

UUDEN POTILAAN VASTAANOTTAMINEN TEHOSTETTUUN HOITOO



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja

syksy, 2021

Kaisa Järvi, Henna Kaasalainen & Nelli Väisänen

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön aiheena oli uuden potilaan vastaanottaminen tehostettuun hoitoon. Tarkoituksena oli tuottaa tietoperusta liittyen potilaan vastaanottotilanteeseen tehostetussa hoidossa sekä tuottaa tilaajalle tarkistuslista potilaan vastaanottotilanteeseen työvälineeksi. Opinnäytetyön tilaajana toimi Kanta-Hämeen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikkö. Tarkistuslistan tavoitteena oli olla mahdollisimman selkeä ja kattava sisällöltään, jotta uuden potilaan vastaanottotilanteessa kaikki tarvittava tulee otettua huomioon. Näin ollen tarkistuslista parantaa myös potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin ensisijaisesti sähköisistä lähteistä. Tiedonhaussa huomioitiin myös kirjastoja sekä niistä löytyvää kirjallisuutta. Tietoperustan alussa avattiin käsitteet kriittisesti sairas potilas sekä tehohoito ja tehovalvonta, jotka yhdessä muodostavat tehostetun hoidon käsitteen. Lisäksi tietoa etsittiin yleisesti potilaan vastaanottotilanteesta tehostetussa hoidossa, potilaan tilan arvioinnista, potilasturvallisuudesta sekä potilaan kohtaamisesta. Lisäksi tilaajan toiveesta otettiin yhteyttä sähköpostitse kuuteen tehostetun hoidon yksikköön ja tiedusteltiin heidän toimintatavoistaan potilaan vastaanottotilanteessa. Sähköpostitiedusteluista saatuja tietoja käytettiin lähteinä tietoperustassa.

Tarkistuslistan työstämisvaiheessa kerättiin palautetta opinnäytetyön väliseminaarissa Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikön henkilökunnalta. Väliseminaarissa saatujen ajatusten pohjalta tehtiin muokkauksia järjestykseen sekä sisältöön. Tarkistuslistasta pyrittiin saamaan kattava ja tiivis yhteenveto tilaajaorganisaation toimintatapojen mukaisesti. Tarkistuslista tulee tehostetun hoidon yksikköön käyttöön työvälineeksi ja heille on annettu tekijänoikeudet sen päivittämiseen tarvittaessa.

Authors Kaisa Järvi, Henna Kaasalainen & Nelli Väisänen Year 2021
Subject Admitting a New Patient to Enhanced Critical Care
Supervisor Kaisa Seppälä

The theme of this practice based Bachelor's thesis was admitting a new patient to enhanced critical care. In this Bachelor's thesis enhanced critical care covers intensive care and critical care. The purpose of the thesis was to produce theoretical basis concerning the patient admission in enhanced critical care and to produce a checklist as a tool for the patient's admission for the commissioner, Kanta-Häme central hospital enhanced critical care unit. The aim of the checklist was to be as clear and comprehensive as possible, that everything needed is taken into account when admitting a new patient. Therefore, the checklist also improves patient safety.

The information retrieval of the thesis was primarily done from online databases, including also libraries and the literature found in them. At the beginning of the theoretical basis, concepts of critically ill patient, intensive care and critical care were opened. In addition, information was searched generally about the patient admission in enhanced critical care, assessing the patient's condition, patient safety and patient encounter. Also, at the request of the commissioner, six enhanced critical care units were contacted by email and inquired about their course of action in the event of patient admission. The information received from the email inquiries was used as source in the theoretical basis.

At the work phase of the checklist feedback was collected from the personnel of Kanta-Häme central hospital. Based on their thoughts modifications were made to both, the order, and the content. The aim of the checklist was to be comprehensive and a compact summary in accordance with the commissioning organization's course of action. The checklist will be used as a tool in the enhanced critical care unit, and they have been granted copyright to update it as necessary.

Keywords Admitting patient, patient safety, checklist, enhanced critical care
Pages 50 pages and appendices 2 pages

Sisällys

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS, TILAAJAN ESITTELY JA TIEDONHAKU	2
2.1	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	2
2.2	Tilaaajan esittely	3
2.3	Opinnäytetyön tiedonhaku	4
2.4	Muut aiheeseen liittyvät opinnäytetyöt	5
3	TEHOSTETTU HOITO	7
3.1	Kriittisesti sairas potilas ja yleisimmät potilasryhmät	7
3.2	Tehohoito ja hoitoon pääsyn kriteerit	8
3.3	Tehovalvonta hoitoympäristönä	9
4	UUDEN POTILAAN VASTAANOTTAMINEN TEHOSTETTUUN HOITOON	10
4.1	Valmistautuminen uuden potilaan saapumiseen	14
4.2	Raportin vastaanotto ja raportointitavat	16
4.3	Potilaan tutkiminen vastaanottotilanteessa	18
4.3.1	ABCDE-menetelmän käyttö potilaan tilan arvioinnissa	20
4.3.2	NEWS-pisteytyksen käyttö potilaan tilan arvioinnissa	22
4.3.3	GCS-pisteytyksen ja RASS-asteikon käyttö potilaan tajunnantason arvioinnissa	24
4.3.4	Kivun arviointi ja hoito vastaanottotilanteessa	27
4.4	Potilasturvallisuus tehostetussa hoidossa	30
4.5	Potilaan kohtaaminen ja tukeminen tehostetun hoidon aikana	31
5	OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLISEN OSAN TOTEUTUS	32
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	33
5.2	Tarkistuslista hoitotyön työvälineenä	34
6	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	35
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	35
6.2	Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja arviointi	37
7	POHDINTA	41
	Lähteet	46

Liitteet

Liite 1 Tarkistuslista

1 JOHDANTO

Kriittisesti sairaat potilaat tarvitsevat tehovalvontaa tai tehohoitoa. Nämä käsitteet yhdessä muodostavat tehostetun hoidon käsitteen sairaalaympäristössä. Tehovalvontaa tarvitsevalla potilaalla on yleisimmin lievä, yhden elinryhmän toimintahäiriö tai sen uhka. Tällöin potilas tarvitsee erityistä hoitoa, valvontaa, lääkkeitä ja toimenpiteitä. Tehostetun hoidon tarkoituksena on voittaa aikaa vaikean vamman tai sairauden parantamiseen. (Tays, 2021) Resurssit tehostetussa hoidossa on kohdennettava sellaisiin potilaisiin, joiden henkeä uhkaava tila arvioidaan ohimeneväksi. Keskeisimpiä eettisiä ja lääketieteellisiä kysymyksiä tehostetussa hoidossa on potilaiden tunnistaminen ja erottaminen toivottomasti sairaasta potilaasta sellaiseen, jolla on vielä toipumismahdollisuuksia. (Halila ym., 2021, s. 157)

Ympäristön vaihtuminen osastolta toiselle on riskialtista tiedonkulun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tarkistuslistan avulla voidaan välttää suuret virheet ja parantaa hoitohenkilökunnan sekä potilaan turvallisuutta. (Blomgren & Pauniaho, 2014) Potilaat ovat alttiita siirtymien yhteydessä tapahtuville tiedonkulun virheille, kun hoitovastuu siirtyy useaan otteeseen sairaalahoidon aikana. Hoitovastuun siirtyminen on tilanne, jossa potilaan hoitovastuu siirtyy kokonaan tai osittain toiselle ryhmälle tai henkilölle. Hoitovastuun siirtyminen voi olla pysyvä tai väliaikainen. Myös työvuorojen vaihdot altistavat potilaan tiedonkulun virheille, joten näissä tilanteissa hoitovastuu siirretään kattavalla suullisella raportoinnilla eteenpäin. (Tamminen & Metsävainio, 2015)

Työ on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Tarkoituksena oli perehtyä potilaan vastaanottotilanteeseen näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Lisäksi tarkoituksena on ollut tuottaa opinnäytetyön toiminnallisena osana tarkistuslista Kanta-Hämeen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikköön. Tilaajan kanssa yhteistyössä on päädytty tekemään tarkistuslista potilaan vastaanottotilannetta varten, sillä heillä ei ole ollut yksikössä sellaista vielä lainkaan käytössä. Tarkistuslistan tavoite oli olla tarpeeksi kattava, jotta yksikön hoitohenkilökunta saisi siitä mahdollisimman suuren hyödyn työvälineenä potilaan vastaanottotilanteessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös kehittää opinnäytetyöntekijöiden kasvua tulevina sairaanhoitajina.

Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä aikaisempaan hoitotyöstä julkaistuun kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon. Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset: Mitä sairaanhoitajan tulee huomioida vastaanottaessaan uutta potilasta tehostettuun hoitoon? Millaiset toimintatavat edistävät tehostettuun hoitoon tulevan potilaan vastaanottotilanteen turvallisuutta? Mistä hyvä tarkistuslista koostuu?

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ovat auttaneet opinnäytetyön tietoperustan kokoamisessa. Kysymykset ovat olleet koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvänä perustana tiedonhaussa ja tietoperustan toteutuksessa. Opinnäytetyön lopullisessa tietoperustassa vastataan näihin kysymyksiin.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS, TILAAJAN ESITTELY JA TIEDONHAKU

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tavoitetta ja tarkoitusta kirjoittajien sekä tuotetun tarkistuslistan (liite 1) näkökulmasta. Luvussa esitellään opinnäytetyön tilaajaorganisaatio, kerrotaan yksityiskohtaisemmin tiedonhaun kulkua ja tiedonhakumenetelmiä, sekä esitellään muita aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä.

2.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä ja kuvailla näyttöön perustuvan tiedon perusteella potilaan vastaanottotilannetta tehostetussa hoidossa. Tarkoituksena oli myös tuottaa Kanta-Hämeen keskussairaalan tehostettuun hoitoon tarkistuslista uuden potilaan vastaanottotilannetta varten. Tarkistuslistan tavoitteena on toimia hoitohenkilökunnalle muistilistana sekä uudemmille sairaanhoitajille ja opiskelijoille perehdytyksen tukena. Tarkistuslistan tavoitteena oli myös olla tarpeeksi selkeä ja kattava, jotta se saataisiin Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikköön työvälineeksi. Tarkistuslistan avulla varmistetaan potilaan vastaanottotilanteessa, että tärkeimmät huomioitavat asiat tulee tehtyä. Tarkistuslistan avulla työskentelyjärjestys toteutuu loogisesti sekä lisäksi parannetaan potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tukea opinnäytetyön tekijöiden ammatillista kasvua tulevina sairaanhoitajina. Opinnäytetyöprosessin edetessä on saatu lisätietoa ja valmiuksia työskennellä tulevaisuudessa tehostetun hoidon yksikössä.

Lisäksi tilaajan toiveesta on otettu yhteyttä kuuteen samankokoiseen tehostetun hoidon yksikköön ja tiedusteltu heidän toimintatavoistaan uuden potilaan vastaanottotilanteessa. Tavoitteena oli saada mahdollisimman laaja ja kattava tieto muiden tehostetun hoidon yksiköiden toimintatavoista.

2.2 Tilaajan esittely

Opinnäytetyön tilaajana on toiminut Kanta-Hämeen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikkö ja yhteyshenkilönä toimi yksikön osastonhoitaja. Opinnäytetyöhön liittyvä kanssakäyminen on tapahtunut pääosin yhteyshenkilön kanssa.

Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikkö muodostuu viisiapaikkaisesta tehovalvonnasta ja viisiapaikkaisesta teho-osastosta. Tehovalvonnassa sekä teho-osaston puolella työskentelee sama hoitohenkilökunta. Tehostetun hoidon yksikössä on myös anestesia- ja elvytysryhmä, joka hoitaa elvytystilanteet kantatalon sisällä. Sama ryhmä toimii talon sisällä lisäksi MET-ryhmänä, Medical Emergency Team. Tämän ryhmän tavoitteena on reagoida ajoissa vuodeosastopotilaiden peruselintoimintojen häiriöihin, jotta turhalta tehohoidolta vältyttäisiin. Näin ollen ryhmä antaa myös potilaan tilan seurantaan tukea vuodeosaston henkilökunnalle. (Kanta-Hämeen keskussairaala, n.d.)

Tilaajana toimivan yksikön osastonhoitaja Lukkala kertoo sähköpostissaan (henkilökohtainen tiedonanto, 7.10.2021), että heillä Kanta-Hämeen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikössä hoidetaan yli 800 potilasta vuodessa. Näistä potilaista yli 300 hoidetaan tehohoidossa ja yli 500 tehovalvonnassa. Keskimääräinen hoitoaika tehohoidossa on n. 2,8 vuorokautta ja tehovalvonnassa alle kaksi vuorokautta. (S. Lukkala, osastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 7.10.2021)

Yleisimmät potilasryhmät Kanta-Hämeen tehostetussa hoidossa ovat kirurgiset, yleissisätautiset ja hengityselinsairaus potilaat. Potilaiden hoito on aina moniammatillista ja potilaan hoitotiimiin kuuluu useiden eri ammattiryhmien edustajia, esimerkiksi röntgenhenkilökunta, fysioterapeutti ja eri erikoisalojen lääkärit. (S. Lukkala, osastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 7.10.2021)

2.3 Opinnäytetyön tiedonhaku

Opinnäytetyön tiedonhaku on tapahtunut ensisijaisesti sähköisesti Internetissä, mutta opinnäytetyön teossa on hyödynnetty myös Hämeen ammattikorkeakoulun, Tampereen, Nokian, Ylöjärven ja Hyvinkään kirjastoja. Kirjastoista löydettyä ajankohtaista ja laadukasta kirjallisuutta on hyödynnetty tietoperustassa liittyen opinnäytetyön aiheeseen. Myös useita luotettavia sähköisiä tietokantoja on hyödynnetty tiedonhaussa. Käytetyimmät suomalaiset sähköiset tietokannat ovat olleet Sairaanhoidajan tietokannat, Oppiportti ja Terveysportti. Osa tietokannoista vaati erillisen kirjautumisen, joka onnistui HAMK Finna verkkokirjaston kautta opiskelijatunnuksilla. Myös Googlen hakupalvelua on käytetty avoimena hakuna.

Tiedonhaussa on käytetty enimmäkseen suomenkielisiä hakusanoja, kuten esimerkiksi "tehostettu hoito", "tehohoito", "potilaan vastaanotto", "potilassiirto", "akuuttihoitotyö", "kriittisesti sairas", "potilasturvallisuus", "tehovalvonta", "potilaan tutkiminen". Englanninkielisinä hakusanoina on käytetty esimerkiksi sanoja: "icu patient", "intensive care", "intensive care patient", "patient examination", "patient examine". Englanninkielistä teoriatietoa on etsitty Cinah-I ja Joanna Briggs Institute -tietokannoista sekä Google Scholarin kautta samoilla hakusanoilla.

Opinnäytetyössä tavoiteltiin mahdollisimman ajantasaista tietoa, joten artikkeleiden ja tutkimusten julkaisut on rajattu tiedonhaussa vuosiin 2011–2021. Sähköisistä hakukannoista on hyödynnetty ilmaisia, kokonaisia sekä vertaisarvioituja artikkeleita ja tutkimuksia. Tiedonhaussa käytöstä on poistettu hakusanoja, jotka on merkitty hakukoneessa "NOT" etuliitännällä. Haussa poistetut hakusanat ovat olleet muun muassa "NOT thesis", "NOT theseus", "NOT opinnäytetyö" ja "NOT opinnäyte". Opinnäytetöihin liittyvät hakusanat on poistettu, koska tiedonhaussa on haluttu rajata opinnäytetyöt pois saaduista hakutuloksista.

Tiedonhaussa on tarkasteltu myös muita samankaltaisista aiheista tehtyjä opinnäytetöitä. Muiden opinnäytetöiden lähdeluetteloista löydettyjä hyödyllisiä ja laadukkaita lähteitä on myös käytetty opinnäytetyön tietoperustassa. Myös muiden opinnäytetöiden sisällysluetteloita on vertailtu, jotta on saatu uusia näkökulmia sisällysluettelon toteutukseen. Luvussa 2.4 esitellyt opinnäytetyöt liittyvät aiheeseen eniten tietoperustan ja toiminnallisen tuotoksen puolesta.

Tietoperustan ja tarkistuslistan (liite 1) tiedonhakua on toteutettu samoista kirjallisuuskatsauksista sekä tietokannoista. Osana tarkistuslistan tiedonhakua on käytetty lisäksi opinnäytetyön väliseminaaria, joka on pidetty Kanta-Hämeen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikössä.

Tilaaajan toiveesta on myös otettu sähköpostitse yhteyttä muihin samankokoisiin tehostetun hoidon yksiköihin Suomessa. Heiltä kerättyä tietoa on käytetty lähteenä opinnäytetyön tietoperustassa ja tarkistuslistassa.

2.4 Muut aiheeseen liittyvät opinnäytetyöt

Aihe rajattiin huomioiden aikaisemmat opinnäytetyöt, jotka liittyvät tehostettuun hoitoon. Myös aikaisemmin tehdyissä opinnäytetöissä on tehty tarkistuslistoja, esimerkiksi tehohoitopotilaan siirtovalmisteluista, potilaan siirtymisestä hoitoon teho-osastolle ja ennen potilaan siirtymisestä teho-osastolta vuodeosastolle. Tarkistuslistoihin liittyen löydettiin myös opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on kuvata potilaskierron tarkistuslistan vaikutuksista tehohoitoon. Lisäksi löydettiin opinnäytetyö liittyen tehohoitopotilaan ensimmäiseen tuntiin. Opinnäytetyössä kehitettiin hoitohenkilökunnalle toimintakortit vastaanottotoiminnan kehittämiseksi. Aikaisemmin aiheesta tehdyissä opinnäytetöissä on keskitytty myös sairaanhoitajan rooliin potilaiden siirroissa teholle tai teholta toiseen erikoissairaanhoidon yksikköön. Opinnäytetyössä on myös pohdittu, miten organisoivan sairaanhoitajan näkökulmasta potilaan vastaanottotilannetta voisi kehittää.

Tehohoitopotilaan siirtovalmisteluista tehdyissä opinnäytetyössä on tehty tarkistuslista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin teho-osaston sairaanhoitajille. Tarkistuslista toimii

muistilistana siitä, mitä sairaanhoitajan tulee muistaa tehdä ennen tehohoitopotilaan siirtokuljetusta toiseen sairaalaan. (Saavalainen & Mäenpää, 2017) Kriittisesti sairaan potilaan tarkistuslista siirrettäessä hoitoon teho-osastolle - opinnäytetyö on tehty Vaasan keskussairaalan teho-osaston henkilökunnalle. Tarkistuslistaa tehdessä on haastateltu osaston neljää sairaanhoitajaa sekä teho-osaston lääkäriä. Tarkistuslista otettiin käyttöön osastolla keväällä 2015. (Alajääski & Koskenranta, 2015) Potilaan siirtymisestä teho-osastolta vuodeosastolle tehdyssä opinnäytetyössä on tarkasteltu yksikön sisäisessä siirtotapahtumassa potilasturvallisuutta suullisen tiedonsiirron näkökulmasta. Opinnäytetyöhön tehty tarkistuslista on toteutettu siirtymätilanteeseen teho-osastolta vuodeosastolle. Tarkistuslista on tehty Jorvin sairaalan osastolle S6 potilasraportin vastaanottamista varten. (Grandström & Halonen, 2016)

Arbelius-Iltanen kehitti opinnäytetyössään Tehopotilaan eka tunti - toimintaohjeeseen kuuluvia toimintakortteja Tampereen yliopistollisen sairaalan teho-osaston henkilökunnan palautteiden mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli päivittää toimintakortit. Nyt kortit ovat päivitettyinä käytössä Taysin tehohoidon vastuualueilla. (Arbelius-Iltanen, 2013) Arbelius-Iltanen on myös tehnyt ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön liittyen kriittisesti sairaan potilaan hoitoon. Tässä opinnäytetyössä Arbelius-Iltasella on aiheenaan sairaanhoitajan näkökulmasta kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto prosessin kehittäminen tehohoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien mielipidettä Tehopotilaan eka tunti - toimintaohjeen kehittämiseksi sekä kuvata organisoivan sairaanhoitajan näkemys kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto prosessista. Pohdinnassaan Arbelius-Iltanen kuvaa tuloksista tulleita johtopäätöksiä. Opinnäytetyössä kerrotaan, että vastaanottotilanteessa yhdistyvät sairaanhoitajan tiimityöskentelytaidot sekä yksilölliset taidot. Toiminnan arviointi ja harjoitus sekä koulutus ovat kriittisesti sairaan potilaan vastaanotto prosessin kehittämisessä keskeisiä keinoja. (Arbelius-Iltanen, 2015)

Teho-osaston potilaskierron tarkistuslista - opinnäytetyö on katsaus potilaskierron tarkistuslistan käytön vaikutuksista tehohoitoon. Leppälä kertoo tulosten tarkastelussa tarkistuslistojen käytöllä olleen positiivinen vaikutus potilashoidon tuloksiin. Negatiivisia vaikutuksia tutkimuksessa ei tullut esiin. Tehohoidon kesto lyheni ja tulokset puhuivat tarkistuslistan käyttöönoton puolesta. (Leppälä, 2017)

3 TEHOSTETTU HOITO

Tässä luvussa avataan opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet, joita ovat kriittisesti sairas potilas sekä tehohoito ja tehovalvonta, jotka yhdessä muodostavat tehostetun hoidon käsitteen. Luvussa käydään lyhyesti läpi myös tehostetussa hoidossa esiintyviä yleisimpiä potilasryhmiä sekä hoitoon pääsyn kriteereitä.

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettisten ohjeiden mukaan tehohoidon päämääränä on vakavasta vammasta tai sairaudesta toipuminen sekä tilapäiseksi arvioidun hengenvaaran torjunta. Hoitajaksoja suomalaisilla teho-osastoilla toteutuu vuodessa noin 20 000. Hoitajakson keskimääräinen aika on kolme vuorokautta. Hoidon tarpeista suurin osa on päivystyksellisiä. Suomalaisilla teho-osastoilla viime vuosina hoidetuista potilaista sairaalajakson aikana menehtyi noin 10 %. Lähes 80 % potilaista oli elossa vuoden kuluttua tehohoitajakson alkamisesta. Eloönjäämisennuste heikkenee kuitenkin iän myötä. (Aarno ym., 2019, s. 3)

Tehostetun hoidon yksikössä tulee olla valmiudet hoitaa, tukea ja ohjata potilasta yksilöllisesti. Potilaan tarpeet tulee ottaa huomioon koko hoitoprosessin ajan. Teho- ja valvontahoitotyössä tarvittava tiedon määrä kasvaa nopeasti hoitomenetelmien monipuolistuessa ja tutkitun tiedon lisääntyessä. Hoitohenkilökunnan tulee olla orientoituneita uusimpaan tietoon ja hoitomenetelmiin, jotta saavutetaan mahdollisimman tehokas hoito potilaalle. (Ritmala-Castrén ym., 2017)

3.1 Kriittisesti sairas potilas ja yleisimmät potilasryhmät

Potilas määritellään kriittisesti sairaaksi silloin, kun potilaalle tapahtuu äkillinen, usein tilapäinen henkeä uhkaava yhden tai useamman elintoiminnon häiriö. Kriittinen tila voi johtua onnettomuudesta, vakavasta sairaudesta tai kirurgisen toimenpiteen komplikaatiosta. Kriittisesti sairasta potilasta hoidetaan tehohoidossa tai tehostetussa valvonnassa. (Tays, 2021) Kun tunnistetaan varhaisessa vaiheessa kriittisesti sairas potilas, tulee mahdollisimman nopeasti aloittaa peruselintoimintoja tukeva hoito. Näin ollen parannetaan potilaan mahdollisuuksia selvitä ja vältetään äkillisen sydämen pysähdysten tai

kuoleman mahdollisuus. (Alanen ym., 2017) Kriittisesti sairas potilas voidaan tehokkaasti tunnistaa käyttämällä NEWS-pisteytystä. NEWS-pisteytys on sairaanhoitajien käyttöön kehitelty pisteytysjärjestelmä, joka auttaa tunnistamaan potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset. (Ritmala-Castrén, 2017) NEWS-pisteytys avataan tarkemmin luvussa 4.3.2.

Yleisimpiä kriittisesti sairaiden potilaiden ryhmiä ovat peruselintoimintojen häiriöt. Näitä ovat neurologiset sekä hengityselimistö- ja verenkiertoelimistön häiriöt. Muita kriittisiä tiloja potilaille aiheuttaa ruuansulatuskanavien ongelmat, maksan ja munuaisten vajaatoiminnat, verenvuoto- ja hyytymishäiriöt, infektiot sekä myrkytystilat. (Ala-Kokko ym., 2014)

3.2 Tehohoito ja hoitoon pääsyn kriteerit

Potilaiden ottaminen tehohoitoon on tärkeä päätös, jonka tavoitteena on saada potilas toipumaan mahdollisimman hyvin. Tehohoitoon pääsyn kriteerien tulee olla mahdollisimman selkeät ja ne on saatettava koko hoitohenkilökunnan tietoon. Sairaaloiden välillä voi olla eroja tehohoitoon pääsyn kriteereissä. Yleensä tehohoitoon siirtymisen päätöksen tekee potilasta hoitava erikoislääkäri ja teho-osaston lääkäri. Lääkärit arvioivat onko tehohoidosta potilaalle haittaa vai hyötyä. Päätökseen vaikuttaa potilaan kokonaistilanne eli tämänhetkinen tila sekä olemassa olevat sairaudet. Päätökseen vaikuttavat tekijät tulee aina kirjata ylös potilastietojärjestelmään. (Lund, 2018, ss. 687–690)

Tehohoidon aiheita ovat akuutti henkeä uhkaava tila, joka arvioidaan hoidettavaksi sekä elinjärjestelmän toimintahäiriö tai sen uhka ilman tehostettua hoitoa. Myös potilaan selviytyminen akuutista tilanteesta tai vammautumisesta tehohoidon avulla on aihe tehohoidolle. Yleensä erittäin huonoennusteiset sydänpysähdyspotilaat ja aivotapahtumapotilaat eivät hyödy tehohoidosta. (Lund, 2018, ss. 687–690)

Potilaan korkea ikä yksinään ei ole peruste tehohoidosta kieltäytymiseen, mutta korkea ikä ja vaikeat perussairaudet yhdessä ovat tehohoidon este. Yli 75-vuoden ikä voi vaikuttaa potilaan toipumiseen, jolloin tehohoidon hyötyjä ja haittoja on mietittävä. Tehohoitoon pääsyyn vaikuttavia sairauksia ovat monet pitkälle edenneet krooniset sairaudet, esimerkiksi

sydämen vajaatoiminta, vaikea maksakirroosi tai vaikea keuhkohtaumatauti, eli COPD. Krooniset neurologiset sairaudet, syöpäsairaudet ja dialyysihoito eivät yleensä ole tehohoidon este, mutta niiden ennuste ja kulku on huomioitava. Tehohoitoon pääsyn esteenä on myös laitoshoidoa vaativa muistisairaus, sillä tehohoito voi huonontaa muistisairaana elämänlaatua entisestään. (Lund, 2018, ss. 687–690)

Potilaan sen hetkinen tila vaikuttaa myös tehohoitoon pääsyyn. Se mikä on aiheuttanut tehohoidon tarpeen, vaikuttaa myös siihen, onko tehohoidosta hyötyä. Tehohoidon hyötyä arvioitaessa tulee ottaa huomioon potilaan todennäköinen toipuminen tapahtuneesta traumasta sekä elintoimintojen häiriöiden laajuus. Pitkään kestäneet elintoimintojen häiriöt heikentävät potilaan toipumisennustetta. Toipumisennustetta kuitenkin parantaa nopea hoitoon pääsy ja hoidon aloitus. Nopeasti muuttuvassa tilanteessa tulee punnita hyödyt ja haitat potilaan tehohoitoon ottamisesta. (Lund, 2018, ss. 687–690)

Tilanteessa, jossa ei varmasti tiedetä, hyötyykö potilas tehohoidosta, voidaan tehdä tehohoitokokeilu. Tehohoitokokeilussa potilasta hoidetaan kaikin tarvittavin keinoin. Potilas voidaan esimerkiksi laittaa respiraattoriin, eli hengityskoneeseen ja kokeilla, hyötyykö potilas siitä. Mikäli huomataan, että potilas ei hyödy intensiivisestä hoidosta, voidaan tehohoidosta luopua. Mikäli tehohoitoon pääsy evätään, on potilaalle osoitettava jokin muu hoitopaikka, jossa voidaan antaa potilaan tarvitsevaa hoitoa. Päätöksen tehohoidon eväämisestä tekee hoitava lääkäri ja teho-osaston lääkäri. Potilasta ja omaisia tulee informoida potilaan tilanteesta ja perustella miksi näin tehdään. Potilaalla on myös oikeus hoitotahtoon, jolloin tehohoitoa ei tule aloittaa. Potilas voi kuitenkin sallia hoitotahdosta riippumatta tehohoidon, jos siitä katsotaan olevan hyötyä ja potilas toipuu kriittisestä tilasta. (Lund, 2018, ss. 687–690)

3.3 Tehovalvonta hoitoympäristönä

Tehovalvontahoidossa on vuodeosastohoitoa paremmat mahdollisuudet kriittisesti sairaiden potilaiden seurantaan. Tehovalvontahoidossa potilaat ovat jatkuvassa monitoroinnissa ja potilaiden tilassa tapahtuvat muutokset havaitaan nopeammin kuin vuodeosastolla. Tehovalvontayksikössä on yhden pykälän kevyempää hoitoa kuin

tehohoidossa ja usein suuren riskin potilaat siirtyvät porrastetusti tehohoidosta tehovalvontaan ennen vuodeosastolle siirtoa. (Ala-Kokko ym., 2014, ss. 9–10)

Tehovalvontahoitoa tarvitsevilla potilailla on yleensä yhdestä kahteen lievää tai keskivaikeaa peruselintoiminnanhäiriötä. Potilaiden Glasgow Coma Scale, eli GCS-pisteet ovat yleensä yli yhdeksän, jolloin ei ole havaittavissa merkittävää tajunnantason häiriötä. (Lund, 2018, ss. 685–686) GCS-pisteet avataan tarkemmin luvussa 4.3.3.

Potilailla tulee olla suuri todennäköisyys toipua kriittisestä tilasta, jotta heidät voidaan ottaa tehovalvontaan teho-osaston sijasta. Tehovalvonnasta potilas voidaan siirtää voinnin kohentuessa suoraan vuodeosastolle tai tarvittaessa hetkeksi teho-osastolle intensiivihoidon. Tehovalvonta toimii myös tarvittaessa heräämönä suurten leikkausten jälkeen. (Lund, 2018, ss. 685–686)

4 UUDEN POTILAAN VASTAANOTTAMINEN TEHOSTETTUUN HOITOO

Tässä luvussa käydään läpi potilaan vastaanottotilannetta ja siinä tärkeimpiä huomioitavia asioita sairaanhoitajan näkökulmasta. Luvussa kuvataan lyhyesti valmistautumista uuden potilaan saapumiseen ja avataan kriittisesti sairaan potilaan tutkimista. Luvussa käsitellään raportointia vastaanottotilanteessa ja ISBAR-raportointimenetelmää sekä Closed Loop -kommunikaatiota. Lisäksi tuodaan esille potilaan tilan arviointiin liittyviä menetelmiä, kuten ABCDE-menetelmä, NEWS- ja GCS-pisteytykset sekä RASS-asteikko.

Hyvät ennakkotiedot potilaasta mahdollistavat valmistautumisen potilaan tuloon, hoitopaikan valmisteluun sekä resurssien varaamiseen. Potilaan vastaanottaminen tehostettuun hoitoon tapahtuu vaiheittain. Aluksi arvioidaan potilaan hoidon tarve. Kun potilas on päätetty ottaa hoitoon, valmistautuu hoitotiimi potilaan vastaanottamiseen. Potilas vastaanotetaan ja tehostettu hoito aloitetaan mahdollisimman nopeasti. Ennen potilaan siirtoa vuoteelta toiselle, vaihdetaan monitorointi tehostetun hoidon valvontalaitteisiin, ettei potilaan peruselintoimintojen tarkkailu keskeytyisi. Näin varmistetaan potilaan turvallinen siirto lähettävän yksikön sekä vastaanottavan yksikön välillä. Kun potilas on siirretty ja potilaan tila on tarpeeksi vakaa, kuunnellaan raportti.

Raportin jälkeen vastaanottava sairaanhoitaja kirjaa tarpeelliset asiat tietokoneelle, esimerkiksi voinnin ja siinä hetkessä annetut lääkkeet sekä nesteet. Vastaanottava sairaanhoitaja ottaa vastuun potilaasta ja vastaanotossa apuna olleita hoitotiimiläisiä ei enää tarvita. Sairaanhoitaja jatkaa potilaan hoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. (Arbelius-Iltanen, 2017)

Uuden potilaan vastaanottotilanteessa yhtenä kulmakivenä toimii laadukas tiedonkulku ja raportointi. Hoitotiimin hyvä kommunikaatio, yhteistyö, johtaminen ja päätöksenteko edesauttavat laadukasta hoitoa sekä potilasturvallisuutta vastaanottotilanteessa. Hoitotiimin ennalta suunniteltu toiminta vähentää tilanteeseen liittyviä riskejä ja luo potilaalle turvallisuuden tunnetta. (Ritmala-Castrén ym., 2017, ss. 536–537)

Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikön sairaanhoitajat kertovat sähköpostitiedustelun vastauksessa (henkilökohtainen tiedonanto, 18.10.2021), että uuden potilaan saapumisen jälkeen potilas kiinnitetään monitorijohtoihin. Tämän jälkeen sairaanhoitaja lukee monitorista peruselintoimintojen arvot ja arvioi, vaaditaanko potilaan tilassa välitöntä reagoitua. Tilannekatsauksen jälkeen sairaanhoitaja tarkistaa potilaalla jo olemassa olevat infuusiot ja niiden riittävyyden sekä siirtää ne yksikön omaan infuusiotorniin. Tämän jälkeen yksikössä aloitetaan tarvittavat hoidot, esimerkiksi hengitystä tukevat hoidot. Tarvittavien hoitojen aloituksen jälkeen potilaasta tehdään silmämääräisesti yleiskatsaus. Uuden potilaan vastaanottotilanteessa huomioitavien asioiden järjestys toteutetaan potilaskohtaisesti ja tilanteesta riippuen. (Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikkö, henkilökohtainen tiedonanto, 18.10.2021)

Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikön apulaisosastonhoitaja Kati Jokiaho kertoo sähköpostissaan (henkilökohtainen tiedonanto, 21.9.2021), että uuden potilaan saavuttua yksikköön, he yhteisvoimin siirtävät potilaan sänkyyn ja informoivat lääkäriä saapumisesta. Potilas sisäänkirjataan CCC-potilastietojärjestelmään ja Lifecare-järjestelmään. Potilaalle aloitetaan heti monitorointi ja potilasta hoidetaan sen hetkisen voinnin mukaisesti. Siirtävän yksikön sairaanhoitaja antaa potilaan omahoitajalle tarvittaessa vielä tarkemman siirtoraportin. Tämän jälkeen lääkäri päättää, missä järjestyksessä potilaalle aloitetaan hengitystuet, lääkehoidot, kanyloinnit ja muut mahdolliset toimenpiteet. Tämän jälkeen

lääkäri kirjaa määräykset CCC-potilastietojärjestelmään. Potilaan hoito toteutuu Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikössä parityöskentelynä ja Jokiaho kertoo, että tarvittaessa muista moduulin sairaanhoitajista saadaan hoitoon lisäapua. (K. Jokiaho, apulaisosastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 21.9.2021)

Mikkelin tehostetun hoidon yksikön sairaanhoitaja Kimmo Hänninen kertoo sähköpostissaan (henkilökohtainen tiedonanto, 19.9.2021), että heidän yksikkönsä pyrkii yksinkertaiseen toimintamalliin vastaanottaessa uutta potilasta. Heidän yksikkönsä on luonut uusille sairaanhoitajille kattavan perehdytysmateriaalin. Perehdytysmateriaalissa kerrotaan sairaanhoitajien eri roolit sekä yksityiskohtia Mikkelin tehostetun hoidon toimintatavoista uuden potilaan vastaanottotilanteessa. Perehdytysmateriaalissa on eritelty potilaan tilan vakavuuden mukaan hoitohenkilökuntamäärä. Jokaisessa uuden potilaan vastaanottotilanteessa on mukana yksi lääkäri ja kahdesta neljään sairaanhoitajaa. (K. Hänninen, sairaanhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 19.9.2021)

Jokaisessa työvuorossa on vastuuhoitaja, joka valitsee uudelle potilaalle omahoitajan vuorossa olevista sairaanhoitajista. Omahoitaja vastaa potilaan hoidosta koko työvuoronsa ajan. Potilaan peruselintoimintojen tarkkailussa ja turvaamisessa käytetään ABCDE-menetelmää. Potilaan hengitys turvataan happiviiksillä tai muulla lisähapella tai tarvittaessa avustetaan lääkäriä intuboinnissa. Potilaan sen hetkisen tilan mukaan annetaan suonensisäisesti nesteitä ja lääkkeitä sekä seurataan niiden vastetta. Tarvittaessa lääkäri laittaa potilaalle tehostetun hoidon yksikössä arteriakanyylin, sentraalisen kanyylin tai keuhkovaltimokatetrin sairaanhoitajan avustuksella. Elintärkeiden toimenpiteiden jälkeen potilaalle voidaan laittaa myös tarvittaessa nenämahaletku tai virtsakatetri. (K. Hänninen, sairaanhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 19.9.2021)

Kiireen laantuessa potilasta on hyvä siistiä ja vaihtaa puhtaat vaatteet. Potilaan omaisille ilmoitetaan potilaan saapumisesta tehostetun hoidon yksikköön ja potilaan mukana tullut omaisuus dokumentoidaan. Uusi potilas kirjataan sisään Clinisoft-potilastietojärjestelmään, johon kirjataan myös laiteliitäntätiedot. Potilaan tiedot siirretään omaan tietojärjestelmään potilaan saapuessa tehostetun hoidon yksikköön. Clinisoftiin kirjataan potilaan saamat nesteet ja lääkkeet sekä katetrit. Lopuksi potilas sisäänkirjataan potilaskansioon ja

sairaanhoitajien kanslian monitoriin. Uuden potilaan vastaanottotilanteessa huomioitavat asiat toteutetaan potilaskohtaisesti ja tilanteesta riippuen. (K. Hänninen, sairaanhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 19.9.2021)

Kemin tehostetun hoidon yksikön osastonhoitaja Aila Pyyny kertoo sähköpostissaan (henkilökohtainen tiedonanto, 21.10.2021), miten heidän osastollaan vastaanotetaan uusi potilas. Kun potilas saapuu osastolle, omahoitaja ottaa kirjaamisvastuun ja kirjaa tarvittavat tiedot Clinisoft-potilastietojärjestelmään. Omahoitajan apuna on avustavia sairaanhoitajia, jotka auttavat omahoitajaa vastaanottotilanteessa. Kemin tehostetun hoidon yksikköön on tehty lomake avustaville hoitajille, jonka mukaan he toimivat. (A. Pyyny, osastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 21.10.2021)

Avustavan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu muun muassa potilaan lämmön, verensokerin ja hengitysfrekvenssin mittaaminen, virtsan tulon seuranta sekä pituuden ja painon selvittäminen. Myös kivun ja tajunnantason arviointi sekä siitä raportointi omahoitajalle kuuluu avustavan sairaanhoitajan tehtäviin. Nesteiden ja lääkeinfuusioiden tarkistus sekä mahdollinen laitto on tärkeä huomioida vastaanottotilanteessa. Lomakkeessa on myös kohta "ihminen", johon merkitään kanyylien sijainti, esimerkiksi onko kanyyli potilaan oikeassa vai vasemmassa kädessä. Omahoitajan ottaessa vastuu potilastietojärjestelmään kirjaamisesta sekä avustavan hoitajan kirjoittaessa mittaustulokset ja havainnot paperille, saadaan vastaanottamistilanteesta rauhallinen, eikä ylimääräistä hälyä synny. Omahoitaja kirjaa tiedot avustavan sairaanhoitajan täyttämästä lomakkeesta potilastietojärjestelmään. Näin ollen potilaspaikalla kunnioitetaan potilaan yksityisyyttä, eikä tietoja välitetä kovaan ääneen sairaanhoitajalta toiselle. Osastonhoitaja Pyyny kertoo myös, ettei heidän osastollaan ole selkeää roolitusta, esimerkiksi hoitaja 1 ja hoitaja 2. Potilaan vastaanottotilanne on Kemin tehostetun hoidon yksikössä kehittämisen alla oleva asia roolitusten suhteen, jotta tulotilanne ja työtehtävät selkiintyisivät paremmin. Näin vastaanottotilanteesta tulisi selkeä ja turvallinen. (A. Pyyny, osastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 21.10.2021)

4.1 Valmistautuminen uuden potilaan saapumiseen

Ennen uuden potilaan vastaanottoa tulee tarkistaa potilaspaikka ja hoitovälineistö valmiiksi (Arbelius-Iltanen, 2017). Potilaspaikalle varataan valvontaan ja hoitoon tarvittava välineistö, infuusiot, lääkkeet sekä laitteisto. Muuttuviin tilanteisiin varaudutaan saatavilla olevalla lisälaitteistolla. Potilaan voinnin ja vammojen mukaan varataan tarvittava määrä hoitohenkilökuntaa ja varmistetaan, että potilaan tuloaika ja kaikki potilaasta saatavilla oleva tieto on välitetty hoitovastuun ottaville sairaanhoitajille. Uuden potilaan vastaanottamisen tulee sujua häiriöttä ja muiden potilaiden hoito ajoitetaan sen mukaisesti. Välineistössä tulee olla hengityksen tukemista varten respiraattori, happilisa, hengityspalje tai muu hengitystä tukeva laite, sekä liman imua varten imulaite. Sairaanhoitajan tulee huomioida valmius erilaisiin mittauksiin, varata ruisku- ja infuusiopumput sekä tiedossa olevat lääkkeet ja infuusiot niihin valmiiksi. Välineistössä tulisi olla potilaan viilennykseen ja lämmitykseen sopiva laitteisto sekä infuusio- ja verinesteiden lämmityslaitteisto. Verivaraus ja voimassa oleva sopivuuskoe sekä veriryhmämääritys tulee selvittää. Tarvittaessa varataan myös erilaisia patjoja potilassänkyyn sekä ripustuksia ja vetoja ranka- tai raajavammojen hoitoa varten. (Berg & Bergman, 2015)

Apulaisosastonhoitaja Jokiaho kertoo myös sähköpostissaan (henkilökohtainen tiedonanto, 21.9.2021), miten heillä Seinäjoen yksikössä valmistaudutaan potilaan saapumiseen. Jokiaho kertoo, että heillä vuorovastaava sairaanhoitaja ottaa ensin saapuvasta potilaasta puhelimesta tiedot vastaan. Tämän jälkeen sairaanhoitaja päättää potilaan paikan ja potilaan omahoitajan. Vuorovastaava sairaanhoitaja kirjaa paperille potilaan henkilötiedot, tulossyn, sen hetkisen voinnin, hoidon tarpeen sekä tarvittavat asiat hoitopaikan valmistelua varten. Näihin kuuluvat tarvittavat lääkitykset ja muut erityistarpeet, kuten esimerkiksi kanylointi ja hengityksen tukitarve. Vapaiden paikkojen mukaisesti vuorovastaava sairaanhoitaja informoi siirtävää yksikköä potilaan siirtoviiveestä. Jos mahdollista, potilas pyritään ottamaan vastaan heti ilmoituksen jälkeen. Edellä mainittujen tietojen mukaan potilaan omahoitaja sekä hänen työparinsa valmistelevat potilaspaikan. He tarkistavat potilaspaikan perusvalmiustason edellisen potilaan jäljiltä käytössä olevan tarkistuslistan mukaisesti. Tämän jälkeen potilaan tiedot kirjataan Mindray-monitorille ja CCC-

potilastietojärjestelmään. (K. Jokiaho, apulaisosastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 21.9.2021)

Sairaanhoitaja Hännisen (henkilökohtainen tiedonanto, 19.9.2021) mukaan Mikkelin tehostetun hoidon yksikössä potilaan omahoitaja huolehtii potilaspaikan siivoamisesta potilaan siirtyessä muualle jatkohoitoon. Tehostetun hoidon potilaspaikalle kuuluu varata uutta potilasta varten valmiiksi hengityspalje, happimaski ja -viikset, EKG-elektrodit, hengityslaitte puhdistettuna sekä uudet johdot. Peruselintoimintomonitoria varten tulee olla valmiina uudet johdot ja peruselintoimintomonitorin tulee olla valmiudessa EKG:tä, verenpainetta, pulssia ja happisaturaatiota varten. Potilaspaikalla tulee olla valmiina puhtaat välineet ruumiinlämmön ja kuffin paineen mittaukseen. (K. Hänninen, sairaanhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 19.9.2021)

Kemin tehostetun hoidon yksikön osastonhoitaja Pyyny kertoo myös sähköpostissaan (henkilökohtainen tiedonanto, 21.10.2021), että miten heillä valmistaudutaan potilaan vastaanottamiseen. Pyyny kertoo, että Kemin tehostetun hoidon yksikössä on käytössä vastaanottolomake, joka täytetään silloin kun potilas ilmoitetaan osastolle. Lomake toimii samalla myös tarkistuslistana. Lomakkeesta tulee ilmi tiedot, joita tarvitaan ennen potilaan siirtymistä tehostettuun hoitoon. Lomakkeeseen merkitään ensimmäisenä potilaan nimi ja henkilötunnus. Lomakkeeseen merkitään myös, mille paikalle potilas olisi tarkoitus ottaa. Paikan valintaan vaikuttaa se, minkälaista hoitoa potilas tarvitsee, esimerkiksi eristyksen tarve tai heräämöhöitoa tarvitseva potilas. (A. Pyyny, osastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 21.10.2021)

Potilaat jaotellaan kiireellisyysluokkiin, joita ovat punainen, keltainen ja vihreä. Lomakkeeseen merkitään potilaan tulosyy ja tausta. Potilasta ilmoitettaessa osastolle voidaan saada tieto, että potilas tarvitsee arteriakanyyliä tai hengityslaitetta. Tällöin välineet varataan valmiiksi potilaspaikalle, jolloin hoito saadaan aloitettua mahdollisimman nopeasti. Lomakkeen avulla pystytään valmistautumaan potilaan vastaanottamiseen mahdollisimman tehokkaasti. Lomake mukailee ISBAR-raportointimenetelmää, jolloin uuden potilaan vastaanottotilanne etenee johdonmukaisesti. Kun uusi potilas ilmoitetaan osastolle, on samalla ilmoitettava teholääkärille potilaan saapumisesta. Lääkäri antaa tarvittaessa tietoja

potilaasta, jolloin osataan valmistautua nopeaan hoidon aloitukseen. Lääkäri voi antaa tarvittavia määräyksiä lääkkeiden ja nesteiden osalta. Näin sairaanhoitaja osaa varata tarvittavat välineet potilaspaikalle jo ennen potilaan saapumista. Sairaanhoitaja, joka ottaa potilaan vastaan, valmistelee ja tarkistaa potilaspaikan ennen potilaan tuloa. Sairaanhoitaja myös avaa Clinisoft-potilastietojärjestelmän ja lukee potilaasta alustavia tietoja. (A. Pyyny, osastonhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto, 21.10.2021)

4.2 Raportin vastaanotto ja raportointitavat

Hoidettaessa kriittisesti sairaita potilaita, tehokas tiedonsiirto hoitohenkilökunnan välillä on välttämätöntä. Oleellisen tiedon anto korostuu varsinkin kiiretilanteissa. Suurin osa haitta- ja vaaratapahtumista tapahtuu, kun kommunikointi henkilökunnan välillä on ollut sujumatonta. Hoitohenkilökunnan tulee hallita ryhmätyöskentely-, kommunikaatio- ja johtamistaitoja. Niiden harjoittaminen on tärkeää hoidon sujuvuuden kannalta. Kommunikaation harjoittelu esimerkiksi simulaatioharjoituksessa kehittää omaa osaamista johdonmukaisessa raportoinnissa. (Niittyvuopio, 2020)

Sujuvan kommunikoinnin ja kattavan tiedonsiirron turvaamiseksi on monissa terveydenhuollon yksiköissä otettu käyttöön ISBAR-raportointimenetelmä. ISBAR tulee englanninkielisistä sanoista Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation. ISBAR-menetelmän mukainen raportin anto noudattaa tietynlaista kaavaa, jolloin viestintä helpottuu ja oleelliset tiedot kulkeutuvat hoitohenkilöltä toiselle. Johdonmukainen raportin anto helpottaa raportin antajaa ja vastaanottajaa. ISBAR-menetelmän tärkeys korostuu kiiretilanteissa, joissa tiedon perille saaminen on ensiarvoisen tärkeää hoidon sujuvuuden kannalta. Raportointitapaa voidaan käyttää muun muassa ensihoitajien ennakoilmoituksessa tai potilaan luovuttamisessa päivystyksestä tehostettuun hoitoon. (Niittyvuopio, 2020)

ISBAR-menetelmä on kansainvälisessä käytössä ja menetelmä parantaa potilasturvallisuutta. Potilasraportin antajan tulee varmistaa, että potilaasta annettu tieto on ajankohtaista ja oikeaa sekä tiedon tulee olla rajattu oleellisiin asioihin. Raportin antajan tulee käyttää selkeää kieltä ja varmistaa, että raportin vastaanottaja ymmärtää mahdollisen

ammattisanaston. Raportin vastaanottajalle tulee aina antaa mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä raportista. (Ahonen ym., 2014, s. 105)

ISBAR:in ensimmäinen sana Identify tarkoittaa potilaan henkilöllisyyden tunnistamista. Raportin alussa kerrotaan selkeästi potilaan nimi, ikä ja henkilötunnus. Kiireettömässä raportoinnissa myös raportin antajan on hyvä esitellä itsensä. Situation eli tilanne tarkoittaa, että kerrotaan syy raportointiin ja siihen, miksi potilas on hoidossa. Potilaan taustasta eli background, kerrotaan potilaan nykyiset ja aikaisemmat sairaudet sekä allergiat, potilaalle tehdyt toimenpiteet ja muu merkittävä hoitohistoria. Assessment eli potilaan nykytilanne pitää sisällään oleelliset asiat potilaan tilasta tällä hetkellä, kuten esimerkiksi peruselintoimintojen arvot, mahdolliset katetrit ja dreenit, lääkityksen sekä potilaan yleistilan. Viimeinen sana Recommendation tarkoittaa toimintaehdotuksia potilaan jatkohoitoon liittyen, kuten potilaan tarkkailun, jatkokokeet sekä toimenpiteet. (Ahonen ym., 2014, s. 105)

Näyttövinkki 8/2019 "Edistääkö ISBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta?" on tehty vuonna 2018 julkaistun järjestelmällisen katsauksen perusteella. Katsauksessa tutkittiin ISBAR-menetelmän vaikuttavuutta potilasturvallisuuteen. Katsaukseen hyväksyttiin 11 tutkimusta ja aineisto on kerätty vuosina 2006–2016 julkaistuista tutkimuksista. Kolme tutkimuksista on tehty Euroopassa ja kahdeksan Pohjois-Amerikassa. Katsauksen tulosten perusteella menetelmän käyttö saattaa edistää potilasturvallisuutta lääkärin ja sairaanhoitajan välisessä raportointitilanteessa, tiimin keskinäisessä tiedonkulussa sekä lääkärin ja sairaanhoitajan välisessä puhelinviestinnässä. ISBAR-menetelmä saattaa myös auttaa huomaamaan muutoksia potilaan tilassa. ISBAR-raportointimenetelmän käytöstä ei ole vahvaa näyttöä, mutta positiivisia suuntavia tuloksia on saatu. Lääkärin ja sairaanhoitajan välisestä menetelmän käytöstä puhelinviestinnässä on saatu vahvinta näyttöä liittyen potilasturvallisuuden edistämiseen. Vaikka vahva näyttö ISBAR-menetelmän käytön vaikutuksista potilasturvallisuuteen puuttuu, Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus suosittelee sen käyttöä. (Suvanto ym., 2019)

Terveydenhuollossa käytetään myös Closed Loop -kommunikaatiota vaaratilanteiden välttämiseksi. Hoidettaessa kriittisesti sairasta potilasta saattaa usein esiintyä

väärinymmärryksiä tai kommunikaatiokatkoksia. Closed loop, eli kaksisuuntainen kommunikaatio vähentää näitä vaaratilanteita. Viestin tai määräyksen vastaanottajan tehtävänä on toistaa saatu informaatio ja varmistaa oikein ymmärrys. Tällöin viestinantajan tehtävänä on vielä vahvistaa vastaanottajan toistama viesti oikeaksi. Closed Loop -kommunikaation käyttö on erityisesti elvytystilanteissa tärkeää. Kommunikointitapa soveltuu myös muihinkin hoitotilanteisiin, jolloin väärinymmärrysten osuus vähenee. Kiiretilanteissa viestin nopea saaminen ja sen paikkansapitävyys nopeuttaa sekä helpottaa hoitoa. (Niittyvuopio, 2020)

4.3 Potilaan tutkiminen vastaanottotilanteessa

Potilaan tilan arvio ja hoito perustuu potilaan toistuvaan tutkimiseen, hoitosuunnitelman ja työdiagnoosin tarkentamiseen sekä hoidon vasteen arviointiin. Hoidon vasteen ja peruselintoimintojen seurantaan käytetään NEWS-pisteytystä. Henkeä uhkaavat, nopealla silmäyksellä havaitut peruselintoimintojen häiriöt hoidetaan välittömästi. Tämän jälkeen sairaanhoitaja tutkii ja hoitaa potilasta systemaattisesti edeten sekä tarkentaa samanaikaisesti työdiagnoosia. (Ala-Kokko & Liisanantti, 2020) Sairanhoitaja suorittaa kriittisesti sairaan potilaan tilan arvion järjestelmällisesti ja kokonaisvaltaisesti aina huomioiden samanaikaisesti kaikkien peruselintoimintojen toiminnan. Potilaan tilan arvioinnissa käytetään myös ABCDE-menetelmää. Kriittisesti sairaan potilaan tutkimisessa ja hoidossa tärkein perustaito on eri peruselintoimintojen yhteistoiminnan ymmärtäminen. (Niittyvuopio, 2020a)

Tarkkailun tavoitteena on huomata ensihoidossa huomaamatta jääneet vammat. Näitä ovat tyypillisesti rintakehä-, selkäydin- ja luuvammoja sekä vuotavia vammoja. Edellä mainittuja vaarallisempia vammoja ovat vatsaontelo- sekä kaularankavammat. (Berg & Rantalainen, 2010, ss. 319–320) Sängyssä makaavan potilaan tutkiminen saattaa olla haastavaa ja usean eri tekijän vuoksi se voi olla estynyttä. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi kovat äänet, jotka aiheutuvat hengityskoneesta, monitorista tai lääkepumpusta. Hankalat olosuhteet saattavat vaikeuttaa myös potilaan asennon muuttamista sekä potilaan tilan arviointia nukutuksen tai potilaan kokeman kivun vuoksi. Muita haasteita tuovia tekijöitä potilaan tutkimisessa ovat

haavat ja niiden sidokset sekä kehon ulkopuolella olevat putket ja letkut. (Illuzzi & Gillespie, 2016, Physical Examination In The ICU -luku, ensimmäinen kappale)

On ensiarvoisen tärkeää, että sairaanhoitaja kerää saatavilla olevat esitiedot arvioidessaan kriittisesti sairasta potilasta. Ainoastaan oleelliset esitiedot tulee kerätä tehokkaasti hidastamatta diagnostiikkaa ja hoitoa. Mikäli potilas ei pysty ilmaisemaan itseään, sairaanhoitajan tulee kerätä esitiedot ensihoitohenkilöstöltä, potilaan läheisiltä tai potilasta viimeksi hoitaneelta yksiköltä. Tärkeimpiä potilaan hoitoon vaikuttavia esitietoja ovat oireet ja niiden voimakkuus, esimerkiksi hengenahdistus, kipu, neurologiset oireet, infektio-oireet sekä myrkytyksen mahdollisuus. Lisäksi kiinnitetään huomiota potilaan merkittävimpiin pitkäaikaissairauksiin, oireiden kehittymisen nopeuteen, tehtyihin hoitotoimenpiteisiin, aiempaan potilaan toimintakykyyn sekä mahdolliseen hoitotahtoon, hoidonrajauksiin ja matkustusanamneesiin. (Niittyvuopio, 2020a)

Kriittisesti sairaan potilaan tutkimisessa keskeistä on selvittää oireeseen johtanut perussy, tunnistaa verenkierto- ja hengitysvajaus, seurata aloitettujen hoitotoimien vastetta laboratoriotutkimuksilla ja toistuvalla kliinisellä tutkimuksella sekä tarvittaessa konsultoida tehohoitolääkärinä (Ala-Kokko & Liisanantti, 2020). Kaikilta kriittisesti sairailta potilailta tulee hoidon alkuvaiheessa määrittää verenpaine, sydämen syketaajuus, valtimoveren happikylläisyysaste, sydänsähkökäyrä, kehon lämpötila sekä valtimoverikanalyysi (Niittyvuopio, 2020a).

Kriittisesti sairaan potilaan kliininen yleistilan tutkiminen tulee suorittaa edeten systemaattisesti pään ja ylävartalon alueelta raajojen ääreisosiin. Tutkimisessa voi hyödyntää soveltuvin osin RiVaLAISeR-periaatetta. RiVaLAISeR muistisana on muodostettu eri sanojen aluista. Muistisana tulee sanoista rinta, vatsa, lantio, aivot eli pää, selkä sekä raajat, siinä järjestyksessä miten potilas tulisi tutkia. Potilaan kliinisessä tutkimisessa sairaanhoitaja kiinnittää ensimmäiseksi huomion potilaan tajunnantason ja yleistilaan. Yleistilan perusteella voi jo havaita, onko potilaan tilassa jotakin huolestumisen aihetta. Usein hengitystaajuuden kohoaminen on ensimmäinen merkki potilaan tilan muuttumisesta kriittiseksi ja elimistön häiriötilasta. (Ala-Kokko & Liisanantti, 2020)

Potilaan tajunnantason häiriöt voivat johtua sydämen, verenkierron ja hengityksen sairauksista sekä metabolisista, eli aineenvaihduntaan liittyvistä häiriöistä neurologisten sairauksien lisäksi (Ala-Kokko & Liisanantti, 2020). Potilaan tajunnantaso arvioitaessa käytetään neurologista tutkimusta ja GCS-pisteytystä (Berg & Bergman, 2015). Potilaan neurologinen tutkimus avataan tarkemmin luvussa 4.3.1 ja GCS-pisteytys avataan luvussa 4.3.3.

Sairaanhoitajan tulee arvioida myös muita akuutteja elintoimintojen häiriöitä, kuten maksan toimintahäiriöitä, munuaisvaurioita sekä verenhyytymishäiriöitä (Ala-Kokko & Liisanantti, 2020). Lisäksi potilaan mahdolliset ulkoiset verenvuorot tulee tyrehdyttää painesidoksilla. Lantiovyö asetetaan tarvittaessa tukemaan potilaan lantiota. Potilaalle tulee avata suoniyhteys ja aloittaa nestehoitona elektrolyyttiliuosten käyttö. Nestehoidossa pyritään myös ennakoimaan mahdollinen tarve verituotteille. (Jääskeläinen, 2014)

Kriittisesti sairaan potilaan hoito voidaan joutua aloittamaan kliinisen tutkimisen kanssa samanaikaisesti, sillä aina ei ole aikaa odottaa tutkimusten loppuunsaattamista. Potilaan tutkimisessa tehtävä työnjako ja ryhmätyöskentely mahdollistavat samanaikaisen asioiden suorittamisen. Potilaan jatkuva tarkkailu on tärkeää, sillä potilaan vointi voi muuttua äkillisesti. (Jääskeläinen, 2014)

4.3.1 ABCDE-menetelmän käyttö potilaan tilan arvioinnissa

ABCDE-menetelmän kirjaimet tulevat englannin kielen sanoista, Airway eli ilmatie, Breathing eli hengitys, Circulation eli verenkierto, Disability eli tajunnantaso ja neurologinen status sekä Exposure eli tarkennettu arvio ja potilaan paljastaminen. Potilas tutkitaan menetelmää noudattaen. Sairaanhoitaja tutkii potilaan säännöllisesti jokaisessa työvuorossa. Menetelmää käytetään etenkin silloin, kun on tehty tutkimus tai toimenpide, joka voi aiheuttaa muutoksia potilaan oireissa tai voinnissa. Potilaan säännöllisellä tutkimisella pyritään estämään komplikaatiot ja huomaamaan piilevät vammat. ABCDE-menetelmän tarkoituksena on, että huomataan toimenpiteitä vaativat peruselintoimintojen muutokset tarpeeksi ajoissa ja päästään aloittamaan oireenmukainen hoito. Kaikki sairaanhoitajan tekemät havainnot tulee kirjata potilasasiakirjoihin. (Berg & Bergman, 2015)

Ilmateitä arvioitaessa sairaanhoitajan on ensin varmistettava, että ilmavirtaus tuntuu ja potilaan ilmatiet ovat auki. Tarvittaessa on varauduttava turvaamaan hengitystiet keinoilmatiellä. (Berg & Bergman, 2015) Kriittisesti sairaan potilaan hengitystyön arvioinnissa käytetään tavanomaisia potilaan tutkimisessa käytettäviä keinoja. Sairaanhoitaja turvaa hengitysteiden auki pysymisen, varmistaa hengitysilman esteettömän kulun sekä potilaan kyvyn pitää hengitystiet avoinna. (Niittyvuopio, 2020a) Sairaanhoitajan on myös varmistettava potilaan riittävä kudosten hapettuminen sekä hiilidioksidin poisto (Berg & Bergman, 2015).

Seuraavaksi sairaanhoitaja tarkastelee apuhengityselimien mahdollista käyttöä. Hengitystyöstä arvioidaan kaulan alaosan ja kylkivälilihasten mahdollista vetäytymistä sisään sisäänhengityksen aikana sekä vatsan ja rintakehän liikkeiden rytmiä. Sairaanhoitaja tarkastelee mahdollista yskää ja sen luonnetta, uloshengityksen kestoa sekä huulten tyypillistä suppuun vetämistä uloshengityksen aikana. Hengitystyön luonnetta tarkkaillaan erityisesti keuhkohtaumapotilailla. Samanaikaisesti kun tarkkaillaan hengitystyötä, sairaanhoitaja asettaa pulssioksimetrin potilaalle, arvioi mahdollisten ylähengitysteiden turvotuksen sekä kuuntelee stetoskoopilla huolellisesti potilaan molemmat keuhkot. (Niittyvuopio, 2020a)

Sairaanhoitaja seuraa jatkuvasti potilaan verenpainetta, EKG:ta eli sydänfilmiä ja pulssia sekä varmistaa, että potilaalla on suoniytteys. Sairaanhoitaja seuraa potilaan lämpörajoja raajoissa, mahdollisia verenpaineen muutoksia, sisäisiä ja ulkoisia vuotoja sekä verenhukasta johtuvan sokin oireita. (Berg & Bergman, 2015)

Verenkierron tilan arviointi onnistuu pitkälti samanaikaisesti hengityselimien tutkimisen kanssa. Jommankumman elinjärjestelmän vakava häiriö aiheuttaa muutoksia nopeasti myös muissa peruselintoiminnoissa. Tutkittaessa verenkiertoelimistöä ja tekemällä samanaikaisesti silmämääräistä arviota, tulee kiinnittää huomiota myös potilaan ihon värimuutoksiin ja kirjavoitumiseen, hikoiluun sekä kaulalaskimoiden pullotukseen. Silmämääräisesti tehdyn nopean arvion jälkeen tunnustellaan ääreisosien lämpötilaa, mahdollisia turvotuksia sekä lämpörajan korkeusastetta. Tämän jälkeen tutkitaan valtimoiden pulssien symmetrisyys ja vahvuus, tutkitaan kehon ääreisosien hiussuoniston

vitaalireaktio sekä palpoidaan, eli tunnustellaan vatsa käsin. EKG:n tulkitseminen ja verenpaineen mittaaminen kuuluvat verenkierron tilanteesta kertoviin vieritutkimuksiin alkuvaiheessa. (Niittyvuopio, 2020a)

Sairaanhoitaja kiinnittää huomiota myös muihin neurologisiin löydöksiin, esimerkiksi aivohermolöydöksiin ja motorisiin puolieroihin raajoissa. Kriittisesti sairas potilas voi käyttäytyä tajunnantason poikkeavuuksien lisäksi aggressiivisesti, rauhattomasti, sekavasti tai harhaisesti. Käytöksen muutokset ovat joskus ensimmäisiä selkeästi havaittavia löydöksiä henkeä uhkaavasta sairaustilanteesta. Neurologinen arvio tulee tarvittaessa suorittaa sairaanhoitajan toimesta toistuvasti ja mahdollisiin löydöksiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Niittyvuopio, 2020a)

Kokonaisvaltaisen tutkimuksen lopuksi potilas riisutaan tutkittavalta osalta ja saman aikaisesti minimoidaan lämmönhukka. Sairaanhoitaja tunnustelee potilaan vartalon, raajat ja pään. Potilaalta selvitetään sisäisiä verenvuotoja ja etsitään löytymättömiä vammoja. Sairaanhoitaja seuraa kudosten kuntoa, asetettujen lastojen, tukien, vetojen ja kipsien toimintaa sekä tarkistaa kudokset. Myös potilaan ihon kunto lastojen ja tukien alla on hyvä tarkistaa. Sairaanhoitaja tutkii myös raajojen asentoa, liikkuvuutta, pinkeyttä ja turvotusta. Potilaan mahdolliset ruhjeet selvitetään, huomioiden painehaavat sekä ihon lämpö, väri ja kosteus. Mikäli potilaalla on turvonnut tai vammautunut raaja, raajan verenkierto tutkitaan ja pyritään turvaamaan. (Berg & Bergman, 2015)

4.3.2 NEWS-pisteytyksen käyttö potilaan tilan arvioinnissa

Potilaan voimien heikkenemisen tarkasteluun on kehitelty NEWS-pisteytys, jonka avulla hoitohenkilökunta pystyy laskemaan pisteitä potilaan vointiin liittyen ja huomioimaan voimien muutokset. NEWS koostuu sanoista National Early Warning Score ja se on alun perin kehitetty tunnistamaan vuodeosastopotilaiden tilan heikentyminen. Sen on todettu olevan hyvä mittari myös päivystyspoliklinikoilla ja ensihoidossa. NEWS-pisteytyksen avulla sairaanhoitaja voi arvioida potilaan peruselintoimintoja. Kun elintoimintojen häiriöt tunnistetaan tarpeeksi ajoissa, voidaan aloittaa tarvittavat hoidot ja välttää kriittinen tila. (Karjalainen ym., 2018, ss. 786–788)

NEWS-pisteytys on erityisen hyödyllinen osastoilla, joilla resurssit hoitohenkilökuntaan ovat pienet. Pisteytys auttaa arvioimaan potilaan yleistilaa koko työvuoron ajan ja tuo myös jatkuvuutta potilaan tilan seurantaan työvuoron vaihtuessa. Pisteytys luo selkeät hälytysrajat ja potilaan saamien pisteiden muuttuessa sairaanhoitaja reagoi tilanteeseen konsultoimalla lääkäriä. (Karjalainen ym., 2018, ss. 786–788)

Suomen Sairaanhoitajaliiton julkaisemassa pisteytystaulukossa (kuva 1) huomioidaan potilaan hengitystaajuus, happisaturaatio, mahdollinen lisähapen käyttö, systolinen verenpaine, syketaajuus, tajunnantaso ja lämpötila. Jokainen näistä edellä mainituista pisteytetään asteikossa nollasta kolmeen. Mitä korkeammalle pisteissä nousee, sitä enemmän potilas tarvitsee välitöntä hoitoa. Kun pisteet on laskettu yhteen, voidaan suunnitella jatkotoimenpiteitä. Potilaan saatua yhdestä neljään pistettä, tehdään taulukon mukaan uusi mittaus vähintään kahdeksan tunnin kuluttua. Potilaan saatua viidestä kuuteen pistettä, tulee sairaanhoitajan ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin ja yli seitsemän pistettä saaneille potilaille hälytetään MET-tiimi paikalle. (Karjalainen ym., 2018, ss. 786–788)

Kuva 1: Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n (2017) julkaisema NEWS-pisteytystaulukko (Karjalainen ym., 2018, 786–788)

KUVIO 1.

NEWS - Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä.

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

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

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

4.3.3 GCS-pisteytyksen ja RASS-asteikon käyttö potilaan tajunnantason arvioinnissa

Glascow Coma Scale eli GCS on yleisimmin käytetty tajunnantason määrittämisen mittari. Siinä määritellään tajunnantaso kolmen eri osa-alueen avulla. Osa-alueita ovat puhevaste, liikevaste ja silmien aukaisuvaste. Jokaiselle osa-alueelle on oma pistemääränsä. Huonoin

pistemäärä on kolme ja paras 15. Numeron kanssa käytetään aina rinnalla sanallista arvioita. (Saastamoinen ym., 2010, ss. 259–263)

Puhevastetta määritettäessä sairaanhoitaja puhuttelee potilasta. Puhutellessa arvioidaan orientoituminen paikkaan ja aikaan sekä pyydetään potilasta kertomaan henkilöllisyytensä. Mikäli potilaalle on tehty trakeostomia, eli henkitorviavanne, tai potilas on intuboitu, puhevasteen kohdalle merkitään T-kirjain lisätietona. T-kirjain tulee sanasta tube, joka tarkoittaa suomeksi putkea. (Saastamoinen ym., 2010, ss. 259–263)

Motorinen vaste on tärkein tekijä GCS:n arvioinnissa. Sairaanhoitaja arvioi motorista vastetta pyytämällä toistetusti potilasta liikuttamaan jalkojaan ja puristamaan voimakkaasti molemmilla käsillään. Motorista vastetta arvioidessa sairaanhoitaja arvioi samalla mahdolliset raajaheikkoudet. Mikäli potilas ei noudata kehotuksia, eikä reagoi kosketukseen tai puheeseen, sairaanhoitaja kokeilee vielä kipuärsytyksen reaktion. (Saastamoinen ym., 2010, ss. 259–263)

Silmien avausvaste arvioidaan koskettamalla potilasta. Samalla sairaanhoitaja arvioi katseen mahdollisen deviaation ja katseen kohdistamisen. Mikäli potilas ei kykene avaamaan silmäluomiaan tai silmäluomet ovat turvonneet umpeen, avaamisvasteen kohdalle kirjoitetaan lisätietona C-kirjain. Kirjain tulee sanasta Closed, mikä tarkoittaa suomeksi, että silmät ovat kiinni. (Saastamoinen ym., 2010, ss. 259–263)

Riippumatta tehostettuun hoitoon johtaneesta syystä, jokaisen kriittisesti sairaan potilaan tarkkailussa pupillien koon ja valoreaktion arviointi on tärkeässä osassa. Pupillien erikokoiseksi muuttuminen voi olla ainoa huomattava merkki kehittyvästä kallonsisäisestä paineesta. Pupillien laajentuminen voi myös johtua hypotermiasta, vahvasta humalatilasta, silmänsairauksista, sympaattisen hermoston aktivoitumisesta, näköhermon halvauksesta tai manipulaatiosta ilman aivovauriota. Pienemisen syynä voi olla tietyt lääkeaineet. Pupillien arviointia sairaanhoitaja toteuttaa arvioimalla kokoa, valoreaktion nopeutta ja symmetrisyyttä toisiinsa nähden. Hälyttävinä tekijöinä on pupillin laajentuminen, reagoimattomuus valolle, kokoero toisiinsa nähden sekä pistemäinen pupilli. (Saastamoinen ym., 2010, ss. 259–263)

Sairaanhoitaja arvioi lisäksi raajojen voimat sekä liike- ja tuntovasteet. Liikevasteet kuvaavat vastakkaisten aivopuoliskojen toimintaa. Sairaanhoitaja arvioi lisäksi käsien puristusvoimat, raajojen liikkuvuuden ja voiman sekä liikkeiden kömpelyyden ja sujuvuuden. Lihasjeikkoutta potilaalle voi aiheuttaa huono ravitseminen, vuodelepo, perussairaudet, sepsis eli verenmyrkytys tai monielinvaurio. Nämä edellä mainitut tekijät voivat vaikeuttaa merkittävästi toipumista. Lihasjeikkoutta voidaan ehkäistä ravitsemushoidolla, mahdollisimman lyhyellä mekaanisen hengityslaittehoidon käytöllä, fysioterapialla sekä välttämällä lihasrelaksantteja ja steroideja. Potilaan kosketustuntoa arvioidaan, seurataan ja kirjataan ylös. Myös mahdolliset puutuneet alueet kirjataan ja niitä seurataan. (Saastamoinen ym., 2010, ss. 259–263) Tajunnantason häiriön arvioinnissa sairaanhoitajan tulee selvittää potilaan lääkkeiden, alkoholin ja huumeiden käyttö sekä mahdollinen infektiotamneesi (Ala-Kokko & Liisanantti, 2020).

GCS ei sovellu sedatoidun, eli kevyesti nukutetun potilaan tajunnantason arvioimiseen, joten sedatoidun potilaan arviointiin on kehitelty RASS-asteikko, Richmond Agitation-Sedation Scale. RASS-asteikko on kehitelty Virginian yliopistossa Richmondissa. (Grönlund & Karlsson, 2017) Asteikko kehiteltiin sedatoiduille potilaille painottaen arvioinnin helppoutta ja selkeyttä. Asteikko arvioi potilaan sedaatiota ja mahdollista levottomuutta sekä on kansainvälisesti hyväksytty apuväline potilaan sedaatioasteen arvioinnissa. Asteikko mahdollistaa tarkan tiedon sedaation syvyydestä potilailla, jotka ovat kytkettynä hengityskoneeseen tai hengittävät spontaanisti. Asteikko mahdollistaa myös tiedon siitä, onko potilas saanut tarpeeksi sedatoivaa lääkettä. (Kerson ym., 2016)

Suomalaisilla tehostetun hoidon yksiköillä käytössä oleva RASS-asteikko on luotettava ja helppokäyttöinen sekä perustuu potilaan eriaisteisten ärsykkeiden antamaan vasteeseen. RASS-asteikossa kiinnitetään huomiota katsekontaktin laatuun ja keston. Siinä myös erotetaan puhe- ja liikestimulaatio. (Olkola ym., 2021, ss. 1137–1138)

Asteikossa pisteet vaihtelevat väkivaltaisesta ja levottomasta potilaasta (+4), potilaaseen, joka ei ole heräteltävissä eikä reagoi herättelyyn (-5). Kun potilas ei ole heräteltävissä, on kyse syvästä sedaatiosta. Yleensä potilas pyritään pitämään 0–3 pisteen syvyisessä sedaatiossa. (Bush ym., 2014) Opinnäytetyöhön liitetty RASS-asteikko (taulukko 1) on

opinnäytetyön tekijöiden itse laatima. Asteikon tekoon on käytetty lähteenä Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito teoksessa julkaistua taulukkoa.

Taulukko 1: RASS-asteikko (Olkkola ym., 2021, ss. 1137–1138)

PISTEET	LUOKKA	KUVAUS
+4	Väkivaltainen	Vaaraksi henkilökunnalle, väkivaltainen
+3	Erittäin levoton	Aggressiivinen, pyrkii poistamaan hoitolaitteita
+2	Hieman levoton	Jatkuvaa liikehdintää, ei rauhoitu
+1	Levoton	Levotonta liikkumista, ei kuitenkaan vaaraksi
0	Rauhallinen	
-1	Unelias	Helposti heräteltävissä puheella, ottaa katsekontaktin
-2	Kevyt sedaatio	Avaa hetkeksi silmät, katsekontakti
-3	Kohtalainen sedaatio	Avaa silmät puheelle, reagoi, ei katsekontaktia
-4	Syvä sedaatio	Ei reagointia puheeseen, ravistettaessa avaa silmät
-5	Ei heräteltävissä	Ei reagoi ravisteluun

4.3.4 Kivun arviointi ja hoito vastaanottotilanteessa

Akuuttikipu on osoitus kudosaauriosta. Kipua tulee hoitaa oireenmukaisesti, mutta samalla tulee selvittää kivun sijainti ja luonne, jotta oikea diagnoosi saadaan tehtyä luotettavasti. Potilaan kivun hoito tulee suunnitella kivun voimakkuuden mukaan. (Kalso, 2018) Akuutin kivun hoidon tavoitteena on estää kivun kroonistuminen sekä estää psyykkiset ja fysiologiset kivusta johtuvat häiriöt. Kipu voi hoitamattomana lisätä kuoleman riskiä. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki, 2010, ss. 408–410)

Sairaanhoitaja arvioi potilaasta kivun voimakkuuden, sijainnin, luonteen sekä sitä aiheuttavat ja lieventävät tekijät. Aina kun on mahdollista, potilaan itse kertoma kipuarvio on otettava huomioon ja sen tulee olla ensisijainen arvio kivusta. Jos tehostetun hoidon potilas ei itse pysty ilmaisemaan kipuaan, on arvioitava toimenpiteiden tai sairauden aiheuttamat kivut. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki, 2010, ss. 408–410)

Sairaanhoitaja seuraa potilaan kipukäyttäytymistä ja tiedustelee tarvittaessa potilaan läheisiltä tai omaisilta kivun arvioinnista. Potilaiden reaktiot ovat yksilöllisiä kestoiltaan ja voimakkuudeltaan, joten fysiologisten suureiden, kuten sydämen sykkeen tai verenpaineen

muutoksiin on suhtauduttava kriittisesti. Fysiologiset suureet kriittisesti sairaalta potilaalta mitattaessa saattavat muuttua myös potilaan sairauden, lääkityksen, psyykkisten tekijöiden ja stressin takia. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki, 2010, ss. 408–410)

Kivun seuranta tulisi toteuttaa yhdenmukaisesti ja säännöllisesti. Kivun seuranta on perusta kipulääkkeen tarpeen ja vaikutuksen arvioinnille. Kivun voimakkuutta tulee seurata arvioitaessa kivun hoidon vastetta ja potilaan ollessa levossa sekä liikkeessä. Potilaan ollessa liikkeessä tulee huomioida asennon vaihdot, syvään hengitykset ja yskimiset. (Hoikka, 2013) Sairaanhoitajan tulisi toteuttaa seuranta jatkuvalla arvioinnilla ja kirjauksella kahden tunnin välein (Kangasmäki & Pudas-Tähkä, 2017).

Kipumittareilla mitataan kivun voimakkuutta. Sopiva kipumittari valitaan yhdessä potilaan kanssa ja samaa kipumittaria tulisi käyttää koko hoidon ajan. Mittareiden tulee olla helppolukuisia ja helppokäyttöisiä sekä potilaan tulee ymmärtää mittarin käytön syy ja hyöty. (Hoikka, 2013) VAS, eli Visual Analogue Scale on yleisimmin käytetty kipumittari, jonka toisella puolella on jana ja toisella puolella numeroarviona mitta-asteikko. VAS-mittarin käytön edellytyksenä on, että potilas kykenee itse arvioimaan kipuaan. Tämä ei ole aina mahdollista tehostetussa hoidossa. (Pyykkö & Kaarlola, 2010, s. 462)

CPOT eli Critical Care Pain Observation Tool on mittari, jota käytetään kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kivun arvioinnissa. Mittarin pisteet lasketaan yhteen. Nolla pistettä tarkoittaa, että ei ole lainkaan kipua ja kahdeksan pistettä tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. Jos CPOT on kolme pistettä tai enemmän, potilaalla on merkittävän kivun merkkejä. Mittarissa arvioidaan potilaan vartalon liikkeitä, kasvonilmeitä, intuboidun potilaan sopeutumista hengityslaitteeseen, ekstuboidun potilaan äänen käyttöä sekä lihasjännitystä. Lihasjännitys arvioidaan potilaan ollessa levossa tai potilasta käännettäessä sekä yläraajojen passiivisen ojentamisen ja koukistamisen mukaan. (Ritmala-Castren ym., 2017, ss. 465-466.)

Sanna-Mari Pudas-Tähkä validoi väitöskirjassaan suomalaisen tehohoitoon soveltuvan kivun arviointimittarin kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun arviointiin ja tunnistamiseen. Väitöskirjan tarkoituksena oli käyttöönottaa mittari suomalaiseen

tehohoitoon, koska suomalaisessa tehohoidossa ei ole käytössä luotettavia eikä päteviä kivun arviointimittareita. (Pudas-Tähkä, 2018, s. 14) Pudas-Tähkä valitsi parhaiden raportoidut kansainväliset kivun arviointimittarit kirjallisuuskatsauksen avulla. Mittarit kohdistuivat kommunikoimaan kykenemättömään tehohoitopotilaaseen. Väitöskirjan pohdintaosuuden johtopäätöksissä Pudas-Tähkä kirjoittaa, että CPOT-mittari ja BPS-mittari soveltuvat suomalaiseen tehohoitoon parhaiten niiden psykometristen ominaisuuksien vuoksi. Näistä kahdesta mittarista kuitenkin CPOT-mittari valittiin käyttöönotettavaksi suomalaiseen tehohoitoon. (Pudas-Tähkä, 2018, ss. 91, 102–103)

Kipua voidaan lievittää tai hoitaa lääkkeettömin tai lääkkeellisin menetelmin. Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja ovat hengitysharjoitukset, asentohoito, musiikin kuuntelu, rentoutusharjoitukset sekä fysikaaliset kivunhoitomuodot, kuten kylmähoito ja mielikuvaharjoitukset. Lääkkeetön kivun hoito on kuitenkin tehokkainta yhdistettynä lääkkeelliseen kivun hoitoon, vaikka se yksinäänkin voi helpottaa kipua. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki, 2010, ss. 412–413)

Potilaan saama lääkeannos säädetään vasteen mukaan, jotta haittavaikutuksilta vältytään. Opioidien käytön voi aloittaa akuutista kivusta kärsiville potilaille. Kipulääkettä antaessa tulee arvioida potilaan hengitystä ja tarkkailla sen muutoksia, sillä opioidit aiheuttavat usein hengityslamaa. Kriittisesti sairaiden potilaiden kivun hoito tehdään yleensä suonensisäisesti. (Kalso, 2018) Tehostetussa hoidossa käytetään ensisijaisesti suonensisäisiä lääkkeitä niiden välittömän vaikutuksen vuoksi. Lääkehoidon oikeaoppinen toteutus ja seuranta edellyttää koulutusta, huolellista kirjaamista sekä suunniteltuja ja yhtenäisiä toimintatapoja. (Larmila & Järvinen, 2010, s. 394) Myös potilaalla itsellään on kivun hoidossa ja kuntoutuksessa aktiivinen rooli. Kivun kanssa selviytymisessä auttaa omien selviytymiskeinojen käyttö. (Kipu: Käypä hoito –suositus, 2017)

Tarpeen mukaan tehostetussa hoidossa käytetään kivun lievitykseen tulehduskipulääkkeitä, puudutteita ja opioideja. Bolusannostelu, eli kerta-annostelu arvioidaan yksilöllisesti jokaiselle potilaalle ja bolusannostelua voidaan käyttää, kun lääkkeen annosteluväli yli kaksi tuntia. Jatkuva infuusio puolestaan mahdollistaa kipulääkkeen tasaisen annostelun ja annostus määritellään potilaalle kivun voimakkuuden mukaan. Potilaalla voi myös olla

kipupumppu, johon ohjelmoidaan potilaskohtainen kivunhoito-ohjelma. Tällöin lääkkeenä käytetään pääsääntöisesti suonensisäisesti annettavia opioideja, esimerkiksi morfiinia, fentanylia tai oksikodonia. Joissakin tilanteissa voidaan käyttää myös epiduraalista lääkkeen annostelua. Tämä ei yleensä kuitenkaan riitä yksinään kivunlievityksessä kriittisesti sairaalla potilaalla. Epiduraalisessa lääkkeenannossa laitetaan epiduraalitilaan katetri, jonka kautta lääkitys annetaan. Epiduraalitilaan voidaan laittaa joko opioidia ja puuduteainetta yhdessä tai pelkkää puuduteainetta. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki, 2010, ss. 412–413)

4.4 Potilasturvallisuus tehostetussa hoidossa

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa hoidon mahdollisimman vähäisellä haitalla. Terveystieteiden toiminnan tulee perustua näyttöön sekä laadukkaisiin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hyvällä potilasturvallisuudella pyritään ehkäisemään sairauksia ja parantamaan jo olemassa olevia sairauksia. Potilasturvallisuuden tavoite on toteuttaa oikeaoppista ja turvallista lääkehoitoa, säilyttää oikein potilaan salassa pidettävät tiedot sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (THL, 2011, ss. 7, 27)

Tehostetussa hoidossa iso osa potilasturvallisuutta on riskien ja vaaratilanteiden ennakointi sekä niitä ehkäisevät toimintatavat. Vaaratilanteista oppiminen ja laadukas raportointi kehittää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden jatkuva varmistaminen ja kehittäminen on hoitohenkilökunnan vastuulla jokaisessa työvuorossa. Hoitohenkilökunnan laaja koulutus ja osaamisen varmistaminen kehittää sekä edesauttaa potilasturvallisuutta. (Ritmala-Castrén ym., 2017, s. 582) Jotta voidaan varmistaa potilasturvallisuuden pysyminen, tarvitaan yhtenäisiä menettelytapoja, joilla vältetään vaaratilanteet. Tiedonkulun ongelmat ovat merkittävä tekijä haittatapahtumissa. Oikeanlainen viestintä parantaa potilaan sekä hoitohenkilökunnan turvallisuutta. (Kinnunen ym., 2019)

Jokaisessa hoidollisessa toimintayksikössä on oltava lainmukainen ja ajan tasalla oleva potilasturvallisuussuunnitelma. Potilasturvallisuussuunnitelma pitää sisällään potilasturvallisuutta edistävät periaatteet ja vastuuhenkilöt, hoitohenkilökunnan koulutussuunnitelmat ja toteutumisdokumentit sekä tiedon vaaratilanteiden oikeaoppisesta raportoinnista. Potilasturvallisuussuunnitelmassa kuvataan myös, miten ennakoidaan

turvallisuusongelmia ja riskejä, sekä niiden tunnistamista ja hallitsemista. (Ritmala-Castrén ym., 2017, s. 583)

Laitteiden käyttö on myös osana potilasturvallisuutta tehostetussa hoidossa. Tehostetussa hoidossa käytettävien laitteiden tulee olla tarkastettu ennen käyttöönottoa ja käyttäjällä tulee olla riittävä koulutus laitteen käyttöön. (Pölönen ym., 2013, s. 249)

4.5 Potilaan kohtaaminen ja tukeminen tehostetun hoidon aikana

Tehostetun hoidon yksikkö hoitoympäristönä voi olla potilaalle epämiellyttävä. Tehostetussa hoidossa potilaan terveys on kuormittunut ja lisää stressin aiheita tuo hoitoympäristö. Kriittisesti sairaat potilaat ovat alttiita erilaisille elintoimintahäiriöille. Meluisa, kirkas ja kiireinen ympäristö ovat isoja tekijöitä siinä, miksi potilas voi kokea tehohoidon ympäristön itselleen raskaaksi. Huoli omasta terveydestä ja kuormittava ympäristö ovat stressitekijöitä, jotka vaikuttavat negatiivisesti potilaan toipumiseen. Hälytysäänet ja niistä aiheutuva psyykinen rasite kohottavat potilaan verenpainetta sekä laskevat melatoniinitasoa vaikuttaen yöuniin. Riittämätön lepo, kivut ja erilaiset toimenpiteet aiheuttavat fyysisiä sekä psyykkisiä rasitteita. (Ritmala-Castren, 2017, ss. 550–552)

Potilas on tehostetussa hoidossa täysin riippuvainen hoitohenkilökunnasta ja tämä on otettava huomioon jokaisessa potilaan kohtaamistilanteessa. Hoidon alkuhetkinä suurimmalla osalla potilaista on heikentynyt tajunnantaso ja siitä huolimatta potilasta on kohdeltava kunnioitettavasti. Potilaan kohtaamistilanteissa ja henkilökunnan kesken tulee potilasta puhutella omalla nimellä. (Aarno ym., 2019, s. 8)

Potilaan tukemisella tehohoidon aikana on iso merkitys potilaan kuntoutumisen näkökulmasta. Jokainen potilas on yksilö ja jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen hoidon tavoite. Potilaan sairaus tai kokema trauma määrittelevät yksilölliset tarpeet sekä päämäärän, jota tavoitellaan. Jokainen potilas kohdataan kokonaisuutena ja jokaisen tarpeet huomioidaan yksilöllisesti. Potilaan tarpeita toteutetaan systemaattisesti koko hoitajakson ajan. Potilaanohjaus ja tukeminen auttavat potilasta kuntoutumaan ja pääsemään asetettuihin tavoitteisiin. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas sitoutuu hoitoonsa. Kun

potilas ymmärtää asetettujen tavoitteiden ja hoidon tarkoituksen, potilaan on helpompi ymmärtää tilanne. (Ritmala-Castren, 2017, ss. 554–555)

Hyvään potilaan tukemiseen liittyy potilaan ajan tasalla pitäminen. Kriittinen sairaus ja siihen liittyvät lääkitykset usein heikentävät potilaan lähimuistia, jonka vuoksi on tärkeää tarvittaessa toistaa keskustelua. (Aarno ym., 2019, s. 8) Potilaalle on hyvä selvittää sairaalassa olon syy, tämänhetkinen sairaus ja sen vaikutukset sekä tulevat toimenpiteet ja perustella miksi näin toimitaan. Potilas tarvitsee selkeää ohjausta, mikä auttaa ymmärtämään tilannetta, rauhoittumaan ja keskittymään kuntoutumiseen. Potilaan informoiminen vaatii hoitohenkilökunnalta hoitotieteellistä tietoa ja taitoa. (Ritmala-Castren, 2017, ss. 554–555) Myös potilaan toivoessa keskustelu muista potilaalle tärkeistä asioista kuuluu ihmisarvon kunnioittamiseen (Aarno ym., 2019, s. 8).

Erityisen vaativa potilaskohtaaminen on puhekyvytön, mutta tajuissaan oleva potilas, esimerkiksi intuboitu tai henkitorviavannepotilas. Tässäkin tilanteessa potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa ja pyrkiä parhaan mukaan kommunikoimaan potilaan kanssa. (Aarno ym., 2019, s. 8)

Hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta varmistetaan sillä, että potilasta hoitaa mahdollisuuksien mukaan samat sairaanhoitajat sen sijaan, että hoitohenkilökunta vaihtuisi usein. Myös sairaanhoitajan on helpompi hoitaa potilasta, kun potilaan tausta ja hoitohistoria ovat tiedossa. (Ritmala-Castren, 2017, ss. 554–555)

5 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLISEN OSAN TOTEUTUS

Tässä luvussa käydään läpi teoretiedon avulla, mitä tarkoittaa toiminnallinen opinnäytetyö ja mistä se koostuu. Lisäksi kerrotaan tarkistuslistan käytöstä ja hyödyistä hoitotyön työvälineenä. Luvussa esitellään myös WHO:n maailmanlaajuinen ohjelma, jossa tarkistuslista pilotoitiin ensimmäistä kertaa hoitotyöhön, erityisesti leikkaussaleihin.

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyön toteutusmuodoista. Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja sen tavoite on ohjeistaa, opastaa sekä järjeittää käytännön toimintaa. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus sopii opiskelijoille, jotka kokevat mielekkääksi projektityöskentelyn ja käytännöllisen tuotteen tuottamisen. Vaihtoehtoinen toteutusmuoto on tutkimuspainotteinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö vaihtelee koulutusalan mukaan ja voi olla esimerkiksi ohje tai ohjeistus, perehdyttämispöytäkirja tai jonkin tapahtuman tai tilaisuuden suunnittelu ja toteuttaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön voi tehdä projektina ja se voi tekijän halutessa sisältää portfolion. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee kuitenkin aina sisältää kirjallinen raportti ja konkreettinen tuotos. (Alahuhta ym., 2018)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu kaksi työvaihetta, joita ovat toiminnallinen osuus ja työskentelyprosessin raportointi. Toiminnallisessa osuudessa luodaan jokin konkreettinen tuotos, esimerkiksi tarkistuslista. Opinnäytetyön raportoinnissa dokumentoidaan opinnäytetyöprosessi ja arvioidaan sen kulkua. (Airaksinen, 2009) Opinnäytetyön raportissa on tietoperusta, johon etsitään tietoa luotettavista lähteistä, kuten artikkeleista, tutkimuksista ja kirjallisuudesta (Alahuhta ym., 2018).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tilaaja tai toimeksiantaja, jonka kanssa tehdään aktiivista yhteistyötä koko prosessin ajan. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on perehtyä valittuun aiheeseen syvemmin. Tavoitteena on luoda selkeä kirjallinen raportti ja tilaajan toiveiden mukainen konkreettinen tuotos. Tavoitteena on myös saavuttaa ammattimainen käsittelytapa opinnäytetyön aiheeseen ja osoittaa asiantuntijuutta. Yleisesti opinnäytetyön tavoite on tukea oppilaan oppimista ja osoittaa kypsyyttä. (Airaksinen, 2009)

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää tuotoksen lopussa tekijöiden oman pohdinnan. Pohdintaan kuuluu oman työn arviointi, tuotoksen aikana tehdyt johtopäätökset sekä tuotetun tuotoksen jatkosuunnitelma ja käyttöönotto. Pohdintaan sisällytetään myös tilaajalta saatu palaute konkreettisesta tuotoksesta. (HAMK, 2020)

5.2 Tarkistuslista hoitotyön työvälineenä

Vuonna 2007 WHO:n potilasturvallisuusliitto käynnisti maailmanlaajuisen ohjelman liittyen haittatapahtumien vähentämiseksi leikkaustoimenpiteissä. Leikkaussaliin kehiteltiin 19-kohtainen tarkistuslista, jonka suunnitteluun osallistui ryhmä kirurgeja, anestesiologeja, hoitajia ja potilasturvallisuusasiantuntijoita. Tarkistuslista haluttiin luoda, koska huomattiin, että jo kauan ilmailualalla käytössä olleet tarkistuslistat ovat toimineet ja lisänneet turvallisuutta. (Pauniahho & Ikonen, 2010)

Leikkaussalissa tarkistuslista pilotoitiin vuosina 2007–2008, jolloin mukana kokeilussa oli kahdeksan sairaalaa eri puolilla maailmaa. Sairaaloista neljä oli edistyneitä, huipputekniikan sairaaloita ja neljä oli köyhien maiden sairaaloita. Tutkimuksesta nähtiin, että tarkistuslistan avulla leikkauskomplikaatiot vähentyivät merkittävästi useassa sairaalassa. Tarkistuslista on systemaattinen, jolloin haittatapahtumia voidaan ehkäistä jokaisen potilaan kohdalla. (Pauniahho & Ikonen, 2010)

Terveydenhuollossa on käytetty tarkistuslistoja jo vuosia, mutta suurin osa niistä on ollut yksittäisten ammattilaisten tai sairaaloiden käyttämiä. Tarve käyttää tarkistuslistoja on alkanut niin sanotuista läheltä piti tilanteista tai tilanteista, joissa virhe on jo tapahtunut. Tänä päivänä tekniikka on hyvin kehittynyttä ja se vaatii yksiköissä monenlaista osaamista. Varsinkin leikkaussalit, sädehoitoyksiköt ja tehostetun hoidon yksiköt ovat täynnä erilaisia laitteita ja koneita, jotka tuovat henkilökunnalle haasteita. Muistin varassa toimiminen yksiköissä, joissa teknologia on edistynyttä ja potilaan hoito vaativaa, on lähes mahdotonta. Tehostetussa hoidossa työntekijältä vaaditaan yleensä nopeaa työtahtia, tarkkuutta ja monen asian yhtäaikaista hallintaa. Tehostetussa hoidossa onkin todettu tarkastuslistojen hyödyllisyys. Tarkistuslistoja on tehty intubaatiota ja extubaatiota varten, uuden potilaan paikan valmisteluun ja potilaan siirtymiseen toiselle osastolle. (Blomgren & Pauniahho, 2014)

Tarkistuslista ei ainoastaan auta muistamaan yksityiskohtia vaan tukee myös hoitohenkilökunnan tiedon jakamista ja asioiden huomioimista. Se luo myös turvallisuutta potilaalle sekä työntekijälle. Tarkistuslistan avulla hoitohenkilökunta voi toimia

järjestelmällisesti. Virheet ovat toki välillä väistämättömiä, mutta tarkistuslistojen avulla virheiden seurauksiin pystytään vaikuttamaan. (Blomgren & Pauniahho, 2014)

Pitkä työkokemus, korkea koulutus ja työn huolellisuus eivät aina riitä, sillä usein asioita unohtuu ja tapahtuu virheitä. Pelkkään muistiin ei aina kannata luottaa. Tarkistuslista soveltuu hyvin hektiseen työhön, missä virheitä voi sattua normaalia enemmän. Työntekijän vireystila, hoitohenkilökunnan huono kommunikaatio ja henkilökohtaiset asiat vaikuttavat työn laatuun. Tarkistuslistojen avulla kaikki välttämätön tulee tehtyä, jolloin suurta haittaa harvemmin syntyy. (Blomgren & Pauniahho, 2014)

Työympäristössä on usein joitakin puutteita, joita voidaan kehittää toimivaksi. Tarkistuslista, joka kattaa kaiken tarpeellisen, mutta ei ole liian pikkutarkka tai moninainen, toimii yksikössä yleensä hyvin ja sen käyttö on mielekästä. Jos tarkistuslista ei palvele työyksikön tarpeita, jää se usein käyttämättä. Tarkistuslista kannattaakin tehdä työtehtävistä, jotka ovat usein alttiita virheille. Tarkistuslistaan merkitään ne asiat, jotka ovat välttämättömiä potilaan hoitoon nähden. Tarkistuslistan avulla voidaan välttää suuret virheet ja parantaa työntekijän sekä potilaan turvallisuutta. Hyvä tarkistuslista on lyhyt mutta kattava, helppolukuinen ja siinä käytetään ymmärrettäviä termejä. Tarkistuslistan sisällön tulisi olla kronologisessa järjestyksessä ja sen tulisi olla nopealukuista. (Blomgren & Pauniahho, 2014)

6 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä pohditaan, miten ne näkyvät opinnäytetyössä. Tämän jälkeen kuvataan opinnäytetyöprosessin suunnittelu-, toteutus- ja viimeistelyvaiheet. Luvussa halutaan luoda lukijalle mahdollisimman selkeä kuva siitä, miten prosessi on edennyt.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikka koostuu ihanteista, arvoista ja periaatteista. Etiikka perustelee ja kuvaa oikeudenmukaisia sekä hyviä tapoja toimia. Eettisessä arvioinnissa ei ole oikeita vastauksia, se on arvokeskustelua ja sisältää oikeutettuja näkemyksiä eettisistä erityispiirteistä. Se

auttaa tekemään valintoja ohjaamalla ihmistä tutkimaan toiminnan perusteita sekä pohtimaan omaa ja toisten toimintaa. (Keränen & Autti-Rämö, 2017)

Opinnäytetyö on tehty luotettavasti ja eettisiä periaatteita noudattaen. Aiheen valinnassa on tutkittu tarkasti, onko aiheesta tehty aikaisempia opinnäytetöitä. Opinnäytetyössä on käytetty luotettavia lähteitä, jotka ovat tutkittuun tietoon perustuvia.

Opinnäytetyössä tietoa ei ole plagioitu, eli lainattu luvattomasti jonkun toisen tuottamaa työtä tai kopioitu työtä suoraan tai mukailten. Työtä tehdessä noudatettiin Hämeen ammattikorkeakoulun ohjeita, joita olivat muun muassa hyvien tieteellisten käytäntöjen edistäminen sekä hyvän tieteellisen käytännön loukkauksien ennaltaehkäisy. (HAMK, 2020) Esimerkiksi opinnäytetyössä käytetyssä NEWS-pisteytystaulukossa ei ole merkittyä CC-lisenssiä. Taulukon käyttöön on kysytty sähköpostitse lupa Suomen Sairaanhoidajaliitolta. Pisteytystaulukkoa saa käyttää opinnäytetöissä, kunhan taulukon yhteydessä on mainittu asianmukaisesti Suomen sairaanhoidajaliitto. Lisäksi ulkopuolisilta tiedonantajilta on varmistettu, että heidän nimensä saa mainita tekstiviitteessä.

Toiminnallisena osana tuotettu tarkistuslista (liite 1) on tehty Word-ohjelman avulla. Tarkistuslistassa on käytetty mustaa nuolta osoittamaan, että tarkistuslista jatkuu sivun toiselle puolelle. Nuoli on otettu Pixabay.com internet-sivulta. Pixabayn internet-sivulla mainitaan, että nuolen kuvaa saa käyttää vapaaseen kaupalliseen käyttöön, eikä Pixabayn nimeämistä vaadita.

Opinnäytetyön tekijöiden ja tilaajan välillä tulee olla hyvä luottamus toisiinsa. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa on luotu opinnäytetyösopimus. Sopimukseen on kirjoitettu lyhyesti opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet tilaajan yhteyshenkilölle ja ohjaavalle opettajalle nähtäväksi. Sopimukselle on laadittu myös voimassaolopäiväys ja siihen on sisällytetty kaikkien asianomaisten yhteystiedot. Viimeisenä opinnäytetyön tekijät, tilaajan yhteyshenkilö ja ohjaava opettaja ovat allekirjoittaneet sopimuksen. Näin ollen on sitouduttu noudattamaan opinnäytetyösopimuksessa sovittuja asioita aikataulun mukaisesti.

Niin tutkimusta, kuin opinnäytetyötäkin tehdessä on oltava avoin, huolellinen, rehellinen ja muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettava. Ammattikorkeakoulutasoisen opinnäytetyön

tekijän on hallittava yleiset periaatteet ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa, opinnäytetyöprosessin hyvä tieteellinen käytäntö, tieteellisen käytännön vastuut sekä eettisen ennakoarvioinnin tarpeellisuus, ennakoarviointimenettely ja lähtökohdat. (Arene ry, 2020)

6.2 Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja arviointi

Opinnäytetyön aihe löytyi valmiina opinnäytetyön aihepankista helmikuussa 2021. Aiheen valinnan jälkeen otettiin yhteyttä tilaajaan ja selvitettiin, onko tilaajalla joitakin erityistoiveita opinnäytetyöhön liittyen. Tilaajan toiveesta sovittiin, että osana opinnäytetyötä tuotetaan tarkistuslista tilaajayksikköön uuden potilaan vastaanottotilannetta varten. Tilaajan yhteyshenkilön lisätoiveena oli, että tekijät selvittävät muiden samankokoisten tehostetun hoidon yksiköiden toimintatapoja toiminnan kehittämiseksi.

Opinnäytetyöprosessiin kuuluu suunnittelu-, toteutus- ja viimeistelyvaiheet. Tällä hetkellä työtä tehdessä oltiin opinnäytetyöprosessin suunnitteluvaiheessa. Suunnitteluvaiheessa tehtiin tiedonhakua ja toteutusvaiheessa kirjoitettiin tietoperustaa, joten näitä vaiheita tehtiin osittain samanaikaisesti.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus ja osallistuttiin Hämeen ammattikorkeakoulun tarjoamaan kirjoituspajaan. Näiden lisäksi pidettiin suunnitelmaseminaari opinnäytetyöpiirissä ja osallistuttiin muiden opiskelijoiden väliseminaariin kuuntelijana.

Opinnäytetyön tietoperustaa lähdettiin suunnittelemaan tiedonhaulla. Näyttöön perustuvien ja luotettavien lähteiden pohjalta selvitettiin, mitkä asiat ovat potilaan vastaanottotilanteessa tärkeitä. Näiden tiedonhaun avulla löytyneiden tietojen perusteella, alettiin suunnittelemaan opinnäytetyön sisällysluettelo. Sisällysluettelo muuttui useaan otteeseen opinnäytetyöprosessin aikana. Lopulta sisällysluettelosta muodostui kokonaisuus, jossa tulevat ilmi tärkeimmät asiat potilaan vastaanottotilanteesta. Luotettavien lähteiden

löytyessä kerättiin aiheeseen liittyviä tekstikappaleita, joista myöhemmin koottiin opinnäytetyön tietoperustaa.

Opinnäytetyön tekijät kokoontuivat säännöllisesti suunnittelemaan ja tekemään työnjakoa tietoperustan kokoamisesta. Näin ollen jokaisella tekijällä oli sovittuna oma aihealueensa ja vastuu tehdä oma osuutensa seuraavaan kokoukseen mennessä. Opinnäytetyön tietoperustaa luotiin myös itsenäisesti, mutta tarkistuslistan luonnos suunniteltiin ja toteutettiin yhdessä kaikkien tekijöiden kesken. Tarkistuslistan luonnoksen sisältöä ja sisällön järjestystä muokattiin teoretiedon, tekijöiden omakohtaisten kokemusten sekä Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikön hoitohenkilökunnan mielipiteiden mukaisesti. Tarkistuslistan ajatuksena oli, että sisällön järjestys menee vastaanottotilanteessa huomioitavien asioiden kiireellisyyden mukaisesti.

Tilaaajan yhteyshenkilön kanssa käytiin keskustelua opinnäytetyöhön liittyvistä asioista sähköpostilla, puhelimitse ja kasvotusten. Kesken opinnäytetyöprosessin yhteyshenkilö vaihtui, mutta uuden yhteyshenkilön kanssa sovittiin, että jatketaan aiemmin sovitulla suunnitelmalla. Yhteistyö sujui ongelmitta. Kun tietoperusta oli hyvällä pohjalla, opinnäytetyö lähetettiin yhteyshenkilölle tarkasteltavaksi. Samalla sovittiin, että väliseminaari pidetään Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikössä, jolloin on mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa heidän toiveistaan tarkistuslistaan liittyen.

Elokuun lopussa 2021 siirryttiin virallisesti opinnäytetyön toteutusvaiheeseen.

Toteutusvaiheessa osallistuttiin uudestaan kirjoituspajaan. Kirjoituspajassa saatiin hyviä korjausehdotuksia esimerkiksi lauserakenteisiin ja lähteiden merkintään. Toteutusvaiheessa osallistuttiin myös muiden opiskelijoiden väliseminaariin, opponoitiin yksi opinnäytetyö sekä pidettiin oma väliseminaari.

Yhteyshenkilön toiveesta lähetettiin elokuun lopussa sähköpostikysely kuuden muun tehostetun hoidon yksikön osastonhoitajalle. Nämä yksiköt olivat suunnilleen samankokoisia, kuin Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikkö. Alkuperäiseltä yhteyshenkilöltä saatiin tiedot sairaaloista, joiden toimintatavoista hän oli kiinnostunut kuulemaan lisää. Muilta yksiköiltä tiedusteltiin heidän toimintatavoistaan uuden potilaan

vastaanottotilanteessa. Lisäksi tiedusteltiin, onko heillä käytössä tarkistuslista ja mitä se pitää sisällään. Tarkoituksena oli sisällyttää yksiköiden toimintatapoja tietoperustaan toiminnan kehittämiseksi. Kahden viikon aikana saatiin yhdeltä yksiköltä vastaus. Näin ollen kahden viikon kuluttua ensimmäisestä sähköpostista lähetettiin muistutusviesti niille yksiköille, jotka eivät olleet alkuperäiseen sähköpostiviestiin vastanneet. Sähköpostiin lisättiin päivämäärä, johon mennessä vastausta toivottiin. Sähköpostiin lisättiin myös, että toivotaan vastausta silloinkin, jos yksiköillä ei ole mielenkiintoa vastata kyselyyn. Toivottuun lopulliseen päivämäärään mennessä kuudesta yksiköstä saatiin kahdelta vastaus. Lokakuun lopussa saatiin kuitenkin vielä yhdeltä tehostetun hoidon yksiköltä vastaus, joka sisällytettiin myöhässä tietoperustaan. Yhteensä vastauksia tuli siis kolmelta muulta yksiköltä.

Syyskuun lopussa 2021 pidettiin opinnäytetyön väliseminaari tilaajayksikössä. Väliseminaarissa esiteltiin sen hetkinen opinnäytetyö yhteyshenkilölle sekä iltavuoroon tulleille sairaanhoitajille. Heille esiteltiin, mitä oli vielä suunnitteilla loppu ajalle tehtäväksi ja heiltä pyydettiin palautetta sen hetkisestä opinnäytetyöstä. Osallistujat saivat jokainen tulostetun tarkistuslistan itselleen. Paikallaolijat saivat kirjoittaa palautetta ja kehitysehdotuksia. Väliseminaarissa käytiin keskustelua tarkistuslistan ulkonäöstä, sisällöstä, järjestyksestä ja siitä miten valmis tuotos tuodaan muun hoitohenkilökunnan tietoon.

Väliseminaarin kuulijat toivat omia toiveitaan esille liittyen tarkistuslistan ulkonäköön ja sisältöön. He toivoivat tarkistuslistasta mahdollisimman yksinkertaista ja selkeää. Toiveena oli, että tarkistuslista mahtuisi A5-muotoon. Hoitohenkilökunnan toiveena oli myös, että tarkistuslistassa käytettävät käsitteet avattaisiin konkreettisesti, jotta lukija ymmärtäisi ne varmasti. Tämän vuoksi päädyttiin tekemään tarkistuslistasta kaksipuoleinen, sillä tila ei olisi riittänyt A5-muodossa sisältämään käsitteiden avausta sekä muuta sisältöä. Sisällytimme kuitenkin tarkistuslistan konkreettiset asiat yhdelle paperipuoliskolle. Toiselle puoliskolle avasimme tarkistuslistassa käytettävät käsitteet. Pyrimme parhaamme mukaan ottamaan huomioon saamamme parannusehdotukset ja muokkasimme ne lopulliseen tarkistuslistaan. Lisäksi yhteyshenkilön kanssa sovittiin, että he tuovat valmiin tarkistuslistan esille yksikössä ja käyttöönottavat sen. Kanta-Hämeen keskussairaalalle annettiin jatkoa varten oikeudet muokata tai lisätä asioita tarkistuslistaan.

Muutama viikko väliseminaarin jälkeen yhteyshenkilölle ehdotettiin sen hetkisen tarkistuslistan esillepanosta hoitohenkilökunnan kahvihuoneen pöydälle. Tällä tavalla saatiin vielä viimeiset ajatukset tarkistuslistan sisältöön ja järjestykseen muultakin hoitohenkilökunnalta, kuin vain niiltä ketkä olivat kuuntelemassa väliseminaaria. Tarkistuslista oli Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikön hoitohenkilökunnan kahvipöydässä esillä noin viikon. Tämän jälkeen yksikköön lähetettiin sähköpostia ja tiedusteltiin vielä heidän toimintatavoistaan uuden potilaan vastaanottotilanteessa. Lähetetyssä sähköpostissa käytettiin samoja kysymyksiä kuin sähköpostikyselyssä, joka lähetettiin muiden tehostetun hoidon yksiköihin. Kysymyksiin vastasi yksikön sairaanhoitajat ja vastauksista kirjoitettiin tekstikappale lukuun 4.

Lopullinen tarkistuslistan sisältö suunniteltiin siten, että potilaan vastaanottotilanteessa kiireellisimmät ja tärkeimmät asiat tulee toteutettua potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Tarkistuslistan sisällön asiat on listattu kiireellisyysjärjestyksessä. Tarkistuslista sisältää uuden potilaan sisäänkirjauksen, monitoroinnin ja potilaan yleiskatsauksen, raportin vastaanoton ja potilasasiakirjat, potilaan tutkimisen ja peruselintoimintojen mittauksen, tarpeellisten toimenpiteiden toteuttamisen, lääkärin määräysten toteuttamisen, omaisuuden ja omaiset sekä uuden potilaan kirjaamisen potilaspäiväkirjaan. Tarkistuslistan sisältöä mietittiin myös ISBAR-raportointimenetelmän kautta ja muiden tehostetun hoidon yksiköiden vastaukset tukivat sisältöä sekä sen järjestystä. Tarkistuslistan lopullinen ulkonäkö jäi yksinkertaiseksi ja pelkistetyksi Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikön hoitohenkilökunnalta saadun palautteen mukaan.

Lokakuussa 2021 siirryttiin opinnäytetyön viimeistelyvaiheeseen. Viimeistelyvaiheeseen kuuluu tekstiasun ja abstraktin tarkastus, opinnäytetyön esittäminen loppuseminaarissa, tilaajan palaute tarkistuslistasta sekä kypsyysnäyte. Viimeistelyvaiheessa hiottiin opinnäytetyön kieliasua ja osallistuttiin vielä muutamaaan kirjoituspajaan. Opinnäytetyön kieliasun hiomiseen saatiin ulkopuolista apua ja uusia näkökulmia tekstin rakenteeseen.

Lopullisesta tietoperustasta tuli kattava ja laaja pitäen sisällään oleellimmat asiat uuden potilaan vastaanottotilanteeseen liittyen. Lisäksi kolmen muun tehostetun hoidon yksikön henkilökohtaisista tiedonannoista esille tulleet asiat tukevat tietoperustan sisältöä.

Tarkistuslistasta tuli tiivis yhteenveto potilaan vastaanottotilanteessa tärkeimmistä huomioitavista asioista.

Opinnäytetyö lähetetään valmiina marraskuussa 2021 lopulliseen tarkastukseen opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle ja lähettämisen jälkeen tekijät pitävät loppuseminaarin Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikössä. Loppuseminaari on suunniteltu toteutettavaksi myös marraskuun lopulla ja siellä esitellään valmis opinnäytetyö sekä lopullinen tarkistuslista. Samalla kerätään tilaajan lopullinen palaute.

7 POHDINTA

Löysimme aiheen valmiina opinnäytetöiden aihepankista, aihe oli mielestämme mielenkiintoinen ja tärkeä. Meitä kiinnostaa akuuttihoitotyö ja koemme, että tulevaisuudessa aihe olisi meille ajankohtainen. Aiheesta löytynyt teoretieto on opettanut meille kaikille tulevaan työelämään tärkeitä asioita ja valmistanut meitä työskentelemään akuuttihoitotyön parissa.

Opinnäytetyötä on tehty täysiaikaisten kesätöiden ja työharjoitteluiden ohella. Nämä ovat tuoneet omat haasteensa tekemiseen. Yhteistä aikaa opinnäytetyön suunnitteluun ja toteutukseen oli ajoittain vaikea löytää. Teimme paljon itsenäistä työtä tiedonhaun ja tietoperustan parissa. Mietimme yhdessä opinnäytetyön rakennetta, sisällysluetteloja sekä tarkistuslistaa. Opinnäytetyön suunnittelu tapahtui opinnäytetyön tekijöiden kesken suurimmaksi osaksi etänä Teamsin välityksellä.

Tietoperusta on rakennettu pohjautuen opinnäytetyötämme ohjaaviin kysymyksiin. Olemme tuoneet tietoperustassamme esille, mitä sairaanhoitajan tulee huomioida vastaanottaessa uutta potilasta tehostettuun hoitoon. Olemme myös pohtineet, millaiset toimintatavat edistävät potilasturvallisuutta uuden potilaan vastaanottotilanteessa sekä mistä koostuu hyvä tarkistuslista.

Työn luotettavuuden kannalta pyrimme opinnäytetyössämme käyttämään mahdollisimman luotettavia lähteitä ja olemme tiedonhaun avulla varmistaneet asian. Teimme

taustatutkimusta ja rajasimme työstämme pois epäluotettavien lähteiden käytön. Käytimme tiedonhaussa luotettavia tiedonhakupalveluja sekä verkkokirjastoja. Kävimme myös Hämeen ammattikorkeakoulun sähköisen kurssin oppiaksemme tiedonhakua paremmin.

Lähdekriittisyyttä olemme harjoitelleet kuluneiden kouluvuosien aikana koulutehtäviä tehdessämme. Haimme opinnäytetyöhön tietoa sekä suomeksi että englanniksi. Englannin kielisen tiedonhaun luotettavuutta lisää se, että meitä on ollut kolme tekemässä opinnäytetyötä, joten olemme voineet yhdessä kääntää luotettavammalla tavalla englanninkielistä tietoa suomeksi. Olemme myös käyttäneet tässä apunamme MOT sanakirjaa.

Tietoperustaan löytyi tietoa luotettavista lähteistä suhteellisen helposti. Välillä oli vaikeuksia löytää tietoa halutuilla hakusanoilla. Tämän vuoksi koimme, että oli hyvä, kun opinnäytetyön tekijöitä oli useampi. Näin ollen tiedonhakua toteutettiin laajemmin ja eri näkökulmista, joka paransi tiedonhaun luotettavuutta. Suurimmaksi haasteeksi tiedonhaussa ilmeni tehostetun hoidon käsite. Käsite sisältää tehohoidon ja tehovalvonnan. Nämä yhdessä muodostavat tehostetun hoidon käsitteen sairaalaympäristössä. Käsitteellä tehostettu hoito löytyi kuitenkin vain suurimmaksi osaksi tietoa ikääntyneiden ihmisten ympärivuorokautisesta hoidosta. Jouduimme käyttämään tehostetun hoidon kohdalla erityisen paljon aikaa tiedonhakuun ja etsimään luotettavaa tietoa kirjallisuudesta, jotta saimme tuotettua tarpeeksi kattavan tietoperustan tehostetusta hoidosta ja sen alakäsitteistä. Alakäsitteenä olevasta tehohoidosta löytyi huomattavasti kattavampaa tietoa, kuin tehovalvonnasta.

Opinnäytetyön tietoperusta ja sisällysluettelo alkoi muodostua tiedonhaun ja opinnäytetyöpiireissä ohjaavalta opettajalta saadun palautteen avulla. Tarkoituksena oli, että sisällysluettelon järjestys on looginen opinnäytetyöprosessin sekä uuden potilaan vastaanottotilanteen näkökulmasta. Alaotsikot luvussa 4 on suunniteltu vastaanottotilanteessa tärkeysjärjestyksessä huomioitaviin asioihin. Potilaan vastaanottotilanne alkaa jo siitä hetkestä, kun potilaan saapumiseen aletaan valmistautua. Potilaan saavuttua otetaan lähettävältä yksiköltä vastaan suullinen raportti, jonka jälkeen siirrytään potilaan kokonaisvaltaiseen tutkimiseen. Olemme huomioineet potilaan tutkimisen sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimisen avuksi on luotu monia menetelmiä, jotka koimme tärkeäksi tuoda esille tietoperustassamme. Koimme myös tarpeelliseksi tuoda

esille potilasturvallisuuden sekä potilaan kohtaamisen ja tukemisen tehostetussa hoidossa. Olemme tyytyväisiä, että saimme tietoperustasta kattavan ja monipuolisen. Tietoperusta sisältää tärkeimmät huomioitavat asiat uuden potilaan vastaanottamisesta tehostettuun hoitoon.

Pyrimme tiedonhauilla etsimään tutkimuksia tarkistuslistojen käytön vaikutuksista potilasturvallisuuden parantamiseen tehostetussa hoidossa. Tiedonhauilla löytyi pääsääntöisesti tutkimuksia leikkaussali- ja heräämöhoidotyöhön liittyen. Harmiksemme emme löytäneet ilmaisia, vertaisarvioituja tutkimuksia tarkistuslistojen käytön positiivisista vaikutuksista potilasturvallisuuteen tehostetussa hoidossa.

Tarkistuslistan ollessa tehostetun hoidon yksikön kahvihuoneen pöydällä, tuli sen hetkiseen työhön jonkin verran kommentteja. Kommenteista selvisi, että tarkistuslistasta haluttiin vieläkin tiiviimpi ja suppeampi, sekä vastaajien mielestä kuvia ei tarvinnut olla ollenkaan. Näiden kommenttien jälkeen sisällöstä otettiin muutamia kohtia kokonaan pois ja muutettiin hieman järjestystä. Tässä vaiheessa otimme sen hetkisestä luonnoksesta muun muassa potilaspaikan valmistelu- kohdan sekä NEWS-pisteytyksen pois. Tilaajayksikössä on jo entuudestaan käytössä tarkistuslista potilaspaikan valmistelua varten. Sen avulla hoitohenkilökunta varmistaa, että potilaspaikalla on kaikki tarvittava välineistö uutta potilasta varten. NEWS-pisteytys ei ole juurikaan käytössä tilaajayksikössä, joten palautteen mukaisesti jätimme senkin tarkistuslistasta pois, mutta koimme tärkeäksi pitää osana tietoperustaa.

Ensimmäisenä tarkistuslistassa on potilaan sisäänkirjaus ja henkilöllisyyden tarkastaminen. Toisena on potilaan monitorointi ja yleiskatsaus. Koimme tämän tärkeäksi toteuttaa kriittisesti sairaan potilaan kohdalla heti saapumisen jälkeen, jotta voinnin seuranta olisi jatkuvaa. Tässä kohtaa tarkistetaan myös potilaalla menevät infuusiot ja siirretään ne yksikön omaan infusiotorniin. Monitoroinnin jälkeen on raportin ja potilasasiakirjojen vastaanotto. Potilaasta saadaan asianmukainen raportti ISBAR-raportointimenetelmän mukaisesti sekä saadaan tarvittavat asiakirjat liittyen potilaan hoitoon. Tämän jälkeen alkaa potilaan kokonaisvaltainen tutkiminen ja peruselintoimintojen mittaaminen.

Olemme tuoneet tarkistuslistassa esille myös tutkimisen apuna käytettävät menetelmät ja mittarit. Näitä ovat opinnäytetyön tietoperustassakin avatut ABCDE-menetelmä, GCS-pisteytys ja RASS-asteikko tajunnantason tutkimiseen sekä VAS- ja CPOT-mittarit kivun arviointiin. Huomioimme tutkimisessa myös potilaan psyykkisen tilan tarkastelun Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikön sairaanhoitajan toiveen mukaisesti. Tutkimisen jälkeen olemme tuoneet esille tarpeellisten toimenpiteiden toteuttamisen. Tässä kohtaa potilaalta tulee tarkistaa muun muassa olemassa olevat infuusioreitit, katetrit ja dreelit sekä tarvittaessa laittaa sellaiset. Toimenpiteiden jälkeen koimme tarpeelliseksi tuoda esille lääkärin määräysten toteuttamisen. Tässä kohtaa sairaanhoitaja lähtee toteuttamaan määräyksiä, esimerkiksi tarvittaviin nesteisiin tai tilattaviin laboratorionkokeisiin liittyen. Viimeisenä tarkistuslistassa olemme huomioineet potilaan omaisuuden tarkistamisen ja tarvittaessa omaisille ilmoituksen sekä uuden potilaan kirjaamisen Kanta-Hämeen tehostetun hoidon yksikön potilaspäiväkirjaan. Potilaspäiväkirjaan kirjataan potilaan henkilötiedot, tulosyy, saapumisaika ja uloskirjausaika.

Tarkistuslistasta tuli hieman erilainen, kuin olimme alun perin ajatelleet. Saimme kuitenkin mielestämme huomioitua tärkeimmät asiat kiireellisyysjärjestyksen mukaisesti. Tiedustelimme useaan otteeseen tilaajayksikön mielipiteitä ja ajatuksia tarkistuslistaan liittyen. Pyrimme parhaamme mukaan muuttamaan tarkistuslistaa heidän toimintatapojensa ja toiveidensa mukaiseksi. Tarkistuslistan kokoamisessa oli kuitenkin jonkin verran ongelmia tilaajayksiköstä saatujen eriävien mielipiteiden vuoksi. Palautteena saatiin mielipiteitä ja ajatuksia, mutta koimme haasteelliseksi sen, että konkreettiset kehitysideat puuttuivat. Pyrimme alun perin tekemään sisällöstä niin tiiviin, että vain kaikista oleellimmat huomioitavat asiat tulisi mainittua. Tilaajayksikön hoitohenkilökunnalta saadun palautteen mukaan tarkistuslistan sisältöä olisi pitänyt entisestäänkin supistaa. Koimme, että jos supistaisimme sisältöä vielä lisää, kaikki tärkeä vastaanottotilanteessa ei tulisi huomioitua.

Yhtenä tavoitteena oli tuoda tietoperustaan tilaajan toiveen mukaisesti mahdollisimman laajasti ja kattavasti tietoa muiden tehostetun hoidon yksiköiden toimintatavoista. Näiden tietojen perusteella olisimme myös kehittäneet lisää omaa ammatillista tietämystämme. Kun tiedustelimme muilta yksiköiltä heidän toimintatavoistaan, oli harmillista, että tavoite ei

toteutunut ja saimme vain kahdelta yksiköltä vastaukset. Kasasimme kuitenkin saaduista vastauksista tietoperustaan tarvittavat tekstikappaleet toivotun vastauspäivämäärän ylityttyä.

Vielä lokakuun lopussa saadusta yhdestä muun tehostetun hoidon yksikön sähköpostivastauksesta lisäsimme tietoperustaan kappaleet heidän toimintatavoistaan. Saimme näin ollen vielä yhden yksikön näkökulman lisäksi tukemaan muita vastauksia. Aluksi sähköpostitiedustelun vastaukset näyttivät jäävän vähäisiksi, jonka vuoksi olimme iloisia, että Kemin tehostetun hoidon yksikön osastonhoitaja vastasi meille vielä, vaikka toivottu vastauspäivämäärä olikin jo ylittynyt. Näin ollen saavutimme aikaisempaa kattavammin tavoitteemme tiedustella muiden yksiköiden toimintatavoista.

Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli myös meidän oman ammatillisen kasvumme kehittäminen tulevana sairaanhoitajina. Opinnäytetyöprosessin edetessä opimme syventämään tiimityöskentelytaitojamme. Koemme tämän lisäävän ammatillista kasvuamme tulevana sairaanhoitajina ja edesauttavan sopeutumistamme uusiin työpaikkoihin. Olemme oppineet paljon uutta aiheeseen liittyen ja olemme työn tietoperustaa tehdessämme päässeet syventymään lisää uuden potilaan vastaanottoprosessiin. Missä työskentelemmekään tulevaisuudessa, opinnäytetyömme tekeminen on opettanut meille hyödyllisiä asioita työelämään. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme olleet yhteydessä tilaajaan ja muihin tehoihin. Heidän kanssaan käyty vuorovaikutus on kasvattanut meidän yhteistyötaitojamme tulevaan työelämään.

Lähteet

- Aarno, K., Reinikainen, M., Järveläinen, M., Karlsson, S., Kekomäki, M., Ritmala-Castrén, M. & Valtonen M. (2019). Tehohoidon laajuus ja tulokset. *Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet* (s. 3). https://sthy.fi/wp-content/uploads/2019/04/STHY_Eettiset_ohjeet_LOW4.pdf
- Aarno, K., Reinikainen, M., Järveläinen, M., Karlsson, S., Kekomäki, M., Ritmala-Castrén, M. & Valtonen M. (2019). Eettisiä erityiskysymyksiä tehohoidossa: Potilaan ja hänen läheistensä kohtaaminen. *Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet* (s. 8). https://sthy.fi/wp-content/uploads/2019/04/STHY_Eettiset_ohjeet_LOW4.pdf
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V & Uski-Tallqvist, T. (2014). *Kliininen hoitotyö*. Sanoma Pro.
- Airaksinen, T. (30.6.2009). *Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen*. Haettu 10.6.2021 osoitteesta <https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Alahuhta, M., Saastamoinen, M., Päätaalo, K., Vähä, T. & Ypyä, J. (17.08.2018). Toiminnallisen opinnäytetyön oppimiskokemukset. *Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyönjulkaisut; ePooki, 2018(45)*. Haettu 1.6.2021 osoitteesta <http://www.oamk.fi/epooki/2018/toiminnallinen-opinnytety/>
- Alajääski, A. & Koskenranta, M. (2015). *Kriittisesti sairaan potilaan tarkistuslista siirrettäessä hoitoon teho-osastolle*. [Opinnäytetyö, Vaasan ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201501231558>
- Alanen, P., Karjalainen, M. & Suoninen, E. (2017). Kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen. *Terveysportti*. Haettu 18.7.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>
- Ala-Kokko, T., Karlsson, S., Pettilä, V., Ruokonen, E. & Tallgren, M. (2014). *Tehohoito-opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Ala-kokko, T. & Liisanantti, J. (2020). Hätätilapotilaan kliininen tutkimus. *Terveysportti*. Haettu 24.5.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>

- Ala-kokko, T. & Liisanantti, J. (2020). Toimintaperiaatteet hätätilapotilaan tilan arvioinnissa ja hoidossa. *Terveysportti*. Haettu 27.5.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>
- Arbelius-Iltanen, M. (2013). *Tehopotilaan eka tunti- toimintaohje: Kriittisesti sairaan potilaan vastaanottoiminnan kehittäminen toimintakorttien osalta Tampereen yliopistollisen sairaalan tehohoidon vastuualueella*. [Opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201304094157>
- Arbelius-Iltanen, M. (2015). *Kriittisesti sairastuneen potilaan vastaanottoprosessin kehittäminen tehohoitotyössä: organisoivan sairaanhoitajan näkökulma*. [Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201501281690>
- Arbelius-Iltanen, M. (2017). Tehopotilaan vastaanottoprosessi. *Terveysportti*. Haettu 29.5.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>
- Arene ry. (2020). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ry. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>
- Berg, H. & Bergman, M. (2015). Vaikeasti vammautuneen potilaan tehohoito. *Terveysportti*. Haettu 10.5.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>
- Berg, H. & Rantalainen, T. (2010). Traumapotilaan hoidon yleisperiaatteet. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. (2014). Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.), *Potilasturvallisuuden perusteet*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Bush, S.H., Grassau, P.A., Yarmo, M.N., Zhang, T., Zinkie, S.J., Pereira, J. (2014). The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliative Care* 13(17). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-17>
- Grandström, H. & Halonen, M. (2016). *Potilasturvallisuus suullisen tiedonsiirron näkökulmasta yksikön sisäisessä siirtotapahtumassa teho-osastolta vuodeosastolle: Tarkistuslistan kehittäminen osaston S6 siirtotilanteisiin*.

[Opinnäytetyö, Diakonia- ammattikorkeakoulu].

<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016112417165>

Grönlund, J. & Karlsson, S. (2017) Sedaation aiheet ja arviointi. *Terveysportti*.

Haettu 25.9.2021 osoitteesta. <https://www.terveysportti.fi/>

Halila, R., Ekblom-Kullberg, S., Finne-Soveri, H., Hautanen, U., Heikkilä, T., Hetemaa,

T., Martimo, K-P., Mäki, K., Parkkila-Harju, M., Rautavaara, J., Ritämäki, N.,
Salmi, H-M., Silfvast, T., Varesmaa-Korhonen, L., Myllymäki, K., Kattelus, M.,
Aaltonen, J., Aittomäki, K., Anttonen, A-K.,... Wahlman-Calderara, T. (2021).
Tehohoito. *Lääkärin etiikka*. (s. 157).

<https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakaran-etiikka-2021.pdf>

Hoikka, A. (2013). Kivun arviointi. *Terveysportti*. Haettu 14.6.2021 osoitteesta

<http://www.terveysportti.fi/>

Hämeen ammattikorkeakoulu. (1.11.2020). *Opinnäytetyöopas*. [word-tiedosto].

Haettu 20.5.2021 osoitteesta <https://www.hamk.fi/opiskelijan-ohjeet/opinnaytetyo/>

Illuzzi, E. & Gillespie, M. (2016). Chapter 10: Physical Examination in the ICU.

Teoksessa J. M. Oropello, V. Kvetan & S. M. Pastores (toim.), *Critical care*.
McGraw-Hill Education.

Kalso, E. (2018). Kivun lääkehoito. Teoksessa M. Mäkijärvi, V-P Harjola, H.päivä,

J.Valli & E.Vaula (toim.), *Akuuttihoito-opas*. Terveysportti. Haettu 17.6.2021
osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>

Kangasmäki, E. & Pudas-Tähkä, S-M. (2017). Kivun arviointi. *Terveysportti*. Haettu

14.6.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>

Kanta-Hämeen keskussairaala. (n.d.) *Tehohoito*. Haettu 12.10.2021 osoitteesta

<https://www.khshp.fi/palvelut/tehoahoito/>

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirnekoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen,
J. (2018) Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta.

Lääkärilehti, 73 (12–13), 786–788. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?public=6cf51054acd41361903e086b728763b8>

Kerson, A.G., DeMaria, R., Mauer, E., Joyce, C., Gerber, L., Greenwald, B., Silver, G.
& Traube, C., (2016). Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

- in critically ill children. *Journal of intensive care* 4(65). <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-016-0189-5>
- Keränen, T. & Autti-Rämö, I. (2017). Eettinen näkökulma. Teoksessa A. Ahovuori-Saloranta, I., Autti-Rämö, T. Haula, J. Isojärvi, T. Keränen, N. Kovanen, K. Lampe, I. Linnosmaa, E. Mäkinen, L. Raustia, P. Reiman-Möttönen, U. Saalasti-Koskinen, M. Saijonkari & S. Sihvo (toim.), *HTA-opas, versio 1.1*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>
- Kinnunen, M. & Helovuori, A. (2019). Potilasturvallisuuden varmistaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus oy Duodecim
- Kipu: Käypä hoito –suositus (2017). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Haettu 12.5.2021 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Larmila, M. & Järvinen, S. (2010). Lääkehoidon vaatavuus ja toteutus tehohoidossa. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Leppälä, K. (2017). *Teho-osaston potilaskierron tarkistuslista- katsaus tarkistuslistan käytön vaikutuksiin*. [Opinnäytetyö, Metropolia ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017111917341>
- Lund, V. (2018). Potilaiden valinta tehohoitoon. Teoksessa M. Mäkijärvi, V-P Harjola, H.päivä, J.Valli & E.Vaula (toim.), *Akuuttihoito-opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Lund, V. (2018). Valvontahoito. Teoksessa M. Mäkijärvi, V-P Harjola, H.päivä, J.Valli & E.Vaula (toim.), *Akuuttihoito-opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Niittyvuopio, M. (2020). Kommunikointi ja raportointi hätäpotilaita hoitavassa työyksikössä. *Terveysportti*. Haettu 24.5.2021. Kustannus Oy Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/>
- Niittyvuopio, M. (2020a). Hätätilapotilaan arviointi. *Terveysportti*. Haettu 20.6.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>
- Olkkola, K., Kiviluoma, K., Saari, T., Tallgren, M., Uusaro, A. & Yli-Hankala A. (2021). *Sedaatio ja kivunhoito tehohoidossa*. Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito. Kustannus Oy Duodecim.

- Pauniahho, S-L. & Ikonen T. (2010). Kaikki kunnossa-valmiina viiltoon. *Duodecim* 126(4).
<https://www.duodecimlehti.fi/duo98616>
- Pudas-Tähkä, S-M. (2018). *Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto*. [Väitöskirja, Turun yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7152-7>
- Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. (2010). *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Pyykkö, A. & Kaarlola, A. (2010). Potilaan ja omaisten tukeminen. *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Pölönen, P. & Ala-Kokko, T., Helveranta, K., Jäntti, H & Kokko, A. (2013). *Akuuttihoidon laitteet*. Kustannus Oy Duodecim.
- Ritmala-Castren, M., Lönn, M., Lundgren-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. (2017). *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Saastamoinen, T., Bertényi, P., Sorvari, T. & Ruohomäki, H. (2010). *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Saavalainen, I. & Mäenpää, N. (2017). *Tehohoitopotilaan siirtovalmistelutarkistuslista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin teho-osaston sairaanhoitajille*. [Opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017060612653>
- Suvanto, A., Tuomikoski, A., Juntunen, J. & Heikkilä, K. (2019). Edistääkö SBAR-raportointimenetelmä potilasturvallisuutta? *Näyttövinkki 8/2019*. Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/nayttovinkki8-2019.pdf>
- Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. (2015). *Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta*.
http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_paranaa_potilasturvallisuutta.pdf
- Tays. (2021). Tehohoito. Haettu 16.5.2021 osoitteesta <https://www.tays.fi/fi-fi/Palvelut/Tehohoito>
- THL. (2011). Potilasturvallisuusopas. Haettu 1.6.2021 osoitteesta <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Liite 1: Tarkistuslista**Uuden potilaan vastaanottaminen tehostettuun hoitoon – tarkistuslista****1. Uuden potilaan sisäänkirjaus**

- Potilasranneke ja henkilöllisyys

2. Monitorointi ja potilaan yleiskatsaus

- Infusioiden tarkistaminen ja siirto omaan infuusiotorniin

3. Raportin vastaanotto ja potilasasiakirjat**4. Potilaan tutkiminen ja peruselintoimintojen mittaus**

- Verenpaine, syke, rytmi, lämpö, hengitystaajuus, happisaturaatio, verensokeri
- ABCDE-menetelmä
- Tajunnantason arviointi
 - GCS-asteikko
 - RASS-asteikko
- Kivun arviointi
 - VAS-mittari
 - CPOT-mittari
- Psykkinen tila

5. Tarpeellisten toimenpiteiden toteuttaminen

- Katetrit, kanyylit ym. tarkistus/laitto

6. Lääkärin määräysten toteuttaminen**7. Omaisuus ja omaiset**

- Omaisuuden tarkastaminen ja kirjaaminen
- Tarvittaessa omaisille ilmoitus

8. Uuden potilaan kirjaaminen potilaspäiväkirjaan

Uuden potilaan vastaanottaminen tehostettuun hoitoon – tarkistuslista

Käsitteet

- **GCS-asteikko, Glasgow Come Scale**
 - Yleisimmin käytetty asteikko tajunnantaso arvioitaessa, käytetään potilaan ollessa tajuissaan. Asteikossa määritellään potilaan tajunnantaso kolmen osa-alueen avulla. Osa-alueita ovat potilaan puhevaste, liikevaste ja silmien aukaisuvaste. Vasteet määritellään pistein 3–15, kolme on huonoin ja 15 paras.
- **RASS-asteikko, Richmond Agitation-Sedation Scale**
 - Asteikkoa käytetään arvioitaessa potilaan tajunnantaso, potilaan ollessa sedatoitu. Asteikko arvioi potilaan sedaatiota ja mahdollista levottomuutta sekä mahdollistaa tarkan tiedon sedaation syvyydestä. Pisteet vaihtelevat väkivaltaisesta ja levottomasta potilaasta sellaiseen, joka ei ole heräteltävissä, eikä reagoi.
- **VAS-mittari, Visual Analogue Scale**
 - Yleisimmin käytetty mittari kivun arvioinnissa. Käytetään tajuissaan olevan potilaan kanssa, jolloin potilas voi itse arvioida kokemaansa kipua. Mittarin puolella on jana ja toisella puolella numeroarvioina asteikko. Kipua arvioidaan asteikolla nolasta kymmeneen, nolla tarkoittaa ei kipua ja kymmenen pahinta mahdollista kipua.
- **CPOT-mittari, Critical Care Pain Observation Tool**
 - Mittaria käytetään kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kivun arviointiin. Mittarissa arvioidaan potilaan vartalon liikkeitä, kasvonilmeitä, intuboidun potilaan sopeutumista hengityslaitteeseen, ekstuboidun potilaan äänen käyttöä sekä lihasjännitystä. Mittarin pisteet lasketaan yhteen, nolla tarkoittaa ei kipua ja kahdeksan pahinta mahdollista kipua.

Tarkistuslista on toteutettu osana opinnäytetyötä, Uuden potilaan vastaanottaminen tehostettuun hoitoon. Tarkistuslistan tekijänoikeudet on luovutettu Kanta-Hämeen keskussairaalalle. Tarkistuslistan lähteinä on käytetty opinnäytetyössä käytettyjä lähteitä. Opinnäytetyö löytyy Theseus-tietokannasta.