



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

ABCD-TOIMINTAMALLIN JA ISBAR-RAPORTOINNIN KÄYTTÖ KOTIHOIDOSSA

Kysely kotihoidon työntekijöille

TEKIJÄ/T: Elli Koskinen
Hanne Kauhanen
Henna Alatalo

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma Ensihoidon koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Elli Koskinen, Hanne Kauhanen ja Henna Alatalo			
Työn nimi ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin käyttö kotihoidossa			
Päiväys	13.3.2018	Sivumäärä/Liitteet	42/3
Ohjaaja(t) Ft, lehtori Marja Silén-Lipponen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupungin kotihoito			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kuopion kaupungin kotihoidon henkilöstölle järjestettiin syksyllä 2016 pilottikoulutus asiakkaan akuutin hoidon tarpeen arvioinnista kotihoidossa (AHAA-koulutus). Koulutuksessa käsiteltiin asiakkaan tilanarviointia ABCD-toimintamallin avulla, tietoa eri sairausryhmistä ja niiden oireista sekä ISBAR-raportointia. Tavoitteena oli kehittää toimintamalleja ikääntyneiden akuutteihin hoidollisiin tilanteisiin.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten laajasti AHAA-koulutuksen sisältöä on otettu käyttöön kotihoidossa ja millaisia kokemuksia työntekijöillä on ollut menetelmien käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin toimivuudesta käytännössä sekä koulutuksen mahdollisista kehityskohteista, jotta Kuopion kaupungin kotihoito voi kehittää tulevien AHAA-koulutusten sisältöä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin Kuopion kotihoidon työntekijöiltä kevään 2017 aikana Webropol-ohjelman avulla. Kyselyyn vastasi 18 koulutukseen osallistunutta hoitajaa. Tutkimustulokset ovat suuntaa antavia, eikä niitä pienen vastaajamäärän vuoksi voida yleistää koko tutkimusjoukkoon. Silti tulosten perusteella voidaan tehdä päätelmiä koulutuksen toimivuudesta.</p> <p>Tuloksista selvisi, että kotihoidon työntekijät käyttivät ABCD-toimintamallia sekä ISBAR-raportointia ja kokivat osaavansa käyttää niitä oikein. ABCD-toimintamallin hyödyiksi koettiin potilasturvallisuuden lisääntyminen ja asiakkaan tilan arvioinnin helpottuminen. ISBARin koettiin helpottavan raportointia ja tiedonkulkua eri terveydenhuollon toimijoiden välillä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että kaikki hoitajat eivät ymmärtäneet ABCD-toimintamallin toistamisen merkitystä ensihoidon toimesta. Myös ajan puutteen ISBAR-raportoinnin käytössä koettiin toisinaan estävän uuden raportointitavan käyttöä. Lisäksi vastaajat toivat esille, että tarvitsevat menetelmien käyttöön lisäkoulutusta.</p> <p>Jatkotutkimuksena olisi tärkeää selvittää nykyistä tarkemmin, mihin koulutuksen osa-alueisiin lisäkoulutusta tarvitaan. Koulutusten lisäksi voitaisiin kehittää muistilistoja ABCD-toimintamallista ja ISBAR-raportoinnista. Lisäksi hoitajien käyttöön voitaisiin suunnitella yksinkertainen ensihoitokaavaketta muistuttava lomake, joka ohjaisi asiakkaan tutkimista ja tietojen raportointia eteenpäin.</p>			
Avainsanat Kotihoito, täydenniskoulutus, hoidon tarpeen arviointi, ABCD-toimintamalli, ISBAR-raportointi			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing Degree Programme in Emergency Care			
Author(s) Elli Koskinen, Hanne Kauhanen ja Henna Alatalo			
Title of Thesis Use of the ABCD method and the ISBAR communication in home care			
Date	13.3.2018	Pages/Appendices	42/3
Supervisor(s) PhD, Senior Lecturer Marja Silén-Lipponen			
Client Organisation /Partners Kuopio's home care			
<p>Abstract</p> <p>Kuopio's home care staff went under a piloted schooling program (AHAA-training). The program focused on assessing the customer's needs in health with the ABCD method, providing information about different diseases and their symptoms, and practice in the ISBAR communication. The goal of the piloted schooling program was to create new formulas for the staff when dealing with acute situations with the older people.</p> <p>The purpose of our study was to research how comprehensively the AHAA-program's contents were in use in home care and what kind of experiences the staff had with the program's methods. Our study aimed at providing information about the functionality of the ABCD method and of the ISBAR in practice, and how the piloted schooling program could be improved for the needs of Kuopio's home care.</p> <p>The thesis was carried out as a quantitative study. The material was collected from Kuopio's home care staff during the spring of 2017 by using Webropol program. The questionnaire was answered by 18 workers who participated in the training. The research results are indicative and can't be generalized to encompass the whole research population because of the small number of respondents. Still on the basis of the results conclusions can be drawn as to the effectiveness of education.</p> <p>The research indicated that home care staff used the ABCD method and the ISBAR communication in their work. They also believed they can use both of them correctly. Patient assessment and safety improved by using the ABCD method. The results showed that the ISBAR made communication between different healthcare quarters easier. The study revealed that all home care staff did not understand the importance of repeating the ABCD method by paramedics Also sometimes the lack of time felt to prevent the use of ISBAR communication. In addition, the respondents felt that they needed further training for the methods.</p> <p>A further study could be to find out in what areas of education there is need for additional training. Development suggestions could be to developed checklist to the ABCD method and the ISBAR. In addition, could be planned a simple form which would guide the patient's research and reporting.</p>			
Keywords Home care, continuing training, care assessment, ABCD method, ISBAR communication			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	KOTIHOITO IKÄÄNTYNEEN HOITOYMPÄRISTÖNÄ.....	7
2.1	Kotihoidon merkitys.....	7
2.2	Ikääntyneet kotihoidon asiakkaina	7
2.3	Kotihoidon henkilöstö	8
2.4	Henkilöstön täydennyskoulutus	9
3	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	11
3.1	Asiakkaan tilan arviointi	11
3.2	ABCD-toimintamalli asiakkaan tutkimisessa.....	11
3.3	ISBAR-raportointi osana asiakkaan hoidon tarpeen arviointia	13
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	15
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
5.1	Toimeksiantaja ja kohderyhmä.....	16
5.2	Aineiston keruu ja analysointi.....	16
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	18
6.1	Vastaajien taustatiedot	18
6.2	Hoidon tarpeen arviointi ja ABCD-toimintamallin käyttö kotihoidossa	18
6.3	ABCD-toimintamallin käytön koetut hyödyt ja ongelmat.....	21
6.4	ISBAR-raportoinnin käyttö, koetut hyödyt ja ongelmat.....	22
6.5	ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin käyttöä lisäävät tekijät.....	24
7	POHDINTA	25
7.1	Tutkimuksen eettisyys	25
7.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	26
7.3	Tulosten tarkastelu.....	28
7.4	Johtopäätökset sekä kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset.....	31
7.5	Ammatillinen kasvu ja oma oppiminen	31
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	33
	LIITE 1: KOTIHOIDON TOIMINTAMALLI ASIAKKAAN VOINNIN HUONONTUESSA	38
	LIITE 2: SAATEKIRJE	39
	LIITE 3: KYSELY	40

1 JOHDANTO

Väestöennusteen mukaan Suomen väkiluku tulee kasvamaan vuoteen 2030 asti, jonka jälkeen kasvu jatkuu tasaisena. Ikääntyneiden eli yli 65-vuotiaiden osuus tulee nousemaan ja yli 85-vuotiaiden määrän ennustetaan kolminkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä. (SVT 2007.) Vuonna 2017 ikääntynyttä väestöä oli Suomessa yli miljoona ja heistä 95 000 tarvitsi säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea (STM 2017a, 10). Vuonna 2016 enemmistö säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli yli 75-vuotiaita (THL 2017).

Yhteiskunnan tulisi kyetä vastaamaan ikääntyvien muuttuneisiin tarpeisiin asuinympäristöjen ja palveluiden avulla sekä kohdella heitä yksilöinä (STM 2017a, 13). Siksi ikääntyneitä pyritään yhä enemmän hoitamaan kotona kotihoidon turvin. Terveystieteiden tulisi tarjota oikeanlaista apua oikeaan aikaan, muun muassa terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviä kotikäyntejä, jotka tukevat ikääntyneen kotona pärjäämistä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista 2012, § 12; THL 2016.) Ajoittain apua tarvitaan ennalta odottamattomiin ja äkillisiin tilanteisiin, jolloin on tärkeää, että ammattilaisilla on kyky huomata pieniäkin muutoksia asiakkaan voimissa (THL 2016). Laissa on säädetty, että terveystieteiden toimintayksiköllä on oltava selkeä tehtävä rakenne ja henkilöstöllä riittävä koulutus, jotka yhdessä turvaavat iäkkäille laadukkaat palvelut (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista 2012, § 20).

Kuopion kaupungin kotihoidon henkilöstölle järjestettiin syksyllä 2016 pilottikoulutus asiakkaan akuutin hoidon tarpeen arvioinnista kotihoidossa (AHAA-koulutus). Koulutus on osa Sosiaali- ja terveystieteiden tilannekeskus, SOTE-TIKE-projektia. Hankkeen tarkoituksena on edistää Kuopion alueen kotihoidon ja sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen yhteistyötä. Tavoitteena on kehittää monipuolisia ja asiakaslähtöisiä toimintamalleja ikääntyneiden akuutteihin ja muuttuviin hoidollisiin tilanteisiin. Yhteistyössä ovat mukana Pohjois-Savon pelastuslaitos, hätäkeskus, kotiutusyksikkö, päivystys, sosiaalipäivystys, sairaaloiden kotiuttavat osastot sekä palveluohjaus. (Hartikainen, 2017-03-13.)

Koulutuksen taustalla on Kuopiossa 2014 tehty päivystysarviointi, jonka mukaan yli 75-vuotiaiden päivystykseen hakeutumisen yleinen syy on ollut äkillinen yleistilan lasku. Edellä mainituista potilaista yli puolet oli säännöllisen kotihoidon tai tukipalveluiden käyttäjiä. Tulosten perusteella ei voida määrittää päivystyskäynnin tarpeellisuutta, mutta lääkärin arvion mukaan neljännes käynneistä oli lääketieteellisesti turhia ja ne olisi voitu hoitaa virka-aikaan muutaman vuorokauden aikana. (Kuopion kaupunginhallitus 2015.)

Kotihoidon asiakasmäärän kasvaessa työntekijöiden osaaminen hoidon tarpeen arvioinnissa korostuu. Ikääntyneiden henkeä uhkaavat tilanteet tulisi tunnistaa ja ohjata heidät nopeasti päivystykselliseen hoitoon ensihoidon avulla. Sen sijaan kiireettömien, kuitenkin hoitoa vaativien asiakkaiden ei tarvitsisi siirtyä hoitoon päivystyksellisestä eikä useinkaan ambulanssilla. Heidän tilanteensa voitaisiin

hoitaa kotona tai virka-aikaan perusterveydenhuollossa. Näin turhilta päivystykäynneiltä vältyttäisiin ja ensihoidon voimavarat keskittyisivät hoitoa akuutisti tarvitseville.

Teimme opinnäytetyönä kyselytutkimuksen AHAA-koulutukseen osallistuneille työntekijöille. Tutkimuksemme keskittyi koulutuksessa käytyihin ABCD-toimintamalliin ja ISBAR-raportointiin. Tarkoituksena oli selvittää, miten laajasti koulutuksen sisältöä on otettu käyttöön kotihoidossa ja millaisia kokemuksia työntekijöillä on ollut menetelmien käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin toimivuudesta käytännössä sekä koulutuksen mahdollisista kehityskohteista, jotta Kuopion kaupungin kotihoito voi kehittää tulevien AHAA-koulutusten sisältöä. Opinnäytetyössä käytämme käsitettä asiakas tarkoittamaan kotihoidon palvelujen käyttäjää sekä tutkittavaa potilasta tai henkilöä.

Opinnäytetyömme aiheen valintaan vaikutti työkokemuksemme kotihoidossa työskentelystä ja aiheen ajankohtaisuus, koska kotihoito on tällä hetkellä jatkuvan kehityksen kohteena. Pidimme tärkeänä, että opinnäytetyömme tuloksia voitaisiin mahdollisesti hyödyntää AHAA-koulutuksen kehittämisessä. Tavoitteenamme oli parantaa osaamistamme hoidon tarpeen arvioinnissa ja tutkimusprosessin toteuttamisessa.

2 KOTIHOITO IKÄÄNTYNEEN HOITOYMPÄRISTÖNÄ

2.1 Kotihoidon merkitys

Kotihoito alkoi kehittyä maassamme 1990-luvulla kotihoidon integraation myötä. Integraatiolla tarkoitetaan asiakaslähtöisen ja asiakkaan tarpeita vastaavan palvelukokonaisuuden muodostumista. Väestön ikääntymisestä on tullut viime vuosina keskeinen sosiaali- ja terveystaloudellinen haaste, johon kotihoito pyrkii osaltaan vastaamaan. Muita merkittäviä syitä kotihoidon korostumiseen on ajattelutapojen ja arvojen muutokset sekä ikääntyneiden omat toiveet hoidosta. Suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että valtaosa ikääntyneistä haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Lehtilä 2016; Paljärvi 2012; Tepponen 2009; Ylä-Outinen 2012.) Kotihoidon käsitettä käytetään nykyisin kuvaamaan yhdistettyä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa (Sosiaalihuoltoasetus 1983, § 9; Terveydenhuoltolaki 2010, § 25).

Kotihoidon tarkoituksena on tukea ja auttaa eri-ikäisiä kotona asuvia ihmisiä, joiden itsenäinen selviytymiskyky kotona on alentunut (STM 2017b). Kotihoitoon ovat oikeutettuja ikääntyneet, vammaiset, sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi alentunut. Kotihoito voi olla tilapäistä, säännöllistä tai satunnaista. Myös lapsiperheillä on oikeus saada kotipalvelua, kun se katsotaan olevan välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Yleensä kotihoidon asiakkaaksi tullaan sairaalasta kotiutumisen seurauksena, omaisten sekä asiakkaan itse esittämästä tarpeesta tai sosiaalitoimen ohjaamana. (Ikonen 2015, 15–18.) Kotihoidon järjestämisestä vastaavat kunnat (STM 2017b).

Kotihoidossa avustetaan asiakkaita arkipäivän askareissa, henkilökohtaisten toimintojen, kuten hygienian hoidossa, lääkehoidossa ja ravitsemuksen turvaamisessa. Kotihoidon työntekijät arvioivat asiakkaiden vointia sekä ohjaavat ja neuvovat palveluihin liittyvissä kysymyksissä asiakkaita ja heidän omaisiaan. Kotipalveluja voidaan täydentää muilla tukipalveluilla, joita ovat turvapalvelut, ateriapalvelu, vaatehuolto, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut, siivous sekä kauppa- ja muut asiointipalvelut. Liikkumista tukevat palvelut ovat saattaja- ja kuljetuspalvelut. (STM 2017b.)

Kotihoidon toimintaa valvotaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston toimesta (Valvira 2015a). Kotihoidossa laatua pidetään yllä arvioimalla asiakkaiden toimintakyky yksilöllisesti ja sen perusteella laaditaan jokaiselle asiakkaalle henkilökohtainen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Sen toteutumista seurataan ja sitä muutetaan, mikäli palvelujen tarpeessa tapahtuu muutoksia. (STM 2017b.)

2.2 Ikääntyneet kotihoidon asiakkaina

Maassamme yli 65-vuotiaista suurin osa elää itsenäisesti arjesta selviytyen. Kotiin annettavia säännöllisiä palveluita tarvitsee kuitenkin 95 000 henkilöä. (STM 2017a.) Kotihoidon asiakkaaksi tullaan yleensä fyysisessä toimintakykyvyssä tapahtuvan heikentymisen myötä. Kotihoidon asiakkaista valtaosa on naisia. Heitä yhdistävät korkea ikä ja pitkäaikaissairaudet. Kotihoidon asiakkaiden yleisimpiä sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet, diabetes, hengitysteiden sairaudet ja syöpä. (Ikonen 2015, 42–46.) Asiakkaat kärsivät usein myös virtsankarkailusta,

käyttöoireista ja alhaisesta painoindeksistä. Heidän kykynsä sekä halunsa sosiaalisiin kontakteihin on alentunut ja he käyttävät runsaasti uni- sekä kipulääkkeitä. (Finne-Soveri 2010, 78–79.)

Kotihoidon asiakkaat kärsivät usein myös huimauksesta ja kaatuilusta. Suomalaisille ikääntyneille kaatumistapaturmia sattuu 350 000 vuosittain. (Kelo, Launiemi & Takaluoma 2015, 46.) Ikääntyneelle kaatumisen seuraukset voivat olla kohtalokkaat. Kaatumisen aiheuttama vamma tai pelko uudelleen kaatumisesta voivat johtaa toimintakyvyn laskuun, heikentää mahdollisuuksia asua kotona sekä aiheuttaa lisääntyvää hoidon tarvetta. Ikääntyneiden tapaturmat, joista kaatuminen on yleisin, kattavat yli 60 % tapaturmista aiheutuvista sairaalahoidon kustannuksista Suomessa. (THL 2017.)

Muistisairaudet muodostavat myös merkittävän osuuden kotihoidon asiakkaiden sairauksista. Muistisairaiden yhä kasvava määrä ja heidän hoitotyönsä monimuotoiset tarpeet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste yhteiskunnalle. (Tepponen 2009.) Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti ja siihen sairastuneiden määrä kasvaa koko ajan. Yli 65-vuotiaista joka yhdeksännellä on todettu Alzheimerin tauti ja yli 85-vuotiaista joka kolmanneksella. (Mielke, Vemuri & Rocca 2014.) Vuonna 2015 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 40 prosentilla oli diagnosoitu muistisairaus (Finne-Soveri ym. 2015). Muistisairauden edetessä päivittäinen avuntarve lisääntyy (Georges ym. 2008). Selvitysraportin mukaan muistisairaita hoidettaessa kotihoito osoittautui kustannustehokkaimmaksi palvelukokonaisuudeksi. Se viivästytti ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä ja paransi sairastuneiden elämänlaatua. (Neittaanmäki, Malmber & Juutilainen 2017.)

Ikääntyneiden sairauksien diagnosointia ja hoitoa vaikeuttavat monien sairauksien yhtäaikainen esiintyminen, jolloin on haastavaa yhdistää erilaiset oireet ja sairaudet. Myös ikääntyneiden oma kokemus oireistaan vaikuttaa, koska osa ikääntyneistä saattaa jättää tiedon oireista kertomatta tai vastakohtaisesti ylikorostaa niitä. Diagnosointia vaikeuttavat lisäksi kommunikaatio-ongelmat, kuten ikääntyneen puutteet aistitoiminnoissa tai kyvyssä käsitellä tietoa. (Tilvis 2010, 72–75.)

2.3 Kotihoidon henkilöstö

Kotihoidossa työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia: lähi- ja sairaanhoitajia, kodinhoitajia, perushoitajia, sosiaalityöntekijöitä, terveydenhoitajia, lääkäreitä, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja sekä tarvittaessa myös muita ammattilaisia. Kotihoito tekee moniammatillista yhteistyötä usean eri toimijan kanssa. Yhteistyötä tehdään myös kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Paljärvi 2012, 24.) Suomessa 2015 tehdyn vanhuspalvelulain seurantatutkimuksen mukaan kotihoidossa työskenteli yhteensä 13 236 henkilöä. Sairanhoitajia tai terveydenhoitajia oli 12 % ja kodinhoitajia ja kotiavustajia noin 10 %. Työntekijöistä suurin ammattiryhmä oli lähi- ja perushoitajat (68 %). (THL 2015.)

Lähihoitaja on terveysalan perustutkinto. Koulutus kestää 2-3 vuotta koulutuksesta ja aiemmasta työkokemuksesta riippuen. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittanut lähihoitaja on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen mukaan nimikesuojattu terveydenhuollon ammat-

tihenkilö. (Opetushallitus 2014.) Kotihoidossa lähihoitajan tehtävä on huolehtia ikääntyneiden perushoidosta ja arkipäivän askareista sekä avustaa heitä asioinnissa kodin ulkopuolella. Asiakkaiden päivittäisissä toiminnoissa lähihoitaja pesee, syöttää, auttaa liikkumisessa ja tukee omatoimisuutta, jolla turvataan kotona pärjäämistä. Lähihoitaja arvioi kotona hoidettavan asiakkaan fyysisen ympäristön toimivuutta ja pitää yllä asunnon yleistä siisteyttä. Päivittäisen työn ohella lähihoitaja tukee asiakkaiden omia voimavaroja ja etsii heille toimintamuotoja, joilla voidaan lisätä mielekästä toimintaa sekä kannustaa yhteydenpitoon omaisten ja ystävien kanssa. Lisäksi lähihoitajille kuuluvia sairaanhoidollisia tehtäviä ovat esimerkiksi haavanhoito, katetrointi ja lääkkeiden jako. Lääkkeiden vaikutusten ja asiakkaan voinnin seuranta ovat osa lääkehoidon turvallista toteutumista, jota lähihoitaja tarkkailee ja tarvittaessa raportoi huomioistaan hoitavalle työryhmälle ja lääkärille. Lähihoitajan tehtäviin kuuluu myös sähköinen kirjaaminen. (TE-palvelut 2015.)

2.4 Henkilöstön täydennyskoulutus

Lain mukaan terveydenhuollon työntekijä on veloitettu täydentämään osaamistaan jatkuvasti (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, § 18). Vastuu työntekijöiden riittävästä koulutuksesta ja ohjauksesta kuuluu työnantajalle (Valvira 2015b). Työnantaja on veloitettu järjestämään koulutusta 3-10 päivää vuosittain riippuen työntekijän peruskoulutuksesta, työn vaativuudesta tai muuttuneista työolosuhteista (Ikonen 2015, 174). Täydennyskoulutuksessa on tärkeää hoitokäytäntöjen kehittäminen, jolla parannetaan hoidon laatua ja tuloksellisuutta. Lisäksi täydennyskoulutuksella tuetaan työhyvinvointia ja työntekijän sitoutumista työhön. Sen avulla huolehditaan myös siitä, että mahdollisimman moni kykenenisi ja motivoituisi työskentelemään eläkeikään saakka. (Super 2017.)

Vanhuspalvelulaki ja ikääntyneiden palvelujen kehittämisen laatusuositus (STM 2017a) painottavat kotona asumisen tukemista. Laatusuositus keskittyy kotiin annettavien palvelujen määrän ja sisällön kehittämiseen, laitoshoidon vähentämiseen sekä henkilöstön riittävän määrän ja osaamisen turvaamiseen. (STM 2017b.) Kuntaliiton tutkimuksessa kotona asuvien ikääntyneiden päivytykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä todetaan, että tilanteiden kehittyminen päivytykselliseksi olisi ainakin osin vältettävissä, mikäli virka-aikaiset palvelut olisivat riittäviä. Kotihoidon ja hoivakotien henkilöstöllä tulisi olla tarpeeksi geriatrasta tietotaitoa ja pätevyys tehdä laaja-alaista asiakkaan hoidon tarpeen arviointia. (Kuntaliitto 2014.)

Huonokuntoisten asiakkaiden määrän lisääntyessä akuutit sairaustilanteet ovat lisääntyneet. Kotihoidossa hoitaja tarvitsee laaja-alaista tietoa eri sairauksista ja niiden oireista. (Kihlgren, Suvnvisson, Ziegert & Mamhidir 2014.) Muutoksen tarve osaamisessa on otettu huomioon lähihoitajien koulutuksen kehittämisessä tulevaisuudessa. Osaava lähihoitaja 2020 -selvityksessä todetaan, että lähihoitajan perustehtävä säilyy edelleen asiakkaan päivittäisten toimintojen tukemisessa. (Opetushallitus 2011.) Tulevaisuudessa lähihoitajan työn lähtökohtana tulee lisäksi olemaan yhä enemmän asiakkaan hoidon tarpeen arviointi sekä suunnitelmallinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (Hakala, Tahvanainen, Ikonen & Siro, 2011.) Lähihoitajien osaamista kotihoidossa selvittänyt Valvira on todennut, että usein hoitajien taidot potilaan peruselintoimintojen tutkimisessa ja niistä lääkärille

raportoinnissa ovat melko puutteelliset. Useissa tapauksista puutteellisesta tutkimisesta ja raportoinnista seurannut väärä diagnoosi on johtanut potilaan kuolemaan. (Valvira 2015b.)

3 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

3.1 Asiakkaan tilan arviointi

Hoidon tarpeen arviointi kuuluu keskeisenä osana asiakkaan hoitoon ja sitä toteutetaan erilaisissa toimintaympäristöissä (Valvira 2015b). Tarkoituksena on arvioida asiakkaan tilan perusteella, tarvitseeko asiakas hoitoa ja mikäli tarvitsee, onko hoidon tarve kiireellistä vai kiireetöntä (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 94). Hoidon tarpeen arvioinnin tavoitteena on, että asiakas saa oikeanlaista hoitoa oikeaan aikaan. Pääasiallisesti tieto potilaan tilasta sekä hoidon tarpeesta saadaan potilasta kuuntelemalla, haastatteleamalla ja tutkimalla. (Syväoja & Äijälä 2009, 56.) Hoidon tarpeen arviointia tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja huomioida hänen oikeutensa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 6).

Asiakkaan tilasta tehdään karkea arvio heti kohtaamistilanteessa yleissilmäyksen perusteella. Tätä kutsutaan ensiarvioksi. Ensiarvio antaa viitteitä hoidon kiireellisyydestä ja potilaan tarvitsemista välittömistä hoitotoimenpiteistä. (Castrén ym. 2012, 150.) Ensiarvion sekä mahdollisten henkeä pelastavien toimenpiteiden jälkeen voidaan tehdä tarkempi tilanarvio. Tarkemman tilanarvion perusteena ovat ensiarvio ja perustutkimukset. (Kuisma ym. 2013, 121.) Arvioinnissa voidaan käyttää apuna ABCD-toimintamallia, joka kuvataan luvussa 3.2. Tilanarvio toistetaan uudelleen säännöllisin väliajoin ja sitä tarkennetaan tarpeen mukaan, jos potilaan tilassa tapahtuu muutoksia tai jos annettu hoito ei tuota toivottua vastetta. (Kuisma ym. 2013, 520.)

Potilasturvallisuuden vuoksi hoidon tarpeen arviointia tekevältä hoitajalta vaaditaan tehtävän edellyttämää osaamista ja kokemusta (Valvira 2015b). Päätöstentekoon asiakkaan hoidon tarpeesta vaaditaan kliinisen hoitotyön osaamisen lisäksi monipuolista tietopohjaa eri sairauksista ja niiden oireista. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta voidakseen ottaa vastuuta iäkkäiden hoitoon liittyvissä päätöksissä hoidon tarpeen arvioinnin osalta. (Kihlgren ym. 2014.)

Kuopion kaupungin kotihoidossa on käytössä toimintamalli asiakkaiden akuutteja tilanteita varten (liite 1). Toimintamalli on kehitetty hoitajien tueksi tilanteisiin, joissa kotona asuvan asiakkaan vointi on huonontunut. Mallissa esitetään toimintaohjeet sekä hätä- että kiireettömään tilanteeseen. Malli ohjeistaa työntekijän toimintaa ja osoittaa eri yhteydenottomahdollisuudet eri vuorokauden aikoina.

3.2 ABCD-toimintamalli asiakkaan tutkimisessa

ABCD-toimintamallin avulla asiakas tutkitaan ja hoidetaan systemaattisesti. Peruselintoiminnot arvioidaan ja niissä ilmenevät ongelmat hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä: A ilmatie (airway), B hengitys (breathing), C verenkierto (circulation) ja D tajunta (disability). (Tait, James, Williams & Barton 2016.) Tutkimukset toteutetaan aina samassa järjestyksessä potilasryhmästä riippumatta. Mikäli tutkija on kokenut, voidaan eri osa-alueet tutkia samanaikaisesti. (Castrén ym. 2012, 150.) Tutkimusten mukaan yksinkertainen ABCD-toimintamalli helpottaa terveydenhuollon henkilöstöä muistamaan asiakkaan tutkimiseen sekä hoitamiseen liittyvät prioriteetit. Toimintamallia käyttämällä kriittisesti

sairaat potilaat tunnistetaan paremmin, jolloin täsmällinen hoito osataan aloittaa nopeammin. (Brunker 2010, 232; Jevon 2010, 404.)

A (airway) eli ilmatie. Hengitysteiden tutkiminen aloitetaan varmistamalla ilmatien avoimuus kokeilemalla tuntuuko ilmapirta, esimerkiksi laittamalla kämmenselkä asiakkaan suun eteen. Tarvittaessa hengitystiet avataan mieluiten kaksin käsin päätä taaksepäin kääntämällä leukakulmaa kohottaen ja kaularankaa tukien. Hengitysteitä tukkivat mahdolliset vierasesineet poistetaan ja nielu tyhjennetään eritteistä. (Castrén ym. 2012, 151.)

B (breathing) eli hengitys. Hengitystä arvioidaan tarkkailemalla asiakkaan puhetta eli hänen kykyään tuottaa lauseita tai yksittäisiä sanoja. Samalla huomioidaan asiakkaan hengitysvaihteluita sekä mahdollisten apuhengityslihasten käyttöä. (Castrén ym. 2012, 151.) Lisäksi rekisteröidään ihon väriä, lämpöä ja hikisyyttä. Asiakkaan hengitystaajuus eli hengenvetojen määrä minuutissa lasketaan. (Kuisma ym. 2013, 306.) Aikuisilla normaali hengitystaajuus levossa on 8–16 kertaa minuutissa (MedlinePlus 2017). Lisäksi hengitysvaiheiden kestoa eli sisään- ja uloshengityksen suhdetta arvioidaan (Kuisma ym. 2013, 306).

C (circulation) eli verenkierto. Verenkierron tutkimisen osalta ensisijainen asia on asiakkaan sykkeen tunnistelu ranteesta. Samalla tehdään arvio syketaajuudesta, sen voimakkuudesta ja säännöllisyydestä. (Castrén ym. 2012, 151.) Aikuisella normaali syketaajuus on noin 60–80 kertaa minuutissa (Duodecim 2014). Jos rannesyke ei ole tunnettavissa, nostetaan asiakkaan jalat koholle ja tarkistetaan kaulavaltimon syke. Verenkierron tilaa arvioidessa verenpaineen mittaus kuuluu valtimosykkeen tunnistelun lisäksi perustutkimuksiin. Verenpaine on toistaiseksi riittävä, eikä asiakkaalla ole välitöntä hengenvaaraa, mikäli rannesyke on tunnettavissa. Ääreisverenkierrosta saadaan hyvä kuva raajojen lämpörajan arvioinnilla ja kapillaaritäytön perusteella. (Castrén ym. 2012, 151–152; Mäkijärvi, Harjola, Päivä, Valli & Vaula 2015, 8.)

D (disability) eli tajunta. Ensiarviossa riittää tajunnantason karkea arviointi. Selvitetään, onko asiakas orientoitunut, sekava vai tajuton. Mikäli asiakas on tajuton, eikä torju kipua, tulee avoimesta hengitystiestä huolehtia ja kääntää hänet kylkiasentoon. (Kuisma ym. 2013, 521.) Tieto asiakkaan tajunnantason asteesta on ensiarvoisen tärkeä, jotta jatkossa tajunnan tasoa seuraamalla voidaan havaita potilaan tilan mahdollisia muutoksia. Tarkennetussa tilanarviossa tajunnan asteen määrittämiseen käytetään erilaisia pisteytysmalleja, joista yleisimpänä tunnetaan Glasgow'n kooma-asteikko. Sen avulla saadaan tietoa tajunnantasoltaan alentuneen reagoinnista erilaisiin ulkoisiin ärsykeisiin. Tarvittaessa määritetään asiakkaan karkea neurologinen status. Tällöin tutkitaan mahdolliset halvausoireet, käsien puristusvoimat, raajojen puolierot, pupillien valoreaktiot ja Babinskin heijaste eli niin sanottu jalkapohjarefleksi. (Castrén ym. 2012, 162.)

3.3 ISBAR-raportointi osana asiakkaan hoidon tarpeen arviointia

ISBAR on konsultointi- ja raportointimalli (Kuisma ym. 2013, 782). Menetelmä tunnetaan myös nimellä SBAR. Se on kehitetty USA:n puolustusvoimissa 1990-luvulla, kun suullinen tiedottaminen haettiin yhdenmukaistaa. Puolustusvoimista sen käyttö levisi ilmailuun ja sen jälkeen terveydenhuoltoon. (Kupari ym. 2012, 29.)

ISBAR lyhenne tulee sanoista Identify (tunnista), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (nykytilanne) ja Recommendation (toimintaehdotus). Se muodostaa kaavan, joka tekee viestinnästä yhdenmukaista eri terveydenhuollon toimijoiden välillä. (Kupari ym. 2012, 29.) ISBAR yhteenäistää lääkärin ja hoitohenkilökunnan välistä raportointia. Usein hoitohenkilökunnan raportointi potilaan tai asiakkaan tilasta on kertovaa ja kuvailevaa. Sen sijaan lääkärit keskittyvät tiedon välityksessä potilaan hoidon kannalta tilanteen pääkohtiin. (Achrekar ym. 2016.) Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan lääkärit kokivat, että heikko raportti vaikutti merkittävästi heidän ymmärrykseen potilaan tilasta. Kun siirryttiin käyttämään ISBAR-raportointia, suuri osa lääkäreistä koki raportoinnin ja tiedonkulun parantuneen. (Thompson ym. 2011.)

Raportoinnin käyttö on opeteltavissa ja jatkuvasta koulutuksesta on todettu olevan hyötyä (Achrekar ym. 2016). Tutkimuksessa pääteltiin, että tiedon välityksen onnistuminen vaikuttaa positiivisesti lääkäreiden itseluottamukseen potilasta hoidettaessa. Näin ollen potilaan hoito ja turvallisuus parantuvat. Samalla potilaan tilaan liittyvien unohdusten määrä pienenee. (Thompson ym. 2011.) ISBARia käyttämällä tarvittava tieto saadaan siirrettyä kuulijalle ytimekkäässä ja selkeässä muodossa. Sen avulla tiedonvälittäjä muistaa paremmin olennaiset asiat ja unohdusten määrä pienenee. Lisäksi ISBARin mukainen raportointi kehittää ajattelun kriittisyyttä ja tukee käyttäjänsä keksimään itse toimintaehdotuksia. (Kupari ym. 2012, 29.)

Käytännössä ennen ISBAR-raportointia tulisi selvittää asiakkaan sen hetkiset peruselintoiminnot. Eikäireellisessä tilanteessa on selvitettävä tai etsittävä tarkemmat tiedot asiakkaan taustasta: perussairaudet, lääkitykset, allergiat ja annetut hoidot. Raportoidessaan hoitajan tulee käyttää selkeitä ja yksinkertaisia ilmauksia. Tiedon vastaanottajalle on annettava tilaa esittää tarkentavia kysymyksiä. Tärkeää on varmistaa yhteisymmärrys osapuolien välillä, eli se että vastaanottaja on ymmärtänyt tilanteen oikein ja raportin antaja sisäistänyt saamansa ohjeet. Viestinnän turvallisuutta voidaan lisätä suljetun ympyrän viestinnällä niin, että kuulija aina toistaa kuulemansa. (Kupari ym. 2012, 29–30.)

ISBARin kirjaimiin sisältyvät raportoinnin kannalta olennaiset asiat. Identify eli tunnista tarkoittaa, että raportointi aloitetaan esittelemällä itsensä. Sen jälkeen kerrotaan asiakkaan nimi ja henkilötunnus. Situation eli tilanne kerrotaan seuraavaksi. Vastaanottajalle esitellään konsultoinnin tai raportoinnin syy ja samalla voidaan määritellä sen kiireellisyys. Tämän jälkeen selvennetään background eli tausta. Kerrotaan tapahtumatiedot ja asiakkaan perussairaudet. Assessment eli nykytila kohdassa tuodaan esiin asiakkaan tämänhetkinen tila, vitaaliarvot eli otetut mittaukset (esimerkiksi hengitys-

taajuus, syke ja verenpaine), tehdyt hoitotoimet ja oma käsitys tilanteesta. Tietojen jäsentelyyn voidaan käyttää apuna ABCD-toimintamallia. Lopuksi kerrotaan recommendation eli toimintaehdotus. Raportoinnin jälkeen kuunnellaan ja toistetaan vastaanottajan antamat ohjeet. (Kuisma ym. 2013, 96; Kupari ym. 2012, 29–30.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kuopion kaupungin kotihoidon henkilöstölle järjestettiin syksyllä 2016 pilottikoulutus asiakkaan akuutin hoidon tarpeen arvioinnista kotihoidossa (AHAA-koulutus). Tutkimuksemme keskittyi koulutuksessa käytyihin ABCD-toimintamalliin ja ISBAR-raportointiin. Tarkoituksena oli selvittää, miten laajasti koulutuksen sisältöä on otettu käyttöön kotihoidossa ja millaisia kokemuksia työntekijöillä on ollut menetelmien käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ABCD-toimintamalliin ja ISBAR-raportoinnin toimivuudesta käytännössä sekä koulutuksen mahdollisista kehityskohteista, jotta Kuopion kaupungin kotihoito voi kehittää tulevien AHAA-koulutusten sisältöä.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Miten työntekijät ovat ottaneet ABCD-toimintamalliin ja ISBAR-raportoinnin käyttöön kotihoidossa?
2. Mitkä ovat työntekijöiden kokemat hyödyt ABCD-toimintamalliin ja ISBAR-raportoinnin käytöstä?
3. Millaisia ongelmia ABCD-toimintamalliin ja ISBAR-raportoinnin käyttöönotossa on ollut?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Toimeksiantaja ja kohderyhmä

Opinnäytetyömme tilaaja oli Kuopion kaupungin kotihoito. Kotihoidon työntekijöille järjestettiin syksyllä 2016 pilottikoulutus asiakkaan akuutin hoidon tarpeen arvioinnista kotihoidossa eli AHAA-koulutus. Koulutuksen tavoitteena oli kehittää henkilöstön osaamista, vahvistaa moniammatillista toimintaa ja lisätä asiakastyytyvää. Pidemmän aikavälin tavoitteena oli vähentää päivystyskäyntejä sekä yhtenäistää henkilöstön työskentelytapoja akuuteissa tilanteissa. Koulutus sisälsi asiakkaan tilan arviointia ABCD-toimintamallin avulla, tietoa eri sairausryhmistä ja niiden oireista sekä ISBAR-raportoinnin harjoittelua. AHAA-koulutus toteutettiin sähköisessä moodle-oppimisympäristössä itsenäisenä opiskeluna ja simulaatio-oppimisena. (Hartikainen 2017-03-13.)

Pilottikoulutukseen osallistui kaksi 15 hengen ryhmää kotihoidon työntekijöistä eli yhteensä 30 henkilöä. Osallistujat olivat koulutustaustaltaan sairaanhoitajia (AMK), lähihoitajia, perushoitajia tai kodinhoitajia. Koulutuksen kokonaan läpikäyneitä oli 28 ja nämä henkilöt olivat kokonaisuudessaan tutkimuksemme kohderyhmä. Koulutukseen oli sisällytetty osallistujien itsearviointia niin, että koulutuksen alussa järjestettiin alkukysely ja lopussa seurantakysely. Savonia-ammattikorkeakoulun opiskelijat toteuttivat nämä kyselytutkimukset osana hankeopintoja. (Hartikainen 2017-03-13.)

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Toteutimme opinnäytetyömme määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Määrällinen tutkimus perustuu jo olemassa olevaan tietoon eli viitekehukseen, joten se edellyttää taustalla olevan teorian tuntemusta (Kananen 2015, 73). Keskeistä on hyödyntää johtopäätöksiä aiemmin tehdyistä tutkimuksista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 122). Tutkittavan ilmiön teoriapohja muutetaan mitattavaan muotoon eli käsitteet määritellään. Niiden pohjalta luodaan tutkimuskysymykset, joilla pyritään saamaan vastaus tutkimusongelmaan tai -ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 140; Kananen 2015, 73.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa numeerista tietoa ilmiöstä (Vilkkä 2015, 66). Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä aineisto kerätään tyypillisesti kysymysten avulla, jotka ovat joko avoimia tai strukturoituja. Mukaan otetaan ainoastaan tutkimuskysymysten kannalta välttämättömät kysymykset. (Kananen 2011, 30–49.)

Toteutimme opinnäytetyömme kyselytutkimuksena ja keräsimme aineiston Webropol-ohjelman avulla tehdyllä kyselylomakkeella (liite 3). Ennen kyselylomakkeen suunnittelua tutustuimme AHAA-koulutuksen sisältöön ja koulutuksen taustalla vaikuttavaan päivystyselvitykseen. Tämän myötä tutkimusongelmamme täsmentyi entistä tarkemmaksi, jolloin onnistuimme rajaamaan kysymykset tutkittavan asian ympärille. Opinnäytetyömme kysely sisälsi 22 strukturoitua sekä neljä avointa kysymystä. Osa strukturoidusta kysymyksistä oli sekamuotoisia eli ne sisälsivät vastausvaihtoehtojen lisäksi avoimia kohtia.

Kyselymme ensimmäinen osa käsitteli vastaajien taustatietoja. Kysymyksissä 1–4 selvitettiin vastaa-

jien ikä, koulutustausta ja työkokemus sekä hoitoalalta että kotihoidosta. Seuraavat kysymykset 5–18 käsittelivät hoidon tarpeen arviointia ja ABCD-toimintamallin käyttöä hoitotyössä. Kysymysten kautta pyrittiin selvittämään vastaajien osaamista asiakkaan tilan arvioinnissa. Kysymykset 19–25 selvittivät kokemuksia ISBAR-raportoinnin käytöstä. Viimeisen kysymyksen 26 tarkoituksena oli selvittää kaipaavatko vastaajat lisäkoulutusta. Esitetasimme kyselylomakkeen toimivuuden ensihoitaja-opiskelijoilla, jotka antoivat palautetta kyselymme sisällöstä ja rakenteesta. Parannusehdotusten mukaisesti korjasimme kyselylomakkeemme rakennetta johdonmukaiseksi ja täsmensimme kysymyksiä (liite 3).

Saatekirje, jossa oli linkki Webropol-kyselyyn, lähetettiin kohderyhmän jäsenille sähköpostin välityksellä tutkimuksen toimeksiantajan toimesta 22.5.2017. Parin viikon kuluttua vastausten määrä oli vähäinen ja saimme tiedon, että toimeksiantaja oli laittanut saatekirjeeseen väärän päivämäärän vastausajan päättymiselle. Osallistujille lähetettiin muistutusviesti, jossa vastausaikaa pidennettiin kesäkuun loppuun asti. Vähäisen vastausprosentin vuoksi lähetimme uuden saatekirjeen heinäkuun alussa, jossa kiitimme jo saaduista vastauksista ja pyysimme niitä, jotka eivät vielä olleet vastanneet, vastaamaan kyselyyn. Jatkoajan päätyttyä vastausmäärä oli 18 (64 %).

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimustulokset esitetään tavallisesti taulukoiden ja tunnuslukujen avulla (Kananen 2010, 103). Tässä tutkimuksessa kuvasimme kyselylomakkeen avulla saatuja tuloksia sekä numeerisesti että sanallisesti. Numeeriset tulokset esitimme suurimmaksi osaksi frekvensseinä taulukoiden avulla. Taulukot laskimme Excel-tilukotyökalulla ja teimme niistä keskenään yhdenmuotoisia. Lisäksi käytimme analysoinnissa hyväksi ristiintaulukointia, jonka avulla voidaan tarkastella kahta muuttujaa samanaikaisesti. Sen avulla pyritään löytämään muuttujien välisiä riippuvuussuhteita sekä ryhmien välisiä eroavaisuuksia. (Kananen 2015, 291.) Käytimme ristiintaulukointia, koska halusimme selvittää työkokemuksen ja iän mahdollista riippuvuutta osaan vastauksista.

Tietellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava silloin, kun se noudattaa hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja. Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella useista eri lähtökohdista. (TENK 2013, 6.) Luotettavuutta sen sijaan tarkastellaan sekä validiteetin että reliabiliteetin kautta (Kananen 2015, 343). Opinnäytetyömme eettisyyden ja luotettavuuden toteutumista käsittelemme luvussa 7.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Tuloksissa käsittelemme ensimmäiseksi vastaajien taustatietoja iän ja työkokemuksen osalta. Toisessa ja kolmannessa alaluvussa kuvaamme vastaajien osaamista hoidon tarpeen arvioinnissa sekä heidän kokemuksiaan ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin käytöstä. Käsittelemme käyttöön-ottoon liittyvät hyödyt sekä ongelmat. Lopuksi kuvaamme vastaajien mielipiteitä menetelmien mahdollisista käyttöä lisäävistä tekijöistä.

Kyselyyn osallistui 18 hoitajaa, joista enemmistö oli lähihoitajia ja muutama perushoitaja (taulukko 1). Kaikki vastaajat olivat yli 25-vuotiaita. Yksi vastaajista ei halunnut kertoa ikäänsä.

TAULUKKO 1. Vastaajien ikä.

Ikä	Kokonaismäärä (n=18)
Alle 25 vuotta	0
25–35 vuotta	6
36–45 vuotta	3
46–55 vuotta	6
Yli 55 vuotta	2
Ei vastannut	1

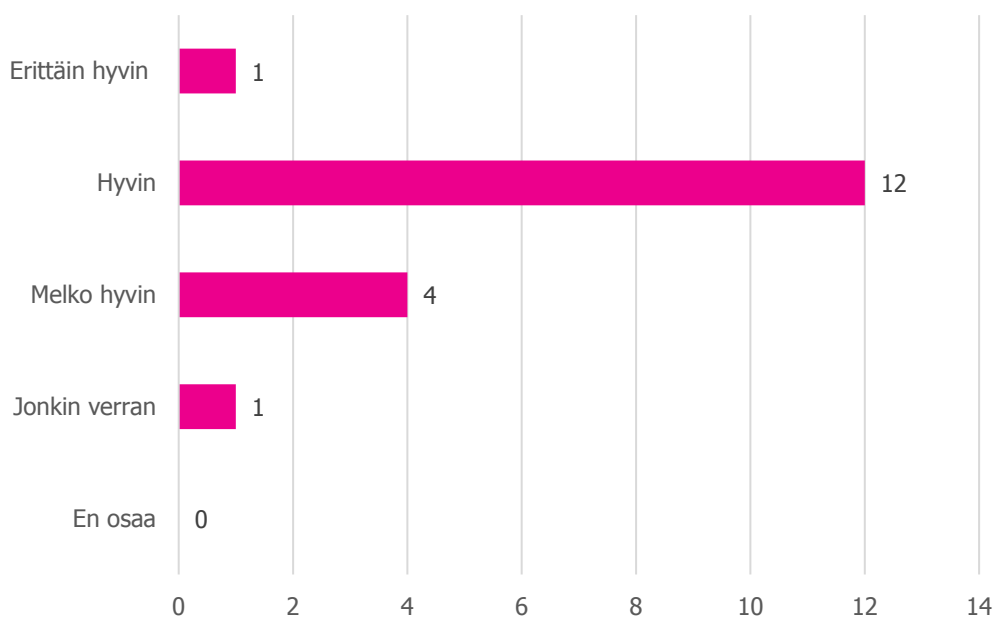
Yli puolella vastaajista oli työkokemusta hoitoalalta enemmän kuin 10 vuotta, noin neljäsosalla 6-10 vuotta ja neljäsosalla alle 5 vuotta. Työkokemus kotihoidosta vaihteli (taulukko 2). Kaikilla vastaajista oli yli vuoden kokemus kotihoidosta ja usealla yli 10 vuotta.

TAULUKKO 2. Vastaajien työkokemus kotihoidosta.

Työkokemus kotihoidosta	Kokonaismäärä (n=18)
Alle 1 vuosi	0
1-5 vuotta	7
6-10 vuotta	4
Yli 10 vuotta	7

6.2 Hoidon tarpeen arviointi ja ABCD-toimintamallin käyttö kotihoidossa

Tutkimuksessa selvitettiin vastaajien osaamista hoidon tarpeen arvioinnissa sekä ABCD-toimintamallin käytössä. Vastauksista ilmeni, että jokainen vastaaja koki osaavansa tehdä asiakkaan tilan arvioinnin (kuvio 1). Suurin osa (13) vastaajista uskoi osaavansa tehdä tilan arvioinnin hyvin tai erittäin hyvin.



KUVIO 1. Kokemus asiakkaan tilan arvioinnin osaamisesta (n=18).

Erittäin hyvin tai hyvin asiakkaan tilan arvioinnin kokivat osaavansa tehdä hoitajat, joilla oli melko pitkä (yli 6 vuotta) työkokemus hoitoalalta (taulukko 3). Kaikilla vastaajista oli yli vuoden työkokemus sekä yleisesti hoitoalalta että kotihoidosta.

TAULUKKO 3. Hoitoalan työkokemuksen merkitys kokemukseen asiakkaan tilan arvioinnin osaamisesta (n=18).

	1-5 vuotta	6-10 vuotta	Yli 10 vuotta	Yhteensä
Erittäin hyvin	0	0	1	1
Hyvin	1	4	7	12
Melko hyvin	3	0	1	4
Jonkin verran	0	0	1	1
Yhteensä	4	4	10	18

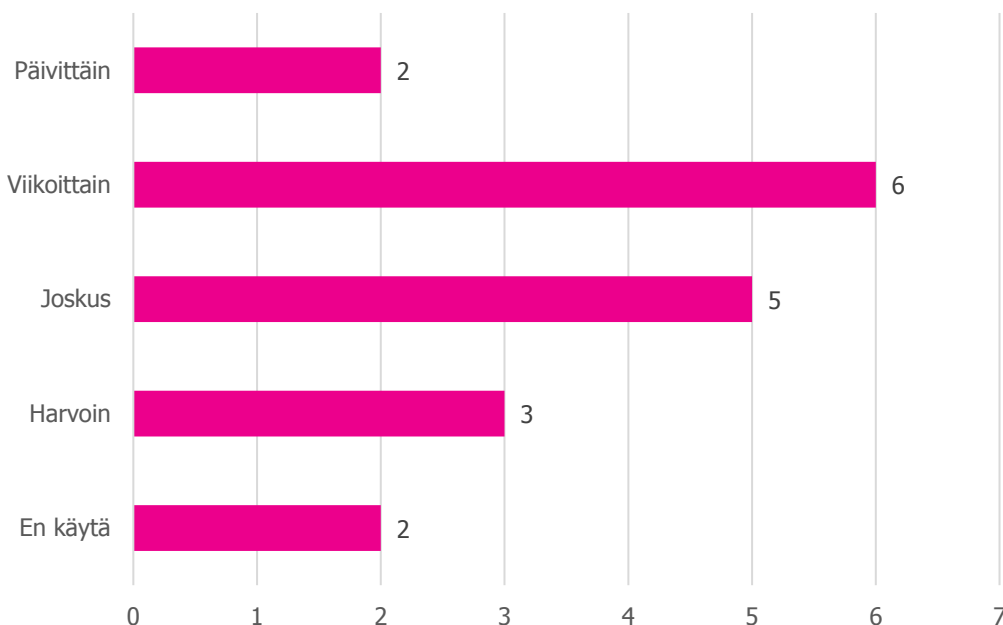
Vastaajista, jotka olivat valinneet vaihtoehdon ”melko hyvin”, enemmistö oli työskennellyt hoitoalalla ja kotihoidossa 1-5 vuoden ajan (taulukko 4). Hoitajilla oli myös mahdollisuus valita, ettei osaa tehdä asiakkaan tilan arviointia. Kukaan vastaajista ei valinnut tätä vaihtoehtoa.

TAULUKKO 4. Kotihoidon työkokemuksen merkitys kokemukseen asiakkaan tilan arvioinnin osaamisesta (n=18).

	1-5 vuotta	6-10 vuotta	Yli 10 vuotta	Yhteensä
Erittäin hyvin	0	0	1	1
Hyvin	3	4	5	12
Melko hyvin	3	0	1	4
Jonkin verran	1	0	0	1
Yhteensä	7	4	7	18

Työn tilaajan toiveesta kyselyssä selvitettiin kotihoidon työntekijöiden tietoisuutta Kuopion kotihoivossa olemassa olevasta toimintamallista (liite 1) ja sen käytöstä. Kaikki vastaajat tiesivät käytössä olevasta mallista ja 16 hoitajista kertoi käyttäneensä sitä.

Enemmistö kotihoidon hoitajista vastasi käyttävänsä ABCD-toimintamallia. Vastausten mukaan kolmasosa käytti sitä työssään viikoittain, muutamat jopa päivittäin (kuvio 2). Pieni osa vastaajista ei käyttänyt mallia lainkaan. Eräs vastaajista kertoi, ettei muista käyttää sitä.



KUVIO 2. ABCD-toimintamallin käyttö asiakkaan tilan arvioinnissa (n=18).

Joskus tai harvoin ABCD-toimintamallia vastasivat käyttävänsä yli 6 vuotta hoitoalalla töitä tehneistä hoitajista yhteensä kahdeksan henkilöä (taulukko 5). Usein eli päivittäin tai viikoittain toimintamallia käyttävien vastaajien työkokemukset jakautuivat tasaisesti.

TAULUKKO 5. Hoitoalan työkokemuksen merkitys ABCD-toimintamallin käyttöön (n=18).

	1-5 vuotta	6-10 vuotta	Yli 10 vuotta	Yhteensä
Päivittäin	1	0	1	2
Viikoittain	2	2	2	6
Joskus	0	2	3	5
Harvoin	0	0	3	3
En käytä	1	0	1	2
Yhteensä	4	4	10	18

Vastaajilla, jotka eivät käytä toimintamallia lainkaan, oli 1–5 vuoden kokemus kotihoivosta (taulukko 6). Yli 10 vuotta kotihoivossa työskennelleistä kukaan ei vastannut käyttävänsä ABCD-toimintamallia työssään päivittäin.

TAULUKKO 6. Kotihoidon työkokemuksen merkitys ABCD-toimintamallin käyttöön (n=18).

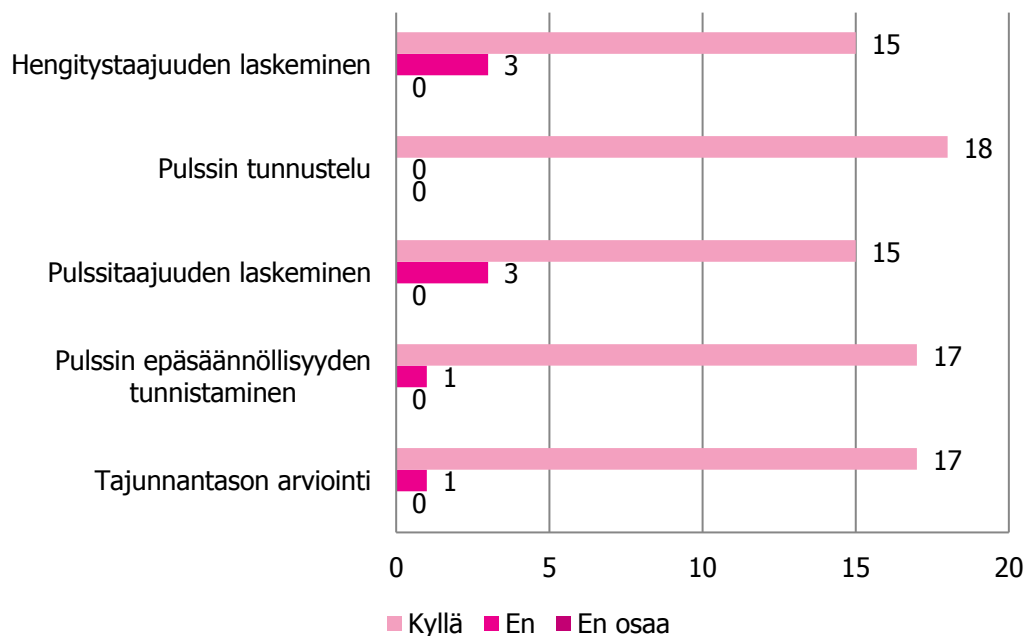
	1-5 vuotta	6-10 vuotta	Yli 10 vuotta	Yhteensä
Päivittäin	1	1	0	2
Viikoittain	2	2	2	6
Joskus	1	1	3	5
Harvoin	1	0	2	3
En käytä	2	0	0	2
Yhteensä	7	4	7	18

6.3 ABCD-toimintamallin käytön koetut hyödyt ja ongelmat

Kaikki vastaajat kokivat ABCD-toimintamallin käytön helpottavan asiakkaan tilan arviontia. Enemmistö vastaajista arvioi johdonmukaisen toimintamallin käytön lisäävän potilasturvallisuutta, eikä kukaan kokenut mallin käytön huonontavan sitä. Yli puolet vastaajista pitäisi kirjaamislomaketta hyödyllisenä apuvälineenä ja kolmasosa kokisi siitä olevan jonkinlaista hyötyä arvioidessaan asiakkaan tilaa. Neljännes vastaajista koki ABCD-toimintamallin käytön ilman tutkimusvälineitä, kuten saturatiomittaria, verenpainemittaria tai stetoskooppia ongelmalliseksi ja kolme neljännestä jonkin verran ongelmalliseksi.

ABCD-toimintamallin hyötyjä ja ongelmia selvitettiin myös avoimilla kysymyksillä, joihin vastauksia tuli muutamia. Toimintamalli koettiin hyödylliseksi, koska sen avulla oleelliset asiat asiakkaan tilasta saatiin tutkittua järjestelmällisesti. Lisäksi sen käytön koettiin helpottavan asiakkaan jatkohoidon suunnittelua ja kommunikointia muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Sen sijaan turhauttavaksi koettiin tutkimusvälineiden puute ja ensihoidon toimesta uudelleen toistuva ABCD-toimintamallin käyttö.

Kysymyksissä 14–18 selvitettiin ABCD-toimintamallin käyttöä tilanteessa, jossa asiakkaan tila on äkillisesti muuttunut (kuvio 3). Kysymyksillä pyrittiin saamaan selville arvioivatko kotihoidon hoitajat asiakkaan tilaa hengityksen, verenkierron ja tajunnan osalta. Valtaosa hoitajista kertoi laskevansa asiakkaan hengitystaajuuden. Jokainen vastasi tunnustelevansa asiakkaan pulssin ja 15 laskevansa pulssin taajuuden. Lähes kaikki vastasivat tunnistavansa pulssin epäsäännöllisyyden ja arvioivansa asiakkaan tajunnantasoja tarkemmin, esimerkiksi puhuttelemalla, ravistelemalla tai kipureaktiota kokeilemalla.



KUVIO 3. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan tutkiminen (n=18).

6.4 ISBAR-raportoinnin käyttö, koetut hyödyt ja ongelmat

ISBAR-raportoinnin käyttöä työelämässä selvitettiin monivalintakysymyksillä ja muutamilla avoimilla kysymyksillä. Suurin osa kotihoitajista kertoi käyttävänsä ISBAR-raportointia työssään. Osalla hoitajista, jotka eivät käytä ISBARia oli yli 10 vuoden työkokemus hoitoalata (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Hoitoalan työkokemuksen merkitys ISBAR-raportoinnin käyttöön (n=18).

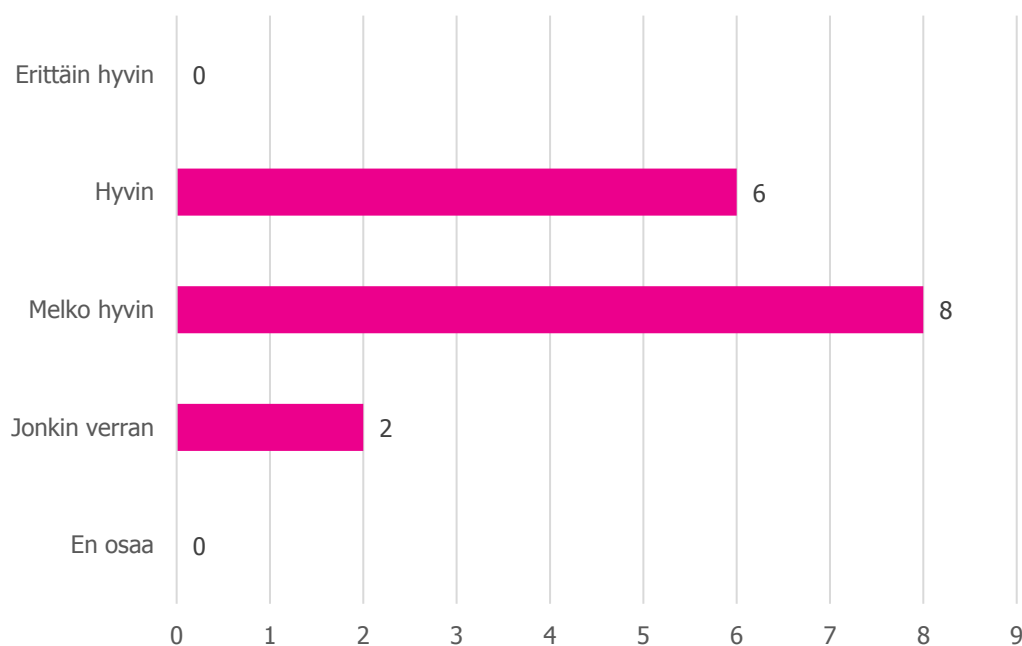
	1-5 vuotta	6-10 vuotta	Yli 10 vuotta	Yhteensä
Käytän	3	4	8	15
En käytä	1	0	2	3
Yhteensä	4	4	10	18

Sen sijaan kaikilla hoitajilla, jotka eivät käytä ISBARia, oli 1–5 vuoden työkokemus kotihoidosta (taulukko 8). Avoimella kysymyksellä selvitimme syytä, miksi osa ei käytä raportointimallia. Yksi vastaaja mainitsi, ettei muista käyttää sitä.

TAULUKKO 8. Kotihoidon työkokemuksen merkitys ISBAR-raportoinnin käyttöön (n=18).

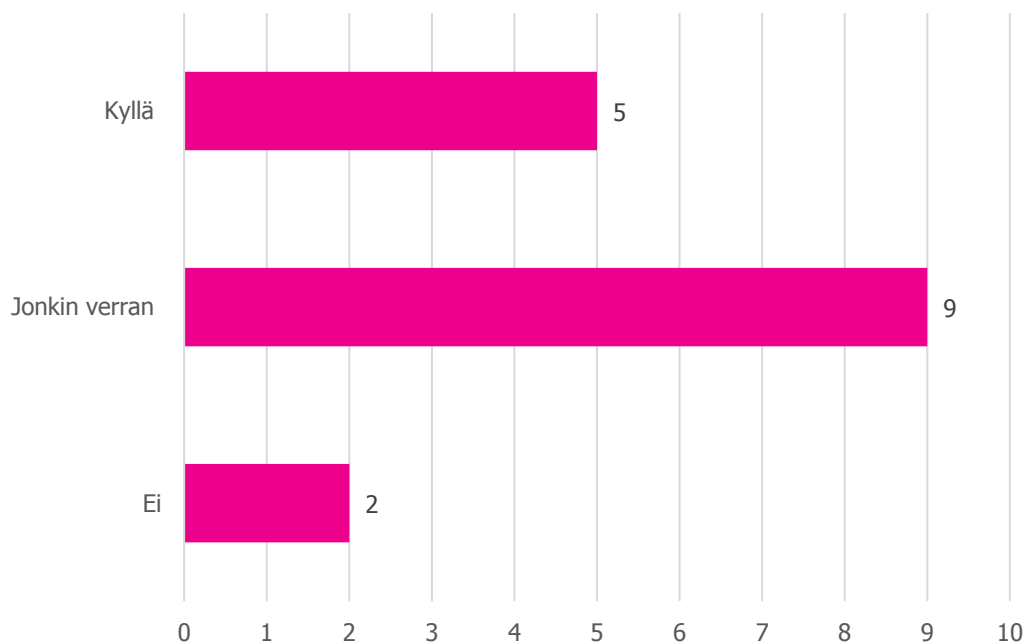
	1-5 vuotta	6-10 vuotta	Yli 10 vuotta	Yhteensä
Käytän	4	4	7	15
En käytä	3	0	0	3
Yhteensä	7	4	7	18

Vastaajista 14 arvioi osaavansa käyttää ISBARia hyvin tai melko hyvin (kuviot 4). Kysymykseen ei tarvinnut vastata niiden henkilöiden, jotka edellisessä kysymyksessä kertoivat, etteivät käytä ISBAR-raportointia lainkaan.



KUVIO 4. ISBAR-raportoinnin käytön osaaminen (n=16).

Kolmasosa vastaajista koki ISBARin helpottavan raportointia ja tiedonkulkua. Lisäksi yli puolet koki sen helpottavan jonkin verran. Vastaajista kaksi eivät kokeneet raportoinnin ja tiedonkulun helpottuneen. ISBAR rohkaisi neljäsosaa vastaajista omiin toimintaehdotuksiin konsultointitilanteissa. Hoitajista 10 arvioi sen rohkaisevan jonkin verran ja kaksi henkilöä ei lainkaan. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ISBAR-raportoinnissa on haastavaa jäsentää asioita selkeästi potilaan tilasta (kuvio 5).



KUVIO 5. Kokemus asioiden jäsentämisen vaikeudesta ISBAR-raportoinnissa (n=16).

ISBAR-raportoinnin hyötyjä ja ongelmia selvitettiin avoimilla kysymyksillä. Vastaajat kokivat raportointitavan selkiyttäneen ja nopeuttaneen toimintaa hätäkeskuksen ja ensihoidon kanssa työskennellessä. Ongelmaksi koettiin henkilökunnan riittämättömyys työvuorossa. Lisäksi koettiin, että raportoinnin ajaksi tulevat asiakaskäynnit tulisi siirtää toiselle työntekijälle, etteivät ne myöhästyisi.

6.5 ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin käyttöä lisäävät tekijät

Hoitajilta selvitettiin vaihtoehtoja, jotka voisivat edistää ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin käyttöä jatkossa. Vastaajat saivat halutessaan valita useita vaihtoehtoja, joiden uskottiin lisäävän menetelmien käyttöä työelämässä. Eniten käyttöä lisääviksi keinoiksi koettiin lisäkoulutus ja työyhteisössä asioiden kertaaminen (taulukko 9). Vastaajilla oli myös mahdollisuus ehdottaa muita vaihtoehtoja, mutta kukaan ei ehdottanut.

TAULUKKO 9. Iän merkitys menetelmien käyttöä lisääviin tekijöihin (n=18).

Menetelmien käyttöä lisäävät	25–35 vuotta	36–45 vuotta	46–55 vuotta	Yli 55 vuotta	Ei kerro ikää	Yhteensä (%)
Muistilistat	3	2	3	0	1	50 %
Lisäkoulutus	5	3	5	1	1	83 %
Simulaatio-oppiminen	2	2	3	1	0	44 %
Työyhteisössä asioiden yhteinen kertaaminen	5	2	4	2	1	78 %
Omatoiminen opiskelu ja kertaaminen	2	1	2	1	0	33 %
Joku muu	0	0	0	0	0	0 %

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävä ja tutkimustulokset olisivat uskottavia. Tiedonhankinnan tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaista ja noudattaa tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja ja periaatteita, joille lainsäädäntö on määritellyt tarkat rajat. (TENK 2013, 6; Vilkkä 2015, 41–42.) Eettisyyden tulee kulkea mukana koko tutkimusprosessin ajan (Vilkkä 2015, 41).

Tutkijan ensimmäinen eettinen ratkaisu on tutkimusaiheen valinta. Aiheella tulisi olla yhteiskunnallista merkitystä ja tutkimuksella todellista hyötyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Kotihoidon kehitys on tällä hetkellä ajankohtainen aihe. Parhailaan käynnissä olevan I&O-kärkihankkeen (2016–2018) myötä koti- ja omaishoitoon luodaan kotihoidon sisältöä kehittävää toimintamallia, jonka avulla ikääntynyt voi asua kotona mahdollisimman pitkään. Uuden toimintamallin mukaan kotihoitoa tulisi olla tarjolla vuorokauden ympäri ja kotihoidon henkilöstön tulisi ottaa enemmän vastuuta oman työnsä kehittämisestä. Lisäksi on kehitetty ja otettu käyttöön sekä kuntouttava että akuuttitilanteiden toimintamalli. (STM 2015.)

Opinnäytetyön aiheemme tuli toimeksiantajan kautta ja liittyi käynnissä olevaan alueelliseen projektiin. Työn tilaaja esitti toiveen tutkimuksesta ja tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään Kuopion kaupungin kotihoidon tulevien koulutusten kehittämisessä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna ja tietyissä tapauksissa eettinen ennakoarviointi suoritettuna (TENK 2013, 6). Sitouduimme opinnäytetyöprojektiin solmimalla toimeksiantajan kanssa ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen. Tutkimusluvan hankimme Kuopion kaupungilta asianmukaisella tavalla.

Tutkimuksen yhdeksi eettiseksi lähtökohdaksi nousee ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkittavan itsemäärämisoikeus tulee muistaa antamalla hänelle mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2017, 23–25.) Tutkimuksen osallistujat päättävät tutkimukseen osallistumisesta saatekirjeen perusteella. Saatekirjeen sisällössä tulisi tuoda esille tutkimuksen tavoite sekä mukana olevan organisaation ja lisätietoja antavan henkilön yhteystiedot. Tutkimuksen merkitys tulisi perustella ja näin motivoida vastaajia osallistumaan. (Vilkkä 2015, 189–191.) Pyrimme tekemään saatekirjeestä (liite 2) ytimekkään ja ilmaisusta kohteliaan, jotta se herättäisi kohderyhmän mielenkiinnon. Perustelimme jokaisen vastaajan tärkeyttä vetoamalla AHAA-koulutuksen kehittämiseen jatkossa. Saatekirjeessä olisi ollut järkevää mainita, että Kuopion kaupungin kotihoito on mukana tutkimuksessa. Tämä olisi saattanut lisätä kyselyn tärkeyttä vastaajien näkökulmasta, jolloin mahdollisesti useampi työntekijä olisi vastannut kyselyyn.

Eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä edustaa, että tutkittavan henkilön anonymiteetin säilymistä kunnioitetaan (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2017). Tieto on anonyymiä eli tunnistetonta, kun tiedonkeruussa on otettu huomioon Henkilötietolaissa 3.1 § määritelty henkilötieto (Yhteiskuntatie-

teellinen tietoaarkisto 2017). Saatekirjeessä lupasimme vastaajien anonymiteetin säilymisen läpi tutkimuksen. Lähetimme kyselyn toimeksiantajan välityksellä ja kohderyhmä vastasi Webropol-ohjelman kautta, jolloin tuloksista ei selvinnyt kenenkään vastaajan henkilötietoja.

Tutkijan on huomioitava myös muiden tutkijoiden työ kunnioittavalla tavalla ja tarkoilla lähdemerkinnöillä (TENK 2013, 6; Vilkkä 2015, 42). Tiedonhankinnassa ja raporttia kirjoittaessa pyrimme välttämään plagiointia ja merkitsemään lähteet oikeaoppisella tavalla. ABCD-toimintamallia ja ISBAR-raportointia terveydenhuollon käytössä on tutkittu paljon. Aiheista löytyi sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia, joita pystyimme hyödyntämään työssämme. Lisäksi ammattikorkeakouluissa on tehty useita opinnäytetöitä menetelmien käytöstä eri terveydenhuollon toimintaympäristöissä.

Hyvän tieteellisen käytännön piittaamattomuutta osoittaa, jos tutkija raportoi käytettyjä menetelmiä tai tuloksia joko huolimattomasti tai harhaanjohtavasti. Raportointivaiheessa tulisi tuoda esiin tutkimuksen mahdolliset puutteet. Tutkimuksen tulosten sepittäminen eli keksittyjen johtopäätösten esittäminen tai havaintojen vääristäminen ovat myös vastoin eettisiä ohjeistuksia. (TENK 2013, 8-9; Hirsjärvi ym. 2007, 26.) Kirjoitimme tutkimusraportin totuudenmukaisesti ja niin, etteivät tulokset vääristyisi missään vaiheessa prosessia. Pyrimme rehellisyyteen ja tuomaan realistisesti esiin tutkimukseen liittyvät onnistumiset ja puutteet.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusprosessin aikana syntyy virheitä, osa tietoisia ja osa tiedostamattomia. Tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia pyritään osa virheistä poistamaan. Validiteetilla tarkoitetaan, että on tutkittu oikeaa asiaa. Reliabiliteetti sen sijaan kuvaa tulosten pysyvyyttä. Validiteetti ja reliabiliteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Heikkilä 2014, 176; Kananen 2015, 338–350.)

Validiteetilla on monia eri muotoja. Luotettavuuden kannalta tärkein on sisältövaliditeetti. Sillä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin mittari mittaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Tärkeää on, että käsitteiden määrittely on tehty oikein. (Kananen 2015, 346; Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 190–191.) Mittaria eli kyselyä luodessa merkittävä vaihe on käsitteiden operationalisointi eli käsitteiden muuttaminen mitattavaan muotoon (Kankkunen ym. 2013, 191).

Teoriaosassa avasimme tutkimuksen kannalta merkittävimmät käsitteet eli kotihoito, täydennyskoulutus, hoidon tarpeen arviointi, ABCD-toimintamalli ja ISBAR-raportointi. Rajasimme aihepiirin, jotta se pysyisi selkeänä ja johdonmukaisena. Lupautuessamme noudattamaan toimeksiantajan aikataulua emme osanneet kuitenkaan arvioida realistisesti ajankäyttöämme, joten jälkikäteen totesimme, että tutkimuksen teoriataustaan perehtyminen jäi hieman kesken. Työstimme ja muokkasimme teoriaosuutta vielä aineiston keräämiseen jälkeenkin, koska huomasimme siinä puutteita. Teoriaosan puutteet heijastuivat mitä todennäköisimmin myös kyselylomakkeemme puutteisiin. Tuloksia analysoidessamme huomasimme, että kyselylomake ei ollut kaikilta osin onnistunut. Joidenkin kysymysten asettelu oli epä johdonmukaista ja osa kysymyksistä oli turhia, koska vastaukset eivät tukeneet

tutkimusongelman ratkaisua. Meidän olisi ollut syytä perehtyä alussa paremmin sekä teoriataustaan että tutkimuksen tekemiseen, jolloin kyselylomakkeesta olisi todennäköisesti tullut toimivampi.

Sisältövaliditeettia nostaa, jos käytetään apuna aikaisemmissa tutkimuksissa toimiviksi todettuja mittareita (Kananen 2015, 350). Lisäksi mittarin luotettavuuden ja toimivuuden kannalta esitestaaminen on tärkeää (Kankkunen ym. 2013, 191). Otimme kyselylomakkeen suunnittelussa huomioon AHAA-koulutukseen osallistuneille hoitajille aikaisemmin tehdyt itsearviointikyselyt. Tutustuimme niihin ja kysyimme kyselyt suorittaneilta Savonia ammattikorkeakoulun opiskelijoilta, Hanna Heikkiseltä, Jemina Kärkkäiseltä ja Mia Huuskolta, luvan, jotta voisimme tarvittaessa hyödyntää tai käyttää heidän luomansa mittarin kysymyksiä. Alkuperäisenä tarkoituksena oli esitestata suunnittelemamme kysely kotihoidon työntekijöillä, mutta sen sijaan testasimme sen ensihoitajaopiskelijoilla sekä ohjaavalla opettajallamme. Heiltä saimme hyviä muutosideoita, joiden mukaan muokkasimme kyselyä aikaisempaa toimivammaksi.

Ulkoinen validiteetti eli yleistettävyyys kuvaa sitä, kuinka tulokset pitävät paikkansa todellisuudessa. Saatujen tulosten tulisi toistua vastaavissa ilmiöissä. Merkittäväksi nousee tutkimukseen osallistujien valinta, jotta se vastaisi mahdollisimman hyvin koko populaatiota. (Kananen 2015, 347.) Lisäksi otoksen ja kadon suhteen huomiointi on yhtenä arviointikohteena (Kankkunen ym. 2013, 193). Kokonaistutkimuksessa, jossa kaikki tutkittavat tavoitetaan, ulkoinen validiteetti on korkea (Kananen 2015, 350).

Meidän tutkimuksemme oli kokonaistutkimus, koska kohderyhmänä olivat kaikki pilottikoulutukseen osallistuneet kotihoitajat. Vastausmäärämme oli 18 (64 %). Emme saaneet vastauksia kaikilta perusjoukon henkilöiltä, vaikka pyrimme siihen muistutusviesteillä ja uusintakyselyllä. Olemme kuitenkin tyytyväisiä vastausprosenttiin, koska vastanneet kuvaavat edustavasti koulutukseen osallistunutta kotihoidon henkilöstöä sekä ikäjakauman että työkokemuksen perusteella. Huomioimme myös, että frekvenssit kuvaavat prosentteja paremmin näin pientä aineistoa. Ristiintaulukointi ei ole luotettava yleistysten tekoon, mutta harjoittelimme menetelmien käyttöä tiedostaen niiden epäluotettavuuden. Avoimiin kysymyksiin saimme vähän vastauksia ja osa vastauksista oli niin lyhyesti kirjoitettu, että emme pystyneet tekemään luotettavia johtopäätöksiä niiden perusteella. Ajanpuutteen vuoksi emme yrittäneet saada kattavampia vastauksia, esimerkiksi haastattelemalla joitakin koulutukseen osallistuneita.

Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä, eli jos tutkimus uusitaan, niin saadaan lähes samantaiset tulokset. Tätä voidaan usein vain arvioida, koska uusintamittauksiin liittyy aina virhelähteitä (populaatio voi muuttua tai ilmiö kehittyä ajan kuluessa). Tutkimuksen reliabiliteetti ei takaa validiteettia, koska mittari voi olla virheellinen ja näin ollen tulokset toistuvat virheineen. (Kananen 2015, 349–350.) Tutkimuksessamme pienen vastaajamäärän takia reliabiliteettia on lähes mahdoton arvioida. Reliabiliteettia voidaan kuitenkin arvioida siitä näkökulmasta, että tutkimusaineisto muokataan taulukoinnin avulla sellaiseen muotoon, että se on tutkimuksen kommentoijien arvioitavissa. (Kananen 2015, 349–350.)

Tutkijan valinnat vaikuttavat luotettavuuteen. Hän toimii omassa kontekstissaan ja tekee valintoja jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa valitsemalla teorioita ja malleja, jotka tukevat tutkimuksen tuloksia. Tutkija voi tehdä tulkintavirheitä, jos hänen oma näkemyksensä vaikuttaa tulkintaan liikaa. Tutkittavan ja tutkijan maailmat ovat kuitenkin erilaiset. Vastaajat saattavat ymmärtää kysymykset eritavalla tai jättää vastaamatta totuudenmukaisesti. (Kananen 2015, 338–340.) Analysointivaiheessa totesimme, että mahdollisesti kysymysten asettelusta ja niukoista vastauksista johtuen meillä oli vaikeuksia avointen vastausten tulkinnassa. Tästä johtuen analysoimme tuloksia ryhmänä, jolloin uskoimme saavamme luotettavia ja yhtenäisiä tulkintoja vastauksista.

Opinnäytetyömme luotettavuus näkyy myös monipuolisissa lähteissä. Tiedonhankinnassa käytimme Medic-tietokantaa sekä kansainvälisiä Cinahl- ja PubMed-tietokantoja. Lisäksi etsimme lähdemateriaalia kirjallisuudesta, tieteenalan artikkeleista, Terveysportista sekä mahdollisimman luotettavista verkkojulkaisuista. Tärkeänä pidimme, että lähteet ovat ajankohtaisia eli julkaistu viimeisen 10 vuoden aikana. Lähteiden luotettavuutta pyrimme arvioimaan tekijän, julkaisijan ja julkaisupaikan mukaan.

7.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksemme tarkoituksena oli saada tietoa AHAA-koulutuksessa opittujen tietojen ja taitojen siirtymisestä käytännön työhön kotihoitoon sekä siitä, millaisia hyötyjä tai ongelmia ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin käyttöönotossa on havaittu. Tulosten perusteella työntekijät käyttivät molempia menetelmiä, koska kokivat ne hyödyllisiksi. Toisaalta menetelmien käyttöön liittyi myös ongelmia. Vastausten perusteella koettiin, että lisäkoulutukselle on tarvetta.

Kaikki vastaajat arvioivat osaavansa tehdä asiakkaan tilan arviointia. Selvä enemmistö hoitajista tutki potilaan hengitystä, verenkiertoa ja tajuntaa. Näin ollen vaikuttaa siltä, että vastaajien kokemus omasta osaamisestaan tilan arvioinnin suhteen on paikkansa pitävää. Hoitajat, joilla oli yli 6 vuoden kokemus hoitotyöstä, arvioivat osaamisensa hieman paremmaksi kuin alle 5 vuotta työssä olleet vastaajat. Pienen vastaajamäärän takia tällaiset erot ovat vain suuntaa antavia. Huomion arvoista on, että kaikilla vastaajilla oli yli vuoden työkokemus hoitotyöstä, monilla jo paljon pidempikin. Emme siis pysty vertailemaan vasta työnsä aloittaneiden ja pitkän työkokemuksen hoitajien eroja koulutuksen sisällön siirtämisestä käytäntöön.

Vastaajat kokivat ABCD-toimintamallin helpottavan asiakkaan tilan arviointia sekä lisäävän potilasturvallisuutta. Lähes kaikki työntekijät vastasivat käyttävänsä ABCD-toimintamallia oikeissa asiakastilanteissa. Suomisen mukaan ABCD-toimintamalli auttaa tunnistamaan potilaan henkeä uhkaavat tekijät ja hoitamaan ne ensisijaisesti (Suominen 2017). Myös jatkohoidon suunnittelun sekä ensihoidon kanssa kommunikoinnin arveltiin helpottuvan ABCD-toimintamallin kautta. Lisäksi koettiin, että potilaan tilan kannalta oleelliset asiat tulevat toimintamallin avulla esiin. Edellä mainitut tekijät todennäköisesti lisäävät toimintamallin käyttöä, koska ne voidaan nähdä käyttöä lisäävinä positiivisina tekijöinä.

Osa vastaajista koki ABCD-toimintamallin käytön ongelmalliseksi ilman tutkimusvälineitä. Toimintamallia voidaan käyttää ilman tutkimusvälineitä potilaan tilan arvioinnissa ja henkeä pelastavien toimenpiteiden tekemisessä. Se toimii apuna myös sairaalan ulkopuolella sairaskohtauksen tai vammautuneen potilaan kohtaamisessa, koska menetelmän käyttö ei vaadi mitään välineitä. Sairaalan sisällä toimintamallin käyttö parantaa terveydenhuollon tiimin toimintaa ja lisää potilasturvallisuutta. (Troels, Krarup, Lerkevang, Rohde & Lofgren 2012.) Ensiarvion merkitys korostuu kotona tehtävässä työskentelyssä, koska kotihoidossa työntekijöillä ei ole mahdollisuuksia tarkempaan diagnosointiin. Jos sen sijaan käytössä olisi enemmän tutkimusvälineitä, pitäisi henkilöstöllä olla riittävä koulutus ja osaaminen tutkimusvälineistä saatavien tietojen tulkintaan. Turhauttavaksi koettiin myös ensihoidon toistamat kotihoidon jo kertaalleen tekemät mittaukset. Kotihoidon henkilöstöllä ei välttämättä ole tietämystä asiakkaan tilan arvionnin toistamisen tärkeydestä. Peruselintoimintojen arviointia ABCD-toimintamallin mukaisessa järjestyksessä toistetaan säännöllisin väliajoin ja aina, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia (Castrén ym. 2012, 520).

Vastaajat kertoivat tunnistavansa asiakkaan pulssin sekä myös tunnistavansa sen epäsäännöllisyyden tilanteissa, joissa asiakkaan tila on äkillisesti heikentynyt. Suurin osa vastasi laskevansa myös pulssin taajuuden. Kotihoidossa on käytössä verenpainemittareita, jotka antavat verenpainearvojen lisäksi pulssitaajuuden. Työntekijät saattavat luottaa mittarin arvoihin ja jättää pulssin laskematta ranteesta tunnustelemalla. Syvänteen mielestä pulssin perinteinen tunnustelu tulisi palauttaa arvoonsa, sillä elektroninen mittari antaa syketaajuuden, mutta ei välttämättä tunnista pulssin epäsäännöllisyyttä. Lisäksi pulssin tunnustelulla saattaa olla positiivinen vaikutus hoitosuhteen kiinteytymiseen. (Syväne 2013, 34.)

Tulosten mukaan ISBARin käyttö on yhtä yleistä kotihoidon henkilöstön keskuudessa kuin ABCD-toimintamallin. Lääketieteenopiskelijoille tehdyn tutkimuksen mukaan 40 minuuttia kestävä koulutus ISBAR-raportoinnista paransi selvästi kommunikaatiota simuloidussa konsultaatiotilanteessa verrattuna ryhmään, joka ei ollut saanut lainkaan koulutusta (Marshall, Harrison & Flanagan 2009). Lisäksi voidaan päätellä, että lyhytkin koulutus riittää raportointimallin omaksumiseen ja mahdolliseen käytön kertaamiseen.

Suurin osa vastaajista koki ISBARin helpottavan raportointia ja rohkaisevan omiin toimintaehdotuksiin raportoitaessa. Mahdollisesti työntekijöiden kokemus ISBARin käytön hyvästä osaamisesta ja käytön hyödyistä tukevat toisiaan. Käytön hyötyinä tulivat esiin toiminnan selkiytyminen ja nopeutuminen, kun taas ongelmaksi mainittiin ajankäyttö. Kommunikaatio-ongelmien on todettu olevan merkittävä syy potilasvahinkojen syntymisessä. Heikon viestinnän yhdeksi syyksi on todettu puuttellinen strukturoitujen mallien tai kaavojen käyttö. ISBARin mukainen raportointi parantaa kommunikaatiota ja sitä kautta myös potilasturvallisuutta. (Eggins & Slade 2015; Marmor & Li 2017.) Hoitajien kokemuksen ajankäytön ongelman syynä voi olla raportointimallin opettelu vaihe. Kun ISBAR-raportoinnin hallitsee hyvin, ei se mahdollisesti vie niin paljon aikaa.

Työkokemuksen merkitys menetelmien käyttöön oli mielestämme merkittävämpi kuin iän, koska osa on saattanut opiskella tutkinnon vasta aikuisiällä. ABCD-toimintamallin ja ISBARin käytön määrissä ei kuitenkaan ole nähtävissä merkittäviä eroja työkokemuksen perusteella. Vastaajat, jotka eivät käytä kumpaakaan menetelmää, olivat olleet kotihoidossa töissä 1-5 vuotta. Koska vastaajamäärä on pieni, emme voi tehdä luotettavia johtopäätöksiä työkokemuksen vaikutuksesta menetelmien käyttöön. Osa vastaajista ei käytä kumpaakaan menetelmää, mutta he osaavat tehdä tilan arviointia hengitystä, verenkiertoa ja tajuntaa seuraamalla, vaikka eivät tietoisesti tee sitä ABCD-toimintamallin mukaisesti. Ruotsissa sairaanhoitajaopiskelijat totesivat akuuttihoitotyön simulaatioiden yhteydessä, että on hyödyllistä toimia tilanteissa järjestelmällisen ABCDE-toimintamallin mukaan (Abelson & Bisholt 2017).

Kyselyssä ilmeni, ettei menetelmiä muisteta aina käyttä. Keinoja niiden käytön lisäämiseen voisivat tämän takia olla apu- ja muistilistat. Muistilista voidaan mieltää tarkistuslistaksi, jota apuna käyttäen voidaan varmistua, että kaikki tarpeellinen tulee tehtyä (Schamel 2012). Kotihoidon toimintamalli (liite 1) on hoitajien työskentelyn avuksi kehitetty muistilista. Vastaajista enemmistö tiesi sen olemassa olon ja käytti sitä työssään. Kehitetystä toimintamallista on ohjeistus eri konsultaatiotahoille vuorokauden ajasta riippuen. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa vanhainkodeissa työskentelevät, pitkän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi konsultaatiomahdollisuuden tehdessään päätöstä iäkkään lähettämisestä päivystykselliseen hoitoon (Kihlgren ym. 2014).

Lisäkoulutukselle ja työyhteisössä asioiden yhteiselle kertaamiselle koettiin tarvetta. Aikaisemmassa suomalaisessa tutkimuksessa alle 54-vuotiaiden hoitajien välillä ei huomattu eroja lisäkoulutuksen tarpeen kokemisessa, sen sijaan ikääntyvät (yli 54-vuotiaat) hoitajat kokivat nuorempiin verrattuna enemmän tarvetta lisäkoulutukselle (Salminen & Miettinen 2012). Tutkimuksemme perusteella alle 55-vuotiaiden ikäryhmissä ei ollut eroja lisäkoulutuksen tarpeen kokemisessa. Emme kuitenkaan pysty arvioimaan ikääntyvien hoitajien kokemuksia, koska yli 55-vuotiaiden vastaajien osuus tässä tutkimuksessa oli pieni.

Mallien käyttöä lisäävistä tekijöistä nuoret hoitajat (alle 35-vuotiaat) kokivat suhteessa vähemmän tarvetta simulaatio-oppimiselle. Kaiken kaikkiaan simulaatio-oppiminen sai suhteessa vähemmän kannatusta verrattuna muihin käyttöä lisääviin tekijöihin ottaen huomioon, että AHAA-koulutus sisälsi simulaatio-oppimista. Simulaatio-oppiminen on monille uusi ja vieras oppimismuoto, joka saattaa aiheuttaa jännitystä, koska kyseessä on ikään kuin esiintymistilanne. Epäonnistumisen pelko saattaa vaikuttaa, koska tilanteissa tulisi tuoda esille omaa osaamista muiden arvioitavaksi.

Tutkimustulokset ovat kuitenkin antaneet luotettavaa tietoa simulaatio-oppimisen hyödyistä sekä hoitoalalla vaadittavien taitojen ja toimintojen kehittymisestä. Tutkimuksien mukaan simulaatio-opetus koetaan turvalliseksi, hyödylliseksi ja kannattavaksi opetusmenetelmäksi hoitoalan työssä tarvittavien taitojen ja toimintojen opettelussa. (Kivinen 2008; Pakkanen ym. 2012; Salonen 2013.) Myös ruotsalaisen tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien koulutuksessa simulaatioilla, varsinkin akuuttitilanteiden harjoittelussa, oli suuri merkitys. Simulaatiotilanteiden tarkkailun ja jälkipuinnin kautta opiskelijat huomasivat tiedollisia puutteitaan. Opetusmenetelmä rakentaa itseluottamusta ja opitut

taidot ovat siirrettävissä aitoihin potilastilanteisiin. Lisäksi opettajan luomalla simulaation aikaisella turvallisella oppimisympäristöllä sekä hänen esittämillään kysymyksillä ja ohjauksella oppiminen koettiin myönteiseksi. (Abelsson ym. 2017; Glasgow, Lockhart & Nolfi 2017, 50.)

7.4 Johtopäätökset sekä kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Kotihoidon työntekijät käyttivät ABCD-toimintamallia sekä ISBAR-raportointia ja kokivat osaavansa käyttää niitä. ABCD-toimintamallin hyödyiksi koettiin potilasturvallisuuden lisääntyminen ja asiakkaan tilan arvioinnin helpottuminen, mutta turhautumista aiheutti ensihoidon tapa toistaa ABCD-toimintamallia uudestaan asiakasta tutkiessaan. ISBARin koettiin helpottavan raportointia ja tiedonkulkua eri terveydenhuollon toimijoiden välillä. Silti ajoittain ajan puutteen koettiin estävän ISBAR-raportoinnin käyttöä.

Tutkimuksessa tuli esiin, että työntekijät kaipaavat lisäkoulutusta, mutta se, mihin koulutuksen tarve kohdistuu, ei tullut selville. Tärkeää olisi tutkia, mihin kotihoidon työntekijät kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Kohdistuuko lisäkoulutuksen tarve AHAA-koulutuksessa käydyn teorian osaamiseen vai ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin käytön harjoitteluun. Myös muistilistojen kehittäminen ABCD-toimintamallin ja ISBAR-raportoinnin tueksi olisi tarpeen. Hoitajille voisi suunnitella ensihoitokaavaketta jäljittelevän lomakkeen, joka ohjaisi asiakkaan tutkimisessa sekä toimisi samalla pohjana kirjaamiselle ja ISBARin mukaiselle raportoinnille.

7.5 Ammatillinen kasvu ja oma oppiminen

Opimme tavoitteemme mukaisesti opinnäytetyön tekemisestä paljon. Kehityimme tutkimusprosessin toteuttamisessa ja opimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän vaiheet. Prosessin aikana kehityimme tieteellisessä kirjoittamisessa, opimme hyödyntämään tutkimustietoa aikaisempaa enemmän ja yhdistämään sitä omaan työhömmä. Tiedonhakutaitomme kehittyivät monipuolisiksi ja meistä tuli entistä kriittisempiä lähteiden käytössä.

Opinnäytetyössä pääsimme syventämään omaa ammatillista osaamistamme hoidon tarpeen arvioinnissa. Prosessin myötä saimme tietoa kotihoidon toimintatavoista sekä henkilöstön osaamisesta. Näitä tietoja voimme hyödyntää tulevassa ensihoitajan ammatissa. Kotona tullaan tulevaisuudessa hoitamaan yhä huonokuntoisempia vanhuksia ja meidän tulevien terveydenhuollon ammattilaisten tulee pystyä vastaamaan osaltamme tähän haasteeseen. Ensihoitajina voimme antaa selkeät ja johdonmukaiset ohjeet potilaan tilanarvion tekemisestä konsultaatiotilanteissa ja tehdä näin yhteistyötä kotihoidon kanssa.

Itsenäisen työnteon lisäksi ryhmätyöskentelyllä oli suuri merkitys työskentelyssämme, vaikka välillä koimme aikataulujen yhtensovittamisen haasteelliseksi. Kolmen jäsenen ansiosta saimme moniulotteista näkemystä tutkimuksen tekoon ja sen raportointiin. Ryhmätyöskentelymme oli toimivaa alusta lähtien, mutta työn edetessä se muuttui yhä sujuvammaksi. Opimme käyttämään yhteisen ajan tehokkaasti hyödyksi ja antamaan sekä ottamaan vastaan rakentavaa palautetta. Prosessin alussa

olimme tiiviisti yhteydessä toimeksiantajaan, joka auttoi meitä etenemään tutkimuksemme alkuvaiheessa. Olisimme myöhemmin voineet aktiivisemmin jatkaa yhteydenpitoa, jolloin alansa ammattilaisena toimeksiantaja olisi voinut antaa palautetta työstämme. Yhteistyö opinnäytetyön ohjaajan kanssa sujui moitteettomasti. Häneltä saimme säännöllisesti kannustavaa palautetta korjausehdotuksineen ja niiden avulla pääsimme etenemään työssämme.

Jos tekisimme opinnäytetyön uudelleen, osaisimme tehdä asioita nykyistä paremmin. Perehtyisimme paremmin aiheeseemme ja käyttäisimme enemmän aikaa työn suunnitteluun sekä kyselyn että raportin suhteen. Olemme kuitenkin tyytyväisiä työhömmе ja siihen, että kehitystä tapahtui monella eri osa-alueella ja opimme paljon.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ABELSSON, Anna & BISHOLT, Birgitta 2017. Nurse students learning acute care by simulation - focus on observation and debriefing. *Nurse Education in Practice* 24, 6-13.
- ACHREKAR, Meera, MURTHY, Vedang, KANAN, Sadhana, SHETTY, Rani, NAIR, Mini & KHATTRY, Navin 2016. Introduction of Situation, Background, assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia Pac J Oncol Nurs* 3 (1), 45-50.
- BRUNKER, Chris 2010. A brief history of resuscitation and beyond: As easy as ABCDE. *British Journal of Neuroscience Nursing* 5, 232–234.
- CASTRÈN, Maaret, HELVERANTA, Kai, KINNUNEN, Ari, KORTE, Henna, LAURILA, Kimmo, PAAKKONEN, Heikki, POUSI, Jouni & VÄISÄNEN, Olli 2012. *Ensihoidon perusteet*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- DUODECIM 2014. Sydämen pumppaustoiminta [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-01-23.] Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00006
- EGGINS, Suzanne & SLADE, Diana 2015. Communication in clinical handover: Improving the safety and quality of the patient experience [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-01-26.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693345/>
- FINNE-SOVERI, Harriet 2010. *Geriatra. 2. uudistettu painos*. Porvoo: Duodecim.
- FINNE-SOVERI, Harriet, KUUSTERÄ, Kirsti, TAMMINEN, Anna, HEIMONEN, Sirkkaliisa, LEHTONEN, Olli & NORO Anja 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi [verkkojulkaisu]. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. [Viitattu 2017-12-16.] Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129706/URN_ISBN_978-952-302-565-3.pdf?sequence=1
- GEORGES, Jean, JANSEN, Sabine, JACKSON, Jim, MEYRIEUX, Arlette, SADOWSKA Alicja & SELMES, Micheline 2008. Alzheimer's disease in real life - the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (5), 546-551.
- GLASGOW, Mary, LOCKHART, Joan & NOLFI, David 2017. Virtual classroom and clinical simulations help meet student needs [verkkojulkaisu]. *Online nursing education*. [Viitattu 2017-12-09.] Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=de8efbb6-5e56-4032-9f4f-1f1519b87c8f%40sessionmgr4007>
- HAKALA, Raili, TAHVANAINEN, Sirpa, IKONEN, Tiina & SIRO, Annemari 2011. *Osaava lähihoitaja 2020* [verkkojulkaisu]. *Opetus-hallitus*. [Viitattu 2017-03-30.] Saatavissa: http://www.oph.fi/julkaisut/2011/osaava_lahihoitaja_2020
- HARTIKAINEN, Tuula 2017-03-13. Hankepäällikkö. [Haastattelu.] Kuopio: Kuopion kaupungin kotihoidon toimisto.
- HEIKKILÄ, Tarja 2014. *Tilastollinen tutkimus*. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko & SAJAVAARA, Paula 2007. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- IKONEN, Eija-Riitta 2015. *Kehittyvä kotihoito*. Keuruu: Otava Oy.
- JEVON, Phil 2010. Assessment of critically ill patients: the ABCDE approach. *British Journal of Healthcare Assistants* 4, 404.

KANANEN, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

KANANEN, Jorma 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

KANANEN, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

KANKKUNEN, Päivi & VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KELO, Sini, LAUNIEMI, Helena & TAKALUOMA, Matleena 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KIHLGREN, Annica, SUNVISSON, Helena, ZIEGERD, Kristina & MAMHIDIR, Anna-Greta 2014. Referrals to Emergency Departments - The processes and factors that Influence decisionmaking among community nurses. [Viitattu 2017-12-16.] Saatavissa: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:715320/FULLTEXT01.pdf>

KIVINEN, Eveliina 2008. Sairaanhoidajaopiskelijoiden arvioita simulaatiosta hoitamisen taitojen oppimisessa. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro-gradu tutkielma.

KUISMA, Markku, HOLMSTRÖM, Peter, NURMI, Jouni, PORTHAN, Kari & TASKINEN, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KUNTALIITTO 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen [verkkajulkaisu]. Suomen kuntaliito. [Viitattu 2017-12-16.] Saatavissa: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3032

Kuopion kaupunginhallitus 2015-6-16. Pöytäkirja 16.6.2015. Vanhuspalveluiden lääkäryön uudelleen järjestely. [Viitattu 2017-03-26.] Saatavissa: Kuopion kaupungin arkisto.

KUPARI, Petra, PELTOMAA, Karoliina, INKINEN, Ritva, KINNUNEN, Marina, KUOSMANEN, Anssi & REUNAMAA, Terhi 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoidaja 85 (3), 29–31.

LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA. L 28.12.2012/980. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-03-26.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA. L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-03-16.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 28.6.1994/559. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-01-24.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a30.12.2015-1659>

LEHTILÄ, Briitta 2016. Esimiestyö kotihoidossa: Lähijohtaminen ja osaamistarpeet. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro-gradu tutkielma.

MARMOR, Gerrard & LI, Michael 2017. Improving emergency department medical clinical handover: Barriers at the bedside. Emergency Medicine Australasia 29 (3), 297–302.

MARSHALL, S., HARRISON, J. & FLANAGAN, B. 2009. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety in Health Care* 2009 18 (2), 137-140.

MEDLINEPLUS 2017. Rapid shallow breathing [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-01-14.] Saatavissa: <https://medlineplus.gov/ency/article/007198.htm>

MIELKE, Michelle, VEMURI, Prashanthi & ROCCA Walter 2014. Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: assessing sex and gender differences. *Clinical Epidemiology* 6, 37-48.

MYLLÄRI, Elina, TAPIO, Kirsi & VALVANNE, Jaakko. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen [verkkojulkaisu]. Suomen kuntaliitto 2014. [Viitattu 2017-16-12.] Saatavissa:

MÄKIJÄRVI, Markku, HARJOLA, Veli-Pekka, PÄIVÄ, Hannu, VALLI, Juha & VAULA Eija 2015. Akuuttihoito-opas. Helsinki: Duodecim.

NEITTAANMÄKI, Pekka, MALMBER, Jose & JUUTILAINEN, Harri 2017 Kalleimpien kansansairauksien selvitysraportti. Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 2017-12-16.] Saatavissa: https://www.jyu.fi/it/fi/tutkimus/julkaisut/tekes-raportteja/kalleimmat-kansansairaudet_29-6.pdf

NORO, Anja, ALASTALO, Hanna, FINNE-SOVERI, Harriet & MÄKELÄ, Matti 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-12-16.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-440-3>

OPETUSHALLITUS 2011. Osaava lähihoitaja [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-12-16.] Saatavissa: http://www.oph.fi/julkaisut/2011/osaava_lahihoitaja_2020

OPETUSHALLITUS 2014. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2014 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-03-30.] Saatavissa: http://www.oph.fi/download/162460_sosiaali_ja_terveysalan_pt_01082015.pdf

PAKKANEN, Jonna, STOLD, Minna & SALMINEN, Leena 2012. Potilassimulaatio sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitotyön taitojen oppimisessa. *Hoitotiede*, 24 (2), 163–174.

PALJÄRVI, Soile 2012. Muuttuva kotihoito. Itä-suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden -ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro-gradu tutkielma.

SALMINEN, H. & MIETTINEN, M. 2012. Ammatillisen osaamisen kehittäminen - ikääntyvien ja nuorien hoitajien näkökulma. *Tutkiva hoitotyö* (1), 4-11.

SALONEN, Hannu 2013. Mitä simulaatiolla tulisi ensihoidon koulutuksissa opettaa ryhmähaastattelu ensihoidon simulaatio-opetuksen asiantuntijoille. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro-gradu tutkielma.

SCHAMEL, John 2012. How the Pilot's Checklist Came About. [Viitattu 2017-12-09.] Saatavissa: <http://www.atchistory.org/History/checklst.htm>

SOSIAALIHUOLTOASETUS. L 29.6.670/1983. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-11-11.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

STM 2015. Koti- ja omaishoito [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-01-26.] Saatavissa: <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/kuvaus>

STM 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. [Viitattu 2018-01-19.] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM 2017b. Kotihoito ja kotipalvelu [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2017-03-30.] Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

SUOMINEN, Pertti 2017. Lasten hätätilanteet ja niiden hoito. Lääkärilehti [digilehti] 36, 1933-1939. [Viitattu 2018-01-26.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lasten-hatatilanteet-ja-niiden-hoito/>

SUPER 2017. Täydennyskoulutus ja osaamisen varmistaminen. [Viitattu 2017-12-16.] Saatavissa: <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/taydennyskoulutus-ja-osaamisen-varmistaminen/>

SVT 2007. Väestöennuste [verkkajulkaisu]. Tilastokeskus. [Viitattu 2017-03-26.] Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

SYVÄNNE, Mikko 2013. Pulssin tunnustelu tavaksi. Diabetes ja lääkäri [digilehti] 42, 34-36. [Viitattu 2017-28-12.] Saatavissa: https://www.diabetes.fi/files/2917/Diabetes_ja_laakari_4.2013.pdf

SYVÄOJA Pirjo & ÄIJÄLÄ Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

TAIT, Desiree, JAMES, Jane, WILLIAMS, Catherine & BARTON Dave 2016. Acute and critical care in adult nursing. Lontoo: Publications Ltd.

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkoinen]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 2017-13-10.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

TE-PALVELUT 2015. AVO ammatinvalintaohjelma – lähihoitaja. [Viitattu 2017-03-30.] Saatavissa: <http://www.mol.fi/avo/ammait/10610.htm>

TEPPONEN, Merja. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Itä-suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden - ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-11-11.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#a1326-2010>

THL 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 -Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus [verkkajulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-12-16] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti_2_2015_09022015.pdf?sequence=3

THL 2016. Kotona asumisen ratkaisuja [verkkajulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-03-26.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja>

THL 2017. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016 [verkkajulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-11-30.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

THOMPSON, J., COLLET, L., LANGBART, M., PURCELL, N., BOYD, S., YUMINAGA, Y., OSSOLINSKI, G., SUSANTO, C. & MC CORMACK, A. 2011. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. Postgrad Med j 87, 340-344.

TILVIS, Reijo 2010. Akuutisti sairastunut vanhus. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

TROELS, Thim, KRARUP, Niels, LERKEVANG, Erik, ROHDE, Claus & LOFGREN, Bo 2012. Initial assessment and treatment with the airway, breathing, circulation, disability, exposure (ABCDE) approach [verkkajulkaisu]. International journal of general medicine. [Viitattu 2018-01-26.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>

VALVIRA 2015a. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016-2019 [verkkoinfo]. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. [Viitattu 2017-03-30.] Saatavissa: <http://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+valtakunnallinen+valvontaohjelma+2016+-+2019/dbc9066c-289a-46a3-8b17-0d0469d02a4e>

VALVIRA 2015b. Hoidon tarpeen arviointi [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. [Viitattu 2017-03-16.] Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

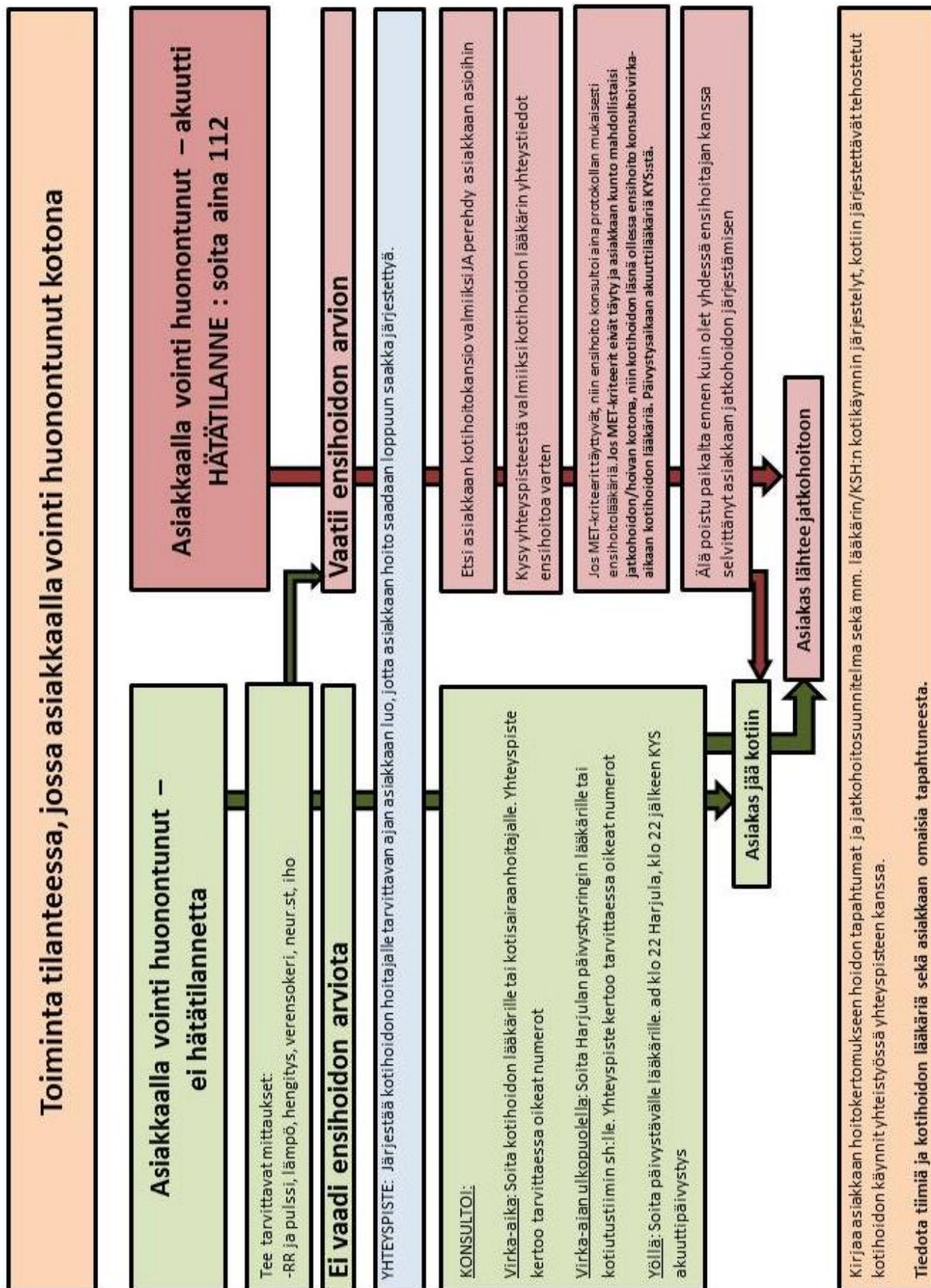
VILKKA, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

YLÄ-OUTINEN, Tuulikki 2012. Ikäihmisten arki. Itä-suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden -ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

YHTEISKUNTATIETEELLINEN TIETOARKISTO 2017. Aineistonhallinnan käsikirja [verkkajulkaisu]. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2017-12-10.] Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/>

LIITE 1: KOTIHOIDON TOIMINTAMALLI ASIAKKAAN VOINNIN HUONONTUESSA

Kehitetty Kuopion kaupungin kotihoitoon, löytyy AHAA-koulutuksen moodle-materiaaleista.



LIITE 2: SAATEKIRJE

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Olemme Savonia-ammattikorkeakoulun terveystalon opiskelijoita.

Teemme opinnäytetyötä AHAA-koulutukseen syksyllä 2016 osallistuneille lähihoitajille Webropol-kyselyä. Kartoitamme koulutuksessa käytyjen ISBAR-raportoinnin ja ABCD-mallin käyttöä hoidon tarpeen arvioinnissa työelämässä. Tavoitteena on saada tietoa koulutuksen oppien soveltamisesta käytännössä ja mahdollisista kehityskohteista.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia ja vastausaika on 28.5.2017 asti. Kysely tehdään anonymisti, eikä tuloksista voida tunnistaa yksittäisiä vastaajia. Jokainen vastaaja on tärkeä, koska tulokset vaikuttavat koulutuksen kehittämiseen jatkossa.

Linkki kyselyyn: xxx

Kiitämme teitä jo etukäteen osallistumisesta!

Keväisin terveisin

Hanne Kauhanen TN14SA

Henna Alatalo TE14S

Elli Koskinen TE14S

LIITE 3: KYSELY

TAUSTATIEDOT:

1. Ammatti

- perushoitaja
- lähihoitaja
- sairaanhoitaja
- jokin muu, mikä?

2. Ikä

- < 25 vuotta
- 25–35 vuotta
- 36–45 vuotta
- 46–55 vuotta
- > 55 vuotta

3. Kokemus hoitoalalta

- < 1 vuosi
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- > 10 vuotta

4. Työkokemus kotihoidosta

- < 1 vuosi
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- > 10 vuotta

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI JA ABCD-MENETELMÄ:

5. Osaan tehdä asiakkaan tilan arviointia

- erittäin hyvin
- hyvin
- melko hyvin
- jonkin verran
- en osaa

6. Tiedän kotihoidon toimintamallin tilanteessa, jossa asiakkaan vointi on huonontunut

- tiedän ja olen käyttänyt
- tiedän, mutta en ole käyttänyt
- en tiedä

7. Käytän ABCD-mallia potilaan tilan arviointiin (Jos vastaat kielteisesti, voit siirtyä kysymykseen numero 14)

- päivittäin
- viikoittain
- joskus
- harvoin
- en käytä, osaatko kertoa miksi? _____

8. Koen asiakkaan tilan arvioinnin helpoksi ABCD-menetelmän avulla

- kyllä
- jonkin verran
- en

9. Koen johdonmukaisen asiakkaan tilan arvioinnin ABCD-menetelmällä lisäävän potilasturvallisuutta

- kyllä
- jonkin verran
- en

10. Kerro vapaasti muita ABCD-menetelmän käytön hyötyjä? _____

11. Pitäisikö hyödyllisenä apuvälineenä asiakkaan tilaa arvioiteassa ABCD-mentelmän käyttöä tukevaa kirjaamis-kaavaketta?

- kyllä
- jonkin verran
- en
- en osaa sanoa

12. Koetko ongelmaksi ABCD-menetelmän käytön ilman tutkimusvälineitä (esim. saturaatiomittari, verenpainemittari, stetoskooppi...)?

- kyllä
- jonkin verran
- en
- en osaa sanoa

13. Kerro vapaasti muita ABCD-menetelmän käytön ongelmia? _____

Kysymyksissä 14–18 on kyse asiakkaan äkillisesti muuttuneesta tilanteesta ja hoidon tarpeen arvioinnista:

14. Lasken asiakkaan hengitystaajuuden yllä mainitussa tilanteessa

- kyllä
- en
- en osaa

15. Tunnustelen asiakkaan pulssin yllä mainitussa tilanteessa

- kyllä
- en
- en osaa

16. Lasken asiakkaan pulssin taajuuden yllä mainitussa tilanteessa

- kyllä
- en
- en osaa

17. Tunnistan pulssin epäsäännöllisyyden yllä mainitussa tilanteessa

- kyllä
- en
- en osaa

18. Arvion tajunnaltaan alentuneen asiakkaan tajunnan tasoa tarkemmin yllä mainitussa tilanteessa, esim. puhuttelemalla, ravistelemalla, kokeilemalla kipureaktiota

- kyllä
- en
- en osaa

ISBAR-RAPORTOINTI:

19. Käytän ISBAR raportointia (Jos vastasit kielteisesti, voit siirtyä kysymykseen numero 26)

- käytän
- en käytä, osaatko kertoa miksi? _____

20. Osaan käyttää ISBAR raportointia

- erittäin hyvin
- hyvin
- melko hyvin
- jonkin verran
- en osaa

21. Mallin käyttö on helpottanut raportointia ja tiedon kulkua

- kyllä
- jonkin verran
- ei ole

22. ISBAR-raportoinnin käyttö on rohkaissut minua tekemään omia toimintaehdotuksia konsultoidessani asiakkaan tilaa

- kyllä
- jonkin verran
- ei

23. Kerro vapaasti muita ISBAR-raportoinnin käytön hyötyjä? _____

24. ISBAR-raportoinnissa on ollut haastavaa jäsentää asioita selkeästi potilaan tilasta

- kyllä
- jonkin verran
- ei

25. Kerro vapaasti muita ISBAR-raportoinnin käytön ongelmia? _____

26. Minkä uskoisit lisäävän ABCD-mallin ja ISBARin käyttöä työssä

- muistilistat
- lisäkoulutus
- simulaatio-oppiminen
- työyhteisössä asioiden yhteinen kertaaminen
- omatoiminen opiskelu ja kertaaminen

joku muu, mikä? _____