



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Liisa Pakkala & Sarianna Sihtola

PEREHDYTYSKANSIO LAIHIAN
KOTISAIRAANHOITOON

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Liisa Pakkala & Sarianna Sihtola
Opinnäytetyön nimi	Perehdytyskansio Laihian kotisairaanhoidon
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	44 + 1 liite
Ohjaaja	Eila Rasivirta

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa perehdytyskansio Laihian kotisairaanhoidon käyttöön. Perehdytyskansio on tarkoitettu kotisairaanhoidon opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Kansion tarkoituksena on yhtenäistää uusien työntekijöiden perehdyttämistä sekä antaa selkeän kuvan kotisairaanhoidon työstä. Kansio on hyvä työkalu kokonaisvaltaisen perehdyttämisen toteuttamisessa.

Kansio sisältää tietoa kotisairaanhoidon organisaatiosta ja toiminnasta sekä erilaisia ohjeita, jotka helpottavat työskentelyä kotisairaanhoidossa. Työ toteutettiin pienenä projektina kevään 2012 ja talven 2013 aikana. Työn toteuttamiseen saatiin vapaat kädet Laihian kotisairaanhoidon väeltä, toiveena tuli kuitenkin toteuttaa työ paperiversiona.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään perehdyttämistä, sen hyötyjä, keinoja ja toteuttamista sekä kotisairaanhoidon ja kotisairaanhoidolle keskeisten työtapojen ohjeita kuten lääkehoitoa ja haavanhoitoa. Perehdytyskansiossa käsitellään myös vaihtoehtoisuutta ja kirjaamista. Tutkimusaineistona käytettiin aiempaa tutkimustietoa sekä kirjallisuutta.

Perehdytyskansio ei ole ollut käytössä ennen työn valmistumista, joten työn tuloksia on vaikea arvioida. Työn tilaaja on antanut oman arvionsa työstä. He pitivät työstä ja sen toteutuksesta. Sisältö ja ulkoasu vastasi heidän toiveitaan. He olivat tyytyväisiä työhön ja ottavat sen käyttöön.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Liisa Pakkala & Sarianna Sihtola
Title	Orientation Folder for the Home Nursing Services in Laihia
Year	2013
Language	Finnish
Pages	44 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Eila Rasivirta

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to produce an orientation folder for the home nursing services in Laihia. The orientation folder is meant for students and new employees in home nursing services. The purpose of the orientation folder is to standardize the orientation process and give to a clear idea of the work in home nursing. The folder is a good tool to be used in carrying out holistic orientation.

The folder includes information about the organisation, the functions and different kind of instructions that help working in home nursing services. The study was carried out as small project during spring 2012 and winter 2013. The employees of home nursing services gave the authors free hands to carry out the study, but they wished that the folder would also come in paper version.

The theoretical framework deals with the benefits of orientation, the methods and the implementation. Also the most common procedures such as pharmacotherapy and wound care are included. The orientation folder also deals with professional secrecy and documentation. Previous study results and literature were used as the study material.

The orientation folder hasn't been used before the thesis was completed so it is difficult to evaluate the results. Laihia home nursing services have given their own assessment of the folder and of the contents. The contents and the layout were as expected. They were pleased with the work and will use in the future.

Keywords Home nursing, orientation, practice-based bachelor's thesis

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	4
2	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	5
3	PEREHDYTYKSI	6
	3.1 Perehdyttäminen	6
	3.2 Perehdyttämisen hyödyt	6
	3.3 Perehdytys kotisairaanhoidossa	7
4	KOTISAIRAANHOITO	9
5	KIRJAAMINEN JA VAITIOLOVELVOLLISUUS	11
	5.1 Kirjaaminen.....	11
	5.2 Vaitiolovelvollisuus	11
6	HAAVANHOITO	13
	6.1 Laskimoperäinen säärihaava	15
	6.2 Painehaava	17
	6.3 Diabeetikon jalkahaava	20
7	VERENSOKERIN MITTAUS.....	22
8	LÄÄKEHOITO	23
	8.1 Lääkehoidon toteutuminen.....	23
	8.2 Antikoagulaatiohoito.....	24
	8.3 Injektion anto lihakseen	26
	8.4 Reseptit	27
	8.5 Lääkkeet ja lääkekorvaukset	27
9	KIRJALLISEN OPPAAN TUOTTAMINEN.....	29
10	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	30
	10.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	30
	10.2 Projektin kuvaus	31
	10.3 SWOT-analyysi.....	32
	10.4 Vahvuudet	32

10.5 Heikkoudet	33
10.6 Mahdollisuudet	33
10.7 Uhat.....	33
11 TYÖN TOTEUTUS	35
12 PROJEKTIN ARVIOINTI	37
12.1 Perehdytyskansion tavoitteiden toteutuminen	37
12.2 Oppaan luotettavuuden ja eettisyyden arviointi.....	38
12.3 Oppaan arviointi ja prosessin toteutuminen.....	38
12.4 Oman oppimisen arviointi.....	39
LÄHTEET	41
LIITTEET	

LIITELUETTELO

LIITE 1. Perehdytyskansio

1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kattava ja käytännöllinen perehdytyskansio Laihian kotisairaanhoidon käyttöön uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Perehdytyskansio keskittyy kuitenkin enemmän opiskelijan näkökulmaan ja tällä tarkoitetaan sitä, että työ on suunnattu enemmän ensimmäistä kertaa kotisairaanhoidon tulevalle. Työ antaa myös kertauksen kotisairaanhoidossa aiemmin työskenneille.

Perehdytyskansion tarkoituksena on auttaa sisäistämään uuden yksikön työ- ja toimintatavat. Kansion avulla opiskelija tai uusi työntekijä saa kokonaisvaltaisemman kuvan kotisairaanhoidon työtehtävistä ja työyhteisön toiminnasta. Kansion tavoitteena on myös parantaa työnhallintaa ja työturvallisuutta.

Kotisairaanhoidossa yhdistyy laaja osaaminen ja vastuun kantaminen, joten on tärkeää, että uusi opiskelija tai työntekijä tutustuu ja sisäistää nopeasti kotisairaanhoidon työ- ja toimintatavat, sillä työ on pääasiassa itsenäisesti toimimista asiakkaan luona. Kotisairaanhoidossa työskentelee pääasiassa sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, jotka ovat tiiviissä yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja muun muassa lääkäreiden, fysioterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden kanssa, mikä osaltaan parantaa asiakkaiden kotona pärjäämistä. (Hammar 2008.)

Laihian kotisairaanhoidosta kysyttiin aiheita tulevaa opinnäytetyötä varten ja ilmeni, että heillä on tarvetta uudelle ja päivitetyle perehdytyskansiolle. Vanha kansio oli yli kymmenen vuotta vanha, joten se kaipasi uudistusta ja päivittämistä. Aihe rajattiin yhdessä kotisairaanhoidon vastaavan hoitajan toiveiden pohjalta. Kansioon valittiin aiheita, jotka koettiin kotisairaanhoidossa oleellisimmiksi aiheiksi. Näitä olivat esimerkiksi lääkehoito ja siihen liittyvät osa-alueet, haavanhoito, kirjaaminen ja vaitiolovelvollisuus sekä lääkekorvaukset, kattoluokat, hallinto ja kotisairaanhoidon asiakkaan kohtaaminen.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa perehdytyskansio Laihian kotisairaanhoidon käyttöön ja päivittää vanhaa kansiota sekä uudistaa sen sisältöä. Kansio on tarkoitettu erityisesti opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös lisätä tekijöiden tietämystä kotisairaanhoidon työtehtävistä ja toimintatavoista sekä oppia laatimaan perehdytyskansio.

Tavoitteena on tehdä perehdytyskansioista mahdollisimman monipuolinen, kattava ja ennen kaikkea käytännöllinen. Opinnäytetyö auttaa myös meitä tekijöitä ymmärtämään paremmin tätä laajaa kokonaisuutta ja perehtymään paremmin koko kotisairaanhoidon toimintaan.

Perehdytyskansion tarkoituksena on auttaa sisäistämään uuden yksikön työ- ja toimintatavat. Kansion avulla opiskelija tai uusi työntekijä saa kokonaisvaltaisemman kuvan kotisairaanhoidon työtehtävistä sekä työyhteisön toiminnasta. Kotisairaanhoidossa on myös ensiarvoisen tärkeää, että uusi opiskelija tai työntekijä pääsee sisälle työyhteisöön nopeasti, jotta hän kykenee työskentelemään itsenäisesti.

Perehdytyskansion tavoitteena on parantaa työnhallintaa ja työturvallisuutta. Sen avulla voidaan myös yhtenäistää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytystä. Tavoitteena on luoda helppo ja nopea väline uusien opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdyttämiseen. Perehdytyskansioista on myös tilaajalle hyötyä. He saavat kansioonsa opiskelijan näkökulmasta katsottuna toivottua materiaalia.

3 PEREHDYTYK

Seuraavassa kerrotaan perehdyttämisen hyödyistä ja tavoitteista. Onnistuneesta perehdyttämisestä on hyötyä koko organisaatiolle ja yksikölle, se vaikuttaa myös työssä viihtymiseen ja työntekijöiden vaihtuvuuteen (Kjelin & Kuusisto 2003, 46).

3.1 Perehdyttäminen

Perehdyttäminen on prosessi (Lainio 2008) ja sillä tarkoitetaan työhön opastusta ja sitä että opiskelija/työntekijä saa tarvittavan ohjeistuksen uuteen työtehtäväänsä, työpaikan toimintaan, tapoihin sekä työvälineisiin ja työturvallisuuteen (Työterveyslaitos 2010). Sen tärkeimpiä tehtäviä on saada tulokas työyhteisön jäseneksi ja opastaa hänelle ammattirooli (Kjelin & Kuusisto 2003, 124.) Laadukas suunnittelu ja huolellinen valmistelu takaavat hyvän perehdyttämisen. Perehdytystä tarvitaan koko työuran aikana, sillä muuttuvat sekä uudet työtehtävät vaativat koulutusta ja valmennusta jatkossakin (Kupias & Peltola 2009, 9).

Työntekijän perehdyttämisestä on määrätty työturvallisuuslaissa (L728/2002). Laki edellyttää työnantajalta riittävän tiedon antamista työntekijälle. Työpaikan vaara- ja haittatekijöistä tulee kertoa ja on myös huolehdittava siitä, että työntekijän työkokemus ja ammatillinen osaaminen riittävät hänelle annettuun työtehtävään. Laki määrää, että työntekijä tulee perehdyttää työpaikan tehtäviin ja työolosuhteisiin sekä työ- ja tuotantomenetelmiin. Välineet joita työskennellessä käytetään ja niiden oikeaoppinen käyttäminen tulee perehdyttää huolellisesti. Muuttuvan tai uuden työtehtävän aloittamisesta tulee antaa uusi perehdytys työntekijälle sekä aina tarvittaessa. (L728/2002.)

3.2 Perehdyttämisen hyödyt

Laaja perehdyttäminen on tullut yhä tärkeämmäksi työtehtävien, -tapojen ja organisaatioiden monimutkistuessa, joten pelkkä opastaminen työtehtäviin ei enää riitä. On organisaation etu, että perehdyttämiseen panostetaan ja siihen käytetään

aikaa. Oikeanlaisella perehdyttämällä saavutetaan muun muassa työn hallinnan edistämistä, nopeampaa sopeutumista työyhteisöön ja työtehtäviin, tuloksellisuutta sekä työntekijän sitoutumista ja työturvallisuutta. (Kupias & Peltola 2009, 13-17.)

Perehdytys on luonteva tapa toimia ja saada tulokas oppimaan tarvittava tieto nopeasti ja kivuttomasti. Perehdyttäminen tukee uuden tulokkaan oppimista hänelle sopivalla vauhdilla. Perehdyttäminen on myös viesti siitä, mitä yritys pyrkii tuomaan esille omassa toiminnassaan, mitä se arvostaa ja minkä kokee tärkeäksi. (Kjelin & Kuusisto 2003, 163-181.)

3.3 Perehdytys kotisairaanhoidossa

Jokainen muistaa ensimmäisen työpäivänsä ja sen miten se sujui. Perehdyttämisessäkin ensivaikutelma on tärkeä ja siksi on muistettava luoda uudelle työntekijälle positiivinen ja lämmin ilmapiiri. Kokemuksen muistaa loppuikänsä, siirtyessään uusiin työpaikkoihin ja työtehtäviin. Ikävän ja välinpitämättömän vastaanoton muistaa myös varmasti ja sellaisista puhutaan paljon. Tällainen puhe on huoonoa mainosta monelle organisaatiolle ja siksi hyvään perehdyttämiseen tulisi kiinnittää huomiota. (Kjelin & Kuusisto 2003, 161.)

Ensimmäinen työpäivä uudessa paikassa on jännittävä ja tuo erilaisia odotuksia työntekijän mieleen. Vaikutelma työpaikasta ensimmäisten työpäivien osalta on tärkeä, se monesti saa ihmisen miettimään oliko valinta oikea vai väärä. Esimiehen suhtautuminen työntekijään on ensisijaisen tärkeää. Perehdytyksen osalta uusi työntekijä ei välttämättä odota mitään erikoista. Erikoisuuksista saattaakin olla haittaa ja siksi hyvin yksinkertainen perehdytys on parhain mahdollinen tapa tutustuttaa työntekijä työyhteisöön. Perehdytyksessä työntekijä usein haluaa tietää roolin, organisaation tavoitteet ja toimintatavat, työvälineet ja organisaatiossa toimivat ihmiset. (Kjelin & Kuusisto 2003, 162.)

Perehdyttäjänä toimii useimmiten työtoveri, mutta vastuu perehdyttämisestä kuuluu aina esimiehelle (Työterveyslaitos 2010). Erilaisia tapoja perehdyttää on monenlaisia ja tapa perehdyttää riippuu työpaikan tarpeista sekä toimintatavoista. Sairaanhoidajan perehdyttämiseen hoitoalalla käytetään eniten vierihoidoperehdyttämistä, missä työntekijä oppii asioita katsomalla ja seuraamalla kokeneemman työntekijän tekemistä ja toimintaa. Tällä tavoin uusi työntekijä pystytään huomiomaan yksilönä ja näin ollen perehdytys tapahtuu myös yksilöllisesti. Vierihoidoperehdytyksellä voidaan tuottaa joko erittäin huonoa tai erittäin hyvää jälkeä. Perehdyttäjäksi parhaiten sopii esimies tai joku muu tehtävään sopiva henkilö, sillä hyvällä ohjaajalla on tärkeä rooli onnistuneessa perehdyttämisessä. Hyvä perehdyttäjä on perehtynyt asiaansa ja osaa ohjata oikeanlaisella tavalla. (Kupias & Peltola 2009, 36-37.) Hän luo uudelle tulokkaalle positiivista ja kannustavaa ilmapiiriä. Onnistunut ja hyvä perehdytys saa uuden työntekijän tuntemaan olonsa terveltulleeksi, laukaisee tilanteen aiheuttamaa jännitystä, vähentää väärinkäsityksiä ja virheitä sekä antaa hänelle parhaat mahdolliset valmiudet toimia työtehtävässään omatoimisesti. (Kjelin & Kuusisto 2003, 46.)

Kupias ja Peltolan mukaan ”paras tapa oppia on opettaa itse muita.” Hyvä perehdyttäjä on useimmiten kokenut työntekijä ja monesti organisaatiossa on valmiiksi valittuna henkilöt perehdyttäjäksi. Paras hyöty saadaan kuitenkin kun koko organisaation henkilökunta osallistuu perehdytykseen. Tällöin työ jakaantuu tasaisesti ja perehdytyksestä tulee monipuolinen ja laaja. Liian samoihin tapoihin kangistuneet toimintatavat omaava ohjaaja on huono valinta, koska hän ei enää välttämättä muista minkälaista on olla uutena työntekijänä organisaatiossa. Parhaimmillaan perehdyttäminen on jos se voidaan jaksottaa. Tällä tarkoitetaan sitä, että tilanteiden muuttuessa tulokasta opastetaan ja tuetaan. Hyvän perehdyttäjän ominaisuuksiin kuuluu mielenkiinto opastaa ja auttaa toista ihmistä uudessa työpaikassa. (Kjelin & Kuusisto 2003, 193.)

4 KOTISAIRAANHOITO

Terveydenhuolto lain mukaan kunnan on järjestettävä oman alueensa asukkaille kotisairaanhoidon palveluja. Kotisairaanhoido voi olla joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon järjestämää, tai näiden yhdessä järjestämää toimintaa. (L1326/2010.) Kotisairaanhoidon tarkoitus on viedä sairaanhoito asiakkaan kotiin ja näin auttaa hänen selviytymistään kotona, omaisten tukea unohtamatta. Hoito voi olla joko tehostettua tai määräaikaista kotisairaanhoidoa. Kotisairaanhoidon toimenkuvaan kuuluvat esimerkiksi erilaiset toimenpiteet kuten lääkityksen tarkkailu, asiakkaan voinnin seuraaminen, erilaisten näytteiden ottaminen ja kivun seuranta ja lievittäminen. Laki säätelee kotisairaanhoidoa sekä sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii yleisestä suunnittelusta, valvonnasta ja ohjauksesta kotisairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.)

Kotisairaanhoidossa yhdistyy laaja osaaminen ja vastuun kantaminen. Se pitää sisällään niin sisätautien-, kirurgian ja muiden alojen osaamista, sekä myös lääkeshoidon osuus kotisairaanhoidossa on merkittävä. Kotisairaanhoidossa työskentelee pääasiassa sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Kotisairaanhoidossa korostuu myös terveyden edistäminen ja toimintakyvyn lisääminen, terveysongelmien ja sairauksien vähentäminen sekä terveyserojen kaventaminen. Asiakkaan terveydentilaa voidaan arvioida ravitsemuksen, päihteiden käytön, liikunnan, syrjäytymisen, tapaturmien esiintyvyyden, ympäristön terveellisyyden sekä turvallisuuden pohjalta. (Perttilä 2006.) Kotisairaanhoidaja toimii myös yhteistyössä muun muassa lääkäreiden, fysioterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden kanssa, mikä osaltaan parantaa asiakkaiden kotona pärjäämistä (Hammar 2008).

Perimmäinen kotihoidon tavoite on tukea ikäihmisten kotona asumista mahdollisimman pitkään sekä parantaa asiakkaan elämänlaatua. Nykypäivänä pyritään hoitamaan vanhukset kotona niin pitkään kuin mahdollista ja näin vähentämään lai-

toshoidon tarvetta. Pitkään kotona asuminen on myös iäkkäiden oma toive. Kotihoidon sisältö ja palvelut vaihtelevat henkilön palveluiden ja avun tarpeen mukaan. (Hammar 2008.) Palvelut voivat olla ennalta ehkäisevästä ja kuntouttavasta hoidosta saattohoitoon saakka (Eloranta 2009). Kotihoito tarjoaa muun muassa sairaanhoidollisia tehtäviä, perushoitoa ja huolenpitoa, erilaisia tukipalveluita kuten ateria ja kuljetuspalvelut, kodinhoitoapu sekä omaishoidon apua. Kotihoito järjestää myös asiakkaille kodin muutostyöt ja apuvälineiden hankinnan (Hammar 2008.) Kotisairaanhoidon palveluihin sisältyy myös hoitosuunnitelman mukaiset lääkkeet ja hoitotarvikkeet (L1326/2010).

Kunnan on huolehdittava ja järjestettävä kotisairaanhoito alueensa asukkaille. Kotihoitoa ja kotisairaanhoitoa saavat hyvin monenlaiset ihmiset, muun muassa ikäihmiset, vammaiset ja mielenterveysongelmaiset, mutta myös lapsiperheet voivat saada kotihoitoa erilaisissa kriisitilanteissa ja sairastapauksissa. Näin ollen asiakkaiden ikäjakauma on suuri ja asiakkaat hyvin erilaisia. (Hammar 2008.)

5 KIRJAAMINEN JA VAITIOLOVELVOLLISUUS

Seuraavassa on kerrottu hoitotyöhön liittyvästä huolellisesta kirjaamisesta ja sen hyödyistä. Vaitiolovelvollisuus on myös huomioituna ja alempana kerrotaan kuka tai ketkä ovat vaitiolovelvollisia sekä missä tilanteissa.

5.1 Kirjaaminen

Huolellinen hoitotoimenpiteiden kirjaaminen on tärkeää, jotta pystytään tarkkailemaan asiakkaan vointia ja takaamaan hoidon jatkuvuus sekä turvallisuus. Kirjauksessa keskitytään hoidon kannalta oleellisiin asioihin, mutta kiinnitetään myös huomiota asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Kirjaamisessa on hyvä ilmetä hoidon ja hoitotyön suunnitelma, hoitotyön toiminnot ja valitut toimenpiteet sekä näiden vaikutukset asiakkaaseen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Asiakkaan kotona on hyvä kirjata esimerkiksi mittaustulokset asiakkaalle itselle muistiin ja jättää merkintä, että on käynyt paikalla. On myös kohteliasta kertoa seuraavan käynnin ajankohta ja vaikkapa laittaa sekin muistiin asiakkaalle. Kaikki se minkä jättää kirjaamatta asiakirjoihin, on myös jäänyt tekemättä. Siksi on tärkeää kirjata ylös mitä on asiakkaan luona tehnyt. Haavanhoidosta on hyvä kirjoittaa muistiin mitä tuotteita on käyttänyt ja miltä haava näytti. Lääkehoitoa toteuttaessa esimerkiksi injektiota annettaessa tulee kirjata muistiin mitä lääkettä antoi ja mihin paikkaan. (Turvallinen lääkehoito 2006, 46-47.)

5.2 Vaitiolovelvollisuus

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden salassapitovelvollisuudesta. ”Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvalla ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon.” Salassapitovelvollisuus säilyy aina myös jos ammatinharjoittaminen päättyy tai henkilö ei ole siinä asemassa, jossa hän on saanut luottamuksellista tietoa. Sisällöllisesti vaitiolovelvollisuus on laaja ja se koskee myös harjoittelijoita. (L559/1994.)

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta määrittelee vaitiolovelvollisiksi viranomaisen palveluksessa työ- tai virkasuhteessa olevat henkilöt ja luottamustehtäviään hoitavat henkilöt (L559/1994).

Kaikki jotka ovat viranomaisen palveluksessa virka- tai työsuhteessa tai hoitavat luottamustehtäväänsä ovat vaitiolovelvollisia. Tällaisessa tehtävässä toimiva ei saa paljastaa asiakirjan salassa pidettävää sisältöä tai tietoa jonka hän on itse nähnyt tai kuullut työtehtävissään. Salassapitovelvollisuus velvoittaa luottamustehtäviään hoitavat ihmisen olemaan paljastamatta tietoa suullisesti tai passiivisesti, tällä tarkoitetaan esimerkiksi salassa pidettävien asiakirjojen jättämistä ulkopuolisen saataville. Salassapitovelvollisuus säilyy myös työsuhteen tai tehtävän päätymisen jälkeen. (Valvira 2013.)

6 HAAVANHOITO

Haavan voi aiheuttaa joko ulkoinen tekijä tai sisäinen sairaus. Se voi ulottua ihon alaiseen rasvaan, luuhun, lihakseen, hermo- ja verisuonirakenteisiin sekä eri sisäelimiin riippuen haavan sijainnista ja syvyydestä. Ellei haava parane tai sen lisäksi kehittyä esimerkiksi infektioksi, voi pienen ja vähäpätöisenkin näköinen haava muuttua kalliiksi ja isoksi ongelmaksi. Erityisesti krooniset haavat ovat vaikeasti hoidettavia ja pitkäkestoisia. Suurimmat syyt haavakomplikaatioiden lisääntymiseen nykypäivänä ovat diabeteksen ja ylipainon lisääntyminen sekä yhä vanhemmalle väestölle tehtävät kirurgiset toimenpiteet. Laskimoperäiset säärihaavat, painehaavat sekä diabeetikoiden jalkahaavat ovat määriltään merkittävimmät haavat. On arvioitu, että joka neljäs diabeetikko saa jossain vaiheessa elämäänsä jalkahaavan, joista noin 25 % päättyy amputaatioon. Haavat voivat siis olla ongelmallisia joko laajan kudoksen vaurion ja toimintahaitan vuoksi, tai koska niiden paraneminen on pitkittynyt ja hoito on siksi hankalaa. (Juutilainen 2012, 12.)

Haavan paranemisen eteneminen riippuu sekä haavassa vallitsevista olosuhteista, että sitä ympäröivien kudosten olosuhteista. Haavan paranemisvaiheet voidaan jakaa kolmeen osaan jotka tapahtuvat osittain päällekkäin. Vaiheet ovat tulehdusreaktio-, korjaus- sekä kypsymisvaihe. Haava katsotaan parantuneeksi kun sen pinta on peittynyt epiteelisoluilla, mutta arven lopulliseen kypsymiseen voi mennä parikin vuotta. Haavanparantumisaikaan vaikuttavat sen koko, paikka, syvyys, potilaan ikä, kudoksen kunto sekä potilaan terveys. Parantumisaika voi kestää muutamasta päivästä kuukausiin, mutta monet haavat eivät kasva kiinni koskaan ilman erityisiä hoitotoimenpiteitä. Haavan paranemista häiritsevät tekijät voidaan jakaa potilaaseen liittyviin tekijöihin sekä haavaan liittyviin tekijöihin, mutta myös psykososiaaliset tekijät vaikuttavat haavan paranemiseen. Tärkeimpiä potilaaseen liittyviä eli systeemisiä tekijöitä ovat esimerkiksi potilaan sairaudet ja niihin liittyvät hoidot sekä ravinto, ikä ja elämäntavat. Paikallisia eli haavaan liittyviä tekijöitä ovat muun muassa haavaan ja sen ympäröiviin kudoksiin kohdistuvat

mekaaniset voimat, lämpötila, kosteusolot, kemialliset ärsykkeet sekä erityisesti haavan seudun verenkierto eli hapen ja ravinteiden saanti (Lagus 2012, 29-39.)

Haavoja voidaan hoitaa joko konservatiivisin keinoin tai kirurgisella sululla. Valintaan vaikuttavat muun muassa haavan koko ja tyyppi, syvyys ja sijainti sekä paranemiseen vaikuttavat yleiset ja paikalliset tekijät. Konservatiivisin keinoin hoidettavia kroonisia haavoja ovat esimerkiksi läpimitaltaan pienet, yleensä alle 5 cm kokoiset haavat, joiden arvellaan paranevan kiinni muutamien viikkojen tai parin kuukauden sisällä. Jos haavan paraneminen kuitenkin venyy suunnitellusta aikataulusta, tulee harkita jotain muuta hoitovaihtoehtoa. Ylläpitävää konservatiivista hoitoa vaativia haavoja ovat sellaiset haavat, joiden kirurginen hoito ei ole mahdollinen, eikä konservatiivinen hoito pysty niitä parantamaan. Tällaisia haavoja ovat esimerkiksi syöpään liittyvät haavat sekä painehaava sellaisella potilaalla joka ei ole leikkaukseen soveltuva. Ylläpitävän konservatiivisen haavanhoidon tavoitteita ovat haavan pahanemisen estäminen, potilaan elämänlaadun turvaaminen sekä haavan aiheuttamien haittojen minimointi, eli muun muassa kivun, hajun ja eritteiden pitäminen hallinnassa. Kirurgista sulkua harkitaan sellaisissa kroonisissa haavoissa, joiden läpimitta on yli 5-10 cm tai se on ollut jo pitkään auki konservatiivisesta hoidosta huolimatta. Kirurgista hoitoa tarvitaan yleensä myös jos haavapohjalta näkyy jänne, luu, keinoimplantoitu materiaali tai hermo-verisuoni rakenteita. Jos haavanhoidossa päädytään kirurgiseen sulkun, parhaimmat sulku-leikkauksen edellytykset ovat kun haavapohja on puhdas ja granuloiva. (Juutilainen 2012, 77-78.)

Haavan hoitoon käytettävien tuotteiden valintaan vaikuttavat useat tekijät, joista tärkeimmät ovat haavan koko, sijainti ja luonne, haavan ympäristän kunto sekä tuotteen hinta ja potilaasta lähtevät tekijät kuten perussairaudet ja yleinen terveydentila (Hietanen 2012, 136). Haavanhoidon suunnittelussa on myös otettava huomioon haavan taustatekijät eli haavadiagnoosi, sen paranemisvaihe ja haavassa olevan kudoksen tyyppi sekä käytettävissä olevat resurssit, kuten käytettävissä olevat menetelmät, tarvikkeet sekä hoitopaikka (Hietanen 2012, 183). Väärin va-

littu haavanhoitotuote saattaa hidastaa haavan paranemista ja aiheuttaa turhia kustannuksia. Lisäksi on tärkeää että potilas on sitoutunut hoitoonsa, niinpä hänelle tulee kertoa kauanko haavan paraneminen arvioiden mukaan kestää, mistä haavanhoitotuotteita saa ja paljonko ne ja hoito maksavat. Haavanhoitotuotteiden vaikuttavuudesta on vain vähän tutkimusnäyttöä. (Hietanen 2012, 136-137.) Hyvään haavanhoitoon kuuluu myös se, että potilaan kanssa mietitään miten hän voisi edesauttaa haavan paranemista esimerkiksi hygienia, liikunta, ravitsemus, tupakointi ja mahdollisen diabeteksen hoitotasapaino. Lisäksi haavanhoidon tulisi olla mahdollisimman kivutonta ja vaikuttavaa. Siihen ei myöskään saisi liittyä merkittäviä komplikaatioriskejä ja hoidon tulisi olla myös kustannustehokasta. (Hietanen 2012, 183-184.)

6.1 Laskimoperäinen säärihaava

Useimmiten kroonisen säärihaavan taustalta löytyy verisuoniperäiset syyt, ja niistä yleisimmin laskimoperäinen joko yhdessä valtimovian kanssa tai yksin. Yleisin kroonisen säärihaavan aiheuttaja onkin pintalaskimoiden vajaatoiminnasta johtuva. Tästä syystä säärihaavojen hoidossa olisi tärkeää konsultoida verisuonikirurgia. Säärihaavojen hoito kuluttaa erittäin paljon muun muassa kotisairaanhoidon resursseja, ja hoito kestää keskimäärin vuosia, joskus jopa vuosikymmeniä. (Vikatmaa 2012, 266.)

Laskimoperäisen säärihaavan tunnistaa yleensä pigmentoituneesta, kovettuneesta ja paksuuntuneesta ihosta ja ihonalaiskudoksesta, lisäksi raaja on turvonnut. Se sijaitsee yleensä säären alakolmanneksen alueella, sillä siellä laskimopaine on korkein. Lisäksi haava ei yleensä ole kovin syvä, vaan melko pinnallinen, eikä siihen yleensä liity nekroosia (Vikatmaa 2012, 266.)

Kohonnut laskimopaine on siis alaraajan kroonisen laskimosairauden taustalla. Kohonneen laskimopaineen aiheuttaa yleensä pinnallisten, syvien tai yhdyslaskimoiden takaisin virtaus, tai niissä oleva tukos tai ahtauma. Kohonnut laskimopaine aiheuttaa tulehduksellisen reaktion joka edelleen lisää kudosturvotusta raajassa,

ja heikentää solujen hapensaantia. Lopulta ihoon tulee haava joko itsestään tai esimerkiksi pienestäkin kolhaisusta. Kun raajan verenkierto ja sitä myöten hapensaanti on heikentynyt, haava ei yleensä paranekaan vaan voi lähteä jopa suurentumaan. Tästä syystä kohonneeseen laskimopaineeseen ja turvotukseen tulisi puuttua ajoissa. (Vikatmaa 2012, 269.)

Hoidon tarkoituksena on saada haavaeritys hallintaan, ehkäistä ja poistaa turvotusta sekä estää haavan infektoituminen. Kun turvotus saadaan hallintaan, se auttaa myös kudosten verenkiertoa jolloin myös haavan erityis vähenee. (Pukki 2012, 285.) Hoidon tavoitteena on haavan umpeutuminen ja sen uusiutumisen ehkäisy. Laskimoperäisen säärihaavan hoidoilla pyritään pysäyttämään haavaa ylläpitävä prosessi eli yritetään vaikuttaa etiologiseen syyhyn. Konservatiiviseen hoitoon kuuluu kompressiohoito joko lääkinnällisten hoitosukkien avulla tai tukisidoksella. Tämä vähentävää turvotusta, laskimoiden vajaatoimintaa ja niiden kokoa sekä parantaa lihaspumpun toimintaa. (Vikatmaa 2012, 274-276.) Laskimoperäisen säärihaavan paikallishoitoon kuuluu pesu ja mekaaninen puhdistus fibriinikatteesta. Kompressiohoidosta johtuen puhdistus tulee tehdä mekaanisesti eikä esimerkiksi sidosten avulla. Haavanympärysihon suojaaminen ja hoito ovat myös tärkeää, mikäli ympäröivä iho ei ole rikki tai maseroitunut (ihon kosteusvaurio, hautumisesta ja kosteudesta johtuen), voidesukilla on saatu hyviä hoitotuloksia tällaisten haavojen hoidossa. (Pukki 2012, 289.)

Kirurgisella hoidolla voidaan poistaa viallisia pintalaskimoita, sitoa yhdyslaskimoita tai korjata syvien laskimoiden läppiä. Pintalaskimoiden poisto vähentää haavan uusiutumisen mahdollisuutta ja on yleisin hoitomuoto. Tämä on vanha hoitomuoto jota ollaan korvaamassa mini-invasiivisilla hoitomuodoilla, eli esimerkiksi pintasuonten tukkimisella laserin avulla, vaahtokovetushoidoilla tai liimaamalla. Nämä hoitomuodot ovat toteutettavissa ilman ihon viiltämistä, neulan pistojen avulla. Tutkimusten mukaan erityisesti laserhoito on ainakin yhtä tehokasta kuin pintalaskimoiden poisto. Jos konservatiivisesta hoidosta huolimatta haavan paraneminen ei edisty, tulee haavan ekskisiota (haavan kirurginen poisto)

ja ihosiirrettä harkita. Laskimohaavan ihosiirreleikkauksen aiheita ovat muun muassa jos haavan paraneminen ei konservatiivisesta hoidosta huolimatta ole edennyt 1-2 kuukaudessa, haava on ollut auki yli puoli vuotta ja on yli 5 cm kokoinen tai on lähtökohtaisesti iso esimerkiksi kämmenen kokoinen. (Vikatmaa 2012, 274-276.)

6.2 Painehaava

Painehaavalla tarkoitetaan paineen tai paineen ja venytyksen aiheuttamaa paikallista ihon tai ihonalaiskudoksen vauriota. Yleensä se ilmaantuu kehon luisen ulokkeen kohdalle, kuten kantapäihin, pakaroihin, lonkkiin, ristiselkään tai korvanlehtiin. Painehaavasta on aiemmin käytetty nimeä makuuhaava. Kaikista kroonisista haavoista painehaavojen osuus on suuri, ja ne aiheuttavat inhimillisen kärsimyksen ohella huomattavia kustannuksia sekä ovat pitkäkestoisia ja työläitä hoitaa. Useimmiten painehaava syntyy jonkun muun sairauden tai sen hoidon komplikaationa. (Hietanen & Juutilainen 2012, 300.)

Painehaavojen ilmaantuvuus erityisesti lonkkamurtuma-, selkäydinvamma- ja teho-osastohoitoa vaativilla potilailla voi vaihdella jopa 20–50 prosentin välillä. Eli erityisen alttiita painehaavoille ovat potilaat jotka jäävät vuodepotilaiksi akuutin sairauden tai vamman takia. Yleisimmin makuuhaavoja esiintyy lantion alueella, noin puolet, ja noin kolmannes alaraajoissa, kasvoissa ja yläraajoissa esiintyvät painehaavat ovat harvinaisempia. Kudoksen pitkittynyt hapenpuute on kudოსvaurion synnyssä ratkaisevassa asemassa, sen kriittinen aikaraja voi vaihdella puolesta tunnista neljään tuntiin. Myös ihon kosteudella on osansa painehaavan synnyssä. Ihon pitkäaikainen kosteus johtaa sen vettymiseen joka taas heikentää ihon pintarakennetta jonka tehtävänä on suojata ihoa. Tämä altistaa infektioille sekä haavaumille ja lisää myös ihon kitkaa, joka on yksi painehaavoja aiheuttava tekijä. Potilaaseen liittyviä altistavia tekijöitä ovat liikkumattomuuden lisäksi ruumiinlämmön lasku, ravitsemushäiriö, vanhuus sekä huonot paikalliset kudოსolot. (Juutilainen 2012, 301-304.)

Painehaavojen hoidossa hyvänä apuna on painehaavojen luokitusasteikko. Painehaavojen NPUAP-EPUAP -syvyysluokituksen mukaan (Yhdysvaltain kansallisen painehaava-asiantuntijaneuvosto ja Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto) painehaavat voidaan luokitella neljään eri asteeseen, jonka lisäksi on vielä kaksi lisäluokkaa epäselville ihovaurioille. 1. aste on ”Ihon vaalenematon punoitus” eli ehjä iho punoittaa luisen ulokkeen kohdalta, ja on merkki tai uhka painehaavan synnystä. 2. aste ”Ihon pinnallinen vaurio” jolloin ihossa on pinnallinen haava, jonka pohja on vaaleanpunainen tai punainen ja siinä ei ole katetta. Tai vaurio ilmenee rakkulana jonka sisällä on verensekaista kudostettä, mikäli rakko ei ole rikkoutunut. Ihon syvien kudosten vauriosta saattaa olla merkinä mustelma. 3. aste eli ”Koko ihon läpäisevä vaurio” on kyseessä jos haavasta näkyy ihonalainen rasva, lihaskalvo on kuitenkin tällöin ehjä. Syvyys vaihtelee haavan sijainnin mukaan, ja siinä saattaa olla onkaloita tai haavataskuja. 4. aste ”Ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio” jossa lihas, jänne, luu tai nivel on joko näkyvissä tai tunnisteltavissa. Haavassa on katetta tai nekroosia, ja siinä on usein onkaloita tai haavataskuja. Syvyys vaihtelee sijainnin mukaan. Kaksi lisäluokkaa ovat ”Luokittelematon painehaava” sekä ”Epäily syvien kudosten vaurioitumisesta”. Ensiksi mainitussa on vaurioitunut koko iho tai kudokseksi, mutta syvyyttä ei tiedetä. Syvyyttä ei voida arvioida ennen haavan puhdistusta, koska koko haavaa peittää kate tai nekroosi. Tällöin kyseessä on joko 3. tai 4. asteen haava. Viimeiseen luokkaan kuuluu ehjällä iholla oleva paikallinen ihomuutos joka on sinertävä tai punaruskea tai se voi ilmetä veren täyttämänä rakkulana. (Hietanen 2012, 308-311.)

Syvyysluokkien 1.-3. haavat paranevat yleensä 1-3 kuukaudessa konservatiivisen hoidon keinoin. Kun taas 3.-4. asteen haavat ovat pitkäaikaisempia, eivätkä välttämättä parane koskaan hyvästä konservatiivisesta hoidosta huolimatta. Yli 60 prosenttia 4. asteen haavoista on puolen vuoden hoidon jälkeen edelleen parantumatta. Ensisijaista painehaavanhoidossa on haavaa aiheuttavan tekijän poistaminen, eli paineen poistaminen haavansseudulta esimerkiksi asentohoidoin ja erikoispatjoilla. Myös muut taustatekijät tulee korjata, kuten jo mainitut ravitsemus,

muut perussairaudet ja potilaan yleiskunnon kohottaminen sekä haava-alueen verenkierto-olot. Haavanhoidossa tulee arvioida voiko haava parantua konservatiivisin keinoin lopullisesti. Alkuvaiheen hoito on yleensä aina konservatiivista, mutta jos vaurioituneelle alueelle kehittyy selvä kudoksetekroosi, tarvitaan kirurgista revisiota (kirurginen puhdistus). (Hietanen 2012, 327.)

1. asteen painehaavauma-aluetta ei saa hieroa, koska se saattaa jopa pahentaa kudovauriota. Ihoa tulee tarkkailla päivittäin ja rasvata taputtelemalla. Alue voidaan suojata hankautumiselta ja kosteudelta esimerkiksi haavakalvolla tai hydrokolloidilevyllä. Iho saattaa palautua normaaliksi muutaman päivän kuluessa oikealla hoidolla. Syvemmissä kudoksissa saattaa kuitenkin olla palautumaton kudovaurio, mikäli punoittavan alueen alla oleva kudos tuntuu kovettuneelta tai kiinteältä.

2. asteen haavaa hoidetaan suihkuttelemalla sitä varovasti, peittomateriaaliksi valitaan kosteutta ylläpitävä ja tarttumaton sidos, esimerkiksi painehaavoille tarkoitettu hydrokolloidi- ja vaahtolevyt. Hoitoväli voi olla useita vuorokausia. Haavan ympäryks tulee suojata kosteudelta. (Hietanen 2012, 328.)

3. ja 4. asteen painehaavan hoidossa pyritään poistamaan turvotuksen syytä, kuten nekroosi, infektio tai kudosturvotus. Haava erittää runsaasti joten sille tulee valita sellainen sidos joka pitää kosteuden vain haava-alueella paineenkin alla. Sidokset tulee vaihtaa aina kun ne ovat kastuneet läpi. Haavan mahdolliset onkalot täytyy myös ottaa huomioon haavanhoidossa. Onkalohaavanhoidossa tärkeää on, että haava lähtee paranemaan sen pohjalta käsin, eikä sulkeudu pinnalta. Onkalo tulee siis puhdistaa kuolleesta kudoksesta ja liiallisesta eritteestä. Myös mahdolliset haavataskut tulee puhdistaa. Haava puhdistetaan mekaanisesti ja onkalo ja haavataskut huuhdellaan huoneenlämpöisellä nesteellä, esimerkiksi fysiologisella keittosuolalla, kunnes huuhteluneste on kirkasta. Potilaan asentoa kannattaa vaihtaa niin, että onkalossa oleva neste pääsee valumaan pois. Haava kuivataan onkaloa myöten, ja varmistetaan, että kaikki neste ja irronnut kudos sekä mahdollinen verenvuoto on saatu pois. Onkaloon valitaan sidos sen mukaan kuinka paljon haava erittää ja minkä kokoinen se on. Sidokset laitetaan onkalon pohjalle asti, kuitenkin

liian tiukkaan laittamista varoen. Täytyy muistaa, että useat sidokset laajenevat kosteudesta runsaastikin. Sidoksen täytyy myös olla sellainen jonka saa ehjänä ulos, ja nauhan pää jätetään onkalon ulkopuolelle. Sidosten lukumäärä ja pituus on hyvä kirjata ylös. (Hietanen 2012, 204-207.) Haavanpohjalla mahdollisesti näkyvä jänne tai luu tulee pitää kosteana. Myös esimerkiksi alipaineimuhoidon tarve tulee arvioida runsaasti erittävien haavojen yhteydessä. Haavan ympäristö tulee suojata kosteudelta. 3. ja 4. asteen haavat tarvitsevat usein kirurgista hoitoa parantuaakseen., etenkin jos haava ei edisty noin kolmen viikon kuluessa. (Hietanen 2012, 328-330.)

6.3 Diabeetikon jalkahaava

Diabeetikon jalkahaavan taustalta löytyy yleensä neuropatia eli ääreishermoston sairaus, tai jalan heikentynyt verenkierto johon liittyy useimmiten infektio. Haava tai kudosaaurio sijaitsee useimmiten jalkaterän, nilkan tai varpaiden alueella. Tutkimusten mukaan diabeetikoista 15–25 % saa jossain elämänsä vaiheessa jalkahaavan. Niistä noin 5-8 % johtaa vuoden kuluessa haavan ilmaantumisesta nilkan yläpuoliseen amputaatioon. Diabeetikon jalkahaavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat neuropatian ja infektion lisäksi valtimotauti ja potilaan sitoutumattomuus hoitoonsa. Jalkahaavan uusiutumisen riski on todella suuri, ellei sen ehkäisyyn panosteta asianmukaisesti. Jatkuvasti korkeat verensokeriarvot lyhyellä aikavälillä heikentävät immuunipuolustusmekanismeja ja siten altistavat jalkainfektioille. Jalan heikentynyt tuntoaisti yhdistettynä sopimattomiin jalkineisiin johtaa nopeasti jalan kovettumiin tai hiertymiin erityisesti jalan luisten ulkonemien kohdalle. (Sane 2012, 338-339.)

Diabeetikon jalkahaavan ehkäisyn tärkeimmät kohdat ovat sopivien jalkineiden käyttö sekä potilaan jalkojen omahoitoon sitoutuminen. Sopivat jalkineet ovat sellaiset jotka sopivat käyttötarkoitukseensa, ovat riittävän tilavat ja tukevapohjaiset. Uusien kenkien käyttö kannattaa aloittaa vähitellen, eikä niillä siis kannata lähteä heti pitkälle kävelylenkille. Myös sukkiin tulee olla kunnolliset, etteivät ne hierrä jalassa. Jalkojen omahoitoon taas kuuluu säännöllinen jalkojen seuranta esimer-

kiksi hiertymien tai rakkojen varalta, kynsien sopiva pituus, jalkojen säännöllinen rasvaus sekä jalkavoimistelu. Seuranta on sitä tärkeämpi mitä heikompi jalkojen suojatunto on. Känisien ja kovettumien hoito tulisi myös jättää asiantuntijan tehtäväksi, eikä niitä tule hoitaa itse terävillä välineillä. (Sane 2012, 344-345.)

Diabeetikon jalkahaavan hoitoon kuuluu haavaan kohdistuvan kuormituksen poistaminen, jalkahaavan verenkierron parantaminen sekä haavan puhdistaminen joko mekaanisesti tai paikallishoitotuottein. Haavan paranemisen kannalta on erityisen oleellista muistaa kaksi ensin mainittua. Haavaan kohdistuvaa kuormitusta voidaan keventää esimerkiksi kyynärsauvoilla, erityisillä hoitokengillä, kevennyspohjallisilla tai kevennyskipsillä. Kevennyshoidoilla on saatu hyviä tuloksia erityisesti neuropaattisten päkiän alueen haavojen hoidossa. Jalkahaavan paikallishoito voidaan jakaa haavaa puhdistavaan hoitoon sekä haavan epitelisoitumista edistävään hoitoon. Haava tulee puhdistaa kuolleesta ja kovettuneesta kudoksesta mekaanisesti tai entsyymaattisilla paikallishoitotuotteilla, jolloin täytyy muistaa että niitä käytetään vain rajallisen ajan koska ne saattavat ärsyttää haavaa. Uusi haavaa puhdistava hoitomuoto on toukkahoito, jota myös voidaan siis käyttää. Haavan reunojen maseroitumista tulee välttää, kuitenkin niin, että itse haavassa pysyy kosteus. Hautovia haavanhoitotuotteita tulee erityisesti välttää. Myös alipaineimuhoidoa voidaan käyttää, mikäli haava on suuri ja runsaasti erittävä. (Sane 2012, 346-347.)

7 VERENSOKERIN MITTAUS

Diabeteksella tarkoitetaan pitkäaikaisesti kohonnutta verensokeripitoisuutta ja se on yksi maamme suurimmista kansanterveysongelmia aiheuttavista sairauksista. Diabetes jaetaan kahteen eri päälajiin, jotka ovat tyyppi 1 eli nuoruustyyppin diabetes, joka puhkeaa yleisemmin ennen 15 vuoden ikää. Tyyppi 2 eli aikuistyyppin diabetes saattaa olla hyvin hankalasti havaittavissa, ja moni saattaa sairastaa sitä tietämättään. Tunnusomaisia piirteitä aikuistyyppindiabetekselle on samanaikaisesti veren rasva-arvoissa olevat häiriöt, vyötärölihavuus ja kohonnut verenpaine. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Verensokerin mittaamista suositellaan kaikille diabeetikoille. Se tuo hoitoon turvallisuuden tunnetta ja varmuutta. Hoidon suunnittelu ja arvioiminen helpottuu, kun mittaustulokset kirjaa ylös pitkältä aikaväliltä. Mittaustiheys on yksilöllinen ja se riippuu diabeteksen tyyppistä, sen hoidosta sekä hoitotilanteista. Joillekin verensokerin mittaaminen riittää kerran tai kaksi viikossa, jotkut taas saattavat mitata verensokerin useasti päivässä. Tyypin 2 mittaustiheys on pidempi, kun taas tyypin 1 diabeteksessä riittävän usein suoritettu mittaus on keskeisen tärkeää hoidon kannalta. (Terveyskirjasto 2013.)

8 LÄÄKEHOITO

Seuraavassa kappaleessa kerrotaan lääkehoidon toteutumisesta ja merkityksestä kotisairaanhoidossa. Lääkehoidon osuus kotisairaanhoidossa on merkittävä ja laaja.

8.1 Lääkehoidon toteutuminen

Lääkkeitä jakaessa tulee olla tarkkana ja tietää mitä lääkettä on jakamassa ja miksi. Kotisairaanhoitaja vastaa hoitamiensa asiakkaiden lääkehoidon kokonaisvaltaisesta hoidosta ja on vastuussa omalla toiminnallaan lääkehoidon oikeanlaisesta toteutumisesta. (Turvallinen lääkehoito 2006.) Hänen tehtäviinsä kuuluu jakaa lääkkeet dosettiin, eli lääkkeiden annostelulaatikkoon joko kotihoidon toimipisteessä tai kotona asiakkaan lääkelistan mukaisesti. Lääkehoitoa toteuttaessa on erityisen tärkeää tietää, mitä lääkettä jakaa, kuinka paljon, miksi ja mitä antoreittiä käyttäen. Lääkehoito on yksi keskeisimmistä lääketieteellisistä hoitokeinoista ja se toteutetaan pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneilla terveydenhuollon ammattilaisilla. (Turvallinen lääkehoito 2006, 46-47.)

Asiakkaan seuranta lääkehoidon toteutumisen osalta on tärkeää, jotta pystytään havaitsemaan mahdolliset sivuvaikutukset ja lääkkeiden päällekkäisyydet. Kotisairaanhoidajan tehtävä on myös selvittää ja huomioida muun muassa asiakkaan mahdolliset itsehoitolääkkeet sekä varmistaa, että lääkehoito asiakkaan kotona toteutuu asianmukaisesti. Lääkehoidon kirjaamista ja dokumentointia tulee seurata, jotta lääkehoidon jatkuvuus ja turvallisuus toteutuu. (Turvallinen lääkehoito 2006, 60-61.) Monet asiakkaista ovat huonokuntoisia ja muistamattomia, joten siksi on tärkeää opastaa ja ohjata asiakasta lääkkeiden oikeaoppiseen ottamiseen ja siihen, että lääkkeet varmasti tulee otettua oikein ja ajallaan.

8.2 Antikoagulaatiohoito

Antikoagulanteilla tarkoitetaan veren hyytymistä estäviä lääkkeitä, esimerkiksi Marevan (Nurminen 2006). Niiden on tarkoitus ehkäistä verihyytymien kehittymistä sekä jo syntyneen hyytymän liikkeellelähtö ja kasvu ja niitä käytetään myös esimerkiksi keuhkoembolian ja aivohalvausten hoidossa. Varfariini (Marevan) heikentää elimistön K-vitamiinin hyväksikäyttöä ja hidastaa näin veren hyytymistä. Tästä johtuen varfariini hoitoon liittyy suurentunut vuotoaara, ja tarkkailtavia asioita ovat muun muassa nenäverenvuoto, sisäisen verenvuodon merkit, kuten verivirtsaisuus tai musta veriuloste, leikkaushaavojen vuotoherkkyys sekä mustelmaherkkyys. (Paukama 2012 a.)

Antikoagulaatiohoidon kesto on yksilöllinen, ja riippuu hoidon syystä. Se voi kestää joko 3, 6 tai 12 kuukautta, tai se voi olla pysyvä. Potilaan hoitoon sitoutuminen, hoitohenkilökunnan tuki ja ohjaus sekä lääkkeenoton, ruokavalion ja elämäntapojen tarkistus ovat edellytyksiä antikoagulaatiohoidon onnistumiselle. (Paukama 2012 a.)

INR-testillä (International Normalized Ratio) seurataan varfariinihoidon vaikutusta. Tavoitearvot ovat joko tavanomainen 2-3 tai 2,5–3,5 jos hoidon syynä on esimerkiksi sydämen tekoläppä, keuhkoembolia tai uusiutuva laskimotromboosi. Tuosta hoidettaessa varfariinin lisäksi käytetään myös pienimolekyylisiä hepariinia (esimerkiksi Klexane, Fragmin). INR-tason seuranta on aluksi tiheämpää, kunnes hoitotaso on saavutettu ja se on vakaa. Kun hoitotaso on saavutettu, kontrollit ovat viikon välein, ja kun hoitotaso on vakaa, kontrollitiheys on 1-2 kuukautta. Tästä poiketaan, mikäli potilaan ruokavaliossa tai terveydentilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia tai hänelle aloitetaan tai lopetetaan sellainen lääke joka vaikuttaa antikoagulaatiohoitoon. INR-arvoa kontrolloidaan myös viikkoa ennen suunniteltuun kirurgiseen toimenpiteeseen tai leikkaukseen menoa. (Paukama 2012 a.)

Antikoagulaatiohoidon vasta-aiheita ovat muun muassa tuore maha-haava, ruoansulatuskanavan syöpä, raskaus tai sen suunnittelu, vuototaipumus, hallitsematon verenpainetauti, maksakirroosi, ruokatorven laskimolaajentumat, tuore massiivinen aivohalvaus ellei se ole hoidon aihe tai puutteellinen yhteistyökyky kuten alkoholismi tai dementia potilailla joiden lääkkeenottoa ei pystytä valvomaan. (Paukama 2012 a.)

Varfariinin aliannostus merkitsee tehotonta hoitoa, ja yliannostus taas lisää vuoto-vaaraa. Lääke tulee ottaa aina suunnilleen samaa vuorokauden aikaan. Eikä hänen tule käyttää omin päin muuta lääkitystä kuten luontaistuotteita tai itsehoitokivulääkkeitä tai Omega-3-rasvahappoja. Muun muassa parasetamoli, asetyylisalisyylihappo ja muut tulehduskipulääkkeet eivät pääsääntöisesti sovi yhteen antikoagulaatiohoidon kanssa. Potilaan tulee aina sairaalahoitoon hakeutuessaan mainita antikoagulaatiohoidosta. (Paukama 2012 b.)

Potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan, mikäli hänen terveydentilassaan tapahtuu lieviäkin muutoksia, kuten äkillinen mahatauti, oksentelu tai ripuli jolloin antikoagulantin tarve lisääntyy. Tai hän saa jonkin tulehdussairauden jolloin antikoagulantin tarve voi vähentyä. Tupakointi tai sen äkillinen lopettaminen vaikuttavat myös verenhiyymiskykyyn. (Paukama 2012 b.)

K-vitamiinia vähän sisältäviä kasviksia, marjoja ja hedelmiä saa syödä vapaasti varfariinihoidon yhteydessä. Tällaisia ovat värikkäät kasvikset, hedelmät ja marjat kuten tomaatti, kurkku, paprikat, mansikka, mustikka, puolukka, luumu, banaani ja omena. Runsaasti tai kohtalaisesti K-vitamiinia sisältäviä kasviksia ja hedelmiä tulee käyttää kohtuudella. Tällaisia ovat vihreät kasvikset ja hedelmät kuten pinaatti, herneet, salaatti ja kaali sekä kiiwi, viinirypäleet ja mustaherukka. (Paukama 2012 b.)

8.3 Injektion anto lihakseen

Kotisairaanhoidaja voi antaa potilaalle injektion lihakseen myös kotiloissa. Lihakseen voidaan ruiskuttaa erilaisia lääkevalmisteita, jotka ihonalaiskudoksessa saattaisivat ärsyttää ja muodostaa aristavia solu tiivistymiä, siksi on ensisijaisen tärkeää osata oikeaoppinen lihakseen pisto. Injektio pistetään tavallisimmin pakara- tai reisilihakseen. Suositeltava enimmäismäärä lääkeainetta on 5 ml pakaraan ja 2 ml hartiaan. Ruisku valitaan annettavan määrän ja neula lääkkeen koostumuksen mukaan. Lihakseen pistämisessä suositellaan ns. Z-tekniikkaa, jossa ihoa ja ihonalaiskudosta vedetään sormilla pari senttiä injektiokohdasta poispäin kunnes pistos on annettu. Tämä tekniikka vähentää ihon ärsytystä ja injektioneste ei pääse tihkumaan pois kudoksesta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 254-255.)

Ennen injektion pistämistä lihakseen muistutetaan potilasta olemaan rentona sekä kerro miksi ja mitä hänelle pistetään. Varmistetaan myös, että lääke ja annos on oikea. Huolehditään hyvästä käsihygieniasta. Desinfioidaan pistokohta huolellisesti ja annetaan kuivua. Pingotetaan ihoa lihaksen päälle ja käytetään Z-tekniikkaa. Työnnetään neula nopealla liikkeellä pystysuorasti lihakseen ja varmistetaan, ettei neula ole verisuonessa. Ruiskutetaan lääkeaine hitaasti lihakseen. Vedetään neula ulos ihoa tukien ja painetaan pistokohtaa kuivalla lapulla. Lopuksi laitetaan tarvittaessa laastari pistokohdan päälle. Tarkkaillaan potilasta jonkin aikaa pistämisen jälkeen (Iivanainen & Syväoja 2008, 254-255.)

Nykyään lihakseen pistopaikaksi suositellaan ventrogluteaalista eli vatsanpuoleista pakaralihasta. Sen etuja ovat sen helppo paikallistaminen, suurten verisuonien ja hermojen vähäisyys sekä suuri lihasmassan määrä, jonka vuoksi se sopii myös iäkkäitä ja lapsia pistettäessä. Pistoksen voi antaa potilaan ollessa vatsallaan, selällään tai kyljellään, mutta ei hänen seistessä, koska lihaksen täytyy olla rentona pistettäessä. Ventrogluteaalisen pistopaikan paikannus onnistuu helpoiten siten, että injektion antaja laittaa oman vastakkaisen (oikea lonkka ja vasen käsi, tai vasen lonkka ja oikea käsi) kätensä potilaan lonkalle. Etusormi asetetaan suoliluun etuharjalle ja keskisormi suoliluun korkeimmalle kohdalle, peukalon osoittaessa

suoraan kohti etureittä. Sormien väliin jäävä, rystysten lähellä oleva V-kirjaimen muotoinen alue on oikea injektion antokohta. Ventrogluteaalisesti injektiossa suositeltava enimmäismäärä on 5 ml aikuisilla. (Ojala & Kaukkila 2009.)

8.4 Reseptit

Suomessa on siirrytty vuodesta 2012 alkaen vaiheittain E-reseptin käyttöön. E-resepti on sähköinen lääkemääräys, jonka tiedot tallentuvat Kelan ylläpitämään Reseptikeskukseen. Reseptikeskukseen tallentuvat kaikki sähköiset reseptit ja apteekkien niihin tekemät mahdolliset merkinnät. Tämän vuoksi mikä tahansa apteekki eri puolilla Suomea voi toimittaa lääkkeitä. E-resepti on hyödyllinen, sillä potilaan lääketiedoista tulee yhtenäiset, reseptit pysyvät tallessa ja kokonaislääkitys tulee kuntoon. (Kansallinen terveystietokeskus 2013.)

Resepti on voimassa yhden vuoden sen kirjoittamis- tai uusimispäivästä. Apteekista voidaan toimittaa lääkkeitä kerralla korkeintaan kolmeksi kuukaudeksi. Lääkkeitä apteekista haettaessa tulee olla asiakkaan lupa hoitaa hänen lääketoimitaan. Sekä apteekki, että terveyskeskus vaativat omat lupapaperinsa, joissa näkyy kenellä on oikeus hoitaa henkilön lääketoimita. (Kansallinen terveystietokeskus 2013.)

8.5 Lääkkeet ja lääkekorvaukset

Lääkärin määräämistä lääkkeitä, kliinisistä ravintovalmisteista ja pitkäaikaisen ihosairauden hoitoon määrättyistä voiteista voidaan maksaa peruskorvausta. Kela korvaa vain sellaiset lääkekustannukset, jotka on katsottu tarpeellisiksi. Edellytyksenä korvauksen saamiselle on, että lääkettä käytetään annostusohjeen mukaisesti, enintään kolmen kuukauden annos kerrallaan ja mahdollisimman edullista pakkauskokoa suosien. Korvauksen saa yleisesti heti lääkkeitä ostettaessa jo apteekissa, Kela-korttia näyttämällä. (Kela 2013.) Lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut erilaisille sairauksille 100 % lääkekorvauksen, näitä ovat esimerkiksi diabetes, ms-tauti, kilpirauhasen vajaatoiminta, erilaiset syöpäsairaudet (Kela 2012).

Lääkekorvausten maksetaan kolmessa eri korvausluokassa. Seuraavassa Kelan sivuilta poimittuna korvausluokat.

- ”Peruskorvaus on 35 % lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta
- Alempi erityiskorvaus on 65 % lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta
- Ylempi erityiskorvaus on 100 % lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta; asiakas maksaa kuitenkin 3 euron omavastuun jokaisesta ostamastaan lääkkeestä”. (Kela 2013.)

Kun puhutaan lääkekatosta, tarkoitetaan omavastuuta jonka asiakas kuluttaa kalenteri vuoden aikana omiin lääkkeisiinsä. Käsikauppalääkkeitä ei huomioida. Omavastuun suuruus on 670 euroa ja sen täytyttyä asiakas maksaa korvattavista lääkkeistä vain 1,50 euroa. Kela seuraa vuotuisen omavastuun täyttymistä apteekista saatujen tietojen perusteella. (Kela 2013.)

9 KIRJALLISEN OPPAAN TUOTTAMINEN

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan opinnäytetyötä jossa yhdistyvät jokin käytännön toteutus sekä sen raportointi. Käytännön toteutus voi olla esimerkiksi jonkin tapahtuman toteuttaminen, oman alan ammatilliseen käytäntöön tarkoitettu ohjeistus, opastus tai ohje, kuten esimerkiksi perehdyttämisopas tai turvallisuusohjeistus. (Vilka & Airaksinen 2003.)

Kirjallinen opas on selkeästi kirjoitettu ja ymmärrettävä sekä sisältää lyhyitä lauseita. Se voi olla joko lyhyt sivun mittainen, tai pieni kirjanen tai opas, joka sisältää useampia sivuja. Oppaassa tulisi kiinnittää huomiota sen sisältöön ja siihen, että tieto pysyy mahdollisimman selkeänä ja yksinkertaisena. Asiasisällön tulee lisäksi olla ajantasainen ja tarkka, sekä sen tulisi vastata kysymyksiin: mitä, miksi, miten, missä ja milloin tehdään. Erityisesti oppaan tulee olla lukijansa tarpeiden ja tietojen mukainen, joten tällöin asiasisällön tulee pidättäytyä vain tarpeellisessa tiedossa. Oppaan ulkoasuun tulee kiinnittää huomiota, sillä kiinnostavan näköinen ulkonäkö ja mielenkiintoinen otsikointi herättävät lukijansa mielenkiinnon. Kirjaisiin koko ja tyyppi tulee olla helppolukuista. Tekstin muotoiluun, kuten aseteluun ja jaotteluun tulee kiinnittää huomiota. Opas tulee olla ymmärrettävää kieltä ja hyvää suomea. Ammattisanastoa tulisi välttää, sillä lukija ei välttämättä ymmärrä kaikkea sanastoa. Vieraskieliset sanat tulee suomentaa lukijalle selvästi. (Kyngäs ym 2007.)

10 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Seuraavassa on pohdittu ja kerätty teorian tietoa toiminnallisen opinnäytetyön teosta sekä projektista. Lisäksi tämän luvun lopussa on SWOT-analyysi, eli työn vahvuudet ja heikkoudet sekä sen mahdollisuudet ja uhat.

10.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillisella kentällä käytännön toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä, ohjeistamista tai opastamista. Toteutus-tapoja on monenlaisia, kuten esimerkiksi kansio, vihkonen, DVD, kotisivut tai opas tai tapahtuman järjestäminen. Lisäksi opinnäytetyön tulisi lähteä työelämän tarpeista, olla käytännönläheinen sekä toteuttaa tutkimuksellisella asenteella ja osoittaa että tekijällä/tekijöillä on riittävää oman alan tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.) Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä voi tutkimukselliset menetelmät jättää pois, eikä esimerkiksi tarvitse kerätä tietoa kyselykaavakkeen muodossa. Toiminnallisen opinnäytetyön aineiston analysointi ei tarvitse olla yhtä tarkkaa kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä ja sitä tehdessä. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-58.)

Vilkan ja Airaksisen (2003, 16) mukaan hyvä opinnäytetyön aihe on esimerkiksi sellainen, jonka avulla pystyy luomaan yhteyksiä työelämään. Ja mahdollisesti myös ylläpitämään suhteita sellaisiin työpaikkoihin joissa opinnäytetyöntekijä on ollut esimerkiksi työharjoittelussa aiemmin. Lisäksi heidän mukaansa hyvä aihe on sellainen, jonka avulla pystyy syventämään oman alan tietoja ja taitoja jostain itseä kiinnostavasta aiheesta.

Opinnäytetyön aiheen valinnalla voi myös näyttää omaa osaamistaan ja kiinnostustaan kyseisellä alalla, ja näin mahdollisesti herättää työelämän kiinnostusta juuri sinuun ja mahdollisesti myös työllistyä sen avulla. Lisäksi työelämästä saatu opinnäytetyön aihe usein motivoi, lisää vastuuntuntoa opinnäytetyöstä ja tukee

ammattillista kasvua sekä opettaa projektinhallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16-17.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raporttiosuudesta tulee käydä ilmi mitä on tehty, miksi se on tehty ja miten se on tehty. Sekä millainen työprosessi on ollut tehdä ja millaisiin johtopäätöksiin tekijä/tekijät on päätenyt ja arviot omasta prosessista, tuotteesta sekä oppimisesta. Raportin tulisi olla yhtenäinen ja johdonmukainen teksti, joka auttaa lukijaa perehtymään opinnäytetyön prosessiin ja tulkitsemaan sekä ymmärtämään sen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65-66.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä toinen olennainen osa on tuotos, joka on tässä työssä perehdytyskansio. Tuotosta tehdessä, tulee aina muistaa työn kohderyhmä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 83.) Tuotoksen tekstiä kootessa tulee huomioida muun muassa kohderyhmän ikä, asema ja heidän tietämyksensä kyseisestä aiheesta sekä työn käyttötarkoitus ja sen erityisluonne. Esimerkiksi tuotoksen tyylistä kannattaa keskustella mahdollisen tilaajan kanssa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 129.)

10.2 Projekti

Opinnäytetyö on projekti, joka on tietynajan kestävä prosessi jolla on jokin tavoite tai päämäärä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48). Projektiin sisältyy resurssit, tehtävä ja puitteet, jolla pyritään saamaan hallittu kokonaisuus. Projektiin sisältyy alku ja loppu sekä selkeät tavoitteet ja aikataulu (Spiik 2011, 2). Ennen projektin alkua tulee laatia projektisuunnitelma joka vastaa toimintasuunnitelmaa. Projektissa tulee määritellä sen kohderyhmä, esimerkiksi työssä kohderyhmänä ovat Laihian kotisairaanhoidon uudet työntekijät ja opiskelijat. Projektin lopuksi esitellään sen tausta ja tavoitteet, työn kulkua, sen tuloksia ja aikaansaannoksia ja johtopäätökset sekä arviointi työstä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 49-50.)

Projektin hallintaan kuuluu täsmällisen suunnitelman tekeminen, tietyt toimintaehdot ja toiminta tavoitteet sekä tiimityö ja aikataulutettu toiminta (Vilkkä & Ai-

raksinen 2003, 17). Projektisuunnitelman tulisi sisältää muutamia perusvaatimuksia. Näitä ovat selkeät ja realistiset tavoitteet, jotka kuvaavat sitä muutosta johon projektilla pyritään. Projektilla on välittömiä ja pitkän aikavälin tavoitteita. Siihen kuuluu myös projektin työsuunnitelma joka tulee myös olla realistinen ja selkeä. Jos projekti on pitkäkestoinen, tulisi se jakaa vaiheisiin. Lisäksi sillä tulisi olla vastuuhenkilöt, ja heille nimetyt selkeät ja toimivat roolit. Projektisuunnitelmassa on myös määritelty sen resurssit ja voimavarat, ja niiden tulisi olla suhteutettuna projektin tavoitteisiin. (Silfverberg 2007, 27.)

Perehdytyskansion tavoitteina on lisätä Laihian kotisairaanhoidon työnhallintaa ja työturvallisuutta sekä yhtenäistää uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytystä. Työsuunnitelma tehtiin ennen varsinaisen opinnäytetyön aloitusta, ja siihen kuului myös osittain työn vaiheiden suunnittelua. Vastuuhenkilöt ovat työn kirjoittajat. Työn resurssit ja voimavarat on kerrottuna SWOT-analyysissä.

10.3 SWOT-analyysi

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tulee huomioida SWOT –analyysi eli ns. nelikenttäanalyysi, jossa tulee selvittää opinnäytetyön vahvuudet, uhat, mahdollisuudet ja heikkoudet. Näiden englanninkielisistä sanoista tulee SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). SWOT -analyysin avulla voidaan varautua ja mahdollisesti myös välttyä työn ongelmilta ja uhilta, tai ainakin niihin osataan varautua (Silfverberg 2007, 52.)

10.4 Vahvuudet

Työn vahvuuksia ovat motivaatio opinnäytetyötä kohtaan ja aihe on tekijöiden mielestä mielenkiintoinen, tarpeellinen ja hyödyllinen sekä työn tekijöille että sen tilaajalle. Myös parityöskentely on yksi työn vahvuuksista, sillä ongelmien ilmeessä pystyy keskustelemaan toisen kanssa, eikä näin ollen tarvitse yksin päättää ja pohtia asioita. Parityöskentely helpottaa työn tekoa ja etenemistä, koska toinen pystyy motivoimaan toista eteenpäin. Yhdessä voi myös pohtia parhainta ratkai-

sua mahdollisiin ongelma-kohtiin. Työskennellessä yhdessä ideoita tulee myös enemmän ja niitä pystyy soveltamaan työhön sopiviksi. Kotisairaanhoidon harjoittelussa molemmat työn tekijöistä näki vanhan perehdytyskansion, mikä oli varsin puutteellinen ja vanha. Tämä edesauttoi projektin kehittämisessä ja toteuttamisessa. Lisäksi molemmilla tekijöillä on myös kiinnostusta aiheita kohtaan ja sekä mielenkiintoa työskennellä tulevaisuudessa kotisairaanhoidossa. Toinen tekijöistä on myös työskennellyt kotisairaanhoidossa, josta sai lisää kokemusta ja tietoa opinnäytetyötä varten.

10.5 Heikkoudet

Opinnäytetyön heikkouksia ovat työntekijöiden ajankäyttö ja sen puute. Työn toteutus on venynyt suunnitellusta, johtuen molempien muuttuneen elämäntilanteen takia. Molemmat tekijät kokivat alussa myös, että vanha tieto ja kirjallisuus vaikeuttavat ja haittaavat työn tietojen hankintaa, mutta ajantasaista tietoa on löytyä toivotulla tavalla aiheeseen liittyen.

10.6 Mahdollisuudet

Mahdollisuuksia opinnäytetyötä koskien on tuottaa kansio, jota pystytään hyödyntämään käytännön työelämässä. Tekijät halusivat myös että opinnäytetyöllä on jokin merkitys, ja jotta siitä olisi hyötyä myös tulevaisuudessa. Lisäksi on myös mukavaa että opinnäytetyöllä pääsee kehittämään jotain uutta ja hyödyllistä Lahian kotisairaanhoidon. Oli myös mukavaa että opinnäytetyön aihe otettiin ilolla vastaan kotisairaanhoidossa, ja että se on todellakin tarpeellinen. Lisäksi työ auttaa tekijöitään kehittymään ja kasvamaan ammatillisesti.

10.7 Uhat

Opinnäytetyön uhat ovat ajanpuute ja toisaalta myös parityöskentely. Haasteellisuutta työn tekoon tuo se, että tekijät asuvat eri paikkakunnilla ja yhteisen ajan löytäminen työn tekemiseen on hankalaa löytää. Myös eriävät mielipiteet saattavat mutkistaa opinnäytetyön tekoa. Opinnäytetyön aikataulu on venynyt paljon

suunnitellusta, ja työn tekemisen aloittaminen on siirtynyt aina vain myöhemmäksi. Opiskelujen lopulla halu siirtyä työelämään motivoi saamaan työn lopulta valmiiksi asti.

11 TYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö prosessi lähti liikkeelle siitä, että haluttiin tehdä projekti parityönä. Kummallakin oli halu tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Idea opinnäytetyöaiheeseen tuli kotisairaanhoidon harjoittelun jälkeen. Asiasta kysyttiin Laihian kotisairaanhoidosta, olisiko heillä tarvetta perehdytyskansiolle tai vastaavalle tuotokselle. Kun tarve ilmeni, idean työstäminen teinpäin alkoi.

Kotisairaanhoidon harjoittelu oli mieluinen ja perehdytyskansion tarpeellisuudesta kysyttiin Laihian kotisairaanhoidon vastaavalta terveydenhoitajalta Maritta Hannilalta. Perehdytyskansion aiheena oli mielenkiintoinen ja tärkeä, koska nykyinen perehdytyskansio Laihian kotisairaanhoidossa oli vanha ja puutteellinen. Oli tärkeää, että opinnäytetyö tulee käyttöön ja on hyödyksi työelämään tutustuville opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Harjoittelu Laihian kotisairaanhoidossa kesti molempien harmiksi vain kaksi-kolme viikkoa ja myös siksi halu perehtyä paremmin kotisairaanhoidon toimintaan oli molemmilla työntekijöillä.

Opinnäytetyön osuudet jaettiin ja työ tehtiin suurimmaksi osaksi yksin, mutta aina tarvittaessa työtä tehtiin myös pareittain. Tilaaja toivoi, että kansioon tulee kotisairaanhoidon prosessikaavio, sairaanhoitajan työnkuva (kyseisessä yksikössä terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan työnkuva on sama), kotisairaanhoidon toimintajajatus, hallinto, työntekijöiden kuvaukset, kotisairaanhoidon määritelmää, kotikäynnin suunnittelua sekä potilaan kohtaamista kotona. Lääkehoitoon koskevia asioita tulee mm. lääkkeiden jaosta ja reseptien tulkinnasta sekä mahdollisesti korvausluokat ja kattokorvaus. Lisäksi toiveena tuli, että kansiossa olisi haavanhoidosta, injektion annosta ja verensokerin mittauksesta lyhyt ja selkeä selostus. Omia ideoita oli työhön lisätä teksti vaitiolovelvollisuudesta. Vanhassa kansiossa oli paljon samoja aiheita mitä tilaaja toivoi, mutta tieto oli suurimmalta osalta vanhentunutta.

Opinnäytetyöhön materiaalin ja tieteellisen tiedon löytää kirjoista sekä internetistä, lisäksi tarkoituksena on haastatella ainakin mm. Vaasan keskussairaalan haa-

vanhoitajaa, koskien haavanhoito-ohjetta. Tarkoituksena on myös suorittaa hakuja eri tietokannoista. Lisäksi otetaan tarvittaessa yhteyttä Laihian kotisairaanhoidon yhteyshenkilöön. Tarkoituksena on myös raportoida työnkulkua ja tehdä perehdytyskansio, joka miellyttää molempia osapuolia. Opinnäytetyöstä on tarkoitus tehdä sekä teoreettinen raporttiosuus ja itse perehdytyskansio. Opinnäytetyö tehtiin paperiversiona, A4 kokoisena ja värillisenä. Tekstikokona on 14-16 ja fonttina times new roman. Tilaajan mukaan opinnäytetyöstä saa tehdä omannäköisen ja tarkoituksena on tehdä enemmän opiskelijan näkökulmasta katsottuna. Tällä tarkoitetaan sitä, että työ on suunnattu enemmän ensimmäistä kertaa kotisairaanhoidon tulevalle, mutta se myös antaa kertauksen kotisairaanhoidossa aiemmin työskennelleille.

Projektin aikataulu on työn edetessä venynyt erinäisistä syistä. Opinnäytetyö prosessi aloitettiin syksyllä 2011, kun aiheen valinta alkoi. Tiedustelu aiheesta ja sen tarpeellisuudesta tehtiin syksyllä 2011 Laihian kotisairaanhoidosta ja koulun osastonjohtaja hyväksyi aiheen 9.11.2011.

12 PROJEKTIN ARVIOINTI

Seuraavassa on arviointi opinnäytetyön ja perehdytyskansion onnistumisesta, tavoitteiden toteutumisesta sekä tekijöiden että työn tilaajan arvioimana.

12.1 Perehdytyskansion tavoitteiden toteutuminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa perehdytyskansio Laihian kotisairaanhoidon käyttöön ja päivittää vanhaa kansiota sekä uudistaa sen sisältöä. Kansio oli suunnattu erityisesti opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Perehdytyskansion tarkoituksena on auttaa sisäistämään uuden yksikön työ- ja toimintatavat. Opinnäytetyön on myös tarkoitus auttaa ja lisätä tekijöiden tietämystä kotisairaanhoidon työtehtävistä ja toiminta tavoista sekä oppia laatimaan perehdytyskansio. Kansion päivittäminen ja uuden tutkitun tiedon tuominen perehdytyskansioon onnistui suunnitelmien mukaan. Kansiota jäi pois laboratoriotilausten tekeminen, sillä kotisairaanhoidon työntekijät olivat tehneet infolehtisen näytteiden otosta kotona ja laboratoriotilausten tekemisestä. Heidän työnsä oli laaja ja kattava, joten työn tekijät eivät nähneet syytä tehdä enää omaa versiota kansioon. Infolehtinen tulostetaan tilaajan toiveesta perehdytyskansioon liitteeksi.

Perehdytyskansion tavoitteita olivat, että perehdytyskansio tulisi mahdollisimman monipuolinen, kattava ja ennen kaikkea käytännöllinen, sekä auttaa myös tekijöitä ymmärtämään paremmin laajaa kokonaisuutta ja perehtymään paremmin koko kotisairaanhoidon toimintaan. Perehdytyskansio tuli tekijöiden mielestä monipuolinen ja kattava kotisairaanhoidon tarpeisiin nähden. Mikäli aikaa olisi ollut enemmän, olisi kansion asiasisältöä laajennettu ja syvennä enemmän jo valittuihin aiheisiin. Esimerkiksi yleisimmistä sairauksista olisi voinut kertoa laajemmin sekä hoitotarvikkeista tehdä tarkemmat esittelyt, kuten INR-mittarin käytöstä perehdytyskansion kehittämistä ajatellen. Kotisairaanhoidon työ- ja toimintatapojen hahmottaminen onnistuu perehdytyskansion avulla paremmin.

Tilaaaja arvioi oppaan olevan helposti luettava ja selkeä. Heidän mielestä kansioon oli saatu tärkeimmät ja oleelliset asiat koottua. Tilaaaja piti erityisesti tavasta jolla oli tuotu opiskelijan näkökulma esiin. Vähäisiä muutoksia heidän toiveistaan tehtiin ja näitä olivat esimerkiksi yhteistyökumppanien päivittäminen.

12.2 Oppaan luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Lähteinä käytettiin kirjallisuutta ja nettilähteitä. Kirjat joita käytettiin, olivat alle kymmenen vuotta vanhoja. Nettilähteet olivat luotettavista lähteistä, kuten lait, sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta sekä terveystietoa. Työssä hyödynnettiin myös Arto ja Linda-tietokantoja etsittäessä lähteitä työhön. Hakutuloksia löytyi hyvin, joista valittiin työhön sopivimmat lähteet.

Opinnäytetyössä ei käytetty vilppiä tai plagiointia. Tilaajan toiveita on noudatettua ja lupa-asiat kuten, tutkimuslupa-anomus haettiin osastonjohtajalta ja se saatiin 9.11.2011. Opinnäytetyössä ei ole tunnistettavia henkilöitä, eikä se loukkaa ketään yksittäistä henkilöä.

12.3 Oppaan arviointi ja prosessin toteutuminen

Oppaan idea lähti työelämän tarpeista. Tekijöiden toiveena oli alusta alkaen tehdä käyttöön tarkoitettu työ tai opaslehtinen. Työn tekijöiden mielestä oppaan sisältö vastaa kotisairaanhoidon tarpeita, mutta jos aikaa olisi ollut enemmän, olisi työstä tehty hieman laajempi sisällön osalta. Opinnäytetyö on projekti, joka on tietyn ajan kestävä prosessi jolla on jokin tavoite tai päämäärä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48). Prosessin toteutuminen onnistui kohtalaisesti ja suunnitellusti, mutta aikataulut hieman venyivät suunnitellusta. Sisällöltään kansioon saatiin kerättyä oleelliset tiedot ja tekijät ovat siihen tyytyväisiä. Työllä oli selkeät ja realistiset tavoitteet, jotka sekä tekijöiden että tilaajan mielestä toteutuivat.

Kirjallisen oppaan tuottaminen onnistui tekijöiden mielestä hyvin. Työhön saatiin kotisairaanhoidon keskeisimmät asiat, selkeästi ja helppolukuisesti. Ulkoasu työllä on kiinnostava ja helppolukuinen. Otsikot antavat selkeän kuvan siitä mitä kap-

pale pitää sisällään ja fonttikoko on sopivan kokoinen. Työhön olisi lisätty kuvia antamaan lisää mielenkiintoa työlle, mutta kuvien etsimisen ja tekijänoikeuslain vuoksi ne jätettiin työstä pois.

Seuraavassa arvioidaan SWOT-analyysin onnistumista työtä kohtaan. Työn vahvuuksiksi arvioitiin motivaatio aihetta kohtaan sillä molemmat tekijät ovat kiinnostuneita kotisairaanhoidon työtehtävistä, sekä parityöskentelyn sujuvuuden. Työn teko onnistui hyvässä yhteisymmärryksessä, ongelmatilanteissa toinen kannusti eteenpäin ja jatkamaan kirjoittamista. Työtä tehtiin sekä yhdessä että itsenäisesti.

Heikkouksia arvioitiin työtä kohtaan olevan työntekijöiden ajankäyttö ja sen puute. Työn aikataulu venyi suunnitellusta, johtuen tekijöiden muuttuneesta elämäntilanteesta. Työtä vaikeutti myös tekijöiden asuminen eri paikkakunnilla, jolloin yhteisen ajan löytäminen oli haastavaa. Mahdollisuuksia työlle arvioitiin olevan kansion tekeminen ja sen hyödyntäminen työelämässä, sillä haluttiin että työ on hyödyksi myös jälkepäin. Työ auttoi tekijöitään tuottamaan perehdytyskansion sekä helpotti kotisairaanhoidon työ- ja toimintatapojen sisäistämistä paremmin. Lisäksi työ auttoi tekijöitään kehittymään ja kasvamaan ammatillisesti. Uhiksi arvioitiin ajanpuutteen ja toisaalta myös parityöskentelyn. Ajanpuutteen uhka oli aiheellinen, kuten jo aiemmin mainittiin. Parityöskentely sen sijaan sujui ongelmitta ilman eriäviä mielipiteitä, vaikka toisin luultiin. Opiskelujen loppuminen ja työelämään siirtyminen motivoi työn loppuun saattamista.

12.4 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyöprosessi auttoi tekijöitä ymmärtämään laajan projektin hallintaa ja tekemistä. Työ opetti tekijöitä tekemään toiminnallisen opinnäytetyön ja opaslehtisen. Työn edetessä tekijät oppivat hyödyntämään oman alan tietojen ja taitojen hallintaa. Työtä tehdessä on saanut kerrata jo aikaisemmin oppimaa, sekä syvennymään paremmin kiinnostaviin ja työelämän kannalta hyödyllisiin asioihin. Aihe

motivoi koko työn ajan, sillä se oli mielenkiintoinen ja ennen kaikkea työelämästä lähtöisin oleva tarve. Työ tuki tekijöitään ammatillisessa kasvussa ja kehityksessä.

Kotisairaanhoito on laaja kokonaisuus ja vaatii tekijältään paljon tietojen ja taitojen hallintaa. Työ on itsenäistä ja vastuullista, mutta myös yhteistyön hallitseminen on tärkeää. Työ on auttanut tekijöitä ymmärtämään kotisairaanhoidon laajalaisuuden ja vastuullisuuden.

LÄHTEET

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 19.11.2012. <https://oa.doria.fi/handle/10024/47133>

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. STAKES. Tutkimuksia 179. Vaajakoski: Gummerrus. Viitattu 19.11.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7522-1.pdf>

Hietanen, H. 2012 A. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 136-137. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Hietanen, H. 2012 B. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 183-184. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Hietanen, H. 2012 C. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 183-207. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2012 A. Painehaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 300. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2012 B. Painehaavaluokitus. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 308-311. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2012 C. Painehaavojen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 327-330. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa, 254-255. Hämeenlinna. Tammi.

Juutilainen, V. 2012 A. Haava yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 12. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Juutilainen, V. 2012 B. Haavanhoidon osatekijät. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 77-78. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Juutilainen, V. 2012 C. Painehaavan epidemiologia. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 301-304. Helsinki. Sanoma Pro Oy

Kansallinen terveystarkisto. 2012. Sähköinen resepti. Viitattu 27.12.2012. <http://www.kanta.fi/6>

Kela. 2013. Lääkkeet ja lääkekorvaukset. Viitattu 3.1.2013 <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160204153342EE>

Kjelin, E & Kuusisto, P. 2003. Tulokkaasta tuloksetekijäksi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kupias, Päivi & Peltola Raija. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Tampere. Juvenes Print.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 29-39. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Lainio, Anu. 2008. Perehdyttäminen – käytäntöjä ja kasvatusta. Tampereen yliopisto. Pro Gradu. Viitattu 19.11.2012. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03221.pdf>

L 28.6.1994 / 559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 7.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 21.5.1999 / 621. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta. Viitattu 7.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

L 23.8.2002 / 738. Työturvallisuuslaki. Viitattu 15.12.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

L 30.12.2010 / 1326. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 7.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Nurminen, M-L. 2006. Lääkehoito. 171. Helsinki. WSOY.

Ojala, S. & Kaukkila, H-S. 2009. Injektion anto lihakseen – millä, miten ja mihin pistät? Terveysportti. Viitattu 31.1.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=sle00052&p_haku=ventrogluteaalinen%20injektio

Paukama, M. 2012 A. Antikoagulaatiohoito. Sairaanhoidajan käsikirja. 2012. Viitattu 24.1.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk00483

Paukama, M. 2012 B. Varfariinihoidon ohjaus. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 24.1.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04611&p_haku=antikoagulaatiohoito

Perttilä, K. 2006. Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 14.2.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2012. Hoitotyön kirjaaminen. Viitattu 24.1.2013. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>

Pukki, T. 2012. Verenkiertoperäisen alaraajahaavan konservatiivinen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 285-289. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Sane, T. 2012. Diabeetikon jalkahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 338-347. Helsinki. Sanoma Pro Oy

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi: Projektityön käsikirja. Helsinki. Edita.

Spiik, K-M. 2011. Projektityöskentely. Viitattu 8.3.2012. <http://www.spiik.fi/tyokalut/projektityoskentely.pdf>

Sosiaali ja terveysministeriö. 2012. Kotisairaanhoito ja kotisairaalahoito. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 19.11.2012. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/kotisairaanhoito

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Diabetes. Viitattu 14.1.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/diabetes

Terveyskirjasto. 2013. Verensokerin omaseuranta. Viitattu 14.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00401

Turvallinen lääkehoito. 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2006. Viitattu 4.1.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

Työterveyslaitos. 2010. Viitattu 26.5.2012. http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/perehdyttaminen/sivut/default.aspx

Vikatmaa, P. 2012. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.), Haavanhoidon periaatteet, 266-276. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Tammi.

LIITTEET

LIITE 1: Perehdytyskansio

Perehdytyskansio

Laihian kotisairaanhoito

*Älä kulje perässäni,
en ehkä johdakaan.*

*Älä kulje edelläni,
en ehkä seuraakaan.*

*Kulje vierelläni ja ota
opiksesi.*

(Albert Camus)

SISÄLTÖ

1	KOTISAIRAANHOIDON HENKILÖKUNTA	49
2	VAITIOLOVELVOLLISUUS	51
3	MITÄ ON KOTISAIRAANHOITO?.....	52
4	TOIMINTA-AJATUS	53
5	KOTIPALVELU- JA KOTISAIRAANHOITOMAKSUT.....	55
6	ASIAKKAAN HOITORENGAS	56
7	KOTISAIRAANHOIDON LÄHTÖKOHDAT.....	57
8	KOTIKÄYNTI JA ASIAKKAAN KOHTAAMINEN	58
9	KIRJAAMINEN.....	59
10	LÄÄKEHOITO	60
11	ANTIAGOAGULAATIOHOITO	61
12	RESEPTIT	62
13	LÄÄKKEET JA LÄÄKEKORVAUKSET.....	63
14	INJEKTIOIDEN ANTO LIHAKSEEN	64
15	VERENSOKERIN MITTAUS.....	66
16	HAAVANHOITO	67
17	LÄHDELUETTELO	69

1 KOTISAIRAANHOIDON HENKILÖKUNTA

Maritta Hannila

*Terveystenhoitaja
Vastaava hoitaja*

Sirkka Kaunismäki

Terveystenhoitaja

Eira Laiteenmäki

Sairaanhoidaja

Erja Jussila

Terveystenhoitaja

Anne Kaukonen

Sairaanhoidaja

Tervetuloa!

Pidät kädessäsi perehdytyskansiota, jonka tavoitteena on auttaa perehtymään paremmin Laihian kotisairaanhoidon toimintaan ja tapoihin. Kansio on suunnattu ensisijaisesti opiskelijoille, mutta myös uusille työntekijöille, sillä kansiota on hyvä käyttää myös tiedon kertaamiseen. Annathan myös palautetta kansiosta, jotta perehdytyskansiota voidaan jatkossa tarvittaessa kehittää perehdytyksen sisältöä ja prosessia.

Perehdytyskansion tavoitteena on

- Auttaa perehtymään yksikköön kokonaisuutena.
- Helpottaa hahmottamaan kotisairaanhoidon osana kokonaisterveydenhuoltoa.
- Auttaa asennoitumaan asiakkaan kohtaamiseen ja toimenpiteiden suorittamiseen asiakkaan kotona.

Tämän kansion ovat laatineet Liisa Pakkala & Sarianna Sihtola oppinäytetyönään Vaasan ammattikorkeakoulussa keväällä 2013

2 VAITIOLOVELVOLLISUUS

Laki määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden salassapitovelvollisuudesta. ”Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvalla ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon.” Salassapitovelvollisuus säilyy aina myös jos ammatinharjoittaminen päättyy tai henkilö ei ole siinä asemassa, jossa hän on saanut luottamuksellista tietoa. Sisällöllisesti vaitiolovelvollisuus on laaja ja se koskee myös harjoittelijoita.

Kaikki jotka ovat viranomaisen palveluksessa virka- tai työsuhteessa tai luottamustehtäväänsä hoitavat ovat julkisuuslain mukaan vaitiolovelvollisia. Tällaisessa tehtävässä toimiva ei saa paljastaa asiakirjan salassa pidettävää sisältöä tai tietoa jonka hän on itse nähnyt tai kuulut työtehtävissään.

Laihian kotisairaanhoidossa noudatetaan vaitiolovelvollisuutta kaiken näkemän ja kuuleman suhteen. Kaikki työyhteisöön liittyvät asiat käsitellään työyhteisössä, jolla tarkoitetaan kotisairaanhoidon henkilökuntaa. Yllättävistä ja mietityttävistä asiakaskohtaamisista tai tapauksista on hyvä jutella oman työyhteisön kesken, jos jokin jää painamaan tai mietityttämään mieltä. Opiskelukaverin kanssa voi jakaa kokemuksia, mutta on muistettava, että pienemmillä paikkakunnilla asiakkaan tunnistettavuus on paljon helpompaa kuin isoissa kaupungeissa.

3 MITÄ ON KOTISAIRAANHOITO?

Kotisairaanhoidon tarkoitus on viedä sairaanhoito asiakkaan kotiin ja näin auttaa hänen selviytymistään kotona omaisten tukea unohtamatta. Kotisairaanhoito on joko tehostettua tai määräaikaista. Laki säätelee kotisairaanhoitoa sekä Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii yleisestä suunnittelusta, valvonnasta ja ohjauksesta kotisairaanhoidossa.

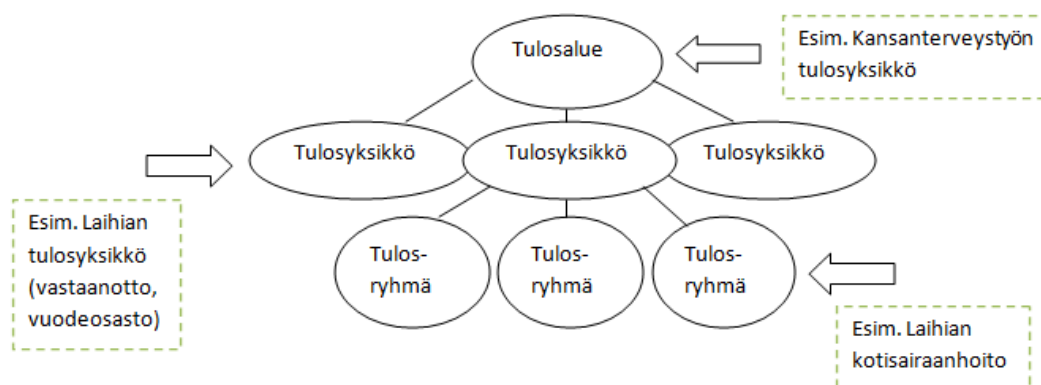
Kotisairaanhoidon toimenkuvaan kuuluvat esimerkiksi erilaiset toimenpiteet kuten lääkityksen tarkkailu, asiakkaan voinnin seuraaminen, erilaisten näytteiden ottaminen ja kivun seuranta ja lievittäminen. Kotihoidon sisältö ja palvelut vaihtelevat henkilön palveluiden ja avun tarpeen mukaan. Asiakas saa yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti sairaanhoidollista apua ja hänen terveydentilaansa seurataan ennakolta määrätyn käynnein.

Kotisairaanhoidossa yhdistyy laaja osaaminen ja vastuun kantaminen. Se pitää sisällään niin sisätautien-, kirurgian ja muiden alojen osaamista, sekä myös lääkehoidon osuus kotisairaanhoidossa on merkittävä. Kotisairaanhoidossa työskentelee pääasiassa sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Kotisairaanhoidossa korostuu myös terveyden edistäminen ja toimintakyvyn lisääminen, terveysongelmien ja sairauksien vähentäminen sekä terveyserojen kaventaminen. Asiakkaan terveydentilaa voidaan arvioida ravitsemuksen, päihteiden käytön, liikunnan, syrjäytymisen, tapaturmien esiintyvyyden, ympäristön terveellisuuden sekä turvallisuuden pohjalta.

Kotisairaanhoidoa saavat hyvin monenlaiset ihmiset, muun muassa ikäihmiset, vammaiset, mielenterveysongelmaiset ja sairaat, mutta myös lapsiperheet voivat saada kotipalvelua erilaisissa kriisitilanteissa ja sairastapauksissa. Näin ollen asiakkaiden ikäjakauma on suuri ja asiakkaat hyvin erilaisia. Kotisairaanhoido sisältää myös terveyden edistämistä ja terveyttä ylläpitäviä toimia.

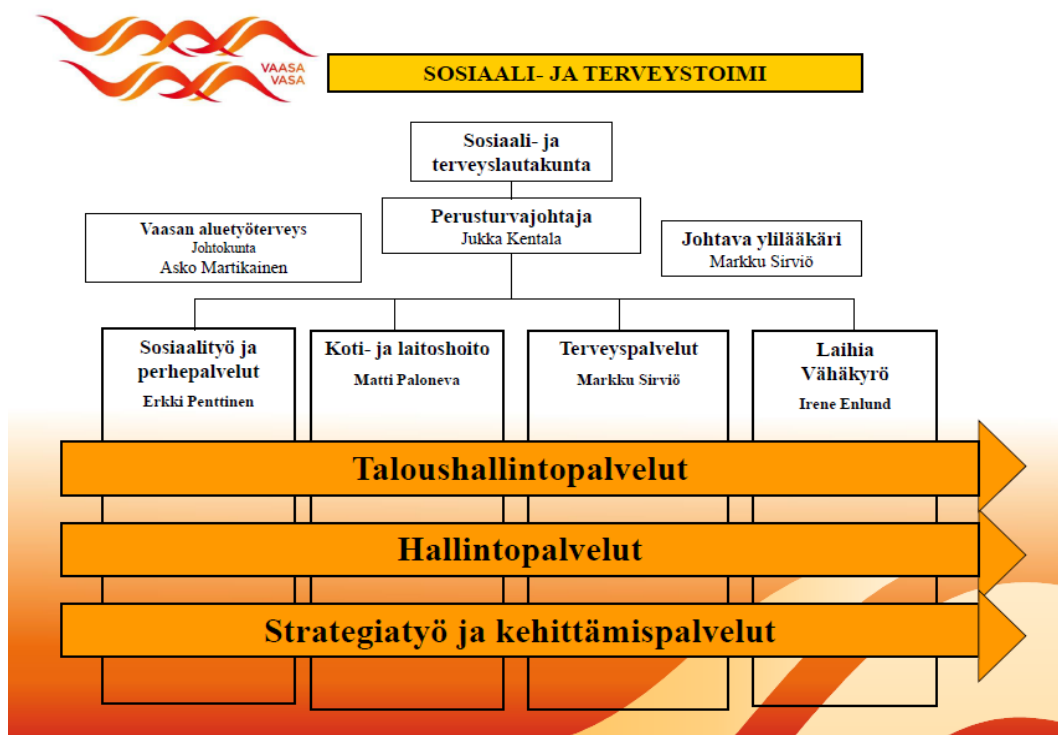
4 TOIMINTA-AJATUS

Toiminta-ajatuksena on edistää ja ylläpitää terveyttä ja hyvinvointia sekä kunnan on tarjottava väestölle tarvittavat perusterveyden- ja sairaanhoidon palvelut sekä luoda edellytykset terveelliselle elinympäristölle. Lisäksi kunnalle kuuluvat laeissa, viranomaismääräyksissä ja asetuksissa perusterveydenhuollolle annetut tehtävät. Alhaalla (Kuva 1. Sijoittuminen kokonaisuudessa) näkyvissä kotisairaanhoidon sijoittuminen taulukossa ja näin sen parempi hahmottaminen.



Kuva 1. Sijoittuminen kokonaisuudessa

Yhteistoiminta-alue sisältää kaikki perusterveydenhuollon palvelut – lääkärin vastaanotto toiminnan, neuvolatoiminnan, hammashuollon, kotisairaanhoidon ja laitoshoidon, kuntoutuspalvelut ja terveydenhuollon tukipalvelut. Yhteistoiminta-alue aloitti toimintansa 1.1.2009 ja johtaja on Päivi Berg.



Kuva 2. Hallinto

5 KOTIPALVELU- JA KOTISAIRAANHOITOMAKSUT

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon maksut määräytyvät sen mukaan, onko kyse jatkuvasta ja säännöllisestä vai tilapäisestä hoidosta. Jatkuvaa kotisairaanhoidoa saavalta henkilöltä ei voida periä erikseen tilapäisestä kotisairaanhoidon käynnistä maksua. Jokainen kunta päättää kohtuullisen maksun veloitettavaksi tilapäisestä kotipalvelusta. Täten tilapäisestä kotisairaanhoidosta voidaan periä 1.1.2012-31.12.2013 välisenä aikana

- enintään 13,80 euroa, jos kotikäynnin suorittaa lääkäri tai hammaslääkäri,
- enintään 8,70 euroa, jos kotikäynnin suorittaa sairaanhoitaja tai kodinhoitaja.

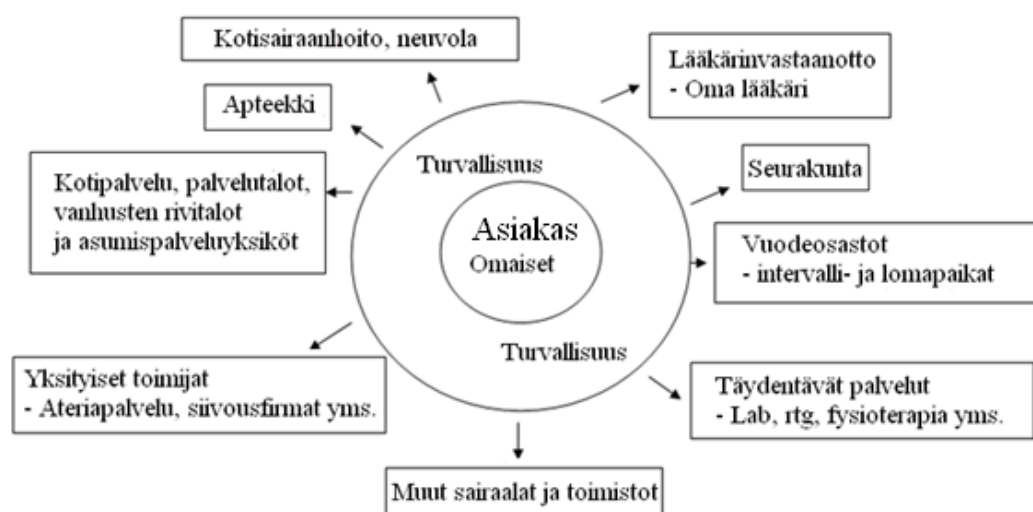
Jatkuvasta hoidosta voidaan periä kohtuullista kuukausimaksua, joka määräytyy saajan maksukyvyyn, perheen ja palvelun laadun, sekä määrän mukaan. Hoitoa tarvitsevan maksukykyä määriteltäessä tulee ottaa huomioon palvelun saajan sekä hänen kanssaan elävän puolison tulot. Asumistuki ja muita tiettyyn tarkoitukseen maksettavia tukia ei oteta huomioon tuloissa. Seuraavassa 1.1.2012-31.12.2013 aikavälille määritellyt enimmäismaksuprosentit tulorajan mukaan.

Henkilömäärä	Tuloraja euroa/kk	Maksuprosentti
1	528	35
2	975	22
3	1 528	18
4	1 890	15
5	2 288	13
6	2 627	11

Taulukko 1. Määräytyvä maksu

6 ASIAKKAAN HOITORENGAS

Kotisairaanhoidon asiakkaan hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä, joka vastaa asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta. Hoidon onnistumisen kannalta yhteistyö eri tahojen kanssa on ensisijaisen tärkeää. Alhaalla (Kuva 4. Potilaan hoitorenkas) kuvattuna asiakkaan ja eri tahojen välisestä yhteistyöstä.



Kuva 4. Asiakkaan hoitorenkas

7 KOTISAIRAANHOIDON LÄHTÖKOHDAT

Ihminen on yksilö ja kokonaisuus, jota on yritettävä hoitotyössä auttaa ottamalla huomioon hänen fyysiset olemuksensa, psyykkinen tilansa ja myös ne olosuhteet, joissa hän elää = kokonaisvaltainen lähestymistapa.

Kotisairaanhoidossa kunnioitus on tärkeää, sillä hoitopaikkana on asiakkaan oma koti.

- Asiakkaalla on oma tahto, toiveet ja tavoitteet
- Asiakas on asiantuntija, kun tehdään häntä koskevia päätöksiä
- Asiakkaalla on oikeudet, mutta myös velvollisuudet

1. Asiakkaan kotona tapahtuvaa
2. Hoitosuunnitelman mukaista kokonaisvaltaista hoitoa, jota kotisairaanhoidon työntekijät yhteistyössä kotipalvelun henkilöstön kanssa vastaavat
3. Hoidosta huolehtii moniammatillinen työryhmä
4. Hoito perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan ja apua annetaan ennalta laaditun suunnitelman mukaisesti
5. Kotikäynnit on suunniteltu etukäteen
6. Hoidon tuloksellisuutta seurataan, arvioidaan ja tapahtumat kirjataan potilasasiakirjoihin
7. SAS-ryhmä = selvitä – arvio – sijoita

8 KOTIKÄYNTI JA ASIAKKAAN KOHTAAMINEN

- Kotikäynnin suunnittelu
 - Tutustu asiakkaan papereihin
 - Selvitä kotikäynnin syy
 - Kerää tarvikkeet kotikäyntiä varten

- Asiakkaan kohtaaminen hänen kotonaan

Asiakkaan kotiin mentäessä on hyvä muistaa ensimmäisenä esitellä itsensä. Kengät voi riisua, jos ohjaajasi tekee niin. Ole aktiivinen hienotunteisesti ja muista kunnioitus, oletan toisen kodissa käymässä. Kädet on hyvä pestä aina ennen toimenpiteitä ja toimenpiteiden jälkeen, pyyhi mieluiten talouspaperiin. Siivoathan jälkesi aina toimenpiteiden jälkeen.

- Vaatetus
 - Pukeudu helposti pestäviin, asiallisiin vaatteisiin
 - Meikkaa hillitysti
 - Korut, kellot ja lävistyksset eivät kuulu hoitotyöhön.

9 KIRJAAMINEN

Huolellinen hoitotoimenpiteiden kirjaaminen on tärkeää, jotta pystytään tarkkailemaan asiakkaan vointia ja takaamaan hoidon jatkuvuus sekä turvallisuus. Kirjauksessa keskitytään hoidon kannalta oleellisiin asioihin, mutta kiinnitetään myös huomiota asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Kirjaamisessa on hyvä ilmetä hoidon ja hoitotyön suunnitelma, hoitotyön toiminnot ja valitut toimenpiteet sekä näiden vaikutukset asiakkaaseen.

Asiakkaan kotona on hyvä kirjata esimerkiksi mittaustulokset asiakkaalle itselle muistiin ja jättää merkintä, että on käynyt paikalla. On myös kohteliasta kertoa seuraavan käynnin ajankohta ja vaikkapa laittaa sekin muistiin asiakkaalle. Kaikki se minkä jättää kirjaamatta asiakirjoihin, on myös jäänyt tekemättä. Siksi on tärkeää kirjata ylös mitä on asiakkaan luona tehnyt. Haavanhoidosta on hyvä kirjoittaa muistiin mitä tuotteita on käyttänyt ja miltä haava näytti. Lääkehoitoa toteuttaessa esimerkiksi injeksiota annettaessa tulee kirjata muistiin mitä lääkettä antoi ja mihin paikkaan.

10 LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon osuus kotisairaanhoidossa on merkittävä. Lääkkeitä jakaessa tulee olla tarkkana ja tietää mitä lääkettä olet jakamassa ja miksi. Kotisairaanhoitaja vastaa hoitamiensa asiakkaiden lääkehoidon kokonaisvaltaisesta hoidosta ja toteutumisesta. Hänen tehtäviinsä kuuluu jakaa lääkkeet dosettiin, eli lääkkeiden annostelulaatikkoon joko kotihoidon toimipisteessä tai kotona asiakkaan lääkelistan mukaisesti.

Asiakkaan seuranta lääkehoidon toteutumisen osalta on tärkeää, jotta pystytään havaitsemaan mahdolliset sivuvaikutukset ja lääkkeiden päällekkäisyydet. Kotisairaanhoitajan tehtävä on myös selvittää ja huomioida muun muassa asiakkaan mahdolliset itsehoitolääkkeet sekä varmistaa, että lääkehoito asiakkaan kotona toteutuu asianmukaisesti. Monet asiakkaista ovat huonokuntoisia ja muistamattomia, joten siksi on tärkeää opastaa ja ohjata asiakasta lääkkeiden oikeaoppiseen ottamiseen ja siihen, että lääkkeet varmasti tulee otettua oikein ja ajallaan.

Lääkkeitä jakaessa muista:

- Pese kädet
- Ota esille lääkeohje sekä lääkkeet.
- Tarkista lääkkeiden vahvuus purkista ja lääkeohjeesta.
- Tarkista käyttöpäivä
- Ole huolellinen jakaessasi. Tutustu lääkkeisiin.
- Jaettuasi lääkkeet tarkista lääkkeet määrällisesti, täsmääkö ohjeen määrä tablettien kanssa?
- Huomioi lääkkeiden riittävyys seuraavaa jakokertaa varten

11 ANTIKOAGULAATIOHOITO

Antikoagulanteilla tarkoitetaan veren hyytymistä estäviä lääkkeitä, esimerkiksi Marevan. Varfariini hoitoon liittyy suurentunut vuotovaara, ja tarkkailtavia asioita ovat muun muassa nenäverenvuoto, sisäisen verenvuodon merkit, kuten verivirtsaisuus tai musta veriuloste, leikkaushaavojen vuotoherkkyys sekä mustelmaherkkyys. Ruokavalio, lääkityksen ja terveydentilan muutokset, vaikuttavat antikoagulaatiohoitoon. INR-testillä seurataan varfariinihoidon vaikutusta. Tavoitearvot ovat joko tavanomainen 2-3 tai 2,5–3,5

Varfariinin aliannostus merkitsee tehotonta hoitoa, ja yliannostus taas lisää vuotovaaraa. Lääke tulee ottaa aina suunnilleen samaa vuorokauden aikaan. Eikä hänen tule käyttää omin päin muuta lääkitystä kuten luontaistuotteita tai itsehoitokipulääkkeitä tai Omega-3-rasvahappoja. Muun muassa parasetamoli, asetyylisalisyylihappo ja muut tulehduskipulääkkeet eivät pääsääntöisesti sovi yhteen antikoagulaatiohoidon kanssa.

K-vitamiinia vähän sisältäviä kasviksia, marjoja ja hedelmiä saa syödä vapaasti varfariinihoidon yhteydessä. Tällaisia ovat värikkäät kasvikset, hedelmät ja marjat kuten tomaatti, kurkku, paprikat, mansikka, mustikka, puolukka, luumu, banaani ja omena. Runsaasti tai kohtalaisesti K-vitamiinia sisältäviä kasviksia ja hedelmiä tulee käyttää kohtuudella. Tällaisia ovat vihreät kasvikset ja hedelmät kuten pinaatti, herneet, salaatti ja kaali sekä kiiwi, viinirypäleet ja mustaherukka.

12 RESEPTIT

Suomessa on siirrytty vuodesta 2012 alkaen vaiheittain E-reseptin käyttöön. E-resepti on sähköinen lääkemääräys, jonka tiedot tallentuvat Kelan ylläpitämään Reseptikeskukseen. Reseptikeskukseen tallentuvat kaikki sähköiset reseptit ja apteekkien niihin tekemät mahdolliset merkinnät. Tämän vuoksi mikä tahansa apteekki eri puolilla Suomea voi toimittaa lääkkeet. E-resepti on hyödyllinen, sillä potilaan lääketiedoista tulee yhtenäiset, reseptit pysyvät tallessa ja kokonaislääkitys tulee kuntoon.

Resepti on voimassa yhden vuoden sen kirjoittamis- tai uusimispäivästä. Apteekista voidaan toimittaa lääkkeitä kerralla korkeintaan kolmeksi kuukaudeksi. Lääkkeitä apteekista haettaessa tulee olla asiakkaan lupa hoitaa hänen lääkeasioitaan. Sekä apteekki, että terveyskeskus vaativat omat lupapaperinsa, joissa näkyy kenellä on oikeus hoitaa henkilön lääkeasioita.

Resepti on voitu iteroita lääkärin toimesta. Tämä tarkoittaa sitä, että lääke toimitetaan määräajoin ja enintään kolme kertaa.

Iter semel = kerran voidaan toimittaa kirjoitettu määrä.

Iter bis = kahdesti – ” –

Iter ter = kolmesti – ” –

13 LÄÄKKEET JA LÄÄKEKORVAUKSET

Lääkärin määräämistä lääkkeistä, kliinisistä ravintovalmisteista ja pitkäaikaisen ihosairauden hoitoon määrättyistä voiteista voidaan maksaa peruskorvausta. Kela korvaa vain sellaiset lääkekustannukset, jotka on katsottu tarpeellisiksi. Edellytyksenä korvauksen saamiselle on, että lääkettä käytetään annostusohjeen mukaisesti, enintään kolmen kuukauden annos kerrallaan ja mahdollisimman edullista pakkauskokoa suosien. Korvauksen saa yleisesti heti lääkkeitä ostettaessa jo apteekissa, Kela-korttia näyttämillä. Lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut erilaisille sairauksille 100% lääkekorvauksen, näitä ovat esimerkiksi diabetes, ms-tauti, kilpirauhasen vajaatoiminta, erilaiset syöpäsairaudet.

Lääkekorvausten maksetaan kolmessa eri korvausluokassa. Seuraavassa Kelan sivuilta poimittuna korvausluokat.

- Peruskorvaus on 35% lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta
- Alempi erityiskorvaus on 65% lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta
- Ylempi erityiskorvaus on 100% lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta; asiakas maksaa kuitenkin 3 euron omavastuun jokaisesta ostamastaan lääkkeestä.

Kun puhutaan lääkekatosta, tarkoitetaan omavastuuta jonka asiakas kuluttaa kalenteri vuoden aikana omiin lääkkeisiinsä. Käsikauppalääkkeitä ei huomioida. Omavastuun suuruus on 670 euroa ja sen täyttyä asiakas maksaa korvattavista lääkkeistä vain 1,50 euroa.

14 INJEKTIOIDEN ANTO LIHAKSEEN

Kotisairaanhoidaja voi antaa potilaalle injektion lihakseen myös kotioloissa. Lihakseen voidaan ruiskuttaa erilaisia lääkevalmisteita, jotka ihonalaiskudoksessa saattaisivat ärsyttää ja muodostaa aristavia solutiivistymiä, siksi on ensisijaisen tärkeää osata oikeaoppinen lihakseen pisto. Injektio pistetään tavallisimmin pakara- tai reisilihakseen. Nykyään lihakseen pistopaikaksi suositellaan ventrogluteaalista eli vatsanpuoleista pakaralihasta. Sen etuja ovat sen helppo paikallistaminen, suurten verisuonien ja hermojen vähäisyys sekä suuri lihasmassan määrä, jonka vuoksi se sopii myös iäkkäitä ja lapsia pistettäessä. Pistoksen voi antaa potilaan ollessa vatsallaan, selällään tai kyljellään, mutta ei hänen seistessä, koska lihaksen täytyy olla rentona pistettäessä. Ventrogluteaalisen pistopaikan paikannus onnistuu helpoiten siten, että injektion antaja laittaa oman vastakkaisen (oikea lonkka ja vasen käsi, tai vasen lonkka ja oikea käsi) kätensä potilaan lonkalle. Etusormi asetetaan suoliluun etuharjalle ja keskisormi suoliluun korkeimmalle kohdalle, peukalon osoittaessa suoraan kohti etureittä. Sormien väliin jäävä, rystysten lähellä oleva V-kirjaimen muotoinen alue on oikea injektion antokohta. Annettavan lääkkeen määrä vaihtelee 1-10 ml välillä. Ruisku valitaan annettavan määrän ja neula lääkkeen koostumuksen mukaan.

Lihakseen pistämisessä suositellaan ns. Z-tekniikkaa, jossa ihoa ja ihonalaiskudosta vedetään sormilla pari senttiä injektiokohdasta pois päin kunnes pistos on annettu. Tämä tekniikka vähentää ihon ärsytystä ja injektioneste ei pääse tihkumaan pois kudoksesta.

Seuraavassa muistinvirkistämiseksi:

- Muistuta potilasta olemaan rentona sekä kerro miksi ja mitä hänelle pistetään
- Varmista että lääke on oikea
- Huolehdi hyvästä käsihygieniasta
- Desinfioi iho huolellisesti ja anna kuivua
- Pingota ihoa lihaksen päälle
- Käytä Z-tekniikkaa
- Työnnä neula nopealla liikkeellä pystysuorasti
- Varmista ettei neula ole verisuonessa
- Ruiskuta lääkeaine hitaasti lihakseen
- Vedä neula ulos ihoa tukien
- Paina pistokohtaa kuivalla lapulla
- Laita tarvittaessa laastari päälle
- Tarkkaile potilasta jonkin aikaa

15 VERENSOKERIN MITTAUS

Verensokerin mittaamista suositellaan kaikille diabeetikoille. Se tuo hoitoon turvallisuuden tunnetta ja varmuutta. Hoidon suunnittelu ja arvioiminen helpottuu, kun mittaustulokset kirjaa ylös pitkältä aikaväliltä. Mittaustiheys tiheys on yksilöllinen ja se riippuu diabeteksen tyypistä, sen hoidosta sekä hoitotilanteista. Joillekin verensokerin mittaaminen riittää kerran tai kaksi viikossa, jotkut taas saattavat mitata verensokerin useasti päivässä. Tyypin 2 mittaustiheys on pidempi, kun taas tyypin 1 diabeteksessä riittävän usein suoritettu mittaus on keskeisen tärkeää hoidon kannalta.

Asiakkaan kotona verensokerin mittausta varten, kerro asiakkaalle mitä olet tekemässä, kerää tarvikkeet (mittari, liuskat, lansetti, puhdistuspyyhe, kuivia lappuja ja laastari) pese kädet sekä puhdista asiakkaan sormi. Tätä ennen tutustu verensokeri mittariin ja sen toimintaan. Pistä lansetilla reikä sormenpäähän, mieluiten sivulle. Pyyhi ensimmäinen pisara pois. Älä purista sormeaa, jotta välttyttäisiin kudoksen erittymistä näytteeseen ja näin ollen tuloksen vääristymistä. Kosketa liuskan kärjellä kevyesti pisaraa, kunnes mittarista kuuluu äänimerkki. Jos tulos on mielestäsi poikkeava, tee uusi mittaus varmistaaksesi tulos. Muista merkitä tulos omaseurantavihkoon.

16 HAAVANHOITO

Kotisairaanhoidossa on myös haavanhoitoa. Haavat voivat olla tilapäisen tapaturman, leikkauksen tai kroonisen sairauden aiheuttamia. Yleisiä ovat erilaiset painehaavaumat ja laskimoperäiset haavat, jotka ovat ikääntyvien ihmisten ongelma. Kotisairaanhoidossa hoidetaan myös tulehtuneita ja erittäviä leikkaushaavoja sekä poistetaan tikkejä. Haavaa hoidettaessa on tärkeää muistaa aseptinen työskentely ja taloudellinen ajattelu haavanhoitotuotteita valittaessa ja käytettäessä.

Haavanhoidossa on hyvä huomioida:

- Perehdy aina haavanhoito-ohjeisiin
- Kerää tarvittavat välineet välittömään läheisyyteen
- Käytä aina suojakäsineitä ja –alustoja
- Muista suojakäsineiden vaihto likaisten sidostarpeiden poiston jälkeen ja haavan puhdistamisen jälkeen
- Puhdista haava aseptisessä järjestyksessä
- Suorita toimenpide hoito-ohjeen mukaisesti
- Huomioi potilasta hoidon aikana ja kivunhoito ennen haavanhoidon aloittamista
- Suojaa haava asiallisesti
- Arvioi haavan paranemista
- Kirjaa ylös onko haavan paraneminen edistynyt
- Siivoa jälkesi huolellisesti ja hävitä roskat oikeaoppisesti

LOPUKSI..

Voit antaa palautetta perehdytyskansiosta ja sen sisällöstä. Olisitko toivonut jotain lisää tai oliko jokin turhaa? Perehdytyskansiota kehittämällä ja päivittämällä saadaan kehitettyä opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytystä työyhteisöön aina vain tehokkaammaksi ja paremmaksi. Palautetta kansiosta voit antaa ohjaajallesi.

17 LÄHDELUETTELO

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus.

Iivanainen, A & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa.

Juutilainen, V & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet.

Kela 2013. Kotipalvelu- ja kotisairaanhoidonmaksut, Lääkkeet ja lääkekorvaukset

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994 / 559.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999 / 621.

Ojala, S. & Kaukkila H-S. 2009. Injektion anto lihakseen – millä, miten ja mihin pistät? Terveysportti.

Paukama, M. 2012. Antikoagulaatiohoito. Sairaanhoitajan käsikirja.

Paukama, M. 2012. Varfariinihoidon ohjaus. Sairaanhoitajan käsikirja.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2012. Hoitotyön kirjaaminen.

Sairaanhoitajalehti 4/2006. Terveiden edistäminen käsitteenä ja käytännössä.

STM. 2012. Kotisairaanhoito ja kotisairaalahoido.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013.

Terveyskirjasto. 2013. Verensokerin omaseuranta.

Turvallinen lääkehoito. 2006.