



Emilia Haataja
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö, 2020

POTILAAN ASIALLA

Läheinen potilaan tukena

TIIVISTELMÄ

Emilia Haataja

Potilaan asialla – Läheinen potilaan tukena

30 sivua, 2 liitettä

Kevät 2020

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas tehohoitopotilaiden omaisille. Tuotetun oppaan tavoitteena oli kehittää tehohoitoon liittyvää omaisen ohjauksista.

Opas tehtiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osaston kanssa ja on tarkoitettu ensisijaisesti teho-osaston käyttöön.

Opinnäytetyön raportti keskittyy etenkin tehohoitopotilaiden omaisten ohjaukseen sekä heidän mahdollisuuksiinsa osallistua potilaan hoitoon. Tutkimusten mukaan omaisten läsnäolo vaikuttaa positiivisesti tehohoitopotilaan toipumiseen ja ehkäisee tehohoitodeliriumia.

Asiasanat: ohjaus, omainen, osallistuminen, tehohoito

ABSTRACT

Emilia Haataja

Promoting the patient's well-being – Close relatives supporting the patient

30 pages, 2 appendices

Spring 2020

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered Nurse

The aim of the thesis was to produce a written guide to the family members of ICU patients. The produced guide was aimed to develop ICU-related guidance of the patients' family members.

The guide was produced in collaboration with the intensive care unit (ICU) of Oulu University Hospital, Finland and is primarily meant to be used in the ICU.

The thesis is centred around the guidance of the ICU patients' family members and their possibilities to take part in patient care. According to earlier studies, participation of family members has a positive effect on an ICU patient's recovery and prevents intensive care-related delirium.

Keywords: guidance, family member, participation, intensive care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TEHOHOITO.....	5
2.1 Tehohoitotyön etiikka	5
2.2 Tehohoitopotilas.....	6
2.3 Tehohoitodelirium	7
3 OMAISTEN OSALLISTUMINEN TEHOHOITOPOTILAAN HOITOOON	11
3.1 Omaisten ohjaus ja informointi.....	12
3.2 Omaisten saama sosioemotionaalinen tuki.....	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	17
5 TOIMINALLINEN OPINNÄYTETYÖ – TARPEESTA OPPAAKSI	18
5.1 Idea ja luonnostelu.....	19
5.2 Kehittely ja viimeistely	20
6 POHDINTA	23
6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	24
6.2 Jatkotutkimusehdotukset.....	26
LÄHTEET.....	27
LIITE 1. Opas tehohoitopotilaiden omaiselle.....	31
LIITE 2. Delirium-protokolla	39

1 JOHDANTO

Tehohoitoa tarvitaan silloin, kun vaikeasti vammautuneen tai sairastuneen potilaan elintoimintoja täytyy valvoa, ylläpitää ja tukea jatkuvasti eri menetelmin. Tehohoidon tavoitteena on välttää tilapäinen kuolemanvaara tukemalla elintoimintoja erilaisin teknologisin avuin.

Tehohoidossa varsin yleinen komplikaatio on delirium eli sekavuusoireyhtymä, joka johtuu somaattisista syistä (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017, 19; Liisanantti 2011.) Deliriumia esiintyy eri tutkimusten mukaan 20–81 prosentilla tehohoitopotilaista (Liisanantti 2011). Heistä suurin osa on myös hengityslaitte-hoidossa (Loisa 2017, 316). Tehohoitajat ovat avainasemassa deliriumpotilaan hoidossa. Heillä on tarvittavat tiedot ja taidot joko estää oireyhtymän synty, tai havaita ja hoitaa se mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (Olson 2012, 35.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on omaisten osallistaminen läheisensä hoitoon. Tutkimusten mukaan omaisten läsnäolo ennaltaehkäisee ja lievittää tehohoi-toon liittyvää sekavuutta (Tomlinson 2016, 25). Opinnäytetyön aihe on peräisin Oulun yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen teho-osastolta ja opin-näytetyö tehtiin yhteistyössä teho-osaston kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas tehohoitopotilaiden omaisten käyttöön. Tavoitteena on kehittää tehohoitotyöhön liittyvää omaisten osallis-tavaa ohjausta. Opinnäytetyön raportin sisältämä teoretieto keskittyy tehohoi-topotilaiden omaisten ohjaukseen, osallistamiseen sekä osallistumiseen.

2 TEHOHOITO

Tehohoito perustuu laadukkaaseen ja ajantasaiseen hoito- ja lääketieteelliseen osaamiseen, jossa korostuu etenkin moniammatillinen yhteistyö. Tehohoidon pyrkimyksenä on saada potilaan elämänlaatu hyväksyttävälle tasolle. Pitkään tehohoidossa olleiden potilaiden tueksi on olemassa tehohoidon jälkipoliklinikka. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a.)

Tehohoidon tarkoitus on kohdentaa resurssit kuolemanvaarassa olevien potilaiden pelastamiseen käyttäen inhimillisiä, oikeudenmukaisia ja kustannustehokkaita menetelmiä. Tehohoito luo valtavia kustannuksia, ja sen tarve on kasvava. (Suomen lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. Hoidon erityiskysymyksiä. Tehohoito.) Vuonna 2018 tehohoitopaikkoja on ollut noin viisi 100 000 asukasta kohti (Reinikainen & Varpula 2018). Tehohoitajaksoja on Suomessa vuosittain noin 20 000 (Suomen Tehohoitoyhdistys 2019).

Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) operatiivisen tulosalueen teho-osastolla hoidetaan koko Pohjois-Suomen alueen vaativimmat päivystyksellistä tehohoittoa tarvitsevat potilaat. Lisäksi siellä hoidetaan leikkauksen jälkeistä teho- tai tehovalvontahoitoa tarvitsevat potilaat. Suurimpia potilasryhmiä OYS:n teho-osastolla ovat neuro- ja sydänkirurgiset potilaat, monivammapotilaat sekä vaikeaa infektiota sairastavat potilaat. Teho-osasto vastaa myös OYS:n sisäisestä elvytystoiminnasta sekä MET-ryhmän (medical emergency team) kouluttamisesta ja sen toiminnasta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a.)

2.1 Tehohoitotyön etiikka

Tehohoitotyön yleisiä eettisiä periaatteita ovat Suomen Tehohoitoyhdistyksen (STHY) mukaan elämän säilyttäminen, kärsimysten lievittäminen, vahingoittamisen välttäminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus. Elämää on pyrittävä säilyttämään hoitotyön keinoin aina silloin, kun hengenvaara on arvion mukaan tilapäistä. Tehohoidossa tulee myös huomioida, onko potilaalla hoidon rajauksia ja hyötykö potilas hoidosta.

Kärsimystä lieventäessä tulee ehdottomasti huomioida myös potilaan omaiset ja potilaan fyysisen ja psyykkisen hoidon lisäksi läsnäolon ja kommunikaation avoimuuden täytyy toteutua myös omaisten kohdalla. Toimenpiteitä suunniteltaessa on huomioitava hoidolla saavutettavien hyötyjen lisäksi myös mahdolliset haitat, sillä tehohoidon kajoavan luonteen vuoksi esimerkiksi vakavat infektiot ovat aina mahdollisia. (STHY 2019, 4–5.)

Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä tehohoidosta ja tätä tahtoa tulee kunnioittaa, vaikka potilaan omaiset olisivat päinvastaisella kannalla. Näissä tilanteissa tulee huomioida myös se, onko potilaalla realistinen käsitys tehohoidosta. Jokaisella ihmisellä on etnisistä, sosioekonomisista ja terveydellisestä taustastaan huolimatta yhtäläinen oikeus tehohoidon tarpeen arviointiin, kun kyse on tilapäisestä hengenvaarasta. (STHY 2019, 5–6.)

2.2 Tehohoitopotilas

Tehohoitopäätöstä tehtäessä on oleellista tunnistaa kriittisesti sairastunut tai vammautunut potilas ja erottaa (edellä mainitut) niistä potilaista, joita voidaan hoitaa vuodeosastolla, ja niistä, joita ei voida tehohoidollakaan pelastaa (Ala-Kokko, Karlsson, Pettilä, & Tallgren 2017). Hoidon vaikuttavuus ja potilaan ennuste paranevat, kun elintoimintojen häiriöt havaitaan ja tehohoidon tarve tunnistetaan välittömästi ja hoito aloitetaan riittävän nopeasti. Etenkin vitaalielintoimintojen tukihoidon viivästys altistaa potilaan merkittäville elintoimintahäiriöille ja pitkittää hoitoa. Hyvä ja eettisesti oikea tehohoito vaatii elintoimintojen tukemisen oikea-aikaisuuden, ammattitaitoisuuden ja kriittisen soveltamisen lisäksi myös oikeanlaista potilasvalintaa. (Suomen lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. Hoidon erityiskysymyksiä. Tehohoito.)

Tehohoitopotilaalla voi olla useita tilapäisiä elintoimintahäiriöitä, jotka voivat johtua akuutista vammasta tai sairaudesta tai vaativasta kirurgisesta toimenpiteestä. Tehohoitoa vaatineesta akuutista tilanteesta selvittyään potilailla on edelleen hyvät mahdollisuudet laadukkaaseen elämään. Tehohoidon tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvän toimintakyvyn säilymisen turvaaminen. Pitkää kuntoutusta ja toipumisjaksoa tarvitaan usein etenkin pitkän ja

vaikean sairauden jälkeen ja varsinkin niillä potilailla, joilla on heikentynyt fyysinen toimintakyky. (Ala-Kokko, Karlsson, Pettilä & Tallgren 2017.)

Suurin osa tehohoitopotilaista tarvitsee verenkierron tukihoidoja tai hengityslaitteita. Yleisimpiä tehohoitoon johtaneita syitä ovat vakavat infektiot, kuten septinen shokki, vakava hengitys- tai verenkiertovajaus tai akuutti elintoimintahäiriö, kuten esimerkiksi munuaisten vajaatoiminta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a.)

2.3 Tehohoitodelirium

Äkillinen sekavuustila, eli delirium, on akuutti aivojen vajaatoiminta, joka aiheutuu elimellisistä tekijöistä. Tila vaikuttaa laaja-alaisesti muun muassa uni- ja valvetrymiin, huomio- ja käsityskykyyn, loogiseen ajatteluun, muistiin, psykomotoriseen käyttäytymiseen ja orientaatioon. (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 161; Hickin, White & Knopp-Sihota 2017, 19.)

Delirium on perinteisesti jaettu kahteen tyyppiin: agitoituneeseen eli hyperaktiiviseen deliriumiin sekä niin sanottuun hiljaiseen eli hypoaktiiviseen deliriumiin (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 161; Hickin, White & Knopp-Sihota 2017, 19). Jälkimmäisen diagnostiikka on erityinen haaste, sillä hiljainen delirium jää usein jopa huomaamatta. Lisäksi nykyään tunnustetaan hyper- ja hypoaktiivisen deliriumin sekatyyppejä sekä erilaisia alatyyppejä, jotka voivat liittyä esimerkiksi sedaation purkuun (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017, 19–20). Erityisesti alttiita deliriumille ovat aivovauriopotilaiden lisäksi monisairaant potilaat sekä vanhukset. Hoitamattomana delirium voi aiheuttaa paikallisia keskushermosto-oireita, pysyvää kognition heikkoutta tai jopa kuoleman. (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 161.)

Deliriumin taustalla voivat olla useat erilaiset sairaudet, leikkausten jälkitilat, erilaiset myrkytykset ja nestetasapainon häiriöt. Delirium voi myös aiheutua lääkkeistä, alkoholista ja muista päihteistä, tai vastaavasti niiden käytön äkillisestä lopettamisesta. Altistavia tekijöitä voivat edellisten lisäksi olla muun

muassa aikaisemmat aivovauriot, yleiskunnon heikkous, korkea ikä sekä kuulon ja näön heikentyminen. (Huttunen 2017.)

Laukaiseviksi tekijöiksi luetellaan muun muassa univaje, stressi, kipu, vieras ympäristö ja liian runsaat tai liian vähäiset ulkoiset ärsykkeet (Huttunen 2017). Edellä mainitut tekijät tulee ottaa huomioon deliriumin ehkäisyssä ja hoidossa, vaikka ne eivät yleensä riitä yksinään selittämään tilan syntyä (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 163).

Oulun yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen teho-osaston neljä työntekijää ovat laatineet vuonna 2017 Delirium-protokollan (Liite 2), jossa on lyhyesti kuvattu tehohoitodeliriumin ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Hoito-osiossa korostuu hoitohenkilökunnan lisäksi myös omaisten rooli. Omaiset voivat osallistua etenkin virikkeiden tarjontaan tuomalla potilaan kotoa valokuvia tai tuttuja esineitä sekä riittävän ohjauksen saatuaan avustaa esimerkiksi potilaan mobilisaatiossa.

Deliriumin oirehdinta on moninaista. Delirium alkaa äkillisesti ja on reversiibeli eli ennalleen palautuva (Loisa 2017). Keskeinen oire on huomiokyvyn ja tarkkaavuuden heikentyminen (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 161). Hyperaktiivisen deliriumin oirekuvaan kuuluu pääsääntöisesti aggressiivisuus, agitoituminen sekä motorinen levottomuus, kun taas hypoaktiivisen deliriumin oireita ovat tietoisuuden väheneminen, nukahtelu sekä motorisen aktiivisuuden vähentyminen (Koivula & Peltomaa 2017).

Potilaan puhe on epäselvää ja usein epäasiallista. Tajunnan taso on usein alentunut, eikä deliriumpotilas jaksa useinkaan olla hereillä. Harhaluulot eli deluusiot, aistiharhat eli hallusinaatiot, aistihairahdukset eli illuusiot sekä ympäristön ärsykkeiden väärin tulkinnat ovat myös kaikki tunnusomaisia oireita. Deliriumpotilaan uni-valverytmi on usein häiriintynyt ja jopa käänteinen; potilas saattaa hyvinkin nukkua päivät ja valvoa yöt. Ajan ja paikan taju on häiriintynyt, eikä potilas kykene painamaan asioita mieleensä. (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 161).

Muina oireina voi esiintyä pelkoa, ahdistuneisuutta, masennusta, apaattisuutta, ärtyisyyttä, tahdottomuutta ja euforiaa. Nämä emotionaaliset oireet voivat joko vaihdella, tai joku piirre voi vallita koko deliriumin ajan. (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 161–162).

Vapina, myoklonia ja ataksia ovat yleisiä neurologisia oireita. Hermostollisia oireita etenkin hyperaktiivisessa deliriumissa ovat pupillien laajentuminen, kiihdytynyt syke ja hengitysfrekvenssi, hikoilu ja punoitus sekä lämmön ja verenpaineen nousu. (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 162.)

Oireyhtymän ennaltaehkäisyssä ja hoidossa hyödynnetään ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomuotoja (Laurila 2012). Tutkimukset osoittavat, että deliriumia voidaan ennaltaehkäistä jopa 30–40 prosentilla potilaista lääkkeettömin hoitomuodoin, kuten orientoimalla potilasta aikaan ja paikkaan sekä toteuttamalla mahdollisimman varhaista mobilisaatiota (Rivosecchi, Smithburger, Svec, Campbell, & KaneGill 2015, 41; Faught 2014, 303.) Myös omaisten läsnäolo ja osallistaminen potilaan hoitoon on tutkimusten mukaan todettu auttavan ennaltaehkäisyssä (Faught 2014, 303). Lääkehoitoa käytetään vain kaikkein vaikeimmin oireilevilla deliriumpotilailla, ja oireiden ollessa psykoottisia käytetään hoitoon erilaisia psykoosilääkkeitä. Eniten näyttöä on haloperidolista. (Laurila 2012).

Teho-osastoilla tapahtuu paljon, eivätkä erilaiset monitoriäänet tai kirkkaat valot ole harvinaisia. Tehohoitopotilaista etenkin deliriumpotilaan hoitoympäristö tulisi kuitenkin rauhoittaa mahdollisuuksien mukaan varsinkin yöaikaan vähentämällä valaistusta ja kovia ääniä, jotta potilaan vuorokausirytmisi säilyisi. (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017, 21; Koivula & Peltomaa 2017.)

Potilaalle tulisi pyrkiä luomaan mahdollisimman turvallinen hoitoympäristö, ja hänelle tulisi aina kertoa ennen toimenpiteitä, mitä tehdään ja miksi. Potilaan omien apuvälineiden, kuten kuulolaitteiden ja silmälasien, käytöstä tulisi myös huolehtia. Hoitohenkilökunnan tulee myös jatkuvasti varmistaa potilaan olevan tietoinen siitä, missä hän on ja minkä vuoksi, ja toistaa tietoa aina tarvittaessa. (Koivula & Peltomaa 2017.)

Varhainen mobilisaatio on näyttöön perustuva lääkkeetön hoitomuoto deliriumin ennaltaehkäisyssä (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017, 21). Tehohoitopotilaan kuntoutumisen tukemisen ja hyvinvoinnin kannalta mobilisointi ja kehon hahmottamisen ylläpitäminen osana kokonaisvaltaista hoitotyötä on hyvin tärkeää. Varhaisessa vaiheessa aloitetulla kuntoutuksella voidaan vähentää muun muassa atelektaasia, keuhkokuumetta, spastisuutta ja anemiaa, jotka ovat kaikki hyvin yleisiä komplikaatioita deliriumin lisäksi tehohoidon aikana. (Alanko, Hagström, Hantikainen & Lähdesmäki 2014, 50.)

Tehohoidossa oleva potilas menettää vähäisen mobilisaation vuoksi nopeasti oman kehon tuntemuksensa sekä resurssinsa liikkua. Nämä ovat ensiarvoisen tärkeitä edellytyksiä esimerkiksi sydämen ja suoliston toiminnalle, hengitykselle ja verenkierrolle sekä ympäristön hahmottamiselle ja painehaavaumien ehkäisylle. (Alanko ym. 2014, 50–51.)

Myös tajutonta potilasta tulee liikkeen ja kosketuksen avulla auttaa tuntemaan oma kehonsa ja sen liikkeet. Tehohoitopotilaat tarvitsevat liikettä ja kosketusta, jotta he voivat tuntoaistinsa kautta orientoitua ympäristöönsä. Kosketuksen ja liikkeen tuoma informaatio on myös tärkeää siinä, että tehohoitopotilas pystyy ylläpitämään kehonsa identiteettiä tai tavoittelemaan identiteettiään takaisin. (Alanko ym. 2014, 519.)

3 OMAISTEN OSALLISTUMINEN TEHOHOITOPOTILAAN HOITOON

Tehohoidossa olevan potilaan riski kuolla on yleensä suurempi kuin muiden potilasryhmien. Keskivaikeita tai vaikeita stressioireita esiintyy 5–60 prosentilla potilaista sekä 33–80 prosentilla omaisista. Näitä oireita ovat esimerkiksi pelot, elimistön toiminnalliset häiriöt, ahdistavat ajatukset, univaikeudet ja sosiaalinen eristäytyminen. (Kaarola 2011, 38.) Norjassa tehdyn tutkimuksen mukaan yli puolet tehohoitopotilaiden omaisista kärsi posttraumaattisista oireista tehohoitajakson vuoksi. Oireiden voimakkuuteen ja pitkäkestoisuuteen vaikuttaa muun muassa se, kuinka toiveikkaita omaiset ovat. (Alfheim ym. 2018, 7–9.) Omaisten kokemat psyykkiset häiriöt sekä niiden voimakkuus vaikuttavat olennaisesti siihen, miten he voivat tukea kriittisesti sairasta läheistään (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau & McVey 2010, 115).

Omaisista tulee rohkaista osallistumaan läheisensä hoitoon. Ohjaus siitä, kuinka osallistuminen tapahtuu, on hoitohenkilökunnan vastuulla. Ohjaukselle tulee myös varata riittävästi aikaa (Anttila ym. 2006, 48). Hoitoon osallistumisen mahdollistaminen voi vahvistaa omaisen tunnetta siitä, ettei hän ole ulkopuolinen tai vieras. (Nikki 2010, 317–318.)

Potilaslähtöisyys on tunnustettu hoitotyössä jo 1970-luvulla, mutta perhelähtöisyydestä tai -keskeisyydestä on alettu puhua vasta viime vuosina. Tehohoidossa se tarkoittaa sitä, että perheenjäsenet ovat sekä osa hoitotiimiä että hoidon ja tuen tarpeessa itsekkin. (Alexander, Kane-Gill, Korenoski & Smithburger 2017, 441.)

Osallistuminen ja osallisuus sekoittuvat etenkin puhekielessä keskenään. Nämä käsitteet tulee kuitenkin erottaa toisistaan. Osallistumisella tarkoitetaan muiden määrittelemää tilannetta, jossa ollaan mukana. Tällaisen tilanteen sisällön aikatauluineen, paikkoineen ja toteutustapoineen on suunnitellut kyseessä olevan alan ammattilainen. (Kettunen & Kivinen 2012, 40.)

Osallisuus taas on käsitteenä paljon laajempi kokonaisuus, ja syntyy osallistumisesta, toiminnasta ja vaikuttamisesta. Osallisuudessa asetetaan

ammattilaisen rinnalle jo suunnitteluvaiheessa, ja se muodostuu tunneperäisesti esimerkiksi arvostuksen ja tuen kokemuksista. Osallisuuden pohjustuksena on tunne yhteenkuuluvuudesta sekä jäsenyydestä. Osallisuuteen liittyy tiedonsaantioikeus, päätöksentekovalta, suunnitteluun osallistuminen sekä oma toiminta. (Kettunen & Kivinen 2012, 40.) Terveystieteiden tutkimuksessa osallisuus on omaisen konkreettista osallistumista potilaan hoitoon, passiivisimmillaan taas läsnäoloa (Olding ym. 2015, 1189–1190).

3.1 Omaisten ohjaus ja informointi

Omaisille annetun tiedon tulee olla ymmärrettävää, ja ohjaukseen tulee varata riittävästi aikaa huomioiden kunkin omaisen yksilölliset tarpeet. Omaista täytyy usein myös rohkaista osallistumaan. Optimaalinen ohjaustilanne rakennetaan yhdessä ohjaajan ja ohjattavan, eli tässä tapauksessa hoitohenkilökunnan ja omaisen, välillä. Ohjaustilanne lähtee ohjattavan tiedontarpeesta ja rakentuu sen mukaan, miten ohjattava kykenee ottamaan itselleen tarpeellista tietoa vastaan. Ohjauksen tulee olla kaksisuuntainen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde, jossa tietoja vaihdetaan omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä. Molempien tietoja yhdistämällä ohjauksella saadaan aikaan paras mahdollinen tulos. (Anttila ym. 2006, 46, 48, 51.)

Hoitohenkilökunnan omaisille antaman ohjauksen sisältö voi vaihdella tilanteen mukaan. Omaisia voidaan ohjata esimerkiksi siinä, miten he voivat olla osallisena hoidossa ja sen suunnittelussa, sekä miten he voivat tukea potilasta hoidon aikana ja sen jälkeen. Myös turvallisuus ja hienotunteisuus muita potilaita kohtaan on hyvä huomioida ohjauksen sisällössä. (Usher 2016, e17.)

Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tietää myös omaisen sosioekonomisista, kulttuurisista ja ympäristöllisistä taustoista sekä tiedoista ja kokemuksista terveydenhuoltoon liittyen, sillä ohjaus on sidoksissa näiden luomaan kontekstiin. Ohjaus voi tapahtua mahdollisimman yksilöllisesti ainoastaan silloin, kun nämä tiedot on kartoitettu etukäteen. (Anttila ym. 2006, 49.)

Tutkimuksissa on osoitettu omaisten tarvitsevan ennen kaikkea tietoa. Johdonmukaisuus on rehellisyyden ja ymmärrettävyyden lisäksi hyvin tärkeä piirre omaisille annettussa tiedossa – kaikkien hoitoon osallistuvien odotetaan kertovan suunnilleen samaa. (Koponen, Mattila & Häggman-Laitila 2008, 7–8.) Myös kommunikointi hoitohenkilökunnan ja omaisen välillä on äärimmäisen tärkeää, jotta omainen voisi sitoutua osallistumaan aktiiviseen päätöksentekoon (Huffines ym. 2013). Hoitohenkilökunnan antama ohjaus luo omaisille käsityksen tehohoidosta. Ohjeita, joista löytyvät tarvittavat yhteystiedot, vierailuajat ja tietoa teho-osaston luonteesta, olisi hyvä löytyä myös kirjallisena. (Karppinen, Vanhanen & Meriläinen 2017.)

Hoitajan tulee selvittää potilaalta, kenelle hän haluaa tietoa annettavan ja minikälaista sen tulisi olla (Anttila ym. 2006, 46). Hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon myös se, että esimerkiksi sedatoidun potilaan mielipiteen saannin ollessa suhteellisen mahdotonta, saa tietoa antaa ainoastaan potilastiedoissa mainitulle lähiomaiselle (L785/1992). Potilaan ilmoittamalle yhteyshenkilölle tai juridisesti lähimmälle omaiselle annettava tieto saa koskea vain senhetkistä tilannetta (Kaarlola 2011, 39). Hoitohenkilökunnan tulee myös huomioida sellainen tilanne, jossa potilas ei halua kertoa kenellekään olevansa sairaalassa. Teho-osastolla tiedotus tapahtuu yleensä yhden omaisen kautta, joka hoitaa tiedottamisen edelleen muille läheisille. (Karppinen, Vanhanen & Meriläinen 2017.)

Omaisiet odottavat saavansa rehellistä tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta ja ennusteesta. Informoitaessa omaista on huomioitava heidän olevan yleensä kriisin shokki- tai reaktiovaiheessa. Samat asiat tulee tavallisesti toistaa useita kertoja, sillä kyky vastaanottaa tietoa on usein alentunut ja ajatukset jähmettyneitä. Tutkimusten mukaan diagnoosi, ennuste ja hoidon luonne jäävät ymmärtämättä noin puolelta omaisista. Myös käytössä olevia psykososiaalisia tukipalveluja tulee määrätietoisesti tarjota sekä omaisille että potilaalle, etenkin jos tilanne on erityisen kuormittava. (Kaarlola 2011, 38–39; STHY 2019, 8.)

Omaisille on tärkeää kertoa tehohoidon sekä teho-osaston luonteesta. Potilaan tilanteesta tulee keskustella avoimesti ja kertoa millaisessa vaiheessa potilas on, vaikka varmaa ennustetta ei pystyisikään tekemään. Tutkimukset

osoittavat omaisten toivovan erityisesti sitä, että kriittisiinkin kysymyksiin vastattaisiin totuudenmukaisesti ja selkeästi. Tämä vahvistaa omaisen turvallisuudentunnetta. (Mitchell ym. 2018, 14; Karppinen, Vanhanen & Meriläinen 2017; STHY 2019, 8.)

Informoinnin tulee olla empaattista ja kannustavaa sekä ehdottomasti selkokielistä. Henkilökunnan antamien tietojen välillä ei saa myöskään olla ristiriitoja. Informaation ei suositella olevan kovin yksityiskohtaista, ja kirjallista informaatiota olisi hyvä antaa suullisen tiedon tueksi, sillä puhuttu tieto ei jää muistiin aina kovinkaan hyvin. (Kaarlola 2011, 39.)

3.2 Omaisten saama sosioemotionaalinen tuki

Läheisen ihmisen vaikea sairaus koetaan kriisinä. Etenkin tehohoitopotilaiden omaiset kokevat muutoksia fyysisissä, psyykkisissä ja sosiaalisissa voimavaroissaan sekä koko elämäntilanteessaan. Omaisen kokemus tilanteen ja oman ahdistuksensa hallinnasta on riippuvainen potilaan voinnista ja ennusteesta. Hoitohenkilökunnan tuki ja apu on tärkeää, jotta omainen jaksaisi tukea potilasta ja kykenisi sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. (Anttila ym. 2006, 44.)

Omaisen kokemat kriisireaktiot ja niiden vaiheet ovat yksilöllisiä ja terveitä reaktioita terveessä mielessä. Sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleensuuntautumisen vaihe voivat kaikki vaikuttaa sekä eriaikaisesti että samanaikaisesti prosessin aikana. Sokkivaiheessa keho voi reagoida esimerkiksi nälän tunteen väistymisellä ja reaktiovaiheessa esimerkiksi sydämentykytyksellä, pahoinvoinnilla ja muisti- tai univaikeuksilla. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa psykosomaattiset oireet väistyvät, mutta muisti- ja univaikeuksia voi vielä esiintyä. Uudelleensuuntautumisvaiheessa olevan omaisen psyykkiset oireet, kuten toivottomuus ja ahdistuneisuus, tulisi osata huomioida. (Karppinen 2017.)

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan potilaan fyysisen ja psyykkisen tilan arvioinnin lisäksi kykyä arvioida omaisen tuen, tiedon ja avun tarvetta. Mitä parempaa

tietoa hoitohenkilökunta pystyy omaiselle antamaan, sitä paremmin omainen selviytyy muuttuneen elämäntilanteen aiheuttamasta ahdistuksesta. Lisäksi omaisen saadessa tietoa potilaan hoidosta ja voinnista kykenee hän epä tietoisuuden aiheuttaman ahdistuksen ja avuttomuuden hälvetessä osallistumaan potilaan hoitoon. (Anttila ym. 2006, 44–45.)

Omaisets ovat potilaan hoidossa tärkeä voimavara, ja koska omaisilla on merkittävä vaikutus potilaan hyvinvointiin, on tärkeää, että hoitohenkilökunta ottaa heidät huomioon (Anttila ym. 2006, 44). Omaisten huomioon ottaminen vaikuttaa myös siihen, kuinka tyytyväisiä hoitoon ja sen tuloksiin ollaan (Huffines ym. 2013).

Riittävästi tukea saanut omainen selviytyy tutkimusten mukaan kriisistä paremmin kuin sellainen, jota ei tueta tarpeeksi. Omaisille tulee luoda tunne siitä, että hoitohenkilökunta on helposti lähestyttävää ja halukas auttamaan. Omaisten saama tuki voi olla konkreettista, tiedollista tai emotionaalista. Konkreettinen tuki on välitöntä apua sekä tietojen ja neuvojen antamista liittyen omaisen omaan terveydentilaan. Tiedollisen tuen tarkoitus on auttaa ongelmien ratkaisussa. Emotionaalisen tuen ilmenemismuotoja ovat esimerkiksi läheisyys, arvostus ja luottamus. (Lehto, Laitinen-Junkkari & Turunen 1998, 67–68.)

Hyvä vuorovaikutussuhde ja kommunikointikyky ovat emotionaalisen tuen antamisen tukipilareita. Hoitohenkilökunnan tulee olla empaattista ja kunnioittavaa omaisia kohtaan, jotta hyvä vuorovaikutussuhde pääsisi syntymään. Myös aitous, eli kyky olla rehellinen ja luonteva, on tärkeä piirre hoitohenkilökunnassa, sillä omaiset aistivat herkästi hoitohenkilökunnan piilotetut asenteet. Omaiset kaipaavat hoitohenkilökunnalta usein lohdutusta, myötätuntoa ja aikaa. Hoitohenkilökunnan on myös hyvä ohjata omaisia fyysiseen hyvinvointiin liittyvissä asioissa, ja korostaa etenkin riittävän levon ja ruokailun tärkeyttä. (Anttila ym. 2006, 50; Joenpolvi 2012, 136–137.) Myös erilaisia tukipalveluita on usein hyvä ohjata käyttämään. Tällaisia tukipalveluita ovat esimerkiksi paikalliset kriisikeskukset ja sairaalateologi (Karppinen, Vanhanen & Meriläinen 2017).

Sairaalassa vierailu voi aiheuttaa omaisille ulkopuolisuuden tunteen, jota hoitohenkilökunta voi lievittää ottamalla heidät mukaan potilaan hoitoon. Hoitohenkilökunnan tulee tässä suhteessa olla aktiivisempi osapuoli ja kutsua omaiset mukaan hoitoon ja muuhun yhteistyöhön. Omaiset eivät useinkaan uskalla aloittaa keskustelua, jolloin vastuu jää hoitohenkilökunnalle. (Anttila ym. 2006, 47.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas tehohoitopotilaiden omaisten käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tehohoitotyöhön liittyvää potilaiden omaisten ohjausta ja osallistamista läheisensä hoitoon tuotetun oppaan avulla.

5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ – TARPEESTA OPPAAKSI

Tutkimuksellisen opinnäytetyön ollessa nimensäkin mukaisesti tutkimus, on toiminnallinen opinnäytetyö sen vaihtoehto, jolla tavoitellaan toiminnan ohjeistamista tai opastamista ammatillisessa kentässä. Toteuttamistapa voi olla kohderyhmän mukaan esimerkiksi tapahtuma tai opas. Opinnäytetyön tulisi myös olla käytännönläheinen ja työelämälähtöinen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.)

Opinnäytetyönä tuotettu opas tehtiin sosiaali- ja terveysalan tuotteistamisprosessin mukaisesti. Työssä noudatettu tuotteistamisprosessi on peräisin Jämsän ja Mannisen vuonna 2000 julkaisemasta Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla -nimisestä oppaasta.

Jo vanhentuneen määritelmän mukaan tuotteella on tarkoitettu materiaalisia tavaroita, mutta se voi tarkoittaa tavaroiden lisäksi myös palveluita. Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden tulee olla alan tavoitteiden mukaisia ja noudattaa alan eettisiä ohjeita. (Jämsä & Manninen 2000, 13–14.)

Hyvien ohjeiden lähtökohtina ovat laitoksen tarpeet ohjata toimimaan oikein sekä ohjeen käyttäjien tarpeet saada olennainen tieto. Ohje kirjoitetaan ajatellen sen lukijaa eikä ammattilaista, ja siinä käytetään mieluiten teitittelymuotoa sekä vältellään käskyjä ja niin sanottua sairaalasingia. Tekstin sisältämän ohjeistuksen tulee olla perusteltua, ja tärkeimpien asioiden tulee löytyä tekstin alusta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35–44.) Jos ohjeessa on paljon tekstiä, olisi perusteluita hyvä löytyä muualtakin, kuin vain ohjeistuksen alussa. Näin ohjeen alussa käytetyt perustelut eivät unohdu ohjetta lukiessa, ja motivaatio ohjeen mukaan toimimisessa säilyy. (Hyvärinen 2005.) Hyvässä ohjeessa on myös vältelty esimerkiksi passiivimuotoa, liian pitkiä tai liian lyhyitä ja hakkaavia virkkeitä, vierasperäisiä ammattisanoja ja epämääräisiä lyhenneitä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 47–53). Passiivimuodon käyttö on toki yleisesti mielletty kohteliaaksi, mutta se voi muuttua ohjeissa epäselväksi. Aktiivimuotoon kirjoitetut ohjeet kertovat sen sijaan selkeämmin, kenen tulee

toimia. Myös oikeinkirjoitukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Hyvärinen 2005.)

5.1 Idea ja luonnostelu

Ideavaiheessa on olemassa varmuus kehittämistarpeesta, mutta ratkaisukeino ei vielä ole päätetty. Tällöin käynnistyy ideointiprosessi, jossa pyritään löytämään ratkaisu ajankohtaiseen ongelmaan erilaisilla innovaatioilla. Tähän vaiheeseen voi käyttää apuna esimerkiksi aivorihtä, jossa luovuuden avulla pyritään saamaan mahdollisimman monta ideaa. Näin käyttökelpoisen idean löytäminen on todennäköisempää. (Jämsä & Manninen 2000, 35–36.)

Ideointivaihe on tässä opinnäytetyössä hoidettu täysin yhteistyökumppanin puolelta. Työelämässä oli herännyt tarve oppaalle, ja tämä tarve osoitettiin suoraan opinnäytetyön tekijälle.

Kun päätös siitä, millainen tuote suunnitellaan ja valmistetaan, on tehty, pääsee luonnosteluvaihe käynnistymään. Tuotteen luonnostelua ohjaavat useat eri näkökohdat, jotka on otettava huomioon, jotta suunniteltavana olevan tuotteen laatu säilyisi. Asiakasprofiili, eli tuotteen ensisijaiset hyödyntäjät ja heidän tarpeensa, tulee selvittää, kuten palvelun tuottajienkin tarpeet. Lisäksi toimintaympäristöön olisi hyvä tutustua sekä selvittää ja rajata tuotteen asiasialtö heti alkuvaiheessa. Tässä tulee hyödyntää mahdollisimman tuoretta tutkimustietoa. Myös erilaiset sidosryhmät, kuten muut ammattiryhmät, tulee ottaa huomioon ja hyödyntää moniammatillista asiantuntijatieta. Toimintaympäristöillä ja -yksiköillä on säädöksiä, ohjeita, arvoja ja periaatteita etenkin sosiaali- ja terveysalalla, ja ne tulee niin ikään huomioida. Myös mahdolliset rahoitusvaihtoehdot tulee selvittää, jos se on tarpeen. Näiden tietojen pohjalta voi täsmentää tuotekuvauksen, jonka sisältämät tiedot ovat olennaisia suunniteltavaan tuotteeseen liittyen. (Jämsä & Manninen 2000, 43–51.)

Opinnäytetyönä tehtävän oppaan luonnostelu alkoi jo siinä vaiheessa, kun ensimmäinen suunnittelupalaveri pidettiin lokakuussa 2018. Palaverissa keskusteltiin tuotettavan oppaan ulkoasusta ja sisällöstä. Oppaan sovittiin olevan A5-

kokoinen, kuvitettu ja ehdottomasti värillinen. Oppaassa myös välteltäisiin ammattisanastoa, sillä käyttäjäryhmä olisivat ensisijaisesti tehohoitopotilaiden omaiset. Tekstiä sovittiin aluksi olevan mahdollisimman vähän, mutta prosessin edetessä päädyttiin tekstiä lisäämään, jotta oppaasta välittyisi kuitenkin tietynlainen ammattimaisuus ja että tuotteessa säilyisi ohjaava ote. Oppaaseen tarvittavan valokuvauksen sovittiin tapahtuvan pääsääntöisesti Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osaston tiloissa, ja kuvauksesta vastaisi teho-osaston henkilökuntaan kuuluva henkilö. Kuvausta sovittiin myös suunniteltavan etukäteen ennen varsinaista kuvausta, jotta kuvaustilanne sujuisi mahdollisimman jouhevasti. Kuviin liittyvän rekvisiitan ja sen hankinnan sekä suunnittelun sovittiin olevan opinnäytetyön tekijän vastuulla.

5.2 Kehittely ja viimeistely

Kehittelyvaihe etenee luonnosteluvaiheessa tehdyn suunnitelman mukaisesti. Tässä vaiheessa voi käyttää apuna niin sanottuja työpiirustuksia, joissa luonnostellaan ja jäsennellään tuotteen asiasisältöä. Kuten tässäkin tapauksessa, monet sosiaali- ja terveysalan tuotteet on tarkoitettu informaation välitykseen. Tuotteen keskeisin sisältö muodostuu mahdollisimman täsmällisistä, helposti ymmärrettävistä ja vastaanottajan tarpeet huomioivista tosiasioista. Painotuotetta tehtäessä on myös valittava tekstin tyyli ja ulkoasu. (Jämsä & Manninen 2000, 54–57.)

Tässä opinnäytetyössä tuotettu opas kehiteltiin yhteistyössä työelämän kanssa. Opinnäytetyön tekijä suunnitteli oppaan tekstit ja kuvat, ja ne hyväksyttiin työelämän yhteistyökumppaneilla. Valokuvat, joihin tarvittiin selkeä teho-osastoympäristö, on kuvattu Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastolla joulukuussa 2019 ja tammikuussa 2020. Ensimmäinen valokuvaus suunniteltiin etukäteen hyvin, joten siihen varatusta tunnista kului vain puolet. Valokuvaukseen osallistui opinnäytetyön tekijän lisäksi viisi teho-osaston henkilökunnan jäsentä, joista kolme esiintyi opinnäytetyön tekijän lisäksi kuvissa. Kuvaustilanteen päätyttyä kuvista valittiin yhdessä ne, joita käytettäisiin oppaassa. Loput oppaassa käytetyistä kuvista on kuvattu muissa tiloissa.

Oppaan visuaalinen suunnittelu oli myös niin ikään opinnäytetyön tekijän vastuulla. Oppaan ollessa taiteltava malli ja A5-kokoinen oli opasta tehtäessä huomioitava muun muassa käytetyn fontin koko sekä oppaassa käytettyjen kuvien rajausta ja asetusta. Oppaan sovittiin yhteistyökumppanin kanssa olevan värillinen, joten käytettyjen valokuvien valotuksia ei tarvinnut säätää, jotta ne toimisivat myös mustavalkoisina. Oppaan kuvat ja teksti aseteltiin siten, että kokonaisuus olisi visuaalisesti mahdollisimman miellyttävä sekä helppolukuinen. Kuten Vilkka ja Airaksinenkin toteavat (2003, 69), oli kehittäelyvaiheessa mahdollista tuottaa uutta ja uudistaa käytäntöjä persoonallisella tavalla.

Tuotekehittelyn viimeistelyvaiheessa tuotteesta tarvitaan palautetta ja arviointia. Palaute kannattaa hankkia sellaisilta henkilöiltä, joille tuote ei ole entuudestaan tuttu, jolloin palaute on mahdollisimman autenttista. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Tuotetun oppaan ensimmäinen versio lähetettiin sähköisesti osalle teho-osaston henkilökunnasta joulukuussa 2019 kommentointia varten. Heiltä pyydettiin palautetta oppaan yleisestä ulkoasusta ja sisällöstä. Palautekyselyn yhteyteen ei liitetty tarkkoja kysymyksiä, joiden mukaan palautetta olisi pitänyt antaa, vaan palautteen antajat saivat kommentoida opasta täysin vapaasti. Palautetta pyydettiin yhteensä kahdeksalta henkilöltä, ja heiltä saatu palaute koettiin riittäväksi oppaan viimeistelyyn. Tuote ei ollut heille entuudestaan tuttu, joten palaute oli laadukasta ja autenttista.

Viimeistely käynnistyy saatujen palautteiden ja kokemusten perusteella, ja se voi sisältää esimerkiksi yksityiskohtien hiontaa. Viimeistelyvaiheessa suunnitellaan myös tuotteen jakelu ja sen markkinointi. (Jämsä & Manninen 2000, 81.) Oppaasta saadut kehittävät palautteet koskivat kaikki pääsääntöisesti oppaassa käytettyjä ilmaisuja, joita opinnäytetyön tekijä korjasi oppaan lopulliseen versioon. Lopulliseen versioon lisättiin myös erään palautteenantajan toiveen mukaisesti hieman perustellumpaa ja ohjaavampaa tekstiä. Palautetta saatiin myös oppaan kuvista, joista kolme vaihdettiin lopulliseen työhön vastaamaan paremmin oppaan tekstejä ja parantamaan oppaan ulkonäköä. Myös oppaan työnimi muuttui palautteiden mukaisesti nykyiseen versioonsa Potilaan asialla – Läheinen potilaan tukena.

Oppaan lopullinen versio on hyväksytetty teho-osaston ylihoitajalla ja ylilääkärillä ennen sen julkaisua ja käyttöön ottoa työelämässä. Valmiin oppaan jakelu tapahtui sovitusti ainoastaan Oulun yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen teho-osastolla. Opas on saatavissa teho-osaston omissa suojaetuissa tiedostoissa ja on vain teho-osaston työntekijöiden muokattavissa ja päivitettävissä. Oppaan markkinointi tapahtui teho-osaston osastokokouksessa kevättalvella 2020, jolloin opinnäytetyön tekijä esitteli valmiin oppaan teho-osaston henkilökunnalle. Henkilökunnalle esiteltiin myös opinnäytetyön raportista poimittuja oppaan käyttöä tukevia huomioita, jotta sen käyttö olisi mahdollisimman sujuvaa.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tuotteistamisprosessi eteni hyvin sujuvasti, sillä opinnäytetyön tekijän ja työelämän yhteistyökumppaneiden näkemykset tuotettavasta oppaasta olivat prosessin alusta saakka hyvin samanlaisia. Vuorovaikutus oli tasa-arvoista ja opinnäytetyön tekijä sai palautetta jatkuvasti, mikä tuki sekä prosessin kulkua että opinnäytetyön tekijän ammatillista kasvua.

Opinnäytetyöstä tehdyn sopimuksenkin mukaisesti opinnäytetyön tekijä sai yhteistyökumppaneilta myös mahdollisuuden hankkia ja käyttää valmista aineistoa, joka oli tuotettu yhteistyökumppanin toimesta aikaisemmin. Opinnäytetyön tekijä sai myös koko prosessin ajan riittävää ohjausta yhteistyökumppanilta opinnäytetyön sisältöön liittyen.

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, sillä sille oli jo prosessin alkumetreillä osoitettu selkeä tarve työelämässä. Opinnäytetyönä tuotettu opas kehittää käyttöön päästyään työelämää olemalla hoitohenkilökunnan tukena omaisia osallistavassa ohjauksessa. Opas ohjaa sekä tehohoitopotilaan omaisia että tehohoitajia osallistumisen keinoihin, ja on helposti sovellettavissa kunkin potilaan tilanteeseen sopivaksi. Oppaassa korostetaan, että vastuu päätöksistä ja ohjauksesta on teho-osaston lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla, jotta potilasturvallisuus säilyisi.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä hoitotyöhön liittyvä perhekeskeisyys on alkanut puhututtaa myös tehohoitotyössä viime aikoina. Tulevaisuudessa potilaiden omaisia tullaan mahdollisesti huomioimaan hoitotyössä entistä enemmän myös aikuisten hoitotyössä. Edessä lieneekin jonkinlainen murros työelämässä, sillä tähän asti omaiset ovat osallistuneet potilaan hoitoon erikoissairaanhoidon piirissä lähinnä lapsipotilaiden parissa. Toisaalta opas voi puhututtaa hoitohenkilökuntaa myös negatiivisessa mielessä, sillä omaiset koetaan usein avun sijasta taakkana hoitohenkilökunnan keskuudessa. Tästä syystä oppaan vakiintuminen käyttöön voi vaatia pitkänkin ajan.

Tehohoidon kiinnostaessa opinnäytetyön tekijää aihepiirin valinta oli luonnollinen, ja ohjaavan opettajan antaman neuvon myötä opinnäytetyön tekijä ja työelämän tarve löysivät toisensa. Työelämän puolesta toimeksi annetun opinnäytetyön etu onkin Vilkan ja Airaksisen mukaan (2003, 17) siinä, että käytännönläheistä ja työelämänlähtöistä kehittämistarvetta tai ongelmaa pääsee ratkaisemaan ja pohtimaan jo opiskeluaikana. Se voi myös auttaa peilaamaan omia tietoja ja taitoja työelämän tarpeisiin sekä suunnata ammatillista kasvua (Vilka & Airaksinen, 2003, 17).

Opinnäytetyön aihe oli haastava ja tietoa opinnäytetyön aihepiiriin liittyen löytyi myös varsin laajasti. Suurimmaksi haasteeksi prosessin aikana nousikin tiedon määrä ja ennen kaikkea tiedon laadullinen rajaus. Vaikka tietoa kerätäänkin toiminnallisessa opinnäytetyössä samoin keinoin, on tutkimuskäytäntöjen merkitys väljempää kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä (Vilka & Airaksinen 2003, 57). Opinnäytetyön raporttiin on sisällytetty sen kannalta oleellisin ja ajantasaisin tieto.

Opinnäytetyön aikataulutusta oli haasteellista, sillä teho-osaston ollessa hyvin kiireinen työympäristö oli yhteistä aikaa vaikea löytää opinnäytetyön tekijän ja yhteyshenkilöiden kesken. Tähän oli kuitenkin kaukonäköisesti varauduttu jo opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa tutkimuslupaa hakiessa, eikä prosessin loppuun saattamisen kanssa tullut kiire. Opinnäytetyön prosessi sujui kokonaisuudessaan alkuperäisen aikataulun mukaisesti.

Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen matka. Aikataulutusta, palautteen vastaanottaminen ja kriittisyys tiedon hankinnassa ovat prosessin aikana kehittyneistä taidoista tärkeimpiä. Opinnäytetyölle asetetut henkilökohtaiset tavoitteet toteutuivat myös erinomaisesti.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö tehtiin sosiaali- ja terveystieteiden kansallisia ja kansainvälisiä eettisiä ohjeita noudattaen. Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, sillä ainoastaan hyvän

tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla tehdyt tieteelliset tutkimukset ovat eettisesti hyväksyttäviä ja tutkimus ja sen tulokset luotettavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tiedonhaussa käytetyt menetelmät ovat eettisesti kestäviä, eli tietoa on hankittu alan asianmukaisista tietolähteistä. Sen mukaan myös tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat, kuten rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, tulee huomioida. Muiden tutkijoiden tekemää tutkimustyötä on kunnioitettava ja niihin on viitattava asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Vilka 2005, 30–31.) Opinnäytetyön lähdeviitteet ja varsinainen lähdeluettelo on ilmoitettu Diakonia-ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajien päivittäistä päätöksentekoa. Näissä ohjeissa todetaan muun muassa sairaanhoitajien vahvistavan potilaan omaisten osallistumista potilaan hoitoon toimimalla yhdessä heidän kanssaan. Sairaanhoitajien painotetaan myös palvelevan yksilöiden lisäksi sekä perheitä että yhteisöjä. (Sairaanhoitajaliitto.) Edelliset toteutuvat myös tässä opinnäytetyössä erinomaisesti.

Ennen tutkimustyön aloitusta on hyvän tieteellisen käytännön (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6) mukaisesti tehty tutkimussuunnitelma, hankittu tutkimuslupa ja tehty tarvittavat sopimukset opinnäytetyön tekijän, opinnäytetyön alkuperäisen ohjaajan ja työelämäyhteistyökumppaneiden välillä. Sopimuksista käy ilmi kunkin osapuolen vastuu ja velvollisuudet sekä tekijänoikeuksiin liittyvät asiat. Tässä tapauksessa opinnäytetyön tilaajalle siirtyvät oikeudet muokata ja päivittää tuotettua opasta, ja opinnäytetyön tekijälle jää moraalinen tekijänoikeus. Moraalinen tekijänoikeus on tekijänoikeuslaissa (L404/1961) todettu siten, että tekijä on hyvän tavan vaatimana ilmoitettava silloin, kun teos tulee yleisön saataviin.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin koko prosessin ajan. Opinnäytetyössä käytettiin näyttöön perustuvia tutkimuksia ja julkaisuja, mikä ehdottomasti lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Tiedonhaussa huomioitiin myös lähteiden julkaisuvedot, sillä sosiaali- ja terveysalalla tutkimustieto voi muuttua nopeasti. Opinnäytetyön raporttiin on käytetty mahdollisimman tuoreita ja ajantasaisia julkaisuja. Uusiin tutkimuksiin sisältyy myös aiempien tutkimusten kestävä tieto

(Vilkka & Airaksinen 2003, 73). Opinnäytetyöhön liittyvässä tiedonhaussa käytettiin myös ainoastaan luotettavia tietokantoja. Opinnäytetyön lähteiksi on valikoitu useita julkaisuja, joista on poimittu opinnäytetyön raportin kannalta oleellisin tieto. Lähteissä on suosittu myös alkuperäisiä julkaisuja. Näin vältetään toissijaisten lähteiden tulkinnan aiheuttamalta tiedon muuttumisen vaaralta (Vilkka & Airaksinen 2003, 73). Tiedonhaussa on huomioitu myös eri julkaisuissa toistuvat tekijät. Kunkin alan kirjallisuudessa toistuva tekijä on todennäköisesti tunnettu ja arvostettu alallaan (Vilkka & Airaksinen 2003, 72).

6.2 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön julkaisuhetkellä vuonna 2020 Suomessa ei perhekeskeisyyttä ole varsinaisesti vielä liitetty aikuisten hoitotyöhön oli kyseessä sitten teho-osasto tai vuodeosasto. Tilanne on muualla Euroopassa jo kuitenkin erilainen, joten aika näyttää, mihin suuntaan tilanne Suomessa lähivuosina kehkeytyy.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää miten opinnäytetyönä tuotettua opasta hyödynnetään tehohoito potilaiden omaisten keskuudessa ja millaisia kokemuksia oppaan käytöstä on omaisilla ja teho-osaston hoitohenkilökunnalla. Jatkotutkimusten pohjalta opasta voisi edelleen muokata vastaamaan paremmin käyttäjien tarvetta.

LÄHTEET

- Ala-Kokko, T., Karlsson, S., Pettilä, V. & Tallgren, M. (toim.) (2017). *Teho-
hoito-opas*. (5. uud. p.) Helsinki: Duodecim.
- Alanko, C., Hagström, K., Hantikainen, V. & Lähdesmäki, I. (2014). Kineste-
tiikka tehohoitopotilaan kuntoutuksessa. *Tehohoito* 32 (1), 50–
54.
- Alexander, S., Kane-Gill, S., Korenoski, A. & Smithburger, P. (2017). Percep-
tions of families of intensive care unit patients regarding involve-
ment in delirium-prevention activities: A qualitative study. *Critical
Care Nurse* 37 (6), e1–e9.
- Alfheim, H., Hofsvø, K., Småstuen M., Tøien, K., Rosseland, L. & Rustøen T.
(2018). Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of
intensive care unit patients: A longitudinal study. *Intensive & Cri-
tical Care Nursing* 50, 5–10.
- Anttila, M., Kukkola, L., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Haapsaari,
N., Koivikko, S. & Verronen, T. (2006). Omaisten ohjaus. Teok-
sessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) (2006).
*Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat
ohjausmallit* (s. 44–56). Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yli-
opisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Saatavilla
[https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytan-
non-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html](https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytan-
non-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html)
- Bailey, JJ, Sabbagh, M., Loiselle, CG, Boileau, J. & McVey, L. 2010. Suppor-
ting families in the ICU: A descriptive correlational study of infor-
mational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive
and Critical Care Nursing* 26(2), 114–122.
- Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. (2006). Sekavuus. Teoksessa Kaste, M., Soi-
nila, S., ja Somer, H. (toim.), *Neurologia* (s. 161–166). (2. uud.
p.). Helsinki: Duodecim.
- Faught, D. (2014). Delirium: the nurse's role in prevention, diagnosis, and
treatment. *Medsurg nursing* 23(5), 301–305.

- Hickin, S., White, S. & Knopp-Sihota, J. (2017). Delirium in the Intensive Care Unit—A Nursing Refresher. *Canadian Journal of Critical Care Nursing* 28(2), 19–23.
- Huffines, M., Johnson, K., Smitz Naranjo, L., Lissauer, M., Fishel, M., D' Angelo Howes, S., Pannullo, D., Ralls, M. & Smith, R. (2013). Improving Family Satisfaction and Participation in Decision Making in an Intensive Care Unit. *Critical care nurse* 33, 56–69. Saatavilla <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/5/56.full>
- Huttunen, M. (2017). Sekavuustila (delirium). Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 23.4.2020 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357
- Hyvärinen, R. (2005). Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>
- Joenpolvi, M. (2012). Omaisen hyvinvointi läheisen tehohoitojakson aikana – haaste hoitohenkilökunnalle. *Tehohoito* 30 (2), 136–137.
- Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Kaarlola, A. (2011). Potilaan ja omaisten informointi ja tukeminen tehohoidon aikana. *Tehohoito* 29 (1), 38–39.
- Karppinen, H., Vanhanen M. & Meriläinen, M. (2017). Läheisten tukeminen tehohoitojakson aikana. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Karppinen, H. (2017). Läheisten kriisireaktiot ja -vaiheet. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Kettunen, T. & Kivinen, T. (2012). Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (4), 40–42.
- Koivula, H. & Peltomaa, M. (2017). Tehohoitopotilaan sekavuus. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Koponen, L.; Mattila, L.-R. & Häggman-Laitila, A. (2008). Perheen jäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta – katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. *Hoitotiede* 20 (1), 3–13
- L 404/1961. Tekijänoikeuslaki. Saatavilla 18.12.2019 <http://www.finlex.fi/fi/ajantasa/1961/19610404>

- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla 14.5.2019
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P13>
- Laurila, J. (2012). Delirium. *Duodecim* 128 (6), 642–647.
- Lehto, B., Laitinen-Junkkari, P. & Turunen, H. (1998). Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. *Hoitotiede* 12 (2), 66–76.
- Liisanantti, J. (2011). Tehohoitopotilaan delirium. *Finnanest* 44 (4), 290–292.
- Loisa, P. (2017). Sekavuusoireyhtymä (delirium). Teoksessa T. Ala-Kokko, S. Karlsson, V. Pettilä & M. Tallgren (toim.). *Tehohoito-opas*. (316–318). (5. uud. p.). Helsinki: Duodecim
- Mitchell, M., Dwan, T., Takashima, M., Beard, K., Birgan, S., Wetzig, K. & Tonge, A. (2018). The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study. *Intensive & Critical Care Nursing* 50, 11–20.
- Nikki, L. (2010). Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla – kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 22 (4), 312–323.
- Olding, M., McMillan, S., Reeves, S., Schmitt, M., Puntillo, K. & Kitto, S. (2015). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations* 19, 1183–1202.
- Olson, T. (2012). Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. *Dynamics* 23 (4), 32–36.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a. Tehohoito. Saatavilla 8.6.2019
<https://www.ppshep.fi/Toimipaikat/Tehohoito/Pages/default.aspx>
- Reinikainen, M. & Varpula, T. (2018). Suomalainen tehohoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*. Saatavilla 8.6.2019
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/2/duo14120>
- Rivosecchi, R., Smithburger, P., Svec, S., Campbell, S. & KaneGill, S. (2015). Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review. *Critically care nurse* 35(1), 39–51.
- Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

- Suomen lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. Hoidon erityiskysymyksiä. Tehohoito. Saatavilla 8.6.2019
<https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/hoidon-erityiskysymyksiä/tehoito/>
- Suomen Tehoitoyhdistys (2019). Suomen Tehoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 2019. Saatavilla 6.7.2019 https://sthy.fi/wp-content/uploads/2019/04/STHY_Eettiset_ohjeet_LOW4.pdf
- Tomlinson, E. (2016). Delirium. *Australian nursing & midwifery journal* 24(3), 22–25.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. (2002). Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavilla 11.7.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Usher, B. (2016). Family visitation in the adult intensive care unit. *Critical Care Nurse* 36(1), e15–e19.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. (2005). Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Potilaan asialla



Läheinen potilaan tukena

Hyvä potilaan läheinen,

Läsnäolonne on tärkeä tuki potilaalle ja sillä on tärkeä merkitys hänen vointiinsa. Voitte halutessanne osallistua läheisenne toipumisen tukemiseen.

Läsnäolonne ja osallistumisenne on täysin vapaaehtoista. Lääkärimme ja hoitohenkilökuntamme vastaavat hoitoon liittyvistä päätöksistä, joten Te saatte keskittyä läsnäoloon ja osallistua läheisenne hoitoon ja kuntoutukseen, mikäli oma jaksamisenne ja läheisenne tila niin sallii.

Osallistumisen keinoista on hyvä keskustella ensin omahoitajan kanssa. Voimme myös joutua rajoittamaan vierailuanne esimerkiksi läheisenne voinnin tai hoitotoimenpiteiden vuoksi.

Tässä oppaassa on muutamia vinkkejä liittyen siihen, mitä voisitte tehdä läheisenne hyväksi teho-osastolla.

Kiitos yhteistyöstänne!

Teho-osasto on hyvin kuormittava hoitoympäristö erilaisine laitteineen ja hoitovälineineen. Voitte tuoda tuttuja esineitä läheisenne kotoa. Tutut esineet tai valokuvat auttavat häntä säilyttämään kosketuksen omaan elämäänsä. Tehovalvonnan tv:ssä on mahdollisuus katsoa valokuvia muistitikulta.



Voitte lukea läheisellenne sanomalehtiä tai kirjoja, sekä kertoa omat kuulumisenne. Tutut äänet edistävät toipumista.

Millainen on läheisenne päivärytmi – kertokaa meille. Millaisia ovat hänen ilta- tai aamurutiininsa? Millainen nukkuja hän on? Lepo ja normaali uni ovat tärkeitä elementtejä toipumisen tueksi. Mahdollisuuksien mukaan voimme tukea näitä elementtejä läheisenne totutuin kotikonstein.



Jos potilaalla on kotona käytössä tablettitietokone, voitte tuoda sen hänelle, jotta hän voi katsoa mielihjelmaansa. Voitte myös soittaa läheisellenne hänen mielimusiikkiaan tai äänikirjaa.

Potilaan raajojen liikkuvuutta tuetaan tehohoidon aikana ja voitte osallistua siihen hoitajan ohjauksessa. Liikeratojen ylläpito on tehohoitopotilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi ja kuntoutumisen tukemiseksi hyvin tärkeää. Myös tajutonta potilasta tulee liikkeen ja kosketuksen avulla auttaa tuntemaan ja hahmottamaan oma kehonsa ja sen liikkeet.

Voitte hieroa läheisenne käsiä tai jalkoja sekä liikutella niveliä. Rauhalliset, pitkät vedot tukevat kehonhahmotusta.



Voitte auttaa läheistänne aamu- tai iltatoimissa. Voitte esimerkiksi rasvata hänen käsiään tai jalkojaan, kammata hänen hiuksiaan tai tuoda kotoa hänen lempikasvovoiteensa.

Voitte avustaa läheistänne juomisessa ja ruokailussa – mitkä ovat hänen mieliruokansa ja –juomansa?



Autatte läheistänne myös pitämällä huolen itsestänne. Oman jaksamisenne kannalta riittävä lepo, liikunta ja ruokailu ovat tärkeitä. Tarvittaessa saatte itsellenne tukea yleissairaalapsykiatrian poliklinikalta tai sairaalapastorilta. Hoitaja auttaa teitä yhteydenotossa.



Kiitos, kun olet siinä.



Ohje hyväksytty: Marjaana Haataja teho-osaston ylihoitaja, Tero Ala-Kokko
teho-osaston ylilääkäri

Opinnäytetyönä tehnyt
Emilia Haataja, Sairaanhoitajaopiskelija, Diakonia-ammattikorkeakoulu

LIITE 2. Delirium-protokolla

TEHOHOITODELIRIUMIN ENNALTAEHKÄISY JA HOITO

Kartoita riskitekijät

Potilaasta johtuvat

- * korkea ikä, DM, HTA
- * yleiskunnon heikkous
- * muistisairaus, dementia
- * aikaisemmat aivovauriot
- * kouristukset, epilepsia
- * huono kuulo, näkö
- * lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttö

Akuutista sairaudesta johtuvat

- * Sepsis, enkefaliitti, meningiitti, AVH
- * ARDS, hypoksia,
- * monielinvaurio
- * metaboliset häiriöt
- * kuume, hypotermia
- * lääke- ja huumausaineyliannos
- * vieroitusoireet

Hoidosta ja ympäristöstä johtuvat

- * sedatiivat / opioidit
- * immobilisaatio
- * katetrit/kanyylit
- * hengityslaittehoito
- * täydellinen iv-ravitsemus
- * aliravitsemus, anemia
- * unen puute, unihäiriöt
- * meluisa, levoton ympäristö

Tee riskinarvio

ICDSC

- * Arvioi deliriumriskiä säännöllisesti
- * Kirjaa vähintään 4 kertaa/työvuoro
- * > 4 pistettä = suuri riski

RASS

- * Arvioi sedaation syvyys vähintään 4 kertaa/työvuoro
- * Jos alle -3, kevennä sedaatiota ellei vasta-aiheita

VAS/CPOT

- * Arvioi kipua jatkuvasti
- * Kirjaa vähintään kahden tunnin välein

Tunnista, ehkäise ja hoida

Jatkuva ennaltaehkäisy

- * päivittäinen sedaation keskeytys ja spontaanisti hengitystesti
- * riskitekijöiden tunnistaminen ja korjaaminen

Varhainen tunnistaminen

Hyperaktiivinen	Hypoaktiivinen
kiihtyneisyys	tietoisuuden väheneminen
levottomuus	jähmeys
nopea, äänekäs puhe	vähäinen, hidas puhe
ärsyyntyneisyys	apatia
aggressiivisuus	tuijotus
kärsimättömyys	nukahtelu

Aikainen hoito

- * kivunhoito
- * elintoiminta- ja metaboliahäiriöiden hoito
- * lääkkeelliset ja lääkkeettömät menetelmät

Noudata lääkkeettömiä ennaltaehkäisy- ja hoitomenetelmiä

Potilaan fysiologisen tilan optimointi

- * kivunhoito
- * unen ja levon turvaaminen
- * riittävä ravinto- ja nestetasapaino
- * suolen- ja rakentoinnin tukeminen

Orientaation tukeminen

- * orientaatiota tukeva kommunikaatio
- * aistiapuvälineet
- * läsnäolo
- * kognitiivinen stimulaatio

Varhainen mobilisaatio

- * voimavara- ja toimintakykykeskeisyys
- * kuntoutustasot
- * kosketus, kehonhahmotus
- * motivointi

Hyvinvointia tukeva hoitoympäristö

- * Stressitekijöiden minimointi
- * liikkumista estävien hoitovälineiden minimointi
- * liikkumista tukeva tila ja välineistö

Kirjaa toteutetut menetelmät

POTILAAN OLEMISEN OPTIMOINTI

Potilaan fysiologisen tilan optimointi

- * Mittaa kipua säännöllisesti ja hyödynnä sen hoidossa lääkkeettömiä menetelmiä, kuten kylmägeeli, kylmäpussit, lämpöpeitot, hieronta, musiikki
- * Vähennä yöllä valaistus minimiin
- * Tarjoa potilaalle korvatulppia, liinaa silmien peitoksi yön ajaksi
- * Vältä hoitotoimenpiteitä yöllä/ajoita toimenpiteet samaan aikaan tapahtuvaksi
- * Vältä lääkkeenantoa yöllä
- * Anna potilaan ottaa lyhyet päiväunet
- * Hyödynnä mikroasennonvaihtoa potilaan yöllisessä asennonvaihdossa
- * Tarjoa potilaalle ruokaa säännöllisesti, sopiva määrä/koostumus ja huomioi potilaan mieltymykset
- * Poista kestokatetri ja avusta potilas wc-tuolille heti, kun mahdollista
- * Hyödynnä ummetusta potevalla potilaalla luonnollisia menetelmiä, kuten luumumehua, vatsahierontaa, liikuntaa

Orientaation tukeminen

- * Kerro aina koskettamalla ja puheella potilaalle mitä teet
- * Anna potilaalle aikaa ymmärtää
- * Kerro milloin saa levätä
- * Muistuta potilasta päivästä, kelloajasta, vuodenaajasta
- * Pidä kalenteri ja kello lähellä
- * Pidä yllä selkeää päivärytmää
- * Pitkäaikaispotilaat: huolehdi selkeästä viikkorytmistä
- * Huolehdi, että potilaalla on tarvittavat aistiapuvälineet kuten kuulolaite, silmälasit, hammasproteesit, kirjaintaulut
- * Tarjoa virikkeitä päivällä esim. televisio, radio, lukeminen
- * Keskustele potilaan kanssa älä potilaan yli
- * Keskustele potilaan kanssa asioista, jotka vaativat muistamista esim. kotiasioista, läheisistä, työhistoriasta
- * Ota omaiset huomioon virikkeiden tarjonnassa, pyydä tuomaan potilaalle tuttuja esineitä/valokuvia, lukemaan potilaalle ja kertomaan kuulumisia

Varhainen mobilisaatio

- * Tue potilaan kehonhahmotusta ja luontaista liikkumista asento- ja liikehoidossa
- * Herättele potilas liikkeeseen; tue kehon hahmotusta sivelemällä sekä liikuttelemalla raajoja
- * Noudata kuntoutusprotokollaa, tarkista kuntoutustaso jokaisessa työvuorossa
- * Käytä asento- ja liikehoidossa apuna kinestetiikkatyynyjä, peittoja, pyyhkeitä
- * Vähennä liikkuvalta potilaalta tyynykuormaa
- * Ohjaa myös omaisia potilaan kehonhahmotuksen tukemisessa
- * Tarkista säännöllisesti potilaan voimat ja kyky liikkua, avusta vain tarvittaessa
- * Kannusta potilasta liikkumaan, aseta tavoitteita potilaan kanssa yhdessä

Hyvinvointia tukeva hoitoympäristö

- * Vältä melua! Ei jatkuvaa keskustelua potilaan ympärillä, hiljennä monitoriäänet ja poista turhat hälytykset
- * Hyödynnä päivällä luonnonvalo
- * Arvioi ja poista tarpeettomat seuranta- ja hoitovälineet esim. perifeerinen lämmönmittaus, 12 -kytkentäinen EKG, kanyylit ja katetrit
- * Järjestä potilaspaikka potilaspaikkaohjeen mukaan
- * Huomioi potilaan liikkumista tukeva johtojärjestys
- * Järjestä tarvittava tila potilaan hoitamiseksi ja mobilisoinnille jo vuoron alussa
- * Mahdollista omaisten läsnäolo ja osallistuminen
- * Arvioi avustajien tarve; ei liikaa väkeä sängyn ympärille