



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Elvytysprosessin kuvaus Näsin kuntoutuskeskuksessa

Ingrid Valge

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Elvytysprosessin kuvaus
Näsin kuntoutuskeskuksessa

Ingrid Valge
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2018

Ingrid Valge
Elvytysprosessin kuvaus Näsin kuntoutuskeskuksessa

Vuosi 2018 Sivumäärä 53

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea Näsin kuntoutusosaston elvytystoiminnan kehittämistä. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi elvytyksessä toimiminen. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Käypä-hoito suositusten mukainen kuvaus elvytysprosessista.

Opinnäytetyöni käsitteli elvytystä, elvytysprosessia ja nosti esiin sairaanhoitajan roolin merkitystä elvytyksessä. Teoreettisessa viitekehyksessä kuvattiin elvytyksen eri osa-alueita, sairaanhoitajan roolia osaajana ja kehittäjänä, aineistonkeruumenetelmää, elvytysprosessia. Opinnäytetyön aineistoa kerättiin triangulaatio-menetelmällä: ammattikirjallisuudesta, havainnoimalla kuntoutusosastoa, tapaamisilla, konsultaatioilla ja internetin kautta tehtävällä kartoituskyselyllä. Aineistoa käsiteltiin kuvaamalla ja teemoittelemalla. Opinnäytetyön aineistoa kerättiin kartoittamaan elvytystoiminnan nykytilannetta Näsin kuntoutusosastolla sekä tukemaan yksikkökohtaisen elvytysprosessin kuvauksen rakentamista osastolle.

Yhteistyö opinnäytetyön toimeksiantaja edustajien kanssa tapahtui sähköpostitse ja tapaamisilla. Yhteistyö oli helppo ja tehokasta. Sain palautetta osaston henkilökunnalta, tuotokset olivat hyödylliset.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi kuntoutusosastolle yksilöity Käypä-hoito suositusten mukainen elvytysprosessinkuvaus. Opinnäytetyön aineiston käsittelyn jälkeen nousi kuntoutusosastolle kehittämisehdotuksena jatkotoimenpiteenä elvytyskäräryjen hankinta.

Asiasanat: peruselvytys, prosessikuvaus, sairaanhoitaja osaajana

Ingrid Valge

Description of Resuscitation Process in Näsi Rehabilitation Centre

| Year | 2018 | Pages | 53 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

Description of Resuscitation Process in the Näsi Rehabilitation Centre

The purpose of this functional thesis was to support the developing of resuscitation process in the Näsi Rehabilitation Centre. The aim of the thesis was to make acting on resuscitation more visible. The objective of the thesis was to produce a description of resuscitation process according the Current Care guidelines.

My thesis focused on resuscitation, the resuscitation process and highlighted the important role of the nurses in it. The different areas of resuscitation, the nurse's role as an expert and a developer, a data collection method, a resuscitation process were described in the theoretical framework. The data was collected by a triangulation method: using professional literature, by observation the rehabilitation department, during meetings, consultations and a mapping questionnaire online. The data was proceeded by thematizing and describing. The data of the functional thesis was collected by mapping the current situation of resuscitation in Näsi Rehabilitation Centre.

The all process was supporting the unit-specific resuscitation process directions developing into the centre. The cooperation with the thesis commissioner took place via email and meetings. The cooperation was easy feasible and effective. Feedback was received from the centre and the results were useful.

As an outcome a specified description of resuscitation process was developed according the Current Care guidelines. After the processing of the data of the thesis the rehabilitation centre made a development proposal about buying a resuscitation trolley.

Sisällys

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä | 7 |
| 3 | Sairaanhoidtaja hoitotyön osajana ja kehittäjänä..... | 7 |
| 4 | Elvytys ja sen osa-alueet terveydenhuollon osastoilla..... | 9 |
| 4.1 | Elottomuutta ennustavat hälytyskriteerit sairaalassa | 11 |
| 4.2 | Elottomuus ja aikuisen peruselvytys..... | 12 |
| 4.2.1 | Defibrillaattori elvytyksessä | 14 |
| 4.2.2 | Rytmihäiriöiden huomioon ottaminen elvytyksessä | 15 |
| 4.2.3 | Elvytyslääkkeet | 16 |
| 4.2.4 | Päätös elvyttämättä jättämisestä..... | 17 |
| 4.3 | Elvytysvälineet ja välineiden huolto..... | 18 |
| 4.4 | Työnjako elvytyksessä..... | 19 |
| 5 | Opinnäytetyön toteutus | 20 |
| 5.1 | Opinnäytetyön ympäristön kuvaus | 22 |
| 5.2 | Opinnäytetyön aineistonkeruu..... | 22 |
| 5.3 | Opinnäytetyön aineiston käsittely | 25 |
| 6 | Prosessikuvaus opinnäytetyön kehittämismenetelmänä..... | 27 |
| 7 | Arviointi | 30 |
| | Taulukot | 38 |
| | Liitteet..... | 39 |

1 Johdanto

Terveydenhuollon ammattilaisena on tärkeää muistaa, että hoitohenkilökunnan pitää pystyä auttamaan potilasta hätätilanteessa. Suomalaisen tutkimuksen mukaan neljäsosa sydänpysähdyksistä tapahtuu vuodeosastolla ja 12 prosenttia päivystyksessä. Sairaalan ulkopuolella sydän pysähtyy yleensä aamulla varhain ja n. 70 prosentilla tapauksista on sydänpysähdyksen taustalla jokin sydänperäinen syy. Kansainvälisten elvytys-suositusten mukaan sydänpysähdyksellä tarkoitetaan tilannetta, missä sydämen mekaaninen toiminta on loppunut. (Koponen ja Sillanpää 2005, 156.) Elvytystilanne voi osua kohdalle harvoin ja sen takia on tärkeä kertaus, koulutus ja elvytyksen Käypä-hoito suositusten hallitseminen. Suomalainen Käypä-hoitosuositus perustuu ERC:n (European Resuscitation Council) elvytys-suosituksiin. Hoitosuosituksen tarkoitus on, että kaikki sydänpysähdyspotilaat saavat tehokkaan elvytyksen (Käypähoito 2016.)

Sairaanhoitajat voivat parantaa potilaan selviytymistä, toimimalla oikeassa järjestyksessä ja nopeasti, missä potilaan sydän on pysähtynyt. Sairaanhoitaja kykenee havaitsemaan potilaan elottomuuden ja tietää elottomuuden tunnistamiskriteerit, se edesauttaa nopeaa sydänpysähdyspotilaan hoidon aloittamista. Kuitenkin Turun yliopistollisessa sairaalassa havaittiin, että hoitohenkilökunnan isoimmat puutteet olivat elottomuuden toteamisessa, hengityksen ja verenkierron turvaamisessa, rytmihäiriöiden sähköisessä hoidossa ja myös elvytys toimenpiteiden priorisoinnissa. (Säämänen 2004,39; 42-44.)

Elvytyksen toimintajärjestys on sama kaikkialla, mutta jokaisen työntekijän pitää osata toimipaikan elvytysmenetelmä, löytää välineet, muistaa tilanteen hoitoseikat ja osattava käyttää elvytyksessä käytettäviä välineitä. Elvytystilanteen hoitaminen vaatii hoitajalta nopeita päätöksiä. Tilanteen hallitseminen on usein vaikeaa. Onnistumiseen vaikuttaa elvytystoimien osaaminen, tehokas tilanteen hallinta, nopeiden päätösten teko ja osaaminen reagoida ajoissa. (Ikola 2007, 11.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja työelämänlähtöinen. Kohderyhmänä on Porvoon terveyskeskuksen kuntoutusosasto. Täsmällisen kohderyhmän määrittäminen on tärkeä: tapahtuman, ohjeistuksen tai tuotteen sisällön ratkaisee sen, mille ryhmälle idea on ajateltu. (Vilka & Airaksinen 2003, 40). Opinnäytetyöni teen Näsin kuntoutusosastolle ja opinnäytetyöni vastaa kuntoutusosaston nykyhetken tarpeeseen selvittää ja kuvata elvytysprosessi. Varmistamalla turvallisuutta tulisi organisaatiossa pyrkiä yhdenmukaisiin toimintatapoihin (Hoitotyön vuosikirja 2009, 103).

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tukea Näsin kuntoutusosaston elvytystoiminnan kehittämistä. Tavoitteena on tehdä näkyväksi elvytyksessä toimiminen. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Käypä-hoito suositusten mukainen kuvaus elvytysprosessista.

3 Sairaanhoidaja hoitotyön osaajana ja kehittäjänä

Sairaanhoidaja työskentelee sairaanhoitajien eettisiä ohjeita noudattaen. Suomessa on laadittu ja hyväksytty ensimmäiset omat kansalliset eettiset ohjeet vuonna 1996. Sairaanhoidaja noudattaa potilaiden oikeuksia ja yksityisyyden suojaa koskevia lakeja (mm. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/ 785) sekä kunnioittaa ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa. Sairaanhoidajan työ on suuresti yhteiskunnallinen tehtävä. Sairaanhoidajalta edellytetään laadukasta koulutusta, jatkuvaa täydennyskouluttautumista, kokonaishoidon hallintaa, palvelujen saumattomuuden hallintaa, tietoisuutta työn tuloksista, itsenäisyyttä, luotettavuutta ja huolellisuutta. (Ranta 2011, 88.)

Sairaanhoidaja työskentelee perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihoitossa ja yksityisellä sektorilla. Hän edistää terveyttä, ehkäisee sairauksia ja kuntouttaa potilaita. Sairaanhoidajan tehtävänä on potilaiden hoitaminen, hän osaa määritellä potilaiden/asiakkaiden tarpeita, asettaa tavoitteet hoitotyölle ja arvioi hoitotuloksia. Hänen on osattava käyttää näyttöön perustuvaa tietoa. Sairaanhoidajan on oltava kiinnostunut seuraamaan alan kehittymistä, osattava yhdistää tietoa päätöksentekoon. Hän kyseenalaistaa käytössä olevia menetelmiä. Hänen on osattavaa käyttää erilaisia mittareita, mitkä ovat kehitetty ohjauksen tarpeen arviointiin. Asiantuntijana sairaanhoidaja vastaa itsenäisesti hoidon tarpeen arvioinnista ja terveyteen kuin myös palveluihin liittyvästä neuvonnasta. Tiimin jäsenenä hän ottaa vastuun hoitotyön päätöksenteosta ja tuo omaa osaamista/tietoja moniammatillisen tiimin muille jäsenille. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 11, 19; 20.)

Jotta toiminta tapahtuisi potilaan tutkimisen vaiheissa nopeasti, tulisi olla selvä toimintamalli. Sairaanhoidajan kohdattaessa potilas, on tehtävä ensiarvio potilaan tilanteestaan ja arvioida potilaan peruselintoiminnot (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 60). Näsin kuntoutusosastolla yksi ei ole elvytysryhmää eikä elvytysjärjestelmiä. Osastolla korostuu sairaanhoidajan osaaminen tunnistaa eloton potilas ja toimia nopeasti Käypähoito suositusten mukaan. Osastolle tarvitaan toimintamalli.

Sairaanhoidajan on hallittava päätöksenteko. Päätöksentekoon kuuluvat kriittinen ajattelu, kyky arvioida potilaan kliinistä tila, lääkehoidon tarvetta ja kyky tehdä vaikuttavia päätöksiä (Saano, Taam- Ukkonen 2015, 14). Hätätilanteen ensiarviossa tehdään potilaan karkea ensiarviointi tajunnan asteesta: vastaileeko potilas, onko potilas tajuissaan vai tajuton. Potilasta

herätetään voimakkaasti, jos hän ei herää eikä vastaa puhutteluun, siirrytään heti hengityksen arvioon. Jos ilmavirtaa ei tunnu käden selällä avataan hengitystiet leukaa nostamalla tai kaularankaa taaksepäin taivuttelemalla (ei vamma potilailla). Jos hengitys käynnistyy, pitää vielä varmistaa ilmatie. Ilmatie varmistetaan tyhjentämällä eritteet suusta ja laittamalla nieluputki. Jos potilas ei siedä nieluputkea ja potilaalla on aspiraatiomahdollisuus, siirretään tukemaan hengitystä hengityspalkeella. Mikäli hengitys käynnistyy, saa siirtyä verenkierron tarkastamiseen. Verenkierron alustavassa arviossa riittää, kun tunnustellaan valtimopulsseja. Jos potilas on reagoimaton, tarkistetaan kaulavaltimopulsseiden tuntuminen. Tunnustellessa kaulavaltimonpulsseja, viedään sormet (etusormi ja keskisormi) potilaan kilpiruston (= ”aatamionomena”) päälle ja lasketaan sormet sivulle. Jos sykettä ei tunnu potilaan verenpaine taso on < 50 mmHg. Elvytys aloitetaan, jos potilas on edellisen lisäksi tajuton ja hengittämätön. Elvytystä ei tule aloittaa, jos potilaalla on kuolonkankeus tai lautumat. Edellä mainitut A B C (airway, breathing, circulation) - menetelmä kertoo välittömien toimenpiteiden järjestyksen. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 60-62.)

Sairaanhoitajat toimivat elvytyksessä ohjeellisen työnjaon mukaan. Ensimmäinen sairaanhoitaja tekee tilanearvion, hälyttää lisäävun ja aloittaa painelun. Toinen sairaanhoitaja tuo paikalle elvytysvälineet (defibrillaattori, intubaatio- ja infuusiovälineet sekä lääkkeet, käyttää defibrillaattoria ja huolehtii elvytyksen rytmityksen 2 minuutin PPE-jaksoiksi. Sen aikana 1. ja 2. sairaanhoitaja vuorottelevat painelussa ja ventiloinnissa. 2. ja 3. sairaanhoitaja päättävät keskenään defibrillaattorin käytöstä. PPE (painelu- puhallus elvytys) jaksojen välissä potilaan rytmi analysoidaan. Jos rytmi on sellainen, että sitä ei voida defibrilloida, kuten ASY (asystole=sydänpysähdys) tai PEA (sykkeetön rytmi), PPE jatkuu välittömästi. Jos rytmi on VF (kammiovärinä) tai VT (kammiotakykardia), defibrilloidaan. 1.sairaanhoitaja avaa infuusioreitin, jos ei ole aikaisemmin jo avattu. Hän myös vetää ruiskuun adrenaliinia 1mg ja amiodaronia 300mg. Jos potilaalla VF tai VT, laittaa uuden annoksen valmiiksi, kun edellinen on annettu, seuraa ajan kulkua, kirjaa sekä ylläpitää tiimin tietoisuutta tilanteen vaiheista. Infuusionesteenä elektrolyyttiliuos, Ringer tai 0,9% NaCl-liuos. Sairaanhoitaja 3 seuraa potilaan yleistilaa ja hoidon vaikutusta, hän kirjaa tiedot elvytyslomakkeeseen. Elvytystilanteen jälkeen tuetaan potilaan omaisia sekä järjestetään potilaan jatkohoito tilanteen mukaan. Henkilökunta huolehtii elvytyskärryn ja välineistön takaisin toimintavalmiuteen. Elvytystilanteen kulku arvioidaan ja käydään läpi myöhemmin. Myöhemmin käsitellään kehitysideoita ja viedään ne eteenpäin. Tarvittaessa järjestetään vapaaehtoinen jälkipuinti elvytyksestä. (Ikola 2017.)

Jokaisen ammattilaisen on hyvä säännöllisesti miettiä, minkälaisia ammatillisia päätöksiä on viime aikoina tehty ja miksi. On myös hyvä miettiä mihin päätös perustui; kollegan konsultointiin, lääkärin konsultointiin, taloudellisuuteen, potilaan toiveeseen, esimiehen konsultointiin, kokemuseräiseen tietoon tai näyttöön perustuvan tietoon. Terveystieteiden laissa (1326/2010) velvoittaa toiminnan perustuvan näyttöön ja hyviin toiminta- ja hoitokäytäntö-

hin. Näyttöön perustuva tutkittua tietoa voi hakea alan kansallisista ja kansanvälisistä julkaisuista, sähköisistä oppikirjoista, perinteisistä oppikirjoista, tietokannoista, osallistumalla koulutuksiin ja myös internetistä sekä portaaleista. Tutkimustieto on sovellettavassa muodossa hoitosuosituksissa, Suomessa esimerkiksi Käypähoito suositusta voi käyttää kehittäessä toimintamalleja. Suositukset on laadittu lääkäreille, potilaille ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Toimintaa pitää kehittää hyödyntämällä näyttöön perustavaa tietoa ja se pitäisi olla koko työyhteisön yhteinen asia. Esimiehellä on keskeinen rooli, kun luodaan näyttöön perustuvaa toimintakulttuuria työpaikalle. Toimintaa kehittäessä pitää huomioida asiakastyytyväisyys, toiminnasta aiheutuvat kustannukset ja vaikutus potilaan terveydentilaan. Näyttöön perustavan tiedon hyödyntämisen taito herätetään jo ammattikorkeakoulussa opiskellessa ja se vahvistuu työuran aikana. Oma ammattiosaamista on hyvä aina arvioida ja kehittää kriittisesti. Esimerkiksi on hyvä miettiä vastaako osaaminen uusia hoitosuosituksia ja ovatko päätökset näyttöön perustuvia. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2017, 776, 780; 779.) Edeltäviin teksteihin viitataan on tärkeä pitää yllä ammatillista osaamista, kehittää taitoja ja tietoa, pitää löytyä motivaatiota ja olla innovatiivinen kehittäjä omassa työyksikössä. ”Ammatillisten opintojen myötä tapahtuu myös ammatillista kasvua ja ammatti-identiteetin muotoutumista.” (Kukkonen, 2013).

Kuisma, Holmström ym. (2017, 781) mukaan kehittämisprosessi on jatkuvaa parantamista. Ja uusi toimintatapa tai kehittämistoimenpide arvioidaan taas näyttöön perustuvan tiedon ja arvioinnin perusteella uudestaan. Tuloksena voi löytyä taas uusia ideoita kehittämiseen. Tällä opinnäytetyöllä lähdän kehittämään omaa osaamistani ja osoitan motivaatiotani selvittää toteutuvatko kuntoutusosastolla näyttöön perustuvan tiedon pohjainen elvytysprosessi ja yritän löytää kehittämiskohteita.

4 Elvytys ja sen osa-alueet terveydenhuollon osastoilla

Elvytyksen tavoitteet ovat sydämentoiminnan ja hengitystoiminnan palauttaminen, hapenpuutteesta johtuvan aivovaurion estäminen. Tehokas PPE ja varhainen defibrillointi edistävät sydämen käynnistämistä. Elottomuus pitää tunnistaa välittömästi ja lisäapu pitää osata hälyttää kiireellisesti. Heti sydämentoiminnan käynnistyttyä on aloitettava jatkohoito. Elvytyksen jälkeen osastolla tulee järjestää palaute- ja purkukeskustelu elvytykseen osallistuneiden kanssa. Keskustelussa käydään läpi, mikä meni hyvin, missä on parantamisen varaa jne. (Ikola 2007, 12.)

Käypähoito suositus elvytyksestä on julkaistu 2016 ja perustuu kansanvälisiin elvytys suosituksiin. Käypähoito elvytyksen suosituksen tarkoituksena on taata sydänpysähdys potilaalle tehokas elvytys: tehokas ja laadukas painelu- puhallus elvytys, varhainen defibrillointi. Käypä-

hoito suositusten tavoitteena on, että sydänpysähdyspotilas saa nopeasti ja laadukkaan hoidon. Hoitoelvytykseen kuuluvat lääkehoito, hengitysteiden varmistaminen elvytyksen aikainen monitorointi ja erotusdiagnostiikka. (Käypähoito 2016.)

Hoitotoimenpiteet voidaankin jakaa peruselvytykseen ja hoitoelvytykseen. Peruselvytyksen toimenpiteet ovat painelupuhalluselvytys eli PPE: toteutetaan naamariventilaatiolla ja hengitystie pidettävä auki nieluputkella. Kun taas maallikkoelvytyksessä käytetään suusta suuhun ventilaatiota. Peruselvytyksessä on käytettävä myös defibrillaattoria. Hoitoelvytystoimenpiteet ovat hengitystien hallinta sekä suonensisäinen lääke- ja nestehoidon toteutus. On todettu, että peruselvytyksen toimenpiteet parantavat varmasti potilaan ennustetta. (Kuisma, Holmström ym. 2017, 297.)

Elvytystilanteen menestyksellinen hoitaminen vaati terveydenhuollon työntekijöiltä ja organisaatiolta paljon. Sairaalassa hyvä hoito perustuu hoito-ohjeisiin, koulutuksiin ja tilanteiden harjoitteluun. Elvytyksen tavoitteeseen pääseminen edellyttää nopeaa ja tehokasta toimintamallia ja selkeää ohjeistusta (Ikola 2007). Ohjeistukseen saa käyttää Käypähoito ohjeita. Elvytyksen tulos on riippuvainen aikaan, joka on kulunut potilaan sydänpysähdyksestä siihen kun potilaan sydän käynnistyy. Hoitolaitoksissa pitää olla selkeästi kirjattu, milloin elvytystoimenpiteistä tulee pidättäytyä. (Koponen & Sillanpää 2005, 157.)

Mäkinen (2010) tarkasteli väitöskirjassaan, miten Käypähoito suositukset elvytyksestä toteutuvat suomalaisessa terveydenhuollossa ja miten se on vaikuttanut asenteisiin ja hoitokäytänteisiin. Tutkimuksessa ilmeni, että 41 prosenttia terveyseskuksista oli ottanut käyttöön Käypähoito suositusten mukaan ohjeet elvytykseen. Hän tutkii myös, minkälaiset peruselvytystaidot terveydenhuollon ammattilaisilla on. Selvisi, että elvytystaidot osoittautuivat heikoiksi. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että ruotsalaisten elvytysvalmiudet olivat paremmat kuin suomalaisten. Mäkinen selvitteli lisäksi hoitajien asenteita ja kokemuksia ennen ja jälkeen Käypähoito suositukseen liittyvää koulutusta. Tutkimuksessa ilmeni, että koulutus lisäsi hoitajien luottamusta omaan toimimiseen elvytystilanteessa, mutta koulutus ei vähentänyt ahdistuksen tunnetta eikä pelkoa liittyen elvytystilanteeseen tai potilaan vahingoittamisesta elvytystilanteessa. (Haapakoski 2010.)

Säämänen (2004) tarkasteli väitöskirjassa sairaanhoitajien elvytystietoja- ja taitoja Turun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimus tehtiin simuloitussa elvytystilanteessa. Kriteereinä oli Käypähoito suositukset. Tutkimuksessa havaittiin, että elvytystiedot ja -taidot olivat puutteellisia kaikilla eri osa-alueilla (elottomuuden toteaminen, rytmihäiriöiden sähköinen hoito, hengityksen turvaaminen, verenkierron turvaaminen, priorisointi ja lääkehoito) ennen kuin otettiin käyttöön uudet elvytysohjeet ja järjestettiin elvytyskoulutus. Säämänen totesi, että sairaanhoitajien osaaminen parani elvytyskoulutuksen jälkeen, mutta koulutukseen osallistu-

vien tiedot eivät poikenneet sairaanhoitajien tiedoista, ketkä olivat saaneet vaan uudet elvytysohjeet mutta eivät koulutusta. Todellisiin elvytystilanteisiin osallistuneilla sairaanhoitajilla tai sairaanhoitajilla, ketkä olivat itsenäisesti perehtyneet elvytykseen, oli yleisesti paremmat tiedot elvytystilanteesta toimimisesta. Säämänen totesi, että sairaanhoitajien motivaatiota itsenäiseen opiskeluun lisäsi tietoisuus siitä, että he osallistuvat tutkimukseen ja heidän elvytystaitoja testataan. (Säämänen 2004, 109; 115 ja 120.)

Sama ilmeni vuosina 2005 - 2008 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä elvytystaitojen selvittelyssä. Selvityksen mukaan hoitohenkilökunnan elvytystaidoissa oli paljon parantamisen varaa. Artikkelissa Tampereen yliopistollisen sairaalan ylilääkäri ihmetteli tuloksia: ” Onko elottoman tunnistaminen tai peruselvytys liian vaikea asia osattavaksi sairaalassa? Vai onko puutteita koulutuksessa tai asenteissa? ” Ylilääkäri ihmetteli, että Tampereen yliopistollisen sairaalan vuodeosastolla joka kolmannessa tapauksessa ei annettu peruselvytystä ollenkaan. Lopuksi hän totesi, että jokaisen työntekijän pitäisi katsoa peiliin ja miettiä osaanko oikeasti elvyttää. (Vehmanen 2011.)

Rakentaessa elvytysprosessin kuvausta Näsiin kuntoutuskeskukselle huomioin elvytyksen eri osa-alueet Käypähoito suosituksen (2016) mukaan. Työskentelyyn sovitun yhteyshenkilön kanssa laadimme elvytysprosessin kuvausta kuntoutusosastolle ja siinä otettiin huomioon osaston profiili ja Käypähoito suositusten mukainen elvytys tavoite.

4.1 Elottomuutta ennustavat hälytyskriteerit sairaalassa

Vuodeosaston potilaista suurimmalla osalla sydänpysähdyksen syynä on päivien tai vähintään tuntien aikana kehittynyt hengitysvaikeus, verenkierron vajaus, aineenvaihdunnan häiriö tai useiden elinjärjestelmien samanaikainen toimintahäiriö. Potilaan elintoiminnoissa tapahtuvia merkittäviä muutoksia ovat hengitysvaikeus, pinnallinen hengitys, lisääntynyt hengitystyö, tajunnan tason muutos ja levottomuus. Myös syketaajuudessa, verenpaineessa, lämpötilassa, happisaturaatiossa ja virtsanerityksessä on havaittavissa muutoksia. Edellä mainitut riskipotilaat onkin tunnistettava jo ennen sydänpysähdystä tarkkailujen ja rutiinimittausten perusteella ja heille on heti tarjottava hoitoa. (Castren ym. 2009.) Käypähoito suosituksissa on tavoitteena tunnistaa ajoissaan potilaat, joilla on häiriöitä peruselintoiminnoissa, ne pitää hoitaa sydänpysähdyksen ehkäisemiseksi (Käypähoito 2016).

Tirkkosen (2013) tutkimuksen mukaan suurin osa vuodeosastopotilaista täyttää hälytyskriteerit koko sairaanhoitajakson ajan. Se johtaa usein siihen, että kriittisesti sairaan potilaan hälytys myöhästyykin. (Tirkkonen & Hoppu 2013, 25,76.) Isobritannialaisessa tutkimuksessa havaittiin, että tehohoitoon siirtyneistä potilaista vähintään 48 prosenttia oli saanut puutteellista hoitoa, kuolleisuus oli muita suurempi ja 69 prosenttia tehohoitoon siirretyistä katsottiin

siirron tehdyn liian myöhään. Jos sydänpysähdys halutaan estää pitää osata tunnistaa riskipotilaat, mittaamalla potilaan elintoimintoja siinä onnistutaan. Tutkimukset osoittavat, että riskipotilaiden kohdalla rutiinimittaukset ovat hyödyllisiä sisältäen syketaajuuden, verenpainen, hengitystaajuuden, lämmön, tajunnan tason, saturaation ja virtsamäärän mittaukset. Mittausten tiheydestä näyttöön perustuvaa yleispätevää tarkkailutiheyttä ei ole. Tarkkailutiheyttä pitää lisätä, jos potilaan tilassa tai voinnissa huomioidaan muutoksia. (Ikola 2007, 173-174.) Joissakin sairaaloissa toimii MET-ryhmä (medical emergency team= sairaalan sisäisiin hätätilanteisiin tarkoitettu ensihoitoryhmä). Ryhmään kuuluu hoitajia ja lääkäreitä. MET-ryhmä soimitetaan, kun yksikin seuraavista kriteereistä täyttyy potilaalla: hengitys uhattuna, hengitystaajuus alle 6 tai yli 30/min, happisaturaatio alle 90 % lisähapella, systolinen verenpaine alle 90mmHg, syketaajuus yli 130/min, tajunnan tason lasku, toistuvia tai pitkittynyt kouristelu, huoli potilaan tilasta tai virtsaa alle 50ml/4h. (Castren ym. 2009, 269-271.)

Näsin sairaalassa ei ole MET-ryhmää. Osastonlääkäri määrää vitaalielintoimintojen mittaustihyden. Jos potilasta herää huoli sairaanhoitaja raportoi potilaasta lääkärille. Osastonlääkärin poissa ollessa sairaanhoitaja konsultoi Doctagon (ostopalveluna osaston lääkäripalvelu) -lääkäriä, soittamalla hänelle. Kuntoutusosaston kanslian hyllyssä löytyy Doctagon kansio, missä seuraavat ohjeet kuten esimerkiksi puhelinnumerot ja miten potilas tutkitaan. Näsin kuntoutusosaston Doctagon kansioista löytyivät seuraavat ohjeet: akuutin ongelman käsittely otsikolla. Ohjeistuksessa lukee seuraavaa: hätätilanteessa tarkista tajunta (vaste puheeseen, ki-pureaktio), hengittäkö, tuntuuko pulssi, puhdista suu (mahdolliset vierasesineet). Jos näit potilaan menevän elottomaksi etkä tunne pulssia tai hengitystä, aloita elvytys ja soita 112 vain mikäli potilaalla ei ole elvytyskieltoa. Muussa tapauksessa soita takapäivystävälle. (Näsi kuntoutusosaston Doctagon kansio).

4.2 Elottomuus ja aikuisen peruselvytys

Elottomuus on potilaan tilanne, missä hän on tajuton, hengittämätön. Sellaisen potilaan kohdalla oletetaan, että sydän on pysähtynyt ja välittömästi tulee aloittaa elvytys. Sydänpysähdyksellä tarkoitetaan, että sydämen mekaaninen toimintaa on loppunut. (Kuisma, Holmström ym. 2017, 288.)

Jos potilas ei herää puhutteluun, ravisteluun, ei hengitä normaalisti, käytetään enintään 10 sekuntia sykkeen tunnusteluun kaulan valtimolta. Jos potilas ei liiku eikä reagoi, häntä voidaan pitää elottomana. (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen ja Westergård 2009, 267.) Kun potilaan reagoimattomuus on todettu, hälytetään heti lisäapua. Elottomuuteen toteamiseen saa käyttää enintään kymmenen sekuntia. Lisäapua hälytetään osaston hälytyskaavion mukaan. Hoitaja, kuka toteaa elottomuuden hälyttää osastolta lisäapua ja aloittaa välittömästi PPE: n. Hälytyksen saaneet hälyttävät lääkärin, tarvittaessa naapuriosaston henkilökunnan. He myös

huolehtivat defibrillaattorin ja muiden elvytysvälineiden tuomisesta paikan päälle. (Ikola 2007, 20-21.) Säämäsen (2004, 71; 76) tutkimuksessa ilmeni, että kaikki sairaanhoitajat tekivät elvytyshälytyksen oikeaan puhelinnumeroon ja heillä oli oikea tieto hengitysteiden avaamisesta. Castren (2005,162) mukaan hälytys tulee tehdä niin, että hälytyksen saaja ymmärtää mihin hänet on hälytetty.

Potilaan hengitystiet avataan nostamalla leuasta ja taivuttamalla päätä taaksepäin. Jos potilaalla on hammasproteesit, ne poistetaan. Potilaalle laitetaan nieluputki, ettei kieli valuu takanieluun. Naamariventilaatiossa naamari asetetaan tiivisti potilaan kasvoille, etusormi ja peukalo laitetaan naamarin päälle ja muut sormet jakautuvat pitkin leukaa. Paljetta on puristettava sen verran, että rintakehä lähtee nousemaan. Hengityspalkeessa pitää olla varaajapussi, mihin yhdistetään letkulla happi elvytyksen aikana 15 l/min. (Kuisma, Holmström ym. 2017, 301.)

Potilaan tulee olla selällään vaakatasossa ja kovalla alustalla. Painelu-puhalluksessa käytetään rytmää 30:2 (30 painellusta ja 2 puhallusta). Painelutaajuus on 100-120 painelua minuutissa. Painelun tulee olla mahdollisimman keskeytyksetöntä. Aikuisella painelukohta on keskellä rintalastaa. Painelusyvyden tulee olla vähintään viisi cm, mutta ei yli 6 cm. Painelun pitää olla mäntämäistä ja liikkeen pitää olla mahdollisimman tasainen. Elvyttäjä ei saa irrottaa käsiään potilaan rintakehältä. Jos hoitolaitoksessa on paikalla vaan yksi elvyttäjä ja lisäapua on hälytetty, pelkkä paineluelvytys riittää, kunnes henkilökuntaa on enemmän paikalla. PPE:ssä käytetään tarvittaessa apuna puhallusnaamaria. Etuna on välttyminen suoraan limakalvo kontaktilta. Puhallusnaamarin tulee olla läpinäkyvä, että mahansisällön mahdollinen nousu suuhun havaitaan ajoissa. Jos potilaalla on kurkunpääavanne, tulee puhaltaa siihen. (Käypähoito 2016.)

Säämäsen (2004, 62, 63 ja 69) tutkimuksessa sairaanhoitajien taidot ja tiedot paranivat heti elvytyskoulutuksen jälkeisessä mittauksessa. Paljeventiloinnin teoriassa hallinneiden sairaanhoitajien prosentuaalinen osuus lisääntyi, mutta ei riittävästi. Tiedot paranivat hengitysteiden avaamisen ja hengittämättömyyden toteamiskriteerien osalta. Suurin osa sairaanhoitajista tiesi, että pulssia tulisi tunnustella rannevaltimoista. Sairanhoitajien teoreettinen hallinta lisääntyi hapenvaraajanpussin käytössä.

4.2.1 Defibrillaattori elvytyksessä

Defibrillaatiolla tarkoitetaan sydämen pysäyttämistä tasavirtasähköllä. Defibrillaattoria käytetään, kun sydämen rytmi on kaoottinen (kammiotakykardia ja kammiovärinä). Defibrillaattorit ovat manuaalisia, neuvovia tai täysin automaattisia. Defibrillaattori neuvoo (AED), valitsee automaattisesti oikean energiatason ja neuvoo käyttäjää sähkön antamisessa, käyttäjä laukaisee (paina nappia) iskun. AED analysoitaessa rytmiä ei saa koskea potilaaseen. Kun taas manuaalinen defibrillaattori ei anna neuvoa käyttäjälle sähkön antamisessa, käyttäjän pitää itse analysoida rytmi ja valita energiamäärä ja lopulta defibrilloida. On hyvä huomioida, että jos potilaan defibrillointi tapahtuu kosteassa tilassa voi auttaja saada sähköiskun. (Iivanainen, Syväoja 2016, 650- 651.)

Osaston elvytysvastaavan vastuulla on, että uudet työntekijät perehdytetään defibrillaattorin käyttöön. Myös kaikkien työntekijöiden kanssa pitää vähintään kerran vuodessa kerrata defibrillaattorin käyttöohjeet. Jokaisen hoitajan tulisi osata käyttää defibrillaattoria. Yleensä harjoitukset toteutetaan nukella. Tekniikka on kehittynyt, mutta tutkimuksissa havaitaan kuitenkin puutteita henkilökunnan defibrilloinnin käyttötaidoissa. (Ikola 2007, 231.)

Defibrilloinnilla pyritään poistamaan potilaan kammiovärinä. Tavoitteena on saada sydämeen verta kierrättävä rytmi tai asystolia. Asystolea hoidetaan peruselvytyksellä. Kammiovärinässä sydänlihassyt värisevät eri tahtiin ja sydän ei pystyy supistumaan eikä kierrättämään verta. Defibrillointia käytetään hoitona kammiovärinässä ja sykkeettömässä kammiotakykardiassa. Defibrillointiin voidaan käyttää puoliautomaattista tai manuaalista defibrillaattoria. Puoliautomaattinen defibrillaattori neuvoo käyttäjää, tunnistin defibrillaattorissa analysoi ja tunnistaa potilaan rytmin. Sen jälkeen se antaa mahdollisuuden defibrilloida defibrilloitaviin rytmieihin (VF, VT). Defibrillaattori ei anna lupaa defibrilloida seuraavia rytmejä: ASY, PEA tai muuta rytmiä esim. sinusrytmi (normaali rytmi). Defibrilloinnissa käytetään defibrillointielektrodeja. Toinen liimaelektrodi asetetaan potilaan oikean solisluun alapuolelle (sternumrintalasta) ja toinen asetetaan vasempaan kylkeen (apex). (Castren ym. 2009, 272-274.)

Elvytyksessä on tärkeä, että kun toinen hoitaja tulee defibrillaattorin kanssa, ensimmäinen hoitaja jatkaa painelua. Defibrillaattori asetetaan lähelle potilasta. Toinen hoitaja kiinnittää potilaan paljaalle iholle liimaelektrodit ja noudattaa defibrillaattorin ohjeita. Kun laite sanoo: ”Analysoin rytmin, irti potilasta ”pitää kaikkien huomioida tämä ja irrottautua potilasta. Kun laite on analysoinut rytmin, tulee vasta seuraavat ohjeet. Jos rytmi on defibrilloitava kone ilmoittaa, että ”irti autettavasta”. Silloin toinen hoitaja toista ohjeen ja paina välkkyvää painiketta. Heti iskun jälkeen on jatkettava elvytystä. Roolit tässä kohdassa saa vaihtaa. Toinen painelee ja toinen defibrilloi. Paineleu ohjaavan defibrillaattorin kanssa jatketaan tauotta niin kauan, kun ensihoito on paikalla ja ottaa vastuun. (Korte, Myllyrinne 2017, 34-35.)

Mäkisen (2010) tutkimuksessa tuli ilmi, että 20 prosenttia terveyskeskuksista pyrkii varhaiseen defibrillaatioon. Puoliautomaattisten defibrillaattorien määrä oli kasvanut, mutta harvassa paikassa järjestettiin säännöllistä ja riittävää koulutusta. (Haapakoski 2010.) Konsultoin ensihoitaja Vesalaa, hänen mielipide oli seuraava defibrillaattorin käytöstä osastolla: vuodeosastolla tai kuntoutusosastolla kaikkien pitäisi pystyä tehokkaaseen defibrillaattorin käyttöön ja paineluelvytykseen (2018).

Näsin kuntoutusosastolle yksi on hankittu elvytysvastaavan mukaan vuonna 2017 vuoden lopussa uusi defibrillaattori. Defibrillaattori sijaitsee osasto kahden kanslian hyllyssä. Elvytysvastaava on osallistunut viime vuoden elokuussa defibrillaattorin käytön kurssille. Defibrillaattori on kuntoutusosaston ja osasto kahden yhteinen. Osasto kaksi huolehtii defibrillaattorin huollosta. Elvytysvastaavan mukaan osasto kahden ja kuntoutusosaston sairaanhoitajille tarjottiin mahdollisuutta osallistua lyhyelle kurssille, missä opeteltiin käyttämään defibrillaattoria. Edellisen varmisti myös osasto kahden osastonhoitaja. (Taulukko 3).

4.2.2 Rytmihäiriöiden huomioon ottaminen elvytyksessä

Normaalirytmisissä sydämen sinussolmuke lähettää sähköimpulssin, sen seurauksena supistuvat eteis- ja työntävät veren kammioihin. Sekunnin murto-osan kuluttua sähköimpulssi siirtyy eteis-kammiosolmukkeeseen ja kammiot supistuvat, samalla supistuksella työntyy veri sydämen oikeasta puoliskosta keuhkoihin ja koko elimistöön vasemmasta aortasta. (Kettunen 2016.)

Usein ennen kammioväriä (VF) on todettavissa suuritaajuuksinen kammiotakykardia (VT). Silloin esim. kaulavaltimoilta ei löydy sykettä. Kammiotakykardia hoidetaan samoin kuin kammioväriä. (Käypähoito 2016.) Sykkeettömässä kammiotakykardiassa kammiot supistelevat niin nopeasti, että verenkierto pysähtyy. Ilman PPE:tä ja defibrillointia kammioväriä ja pulsiton kammiotakykardia muuttuvat asystoleksi. Asystoleissa (ASY) monitorissa tulee näkyviin suoraa viivaa. (Castren ym.2008, 269.)

Usein kammioperäisen tykytyksen eli kammiotakykardian syyksi paljastuu sydänlihaksen tai sepelvaltimon sairaus. Tyypillinen oire kammiotakykardiassa on tajunnan menetys. Tärkeää onkin tunnistaa rytmihäiriö, sillä rytmi voi muuttua hengenvaaralliseksi kammioväriäksi. (Kettunen, 2016.) Kammioväriässä hemodynamiikka romahtaa ja sydämen sähköisessä aktiiviossa ei ole tunnistettavissa järjestystä eikä taajuutta (Toivonen & Kivelä, 2015).

Käypähoito (2016) suosituksen mukaan hoitolaitoksissa tavoitteena on, että päästään defibrilloimaan kammioväriä 3 minuutissa. Säämäsen (2004) tutkimuksessa sairaanhoitajat ennen koulutusta alkumittauksessa olisivat defibrilloineet asystolen ja kolmasosa PEA: n. Kolmasosa sairaanhoitajista ei osannut sanoa, pitäisikö nopeita eteisperäisiä rytmihäiriöitä defibrilloida

välittömästi tai ei. Elvytyskoulutuksen jälkeisessä mittauksessa Säämänen (2004, 66) totesi, että välittömästi defibrilloitavien rytmihäiriöiden tunnistanut sairaanhoitajien määrä lisääntyi, myös osa sairaanhoitajista osasi tunnistaa nopean kammiotakykardian ja pulssittoman kammiotakykardian.

4.2.3 Elvytyslääkkeet

Lääkehoito elvytyksessä toteutetaan elvytyskaavion mukaisesti lähtörytmin ja viiveiden mukaan aikaisintaan neljän minuutin kuluttua peruselvytyksen aloituksesta viimeistään kun riittävä määrä henkilökuntaa on paikalla elvytyksessä. Lääkkeet annetaan boluksina (kerta-annoksina) mahdollisimman keskeiseen laskimoon, huuhdellaan runsaalla määrällä ns. kirkailla Ringer- tai keittosuolaliuoksilla. Lääkkeiden antoaikana ei saa keskeyttää tehokasta painelupuhalluselvytystä eikä se saa häiritä oikea-aikaista defibrillointia. (Ikola 2007, 195.) Elvytyksessä jatketaan painelupuhalluselvytystä ilman suonyhteyttä, jos auttajia on vähemmän kuin kolme (Silfast, Castren, Kurolo, Lund & Martikainen 2016, 72).

Kaikissa lähtörytmeissä on elvytyslääkkeenä Adrenaliini 1 mg/ml, injektioneste. Aikuiselle elvytyskaavan mukaan annostellaan adrenaliinia aina yhden milligramman annoksina 3-5 minuutin välein. Adrenaliini on elimistön hormoni, jolla on verisuonia supistava vaikutus, minkä takia se myös nostaa verenpainetta. Nopeana kerta-annoksena painelupuhalluselvytyksen aikana adrenaliinin tarkoituksena on parantaa sepelvaltimoiden ja aivovaltimoiden verenpainetta ja hapensaantia. (Ikola 2007, 197.) Säämäsen (2004, 72-73) tutkimuksessa selvisi, että sairaanhoitajista vain yksi kolmasosa tiesi adrenaliinin kerta-annoksen suuruuden, antopaikka tiedettiin hyvin.

Amiodaroni -injektioneste 50mg/ml on ensisijainen lääkevaihtoehto kammiovärinäessä, vaikka potilas on saanut adrenaliinin ja häntä on defibrilloitu kolme kertaa. Amiodaroni kerta-annokset ovat 300mg + 150 mg 3-5 minuutin välein. (Käypähoito 2016.) Mikäli amiodaronibolus annostellaan laimentamattomana pitää suoni huuhdella. Lääke harventaa sykettä ja laajentaa sepelvaltimoita; potilaan hapetus paranee sen avulla. Lääke saattaa aiheuttaa verenpaineen alenemisen. Amiodaronia annostellessa täytyy potilaan olla jatkuvassa EKG- ja verenpaine-kontrollissa. (Kiira 2009, 131-133.)

Osastolla tai toimintayksikössä tulee olla lukittava lääkekaappi tai lääkehuone. Osastolla tai toimintayksikössä vastaavan hoitajan tehtävänä on huolehtia lääketilauksista, lääkkeiden asianmukaisesta säilytyksestä, lääkekaapin järjestyksestä, vanhentuneiden lääkkeiden poistamisesta, lääkkeiden vastaanotosta, siirtää lääkkeet säilytystiloihin ja huolehtia lääkekaapin avaimista. Huumausaineita varten on lisäksi oltava lukittava kaappi tai lokero. Lääkkeet säily-

tetään asianmukaisissa lämpötiloissa. Elvytyslääkkeitä voi säilyttää osastolla tai toimintayksikössä. Elvytyslääkkeet tarkistetaan säännöllisesti. Elvytyslääkkeistä pidetään pakkauskohteisia luetteloita. (Alaspää, Kuisma ym. 2003, 183.)

Kiira (2009, 36) toteaa, että lääkehoidon toteutus perustuu toiminta- ja/ tai työyksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan ja esimiehet ohjaavat sekä valvovat lääkehoidon toteuttamista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Esimiehet myös päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä. Jokaisen ammattiryhmän osaaminen pitää lääkehoidossa hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla.

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos on julkaissut päivitetyn oppaan ”Turvallinen lääkehoito- Opas lääkesuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Opas on julkaistu vuonna 2016. Opas on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhtenäistämään lääkehoitosuunnitelman periaatteita, kuten selkeyttämään vastuunjakoa, yhtenäistämään periaatteita ja määrittämään vähimmäisvaatimukset lääkehoidossa. (Kuisma, Holmström ym. 2017, 281.) Näsin kuntoutusosaston lääkehoitosuunnitelma on päivityksessä. Päivityksestä vastaa yksikön apulaisosastonhoitaja.

4.2.4 Päätös elvyttämättä jättämisestä

Elvytykseen ei ryhdytä, jos sekundaariset kuolemanmerkit (kuolonkankeus ja lautumat) ovat havaittavissa, jos potilas on ollut hukuksissa yli kolmekymmentä minuuttia tai jos potilaalla on hoitotestamentti tai hoitotahto. Hoitolaitoksessa otetaan kantaa, miten erityisesti kroonista etenevää sairautta sairastavan potilaan kohdalla toimitaan hänen mentyä elottomaksi. Kaikissa tilanteissa kunnioitetaan potilaan omaa tahtoa ja päätös ei saa vaikuttaa potilaan muihin hoitoihin. Potilaalla saattaa olla sairauden vaihe, missä mahdollisuudet selvittää sydänpysähdyksestä ovat erittäin huonot, silloin puolletaan elvyttämättä jättämispäätöstä. Hoitosuunnitelma tulee kuitenkin tarkistaa uudelleen potilaan voinnin muuttuessa. Kaikki ohjeet elvytyksestä luopumisesta ja hoidon rajoituksia koskevista päätöksistä pitää olla kirjattuna selkeästi ja asianmukaisesti potilaan asiakirjoihin. Ohjeita tarkistetaan ajoittain, etenkin jos potilaan tila muuttuu. (Ikola 2017.)

Päätös elvyttämättä jättämisestä, eli DNR (do not resuscitate) on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös elvytystoimenpiteistä (mm. sydämen sähköinen rytminsiirto ja paineluelvytykset) pidättämiselle, kun potilas menee elottomaksi. Päätöksestä käytetään myös nimeä ”salli luonnollinen kuolema” eli AND-päätös (allow natural death). Potilaan perussairauksien vaikeus perustuu päätöksen arviointiin ja siihen, onko elvytyksestä enemmän haittaa kuin hyötyä. Lääkäri ottaa huomioon potilaan perussairauksien ennusteen ja tiedot potilaan elimistön jäl-

jellä olevista voimavaroista ennen päätöksentekoa. Potilaan kanssa on keskusteltava hoitopäätöksestä tarvittaessa useita kertoja. Jos potilas ei pysty itse päättämään, hoidosta keskustellaan hänen lähiomaisen tai muiden läheisten kanssa. (Valvira, 2017.)

Näsin kuntoutusosastolla hoitolinjat tukevat päätöksentekoa arjen hoitotyössä kuin myös akuuttitilanteissa. Linjauspäätökset syntyvät asukkaan, omaisten ja hoitotiimin yhteistyönä. Hoitolinjat sovelletaan asukkaaseen yksilöllisesti ja tarvittaessa niihin voi tehdä muutoksia. Asukkaan tilan muuttuessa tulee harkita hoitolinjan muuttamista. Elvytyskielto- DNR ei ole riippuvainen hoitolinjasta. Hoitolinjakuvaukset löytyvät Doctagon kansioista, mikä sijaitsee kansliassa.

4.3 Elvytysvälineet ja välineiden huolto

Osastolla tulee olla keskeisillä paikoilla elvytysvälineet. Elvytysvälineisiin kuuluvat: defibrillaattori, liimaelektrodit, elvytysalusta, nieluputki (koot 2 ja 3), naamareita kahta aikuisten kokoa, hengityspalje (jossa on happivaratila), happilettoa yli 2 metriä sekä seinä- tai kuljetushappi (5 l täysi happipullo riittää noin tunniksi, kun elvytettäessä käytetään 15l/min-virtausta). Myös imuvälineet: imulaite, laitteesta imukatetriin liitettävä riittävän pitkä letku, imukatetreja, imukatetrin huuhteluvettä ja kertakäyttöhanskat. Elvytyspakista tai -kärystä tulee löytyä seuraavat välineet, kuten intubaatiovälineet (imulaite, laryngoskooppi, intubaatioputki, 10 ml:n ruisku, lidokaiinigeeli, kanttinauhaa, intubaatioputken ohjain, magillin pihdit, stetoskooppi ja kapnometri), suoniyhteyden avaamisvälineet (puristusside, suonikanyyleja, teippiä), nesteensiirtolaitteet, infuusioliuokset (NaCl 0,9%- liuos tai Ringer liuos), lääkkeet Adrenaliini (Adrenalin 1mg/ml), Amiodaroni (Cordarone 50mg/ml), Morfiini (Morphin 20mg/ml), ruiskuja, neuloja, verenpainemittari, elvytyslomake sekä muistiinpanovälineet. Elvytysvälineet pitää olla tarvittaessa nopeasti saatavissa. (Ikola 2007, 46-47;49; 54-55.)

Elvytysvälineistön huolto ja toimintakunnon tarkistus tehdään määrättyinä aikoina valmistajien ohjeiden mukaan. Defibrillaattorin kohdalla pitää tutustua valmistajan huolto-ohjeisiin. Defibrillaattorin päitsimet (johdot) puhdistetaan käytön jälkeen. Liimaelektrodi (defibrilointi) pakkausta ei tule avata etukäteen, koska elektrodit kuivuvat. Puhallusnaamarin valmistajan huolto-ohjeisiin pitää tutustua. Hengityspalje huolletaan yleensä käytön jälkeen välinehuollossa. Laitteen valmistajalta saa kokoamisohjeet, käyttö pitää testata. Huonosti toimiva palje on korjattava ja huolehditaan huoltoon. Happivaratilan huolloksi riittää, kun sen ulkopinnat pyyhitään neutraalilla yleispesuaineella. On tarkastettava, että happivaraaja on ehjä. Nieluputket ovat kertakäyttöisiä. Happipulloja seurataan mahdollisen vuodon varalta, venttiilit kiristetään. Happipullon pääventtiili pidetään aina suljettuna. On huolehdittava pullojen saatavuudesta ja seurattava riittävyttä pullossa. Laryngoskoopissa tarkastetaan lampun toimivuus ja onko se tukevasti paikoillaan. On varattava myös ylimääräiset paristot. Käytön

jälkeen kieli ja varsi pestään yleispesuaineella ja runsaalla vedellä. Laryngoskoopin kieli pyyhitään denaturoidulla alkoholilla ja annetaan kuivua. Lääkkeiden vanhenemispäiväykset tarkastetaan. Lääkkeet säilytetään asianmukaisesti ja huolehditaan riittävydestä. Infuusionesteiden vanhenemispäivät tarkastetaan. Verenpainemittari huolletaan valmistajan ohjeiden mukaan. SpO₂-mittari haetaan elvytystilanteeseen, kun se on mahdollista. Laite huolletaan valmistajan ohjeiden mukaisesti. Imulaitteesta huolehditaan määräajoin, tutustutaan ko-koamisohjeisiin ja testataan laitteen toimivuus sekä varmistetaan, että imukatetrit riittävät. (Ikola 2007, 54-58.)

Akuuttilääkäri Takalan (2018) mukaan, kaikkien pitää tuntea elvytysvälineet ja tarvittaessa ojentaa niitä elvytyksessä. Hän jatkaa, että elvytyksessä ei katsota, ei eritellä eriammattiryhmiä, kaikkien pitää hallita välineistö. Ensihoitaja Vesala (2018) toteaa että, kaikkien hoitajien pitäisi osata elvytyksen liittyvät perusasiat. Hän jatkaa, että tehtävästä suoriutuminen ei saisi olla kiinni siitä kuka on vuorossa, vaan kaikkien pitäisi suoriutua elvytyksen tehtävästä.

4.4 Työnjako elvytyksessä

Tehokkaaseen elvytysryhmään kuuluvat: lääkäri (johtaa, ventiloii ja intuboi), sairaanhoitaja (avaa infuusioreitin ja lääkitsee) ja kolme tai vähintään kaksi hoitajaa (painelu, defibrillointi, kirjaaminen). Jos henkilökuntaa on vähemmän, korostuu elvytystilanteen hoitotoimien kiireellisyysjärjestyksen ymmärtäminen. Toimintaa johtaa elvytystilanteessa kokenein tai defibrillaattoria käyttävä sairaanhoitaja. Kun paikalle saapuu lääkäri/ensihoito, he ottavat johtovastuun. Työnjaon on oltava joustavaa. Jos paineluelvyttäjä väsyä, on vaihdon tapahduttava nopeasti, että paineluelvytys ei katkea. Lääkehoitajana on aina sairaanhoitaja, mutta painelua ja ventilaatiota voi toteuttaa esimerkiksi perushoitaja, lääkintävahtimestari, röntgenhoitaja tai elvytyskoulutuksen saanut muu henkilö. Työnjakomalli pitää olla kaikkien tiedossa ja tehtävien jako sovitaan selkeästi. Jos joutuu tilanteeseen yksin, tehdään vain tärkein. Seuraavaan tilanteeseen tuleva hoitaja jatkaa kiireellisyysjärjestyksen mukaan elvytyksessä toimimista. Elvytystilanteen jälkeen keskustellaan omaisten kanssa. (Ikola 2007, 17-18.)

Akuuttilääkäri Takala (2018) toteaa, että työnjako elvytyksessä on erittäin tärkeä. Samaa mieltä on MET-ryhmän kehittäjä ja elvytysvastaavana toimiva sairaanhoitaja Veit (2018), joka kertoo, että työnjako tulisi heti elvytyksen alussa sopia, varsinkin johtaja pitää erikseen nimetä. Roolitus on myös tärkeä esim. lääkkeiden antoa ajatellen. Hän kertoo, että sairaalassa MET-ryhmän hoitajien työnjaot on erikseen kirjattu, koska se selkeyttää ja edesauttaa potilaan turvallista hoitoa. Ensihoitaja Vesala (2018) pitää myös työnjakoa elvytystilanteessa äärimmäisen tärkeänä. Hän jokainen tietää mikä on hänen tehtävä, se helpottaa ja selkeyttää hoitajien ja lääkäreiden työskentelyä. Hän tuo myös esimerkin: ”Anna sinä hoidat lääkkeit, Pekka ja Maija te hoidatte painelua”. Vesalan mukaan tehtävän saaneen henkilön pitää myös

kuitata elvytystä johtavalle henkilölle tehtävä vastaanotetuksi. Tehtävän kuittaamisella varmistetaan ensihoitajan mukaan yhteistyön saumaton onnistuminen. Ensihoitajan Vesala mukaan eri hoitoalan työpaikoilla pitäisi olla elvytystilanteiden toimintasuunnitelma, sillä se helpottaa tehtävissä etenemistä, mahdollistaa elvytystilanteiden harjoittelua ja auttaa muistamaan, miten toimitaan.

5 Opinnäytetyön toteutus

Joulukuun ensimmäisellä viikolla vuonna 2017 olin yhteydessä Näsin kuntoutusosastolle sähköpostitse. Ilmoitin kirjeessä opinnäytetyön ideasta, elvytystoiminta kuntoutusosastolle näkyväksi. Osastonhoitaja ja elvytysvastaava (osaston apulaisosastonhoitaja) näkivät aiheen tärkeänä ja ajankohtaisena. Opinnäytetyön aiheeksi muotoutui ohjauksen jälkeen elvytysprosessin kuvaus. Näsin kuntoutusosaston elvytysvastaava hyväksyi aiheen ja oli innovatiivinen kehittämään elvytystoimintaa. Yhteistyötä elvytysprosessin kuvaamiseksi tein pääasiassa Näsin kuntoutusosaston elvytysvastaavan kanssa.

Opinnäytetyön toteutin toiminnallisena opinnäytetyönä ja yhteistyötahona toimi Näsin kuntoutusosasto. Opinnäytetyöni idea nousi kehittämistarpeesta. Opinnäytetyön olen tehnyt kehitystyönä Näsiin kuntoutusosastolle. Opinnäytetyön lähestymistapana on kvalitatiivinen menetelmä. Tässä opinnäytetyössä keräsin aineistoa jäsentyneemmin, menetelminä olivat: kysely, havainnointi ja vierailut kuntoutusosastolle. Aineistotriangulaatiolla (monimenetelmällä) kerätyllä tiedolla vahvistetaan, että eri lähteistä ja eri menetelmillä kerätty tieto on identtinen (Janhonen & Nikkonen 2003, 197).

Kyselyssä pitää edetä johdonmukaisesti ja yleisistä asioista yksittäisiin asioihin. Opinnäytetyön tekijänä tulisi miettiä vastaavatko kysymykset tavoitteita, ovatko kaikki kysymykset tarpeellisia, onko teoria valittu oikein (jos käytetään teoriaa ongelmaan liittyvänä tukena), mitä selitystä etsitään. Kyselylomakkeen tekemistä ohjaa tutkimussuunnitelma. Opinnäytetyön tekijänä on hyvä miettiä myös minkälaista tietoa ja kuinka täsmällistä tietoa hän halua kerätä. Opinnäytetyön tekijän pitäisi tutustua myös aikaisempiin tutkimuksiin, mitkä ovat tehty aiheesta. (Vilka & Airaksinen 2003, 59; 61.) Kyselyssä käytettiin avoimia kysymyksiä, kysymykset rakennettiin Käypähoito (2016) elvytysprotokollan mukaisesti. Tutustuin aikaisempiin tutkimuksiin, hain myös alan kirjallisuudesta lisätietoa elvytyksestä. Kyselyyn vastaaminen perustui hyvien eettisten tutkimuskäytänteiden mukaisesti vapaaehtoisuuteen.

Havainnoinnilla saa tietoa, miten ihmiset toimivat todellisuudessa, havainnoida voi erilaisia asioita päivittäin. Se voi olla systemaattista tarkkailua. Jos tilanteet muuttuvat nopeasti, tai tutkijalla on kielellisiä vaikeuksia tai jos tutkittavilta ei saa suoraan tietoa, sopii havainnointi

menetelmäksi hyvin. (Hirsjärvi ym. 2004, 201-203.) Havainnoinnilla kuntoutusosastolla vierailuiden aikana keräsin lisätietoa, kuten esimerkiksi missä välineet sijaitsevat, ovatko ovet lukossa. Tarvittaessa sain havainnoinnin perusteella esittää heti lisäkysymyksiä elvytysvastaavalle. Tein hänen kanssaan tiiviisti yhteistyötä opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhteistyö sujui hyvin ja koin sen tiiviiksi ja kehittäväksi vuorovaikutukselliseksi tapaamisiksi.

Opinnäytetyön tekemisen aikana järjestin kymmenen yhteistyökäyntiä (Taulukko 3) Näsin kuntoutusosastolle. Tavoitteena oli vierailuissa kerätä tietoa ja kartoittaa nykyhetken tilanne elvytyksessä toimimisesta. Kerättyä tietoa/ainestoa käytin tukena elvytys prosessin synnyssä. Ensimmäisen tapaamisen (3/2018) tavoitteeksi oli kertoa osastonhoitajalle opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus, myös suunnitella yhteistyötä. Toisen tapaamisen tavoitteena, mikä järjestettiin toukokuun lopussa, oli elvytysvastaavan tapaaminen ja kierto kuntoutusosastolla huomioiden elvytysvälineet. Kolmannen käynnin tavoitteena oli muistuttaa hoitohenkilökuntaa opinnäytetyön kartoitusta varten vastaamisesta kyselyyn. Neljännen käynnin tavoitteena oli muistuttaa hoitohenkilökuntaa vastaamisen tärkeydestä kuten edellisellä käynnillä ja lisätä myös visuaalisesti muistutus seinälle. Viidennen käynnin tavoitteena oli tavata viereisen osaston osastonhoitaja, kuntoutusosaston elvytysvastaava, ottaa kuvia välineistä, kartoittaa välineiden sijainti ja kertoa kehitysideoita elvytysvastaavalle. Kuudennen käynnin tavoitteena oli elvytysvastaavan kanssa elvytysprosessin käsittely ja tämän hetkisen työvaiheen kartoitus. Seitsemännen tapaamiskerran tavoitteena oli yhdessä elvytysvastaavan kanssa elvytysprosessin roolien selvittely. Kahdeksannen tapaamisen tavoitteena oli elvytysprosessin viimeistely yhdessä elvytysvastaavan kanssa. Yhdeksäs tapaaminen tavoitteli vuorossa olevia hoitajia - käytiin läpi yhdessä elvytysprosessin kuvausta (Taulukko 4), tarkistuslista (Taulukko 2), elvytysohjeet (Liite 4) ja palautteen saamista. Kymmenellä tapaamisella oli tavoitteena tavata elvytysvastaava ja osastonhoitaja, käydä heidän kanssa läpi opinnäytetyön merkitys ja tuoda esiin kehittämiskohteita, myös kiittää onnistuneesta yhteistyöstä.

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on opastaa, ohjeistaa tai järjeistää toimintaa ja tuotoksena voi olla opas, ohje tai tietopaketti (Vilkka & Airaksinen 2003, 9; 51). Kerättyä eri menetelmillä tietoa opinnäytetyöhöni sain enemmän tietoa valmistellessa-, suunnitellessa- ja tekemisessä yhdessä elvytysvastaavan kanssa elvytysprosessin kuvausta. Seuraavissa alakappaleissa kerron Näsin kuntoutusosaston ympäristöstä, opinnäytetyön aineiston keruusta ja aineiston käsittelystä.

5.1 Opinnäytetyön ympäristön kuvaus

Kuntoutusosasto sijaitsee Porvoossa Näsissä. Näsin terveyskeskus oli vuonna 1914 tuberkuloosi parantola. Parantolan rakennuksen toteuttamiseksi antoivat lahjoituksen Rosa ja Juhan Askolin. Vuonna 1930 alettiin suunnittelemaan parantolan laajentamista. Vanhan talon ympärille rakennettiin uudisrakennuksia. Yhdessä uudisrakennuksesta toimii nykyään myös kuntoutusosasto, samassa talossa viereisellä osastolla toimii osasto kaksi. Talon toisesta kerroksesta löytyvät: Näsin terveyskeskus, hammashoitola, laboratorio, fysioterapia ja röntgen. Talossa on myös henkilökunnan lounasravintola. Kahvilla sijaitsee laboratorion vieressä. Kuntoutusosaston osoite on Askolintie 1. Ovet aukeaa automaattisesti päivällä. Iltaisin klo: 19 jälkeen ovet ovat suljettu, silloin on soitettava ovikelloa. Osastolle pääsee kaikki vierailijat. Kohdetta vartioi Securitas ja kohteen isännöitsijä on Porvoon kaupunki. (Toimintakertomus, 2017.)

Näsin kuntoutusosasto kuuluu Porvoon kaupungin vanhuspalveluiden organisaatioiden piiriin. Potilaat tulevat kotoa, kiirevastaanotolta Näsin terveyskeskuksesta ja Porvoon sairaalasta. Apulaisosastonhoitajan mukaan potilaiksi tulevat murtumapotilaat, I.V (suonensisäinen hoito) hoitoa tarvitsevat potilaat, yleistilan laskun ja kotona pärjäämättömyyden takia hoitoon joutunut potilaat tai potilaat, joilla on joku infektio ja sitä ei voi hoitaa kotona. Osastolla selvitetään potilaan kokonaistilanne, arvioidaan oikea hoitopaikka ja järjestetään jatkohoito sekä turvallinen kotiutus. Suurin osa kuntoutujista palaa kotiin. Tarvittaessa heille järjestetään tukitoimet kotiin ja kotikuntoutus. Hoitoaika osastolla on keskimäärin 1-2 viikkoa. Osastolla on käytössä Effica- potilastietojärjestelmä. Osaston arvot ovat asiakaslähtöisyys, avoimuus, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen, turvallisuus ja kuntouttava työote. Henkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat, lähihoitajat, osastonhoitaja, apulaisosaston hoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, lääkäri. Lääkäri on osastolla arkipäivisin. Arkisin aamuvuorossa on 1-2 sairaanhoitajaa ja iltavuorossa yksi. Viikonlopuissa on vuorossa yksi sairaanhoitaja työvuoroa kohti. Tämä voi kuitenkin vaihdella. Yövuorossa on töissä yksi lähihoitaja, joka saa apua viereiseltä osastolta (osasto 2). Sairanhoitaja on osastolla kolme. Sairanhoitaja toimii ainoana vastaavana hoitajana yövuorossa ja häntä saa konsultoida tarvittaessa ja pyytää auttamaan. (Toimintakertomus ja keskustelu apulaisosastonhoitaja, 2018.)

5.2 Opinnäytetyön aineistonkeruu

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tehdä näkyväksi elvytyksen toimintaa Näsin kuntoutusosastolla. Lähestymistapana on opinnäytetyössä kvalitatiivinen menetelmä. Kvalitatiivinen tutkimus sisältää paljon erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009). Laadullinen tutkimusmenetelmä toimii, kun tavoitteena on ilmiön ymmärtäminen (Vilkka & Airaksinen 2003, 63). Yhtä ja oikeaa

tapa tehdä laadullinen tutkimus ei ole. Laadullisesta tutkimusta luonnehtii aineistonlähtöisyys, mutta se ei ole vaan puhtaasti aineistonlähtöistä, niin kuin myös määrällinen tutkimus ei ole vaan teorialähtöistä. Eli tutkimuksen ei tarvitse olla mustavalkoista - kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen. Tutkimus ei voi ollakaan täysin yksisuuntaista, mikä tarkoittaa pelkästään teoriasta tai pelkästään aineistosta lähtevää. Esimerkiksi laadullisessa tutkimuksessa voi näkyä myös määrällisiä elementtejä ja määrällisessä taas aina laadullisuutta. Esimerkiksi tapaus- ja toimintatutkimuksessa saa käyttää niin kvalitatiivista kuin kvantitatiivista tutkimusotetta ja erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Tutkimusotteita voi käyttää myös rinnakkain, mitä kutsutaan nykytutkimuksissa moniparadigmallisuudeksi tai triangulaatioksi ja mikä onkin yleisty-mässä. Tutkijan on päätettävä mikä osuus on teorialla, kun hän aloittaa tutkimusprosessin. (Saaranen - Kauppinen, Puusniekka, Kuula & Rissanen ja Karvinen 2009, 3, 5; 6 ja 14.)

Triangulaatiolla toteutetaan aineiston-, teoria-, tai metodologista triangulaatioita. Tutkimuksessa voi myös toteuttaa kaikkien edellä mainittujen yhdistelmiä. Metodologisessa triangulaatiossa käytetään erilaisia tutkimusmenetelmiä, esimerkiksi samaa yksikköä tutkitaan erilaisilla menetelmillä. Cornerin (1991) mukaan triangulaation avulla onnistuu tutkimuksessa, koska samalla saa tietoa kerättyä monipuolisesti. (Janhonen & Nikkonen 2003, 12-13.) Esimerkiksi tapaus- ja toimintatutkimuksessa saa käyttää niin kvalitatiivista kuin kvantitatiivista tutkimusotetta ja erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Jos käytetään useampaa menetelmää (esim. havainnointi) aineistoa kerätessä voidaan paljastaa asioita, mitkä muuten jäävät huomioimatta. (Saaranen- Kauppinen, Perusniekka, Kuula ym. 2009 6; 16-17). Tässä opinnäytetyössä ei tehty varsinaista tutkimusta, mutta tiedonkeruumenetelmäksi muotoutui triangulaatio, koska tietoa kerättiin eri menetelmillä.

Teoriatietoa aiheesta keräsin sähköisesti, käyttämällä googlea, Terveysporttia, koulun kirjaston internetsivuja, HUS Porvoon sairaalan internetsivuja ja kävin myös kävin kirjastossa lainaamassa alan kirjallisuutta. Teoria ja käytäntö liittyvät toisiinsa. Teoriaa ajatellaan perspektiiviksi johonkin ilmiöön. Sosiaalipsykologi klassikko on sanonut: ” Mikään ei ole niin käytännöllistä kuin hyvä teoria.” Laadullisessa tutkimuksessa saa koetella toteutuko teoriaa käytännössä. (Saaranen- Kauppinen, Perusniekka ym. 2009 11; 14.)

Opinnäytetyön tavoitteiden toteuttamiseksi kartoitin Näsin kuntoutusosaston nykyhetkisen elvytysosaamisen ja tilanteissa toimisen käytänteitä. Toteutin kyselyn sähköisellä lomakkeella internetin (kyselynetti.com) kautta sähköisellä lomakkeella (Liite 2) osaston henkilökunnalle. Hain luvan kyselyn toteuttamiseen Porvoon kaupungilta heidän ohjeiden mukaisesti touku-kuussa ja lupa myönnettiin viikossa.

Sähköisen kyselykaavakkeen työpohjan löysin internet hakukoneen avulla kyselynetti.com sivustolta. Sivuston käyttö oli maksuton, mutta vaati rekisteröitymisen ja oman sähköposti-

osoitteen luovuttamisen. Sähköinen lomake muodostui valitsemalla itselle valmiina ollut elementti avoimet kysymykset ja kirjoittamalla siihen omat avoimet kysymykset. Esikatselusivu mahdollisti näkemään työstetyn kyselylomakkeen ulkonäön. Avoimia kysymyksiä käyttämällä saadaan tuotettua enemmän tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta aiheesta. Kysymyksistä saaduilla vastauksilla on mahdollistaa selvittää ilmiöitä tarkemmin. (Kananen 2014, 79; 81.) Kysely voidaan toteuttaa sähköisenä kyselynä, paperikyselynä tai haastattelukyselynä puhelimitse (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116). Kyselylomakkeen tulisi olla lyhyt ja suositusten mukaan siihen vastaamiseen ei saisi kulua enemmän kuin 15 minuuttia. Kyselymenetelmä säästää aikaa, mutta hyvän tutkimuslomakkeen laatiminen vaatii tutkijalta oman ajan ja taitoja sen toteutukseen. Kyselylomakkeisiin perustuva tutkimusmenetelmä on hyvä silloin, kuin halutaan saada selville, mitä ihmiset uskovat, ajattelevat, kokevat ja tuntevat. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara. 2005, 174; 184.) Lomakkeen mukana on hyvä olla saatekirje. Saatekirjeestä pitää tulla ilmi kyselyn tarkoitus, mihin tietoja käytetään, tutkimuksen kohde-ryhmä, selvityksen tekijät, opinnäytetyötä ohjaava oppilaitos, ohjaaja ja toimeksiantaja. (Vilkka & Airaksinen 2003, 59-62.)

Lähetin kyselyn osastonhoitajalle sähköpostiin. Sähköpostin liitteenä oli laatimani saatekirje, mistä selvisi, että kyseessä on opinnäytetyökysely ja mitä varten sekä kenelle selvittely tehdään. Olimme etukäteen sopineet, että Näsin kuntoutusosaston osastonhoitaja lähettää kyselyn kaikille työntekijöille eteenpäin sähköpostiin. Kyselyyn vastanneiden vastaukset ohjautuivat suoraan nimettöminä takaisin kyselyn laatijan sähköpostiin ja vastaustunnuksina olivat vastanneille numerot, sillä niissä ei näkynyt nimiä eikä vastausten lähettäjien sähköpostiosoitteita.

Käytin tiedonkeruun apuna myös havainnointia, jota toteutin sovitulla vierailukäynneillä. Tietoa keräsin havainnoimalla ympäristöä ja keskustelemalla henkilökunnan kanssa. Havainnointi sopii Hirsjärven (2004, 201-203) mukaan laadullisen menetelmään ja tutkittavat havainnot kohdistuvat tapahtumiin, fyysisiin kohteisiin tai käyttäytymiseen. Havainnoinnilla mahdollistetaan pääsy tapahtumien luonnolliseen ympäristöön. Tässä opinnäytetyössä havainnoinnin avulla tarkoituksena oli selvittää fyysistä ympäristöä esimerkiksi, missä elvytysvälineet sijaitsevat, ovatko ovet lukossa, löytyykö näkyviltä (seinällä) elvytysohjeet ja muita aiheeseen liittyviä asioita. Hoitajien kokemuksia ja tietoa elvytystaidoista kerättiin kyselyn avulla.

Tietoa voi kerätä myös konsultaatioina toiminnallisessa opinnäytetyössä. Konsultaatioissa kerätään tai tarkistetaan faktatietoja asiantuntijoilta. Tietoa voi käyttää lähdeaineistona, mikä tuo teoreettista syvyyttä opinnäytetyöhön. Konsultaatiot ovat vapaamuotoisia tapoja hankkia tietoa eikä sitä tarvitse litteroida. (Vilkka 2003 58; 64.) Pyysin konsultaatiota Porvoon sairaalan päivystyksen akuutti lääkäri Takalalta, Porvoon sairaalan elvytysvastaava sairaanhoitaja Veitiltä, Porvoon vanhus- ja vammaispalveluiden johtaja Partaselta ja ensihoitaja Vesalalta. Konsultaatiot ovat tapahtuneet Facebook Messengerissä ja sähköpostissa.

Kerättyä aineistoa ei käytetä tutkimustietona. Aineiston käsittelyn jälkeen on tarkoitus kartoittaa nykyhetken tilanne osastolla ja kuvata se. Aineistosta saa tietoa mahdollisesti myös kehityskohteiden löytämiseen ja kehittämisehdotuksiin. Aineistoa kerätiin monella eri tavalla: kyselyllä (Liite 2 ja Taulukko 1), tekemällä osastolla havainnoiteja ja keskusteluilla vierailukäynneillä osastolla (Taulukko 3). Keräsin myös tietoa konsultoimalla alan asiantuntijoita. Konsultaatioiden tarkoituksena oli lisätä opinnäytetyöhön syvyyttä: asiantuntijat kertoivat omia mielipiteitään, näkemyksiään ja toivat esiin merkityksellisiä asioita elvytysprosessista.

5.3 Opinnäytetyön aineiston käsittely

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä analysoida aineistoa niin tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Analysointia tehdään, jos halutaan selvitystä käyttää tutkimustietona. Toiminnallisessa opinnäytetyössä aineistoa saa käyttää lähteenä, kuten konsultaatioitakin. Lähtökohtana ei ole vastausten vertailukelpoisuus, vaan vastaukset antavat suunnan tulevaan tuotteen sisältöön. Aineistoa ei tarvitse puhtaaksi kirjoittaa eikä litteroida. Analyysin voi toteuttaa teemoitetulla tai tyyppittelyllä tai molemmilla. (Vilkkä, Airaksinen 2003, 57, 60; 63 ja 64.)

Tämän opinnäytetyön aineiston käsittelin deskriptiivisellä eli kuvailevalla lähestymistavalla, mikä ei edustaa kovin syvällistä analyysia. Toteavassa eli deskriptiivisessä analyysissä kootaan faktoja ja toteavaa asiasisältöä. Työn tekijän tehtävä on kuvailla kohdetta objektiivisen puolueettomasti, että kuvaus säilyisi luotettavana. Deskriptio ei välttämättä ole vaan laadullinen menetelmä, siinä voi käyttää numerotietoa, sanallista tai audiovisuaalista kuvaamista. (Kajani ammattikorkeakoulu, 2018.) Kuvailevan analyysin tarkoituksena on löytää vastaukset kysymyksiin kuka, missä, milloin, kuinka usein ja kuinka paljon. Kuvailemisella pyritään kartoittamaan tapahtumien, henkilöiden tai kohteiden ominaisuuksia tai piirteitä. Tutkimuksen tarkoitus ohjaa kuvausta, siitä johtuen onkin harkittava mitä tarvitsee kuvata ja miten yksityiskohtaisesti kuvaus tehdään. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 145- 146.)

Erilaisilla menetelmillä kerätty tieto auttoi kartoittamaan tämänhetkistä elvytysprosessia kuntoutusosastolla, mikä oli työn tarkoituskin. Havainnoinnit ja vierailukäynnit on kuvattu taulukkoon (Taulukko3). Havainnoimalla esimerkiksi huomasin, että kaikki elvytysvälineet ovat eri paikassa. Tästä havainnoinnista kerroin seuraavalla tapaamisella elvytysvastaavalle, joka totesi saman (Taulukko 3). Osastolta puuttuu elvytyskärry ja elvytysvälineet eivät sijaitse keskeisellä paikalla, kuten Käypähoito suosituksen (2016) protokollan mukaan pitäisi. Tapaamisissa sain selvitettyä paljon asioita liittyen elvytysprosessiin osastolla, esim. lääkehoitosuunnitelman voimassaolo, defibrillaattorin hankinta, milloin on viimeksi järjestetty osastolla elvytyskoulutuksia. Tapaamisissa syntyi paljon ammatillista keskustelua ja huomasin, että elvytys-

vastaava on motivoitunut kehittämään osaston elvytysprosessia ja hyväksyi ehdottamiani kehitysideoita osastolle, esimerkiksi elvytyskärryn hankinta, tarkistuslistan tekeminen elvytyspakettiin ja A, B, C-mallin kehittämisen. Ideoita vietiinkin yhdessä eteenpäin, mutta taloudellisista syistä esimerkiksi elvytyskärryn hankinta jouduttiin perumaan apuvälineiden hankinnan vuoksi.

Internetkyselyajan loppuessa tulostin vastaukset. Vastausaikaa oli 26.5- 5.6.2018. Vastaukset käsittelin kysymys kerrallaan. Vastauksista selvisi, että kuntoutusosaston viidestä sairaanhoitajasta kyselyyn vastasi neljä. Lähihoitajista kyselyyn ei vastannut kukaan. Suurempi vastausprosentti olisi ollut suotavaa. Muodostin vastauksista taulukon (Taulukko 1), mihin siirsin vastausten sisällön. Kuvailin vastauksia ja kirjoitin myös vastaajien suoria vastauksia, ryhmittelin vastaukset ja pyrin löytämään niille yhteisiä teemoja. Teemoittelulla pyritään hahmottamaan keskeisiä aihepiirejä ja se on laadullisen analyysin perusmenetelmä. Teemoittelu muodostuu ryhmittelystä ja niiden tarkastelusta yksityiskohtaisemmin. (Jyväskylän yliopisto, 2016). Teemoittelu muistuttaa luokittelua, mutta se tarkoittaa laadullisen aineiston ryhmittelyä aihepiirin mukaan ja siinä korostuu teeman sisältö. Teemojen sisältöä saa kuvailla alkuperäisillä sitaateilla eli sanatarkoilla lauseilla. Myöhemmin sitaatteja voi käyttää johtopäätösten tulintoja tehtäessä. (Kajaani ammattikorkeakoulu, 2018.)

Saaduissa vastauksissa kaikki neljä sairaanhoitajaa kertoivat, että defibrillaattori löytyy viereiseltä osastolta, jonne on helppo kulku ja se sijaitsee samassa kerroksessa viereisessä kansliassa. Yksi sairaanhoitaja mainitsi vain vastuulääkäripalvelu Doctagonin antamista kansion ohjeista ja kommentoi, että sieltä ei kuitenkaan löydy käytännön ohjeita. Toiset kolme sairaanhoitajaa kertoivat, että ensiapuohjeet ovat ensiapupakissa. Vain yksi sairaanhoitaja kertoi tarkemmin, että nykyiset elvytysohjeet ovat lyhyet ja selkeät sekä Käypähoito suositusten mukaiset. Kaikki sairaanhoitajat tiesivät, mistä löytyy tieto potilaan DNR-päätöksestä. Kaikki sairaanhoitajat kertoivat myös, että Doctagon lääkärin saa tarvittaessa yhteyttä puhelimitse osastolääkärin ollessa poissa paikalta. Kaksi sairaanhoitajaa vastasivat, että he eivät ole saaneet lainkaan perehdytystä elvytykseen. Yksi sairaanhoitaja vastasi, että hänellä on ollut pari elvytyskoulutusta vuosien varrella ja yksi sairaanhoitaja kertoi, että tulovaiheen perehdytyksessä on näytetty, missä elvytysvälineet sijaitsevat.

Pyysin sairaanhoitajia kuvailemaan toimintaansa, kun he havaitsevat potilaan menevän elottomaksi. Vastauksissa ilmeni, että jokainen sairaanhoitaja toimii eri järjestyksessä ja oman toimintamallin mukaan. Yksi sairaanhoitaja kertoi elvytystaidon olevan huono, yksi koki tarvitsevänsä lisää koulutusta ja yksi sairaanhoitaja totesi vastauksessa, että koulutuksia ja harjoituksia on harvoin. Kaksi sairaanhoitajaa ei ollut osallistunut elvytystilanteisiin koskaan. Yksi sairaanhoitaja oli ollut usein mukana elvytyksissä, mutta viimeisestä elvytyksestä oli hänen vastauksensa mukaan kulunut jo kymmenen vuotta.

6 Prosessikuvaus opinnäytetyön kehittämismenetelmänä

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään tuote aina jollekulle tai jonkun käytettäväksi. Tavoitteena voi olla toiminnan selkeyttäminen käyttämällä opasta tai ohjeistusta. (Vilkkä, Airaksinen 2003, 38.) Opinnäytetyön lopputuloksena on tuottaa osastolle prosessikuvaus elvytysprosessista. Prosessinkuvauksen avulla kuvataan organisaation toimintatapoja. (JHS, 152.) Säämäsen (2004, 22) mukaan elvytysohjeiden- ja suositusten tarkoitus on antaa paras toimintamalli elvyttäjälle, että potilas selviytyy sydänpysähdyksessä elvytyksestä. Prosessikuvauksessa käytetään teoriana Käypähoito (2016) suosituksia elvytyksessä. Prosessikaavio auttaa ymmärtämään toimintojen järjestystä, niiden välisiä riippuvuuksia, se on tapa kuvata prosessin toiminnot graafisesti. Tuotos on toiminnon tai tehtävän lopputulos. (Juhta 2008, 2.)

Prosessi koostuu tapahtumista tai asioista. Prosessit ovat sisällöltä kuin venäläisen nukan maatuskat. Esimerkiksi kuvantamisprosessi on osa diagnoosiprosessia, mikä on osa potilasprosessia, mikä taas sisältyy hoitoketjuun ja on osa terveydenhuollon aluejärjestelmää. Aluejärjestelmä on taas osa kansanterveydellistä prosessia. Prosessit ovat käytännössä osaprosessien summia. Prosessiorganisaatio edellyttää jaon ydinprosesseiksi ja tukiprosesseiksi. Ydinprosessi tuottaa koko toiminnan arvon ja tukiprosessit tuottavat osasuoritteita ydinprosessin käyttöön. Sairaalan ydinprosessi onkin potilaan hoitoprosessi ja tukiprosesseja ovat kiinteistö- ja ruoka-huolto. Vanhusten huollossa voi ajatella ydinprosessina kliiniset suoritteet ja toisaalta voi myös katsoa, että potilaan hoitoprosessi on ydinprosessi ja kliiniset toimenpiteet ovat tukiprosesseja. Eli jako ydin- ja tukiprosesseihin ei ole yksiselitteistä. Tässä tapauksessa perspektiivin valintaan vaikuttaa myös tilojen ja resurssien suunnittelu: meneekö vanhus klinikon luokse tai tuleeko lääkäri hoivapaikkaan. Prosessi rakennetaan, jotta pystyttäisiin hoitamaan samanlaisia asioita samalla tavalla joka kerta. (Lillrank, Kujala, Parvinen 2004, 93-95.)

Terveydenhuollon toimintaprosessi saa alkunsa siitä, kun henkilö tarvitsee hoitoa terveydentilansa ongelmaan. Ammattilaisen vastuulla on, että hoitosuhde hoidetaan suunnitellusti ja laadukkaasti. Potilaan hoito dokumentoidaan potilastietojärjestelmään. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen ja Meriläinen 2011, 29; 10.) Hoitotyönprosessi käynnistyy, kun arvioidaan potilaan ongelmia ja tarpeita, potilaan hoidolle asetetaan tavoitteet (Iivanainen & Syväoja. 2010, 651). Hyvä prosessikuvaus alkaa asiakastarpeen tunnistamisesta. Prosessi alkaa suunnittelulla ja päättyy arviointiin. Kuvaus on lyhyt ja selkeä: vuokaaviopiirroskuva yksi A-4, kuvaus on ymmärrettävä, looginen, ei sisällä ristiriitoja, kuvaus vastaa todellisuutta tai parannettua toimintatapaa. (Maijala 2017.)

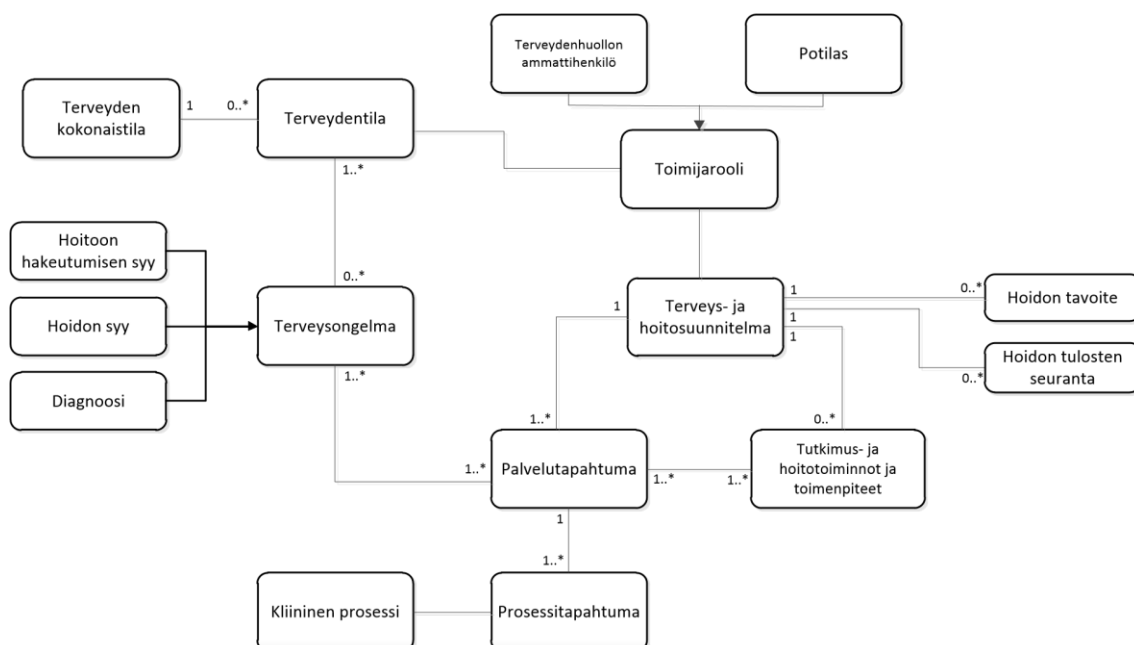
Potilaan hoitoprosessi kohdistuu tiettyyn ongelmakokonaisuuteen ja on organisaatiokohtainen, se on tapahtumasarja, mikä muodostuu suunnitelluista hoitotapahtumista. Hoitoprosessi käynnistyy samalla, kun potilas hakeutuu hoitoon. Potilastapahtumat ovat esim. potilaan

haastattelu, potilaan tarkkailu ja potilaan tilan valvonta. Potilasprosessin tarkastelu on tärkeä hoidon etenemisen ja keston kannalta. (Lillrank, Kujala, & Parvinen 2004, 123-124; 126.)

Myös elvytyksessä koostuu elvytyshoitotyö prosessista: arvioidaan tarve, tehdään diagnoosi(eloton), aloitetaan elvytys, toteutetaan ja arvioidaan. Hoitotyön prosessiajattelu on koko ajan hoitotyössä läsnä, potilaita hoidetaan tapahtumasarjana.

Potilaan hoitotapahtuma on yksilöllinen ja prosessia ei pitäisi rakentaa erikseen potilaille vaan pitäisi tarkistaa sopiiko perusmalli. Tarkastelu tuo mukaan tasalaatuisuuden. Tämä tarkoittaa, että potilas saa saman tasoisen hoidon riippumatta siitä kuka lääkäri tai hoitaja on vuorossa. Prosessilähtöisessä tarkastelussa on kyse perusprosessien tunnistamisesta ja kuvaamisesta. Prosessin kuvauksessa määritellään mitä tehdään. Usein ei riitä, että tarkastellaan vaan hoitotyön prosessia, tarvitaankin asiakkaan kokonaisprosessin tarkastelua. Silloin on osallistuttava muiden ammattiryhmien myös tarkasteluun, koska muutetaan esimerkiksi myös lääkäreidenkin toimintakäytäntöjä. (Simoila, Kangas & Ranta 1999, 131-132.)

Prosesseja rakennetaan ajatuksella, että hoito tapahtuisi samalla tavalla joka kertaa, ja siinä olisi logiikkaa. Prosessia voidaan tarkastella ja järjeistää vasta silloin, kuin se on kuvattu. Prosessi luodaan ja se on organisaation suunnitelma, mikä sisältää aiomukset, käytön kriteerit, protokollat ja resurssit. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 97; 123.)



Kuvio 4. Terveydenhuollon yleisen tason prosessimalliin liittyviä käsitteitä. (THL, 2011)

Prosessin kehittämisen pohjana ovat organisaation visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Prosessikuvaus nähdään välineenä hallinnon ja johtamisen parantamisessa. Se auttaa hallitsemaan kokonaisuuksia: jäsentämään prosesseja ja toimijoiden vastuita sekä löytämään toiminnan tehostamistarpeita. (Juhta 2008, 1.) Esimiehet voivat hyödyntää prosessikuvauksia työn kuormittavuuden mittaamisessa, vastuiden ja työnjaon selkiyttämisessä, ongelmatilanteissa, resurssitarpeiden selvittelyssä myös uuden työntekijän perehdytyksessä sekä työnohjauksessa. (JHS 2012, 3). Johdolta edellytetään prosessien parantamisessa aktiivisuutta, tukea, kannanottoa ja rohkaista kehittämistyöhön osallistuvia toteaa Simoila, Kangas ja Ranta (1999) viitaten Laffelin ja Blumenthalin (1989) tekstiin. Parantamisen tarvetta on esimerkiksi, kun ilmenee korkeita kustannuksia, jonoja, henkilöstö on tyytymätön tai tulee huonoa asiakaspalautetta. Laadun parantamisessa tarkastellaan prosessia eikä etsitä virheitä yksittäisistä työntekijöistä. (Simoila, Kangas ja Ranta 1999, 130; 133.)

Uudenmaan muutosagentti ja Porvoon vanhus- ja vammaispalveluiden johtaja Partasen (2018) mukaan prosessikuvauksessa pääasiana on miettiä tarkkaan mitä prosessia halutaan kuvata, tuoko tämä asiakkaalle arvoa, kehittämistyötä tehdään henkilökunnan kanssa ja itse prosessin piirtämisellä ei ole väliä, miten se tehdään. Hänen mukaan Uudellamaalla käytetään prosessien kehittämisessä yleensä Lean-mallia.

Tutustuin HUS-intranetin sivuilla Lean-malliin- Mäkijärvi on tutkinut Lean- menetelmien kokemuksia ja haasteita suomalaisessa terveydenhuollossa ja hänen mukaan, Lean- menetelmä on tarkoitettu jatkuvaan kehitykseen, Lean- menetelmää on käytetty HUS:n hankkeissa ja siitä on raportoidu hyviä tuloksia, esim. tuotannon lisäykset 15-35% ilman merkittäviä lisäresursseja, myös on raportoidu selviä kustannussäästöjä. Hus- organisaatioissa on toteutettu Lean-hankkeita vuodesta 2010 alkaen. Lean- menetelmän tavoitteena on potilaalle lisäarvon tuottaminen, jatkuvaa kehittäminen, kestävä kehityksen toimintakulttuuri, pyrkimys prosessin täydellisyyteen. (Mäkijärvi 2010.) Minulla ei ole tietoa, käytetäänkö Näsin sairaalassa kehittämismenetelmänä Lean -menetelmää tuomaan lisäarvoa potilaan hoitoprosessiin. Jatkossa esimerkiksi elvytysprosessin kuvauksen arvioinnissa osasto voisi hyödyntää Lean -menetelmää ja sen avulla kehittää elvytystoimintaa.

Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen käytännössä löysin esimerkin Lean- menetelmän käytöstä, missä oli kehittämiskohteena elvytysprosessi. Lean- toimintamallin juuret ovat lähöisin autoteollisuudesta. Tämä ajattelutapa on otettu käyttöön monessa terveydenhuollon organisaatioissa, koska on todettu mallin periaatteiden ja menetelmien soveltuvan terveydenhuoltoonkin. Lean -toimintamallin periaatteena on laadun jatkuva parantaminen, mikä toteutuu kehittämällä prosesseja. Lean koostuu arvoista, työkaluista, menetelmistä ja periaatteista. Lean -ajattelutapaan tarvitaan näyttöön perustuvaa tietoa, koska kehitetään potilasta hyödyttäviä asioita ja toimintaa kehittämällä paranevat niin potilaiden kuin työntekijöiden tyy-

tyväisyys. Toiminnan suunnannäyttäjänä yksikössä on Lean ajattelutavan mukaan johto. Työyksikössä olisi hyvä kerätä työntekijöiltä kehittämisideoita tai tutkimusaiheita systemaattisesti, koska työtä kehittävät yksikön työntekijät. Jatkuvaan toiminnan kehittämiseen tarvitaan jatkuvaa arviointia. (Kuisma, Holmström ym.2017, 780- 781.)

7 Arviointi

Tärkein osa toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa on arvioida, onko opinnäytetyöntekijä päässyt tavoitteisiin. Opinnäytetyöntekijän on muistettava, että opinnäytetyön tulee olla ammatillisesti kiinnostavaa ja tuoda merkittävyyttä kohderyhmälle. Toiminnallisessa opinnäytetyössä voi tulla vastaan asioita, mitä ei voinutkaan toteuttaa niin kuin alussa oli ajateltu. Myös voi pohtia mitä asioita muutettiin ja miksi. Pohtia voi myös miten innovatiivinen, ammatillisesti merkittävä ja oivaltava lopputulos oli. Produktit eivät aina onnistu, kuten oli suunniteltu eikä kaikkia tavoitteita saavuteta. Sen takia on hyvä arvioida mahdollisia epäonnistumisia ja pohtia mistä epäonnistumiset johtuvat. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tietoperusta ja rakentuva viitekehys pohjautuu oman alan kirjallisuuteen. (Vilka & Airaksinen 2003, 154; 155; 157 ja 161.)

Opetusministeriö on perustanut vuonna 1991 Tutkimuseettisen neuvottelukunnan. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tehtävänä on antaa lausuntoja ja ohjeita sekä järjestää koulutuksia ja seminaareja. Neuvottelukunta ottaa esille myös ajankohtaisia tutkimuseettisiä kysymyksiä. Keskeinen tehtävä on tiedottaminen. Neuvottelukunnalla ei ole juridisia eikä hallinnollisia valtuuksia, mutta kaikki Suomen yliopistot ja korkeakoulut noudattavat neuvottelukunnan ohjeita. Tutkimuseettinen neuvottelukunta kehottaa ammattikorkeakouluja huolta siitä, että tutkimuseettinen koulutus tulee osaksi tutkijakoulutusta ja tutkimustoimintaa. (Mäkinen 2006, 24; 26.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea Näsin kuntoutusosaston elvytystoimintaa. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi elvytyksessä toimiminen. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Käypä-hoito suositusten mukainen kuvaus elvytysprosessista.

Opinnäytetyö aineistoa keräsin käyttämällä triangulaatio (useita eri menetelmiä yhdistävä tutkimusmenetelmä) menetelmää. Keräsin aineistoa elvytystoiminnan kartoituskyselyllä, havainnoimalla ja keskustelemalla. Olen tyytyväinen käyttämäni aineistonkeruumenetelmään, koska kaikki menetelmät täydensivät toinen toistaan. Aineistonkeruumenetelmä lisäsi aineiston käsittelyn luotettavuutta, auttoi Näsin kuntoutusosaston elvytysprosessin luomisessa ja toimi kehittämistarpeita.

Kyselyllä oli tarkoitus kartoittaa osaston hoitajien tietoja ja osaamista elvytystilanteen osuessa kohdalle. Kysely Näsin kuntoutusosastolla toteutettiin avoimilla kysymyksillä internetissä. Kyselyllä kartoitettiin myös, miten elvytystilanteissa oli aikaisemmin toimittu sekä toteutuuko elvytyksen Käypä-hoito suositus? Kuntoutusosaston viidestä sairaanhoitajasta kyselyyn vastasi neljä, lähihoitajat jättivät vastaamatta. Suurempi vastausprosentti olisi ollut suotavaa. Omasta puolestani yritin innostaa henkilökuntaa, kävin osastolla muistuttamassa henkilökuntaa vastaamisen tärkeydestä, tulostin henkilökunnan infoseinälle myös muistutuslapun. Vastaamisaikaa pidennettiin ja pyysin osastonhoitajaa kertomaan henkilökunnalle asiasta. Kuitenkin vähäisestäkin vastausmäärästä ilmeni, että tarvetta elvytysprosessin selkeyttämiselle oli (Taulukko 1). Nostan tähän kyselyllä esille tulleita tärkeimpiä asioita, mitkä eivät toteutuneet Käypähoito elvytys-suositusten elvytysprosessin mukaisesti kuntoutusosastolla: koulutusta ei ole järjestetty säännöllisesti, perehdytys puutteellista, elvytysvälineet eivät ole keskeisellä paikalla, kuntoutusosastolla ei ole roolitettu elvytykseen osallistujia. Hoitajat eivät tiedä rooleja ja miten tarkkaan toimitaan ja missä järjestyksessä. Tarve elvytyskoulutuksille ja harjoituksille oli suuri. Samoja asioita tuli esiin havainnoimalla ympäristöä ja keskustelemalla kuntoutusosaston elvytysvastaavan, elvytysvälinevastaavan ja osastonhoitajan kanssa (Taulukko3). Keskustelussa ilmeni, että aihe on ajankohtainen, elvytysprosessi pitää tulla näkyväksi esimerkiksi uuden työntekijän tullessaan osastolle, hänet on tärkeä perehdyttää myös heti elvytystoiminnan osajaksi. Koulutusta ei ole järjestetty pitkään aikaan, osasto-kohtaisia elvytysohjeita ei ole seinällä, elvytysvälineet ovat eri paikoissa, rooleja ei ole sovittu ennalta elvytyksessä toimimisessa, elvytystoimintaa ei ole kuvattuna, elvytysharjoituksia pitäisi järjestää mahdollisimman nopeasti.

Vertailin triangulaatio -menetelmällä kerättyä tietoa elvytystoiminnasta Näsin kuntoutusosastolta aikaisempaan tutkittuun tietoon. Tässä kohdassa haluan tuoda esiin kaikilla kolmella eri menetelmällä esiin nousutta puutetta, mikä ilmeni Näsin kuntoutusosastolla: elvytyskoulutusta ei ole pitkään järjestetty. Käypä-hoito suositusten mukaan pitäisi järjestää vähintään kerran vuodessa. Tutkimuksissa (Mäkinen 2010 ja Säämänen 2004) elvytyksestä ilmeni myös, että elvytyskoulutusta tarvitaan ja pystyttiin osoittamaan, että elvytyskoulutuksen osallistuneiden hoitajien tieto/ taito parani osallistumalla koulutukseen ja lukemalla teoriaa elvytyksestä.

Kuntoutusosastolle järjestin yhteensä kymmenen tapaamista. Kaikille tapaamisille olin asettanut tavoitteen (Luku 5: Toteutus) ja mielestäni pääsin hyvin tavoitteisiin (Taulukko 3). Kaikista tapaamisista oli paljon apua opinnäytetyön tekemiselle. Keräsin tietoa elvytysprosessiin keskusteluilla ja tutkimalla fyysistä ympäristöä. Osastolla liikkumisen koin helpoksi, koska olen aikaisemmin ollut kyseisellä osastolla töissä. Koin vastaanoton lämpimäksi. Keskusteluissa nousi esiin, että osaston profiili ja potilasmateriaali on muuttunut vaativampaan suuntaan. Tämä tieto nosti opinnäytetyön aiheen merkitystä entisestään. Ammatillisten keskustelujen aikana positiivisena nousi esiin esimerkiksi se, että osastolle oli hankittu automaattinen

defibrillaattori vuonna 2017 ja sairaanhoitajilla on ollut mahdollisuus osallistua sen käyttö-koulutukseen. Elvytysvastaava oli iloinen hankinnasta ja toivoi, että tulevaisuudessa otetaan defibrillaattori mukaan elvytyskoulutuksiin. Sain koottua paljon tietoa tapaamisista kuten esimerkiksi osaston profiili, toiminta, defibrillaattorin toiminta. Keskustelin myös viereisen osaston (osasto 2) osastonhoitajan kanssa, selvitin missä apuvälineet ovat jne. (Taulukko 3). Elvytysvastaava oli mielestäni todella innovatiivinen ja halukas järjestämään elvytyskoulutuksia. Keskusteluissamme elvytysvastaavan kanssa, tuli ilmi myös, että elvytysvastaava tarvitsee lisää aikaa vastuutehtävänsä hoitamiseen. Tämä ilmenee mielestäni myös koulutuksen puutteellisuutena kuntoutusosastolla. Osastonhoitaja nimesi minulle yhteistyön kumppaniksi elvytysvastaavan, mutta myös osastonhoitaja itse vastasi tarvittaessa kysymyksiini. Viimeisellä tapaamisella keskustelin itseohjautuvasti myös osastonhoitajan kanssa ja kerroin hänelle opin- näytetyössä esiin nousseista jatkotoimenpiteistä. Hän kuunteli minua ja totesi yhteisymmär- ryksessä samat jatkotoimenpiteitä vaativat asiat: elvytyskoulutuksen järjestäminen, elvytys- prosessin kehittäminen ja elvytyskärryn hankkimisen tarve osastolla. Hän kiitteli yhteistyöstä ja työn hyödyllisyydestä. (Taulukko 3).

Toiminnallisen oppinäytetyön lopputuloksena saatiin elvytysprosessi kuntoutusosastolle ja luo- tiin osastonkohtaiset elvytysohjeet osaston seinälle. Lisätuotoksena syntyivät tarkistuslista (Taulukko 2) elvytyspakkiin ja A, B, C-potilaan arviointimenetelmä kaavake (Liite 3).

Elvytysprosessi-kuvaus taulukkona on rakennettu Käypähoito (2016) elvytysohjeistuksen suosi- tusten mukaan ja muokattu yhdessä elvytysvastaavan kanssa. Taulukko tehtiin Näsin kuntou- tusosaston tarpeiden mukaiseksi. Prosessista tulevat selkeästi esiin: osallistujat, roolit, elvy- tys osa-alueet, elvytystoimintaa, koulutus, perehdytys, jatkohoito jne. Tarkoitus oli tehdä selkeä ja ymmärrettävä elvytysprosessi-kuvaus: prosessissa edettiin vaihe vaiheelta ja huomi- oitiin myös esim. opiskelijat ja uudet työntekijät. Palautteen perusteella oli tärkeää nostaa elvytystoimintaa esiin kyseisellä osastolla ja prosessikuvaukselle oli tarvetta. Kuntoutusosas- tolla ei ollut aikaisemmin kuvattuna elvytysprosessia. Viimeisessä tapaamisessa sovimme osas- ton henkilökunnan kanssa, että he muuttavat tai lisäävät tarvittaessa prosessikuvaukseen osi- oita, kun testaavat prosessikuvauksen toimivuutta koulutuksessa ja harjoituksissa tai jos syn- tyy uusia ideoita prosessikuvauksen tarkentamiseksi ja päivittämiseksi.

Kuten Partanen (2018) totesi, prosessikuvauksessa on tärkeää selkeys ja käyttökelpoisuus. El- vytysohjeiden (Liite 4) sisältö suunniteltiin yhdessä kuntoutusosaston elvytysvastaavan kanssa. Lisäsin kuvia ohjeisiin, mitkä mielestäni auttavat havainnollistamaan ja ymmärtämään niitä. Kuvat tehtiin värillisinä. Ohjeet tein A-4 kokoisena ja palautteen perusteella ne koettiin hel- poiksi ja selkeiksi, kuten oli tarkoituksin. Lähetin kaavakkeet ja kuvaukset kuntoutusosaston elvytysvastavan sähköpostiin. Hän tulosti kaavakkeet ja ohjeet ym. dokumentit. Mielestäni onnistuin siinä.

Tarkistuslistan (Taulukko 2) tein elvytyspakkiin seuraavalla ajatuksella: kaikki tietäisivät, mitä elvytyspakki sisältää. Elvytysvastaava ja elvytysvälinevastaava hyväksyivät listan. Taulukosta tulee selkeästi esiin mitä pitää olla ja kuinka paljon. Tarkistuslistasta tuli A4-n kokoinen taulukko. Mielestäni onnistuin siinäkin.

Toivon, että tulevaisuudessa Näsin kuntoutusosaston henkilökunta pystyy ottamaan käyttöönsä opinnäytetyönä heille laatimani ohjeet ja käytänteet elvytykseen liittyen. (A, B, C - malli, elvytyspakin tarkistuslista, esillä olevat elvytysohjeet, elvytysprosessin kuvaus, elvytystavarakärry).

Opinnäytetyön tekemisen aikana kehityin ammatillisesti, uskalsin tuoda esiin kehittämisiäideoita, luin paljon teoriaa ja konsultoin asiantuntijoita. Tein paljon itsereflektointia ja pidin päiväkirjaa ajatuksistani, kuin myös tekemisistäni. Opin ymmärtämään uudella tavalla omaa toimintaani (itsereflektointi- miksi toimin näin, omien tunteiden hallitseminen, ongelman ratkaisu), uskalsin tuoda asioita esiin. Huomasin myös, että avoin vuorovaikutus takaa onnistumisen. Osa kuntoutusosaston hoitajista oli entisiä työkavereitani ja sen vuoksi en halunnut suorittaa henkilökohtaisia keskusteluja aineiston keruumenetelmänä. Koin, että oli eettisesti oikein valita anonyymit vastaukset.

Opinnäytetyön tekemisen aikana kävin täysiaikaisesti töissä. Sairaanhoidajan tie aloittelijasta asiantuntijaksi vaatii valtavan määrän tietämystä, kokemusta ja useamman vuoden aikaa. Tähän kuuluukin myös eri tilanteista oppiminen. Nyt voin sanoa, että opinnäytetyön tekemisen myötä olen yhden kokemuksen verran ”rikkaampi” ja opin, että hyvä suunnittelu, tavoitteellisuus ja ongelmaratkaisukyky johtavat hyvään lopputulokseen. Opinnäytetyön tekemisen aikana vahvistin omaa roolia myös tulevana sairaanhoitajana.

Lähteet

Painetut

Alaspää, A. Kuisma, M. Rekola, L & Sillanpää K. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009 Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. panos. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelu teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press: Tallinna Raamatutrykikoda.

Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki: Edita Prima.

Huukkala, K. 2010. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen sisätautien vuodeosastolla. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro Gradu -tutkielma.

Ikola, K. (toim.) 2007. Elvytys ja elvytetyn hoito. Helsinki: Duodecim

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja Kirjaa. 9 painos Helsinki: Sanoma Pro

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell

Janhonen, S & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell

Jäntti, H. 2011. Peruselvytyksen laatu - Mitä, miksi ja miten? Finnanest 44 (2)

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Suomen Yliopisto paino: Juvenes Print

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro

Kiira Pertti H., 2009. Ensihoidon lääkkeet. Oppikirja lääkehoidosta ja lääkehoidon erityiskysymyksistä ensihoidossa. 4., uudistettu painos. Yliopisto paino Helsinki

Korte H, Myllyrinne K. 2017. Ensiapu. Keuruu: 2017. Suomen Punainen Risti

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

Kuisma, M., Holmström P., Nurmi J., Porthan K., & Taskinen T. 2017. Ensihoito. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro

Lillrank P., Kujala J., Parvinen. P. 2004. Keskenikäinen potilas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Mäkinen, M., Niemi-Murola, L. & Castren, M. 2004. Hoitoelvytys sairaalassa - laadulliset edellytykset. Finnanest 37 (5)

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino

Saano, S. & Taam- Ukkonen M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro

Silfast, T., Castren M., Kurola J., Lund V., & Martikainen M. 2016. Ensihoito-opas. 8.uudistettu painos. Printon Tallinna

Simoila, R., Kangas, R & Ranta, J. 1999. Hoitotyötä johtamaan. Tampere: Tammer-Paino

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: WSOY

Sähköiset

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Viitattu 4.5.2018 <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Haapakoski. K. 2010. Hoitohenkilöstön elvytystaidot ovat heikot. 7.12.2010. Viitattu 2.8.2018. <https://www.medi uutiset.fi/uutiset/hoitohenkiloston-elvytystaidot-ovat-heikot/d6066ef7-7cb3-34a0-8533-1aa66292a20e>

Heikkilä, T, 2014 Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 26.4.2018. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. 2015. Viitattu 14.4.2018. http://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatös.pdf/cfff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4

Ikola, K 2017 Sairaanhoidajien tehtävät elvytyksessä. Viitattu 15.4.2018. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ty%C3%B6jako%20elvytyksess%C3%A4

Ikola, K 2017. Elvytyksen aloittaminen ja lopettaminen Duodecim. Viitattu 1.5.2018 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ty%C3%B6jako%20elvytyksess%C3%A4

JUHTA. Prosessien kuvaaminen. 2008. Viitattu 13.4.2018. http://www.jhs-suositukset.fi/c/document_library/get_file?folderId=31753&name=DLFE-513.pdf

Jyväskylän yliopisto. Teemoittelu. Viitattu 12.9.2018 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analyysimenetelmät/teemoittelu>

Kajaani AMK. Kuvaileva tutkimus. Viitattu 8.9.2018. <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tutkimustyytit/Kuvaileva>

Kajaani AMK. Teemoittelu. Viitattu 12.9.2018. <http://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/Teemoittelu>

Kettunen, R. Sydämen rytmihäiriöt, 2016. Duodecim. Viitattu 27.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00083

Kettunen, R. 2016. Sydämenpysähdys ja äkkikuolema. Viitattu 6.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00085

Käypä-hoito, elvytys. Duodecim, 2016. Duodecim. Viitattu 12.4.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/22/duo13404>

Maijala, R. 2017. Prosessiajattelu ja opiskelijaohjausprosessit VSSH:ssä. Viitattu 16.2.2018. https://kho-kliiniset-hoitotyön-opettajat.webnode.fi/_files/200000047-e2406e33d9/Maijala_opiskelijaohjaus_prosessit.pdf

Mäkijärvi. M.2010. Lean- menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa- kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Viitattu 13.8.2018. http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmaat/ateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV: Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Viitattu 20.02.2018.

http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. 2016. Viitattu 6.3. 2018. Elvytys. Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010#NaN>

Toivonen, L. & Kivelä, A. 2015 Kammiovärinä. Akuuttihoito-opas. Viitattu 27.3.2018.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00141&p_haku=VF

Valvira. 2008. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). Viitattu 21.2.2018.

http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta

Vehmanen. M. 2011. Elvytystaidoissa paljon puutteita. Viitattu 10.11.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/elvytystaidoissa-paljon-puutteita/>

Vuokko, R., Mäkelä, M, Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveystieteiden toimintaprosessit, THL, raportti. Viitattu 12.4.2018. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Elvytysohjeiden kuvat:

<http://www.oppiportti.fi/op/ank00112/do>. Maaret Castren, Henna Korte ja Kristiina Myllyrinne. 16.10.2017.Peruselvytys.

Julkaisemattomat

Messenger viestit 5.6.2018 akuuttilääkäri Jenny Takala ja sairaanhoitaja Sanna Veit.

Sähköpostivastaus 14.8.2018 Uudenmaan muutosagentti Soili Partanen.

Sähköpostivastaus 16.8.2018 ensihoitaja Martina Vesala

Kukkonen, M- L. Asiantuntijuus ja sen kehittyminen.11.8.2013. Opetusmateriaali- Laurea ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.12.2018.

Taulukot

| | |
|---|-------|
| Taulukko 1 Aineiston internetkyselyn vastausten käsittely | 40 |
| Taulukko 2 Elvytyspakin tarkistulista..... | 45 |
| Taulukko 3 Vierailukäyntien kuvaus | 47-48 |
| Taulukko 4 Näsin kuntoutusosaston elvytysprosessin kuvaus | 49-50 |

Liitteet

| | |
|--|----|
| Liite 1: Aikuisen hoitoelvytys: Käypä-hoito (2016)..... | 50 |
| Liite 2: Kyselykaavake henkilökunnalle | 52 |
| Liite 3: Potilaan arviointimenetelmä kaavake: A, B, C..... | 53 |
| Liite 4: Elvytys- ohjeet Näsin kuntoutusosastolle..... | 57 |

Taulukko 1 Aineiston internetkyselyn vastausten käsittely

| | | | |
|--|--|---|-----------------|
| Mikä on ammattinimikkeesi? | Kaikki neljä vastaaja olivat sairaanhoitajia | vaan sh vastasivat | sairaanhoitajat |
| Kuinka kauan olet työskennellyt tällä osastolla? | kaksi sairaanhoitaja on työskennellyt 1-5 vuotta yksi 6-10 vuotta yksi yli 10 vuotta | | työkokemus |
| Millaisen perehdytyksen olet saanut elvytystilanteessa toimimiseen kyseisellä osastolla? | kaksi sh-sta eivät ole saaneet ollenkaan perehdytystä yksi vastasi, että pari elvytyskoulutusta ja yksi kertoi, että perustulo perehdytyksessä sai tiedon, missä ovat elvytysvälineet | perehdytys puutteellista | perehdytys |
| Oletko suorittanut elvytyskoulutuksen? Milloin? | 2013 2012- koulussa en ole suorittanut muutamia vuosia sitten | epäsäännöllisyys | elvytyskoulutus |
| Kerro mistä löytyy- -elvytyspakki - defibrillaattori - elvytyslääkkeet | 3 sh kertoi sen olevan jääkaapin päällä ja yksi sh sanoi, että elvytyspakki löytyy lääkehuoneesta kaikki sh-t kertoivat, että defibrillaattori löytyy osasto kahdelta 3 sh kertoivat, että elvytyslääkkeet löytyvät elvytyspakista. 1 sh kertoi, että lääkekaapissa ja lääkejääkaapissa. | elvytysvälineet eri paikoissa | elvytysvälineet |
| Millaiset elvytysohjeet osastolta löytyy ja missä ne sijaitsevat? | 3 sh vastasi, että ne löytyvät ensiapupakista, 1 sh kertoi, että doctagon kansioista, mutta ei ole käytännönohjeita. | epätietoisuus yhteisesti suunniteltua ohjeita ei löydy seinältä | elvytysohjeet |

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Mistä löydät tiedon potilaalla mahdollisesti voimassa olevasta DNR päätöksestä? | 3 sh kertoivat löytävänsä tiedon riskitiedoista, yksi sh lisäsi, että erillinen lista myös lääkehuoneen seinällä ja yksi sh lisäsi, että YLE-lehdellä myös hoitolinjaukset. | potilastietojärjestelmän käyttö | hoitolinjauksen päätös |
| Miten lääkäri on tavoitettavissa? | kaikki sh-t vastasivat, että osaston lääkäri on arkisin paikalla ja muina aikoina on soitettava Doctagon lääkärille. Yksi lisäsi, että ma-pe klo: 9-16. | ohjeistus sairaanhoitajille toiminnasta | kuntoutusosaston lääkäri |
| Kuvaile mitä teet, jos näet potilaan menevän elottomaksi päivävuorossa? Entä yövuorossa? | <p>kaikki sh-t kutsuivat avun ja soittasivat itse tai pyytäsivät soittamaan toisia 112 ensimmäisenä toimintana, mutta eri järjestyksessä.</p> <p>”huudan muut apuun”</p> <p>”pyydän yhtä hoitajaa kutsumaan lääkärin/soittamaan 112”</p> <p>”soitan 112”</p> <p>”päivävuorossa huudan lujaa elvytys!”</p> <p>”pyydän muita hoitajia apuun”</p> <p>”käsken yhden hoitajan soittamaan 112”</p> <p>”tarkistan hengityksen”</p> <p>”hengitystiet auki”</p> <p>”aloitan painelupuhallus elvytyksen”</p> <p>”lääkäri paikalle”</p> <p>”kutsun kolmannen hoitajan”</p> <p>”yksi tekee paineluelvytystä ja yksi antaa tekohengitystä ambulla”</p> <p>”suhde 30 painallusta rintalastan keski-osassa ja 2 puhalusta ambulla”</p> <p>”painelu/ambutus 30:2”</p> | <p>yhtenäiset ohjeet puutteellisia</p> <p>elvytyshälytyksen tekeminen</p> <p>lisäavun hälyttäminen</p> <p>peruselvytyksen aloittaminen</p> <p>peruselvytys</p> <p>elvytyksen eteneminen</p> <p>elvytysvälineet</p> <p>työnjako ei ole sovittu etukäteen</p> | <p>Elvytystilanteessa toimiminen</p> |

| | | | |
|--------------------------------------|---|--|------------------------------|
| | <p>”mahdollisimman nopeasti defibrillaattori käyttöön”</p> <p>”painelu elvyttäjää ja puhallus elvyttäjää vaihdetaan muutamien minuuttien välein, jos ei enää jaksaa”</p> <p>”toimin lääkärin ohjeiden mukaan”</p> <p>”jatketaan kunnes ambulanssi tulee ja he ottavat elvytysprosessin johdon”</p> <p>”yritän saada I.V yhteyttä”</p> <p>”itse en aloittaisi kanylointia, keskityisin peruselvytykseen, koska ambulanssi tulee suht nopeasti”</p> <p>”yövuoroja sairaanhoitajat ei tee”</p> <p>”yövuorossa olija pyytää naapuriosaston yöhoitajan apuun ja soittaa heti 112 ja aloittaa sitten elvytyksen, jos hengittämätön”</p> | <p>defibrillaattorin käyttö</p> <p>elvytysohjeet yövuorossa</p> | <p>toiminta yövuorossa</p> |
| <p>Kuvaile elvytyksen eteneminen</p> | <p>yksi sh vastasi, että katso edellinen vastaus</p> <p>yksi sh jätti vastamatta</p> <p>yksi sh vastasi numeraalisesti-1.”aloitan painelupuhallus elvytyksen;2. lääkärin tavoitus/soitto 112; 3. toiminta lääkärin/112 mukaan</p> <p>yksi sh kertoi, että jos sh paikalla hän toimii ryhmänjohtajana ja määrää työtehtävät, yksi hakee lääkärin, yksi soittaa 112, yksi aloittaa</p> | <p>yhtenäiset ohjeet elvytyksessä etenemisestä puutteellisia</p> | <p>elvytyksen eteneminen</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | <p>paineluelvytyksen, yksi hoitaja ambulanssi- ja yksi hakee defibrillaattorin.</p> <p>Yksi kirjaa. Ellei ambulanssihenkilökunta ole jo saapunut toimitaan sh mukaan puhuvan defibrillaattorin ohjeiden mukaisesti.</p> | | |
| <p>Kuvaile elvytyksen työnjako osastolla mahdollisimman tarkasti. Mitä kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin? Entä lähihoitajan?</p> | <p>”mistään työnjaosta ei ole ollut koskaan puhetta”</p> <p>”sairaanhoitaja huolehtii lääkärin tavoittamisesta ja oikeasta lääkityksestä. Muuten jokainen hoitaa kaikkea”</p> <p>”painelu ja ambulanssi kuuluu kaikille hoitajille perustaitoihin”</p> <p>”työnjohto ja iv-käynnin laitto kuuluu sairaanhoitajille. Sekä iv-lääkkeiden anto, jos niitä määrätään”</p> <p>”paineluelvyttäjää vaihdetaan tarpeen mukaan, siinä väsy herkästi”</p> <p>”sairaanhoitaja johtaa elvytystä antaa ohjeet ja ns. työjärjestyksen kuka tekee mitäkin, kunnes ambulanssi tulee ja ottaa ohjat.</p> | <p>sairaanhoitajan tehtävät</p> <p>roolit elvytyksessä</p> <p>tehtävien jakaminen- ei ole ennalta sovittu</p> | <p>työnjako elvytysprosessissa</p> |
| <p>Arvioi ja kuvaile tämän hetkinen elvytystaitosi</p> | <p>”huono”</p> <p>”osaan soittaa 112”</p> <p>”tarvitsen ehdottomasti elvytys koulutusta, viimeisimmästä on muutama vuosi aikaa”</p> <p>”koulutuksia ja harjoituksia on harvoin”</p> <p>”osaan paineluelvytyksen ja puhallus-elvytyksen ja defibrillaattorin käytön”</p> <p>”osaan aloittaa paineluelvytyksen”</p> | <p>elvytyskoulutuksen kertaus ja tarve</p> <p>koulutustarve on</p> | <p>taitojen/tiedon kertaus ja ylläpito</p> <p>elvytystaitojen koulutuksen lisääminen</p> |

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <p>Oletko ollut hoitotyössä elvytystilanteissa? Jos olet, kuvaile millaisessa.</p> | <p>2 sh ei ole ollut elvytystilanteessa yksi sh on ollut useita kertoja. 1 sh on ollut opiskelijana kerran. kahdella sairaanhoitajalle on kertomuksen mukaan kokemusta paineluelvytyksestä ja intuboinnista, yhdellä myös intuboinnista ja kanyloinnista kuin myös elvytyslääkkeiden antamisesta.</p> | <p>osallistuminen elvytykseen aikaisempi osaaminen</p> | <p>kokemus elvytystilanteesta</p> |
|--|---|--|-----------------------------------|

Taulukko 2 Elvytyspakin tarkistuslista

21.9.2018.Soinio, Petrelius, I.Valge

| | | |
|--|---|--|
| ELVYTYSOHJEET DEFFAKÄYTTÖ-OHJEET | | Vastuuhoitajat: Minna Petrelius Maarit Soinio |
| Lääkkeet | Epi-pen (Epinephrine) kynä 300 mikrogr Adrenaliini 1mg/ml | jääkaapissa |
| Ruiskut | 10 ml 5 ml | 2 kpl 2kpl |
| Neulat | | |
| Puhdistuslaput | desinfiointi/pienet | 5-10 kpl |
| Sideharsot | | |
| Kanttinauhaa | | 1 kpl |
| AMBU | | 1kpl (kertakäyttöinen) |
| DEFFA | OS.2 KANSLIAN HYLLYSSÄ! | OS. 2 huoltaa |
| I.V yhteys: kanyylit letkut | vaaleanpunainen, vihreä | 2kpl 2 kpl |
| Posiflush ruiskut NaCl 0,9% | valmistäytetyt 5 ml | 5 kpl |
| Infuusioneste | NaCl 0,9% 500 ml ja Ringer 500 ml | molempia 1 pussi |
| kolmitiehanat takaiskuventtiilit- Q- sait | | 3 kpl 3 kpl |
| mansetti | | 1 kpl |
| I.V teipit | | 2kpl |
| korkit | | 5 kpl 5 kpl |
| Stetoskooppi | | 1 kpl |
| SpO2 -mittari | | 1 kpl |
| Verensokerimittari | | 1kpl |
| RR-mittari | | 1kpl |
| Laryngoskooppi | | 1-2 kpl |
| Magillipihdit | | 1 kpl |
| Nielutuubit | | punainen, vihreä, keltainen |
| intubaatioputket ja geeli | | 6,7,8 5 kpl |
| Hanskat | | m-koko 1 pkt s-koko 1 pkt |

Taulukko 3 Vierailukäyntien kuvaus

| Opinnäytetyön tapaamiskerrat osastolla | Tapaamisten kuvaus |
|--|---|
| I | <p>Keskusteltiin opinnäytetyön aiheesta. Keskustelussa ilmeni, että aihe on ajan-kohtainen. Osastonhoitaja pyysi tekemään yhteistyötä osaston elvytysvastaavan kanssa.</p> <p>Kierto osastolla: Elvytysohjeet löytyivät elvytyspakista A4 kokoisella paperilla. Defibrillaattori on hankittu vuonna 2017 lopussa ja se sijaitsee osasto2:den kanslian hyllyssä. Havaittiin, että kuntoutusosaston kanslian kaapin ovesa oli lappu, jossa lukee elvytyslääkkeet. Käynnillä sain ohjeistusta, mihin opinnäytetyön lupahakemus lähetetään.</p> |
| II | <p>Opinnäytetyölupa on saatu.</p> <p>Tarkempi kierto osastolla: ongelmana, että elvytysvälineet ovat kaikki eri paikassa ja monen oven takana. Tästä keskusteltiin elvytysvastaavan kanssa. Todettiin, että seinällä ei ole elvytysohjeita, mutta yleisen hälytyksen ohjeet löytyivät kanslian seinältä.</p> |
| III | <p>Sovin osastonhoitajan ja opettajan kanssa, että kyselyn vastausaikaa pidennetään viikolla. Osastonhoitaja lupasi kertoa asian osastokokouksessa.</p> |
| IV | <p>Tulostin saatekirjeen osaston kanslian seinälle muistuttamaan kyselyyn vastauksesta ja kerroin siitä vuorossa oleville hoitajille.</p> |
| V | <p>Tapasin osasto 2 osastonhoitajan ja kerroin opinnäytetyön aiheesta. Defibrillaattori on kuntoutusosastojen yhteinen. Osasto2:en osastonhoitaja kertoi, että defibrillaattori oli samassa kuussa huollettu (heinäkuu2018). Defibrillaattorin ohjeet oli päivitetty ja tulostettuna hyllyllä. Keskustelussa selvisi, että koulutus defibrillaattorin käytöstä on järjestetty edellisenä vuonna (2017 lokakuu) ja siihen on osallistunut molempien osastojen henkilökunta.</p> <p>Otin omalla puhelimella kuvat defibrillaattorin ohjeista, elvytysvälineistä ja Doctagon kansion ohjeista. Kuvat on käytetty myöhemmin elvytysprosessin kuvausta työstäessä.</p> <p>Juttelin myös kuntoutusosaston elvytysvastaavan kanssa ja olin miettinyt valmiiksi kysymyksiä. Sain selville seuraavia asioita: viimeisin elvytyskoulutus oli järjestetty noin 1,5 vuotta sitten, elvytyskoulutusten järjestämiseen ei ole varattu erikseen aikaa, mutta osastokokouksiin on varattu elvytysvastaavalle aikaa, missä on käyty läpi elvytysasioita. Elvytysvastaava mukaan elvytysprosessia ei ole kuitenkaan käyty läpi kokonaisuudessa.</p> <p>Tällä tapaamisella ehdotin, että elvytyspakkiin tehtäisi välineiden tarkistuslista. Sovimme, että se työstetään osana opinnäytetyötäni.</p> <p>Toisena kehittämiseksi esitin elvytysvastaavalle elvytyskärryn hankkimista osastolle, koska elvytystavarat ovat eri paikoissa, osittain liian kaukana ja monen lukitun oven takana. Elvytyskärryn sijainniksi ehdotin lääkärin huonetta, koska se olisi keskeisellä paikalla ja molempien osastojen käytettävissä. Keskustelun aikana syntyi myös ammatillista keskustelua elvytystilanteista.</p> <p>Sovittiin elvytysvastaavan kanssa, että hän selvittää ylihoitajalta mahdollisuuden hankkia elvytyskärryä osastolle.</p> <p>Tällä käynnillä selvitin osastolla olevan henkilökunnan määrän ja osaston arvot.</p> |

| | |
|------|---|
| | <p>Tapaamisen lopussa elvytysvastaava toivoi minun tekevän elvytysprosessin ohjeista ns. ”raakasuunnitelman”.</p> |
| VI | <p>Tapasin elvytysvastaavan ja tiedustelin, oliko elvytyskärry hankittu. Elvytysvastaava oli tulostanut kuvan vaunuista ja kertoi, että sihteerin on tilannut vaunut ja toimitusajaksi oli arvioitu noin 8 viikkoa. Kerroin, että olin käsitellyt kyselyn vastaukset ja esittelin elvytyspakin tarkistuslistan ja alustavan suunnitelman elvytysprosessin kuvauksesta. Yhdessä mietimme elvytyskärryn laatikoiden välineistöä ja sovimme, että lopullinen laatikoiden sisältö mietitään vasta kun kärryt saapuvat ja nähdään siinä käytettävissä olevat ratkaisut.</p> |
| VII | <p>Tapasin elvytysvastaavan ja kirjassimme yhdessä elvytyksessä osallistuvien roolit ja kävimme läpi roolien merkitykset elvytyksen etenemisessä. Kaikki ajatukset kirjattiin ylös.</p> |
| VIII | <p>Tapasin elvytysvastaavan ja jatkoimme elvytysprosessin kirjallisen ohjeistuksen laatimista.</p> |
| IX | <p>Tapasin elvytysvastaavan ja elvytysvälineistä vastaavan hoitajan. Selvisi, että taloudellisista syistä elvytyskärryä ei tilatakaan. Käytiin läpi elvytyskaavio ja elvytysprosessinkuvaus- taulukko.</p> <p>Sain palautteen elvytyskaaviosta, että se oli helppo ja selkeä.</p> <p>Vuorossa oleva sairaanhoitaja korosti, että aiheen esille nostaminen on tärkeää ja toi esille, että uusi hoitaja tarvitsee tietoja elvytyksestä jo perehdytysvaiheessa. Elvytysvastaavan mielestä tulevaisuudessa olisi hyvä hankkia elvytyskärry.</p> |
| X | <p>Tapasin elvytysvastaavan ja osastonhoitajan. Elvytysvastaava oli käynyt läpi elvytysohjeistuksen muiden sairaanhoitajien kanssa. Keskusteltiin sujuvasta yhteistyöstä ja todettiin, että aihe oli ajankohtainen, koska osaston profiili ja potilasmateriaalin on muuttunut paljon. Todettiin, että osastolla työskentelevät hoitajat tarvitsevat enemmän tietoja ja taitoja esim. varhaiseen ennaltaehkäisyyn. Edellä mainitusta syystä tein osastolle vielä A, B, C -menetelmän, joka auttaa arvioimaan potilaan tilaa. Kävimme A, B, C-dokumentin läpi elvytysvastaavan kanssa (LIITE 3). Elvytysvastaava käyttää seuraavassa osaston tunnissa opetusmateriaalina ja elvytyskaavaketta esim. seuraavassa elvytyskoulutuksessa.</p> <p>Kerroin osastonhoitajalle kartoituksessa esiin tulleita huomioita, kuten koulutuksen puutetta ja elvytyskärryn tarpeellisuutta. Osastonhoitaja totesi, että opinnäytetyöstä on ollut hyötyä ja hän aikoi olla yhteydessä kuntoutus- ja sairaalapalveluiden palvelupäällikköön Kirsi Oksaseen. Tulimme siihen tulokseen, että elvytyskoulutuksia tarvitaan ja elvytyskärry olisi tarpeellinen, mutta taloudellisista syistä osa asioista siirtyy. Kiittelin osastonhoitaja ja elvytysvastaava yhteistyöstä.</p> |

Taulukko 4. Näsin kuntoutusosaston elvytysprosessin kuvaus 2018, syksy.

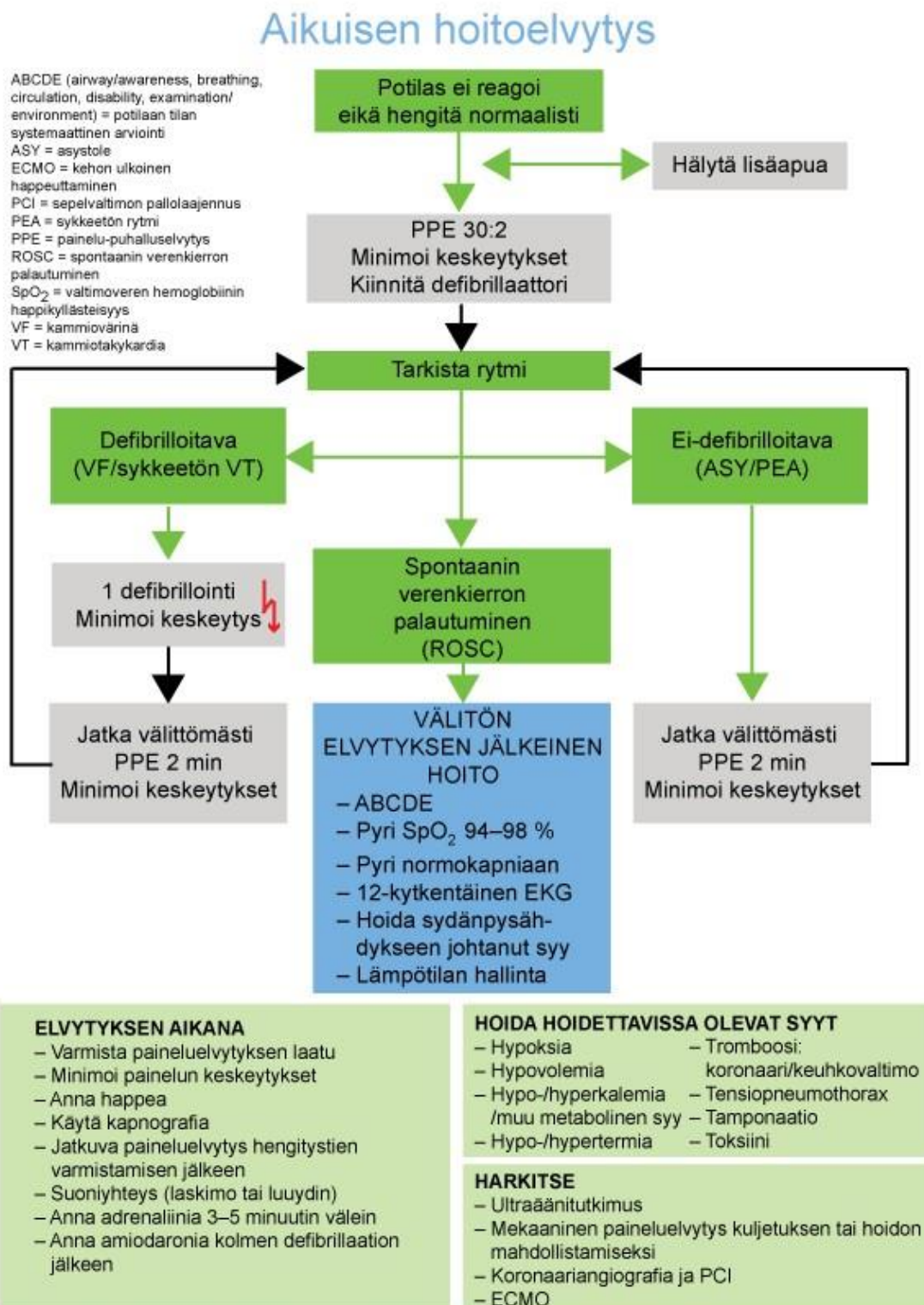
Petrelius ja Valge

| | |
|-----------------------------|---|
| Elvytysprosessin tavoite | <ul style="list-style-type: none"> - potilas saa lain mukaisen hyvän hoidon |
| Roolit- hoito- henkilökunta | <ul style="list-style-type: none"> - osaa toteuttaa Käypä hoito suositusten mukaan elvytystä - osallistuu koulutuksiin - kehittää toimintaa esim. uusilla ideoilla - osallistuu toiminnan kehittämiseen |
| ATK-järjestelmä | <ul style="list-style-type: none"> - potilaan DNR-päätös, RISKITIEDOT - omaisten yhteystiedot - kirjataan potilaan hoito, toimenpiteet jne. - koko dokumentaatio potilaasta- Effica |
| Roolit- lääkäri | <ul style="list-style-type: none"> - vastuussa potilaan hoidosta - johtaa elvytystä - tekee tarvittaessa DNR päätöksen - on yhteydessä omaisiin - määrää lääkkeet - kehittää toimintaa |
| Elvytysvälineet | <ul style="list-style-type: none"> - defibrillaattori osasto kahden kanssa yhteinen, sijaitsee osasto 2 kanslian hyllyssä - happipullot varastossa - lääkkeet kanslian jääkaapissa, kanslian kaapissa ja lääkehuoneessa - elvytyspakki lääkehuoneessa jääkaapin päällä - tarkistuslista elvytyspakissa (päivämäärä tarkistustaan) - kaikkien on tiedettävä, missä on elvytysvälineet ja osattava niitä käyttää tai tarvittaessa ojentaa |
| Työnjako elvytyksessä | <ul style="list-style-type: none"> - tilanteen havainnut hoitaja1 huuda: ”elvytys!”, aloittaa PPE (paineluelytyksen). varmistaa, että apu tulossa. - hoitaja 2 hälyttää lisäävun ja hakee elvytysvälineet, menee auttamaan. - hoitaja 2 kiinnittää defibrillaattorin tarrat, soittaa 112! - potilaan rytmi tarkistetaan. jos laite kehottaa defibrilloimaan, niin tehdään. - arkena lääkäri johtaa elvytystä, iltaisin, pyhinä johtaa sairaanhoitaja - yksi hoitaja hoitaja 2 tai hoitaja 3 ohjaa ambulanssin paikan päälle - yövuorossa huuda: ”elvytys!” tai soita 112, aloita PPE |

| | |
|--------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - jos henkilökunta on riittävästi (yli 3 ja hiestä 2 sairaanhoitajaa), voidaan avata suoniyhteys - elvytystä johtava henkilö tarkastelee elvytyksen kulkua, pitää huolta, että toiminta on tehokasta - yksi henkilö kirjaa |
| Potilaan jatko- hoito | <ul style="list-style-type: none"> - siirto jatkohoitoon ambulanssilla |
| Potilaan kuoltua | <ul style="list-style-type: none"> - todetaan kuolleeksi - lääkäri toteaa kuoleman - siirretään 2 h jälkeen osaston kylmiöön |
| Roolit- omaiset | <ul style="list-style-type: none"> - informoidaan - omaisia tuetaan tarvittaessa |
| Elvytyksen jäl- keen | <ul style="list-style-type: none"> - omaisia tuetaan - potilas jatkohoitoon - tarvittaessa järjestetään ”jälkipuinti” elvytykseen osallistuneiden kesken. jos keskustelussa nousee esiin ideoita/ehdotuksia, ne kirjataan ylös ja esitetään osastonhoitajalle. tai päätetään yhdessä, miten asiaa viedään eteenpäin. - tarkistetaan elvytysvälineet: vaihdetaan esim. uudet tarrat defibrillaattoriin, täytetään elvytyspakki, viedään välineet omille paikoilleen |
| Perehdytys | <ul style="list-style-type: none"> - uusi työntekijä perehdytetään - osastonhoitaja määrää perehdyttäjän - opiskelijan perehdyttää ohjaaja, opiskelijavastaava määrää ohjaajan |
| Elvytyskoulutus | <ul style="list-style-type: none"> - elvytysvastaava yhdessä osastonhoitajan kanssa järjestää elvytyskoulutuksia - osaston henkilökunnalla on oikeus ja velvollisuus osallistua elvytyskoulutuksiin |

Älä poista tätä sivunvaihtoa. Otsikoi jokainen liite, liitteen lopussa Ctrl + Enter, seuraava liite Liiteotsikko-tyylillä.

Liite 1: Aikuisen hoitoelvytys: Käypä-hoito (2016).



Liite 2: Kyselykaavake henkilökunnalle

Elvytys osaamisen kartoitus

Mikä on ammattinimikkeesi?

Kuinka kauan olet työskennellyt tällä osastolla?

Millaisen perehdytyksen olet saanut elvytystilanteessa toimimiseen kyseisellä osastolla?

Oletko suorittanut elvytyskoulutuksen? Milloin?

Kerro mistä löytyy osaston elvytyspakki, defibrillaattori ja elvytyslääkkeet.

Millaiset elvytysohjeet osastolta löytyy ja missä ne sijaitsevat?

Mistä löydät tiedon potilaalla mahdollisesti voimassa olevasta DNR tai AND päätöksestä?

Miten lääkäri on tavoitettavissa?

Kuvaile mitä teet, jos näet potilaan menevän elottomaksi päivävuorossa. Entä yövuorossa.

Kuvaile elvytyksen eteneminen osastolla mahdollisimman tarkasti.

Kuvaile elvytyksen työnjako osastolla mahdollisimman tarkasti.

Arvioi ja kuvaile tämän hetkinen elvytystaitosi.

Oletko ollut hoitotyössä elvytystilanteessa? Jos olet, niin kuvaile millaisessa.

Liite: 3 Potilaan arviointimenetelmä kaavake- A, B, C.

13.11.2018 I. Valge

- A- AIRWAY- TÄRKEIN ensiarviossa! onko auki?
- Tunnustele uloshengityksen virtaus- jos ilmavirtaus ei tunnu, nosta leukaa. Tarkista suu!
 - Varmista hengitystien aukiolo: nieluputki
 - Happihoito
- B- BREATHING- kun ilmavirta on auki, varmista hengitystien lisäksi toimiiko hengitys!
- Hengitystaajuus
 - Sietääkö nieluputken?
 - Hengityspalkeen käyttö
 - Käyttääkö potilas apulihaksia?
- C- CIRCULATION- verenkierron alustavassa arvioinnissa riitä, kun tunnustellaan valtimopulssejä
- II-III sormet viedään kilpiruston päälle(aataminomena) ja lasketaan sormet silulle, jos sykettä ei tunnu potilaan RR on < 50 mmHg.
 - tunnustele periferiaa: kylmä, lämmin, kuiva tai nihkeä
 - RR
 - VUOTOJA?
 - virtsaaminen
- D- DISABILITY- tajunta
- hereillä? reagoi kipuun? tajuton?
 - pupillit
 - lääkitys
 - verensokeri
- E- EXPOSURE
- lämpö
 - iho reaktiot
 - ihottumat
 - potilaan uudelleen arviointi- jatkohoito?

ELVYTYS ALOITETAAN, JOS POTILAS ON TAJUTON JA HENGITTÄMÄTÖN!

A, B, C- MENETELMÄ KERTOO VÄLITTÖMIEN TOIMENPITEIDEN JÄRJESTYKSEN!

A, B, C -järjestelmä on kehitetty Käypä-hoito suositusten mukaan auttamaan/löytämään ajoissaan riskipotilaat. (Käypä-hoito suositus 2016).

<https://rednet.punainenristi.fi/system/files/page/peruselintoimintojen%20häiriöt%20kopiopio.pdf>

Liite: 4. Elvytys- ohjeet Näsin kuntoutusosastolle.

13.11.2018/ M.Petreljus. I. Valge

HOITAJA 1 TOTEAA, ETTÄ POTILAS ei reagoi herättelyyn(ravista!), ei hengitä, ei vastaa tai hengitys on haukkovaa.

ELOTTOMUUDEN tunnistamiseen KÄYTETÄÄN enintään 10 sek!

HOITAJA 1 Huutaa kovalla äänellä: "ELVYTYS" varmistaa, että apu on tulossa: kuittaus!

HUOMIOI DNR!



© Elvytys Käypä hoito -yhtymä

HOITAJA 1 AVAA HENGITYSTIET JA ELVYTYS,
ELVYTYS SUHDE 30:2

NOSTA SORMILLA LEUKAA YLÖS!

TARKISTA SUU!



HOITAJA 2 hakee elvytysvälineet (os. 2 kansliassa defibrillaattori, elvytyspakki lääkekaapin ja tekee lisähälytyksen. Varmista, että kollega ymmärsi: kuittaus!

HOITAJA 1 jatkaa PPE.VARMISTA keskeytymätön painelu

HOITAJA 2 kiinnittää defibrillaattorin tarrat, noudattaa ohjeita.

SOITTO 112(dektilla saa soittaa ulos) ARKENA LÄÄKÄRI PAIKALLE! - TOTEUTETAAN OHJEITA



Lääkäri johtaa elvytystä, hänen poisollessaan (ilta+ pyhä), sairaanhoitaja.

Hoitaja ohjaa ambulanssi henkilökunnan paikalle. Toteutetaan ensihoidon antamia ohjeita.

Raportin antaminen ambulanssille: HOITAJA 1 TAI SAIRAANHOITAJA/LÄÄKÄRI.

Jatkohoitoon saattaminen. Kirjaaminen (ATK - Effic). Omaisille ilmoittaminen.