

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Henri Laine
Sami Surakka

Potilasohjeet X-tehtävälle Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensi-
hoitohenkilöstön käyttöön

Opinnäytetyö
Elokuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Elokuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Henri Laine, Sami Surakka

Nimeke
Potilasohjeet X-tehtävälle Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstön käyttöön

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan pelastuslaitos

Tiivistelmä

Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa käytetään käsitettä X-koodi, jolla tarkoitetaan potilaan kuljettamista jättämistä ambulanssilla. X-koodia käytetään silloin, kun potilasta ei päädytä kuljettamaan päivystysvastaanotolle tarkan tutkimisen ja huolellisen harkinnan jälkeen. Potilaita vaaditaan nykyään ottamaan yhä enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Kun ensihoitopalvelu lähtee kohteesta, potilaalle voi jäädä ensihoitajien ohjeistuksesta huolimatta turvaton olo.

Opinnäytetyön tarkoituksena on potilasohjeiden avulla parantaa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasohjauksen laatua Pohjois-Karjalassa ja siten turvata paremmin potilaan saama jatko-ohjeistus tasalaatuisesti. Opinnäytetyön tehtävänä tuotettiin neljä potilasohjetta tilanteisiin, joissa ensihoitopalvelu on tutkinut potilaan ja päätenyt siihen, että kuljetusta terveydenhuollon päivystyspisteelle ei tarvita.

Opinnäytetyö tehtiin Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen toimeksiantona. Potilasohjeet laadittiin yhdessä toimeksiantajan edustajan kanssa sovittuihin tilanteisiin, joiden valinnassa käytettiin Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoidon X-tehtävätilastoja ajalta 1/2011 - 9/2013. Kaikkiin tilanteisiin sopivan yleisohjeen lisäksi päädyttiin tekemään potilasohjeet rintakipu-, rytmihäiriö- ja matala verensokeri -tilanteisiin.

Toivomme, että potilasohjeita hyödynnettäisiin mahdollisimman usein X-tehtävillä potilasohjauksen laadun parantamiseksi. Jatkossa olisi hyödyllistä saada palautetta ohjeita käyttäviltä potilailta. X-tilastoja seuraamalla voidaan huomata uusien potilasohjeiden tarve.

Kieli
suomi

Sivuja 37
Liitteet 9
Liitesivumäärä 12

Asiasanat
ensihoitojärjestelmä, X-koodi, potilasohje, potilasohjaus ensihoidossa



THESIS
August 2014
Degree Programme in Nursing
Bachelor of Health Care
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors
Henri Laine, Sami Surakka

Title
Patient instructions for X-mission of Paramedic Staff of North Karelia Fire and Rescue Services

Commissioned by
North Karelia Fire and Rescue Services

Abstract

Prehospital emergency care uses an X-code, which means that patient is not transferred by ambulance. The X-code is used when after exact examination and thorough consideration the patient is diagnosed not to need an ambulance transportation. Nowadays patients are required to take more responsibility of their own health and care. When the emergency personnel leaves, it may be possible that the patient feels insecure despite the instructions given by the paramedics.

The purpose of this thesis is to improve the quality of the patient counselling in pre-hospital emergency care in North Karelia by using patient instructions, and consequently to secure further instructions of uniform quality for patients better. As an assignment this thesis produced four patient information sheets to situations where the emergency personnel has examined the patient and made the conclusion that there is no need for ambulance transportation.

The thesis was commissioned by North Karelia Fire and Rescue Services. The patient instructions were composed in co-operation with them for situations, selected using the X-mission statistics collected from 1/2011 to 9/2013 by North Karelia Fire and Rescue Services. In addition to general patient instructions suitable for all the situations, patient instructions for chest pain, arrhythmia and hypoglycemia situations were produced.

A request is that the patient instruction sheets will be utilized as often as possible in X-missions to improve the quality of patient counselling. In future it would be useful to get feedback from the patients who have used the patient instruction sheets. By following the X-statistics the need for new patient instructions could be revealed.

Language
Finnish

Pages 37
Appendices 9
Pages of Appendices 12

Keywords
emergency nursing system, X-code, patient instruction, patient counselling in emergency care

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Ensihoitojärjestelmä	6
2.1	Ensihoitopalvelu	6
2.2	Hätäkeskus ja riskinarvio	7
2.3	Ensivaste	8
2.4	Perus- ja hoitotason ensihoito	9
2.5	Ensihoitolääkäritoiminta	10
3	Kuljettamatta jättäminen	11
3.1	Ensihoidon tehtäväkoodit	12
3.2	Ensihoidon X-koodit	13
4	Potilasturvallisuus ensihoidossa	16
5	Potilaan ohjaaminen ensihoidossa	18
5.1	Päätöksenteko ensihoidon ohjaustilanteessa	21
5.2	Eettinen päätöksenteko ohjaustilanteessa	22
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	23
7	Opinnäytetyön toteutus	24
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	24
7.2	Opinnäytetyön prosessin kuvaus	26
7.3	Ohjeen laatiminen	29
8	Pohdinta	30
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus	32
8.2	Opinnäytetyön eettisyys	33
8.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideoita	34
	Lähteet	35

Liitteet

Liite 1 Yleisohje

Liite 2 Rintakipu-potilasohje

Liite 3 Rytmihäiriö-potilasohje

Liite 4 Matala verensokeri -potilasohje

Liite 5 Yleisohje englanniksi

Liite 6 Yleisohje venäjäksi

Liite 7 Tehtävätilastot

Liite 8 SV210-kaavake

Liite 9 Toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Ensihoitopalvelu on sairaanhoitopiirien järjestämää terveydenhuollon päivystystoimintaa. Sen tavoitteena on tunnistaa ensihoitoa tarvitsevat potilaat ja suorittaa potilaiden tasokas sekä asianmukainen hoito niin tapahtumapaikalla kuin kuljetuksen aikana. Vuosien myötä ensihoidotehtävien määrä ja luonne ovat muuttuneet. Väestön ikääntyessä ja pitkäaikaissairauksien lisääntyessä ensihoidotehtävien määrä kasvaa entisestään. Tehtävien määrään ja luonteeseen vaikuttavat muun muassa terveydenhuollossa tapahtuvat toiminta- ja rakennemuutokset, päivystyspalveluiden keskittyminen, avohoidon lisääntyminen ja hoitoaikojen lyhentyminen. (Määttä 2013a, 14.)

Kansalaiset ovat aiempaa tietoisempia ensihoidon palveluista ja omista oikeuksistaan, mikä on osaltaan vaikuttanut ensihoitopalvelujen kysyntään. Tämä on lisännyt odotuksia sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ohjata potilaat tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoon ja tarvittaessa jättää potilas kuljettamatta. Jos potilas jätetään kuljettamatta, hänelle voi tulla ensihoitajien antamasta suullisesta jatko-ohjeistuksesta huolimatta turvaton olo. (Määttä 2013a, 14.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on potilasohjeiden avulla parantaa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasohjauksen laatua Pohjois-Karjalassa ja siten turvata paremmin potilaan saama jatko-ohjeistus tasalaatuisesti. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa neljä potilasohjetta tilanteisiin, joissa ensihoitopalvelu on tutkinut potilaan ja päätyneet siihen, että kuljetusta terveydenhuollon päivystyspisteelle ei tarvita.

Kuljettamatta jättämisestä käytetään termiä "äksäys", jolla tarkoitetaan X-koodin käyttämistä. X-koodeja on yhteensä kymmenen, joista kuljettamatta jättämislanteessa valitaan yksi. Yksi laatimistamme ohjeista on kaikille potilaille sopiva yleisohje (liite 1), joka sisältää ajan tasalla olevat terveydenhuollon yhteystiedot. Lisäksi laadimme kolme spesifioitua ohjetta, jotka ovat rintakipu- (liite 2), rytmihäiriötuntemus- (liite 3) sekä matala verensokeri -potilasohje (liite 4). Yleisohjeesta teimme myös englannin- (liite 5) ja venäjänkieliset (liite 6) versiot. Näihin

ohjeisiin päädyimme yhdessä toimeksiantajan kanssa tutkimiemme ensihoidon tehtävtilastojen (liite 7) perusteella. Kyseisistä tehtävtilastoista tuli ilmi tehtävät, joilla oli päädytty eniten kuljettamatta jättämiseen eli ”äksäykseen”. Näistä tehtävistä valitsimme yhdessä toimeksiantajan kanssa tehtävät, joihin olisi järkevintä ja tarpeellista laatia potilasohjeet. Kun ensihoitopalvelu on päätenyt kuljettamatta jättämiseen, on potilaan tiedettävä kuinka toimia, jos oireet palaavat. Potilasohjeen avulla potilas pystyy itse seuraamaan sairaudelle tyypillisiä oireita, ja ottamaan ajoissa yhteyttä apua saadakseen.

X-koodeista on aikaisemmin tehty opinnäytteinä tutkimuksia. Tutkimukset ovat liittyneet nimenomaan itse koodeihin ja niiden käyttöön. Kuljettamatta jättämislanteissa potilaan jatko-ohjeistukseen käytetään yleisesti sairaankuljetuskertomusta, eli SV210-kaavaketta (liite 8), jonka päällimmäinen osa jää potilaalle. Tekemämme potilasohjeet täydentävät SV210-kaavaketta, koska kyseisessä kaavakkeessa ei ole esimerkiksi valmiiksi annettuja ohjeita siitä, minkälaisia oireita potilaan pitää tarkkailla ensihoitopalvelun lähdettyä.

2 Ensihoidojärjestelmä

2.1 Ensihoidopalvelu

Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan terveydenhuollossa järjestettyä päivystystoimintaa, jonka tarkoituksena on turvata akuutisti sairastuneen tai onnettomuudessa olleen uhrin ensihoito kohteessa, kuljetuksen aikana sekä sairaalassa. Ensihoitopalvelua voidaan verrata palo- ja turvallisuuspalveluihin sen toimintaympäristön, arvojen ja luonteen vuoksi. (Määttä 2013a, 14.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoidopalvelusta (340/2011) ovat korvanneet kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolain määräykset sekä sairaankuljetusasetuksen. Nämä ovat yhtenäistäneet ja selkiyttäneet ensihoidopalveluun sisältyviä käsitteitä. Esimerkiksi käsitteen ”lääkinnällinen pelastustoimi” sijasta käytetään käsitettä ”ensihoidopalvelu” ja käsit-

teet ”sairaankuljetus” ja ”sairaankuljettaja” on korvattu käsitteillä ”ensihoito” ja ”ensihoitaja”. (Määttä 2013a, 17.)

Ensihoitopalveluun sisältyvät akuutisti sairastuneen tai loukkaantuneen henkilön kiireellinen hoito sairaalan ulkopuolella ja potilaan kuljetus tarkoituksenmukaiseen terveydenhuollon päivystyspisteeseen. Ensihoitopalveluun kuuluvat myös ensihoitovalmiuden ylläpito, potilaan sekä muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin, erityistilanteiden varautumis- ja valmiussuunnitelman laatiminen sekä virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille ja rajavartio- ja meripelastusviranomaisille. (Määttä 2013a, 18.)

Ensihoitopalvelua koskevia päätöksiä on käsitelty terveydenhuoltolaissa (1326/2010), asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) sekä palvelutasopäätöksen laatimista koskevassa ohjeessa. Myös muut terveydenhuollon lait, viranomaisohjeet, asetukset, arvot ja periaatteet, oikeudet ja velvollisuudet pätevät ensihoitopalvelun työntekijöihin. Nämä koskevat myös ensihoitopalvelussa toimivia pelastajia, vaikka heillä ei olisi terveydenhuollon ammattitutkintoa. (Määttä 2013a, 18.)

Sairaalan ulkopuolisten ensihoitopalvelujen merkitys ja odotukset ovat viime vuosina lisääntyneet terveydenhuollon päivystyspalvelujen keskittämisen vuoksi. Toimiva ensihoitopalvelu supistaa potilasruuhkaa ja ohjaa potilaita oikeisiin hoitopaikkoihin. Potilas voidaan jättää kotiin, jos hänellä ei ole tarve välittömään hoitoon pääsyyn, ja ohjata hakeutumaan omalle terveysasemalleen myöhemmin. (Määttä 2013a, 17.)

2.2 Hätäkeskus ja riskinarvio

Kun ihmisen terveys ja turvallisuus ovat välittömästi uhattuina, hän soittaa yleiseen hätänumeroon 112. Puhelu yhdistyy oman alueen hätäkeskukseen hätäkeskuspäivystäjälle. Jokainen hätäpuhelu käsitellään mahdollisimman huolellisesti ja järjestelmällisesti, jotta tehtävän luonteen ja kiireellisyyden määrittämi-

nen onnistuu. Tätä hätäkeskuspäivystäjän tekemää toimintaa kutsutaan riskinarvioksi. (Määttä 2013a, 22.)

Hätäkeskus ohjaa ensihoitopalvelua reaaliaikaisesti. Käytännössä se määrää, mitä apua potilas saa ja kuinka pian. Täten hätäkeskus voi ratkaisevasti vaikuttaa potilaan selviytymismahdollisuuksiin. Ilman hätäkeskusta ensihoitopalvelukaan ei toimi. (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2002, 18 - 19.)

Riskinarvion perusteella hätäkeskuspäivystäjä hälyttää kohteeseen riittävän määrän yksiköitä tietyllä kiireellisyysluokalla. Suomessa käytetään neljää kiireellisyysluokkaa, jotka ovat A, B, C ja D. Kiireelliseksi tehtäväksi luokitellaan A-, B- ja C-tehtävät. A- ja B-tehtävillä potilas tulee tavoittaa mahdollisimman nopeasti. A-tehtävällä hätäkeskuspäivystäjän saamien esitietojen perusteella herää epäily, että potilaan peruselintoiminnot ovat välittömässä vaarassa. B-tehtävällä potilaan peruselintoimintojen tasosta ei ole varmuutta. Tällöin tehtävälle lähdetään hälytysajona. C-tehtävällä potilaan tila on arvioitu vakaaksi tai peruselintoimintojen häiriö lieväksi, mutta potilas kuitenkin tarvitsee ensihoitoa. Tällöin potilas pyritään tavoittamaan 30 minuutin kuluessa hälytyksestä. D-tehtävällä potilaalla on vakaa tilanne, eikä hän tarvitse välitöntä ensihoitajien tekemää arviota. Peruselintoimintojen ollessa kunnossa potilas tulee tavoittaa kahden tunnin sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

2.3 Ensivaste

Ensivasteella tarkoitetaan kohteen todennäköisesti ensimmäiseksi tavoitettavaa yksikköä, joka kykenee aloittamaan potilaan hoidon. Ensivasteyksiköksi kelpaa mikä tahansa välittömässä lähtövalmiudessa oleva yksikkö, jonka henkilöstö kykenee antamaan hätäensiapua. (Pirkanmaan pelastuslaitos 2012.) Hätäensivavulla tarkoitetaan välittömästi annettavaa ensiapua potilaan hengen pelastamiseksi (Pohjois-Savon pelastuslaitos 2014). Ensivasteyksikkö pystyy tarvittaessa hengitysteiden turvaamiseen, runsaan verenvuodon tyrehdyttämiseen,

murtumien lastoittamiseen sekä kammiovärinän defibrilloimiseen puoliautomaattisella defibrillaattorilla (Pirkanmaan pelastuslaitos 2012).

Ensivaste on osa terveydenhuollon toimintaa. Se on myös määriteltävä sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksessä. Ensihoidon vastuulääkäri laatii hätäkeskukselle ensivasteen hälytysohjeet. (Määttä 2013a, 23.) Ensivasteyksikön ei välttämättä tarvitse olla ambulanssi eikä kyetä kuljettamaan potilasta. (Castren ym. 2002, 18). Etenkin Pohjois- ja Itä- Suomessa ensivasteena käytetään myös rajavartiolaitosta (Määttä 2013a, 23). Tällainen yksikkö voidaan hälyttää myös lisävasteeksi avustamaan ensihoitotehtävissä tai opastamaan kauempaa saapuvia yksiköitä kohteeseen (Kinnunen 1999, 1).

2.4 Perus- ja hoitotason ensihoito

Ensihoidolla tarkoitetaan äkillisesti sairastuneelle tai loukkaantuneelle potilaalle annettavaa kiireellistä hoitoa ja tarvittaessa potilaan kuljettamista jatkohoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Kyseisellä hoidolla pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan sairastuneen tai vammautuneen elintoiminnot. Hoidolla pyritään parantamaan potilaan terveydentilaa käyttämällä perusvälineitä, lääkkeitä tai muita hoitotoimenpiteitä. (Määttä 2008, 27.)

Perustason ensihoidolla tarkoitetaan potilaan hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010). Perustasolla toimimisen edellytyksenä on ensihoitoon suuntaava terveydenhuollon ammattitutkinto. Tämä tarkoittaa sitä, että ainakin toisella perustasonyksikön hoitajalla tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) vähintään nimikesuojattu ammattihenkilön koulutus. Tämä tarkoittaa käytännössä vähintään lähihoitajatutkintoa ensihoidon koulutusohjelmasta. Toisena hoitajana voi olla esimerkiksi pelastaja, sillä nykyiseen pelastajakoulutukseen sisältyy niin paljon ensihoitokoulutusta, että se antaa pätevyyden toimia yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. (Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 20.)

Perustason yksikössä työskentelevillä tulee olla suoritettuna sairaanhoitopiirin järjestämä ensihoidon perustason testi (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010). Lisäksi toiselta perustasonyksikössä toimivalta edellytetään voimassa olevaa kelpoisuutta lääkehoidon toteuttamiseen (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012).

Hoitotason ensihoidolla tarkoitetaan valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus potilaan elintoiminnot turvattuna (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010). Hoitotasolla ainakin toisella hoitajalla tulee olla ensihoitaja AMK -tutkinto tai laillistettu sairaanhoitajatutkinto. Sairaanhoitajatutkinnon lisäksi tulee olla suoritettuna ensihoidon lisäkoulutus. Hänen työparinaan voi toimia muu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastaja. Hoitotason yksikössä toimivilla, ainakin toisella, on oltava suoritettuna sairaanhoitopiirin järjestämä ensihoidon hoitotason testi. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.)

2.5 Ensihoitolääkäritoiminta

Lääkärin operatiivinen rooli sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa vaihtelee alueittain. Siihen vaikuttavat ensihoitopalvelun rakenne, muun henkilöstön koulutus sekä ensihoidon kehitys. Hätätilapotilaiden hoidon onnistuminen riippuu niin hoitoketjun toimivuudesta kuin ensihoitolääkärin operatiivisesta työskentelestä. Jokaisella sairaanhoitopiirillä on yksi hallinnollinen ensihoidon vastuulääkäri. Ensihoitolääkäreiden operatiiviset työnkuvat ovat eroavia, sillä kaikkien tehtäviin eivät kuulu hälytystehtävien lisäksi alueen ensihoitopalvelun konsultatioiden hoitaminen ja yleisjohtaminen. (Määttä 2013a, 24.)

Aikaisemmin ainoastaan Helsingissä oli ympärivuorokauden viranomaisvastuulla toimiva päivystävä ensihoitolääkäri. Nykyisin tilanne on toinen, sillä jokaisella erityisvastuualueella (ERVA) on vähintään yksi päivystävä ensihoitolääkäri. (Määttä 2013a, 24.) ERVA-alueita on Suomessa viisi, jotka ovat Helsingin seudun yliopistollinen sairaala (HYKS), Turun yliopistollinen keskussairaala

(TYKS), Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS), Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) ja Oulun yliopistollinen sairaala (OYS) (Kunnat 2013).

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella päivystävänä ensihoitolääkärinä toimii FINHEMS 60 -ensihoitolääkäri (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2010). FINHEMS 60 hälytetään korkeariskisille tehtäville. FINHEMS 60 -asemapaikka on Kuopion Rissalassa. (Finnhems 2013.)

3 Kuljettamatta jättäminen

Potilasta ei välttämättä tarvitse aina kuljettaa terveydenhuollon päivystyspisteelle. Todellisuudessa vain vähäinen osa apua hälyttäneistä kansalaisista tarvitsee nopeaa ja korkeatasoista hoitoa. Potilaan kuljettamatta jättämispäätös perustuu ensihoitajien ja päivystävän lääkärin yhdessä tekemään arvioon potilaan huolellisen haastattelun ja tutkimisen perusteella. Mikäli ensihoitajat tulevat siihen tulokseen, ettei potilasta tarvitse kuljettaa sairausautolla jatkohoitoon, käytetään X-koodia. (Määttä 2013b, 59.)

Kun ensihoitajat harkitsevat X-koodin käyttöä, heidän on huomioitava lainsäädännön potilaalle antamat oikeudet ja terveydenhuollon työntekijälle asettamat velvollisuudet. X-koodeja käytettäessä jokaisen ensihoitajan on tunnettava ja ymmärrettävä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä sen merkitys sairaalan ulkopuolisessa ympäristössä. Potilaan asemasta ja oikeuksista määrävän lain (785/1992) mukaan jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa vaatimaan hoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat kulloinkin käytettävissä. Kiireellisissä tapauksissa laki takaa välittömän hoitoon pääsyn. Täten potilaan kuljettamatta jättäminen vaatii aina huolellista potilaan tutkimista ja hyvää harkintaa. (Määttä 2013b, 59.)

Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ilman laissa säädettyä perustetta henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puut-

tua eikä vapautta riittää. Yleensä ensihoitopalvelun tarve tulee akuutisti, eikä avun tarvitsijalla ole mahdollisuutta valita palvelun tuottajaa tai hoitopaikkaa. Tästä huolimatta potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Potilaalla on myös oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen. Ensihoitajille voi työssään tulla vastaan myös ristiriitaisia tilanteita, jolloin heidän tulee ottaa huomioon se, kykeneekö potilas päättämään itse hoidosta tai hoidosta kieltäytymisestä. Tilanteessa tulee toimia yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ammattimainen työote säilyttäen. (Castren ym. 2012, 135.)

On tilanteita, jolloin itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on välttämätöntä ihmisen terveyden kannalta. Tällainen tilanne voi tulla eteen esimerkiksi itsetuhoisen ihmisen kohdalla. Terveyttä ja omaa hoitoa koskevaa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa vain lain perusteella. (Castren ym. 2012, 137.) Tahdosta riippumattomasta hoidosta on säädetty mielenterveyslaissa (1116/1990), päihdehuoltolaissa (41/1986), lastensuojelulaissa (417/2007), tartuntatautilaissa (583/1986) sekä kehitysvammaisten erityishuoltolaissa (519/1977).

Kattava dokumentointi turvaa ensihoitajien oikeusturvaa. Joskus päätös kuljettamatta jättämisestä voidaan riitauttaa potilaan toimesta, jolloin ensihoitajien harkinta on pystyttävä todistamaan jälkikäteen. (Määttä 2013b, 59.) Päätös kuljettamatta jättämisestä kirjataan ensihoidon potilasasiakirjaan ja päätös on perusteltava ja selitettävä potilaalle selkokielellä. Potilaalle on annettava selkeät jatko-ohjeet, kuinka hänen tulee toimia tilanteen muuttuessa. (Castren ym. 2012, 135.) Kun harkitaan kuljettamatta jättämistä, on suotavaa kysyä herkästi hoito-ohje päivystävältä lääkäriltä päätöksen vahvistamiseksi (Määttä 2013b, 59). Kun potilas jätetään kuljettamatta, ensihoidon potilasasiakirjan päällimmäinen osa jätetään potilaalle (Castren ym. 2012, 135).

3.1 Ensihoidon tehtäväkoodit

Hätäkeskus antaa ensihoitoyksiköille tehtävät tehtäväkoodeilla. Tehtäväkoodi kertoo, mitä kohteessa on mahdollisesti odotettavissa. Tämä perustuu hätäkeskuspäivystäjän tekemään ilmoittajan haastatteluun ja arvioon. Hätäkeskus mää-

rittää myös tehtävän kiireellisyysluokan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 40.)

Kun ensihoitoyksikkö lähtee kuljettamaan potilasta, se ilmoittaa hätäkeskukseen kuljetuskoodin ja varausasteen. Varausasteen perusteella hätäkeskus pystyy priorisoimaan hälytettävät yksiköt päällekkäistehtävän sattuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 26.) Tässä opinnäytetyössä käsittelemme tarkemmin ainoastaan ensihoidon X-koodeja.

3.2 Ensihoidon X-koodit

X-koodi on käsite, joka kuvaa potilaan kuljettamista jättämistä. Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa käytetään X-koodeja silloin, kun potilasta ei tarkan tutkimisen ja harkinnan jälkeen päädytä kuljettamaan päivystysvastaanotolle tai potilas jää kohtaamatta. X-koodeja on yhteensä kymmenen, ja jokaisella koodilla on oma merkityksensä. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2004, 100.)

X0-koodi tarkoittaa teknistä estettä. Tekninen este voi syntyä missä hyvänsä tehtävän aikana. Tällöin potilasta ei tavoiteta esimerkiksi auton rikkoutumisen vuoksi. Lääkärihelikoptereilla tätä koodia käytetään myös, jos sääolosuhteet estävät tehtävälle lähtemisen. (Määttä 2013b, 53.)

X1-koodia käytetään silloin, kun kohteessa on vainaja. Potilas on voinut olla kuolleena jo ensihoitopalvelun sen tavoittaessa, tai kuolla ensihoidon tai kuljetuksen aikana. Ensihoitoyksikkö ei kuljeta vainajia. Poikkeuksena on tilanne, jolloin potilas kuolee siirron aikana. Tällöin vainajan voi kuljettaa päämääränä olevaan terveyskeskukseen. (Määttä 2013b, 53.)

X2-koodia käytetään, kun potilas jää poliisin huostaan. Tyypillinen tilanne on, että ohikulkija on huomannut puistossa makaavan henkilön ja soittanut suoraan hätäkeskukseen käymättä henkilön luona. Ensihoitopalvelu käy tutkimassa potilaan huolellisesti, ja monesti potilas on vain päihtyneessä tilassa, eikä välttämättä vaadi kuljetusta terveydenhuollon päivystykseen. Tällöin ensihoitajat otta-

vat yhteyttä poliisiin, ja päihtynyt henkilö otetaan poliisin säilöön. (Määttä 2013b, 53.)

X3-koodi tarkoittaa muuta apua. Tämän koodin käyttö on hyvin harvinaista. Se voi tarkoittaa esimerkiksi lääkärin käyntiä potilaan luona myöhemmin. (Määttä 2013b, 54.)

X4-koodi tarkoittaa muuta kuljetusta. Koodia käytetään silloin, kun ensihoitoyksikkö ei lähde kuljettamaan potilasta, vaan kuljetus tapahtuu jollakin muulla ajoneuvolla, esimerkiksi taksilla tai jos samalle tehtävälle saapunut toinen ensihoitoyksikkö hoitaa kuljetuksen. (Määttä 2013b, 54.)

X5-koodi tarkoittaa, että ensihoidolle tai kuljetukselle ei ole tarvetta. Monet ihmiset soittavat hätänumeroon saadakseen apua. Toisinaan tilanteeseen löytyy ratkaisu paikanpäällä, eikä potilasta näin ollen tarvitse kuljettaa terveydenhuollon päivystykseen. Kyseessä voi olla esimerkiksi jokapäiväinen oire tai yksinäisyys. Ihmiset saattavat soittaa hätänumeroon, jos näkevät kadulla jotain omasta mielestä epänormaalia, käymättä katsomassa mikä asianomaista vaivaa. Edellä mainittuihin tilanteisiin ei useinkaan liity tarvetta potilaan hoitamiseen tai kuljetamiseen. (Määttä 2013b, 54 - 55.)

X6-koodi tarkoittaa potilaan kieltäytymistä hoidosta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) puolustaa potilaiden itsemääräämisoikeutta. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja potilas voi halutessaan kieltäytyä hoidosta. Itsemääräämisoikeus koskee 18 vuotta täyttäneitä muutamaa erityistilannetta lukuun ottamatta. Itsemääräämisoikeudesta voidaan poiketa mielenterveys- (1116/1990), päihdehuolto- (41/1986) ja lastensuojelulakien (417/2007) perusteella. Mikäli potilaan terveys tai henki on uhattuna, potilaalle tulee antaa tarpeellinen hoito vaaran torjumiseksi, vaikka potilas olisi siinä tilassa, että hänen tahtonsa jäisi epäselväksi. (Määttä 2013b, 55 - 56.)

X7-koodia käytetään silloin, kun potilasta ei kohteeseen mentäessä löydetä. Ohikulkijat ja sivulliset voivat tehdä hätäpuhelun, eivätkä välttämättä osaa ker-

toa tarkkaa sijaintiaan, ja näin ollen potilas on hankala löytää. Joskus hätäpuhelut ovat ilkeävaltaa, eikä kohteessa ole todellisuudessa mitään tavattavissa. Mikäli ensihoitoyksikkö ei löydä potilasta, se kysyy hätäkeskukselta hälytystiedot uudelleen. Epäselvissä tilanteissa hätäkeskuspäivystäjä voi ottaa uudelleen yhteyden ilmoittajaan osoitteen varmistamiseksi. Jos potilasta ei edelleenkään löydy, hätäkeskuspäivystäjän ja ensihoitajien yhteisen harkinnan ja johtopäätösten perusteella voidaan käyttää koodia X7. (Määttä 2013b, 56.)

X8-koodia käytetään, kun potilas on hoidettu kohteessa, eikä häntä tarvitse lähteä kuljettamaan. Tyypillisiä tilanteita ovat esimerkiksi diabeetikon hypoglykemiaan liittyvä tajunnantason lasku ja sen hoitaminen suoniteitse annettavalla sokeriliuksella, sekä toistuvat eteisperäiset rytmihäiriöt, jotka hoidetaan suoneen annettavalla rytmihäiriölääkkeellä. X8-tehtävän yhteydessä sairaankuljetuskäyvä tulee täyttää huolellisesti ja siihen tulee kirjata myös jatkohoito-ohjeet. Potilasta tulee informoida hyvin, ja potilaan pitää tuntea olonsa turvalliseksi jäädessään tapahtumapaikalle. X8-koodi on ensihoitajien yhteinen päätös, ja yleensä päätöstä tukemaan konsultoidaan alueen päivystävää lääkäriä. (Määttä 2013b, 56 - 57.)

X9-koodi tarkoittaa tehtävän peruuntumista. Hätäkeskus voi peruuttaa tehtävän ennen kuin ensihoitoyksikkö on ennättänyt kohteeseen. Esimerkiksi kiireellisellä tehtävällä hätäkeskuspäivystäjä hälyttää ensihoitoyksikön tehtävälle ja jatkaa samalla ilmoittajan haastattelua. Tietojen selkiytyessä voi käydä ilmi, ettei kohteessa olekaan ensihoidon tarvetta. Tällöin hätäkeskus peruuttaa matkalla olevan yksikön. Jos kohteessa on jo ensihoitoyksikkö ja sinne on hälytetty myös toinen, voi kohteessa jo oleva ensihoitoyksikkö peruuttaa toisen yksikön, mikäli he ovat ehtineet haastatella ja tutkia potilaan huolellisesti, eikä lisäävulle ole tarvetta. (Määttä 2013b, 57.)

4 Potilasturvallisuus ensihoidossa

Potilasturvallisuus on olennainen osa terveydenhuollon laatua. Potilasturvallisuus on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa hänelle itselleen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.) Potilasturvallisuus koostuu hoidon turvallisuudesta, lääkehoidon turvallisuudesta sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuudesta. Suuremmassa mittakaavassa potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollon työntekijöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintatapoja, joilla potilaiden terveystalvelujen turvallisuus varmistetaan. (Kuisma 2013, 63.)

Jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköillä tulisi olla käytössään potilasturvallisuussuunnitelma. Suunnitelma voidaan laatia erikseen jokaiselle toimintayksikölle, kuten esimerkiksi sairaanhoitopiirille ja pelastuslaitokselle. Se voidaan myös laatia koko ensihoidon järjestämisalueelle huomioiden eri toimintayksiköiden erityispiirteet. (Kuisma 2013, 64.)

Suomessa on voimassa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) laatima potilasturvallisuusstrategia. Strategian mukaan potilasturvallisuutta hallitaan ennakoimalla ja oppimalla, vaaratapahtumista raportoimalla, potilasturvallisuuden suunnitelmallisella edistämällä sekä potilasturvallisuuden huomioimisella terveydenhuollon tutkimuksissa ja opetuksissa. Potilasturvallisuusstrategian yhtenä tehtävänä on myös kannustaa hoitotyöntekijöitä läheltä piti -tilanteista raportoimiseen. Näin pyritään luomaan syyllistämätön kulttuuri. (Castren ym. 2012, 38.)

Ensihoitopalvelua tarvitseva potilas olettaa, että hänelle tehtävät tutkimukset ja hoidot ovat turvallisia eivätkä aiheuta lisähaittaa. Suomessa vakavasti potilasturvallisuutta vaarantaneiden ja haittaa aiheuttaneiden tilanteiden määrä ei ole suuri. Näin voidaan päätellä valvontaviranomaisille osoitettujen kanteluiden ja potilasvakuutuskeskukselle osoitettujen potilasvahinkoilmoituksen laadusta ja määrästä. (Kuisma 2013, 63.)

Konkreettisenä esimerkkinä ensihoidon potilasturvallisuudesta kerrottakoon, että ensihoitoyksikön tulee varmistaa etukäteen laitteidensa toimintakunto sekä lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden riittävyys. Kuljettamatta jättämispäätöksiä pohiessa ensihoitajien tulisi huomioida yksilöllisesti ratkaisun turvallisuus potilaan terveyden kannalta. (Kuisma 2013, 65.)

Jos kentällä syntyy potilasturvallisuutta vaarantava tilanne eli niin sanottu läheltä piti -tilanne tai jos potilasturvallisuus todella vaarantuu, tulee tapahtumat raportoida organisaation sisällä. Kätevin tapa olisi käyttää läheltä piti -tilanteiden raportointiin ja seuraamiseen tarkoitettua sähköistä raportointijärjestelmää, kuten HaiProta. Tällaiset sähköiset raportointijärjestelmät ovat vasta tekemässä tuloaan ensihoitoon, eikä niiden perusteella ole toistaiseksi saatavilla luotettavaa tietoa. (Kuisma 2013, 64.)

Ilmoituksen tekemiskynnys tulisi olla matala. Ilmoituksen voi tehdä anonymisti. Hoitohenkilöstölle tulisi järjestää koulutusta ja ohjausta tilanteista, jolloin ilmoitus olisi aiheellista tehdä. (Kuisma 2013, 64.) Ilmoituksia tekemällä saadaan aikaan tilastoja, jotka vaikuttavat tulevaisuudessa työyksikön toimintaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b).

Opinnäytetyömme prosessin aikana Helsingin yliopistollisen sairaalan klinikayksikön tutkijaryhmän tekeillä olevassa väitöskirjassa on meneillään tutkimus ensihoitopalvelun ei-kuljetettujen potilaiden kuolleisuudesta ja terveyspalvelujen käytöstä. Aineisto käsittää yhteensä 5 420 ei-kuljetettua potilasta. Tutkimuksessa on noussut esille yksi kehittämiskohde potilasturvallisuuden näkökulmasta, jota voidaan arvioida yksinkertaisesti potilaan liikkumiskyvyn perusteella. Viiden vuorokauden kuluessa ensihoitopalvelun käynnistä noin viidennes potilaista käytti perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palveluja. Ensihoitolääkärin konsultaatio tai potilaan jääminen yksin ei vaikuttanut terveyspalvelujen käyttämiseen. Tutkimustulokset ovat alustavia, ja lopullinen analyysi valmistuu vuoden 2014 aikana. (Kuisma 2014.)

5 Potilaan ohjaaminen ensihoidossa

Yllättävät olosuhteet ja puutteelliset resurssit saattavat vaikeuttaa tehtävän suorittamista ensihoidossa, tai tehdä siitä jopa mahdotonta, vaikka tehtävä olisikin alun perin rutiininomainen. Nopea tilanteiden muuttuminen ja ennalta arvaamattomuus kuuluvat ensihoitotyöhön. Ammattiauttajalla täytyy olla kyky arvioida potilaan tila nopeasti ja mahdollisimman luotettavasti. Inhimillinen suhtautuminen ja ammattimainen asenne hoidettavaan ovat kuitenkin tärkeitä muistaa aina, vaikka tehtävä olisi minkälainen tahansa. (Castren ym. 2012, 144.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että potilaan on saatava riittävästi tietoa hoidostaan sekä häntä koskevista asioista. Yksi keskeinen osa hoitotyössä onkin potilaan ohjaaminen. Potilasohjauksen tulisi aina olla potilaslähtöistä. Ohjaus on potilaan kannalta tärkeä osa potilashoitoa. Ohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista. Ohjauksen avulla potilas oppii taitoja ja tietoja, joiden ansiosta hän pystyy osallistumaan hoitoonsa ja arvioimaan omaa tilannettaan. (Rekola & Hakala, 2008, 596.) Jo yksikertainen potilaan neuvominen ja rohkaisu ovat osa ohjaamista (Casey 2007, 1402).

Ohjauksen merkitys korostuu tulevaisuudessa, koska potilaita vaaditaan ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään sekä hoidostaan. Lisäksi potilaiden hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet muuttuneiden hoitokäytäntöjen seurauksena. Myös potilaiden ohjaustarpeet ja odotukset ovat lisääntyneet. Yksi hoidon laadun osatekijöistä on potilaan tyytyväisyys saamaansa tiedon määrään ja sen sisältöön. Tyytyväiset potilaat saavat hoidostaan riittävästi tietoa ja heitä ohjataan hoitoon liittyvissä asioissa potilas huomioiden. Ristiriitainen, epämääräinen tai sekava ohjaaminen puolestaan aiheuttaa tyytymättömyyttä. Ohjauksessa hoitajan roolina on tukea, auttaa sekä opastaa potilasta. (Rekola & Hakala 2008, 596.)

Ohjauksen eri vaiheet voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin. Potilaan kyky suunnitella, toteuttaa ja arvioida omaa toimintaansa yhteis-

työssä hoitajan kanssa korostuu potilaslähtöisessä ohjauksessa. Tarkoitus on suunnitella ja rakentaa ohjausprosessi sekä lisätä potilaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. Tämä ei toteudu, jos ohjaaminen on rutiininomaista ja muodollista. (Rekola & Hakala 2008, 596.) Ohjaus on asiantuntijan työtä, ja hänelle on asetettu tietyt lainsäädännölliset tehtävät. Toimintaa ohjaavat kyseisellä hetkellä vallassa olevat eettiset ja moraaliset periaatteet niin ammatin, alan kuin koko yhteiskunnan puolesta. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveysalalla korostetaan asiakkaan kuuntelemista sekä tukemista hänen päätöksissään omaan hoitoonsa ja kuntoutumiseensa liittyen. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 50 - 51.)

Vänskän ym. (2011, 64) mukaan "ohjaustilanne on aina jonkinlainen adaptaatio- eli mukautumistilanne, jossa asiakas pyrkii tilanteensa, osaamisensa ja oppimisensa hallintaan hyvin monenlaisilla, itselleen tarkoituksenmukaisilla strategioilla ja tulkintamalleilla." Ohjauksen tulisi ensihoitotilanteessa olla realistista sekä konkreettista. Emotionaalisen tuen merkitys on myös tärkeä. Onnistuneen ohjauksen perustana ovat ensihoitajan riittävät tiedot ohjattavista asioista sekä itse tilanteesta. Olisi myös hyvä olla tietoa siitä, kuinka äkillisesti sairastanut potilas omaksuu asioita. Ohjaustarpeen tunnistamisen lisäksi ensihoitajalta edellytetään myös ohjausmenetelmien hallintaa, oppimisen arviointia ja ohjausmateriaalin tuottamista. (Rekola & Hakala 2008, 596 - 597.)

Ohjaustapoja valittaessa ohjaajana olevan henkilön on otettava huomioon ohjattavan erilaiset orientoitumistavat tai pyrkimys käyttää jotain tiettyä toimintastrategiaa. Ohjattava tuntee olonsa turvalliseksi, kun ohjausympäristö ja ohjaajan valitsemat interventiot sopivat kyseiseen ohjattavaan. Ohjattavan turvallinen olotila auttaa uuden asian oppimista ja ohjaustilanteeseen orientoitumista. (Vänskä ym. 2011, 64.) Onnistuneella ohjauksella on merkitystä potilaiden sekä heidän perheidensä terveyteen, arkipäiväiseen selviytymiseen ja myös kansantalouteen. Onnistuessaan ohjaus parantaa potilaan selviytymiskykyä kotona ja vähentää yhteydenottoja sairaalaan. (Rekola & Hakala 2008, 597.)

Ensihoidossa potilaskontaktitilanteet ovat lyhytkestoisia. Lyhytkestoisuutensa vuoksi nämä potilasohjaustilanteet eivät sovellu laajempaan elämäntapaneu-

vontaan. Tutkimuksissa on todettu, ettei lyhytkestoisilla potilasohjaustilanteilla ole vaikutusta potilaan elintapoihin pitemmällä aikavälillä. (Arnold, Goodacre, Bath & Price 2009, 4.)

Hyvään ohjaustilanteeseen kuuluu potilaan kannalta tietojen ja taitojen oppiminen sekä potilaan motivoitumisen tukeminen. Motivaatio onkin keskeinen asia potilaan omahoidon kannalta, jotta potilas saadaan sitoutumaan siihen. Sitoutuminen omahoitoon on aktiivista, vastuullista ja joustavaa itsensä hoitamista senhetkisen terveydentilan mukaan. Potilaan tulee tietää perusasiat, joiden avulla hän ymmärtää tilanteensa ja osaa näin hoitaa itseään. Kyseisiä perusasioita ovat muun muassa tieto sairaudesta, sen syistä ja mahdollista komplikaatioista. (Rekola & Hakala 2008, 597.)

Ensihoitajalla tulisi ohjaustilanteessa olla myönteinen asenne ohjausta sekä itse potilasta kohtaan. Myös asiantuntemus, ystävällisyys ja kyky eläytyä potilaan asemaan kuuluvat ensihoitajan ammattitaitoon. Potilasohjaukseen kuuluvat muun muassa motivointi, kuuntelu, tukeminen ja kunnioittaminen. Itse ohjaustilanteeseen puolestaan vaikuttavat muun muassa potilaan terveys ja elämänhallinta sekä sosiaalinen ympäristö. Myös aikaisemmat tiedot, odotukset ja kokemukset vaikuttavat ohjaukseen. (Rekola & Hakala 2008, 597.)

Ilvanaisen ja Syväojan (2012, 318) mukaan potilaalla on yleensä suurempi tiedontarve kuin hoitotyön ammattilaiset olettavat. Pelkkä suullinen ohjeistus saattaa unohtua helposti tai potilas muistaa alkuperäisen suullisen ohjeen väärin. Kirjallinen hoito-ohje tukeekin suullista ohjeistusta. Potilas itse saa tutustua ohjeeseen ja omaksua siinä olevan tiedon omassa tahdissaan. Kirjallinen hoito-ohje tulisi käydä läpi yhdessä potilaan kanssa. Ohjauksen aikana potilaalla on aina mahdollisuus kysyä, jos jokin asia on epäselvä. Potilaan ohjaus on onnistunut, kun hän on saanut tarvittavat tiedot ja taidot selviytyäkseen kotona (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25 - 29).

5.1 Päätöksenteko ensihoidon ohjaustilanteessa

Ensihoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen sisältyy päätöksentekoa edellyttäviä tilanteita. Päätöksenteko eri tilanteissa voi olla yksinkertaista tai hyvinkin ongelmallista. Ongelmalliseksi päätöksentekotilanteen voivat tehdä esimerkiksi eri kulttuurien väliset tavat ja tottumukset. Ensihoitajan ammatillinen tietoperusta muodostuu teoreettisesta tiedosta, kokemukseen perustuvasta tiedosta ja taidosta sekä eettisestä tiedosta. Nämä luovat perustan päätöksenteolle. (Rekola 2008, 46.)

Ensihoitotilanteessa päätöksenteko perustuu tiedon keräämiseen, tiedon käsittelemiseen, tilanteen määrittelemiseen, ongelmien tunnistamiseen, toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen sekä potilaan tilan seurantaan. Kiireellistä hoitoa tarvitsevan potilaan kohdalla päätöksenteko tapahtuu välittömästi, kun taas kiireettömällä päätös tehdään pitemmällä aikavälillä. Päätöksenteon tavoitteena on auttaa potilasta selviämään akuutista tilanteesta siten, että potilas saa asianmukaista hoitoa ja pääsee tarvittaessa tarkoituksen mukaiseen hoitopaikkaan. (Rekola 2008, 46.)

Päätöksentekoon kuuluu refleksiivinen ajattelutapa. Tämä tarkoittaa oman toiminnan ja päätöksenteon seuraamusten kriittistä analysointia. Kriittiseen ajatteluun sisältyy ratkaisujen pohtimista ja vaihtoehtojen arvioimista eri perspektiiveistä sekä toiminnan taustalla olevien arvojen pohdintaa. Ei ole olemassa vain yhtä ja oikeaa ratkaisua, vaan eri tilanteissa toimivat erilaiset ratkaisut, jotka on pystyttävä löytämään päätöksenteon avulla. (Rekola 2008, 46.)

Ensihoitotilanteessa päätöksenteko on tiedonkäyttöä valittaessa eri hoitovaihtoehtoista ja toimintatavoista potilasta autettaessa. Päätöstä tehdessä ensihoitajan on arvioitava päätöksen mahdollisia seuraamuksia. Ensihoitoyksikössä päätöksentekoon osallistuvat molemmat ensihoitajat, eikä päätöstä tarvitse tehdä yksin. Potilaan hoidossa voi olla useita vaihtoehtoja, joista ensihoitaja joutuu arvioimaan parhaimman vaihtoehdon valitakseen sen. (Rekola 2008, 46.)

Päätöksenteko äkillisesti sairastuneen potilaan hoidon kohdalla ei ole vain sääntöjen ja ohjeiden noudattamista tai yksittäisten ongelmien ratkaisemista. Päätöksentekotilanteessa ensihoitajan toiminnan pitäisi olla kokonaisvaltaista ja tavoitteellista sekä potilaan tilanteeseen perustuvaa. Ensihoitajan toimintaa tulisi ohjata kokonaisvaltainen näkemys potilaan tilasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi toimintaan vaikuttavat ensihoitajalla olevat tiedot ja kyseessä olevan tehtävän luonne. Ensihoitajalla on oltava kyky hahmottaa nopeasti potilaan tarvitsema hoito sekä tehdä päätöksiä hoitoon liittyvissä asioissa. (Rekola 2008, 47.)

Ruotsalaisen tutkimuksen (2008) mukaan päätöksenteko ensihoidossa koetaan vaikeaksi ja moniselitteiseksi prosessiksi. Tärkeäksi tekijäksi päätöksentekoprosessissa nousi ensihoitajien työkokemus. Ensihoitotilanne, potilaan ikä, vamma, toimintaympäristö sekä tilanteen luoma stressi lisäsivät päätöksenteon haastavuutta. Vaikeiksi koettiin myös tilanteet, joissa potilas oli päihtynyt tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena, sillä tällöin informaation saaminen päätöksenteon tueksi oli haastavaa. (Gunnarsson & Warrén Stomberg 2009, 83 - 89.)

5.2 Eettinen päätöksenteko ohjaustilanteessa

Eettisen päätöksenteon tavoitteena on potilaan hoidossa pahan välttäminen ja pyrkiä sen avulla ratkaisuihin, joilla edistetään potilaan hyvää. Apuna eettisessä päätöksenteossa ovat eettiset periaatteet ja säännöt. Siihen liittyy aina tilanteeseen liittyvien moraalisten ja eettisten tekijöiden kriittinen tarkastelu. Kriittinen tarkastelu tehdään analysoimalla, arvioimalla ja oikeuttamalla päteviä perusteita potilaan hoidolle sekä hänen kanssaan työskentelylle. Lopullisen ratkaisun hoidosta tekee potilas itse, vaikka tilanteessa olisi useita eri ratkaisuja, jotka olisivat moraalisesti hyväksyttäviä. Ensihoidossa toteutettavassa eettisessä päätöksenteossa tärkeää on totuudenmukainen tieto potilaasta. (Rekola 2008, 49.)

Eettinen päätöksenteko ei ole vain erillään oleva osa-alue, vaan se on osa koko päätöksentekoprosessia. Ensihoidossa eettiseen päätöksentekoon vaikuttavat muun muassa ensihoitajan keskeiset arvot ja uskomukset sekä työhön ja am-

mattiin liittyvät eettiset ohjeet ja käsitteet. Päätöksentekotilanteessa kukin hoitotiimin jäsen ja potilas läheisineen tuovat esille omat yksilölliset arvonsa, moraalisen herkkyyden sekä moraaliset oivalluksensa. Eettisyys syntyykin erilaisten arvojen kohdatessa toisensa, jolloin ne asetetaan arvojärjestykseen joko tiedostamatta tai tiedostetusti. (Rekola 2008, 49.)

Ihmiset ottavat arvoja positiiviseen asenteeseensa. Ihmiselle arvokkaat asiat hyväksytään. Hoitamisen tehtävä on tuottaa yksilölle sekä yhteiskunnalle hyvää terveyttä edistämällä ja kärsimystä ehkäisemällä. Hoitaminen on asia, joka kuvataan moraalisen arvona. (Rekola 2008, 49.)

Ensihoidon tarkoitus on potilaan hyvän edistäminen. Sen määrittely ei kuitenkaan ole aina itsestään selvää. Subjektivismi määrittelee, että jokaisella yksilöllä on omat arvot, eikä objektiivisia arvoja ole olemassa. Objektivismi puolestaan korostaa arvojen riippumattomuutta ihmisen haluista. Sen mukaan jokin asia voi olla hyvä tai paha, vaikka ihminen ei itse sitä haluaisikaan. Jotta ensihoidossa päätös olisi eettisesti tehty, se on tehtävä perustuen saatavilla olevaan tietoon, arvojen tunnistamiseen sekä eettisiin käsityksiin. Rationaalinen eettisiin periaatteisiin ja pohdintoihin perustuva päätös on eettinen. (Rekola 2008, 49.)

Kuljettamatta jättämistilanteissa päätöksenteko on moniselitteistä ja vaatii tilanteen tarkastelua eri näkökulmista. Tällöin päätös ei välttämättä perustu suoraan annettuihin ohjeisiin, vaan eettisen päätöksen varmistamiseksi myös ensihoitajien oma maalaisjärjen käyttö on perusteltua. (Porter, Snooks, Youren, Gaze, Whitfield, Rapport & Woollard 2007, 32 – 38.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Kun ensihoitopalvelu poistuu kohteesta, potilaalle voi jäädä turvaton ja epävarma olo ensihoitajien antamasta suullisesta jatko-ohjeistuksesta riippumatta. Opinnäytetyön tarkoituksena on potilasohjeiden avulla parantaa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasohjauksen laatua Pohjois-Karjalassa ja siten turvata

paremmin potilaan saama jatko-ohjeistus tasalaatuisesti. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa neljä potilasohjetta tilanteisiin, joissa ensihoitopalvelu on tutkinut potilaan ja päättänyt, että kuljetusta terveydenhuollon päivystyspisteelle ei tarvita.

Jokaisessa potilasohjeessa on ajan tasalla olevat terveydenhuollon puhelinnumerot, jottei oikeiden yhteistietojen löytäminen tuottaisi vaikeuksia. Hätänumeron lisäksi ohjeisiin sisältyy myös Tikkamäen yhteispäivystyksen puhelinneuvonnan puhelinnumero. Tämä vähentää hätäkeskuksen kuormittavuutta sellaisten puheluiden suhteen, jotka voitaisiin hoitaa yhteispäivystyksen puhelinneuvonnan kautta. Kyseisiä puheluita voivat olla esimerkiksi neuvojen kysyminen jonkin sairauden tai tapaturman hoidon suhteen.

Potilasohjeita on yhteensä neljä, joista yksi on kaikille potilaille sopiva yleisohje, joka sisältää ajan tasalla olevat yhteystiedot. Yleisohjeen lisäksi tuotimme myös yhteensä kolme spesifioitua potilasohjetta rintakipuun, rytmihäiriötuntemuksiin sekä matalaan verensokeriin. Näihin potilasohjeisiin päädyimme yhdessä toimeksiantajan kanssa tutkimiemme ensihoidon tehtävätilastojen perusteella. Kyseisistä tehtävätilastoista tulivat ilmi tehtävät, joilla oli päädytty eniten kuljettamatta jättämiseen eli ”äksäykseen”. Näistä tehtävistä valitsimme yhdessä toimeksiantajan kanssa tehtävät, joihin olisi järkevintä ja tarpeellista tehdä potilasohjeet. Kun ensihoitopalvelu on päättänyt kuljettamatta jättämiseen, potilaan on tiedettävä, kuinka toimia, jos oireet palaavat. Ohjeen avulla potilas pystyy itse seuraamaan sairaudelle tyypillisiä oireita ja ottamaan ajoissa yhteyttä apua saadakseen.

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä ammatillisessa kentässä. Se voi olla

ammattilliseen käyttöön tuotettu ohje, ohjeistus tai opas. Niiden lisäksi se voi olla myös jonkinlaisen tapahtuman järjestäminen. On suositeltavaa löytää toiminnalliselle opinnäytetyölle toimeksiantaja. Toimeksiantona tehdyn opinnäytetyön avulla voi näyttää osaamista laajemmin, herättää työelämän kiinnostusta itseäni ja jopa mahdollisesti työllistyä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 16.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten ohjeistus tai tapahtuma. Yhtenäinen piirre toiminnallisissa opinnäytetöissä on pyrkimys viestinnällisiä ja visuaalisia keinoja käyttäen kokonaisilmeen luomiseen, josta voi tunnistaa tavoitteet päämäärät. Lopullinen opinnäytetyö on kompromissi omien resurssien, toimeksiantajan toiveiden, oppilaitoksen vaatimusten ja kohderyhmän tarpeiden väliltä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 56 - 57.)

Toiminnallisen opinnäytetyön edetessä työprosessia alkaa vähitellen kielellistää opinnäytetyöraportiksi. Toiminnallisen opinnäytetyön raportin on täytettävä tutkimusviestinnän vaatimukset. Raportti on teksti, josta käy ilmi mitä, miksi ja miten on tehnyt, millainen prosessi on ollut, sekä millaisiin tuloksiin ja päätöksiin on lopulta päätytty. Siitä ilmenee myös, kuinka itse arvioi omaa prosessia ja tuotosta. Lukija pystyy päättelemään raportista, kuinka opinnäytetyön toteutus on onnistunut. Opinnäytetyö kertoo lukijalle kirjoittajan ammatillisesta osaamisesta, ja on sekä ammatillisen että persoonallisen kasvun väline. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.)

Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen sisältää kaksi prosessia, kun varsinaisen tuotos sisältää myös tekstiä. Ensin kirjoitetaan tuotoksen teksti, jonka jälkeen kirjoitetaan tuotoksen suunnittelu- ja valmistusprosessista. Tuotoksen tekstissä käytetään kohderyhmää puhuttelevaa ja sisällön kannalta tarkoituksenmukaista kirjoitustyyliä. Tuotoksessa huomioidaan kohderyhmän ikä, asema, tietämys aiheesta ja tuotoksen käyttötarkoitus sekä erityisluonne. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 129.)

7.2 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun syksyllä 2013. Heti alussa oli tiedossa, että opinnäytetyön aihe tulisi olemaan akuuttihoitoon liittyvä, sillä tämä aihe kiinnosti molempia opinnäytetyön tekijöitä. Olimme myös alusta asti samaa mieltä siitä, että opinnäytetyö tulisi olemaan toiminnallinen. Koimme toiminnallisen työn tekemisen mielekkäämpänä ammatilliselle kasvullemme.

Olemme eri opiskeluryhmistä, joten aikataulujen suunnittelu oli tärkeää. Lukujärjestyksemme poikkesivat toisistaan paljon, mutta saimme kuitenkin järjestettyä yhteistä aikaa opinnäytetyön suunnittelemiseksi. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli ollut aikaisemmin töissä Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelussa, ja toinen oli kiinnostunut ensihoidosta, joten päätimme kysyä, olisiko Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella ehdotuksia opinnäytetyön aiheeksi. Sovimme tapaamisen lääkintäesimiehen kanssa ja menimme keskustelemaan asiasta Joensuun paloasemalle.

Opinnäytetyön aiheita oli monia, joten valinta oli vaikea. Yhtenä ehdotuksena oli potilasohjeiden laatiminen kuljettamatta jättämistilanteisiin ensihoitohenkilöstön käyttöön. Tämän aihe kiinnosti meitä molempia, sillä se tulisi parantamaan omalta osaltaan sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasohjauksen laatua Pohjois-Karjalassa, ja olisi toiminnallinen opinnäytetyö. Hetken asiaa pohdittuamme päätimme valita tämän aiheen ja näin saimme toimeksiannon Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta. Allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen (liite 9) marraskuussa 2013.

Laadimme opinnäytetyön aihesuunnitelman syyskuussa 2013. Suunnittelimme ja kirjoitimme aihesuunnitelmaa yhteisissä palaverissa koululla. Kun aihesuunnitelma oli valmis, se esiteltiin opinnäytetyötapaamisessa, ja opinnäytetyömme ohjaaja hyväksyi sen. Tämän jälkeen aloimme etsiä ahkerasti teoriapohjaa opinnäytetyöllemme.

Aluksi etsimme tietoa ensihoitoalan kirjallisuudesta. Teosten etsimiseen käytimme apuna eri tietokantoja. Etsimme tietoa muun muassa Cinahl-, Pubmed-,

Terveysportti- ja Medic-tietokannoista sekä Nelli- ja Community care-portaaleista. Alan kirjallisuutta löytyi paljon, mutta suurimmassa osassa oli jo vanhentunutta tietoa. Kiinnitimme huomiota käyttämiemme lähteiden ajantasaisuuteen ja valitsimme lähteiksi mahdollisimman uusia teoksia. Hoito-alalla hoitosuositukset ja toimintamallit kehittyvät ja muuttuvat jatkuvasti, joten kirjallisuus ei välttämättä pysy mukana ja tiedot vanhentuvat. Hyödynsimme tiedonhankinnassa myös toisten opinnäytetöiden lähdeluetteloita.

Saimme toimeksiantajalta käyttöön ensihoidon tehtävtilastot, joista kävi ilmi, millä tehtävillä oli päädytty eniten kuljettamatta jättämiseen eli ”äksäykseen”. Näistä tilastoista katsoimme yhdessä toimeksiantajan kanssa tehtävät, joihin olisi järkevintä ja tarpeellista tehdä potilasohjeet. Sen jälkeen meidän oli helppompaa alkaa hahmottelemaan oman työn ja ohjeiden tekemistä, kun tiesimme mitkä ohjeet tulemme tekemään. Näiden tilastojen saaminen opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa nosti motivaatiota ja kannusti tekemään työtä eteenpäin jo heti alusta alkaen. Alun perin spesifioituja potilasohjeita oli tarkoitus tehdä neljä, mutta lopulta päädyttiin kolmeen, koska neljännelle eli hengitysvaikeuspotilasohjeelle ei ollut tarvetta.

Syksyn aikana kävimme opinnäytetyön raportin kirjoittamisen ohella pienryhmätapaamisissa sekä opinnäytetyöseminaareissa. Pienryhmätapaamisista saimme kannustusta ja tietoa työmme senhetkisestä tilanteesta. Tapaamiset lisäsivät varmuutta työmme tekemiseen, koska saimme tietää, mitä työstä puuttui, mitä oli riittävästi ja oliko työssä jotakin turhaa. Opinnäytetyöseminaarit puolestaan ikään kuin valmensivat tulevaan, ja vertaisarviointeja kuunnellessa sai hyviä vinkkejä opinnäytetyön raportin kirjoittamiseen.

Varsinaisen opinnäytetyösuunnitelman laatimisen osalta asetimme itsellemme tavoitteen. Suunnitelman tulisi olla valmis ja hyväksytty joulukuuhun 2013 mennessä. Kävimme kirjoittamassa suunnitelmaa koululla silloin, kun lukujärjestykseen oli merkitty itsenäistä opiskelua. Saavutimme asettamamme tavoitteen ja saimme opintopisteet hyväksytystä suunnitelmasta vuoden loppuun mennessä.

Tammikuussa 2014 sovimme tapaamisen toimeksiantajan edustajan kanssa. Tapaamisella katsoimme opinnäytetyön tämänhetkistä tilannetta ja saimme tarkennuksia ja muutosehdotuksia työhömmе. Toimeksiantajan edustaja antoi meille yhteistietoja, joita voisimme hyödyntää potilasohjeita laatiessamme. Lisäksi saimme tietää, että Joensuun Tikkamäen yhteispäivystyksen ylilääkäri tarkastaa kevään aikana laatimamme potilasohjeet ennen niiden käyttöön ottoa.

Suunnitelman hyväksymisen jälkeen varsinaisen opinnäytetyön raportin kirjoittamiseen tuli hieman pidempi tauko. Lukujärjestyksemme poikkesivat keskenään niin paljon, ettei yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiselle löytynyt. Helmikuussa 2014 toisella opinnäytetyöntekijöistä alkoi kuukauden mittainen harjoittelujakso, joka esti yhteisiä tapaamisia koululla. Harjoittelujakson jälkeen tilanne tasoittui, yhteistä aikaa alkoi löytyä, ja opinnäytetyön prosessi pääsi jatkumaan vauhdikkaammin.

Saimme potilasohjeiden hahmotelmat valmiiksi maaliskuussa 2014, jolloin myös esittelimme ne opinnäytetyön pienryhmätapaamisessa. Ohjeista alkoi vähitellen tulla liian informatiivisia ja lääketieteellisiä kohderyhmää ajatellen. Olimme yhteydessä toimeksiantajan edustajaan sähköpostitse, jolloin saimme pohdittua ohjeiden muokkaustarvetta kohderyhmää koskettavammaksi. Myös Pohjois-Karjalan ensihoidon vastuulääkäri osallistui ohjeiden sisällön muokkaukseen.

Pyysimme palautetta potilasohjeista Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitajilta sekä ystäviltämme. Saamamme palautteen mukaan potilasohjeet ovat ”yleispäteviä ja napakoita”. Käytimme saamaamme palautetta hyödyksi potilasohjeiden viimeistelyssä. Toukokuun toisella viikolla potilasohjeet alkoivat olla siinä vaiheessa, että ne voitiin lähettää Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselle lopulliseen lukuun ja sen jälkeen Tikkamäen yhteispäivystyksen ylilääkärin tarkastettavaksi.

Opinnäytetyön esitimme toukokuun viimeisellä viikolla 2014 opinnäytetyöseminaarissa. Seminaarista saamamme palautteen mukaan muokkasimme sekä viimeistelimme opinnäytetyötämme kesän aikana lopulliseen muotoonsa. Elokuussa viimeistelimme vielä potilasohjeet yhdessä toimeksiantajan kanssa sekä

tarkastutimme opinnäytetyömme kielellisen ulkoasun äidinkielen opettajalla. Tämän jälkeen palautimme opinnäytetyön arvioitavaksi elokuun lopussa tavoitteemme mukaisesti.

7.3 Ohjeen laatiminen

Tarve potilasohjeiden laatimiseen kuljettamatta jättämistilanteisiin tuli toimeksiantajalta. Saimme Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta käyttöön ensihoitopalvelun tehtävätilastot 1.1.2011 – 28.9.2013 väliseltä ajalta. Tilastoista kävi ilmi, millä tehtävillä oli eniten päädytty kuljettamatta jättämiseen eli ”äksäykseen”. Näistä tilastoista valitsimme toimeksiantajan edustajan kanssa pohdittuamme kolme tehtäväkoodia, joihin oli järkevää ja tarpeellista tehdä potilasohjeet. Nämä olivat rintakipu (704), äkillisesti heikentynyt yleistila (705) ja hypoglykemia (771). Äkillisesti heikentynyt yleistila -koodin alle laadimme rytmihäiriötuntemuksiin liittyvän ohjeen. Joka tilanteeseen sopivasta yleisohjeesta laadimme myös englannin- ja venäjänkieliset versiot.

Ohjeista ja niiden sisällöstä keskusteltiin yhdessä toimeksiantajan edustajan kanssa. Malliksi saimme yhden aikaisemman ohjeen, jonka avulla pystyimme aloittamaan paremmin omien ohjeiden hahmottelua. Päätimme yhdessä toimeksiantajan kanssa, että ohjeen pitää mahtua yhdelle A4-arkille. Ohjeiden laatimisessa tulee muistaa kohderyhmä. Laatimiemme ohjeiden kohderyhmänä ovat maallikot iästä riippumatta. Tekstin tulee olla helposti luettavaa ja riittävän isolla kirjasimella. Ohje voidaan antaa kenelle tahansa, joten sisällön tulee olla selkeä ja helppolukuinen. Teksti ei voi olla sisällöltään liian vaikeaa eikä voi sisältää sellaista sanastoa, jota potilas ei voi mahdollisesti tietää. Tällöin ohje ei ole liian pitkä lukea, ja sen sisällön voi omaksua helposti. Ohjeen sisällön tulee kin olla mahdollisimman yksinkertainen, ja tarjota lukijalle kuitenkin riittävästi tietoa.

Potilasohjeissa on tärkeää se, mitä sanotaan ja miten sanotaan. Potilasohjeet välittävät samanaikaisesti tietoa, tuottavat merkityksiä ja kutsuvat lukijaa osallistumaan. Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Lukijan puhuttelu on erityisen tärkeää

silloin, kun ohje sisältää käytännön toimintaohjeita. Lukijan pitää ymmärtää ohjeesta heti ensisilmäyksellä, että kyseinen ohje on hänelle tarkoitettu. (Torkkola ym. 2002, 11 - 12, 36.)

Potilasohjeita varten saimme Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta sähköisessä muodossa pohjan, jolle varsinaisia ohjeita alettiin tekemään. Pohja oli normaali A4-kokoinen valkoinen paperi ja sisälsi ohjeen yläreunassa olevan pelastuslaitoksen logon teksteineen sekä alareunassa olevan pelastuslaitoksen osoitteen. Potilasohjeet tehtiin koulun tietokoneella ja Word- tekstinkäsittelyohjelmalla. Potilasohjeita tehdessämme kiinnitimme huomiota, että ne ovat yhteneväiset keskenään, vaikka ovatkin sisällöltään erilaiset. Jokaisen potilasohjeen lopussa on lisätietoa-kenttä, johon ensihoitaja voi itse vapaasti kirjoittaa potilaalle tärkeää tietoa. Näin ensihoitaja voi tilanteen mukaan helposti kirjoittaa ohjeeseen lisätietoa potilaan tarpeen mukaan.

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoitus on parantaa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasohjauksen laatua Pohjois-Karjalan alueella tuottamalla potilasohje kuljettamatta jättämistilanteisiin. Tiedon hankinnassa onnistuttiin, vaikka ajan tasalla olevien lähteiden haku tuotti vaikeuksia. Opinnäytetyömme teoriapohjaan vaadittava tieto on usein päivittyvää, joten lähteissä olevan tiedon vertaaminen muihin lähteisiin oli tärkeää.

Valitsimme päälähteeksi vuonna 2013 julkaistun päivitetyn Ensihoito-teoksen, koska siinä oli kaikkein tuorein tieto opinnäytetyötämme ajatellen. Kun vertasimme teosta edelliseen, vuodelta 2008 olevaan teokseen, huomasimme tietojen muuttuneen ja päivittyneen. Jopa vanhoja lakeja oli kumottu ja uusia tullut tilalle. Uusien ja vanhempien teosten välillä oli siis eroavaisuuksia, mikä asetti meille opinnäytetyöntekijöinä haasteita pätevän tiedon löytämisessä.

Suurin osa kirjallisuudesta oli julkaistu ennen vuotta 2010, eli niissä oli vanhentunutta tietoa esimerkiksi lakien osalta. Toisaalta tilanne toi mukanaan hyviäkin puolia. Tietojen muuttuminen auttoi meitä tekijöitä paneutumaan entistä paremmin ajan tasalla olevan teorian tiedon hankintaan.

Saimme tehtyä selkeän ja ajan tasalla olevan tietopohjan ensihoitojärjestelmästä, kuljettamatta jättämisestä, potilasturvallisuudesta sekä potilaan ohjaamisesta ensihoidossa. Suomen alueella ensihoitojärjestelmä on samanlainen valtakunnallisesti. Järjestelmän vertaaminen ulkomaihin ei ole järkevää, sillä siellä ensihoitojärjestelmät ovat erilaisia, eikä esimerkiksi Suomessa käytettäviä X-koodeja käytetä. Tämän koimme haastavaksi etsiessämme kansainvälisiä lähteitä, kun koostimme opinnäytetyömme teoriapohjaa.

Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoidon X-tehtävätilastojen perusteella laatimistamme potilasohjeista tuli hyvin informatiiviset ja potilasta ohjaavat. Potilasohjeita muokattiin toimeksiantajan edustajan toiveen mukaan. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä osa potilasohjeista alkoi kuitenkin käydä liian informatiiviseksi eikä puhutellut kohderyhmää. Hyvän potilasohjeen tulisi olla selkeä ja riittävän isolla fontilla kirjoitettu. Keskusteltuamme toimeksiantajan kanssa muokkasimme potilasohjeiden sisällön lopulliseensa muotoonsa.

Pyysimme potilasohjeista palautetta Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoidtajilta sekä Karelia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoilta. Saamamme palautteen mukaan laaditut potilasohjeet ovat informatiivisia sekä olennaiset asiat sisältäviä kokonaisuuksia. Ohjeista saa hyvät toimintaohjeet tilanteisiin, joihin ohje on kohdennettu. Palautteen jälkeen muokkasimme vielä sanamuotoja ja sanajärjestyksiä. Ulkopuolisen lukemana ohjeisiin saa erilaista perspektiiviä, mikä auttaa potilasohjeiden viimeistelyssä ja laatimaan niistä entistäkin selkeämmät.

Viime hetkillä potilasohjeisiin tuli lisänä omat kentät päivämäärälle, potilaan nimelle sekä potilasta hoitamaan saapuneelle ensihoitoyksikölle. Näin potilasohjeista saadaan luovutustilanteessa henkilökohtaiset ja mahdollisia lisätietoja-

kohtaan kirjattuja ohjeita saadaan korostetusti koskemaan ainoastaan henkilöä, jolle potilasohje on osoitettu.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinniksi on esitetty erilaisia tutkijoiden omia lähtökohtia ja erillisiä suosituksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Vaikka opinnäytetyömme ei ole kvalitatiivinen tutkimus, käytimme opinnäytetyömme luotettavuuden arvioinnissa kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerejä koululta saamiemme ohjeiden mukaisesti, niitä omaan työhömmme soveltaen. Käyttämämme kriteerit ovat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja refleksiivisyys. Kyseiset kriteerit ovat yhdistelmä eri tutkijoiden näkemyksistä, kuten Cuban ja Lincolnin (1985) sekä Maysin ja Popen (2000) (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129).

Uskottavuudella tarkoitetaan tässä tapauksessa opinnäytetyön ja sen tuotosten uskottavuutta. Tuotosten on vastattava sitä, mihin pyrittiin. Vahvistettavuus liittyy koko opinnäytetyöprosessiin. Prosessi on kuvattu niin, että ulkopuolinen voi seurata prosessia, vaikka ei olisi itse ollut siinä mukana. Refleksiivisyys edellyttää, että olemme opinnäytetyön tekijöinä tietoisia omista lähtökohdista. Siirrettävyys puolestaan tarkoittaa tuotosten siirrettävyyttä muuhun vastaavaan ympäristöön. Tämän takia on tärkeää antaa tarkka kuvaus tehdystä työstä ja taustoista, jotta ulkopuolinen pystyy arvioimaan siirrettävyyttä kunnolla. (Kylmä & Juvakka 2007, 128 - 129.)

Opinnäytetyössämme uskottavuus näkyy esimerkiksi opinnäytetyön prosessin tarkkana kuvauksena. Vahvistettavuus näkyy opinnäytetyössämme perusteltuihin päätöksiin esimerkiksi potilasohjeiden valinnassa. Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tiedämme, missä meidän tulee kehittyä ja mitä me jo ennestään tiedämme opinnäytetyömme aiheesta. Siirrettävyys näkyy työssämme siten, että potilasohjeissa olevaa tietoa voitaisiin käyttää soveltuvin osin myös Pohjois-Karjalan ulkopuolella.

Olemme käyttäneet potilasohjeiden laatimisen tukena voimassa olevia Käypä hoito -suosituksia, koska niissä on tuoreinta tietoa kyseisiin potilasohjeisiin liittyen. Opinnäytetyömme potilasohjeiden luotettavuutta lisää lisäksi se, että Joensuun Tikkamäen yhteispäivystyksen ylilääkäri on tarkastanut ne lääketieteellisestä näkökulmasta.

Lähteitä etsiessämme kiinnitimme huomiota lähteiden tuoreuteen sekä luotettavuuteen. Valitsimme lähteiksi kirjallisuutta, jossa on tuoretta ja tutkittua tietoa. Tuoreet lähteet lisäävät tiedon luotettavuutta, sillä silloin meillä on käytössä uusin tieto asiasta. Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi pyysimme myös muita lukemaan opinnäytetyömme läpi ja antamaan siitä palautetta, jotka otimme huomioon työtä tehdessä. Lukijoina oli niin aiheesta tietäviä kuin täysin tietämättömiäkin henkilöitä.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tekemisessä on otettava huomioon eettiset tekijät, sillä ne ovat merkittävässä asemassa. Toisin kuin lainsäädännöllä, etiikalla ei ole laille ominaista välitöntä ja pakottavaa piirrettä. Tästä huolimatta opinnäytetyön etiikkaa on ohjaamassa lainsäädäntö, joka määrää asiat, joiden puitteissa on toimittava. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 139).

Yksi tärkeä asia, jota lainsäädäntö ja etiikka tarkastelevat, on plagiointi. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekijän tekstien, ideoiden tai tutkimustulosten esittämistä omanaan sellaisenaan. Plagioinnin välttäminen vaatii tarkkuutta ja huolellisuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 118.) Olemme opinnäytetyötä tehdessämme olleet tarkkoja lähdetekstin oikeanlaisesta käytöstä ja kiinnittäneet huomiota tarkkoihin lähdeviittauksiin.

Teimme opinnäytetyötä toimeksiantajan ehdoilla. Toimeksiantajalla on oikeus muuttaa laatimiemme potilasohjeiden sisältöä sitä mukaa, kun uusia hoitosuosituksia tulee ja ohjeiden nykyinen sisältö vanhentuu. Näin potilasohjeet pysyvät ajan tasalla ja ovat voimassa olevien hoitosuosituksien mukaisia.

8.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideoita

Potilasohjeet tuotettiin toimeksiantona Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstön käyttöön. Toimeksiantajalla on täysi oikeus laatimiemme potilasohjeiden päivittämiseen hoitosuosituksen päivittyessä. Toiveena olisi, että potilasohjeita hyödynnettäisiin mahdollisimman usein X-tehtävillä potilasohjauksen laadun parantamiseksi. Erityisesti maakunnissa ohjeista on hyötyä, sillä välimatka sairaalaan voi olla hyvinkin pitkä, minkä vuoksi potilaiden hoitoon hakeutumiskynnys voi olla korkealla.

Jatkossa palautteen saaminen ohjeista potilailta olisi tärkeää. Potilailta saadun palautteen perusteella ohjeiden muokkaus ja päivittäminen onnistuisi yhä paremmaksi kohderyhmää ajatellen. X-tehtävätilastoja seuraamalla voitaisiin huomata, mikäli uusille potilasohjeille syntyisi tarvetta.

Lähteet

- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2004. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Arnold, J., Goodacre, S., Bath, P. & Price, J. 2009. Information sheets for patients with acute chest pain: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 338 (7696).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2651103/pdf/bmj.b541.pdf>. 4. 21.3.2014.
- Casey, D. 2007. Nurses' Perceptions, Understanding and Experiences of Health Promotion. *Journal of Clinical Nursing* (16), 1049.
- Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti.
- Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava.
- Finnhems. 2013. Finnhems 60- Kuopio.
<http://www.finnhems.fi/tukikohdat/kuopio/>. 19.11.2013.
- Gunnarsson, B.-M. & Warrén Stomberg, M. 2009. Factors influencing decision making among Ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing* 17 (2), 83 - 89.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kehitysvammaisten erityishuoltolaki 519/1977.
- Kinnunen, A. 1999. Ensihoitopalvelu ja ensivastetoiminta. Teoksessa Castren, M., Kinnunen, A., Kurola, J., Lehtonen, J., Silfast, T. & Nurmi, L. Ensiavuste: Häätäensiapu ja ensiarvio. Helsinki: Edita Ab, 1.1- 1.7.
- Kuisma, M. 2014. Mediterraen Emergency Medicine Congress. *Finnanest - Suomen Anestesiologiyhdistyksen lehti* 47 (1), 78 - 79.
http://www.finnanest.fi/files/kuisma_mediterranean_emergency_medicine_congress.pdf. 15.5.2014.
- Kuisma, M. 2013. Potilasturvallisuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 63 - 65.
- Kunnat. 2013. Sairaanhoidopiirien ja erityisvastuualueiden (erva) asukasluvut.
<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoidopiirit/asukasluvut/Sivut/default.aspx>. 17.3.2014.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laakkonen, T. 2014. Ensihoidon kenttäjohtaja. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. Haastattelu 22.1.2014.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lastensuojelulaki 417/2007.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Määttä, T. 2013a. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14 - 28.

- Määttä, T. 2013b. Kuljettamatta jättäminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 51- 62.
- Määttä, T. 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi, 24-37.
- Perustuslaki 731/1999.
- Pirkanmaan pelastuslaitos. 2012. Ensivaste.
<http://www.tampere.fi/pirkanmaanpelastuslaitos/ensihoidopalvelut/ensivaste.html>. 17.3.2014.
- Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. 2010. Sairaankuljetusyksiköt.
<http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivutpkpelastuslaitos/palveluja/ensihoido/sairaankuljetusyksikot.htx>. 9.6.2010.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2012. Ensihoidon palvelutasopäätös ajalle 1.1.2013- 31.12.2016.
<http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/PKSSKjulkaisu/kokous/2012229-6-1.PDF>. 13.1.2014.
- Pohjois-Savon pelastuslaitos. 2014. Turvallisuusohjeita.
<http://www.kuopio.fi/web/ps-pelastuslaitos/hataensiapu>. 15.5.2014.
- Porter, A., Snooks, H., Youren, A., Gaze, S., Whitfield, R., Rapport, F. & Woolard, M. 2007. `Shoud I stay or shoud I go? `Deciding whether to go to hospital after a 999 call. Journal of Health Services Research Policy 12 (1), 32 - 38.
- Päihdehuoltolaki 41/1986.
- Rekola, L. 2008. Päätöksenteko ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, 46 - 50.
- Rekola, L. & Hakala, T. 2008. Potilasohjaus ja valistus ensihoitajan työssä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.). Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, 596 - 604.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Sairaankuljetus ja ensihoidopalvelu. Opas hälytysohjeen laatimiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:23.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE4071.pdf&title=Sairaankuljetus__ja_ensihoidopalvelu__Opas_halytysohjeen_laatimiseksi_fi.pdf. 13.1.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Sosiaali- ja terveystalvet. Ensihoito.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/terveystalvet/ensihoido. 19.9.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoidopalvelusta 340/2011.
- Tartuntatautilaki 583/1986.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Mitä on potilasturvallisuus?
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus. 14.5.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. HaiPro: Terveydenhuollon vaaratapah-
 tumien raportointijärjestelmä.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro. 9.5.2014.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vänskä, K., Laitinen- Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuu-ko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.



Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Ensihoitopalvelu

LÄHELLÄ IHMISTÄ, NOPEASTI JA TEHOKKAASTI

Yleisohje

Pvm:
Potilaan nimi:
Ensihoitoyksikkö:

Ensihoitopalvelu on käynyt luonanne ja tutkinut terveydentilanne. Ensihoitajat ovat pyytäneet tilastanne hoito-ohjetta päivystävältä lääkäriltä. Ensihoitajien tekemän tilanarvion ja lääkärin antaman hoito-ohjeen perusteella on päädytty siihen, että terveydentilanne ei vaadi ambulanssikuljetusta päivystykseen. Teille on annettu suulliset/kirjalliset ohjeet kuinka toimia, jos terveydentilanne kuitenkin muuttuu.

Mikäli voinnissanne ilmenee muutoksia, ottakaa yhteyttä tilanteen mukaan toiseen alla olevista numeroista:

Hätänumero 112 (ympäri vuorokauden)

- aina hätätilanteessa
- nopeasti apua tarvittaessa

Yhteispäivystyksen puhelinneuvonta 013 171 6161 (joka päivä klo 7-22)

- ennen Tikkamäen yhteispäivystykseen tuloa
- jos ette tiedä, mihin hoitopaikkaan Teidän tulisi mennä
- kun tarvitsette neuvoja sairauden tai tapaturman hoidossa
- yöllä (klo 22-7) ottakaa yhteyttä vain sellaisissa terveysongelmissa, jotka eivät voi odottaa aamuun.

Lisätietoja:



Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Ensihoitopalvelu

LÄHELLÄ IHMISTÄ, NOPEASTI JA TEHOKKAASTI

Rintakipu – potilasohje

Pvm:
Potilaan nimi:
Ensihoitoyksikkö:

Ensihoitopalvelu on käynyt luonanne ja Teidät on tutkittu/hoidettu rintakehän tuntemusten vuoksi. Ensihoitajat ovat pyytäneet tilastanne päivystävän lääkärin hoito-ohjetta. Ensihoitajien tekemän tilanarvion ja lääkärin antaman hoito-ohjeen jälkeen on päädytty siihen, että terveydentilanne ei vaadi ambulanssikuljetusta päivystykseen.

Vain ambulanssikuljetuksenne on arvioitu tarpeettomaksi. Voitte kuitenkin halutessanne hakeutua terveydenhuollon päivystykseen. Ennen mahdollista päivystykseen menoa ottakaa ensisijaisesti yhteyttä omaan terveyskeskukseenne. Jos oma terveyskeskukseenne on kiinni, ottakaa yhteyttä Tikkamäen yhteyspäivystyksen puhelinneuvontaan **013 171 6161**.

- Rintakipu ei välttämättä esiinny pelkkänä kipuna, vaan se voi ilmetä myös puristuksena, "tuntemuksena" tai outona olona rintakehän alueella.
- Rintakipu/ -tuntemus ei johdu aina sydänperäisistä syistä. Mahdollisia ei- sydänperäisiä syitä voivat olla mm. kivun muuttuminen hengityksen/kehonliikkeiden mukaan, aristus kipukohtaa painettaessa ja kivun jatkuminen samanlaisena ja yhtäjaksoisena useiden päivien ajan.
- Ensihoitajat ovat jättäneet Teille kopion Teistä otetusta EKG-rekisteröinnistä. Säilyttäkää tämä EKG-tallenne.
- Teidän tulee soittaa hätänumeroon **112**, jos rintakehän tuntemuksiin liittyy jotain seuraavista:
 - laaja-alainen/puristava rintakipu, ylävatsakipu
 - kivun/tuntemuksen säteileminen käsiin tai leukaan
 - kivun/tuntemuksen yhteydessä esiintyvää hengenahdistusta
 - vanhan kipuoireiston vaikeutuminen.
- Rintakipukohtauksen ilmetessä Teidän tulee asettua lepoon Teille mieluisaan asentoon. Jos Teillä on käytössä aiemmin määrätty ns. nitrolääkitys (esim. Nitro ® tai Dinit ®), voitte ottaa sitä reseptin ohjeen mukaan. Jos olette aikaisemmin käyttäneet asetyylisalisyylihappoa (esim. Aspirin ® tai Disperin ®), ottakaa sitä 500 mg pureskellen.
- Jos Teillä on diagnosoitu sepelvaltimotauti, voitte ottaa nitroa ohjeen mukaan ja seurata tilannetta 10- 15 min. Jos kipu ei tänä aikana helpotu, ottakaa yhteyttä hätänumeroon **112**.

Lisätietoja:



Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Ensihoitopalvelu

LÄHELLÄ IHMISTÄ, NOPEASTI JA TEHOKKAASTI

Rytmihäiriö – potilasohje

Pvm:
Potilaan nimi:
Ensihoitoyksikkö:

Ensihoitopalvelu on käynyt luonanne ja Teidät on tutkittu/hoidettu rytmihäiriö-tuntemusten vuoksi. Ensihoitajat ovat pyytäneet tilastanne päivystävän lääkärin hoito-ohjeita. Ensihoitajien tekemän tilanarvion ja lääkärin antaman hoito-ohjeen jälkeen on päädytty siihen, että terveydentilanne ei vaadi ambulanssikuljetusta päivystykseen.

Vain ambulanssikuljetuksenne on arvioitu tarpeettomaksi. Voitte kuitenkin halutessanne hakeutua terveydenhuollon päivystykseen. Ennen mahdollista päivystykseen menoa ottakaa ensisijaisesti yhteyttä omaan terveyskeskukseenne. Jos oma terveyskeskukseenne on kiinni, ottakaa yhteyttä Tikkamäen yhteispäivystyksen puhelinneuvontaan **013 171 6161**.

- Normaali sydämen syke vaihtelee 50–100 lyöntiä/min. Kuume, jännitys, kipu ja raskaus nostavat syketaajuutta. Tästä poikkeavissa sykearvoissa voi olla kysymys rytmihäiriöstä. Rytmihäiriötuntemukset ovat usein ohimeneviä ja harvoin henkeä uhkaavia, vaikka ne saattavat säikäyttää. Rytmihäiriötä ei aina saada rekisteröidyksi ensihoitoyksikön paikalla ollessa. Tämän vuoksi on tärkeää, että hakeudutte tutkimuksiin, jos oireenne uusiutuvat.
- Sydämen rytmi ei ole aina täysin säännöllinen. Terveessä sydämessä ilmenee ajoittain ylimääräisiä lyönnejä. Nämä ovat ns. lisälyönnejä, jotka voivat tuntua ajoittaisina "muljahduksina" tai tunteena, että sydämen lyönti jää väliin. Lisälyönnit ovat yleensä vaarattomia, eivätkä ne vaadi yleensä hoitoa. Lisälyönnejä aiheuttavat tavallisesti stressi, valvominen, raskas fyysinen rasitus, alkoholinkäyttö, tupakointi, kahvinjuonti, joidenkin lääkkeiden käyttö ja nestetasapainohäiriöt.
- Eteisvärinä on yleinen rytmihäiriö. Eteisvärinässä syke on nopea ja epätasainen. Eteisvärinä voi tuntua levottomana olona rinnassa, hengenahdistuksena, väsymisenä tai mahdollisesti rintakipuna. Voitte tunnustella sykkeen tasaisuutta ranteesta, kynnärtaipeesta tai kaulalta.
- Teidän tulee aina soittaa hätänumeroon **112**, jos rytmihäiriö tunteeseen liittyy jokin seuraavista:
 - rintakipua
 - voimakasta huimausta, heikotusta tai uupumusta
 - pahoinvointia
 - hengenahdistusta
 - tajunnan hämärtymistä, tajunnan menetys
 - sydäntuntemuksia edeltänyt kova rasitus.

Lisätietoja:



Pohjois-Karjalan pelastuslaitos
Ensihoitopalvelu

LÄHELLÄ IHMISTÄ, NOPEASTI JA TEHOKKAASTI

Matala verensokeri – potilasohje

Pvm:
Potilaan nimi:
Ensihoitoyksikkö:

Ensihoitopalvelu on käynyt luonanne ja Teidät on tutkittu/hoidettu matalan verensokerin (hypoglykemian) vuoksi. Hoidoksi Teille on annettu sokeriliuosta suonen sisäisesti tai suun kautta. Ensihoitajat ovat pyytäneet tilastanne päivystävän lääkärin hoito-ohjeen. Ensihoitajien tekemän tilanarvion ja lääkärin antaman hoito-ohjeen jälkeen on päädytty siihen, että terveydentilanne ei vaadi ambulanssikuljetusta päivystykseen.

Vain ambulanssikuljetuksenne on arvioitu tarpeettomaksi. Voitte kuitenkin halutessanne hakeutua terveydenhuollon päivystykseen. Ennen mahdollista päivystykseen menoa ottakaa ensisijaisesti yhteyttä omaan terveyskeskukseenne. Jos oma terveyskeskukseenne on kiinni, ottakaa yhteyttä Tikkamäen yhteyspäivystyksen puhelinneuvontaan **013 171 6161**.

- Terveellä ihmisellä normaalit paastoverensokeriarvot ovat 4- 6 mmol/l. Diabetesta sairastavalla normaali paastoarvo on 7 mmol/l tai enemmän. Insuliinihoidon yhteydessä verensokeritaso voi joskus laskea liian matalaksi. Mikäli verensokeriarvo laskee alle 4 mmol/l, on kyse liian matalasta verensokerista eli hypoglykemiasta.
 - Verensokeriarvonne oli ennen hoitoa: _____, hoidon jälkeen: _____
- Verensokeri voi laskea liikaa, jos pistetty insuliinimäärä on liian suuri suhteessa nautittuun hiilihydraattimäärään tai ennen fyysistä rasitusta ei nautita lisähiilihydraatteja/ vähennetä insuliiniannosta. Myös alkoholi voi laskea verensokerin tason liian matalalle.
- Hypoglykemian oireita ovat:
 - vapina, hikoilu ja huimaus
 - näköhäiriöt (tyypillisesti kaksoiskuvat)
 - harkintakyvyn heikkeneminen
 - aggressiivisuus
 - kouristelu ja tajuttomuus.
- Jos koette edellä mainittuja oireita, mitatkaa verensokeriarvo. Hypoglykemian ensiavuksi syökää tai juokaa hiilihydraattipitoisia ruokia, jotka nostavat verensokeria nopeasti (esim. 4- 8 palaa sokeria tai rypälesokeria (Siripiri, Dexal), lasillinen täysmehua/sokerillista virvoitusjuomaa, keskikokoinen hedelmä, purkki/puikko jäätelöä tai 1- 2 rkl rusinoita).
 - Tajuttomalle ei saa koskaan antaa mitään suuhun tukehtumisvaaran vuoksi.
 - Diabeetikon olisi hyvä pitää aina olottuvillaan hiilihydraattipitoista syötävää/juotavaa.
- Mikäli oireet eivät helpotu 10 minuutissa, ottakaa toinen annos hiilihydraattipitoisia ruokia/juomia. Jos oireet eivät vielääkään helpotu, ottakaa yhteyttä hätänumeroon **112**.

Lisätietoja:



North Karelia Fire and Rescue Services
Emergency service

CLOSE TO THE PEOPLE, QUICKLY AND EFFICIENTLY

General information

Date:
Patient's name:
Emergency personnel:

Emergency personnel has visited you and examined your state of health. The paramedics have consulted the doctor on call concerning the regimen of your condition. Based on the examination by the paramedics and the regimen from doctor the conclusion has been made that your state of health does not require an ambulance transportation to hospital emergency. You have received information what to do if your state of health, however, changes for any reason.

If your state of health becomes worse, call one of the following numbers depending on the situation:

Emergency number **112** (around the clock)

- always in emergency
- when you need urgent help

Phone hospital emergency information room **013 171 6161** (every day at 7-22)

- before you are coming to hospital emergency room
- if you do not know which place of treatment you should go
- when you need advice for treatment of some disease or an accident
- at night (between 22-07) call only if you have some kind of problem in your health which cannot wait until morning

More information:



Служба спасения Северной Карелии
Оказание первой помощи
ВСЕГДА РЯДОМ, ОПЕРАТИВНО И КАЧЕСТВЕННО

Инструкция

Во время своего посещения Служба спасения провела обследование состояния вашего здоровья. Медицинский персонал был дополнительно проконсультирован дежурным врачом и получил все необходимые рекомендации касательно состояния вашего здоровья. На основании обследования и консультации врача вас было решено не госпитализировать. Вам дали устные/письменные рекомендации как следует действовать в том случае, если состояние вашего здоровья ухудшится.

Если состояние вашего здоровья изменится в худшую сторону, свяжитесь:

с Кризисным центром по номеру **112** (круглосуточно)

- в чрезвычайной ситуации,
- если вам требуется срочная медицинская помощь

Звоните в отделение Дежурной медицинской помощи по **тел. 013 171 6161** (ежедневно с 7.00 до 22.00)

- если вы нуждаетесь в неотложной мед. консультации
- если вы не знаете, куда обратиться за мед. помощью
- если вам необходимо получить консультацию касательно уже имеющейся болезни, а также в случае травмы
- Звоните ночью (с 22.00 до 7.00) только в том случае, если состояние вашего здоровья критическое и вам срочно требуется мед. помощь.

Дополнительные сведения:

Logica
Saku-Raportointi

Tehtävä- ja kuljetuskoodien vertailu

WM-data

28.09.13. 16:15

~~20~~ 1.1.2011 - 28.9.2013

Tehtävaluokka	Tehtäväkoodi	Kuljetusluokka	Kuljetuskoodi	Lukumäärä	Prosenttiosuus
*	402	*	X-8	4	0,0
*	771	*	X-8	405	4,0
*	702	*	X-8	92	0,9
*	772A	*	X-8	1	0,0
*	032	*	X-8	6	0,1
*	770	*	X-8	70	0,7
*	755	*	X-8	8	0,1
*	741	*	X-8	3	0,0
*	746	*	X-8	19	0,2
*	793	*	X-8	24	0,2
*	713	*	X-8	1	0,0
*	785	*	X-8	211	2,1
*	754	*	X-8	15	0,1
*	703	*	X-8	830	8,2
*	762	*	X-8	51	0,5
*	772	*	X-8	220	2,2
*	700	*	X-8	12	0,1
*	201	*	X-8	1	0,0
*	103	*	X-8	1	0,0
*	391	*	X-8	2	0,0
*	790/70	*	X-8	1	0,0
*	553	*	X-8	1	0,0
*	764	*	X-8	25	0,2
*	401	*	X-8	4	0,0
*	774	*	X-8	1331	13,2
*	745	*	X-8	872	8,6
*	756	*	X-8	26	0,3
*	031	*	X-8	1	0,0
*	203	*	X-8	9	0,1
*	486	*	X-8	2	0,0
*	791	*	X-8	2	0,0
*		*	X-8	2	0,0
*	744	*	X-8	102	1,0
*	775	*	X-8	262	2,6
*	711	*	X-8	35	0,3
*	763	*	X-8	139	1,4
*	706	*	X-8	173	1,7
*	D-783	*	X-8	1	0,0
*	790	*	X-8	141	1,4
*	D794	*	X-8	1	0,0
*	204	*	X-8	1	0,0
*	200	*	X-8	65	0,6
*	792	*	X-8	5	0,0
*	20	*	X-8	5	0,0
*	735	*	X-8	1	0,0
*	752	*	X-8	363	3,6
*	202	*	X-8	96	1,0
*	271	*	X-8	1	0,0
*	452	*	X-8	1	0,0

28.9.2013 16:15:33

Sivu1

Logica
Saku-Raportointi

Tehtävä- ja kuljetuskoodien vertailu

WM-data
28.09.13. 16:15

Tehtävaluokka	Tehtäväkoodi	Kuljetusluokka	Kuljetuskoodi	Lukumäärä	Prosenttiosuus
*	773	*	X-8	86	0,9
*	747	*	X-8	23	0,2
*	453	*	X-8	1	0,0
*	704	*	X-8	1399	13,9
*	705	*	X-8	1403	13,9
*	714	*	X-8	1	0,0
*	761	*	X-8	44	0,4
*	794	*	X-8	79	0,8
*	753	*	X-8	5	0,0
*	781	*	X-8	385	3,8
*	480	*	X-8	1	0,0
*	033	*	X-8	99	1,0
*	751	*	X-8	5	0,0
*	554	*	X-8	5	0,0
*	313	*	X-8	1	0,0
*	782	*	X-8	197	2,0
*	42	*	X-8	1	0,0
*	034	*	X-8	6	0,1
*	783	*	X-8	696	6,9

Kokonaislukumäärä

10081

1.1.2011 - 28.9.2013

Tehtavaluokka	Tehtäväkoodi	Kuljetusluokka	Kuljetuskoodi	Lukumäärä	Prosenttiosuus
*	551	*	X-5	4	0,1
*	443	*	X-5	1	0,0
*	380	*	X-5	1	0,0
*	706	*	X-5	23	0,4
*	402	*	X-5	94	1,7
*	434	*	X-5	1	0,0
*	771	*	X-5	76	1,4
*	702	*	X-5	65	1,2
*	H17	*	X-5	3	0,1
*	412	*	X-5	8	0,1
*	790	*	X-5	44	0,8
*	403	*	X-5	2	0,0
*	032	*	X-5	21	0,4
*	770	*	X-5	108	1,9
*	755	*	X-5	2	0,0
*	200	*	X-5	91	1,6
*	741	*	X-5	1	0,0
*	792	*	X-5	12	0,2
*	746	*	X-5	18	0,3
*	793	*	X-5	5	0,1
*	382	*	X-5	1	0,0
*	20	*	X-5	14	0,2
*	713	*	X-5	1	0,0
*	752	*	X-5	288	5,1
*	202	*	X-5	332	5,9
*	421	*	X-5	2	0,0
*	212	*	X-5	1	0,0
*	785	*	X-5	197	3,5
*	754	*	X-5	10	0,2
*	703	*	X-5	327	5,8
*	762	*	X-5	14	0,2
*	703C	*	X-5	1	0,0
*	772	*	X-5	43	0,8
*	40	*	X-5	5	0,1
*	271	*	X-5	1	0,0
*	452	*	X-5	6	0,1
*	700	*	X-5	8	0,1
*	103	*	X-5	27	0,5
*	03	*	X-5	1	0,0
*	201	*	X-5	3	0,1
*	391	*	X-5	2	0,0
*	773	*	X-5	33	0,6
*	431	*	X-5	4	0,1
*	553	*	X-5	4	0,1
*	747	*	X-5	22	0,4
*	704	*	X-5	234	4,2
*	483	*	X-5	9	0,2
*	705	*	X-5	342	6,1
*	761	*	X-5	28	0,5

Logica
Saku-Raportointi

Tehtävä- ja kuljetuskoodien vertailu

WM-data
28.09.13. 16:14

Tehtavaluokka	Tehtavakoodi	Kuljetusluokka	Kuljetuskoodi	Lukumäärä	Prosenttiosuus
*	794	*	X-5	171	3,1
*	451	*	X-5	2	0,0
*	753	*	X-5	1	0,0
*	405	*	X-5	1	0,0
*	781	*	X-5	129	2,3
*	401	*	X-5	120	2,1
*	764	*	X-5	23	0,4
*	033	*	X-5	145	2,6
*	751	*	X-5	19	0,3
*	554	*	X-5	14	0,2
*	41	*	X-5	1	0,0
*	43	*	X-5	1	0,0
*	745	*	X-5	813	14,5
*	774	*	X-5	730	13,0
*	B745	*	X-5	1	0,0
*	411	*	X-5	5	0,1
*	X-5	*	X-5	1	0,0
*	782	*	X-5	42	0,7
*	487	*	X-5	2	0,0
*	402B	*	X-5	1	0,0
*	756	*	X-5	35	0,6
*	202B	*	X-5	1	0,0
*	031	*	X-5	2	0,0
*	203	*	X-5	19	0,3
*	486	*	X-5	1	0,0
*	791	*	X-5	1	0,0
*		*	X-5	1	0,0
*	034	*	X-5	17	0,3
*	744	*	X-5	125	2,2
*	775	*	X-5	141	2,5
*	711	*	X-5	26	0,5
*	763	*	X-5	110	2,0
*	783	*	X-5	365	6,5

Kokonaislukumäärä

5606

Kela ^{fi} Palvelujen tuottaja ja Y-luennus **Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta** OSA 1

Henkilötunnus		Matkapäivä		Yksikkö	Kulj. juoks.nro										
Tilaja	<input type="checkbox"/> hätäkeskus <input type="checkbox"/> muu, mikä?	Lähtöpaikka	<input type="checkbox"/> asema <input type="checkbox"/> muu, mikä?	Tehtäväosoite <input type="checkbox"/> = kotiosoite <input type="checkbox"/> Jatkokuljetus	Tehtäväkoodi										
Puhelu alkoi klo	Potilaan nimi				Kuljetus-/X-koodi										
Tehtävä alkoi					Ajokm yhteensä										
Kohteessa	Kotiosoite (lähiosoite ja postitoimipaikka)		Kotikunta		<input type="checkbox"/> Ulkomaalainen / lomake liitteenä										
Potilaan luona	Viite-numero														
Kuljetus alkoi	Matkan aihe	Ei Kelan korvattava <input type="checkbox"/> Laitoshoito-/sairaalapotilas <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/>		Lähtömaksu -20 km	Euroa										
Potilas luovutettu	Sairaus tai raskaus Liikennevahinko *) Rekisterinno Työtapaturma *)	Mistä laskutettava?		Laskutettavat lisä-kilometrit km											
Tehtävä päättyi	*) Vakuutusyhtiön nimi			2. sairaankuljettaja t min											
Tapahtumatiedot. Pääasiallinen syy (oire tai kohtaus, vammautumislapa; milloin alkoi tai sattui), silminnäkijän yhteystiedot				Odotusaika (yli 1 t) t min											
				Yhteensä											
				Omavastuu											
				Kelailta laskutetaan											
				EVY kohteessa klo											
Tila tavattaessa (oire, vamman löydökset)															
Sairaudet, nykylläkäytys, lääkeaineallergiat, aikaisemmat sairaalahoidot															
SEURANTA KLO	VERENPAINE	SYKE-TAÄJUIS	HYTIMI	HENGITYS-TAÄJUIS	HENGITYS-AANNET	PEF	ETCO ₂	SpO ₂	TAUUNTA (GCS) Silmät	Puhe	Liike	KIPU 0-10	B-guk	ALKO-METRI	LÄMPÖTILA, mistä
Tavallaessa A															
B															
C															
Potilas luov. D															
Hoito (toimenpiteet, lääkitys) ja hoidon vaste. <input type="checkbox"/> Lääkärinä konsultoitu <input type="checkbox"/> Lääkäri kohteessa. Lääkärin nimi ja toimipaikka. Annetut hoito-ohjeet															
Hoidosta / kuljetuksesta kiellettyjen allekirjoitus															
Lomakkeen tiedot jatkuvat eri paperilla															
Hoitoa antaneen allekirjoitus ja nro		Muun henkilöstön nro		Lähiomaisen nimi ja puhelinnumero											
				Saattaja mukana <input type="checkbox"/>											
TERVEYDENHOITO-LAITOKSEN TODISTUS	Vakuutan edellä olevan selvityksen perusteella, että potilaan terveydentila <input type="checkbox"/> edellyttää <input type="checkbox"/> ei edellytä kuljetusta ambulanssilla. Potilaan vastaanottaneen henkilön allekirjoitus, nimon selvennys ja virka-asema			Potilaan vastaanottaneen hoitolaituksen nimi ja leima											



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Pohjois- Karjalan Pelastuslaitos
Toimeksiantajan edustaja:	Tero Laakkonen
Osoite:	Noljakantie 4, 80140 Joensuu
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	tero.laakkonen@pkpelastuslaitos.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1101266 Henri Laine 1101281 Sami Surakka
Puhelinnumerot:	050-3055096 (Henri) 045-2363436 (Sami)
Sähköposti:	henri.laine@edu.pkamk.fi sami.p.surakka@edu.pkamk.fi

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja tukee opiskelijoita opinnäytetyön suorittamisessa antamalla työn suorittamiseen vaadittavia tietoja/tilastoja, ja sisäisiä aineistoja tarpeelliseksi katsomallaan tavalla.	
Toimeksiantaja vastaa opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvista kuluista sopimuksen mukaisesti mm. potilasohjeiden kopiointikulut.	

Opiskelijoiden sitoumukset	
Opiskelijat laativat Pohjois- Karjalan pelastuslaitoksen toimeksiantona toiminnallisen opinnäytetyön: "Potilasohje X-tehtävälle Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstön käyttöön". Tuotoksena tulee olemaan yksi yleismallinen potilasohje sekä neljä spesifioitua ohjetta (rintakipu, hengitysvaikeus, rytmihäiriö ja hypoglykemia); potilaille jätettäväksi x- tehtävän yhteydessä. Toimeksiantaja saa käyttö- ja muokkausoikeudet potilasohjeisiin. Toimeksiantaja saa potilasohjeet myös sähköisenä versiona (Word -tiedostona tms.), jotta niitä voidaan tarvittaessa päivittää.	

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t):	Jaana Pantsari

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

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
7.11.2013	<i>Henri Laine</i> Henri Laine
7.11.2013	<i>Sami Surakka</i> SAMI SURAKKA
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
7.11.2013	<i>Tero Laakkonen</i> TERO LAKKONEN EH KJ.