksi ja äkillisten tilanteiden hallintaa edistäviksi. Vastausten perusteella yksikössä on ainakin puutteita sensitiivisten ja fysiologisten mittareiden käyttämisessä sekä oireiden tunnistamisessa ja arvioimisessa.

Kyselyn vastauksissa hoitajat toivat esille äkillisten tilanteiden hallintaa heikentäviä tekijöitä, joista yleisimpiä oli kiire ja kuormitus. Tätä tukee Hautsalo ja muut (2023, s. 57–71) selvityksessään, että kotihoidon työntekijät kokevat työn olevan sekä fyysisesti että henkisesti kuormittavampaa kuin muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Kuormitukseen vaikuttaa lisääntynyt asiakkaiden määrä, kotiolojen aiheuttamat haasteet työergonomialle, kiire ja lisääntynyt työpaine. Hoitajat kokevat, että työpäivän aikana ei ehdi tehdä kaikkea sitä työtä mitä pitäisi. Samaan aikaan iäkkäät kokevat, että kotihoidossa ei aina ole osaamista kaikkiin tilanteisiin sekä lääkinnällisten laitteiden käsittelyyn kuten Fjorside ja Morville (2016 s. 284–297) toivat esille. Kyselyn vastauksissa nousi esille myös piittaamattomuus äkillisen tilanteen hoitamiseen. Piittaamattomuuden taustalla voi kuitenkin olla muita tekijöitä, jotka vaikeuttavat äkillisen tilanteen hallintaa, kuten puutteet osaamisessa ja sen aiheuttama epävarmuus. Lisäkoulutuksella ja osaamisen kehittämällä saataisiin hoitajien osaamista äkillisten tilanteiden hallitsemiseen kehitettyä, jolloin oletettavasti myös epävarmuus vähenee.

Tutkimuskyselyn vastaajat toivat ilmi kyselyssä, että äkillisiä tilanteita kotihoidossa ovat määrittämätön yleistilanlasku, erilaiset sairauskohtaukset, joihin lukeutuvat epilepsia, sydäninfarkti, aivotapahtumat, hypo- ja hyperglykemia, väkivalta ja sen uhka, psyykinen oireilu ja sekavuus, erilaiset kaatumiset ja vammat, peruselintointojen muutokset sekä elottomuus. Leppäsen ja muiden (2019, s. 2297) sekä

Myllärin ja muiden (2014, s. 12) näkemysten mukaan erilaisia äkillisiä tilanteita kotihoidossa ovat muun muassa kaatumiset ja niiden aiheuttamat vammat, äkilliset sairauskohtaukset kuten aivotapahtumat, infektiot sekä lääkehaitat. Kuitenkin yleistilan lasku näyttäytyy suurimpana äkillisenä tilanteena, joita kotihoidossa ja ikääntyneiden keskuudessa esiintyy. Jopa 13 % päivystyskäynneistä yli 65-vuotiaiden ja lähes 25 % yli 90-vuotiaiden joukossa johtuu yleistilan laskusta. Yleistilan lasku sinänsä ei ole päivystyksellinen tilanne vaan on usein pitkäaikainen jatkumo ja seurausta taustalla olevista pitkäaikaissairauksista. Kuitenkin myös vakava sairaus saattaa esiintyä yleistilan laskuna ja mikäli yleistilan laskun syytä ei tunnisteta, saattaa iäkkään tarvitsema asianmukainen hoito viivästyä, mikä taas osaltaan lisää uusien päivystyskäyntien määrää. Voidaan todeta, että tutkimusorganisaation ja kyselyyn vastanneiden hoitajien näkemys on yhteneväinen tutkittuun teoriaan nähden.

Tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin organisaatiossa koulutussuunnitelman laatimisessa ja vakioitujen arviointimenetelmien käyttöönotossa osana päivittäistä hoitotyötä sekä muutosagenttien työn kehittämässä. Tutkimustulokset osoittivat ne osaamisalueet, joissa hoitohenkilökunta koki puutteita ja kehittämiskohteita. Näiden havaintojen perusteella rakennettiin yksikölle kohdennettu koulutussuunnitelma, joka tukee osaamisen kehittymistä ja toimimista äkillisissä tilanteissa.

6 KOULUTUSSUUNNITELMA

Yksikköön toteutetun tutkimuskyselyn perusteella nousi ilmi, että yksikössä on puutteita äkillisten tilanteiden osaamisessa, muun muassa asiakkaan systemaattisessa arvioimisessa ja tutkimisessa sekä erilaisten mittareiden käytössä. Tutkimuksessa nousi myös ilmi, että tilanteet esiintyvät harvoin ja yllättäen, jonka vuoksi hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa lisäkoulutusta erilaisiin äkillisiin tilanteisiin. Koulutussuunnitelman sisältö (LIITE2) käytiin läpi yhdessä Matinkylä-Olari alueen esihenkilöiden kanssa 24.07.2024, jolloin koulutussuunnitelman lopullinen sisältö hyväksyttiin tilaajan puolelta. Kehittämishankkeen tilaaja toimi arvioijan roolissa sekä tulevaisuudessa koulutussuunnitelman toteuttajana.

Kohderyhmä muodostui Matinkylä-Olariin kotihoidon hoitohenkilökunnasta, johon kuuluvat perus-, lähi- ja sairaanhoitajat. Matinkylä-Olariin kotihoidossa työskentelee kaikkiaan 51 hoitohenkilöä, joista suurin osa ovat lähihoitajia. Koulutussuunnitelman kohderyhmä on mahdollista laajentaa koskemaan myös kotihoidon kotikäyntejä tekeviin lääkäreihin.

6.1 Koulutuksen sisältö

lääkkäiden yleisimpiä päivystyskäynnin indikaatioita on muun muassa sepelvaltimotautikohtaus, rytmihäiriöt, sydämen vaikea vajaatoiminta, akuutti aivoverenkiertotapahtuma, epilepsiakohtaus, COPD ja astman pahenemisvaihe, murtumat, päävammat, tajuttomuuskohtaus, äkillinen sekavuus, infektiot ja äkillisesti muusta tuntemattomasta syystä romahtanut kunto. (Laurila, 2015, s. 651.) Näitä olivat myös kotihoidon työntekijät työssään kohdanneet. Tutkimuskyselyn vastauksista ja teoriasta yhdistettynä koulutussuunnitelman sisällöksi nousi kuusi osa-alueita, eikä yhteispalaverissa esihenkilöiden kanssa noussut esiin muita koulutussuunnitelmaan lisättäviä osa-alueita.

- yleisimmät äkilliset tilanteet kotihoidossa ja niiden hallinta
- systemaattinen tilannearvion teko ja hoidontarpeenarviointi

- vitaaliarvojen mittaaminen ja ymmärtäminen
- mittareiden käyttö (cABCDE, NEWS, ISBAR)
- elvytys
- oman osaamisen vahvistaminen

Yleisimmät äkilliset tilanteet kotihoidossa ovat asiakkaan määrittämätön yleistilan lasku, sekavuus, kaatumiset ja niistä johtuvat traumat, vitaalielintoimintojen muutokset, sairaskohtaukset (epilepsia, sydäninfarkti, aivotapahtumat, hypo- ja hyperglykemia), psyykkiset oireilut ja intoksikaatiot.

Kuten Laatikainen (2020, s. 7–17) täsmentää, että yksi yleisimmistä sairaalahoitoon joutumisen syistä iäkkäillä ovat lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat, joihin kuuluvat lääkkeiden haittavaikutukset ja prosessin virheet. Prosessin virheisiin kuuluvat muun muassa lääkkeiden määräämisessä, jakamisessa ja antamisessa tapahtuvat poikkeamat. Iäkkäät ovat erityisen alttiita lääkityksen haitoille, ja sairaalahoitoon johtavan lääkehaitan todennäköisyys on iäkkäillä jopa neljä kertaa suurempi kuin muilla. Ennaltaehkäisyllä olisikin mahdollista estää suuri osa lääkehaitoista. Lääkehoidon osaamisen vahvistamisen tarve on jo aiemmin organisaatiossa tunnustettu ja siihen pureudutaan uudessa lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoitosuunnitelma kattaa koko Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen toimiyksiköt ja pitää sisällään muun muassa päivitetyn riskilääkelistauksen ja lääkehoitoon perehdytyksen. Tämän vuoksi koulutus suunnitelmassa ei keskitytä lääkehoidon osaamiseen.

Lähihoitajan perustutkinnossa on seitsemän eri osaamisalaa, joilla on omat ammattitaitovaatimuksensa (Opetushallitus, 2024, s. 1). Kaikille osaamisaloille valinnaisina opintoina on tarjolla 15 osaamispisteen laajuinen tutkinnonosa "Ikäänntyneiden akuuttitilanteissa toimiminen", joka tarjoaa hyvät perusvalmiudet äkillisiin tilanteisiin. Tämä tutkinnonosa koostuu kolmesta osasta: hoidon tarpeen arviointi ja suunnittelu, hoidon toteutus ja arviointi sekä jatkohoidon toteutus. (Opinto-

polku, n.d.). Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto antaa monipuoliset perusvalmiudet toimia ammattialan eri tehtävissä riippumatta osaamisalasuuntautumisesta. (Opetushallitus, 2024, s.1.) Koulutussuunnitelman sisältö siis kattaa osittain perustutkinnossa olevia aihealueita, kuten vitaaliarvojen mittaaminen ja ymmärtäminen mutta koulutussuunnitelmassa osaamista viedään enemmän syventävään suuntaan akuuteissa tilanteissa toimimisen ja systemaattisen tilannearvion tekemisen myötä.

6.2 Opetusmenetelmät

Opetusmenetelmiksi muodostui kyselyn vastauksien perusteella seuraavat:

- simulaatiot
- työpajat
- tilannepurku/debriefing
- viikkopalaverit (teemaluennot)

Simulaatio-opetuksen on todettu olevan tehokas mutta kaikki tutkimukset eivät ole positiivisia. Simulaatio-opetuksen onnistuminen on sidoksissa opetettavaan aiheeseen ja sen sisältöön. Lisäksi debriefingillä on osuutensa oppimisessa ja osaamisen lisäämisessä, koska sen avustuksella tapahtuu suurin oppiminen. (Karjalainen, n.d.). Vaikka simulaatioista on hyviä kokemuksia, ei sen silti kuitenkaan ole kaikkien mieleen ja saattaa aiheuttaa negatiivisia tunteita (Kaplan & Ura, 2010). Tämän vuoksi on kannattavaa toteuttaa opetusta erilaisia menetelmiä käyttäen. Viikkopalaverien ja teemaluentojen kautta saadaan tietämystä niin yksikön sisäisestä tilanteesta mutta myös yksikön ulkopuolisesta ja muiden tahojen toiminnasta, jolloin voidaan lisätä tietämystä, osaamista ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Työpaja menetelmänä tarjoaa organisaatioon tehokkaan välineen, kun halutaan kehittää organisaation tai yhteisön toimintaa tai ratkaista jokin tietty haaste. Työpaja antaa erilaisia näkökulmia, haastaa olemassa olevaa ja luo yhteistä ymmärrystä. Työpajatyöskentelyn kautta organisaatiot voivat koota yhteen monen eri tahon tarpeita ja ideoita. (Lippo ja muut, 2022.)

Kyselyn perusteella lisäkoulutusta toivotaan organisaation pitämien koulutusten sekä simulaatioharjoitteiden kautta. Vähiten apua koetaan saavan työrepuissa mukana kulkevista taskukorteista tai verkossa suoritettavista kursseista. Matinkylä-Olarin kotihoidon toimiston tiloissa on opetusluokka, jossa on mahdollista toteuttaa simulaatioharjoitteita ja opetustyöpajoja. Vastauksien perusteella työkykkö voisi hyötyä sisäisestä simulaatio-ohjaajasta, mikä edellyttää lyhytkestoisesta mutta tehokkaan simulaatio-ohjaajan peruskurssin suorittamista. Peruskurssi antaa valmiudet luoda ja tunnistaa opetustilanteita, joiden tavoitteena on potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantaminen. Simulaatio-ohjaajan peruskurssi painottaa teknisiä taitoja, kuten elvytystä ja potilaan systemaattista tutkimista. Lisäksi koulutus kattaa johtamisen, kommunikoinnin ja tiimityön yhteensovittamisen potilaan hoidossa.

Kyselyn vastauksista huokui myös työntekijän oma hyvinvointi. Vastaajat kokevat, että mikäli hoitaja voi itse hyvin, on hänellä paremmat valtuudet ja voimavarat tilannearvion tekemiseen äkillisen tilanteen koittaessa. Oma huonovointisuus koettiin heikentäväksi tekijäksi, jonka koetaan vaikuttavan työn tekemiseen epäselvissä ja äkillisissä tilanteissa. Hyvinvointiin vaikuttaa selvästi hoitajien kokema kiihtyneen tuntu.

6.3 Aika-, tila- ja välineresurssit

Koulutuksen resurssitarve on:

- opetusmenetelmille varattava aika: 0,5–2 h/osa-alue
- tilaresurssit: opetusluokka
- välineet:
 - ensiaputarvikkeet
 - elvytysnukke
 - fysiologiset mittarit, esim. verenpaine-, saturaatio-, verensokeri-, pulssi-, lämpö-, ketoaine- ja pika-CRP mittari

- sensitiiviset mittarit, NEWS, ISBAR, cABCDE, hengitystiheyden mittaaminen ja hengitystyön arviointi

Resursseista yksiköllä on jo valmiina opetusluokka sekä fysiologiset mittarit. Ensiapua ja elvytystä varten tarvitaan välineistöä, jotta sitä voidaan simulaationa tehokkaasti päästä harjoittelemaan. Sensitiivisten mittareiden hankinta parantaisi henkilöstön mahdollisuuksia toimia äkillisissä tilanteissa ja päätöksenteon tukena.

6.4 Kouluttajat

Koulutussuunnitelman mukaisen sisällön kouluttajiksi suositellaan yksikön sisäistä simulaatio-ohjaajaa ja äkillisten tilanteiden muutosagentteja yhdessä opetushoitajan kanssa. Simulaatioiden ja koulutusten vetäjiksi suositellaan yksikön sisäisiä henkilöitä, sillä heillä on koulutustarpeesta ajantasaisin ja realistisin tieto. Yksikön sisäisillä kouluttajilla on hyvä tuntemus työympäristöstä, yksikön toiminnan kannalta tärkeistä tiedoista ja taidoista sekä yksikön haasteista ja yleisimmistä esiintyvistä äkillisistä tilanteista.

- yksikön sisäiset simulaatio-ohjaajat
- äkillisten tilanteiden muutosagentit
- opetushoitaja

6.5 Arviointi ja seuranta

Koulutuksen vaikuttavuuden ja osaamisen kehittymisen seuranta on tärkeää. Tässä koulutussuunnitelmassa näitä seurataan seuraavasti:

- palautekyselyt ja haastattelut
- havainnointi, kuinka hyvin koulutus edistää tietojen ja taitojen hyödyntämistä käytännössä
- tavoitteiden saavuttaminen
- vaikutusten pitkäaikainen seuranta

6.6 Jatkokoulutus ja tukimateriaali

Jatkokoulutusta tukeva materiaali:

- teoria- ja näyttöön perustuva tieto eri lähteitä hyödyntäen
- luentojen materiaalit
- simulaatioiden materiaalit
- verkkokurssit
- hoitotyöntekijöiden ammatilliset työkalut (tilattavissa Sairaanhoidajaliiton sivuilta)
 - NEWS
 - cABCDE
 - ISBAR
 - hauraan ja iäkkään monisairaana akuutisti muuttuneen tilanteen arviointiohjeet ammattilaisille
- systemaattinen koulutus osaamisen ylläpitämiseksi

7 POHDINTA JA KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI

Kehittämisprojektin alussa oletettiin, että hoitohenkilökunnalle helpoin ja luontevin tapa osallistua on kysely. Tuolloin myös oletettiin, että kyselyyn vastaa suurin osa henkilökunnasta. Vastausprosentti jäi pieneksi, mutta tässä kehittämisprojektissa ei pyritty saamaan koko kotihoitoa käsittävää ja yleistettävissä olevaa kuvaa vaan tarkoituksena oli selvittää yhden yksikön hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa ei myöskään aineiston koko ole merkittävimpiä kriteereitä (Tuomi & Sarajärvi, 2018, luku 3). Vastaukset saturoituivat nopeasti ja tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Kuitenkin on otettava huomioon, että kyselyn otoksena on yhden hyvinvointialueen yhden yksikön vastaukset, joten niiden verrattavuutta koko hyvinvointialueen kotihoitoihin tulee suhtautua kriittisesti yksiköiden erotessaan toisistaan ainakin jonkin verran. Raportoinnissa käytettiin tutkimuksen keskeisintä sanomaa hyödyksi ja tarkasteltiin sitä kriittisesti. Kriittisen ajattelun tukena käytettiin muita tutkimuksia sekä erilaisia näkökulmia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Kehittämisprojektin edetessä vaiheista raportoitiin yhteistyöoppilaitokselle ja -organisaatiolle. Valmis kehittämisprojekti julkaistiin Theseuksessa.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää kotihoidon hoitajien kokemuksia omasta osaamisestaan äkillisten tilanteiden hallitsemisessa ja niiden perusteella kehittää koulutussuunnitelma. Kyselyn vastauksista saatiin melko laaja käsitys hoitohenkilökunnan kokemista äkillisistä tilanteista. Vaikka tilanteita tulee vastaan verrattain harvoin ja yllättäen, oli niitä osunut vastaajien eteen monipuolisesti. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli myös selvittää, mitkä asiat edistävät tai heikentävät äkillisten tilanteiden hallintaa. Vastauksissa saatiin selville useita edistäviä ja heikentäviä tekijöitä, joista suurimpaan osaan on mahdollista vaikuttaa kehittämällä yksikön toimintaa ja hoitajien osaamista. Selville saatiin, minkälaista osaamista hoitajat kokivat tarvitsevansa ja millä tavoin he toivoivat saavansa koulutusta. Näiden tulosten perusteella laadittiin kattava koulutussuunnitelma, joka

vastasi hoitohenkilökunnan tunnistamiin osaamispuutteisiin ja käytännön tarpeisiin.

Tämän kehittämisprojektin tarve nousi esille kohdeorganisaation käytännön hoitotyöstä. Valmisteluvaiheessa kohdeorganisaation kanssa sovittiin kehittämisprojektin aihe ja käytiin läpi tarvittavat resurssit. Suunnitteluvaiheessa tavoitteiden määrittämisen lisäksi pohdittiin sitä, miten kehittämisprojektin aineiston keruu olisi kannattavaa tehdä, jotta saataisiin tietää projektin kannalta tarpeelliset asiat. Tässä kehittämisprojektissa päädyttiin anonyymiin kyselyyn, johon vastaaminen oli hoitajille helpointa ja nopeinta hoitotyön ohessa. Kustannuksia kehittämisprojektista ei syntynyt suunniteltua enempää eli ainoa kustannus oli noin 5–10 minuuttia työntekijän työajasta. Aikataulu tälle kehittämisprojektille tehtiin suunnitteluvaiheessa ja siinä pysyttiin läpi koko projektin. Projektin alussa tunnistettiin mahdolliset riskit ja uhkat ja niiden mahdollisuuteen varauduttiin parhaan mukaan. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa lähti hyvin käyntiin ja kehittämisprojektin alussa toimeksiantajan yhteyshenkilö oli mukana suunnittelussa. Sittemmin yhteyshenkilö vaihtui kehittämisprojektin edetessä, mikä vaikutti koettuun yhteistyöhön. Uuden yhteyshenkilön oli haasteellista päästä mukaan projektiin, jonka suunnittelu ja aloitus oli tapahtunut aiemmin. Toimeksiantajalta saatiin kuitenkin apua tarvittavissa tilanteissa ja tuolloin yhteistyö oli sujuvaa ja arvostavaa. Kehittämisprojektia toteutettiin suunnitelman mukaisesti ja suunnitelmaan tehtiin tarvittavat muutokset projektin etenemisen aikana. Lisäksi sen etenemistä seurattiin sekä edistettiin tiiviisti. Toteutuksen aikana myös tarkasteltiin kehittämisprojektia kokonaisuutena sekä arvioitiin mahdollisia riskejä ja ongelmakohtia. Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää ennalta määritettyjä asioita mutta koska uuden osaamisen implementointi osaksi hoitotyön arkea vie aikaa, jatkuu työskentely asian tiimoilta projektiorganisaatiossa.

Projektin vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet tunnistettiin jo kehittämisprojektin alussa. Uhkia oli muun muassa aikataululliset haasteet sekä kehittä-

misprojektin venyminen ja sen aiheuttamat negatiiviset tunteet. Projektin edessä näistä ei kuitenkaan muodostunut projektin kannalta kriittisiä ongelmia ja projektille tunnistetut vahvuudet, kuten tekijöiden motivaatio ja mielenkiinto tutkimusaihetta kohtaan kannattelivat läpi koko prosessin. Kehittämishankkeelle määritettiin lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita koskien sekä tekijöitä että kohdeyksikköä. Tekijöiden lyhyen aikavälin tavoitteita olivat uuden oppiminen, tieteellisen kirjoittamisen oppiminen, aikataulussa pysyminen sekä työn säännöllinen edistäminen. Yksikköä koskevat lyhyen aikavälin tavoitteita oli herättää ihmisten tietoisuutta äkillisiin tilanteisiin ja niiden hallintaan, oppia tunnistamaan äkillisten tilanteiden hallintaa edistäviä ja heikentäviä tekijöitä itsessään sekä lisätä tietoisuutta ja ajattelua äkillisiin tilanteisiin varautumiseen. Yksikköä koskevana tavoitteena oli myös selvittää lisäkoulutuksen tarvetta ja sisältöä. Lyhyen aikavälin tavoitteet saavutettiin sekä tekijöiden, että yksikön toimesta. Pidemmän aikavälin tavoitteita tekijöitä kohtaan olivat omalla uralla edistyminen ja oman tietoisuuden syventäminen. Yksikköä koskevat pidemmän aikavälin tavoitteet olivat tietoisuuden lisääminen äkillisistä tilanteista ja niiden hallinnasta sekä kehittämissuunnitelman alussa asetettu tavoite, joka oli kehittää kotihoidon työntekijöiden osaamista äkillisissä tilanteissa toimimiseen ja niiden hoitamiseen. Pidemmän aikavälin tavoitteista osa saavutettiin tämän kehittämissuunnitelman aikana. Yksikön kannattaisi myös kiinnittää huomiota eläköityvien työntekijöiden mukana poistuva hiljainen tieto ja etsiä keinoja sen mahdolliseen estämiseen.

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tätä kehittämissuunnitelmaa ohjasi Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2023) antamat ohjeet tutkimuseettisistä periaatteista, joihin kuuluvat muun muassa ohjeistus tutkittavien oikeuksista, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja keskeytymismahdollisuudesta. Tässä tutkimuksessa ei kerätty henkilötietoja. Vastajien mahdollisuus keskeyttää vastaaminen toteutui ja osa jätti vastaamisen kesken. Vastajia ei pystytty tunnistamaan kehittämissuunnitelman aikana.

Kehittämiprojektissa toteutettiin tieteelliseen tietoon liittyvää avoimuutta ja vastuullisuutta sekä kunnioitettiin muiden työtä ja saavutuksia viittaamalla asianmukaisesti antamalla arvon sille kenelle se kuuluu. Asianmukaiset tutkimusluvut hankittiin ja syntyneitä aineistoa käsiteltiin tieteellisen tiedon asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2023) antamat ohjeet tutkimuseettisistä periaatteista, määrittivät tämän kehittämiprojektin toteutusta. Kehittämiprojektissa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja eli huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä, joita toteutettiin läpi kehittämiprojektin. Tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti ja eettisesti kestävästi toteutettiin itse tutkimustyö, tulosten kerääminen, arviointi, tallentaminen, kerättyjen tietojen poistaminen sekä esittäminen. Myös tiedonhankinta-, sekä tutkimus- ja arviointimenetelmät toteutettiin näiden kriteerien ja periaatteiden mukaisesti.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli lisätä tietoa ja ymmärrystä kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimuksessa kunnioitettiin tutkittavien ihmisarvoa, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta, ja pyrittiin välttämään mahdollisia vahinkoja, haittoja tai riskejä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2018, s. 1–8.) Kehittämistä tukevan aineiston keräämisessä huolehdittiin kyselyyn vastanneiden oikeuksista.

Kehittämiprojektin alussa osattiin varautua siihen, että vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi. Tämä osoittautui paikkansa pitäväksi, sillä kyselyn toteutuksessa saatiin 16 vastausta, joista 15 oli hoitohenkilökunnalta. Potentiaalisia vastaajia yksikössä oli yhteensä 54, joten vastausprosentti jäi alhaiseksi. Kyselyn vastausaikaa pidennettiin kuukaudella tutkimusluvan puitteissa, mutta siitä huolimatta vastaajia ei saatu aktivoitua tarpeeksi. Alhaisen vastausprosentin vuoksi tutkimustuloksiin tulee suhtautua harkinnanvaraisesti, mutta siitä huolimatta nykytilasta saatiin ajantasaista tietoa, joka tukee kehittämiprojektissa käytettyä teoreettista viitekehystä ja tutkimustuloksia. Vastausmäärän vähäisyydessä tulee kuitenkin huomioida, että tutkimuskyselyn jakelu ei välttämättä tavoittanut kaikkia kohdeorganisaation potentiaalisia vastaajia.

Kyselyyn osallistuneista suurin osa oli lähihoitajia ja sairaanhoitajien osalta otanta jäi pieneksi. Tämä rajoitti tutkimuksen mahdollisuuksia kuvata organisaation sairaanhoitajien osaamista äkillisissä tilanteissa sekä heidän näkemyksiään siitä, mikälaista osaamista näiden tilanteiden hoitamisessa tarvitaan. Tämä painotus voi vaikuttaa tutkimustuloksien monipuolisuuteen, erityisesti kun huomioidaan, että sairaanhoitajilla saattaa olla erilaisia näkökulmia ja kokemuksia äkillisistä tilanteista.

Kehittämiprojektin edetessä havaittiin, että tutkimuskyselyn kysymykset olivat liian avonaisia ja laajoja, mikä johti siihen, että osa vastauksista jäivät pintapuoliksi eivätkä tarjonneet syvällistä ja kattavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Tämä rajoitti merkittävästi mahdollisuuksia saada syvällistä ymmärrystä ja analysoida tutkimuksen kannalta olennaisia tietoja. Työn edetessä epäily itsestäänselvyksistä nousi ajoittain haasteeksi, sillä tutkittava kohde oli erittäin läheinen ja tuttu. Vaikka monet asiat näkyivät arjessa päivittäin, kehittämiprojektissa ei voitu luottaa oletuksiin. Sen sijaan oli välttämätöntä perustaa työ tutkittuun tietoon ja syventää ymmärrystä ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa on erityisen tärkeää välttää itsestäänselvyksien olettamuksia ja kyseenalaistaa jopa arkijärjellä tunnetut asiat, jotta tutkittava ilmiö voidaan nähdä uudesta näkökulmasta. (Juhila, 2021.) Osaltaan tuotokseen vaikutti myös aikaisemman vertaisarvioitu tutkimuksen puute sekä otokset, jotka eivät edustaneet tarkasti tutkimuksen kohderyhmää. Näistä asioista huolimatta onnistuttiin saamaan arvokasta ja ajankohtaista tietoa tutkittavasta kohteesta ja tuotettua kohdeorganisaation tarpeisiin vastaava koulutus suunnitelma. Tämä tieto tukee kehittämiprojektissa käytettyä teoreettista viitekehystä ja edistää mahdollisuuksia jatkotutkimuksille.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän kehittämiprojektin perusteella voidaan antaa jatkotutkimusehdotuksia äkillisten tilanteiden hallinnan edistämiseksi. Saatujen tietojen pohjalta on syytä

selvittää tarkemmin hoitajien osaamista mittareiden ymmärtämisessä sekä niiden käyttöä. Matinkylä-Olarin kotihoitoon tehdään AMK-opinnäytetyön pohjalta kysely, jossa selvitetään ABCDE- mittarin hallintaa. Tämän lisäksi olisi syytä tutkia NEWS mittarin ja ISBAR raportoinnin osaamista ja mahdollisia kehityskohteita. Lisäksi ehdotamme, että yksikköön voisi toteuttaa äkillisten tilanteiden perehdytysoppaan AMK-opinnäytetyönä.

Myös hoitajien kokemusta omasta päätöksentekokyvystä ja siihen mahdollisesti vaikuttavista asioista, on tarpeen tulevaisuudessa selvittää sekä pohtia miten hoitajien itsenäistä päätöksentekokykyä voidaan jatkossa vahvistaa. Itsenäinen päätöksentekokyky on kotihoidossa keskeisessä roolissa työn itsenäisen luonteen vuoksi.

Kyselyn tulosten perusteella hoitajan oma hyvinvointi vaikuttaa äkillisten tilanteiden hallintaan ja niissä toimimiseen, joten hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin laajempi selvittäminen ja tutkiminen olisi tarpeen. Yksikössä toteutetaan LUVN Pulssi kyselyä, jossa selvitetään työntekijöiden kokemuksia arvostavasta vuoropuhelusta, työn sujuvuudesta ja tyytyväisyydestä esihenkilön toimintaa kohtaan. Kuitenkin tämä kysely on sangen suppea, jotta sillä voitaisiin kartoittaa tarkemmin työntekijöiden työhyvinvointia ja mahdollisia epäkohtia.

Koska tästä kehittämisprojektista oli rajattu pois sosiaaliset äkilliset tilanteet, olisi tulevaisuudessa hyvä toteuttaa tutkimus, jossa selvitettäisiin kotihoidossa tavattavia sosiaalisia äkillisiä tilanteita ja niiden esiintyvyyden tiheyttä sekä pohtia mahdollisia ratkaisuja ja kehittämiskohteita. Myös iäkkäiden psyykkisesti sairaiden osuutta kotihoidon asiakaskunnasta ja heidän palveluiden sekä tuen tarvettaan olisi hyvä tutkia jatkossa, jotta saataisiin ajankohtaista tietoa siitä, miten kotihoidossa pystytään vastaamaan heidän avun- ja palveluntarpeeseensa.

Äkillisten tilanteiden hallinnan seuranta on syytä toteuttaa pitkäjänteisesti ja tarkastella hoitajien osaamisen lisääntymistä sekä yleistä äkillisten tilanteiden

hallintaa. On tarpeen selvittää ja seurata, onko ajan kuluessa tullut ilmi enemmän äkillisissä tilanteissa toimimisen edistäviä tekijöitä ja onko heikentäviä tekijöitä saatu karsittua. Koska kiire oli runsaasti esillä vastauksissa koskien äkillisissä tilanteissa toimimisen heikentäviä tekijöitä, on syytä säännöllisesti kartoittaa potilaiden kuormittavuuden vaikutusta hoitajien kokemaan kiireeseen. Myös henkilöstön hyvinvointiin kannattaa panostaa tulevaisuudessakin.

LÄHTEET

- Aaltola, J., Collin, K., Eskola, J., Heikkinen, H., Herkama, S., Hänninen, V., Ilmonen, K., Kiviniemi, K., Laajalahti, A., Laine, T., Lilja, N., Metsämuuronen, J., Moilanen, P., Niikko, A., Paloniemi, S., Rajala, R., Rähkä, P., Suoranta, J. & Valli, R. (toim.). (2018). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin näkökohtiin ja analyysimenetelmiin*. (5.uudistettu ja täydennetty painos). PS-kustannus. IBS 978-952-451-875-8 EPUB
- Abatzis, V. & Littlewood, K. (2015). Debriefing in Simulation and Beyond. *International Anesthesiology Clinics*, 53(4), 151–162. DOI: 10.1097/AIA.000000000000070
- Alakare, J., Bergström, S., Harju, A., Siippainen, H., Stenman, T. & Arbelius-Iltanen, M. (2023a). Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden ensiarviointi päivystyksessä. *Duodecim Terveysportti*. Noudettu 30.08.2024 osoitteesta [Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden ensiarviointi päivystyksessä - Duodecim \(terveysportti.fi\)](https://www.duodecim.fi/terveysportti/aihe/hoidon-tarpeen-ja-kiireellisyyden-ensiarviointi-paivystyksessa)
- Alakare, J., Laine, J. & Mononen, J. (2023b). Iäkäs potilas päivystyksessä. Teoksessa M. Mäkijärvi, J. Alakare, V-P. Harjola, H. Päivä, J. Tuukkanen & J. Valli (toim.), *Akuuttihoito-opas* (s. 567–578). Kustannus Oy Duodecim. Noudettu 15.06.2023 osoitteesta [Iäkäs potilas päivystyksessä - Duodecim \(terveysportti.fi\)](https://www.duodecim.fi/terveysportti/aihe/lakas-potilas-paivystyksessa)
- Alasuutari, P. (2014) *Laadullinen tutkimus 2.0* (5.painos). Vastapaino.
- Auvinen, P., Asikainen, E., Hakonen, A., Marjanen, P., Risku, P. & Silvennoinen, S. (2022). *Suositus ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista ja niiden soveltamisesta*. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Noudettu 06.07.2024 osoitteesta [Suositus ammattikorkeakoulujen yhteisiksi kompetensseiksi.pdf \(arene.fi\)](https://www.arene.fi/ajankohtaista/suositus-ammattikorkeakoulujen-yhteisiksi-kompetensseiksi.pdf)
- Auvinen, P., Heikkilä, J., Ilola, H., Kallioinen, O., Luopajarvi, T., Raij, K. & Roslöf, J. (2010). *Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen*

yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Noudettu 06.07.2024 osoitteesta [untitled \(arene.fi\)](https://www.arene.fi)

Batt, M., Tavares, W. & Williams, B. (2020). The development of competency frameworks in healthcare professions: a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, 25, 913–987. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09946-w>

Blanchet Gateau, A. (2016). Critical Reflection in Cultural Competence Development: A Framework for Undergraduate Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 55(3), 125–132. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160216-02>

Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical hand-over with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(2), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. (2022). Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. *Duodecim Terveyskirjasto*. Noudettu 20.03.2024 osoitteesta [Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt - Terveyskirjasto](https://www.duodecim.fi)

Duodecim Oppiportti. (2018, 27. helmikuuta). *Verenglukoosimittarit*. Noudettu 20.03.2024 osoitteesta [Verenglukoosimittarit - Duodecim Oppiportti](https://www.duodecim.fi)

Duodecim Oppiportti. (2020, 02. joulukuuta). *Kertaa peruselintoimintojen systemaattinen arviointi*. Noudettu 22.03.2024 osoitteesta [Duodecim Kertaa peruselintoimintojen systemaattinen arviointi Oppiportin uutuuskurssilla!](https://www.duodecim.fi)

Duodecim Oppiportti. (2021, 8. joulukuuta). *Akuutit tilanteet kotihoidossa ja palveluasumisessa*. Noudettu 24.10.2023 osoitteesta [Akuutit tilanteet kotihoidossa ja palveluasumisessa - Duodecim Oppiportti](https://www.duodecim.fi)

Duodecim Oppiportti. (2022, 17. toukokuuta). *Kiireellisen hoidon tarpeen systemaattinen arviointi*. Noudettu 17.09.2024 osoitteesta [Kiireellisen hoidon tarpeen systemaattinen arviointi - Duodecim Oppiportti](https://www.duodecim.fi)

- Elder, N., Mumma, B., Maeda, M., Tancredi, D. & Tyler, K. (2023). Emergency Department Length of Stay Is Associated with Delirium in Older Adults. *Western Journal of Emergency Medicine*, 24(3), 532–537. <https://doi.org/10.5811/westjem.59383>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215–225.
- Eklund, A. (2021). *Osaamiskartta – osaamisen kehittäminen työelämässä* (1.painos). Grano Oy.
- Eloranta, S., Routasalo, P. & Arve, S. (2008). Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice*, 14(4), 308–314. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00698.x>
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Fjordside, S., Morville, A. (2016). Factors influencing older people’s experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 11 (4), 284–297. DOI: [10.1111/opn.12116](https://doi.org/10.1111/opn.12116)
- Friman, L., Hintikka, N. & Toiviainen, M. (2022). *Äkillisten tilanteiden opas kotihoidon työntekijöille*. Noudettu 24.10.2023 osoitteesta [Äkillisten tilanteiden opas kotihoidon työntekijöille | Innokylä \(innokyla.fi\)](https://www.innokyla.fi/tilanteiden-opas-kotihoidon-tyontekijoille)
- Gaba, D. M. (2007). The future vision of simulation in healthcare. *Simulation in Healthcare*, 2(2), 126–135. <http://doi.org/10.1097/01.SIH.0000258411.38212.32>
- Graham, B., Smith, J.E., Nelmes, P., Squire, R. & Latour, J.M. (2023). Initial Development of a Patient-Reported Experience Measure for Older Adults Attending the Emergency Department: Part II—Focus Groups with Professional Caregivers. *Healthcare*, 11(5), 1–15. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050714>

- Hammar, T. (2008). *Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus*. [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Trepo. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7522-1>
- Hankonen, R. (2018). Ennakoi muutokset potilaan voinnissa – laske pisteet. *TEHY-lehti*. Noudettu 22.03.2024 osoitteesta [Ennakoi muutokset potilaan voinnissa – laske pisteet | Tehy-lehti \(tehy-lehti.fi\)](https://tehy-lehti.fi/ennakoi-muutokset-potilaan-voinnissa-laske-pisteet)
- Hautsalo, K., Salin, S., & Teeri, S. (2023). Arjen auttajien matkassa – kotihoito ammattilaisten silmin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 60(1), 57–71. <https://doi.org/10.23990/sa.111876>
- Havola, S., Koivisto, J-M., Mäkinen., H. & Haavisto, E. (2020). Game elements and instruments for assessing nursing students' experiences in learning clinical reasoning by using simulation games: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 46, 1–14. <http://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.04.003>
- Helakorpi, S. (2004). *MENTOROINTI JA HILJAINEN TIETO - Tausta-artikkeli mentorin asiantuntijuuteen ja sen arviointiin*. Noudettu 01.09.2024 osoitteesta https://www.proviisoriyhdistys.net/sites/default/files/helakorpi_seppo_-_mentorointi_ja_hiljainen_tieto_1.pdf
- Heydari, M.R., Taghva, F., Amini, M. & Delavari, S. (2019). Using Kirkpatrick's model to measure the effect of a new teaching and learning methods workshop for health care staff. *BMC Research Notes*, 12(388), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4421-y>
- Hoidonperusteet. (2024). *Kiireellisen hoidon perusteiden ohjekirja verkossa*. Noudettu 16.09.2024 osoitteesta [Kirjautuminen tai rekisteröityminen \(hoidonperusteet.fi\)](https://hoidonperusteet.fi/kirjautuminen-tai-rekisteroityminen)
- Hänninen, P. (2021). Robotiikka sosiaali- ja terveydenhoidon tukena. *Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja*, 90/2021. ISBN 978-951-39-8835-7

- Ilkka, L. & Lampilinna, V. (2020). *Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5441-0>
- Jones, A., Schumacher, C., Bronskill, S.E., Campitelli, M.A., Poss, J.P., Seow, H. & Costa, A.P. (2018). *Canadian Medical Association Journal*, 190(17), 525–531. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170892>
- Juhila, K. (2021). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Jaana Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Noudettu 06.10.2024 osoitteesta [Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet - Tietoaarkisto \(tuni.fi\)](#)
- Kaplan, B & Ura, D. 2010. Use of multiple patient simulators to enhance prioritizing and delegating skills for senior nursing students. *The Journal of Nursing Education*, 49 (7), 371–377.
- Kariniemi, K., Siira, H., Kyngäs, H. & Kaakinen, P. (2020). ”Vanhakin on ihminen” Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoi-
dosta. *Gerontologia*, 34(1), 24–41. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.80436>
- Karjalainen, H. (n.d.). Onko simulaatio-opetus kustannustehokasta? Noudettu 13.09.2024 osoitteesta https://say.fi/files/karjalainen_onko_simulaatio-opetus_kustannustehokasta.pdf
- Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. (2018). Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. *Suomen lääkirilehti*, 73(12–13), 786–788. <http://hdl.handle.net/10138/302267>
- Kettunen, S. (2009). *Onnistu projektissa* (2. uudistettu painos). WS Bookwell Oy. ISBN 978-951-0-35543-5.
- Kiviniemi, K. (2018). Asiakkuus sosiaali- ja terveystalveissa – kohti valinnanvapautta. Teoksessa M. Ylönen & R. Suhonen (toim.), *Asiakkuus sote:ssa – ikääntyneen asiakkaan näkökulma*. Suomen Yliopistopaino Oy. ISBN 978-951-29-7438-2.

- Koskela, A. (2017.) *Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Noudettu osoitteesta https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf?t=1503568863000
- Koskimäki, M., Lähteenmäki, M-L., Mikkonen, K., Kääriäinen, M., Koskinen, C., Mäki-Hakola, H., Sjögren, T. & Koivula, M. (2020). Continuing professional development among social- and health-care educators. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 668–677. <https://doi.org/10.1111/scs.12948>
- Kuntaliitto. (2020). *Iäkkäiden palvelut*. Noudettu 15.06.2023 osoitteesta [Iäkkäiden palvelut | Kuntaliitto.fi](https://www.kuntaliitto.fi/iaakkaiden-palvelut)
- Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. (2014). *Esimies osaamisen kehittäjänä* (1. painos) Sanoma Pro.
- Kurki, T. (2014). *Pulssioksimetria ja kapnografia*. Noudettu 20.03.2024 osoitteesta [Pulssioksimetria ja kapnografia\[1\].pdf \(sash.fi\)](https://www.sash.fi/Pulssioksimetria_ja_kapnografia[1].pdf)
- Kröger, T., Van Aerschot, L. & Puthenparambil, J. (2018). *Hoivatyö muutoksessa: suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa*. [Jyväskylän yliopisto]. ISBN 978-951-39-7372-8
- Laatikainen, O. (2020). Medication-related adverse events in health care. [väitöskirja, Oulun yliopisto]. OuluRepo. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526225135>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä*. (L28.6.1994/559). Finlex. Noudettu 04.06.2024 osoitteesta [Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](https://www.finlex.fi/ajantasainen-lainsaadanto-finlex)
- Laurila, J. (2015). Geriatria. Teoksessa M. Mäkijärvi, V-P. Harjola, H. Päivä, J. Valli & E. Vaula (toim.), *Akuuttihoito-opas* (s. 649–660). Kustannus Oy Duodecim.
- Leppänen, J., Kerminen, H. & Jämsen, E. (2019). Yleistilan lasku iäkkään potilaan päivystyskäynnin syynä. *Lääkärilehti*, 41/2019, 2297–2302. Noudettu

- 17.11.2023 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperais-tutkimukset/yleistilan-lasku-iakkaan-potilaan-paivystyskaynnin-syyna/>
- Leskelä, J. (2005). *Mentorointi aikuisopiskelijan ammatillisen kehittymisen tukena*. [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Tampereen Yliopistopaino Oy. ISBN 951-44-6330-7
- Lippo, A., Järvi, H. & Poikolainen, T. (2022). *Osallistava työpaja yhteiskehittämisen menetelmänä*. Noudettu 17.09.2024 osoitteesta [Osallistava työpaja yhteiskehittämisen menetelmänä | READ Xamk](#)
- Länsi-uudenmaan hyvinvointialue. (2023). Noudettu 15.06.2023 osoitteesta [Etu-sivu | Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue \(luvn.fi\)](#)
- Lääketieteen sanasto. (2021). ISBAR-raportointimenetelmä. Noudettu 10.9.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04184>
- Martikainen, M. & Ala-Kokko, T. (2015). Hätätilapotilaan hoito. Teoksessa M. Mä-kijärvi, V-P. Harjola, H. Päivä, J. Valli & E. Vaula (toim.), *Akuuttihoito-opas* (s. 7–50). Kustannus Oy Duodecim.
- Mealer, M. (2020). *Coping with Caring: A nurse's guide to better health and job satisfaction*. (1. painos). Routledge/Productivity Press. ISBN 978-1-138-32824-2.
- Memedovic, A., Asante, B., Khan, M., Eze, N., Holroyd, B., Lang, E., Kashuba, S. & Clement, F. (2024). Strategies for improving ED-related outcomes of older adults who seek care in emergency departments: a systematic review. *International Journal of Emergency Medicine*, 17(16), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12245-024-00584-7>
- Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R. & Sessler, C. (2016). A critical care collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 194(1), 106–113. DOI: [10.1097/CCM.0000000000001885](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001885)
- Medley, C. & Horne, C. (2005). Educational innovations. Using simulation technology for undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 44, 31–34. DOI: [10.3928/01484834-20050101-06](https://doi.org/10.3928/01484834-20050101-06)

- Muhrer, J.C. (2014). The importance of the history and physical in diagnosis. *The Nurse Practitioner*, 39(4), 30–35. DOI: 10.1097/01.NPR.0000444648.20444.e6
- Mäntyneva, M. (2016). *Hallittu projekti* (1. painos). Kauppakamari.
- Mylläri, E., Kirsi, T. & Valvanne, J. (2014). *Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä*. Noudettu 17.11.2023 osoitteesta <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2014/1635-miksi-iakas-ihminen-lahtee-paivystykseen>
- Mölläri, K., Hauhio, N., Tuominen, P. & Järvelin, J. (2023). *Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023*. Noudettu 17.09.2024 osoitteesta [Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023 - Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023 - Oma työpöytä \(yhteistyötilat.fi\)](#)
- Nyman, J., Porthan, K., Sippola-Soininen, M., & Soini, H. (2021). Kotihoidon asiakkaiden avuntarve lisää ensihoitohälytyksiä. *Gerontologia*, 35(1), 32–50. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.89038>
- Oikarinen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen, A. (2018). *Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa*. Hoitotyön tutkimussäätiö. Noudettu 27.08.2024 osoitteesta [tiedonlahteet-raportti-digi.pdf \(hotus.fi\)](#)
- Opetushallitus. (2024). *Tutkinnon perusteet – Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto*. Noudettu 07.07.2024 osoitteesta [Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto \(opintopolku.fi\)](#)
- Opintopolku. (2024). *Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto*. Noudettu 3.2.2024 osoitteesta <https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/ammattillinen/3689879/tutkinnonosat/3708351>
- Opintopolku. (n.d.) *Ikääntyneiden akuuttitilanteissa toimiminen*. Noudettu 24.07.2024 osoitteesta [Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto - ePerusteet \(opintopolku.fi\)](#)

- Palonen, M., Kariniemi, K., Peltola, P., Pesonen, H-M., Rantanen, A. & Siira, H. (2020). *lökkään turvallinen kotiutus sairaalasta* (ISSN2489-5024-21.12.2020). Hoitotyön tutkimussäätiö. Noudettu 28.06.2023 osoitteesta [lökkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta - Hotus - Hoitotyön tutkimussäätiö](#)
- Pelttari, H. (2023). Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). *Duodecim Terveyskirjasto*. Noudettu 20.03.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00034>
- Poikela, E. (toim.). (2002). *ONGELMAPERUSTAINEN PEDAGOGIIKKA – TEORIAA JA KÄYTÄNTÖÄ*. Tampere University Press. ISBN 951-44-5418-9
- Price, S. & Reichert, C. (2017). The Importance of Continuing Professional Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid- to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. *Administrative sciences*, 7(2), 1–13. <https://doi.org/10.3390/admsci7020017>
- Pulkkanen, A. (2022). *Sinunkin kannattaa valita: 6 yleistä menetelmää projektityöhön (sis. Agile, Waterfall ja Kanban)*. Noudettu 03.02.2024 osoitteesta <https://www.agendum.com/post/agile-waterfall-kanban-6-projektinhallintamenetelmaa>
- Pullinen, V., Kuikka, P., Salo, J., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. (2001). Omaisen haastattelu tärkeä muistihäiriöpotilaan tutkimuksessa. *Suomen lääkirilehti*, 56(5), 527–535. Noudettu 17.09.2024 osoitteesta [Omaisen haastattelu tärkeä muistihäiriöpotilaan tutkimuksessa \(5/01\) \(kappahoito.fi\)](#)
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Noudettu 16.06.2023 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. (2013). lökkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys omastatunnosta. *Hoitotiede*, 25(1), 62–76. Noudettu 14.06.2024 osoitteesta [lökkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys omastatunnosta - pdf \(journal.fi\)](#)

- Sairaanhoitajaliitto. (n.d.). *Sairaanhoitajan ammatilliset työkalut*. Noudettu 22.03.2024 osoitteesta [Sairaanhoitajan ammatilliset työkalut | Sairaanhoitajat](#)
- Salminen-Tuomaala, M., Leikkola, P., Mikkola, R. & Paavilainen, E. (2015). Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavat tekijät ensihoidon työntekijöiden kokemana. *Tutkiva hoitotyö*, 13(4), 25–34.
- Salonen, T. (2020). *Anamneesin merkitys ja tavoitteet*. Duodecim Oppiportti. Noudettu 17.09.2024 osoitteesta [Anamneesin merkitys ja tavoitteet - Duodecim Oppiportti](#)
- Saske, S., Josefsson, K., Karttunen, T. & Sorvali, J. (2024). Vanhuspalvelujen tila 2023: Kotihoidon asiakkaille suunniteltu palvelutuntien määrä toteutuu puolessa yksiköistä. *Terveiden ja hyvinvoinninlaitos*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024041317418>
- Scott, L.J., Redmond, N.M., Garrett, J., Whiting, P., Northstone, K. & Pullyblank, A. (2019). Distributions of the National Early Warning Score (NEWS) across a healthcare system following a large-scale roll-out. *Emergency Medicine Journal*, 36(2019), 287–292. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2018-208140>
- Shobhit, J. & Iverson, L. (2023, 12. kesäkuuta). Glasgow Coma Scale. *National Library of Medicine*. Noudettu 07.08.2024 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>
- Sinclair, B. & Ferguson, K. (2009). Integrating simulated teaching/learning strategies in undergraduate nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), DOI: [10.2202/1548-923X.1676](https://doi.org/10.2202/1548-923X.1676)
- Sirviö, P., Fors, R., Meriläinen, M., Koivisto, K. & Sandelin, P. (2016). Sairaanhoitajan työn tulevaisuus. Teoksessa K. Koivisto & Sandelin, P. (toim.) *Sairaanhoitajakoulutusta 120 vuotta Oulussa – Aputyöstä asiantuntijaksi -juhla-julkaisu*. Oulun ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2016112930049>.

- Soon, O.K. & Sun, H.B. (2020). Emergencies in Long-Term Care Services for the Elderly in Korea: A Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010066>
- Sormunen, E. & Poikela, E. (toim.). (2008). Informaatio, informaatiolukutaito ja oppiminen. Tampere University Press. ISBN 978-951-44-7285-5
- Surakka, T. (2009). *Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osajia*. Tammi.
- Sosiaalihuoltolaki. (26.8.2022/790). Finlex. Noudettu 08.09.2023 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kotihoito#L3P19a>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). *Kotihoito*. Noudettu 08.07.2023 osoitteesta <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- Sotetie. (n.d.) *Koulutuksen vaikuttavuuden arviointi*. Noudettu 06.10.2024 osoitteesta [Koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnin moniulotteisuus - Sotetie](#)
- Terveydenhuoltolaki. (24.08.2017/583). Finlex. Noudettu 16.09.2024 osoitteesta [Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon... 583/2017 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). *Kotihoito*. Noudettu 24.10.2023 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024). *Kotihoito 2022*. Noudettu 04.06.2024 osoitteesta [Kotihoito 2022 - THL](#)
- Thim, T., Krarup, N.H.V., Grove, E.L., Rohde, C.V. & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5(2012), 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

- Tiikkainen, P. & Juntunen, K. (2018). *Kukoistava kotihoito: Kotihoidon työntekijöiden itsearvioitu osaaminen*. Noudettu 13.09.2024 osoitteesta <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-503-6>
- Tilastokeskus. (2021). *Väestön ikääntyminen on suhteellista*. Noudettu 17.09.2024 osoitteesta [Tilastokeskus - Väestöennuste 2021–2070 \(stat.fi\)](https://tilastokeskus.fi/vaestoennuste/2021-2070)
- Toivanen, M., Leppänen, A. & Kovalainen, A. (2012). Osaamisen kehittäminen työorganisaatiossa. *Työelämän tutkimus*, 10(1), 3–21. Noudettu 27.08.2024 osoitteesta [Osaamisen kehittäminen työorganisaatiossa | Työelämän tutkimus \(journal.fi\)](https://www.tutkimusjournal.fi)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (5. uudistettu painos). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (1.painos). Kustannusosakeyhtiö Tammi. Noudettu 21.11.2023 osoitteesta [Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi: Uudistettu laitos | Ellibs Library](https://www.ellibs.fi)
- Turjamaa, R. (2014). *Older People's Individual Resources and Reality in Home Care*. [University of Eastern Finland]. Erepo. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14350/urn_isbn_978-952-61-1616-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2023). Noudettu 20.06.2023 osoitteesta <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2018). IHMISEEN KOHDISTUVAN TUTKIMUKSEN EETTISET PERIAATTEET Ihmistieteiden tutkimusmenetelmiä käyttävän tutkimuksen eettisen ennakoarvioinnin ohjeistus. *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan työryhmän muistio 25.5.2018*, 1–8.
- Tuukkanen, J., Pauniahho, S-L., Castrén, M., Daavittila, I., Rantanen, S. & Wilen, S. (2019). Hoivakriisi lisää päivystysten kuormaa. *Lääkärilehti*, 34(74), 1800–1801. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/nakokulmat/hoivakriisi-lisaa-paivystysten-kuormaa/>

- Työterveyslaitos. (2022). *Suositus työterveyshuollossa tehtävälle kriisityölle*. Noudettu 13.09.2024 osoitteesta <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/tyoterveyshuolto/tietojen-antaminen-neuvonta-ja-ohjaus/suositus-tyoterveyshuollossa-tehtavalle-kriisityolle>
- Ukkonen, M., Jämsen, E., Zeitlin, R. & Pauniahho, S-L. (2019). Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emergency Medicine*, 19(20), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0236-3>
- Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus. (n.d.). Ikäihmisten palvelujen kehittämisverkosto GeroMetro. Noudettu 17.09.2024 osoitteesta [Päivystyksellisten mallien kehittäminen - Socca](#)
- Valvira. (2015). *Kotiin annettavat palvelut*. Noudettu 15.06.2023 osoitteesta <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/kotiin-annettavat-palvelut>
- Viikari, L. & Wuorela, M. (2019). Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 135(17), 1579–85.
- Vuori, J. (2023). Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Noudettu 06.06.2024 osoitteesta [Laadullinen sisällönanalyysi - Tietoaarkisto \(tuni.fi\)](#)
- Väisänen, V., Huhtakangas, M. & Sinervo, T. (2023). *Päivystyskäynnit ovat lisääntyneet erityisesti kotihoidon asiakkailla*. Noudettu 10.9.2024 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/paivystyskaynnit-ovat-lisaantyneet-erityisesti-kotihoidon-asiakkailla/>
- Wilkman, E. & Kuitunen, A. (2018). Verenkiertovajauksen monitorointi ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 132(2), 173–181. Noudettu 30.08.2024 osoitteesta [duo14122.pdf \(duodecimlehti.fi\)](#)
- Wilson, D.M. & Birch, S. (2018). A scoping review of research to assess the frequency, types, and reasons for end-of-life care setting transitions. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(4), 376–381. <https://doi.org/10.1177/14034948187850>

LIITTEET

LIITE 1 TUTKIMUSLUPA

	Kirje	1 (1)
		9489/13.01.00/2023
Tutkimus, kehitys ja innovaatiot (TKI)-vastuualue	15.12.2023	

Koskinen Karoliina
Viljanen Miia

Tutkimusluvan myöntäminen: Koulutussuunnitelman laatiminen Matinkylä-Olarin kotihoidon äkillisten tilanteiden osaamisen kehittämiseksi

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue myöntää meille saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija / yhteyshenkilö: Karoliina Koskinen

**Tutkimuksen aihe / nimi: Koulutussuunnitelman laatiminen
Matinkylä-Olarin kotihoidon äkillisten tilanteiden osaamisen
kehittämiseksi**

Edellytyksenä on myös, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava tietosuojaa-asetus ja tietosuojalaissa sekä muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sähköpostiosoitteeseen tutkimusluvut@luvn.fi linkin tutkimusraportin sähköiseen julkaisuun.

Silja Kosola
tutkimusjohtaja
etunimi.sukunimi@luvn.fi

LIITE 2 KOULUTUSSUUNNITELMA

Osallistuminen porrastetusti ja systemaattisesti pienryhmittäin

Osaamisen ylläpitäminen

Yleisimmät äkilliset tilanteet kotihoidossa ja niiden hallinta

Suunniteltu kesto: 1+1 h, kahdessa osassa, luento

- määrittämätön yleistilan lasku: tilanteen havainnointi silmämääräisesti ABCDE mukaisesti, vitaalien mittaus ja arvojen tulkinta, tarvittava lääkitys (kuumeeseen kuumetta alentavaa ym.), sairaanhoitajan ja lääkärin konsultointi sekä tarvittavien lisätutkimusten teko (pika-CRP, PLV, verikokeet, asiakkaan tunteminen ja nykytila-arvio tärkeitä)
- sekavuus: kauanko ollut, onko muuttunut (aiempi tilanne vs. nykytila), asiakkaan tausta, mahdolliset infektio-oireet ja muut sekavuutta aiheuttavat tekijät (vitaalit, PLV, pika-CRP, juominen, syöminen, nukkuminen, lääkityspoikkeamat ja uudet lääkkeet, alkoholi). Syyn mukainen hoito. Sekavuuden aiheuttamien muiden äkillisten tilanteiden riskiarviointi ja ennaltaehkäisy.
- kaatumiset ja niistä johtuvat traumat: syyn selvittäminen ja sen hoitaminen, tausta, vammalöydökset ja niiden hoito (haavat, vena ja arteria vuodot, vammojen hoito esim. tuennat), vitaalit, ABCDE tilannearvio ja NEWS pisteiden lasku, konsultaatio, tarvittava kommoitioseuranta, lääkityksestä erityishuomiona verenhennuslääkkeet
- vitaalielintoimintojen muutokset & sairaskohtaukset (epilepsia, sydäninfarkti, aivotapahtumat, hypo- ja hyperglykemia): tilanteen havainnointi ABCDE mukaisesti ja NEWS-pisteiden lasku, vitaalit, yleisimmät syyt sepsis, rintakipu, sydän- tai aivotapahtuma, lääkkeet, alkoholi, mittauksien viitearvot, ketoaineet

- psyykkiset oireilut ja intoksikaatiot: tilannearvion teko ABCDE mukaisesti, vitaalit, asiakkaan tunteminen, tausta ja nykytila-arvio tärkeitä, onko vaaraksi itselleen tai muille, lääkkeiden tunnistaminen intoksikaatio tilanteissa ja määrän arviointi, myrkytystietokeskukseen soitto

Systemaattisen tilannearvion teko ja hoidontarpeenarviointi

Suunniteltu kesto 1 h, simulaatio

- havainnointi ABCDE
- NEWS pisteiden lasku
- hoidonperusteet.fi
- kotiolosuhteiden ja tukiverkoston arviointi ja niiden vaikutus tilanteeseen

Vitaaliarvojen mittaaminen ja ymmärtäminen

Suunniteltu kesto 30 min, simulaatio

- hengitystyö, happisaturaatio, hengitystiheys
- verenpaine ja pulssi, palpoiden ranteesta (tasainen, epäsäännöllinen, vahva, heikko)
- verensokeri, ketoaineet, lämpö
- tajunnantaso ja orientaatio
- saatujen tulosten arviointi, viiterajat

Mittareiden käyttö (cABCDE, NEWS, ISBAR)

Suunniteltu kesto 1 h, simulaatio

- Sensitiivisten mittareiden opetus ja arviointi
- Käytön harjoittelu
- Fyysisten työvälineiden hankinta (Sairaanhoitajaliitto)

Elvytys

Suunniteltu kesto 1 h, simulaatio

- elottoman tunnistaminen
- maallikkoelvytys

Oman osaamisen vahvistaminen

Suunniteltu kesto 1 h, työpaja

- oman osaamisen arviointi, vahvuuksien ja heikkouksien tunnistaminen
- osaamisen kehityssuunnitelman teko
- koulutussuunnitelman mukaisiin simulaatioihin, luentoihin ja työpajoihin osallistuminen

LIITE 3
KYSELYLOMAKE

Taustatiedot

Ammattiryhmä

Hoitohenkilö

Esihenkilö

Työvuodet

Alle 1

1–5 v

5–10 v

Yli 10 v

Oletko suorittanut pohjakoulutuksen lisäksi lisäkoulutuksia. Jos olet niin mitä?

Oletko käynyt ensiapukurssin? Jos kyllä, niin milloin?

Minkälaisia äkillisiä tilanteita olet kohdannut työssäsi?

Minkälaiseksi koet osaamisesi äkillisissä tilanteissa, minkälaista osaamista mielestäsi tarvitaan äkillisten tilanteiden hoitamisessa?

Minkälainen tekijät mielestäsi edistävät äkillisissä tilanteissa toimimista, entä mikä tekijät saattavat heikentää äkillisten tilanteiden hallintaa?

Koetko pystyväsi tekemään päätöksiä äkillisissä tilanteissa, minkälaisen tekijöiden koet edistävän tai heikentävän kykyäsi päätöksentekoon?

Minkälaisia välineitä tai mittareita käytät tällä hetkellä, kun kohtaat äkillisen tilanteen hoitokäynnillä. Minkälaisia välineitä ja mittareita tarvitset, jotta voit vielä paremmin selviytyä äkillisistä tilanteista?

Miten haluaisit saada lisää tukea äkillisissä tilanteissa toimimiseen?

- Simulaatioharjoitteet
- Oppiportin kurssit

- Organisaation tarjoama lisäkoulutus
- Käytännön kautta
- Työrepussa mukana kulkeva taskukortti
- Muu, mikä?

LIITE 4 SAATEKIRJE

Hyvä kyselyyn vastaaja

Olemme Vaasan ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja opiskelemme ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa (Hyvinvoinnin asiantuntija YAMK). Teemme YAMK-kehittämiprojektin kotihoidon äkillisistä tilanteista ja tarkoituksenamme on selvittää Matinkylä-Olarin kotihoidon hoitajien kokemuksia äkillisistä tilanteista, omasta osaamisesta ja äkillisissä tilanteissa toimimisesta.

Olemme saaneet tutkimusluvut kyselyn toteuttamiseen Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelta. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja voit lopettaa kyselyyn vastaamisen myös kesken kyselyn. Kysely tapahtuu anonyyminä eikä yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa vastauksista. Vastauksia käytetään vain tässä kehittämissuunnitelmassa ja niitä käsitellään luottamuksellisesti. Kehittämissuunnitelman valmistuttua vastaukset hävitetään asianmukaisesti.

Saatujen vastausten pohjalta luodaan koulutussuunnitelma äkillisten tilanteiden osaamisen lisäämiseksi ja sen käyttöönotto. Koulutussuunnitelman tarkoituksena on lisätä systemaattisesti kotihoidon hoitajien osaamista ja sen myötä edistymistä on mahdollista seurata.

Vastaamme mielellämme kyselyyn liittyviin mieltä askarruttaviin kysymyksiin.

Yhteistyöterveisin,

Karoliina Koskinen ja Miia Viljanen

e2300045@edu.vamk.fi

e2300030@edu.vamk.fi

Kehittämissuunnitelman ohjaajana toimii

Riikka Lehesvuo

Htm, sairaanhoitaja, lehtori

Sosiaali- ja terveysala | Hoitotyö

rkl@vamk.fi, puh: 050 475 4276 (virka-aikana)

LIITE 5

AINEISTON ANALYYSI

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>"Olen saanut koulutusta asian suhteen, mutta tilanteet tulevat kuitenkin suhteellisen harvoin ja yllättäen, joten lisäkoulutus olisi aina tarpeen. Toimintakäytännöt myös muuttuvat koko ajan ja on usein työntekijän vastuulla pysyä niistä ajan tasalla."</p> <p>"Koen oman osaamisen melko hyväksi, koska minulla on akuuttihoitotyön tausta. Koen että yksikön akuuttihoitotyön/äkillisten tilanteiden osaaminen nojaa paljon minun harjeillani, eikä henkilökunnan osaaminen ole tasapuolista. Tarvittavaa osaamista on perusteet kuten vitaalielin toimintojen mittaus ja niiden ymmärtäminen, systemaattisen tilannearvion tekeminen, kokonaisuuden hahmottaminen, äkillisen tilanteen ja konsultoitavan tilanteen erottaminen toisistaan, tilanteen hallinnan ja päätöksen teon vahvistaminen. Raportin annossa on puutteita laajasti."</p> <p>"Jos ei tunne asiakasta, hänen kotiympäristöään ja käytöstään, niin se voi heikentää äkillisten tilanteiden hallintaa."</p> <p>"Taustatietojen puute, oma paniikki. Epävarmuus eikä mahdollista varmistaa keltään tai saada tukea. Ei osaamista tai edes karkeaa käsitystä siitä miten pitäisi toimia ja missä järjestyksessä."</p> <p>"Heikentävät tekijät: panikointi, ennestään tuntematon asiakas, harjoituksen puute."</p>	<p>Äkilliset tilanteet tulevat harvoin ja lisäkoulutusta tarvitaan. Työntekijän vastuulle jää usein selvittää ajantasaiset käytännöt.</p> <p>Henkilökunnan osaaminen ei ole tasapuolista.</p> <p>Tuntematon asiakas heikentää tilanteiden osaamista.</p> <p>Osaamisen- ja konsultation puute sekä epävarmuus heikentävät äkillisissä tilanteissa toimimista.</p> <p>Heikentävinä tekijöinä nähdään panikointi, asiakkaan tuntemattomuus ja harjoituksen/osaamisen puute.</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimimista heikentävät tekijät</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimiminen</p>	<p>Äkillisten tilanteiden osaaminen</p>
<p>"Osaan elvyttää ja soittaa 112. Osaan tehdä perusmittauksia ja arvioida asiakkaan vointia perustasolla. Osaan antaa ns hätälääkityksiä. Osaan kartoittaa riskejä ja huomioida turvallisuusnäkökohtia. Koen osaamiseni vajavaiseksi."</p> <p>"Edistävää on riittävä tieto ennen paikalle menoa ja paikan päällä. Esim. ajantasaiset lääkelistat, tieto jos ollut mahdollisesti huono kunto aiemmin yms. Hyvät kirjaukset tärkeitä!"</p>	<p>Perusosaaminen on vanalla pohjalla, mutta osaaminen koetaan puutteelliseksi.</p> <p>Riittävä tilannetieto edistää tilanteissa toimimista. Kattavien kirjausten tärkeys korostuu.</p> <p>Asiakkaan tunteminen, tietotaito ja ennakointi</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimimista edistävät tekijät</p>	<p>Äkillisissä tilanteissa toimiminen</p>	<p>Äkillisten tilanteiden osaaminen</p>

<p>"Asiakkaan aiempi tuntemus edistää. Tieto ja käytännön harjoittelu/kokemus edistää. Ennakointi edistää."</p> <p>"Erilaiset toimivat mittarit, kielitaito ja ajantasainen koulutus edistää äkillisissä tilanteissa toimimista."</p> <p>"Edistäviä asioita: hyvä ja kattava kliininen osaaminen/ syvämpi ammattitaitoisuus, ymmärrys asioihin ja kokonaisuuksiin/näkökulma työhön, rauhallisuus ja systemaattisuus."</p> <p>"Hoitajan valmius tehdä itsenäisiä päätöksiä, vuosien työkokemus eduksi."</p> <p>"Kokemus, tieto ja rauhallisuus edistävät."</p>	<p>edistävät äkillisissä tilanteissa toimimista.</p> <p>Äkillisissä tilanteissa toimimista edistävät toimivat välineet, riittävä kielitaito ja koulutus.</p> <p>Osaaminen ja ymmärrys korostuvat.</p> <p>Itsenäinen päätöksenteko ja kokemus edistää äkillisissä tilanteissa toimimista.</p> <p>Edistäviä tekijöitä ovat kokemus, tieto ja rauhallisuus.</p>			
---	--	--	--	--