



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenna Keskimäki & Rosa Koskiniemi

Sairaanhoitajien kokemukset aikuisen kouristelevan potilaan hoitoprosessista yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla

Opinnäytetyö

Kevät 2021

SeAMK sosiaali- ja terveystieteiden
Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK, Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Keskimäki Jenna ja Koskiniemi Rosa

Työn nimi: Sairaanhoidajien kokemukset aikuisen kouristelevan potilaan hoitoprosessista yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla.

Ohjaaja: Niina Keskinen TtM, lehtori & Kirsi Kivistö-Rahnasto TtM, Lehtori

Vuosi: 2021

Sivumäärä: 51

Liitteiden lukumäärä: 2

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin sairaanhoidajien kokemuksia aikuisen kouristelevan potilaan hoitoprosessista yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla. Kouristaminen on aivojen sähköisen toiminnan äkillinen häiriö. Kouristuksen aikana kaikki raajat ja vartalon lihakset kouristelevat eli jäykistyneet lihakset alkavat nykiä, jolloin myös potilaan tajunta katoaa. Yhteispäivystys on akuutin tilan hoitamista ja päivystysosastolla hoidetaan potilasta, jonka oireet ovat mahdollisesti jo väistyneet. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata sairaanhoidajien kokemuksia kouristelevan potilaan hoitoprosessista Seinäjoen yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla. Tavoite oli kehittää yhteispäivystyksen ja päivystysosaston aikuisen kouristelevan potilaan hoitoprosessia sairaanhoidajan näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena, jota täydennettiin laadullisin menetelmin. Kysely toteutettiin sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella ja vastaajina toimi yhteispäivystyksen sekä päivystysosaston sairaanhoidajat. Kyselyyn osallistui yhteensä 36 sairaanhoidajaa.

Opinnäytetyössä nousee esiin, että sairaanhoidajilla on selkeä käsitys kouristaneen potilaan hoitoprosessin toteuttamisesta yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla. Ongelmakohtina sairaanhoidajien vastauksista nousi jatkuva kiire, potilaspaikkojen vähäisyys tai potilaan haastava sijoittaminen poliklinikalla sekä osastolla, mikä vaikuttaa potilaan voinnin seurantaan. Haasteiksi koettiin myös yhtenäisten ohjeistusten puute. Hoitoprosessissa onnistumisiksi koettiin toimiva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä, sairaanhoidajien osaava toiminta potilasta tutkiessa ja toimenpiteitä tehdessä, lääkehoidon toteuttaminen sekä sujuva raportointi. Opinnäytetyön tuloksista nousi esiin eroavaisuuksia yhteispäivystyksen ja päivystysosaston välillä liittyen käytäntöihin ja hoitomuotoihin. Tulevaisuudessa olisi hyvä ottaa kouristelevan potilaan hoitoprosessi osaksi koulutustilanteita, jolloin hoitoprosessin käytäntö ja toteutus yhtenäistyisi sairaanhoidajien keskuudessa.

¹ Asiasanat: kouristus, kouristeleva potilas, yhteispäivystys, päivystysosasto.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: Social services and health care

Degree program: Registered nurse

Author/s: Keskimäki Jenna ja Koskiniemi Rosa

Title of thesis: Nurses' experiences of the treatment process of an adult convulsing patient in the emergency room and in the emergency department.

Supervisor(s): Niina Keskinen MNSc, Senior Lecturer & Kirsi Kivistö-Rahnasto MNSc, Senior Lecturer

Year: 2021

Number of pages: 51

Number of appendices: 2

This thesis studied nurses' experiences of the care of an adult spasmodic patient's treatment process in emergency room and emergency ward. The co-operation partner of this thesis was in the South Ostrobothnia Hospital District. The objective of the thesis was to develop the treatment process of an adult spasmodic patient in emergency room and on the emergency ward from the nursing point of view.

The thesis was implemented as a quantitative questionnaire, completed by qualitative methods. Nurses working in emergency room and emergency ward were interviewed using an electronic Webropol questionnaire. An electronic survey was created on the basis of comprehensive theory information in connection with the treatment of a spasmodic patient. A total of thirty-six (n=36) nurses participated in the survey.

The most important result was an overall picture of the realization of the treatment process in emergency room and on the emergency ward. The results can be interpreted that nurses have a clear understanding of the main features of how to carry out the patient's treatment process in emergency room and on the emergency ward. Challenging aspects indicated by the results of this thesis are continuous rush, not enough places for patients or challenging placement of a patient within ER and a on the ward that affect the patient's condition monitoring. Another challenge was also the lack of uniform instructions. In the treatment process, effective cooperation between the various professional groups, the competent operations of nurses in the examination of the patient and in implementation of nursing procedures, medication administration and fluent reporting were considered successful in the care process. There are also differences between the emergency room and the emergency ward regarding practices or treatment forms. The emergency room is to treat acute status and the emergency ward is treating patients whose symptoms may have already alleviated. In the future, it would be good to take a spasmodic patient's treatment process into education situations, whereby the practice and implementation of the treatment process would be harmonized among nurses.

¹ Keywords: convulsion, convulsive patient, Coordinated accident and emergency services, Department of Emergency.

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	1
Thesis abstract	2
SISÄLTÖ.....	3
Kuvio- ja taulukkuuettelo	5
Käytetyt termit ja lyhenteet	6
1 JOHDANTO	7
2 KOURISTELEVAN POTILAAN HOITOTYÖ	10
2.1 Kouristaneen potilaan hoitaminen	11
2.2 Laadukas kirjaaminen, raportointi ja hoitoprosessi	17
2.3 Yhteispäivystys ja päivystysosasto.....	19
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOTUS JA TAVOITE	20
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
4.1 Tiedonhankinta	21
4.2 Kysymyslomakkeen laadinta.....	21
4.3 Aineistoanalyysi.....	22
4.3.1 Määrällinen analyysi.....	22
4.3.2 Laadullinen analyysi.....	22
5 TULOKSET.....	24
5.1 Kysely kouristeleavan potilaan hoitoprosessista ja kyselyn esitiedot ..	24
5.2 Sairaanhoidajien kokemuksia mittausten ja tutkimusten toteuttamisesta	25
5.3 Sairaanhoidajien kokemuksia lääkehoidosta	29
5.4 Sairaanhoidajien kokemuksia kouristeleavan potilaan hoidon ohjauksesta ja raportoinnista	31
5.5 Sairaanhoidajien kokemuksia kouristeleavan potilaan hoitoprosessin kehityskohteista ja onnistumisista	33
6 POHDINTA	37

6.1 Tulosten tarkastelu	37
6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	41
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	42
LÄHTEET	45
LIITTEET	51

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden hoitajien työvuosien jakautuminen	25
Kuvio 2. Sairaanhoidajien kokemuksia hoitoprosessin kehityskohteista.....	33
Taulukko 1. Mitä potilaan neurologinen tutkiminen pitää sisällään sairaanhoidajien mielestä yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla.	28
Taulukko 2. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla eniten käytössä olevat lääkevalmisteet.....	31
Taulukko 3. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla sairaanhoidajien kokemat haasteet.....	35
Taulukko 4. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla sairaanhoidajien kokemat onnistumiset.	36

Käytetyt termit ja lyhenteet

- Kouristeleva potilas** Kouristuksen aikana kaikki raajat ja vartalon lihakset kouristelevat eli jäykistyneet lihakset alkavat nykiä ja potilaan tajunta katoaa. Kouristamisen jälkeen potilas voi olla unelias ja hänen tajunnantasonsa voi olla alentunut.
- Kouristaminen** Aivojen sähköisen toiminnan äkillinen häiriö. Kouristaminen kestää tyypillisesti muutamista minuuteista viiteen minuuttiin. Kouristaminen jaetaan yleistyneeseen ja paikalliseen kouristamiseen. Yleistyneessä kouristamisessa potilaan kehon raajat kouristavat symmetrisesti, paikallisessa kouristamisessa vain jokin osa kehosta.
- Yhteispäivystys** Yhteispäivystyksessä hoito on ympärivuorokautista kaiken ikäisille potilaille, joiden hoitoa ei voi siirtää enää myöhemmäksi ilman, että heidän olonsa menee huonommaksi tai vamma vaikeutuu. Potilas voidaan tuoda ensihoidon toimesta päivystykseen tai hän voi hakeutua sinne omatoimisesti itse ilman lähetettä.
- Päivystysosasto** Päivystysosastolle tullaan yhteispäivystyksestä ja hoitojakso siellä kestää keskimäärin noin 1–3 päivää. Potilaat tulevat päivystysosastolle odottamaan diagnoosin varmentumista tai lyhytaikaiseen seurantaan.

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on aikuisen kouristelevan potilaan hoitoprosessin tarkastelu sairaanhoitajien kokemusten perusteella Seinäjoen yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla. Kouristaminen johtuu yleensä aivojen sähköisen toiminnan äkillisestä häiriöstä, jota kutsutaan epileptiseksi kohtaukseksi (Manneri 2015). Karppinen, Ansakorpi ja Liisanantti (2016) ovat tutkineet epileptistä kohtausta tutkimuksessa Status Epilepticus ja heidän mukaansa, jos kohtaus kestää yli 30 minuuttia, kasvaa riski pysyvään vammaisuuteen tai jopa kuolemaan. Ennustetta voidaan parantaa nopealla ja tehokkaalla hoidolla. Tutkimuksessa on todettu, että epilepsian yleistyvyys on kasvanut viime vuosina.

Suomen väestöstä 8–10 % saa yhden epileptisen kohtauksen elämänsä aikana. Kouristelu kaupunkialueilla on yleisempää, kuin maaseuduilla muun muassa yleisemmän päihteiden käytön vuoksi, joka aiheuttaa kouristamista. (Kuisma ym. 2017, 446–451.) Erilaisia syitä kouristamiselle ovat liian alhainen verensokeripitoisuus insuliinihoitoisella diabeetikolla tai potilaan liian alhainen veren natriumpitoisuus. Kun diabeetikko alkaa kouristamaan, verensokeri on yleensä noin 1 mmol/l, hän on silloin insuliinisokissa. (Manneri 2015.) Hyperventilointi voi laukaista kouristuksen, jos veren hiilidioksidin määrä laskee liian alhaiseksi. Erilaiset aivoissa tapahtuvat muutokset, kuten aivoverenvuoto ja aivokasvain, ovat myös syitä kouristuskohtauksen laukaisemiseen. (Atula 2019.) Kouristaminen voi johtua myrkytyksestä, aivovammasta (pään kohdistunut isku), kuumeesta ja kuumuudesta, fyysisestä tai psyykkisestä yllärasituksesta, tiettyjen lääkkeiden käytön sivuvaikutuksesta sekä esimerkiksi epilepsialääkkeen tai rauhoittavien lääkkeiden äkillisestä lopettamisesta, unen puutteesta tai aistiärsykkeestä. (Kuisma ym. 2017, 446–451.)

Yksi neljästä äkillisistä kouristuskohtauksista johtuu alkoholinvieroituksesta. Kohtaukset ovat primaaristi yleistyviä tai paikallisalkuisia. (Koivisto, [Viitattu 4.1.2021].) Pitkä ja runsas alkoholinkäyttö voi aiheuttaa 1–2 päivän jälkeen juomisen loputtua vieroitusoireina kouristuskohtauksia, jotka voivat olla epileptisen kohtauksen kaltaisia (Manneri 2015). Päivystysvastaanoilla yksi tyypillisimpiä potilasryhmiä ovat alkoholinkäyttäjät, jotka saavat vieroituskouristuskohtauksia. Päihtynyt

kouristuskohtauksen saanut potilas tarvitsee aina kiireellistä hoitoa, vaikka hoidon tarve on näillä potilailla toistuvaa. (Behm 2015.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa aivovammojen hoidossa kouristus ensimmäisen viikon aikana lisää huomattavasti kuolemanriskiä verrattuna siihen, jos potilas kouristaa seuraavan 30 vuorokauden aikana. Yli viikon kuluttua tapaturmasta huomattu epileptinen kohtaus EEG:ssä tai kouristuskohtaukset eivät vaikuta kuolleisuuteen 30 kuukauden aikana. Eloon jääneillä kouristukset voivat liittyä pahempaan neurologiseen vaivaan. Mahdollisesti kolmasosasta puoleen aivovammapotilaista ilmenee epileptisiä purkauksia. (Siironen, Takala & Tanskanen 2017.) Suomessa 3000 uudesta epilepsiapotilaasta 150 hyötyy leikkaushoidosta, mutta vain puolet heistä pystytään leikkaamaan. Leikkaushoidosta voisi hyötyä moni muukin, mutta lääkäreiden tietoisuus leikkausresurssien puutteesta jättävät heidät lähettämästä potilaiden arviointipyyntöjä leikkauksesta. Leikkausta odottavien potilaiden äkkikuoleman riski on monikymmenenkertainen kaikkiin epilepsiaan sairastaviin verrattuna. Tämä osoittaa sen, että leikkaushoito on tarpeellinen. Myös heikko hoitomyöntyvyys lisää kaksinkertaisesti riskiä kuolla epilepsiaan, se myös lisää terveydenhuollon kustannuksia. (Sillanpää 2011.)

Potilaan kohtaaminen on tärkeä osa potilaan hoitoa, sillä usein potilaat ovat peloissaan heille tapahtuneesta kohtauksesta. Haastattelu vaatii taitoa kuunnella potilasta ja eläytymistä tilanteeseen. Potilaan ja omaisten reaktiot voivat vaihdella rauhallisuudesta järkytykseen, vaikka kohtaus olisi ollut lieväkin. Hoitohenkilökunnan tuleekin käyttäytyä hyvin ja suvaitsevasti hoitotilanteissa. Hoitohenkilökunnan ei tule keskustella omista henkilökohtaisista asioistaan potilaan läsnä ollessa vaan keskittyä potilaan hoitamiseen. Monilla potilailla voi olla useampia vaivoja, mutta tärkeää on aloittaa haastattelu nykyisestä vaivasta ja selvittää ajalliset yhteydet kuten, koska kohtaus alkanut ja kauanko se on kestänyt. (Kuisma ym. 2017, 124–125.)

Opinnäytetyön aihe on tärkeä kouristelevan potilaan hoitoprosessin kehittämisen kannalta, kehityksen avulla taataan laadukas hoito potilaille. Epileptisistä potilaista on paljonkin aiemmin tutkittua tietoa, mutta yleisesti kouristelevista potilaista ei niinkään. Seinäjoen keskussairaala ei ole aiemmin tuottanut kyseisestä näkökulmasta tutkimusta

yleisesti kouristelevien potilaiden hoitoprosessista. Opinnäytetyö auttaa organisaatiota näkemään hoitajien kokemuksia hoitoprosessin onnistumisesta. Hyvin toteutetun hoitoprosessin jälkeen on potilas saanut riittävät valmiudet toteuttamaan hoitoaan itse kotona, jolloin sairauden hoitotasapaino on riittävän hyvä kotona pärjäämiseen (Koskinen & Palonen 2019). Kun potilas on hoitoprosessin aikana hoidettu hyvin, voidaan mahdollisesti ennalta ehkäistä toistuvia päivystyskäyntejä, jolloin säästetään yhteiskunnan varoja. Opinnäytetyössä ei keskitytä kouristelua aiheuttaviin tekijöihin vaan siihen, kuinka kouristelevaa potilasta hoidetaan, sekä kuinka sairaanhoitajat kokevat hoidon toteutuvan yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kouristelevan potilaan hoitoprosessista Seinäjoen yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla. Opinnäytetyön tavoite on kehittää yhteispäivystyksen ja päivystysosaston kouristelevan potilaan hoitoprosessia sairaanhoitajan näkökulmasta. Yhteistyötahona toimii Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan päivystysosasto. Kohderyhmä on Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksen ja päivystysosaston sairaanhoitajat.

2 KOURISTELEVAN POTILAAN HOITOTYÖ

Kouristaminen jaotellaan yleistyneeseen ja paikalliseen kouristamiseen. Yleistyneessä kohtausmuodossa, jota kutsutaan toonis-klooniseksikouristamiseksi, on kaksi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa potilas on tooninen eli jäykistynyt, jolloin niska, raajat ja koko vartalo ovat jäykistyneet ojennukseen. Tämä vaihe kestää noin 20 sekuntia, jonka jälkeen alkaa toinen vaihe eli klooninen vaihe (kouristaminen). Tällöin niska ja raajat alkavat nykimään symmetrisesti. (Kuisma ym. 2017, 446–451.) Yleistyneessä kouristuksessa henkilön tajunta katoaa sekä kaikki raajat ja vartalon lihakset kouristavat. Kouristuksen aikana potilas voi purra kieleensä leukalihasten kouristelun vuoksi. Kouristuskohtauksen aikana henkilöllä katoaa virtsan ja ulostamisen pidätyskyky. Yleensä kouristusten kesto on viisi minuuttia ja ne menevät itsellään ohi. Kohtauksen jälkioireina ovat muun muassa muistamattomuus kohtauksesta, tokkurainen olo, lihaskipu sekä jopa koko päivän kestävä väsymys. Paikallisessa kouristuksessa esimerkiksi vain yksi raaja kouristaa eikä henkilö menetä tajuntaansa. (Atula 2019.) Paikallisia kouristuskohtauksia aiheuttavat esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöt (Tays 2018).

Kouristuskohtauksen jälkeen potilas voi jäädä tajuttomaksi tai hänen tajunnantasonsa on alentunut. Yleensä puolet pitkittyneistä kohtauksista jatkuu näin kouristuksen loputtua. Epileptisen kohtauksen ja pyörtymisen erottaminen onnistuu kohtauskulun ja tarkan anamneesin perusteella. Epileptisen kohtauksen aikana sympaattisen hermoston toiminta kiihtyy voimakkaasti, kun taas pyörtymisen aikana se vaimenee. Pyörtymiseen voi liittyä yksittäisiä lihasnytkähdyksiä, mutta ei rytmistä raajakouristamista. Tajuttomuus-kouristuskohtaus loppuu yleensä spontaanisti (90 % tapauksista) kahden minuutin kuluessa. Epileptisen kohtauksen jälkeen ja tajunnan menetyksen päätyttyä potilas on usein unelias ja sekava. (Soinila 2014.) Useinkaan epilepsiaa sairastavat eivät saa kouristuskohtauksia. Välttämättä ulkopuolinenkaan ei huomaa kohtausta, eikä ihminen itsekään aina. (Kauhala & Heiskanen 2020.)

On tutkittu, että stressi, väsymys ja unenpuute ovat yleisimpiä altistavia tekijöitä epileptikoilla kohtauksille. Video-EEG:n avulla voidaan nähdä, mikä aiheuttaa kohtauksia, mutta myös potilaan oma kokemus on tärkeässä roolissa. (Siltanen-

Lehtovaara 2015.) EEG on tutkimus, jossa kohtauksellisten oireiden selvittelyssä rekisteröidään aivojen sähköistä toimintaa (HUS kuvantaminen 2017). Siltanen-Lehtovaara (2015) on tutkinut epilepsiaa sairastaneiden potilaiden kokemuksia kouristuskohtauksista. Haastateltavat ovat nostaneet keskeisimmiksi käsitteiksi hallinnan pettämisen kohtauksen tullessa, selviytymiskeinojen löytämisen, sosiaalisen tuen tarpeen ja minäkuvan muuttumisen. Kohtaustiheydellä on yhteys selviytymisstrategioihin. Pitkällä aikavälillä voidaan nähdä vaikutusta psyydessä ja käyttäytymisessä, jos kohtausväli on tiheä.

Epilepsiaa sairastavan potilaan hoidossa on tärkeää tuntea koko potilas ja yksilöllisesti vastata hänen tarpeisiinsa. Potilaan olisi tärkeää pystyä kertomaan oma kohtaushistoriansa (puhkeaminen, laukaisevat tekijät, aurat, kohtaustyyppit, vaikutus tajuntaan, vammat ja toipuminen) omin sanoin. Fyysiset ongelmat saattavat vaikuttaa epilepsiaan, joten näistä olisi hyvä keskustella potilaan kanssa. Epilepsiapotilailla seurataan tarkasti lääkkeiden vaikutuksia, sitä miten potilas noudattaa lääkitystä ja, onko lääkityksestä kielteisiä haittavaikutuksia. Haittavaikutukset havaitaan nopeasti, kun tilannetta seurataan tarkasti neurologisilla arvioinneilla, verikokeilla ja potilaan kanssa keskustelemalla. Hoidon tavoitteena on aina kohtausten hallinta ilman sivuvaikutuksia. (Higgins ym. 2019.) Sairaanhoitajat, joilla ei ole epilepsiapotilaista kokemusta, käyvät potilaiden kanssa läpi rakentavampia ja perusteellisempia keskusteluja. Potilaat tarvitsevat tietoa muun muassa taudin vaikutuksesta muihin sairauksiin, epilepsialääkehoitojen lyhyt- ja pitkäaikaishoidon sivuvaikutuksista, sosiaalipalveluista sekä optimaalisista hoitokeinoista. (Buelow, Miller & Fishman 2018.)

2.1 Kouristaneen potilaan hoitaminen

Seinäjoen keskussairaalan päivystysosastolla on käytössä jo valmis hoitoprosessi kouristelevalle potilaalle hoitamiseksi. Kouristelevalle potilaalle hoitotyön tavoitteena on kohtauksettomuus, tutkimusten onnistuminen ja diagnoosin varmistaminen. Pitkäaikainen tavoite on potilaan normaali elämä ilman kohtauksia ja merkittäviä haittavaikutuksia. (Mylläri & Oosi 2019.) Yli 60 % epilepsiapotilaista saavuttaa edellä mainitut tavoitteet. Vuonna 2017 tehdyssä tutkimuksessa alle kaksi kolmasosaa juuri diagnosoiduista epilepsiapotilaista olivat kohtauksettomia vuoden kuluttua. Vuonna

2000 tehdyssä pienemmässä tutkimuksessa havaittiin, että 64 % ei saanut kohtauksia enää, joka on melkein sama kuin uudemmassa tutkimuksessa. (Y Ko 2020.)

Potilaan hoidossa tärkeintä on suojata potilasta, ettei hän vahingoita itseään kouristuskohtauksen aikana (Saastamoinen 2017). Potilaan pään alle laitetaan pehmuste suojaamaan päätä, suuhun ei saa laittaa mitään ja potilaan tulee antaa kouristaa vapaasti. Tarvittaessa nieluun voi laittaa nenänieluputken. (Kuisma ym. 2017, 446–451.) Tämän jälkeen kouristaminen tulee yrittää lopettaa laskimonsisäisesti annettavalla rauhoittavalla lääkityksellä, jonka annostuksesta lääkäri vastaa (Saastamoinen 2017). Tärkeää on turvata hengitystie, hapettuminen ja keuhkotuuletus sekä riittävä verenkierto. (Karppinen ym. 2016.) Kouristuksen pitkittyessä tukeudutaan tarvittaessa intubaatioon, jonka avulla pidetään ylähengitystiet avoimina hengityksen turvaamiseksi. (Saastamoinen 2017.)

Potilas vaatii päivystyksellistä hoitoa, jos potilaalla on ensimmäinen kohtaus tai epäily kohtauksesta, potilas saa ensimmäisen kohtauksen pitkään aikaan epilepsialääkityksestä huolimatta, kohtaus on pitkittynyt (yli 10 minuuttia), potilaan tajunnantaso on alentunut kohtauksen jälkeen, kouristelu on toistuvaa, kohtauksen syy on epäselvä, kohtaus on erilainen kuin aiemmat kohtaukset, kohtaus alkaa yhdestä raajasta tai toisesta kehon puoliskosta (Poikonen 2014). Yhteispäivystykseen saapuessa tarkkaillaan yleensä potilaan kouristamisen jälkitilaa (Soinila 2014). Sairaanhoitajat käyttävät ABCDE-toimintamallia apunaan tehdessään täsmennettyä tilannearviota potilaan vointia arvioidessa ja potilasta tutkiessa. Kirjaimet ovat lyhenteitä englanninkielisistä sanoista; A tarkoittaa hengitysteiden ja kaularangan tarvittavaa tukemista, B hengitystä, C verenkiertoa, D tajunnantaso ja karkeaa neurologista tutkimista sekä E potilaan paljastamista ja tutkimista. Potilaan peruselintoiminnot arvioidaan sekä havainnoidaan. Esiin nousseet ongelmat hoidetaan kiireellisyyden järjestyksessä. (Kuisma ym. 2017, 446–451.)

Kouristaneelle tai kouristavalle potilaalle tulee tehdä karkea neurologinen tutkimus. Karkea neurologinen tutkimus sisältää potilaan tajunnantaso ja kognitiivista tilaa arvioivia testejä. Testit ovat yksinkertaisia sekä nopeita orientaatiota ja toiminnanohjausta mittaavia testejä. Potilaan orientoitumista testataan kysymällä

henkilöllisyyttä, ikää, aikaa ja paikkaa. Aivohermojen toimivuutta tutkitaan arvioimalla katseen deviaatiota, näkökenttää ja kasvojen mimiikkaa. Näkökenttää arvioidaan liikuttamalla sormia potilaan molempien näkökenttien reunalla. Kasvojen mimiikkaa arvioidaan pyytämällä potilasta elehtimään kasvoillansa. Raajojen lihasvoimaa tutkitaan kannatteleamalla raajoja kämmenet ylöspäin 90 asteen kulmassa (istuva potilas) tai 45 (makaava potilas) asteen kulmassa. Raajoja tulisi jaksaa kannatella kymmenen sekunnin ajan, yläraajoja yhtä aikaa ja alaraajoja erikseen. Myös potilaan tuntoa kehossa arvioidaan koskettamalla potilasta ja havaitsemalla mahdolliset tuntopuutokset. Potilaan alkaessa kouristamaan yhteispäivystyksessä ollessaan kirjataan ylös kohtauksen alkaminen, ennakko oireet, kohtauksen alkamistapa ja oireet, kuten puolierot tai raajojen kouristus sekä liitännäishäiriöt: syljeneritys, kieleen pureminen tai, jos potilas virtsaa allensa. Potilaan sekavuus tulee tunnistaa, se toteutetaan arvioimalla potilaan kognitiivisia toimintoja. Yhteispäivystyksessä sairaanhoitajan tulee toteuttaa perusteellinen statustutkimus kuuden tunnin seurannan jälkeen, jos päädytään kotiuttamaan potilas. Näin varmistetaan, että potilas on toipunut kohtauksesta, eikä hänelle ole jäänyt siitä oireita, esimerkiksi kallonsisäistä vuotoa. (Soinila 2014.)

Lääkehoito on aina lääkärin määräämää ja tässä esitetyt lääkehoitoon liittyvät asiat ovat kirjallisuudesta poimittuja. Kouristuslääkkeet voidaan jakaa ensimmäisen (vanhat lääkkeet) ja toisen (uudet lääkkeet) sukupolven lääkkeisiin. Toisen sukupolven lääkkeet ovat paremmin siedettyjä, niillä on laajempi terapeuttinen alue. Ensimmäisen sukupolven lääkkeisiin kuuluu muun muassa fenytoiini ja bentsodiatsepiini. Toisen sukupolven lääkkeisiin kuuluu esimerkiksi levetirasetaami. (AMBOSS 2021.) Lääkehoito puolestaan voidaan jaotella ensimmäisen, toisen ja kolmannen vaiheen lääkehoitoon. Bentodiatsepiinit kuuluvat ensimmäisen vaiheen hoitoon, toisen vaiheen hoitoon kuuluu levetirasetamiini, fosfenytoiini ja valproaatti. Kolmannen vaiheen lääkehoitona käytetään anesteetteja. (Kuisma ym. 2017, 446–451.)

Epileptisen kouristuksen lääkehoidossa käytetään midatsolaamia posken limakalvoille tai intranasaalisesti annostuksella 0,25 mg/kg, jos suoniyhteyttä ei saada avatuksi. Kun suoniyhteys saadaan avattua, vaihtoehtoina on annostella laskimoon lyhytvaikutteinen diatsepaami 5–10 mg tai pitkävaikutteinen (jopa 24 h) loratsepaami 4 mg. Molempien

lääkkeiden vaikutus alkaa muutamassa minuutissa. Diatsepaamin annostus voidaan joutua lyhytvaikutteisuuden takia toistamaan useamman kerran, mutta loratsepaamin annostus voidaan toistaa vain kertaalleen pitkävaikutteisuuden vuoksi. (Epileptinen kohtaus (pitkittynyt; status epilepticus) 2016.) Shahin, Vashin ja Jagodan (2009) mukaan suonensisäisesti lääkittynä loratsepaami on yhtä tehokas kuin diatsepaami akuuttien toonis–kloonisten kouristusten hoidossa. On myös tutkittu, että näillä lääkkeillä on vähän haittavaikutuksia. Intranasaalisesti loratsepaamilla hoidetut potilaat tarvitsevat todennäköisesti vähemmän muita kouristuslääkkeitä jatkuvien kouristuksen hoitamiseen. Loratsepaami todettiin tutkimuksissa hyväksi lääkkeeksi sairaalan sisäisessä hoidossa käytettäväksi lääkkeeksi sen pitkäaikaisen tehon, helppokäyttöisyyden ja sivuvaikutusten vähäisyyden vuoksi. Tutkimuksissa verrattiin loratsepaamin ja diatsepaamin eroja ja loratsepaami todettiin tehokkaammaksi (60 %) kuin diatsepaami (43 %), mutta bentsodiatsepiinien ero ei ollut tilastollisesti merkittävä.

Mahdollisesti kolmasosasta puoleen aivovammapotilaista ilmenee epileptisiä purkauksia. Ei kouristukselliset epileptiset purkaukset ovat yleisempiä kuin pitkittyneet kouristukselliset purkaukset. Riskitekijöinä voivat olla painumismurtuma, laajat aivoruhjeet tai verenvuodot ja läpäisevät vammat. Lyhytaikaista noin viikon kestävää antiepileptiprofylaksiaa suositellaan käyttämään kouristuskohtauksessa varhaisessa vaiheessa, vaikka näyttöä siitä ei ole, että se vähentäisi purkauksia. Profylaktinen antiepileptinen lääkitys ei ehkäise myöhäisiltä epileptisiltä purkauksilta, eikä varhain aloitettu lääkitys vaikuta kuolleisuuteen. Epileptisen aktiviteetin voi ehkäistä jatkuvalla sedaatiolla bentsodiatsepiineillä, propofolilla tai barbituraateilla ilman antiepileptistä profylaksiaa. Myös hyviä ehkäisyväkkeitä ovat levetirasetaami ja fenytoiini. Kouristaminen voi lisätä kallonsisäistä painetta. (Siironen ym. 2017.)

Potilaan tullessa päivystysosastolle hänestä mitataan MET-pisteet, joilla mitataan potilaan vitaalielintoimintoja. Jatkossa potilaasta mitataan vitaalielintoiminnot ja lasketaan MET-pisteet vähintään kerran työvuorossa. (Mylläri & Oosi 2019.) MET-pisteet koostuvat hengitystaajuuden, syketaajuuden, verenpaineen, happisaturaation, ruumiinlämmön ja tajunnan tason yhteispisteistä. Hengitystaajuuden raja-arvot ovat alle 6 ja yli 30, syketaajuuden raja-arvot ovat alle 40 ja yli 130 kertaa minuutissa, systolisen verenpaineen raja-arvo on alle 90 mmHg sekä happisaturaation raja-arvo on äkillisesti

alle 90 %:n menevä arvo lisähapesta huolimatta. (Alanen, Karjalainen & Suoninen 2017.) Päivystysosastolla seurataan tasaisesti tajunnan tasoa, pupillien kokoa, silmien liikkeitä, raajojen jänteyttä ja voimaa sekä Babinskin heijastetta (jalkapohjaa raaputetaan, jolloin varpaat kääntyvät normaalisti jalkapohjan puolelle, ylöspäin kipristyminen liittyy hermovaurioon). Potilaan tilaa on hyvä seurata tasaisesti, että huomataan, jos oireet tai kouristus uusiutuu. Jos potilas on sijoitettu tavalliselle potilaspaikalle, hänellä on hyvä olla monitori- tai telemetriaseuranta. (Mylläri & Oosi 2019.) Potilaan hoidossa tulee huomioida myös potilaan kouristelun yhteydessä syntyneet vammat. Potilas voi kaatuessaan saada haavoja ja ruhjeita. Tyypillisimpiä vammoja ovat päänalueen haavat ja olkapään sijoiltaan meno. (Kuisma ym. 2017, 446–451.)

Kouristanut potilas hoidetaan päivystysosastolla intensiivivälvonnassa tai tavallisella osastopaikalla. Hoitava lääkäri päättää, missä potilasta hoidetaan. Hoitava lääkäri tekee myös päätöksen, saako potilas syödä osastolla ja määrää mahdollisen laskimonsisäisen nesteytyksen. Lääkäri tekee myös päätöksen potilaan lääkityksestä ja informoi potilasta yhdessä hoitajan kanssa sen tärkeydestä ja säännöllisyydestä. Kun potilas tulee osastolle, täytyy huomioida, onko hänestä otettu tarvittavia verikokeita perusverenkuva, nestetasapaino, verensokeri, tulehdusarvot, alaniiniaminotransferaasi eli ALAT, kreatiinikinaasi eli CK ja kalsium. (Mylläri & Oosi 2019.) Perusverenkuvaan kuuluvat punasolujen määrä ja tilavuusosaisuus, hemoglobiini, punasoluindeksit, punasolujen kokojakauma, valkosolut ja verihiutaleet (Tunturi 2020). Nestetasapainoa mitattaessa tutkitaan elimistön natriumpitoisuutta (P-Na), jota saa esimerkiksi suolasta. Viitearvot ovat 137–144 mmol/l. (Nykopp 2015.) Nestetasapainoa mitattaessa tutkitaan myös kalium (P-K), joka on tärkeä veren suola natriumin lisäksi. Munuaiset säätelevät kalium arvoa, viitearvot ovat: 3,3–4,9 mmol/l. Kolmantena mitataan kreatiniinia (P-Krea), joka kertoo munuaisten toiminnasta. Jos munuaiset eivät toimi normaalisti, se näkyy kreatiiniarvossa, viitearvot ovat miehillä: 60–100 µmol/l ja naisilla: 50–90 µmol/l. (Tunturi 2021a; 2021b.) Verensokeri mittaa paaston jälkeisen glukoositason, viitearvot ovat 4–6.1 mmol/l (Fimlab, [Viitattu 4.1.2021]). CRP eli tulehdusarvo on maksasolujen tuottama valkuaisaine, jonka viitearvo on alle 4 mg/l (Tunturi 2020). ALAT on aminohappojen aineenvaihduntaan liittyvä entsyymi ja se toimii maksasolujen sisällä. Viitearvot ovat naisilla alle 35 U/l ja miehillä alle 50 U/l. (Eskelinen 2016a.) CK on lihassoluissa yleinen

entsyymi, viitearvot ovat alle 50-vuotiailla miehillä 50–400 U/l, yli 50-vuotiailla miehillä 40–280 U/l ja naisilla 35–210 U/l. Kalsium on veren yksi tärkeimmistä aineista, jota tarvitaan muun muassa lihassolujen ja hermosolujen toiminnan säätelyssä. Viitearvot ovat 2,15–2,51 mmol/l. (Eskelinen 2016b.) Puuttuvat verikokeet tilataan seuraavalle aamulle. CK on otettava seuraavana aamuna, vaikka se olisi juuri otettu, sillä se mittaa lihasvaurioita. Jos CK-arvo on koholla, täytyy varmistaa riittävä nesteytysohje lääkäriltä. Lääkäri voi myös määrätä mitattavaksi epilepsialääkeainepitoisuuden, jos potilaalla on epilepsialääkitys. Lääkäri voi määrätä myös muita tutkimuksia otettavaksi, kuten sydänfilmin (EKG), aivosähkökäyrän (EEG), pään tietokonetomografian (pään TT) ja magneettikuvauksen (MRI), joista saadaan lisää tietoa potilaan tilasta sekä voidaan poissulkea kouristusta aiheuttavia tekijöitä. (Mylläri & Oosi 2019.) Tärkeää on jatkuva EEG-monitorointi vaikeahoitoisilla epileptisillä potilailla (Karppinen ym. 2016). Jos kouristaminen johtuu runsaasta alkoholin käytöstä, toimii hoitona alkoholin jättäminen pois sekä antiepileptisten lääkkeiden aloitus (Koivisto, [Viitattu 4.1.2021]).

Potilaan kouristelun syitä lähdetään yleensä jatkoselvittelemään ja hoitamaan, kun kohtaaminen on saatu hoidettua. On siis tärkeää potilaan jatkoselvittelyiden ja -hoidon kannalta, että potilaan esitiedot ja tutkimuslöydökset on kirjattu selkeästi ylös. (Kuisma ym. 2017, 446–451.) Potilaan jatkohoidon ja kotona selviytymisen kannalta voitaisiin potilaan kanssa käydä läpi esimerkiksi syitä, kohtaustyyppisiä, lääkitystä ja elämäntapamuutoksia. Tärkeää olisi myös antaa tietoa itse epilepsiaa sairastavalle siitä, miten elää normaalia elämää sairauden kanssa sekä oikea-aikaista tietoa kouluun ja työelämään siirtymisessä. Tärkeää on antaa potilaalle ja hänen läheisilleen tietoa ymmärrettävästi eikä terminologiaa hyödyntäen. Perheenjäsenille tarjottaisiin apua ensiaputilanteissa, ensiapulääkkeissä ja avun hälyttämisessä. Perheenjäsenet ovat tärkeässä roolissa, koska heiltä saadaan tietoa potilaan terveydentilan muutoksista. Hoidon koordinoinnissa on hyvä muistaa moniammatillinen yhteistyö eri terveyspalveluiden ammattilaisten kanssa, esimerkiksi neuvoloiden ja mielenterveyspalveluiden kanssa. Tietojen tallentaminen ja ajankohtaisuus ovat ensisijaisia, jotta pystytään ehkäisemään haittatapahtumien syntyä. Näin varmistetaan tietojen lähettäminen ajoissa oikeaan paikkaan ja määrättyjen testien tekeminen. (Higgins ym. 2019.) Potilaan itsehoitoon kuuluu se, että vältetään kohtauksia aiheuttavia tekijöitä, esimerkiksi valvomista, liiallista alkoholin käyttöä ja lääkityksen unohtamista.

Tärkeää on muistaa säännölliset elämäntavat, monipuolinen ruokavalio ja riittävä lepo. (Tays 2018.)

2.2 Laadukas kirjaaminen, raportointi ja hoitoprosessi

Laadukas kirjaaminen sisältää potilaan hoidosta aikajärjestyksessä laaditun potilaskertomuksen. Potilaskertomus sisältää ydintietoja eli potilaan keskeisimpiä tietoja kuten hoitajakso ja syy hoitoon hakeutumiseen, henkilötiedot, ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, toimintakyky, lääkehoito, fysiologiset mittaukset, tutkimukset, toimenpiteet, hoitotyön yhteenveto ja jatkohoitoa koskevat tiedot. Lisäksi hoitokertomuksessa on kerrottuna potilaan käytössä olevat apuvälineet ja mahdolliset hoidonrajaukset sekä hoitotahdot. Hoitotyön kirjaaminen tulee olla jäsenneltyä, siihen käytetään systemaattisen kirjaamisen mallia, joka on Finnish Care Classification (FinCC) -luokituskokonaisuus. Malli sisältää suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen, toimintoluokituksen ja tuloluokituksen. Tarve- ja toimintoluokitus koostuvat 17 hoitotyön sisältöalueesta ja sisältävät eri määrän pää- ja alaluokkia. FinCC -mallin mukaan potilaskertomukseen kirjataan hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Laadukas kirjaaminen on onnistuneen hoidon perusta. (Rautava-Nurmi ym. 2016.) Laadukas kirjaaminen on myös tärkeää, koska se helpottaa tiedonvaihtoa muiden mukana olevien hoitotahojen välillä. Ammattilaisen näkökulmasta se suojaaa ammattilaista oikeudellisissa asioissa. Yleisiä puutteita kirjaamisessa voi olla esimerkiksi selkeyden puuttuminen, epätarkkuus, kirjoitusvirheet, puuttuvat tiedot tai tallentamisen epäonnistuminen. (Nabwami 2018.)

Tiimityöskentely on tärkeäosa potilaan hoidon onnistumisesta. Moniammatillisen tiimin työskentelyssä tulisi nousta esiin ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuus. Työskentelyä selkeyttää roolien jako ja jokaisen tiiminjäsenen toimenkuvan nimeäminen, toimintojen suunnittelu, toimintamallin läpikäynti yhdessä tiimin kesken ja ennakointi. Tilannetietoisuutta pidetään yllä tilannekatsauksilla, näin varmistetaan, että jokainen tietää mitä potilaalle on tehty ja mitä ollaan vielä tekemässä. Jokaisen tiimin jäsenen tulee olla tietoinen hoidon vaiheista ja hoitosuunnitelmasta. Vuorovaikutus tiimin jäsenten välillä tulee olla molemminpuolista. Tiimin sisällä vastaanottaja kuittaa saadun viestin, jotta viestin sanoja tietää, että vastaanottaja on sen kuullut. Jokaisen

tiiminjäsenen on sitouduttava toimimaan toimintaohjeiden mukaan. (Kuisma ym. 2017, 109–110.)

Potilaan jatkohoidon turvaamisen kannalta keskeisenä hoitotyön keinona käytetään raportointia. Hyvä raportointi toteutetaan kirjallisesti ja suullisesti. Tällöin turvataan potilaan hoidon jatkuvuus esimerkiksi potilaan siirtyessä toiselle osastolle tai aamuvuoron vaihtuessa iltavuoroon, jolloin potilaan hoidosta vastaava hoitaja vaihtuu. Raporttia antaessa käytetään hyödyksi potilaan potilasasiakirjoja ja hoitosuunnitelmaa. (Rautava-Nurmi ym. 2016.) Kuopion yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että suullinen raportointihetki koetaan hyvänä keskusteluhetkenä ammattilaisten välillä, eikä siitä näin ollen haluta luopua. Suullisen viestinnän ongelmiin luetaan sen sisältö ja vastaanottajan kykyyn ymmärtää viesti. Raportti lisää myös ryhmähenkeä. (Hoffrén, Huovinen & Mykkänen 2011.)

ISBAR on raportoinnin apuväline, joka tulee sanoista: tunnista (Identify), tilanne (Situation), tausta (Background), nykytilanne (Assessment) ja toimintaehdotus (Recommendation). Hoitovirheiden riski kasvaa jopa 70 % huonon raportoinnin, tiedonkulun katkeamisen tai syntyneiden väärinkäsitysten takia. Näin ollen ISBAR helpottaa raportin antamista. (Ervasti ym. 2020.) Se on luotu yhdenmukaistamaan suullisen raportoinnin mallia. ISBAR mahdollistaa selkeän, tiivistetyn ja tarvittavan informaation raportoinnista. Menetelmä auttaa kertomaan potilaan tämänhetkisestä tilasta ja rohkaisee esittämään toimintaehdotuksia. (Sairaanhoitajat, [Viitattu 5.1.2021].)

Hoitotyön prosessi antaa hoitotyölle tietyn järjestyksen ja suunnan toteuttaa potilaan hoitoa. Prosessiin liittyy päätöksiä, jotka vaikuttavat seuraavien vaiheiden valintaan ja lopputulokseen. Hoitotyön prosessi on työväline ja ammatillisen käytännön ydin, joka auttaa päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa. Prosessi suunnitellaan aina potilaan näkökulmasta ja prosessin tuottama informaatio tulee jakaa kaikkien hoitoon osallistuvien henkilöiden kesken. Hoitotyön prosessi koostuu hoidontarpeen määrittämisestä, hoidon tavoitteista ja suunnittelusta, hoidon toteuttamisesta ja arvioinnista. Kaikki potilaan hoitoon liittyvät toiminnot ja oleelliset tiedot tulee kirjata potilastietoihin. Näin potilasta koskevat tiedot ovat kaikkien luettavissa, jotka hoitoon osallistuvat. (Rautava-Nurmi ym. 2016.) Kun hoitoa

suunnitellaan, käytetään hoidon tarveluokitusten komponentteja pää- ja alaluokkia. Hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa käytetään toimintoluokitusta. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012.)

2.3 Yhteispäivystys ja päivystysosasto

Yhteispäivystys on päivystyspoliklinikka, joka tarjoaa perus- ja erikoissairaanhoidon palveluita (Kuisma ym. 2017, 101). Yhteispäivystyksessä hoito on ympärivuorokautista kaiken ikäisille potilaille, joiden hoitoa ei voi siirtää enää myöhemmäksi ilman, että heidän olonsa menee huonommaksi tai vamma vaikeutuu. Potilas voidaan tuoda ensihoidon toimesta päivystykseen, tai hän voi hakeutua sinne omatoimisesti itse ilman lähetettä. Suositeltavaa on kuitenkin, että yhteispäivystykseen soitetaan ensin tilanteen arvioimista varten. Potilaita hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä ja arvion kiireellisyydestä tekee sairaanhoitaja. (Yhteispäivystys, [viitattu 5.9.2020].) Meilahden neurologisessa päivystyksessä hoidetaan vuosittain yli 700 kouristelevaa potilasta (Potilaan lääkirlehti 2015).

Päivystysosastolle tullaan yhteispäivystyksestä, hoitajakso siellä kestää keskimäärin noin 1–3 päivää. Potilaat tulevat päivystysosastolle odottamaan diagnoosin varmentumista tai lyhytaikaiseen seurantaan. Päivystysosastolla potilaat ovat eri erikoisalojen, iältään täysi-ikäisiä, potilaita. Hoidosta vastaa kunkin erikoisalan erikoislääkärit. Osastolla on 22 potilaspaikkaa, joista neljä on intensiivipaikkoja. Näillä neljällä paikalla hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat tehostettua valvontaa. Jatkohoitoon potilaat siirtyvät osastolta, joko erikoissairaanhoidon vuodeosastolle, terveyskeskukseen, tai he voivat kotiutua. (Päivystysosasto, [viitattu 5.9.2020].) Päivystysosastolla on tärkeää potilaan nopea luokittelu ja nopeasti tehtävät päätökset (Biomérieux, [viitattu 16.4.2021]).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOTUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kouristelevan potilaan hoitoprosessista Seinäjoen yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla. Opinnäytetyön tavoite on kehittää yhteispäivystyksen ja päivystysosaston kouristelevan potilaan hoitoprosessia sairaanhoitajan näkökulmasta.

Tutkimuskysymys on; Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on aikuisen kouristelevan potilaan hoitoprosessista?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on määrällinen tutkielma, jota täydennettiin laadullisilla menetelmillä. Kyselyyn toivottiin mahdollisimman paljon osallistujia, sillä tarkoituksena oli kartoittaa molempien sekä yhteispäivystyksen kuin päivystysosaston hoitoprosessin haasteita ja onnistumisia. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen sekä numeroiden avulla. Siinä ollaan kiinnostuneita erilaisista luokitteluista, syy-seuraussuhteista ja vertailuista tutkittavassa ilmiössä. (Jyväskylän yliopiston Koppa 2015.) Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkielma auttaa selvittämään parannuskohteita hoitoprosessiin. Laadullinen tutkielma sopii muodoksi silloin, kun halutaan tutkia jo tutkittua aihetta uudesta näkökulmasta. Kvalitatiivinen tutkielma on tutkittavien kokemuksiin perustuvaa ja luonnollisessa ympäristössä toteutettua tiedonhankintaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.)

4.1 Tiedonhankinta

Tietoa haettiin internetistä verkkosivuilta ja kirjoista. Lähteet ovat lähdekriittisesti valittuja verkkosivuja, haku on pyritty rajaamaan koskemaan julkaisuja viimeisen 10 vuoden ajalta. Opinnäytetyössä on jouduttu käyttämään myös yli 10 vuotta vanhoja tutkimuksia, sillä saatavilla ei ollut tuoreempia, jotka liittyisivät käsiteltävään aiheeseen. Tietoa haettiin suomeksi ja englanniksi. Tiedonhankinnan lähteinä käytettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin omia verkkosivuja, yhteistyötaholta saatuja materiaaleja kuten valmis hoitoprosessi, hoitoalan lehtiä, Duodecim-lehteä, Terveysporttia, Oppiporttia ja Käypä hoito –suositusta. Lisäksi käytettiin hoitotyöhön tarkoitettuja tiedonhankinta sivustoja kuten Medic ja Cinahl. Tietoa haettiin myös aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta ja oppikirjoista. Opinnäytetyön kohteena oli Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksen ja päivystysosaston sairaanhoitajat.

4.2 Kysymyslomakkeen laadinta

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena, jota täydennettiin laadullisin menetelmin. Opinnäytetyön aineisto hankittiin sähköisellä Webropol- kyselylomakkeella

yhteispäivystyksen ja päivystysosaston sairaanhoitajia. Sähköiseen kyselyyn päädyttiin osittain vallitsevan COVID-19 pandemian vuoksi. Aineiston keruu menetelmäksi valittiin kyselytutkimus, sillä opinnäytetyöhön toivottiin suurta vastaaja määrää. Teemahaastattelulla ei olisi saanut yhtä suurta otantaa. Kyselylomake sopi käytettäväksi tähän opinnäytetyöhön, sillä kyselyyn oli muotoiltu kysymykset ja valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselylomakkeessa oli myös muutama avoinkysymys, joiden vastaukset käsitellään jälkikäteen laadullisesti tai määrällisesti luokittelemalla. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuksen otos on harkinnanvarainen, minkä vuoksi siihen pyritään saamaan tutkittavaksi henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa aihetta mahdollisimman hyvin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67).

4.3 Aineistoanalyysi

Opinnäytetyössä analysoitiin sairaanhoitajien vastauksia hoitoprosessista ja sillä tavoin saatiin tietoa sen toimivuudesta. Vastauksissa haettiin tietoa siitä, mikä toimii hoitoprosessissa ja mikä ei sekä, kuinka vastausten pohjalta hoitoprosessia voitaisiin mahdollisesti kehittää.

4.3.1 Määrällinen analyysi

Opinnäytetyön kyselyn tulokset on esitetty prosentteina ja vastaajien lukumäärinä, jotka saatiin Webropol -työkalua käyttäen. Opinnäytetyön tulokset esitettiin tekstinä, kuvioina ja taulukoina. Kuvioita käytettiin, kun haluttiin esittää tietoa nopeasti ja luotettavasti sekä antaa yleiskuvaa jakaumasta. Taulukko sopi silloin esitystavaksi, kun numerotietoa on paljon. Tulosten tulkinta ja johtopäätökset on esitetty sanallisesti. (Vilkka 2017.)

4.3.2 Laadullinen analyysi

Sisällönanalyysilla oli tarkoitus luoda sanallinen, selkeä ja ymmärrettävä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla pyrittiin järjestämään teksti sellaiseen muotoon, että se sisälsi informaation tutkimustuloksista selkeästi ja tiiviisti. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Avoimet kysymykset on analysoitu aineistolähtöisellä

analyysimenetelmällä. Induktiivinen analyysi sopi tähän tutkimukseen, sillä kyselyn pohjalta on tehty yksittäisiä havaintoja, jotka johtivat johtopäätökseen. (Tieteen termipankki, [Viitattu 3.5.2021].) Avoimien kysymysten analysoimisessa käytettiin teemoittelua, jolloin tutkimusta on helpompi lukea ja asiat ovat helposti löydettävissä (Seuri 2020). Lisäksi aineistoa kvantifioitiin, jolloin analyysia jatkettiin ja sanallisesti kuvatusa aineistosta saatiin määrällisiä tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009).

5 TULOKSET

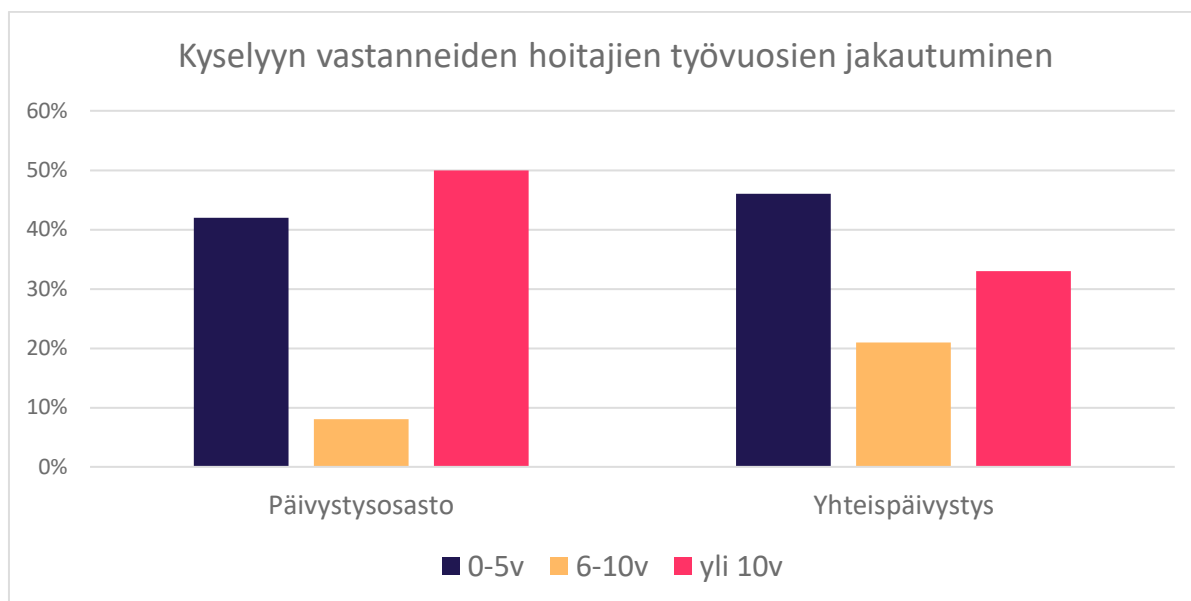
Opinnäytetyön kyselyn tulokset esitetään eriteltyinä yhteispäivystyksen ja päivystysosaston vastauksiksi. Tulokset on jaettu pääotsikoiden alle teemoittain. Kyselyyn vastanneiden määrä on kirjattu prosentteina ja numeraalisesti. Kyselyn vastaukset on esitetty sanallisena tekstinä, taulukkoina ja kuviaina.

5.1 Kysely kouristelevan potilaan hoitoprosessista ja kyselyn esitiedot

Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksen ja päivystysosaston sairaanhoitajille. Vastanneita oli yhteensä 36, joista 24 oli yhteispäivystyksestä ja 12 päivystysosastolta. Vastanneista 44 % (n=16) oli työskennellyt 0–5 vuotta, 6–10 vuotta työskennelleitä on 17 % (n=6) ja 39 % (n=14) oli yli kymmenen vuotta. Kaikki (n=36) antoivat suostumuksen kyselyyn.

Yhteispäivystyksessä sairaanhoitajista 46 % (n=11) oli työskennellyt 0–5 vuotta, sairaanhoitajista 6–10 vuotta oli työskennellyt 21 % (n=5), yli 10 vuotta vastanneista oli työskennellyt 33 % (n=8). **Päivystysosastolla** kyselyyn vastanneista oli työskennellyt 0–5 vuotta 42 % (n=5), 6–10 vuotta 8 % (n=1) ja yli 10 vuotta työskennelleitä 50 % (n=6). (Kuvio 1.)

Yhteispäivystyksessä kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien mukaan 96 % (n=23) oli sitä mieltä, että potilaan hoitajakso kesti 2–5 tuntia ja vastanneista 4 % (n=1) oli sitä mieltä, että hoitajakso kesti 6–10 tuntia. **Päivystysosastolla** kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien mukaan 92 % (n=11) oli sitä mieltä, että potilaan hoitajakso kesti 1–2 päivää ja vastanneista 8 % (n=1) mielestä 3–5 päivää.



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden hoitajien työvuosien jakautuminen

5.2 Sairaanhoidajien kokemuksia mittausten ja tutkimusten toteuttamisesta

Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla kaikkien vastanneiden mukaan (100 %, N=36) vitaalimittaukset (verenpaine, pulssi, happisaturaatio, hengitystaajuus ja lämpö) otettiin kouristaneesta potilaasta heti osastolle tulon jälkeen.

Yhteispäivystyksessä vastaajista 58 % (n=14) ei ota ollenkaan MET-pisteitä. Vastanneista 17 % (n=4) oli sitä mieltä, että ne mitataan kerran vuorossa, vastanneista 17 % (n=4) sitä mieltä, että MET-pisteet mitataan kolme kertaa vuorossa. Vastaajista 8 % (n=2) vastasi, että MET-pisteet mitataan kaksi kertaa vuorossa. Alle 10 vuotta sairaanhoitajana työskennelleistä 56 % (n=9) ei ota ollenkaan MET-pisteitä vuoron aikana, 19 % (n=3) ottaa kerran vuorossa, 6 % (n=1) ottaa kaksi kertaa vuorossa ja 19 % (n=3) kolme kertaa vuorossa. Yli 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista 63 % (n=5) ei ota ollenkaan MET-pisteitä, kun taas 13 % (n=1) ottaa kolme kertaa vuorossa, 12 % (n=1) kaksi kertaa vuorossa ja 12 % (n=1) kerran vuorossa.

Päivystysosastolla työskentelevistä sairaanhoitajista 50 % (n=6) otti MET-pisteet kaksi kertaa vuorossa. Sairaanhoitajista 42 % (n=5) otti kerran vuorossa ja

vastanneista 8 % (n=1) kolme kertaa vuorossa. Sairaanhoidajista, jotka ovat työskennelleet alle 10 vuotta, 50 % (n=3) ottivat MET-pisteet kerran vuorossa, 33 % (n=2) kaksi kertaa vuorossa ja 17 % (n=1) kolme kertaa vuorossa. Yli 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoidajista 67 % (n=4) ottaa MET-pisteet kaksi kertaa vuorossa ja kerran vuorossa 33 % (n=2).

Yhteispäivystyksessä 75 % (n=18) sairaanhoidajista kertoi toteuttavansa karkean neurologisen tutkimuksen kerran vuorossa. Kyselyyn vastanneista 17 % (n=4) kertoi toteuttavan karkean neurologisen tutkimuksen kerran vuorokaudessa, vastanneista 8 % (n=2) ei toteuta ollenkaan.

Päivystysosaston sairaanhoidajista 92 % (n=11) teki karkean neurologisen tutkimuksen potilaalle kerran vuorossa. Vastaajista 8 % (n=1) vastasi tekevänsä karkean neurologisen tutkimuksen kerran vuorokaudessa.

Yhteispäivystyksen 24 sairaanhoidajasta 19 oli vastannut kysymykseen; mitä neurologinen tutkimus sisältää. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoidajien vastaukset olivat pääasiassa monipuolisia. Yksi (n=1) vastanneista nosti esiin, että yhteispäivystyksessä potilaan neurologista statusta tutkittiin tiiviisti useita kertoja tunnin aikana. Neurologiseen tutkimukseen kuului sairaanhoidajien mukaan raajojen liikkuvuuden ja raajavoimien (n=10) sekä puristusvoimien tutkiminen (n=15), silmien tutkiminen (symmetrisyys, pupillien koko ja valoreagointi, silmien liike, näkökenttä) (n=13), puheen tuoton häiriöiden tutkiminen (n=11), tajunnantason ja orientoitumisen tutkiminen (n=5), kasvojen mimiikan (n=8) ja tuntoaistien tutkiminen (n=5) ja glasgow coma scale (GCS) (n=6). Sairaanhoidajat nostivat esiin vitaalielintoimintojen mittaamisen (n=2), sydänfilmin (n=2) ja verikokeiden ottamisen (n=2). Yksi (n=1) vastaajista nosti esiin pään CT- ja EEG-tutkimuksen tarvittaessa otettavaksi. (Taulukko 1.)

Päivystysosastolla sairaanhoidajat vastasivat eriävästi kysymykseen neurologisesta tutkimuksesta. Osa vastasi tutkivansa hyvin pitkästi ja monipuolisesti potilasta, osa hyvin lyhyesti. Sairaanhoidajien mukaan neurologiseen tutkimukseen kuuluu raajojen liikkuvuuden ja raajavoimien (n=10) sekä puristusvoimien tutkiminen (n=9), silmien

tutkiminen (valoherkkyys, pupillien koko ja valoreagointi, silmien liike, näkökenttä) (n=10), puheen tuoton häiriöiden tutkiminen (n=8), yhden (n=1) vastanneen mielestä glasgow coma scale (GCS) tulisi tutkia, useamman mielestä täytyy tajunnantaso tutkia (n=8), samoin potilaan liikkumista ja tasapainoa (n=9), puolieroja (n=5) sekä potilaan nielemisrefleksiä (n=4). (Taulukko 1.)

Päivystyksessä neurologista statusta seurataan tiiviimmin kuin kerran vuorossa. Neurologista tilaa arvioidaan useita kertoja tunnin aikana, jos potilaan tajunnassa on häiriöitä.

Seurataan potilaan tajunnantaso, mahdollista sekavuutta, orientoitumista aikaan ja paikkaan, raajojen voimaa/jäntevyyttä ja mahdollista lihasheikkoutta sekä mahdollisia puolieroja, pupillien kokoa ja silmien liikkeitä, onko deviaatiota sekä mahdollisia nykinöitä/kouristuksia. Vitaaleja tietysti seurataan (MET-pisteet) sekä sydämen rytmiä (potilas on monitorissa/TELE-seurannassa). Lisäksi tutkitaan, ettei ole mahdollisia tuntopuutoksia, kipuja, suupielen roikkumista, puheentuoton häiriötä, näön hämärtymistä, näkökenttäpuutosta, pahoinvointia/oksentelua, päänsärkyä, nielemisvaikeutta tai esim. kaksoiskuvia.

Taulukko 1. Mitä potilaan neurologinen tutkiminen pitää sisällään sairaanhoitajien mielestä yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla.

Yhteispäivystys	(N19)	Päivystysosasto	(N12)
Puristusvoimien tutkiminen	(n=15)	Puristusvoimien tutkiminen	(n=9)
Raajojen kannattelu voimien tutkiminen	(n=10)	Raajojen kannattelu voimien tutkiminen	(n=10)
Kasvojen mimiikan tutkiminen	(n=8)	Kasvojen mimiikan tutkiminen	(n=5)
Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen arviointi	(n=11)	Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen arviointi	(n=8)
Potilaan tuntoaistin tutkiminen	(n=5)	Potilaan kivun ja refleksien arviointi	(n=6)
Silmien ja pupillien tutkiminen	(n=13)	Silmien ja pupillien tutkiminen	(n=10)
Arviointi potilaan orientoitumisesta aikaan ja paikkaan	(n=5)	Potilaan tajunnantason arviointi	(n=8)
Puolierojen tutkiminen	(n=8)	Puolierojen tutkiminen	(n=5)
Karkea neurologinen tutkimus	(n=1)	Potilaan päänsäryn ja pahoinvoinnin arviointi	(n=5)
Potilaan vitaalielintoimintojen mittaaminen	(n=2)	Potilaan vitaalielintoimintojen mittaaminen	(n=1)
Potilaan verikokeiden tutkiminen	(n=2)	Potilaan nielurefleksin tutkiminen	(n=4)
Potilaan EKG (sydänfilmi) tutkiminen	(n=2)	Potilaan sydämen rytmin tutkiminen	(n=1)
Glasgow coma scale:n (GCS) tutkiminen	(n=6)	Glasgow coma scale:n (GCS) tutkiminen	(n=1)
		Potilaan liikkumisen ja tasapainon tutkiminen	(n=9)

Yhteispäivystyksessä kyselyyn vastanneista 29 % (n=7) otti potilaasta tulovaiheessa perusverenkuva (B-Eryt, B-HKR, B-Hb, E-MCH, E-MCHC, E-MCV, E-RDW, B-Leuk, B-Trom), nestetasapainon (P-Na, P-Krea, P-K), verensokerin (fP-

Gluk, A1cB-HbA1c), tulehdusarvot (P-CRP, Lasko), ALAT, CK ja kalsiumin (P-Ca, Ca-albk, Ca-ion). Vastanneista 4 % (n=1) ottaisi potilaalta tulovaiheessa kaikki muut verikokeet kuin edellä paitsi ei seuraavia; ALAT, CK ja kalsium (P-Ca, Ca-albk, Ca-ion). Vastanneista 67 % (n=16) ottaisi tulovaiheessa potilaalta jonkin muun. Esiin nostettiin perusveren kuvan, nestearvojen, tulehdusarvojen ja verensokerin lisäksi INR-arvo, TNT-arvo, Ca-ion, pro-BNP ja APTT.

Päivystysosastolta kyselyyn vastanneista 42 % (n=5) otti potilaasta tulovaiheessa perusveren kuvan (B-Eryt, B-HKR, B-Hb, E-MCH, E-MCHC, E-MCV, E-RDW, B-Leuk, B-Trom), nestetasapainon (P-Na, P-Krea, P-K), verensokerin (fP-Gluk, A1cB-HbA1c), tulehdusarvot (P-CRP, Lasko). Vastanneista 58 % (n=7) otti jonkin muun. Esiin nostetaan CK-arvo, epilepsialääkeainepitoisuudet ja lisäksi lääkärin määräämät verikokeet.

Yhteispäivystyksen sairaanhoitajista 71 % (n=17) oli vastannut, että joskus ottaa EEG:n kouristaneesta potilaasta ja vastanneista 29 % (n=7) ottaa harvoin EEG:n potilaasta. **Päivystysosaston** sairaanhoitajista 92 % (n=11) oli vastannut, että joskus ottavat kouristaneista potilaista EEG:n. Vastanneista 8 % (n=1) oli valinnut, että potilaasta otetaan EEG aina.

Yhteispäivystyksessä kaikki hoitajat (n=24) ottavat aina sydänfilmin potilaasta. **Päivystysosastolta** 42 % (n=5) oli vastannut, että kouristaneesta potilaasta otetaan harvoin sydänfilmiä. Sairaanhoitajista oli vastannut 33 % (n=4) joskus ja 25 % (n=3) oli vastannut, että sydänfilmi otetaan aina. Yli 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista 33 % (n=2) vastasi ottavansa joskus, 33 % (n=2) harvoin ja 33 % (n=2) aina. Alle 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista 50 % (n=3) otti harvoin sydänfilmiä kouristaneesta potilaasta. 33 % (n=2) vastasi, että joskus ja 17 % (n=1) aina.

5.3 Sairaanhoitajien kokemuksia lääkehoidosta

Yhteispäivystyksessä toteutettiin lääkehoitoa laskimonsisäisesti 100 % (n=24), lihakseen 29 % (n=7), suun kautta 25 % (n=6), jotain muuta kautta 33 % (n=8). Jotain

muuta kautta oli vastattu intranasaalisesti, bukkalisesti eli suun limakalvoille ja peräsuoleen.

Päivystysosastolla sairaanhoitajien mukaan 92 % (n=11) lääkitsee potilasta laskimonsisäisesti, 50 % (n=6) suun kautta, 33 % (n=4) lihakseen. Kyselyyn vastanneista oli 42 % (n=5) vastannut jokin muu. Päivystysosastolla sairaanhoitajat annostelevat lääkettä myös kouristelevalle potilaalle peräsuoleen ja intranasaalisesti. Kaksi (n=2) vastaaja nosti esiin, että potilasta hoidettiin yleensä akuuttivaiheessa laskimonsisäisillä lääkkeillä ja myöhemmin suun kautta annettavilla lääkkeillä.

Yhteispäivystyksessä käytettiin lääkärin määräyksen mukaan lääkkeitä. Suurin osa vastanneista käytti joko diatsepaamia (Stesolid) (n=21) tai midatsolaamia (Midazolam) (n=12) ensisijaisesti. Muita lääkkeitä, joita käytettiin hoitajien mukaan, olivat loratsepaami (Ativan) (n=21), levetirasetaami (Keppra) (n=15) ja fosfenytoiini (Pro-Epanutin) (n=3). Näiden lisäksi yksittäinen vastaaja oli vastannut käyttävänsä propofolia (n=1) ja lakosamidia (Vimpat) (n=1). (Taulukko 2.) Esiin nostettu myös kouristuksen syyn hoitaminen lääkkeellisesti, kuten nestetasapainon korjaaminen, mahdollisen infektion hoito tai epilepsian hoito.

Päivystysosastolla työskentelevät sairaanhoitajat kertoivat, että lääkäri määräsi aina lääkkeet, mutta yleensä käytettiin ensisijaisesti loratsepaamia (Ativan) (n=8) kouristuskohtaukseen, muita lääkkeitä olivat midatsolaami (Midazolam) (n=1), levetirasetaami (Keppra) (n=7), diatsepaami (Stesolid) (n=4), lakosamidi (Vimpat) (n=2), kobatsaami (Frisium) (n=1) ja tiamiini (Neuramin) (n=1) (Taulukko 2). Myös lääkäri oli voinut määrätä epilepsialäkettä, kipuläkettä tai pahoinvointiläkettä potilaalle annettavaksi. Sairanhoitajat nostivat myös esiin, että potilas oli yleensä hyvin lääkitty yhteispäivystyksessä jo päivystysosastolle tullessa.

Taulukko 2. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla eniten käytössä olevat lääkevalmisteet.

Yhteispäivystys	(N=23)	Päivystysosasto	(N=12)
Loratsepaami (Ativan)	(n=21)	Loratsepaami (Ativan)	(n=8)
Diatsepaami (Stesolid)	(n=21)	Diatsepaami (Stesolid)	(n=4)
Midatsolaami (Midatzolam)	(n=12)	Midatsolaami (Midatzolam)	(n=1)
Levetirasetaami (Keppra)	(n=15)	Levetirasetaami (Keppra)	(n=7)
Fosfenytoiini (Pro-Epanutin)	(n=3)	Klobatsaami (Frisium)	(n=1)
Lakosamidi (Vimpat)	(n=1)	Lakosamidi (Vimpat)	(n=2)
Propofoli	(n=1)	Tiamiini (Neuramin)	(n=1)

5.4 Sairaanhoidajien kokemuksia kouristelevan potilaan hoidon ohjauksesta ja raportoinnista

Yhteispäivystyksessä potilaan informointi lääkityksen tärkeydestä ja selkeydestä toteutui 63 %:n (n=15) mielestä joskus. Toisaalta taas 33 %:n (n=8) mielestä aina ja 4 % (n=1) oli sitä mieltä, että harvoin. Yhteispäivystyksen sairaanhoitajista alle 10 vuotta sairaanhoitajana työskennelleistä 37 % oli sitä mieltä, että lääkityksen tärkeydestä ja säännöllisyydestä informointi toteutui ymmärrettävästi ja selkeästi aina ja sairaanhoitajista 63 % oli sitä mieltä, että joskus. Yhteispäivystyksen sairaanhoitajista yli 10 vuotta sairaanhoitajana työskennelleistä 25 % (n=2) oli sitä mieltä, että informointi toteutui aina ymmärrettävästi ja selkeästi, sairaanhoitajista 62 % (n=5) oli sitä mieltä, että joskus ja 13 %:n (n=1) mielestä harvoin. Alle 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista 63 % (n=10) koki potilaan informoinnin toteutuvan joskus selkeästi ja ymmärrettävästi, kun taas 37 % (n=6) koki sen toteutuvan aina selkeästi ja ymmärrettävästi.

Päivystysosastolla kyselyyn vastanneista 67 % (n=8) oli sitä mieltä, että informointi lääkityksen tärkeydestä ja säännöllisyydestä potilaan kohdalla toteutuu ymmärrettävästi ja selkeästi aina, 33 % (n=4) mielestä taas joskus. Vastaukset jakautuivat kyselyyn vastanneilla hoitajilla, jotka olivat työskennelleet päivystysosastolla yli 10 vuotta tasaisesti, 50 % (n=3) vastanneista koki informoinnin toteutuvan aina ymmärrettävästi ja selkeästi, kun taas 50 % (n=3) koki sen toteutuvan joskus ymmärrettävästi ja selkeästi. Lähes tulkoon kaikki eli 83 % (n=5) alle 10 vuotta päivystysosastolla työskennelleistä sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että informointi toteutuu ymmärrettävästi ja selkeästi aina. Vastanneista alle 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista 17 % (n=1) vastasi, että joskus.

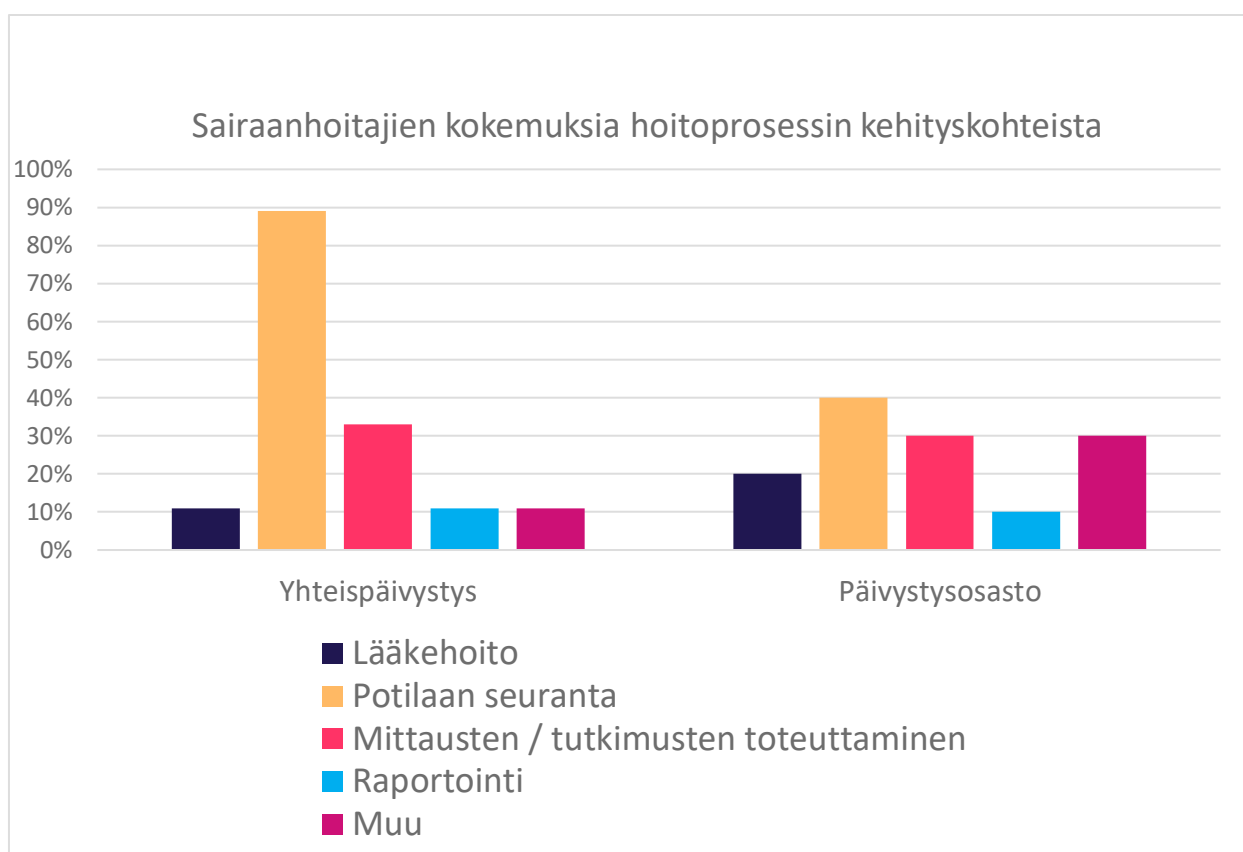
Yhteispäivystyksen sairaanhoitajista 71 % (n=17) vastaajista oli sitä mieltä, että turvallisuus ja raportointi osastolta osastolle toimi hyvin. Vastanneista 25 % (n=6) oli sitä mieltä, että raportointi sujui melko hyvin ja 4 %:n (n=1) mielestä kohtalaisesti. Alle 10 vuotta työskennelleistä 69 % (n=11) oli sitä mieltä, että potilassiirroissa turvallisuus ja raportointi toteutui hyvin, 25 %:n (n=4) mielestä melko hyvin ja 6 % (n=1) oli sitä mieltä että kohtalaisesti. Yli 10 vuotta työskennelleistä hoitajista 75 % (n=6) oli sitä mieltä, että potilassiirroissa toteutui turvallisuus ja raportointi hyvin, 25 % (n=2) sitä mieltä, että melko hyvin.

Päivystysosaston vastaajista 55 % (n=6) oli vastannut, että turvallisuus ja raportointi toimi hyvin siirrettäessä osastolta toiselle osastolle. Melko hyvin oli vastannut 36 % (n=4) ja kohtalaisesti vastannut 9 % (n=1). Alle 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista 40 % (n=2) vastaajista oli vastannut hyvin ja 40 % (n=2) melko hyvin. Alle 10 vuotta työskennelleistä 20 % (n=1) oli sitä mieltä, että kohtalaisesti. Yli 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista 67 % (n=4) koki, että siirroissa toteutui turvallisuus ja raportointi hyvin, 33 % (n=2) koki sen toteutuvan melko hyvin.

Yhteispäivystyksessä noin 79 % (n=19) oli sitä mieltä, että raportointi oli aina hyvää ja 21 % (n=5) sairaanhoitajista koki, että raportointi oli harvoin hyvää. **Päivystysosaston** sairaanhoitajien mielestä 100 % (n=12) raportointi oli aina hyvää.

5.5 Sairaanhoidajien kokemuksia kouristelevan potilaan hoitoprosessin kehityskohteista ja onnistumisista

Yhteispäivystyksessä kyselyyn vastanneista 89 % (n=16) koki suurimmaksi kehityksen kohteeksi potilaan seurannan. Kyselyyn vastanneista 33 % (n=6) oli vastannut mittausten/tutkimusten toteuttamisen kehitettäväksi kohteeksi. Seuraavista tuli vastauksia saman verran, lääkehoito 11 % (n=2), raportointi 11 % (n=2) ja muu 11 % (n=2). **Päivystysosastolla** koettiin kouristelevan potilaan hoitoprosessissa kehityskohteiksi potilaan seuranta 40 % (n=4), mittausten ja tutkimusten toteuttamisen 30 % (n=3), lääkehoito 20 % (n=2) ja raportointi 10 % (n=1). (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Sairaanhoidajien kokemuksia hoitoprosessin kehityskohteista.

Yhteispäivystyksessä suurin osa (n=8) vastaajista nosti esiin haasteeksi kouristavan potilaan hoitoprosessissa jatkuvan kiireen poliklinikalla sekä resurssien puutteen, jolloin potilaan seuranta jäi vähemmälle ja ennakoivien oireiden havaitseminen oli haastavaa. Osa kyselyyn vastanneista (n=3) nosti esiin potilaan huonon sijoittamisen moduulissa, esim. suuren potilasmäärän vuoksi, jolloin kouristanut potilas laitettiin moduulin takaosaan tai paikalle, jossa ei ole monitorointia. Yksittäiset vastaajat (n=2) nostivat esiin myös selkeiden ohjeiden puutteen liittyvän laboratoriotutkimuksiin (mitä laboratoriotutkimuksia tilataan tulovaiheessa), mikä on niin sanottu perinteinen kouristuskohtauslääke ja lääkemääräysten epävarmuus. Myös sairaanhoitajat nostivat haasteeksi hoitajien hitaan reagoinnin potilaan oireisiin ja kiireestä johtuvan puutteellisen kirjaamisen. (Taulukko 3.)

Päivystysosaston sairaanhoitajat kokivat kouristavan potilaan hoitoprosessissa haasteiksi potilaan sijoittamisen osastolla, eli potilas saatetaan sijoittaa ei-monitorointipaikalle intensiivivalvontapaikan sijaan. Tällöin potilaan seuranta on vähäisempää ja seuranta ei toteudu vaaditulla tavalla. Riski uudelleen kouristamiselle on suuri, se saattaa tällöin jäädä huomaamatta, jolloin potilas voi satuttaa itseään esimerkiksi putoamalla lattialle. Sairanhoitajat nostivat haasteiksi myös vajanaiset jatkohoito-ohjeet muun muassa lääkityksen ja seurannan osalta. Nämä ohjeistukset jäävät usein neurologian poliklinikan vastuulle epilepsiaa sairastavien potilaiden kohdalla. Myös potilaan ohjeistus lääkityksestä ja jatkohoito-ohjeista kotiutusvaiheessa huolestutti päivystysosaston sairaanhoitajia. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla sairaanhoitajien kokemat haasteet

Yhteispäivystys	(N=20)	Päivystysosasto	(N=8)
Potilaan sijoittaminen osastolla / potilaspaiikkojen vähäisyys	(n=3)	Potilaan sijoittaminen osastolla / potilaspaiikkojen vähäisyys	(n=3)
Uudet hoitajat ja heidän tiedonpuutteensa	(n=2)	Lääkehoidon ja tutkimusten toteuttaminen sekä niiden ohjeistaminen	(n=2)
Henkilökunnan vähäisyys	(n=3)	Vajavainen raportointi	(n=2)
Kiire	(n=8)	Potilaan jatkohoito-ohjeet / kotiuttamiskunnan tarkistaminen	(n=3)
Selkeiden ohjeiden puute mm. laboratoriotutkimukset ja lääkehoito-ohjeistukset	(n=2)		
Kouristavan potilaan seuranta, kouristavan potilaan oireiden havainnointi tarpeeksi ajoissa	(n=11)		

Yhteispäivystyksessä (n=17) sairaanhoitajat kokivat hoitoprosessissa onnistuneeksi muun muassa kouristelevan potilaan hoitoprotokollan, potilaan lääkehoidon aloittamisen ja, että tarvittavat lääkkeet ovat hyvin saatavilla, yhteistoiminnan eri ammattiryhmien kanssa ja tutkimusten nopean toteuttamisen sekä potilaan nopean statustamisen. Onnistuneeksi koettiin myös, että sairaanhoitajat voivat tilata verikokeet ilman lääkärin määräystä heti potilaan tulovaiheessa päivystyspoliklinikalle, hoitajien nopean reagoinnin potilaan hoitoon ja neurologit ovat helposti konsultoitavissa. Lisäksi avun saaminen oli helppoa ja neurologisen statuksen toteuttaminen onnistui hoitajilta hyvin. Sairaanhoitajat kokivat

myös onnistuneeksi hyvän raportoinnin ja muiden hoitajien sekä lääkärien informoinnin. (Taulukko 4.)

Päivystysosastolla (n=7) kouristelevan potilaan hoitoprosessissa koettiin onnistuneeksi potilaan monipuolisen tutkimisen, potilaan seurannan ja hoidon. Sairaanhoitajat kokivat, että lääkärit määräävät kohtauslääkkeet hyvin ja hoitajat osaavat niitä raportointivaiheessa jo kysyä. Onnistuneeksi koettiin myös hyvä kirjaaminen ja raportointi sekä jatkohoidon järjestämisen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla sairaanhoitajien kokemat onnistumiset.

Yhteispäivystys	(N=18)	Päivystysosasto	(N=7)
Lääkehoidon toteutuminen	(n=7)	Lääkehoidon toteuttaminen	(n=2)
Kouristavan potilaan hoitaminen	(n=5)	Kouristavan potilaan seuranta	(n=7)
Selkeät toimintaohjeet kouristavan potilaan hoitamiseen	(n=3)	Selkeä kirjaaminen ja raportointi	(n=1)
Kouristelevan potilaan tutkimusten toteuttaminen	(n=6)	Kouristelevan potilaan tutkimusten toteuttaminen	(n=2)
Asiantuntevat lääkärit	(n=5)	Jatkohoidon toteuttaminen	(n=1)
Yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa	(n=4)	Potilaan sijoittaminen osastolla	(n=4)
Hyvä raportointi	(n=7)		
Nopea reagointi potilaan voinnin muuttuessa	(n=6)		

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää yhteispäivystyksen ja päivystysosaston kouristelevan potilaan hoitoprosessia sairaanhoitajan näkökulmasta. Tulokset osoittivat hoitoprosessin haasteet ja onnistumiset sairaanhoitajien kokemusten perusteella. Seinäjoen keskussairaala voi käyttää opinnäytetyöstä saatuja tuloksia hyödyksi kehittäessään aikuisen kouristelevan potilaan hoitoprosessia yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla.

6.1 Tulosten tarkastelu

Terveysportin (Karppinen ym. 2016) mukaan kouristelevan potilaan hoitoprosessissa on tärkeää potilaan jatkuva seuranta, turvata hengitystiet, hapettuminen ja verenkierto. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla hengityksen toimintaa ja verenkiertoa seurataan vitaalimittauksilla aina. Yhteispäivystyksessä puolet vastanneista ei ota MET-pisteitä ollenkaan, mutta tämä voi johtua siitä, että MET-pistenimitystä ei ole poliklinikalla käytössä. Yhteispäivystyksen vastauksista nousi esiin, että vitaalielintoimintoja kuitenkin seurataan aktiivisesti, jopa monia kertoja tunnissa. Päivystysosastolla puolet kyselyyn vastanneista ottaa MET-pisteet kerran vuorossa. Yli 10 vuotta työskennelleistä hoitajista yli puolet ottaa MET-pisteet kaksi kertaa vuorossa. Myllärin ja Oosin (2019) mukaan MET-pisteet tulisi mitata päivystysosastolla kerran vuorossa.

Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla suurin osa hoitajista teki neurologisen tutkimuksen kerran vuorossa. Yhteispäivystyksessä voidaan neurologinen tutkimus toteuttaa useita kertoja vuoron aikana. Neurologisessa tutkimuksessa Soinilan (2014) mukaan tutkitaan potilaan tajunnantaso ja tehdään kognitiivisia testejä, joilla tutkitaan potilaan orientoitumista, aivohermojen toimintaa, näkökentän toimintaa, kasvojen mimiikkaa, raajojen lihasvoimaa sekä potilaan tuntoaistia. Opinnäytetyön tuloksista oli havaittavissa, että sairaanhoitajat tutkivat juuri näillä testeillä potilasta päivystyspoliklinikalla ja -osastolla. Potilaan neurologisen statuksen seuranta oli tiiviimpää yhteispäivystyksessä kuin päivystysosastolla. Päivystysosaston kouristelevan potilaan valmiin hoitoprosessiohjeistuksen mukaan päivystysosastolla tulisi seurata

kouristaneen potilaan tajunnantaso, pupillien kokoa, silmien liikettä, raajojen jänteyttä ja voimaa sekä Babinskin heijastetta (Mylläri & Oosi 2019). Päivystysosaston sairaanhoitajien vastauksista nousi juuri näitä asioita esiin, toki Babinskin heijastetta eivät sairaanhoitajat maininneet. Näiden lisäksi sairaanhoitajat kertoivat arvioivansa potilaan nielemisrefleksiä, puheen tuottoa, potilaan kokemaa päänsärkyä ja pahoinvointia sekä potilaan liikkumista ja tasapainoa. Suurin osa yhteispäivystyksen ja päivystysosaston sairaanhoitajista kertoi, että potilaasta otetaan joskus EEG, eli jokaisesta potilaasta sitä ei oteta. EEG:n avulla voidaan tutkia, tarkastelemalla aivosähkökäyrää, mikä mahdollisesti aiheuttaa kouristuskohtauksen (Siltanen-Lehtovaara, 2015; HUS kuvantaminen, 2017). Kaikki yhteispäivystyksen sairaanhoitajat kertoivat ottavansa sydänfilmin (EKG) potilaasta, päivystysosastolla enemmistö oli vastannut ottavansa harvoin ja joskus. Kolmen vastaajan mielestä sydänfilmi otettiin aina. Terveyskylän (2020) mukaan EKG:stä voidaan tulkita sydämen sähköistä toimintaa ja saadaan tietoa esimerkiksi sydämenrytmeistä ja sydänlihaksen toiminnasta. Voidaan siis poissulkea rytmihäiriöt tai sydänperäiset sairaudet tutkiessa kouristuksen aiheuttajaa.

Käypähoito -suosituksen (2016) mukaan, jos suonyhteyttä ei pystytä avaamaan, käytetään midatsolaamia kouristaneelle potilaalle posken limakalvoille tai intranasaalisesti. Jos suonyhteys saadaan avattua, käytetään lyhytvaikutteista diatsepaamia tai pitkävaikutteista loratsepaamia. Päivystyspoliklinikalla ja -osastolla nämä olivat kyselyn mukaan käytetyimmät lääkkeet. Yleisin lääkitsemisreitti sairaanhoitajien mukaan oli yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla lääkkeen annostelu laskimonsisäisesti, joka nousi myös Shasin ym. (2009) tutkimuksesta tehokkaaksi hoitomuodoksi. Yksi kolmasosa yhteispäivystyksen sairaanhoitajista oli vastannut, että antavat lääkkeitä intranasaalisesti tai bukkalisesti. Päivystysosastolla puolet vastanneista vastasivat lääkitsevänsä potilasta suun kautta annettavilla lääkkeillä. Päivystysosastolla alle puolet vastanneista oli vastannut, että antavat potilaalle lääkettä intranasaalisesti. Päivystysosaston sairaanhoitajien vastauksista ei kuitenkaan nouse esiin, että potilasta lääkittäisiin bukkalisesti. Sairaanhoitajat olivat vastauksissaan nostaneet hyvin esiin sen, että lääkäri määrää käytettävät lääkkeet ja antoreitit.

Kouristavalta potilaalta tulisi tutkia verikokeista perusverenkuva, nestetasapaino, verensokeri, tulehdusarvot, ALAT, CK ja kalsium. Yhteispäivystyksessä kaikki olivat vastanneet edellä mainitut ja näiden lisäksi vielä INR-arvon, TNT-arvon, Ca-Ion, Pro-BNP ja APTT. Jos verikokeita puuttuu, tilataan ne heti seuraavalle aamulle. Lääkäri voi määrätä myös muita tutkimuksia. (Mylläri & Oosi 2019.) Päivystysosastolla vastattiin, että yllä mainittujen arvojen lisäksi voidaan ottaa epilepsialääkeainepitoisuudet. Kalsium ja ALAT-arvoa ei vastauksissa käy ilmi otettavan, mutta nämä otetaan jo yhteispäivystyksessä. Päivystysosastolla sairaanhoitajat kertoivat toteuttavansa pääasiassa lääkärin määräämiä verikokeita. Yhteispäivystyksessä koettiin hyväksi hoitoprosessin kannalta, että sairaanhoitajat voivat tilata verikokeet ilman lääkärin määräystä, mikä nopeuttaa potilaan hoitoa.

Potilaan jatkohoidon turvaamisen kannalta laadukas kirjaaminen ja raportointi on tärkeää. Laadukkaassa kirjaamisessa aikajärjestyksessä eteneminen on tärkeää. Hyvään potilaskertomukseen kuuluu hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Hyvä raportointi pitää sisällään suullisesti ja kirjallisesti pidetyn raportin, näin voidaan turvata potilaan hoidon jatkuvuus siirrettäessä osastolta toiselle tai vuoron vaihtuessa. (Rautava-Nurmi ym. 2016.) Suullisessa raportissa voidaan käyttää ISBAR-raportointimenetelmää, joka auttaa kertomaan potilaan tämänhetkisestä tilanteesta, sen avulla voidaan esittää toimintaehdotuksia (Sairaanhoitajat, [Viitattu 14.4.2021]). Yhteispäivystyksessä suurin osa koki raportoinnin ja potilaan turvallisuuden huomioimisen siirtojen yhteydessä onnistuneeksi, mutta muutaman mielestä siinä on vielä kehitettävää. Päivystysosastolla koettiin raportointi hyväksi ja onnistuneeksi. Kuitenkin osa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että turvallisuuden huomioimista tulisi kehittää siirroissa. Päivystysosastolta nostettiin esiin hoitoprosessissa onnistuneeksi selkeä kirjaaminen.

Mylläri ja Oosi (2019) mukaan lääkäri ja hoitaja informoivat yhdessä potilasta hänen lääkityksestään ja sen tärkeydestä. Kotihoito-ohjeissa voi hyödyntää moniammatillista yhteistyötä, läheiset on myös hyvä ottaa hoitoon mukaan (Higgins ym. 2019). Yhteispäivystyksessä koettiin, että potilaan informointi lääkityksen tärkeydestä ja selkeydestä toteutuu joskus, alle puolen mielestä aina. Päivystysosastolla yli puolet vastanneista koki lääkityksen tärkeyden informoinnin toteutuvan aina selkeästi.

Päivystysosastolla koettiin myös haasteiksi potilaan vajanaiset jatkohoito-ohjeet. Muutama sairaanhoitaja koki myös, että potilaan kotiutuskuntoa ei aina tarkisteta huolellisesti. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla tutkimuksiin ja lääkehoitoon liittyvät mielipiteet selkeistä toimintaohjeista olivat eriäviä. Muutamat sairaanhoitajat kokivat sen haasteeksi, kun taas osan mielestä onnistumiseksi. Sairanhoitajat toivat esiin myös kyselyn vastauksissa sen, että kouristamisen syytä tulee myös hoitaa lääkkeellisesti. Syytä voi olla muun muassa myrkytys tai nestetasapainon häiriö.

Avointen kysymysten perusteella sairaanhoitajat nostivat suurimmiksi haasteiksi potilaan hoitoprosessissa jatkuvan kiireen ja henkilökunnan vähäisyyden osastoilla, jolloin potilaan seuranta saattaa jäädä vähemmälle. Suurin osa yhteispäivystyksen sairaanhoitajista kokivat haasteeksi potilaan seurannan ja kouristelevan potilaan oireiden havainnoinnin. Potilas tulisi sijoittaa päivystysosastolla intensiivipaikalle seurantaan tai tavalliselle potilaspaikalle. Jos potilasta hoidetaan tavallisella potilaspaikalla, hänellä olisi hyvä olla monitori- tai telemetriaseuranta käytössä. (Mylläri & Oosi 2019.) Sairanhoitajat kokivat potilaiden huonon sijoittamisen osastolla tai poliklinikalla myös haasteeksi. Huono sijoittaminen saattoi johtua suuresta potilasmäärästä tai vähäisistä intensiiviseurantapaikoista.

Avointen kysymysten perusteella sairaanhoitajat kokivat onnistuneiksi hoitoprosessissa potilaan hyvän lääkehoidon, tutkimusten toteuttamisen sekä potilaan seurannan. Yhteispäivystyksen sairaanhoitajat nostivat esiin onnistumisina asiantuntevat lääkärit, sujuvan yhteistyön eri ammattiryhmien välillä ja hoitajien nopean reagoinnin potilaan voinnin muuttuessa. Päivystysosastoilla osa kyselyyn vastanneista koki, että potilaan sijoittaminen osastolla oli onnistunutta, kun taas muutamat sairaanhoitajista kokivat sen haasteeksi. Potilaan seuranta on siis onnistunutta, jos potilas saadaan sijoitettua seurantapaikalle, jossa on monitorointi käytössä. Mikäli potilas sijoitetaan esimerkiksi suuren potilasmäärän vuoksi paikalle, jossa ei ole intensiiviseurantamahdollisuutta, jää seuranta vähäisemmälle.

Opinnäytetyössä on tarkasteltu potilaan hoitamista yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla erillään, tuloksista nouseekin eriäviä vastauksia päivystyspoliklinikan ja -osaston välillä. Käytänteet ovat erilaiset, sillä yhteispäivystyksessä hoidetaan

ympäri vuorokautisesti potilaan akuuttia tilaa. Potilas saattaa vielä kouristaa, kun tulee yhteispäivystykseen. Potilaat laitetaan kiireellisyysjärjestykseen. (Yhteispäivystys, [viitattu 13.4.2021].) Päivystysosastolla taas seurataan jo hoidettua kouristuskohtausta, jolloin annettu hoito ja hoidon tarve on erilainen kuin yhteispäivystyksessä. Päivystysosastolla hoito voi kestää yhdestä päivästä kolmeen päivään, siellä hän voi odottaa diagnoosin varmentumista tai olla lyhytaikaisessa seurannassa. (Päivystysosasto, [viitattu 13.4.2021].)

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hyviä eettisiä lähtökohtia tutkimusta tehtäessä ovat rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus ja tulosten tallentaminen, esittäminen sekä arviointi. Eettisyyden kannalta on myös tärkeää oikeanlainen lähteiden kirjaaminen ja tekstiviitteiden käyttäminen sekä luotettava tiedonhankinta. Tutkimusta tehtäessä on hyvä säilyttää kaikki tiedot ja haastatteluiden vastaukset, olla yhteydessä työn etenemisestä yhteyshenkilöihin sekä olla avoin ja ottaa vastuuta omasta tutkimuksestaan, kun tutkimusta arvioidaan. (Helsingin yliopisto 2020.) Edellä mainitun lähteen mukaan, olemme toimineet tutkimuksen edetessä. Jo tutkimusaihetta valittaessa pohditaan eettisesti, kenen hyödyksi tutkimusta tehdään. (Leinonen 2018.)

Opinnäytetyö on suunniteltu ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita kunnioittaen, jolloin opinnäytetyö ei vaadi ennakoarviointia. Opinnäytetyön tiedonkeruu toteutettiin sähköisen kyselyn avulla ja siihen vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä siihen veloiteta osallistumista yhteistyöorganisaation puolelta. Kyselyn mukana lähetettiin saatekirje, jonka pohjalta kyselyyn osallistujat tiesivät mihin tutkimukseen he ovat osallistuneet. Opinnäytetyön kysely toteutettiin anonymisti ja jokaiselta vastaajalta pyydettiin suostumus kyselyn vastausten käyttöön opinnäytetyössä. Tällöin kunnioitettiin tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta, eikä opinnäytetyöstä aiheudu haittaa tutkittaville tai yhteistyöorganisaatiolle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Tutkimuksen luotettavuudessa edistävät tarkasti ja selkeästi rajattu tutkimusongelma, hyvä tutkimussuunnitelma ja kyselylomake, sopiva tiedonkeruumenetelmä, korkea

vastausprosentti ja tilastollisten menetelmien hallinta. Tutkijan on tärkeää arvioida kriittisesti tutkimuksen luotettavuutta alentavia asioita, esimerkiksi alhainen vastausprosentti, väärinymmärretyt tai moniselitteiset kysymykset. Opinnäytetyössä olemme rehellisesti arvioineet tutkimuksen luotettavuutta. Tilastollisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi voidaan katsoa kuuluvaksi tarpeeksi edustava ja suuri otos se, että kysymykset mittaavat kattavasti tutkimusongelmaa ja kyselyn vastausprosentti on tarpeeksi suuri. (Heikkilä 2014.) Luotettavuuden arvioinnissa on hyvä pohtia myös, mitä ollaan tutkimassa ja mikä on tutkijan oma sitoutuminen tutkimukseen, kuinka aineisto on kerätty; ovatko lähteet luotettavia, miten aineistonanalyysi on toteutettu sekä miten tuloksiin ja johtopäätöksiin päädyttiin (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Kyselykaavake ennalta testattiin ennen sen lähettämistä yhteistyötaholle. Kyselyä muutettiin esitestaajien huomioiden pohjalta. Kyselykaavakkeen kysymys numero 15 kohdalla vastausvaihtoehdoissa tapahtui virhe. Vastausvaihtoehtoina oli kahteen kertaan "harvoin" sen sijaan, että vastausvaihtoehtojen olisi pitänyt olla aina, joskus, harvoin ja ei koskaan. Tällöin vastausten luotettavuus voidaan kyseenalaistaa kyseisen kysymyksen kohdalla. Virhe huomattiin vasta tulosten analysoinnin yhteydessä. Opinnäytetyön kyselyn vastausprosentiksi odotettiin suurempaa lukumäärää, mutta kyseisten vastaajien määrällä saatiin kuitenkin kattava kuvaus hoitoprosessin toteutumisesta yhteispäivystyksessä ja päivystyososastolla. Yhdessä kysymyksessä tiedusteltiin MET-pisteiden toteuttamista ja yhteispäivystyksessä sairaanhoitajien mukaan ei oteta MET-pisteitä lainkaan. Sairaanhoitajat mittaavat potilaasta vitaalielintoimintoja kuitenkin useaan otteeseen vuoron aikana. Heillä ei ole välttämättä käytössä MET-pisteytysjärjestelmää, he eivät kutsu käytäntöä tällä nimityksellä.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Sairaanhoitajilla on selkeä käsitys pääpiirteissään siitä, kuinka toteuttaa kouristaneen potilaan hoitoprosessia yhteispäivystyksessä ja päivystyososastolla. Opinnäytetyön pohjalta kehityskohteiksi nousivat jatkuvan kiireen vähentäminen, potilaspaiikkojen määrä ja potilaan sijoittaminen poliklinikalla sekä osastolla. Sairaanhoitajat kokivat haasteiksi yhtenäisten ohjeistusten puutteen esimerkiksi lääkehoidossa tai jatkohoito-ohjeissa. Johtopäätöksenä opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan todeta, että

molemmilla osastoilla on kehitettävää selkeiden ja yhtenäisten ohjeistusten laatimisessa sekä potilaan lääkityksen informoimisessa.

Intensiivivalvontapaikat aiheuttavat eettisiä kysymyksiä kouristavan potilaan hoidossa. Sairaanhoidajat nostivat avoimissa kysymyksissä esiin paikkojen rajallisen määrän. Potilaiden hoidossa korostuu tasa-arvoisuus. Tässä tilanteessa sairaanhoitajalta vaaditaan eettistä päätöksentekokykyä, mutta myös lääkäri voi tehdä päätöksen, mihin potilas sijoitetaan. Tärkeää on kollegiaalisuus, päätös tehdään yhdessä muiden hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Eettiseen päätöksentekoon liittyy se, että toimitaan ohjeiden mukaan. Yhteispäivystyksessä ja päivystysosastolla tulisi olla selkeät ohjeet potilaan sijoittamisesta, jos kaikille paikat eivät riitä intensiivivalvonta paikoilla.

Hoitoprosessissa onnistumisiksi koettiin muun muassa toimiva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ja sairaanhoitajien osaava toiminta potilasta tutkiessa sekä toimenpiteitä tehdessä. Kouristelevan tai kouristaneen potilaan lääkehoidon toteuttaminen onnistui hoitoprosessissa monien vastanneiden mielestä myös hyvin. Sairaanhoidajat kokivat pääasiassa myös raportoinnin sujuvan hyvin osastolla ja poliklinikalla sekä osastolta osastolle siirtyessä. Hoitoprosessia kehittääkseen voisi tulevaisuudessa käydä läpi hoitoa sekä lääkehoitoa koskevat ohjeistukset ja yhdenmukaistaa niitä. Tulevaisuudessa voisi ottaa kouristelevan potilaan hoitoprosessin koulutustilanteisiin mukaan ja mahdollistaa simulaatioharjoittelun, jotta vahvistettaisiin sairaanhoitajien kokemusta toimia osana kouristelevan potilaan hoitoprosessia.

Tässä opinnäytetyössä on keskitytty pääasiassa potilaan hoitoa koskeviin asioihin. Tutkimuksen aiheen rajaamisen vuoksi opinnäytetyössä on jätetty huomion kiinnittäminen vähemmälle liittyen kirjaamiseen, raportointiin ja jatkohoitoon. Hoitoprosessia lisää tutkittaessa voitaisiinkin keskittyä näihin osa-alueisiin enemmän. Tässä opinnäytetyössä on sivuttu raportointia, mutta seuraavissa tutkimuksissa voisi paneutua syvemmin raportointimalleihin ja laadukkaan raportoinnin toteuttamiseen.

Sairaanhoidajat nostivat esiin haasteeksi päivystysosastolla potilaan jatkohoito-ohjeet ja kotiutuskunnon tarkistamisen. Potilaan jatkohoidon, kotona selviytymisen ja uusien

kohtausten estämiseksi olisikin tärkeää, että jatkohoito-ohjeet ovat selkeät ja ymmärrettävät. Jatkotutkimusaiheena voisi olla potilaiden kokemukset jatkohoitoeheista.

LÄHTEET

- Alanen, P., Karjalainen, M. & Suoninen, E. 2.20.2017. Kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana Terveysportti-tietokannasta, sairaanhoitajan tietokannat. Vaatii käyttöoikeuden.
- AMBOSS. 2021. Anticonvulsant drugs. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: https://www.amboss.com/us/knowledge/Anticonvulsant_drugs
- Atula, S. 19.1.2019. Kouristukset. [Verkkajulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 10.9.2020]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00036
- Behm, M-M. 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla. [Verkkajulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto. Dissertations in Health Sciences 311. Väitösk. [Viitattu 6.4.2021]. Saatavana: <https://www.yumpu.com/en/document/view/54887593/urn-isbn-978-952-61-1944-1>
- Biomérieux. Ei päiväystä. Emergency department patient management. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://www.biomerieux-diagnostics.com/emergency-department-patient-management>
- Buelow, J., Miller, W. & Fishman, J. 2018. Development of an Epilepsy Nursing Communication Tool: Improving the Quality of Interactions Between Nurses and Patients With Seizures. [Verkkajulkaisu]. The journal of neuroscience nursing 50(2): 74–78. [Viitattu 9.4.2021]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5882248/>
- Ei päiväystä. Sairaanhoitajan ammatilliset työkalut. [Viitattu 5.1.2021]. Sairaanhoitajat. [Verkkosivusto]. [Saataavilla: https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/ammattilliset-tyokalut/](https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/ammattilliset-tyokalut/)
- Epileptinen kohtaus (pitkittynyt; status epilepticus). Käypä hoito –suositus 2016. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Viitattu 7.12.2020]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50030#readmore>
- Eskelinen, S. 30.6.2016. Kalsium (P-Ca, Ca-albk ja Ca-Ion). [Verkkajulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03063
- Eskelinen, S. 1.7.2016a. Alaniiniaminotransferaasi (P-ALAT). [Verkkajulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03071

- Eskelinen, S. 1.7.2016b. Kreatiiniakinaasi (P-CK). [Verkkajulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03141
- Ervasti, M., Hackzell, T., Päätaalo, K. & Saarnio, R. 13.5.2020. Potilasturvallisuus ja ISBAR-menetelmä puhelimesta käytävän viestinnän ytimessä. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 5.1.2021]. Saatavilla: <http://www.oamk.fi/epooki/2020/potilasturvallisuus-ja-isbar/>
- Fimlab. Ei päiväystä. Verensokeritutkimukset. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: <https://fimlab.fi/tutkimus/verensokeritutkimukset>
- Forss, N., Rantanen, K. & Lindsberg, P. 2014. Akuutti neurologinen oire vaatii saumatonta työnjakoa erikoisalojen välillä. [Verkkolehtiartikkeli]. Helsinki: Duodecim 130 (4): 361–2. [Viitattu 13.9.2020]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11513>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Edita. [Viitattu 14.4.2021]. Saatavana: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>
- Helsingin yliopisto. 24.3.2020. Tutkimusetiikka. [Verkkosivu]. [Viitattu 10.11.2020]. Saatavilla: <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkijan-palvelut/tutkimusetiikka>
- Higgins, A., Downes, C., Varley, J., Doherty, C., Begley, C. & Elliott, N. 2019. Supporting and empowering people with epilepsy: Contribution of the Epilepsy Specialist Nurses (SENsE study). [Verkkolehtiartikkeli]. ScienceDirect. [Viitattu 9.4.2021]. Saatavana: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1059131119302675>
- Hoffrén, P., Huovinen, H. & Mykkänen, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi: Selvitys hoitotyön päivittäisen raportoinnin tilanteesta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, Iisalmen sairaalassa ja terveyskeskuksessa, Leppävirran terveyskeskuksessa ja Varkauden sairaalassa ja terveyskeskuksessa. Raportti 75/2011. [Verkkajulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://www.psshp.fi/documents/7796350/7870257/Julkaisu+nro+75.pdf/46f5edb2-f666-42a1-8761-db58a8e59ac7>
- HUS kuvantaminen. 13.7.2017. EEG-pitkäaikaisrekisteröinti ja siihen valmistautuminen. [Verkkosivu]. Helsinki: Helsingin yliopistollinen sairaala. [Viitattu 14.4.2021]. Saatavana: https://huslab.fi/hus_kuvantaminen/yleisohjeet/potilasohjeet/kliininen_neurofysiologia/uomeksi/eeg_pitkaaikaisrekisterointi_ja_siihen_valmistautuminen.pdf
- Jyväskylän yliopiston Koppa. 23.4.2015. Määrällinen tutkimus. [Verkkosivu]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Karppinen, A., Ansakorpi, H & Liisanantti, J. 2016. Status epilepticus. [Verkkolehtiartikkeli]. Finnanest 49 (4), 266–270. [Viitattu 3.11.2020]. Saatavana: [karppinen_ansakorpi_liisanantti_status_epilepticus.pdf](#)
- Kauhala, A. & Heiskanen, S. 10.2.2020. Epilepsia kasvatti ihmisenä. [Verkkojulkaisu]. Apteekki 4/2019. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://www.apteekki.fi/terveydeksi/terveys/epilepsia-kasvatti-ihmisena>
- Koivisto, K. Ei päiväystä. Aivot ja alkoholi PowerPoint-esitys. [Ppt-tiedosto]. Seinäjoki: Seinäjoen keskussairaala. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: https://www.epshp.fi/files/5424/Aivot_ja_alkoholi.pdf
- Koskinen, S. & Palonen, M. 5.9.2019. Potilaan kotiutumisvalmius on tärkeä osa hoitoa. [Verkkolehtiartikkeli]. Tuni. [Viitattu 27.4.2021]. Saatavana: <https://www.tuni.fi/alustalehti/2019/09/05/potilaan-kotiutumisvalmius-on-tarkea-osa-hoitoa/>
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- KvantiMOTV. 2011. Postikyselyaineiston kokoaminen. [Verkkosivu]. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html>
- Leinonen, R. 2018. Tutkimuksen eettisyys. [Verkkojulkaisu]. Spoken. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://spoken.fi/tutkimuksen-eettisyys/>
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituksen käyttöopas. [Verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1
- Manneri, T. 30.1.2015. Kaikki mitä olet halunnut tietää hypoglykemiasta. [Verkkojulkaisu]. Diabetes. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: <https://diabeteslehti.diabetes.fi/blog/2015/01/30/hypoglykemia-on-harmillinen-mutta-useimmiten-vaaraton/>
- Mylläri, A. & Oosi, M. 2019. Neurologia, kouristanut potilas. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 5.10.2020]. Ote hoitajan käsikirjasta, Päivystysosasto 2019. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nabwami, L. 2018. Record keeping and documentation. [Verkkojulkaisu]. Ausmed. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://www.ausmed.com/cpd/articles/record-keeping-documentation>

Neurologia. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 5.9.2020]. Saatavilla:

http://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ja_tutkimukset/neurologia

Nykopp, J. 15.10.2015. Natrium (P-Na) on nestetasapainon mittari. [Verkkolehtiartikkeli]. Potilaan lääkärilehti. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana:

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/natrium-p-na-on-nestetasapainon-mittari/>

Poikonen, N. 27.9.2014. Kouristuskohtaus. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana Terveysportti-tietokannasta, sairaanhoitajan tietokannat. Vaatii käyttöoikeuden.

Potilaan lääkärilehti. 29.7.2015. Kouristuspotilaiden oikea päivystyshoito varmistetaan pika-EEG:lla. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 5.10.2020]. Saatavana:

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kouristuspotilaiden-oikea-paivystyshoito-varmistetaan-pika-eeg-lla/>

Päivystysosasto. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 5.9.2020]. Saatavilla: <http://www.epshp.fi/hoitopalvelut/yhteispaivystys/paivystysosasto>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

Saastamoinen, T. 2.20.2017. Kouristusten ehkäisy ja hoito. [Viitattu 4.1.2021]. [Verkojulkaisu]. Saatavana Terveysportti-tietokannasta, sairaanhoitajan tietokannat. Vaatii käyttöoikeuden.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [Verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu 27.4.2021]. Saatavana: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html

Shah, A.M., Vashi, A. & Jagoda, A. 13.10.2009. Review article: Convulsive and non-convulsive status epilepticus: An emergency medicine perspective. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 8.12.2020]. Saatavana: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-6723.2009.01212.x>

Seuri, O. 2020. Avoin kysymys, haastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Siironen, J., Takala, R. & Tanskanen, P. Keskivaikeiden ja vaikeiden aivovammojen hoito. Käypä hoito –suositus 2017. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/nix02515#R52>

Sillanpää, M. 2011. Epilepsiaa sairastavan elinaika. [Verkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99705>

- Siltanen-Lehtovaara, S. 2015. Fenomenologinen tutkimus video-EEG potilaiden kohtauskokemuksista. [Verkojulkaisu]. Turun yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -työ. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/104498/Gradu%20Sarita%20Siltanen-Lehtovaara.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Soinila, S. 2014. Neurologinen statustutkimus päivystyspoliklinikassa. [Verkojulkaisu]. Duodecim 30 (4):413–22. [Viitattu 9.11.2020]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11506>
- Tays. 2018. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvä epilepsia. [Verkkosivu]. [Viitattu 15.4.2021]. Saatavana: [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Aivoverenkiertohairiopotilaan_ohjaus/Aivoverenkiertohairioihin_liittyva_epile\(77733\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Aivoverenkiertohairiopotilaan_ohjaus/Aivoverenkiertohairioihin_liittyva_epile(77733))
- Terveyskylä. 26.6.2020. Sydänfilmi (EKG). [Verkkosivu]. [Viitattu 15.4.2021]. Saatavana: [https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/yleisimpi%C3%A4-tutkimuksia-ja-hoitotoimenpiteit%C3%A4/syd%C3%A4nfilmi-\(ekg\)](https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/yleisimpi%C3%A4-tutkimuksia-ja-hoitotoimenpiteit%C3%A4/syd%C3%A4nfilmi-(ekg))
- Tieteen termipankki. Ei päiväystä. Induktiivinen päättely. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.5.2021]. Saatavana: <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:induktio>
- Tietoarkisto. Ei päiväystä. Kovarianssi ja korrelaatio. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.5.2021]. Saatavana: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/korrelaatio/korrelaatio/>
- Tunturi, S. 30.12.2020. CRP (P-CRP). [Verkojulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03052
- Tunturi, S. 30.12.2020. Perusverenkuva (B-PVKT). [Verkojulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 4.1.2021]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03030
- Tunturi, S. 5.1.2021. Kreatiniini (P-Krea). [Verkojulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 11.1.2021]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03121&p_haku=kreatiini
- Tunturi, S. 25.2.2021. Kalium (P-K). [Verkojulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 11.1.2021]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03062&p_haku=kalium
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.1.2021]. Saatavilla: <https://tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi/ihmistieteiden-eettinen-ennakoarviointi>
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Y Ko, D. 2020. Epilepsy and Seizures Treatment & Management. [Verkojulkaisu]. Medscape. [Viitattu 16.4.2021]. Saatavana: <https://emedicine.medscape.com/article/1184846-treatment>
- Yhteispäivystys. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 5.9.2020]. Saatavilla: <https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/yhteispaivystys>

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

LIITE 1. Saatekirje

Hei,

nimmemme ovat Jenna Keskimäki ja Rosa Koskiniemi ja opiskelemme sairaanhoitajaksi Seinäjoen Ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on kouristelevan potilaan hoitoprosessi yhteispäivystyksestä päivystysosastolle, haasteet ja kokemukset. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan päivystysosaston kanssa, joka on työn tilaaja. Opinnäytetyön tavoitteena on oheisen kyselylomakkeen avulla kartoittaa, millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on hoitoprosessista ja miten sitä voitaisiin parantaa.

Kysely on tarkoitettu yhteispäivystyksen ja päivystysosaston sairaanhoitajille. Toivomme, että voisit käyttää hetken aikaasi ja vastata kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömänä. Vastaathan kyselyyn viimeistään 28.02.2021, kiitos!

Tietoja ja tuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset julkaistaan niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi niistä tunnistaa. Valmis opinnäytetyö julkaistaan internetosoitteessa www.theseus.fi, josta se on vapaasti luettavissa. Pyydämme olemaan yhteydessä, mikäli sinulla on jotain kysyttävää kyselylomakkeesta tai opinnäytetyöstä.

Seinäjoella 9.2.2021

Terveisin,

Jenna Keskimäki

Sairaanhoitaja-opiskelija

Seinäjoen Ammattikorkeakoulu

jenna.keskimaki@seamk.fi

Rosa Koskiniemi

Sairaanhoitaja-opiskelija

Seinäjoen Ammattikorkeakoulu

rosa.koskiniemi@seamk.fi

LIITE 2. Kyselylomake

1. "Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaamalla annan suostumukseni käyttää kyselystä saatuja tietoja opinnäytetyössä. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä henkilötietoja kerätä. "
 - a. ymmärrän ehdot ja annan suostumukseni
 - b. en anna suostumustani
2. Missä työskentelet?
 - a. yhteispäivystys
 - b. päivystyspoliklinikka
3. Kauanko olet työskennellyt sairaanhoitajana?
 - a. 0-5v.
 - b. 6-10v
 - c. 10+v.
4. Otatteko vitaali mittaukset (verenpaine, pulssi, happisaturaatio, hengitystaajuus ja lämpö) kouristaneesta potilaasta heti osastolle tulon jälkeen?
 - a. aina
 - b. harvoin
 - c. joskus
 - d. ei koskaan
5. Kuinka usein seuraatte MET pisteitä kouristaneesta potilaasta?
 - a. kerran vuorossa
 - b. kaksi kertaa vuorossa
 - c. kolme kertaa vuorossa
 - d. kerran vuorokaudessa
 - e. ei ollenkaan
6. Toteutatteko karkean neurologisen tutkimuksen potilaalle
 - a. kerran vuorokaudessa
 - b. kerran vuorossa
 - c. ei ollenkaan
7. Mitä kuuluu neurologiseen tutkimukseen? (avoin kysymys)

8. Mitä verikokeita otatte kouristaneesta potilaasta, kun potilas saapuu osastolle?
- Perusverenkuva (B-Eryt, B-HKR, B-Hb, E-MCH, E-MCHC, E-MCV, E-RDW, B-Leuk, B-Trom), nestetasapaino (P-Na), (P-K), (P-Krea)
 - perusverenkuva (B-Eryt, B-HKR, B-Hb, E-MCH, E-MCHC, E-MCV, E-RDW, B-Leuk, B-Trom), nestetasapaino (P-Na), (P-K), (P-Krea), verensokeri (fP-Gluk, A1cB-HbA1c), tulehdusarvot (P-CRP, Lasko)
 - perusverenkuva (B-Eryt, B-HKR, B-Hb, E-MCH, E-MCHC, E-MCV, E-RDW, B-Leuk, B-Trom), nestetasapaino (P-Na), (P-K), (P-Krea), verensokeri (fP-Gluk, A1cB-HbA1c), tulehdusarvot (P-CRP, Lasko), ALAT, CK ja kalsium (P-Ca, Ca-albk, Ca-Ion).
 - jokin muu?
9. Otetaanko kouristaneista potilaista EEG?
- aina
 - harvoin
 - joskus
 - ei koskaan
10. Otatteko sydänfilmiä kouristaneesta potilaasta?
- aina
 - harvoin
 - joskus
 - ei koskaan
11. Toteutatteko lääkehoitoa kouristelevalle/kouristaneelle potilaalle
- suun kautta (p.o.)
 - lihakseen (i.m.)
 - laskimonsisäisesti (i.v.)
 - jotain muuta kautta?
12. Mitä lääkkeitä käytätte kouristavan/kouristaneen potilaan hoidossa?
13. Toteutuuko potilassiirrossa osastolta osastolle mielestäsi turvallisuus ja raportointi?
- hyvin
 - melko hyvin
 - kohtalaisesti
 - ei ollenkaan

14. Toteutuuko potilaan informointi lääkityksen tärkeydestä ja säännöllisyydestä potilaan kohdalla ymmärrettävästi ja selkeästi.

- a. aina
- b. harvoin
- c. joskus
- d. ei koskaan

15. Onko raportointi osaston sisällä hoitajien välillä mielestäsi hyvää?

- a. aina
- b. harvoin
- c. joskus
- d. ei koskaan

16. Mitä kehityskohteita näet kouristelevan potilaan hoitoprosessissa?

- a. lääkehoito
- b. potilaan seuranta
- c. mittausten/tutkimusten toteuttaminen
- d. raportointi
- e. muu, mikä?

17. Mitä haasteita koet itse kouristavan potilaan hoitoprosessissa tällä hetkellä? (avoin kysymys)

18. Mikä mielestäsi onnistuu osastollanne hyvin kouristelevan potilaan hoitoprosessissa? (avoin kysymys)

19. Kuinka pitkä on hoitoprosessin kesto osastollanne?

- a. 0-1h
- b. 2-5h
- c. 6-10h
- d. 1-2 päivää
- e. 3-5 päivää
- f. Viikko tai yli