

Ohjausvideo ABCDE-menetelmästä vuodeosastolle

Kalle Teittinen & Esa Kotoaro
Opinnäytetyö, syksy 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
23.11.2017
Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö

Teittinen, Kalle & Kotoaro, Esa

Syksy 2017, 41 sivua. 2 Liitettä

Ohjausvideo ABCDE-menetelmästä vuodeosastolle

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausvideo potilaan tilan järjestelmällisestä arvioimisesta HYKS, HUS:n Sydän- ja keuhkokeskuksen sydänkirurgiselle vuodeosastolle M10. Ohjausvideon tavoite oli tuoda selkeästi ja ymmärrettävästi esille miten järjestelmällisen arvioimisen menetelmä (ABCDE-menetelmä) voidaan toteuttaa käytännössä sekä mitä se pitää sisällään. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää menetelmän käyttöönottoa vuodeosastolla ja edistää potilasturvallisuutta pitkällä tähtäimellä.

ABCDE- kirjainyhdistelmä on kansainvälinen ja perustuu englanninkieleen. Järjestelmälliseen arvioon kuuluu seuraavien asioiden selvitys: potilaan hengitysteiden aukiolo (Airways), hengitys (Breathing), verenkierto (Circulation), taajunnantaso (Disability) ja näkyvät vammalöydökset (Exposure/Environment). Arviolla selvitetään peruselintoimintojen häiriöt ja mahdollisen hätäensiavun tarve. Potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa turvallinen hoito sekä suojata potilasta vahingoittumiselta.

Ohjausvideon lisäksi tämä opinnäytetyö sisältää teoreettisen viitekehyksen potilasturvallisuuden edistämisestä sekä potilaan tilan järjestelmällisestä arvioimisesta.

Ohjausvideo kuvattiin Diakonia-ammattikorkeakoulun tiloissa. Videolla esiintyvät tämän opinnäytetyön tekijät. Video kuvattiin ja editoitiin ammattikuvaajan toimesta. Videolla esitetään case-tilanne sekä ABCDE-menetelmä käytännössä.

Asiasanat: Ohjausvideo, ensiarvio, potilasturvallisuus

Abstract

Diaconia University of Applied Sciences
Programme in health care and education
Registered nurse
Thesis
Teittinen, Kalle & Kotoaro, Esa

Fall 2017, pages 41, 2 appendices

Guidance video of ABCDE-approach for hospital ward.

Purpose of this functional thesis was to produce a guidance video of a systematic evaluation of a patient's vital body functions for a cardiac surgical ward M10 in M10 in Heart and Lung Center, HUS, HYKS.

Priority of the video was to present distinctly and intelligibly how the systematic evaluation (ABCDE-approach) is possibly executed in practice and what it includes. The priority of the thesis was to develop nurse training and therefore improve patient safety in a long period of time. ABCDE-approach is international and is based on English language. The systematic evaluation consists of clarifying the following: Airways, Breathing, Circulation, Disability and Exposure. It is used to clarify vital organ failures and a possible need of emergency first aid.

Patient safety as a term includes principles and actions of individuals working in a healthcare organization, which are meant to secure safe nursing and protect the patient from injuries. Besides the video, this thesis includes a theoretical framework of improving the patient safety and the patient's systematic evaluation. Video was filmed in property of Diaconia University of Applied Sciences, by a professional cameraman and was acted out by the creditors of this thesis. In a video the ABCDE-approach is presented in practice using a case situation, where the ABCDE-approach is presented with a nurse and the patient.

Keywords: Guidance video, evaluation, patient safety

Sisällys	
Tiivistelmä	2
Abstract.....	3
Sisällys.....	4
1 Johdanto	6
2 Sydänkirurginen vuodeosasto M10.....	7
2.2 Produkti vuode-osastolle	7
3 Tarkoitus ja tavoitteet.....	9
4 Teoreettiset lähtökohdat	10
4.1 ABCDE-menetelmä ja potilaan tilan arvioiminen	10
4.1.1 Ilmatiet, airways (A)	11
4.1.2 Hengittäminen, breathing (B).....	11
4.1.3 Verenkierto, circulation (C)	13
4.1.4 Tajunnantaso, disability (D)	14
4.1.5 Ulkoiset vammalöydökset/paljastaminen, exposure (E).....	16
4.2 Potilasturvallisuus.....	18
4.2.1 Potilaan oikeuksista	19
4.2.2 Potilasturvallisuuden edistäminen.....	20
4.3 Hoito vuodeosastolla	22
4.3.1 Preoperatiivinen hoito	22
4.3.2 Postoperatiivinen hoito.....	22
5 Opinnäytetyön prosessointi.....	24
5.1 Ohjausvideo opinnäytetyönä	24
5.2 Ohjausvideon suunnittelu	24
5.2.1 Videon kuvaus	27
5.2.2 Videon editointi	29
5.2.3 Lopputulos & Arviointi	31

6 Pohdinta.....	34
6.1 Luotettavuus.....	34
6.2 Eettisyys.....	36
LÄHTEET.....	39
LIITE 1.....	42
LIITE 2.....	59

1 Johdanto

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta (Kinnunen, 2010, 5). Turvallinen hoito varmistetaan siten, että sitä varten tarkoitettavat toimintatavat ovat hallinnassa (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen, 2011, 13.) Tällöin siis hoitohenkilökunnan tulee osata potilasturvallisuuden kannalta olennaiset toimintatavat. Tässä opinnäytetyössä keskitymme potilaan tilan järjestelmälliseen arvioimiseen. Turvalliseen hoitoon kuuluu vaikuttavien menetelmien käyttö sekä olemassa olevien voimavarojen hyödyntäminen siten ettei niistä koidu potilaalle haittaa. (Helovu ym. 2011, 15–16.)

Potilaan tilan arviointi on jatkuvaa, potilaan tilaan johtavat syyt saattavat olla epäselviä, jolloin arvion avulla voidaan välttämättömät hoitotoimenpiteet aloittaa saman tien mikä estää tilan mahdollisen pahenemisen. Tämän jälkeen on aikaa suunnitella tarvittavia jatkotoimenpiteitä. (Thim ym. 2012.)

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä sydänkirurgisen vuodeosaston kanssa, joten tässä yhteydessä käsittelemme pääasiassa kirurgisia leikkauspotilaita, vaikka järjestelmällistä arviota voidaan soveltaa mihin hoitotyön ympäristöön tahansa, kuten esimerkiksi myös päihdepuolelle tai ensihoitoon.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausvideo potilaan tilan järjestelmällisestä arvioimisesta. Videota varten hankimme tietoa potilasturvallisuutta ja ensihoitoa käsittelevistä kirjallisista lähteistä, sekä aihetta käsittelevistä väitöskirjoista ja tutkimuksista. Potilasturvallisuuden kehittämistä pidimme yhtenä keskeisenä käsitteenä opinnäytetyötä tehdessämme. Sydänkirurgisen vuodeosaston toiminnasta saimme tietoa yhteiskumppanilta. Kuvasimme ja editoimme ohjausvideon ulkopuolisen tahon kanssa Diakoniammattikorkeakoulun tiloissa syksyllä 2017. Laajemmin tämä opinnäytetyö liit-

tyy hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamiseen ja sitä kautta potilasturvallisuuden edistämiseen.

2 Sydänkirurginen vuodeosasto M10

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HYKS Meilahden sairaalan sydänkirurgisen vuodeosaston kanssa. Osasto kuuluu HYKS Sydän- ja keuhkokeskukseen ja sijaitsee Meilahden tornisairaalassa.

Osastolla on 26 potilaspaikkaa ja osastolla hoidetaan pääasiassa sydänkirurgisia leikkauspotilaita ennen ja jälkeen leikkauksen.

Yleisimpiä leikkauksia osastolla ovat muun muassa sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset, rinta-aortan leikkaukset, sydän- ja keuhkosiirrot, rytmihäiriöleikkaukset, tahdistimien vaihdot ja sydämen mekaanisten apupumppupotilaiden hoito.

Suurin osa potilaista leikataan suunnitellusti mutta osa leikataan myös kiireellisinä. Kiireellisesti leikatut potilaat tulevat osastolle hoitoon vasta leikkauksen jälkeen.

Leikkauksesta toipumisen edetessä normaalisti potilas viettää vuodeosastolla noin viikon. Osastolla on käytössä telemetria – seurantajärjestelmä jonka avulla esimerkiksi sydänleikkauksen jälkeiset rytmihäiriöt pystytään havaitsemaan mahdollisimman nopeasti.

Osastolla työskentelevän hoitajan tulee hallita sydänleikatun potilaan postoperatiivinen hoito kokonaisvaltaisesti, sisältäen lääkehoidon, haavanhoidon, kuntoutuksen sekä henkisten tarpeiden tukemisen. Potilaiden elintoimintojen tarkkailu on olennainen osa kokonaisvaltaista hoitoa, jossa ABCDE-menetelmästä on hyötyä.

2.2 Produkti vuode-osastolle

Sydän- ja keuhkokeskuksessa pyritään koulutusten avulla vahvistamaan osaamistasoa ja siten edistää potilasturvallisuutta. Sydän- ja keuhkokeskuksen ope-

tushoitajan näkemyksen mukaan visuaalisen opetusmateriaalin lisäämisestä koulutukseen olisi merkittävää hyötyä hoitajien tietotaidon lisäämisessä. Hoidon turvallisuuden varmistaminen on sitä, että hyödynnetään toimintatapoja joiden tarkoitus on vahvistaa hoidon sietokykyä poikkeustapauksissa. Hyvä esimerkki tästä on tarkistusmenetelmät, joiden avulla voidaan todeta että hoito on tehty mitään olennaista unohtamatta. (Helovuo ym. 2011. 202–205.)

Kansainvälinen ABCDE-menetelmä on toimiva tapa tarkistaa potilaan peruselintoimintojen mahdolliset häiriöt. (Jääskeläinen 2013, 385–387.)

Teimme yhdessä päätöksen kuvata ohjausvideo ABCDE-menetelmän käytöstä vuodeosastolla, jota voidaan myöhemmin käyttää osana lisäkoulutusta. Produktin tavoite on pitemmällä aikavälillä parantaa potilasturvallisuutta. Yhteistyökumppanin mukaan ABCDE-menetelmä nopeuttaa peruselintoiminnoissa tapahtuvien muutoksien havainnointia ja arviointia sekä parantaa tilannetietoutta. Ihmisen tila muuttuu jatkuvasti, erityisesti tämän ollessa sairaana. Potilaan tilan jatkuva arviointi on olennaista jokapäiväisessä työssä. (Kuisma ym. 2013, 98.)

3 Tarkoitus ja tavoitteet

Toiminnallisen opinnäytetyömme aiheena on ABCDE-menetelmä. Olemme yhteistyötahon (HUS, sydän- ja keuhkokeskus) kanssa suunnitelleet ja toteuttaneet teoriaan perustuvan ohjausvideon ABCDE-menetelmän käytöstä vuodeosastolla. Produkti on suunniteltu yhdessä työelämäyhteisön kanssa ajankohittaiset tarpeet ja kehittämistavoitteet perehdytyksessä ja koulutuksessa huomioiden. Tavoitteena on kehittää menetelmän käyttöä vuodeosastolla ja tarkoituksena pitkällä tähtäimellä parantaa potilasturvallisuutta.

Haluamme produktilla korostaa potilaan systemaattisen sekä kokonaisvaltaisen tarkkailun tärkeyttä, jotta potilaan tilan tarkkailu olisi jatkuvaa sekä kokonaisvaltaista. ABCDE-menetelmän käyttö vuodeosastolla auttaa hoitajaa arvioimaan potilaan koko sen hetkistä tilannetta ja näin ollen poissulkee huomion suuntaamiseen vain yhteen terveyteen vaikuttavaan tekijään, kuten esimerkiksi rytmiseurantaan.

Produktin tarkoituksena on lyhyellä aikavälillä tuoda välitöntä tietoa ja yksinkertainen työkalu helpottamaan työntekoa ja kehittämään ABCDE-menetelmän käyttöä sekä vahvistamaan hoitajien osaamista. Videon esittäminen koulutuksessa ja/tai perehdytyksessä lisää välitöntä tietoa, mutta pitkällä tähtäimellä tiedon omaksuminen ja sen hyödyntäminen työelämässä jää hoitajan vastuulle. Pidemmällä aikavälillä produktin tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta.

4 Teoreettiset lähtökohdat

4.1 ABCDE-menetelmä ja potilaan tilan arvioiminen

Potilaan elintoimintojen nopea arviointi ja mahdolliset välttämättömät hoitotoimenpiteet ovat potilaan hoidon kannalta tärkeitä. Ensiarvio tulisi suorittaa aina kun hoitaja kohtaa potilaan, ja sen sisältö pysyy samana sairaalan sisä- ja ulkopuolella. Potilaan ollessa hereillä, hengittäessä normaalisti, reagoiessa puhutteluun asiallisesti sekä ollessa kivuton, ei välittömille hoitotoimenpiteille ole tarvetta. Tällöin voidaan aloittaa ABCDE-menetelmän mukainen tarkennettu arvio. Ulkoisesti hyvinvoivalta vaikuttava potilas voi olla kriittisesti sairas, jonka takia peruselintoimintojen tarkkailu ja arviointi on oleellista. Hyvä keino potilaan tilan arviointiin on Yhdysvalloissa kehitelty ABCDE-menetelmä. (Koponen & Sillanpää 2005, 76–77)

ABCDE- kirjainyhdistelmä on kansainvälinen ja perustuu englannin kieleen. Järjestelmälliseen ensiarvioon kuuluu seuraavien asioiden selvitys: potilaan hengitysteiden aukiolo (Airways), hengitys (Breathing), verenkierto (Circulation), tajunnan taso (Disability) ja näkyvät vammalöydökset (Exposure/Environment). Ensiarviolla siis selvitetään peruselintoimintojen häiriöt ja mahdollisen hätäensiavun tarve. (Jääskeläinen 2013, 385–387.)

Arvio opetellaan tekemään järjestelmällisesti menetelmän mukaan. Tämä edesauttaa sitä, ettei potilasta arvioidessa unohdu mitään olennaista, kuten esimerkiksi verenpaine jää mittaamatta. Arvion aikana voidaan jo aloittaa hoitotoimenpiteitä jos ne ovat välttämättömiä tilanteen korjaamiseksi.

Arviossa mitataan ”perusmittaukset”, eli tarkkaillaan potilaan vitaalielintoimintoja jotka ovat verenpaine, syke, ruumiinlämpö, happisaturaatio, hengitysfrekvenssi, tajunnantaso ja kipu. (Alanen, Pasi; Jormakka, Juha; Kosonen, Antti & Saikko, Simo. 2017, 24–25)

4.1.1 Ilmatiet, airways (A)

Ilmateiden arvioinnissa on tarkoitus varmistaa ilmateiden aukiolo.

Ilmateiden (A) aukiolo varmistetaan tarkistamalla, nouseeko potilaan rintakehä ja tuntuuko ilmavirta. Helpoin tapa tämän selvittämiseen on tarkistaa kykeneekö potilas puhumaan. Potilas joka kykenee puhumaan, kykenee myös pitämään ilmatiensä auki. Ilmateiden tarkistaminen on tajuttomilla ja reagoimattomilla potilailla ensisijaisen tärkeää, koska esimerkiksi kieli pyrkii painumaan takanieluun jolloin potilas voi mahdollisesti tukehtua. Ilmatiet avataan kääntämällä potilas selälleen ja kallistamalla potilaan päätä taaksepäin. Ilmateiden tukkeeksi on voinut myös joutua esimerkiksi ruokaa, verta tai oksennusta. Potilaan hengityksen ollessa rohisevaa keuhkoissa on todennäköisesti limaa. Tällöin voidaan imemällä puhdistaa ilmatiet ja käyttää myös tarvittaessa nielutuubia.

(Saikko 2017. 64–68)

4.1.2 Hengittäminen, breathing (B)

Seuraavaksi arvioidaan itse potilaan hengitystä(B), ja tarkemmin potilaan hengitystaajuutta. Tämä on tärkein potilaan hengitystyötä kuvaava mittari, normaali hengitystaajuus on 12–16 kertaa minuutissa. (Alanen ym. 2017, 26–33.)

Potilaan kyetessä kertomaan omasta voinnistaan kokonaisia lauseita käyttäen hengittäen samalla rauhallisesti ei kyse ole hätätilanteesta. Hengitystaajuuden lisäksi voidaan tarkkailla potilaan rintakehän liikkeitä sekä käyttääkö potilas apuhengitysilihaksia. (Koponen ym. 2005, 80)

Nopeutunut hengitystaajuus voi olla merkki hengitysvaikeudesta ja se voi johtua kivusta, lääkinteraktiosta, hiilidioksidin kertymisestä tai esimerkiksi keuhko-

kuumeesta. Hidastuneeseen hengitystaajuuteen syynä voi olla esimerkiksi alentunut tajunta. Lisääntynyt hengitystyö on noin 20–25 kertaa minuutissa, hengitystaajuuden ollessa 25–35 kertaa minuutissa potilaan on jo hankalampi muodostaa lauseita ja apuhengityslihakset (Niskan ja kaulan lihakset) ovat käytössä. Hengitystaajuuden kohotessa kriittiselle tasolle, yli 35 kertaa minuutissa lauseita on lähes mahdoton muodostaa ja hengityslihakset alkavat uupua. Kiihtynyttä hengitystaajuutta hoidetaan pääasiassa antamalla potilaalle lisähapetta ja rauhoittamalla potilasta. Alentunut hengitystaajuus on alle 12 kertaa minuutissa, tähän syinä ovat muun muassa alentunut tajunta, lääkesedaatio, alhainen verenpaine tai alhainen happisaturaatio. Alentunutta hengitystaajuutta hoidetaan myös antamalla lisähapetta potilaalle. (Castrén, Maarit; Helveranta, Kai; Kinnunen, Ari; Korte, Henna; Laurila, Kimmo; Paakkonen, Heikki; Pousti, Jouni & Väisänen, Olli. 2012, 174–175.)

Tässä vaiheessa perusmittauksiin kuuluu myös happisaturaation eli valtimoveren happikyllästeisyyden mittaaminen. (Alanen ym. 2017, 33.)

Normaali happisaturaatio on noin 95 %. Alle 95 % saturoiva potilas kärsii hypoksemiasta, eli vähähappisuudesta. Vähähappisuudesta kärsivän potilaan iho voi olla sinertävä, kalpea, hikinen ja kylmä. Alentunutta happisaturaatiota korjataan lisähapella ja asennonmuutoksilla, esim. puoli-istuva asento.

Jatkuva 100 % happisaturaatio sekä tihentynyt hengitys voivat olla merkkejä hyperventilaatiosta jonka syinä voivat olla hapenpuute tai hiilidioksidin kertyminen eli asidoosi. Muita syitä voivat olla esim. keuhkokuume tai krooninen sydän- tai keuhkosairaus. Vaikeutunut hengitys hoidetaan jo arviointivaiheessa esim. lisähapella (happiviikset tai ventilaatiomaski) hengityksen ollessa pinnallista, kiihtynyttä, hidastunutta, korisevaa tai vinkuvaa. (Alanen ym. 2017, 28–36)

4.1.3 Verenkierto, circulation (C)

Verenkierron arviointi pitää sisällään sykkeen, rytmin ja verenpaineen ja ruumiinlämmön arvioinnin sekä eritystoiminnan seurannan.

Potilaan asennosta voidaan arvioida verenkierron tilaa, kävelevällä potilaalla verenkierto on usein riittävä, kun taas liikkumattomuus, väsymys ja huimaus kertovat mahdollisista verenkierron häiriöistä.

Verenpaineen mittauksessa yleinen suositus systoliselle paineelle, eli yläpaineelle on alle 140mmHg ja diastoliselle paineelle eli alapaineelle alle 85mmHg. Nopeassa ensiarviossa verenkierron arviointia tehdään mittaamalla potilaan verenpaine. Nykyiset automaattimittarit ovat nopeita ja luotettavia, mutta jokaisen hoitajan tulisi myös osata mitata verenpaine manuaalisesti mansetin ja stetoskoopin avulla. Akuutissa tilanteessa korkeilla tai matalilla verenpainearvoilla ei ole kovin suurta merkitystä arvion kannalta, koska näissä tilanteissa harvoin päästään optimaalisiin olosuhteisiin mittaamisen kannalta. Ennen mittausta potilaan tulisi istua 5 minuuttia paikallaan. Verenpaineenmittauksella saadaan myös selville potilaan syke. (Alanen ym. 2017, 39.)

Jos potilas on tajuton eikä reagoi, voidaan tunnustella potilaan valtimon sykettä kaulalta. Jos syke ei tunnu, on paineluelvytys aloitettava saman tien. Sykkeen tuntuminen kaulavaltimon kohdalla edellyttää 50mmHg:n verenpainetasoa, potilaan ollessa hereillä voidaan tarpeen mukaan sykettä tunnustella myös ranteesta, tällöin sykkeen tuntuminen edellyttää 80mmHg:n verenpainetasoa. (Koponen ym. 2005, 77–78.)

Lämmönmittausmenetelmästä riippuen normaalit viitearvot ruumiinlämmölle ovat 36–37C kainalosta mitattuna ja 36–37.6C korvakäytävästä mitattuna (Iivainen & Syväoja 2012, 640–644.) Kohonnut ruumiinlämpö voi olla merkki alkavasta infektiosta. (Matilainen & Poikonen 2013, 8-9.)

Sydämen rytmiä seurataan sähköisesti, näin tunnistetaan potilaan tilaan vaikuttavat rytmihäiriöt. Välittömästi potilasta uhkaavia rytmihäiriötä ovat muun muassa kammiovärinä ja kammiotakykardia jotka johtavat elottomuuteen. Potilaan

ollessa eloton on aina kutsuttava lisäapua ja aloitettava elvytys. Sydämen eteisvärinä (flimmeri) voi alkaa äkillisesti ja aiheuttaa muun muassa rintatuntemuksia, pahoinvointia, huimausta, kipua, tajunnan hämärtymistä ja ahdistusta. Oireisiin voidaan reagoida esimerkiksi ottamalla potilaalta EKG (Endokardiografia) ja monitoroimalla sydämen rytmiä. Ensisijaisesti rytmihäiriöitä hoidetaan lääkkeellisesti sekä myös rytminsiirroilla. (Jormakka 2017, 90–93.)

Myös hiussuonten verenkiertoa voidaan arvioida puristamalla potilaan kynttä ja seuraamalla kapillaaritäytön eli hiussuonten verenkierron palautumisen nopeutta. Normaali palautumisnopeus on noin kaksi sekuntia. Hidastunut palautuminen kertoo mahdollisesta verenkierron tai nestetasapainon häiriöstä. (Ruuskanen ym. 2009.)

Nämä kolme vaihetta (ABC) kattavat potilaan peruselintoiminnot. Tämän jälkeen potilaalta arvioidaan vielä tajunnantaso sekä ulkoiset vammalöydökset. (Alanen ym. 2017, 22–23)

4.1.4 Tajunnantaso, disability (D)

Tajunnantason arvioinnissa pyritään selvittämään potilaan puheentuottaminen, karkea neurologia sekä mahdolliset kouristukset. Tajuttomilta potilailta voidaan tässä vaiheessa vielä varmistaa ilmäteiden aukiolo.

Ensiarviota tehdessä selvitetään aluksi onko potilas tajuissaan vai tajuton, asiallisesti vastaileva potilas ei todennäköisesti ole välittömässä hengenvaarassa. Potilaan tajunnantaso voidaan arvioida vielä puhuttelemalla potilasta jolloin saadaan myös käsitys potilaan puhekyvystä sekä orientoituneisuudesta. (Alanen ym. 2017, 103–117.)

Puheen tuoton arvioinnissa saadaan selkeä käsitys potilaan kyvystä hahmottaa aika ja paikka sekä ympärillä olevat ihmiset, potilasta voidaan pitää sekavana kun tämä ei pysty vastaamaan asiallisesti puhutteluun, satunnaiset sanat sekä

pelkkä äännähtely on merkki tajunnantason alenemisesta. (Alanen ym. 2017, 108–112.)

Potilaan ollessa tajuton selvitetään onko potilas heräteltävissä, esimerkiksi ravistelemalla tai puhuttelemalla. Jos potilas ei edelleenkään reagoi, voidaan testata kipuvaste esimerkiksi puristamalla silmäkuoppien yläreunaa. (Alaspää & Holmström 2013, 152–153.)

Puheeseen reagoiminen tarkoittaa, että potilas avaa pyydettyä silmänsä, tässäkin hoitajan vastuulla on ottaa huomioon huonokuuloiset/kuulovammaiset potilaat. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 90–92.)

Akuutissa tilanteessa myös alhainen verensokeri voi olla yksi syy tajunnantason heikkenemiseen. Vuodeosastolla verensokerin mittaus diabeetikoilta kuuluu perusmittauksiin. (Alanen ym. 2017, 46)

Verensokerin viitearvot ovat tavallisesti ennen ruokailua välillä 4–7 mmol/l. Diabeetikoilla, joilla on sopiva lääkeannos sekä hyvä hoitotasapaino on verensokeri ennen ruokailua myös välillä 4–7 mmol/l. (Ilanne-Parikka 2015.)

Tarkempaan neurologiseen arviointiin kuuluu tarkistaa potilaan kyky liikuttaa raajoja, koordinaatio, puolierot, suupielten roikkuminen, reaktio valoille (voi olla merkki aivotapahtumasta) sekä puristusvoima. (Alanen ym. 2017, 106–117.)

Kouristavalta potilaalta huolehditaan riittävästä hengityksestä, aloitetaan happilisiä, estetään aspiraatio ja lisävammat, käännetään kylkiasentoon jos tajunnantaso alhainen. Kouristelu johtuu yleisimmin epilepsiasta, mutta se voi aiheutua myös alhaisen hapetuksen, kuumeilun tai päänsisäisten tapahtumien kuten verenvuodon tai aivoinfarktin johdosta. (Alanen ym. 2017, 103–127.)

4.1.5 Ulkoiset vammalöydökset/paljastaminen, exposure (E)

Lopuksi tarkastetaan ulkoiset vammat ja tehdään tarkempi tutkimus (E). Postoperatiivisessa vaiheessa vuodeosastolla kuntoutuvalta potilaalta on jo tiedossa leikkaushaavat sekä mahdolliset aiemmat haavat, joten erityisiä vammoja tai haavoja ei tarvitse etsiä, vaan ne tulee tarkistaa.

Myös tässä vaiheessa tarkistetaan potilaalta mahdolliset kanyylit ja katetrit. Potilaan diureesia tulee arvioida, niukka diureesi on usein merkki vähäisestä nesteytyksestä, verenkierronhäiriöistä tai munuaisten toimimattomuudesta. (Saha 2017.)

Potilaalta tulisi myös tarkistaa ihon kunto, sinertävä iho voi olla merkki vähähappisuudesta, hikoilu voi kertoa samaa ja olla myös merkki kivusta. (Saikko 2017, 68–81.) Potilaan raajojen lämpörajat tulisi tarkistaa, äkillisesti muuttuvat rajat kertovat usein verenkierron riittämättömyydestä.

Tarkemmassa arvioinnissa voidaan myös tunnustella potilaan vatsaa, pehmeä ja kivuton vatsa viittaa vatsan alueen olevan pääpiirteittäin kunnossa, kun taas kova ja arka vatsa voivat olla merkki esimerkiksi sisäelinvaurioista, vatsan toimimattomuudesta tai vatsakalvon tulehduksesta. (Alanen ym. 2017, 128–129.)

Vuodeosastolla hoidossa olevaa potilasta voidaan tutkia tarkistamalla mahdolliset leikkaushaavat ja arvioimalla kipua. Kivun voimakkuutta hoitotyössä arvioidaan usein asteikolla 0-10 jolloin luku 10 kuvastaa pahinta mahdollista kipua. Jos potilas ei kykene esimerkiksi tajunnantason heikkenemisen takia arvioimaan kipuaan, voidaan kysyä onko kipu lievää tai voimakasta. Potilaan kivunarviointi tulee olla jatkuvaa ja tällöin tulee käyttää samaa arviointimenetelmää jotta voidaan arvioida kivunhoidon onnistumista. Kaikkia potilaita ei kuitenkaan saada hoidollakaan täysin kivuttomaksi, mutta kipu pyritään pitämään mahdollisimman siedettävänä. (Alanen ym. 2017 50–51.)

Potilaan sairauden aiheuttamat riskit selviävät vain järjestelmällisellä tutkimisella, tekemättä jäänyt arvio voi johtaa tilanteeseen jossa vaarallisesti heikentyneet elintoiminnot havaitaan ja toimenpiteet niiden korjaamiseksi aloitetaan liian myöhään. Mitä paremmin hoitaja hallitsee potilaan tilan tunnistamisen, sitä nopeammin potilaalle saadaan diagnoosi ja oikeat hoidot. Tajunnantason, hengityksen sekä verenkierron perustutkimuksia ei saa koskaan jättää tekemättä. Ääneen puhuminen ja kommunikointi potilaan kanssa ovat olennainen osa keskeisen vaivan ja oireen selvittämisessä. (Koponen ym. 2005, 76.)

Jokaisella potilaan kohtaavalla hoitajalla tulisi olla samanlaiset valmiudet potilaan tilan tunnistamiseen. Monesti puhutaan, että tapoja on monia ja lopputulos on silti sama. ABCDE-menetelmää hyödyntäen voidaan mielestämme varmistaa potilaan tunnistamisen yhteneväisyys mahdollisimman hyvin hoitajasta riippumatta.

4.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta (Kinnunen, 2010, 5). Turvallinen hoito sisältää vaikuttavien menetelmien käytön sekä olemassa olevien voimavarojen hyödyntämisen niin ettei niistä koidu potilaalle haittaa. Edellä mainitut menetelmät on hoitohenkilökunnalla oltava hallinnassa.

Potilasturvallisuuden määritelmä voi vaihdella riippuen siitä, kenen näkökulmasta asiaa katsotaan. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa turvallinen hoito sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Tähän määritelmään sisältyy painotus nimenomaan hoidon turvallisuuden varmistamisesta. Potilasturvallisuutta edistetään pääosin kehittämällä toimintatapoja ja menetelmiä turvallisemmiksi. (Helovuori ym. 2011, 170–172.) Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta vahvistamalla hoitohenkilökunnan osaamista potilaan tilan tunnistamisessa ABCDE-menetelmän avulla.

Hoidon tulee olla varmistetusti turvallista ja hyvänä esimerkkinä tästä on yksinkertaiset tarkastusmenetelmät (Helovuori ym. 2011, 13). Koska ABCDE-menetelmä on yksinkertainen ja selkeä, se sopii hyvin osaksi hoidon turvallisuuden varmistamista.

Potilas itse usein kokee hoitonsa turvallisiksi kun hoidosta ei koidu hänelle haittaa, vaikka kaikki hoidossa käytetyt menetelmät eivät olisikaan turvallisia. (Helovuori ym. 2011, 13–17.)

Tämä tarkoittaa sitä, että potilas ei välttämättä ole tietoinen hoitonsa turvallisuudesta ellei jotain poikkeavaa tapahdu, jolloin voidaan kysyä onko tilanteessa menetelty oikein ja turvallisesti. Tästä johtuen hoidon ja toimintatapojen tulisi

olla niin turvallisia, että hoitomenetelmät ja tavat kestävät myös poikkeustilanteet. (Helovuori ym. 2011, 13–16.)

4.2.1 Potilaan oikeuksista

Potilaalla on lainsäätämä oikeus hyvään ja turvalliseen hoitoon. Potilaalla on myös oikeus saada tietoa kaikesta häneen koskevasta hoidosta, oikeus määrätä omasta hoidostaan sekä tehdä muistutus tai kantelu itseensä kohdistuneista asioista. Potilaalle hoidosta aiheutuneet vaaratilanteet tai vammat ymmärrettävästi horjuttavat potilaan sekä potilaan omaisten luottamusta terveydenhuoltoon. Lakiin nojaten potilaan hoito on turvallista silloin kun se tapahtuu täysin potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja jolloin kaikki mahdolliset vaaratilanteet kerrotaan potilaalle heti kuin se on mahdollista. Kun potilas on tietoinen omasta hoidostaan, pystyy hän myös paremmin osallistumaan hoitoonsa sekä omalta osaltaan vaikuttamaan riskien arviointiin ja ehkäisyyn, mitkä edistävät potilasturvallisuutta. (Halila 2013, 226–230.)

ABCDE-menetelmän toteuttaminen potilaalle voi vaikuttaa yksinkertaiselta, nopealta ja joissain tapauksissa hieman rutiininomaiseltakin toimenpiteeltä. On kuitenkin huomioitava, että kyse on aina hoitajan ja potilaan kohtaamisesta jolloin on otettava huomioon potilaan itsemääräämisoikeus. Hoitajan ja hoidettavan eettiset ja kulttuurilliset arvot saattavat huomattavasti poiketa toisistaan jolloin hoitajan on otettava huomioon potilaan sukupuoli, henkilökohtainen tila, uskonto, kulttuuritausta sekä muut henkilökohtaiset arvot. Hoitajan on tällöin kysyttävä potilaalta lupa jokaisen toimenpiteen suorittamista varten, kuten esimerkiksi tarkennettua arviota tehdessä hoitajan tulee kertoa potilaalle mitä ollaan tekemässä, sekä esimerkiksi aikoessaan koskea potilaaseen on tarkistettava, että olisi hyvä kysyä potilaan lupa. Kohteliaisuus ja hyvä käytös luovat osaltaan luottamusta potilaan ja hoitajan välille joka myös jatkossa parantaa potilaan hoi-

tomyönteisyyttä ja antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua omaan hoitoonsa sekä siihen liittyvään päätöksen tekoon. (Alanen ym. 2017, 54)

4.2.2 Potilasturvallisuuden edistäminen

Potilasturvallisuuden edellytyksenä voidaan pitää henkilökunnan riittävää osaamista. Henkilökunnan osaamista pyritään varmistamaan jo rekrytointivaiheessa sekä sitä tehostetaan työtehtäviin perehdyttämisellä sekä lakisääteisillä täydennyskoulutuksilla. Pätevän osaamisen lisäksi olisi tärkeää pystyä työssään havaitsemaan turvallisuusriskejä sekä käyttää työssään menetelmiä turvallisuuden parantamiseksi. (Haavisto 2013, 316–320.)

Suuri osa potilasturvallisuuden edistämisestä on toimintatapojen kehittäminen turvallisemmiksi sekä riskien havainnointi ja niiden vähentäminen. Epäonnistuminen potilasturvallisuuden kehittämisessä voi johtua siitä, että varsinaista riskiä ei tunnisteta tai toimenpiteet sen hallitsemiseksi jäävät vajavaisiksi, kuten esimerkiksi kärjistetyksi asian laajemman pohtimisen ja koulutuksen lisäämisen sijaan tyydytään henkilökunnan tiedottamiseen.

Konkreettista muutosta potilasturvallisuuteen voidaan tehdä muuttamalla tapaa jolla olosuhteissa toimitaan esimerkiksi henkilöstön koulutus- ja perehdytysohjelmien kehittämisellä. (Helovuori ym. 2011, 170–172.)

Tekemämme produktin on tarkoitus olla osana hoitohenkilöstön perehdytysohjelmien kehitystä, koska pitkän aikavälin tavoitteemme on kehittää potilasturvallisuutta osastolla tapahtuvan hoitajille suunnatun koulutuksen ja perehdytyksen kautta. Ohjausvideon tarkoituksena on tuoda (visuaalinen) opetusmenetelmä koulutukseen jolloin turvalliset ja teoriaan pohjautuvat toimintatavat tulevat henkilöstön käyttöön helposti saataville. ABCDE-menetelmän hallinta toimisi näin ollen hoidon turvallisessa varmistamisessa sekä auttaisi vahvistamaan turvallista hoitoa poikkeustilanteiden varalta.

Tutkitusti terveydenhuollossa tapahtuvista vaaratilanteista yli puolet olisi ehkäisävissä. Virheistä oppiminen on oleellista ja auttaa yksittäisissä tapauksissa kehittymään, mutta laajempi virheiden ehkäisy tapahtuu jatkuvan tiedonvälityksen ja palautteiden pohjalta jolla esimerkiksi sairaaloiden toimintaa pyritään kehittämään. (Helovuori ym. 2011, 18–21.)

Potilasta hoitavan henkilön eettinen velvollisuus on suojella potilasta vahingoitumiselta (Halila 2013, 226–230). Tällöin korostuu jälleen hoidon turvallisuuden varmistaminen, jonka osana ABCDE-menetelmä ja senkaltaiset tarkistusmenetelmät ja -listat toimivat kun niitä osataan hyödyntää (Helovuori ym. 2011, 13).

Kehittämällä ABCDE-menetelmän käyttöönottoa vuodeosastolla henkilö kunta voi vahvistaa osaamistaan. Henkilökunnan omaksuessa näkemänsä tapahtuu pitemmällä aikavälillä turvallisen hoidon varmistumista joka näin ollen edistää potilasturvallisuutta. Kuitenkin tiedon omaksuminen jää näin ollen hoitohenkilökunnan omalle vastuulle.

4.3 Hoito vuodeosastolla

4.3.1 Preoperatiivinen hoito

Pre-operatiivisen eli leikkausta edeltävän hoidon tavoitteena on, että potilas tietää oman leikkaussuunnitelmansa sekä kokee olevansa turvassa toimenpiteen ajan. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on hoitaa potilaan fyysinen kunto sairaudet huomioiden (esim. verensokeri diabeetikoilla) siten, että mahdolliset leikkaukseen liittyvät riskit ja komplikaatiot jäävät mahdollisimman vähäisiksi. Potilaalta tarkkaillaan leikkausalueen ihon kuntoa (esim. haavat, ihottuma), hengitysteitä, mahdollisia infektioita, orientoituneisuutta ja tajunnantasoja sekä mahdollisen kivun astetta ja perussairauksiin liittyviä tekijöitä. (Erämies ym. 2013, 375–379.)

Sydänleikattavalla potilaalla lisätutkimuksia ovat muun muassa EKG, sydämen ultraäänitutkimus ja keuhkojen röntgenkuvaus. Etukäteen suunnitellussa eli niin sanotussa elektiivisessä leikkauksessa potilas tulee käymään sairaalassa leikkausta edeltävänä päivänä, jolloin hän tapaa toimenpiteen tekevän sydänkirurgin, anestesia- ja sairaanhoitajan ja fysioterapeutin. Osa potilaista tulee myös suoraan vuodeosastolle tai päivystyksellisesti suoraan leikkaukseen ilman suunnitelmaa. Leikkauspäivän aamuna potilas tulee valmisteluyksikköön leikkausvalmisteluja varten. (Terveyskylä 2017.)

4.3.2 Postoperatiivinen hoito

Postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen hoidon tavoitteena on potilaan vitallielintoimintojen vakauttaminen niin, että leikkauksesta toipuminen sujuisi ilman ongelmia. Potilaalta tarkkaillaan potilaan voinnista riippuen tajunnantasoja, hengittämistä, ihon kuntoa, eritystoimintaa, pahoinvointia, kipua ja haava-alueita. Potilaalta kontrolloidaan tarpeen mukaan verenpainetta ja sykettä, happisaturaatiota ja ruumiinlämpöä. (Kuurne ym. 2013, 379–381.)

Sydänleikkauksen jälkeen potilas siirtyy teho-osastolle, jossa heräämistä ja viitaalielintoimintoja seurataan erityisen tarkasti. Sydänleikattu potilas on teho-osastolla vähintään yhden vuorokauden ajan. Muutokset mm. verenpaineissa ja sydämen syketasossa ovat toipumisen alkuvaiheessa mahdollisia. Kuntoutuminen aloitetaan heti leikkauksen jälkeisenä aamuna, kun potilas on virkistynyt nukutuksesta. Siirtyminen vuodeosastolle tapahtuu kun vointi on tasaantunut. Liikkumista lisätään vuodeosastolla asteittain. Sydänleikatun potilaan sairaalahoitajakso vaihtelee seitsemästä kymmeneen päivään, jonka jälkeen potilas siirtyy joko kotiin tai oman kunnan sairaalaan jatkohoitoon. (Terveyskylä 2017.)

Sydänleikkaus on toimenpide, jonka tavoitteena on parantaa potilaan elämänlaatua. Kokonaisuudessaan toipuminen sairaalahoitajakson jälkeen on yksilöllistä ja se kestää yleensä monista viikoista jopa kuukausiin, jotta toimintakyky on täysin palautunut. Ikä, yleiskunto ja oma aktiivisuus vaikuttavat toipumiseen. Eniten vointiin vaikuttaa leikkaushaava, joka useimmilla sydänleikatuilla on rintalastan avaamisesta aiheutunut haava. Rintalastan takaisin luutuminen kestää noin kaksi kuukautta. (Terveyskylä 2017.)

5 Opinnäytetyön prosessointi

5.1 Ohjausvideo opinnäytetyönä

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyömuodoista toiminnallinen opinnäytetyö on yksi tavoista toteuttaa opinnäytetyö. Tavoitteena on selkeyttää ohjeistamista, opastusta ja olla yhtenä osana kokonaisvaltaista toimintaa ammatillisella kentällä. (Vilka, 2004.) Päättäessämme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön halusimme olla osana kokonaisvaltaista toimintaa, tässä yhteydessä toiminnan kehittämisessä. Konkreettiseksi tuotokseksi muodostui ohjausvideo.

Ideapaperia tehdessä, olimme molemmat sitä mieltä että haluaisimme tehdä opinnäytetyön, jota olisi helppo käyttää ja hyödyntää suoraan työelämässä. Kävimme yhdessä Sydän- ja keuhkokeskuksen opetushoitajan kanssa läpi aiheita mistä voisimme lähteä toiminnallista opinnäytetyötä tekemään. Karsimme aiheet kolmeen eri aihealueeseen, joista lopuksi päädyimme ohjausvideoon ABCDE-menetelmästä.

5.2 Ohjausvideon suunnittelu

Työelämän yhteistyökumppanin tarve oli toiminnan kehittäminen ja osaamisen vahvistaminen, mihin heillä oli valmiina erilaisia aiheita mitkä sopisivat myös opinnäytetöiksi. Potilaan tilan järjestelmällinen arviointi oli yksi osa-alue, mitä haluttiin vahvistaa.

Keskustelimme ja tutustuimme erilaisiin tapoihin miten tällä hetkellä kyseisessä työyhteisössä kehitetään toimintaa. Keskeisenä tekijänä ovat yhteiset säännöt ja sovitut toimintatavat, joita pyritään käytännön ja teorian pohjalta kehittämään ja kokeilemaan. Tuloksia myös seurataan aktiivisesti esimerkiksi tilastoimalla viikoittaisia/päivittäisiä kaatumisia osastolla.

Otettuamme esille aiheen tutkimuksen tekemisestä tai toiminnan kehittamisestä yhteistyötahomme kanssa, aiheeksi muodostui keskustelun pohjalta kehittää koulutusta ja osaamista produktin avulla. Tähän päädyttiin rajaamalla työelämäyhteisön tarpeista se, mitä voitaisiin kehittää toiminnallisen opinnäytetyön kautta, koska päätoiveena oli tuottaa ohjausvideo.

Ajatus ABCDE-menetelmän osaamisen vahvistamisesta syntyi, kun työn ajatus oli alun perin toiminnan kehittämässä ja osaamisen vahvistamisessa. Videon päädyimme myös sen takia, koska se soveltuu hyvin opetusvälineeksi. Hoitotyötä opetettaessa videot voivat osaltaan olla yhtä tehokkaita opettajia kuin perinteiset opetusmenetelmät, kuten esimerkiksi luennot. Videon avulla voidaan havainnoida visuaalisen oppimisen lisäksi myös ympäristöä, käytäntöjä sekä sairauksia. Videon hyödyntäminen opetuksessa edistää myös vuorovaikutustaitoja sekä teknistä osaamista. Videon avulla olennaisia opetettavia asioita voidaan korostaa esimerkiksi suurentamalla ja videon voi tarvittaessa pysäyttää tai katsoa uudestaan. (Karhu ym. 2014.)

Tarkoituksemme oli vahvistaa hoitohenkilökunnan osaamista näyttämällä videon avulla miten ABCDE-menetelmä toteutetaan käytännössä ja tavoitteena edistää potilasturvallisuutta tätä kautta.

Tarkoituksena oli tarjota hoitajille päivittäiseen käyttöön ”työkalu” potilaan voimien systemaattiseen seurantaan, joka omalta osaltaan helpottaa hoitajan työtä ja edistää potilasturvallisuutta. Koska ohjausvideo pohjautuu teoriaan, voidaan videolla esiteltyä toimintaa pitää vahvasti teoriaan perustuvana, jolloin myös videon kautta opitut toimintamallit jokapäiväisessä työssä perustuvat teoriaan. Näin ollen mallista opitut käytänteet voidaan aina perustella teoreettisesti.

Ensisijaiset hyödynsaajat ovat hoitohenkilökunnan jäsenet, koska tuottamamme ohjausvideo vahvistaa hoitajien aiempaa osaamista ja on helposti kerrattavissa. Toissijaiset hyötyjät ovat potilaat, koska potilaat hyötyvät tästä epäsuorasti potilasturvallisuuden kehittyessä.

Videota suunniteltaessa tutustuimme potilasturvallisuutta ja sydänkirurgisten potilaiden hoitoa käsittelevään kirjallisuuteen, valmiisiin opinnäytetöihin ja väitöskirjoihin. Isoa osaa edellä mainituista materiaaleista hyödynnettiin ohjausvideon teoreettisena pohjana. Meillä ei opinnäytetyön varhaisessa suunnitteluvaiheessa ollut vielä tarkkaan tiedossa, kuka videon tulisi kuvaamaan tai kuka videolla esiintyisi. Olimme yhteydessä toiseen ammattikorkeakouluun yhteistyön toivossa, mutta aikataulujen suhteen emme onnistuneet sopimaan heidän kanssaan yhteistyöstä. Videolle saatiin sovittua kuvaajaksi yksityinen taho, jonka kanssa tapasimme opinnäytetyön kuvaamisen merkeissä muutaman kerran ennen kuvausta. Työn määrää ja aikatauluja helpottaaksemme päätimme näyttellä videolla kuvatun tilanteen itse.

Kun potilaan tilaa arvioidaan järjestelmällisesti, saadaan nopeasti hyvä kokonaiskuva potilaan sen hetkisestä voinnista ja pystytään tarvittaessa aloittamaan hoitotoimenpiteet saman tien. Alun perin suunnittelimme kuvaavamme useamman videon joilla erilaisilla potilasesimerkeillä kävisimme menetelmää läpi eri näkökulmista. Ongelmana oli videon mahdollinen liian pitkä kesto sekä punaisen langan häviäminen useisiin eri esimerkkitalanteisiin. Päätimme pienentää ja yksinkertaistaa alkuperäistä ideaamme kuvaamalla vain yhden selkeän ohjausvideon ja jättämällä liian haasteelliset komplikaatiot videolta pois jättäen jäljelle ytimekkään esimerkkitalanteen, jossa hoitaja kohtaa potilaan ja suorittaa tälle systemaattisen arvion selkeästi.

Suunnitelimme kuvaajan kanssa editoivamme videon yhdessä, tarkoituksena oli kuvata runsaasti materiaalia ja leikata video jälkeenpäin. Päätimme myös tekstittää videon sekä nostaa teksteillä videosta ydinkohtia esiin, kuten mikä vaihe videolla on menossa sekä mitä arvoja esimerkiksi verenpaineen mittauksessa saatiin selville. Tekstitys on hyvä lisätä myös siksi, koska kaikissa opetustilanteissa ei välttämättä ole äänentoistoa saatavilla. Videon alkuun ja loppuun päätimme lisätä myös koosteet ja ydinasiat ABCDE-menetelmän toteutuksesta, mutta laajemmat teoreettiset osat jätimme opinnäytetyön kirjalliseen osioon. Videon editoinnista vastasi videon kuvannut taho.

Ohjausvideota varten suunnittelimme tarkan käsikirjoituksen (Liite1). Tavoitteenamme oli kuvata kestoaltaan 5-10 minuuttia pitkä video, jossa onnistuimme hyvin. Video oli tarkoitus pitää lyhyenä, jotta idea menetelmän toimivuudesta ja yksinkertaisesta toteutuksesta välittyisi myös katsojille.

5.2.1 Videon kuvaus

Ohjausvideo kuvattiin Diakonia-ammattikorkeakoulun toiminnallisessa luokassa syyskuussa 2017. Lähetimme kuvaajallemme suunnitelman etukäteen luettavaksi. Kuvauspäivänä kävimme kuvaajan kanssa läpi suunnitelman. Kuvaajallemme ei ollut terveysalan koulutusta, joten halusimme hänen myös olevan tietoinen ohjausvideon rakenteesta sekä niistä asioista, mitä halusimme videolla tuoda esiin sekä sen, että video tulee opetuskäyttöön. Videon kuvaamiseen osallistuivat opinnäytetyöhön osallistuneet henkilöt. Video editoitiin kuvaamisen jälkeen erikseen sovituissa tapaamisissa, johon osallistuivat tämän opinnäytetyön tekijät sekä videon kuvaaja.

Simulaatioluokassa oli kaikki tarpeellinen, potilassänky liinavaatteineen, verenpainemittari, EKG-laite, verensokerimittari, lämpömittari, happisaturaatiomittari ja hyvä valaistus, jotta kuvaaminen onnistui niin kuin oli suunniteltu. Olimme varanneet luokan vain omaan käyttöömmeh, joten saimme rauhassa kuvata vaihe vaiheelta videota, ilman keskeytyksiä. Sairaalassa kuvaaminen olisi ollut haasteellisempaa johtuen mahdollisista keskeytyksistä sekä tilanpuutteesta.

Kävimme ensin potilastilanteen läpi ilman kuvausta valmiin käsikirjoituksen (Liite 1) mukaan, jonka pohjalta mietimme kuvakulmia, valoa, rekvisiittia ja teimme pieniä muokkauksia. Käsikirjoitusta hyödyntäen näyttelimme tilanteen läpi kahdesti ilman kuvausta. Otimme samalla aikaa, jotta osasimme hahmottaa kuinka

pitkä videosta tulisi ja voisimme ennakkoon miettiä, että mitkä osat videosta kestäisivät pidempään kuin toiset, mitä voisi olla enemmän ja mitä vähemmän.

Halusimme korostaa menetelmän toteutuksessa hoitotoimenpiteitä, joissa kuvasimme kohtauksia lähempää ja vuorovaikutustilanteita kuvasimme kauempaa. Suunnittelimme videon alkavan siten, että hoitaja esittäytyy ja kohtaa potilaan, tämä osio kuvattiin niin että hoitaja potilas mahtuvat samaan kuvaan. Hoitajan tarkkaillessa potilaan rintakehän liikkeitä, kuvasimme potilaan rintakehän liikkumista lähempää korostaaksemme sitä. Samaa menetelmää hyödynsimme myös verenpaineen mittauksessa, rytmin seurannassa, kehon lämmön mittauksessa ja verensokerin mittauksessa. Edellä mainitut mittaukset kuvattiin lähempää ja hoitajan ja potilaan väliset keskustelut kuvattiin kauempaa vuorovaikutustilanteen luomiseksi. Kuvaajamme neuvoi kuvaamaan mittaukset lähempää, koska niiden aikana ei tapahdu merkittävää vuorovaikutusta ja olennaista on oppia mitä mittausten aikana tapahtuu, kun taas kahden henkilön vuorovaikutusta on mukavampaa seurata kun molemmat henkilöt ovat samaan aikaan esillä.

Video kuvattiin vaiheittain yksi kirjain (ABCDE) kerrallaan. Halusimme kuvata videon vaiheittain, jotta pystyisimme esimerkiksi B ja C kirjaimen välissä pitämään tauon, ja miettimään miten videolla luontevasti siirryttäisiin hengityksen arvioinnista verenkierron arviointiin. Tässä vaiheessa suunnittelimme käyttävämme erilaisia siirtymävaihtoehtoja, joista tarkemmin selitettynä editointiosiossa.

Huomasimme heti kuvausten alkaessa, että ilman ammattilaista ei videon toteuttaminen olisi ollut läheskään niin hyvin organisoitua kuin se nyt oli.

Kuvasimme jokaiselle kirjaimelle paljon materiaalia.

Kuvaajamme kertoi, että editointivaiheessa on hyvä olla ylimääräistäkin materiaalia, koska uuden kuvaustapahtuman järjestäminen jälkeinpäin käy hyvin työlääksi.

Kuvasimme raakamateriaalia eri kuvakulmista yhteensä yli kaksikymmentä minuuttia, joista editoimme lopullisen videon myöhemmin kuvaajan kanssa.

5.2.2 Videon editointi

Videon editoinnista vastasi sama henkilö joka myös kuvasi videon. Kuvaaja auttoi meitä toteuttamaan videon ohjeidemme ja toiveidemme mukaisesti. Emme itse hallinneet kuvauslaitteiden tai editointiohjelmien käyttöä, jonka takia tarvitsimme osaavan henkilön mukaan prosessiin. Videomateriaali kuvattiin Applen iPhone 6 älypuhelimella ja editointi suoritettiin videonmuokkausohjelma iMovieä käyttäen. Halusimme korostaa videolla editoinnin avulla ABCDE-menetelmän järjestelmällisyyttä lisäämällä videolle teksteillä mittaustuloksia sekä viitearvoja. Halusimme myös videolle näkyviin minkä elintoiminnon arviointi milloinkin on meneillään.

Sovimme kuvaajan kanssa, että editoimme videon yhdessä koska haluamme tuottaa videon pääasiassa itse. Ennen ensimmäistä tapaamista annoimme kuvaajalle kirjalliset ohjeet miten ensimmäinen raakaversio videosta tulisi leikata. Tätä editointia varten kuvaajalla oli käsikirjoitus apuna. Ennen tapaamista kuvaaja lähetti meille noin seitsemän minuutin kestoisen raakaversioiden esikatseltavaksi, jonka pohjalta sovimme tapaamisen, jossa editoimme videota yhdessä. Videon editointia varten järjestettiin yhteensä kolme erillistä tapaamista ja muuten olimme yhteydessä puhelimitse ja sähköpostitse. Tapaamisissa kuvaajamme editoi videota iMovie ohjelmalla ohjeidemme mukaan.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla videosta leikattiin noin viiden minuutin mittainen ja lisäsimme ABCDE-menetelmään sisältyvät ydinkohdat (Mittaustulokset, viitearvot, siirtymät kirjainten välillä sekä otsikot) videolle mukaan. Ajankäytöllisistä syistä annoimme kuvaajalle suullisena ja kirjallisena ohjeet jotka olisivat korjattuna videolle seuraavaa tapaamista varten. Pyysimme kuvaajaa lisäämään seuraavalle tapaamiselle potilastilanteen kuvauksen (Liite1) videon alkuun sekä koosteen ABCDE-menetelmästä videon loppuun.

Toisella tapaamiskerralla kuvaajamme oli editoinut videota edellä mainittujen ohjeiden mukaisesti. Videomme alkoi olla alkuperäisen suunnitelmamme mukainen, eli tiivis kokonaisuus jota on helppo seurata. Videosta oli tarkoitus tulla lyhyt mutta riittävä kokonaisuus, jotta se vastaisi työelämäyhteistyökumppanin toiveita selkeästä opetusvideosta, joka kattaa potilaan tilan systemaattisen arvioimisen ja on nopeasti kerrattavissa. Videon eri vaiheita (jokainen esitelty kirjain A-E, on yksi vaihe) halusimme korostaa siten, että lisäsimme vaiheiden siirtymiin aina otsikon, mikä kertoo, mikä vaihe milloinkin on käsittelyssä. Tämä helpotti mielestämme ABCDE-menetelmän vaiheiden hahmottamista, koska esimerkiksi raja ilmasteiden (A) ja hengityksen (B) arvioinnin välillä voi tilanteesta riippuen olla häilyvä. Lisäsimme tällä tapaamiskerralla myös tekstitykset puheelle, koska kaikissa yhteyksissä, missä videota voidaan katsoa, ei välttämättä ole mahdollisuutta äänentoistolle. Jälkeenpäin lisätyn informaation takia jouduimme kuitenkin luopumaan videon tekstittämisestä. Pyysimme kuvaajaa vielä jälkeenpäin lisäämään videolle tekijöiden nimet ja lähettämään meille valmiin version katseltavaksi.

Näytettyämme videon ensin työelämäyhteisön opetushoitajalle, saimme palautteena tehdä videosta informatiivisemman ja syvemmän. Olennaisin informaatio oli tuolloin opinnäytetyön teoreettisessa osassa, mutta teoreettisen osan käyttäminen opetusmateriaalina ei ollut alkuperäinen tarkoitus. Joten kirjoitimme vielä uuden käsikirjoituksen videolle, mikä sisälsi kuvatun materiaalin lisäksi myös tekstiosuuksia, joista teoreettinen ja laajempi selvitys ABCDE-menetelmän käytöstä tulevat ilmi. Videon käsikirjoitusta työstettiin yhdessä opetushoitajan kanssa, mikä osoittautui lopullisen työn kannalta mielestämme palkitsevaksi. Uusimman käsikirjoituksen pohjalta järjestettiin kolmas ja viimeinen tapaaminen kuvaajan kanssa, jossa video editoitiin valmiiksi. Ohjausvideosta tuli loppujen lopuksi suunniteltua pidempi, mutta kaiken kaikkiaan laaja ja informatiivinen kokonaisuus. Opetushoitajalla oli merkittävä rooli videon viimeisimmän käsikirjoituksen työstämisessä, jossa laajensimme videon tekstiosuuksia. Näin myös yhteistyökumppanin näkökulma videosta pystyttiin ottamaan paremmin huomioon.

Yhteistyö tämän opinnäytetyön tekijöiden sekä videon kuvaajan/editoijan kanssa oli sujuvaa, tapaamiset järjestyivät helposti sekä kommunikaatio oli mutkattonta.

5.2.3 Lopputulos & Arviointi

Lopputuloksena tuotimme ohjausvideon ABCDE- menetelmästä vuodeosastolla. Videon alussa katsoja näkee aiheen ”Ohjausvideo ABCDE-menetelmästä vuodeosastolle” jota seuraa kuvaus esimerkkitalanteesta (Liite1).

Kuvatun materiaalin välissä on paljon tähän teoreettiseen osaan pohjautuvaa informaatiota, mikä tekee videosta laajemman ja informatiivisemman. Video alkaa hoitajan esittäytyessä potilaalle, jolloin hoitaja myös puhuttelee potilasta (joka on hereillä, tajuissaan) ja selvittää näin hengitysteiden (A) aukiolon. Seuraavaksi hoitaja seuraa potilaan hengitystä (B) ja rintakehän liikkeitä. Kuvakulma vaihtuu lähemmäksi, jotta rintakehän liikkeet erottuvat selkeästi. Tämä auttaa myös kiinnittämään huomiota rintakehän liikkeisiin hengitystä arvioidessa. Hoitaja mittaa potilaalta myös happisaturaation, ja lukema tulee viitearvojen kanssa videolle näkyviin.

Seuraavaksi (C) hoitaja mittaa potilaalta verenpaineen ja kehonlämmön. Mittaukset on kuvattu lähempää toimenpiteen seuraamisen helpottamiseksi, ja mittauksukset tulevat videolle näkyviin viitearvojen kanssa. Potilas on kytketty valmiiksi (säästää videolta aikaa, sydänkirurgisella vuodeosastolla potilaat usein ovat valmiiksi telemetriaseurannassa) EKG-laitteeseen, josta hoitaja seuraa potilaan sydämen rytmin. Videolla kuvataan tässä kohtaa sinusrytmiä näyttävää EKG-laitetta.

Seuraavaksi hoitaja tarkistaa potilaan tajunnantaso (D), koska potilas on aiemmin valittanut huonoa oloa ja huomioiden taustat (Diabetes II) hoitaja mittaa potilaalta verensokerin. Mittaustilanne on kuvattu myöskin lähempää ja lu-

kema tulee videolle näkyviin viitearvojen kanssa. Myös puhuttelemalla potilasta saadaan selville käsitys potilaan karkeasta neurologiasta.

Lopuksi hoitaja tutkii (E) potilaalta mahdolliset haavat ja mahdolliset vammalöydökset ensin kysymällä potilaalta ja sen jälkeen tekemällä pintapuolisen tarkistuksen. Hoitaja tarkistaa potilaalta jaloista myös lämpörajat.

Tämä viimeinen kohta on kuvattu kauempaa, koska hoitaja tutkii potilaan ns. päästä varpasiin. Koska tässä kohtauksessa potilas näkyy kokonaan, myös katsojan tulisi ajatella tässä vaiheessa potilasta kokonaisuutena.

Videon lopussa on vielä erikseen jäsennelty tiivistelmä ABCDE-menetelmästä sekä tekijöiden nimet, myös kuvaajan/editoijan nimi on (lupa mainita) mainittu videon lopussa.

Tätä opinnäytetyötä arvioitiin yhteistyökumppanin puolesta palautekaavakkeen (Liite 2) avulla ohjausvideon valmistuttua. Ennen videon valmistumista muokkasimme kuvaajamme kanssa videota yhteistyökumppanin ensiarvion ja toiveiden mukaisesti. Palautetta ja kehittämisideoita saimme yhteistyökumppanilta suunnitteluvaiheessa suullisesti ja toteutusvaiheessa sähköisesti. Koimme palautteet hyvin rakentavina ja ne auttoivat meitä tekemään lopullisesta ohjausvideosta laajemman ja informatiivisemman, kuin olimme suunnitelleet. Arvio kerättiin lopulta kolmelta vuodeosastolla työskentelevältä hoitajalta, joista kaksi ei osallistunut tämän opinnäytetyön tekemiseen millään tavalla. Ohjausvideo esitettiin sähköisesti ensin sydänkirurgisen vuodeosaston opetushoitajalle, joka puolestaan esitti ohjausvideon osaston hoitajille ja keräsi heiltä palautteen. Palautelomakkeessamme videon eri puolia arvioitiin asteikolla 1-5 ja lomakkeen lopussa annettiin tilaa vapaalle palautteelle.

Lopullinen tuotos sisälsi enemmän informaatiota kuin kuvattua materiaalia. Sydänkirurgisen vuodeosaston hoitajat arvioivat videon sisällön keskimäärin hyvin informatiiviseksi ja kattavaksi, mutta olisivat kaivanneet enemmän kuvattua materiaalia tukemaan teoreettisia osia. Kuvatut osat sisälsivät palautteen mukaan

myös hieman liikaa kliinistä ja teknistä osaamista, ja potilaan arviointi tuli enemmän ilmi tekstitetyillä siirtymillä kuin itse kuvatuilla osilla. Videon koettiin työyhteisössä sisältävän riittävästi tietoa ABCDE-menetelmästä ja arvioijat kokivat videon vahvistavan osaamista. Video useiden siirtymien takia koettiin hankalaksi seurata, joka vähensi palautteen mukaan videon hyödyllisyyttä. Itse arvioimme videon myös hyvin kattavaksi, mutta tiiviin muotonsa takia video tulisi kerrata useamman kerran, jotta kaikki sen sisältämä informaatio välittyisi selkeästi katsojalle.

Vapaan palautteen mukaan videon informatiivinen osuus oli hoitajien mielestä videon vahvimpia puolia, kun taas tekstiosuudet ja kuvatut osuudet olisivat voineet tukea toisiaan paremmin. Kuvattua materiaalia olisi toivottu kaikkien arvioijien puolesta lisää, mitä ei tämän opinnäytetyöprosessin puitteissa kyetty toteuttaa.

Yhteistyö ja kommunikointi sujuivat tämän opinnäytetyön tekijöiden ja työelämäyhteistyökumppanin kanssa ideointi ja suunnitteluvaiheessa hyvin. Määrittelimme opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet selkeästi, mikä loi mielestämme hyvän pohjan opinnäytetyön toteutukselle. Toteutusvaiheessa työelämäyhteistyökumppani ei ollut mukana ja teimme ratkaisuja itsenäisesti opinnäytetyön sisällön suhteen. Teimme muutoksia videon käsikirjoitukseen ja kuvasimme ohjausvideon muokatun käsikirjoituksen mukaisesti. Työn sisältöä olisi työelämäyhteistyökumppanin mukaan pystytty laajentamaan ja parantamaan, jos olisimme ennen videon kuvausta arvioineet suunnitelmaa yhdessä. Lopullista työtä tarkastellessa olemme asiasta samaa mieltä. Aikataulujen puitteissa jouduimme suunnittelun ja toteutuksen osalta tekemään välillä nopeita ratkaisuja työn sisällön ja työn toteuttamisen suhteen. Tämä vaati myös lopullisessa editointivaiheessa työelämäyhteistyökumppanilta tiivistä yhteistyötä, jotta lopputulos vastaisi tekemäämme suunnitelmaa mahdollisimman hyvin. Saimme myös palautetta, että työmme edistyi loppuvaiheessa merkittävästi. Työ vastaa lopullista yhdessä tehtyä käsikirjoitusta suurelta osin.

6 Pohdinta

6.1 Luotettavuus

Jälkeenpäin tarkastellessa opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin koko ajan pitämään mielessä miten luotettavuus ja eettinen näkökulma näkyvät lopullisessa työssä. Kuitenkin terveydenhuollon yleisenä päämääränä ovat edelleen terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen ja terveydenhuollon järjestelmä on rakennettu tukemaan muun muassa yksilön hyvinvointia. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde on aina luottamuksellinen (Leino-Kilpi & Välimäki 2008).

Tässä työssä hoitajan ja potilaan luottamuksellista suhdetta on vaikeaa arvioida, koska kohtaaminen jää hyvin lyhyeksi. Videolla kuitenkin kuvataan vuorovaikutussuhteen luominen, ja mielestämme myös järjestelmällisen tilan arvioinnin toteuttaminen luo potilaalle kuvan, että hänen terveydestään välitetään vaikka päällepäin hän vaikuttaa hyvinvoivalta, somaattinen tilanne (Diabetes, sepelvaltimotauti, tupakointi) huomioiden. Eettisesti ABCDE-menetelmä toimii myös, koska se toteutetaan samanlaisena aina jokaiselle potilaalle, mikä tuo ainakin näennäisesti vaikutelman tasa-arvoisesta hoidosta.

Työn luotettavuutta lähdettiin rakentamaan suunnitteluvaiheessa jo keräämällä aineistoa eri lähteistä. Pääsääntöisesti käytimme lähteinä ensihoitoa, potilasturvallisuutta, leikkaushoitoa ja potilaan tilan tunnistamiseen liittyviä lähteitä työstäessämme opinnäytetyön teoreettista osuutta, joka toimi pohjana ohjausvideolle. Pyrimme pitämään lähteet mahdollisimman tuoreina (ei ennen 2010 julkaistuja lähteitä). Vahvuutena näemme lähteiden tuoreuden sekä kirjallisen materiaalin kattavan hyödyntämisen. Luotettavuutta puolestaan heikentää mielestämme lähinnä aiheesta tehtyjen aiempien tutkimusten käsittelyn vähäisyys sekä niiden tuomat näkökulmat ABCDE-menetelmän toimivuudesta potilasturvalli-

suuden edistämisessä. Löysimme aiheesta opinnäytetöitä ja kehittämishankkeita. Englanniksi löysimme myös aiheesta kuvattuja videoita, mutta niiden arviointi lähteiden puuttuessa oli hankalaa, joten emme ottaneet niihin kantaa.

Saimme paljon tietoa kirjalähteistä, tutkimuksista ja väitöskirjoista ohjaavilta opettajilta sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjaston henkilökunnalta. Näin ollen pystyimme tarkastelemaan myös itse valitsemiamme lähteitä niiden luotettavuuden kannalta kriittisesti, koska pystyimme vertailemaan opettajien ja henkilökunnan ehdottamaa aineistoa ja niiden sisältöä itse valitsemiimme lähteisiin, tämä lisää oman työmme luotettavuutta.

Kirjalähteitä etsiessämme käytimme vain Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjaston hakupalvelua sekä kirjaston sisältämää tarjontaa. Näissäkin pyrimme pitämään kaikki löytyneet kirjalähteet mahdollisimman uusina. Verkosta tutustuimme julkaistuihin tutkimuksiin ja opinnäytetöihin, joista käytimme vain henkilökunnan ja ohjaavien opettajien ehdottamia lähteitä. Aiempia opinnäytetöitä emme hyödyntäneet tätä työtä tehdessä.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan tutkimus on luotettava ja uskottava, kun sitä tehdessä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytänteitä. (Kuula 2011.)

Ohjausvideon suunnittelimme yhdessä työelämän yhteistyötahon kanssa ohjaavien opettajien kommentit, huomiot ja kehitysehdotukset huomioiden. Kirjoitimme videolle kaksi eri toteutusvaihtoehtoa, toisessa kuvaisimme vain yhden case-tilanteen joka sisältäisi ABCDE-menetelmän kokonaisuudessaan, toisessa käsikirjoituksessa kuvaisimme useamman videon, mitkä osaltaan korostaisivat ABCDE-menetelmän eri vaiheita. Vertailimme vaihtoehtoja toteutuskelpoisten videoiden välillä, jossa korostuivat aiheen rajaaminen sekä lopullisen tuotoksen selkeys.

Ohjausvideon luotettavuutta lisää myös se, että kuvauksessa sekä videon editoinnissa käytimme ammattilaiskuvaajaa, joka toi oman ammatillisen näkökulman mukaan prosessiin. Huomattavaa on, että kuvaaja osallistui vain kuvaami-

seen ja editointiin, mutta ei prosessin kehittämiseen eikä vaikuttanut omalla osallaan työn sisältöön.

Opinnäytetyön uskottavuutta vahvistaa se, että olemme kuvanneet teoriaosuudessa prosessin eri vaiheet jotka sisältävät kerronnan siitä, miten ja miksi lopullinen tuotos muodostui sellaiseksi kuin se on. Toisaalta opinnäytetyön uskottavuutta saattaa heikentää se, että työelämän yhteistyökumppani osallistui vain ohjausvideon suunnitteluvaiheeseen ja arviointiin, mutta jäi pois itse toteutusvaiheesta.

6.2 Eettisyys

Eettisellä tavalla ajatella tarkoitetaan kykyä ymmärtää oikeaa ja väärää eri tilanteissa omien ja yhteiskunnan arvojen pohjalta. Tutkimusetiikka voi pitää sisällään pelkästään tieteen sisäisiä asioita, mutta se voidaan määritellä myös ammattietiikaksi, joka sisältää eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet. Normit mitkä käsittävät totuuden etsinnän sekä tiedon luotettavuutta ohjaavat tutkijoita noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja esittämään tuloksia jotka ovat tiedeyhteisön tarkistettavissa. Kokonaisuudessaan tutkimusetiikka pitää sisällään tieteen sisäiset asiat, tieteellisen tiedon soveltamiseen ja vaikutukseen sekä aineiston hankintaan ja tutkittavien suojaan koskevat kysymykset. (Kuula 2011.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin eettiset näkökulmat ottamaan huomioon koko prosessin ajan. Työelämänyhteistyö kumppanin kanssa meillä oli yhteistyösopimus sekä tutkimuslupa opinnäytetyötä varten, emme kuitenkaan suorittaneet tutkimusta mikä olisi sisältänyt toisten ihmisten osallistamista tai yksityisyyden vaarantamista. Keräsimme ohjausvideosta anonyymien palautteen sydänkirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunnalta, jota käytimme osana tämän työn lopputuloksen arvioinnissa. Ohjausvideolla ei esiinny tämän opinnäytetyön tekijöiden lisäksi oikeita potilaita tai hoitohenkilökuntaa. Näin ollen tämän opin-

näytetyön osalta eettiset kysymykset ja näkökohdat koskivat suurimmalta osin aineiston hankintaa ja sen käyttöä opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa.

6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä ja opettava prosessi. Aloimme hahmottelemaan opinnäytetyön teoreettista viitekehystä sekä mahdollista aihetta loppukesästä 2016. Tuolloin olimme molemmat Meilahden sairaalassa kesätöissä ja opintoja oli vielä puolitoista vuotta jäljellä. Vuoden 2016 lopulla olimme sopineet suullisesti alustavasta opinnäytetyöyhteistyöstä Sydän- ja keuhkokeskuksen kanssa.

Syksyllä 2017 opinnäytetyömme alkoi viimein saavuttamaan lopullisen muotonsa ja pääsimme kuvaamaan videon tarkan suunnitelman mukaisesti.

Käydessämme aineistoa läpi perehdyimme syvemmin sekä itse ABCDE-menetelmään, myös potilasturvallisuuden edistämiseen. Ennen tätä opinnäytetyötä, meillä oli hyvin pintapuolinen käsitys potilasturvallisuuden konkreettisesta edistämisestä, ennen kuin omalla työllämme pyrimme sitä tavoitteellisesti tekemään. Tämä antoi myös meille osittaisen näkemyksen siitä, millaisia prosesseja pienet ja suuret kehittämishankkeet voivat kokonaisuudessaan olla.

ABCDE-menetelmään perehtyessä saimme paljon uutta tietoa menetelmän eri osa-alueiden sisällöstä sekä koko menetelmän soveltamismahdollisuudesta eri hoitotyön kentille eli muun muassa sairaaloissa, terveyskeskuksissa, palvelukeskuksissa sekä ensihoitotilanteissa.

Ymmärsimme myös itse aiempaa selkeämmin peruselintoimintojen seurannan tärkeyden sekä menetelmän merkityksen potilasturvallisuuden edistämiseksi. Kehityimme opinnäytetyötä tehdessä potilaan tilan tunnistamisessa, joka oli suoraan nähtävissä tavassamme tehdä sairaanhoitajan työtä. Tulimme siihen johtopäätökseen, että vaikuttavimmat tekijät olivat toistojen määrä sekä syventyminen teoriaan. Sairaanhoitajan kompetensseihin peilaten koimme prosessin

aikana kehittyvämmme kliinisessä osaamisessa juuri potilaan tilan tunnistamisessa ja arvioimisessa sekä päätöksenteossa siltä osin, että osaamme hahmottaa potilaan kokonaistilaa selkeämmin ja pystymme tekemään hoidollisia päätöksiä perustellummin.

LÄHTEET

- Alanen, Pasi; Jormakka, Juha; Kosonen, Antti & Saikko Simo 2017. Oireista työdiagnoosiin, ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro. 22–23, 28–36, 39, 46, 50–54, 103–129
- Alaspää, Ari & Holmström, Peter 2013. Teoksessa Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Nurmi, Jouni; Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki, Sanoma Pro Oy. 120–122.
- Castrén, Maaret; Helveranta, Kai; Kinnunen, Ari; Korte, Henna; Laurila, Kimmo; Paakkonen, Heikki; Pousi, Jouni & Väisänen Olli 2012. Ensihoidon perusteet. Otavan kirjapaino Oy. 174–175
- Erämies, Tuija 2013. Leikkaukseen odottavan potilaan ohjaus. Teoksessa Matilainen, Elina; Alila, Anja; Mustajoki, Mariane; Pellikka, Minna & Räsä, Mirja. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Oy. 375–379.
- Haavisto, Ermo 2013. Teoksessa Aaltonen, Maija-Leena & Rosenberg, Per. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim Oy. 316–320
- Halila, Ritva 2013. Teoksessa Aaltonen, Maija-Leena & Rosenberg, Per. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim Oy. 226–230
- Helovuori, Arto; Kinnunen Marina, Peltomaa Karolina, & Pennanen Pirjo, 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki. Fioca. 13–17, 18–21, 170–172, 202–205
- Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. SanomaPro. 640–644
- Ilanne-Parikka, Pirjo 2015. Verensokerin osamittaukset tyypin 2 diabeteksessä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Rönnemaa, Tapani; Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo. Diabetes. Duodecim, Diabetesliitto
- Jormakka, Juha 2017. Sydänpotilaan tutkiminen. Teoksessa Alanen, Pasi; Jormakka, Juha; Kosonen, Antti & Saikko Simo 2017. Oireista työdiagnoosiin, ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro. 90–93

- Jääskeläinen, Juhapetteri 2013. Teoksessa Matilainen, Elina; Alila, Anja; Mustajoki, Marianne; Pellikka, Minna & Rasimus, Mirja. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Oy. 385–387
- Karhu, Marika; Varemäki, Iida; Heikkilä, Kristiina; Koskenniemi, Jaana & Salminen, Leena 2014. Teoksessa Kauhanen, Lotta; Heikkilä, Kristiina; Koskenniemi, Jaana & Salminen, Leena. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol 2. Turun yliopisto. 25–35
- Kinnunen, Marina 2013. Teoksessa Aaltonen, Maija-Leena & Rosenberg, Per. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim Oy. 257–260.
- Kinnunen, Marina 2010. Väitöskirja. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Vaasan yliopisto. 5-7,
- Koponen, Leena & Sillanpää Kirsi 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi. 76–77, 77–78, 80
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Nurmi, Jouni; Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki, Sanoma Pro Oy. 98
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy
- Kuurne, Salla & Erämies, Tuija 2013. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Teoksessa Matilainen, Elina; Alila, Anja; Mustajoki, Mariane; Pellikka, Minna & Rasimus, Mirja. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Oy. 379–381
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Martta 2008. Etiikka hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy
- Matilainen, Elina & Poikonen, Nina 2013. Kuumeen hoito. Teoksessa Matilainen, Elina; Alila, Anja; Mustajoki, Mariane; Pellikka, Minna & Rasimus, Mirja. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Oy. 8-9
- Matilainen, Elina; Alila, Anja; Mustajoki, Mariane; Pellikka, Minna & Rasimus, Mirja 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Oy
- Rautava-Nurmi, Hanna; Westergård, Airi & Henttonen, Tarja 2014 Hoitotyön taidot ja toiminnot. SanomaPro. 90–92

- Ruuskanen, Olli; Saxén, Harri & Mertsola, Jussi 2009. Katsaus. Kuumeisen lapsen arviointi. Duodecim. Viitattu 27.10.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo98474.pdf>
- Saha, Heikki 2017. Äkillinen munuaisten vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00854
- Saikko, Simo 2017. Hengitysvaikeuspotilaan tutkiminen. Teoksessa Alanen, Pasi; Jormakka, Juha; Kosonen, Antti & Saikko Simo 2017. Oireista työdiagnoosiin, ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro. 64–81
- Terveyskylä 2017. Sydänsairaudet, ennen leikkausta. Viitattu 6.10.2017. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/syd%C3%A4nleikkaukset/ennen-leikkausta>
- Terveyskylä 2017. Sydänsairaudet, leikkauksen jälkeen. Viitattu 9.10.2017. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/syd%C3%A4nleikkaukset/leikkauksen-j%C3%A4lkeen>
- Terveyskylä 2017. Sydänsairaudet, sairaalassa. Viitattu 6.10.2017. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/syd%C3%A4nleikkaukset/sairaalassa>
- Thim, Troels; Krarup, Nils; Grove, Erik; Rohde, Claus & Lofgren, Bo 2012. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach
- Vilka, Hanna & Airaksinen Tiina 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi, Helsinki.

LIITE 1

Ohjausvideon käsikirjoitus

Kuvasimme valmiissa ympäristössä (Diakonia-ammattikorkeakoulun simulaatioluokka) videon, jossa esimerkkitapauksen avulla havainnollistimme ABCDE-menetelmän toimivuutta käytännössä. Videon editointivaiheissa lisäsimme videon tekstimuodossa lisäinformaatiota ABCDE-menetelmän käytöstä sekä potilaan tilan tunnistamisesta ja toimintatavoista. Videon käsikirjoitus on esitelty alla olevassa taulukossa.

Videon nimi: ABCDE-ohjausvideo	Pituus: noin 5-10min	
Kuvauspvä: 21.8.2017	Kuvauspaikka: Diakonia-ammattikorkeakoulu, simulaatioluokka	Esiintyjät: Kalle Teittinen (Sairaanhoidtaja) ja Esa Kotoaro (Potilas)
Videon käyttöta- pa/julkaisupaikka: Sydän- kirurginen vuodeosasto M10		

Kohtaus nro	Mitä kuvassa näkyy	Kuvaan lisätyt tekstit
1	Tekstiä valkoisella pohjalla Videon esittely, otsikko	Ohjausvideo ABCDE-menetelmästä vuodeosastolle.
2	Tekstiä valkoisella pohjalla ABCDE- menetelmän esittely	ABCDE-menetelmä tarkoittaa järjestelmällistä ensiarviota, jolla selvitetään potilaan peruselintoimintojen häiriöt ja mahdollisen hätäensivun tarve.

		<p>Arviossa tarkkaillaan potilaan peruselintoimintoja joita ovat hengitysfrekvenssi, happisaturaatio, verenpaine, syke, ruumiinlämpö, tajunnantaso, neurologia ja kipu ja tunnistetaan niissä tapahtuvia muutoksia.</p> <p>Arvio tehdään järjestelmällisesti menetelmän mukaan. Tämä edesauttaa sitä, ettei potilasta arvioidessa unohdu mitään olennaista.</p>
3	<p>Tekstiä valkoisella pohjalla ABCDE- menetelmän esittely, elintoimintojen arvioinnin tärkeys</p>	<p>Potilaan elintoimintojen nopea arviointi ja tarvittavat hoitotoimenpiteet ovat potilaan hoidon kannalta tärkeitä. Arvio suoritetaan aina kun hoitaja kohtaa potilaan, ja sen sisältö pysyy samana sairaalan sisä- ja ulkopuolella.</p> <p>Potilaan ollessa hereillä, hengittäessään normaalisti, reagoiessa puhutte luun asiallisesti sekä ollessa kivuton, ei välittömille hoitotoimenpiteille ole tarvetta. Tällöin voidaan aloittaa ABCDE-menetelmän mukainen tarkennettu arvio.</p> <p>Ulkoisesti hyvinvoivalta vaikuttava potilas voi olla kriittisesti sairas,</p>

		<p>jonka takia tarkennettu tilan tunnistaminen ja arviointi on oleellista.</p> <p>Potilaan henkeä välittömästi uhkaavat tekijät hoidetaan ensin.</p>
4	<p>Tekstiä valkoisella pohjalla, ABCDE- menetelmän esittely, kirjainyhdistelmä</p>	<p>ABCDE- kirjainyhdistelmä on lyhennelmä englannin kielestä.</p> <p>Potilaan tilan järjestelmällinen arvio etenee seuraavasti:</p> <p>A (Airways) Ilmatiet</p> <p>B (Breathing) hengitys</p> <p>C (Circulation) verenkierto</p> <p>D (Disability) tajunnan taso</p> <p>E (Exposure) ulkoiset vammalöydökset</p>
5	<p>Tekstiä valkoisella pohjalla, tilanteen esittely</p>	<p>Seuraavassa videolla kuvatussa tilanteessa hoitaja kohtaa potilaan ja suorittaa tälle ensiarvioin ABCDE-menetelmän mukaisesti. Potilas on 2-tyyppin diabetesta ja sepelvaltimotautia sairastava henkilö, joka on vuodeosastolla odottamassa leikkausta.</p>
6	<p>Slide, vaihe A</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla.</p>	<p>A, Airways, ilmatiet</p> <p>Ilmateiden tutkiminen aloitetaan tarkistamalla ovatko potilaan hengitystiet auki ja tuntuuko ilmavirta. Samalla seurataan liikkuuko potilaan rintakehä.</p>

7	<p>Video, vaihe A</p> <p>Hoitaja (Kalle) kohtaa potilaan (Esa) ja puhuttelee tätä sekä arvioi potilaan hengitystyötä. Potilas hengittää rauhallisesti, rintakehän liikkeet näkyvät kuvassa läheltä ja korostetusti.</p>	<p>Jos potilas vastaa puhutteluun ilmatiet ovat auki</p> <p>Jos ei reagoi puhutteluun eikä herätelyyn → hengitystyön välitön arviointi, ilmapirran tunnustelu, hengitysäntien kuuntelu, liikkuko potilaan rintakehä</p>
8	<p>Slide, vaihe A jatkuu</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla.</p>	<p>A, Airways, ilmatiet</p> <p>Potilaan ilmatiet avataan kääntämällä potilas selälleen, nostamalla potilaan leukaa ja kallistamalla päätä taaksepäin, puhdistetaan nielu imulaitteella tarvittaessa ja tarkistetaan onko tukkeena vierasesineitä.</p> <p>Uhkaava ilmatien tukkeutuminen tai tukkeutunut ilmatie on aina hätätilanne ja on välittömästi kutsuttava lisäapua ja valmistaudutaan hengityksen tukemiseen käsiventilaatiota käyttäen.</p>
9	<p>Slide, vaihe B</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla</p>	<p>B, Breathing, hengitys</p> <p>Potilaan hengitystä arvioidaan seuraamalla potilaan hengitystyötä, hengitystaajuutta, hengitystapaa ja</p>

		<p>hengitysääniä.</p> <p>Hapensaantia arvioidaan mittaamalla happisaturaatio.</p> <p>Vaikeutunut hengitys hoidetaan jo arviointivaiheessa esim. lisähapella (happiviikset tai ventilaatiomaski) hengityksen ollessa pinnallista, kiihtynyttä, hidastunutta, korisevaa tai muuten äänekästä.</p>
10	<p>Video, vaihe B</p> <p>Hoitaja (Kalle) mittaa potilaalta happisaturaation. Potilas hengittää rauhallisesti ja puhuu kokonaisia lauseita.</p>	<p>Mittaustulokset:</p> <p>Happisaturaatio 98 % (Viitearvo >95 %)</p> <p>Hengitystaajuus noin 12–16 krt/min (Viitearvo)</p>
11	<p>Slide, vaihe B jatkuu</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla.</p>	<p>Breathing, hengitys</p> <p>Hengitystaajuus</p> <p>Kiihtynyt</p> <p>20–25 krt/min, lievästi lisääntynyt hengitystyö, potilas pystyy puhumaan kokonaisia lauseita</p> <p>25–35 krt/min, potilaan on hankalampi muodostaa lauseita, apuhen-</p>

gityslihakset käytössä.

Yli 35 krt/min

Kriittisemmässä tilanteessa jopa sanojen muodostaminen on vaikeaa, ellei mahdotonta. Hengityslihakset uupuvat.

Syynä hengitysvaikeus, kipu, lääkeinteraktio, keuhkokuume, hiilidioksidin kertyminen

Alentunut

alle 12krt/min – syynä alentunut tajunta, hengitystieinfektio, alhainen verenpaine, alhainen happisaturaatio, lääkesedaatio.

Tälläinen tilanne on akuutti ja hoidetaan antamalla potilaalle lisähappia.

Happisaturaatio

Alle 95 % - potilas kärsii vähähappisuudesta, eli hypoksemiasta. Vähähappisuudesta kärsivän potilaan iho voi olla sinertävä, kalpea, hiki-

		<p>nen ja kylmä</p> <p>Apuhengityslihakset (kaulan ja niskan lihakset) ovat käytössä jos potilaan hengitys näyttää työläältä ja pinnalliselta. Alentunutta happisaturaatiota korjataan lisähapella ja asennonmuutoksilla, esim. puolistuva asento.</p> <p>Jatkuva 100 % happisaturaatio sekä tihentynyt hengitys voivat olla merkkejä hyperventilaatiosta jonka syinä voivat olla hapenpuute tai hiilidioksidin kertyminen eli asidoosi. Muita syitä voivat olla esim. keuhkokuume tai krooninen sydän- tai keuhkosairaus.</p>
12	<p>Slide, vaihe C</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla</p>	<p>C, Circulation, verenkierto</p> <p>Verenkierron arviointi pitää sisällään sykkeen, rytmin ja verenpaineen ja ruumiinlämmön arvioinnin sekä eritystoiminnan seurannan.</p> <p>Potilaan asennosta voidaan arvioida verenkierron tilaa, kävelevällä potilaalla verenkierto on usein riittävä, kun taas liikkumattomuus, väsymys ja huimaus kertovat mahdollisista</p>

		<p>verenkierron häiriöistä.</p> <p>Mitataan potilaalta</p> <ul style="list-style-type: none"> – syke – verenpaine – Ruumiinlämpö <p>– Sydämen rytmin seuranta sähköisesti, analysointi, rytmihäiriöt.</p> <p>Tarkistetaan haavat (verenvuodot tyrehdytetään) ja lämpörajat, selkeät lämpörajat raajoissa kertovat riittämättömästä verenkierrosta ja mahdollisista verisuonitukoksista.</p>
13	<p>Video, vaihe C</p> <p>Hoitaja mittaa potilaalta verenpaineen asettamalla mansetin potilaan vasempaan olkavarteen. Hoitaja on myös kiinnittänyt kolmikytkeäisen telemetriaseurannan jonka avulla nähdään potilaan sydämen sähköinen toiminta monitorilta.</p> <p>(Havainnollistava kuva monitorista)</p>	<p>Mittaustulokset</p> <p>Verenpaine 154/80 mmHg (Viitearvo 120–140/85mmHg)</p> <p>Lämpö 37,2C (Viitearvo 36–37,6C)</p> <p>Ruumiinlämpö kertoo keskusverenkierron lämpötilan, eli veren lämpötilan sydämessä ja keuhkoissa.</p>

	<p>Hoitaja katsoo vielä potilaan ruumiinlämmön korvakäytävästä käyttäen korvalämpömittarilla.</p>	
14	<p>Slide, vaihe C jatkuu</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla</p>	<p>Verenpaine, viitearvo 120–140/85 mmHg</p> <p>Alle 90/60 mmHg viittaa hypotensioon, oireina</p> <p>– huimaus, vakavat päänsäryt, pyörtäminen, näköhäiriöt, takykardia.</p> <p>Alhaista verenpainetta voidaan korjata nesteyttämällä.</p> <p>Yli 180/110 mmHg hypertensio, teoreettinen raja, on hyvä puuttua jo alemmillakin arvoilla – Kohonnut verenpaine rasittaa ja vahingoittaa valtimoita pitkällä aikavälillä.</p> <p>Syke, viitearvot 60–80 krt/min</p> <p>Hidas syke on tavallisesti alle 50krt/min. Sykkeen aleneminen aiheuttaa myös verenpaineenlaskua, oireena huimaus, tajunnantason lasku.</p> <p>Syke voidaan mitata myös kaulalta tai ranteesta. Sykkeen löytyminen</p>

		<p>kaualta edellyttää vähintään 50mmHg verenpainetasoa. Ranteelta vähintään 80mmHG tasoa.</p> <p>Lämpö, viitearvo 36–37,6 C korvakäytävästä mitattuna</p> <p>Kuumeilu voi olla merkki alkavasta infektiosta</p>
15	<p>Slide, vaihe C jatkuu Tekstiä valkoisella pohjalla</p>	<p>Sydämen rytmiä seurataan sähköisesti, näin tunnistetaan potilaan tilaan vaikuttavat rytmihäiriöt</p> <p>Välittömästi potilasta uhkaavat rytmihäiriöt</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kammiovärinä ja kammiotakykardia johtavat elottomuuteen. (Defibrillointi/elvytys!) <p>Eteisvärinä (flimmeri) nopea/hidas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rytmihäiriöt voivat aiheuttaa rintatuntemuksia, pahoinvointia, hui- mausta, kipua, tajunnan hämärty- mistä, ahdistusta. – Tarvittaessa reagoidaan lisätutki- muksilla tai lääkkeellisesti sekä ryt- minsiirroilla. <p>Heikentyneestä ääreisverenkierron tilasta kertoo pidentynyt kapillaari-</p>

		<p>täyttö. Voidaan arvioida puristamalla potilaan kynttä ja seuraamalla kapillaaritäytön palautumisen nopeutta. Normaali palautumisnopeus on noin kaksi sekuntia.</p>
16	<p>Slide, vaihe D</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla</p>	<p>D, Disability, tajunnantaso</p> <p>Potilaan tajunnantaso arvioidaan testaamalla karkeaa neurologiaa sekä arvioimalla neurologista statusta.</p> <p>Karkeaa tajunnantason arvio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onko potilas tajuissaan - Vastaako kysymyksiin <p>Tarkempi tilanarvio</p> <p>pystyykö potilas liikuttamaan raajoja, koordinaatio</p> <p>puolierot, roikkuuko suupieli. Pupillien symmetrisyys, valoreaktiot. Voi kertoa vakavasta aivotapah- tumasta.</p> <p>Puristusvoima.</p> <p>Puheentuotto, onko puhe ymmärrettävää/selkeää/johdonmukaista</p>

		Potilasta puhuttelemalla saadaan käsitys orientoituneisuudesta.
17	Video, vaihe D Hoitaja puhuttelee potilasta ja mittaa lopuksi potilaan verensokerin.	<ul style="list-style-type: none"> – Puolierot kasvoissa, – Puheentuotto, puheen selkeys – Orientoituneisuus – Verensokeri (Viitearvo 4-7mmol/l)
18	Slide, vaihe D jatkuu Tekstiä valkoisella pohjalla	<p>D, Disability, tajunnantaso</p> <p>Verensokeri, viitearvo 4-7mmol/l ennen ateriaa. Matala verensokeri voi aiheuttaa heikkoa oloa/huonovointisuutta ja laskea tajunnantaso!</p> <p>Tajuton potilas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Varmistetaan että ilmatiet ovat auki – Herättely, ravistelu olkapäistä – Kipuvaste, reagoiko potilas kipuun, voidaan testata painamalla silmäkuopan yläreunaa tai kynsivalia. Jos potilas ei reagoi kipuun, varmistetaan ilmäteiden avoimuus, hengitys sekä rintakehän liikkeet. <p>Eloton potilas asetetaan makuuasentoon, pyydetään lisääpua ja aloitetaan elvytys.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hengityksen ja verenkierron häiri-

		<p>öt alentavat tajunnantaso</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kouristavalta potilaalta huolehditaan riittävästä hengityksestä, aloitetaan happilisa, estetään aspiraatio ja lisävammat, käännetään kylki-asentoon jos tajunnantaso alhainen
19	<p>Slide, vaihe E</p> <p>Tekstiä valkoisella pohjalla</p>	<p>E, Exposure/paljastaminen, ulkoiset vammalöydökset</p> <p>Viimeinen arviointivaihe tarkoittaa potilaan paljastamista ja ulkoisten vammalöydösten tarkistamista.</p> <p>Katsotaan/Tarkistetaan</p> <ul style="list-style-type: none"> – Haavat ja sidokset – Ihon kunto – Kanyylit ja katetrit – Vatsan tunnustelu – Muut poikkeamat
20	<p>Video, vaihe E</p> <p>Hoitaja tarkistaa potilaalta mahdollisia haavoja ja kokeilee ja-loista lämpörajoja. Kuvattu kauempaa, jotta potilas nähtäisiin lopussa kokonaisuutena.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Katsotaan peiton alle – Haavat, sidokset, putsataan ja vaihdetaan tarvittaessa – Ihon kunto, lämpörajat – Muut poikkeamat
21	<p>Slide, vaihe E jatkuu</p>	<p>E, Exposure, ulkoiset löydökset tarkennus</p>

		<p>Tarkistetaan myös</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kanyylit, ovatko paikallaan, siistit – Virtsakatetrit, onko paikallaan, pitääkö pussi tyhjentää? Niukka diureesi voi olla merkki munuaisten toimimattomuudesta, vähäisestä nesteytyksestä tai verenkierron riittämättömyydestä. – Turvotukset – Dreeni-imujen tarkistus, ovatko paikallaan, toiminnassa. Erityksen määrä ja laatu, onko ilmavuotoa vai ei.
22	Slide, vaihe E jatkuu	<p>E, Exposure, ulkoiset löydökset</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ihon kunto – Punoitus, alkavat painehaavat, asentohoito – Hikoilu – voi olla merkki kivusta, kehonlämmön noususta, happivajauksesta – Missä kohtaa lämpörajat menevät? Viileät/kylmät raajat ja selkeät lämpörajat kertovat riittämättömästä verenkierrosta ja mahdollisista verisuonitukoksista. – Leikkaushaavat, vanhat haavat

		<p>– Vatsan tunnustelu, Normaali→ pehmeä & kivuton. Poikkeava – > kova/arka. Kivut ja arkuus voivat olla merkki esimerkiksi vatsakalvon tulehduksesta tai vatsan toimimattomuudesta. Voidaan kuunnella myös suoliäänet.</p> <p>– Muut poikkeamat</p>
23	ABCDE- kirjainyhdistelmä, tiivistelmä	<p>A (Airways) Ilmatiet Varmistetaan ilmeteiden avoimuus, ilmavirran tunnustelu, rintakehän liikkeet. Ilmateiden tukkeutuminen on hätätilanne, lisäävun kutsuminen.</p> <p>B (Breathing) hengitys Hengitystyö, hengitystaajuuden nousu/lasku, vähähappisuus, tarvittaessa happilisiä</p> <p>C (Circulation) verenkierto Verenpaineen, sykkeen ja lämmön seuranta, Hoidetaan nesteytyksellä, lääkityksellä, lisähapella.</p> <p>Rytmihäiriöt, lääkitys, rytminsiirrot</p>

		<p>D (Disability) tajunnan taso Reagoiva, Neurologia, orientaatio, verensokeri</p> <p>Reagoimaton herättely, kipuvaste, ilmatiet, hengitys, happilisa, lisäapu, elvytys!</p> <p>Kouristava Vammoilta suojaus, kylkiasento, happilisa</p> <p>E (Exposure) ulkoiset vammalöydökset Ihon kunto, lämpörajat, diureesi, kanyylit, katetrit, dreenit, haavat, verenvuoto, vatsa, turvotukset, muut poikkeamat</p>
24		<p>ABCDE menetelmä nopeuttaa peruselintoiminnoissa tapahtuvien muutoksien havainnointia ja arviointia sekä parantaa tilannetietoutta. Järjestelmällinen arvio antaa enemmän aikaa reagoida potilaan henkeä uhkaaviin tilanteisiin.</p>
25	Tekijät	Kalle Teittinen & Esa Kotoaro

		Diakonia-ammattikorkeakoulu Kuvaus & Editointi, Ville Järveläinen
--	--	--

LIITE 2

Ohjausvideon arviointilomake

Hei! Teemme opinnäytetyötä, aiheena ABCDE-menetelmästä tehty ohjausvideo vuodeosastolle. Pyydämme mielipidettäsi ohjausvideosta. Palaute annetaan nimettömänä.

Ympyröi mielipiteesi mukainen vaihtoehto

1 =täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä

1 2 3 4 5 Video oli helposti seurattava

1 2 3 4 5 Videossa oli riittävästi sisältöä

1 2 3 4 5 Video oli visuaalisesti laadukas

1 2 3 4 5 Video vahvisti osaamistani

1 2 3 4 5 Video oli hyödyllinen

Muita kommentteja tai huomioita videoon liittyen?

Kiitos!

Diakonia-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat, Kalle Teittinen; kalle.teittinen@student.diak.fi

ja Esa Kotoaro; esa.kotoaro@student.diak.fi

