

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Heidi Järvinen
Susanna Kartano
Niina Martikainen

VENTROGLUTEAALINEN INJEKTIO
Koulutuspäivä hoivakoti Kyrölän henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Joulukuu 2020



OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2020
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät

Heidi Järvinen, Susanna Kartano ja Niina Martikainen

Nimeke

Ventrogluteaalinen injektio – Koulutuspäivä hoivakoti Kyrölän henkilökunnalle

Toimeksiantaja

Hoivakoti Kyrölä

Tiivistelmä

Injektion antaminen lihakseen on yksi hoitajien kliinisistä perustaidoista, ja pistopaikan valinnan tulisikin aina perustua tutkittuun näyttöön. Näytön perusteella ventrogluteaalista eli vatsanpuoleista pakaralihasta pidetään ensisijaisena injektion antopaikkana lihakseen pistettäessä. On huomattu, että yhä edelleen injektioita pistettäessä suositaan dorsogluteaalista eli selänpuoleista pakaralihasta, vaikka alueen suuren hermotuksen vuoksi riski esimerkiksi iskiashermon vaurioitumiseen on suuri.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli motivoida hoivakodin työntekijät opettelemaan ventrogluteaalinen alue ensisijaiseksi injektio paikaksi. Tehtävänäme oli järjestää koulutuspäivä ventrogluteaalista injektioista hoivakoti Kyrölän henkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda ventrogluteaalinen pistopaikka hoitajien käyttöön, saada heidät tietoisiksi tämän alueen hyödyistä lääkehoidossa ja että he pystyisivät jatkossa ohjaamaan opiskelijoita kyseisen injektion antamisessa. Teimme koulutuspäivään Powerpoint-esityksen injektion antamisesta ja alueen paikantamisesta. Jätimme esityksen hoivakodin henkilökunnan käyttöön.

Palaute koulutuspäivästä oli positiivista ja henkilökunta koki koulutuksen hyödyllisenä ja onnistuneena. Työntekijät olivat motivoituneita ja halukkaita ottamaan ventrogluteaalisen injektion käytännön hoitotyöhön. Osa työntekijöistä koki vielä tarvitsevansa kertausta ventrogluteaalisen injektion annosta.

Kieli
suomi

Sivuja 36
Liitteet 4
Liitesivumäärä 6

Asiasanat

ventrogluteaalinen injektio, turvallinen lääkehoito, koulutus



THESIS
December 2020
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 13 260 600

Authors

Heidi Järvinen, Susanna Kartano and Niina Martikainen

Title

Ventrogluteal Injection – A Training Day for the Staff of Nursing Home Kyrölä.

Commissioned by
Nursing Home Kyrölä

Abstract

The administration of intramuscular injections is one of the basic clinical nursing skills and the selection of the injection site should always rely on evidence-based practice. According to evidence-based guidelines, ventrogluteal muscle is the primary site in the administration of intramuscular injections. It has been discovered that dorsogluteal muscle is still extremely popular as an injection site although, due to dense innervation of the area, there is a great risk of, for example, damaging the sciatic nerve.

The purpose of this practise-based thesis was to motivate the nursing home staff to learn to use the ventrogluteal area as the primary injection site. The aim was to organise a training day for the staff of Nursing Home Kyrölä. The objective of the training day was to enhance nurses' knowledge of the ventrogluteal area as an injection site, make them aware of the medical benefits of administering injections in this area and enable them to instruct future students in the administration of ventrogluteal injections. A PowerPoint presentation was created for the training day on administering injections and locating the proper injection site. The presentation was handed over to the staff of the nursing home for future use.

Feedback on the training day was positive and the staff found the training useful and successful. The employees were motivated and willing to adopt the practice of administering ventrogluteal injections. Some of the nurses reported that they need to brush up their skills in administering ventrogluteal injections.

Language
Finnish

Pages 36
Appendices 4
Pages of Appendices 6

Keywords

Ventrogluteal injection, safe medication, training

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Injisoitavat lääkkeet.....	6
	2.1 Intramuskulaarisen injektion antotapoja.....	7
	2.1 Turvallinen lääkehoito	8
	2.2 Aseptiikka hoitotyössä	10
	2.3 Pistokohdat ja välineet	11
	2.4 Pistotapaturmat.....	15
3	Ventrogluteaalinen injektio.....	16
	3.1 Pistoalueen paikantaminen.....	18
	3.2 Ventrogluteaalisen injektion antaminen	20
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä	22
5	Opinnäytetyön toteutus	22
	5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	23
	5.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä	23
	5.3 Onnistuneen koulutuspäivän suunnittelu	24
	5.4 Koulutuspäivän toteutus.....	26
	5.5 Palaute koulutuspäivästä	27
6	Pohdinta.....	28
	6.1 Tuotoksen tarkastelu.....	29
	6.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	29
	6.3 Ammatillinen kasvu	32
	6.4 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet	33
	Lähteet.....	34

Liitteet

Liite 1	Koulutuspäivän aikataulu
Liite 2	Saatekirje hoivakoti Kyrölään
Liite 3	Palautekysely
Liite 4	Powerpoint-esitys

1 Johdanto

Lihakseen annettava injektio on yksi terveydenhuollon ammattilaisen perustaito. Oikean injektiopaikan valinnan tulee perustua tutkittuun näyttöön ja tämän taidon hallinta on yksi hoitajan lääkehoidon perusosaamisen kulmakivi. (Karttunen 2012, 11.)

Jos potilas ei pysty jostain syystä ottamaan lääkettä muulla tavalla, lääkkeen ominaisuuksien takia, lääke ei imeydy suun kautta tai halutaan lääkkeeltä luotettava vaikutus, ovat nämä perusteltuja syitä antaa lääke injektiona. Lihakseen annettavan injektion vaikutus alkaa 10–30 minuutissa. Vaikutus alkaa hitaasti, antaa aikaa elimistölle sopeutua ja hoitajalle aikaa puuttua mahdollisiin haittavaikutuksiin. (Niemi-Murola 2018, 3.)

Tutkimusten ja suositusten valossa pistettäessä lihakseen ensisijaisena injektion antopaikkana tulisi käyttää ventrogluteaalista aluetta, eli vatsanpuoleista pakaralihasaluetta. Hoitoalalla suositetaan edelleen dorsogluteaalista eli selänpuoleista pakaralihasaluetta, koska se on koettu tutuksi. (Karttunen 2012, 11.) Alueena ventrogluteaalinen pistopaikka ei ole uusi vaan siitä on kirjoitettu ensimmäisen kerran suomalaisessa hoitoalan kirjallisuudessa vuonna 2006 Lääkehoito hoitotyössä -teoksessa (Veräjänkorva Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 134).

Ventrogluteaalisen eli vatsanpuoleisen pakaralihasalueen keskeisimpinä lihaksina ovat pieni- ja keskimäinen pakaralihas. Tällä alueella rasvan määrä on vähäistä ja ihon alla olevan kudoksen paksuus on pienempi ja nämä tekijät varmistavat lääkkeen pääsyn lihakseen asti. Tällä alueella ei ole suuria verisuonia eikä hermoja, joiden vaurioitumista pistämisen yhteydessä tulisi varoa. Pistopaikka koetaan helpoksi paikantaa. (Karttunen 2012, 11.)

Dorsogluteaalisella eli selänpuoleisella pakaralihasalueella sijaitseva iskiashermon vaurioituminen on merkittävin komplikaatio, joka voi kehittyä alueelle pistä-

misen jälkeen. Lisäksi tällä alueella sijaitsevat ylempi pakarahermo ja ylempi pakaravaltimo voivat vaurioituessaan aiheuttaa suurta harmia potilaalle. (Karttunen 2012, 11.)

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoitus on motivoida ja rohkaista hoivakodin työntekijät opettelemaan ventrogluteaalinen pistoalue, sekä käyttämään sitä käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että ventrogluteaalisen alueen paikantaminen onnistuisi hoitajilta ja he pystyivät jatkossa ohjaamaan opiskelijoita ventrogluteaalisen injektion annossa.

Tehtävänäimme oli suunnitella ja toteuttaa koulutuspäivä Hoivakoti Kyrölän henkilökunnalle ventrogluteaalisen injektion pistämisestä. Koulutuksessa käyttämämme Powerpoint-materiaali on tarkoitus jättää hoivakodin työntekijöiden käyttöön.

2 Injisoitavat lääkkeet

Lääkemuodot voidaan jakaa annostelureitin mukaan enteraaliseen tai parenteraaliseen lääkemuootoon. Enteraaliseen ryhmään kuuluvat ne lääkemuo-dot, jotka annostellaan ruoansulatuskanavaan, esimerkiksi kapselit, tabletit, suuhun annosteltavat nesteet ja peräpuikot. Parenteraaliseen ryhmään kuuluvat ne lääkemuo-dot, jotka annostellaan muualle elimistöön, esimerkiksi emättimeen, iholle, silmään tai korvaan. (Veräjänkorva ym. 2006, 57.)

Lihakseen annettavat injektiot kuuluvat parenteraaliseen lääkkeenantotapaan eli kirjaimellisesti sanottuna ohi ruoansulatuskanavan. Tämän lisäksi lihakseen annettava injektioita sanotaan kajoavaksi eli invasiiviseksi antotavaksi eli lääkeaine annetaan ekstravaskulaarisesti eli verenkierron ulkopuolelle. Koska lihakseen annettava injektio on kajoava toimenpide, liittyy siihen myös infektion ja kudostu-hon riski. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 113.)

Parenteraalisia injektioita voidaan antaa myös laskimoon (intravenoosisesti, i.v.), ihon alle (subkutaanisesti, s.c.) ja ihon sisään (intradermaalisesti, i.d.). Injektiota pistettäessä tulee varmistua siitä, että lääke menee oikeaan paikkaan. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 222.)

2.1 Intramuskulaarisen injektion antotapoja

Lihakseen annettavan injektion hyötyjä ovat esimerkiksi antamisen helppous. Injektion antaminen ei vaadi suonyhteyden avaamista ja injektio voidaan antaa helposti myös yhteistyöhaluttomalle potilaalle, esimerkiksi lapselle tai vanhuk- selle. Lihakseen annettavalla lääkkeellä on pidempi vaikutusaika verrattuna sii- hen, jos se annettaisiin suonensisäisesti. Tämän lisäksi lääke imeytyy lihakseen annettaessa hitaammin, joten mahdolliset sivuvaikutukset ilmenevät myös hi- taammin. (Niemi-Murola 2018, 14.)

Haittoja pistettäessä lihakseen ovat esimerkiksi se, että lääke voi imeytyä hitaam- min, kuin on oletettu. Pistettäessä on oltava varma, että neula on lihaksessa eikä suonessa ja tämä vaatii erityistä huomiota silloin, kun kyseessä hieman lihavampi potilas. Toisaalta lapsille lihakseen pistämistä ei suositella, sillä pistäminen sattuu ja aikuisellekin se voi jättää pistämisen jälkeen lihaskipua ja aiheuttaa paikallista lihasvauriota. (Niemi-Murola 2018, 14.)

Lääkkeen antaminen lihakseen lähtee aina lääkärin antamasta lääkemääräyk- sestä. Samaa lääkeainetta voidaan antaa sekä lihakseen että suun kautta. Tämä voi kuitenkin vaikuttaa lääkeaineen käyttäytymiseen ja vaikutukseen elimistössä, eikä lääkemuotoa saa mennä muuttamaan ilman lääkärin määräystä. Suun kautta annettavat pitoisuudet ovat useimmiten suuremmat kuin lihakseen annet- tavat, joten lääkeannosta on muutettava lääkemuotoa vaihdettaessa. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 111.)

Oikein ja turvallisesti injisoituna lihakseen lääkeaine alkaa vaikuttamaan 10–30 minuutissa lihaksen runsaan verenkierron ansiosta. Lihakseen pistettynä lääke- aineen vaikutusaika on pidempi kuin laskimon kautta annettuna. (Rautava-Nurmi,

Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 149.) Kerrallaan lihakseen voidaan antaa aikuisille 2–5 millilitraa ja lapsille korkeintaan kaksi millilitraa aina koon mukaan. Koska lihas ei ole kipuherkkää aluetta, voidaan siihen antaa myös ärsyttäviä lääkeaineita. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 155.)

Lääkkeen annossa on varauduttava yllättäviin tilanteisiin, kuten anafylaktiseen sokkiin tai muihin allergisiin reaktioihin (Veräjänkorva ym. 2006, 61).

Lihakseen annettava lääke voi imeytyä pistäjästä riippumattomista syistä hitaammin, kuin on arveltu. Tästä syystä onkin tärkeää, että lääkkeen antamisen jälkeen potilasta seurataan vielä haittavaikutusten varalta. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 155.)

Lihakseen pistettäessä tekniikkaa pidetään yksinkertaisena, mutta väärin ja huolimattomasti annettuna se voi aiheuttaa vakavia komplikaatioita (Kara, Karaman & Uzelli 2015, 507). Lihakseen annettavan pistoksen aiheuttamia komplikaatioita ovat esimerkiksi neulan osuminen hermoon tai verisuoneen. Osuessaan verisuoneen lääkeaineen vaikutus voi olla aivan liian nopea ja täysin odottamaton. Hermoon osuessa voi tulla pysyvääkin tunnottomuutta, voimakasta kipua ja hermo voi vaurioitua pysyvästi. Pahimmillaan väärin injisoituna voi aiheutua myös halvaantumisen. Jos lihakseen annettava lääkeaine jää rasvakudokseen, tästä voi aiheutua absessi tai nekroosi. Lisäksi väärin injektoiduna voi tulla mustelmia ja lihas voi kovettua ja joskus jopa surkastua. Haittavaikutuksia ja komplikaatioita voidaan ehkäistä oikealla injektioantotekniikalla sekä päivittämällä omaa lääkeaineosaamistaan aktiivisesti. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2018, 675–676.)

2.1 Turvallinen lääkehoito

Turvallisuus lääkehoidossa perustuu osaamiseen, joka saadaan ammatilliseen koulutukseen ja kokemuksen kautta (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 3). Sairaanhoidajien saama ammatillinen koulutus antaa perusteet monipuolisen lääkehoidon toteuttamiseen, kuten lääkkeiden antamiseen luonnollista tietä ja injektioina, sekä lääkkeiden tilaamiseen ja jakamiseen. (Valvira 2020.) Lääkehoidon

osaamiseen sisältyvät lainsäädäntö, farmasia, farmakologia, kliininen farmakologia, anatomian ja fysiologian tietämys, lääkelaskenta, etiikka, prosessin vaiheiden hallinta ja lääkkeen tarpeen arviointi ja vaikutusten seuranta, sekä dokumentointi ja raportointi (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 14–16). Osaaminen ei yksistään ole riittävää turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Tarvitaan myös selkeää kommunikointia ja riittävä suojautuminen. (Inkinen ym. 2016, 3.)

Sairaanhoitaja seuraa lääkehoidon vaikutuksia ja potilaan tarvetta lääkehoitoon sekä raportoi ja dokumentoi niistä. Sairaanhoitajan tulee tuntea ja tunnistaa lääkehoidon haittavaikutukset. Haittavaikutukset voivat ilmetä hyvin nopeasti ja aiheuttaa potilaalle vaaratilanteen. Toisinaan haittavaikutukset ilmenevät vasta pidemmän ajan päästä, jolloin niiden arvioiminen voi olla haastavaa. Lääkehaitasta hoitaja ilmoittaa aina lääkärille. (Veräjänkorva ym. 2006, 35.)

Sairaanhoitajan lääkehoidon toteuttamiseen ja osaamiseen vaikuttavat hänen omat arvonsa ja eettiset periaatteet (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2016, 67). Oikein toteutettuna lääkehoito on yhdenvertaista, tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista sekä keskeinen osa potilasturvallisuudessa sekä hoidon laadussa. (Inkinen ym. 2016, 3.) Turvallista lääkehoitoa toteuttaessa sairaanhoitajan on varmistuttava seuraavista periaatteista: oikea lääke, annos, antoaika, antotapa, potilas, potilaan ohjaus, ja dokumentointi. Nämä ovat lääkehoidon periaatteita, jotka tunnetaan kansainvälisesti. (Ahonen ym. 2016, 69.) Turvallisesta lääkehoidosta ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen edellyttää, että hoitajat kehittävät ja päivittävät jatkuvasti omaa osaamistaan (Inkinen ym. 2016, 31).

Työyksiköihin on laadittu lääkehoitosuunnitelma, johon lääkehoito perustuu. Se pitää sisällään lääkehoidon kokonaisuuden suunnittelun ja toteutuksen ja siinä tapahtuneiden lääkepoikkeamien seurannan sekä raportoinnin. (Inkinen ym. 2016, 12.)

Läákehoidon tavoitteena on potilaan terveyden edistäminen, sairauden ehkäisy tai parantaminen sekä oireiden lievittäminen (Inkinen ym. 2016, 3). Lääkehoidolla

pyritään myös tutkimaan sairauksia, sekä hidastamaan niiden etenemistä. Lääkehoidon on perustuttava aina potilaan tarpeeseen. (Veräjänkorva ym. 2006, 17–18.)

Lääkitysturvallisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan lääkehoidon turvallista toteuttamista, jossa on kuitenkin mukana inhimillisen erehtymisen riski (Schepel & Kuitunen 2020). Virhe lääkehoidossa tapahtuu, kun lääkehoitoprosessin vaiheisiin vaikuttavat systeemin heikkoudet tai inhimilliset tekijät, esimerkiksi väsymys, huono ympäristö tai vähäinen henkilöstö (Laatikainen 2020). Lääkityspoikkeamat on suurin yksittäinen potilasturvallisuutta heikentävä tekijä terveydenhuollossa (Schepel & Kuitunen 2020).

Lääkkeen määrääminen on lääkehoitoprosessin yksi kriittisin vaihe, koska määräys ohjaa lääkehoidon toteutusta. Myös suulliset ja käsin kirjoitetut määräykset ovat erityisiä riskikohtia. Lääkemääräysten kirjaamistavat ovat vaihtelevia ja niiden paikat vaihtelevat potilastietojärjestelmissä. Lääkitystietojen puute lisää riskiä virheeseen lääkehoidossa. Monilääkitys on yleistynyt väestön ikääntymisen myötä, mikä lisää riskiä lääketurvallisuudessa. (Schepel & Kuitunen 2020.) Tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten asenteella on suuri merkitys turvallisen lääkehoidon toteutuksessa (Härkänen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2019).

2.2 Aseptiikka hoitotyössä

Aseptiikka on toimenpide, mitä noudattamalla pystytään estämään infektioiden syntyä. On erityisen tärkeää työskennellä aseptisesti oikein puhtaasta likaiseen, että pystytään ehkäisemään tartuntojen syntymistä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 105.) Hyvä käsihygienia on yksi tärkeimmistä yksittäisistä keinoista infektioiden torjunnassa (Anttila, Kanerva, Kuronen, Kurvinen, Lyytikäinen, Rantala, Vuento & Ylipalosaari 2019, 122).

Hyvän käsihygienian tarkoituksena on pienentää mahdollisten mikrobien siirtymisen hoitajan käsistä potilaisiin, potilaista hoitajaan tai hoitajan välityksellä potilashuoneen ulkopuolelle. On tutkittu, että hyvän käsihygienian toteuttamisessa on suuria puutteita. 20 prosenttia infektioista pystyttäisiin estämään hyvällä käsihygienialla, oikein käytetyillä suojaimilla, oikeilla työskentelytavoilla ja viilto- ja pistotapaturmien välttämällä. Infektioiden torjunnassa hoitajilla on suuri vastuu, on noudatettava käytäntöjä, mitkä ovat tutkittuun tietoon perustuvia ja hyväksytyt hoitokäytäntöön. Keskeinen käsite aseptiikassa on hoitajan aseptinen omatunto, millä tarkoitetaan sitoutumista työskentelemään aseptisesti oikein. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 110; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 54.)

Kädet pestään saippualla ja vedellä, jos kädet ovat näkyvästi likaiset tai infektiopotilaiden hoitotoimenpiteiden jälkeen. Käsihuuhe on käsien puhdistamiseen. Käsien desinfiomisen tarkoitus on poistaa potilaasta tai ympäristöstä kosketuksen mukana tulleet mikrobit. (Anttila ym. 2019, 123, 125.)

Suojakäsineiden käyttäminen kuuluu hyvään käsihygieniaan. Ne ovat aina potilas- ja hoitotoimenpidekohtaisia. Suojakäsineiden oikeanlaisella käytöllä pystytään huomattavasti vähentämään mikrobien tartuntaa käsiin ja estämään niiden leviäminen käsistä eteenpäin. Tämän takia hoitotyössä käytetään vain kertakäyttöisiä suojakäsineitä. (Anttila ym. 2019, 131.)

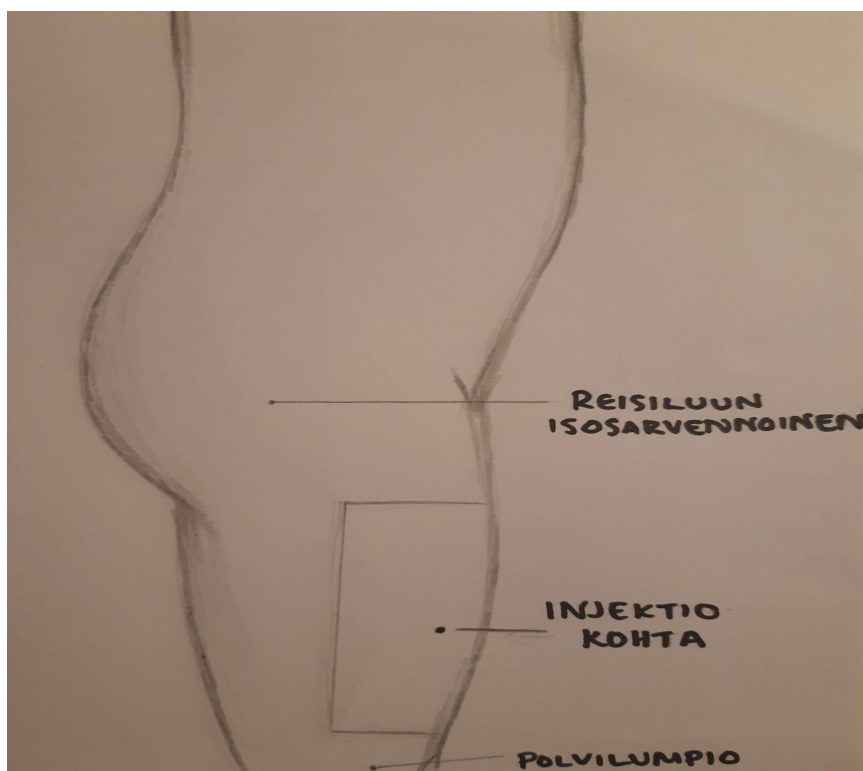
2.3 Pistokohdat ja välineet

Lihaksensisäisen injektion voi pistää ulompaan reisilihaksen yläosaan (m.vastus lateralis), hartialihakseen olkavarteen (m.deltoideus) ja pakaralihakseen (m.gluteus) vatsanpuoleiselle alueelle. Ventrogluteaalista aluetta suositellaan näyttöön perustuen injektion pistämiselle pakaralihakseen. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 158.)

Reisilihas on hyvä antopaikka injektioille, koska reisivaltimo ja -laskimo ovat sijainniltaan reiden sisäpuolella ja reisilihaksen pistopaikat ovat etuosassa. Iskiashermoon pistämisen varaa ei reiteen pistäessä ole, koska hermo sijaitsee

reiden takaosassa. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 159.) Iskiasherma sijaitsee pakaranalueella m.piriformis-nimisen lihaksen alla, hermo voi mennä myös kyseisen lihaksen läpi (Leppäluoto, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lauri 2019, 343).

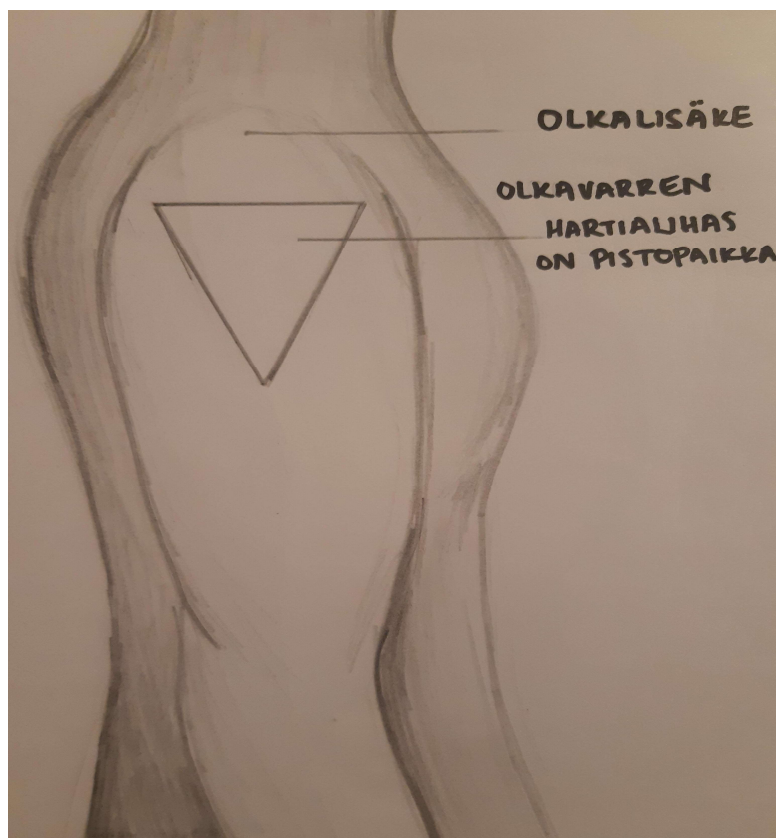
Oikean pistopaikan löytäminen ulommasta reisilihaksesta löytyy, kun kämmen laitetaan ison sarvennoisen kohdalle ja mitataan siitä kädenleveys alaspäin ja toisella kädellä mitataan kädenleveys polvesta ylöspäin (Kuva 1). Pistopaikka on mitatun alueen keskellä, reiden ulkosivulla. Pistokohta suoraan reisilihakseen mitataan samalla tapaa, kuin uloimman reisilihaksen kohdalla. Ero näiden kahden välillä on se, että suoran reisilihaksen sijainti on reiden päällä. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 159.) Edut näissä kohdissa on, että asiakas pystyy omatoimisesti injektion tarvittaessa pistämään (Taam-Ukkonen & Saano 2018, 104).



Kuva 1. Injektiokohta ulompaan reisilihakseen (Kuva: Niina Martikainen mukailen Saano & Taam-Ukkonen 2020, 158).

Hartialihakseen pistoalue on aika pieni. Oikea pistokohta saadaan, kun olkalisäkkeen päälle laitetaan 2–3 sormeja ja siitä piirretään kuvitteellinen kolmio väärin-

päin. Kolmion alareuna on kainalokuopan kohdalla. 1/3 kolmiosta on keskilinjassa käsivarren etuosassa ja 2/3 keskilinjän takaosassa (Kuva 2). Hartialihakseen pistettäessä tulee varoa pistämistä solisluuuhun, olkalisäkkeeseen, olkaluun päähän, olkavaltimoon ja -laskimoon sekä olkahermoon. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 161.) Etuna on helppo paikannettavuus. Rokotukset pistetään yleensä hartialihakseen. (Taam-Ukkonen & Saano 2018, 103.)



Kuva 2. Pistopaikka hartialihakseen (Kuva: Niina Martikainen mukailen Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157).

Dorsogluteaalialueelle eli selän puoleiselle pakaralihasalueelle ei suositella pistämistä. Alueelle tulisi pistää injektio vain, jos lääkettä annetaan iso määrä tai injektioita annetaan useampi kuin yksi. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 158, 161.) Oikea pistopaikka paikannetaan jakamalla pakaralihas neljään osaan, piirretään pakaralan kohdalle kuvitteellinen ruutuikkuna ja oikea pistokohta on pakaralan yläulkoneljänneksessä. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 244.)

Injektion antamiseen käytettäviä ruiskuja on usean kokoisia: 1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50 ml ja 100 ml. Ruiskuksi valitaan lähellä lääkkeenantomäärää oleva ruisku. Ne ovat muovisia tai lasisia sekä kertakäyttöisiä. Injektioneulojen koko ilmoitetaan lyhenteellä G eli gauge. Kantojen värit injektioneuloissa vaihtelevat koon ja valmistajien mukaan. Neulan osuessa verisuoneen, tämä on heti havaittavissa, koska neulan kannat ovat läpinäkyviä. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 150–151.) Lääkeaine vedetään ruiskuun erillisellä vetoneulalla ampullista tai la-genulasta. Suodatinneulaa käytetään lääkeaineen ottamiseen ampullista, koska ehkäisee pakkauksen avauksessa mahdolliset lääkkeeseen menneiden lasinsirujen ja kumin palojen pääsyn ruiskuun. (Taam-Ukkonen & Saano 2018, 94–95.)

Pistoneulaa valittaessa tulee huomioida potilaan koko, ikä, injektion pistokohta, pistettävän injektion määrä sekä ominaisuudet ja pistokohdan ulkopuolelle jäävän neulan pituus. Injektioneulan tulee olla turvallisuussyistä noin 1/3 kudoksen ulkopuolella, neulan katketessa sen pois saaminen kudoksesta on helpompaa. Injektioiden antamiseen sopivat 25–40 millimetriä pitkät G 20–25-neulat. Neulan tulee olla riittävän pitkä lihakseen pistettäessä ja potilaan painoindeksiä (BMI) voi käyttää apuna oikean neulan pituuden valitsemisessa. Ventrogluteaalialueelle pistettäessä neulan pituus pitäisi olla vähintään 38 millimetriä. Naisilla painoindeksin tulee olla alle 26 ja miehillä alle 30.

Painoindeksin ylittäessä edelle mainitut BMI-arvot, neulan pituuden pitäisi olla 50 millimetriä ja huomattavasti ylipainoisilla neulan pituuden pitää olla yli 50 millimetriä (Rautava-Nurmi ym. 2019, 158–159.)

Turvallisuutta lääkehoidossa antaa hyvä ja huolellinen valmistautuminen injektion antoon. Injektion antamiseen tarvittavat välineet ovat annettava lääkevalmiste, vetoneula, injektioneula ja -ruisku, ihon desinfiointilaput, taitoksia, käsien desinfiointiaine, tehdaspuhtaat suojakäsineet, laastari ja riskijäteastia neulalle. (Taam-Ukkonen & Saano 2018, 93.)

2.4 Pistotapaturmat

Viilto- ja pistotapaturmat ovat hyvin yleisiä hoitoalalla. Ne ovat tyypillisiä työtapa-
turmia, mitkä terävät instrumentit aiheuttavat. Terävä instrumentti on hoitoalalla
käytettävä lääketieteellinen esine tai instrumentti, mikä saattaa aiheuttaa piston,
vamman, viillon tai infektion. Arvion mukaan viilto- ja pistotapaturmia sattuu vuo-
dessa tuhatta hoitajaa kohden noin sata. Tapaturmia arvioidaan olevan enem-
män, oletus on, ettei kaikista tapaturmista ole ilmoitettu. Kiire, puutteellinen osaa-
minen, puutteet perehdytyksessä, työvälineiden ja varusteiden puutteellisuus,
huolimattomuus, riskialtis tapa työskennellä ja potilaan ennalta arvaamaton käy-
tös hoitotoimenpiteiden aikana vaikuttavat tapaturmien syntyyn. (Puro, Rasa &
Salminen 2014, 5–7.)

Pistotapaturmassa on verialtistuksen vaara. Pistosta siirtyy sitä suurempi määrä
verta, mitä isompi luumen neulassa on. 25:n gaugen neulasta siirtyy verta puoli
mikrolitraa ja 20:n gaugen neulasta kolmesta neljään mikrolitraa. Suojakäsineen
läpäisy ei estä pistotapaturmaa, mutta ihon sisään menevän veren määrä on 45–
85 prosenttia vähemmän, kuin ilman suojakäsintä. (Rintala 2017a.)

Pistotapaturmien ennalta ehkäisystä terveydenhuoltoalalla on säädetty EU:n
neulanpistodirektiivissä, sen vaatimukset ovat useassa Suomen laissa ja asetuk-
sissa (työturvallisuuslaki 738/2002, valtioneuvoston päätös työntekijöiden suoje-
lemisesta työhön liittyvältä biologisten tekijöiden aiheuttamalta vaaralta
1155/1993 ja valtioneuvoston asetus terävien instrumenttien aiheuttamien tapa-
turmien ehkäisemisestä terveydenhuoltoalalla 317/2013). Työnantajan velvolli-
suus on noudattaa lainsäädäntöä. (Rintala 2017b.)

On tutkittu, että suurin osa pistotapaturmista olisi ehkäistävissä käyttämällä tur-
vaneuloja, -kanyyleja ja muita turvatuotteita. Saatavilla on useita turvallisuustek-
nisiä suojamekanismein olevia pistovälineitä. Ne ovat suunniteltu poistamaan tai
pienentämään tapaturmien syntymistä. (Vuoriluoto 2013, 14.)

Käytettyä neulaa ei saa hylsytää, vaan se on laitettava riskijäteastiaan välittömästi käytön jälkeen (Työsuojelu 2018). Uuden asetuksen säädös velvoittaa hylsytämiskieltoon. Hylsytämiskieltoja, jotka ovat laitevalmistajien käyttöohjeissa, on noudatettava. Neulanpistoasetuksen 4 §:n mukaan työntekijän tulee välittömästi ilmoittaa tapaturmasta työnantajalle. (Vuoriluoto 2014, 17.)

3 Ventrogluteaalinen injektio

Turvallisen injektion antaminen lihakseen ja pistokohdan paikantaminen on yksi sairaan- ja terveydenhoitajan perustaidoista. Pistopaikan valinta kuten kaikki muutkin hoitokäytännöt tulisi perustua tutkittuun näyttöön. (Brown, Chard & Gillespie 2015, 1132.) Jokainen terveydenhoitoalalla työskentelevä alan ammattilainen on velvollinen kehittämään omaa ammattitaitoaan jatkuvasti (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 762).

Suurin osa hoitoalan ammattilaisista pistää selänpuoleiselle pakaralihhasalueelle eli dorsogluteaalisesti. Tämä on monen kohdalla opittu tapa ja vanhoista tavoista on vaikeaa päästä irti. Injektion antopaikka on määritelty lääkehallinnon toimesta. Jos pistoaluetta on valittavana useita, hoitajan tulee valita pistopaikka perustuen ammattitaitoonsa ja potilaan kliiniseen tarpeeseen. (Brown ym. 2015, 1132.) Useat hoitoalan ammattilaiset eivät ole tietoisia ventrogluteaalisen pistopaikan eduista. Tutkimuksen mukaan hoitoalan ammattilaisilla pitäisi olla enemmän ajantasaista tietoa injektioalueista. (Kara ym. 2015, 509.)

Vatsanpuoleista pakaralihhasaluetta eli ventrogluteaalista pakaralihasta suositellaan nykyään ensisijaiseksi lihaksensisäiseksi injektionantopaikaksi, pois lukien kuitenkin alle seitsemän kuukauden ikäiset lapset. Aluetta pidetään turvallisena ja sopivana pistopaikkana injektioille. Ventrogluteaaliseen alueeseen voidaan injektoida melko suuria enimmillään viiden millilitran lääkeannoksia. Turvalliseksi alueen tekee se, että alueella oleva rasvanmäärä on yleensä vähäistä ja lihaksen määrä alueella puolestaan on hallitseva. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 151.) Ras-

vamäärän ollessa vähäistä voidaan varmistua siitä, että annettu injektio ja lääkeaine menevät varmasti lihakseen ja näin saadaan lääkkeellä haluttu vaikutus aikaiseksi (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157).

Ventrogluteaalisella alueella ei ole lähellä suuria hermoja eikä verisuonia, joten tälle alueelle pistettäessä potilaat ovat kokeneet vähemmän kipua. Tutkimuksen mukaan ventrogluteaalisella alueelle pistämisen jälkeen potilaiden kiputaso on ollut pienempi kuin pistettäessä dorsogluteaaliselle alueelle. (Kara ym. 2015, 509.)

Dorsogluteaalista eli selänpuoleista pakaralihasta ei suositella nykykirjallisuuden mukaan injektion antopaikaksi lihakseen pistettävien lääkkeiden osalta. Pistopaikan läheisyydessä sijaitsee suuria hermoja ja verisuonia esimerkiksi ylempi pakarahermo ja ylempi pakaravaltimo, mihin pistäessään lääkkeen antaja voi aiheuttaa suurta vahinkoa potilaalle. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 393.) Alueella sijaitsee myös iskiashermo. Neulan osuessa iskiashermoon se voi aiheuttaa huomattavaa kipua ja jopa halvaantumisen. (Brown ym. 2015, 1132.)

Tällä pistettävällä alueella on rasvakudoksen määrä huomattava, joten pistettäessä selänpuoleiselle pakaralihasalueelle on suuri vaara, että lääkeaine ei mene haluttuun paikkaan ja lopulta ei myöskään saada toivottua vaikutusta aikaiseksi. Rasvakudoksen huomattavan määrän takia, lääkeaine imeytyy myös hitaammin injektio alueelta. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 58.)

Vakuuttavan näytön puutteen takia dorsogluteaalista pistotekniikka ei voida kokonaan sulkea pois aikuisilta potilailta. Brownin ym. (2015) mukaan, tarvittaisiin vakuuttavaa tutkimuksellista näyttöä enemmän, että dorsogluteaalinen alue lihakseen pistettäessä voitaisiin jättää historiaan ja ventrogluteaalista pistoaluetta suosia enemmän. Brown ym. (2015) toteavat, että ilmoitetut loukkaantumiseriskit ja olemassa oleva komplikaatoriski pistettäessä dorsogluteaaliselle alueelle olisivat riittäviä jättämään dorsogluteaalisen pistoalueen historiaan.

3.1 Pistoalueen paikantaminen

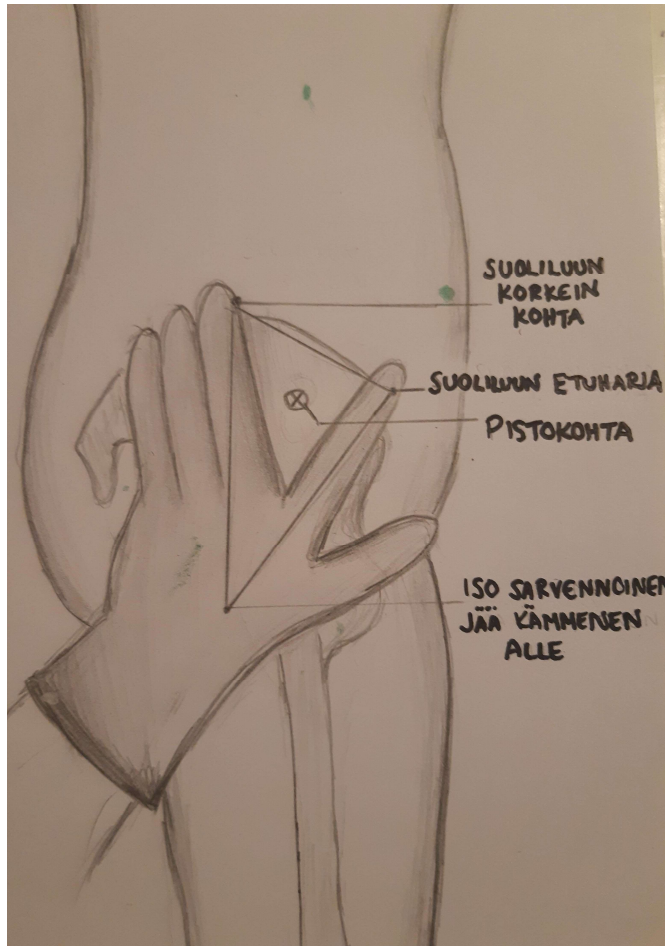
Ventrogluteaalista pistopaikkaa pidetään turvallisena pistoalueena sen helpon löytämisen takia. Injektion antopaikkana alue sopii hyvin myös vanhuksille ja lapsille (poislukien alle seitsemän kuukauden ikäiset lapset) alueella olevan suuren lihasmäärän takia. Injektio potilaalle voidaan antaa hänen istuessa, selällään, vatsallaan tai kyljellään. Pistettäessä lihaksen tulee olla mahdollisimman rentona, joten potilaan seisoessa injektiota ei voida antaa ventrogluteaaliselle pakaralihasalueelle. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 151.)

Kun sopivaa pistopaikkaa etsitään, on huomioitava ihoalueen kunto. Pistettäessä iho alue ei saa olla infektoitunut eikä siinä saa olla tatuointeja tai lävistyksiä. Myöskään luomien lähelle ei tule lihaksensisäistä injektiota antaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2020,155.)

Pistokohdan paikantamisessa voidaan käyttää apuna kolmea ns. anatomista maamerkkiä, joiden mukaan pistokohta alueelta löydetään (Kuva 3). Pistäjän oikea käsi laitetaan potilaan vasemman lonkan päälle eli käsi on aina vastakkainen lonkkaan nähden. Jos pistetään oikealle puolelle, toimitaan päinvastoin. Tällöin haetaan pistopaikka vasemmalla kädellä. Tämän jälkeen paikallistetaan iso sarvennoinen, sillä pistettäessä iso sarvennoisen on aina oltava kämmenen alla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 395.)

Tämän jälkeen etusormi viedään suoliluun korkeimpaan kohtaan. Jos pistäjällä on pieni käsi, tällöin riittää se, että etusormi osoittaa suoraan suoliluun etuharjaan. Seuraavaksi keskisormi tulee suoliluun korkeimpaan kohtaan keskiviivassa kohti kainaloa. Peukalo jää osoittamaan kohti etureittä. Kun etu- ja keskisormen paikkaa haetaan, huolehditaan, että iso sarvennoinen on koko ajan kämmenen alla. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 151.) Injektiopaikka syntyy etusormen ja keskisormen väliin jäävään V-kirjaimen keskelle. Tätä sormien väliin jäävää aluetta kutsutaan von Hochsetterin kolmioksi. (Iivanainen & Syväoja 2012, 395.)

Jos potilas on ylipainoinen ja injektiopaikan löytämisessä on haasteita, voi tällöin pyytää potilasta kylkiasennossa ollessaan pitämään jalkoja hieman koukussa (Rautava-Nurmi ym. 2015, 151).



Kuva 3. Ventrogluteaalisen alueen paikantaminen ja oikea pistokohta (Kuva: Niina Martikainen mukailen Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157).

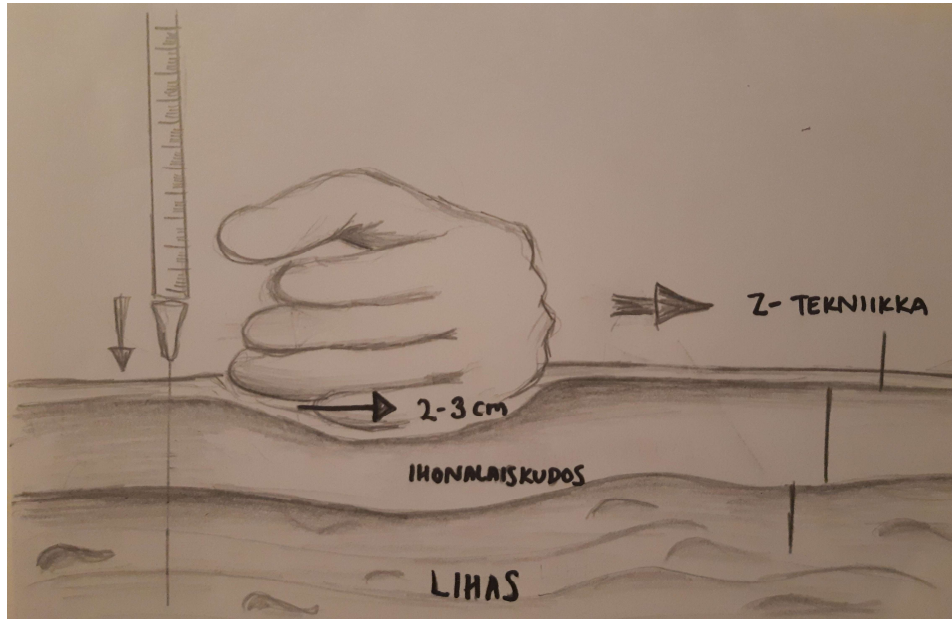
Toistaiseksi tutkittua näyttöä ei ole riittävästi, joten esimerkiksi rokotteita ei suositella annettavaksi ventrogluteaalisesti vähäisen tutkimusnäytön vuoksi. Rokotteen sisältämä noin yhden millilitran nestemäärä on suhteellisen pieni, joten ei ole senkään perusteella järkevää ja tarkoituksenmukaista käyttää ventrogluteaalista aluetta pistettäessä rokotteita. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020.)

3.2 Ventrogluteaalisen injektion antaminen

Kun oikea pistopaikka on löydetty ja on varattu lähelle kaikki injektion antamisessa tarvittavat välineet ja itse lääkeaine, voidaan valmistautua itse injektion antamiseen. Potilaan henkilöllisyys varmistetaan ja huolehditaan, että hän on mukavassa asennossa injektion antoa varten. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 152.)

Oikea lääkemäärä vedetään erillisellä vetoneulalla ruiskuun, jonka jälkeen ruiskuun asetetaan sopiva injektioneula. Tässä vaiheessa on vielä hyvä kerrata potilaalle miksi ja mitä lääkettä hänelle annetaan ja huolehditaan koko toimenpiteen ajan asianmukaisesta potilaan ohjauksesta. Seuraavaksi hoitaja desinfioi kädet ja itse injektion antoa varten puetaan tehdaspuhtaat käsineet. Näin hoitaja suojaa itseään ja potilasta mikrobeilta, lääkeaineen ja veren roiskeilta. Kun pistopaikka on etsitty, desinfioidaan pistopaikka ja annetaan desinfiointiaineen kuivua hyvin. Tämä vähentää turhaa kipua ja kirvelyä injektiota annettaessa. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 155.)

Pistettäessä käytetään z-tekniikkaa, erityisesti lihasinjektioissa, missä pistetään ihonalaiskudosta ja hermoja ärsyttäviä lääkeaineita (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 240). Z-tekniikalla vedetään pistopaikan ihoa ei hallitsevan kämmenen ulkosyrjällä tai sormilla 2–3 senttimetriä pois päin injektiokohdasta (Kuva 4). Iho vapautetaan vasta, kun neula on poistettu. Näin varmistutaan siitä, että annettu lääkeaine ei pääse tunkeutumaan pois kudoksesta. Tämä myös aiheuttaa vähemmän ihon ärsytystä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 152.)



Kuva 4. Z-tekniikka lihakseen annettavassa injektiossa (Kuva: Niina Martikainen mukaillen Saano & Taam-Ukkonen 2020, 159).

Iho läpäistään neulalla nopeasti 90 asteen kulmassa. Oikean neulan valinta on tärkeää, sillä pistettäessä neulan pituudesta tulee jättää 1/3 kudoksen ulkopuolelle. Tämä siksi, että neulan katketessa voidaan neula vielä poistaa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 152.)

Ennen kuin lääke injisoidaan, tulee varmistaa, ettei neula ole suonessa. Kämmentsyrjä pitää edelleen pistopaikan ihoa pois päin pistopaikasta ja tartutaan saman käden peukalolla ja etusormella ruiskusta kiinni. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 156.)

Tämän jälkeen aspiroidaan eli vedetään pistettävän käden sormilla neulan mäntää taaksepäin. Jos ruiskuun tulee verta, on neula suonessa ja toimenpide tulee välittömästi keskeyttää. Tämän jälkeen tulee valita uusi pistopaikka ja valmistellaan potilaalle annettavaksi uusi lääkeannos. Jos aspiroidessa verta ei tule, voidaan lääkeaine ruiskuttaa hitaasti haluttuun lihakseen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 394.)

Lääkeaine annetaan hitaasti, yksi millilitra kymmenessä sekunnissa. Kun lääkeaine on ruiskutettu kokonaan, odotetaan viidestä kymmeneen sekuntia, ennen

kuin neula otetaan nopealla liikkeellä kokonaan pois. Tämän jälkeen neula ja muut jätteet hävitetään asianmukaisella tavalla. Pistämisen jälkeen tehdään asianmukaiset kirjaukset injektion antamisesta potilaan hoitokertomukseen. Potilasta tarkkaillaan vielä useita minutteja allergisten reaktioiden varalta. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 156.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyömme tarkoitus on motivoida ja rohkaista hoivakodin työntekijät opettelemaan ventrogluteaalinen pistoalue, sekä ottamaan sen käytännön hoitotyöhön. Tavoitteena opinnäytetyöllämme on tuoda ventrogluteaalinen pistopaikka hoitajien käyttöön, saada heidät tietoisiksi tämän alueen hyödyistä lääkehoidossa ja he pystyisivät jatkossa ohjaamaan opiskelijoita kyseisen injektion antamisessa. Tehtävänämmä oli suunnitella ja toteuttaa koulutuspäivä hoivakoti Kyrölän henkilökunnalle ventrogluteaalisen injektion pistämisestä.

5 Opinnäytetyön toteutus

Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti opinnäytetyötä oli tarkoitus tehdä kahdestaan, jolloin aihe opinnäytetyölle oli vielä avoin. Pian ryhmään saatiin kolmas jäsen, jonka mukana saimme työllemme aiheen. Aihe tuntui kaikille meistä merkitykselliseltä. Lopullinen ryhmäytyminen ja aiheen valinta tapahtui elokuussa 2020.

Prosessin alkuvaiheessa suunnitelmamme oli järjestää koulutuspäivä Nurmeksen terveyskeskussairaalaan vuodeosastolle, mutta käytännön syistä vaihdimme koulutuksen toteutuspaikkaa. Yksi opinnäytetyön tekijöistä työskentelee

hoivakoti Kyrölässä, mikä helpotti käytännön järjestelyjä. Sovimme koulutuspäivästä toimeksiantajan kanssa pääpiirteittäin suullisesti jo hyvissä ajoin. Toimeksiantosopimuksen allekirjoitimme 26.10.2020.

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on jonkin ammattialueen käytännön toimintaan liittyvää opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi käytännön työhön liittyvä opas, ohjeistus tai esimerkiksi jonkin tapahtuman toteuttaminen, kuten näyttelyn tai kokouksen järjestäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi. Opinnäytetyö vastaa työelämän tarpeeseen ja on käytännönläheinen. Se toteutetaan tutkivaa asennetta käyttäen ja sen tulee osoittaa alan tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.)

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus tulisi suunnitella niin, että se palvelee kohderyhmää ja toimeksiantajaa mahdollisimman hyvin. Viestintää ja visuaalisuutta apuna käyttäen voidaan muodostaa kokonaisuus, josta tavoitellut päämäärät ovat tunnistettavissa. Raportin kirjoittaminen on tärkeä osa toiminnallista opinnäytetyötä. Raportissa tulee selvittää mitä, miksi ja miten toiminnallinen opinnäytetyö on tehty. Tämän lisäksi raportissa tulee kertoa työprosessista, tuloksista ja johtopäätöksistä. Hyvin kirjoitetussa raportissa näkyvät opinnäytetyön tekijän ammatillinen osaaminen ja kasvu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51,65.)

5.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä

Hoivakoti Kyrölä on yksi Siun soten ikäihmisten tehostettua ympärivuorokautista hoitoa tarjoava laitoshoitopaikka Nurmeksessa. Asumispaikkoja kolmikerroksissa Kyrölässä on 90, sekä kaksi kriisipaikkaa. Hoitohenkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista ja hoiva-avustajista. Vakituista henkilökuntaa on noin 60. (Nurmikanta 2020.)

Tehostettua ympärivuorokautista palveluasumista asiakkaat saavat Ainolan, Tyyne­län, Vienolan, Pirttimäen ja Rauhalan osastoilla (Nurmikanta 2020). Tehostet­tua palveluasumista järjestetään ikäihmisille, jotka tarvitsevat ympärivuo­rutista hoitoa ja huolenpitoa, sekä heille, jotka eivät enää pärjää kotona kotihoidon enimmäiskäyntien turvin, eivätkä myöskään tarvitse terveystakeskussai­raalahoitoa. (Siun sote 2020.)

Kyrölässä on myös järjestetty kahdeksan tavallisen palveluasumisen paikkaa. Palveluasumista järjestetään palveluasunnossa, jossa palvelujen ja hoidon turvin pyritään siihen, että asiakas pystyisi elämään mahdollisimman pitkään kodin­omaisessa ympäristössä. Palveluihin kuuluu asiakkaan tarpeenmukainen hoito ja huolenpito, ateriahuolto, vaatehuolto, peseytymis- ja siivouspalvelut. Palvelu­asumisessa tuotetaan asiakkaan osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä. (Nurmikanta 2020.)

Lyhytaikaista tehostettua palveluasumista saa Florida-osastolla, jonka asiakkaat asuvat vielä kotonaan omaishoitajan tai kotihoidon turvin (Nurmikanta 2020). Ly­hytaikaisen tehostetun palveluasumisen tarkoitus on tukea kotona asuvien sel­viytymistä lyhyillä jaksoilla ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä. Ly­hytaikainen tehostettu palveluasuminen on toimintakykyä ylläpitävää ja kuntouttavaa hoitoa ja hoivaa. (Siun sote 2020.)

5.3 Onnistuneen koulutuspäivän suunnittelu

Hyvän ja tarkoituksenmukaisen koulutuksen onnistumiseksi, koulutus kannattaa suunnitella huolella. Suunnittelu vaiheessa määritellään koulutuksen tarve, ta­voitteet, sisältö ja kohderyhmä. Myös palautteen kerääminen ja sen hyödyntämi­nen tulee miettiä valmiiksi. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjille 2014, 9.) Oh­jausmenetelmän valinta vaatii harkintaa siitä, miten opetukseen osallistuvat omaksuvat asioita ja mikä on opetuksen tavoite. On arvioitu, että opetuksessa olisi hyödyllistä käyttää useita ohjausmenetelmiä, jotta voidaan varmistua ope­tuksen vaikutuksesta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 73.)

Koulutukseen osallistujien oppiminen ja uuden asian sisäistäminen paranee, kun he saavat mahdollisuuden kommentoida ja kysyä asioita koulutuksen aikana. Oppiminen on omaehtoista ja olisi tärkeää ottaa myös osallistujien ammattitaito ja ajatukset käyttöön ryhmälle. (KSL 2020.)

Koulutuspäivän järjestäminen tuli osittain meidän omasta aloitteestamme. Meistä kolmesta jokaisella on harjoittelujen kautta kokemusta siitä, että emme ole saaneet riittävästi ohjausta ventrogluteaalisen injektio-antamisessa harjoittelupaikassamme.

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien kliininen osaaminen karttuu suurelta osin harjoittelupaikoissa ja näin ollen laadukkaalla ja onnistuneella opiskelijanohjauksella voidaan suoraan vaikuttaa potilasturvallisuuteen, opiskelijoiden taitojen kehittymiseen ja sairaanhoitajien pysymiseen työssään. (Tuomikoski, Mikkonen, Ruotsalainen Konttila & Kääriäinen 2020.)

Hoivakodin työntekijöistä suurin osa pistää lihaksensisäisen injektio-pakan yläneljännekseen. Nykyään sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa opetetaan pistämään ventrogluteaalialueelle, joten on tarpeellista kouluttaa vanhoja työntekijöitä myös siihen, että he voisivat jatkossa myös ohjata harjoittelussa olevia opiskelijoita.

Toivoimme, että mahdollisimman moni hoitaja oppisi paikantamaan ventrogluteaalisen alueen ja siirtyisi käyttämään tätä aluetta pistopaikkana.

Koulutuksessa tuomme ilmi ventrogluteaalisen pistokohdan hyödyt ja osallistujat tulisi saada motivoitua oppimaan uusi pistoalue.

Koulutuksessa näytämme, kuinka pisto käytännössä tapahtuu ja sen jälkeen osallistujia ohjataan henkilökohtaisesti ventrogluteaaliseen alueen paikantamisessa ja annetaan mahdollisuus pistää injektio lihakseen harjoitusmielessä. Koulutuksessa on tarkoitus antaa osastoille paperiset ohjeet alueen paikantamiseen.

5.4 Koulutuspäivän toteutus

Koulutuspäivä lyötiin lukkoon lopulta nopealla aikataululla, sillä aikataulujen yhteensovittamisesta muodostui haaste. Opinnäytetyön tekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen ja tilojen varaaminen hoivakodista oli haasteellista. Toimeksiantajan puolelta saimme melko vapaat kädet muuten koulutuksen suunnittelemiseen ja pitämiseen. Lopulta koulutuspäivä suunniteltiin pidettäväksi 11.11.2020 klo 13–15. Itse koulutuksen kesto olisi 45 minuuttia, riippuen kuinka monta osallistujaa on kerralla paikalla. Jos henkilökunnasta ei pääse kaikki hakkaat kerralla paikan päälle, voidaan kyseisellä aikavälillä ottaa henkilökuntaa koulutukseen myös yksi kerrallaan.

Koulutuspäivän pitämisestä kävimme toimeksiantajan kanssa keskusteluja siitä, millaisia toiveita hänellä oli päivästä. Tämän lisäksi kysyimme muutamalta työntekijältä satunnaisotannalla, mitä toiveita heillä itsellään oli koulutuspäivästä. Näin halusimme varmistua siitä, että kaikilla on samanlaiset tavoitteet ja toiveet koulutuspäivän suhteen ja saimme rajattua aihetta ajallisesti ja myös sisällöllisesti. Kaikilta osapuolilta nousi esiin toive koulutuksen pitämisestä mahdollisimman yksinkertaisena ja halusta keskittyä nimenomaan oikean pistopaikan paikantamiseen.

Injektioita lihakseen pistetään vähän hoivakoti Kyrölässä. Halusimme pitää koulutuspäivän toiminnallisena ja antaa työntekijöille aikaa harjoitella ventrogluteaalisen pistoalueen paikantamista. Työntekijät pääsisivät harjoittelemaan kädentaitojaan ja palauttelemaan mieleen lihakseen pistämistä. Alueen paikantamisen näytimme toisillamme ja myös osa koulutukseen osallistujista suostui malliksi oikean alueen etsimiseen. Näin saimme myös erilaisia vartaloja harjoitteluun, joten saimme hyvin näytettyä, miten helppoa paikantaminen on, vaikka jokaisen ruumiinrakenne onkin erilainen.

Kaikki pistovälineet, sängyt ja tilat järjesteltiin suurin osa jo edellisenä iltana paikalle. Ennen koulutuksen alkua saavuimme paikalle 1,5 tuntia ennen ja koelimme tekniikan toimivuutta Powerpoint-esitystä varten.

Koulutuspäivän aloitimme lyhyellä Powerpoint-esityksellä, jossa kerroimme ventrogluteaalisesta injektiosta. Tarkoituksenamme oli motivoida henkilökuntaa vahvojen näyttöön perustuvien lähteiden avulla.

Koulutuspäivässä näytimme lihasinjektion annon ventrogluteaaliselle alueelle. Tämän jälkeen henkilökunta etsi toisiltaan tai meiltä ventrogluteaalisen injektio-
tiopaikan. Koulutuksessa nimenomaan keskityimme ventrogluteaalisen injektio-
alueen paikantamiseen ja halukkaat saivat pistää toisiaan tai meitä.

5.5 Palaute koulutuspäivästä

Koulutukseen osallistui 15 henkilöä, joista 13 vastasi palautekyselyyn. Palautekyselyt jaoimme osallistujille koulutuspäivän päätteeksi. Pohdimme sähköistä palautekyselyä Webropol-palvelun kautta, mutta tulimme siihen tulokseen, että saamme varmimmin palautetta, kun osallistujat täyttävät palautekyselyn heti koulutuksen jälkeen. Palautekyselyistä kävi ilmi, että lähes kaikki olivat kuulleet ventrogluteaalisesta alueesta, mutta käytännön kokemus kuitenkin puuttui. Koulutukseen osallistujien työkokemus hoitotyössä oli vasta valmistuneista jopa 40 vuotta alalla olleisiin.

Kaikki vastanneet kokivat koulutuksen hyödylliseksi ja hoitajat aikoivat käyttää aluetta jatkossa injektiopaikkana. Osa vastaajista koki, että tarvitsevat kuitenkin vielä tukea kollegalta paikantamisessa ja lisää harjoitusta. Palautetta saimme myös siitä, että pystyimme rohkaisemaan arkoja pistäjiä suorittamaan lihasinjektion. Moni koki hyväksi sen, että paikantamista pääsi harjoittelemaan oikeasti. Kaikki osallistujat paikansivat ventrogluteaalisen alueen ainakin kerran, ja osa harjoitteli myös injektion antamista kyseiseen kohtaan. Suurin osa harjoitteli pelkän ruiskun kanssa ja neljä pisti oikeasti.

Palautekyselyn perusteella koulutus koettiin hyödylliseksi ja se motivoi hoitajia käyttämään aluetta jatkossa injektiopaikkana. Osallistujat pitivät koulutusta hyvänä kertaamisen kannalta ja kiinnostusta heräsi uuteen koulutukseen. Eräs hoi-

taja kommentoi, että ei ole pystynyt ottamaan näyttöjä vastaan, koska ventrogluteaalinen pistoalue ei ole hänelle tuttu, mutta kertoi tämän asian korjaantuvan koulutuksen jälkeen.

Kiitos selkeästä opastuksesta

Hyvä opastus, opiskelijoilla tietoa kyseisestä aiheesta ja kokemusta, mikä näkyi koulutuspäivässä. Erittäin onnistunut tapahtuma, kiitos!

Koulutustilanne sopivan rento ja ei tullut suorituspaineita

Erittäin hyvä koulutus, kouluttajat olivat asiasta hyvin perillä ja opastivat hyvin, suuri kiitos!

Vapaa keskustelu, sai kokeilla henk.koht.

6 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoitus oli motivoida hoitajia opettelemaan uusi injektioalue. Tavoitteena oli, että mahdollisimman moni hoitaja oppisi paikantamaan ventrogluteaalisen alueen. Tähän tarkoitukseen ja tavoitteeseen vastaten tehtävänämmä oli suunnitella ja toteuttaa koulutuspäivä hoivakodin työntekijöille. Teimme myös koulutukseen diaesityksen, jonka jätimme koulutuksen jälkeen henkilökunnan käyttöön. Etsimme tietoa ja perusteluja ventrogluteaalisen alueen käytön hyödyistä, joilla pyrimme motivoimaan hoitajia uuden oppimisessa. Uuden oppimiseen vaikuttaa hoitajien oma tahto pitää ammattitaitoaan yllä.

Opinnäytetyön tarkoitukseen ja tehtävään asettamamme tavoitteet saavutimme, koulutuspäivästä saamamme palautteen perusteella. Koulutuksesta jäi positiivinen tunne osallistujille, sekä meille järjestäjille. Onnistuimme tuomaan asiamme selkeästi esille ja saimme hoitajia motivoitua uuden oppimiseen. Palautelomakkeen kysymyksiä muokkaamalla olisimme saaneet koulutuspäivästä kehittävämpää palautetta.

6.1 Tuotoksen tarkastelu

Opinnäytetyömme valmistui melko ripeässä aikataulussa ja tämä sopi meille kaikille parhaiten. Aihe oli lyöty lukkoon elokuussa 2020, mutta itse kirjoitusprosessin saimme alkuun vasta syyskuun 2020 puolenvälin tienoilla. Aluksi ongelmaksi muodostui tiedonhaku, mutta osallistuttuamme tiedonhaun klinikalle saimme paljon ideoita ja vinkkejä tiedonhakuun. Tiedonhakua teimme paljon yhdessä, mutta myös kukin itsenäisesti. Lähteenä käytimme suomalaisia tekstejä, artikkeleita ja oppikirjoja. Lähteissä käytimme mahdollisimman uusia julkaisuja.

Jaoimme kullekin kirjoitettavaksi aihealueet, mitä jokainen työsti alkuun itsenäisesti. Tämän jälkeen yhdistimme tekstit ja muokkasimme mahdollisimman yhtenäiseksi, ja kukin lisäsi ajatuksia ja tekstiä vielä jälkeen päin. Kaikki opinnäytetyön tekijät asuvat samalla paikkakunnalla, mikä helpotti kirjoittamisprosessia. Kerran viikossa kokoonnuimme tekemään ja suunnittelemaan opinnäytetyötä yhdessä, vaihdoimme ajatuksia ja tsemppasimme toisiamme.

Syksyllä 2020 osallistuimme opinnäytetyön ohjaustapaamisiin ja suunnittelimme ja teimme opinnäytetyötä ohjaajien palautteiden ja kommenttien perusteella. Ohjaukset koimme hyödyllisinä, sillä ohjaajien palautteet perusteluineen auttoivat meitä näkemään opinnäytetyömme aivan uudessa valossa ja se auttoi meitä hahmottamaan opinnäytetyötä kokonaisuutena. Samaan aikaan meillä kaikilla oli syksyn aikana Tutkiva kehittäminen ja opinnäytetyö -kurssi, mikä avasi meille opinnäytetyöprosessia kokonaisuudessaan.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen kriteereillä, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128). Lähteiden luotettavuuden lisäksi tutkimuksen tulosten raportoimisessa, esittämisessä ja tallentamisessa on

käytettävä tarkkuutta, huolellisuutta ja rehellisyyttä. Nämä ohjeet ja niiden noudattaminen luovat luotettavuutta ja uskottavuutta tehdyille tutkimukselle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020.)

Hoitotyö perustuu tutkimusten avulla tuotettuun tutkittuun näyttöön ja tämä tutkittu näyttö tuo vankan perustan hoitotyölle. Tämän lisäksi on erilaisia hoitosuosituksia, jotka tukevat terveydenhuollon ammattilaisia päätöksenteossa tietyissä kliinisissä toimenpiteissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 31.)

Lähdeviitteiden merkitseminen tarkasti on erityisen tärkeää opinnäytetyössä, koska plagiointiin voi syyllistyä, mikäli lähdeviittaukset ovat vaillinaiset tai epäselvät. Plagiointi aiheuttaa tekstiin huomattavaa epätasaisuutta. Syventyminen opinnäytetyön aiheeseen lisää tietämystä omasta aiheesta, mikä voi johtaa harhaan lähdemerkintöjen merkitsemisessä. Oma tietämys kasvaa ja voi olla vaikea erottaa sitä, mikä tulisi tekstissä merkitä lähdeviitein. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.)

Tietoa hakiessamme ja hyviä lähteitä etsiessämme olimme tarkkoja lähteistä ja siitä, että lähdemerkinnät teimme tunnollisesti, emmekä esittäneet kirjoitettua tekstiä omanamme.

Opinnäytetyössämme lähteenä on käytetty paljon oppikirjoja ja muutamaa suomenkielistä asiantuntija-artikkelia sekä yhtä englanninkielistä artikkelia. Alustava tiedonhaku osoittautui hyvin haasteelliseksi ja osallistuimmekin opinnäytetyötiimimme kanssa kirjaston pitämälle tiedonhakutunnille. Tästä oli apua ja pikkuhiljaa haut alkoivat tuottaa tulosta.

Englanninkielisiä artikkeleita olemme käyttäneet vain yhtä, koska kielitaitomme ei ollut riittävällä tasolla, että olisimme pystyneet tulkitsemaan lähteitä kovinkaan luotettavasti. Englanninkielisiä lähteitä olisi ollut runsaasti tarjolla, mutta kaikista saamistamme hauista emme pysty sanomaan, olivatko ne luotettavia lähteitä. Lähteiden haussa halusimme pyrkiä siihen, että lähteet ovat mahdollisimman uusia ja näin ollen myös oppikirjoissa halusimme pyrkiä saamaan mahdollisuuksien mukaan mahdollisimman uusia painoksia.

Opinnäytetyön uskottavuutta lisää se, että prosessin eri vaiheet on kuvattu tarkasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198). Opinnäytetyömme uskottavuutta vahvistimme säännöllisillä tapaamisilla opinnäytetyöryhmämme kanssa. Varsinaista päiväkirjaa emme pitäneet, mutta olimme tiiviisti yhteydessä WhatsApp-palvelun kautta, sekä viikoittain näimme joko koko ryhmän kesken tai osa ryhmästä näki toisiaan.

Opinnäytetyön ohjaajien kanssa meillä oli ohjauskeskustelut, jossa olimme kukin omien työvuorojen sallimissa rajoissa aina mukana. Työhön uskottavuutta toi se, että kysyimme toimeksiantajan puolelta toiveita koulutuspäivästä sekä muuttamalla otannalla työntekijöiltä, mitä he odottavat koulutuspäivästä. Tällä tavalla saimme yhtenevät näkemykset koulutuspäivästä toimeksiantajan puolelta ja koulutuksesta puolin ja toisin kaikki mahdollinen hyöty irti. Tämän lisäksi tekemämme koulutuspäivän huolellinen suunnittelu tuo uskottavuutta koulutuspäivään. Hyvällä ja tarkalla suunnittelulla tutkimus on myös myöhemmin toteutettavissa, jos esimerkiksi toimeksiantaja haluaa järjestää aiheesta jatkokoulutusta tai tutkia aihetta enemmän.

Eettisyys on hyvän tutkimuksen perusta ja se on mukana jo tutkimuksen alkuvaiheesta ja aiheen valinnasta alkaen mukana. Kaikki päätökset opinnäytetyötä tehdessä pohjautuvat tutkimusetiikan noudattamiseen ja käytännössä tämä tarkoittaa tiedeyhteisön hyväksymien tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien käyttämistä. (Vilkkä 2015, 26–27.) Eettisyyteen sitoutuminen jo tutkimuksen alkuvaiheessa ohjaa hyvään tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 127).

Yksi keskeinen kriteeri aihetta valittaessa on sen käytännön hyödynnettävyys hoitotyölle ja sen kehittämiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 89). Harjoitteluissa ja työelämässä olemme huomanneet, että useat hoitotyön ammattilaiset pistävät edelleen dorsogluteaalialueelle, vaikka tutkimusnäyttö puhuu ventrogluteaalisen pistoalueen puolesta. Kun viemme työpaikalle näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa aiheesta, vahvistaa se samalla henkilökunnan eettistä pohjaa ja ammattitaitoa. Tätä tietoa he voivat edelleen viedä eteenpäin esimerkiksi opiskelijanohjauksen merkeissä.

Eettisyydestä huolehditaan koulutuspäivän aikana myös siten, että kaikki mitä kuulemme koulutuspäivän aikana, jää meidän tietoomme ja noudatamme salassapitovelvollisuutta. Koulutuksen aikana huolehditaan jokaisen osallistujan yksityisyydensuojasta, koska pistoaluetta etsiessä joudutaan hieman housuja riisumaan alas pistopaikkaa etsiessä. Koulutuksen päätyttyä palautelomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen voi vastata anonyymisti. Palautelomakkeeseen vastanneiden anonymiteetistä huolehdimme palautelomakkeiden säilyttämisestä ja hävittämisestä asianmukaisesti prosessin jälkeen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 221).

Aiheella oli merkitystä toimeksiantajalle, koska opinnäytetyöhömmme sisältyi koulutuspäivä, joka hyödytti toimeksiantajan työntekijöitä ja lisäsi heidän tietämystään aiheesta ja antoi mahdollisuuden harjoitella kädentaitoja.

6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön prosessin aikana opimme järjestelmällisyyttä ja aikataulutusta, sekä yhteensovittamaan erilaisia oppimistyytlejämme. Käytimme hyödyksi jokaisen osaamista, sillä jokainen on osannut jotain paremmin, kuin toinen ja pyrimme hyödyntämään toistemme erilaisia vahvuuksia.

Kaikilla opinnäytetyön tekijöillä on ollut haasteellinen elämäntilanne, ja koulussa on ollut meneillään paljon kursseja samaan aikaan. Suunnitelmallisuus on ollut tärkeässä osassa, jotta opinnäytetyömme on edennyt ja onnistunut ja olemme saaneet samalla myös muut kouluprojektimme kunnialla suoritetuksi.

Yhteistyötaitomme ovat kehittyneet prosessin aikana. Raportointitaidot ovat kehittyneet ja koemme, että asiatekstin kirjoittaminen on kehittynyt kaikilla. Kirjoitusprosessia olemme tehneet luonnollisesti tietokoneella ja tietotekniikkataitomme ovat kehittyneet, vaikka jokaisella meillä niissä riittää edelleen parannettavaa. Olemme käyttäneet Microsoft Word -ohjelmaa ja tietotekniikka on

mahdollistanut sen, että olemme esimerkiksi voineet kaikki kirjoittaa opinnäytetyötä samaan aikaan ollen kukin eri paikassa ja olemaan samalla puheyhteisössä.

Aiheeseen tarkempi syventyminen kasvatti omaa tietämystämme ja kädentaitojamme. Opinnäytetyön tekeminen on selkeyttänyt käsitystä siitä, miten tärkeää on tutkittu näyttö ja kuinka kaikki toiminta hoitotyössä perustuu tutkittuun näyttöön. Lähteitä etsiessämme opimme lukemaan lähteitä kriittisesti, sekä tunnistamaan luotettavat lähteet. Kouluttaessamme hoivakodin henkilökuntaa olemme jakaneet omaa osaamistamme eteenpäin ja näin edistäneet omasta puolestamme hoitotyötä.

Projektin aikana olemme oppineet ymmärtämään paremmin kollegiaalisuuden merkityksen hoitotyössä, kuinka kollegiaalisuus korostuu siinä, kun hoitajat siirtävät omia tietojaan ja taitojaan koko työyhteisön käyttöön.

6.4 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, miten koulutus on vaikuttanut työntekijöihin ja onko opettamamme pistokohta otettu lopulta käyttöön työyhteisössä. Työntekijöille voisi tehdä syvällisempää haastattelua ja selvittää, miksi ja minne he pistivät. Näiden selvittelyjen kautta voisi selvittää mahdollista jatkokoulutuksen tarvetta. Jättämämme Powerpoint-esityksen avulla koulutuksessa olleet työntekijät voivat ohjata ventrogluteaalisen injektion antamisen. Jatkotutkimusta voisi tehdä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat motivaatioon oppia uusia työskentelytapoja, tässä tapauksessa ventrogluteaalinen injektio.

Yksi opinnäytetyön tekijöistä teki Tutkimus- ja kehittämistyön menetelmien soveltaminen -kurssilla miniopinnäytetyön eri henkilöiden kanssa ventrogluteaalisesta injektioista. Kyseessä oli laadullinen miniopinnäytetyö ja siinä pohdittiin, mitkä tekijät ohjaavat hoitajaa pistopaikan valinnassa pakaralihakseen pistettäessä. Miniopinnäytetyö oli hyvin pintaraapaisu ja tästä saisi tutkimuksen aihetta enemmänkin opinnäytetyöhön asti.

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Anttila, V.-J., Kanerva, M., Kuronen, M., Kurvinen, T., Lyytikäinen, O., Rantala, A., Vuosto, R. & Ylipalosaari, P. 2019. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: PunaMusta Oy.
- Brown, J., Chard, S. & Gillespie, M. 2015. The dorso-ventro debate: in search of empirical evidence. *British journal of nursing*.
<http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=202edb56-afb1-4ed9-9d13-7f7611bd23d1%40pdc-v-sessmgr05.12.10.2020>.
- Härkänen M., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen K. 2019. Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niihin vaikuttavat tekijät – katsaus lääkehoidon turvallisuutta arvioineen projektin tuloksiin. Suomen farmasialiitto ry.
https://dosis.fi/wp-content/uploads/2019/09/Dosis_3-2019_Harkanen.pdf. 6.10.2020.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Inkinen, R., Volmanen, P., Hakoinen, S. & (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 23.10.2020.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kara, D., Uzelli, D. & Karaman, D. 2015. Using Ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a Priority or an Alternative? *International Journal of Caring Sciences*. <http://web.a.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3c180f06-c245-4f05-b09e-38970ef41eaa%40sessionmgr4007>. 4.12.2020.
- Karttunen, M. 2012. Lihaksensisäinen injektio ventrogluteaalisesti näyttöön perustuen. *Spirium*. Suomen anestesiasairaanhoitajien jäsenlehti.
- KSL. Opintokeskus. 2020. Kouluttajan muistilista. <https://www.ksl.fi/materiaaleja/kouluttajalle/kouluttajan-muistilista/>. 23.10.2020.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Laatikainen, O. 2020. Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat terveydenhuollossa. Suomen farmasialiitto ry. https://dosis.fi/wp-content/uploads/2020/06/216-229_Dosis_2-2020_Laatikainen.pdf. 5.10.2020.
- Leppäluoto, J., Rintamäki, T., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lauri, T. 2019. Anatomia ja fysiologia rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2018. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Niemi-Murola, L. 2018. Injektioiden perusteet. Duodecim Oppiportti. <https://www.oppiporrtti.fi/op/dvk00088/avaa>. 01.11.2020.
- Nurmikanta, A. 2020. Vs. Palveluesimies. Hoivakoti Kyrölä. Siun sote. Haastattelu 2.11.2020.
- Opas täydennyskoulutuksen järjestäjille.2014. Pro Medico. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2020/01/Taydennyskoulutusopas-2014.pdf>. 16.10.2020.
- Puro, V., Rasa, P-L. & Salminen, S. 2014. Terävät instrumentit terveydenhuollossa Ehkäise pisto- ja viiltotapaturmat tehokkaasti. Työterveyslaitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131780/Ter%C3%A4v%C3%A4t%20instrumentit%20terveydenhuollossa.pdf>. 22.10.2020.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2019. Hoitoyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rintala, E. 2017a. Veritartuntariski. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiporrtti.fi/op/kia20348/do>. 1.11.2020.
- Rintala, E. 2017b. Verialtistusten torjunta. Kustannus Oy Duodecim. https://www.oppiporrtti.fi/op/kia20349/do?p_haku=neulanpistotapaturma#q=neulanpistotapaturma 1.11.2020.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2020. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2016. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Schepel, L. & Kuitunen, S. 2020. Lääkitysturvallisuus sairaalassa. Kustannus oy Duodecim. <https://www-terveysporrtti-fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo15348.pdf>. 6.10.2020.
- Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2018. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Ventrogluteaalinen pistotekniikka ja z-tekniikka. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/rokottamisen-vaiheet/rokotustekniikat/lihaksensisainen-pistotekniikka-aikuiselle/ventrogluteaalinen-pistotekniikka-ja-z-tekniikka>. 12.10.2020.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomikoski, A-M., Mikkonen, K., Ruotsalainen, H., Konttila, J. & Kääriäinen, M. 2020. Millaista osaamista sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa ohjattessaan opiskelijoita? Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/10/nayttovinkki-12-2020.pdf> 22.10.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2020.Mitä on hyvä tieteellinen käytäntö? <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk> 13.10.2020.
- Tyosuojelu.fi. Tyosuojeluhallinnon verkkopalvelu.2018. <https://www.tyosuojelu.fi/-/saako-hoitaja-hylsyttaa-kaytetyn-neulan-22.10.2020>.
- Valvira. Lääkehoidon toteuttaminen. 2020. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-toteuttaminen>. 6.10.2020.

- Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vuoriluoto, I. 2013. Älä anna neulanpiston yllättää Selvitys neulanpistoista ja terävien esineiden aiheuttamista tapaturmista. Tehy ry. Tehyn julkaisusarja B: 1/3. 3. painos. https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2013/2013_b_1_vain_nettiin_neulanpisto_3painos_netti_id_30.pdf. 22.10.2020.

Koulutuspäivän aikataulu

Koulutuspäivä 11.11.2020 klo 13–15. Aikaa varattu yhteensä kaksi tuntia, koulutuksen kesto määräytyy osallistujien mukaan, mutta arviolta koulutus kestää 45 minuuttia. Koulutuksesta on lähetetty osastoille jo aiemmin saatekirjeet. Saavumme paikalle ajoissa noin tunti ennen koulutuksen alkua. Valmistelemme koulutukseen tarvittavat välineet paikalleen ja varmistamme, toimiiko laitteet power point -esitystä varten.

Klo 13 koulutus alkaa. Esittelemme itsemme lyhyesti.

Klo 13.00–13.15 Teoriaosuus.

- Perustelemme opinnäytetyön aiheen.
- Power Point esitys
- keskustelua aiheesta, kysymyksiä.

Klo 13.15–14.00 Ventrogluteaalisen injektion havainnollistaminen ja pistoharjoitukset.

- Näytämme ventrogluteaalisen alueen paikantamisen, jonka jälkeen annamme injektion. Tämän teemme toisillemme.
- Osallistujat saavat harjoitella paikantamista ja pistämistä, neulalla tai ilman.
- Ohjataan jokaista yksilöllisesti

Klo 14 kysymyksiä ja palautelapun täyttö

Klo 14.15 Tilan siivoaminen

Saatekirje hoivakoti Kyrölään

Hei!

Opiskelemme Karelia- ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä, sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa.

Teemme opinnäytetyötä ventrogluteaalista injektioista, johon liittyen tulemme pitämään koulutuspäivän Hoivakoti Kyrölän henkilökunnalle **keskiviikkona 11.11.2020 klo 13–15 juhlasalissa.**

Vatsanpuoleista pakaralihasaluetta, eli ventrogluteaalista pakaralihasta suositellaan nykyisin ensisijaiseksi lihaksensisäisen injektion antopaikaksi. Koulutuspäivässä käymme läpi tarkemmin ventrogluteaalisen injektion annon.

Tervetuloa!

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat

Heidi Järvinen

Susanna Kartano

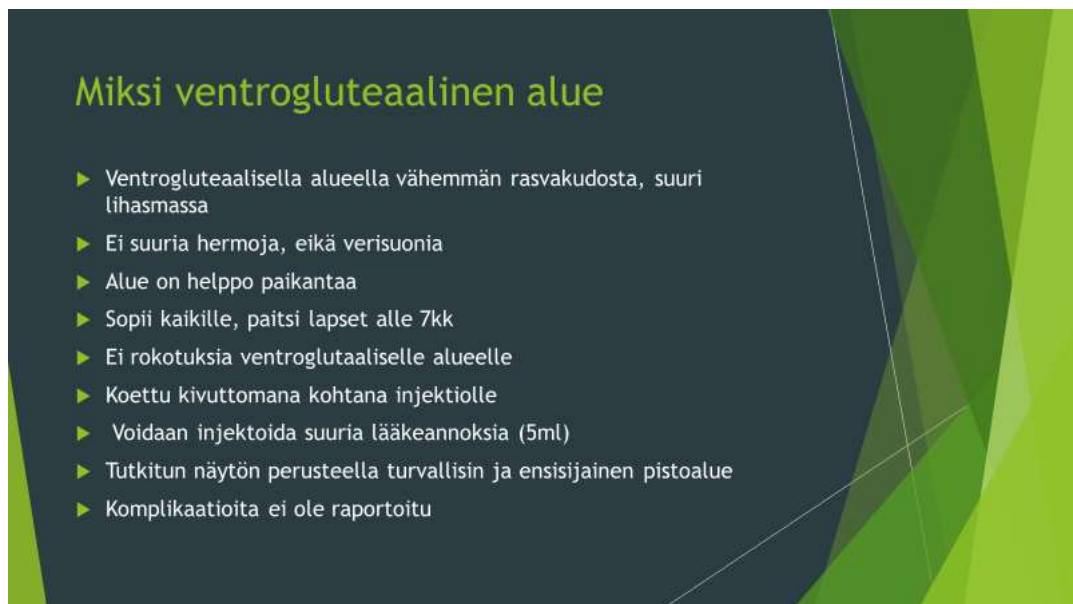
Niina Martikainen

Palautekysely

1. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitajana?
2. Oliko ventrogluteaalinen injektio aiemmin tuttu asia?
3. Aiotko tämän koulutuksen jälkeen käyttää ventrogluteaalista pistoaluetta?
Jos et, niin miksi?
4. Saitko mielestäsi riittävästi tietoa ja taitoa aiheesta tässä koulutuksessa?
5. Koetko tämän koulutuksen hyödylliseksi?
6. Vapaamuotoinen palaute koulutuksesta:

Kiitos osallistumisesta ja palautteestasi!

Powerpoint-esitys



Powerpoint-esitys

Paikantaminen

- ▶ Voidaan käyttää anatomisia maamerkkejä
- ▶ Käsi on aina vastakkainen pistopaikkaan nähden, jos pistät oikealle puolelle, aseta vasen kämmenesi potilaan reisiluun isosarvennoisen päälle. Pistäessäsi vasemmalle puolelle toimi päinvastoin.
- ▶ Paikanna suoliluun harjanne etuyläkärki
- ▶ Etusormi osoittaa suoliluun etuyläkärkeä ja keskisormi suoliluun harjannetta kohti, kainalon keskilinjassa
- ▶ Etu- ja keskisormen väliin jäävän v-kirjaimen keskeltä löytyy pistopaikka.



Injektion antaminen

- ▶ Varataan tarvittavat välineet ja huolehditaan asianmukaisesta aseptiikasta
- ▶ Ohjataan potilas kylkiasentoon
- ▶ Desinfioi kädet ja pue tehdaspuhtaat käsineet
- ▶ Desinfioidaan pistopaikka ja annetaan alueen kuivua
- ▶ Käytä pistäessäsi z-tekniikkaa
- ▶ Iho läpäistään nopeasti 90 asteen kulmassa ja neulasta jätetään 1/3 näkyville
- ▶ Aspiroi
- ▶ Injisoi lääkeaine hitaasti 1ml/10s
- ▶ Kun lääkeaine on ruiskutettu, odota 5-10 sekuntia ennen kuin neula otetaan pois.
- ▶ Tarkkaile potilasta allergisten reaktioiden varalta

Powerpoint-esitys

Tekijät

- ▶ Karelia ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja opiskelijat
- ▶ Heidi Järvinen
- ▶ Susanna Kartano
- ▶ Niina Martikainen

Lähteet

- ▶ Saano, S. & Taam -Ukkonen, M. 9. uudistettu painos, 2020. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- ▶ Karttunen M. 2012. Lihaksensisäinen injektio ventrogluteaalisesti näyttöön perustuen. Spirium.
- ▶ Henttonen, T., Ojala, M., Rautava -Nurmi, H., Vuorinen, S. & Westergård, A. 2019. Hoitoyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- ▶ Kuva Niina Martikainen, mukailen Saano & Taam-Ukkonen. Lääkehoidonkäsikirja. S 157.

