

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Jonna Ruuskanen

Elvytysosaamisen ylläpitäminen ja hoitajien kokemuksia elvytyskoulutuksista

Opinnäytetyö 2016

Tiivistelmä

Jonna Ruuskanen

Elvytysosaamisen ylläpitäminen ja hoitajien kokemuksia elvytyskoulutuksista,
40 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2016

Ohjaajat: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu, esimies Anne
Saltiola, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millä tavoin elvytysosaamista on ylläpidetty Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella, ja löytää elvytyskoulutuksen kehittämisalueita.

Tutkimus tehtiin haastatteleamalla 14:ää Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella työskentelevää hoitajaa, jotka ovat osallistuneet elvytyskoulutukseen. Tutkimuksessa selvitettiin, millä tavoin elvytyskoulutukset on päivystysalueella toteutettu, hoitajien motivoituneisuus elvytyskoulutuksiin osallistumisessa sekä hoitajien kokemukset elvytyskoulutuksen hyödyllisyydestä. Haastattelut tallennettiin ja litteroitiin sanatarkasti. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla.

Elvytyskoulutus on joka kolmas viikko. Hoitajan on osallistuttava yhteen elvytyskoulutukseen vuoden aikana. Kouluttajina toimivat viisi elvytysvastaavaa, joista kouluttamassa on kaksi kerrallaan. Koulutuksen aluksi on lyhyt teoriakertaus, jonka jälkeen on useita hoitoelvytysharjoituksia. Hoitajat ovat olleet motivoituneita ja jopa innokkaita osallistumaan elvytyskoulutuksiin. Erityisen hyväksi on koettu käytännön harjoittelu, sekä elvytysvastaavien kyky antaa ohjaus ja palaute positiivisessa muodossa. Elvytyskoulutukset koetaan hyödyllisiksi. Hoitajat ovat kokeneet saaneensa elvytysvarmuutta, ja elvytysryhmässä toimimisen on myös havaittu muuttuneen sujuvammaksi elvytyskoulutuksen jälkeen.

Tästä tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää elvytyskoulutuksia suunniteltaessa ja kehitettäessä niin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuin terveysalan ammattilaisten koulutuksissa yleisesti. Jatkossa voitaisiin selvittää elvytysosaamisen ylläpitämistä Etelä-Karjalan keskussairaalan eri vuodeosastoilla tai Honkaharjun päivystysyksikössä Imatralla käyttäen triangulaatiota.

Asiasanat: hoitoelvytys, elvytysosaaminen, elvytyskoulutus

Abstract

Jonna Ruuskanen

The maintenance of resuscitation skills and nurses' experiences of resuscitation

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2016

Instructors: Ms Päivi Löfman, Principal Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences, Ms Anne Saltiola, Head Nurse, South Karelia Social and Health Care District

The purpose of the study was to research how the maintenance of resuscitation skills has been arranged in the Emergency Room of South Karelia Central Hospital, and to find improvement areas of resuscitation training.

The information was gathered by interviewing nurses who have been on resuscitation courses in the ER of South Karelia Central Hospital. They were asked how the resuscitation courses had been arranged, if nurses had been motivated to participate the resuscitation courses, and what kind of improvements they had noticed in their resuscitation skills after the training.

The results of the study show that resuscitation courses have been arranged in the ER every three weeks. Every nurse have to book a time to him- or herself to the course at the time that is suitable for him or her. Every nurse has to participate in one training during the year. The nurses have been motivated and enthusiastic to participate in resuscitation courses. They have also noticed that their resuscitation skills have been improved due to resuscitation courses. Some nurses mentioned that resuscitation practices could sometimes be arranged as a surprise. According to a couple of nurses, resuscitation courses could contain also more difficult cases in order to improve the skills further..

Further studies are required to examine how resuscitation skills have been maintained on different wards of South Karelia Central Hospital or in the Emergency Unit of Honkajarju Health Care Center in Imatra.

Keywords: resuscitation skills, education of resuscitation

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Eksote, Etelä-Karjalan keskussairaala ja päivystysalue.....	6
3 Elvytysosaaminen ja elvytyskoulutus.....	8
4 Elvytys.....	10
4.1 Sydänpysähdys ja elottomuus.....	10
4.2 Hoitoelvytys	12
5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	17
6 Tutkimusmenetelmä	17
6.1 Informantit eli tiedonantajat	17
6.2 Tutkimushaastattelu	18
6.3 Aineiston analyysi.....	19
7 Tutkimuksen toteutus	19
7.1 Tutkimuksen suunnittelu ja valmistelu	19
7.2 Haastattelut	20
7.3 Aineiston analysointi.....	20
8 Tutkimuksen eettiset kysymykset	22
9 Tulokset.....	23
9.1 Elvytysosaamisen ylläpitäminen.....	23
9.1.1 Elvytyskoulutukset, osallistuminen ja ilmoittautuminen	23
9.1.2 Elvytyskoulutusten toteuttaminen	24
9.1.3 Elvytyskoulutusvälineistö	27
9.1.4 Elvytysvastaavien oman elvytysosaamisen ylläpitäminen	29
9.2 Hoitajien motivoituneisuus.....	29
9.3 Hoitajien kokemuksia elvytyskoulutusten hyödyllisyydestä	30
10 Pohdinta.....	31
10.1 Tulosten pohdinta.....	31
10.2 Oman opinnäytetyön pohdinta.....	34
10.3 Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta	36
10.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	37
Kuvat.....	38
Lähteet	39

Liitteet

Liite 1 Elvytyskaavake (Etelä-Karjalan keskussairaala)

Liite 2 Teemahaastattelun runko

Liite 3 Saate haastateltaville

1 Johdanto

Potilasturvallisuuden toteutuminen hoitoelvytystilanteessa on tärkeää. Akuuttisairaanhoidossa työskentelevän hoitajan tulee osata reagoida potilaan elottomuuteen nopeasti ja toimia hoitoelvytyksessä työryhmän jäsenenä. Elvytysosaamisen ylläpitäminen vaatii myös sairaanhoitajilta säännöllistä harjoittelua. (Castren, Mäkinen & Niemi-Murola 2004.)

Viralliset elvytysohjeet tarkastetaan ja tarvittaessa muutetaan viiden vuoden välein. Sairaanhoitajien elvytyskoulutukset tulee toteuttaa kulloinkin voimassa olevien suositusten mukaan (Jäntti 2010). Euroopan elvytysneuvoston lokakuussa 2015 julkaisemasta ohjeistuksesta löytyy varsinaisten elvytysohjeiden lisäksi ohjeet elvytyskoulutusten toteuttamiseksi.

Työskentelen ensiapukouluttajana Saimaan ammattiopisto Sampossa. Omassa työtehtävässäni koulutan pääasiassa maallikoita. Olen kuitenkin aina ollut kiinnostunut akuuttisairaanhoidosta, erityisesti päivystyspoliklinikatyöstä ja ensihoidosta. Sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten elvytysosaamisesta ja sen ylläpitämisestä olen kiinnostunut erityisesti vuosien varrella ensiapu- ja ensihoitosymposiumeissa, joissa on otettu toistuvasti esille sairaanhoitajien elvytysosaamisen puutteet. Ensiapukouluttajana koulutuksellinen näkökulma on minulle luonnollinen ja tärkeä.

Etelä-Karjalan keskussairaalan (EKKS) päivystysalueella on vastuu koko Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) ympärivuorokautisesta erikoissairaanhoidon päivystyksestä. Terveystieteidenhuoltolaki (2010, 50§) määrää, että päivystys on toteutettava ympärivuorokautisesti niin, että hyvä hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuu. Jos eduskunta vuonna 2016 päättää, että Etelä-Karjalan keskussairaala tulee yksi Suomen 12 täyden palvelun sairaalasta, lisääntynee vastuu entistä suuremman potilasmäärän myötä. Myös elvytysten määrä päivystysalueella todennäköisesti tulisi kasvamaan. Jokaisella päivystysalueella työskentelevällä hoitajalla on oltava vähintään hyvä elvytysosaaminen, jotta hän elvytystilanteessa osaa toimia nopeasti ja oikein.

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tietoa elvytyskoulutusten toteuttamisesta sekä hoitajien kokemuksista heidän saamastaan elvytyskoulutuksesta Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella. Yksilohaastatteluiden (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2012, 55 - 57) ja parihaastatteluiden (Hirsjärvi & Hurme 2010, 60) avulla selvitetään, millä tavoin Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella työskentelevien hoitajien elvytysosaamista on ylläpidetty, kuinka motivoituneita hoitajat ovat olleet osallistumaan elvytyskoulutukseen, ja millä tavoin hoitajat ovat kokeneet hyötynsä saamastaan elvytyskoulutuksesta. Lisäksi pyydetään hoitajia kuvailemaan hyvä elvytysosaaminen ja hyvä elvytyskoulutus. Tästä tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden suuniteltaessa ja kehitettäessä elvytyskoulutuksia sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksissa yleisesti. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain normotermisen eli normaalilämpöisen aikuisen hoitoelvytystä. Tämän tutkimuksen yhteydessä käytetään termejä ”hoitaja” ja ”hoitohenkilökunta”, sillä informanteina eli tiedonantajina on sairaanhoitajia ja lähihoitajia.

2 Eksote, Etelä-Karjalan keskussairaala ja päivystysalue

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) on kuntayhtymä, jonka tehtävänä on tuottaa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja jäsenkuntiensa asukkaalle kunkin kunnan kanssa tehdyn palvelusopimuksen mukaisesti. Yhdeksässä jäsenkunnassa on yhteensä 133 000 asukasta. Eksoteen sisältyvät sekä Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri, että Etelä-Karjalan erityishuoltopiiri.

Toimintakykyisenä kotona on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän **Strategian 2014-2018** keskeinen visio. Väestön ikääntyessä ja yksilöllisyysvaatimusten lisääntyessä Eksote haluaa tarjota henkilökohtaisista tarpeista lähtevää palvelua nykyaikaisin keinoin hyödyntäen sähköisiä palvelujärjestelmiä, sekä tarjoten matalan kynnyksen palveluja. Tavoitteena on asiakkaan selviytyminen kotona omatoimisena, toimintakykyisenä ja hyvinvoivana mahdollisimman pitkään. Tarvittaessa kiireellistä apua saa nopeasti niin elämän kriisitilanteissa, kuin äkillisen sairauden, tapaturman tai onnettomuuden yllättäessä (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategia 2014 - 2018

4 - 5). Hoitajan kyky reagoida nopeasti ja oikein asiakkaan elottomuuteen lisää ratkaisevasti potilaan mahdollisuuksia selviytyä sydänpysähdyksestä takaisin kottikuntoiseksi ja omatoimiseksi.

Kaikkea henkilökunnan toimintaa Eksotessa ohjaavat henkilöstökyselyn ja strategiatyön pohjalta laaditut arvot. Ystävällinen käytös ja hyvä yhteistyö vallitsevat työskennellessä niin asiakkaan, hänen läheistensä kuin työkavereiden kanssa. Työilmapiiri on uudistus- ja kehittämismyönteinen. Havaittuihin epäkohtiin puututaan rohkeasti, rakentavasti ja ratkaisuja hakien. Ollaan halukkaita ottamaan vastuu toiminnasta, ja toimintatapoja ollaan myös tarvittaessa valmiita uudistamaan. Eksoten Strategian käytäntöön viemistä varten on kehitetty PAJA-malli, jonka tavoitteena on mahdollistaa palveluiden jatkuva parantaminen muun muassa lisäkouluttautumisen avulla. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategia 2014 - 2018, 7; Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöryhmä, 7.)

Elvytyskoulutuksen ihanteellisesta toteuttamistajuuudesta, tai elvytyksen kouluttamisen malleista, ei ole vielä kattavaa tieteellistä tietoa (European Resuscitation Council, myöhemmin tässä työssä ERC 2015, 288). Siksi on tärkeää löytää varhaisessa vaiheessa työkaluja elvytyskoulutusten kehittämiseksi.

Etelä-Karjalan keskussairaala (EKKS) sijaitsee Lappeenrannassa. Keskussairaalan vastuualueeseen kuuluu päivystyksellisen ja ennalta suunnitellun erikoissairaanhoidon, sekä synnytysten hoitaminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöryhmän alueella (Eksoten kotisivu). Mahdollisesti Eduskunta vuonna 2016 tulee valitsemaan Etelä-Karjalan keskussairaalan yhdeksi Suomen 12 täyden palvelun sairaalasta.

Päivystysalue koostuu Etelä-Karjalan keskussairaalan **päivystyspoliklinikasta** ja sen yhteydessä olevasta **Nova- eli nopean vasteen yksiköstä**. Vastuualueena on ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon päivystys koko Eksoten alueella. Päivystysalueella hoidetaan myös yleislääketieteen päivystys iltaisin, viikonloppuisin, ja osin arkipäivisin. **Päivystysalueen visiona** on: *Potilaamme saa laadukkaimman sujuvan hoidon turvallisesti ja oikea-aikaisesti*. Potilaan hoitamiseen osallistuvaa henkilöstöä päivystysalueella työskentelee vakituisesti 68 hlöä,

joista 6 lääkäriä, 5 lähihoitajaa, ja 2 esimiestä. Loput 55 ovat sairaanhoitajia. Lisäksi päivystysalueella työskentelee jopa 150 erikoistuvaa erikoisalojen lääkäriä vuodessa, sekä useita MedOnen yleislääketieteen lääkäreitä. Potilaita päivystysalueella käy vuodessa noin 50 000. Elvytystilanteeseen joudutaan noin 10 - 20 kertaa vuodessa. **Elvytystilanteet aloitetaan EKKS päivystysalueella aina itsenäisesti ilman elvytysryhmää**, ja konservatiivinen etupäivystäjä usein kutsuu anestesia­lääkärin paikalle. (Saltiola 2016.)

3 Elvytysosaaminen ja elvytyskoulutus

Ensimmäiset viralliset elvytysohjeet (CPR) ilmestyivät 1966, jonka jälkeen ohjeita on päivitetty noin 5 vuoden välein. Muutokset perustuvat aina perusteltuun tieteelliseen näyttöön (Jäntti 2010, 8). Joulukuussa 2015 Suomen elvytysneuvosto esitteli terveydenhuoltohenkilöstölle suunnatussa seminaarissa Euroopan elvytysneuvoston (European Resuscitation Council, ERC) lokakuussa 2015 julkaisemat uudet eurooppalaiset elvytysohjeet, joista löytyvät myös toteutusohjeet elvytyskoulutusten toteuttamiseksi niin maallikoille, kuin terveydenhuollon ammattilaisillekin. Suomenkielisenä nämä päivitetty Elvytyksen käypä hoito -suositukset ilmestyivät helmikuussa 2016.

Sairaanhoitajan tulee osata toimia oikein elvytystilanteessa. Castren ym.(2004) tutkimuksen mukaan elvytysosaaminen ei kuitenkaan säily ilman säännöllistä harjoittelua, ja tietojen päivittämistä. Jäntti (2010) mainitsee väitöskirjassaan, että elvytyskoulutus on haasteellinen toteuttaa. Elvytystilanne on tapahtumana harvinaisen, mutta kun se osuu kohdalle, on osattava toimia nopeasti. Sen vuoksi sairaanhoitajan on päivitettävä elvytysosaamisensa joka vuosi.

Useassa tutkimuksessa on huomattu, että sairaanhoitajilla on puutteelliset tiedot akuutti­hoidosta, kuten happihoidosta, neste- ja elektrolyyttitasapainosta, kivunlievityksestä, pulssioksimetrin tulkinnasta ja lääkkeiden annostelusta. Henkilökunnan koulutukset ovat oleellinen osa sydänpysähdysten ennalta ehkäisyä, mutta näihin päiviin asti satunnaistutkimuksissa on todettu koulutuksellisia puutteita. (ERC 2015, 101.)

Elvytyskoulutus on yhteistoiminnallista oppimista. Koulutettava ryhmä toimii kouluttajan johdolla tavoitteena yhteinen päämäärä: Hoitoelvytyksen osaaminen. Riippuen koulutettavien kokemuksesta ja harjaantuneisuudesta hoitoelvytykseen, henkilökohtainen koulutustavoite on hoitoelvytyksen oppiminen tai sen kertaaminen. Jos kouluttaja on tehtävässään rutinoitunut, hän osaa järjestää koulutustilanteen yhteistoiminnalliseksi ilman suuria ponnisteluja. (Sahlberg & Sharan 2002, 102 - 105.)

Vehviläisen (2014, 177) mukaan ohjaus, opettaminen ja koulutus ovat samankaltaisia, ja osin toisensa sisältäviä toimintoja. Hyvä aikuisen opettaminen on oppimisen ohjaamista, ja hyvä elvytyskoulutus on koulutettavan ohjaamista kohti hyvää hoitoelvytyksen osaamista.

Terveystieteiden ammattilaisten elvytyskoulutuksissa harjoitellaan toimimista elvytystiimin jäsenenä. Oppimistulokset ovat parhaita, kun harjoitus järjestetään simulaatioharjoituksena oikeassa työympäristössä, ja harjoitukseen osallistuvat kaikki tiimiin kuuluvat henkilöt. Hyvän hoitoelvytyksen perustana on hyvän peruselvytyksen osaaminen, ja PPE -harjoitteluun tulisikin käyttää painelujen laadusta sekä ventilaatiosta palautteen antavaa elvytyskoulutusta. Elvytystuloksia sen sijaan voitaisiin parantaa kiinnittämällä elvytyskoulutuksissa huomiota ei-tekniseen osaamiseen, kuten elvytyksen johtamiseen, tiimityöhön ja kommunikointiin. Tutkimusten mukaan elvytysosaaminen vähenee merkittävästi jo 3 - 12 kuukauden kuluessa elvytyskoulutuksesta. Tämän vuoksi elvytyskoulutukseen tulisikin olla mahdollisuus osallistua useammin kuin kerran vuodessa. Elvytyksen jälkeen tilanteen läpikäyminen elvytykseen osallistuneiden kesken on todettu toimivan hyvin paitsi henkisenä tilanteen purkuna, myös elvytysopetusmetodinä. (ERC 2015, 288; Elvytyksen Käypä hoito -suositus 2016.)

Saimaan ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä, systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Leppänen 2011), selvitettiin aikuisen hoitoelvytyksen kriteerejä, ja suomalaisten sairaanhoitajien elvytysosaamista. Hän toteaa, että elvytyskoulutusten metodien tulisi huomioida yksilöllinen oppiminen. Lisäksi elvytyskoulutusta tulisi järjestää riittävän usein.

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä (Isola & Pihlainen, 2011) kyseltiin hoitotyöntekijöiden kokemuksia PPE-D koulutusten onnistumisesta Kyllön terveystieteiden keskuslaboratoriossa. Tutkimuksen mukaan elvytyksen teoria tulisi kerrata jokaisen elvytyskoulutuksen yhteydessä.

Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä puolestaan selvitettiin elvytyskoulutuksen toimivuutta Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä (Heinonen & Marttinen 2011). He ehdottivat, että **jatkossa voisi tutkia millä tavoin henkilökunta on kokenut toimipaikkakohtaiset elvytyskoulutukset, ja niiden toimivuuden, ja etsiä mahdollisia kehittämisalueita.**

Hämeen ammattikorkeakoulussa opinnäytetyössä (Palonen 2015) Webropol-kyselyn avulla selvitettiin perusterveydenhuollon henkilökunnan elvytystietoja. Vastauksista selvisi, että elvytystoimenpiteiden järjestys osattiin hyvin. Kehitettävää sen sijaan löytyi niin elottomuuden tunnistamisessa, paineluelvytyksen laadussa kuin rytmihäiriöiden lääkehoidossa.

Laurea ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä selvitettiin integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla elvytyksen laadun määrittämisen ja mittaamisen, sekä hyvän elvytyskoulutuksen toteuttamisen keinoja (Nyberg 2015,13). Tämän tutkimuksen mukaan laatu voidaan määritellä tuotteen sopivuutena tarkoitukseensa. Hyvä elvytyskoulutus on kustannustehokas, ja hyvä kouluttaja osaa yhdistää koulutusohjeen, sekä realististen harjoitusten toteuttamisen oikeassa työympäristössä.

4 Elvytys

4.1 Sydänpysähdys ja elottomuus

Sydänpysähdys tarkoittaa sydämen mekaanisen toiminnan loppumista, josta seuraa, että potilas on liikkumaton, reagoimaton, sykkeetön, eikä hän hengitä, lukuun ottamatta mahdollisia agonaalisia eli refleksimäisiä hengenvetoja (Holmström, Kuisma & Porthan 2013, 258). Korte & Myllyrinteen (2012) mukaan hermosolut alkavat tuhoitua muutaman minuutin hengittämättömyyden jälkeen sydänlihassolujen kestäessä hapettomuutta kymmeniä minutteja.

Sydänperäistä sydänpysähdystä saattaa edeltää kammioperäinen rytmihäiriö, jonka taustalla on joko synnynnäinen tai esimerkiksi sydäninfarktin aiheuttama vika sydämen rakenteessa. Sydänpysähdysten laukaisevana tekijänä, triggerinä, saattaa olla hapenpuute tai rytmihäiriöalttiutta lisäävä, proarytmisen, lääkaine. Esimerkiksi rytmihäiriölääkkeet, sienilääkkeet, ja antimikrobilääkkeet ja antihistamiinit pidentävät QT-aikaa, ja saattavat näin, etenkin yhdessä käytettyinä, aiheuttaa kammiotakykardian, eli kammiolähtöisen tiheälyöntisyyden, ja jopa kammiövärinän, ja siten sydänpysähdysten etenkin henkilöillä, joilla on sydämessä rakenteellinen vika. QT-aikaa saattaa pidentää myös alhainen verensokeri (hypoglykemia) tai alhainen kaliumpitoisuus (hypokalemia). Osalla väestöstä pitkä QT-aika on geneettinen ominaisuus, ja heillä on kohonnut riski sydänpysähdykseen. (Holmström ym. 2013, 265.)

Ei-sydänperäinen sydänpysähdysten taustalla voi olla myös esimerkiksi myrkytys, vakava aineenvaihdunnan häiriö, mekaanisen vamman aiheuttama ulkoinen tai sisäinen verenvuoto, tai muusta syystä johtuva sokki (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2009, 271 - 273). Tarkkailtaessa potilasta, jolla on myrkytys, vakava aineenvaihdunnan häiriö tai suurienerginen vamma, on aina huomioitava mahdollinen sydänpysähdysten vaara.

Äkkikuolema on ennalta odottamaton kuolema tunnin sisällä, tai enimmillään vuorokaudessa oireiden alkamisen jälkeen. Osa äkkikuolemista voitaisiin ehkäistä nopealla elvytyksen aloittamisella, edellyttäen, että verenkierron romahtamisesta ei ole pitkä aika. (Castren ym. 2009, 271 - 273.)

Ihminen on **eloton**, kun hän sairauskohtauksen, tukehtumisen, hukkumisen, tai tapaturman seurauksena äkillisesti menettää tajuntansa, ja lopettaa hengittämisen, ja hän on mahdollisesti kouristanut (Suomen Punainen Risti 2011, 18). Mitä nopeammin elvytystarve tunnistetaan, ja hälytetään lisäapua, sitä paremmat ovat elvytettävän selviytymismahdollisuudet. Lisäksi elvytettävän selviytymiseen vaikuttaa kuinka nopeasti ensimmäinen ensihoitoyksikkö on saavuttanut potilaan (Castren ym. 2009, 272). Elvytyksestä selviytymisessä primaariselviytyminen tarkoittaa, että potilas on selviytynyt elossa sairaalaan ja sekundaariselviytyminen, että potilas on selviytynyt elvytyksen jälkeen sairaalasta kotiin (Holmström ym. 2013, 359).

Potilas saatetaan jättää elvyttämättä potilaskohtaisen DNR-päätöksen (Do Not Resuscitate), tai hoitotahdon perusteella. Myös lääkäri tai ensihoitohenkilöstö voi tilannekohtaisesti päättää elvyttämättä jättämisestä ensihoidolle annettujen yleisten DNR -ohjeiden perusteella. Potilasta ei elvytetä jos sydänpysähdys on traumasaperäinen, tai jos alkurytmi on asystole, ja elottomuuden kesto ei ole tiedossa. Päätös jättää elvyttämättä edellyttää aina tarkkoja tilannetietoja ja tapauskohtaista harkintaa. Normotermisen potilaan aloitetun elvytyksen kesto on enintään 30 minuuttia. Aikaisemmin elvytys voidaan lopettaa, jos tilannekohtaisesti arvioidaan, ettei elvyttämällä tulla saamaan toivottua vastetta. (Holmström ym. 2013, 295; ERC 2015, 303.)

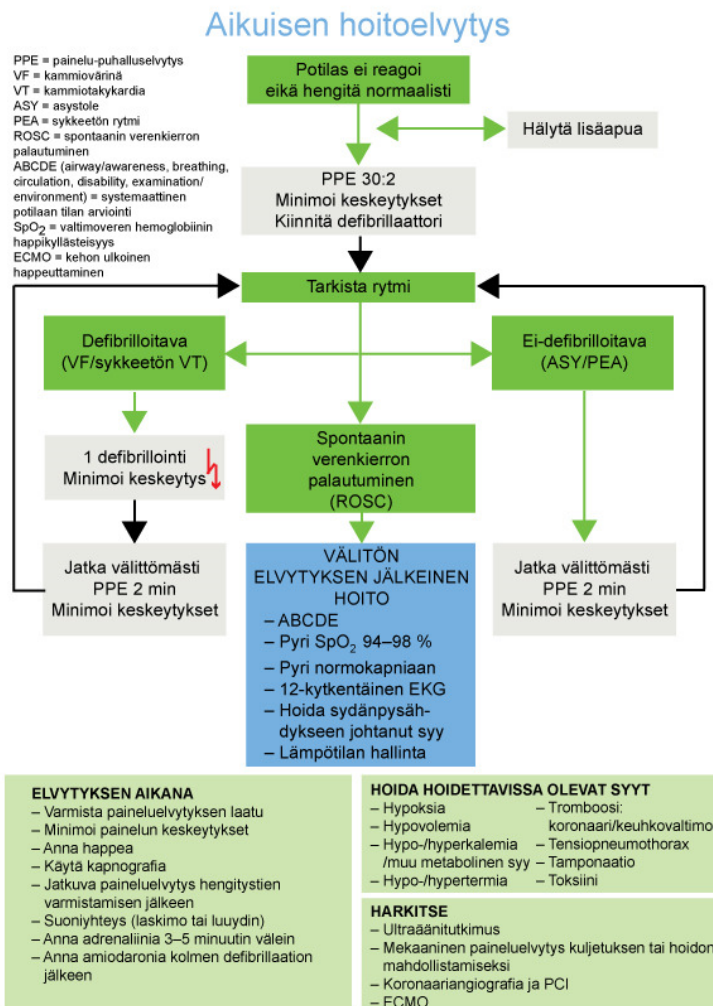
4.2 Hoitoelvytys

Kaye & Mancini ovat todenneet, että elvytystilanteessa hoitoketju on samanlainen niin sairaalassa kuin sairaalan ulkopuolella (Jäntti 2010, 7). Kuvassa 1 kuvattun hoitoketjun ensimmäinen lenkki on elvytystilanteen ennakointi, riskioireisiin reagoiminen ja elvytystilanteen nopea tunnistaminen, sekä lisäavun hälyttäminen (Holmström ym. 2013, 269; ERC 2015,108). Toinen lenkki käsittää varhaisen peruselvytyksen, joka antaa selviytymiseen lisää aikaa ylläpitämällä hengitystä ja verenkiertoa (Korte & Myllyrinne 2012, 32; ERC 2015, 108). Kolmannessa lenkissä varhainen defibrillaatio mahdollistaa elvytettävän oman verenkierron nopean käynnistymisen (Korte & Myllyrinne 2012, 33; Holmström ym. 2013, 274 - 276; ERC 2015, 108). Neljäs ja viimeinen lenkki on hyvä elvytyksen jälkeinen hoito (ERC 2015, 108). Mitä paremmin hoitoketju toimii, sitä paremmat selviytymismahdollisuudet elvytetyllä on.



Kuva 1. Elvytyksen hoitoketju (ERC 2015, Resuscitation, 83)

Kuvassa 2 on hoitoelvytyskaavio, joka toimii hoitoelvytyksen toteutuksen runkona. Kun potilas on reagoimaton, eikä hengitä normaalisti, kutsutaan elvytysryhmä ja aloitetaan peruselvytys 30 painelua kaksi ventilointia happipisteeseen yhdistetyllä maski-paljeventilaattorilla, jossa on hapenkeräyspussi. Koko elvytys kirjataan tarkasti elvytyskaavakkeelle (Liite 1). Peruselvytystä jatketaan rytmillä 30:2 kunnes potilas on kytketty defibrillaattoriin / monitoriin. Defibrillaattorin elektrodina käytetään itseliimautuvia elektrodeja. Painelujen on oltava laadukkaita ja painelun keskeyttämistä on vältettävä. On myös varmistuttava, että lisäapua on tulossa. (ERC 2015, 104 - 108.)



Kuva 2. Hoitoelvytyskaavio (Elvytyksen Käypä hoito suositus 2016, 7)

Bergin (2001) mukaan painelussa tapahtuvat tautot on minimoitava, koska painelun keskeytykset vähentävät koronaarisuonten verenkiertoa. Tämä saattaa olla yhteydessä elvytetyille aiheutuneisiin neurologisiin ongelmiin (Jäntti 2010, 2). Yu (2002) ja Edeson (2006) ovat todenneet paineluissa tapahtuvien taukojen vähentävän verenkiertoa ja siten heikentävän elvytyksen tulosta (Jäntti 2010,2). Holmström ym. (2013, 266 - 267) mukaan sydämen pysähtyttyä valtimoiden ja laskimoiden paine-erot tasoittuvat muutamassa minuutissa, mutta jo yhden minuutin tauoton painelu saa aikaan verenpaineen, joka käynnistää sepelvaltimoiden oikeasuuntaisen verenkierron. Lyhytkin tauko paineluissa puolestaan saa aikaan sepelvaltimoiden verenkierron kääntymisen väärään suuntaan (Holmström ym. 2013, 267). Aikuisen henkilön painelupaikka on rintalastan keskiosa ja painelussyvyys viidestä kuuteen senttimetriin (Elvytyksen Käypä hoito -suositus 2016, 4).

Hyvän johtamisen uskotaan edesauttavan elvytysryhmän hyvää toimintaa. Johtamisen harjoittelu kuuluu olennaisena osana jokaiseen elvytyskoulutukseen. Johtovastuussa oleva henkilö huolehtii elvyttämisen oikeellisuudesta ja sujuvuudesta, sekä intubaatioputken, kurkunpäänaamarin tai kurkunpääputken sekä suoniyhteyden toimivuudesta. Hän myös tekee elvytyksen liittyvät päätökset, kuten alkurytmin varmistaminen defibrillaattoria hyödyntäen, elvytyksen aloittaminen. Elvytyksen lopettamisesta vastaa aina lääkäri. Lisäksi elvytyksen johtovastuuhenkilön tehtäviin kuuluu selkeä tehtävien anto elvytysryhmäläisille, hoitokerptomuksen tarkistaminen ja tilanteen läpikäynti jälkeensä elvytyksessä mukana olleiden kanssa. Hän myös huolehtii kommunikaatiosta elvytettävän omaisten kanssa. (Elvytyksen Käypä hoito -suositus 2016, 13.)

Kun potilas on monitoroitu, tarkastetaan sydämen rytmi ja avataan suoniyhteys IV, tai jos suoniyhteys ei ole avattavissa, avataan luuydinyhteys IO. Kaikki elvytyksessä käytettävät infuusiot ja lääkkeet voidaan antaa myös luuytimeen. Jos alkurytminä on kammiovärinä (VF) tai pulssiton kammiotakykardia (pVT), annetaan elvytyksen peruslääkkeenä adrenaliinia 1 mg 3 - 5 minuutin välein, eli joka toisen paineluelvytysjakson jälkeen. Rytmihäiriölääke amiodaroni 300 mg annetaan kolmannen defibrillaatioiskun jälkeen. Sinusrytmin palauttamiseksi annetaan rytmihäiriölääke lidokaiinia aluksi 1,5 mg/kg bolus, jonka jälkeen kaksi kertaa 0,75 mg/kg bolus. Yhteensä lidokaiinia annetaan 3 mg/kg, Magnesiumia voidaan

antaa 8 - 10 mmol infuusiona laimennettuna 100 ml keittosuolaliuosta tai laimentamalla suoraan IV tai IO kahden minuutin aikana. Jos alkurytminä on pulssiton sähköinen rytmi (PEA) tai täydellinen sydämen pysähtyminen asystole, annetaan heti adrenaliinia 1 mg, ja aina 3 - 5 minuutin välein, eli joka toisen painelujakson jälkeen. Amiodarini 300 mg annetaan kolmannen defibrillaatioiskun jälkeen. Tarvittaessa myös rytmihäiriölääkkeet lidokaiini ja magnesium annetaan edellä kuvatulla tavalla. Mikäli elvytettävä on ollut hukuksissa ja elvytys on jatkunut pitkään tai elvytettävällä on hyperkalemia tai trisyklisen masennuslääkkeen aiheuttama vakava myrkytys, voidaan antaa 7,5 % natriumbikarbonaattia 1 ml/kg/h. Elvytyslääkkeiden suositeltuja annoksia ei saa ylittää. (Holmström ym. 2013, 277 - 278; ERC 2015, 108; Elvytyksen Käypä hoito -suositus 2016, 8 - 10.)

Kun ilmatie on turvattu intubaatioputkella tai nielumaskilla jatketaan painelua tauotta. Kapnografi liitetään mahdollisimman nopeasti, jotta intubaatioputken oikea paikka saadaan varmistettua (ERC 2015, 112). Jäntti (2010, 9 - 10) toteaa intubaation Katz & Falkin (2006) mukaan olevan paras vaihtoehto ventilaation turvaamiseen. Intubaatioyritykset vievät aikaa ja voivat aiheuttaa siten paineluiden keskeytyksiä, kun taas Gabrielli (2002) puolestaan toteaa nielumaskin olevan hyvä vaihtoehto nieluputkelle. Elvytyksen ohella hoidetaan myös mahdolliset parannettavissa olevia sydänpysähdyksen aiheuttajia, kuten

- hapenpuute (hypoxia)
- nestehukka (hypovolemia)
- liian matala tai korkea kaliumtaso (hypokalemia tai hyperkalemia)
- liian matala tai korkea lämpötila (hypotermia tai hypertermia)
- veritulppa sepelvaltimossa (coronary) tai keuhkovaltimossa (pulmonary)
- paineilmarinta (tension-pneumothorax)
- sydäntamponaatio (tamponade-cardiac)
- myrkytys (toxins).

Elvytystä jatketaan kunnes elvytettävän oma verenkierto palautuu (ROSC, Return Of Spontaneous Circulation) tai elvytys lopetetaan tuloksettomana (ERC 2015, 108, 303 - 304).

Uusimmat elvytysohjeet painottavat paitsi elvytystilanteen ennalta ehkäisyä, myös elvytyksen jälkeisen hoidon tärkeyttä. Kun elvytetyn verenkierto palautuu, tehdään ABCDE – tarkastus. Ensimmäisenä tarkastetaan ilmatie (Airway/Aware-

ness) – varmistetaan, että ilmatie on, ja pysyy auki. Hengitys (Breathing) – varmistetaan, että elvytetty hengittää katsomalla hengitysliikkeet ja seuraamalla monitorista hengityskäyrää, sekä happisaturaatioarvoa. Elvytetylle annetaan lisähapetta niin, että happisaturaatioarvo on 94 - 98%. (Circulation) – varmistetaan verenkierto EKG- seurannan ja sydämen rytmin monitoriseurannan avulla. Verenpainetta seurataan tihein mittausvälein, ja verenpainetasoa seurataan monitorista. (Disability) Tajunnan taso tutkitaan Glasgow'n kooma-asteikon avulla. (Examination) – Pyritään estämään sydänpysähdyksen uusiutuminen hyvän elvytyksen jälkeisen hoidon avulla. Tarvittaessa aloitetaan terapeutinen hypotermia, ellei sitä ole aloitettu jo elvytettäessä. Hypotermia saattaa parantaa elvytetyn potilaan ennustetta. (Holmström ym. 2013, 151, 520 - 522; ERC 2015, 108; Elvytyksen Käypä hoito –suositus 2016, 13 - 15.)

Elvytykseen liittyviä tutkimuksia on kaiken aikaa käynnissä ympäri maailmaa. Tutkimusten tavoitteena on löytää keinoja, joiden avulla elvytettävän selviytymismahdollisuudet paranevat. Suomessa, Turun ja Helsingin yliopistosairaaloissa, tutkittiin elokuun 2009 ja maaliskuun 2015 välisenä aikana tehohoidossa elvytyksen jälkeen inhaloidun Xenonin vaikutusta aivojen valkean aineen tuhoutumisen estämisessä. Tutkimus tehtiin 110 potilaalla. Tulokset olivat lupaavia. Magneettitutkimuksissa ilmeni selvästi, että **valkean aineksen vauriot olivat pienemmät niillä, joille oli annettu Xenonia**. Toisaalta neurologisessa toipumisessa tai kuolleisuudessa 6kk jälkeen ei ollut mitään eroa verrokkiryhmään nähden. Jatkossa tutkitaan Xenonin vaikutusta neurologiseen toipumiseen pitkällä aikavälillä. Lisäksi tutkitaan voisiko Xenon olla hyvä lääke tehohoidossa yleisesti estämään aivojen valkean aineen vaurioita. (Airaksinen, Arola, Bäcklund, Grönlund, Harjola, Hynninen, Inkinen, Korpi, Laitio, Laitio, Martola, Maze, Niiranen, Nukarinen, Olkkola, Parkkola, Pietilä, Roine, Saraste, Saunavaara, Scheinin, Silvasti, Silvennoinen, Tiainen, Vahlberg, Valanne, Varpula, Wennervirta, Virtanen & Ylikoski 2016.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän laadullisen opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli tuottaa tietoa elvytyskoulutusten toteuttamisesta, sekä löytää elvytyskoulutuksen kehittämisalueita selvittämällä

- 1) Millä tavoin Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella työskentelevän hoitohenkilökunnan elvytysosaamista on ylläpidetty?
- 2) Kuinka motivoituneita hoitajat ovat olleet osallistumaan elvytyskoulutukseen?
- 3) Millä tavoin hoitajat ovat kokeneet hyötynsä saamastaan elvytyskoulutuksesta?

Lisäksi hoitajilta kysyttiin, millaista heidän mielestään on hyvä elvytysosaaminen ja hyvä elvytyskoulutus, sekä mitä he toivoivat elvytyskoulutukselta tulevaisuudessa. Tämän empiirisen poikkileikkaustutkimuksen tuloksista saatua tietoa voidaan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä hyödyntää hoitohenkilökunnan elvytyskoulutusta kehitettäessä sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisten perus- ja jatkokoulutuksissa yleisesti.

6 Tutkimusmenetelmä

6.1 Informantit eli tiedonantajat

Haastateltava joukko oli **harkinnanvarainen näyte**, jolta saatu tieto ei ole tilastollisesti yleistettävää, vaan ennemminkin jotakin tapahtumaa tai ilmiötä kuvailevaa tai ymmärtävää. Näin saatu aineisto on kvantitatiivisesti runsas, eli pieneltä hyvin ennakkoon harkitulta joukolta saadaan aineistoon paljon asiasisältöä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 58 - 59.)

Haastateltavana oli 14 Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella työskentelevää hoitajaa, jotka ovat olleet elvytyskoulutuksessa. Haastateltavana oli vuoden 2016 aikana elvytyskoulutuksessa olleita yhdeksän hoitajaa, kun taas vuoden 2015 aikana elvytyskoulutukseen osallistuneita oli neljä. Yksi kertoi viimeisestä elvytyskoulutuksesta vierähtäneen kaksi vuotta, mutta osallistuvansa siihen lähitulevaisuudessa. Naisia oli kaksitoista ja miehiä oli kaksi. Työkokemusta

hoitotyöstä haastateltavilla oli 3 - 33 vuotta. Haastateltavina oli myös yksittäisiä elvytysvastaaviin ja esimiehistöön kuuluvia hoitajia. Heiltä saatiin sellaista lisätietoa, mitä ei muilta saatu.

6.2 Tutkimushaastattelu

Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi, kun tutkitaan haastateltavien kokemuksia ja mielipiteitä. Haastattelemalla saadaan kerättyä juuri tarkoituksenmukainen määrä aineistoa. Tutkimushaastattelussa ei niinkään tavoitella tieteellisesti yleistettävää, kuin toiseen toimintaympäristöön siirrettävää tutkimustulosta. Tutkimus ja sen eteneminen kuvataan tutkimusraporttiin tarkasti ja huolellisesti. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2012, 50 - 53.)

Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa tutkija toimii puheenjohtajana, ja pitää aktiivisesti keskustelua yllä. Hän myös huolehtii, että puheenaihe ei karkaa liian kauas tutkittavasta aiheesta, vaikka tavoitteena onkin mahdollisimman vapaa keskustelu. Haastattelua jatketaan kunnes saavutetaan kylläntyminen eli satu-raatiopiste, eli haastateltavilla ei ole enää mitään uutta kerrottavaa tutkittavasta aiheesta. Haastattelun onnistumiseksi se on syytä suunnitella hyvin etukäteen. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 41 - 43; Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2012, 50 - 54, 57 - 59.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka perustuu Fischen, Kendallin ja Merlonin vuonna 1956 julkaisemaan kirjaan *The Focused Interview*, eli Kohdennettu Haastattelu. Tämän kirjan uudempi painos julkaistiin vuonna 1990. Sen mukaan teemahaastattelulle on ominaista se, että haastateltavat ovat kokeneet jotakin yhteistä tai samankaltaista. Lisäksi tutkijan on tutustuttava tarkasti tutkittavaan asiaan, ja hänen on kerättävä siitä taustatietoa. Tutkijan on tunnettava tutkittava asia kokonaisuutena, ja hänen on hallittava myös siihen vaikuttavat keskeiset sisällöt ja prosessit. Näiden tietojensa pohjalta hän laatii haastattelurungon, jota hän käyttää apuna haastatellessaan tutkittavia. Itse haastattelu kohdistetaan tutkittavien henkilökohtaisiin kokemuksiin tutkittavasta aiheesta. Teemahaastattelu soveltuu hyvin tutkimusmenetelmäksi, kun halutaan tietoa haastateltavien kokemuksista ja mielipiteistä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47 - 48.)

Yksilöhaastattelu on tavallisin haastattelumuoto. Helppoutensa ansioista se myös soveltuu hyvin aloittelijalle. **Parihaastattelu** puolestaan tunnetaan yleisemmin avioparien haastattelumuotona (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61). Tässä tutkimuksessa käytetään yksilöhaastattelun rinnalla parihaastattelu, jotta aineistoa saataisiin kerättyä mahdollisimman paljon.

6.3 Aineiston analyysi

Haastattelutallenteet litteroidaan eli aukikirjoitetaan sanatarkasti ja numeroidaan litterointivaiheessa aikajärjestykseen (ensimmäinen nro 1, toinen nro 2 jne). Samalla parihaastatteluiden ensimmäinen vastaaja nimetään A:ksi ja jälkimmäinen B:ksi. Aineistoon tutustutaan koko ajan syvällisemmin haastatteluvaiheessa, litterointivaiheessa, ja edelleen analysointivaiheessa. Tekstin analysoinnissa ei käytetä tekstianalyysiohjelmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 138 - 142, 173.)

Saatu aineisto analysoidaan **teemoittelemalla**. Jokaiselle tutkimuskysymykselle tehdään tietokoneelle oma tekstitiedosto, johon kerätään jokaisesta haastattelusta saadut kyseistä tutkimuskysymystä koskevat ilmaisut vastaajakohtaisesti. Nämä tekstitiedostot tulostetaan, ja etsitään niistä toistuvasti ilmaantuvat, tutkimuskysymyksiin vastaavat ja oleelliset asiat, eli teemat. Vastaukset raportoidaan teemoittain. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93 - 94; Hirsjärvi & Hurme 2010, 138 - 142, 173.)

7 Tutkimuksen toteutus

7.1 Tutkimuksen suunnittelu ja valmistelu

13.1.2016 soitin EKKS päivystysalueen esimiehelle Anne Saltiolalle. Kerroin, että suunnittelen tekeväni opinnäytetyön sairaanhoitajien elvytysosaamisen ylläpitämisestä, ja heidän kokemuksistaan elvytysosaamisen ylläpitämisestä. Sovimme, että teen tutkimuksen päivystysalueella. Saltiola myös lupautui opinnäytetyöni työelämäohjaajaksi. Samalla sovimme tapaamisen, jossa sitten suunnittelisimme haastattelun ajankohtia. Opinnäytetyön suunnitelman sain valmiiksi tammi-kuussa 2016.

Helmikuun lopussa olivat ensimmäiset ohjauspalaverit sekä opinnäytetyön ohjaaja Päivi Löfmanin, että työelämäohjaaja Anne Saltiolan kanssa. Tuolloin allekirjoitimme myös Eksoten tutkimuslupahakemuksen. Tässä vaiheessa tutkimuksen kohteeksi täsmentyi päivystyksen hoitohenkilökunta, sillä Saimaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ja sen tulosten tulee aina palvella hoitotyötä.

Maaliskuussa sain Eksotelta tutkimusluvan. Päivystysalueella kaikki hoitajat osallistuvat hoitoelvytyksiin sekä elvytyskoulutuksiin samalla tavalla. Haastattelut tein EKKS päivystysalueen tiloissa, ja tarjosin pullakahvit.

7.2 Haastattelut

Haastattelutilanteita oli yhteensä 11. Näistä kolme oli parihaastatteluja ja kahdeksan yksilöhaastattelua. Kaikissa haastatteluissa käytin apuna alkuperäistä teemahaastattelurunkoa. Haastattelut nro 1 – nro 5 tein tiistaina 22.3.2016, ja haastattelut nro 6 – nro 9 keskiviikkona 23.3.2016. Perjantaina 1.4.2016 tein haastattelun nro 10, ja torstaina 7.4.2016 haastattelun nro 11.

Kaikki haastattelut tallensin kahdelle digitaaliselle tallentimelle turvatakseni haastattelun tallentumisen ja tekstiksi päätyksen kokonaisuudessaan. Kaikki haastattelutilanteet pyrin rauhoittamaan haastattelulle niin, ettei tulisi keskeytyksiä. Hälyäänet yritin minimoida mahdollisimman hyvän tallenteen laadun takaamiseksi. Osaan haastatteluista tuli lyhyitä keskeytyksiä haastateltavien akuuttien työtehtävien vuoksi. Keskeytysten ajaksi katkaisin tallennukset.

Haastattelu nro 2 oli kaikkein lyhin: 12 minuuttia, ja nro 10 kaikkein pisin: 58 minuuttia. Kun aloin laskemaan yhteen kuinka monta minuuttia tallenteita oli yhteensä, ja kuinka kauan niiden litterointiin oli mennyt aikaa, huomasin, etten olekaan kirjoittanut ylös kaikkien haastatteluiden tarkkaa pituutta. Näin ollen minulla ei ole tarkkaa tietoa, minkä verran aikaa tämän työn tekemiseen kokonaisuudessaan on mennyt.

7.3 Aineiston analysointi

Aloitin aineiston analysoinnin etsimällä teksteistä vastauksia teemoihin (Liite 2). mukaan. Merkitsin vastaukset jokaiseen haastattelutekstiin korostuskynällä. Elvytysosaamisen ylläpitämisen merkitsin keltaisella. Huomasin, että materiaalia

on paljon, mikä oli hyvä asia, vaikka teettäisikin paljon töitä. Hoitajien motivaatioon vastaavat ilmaiset merkitsin pinkillä, ja elvytyskoulutuksen hyödyllisyyteen liittyvät vihreällä.

Tulostin haastatteluaineistosta tutkimuskysymykohtaisesti kokoamani tekstitiedostot. Aloitin **teemasta 1 elvytysosaamisen ylläpitäminen**. Luin sen moneen kertaan, ja hahmotin sieltä kolme eri kategoriaa. Merkitsin keltaisella korostuskynällä elvytyskoulutuksen käytännön järjestelyihin, osallistumiseen ja ilmoittautumiseen liittyvät asiat, kun taas koulutuksen toteuttaminen sai värikseen vihreän. Elvytys­simulaattoriin ja muuhun elvytyskoulutusvälineistöön liittyvät ilmaiset puolestaan merkitsin pinkillä. Näin löysin vastaukset teemaan elvytysosaamisen ylläpitäminen. Edellisten lisäksi merkitsin oranssilla elvytysvastaavien oman elvytysosaamisen ylläpitämiseen liittyvät ilmaiset.

Teeman 2 hoitajien motivoituneisuus tekstitiedostosta löytyneistä vastauksista löysin kolme kategoriaa: positiiviset asiat merkitsin keltaisella, negatiiviset pinkillä ja neutraalit oranssilla. Positiivisista vastauksista löysin edelleen vastauksia liittyen koulutukseen osallistumiseen, elvytyskouluttajiin, ja käytännön tekemiseen. Negatiivisista löysin vastauksia liittyen harjoittelutilanteeseen eläytymisen vaikeuteen, sekä nukan elvyttämiseen suhtautumiseen. Kategoria neutraalit käsitti vain yhdenlaisia vastauksia. Näistä vastauksista laadin tutkimusraportin teemaan hoitajien motivoituneisuus.

Teemasta 3 hoitajien kokema elvytyskoulutuksen hyödyllisyys saatu aineisto oli suppeampi kuin olisin halunnut. Merkitsin hoitajan kokemaan elvytysvarmuuteen liittyvät ilmaukset keltaisella, ja ajankohtaisiin teoriaosaamisen päivityksiin liittyvät oranssilla. Lisäksi merkitsin kaikki käytännön tekemiseen liittyvät vastaukset vihreällä. Näistä vastauksista laadin tutkimusraportin teemaan hoitajien kokema elvytyksen hyödyllisyys.

Merkitsin haastatteluteksteihin oranssilla pyytämäni kuvaukset hyvästä elvytysosaamisesta ja hyvästä elvytyskoulutuksesta. Nämä ilmaukset puolestaan keräsin omaksi tekstitiedostokseen. Saadusta tiedostosta merkitsin hyvän elvytysosaamisen ja hyvän elvytyskoulutuksen vastaukset teemoittain, ja yhdistin jo saa-

tuun materiaaliin. Tämä täytyi tehdä varoen tarkoin sekoittamasta hyvää elvytyskoulutusta kuvaavaa ja todellista elvytyskoulutusta kuvaavaa materiaalia keskenään. Nämä vastaukset kuvaavat millä tavoin haastateltavat ovat nähneet hyvän elvytysosaamisen, johon hyvällä elvytyskoulutuksella pyritään, ja millä tavoin haastateltavat näkivät hyvän elvytyskoulutuksen, jonka avulla päästään hyvään elvytysosaamiseen.

Laskin haastattelumateriaalista kuinka moni näkee, että elvytystilanteita on päivystysalueella paljon, ja kuinka moni puolestaan on sitä mieltä, että niitä on vähän, eli kvantifioin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105) aineistoa elvytystilanteiden lukumäärän osalta. Tämä elvytystilanteiden lukumäärään liittyvä näkemys näytti vaikuttavan elvytyskoulutusten hyödylliseksi kokemiseen.

8 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen toteuttamista varten anoin ja sain tutkimusluvan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksoten henkilöstöpalveluilta. Lisäksi tein kirjallisen yhteistyösopimuksen päivystysalueen esimiehen, Anne Saltiolan, kanssa.

Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Päivystysalueen esimies Anne Saltiola kysyi haastateltaviksi vapaaehtoisia hoitajia, jotka olivat olleet elvytyskoulutuksessa, ja joiden hän arvioi pystyvän antamaan mahdollisimman kattavasti tietoa elvytyskoulutuksista (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2012, 56). Lisäksi ollessani haastattelemassa päivystysalueella kysyin itse haastateltavaksi päivystysalueella elvytyskoulutuksen käyneitä hoitajia.

Kunkin haastattelun digitaaliset haastattelutallenteet oli litteroitu kahden vuorokauden kuluessa haastattelusta, mikä lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta. Tallenteet myös tuhottiin välittömästi kunkin haastattelun litteroinnin valmistumisen jälkeen. Litterointitulosteet hävitettiin paperisilppurissa heti kun tarvittava tieto oli saatu niistä talteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,132). Saatu aineisto luettiin tarkasti ja huolellisesti, ja analysoitiin teemoittain äärimmäistä tarkkuutta ja huolellisuutta noudattaen. Tutkimustulokset raportoitiin totuudenmukaisesti ja kokonaisuudessaan suoraan haastattelusta saatujen aineistojen pohjalta. Tuloksia ei vääristelty tai muutettu millään tavalla, eikä myöskään

otettu mistään muusta tutkimuksesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 29; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 140 - 142; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Olen kirjoittanut opinnäytetyöpäiväkirjaa, johon olen kirjannut koko prosessin ajalta kaiken työskentelyn kuvauksesta ja etenemisestä sekä pulmatilanteiden selvittämisestä.

Torstai 21.1.2016: Sain Anne Saltiolalta sähköpostissa tietoa päivystysalueesta. Onkohan tämä sähköpostihaastattelu tiedonkeruumenetelmänä kovinkin innovatiivinen? En ainakaan ole kuullut kenenkään koskaan tehneen tällaista. Olen täydennellyt noita saamiani lisätietoja. Olen myös lukenut ERC 2015 -tuotantoa alkuperäiskielellä. Suomenkielisenä kun ilmestyvät vasta helmikuussa. Nettisanakirja "sanakirja.org" on hyvä kaveri. Se on koko ajan selaimessa auki kohdassa englanti- suomi. ☺

Keskiviikko 23.3.2016 klo 2.00: Ensimmäisen päivän haastattelut litteroitu ja tulostettu. 120 haastatteluminuutin litterointiin kului 6 tuntia. Tuloksena 20kpl A4 sivua. Ja tänään harjoitus jatkuu. Nyt hyvää yötä.

Tiistai 3.5.2016: Kymmenen päivää H-hetkeen ja kaikki on levällään!! Eikö tää työ ikinä valmistu!?!? Huomasin vahingossa vauhdissa kehittäneeni neljännekin tutkimuskysymyksen, eli olin vääntänyt tutkimustehtävän tutkimuskysymykseksi. Kannattaa tulostaa ja lukea välillä omaa tekstiään eikä vain luottaa siihen että hyvin se menee. Toivottavasti nyt kuitenkin menee oikein. Ei tää mitään helppoo oo.

9 Tulokset

9.1 Elvytysosaamisen ylläpitäminen

9.1.1 Elvytyskoulutukset, osallistuminen ja ilmoittautuminen

Potilastyöhön osallistuvien elvytysosaamista EKKS päivystysalueella on ylläpidetty säännöllisillä elvytyskoulutuksilla, joita on järjestetty joka kolmas viikko. Jokaisen päivystysalueella potilastyöhön osallistuvan on käytävä elvytyskoulutuksessa vuoden aikana vähintään kerran. Lisäksi vuosittain kaikki kesätyöntekijät, niin hoitajat kuin lääkärit, ovat käyneet elvytyskoulutuksessa perehdyttämispäivän aikana. Koulutusten piiriin kuuluvat koko hoitohenkilökunta, esimiehistö sekä lääkärit. Lääkärit eivät kuitenkaan ole elvytyskoulutuksiin osallistuneet.

No ne lääkärit vois tulla mukaa siihe koulutukseen. Koska ne nyt on kuitenkin siin elvytyksessä mukana. Et eihä me hoitajat sitä alust loppuu hoietä sitä hommaa kuitekaa että. Et se yhteistyö sujuis sen lääkärin kanssa.

Nii se kommunikointi sen lääkärin kans niis tilanteissa, niiku nois monivammaharjoituksissakii. Aina siit lääkärin kans kommunikoinnista. Siinä sitä harjotellaa myös. Et se kenelt tulee käskyt osaa myös antaa ne.

Vuoden 2016 alusta lähtien päivystysalueen kahvihuoneen seinällä on ollut lista järjestettävistä elvytyskoulutuksista, ja jokainen laittaa itse nimensä listaan sellaisen haluamansa elvytyskoulutuksen kohdalle, missä on tilaa. Listantekijä puolestaan laatii työvuorot niin, että kunkin elvytyskoulutuksen sekä kouluttajat että koulutettavat tulevat koulutuspäivänä aikaisemmin iltavuoroon klo 13. Elvytyskoulutus on klo 13-15, eli pitkän iltavuoron kaksi ensimmäistä tuntia. Elvytyskouluttajat myös pitävät kirjaa koulutukseen osallistumisesta.

Nyt kii siel kahvihuoneen seinällä on se lista, josta vaan valitset että minkä ryhmän mukana sie osallistut elvytyskoulutukseen. Missä on tilaa.

Aikasemmi ollu semmoset listat et kuka on käyny millokkii. Ja kyl mie tiän et jollain on jääny parikii vuotta välistä et ei oo vaa sattunu ne vuorot. Mut nyt ku se vähä vaihtu et pitää ite pitää huolta et käy kerra vuotee, on vähä eri asia ku se et joku pitää viidenkymmene ihmisen listaa. Ja ku ihmiset menee sinne mielellää. Et se ei oo et kukaa menis pakosta.

Joutuu suunnittelemaan et tullaan kello 13 töihin kello 15 sijasta.

9.1.2 Elvytyskoulutusten toteuttaminen

Elvytyskouluttajina ovat toimineet viisi elvytysvastaavaa, jotka kuuluvat päivystysalueen omaan hoitohenkilökuntaan. Koulutettavana on yleensä ollut kouluttajana kaksi elvytysvastaavaa, ja koulutettavana 3-5 hoitajan ryhmä. Yhdessä koulutuksessa on ollut kaksi ryhmää, joista toinen ryhmä on tarkkaillut kun toinen ryhmä on harjoitellut. Yllätysharjoituksia ei elvytyksen osalta ole päivystysalueella järjestetty. Oikeiden elvytystilanteiden purkaminen oppimismielessä on päivystysalueella satunnaista.

Joskus jos menee poikkeuksellisen hyvin, et se vaan niiku toimii, nii sen jälkee saattaa todeta et hitsi et meni hyvin.

Omatoiminen elvytysharjoittelu (painelu) on periaatteessa mahdollista, mutta tätä mahdollisuutta ei ole täysin tiedostettu. Lisäksi potilastyö koetaan tällä hetkellä

niin uuvuttavaksi, ettei työvuoron lisäksi enää jakseta tehdä mitään ylimääräistä. Päivystysalueella järjestetään myös monia muita tärkeitä koulutuksia, jotka nekin vievät omat aikansa ja voimavaransa.

Meillä on niin harvoin sitä loppoaikaa. Meil on niin täydet työpäivät, et ruokataukokii pitää joskus niiku pihistää. Että ei oo semmosia enää. tai ei oo työpäivän jälkee paukkuja harjottelee elvytystä.

Päivystysalueen alapuolella K-kerroksessa on ollut pieni, mutta riittäväksi koettu elvytyskoulutustila, jossa on tietokone, dataprojektori, potilassänky ja elvytysmulaattori, sekä elvytysvälineitä. Elvytyskoulutustilan on koettu olevan hyvä elvytyskoulutuksen, ja erityisesti sen teoriaosan pitämiseen, koska se on erillään kiireisestä päivystysalueesta ja rauhallinen. Lisäksi tietokone ja dataprojektori ovat mahdollistaneet elvytysvastaavien laatiman Power Point esityksen näyttämisen koulutettaville. Tämä elvytyskoulutustila on nyt kuitenkin jouduttu ottamaan toimistokäyttöön, joten koulutusten järjestäminen siellä on muodostunut haasteelliseksi. Elvytyskoulutukset onkin kuluvan vuoden 2016 alusta lähtien toteutettu päivystysalueella tyhjässä potilashuoneessa ja hoitajan vastaanottohuoneessa. Näin harjoituksessa on voitu käyttää oikeaa elvytyskärryä, ja tarvittaessa myös hakea lisää välineitä.

Nää elvytyskouluttajat vähä uudistikii sitä tälle vuodelle, et ne pidetää tässä näi, päivystysten tiloissa. Et ne voi tarvittaessa vaik hakee välineitäkii jos tarvii.

Elvytyskoulutukset on toteutettu kouluttajien yhteisesti sopiman kaavan mukaan, mutta pientä tilannekohtaista vaihteluakin on ollut. Aina on pyritty siihen, että ensin käydään läpi teoriaa ja sen jälkeen käytännön harjoitusta. Yhdessä koulutuksessa elvytyksen teoriaa on käyty samalla kun on harjoiteltu. Yksi elvytyskoulutus on jouduttu keskeyttämään, koska ruuhkautuneen potilastilanteen vuoksi koulutettavat on jouduttu kutsumaan potilastyöhön.

Miul ois varmaan tammi-helmikuus pitäny olla. Mut peruuntu just ku oli nii kiirettä.

Elvytyskoulutuksen teoriaosassa on käyty läpi kulloinkin voimassa olevien Käypä hoito -suositusten mukainen hoitoelvytyskaavio, ja kerrattu erilaiset sydämen rytmihäiriöt ja niiden lääkkeelliset hoidot, jotta elvytystilanteelta vältyttäisiin kokonaan. Koulutuksessa on kerrattu myös elvytyksen lähtörytmit, elvytyslääkkeet, sekä läpikäyty kaikki sellaiset asiat, jotka ovat askarruttaneet yhtä tai useampaa

kurssilaista. Erityisesti viime aikoina päivistysalueen elvytyskoulutuksissa on kiinnitetty erityistä huomiota paitsi elvytyksen ripeään aloittamiseen, myös elvytystilanteen johtamiseen, viestin kulkuun ja kommunikaation ylläpitämiseen, sekä työnjakoon.

Pääsääntö ei oo siin teknises suorittamisessa, vaan siinä ryhmätoiminnassa, mis on havaittu ne suurimmat ongelmat. Viestin kulkeminen ja muut. Suurin ongelma on se kommunikaatio.

Nyt viimeeks meil oli painotettu niiku sitä ryhmän tiimityöskentelyä ja sitä kommunikointia. Et aina ku meil ne elvytykset on, ni siel on niinku tiimi. Et harvon siellä yksin ollaa. Ja niiku mite siellä kommunikoiaa ja. Ja sitä johtajuutta tavallaa. Et joku ottaa sen johtovastuun.

Elvytys on niitä temppuja, painelua ja ventilointia ja lääkkeitä ja semmosta. Mut jos se kommunikointi ei toimi niin se elvytys ei toimi. Ja sit se roolitus. Et jos kaikki yrittää samaa tai kukaa ei tee jotai nii se ei toimi.

Elvytyskoulutuksen harjoitusosassa puolestaan on harjoiteltu hoitoelvytystä käytännössä. Tavoitteena on ollut, että jokainen hoitaja kykenee hahmottamaan hoitoelvytystilanteessa täyttämättä oleva paikka, osaa ottaa oma paikkansa, ja pysyy toimimaan jokaisessa tehtävässä. Kaikille käytännön harjoituksille yhteistä on se, että potilashuoneessa on ollut elvytyskouluttaja-potilas, joka on tullut päivistykseen esimerkiksi sydämen rytmihäiriöiden tai ylävatsakipujen takia. Hän on mennyt huonovointiseksi ja siitä elottomaksi. Yksi koulutettavista on mennyt huoneeseen, jossa elvytyskouluttaja-potilas on. Huoneessa kouluttaja on kertonut hänelle mikä tilanne kyseessä, ja näkikö hoitaja potilaan lyyhistyvän vai löysikö hän potilaan lyyhistyneenä. Sen jälkeen koulutettava on toiminut tilanteen vaatimalla tavalla, tarkistanut hengittääkö potilas ja hälyttänyt lisäapua huutamalla elvytys. Vasta tässä vaiheessa muut koulutettavat ovat tulleet käytävältä auttamaan.

Hoitoelvytyksen työnjakoa ei harjoituksessa ole tehty etukäteen, vaan tilanteen mukaan, kuten oikeassakin elvytystilanteessa. Harjoituksia on jatkettu erilaisilla tilanteilla eri lähtörytmeillä ja eri elvyttäjämäärillä niin kauan, että jokainen on toiminut jokaisessa roolissa vähintään kerran. Osassa koulutuksia on ollut kaksi 3-5 hoitajan ryhmää, jolloin toinen ryhmä on tehnyt harjoituksen toisen ryhmän tarkkaillessa. Harjoituksen aikana on annettu positiivista ohjausta, jolla on pyritty saamaan elvytys teknisesti sekä toiminnallisesti mahdollisimman hyväksi. Painelujen

laatua on osassa koulutuksia arvioitu elvytys­simulaattoreiden taitomittareiden avulla, ja osassa koulutuksia silmämääräisesti. Ventiloinnin onnistumista puolestaan on arvioitu vain silmämääräisesti.

9.1.3 Elvytyskoulutusvälineistö

Elvytys­harjoitus on pyritty tekemään niillä välineillä mitä oikeassakin elvytyksessä käytetään. Potilashuoneessa tai hoitajan vastaanottohuoneessa harjoitellessa on hyödynnetty oikeaa elvytys­kärryä, joita päivystysalueella on kaksi lähes samanlaista. Toinen on ensihoito­huoneessa ja toinen Nova-yksikössä.

Elvytys­kärrin välineistö on hoitajille tuttu. Elvytys­kärrissä on defibrillaattorin ja maski-paljeventilaattorin eli AMBU:n (Kuva 3), intubaatiovälineiden (Kuva 4) sekä nesteen siirtovälineiden ja defibrillaattorin elektrodien (Kuva 5) lisäksi myös elvytyksessä tarvittavia lääkkeitä, sekä trakeostomiavälineet. Jokaisessa aamuvuorossa kärrin sisältämät tarvikkeet sekä lääkkeet voimassaolopäiväyksineen on tarkastettu, ja tarvittaessa täydennetty. Myös harjoituksessa käytettävät defibrillaattori ja maski-paljeventilaattori (AMBU) ovat olleet samanlaiset kuin oikeassa tilanteessakin.



Kuva 3. Defibrillaattori ja maski-paljeventilaattori eli AMBU



Kuva 4. Intubaatiovälineet



Kuva 5. Nesteensiirtovälineet ja defibrillaattorin elektrodit

Elvytys­simulaattoreina on käytetty Little-Anne torsonukkeja. Tammikuun 2016 alusta lähtien elvytys­koulutuksissa on ollut käytettävissä myös teho-osaston elvytys­simulaattori, jonka avulla on mahdollista saada tietokoneen näytölle erilaisia rytmejä, ja jota on voinut myös defibrilloida. Laitteessa on myös elvytys­datan purkumahdollisuus. Näitä ominaisuuksia ei kuitenkaan ole voitu juurikaan käyttää, sillä nämä toiminnot vaativat toimiakseen langattoman internetyhteyden, joka päivystysalueen tiloissa on ollut epävakaa. Kaikki elvytys­vastaavat eivät myöskään ole saaneet simulaattorin käyttökoulutusta, joten sen käyttö koetaan monimutkaiseksi.

9.1.4 Elvytys­vastaavien oman elvytysosaamisen ylläpitäminen

Säännöllinen elvytys­kouluttaminen on pitänyt myös elvytys­vastaavien omaa elvytysosaamista yllä. Koulutus­vuorot ovat jakautuneet tasaisesti kokonaisen vuoden aikana viidelle elvytys­vastaavalle.

Eksoten ensihoidon ylilääkäri Heimo Niemelä on kuluvan vuoden tammikuussa pitänyt EKKS elvytys­vastaaville elvytysaiheisen yhden iltapäivän luennon. Lisäksi elvytys­vastaavat ovat päässeet suhteellisen helposti erilaisiin elvytysaiheisiin koulutuksiin. Viime vuoden joulukuussa he ovat olleet päivitettyjen elvytysohjeiden julkaisuseminaarissa ja kuluvan vuoden tammikuussa elvytys­koulutuksessa Helsingissä.

9.2 Hoitajien motivoituneisuus

Kaikki haastatellut hoitajat ovat pitäneet elvytys­koulutuksia tärkeänä, ja ovat mielellään, jopa innokkaasti, osallistuneet niihin. Erityisen hyväksi on koettu käytännön harjoitusten tekeminen, sekä elvytys­vastaavien hyvä näkemys elvytystilanteiden erityispiirteistä päivystysalueella. Lähes kaikki haastateltavat mainitsivat erityisesti elvytys­vastaavien helpon lähestyttävyyden, sekä kyvyn antaa ohjaus ja palaute positiivisessa muodossa. Kaksi haastateltavaa mainitsi saaneensa ryhmäharjoittelun jälkeen myös henkilökohtaista lisäohjausta. Koulutuksia ei ole koettu ahdistavana testitilanteena, vaan rentohenkisenä, mukavana, ja jopa hauskana oppimistilanteena.

Elvytys­koulutuksessa voi jopa nauraa sydämesä pohjasta. Et sitä niiku mokailee ja onnistuu vuoronperää, ja hyvässä hengessä on menty.

Halusin mennä ku en ollu pitkään aikaan ollu. Innokkasti menin sinne, ja sainkin sieltä paljon uutta kyllä. Kiva oli käydä.

Haastateltavista kolme toivoi perusharjoitusten lisäksi jotakin haasteellisempaa elvytysharjoitusta, kuten että elvytettävällä on trakeostomia (henkitorviavanne). Lisäksi toivottiin harjoiteltavan tilanteita, joissa esimerkiksi ventilaatio ei onnistu tai defibrillaattori ei toimi. Toisaalta kaksi haastateltavaa oli ehdottomasti elvytysharjoituksen haasteellisuuden lisäämistä vastaan. Haastateltavista kaksi toivoi elvytysharjoituksia säännöllisesti toteutettavaksi samalla tavalla kuin monivammarajoitukset.

Elvytyksen harjoittaminen on koettu toisaalta tärkeimmäksi osaksi koulutusta, mutta toisaalta myös hankalimmaksi. Erityisesti keksityn tilanteen kuvittelemisen ja sen näyttelemisen, sekä nuken elvyttäminen on koettu vaikeaksi.

Onhan se tietysti hankalaa simuloia tilannetta.

Mut se näyttelemine on sit vähä. Kuka tykkää siitä kuka ei. Tositilanteessa ollaa iha eri asiassa sitte. Siin ei sitte näytellä.

Elvytyksen harjoittelu päivystysten tiloissa, oikeassa työympäristössä, on koettu hyväksi, vaikka harjoitustilanne siellä on usein tuntunut rauhattomalta. Koulutusten jälkeen on jäänyt tunne, että on pystynyt omaksumaan asian paremmin.

Miust oli kivempi et se oli potilashuoneessa, niiku se. Se on jotenkii tuol kellarissa se elvytyskoulutushuone. Et se on paljo mukavampi toimii tääl meillä ja meidän potilashuoneessa.

9.3 Hoitajien kokemuksia elvytyskoulutusten hyödyllisyydestä

Haastateltavista neljä arvioi päivystysalueella elvytystilanteita tulevan eteen usein, kun taas kymmenen oli sitä mieltä, että elvytystilanteita on harvoin. Haastatelluista viisi piti yhtä elvytyskoulutusta vuodessa riittävänä pitämään elvytysosaamista yllä, kun taas yhdeksän oli sitä mieltä, että elvytyskoulutuksia pitäisi olla useampia. Arviot sopivista vuosittaisista elvytyskoulutusmääristä vaihtelivat kahdesta neljään. Kaksi haastateltavaa kertoi, että päivystysalueella on koko ajan erilaisia koulutuksia meneillään, ja elvytyskoulutus on vain yksi koulutus muiden joukossa.

Kaikki haastateltavat kertoivat kokevansa elvytyskoulutukset hyödyllisiksi. Niistä koettiin saadun elvytysvarmuutta, sekä sujuvuutta toimimiseen osana elvytysryhmää. Tärkeänä pidettiin paitsi käytännön harjoittelua, myös teorian kertaamista ja päivitettyjen Elvytyksen Käypä hoito -suositusten tuomista käytäntöön.

Sit ois oll helppoo ku olis tullu joku tapaus. Se ois ollu helppo hoitaa. Ku oli niiku virittyny siihe.

Koen että en osaa vielä vaikka teoriassa osaankin, ja. Mut kun käytännöt on aina erilaisia, et harjotusta tarvii.

10 Pohdinta

10.1 Tulosten pohdinta

Koulutukset hoitohenkilökunnan elvytysosaamisen ylläpitämiseksi on Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella järjestetty jo noin 10 vuoden ajan. Toisin sanoen ne on aloitettu jo pian Castrenin, Mäkisen ja Niemi-Murolan (2004) julkaistua tutkimuksensa, jossa sairaanhoitajien elvytysosaamisen puutteet ovat tulleet ilmi. Elvytyskoulutuksia on päivystysalueella kehitetty sitä mukaa, kun Elvytyksen Käypä hoito -suositukset ovat muuttuneet, tai muita muutostarpeita on havaittu. Viimeisimmät merkittävät muutokset elvytyskoulutusten toteuttamiseen ovat päivystysalueelle tulleet kuluvan vuoden 2016 alusta. Tuolloin elvytyskoulutuksiin ilmoittautuminen muuttui jokaisen omalle vastuulle. Samalla elvytyskoulutukset siirtyivät kokonaisuudessaan päivystyksen tiloihin, ja teho-osaston nykykainen internetpohjainen elvytyssimulaattori tuli myös päivystysalueen käyttöön. Nämä muutokset on koettu pääosin hyviksi. Itsenäinen ilmoittautuminen helpottaa niin jokaisen hoitajan, elvytysvastaavien, listantekijän kuin esimiehenkin työtä.

Elvytyksen Käypä hoito -suositusten 2016 terveydenhuollon ammattilaisten elvytyskoulutusohjeen mukaan uhkaavan elvytystilanteen tunnistaminen ja sen ennakointi ovat tärkeitä paitsi tiedostaa, myös ottaa huomioon elvytystä harjoitellessa. Elvytystilanteen tunnistaminen ja elvytyksen ripeä aloittaminen, ovat erityisenä painopistealueena, kuten myös hyvä johtaminen, tiimityö ja kommunikointi. Nämä seikat ovat tämän tutkimuksen mukaan huomioitu ja toteutettu hyvin Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueen elvytyskoulutuksissa. Elvytyksen

Käypä hoito -suositukset painottavat edellisten lisäksi myös painelujen laadun sekä ventiloinnin onnistumisen arviointia. Tähän teknisen osaamisen arviointiin ei päivystysalueen elvytyskoulutuksissa ole juurikaan kiinnitetty huomiota. Tämä on johtunut paitsi huomion kiinnittämisestä erityisesti johtamiseen, tiimityöhön ja kommunikointiin, myös elvytyssimulaattorin käyttämiseen liittyvistä vaikeuksista. Elvytyssimulaattori toimii normaalisti, ja sitä voi defibrilloida vain, kun se on yhteydessä internettiin, tai voisiko elvytyskoulutusta siirtää tilaan, jossa internetyhteys toimii vakaasti? Tai voisiko ehkä tilaan, jossa elvytyskoulutus järjestetään, sijoittaa langattoman reitittimen, jotta internetyhteys saataisiin vakaaksi? Olisi niin kouluttajien, koulutettavien kuin koko organisaation kannalta tarkoituksenmukaista, että kallis elvytyskoulutuslaitteisto toimisi asianmukaisesti. Lisäksi kaikkien elvytysvastaavien tulisi saada elvytyssimulaattorin käyttökoulutusta, jotta sen tarjoamat erilaiset harjoitusmahdollisuudet saataisiin täydellisesti hyödynnettyä.

Elvytyksen Käypä hoito -suosituksen (2016) terveydenhuollon ammattilaisten elvytyskoulutukselle antamista painotuksista elvytyksen hyvää jälkihoitoa ei mainittu yhdessäkään haastattelussa, mutta en ymmärtänyt siitä erikseen kysykään. Oikean elvytyksen läpikäyminen tilanteessa olleiden kesken on elvytyksen johtajan vastuulla. Elvytyksen Käypä hoito -suosituksen mukaan tilanteen läpikäyminen toimii hyvin myös elvytysopetusmetodina. Tämän tutkimuksen mukaan päivystysalueella elvytystilanteen läpikäyminen on satunnaista. Jos opiskelija on mukana elvyttämässä, oma ohjaaja käy tilanteen läpi hänen kanssaan. Systemaattista toimintaa elvytystilanteiden purkamisen ei päivystysalueella ole.

Oppimistulokset paranevat, kun elvytysharjoitus järjestetään simulaatioharjoituksena oikeassa työympäristössä (Elvytyksen Käypä hoito -suositus 2016). Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella elvytysharjoitukset ovat kuluvan vuoden 2016 alusta alkaen nimenomaan olleet simulaatioharjoituksia päivystysalueen tiloissa ja käyttäen harjoituksessa oikeaa elvytyskärryä. Tämän vuoksi voidaan olettaa, että elvytysharjoitukset ovat parantaneet hoitajien kykyä toimia elvytystilanteessa omassa työympäristössään. Hoitajat ovat myös osallistuneet elvytyskoulutuksiin Elvytyksen Käypä hoito -suositusten mukaisesti vuosittain. Osa hoitajista on osallistunut elvytyskoulutukseen kahdesta neljään kertaan viimeisen

vuoden aikana, mikä on lisännyt hoitohenkilökunnan elvytysosaamista päivystysalueella. Elvytyskoulutuksessa on myös pyritty käyttämään niitä välineitä, joita oikeassakin elvytyksessä käytetään. Tämä on hyvä asia, sillä todellisessa elvytystilanteessa väistämättä tulee stressireaktio, joka estää uuden asian oppimisen. Kun on harjoiteltu juuri niillä välineillä mitä käytetään, toiminta on sujuvaa.

Hoitajat ovat kokeneet, että on hyvä asia, että elvytysvastaavat eli elvytyskouluttajat ovat päivystysalueella työskenteleviä sairaanhoitajia. Heillä on selkeä näkemys elvytystilanteesta toimimisesta nimenomaan päivystyksen näkökulmasta, ja heidät on koettu helposti lähestyttäviksi. He ovat myös aktiivisesti lisänneet omaa osaamistaan osallistumalla erilaisiin elvytysaiheisiin koulutuksiin. Olisiko mahdollista tulevaisuudessa tehdä elvytyskouluttajavaihtoja tai -vierailuja eri sairaanhoitopiireittäin? Näin voitaisiin saada eri elvytyskouluttajien osaamiset yhdistettyä, ja elvytyskoulutuksen laatua parannettua entisestään.

Moni haastatelluista määritteli hyvän elvytysosaamisen niin, että toiminta tulee selkäytimestä. Tällaiseen toiminnan automaatioon kuitenkin vaaditaan todella paljon harjoitusta, eikä tämä päivystyksen oloissa ole mahdollista. Painelujen harjoittelun mahdollisuutta useammin kuin kerran vuodessa toivoi moni. Olisiko mahdollista aika ajoin tuoda elvytysnäkökulmaa vaikka kahvihuoneeseen, jossa sitä voisi esimerkiksi vuoron aluksi painella? Elvytyskoulutuksiin osa haastatelluista toivoi jotakin haastavampaa harjoitusta, kun taas toiset eivät missään nimessä halua mitään ylimääräistä lisähaastetta. Toisaalta on tärkeää, että jokainen hallitsee elvytystilanteesta toimimisen perusmallin mukaan, mutta toisaalta myös oikeassa elvytystilanteesta saattaa tulla eteen jotakin tuosta perusmallista poikkeavaa. Tässä tapauksessa olisi hyvä, jos toimintaa, ainakin joissakin tavallisimmissa hankalissa tilanteissa, kuten vaikea intubaatio tai laitteiden toimimattomuus, olisi harjoiteltu. Elvytysharjoitusten toteuttaminen yllätyksinä tai säännöllisesti monivammaharjoitusten tavoin olivat myös toivelistalla. Itse pidän tällaisia säännöllisiä ja yllätyksenä tulevia harjoituksia hyvinä, sillä ne osoittavat harjoitukseen osallistujien todellisen osaamisen tason.

Moni haastateltava toivoi lääkäreiden osallistumista elvytyskoulutuksiin. Hoitajat ovat kokeneet, että vaikka lääkäri on ollut päävastuussa elvytyksestä, hän ei olekaan osannut toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitajat kaipasivat erityisesti

harjoitusta kommunikaatioon lääkärin kanssa, samalla tavoin kuin joka kuukausi toteutettavassa monivammaharjoituksessa harjoitellaan. Miksi lääkärit eivät alun alkaen ole osallistuneet elvytyskoulutuksiin? Tiedetään, ettei kukaan, myöskään lääkäri, osaa elvyttää, ellei hän ole sitä harjoitellut. Potilasturvallisuuden takaamiseksi elvytysosaamisen tulisi olla kunnossa kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla, niin hoitajilla kuin lääkäreilläkin.

10.2 Oman opinnäytetyön pohdinta

Alun perin suunniteltu tutkimusmenetelmä muutettiin. Täsmäryhmähaastattelu vaihtui yksilö- ja parihaastatteluiksi, sillä opinnäytetyön ohjaajan vaihtuminen kesken opinnäytetyöprosessin aiheutti aikataulun siirtymisen kuukaudella eteenpäin. Työvuorojärjestelyin täsmäryhmähaastattelu olisi saatu aikaan vasta huhtikuussa, mikä olisi aiheuttanut aikataulun venymisen toisellakin kuukaudella. Lisäksi päätökseen muuttaa suunnitelmaa vaikutti päivystysalueen kiireinen työtahti. Suunniteltukin haastattelutilaisuus olisi saattanut peruuntua. Näin työelämäohjaajan kanssa päädyttiin irrottamaan työtehtävistä haastattelua varten vain yksi tai kaksi hoitajaa kerrallaan. Ryhmähaastattelun avulla olisin saanut ehkä eri tavalla rikkaan aineiston, kun haastateltavat olisivat saaneet oikean keskustelun aikaan. Toisaalta nyt kun haastatteluja oli useampia, minulla oli mahdollisuus, ja osasin, vasta tutkimuksen edetessä esittää aiemman materiaalin pohjalta heränneitä lisäkysymyksiä myöhemmin haastatelluille.

Teemahaastattelurungossa sekä saatteessa lukee *sairaanhoitaja*, ja tutkimuslupahakemuksessa luki opinnäytetyön nimessäkin *sairaanhoitaja*. Siinä vaiheessa, kun laadin ne, en vielä tiennyt lähihoitajien päivystysalueella osallistuvan elvytyksiin samalla tavalla kuin sairaanhoitajien. Tämä seikka selvisi minulle vasta tutkimuksen aikana.

Haastattelumäärän kasvaessa myös haastattelujen kesto piteni, ja lisäkysymysten avulla saatujen vastausten määrä lisääntyi. Olisin saattanut selviytyä vähemmälläkin, jos olisin osannut suunnitella kysymyslomakkeen paremmin ja osannut haastatella syvällisemmin. Toisaalta huomaan, että viimeisimmissä haastateluissa olen osannut paremmin esittää lisäkysymyksiä, ja johdattaa keskustelua

syvemmälle asian ytimeen. Tätä tutkimusta tehdessäni olen kehittynyt haastattelijana.

Tuloksiin sain tekstiä elvytyskoulutuksen toteuttamiseen liittyen hyvin, kun taas hoitajien motivoituneisuuteen ja elvytyskoulutusten hyödyllisyyteen sitä tuli vain vähän. Tämä johtui siitä, että materiaalissa sekä hoitajien motivoituneisuutta että elvytyskoulutuksen hyödyllisyyttä kuvaavat ilmaisut olivat niin yhteneväisiä keskenään, ettei niistä juuri eroja löytynyt. Toisaalta olen miettinyt, että jos olisin teemoittanut materiaalin jollakin toisella tavalla, olisinko ehkä saanut määrällisesti enemmän tuloksia.

Elvytyksen Käypä hoito -suositus (2016; ERC 2015) on ilmestynyt suomenkielisenä helmikuussa 2016. Se oli siis haastattelujen ajankohtana ollut voimassa vain noin kuukauden ajan. Tosin kaikki viisi elvytysvastaavaa ovat olleet joulukuussa 2015 näiden uusittujen elvytysohjeiden ennakkoesittelyseminaarissa Helsingissä, ja he ovat siirtäneet muutokset koulutusten toteuttamismalliin välittömästi, eli nämä muutokset ovat tulleet päivystysalueella käytäntöön jo varhain. Muutokset eivät ole suuria. Haastateltavista yhdeksän, eli suurin osa kertoi osallistuneensa elvytyskoulutukseen kuluvan vuoden 2016 aikana. Silti mietin, onko tämä ehkä vaikuttanut tutkimustuloksiin? Viisi haastateltavaa oli kuitenkin osallistunut viimeksi vuoden 2011 Elvytyksen Käypä hoito -suositusten mukaiseen koulutukseen. Olisiko minun pitänyt valita tiedonantajiksi vain hoitajia, jotka ovat käyneet uusimman koulutusohjeen mukaisen elvytyskoulutuksen?

Jos tiedonhankinta olisi tehty strukturoidun lomakekyselyn avulla, olisi materiaalia tullut pienempi määrä ja kapeammalta alueelta. Haastattelu mahdollisti joustavamman tiedonhankinnan sekä lisäkysymysten esittämisen, mitä mahdollisuutta ei strukturoidussa kyselyssä olisi ollut. Lisäksi hoitajilta olisi saattanut jäädä kiireisen työtahdin vuoksi lomakekyselyihin kokonaan vastaamatta.

Tutkimuksen valmistumisen loppuvaiheessa tuli kiire, joka väistämättä vaikuttaa lopullisen työn laatuun, koska pohdinnoille ei jäänyt riittävästi aikaa. Jos nyt aloitaisin tämän opinnäytetyön tekemisen uudelleen, opiskelisin tutkimusmenetelmien teorian alun perin niin hyvin, ettei sitä tarvitsisi enää opiskella työn edetessä.

Käyttäisin tiedonhankintaan triangulaatiota (Hirsjärvi & Hurme 2010, 39), eli yhdistäisin teemahaastattelun ja havainnoinnin. Näin saisin syvemmin tietoa elvytysosaamisen ylläpitämisen käytännöistä. Lisäksi laatisin suunnitelman aikatauluineen huolellisesti niin, etteivät väistämättä työn edetessä vastaantulevat erilaiset viivästykset heikentäisi lopullisen työn laatua.

10.3 Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Olen tehnyt tämän opinnäytetyön noudattaen äärimmäistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Olen raportoinut tutkimustuloksina vain itse haastatteluissa hankkimani ja analysoimani materiaalin, enkä ole käyttänyt toisten tutkimusten tuloksia tai mitään muuta ulkopuolista materiaalia raportoinnissa. Nämä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen aikataulu oli liian tiukka, mikä puolestaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuutta vähentävästi, sillä pohdinnoille ei jäänyt riittävästi aikaa.

Olen kirjoittanut opinnäytetyöpäiväkirjaa ja pystynyt näin palaamaan tutkimusprosessin vaiheissa taaksepäin. Olen voinut jälkeinpäin selvittää tarkasti tutkimusprosessin etenemisen ja sen käännteiden tarkat ajankohdat. Tämä on tutkimuksen luotettavuutta lisäävä asia.

Haastatteluissa nro 1 esitin, suunnitelman mukaan, strukturoimattoman kysymyksen jokaisen haastatteluteeman jälkeen. Huomasin, että se on kömpelöä ja turhaa. Yksi koko haastattelun kattava strukturoimaton kysymys on riittävä saman informaation saamiseksi. Haastattelusta nro 2 alkaen esitin strukturoimattoman kysymyksen jokaisen kokonaisen haastattelun loppuksi. Tällä ei ole vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen, sillä mitään informaatiota ei ole menetetty.

Kaikki haastattelut litteroin käsin sanatarkasti kahden vuorokauden sisällä haastattelusta, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Olen tehnyt sekä haastattelun että litteroinnin niin tarkasti ja huolellisesti kuin olen pystynyt. On kuitenkin mahdollista, että olen haastattelu- ja litterointivaiheessa saattanut kuulla jotakin väärin, tai minulta on saattanut jäädä jotakin kuulematta tai litteroimatta, mikä saattaa vähentää tutkimuksen luotettavuutta.

Haastattelutekstissä oli ilmaisu *identtiset ne elvytyskärrit*, ja liitin sen sellaisenaan kohtaan elvytyskoulutusvälineet. Tarkastin kuitenkin vielä kertaalleen käyttämäni ilmaisut alkuperäisestä tekstistä ja huomasin ymmärtäneeni tämän alun perin väärin. Alkuperäisessä luki *olisikin hyvä jos ne olisivat identtiset ne elvytyskärrit*. Korjasin tämän kohdan aineistoon. Eli päivystysalueen elvytyskärrit ovat lähes samanlaiset, mutta eivät identtiset. On mahdollista, että olen ymmärtänyt jotakin väärin, mikä vähentää tutkimuksen luotettavuutta.

Olen pyrkinyt siihen, että haastateltavia ei tunnistettaisi lopullisesta työstä. Olen pohtinut, että onko mahdollista, että joku tai jotkut haastateltavista sieltä sittenkin tunnistettaisiin. Tämä saattaa vähentää tutkimuksen luotettavuutta.

Olen tehnyt Etelä-Karjalan keskussairaalaissa, myös päivystyspoliklinikalla, perushoitajan (nykyisin lähihoitaja) sijaisuuksia vuosina 1987 - 1996. Lisäksi olen tehnyt tähän meneillään olevaan sairaanhoitaja AMK -tutkinnon opiskeluun liittyvän harjoittelun tammi-helmikuussa 2010 päivystysalueella, ja ollut opettajan työelämäjaksolla marras-joulukuussa 2014. Ymmärrän päivystysalueella puhuttavan kielen myös ammattisanaston osalta, mikä on tutkimuksen luotettavuutta lisäävä asia.

Nämä tutkimustulokset kuvaavat tiedonantajien näkemyksiä tutkijan tulkitsemina tutkimushetkellä, eikä tutkimus ole toistettavissa täysin samanlaisena. Tutkimustulokset vastaavat tutkimustehtäviä sekä tutkimuskysymyksiä.

10.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tästä tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä elvytyskoulutuksia suunniteltaessa ja kehitettäessä sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksissa yleisesti. Tämä opinnäytetyö on laadittu kieliassultaan sillä tavoin selkeäksi, että myös maallikko pystyy käyttämään tätä opinnäytetyötä tiedonhankintaan.

Jatkossa voitaisiin tutkia, millä tavoin elvytysosaamista ylläpidetään Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla, Honkaharjun päivystyksyksikössä Imatralla, tai missä tahansa terveydenhuollon yksikössä käyttäen triangulaatiota (Hirsjärvi & Hurme 2010, 39) tiedonhankintamenetelmänä.

Kuvat

Kuva 1. Elvytyksen hoitoketju (ERC 2015 Resuscitation, 83) s. 12

Kuva 2. Hoitoelvytyskaavio (Elvytyksen Käypä hoito -suositus 2016, 7) s. 13

Kuva 3. Defibrillaattori ja maski-paljeventilaattori AMBU s. 27

Kuva 4. Intubaatiovälineet s. 28

Kuva 5. Nesteensiirtovälineet ja defibrillaattorin elektrodit s. 28

Lähteet

Airaksinen, J., Arola, O., Bäcklund, M., Grönlund, J., Harjola, V-P., Hynninen, M., Inkinen, O., Korpi, K., Laitio, R., Laitio, T., Martola, J., Maze, M., Niiranen, J., Nukarinen, E., Olkkola, K.T., Parkkola, R., Pietilä, M., Roine, R.O., Saraste, A., Saunavaara, J., Scheinin, H., Silvasti, P., Silvennoinen, H., Tiainen, M., Vahlberg, T., Valanne, L., Varpula, M., Wennervirta, J., Virtanen, S. & Ylikoski, E. 2016. Effect of inhaled Xenon on Cerebral White Matter Damage in Comatose Survivors of Out-of-Hospital cardiac Arrest. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2503174&resultClick=3> Luettu 18.3.2016

Berg, R., Ewy, G., Heidenreich, J., Hilwig, R., Kern, K., Porter, M. & Sanders, A. 2001. Adverse Hemodynamic Effects of Interrupting Chest Compressions for Rescue Breathing During Cardiopulmonary Resuscitation for Ventricular Fibrillation Cardiac arrest <http://circ.ahajournals.org/content/104/20/2465.short> Luettu 18.1.2016

Castren, M. , Kinnunen,A. , Paakkonen, H. , Pousi, J. , Seppälä, J. & Väisänen, O. 2009. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Castren, M., Mäkinen, M. & Niemi-Murola, M. 2004. Hoitoelvytys sairaalassa – laadulliset edellytykset: http://www.finnanest.fi/files/oper_makinen.pdf Luettu 4.9.2013

Eksoten kotisivu <http://www.eksote.fi/eksote/Sivut/default.aspx>

Elvytyksen Käypä hoito –suositus 2016

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategia 2014-2018 <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/strategiajajohtaminen/Documents/Eksoten%20strategia%202014%E2%80%932018.pdf> Luettu 23.1.2016

Etelä-Karjalan sosiaali ja terveyspiiri. Strateginen johtaminen Eksotessa <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/strategiajajohtaminen/Documents/Strategi- nen%20johtaminen%20Eksotessa.pdf> Luettu 23.1.2016

ERC (European Resuscitation Council). 2015. Guidelines for Resuscitation <http://www.cprguidelines.eu/> Luettu 15.10.2015 ja 21.1.2016

Heinonen T. & Marttinen K. 2011. Elvytyskoulutuksen toimivuus Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Mikkelin ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Holmström, P., Kuisma, M., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Isola Minna & Pihlainen Aapo. 2011. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia PPE.D -koulutuksesta Kyllön terveyskeskussairaalassa, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö

Jääntti, H. 2010. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Quality and Education. Kuopion yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0206-1/urn_isbn_978-952-61-0206-1.pdf korjattu versio. Luettu 16.1.2016

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy

Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapu. Punainen Risti. Espoo: Wellprint

Leppänen, M. 2011. Aikuisen hoitoelvytys ja sairaanhoitajien osaaminen. Saimaan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö.

Nyberg O, 2015. Elvytyskoulutuksen laatu ja sen arviointi. Laurea ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Integroiva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö.

Palonen M. 2015. Hämeen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Webropol -kysely. Opinnäytetyö

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2012. KvaliMOTV -menetelmäopetuksen tietovaranto. Pdf -julkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo. http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf Luettu 20.1.2016

Sahlberg P. & Sharan S. 2002. Yhteistoiminnallisen oppimisen käsikirja, Porvoo: WS Bookwell Oy

Saltiola, A. 2016. Sähköpostihaastattelu 21.1.2016

Terveystietolaki 2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
Luettu 21.1.2016

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Luettu 5.1.2016

Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas, Tallinna: Gaudeamus Oy

Teemahaastattelun runko

Elvytysosaamisen ylläpitäminen EKKS päivystysalueella

- Kuvaile hyvä elvytysosaaminen.
- Millä tavoin elvytysosaamistanne ylläpidetään?
- Ketkä kaikki työpaikallanne kuuluvat elvytyskoulutuksen piiriin?
- Kuinka usein elvytyskoulutus järjestetään?
- Kuinka usein te itse olette olleet elvytyskoulutuksessa? (taajuus)
- Millä tavoin työvuoro- ja horoskooppijärjestelyt toteutetaan?
- Kuvaile elvytyskoulutustilaa.
- Kuvaile teoriaopetusta elvytyskoulutuksessanne
- Kuvaile elvytyksen harjoittelua elvytyskoulutuksessanne.
- Millä tavoin hoitoelvytyksen johtaminen ja eri tehtävät elvytyskoulutuksessa toteutetaan?
- Muuta?

Sairaanhoitajien elvytyskoulutuksiin osallistumisen motivaatio

- Kuvaile tuntemuksianne kun saitte tiedon elvytyskoulutukseen osallistumisestanne.
- Kuvaile tuntemuksianne elvytyskoulutuksen aikana.
- Kuvaile tuntemuksianne elvytyskoulutuksen jälkeen.
- Muuta?

Sairaanhoitajien kokemuksia elvytyskoulutuksen hyödyllisyydestä

- Kuvaile saamanne elvytyskoulutuksen hyödyllisyyttä omasta mielestänne.
- Muuta?

Elvytyskoulutuksen kehittämisaalueita

- Millainen mielestänne on hyvä elvytyskoulutus?
- Muuta?

Hyvä haastateltava!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Saimaan ammattikorkeakoulu Saimiasta. Valmistun sairaanhoitajaksi (AMK) kesäkuussa 2016. Tutkinnon suorittamiseen kuuluu opinnäytetyön tekeminen.

Opinnäytetyönäni selvitän ryhmähaastatteluiden avulla millä tavoin sairaanhoitajien elvytystaitoja ylläpidetään EKKS päivystysalueella, sekä sairaanhoitajien kokemuksia elvytyskoulutuksista.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut tallennetaan kahdelle digitaaliselle tallentimelle, jotta vältetään laitteen vikaantumisen aiheuttamalta haastattelun/haastatteluiden peruuntumiselta. Tallenteet sekä litterointitulosteet tuhoetaan heti kun tarvittava tieto on saatu niistä talteen. Tutkimuksen suorittamisessa ja raportoinnissa noudatetaan ehdotonta luottamuksellisuutta ja tarkkuutta. Yksittäistä haastateltavaa ei pystytä lopullisesta työstä tunnistamaan.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuoda tietoa elvytyskoulutusten toteuttamisesta, sekä mahdollisesti löytää elvytyskoulutuksen kehittämisalueita.

Kiitos osallistumisesta!

Jonna Ruuskanen

sairaanhoitajaopiskelija

Saimaan ammattikorkeakoulu Saimia