



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ASIAKKAAN TILAN AKUUTTI HEIKENTYMINEN - ENSIARVIO JA TOIMINTAOHJEET

Johanna Fält

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JOHANNA FÄLT:

Asiakkaan tilan akuutti heikentyminen
-Ensiarvio ja toimintaohjeet

Opinnäytetyö 59 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Marraskuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää hoitohenkilökunnalle koulutustilaisuus ensiarvion tekemisestä, kun asiakkaan tila akuutisti heikkenee. Tehtävänä oli kartoittaa miten asiakkaan tilaa voidaan arvioida, ja miten toimitaan kun asiakkaan tila akuutisti muuttuu. Tehtävänä oli myös ottaa selvää miten laadukas koulutustilaisuus järjestetään. Opinnäytetyön tavoitteena oli vahvistaa hoitajien kliinistä osaamista ja tukea hoitajien toimintaa. Opinnäytetyöstä rajattiin pois kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat. Toimintaohjeet koskevat vanhuksia, jotka eivät ole ilmaisseet hoitotahtoaan ja näin ollen heidät hoidetaan pääsääntöisesti samoin periaattein kuin työikäiset.

Opinnäytetyö tehtiin vanhusten hoitotyöhön kodinomaisiin yksiköihin. Ikääntyneet sairastuvat akuutisti useimmiten kotona tai kodinomaisessa yksikössä. Oikealla tavalla tehty tilannearvio takaa laadukkaan hoidon ja vähentää sellaista päivystysluonteista hoitoa, joka ei ole välttämätöntä. Kokonaiskuva asiakkaan voinnista saadaan tutkimalla asiakas systemaattisesti ABCDE-protokollan mukaisesti. ABCDE-menetelmää käyttävät laajalti sekä lääkärit että hoitajat ensihoidossa ja päivystyksissä. Opinnäytetyössäni asiakkaan tilaa arvioitaessa hoitaja käyttää apuna pääsääntöisesti vain omia silmiä, käsiä ja korvia.

Opinnäytetyön teorettinen viitekehys muodostuu siitä, millainen on hyvä koulutustilaisuus ja mitä asioita kuuluu vanhusten hoitotyöhön. Käsiteltävinä aiheina ovat ensiarvio ABCDE-protokollaa käyttäen, ennakoilmoituksen tekemisen perusteet ja lyhyt kuvaus vanhusten tyypillisimmistä sairauksista: sydäninfarkti, aivoinfarkti, delirium, rhabdomyolyysi ja sokki.

Opinnäytetyön menetelmä on toiminnallinen, sillä tämä työ on toteutettu koulutustilaisuutena ja olen tuottanut siitä raportin. Teoriapainotteiseen koulutustilaisuuteen osallistui 25 henkeä kolmesta eri yksiköstä. Hoitohenkilökunta piti koulutustilaisuutta tärkeänä ja hyvin onnistuneena kokonaisuutena. Palautelomakkeet osoittivat, että aihe oli ajankohdainen ja koulutus tuki henkilökunnan ammatillista kasvua.

Opinnäytetyön laatukriteereinä luotettavuus, informatiivisuus ja hyödynnettävyys täyttyivät ja päätehtävät toteutuivat. Lisäksi palautelomakkeiden mukaan tavoitteisiin päästiin. Jatkossa teoriapainotteisen koulutustilaisuuden hyvä lisä olisi simulaatio-oppiminen. Kehitysideana myös tuotoksellinen opinnäytetyö asiakkaan ensiarviosta olisi hyödyllinen.

Asiasanat: ensiarvio, koulutustilaisuus, vanhuksset, hoitohenkilökunta

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

JOHANNA FÄLT:
Acutely Deteriorating Patient
-Assessment and Briefing

Bachelor's thesis 59 pages, appendices 10 pages
November 2015

The purpose of this study was to arrange a training session for nursing staff on how to make the first assessment when the person's state is acutely deteriorating. The task was to examine how a person's condition can be measured, and how to act when the condition acutely changes. Another task was to find out how the quality training session will be arranged. The aim of this study was to improve nurses' clinical competence and support nurses' actions. Matters related to medication have been excluded from the study. Instructions concern the elderly whom will be taken care of in the same way as the working aged people.

This study was made for homelike units. The old people usually fall ill acutely at home or a home-like environment. If the assessment has been done in the right way it guarantees good quality of care and reduce unnecessary care. To gain an overall idea of the customer's situations is achieved by examining the customer systematically by using ABCDE-protocol form the customer's overall situation. Doctors and nurses use the ABCDE-system all over the world in emergency care and hospitals.

The theoretical section of the study describes what kind of training session is good and what is included in the care of the elderly. The theoretical section explores the first assessment, preliminary announcement and briefly some disease. The feedback showed that subject is topical and it supports the professional growth of the staff.

This study applied a functional method. A training session was organized and a report written on it. A total of 25 people from three different units participated in the training session. The nursing staff thought that the training was important and very successful. The quality criteria of reliability, informativity and recoverability were met. According to the feedback obtained the goals were gained. A suggestion for improvement is to complement educational sessions with simulation exercises.

Key words: first assessment, training session, elderly, nursing staff

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	VIOLA-KOTIYHDISTYS RY	7
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
4.1	Fysiologinen vanheneminen	10
4.2	Vanhusten hoitotyö	11
4.3	Vanhusten laadukas hoito	12
4.4	Hoitohenkilöstön koulutustilaisuus.....	14
4.5	Systemaattinen asiakkaan tutkiminen.....	15
4.5.1	Hengitystie	16
4.5.2	Hengitys	17
4.5.3	Verenkierto.....	18
4.5.4	Tajunta.....	20
4.5.5	Paljasta (vammat).....	22
4.6	Ennakkoilmoitus asiakkaan tilasta hätäkeskukseen.....	22
4.7	Sairaudet	24
4.7.1	Sydäninfarkti	25
4.7.2	Aivoinfarkti	26
4.7.3	Delirium	27
4.7.4	Rabdomyolyysi	28
4.7.5	Sokki	28
4.8	Päätöksentekotaito	29
4.9	Potilasturvallisuus ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi	30
5	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	32
5.1	Toimintaan painottuva opinnäytetyö menetelmänä.....	32
5.2	Koulutuspäivän toteuttaminen	33
6	POHDINTA.....	37
6.1	Koulutuspäivän arviointi.....	37
6.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	39
6.3	Kehittämisehdotukset.....	42
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	
	Liite 1. Kutsu koulutustilaisuuteen	50
	Liite 2. PowerPoint	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon suuri asiakaskunta ovat ikääntyneet ihmiset. Keskimääräinen väestön elinajanodote kasvaa jatkuvasti ja ikääntyvä yhteiskunta haastaa kaikki tarkistamaan ja muuttamaan käsitystään vanhuudesta elämänvaiheena. (Tiikkanen & Voutilainen 2009, 7.) Vanhuus on elämänvaihe, jossa ikääntyminen on yksilöllistä. Kaikissa ihmisissä tapahtuu fysiologisia muutoksia vanhetessamme. Iän myötä krooniset sairaudet lisääntyvät ja elintoiminnat muuttuvat. (ETENE 2008, 6.) Jokaisella ihmisellä iästä riippumatta on oikeus hyvään, laadukkaaseen ja arvokkaaseen kohteluun ja hoitoon erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoidajan tehtävänä on hoitaa jokainen potilas yhtä hyvin, riippumatta potilaan kulttuurista, uskonnosta, terveysongelmasta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, yhteiskunnallisesta asemasta tai poliittisesta mielipiteestä. (Sairaanhoidajaliitto 2014.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee, että jokaisella potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Jos potilas on esimerkiksi tajuton, tulee hänelle antaa tarpeellinen hoito hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi. Kun potilas on ilmaissut vakaasti ja pätevästi hoitoa koskevan tahtonsa, ei saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Hyvänä hoitokäytäntönä pidetään terminaalihoitopäätösten kirjaamista DNR (Do not resuscitate)-, Hyvä perushoito- tai E-merkinnöillä (ei elvytetä). Näiden merkintöjen tarkoituksena on säästää kuolevaa hyödyttömiltä, rasittavilta hoidoilta ja tutkimuksilta. (Pitkälä & Hänninen 2003, 381.)

Vuonna 2007 The National Patient Safety Agency kirjasi huolensa siitä, että hoitajat eivät reagoi tarpeeksi nopeasti ja ammattitaitoisesti potilaan voinnin muutoksiin. Tämän vuoksi Euroopassa aloitettiin radar-hanke vuonna 2012. Olin mukana Radar-hankkeessa (Recognition of the Acutely Deteriorating patient with Appropriate Response) vuonna 2014, jonka tarkoitus oli etsiä keinoja siihen, miten hoitohenkilökunta reagoisi nopeammin, kun potilaan vointi äkillisesti huononee. Tämä hanke oli opinnäytetyöni idean pohjalla.

Ajatus opinnäytetyön tekemisestä vanhustyöhön syntyi jo syksyllä 2013 työskennellessäni Viola-kodissa. Päätöksentekotaidon kehittäminen ja epävarmuus asiakkaan tilanarviota tehdessä nousi tuolloin työyhteisöstä esille. Rajasin aiheesta pois kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat.

Opinnäytetyön menetelmä on toiminnallinen ja se toteutettiin koulutustilaisuutena. Koulutustilaisuuden materiaali pohjautuu tämän opinnäytetyön teoriaosaan ja olen tuottanut tilaisuudesta raportin. Toiminnallisen osan tarkoitus oli kehittää Viola-kodin hoitajien valmiuksia tehdä asiakkaan tilasta ensiarviota, parantaa henkilökunnan työssä jaksamista, hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Koulutus ja sen antama ohjeistus hoito-henkilökunnalle koskee vanhuksia, jotka eivät ole ilmaisseet hoitotahtoaan ja näin ollen hoidetaan pääsääntöisesti samoin periaattein kuin työikäiset. Koulutusmateriaali jää Viola-koti yhdistyksen käyttöön. Materiaalia voi hyvin käyttää perehdytyksen tukena uudelle työntekijälle.

2 VIOLA-KOTIYHDISTYS RY

Vuonna 1994 ajatus vanhusten palvelutalon toteuttavasta rekisteröidystä yhdistyksestä sai alkunsa. Viola-kotiyhdistys oli tuolloin täysin varaton ja oma pääoma oli kokonaan pankin lainapäätösten varassa. Valtion asuntorahastosäätiö (ARA) ja Raha-automaattiyhdistys (RAY) olivat merkittävät hankkeen tukijat. YIT on rakentanut Tampellan alueelle Viola-kodin, Willa Violan ja Pellavakodin.

Viola-kotiyhdistyksen toiminta- ja hoitoperiaatteissa korostuvat asukkaiden itsenäinen, aktiivinen, turvallinen ja hyvä elämä viihtyisässä ympäristössä. Peruseriaatteita ovat asiakaslähtöisyys, yksilöllisten voimavarojen huomioon ottaminen, omatoimisuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Viola-koti valmistui vuonna 1998. Ensimmäiset asukkaat muuttivat heti talvella yhdistyksen tiloihin. Kiinteistössä on 60 vuokra-asutuseriaatteella toimivaa palveluasuntoa sisältäen yhdeksän hengen ryhmäkodin. Liikuntaa ja kuntoutusta varten Viola-kodissa on allasosasto, ikäihmisille suunniteltu kuntosali, sairaanhoitajan, fysioterapeutin ja jalkahoitajan vastaanotot. Hoitohenkilökuntaa talossa on ympäri vuorokauden kaikkina viikonpäivinä.

Willa Viola valmistui vuonna 2007. Willassa on 32 omistusasuntoa, joihin on saatavilla hoivapalvelut. Toisessa kerroksessa on 20-hengen tehostetun palvelun ryhmäkoti. Katutasossa ovat päiväkeskustilat ja 60-paikkainen ravintola. Tampereen kaupunki pitää tiloissa lasten- ja vanhustenneuvolaa. Pohjakerroksesta löytyy Kunto Galleria, joka on suunniteltu erityisesti tasapainoharjoittelua ja erilaisia tilaisuuksia varten.

Pellavakoti valmistui vuonna 2011. Se on 15-paikkainen tehostetun palvelun yksikkö. Pellavantorin ensimmäisessä kerroksessa on Juice Leskisen kotikirjasto, jonka Viola-kotiyhdistys ry sai lahjoituksena Juicen kuoleman jälkeen.

Nykyään Viola-kotiyhdistyksen palvelukodeissa asukkaita on 110. Asukkaiden keski-ikä on 86 vuotta. Palvelukodeissa on mahdollisuus myös lyhytaikaiseen asumiseen, ensisijaisesti omaishoitajien lakisääteisen vapaan järjestämiseksi. Palvelumaksun maksamalla voi ostaa erilaisia palveluja kuten turva-, ateria-, posti-, kuntosali- ja uintipalveluja. Viola-kotiyhdistys työllistää yli 70 vakituista ja noin 30 tilapäistä työntekijää.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyöni tarkoitus on järjestää hoitohenkilökunnalle koulutustilaisuus ensiarvion tekemisestä, kun asiakkaan tila akuutisti heikkenee.

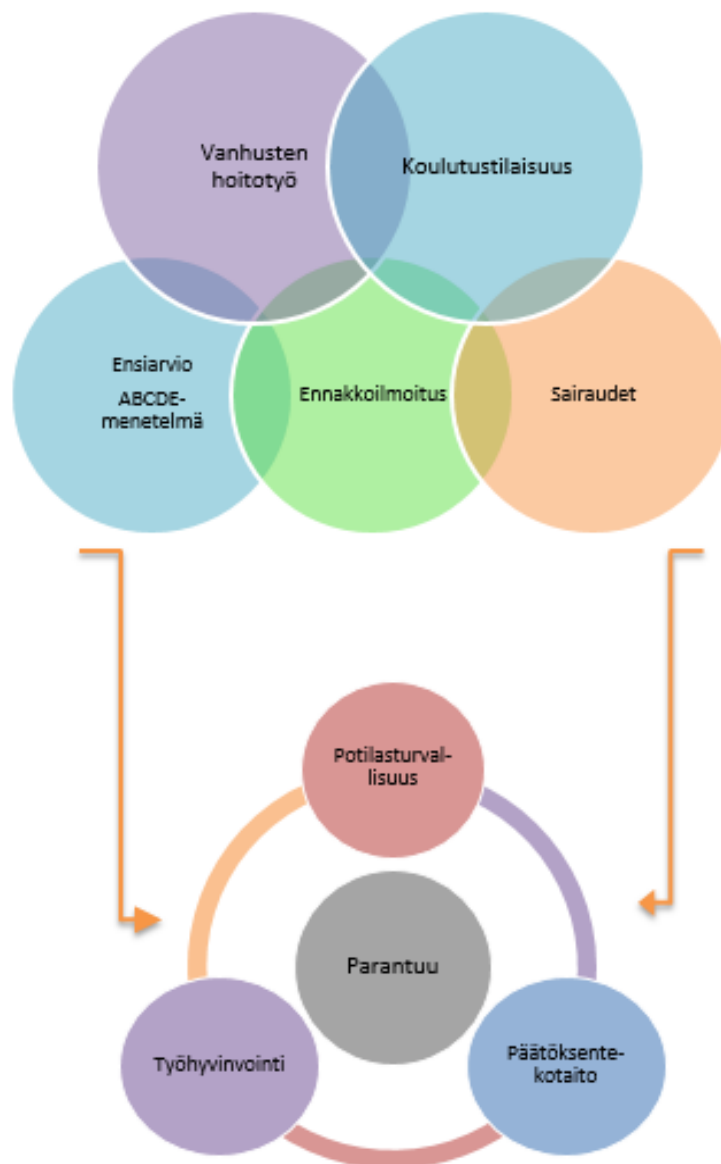
Opinnäytetyöni tehtävät ovat:

1. Miten asiakkaan tilaa voidaan arvioida?
2. Miten toimitaan, kun asiakkaan tila akuutisti muuttuu?
3. Millainen on laadukas koulutustilaisuus?

Tavoitteena on vahvistaa hoitajien valmiuksia tehdä ensiarviota asiakkaan tilasta ja tukea hoitajien toimintaa asiakkaan tilan muuttuessa. Koulutustilaisuuden avulla hoitajien kliininen osaaminen, päätöksentekotaito, työhyvinvointi ja potilasturvallisuus paranee.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni keskeiset käsitteet ovat vanhusten hoitotyö, koulutustilaisuus, ensiarvio, ABCDE-menetelmä, ennakkoilmoitus, sairaudet, potilasturvallisuus, työhyvinvointi ja päätöksentekotaito (kuvio 1). Vanhusten hoitotyö on yksi pääkäsitteistäni, koska Violakodissa hoidetaan vanhuksia ja opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää vanhusten hoitotyötä. Koulutustilaisuus on toinen pääkäsite, koska se on tämän työn toiminnallinen osuus. Asiakkaan tilan ensiarvio ja siihen liittyvä ABCDE-menetelmän käyttö, ennakkoilmoitus ja sairaudet muodostavat koulutustilaisuuden sisällön. Opinnäytetyöni avulla on tarkoitus parantaa potilasturvallisuutta, hoitajien päätöksentekotaitoa ja työhyvinvointia.



Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys

4.1 Fysiologinen vanheneminen

Ihmisen vanhentuuessa tapahtuu useita fysiologisia muutoksia, jotka hankaloittavat tilan arviointia ja diagnoosin tekemistä. Solu- ja kudostasolla vanheneminen on kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä. Myös osa soluista katoaa. Sydämen, aivojen, munuaisten, keuhkojen ja lihaksiston soluista 20-40 % on kadonnut ihmisen päästyä 75-80 vuoden ikään. (Tilvis 2010, 20-21.) Karkeasti voidaan ajatella, että elimistön toiminnot heikkenevät noin 1 % vuodessa ja sitä pidetään normaalina vanhenemisnopeutena (Terveysverkko 2013).

Elimistön vesi- ja kivennäispitoisuus muuttuu. Rasvakudos yleensä lisääntyy vanhetessa ja rasva kertyy enemmän sisäelinten alueille ja keskivartalolle kuin raajoihin. Verisuoniston tilavuus pienenee, koska solukadon myötä osa hiussuonista jää tarpeettomiksi. (Tilvis 2010, 22.) Ääreisverenkierto huononee ja verisuonten seimien elastisuus vähenee. Lievästi kohonnut systolinen verenpaine kertoo, että verenkierto eri elimiin on vähentynyt. (Phair & Good 1995, 29.) Suurimmat muutokset ikääntyneen sydämessä ovat sydänlihaksen supistumiskyvyn heikkeneminen, iskutilavuuden pieneminen ja sydämen maksimisykkeen aleneminen (Kettunen 2008, 32-34).

Vanhetessa hengitystoimintaan vaikuttavia muutoksia ovat hengityselinten voiman heikentyminen, rintakehän elastisuuden huonontuminen ja keuhkojen pinta-alan pieneminen (Spirduso, Francis & MacRae 2005, 99). Pinta-ala pienenee noin 10-20 % keuhkorakkuloissa 70 ikävuoteen mennessä (Tilvis 2010, 37). Myös aivoissa tapahtuu monenlaisia muutoksia ikääntyessä. Aivokuori ohenee johtuen hermosolujen vähenemisestä, aivojen paino sekä tilavuus pienenevät ja aivoihin kertyy kuona-aineita. (Viitanen 2010.)

Ruoansulatuskanavan toiminta ja rakenne muuttuu ikääntyessä. Ruokatorven liikkeet hidastuvat, suolen toiminta usein hidastuu ja mahalaukun hapon erityis saattaa vähentyä. (Terveystietokeskus 2013.) Munuaisissa tapahtuu myös muutoksia. Ikääntyneellä muun muassa munuaisten koko pienenee ja tubulusten toiminnassa on havaittu muutoksia. Virtsa-teissa on todettavissa monia muutoksia, kuten kudosten veltostumista, virtsarakon laskeumaa, eturauhasen suurentumaa ja limakalvon surkastumista. (Palsternack 2012; Tilvis 2010, 40-42.)

Kalium vähenee samassa suhteessa kuin solukatoa tapahtuu. (Tilvis 2010 21-23.) Muutoksia tapahtuu niin ikään tuki- ja liikuntaelimissä. Hormonitoiminnan hiipumisen myötä lihasmassa vähenee, erilaisia kuona-aineita kasaantuu lihassoluihin, jolloin sidekudoksen määrä lisääntyy ja rasvan määrä solussa lisääntyy. Vartalon pituus lyhenee johtuen ryhdin muutoksista, luiden kalkkikadosta ja nikamalevyjen kokoon painumisesta. (Spiriduso, Francis & MacRae 2005, 67-69.)

Luumassa vähenee miehillä noin 0,5 % ja naisilla 1 % vuodessa. Mineraalikato alkaa noin 40-vuotiaana ja jatkuu loppuelämän ajan. Naisilla osteoporoosia esiintyy enemmän. Elämänsä aikana naiset menettävät hohkaluusta noin 50 % ja 30 % kuoriluusta, kun miehet menettävät hohkaluusta 30 % ja kuoriluusta 20 %. (Pohjolainen, 2012.) Iho haurastuu, ohenee ja siihen voi muodostua hyvänlaatuisia kasvaimia. Kollageenipitoisuus ihon verisuonissa pienenee. (Tilvis 2010, 26-28.)

Tärkeä säätelyjärjestelmä ihmisessä on hermosto ja siinä tapahtuvat muutokset vaikuttavat koko kehoon. Iän myötä autonomisen hermoston toiminta vaimenee. (Terveysverkko 2013.) Elimistön puolustuskyky tulehduksia vastaan heikentyy, josta hyvä esimerkki on vyöruusun puhkeamisen lisääntyminen ikääntyneillä (Jarva & Meri 2011).

Havaintomotoriikka ja tasapaino heikentyvät iän myötä (Phair & Good 1995, 28). Psykososiaalisia muutoksia vanhuudessa ovat muistin heikentyminen, reaktionopeuden hidastuminen, henkisen joustavuuden vähentyminen, tunne-elämän latistuminen, harrastusten yksipuolistuminen, eristäytyminen, yksinäisyys, mieleenpainamiskyvyn huononeminen, virheaistimusten yleistyminen, luonteenpiirteiden korostuminen ja mielialan lasku. (Tilvis 2010, 32-34.) Näin ollen voidaan todeta, että vanheneminen etenee siis hyvin laajalla rintamalla.

4.2 Vanhusten hoitotyö

Nykyään ihmiset haluavat elää pitkään, mutta eivät halua itseään kutsuttavan vanhuksiksi. Vanhoista ihmisistä puhuttaessa käytetään monenlaisia käsitteitä, kuten ikääntynyt, seniori, eläkeikäinen, ikääntyvä, ikäihminen ja vanhus. Käytettävän käsitteen valinta on haasteellinen, eikä mikään yksittäinen käsite ehkä riitä kuvaamaan 65-111 vuotiaiden he-

terogeenistä joukkoa. (Hyttinen 2010, 43.) Kivelä (2006) on käyttänyt käsitteen valinnassa seuraavaa logiikkaa: kaikista 65 vuotta käyttäneistä hän käyttää nimitystä eläkeikäiset. 65-75 vuotiaat ovat ikääntyviä ja 75-85 vuotiaat iäkkäitä. Vanhoiksi Kivelä kutsuu 85 vuotta täyttäneitä ja vanhuksiksi 90 vuotta täyttäneitä. Tässä työssä kaikista hoidettavista henkilöistä käytetään nimitystä vanhus iästä riippumatta.

Suomen perustuslaissa on säännökset perus- ja ihmisoikeuksista. Suomi ikääntyy seuraavat kolme vuosikymmentä voimakkaasti ja valtion on turvattava näiden oikeuksien toteutuminen. Ikääntyneiden hoito, palveluiden toteutus ja kehittäminen rakennetaan näiden asioiden pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001.) Käsitteellä hoitotyö ymmärretään kaikkea sitä työtä jota sosiaali- ja terveydenhuollossa tehdään, kun toiminnan tavoitteena on asiakkaana olevan ihmisen hyvinvoinnin edistäminen. Hoitotyö voidaan nähdä myös toisesta näkökulmasta epäitsekkäänä toimintana, jonka motiivina on lähimmäisenrakkaus. (Kalkas 2000, 76-78.)

Yhä useammin vanhuksen kuolinpaikka on terveyskeskus. Useat siirtymiset hoitopaikkojen välillä kuolemaa edeltävinä kuukausina ovat myös yleisiä. Palvelujärjestelmä muuttuu ja kuolema siirtyy vanhempaan ikään. Samaan aikaan sairaanhoito pyrkii tehokkaampaan toimintaan ja lyhempiin hoitoaikoihin. Pitkäaikaishoito siirtyy vanhainkodeista palvelu-asumiseen. Laadukas elämän loppuvaiheen hoito on huomioitava vanhuspalveluissa. (Konsensuslausuma 2014, 523-531.)

4.3 Vanhusten laadukas hoito

Vanhus on monella tavalla hyvin haavoittuva. Toimintakyvyn asteittainen heikentyminen, vanhuuden rappeutumissairaudet ja normaalit fysiologiset vanhenemismuutokset lisäävät ruumiillista haavoittuvuutta. Vanhusta loukataan arkipäiväisissä hoitotilanteissa kohtelemalla häntä kovakouraisesti, koskettamalla häntä epäkunnioittavasti, paljastamalla häntä turhan paljon ja rajoittamalla tarpeettomasti liikkumista. Kognitiivisten prosessien hidastuminen lisää psyykkistä haavoittuvuutta ja haavoittuvuus heikentää itsetuntoa. Vanhus ei koe enää itseään päteväksi ja kykeneväksi. Myös sosiaalinen haavoittuvuus lisääntyy, kun esimerkiksi puoliso tai tutut ihmiset kuolevat ja yksinäisyys tulee elämään. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 343-346.) Oman kokemukseni mukaan monet vanhukset ovat hyvin hauraita ja heitä tulee käsitellä varoen.

Vanhusten hoitotyössä tulee ottaa huomioon fysiologiset muutokset ja vanhuksen yksilöllisyys.

Laadukkaan hoidon määrittely edellyttää, että tiedetään mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Ikäihmisten terveydentilan ja toimintakyvyn ammattitaitoinen arviointi on yksi keskeinen mittari laadukkaan hoidon toteutuksen arvioimiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001.) Hyvässä vanhushoitotyössä korostuu vuorovaikutus, itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Kokemus hyväksytyksi tulemisesta on tärkeää vanhuudessakin. (Virta, Koivunen & Klimoff 2008.)

Hoitajan tulee ottaa huomioon ikääntyneen ihmisen ja hänen perheensä elämäntyyli, uskonto, kulttuuri, rooli, asenteet ja arvot. Tämä on eettisen osaamisen lähtökohtana. Eettisiä periaatteita (itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, voimavaralähtöisyys, yksilöllisyys, turvallisuus) sovelletaan hoitotyössä, ikääntyneen osallistumista hoitoon liittyvässä päätöksenteossa tuetaan ja hänen autonomiaa edistetään. (Tiikkainen & Teeri 2009).

Eettiset arvot ilmaisevat, mikä on hyvä elämä ja hyvä ihminen. Arvot ovat ideoita, jotka ilmaisevat mitä me pidämme hyvänä ja tavoiteltavana. Keskeisiä arvoja meidän kulttuurissamme ovat vapaus ja oikeudenmukaisuus. Arvot heijastuvat toimintaan ohjaamalla tavoitteita tiettyyn suuntaan. Vanhusten hoitotyön keskeisiä tavoitteita ovat toimintakyky, terveys, onnistunut vanheneminen ja hyvä elämänlaatu. Näiden tavoitteiden taustalta löytyy kokonainen arvomaailma, joka luonnehtii millainen elämä on tavoittelemisen arvoinen ja hyvä vanhoilla päivillä. Yleensä tavoitteiden taustalta löytyy sellaisia arvoja kuin omatoimisuus, autonomia ja yhteisöllisyys. (Sarvimäki 2010, 27-29.)

Hoitajan tulee tunnistaa omat ja toisten odotukset, arvot ja asenteet ikääntymisestä, sen vaikutuksesta hoitoon ja tarvittaessa puuttua epäkohtiin. Vuorovaikutustilanteessa tulee ikääntyneen itsenäisyyttä, arvokkuutta ja yksilöllisyyttä tukea. Yksilöllinen kohtaaminen voi toteutua vain kun ikääntyneen ihmisen ainutkertaisuus ja erilaisuus huomioidaan. Toiminnalliset, fyysiset, kognitiiviset ja psykososiaaliset vanhenemismuutokset tulee vuorovaikutustilanteessa tunnistaa ja ottaa huomioon aistimiseen, havaitsemiseen, tuntemuksiin ja viestimiseen liittyvät muuttujat. (Tiikkainen & Teeri 2009.) Huolellisuus, hyvä

itsetuntemus, ymmärrys toista ihmistä kohtaan, empatia, arvokkuus, hyvä käytös ja lojailisuus ovat hyvän sairaanhoitaja ominaisuuksia kaikenikäisten hoitotyössä (Kalkas 2000, 78).

4.4 Hoitohenkilöstön koulutustilaisuus

Erään määritelmän mukaan koulutuksella voidaan tarkoittaa tutkintoon johtamatonta koulutusta, esimerkiksi lyhyttä kurssia (Tilastokeskus, 2014). Koulutusta toteutetaan monissa eri yhteyksissä. Kaikissa yhteyksissä tavoitteiden miettiminen on tärkeää. (Kupias & Koski 2012, 14.) Tässä opinnäytetyössä koulutuksella tarkoitetaan lyhyttä suunniteltua tilaisuutta. Koulutuksen tarkoituksena on kehittää hoitotyötä ja jakaa tietoa. Kyseessä on työelämäkoulutus ja tavoitteita on tarkasteltu organisaatiokohtaisesti. Koulutuksen tarkoitus on tuottaa hyvää hoitotyöhön ja organisaatiolle.

Kouluttajan tulee miettiä koulutusta osallistujien näkökulmasta, miten palvelee parhaalla mahdollisella tavalla osallistujien osaamisen kehittymistä ja oppimista. Koulutuksen tavoitteet on tehtävä mahdollisimman eläviksi. (Kupias & Koski 2012, 21.) Usein osallistujat tulevat koulutukseen hankkimaan lisätietoa asiaan, josta heillä on jo tietoa ennestään. (Kupias ym. 2012, 29.) Esityksen valmisteluvaiheessa tulee ottaa huomioon esitykselle varattu aika. Asiamäärä riippuu käytössä olevasta ajasta. Mitä vähemmän aikaa on käytössä, sitä tarkemmin esityksen sisältö on syytä miettiä. Lyhyessä esityksessä ei ole varaa harhailla sivupoluilla. (Kallio 2006, 40.)

Hyvä diaesitys on jäsennelly hyvin, jotta se on riittävän johdonmukainen. Alkudioissa tulisi olla jäsennellynä koko esityksen sisältö. Mukaan voi ottaa kysymyksiä osallistujien pohdittavaksi. Jotta yksittäinen dia on havainnollinen, sen on oltava ulkoasultaan riittävän selkeä. Liian täyteen ahdettu dia ei houkuttele lukemaan. (Kupias ym. 2012, 76-77.)

”Koulutuksen sisältö on hyvä käydä läpi osallistujien kanssa. Näin syntyy kokonaiskuva koulutuksesta ja aiheisiin on helpompi tarttua.” (Kupias & Koski 2012, 54.) Tilaisuudessa on hyvä olla tukisanalista. Lause lauseelta kirjoitetut ja luetut esitykset jäävät etäisiksi, koska kontakti yleisön kanssa jää vähäiseksi. A5-kokoiset kortit ovat helppokäyttöisiä ja niitä pystyy huomaamattomasti vaihtamaan. (Koskimies 2002, 74-76.)

Esityksen alun tavoitteena on mielenkiinnon herättäminen, myönteisten odotusten luominen ja aiheeseen johdattaminen. Tavallisin virhe on se, että esityksessä ei ole lainkaan alkua. Aloituksessa tuodaan esille asioiden taustaa, tilaisuuden tavoite ja runko. (Koskimies 2002, 67.) Kuuntelijat tulevat alttiiksi viestin vastaanottamiselle vain, mikäli se kokee, että puhujan arvomaailma vastaa heidän omaansa. Puhujan tulisi osoittaa tuntevansa kuuntelijoiden tarpeita, toimintaympäristöä ja hänen tulee samaistua kuuntelijoiden tilanteeseen. (Koskimies 2002, 67-68.)

Tilaisuuden lopetuksen tehtävänä on jättää kuulijoille se kuva, että esityksessä päästiin suunniteltuun tavoitteeseen. Esityksen lopussa on hyvä toistaa lyhyesti ydinkohdat. (Koskimies 2002, 71.) Kun osallistujat lähtevät koulutuksesta, heille jää parhaiten mieleen lopussa käsitellyt asiat. Kouluttaja tuo esiin koulutuksen ydinasiat, kun hän haluaa osallistujien muistavan kokonaisuuden ja siihen liittyvät tärkeimmät kohdat. (Kupias ym. 2012, 69-70.)

4.5 Systemaattinen asiakkaan tutkiminen

Systemaattinen asiakkaan tutkiminen ja yhteneväisen ensiarvion tekeminen ABCDE-protokollaa käyttäen parantaa hoidon aloitusta, avun pyytämistä paikalle ja tilanteen raportoimista eteenpäin. Sekä hoitajat että lääkärit käyttävät apunaan laajalti ensihoidossa ja päivystyksessä ABCDE-menetelmää. Tämä menetelmä sopii kaikkiin tutkittaviin, niin lapsiin kuin vanhuksiin. (Thim ym. 2012.)

Laadukkaan ensiarvion pystyy tekemään katsomalla, kuuntelemalla ja tunnustelemalla asiakasta, ilman juuri mitään välineitä (Barker & Smith 2014). Tehokkain tapa tehdä ensiarvio on asiakkaan systemaattinen tutkiminen, jonka jälkeen tulee aloittaa välittömät hoitotoimenpiteet vammautuneelle tai sairastuneelle ihmiselle. ABCDE-menetelmä on luotu ensihoidossa systemaattisen tutkimisen tueksi. Kirjaimet tulevat sanoista airway (ilmatie), breathing (hengitys), circulation (verenkierto), disability (tajuunta) ja exposure (paljastaminen). ABCDE-protokolla sopii helppoutensa vuoksi niin ensiauttajien käytettäväksi kuin sairaalassa tapahtuvaan potilaan tilan arviointiin. Tämän menetelmän avulla ensiarviossa tulee huomioida kokonaisvaltaisesti ihmisen terveydentila ja mahdollinen hoidon tarve. (Alaspää & Holmström 2013, 120; Thim ym. 2012.)

Kun asiakasta lähestyy, ensiarvio alkaa katsomalla asiakasta ja arvioimalla onko hänellä hätä. Hoitaja huomaa usein ainoastaan katsomalla potilasta onko hänellä jokin huonosti. Tämä perustuu taitoon yhdistää näköhavainto, tieto ja kliininen kokemus kokonaisuksi. Tarkkailemalla pystyy muun muassa laskemaan hengitystiheyden, katsomalla näkee onko estettä hengitysteissä ja ihon värin. Seuraavaksi tärkeää on kuunnella asiakasta. Tähän kuuluu asiakkaan fysiologinen tuska, kuten äänekäs tai vaivalloinen hengitys tai psyykinen hätä kuten itku. Kun tehdään nopeaa arviota asiakkaan tilasta, tulee ensisijaisesti keskittyä tekijöihin, jotka vaikuttavat verenkiertoon. Tätä pystyy arvioimaan tunustelemalla, miltä potilaan iho tuntuu ja millainen pulssi on. (Tait, Barton, James & Williams 2012, 12.)

Asiakkaasta saatava ensivaikutelma kertoo usein paljon. Asiakkaan käytös (pelokkuus, rauhallisuus, kiihtyneisyys, aggressiivisuus), samoin liikkuvuus (makaa hiljaa paikallaan, vaeltaa edestakaisin) ja miten liikkuminen onnistuu (jähmeys, ontuminen, lysähtäminen) tulee ottaa huomioon tilaa arvioitaessa. Yleisvaikutelmaan kuuluu arvio asiakkaan katseesta (pälyilevä, ei katsekontaktia, alituiseen toiseen paikkaan vaihtava). Asiakas saattaa valittaa ääneen tai liikkua vaivalloisesti ähkien. Hän saattaa olla selvästi sairaan oloinen; harmaankalpea, hikinen, punakka tai kivulias. (Alaspää & Holmström 2008, 66-67.)

4.5.1 Hengitystie

Ihmisen elintoiminnoille on välttämätöntä, että solut saavat jatkuvasti happea. Aivokudoksen solut sietävät hapenpuutetta heikoimmin, ja ne voivat vaurioitua jo 4-6 minuutin kuluttua sydämenpysähdyksestä. (Sahi ym. 2006, 39.) Asiakkaan hengittämisestä ei kerro niinkään rintakehän liikkeitä, vaan tuntuva ilmavirta käden selällä tunnusteltaessa. Jos ilmavirta ei tunnu, hengitysteitä voi yrittää avata leukaa nostamalla tai kaularankaa taaksepäin taivuttamalla. (Tait, Barton, James & Williams 2012, 26-29.)

Akuutissa tilanteessa hoidon kulmakiviä on kriittisesti sairastuneen tai vammautuneen riittävästä hengityksestä huolehtiminen. ABCDE-protokollan mukaan ensimmäisenä tarkastetaan avoin hengitystie ja tarvittaessa hengityksessä avustetaan. Hoitoketjun alkuvaiheessa puutteellinen tai hoitamatta jätetty hengitystie muodostaa erityisen uhkan ja aiheuttaa ongelmia, jotka eivät ole myöhemmässäkään vaiheessa hyvällä hoidolla täysin korjattavissa. (Kurola 2007, 2037.)

Kun potilas ei ole heräteltävissä, peruselintoimintojen arvioinneista riittää hengityksen arviointi. Nykyisten ohjeiden mukaan alkuvaiheessa sykettä ei tarvitse tunnustella lainkaan elottomuutta epäiltäessä. Mikäli tajuton potilas ei hengitysteiden avaamisen jälkeen hengitä, on potilas eloton ja elvytystoimet tule aloittaa. (Käypä hoito 2011.)

Hengitysteiden auki pysyminen on välittömästi uhattuna, mikäli potilas on syvästi tajuton eikä torju kipua tai Glasgow'n coma scale (Taulukko 2) on alle 9. Hengitystiet ovat myös vaarassa, mikäli nielussa on oksennusta tai vierasesine, potilaalla on vinkuva sisäänhengitys ja hengitystiheys on lisääntynyt. Nielu tulee puhdistaa ja hengitystiet avata. Tajuton potilas tulisi kääntää kylkiasentoon. (Castren ym. 2012, 151.)

4.5.2 Hengitys

Kun potilaan hengitys vaikeutuu, tulee tarkastaa että hengitystiet eivät ole estyneet, arvioida hengitystyön määrää ja keuhkotuuletusta. Hengityssäniä kuuntelemalla ja ulkoisten merkkien perusteella voidaan arvioida hengitysteitä. Jos potilaan rinta ja vatsa kohoavat samanaikaisesti, potilas on tajuissaan ja ei ilmene hengitysvaikeutta, potilaalla ei ole estettä hengitysteissä. (Alaspää & Holmström 2013, 301.)

Tärkein mittari hengityksen arvioinnissa on potilaan hengitystaajuus. Hengitystapaan tulee kiinnittää lisäksi huomiota hengitystä arvioitaessa. Lisätietoa potilaan hengityksestä saa tarkkailemalla onko hengitys säännöllinen vai epäsäännöllinen, puuskuttava, pinnallinen, syvä tai raskas, tasainen tai epätasainen, haukkova, kuorsaava. Seurataan katkeako hengitys, eli hengittääkö potilas niin sanottua Cheyne-Stokesin hengitystä, josta seuraa nopea hengityksen kiihtyminen ja hyperventilaatio. Lisäksi potilaan hengitysliikkeet, ihon väri ja lämpö, hengityssänet, limakalvojen väri ja potilaan tajunnan taso kertovat onko hengitys ja hapen kulku elimistöön normaalia. (Laukkanen, Virrata & Larmila 2010, 9.) Hengitysvaikeuden asteen määrittämiseen on erilaisia kriteerejä (kuvio 3).

Hengitysvaikeuden asteen määrittäminen			
LIEVÄ - Hengitystaajuus alle 25 krt/min - Potilas tuntee hengenahdistusta - Puhuminen vaivatonta	KESKIVAIKEA - Hengitystaajuus 25-30 krt/min - Potilas voi puhua vain lyhyitä lauseita - Apulihakset käytössä - Syke yli 100 krt/min	VAIKEA - Hengitystaajuus yli 35 krt/min - Potilas voi puhua vain sanan tai pari kerrallaan - Apulihasten käyttö silmiinpistävä - Iho kalpea ja kylmänhikinen	KRIITTINEN - Potilas on sekava ja levoton - Hengitys pinnallista ja haukkovaa - Hengitystaajuus ja syvyys vaihtelevat - Huulet, kynsipohjat ja jopa kasvat syanoottiset

KUVIO 3. Hengitysvaikeuden asteen määrittäminen (Castrén ym. 2012, 174.)

Pohjoisamerikkalaisessa OPALS-tutkimuksessa todettiin yleisimmiksi hengenahdistuksen taustatekijöiksi sairaalan ulkopuolella sydämen vajaatoiminta (26 %), COPD:n paheneminen (19 %), pneumonia (13 %), muu keuhkosairaus (8 %) ja astma (7 %). Kun sydämen vasemman puolen vajaatoiminta pahenee, lisääntyvä keuhkoverisuoniston paine ajaa nestettä lopulta keuhkorakkuloihin, jolloin potilas käytännössä ”hukkuu” omasta verenkierrosta tiikkuneisiin nesteisiin. Tyypillisesti tilanne kehittyy tunneissa. Keuhkopöhön syntyyn on monia eri syitä (kuvio 4). (Kuisma & Holmström 2008, 236-237.)

Sydänperäinen	Keuhkoperäinen	Neurogeeninen	Lääkeyliannos	Muut
<ul style="list-style-type: none"> Selvästi yleisin: sepelvaltimotauti, sydänlihassairaus, rytmihäiriö, läppävika 	<ul style="list-style-type: none"> Äkillinen hengitysvaikeus-oireyhtymä, keuhkokuume, aspiraatio, hengitetyt kemialliset kaasut 	<ul style="list-style-type: none"> Laajat aivoinfarktit, vuodot 	<ul style="list-style-type: none"> Heroiini, sydänlääkkeet 	<ul style="list-style-type: none"> Hengitysteiden vierasesine, hukkuminen, vaikea astmakohtaus

KUVIO 4. Keuhkopöhön syyt (Kuisma ym. 2008, 238.)

4.5.3 Verenkierto

Verenkiertovaje on usean eri tekijän aiheuttama patofysiologinen muutos eikä erillinen sairaus. Verenkiertovaje voi olla samanaikaisesti useammassa elimessä tai vain yksittäisessä elimessä. Verenkiertovajeen eli hypovolemian syitä ovat verisuonten laajeneminen esimerkiksi kuumeen vuoksi, verenvuoto, sepsis, riittämättömän nesteensaanti tai runsas nestemenetys sekä sydämen rytmii- ja johtumishäiriöt. (Ritmala-Castrén 2010, 94.)

Verenkiertovajeen merkkejä ovat kipu, hengenahdistus, levottomuus, hengitystiheyden lisääntyminen, sekavuus ja virtsanerityksen väheneminen. Verenkierron riittävyyttä arvioidaan sydämen syketaajuuden ja minuuttitilavuuden, ihon lämpötilan, virtsamäärien, verenpaineen, pulssipaineen ja keskivaltimopaineen perusteella. (Inkinen & Louhela 2010, 95.)

Verenkiertovajaus tarkoittaa riittämätöntä verenkiertoa kudoksien oikeaan tarpeeseen nähden. Tästä seuraa solujen hapenpuute. Se johtaa pitkittyessään sokkitilaan tai monielinvaurioon, joihin liittyy suuri kuolleisuus. Ratkaisevia potilaan ennusteen kannalta ovat nopea tunnistaminen ja hoidon aloitus. Kliinisessä tutkimuksessa kiinnitetään huomiota esimerkiksi punaisiin pisteisiin iholla (petekioihin) joita voi esiintyä sepsiksessä. Tiheä hengitys tai hengitysvajaus voi johtua veritulpasta. (Varpula 2011, 19-20.) Verenkierron vajakseen voi olla monia eri syitä (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Verenkiertovajauksen yleisimmät syyt (Varpula 2011, 19.)

	Mitä tapahtuu	Mistä johtuu
Kardiogeeninen	Sydämen toiminnan pettäminen	Akuutti sydäninfarkti, sydänlihastulehdus, akuutit läppäviat, sydänlihassairaus
Hypovoleeminen	Kiertävän veren määrä riittämätön	Verenvuoto Kuivuminen(ripuli, oksentelu, diureetit, hikoilu, nesteiden riittämätön saanti)
Septinen	Ääreisverenkierron pieni vastus, verisuonten laajeneminen (vasodilataatio) Verisuonten lisääntynyt läpäisevyys Sydämen toiminnan vajaus	Vaikea yleisinfektio
Obstruktiivinen	Verenkierron este	Sydänpussin nestekertymä Massiivinen keuhkoveritulppa Jänniteilmariinta
Muut	Anafylaktinen sokki Spinaalisokki	

4.5.4 Tajunta

Tajunnan alentumisen taustalla on useita eri tekijöitä. Esimerkiksi aineenvaihdunnalliset tekijät, kuten matala verensokeri tai hapenpuutteen aiheuttama syy ovat systeemisistä tekijöistä johtuvia tajuttomuuden aiheuttajia. Vaikeat myrkytystilat ja tulehdukselliset sairauksiltilat johtavat myös tajunnan alenemiseen. Taustalla saattaa olla myös aivoperäinen sairaus, kuten kohonnut kallonsisäinen paine vuodon tai kasvaimen seurauksena. (Westergård 2009, 366-369.) Tajuttomuuden syihin on kehitetty erilaisia muistisääntöjä (kuvio 5).

MIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • M eningiitti • I ntoksikaatio • D iabetes • A noksia • S ubduraali tai muu aivoverenvuoto
VOI IHME!
<ul style="list-style-type: none"> • V uoto kallon sisällä • O 2 (hapen puute) • I ntoksikaatio • I nfektio • H ypoglykemia • M atala verenpaine • E pilepsia • !=Simulaatio

KUVIO 5. Tajuttomuuden syiden muistisääntöjä (Castrén 2012, 163.)

Potilaan pupilleista arvioidaan koko, symmetrisyys toisiinsa nähden ja valoreaktion nopeus. Laajentunut, valoon reagoimaton pupilli on merkki aivoissa tapahtuneesta vauriosta. Hypotermia laajentaa pupilleja tilapäisesti. Pistemäinen pupilli voi olla merkki aivojen saman puolen iskemiasta. Pupillit kuvastavat aina saman aivopuoliskon toimintaa. Liikevaste kuvastaa aivojen vastakkaisen puolen toimintaa. Liikevaste sekä voima arvioidaan symmetrisesti oikean ja vasemman puolen raajoista. Arvioidaan jaksako potilas nostaa jalan, vaikka sitä painetaan kevyesti liikettä vastaan ja onko molemmissa käsissä puristusvoimaa. (Liukas ym. 2013.)

Alhainen verensokeri eli hypoglykemia aiheuttaa tajunnantason muutoksia. Hypoglykemian oireita ovat ärtyisyys, nälän tunne, käsien värinä, hikoilu ja tiheä pulssi. Keskushermoston toiminta häiriintyy vakavassa hypoglykemiassa. Näin ollen asiakkaalle voi tulla halvausoireita, kouristelua, tajuttomuutta ja näköhäiriöitä. Alhaiseen verensokeriin voi ensihoitona antaa nopeita hiilihydraatteja, kuten mehua, suklaata, sokeria tai hunajaa. (Suomen Pelastusalan keskusjärjestö 2011, 70.)

Glasgow'n coma scale-asteikko on yleisimmin käytetty tajunnan arvioinnin mittari (taulukko 2). Alun perin asteikko on kehitetty pään vammojen arviointiin, mutta se on levinnyt yleisesti helppokäyttöisyyden vuoksi tajuttoman potilaan tajunnan tason arviointiin. GCS-asteikolla arvioidaan erikseen silmä-, puhe- ja liikevastetta ja saadut pisteet lasketaan yhteen. (Alaspää & Holmström 2009, 83.)

TAULUKKO 2. Glasgow'n kooma asteikko (GCS) (Liukas ym. 2013.)

Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
	Intuboitu	C
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
	Intuboitu	T
Liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kivulle	4
	Koukistaa kivulle	3
	Ojentaa kivulle	2
	Ei vastetta	1

4.5.5 Paljasta (vammat)

Vammapotilaan ensihoidossa tärkeintä on peruselintoimintojen ylläpito ja vuotojen tyrehdyttäminen. Varsinkin vammapotilas on riisuttava riittävästi vamma-alueiden tarkistamiseksi jo ensiarviota tehdessä. (Castrén 2012, 153.)

Potilasta joudutaan riisumaan tutkimusta ja hoitotoimenpiteitä varten, mutta kehon jäähtymistä tulisi yrittää välttää. Jos potilaan peruselintoiminnoissa on häiriö, tulee edetä tiettyssä tutkimusjärjestyksessä, jotta tärkeimmät vamma-alueet kartoitettaisiin ensin (Rintakehä, Vatsa, Lantio, Aivot, Selkäranka, Raajat = RIVALAISER). Tutkimusjärjestys perustuu mahdollisuuteen menettää näkymättömiin tiloihin (rintaontelo, vatsa) suuri määrä verta. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 526.)

Verenkierto ja hengitys saattavat olla vaarassa rintakehävammoissa. Potilaan rintakehä tutkitaan painelemalla molemmin käsin kyljistä, edestä ja takaa etsien aristuksia, napsahduksia ja ihonalaista ilmaa joka tuntuu ”pakkaslumimaisena” ritinä. Vatsa tunnustellaan ja etsitään aristuksia tai vatsanpeitteiden ollessa kovat voi kyseessä olla peritoniitti. Lantiomurtumapotilaan kipu tuntuu vatsalla, selässä ja alaraajoissa. Vihje tapahtumasta voi olla alaraajojen pituusero, liikuttelun puute tai kykenemättömyys nostaa jalkoja suorana ylös. Lantiosta havainnoidaan epäsymmetrian merkkejä, lantion tarkempaa painallustutkimusta ei enää suositella edes ensihoitohenkilökunnan tehtäväksi. Pään aluetta tutkiessa tulee kiinnittää huomiota mikäli korvasta tai nenästä tulee verta, se saattaa kertoa kallonpohjanmurtumasta. Selkäpuolelta ja raajoista etsitään virheasentoa, murtumia ja vuotoa. (Kuisma 2008, 77-80.)

4.6 Ennakkoilmoitus asiakkaan tilasta hätäkeskukseen

Asiakkaan luovutusprosessi ensihoitoon ja sieltä päivystyspoliklinikalle on tärkeä osa hoitoketjua potilasturvallisuuden sekä hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Luovutusprosessin toteutumisessa on havaittu useita ongelmakohtia. Tiedonsiirron osalta keskeisiä ongelmia ovat toimintaympäristössä olevat häiriötekijät, laadulliset erot raportoinnissa ja sen vastaanottamisessa, hoitohenkilöstön asenteelliset ongelmat ja näkemysten eroavaisuudet. On suositeltavaa omaksua ja käyttää strukturoitua raportointimenetelmää. Sen käyttö voi parantaa raportoinnin laatua ja selkiyttää vastuunjakoja. (Mikkonen 2014.)

Olennainen informaatio ISBAR-menetelmää käyttämällä järjestyy selkeään ja tiiviiseen muotoon. Se edesauttaa eri ammattiryhmien välistä kommunikaatiota. ISBAR-menetelmä soveltuu erilaisiin terveydenhuollon toimintaympäristöihin, kuten pitkäaikaisosastoille, akuuttihoitoon, psykiatrian yksiköihin ja avoterveydenhuoltoon. (Kupari ym. 2012.)

Alun perin 1990-luvulla Yhdysvaltojen armeijassa kehitetty ISBAR-menetelmä on otettu käyttöön useissa sairaaloissa Yhdysvalloissa. ISBAR-menetelmää käytettiin aluksi ilma-lussa ja pian sitä alettiin käyttää myös terveydenhuollossa. ISBAR nimikin on käytössä ja se on strukturoitu kommunikaatiomenetelmä. ISBAR (kuvio 6) tulee sanoista Identify (tunnista), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (tilannearvio) ja Recommendation (toimintaehdotus). Esimerkiksi potilaasta raportoidessa, menetelmä mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation. (Kupari ym. 2012.)

IDENTIFY TUNNISTA	NIMI, AMMATTINIMIKE, OSASTO POTILAAN NIMI, SOSIAALITURVATUNNUS
SITUATION TILANNE	SYY RAPORTOINTIIN/ KONSULTOINTIIN TULOTILANNE
BACKGROUND TAUSTA	PERUSSAIRAUDET ERITYISTÄ
ASSESSMENT TILANNEARVIO	VITAALIELINTOIMINNOT A: ILMATIE B: HENGITYS, SPO₂, HT C: VERENPAIN, PULSSI, RYTMI, TAHDISTIN D: GCS E: DIUREESI, KLIINISET LÖYDÖKSET
RECOMMENDATION TOIMINTAEHDOTUS	HOITO-OHJEET OMAT EHDOTUKSET KYSYMYKSET

KUVIO 6. ISBAR-menetelmä (Harjola 2013.)

- Tunnista- vaiheessa (Identification) ilmoittaja esittelee itsensä, kertoo ammattinimikkeensä ja osaston. Seuraavaksi kerrotaan potilaan koko nimi, ikä, henkilötunnus, sukupuoli ja missä potilas sijaitsee. (Kupari 2012.)
- Tilanne- vaiheessa (Situation) kerrotaan raportoinnin syy, potilaan pääoire ja nykytila. Potilaan oireista kerrotaan hänellä esiintyvät ja hänen itsensä kertomat oireet, koska ne alkoivat ja kuinka usein ongelma toistuu. Tilanteen kiireellisyys määritellään myös. (Kuisma ym. 2013.)
- Tausta- vaiheessa (Background) kerrotaan ne potilaan oleelliset sairaudet ja lääkitykset, joilla on merkitystä hänen hoitonsa kannalta. Allergiat, olennaiset laboratoriovastaukset, eristystarve ja elvytyskielto raportoidaan. (Kupari 2012; Kuisma 2013, 96.)
- Tilanearviossa (Assessment) kuvataan ABCDE-toimintamallin mukaan potilaan viitaalielintoiminnot, löydökset ja tehdyt hoitotoimet (Kuisma 2013, 96). Lisäksi raportoiija esittää oman näkemyksen mitä potilaan tilanteessa on tapahtunut ja mistä se saattaa johtua. Konsultoivan henkilön arvio tilanteesta kysytään tämän lisäksi. (Kupari 2012.)
- Toimintaehdotus (Recommendation) vaiheessa raportoiija tulee vaatia välitöntä reagointia jos kyse on kiireellisestä tilanteesta. Raportoiija antaa toimintaehdotuksia kuten hoitosuunnitelman muutosta tai potilaan tilan uudelleen arviointia. Varmistetaan, että molemmat osapuolet ovat ymmärtäneet toisensa toistamalla annetut ohjeet. Ilmoittaja käyttää selkeitä ilmaisuja kuten: ”Kuinka kauan?”, ”Kuinka usein?”. (Kupari 2012.)

4.7 Sairaudet

Sairaus on tasapainoton tila, jossa elinvoiman toiminta on häiriintynyt jollakin tavalla. Kroonisiksi kansan sairauksiksi katsotaan sydän- ja verisuonitaudit, astma ja allergia, diabetes, syöpäsairaudet, krooniset keuhkosairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikunta-elimistön sairaudet ja mielenterveysongelmat. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Iän myötä sairastuvuus kasvaa siten, että esimerkiksi 75-84 vuotiaista terveitä on haastattelututkimuksen perusteella noin 20 %, mutta kliinisessä tutkimuksessa ilman yhtäkään

pitkäaikaissairautta heistä on 10 %. 65-84 vuotiailla henkilöillä todettiin keskimäärin noin kaksi sairautta Jyväskyläläisiin kohdistuneessa tutkimuksessa. (Heikkinen 2005.)

Sairaudet saattavat muovata vanhuksen kokemusmaailmaa moneen suuntaan. Pitkäaikaissairaus voi muuttaa myös terveyden kokemusta. Pitkäaikaissairaille ja vanhuksille terveys määrittyy usein arkiaskareiden sujumisesta käsin. Yllättäen tulevat pitkäaikaissairaudet, jotka vaativat monenlaista sopeutumista, leikkauksen tai itsehoitoa, voivat akuuttivaiheessa aiheuttaa suurta stressiä. Sairastuminen koetaan usein lopullisena terveyden menettämisenä ja kuoleman tulemisena lähelle. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 34.)

4.7.1 Sydäninfarkti

Sepelvaltimotaudin aiheuttama valtimotukos on harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta sydäninfarktin tavallisin syntymekanismi. Sydäninfarkti alkaa useimmiten ahtauman tai valtimon seinän kovettuman vaurioitumisella tai jopa repeämisellä. Hyytymisprosessi suonon sisässä tuolloin käynnistyy. ”Väärän vuotohälytyksen” seurauksena suonon seinämän terve osa saattaa supistua ja nopeuttaa tukkivan trombin syntyä. (Kettunen 2008, 257.) Kuitenkin on myös monia muita sairauksia, jotka voi johtaa sydäninfarktiin kuten läppävikavauriot, virusinfektiot, sydänlihaksen toimintahäiriö ja keuhkosairaus (Wells 2007, 275).

Sydäninfarktin oireita ovat kova, puristava rintakipu, joka voi säteillä käsivarteen, kaulalle, lapaluiden seutuun tai hartioihin. Autettava on tuskainen, kylmänhikinen ja pahoinvoiva. Autettavalla saattaa myös olla hengenahdistusta. Diabeetikoilla ja vanhuksilla ei sydäninfarktille tyypillisiä oireita aina voida selvästi havaita. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 50.)

Kuolioalueen ja vaurion lopulliseen kokoon vaikuttaa kuinka infarktia hoidetaan. Vaurioiden suuruus riippuu jo siitä, miten sydämen kuormitusta pystytään keventämään infarktin akuutin vaiheen hoidossa. Kaikki sellainen hoito, joka vähentää sydämen hapen-kulutusta ja parantaa sydämen hapensaantia, pienentää lopullisen sydäninfarktin kokoa. (Kettunen 2008, 259.)

Hätänumeroon tulee soittaa heti, jos aiemmin terveellä ihmisellä on rintakipuja. Jos henkilöllä on käytössä ”nitrolääkitys”, soitetaan apua jos kaksi nitroa kahden minuutin välein ei auta. Autettava rauhoitetaan ja asetetaan lepoon. Kivuttomin asento on yleensä puolistuva asento. Jos oireet ovat selvät, annetaan autettavalle 250mg asetyylisalisyyliä pu-reskeltavaksi. Lääke pienentää sydänlihaskudosta. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 50.)

Kuoleman vaara vähenee lähes puoleen, jos hoitoon ehditään kahden tunnin kuluessa oireiden alkamisesta. Tuore alle puolen vuorokauden takainen sydäninfarkti hoidetaan liuotushoidolla. Liuotushoitoon liittyvä verenvuodon vaara on otettava huomioon varsinkin iäkkäillä. Asiakkaan turvallisuuden tunteen palauttaminen on hyvin tärkeää. Läsnäololla, ammattihenkilön rauhallisella ja potilasta koko ajan huomioivalla käytöksellä on tärkeä merkitys. (Kettunen 2008, 41.)

4.7.2 Aivoinfarkti

Aivoinfarktista puhutaan kun aivoihin on syntynyt paikallista kudostuhoa. Kudostuhoon aiheuttajana on joko aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen valtimon seinässä olevan ahtauman vuoksi tai hyytymä, joka on peräisin muualta elimistöstä ja aiheuttaa aivovaltimoon tukoksen. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 27.) Aivoinfarktin oireita ovat kaksoiskuvat, näköhäiriöt, molempien silmien näön hämärtyminen, huimaus, pahoinvointi, oksentelu, näkökenttäpuutos, yhden silmän näön ohimenevä hämärtyminen, puhehäiriö, toispuolinen tunnottomuus, kasvohermon alahaaran heikkous ja toispuolinen raajahalvaus (Käypä hoito 2011).

Aivoverenkiertohäiriön tunnistukseen käytetään apuna standardoitua ”neurostatusta”, jonka avulla pyritään toteamaan puhehäiriö (”sanokaa nimenne”), yläraajan hemipareesi (”nostakaa molemmat kätenne”) ja kasvohalvaus (”irvistäkää”) (Käypä hoito 2011). Tärkeitä tietoja ovat oireiden alkuaikoina ja eteneminen. Kliinisinä havaintoina tajunnantason häiriöt, puolierot, puheentulon häiriö ja pupillien valoreaktio, ovat nopeasti tutkittavissa. Asiakas on toimitettava mahdollisimman nopeasti sairaalaan, mikäli oireet viittaavat aivoverenkiertohäiriöön. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 29.)

4.7.3 Delirium

Tärkeimmät vanhusten kognitiiviset häiriötilat ovat ylivoimaisesti dementia ja delirium. Kaikissa vanhuksia hoitavissa yksiköissä molemmat ovat niin yleisiä, että niiden erottaminen on usein toistuva erotusdiagnostinen haaste. (Laurila 2005, Huttunen 2014.) Rahkosen ja Laurilan (2008, 69.) mukaan äkillisen sekavuustilan erotusdiagnostisia ongelmia voi aiheuttaa esimerkiksi dementoivat aivosairaudet, psykoosisairaudet ja vaikea masennustila. (taulukko 3.)

Delirium	Dementia
Äkillinen alku	Vähittäinen alku
Pääasiallinen häiriö tarkkaavaisuudessa	Pääasiallinen häiriö lähimuistissa, tarkkaavaisuus yleensä normaalia
Oireiden vaihtelu vuorokauden aikana	Ei vaihtelua, poikkeuksena Lewyn kappale-tauti
Näköharhat tavallisia	Näköharhat harvinaisempia
MMSE tai kellotesti ei onnistu	Kykenee osallistumaan MMSE-testiin ja kellotestiin, suoriutuminen heikentynyt
Psykomotorisen aktiiviteetin vaihtelu	Psykomotoriikka vakaa
Laukaiseva tekijä olemassa	Ei tunnistettavaa laukaisevaa tekijää
Palautuva	Hitaasti etenevä

Äkillinen sekavuusoireyhtymä eli delirium on nopeasti alkava, elimellisestä syystä johdettu laaja aivotoiminnan häiriö. Deliriumin ennuste on huono ja sen tunnistaminen on vaikeaa. Delirium ilmenee tarkkaavaisuuden, tajunnan tason ja vireystilan muutoksina sekä loogisen ajattelun järjestyttömyytenä. Siihen liittyy usein uni-valverytmin häiriöitä, aistiharhoja, harha-ajatuksia, desorientoitumista, muistin huonontumista ja mielialan vaihteluita. (Laurila 2014.) Ajan ja paikan taju on usein häiriintynyt. Samankin vuorokauden aikana oireiden voimakkuus voi vaihdella suuresti. Välillä henkilö voi olla lähes oireeton. Henkilö on kiihtynyt tai lamaantunut ja hänellä ilmenee erilaisia pelkoja. Henkilö hikoilee ja hänen sydämen lyöntitiheys on kiihtynyt, lämpötila ja verenpaine kohoavat, silmän mustuaiset laajentuvat, koska asiakkaan autonomisen hermoston toiminta on kiihtynyt. (Huttunen 2014.)

Delirium johtuu toiminnan häiriöstä keskushermostossa. Häiriön taustalla voivat olla nestetasapainon häiriöt, leikkausten jälkitilat, myrkytykset, erilaiset sairaudet, lääkkeet, alkoholi, anemia tai aliravitsemus. (Huttunen 2014.) Yleisimpiä syitä ovat infektiot, erityisesti virtsatieinfektio tai keuhkokuume, jotka voivat iäkkäillä olla hyvin vähäoireisia ja

kuumeettomia. Iäkkäillä sekavuustilan taustalta löytyy usein myös sopimaton lääkitys. Sydäninfarktin tai sydämen vajaatoiminnan ainoa oire voi iäkkäällä henkilöllä olla sekavuustila. (Rahkonen & Laurila 2008, 71.)

Sekavuustilan aikana asiakasta puhutellaan rauhallisesti ja ystävällisesti omalla nimellä. Mahdollisiin harhoihin ei ole syytä mennä mukaan, mutta myöskin ajatusten järjestyminen saattaa vain hermostuttaa potilasta. Rauhalliset, mutta varmat otteet ovat eduksi. Jos vanhuksen huomion saa kiinnitettyä johonkin muuhun, harhat usein unohtuvat. Omat tutut tavarat, ympäristön selkeä värit ja sopiva valaistus edistävät paranemista. Äkillinen sekavuustila on hoitotoimia sekä päivystystutkimuksia vaativa tila, jossa on keskeistä tunnistaa ja hoitaa laukaisevat tekijät. Sekavuustilassa oleva asiakas on toimitettava ensiapuun tilanteen selvittämistä varten, koska deliriumissa oleva asiakas ei pysty huolehtimaan itsestään. (Rahkonen & Laurila 2008, 72.)

4.7.4 Rabdomyolyysi

Rabdomyolyysi on poikkijuovaisten lihasten vaurio, joka voi johtaa akuuttiin munuaisten vajaatoimintaan, ellei hoitotoimenpiteitä aloiteta ajoissa. Rabdomyolyysin tavallisin syy on makaaminen kovalla alustalla tajuttomana, jolloin painevaikutus johtaa lihasvaurioon. Usein taustalla on lääkeainemyrkytys, alkoholi tai sairaus. Rabdomyolyysin oireita on turvotus, särky ja kosketusarkuus vaurioalueella. Potilas on sekava, tajuton, kuumeinen tai dehydroitunut. Raajoissa voi olla tuntohäiriöitä tai pareeseja ja virtsaneritys on vähentynyt. Hoito toteutetaan sairaalassa. Tärkeintä hoidossa on tehostettu nestehoito sekä nesteenpoisto. Kun hoito on ajoissa aloitettu, ennuste on hyvä. (Saha 2013.)

4.7.5 Sokki

Sokki on verenkierron häiriötila, joka nopeasti johtaa solujen vakavaan hapenpuutteeseen (Ensiapuopas 2015). Sokin syitä ovat suuret verenvuodot, jos menetetty verimäärä on 20 % tai enemmän. Laajojen palovammojen, rajun ripulin tai oksentelun aiheuttama nestehukka, sydämen pumppausvoiman pettäminen, vaikea infektio tai voimakas allerginen reaktio voi olla myös sokin syinä. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 47.)

Sokin oireet ovat riippumatta sokin syystä melko samanlaiset. Asiakas voi olla ärtyisä, levoton ja käsittelyarka, joskus sekavakin. Hän tuntee huimausta kohoasennossa. Iho on kalpea ja kylmänhikinen. Pulssi on nopea, heikko ja nopeus joskus jopa yli 120 kertaa minuutissa. (Ensiapuopas 2015.) Asiakas saattaa tuntea janontunnetta ja pahoinvointia. Hengitys on tihentynyt ja tajunnan häiriöt ovat tavallisia vakavassa sokissa. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 47.)

Sokkipotilas asetetaan pitkälleen, jotta matalakin verenpaine riittäisi turvaamaan verenkierron aivoissa. Alaraajat nostetaan koholle, jolloin veri pääsee virtaamaan alaraajoista tärkeiden sisäelinten käyttöön. Autettava suojataan kylmältä ja hänet eristetään kylmästä alustasta. Kipu pahentaa sokkitilaa, joten autettavaa tulisi käsitellä varoen. Sokkipotilasta autetaan keskustelemalla hänen kanssaan, koska auttajan tuoma turvallisuus estää osaltaan sokin pahentumista. Autettavan luona on oltava ambulanssin saapumiseen asti. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 48.)

4.8 Päätöksentekotaito

Päätöksentekokyky tarkoittaa taitoa tuottaa nopeita ratkaisuja. Päätöksenteon tueksi ei ole läheskään aina saatavilla tietoa, vaan ne tulee tehdä oman tuntuman perusteella. (Aarnikoivu 2010, 77.) Puhtimäen (2007, 30) mukaan sairaanhoitajat arvioivat päätöksentekosaamisen tärkeäksi osaamisalueeksi hoitotyössä. Välittämiseen perustuvaa käytännön hoitotyötä, johtamista, hyvää ja ammattitaitoista päätöksentekoa tarvitaan, jotta hoito on vanhuskeskeistä (Virta ym. 2008). Päätöksenteko-osaaminen vaatii monipuolista tietoa, ammattitaitoa ja kokemusta (Pääkkonen 2008, 101; Puhtimäki 2007, 30). Meritähden (2011, 50) tutkimustuloksissa itsenäinen päätöksenteko perustuen asiakkaan oireisiin ja vointiin olivat keskeisessä roolissa. Asiakkaan voinnin arviointi kliinisesti ilman apuvälineitä liittyi tähän. (Meritähti 2011, 50)

“Terveystieteiden ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.” sanotaan terveystieteiden ammattihenkilöstön laissa (559/1994). Nummelinin (2009, 15) tutkimuksen mukaan hoidon kiireellisyyden määrittely on tärkeä osa hoitajien ammatillisesta osaamisesta. Metropolian ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen akuuttihoitoyksikön kehittämishankkeen mukaan, lääkäreiltä ja

kollegoilta saatu tuki päätöksenteossa oli sairaanhoitajille tärkeää. Myös kokemukseen perustuvaa tiedon käyttöä pidettiin tärkeänä. (Rehn 2008, 6-9.)

Pääkkönen (2008, 5) on tutkinut, että päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien kliinisten taitojen kehittämistarvetta on erityisesti potilaan tutkimisessa, tilan arvioinnissa ja kivun hoidossa. Kehitystarvetta on havaittu myös yhteistyössä ensihoidon kanssa, peruselintoimintoihin liittyvien ongelmien havaitsemisen ja havaittujen ongelmien reagoimisen kanssa. Hoidolliseen päätöksentekoon sisältyy kaksi tärkeää osatekijää: hoitotyöntekijän käyttämät ajatusprosessit ja tietoperusta. Päätöksenteko edellyttää tietorakennetta, joka sisältää tietoa ihmisen terveydestä, sairaudesta ja niiden hoidosta. Vaikka tieto olisi kuinka luotettavaa, tarvitaan aina toimija, joka hankkii parhaimman mahdollisimman tiedon ja arvioi sen soveltuvuutta kyseiselle potilaalle juuri siinä hoitoympäristössä. Tutkimustiedon lisäksi tarvitaan tietoa potilaalta ja potilaasta. (Rehn 2008, 6-9)

4.9 Potilasturvallisuus ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi

Potilasturvallisuus tarkoittaa asiakkaan näkökulmasta sitä, että hän saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007, 5). Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Vaara voi olla olosuhde, tekijä tai toiminta, joka nostaa riskiä turvallisuuden heikentymiseen tai johtaa poikkeavaan tilanteeseen. (Yli-Villamo 2008, 8.)

Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, arvoja ja asenteita. Potilasturvallisuus tulee nähdä koko toimintayksikön toiminnan tuloksena, joka on yhteydessä niin tehokkuuteenkin kuin työhyvinvointiin. Päivittäisessä toiminnassa ja päätöksenteossa tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus aiona arvona. Potilasturvallisuuskulttuuria vahvistamalla vähennetään potilaille hoidon aikana mahdollisesti aiheutuvia haittoja ja hoitoriskejä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Työhyvinvointi on laaja ja moniulotteinen käsite, jota ei ole määritelty yksiselitteisesti. Työhyvinvointia voidaan kuvata mielekkääksi tunnetilaksi, olotilaksi, työkyvyksi, koetuksi terveydeksi ja kyvyksi kokea selviytymisen tunnetta, unohtamatta työn iloa työssä.

Erään määritelmän mukaan työhyvinvointi tarkoittaa työntekijän selviytymistä työstään. (Mannila, 2009, 6) Sosiaali- ja terveysministeriön (2014) mukaan työhyvinvointi tarkoittaa sitä, että työ on terveellistä, mielekästä ja turvallista. Työhyvinvointia lisää muun muassa työntekijöiden ammattitaito ja ammatillisen osaamisen kehitys. Työhyvinvointi vaikuttaa keskeisesti työssä jaksamiseen.

Työpaikan tärkein voimavara on hyvinvoiva henkilöstö. Työhyvinvointi vaikuttaa organisaation taloudelliseen tulokseen, maineeseen ja kilpailukykyyn. Työhyvinvointiin laitettut panostukset maksavat itsensä jopa moninkertaisina takaisin. Työhyvinvointia lisäävät hyvin suunnitellut ja toteutetut toimenpiteet voivat olla taloudellisesti hyvin kannattavia. Tutkimusten mukaan saatu hyöty on keskimäärin kuusinkertainen panostuksiin nähden. Työhyvinvointiin yksi sijoitettu euro tuo kuusi euroa takaisin. (Työterveyslaitos 2015.)

5 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

5.1 Toimintaan painottuva opinnäytetyö menetelmänä

Toimintaan perustuvan opinnäytetyön päämääränä ei ole vain tutkiminen, vaan myös toiminnan samanaikainen kehittäminen. Toimintaan painottuvan opinnäytetyön ensisijaisena tarkoituksena on tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa. Teorian ja käytännön yhteyttä kuvaa hyvin toimintatutkimuksen ”isänä” pidetyltä sosiaalipsykologi Lewiniltä lainattu lause: ”Mikään ei ole niin käytännöllistä kuin hyvä teoria.”. Tässä ajatuksessa yhdistyy parhaimmillaan järkevä käytännöllinen toiminta ja syvälinen ajattelu. Toimintaan painottuva opinnäytetyö on olemukseltaan oppimisen prosessi kaikilla sen alueilla. (Aaltola & Valli 2010, 214-216.)

Aaltolan & Vallin mukaan (2010, 218) Stenhouse kehitti kasvatustieteen alalla tutkimustyön siihen suuntaan, että opettajat alkoivat itse tutkia ja kehittää omaa työtään. Tätä ajatusta on ollut tarkoitus käyttää tässä opinnäytetyössä keskeisenä tekijänä, koska tähän ajatukseen pohjautuen myös hoitotyössä, lähi- tai sairaanhoitaja on oman alansa ja työnsä asiantuntija. Näin ollen alan ammattilainen kehittäjänä saattaa saada aikaan käytännön työhön suuriakin muutoksia.

Reflektiivinen ajattelu on toiminnallisen työn yksi lähtökohta. Se pyrkii ymmärtämään uudenlaista toimintaa ja kehittämään sitä. Ihminen etäännyttää itsestään, näkee oman toimintansa ja ajattelunsa uudesta näkökulmasta pyrkien ymmärtämään miksi ajattelee ja toimii, kuten tekee. (Aaltola & Valli, 2010, 219-220.) Hoitotyön kehittäminen ja päätöksenteko perustuu reflektiiviseen ammattikäytäntöön. Sairaanhoitajalta se edellyttää ammattitaitoa, jossa keskeisiä ovat sekä kokemukselliset että teoreettiset tiedot ja taidot. Jatkuva reflektointi käytännön hoitotilanteissa kehittää hoitotyön päätöksentekoa potilaan hyvinvoinnin takaamiseksi. (Kuokkanen 2000, 22.)

Ammatillisessa kentässä toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan järjestämistä. Se voi olla koulutus, perehdyttämisopas, turvallisuusohjeistus tai vaikka kansainvälisen konferenssin järjestäminen (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Toiminnallisuus opinnäytetyössäni tarkoitti koulutuksen järjestämistä henkilökunnalle, joka muodos-

tui sekä lähi- että sairaanhoitajista. Koulutuspäivä oli toukokuussa 2015. Koulutus järjestettiin siten, että siihen pääsi osallistumaan kaikista kolmesta toimipisteestä mahdollisimman paljon hoitajia. Koulutus kesti yhden tunnin, koska työnantajan puolelta ei ollut mahdollista tuon pidempää koulutusta järjestää.

Olen ollut Viola-kodissa työssä noin kaksi vuotta. Minulla on ollut mahdollisuus havainnoida muita työntekijöitä ja oman työni kautta arvioida kehityskohtia hoitotyössä. Minulla on ollut myös tilaisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Tarve tälle kehitystyölle on tullut käytännöstä. Kliiniseen tilan arviointiin ja toimintatapoihin kaivattiin lisää varmuutta etenkin yövuoroissa, jolloin jokaisessa toimipisteessä työskennellään yksin.

5.2 Koulutuspäivän toteuttaminen

Otin yhteyttä keväällä 2014 sähköpostitse Viola-kodin vastaavaan sairaanhoitajaan, joka otti ehdotukseni kehitystyöstä vastaan ja yhteistyömme käynnistyi. Työelämäpalaverissa tarkastelimme työelämän tarvetta Viola-kodin asiakkaiden hoidon parantamiseksi ja työntekijöiden työssä jaksamisen edistämiseksi. Työelämätapamisessa sovittiin käytännönläheisestä kehitystyöstä, jonka tarkoitus oli lisätä henkilökunnan valmiuksia tehdä päätöksiä, antaa varmuutta asiakkaan tilan arviointiin ja parantaa työssä jaksamista.

Opinnäytetyön suunnitelma valmistui keväällä 2014. Olin kesän 2014 töissä Viola-kodissa joten sain paljon havainnoitua henkilökuntaa ja ymmärsin paremmin työelämän tarpeen. Uusi työelämäpalaveri oli 2015 alkuvuodesta, jolloin koulutuspäivä päätettiin. Opinnäytetyö prosessina kesti 1,5 vuotta (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Opinnäytetyön aikataulu

Kevät 2014	Yhteistyö käynnistyi Opinnäytetyön suunnitelma valmistui
Kesä ja syys 2014	Teoriaosan kirjoittaminen
Kevät 2015	Koulustilaisuuden järjestäminen
Kesä 2015	Toteutuksen kirjoittaminen
Syys 2015	Opinnäytetyön valmistuminen

Koulutuksessa oli otettava huomioon, että Viola-kodissa on käytettävissä rajalliset ja kodinomaiset hoitotarvikkeet. Näin ollen asiakkaan tilaa arvioitaessa olisi hoitajalla käytössä pääsääntöisesti omat silmät, kädet ja korvat. ABCDE-menetelmä perustuu juuri tähän.

Teoriaosan valmistuttua suunnittelin Viola kotiyhdistyksen kolmeen eri toimipisteeseen ilmoitustauluille kutsun koulutustilaisuudesta (Liite 1). Henkilökunnan tuntisuunnittelussa oli huomioitu koulutustilaisuus, jotta mahdollisimman moni pääsisi paikalle. Kävin etukäteen tutustumassa auditoriotilaan. Koulutuspäivänä saavuin paikalle hieman aiemmin, jotta sain tilan järjestelyä ja kokeiltua, että kaikki tekniset asiat toimivat. Mielestäni tämä oli hyvä aikataulu. Ehdin näin käydä vielä läpi koulutuksen rungon mielessäni.

Koulutukseen osallistui 25 henkilöä kolmesta eri toimipisteestä: 21 lähihoitajaa, sosionomi, fysioterapeutti ja kaksi sairaanhoitajaa. Alussa kävin läpi koulutuksen sisällön lyhyesti. Herättelin kuuntelijoiden mielenkiinnon muutamalla kysymyksellä. Kerroin myös, että koulutustilaisuuden tavoitteena on saada henkilökunnalle varmuutta ja tietoa asiakkaan tilaa arvioitaessa. Otin esille joitain esimerkkejä, mitä itselleni on tapahtunut työskennellessäni Viola-kodissa. Näin henkilökunta pystyi samaistumaan paremmin esitettyyn asiaan ja tämä lisäsi myös henkilökunnan motivaatiota koulutustilaisuutta kohtaan.

Koulutustilaisuudessa kyselin koulutettavilta tarkentavia kysymyksiä ja kysymysten avulla ydinasiat tulivat paremmin esille. Havainnollistin esitystäni PowerPoint-esityksen avulla (Liite 2). PowerPoint-esitys sisälsi kuvia sekä tekstiä, jota täydensin puheella. Puheen rungoksi olin tehnyt apusanoja itselleni, jotka havaitsin koulutustilanteessa tarpeelliseksi, varsinkin aivan alussa.

Koulutuksen pääteema oli ensiarvion tekeminen ABCDE-menetelmää käyttäen. Aihe oli tärkeä ja ajankohtainen. Esimerkiksi Valvira on kiinnittänyt huomiota potilasturvallisuuden vaarantumiseen, kun hoitaja tutkii iäkkään potilaan ja arvioi hoidon tarpeen (Valvira 2014). Ensiarvion tekeminen, monet termit ja sairaudet olivat kaikille hoitajille tuttuja joten oli helppo mennä suoraan asiaan ja tehdä kompakti koulutuspaketti. Mielestäni oli tärkeää, että vanhan tietopohjan päälle rakennettiin uutta tietoa.

Kerroin koulutuksessa miten ISBAR-raportointimenetelmää käytetään. Raportointimenetelmän avulla hoitajat voivat antaa ennakoilmoituksen hätäkeskukseen. Tämä on tärkeää, sillä ISBAR-mallin mukaisesti annettu raportti annetaan aina strukturoidusti ja näin mikään asia ei jää kertomatta. Tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset vaikuttavat noin 70 %:n terveydenhuollon hättätapahtumista (Leonard, Graham & Bonacum 2004).

Valitsin sydäninfarktin luentomateriaaliini, koska useimmat verenkiertoelimistön sairaudet iän myötä yleistyvät ja sydänsairaudet ovat 70 vuotta täyttäneen suomalaisen väestön yleisin kuolemansyy (Kettunen 2008, 31). Yli 50 prosentilla 60 vuotta täyttäneistä on jokin sydänsairaus. Ikään liittyvät muutokset verenkierrossa yhdistettynä sydänsairauteen tekevät vaikeaksi ennakoida sydämen fysiologisia reaktioita levon ja rasituksen välillä. (Cohen 2007, 34.)

Kolmanneksi yleisin kuolinsyy ovat aivoverenkiertohäiriöt. Niihin sairastuu 12 000 henkeä vuodessa, joista 2/3 on iäkkäitä (Viitanen 2010, 146). Tämän vuoksi halusin ottaa aivoinfarktin puheeksi luennolla. Yli 80-vuotiaiden aivoinfarkteista joka neljäs johtuu eteisvärinästä (Roine 2013).

Käsittelimme deliriumia koulutuksessa, koska äkillinen sekavuustila on todettavissa 20-40 prosentilla sairaalaan tulleista ikääntyneistä. Keskimäärin joka neljäs iäkäs sairaalapotilas kärsii deliriumista jossakin vaiheessa sairaalahoitoa. (Rahkonen & Laurila, 2008, 67.) Laurilan (2005) mukaan vanhuspotilailla yleissairaalassa esiintyy deliriumia noin 15 prosentilla, mutta leikkauspotilailla ja akuuttihoitossa olevilla sekavuustilan esiintyvyys on huomattavasti suurempaa, joissakin aineistoissa jopa yli 50 %. Sen ilmaantuminen keskimäärin kaksinkertaistaa sairaalassa oltavan ajan, lisää loukkaantumisriskiä ja altistaa potilaan komplikaatioille kuten painehaavat, aspiraatiopneumonia ja dehydraatio. Delirium on itsenäinen riskitekijä pysyvään laitoshoitoon joutumiselle ja lisääntyneelle kuolleisuudelle. Deliriumepisodin jälkeinen elossaoloaika oli vain 16 kuukautta Helsingin geriatristen sairaaloiden akuuttiosastolla.

Kaatuminen on iäkkäiden suomalaisten yleisin tapaturma. Iäkkäiden henkilöiden tapaturmista 80 % on kaatumisia ja matalalta putoamisia. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounas-

maa 2006, 7.) Rabdomyolyysin yleisin syy on makaaminen pitkään kovalla alustalla, jolloin pitkään kestävä painevaikutus johtaa lihasvaurioon (Saha 2013). Koulutuksen yksi aihe oli rabdomyolyysi, koska vanhusten kaatumiset, niistä aiheutuvat erilaiset vammat (luunmurtumat, kallo- ja nivelvammat) ja kuolemantapaukset ovat merkittävä kansantaloudellinen ja kansanterveydellinen ongelma. Tilanne todennäköisesti vain pahenee väestömme vanhetessa. (Hartikainen ym. 2000; Kannus 2006.) Laitoksissa asuvista yli 65-vuotiaista kaatuu vuosittain ainakin kerran ja toistamiseen kaatuu noin puolet heistä vuoden aikana. (Hartikainen ym. 2000). Ajattelin, että aihe ei ole kovin monelle tuttu ja halusin sen vaarallisuuden vuoksi tuoda aiheen esille.

Valitsin sokin yhdeksi koulutusaiheeksi, koska moni asia voi johtaa sokkitilaan. Vanhuspotilaalla esimerkiksi septinen tila voi hoitamattomana johtaa sokkitilaan. Tila on hengenvaarallinen. Vanhuksilla, joilla on vakavia yleissairauksia, voi puuttua verenmyrkytyksestä kertova kuume kokonaan. Tällöin verenmyrkytys ilmenee vain yleiskunnon romahtamisena, johon liittyy muita yleisoireita kuten sekavuutta, ripulia ja oksentelua. (Lumio 2014.)

Toiminnallisen toteutuksen tavoitteena oli, että Viola-kodin hoitajat saisivat hyvän, hyödyllisen ja tiiviin koulutuksen. Haasteena oli koulutuksen keston lyhyys, sillä yhden tunnin aikana oli tarkoitus käydä läpi ensiarvion ja ennakoilmoituksen tekemisen perusteet, toimintaohjeet ja joitain sairauksia. Tein PowerPoint-esityksen oman esiintymiseni tueksi. Löysin hyvän ja asiaan kuuluvan pohjan radar-luennoistani. Koulutusohjelman käytöstä kysyin luvan Salfordin yliopistolta Michael Barkerilta, joka oli yksi luennoitsijoista radar-projektissa. Sain luvan ja suunnittelin siihen esityksen rungon pohjautuen teorianäkökulmaan.

6 POHDINTA

6.1 Koulutuspäivän arviointi

Vanhusten hoitoon liittyviä asioita uutisoidaan mediassa lähes päivittäin. Väestörakenteen muutoksen myötä suurin asiakasryhmä kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat ikääntyneet (Korkiakangas & Vanhanen 2014). Opinnäytetyöni aihe oli perustellusti ajankohtainen. Toin koulutuksessa tärkeitä asioita esille ja saavutin oman vaatimukseni opinnäytetyölleni: tuottaa jotain hyvää hoitotyöhön. Koulutuksessa käydyt teemat olivat tämän päivän vanhusten hoitotyön ongelmakohtien mukaan suunniteltu. Eriävät lähestymistavat hoitotyöhön, toimintamallit ja hoito-ohjeistus vaikeuttavat eri ammattiryhmien yhteistyötä (Mikkonen 2014, 5). Oikein tehty tilanarvio takaa laadukkaan hoidon ja vähentää sellaista päivystysluontoista hoitoa, joka ei ole välttämätön. Asiakkaan systemaattinen tutkiminen ABCDE-protokollan mukaisesti antaa kokonaiskuvan asiakkaan tilasta. (Korkiakangas & Vanhanen 2014.)

Äkillisesti sairastuneet vanhukset hakeutuvat tai heidät tuodaan usein hoitoon vaikeaoireisina. Heidät on löydetty lattialta, he ovat kaatuneet tai menneet sekaviksi. Heillä on äkillinen hengenahdistus tai kuumetta. Usein syyksi paljastuu sydäninfarkti, aivoverenkiertohäiriö, keuhkoembolia tai akuutti infektio kuten keuhkokuume tai virtsateiden tulehdus. Vanhuspotilaan spesifiseen diagnoosin tulee pyrkiä, mutta tilanteen tekee joskus haasteelliseksi vanhuksen heikentyneet voimavarat yhdessä kognition heikentymisen tai haurausraihnausoireyhtymän kanssa. (Tilvis 2010, 72.) Koulutuksessa kävin läpi järjestelmällisesti ABCDE- menetelmän periaatteet ja toimintaohjeet käytössä olevilla välineillä. Protokollan mukaan tehdyssä tilanarviossa tulee tarkastettua tärkeimmät asiat ensin. (Castrén 2012, 150.)

Koulutustilaisuuden pitäminen yksin arvelutti ja jännitti aluksi. Halusin kuitenkin alusta asti haastaa itseäni ja kehittyä esiintyjänä joten valitsin sen vuoksi toiminnallisen työn. Ensimmäinen kerta koulutuksen vetäjänä hoitohenkilökunnalle vaati erityistä valmistautumista, vaikka esiintyminen oli minulle tuttua. Pidempi teoreettinen koulutustilaisuus olisi antanut mahdollisuuden käydä asioita perusteellisemmin läpi tai vastaavasti koulutuksen sisältö olisi voinut olla suppeampi, kun aikaa oli vain yksi tunti. Tunnin mittainen

koulutus oli hyvin lyhyt ja koulutuspaketti tiivis, joten keskustelulle ei jäänyt aikaa lainkaan.

Huomasin, että esiintymiseen tulee paljon varmuutta, kun on hyvä teorian tieto pohjalla ja osaa asiansa. Alussa esiintyminen jännitti, mutta kokosin nopeasti kuitenkin itseni, kun alun jälkeen pääsin koulutuksen sisältämiin asioihin. Havaittiin, että on tärkeää pitää luentorunkoa ja apusanoja lähellä. Opin kuinka konkreettiset esimerkit tuovat kuuntelijoille motivaatiota ja kiinnostusta aiheeseen. Tunsin turhautumista, kun en saanut yleisöä vastailemaan kysymyksiini ja jouduin aluksi muutama kertaan toistamaan kysymyksiä. Huomasin kuinka oma jännitys helpottui, kun joku vastasi ja sain näin kontaktin yleisöön.

Diaesitys oli hyvä tuki koulutukselle, siinä oli yhtenäinen ulkoasu ja valkokankaalle heijastettuna fontti oli helppolukuista. Esitys sisälsi myös kysymyksiä osallistujien pohdittaviksi. Animaatiotehosteita en käyttänyt lainkaan, jotteivat ne vaikeuta diojen lukemista. Värien valinnassa tärkeää oli riittävän suuri kontrastiero, jotta teksti erottuu. Osa dioista oli liian täynnä ja nyt jättäisin osan kuvista pois, jotta diat pysyisivät esteettisesti selkeämpinä.

Koulutuksen lopussa yksi sairaanhoitajista kertoi kuinka hyvä ja tarpeellinen koulutus oli. Joihinkin epäkohtiin olisi voitu jo aiemmin puuttua, jos kaikille olisi selvää asiakkaan systemaattinen tutkiminen ABCDE-menetelmää käyttämällä. Kunnilla ja yksityisillä hoitolaitoksilla on tarve osaamisen lisäämiseen kotiympäristössä ja laitoshoidossa, jossa ikääntynyt tavallisimmin akuutisti sairastuu. Hoitohenkilökunnan koulutustilaisuus pyrki juuri tähän.

Osallistujia koulutustilaisuudessa oli 25, joista 19 antoivat palautteen. Palautelomakkeessa oli vapaa teksti. Kaikki palautteet olivat hyviä ja osassa oli lisäksi joitain kehitysehdotuksia. Kokonaisuudessaan koulutustilaisuutta pidettiin tiiviinä pakettina, jossa oli tärkeää asiaa ja esiintymistäni selkeänä ja rauhallisena. Alla on suoria lainauksia muutamista palautteista.

”Puhe selkeää, rauhallista, kuuluvaa. Kysymysten esittäminen hyvä asia. Esimerkit auttoivat ymmärtämään mistä puhutaan. Käsiteltävät asiat käytännönläheisiä. Esiintymisvarmuuden lisääntymisen myötä voi katsoa useammin yleisöön.”

”Hyvä ajankäyttö. Kompakti hyvä kokonaisuus. Levollinen esitys. Hyvä! Asiasisältö tosi hyvä.”

Työn valmistuminen oli hidas, mutta hyvä prosessi. Sain aikaa etsiä teorian tietoa rauhassa, kehittää ja muokata koulutuksen sisältöä, jolloin lopputulos oli mielestäni hyvä. Koska minulla oli paljon aikaa valmistautua koulutustilaisuuteen, se auttoi esiintymisjännitykseen.

Kouluttajana koen edelleen tarvitsevani harjoitusta, mutta sain kuitenkin paljon itsevarmuutta tästä koulutustilaisuudesta. Kehityskohteitani on parempi katsekontakti yleisön kanssa ja kommunikointi. Tavoitteellinen omien taitojen kehittäminen edellyttää suunnitelmallisuutta (Kallio 2006, 181). Kehittämiskohteenani on parempi katsekontakti yleisön kanssa ja kommunikointi, riippumatta sen koosta. Jotta pääsen tavoitteeseeni, kirjoitan muistutuksen itselleni katsekontaktista muistiinpanoihini. Katsekontaktia voin opetella kaikissa puhe- ja vuorovaikutustilanteissa. Taito karttuu vähitellen. Luonteva ja rento esiintyminen on päätavoitteeni.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Eettinen osaaminen on vastuun kantamista ammatillisesta kehittymisestä, potilaan oikeuksien toteutumisesta hoitotyössä ja oman ammatin harjoittamisesta (Opetusministeriö 2006; Kassara ym. 2005, 382; Jahren, Nortvedt & Skaug 2006). Tässä opinnäytetyössä on toteutunut vahvat eettiset perustat. Itsemääräämisoikeus, tasapuolisuus, tasa-arvo, oikeus hyvään hoitoon ja asiakasta kunnioitava kohtelu on otettu huomioon läpi työn. Opinnäytetyöni ohjaa hoitohenkilöstöä hoitamaan jokaisen asiakkaan tasa-arvoisesti, mahdollisimman hyvin ja oikeudenmukaisesti. Ihmiselämän kunnioittamisen periaate pyrkii ensisijaisesti pitämään yllä ihmisen elämää, ja koulutustilaisuuden aiheet pyrkivät juuri tähän.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli vahvistaa hoitajien valmiuksia tehdä ensiarviota asiakkaan tilasta ja tukea hoitajien toimintaa asiakkaan tilan muuttuessa. Hoitotyön eettisiin periaatteisiin kuuluu oman itsensä kehittäminen ihmisenä ja ammattilaisena. Hoidon ja palvelun tulee olla laadultaan hyvää, jatkuvaa sekä ammattitaitoista. Hyvää hoitoa on asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tarkastelu. (ETENE 2011.)

Brunoun (2009) väitöstutkimuksen mukaan potilaan oikeudet eivät pääse aina toteutumaan. Hänen tutkimuksen mukaan huonoiten kohdellaan vanhuksia ja dementiapotilaita. Huono kohtelu ilmeni muun muassa huolimattomuutena ja välinpitämättömyytenä. Hyvä hoito ja palvelu perustuvat vastavuoroisuuteen ja toisen osapuolen näkemysten kunnioittamiseen. Molemmilla osapuolilla on velvollisuuksia ja oikeuksia eettisten periaatteiden mukaan. (ETENE 2011.) Koulutustilaisuuden tehtävänä oli kehittää vanhusten hoitotyötä, ja tukea erilaisten hoitajien itsenäistä toimintaa hyvien eettisten arvojen toteuttamiseksi käytännössä.

Tasa-arvo hoitotyön etiikassa perustuu Kangasniemen (2007) tutkimuksen mukaan yleiseen ihmisarvoon. Hoitajien tulisi tavoitella kaikessa hoitotyössä potilaan kokonaisvaltaista hyvää. (Iivanainen & Syväoja 2008, Thompson 2006). Eettiset ammattiohjeet eivät perustu lakiin eikä tekijälle niiden rikkomisesta seuraa rangaistusta. Ne perustuvat lähinnä potilaiden perusoikeuksiin ja arvoihin, jotka ovat hyväksi koettuja suosituksia ja ihanteita hoitajien oikeista toimintatavoista. Hoitajan tulee kantaa vastuu omasta ammatillisuudestaan hoitotyössä. (Vuori-Kemilä 2008, 21, 34-35.) Opinnäytetyöni ohjaa hoitohenkilöstöä toimimaan asianmukaisesti. Hoitotyössä oikeudenmukaisuuden periaate tarkoittaa, että jokaista henkilöä tulee kohdella yksilöllisesti (Louhiala & Launis 2009, 37).

Eettisestä näkökulmasta katsoen koulutustilaisuus toteutettiin vastuullisesti. Olin tarkka, rehellinen, huomioin toiminnassani hoitohenkilökunnan tarpeen ja oletetun aiemman tiedon koulutettavasta asiasta. Koulutettavista valtaosa oli lähihoitajia, joten ihmisen fysiologia ja useat sairaudet olivat tuttuja. Toisaalta taas avasin lääketieteellisiä termejä dia-sarjaan valmiiksi. Koulutuksen sisältö oli rakennettu kohderyhmää ajatellen oppimista edistäväksi.

Laitoshoidossa olevilla vanhuksilla eettiset ongelmat korostuvat, koska juuri heidän hoidostaan hoitajilla on keskeinen vastuu ja ikääntyneet ovat heistä riippuvaisia (Koivula 2001, 30). Hoitajien kliinistä osaamista vahvistettiin koulutustilaisuudessa. Ikääntyneiden hoidon laiminlyöntejä, virheellisiä toimintatapoja ja asiakkaan tilan arviointimenetelmiä kehitettiin myös eettiseltä kannalta paremmaksi. Hoitotyöntekijä on osaltaan vastuussa asiakkaan laadukkaasta hoidosta ja kohtelusta.

Eettinen puoli opinnäytetyössäni on huomioitu myös siten, että palautelomakkeet olivat nimettömiä ja vastaaminen täysin vapaaehtoista. Luentomateriaali jäi Viola-kotiyhdistyksen käyttöön. Materiaalia voi käyttää esimerkiksi uuden työntekijän perehdytyksessä. Hoitajien ammatillinen kehittyminen on yksi näkökulma tarkastella ammattietiikan toteutumista. Hoitajien jatkuva koulutus ja yhteistyö erilaisen koulutuksen saaneiden hoitajien kesken ovat ammattietiikan perusarvoja. (Kalkas 2000, 142-144.) Nämä asiat ovat olleet keskeisiä opinnäytetyössäni.

Hoitotyön asiantuntijuus perustuu vahvasti taito-, tieto- ja kokemuserustaan, mitkä ovat sidoksissa jatkuvaan ammatillisen osaamisen kehittämiseen ja elinikäiseen oppimiseen (Mäkipää & Korhonen 2011, 19-20). Organisaatio pystyy tarjoamaan tietoisien hoitotyön kehittämisen kautta, aina ajan tasalla olevaa ja laadukasta hoitotyötä. Kaikki hoitotyön kehittämiseen sitoutuneet ja osallistuvat hoitajat tekevät mahdolliseksi yhteisten toimintatapojen muuttamisen ja he edistävät omaa osaamistaan. (Hilden 2002, 26.)

Koulutustilaisuuden sisältö perustui tutkittuun tietoon ja näyttöön, jolloin luotettavuus laatukriteerinä on otettu huomioon. Kaikki lähdemerkinnät tarkastin kriittisesti. Asiasällössä käytin vain uudehkoa tietoa. Teoriaosaan löysin tutkittua tietoa monesta eri lähteestä, jolloin tieto on uskottavaa ja luotettavaa. Olen tutustunut aiheisiin useiden eri artikkeleiden ja kirjallisuuden kautta, mutta käyttänyt vain niitä, joihin olen tekstissä ja lähdeluettelossa viitannut.

Palautelomakkeiden mukaan koulutustilaisuus oli informatiivinen eli koulutustilaisuudessa ollut sisältö oli selkeästi esitetty ja asia oli helppo ymmärtää, mikä oli yksi koulutustilaisuuden laatukriteereistä. Koulutustilaisuudessa diasarja oli suunniteltu yksinkertaiseksi ja ymmärrettäväksi, jolloin asian selkeys parani. Koulutustilaisuudessa täytyi tiedon hyödynnettävyys laatukriteerinä siten, että hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyöstä oli huomioitu. Koulutustilaisuuteen osallistuneet henkilöt kokivat palautteiden mukaan hyötyneensä koulutuksesta ja se tuki heidän ammatillista kasvuun.

6.3 Kehittämisehdotukset

Jatkokehitysideana lisäisin ehdottomasti teoriapainotteiseen koulutustilaisuuteen oppimisen simulaation avulla. Vaikka olisi kuinka vankka teoretieto pohjalla, voi toimintatavan valinta nopeasti tapahtuvassa tilanteessa olla vaikeaa. Todennäköisyys oikean toimintatavan valintaan kasvaa, kun tilannetta on harjoiteltu etukäteen. (Salakari 2007, 116.) Taitojen oppiminen toiminnan avulla eli tekemällä, on yksi maailman vanhimmista tavoista oppia. Oppiminen tällä menetelmällä voi tapahtua erehdyksen tai yrityksen kautta tai tekemällä toisen näyttämän mallin mukaisesti. Olennaista on kuitenkin oppimisen kannalta osallistuminen ja tekeminen tilanteessa. (Salakari 2007, 43.)

Osallistujilla voisi olla myös ennakkotehtäviä, joiden pohjalta voi rakentaa koko luentorungon. Ennen koulutusta lähetetyn oheismateriaalin laajuus pitää miettiä tarkkaan. Jos materiaalia on liikaa, se saattaa nostaa kynnystä osallistua koulutukseen ja madaltaa motivaatiota. (Kupias 2012, 82.) Tuotoksellisena työnä voisi kehittää hoitohenkilökunnan käyttöön niin sanotun muistilistan, jota on helppo kuljettaa taskussa ja tarkistaa pääasiat asiakkaan ensiarviota tehtäessä. Tämä voisi olla hyvä tuki varsinkin uudelle työntekijälle ja vasta valmistuneelle hoitajalle.

Olisi myös mielenkiintoista tietää, kuinka hoitohenkilökunta hyötyi koulutuksesta. Työelämäkoulutuksella haetaan vahvistusta osallistujien osaamiseen ja siihen, että he selviävät paremmin työssään. Koulutuksen vaikutuksia osallistujien toimintaan voidaan mitata, vaikka niiden mittaaminen usein onkin hankalaa. Vaikka koulutuksessa asiat olisi opittu hyvin, työyhteisössä saattaa olla sellaisia tekijöitä, jotka estävät opitun käyttöönoton. Mittaamisen haasteista huolimatta toiminnan muutoksia kannattaa arvioida. (Kupias 2012, 173-174.)

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: WS Bookwell Oy.
- Aarnikoivu, H. 2010. Työelämä, menesty & voi hyvin. Helsinki: WSOYpro Oy
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2008. Ensihoito. Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2013. Ensiarvio ja yleistutkimus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.). Ensihoito. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Barker, M. & Smith, J. 2014. Recognising the acutely deteriorating patient with appropriate response. Assessment of the acutely deteriorating patient. University of Salford Manchester.
- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Neljäs painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Cohen, M. 2007. 2007. Cardiac consideration in the older patient. Teoksessa Kauffman, T.L., Barr, J.O & Moran, M.L. (toim.) Geriatric rehabilitation manual. 2. painos. China: Elsevier Ltd.
- Ensiapuopas. 2015. Sokin ensiapu. Luettu 17.8.2015.
<http://www.ensiapuopas.com/sokki.html>
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2. painos. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.
- ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta. Helsinki: ETENE
- Harjola, V-P. Klinikkokaryhmän johtaja. 2013. Päivystys- ja potilasturvallisuuden kriittinen piste. Potilasturvallisuuspäivä 19.3.2013. Helsinki <http://www.sli-deshare.net/THLfi/pivystys-potilasturvallisuuden-kriittinen-piste-2-potilasturvallisuus-pivt-201>
- Hartikainen, S., Isoaho R. & Kivelä, S-L. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Duodecim 2000;116:2209-16.
- Heikkinen, E. 2015. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Duodecim, terveystieteiden kirjasto. Kirjoitettu 18.7.2005. Luettu 10.9.2015.
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Huttunen, M. 2014. Tietoa potilaalle: Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja duodecim. Kirjoitettu 14.9.2014. Luettu 16.8.2015.

- Hyypä, E., Latva-Mäenpää S., Manninen, K., Myllymäki, L., Salo, H. & Vallejo Medina, A. 1997. Sisätauti-kirurgisen hoitotyön perusteet. 1. painos. Porvoo: WSOY
- Hyttinen, H. 2010. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY
- Inkinen, H. & Louhela, S. 2010. Verenkierron riittävyden arviointi. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki. Duodecim, 377-378.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Jahren, N., Nordvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Suomennos Niemi-nen, P. Tanska: Narayana Press.
- Jarva, H. & Meri, S. 2011. Ikääntyminen. Terveysportti. Kirjoitettu 1.4.2011. Luettu 7.9.2015
- Kalkas, H. 2000. Hoitotyö ja arvot. Teoksessa Kalkas, H. & Sarvimäki, A. Hoitotyön etiikan perusteet. 5.-6. painos. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Kallio, H. 2006. Tehoa ja taitoa työelämän esiintymistilanteisiin. Hämeenlinna: Karisto Oy
- Kangasniemi, M. 2007. Monoliittisestä trilogiseen tasa-arvoon. Tasa-arvo hoitotyön etiikan tutkimuksessa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3, uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kannus, P. 2006. Ikääntyneiden kaatumisten ja niistä aiheutuvien vammojen ehkäisy Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2006;122(2):135-6
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Mustonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L & Hie-tanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kettunen, R. 2008. Iäkkäiden sydänsairaudet. Teoksessa Geriatria. Arvioinnista kuntou-tukseen. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Helsinki: Edita Prima
- Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön rap-portti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006:30. Helsinki.
- Koivula, R. 2001. Ikääntyneen potilaan elämäntapa laitoksessa. Ikäinstituutti 4/2001. Luettu 12.10.2015.
- Konsensuslausuma. 2014. Vanhuuskuolema. Duodecim 2014 vol. 130 no. 5 s. 523-531. Luettu 5.2.2015.
- Korkiakangas, E. & Vanhanen M. 2014. Akuuttitilanteet ikääntyneen hoitotyössä. Eheä elämän ehto. Epooki 30/2014. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistäytön julkaisut. Luettu 20.9.2015.x§

Koskimies, R. 2002. Asiantuntijan esiintymistaito. Onnistuneen esityksen kulmakivet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Kuokkanen, R. 2000. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopisto.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitaja-lehti 3/2012, 29.

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. 1. painos. Sanoma Pro oy.

Kurola, J. 2007. Hengitystien turvaaminen hätätilanteessa. Duodecim 2007;123:2037–40. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96716.pdf>

Käypä hoito suositus. 2011. Elvytys. 21.1.2011. Luettu 12.5.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010>

Käypä hoito. 2011. Aivoinfarkti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Kirjoitettu 11.12.2011. Luettu 20.8.2015

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laukkanen, M., Virranta, S. & Larmila, M. 2010. Tehohoitopotilaan hengityksen arviointi. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim, 9–11.

Laurila, J. 2014. Sekava vanhus. Lääkäriin käsikirja. 11.4.2014. Luettu 16.8.2015

Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium. Suomen lääkirilehti. 2005;60(46):4751-4755. Luettu 16.8.2015

Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i85.full?sid=5f57698-811c-4e15-9820-a2e261f426c4 22.10.2012.

Liukas, T. & Räisänen, N. 2013. Aivojen toiminnan kliininen arviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja. 17.9.2013. Luettu 12.5.2015.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lumio, J. 2014. Tietoa potilaalle: Verenmyrkytys eli sepsis. Lääkirikirja Duodecim. 4.11.2014. Luettu 7.5.2015

Mannila, M-L. 2009. Voimaantumisen saloja: Hoitotyöntekijöiden kokemuksia voimaantumisen vanhuksen palveluasumisesta. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L, 2006. Vanhus-tenhoito. 1. painos. Helsinki: WernerSöderström Oy.

Meritähti, T. 2011. Triagehoitajan osaaminen yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Turku.

Mikkola, S. 2014. Potilaan hoitoprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounasmaa, A. 2006. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 8/2006. Helsinki.

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Pro-Gradu tutkielma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Sairaanhoitaja (AMK), Bachelor of health care.

Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts perceptions using Delphi-technique. Kuopio University Publications.

Palsternack, A. 2012. Ikäihmisten munuaistoiminnan erityispiirteitä. Kirjoitettu 1.7.2012. Luettu 7.9.2015.

Phair, L. & Good, V. 1995. Dementia, a positive approach. London: Scutari Press.

Pitkälä, K. & Hänninen, J. 2003. Eettisiä ongelmatilanteita kuolevan hoidossa. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria. 1 painos. Hämeenlinna: Karisto Oy. 381.

Pohjolainen, P. 2012. Fysiologinen vanheneminen. Ikäinstituutti. Luettu 15.8.2015.

Puhtimäki, K. 2007. Sairaanhoitajan tarvitsema hoitotyön ammatillinen osaaminen päivystyspoliklinikalla. Pro gradu–tutkielma. Turun yliopisto.

Rahkola, T. & Laurila, J. 2008. Äkillinen sekavuustila. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.). Geriatria. 1.painos. Helsinki: Edita Prima.

Rehn, K. 2008. Sairaanhoitajan näyttöön perustuva osaaminen peruselintoimintojen tarkkailussa ja hoitotyön päätöksenteossa. Metropolia, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. Luettu 29.4.2014.

<http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/1481/sairaanh.pdf?sequence=2>

Ritmala-Castrén, M. & Lundgén-Laine, H. 2010. Hypovolemia. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lungrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Rimala-Castrén M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim, 377-378.

- Roine, R. 2013. Aivoinfarkti. Lääkärin käsikirja. Kirjoitettu 17.5.2013. Luettu 20.8.2015
- Saha, H. 2013. Rabdomyolyysi. Lääkärin käsikirja. 5.7.2013. Luettu 13.5.2015.
- Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2006. Ensiapuopas. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 3.10.2014. Luettu 25.8.2015.
- Salakari, H. 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Saarijärven offset.
- Salmenperä, R., Tuli, S., & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Sarvimäki, A. 2010. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2- painos. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palvelu- ja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Luettu 29.4.2014. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Työhyvinvointi. Kirjoitettu 10.4.2014. Luettu 26.4.2014. <http://www.stm.fi/tyoelama/tyohyvinvointi>
- Spiriduso, W.W., Francis, K.L. & MacRae, P., G. 2005. Physical dimensions of aging. 2. painos. United Kingdom: Human Kinetics.
- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. Helsinki: Valopaino Oy. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>
- Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö (toim). 2011. Ensivastetoiminnan perusteet. Helsinki: Tammerprint Oy
- Tait, D., Barton, D., James, J. & Williams, C. 2012. Acute and critical care in adult nursing. London: SAGE Publications Asia-Pacific Pte Ltd
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Turvallisuuskulttuuri. Päivitetty 26.8.2014. Luettu 11.9.2015.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Päivitetty 28.4.2015. Luettu 10.9.2015.
- Terveysverkko. 2013. Ikääntymisen vaikutuksen elimistöön. Päivitetty 21.11.2013. Luettu 15.8.2015. <http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/senioreille/ikaantymisen-vaikutukset-elimistoon>
- Thim, T., Vinther, N., Lerkevang E., Rohde, C., Løfgren, B. 2012. Initial assessment

and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. Luettu 10.5.2015. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/

Thompson, I.E., Melia, K.M., Boyd, K.M. & Horsburg, D. 2006. Nursing Ethics. 5. painos. UK: Churchill Livingstone.

Tiikkainen, P. & Teeri, S. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Sairaanhoitaja-lehti. 9.9.2009. Luettu 15.8.2015

Tiikkanen, P. & Voutilainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1.-2- painos. Helsinki: WSOY

Tilastokeskus. 2014. Koulutus. Luettu 22.5.2014.
<http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/koulutus.html>

Tilvis, R. 2010. Vanhenemismuutokset. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. 2 uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Tinetti, M., Baker, DI. & McAvay G. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. The New England Journal Of Medicine. 1994;331:821-7.

Työterveyslaitos. 2015. Työhyvinvointi kannattaa myös taloudellisesti. Päivitetty 4.8.2015. Luettu 26.8.2015.

Valvira. 2014. Potilasturvallisuus voi vaarantua päivytyypisteissä, jossa ensiarvion tekeminen potilaan hoidon tarpeesta ja hoidon kiireellisyydestä päättäminen on annettu kategorisesti hoitajan tehtäväksi. Kirjoitettu 4.9.2014. Luettu 6.9.2015.

Varpula, M. 2011. Verenkiertovajaus. Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. 15 uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Viitanen, M. 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa geriatria. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.)Porvoo: WS Bookwell Oy

Viitanen, M. 2010. Sisäelimet. Terveysportti. Kirjoitettu 1.4.2010. Luettu 7.9.2015.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virta, S., Koivunen, M. & Klimoff, J. 2008. Vastuullinen työtapa parantaa työhyvinvointia. Sairaanhoitaja-lehti. 1.2.2008. Luettu 29.4.2014.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Wells, C.L. 2007. Heart failure and valvular heart disease. Teoksessa Kauffman, T.L., Barr, J.O & Moran, M.L. (toim.) Geriatric rehabilitation manual. 2. painos. China: Elsevier Ltd.

Westergård, A. 2009. Tajunnan häiriö ja tajuttomuus. Teoksessa Ensihoidosta päivytytyypoliklinikalle. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

LIITTEET

Liite 1. Kutsu koulutustilaisuuteen

KOULUTUSTILAIUUS

- ENSIARVION TEKEMINEN
- ASIAKKAAN TILAN AKUUTTI HEIKENTYMINEN
- TOIMINTAOHJEET

19.5.2015 tiistaina
Klo 13.30-14.30

WILLA VIOLA
KUNTO GALLERIA

Johanna Fält
Sairaanhoitajaopiskelija



A AIRWAY **B** BREATHING **C** CIRCULATION **D** DISABILITY **E** EXPOSURE