

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Eeva Peura
Mervi Vartiainen

MITTAAMALLA MUUTOKSEEN – YHTEISTYÖLLÄ TULOKSEEN
- ABCDE-menetelmä ja NEWS-mittari potilaslähtöisessä hoidon
tarpeen arvioinnissa

Opinnäytetyö
Tammikuu 2021



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2021
Sosiaali- ja terveysalan
kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät
Eeva Peura ja Mervi Vartiainen

Nimeke
MITTAAMALLA MUUTOKSEEN – YHTEISTYÖLLÄ TULOKSEEN
- ABCDE-menetelmä ja NEWS-mittari potilaslähtöisessä hoidon tarpeen arvioinnissa
Toimeksiantaja:
Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Tiivistelmä
Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan ammattilaisen tekemää arviointia potilaan tarvitsemasta hoidosta ja hoidon kiireellisyydestä. Yhdenmukaisella menetelmällä ja mittarilla voidaan yleisvoinnin heikkeneminen havaita jo varhaisessa vaiheessa, ja lääkärin konsultaation perusteella aloittaa hoito viipymättä ja hoitaa omassa hoitopaikassa. ABCDE-menetelmän käytön periaatteena on systemaattisuus ja toistettavuus kaikille aina samalla tavalla. NEWS-mittarin peruseriaatteena on huonovointisen potilaan havaitseminen ajoissa.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana. Aineisto kerättiin puhelinhaastattelulla ja työpajoissa ja se analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli muutoksen alkuun saattaminen toimintatavan yhdenmukaistamiseksi hoidon tarpeen arvioinnissa. Tavoitteena oli uuden toimintatavan jalkauttaminen käytäntöön viiteen tehostetun palveluasumisen yksikköön. Tehtävänä oli selvittää, onko tehostetun palveluasumisen yksiköissä tarvittavaa välineistöä, laatia toimintaohje sekä kouluttaa hoitajia ABCDE-menetelmän ja NEWS-mittarin käyttöön hoidon tarpeen arvioinnissa.

Koulutuksista pyydettiin kirjallista palautetta. Palautteiden perusteella koulutukset koettiin tärkeinä ja ajankohtaisina. Yhdenmukaiselle hoidon tarpeen arvioinnille nähtiin selkeä tarve. Suurin osa palautekyselyyn vastanneista ilmaisi ottavansa ABCDE-menetelmän ja NEWS-mittarin käyttöön. Uusi toimintatapa todettiin hyväksi ja sen käyttö helpoksi toteuttaa. Toimintaohje arvioitiin selkeäksi ja sen nähtiin helpottavan hoidon tarpeen arviointia ja päätöksentekoa jatkohoidon suunnittelussa.

Kieli
suomi

Sivuja78
Liitteet6
Liitesivumäärä19

Asiasanat
hoidon tarpeen arviointi, potilaslähtöisyys, ABCDE-menetelmä, NEWS-mittari, muutosjohtaminen



THESIS

January 2021

**Master's Programme in Development
and Management of Health Care and
Social Services**

Tikkarinne 9

FI-80200 JOENSUU

FINLAND

Tel. + 358 13 260 600

Authors

Eeva Peura and Mervi Vartiainen

Title

Measuring Change – Achieving Results Through Cooperation

- The ABCDE Method and NEWS Indicator in Patient-oriented Care Needs Assessment

Commissioned by

Siun sote, Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services

Abstract

Care needs assessment and its urgency is performed by professionals. With a standardised method and indicator the weakening of general health can be perceived at an early stage and by consulting the doctor, the care can be commenced without delay at the place of care. The principle of the ABCDE Method is systematicity and repeatability, which apply similarly to all. The basic principle of the NEWS Indicator is to perceive an unwell patient in time.

The thesis was implemented as developmental research activity. The data was gathered through telephone interviews and in the workshops and analysed by inductive content analysis. The purpose of this thesis was to initiate the change in assessing the need for care and standardise the practice. The aim was to put the new method into practice in five units that provide enhanced housing services for older people. The objective was to explore if the units have appropriate tools available, to draw up unit-specific instructions and educate nurses in the use of the ABCDE Method and NEWS Indicator.

On the basis of the collected feedback, training was considered important and current. Standardised practices and instructions were seen as necessary. A majority of the respondents reported that they will employ the methods learned. The new approach was regarded as good and easy to use. It was seen to facilitate the assessment of the need for care and decision-making in the planning of the continued care.

Language

Finnish

Pages 78

Appendices 6

Pages of Appendices 19

Keywords

care needs assessment, patient-oriented care, ABCDE Method, NEWS Indicator, change management

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Hoidon tarpeen arviointi	7
2.1	Hoidon tarpeen arviointi	7
2.2	Kiireetön hoidon tarpeen arviointi ABCDE-menetelmällä.....	10
2.3	NEWS – aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä	14
2.4	Kokemuksia NEWS-mittarin käytöstä	16
2.5	Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi	18
3	Tehostetun palveluasumisen asukkaan palliatiivinen hoito.....	19
3.1	Tehostettu palveluasuminen	19
3.2	Palliatiivinen hoito ja palliatiivisen hoidon järjestäminen	20
3.3	Palliatiiviseen hoitoon liittyvät hoidon linjaukset ja hoitopäätökset.....	23
3.4	Yleisimmät yleisvoinnin heikkenemiseen johtavat syyt iäkkäillä	26
3.5	Asiakaslähtöisyys ja hoidon laatu	28
4	Kotisairaala ja yhden hoitajan yksikkö kotiin vietävissä palveluissa.....	30
4.1	Joensuun kotisairaala	30
4.2	Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen yhden hoitajan yksikkö	31
5	Muutosjohtaminen osana hoitotyön kehittämistä	32
5.1	Muutos ja sen edellytykset.....	32
5.2	Muutosjohtaminen	34
5.3	Muutosjohtaminen terveydenhuollossa.....	38
6	Kouluttaminen kehittämisen keinona	40
7	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä	41
8	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	42
8.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	42
8.2	Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi	43
8.3	Aineiston keruu ja osallistavat menetelmät.....	45
8.3.1	Puhelinhaastattelu	46
8.3.2	Ideointityöpajat.....	47
8.4	Sisällönanalyysi	48
9	Opinnäytetyön toteutus	50
9.1	Puhelinhaastattelun ja ideointityöpajojen toteutus	51
9.2	Koulutusten toteutus	53
9.3	Sisällönanalyysi hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistarpeesta ja haasteista	55
10	Opinnäytetyön tulokset	56
10.1	Puhelinhaastattelun ja ideointityöpajojen tulokset.....	56
10.2	Kouluttaminen osaamisen edistäjänä	58
10.3	Palautteet koulutustilaisuuksista	59
11	Pohdinta.....	66
11.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	66
11.2	Kouluttaminen muutoksen johtamisessa	68
11.3	Toimintaohje – Toiminta asukkaan yleisvoinnin heikentyessä	70
11.4	Opinnäytetyön prosessin pohdintaa.....	71
11.5	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	73
11.6	Jatkotutkimusaiheet	77
	Lähteet.....	79

Liitteet

- Liite 1 Puhelinhaastattelu
- Liite 2 Toimintaohje asukkaan yleisvoinnin heikentyessä- konsultaatio-ohje
- Liite 3 PowerPoint-esitys koulutuksesta
- Liite 4 Koulutuskutsu
- Liite 5 Sisällönanalyysi: Hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistarpeet ja haasteet
- Liite 6 Palautelomake koulutuksesta

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen on ajankohtainen haaste Suomessa. Ikäihmisten määrän ja palvelujen tarpeen ennustetaan kasvavan nopeasti. Palvelujen tarpeeseen vastaaminen vaatii terveydenhuollolta toiminnan ja resursien uudelleen organisointia ja palvelurakenteiden keventämistä. (Tilastokeskus 2018.) Palveluja on järjestettävä uudelleen ja elämän loppuvaiheen hoidon osaimista kehitettävä, jotta iäkkään ihmisen ei tarvitse toistuvasti siirtyä hoitopaikasta toiseen (Forma, Jylhä, Aaltonen, Raitanen & Rissanen 2012, 38).

Suomalaisilla 70 vuotta täyttäneillä on todettu olevan keskimäärin yli kymmenen siirtoa kodin, tehostetun palveluasumisen tai vanhainkodin ja terveyskeskussairaalan tai muun sairaalan välillä. Siirtojen määrä on tihentynyt kuoleman lähestyessä. Viimeisinä elinvuosinaan iäkäs ihminen tarvitsee tutkimuksia ja hoitoa akuuttien sairauksien toteamisessa ja hoitamisessa ja usein ne edellyttävät sairaalahoitoa. Ympäri vuorokautista hoitoa on kehitettävä niin, että sinne saadaan tarvittaessa terveydenhuollon palveluja ja että siellä voi myös kuolla turvallisesti. Hoitopaikasta toiseen siirtymiset ovat haasteellisia etenkin muistisairauksia sairastaville, joten tavoiteltavaa olisi, että he saisivat asua samassa paikassa ja palvelut liikkuisivat. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Sosiaali- ja terveyssektorilla asiakaslähtöisen toiminnan arvoperustana tulisi olla palveluiden järjestäminen asiakkaiden tarpeista lähtien. Tämä edellyttää keskinäistä vuoropuhelua ja yhteistä näkemystä siitä, kuinka tarpeisiin voidaan vastata olemassa olevien palvelumahdollisuuksien puitteissa ja järjestää palvelut parhaalla mahdollisella tavalla kustannustehokkaasti. (Virtanen, Suonheimo, Laminmäki, Ahonen & Suokas, 2011, 18.) Tämä näkyy muun muassa avohoitopalveluiden lisääntymisenä ja palvelujen monipuolistumisena kuten ympärivuorokautisten palveluiden viemisenä kotiin (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 12). Asiakaslähtöisyyden rinnalla käytetään myös termiä asiakaskeskeisyys, jolloin keskipisteenä on asiakas ja palvelut ja toiminnot organisoidaan häntä varten (Virtanen ym. 2011, 18).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on muutoksen alkuun saattaminen ja toimintatapojen yhdenmukaistaminen hoidon tarpeen arvioinnissa kotisairaалassa ja viidessä tehostetun palveluasumisen yksikössä. Järjestelmällisesti tehdystä hoidon tarpeen arvioinnista saadaan kattava kuva asukkaan yleisvoinnista ja jatkotoimenpiteiden tarpeesta. Yhdenmukaisen menetelmän ja mittarin käyttö mahdollistaa asiakaslähtöisen ja tarkoituksenmukaisen hoidon omassa hoitopaikassa. Tavoitteena on jalkauttaa hoidon tarpeen arvioinnin osaamista kouluttamalla ABCDE-menetelmän ja NEWS-mittarin käyttöä käytännössä. Toimintatavan yhdenmukaistamiseksi koulutukset pilotoidaan kotisairaалassa.

2 Hoidon tarpeen arviointi

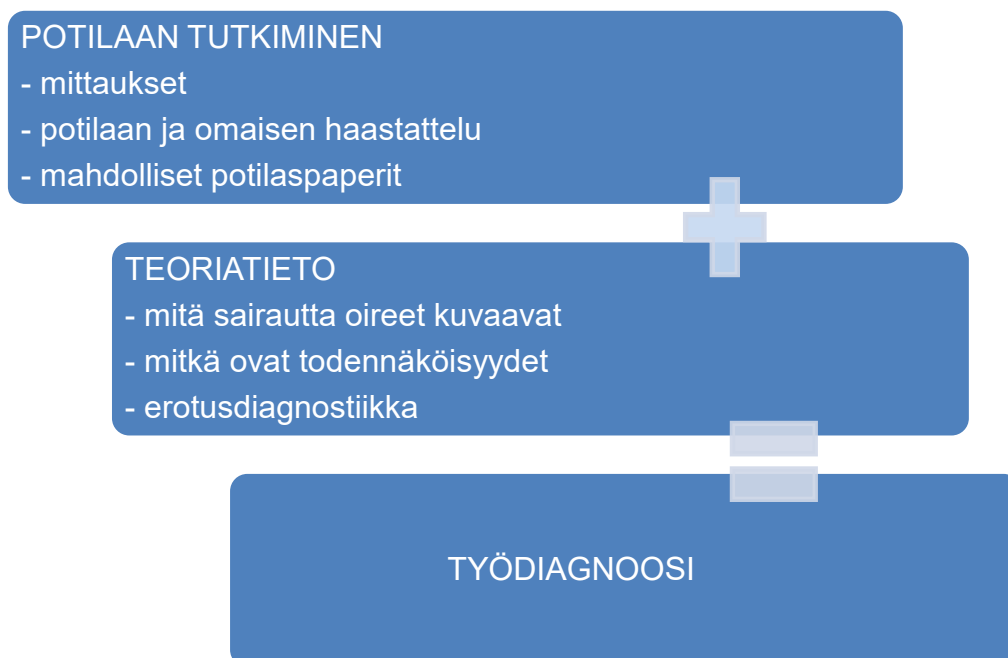
2.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan ammattilaisen tekemää arviointia potilaan hoitoon pääsyn tarpeesta ja siitä, onko hoidon tarve kiireellinen. Hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessissa ja se on hoitoon pääsyn edellytys. Hoitoon pyrkijällä ei ole oikeutta saada itselleen hoitoa, mutta hoidon tarpeen arviointia potilas voi vaatia. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.) Käsite hoidon tarpeen arvioinnista on hoidon saatavuus-lainsäädännössä (Terveystenhuoltolaki 1326/2010) ja siitä on määrätty asetuksella 1.3.2005 (Kansanterveyslaki 66/1972). Hoidon tarpeen arvioi terveydenhuollon ammattihenkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994), jolla on potilasturvallisuuden takaamiseksi riittävä työkokemus, asianmukainen koulutus, osaaminen, yhteys hoitoa antavaan yksikköön sekä käytettävissä potilasasiakirjat. Työnantajan on huolehdittava tehtäväkohtaisesta koulutuksesta, osaamisesta ja valvonnasta. Toimipaikan johtava lääkäri antaa ohjeistuksen hoidon tarpeen arvioinnista ja siten vastuu toiminnasta on johtavalla lääkäriillä. (Syväoja & Äijälä 2009, 26, 29; Valvira 2017.)

Yhteydellä hoitoa antavaan yksikköön tarkoitetaan käytännössä konsultaatiota. Lääkärikonsultaatio mahdollistaa oman osaamisen kehittämisen sekä tuen saamisen omille päätöksille (ns. second opinion). (Syväoja & Äijälä 2009, 175.) Yhteydellä potilastietojärjestelmään tarkoitetaan potilasasiakirjoja, jotka ovat hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen käytettäviä ja laadittuja tai saatuja asiakirjoja ja joissa on terveydentilaa tai muita henkilökohtaisia tietoja (Syväoja & Äijälä 2009, 190).

Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. Arvioinnissa selvitetään potilaan perussairaudet, käytössä oleva lääkitys, muut mahdolliset menossa olevat hoidot sekä nykyisten oireiden laatu ja kesto. Oirekartoituksessa kysytään, onko oireita ollut aiemmin, kuinka niitä on hoidettu ja mikä on tämänhetkinen vointi. (Syväoja & Äijälä 2009, 27, 54–56; Valvira 2017.) Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitotyön ammattihenkilö ei saa tehdä lääketieteellistä diagnoosia potilaan tilanteesta. Hoitotyön ammattilainen voi tehdä työdiagnoosin potilaasta saamansa tiedon mukaisesti. (Syväoja & Äijälä 2009, 71.)

Työdiagnoosin tekeminen edellyttää riittävää potilaan tutkimista (kuvio 1). Tällä tarkoitetaan yleisiä mittauksia ja tutkimuksia, jotka tulee tehdä aina. Tämä käsittää myös potilasryhmittäin tai tarpeen mukaan tehtävät lisätutkimukset. Tutkimustuloksia ja teoretietoa vertaamalla voidaan arvioida, mihin sairauksiin tai tiloihin oireet voisivat liittyä. Oireita voidaan verrata myös yleisimpiin sairauksiin, joista löydökset voisivat johtua. Työdiagnoosin perusteella pystytään arvioimaan, voidaanko potilasta auttaa kotona, hoidon kiireellisyyttä ja tarvetta kuljettaa potilas sairaalaan. (Alanen, Jormakka, Kosonen & Saikko 2016, 57–59.) Työdiagnooseja voi olla useampia ja voidaan osoittaa hoidon kiireellisyyttä. Työdiagnoosi on tarkempi kuin hoitotyön diagnoosi. Työdiagnoosit eivät saa kuitenkaan liikaa ohjata jatkohoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. (Syväoja & Äijälä 2009, 71.)



Kuvio 1. Työdiagnoosi (mukaillen Alanen ym. 2016, 59).

Hoidon tarpeen arvioinnista tehdään kirjaus potilaspapereihin lain (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009) vaatimuksen mukaisesti. Vain tarpeellinen tieto merkitään, huolehditaan tiedon oikeellisuudesta ja virheettömyydestä. Potilasta ja muita henkilöitä koskevia arkaluonteisia asioita, kuten rotu ja uskonnollinen vakaumus, saa kirjata, jos ne oleellisesti vaikuttavat hoitoon tai hoitoon ohjaukseen. Kirjaamisen tavoitteena on jatko- ja kokonaishoidon turvaaminen, potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan varmistaminen, tiedon luotettavuus ja yksityiskohtaisuus.

Hoidon tarpeen arvioinnissa kirjataan

- yhteydenoton ja kirjaamisen ajankohta
- yhteydenottajan nimi ja suhde potilaaseen
- potilaan henkilötiedot ja niiden varmistaminen
- oireet ja vaivat, joiden vuoksi yhteyttä on otettu
- tehdyt tutkimukset, annettu neuvonta ja ohjeet
- miten ja minne jatkohoito on ohjattu tai järjestetty
- konsultoidun lääkärin tai hoitajan nimi
- potilaan kieltäytyminen hoidosta. (Syväoja & Äijälä 2009, 73–74.)

Potilaan äkillinen sairastuminen, vammautuminen, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen tai toimintakyvyn aleneminen edellyttävät kiireellistä hoidon tarpeen arviointia. Äkillisen sairauden hoito tulee aloittaa viipymättä, sillä etenkin vanhus menettää toimintakykyään, lihasmassaa ja lihasvoimaa paljon nopeammin kuin nuori ihminen. Menetetty toimintakyky saattaa jäädä pysyväksi, jos hoitoa ja kuntoutusta ei aloiteta viipymättä. Tehostetussa palveluasumisessa kiireellistä hoitoa tarvitsevalle potilaalle kutsutaan ambulanssi, mikäli potilaan oma hoitotahto ei ole tiedossa tai potilaalla ei ole aiemmin lääkärin tekemää hoitosuunnitelmaa, jonka perusteella potilas voidaan jättää kuljettamatta sairaalahoitoon. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle potilaalle on hänen henkeään ja terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi annettava tarvittava hoito, vaikka potilaan tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi hänen hoitotahtonsa ei olisikaan tiedossa. Ammattihenkilön tulee tasapuolisesti toiminnassaan arvioida hoidosta potilaalle koituva hyöty ja mahdolliset haitat. (Alanen ym. 2016, 12, 24; Naarajärvi & Telkki 2019, 115–117; Uurto & Mustajoki 2018, 420.)

Kiireellisessä hoidon tarpeen arvioinnissa potilaan tutkiminen suoritetaan karkeasti ja nopeasti. Ensisijaisesti huomioidaan peruselintoiminnot: ilmatiet (A), hengitys (B) ja verenkierto (C). Tilanteissa, joissa potilaalla on selkeä hengitysvaikeus, äkillisesti ilmenevä voimakas rintakipu, tajuttomuus, epileptinen sarjakohtaus, voimakas verenvuoto tai akuutti vatsakipu, hoitotoimet aloitetaan välittömästi ja kutsutaan lisäapua. (Alanen ym. 2016, 24; Naarajärvi & Telkki 2019, 115–117; Uurto & Mustajoki 2018, 422.)

2.2 Kiireetön hoidon tarpeen arviointi ABCDE-menetelmällä

ABCDE on vahva kliininen työkalu ensihoitoon ja sairaalan osastoilla potilaiden voinnin tutkimiseen. Potilasta voidaan tutkia äkillisissä tilanteissa suunnitelmallisesti ABCDE-menetelmän mukaisesti ilman apuvälineitä. Kirjaimet tulevat englannin kielen sanoista A= Airway (hengitystie), B= Breathing (hengitys), C= Circulation (verenkierto), D= Disability (tajunta) ja E= Expose (paljastaminen).

Kirjainyhdistelmän edessä käytetään usein myös pientä c - kirjainta (catastrophic haemorrhage, cABCDE). Se tarkoittaa tässä ulkoista, katastrofaalista verenvuotoa ja se tulee pyrkiä tyrehtyttämään aina ennen ABCDE-menetelmäärviöinnin jatkamista. Menetelmä ohjaa toimimaan potilaan tilannearviossa johdonmukaisesti hoitotoimenpiteiden tärkeysjärjestyksen huomioiden. Ensiarviossa arvioidaan potilaan yleisvointi, ulkoinen olemus, onko hän hereillä ja miten hän hengittää. Henkeä uhkaavat tilanteet hoidetaan ensin ja sen jälkeen jatketaan potilaan tutkimista. (Thim, Krarup, Grove & Lofgren 2012, 117–121.)

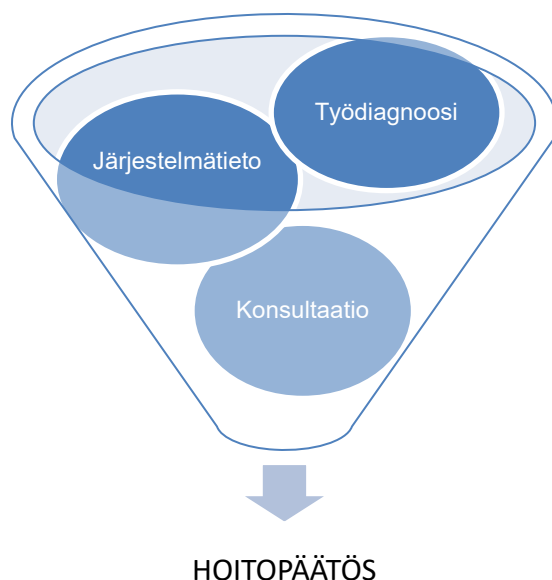
Ensimmäinen vaihe (A) käsittää ilmateiden tarkistamisen ja niiden aukaisemisen ja aukipitämisen. Tämä tehdään varmistamalla hengityksen virtaus ja tarkistamalla, onko nähtävissä estettä hengitysteissä. Hengittämistä (B) arvioitaessa tutkitaan, liikkuuko rintakehä tai ylävatsa, kysellään ja havainnoidaan potilaan puhetta ja miten hän puhuu. Hengitystiheyden laskeminen on tärkeä. Hengitystiheys lasketaan 30–60 sekunnin ajalta rintakehän liikettä seuraamalla. Samalla arvioidaan, onko hengittäminen normaalia, normaalia nopeampaa vai hitaampaa. Happisaturaatio mitataan pulssioksimetrillä eli happisaturaatiomittarilla. Verenkiertoa (C) arvioitaessa katsotaan, onko ulkoisia ruhjeita, verenvuotoa tai mustelmia. Tarkastetaan myös ihon väri; onko kalpea, punakka, onko iho kylmä tai kostea. Lisäksi mitataan verenpaine ja tunnustellaan pulssi ensin ranteesta tai jos potilas on tajuton kaulalta. (Aalto 2009, 83, 85; Naarajärvi & Telkki 2019, 116; Alanen ym. 2016, 22.)

Tajunnan tason arviointia (D) tehtäessä selvitetään, onko potilas tajuissaan, reagoiko kipuärsykkeeseen, vastaako puhutteluun asiallisesti, sekavasti vai jotenkin äänтелеvästi. Tajunnan tason arvioinnissa havainnoidaan neurologisia oireita; tarkastetaan reagoiko potilas kosketukseen ja tuntuvatko raajat veltoilta. Jos potilas ei vastaa puhutteluun eikä reagoi kosketukseen, hänen tajunnantasonsa on alentunut. Verensokeri mitataan verensokerimittarilla, sillä tajunnan tason heikkenemisen taustalla voi olla alhainen verensokeri. Viimeinen vaihe (E) tarkoittaa potilaan paljastamista, jolloin tutkitaan lämpö, turvotukset, iho ja mahdolliset vammat. (Aalto 2009, 83, 85; Naarajärvi & Telkki 2019, 116.)

Kiireettömässä hoidon tarpeen arvioinnissa kartoitetaan potilaan taustatiedot kokonaistilanteen hahmottamiseksi, selvitetään pääasiallinen oire ja sen historia, aikaisempi terveyshistoria, lääkitykset ja allergiat sekä tehdään järjestelmällinen haastattelu. Tehostetussa palveluasumisessa järjestelmällinen haastattelu joudutaan usein tekemään asukkaan omahoitajan tai omaisen avustuksella, koska asukas on tavallisesti itse kykenemätön kertomaan omista asioistaan. Järjestelmällisessä haastattelussa kartoitetaan muita oireita, jotka voivat antaa viitteitä pääasiallisen oireen taustoihin ja toimia erotusdiagnostisena apuna työdiagnoosin asettamisessa. (Alanen ym. 2016, 54–58.)

Tekniikan, kuten vierianalytiikan kehittyminen on vähentänyt tarvetta potilaiden lähettämiseen sairaalaan. Tulevaisuudessa kotona hoitaminen lisääntyy, koska tutkimuksia ja hoitoa voidaan toteuttaa enenevässä määrin kotiolosuhteissa. Potilas voidaan jättää siirtämättä sairaalaan, mikäli hänen hoitonsa voidaan järjestää lääkärin konsultoinnin perusteella kohteessa, esimerkiksi hoitokodissa. Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitopäätökseen vaikuttaa potilaan tarvitsema hoito sekä hoitomahdollisuudet. (Alanen ym. 2016, 59–60.)

Työdiagnoosi, tieto hoitojärjestelmästä sekä hoitomahdollisuuksista ja lääkärin konsultaatio yhdessä johtavat lopulliseen hoitopäätökseen potilaan auttamiseksi (kuvio 2). Potilas voidaan lääkärin hoito-ohjeiden mukaisesti hoitaa kotona, jos oireet eivät vaadi sairaalatasoista hoitoa. (Alanen ym. 2016, 57–60.)



Kuvio 2. Hoitopäätöksen tekoprosessi (mukaillen Alanen ym. 2016, 60).

Hiekkataipaleen (2018) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien käsityksiä potilaan tilanteen äkillisestä heikkenemisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Hoitajat kokivat olevansa varmempia oman erikoisalansa potilaiden kohdalla äkillisen voinnin heikkenemisen tunnistamisessa kuin muiden erikoisalojen potilaiden hoidossa. Myös potilaiden tunteminen ja hyvä tiimityö helpottivat potilaan voinnin muutosten tunnistamisessa. Tutkimuksessa todettiin moniammatillisen ABCDE-pohjaisen simulaatioharjoittelun kehittävän parhaiten hoitajien taitoja ja hoitotilain toimintaa hätätilapotilaan hoitotilanteessa. (Hiekkataipale 2018, 6.)

ABCDE-menetelmää voidaan hyödyntää kaikissa potilaskontakteissa ja ympäristöissä sekä lapsi- että aikuispotilailla tavallisista kiireettömistä hoitotilanteista henkeä uhkaaviin hätätilanteisiin. Sairaanhoitajaliiton ja Lääkäriliiton kanta on, että myös Suomessa ABCDE olisi vakioitu tapa tutkia ja arvioida potilaan peruselintoimintojen tilaa riippumatta siitä, missä potilas on hoidossa. Työkalun käytön periaatteena on systemaattisuus ja toistettavuus kaikilla potilailla aina samalla tavalla. Tilannearvion tavoitteena on havaita vaaran merkit ajoissa ja tunnistaa hätätilapotilas. Ensiarvioissa havaittujen peruselintoimintojen häiriöiden korjaavat toimenpiteet tulee aloittaa heti, minkä jälkeen voidaan siirtyä seuraavaan kohtaan arvioinnissa. Näin varmistetaan potilaalle systemaattinen kokonaisarvio, ilman että keskitytään ensimmäisenä eteen tulevaan ongelmaan muut sivuuttaen. (Kantola, Norrgård & Kupari 2019.)

Tässä opinnäytetyössä tarve hoidon tarpeen arvioinnille tulee hoitokodista, kotihoidosta tai omaisen yhteydenoton perusteella terveydenhuollon yksikköön, joka on kotisairaala tai yhdenhoitajan yksikkö. Joskus soittaja voi olla potilas itse. Hoidon tarpeen arviointia on edeltänyt muutos asukkaan yleisvoinnissa esimerkiksi yleistilan laskuna. Hoidon tarpeen arvioinnissa ei arvioida potilaan hoitoon pääsyä vaan potilaan tarvitsemaa hoitoa kyseessä olevassa tilanteessa. Potilaan akuuttitilanne pyritään tunnistamaan jo puhelinyhteyden aikana ja soittajaa ohjataan niissä tilanteissa soittamaan hätäkeskukseen.

2.3 NEWS – aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä

National Early Warning Score (NEWS) kehitettiin Isossa-Britanniassa sairaanhoitajille avuksi potilaan voinnin heikkenemisen tunnistamiseen sairaaloiden vuodeosastoilla. Perusperiaatteena on huonovointisen potilaan huomaaminen ajoissa sekä oikean ja oikea-aikaisen hoidon aloittaminen viipymättä. Useimmilla potilailla havaitaan peruselintoimintojen muutoksia useimmissa parametreissa ja muutokset alkavat lievinä häiriöinä. Kun nämä lievät muutokset lasketaan yhteen, voidaan huomata potilaan voinnin heikkeneminen jo hyvissä ajoin ennen kuin potilaan vointi romahtaa. (Karjalainen, Norrgård, Peltomaa, Pirneskoski, Rantala & Tirkkonen 2018, 786–788; Alanen ym. 2016, 61–62; Suoninen, Peltomaa & Lepänen 2014, 10–12.)

NEWS-pisteytys huomioi potilaan syketason, lämpötilan, verenpaineen, hengitystiheyden, happisaturaation, tajunnantason sekä mahdollisen lisähapen käytön (kuvio 3). Jokainen muuttuja pisteytetään numeraalisesti 0–3 ja potilaan mittauksista saadut pisteet lasketaan yhteen. Suurempi luku kuvastaa huonompaa elintoiminnan tilannetta. On huomioitava, että pienikään luku ei sulje pois vakavaa sairautta, varsinkin yksittäinen kolme pistettä on jo kohtalainen riski. Yli neljä pistettä on selvästi kohonnut riski, johon on reagoitava sovitulla tavalla. Seitsemän pistettä luokittelee potilaan korkean riskin potilaaksi.

Pistemäärille on määritelty NEWS-kortin takana olevassa ohjeessa seuranta-ajat, jolloin potilaan voinnin muutos huomataan ajoissa ja voidaan konsultoida lääkäriä tai kutsua hoitoapua riittävän ajoissa. Hoitajan huoli potilaan voinnista on merkityksellistä, vaikka potilas saisikin matalat NEWS-pisteet. Mittari tuo yhteisen kielen eri hoitotyön toimintayksiköiden välille potilaan siirtotilanteissa. Mittaria ei suositella käytettäväksi alle 16-vuotiaiden, raskaana olevien naisten sekä selkäydinvammapotilaiden hoidon arvioinnissa. (Karjalainen ym. 2018, 786–788; Royal College of Physicians 2017, 17.)

		3	2	1	0	1	2	3
A B	Hengitystaajuus (HT)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
	Happisaturaatio (SpO ₂)	≤91	92-93	94-95	≥96			
	Lisähappi käytössä		Kyllä		Ei			
C	Systolinen verenpaine	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
	Syketaajuus	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
D	Tajunnan taso				Normaali			Poikkeava
E	Lämpötila	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

Pisteytys	≥ 7	6-5 tai yksittäisestä arvosta 3	4-1	0
Riskiluokka	Korkea	Kohtalainen	Matala	Matala
Toimintaohje	Aloita tarvittaessa välittömät hoitotoimenpiteet Tee MET-hälytys! Hälytä hoitava lääkäri	Informoi muita hoitajia potilaan voinnin muutoksista Konsultoi lääkäreitä jatkotoimista	Informoi muita hoitajia potilaan voinnin muutoksista	
Peruselin-toimintojen seuranta	Laske NEWS-pisteet 0-2 tunnin välein. Jatkuva seuranta.	Laske NEWS-pisteet vähintään 2-4 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 8 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 12 tunnin välein

Lähde: The Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. London: RCP, 2017:1-77. © Sairaanhoidon koulutus- ja kustannusyritys Fioca Oy, 2017

Kuvio 3. NEWS-aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä ja toimintaohjeet (Karjalainen ym. 2018, 786–788).

Isossa-Britanniassa on kehitetty NEWS-mittarin rinnalle CREWS (Chronic Respiratory Early Warning Score) -mittari (kuvio 4). NEWS-mittari ei huomioi tarpeeksi hyvin kroonisia keuhkosairauksia, kuten keuhkohtaumatautia (COPD) sairastavien potilaiden mittaustuloksia. Kuviossa on oma osio (SpO₂-asteikko 2) käytettäväksi potilaille, joilla on pitkäaikainen keuhkosairaus. (Eccles, Subbe, Hancock & Thomson 2014, 109–111; Royal College of Physicians, 2017.) Kroonisissa keuhkosairauksissa happisaturaatio ja lisähapen käyttö muuttavat pistetasoa muihin potilaisiin verrattuna. Keuhkohtaumatautia sairastavilla potilailla happisaturaatiotaso on matalampi ja siksi turhia hälytyksiä voi tulla tavallista NEWS-pisteytystä käytettäessä. (Eccles ym. 2014, 109–111.)

Physiological parameter	3	2	1	Score 0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Kuvio 4. News 2. Chronic Respiratory Early Warning Score (Royal College of Physicians 2017).

2.4 Kokemuksia NEWS-mittarin käytöstä

NEWS:a käytetään Suomessa jo useissa sairaaloissa, muun muassa Tampereen lisäksi Seinäjoen ja Etelä-Savon keskussairaaloissa sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueiden ensihoitoyksiköissä. Peruselintoimintojen seurantaa tai siihen käytettäviä menetelmiä ei Suomessa vielä ole kansallisella tasolla vakioitu. (Karjalainen ym. 2018, 786–788.) NEWS-mittari otettiin käyttöön Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2014. Kysely mittarin käytöstä, pisteiden hyödynnettävyydestä potilastyössä ja lisäkoulutuksen tarpeesta tehtiin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2018. Kyselyn tuloksena todettiin, että NEWS-pisteytys oli kohtalaisesti käytössä eri puolilla sairaalaa. (Peltomaa & Suoninen 2018, 90–93.)

Pisteytyksen käyttämättömyyden syinä yleisesti oli, ettei pisteytystä pidetty hyödyllisenä tai tärkeänä. Eniten pisteytyksen antamaa tietoa hyödynnettiin potilaan voinnin muutosten havaitsemisessa ja yhtenä apuvälineenä hoitopäätösten perustelussa. Koulutusta tarvitaan vielä pisteytyksen tunnetuksi tekemisessä sekä käytön ymmärtämisestä ja hyödynnettävyydestä potilastyössä. (Peltomaa & Suoninen 2018, 90–93.)

Valviran (2018) julkaisemassa yleiskirjeessä tuotiin myös esille elintoimintoimintojen seurannan puutteita. Epäkohtia todettiin esiintyvän niin hoitajien kuin lääkäreidenkin osaamisessa ja toiminnassa. Yleisimmin puutteita nähtiin lämmön, verenpaineen, pulssin, verensokerin, hengitystaajuuden, veren happikyllästeisyyden, tajunnan tason ja virtsan erityksen seurannassa. Myös potilaan yleistilan, kuten ihon värin, lämpötilan, hikisyyden ja toimintakyvyn seuranta oli ollut vähäistä. (Valvira 2018.)

Väitöstutkimuksessaan Hoikka (2018) tarkasteli kriteeripohjaisen hätäpuhelun käsittelyä ja varhaisen varoitusjärjestelmän NEWS-pisteytyksen tehokkuutta suomalaisessa ensiapujärjestelmässä. Tutkimuksessa NEWS-pisteytyksen osalta tuloksena oli, että korkean luokan NEWS-pisteytyksen herkkyyks 1. päivän kuolleisuudelle on hyvä. NEWS-pisteytys ei kyennyt erottelamaan potilaita, jotka kuolivat tai tarvitsivat 30 päivän sisällä tehohoitoa. (Hoikka 2018, 35.) Samanlaiseen tulokseen päästiin myös ruotsalaisessa tutkimuksessa. NEWS-pisteytyksen todettiin korreloivan hyvin sairaalassa tapahtuvaan sydänpysähdykseen. Tutkimuksessa tuli esille myös, että NEWS-pisteytystä käyttämällä suurella osalla sydänpysähdyksen saaneista potilaista oli nähtävissä voinnin muutos jo 24 tuntia ennen tapahtumaa. (Spångfors, Molt & Samuelson 2020, 58–59.)

Tirkkosen (2015) väitöstutkimuksessa tutkittiin sairaalan sisäisten hälytysjärjestelmien ja NEWS-pistejärjestelmän toimivuutta potilaan voinnin muutosten huomioimisessa. Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että kaikki hälytysjärjestelmät pystyvät ennustamaan sairaalassa tapahtuvia potilaan haittatapahtumia ja kuolleisuutta. NEWS-pisteytysjärjestelmä pystyi havaitsemaan parhaiten haittatapahtumat vuodeosastoilla. Jatkuvana muuttujana NEWS-pisteytysjärjestelmä havaitsee potilaan voinnin muutoksen antamalla kokonaisvaltaisen kuvan potilaan tilanteesta ja voinnista. Potilaan tilanteen muutoksiin voidaan vaikuttaa jo ennen potilaan voinnin romahtamista. (Tirkkonen 2015, 457.)

2.5 Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi

Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemassa raportissa (2018) käy ilmi, että puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on vaativa päätöksentekotilanne (Oikarinen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018, 18). Sairaanhoidaja joutuu tekemään päätökset hoidosta ja sen kiireellisyydestä puhelinkeskustelun perusteella. Arviota tehdessään hoitaja ei voi hyödyntää näköhavaintoja ja sanatonta viestintää, jolloin hoitajan tulee luottaa siihen, mitä soittaja sanoo. (Tarkiainen, Kyngäs, Kaakinen, Kääriäinen 2012, 98–113; Huibers, Keizer, Giesen, Grol & Wensing 2012, 547.)

Puhelinpalvelutoiminta on määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista ja toiminta voidaan jakaa sisällön mukaan puhelinneuvontaan, yleisluontoiseen ja yksilölliseen terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan. Puhelinneuvonta muuttuu yksilölliseksi terveyden- ja sairaanhoidoksi, kun otetaan kantaa henkilön yksilölliseen terveydentilaan ja annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita. Tällaisessa tilanteessa potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille muodostuu hoitosuhde ja neuvonta on lain tarkoittamaa terveyden- ja sairaanhoitoa. Yksilöllisen neuvonnan antamisesta tulee tehdä asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnät ja tietosuoja- ja vastuukysymykset pitää järjestää lainsäädännön mukaisesti. (Santalahti 2005, 15–16; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Aalto 2009, 65–66.)

Potilaan tunnistaminen luotettavasti puhelimessa on ongelmallista ja se altistaa myös virheille. Virheellisen tulkinnan mahdollisuutta lisää, jos samassa puhelinnumerossa annetaan yleistä ja yksilöllistä terveysneuvontaa. Puhelimessa annettavan ei-kiireellisen hoidon tarpeen arviointi on helpompaa, jos kyseessä on olemassa olevan sairauden paheneminen ja lääkärin tekemästä hoitosuunnitelmasta löytyy ennakoivia ohjeita arvioinnin tueksi. Asianmukaisesti tehty hoidon tarpeen arviointi sekä lääkärin ja hoitajien välillä sovittu yhteistyömalli vähentävät potilaan tarvetta lääkärikäynneille. Hyvin onnistunut puhelinneuvonta ohjaa potilaita oikeaan hoitopaikkaan oikea-aikaisesti. (Santalahti 2005, 15–16; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Aalto 2009, 65–66.)

Puhelinneuvonnan laatua päivystyksikössä tutkineet Tarkiainen ym. (2012) selvittivät sairaanhoitajien saaman koulutuksen vaikutusta puhelinneuvonnan laatuun. Koulutuksen todettiin edistävän puhelinneuvonnan laatua sillä sairaanhoitajien tiedoilla, taidoilla ja resursseilla oli tilastollisesti erittäin merkittävä ero koulutusta ennen ja jälkeen tehdyissä mittauksissa. Puhelinneuvonnan asiakaslähtöisyydessä ja puhelinneuvonnan vaikutuksissa ero ei ollut merkitsevää. Työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevää ero tietoihin ja taitoihin. Viisi vuotta tai alle työskennelleet hoitajat pitivät taitojaan ja tietojaan puhelinneuvontaan parempina kuin yli viisi vuotta työskennelleet. Koulutuksella ja tietokonepohjaisella ohjeistuksella voidaan vaikuttaa merkittävästi puhelinneuvonnan laatuun. (Tarkiainen ym. 2012, 98–113.)

3 Tehostetun palveluasumisen asukkaan palliatiivinen hoito

3.1 Tehostettu palveluasuminen

Asumispalvelujen järjestämisen velvoite kunnille perustuu sosiaalihuoltolakiin (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Asumispalveluja tulee järjestää henkilöille, jotka tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisen järjestämisessä. Asumisen palveluihin lasketaan kuuluvaksi tuettu asuminen, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito. Tehostetun palveluasumisen asukkaat ovat ikäihmisiä, jotka eivät pärjää kotona maksimiapujenkaan turvin, eivät tarvitse sairaalatasoista hoitoa mutta ovat ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. Asukkaalla on mahdollisuus asua ja elää toimintayksikössä elämänsä loppuun saakka ja saada tarpeenmukaisesti hoitoa ja hoivaa. Palvelussa tulee toteutua asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyö, sujuva palvelu sekä kokonaisvaltainen huolenpito. (Siun sote 2020, 3–4.)

Ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevalle asumispalvelujen asukkaalle ominaista on, että hän on monisairas ja monilääkitty ja hän elää elämänsä viimeisiä vuosia. Viimeisinä elinvuosina tapahtuu terveydentilan ja toimintakyvyn vaihtelua ja heikkenemistä, mutta myös toipumista ja kuntoutumista.

Toipumista edistävät akuutin sairauden lieväästeisuus ja muistisairauden puuttuminen ja heikkenemistä taas heikko yleisvointi, vaikea-asteinen äkillinen sairastuminen ja pitkälle edennyt muistisairaus. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68, 116–117.)

Tässä opinnäytetyössä asumispalvelu käsittää tehostetun palveluasumisen viisi yksikköä kotisairaalan toiminta-alueella. Kyseessä ovat kolme Siun soten, sekä kaksi yksityistä ympärivuorokautista asumispalvelua tarjoavaa yksikköä. Tehostetussa palveluasumisessa asuva asukas käsitetään kotona asuvaksi. Kaikissa yksiköissä työskentelee sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Sairaanhoitajat ovat työvuoroissa lähinnä virka-aikana. Asukasmäärät vaihtelevat 50–80 välillä. Yksiköiden valintaan vaikutti yhden hoitajan yksikössä tehdyn kyselyn tulos kotikäyntien määrästä eri yksiköihin ja yhteydenotoissa ilmenneet puutteet tilanearvioissa asukkaiden yleisvoinnin heikkenemisestä (Kärki 2018).

3.2 Palliatiivinen hoito ja palliatiivisen hoidon järjestäminen

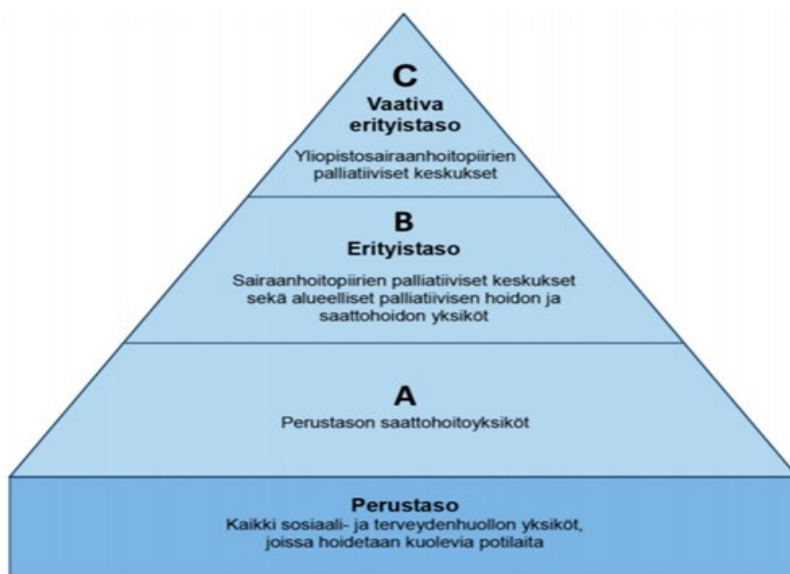
Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) määrittelyn mukaisesti palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa siinä tilanteessa, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää hänen elämänlaatuaan. Määritelmässä korostetaan, että palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, mutta sen tarve kuitenkin kasvaa kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. (Connor & Bermedo 2014, 5.) Palliatiivisen hoidon tavoitteena on, että potilas voi elää voimavarojensa ja toiveidensa mukaista aktiivista elämää mahdollisimman vähin oirein aina kuolemaan saakka (Saarto 2015, 10). Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja se ajoittuu viimeisiin elinviikkoihin tai -päiviin (Connor & Bermedo 2014, 5).

Jokaisella ihmisellä on yhdenvertainen oikeus sairauden vaikeusasteen edellyttämään palliatiiviseen ja saattohoitoon joko kotonaan tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68, 16). Palliatiivisen hoidon tarvitsijoista suurella osalla on jokin muu krooninen sairaus kuin syöpä. Näitä sairauksia ovat esimerkiksi sydämen, munuaisten ja maksan vajaatoiminta, krooniset keuhkosairaudet, neurologiset sairaudet kuten ALS- ja MS-tauti sekä aivoverenkierron sairaudet ja dementia. (Saarto 2018, 8; Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68,14.)

Kuolemaan johtavaa sairautta hoidettaessa palliatiivinen hoito tulisi aloittaa jo ajoissa taudin hoitamisen rinnalle lievittämään oireita ja tukemaan potilasta ja hänen läheisiään. Esimerkiksi syöpätauteihin liittyy jo varhaisvaiheessa paljon pelkoja ja elämänlaatua heikentäviä oireita, vaikka sairaus olisi vielä parannettavissa tai sen eteneminen jarrutettavissa. (Saarto 2015, 10; Lehto 2019, 12.) Kun kyseessä on elinvario, taudin eteneminen saattaa olla vaihteista ja siihen sisältyy ajoittaisia pahenemisvaiheita. On vaikeampaa ennustaa, mikä pahenemisvaihe on johtamassa kuolemaan. Dementoivissa sairauksissa potilaan haurastuminen alkaa jo varhain ja ne saattavat edetä kohti kuolemaa hyvinkin hitaasti. (Hänninen 2015, 38–40.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi vuonna 2019 asiantuntijatyöryhmän suosituksen, joka koski palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen osaamis- ja laatuksiteereitä osana valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisen hoidon perusteiden työryhmän työtä. Suositus pohjautuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämiseksi perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla (kuvio 5). Perustasoon kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia. A-taso muodostuu niistä terveydenhuollon yksiköistä, joissa saattohoitoa on kehitetty osana muuta toimintaa ja saattohoitotyö on huomioitu henkilöstömitoituksessa ja koulutuksessa sekä toimintaympäristössä, esimerkiksi saattohoitopaikkoina. Erityistasoon B sisältyvät sairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuskeskukset sekä alueelliset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt. Vaativan erityistason C muodostavat yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuskeskukset. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68, 16–17.)

Tässä opinnäytetyössä kohdeorganisaatioina olevat tehostetun palveluasumisen yksiköt kuuluvat perustasolle palliatiivisen hoidon järjestämisessä.



Kuvio 5. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2019:68, 16–17).

Valtaosa suomalaisista kuolee sairaalassa. Tämä ei varsinkaan ikääntyneiden kohdalla ole tarkoituksenmukaista. Suomessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuus jakautuu alueellisesti epätasa-arvoisesti. Jotta tähän saataisiin parannusta, palliatiivinen ja saattohoito tulisi integroida olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään ja hoitoa tulisi porrastaa tarvelähtöisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68, 14–16.) Suuri osa ihmisistä haluaisi elää omassa kodissa tai tutussa asumisympäristössä mahdollisimman pitkään. Heistä varsin moni haluaisi myös kuolla omassa kodissaan. Elämän viimeisten kolmen kuukauden aikana 70–80 % vanhuksista siirtyy omasta kodistaan tai tehostetun palveluasumisen yksiköstä johonkin terveydenhuollon yksikköön, useimmiten terveyskeskuksen vuodeosastolle. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44, 10.)

Tavallisimpia hoitoratkaisuja vaativia tilanteita ikääntyneillä ovat keuhkokuume, syömisen ja nesteensaannin ongelmat, kivut ja hengenahdistus. Siirrot päivystykseen tai akuuttisairaalaan saattavat johtaa vanhuksen rasittaviin tutkimuksiin ja sitä kautta elämän loppuvaiheen epätarkoituksenmukaiseen hoitoon. (Antikainen 2018, 235.) Iäkäs ihminen voi yleisvoinnin hauraudesta ja toimintakyvyn väheystä huolimatta huonokuntoisenakin elää useita vuosia. Tällöin elämänlaadun ylläpitämisellä ja oireenmukaisella hoidolla voidaan turvata mahdollisimman hyvä olo riippumatta siitä, onko toipumiseen edellytyksiä vai ei. Siirrot ovat perusteltuja niissä tilanteissa, joissa tavoitteena on sellainen oireiden lievittäminen, jota hoitopaikassa ei ole mahdollisuutta toteuttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68, 116–117; Antikainen 2018, 235.)

Terveystenhuoltomenot viimeisenä elinvuotena kattavat 25 % ja viimeisenä elin-kuukautena noin 10 % kaikista terveydenhuollon menoista. Silloin kun potilaiden ennakoiva palliatiivinen hoito on järjestetty ja hoitohenkilökunnalla on riittävästi osaamista, voidaan päivystyskäyntejä vähentää. Tyypillisimmät päivystykseen hakeutumisen syyt ovat huonosti hoidetut oireet, vähäinen tuki ja turvattomuus. Kehitettäessä palliatiivista ja saattohoitoa kyse on toimintojen uudelleen järjestämisestä sekä voimavarojen ohjaamisesta potilaiden, läheisten ja yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44, 10.)

3.3 Palliatiiviseen hoitoon liittyvät hoidon linjaukset ja hoitopäätökset

Tehostetussa palveluasumisessa asukkaan laadukkaan hoidon turvaamiseksi on hyvä suunnitella hoitoa ennalta. Erityisesti pitkäaikaisesti sairaat ja monisairaat hyötyvät hoitonsa suunnitelmallisuudesta. (Korhonen 2018, 9.) Terveys- ja hoitosuunnitelma on hoidon työväline, jossa ennakoidaan ikääntymiseen ja perussairauksien etenemiseen liittyviä toimintakyvyn ja voinnin muutoksia sekä sitä, kuinka näissä tilanteissa asukas toivoo itseänsä hoidettavan. (Siun sote 2018).

Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään potilaalle,

- joka käyttää runsaasti terveystalvveluja, vähintään viisi käyntiä vuodessa
- joka on pitkäaikaissuurannassa
- jolla on hoitoa tai kuntoutusta vaativa terveystilanne
- jolla on akuutti vaiva, joka edellyttää useamman terveydenhuollon tahon tutkimusta tai hoitoa ja
- joka haluaa, että hoitosuunnitelma tehdään. (Korhonen 2018, 9.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan, läheisen ja hoitohenkilökunnan kanssa mahdollisimman kattavasti. Hoitosuunnitelmassa täytyy ohjeistaa, miten toimitaan akuuttitilanteissa ja elämän loppuvaiheen saattohoitotilanteessa. Hoitosuunnitelman pohjalta voidaan potilaan lääkkeellistä ja muuta hoitoa toteuttaa myös päivystysaikaan esimerkiksi kotisairaalan avustuksella ilman, että potilaan täytyy mennä päivystyskäynnille sairaalaan. Potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidonlinjaukset, DNR-päätös, hoidon seuranta sekä hoidon järjestäminen. (Aejmelaeus & Liedepohja 2015; Vanhanen 2018, 218.)

Päätös pidättäytyä elvytyksestä, DNR (Do Not Resuscitate), on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä, kun sydämen toiminta pysähtyy (Hirvonen & Pöyhiä 2016, 844). DNR-päätös on päätös hoidon rajaamisesta. Tämä tarkoittaa, että potilaan sairaudet on arvioitu niin vaikeiksi, että hänen tilansa ei palautuisi sydänpysähdyksestä elvyttämällä tai elvyttämisen hyöty olisi hyvin vähäinen kärsimyksen lisäämisen ja haittojen rinnalla. Hoidon linjaukseen voi sisältyä hoidon rajaus, kuten saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen. (Lehto 2015, 12.) Tilanteissa, joissa potilaalla on vaikea perussairaus, kuten etenevä maksasairaus, vaikea sydämen vajaatoiminta tai keuhkohtaumatauti, ei elvyttäminen ole perusteltua. Ei elvytetä -päätös on usein askel kohti palliatiivista hoitoa ja se tulisi nähdä myös mahdollisuutena hyvään oireenmukaiseen hoitoon. (Hirvonen & Pöyhiä 2016, 844–845.)

Hoitotahdolla, kirjallisella tai suullisella, henkilö ilmaisee tahtonsa hoidostaan siltä varalta, että hän ei itse enää kykene sitä tuomaan esille hoitoratkaisuja tehtäessä. Tavallisimmin hoitotahdossa ilmaistaan toive kieltäytyä elämää keinotekoisesti ylläpitävistä hoidoista, ellei tilan korjaantumiselle ole selkeitä perusteita. Hoitotahto on asiakirja, joka sitoo terveydenhuollon ammattilaisia ja ohittaa myös mahdolliset omaisten eriävät mielipiteet. Hoitotahdon sisältö kuuluu pysyviin hoitolinjauksiin ja yksittäiset hoitotapahtumat ja hoito-ohjeet hoidon suunnitelmaan. Hyvää hoitoa voidaan toteuttaa, kun henkilön toiveista keskustellaan eri elämänvaiheissa, toiveet kirjataan jo terveenä ollessa ja niitä päivitetään. Näin hoitotahdosta tulee osa toimivaa hoitosuunnitelmaa. (Karppinen 2015, 610.)

Hoitolinjauksilla pyritään turvaamaan potilaille hänen arvojensa ja toiveidensa mukainen, lääketieteellisesti perusteltu, paras mahdollinen hoito. Hoitoon eivät sisälly hyödyttömät, vain kärsimystä lisäävät hoidot, mutta potilaalle tulee pystyä tarjoamaan hoitolinjauksen mukainen hoito. Tämä tarkoittaa potilaalle annettavaa hoitolupausta. Esimerkiksi saattohoitopäätöksellä ei ainoastaan rajata epätarkoituksenmukaisia hoitomenetelmiä vaan sillä taataan hyvä saattohoito. Saattohoidossa hoito keskittyy kuolemaa lähellä olevan ihmisen kärsimyksen lievittämiseen ja ohjaa hoitohenkilökunnan saattohoitokäytänteisiin. (Lehto 2015, 11.)

Saattohoidossa potilaan oireita arvioidaan säännöllisesti eikä laboratoriokokeille tai kuvantamistutkimuksille ole tarvetta. Saattohoidossa oleva potilas ei hyödynestelistan ylläpitämisestä, happisaturaation, verenpaineen tai lämmön mittauksista. Erilaisten mittausten sijaan huomio tulee kiinnittää potilaaseen ja hänen läheisiinsä: läsnäoloon, keskusteluun ja kuuntelemiseen sekä arvioimaan ja hoitamaan erilaisia taudista johtuvia oireita kuten kipua, levottomuutta, hengenahdistusta ja pahoinvointia. Yhtä lailla tärkeää on seurata omaisten jaksamista ja tukea heitä kuolevan läheisensä vierellä. (Korhonen & Poukka 2013, 440–441.)

3.4 Yleisimmät yleisvoinnin heikkenemiseen johtavat syyt iäkkäillä

Yleistilalla tarkoitetaan potilaan yleistä vointia. Yleistilan muutoksen voi aiheuttaa pitkäaikaissairauden paheneminen tai äkillinen sairastuminen. Muutos potilaan yleisessä voinnissa voi ilmaantua hitaana tai äkillisenä yleistilanteen laskuna. Normaalitilanteessa elimistö korjaa häiriötekijöitä puolustusvasteella, jolloin tasapainoinen ja oikea-aikainen reagointi johtaa elimistön toipumiseen. Ikääntyminen ja krooniset sairaudet heikentävät elimistön omaa kykyä puolustautumiseen häiriötekijöitä kohtaan, jolloin riski voinnin heikkenemiseen kasvaa. (Alanen ym. 2016, 147.)

Yleistilan lasku ei pelkästään riitä hoidon syyksi, vaan aina on etsittävä syy yleistilan heikkenemiselle. Iäkkäillä ihmisillä päivystyskäyntiin johtaneen yleistilan laskun taustalla voi olla monia syitä, kuten infektiot, kaatuilu ja siitä aiheutuneet vammat, lääkityksen haittavaikutukset sekä vajaaravitseminen. (Alanen ym. 2016, 147; Jämsen 2017, 2529–2532; Uurto & Mustajoki 2018, 420.) Vakavankin sairauden oireet voivat peittyä vanhenemismuutosten ja hermoston vaurioitumisen vuoksi, jolloin esimerkiksi sydäninfarkti voi olla kivuton. Akuutti sairastuminen voi ilmetä jalkojen voimattomuutena tai sekavuutena ja muistamattomuutena. Oireet ilmenevät epätyypillisinä ja vaikuttavat eniten siinä elinjärjestelmässä, mikä on heikoin. Yleistilan laskun arvioinnin vaativuutta lisäävät potilaan kommunikaatiovaikeudet, muistisairaudet ja joskus myös päihtymystila. Äkillisesti muuttunut potilaan yleistila on yleensä merkki vakavammasta sairastumisesta. (Alanen ym. 2016, 147; Jämsen 2017, 2529–2532; Uurto & Mustajoki 2018, 420.)

Tampereella selvitettiin vuoden 2017 aikana päivystykseen tulleiden vähintään 65-vuotiaiden yleistilan laskun yleisyyttä, taustalla olevia sairauksia ja ennustetta. Yleistilan laskuun liittyvät päivystyskäynnit lisääntyivät iän myötä. Yleisimmät diagnoosit olivat huonovointisuus ja väsymys (26 %), keuhkokuume (11 %) sekä virtsatietulehdus (10 %). Potilaista 12 % palasi päivystykseen seuraavien 30 päivän sisällä ja 7 % potilaista kuoli. Tutkimuksen loppupäätelmä oli, että yleistilan lasku on yleinen päivystyskäynnin syy, mutta taustalla olevat tekijät jäävät usein huomioimatta. Päivystyksessä potilaan tausta- ja lääketietojen puutteellisuus todettiin huolestuttavaksi. (Leppänen, Kerminen & Jämsen 2019, 2297–2301.)

Potilaan yleistilan laskuun liittyviä muutoksia elintoiminnoissa ovat kohonnut hengitystaajuus, matala tai korkea verenpaine, kuume, vatsakipu, matala happisaturoatio, poikkeava sydänfilmi, heikentynyt räsituksen sieto, vaikea hengenahdistus, pyörtöminen, tajunnantason lasku ja lihasheikkous. Hengityksen ongelmassa ja verenkiertoon liittyvissä oireissa, kuten elimistön kuivuminen, anemia, kipu ja kehittynyt verenmyrkytys, hengitys- ja syketaajuus tavallisesti nousevat. Hengitystaajuuden alentumisen voi aiheuttaa rauhoittavien lääkkeiden käyttö tai kallon sisäisen paineen nousu. Verenpaineen nousu- tai lasku kytkeytyvät monenlaisiin sydän- tai keuhkotapahtumiin. Pyörtömyksen taustalla on yleensä verenpaineen äkillinen muutos, ja siksi potilaan sykettä ja hengitystä täytyy seurata huolellisesti. (Alanen ym. 2016, 148–157.)

Huono nestetasapaino ja tulehdussairaudet laskevat potilaan yleisvointia. Tulehduksen seurauksena ruumiin lämpö nousee yli 37,5. Vakavassa verenmyrkytystilanteessa ruumiinlämpö voi laskea alle 36 asteeseen. Hyvin matala ruumiinlämpö, alle 35 astetta, liittyy potilaan jäähtymiseen. Tulehduksellinen tilanne voi olla iäkkäällä ihmisellä kuumeetonkin. Akuutin sairauden lisäksi on huomioitava yleisiä lääkkeiden aiheuttamia haittoja, joita voivat olla elektrolyyttitasapainon häiriöt, alhainen verenpaine ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden aiheuttamat haitat kuten uneliaisuus ja kaatumiset. (Alanen ym. 2016, 148–157; Jämsen 2017, 2529–2539.)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa Ouslander, Lamb, Perloe, Givens, Kluge, Rutland, Atherly & Saliba (2010) tarkastelivat hoitokodin asukkaiden sairaalajaksoja ja syitä sairaalaan joutumiselle. Kävi ilmi, että hoitokodissa asuvien sairaalajaksoista noin puolet (n=220) olisi ollut vältettävissä. Näiden mahdollisesti vältettävissä olevien sairaalahoitajaksojen syynä arvioitiin olevan perusterveydenhuollon lääkäripula sekä puutteita potilaan akuuttien ongelmien arvioinnissa. Lisäksi hoitokodeissa ei saatu otettua laboratoriokokeita tai ei pystytty järjestämään nestehoitoa. Sairaalahoitajakson hyöty potilaan voinnin parantumiseen oli epävarma. (Ouslander ym. 2010, 627.)

lääkäiden ihmisten päivystyskäyntiin johtaneita syitä potilaan näkökulmasta tutkittiin Tampereella vuosina 2014–2016 tehdyssä tutkimuksessa. Päivystykseen hakeutumisen syynä oli avuntarve johonkin oireeseen kuten kipu tai huimaus, tutkimuksen tarve, terveyteen sekä sairauteen liittyvien pelkojen ja huolien selvittämisen tarve. Oireet koettiin niin hankalana, että potilaan sietokyky oli ylittynyt tai toimintakyky oli jo huomattavasti alentunut tai omainen, oma hoitaja tai hoitava lääkäri ohjasi päivystykseen. Lievemmissä oireissa potilaita oli ohjattu terveyskeskuksesta tai hoitoyön ammattilainen oli ohjeistanut menemään päivystykseen. Tähän syynä oli todennäköisesti resurssipula hoidon järjestymisessä tai hoitohenkilökunnan puutteellinen kyky hoidon tarpeen arvioinnissa. (Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014, 5–15, 18–20.)

Perusterveydenhuoltoa tulee kehittää esimerkiksi omalääkäripalvelun ja puhelinneuvonnan kehittämällä sekä lääkäreiden kotikäyntejä lisäämällä. Hoitohenkilökunnan koulutusta parantamalla iäkkään ihmisen avuntarve voidaan huomata ajoissa, jolloin hänet voidaan ohjata tarkoituksenmukaiseen hoitoon oikea-aikaisesti. Tutkimustuloksissa päädyttiin siihen johtopäätökseen, että päivystyspalveluita supistettaessa on muistettava, että ikäihmisilläkin on oikeus tutkimukseen ja hoitoon äkillisissä sairaustilanteissa. (Mylläri ym. 2014, 29–34.)

3.5 Asiakslähtöisyys ja hoidon laatu

Terveystieteidenhuoltolakiin (1326/2010) sisältyy terveyspalvelujen asiakslähtöisyyden vahvistaminen ja yhteistyön lisääminen eri toimijoiden välillä. Terveyspalvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila edellyttävät. (Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010.)

Asiakas- ja potilaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittavat asiakkaiden tarpeista lähtöisin olevia, vaikuttavia ja turvallisia palveluja, jotka lisäävät terveyttä ja hyvinvointia (Terveystieteidenhuollon laatuopas 2019, 7; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Asiakaslähtöinen ajattelutapa on nähty kustannustehokkaana sekä hoidon vaikuttavuuden, että asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyden näkökulmasta. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta tärkeää on, ettei palveluita organisoida ainoastaan organisaation, vaan myös asiakkaan tarpeista lähtöisin mahdollisimman toimiviksi. (Constand, MacDermid, Dal Bello-Haas & Law 2014, 3–4; Virtanen ym. 2011, 8–18.)

Suomessa jokaisella kansalaisella on oikeus terveydentilansa vaatimaan laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoidon laatua voidaan määritellä potilaan, hänen omaisensa tai hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta. Hyvään hoitotyön laatuun sisältyy lääketieteellinen asianmukaisuus, asiakaslähtöisyys, hoidon saatavuus, potilasturvallisuus, hoidon vaikuttavuus ja kustannustehokkuus. Hoitotyön on perustuttava tutkittuun näyttöön ja hyviin hoitokäytänteisiin. Terveystenhuollon yksiköiden on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden toteutumisesta sekä varmistettava myös muilta palveluntuottajilta ostetun palvelun laatu ja potilasturvallisuus. (Terveystenhuollon laatuopas 2019, 5; Kotisaari & Kukkola 2012, 64–67; Terveystenhuoltolaki 1326/2010.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaalle ei aiheudu hoidosta haittaa eikä vahinkoa. Potilasturvallisuus sisältää sekä hoidon että lääkitys- ja laiteturvallisuuden. Henkilökunnan osaaminen, osaamisen varmistaminen ja kehittäminen ovat tärkeitä asioita potilasturvallisuuden toteutumisessa. Lääkehoidossa voi olla kyse lääkkeen haitallisesta vaikutuksesta tai lääkehoidon poikkeamasta, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Laiteturvallisuus voi johtua itse laitteen toiminnasta tai laitteen käyttämisestä. Potilasturvallisuuteen vaikuttaa yksikön toiminnan lisäksi organisaation toiminta ja vuorovaikutus järjestelmän yksiköiden välillä. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13; Terveystenhuollon laatuopas 2019, 11.)

Hoidon saatavuus tarkoittaa, että potilaan on saatava hoito sairauteensa lääketieteelliseltä kannalta oikeaan aikaan. Hoidon kiireellisyys arvioidaan, kun potilas ottaa yhteyttä terveydenhoidon yksikköön joko hoitajan kontaktissa tai kun hänestä kirjoitetaan lähete jatkohoitoon.

Hoidon kiireellisyyttä arvioidaan myös päivystyksessä käytössä olevilla menetelmillä. Lisäksi hoidon laatuun sisältyy hoidon vaikuttavuus, joka tarkoittaa terveydenhuollon voimavarojen oikeudenmukaista kohdentamista. Hoidon tuottamaa terveyshyötyä lisäävät käytetyt menetelmät, henkilökunnan osaaminen sekä potilaiden sitoutuminen ja osallistuminen hoitoon. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019, 11.)

4 Kotisairaala ja yhden hoitajan yksikkö kotiin vietävissä palveluissa

4.1 Joensuun kotisairaala

Joensuun Kotisairaala aloitti toimintansa vuonna 2008 ja siirtyi Siun soten Palliatiivisen keskuksen alaisuuteen 2.1.2018. Keskuksessa toimii palliatiivinen poliklinikka ja palliatiivinen 16-paikkainen vuodeosasto, jotka tarjoavat palvelua koko maakuntaan. Kotisairaala toimii 25 kilometrin toimintasäteellä kantakaupungista ja sen alueella asuu noin 100 000 ihmistä. Toiminta perustuu tarkoituksenmukaisesti järjestettyyn ja oikea-aikaiseen, potilaiden tarpeista lähtevään hoitoon. Kotisairaalan potilaista palliatiivisia potilaita on noin puolet, toinen puoli koostuu infektioita sairastavista potilaista. Kotisaattohoito on kuulunut kotisairaalan toimenkuvaan toiminnan aloittamisesta lähtien. Kotisairaalan toiminta-alueella olevien palveluasumisen yksiköiden saattohoitopotilaista pyritään saamaan lähete systemaattisesti kotisairaalaan. Palveluasumisen yksiköissä kotisaattohoito toteutetaan yhteistyössä yksikön hoitohenkilökunnan kanssa ja työnjaosta sovietaan potilaskohtaisesti. (Surakka, Kiljunen, Hyytiäinen, Peake, Riippa & Vartiainen 2018.)

Kotisairaalassa työskentelee kolmetoista sairaanhoitajaa ja yksi kokoaikainen lääkäri. Kotisairaalan toiminnasta vastaa palliatiivisen keskuksen vastaava lääkäri, jolla on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. Kotisairaalan lääkäri tekee kotikäyntejä pääsääntöisesti virka-aikana.

Kotisairaalan potilaiden hoidossa voidaan hyödyntää palliatiivisen keskuksen erityistyöntekijöitä, muun muassa fysioterapeuttia, sosiaalityöntekijää ja perheterapeuttia. Kotisairaalan käytössä on palliatiivisen keskuksen välineistö. Lisäksi kotisairaala on inhalaatiosumutin, imulaitteita, happirikastin, kipupumppuja, nesteensiirto telineitä, happisaturaatiomittareita sekä tipanlaskijoita. Kotisairaala toimii vuorokauden ympäri kaikkina viikonpäivinä. (Surakka ym. 2018.)

Elokuussa 2020 palliatiivisessa keskuksessa aloitti hoitokotikonsultti-lääkärikeilu. Hoitokotien, kotisairaalan ja yhden hoitajan yksikön hoitajilla on mahdollisuus ilta-aikoina klo 16-22 ja viikonloppuna klo 10-18 konsultoida hoitokotikonsulttia hoidon tarpeen arviointitilanteissa. Tämä kokeilu on suunniteltu toimivaksi vuoden 2020 loppuun. Arkipyhinä ja viikonloppuina Kotisairaala palvelee Siilaisen kuntoutumiskeskuksen päivystävä lääkäri, joka samalla toimii konsulttilääkärinä. Muina aikoina voidaan lisäksi konsultoida päivystävää lääkäriä.

4.2 Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen yhden hoitajan yksikkö

Väestön ikääntyminen ja julkisten palvelujen väheneminen loivat paineita pelastuslaitoksen ja ensihoitopalvelujen toimijoita kehittämään uudenlaisia toimintamalleja erityisesti harvaan asutetuilla alueilla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen ensihoitopalveluista (Asetus ensihoitopalvelusta 585/2017) sisällytettiin vuonna 2018 uusi ensihoitopalveluiden toimintayksikkö. Pohjois-Karjalassa yksikkö tunnetaan yhden hoitajan yksikkönä ja se on osa ensihoitopalveluja. Ensihoidon yhden hoitajan yksikkö toimii kotihoidon, asumispalvelun ja hoitokotien tukena asukkaan hoidon tarpeen arvioinnissa, konsultoinnissa ja kotona annettavan hoidon toteuttamisessa. Yksikössä työskentelee kokeneita, lisäkoulutuksen saaneita ensihoitajia. (Nygren, Törrönen, Kärki & Gerres 2018, 24.)

Yhden hoitajan yksikön asiakaskunta koostuu pääsääntöisesti ikäihmisistä. Yksikössä työskentelee kerrallaan yksi hoitotason ensihoitaja ja hänellä on vahva asiantuntemus hoidon tarpeen arvioinnista. Hoitajalla on mahdollisuus konsultoida hoitokotien konsulttilääkäriä sovittuina aikoina ja päivystävää akuuttilääkäriä.

Yhden hoitajan yksikössä on käytössä, kuten Siun Soten sosiaalipalveluissa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa potilastietojärjestelmä Mediatri. Yksikössä on käytössä vierianalytiikkaa muun muassa verikaasuanalysointilaite, INR-pikamittari sekä CRP-laite. Yksikkö ei suorita potilaan kuljetustehtäviä eikä näin ollen sovellu hätätilapotilaan kuljetuksiin mutta voi toimia ensihoidon tukena myös hätätilapotilaiden hoidossa. Ensiarvion hoidon tarpeesta hoitaja tekee jo puhelimesta, jolloin mahdolliset riski- ja hätätilapotilaat voidaan tunnistaa. Mikäli yhteydenoton aikana ilmenee epäily siitä, että kyseessä saattaa olla riski- tai hätätapaus, ohjaa hoitaja olemaan suoraan yhteydessä hätäkeskukseen 112. Yksikkö toimii joka päivä klo 8-21 ja sen toimintasäde on noin 50 kilometriä. Toiminnassa korostuu asiakaslähtöisyys. (Kärki 2020.)

Yhden hoitajan yksikkö ja kotisairaala tekevät yhteistyötä, jota on tarkoitus kehittää tiiviimmäksi tulevaisuudessa. Yhteistyötä tehdään muun muassa kotihoidon asiakkaiden ja palveluasumisen asukkaiden hoidon tarpeen arviointia vaativissa tilanteissa. Kotisairaala saa tarpeen mukaan apua yhden hoitajan yksiköstä akuutisti tulleisiin hoidon tarpeen arviointi pyyntöihin erityisesti ruuhkatilanteissa. Yhden hoitajan yksikön hoitajalla on mahdollisuus konsultoida kotisairaalan lääkäreitä kotisairaalan hoidon piirissä olevien potilaiden jatkohoidosta.

5 Muutosjohtaminen osana hoitotyön kehittämistä

5.1 Muutos ja sen edellytykset

Muutokset organisaatioissa ovat välttämättömiä, jotta ne pysyvät elinvoimaisina. Toimintakykyistä organisaatiota kuvaa jatkuva liikkeellä olo. Muutokset ovat erilaisia ja ne eroavat toisistaan siinä suhteessa, kuinka nopeasti niitä toteutetaan ja kuinka laajoja ne ovat. Muutosprosessin sisäinen luonne tulee ymmärtää, sillä se auttaa kohdentamaan johtamistoimenpiteitä oikein. (Stenvall & Virtanen 2007, 43–44.) Muutoksen alullepanevana voimana on usein uusi asia, tarve, virhe tai epäkohta, johon tulisi puuttua (Ponteva 2010, 10).

Muutoksen syyt voivat olla sisäisiä tai ulkoisia. Ulkoisen muutoksen tarve voi syntyä esimerkiksi toimintaympäristön muutoksesta ja sisäisiin muutoksiin saattaa johtaa havaitut puutteet asiakaspalvelussa. Nämä voivat johtaa muutoksiin myös organisaation toimintatavoissa ja toimintakulttuurissa. Yksittäinen toimintatavan muutos voi olla joskus hidasta ja toimintakulttuurin muutos voi viedä aikaa paljon kauemmin. (Stenvall & Virtanen 2007, 27–28; Kallankari 2019, 61.)

Työntekijöiden suhtautuminen työhön ja työyhteisöön on usein tunnevaltaista. Tunteet merkityksellisyydestä, turvallisuudesta ja käytettävyydestä ovat tekijöitä, jotka sitovat työntekijöitä organisaatioon. Kun työntekijä on selvillä, millaisessa organisaatiossa hän työskentelee, ja on innostunut työstään, saa työnantaja sitoutuneen ja motivoituneen työntekijän, jolloin erilaiset muutoksetkin on helpompi hyväksyä. (Ponteva 2010, 18, 33.)

Lammassaari (2014) tuo esille, että johtamisella on merkittävä osuus organisaatioiden muutosprosesseissa. Parhaimmillaan se edistää muutoksen toteutumista mutta se voi myös vaikeuttaa tai estää muutoksen toteutumisen. (Lammassaari 2014, 46.) Johtaja, joka innostaa ja rohkaisee kokeiluun sekä kunnioittaa työntekijöiden erilaista asiantuntijuutta, saa helpommin henkilöstön pohtimaan toimintatapojen muutostarvetta kuin johtaja, joka ei ota vastuuta kehittämisestä tai tekee päätöksiä kuuntelematta henkilöstöä. Osallistava johtaminen muutoksissa on nähty henkilöstön osallistumista kannustavaksi. Rohkaiseminen ja motivointi sekä jokaisen työntekijän työn merkityksen osoittaminen yhteisen tavoitteen saavuttamisessa ovat tärkeitä edellytyksiä muutoksen eteenpäin viemisessä ja sen onnistumisessa. (Holopainen ym. 2013, 55–56; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:11, 34.)

Muutosprosessia tarkasteltaessa erotetaan muutoksen suunnittelu ja toteutus. Suunnitteluvaiheessa on tärkeä hahmotella kokonaisuutta ja laatia ennakoivat toimenpiteet. Toteutusvaiheessa toimitaan ja viedään muutosta eteenpäin. Suunnitteluvaiheen merkitys korostuu ja tällöin on hyvä harkita myös sen hyödyllisyyttä suhteessa nykyiseen toimintamalliin sekä pohtia kustannuksia. Muutoksen perustarkoitus tulee selvittää huolellisesti. Jollei sitä tiedosteta, aiheutuu siitä toteutusvaiheessa merkittäviä ongelmia.

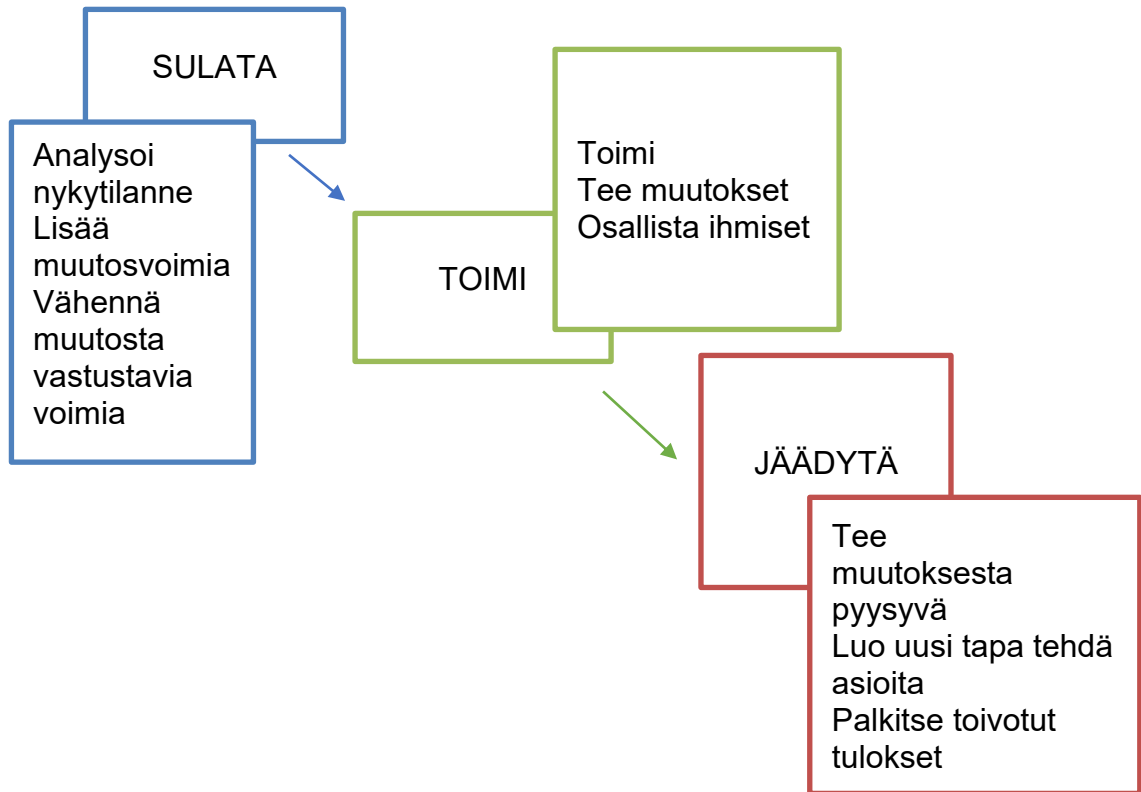
Toteutusvaihe käsittää muutoksen vaatimien toimenpiteiden tekemisen, toiminnan vakiinnuttamisen, uusien rutiinien aikaansaamisen, muutoksen levittämisen sekä arvioinnin ja seurannan. (Stenvall & Virtanen 2007, 46–49; Kallankari 2019, 19.) Jotta muutos saadaan käynnistymään onnistuneesti, tulee siitä viestittää ja tiedottaa muutoksen osapuolille kuten henkilöstölle, asiakkaille ja sidosryhmille. Jos käynnistymisvaiheessa epäonnistutaan, on tavallista, että henkilöstölle tulee epäilyksiä muutoksen onnistumisesta. Henkilöstön motivoituminen ja sitoutuminen muutokseen eivät toteudu toivotulla tavalla. Silloin, kun nähtävillä on muutoksen aikaansaamia myönteisiä vaikutuksia, huomataan, että omat pelot muutosta kohtaan olivat epärealistisia ja näin voidaan saada yhä suurempi joukko muutoksen puolelle. (Kallankari 2019, 84, 105.) Kallankarin (2019, 155) mukaan muutoksen onnistunut läpivieminen vaatii kolme keskeistä asiaa: tavoitteet, askeleet kohti tavoitetta ja ihmiset, jotka toteuttavat muutoksen.

5.2 Muutosjohtaminen

Perustehtävänä muutosjohtamisessa on nykytilanteen ja tavoiteltavissa olevan tilanteen välisen eroavaisuuden poistaminen. Muutosjohtaminen on muutosprosessin hallintaa ja ohjaamista kohti tavoiteltavaa tilannetta muutokselle suunnitellussa aikataulussa ja käytössä olevilla resursseilla. Lisäksi tulee huomioida työyhteisöjen historia ja yhteinen tulevaisuus. Sote-alalla muutoksia tehdään paljon, jolloin kehittäminen vain kehittämisen vuoksi ei tuota tulosta. Muutoksessa onnistumista edesauttaa hyvä valmistautuminen muutosprosessiin. Henkilöstön muutosmyönteisyyttä lisää kehittämisaktiivinen esimies, henkilöstön hyvinvointi ja osallistuminen muutosprosessiin sekä osaamisen tunnistaminen. Organisaation ylemmän johdon sitoutuminen muutokseen kannustaa ja antaa tukea muutokseen osallistujille. Työyhteisön työskentelykulttuurin avoin keskustelu ja sisäinen vuorovaikutus mahdollistavat muutoksen onnistumisen. (Kallankari 2019, 15–16, 24.)

Työyhteisön perustehtävän on toteuduttava muutoksenkin aikana ja siksi on tärkeää saada työntekijät sitoutumaan ja motivoitumaan muutoksen toteuttamiseen. Muutoksen onnistumista edistää hyvä vuorovaikutus ja tiedottaminen; henkilöstön on hyvä tietää, minkälainen muutos on tulossa ja miten muutos vaikuttaa työntekijöihin ja toimintaan. (Kallankari 2019, 15–16, 24.) Kallankarin (2019) mukaan muutosjohtamisessa painotus tulee olla asajohtamisen sijaan ihmisten johtamisessa. Muutoksen johtajan tulee itse toimia esimerkillisesti muutokseen sitoutumisessa ja noudattaa uusia toimintamalleja ja käyttäytymistä. (Kallankari 2019, 155.)

Muutosprosessin vaihteita on kuvattu useissa teorioissa, joissa muutos ja uudistuminen etenevät tietyn mallin mukaisesti. Malleissa kuvataan suunta, jota noudattamalla pyritään saamaan aikaan onnistunut muutos. Tässä opinnäytetyössä käsitellään kahta muutosjohtamisen mallia, joiden avulla avataan muutosta ja muutosjohtamista. Cameron ja Green (2020, 115) kuvailevat Lewinin kolmivaiheista muutosmallia, joka on esitetty kuviossa 6. Mallissa he esittävät onnistuneen muutoksen vaiheet, joita ovat sulattaminen (unfreezing), toiminta (moving) ja uudelleen jäädyttäminen (defreezing). Sulattamisvaiheessa analysoidaan nykytilanne ja pyritään vähentämään niitä voimia, jotka pitävät nykytilannetta yllä. Tarkoituksena on ”järkyttää” organisaatiossa olevaa tasapainotilaa ja luoda mahdollisuus muutokselle. Mallin toinen vaihe on toimintavaihe eli muutosvaihe. Tässä vaiheessa liikutaan kohti tavoitetilaa osallistamalla ihmiset sekä sitoutumaan muutokseen. Kolmannessa vaiheessa uusi toimintamalli vakiinnutetaan ja tehdään siitä pysyvä. (Cameron & Green 2020, 114.)



Kuvio 6. Lewinin kolmivaiheinen muutosteoria (mukaillen Cameron & Green 2020, 115).

Myös Kotter (1996) on kuvannut muutosprosessia ja hänen mallinsa on laajalti tunnettu. Kotter kuvaa muutoksen toteuttamisen kahdensanvaiheisena prosessina (kuvio 7). Tässä mallissa muutosprosessi lähtee liikkeelle muutoksen kiireellisyyden ja välttämättömyyden tähdentämisestä (Establishing a Sense of Urgency). Jotta muutos saadaan käynnistymään, jokaisen muutokseen osallistuvan tulee nähdä tarve muutokselle. Mikäli työntekijät ovat tyytyväisiä nykytilanteeseen, eivätkä ymmärrä muutoksen välttämättömyyttä, heidän on vaikea toimia toisella tavalla. Toisessa vaiheessa muutosta eteenpäin viemään tarvitaan aktiivinen, vahva ohjaava tiimi (Creating the Guiding Coalition), jonka jäsenet luottavat toisiinsa ja toimivat yhteisen tavoitteen mukaisesti. Toimijoilla tulee olla aseman mukanaan tuomaa valtaa, asiantuntijuutta ja uskottavuutta ja taitoja johtaa sekä asioita että ihmisiä. (Kotter 1996, 57–66.)

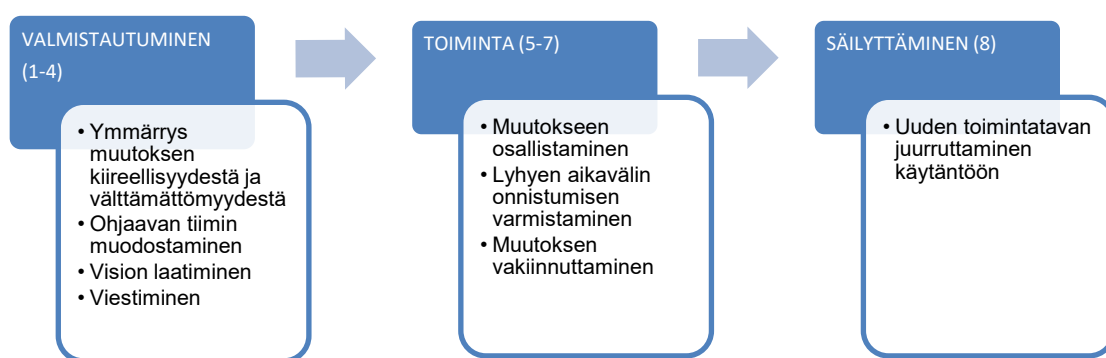
Kolmannessa vaiheessa muutokselle laaditaan visio ja strategia (Developing a Vision and Strategy). Hyvä visio kuvaa jotain toimintoa tai organisaatiota sellaisena kuin se on tulevaisuudessa. Se ilmentää myös mahdollisuuksia, jotka ovat esimerkiksi työntekijöiden etujen mukaisia. Lisäksi hyvä visio on realistinen. Tehokas visio on kuviteltavissa oleva, toivottava, mahdollinen toteuttaa, selkeä, joustava ja tarpeeksi yksinkertainen. (Kotter 1996, 71–72.)

Jotta visio ja strategia saadaan näkyväksi, tulee siitä tiedottaa. Mallin neljännen vaiheen, muutosvisiosta viestimisen (Communicating the Change Vision) tarkoituksena on luoda yhteinen kuva tulevaisuuden tavoitetilasta. Viestintä toimii tehokkaasti silloin, kun se on suoraa ja yksinkertaista, kun käytetään oikeita sanoja ja kielikuvia sekä useita viestintäkanavia ja toistoa. Mikäli henkilöstöllä on ristiriitaisia ajatuksia ja käsityksiä uudistamishankkeesta, niistä tulee puhua avoimesti ja viestinnän tulee olla kaksisuuntaista. (Kotter 1996, 90–100.)

Vaiheissa 5–7 viedään muutosta eteenpäin ottamalla henkilöstö mukaan muutosvision mukaiseen toimintaan. Viidennessä vaiheessa siirretään vastuuta ja valtuuksia mahdollisimman laajasti henkilöstölle (Empowering Broad-Based Action). Muutosvision esteet organisaatioissa voivat olla rakenteellisia, tiedollisia tai järjestelmiin ja esimiehiin liittyviä ja niihin on hyvä puuttua. Jotta muutosprojekti olisi menestyksellinen, tulee huomioida myös henkilöstön koulutuksen ja valmennuksen tarve. (Kotter 1996, 102–109.)

Kuudennessa vaiheessa tulee varmistaa, että muutosprosessissa saadaan aikaan lyhyen aikavälin onnistumisia (Generating Short-term Wins). Nämä ovat tärkeitä edellytyksiä muutoksen onnistumiselle. Esimerkiksi välittömän palautteen saaminen motivoi henkilöstöä ja myönteinen palaute saa aluksi muutosta vastustaneetkin sen puolelle. (Kotter 1996, 122–130.) Seitsemännessä vaiheessa pyritään vahvistamaan muutoksella tuotettuja etuja, vakiinnutetaan parannuksia ja toteutetaan uusia muutoksia (Consolidating Gains and Producing more Change). Muutoksen jättäminen tähän vaiheeseen on riskialtista, sillä paluu vanhaan toimintamalliin saattaa tapahtua hyvinkin nopeasti. (Kotter 1996, 131–144.)

Viimeisessä vaiheessa muutos juurrutetaan yrityksen kulttuuriin ja autetaan tekemään siitä pysyvä (Anchoring new Approaches in the Culture). Tämä vaihe muutosprosessissa on hankalin, sillä organisaatiokulttuurin muuttaminen on hidasta ja epävarmaa. Jos uudet toimintatavat eivät ole selvästi entisiä parempia on kulttuurinkin muokkautuminen epävarmaa. (Kotter 1996, 154–158.) Jotta muutos olisi menestyksenkäs, kaikki kahdeksan vaihetta tulee käydä läpi mallin osoittamassa järjestyksessä. Meneillään voi olla useita vaiheita yhtä aikaa mutta yhdenkin vaiheen ohittamisesta tai liian nopeasta siirtymisestä seuraaviin vaiheisiin seuraa ongelmia. (Kotter 1996, 22–23.)



Kuvio 7. Muutosprosessin vaiheet (mukaillen Kotter 1996, 20–21).

5.3 Muutosjohtaminen terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ja niiden toimintaympäristöissä muutoksia ja kehittämistä tapahtuu jatkuvasti. Terveydenhuollossa muutosten tarpeen taustalla voivat olla uudet hoitosuositukset, tutkimusnäytöt, alueelliset toimintaohjeet ja esimerkiksi päivittäisessä työssä kehitetty uusi parempi sekä tehokkaampi tapa toteuttaa palvelua tai hoitoa. (Kallankari 2019, 13.) Muutosjohtamisen keskeisiksi sisällöiksi, osaamisalueiksi ja onnistumisen edellytyksiksi Taskinen (2017) määrittelee tiedotuksen eli muutosviestinnän sekä henkilöstön osallistamisen ja vaikuttamisen mahdollisuuden. Tiedottaminen ja tiedon saanti korostuvat. Tiedottamisen tulee olla kaksisuuntaista, mikä tarkoittaa työntekijöiden mahdollisuutta ilmaista huolensa ja kysyä ja johtajalle mahdollisuutta vastata. (Taskinen 2017, 160–161.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on runsaasti kliinistä osaamista ja heidän ammattietiikkansa on vahva. Heillä on myös vahva vastuuntunto ja he haluavat hoitaa asiakkaat ja potilaat mahdollisimman hyvin. Muutosten äärellä korostuu tarve tulla nähdyksi, kuulluksi ja ymmärretyksi itselle tärkeissä asioissa. Osallistavan ja vuorovaikutteisen muutosjohtamisen tavoitteena pohjimmiltaan on täyttää meissä oleva arvostuksen tarve. (Kallankari 2019, 34.) Muutos ei aina onnistu, mikä voi johtua painotuksen keskittämisestä asioiden johtamiseen ihmisten johtamisen sijasta. Myöskään pelkkä muutosjohtamisen osaaminen ei takaa muutoksen onnistumista, tarvitaan lisäksi kannustavaa työskentelyotetta sekä muutoksen johtajan esimerkkiä sitoutumisesta uusiin toimintamalleihin. (Kallankari 2019, 156; Pirinen 2017, 69.)

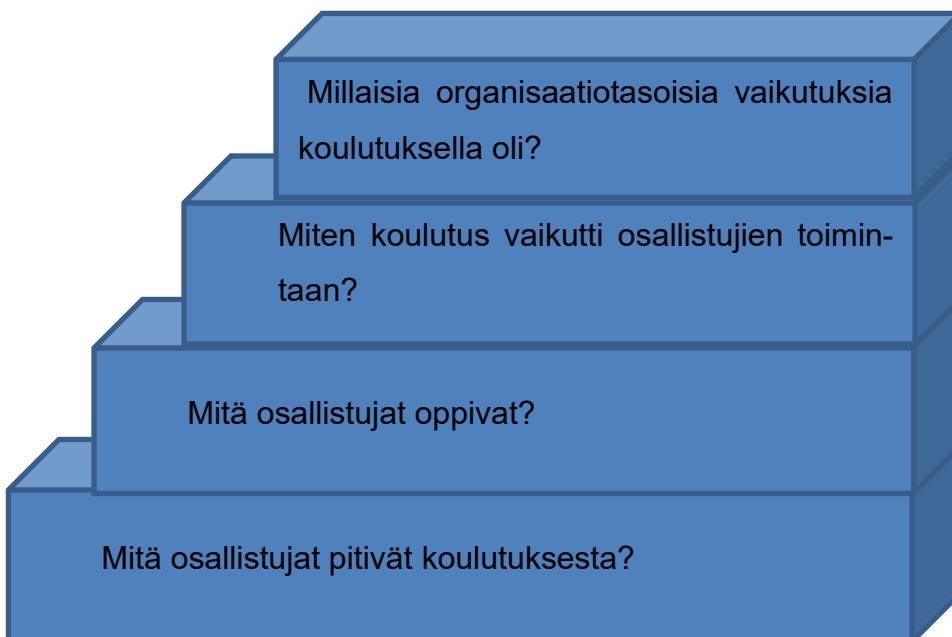
Myös Luomala (2008) ja Taskinen (2017) tuovat esille ihmislähtöisyyden huomioiden onnistuneen muutosjohtamisen edellytykseksi. Heidän mukaansa tämä tarkoittaa huomion suuntaamista muutoksen kohteena oleviin ihmisiin, heidän elämäntilanteensa sekä työskentelyolosuhteisiin. Olennaista on tietää, mikä muuttuu ja mitä ihmisiltä odotetaan. Tieto siitä, edellyttääkö muutos uudenlaisia ammattivaatimuksia tai kenen kanssa työtä jatkossa tehdään, on tärkeää. Vaikuttava osallisuus ja riittävä tieto luovat perustan positiivisen muutoksen aikaansaamiselle. (Luomala 2008, 23–24; Taskinen 2017, 161.)

Tässä opinnäytetyössä muutosta hoidon tarpeen arvioinnin yhdenmukaistamiseksi lähdetään saattamaan alulle kouluttamalla hoitajia ja hyödyntämällä koulutuksissa asiantuntijaosaamista. Tämän vuoksi johtamisen näkökulmaksi valittiin muutosjohtaminen. Tässä opinnäytetyössä toimintavan muutosta edesauttavat esimiesten tuki, hyvä, ennakoiva tiedottaminen muutoksesta sekä osallistaminen.

6 Kouluttaminen kehittämisen keinona

Työelämäkoulutuksen tavoitteet nousevat organisaatioiden tarpeesta ja käytännön työstä. Tavoitteena voi olla uuden taidon, työkalun tai toimintavan muutoksen opettelu. Tavoitteisiin vaikuttaa myös työnantajan resurssit ja kouluttajien oma osaaminen. Koulutuksen ja kehittämisen lopullisena tarkoituksena on tuottaa hyvää koko organisaatiolle ja tavalla tai toisella tukea organisaation strategiaa ja perustehtävää. (Kupias & Koski 2012, 12–17.)

Koulutuksen tavoitteita ja vaikutusta voidaan kuvata portaikkona (kuvio 8). Alimmalla tasolla tarkastellaan, mitä osallistujat pitivät koulutuksesta, toisella, mitä osallistujat oppivat. Kolmannella tasolla päästään tarkastelemaan, miten koulutus vaikutti osallistujien toimintaan ja ylimmällä tasolla ovat koulutuksen organisatiotasoiset vaikutukset. Koulutuksen tarkoituksena on uusimman tiedon tuominen käytännön työhön osallistujille, muutoksen aikaansaaminen osallistujien työskentelyyn omassa työssään ja työympäristössä sekä asian oppiminen niin, että muutos käytännön työssä mahdollistuu. (Kirkpatrick 1998, 19–24; Kupias & Koski 2012, 12–17.)



Kuvio 8. Koulutuksen vaikutuksen tasot (mukaillen Kirkpatrick 1998, 19–24).

Koulutus on suunniteltava niin, että koulutus aktivoi osallistujia kehittämään omaa osaamistaan. Kouluttajan täytyy miettiä, miten omalla osaamisellaan ja asiantuntemuksellaan voi tukea koulutettavien oppimista ja oivaltamista, jolloin muutos toiminnassa voi toteutua. Koulutuksen tavoitteiden asettaminen osallistujien tarpeista lähtien ja koulutustilanteen salliva ja avoin ilmapiiri edistävät asian oppimista. (Kupias & Koski 2012, 16–18.)

Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnan kouluttaminen on perusteltua, sillä kouluttamalla saadaan mahdollisuus opettaa ja harjoitella menetelmän ja mittarin sekä toimintaohjeen käyttöä käytännön esimerkkien avulla. Asiantuntijatieto ja käytännön kokemus edesauttavat oppimista ja oivaltamista ja edistävät muutoksen toteutumista työskentelytavassa.

7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Viime vuosina kotisaattohoito on ollut Pohjois-Karjalassa yhtenä kehittämiskohteenä kotihoidossa ja palveluasumisen yksiköissä. Kun asukas on kotisairaalan hoidon piirissä, kotisairaala turvaa hyvän ja laadukkaan kotisaattohoidon kotiin ja palveluasumisen yksiköihin. Palveluasumisen yksiköiden iäkkäistä asukkaista suurin osa on sairautensa suhteen palliatiivisen hoidon vaiheessa. Tässä vaiheessa päivystyksellinen arvio tai siirto sairaalahoitoon ei useinkaan ole tarkoituksenmukaista. Ennalta suunniteltu hoito, riittävä määrä sairaanhoitajia ja lääkäripalvelua, sekä varhainen yhteys kotisairaalaan vähentävät siirtojen tarvetta.

Palveluasumisen henkilöstörakenteesta johtuva riittävän osaamisen turvaaminen päivystysaikoina ei kiireellisissä tilanteissa on haaste ja riski päivystyskäynteihin suurenee. Myös puutteellisesti tehdyt tai kirjatut tehostetun palveluasumisen asukkaiden hoidonlinjaukset lisäävät asukkaiden ja muiden pitkäaikaissairauksia sairastavien riskiä ohjautua päivystykseen. Elämän loppuvaiheessa voi syntyä hyvästä hoidon suunnittelusta huolimatta tilanteita, jolloin tarvitaan päivystyksellistä arviota tai ensihoitopalvelua. Puutteellinen yhteistyö ja ohjeistus saattavat johtaa epätarkoituksenmukaisiin toimenpiteisiin ja sairaalahoitoon.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on muutoksen alkuun saattaminen ja toimintatavan yhdenmukaistaminen hoidon tarpeen arvioinnissa kotisairaalan potilaiden ja tehostetun palveluasumisen asukkaiden hoidossa. Tavoitteena on hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen jalkauttaminen viiteen tehostetun palveluasumisen yksikköön ja kotisairaalaan.

Opinnäytetyön tehtävänä on

1. Selvittää, onko tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunnalla käytettävissä tarvittavaa välineistöä hoidon tarpeen arviointiin.
2. Laatia tehostetun palveluasumisen yksiköiden hoitajille toimintaohje asukkaan yleisvoinnin heikkenemismuutosten arviointiin.
3. Kouluttaa viidessä tehostetun palveluasumisen yksikössä ja kotisairaalassa hoitajia hoidon tarpeen arviointiin ABCDE-menetelmää ja NEWS-mittaria hyödyntämällä.

8 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

8.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Terveysthuollon kehittämisessä käytetään erikseen käsitteitä tutkiminen ja kehittäminen sekä tutkimus- ja kehittämistoiminta. Käytettävät käsitteet voivat olla päällekkäisiä tai toisiaan sivuavia kuten esimerkiksi muutos, kehittämishanke, tutkiva toiminta ja kehittävä työn tutkimus. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 18.) Toikko ja Rantanen (2009) toteavat, että tavoitteellisuus on kehittämisessä keskeinen elementti. Lähtökohtana voi olla nykyinen tilanne, toiminnan ongelma tai toisaalta näkökulma johonkin uuteen. Heidän mukaansa kehittämistyön tavoitteena voi olla muutoksen hakeminen työtavoissa, menetelmissä tai jonkin uuden työvälineen käytön opettelu. Tutkittavan kohteen tavoite tulee perustella mahdollisimman konkreettisesti ja miettiä, miksi juuri tämä asia vaatii kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 16, 57; Huovinen & Rovio 2007, 94.)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä ei kuvailla tai selitetä asioita, vaan tarkoituksena on etsiä niihin parempia ratkaisuja ja viedä niitä käytännössä eteenpäin (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19). Tieteellisen tutkimuksen ja tutkimuksellisen kehittämistoiminnan erona Ojasalo ym. (2014) näkevät erot niiden päämäärissä: tuotetaanko ilmiöstä uutta teoriaa vai halutaanko aikaansaada käytännön parannuksia ja uusia ratkaisuja. Kehittämistoiminnan ja tutkimuksen suhde voidaan nähdä niinkin, että tutkimuksen avulla tuotettua tietoa sovelletaan kehittämisessä. (Ojasalo ym. 2014, 19; Toikko & Rantanen 2009, 18–19.)

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana havaitut puutteet hoidon tarpeen arvioinnissa nähtiin sekä toimintayksiköiden sisältä että organisaatiossa yhteistyökumppaneiden taholta ulkoapäin. Opinnäytetyön tietoperustaan haetulla tutkitulla tiedolla, voitiin vahvistaa uuden toimintatavan soveltuvuutta ja käyttökelpoisuutta käytännön työssä. Kehittämisen tarkoituksena oli muutoksen alkuun saattaminen. Yhdenmukaisen hoidon tarpeen arvioinnin osaamisella voidaan edistävää myös asiakaslähtöisyyttä ja potilasturvallisuutta sekä palveluiden kustannustehokkuutta.

8.2 Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi

Tutkimuksellinen kehittämisprosessi koostuu tehtävistä, joita ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen. Tehtävistä muodostuva prosessi voidaan kuvata yksinkertaisesti suoraan, lineaarisesti etenevänä jatkumona. Prosessi etenee tehtävän määrittelystä suunnitteluun ja toteutukseen ja lopuksi prosessi päätetään ja arvioidaan. Toimintatutkimuksissa on tyypillisesti korostettu spiraalista prosessin mallia. Siinä edetään kehittämisprosessin tehtävien mukaisesti, mutta pysähdytään arvioimaan tilannetta useammin ja prosessia voidaan täsmentää ja muuttaa. (Toikko & Rantanen 2009, 64–66.)

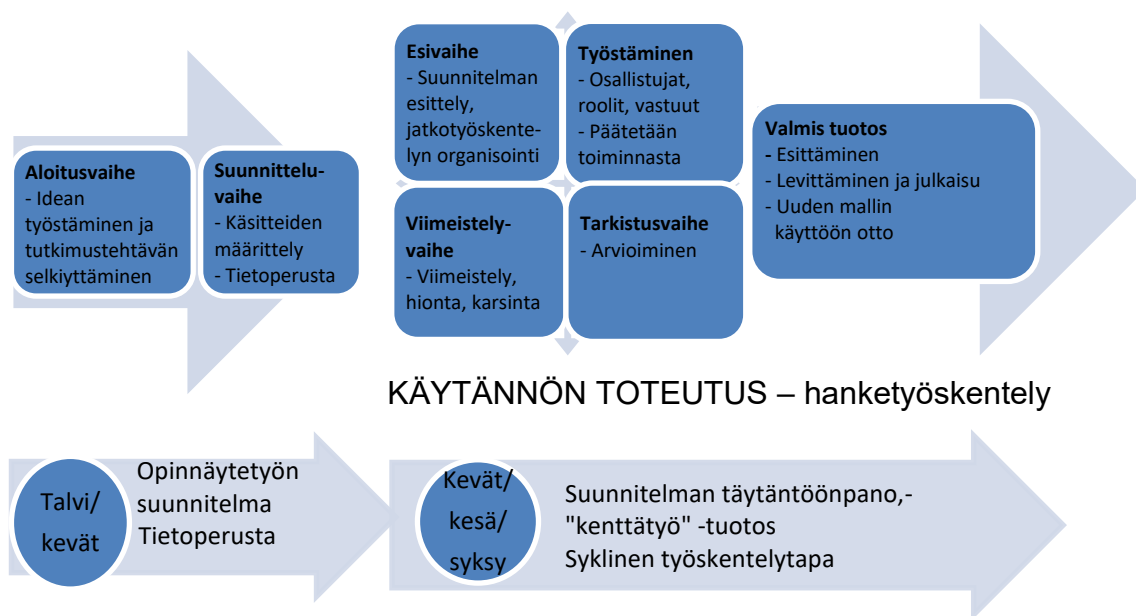
Salonen (2013) on yhdistänyt edellä kuvatut mallit konstruktivistiseksi malliksi (kuvio 9). Konstruktivistinen malli edellyttää huolellista suunnittelua, hankkeen vaiheistusta, osallisuutta, toiminnassa ja toimiessa oppimista, tutkimuksellista kehittämisoletusta sekä monipuolista menetelmäosaamista. Malli korostaa yhteisöllistä ja osallistavaa näkökulmaa. Työn arviointi prosessin eri vaiheissa ja inhimillisten tekijöiden huomiointi tarkoittaa pysähtymistä, arviointia ja eteenpäin suuntautumista. Mallista on keskeistä tasavertaisuus ja vuorovaikutuksellisuus. (Salonen 2013, 16.)

Konstruktivistinen toiminnallinen kehittämismalli lähtee liikkeelle hankeideasta ja sen työstämisestä. Aloituvaiheessa hankkeen suuntaa linjataan määrittelemällä kehittämistarve, kehittämistehtävä, toimintaympäristö sekä toimijat ja heidän roolinsa. Tässä vaiheessa on tärkeää puhua aiheesta ja asioista, jotka vaikuttavat tehtävän onnistumiseen sekä vastuista ja sitoutumisesta tehtävän tekemiseen. Aiheen rajaaminen ja asioiden kirjaaminen muistiin korostuvat. Suunnitteluvaiheessa tehdään kirjallinen kehittämistyön suunnitelma. On myös varauduttava siihen, ettei kehittämistyö toteudu suunnitelman mukaisesti. (Salonen 2013, 16–19.)

Kolmas vaihe on nimeltään esivaihe, joka tarkoittaa kentälle menoa. Tämä vaihe voi olla lyhyt, sillä silloin luetaan suunnitelma läpi ja organisoidaan tulevaa työsken-telyä. Työstämisvaihe on suunnitteluvaiheen jälkeen toiseksi tärkein ja vaativin. Tässä vaiheessa toimijat työskentelevät yhdessä sovittua tavoitetta kohti. Työstämisvaiheessa todentuvat kaikki kehittämishankkeen osatekijät, kuten keitä on mukana, mitä he tekevät ja mitkä ovat heidän roolinsa ja vastuunsa, miten kehittämishanke toteutetaan, mitä tietoa tarvitaan ja miten tuotetut aineistot dokumentoidaan. Tässä vaiheessa on hyvä saada ohjausta ja vertaistukea. (Salonen 2013, 16.)

Tarkistusvaiheessa arvioidaan tehtyä työtä; se voi palautua takaisin työstövaiheeseen tai siirtyä suoraan viimeistelyvaiheeseen. Viimeistelyvaiheessa sekä tuotos että kehittämisraportti hiotaan lopulliseen muotoon. Näistä yhdessä muodostuu toiminnallinen opinnäytetyö. Tuotoksena syntyy usein jokin konkreettinen tuotos, esimerkiksi malli, kuvaus, opas, kirja tai esite.

Seitsemännessä vaiheessa valmis tuotos esitetään, julkaistaan ja viedään käytännön. (Salonen 2013, 16–19.) Konstruktivistinen prosessimalli sopii opinnäytetyöhön ennen kaikkea toiminnassa ja toimiessa oppimisen sekä osallistavuuden näkökulmasta. Kehittämistyön tekemiseen tarvitaan moniammatillista osallistumista, yhteistyötä ja laajaa vuorovaikutuksellista työotetta.



Kuvio 9. Kehittämistoiminnan konstruktivistinen malli (mukaillen Salonen 2013, 20).

8.3 Aineiston keruu ja osallistavat menetelmät

Menetelmä on oleellinen osa kehittämistyötä; sen avulla tuotetaan tietoa. Menetelmät ovat kehittämistyön ja tutkimustyön yhteistä aluetta ja niiden soveltamiseen kuuluva analyyttis-tieteellinen ajattelutapa on siten tutkimukseen pohjautuvaa. Menetelmän tulisi antaa sopivat välineet vastata tutkimusaineiston pohjalta tutkimusongelmiin, toisaalta tutkimusongelma määrittää millaista tutkimusotetta käytetään. (Seppänen-Järvelä 2009, 21–25.)

Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, joka edellyttää ihmisten aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Osallistuminen perustuu vuoropuheluun, jonka avulla osallistujat voivat tarkastella kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita. (Toikko & Rantanen 2009, 8.)

Osallistavalla tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla tarkoitetaan kehittämistoimintaa, joka kumpuaa asiakkaiden ja/tai työyhteisöjen aidoista tarpeista ja jossa kehittämisen kannalta olennaiset toimijat ovat itse mukana (Arola & Suhonen 2014, 20).

Kehittämistoiminnassa on tärkeää ottaa mukaan toimijat, joita kehittämistyö koskee. Kehittäminen voidaan näin nähdä yhteistyösuhteena, jossa muodostetaan tietoa yhdessä ja tuodaan hiljaista tietoa näkyväksi, yhdessä oppien. (Arola & Suhonen 2014, 17.) Niin toimijoiden kuin työntekijöidenkin osallisuuden varmistaminen on merkityksellistä. Työntekijöiden osallistaminen voi esimerkiksi vähentää muutosvastarintaa. Voidaan myös ajatella, että he, joita kehittämistoiminta koskee, ovat oikeutettuja osallistumaan. Konstruktivistisessa kehittämistyön prosessimallissa korostuu yhteisöllinen ja osallistava sekä sosiaalisen oppimisentointatapa. (Salonen 2013, 16; Venäläinen & Arola 2017.)

Tämä opinnäytetyö on työelämän tarpeista lähtevää tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Opinnäytetyön tekemistä varten tehtiin ohjaus- ja toteuttamissopimus tammikuussa 2020. Tämän jälkeen aloitettiin tiedon hakeminen, kirjoittaminen sekä tutkimussuunnitelman laatiminen.

8.3.1 Puhelinhaastattelu

Kyselyn suorittaminen puhelinhaastatteluna on suhteellisen nopea ja tehokas tiedonhankinta menetelmä. Kyselyllä saadaan paljon numeraalisia tuloksia, joita on mahdollista käsitellä tilastollisesti. Strukturoitu eli lomakehaastattelu on tarkoitukseltaan ja toteutukseltaan kyselyn kaltainen. Kyselyä varten on valmiiksi luotu lomake, jossa on etukäteen suunniteltu kyselyrunko, ja se esitetään samalla tavalla kaikille vastaajille. Lomakkeella voidaan kysyä tosiasioista, tiedoista, toiminnasta ja mielipiteistä ja kysymysten muoto ja esittämisjärjestys on määritetty ennalta. Täsmällisiä asioita kysytään suoraan ymmärrettävillä, yksinkertaisilla, rajatuilla ja lyhyillä kysymyksillä.

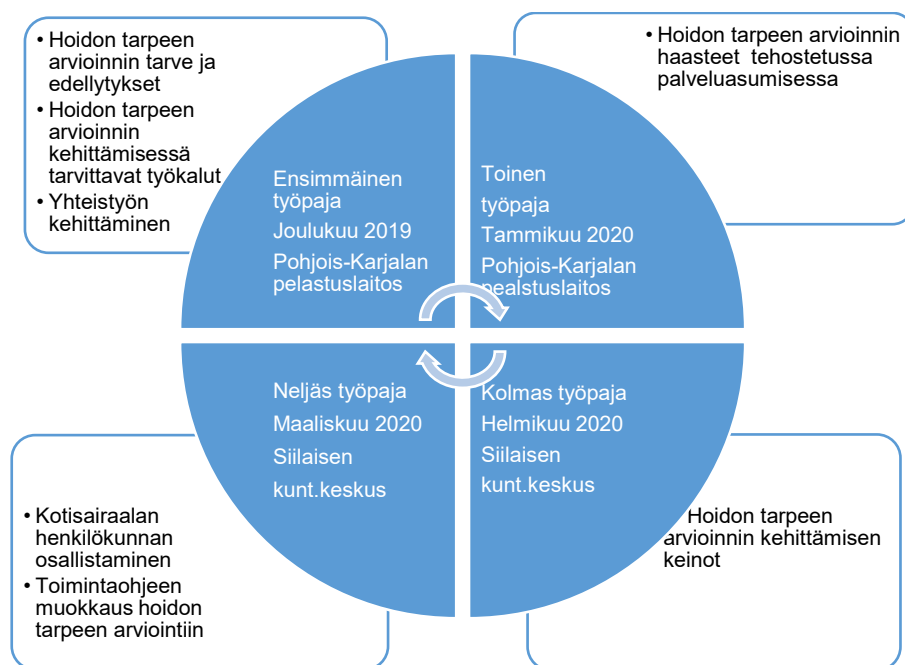
Kysymysten täytyy merkitä kaikille vastaajille samaa asiaa. Avoimilla kysymyksillä vastaajille voidaan antaa mahdollisuus vastata omin sanoin. Vastaaja voi ilmaista omia tunteitaan ja ajatteluaan ja samalla saada tietoa vastaajan motivaatiosta ja toimintaympäristöstä. (Hirsjärvi ym. 2009, 197, 201–202, 208; Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 116; Ojasalo ym. 2014, 41, 121.)

Tuomi ja Sarajärvi (2018) näkevät haastattelun etuina sen joustavuuden sekä sen, että haastatteluun voidaan valita sellaisia henkilöitä, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. Lisäksi etuna on myös se, että haastatteliija voi samalla havainnoida ja tehdä muistiinpanoja mitä ja miten asioita ilmaistaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86.) Kyselyn suorittaminen puhelinhaastatteluna puoltaa sen edullisuus, koska haastateltavat tavoitetaan pitkienkin matkojen päästä eikä erityistä haastattelutilannetta tarvitse suunnitella. Haastattelussa saadut tiedot voidaan koota ja käsitellä nopeasti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 44–45.) Tässä opinnäytetyössä puhelinkyselyllä (liite 1) haettiin tietoa opinnäytetyön ensimmäiseen tehtävään; onko tehostetun palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunnalla käytettävissä tarvittavaa välineistöä hoidon tarpeen arvioinnissa. Kysely suoritettiin puhelinhaastatteluna viiden tehostetun palveluasumisen yksikön esimiehelle. Puhelinhaastatteluun päädyttiin siksi, että se oli nopein ja edullisin tapa tavoittaa esimiehet työajalla.

8.3.2 Ideointityöpajat

Ideointityöpajassa ryhmä ihmisiä pyrkii ryhmän ohjaajan johdolla ideoimaan uusia asioita tai ratkaisuja olemassa olevaan ongelmaan. Ideariihen teema voi olla päätetty jo edeltävästi, jolloin se ilmoitetaan osallistujille tilaisuuden alussa. Ideariihen ja aivoriihen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman paljon ideoita lyhyessä ajassa. Menetelmää kutsutaan myös ideointityöpajaksi. (Kupias & Koski 2012, 115; Jalava & Virtanen 1997, 101–104; Ojasalo ym. 2014, 158–160.) Ryhmätyöskentelyllä on merkittävä asema uusien ideoiden luomisessa. Osallistujien esilletuomista ideoista voi parhaimmillaan syntyä uudenlaista innostusta ja ongelmien ratkaisuja. (Ojasalo ym. 2014, 158–160.)

Tässä opinnäytetyössä toiseksi menetelmäksi valittiin ideointityöpajat, joissa jokaisessa oli erilaiset sisällön teemat (kuvio 10). Osallistujat valittiin ennalta suunniteltujen teemojen mukaisesti. Ideointityöpajoissa pohdittiin hoidon tarpeen arviointia laajasti monesta näkökulmasta. Valmista toimintamallia hoidon tarpeen arvioinnissa havaittuihin puutteisiin ei ollut. Tässä opinnäytetyössä ideointityöpajojen toteutus vastaa opinnäytetyön toiseen ja kolmanteen tehtävään.



Kuvio 10. Ideointityöpajojen ajankohdat ja teemat.

8.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Deduktiivisen analyysin lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden esiintymistä tarkastellaan käytännössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 167.) Usein kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysia, joka edellyttää aineiston monipuolista ja yksityiskohtaista tarkastelua (Hirsjärvi ym. 2009, 164).

Induktiivisessa analyysissä eritellään sanoja niiden teoreettisen merkityksen pohjalta. Induktiivista lähtökohtaa käytetään silloin, kun asiasta ei ole paljon tietoa tai olemassa oleva tieto on hajanaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 167.) Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka avulla voidaan analysoida ja kuvata erilaisia aineistoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 165–166). Sisällönanalyysissä tietoa aineisto tiivistetään niin, että tutkittava ilmiö voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi tai ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista lähestymistapaa. Kehitettävästä aiheesta on runsaasti tietoa, mutta ohjeistusta systemaattisen toimintatavan ja yhdenmukaisten menetelmien käytöstä hoidon tarpeen arvioinnissa ei ollut saatavilla.

Tuomi & Sarajärvi (2018) ovat kuvanneet aineistolähtöisen sisällönanalyysin (taulukko 1) kahdeksanosaisena prosessina (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Analyysiprosessin etenemiseen on olemassa ohjeita, mutta sen tekemiseen ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle alkuperäisaineiston kirjaamisesta eli pelkistämisestä. Aineiston pelkistämisessä kysytään esimerkiksi tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Kaikki tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäiset ilmaukset ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaisut kirjaetaan ylös mahdollisimman tarkasti samoilla sanoilla, kun teksti on aineistossa. Ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmaisuista yhdistetään asiat, jotka kuuluvat yhteen. Näistä muodostetaan alaluokat, jotka nimetään niiden sisällön mukaan. Samansisältöiset alaluokat yhdistetään, jolloin niistä muodostuu yläluokkia ja ne nimitetään sisältöä vastaavaksi usein tutulla käsitteellä tai sanaparilla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 167–168; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.)

Taulukko 1. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127).

1	Analysoitavan aineiston auki kirjoittaminen
2	Analysoitavan aineiston lukeminen ja sisältöön perehtyminen
3	Pelkistettyjen ilmausten etsiminen
4	Pelkistettyjen ilmausten listaaminen
5	Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista
6	pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alaluokkien muodostaminen
7	Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen
8	Yläluokkien yhdistäminen pääluokiksi ja kokoavan käsitteen muodostaminen

9 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tekemisessä edettiin Salosen (2013, 20) kuvaaman konstruktivistisen mallin mukaisesti, joka on esitetty kuviossa 4. Opinnäytetyön aiheen täsmennyttyä tammikuussa 2020 perehdyttiin aiheeseen laajasti, määriteltiin ja avattiin opinnäytetyön keskeiset käsitteet. Tutkimussuunnitelma valmistui helmikuun 2020 aikana ja sekä toimeksianto että tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin maaliskuussa. Tämän jälkeen aloitettiin tiedonhaku. Konstruktivistisessa mallissa nämä tehtävät sisältyvät aloitus- ja suunnitteluvaiheeseen. Tietoa tietoperustaan haettiin sekä kotimaisista että kansainvälisistä tietokannoista. Tietoa haettiin hyödyntäen Karelia ammattikorkeakoulun Finna-hakupalvelua ja Siun soten tieteellistä kirjastoa.

Kansainvälisistä tutkimusportaaleista hyödynnettiin Medic- ja Chinal-tietokantoja käyttämällä sekä perus- että yhdistelmähakuja. Tietoa haettiin hakusanoilla "Aged", "Aged 80 and over", iäkkä* ikäänty* AND "hoidon tarpeen arviointi", "tarpeiden arviointi", "hoitotyön tarpeen arviointi" AND "Assisted Living Facilities" OR "Homes for the Aged" OR "nursing home" OR "nursing homes", palvelutalo* palveluasumi*, "Health Services for the Aged" AND "Needs Assessment" OR "Nursing Assessment". Hakuja tehtiin myös sanapareilla "National early warning score" (NEWS) AND "aged". Aineistoa rajattiin enintään kymmenen vuotta vanhoihin lähteisiin. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti ja lainattiin runsaasti sekä menetelmä- että muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tieteellisiä lehtiä. Näissä mukana oli myös vanhempia aineistoja. Tiedonhaku tuotti paljon monipuolista, sekä kansallisia, että kansainvälisiä aineistoja.

Opinnäytetyön työstämisvaiheessa päätettiin osallistamisesta, osallistujien rooleista ja vastuista sekä opinnäytetyöhön sisältyvän kehittämistehtävän toteuttamisesta ja tuotoksesta. Tarkistusvaiheessa opinnäytetyötä arvioitiin kevään ja kesän 2020 aikana saadun ohjauksen ja palautteen perusteella palaten välillä työstämisvaiheeseen. Opinnäytetyössä analysoitiin hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistarvetta ja haasteita, joiden tuloksena opinnäytetyöhön sisältynyt kehittämistehtävä vahvistui. Syksyn 2020 aikana opinnäytetyötä viimeisteltiin ja hiottiin lopulliseen muotoon. Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin toimintaohje: Toiminta asukkaan yleisvoinnin heikentyessä- konsultaatio-ohje (liite 2).

9.1 Puhelinhaastattelun ja ideointityöpajojen toteutus

Tässä opinnäytetyössä puhelinhaastattelua varten tehty kysely oli selkeä ja kysytyt asiat merkitsivät kaikille samaa asiaa, joten tulkinnan vaikeutta vastaamisessa ei ollut. Kysymyksiä oli yhteensä yhdeksän. Kyselyssä kartoitettiin yksiköiden resurssitilannetta hoitohenkilökunnan ja lääkärin työpanoksen osalta, yksiköiden asukasmäärää sekä hoidon tarpeen arvioinnissa tarvittavaa välineistöä kuten verenpainemittari, happisaturaatiomittari, kuumemittari ja vaaka. Kysytyihin asioihin voitiin vastata joko numeraalisesti tai kyllä ja ei -vaihtoehdoilla.

Kyselyn aikana oli mahdollista kertoa aiheeseen liittyviä ajatuksia ja kommentoida tehtävää kehittämistyötä. Puhelut olivat kestoiltaan noin 20 minuutin mittaisia. Kaikkien kohdeyksiköiden esimiehet tavoitettiin ja saatiin vastaukset kysymyksiin.

Työpajojen ajankohdista, kokoontumispaikasta ja sisällön teemoista tiedotettiin työpajoihin osallistujille viikkoa aikaisemmin sähköpostiviestillä. Työpajoihin osallistujiksi haluttiin moniammatillinen tiimi, joten jokaiseen työpajaan pyydettiin edustajia eri ammattiryhmistä, kuten lääkäreistä, hoitajista ja hoitotyön esimiehistä. Osallistujien valintoihin vaikutti työpajojen teemat. Opinnäytetyön tekijät sopivat työpajojen kokoontumispaikat ja osallistuivat työpajoihin omalla ajalla.

Työpajat toteutettiin käyttämällä osallistavana menetelmänä Brainstorm-aivoriihi-menetelmää. Aivoriihikokouksessa vetäjän johdolla haetaan uusia lähestymistapoja tai ratkaisuja käsiteltävänä olevaan teemaan (Ojasalo ym. 2014, 160). Työpajoihin kokoonnuttiiin työnantajan (Siun sote) tiloissa Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa ja Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella. Jokaiseen työpajaan varattiin aikaa noin 1½ tuntia ja ne toteutettiin iltapäivisin. Opinnäytetyön tekijät toimivat työpajoissa puheenjohtajina ja kirjasivat käyty keskustelut, kokosivat työpajoista esiin nousseet ideat ja toimintaehdotukset. Yhteensä työpajoihin osallistui 24 henkilöä. Kaikissa työpajoissa käytiin aluksi läpi opinnäytetyöhön sisältyvän kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät.

Ensimmäinen työpaja pidettiin joulukuussa 2019 Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella. Työpajassa olivat mukana kaikki yhden hoitajan yksikössä työskentelevät ensihoitajat, yhteensä kymmenen hoitajaa. Yhden hoitajan yksikkö valikoitui yhteistyökumppaniksi, koska yhteistyön tiivistäminen kotisairaalan kanssa oli ajankohtainen. Lisäksi ensihoitajilla on hoidon tarpeen arvioinnista paras asiantuntemus. Työpajan teemana olivat hoidon tarpeen arviointi, sen kehittämisen tarve ja edellytykset sekä hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävät työkalut ja menetelmät. Lähtökohtaisesti hoidon tarpeen arviointipyynnöt olivat puutteellisia. Ideointityöpajassa oikea-aikainen ja yhdenmukainen hoidon tarpeen arvioinnin toteuttaminen korostui. Keskustelua käytiin myös, millaista esitietoa tarvitaan puhelimitse tehdyssä hoidon tarpeen ja hoidon kiireellisyyden arvioinnista.

Toinen työpaja järjestettiin tammikuussa 2020 Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella. Työpajaan osallistui kaksi tehostetun palveluasumisen esimiestä sekä yksi ensihoitaja yhden hoitajan yksiköstä. Kahden esimiehen osallistumisella arvioitiin saatavan riittävästi tietoa ja varmuutta, millaisia haasteita tehostetun palveluasumisen yksiköissä oli havaittu hoidon tarpeen arvioinnissa. Lisäksi haluttiin tietää, onko kouluttamiselle tarvetta, ja millaista koulutusta henkilöstö tarvitsisi.

Helmikuussa 2020 pidettiin kolmas työpaja Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa. Mukana tässä työpajassa olivat palliatiivisen keskuksen vastaava lääkäri, ensihoidon vastaava kenttäjohtaja sekä yhden hoitajan yksikön ensihoitaja. Työpajaan osallistujien vankka kokemus kouluttamisesta, vahva ammatillinen osaaminen sekä laaja-alainen näkemys hoidon tarpeen arvioinnin kehittamisestä olivat perusteena työpajassa mukanaololle. Työpajan teemana oli hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisen keinot.

Neljännessä työpajassa, johon kokoonnuttiin maaliskuussa 2020 Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa, teemana oli Toiminta asukkaan yleisvoinnin heiketessä -toimintaohjeen läpikäyminen ja muokkaaminen. Työpajaan osallistuivat kyseisenä päivänä työvuorossa olleet kotisairaalan sairaanhoitajat, yhteensä kuusi hoitajaa, kotisairaalan lääkäri sekä palliatiivisen keskuksen esimies. Työpajaan osallistuneilla oli kaikilla käytännön kokemusta hoidon tarpeen arvioinnista, jonka vuoksi toimintaohjeen tarkasteluun saatiin monipuolista näkemystä. Toimintaohjeen tarkentaminen paikallisten toimintaohjeiden laatimiseksi ja toimintaohjeen hyväksymistä varten, sovittiin tehtäväksi lääkärien kanssa myöhemmässä vaiheessa.

9.2 Koulutusten toteutus

Koulutukset järjestettiin toimipaikkakoulutuksina kotisairaalassa ja viidessä tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Koulutustilaisuudet toteutettiin kolmen tunnin mittaisina iltapäiväkoulutuksina. Koulutuksia oli yhteensä 12 kertaa eli kaksi kertaa jokaisessa yksikössä.

Ensimmäiset koulutukset, jotka sovittiin kotisairaalan hoitajille huhtikuulle 2020 jouduttiin siirtämään kesäkuulle 2020. Näissä koulutuksissa koulutuskokonaisuus pilotoitiin. Koulutuspalautetta pyydettiin erillisellä palautelomakkeella. Saadun palautteen perusteella voitiin koulutuksen sisältöä ja esitystapaa muokata. Koulutuksia varten opinnäytetyöntekijöiden laatima PowerPoint-esitys (liite 3) perustui opinnäytetyön tietoperustaan ja vastasi ideointityöpajoista esille tulleisiin hoidon tarpeen arvioinnin haasteisiin. Esitys käytiin läpi yhdessä yhden hoitajan yksikön ensihoitajan kanssa. Esitykseen lisättiin ensihoitajan laatimat potilasesimerkit hoidon tarpeen arviointitilanteista. Koulutustilaisuuksiin kutsuttiin erillisellä koulutuskutsulla (liite 4).

Tehostetun palveluasumisen yksiköiden esimiesten kanssa sovittiin puhelimitse heinäkuussa 2020 koulutusten ajankohdat, paikat ja tauolle suunnitellun kahvitarjoilun toteutus. Kaikki koulutustilaisuudet saatiin sovittua syyskuulle 2020. Jokaiselle esimiehelle lähetettiin koulutuskutsu sähköpostitse ja pyydettiin laittamaan se hoitajien kanslioiden ilmoitustaululle. Koulutuksia varten tilattiin sairaanhoitajaliitosta materiaalia hoitajille hoidon tarpeen arvioinnin tueksi, kuten NEWS-mittareita, peruselintoimintojen arviointityökaluja sekä esitevihkosia molemmista.

Kouluttaminen toteutettiin yhteistyönä. Koulutuksissa opinnäytetyöntekijöiden ja yhden hoitaja yksikön ensihoitajan asiantuntemus, tieto ja taito pystyttiin yhdistämään joustavasti. Toinen opinnäytetyön tekijä vastasi koulutustilaisuuden avaamisesta ja aloittamisesta kertomalla opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteesta ja tehtävästä sekä käymällä läpi kansainvälisiä ja kotimaisia tutkimustuloksia hoidon tarpeen arvioinnista. Yhden hoitajan yksikön ensihoitaja luennoi hoidon tarpeen arvioinnista laajasti potilasesimerkkejä hyödyntäen. Toinen opinnäytetyöntekijä kävi läpi Toiminta asukkaan yleisvoinnin heikentyessä- konsultaatio-ohjeen. Toimintaohje laminoitiin ja jaettiin laitettaviksi yksiköiden kanslioihin helposti saataville. Toimintaohje, hoitajille jaetut ABCDE-menetelmä ja NEWS-mittarit sekä näistä laaditut ohjevihkoset toimivat koulutuksen aikana tukimateriaaleina.

9.3 Sisällönanalyysi hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistarpeesta ja haasteista

Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi toteutettiin mukaillen Tuomen & Sarajärven (2018) kahdeksanosaista aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka on esitetty taulukossa 1. Analysointitapa on asianmukainen, sillä tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli saada kuvaus kehitettävänä olevasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Ideointityöpajoissa haettiin kehittämisideoita seuraaviin kysymyksiin:

- hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisen tarve ja edellytykset
- hoidon tarpeen arvioinnin haasteet tehostetussa palveluasumisessa
- hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä tarvittavat työkalut
- hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisen keinot

Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla ideointityöpajoissa tehtyjä muistiinpanoja ja perehdyttiin sisältöön tarkemmin. Alkuperäisestä aineistosta poimittiin sanoja ja sanapareja ja ne kirjattiin lähes samalaisessa muodossa pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Tuomen & Sarajärven (2018, 122) mukaan analyysiyksikkönä voidaan käyttää yksittäisiä sanoja, lauseita, lausumia tai ajatuskokonaisuuksia. Ilmausten yhdistämisessä käytettiin eri värejä. Ryhmittelyvaiheessa pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin yhdenmukaisia ilmaisuja, jotka yhdistettiin samaan luokkaan. Samaa ilmiötä tai asiaa kuvanneet ilmaukset yhdistettiin ja muodostettiin alaluokat. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alaluokat ja näistä muodostettiin yläluokkia. Esimerkki sisällönanalyysistä hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistarpeista ja haasteista on esitetty liitteessä 5.

10 Opinnäytetyön tulokset

10.1 Puhelinhaastattelun ja ideointityöpajojen tulokset

Puhelinhaastattelu pystyttiin toteuttamaan kaikkiin viiteen tehostetun palveluasumisen yksikköön, koska otos oli suhteellisen pieni. Henkilöstöstä suurin osa oli lähihoitajia. Sairaanhoitajia oli suhteessa hyvin vähän. Sairaanhoitajat työskentelivät pääsääntöisesti virka-aikana. Kaikkiin vuoroihin ei ollut käytettävissä sairaanhoitajaresurssia. Lääkäripalvelu oli järjestetty joko Siun sotesta (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä) tai yksityisen palveluntuottajan kautta. Lääkärin konsultaatiomahdollisuus oli käytettävissä yhdessä yksikössä, jolloin hoitajat saivat virka-aikana puhelimitse yhteyden lääkäriin tarvittaessa. Viidessä yksikössä työskenteli yhteensä 170 hoitajaa ja niissä asui noin 320 asukasta. Lääkäri kävi keskimäärin 2–4 kertaa kuukaudessa. Hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävä välineistö löytyi jokaisesta yksiköstä. Esimiehet olivat kiinnostuneita opinnäytetyöstä ja hoidon tarpeen arvioinnin kouluttamisesta. Kouluttamisen ajankohtaisuus ja tärkeys korostuivat esimiesten mielipiteissä. Lääkäriresurssien vähäisyys ja epätasaisuus, sekä rajallinen lääkäriaika lisäsivät hoitajien hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen tarvetta. Esitettiin toive, että hoitajille ei kertyisi lisää tehtäviä kehittämistehtävän myötä.

Ideointityöpajoissa esille tuodut hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen puutteet vahvistivat kehittämistyön tarpeellisuutta. Haasteina olivat asukkaan voinnin muutosten huomioiminen usein liian myöhäisessä vaiheessa, jolloin asukas päätyy helposti tehokkaampien hoitojen piiriin, kuten päivystykselliseen hoitoon. Hoitajat tarvitsivat enemmän osaamista asukkaiden voinnin muutosten ennakointiin. Myös henkilöstörakenne ja hoitohenkilökunnan vaihtuvuus toivat haasteita hoidon jatkuvuuden turvaamisessa ja osoittivat yhdenmukaisesti tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin tarpeellisuuden myös potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Tätä vahvisti aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmän (NEWS) käyttö, jolloin voinnin muutosten seurannalla voidaan voinnin heikkeneminen havaita ja hoito-toimet aloittaa ajoissa ennen yleisvoinnin romahtamista. NEWS-mittari ja ABCDE-menetelmä ovat myös laaditun toimintaohjeen perustana. Hoidon tarpeen arvioinnin osaamista kehitettiin kouluttamalla hoitohenkilökuntaa toimipaikkakoulutuksina. Verkkokoulutus ei tullut kyseeseen, koska yhteinen tietojärjestelmä julkisen ja yksityisten palvelutuottajien väliltä puuttuu. Hoidon tarpeen arvioinnin kouluttaminen yhteistyössä kotisairaalan ja yhden hoitajan yksikön kanssa tiivistä yhteistyötä ja lisäsi asiantuntijuutta aiheen käsittelyssä. Kouluttamisella ja oikeilla menetelmillä sekä yhteistyön tekemisen oivaltamisella voidaan asukkaiden ei kiireellistä hoitoa toteuttaa asukkaan omassa hoitopaikassa turvalisesti.

Neljännessä ideointityöpajassa käsiteltyyn toimintaohjeeseen ehdotettiin vatsan-toiminnan ja virtsauksen lisäämistä, koska usein myös nämä asiat ovat voinnin heikkenemisen taustalla. Lisäksi peruselintoiminnot-ruudukkoon lisättiin NEWS pisteille oma sarake. Myöhemmässä vaiheessa toimintaohje tarkentui ja täydentyi lääkärien kannanotoilla. Toimintaohjeen lähtökohdaksi ehdotetut tehostetun palveluasumisen asukkaan terveys- ja hoitosuunnitelma, sekä muut hoidon linjaukset, kuten esimerkiksi hoitotahto, palliatiivinen hoidonlinjaus tai saattohoitopäätös lisättiin toimintaohjeen oikeaan yläreunaan. Toimintaohjeeseen lisättiin myös asukkaan toimintakyky ennen ja jälkeen yleisvoinnin laskun. Toimenpiteet-sarakkeeseen lisättiin paikalliset lääkärin ohjeistukset jatkohoidon toteuttamisesta, jotka pohjautuivat peruselintoimintojen mittauksesta laskettuihin NEWS-pisteisiin. Lisäksi toimintaohjeen alareunaan lisättiin vielä yhteydenotto tahojen yhteystiedot virka-aikana ja virka-ajan ulkopuolella. Toimintaohje nimettiin Toiminta asukkaan yleisvoinnin heikentyessä- konsultaatio-ohje.

10.2 Kouluttaminen osaamisen edistäjänä

Toimipaikkakoulutuksessa oli mahdollista käydä läpi potilasesimerkkejä hoidon tarpeen arvioinnista. Osallistujat käyttivät jaettua materiaalia, toimintaohjetta, ABCDE-menetelmää ja NEWS-kortteja ratkaistessaan kouluttajan johdolla potilastapaus esimerkkejä. Koulutustilanteet olivat vuorovaikutuksellisia; kouluttajat toimivat asiantuntijoina ja koulutettavat saivat osallistua kysymällä ja kyseenalaistamalla, joten opittu oli helpompi omaksua ja liittää käytäntöön.

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkaiden yleisvoinnin heikkenemistä hoitajat olivat arvioineet tavallisimmin mittaamalla lämmön ja verenpaineen. Koulutuksissa kävi ilmi, että asukkaiden hoidon tarvetta arvioitiin myös kokemuksellisesti omalla tuntumalla. Esimerkiksi hengitystaajuutta ei ollut mitattu ja sen mittaamistekniikka oli osalle osallistujista vieras. Tihentynyttä hengitystaajuutta kuvattiin ”nopeutuneena” hengittämisenä, mistä on vaikea tulkita potilaan sen hetkistä vointia verraten siihen, että hengitystaajuudesta olisi numeraalinen arvo. Tämän vuoksi jokaisessa koulutuksessa hengitystaajuuden mittaamisen tärkeyttä painotettiin ja mittaustekniikka käytiin läpi. Koulutustilaisuuksissa oivallettiin, että vaikka aihe on tuttu ja käytössä ”jollain tasolla” käytännön hoitotyössä, ABCDE-menetelmän ja NEWS-mittarin käytön nähtiin selkiyttävän ja tarkentavan nykyistä hoidon tarpeen arvioinnin toimintatapaa.

Mittaamisen tulisi olla sujuvaa ja mittausvälineet helposti kaikkien saatavilla. Useimmissa yksiköissä peruselintoimintojen mittausvälineet olivat usean osaston kanssa yhteisiä. Tästä syystä mittausvälineiden sijaintia ei tiedetty, ja aikaa meni turhaan niiden etsimiseen. Tämän voidaan olettaa olevan eräänä syynä, miksi mittauksia tehdään vähän tai ne tehdään puutteellisesti. Mittausvälineet ja toimintaohje ohjattiin kokoamaan esimerkiksi samaan koriin ja säilyttämään se sovitussa paikassa, jolloin kaikki löytäisivät tarvittavat välineet helposti. Sovittiin myös käytännöstä, että hoitajille annetaan jatkossa myönteistä palautetta tehdyistä peruselintoimintojen mittauksista yhteydenottotilanteissa.

Esimiehen tuki on tärkeää opittujen asioiden käyttöön ottamisessa (Frisk 2005, 30). Tuloksellisen koulutuksen edellytyksenä on esimiehen sitoutuminen koulutuksen tavoitteisiin sekä koulutuksessa opittujen asioiden käytäntöön viemisen edistäminen. Esimiehen kiinnostus ja työntekijöiden tukeminen koulukseen osallistumiseen auttavat opittujen asioiden soveltamista käytäntöön. (Kirkpatrick 1998, 21–22.) Tähän opinnäytetyöhön sisältyneisiin koulutuksiin osallistui kolmen yksikön esimiehet. Esimiehen paikalla ollessa havaittiin osallistujien keskustelun olevan vilkkaampaa ja osallistumisen aktiivisempaa. Esimiesten läsnäololla ja innostuneisuudella näytti olevan osallistumisesta aktivoiva vaikutus. Lisäksi kouluttajien näkökulmasta esimiesten vastaanotto koulutuspaikoilla ja asianmukaisten tilojen ja välineiden varaaminen, lisäsivät tunnetta kouluttamisen ja koulutettavan asian tärkeydestä sekä osallistumisesta kehittämistyöhön. Koulutukseen varattu kolmen tunnin aika oli sopiva, samoin iltapäiväksi suunniteltu koulutusajankohta, sekä koulutuksen puoleenväliin suunniteltu tauko.

Koulutuksiin osallistuneilla oli valmiuksia muutoksen omaksumiseen ja sen käytäntöön viemiseen. Tätä olettamusta vahvistavat koulutustilaisuuksissa saadut suorat suulliset palautteet, sekä kirjallisesti palautelomakkeella annetut arviot. Koulutuksissa osallistujat esittivät myös hyviä ideoita hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseksi. Ehdotettiin simulaatiokoulutuksia, joissa hoidon tarpeen arviointia voidaan harjoitella todellisia tilanteita mukailevissa olosuhteissa. Hoidon tarpeen arviointia ABCDE-menetelmällä ja NEWS-mittarilla toivottiin otettavan laajemminkin käyttöön Siun soten yksiköihin.

10.3 Palautteet koulutustilaisuuksista

Koulutuksen palautelomakkeen kysymyksillä ja niiden muodolla on tärkeä merkitys saatuun palautteen sisältöön. Palautteessa koulutettavia kannattaa pyytää arvioimaan koulutuksen sisältöä ei kouluttajaa tai koulutus tilaa. Pyytämällä arvioimaan koulutettavana olevan asian vaikutusta toimintaan saadaan tietoa, onko koulutus ollut sille asetettujen tavoitteiden suuntaista.

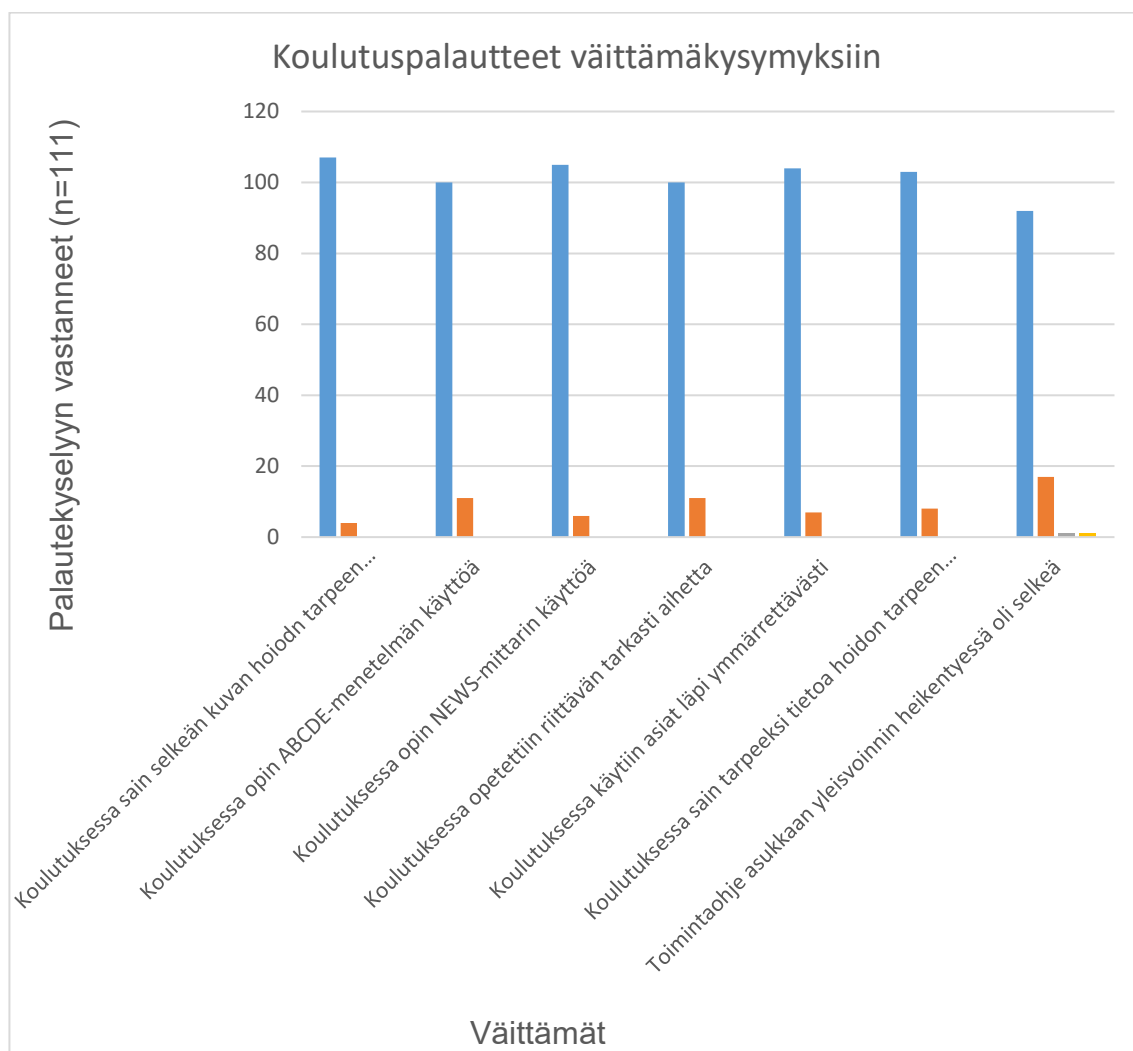
Toiminta ei välttämättä muutu kouluttamalla, mutta se voi auttaa työntekijöitä toimimaan työelämän arjessa, sillä muutokseen vaikuttaa monet muutkin asiat työyhteisöissä ja työpaikoissa. (Kupias & Koski 2012, 170–174.)

Tässä opinnäytetyössä palautetta kysyttiin kirjallisesti palautekyselyllä, jossa oli sekä suljettuja väittämäkysymyksiä, että avoimia kysymyksiä (liite 6). Tämän opinnäytetyön palautekyselyn väittämäkysymyksillä haluttiin tietoa opetettavan asian oppimisesta ja omaksumisesta käytännön toiminnaksi. Koulutuksiin osallistui yhteensä 117 hoitajaa, joista palautelomakkeen oli täyttänyt 111 hoitajaa eli 95 %. Kuusi hoitajaa joutui poistumaan kesken koulutustilaisuudesta, joten heiltä ei saatu palautteita.

Kyselylomakkeissa tiedon keräämisessä hyödynnetään erilaisia mittareita. Mittari määritellään usean osion muodostamaksi kokonaisuudeksi, joka mittaa toisiinsa liittyviä asioita. Osiolla tarkoitetaan yksittäistä kysymystä tai väittämää, joka mittaa yleensä yhtä asiaa kerrallaan. (Vehkalahti 2008, 23.) Kyselylomakkeissa käytetään yleisesti Likertin asteikkoa (Vilkkä 2015, 45). Likertin asteikko on järjestysasteikko, jota sovelletaan tyypillisesti viisiportaisena: 1. Täysin samaa mieltä; 2. Osin samaa mieltä; 3. Ei samaa eikä eri mieltä; 4. Osin eri mieltä; 5. Täysin eri mieltä. Asteikon ääripäät voivat olla myös päinvastaisessa järjestyksessä. (Vehkalahti 2014, 35). Sen keskellä on yleensä neutraali kohta, josta yhteen suuntaan asteikko kuvastaa vastaajan saman-mielisyyttä ja toiseen suuntaan erimielisyyttä suhteessa mitattavaan asiaan (Boone & Boone 2012). Kaikki palautelomakkeen täyttäneet (n=111) osallistujaa vastasivat kaikkiin väittämä kysymyksiin.

Tässä opinnäytetyössä palautetta väittämä kysymyksiin pyydettiin viisiportaisen Likertin asteikon mukaisesti. Väittämiä oli seitsemän. Viisiportainen asteikko muodosti yksiulotteisen jatkumon, jossa ääripäät olivat 5 ”täysin samaa mieltä” ja 1 ”täysin eri mieltä”. Asteikon keskimmäinen vaihtoehto, kuten Likertin asteikossa, oli palautelomakkeessa neutraali, 3 ”en osaa sanoa”.

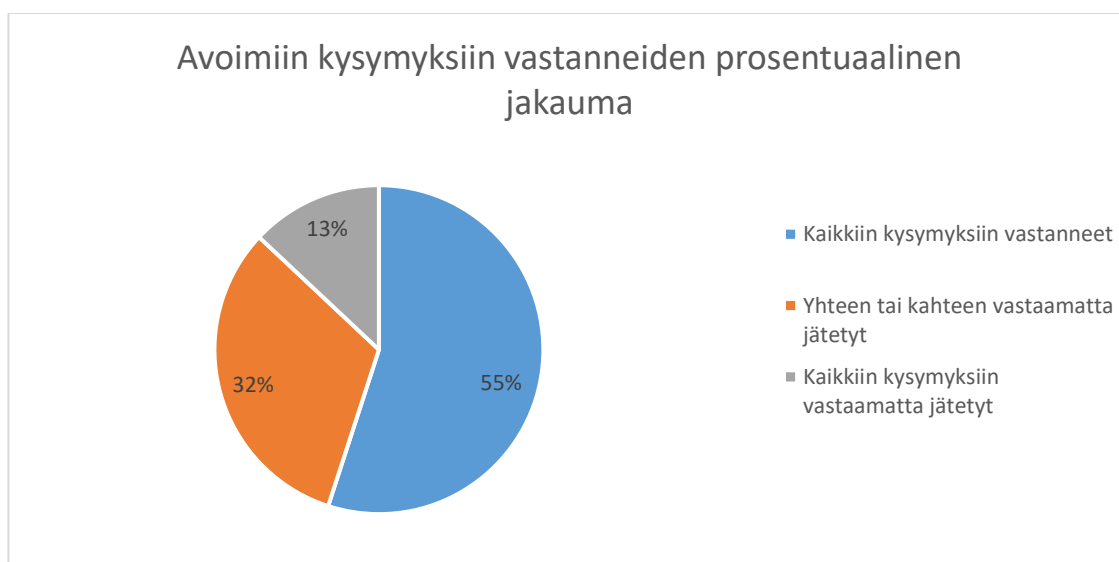
Kuviossa 11 on esitetty palautteet väittämäkysymyksiin. Lähes kaikkiin väittämäkysymyksiin osallistujat vastasivat olevansa joko 5 ”täysin samaa mieltä” tai 4 ”melkein samaa mieltä”. Viimeiseen väittämään, joka koski toimintaohjeen selkeyttä oli yksi 3 ”en osaa sanoa” vastaus sekä yksi 2 ”melkein samaa mieltä” vastaus. 1 ”Täysin eri mieltä” vaihtoehtoa ei ollut yhdessäkään väittämävastauksessa.



Kuvio 11. Koulutuspalauteet väittämäkysymyksiin.

- Täysin samaa mieltä (5)
- Melkein samaa mieltä (4)
- En osaa sanoa (3)
- Melkein eri mieltä (2)
- Eri mieltä (1)

Tässä opinnäytetyössä palautetta kysyttiin myös avoimilla kysymyksillä, joita oli yhteensä neljä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää sekä avoimia, että strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä. Avoimien kysymysten etuna voidaan pitää sitä, että vastaaja saa mahdollisuuden ilmaista mielipiteensä vapaasti. (Hirsijärvi ym. 2009, 200–201.) Avoimilla kysymyksillä haluttiin tietoa siitä, minkä osallistujat kokivat tärkeimpänä oppina koulutuksesta ja muuttaisiko saatu tieto toimintatapaa hoidon tarpeen arvioinnissa käytännön työssä. Lisäksi kysyttiin palautetta koulutuksesta ja osallistujien kokemuksia koulutuksen käytännönläheisyydestä. Kuviossa 12 on esitetty avoimiin kysymyksiin vastanneiden prosentuaalinen jakauma. Yli puolet osallistujista 55 % oli vastannut kaikkiin avoimiin kysymyksiin. Osallistujista 32 (32 %) oli jättänyt vastaamatta yhteen tai kahteen avoimeen kysymykseen ja neljätolista osallistujaa (13 %) oli jättänyt vastaamatta kaikkiin avoimiin kysymyksiin.



Kuvio 12. Avoimiin kysymyksiin vastanneiden prosentuaalinen jakauma.

Hoitajat arvioivat NEWS-mittarin käytön vielä varsin uutena toimintatapana hoitotyössä, mutta kuitenkin helppona käyttää ja helposti siirrettävänä muihinkin vastaavanlaisiin yksiköihin. Tärkeimpänä oppina koulutuksesta osallistujat arvioivat NEWS-mittarin ja ABCDE-menetelmän käytön oppimisen. Lähes puolet osallistujista oli maininnut nämä tärkeimmäksi opiksi koulutuksesta. Seuraavissa on eri vastaajien kirjaamia mielipiteitä suorina lainauksina palautelomakkeista.

"Mittareiden hyöty/oppia käyttämään niitä käytännössä."

"NEWS-mittarin käyttö, sen selkeys."

"Yhtenäistää hoidon tarpeen arviointia."

"Hoidon tarpeen arviointi selkiytyi."

"Potilaan hoidon arvioiminen, NEWS-mittari."

Tähän kysymykseen mainintoja oli lisäksi hengitystaajuuden mittaamisesta ja peruselintoimintojen seurannasta, sekä yhteistyön tekemisen tärkeydestä ja siitä, että ei tarvitse toimia tai tehdä päätöksiä yksin, vaan aina on apua saatavilla.

"Hengitystaajuuden mittaaminen."

"Hengitystaajuuden seurannan tärkeys."

"Peruselintoimintojen seurannan tärkeys"

"Yhteistyön tekeminen."

"Aina on apua saatavilla epävarmoissa tilanteissa. Ei olla yksin."

Koulutuksesta voidaan arvioida koulutettavien reaktioita, oppimista, toiminnan muutosta ja koulutuksen tuloksia sekä vaikutusta organisaatioon. Oppimista on koulutettavan asian osaaminen koulutuksen lopussa. Oppimista voidaan arvioida koulutuksen aikana esimerkiksi keskustelemalla, soveltavilla tehtävillä ja itsearviointin erilaisilla menetelmillä. (Kirkpatrick 1998, 19–24.) Useassa koulutuspalautteessa mainittiin potilasesimerkkien olleen hyviä ja selkiyttäneen opetettavaa aihetta.

"Esimerkkitarinat olivat hyviä."

"Esimerkkitapaukset, hyviä."

"Hyviä käytännön vinkkejä tietopuolisen opetuksen lisäksi."

"Esimerkki caset ovat aina opettavaisia. Niitä mahd. paljon mukaan. (Niin kuin olikin.)"

Koulutuksen tulisi muuttaa toimintaa työpaikalla ja toiminnan muutos on tärkein koulutuksesta saatava hyöty, jolla perustellaan koulutuksen kannattavuutta. Muutosta voidaan koulutustilanteessa edistää tekemällä koulutuksesta mahdollisimman käytännönläheinen ja käyttämällä todellisia työssä esiintyviä ongelmia ja esimerkkejä koulutuksen perustana. Toiminnan muutokset eivät yleensä näy heti koulutuksen jälkeen. (Frisk 2005, 30.) Lähes kaikki osallistujat aikoivat hyödyntää jatkossa NEWS-varhaisen varoituksen pisteytysjärjestelmää omassa työssään.

”Itsellä varmempi olo toimia ja tiedän mitä tehdä.”

”Parantaa, vahvistaa omaa toimintaa.”

”Tulen ottamaan NEWS:n käyttöön päivittäisessä hoitotyössä.”

”Nyt on selkeä ohje, miten toimia.”

”Kyllä, koska opin kriteereistä.”

”Varmasti ja tiedon jakaminen eteenpäin.”

Viisi osallistujaa eli 5 % vastanneista ilmaisi toimintatavan olevan ennestään tuttu ja he vastasivat seuraavasti:

”Tarkentaa.”

”Muistutti unohtuneita.”

”Ei, tuttua, mutta kertaus ensiarv. tärkeää.”

”Näillä on menty tähänkin asti.”

”Samalla tavalla tehty aiemmin.”

Koulutusta voidaan arvioida osallistujien, kouluttajien tai koulutuksen kokonaisuuden näkökulmasta (Kupias & Koski 2012, 75). Vaikka yli puolet osallistujista jätti vastaamatta koulutuksen sisältöä koskevaan kysymykseen, saatiin siihen myös myönteistä palautetta. Tyytyväisyyttä koulutuksen sisältöön oli kuvattu seuraavasti:

”Tämä oli hyvä kokonaisuus.”

”Minun mielestäni koulutus oli selkeä.”

”Kaikkea oli sopivasti.”

”Kattavasti käsitelty kaikki koulutuksen alueet.”

Tyytyväisyyteen vaikuttaa koulutettavan asian hyödyllisyys ja tarkoituksenmukaisuus koulutettavien näkökulmasta (Kirkpatrick 1998, 25). Friskin (2005) mukaan osallistujien näkökulmasta koulutuksen hyödyllisyys tulee esille mahdollisuutena kokemusten vaihtoon, uusina ideoina ja työvälineinä, koulutuksen hyödyntämisenä ja asioiden oivaltamisena sekä mahdollisuutena kehittää käytännön työtä ja kokonaisuuksien parempana ymmärtämisenä. (Frisk 2005, 15.)

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä pyydettiin palautetta kouluttajille. Palautteet olivat kannustavia. Tähän kysymykseen oli vastannut 71 osallistujaa (n=101) eli 70 %.

”Hyvää työtä, Nyt vain käyttöön ja toimitaan yhtenäisesti.”

”Selkeä, tärkeä ja hyvin toteutettu koulutus.”

”Kiitos teille. Äärimmäisen tarpeellinen ja antoisa koulutus.”

”Hyviä käytännön vinkkejä tuli tietopuolisen koulutuksen lisäksi. Selkeät, rauhalliset kouluttajat.”

”Selkeä kokonaisuus, case-tapaukset opettavaisia. Mielenkiinnolla odottelen valmista opinnäytetyötä/koulutuksia. Toimintaohje hoitokodeille selkeä.”

”Oikealla asialla olette liikenteessä, kiitos.”

Kupias & Koski (2012) tuovat esille, että kouluttajille haasteita tuovat tilanteet, joissa koulutettavilla on paljon osaamista ja kokemusta, mutta he joutuvat arvioimaan uudelleen käsityksiään ja toimintatapojaan. Vahvan osaamisen ja näkemysten omaavien henkilöiden muutosvastarinta on usein voimakasta. Kupias ja Koski (2012) näkevät, että kouluttaja voi auttaa osallistujia omaksumaan opittua. Osallistujat on hyvä saada oivaltamaan, että kaikki ei muutu, vaan omaa aiempaa osaamista voidaan hyödyntää uuden toimintatavan kanssa. (Kupias & Koski 2012, 29–30.) Palautteissa koulutuksen koettiin helpottavan uuden toimintatavan käyttöönottoa, vahvistavan osaamista ja auttavan käytäntöön viemisessä. Toimintaohjeesta annettiin koulutuksissa sanallista palautetta. Se oli ulkoasultaan selkeä ja helppolukuinen yhdelle sivulle sovitettuna. Toimintaohjeen alalaidassa olevat yhteystiedot todettiin hyviksi. Hoitajien mielestä toimintaohjeessa ohjeistettiin arvioimaan jatkohoitoa selvästi ja sille oli selkeä tarve.

Palautteiden perusteella koulutus vastasi opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Jokaisessa koulutuksessa osallistujille selvitettiin hämmennystä herättäneen NEWS-mittariin sisältyvän korkean verenpaine arvon 111–219 syy, jolle mittarissa on annettu numeraalisesti arvo 0, kun taas arvolla 220 saa yhden pisteen. Asiaa kysyttiin NEWS-mittarin kansallistamista varten perustetusta Sairaanhoidajaliiton ja Lääkäriliiton työryhmän asiantuntijajäseneltä. Hän perusteli asiaa alkuperäislähteen tiedolla, jonka mukaan yksittäisellä korkealla verenpaine arvolla ei voida tehdä päätelmiä potilaan kokonaisvoinnista ja että jokin raja-arvo verenpaineelle tulee nimetä. Verenpaine arvon ollessa korkea, sitä tulee hoitaa verenpaineen seurannalla.

11 Pohdinta

11.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Kehittämistyötä arvioidaan alusta alkaen, jolloin arviointi voi toimia palautteena työstä siihen osallistuneille henkilöille. Kehittämistyön arvioinnissa pohditaan työn suunnittelua, tavoitteiden selkeyttä ja saavuttamista, käytettyjä menetelmiä, toiminnan johdonmukaisuutta sekä vuorovaikutusta ja sitoutumista. Kehittämistyön lopputulosta arvioitaessa voidaan kriteerinä pitää työn merkittävyyttä, yksinkertaisuutta, helppokäyttöisyyttä, sovellettavuutta muihin yhteyksiin, toistettavuutta ja neutraalisuutta. (Ojasalo ym. 2014, 47.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli muutoksen alkuun saattaminen ja toimintatavan yhdenmukaistaminen hoidon tarpeen arvioinnissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja kotisairaalaissa. Tavoitteena ja muutosvisiona oli, että ABCDE-menetelmää ja NEWS-mittaria osataan käyttää käytännössä. Toimintatavan muutokselle hoidon tarpeen arvioinnissa oli perusteltu tarve ja sille saatiin esimiesten tuki.

Hoidon tarpeen arvioinnin osaamisella on merkitystä asiakaslähtöisen hoidon toteutumisessa. Tehostetun palveluasumisen iäkkäiden ja usein muistisairautta sairastavien asukkaiden siirrot hoitopaikasta toiseen eivät kaikissa tapauksissa ole mielekkäitä, eivätkä aina tarpeellisia.

Hoidon tarpeen arvioinnin osaaminen johdonmukaisella menetelmällä antaa varmuutta hoitotyöntekijöille hoitopäätöksiä tehtäessä. Kotiin vietävien palvelujen monipuolistuminen, kuten yhden hoitajan yksikön toiminta, mahdollistaa kattavan arvioinnin tekemisen turvallisesti ja perustellusti myös omassa hoitoyksikössä.

Terveystieteiden kehittyminen, erityisesti vierianalytiikka, mahdollistaa entistä paremmin hoidon tarpeen arviointia. Tämän takia tarve potilaan lähettämiseksi päivystykselliseen arvioon ja sairaalahoitoon on vähentynyt. Vieritestilaitteet ja mittarit ovat yleensä pieniä ja helposti mukana kuljettavia, jolloin myös hoitohenkilökunta pystyy käyttämään niitä osastoilla ja kotiolosuhteissa. (Nicholas 2003, 563–572.) Vierianalytiikan lisäksi hoitotyössä käytettävät menetelmät, kuten ABCDE-menetelmä ja NEWS-mittari, ohjaavat tarkempaan ja kokonaisvaltaisempaan potilaan tilanearvioon ja tutkimiseen.

Puhelinhaastattelu tehtiin jo opinnäytetyön alussa, sillä mikäli esimerkiksi tehostetun palveluasumisen yksiköissä ei olisi ollut tarvittavaa välineistöä, ei hoidon tarpeen arviointia voitaisi toteuttaa kokonaisvaltaisesti ja systemaattisesti. Tällöin myös tehtävälle kehittämistyölle ei olisi ollut perusteita. Esimiesten esille tuomat puutteet hoidon tarpeen arvioinnissa vahvistivat ja tukivat opinnäytetyöntekijöiden kokemusta puutteellisesta hoidon tarpeen arvioinnista puhelimitse tehdyissä yhteydenotoissa. Uudet toimintatavat arvioida hoidon tarvetta eivät ole yleisestikään tunnettuja hoitotyön yksiköissä. Puhelinhaastattelun tekeminen vastasi hyvin opinnäytetyön ensimmäiseen tehtävään. Muina vaihtoehtoina olisi ollut esimiesten haastattelu henkilökohtaisesti paikan päällä tai sähköisellä kyselyllä. Nämä olisivat olleet enemmän aikaa vieviä ja vaativan enemmän järjestelyjä.

Ideointityöpajoista saatiin vastaukset opinnäytetyön toiseen ja kolmanteen tehtävään, joten menetelmä osoittautui käyttökelpoiseksi. Ideointityöpajojen kokoonpanoihin pystyttiin vaikuttamaan ja näin niihin saatiin kehittämistehtävän näkökulmasta moniammatillista asiantuntijuutta. Suorissa vuorovaikutuksellisissa tilanteissa asioiden laajempi tarkastelu eri näkökulmista mahdollistui. Tähän opinnäytetyöhön olisi sopinut jotkin muut menetelmät yhtä hyvin, kuten esimerkiksi ryhmähaastattelu tai yksilöhaastattelu.

Näillä menetelmillä olisi saatu syvällisempää tietoa, mutta pohdittiin, että haastatteluja saatettaisiin ohjata liikaa omilla oletuksilla kehitettävästä aiheesta. Työpajoissa yhdessä pohtien ja työskennelleen saatiin yksittäiset ideat koostettua suuremmaksi kokonaisuudeksi, jonka lopputuloksena opinnäytetyöhön sisältynyt kehittämistehtävä toteutui.

11.2 Kouluttaminen muutoksen johtamisessa

Koulutuksen tuloksellisuutta arvioitaessa erotetaan kolme näkökulmaa: vaikuttavuus, taloudellisuus ja tehokkuus. Vaikuttavuus tarkoittaa koulutuksen onnistumista ja koulutuksen tavoitteiden sekä tehtävien toteutumista. Tehokkuus pitää sisällään koulutusjärjestelyjen toimivuuden, suunnittelun, hallinnon ja joustavuuden tarkoituksenmukaisuuden, sekä opetuksen hyvän laadun. Taloudellisuutta voidaan arvioida koulutukseen sijoitettujen resurssien ja koulutuksen tuoman hyödyn välisenä tarkasteluna. (Frisk 2008, 38–39.)

Koulutuksilla tavoitellaan usein muutosta osallistujien toimintatavassa. Kyseessä voi olla jokin yksittäinen taito tai osaaminen, jossa yhdistyvät sekä tiedot, taidot, että asenteet. (Kupias & Koski 2012, 16.) Tässä opinnäytetyössä toimipaikkakoulutus arvioitiin tarkoituksenmukaisimmaksi keinoksi uuden toimintatavan jalkauttamisessa käytäntöön ja muutoksen alulle saattamisessa opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti. Toisena vaihtoehtona oli COVID-19 tartuntatautiepidemian leviämisen takia TEAMS-koulutukset. Tämä vaihtoehto oli varalla epidemia tilanteen pitkittyessä.

Tämän opinnäytetyön tietoperustassa avattiin kaksi muutosjohtamisen mallia, jotka ovat kuvattuina kuvioissa 6 ja 7. Molemmissa malleissa muutoksen liikkeelle-panevana voimana oli perusteltu tarve muutokselle. Tässä opinnäytetyössä muutosta uuteen hoidon tarpeen arvioinnin toimintatapaan lähdettiin viemään käytännön tasolle edellä mainittuja muutosjohtamisen malleja mukaillen.

Kuviossa 13 on esitetty muutoksen onnistumista edistäviä tekijöitä, jotka olivat löydettävissä myös kahdesta kuvatusa muutosjohtamisen mallista. Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana ollut käytännön työstä noussut tarve hoidon tarpeen arvioinnin muutokselle nähtiin tärkeimpänä tekijänä. Muita tekijöitä olivat ohjaavan tiimin ja asiantuntijuuden hyödyntäminen, selkeä muutosvisio, tiedottaminen ja osallistaminen.

Muutosta saatettiin alulle hyödyntämällä koulutuksissa asiantuntijaosaamista Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta, varhaisella tiedottamisella kehittämistyön alkuvaiheesta alkaen, sekä hoitohenkilökunnan osallistamisella. Muutokselle laadittiin selkeä visio; hoidon tarpeen arvioinnissa osataan hyödyntää ABCDE-menetelmää ja NEWS-mittaria. Visio osoittautui realistiseksi, sillä osallistujien kokemus systemaattisesta hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisesta mainitulla menetelmällä ja mittarilla oli myönteinen, helposti toteutettava ja käytäntöön vietävä. Uuden toimintatavan juurruttaminen oli molempien muutosjohtamisen prosessien viimeinen vaihe. Tässä opinnäytetyössä sitä ei pystytty toteuttamaan. Toisaalta opinnäytetyön tarkoituksen ja tehtävän osalta tavoite saavutettiin. Muutosjohtaminen oli käyttökelpoinen tapa viedä muutosta käytännön tasolle.



Kuvio 13. Toimintatavan muutoksen onnistumista edistävät tekijät.

Tässä opinnäytetyössä kouluttamista muutoksen alulle saattamisessa ja muutostavalmiutta näytti edistävän esimiesten esimerkillinen toiminta, kuten kiinnostuksen osoittaminen ja osallistuminen sekä koulutusjärjestelyissä tukeminen. Muita esille tulleita tekijöitä olivat käytännön esimerkkien kautta opettaminen ja valmiit, hoidon tarpeen arviointia helpottavat työkalut. Näillä tekijöillä voi olla vaikutusta uuden toimintatavan juurtumisessa.

11.3 Toimintaohje – Toiminta asukkaan yleisvoinnin heikentyessä

Selkeä ja helppolukuinen toimintaohje helpottaa hoidon tarpeen arviointia. Tätä olettamusta vahvisti toimintaohjetta koskenut koulutuspalaute. Vain pieni osa osallistujista oli koulutuspalautteissa arvioinut toimintaohjeen selkeyttä valitsemalla arvon 4, melkein samaa mieltä. Osittain tähän saattaa vaikuttaa heikko toimintaohjeen tulostuksen laatu, joka korjattiin heti ensimmäisten palautteiden jälkeen. Toisaalta ABCDE-menetelmä ja NEWS-mittari olivat lähes kaikille koulutukseen osallistuneille tuntemattomia, jolloin toimintaohje saatettiin kokea vieraaksi. Toimintaohjeen sisältö laadittiin sellaiseksi, että sitä voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnissa osastoympäristöissä, asumispalveluyksiköissä ja kotihoitossa.

Väaritykseltään toimintaohje on erottuva ja näkyvä. Laminoituna siihen voi suoraan kirjata mitatut arvot, jotka voi pyyhkiä pois ja kirjata seuraavaa arviota tehtäessä uudelleen. Toimintaohjeen käyttökelpoisuutta käytännössä ei testattu koulutuksien jälkeen. Testauksesta olisi mahdollisesti saatu palautetta ohjeen toimivuudesta käytännössä ja palautteen pohjalta olisi ollut mahdollista tehdä muutoksia. Testaamiseen ei jäänyt enää syksyn aikana aikaa ja aiemmassa vaiheessa testaamiseen ei kiinnitetty riittävästi huomiota. Tehostetun palveluasumisen yksiköiden hoitajille annettiin lupa olla yhteydessä opinnäytetyöntekijöihin myöhemmin, mikäli hoitajat havaitsevat toimintaohjeessa jotain muutettavaa, korjattavaa tai parannusehdotuksia. Toimintaohje on tarkoitettu laittaa Mediatri-tietojärjestelmään, jolloin ohjetta voidaan hyödyntää laajemmin.

11.4 Opinnäytetyön prosessin pohdintaa

Opinnäytetyön suunnittelu käynnistyi joulukuussa 2019. Aloituvaiheessa aiheesta käytiin useita keskusteluja omassa työyhteisössä ja Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella. Aiheen tarkennuttua edettiin suunnitellusti, vaikkakin COVID-19 tartuntatautiepidermia laajeni kevään kuluessa eri paikkakunnilla Suomessa ja levisi maailmalla lopulta pandemiaksi. Pohjois-Karjalassakin epidemian vuoksi ihmisten liikkumista rajoitettiin ja kouluja ja kirjastoja suljettiin, jolloin opiskelu tapahtui etänä. Tähän opinnäytetyöhön sisältyvä ohjaus toteutettiin TEAMS-välitteisenä etäohjauksena koko kevään ajan. Epidemian leviäminen hankaloitti tiedon hankintaa. Opinnäytetyön tietoperustaa varten saatiin lainattua materiaalia Siun soten tieteellisestä kirjastosta. Opinnäytetyö eteni tässä vaiheessa näistä haasteista huolimatta suunnitellusti. Hoidon tarpeen arvioinnin osaaminen korostui kevään aikana ja tämän vuoksi Siun soten toimesta hoidon tarpeen arviointia koulutettiin TEAMS-välitteisesti keväällä 2020.

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkaiden hoitaminen omissa yksiköissään korostui. COVID-19 tartuntatautiepidermian laajetessa Suomessakin Valtioneuvoston ohjeistuksella (Valtioneuvosto 2020) ja maaliskuussa 2020 käyttöön otetulla valmiuslailla yli 70-vuotiaiden liikkumista rajoitettiin ja näin pyrittiin ehkäisemään ikäihmisten sairastumista ja epidemian leviämistä hoitokoteihin. Systemaattisella hoidon tarpeen arvioinnin osaamisella voidaan asukkaiden voimien heikkeneminen havaita jo varhaisessa vaiheessa ja lääkärin konsultaation perusteella aloittaa hoito viipymättä omassa hoitopaikassa. Tällöin asukasta ei välttämättä tarvitse siirtää päivystyksellisen arvioon tai sairaalahoitoon, joka saattaisi olla riski epidemian leviämiselle iäkkäiden hoivayksiköihin. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja yhteiskunnallisestikin merkittävä myös tästä näkökulmasta.

Opinnäytetyön tekemisessä ja etenemisessä hyödynnettiin ohjausta osallistumalla jokaiseen ohjaustapahtumaan sekä ryhmä- että yksilöohjaukseen. Kesällä pidettiin kahden kuukauden mittainen tauko työskentelyssä. Syyskuun alusta alkaen opinnäytetyön tekemistä jatkettiin tiiviisti. COVID-19 tartuntatautiepidermian laajeneminen oli pysähtynyt ja liikkumisen ja kokoontumisten rajoituksia purettiin, jolloin ohjaustilanteet syksyn aikana voitiin toteuttaa lähiohjauksena.

Koulutuksia varten tilattiin Sairaanhoidajaliitosta materiaaleja hyvissä ajoin, ja ne laminoitiin. ABCDE-menetelmäkortteja, NEWS-mittareita ja ohjevihkosia ei voitu jakaa kaikille yksiköissä työskenteleville hoitajille, vaan vain koulutuksiin osallistuneille. Kaikki materiaalit olivat maksullisia, joten tämä oli myös kustannuskysymys. Menetelmäkortteja ja mittareita tilattiin yhteensä 200 kappaletta ja niihin liittyviä opasvihkosia 120 kappaletta. Näistä koostui yhteensä 256 euroa, joihin Siun sotelta saatiin rahoitusta 100 euroa. Koulutusten kahvitarjoiluja kustannettiin osittain omakustanteisesti ja kuluja näistä kertyi noin 60 euroa. Lisäksi kuluja syntyi matkoista kodin, opiskelu- ja koulutuspaikkojen välillä. Jokaisessa koulutuksessa esimiehiä ohjattiin materiaalihankintoihin, jotta kaikille hoitajille voitaisiin turvata työkalut hoidon tarpeen arviointia varten uuden toimintatavan mukaisesti. Osallistujia kannustettiin myös tukemaan toinen toisiaan uuden toimintatavan käytössä, sekä ohjaamaan heitä, jotka eivät päässeet osallistumaan koulutustilaisuuksiin.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite osoittautuivat realistiseksi. Tässä opinnäytetyössä viisi tehostetun palveluasumisen yksikköä oli riittävän suuri otos. Vastaavanlaisia yksiköitä alueellamme on noin 30, joten kaikkiin yksiköihin koulutusta ei voitu toteuttaa. Koulutus, menetelmä ja mittarityökalut, sekä toimintaohje todettiin helposti siirrettäviksi myös muihin vastaavanlaisiin yksiköihin. Koulutuksia pidettiin yhteensä kolmesta. Kouluttamiseen käytettiin koko syyskuu koulutusten välipäiviä aineiston analysointiin, palautteiden läpikäymiseen ja tulosten kokoamiseen hyödyntäen. Näitä jatkettiin vielä lokakuun aikana. Vaihtoehtoisesti koulutukset olisi voitu kohdistaa esimerkiksi kolmeen yksikköön tai toteuttaa ne yhden kerran kussakin yksikössä. Tällä vaihtoehdolla olisi tavoiteltu vain pieni osa hoitohenkilökunnasta, mikä ei olisi palvellut opinnäytetyölle asetettua tarkoitusta ja tavoitetta niin hyvin.

Koulutuksiin osallistuneiden määrää ei pystytty ennalta arvioimaan. Syksyn 2020 aikana ilmeni useita ulkoisia tekijöitä, joihin ei voitu vaikuttaa. Näitä olivat muun muassa sijaispula, henkilöstön sairastumiset sekä uudelleen leviämässä oleva COVID-19 tartuntatautiepidemia. Tosin oletuskin oli, että kaikki hoitajat eivät pääse osallistumaan. Tehostetun palveluasumisen yksiköiden esimiehet olivat aktiivisesti järjestäneet hoitajille mahdollisuuden osallistua koulutuksiin.

Osallistuneiden määrä tehostetussa palveluasumisessa, 106 (n=170) hoitajaa eli 62 % oli opinnäytetyöntekijöiden mielestä yllättävän korkea. Kotisairaalan hoitajista osallistui 11 (n=13) eli 78 %. Lisäksi esitettiin pyyntö 1–2 lisäkoulutuskerasta, ja yksi koulutus toteutettiin vielä lokakuussa. Korkea osallistumisprosentti, sekä toive lisäkoulutuksista osoittavat, että aihe oli kiinnostava ja tärkeä. Lisäksi myös sen, että muutosta hoidon tarpeen arvioinnin toimintatavassa lähdettiin vieämään eteenpäin hallitusti mukaillen ja hyödyntäen opinnäytetyössä kuvattuja muutosjohtamisen malleja.

Mielenkiinto opinnäytetyön tekemiseen säilyi koko ajan. Koulutustilaisuudet olivat voimaannuttavia. Jokainen koulutus oli erilainen osallistujien aktiivisen läsnäolon ja osallistumisen mukaisesti. Koulutuksiin panostettiin, mutta vastaavasti niistä myös opittiin. Tiedollisen oppimisen lisäksi merkityksellistä oli oppia tuntemaan toinen toistemme tehtäväkenttää ja työn sisältöä. Lisäksi koulutuksissa esille tuli yhteistyön tekemisen voima. Koulutustilaisuudet avattiin toteamalla ”että yhdessä teemme tästä uudesta toimintatavasta arjen työtä helpottavan ja osaamista vahvistavan.” Koulutuspalautteista tuli myös esille toteamus yhdessä tekemisestä; ”ettei tarvitse yksin jäädä pohtimaan, vaan on tieto, minne ottaa yhteyttä ja että apua on saatavilla”.

11.5 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Työelämälähtöisen kehittämistyön tulee noudattaa tutkimusetiikassa samoja normeja kuin tieteellisen tutkimustyön (Ojasalo ym. 2014, 48). Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti. Tutkimusetiikan näkökulmasta tutkimustyössä pitää noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien täytyy olla tutkimuksen kriteereiden mukaisia, eettisesti kestäviä ja tutkimustulokset tulee julkaista avoimesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Vilpitön ja rehellinen toiminta tarkoittaa toisen tekemän työn ja saavutusten kunnioittamista, mikä edellyttää tarkkojen lähdeviitteiden kirjaamista sekä tutkimustulosten esittämistä vääristelemättä. Piittaamattomuus tutkimustoiminnassa tarkoittaa sellaisten tutkimusmenetelmien valintaa, joita ei hallitse, tai valitsee lähteitä, joiden sisältöä ei ymmärrä. Tutkimuseettisyyden toteutumisesta ovat vastuussa tutkijat itse. (Vilkkä 2015, 42–43; Kuula 2014, 35.) Hyvän tutkimuskäytännön keskeisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, on noudatettu kaikissa työn vaiheissa ja tulokset julkaistu avoimesti ja vastuullisesti tietosuoja huomioiden. Kohdeyksiköitä ei nimetty, eikä palautelomakkeissa kysytty henkilötietoja tai toimipaikkaa. Kirjallinen materiaali on ollut tutkijoiden hallussa. Tietoperustaan sisältyneet lähteet on dokumentoitu asianmukaisesti. Oma ammattitaitoa on voitu hyödyntää opinnäytetyön aineistojen valinnassa, käsittelyssä ja sisällön ymmärtämisessä. Menetelmälliset valinnat ovat vastanneet opinnäytetyön tehtäviin.

Tutkimuskohteen valinnassa täytyy pohtia, kenen ehdoilla kehittämistehtävän aihe valitaan ja miksi kehittämistyötä ryhdytään tekemään. Tutkimusaihe ja tutkimusongelma eivät saa loukata ketään tai sisältää väheksyviä oletuksia mistään ihmisryhmästä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8–9; Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 366; Ojasalo ym. 2014, 48–49.) Hoidon tarpeen arviointi on valittu kehittämistyön aiheeksi, koska se on ajankohtainen. Yhtenäinen toimintatapa hoidon tarpeen arvioinnissa on perusteltua. Varhaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä on saanut näkyvyyttä viime vuosina Sairaanhoidtajaliiton ja lääkäriliiton työryhmän työn tuloksena laaditun kansallisen NEWS-mittarin myötä. Työryhmä suositti NEWS-mittarin ottamista vakioiduksi tavaksi arvioida peruselintoimintoja.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, siitä voi kieltäytyä, ja sen voi keskeyttää ilman erityistä syytä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019–2021). Kohteena olevien ihmisten on oltava tietoisia siitä, mitä tutkija tai kehittäjä on tekemässä, mikä on kehittämistyön tavoitteena ja toiminnan kohteena sekä mikä on osallistujien rooli kehittämissankkeessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019–2021, 8–9; Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2020, 21; Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 369; Ojasalo ym. 2014, 48–49.)

Kehittämistyöhön osallistuneiden kohdeyksikköjen esimiehet ja ideointityöpajoihin kutsutut ovat olleet tietoisia kehittämistehtävästä ja osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Koulutuksiin osallistumista esimiehet ovat mahdollistaneet resurssisuunnittelulla, mutta opinnäytetyöntekijät eivät ole vaikuttaneet koulutuksissa osallistujien läsnäoloon tai osallistumiseen.

Hyvä tutkimustapa edellyttää tutkimusluvan hakemista. Kehittämistehtävän tekijöiden tulee vastata siitä, että tutkimusluvan saamisen perusteena oleva tutkimussuunnitelma toteutetaan käytännössä suunnitelman mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019–2020, 8–9; Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2020, 21; Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 369; Ojasalo ym. 2014, 48–49.) Tutkimussuunnitelma on käyty läpi ja hyväksytty opinnäytetyön tekijöiden, opinnäytetyön ohjaajan ja Siilaisen kuntoutumiskeskuksen ylihoitajan kanssa pidetyssä kolmikantaneuvottelussa. Toimeksianto opinnäytetyölle on saatu Siun sotelta. Tutkimusluvut on haettu asianmukaisesti Siun sotelta sosiaali- ja terveystieteiden sekä ikäihmisten palveluluista. Yksityisiltä hoivapalveluyrityksiltä kirjallista tutkimuslupaa ei tarvittu. Esimiesten pyynnöstä heille on lähetetty tutkimussuunnitelma, jonka he ovat hyväksyneet ja ilmoittaneet tutkimusluvan myöntämisestä sähköpostiviestillä.

Toikko & Rantasen (2009) mukaan tutkimuksen luotettavuus kohdistuu tutkimusprosessiin, tutkimusmenetelmiin ja tutkimuksen tuloksiin. Tutkimusprosessin tarkka kuvaus ja tulkintojen perustelu ovat tärkeitä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tietoa kerätään systemaattisesti, kriittisesti arvioiden sekä teorian, että käytännön näkökulmasta. Tutkimuksellisuus näkyy kehittämistyössä järjestelmällisyytenä, jolloin kaikki valinnat perustellaan ja kirjataan näkyviksi. (Ojasalo ym. 2014, 19–21, 105; Toikko & Rantanen 2009, 121.) Toikko ja Rantanen (2009, 123) kuvaavat näitä vakuuttavuus käsitteellä. Tietoperustaan on haettu sekä kansallista että kansainvälistä tutkimus- ja teorian tietoa. Näiden valintaa on tarkasteltu kriittisesti rajaten aineiston hakua ja valitsemalla niistä tarkoituksenmukaisimmat. Tämän opinnäytetyön prosessi on kuvattu vaihe vaiheelta konstruktivistista mallia mukaillen ja se on ohjannut opinnäytetyön etenemistä.

Tutkimusprosessi on kirjattu totuuden mukaisesti huomioiden kehittämistehtävään liittyvät erilaiset haasteet, kuten COVID-19 tartuntatautiepidemian aiheuttamat aikataulumuutokset, henkilöstöresurssien haasteet sekä tiedonhaun hankaloituminen keväällä 2020.

Kehittämistyöhön voidaan luotettavuuden arvioinnissa soveltaa reliabiliteettia, joka tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, sekä validiutta, jolla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä asiaa, mitä sillä on tarkoitus mitata. Laadullisessa tutkimuksessa tapahtumien kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuus merkitsevät validiutta. Tutkimuksen kaikki vaiheet ja aineiston tuottamisen olosuhteet kirjataan selvästi. Laadullisessa tutkimuksessa validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä useita tutkimusmenetelmiä ja aineiston keruumenetelmiä tai yhdistää tutkijaryhmän asiantuntijuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58–59; Ojasalo ym. 2014, 105; Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.)

Menetelmät voivat olla toisiaan täydentäviä tai täysin eri näkökulmista tutkimusta valottavia. Käytettyjen menetelmien tulokset voidaan yhdistää tutkimuksen lopussa tai tuloksia voidaan käyttää samanaikaisesti tutkimustyön aikaan. Laadullisen aineiston analyysin tarkassa kuvauksessa kerrotaan luokittelun alkuvaiheet sekä luokittelun perusteet. Tulosten tulkinnassa ymmärtämistä helpottavat vastauslomakkeesta kopioidut suorat lainaukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58–59; Ojasalo ym. 2014, 105; Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.) Tässä opinnäytetyössä aineiston hankintamenetelmät on kuvattu tarkasti. Puhelinkyselyllä ja ideointityöpajoilla saatiin kehittämistyöhön tarvittava tietoperusta. Ideointityöpajojen toteutus, osallistujat ja kokoontumispaikat on kuvattu totuudenmukaisesti. Koulutuspalautteiden perusteella on arvioitu koulutuksen vaikuttavuutta. Palautteita on hyödynnetty läpi koko kehittämistyönprosessin. Saadun palautteen perusteella muun muassa toimintaohjetta on jouduttu tarkentamaan.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää moniammatillinen työryhmä, jossa on ollut mukana sekä lääketieteen että hoitotyön edustajia. Hoidon tarpeen arvioinnissa ensihoidolla on oman peruskoulutukseen sisältyvä vahva tietotaito sekä osaaminen. Toimintaohjeessa nostettiin keskeisiksi teemoiksi hoidon linjaaminen ja hoitopäätökset sekä paikalliset toimintaohjeet hoidon tarpeen arviointitilanteisiin. Lääkäreiden lääketieteellinen asiantuntemus on vahvistanut toimintaohjeen käytettävyyttä hoidon tarpeen arvioinnissa ja tästä näkökulmasta se oli merkityksellistä. Sisällönanalyysi ideointityöpajojen tuloksista on tehty kirjallisuuden pohjalta teorianäyttöön perehtyen, ja analyysin tekeminen on kuvattu vaihe vaiheelta.

Toikon & Rantasen (2009) mukaan luotettavuus kehittämistyössä tarkoittaa ensisijaisesti kehittämistyön käyttökelpoisuutta, mikä tarkoittaa tulosten hyödynnettävyyttä. Kehittämistyön avulla tuotetun tiedon täytyy olla totuudenmukaista ja hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122, 125.) Tässä opinnäytetyössä uuden toimintatavan muutoksen perustelu hoidon tarpeen arvioinnissa on uskottavaa, kun taustalla on tutkittua tietoa yhdenmukaisen menetelmän ja mittarin käyttökelpoisuudesta ja hyödyllisyydestä käytännön työssä. Opinnäytetyöhön sisältynyt kehittämistyö on todettu tarpeelliseksi. Tuotoksena laadittu toimintaohje ja koulutus ovat hyödynnettävissä ja siirrettävissä laajemminkin tehostetun palveluasumisen yksiköihin, kotihoitoon ja palveluasumiseen.

11.6 Jatkotutkimusaiheet

Kansallista tutkimustietoa NEWS-mittarin käytöstä on varsin vähäisesti saatavilla. NEWS-mittari ei ole laajasti käytössä Suomessa, ei myöskään Siun sotien alueella. Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä osa päivittäistä hoitotyötä. Mittarin ja peruselintoimintojen pisteytyksen käyttö sairaaloiden ulkopuolella esimerkiksi terveyskeskussairaalaoissa, kotihoidossa, vastaanotoilla ja hoitokodeissa on vähäistä. Siun sotessa olisi hyvä ottaa yhdenmukainen ja systemaattinen pisteytysjärjestelmä laajempaan käyttöön.

Käyttämällä samaa pisteytystä voidaan potilaan tilaa arvioida samalla tavalla eri hoitoyksiköissä. NEWS-mittari tuo terveydenhuollon toimijoiden välille yhteisen kielen, sillä samanlaiset häiriöt peruselintoiminnoissa vaikuttavat pistesummaan niin sairaalan sisällä kuin sen ulkopuolellakin.

Opinnäytetyötä tehtäessä havaittiin, että hoitohenkilökuntaa on hankala irrottaa toimipaikkakoulutuksiin tiukan resurssitilanteen takia. Jatkoideoina esille tuli simulaatiokoulutusten järjestäminen hoidon tarpeen arvioinnista, joita voidaan helposti toteuttaa myös nonstop-tyyppisinä koulutuksina. Näihin voidaan osallistua joustavasti esimerkiksi työpäivän aikana. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää onko hoidon tarpeen arvioinnissa käytetty ABCDE-menetelmää ja NEWS-mittaria ja mitkä asiat ovat edistäneet ja estäneet niiden käyttöä. Tämän opinnäytetyön olettamuksena oli, että hoidon tarpeen arviointi yhdenmukaisella menetelmällä ja NEWS-mittarilla lisäisi asiakaslähtöisyyttä ja välttäisi hoitopaikkasiirtoja. Olisi mielenkiintoista saada tutkimustietoa hoitajien käsityksistä tästä olettamuksesta.

Lähteet

- Aaltio, I. & Puusa, A. 2020. Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Gaudeamus Oy, 177–188.
- Aalto, S. 2009. Potilaan peruselintoimintojen ensiarvio. Teoksessa Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. (toim.). Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOYpro Oy, 79–98.
- Aejmelaeus, R., Liedenpohja, A.-M. 2015. Potilaasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhdessä. Valvira. <https://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdään-yhteistyössä>. 20.3.2020.
- Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opin-
näytetöiden eettiset suositukset. ARENE ry. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%2020.pdf?t=1578480382>. 4.2.2020.
- Antikainen, R. 2018. Vanhuksen palliatiivinen hoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., & Vainio, A. (toim.). Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 234–245.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tiainen, A.-I. (toim.). YAMK työelämää kehittämässä. Sosaali- ja terveystieteen näkökulmia työhyvinvointiin. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 15–22.
- Asetus ensihoitopalveluista 585/2017.
- Boone, H. & Boone, D. 2012. Analyzing Likert Data. <https://www.joe.org/joe/2012april/tt2.php> 25.9.2020.
- Cameron, E. & Green, M. 2020. Making sense of change management. A complete guide to the models, tools and techniques of organizational change. Fifth edition. UK: CPI Group Ltd, Croydon CRO 4YY.
- Connor, S.R. & Bermedo, M.C.S. 2014. Global Atlas of Palliative Care. https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. 11.1.2020.
- Constand, M.K., MacDermid, J.C., Dal Bello-Haas, V. & Law, M. 2014. Scoping review of patient-centred care approaches in healthcare. Health services research 14, 271. BioMed Central.
- Eccles, S.R., Subbe, C., Hancock, D. & Thomson, N. 2014. CREWS: improving specificity whilst maintaining sensitivity of the National Early Warning Score in patients with chronic hypoxaemia. Resuscitation 2014, 85 (1) 109–111. [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(13\)00737-5/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(13)00737-5/fulltext). 17.3.2020.
- Forma, L., Jylhä, M., Aaltonen, M., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2012. Vanhuuden viimeiset vuodet – pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu-säätiön julkaisu 69. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Frisk, T. 2005. Koulutuksena arviointi kouluttajan ja henkilöstön kehittäjän työssä. Hyvinkää: Suomen Printman Oy.

- Frisk, T. 2008. Opas arvioinnista kouluttajille. Helsinki: Educa instituutti.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca.
- Hiekkataipale, J. 2018. Hoitajien käsityksiä potilaan tilan äkillisestä heikkenemisestä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Itä – Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro Gradu -tutkielma. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20190045/urn_nbn_fi_uef-20190045.pdf 15.3.2020.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirvonen, O. & Pöyhkä, R. 2016. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös – uskallanko ottaa puheeksi. Duodecim 132 (9), 844–849.
- Hoikka, M. 2018. Prehospital risk assessment and patient outcome - a population-based study in Northern Finland. University of Oulu. Faculty of Medicine. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526221366.pdf>. 17.3.2020.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R., Wensing, M. 2012. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Family Practice, 29 (5), 547–552.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, Hänninen, J. 2015. Oireiden hoito palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 32–40.
- Jalava, U. & Virtanen, P. 1997. Moniammatillinen projektitoiminta avain hyvinvointipalvelujen tulevaisuuteen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Jämsen, E. 2017. Yleistilan heikkenemisen ABC. Lääkärilehti 72 (44), 2529–2532.
- Kallankari, S. 2019. Muutoksen johtaminen arjessa. Opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kansanterveyslaki 66/1972. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>. 9.12.2019.
- Kantola, T., Norrgård, M. & Kupari, P. 2019. Peruselintoimintojen arviointi ABCDE työkalua käyttäen. <https://sairaanhoitajapaivat.fi/wp-content/uploads/sites/27/2019/03/sairaanhoitajapaivat-2019-luennot-2.pdf> 15.4.2020.
- Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. Lääkärilehti. Raportit ja käytännöt. 12–13 (73), 786–788. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?pub-lic=6cf51054acd41361903e086b728763b8> 17.3.2020.

- Karppinen, H. 2015. Palliatiivisen hoidon saattohoidon etiikka ja juridiikka. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 602–622.
- Kirkpatrick, D.L. 1998. Evaluating training programs. The four levels. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Korhonen, M. 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. THL. https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576. 1.4.2020.
- Korhonen, T & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 129 (4), 440–445.
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Kotter, J.P. 1996. Leading Change. United States of America: Harvard Business School Press.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuula, A. 2014. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Kyngäs, H., & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12.
- Kärki, H. 2020. Kehittämisasiantuntija, ensihoitaja. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos. Suullinen keskustelu. 6.9.2020.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lamassaari, T. 2014. Muutos kuntaorganisaatiossa- tapaustutkimus erään kunnan teknisestä toimialasta. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Tuotantotalouden tiedekunta. <http://urn.fi/URN:NBN:978-952-265-581-3>. Väitöskirja. 7.5.2020
- Latvala, E., & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.
- Lehto, J. 2019. "Hoidamme hyvää elämää". Teoksessa Ahlblad, J. Miten kohdata kuolema. Painettu EU:ssa: Tammi.
- Lehto, J. 2015. Hoitolinjaukset. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 11–12.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Leppänen, J., Kerminen, H. & Jämsen, E. 2019. Yleistilan lasku iäkkään potilaan päivystyskäynnin syynä. Lääkärilehti 74 (41), 2297–2301.
- Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutosjohtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksissa. <https://pdfslide.net/documents/muutosjohtamisen-abc-tampereen-mielekkyys-voilisnty-tai-vhintnkin-sily-mys-muutoksessa.html> 18.5.2020.
- Mylleri, E., Kirsi, T. & Valvanne, J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Naarajärvi, S. & Telkki, T. 2019. Perustason ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- Nichols, J. 2003. Quality in point-of-care testing. Expert Review of Molecular Diagnostics, 5, 563–572.

- Nygren, K., Törrönen, K., Kärki, H. & Gerres, J. 2018. Moniammatillista hoitoa on saatavilla 24/7. Jämsen, A. (toim.). Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea, AVOT-hanke Pohjois-Karjalassa (2016–2018). Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki, 20–26.
- Oikarinen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Hoitotyön tutkimussäätiö raportti 2/2018. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>. 8.4.2020.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät – uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ouslander, J.G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J.H., Kluge, L., Rutland, T., Atherly, A. & Saliba, D. 2010. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residence. Frequency causes and costs. *Journal of the American Geriatric Society* 58 (4), 627–635. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x> 20.3.2020
- Peltomaa, M. & Suoninen, E. 2018. National Early Warning Score (NEWS)- pisteytysjärjestelmä. *Tehohoito* 36 (2), 90–93.
- Pirinen, H. 2017. Esimies muutoksen johtajana. Liettua: Balto print.
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Royal College of Physicians 2017. National Early Warning Score. NEWS 2 final report. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>. 20.2.2020.
- Saarto, T. 2018. Palliatiiviseen hoitoon liittyvät linjaukset ja päätökset. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–10.
- Saarto, T. 2015. Mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan? Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Santalahti, A. 2005. Terveyskeskusten oma puhelinneuvontapalvelu- erityisesti hoidontarpeen arviointi puhelimesta. *Kunnallislääkäri* 20, 15–17.
- Seppänen-Järvelä, R. 2009. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin – kehittämisen menetelmiä ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 17–34.
- Siun sote. 2020. https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561118/siun-sote_ikaihminen_palvelut_myontamisperusteet2017.pdf/a6e56d90-69d3-44b9-9770-354d2b725b4a_18.12.2019.
- Siun sote. 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelma. <https://www.siunsote.fi/terveys-ja-hoitosuunnitelma>. 26.4.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, 2009–2011 toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:11. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Spångfors, M., Molt, M. & Samuelson, K. 2020. In-hospital cardiac arrest and pre-ceding National early warning score NEWS: A- retrospective case-control study. *Clinical Medicine* 20 (1), 55–60.
- Stenvall, J & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Suoninen E., Peltonen M. & Leppänen I. 2014. National Early Warning Score. (NEWS) auttaa sairaanhoitajaa tunnistamaan ajoissa kriittisesti sairaan potilaan vuodeosastolla. *Spirium* 49 (3), 10–12.
- Surakka, L., Kiljunen, M., Hyytiäinen, S., Peake, M., Riippa, N. & Vartiainen, M. 2018. Palliatiivisen keskuksen toimintakertomus 2018. Siun sotien henkilöstön intranet. Vain henkilöstön sisäiseen käyttöön. 27.1. 2020.
- Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidontarpeen arviointi. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Tarkiainen, K., Kyngäs, H. Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystyksyksikössä. *Hoitotiede* 24 (2), 98–113.
- Taskinen, A. 2017. Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Terveydenhuollon laatuopas 2019. 2.uusitettu painos. Helsinki: Suomen kunta-liitto.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Thim, T., Krarup, N.H., Grove, E.L. & Lofgren, B. 2012. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine* 5, 117–121. https://www.researchgate.net/publication/49623980_ABCDEa_systematic_approach_to_critically_ill_patients. 15.3.2020.
- Tilastokeskus 2018. Väestöennuste 2015. <http://www.ketti.fi/vaesto>. 14.11.2019.
- Tirkkonen, J. 2015. Yllättävä vuodeosastopotilaan voinnin huononeminen sairaalassa- tutkimuksia sairaalan sisäisestä ensihoitoketjusta. *Finnanest* 2012; 48 (5). http://www.finnanest.fi/files/tirkkonen_vaitos.pdf. 18.3.2020.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 21.5.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Julkaisu 3. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf. 4.2.2020.
- Uurto, K. & Mustajoki, M. 2013. Vanhuksen yleistilan äkillinen heikkeneminen. Teoksessa Mustajoki M., Alila, A., Matilainen E., Pellikka M. & Rasimus M. Sairaanhoitajan käsikirja. (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 494–495.

- Valtioneuvosto. 2020. Yhteenveto hallituksen linjaamista toimista. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/21411573/Hallituksen+linjaamat+toimet+1603.pdf/887504b5-4969-aa37-541e-645e3390f6fc/Hallituksen+linjaamat+toimet+1603.pdf?t=1584446492000>. 9.10.2020.
- Valvira 2017. Hoidon tarpeen arviointi. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi.17.3.2020.
- Valvira 2018. Elintoimintojen seuraaminen. <https://www.valvira.fi/-/elintoimintojen-seuraaminen-1.15.4.2020>.
- Vanhanen, A. 2018. Kotisairaaloiminta osana kehittyvää vanhustenhuoltoa. Teoksessa Pöyhä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. Kotisairaala (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 218.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Venäläinen, T & Arola, M. 2017. Kehittävä yhteisökeskustelu – uusi osallistava menetelmä oppilaitoksille. Vasu 1/2017. <https://www.karelia.fi/vasu/2017/02/09/kehittava-yhteisokeskustelu/>
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS- Kustannus.
- Virtanen, P., Suonheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.
- Voutilainen, P & Löppönen, M. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676#R.10.12.2019>.

Painamattomat lähteet: Kysely kotihoidon henkilökunnalle yhden hoitajan yksikön toiminnasta (Kärki 2018).

Puhelinhaastattelu tehostetun palveluasumisen yksiköiden esimiehille 28.2.2020

Hoito-koti	Henkilö-kunta Sh/Lh	Asuk-kaita	Lääkäri aika	Happi-saturaatio mittari	Veren-paine mittari	CRP-mittari	Vaaka	Kuu-memit-tari	VS-mittari
Hoito-koti A	Sh 10½/ Lh 33½	80	2x /kk+ Kon-sul-taatio mah-dol-lisuus	X	X	X+EKG	X	X	X
Hoito-koti B	Sh 4/ Lh 28	60	2x /kk	X	X	X	X	X	X
Hoito-koti C	Sh 3+1/ Lh 25	53	1x /vk	X	X	-	X	X	X
Hoito-koti D	Sh 2+1/ Lh 38	65	1x /vk 4–5 h/ (2 yksik-köä)	X	X	-	X	X	X
Hoito-koti E	Sh2/ Lh 30 ja avus-tavia noin 20	60	Yleisl. 2–4 x /kk, Geri-atri 2x /kk	X	X	-	X	X	X

Sh= Sairaanhoitaja

Lh = Lähihoitaja

TAJUNTA: Jos tajuton käännä kylkiasentoon HENGITYS; Hengittääkö/onko ilmatie avoin, jos ei avaa hengitystie VAMMAT/KIPU	DNR - ei elvytystä TESU – Terveys- ja hoitosuunnitelma HOITOTAHTO SAATTOHOITO; pisteitä ei lasketa, hoidon tarve selvitetään EI HOIDONLINJAUSTA; Hätätilanteessa soita 112
--	---

1.Mittaa peruselintoiminnot

Pvm	Klo	RR	Pulssi	Hengitys-taajuus	Saturaatio	Lämpö	Verensokeri	NEWS pisteet

TOIMINTAKYKY AIEMMIN/TOIMINTAKYKY NYT?
 VIRTSAUS JA VATSANTOIMINTA (milloin viimeksi?)

2.Laske NEWS pisteet ja katso taulukosta toimintaohjeet

		3	2	1	0	1	2	3
A	Hengitystaajuus (HT)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
	Happisaturaatio (SpO ₂)	≤91	92-93	94-95	≥96			
B	Lisähappi käytössä		Kyllä		Ei			
	Systolinen verenpaine	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
C	Syketaajuus	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
	Tajunnan taso				Normaali			Poikkeava
E	Lämpötila	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

NEWS	RISKI	SEURANTA	TOIMENPITEET
Yhteensä 0	Matala	Mittaa peruselintoiminnot seuraavalla käynnillä tai 12h kuluttua	Seuraa vointia, selvitä hoitolinjaukset
Yhteensä 1–4	Matala	Mittaa peruselintoiminnot 4–6 h kuluttua	Soita yhden hoitajan yksikköön tai kotisairaalaan
Yhteensä 5–6 tai huoli potilaasta yksittäinen 3 pistettä	Kohtalainen	Mittaa peruselintoiminnot 1-2h kuluttua	Soita konsultoivalle lääkärille
Yhteensä 7 tai yli	Korkea	Jatkuva seuranta	Soita 112, kirjaa hoitotyön toim.

Konsultoitavat lääkärit: Virka-aikana yksikön oma lääkäri
 Arkisin 16–22 ja viikonloppuisin 10–18 hoitokotien konsulttilääkäri p. 013-3309992, muuna aikana yhteispäivystys p. 116 117

HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN YKSIKÖISSÄ KOTISAIRAALAN JA YHDEN HOITAJAN YKSIKÖN YHTEISTYÖLLÄ

- TOIMINTAOHJE JA KOULUTUS TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN HOITAJILLE
HOIDON TARPEEN ARVIOINTIIN ABCDE-MENETELMÄÄ JA NEWS-MITTARIA
HYÖDYNTÄMÄLLÄ

HEIKKI KÄRKI, MERVİ VARTIAINEN JA EEVA PEURA

TÄMÄ TIEDETTIIN

Haaste:

Miten hauraan vanhan
ihmisen elämä voi olla
loppuun saakka turvallista
ja arvokasta?

Omat kokemukset ja käytännön tuntuma kotisairaala- ja yhden hoitajan
yksiköstä

- Tehostetun palveluasumisen asukas; Iäkäs, monisairas, lähes kaikissa päivittäisissä toiminna apua tarvitseva, usein palliatiivisen hoidon vaiheessa
- Henkilökuntarakenne: sairaanhoitajia ei kaikkien vuoroihin ja työskentely pääsääntöisesti virka-aikana
- Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus suurta
- Hoitohenkilökunnan resurssien/osaamisen vaje
- Lääkäripalvelua saatavilla niukasti
 - Kunnalliset yksiköt - monissa nimetty lääkäri, käynnit x1/vko, lääkäri vaihtuu
 - Yksityiset hoivayritykset – joissakin vähemmän lääkäriresurssia
- Asukkailla puutteelliset hoidon linjaukset –ei linjauksia ollenkaan – tai hoitotyössä ei aina hyödynnetä esimerkiksi Terveys- ja hoitosuunnitelmaa (TESU) tai olemassa olevia hoitolinjauksia/päätöksiä
- Asukas lähetetään ”herkästi” päivystykseen – ei välttämättä aina tarpeellista
- Tietojärjestelmien viive PTH-ESH
- Yhteydenotot puhelimitse tehostetusta palveluasumisesta:
 - ”Asukkaan vointi romahtanut” – usein ainoa ensitieto, Asukkaan voinnista saatu **vähäinen tieto** vaikeuttaa **puhelimessa** tapahtuvan tilannearvion tekemistä

LIIKKEELLE LÄHDETTIIN AJATUKSESTA...

- Suuri osa tehostetun palveluasumisenyksiköiden iäkkäistä asukkaista on sairautensa suhteen jo palliatiivisen hoidon vaiheessa, jolloin päivystyksellinen arvio tai siirto sairaalahoitoon ei useinkaan ole tarkoituksenmukaista
- Ennakoiva hoidon suunnittelu, riittävä määrä sairaanhoitajia ja lääkäripalvelua sekä varhainen hoidon tarpeen arviointi ja yhteys kotisairaalaan tai yhden hoitajan yksikköön vähentävät siirtojen tarvetta

KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

JOENSUUN KOTISAIRAALA

- Aloitti toimintansa vuonna 2008; kuuluu Siun soten palliatiiviseen keskuksen alkaen 2.1.2018
- Kotisairaalan toiminta säde on n. 25 km kantakaupungin ympärillä
- Alueella asuu lähes 100 000 ihmistä
- Kuukaudessa hoidetaan n. 130 potilasta
- Palliatiivisessa/saattohoidossa olevia potilaita on noin puolet ja puolet erilaisia infektioita sairastavia

YHDEN HOITAJAN YKSIKKÖ

- Pelastuslaitoksen ensihoitopalvelua vuodesta 2018
- Hoitaja liikkuu tarkoituksenmukaisesti erikoisvarustellulla autolla, jossa mm. esim. vierianalytiikkaa, EKG, WebMediatri
- Mahdollisuus tutkia potilas monipuolisesti kotiloissakin
- Lääkärin konsultaatiomahdollisuus; konsulttilääkäri sekä arkisin että viikonloppuisin ja juhlapyhinä, tarvittaessa päivystävä lääkäri
- Ei kuljeta potilaita, kotihoito ja asumispalveluyksiköiden tukena
- Toimintasäde noin 50 km ja palvelua 08:00-21:00



KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

ASUMISPALVELUT SIUN SOTESSA

- Asumisen palveluihin kuuluvat tuettu asuminen, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito
- Tässä opinnäytetyössä on mukana tehostetun palveluasumisen yksiköitä
 - Tehostetun palveluasumisen asukkaat ovat ikäihmisiä, eivät pärjää kotona maksimiapujenkaan turvin
 - Asukkaat monisairaita

**OPINNÄYTETYÖSSÄ MUKANA
VIISI TEHOSTETUN
PALVELUASUMISEN YKSIKKÖÄ,
JOISTA KOLME KUNNALLISIA
JA KAKSI YKSITYISTÄ**

**OPINNÄYTETYÖN
TARKOITUS,
TAVOITE JA
TEHTÄVÄT**

TARKOITUS

TAVOITE

Tässä opinnäytetyössä tarve hoidon tarpeen arviointiin tulee hoitokodista, kotihoidosta tai omaisen yhteydenoton perusteella terveydenhuollon yksikköön, joka on kotisairaala tai yhdenhoitajan yksikkö. Joskus soittaja voi olla potilas itse. Hoidon tarpeen arviointia on edeltänyt muutos asukkaan yleisvoinnissa esimerkiksi yleistilan laskuna. Hoidon tarpeen arvioinnissa ei arvioida potilaan hoitoon pääsyä vaan potilaan tarvitsemaa hoitoa kyseessä olevassa tilanteessa. Potilaan akuuttitilanne pyritään tunnistamaan jo puhelinyhteyden aikana ja soittajaa ohjataan niissä tilanteissa soittamaan hätäkeskukseen.

- **Tarkoituksena**
 - Kehittää tehostetun palveluasumisen asukkaan hoidon tarpeen arviointia asiakaslähtöisesti, jolloin asukkaalla on mahdollisuus saada tarkoituksenmukaista hoitoa omassa hoitopaikassaan
- **Tavoitteena**
 - Jalkauttaa hoidon tarpeen arviointi käytännön toimintaan kouluttamalla hoitohenkilökuntaa

OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ

Tehtävänä oli:

1. Selvittää millaisia edellytyksiä tehostetussa palveluasumisessa on toteuttaa hoidon tarpeen arviointia
 - Yksiköihin tehdään kartoituskysely puhelinkyselynä
2. Laatia selkeä ja helppokäyttöinen hoidonlinjauksiin pohjautuva toimintaohje hoidon tarpeen arviointiin cABCDE menetelmällä ja NEWS mittaria hyödyntämällä
 - A4-kokoinen/yksisivuinen toimintaohje
 - Sairaanhoidtajaliitosta taskukortit (cABCDE ja NEWS)
3. Kouluttaa viidessä tehostetussa palveluasumisen yksikössä ja kotisairaalassa hoitohenkilökuntaa hoidon tarpeen arviointiin
 - Koulutuspaketti käsittää kirjallisen materiaalin sekä Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ja opinnäytetyön tekijöiden toteuttaman koulutusiltapäivän (3h) x2 jokaisessa kohdeyksikössä
 - Kotisairaalan hoitajille ensimmäiset koulutukset
 - Laaditaan palautelomake – kirjallinen palaute koulutuksesta

Avainsanoja: hoidon tarpeen arviointi, ABCDE menetelmä, NEWS-mittari, muutosjohtaminen

**TUTKITTUA
TIETOA
TIETOPERUSTAAN**

Hoidontarpeen arvioinnin kehittäminen on viime aikoina noussut ajankohtaiseksi, siihen on valtakunnallisesti kiinnitetty huomiota ja sen sisältöä on haluttu kehittää. Esimerkiksi NEWS mittarin käyttöä hoidon tarpeen arvioinnissa ollaan jalkauttamassa valtakunnallisesti

Suomalaisilla 70- vuotta täyttäneillä on todettu olevan keskimäärin **yli kymmenen siirtoa kodin, tehostetun palveluasumisen tai vanhainkodin ja terveyskeskussairaalan tai muun sairaalan välillä** (keuhkokuume, loukkaantumiset, sydämen vajaatoiminta, infektiot kansainvälisissä tutkimuksissa)

(Forma L, Jylhä M, Aaltonen M, Raitanen J, Rissanen P. Vanhuuden viimeiset vuodet – pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä. Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 69. 2012. (www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2069.pdf))

Suuri osa ihmisistä haluaisi elää omassa kodissa tai tutussa asumisympäristössä mahdollisimman pitkään. Heistä varsin moni haluaisi myös kuolla omassa kodissaan. Mikäli hoitoa ei ole **ennalta suunniteltu ja palliatiivisesta hoidosta huolehdittu** voi elämän loppuvaiheen haasteelliset oireet johtaa toistuviin päivystys- tai sairaalakäynteihin

(Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44, 10)

TUTKITTUA TIETOA TIETOPERUSTAAN

Amerikkalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitokodissa asuvien **sairaalajaksoista noin puolet (n=220) olisi ollut vältettävissä**. Näiden mahdollisesti vältettävissä olevien sairaalahoitokasojen syynä arvioitiin olevan **perusterveydenhuollon lääkäreiden saatavuuden puuttuminen, hoitokodeissa ei saatu laboratoriokokeita tai ei pystytty järjestämään nestehoitoa** ja hoidon laatu oli puutteellista **potilaan akuuttien ongelmien arvioinnissa**

(Ouslander, Lamb, Perloe, Givens, Kluge, Rutland, Arherly & Saliba 2010)

Tampereella selvitettiin vuoden 2017 aikana päivystykseen tulleiden vähintään 65- vuotiaiden yleistilan laskun yleisyyttä, taustalla olevia sairauksia ja ennustetta. Tutkimuksen loppupäätelmä oli, että **yleistilan lasku on yleinen päivystys käynnin syy**, mutta taustalla olevat tekijät jäävät usein huomioimatta. Päivystyksessä potilaan tausta- ja lääketietojen puutteellisuus todettiin huolestuttavaksi

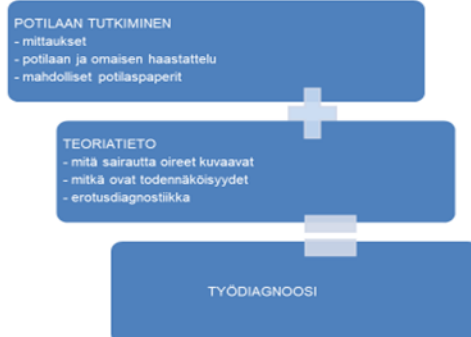
(Leppänen, Kerminen & Jämsen 2019, 2297–2301)

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Ensimmäinen vaihe
hoitoprosessissa

Laki velvoittaa

- Hoidontarpeen arviointia on hoitotyössä tehty aina joskus tietoisesti tai tiedostamatta ja systemaattisesti tai puolihuolimattomastikin
- Hoidon tarpeen arvioinnin tekee hoitotyön ammattilainen (laissa määritelty)
 - Hoidon tarpeen arvioinnin tekijällä tulee olla riittävä työkokemus, asianmukainen koulutus, yhteys hoitoa antavaan yksikköön sekä käytettävissä potilasasiakirjat
- Arvioidaan tarvitseeko potilas hoitoa ongelmaansa ja miten kiireellisesti
- Ajan tasalla oleva **Terveys- ja hoitosuunnitelma** on tärkeä työkalu, hoidon linjaukset tulisi olla kaikilla tehtyinä
 - Myös DNR/hoitotahto/saattohoitopäätös



TYÖDIAGNOOSI (ALANEN, JORMAKKA, KOSONEN & SAIKKO 2016)

Työdiagnoosin tekeminen edellyttää riittävää potilaan tutkimista. Tällä tarkoitetaan yleisiä **mittauksia ja tutkimuksia**, jotka tulee tehdä aina. Tämä käsittää myös potilasryhmittäin tai tarpeen mukaan tehtävät **lisätutkimukset**. Tutkimustuloksia ja **teoriatietoa vertaamalla** voidaan arvioida mihin sairauksiin tai tiloihin oireet voisivat liittyä. Oireita voidaan verrata myös yleisimpiin sairauksiin, joista löydökset voisivat johtua. **Työdiagnoosin perusteella pystytään arvioimaan, voidaanko potilasta auttaa kotona tai hoidon kiireellisyyttä ja tarvetta kuljettaa potilas sairaalaan.**

Työdiagnoosit eivät saa kuitenkaan liikaa ohjata jatkohoidon tarvetta ja kiireellisyyttä.



MILLOIN/MISSÄ TILANTEISSA HOIDON TARPEEN ARVIOINTIA ASUKKAILLE SAATETAAN TARVITA ?

Ensihoidon suorittama hoidon tarpeen arviointi on matalakynnyksinen kiireetön palvelu epäselvissä tilanteissa kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden asiakkaille. Hoidon tarpeen arvioinnilla pyritään turvaamaan asiakkaan kotona pärjäämistä ja turvallisuutta, vähentämään turhia päivystyskäyntejä sekä tukemaan kotihoitoa ja asumispalveluyksiköitä!

Kotisairaala voidaan konsultoida samalla tavoin huomioiden, että asukas on kotisairaalan hoidon piirissä!
Kotisairaalaan potilaat tulevat lääkärin läheteellä.

- Heikentynyt yleistila, väsymys
- Lievät vatsaoireet (ripuli, oksentelu, vatsakipu)
- Kuumeilu
- Kroonisen kivun paheneminen
- Huoli asiakkaan selviytymisestä kotona
- Huoli asiakkaan voinnista, jonkun muun syyn takia
- Poissulkemaan osa mahdollisista vakavimmista ja hoitoa tarvitsevista vammoista tai sairauksista

YLEISIN PÄIVYSTYSKÄYNTIIN JOHTAVA SYY IÄKKÄILLÄ...

Yleistilan lasku

- Yleistilan laskun voi aiheuttaa pitkäaikaissairauden paheneminen tai äkillisen sairastumisen alkaminen
- Voi ilmetä hitaana tai äkillisenä voinnin muutoksena
- Iäkkäällä ihmisellä luontainen puolustusvaste heikkenee jolloin elimistö ei pysty reagoimaan häiriötekijöihin
- Aina **etsittävä syy** yleistilan laskulle
- Kommunikaatio vaikeudet, muistisairaudet joskus päihtymys tila vaikeuttavat hoidon tarpeen arviointia
- Iäkkäät ihmiset ovat monisairaita
- Paljon lääkkeitä
- Voi olla geriatriasia oireyhtymiä kuten muistisairautta, vajaaravitsemusta tai kaatuilua.

YLEISTILANLASKU - MUUTOKSET ELINTOIMINNOISSA

- Potilaan yleistilan laskuun liittyviä muutoksia elintoinnoissa ovat:
 - Kohonnut hengitystaajuus
 - Matala tai korkea verenpaine
 - Kuume
 - Vatsakipu
 - Matala happisaturaatio
 - Poikkeava EKG
 - Heikentynyt rasituksen sieto
 - Vaikea hengenahdistus, jolloin potilas ei voi olla pitkällään
 - Pyörtyminen
 - Tajunnantason lasku
 - Lihasteikkous



YLEISTILAN LASKU

- Huono nestetasapaino ja tulehdussairaudet laskevat myös potilaan yleisvointia
- Tulehduksen seurauksena ruumiin lämpö nousee yli 37,5 tai ruumiinlämpö voi laskea
- Alle 36 voi olla merkki vakavasta sepsis tilanteesta. Hyvin matala ruumiinlämpö alle 35 liittyy potilaan jäähtymiseen
- Septinen infektio voi olla läikkäällä ihmisellä kuumeeton
- Yleisiä lääkkeiden aiheuttamia haittoja:
 - Alhainen verenpaine
 - Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden aiheuttamat haitat kuten uneliaisuus ja kaatumiset
 - Elektrolyyttitasapainon häiriöt

YLEISTILAN LASKU

- Huono nestetasapaino ja tulehdussairaudet laskevat myös potilaan yleisvointia
- Tulehduksen seurauksena ruumiin lämpö nousee yli 37,5 tai ruumiinlämpö voi laskea
- Alle 36 voi olla merkki vakavasta sepsis tilanteesta. Hyvin matala ruumiinlämpö alle 35 liittyy potilaan jäähtymiseen
- Septinen infektio voi olla läikkäällä ihmisellä kuumeeton
- Yleisiä lääkkeiden aiheuttamia haittoja:
 - Alhainen verenpaine
 - Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden aiheuttamat haitat kuten uneliaisuus ja kaatumiset
 - Elektrolyyttitasapainon häiriöt

YLEISTILAN LASKU

- Huono nestetasapaino ja tulehdussairaudet laskevat myös potilaan yleisvointia
- Tulehduksen seurauksena ruumiin lämpö nousee yli 37,5 tai ruumiinlämpö voi laskea
- Alle 36 voi olla merkki vakavasta sepsis tilanteesta. Hyvin matala ruumiinlämpö alle 35 liittyy potilaan jäähtymiseen
- Septinen infektio voi olla iäkkäällä ihmisellä kuumeeton
- Yleisiä lääkkeiden aiheuttamia haittoja:
 - Alhainen verenpaine
 - Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden aiheuttamat haitat kuten uneliaisuus ja kaatumiset
 - Elektrolyytitasapainon häiriöt

YLEISTILAN LASKU

- Vakavankin sairauden oireet voivat peittyä vanhenemismuutosten ja autonomisen neuropatian vuoksi
- Esimerkiksi sydäninfarkti voi olla kivuton
- Akuutille sairaudelle on tyypillistä, että oireet ilmenevät epäspesifinä ja vaikuttavat eniten siinä elinjärjestelmässä mikä on heikoin
- Muistisairaalla tulehdukset ilmenevät usein sekavuutena

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Selvitä



Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään:

- Yhteydenoton syy
- Oireet ja niiden vaikeusaste
- Kiireellisyys
- Perussairaudet
- Käytössä oleva lääkitys
- Muut mahdolliset menossa olevat hoidot
- Nykyisten oireiden laatu ja kesto
- Hoidon linjaukset (esim. ei tehohoitoa, DNR)

HOIDONTARPEEN ARVIOINTI PUHELIMESSA

- Puhelimessa puuttuu näköhavainto
- Kiinnitettävä huomiota ilmaisutapaan
- Luotettava siihen mitä soittaja sanoo
- Hyvä vuorovaikutus korostuu
- Molempien osapuolien aktiivisuus ja vastuu asian eteenpäinviemisessä
- Puhelinneuvonta on yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoitoa kun annetaan yksilöllisiä ohjeita/ yleinen puhelinneuvonta
- Muodostuu hoitosuhde; kirjaukset, tietosuoja ja vastuu kysymykset



KIIREELLINEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

- Potilas tutkitaan cABCDE- menetelmällä, erityisesti huomioidaan



Jos jossakin näissä huomataan ongelmia kuten rintakipu tai hengittämisen vaikeus hoito aloitetaan heti ja kutsutaan lisääpua. Äkillisesti ilmenneen sairauden hoito on aloitettava heti, vanhus menettää nopeasti toimintakykyään ja lihasmassaa ja se saattaa jäädä pysyväksi!!!

KIIREELLINEN HOIDON TARPEEN ARVIO

- POTILAS ON TOIMITETTAVA HOITON HETI, JOS HÄNELLÄ ON

- Hikinen iho ilman edeltävää rasitusta
- Äkillinen, voimakas rintakipu
- Hengitysvaikeus
- Tukkiva vierasesine hengitysteissä
- Epileptinen sarjakohtaus
- Suuri verenvuoto
- Alentunut tajunnantaso



- Potilaan hoidon tarpeen arviointi tehdään cABCDE-menetelmän mukaisesti



- cABCDE menetelmä ohjaa tutkimaan potilaan vaihe kerrallaan
- c tarkoittaa elottomuutta tai ulkoista verenvuotoa 
- E tarkoittaa potilaan paljastamista, tarkasta turvotukset, mittaa lämpö, arvioi kipu 



A = VASTAAKO PUHUTTELUUN ONKO ILMATIET AUKI

B = MITEN HENGITTÄÄ/PUHUU HENGITYSTAAJUUS SATURAATIO HENGITYKSEN LAATU PULSSI

C = LÄMPÖRAJAT IHON VÄRI VERENPAIN EKG SHOKIN OIREET VERENVUODOT

Mitä ja miten arvioin?

D DISABILITY (TAJUNNANTASO)

- Liikkuuko potilas tai liikuttaako raajaa omatoimisesti/ pyydettyäessä
- Reagoiko kipuärsykkeeseen
- Vastaako puhutteluun; asiallisesti/ sekavasti
- Reagoiko kosketukseen, onko raajat veltoit/jänteivät
- Tajunnan taso on alentunut jos potilas ei vastaa eikä reagoi kosketukseen
- Verensokeri, alkometri ym.

Silmien avaaminen	Spontaanisti Puhallus Kivulle Ei vastetta	4 3 2 1
Puhevaste	Orientoitunut Sekava Sanoja Ääntelyä Ei mitään	5 4 3 2 1
Paras liikevaste	Noudattaa kehotuksia Paikallistaa kivun Kokeistaa/Flexoi kivulle Abnormi flexio Jäykistää/extensioni kivulle Ei vastetta	6 5 4 3 2 1
Pisteet		3-15



- Lämpö
- Turvotukset
- Kipu
- Vammat/muut löydökset
- Kaikki muu tutkiminen hoitoympäristöstä riippuen

NATIONAL EARLY WARNING SCORE = NEWS

AIKAISEN VAROITUKSEN PISTEITYSJÄRJESTELMÄ

	3	2	1	0	1	2	3
Hengityshäiriö (HIT)	≥8		9-11	12-20		21-24	≥25
Hapen saturaatio (SpO ₂)	≤91	92-93	94-95	≥96			
Lisä happi käytössä		Kyllä		Ei			
Systolinen verenpaine	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Syketaajuus	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Tajunnan taso				Normaali			Poikkeava
Lämpötila	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

2+1+1+0+0+0+0=

Mittaa NEWS pisteet vähintään 8 tunnin välein

- National Early Warning Score (NEWS) mittari kehitettiin Isossa-Britanniassa sairaanhoitajille avuksi potilaan voinnin heikkenemisen tunnistamiseen.

- Mittari ohjaa mittaamaan riskioireet:

- syketason
- lämpötilan
- verenpaineen
- hengitystiehyden
- happisaturaation
- tajunnantason ja arvioimaan kivun

JOKAISALLE MITATULLE ASIALLE ANNETAAN TAULUKON MUKAAN PISTEITÄ 0-3

 2+2+1+2+0+0+0=				
Pisteytys	≥ 7	6-5 tai yksittäisestä arvosta 3	4-1	0
Riskiluokka	Korkea	Kohtalainen	Matala	Matala
Toimintaohje	Alusta tarvittaessa välittömät hoitotoimenpiteet • MET hälytys! • Hälystä hoitava lääkäri	Informoi muita hoitajia potilaan voinnin muutoksista • Konsultoi lääkärinä jatkoavusta	Informoi muita hoitajia potilaan voinnin muutoksista	
Peruselin-toimintojen seuranta	Laske NEWS-pisteet 0-2 tunnin välein. Jatkuva seuranta.	Laske NEWS-pisteet vähintään 2-4 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 8 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 12 tunnin välein

Lähde: The Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. London: RCP; 2020:2-77. © Sairaanhoitajien Koulutus ja Koulutuskeskus Potas Oy, 2020

- Mittaamalla saadut pisteet lasketaan yhteen ja toimitaan mittarin ohjeistuksen mukaan
- Huomioidaan potilaalle oman lääkärin tekemät henkilökohtaiset hoito suunnitelmat
- Usein potilaan vointi alkaa hiipua vähitellen ennen voinnin romahtamista
- Mittaristo toimii hyvin voinnin seurannassa
- Nouseva pistemäärä kertoo voinnin hiipumisesta ja se ohjaa hoitajaa potilaan hoidon tehostamiseen
- Hoitajan huoli potilaan voinnista ohittaa NEWS pisteytyksen arvioinnin**
- Jos yksikin peruselintoiminto on punaisella=3 pistettä, potilas vaatii välitöntä hoitoa. HUOM! Palliatiiviset ja saattohoidossa olevat potilaat
- Huomioidaan krooninen keuhkosairaus esimerkiksi COPD

HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KIRJAAMINEN

- Potilaalle annettu neuvonta ja ohjeet
- Miten ja minne jatkoahoito ohjattu tai järjestetty
- Konsultoidun lääkärin tai hoitajan nimi
- Potilaan kieltäytyminen hoidosta

NEWS

Harjoituksia

- Rintakipuinen potilas, ensihoito paikalla klo 8:30
 - Hengitystaajuus 20, Happisaturaatio 97%, ei lisähappea
 - RR 160/80 syke 110-125 epäsäännöllinen
 - Lämpö 36,8
 - Sydänfilmissä eteisvärinä rytmi, kuljetetaan päivystyspoliklinikalle
- **Pisteet:**
- Klo 9:30 päivystyspoliklinikalla;
 - Vointi huononee, hengitys vaikeutta
 - Hengitystaajuus 22, happisaturaatio 96%
 - RR 170/92, syke 130-150 epäsäännöllinen rytmi
 - Lämpö 36,8, potilas hereillä
- **Pisteet:**



NEWS

Harjoitus jatkuu:

- Potilaalle annetaan lisähappea, sykettä hidastavaa lääkettä
- Lisähappi helpottaa vointia
- Klo 10:30
 - Hengitystaajuus 20, happisaturaatio 99% lisähapella
 - RR 146/78, syke 110-128 epäsäännöllinen
 - Lämpö 36,7, potilas hereillä
- **Pisteet:**
- Potilaalla tuore eteisvärinä, rytminsiirto onnistuu
- Klo 14:30
 - Hengitystaajuus 14, happisaturaatio 99%huoneilmalla
 - RR 145/72, syke 82, lämpö 36,6, potilas hereillä
- **Pisteet:**



ALMA 93V.

- Alma asuu tehostetun palveluasumisen yksikössä. Viime yönä sekavuutta, huutelua ja vaeltelua käytävillä. Almalla on lisäksi todettu kuumetta viime päivinä. Alma sairastaa diabetesta, alzheimerin- sekä verenvainetautia. Nyt tänään ei jaksa sängystään nousta ja jalat kantaa huonosti. Vessassa juoksisi tiheään, sängynsäkin kastellut.
- Almalla on hoitotahto jossa toivoo hoidon toteutuvan nykyisessä paikassa jossa asuu.
- Hoitajat mittaavat kuumeen, joka 38.7. Lisäksi virtsassa Leuk 3+, Nitr pos ja veri 2+.
- **Mitä hoitajana teet, kenelle soitat?**
- **Onko tilanne akuutti?**

KERTTU 94V.

- Kyseessä hoitokodissa asuva vaikeaa dementiaa ja astmaa sairastava rouva. Hänellä on hoitotahto ja DNR tehtyinä.
- Kello 5 yöhoitaja huomaa että Kerttu on levottoman oloinen, iho hikinen ja hengittää tiheään 30 /min, lisäksi hengitys rohisee. RR 157/85, kuumetta mittaa 38.5 ja pulssi on 95. Hoitaja antaa asiakkaalle avaavista lääkkeistä Ventolinea 2 suihkausta. Vointi ei juurikaan näillä helpota.
- **Paljonko NEWS-pisteitä saa?**
- **Mitä hoitajana teet, kenelle soitat?**



MATTI 65V.

- Matti asuu kotonaan muistisairaana vaimon kanssa Hukanhaudalla ja sairastaa parantumaton eturauhassyöpää joka levinnyt luustoon ja lantion alueelle. Saattohoitovaiheessa oleva sairaus. Tahtoo olla kotonaan kuolemaansa saakka. Kotihoito käy x 2 vrk.
- Ensihoidon protokolla käynnistetty
- Nyt aamulla Matille on noussut kova kuume 39.1 ja kipuja alavatsalla joihin omat lääkkeet eivät riittävästi auta. Virtsaminen ja ulostaminenkin sujuu normaalisti.
- Mitä hoitajana teet, kenelle soitat?**



VEIKKO 89V.

- Veikko asuu yksin kotonaan rintamamiestalossa. Perussairauksina sepelvaltimotauti, lievä näkövamma ja alzheimerin tauti.
- Aamulla kotihoito tullessaan jakamaan aamulääkkeitä huomaa että mies makaa keittiön lattialla eikä pääse itse ylös. Puhuu sanoja ja on tajuissaan, olo on jotenkin outo. Kertoo että aamulla kahvia keitellessä yhtäkkiä silmissä mustennut. Lattialta herännyt. Kipuja ei valita.
- Hoitaja mittaa ranteesta pulssin joka on epätasainen, heikko ja taajuus 145/min, lisäksi Veikolla on hengenahdistuksen ja huimauksen tunnetta, särkyä lapojen välissä ja kaulalla sekä iho hieman hikinen
- NEWS pisteet?**
- Mitä hoitajana teet? Kenelle soitat?**

YRJÖ 79V

- Yrjö asuu Hoitokodissa jossa oma huone sekä yhteiset ruokailu- ja oleskelutilat. Yrjöllä on parantumaton, etenevä sairaus joka palliatiivisessa vaiheessa linjattu olevan. Yrjö ei halua mitään hoitoja annettavan suonensisäisesti, ei nenämahaletkuja, ei peg yms. DNR päätös tehty viime vuonna. Lisäksi Yrjö itse halunnut että vältetään turhia siirtoja mihinkään. Kipua ja tuskattomuutta tulee hoitaa.
- Nyt ei suostu syömään eikä juomaan, tätä ollut jo kaksi päivää. Virtsakaan ei vaippaan juuri erity. Painaa 48 kg. Hengityskatkoja esiintyy runsaasti. Ei kivuliaan oloinen ole.
- Omaiset vaativat että nyt kyllä Yrjö tulee viedä sairaalaan, hänhän saattaa kuolla!
- Mitä hoitajana teet tilanteessa?**

TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA AJAN TASALLE

- Saattohoito/ palliatiivisessa vaiheessa asiakkaan tahtoa on kunnioitettava ja keskityttävä tuskattomuuteen
 - päivystyskäynnit minimiin jne.
- Pitkäaikaisasiakkaiden hätätilanteiden ja muunkin asianmukaisen hoitamisen edellytyksenä on se, että asiakkaasta on laadittu terveydenhuoltolain ja potilaslain edellyttämä asianmukainen ja säännöllisesti päivitetty terveys- ja hoitosuunnitelma.
 - Terveys- ja hoitosuunnitelma tulee olla saatavilla äkillisissäkin tilanteissa ja siinä tulee olla linjattu toiminta ja hoito akuuteissakin tilanteissa sekä elämän loppuvaiheessa.
 - Sijaistarve on yksiköissä suuri, uusia hoitajia kentällä paljon ja etukäteen tietoa asiakkaista ei välttämättä ole, tällöin katso TESU jossa on tiivistelmä nykyhetkestä ja tulevastakin
 - Terveys- ja hoitosuunnitelman ohjeistukset potilaan hoidosta – ei tarkoita että ei "tarvitse hoitaa mitään"!!!!

TARKISTA:	HOIDON LINJAUS OHJAA JATKOHOITOA - HUOMIOI:
TAJUNTA: Jos tajuton käännä kyliäsentoon HENGITYS: Hengittäkö/onko ilmatie avoin, jos ei avaa hengitystie VAMMAT/KIPU	DNR - ei elvytystä TESU – Terveys- ja hoitosuunnitelma HOITO TAHTO SAATTOHOITO: pisteitä ei lasketa, hoidon tarve selvitetään EI HOIDONLINJAUSTA; Hätätilanteessa soita 112

TOIMINTA ASUKKAAN YLEISVOINNIN HEIKENTYESSÄ- KONSULTAATIO-OHJE

1. Mittaa peruselintoiminnot

Pvm	Klo	RR	Pulssi	Hengitys- taajuus	Satura- tio	Lämpö	Veren- sokeri	NEWS pisteet

TOIMINTAKYKY AIEMMIN/TOIMINTAKYKY NYT _____
VIRTAUS JA VATSANTOIMINTA: MILLOIN VIIMEKSI? _____

Tarkista hoidon linjaukset!

Huomioi tajunta/hengitys/vammat ja kipu!

Mikäli **hoidon linjauksia ei ole** hätätilanteessa soitetaan 112!

Mittaa peruselintoiminnot

Tärkeä tieto on myös **asukkaan toimintakyky ja toimintakyvyn muutos!**

Virtsaumpi tai ummetus ovat yleisiä syitä yleisvoinnin muutokselle/heikkenemiselle

TOIMINTAOHJE YLEISVOINNIN HEIKENTYESSÄ

	3	2	1	0	1	2	3
A Hengitystaajuus (HT)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
B Happisaturaatio (SpO ₂)	≤91	92-93	94-95	≥96			
Lisähappi käytössä		Kyllä		Ei			
C Systolinen verenpaine	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Syketaajuus	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
D Tajunnan taso				Normaali			Poikkeava
E Lämpötila	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

Laske NEWS pisteet

HUOMIOI:

Esimerkiksi kun kyseessä **COPD potilas**-saturaatio on normaalia matalampi usein noin 88-92

Systolinen verenpaine arvo 219, joka on melko korkea, antaa 0 pistettä:

”Brittien alkuperäislähteessä tämä asia on perusteltu seuraavasti. **Yksittäisellä korkealla verenpaineella ei voi tehdä päätelmää potilaan kokonaisvoinnista.**

Ja varsinkin kun kyseessä on vain systolinen arvo. Niin kuin tiedämme, että hyvin moni asia saattaa nostaa systolista verenpainearvoa. Se, että miksi raja on juuri tuo 219 on varmasti vain päätetty työryhmässä. Raja on kuitenkin haluttu nostaa tarpeeksi korkealle. News mittarissa kokonaisuus on tietenkin se tärkein asia ja sen takia ns. ”ylimääräisiä” pisteitä ei haluta verenpaineesta. Korkea verenpaine arvo on tietenkin hoidettava/seurattava asia”.

NEWS	RISKI	SEURANTA	TOIMENPITEET
Yhteensä 0	Matala	Mittaa vitsearvot seuraavalla käynnillä tai 12 h kuluttua	Selvita hoitolinjaukset
Yhteensä 1-4	Matala	Mittaa vitsearvot 4-6 h kuluttua	Soita yhden hoitaja yksikköön tai kotisairaalaan
Yhteensä 5-6 tai huoli potilaasta yksittäinen 3 potilasta	Korkea	Mittaa vitsearvot 1-2h kuluttua	Soita konsultoivalle lääkärille
Yhteensä 7	Korkea	Jatkuvaa seurantaa	Soita 112, kirjaa potityön tois.

Konsultoitavat lääkärit: Virka-aikana yksikön oma lääkäri

Arkisin 16-22 ja viikonloppuisin 10-18 hoitokotien konsulttilääkäri p. 013-3309992,
muuna aikana yhteispäivystys p. 116 117

TOIMINTAOHJE ASUKKAAN YLEISVOINNIN HEIKENTYESSÄ

Huomioi toimenpiteet:

0 pistettä – seuraa vointia/mittaa peruselintoiminnot jokaisessa työvuorossa

1-4 pistettä – mittaa peruselintoiminnot muutaman tunnin kuluttua/ota yhteyttä kotisairaalaan tai yhdenhoitajan yksikköön

5-6 tai huoli potilaasta/yksittäinen 3 pistettä – mittaa peruselintoiminnot 1-2 h kuluttua – soitto konsultoivalle lääkärille

7 pistettä – jatkuva seuranta, soitto 112

HUOLI POTILAASTA ON MERKITYKSELLINEN
– VOIT OTTAA YHTEYTTÄ ESIMERKIKSI
YHDEN HOITAJAN
YKSIKKÖÖN/KOTISAIRAALAAN



Kiitos!



KIITOS!

TÄYTÄTHÄN PALAUTELOMAKKEEN....

Kutsu koulutusiltapäivään

KUTSU KOULUTUSILTAPÄIVÄÄN

13:00 Tervetuloa

13:00-13:15 Mervi

- Opinnäytetyön aiheen esittely
- Hoidon tarpeen arviointi. Miksi se on tärkeää tehdä yhdenmukaisella menetelmällä/ mitä hyötyä siitä on?

13:15- 14:15 Heikki Kärki

- Yleisvoinnin lasku päivystyskäynnin syynä
- Hoidon tarpeen arviointi ABCDE menetelmällä ja NEWS mittarilla

14:15-14:30 Kahvitauko

14:30-15:30 Heikki Kärki

- Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen
- Käytännön esimerkkejä ja kertausta

15:30-16:00 Eeva

- Toimintaohje asukkaan yleisvoinnin heikentyessä – konsultaatio-ohje

**Koulutus
hoitajille
klo. 13:00
-16:00**

**Kouluttajana
Heikki Kärki,
ensihoitaja,
Pohjois-Kar-
jalan pelas-
tuslaitos
ja
opinnäyte-
työntekijät,
sairaanhoita-
jat
Mervi Vartiainen ja
Eeva Peura
Kotisairaala**

KIITOS!

Ps. Täytähän palautelomakkeen ennen kotimatkaa.



Sisällönanalyysi: Hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistarpeet Liite 5 1(2)
ja haasteet

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pelkistettyjen ilmausten ryhmitely	Alaluokka	Yläluokka
"pitää miettiä mil-laista esitietoa yhdenhoitajan yksikössä/koti-sairaalassa tarvi-taan yleisvoinnin arvioimiseen"	Tieto Esitieto Yleisvoinnin arviointi Tarve Yhden hoita-jan yksikkö Kotisairaala Potilasturvalli-suus	Tieto Esitieto Käytäntöön vieminen Potilastur-vallisuus Yhden hoita-jan yksikkö Kotisairaala Yhteistyö	Tietoa käytäntöön Yhteistyö Potilastur-vallisuus	Tieto lisää potilas-turvalli-suutta
"hoidon tarpeen arvioinnissa on haasteita, jolloin voinnin muutok-sia ei havaita "	Hoidon tar-peen arvioin-nin haasteet Voinnin muu-tosten havain-nointi	Arvioinnin haasteet Voinnin muutosten seuranta Voinnin muutoksen havaitsemi-nen	Voinnin arviointi Haasteet Seuranta Reagoimi-nen viiveellä Tiedottami-nen viiveellä Ennakointi	Hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen kehittämi-nen
" tarvittaisiin yh-denmukaiset menetelmät ja mittarit"	Yhdenmukai-nen Menetelmät Mittarit	Ennakointi	Mittarit	Yhdenmu-kaiset mitta-rit ja mene-telmät
"ABCDE- mene-telmän ja NEWS:n käyttöä voisi hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnissa"	ABCDEF- menetelmä NEWS mittari Hyödyntämi-nen	ABCDEF- menetelmä NEWS-mittari Mittaaminen	Menetelmät Mittausväli-neet Hyödyntä-minen	
"hyvä laatia toi-mintaa ohjaavan lomake tai "	Toimintaa ohjaava lo-make Toimintaohje	Peruselintoi-mintojen mittausväli-neet	Yhdenmu-kainen Tehostettu palveluasumi-nen	
"miten hoidon tarpeen arvioin-nin osaamista viedään käytän-töön yhteis-työssä"	Osaaminen Käytäntöön vieminen Yhteistyö	Hyödyntämi-nen Yhdenmu-kainen		
"onko tehoste-tussa palvelu-asumisen yksi-köissä tarvittavia välineitä perus-elintoimintojen seurantaan ja mittaamiseen"	Tehostettu palveluasumi-nen Peruselintoi-mintojen mit-tausvälineet Mittaaminen	Tehostettu palveluasumi-nen		

Sisällönanalyysi: Hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistarpeet Liite 5 2(2)
ja haasteet

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pelkistettyjen ilmausten ryhmitely	Alaluokka	Yläluokka
"aika usein soitettu 112, mutta harvoin potilasta kuljetetaan" "voisi olla hyvä kouluttaa"	Soitetaan 112 Ei kuljeteta Kouluttaa	Toimintaa ohjaava lo-make Kouluttaa Soitetaan 112 Ei kuljeteta	Kouluttamisen tarve Toimintaohjeen tarve Käytännön osaaminen	Kouluttamisen ja toiminnan ohjeistaminen
"sairaanhoitaja mitoitus on vähäinen" "lääkäriresurssien saaminen vaihtelevaa" "lääkäriaika rajallinen ja lääkärit vaihtuvat"	Sairaanhoitajavaje Lääkäriresurssit vaihtelevia Rajallinen lääkäriaika Lääkärien vaihtuminen	Reagoiminen viiveellä Tiedottaminen viiveellä Tarve kouluttamiselle Tarve käytännön osaamiselle Toimintaohje	Sairaanhoitolliset resurssit Lääkäriresurssit Lääkäriresurssien vaihtelevuus, rajallisuus, epätasaisuus	Resurssit
"asukkaan voinnin muutoksiin reagoidaan viiveellä" "aamulla huomataan muutos mutta päivällä vasta reagoidaan"	Voinnin muutokset Reagoiminen viiveellä Voinnin muutoksen havaitseminen Tiedottaminen viiveellä Ennakointi	Sairaanhoitajavaje Lääkäriresurssit vaihtelevia Rajallinen lääkäriaika Lääkärien vaihtuminen Lääkäriresurssin epätasaisuus		
"tarvitaan osaamista käytäntöön" "tarve hoidon tarpeen arvioinnin kouluttamiselle on"	Tarve käytännön osaamisesta Tarve kouluttamiselle Lääkäri resurssin epätasaisuus			
"lääkäriresurssit puutteelliset" "hoitajat osaisivat ennakoida asukkaan voinnin muutoksia"				

**PALAUTELOMAKE HOIDON TARPEEN ARVIONTI -
KOULUTUKSESTA**

Rastita sopivin vaihtoehto seuraavista väittämistä
 Samaa mieltä = 5, Melkein samaa mieltä = 4, En osaa sanoa = 3,
 Melkein eri mieltä = 2, Eri mieltä = 1

5 4 3 2 1

Koulutuksessa sain selkeän kuvan hoidon tarpeen arvioinnin menetelmistä					
Koulutuksessa opin cABCDE-menetelmän käyttöä hoidon tarpeen arvioinnissa					
Koulutuksessa opin NEWS-mittarin käyttöä peruselintoimintojen seurannassa					
Koulutuksessa käytiin läpi riittävän tarkasti koulutettavaa aihetta					
Koulutettavat asiat käytiin läpi ymmärrettävästi					
Koulutuksessa sain tarpeeksi tietoa hoidon tarpeen arvioinnista					
Toimintaohje -asukkaan yleisvoinnin heikentyessä, on selkeä					

Mikä oli sinulle tärkein oppi koulutuksesta?

Muuttaako koulutus sinun toimintatapaasi hoidon tarpeen arvioinnissa?

Mihin osa-alueeseen tulisi koulutuksessa kiinnittää enemmän huomiota?

Palautetta kouluttajille
