



Mikko Hautamäki

EVÄITÄ YÖPARTIOON

Koulutus Pielaveden vanhustyönkeskuksen henkilökunnalle

EVÄITÄ YÖPARTIOON

Koulutus Pielaveden vanhustyönkeskuksen henkilökunnalle

Mikko Hautamäki

Opinnäytetyö

Syksy 2011

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	4
ABSTRACT.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	7
2.1 Projektin tarkoitus.....	8
2.2 Projektin tavoitteet.....	8
3 KOTONA APUA TARVITSEVA VANHUS.....	10
3.1 Kotihoito ja yöpartio.....	10
3.2 Akuutisti sairastunut vanhus.....	11
3.2.1 Hengitysvaikeus.....	12
3.2.2 Rintakipu.....	16
3.2.3 Rytmihäiriöt.....	17
3.2.4 Aivoverenkiertohäiriöt.....	18
3.2.5 Kaatuminen.....	20
4 OPPIMINEN JA OPETUS.....	21
5 PROJEKTIN SUUNNITTELU.....	23
5.1 Projektiorganisaatio.....	23
5.2 Projektin aikataulu ja kustannukset.....	23
5.3 Projektin riskit ja resurssit.....	24
5.4 Projektin arviointisuunnitelma.....	25
6 KOULUTUSPÄIVÄN SUUNNITTELU.....	26
6.1 Koulutuspäivän sisältö ja tavoitteet.....	26
6.2 Koulutuspäivän arviointi.....	27
7 KOULUTUKSEN TOTEUTUS.....	28
8 PROJEKTIN ARVIOINTI.....	31
8.1 Projektin tavoitteiden täytyminen.....	31
8.2 Koulutuspalautte.....	33
8.3 Jatkokoulutus.....	37
9 POHDINTA.....	38
LÄHTEET.....	40
LIITTEET.....	45

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Mikko Hautamäki
Opinnäytetyön nimi: Eväitä yöpartioon. Koulutus Pielaveden vanhustyönkeskuksen henkilökunnalle
Työn ohjaaja: Eija Niemelä
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2011
Sivumäärä: 44 + 35

Pielaveden kunnassa toimii vanhustyönkeskus, jonka tarkoituksena on järjestää asumispalveluja ikääntyneille, jotka eivät kykene asumaan kotonaan tukitoimien avulla. Vanhustyönkeskuksen yhtenä tehtävänä on myös järjestää yöpartio toimintaa, joka huolehtii hälytyksen tehneiden turvapuhelinasiakkaiden auttamisesta ja tilanteen tarkistamisesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää vanhustyönkeskuksen yöpartiohenkilökunnalle koulutus turvapuhelinasiakkaan hoidon tarpeen arvioinnista ja akuutisti sairastuneen vanhuksen kohtaamisesta yöaikaan. Projektin tulostavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa kaksi ja puoli tuntia kestävä koulutus Pielaveden vanhustyönkeskuksen henkilökunnalle. Koulutus järjestettiin vanhustyönkeskuksen tiloissa. Tavoitteena oli pitää hoitohenkilökuntaa kiinnostava ja heidän tarpeitaan vastaava koulutus. Toiminnallisena tavoitteena oli lisätä yöpartiossa toimivan henkilökunnan varmuutta ja rohkeutta kohdata apua hälyttänyt turvapuhelinasiakas. Tavoitteena oli myös lisätä henkilökunnan tietämystä akuutisti sairastuneen asiakkaan tutkimisesta ja hoidon tarpeen arvioinnista sekä parantaa asiakkaiden saaman hoidon laatua. Oppimistavoitteenani oli parantaa opetus- ja ohjaustaitojani ja oppia projektimuotoista työskentelyä.

Suunnittelin, toteutin ja arvioin kaksi ja puoli tuntia kestävä koulutuksen vanhustyönkeskuksen tiloissa. Suunnitteluvaiheessa tein koulutusta varten tuntisuunnitelman sekä havainnollistamiseen käytettävän diaesityksen. Koulutuksen onnistumista ja tavoitteiden täyttymistä arvioin tekemälläni koulutuspalautelomakkeella ja pyytämälläni suullisella palautteella. Palautteen analysoinnin perusteella koulutus oli onnistunut ja tavoitteet täytyivät hyvin. Vastaajista 93 % arvioi koulutuksen sisällön hyödyllisyyden työnsä kannalta erinomaiseksi. Koulutuksen tavoitteiden täyttymisen arvioi vastaajista 86 % hyväksi tai erinomaiseksi.

Koulutus osoittautui sisällöltään ja käytännön toteutukseltaan onnistuneeksi yöpartion henkilökunnalle. Vastaavan sairaanhoitajan kanssa käydyn keskustelun perusteella koulutusta voisi jatkossa käyttää samansisältöisenä myös muulle kotihoidon henkilökunnalle. Olisikin tärkeää kouluttaa myös päivällä kotihoidossa työskentelevä henkilökunta, koska myös he kohtaavat hälytyksen tehneitä turvapuhelinasiakkaita ja akuutisti sairastuneita vanhuksia. Koulutus osoittautui onnistuneeksi ja sitä on mahdollisuus hyödyntää sellaisenaan muillekin vastaaville työyhteisöille.

Asiasanat: yöpartio, turvapuhelin, koulutus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Mikko Hautamäki

Title of thesis: Tools for the night patrol. The presentation for the staff of the senior citizens center of Pielavesi.

Supervisor: Eija Niemelä

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2011

Number of pages: 44 + 35

In the municipality of Pielavesi there is a center for senior citizens. The Center produces accommodation services for old people, who are not able to live at home alone in spite of support actions. One of the jobs of the center is to organize night patrol action, which takes care of checking situation and helping of customers who have made alarm by security phone.

The purpose of my thesis was to organize a presentation for the staff of the senior citizens center. The presentation contained evaluating the need of treatment of security phone customer and the encountering the old people who have acutely got sick. The aim of the project was to design and put into practice the two-and-a-half-hour presentation for the staff of the senior citizens center of Pielavesi. Presentation was organized in the center. My goal was to conduct a presentation which is interesting and meets the needs of the staff. The operational goal was to increase the skills of the staff in their actions with old people. My learning goal was to improve my teaching and guiding skills and to learn more about project working.

I designed, put into practice, and evaluated two and half hour presentation in the senior citizens center. In the design phase I did a lesson plan and PowerPoint presentation. The success of the presentation and fulfilling the goals were evaluated by the evaluation form. I asked oral feedback as well. According to the feedback the presentation was successful and the goals were achieved well. Ninety three percent of participants said that the content of the presentation was excellent for their job. Eighty six percent of participants said that the fulfilling of the goals was good or excellent.

Both the content and implementation of the presentation proved to be suitable for the staff of the night patrol. Based on the discussion with the nurse-in-charge the presentation could be implemented in the same way for other home nursing personnel. I think that it is important to train also people who work daytime in same kind of situations. I think also that the presentation was successful and it is possible to apply it as such to other similar work communities.

Keywords: night patrol, security phone, training

1 JOHDANTO

Pielaveden kunnassa toimii vanhustyönkeskus, jonka tehtävänä on järjestää asumispalveluja ikääntyneille jotka eivät tukitoimista huolimatta pärjää kotona. Vanhustyönkeskus järjestää myös öisin yöpartio-palvelua, jonka pääasiallinen tehtävä on turvapuhelinasiakkaiden auttaminen yöaikaan.

Olen toiminut viimeiset kolme ja puoli vuotta Pielavedellä sairaankuljettajana ja keskustellut vanhustyön henkilökunnan kanssa yöpartio toiminnasta. Keskusteluissa on tullut toistuvasti ilmi epävarmuus ja jopa pelko lähteä yöllä yksin turvapuhelinasiakkaan luokse. Pelkoa ja epävarmuutta aiheuttaa keskustelujen perusteella yksin liikkuminen pimeällä, epätietoisuus asiakkaan kotona olevasta tilanteesta ja ongelmat kaatuneiden asiakkaiden ylös nostamisessa ja tilan arvioinnissa. Keskusteluissa on noussut myös esille tarve lisäkoulutuksesta varsinkin vanhuksen akuuttiin sairastumiseen ja tilanarvioon liittyen. Näiden keskustelujen pohjalta lähdin pohtimaan mahdollisuutta yhdistää opinnäytetyö ja vanhuspalvelujen tarvitsema lisäkoulutus.

Keskustelin aiheesta myös vanhustyönkeskuksen sairaanhoitajan kanssa ja pohdimme yhdessä koulutuksen tarvetta ja aiheen rajaamista. Sairaanhoitajankin mielestä akuutein tarve koulutukselle on turvapuhelinasiakkaan kohtaamisessa tehtävä tilanteen arviointi ja turvallisuuden tunnetta lisäävä koulutus mahdollisten uhkien ennaltaehkäisystä yksin liikuttaessa yöaikaan. Asiaa pohdituamme sairaanhoitajan kanssa päädyimme kaksi ja puoli tuntia kestävään koulutustilaisuuteen 15.11.2001 alkaen klo 14.00. Koulutus oli suunnattu ennen kaikkea yöpartiossa työskenteleville, mutta myös muu henkilökunta oli tervetullut.

2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Projektityön tarkoituksena on päästä johonkin ennalta määriteltyyn tavoitteeseen. Vaikka projekti voidaan määritellä eri näkökulmista, löytyy kaikille projekteille yhteisiä nimittäjiä. Tällaisia ovat esimerkiksi selkeä tavoite, suunnitelma läpiviennistä, asetettu aikataulu ja että se on ihmisten välistä yhteistoimintaa. (Kettunen 2003, 15.) Projektin lopputuloksena syntyvät tuotteet voivat olla hyvin erilaisia eikä lopputuloksen välttämättä tarvitse olla konkreettinen tuote vaan ratkaisu johonkin ongelmaan. (Ruuska 2007, 20.)

Oma opinnäytetyöni on toteutusprojekti. Toteutusprojekti voidaan määritellä työksi jonka tavoitteena on tehdä ennalta määritellyn lopputuloksen mukainen toteutus. Tällainen voi olla esimerkiksi tapahtuma, näytelmä tai koulutus. (Kettunen 2003, 23.) Toteutusprojektilla on erityispiirteitä kuten toteutus tähtää ennalta määrättyyn ajankohtaan, kiire kasvaa loppua kohden ja projekti sisältää paljon riskejä. (Kettunen 2003, 24.)

Projektin tarkoitus ja tavoitteet eivät välttämättä ole sama asia. Tarkoituksella voidaan kertoa mitä on tarkoituksena tehdä, mutta se ei kaikissa tapauksissa tarkoita sitä että jotakin todella tapahtuu. Tarkoitusta ei voi mitata eikä arvioida, mutta hyvin asetettujen tavoitteiden saavuttamista pystytään mittaamaan ja arvioimaan. (Anttila 2001, 66.) Tavoitteet ovat suunnittelun tärkein asia. Niillä kuvataan mitä tehdään ja määritellään projektiin tarvittavien resurssien määrän. (Kettunen 2003, 89.)

Projektin tarkoitus, tavoitteet ja tarve ovat nousseet esille vapaamuotoisissa keskusteluissa vanhustyönkeskuksen hoitohenkilökunnan kanssa oikeissa potilastilanteissa työskennellessäni sairaankuljettajana Pielavedellä. Keskusteluissa nousi usein esille pelot ja epävarmuus kohdata yksin asiakkaita yöaikaan, pelko liikkua yksin pimeään aikaan ja haluttomuus työskennellä yöpartiossa edellä mainittujen syiden vuoksi. Tarkoitusta ja tavoitteita tarkennettiin palaverissa vanhustyönkeskuksen sairaanhoitajan kanssa esitellessäni ideaa opinnäytetyöstä ja koulutuksesta.

2.1 Projektin tarkoitus

Projektin tarkoituksena oli järjestää koulutusiltapäivä Pielaveden kunnan vanhustyönkeskuksen hoitohenkilökunnalle turvapuhelinasiakkaan kohtaamisesta yöaikaan ja asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnista. Tarkoituksena oli antaa lisäkoulutusta hoitoalan ammattilaisille akuutisti sairastuneen tai loukkaantuneen vanhuksen kohtaamiseen liittyvästä hoidon tarpeen arvioinnista ja lisäavun tarpeen määrittelystä. Koulutusiltapäivän aikana oli tarkoitus käydä läpi ikääntyneen ihmisen yleisimmät akuuttiin avuntarpeeseen johtaneet tilanteet ja niihin liittyvä ensiarvio, ensitoimet ja hoidon tarpeen arviointi.

2.2 Projektin tavoitteet

Projektin **tulostavoitteena** oli suunnitella ja toteuttaa kaksi ja puoli tuntia kestävä koulutus Pielaveden vanhustyönkeskuksen henkilökunnalle. Tavoitteena oli pitää luentomuotoinen, mutta kuuntelijoiden osallistumista suosiva ja kysymyksille tilaa antava, koulutus vanhustyönkeskuksen tiiloissa. Tavoitteena oli pitää hoitohenkilökuntaa kiinnostava ja heidän tarpeitaan vastaava koulutus.

Toiminnallisena tavoitteena oli lisätä yöpartiossa toimivan henkilökunnan varmuutta ja rohkeutta kohdata apua hälyttänyt turvapuhelinasiakas. Toisena toiminnallisena tavoitteena oli lisätä henkilökunnan halukkuutta osallistua yöpartio toimintaan ja vähentää pelkoja jo yöpartiossa toimivalta henkilökunnalta. Tavoitteena oli myös lisätä henkilökunnan tietämystä akuutisti sairastuneen asiakkaan tutkimisesta ja hoidon tarpeen arvioinnista. Yhtenä toiminnallisena tavoitteena oli asiakkaiden hoidon laadun paraneminen. Hoitohenkilökunnan tietojen ja taitojen paraneminen näkyy myös asiakkaan parempana ja tarkoituksenmukaisempana hoitamisena. Hoidon tarpeen arviointitaitojen kehittymisen myötä asiakas saa tarvitsemaansa ja oikeanlaista hoitoa myös yöaikaan.

Oppimistavoitteenani projektissa oli ohjaus- ja opetustaitojen kehittäminen. Sairaanhoidajan työssä ohjaustaidot ovat erittäin tärkeitä ja niiden kehittäminen on tarpeellista jo opiskeluvaiheessa. Ohjaustaitoja tulen tarvitsemaan tulevassa ammatissani päivittäin huolimatta siitä missä tulen

työskentelemään. Myös projektimuotoisen työskentelyn oppiminen oli yksi oppimistavoitteistani. Erilaisia projekteja käynnistetään lähes kaikissa työyhteisöissä usein ja siksi projektitaitojen oppimisesta on minulle hyötyä työskennellessäni sairaanhoitajana tulevaisuudessa. Aikataulutetun ja tiettyyn tarkkaan päivämäärään tähtäävän projektin suunnittelu ja toteutus parantaa taitojani suunnitelmallisessa työskentelyssä.

3 KOTONA APUA TARVITSEVA VANHUS

Pielaveden vanhustyön alaisuudessa toimii kotipalvelu jonka yhtenä osa-alueena on yöpartioitoiminnan järjestäminen. Yöpartio toimii vanhustyönkeskuksesta käsin kaikkina viikonpäivinä. Yöpartion yhtenä tehtävänä on turvapuhelinasiakkaiden auttaminen öisin. Turvapuhelinhälytykset vastaanottaa Espero Care Oy joka välittää hälytykset tapahtumatietoineen puhelimitse yöpartion hoitajalle. Turvapuhelinasiakkaan luokse hoitaja lähtee yksin.

3.1 Kotihoito ja yöpartio

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus jonka tavoitteena on mahdollistaa hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissa sairauksista tai toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Kotipalvelu luetaan sosiaalipalveluihin ja kotisairaanhoidon terveyspalveluihin. Monilla paikkakunnilla ne toimivat erillisinä mutta yhteistyössä. Jos peruskunta vastaa sekä sosiaalitoimesta että perusterveydenhuollosta, on kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yleensä yhdistetty kotihoidoksi. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.) Kotihoidon avulla tuetaan selviytymistä kotona tai palvelutaloissa, jolloin pitkäaikaishoito laitoksissa vähenee. Kotihoidon avulla on myös mahdollista järjestää viiveetön sairaalasta kotiutuminen ja turvata jatkohoito sairaalajakson jälkeen. (Ikonen ym. 2007, 16.)

Pielaveden kunnan alueella kotipalvelu ja kotisairaanhoidon ovat tähän saakka toimineet erillään. Kotipalvelu on toiminut kunnan sosiaalitoimen alaisen ja kotisairaanhoidon on järjestänyt Pielaveden ja Keiteleen kansanterveystyön kuntayhtymä. Vuoden 2012 alusta toiminta kuitenkin yhdistyy kunnan järjestämäksi kotihoidoksi. Kotisairaanhoidon henkilökunta siirtyy näin ollen kunnan palvelukseen ja kotisairaanhoidon tullaan avaamaan kaksi uutta sairaanhoitajan toimea. Kotisairaanhoidon tulee siirtymään myös fyysisesti terveyskeskuksen tiloista vanhustyönkeskuksen tiloihin kotipalvelun yhteyteen. Tällä ratkaisulla pyritään parantamaan entisestään kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välistä yhteistyötä.

Yöhoito on mahdollisuus avohoidon jatkumiselle potilaille jotka asuvat kotona kotihoidon tai omaisten avustamana päivisin, mutta jostain syystä eivät selviä ilman apua öisin. Yöhoito voi sopia esimerkiksi potilaalle, jota täytyy kääntää öisin tai käydä monta kertaa yössä wc:ssä. Dementiapotilasta hoitava omainen voi jaksaa hoitaa potilasta kotona saadessaan nukkua kunnon yöunet. (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1996, 103.) Pielaveden kunnan vanhuspalveluissa yöhoito on toteutettu yöpartion toimesta. Yöpartio toimii vanhustyönkeskuksen yhteydessä. Yksi vanhustyönkeskuksen hoitajista on nimettynä yöpartioon yövuoron ajaksi. Yöpartion hoitaja käy tarpeen vaatiessa hoitamassa tai tarkistamassa potilaan voinnin joko sovitusti tai asiakkaan tehdessä turvapuhelinhälytyksen.

”Turvapuhelinpalvelulla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, jossa kotihoidon asiakas ottaa yhteyttä hälytyskeskukseen tai muuhun sovittuun paikkaan ja hälytyksen vastaanottaja käynnistää palveluita asiakkaan auttamiseksi” (Ikonen ym. 2007, 86.). Turvapuhelinasiakkaalla on päätelaite, yleensä ranteessa oleva painike, jota painamalla asiakas voi tehdä hälytyksen tai joka tekee hälytyksen automaattisesti elintoimintojen muuttuessa. (Ikonen ym. 2007, 86.)

Turvapuhelinpalveluita tuottavassa yksikössä toimivalta hoitajalta edellytetään tiettyä osaamista. Hoitajan täytyy hallita hälytykseen vastaaminen, hälytysliikenteen välittäminen, tietojen tallentaminen ja laitteiden toimintakunnon varmistaminen. Puhelinkäyttäjymisen pitää olla asiallista ja ystävällistä. Myös neuvottelutaitojen ja harkintakyvyn hälytystilanteessa täytyy olla hallinnassa. Turvapuhelinasiakkaan luona vaaditaan taitoa arvioida avuntarve oikein sekä tehdä itsenäisiä päätöksiä ja vastata niistä. Ensiaputaitojen ja terveydenhoidon perusteiden tunteminen on välttämätöntä. (Ikonen ym. 2007, 88) Käynnin aikana hoitajan täytyy pystyä arvioimaan, minkälaista apua asiakas tarvitsee. Hoitajan täytyy arvioida, onko kyseessä oikea turvapuhelinhälytys vai tarvitseeko asiakas mahdollisesti tulevaisuudessa muuta kotihoidon apua. (Melkas H. 2003, 313.)

3.2 Akuutisti sairastunut vanhus

Yksittäiset taudit aiheuttavat yleensä samanlaisia oireita kaikenikäisillä. Akuuteissa sairauksissa oireet voivat kuitenkin poiketa nuorempien oireista. Tyypiesimerkki on keuhkokuume ilman kuumetta ja yskää. Monien sairauksien päällekkäisyys hankaloittaa vanhuspotilaan tutkimista. Myös

useat lääkehoidot muuntelevat akuuttien sairauksien oirekuvaa. Sosiaalinen tausta ja elämäntilanne vaikuttavat lisäksi siihen mitä sairastetaan, miten sairaus koetaan ja miten siihen haetaan apua. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 73–75.)

Vanhuspotilasta tutkivan on varauduttava siihen, että saadut tiedot eivät välttämättä ole luotettavia. Vanhuksen kyky arvioida tapahtumien kestoja ja niistä kulunutta aikaa on usein heikentynyt. On myös yleistä, että vanhuspotilas ei ymmärrä kyselijän käyttämiä ammattitermejä. Esimerkiksi huimaus ja ahdistus eivät tarkoita kaikille yksiselitteisesti samaa asiaa. Ikääntynyt ihminen ei välttämättä tunne anatomiaa ja esimerkiksi kivun paikantaminen ja kivun laatu on hankala selvittää. Usein vanhus puhuu ”huonosta olosta” eikä tarkoita sillä pahoinvointia vaan yleistä voimattomuutta. (Tilvis & Sourander 1993, 33.)

3.2.1 Hengitysvaikeus

Huolimatta vanhenemiseen liittyvistä keuhkojen rakenteen ja toiminnan muutoksista hengityselimistö säilyttää kyvyn riittävään kaasujen vaihtoon levossa ja rasituksessa koko elinkaaren ajan. Vanhenemisen myötä kuitenkin ihmisen herkkyys aistia keuhkoputkien supistumista heikkenee. Yhdessä fyysisen aktiivisuuden vähenemisen kanssa tämä voi johtaa oireiden tunnistamisen heikentymiseen. (Tilvis ym. 2010, 209.)

Yksi vakava hengitysvaikeuden aiheuttaja on sydämen vajaatoiminnan aiheuttama **keuhkopöhö**. Sydämen vasemman puolen vajaatoiminnan pahetessa vasemman kammion painetaso nousee sydämen lepovaiheessakin. Tämä heijastuu myös vasemman eteisen painetason nousuna. Koska keuhkoista palaavan veren ja vasemman eteisen välillä on katkeamaton yhteys, painetaso nousee myös keuhkojen laskimoissa, hiussuonistossa ja valtimoissa. Keuhkoverisuoniston lisääntynyt paine ajaa nestettä aluksi keuhkovälikudokseen ja lopulta keuhkorakkuloihin, jolloin potilas käytännössä hoitamattomana hukkuu omasta verenkierrosta tihkuneisiin nesteisiin. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 236.)

Keuhkopöhön oireisiin kuuluu paheneva hengenahdistus pienessäkin rasituksessa ja lopulta myös levossa. Tilanne kehittyy yleensä tunneissa. Usein potilas kertoo edellisen yön olleen hankala ja heräilleen usein. Tähän syynä on makuuasennossa lisääntynyt laskimoveren paluu alaraajoista. Oireet helpottuvat istuallaan. Potilas hakeutuukin istuma-asentoon helpottaakseen hengitystään. Istuma-asennosta huolimatta keuhkopöhöpötilas saattaa yskiä veristä vaahtoa. Heikentyneen pumpppauskyvyn vuoksi elimistö yrittää siirtää verta tärkeimpien elinjärjestelmien alueelle. Tästä seuraa sympaattisen hermoston aktivoituminen ja ihoverenkierron väheneminen. Potilaan periferia on viileä ja iho hikinen. Hengitystyön lisääntymisen ja sympaattisen hermoston aktivoitumisen vuoksi myös pulssitaso ja verenpaine nousevat. Keuhkopöhötilanteessa kuullaan yleensä paljain korvin rohinaa potilaan hengittäessä. (Kuisma ym. 2008, 237.)

Toinen yleinen vanhuspotilaan hengitysvaikeuden aiheuttaja on **astma**. Vuonna 2006 astmalääkkeet oli neljänneksi yleisin lääkeaineryhmä vanhuksilla Kansaneläkelaitoksen mukaan. Tutkittua tietoa vanhusten astmasta on kuitenkin vähän ja vanhuusiän astman ilmaantuvuutta ei tunneta. Vanhusten astma on usein vaikea ja täydellinen taudin hallinta saavutetaan harvoin. (Tilvis ym. 2010, 209.)

Astmaoireet alkavat usein hengitystieinfektion yhteydessä. Yöskä on astmalle tyypillistä samoin kuin ovat tyypillisiä esimerkiksi rasituksen, kylmän ilman, ilmansaasteiden, pölyjen, hajujen tai käryjen aiheuttamat kohtauksittaiset oireet. Kohtauksittaisia oireita ovat hengenahdistus, hengityksen vinkuna ja yskä. (Tilvis ym. 2010, 210.) Astman pahenemisvaiheessa potilaan on hankala puhua lauseita, uloshengitysvaihe on pidentynyt ja hän käyttää apulihaksia. Mikäli tilanne kehittyy henkeä uhkaavaksi, potilaan hengitysäänet hiljentyvät, vinkunat jopa katoavat ja hengitys on pinnallista. Potilas voi olla myös syanoottinen. (Astma, Käypä hoito 2006, hakupäivä 2.11.2011)

Vuosikymmenten takaisten tupakointitottumusten takia yksi vanhusten hengitysvaikeuden aiheuttajista on **keuhkohtaumatauti** eli **COPD**. Vuonna 2007 keuhkohtaumatauti oli Suomessa kuudenneksi yleisin kuolinsyy yli 65-vuotiailla. (Tilvis ym. 2010, 212.) Pitkäkestoisen tupakoinnin seurauksena limanpoisto hengitysteistä huononee, limakalvot paksuuntuvat, hengitysteissä vallitsee tulehduksen kaltainen tilanne ja keuhkorakkuloita tuhoutuu. Keuhkohtaumataudin taudinku-

vaan liittyvät lisääntyneet yskökset, loppuvaiheessa palautumaton keuhkoputkien supistumistai-
pumus ja vähitellen paheneva hengenahdistus. (Kuisma ym. 2008, 244.)

Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheeseen liittyy lisääntyneet yskökset, paheneva hengenah-
distus, hengityksen vinkuna ja turvotukset. Vaikeusastetta arvioitaessa on tiedettävä potilaan
tavanomainen suorituskyky ja oiretaso. Sairaalahoitoon tarpeeseen viittaavat mm. huonontunut
kyky selviytyä kotona, huonontuneet hoitomahdollisuudet kotona, vaikea hengenahdistus, sy-
anoosi, lisääntyneet turvotukset, sekavuus ja huono yleistila. (Keuhkohtaumatauti, Käypä hoito
2009, hakupäivä 2.11.2011)

Hengitysvaikeutta vanhuspotilailla aiheuttaa myös hengitystieinfektiot joista yksi vakavimmista on
keuhkokuume. Keuhkokuumeen ilmaantuvuus ja siihen kuolleisuus lisääntyvät iän myötä. Keuh-
kokuumeen riskiä lisäävät iän lisäksi ainakin keuhkosairaudet, alkoholismi, immuunipuutokset,
sydänsairaudet ja laitoshoido. (Tilvis ym. 2010, 272.)

Keuhkokuumeen oireet vanhuspotilailla ovat usein epämääräisiä. Hengitystieoireita tai kuumetta
on ikääntyneillä vähemmän kuin nuoremmilla. (Tilvis ym. 2010, 272.) Keuhkokuume saattaa van-
huksilla ilmetä esimerkiksi sekavuutena tai yleiskunnon heikentymisenä. (Kuisma ym. 2008, 244.)
Akuutin alahengitystien oireita ovat yskä, märkäiset yskökset, kuume (kuumetta ei 20–30 %:lla yli
65-vuotiaista keuhkokuumeipotilaista), hengenahdistus, hengityksen vinkuminen ja rintakehän
kipu. Keuhkokuumetta tulisi epäillä, jos edellä mainittujen oireiden lisäksi sairaus on vaikuttanut
yleiskuntoon, oireet ovat kehittyneet nopeasti, hengitystieinfektion oireet ovat uudestaan vaikeu-
tuneet tai potilaalla on lisäriskitekijöitä (ikä, muut sairaudet). (Keuhkokuume, Käypä hoito 2008,
hakupäivä 2.11.2011)

Hengityksen vaikeuden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota happeutumisen riittävyteen,
keuhkotuuletukseen ja hengitystyön määrään. Hengityksen vaikeutuessa taustalla ovat yleensä
kaikki edellä mainitut syyt yhdessä. (Kuisma ym. 2008, 229-230.)

Happeutumisen ongelmat johtuvat viasta jossain kaasujenvaihtoon osallistuvassa keuhkojen osassa. Happeutumisen huonotessa elimistö yrittää kompensoida tilannetta lisäämällä kudosten verensaantia sydämen minuuttitulavuutta ja hengitystiheyttä ja – syvyyttä lisäämällä. Mikäli happeutumaton hemoglobiinia on elimistössä tarpeeksi, muuttuu potilas tyyppillisesti syanoottiseksi. Syanoosi esiintyy kuitenkin vasta kun potilaan veren happisaturaatio on alle 80. (Kuisma ym. 2008, 230.)

Lisääntynyt **hengitystyö** on mukana lähes aina hengityksen vaikeutuessa. Elimistö yrittää tehostaa kaasujenvaihtoa tai poistaa happamia jäännösaineita verenkierrosta. Hengitystyön lisääntyminen tarkoittaa tyyppillisesti hengitystiheyden ja hengityksen laajuuden lisääntymistä. Potilaan pulssitaso ja verenpaine nousevat lisääntyneen työmäärän johdosta. Hengitysvaikeuspotilas joutuu usein myös käyttämään hengityksen apulihaksia eikä hän pysty pidättämään hengitystä. (Kuisma ym. 2008, 230–231.)

Soluhengitys tuottaa jatkuvasti hiilidioksidia joka siirtyy nopeasti verenkierrosta keuhkorakkulaan. **Keuhkotuuletuksen** tehtävänä on sen poistaminen keuhkorakkulasta. Keuhkotuuletushäiriö aiheuttaa hiilidioksidin kertymisen elimistöön. Hiilidioksidipitoisuuden nouseminen tarpeeksi korkealle keuhkorakkulassa aiheuttaa happeutumisen huonontumisen ja potilas menee tajuttomaksi. Hiilidioksidipitoisuutta on hankala todeta ilman valtimoverinäytettä. Korkeaa pitoisuutta voi kuitenkin epäillä, mikäli hengitystaajuus on harva ja potilas uninen. Tällöin potilas tarvitsee välittömästi keuhkotuuletuksen parantamista joko hengityspalkeen tai hengityskoneen avulla. (Kuisma ym. 2008, 231.)

Hengitysvaikeuden aste voidaan määritellä lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai kriittiseksi. Lievässä hengitysvaikeudessa potilas tuntee hengenahdistusta, hengitystaajuus on alle 25 kertaa minuutissa, hengityksen vaikeutumisesta ei ole merkkejä, puhuminen on vaivatonta ja happisaturaatio on yli 90 %. Keskivaikeaksi hengitysvaikeus voidaan määritellä hengitystaajuuden ollessa 25–35 kertaa minuutissa, potilas puhuu vain lyhyitä lauseita, hengityksen apulihasten käyttö on todettavissa, happisaturaatio on 80–90% ja syke yli 100 lyöntiä minuutissa. Vaikeassa hengitysvaikeudessa hengitystaajuus on yli 35 kertaa minuutissa, potilas pystyy puhumaan vain sanan tai kaksi kerrallaan, hengityksen apulihasten käyttö on silmiinpistävää, iho on usein kalpea ja kyl-

mänhikinen ja happisaturaatio on alle 80%. Hengitysvaikeus muuttuu kriittiseksi kun potilas on sekava ja levoton, hengitys on pinnalista tai haukkovaa, hengitystaajuus ja – syvyys vaihtelevat, huulet, kynsipohjat ja jopa kasvot ovat syanoottiset ja happisaturaatio on mittaamattomissa kehon ääreisosien verenkierron supistumisen takia. (Castrén, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2002, 359.)

3.2.2 Rintakipu

Rintakivun syyt voidaan jakaa sydänperäisiin ja ei-sydänperäisiin. Tavallisimpia sydänperäisiä syitä rintakivulle ovat sepelvaltimotaudin aiheuttamat angina pectoris ja äärimuotona ilmaantuva sydäninfarkti. Huomattavasti harvinaisempi sydänperäinen syy on sydänpussin ja – lihaksen tulehdus eli perimyokardiitti. Ei-sydänperäisiä syitä ovat mm. ruokatorvi- ja vatsaperäiset tekijät, rintakehän rakenteiden kiputilat, keuhkopussintulehdus, aortan dissekoituminen, masennus ja paniikkihäiriö. (Kuisma ym. 2008, 256.)

Kivun syytä voidaan alustavasti arvioida kivun luonteen perusteella. Tyypillinen sydänperäinen rintakipu sijaitsee rintalastan takana tai laajalla alueella, kipu on puristavaa, painavaa, ahdistavaa, vannemaista, polttavaa tai jopa repivää, kipu on jatkuvaa ja voi säteillä kaulalle, ylävatsalle, selkään lapojen väliin tai olkavarteen ja kipu ei liity tiettyyn asentoon tai hengitysvaiheeseen. Sydänperäisestä rintakivusta kärsivä potilas on tyypillisesti yli 35-vuotias. Ei-sydänperäinen rintakipu on tyypillisesti pistävää tai terävää, kipu on paikallistettavissa pienelle alueelle, asennon muutos tai hengitysvaihe vaikuttaa kipuun, kipu on ajoittaista ja siihen saattaa liittyä paineluaruus. (Kuisma ym. 2008, 256.)

Rintakivun tunnetuin aiheuttaja on **sepelvaltimotauti** (Kuisma ym. 2008, 256.). Iäkkäillä potilailla sepelvaltimotauti voi edetä pitkälle täysin oireettomana. Rasituksessa esiintyvä rintakipu voi olla iäkkäillä vähäistä tai puuttua kokonaan. Kivuttomuuden syitä ovat sisäelimestä tulevan kiputunteuksen heikentyminen ja vähentynyt liikunta ja ruumiillinen rasitus. **Sepelvaltimotautikohtaus** eli sepelvaltimoiden äkillinen ahtautuminen tai tukkeutuminen on vakava tila. Siinä voidaan erottaa epävakaata rasisurintakipua (angina pectoris), sydäninfarkti ilman ST-nousuja ja niin sanottu ST-nousuinfarkti. Sydäninfarktin aiheuttama sydänlihaksen osittainen vaurioituminen havaitaan

EKG-muutoksista ja sydänperäisten entsyymien lisääntymisestä. Vanhuspotilaan äkillisen hengenahdistuksen ja siihen liittyvän rintakivun todennäköisin syy on sepelvaltimotautikohtaus. Mitä iäkkäämpi potilas on, sitä todennäköisempi syy on. Kivun sijasta oirekuvaa sepelvaltimotautikohtauksessa iäkkäillä hallitsevat usein hengenahdistus, muut vajaatoiminnan oireet ja rytmihäiriö. Myös keskushermosto-oireet, kuten äkillinen sekavuus, voi olla päälimmäisenä oireena. (Tilvis ym. 2010, 96.) Kolmasosa sepelvaltimotautikohtauspotilaista on yli 75-vuotiaita. Ikä onkin sepelvaltimotaudin suurin riskitekijä. Ikääntyneillä sepelvaltimotautikohtaus pitääkin epäillä herkemmin kuin nuoremmilla. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja, Käypä hoito 2009, hakupäivä 2.11.2011)

Sydänperäisten oireiden tunnistaminen voi olla vaikeaa, jos potilas tai läheinen ei tiedä, miten kauan niiden ohi menemistä voi odottaa. Tärkein viive hoitoon pääsyssä maatieteellisen sijainnin ohella on potilaasta johtuva. Riskiryhmän potilaille onkin syytä antaa kirjallinen ohje oireiden tunnistamisesta ja avun hälyttämisestä. (Sydäninfarktin diagnostiikka, Käypä hoito 2009, hakupäivä 2.11.2011) Rintakipupotilaan anamneesista saadaan merkittävää tietoa akuutin sepelvaltimokohtauksen todennäköisyydestä. Silti lisäksi tarvitaan aina EKG-tutkimus ja usein myös merkkiainetutkimuksia. (Kettunen & Talvensaari 2009, 3955.) Kaikilta rintakipupotilailta tulee tukiä 12-kanavainen EKG (Kuisma 2008, 263). Tästä syystä kaikki rintakipua tuntevat potilaat täytyy toimittaa päivystyspoliklinikalle tai vaihtoehtoisesti kutsua kotiin sairaankuljetusyksikkö, joka kykenee tutkimuksen suorittamaan ja tulkitsemaan.

3.2.3 Rytmihäiriöt

”Sydämen vanhenemismuutokset altistavat rytmihäiriöille, erityisesti kammiooperäisille lisälyönneille, eteisvärinälle sekä eteis-kammiokatkoksille” (Tilvis ym. 2010, 105.). Kaikenikäisillä terveillä ihmisillä esiintyy lisälyönnejä eikä niihin yleensä liity hoidon tai tutkimuksen tarvetta. Akuutteihin sydänsairauksiin, kuten sydäninfarkteihin, kuitenkin liittyy vakavia rytmihäiriöitä joiden hoitaminen on välttämätöntä. Tyypillisiä rytmihäiriöiden oireita ovat hengenahdistus, rintakipu, huimaus ja tajunnanmenetyt. Noin kolmasosa vanhuspotilaiden pyörtymisistä on sydän- ja verisuoniperäisiä. (Tilvis ym. 2010, 105.)

Yksi yleisimmistä rytmihäiriöistä on **eteisvärinä**, jonka esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Eteisvärinää ilmenee 10 prosentilla yli 80-vuotiaista. Taustalla voi olla sepelvaltimotauti, pitkään koholla ollut verenpaine, läppävika tai kilpirauhasen liikatoiminta, mutta eteisvärinä voi ilmetä myös sydämeltään täysin terveillä. (Kuisma ym. 2008, 277.) Eteisvärinä on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö. Se aiheuttaa kolmanneksen rytmihäiriöihin liittyvistä sairaalahoitojaksoista ja kuormittaa myös avoterveydenhuoltoa. Hoitamaton eteisvärinä lisää kuolleisuutta, altistaa aivohalvaukselle, huonontaa elämänlaatua ja voi aiheuttaa sydämen vajaatoiminnan. (Eteisvärinä, Käypä hoito 2011, hakupäivä 2.11.2011) Väestön ikääntymisen vuoksi eteisvärinäpotilaiden määrä lisääntyy seuraavan 40 vuoden aikana 2,5-kertaiseksi. Tämä aiheuttaa huomattavia paineita terveydenhoitojärjestelmille. Suomessa on tällä hetkellä arviolta noin 100000 eteisvärinäpotilasta. (Ahonen J., Hartikainen J, Lehto M., Lund J., Kyhälä-Valtonen H., Mäkijärvi M., Mäkynen H., Peiponen M & Raatikainen P. 2011, 3401.)

Eteisvärinä voi olla vähäoireinen ja potilas voi tuntea sen lähinnä kiusallisena tykytystuntemuksena (Kuisma ym. 2008, 277.). Eteisvärinä vähentää sydämen pumppausvoimaa noin viidenneksellä. Vanhuksilla pumppausvoiman väheneminen on suurempaa kammioiden vaikeutuneen laajentumisen takia. Vanhusten aivoinfarkteista noin joka viidennen takana on eteisvärinän aiheuttama sydänperäinen embolia. Varfariinihoito kuitenkin vähentää eteisvärinäpotilaan aivohalvausriskiä 60–70% ja kuolemanvaaraa 30–35%. (Tilvis ym. 2010, 106.)

Orgaaninen sydänsairaus, kuten sydäninfarkti, kardiomyopatia tai myokardiitti, voi aiheuttaa **kammiotakykardian**. Pitkäkestoinen kammiotakykardia voi edetä hoitamattomana kammiövärinäksi. Osa potilaista sietää kammiotakykardiaa kohtalaisen hyvin, verenpaine voi olla normaali ja potilas voi jaksaa jopa kävellä. (Kuisma ym. 2008, 282.)

3.2.4 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöillä tarkoitetaan ohimeneviä tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttavia aivoverisuonten tai aivoverenkierron tai molempien sairauksia. Aivohalvaus taas tarkoittaa aivoinfarktin, aivoverenvuodon tai lukinkalvonalaisen verenvuodon aiheuttamaa aivot toimintojen häiriötä. (Aivoinfarkti, Käypä hoito 2011, hakupäivä 2.11.2011) Vuodessa sairastuu 12 000 henkeä

vuodessa aivoverenkiertohäiriöihin ja kaksi kolmasosaa heistä on iäkkäitä. Ne heikentävät vanhuspotilaan toimintakykyä ja johtavat ulkopuolisen avun tarpeeseen. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Aivoverenkiertohäiriöt lisääntyvät siirryttäessä nuorista ikäryhmistä iäkkäisiin ja suurin osa potilaista on yli 65-vuotiaita. (Tilvis ym. 2010, 146.)

Suurin osa aivoinfarkteista ilmaantuu akuutisti. Oireisto kehittyy huippuunsa muutamissa minuuteissa tai tunneissa. Akuuttidiagnostiikassa selvitetään, onko kyseessä aivoverenkiertohäiriö ja todetaan nopeasti potilaan soveltuvuus liuotushoittoon. (Aivoinfarkti, Käypä hoito 2011, hakupäivä 2.11.2011) Aivoverenkiertohäiriön oireet vaihtelevat paikan ja laajuuden mukaan. Toispuoleinen heikkous tai tuntohäiriö on tavallisin oire. Myös puhevaikeus, näkökentänpuutos, kaksoiskuvat, nielemisvaikeus ja hahmotushäiriö ovat aivoverenkiertohäiriön oireita. (Tilvis ym. 2010, 146.) Potilaan oireet ja löydökset voivat olla ohimeneviä ja siksi niiden henkilöiden, jotka tapaavat potilaan ensimmäisenä, on kyettävä todentamaan tilanne. Potilaalta täytyy selvittää puolierot, puheentuottokyky, tajunnan taso ja pupillien koko ja valoreaktio. (Kuisma ym. 2008, 304.) Vaikka oireet olisivatkin menneet ohi, on aivoverenkiertohäiriöpotilas aina toimitettava lääkäripäivystykseen tutkittavaksi.

Aivoinfarktin yleisin oire on toispuolihalvaus, jossa yläraaja on usein pahemmin halvaantunut. Raaja- ja kasvohalvaus ovat vastakkaisella puolella kuin vaurio. Tajunnan taso säilyy yleensä hyvänä ja halvaus on kivuton. Usein halvaukseen liittyy myös puheentuottohäiriö. Elimistö pyrkii aivoinfarktin yhteydessä turvaamaan aivojen verenkierron suoja mekanismeihin, joista tunnetuin on verenpaineen huomattavakin kohoaminen. (Kuisma ym. 2008, 307.)

Jos iskeeminen häiriö ei etene infarktin tasolle, puhutaan ohimenevästä iskeemisestä aivoverenkiertohäiriöstä (**TIA**). TIA:sta puhutaan silloin, kun oireet häviävät täysin eivätkä jätä pysyviä neurologisia oireita tai löydöksiä. Kohtaus kestää yleensä vain 2-15 minuuttia, joskus harvoin muutaman tunnin. TIA-kohtaus ennakoii sairastumista aivoinfarktiin. Aivoinfarktista puhutaan jos oireet kestävät yli 24 tuntia. (Kuisma ym. 2008, 308.) Vaikka oireet poistuvatkin nopeasti, kuuluu TIA-potilas päivystyksellisesti neurologin tutkimuksiin.

Toispuolihalvausta aiheuttaa myös **aivoverenvuoto**. Toisin kuin aivoinfarktissa, aivoverenvuotopotilaan tajunnan taso on usein alentunut ja siihen liittyy kuorsaava hengitys. Verenpaine on korkea myös aivoverenkierron yhteydessä elimistön suojausmekanismien vuoksi. Aivoverenvuotopotilaiden yleistila on yleensä huonompi kuin aivoinfarktipotilaiden. (Kuisma ym. 2008, 308–309.)

3.2.5 Kaatuminen

Yli 80-vuotiaista kotona asuvista arvioidaan noin puolen kaatuvan kotonaan ainakin kerran vuodessa ja yli 65-vuotiaista kolmannes kaatuu vuosittain. Naiset kaatuvat useammin kuin miehet. Vakavimpia välittömiä seurauksia kaatumisista ovat päävammat ja luunmurtumat. Lonkkamurtuma on yleinen vanhuksilla, koska he kaatuvat yleensä suoraan lonkalleen ilman käden suojaavaa ojennusrefleksiä. (Tilvis ym. 2010, 330.)

Kaatumiset eivät aina aiheuta iäkkäille vammoja, mutta kaikista iäkkäiden kaatumisista noin puolet johtaa pehmytkudosvammoihin, 5 % erilaisiin murtumiin ja 5 – 10 % muihin vakaviin loukkautumisiin kuten päävammoihin. Vaikka vain 1 – 2 % kaatumisista johtaa lonkkamurtumiin, yli 90 % lonkkamurtumista syntyy kaatumisen seurauksena. Suurin osa ikäihmisistä ei saavuta lonkkamurtumaa edeltänyttä omatoimisuutta, noin viidennes joutuu pysyvästi laitoshoitoon ja noin kolmannes kuolee vuoden sisällä murtumasta. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007, 9.)

Kaatuminen saattaa aiheuttaa vanhukselle myös päävamman. Lievimmillään päävamma on aivotärähdys, jolla tarkoitetaan päänsä loukannutta joka on ollut tajuttomana puolen tunnin ajan eikä hänellä ole herättyään neurologisia puutosoireita. (Castrén ym. 2002, 621.) Aivotärähdyspotilaat, joiden oireet ovat voimakkaat tai valvontaa ei pystytä järjestämään kotona, on syytä toimittaa tarkkailuun sairaalaan. (Kuisma ym. 2008, 344.) Aivoruhjevamma on aivotärähdystä vakavampi päävamma jossa tajuttomuus saattaa kestää pitkään, jopa kuukausia. Aivoruhjevammassa aivot saattavat turvota ja aiheuttaa aivopaineen nousua ja jopa kuoleman. Kaatuminen saattaa aiheuttaa myös murtumia pään alueelle. Niistä kallonpohjan murtumaan liittyy suurempi kuolleisuus kuin muiden päälaiden luiden murtumiin. Kallonpohjan murtumaa voidaan epäillä jos potilaalla on kirkasta tai verensekaista vuotoa korvasta, sieraimesta tai nielusta. (Castrén ym. 2002, 621.)

4 OPPIMINEN JA OPETUS

Ihmiset ovat aina oppineet ja jakaneet tietoa toistensa kanssa. Oppimisen voidaankin sanoa olevan inhimillisen toiminnan luonnollinen ja välttämätön osatekijä. Tiedonsiirtoa tapahtuu vaikka emme ole siitä tietoisia tai pidä sitä toiminnan tavoitteena. Kun tiedonsiirrosta tulee päätarkoitus, perustuu se aina oppimistapahtumaan ja tietojen laatuun liittyviin käsityksiin ja ajatuksiin. Tiedonvälityksessä on kyse siitä, että tiedot ja valmiudet siirtyvät siltä, joka osaa sille, joka ei osaa. (Säljö 2001, 45–46.)

Usein sanotaan opetuksen päämääränä olevan oppiminen vaikka olisi ehkä viisaampaa sanoa, että oppimisen päämääränä on parempi osaaminen, johon tarvitaan oppimista. Opetuksen tavoitteena on oppimisen avulla tapahtuva uusi osaaminen. Tämä on mahdollista vain, kun oppilas sallii itsensä altistamisen opittavalle asialle. (Hellström 2000, 272-273.) Ihmiselle ominainen informaation vastaanotto, muokkaus ja tulkinta on jatkuva ja kokonaisvaltainen prosessi. Se aiheuttaa muutoksia tiedoissamme ja taidoissamme ja kun tämä muutos kestää pidempään kuin hetken, kutsutaan sitä oppimiseksi. Oppiminen voi olla monenlaista. Ihminen voi esimerkiksi oppia pelkäämään koiria, puhumaan vieraita kieliä tai ratkaisemaan yhtälöitä. (Rauste - von Wright & von Wright 1994, 19.)

Koulutuskäsite kuuluu samaan ryhmään kasvatuksen, opetuksen, sivistyksen ja sosialisointin kanssa ja ovat osittain päällekkäisiä. Tavallisesti koulutuksella tarkoitetaan selkeästi rajattua ja ajallisesti määriteltyä kognitiivista kasvatustapahtumaa. (Hellström. 2000, 150.) Henkilöstökoulutus ja työelämän aikuiskoulutus tuovat omia erityispiirteitään opetukseen. Opetus liittyy yleensä kiinteästi organisaation toiminnallisiin tarpeisiin ja ajankohtaisiin ongelmiin. Opetukselta vaaditaan myös yleensä käytännöllisiä tuloksia ja soveltuvuutta. Toisaalta tämä luo opiskeluun vahvan motivaatiopohjan ja antaa mahdollisuuksia esimerkkien tehokkaaseen käyttöön. Koulutustilaisuudet kestävät yleensä lyhyen aikaa. Lyhyen kurssin aikana ei asiaa ehkä opita perusteellisesti. Toisaalta koulutustilaisuuden lyhyt kesto voi lisätä opiskelun intensiivisyyttä. (Engeström 1988, 12.)

Opetusmuodot voi jakaa karkeasti kolmeen ryhmään: esittävään opetukseen, tehtäviä antavaan opetukseen ja yhteistoiminnalliseen eli työstävään opetukseen. Esittävässä muodossa viestintä tapahtuu yhdensuuntaisesti luennoitsijalta kuuntelijoille. Tehtäviä antavassa muodossa taas oppilaat suorittavat tehtäviä ilman suoraa vuorovaikutusta opettajaan. Yhteistoiminnallisessa opetuksessa sekä opettaja että oppilaat työskentelevät yhdessä ja viestintä on kahdensuuntaista. (Engeström 1988, 123.)

Tutkimusyriksistä huolimatta ei ole varmaa näyttöä siitä, onko opettajakeskeinen vai oppilaskeskeinen menetelmä tehokkaampi. Tehokkuuden mittaaminen opetuksessa on hyvin vaikeaa, koska opetuksella on yhtä aikaa useita eri tavoitteita. Jos kiinnostuksen kohteena on pelkästään tiedollisen opetuksen tehokkuudesta, opettajakeskeisillä opetustavoilla näytettäisiin saavutettavan parempia tuloksia kuin oppilaskeskeisillä. (Hellström 2000, 213.)

Koulutusiltapäivän melko lyhyen keston vuoksi valitsin opetusmenetelmäksi luentomuotoisen koulutuksen. Koulutuksesta ei kuitenkaan ollut tarkoitus muodostua yhdensuuntainen yksinpuhe. Tarkoituksena oli antaa tilaa osallistujille aiheeseen liittyville kysymyksille ja mahdollisesti esiin nouseville käytännön esimerkeille joihin pyrin vastamaan parhaan kykyni mukaan. Aiheet koulutukseen valitsin käytännön työelämästä nousseiden tarpeiden mukaan ja sen vuoksi uskoin osallistujien motivaatiotason olevan kohtalaisen korkealla.

5 PROJEKTIN SUUNNITTELU

”Suunnittelu on etukäteen tapahtuvaa päätöksentekoa, jonka avulla pyritään vaikuttamaan tulevaisuuteen suunnittelijan haluamalla tavalla. Ilman suunnittelua tulevaisuus ei ainakaan toteudu haluamallamme tavalla, paitsi sattumalta.” (Ruuska 2007, 182.)

5.1 Projektioorganisaatio

Projektioorganisaatio huolehtii projektille asetettujen tavoitteiden saavutuksesta, sovittujen aikataulujen pitävyydestä ja kustannusten pysymisestä sovituissa puitteissa. Organisaatio on luotava niin, että se pystyy toteuttamaan tehtävänsä. (Anttila 2001, 74.)

Tässä projektissa sekä projektioorganisaation että projektiryhmän muodostin minä yksin. Vastasin yksin projektin suunnittelusta, toteutuksesta ja aikataulujen pitävyydestä. Projektin ohjausryhmään kuului lisäksi opinnäytetyön ohjaaja Eija Niemelä Oulun seudun ammattikorkeakoulusta ja sairaanhoitaja Anna-Liisa Uusitalo Pielaveden vanhustyönkeskukselta.

5.2 Projektin aikataulu ja kustannukset

Aloitin projektin keväällä 2011 saadessani idean opinnäytetyön aiheesta. Keskustelin kevään aikana Pielaveden vanhustyössä työskentelevien hoitajien kanssa saamastani ideasta ja mahdollisesta koulutuksen tarpeesta. Keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa kävin kevään ja kesän aikana oman työni ohella sairaankuljettajana tavatessani henkilökuntaa potilastilanteissa. Keskusteluissa sain vahvistusta koulutuksen tarpeelle.

Syyskuun alussa 2011 pidin palaverin Pielaveden vanhustyönkeskuksen sairaanhoitajan Anna-Liisa Uusitalon kanssa. Palaverissa keskustelimme koulutusideastani ja tarkensimme koulutuksen aihetta sekä tavoitteita. Sovimme alustavasti koulutuksen ajankohdaksi marraskuun puolivälin 2011. Syyskuun puolen välin jälkeen aloin perehtymään aiheeseen tarkemmin ja keräämään

aineistoa projektisuunnitelmaa varten. Projektisuunnitelman esitin seminaarissa 10.11.2011. Välitavoitteena oli lähettää projektisuunnitelman ensimmäinen versio ohjaavan opettajan luettavaksi 15.10. mennessä, joka myös toteutui. Toisena toteutuneen välitavoitteena oli tehdä tuntisuunnitelma koulutuksesta liitettäväksi projektisuunnitelmaan. Valmiin projektisuunnitelman lähetin opettajalle hyväksyttäväksi viikko ennen suunnitelman esittämistä seminaarissa. Projektisuunnitelman teon ohessa keräsin aineistoa teoreettista viitekehystä varten ja liitin sen myös projektisuunnitelmaan.

Koulutus oli suunniteltu pidettäväksi 15.11.2011 klo 14.00 – 16.30 vanhustyönkeskuksen tiloissa. Koulutus toteutui suunnitellusti. Koulutukseen liittyvän esitysmateriaali ja koulutuksen arviointiin käytettävä kyselylomake olivat valmiina 31.10.2011 asettamani tavoitteen mukaisesti. Lähes valmiin opinnäytetyön esitin suunnitellusti seminaarissa 1.12.2011.

Projektin kustannukset syntyivät lähes ainoastaan työhön käytetyistä omista työtunneista. Pieni lisä kustannuksiin tuli omalla autolla ajetuista noin 30 kilometristä kodin ja vanhustyönkeskuksen välillä.

5.3 Projektin riskit ja resurssit

Pielaveden kunnan vanhustyössä työskentelevä hoitohenkilökunta on pääsääntöisesti koulutukseltaan lähi-/perushoitajia, mutta työkokemus ja varsinkin kokemus akuuteista potilastilanteista vaihtelee suuresti. Tästä syystä koulutuksen järjestämiseen liittyi riski, että kaikki eivät saa koulutukselta sitä mitä he tarvitsisivat. Koulutus oli saatava sovitettua kaikille sopivaksi sisällöltään ja kieleltään.

Valmiiksi lukkoon lyöty kiireinen aikataulu loi myös omat riskinsä projektin onnistumiselle. Koulutuksen suunnittelulle ja valmistelulle oli varattuna aikaa ainoastaan puolitoista kuukautta. Tämän vuoksi ei ollut mahdollista tehdä useita versioita sisällöstä hyväksyttäväksi tilaajaosapuolelle. Koulutukselle oli varattuna yksi iltapäivä 15.11.2011. Riskinä projektin epäonnistumiselle oli oma

sekä koulutettavan henkilökunnan mahdollinen sairastuminen. Henkilökunnan mahdollisuus osallistua koulutukseen järjestettiin työvuorosunnittelussa koulutus huomioon ottamalla.

Vanhustyönkeskus järjesti tilan ja koulutuksen vaatiman laitteiston. Tarkoitus oli myös varmistaa laitteiston toiminta varaamalla toinen videotykki varmuuden vuoksi, mutta sitä ei koulutuspäivälle saatu eikä onneksi myöskään tarvittu.

Koulutusprojektin toteutin yksin. Suunnittelu ja valmistelutyön tein omalla ajallani muun opiskelun ohella. Tämä loi oman riskinsä projektin valmistumiselle yhdessä kiireisen aikataulun kanssa. Projektisuunnitelmaa tehdessäni olin käytännön harjoittelussa kotisairaanhoidossa. Käytännön jakson vuoksi projektisuunnitelmaan käytettävä aika oli hyvin rajallinen. Rajallinen aika ja kiireen tuntu loivat riskin projektin epäonnistumiselle.

5.4 Projektin arviointisuunnitelma

Projektin laatua ja onnistumista pyrin varmistamaan lähettämällä projektisuunnitelman osia suunnitteluvaiheessa luettavaksi ja kommentoitavaksi opinnäytetyön ohjaajalle Eija Niemelälle. Häneltä saadun palautteen perusteella pystyin parantamaan projektisuunnitelmaa ja näin varmistamaan projektin onnistumisen laadukkaasti.

Koulutusiltapäivän jälkeen suunnittelin kerääväni osallistujilta kirjallisen palautteen tekemälläni kyselykaavakkeella, jonka kuuntelijat täyttivät välittömästi koulutuksen jälkeen. Kyselykaavakkeen suunnittelin ja toteutin monivalintakaavakkeena, jonka tulokset analysoin loppuraporttiin. Suunnittelin pyytäväni myös suullista palautetta sairaanhoitaja Anna-Liisa Uusitalolta, jonka kanssa olin sopinut koulutuksen pitämisestä. Arvioin myös itse omaa onnistumistani ja tavoitteisiin pääsyä.

6 KOULUTUSPÄIVÄN SUUNNITTELU

6.1 Koulutuspäivän sisältö ja tavoitteet

Koulutuspäivän **tavoitteena** oli, että osallistujat oppivat arvioimaan turvapuhelinhälytyksen tehneen asiakkaan terveydentilaa ja mahdollista hoidon tarvetta. Koulutuspäivän jälkeen osallistuneen hoitohenkilökunnan tulisi osata yleisimpien vanhusten akuuttitilanteiden arviointi. Tavoitteena oli myös asianmukaisen avun arvioinnin ja järjestämisen oppiminen.

Koulutuspäivän aikana suunnittelin käytäväksi läpi **yleisimmät vanhusten akuuttitilanteet** ja niihin liittyvä hoidon tarpeen arviointi. Käsiteltäviksi aiheiksi olin valinnut hengitysvaikeuden, rintakivun, rytmihäiriöt, aivoverenkiertohäiriöt ja kaatumisen. Nämä aiheet valitsin käytännön työelämän tuoman kokemuksen perusteella. Koulutukseen valituista aiheista suunnittelin käsiteltäväksi yksinkertaisesti tilanteessa tehtävän tilanarvion, mahdolliset ensiaputoimet ja lisäavun hälyttämisen. Projektisuunnitelmaan kirjasin koulutuksessa käsiteltäväksi myös lyhyesti sairauksia oireiden taustalla ja oireiden syyn selvittämistä esitietojen ja lääkityksen perusteella.

Koulutuksen suunnitteluvaiheessa tein tuntisuunnitelman (liite 1) tukemaan koulutuksen onnistumista. Tuntisuunnitelmassa jaoin koulutuksen pienempiin osiin ja erittelin aihealueiden sisällöt ja ajalliset kestot. Koska koulutus oli luentomuotoinen, suunnittelin koulutuksen puoleen väliin kymmenen minuutin tauon. Aikataulutuksen tuntisuunnitelmaan tein arvioiden perusteella. Koska aikataulut olivat arvioita ja koulutus kokonaisuudessaan uusi, oli mahdollisuus koulutuksen venymiseen ajallisesti tai vaihtoehtoisesti liian lyhyeksi jääminen. Havainnollistamiseen käytin diaesitystä (liite 3), jonka olin tehnyt valmiiksi jo projektin suunnitteluvaiheessa. Diaesitykseen keräsin pääkohdat käsiteltävistä aiheista ja suunnittelin sen toimimaan luentojen runkona. Kiireisen aikataulun vuoksi diaesityksen asiasisällön oikeellisuutta ei kukaan lääkäri ehtinyt tarkistaa, mutta koulutuksen jälkeen yksi Pielaveden terveyskeskuksen lääkäreistä tarkisti esityksen ja totesi sen asiasisällöltään oikeanlaiseksi.

6.2 Koulutuspäivän arviointi

Koulutuspäivän lopuksi suunnittelin osallistujien antavan koulutuspalautteen tarkoitukseen teke-mälläni palautelomakkeella (liite 2). Palautelomakkeella osallistuja arvioi koulutuspäivän onnistu-misesta kokonaisuutena, koulutuksen hyödyllisyyttä työn kannalta, koulutuksen tavoitteiden täyt-tymistä sekä kouluttajan ammattitaitoa. Lomakkeelle suunnittelin myös mahdollisuuden antaa palautetta vapaan sanan muodossa. Tulokset palautteesta analysoin opinnäytetyön raporttiin. Suunnittelin myös pyytäväni palautetta suullisesti vanhustyönkeskuksen hoitotyöstä vastaavalta sairaanhoitajalta Anna-Liisa Uusitalolta. Tarkoitus oli saada häneltä palautetta koulutuksen hyö-dyllisyydestä ja sopivuudesta heidän henkilökunnalleen. Samalla suunnittelin keskustelevani kanssaan koulutuksen aikana heränneistä lisäkoulutustarpeista.

7 KOULUTUKSEN TOTEUTUS

Pidin koulutuksen Pielaveden vanhustyönkeskuksen tiloissa 15.11.2011 klo 14.00 – 16.30. Koulutukseen osallistui 16 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa osallistujaa, joista yksi oli hoitotyöstä vastaava sairaanhoitaja Anna-Liisa Uusitalo. Osallistujista 10 oli koulutukseltaan perushoitajia ja 5 lähihoitajia. Hoitoalan työkokemusta osallistujilla oli 3 vuodesta yli 40 vuoteen. Suurin osa osallistujista toimii vuorollaan yöpartiossa. Alkuperäisen suunnitelmani mukaan osallistujia olisi ollut enemmän, mutta vanhustyönkeskus oli halunnut rajata koulutuksen lähinnä yöpartion henkilökunnalle.

Koulutuspäivänä menin vanhustyönkeskukseen noin 45 minuuttia ennen koulutuksen alkua valmistelemaan koulutustilaa ja atk-laitteistoa luentoja varten. Vanhustyönkeskus oli järjestänyt koulutukselle tilan, videoprojektorin sekä heijastuskankaan. Käytin koulutuksessa omaa tietokonetta ni varmistakseni käytettävien ohjelmien ja luentomateriaalin yhteensopivuuden. Valmisteluihin varaamani aika riitti hyvin, koska laitteistojen kanssa ei ollut ongelmia.

Koulutuksen aluksi käytin kymmenen minuuttia itseni ja työkokemukseni esittelyyn sekä osallistujien orientointiin ja motivointiin. Kerroin lyhyesti itsestäni, opiskelujeni tämän hetkisestä vaiheesta ja työkokemuksestani hoitoalalla. Esittelyn pohjalta kuulijat pystyivät paremmin hahmottamaan minkälaisilla tiedoilla luennoin. Kerroin myös taustatietoja opinnäytetyöstä ja mistä ajatus ja tarve koulutukselle ovat nousseet esille. Motivoin osallistujia myös esittämään kysymyksiä ja esimerkkejä työelämästä koulutuksen aikana.

Ensimmäisenä varsinaisena aiheena käsittelin ensiarvion tekemistä potilaan kohtaamistilanteessa. Kävin läpi ensimmäisen nopean tilanarvion tekemisen ja mitä huomioitavia asioita siihen liittyy. Aiheesta käsittelin peruselintoimintojen (taju, hengitys ja verenkierto) nopean arvioinnin. Jo tässä vaiheessa koulutusta osallistujat osoittautuivat aktiivisiksi ja kysymyksiä ja esimerkkejä tuli paljon, kuten koko koulutuksen ajan. Aikaa ensiarvion käsittelyyn käytin 15 minuuttia.

Seuraavaksi aiheeksi olin valinnut hengitysvaikeuden, koska se on yleisimpien kuolemaa aiheuttavien oireiden joukossa sairaalan ulkopuolella. Aiheen tärkeyden ja laajuuden vuoksi käytin tähän aikaa 25 minuuttia. Aiheen aluksi kävin läpi lyhyesti hengitystä yleisesti. Seuraavaksi käsitteletin hengityksen arviointia happeutumisen, hengitystyön ja hiilidioksidin poiston näkökulmasta. Hengityksen arviointi herätti hyvin keskustelua ja sain käsityksen, että aihe oli yöpartion henkilökunnan työn kannalta tärkeä. Hengityksen arvioinnin jälkeen kävin läpi yleisimpiä hengitysvaikeuden taustalla olevia syitä. Aiheiksi olin valinnut ikääntyneiden yleisimmät hengitysvaikeuden aiheuttajat keuhkopöhön, astmakohtauksen, COPD:n ja keuhkokuumeen. Näistä sairauksista käsitteletin aiheuttajat ja löydökset. Lopuksi kävin läpi vielä hengitysvaikeuden vaikeusasteen arviointia.

Toiseksi tärkeäksi ja yleiseksi oireeksi olin valinnut rintakivun. Rintakipuoireistoa lähdin käsittelemään mahdollisista syistä. Tarkempaan käsittelyyn olin ottanut sydänperäisistä syistä sepelvaltimotaudin, angina pectoriksen ja sydäninfarktin. Rintakivun syiden jälkeen kerroin tarkemmin mahdollisen syyn selvittämisestä haastattelun ja esitietojen keräämisen kautta. Tämän jälkeen kävin läpi rintakipupotilaan tutkimista yöpartiohenkilökunnan käytössä olevilla välineillä. Lopuksi tarkensin sydänperäisen kivun oireita ja löydöksiä ja etenkin mahdollisesti löytyviä hälyttäviä oireita. Aikaa rintakivun käsittelyyn käytin 20 minuuttia.

Näiden aiheiden jälkeen pidettiin suunnitellusti kymmenen minuutin tauko. Osallistujien motivaatio tuli tauon aikana esille kysymysten muodossa. Aiheeseen liittyvä keskustelu ja kysymysten esittäminen jatkui useamman osallistujan toimesta myös tauon aikana.

Tauon jälkeen jatkoin sydänperäisellä aiheella eli rytmihäiriöillä. Yleisimpien vanhusten rytmihäiriöiden käsittelyyn käytin 15 minuuttia. Luennolla kävin läpi yhden yleisimmän rytmihäiriön eli eteisvärinän, vakavamman kammiotakykardian sekä yleisesti tietoa hitaista rytmihäiriöistä. Aiheen lopuksi kerroin rytmihäiriöiden vakavuuden arvioinnista oireiden ja löydösten perusteella.

Toiseksi aiheeksi tauon jälkeen olin valinnut aivohalvauksen. Aivohalvausaiheessa painopisteenä oli aivohalvauksen oireiden nopea tunnistaminen ja nopea avun hälyttäminen. Aiheen aluksi käsitteletin kuitenkin aivohalvauksen etiologiaa ja kansanterveydellisiä vaikutuksia. Tämän jälkeen

kävin tarkasti läpi aivohalvauksen oireet ja potilaan tutkimisen oireiden löytämiseksi ja aivohalvauksen tunnistamiseksi. Lopuksi kerroin vielä minkälaisia toimenpiteitä tulisi tehdä epäiltäessä aivohalvausta. Aikaa aivohalvauksen läpi käymiseen käytin 20 minuuttia.

Koulutuksen viimeisenä aiheena ja osallistujien mielestä ehkä tärkeimpänä oli vanhuksen kaatuminen. Osallistujien mukaan yksi yleisimmistä turvapuhelinhälytysten syistä on juuri kaatuminen ja siksi he myös aiheen tärkeäksi kokivat. Aiheen käsittelyyn kului aikaa 20 minuuttia. Aluksi kävin läpi minkälaisia vammoja kaatuminen saattaa vanhuksille aiheuttaa. Eniten aikaa kyseisen aiheen kohdalla käytin potilaan tutkimiseen liittyviin seikkoihin. Käsittelin myös löydökset ja syyt milloin kaatunut vanhus tarvitsee hoitoa tai tarkempaa seurantaa.

Koulutuksen loppuun olin varannut aikaa 15 minuuttia yleiseen keskusteluun, koulutuksen aikana heränneisiin kysymyksiin vastaamiseen ja palautelomakkeiden täyttöön. Aihealueiden ulkopuolelta kävimme vielä keskustelua turvallisuuteen liittyvistä seikoista yksin liikuttaessa yöaikaan. Kaikki osallistajat antoivat kirjallisen palautteen lukuun ottamatta hoitotyöstä vastaavaa sairaanhoitajaa Anna-Liisa Uusitaloa, joka antoi palautteensa suullisesti koulutuksen jälkeen.

8 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin onnistumisen arviointi voi olla vaikeaa, koska se on aina jossain määrin mielipidekysymys. Aikataulun ja kustannusarvion onnistumista on helppo mitata, mutta lopputuotteen sisältö ja laatu ovat aina enemmän tai vähemmän määrittely- ja arvostuskysymyksiä. (Ruuska 2007, 277.)

8.1 Projektin tavoitteiden täyttyminen

Projektin **tulostavoitteena** oli suunnitella ja toteuttaa kaksi ja puoli tuntia kestävä koulutus Piela-veden vanhustyönkeskuksen henkilökunnalle. Tavoitteena oli pitää luentomuotoinen, mutta kuuntelijoiden osallistumista suosiva ja kysymyksille tilaa antava, koulutus vanhustyönkeskuksen tiloissa. Tavoitteena oli pitää hoitohenkilökuntaa kiinnostava ja heidän tarpeitaan vastaava koulutus.

Projektsuunnitelman mukainen koulutus toteutui suunnitellusti kaksi ja puoli tuntia kestäväenä luentona vanhustyönkeskuksen yöpartion henkilökunnalle. Alkuperäisen suunnitelman mukaan osallistujia olisi ollut laajemminkin sekä vanhustyönkeskuksen että kotipalvelun henkilökunnasta, mutta vanhustyönkeskuksen hoitotyöstä vastaava sairaanhoitaja oli halunnut rajata koulutuksen yöpartion henkilökunnalle. Syynä tähän oli yöpartiohenkilökunnan akuutti koulutustarve ja ajatus siitä, että pienempi ryhmä antaa paremmat mahdollisuudet oppimiselle. Koulutuksen jälkeen ajateltuna ryhmäkoko oli mielestäni juuri oikea mahdollistamaan keskustelevan koulutuksen ja luomaan hyvän oppimisilmapiirin. Annettujen palautteiden ja koulutuksen aikana käytyjen keskustelujen perusteella tavoite pitää henkilökuntaa kiinnostava ja heidän tarpeitaan vastaava koulutus täyttyi myös suunnitelman mukaisesti.

Toiminnallisena tavoitteena oli lisätä yöpartiossa toimivan henkilökunnan varmuutta ja rohkeutta kohdata apua hälyttänyt turvapuhelinasiakas. Toisena toiminnallisena tavoitteena oli lisätä henkilökunnan halukkuutta osallistua yöpartioimintaan ja vähentää pelkoja jo yöpartiossa toimivalta henkilökunnalta. Tavoitteena oli myös lisätä henkilökunnan tietämystä akuutisti sairastuneen asiakkaan tutkimisesta ja hoidon tarpeen arvioinnista. Yhtenä toiminnallisena tavoitteena oli asi-

akkaiden hoidon laadun paraneminen. Hoitohenkilökunnan tietojen ja taitojen paraneminen näkyy myös asiakkaan parempana ja tarkoituksenmukaisempaan hoitamiseen. Hoidon tarpeen arviointitaitojen kehittymisen myötä asiakas saa tarvitsemaansa ja oikeanlaista hoitoa myös yöaikaan.

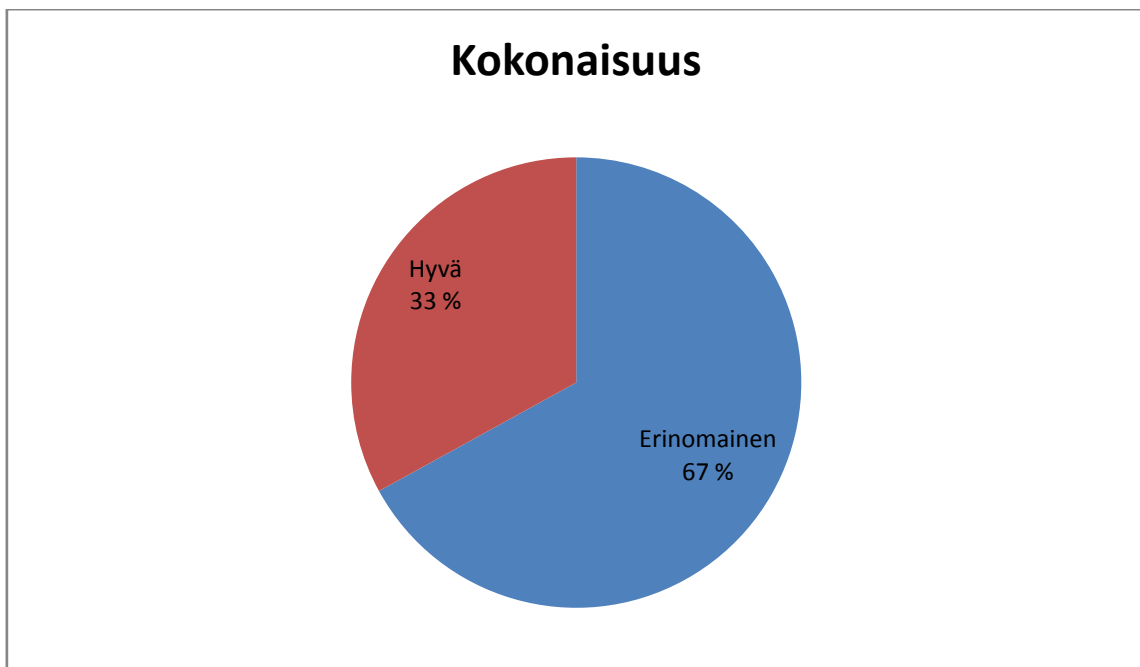
Saamani palautteen perusteella henkilökunnan varmuus ja rohkeus kohdata apua hälyttänyt turvavapuhelinasiakas näyttäisi lisääntyneen. Todellinen tilanne varmuuden lisääntymisestä näkyy kuitenkin vasta yöpartion henkilökunnan kohdatessa potilaita todellisissa hoitotilanteissa ja sitä on mahdoton mitata tämän kaltaisessa projektissa, joka on rajattu ainoastaan koulutuspäivän pitämiseen. Tavoite lisätä halukkuutta yöpartiotoimintaan ei toteutunut, koska koulutuksen osallistujat olivat lähes kaikki yöpartiohenkilökuntaa. Keskustelujen ja saadun palautteen perusteella henkilökunnan tietämys akuutisti sairastuneen vanhuksen tutkimisesta ja hoidon tarpeen arvioinnista lisääntyi ja tavoite täyttyi siltä osin. Myös tämän tietämyksen lisääntymisen vaikutus asiakkaiden hoidon laadun paranemiseen näkyy vasta tietojen käytäntöön siirtymisen jälkeen ja sen arviointi on tässä vaiheessa käytännössä mahdotonta.

Oppimistavoitteenani projektissa oli ohjaus- ja opetustaitojen kehittäminen. Myös projektimuotoisen työskentelyn oppiminen oli yksi oppimistavoitteistani. Luentomuotoisen koulutuksen suunnittelu kehitti taitojani valmistella ja aikatauluttaa koulutuspäivä. Saamani positiivinen palaute esiintymisestäni ja koulutustaidoistani lisäsi rohkeutta ja varmuutta pitää koulutuksia ja luentoja tulevaisuudessakin. Sairaanhoidajan työssä ohjaustaidot ovat todella tärkeitä ja niiden kehittymisen projektin myötä parantaa ammattitaitoani toimia sairaanhoitajana tulevaisuudessa. Projektimuotoinen ja tiukasti aikataulutettu työskentely tavoitteiden saavuttamiseksi oli minulle melko hankalaa. Tämän projektin tiukan aikataulun vuoksi olen joutunut opettelemaan tarkkaa aikataulujen laatimista ja niistä kiinni pitämistä. Mielestäni olen siihen tämän projektin osalta pystynyt ja päässyt tavoitteeseen oppia aikataulutettua projektityöskentelyä.

8.2 Koulutuspalaute

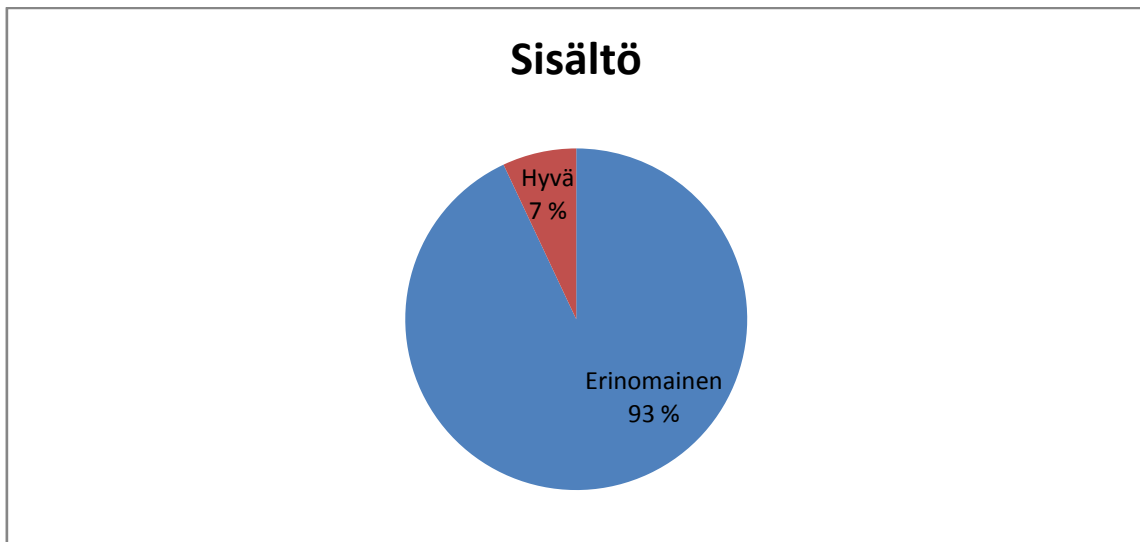
Koulutuksen jälkeen keräsin välittömästi osallistujilta palautteen tekemälläni koulutuspalaute-lomakkeella (liite 2). Kaikki osallistajat, pois lukien hoitotyöstä vastaava sairaanhoitaja Anna-Liisa Uusitalo, palauttivat lomakkeen tilaisuuden loppuun välittömästi. Anna-Liisa Uusitalo antoi sovitusti suullisen palautteen koulutuksen jälkeen. Lomakkeella osallistajat arvioivat koulutuspäivää kokonaisuutena, sisällön hyödyllisyyttä työn kannalta, koulutuksen tavoitteiden täyttymistä ja kouluttajan ammattitaitoa asteikolla 1-5 (5=Erinomainen, 4=Hyvä, 3=Tyydyttävä, 2=Välttävä, 1=Heikko). Taustatietoina lomakkeella kysyttiin ammattinimikettä ja hoitoalan työkokemusta vuosina. Lomakkeella oli myös mahdollista antaa vapaata palautetta.

Arvioitaessa koulutuspäivää kokonaisuutena oli kaikkien vastanneiden arvioiden keskiarvo 4,7. Kaikista vastaajista 67 % arvioi koulutuspäivän kokonaisuutena erinomaiseksi ja 33 % hyväksi (KUVIO 1).



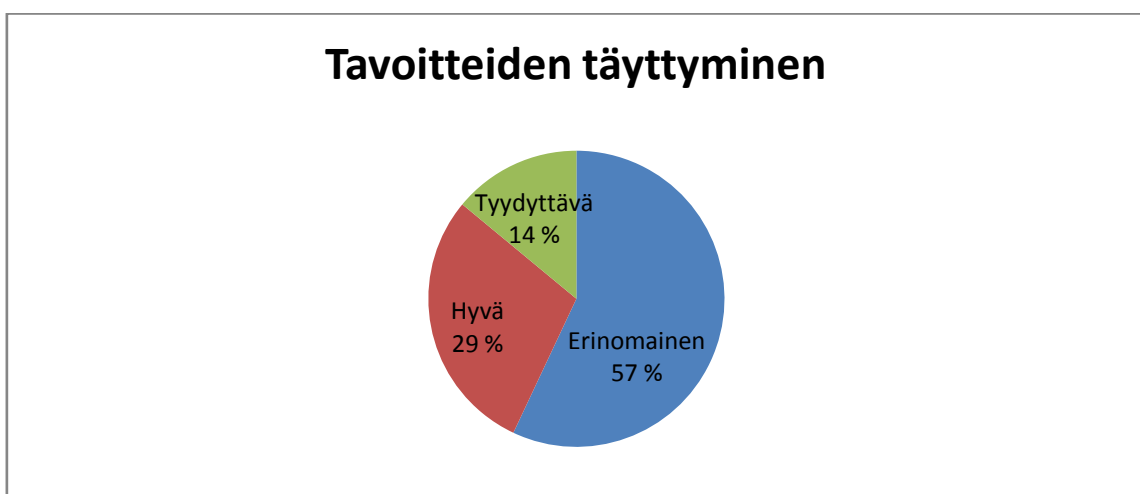
KUVIO 1 Koulutuspäivään osallistuneiden arvio koulutuspäivästä kokonaisuudessaan

Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki arvioivat sisällön työnsä kannalta erinomaiseksi (KUVIO 2). Koska projektin tavoitteena oli pitää henkilökuntaa kiinnostava ja heidän tarpeitaan vastaava koulutus, voidaan tavoitetta pitää saavutettuna.



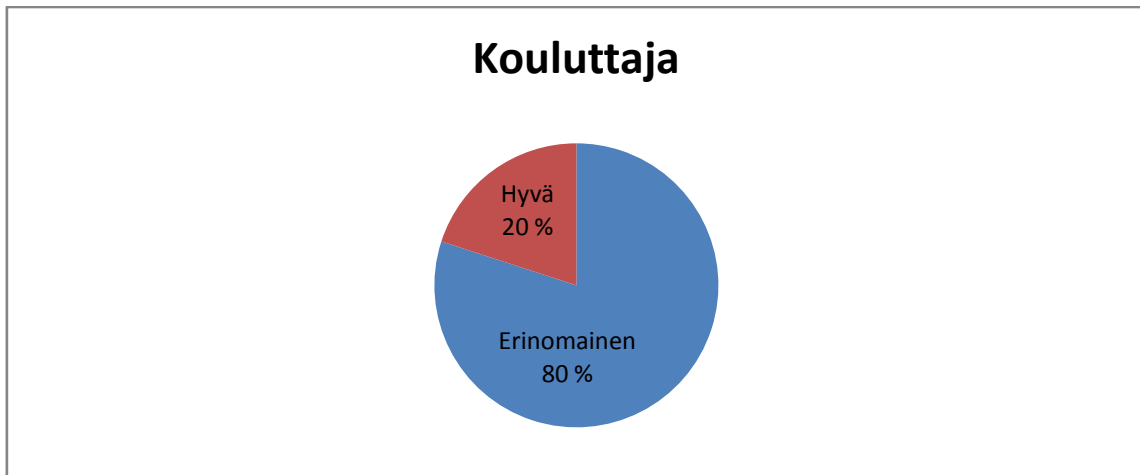
KUVIO 2 Koulutuspäivän sisällön hyödyllisyys koulutuspäivään osallistuneiden työn kannalta

Koulutuksen tavoitteiden täyttymisen arvioi yli puolet vastaajista erinomaiseksi, hieman alle kolmasosa hyväksi ja loput kaksi vastaajaa tyydyttäväksi (KUVIO 3). Kaikkien vastausten keskiarvo oli kuitenkin 4,4.



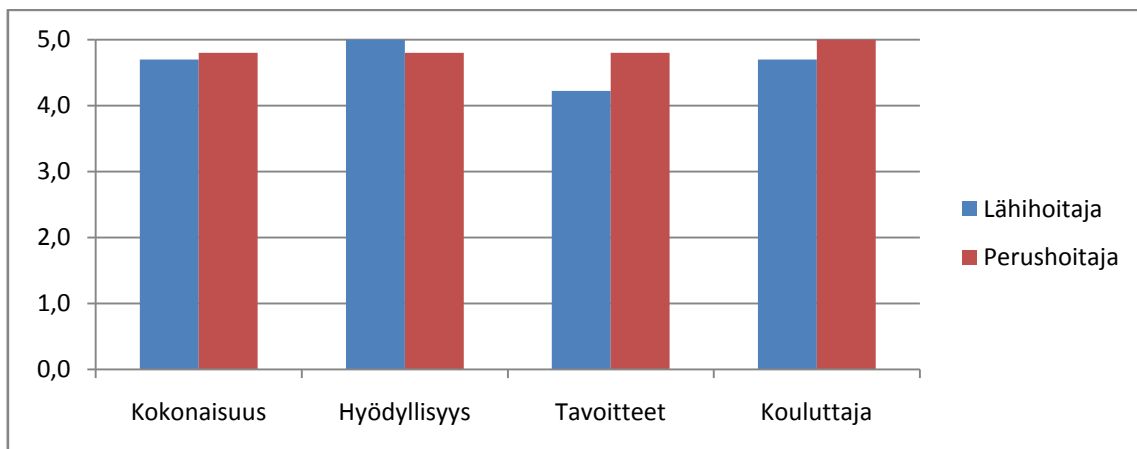
KUVIO 3 Koulutuksen tavoitteiden täyttyminen koulutukseen osallistuneiden mielestä

Kouluttajan ammattitaidon arvioi erinomaiseksi neljä viidestä kuulijasta ja hyväksi yksi viidesosa osallistujista (KUVIO 4). Yksi projektin tavoitteista oli opetus- ja ohjaustaitojen kehittäminen ja palautteen perusteella arvioin päässeeni tavoitteeseen ja uskon opetus- ja ohjaustaitoni olevan kohtalaisen hyvällä tasolla



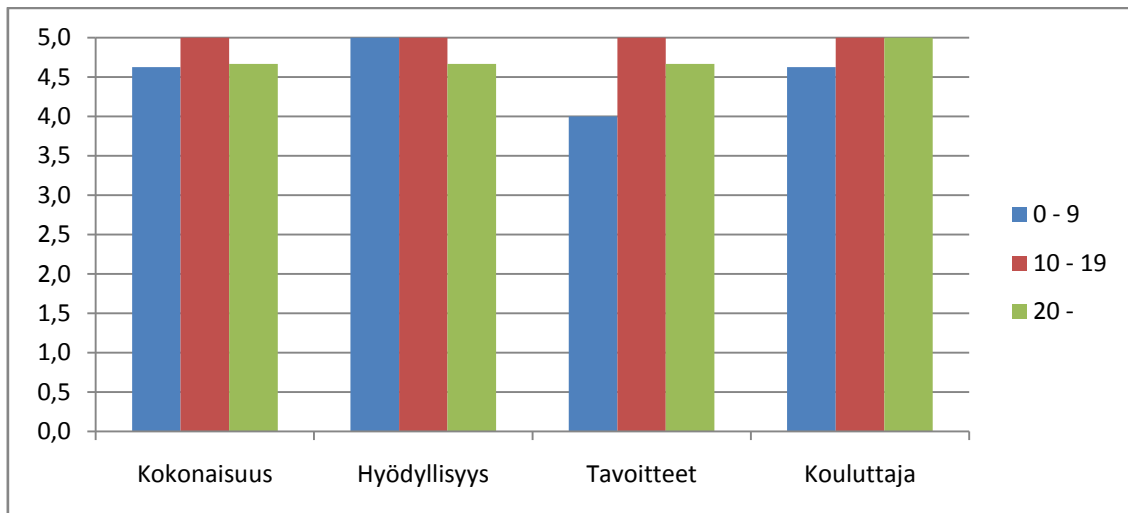
KUVIO 4 Kouluttajan ammattitaito koulutuspäivään osallistuneiden mielestä

Perushoitajien ja lähihoitajien tekemissä arvioinneissa ei ollut merkittäviä eroja (KUVIO 5). Lähihoitajat arvioivat koulutuksen tavoitteiden täyttymisen hieman huonommaksi kuin perushoitajat. Muissa arvioitavissa asioissa molemmat ammattiryhmät olivat lähes saama mieltä arvioinneissaan.



KUVIO 5 Koulutuspäivän arviointi ammattinimikkeittäin (keskiarvo)

Myöskään hoitoalan työkokemus ei vaikuttanut arviointeihin merkittävästi (KUVIO 6). Suurimmat erot näkyivät tässäkin arvioitaessa tavoitteiden täyttymistä. Alle 10 vuotta alalla työskennelleet arvioivat tavoitteiden täyttyneen hieman huonommin kuin kauemmin alalla työskennelleet.



KUVIO 6 Koulutuspäivän arviointi työkokemusvuosien mukaan (keskiarvo)

Vapaata palautetta lomakkeella antoi ainoastaan neljä vastaajaa. Kaikki vapaat palautteet olivat positiivisia: ”Kiitos mukaan tempaavasta koulutuksesta.”, ”Lyhyt ja ytimekäs”, ”Täyttä asiaa, erittäin hyödyllinen luento” ja ”Oikein hyvä, ammattitaitoinen!”. Olisin toivonut palautteessa myös kehittämissuhteita, mutta tällä kertaa niitä ei tullut.

Koulutuksen jälkeen sain lyhyesti suullista palautetta hoitotyöstä vastaavalta sairaanhoitajalta Anna-Liisa Uusitalolta. Palautteen perusteella koulutus oli sisällöltään oikeanlainen henkilökunnalle. Kouluttajana sain erittäin positiivista palautetta luontevasta ja ammattitaitoisesta luennoinnista. Kehittämiskohteeksi vastaava sairaanhoitaja mainitsi koulutuksessa mainittavien asioiden tarkemman miettimisen. Kehittämiskohde liittyi koulutuksessa mainitsemaani ja pohtimaani alueella mahdollisesti tapahtuvaan kotona asuvien vanhusten huonompaan kuntoon tulevaisuudessa. Vastaavan sairaanhoitajan mielestä tämän kaltaiset visiot saattavat aiheuttaa kotihoidon henkilökunnassa ahdistusta mahdollisen kasvavan työtaakan vuoksi.

8.3 Jatkokoulutus

Koulutuksen jälkeen keskustelin vastaavan sairaanhoitajan kanssa mahdollisuudesta hyödyntää kyseistä koulutusta tulevaisuudessa vanhustyönkeskuksen henkilökunnalle. Hänen mielestään samansisältöinen koulutus olisi erittäin hyvä ja tarpeellinen myös muulle kotihoidon henkilökunnalle. Myös päiväaikaan kotihoidossa työskentelevät hoitajat auttavat turvpuhelinhälytyksen tehneitä vanhuksia ja kohtaavat työssään akuutisti sairastuneita vanhuksia. Päivällä työtä tekevä kotihoidon henkilökunta vastaa koulutukseltaan yöpartion henkilökuntaa ja heidän kokemuksensa ja ammattitaitonsa on yhtenevä. Vastaava sairaanhoitaja toivoi minun pitävän tulevaisuudessa samanlaisen koulutuksen myös muulle alaisuudessaan toimivalle henkilökunnalle. Asiaan palataan mahdollisesti ensi keväänä riippuen työtilanteestani ja mahdollisuuksistani koulutusta järjestää.

Muina lisäkoulutustarpeina samalle henkilökunnalle voisi olla elvytyskoulutus ja käytännön harjoittein järjestetty koulutus luennoimistani aiheista. Elvytyskoulutus on keskitetty Pielaveden hoitohenkilökunnan osalta yhdelle poliklinikan sairaanhoitajista, johon vanhustyönkeskus aikoi olla yhteydessä. Muista koulutuksista ei koulutuksen aikana tai sen jälkeen keskusteltu, mutta uskoin koulutustarpeita nousevan esille tulevaisuudessa työn ja potilastapausten kautta.

9 POHDINTA

Laadukkaan hoitotyön edellytys on jatkuva lisäkoulutus uusimman tiedon saamiseksi ja siirtämiseksi käytännön hoitotyöhön. Onneksi nykyään lähes kaikki hoitotyötä tekevät yksiköt antavat henkilökunnalle mahdollisuuden osallistua lisä- ja täydennyskoulutuksiin säännöllisesti. Etenkin akuutit tilanteet, joita harvemmin kohtaa vanhustyössä, vaativat säännöllistä kertaamista. Harvoin kohdalle tulevia akuutteja tilanteita ei voi hoitaa laadukkaasti ilman ajantasaista tietoa.

Opinnäytetyön aihetta pohtiessani ja siitä keskustellessani kohtasin laajalti epävarmuutta ja pelkoa akuutteja tilanteita kohtaan. Lisäkoulutus ja uusimman tiedon omaksuminen tuo varmuutta kohdata vakavamminkin sairastunut asiakas. Jos hoitaja on koulutettu riittävän hyvin kohtaamaan akuutisti sairastunut ihminen, hän tuntee itsensä varmemmaksi kohdatessaan turvpuhelinhälytyksen tehneitä asiakkaita. Varmuuden lisääntyessä päätökset hoidon tarpeestakin todennäköisesti ovat asiakkaan kannalta oikeanlaisia.

Kyseisen projektin tuotoksena syntynyt koulutus näyttäisi arviointien ja käytyjen keskustelujen perusteella olevan sopiva juuri tällaiseen tarkoitukseen. Hoitohenkilökunta sai uusinta tietoa akuutisti sairastuneen vanhuksen kohtaamisesta ja sitä kautta varmuutta kohdata turvpuhelinasiakas. Toivon, että koulutus herättäisi tulevaisuutta ajatellen muitakin ajatuksia lisäkoulutuksen tarpeesta.

Asiakkaan kannalta mahdollisimman hyvin koulutettu ja asiansa osaava henkilökunta on ensiarvoisen tärkeä. Vain ammattitaitoinen henkilökunta voi auttaa asiakasta parhaalla mahdollisella tavalla. Etenkin vanhusväestö luottaa hoitohenkilökuntaan varauksettomasti ja henkilökunnan tulisi pystyä vastaamaan luottamukseen hoitamalla asiakasta sairauden vaatimalla parhaalla mahdollisella tavalla.

Omalta kohdaltani projekti oli hyvin opettavainen. Yksin toteutettu ja tiukasti aikataulutettu projekti opetti tiukkaa aikataulujen suunnittelua ja noudattamista. Yksin projektia toteuttaessa voi itse

päättää lähes kaikista asioista, mutta toisaalta puuttuu vertaistuki johon turvautua ongelmatilanteissa. Tulevaisuutta ja sairaanhoitajana työelämään siirtymistä ajatellen projektityön opettelu on tärkeää. Nykyisissä työyhteisöissä käynnistetään jatkuvasti isompia ja pienempiä projekteja, joihin sairaanhoitajana joutuu osallistumaan.

Myös ohjaustaidot ovat erittäin tärkeitä sairaanhoitajan työssä. Luentomuotoisen koulutuksen pitäminen ja siinä onnistuminen toi itselleni lisää varmuutta ohjata ja kouluttaa isompiakin ryhmiä. Sairaanhoitajan työssä tulee usein tilanteita, joissa ohjataan useampaa potilasta samanaikaisesti tai ryhmämuotoisesti. Tällaisten tilanteiden kannalta varmuus ohjaamiseen on tärkeää.

Tavoitteiden oikeanlainen asettaminen on projektimuotoisen opinnäytetyön onnistumisen kannalta tärkeää. Tässä projektissa onnistuin mielestäni asettamaan saavutettavissa olevat tavoitteet. Projektin onnistumista arvioidessani totesin tavoitteiden myös pääosin täytyneen. Projektin toteutusvaiheessa tavoitteiden täytyminen voi myös estyä. Tässäkin projektissa tavoitteeksi asetettu halukkuuden lisääminen yöpartioon ei toteutunut, koska koulutettava taho oli rajannut koulutukseen osallistujat ainoastaan yöpartion henkilökuntaan.

Opinnäytetyötä ja projektia toteutettaessa mietittäväksi tulevat myös eettiset kysymykset. Koulutusta järjestettäessä täytyy varmistaa koulutettavan aiheen asiasisällön oikeellisuus. Kyseisessä koulutuksessa varmistin oikeellisuutta keräämällä aineiston luotettavista lähteistä ja tarkistuttamalla aineiston lääkäriä. Valitettavasti kiireisen aikataulun vuoksi lääkärin tekemä asiasisällön tarkistus tapahtui vasta koulutuksen jälkeen. Mutta koska lääkäri totesi asiasisällön oikeaksi, ei koulutettava henkilökunta saanut väärää tietoa koulutettavista aiheista. Toisena eettisenä kysymyksenä esiin tuli henkilöiden nimien käyttö raportissa. Pyysin sähköpostitse luvan vanhustyönkeskuksen hoitotyöstä vastaavalta sairaanhoitajalta Anna-Liisa Uusitalolta käyttää hänen ja vanhustyönkeskuksen nimeä raportissa.

LÄHTEET

Ahonen J., Hartikainen J., Lehto M., Lund J., Kyhälä-Valtonen H., Mäkijärvi M., Mäkyne H., Peiponen M & Raatikainen P. 2011. Eteisvärinän hoito Suomessa – FinFib-tutkimus. Suomen Lääkärilehti 66 (45).

Aivoinfarkti. Käypä hoito. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologi-
nen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Hakupäivä 2.11.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051#s8>

Alaspää A. 2008. Hengitysvaikeus. Teoksessa Kuisma M., Holmström P. & Porthan K. (toim.)
2008. Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Anttila P. 2001. Se on projekti – vai onko? Hamina: AKATIIMI

Astma. Käypä hoito. 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyh-
distys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n
asettama työryhmä. Hakupäivä 2.11.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030#s15>

Engeström Y. 1988. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtiovarainministeriö

Eteisvärinä. Käypä hoito. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologi-
sen seuran asettama työryhmä. Hakupäivä 2.11.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50036#s9>

Harju T. 2010. Keuhkosairaudet. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim

Hellström M. 2000. Sata sanaa opetuksesta – Keskeisten käsitteiden käsikirja. Jyväskylä: PS-kustannus

Ikonen E-R. & Julkunen S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima

Kettunen S. 2003. Onnistu Projektissa. Helsinki: WSOY

Kettunen R. & Talvensaari T. 2009. Akuutin rintakivun kliininen tutkiminen. Suomen Lääkärilehti 64 (46)

Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Hakupäivä 2.11.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06040#s14>

Keuhkokuume. Käypä hoito. 2008. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Hakupäivä 2.11.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50073#s9>

Kuisma M. 2008. Neurologinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Kuisma M., Holmström P. & Porthan K. (toim.) 2008. Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Kuisma M. & Holmström P. 2008. Rintakipu. Teoksessa Kuisma M., Holmström P. & Porthan K. (toim.) 2008. Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Melkas H. 2003. Network collaboration within safety telephone services for ageing people in Finland. *Gerontechnology* 2 (4)

Mäkinen E., Niinistö L., Salminen P. & Karjalainen P. 1996. *Kotihoito*. Porvoo: WSOY

Mänty M., Sihvonen S., Hulkko T. & Lounamaa A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja tapaturmien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitos. Hakupäivä 9.10.2011. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/terveydenhuollon_ammattilaisille/tapaturmat/ikina-opas/verkkoversio-2007b29.pdf

Rauste - von Wright M. & von Wright J. 1994. *Oppiminen ja koulutus*. Helsinki: WSOY

Reitala J. 2002. Hengitysvaikeus. Teoksessa Castrén M., Kinnunen A., Paakkonen H., Pousi J., Seppälä J. & Väisänen O. 2002. *Ensihoidon perusteet*. Helsinki: Suomen Punainen Risti

Rossinen J. 2008. Rytmihäiriöt. Teoksessa Kuisma M., Holmström P. & Porthan K. (toim.) 2008. *Ensihoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Ruikka I. 1993. Vanhus potilaana. Teoksessa Tilvis R. & Sourander L. 1993. *Geriatría*. Helsinki: Duodecim

Ruuska K. 2007. *Pidä projekti hallinnassa*. Helsinki: Talentum

Sammalkorpi K. 2010. Infektiotaudit. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) 2010. *Geriatría*. Helsinki: Duodecim

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Käypä hoito. 2009. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä. Hakupäivä 2.11.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04058#s1>

Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypä hoito. 2009. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Hakupäivä 2.11.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04050#s8>

Säljö R. 2001. Oppimiskäytännöt – Sosiokulttuurinen näkökulma. Helsinki: WSOY

Tilvis R. 2010. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R., Viitanen M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim

Tilvis R. 2010. Kaatuileva vanhus. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim

Tilvis R. 2010. Sydän- ja verisuonitaudit. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim

Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim

Viitanen M. 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim

Väisänen O. & Lassus J. 2002. Mekaaninen vammautuminen. Teoksessa Castrén M., Kinnunen A., Paakkonen H., Pousi J., Seppälä J. & Väisänen O. 2002. Ensihoidon perusteet. Helsinki: Suomen Punainen Risti

LIITTEET

LIITE 1 Tuntisuunnitelma

LIITE 2 Koulutuspalautelomake

LIITE 3 Diaesitys

TUNTISUUNNITELMA**15.11.2011 KLO 14.00 – 16.30**

Tavoite: Koulutuspäivän tavoitteena on, että osallistujat oppivat arvioimaan turvpuhelinhälytyksen tehneen asiakkaan terveydentilaa ja mahdollista hoidon tarvetta. Koulutuspäivän jälkeen osallistuneen hoitohenkilökunnan tulisi osata yleisimpien vanhusten akuuttitilanteiden arviointi.

Aikataulutus ja sisällöt

AIHE	AIKA	SISÄLTÖ	OPETUSMUOTO
Orientointi ja motivointi	10 min	Kouluttajan esittely Koulutuksen tausta Koulutuksen tavoitteet Aikataulun esittely	Esittävä/luento Havainnollistaminen diaesityksellä
Ensiarvio	15 min	Ensiarvio Peruselintoimintojen nopea arviointi - hengitys - verenkierto - tajunta	Luento Kysymyksiin vastaaminen Havainnollistaminen diaesityksellä
Hengitysvaikeus	25 min	Hengitys Hengenahdistus Hengityksen arviointi Hengitysvaikeuden syitä - keuhkopöhö - astmakohtaus - COPD - keuhkokuume Hengitysvaikeuden vaikeusaste	Luento Kysymyksiin vastaaminen Havainnollistaminen diaesityksellä

Rintakipu	20 min	Rintakivun syyt - sydänperäiset - ei-sydänperäiset Sepelvaltimotauti Angina pectoris Sydäninfarkti Haastattelu ja tutkiminen Sydänperäisen kivun oireet	Luento Kysymyksiin vastaaminen Havainnollistaminen diaesityksellä
Tauko	10 min		
Rytmihäiriöt	15 min	Yleistä rytmihäiriöistä Eteisvärinä Kammiotakykardia Hitaat rytmihäiriöt Rytmihäiriöiden arviointi	Luento Kysymyksiin vastaaminen Havainnollistaminen diaesityksellä
Aivohalvaus	20 min	Yleistä aivohalvauksesta Aivohalvauksen oireet Tutkiminen Toimenpiteet	Luento Kysymyksiin vastaaminen Havainnollistaminen diaesityksellä
Kaatuminen	20 min	Kaatuminen Kaatumisen aiheuttamat vammat Tutkiminen Toimenpiteet	Luento Kysymyksiin vastaaminen Havainnollistaminen diaesityksellä
Palaute ja lopetus	15 min	Luennoilla heränneisiin kysymyksiin vastaaminen Kirjallinen ja suullinen palaute	Kysymyksiin vastaaminen Kirjallinen koulutuspa-lautelomake

LIITE 2

KOULUTUSPALAUTE

Opiskelen Oulun seudun ammattikorkeakoulussa Oulaisten yksikössä hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi. Koulutustilaisuus on osa opinnäytetyötäni.

Toivon, että antaisit palautetta koulutuspäivästä vastaamalla lomakkeen kysymyksiin.

Asteikko 1-5: 5=Erinomainen, 4=Hyvä, 3=Tyydyttävä, 2=Välttävä, 1=Heikko

Ammattinimikkeesi _____ Hoitoalan työkokemus vuosina _____ vuotta

Arviosi koulutuspäivästä kokonaisuutena

5 4 3 2 1

Sisällön hyödyllisyys työsi kannalta

5 4 3 2 1

Koulutuksen tavoitteiden täytyminen (Lisätä tietämystä hoidon tarpeen arvioinnista ja saada varmuutta kohdata turvapuhelinasiakas)

5 4 3 2 1

Kouluttajan ammattitaito

5 4 3 2 1

Vapaa palaute (jatka tarvittaessa kääntöpuolelle)

15.11.2011

PIELAVEDEN VANHUSTYÖNKESKUS

TAUSTAA

- Mikko Hautamäki,
sairaanhoitajaopiskelija
- Aikaisempi koulutus lähihoitaja,
ensihoito ja mielenterveys- ja päihdetyö
- Työkokemusta Niuvanniemen
sairaalasta, Tarinan sairaalasta,
Pielaveden tk:n poliklinikalta ja
sairaankuljetuksesta

TAUSTAA

- Koulutus liittyy opinnäytetyöhön
- Tarkoituksena pitää koulutus hoidon tarpeen arvioinnista
- Koulutuksen jälkeen toivon palautetta lomakkeella
- Kysymyksiä, keskustelua ja esimerkkejä toivotaan!!

OHJELMA

- Klo 14.00 – 14.10 Alkusanat ja orientoituminen
- Klo 14.10 – 15.10 Ensiarvio, hengenahdistus ja rintakipu
- Klo 15.10 – 15.20 Tauko
- Klo 15.20 – 16.15 Rytmihäiriöt, aivohalvaus, kaatuminen
- Klo 16.15 – 16.30 Palaute ja lopetus

ENSIARVIO

ENSIARVIO

- ⦿ Nopea arvio tilanteen vakavuudesta
- ⦿ Mako potilas liikkumattomana vai käveleekö vastaan
- ⦿ Esim. kylmänhikinen ja kalpea rintakipupotilas tai rohiseva hengitysvaikeuspotilas → vaatii välitöntä hoitoa
- ⦿ Kävelevä ei todennäköisesti välittömässä hengenvaarassa

PERUSELINTOIMINTOJEN SELVITTÄMINEN

- Verenkierron ja hengityselimistön häiriöissä hengenvaara
- Esim. sydäninfarktipotilaan verenpaineen romahtaminen
- Tajunnan tason selvittäminen kuuluu myös peruselintoimintojen selvittämisen yhteyteen

TAJUNTA

- Ensiarviossa riittää karkea arviointi
- Onko tajuissaan (vastaileeko) vai tajuton
- Jos tajuton → ravistellaan hartioista (varoen jos epäillään kaularankavammaa)
- Jos ei herää → hengityksen arvio

HENGITYS

- Tuntuuko ilmavirta
- Tunnustellaan käden selkäpuolella
- Ei ilmavirtaa → yritä avata ilmatietä leukaa nostamalla
- Jos ilmavirta tuntuu avaamisen jälkeen, kuuntele kuuluuko ylimääräisiä ääniä
- Jos kuuluu, tyhjennä suu/nielu mahdollisista eritteistä
- Jos ei ilmavirtaa edelleenkään → elvytys?

VERENKIERTO

- Ensiarviossa riittää valtimopulssien tunnustelu
- Reagoimattomalta tarkistetaan kaulavaltimopulssi (ei helppo, jos ei hengitä aloita elvytys ilman pulssin tarkistusta)
- Tajuissaan olevalta rannesyke

JÄRJESTYS

- ◉ Muistisääntönä ABC
- ◉ A = Airway = Ilmatie
- ◉ B = Breathing = Hengitys
- ◉ C = Circulation = Verenkierto

HENGITYSVAIKEUS

HENGITYS

- Tarkoituksena saavuttaa kudoksissa riittävä happipitoisuus
- Poistaa elimistössä syntyneen hiilidioksidin
- Hengityksen säätely tapahtuu automaattisesti hengityskeskuksesta (tiettyyn rajaan saakka voidaan säädellä tahdonalaisesti)

HENGITYS

- Tärkeimmät hengityslihakset pallea ja kylkiluuvälilihakset
- Normaalisti vain sisäänhengityksessä tehdään lihastyötä
- Uloshengitys tapahtuu keuhkojen kasaanpainumistaipumuksen takia automaattisesti

HENGENAHDISTUS

- Yleisimpiä vaivoja sairaalan ulkopuolella
- Yleisimpien sairaankuljetustehtävien joukossa aiheuttaa toiseksi eniten kuolemia sairaalan ulkopuolella
- Hengenahdistuksen syistä puolet keuhkoperäisiä ja kolmasosa sydänperäisiä

HENGITYKSEN ARVIOINTI

- Arvioidaan erikseen:
 - Happeutuminen
 - Hengitystyön määrä
 - Hiilidioksidin poisto

HAPPEUTUMINEN

- Happeatumisen häiriö johtuu yleensä ongelmista keuhkorakkuloissa
- Häiriöitä voi aiheuttaa neste keuhkorakkuloissa, tulehduserite, rakkuloiden paksuuntuminen tai tuhoutuminen
- Löydöksinä sinertävyys (syanoosi) ja happisaturaation lasku

HENGITYSTYÖ

- Hengitysvaikeudessa lähes aina lisääntynyt hengitystyö
- Elimistö yrittää tehostaa kaasujen vaihtoa
- Hengitystiheys ja hengityksen laajuus lisääntyvät
- Apulihakset käytössä eikä kykene pidättämään hengitystä
- Johtaa nopeasti hengitys- ja sydänpysähdykseen

HIILIDIOKSIDIN POISTO

- Hankala todeta häiriö ilman valtimoverinäytettä
- Ongelmat hiilidioksidin poistossa johtaa hiilidioksinarkoosiin ja tajuttomuuteen
- Häiriötilaa voi epäillä, jos:
 - Hengitystaajuus harva
 - Potilas uninen
 - Happisaturaatio matala

HENGITYSVAIKEUDEN SYITÄ

- Keuhkopöhö
- Akuutti astmakohtaus
- COPD:N pahenemisvaihe
- Keuhkokuume
- Keuhkoembolia
- Hyperventilaatio
- Vierasesine hengitysteissä

KEUHKOPÖHÖ

- Sydämen vajaatoiminnan aiheuttama
- Nestettä keuhkoissa
- Löydöksiä:
 - Työläs hengitys
 - Kohonnut hengitystaajuus
 - Rohiseva hengitys
 - Rintakipu
 - Jalat turvoksissa
 - Joskus suusta punertavaa vaahtoa
 - Potilas hakeutuu istuvaan asentoon

ASTMAKOHTAUS

- Erittäin yleinen sairaus
- Tulehdustila hengitysteissä
- Löydöksiä:
 - Työläs hengitys
 - Kohonnut hengitystaajuus
 - Vaikeutunut uloshengitys
 - Pidentynyt uloshengitys
 - Äänekäs ja vinkuva uloshengitys
 - Kertoo sairastavansa astmaa

COPD

- ⊙ Krooninen ahtauttava keuhkosairaus
- ⊙ 90 %:ssa taustalla tupakointi
- ⊙ Löydöksiä:
 - Yleensä yli 50-vuotias
 - Tupakoinut pitkään
 - Tynnyrimäinen rintakehä
 - Käyttää yleensä astmalääkkeitä

KEUHKOKUUME

- ⊙ Yleisin kuolemia aiheuttava infektiosairaus
- ⊙ Usein virustaudin jälkitautina
- ⊙ Löydöksiä:
 - Muistuttaa keuhkopöhöä
 - Kehittyy yleensä päivien kuluessa
 - Tyypillisesti kuume, infektio ja hengitysvaikeus
 - Vihreitä/ruskeita ysköksiä

HENGITYSVAIKEUDEN VAIKEUSASTE

- ◉ Normaali: hengitystaajuus alle 20, ei käytä apulihaksia, puhuu normaalisti
- ◉ Lievä: hengitystaajuus 20-25, valittaa ahdistusta, ei käytä apulihaksia, puhuu normaalisti

HENGITYSVAIKEUDEN VAIKEUSASTE

- ◉ Kohtalainen:
 - Hengitystaajuus 25-30
 - Kaulan apuhengityslihakset käytössä
 - Vaikeus puhua kokonaisia lauseita

HENGITYSVAIKEUDEN VAIKEUSASTE

○ Vaikea:

- Hengitystaajuus 30-35
- Hartioiden ja vatsan apulihakset käytössä
- Vaikeus puhua kokonaisia sanoja
- Ei jaksa kunnolla yskiä

HENGITYSVAIKEUDEN VAIKEUSASTE

○ Uhkaava romahdus:

- Hengitystaajuus yli 30, vaihtelee säännöttömästi
- Yleistila huono: sekava, riuhtova
- syanoosi

RINTAKIPU

SYITÄ

- Jaetaan sydänperäisiin ja ei-sydänperäisiin
- Sydänperäisistä yleisimpiä ovat sepelvaltimotaudin aiheuttamat angina pectoris ja sydäninfarkti
- Muita sydänperäisiä mm. sydänpussin ja –lihaksen tulehdus
- Ei-sydänperäisiä syitä mm. ruokatorvi- ja vatsaperäiset syyt, keuhkopussin tulehdus, rintakehän rakenteiden kiputilat, masennus ja paniikkihäiriö

SEPELVALTIMOTAUTI

- Tunnetuin ja merkittävin rintakivun aiheuttaja
- Tarkoittaa sepelvaltimoiden ahtautumista
- Kun yli puolet suonesta tukossa, hapenpuute aiheuttaa rasitusrintakipua
- Riskitekijöinä perimä, korkea kolesteroli, kohonnut verenpaine, tupakointi, diabetes, lihavuus, liikunnan puute

ANGINA PECTORIS

- Sydänperäinen hapenpuutteesta johtuva rintakipu
- Tyypillisesti ilmaantuu rasituksessa ja helpottuu levossa ja nitrolla
- Osalla kivun sijasta ahdistus ja hapen loppumisen tunne
- Levossa ilmaantuva kipu viittaa korkeariskiseen tilanteeseen

SYDÄNINFARKTI

- Sepelvaltimon tukkeutuminen ja siitä aiheutuva sydänlihaksen iskemia
- Seurauksena kova rintakipuoireisto
- Voi olla myös ensimmäinen oire sepelvaltimotaudista
- Osalla kivuton (vanhukset, diabeetikot)
- Vanhuksilla oireena saattaa olla yleistilan romahtaminen tai vajaatoiminta pari päivää kivuttoman infarktin jälkeen

HAASTATTELU

- Onko kipua tällä hetkellä?
- Koska alkoi? Mitä oli tekemässä?
- Onko voimistunut?
- Kuinka kova kipu on?
- Missä kipu tuntuu? Säteileekö?
- Minkälaista kipu on? (puristava, repivä, pistävä, polttava)
- Onko muita oireita?

HAASTATTELU

- Onko alkanut äkisti vai pahentunut hiljalleen?
- Onko ottanut lääkettä (nitro)? Auttoiko?
- Vaikuttaako asento tai hengitys?
- Onko aikaisemmin ollut samanlaista?
- Aikaisemmat sairaudet ja nyky lääkitys

TUTKIMINEN

- Pulssi ranteesta (taajuus, tasaisuus)
- Ihon lämpö ja hikisyys
- Hengitystaajuus
- Verenpaine
- Ekg (ambulanssi, päivystys)

SYDÄNPERÄISEN KIVUN OIREITA

- Keskellä rintaa
- Laaja-alainen
- Puristava, painon tunne, vannemainen, polttava
- Säteilee kaulaan, hartiaan, käteen (vasempaan)
- Kipu tasaisen kova (asento ja hengitys ei vaikuta)
- Kipu pakottaa pysähtymään

HÄLYTTÄVIÄ OIREITA

- Potilas on hikinen
- Pulssi alle 50 tai yli 110
- Yläpaine alle 100 tai alapaine yli 100 (vertaa normaaliarvoihin)
- Ei jaksa puhua lauseita
- Kipua ollut vaihtelevasti edellisinä päivinä ja nyt muuttunut kovaksi ja yhtäjaksoiseksi

HÄLYTTÄVIÄ OIREITA

- ⦿ Diabeetikko
- ⦿ Vanhus
- ⦿ Pahoinvointi
- ⦿ Oksentelu
- ⦿ Juopunut/mielenterveyspotilas → tilanteen arviointi voi olla hankalaa

RYTMIHÄIRIÖT

RYTMIHÄIRIÖT

- Useimmat ihmiset tuntee joskus rytmihäiriötä
- Vaarattomia lisälyönnejä kaikilla → joskus tuntuvat jysähtelynä tai muljahteluna
- Eteisvärinä myös varsin yleinen
- Nopeat kammiooperäiset rytmihäiriöt harvinaisia, mutta tunnistaminen tärkeää

ETEISVÄRINÄ ELI FLIMMERI

- Yleinen rytmihäiriö
- Esiintyvyys lisääntyy iän myötä, 10 prosentilla yli 80-vuotiaista
- Voi ilmetä sydämeltään täysin terveillä
- Voi olla vähäoireinen, osa ei huomaa ollenkaan
- Nopea flimmeri voi laskea verenpainetta ja aiheuttaa sydämen vajaatoiminnan
- Hyytymäriski → aivohalvausriski

KAMMIOTAKYKARDIA

- Taustalla useimmiten sydänsairaus
- Voi olla lyhytkestoinen tai pitkäkestoinen
- Pitkäkestoisena ja hoitamattomana voi edetä kammiovärinäksi
- Hoidetaan sähköisellä rytminsiirrolla

HITAAT RYTMIHÄIRIÖT

- Rytmä voi myös olla liian hidas
- Jos potilas oireeton ja syke harva → ei välttämättä vakavaa
- Urheilijalla leposyke alle 50
- Jos syke alle 40 → yleensä epänormaali
- Syytä esim. digoksiinin liikkakäyttö, infarkti, eteis-kammiokatkos

RYTMIHÄIRIÖIDEN ARVIOINTI

- Onko tajunnantaso normaali?
- Onko verenpaine riittävä?
- Onko pulssi alle 50 tai yli 100-120
- Onko periferia lämmin?
- Onko hengitysvaikeutta?
- Onko rintakipua?

VAKAVA TILANNE

- Alentunut tajunnantaso + matala RR
- Keuhkopöhö
- Yläpaine alle 90 ja sokin oireita
- Nopea rytmihäiriö ja vaikea rintakipu

AIVOHALVAUS

AIVOHALVAUS

- ⦿ Joko aivoinfarkti tai aivoverenvuoto
- ⦿ 80 % aivoinfarkteja ja loput 20 % vuotoja
- ⦿ Aivohalvaukseen sairastuu vuosittain noin 14 000 henkilöä
- ⦿ Kolmanneksi yleisin kuolinsyy
- ⦿ Vuodoissa kuolleisuus alkuvaiheessa suurempi

AIVOHALVAUS

- Riskitekijöitä:
 - Korkea verenpaine
 - Tupakointi
 - Aiempi TIA-kohtaus
 - Aiempi aivohalvaus
 - Eteisvärinä
 - Sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta
 - Diabetes
 - Ikä (mitä vanhempi sitä suurempi riski)

OIREITA

- Toispuolihalvaus
- Tuntopuutokset
- Puheentuoton ja ymmärtämisen häiriö
- Nielemisvaikeus
- Näkökenttäpuutokset
- Näkökyvyn heikkeneminen
- Huimaus (kiertohuimaus)
- Pahoinvointi

TUTKIMINEN

- Peruselintoimintojen tarkistus → ABC
- Vuodot voivat johtaa merkittävään tajunnantason laskuun → riittämätön hengitys
- Aivohalvaus johtaa aivojen hapenpuutteeseen → elimistö pyrkii korjaamaan tilannetta → RR saattaa nousta hyvinkin korkealle
- Mahdolliset kaatumisen aiheuttamat vammat huomioitava

TUTKIMINEN

- Neurologinen tutkiminen
 - Tajunnan taso
 - Puheentuottokyky: pystyykö puhumaan, löytyykö sanat, kykeneekö lauseisiin, onko puhe epäselvää
 - Kasvot: onko kasvot symmetriset, roikkuuko suupieli
 - Yläraajat: puristusvoima
 - Alaraajat: onko lihasvoimissa eroja
 - Silmät: mustuaisten koko, symmetrisyys, valoreaktio

TOIMENPITEET

- Tärkeintä tunnistaa aivohalvaus!!
- Esitietojen kartoitus: milloin alkanut ja kauanko kestänyt, perussairaudet, lääkitys (erityisesti hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet), aikaisempi toimintakyky
- Nopea avun hälyttäminen (112)
- Potilaan asettaminen makuulle
- Hengityksen turvaaminen
- Ohimennyt kohtauskin vaatii tutkimuksia!!

KAATUMINEN

KAATUMINEN

- Yli 80-vuotiaista kotona asuvista noin puolet kaatuu kerran vuodessa
- Yli 65-vuotiaistakin kolmannes
- Naiset kaatuu useammin kuin miehet
- Vakavimpia vammoja pään vammat ja luunmurtumat
- Lonkkamurtuma yleinen vanhuksilla (käden ojennusrefleksi puuttuu)

VAMMAT

- Puolet kaatumisista johtaa pehmytkudosvammoihin
- 5 % johtaa murtumiin
- 5-10 % muihin vakaviin vammoihin kuten päävammoihin
- Päävammoja voivat olla aivotärähdys, aivoruhjevamma (pitkäaikainenkin tajuttomuus) ja pään alueen murtumat (kallonpohjan murtuma vakavin)

TUTKIMINEN

- ⦿ Ensiarvio:
 - Yleissilmäys: käveleekö, valittaako mitään, onko tajuissaan
 - Tarkempi tilanteen arviointi:
 - A = Airway = Ilmatie
 - B = Breathing = Hengittäminen
 - C = Circulation = Verenkierto
 - D = Disability = Tajunnantaso
 - E = Exposure = Paljastaminen

TUTKIMINEN

- ⦿ Päävammat
 - Tajunnantaso
 - Kallon ja kasvojen luiden tunnustelu
 - Vuotaako korvasta, nenästä tai suusta (veri tai kirkas vuoto voi olla merkki kallonpohjan murtumasta)
 - Potilaalla voi olla henkeä uhkaava aivovamma ilman ulkoisia merkkejä!!

TUTKIMINEN

- Lantio ja raajat
 - Lantio tutkitaan painamalla suoliluuharjoista kohtisuoraan alustaa vasten (periksi antaminen vakava löydös)
 - Raajoja tutkittaessa kiinnitetään huomiota raajojen toimintaan ja virheasentoihin
 - Reisiluun yläosan murtumissa tyypillistä raajaan lyhentymä ja kiertyminen ulospäin

TOIMENPITEET

- Jos vammoja löydettävissä tai tajunnantaso alentunut → soita 112
- Tyrehdytä verenvuoto mahdollisuuksien mukaan
- Vanhus kylmettyy sisätiloissakin lattialla nopeasti → pidä lämpimänä peittelemällä
- Yritä selvittää kaatumisen syy (kompastuminen, huimaus, TIA, joku muu)

TOIMENPITEET

- ◉ Jos selkeästi lyönyt päänsä → saattaa tarvita tarkempaa seurantaa (esim. käynyt tajuttomana, Marevan-hoito, ei muista tapahtunutta)
- ◉ Jos olet epävarma tai et saa ylös lattialta → soita 112 → Koskee myös aikaisempia aiheita!