

KARELIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Eeva Kaakko
Sinikka Musikka

ENSIAPUKOULUTUS PALVELUASUMISEN
HENKILÖKUNNALLE

Opinnäytetyö
Tammikuu 2015



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p.050 405 4816

Tekijät
Eeva Kaakko, Sinikka Musikka

Nimeke
Ensiapukoulutus palveluasumisen henkilökunnalle

Toimeksiantaja
Attendo Oy Tohmajärvi

Tiivistelmä

Yhteiskunnan ikääntyvien määrän kasvu ja entistä pidempi elinikä haastavat kuntia palvelujen järjestämiseen tarpeita vastaaviksi. Vanhusten pitkäaikaishoidosta vuodeosastoilla pyritään pääsemään eroon. Yhä useampi vanhus asuu palveluasumisyksikössä. Paikanpäällä annettava hoito säästää kustannuksia ja on monesti potilaan kannalta inhimillisempää.

Opinnäytetyömme on toiminnallisena työnä järjestettävä koulutus vanhusten palveluasumisen henkilökunnalle Tohmajärvellä. Koulutus sisälsi tyypillisimmät sairauskohtaukset ja tapaturmat. Tavoitteena on hoitajien osaamisen ja varmuuden lisääminen. Koulutuksen tarvetta sekä sisältöä kartoitettiin työnantajaa ja henkilökuntaa haastattelemalla. Opetusmenetelmien valintaa ohjasivat teoriatieto ja aikuisille annettavan koulutuksen erityispiirteet.

Koulutus järjestettiin kahtena päivänä. Koulutus sisälsi teoriaosuuden ja käytännön harjoittelun. Palaute koulutuksesta kerättiin kirjallisen kyselyn muodossa ja vastaukset analysoitiin.

Jatkokehittämisideaksi tuli palautteiden mukaan, koulutus koettiin tarpeelliseksi ja toivottiin tietyin ajoin kertauskoulutusta tutuistakin aiheista ja muuttuneista hoitomuodoista. Koulutus koettiin helposti ymmärrettäväksi ja käytännön läheiseksi.

Kieli

Sivuja 47

Suomi

Asiasanat

palveluasuminen, koulutus, ensiaputaidot, taloudellisuus



THESIS
January 2015
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
FINLAND
p.050 405 4816

Author (s)
Eeva Kaakko, Sinikka Musikka

Title
First Aid Training for Service Housing Staff

Commissioned by
Attendo Oy

Abstract
Increase in the number of older people is a challenge for local authorities. Life expectancy is longer, so the service must be provided to match the needs. The goal is that old people do not have to be hospitalized for long. More and more senior citizens are living in a service housing unit. Giving treatment on the spot saves costs and in many cases the situation is more humane.

This thesis was carried out as a practise-based study. The assignment was to organize first aid training for the staff of a service housing unit in Tohmajärvi. The training included treatment of the most common bouts of illness and injuries. The aim of the training was to increase the nurses' knowledge and confidence. The employer and the employees were interviewed in order to find out the needs training. The Training methods were based on the theory and on adult learning characteristics.

The training lasted for two days. It included a theoretical part and practical training. Training feedback was collected by questionnaires and responses were analysed. According to the feedback, training was considered necessary. A wish for retraining every now and then was expressed, topics being both routine as well as revised treatment forms. Training was also considered easy to understand and practical. The staff would like to have regular training in future. It would give them confidence and renewed enthusiasm for the work.

Language

Pages 47

Finnish

Appendices 14

Keywords

service housing, training, first aid skills, economy

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Aiheen valinta ja siihen vaikuttavia tekijöitä	6
2.1	Aiheen valinta.....	6
2.2	Ikääntyvien yleisin tapaturma on kaatuminen.....	7
2.3	Hoidon tarpeen arviointi	10
2.4	Taloudellisuus.....	11
3	Tyypilliset sairauskohtaukset ja tapaturmat	12
3.1	Käsitteitä	12
3.2	Ensiapu osana hoitoketjua	13
3.3	Ensiaputilanteet.....	15
3.4	Ikääntyneiden ensiavussa huomioitavat erityispiirteet.....	23
4	Koulutus ja ohjaaminen sairaanhoitajan työssä.....	28
4.1	Uuden oppiminen	30
4.2	Menetelmät koulutuksessa.....	30
4.3	Jatkuva oppiminen ja urakehitys	31
5	Opinnäytetyön tavoite ja tehtävä	32
6	Opinnäytetyön toteutus	33
6.1	Opinnäytetyön eteneminen	35
6.2	Ensiapukoulutuksen toteuttaminen ja palaute koulutuspäivästä	35
7	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	38
8	Pohdinta	40
8.1	Oma ammatillinen kasvu	42
8.2	Kehittämisideat.....	44

Lähteet

Liite 1	Palautelomake
Liite 2	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 3	Ensiapukoulutus palveluasumisen henkilökunnalle

1 Johdanto

Erilaiset vanhusten palveluasumismuodot lisääntyvät samassa määrin vanhus-
ten määrän ja eliniän kasvaessa. Ensiavun antamisen taito sekä toiminnan
aloittaminen muodostuvat entistä tärkeämmiksi, ja taloudellisella näkökulmalla
on suuri merkitys. Ajoissa annettu hoito ja ensiapu hyödyntävät sekä potilasta
että koko hoitoketjua.

Opinnäytetyömme on ensiapukoulutuksen järjestäminen palveluasumisen hen-
kilökunnalle. Toteutimme opinnäytetyömme toiminnallisena.

”Toiminnalliselle opinnäytetyölle ovat luonteenomaisia työelämälähtöisyys ja
toiminnallisen osuuden tuloksena syntyvä produkti, joka voi olla esimerkiksi
konkreettinen tuote, paketoitu palvelu, alakohtainen suunnitelma, konsepti
tai mallinnus. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on usein ulkopuolinen toimek-
siantaja, mutta kyseessä voi olla myös opiskelijan omaan yritykseen tai yri-
tysideaan kohdistuva työ”. (Karelia ammattikorkeakoulu 2014, 7- 8.)

Koulutuksen järjestämisaikaksi valikoitui Tohmajärvellä sijaitseva Kotipihan
palveluasumisyksikkö. Tavoitteena oli koulutus, josta hyötyy koko hoitohenkilö-
kunta. Aiheen valintaan vaikutti selkeä tarve lisäkoulutukselle, joka kävi ilmi lä-
hiesimiestä ja henkilökuntaa etukäteen haastatteleamalla. Halusimme tehdä
työn, josta tulisi pysyvä käytäntö työpaikalle aika-ajoin annettavana koulutukse-
na. Koulutus sisälsi ensiaputapauksia ja sairauskohtauksia, jotka ovat tyypillisiä
ikäntyneille ihmisille.

Koulutus koostui teoriaosuudesta ja käytännön harjoitteista. Palautetta pyysim-
me kirjallisena. Koulutus järjestettiin kahtena erillisenä päivänä. Tämä antoi
mahdollisuuden useammalle työntekijälle osallistua koulutukseen. Koulutukses-
sa pyrittiin korostamaan valmiuksia hoidon aloittamiseen ja henkilökuntaa toi-
mimaan oppimiensa taitojen käyttämiseen. Pyrimme myös saamaan selville mil-
laisesta ja kenelle suunnatusta täydennyskoulutuksesta olisi suurin hyöty, niin
taloudellisesti kuin potilaan näkökulmasta.

2 Aiheen valinta ja siihen vaikuttavia tekijöitä

2.1 Aiheen valinta

Näyttöön perustuvan toiminnan yhteydessä hoitotieteessä erilaisia tiedon lajeja on pohdittu viimeisen noin kymmenen vuoden aikana runsaasti. Paras ja varmin näyttö on saatu tieteellisesti perustelluilla näytöillä. Hoitotiede jaotellaan nykytietämyksen mukaan neljään eri tiedon lajiin: kokemukselliseen, intuitiiviseen, tieteelliseen ja kehittämistoiminnasta saatuun tietoon. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, Åsted-Kurki 2012, 20 - 21.)

Innostavan ja hyvän opinnäytetyön aihe koostuu erilaisten kriteerien täyttymisestä, joita voidaan asettaa ennen aiheen lopullista valintaa. Aiheen tulee olla kiinnostava, sen täytyy sopia omaan tieteenalaan. Mietittävänä on aiheen yhteiskunnallinen merkitys ja opettaako aiheen tutkiminen mitään, onko työ mahdollista toteuttaa ja kuinka kauan aiheen käsittely vie. Tärkeää on aiheen valinnassa miettiä onko aihe sellainen, että omat kyvyt ja kokemus pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 77 - 80.)

Opinnäytetyömme on toiminnallinen työ, palveluasumisen henkilökunnalle järjestettävä koulutustilaisuus. Koulutuksen aiheeksi valittiin ikääntyneiden kotitapaturmat ja sairauskohtaukset. Henkilökunnan toiveet otettiin huomioon ja, ohjausta annettiin niistä tapauksista, jotka ovat tyypillisiä vanhusten palveluasumisessa. Ohjaus käsitti tapaturmia ja sairauskohtauksia. Tavoitteena on antaa henkilökunnalle varmuutta omaan ammatilliseen osaamiseen ensihoidon ja hoivontarpeen arvioinnista. (Tutustumiskäynti Kotipihan työntekijöiden luona 23.4.2014.)

Opinnäytetyön aiheen löytymisen jälkeen on tarkennettava se, mitä sillä haluaa osoittaa. On pyrittävä rajaamaan liian väljää aihetta ja etsimään siihen suppeampi näkökulma. Alkuperäinen aiheenvalinta asettaa ehtonsa muille valinnoille,

ja siksi lisärajoitusten yksityiskohtaisempi käsittely on tehtävä näiden rajojen sisällä. (Hirsjärvi ym. 2013, 81 - 83.)

2.2 Ikääntyvien yleisin tapaturma on kaatuminen

Ikääntyneille tapahtuneista kotitapaturmista 80 % on kaatumisen, liukastumisen tai putoamisen seurauksena tulleita tapaturmia. Kaatumisen seurauksena eniten kuolemaan johtaneita kotitapaturmia sattuu yli 65 vuotta täyttäneille. Tämän seurauksena kaatumisesta johtuvat tapaturmat kaksinkertaistuvat, iän ollessa yksi keskeisimmistä kaatumiselle altistavista tekijöistä. Nämä tapaturmat asettavat haasteita, niin kansanterveydellisesti kuin taloudellisesti.

Kaatumistapaturmat ovat nelinkertaistuneet viimeisen 25 vuoden aikana. Yli 65-vuotiaille sattuu 100 000 kaatumistapaturmaa vuodessa, ja niistä suurin osa tapahtuu kotona sisätiloissa tai kotipihalla. Lähes 40 000 näistä vaatii sairaalahoitoa, ja 900 johtaa kuolemaan. Suomessa tapahtuu noin 7000 lonkkamurtumaa vuodessa, joista suurimman osan aiheuttajana on kaatuminen. On huomioitava myös pienempien vammojen vaatimat käynnit terveydenhuollon vastaanotolla. Siksi on kiinnitettävä erityistä huomiota kaatumistapaturmien ennaltaehkäisemiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Health and Care Excellencen (2011) mukaan lonkkamurtuma on merkittävä kansanterveydellinen ongelma johtuen ikääntyvästä väestöstä. Lonkkamurtumia esiintyy vuosittain noin 70000 - 75000 tapausta maailmassa ja kustannukset ovat noin 2,55 miljardia euroa. Lonkkamurtumapotilaiden keski-ikä on miehillä 84 vuotta ja naisilla 83 vuotta. Murtuma voi kuitenkin tulla missä iässä vain, etenkin jos potilas sairastaa osteopeniaa tai osteoporoosia. Murtumien takana on usein huono terveys. Lonkkamurtumapotilaista noin 10 % kuolee yhden kuukauden kuluttua murtumasta, ja noin kolmasosa kuolee 12 kuukauden kuluessa. Kuolinsyy ei ole itse murtuma, vaan siitä johtuvat liitännäissairaudet. Tutkimus ja raportointi ovat parantaneet lonkkamurtumien hallintaa. (National Institute for Health and Care Excellence,2011.)

Sisäasiainministeriön muistiossa, jonka on laatinut korkeakouluharjoittelija Ville

Niemi, todetaan ikäihmisten kotitapaturmista, tapaturmiin johtaneista syistä ja seurauksista seuraavaa. Muistiossa tarkastelun kohteena on liikkumisen turvallisuus, paloturvallisuus, yksinäisyys, kaltoinkohtelu, hyväksikäyttö, ikääntyviin kohdistuva rikollisuus ja alkoholin käyttö. Nämä kaikki ovat selkeitä turvallisuusongelmia. Kaikki edellä mainitut seikat liittyvät toisiinsa, samoin ikääntyvän elämäntilanne tulisi nähdä kokonaisvaltaisesti, sekä turvallisuuteen ja turvattomuuteen vaikuttavat tekijät. Niemen mukaan ikääntyneiden asumisympäristöllä on vaikutusta heidän turvallisuuden tunteeseensa ja turvattomuuden kokemiseen. Suomessa on otettu kansalliseksi tavoitteeksi mahdollisimman monen ikääntyneen asuminen kotona ja sen mahdollistaminen kehittämällä kotiin annettavia palveluita. Huomioitavaa on kotona asuvien määrän lisääntyessä ja ikärakenteen vanhentuessa kotitapaturmien määrän lisääntyminen. (Ville Niemi 2012.)

Niemi toteaa, että iän mukanaan tuomien kehon muutoksien, kuten toimintakyvyn alenemisen ja toimintojen hidastumisen, seurauksena ikääntynyt altistuu tapaturmille. Yksinasumisen on todettu olevan altistava tekijä tapaturmille. Iäkkäille tapahtuvien tapaturmien seurausten on todettu olevan poikkeuksetta vakavampia kuin nuoremmassa ikäluokissa. Ikääntyneiden kaatumisiin johtavat syyt johtuvat usein henkilöstä itsestään, muun muassa aiemmat kaatumiset, toimintakyvyn alenemisesta johtuvat liikkumisen vaikeudet, kaatumisen pelko, monet sairaudet, monet lääkkeet, alkoholi, kivut, muistisairaudet ja heikentyneet aistitoiminnot. (Ville Niemi 2012.)

Niemen mukaan iäkkäiden kaatumistapaturmista yleisimpiä ovat matalalta putoamiset ja kaatumiset. Näitä on 80 % tapaturmista. Ikääntyneiden tapaturmista seuraa useammin käynti perusterveydenhuollossa, yli 74-vuotiaiden kaatumisen seurauksena neljä viidestä tarvitsi perusterveydenhuollon palveluita. Lonkkamurtuman riski suureneekin 60 ja 80 vuoden välillä 13-kertaiseksi. Lonkkamurtumapotilaista kuolee vuoden kuluessa 12 – 37 %, joka viides saa haitan, joka vaikeuttaa yksin kotona asumista, kolmannes joutuu pysyvästi laitoshoidon eikä pysty enää asumaan kotona. (Ville Niemi 2012.)

Ikääntyneiden kaatumistapaturmiin on yritetty kehittää ehkäisykeinoja, mutta

todellisuudessa niitä on melko niukasti, varsinkaan toimivia ja tehokkaita keinoja. Kaatumistapaturmien välttämiseksi tulisi välttää uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä, mikäli se on mahdollista. Säännöllisen liikunnan harjoittelun, joka käsittää voima- ja tasapainoharjoituksia, on todettu vähentävän ikääntyvien kaatumisriskiä, samoin näkökyvyn parantamisen, jossa huolehditaan hyvin silmäsairauksien hoitamisesta, esimerkkinä kaihileikkaukset ja säännöllinen optikolla käynti. Jalkineissa pidettävien liukuesteiden käyttäminen on yksi halvoista keinoista ehkäistä kaatumista liukkaiden keliä aikana. Lonkkamurtumien ehkäisyssä on tutkittu kilpimäistä KPH-lonkkasuojainta ja sen käyttöä. Tutkimus on tehty UKK-instituutissa Tapaturmat ja osteoporoosi -yksikössä. Yksikön johtamassa laajassa satunnaistetussa monikeskustutkimuksessa osoitettiin iäkkäiden lonkkamurtumisriskin vähentyneen suojaimen säännöllisellä käytöllä 50 %. Kaatumistilanteissa, joissa suojainta käytettiin, riski pieneni jopa 80 %. (Kröger, Aro, Böstman, Lassus, Salo 2010, 20 - 21.)

Samansuuntaisiin tuloksiin edellisten kanssa oli väitöskirjatutkimuksessaan tullut lääketieteen lisensiaatti Niina Korhonen(2014). Hänen väitöskirjatutkimuksensa käsitteli iäkkäiden kaatumisten aiheuttamia vammoja ja kuolemia vuosilta 1970 – 2012. Tutkimuksessaan hän selvitti iäkkäiden kaatumisesta koituvia vammoja ja kuolemia vuosien 1970 – 2012 sijoittuvalla ajanjaksolla. Väitöskirjatutkimuksessaan Korhonen huomioi kaatumistapaturmien kasvun seurantajakson aikana lisääntyneen aina 1990-luvulle saakka. Seurantajakson loppupuolella Korhonen toteaa iäkkäiden naisten kaatumistapaturmien ja kuolemien nousun taittuneen. Samanlainen nousun taittuminen tapahtui ikääntyneiden miesten kohdalla vain muutamaa vuotta myöhemmin.

Sairaalahoitoa vaativat vammat lisääntyivät aina 1990-luvun loppupuolelle saakka, jonka jälkeen kasvu taittui. Korhonen huomioi kuitenkin vakavien pään ja kaularangan vammojen ilmaantuvuuden lisääntyneen koko seurantajakson ajan. Tämä havainto osoitti vakavien vammojen profiilin muuttuneen viimeisten vuosikymmenien aikana. (Korhonen 2014.)

Tutkimuksessaan Korhonen arvioi syitä havaitsemilleen muutoksille ja totesi elämäntapojen ja ympäristötekijöiden muutoksen voivan olla osasyynä muutokseen. Korhonen toteaa iäkkäiden toimintakyvyn parantuneen, mutta samalla

huonokuntoisempien osuuden lisääntyneen. Korhonen toteaa tarvittavan systemaattisia toimia, joilla voitaisiin ehkäistä kaatumistapaturmia ja vammoja. Tutkija toteaa haasteen olevan suuren nykyiselle yhteiskunnalle ja sen ennaltaehkäisevälle terveydenhuollolle. (Korhonen 2014.)

2.3 Hoidon tarpeen arviointi

Tehtävänsiirroilla tarkoitetaan joillekin ammattiryhmille kuuluvien tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen ammattiryhmän työtehtäviin, niin että heidän työnkuvansa laajenee. Työjaolla taas tarkoitetaan töiden jakamista työyhteisössä tarkoituksenmukaisella ja järkevällä tavalla ottaen huomioon työntekijöiden erityisosaaminen hoidon kokonaisuuden siitä kärsimättä. Tehtävänkuvan laajeneminen on tietyn henkilöstöryhmän osaamisen kehittämistä ja toimenkuvan uudistamista. Delegoinnilla siirretään jokin suorite toiselle, jolloin myös määräysvalta siirtyy toiselle. Silloin kun valtaa siirretään, myös vastuu siirtyy. Vastuu kohdistuu tehtävään ja tarkoittaa velvollisuutta toimia aseman asettamien vaatimusten mukaan. Delegoinnin tilivelvollisuus kohdistuu usein työtovereihin, asiakkaisiin tai esimieheen. Vastuun katsotaan ilmaisevan moraalista, ammatillisuutta ja sisäistä ulottuvuutta. (Syväoja & Äijälä 2009, 42 - 45.)

Tehtävänsiirtoja terveydenhuollossa eri ammattiryhmien välillä on mietitty vuosikymmeniä, potkua tähän antoi projekti, joka koski terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista. Hanke oli kansallinen, ja sitä kutsuttiin yleisesti Kansalliseksi terveyshankkeeksi. Hankkeessa nostettiin esiin muun muassa toimiva perusterveydenhuolto, hoitoon pääsy, henkilöstön mitoitus ja sen osaaminen, rakenteiden uudistaminen ja rahoituksen vahvistaminen. Tehtävänsiirtoja perustellaan kustannustehokkuudella, työn sujumuudella, palvelujen saatavuudella ja lääkäri-vajeella. Kunnissa suurin menojen aiheuttava hallintokunta on sosiaali- ja terveystoimi, ja siksi toimintaa tehostamalla on pyrittävä ylläpitämään toiminnot samalla rahamäärällä ja entisillä resursseilla. Tehtävänsiirroilla on mahdollista toiminnan tehostaminen ja kustannusten alentaminen. (Syväoja & Äijälä 2009, 42 - 45.)

2.4 Taloudellisuus

Tämänhetkinen taloudellinen tilanne asettaa kasvavan vanhusväestön hoidon ja hoivan erityistarkastelun kohteeksi. Talouden tiukkuus ja palvelutarpeiden kasvava määrä tekee asiasta haasteellisen. Haasteena on hoidon laadun säilyttäminen korkeana ja vanhusten itsemääräämisoikeuden sekä inhimillisyyden huomioiminen. (Musikka 2013.)

Väestön eliniän pidentyminen on ollut yhteiskuntapoliittinen tavoite, jossa pyrkimyksenä on laadukas elämä ja turvallinen vanhuus. Tällä vuosikymmenellä ollaan näiden haasteiden edessä. Korkea ikä tuo tullessaan palvelujen tarpeen lisääntymisen. Palvelujen laadusta ja riittävydestä on julkisuudessa käyty paljon keskustelua. Vanhusten palvelun laadun ja hoidon kehittämisestä annettiin valtakunnallinen suositus vuonna 2001. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi – Sulkava&Finne-Soveri 2002, 3.)

Ei ole kansantalouden kannalta yhdentekevää, mitä valintoja tulevina vuosina tehdään terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi. Valinnat vaikuttavat kaikkien meidän tulevaisuuteen. Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kiitetään alhaisista kustannuksista, käytämme rahaa terveydenhuoltoon merkittävästi vähemmän kuin useat Euroopan valtiot. Onko vähäisellä panostuksella vaikutusta jatkossa esimerkiksi lisääntyvinä kuntoutuskuluina tai varhaisena eläkkeelle jäämisenä? (Alkio 2011, 36 - 37.)

Ikääntyminen ja väestörakenteen muutos asettavat terveydenhuollolle haasteita. Ratkaisut asian suhteen on tehtävä pikaisesti, koska eläkeläisten osuus väestöstä kasvaa, ja samalla työikäisten määrä vähenee. Arvioiden mukaan jokainen euro, joka kohdistuu terveyden tai sairaanhoitoon, tulee kasvamaan. Ihmisten korkea ikä ei kuitenkaan sinällään lisää kustannuksia, vaan kustannukset kertyvät ihmisen viimeisten elinvuosien aikana. Usein viimeiset elinkuukaudet kuluvat sairaalassa, ja Parkinsonin taudin, dementioiden ja aivoverenkiertohäiriöiden määrän lisääntyminen lähivuosina tulee ottaa huomioon terveydenhuollon strategioita mietittäessä. Mikäli tieto viimeisten elinvuosien kustannuksista

otetaan huomioon, voidaan avata uusia näkymiä tulevaisuuden suunnitteluun. (Alkio 2011, 80 - 81.)

Voimavarojen mahdollisimman tarkoituksenmukainen kohdentaminen tuo tehokkuutta. Tämä vaatii saumatonta yhteistyötä kaikilta hoitoon osallistuvilta ja palveluketjun jokaisen osan tietoisuutta kustannuksista. Samalla punnitaan toimijoiden kyky arvioida, annetaanko oikeaa palvelua ja hoitoa sekä onko se oikeaan aikaan annettu. Samalla tulisi harkita, onko hoidon määrä oikeassa suhteessa ikääntyvien tarpeisiin. (Voutilainen ym. 2002, 53.)

Ammattitaitoisella toiminnalla hoidon tarvetta määriteltäessä voidaan saavuttaa merkittäviä säästöjä potilaalle ja yhteiskunnallekin. Terveystieteiden käytännöt vähenevät, ja hoitoon ohjautuminen selkeytyy. Merkittävästi suurempi joukko ihmisiä selviytyisi hyvillä kotihoito-ohjeilla. Näin syntyvät kustannussäästöt muodostuvat ainoastaan, jos hoito-ohjeet on annettu luotettavasti. Kustannussäästöjä kertyy myös matkakustannusten ja vastaanottomaksujen muodossa. Lääkäreiden työpanoksen tarkempi kohdentaminen, ostopalveluiden tarpeen väheneminen ja vastaanottojen rauhoittuminen tuovat osaltaan säästöjä. Hoidon tarpeen arvioinnissa täyttyy lainsäätäjän tahto, eli oikea-aikaista ja oikeassa paikassa hoitoa saavat ne, jotka sitä tarvitsevat, ja yhteiskunnallinen hyöty ja vaikuttavuus tulevat parhaiten esille. (Syväoja & Äijälä 2009, 231- 232.)

3 Tyypilliset sairauskohtaukset ja tapaturmat

3.1 Käsitteitä

Hätätilapotilas on kriittisesti sairastunut tai vammautunut, ja hänellä on suuri riski menehtyä tai saada pysyvä haitta ja joutua sairaalahoitoon pidemmäksi aikaa. Hätätilapotilaalla on merkittävää häiriötä tajunnan, verenkierron tai hengityksen alueella. Hätätilapotilaan riski arvioidaan tapahtumasta saatujen tietojen,

autettavalla esiintyvien oireiden ja peruselintoimintojen häiriön pahenemisen nopeuden perusteella. Haasteena on hätätilapotilaan tunnistaminen silloin, kun riski näyttää todellista tilannetta pienemmältä. Hätätilapotilaan oireet tulee tunnistaa ja oireenmukainen hoito aloittaa oireiden tunnistamisen yhteydessä. (Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012b, 18; Martikainen, Ala-Kokko 2012.)

Hätäensiapu käsittää ne toimenpiteet, joiden avulla hätätilapotilaan menehtyminen voidaan ehkäistä. Hätäensiavun osatekijöitä ovat hätäsiirto, joka on potilaan siirtämistä pois välittömästä vaarasta, peruselvytys, hengitysteiden avaaminen ilman apuvälineitä, verenvuodon tyrehtyttäminen kädellä, tilapäisellä kirstyssiteellä tai painesiteellä, ensiarvio johon kuuluvat hengitystiet, hengitystoinnin riittävyys, verenkierto, tajunnan taso ja näkyvien vammojen paikallistaminen. Auttajan koulutus ja kokemus ovat ratkaisevassa asemassa ensiavun tehokkuutta verratessa. Ensihoito kuljetetaan tapahtumapaikalle, ja hoitoa voidaan antaa myös kuljetuksen aikana. Hoidon antaa koulutettu henkilöstö, ja heillä on käytettävissään lääkkeitä ja välineitä. Hoito on potilaan oireiden ja tilan mukaista eikä perustu diagnoosiin. Ensihoitopalvelu voi auttaa myös hoitolaitoksissa, joissa ei ole valmiutta potilaan tilan vaatimaan kiireelliseen hoitoon. Ensihoito on osa terveydenhuollon päivystyspalveluita, ja sen pyrkimyksenä on äkillisesti loukkaantuneen tai sairastuneen henkilön hoidon aloittaminen niin ajoissa, että hänellä on mahdollisuus palata sairastumista edeltäneeseen elämäntilanteeseen mahdollisuuksien mukaan. (Castren ym. 2012c, 17 - 18.)

3.2 Ensiapu osana hoitoketjua

Ensiapu on yksi hoitoketjun osa. Pienet tapaturmat työpaikalla, kotona tai matkalla työstä kotiin kuuluvat osana arkipäiväämme. Näissä tilanteissa usein riittää meidän itsemme antama hoito ja apu. ”Maallikon tekemällä tilannearviolla, nopealla avun hälyttämisellä ja oikeilla ensiaputoimenpiteillä on ratkaiseva merkitys hoitoketjun käynnistämisessä.” Tapaturmien ja sairauksien seurauksia mietittäessä on huomioitava, että paras apu on ennaltaehkäiseminen, jolloin tapaturmavaarat kartoitetaan ja terveyttä edistetään. (Sahi, Castren, Helistö & Kämäräinen 2011,13.)

Hoitoketjun toiminta alkaa välittömästi, kun jokin tilanne on sattunut. Ensiavussa tilannearvio alkaa siitä, kun ensimmäinen ihminen tulee paikalle ja alkaa selvittää tapahtumia. Toiminta käynnistyy auttajan arviolla tapahtumasta, tapahtumapaikasta, potilaiden määrästä ja heidän tilanteestaan sekä siitä, mitä oireita heillä on ja mitä apua he tarvitsevat. Hätät ilmoitus tehdään numeroon 112. Soittaja ilmoittaa, mitä on tapahtunut ja missä avuntarpeen paikka sijaitsee. Soittajan on vastattava hätäkeskuksen virkailijan kysymyksiin ja toimittava häneltä saamiensa ohjeiden mukaisesti. Puhelimen saa sulkea, kun hätäkeskusvirkailija antaa siihen luvan. (Sahi ym. 2011, 13; Silfvast, Castren, Kurola, Lund & Martikainen 2013, 119 -120.)

Siirtämällä loukkaantunut pois vaaratilanteesta estetään uudet vaaratilanteet. Tähän siirtämiseen voidaan tarvita lisäapua. Mikäli autettavaa ei saada pois vaaratilanteesta, on jäätävä odottamaan lisäapua ja silloin pyritään varoittamaan muita vaarasta. Ensiapu on tapahtumapaikalla annettavaa apua. Hätäensiavulla taas pyritään pelastamaan loukkaantuneen henki. Pyrkimyksenä on turvata potilaan elintoimintojen säilyminen ja estää hänen tilansa paheneminen. Äkillinen onnettomuus tai vaaratilanne aiheuttaa myös psyykkisen hädän. Paras apu tässä tilanteessa on rauhoittaa ja lohduttaa loukkaantuneita sekä tukea apua tarvitsevia onnettomuudessa olleita. Oma rauhallinen käytös luo luottamusta. (Sahi ym. 2011, 14; Silfvast ym. 2013, 120.)

Auttamistilanne on aina vuorovaikutteellinen tapahtuma. Hyvänä ohjeena on miettiä, kuinka toivoisit itseäsi kohdeltavan ja toimia tämän ajatuksen mukaisesti. Lähtökohtana tulee aina olla ihmisen kunnioittaminen. Vakavaan tilanteeseen liittyy monesti pelkoa ja epävarmuutta. On tärkeää pysyä itse rauhallisena ja muistaa ilmeiden, eleiden ja äänenpainon sekä kosketuksen antama viesti autettavalle. Hyvän alun takaa rauhallinen käytös ja ystävällinen ääni. Kerro kuka olet ja mitä teet, puhu myös ei- hereillä olevalle, vaikka hän ei vastaisikaan. Älä jätä autettavaa yksin sekä pyydä uteliasta yleisöä poistumaan. (Korte & Myllyrinne 2012, 11.)

Ikääntyneen auttamiseen liittyy muutamia erityispiirteitä, jotka tulisi ottaa huomioon, mikäli autettava on yli 75-vuotias. Ikääntyneet autettavat ovat yleensä monisairaita ja hauraita, heidän itsenäinen selviytymisensä arkielämässä saattaa olla alentunut. Iäkkään akuutisti sairaan autettavan hoitopaikka määräytyy pitkälti aiemman terveydentilan, kunnon ja epäillyn syyn perusteella. Iäkkään autettavan oireiden syyt voivat olla moninaisia ja epäselviä. Tästä syystä lähetteen tiedot edeltävästä tilanteesta, lääkityksestä ja oireiden kestosta ovat ensiarvoisen tärkeitä. Tietoja kysytään saattajalta tai omaisilta, koska ikääntynyt ei useinkaan pysty antamaan selkeää kuvaa edeltävästä tilanteesta. (Salonoja 2012.)

3.3 Ensiaputilanteet

Nenäverenvuodon tyypillisin syy on vuodoille altistava lääkitys, nuha, poskiontelotulehdus tai jokin vamma. Alttius nenäverenvuodoille on hyvin yksilöllistä. Nenäverenvuoto on hoidettavissa kotona. Mikäli vuoto on kovin hankalaa tai ei lopu, on hakeuduttava lääkäriin. Nenäverenvuoto voi liittyä pään vammoihin, jotka aina vaativat lääkärin hoidon. (Korte & Myllyrinne 2012, 50.)

Ensiapuna sierain niistetään tyhjäksi. Autettava asetetaan etukumaraan asentoon. Mikäli hän ei jaksa, istua hänet asetetaan kylkiasentoon. Sierainta puristetaan tukkoon etusormi - peukalo-otteella. Mikäli vuoto ei lakkaa, asetetaan kylmää autettavan niskaan. (Silfvast ym. 2013, 50; Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013c, 774 – 777.)

Verenvuodon syynä on usein vamma, ja joskus vuodon voi aiheuttaa vakava sairaus. Iskusta riippuu, kuinka laajasti ja syvältä se on vaurioittanut ihonalaista kudosta. Isku on voinut vaurioittaa sisäelimiä eikä pelkästään kudoksia ja ihoa. Haavan ulkonäkö ei kerro kaikkia vaurioita, joita on voinut syntyä syvemmissä kudoksissa. Runsas verenvuoto vähentää kiertävää verimäärää ja voi aiheuttaa vuotoshokin. Shokin syntyyn vaikuttavat vuodon määrä ja nopeus. (Sahi ym. 2011, 71.)

Haava on katkos kudoksen eheydessä. Kudoks on katkennut joko tahallisesti,

kirurgin veitsellä tai jokin trauma on aiheuttanut katkoksen kudoseheydessä. Kaikki haavat paranevat noudattaen samoja vaiheita, joten haavan paranemisen arvioinnissa on tunnettava haavan paranemisen vaiheet. Vaiheita on kolme: Ensimmäinen on inflammaatio- eli tulehdusvaihe, joka alkaa heti, haavan synnyttyä. Toinen on proliferaatio- eli fibroblasiavaihe, jolloin tapahtuu kudoksen uusiutumista. Tämä on haavan paranemista, joka kestää yhdestä neljään viikkoa. Kolmas vaihe on maturaatiovaihe- eli kypsymisvaihe, joka voi kestää kuukausista vuosiin. Kypsymisvaiheen lopussa punoitus arvessa häviää, ja arpi jää ympäröivää kudosta vaaleammaksi. Edullisissa olosuhteissa epiteelisolut kasvavat noin millimetrin päivässä. Siisti viiltohaava umpeutuu noin 24 - 48 tunnissa, jonka jälkeen potilas voi mennä suihkuun. (Iivanainen & Syväoja 2011, 499.)

Aivojen hetkellinen verensaannin puutos aiheuttaa pyörtymisen. Syynä voi olla pitkään paikallaan seisominen, kova jännittäminen, kipu tai järkytys. Oireina on kalpeus ja heikotus. Potilaan pyörtyessä ensimmäisenä tarkistetaan hengitys, millä suljetaan pois elottomuus. Jalat kohotetaan, kiristävät vaatteet ja kaulus avataan, sisätiloissa ikkuna avataan raittiin ilman saantia varten. Jos pyörtynyt ei virkoa muutamassa minuutissa, kysymyksessä ei ole pyörtyminen. (Sahi ym. 2011, 53.)

”Tajuttomuus on syvän unen kaltainen tila, jossa tajuntansa menettänyt ei ole tietoinen ympäristöstään.” (MOT dictionaries 2013.) Tavallisin syy tajunnan menetykseen on pyörtyminen. Syynä voi olla myös aivotapahtuma, sydäntapahtuma, alhainen verensokeri, pään vamma, kouristus, myrkytys tai sähköisku. Tajuton ei reagoi puhutteluun, mutta hengittää normaalisti. Potilaalle suurimman vaaran aiheuttaa lihasjännitteen häviäminen, minkä seurauksena kieli tukkii hengitystien. Tärkeintä on turvata hengitys ja verenkierto. (Oksanen, Oksanen 2012.)

Peruselintoimintojen arviointiin ja tajuttomuuden syyn selvittämiseen on kehitetty, apuväline VOI IHME .

V = vuoto kallon sisällä

O = hapenpuute

I = intoksikaatio

I = infektio

H = hypoglykemia

M = matala verenpaine

E = epilepsia. (Oksanen, Oksanen 2012.)

Ilmateiden auki pysymisestä huolehtiminen on ensimmäinen tehtävä. Tajuttoman potilaan kohdalla selvitetään, mitä on tapahtunut ja yritetään saada potilas heräämään puhuttelemalla ja ravistelemalla hartioista. Ellei potilas herää, soiteetaan 112:een ja pyydetään paikalle lisäapua. Potilas autetaan selälleen kovalle alustalle ja tarkistetaan vapaa hengitys viemällä oma poski lähelle potilaan suuta ja samalla katsotaan, nouseeko rintakehä. Päätä ojennetaan kohottamalla leuasta ja painamalla toisella kädellä otsasta. Normaali hengitystiheys on aikuisella 12 -16 kertaa minuutissa eikä se ole työlästä tai kovaäänistä. Mikäli potilas hengittää hyvin, hänet käännetään kylkiasentoon ja seurataan potilaan hengitystä ammattiauttajien saapumiseen asti. Hengityksen lakatessa aloitetaan peruselvytys. (Korte & Myllyrinne 2012, 21 - 22; Oksanen, Oksanen 2012.)

Yleisin kuolinsyy länsimaissa on sydänsairaus. Sepelvaltimotautia sairastavista potilaista kuolee noin 60 % äkilliseen sydänpysähdykseen (Virkkunen 2008.)

Sydänpysähdyksen etiologia on muuttunut kammiovärinän esiintyvyyden muutoksen myötä, ja pulssittoman rytmin (PEA) osuus on vastaavasti kasvanut 60 %. Syy tähän pulssittoman rytmin voimakkaaseen lisääntymiseen on jäänyt epäselväksi. Kammiovärinä on yleinen sepelvaltimotautipotilailla, kun taas pulssittoman rytmin taustalla voi olla keuhkoembolia, aortan repeämä tai sydäntamponaatio. Sydänpotilaan ennusteeseen vaikuttaa koko hoitoketjun nopea ja asianmukainen toiminta, kuinka nopeasti sydänpysähdys on havaittu ja kuinka nopeasti saadaan apu soitettua paikalle. Ennusteeseen vaikuttaa maallikkoelvytys, varhainen defibrillointi ja ammattilaisten suorittama elvytys sekä yhä tärkeämpänä elvytetyn potilaan tehohoidon laatu. (Virkkunen 2008.)

Sepelvaltimotauti on työikäisten miesten yleisin kuolinsyy ja naisilla viidenneksi yleisin. Naisten sairastuminen tapahtuu noin 10 vuotta miehiä myöhemmin, koska estrogeenin katsotaan suojaavan naisen elimistöä. Sairaus kehittyy hiljalleen. Sydänlihasta ravitseviin sepelvaltimoihin kertyy LDL-kolesterolia, kolesteroli kovettuu vähitellen plakiksi aiheuttaen suonien ahtautumisen. Sydäninfarkti syntyy, kun tämä valtimon seinämässä oleva rasvaplakki rikkoutuu ja vauriokohdasta alkaa verenvuoto. Vuoto aiheuttaa verihyytymän eli trombin. (Pellikka 2013, 83 - 84; Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 291 - 292.)

Tyypillinen sepelvaltimotautikohtaus on kova rintakipu, joka aiheuttaa potilaassa pelkoa ja ahdistuksen tunnetta. Kipu ei mene pois nitrolla eikä itseksensä. Kipu voi kehittyä pikkuhiljaa. oireina puristava kipu, hengenahdistus ja kylmähikisyys. Kipu voi tuntua myös pahoinvointina, oksenteluna tai se voi säteillä selän puolelle. Potilas autetaan lepoasentoon, missä hänen on helpoin olla, soitetaan 112. Potilaalle annetaan aspiriinia (huomioidaan allergiat ja varfariini lääkitys). Tarkkaillaan potilaan hengitystä, verenkiertoa, rauhoitellaan ja pidetään potilas lämpimänä. (Korte & Myllyrinne 2012, 29; Niemelä, Vikman & Aho 2003.)

Rasitusrintakipu tulee yleensä rasituksen yhteydessä, ja sitä kutsutaan angina pectoris -kivuksi. Kipu syntyy, kun sydän ei saa tarvitsemaansa happea. Kipu säteilee kaulalle ja vasempaan käteen ja on laaja-alaista. Potilas näyttää kipua koko kädellään. Kipu on usein henkilölle entuudestaan tuttu, ja siihen on määrätty lääkitys. Rasitusrintakivun oireet ovat hyvin samanlaiset kuin sepelvaltimotautikohtauksen. Oireet ilmenevät rasituksessa, kuten esimerkiksi ylämäkeä noustessa tai taakkaa kantaessa. Potilas ohjataan lepäämään, hänelle annetaan nitro, jonka pitäisi auttaa muutamassa minuutissa. Soita 112:een, mikäli kipu palaa tai vointi ei korjaannu. (Korte & Myllyrinne 2012, 30; Mustajoki ym. 2013a, 74 - 76.)

Kovakaan rintakipu ei aina johdu sydäninfarktista, vaan voi olla oire myös verenkierto- tai hengityselimistön sairauksista. Kuitenkin kovan rintakivun esiinty-

essä on aina hakeuduttava lääkäriin. (Käypä hoito -suositus 2013.) ”Oikein kohdistettu ja ajoitettu elvytyshoito lisää sekä vuosia elämään, että elämää vuosiin.” Elvytys aloitetaan aina, mikäli potilaalla ei ole voimassa olevaa DN- päätöstä tai potilas on eloton eli ei reagoi tai hengitä. Hyvä tulos saavutetaan, jos potilaan on nähty menevän elottomaksi. (Mustajoki ym. 2013e, 54.)

Hengityksen lakatessa hapen puutteen takia elimistön solut alkavat tuhoutua, sydänlihassolut ja hermosolut vaurioituvat muutamien minuuttien kuluessa. Verenkiertoelimistön muodostavat sydän ja verisuonisto, jotka vastaavat yhdessä hiilidioksidin ja hapen saannista. (Korte & Myllyrinne 2012, 20 - 21.)

Ihminen on eloton, kun hengitys ja sydämen pumppaus lakkaa. Hapenpuutteesta johtuva rytmihäiriö on usein aikuisen ihmisen äkkikuoleman taustalla. Sydän toimii kaoottisesti väristen (kammiovärinä), normaali pumppaustoiminta lakkaa ja verenkierto pysähtyy. Henkilö menettää tajuntansa ja normaali hengitys loppuu. Kuitenkin voi kuulua korahtavia tai kuorsaavia ääniä, jotka eivät ole normaalia hengitystä, ja myös kouristelua voi esiintyä. Elimistön hapeton aika pyritään pitämään mahdollisimman lyhyenä ja peruselvytys aloitetaan nopeasti. Häätälmoituksen teon jälkeen aloitetaan painelu-puhalluselvytys, joka koostuu rintakehän painelun aikaan saamasta veren virtauksesta ja puhalluksien viemästä hapesta keuhkoihin ja sieltä kudoksiin. (Korte & Myllyrinne 2012, 32; Mustajoki ym. 2013b, 45 - 48.)

Elvytyksen lopettamiseen vaikuttavat ennusteelliset seikat, kuten sydänpysähdysten luonne eli johtuuko se traumasta vai onko kysymyksessä sepelvaltimotautiperäinen tai ei-sepelvaltimotaudista johtuva sydämen pysähdys. Perussairaudet vaikuttavat ennusteeseen. Tärkein tulosta ennustava seikka on elvytysaika, johon vaikuttaa elvytyksen kesto ja vitaalitoimintojen heikentyminen sekä taustatiedot potilaan mahdollisesta hyötymisestä elvytyksestä. Elvytys lopetetaan myös silloin, jos mitään vastetta ei ole syntynyt 35 minuutin kuluessa sydämen pysähdyksestä, poikkeuksena hypotermiapotilas. Potilaan sydämen käynnistyminen elvytyksen lopettamisen jälkeen on harvinaista, muttei mahdollista. Silloin kyseessä on ns. Lasarus-ilmiö. Havaintojen tekemistä jatketaan kuitenkin noin viisi minuuttia elvytyksen lopettamisen jälkeen. (Mustajoki ym.

2013e, 54 - 55.)

Uudet Käypä hoito -suositukset pohjautuvat lokakuussa 2010 julkaistuihin kansainvälisiin elvytys suosituksiin. Hoitosuosituksen tarkoituksena on taata jokaiselle sydänpysähdyspotilaalle tehokkain mahdollinen maallikoiden tai hoitohenkilökunnan antama elvytys. ”Tärkein tavoite on tehostaa peruselintoimintojen häiriön tunnistamista ja aloittaa näille potilaille sellainen hoito, jolla mahdollisesti ehkäistään uhkaava sydänpysähdys.” (Käypä hoito – suositus 2011a; Iivanainen & Syväoja 2008, 620 – 623.)

Tavoitteena on taata mahdollisimman laadukas ja tehokas puhallus- painantaelvytys sekä varhainen defibrillointi neuvovalla laitteella hoitolaitoksissa ja muualla. Potilaan hoidon tehostaminen sydänpysähdysten jälkeen on yksi tavoitteista. Ohjeita on laadittu elvytyksen aloittamatta jättämisestä ja lopettamisesta. (Käypä hoito - suositus 2011.)

Käypä hoito -suosituksissa tulevat muutokset ”Sykettä ei tunnustella aikuiselta elvytyspäätöksen tekemiseksi” ja ennen puhalluksia ei enää suositella ylähengitysteiden puhdistamista tai tarkistamista. Hengitysteiden tarkistaminen ja puhdistaminen tulee tehdä siinä tapauksessa, jos huomaa puhalluksen aikana ettei ilmaa mene keuhkoihin ja pään asennon korjaamisen jälkeenkään rintakehä ei nouse, vaan ilmaa menee vatsaonteloon. Painantaelvytyksen laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Painelun on oltava keskeytymätöntä ja rintalastan on painalluksen voimasta mentävä riittävän syväälle huomioiden rintalastan täydellinen palautuminen painallusten välissä. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Väitöskirjassaan Helena Jäntti (Itä-Suomen yliopisto, 2010.) käsittelee peruselvytyksen laatua ja elvytyksessä tapahtuvia painantakatkoksia. Jäntti tutki ja vertasi vuonna 2005 voimaan tulleiden elvytysohjeiden vaikutusta peruselvytykseen, elvytyksen painelurytmiä ja painelualustan vaikutuksia elvytyksen onnistumiseen. Väitöskirjassaan Jäntti tarkoittaa hyvälaatuisella elvytyksellä mahdollisimman hyvän verenkierron ylläpitämistä sydänpysähdysten sattuessa. Hyvälaatuinen peruselvytys on toteutettava mahdollisimman yhtäjaksoisesti huomioi-

den oikea painelussyvyys sekä oikea tahti ja rintakehän palautuminen painelujen jälkeen. Väitöksessään Jännti tuli siihen tulokseen, että metronomin käytöstä painelun tahdistamisessa olisi hyötyä. Metronomi korjaa painelutahtia, mutta sen käytöllä ei ole vaikutusta painelun laatuun eikä elvyttäjien väsymiseen. Samoin elvytyksen alustalla ei ollut vaikutusta elvytyksen laatuun tai elvyttäjien väsymiseen, varsinkaan kokeneiden elvyttäjien elvyttäessä nukkea. Jännti toteaa metronomin käytön olevan tehokas tapa kontrolloida painelutahtia ja sen rutiinikäyttö olisi suotavaa elvytystilanteissa. Maallikoille mahdollisuus metronomin käyttöön olisi sen käyttäminen annettaessa puhelimitse elvytysohjeita hätäkeskuksesta.

”Suomessa aivoverenkiertohäiriöt ovat neljänneksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin, syöpien ja dementian jälkeen. Vuosittain niihin kuolee noin 1800 miestä ja 2600 naista.” (Käypä hoito -suositus 2011.)

Aivokudoksen sisäinen verenvuoto on tyypillisempi iäkkäillä ihmisillä. Vuoto aiheutuu yleensä pienten aivoverisuonien repeämisestä, jonka syynä voi olla korkea verenpaine tai aivoverisuonten rappeutuminen. Oireena on nopea tajunnantason heikkeneminen, pahoinvointi joskus myös halvausoireita. Kuolleisuus on suuri (40 %) johtuen potilaiden huonosta terveydentilasta. (Castren ym. 2012b, 163.)

Aivokasvain, aivoverisuonen tukos, sen repeytyminen tai aivotulehdus voi aiheuttaa aivoverenkiertohäiriön. Aivojen verenkiertohäiriö aiheuttaa potilaassa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia toimintakyvyn muutoksia. Se, missä kohtaa aivoja ja kuinka laajat vauriot ovat, vaikuttaa toimintakykyyn. Aivoinfarktikohtaus tulee yleensä yllätyksenä, oireet ilmaantuvat nopeasti muutamissa minuuteissa tai tunneissa. Sairastuneet ovat yleensä tajuissaan, mutta eivät itse tiedosta tilanettaan eivätkä aina edes tunnista oireitaan. TIA (transient ischemic attack) on aivoverenkiertohäiriö, joka menee nopeasti ohi muistuttaen aivoinfarktikohtaus-ta. Aivohalvaus puolestaan on tila, jossa aivoverisuoni tukkeutuu äkisti aivot jäävät ilman happea ja verta, kuolioon menee se osa aivoista joka jää ilman verta. Aivoverenvuoto syntyy valtimoverisuonen repeämisestä, veri vuotaa joko aivokudokseen tai lukinkalvon alaiseen tilaan. Valtimon pullistuman (aneurysma) aiheuttama repeämä on usein lukinkalvon alaisen vuodon syynä. Aivoverenkiert-

tohäiriössä potilaan suupieli roikkuu, puhe puuroutuu, huimaa ja jalka tai käsi on tunnoton. Potilas on yleensä kivuton, päänsärky saattaa kuitenkin liittyä tilanteeseen. Ensiapuna on välitön soitto 112:een. (Korte & Myllyrinne 2012, 64; Käypä hoito -suositus 2011.)

Tajunnan tasoa seurataan. Varmistetaan reagoiko potilas puhutteluun, samoin varmistetaan hengitysteiden avoimuus. Autettava asetetaan kylkiasentoon ja tarkistetaan syke. Potilaan annetaan levätä mahdollisuuksien mukaan. Seuraa autettavan kasvoja, onko hänellä suupielen roikkumista? Onko molemmissa raajoissa samanlainen puristusvoima? Pystyykö autettava tuottamaan ymmärrettävää puhetta ja ymmärtääkö hän puhettasi? Onko autettavalla näköhäiriötä tai näkeekö hän kaksoiskuvia? Pystyykö autettava kävelemään vaivattomasti eli onko hänellä jäykkyyttä tai tasapainonhäiriöitä?

Selvitä oireiden alku mahdollisimman tarkkaan, milloin oireet alkoivat? kuka löysi potilaan ja milloin potilas on viimeksi nähty hyvässä voinnissa sekä millainen toimintakyky hänellä on ollut aiemmin. Muut oireet: päänsärky, kouristukset, rintakipu, hengenahdistus mm. Tärkeää on tunnistaa aivoverenkiertohäiriö ja saada potilas pikaisesti hoitoon. Mittaa verenpaine, verensokeri ja mahdollisuuksien mukaan veren happipitoisuus mikäli käytössäsi on pulssioksimetri. Seuraa peruselintoimintoja tiheästi. Raajojen lihasvoimaa voi verrata toisiinsa esim. pyytämällä puristamaan yhtä aikaa molemmista käsistä tai pyytämällä nostamaan molemmat jalat yhtä aikaa ylös. Katso roikkuuko suupieli, löytyvätkö sanat, onko puhe puuromaista. (Silfvast ym. 2013, 21 - 22; Mustajoki ym. 2013c, 702 - 706.)

Kehossa on yli 206 luuta jotka kiinnittyvät toisiinsa nivelillä, rustoilla tai yhteen luutumalla (kallo). Luu voi murtua henkilön kaatuessa, pudotessa tai jonkin törmäyksen syynä. Luu voi katketa tai siihen voi tulla särö. Myös hermot, kudokset, verisuonet ja nivelsiteet voivat vaurioitua luun ympäriltä. Murtumat tyypitellään avo- tai umpimurtumiksi. Alaraajan murtumista tyypillisin on nilkan murtuma, joka syntyy henkilön liukastuessa ja kehon alle jäävän raajan vääntyessä. Usein kaatuessa otetaan kädellä tukea, näin syntyvät käsivarren tai ranteen murtumat. Luiden haurastuminen johtaa iäkkäillä usein reisiluunkaulan murtumaan, tähän liittyy runsas verenvuoto, murtumien hoito tapahtuu aina lääkärin johdolla. Mur-

tuman oireita ovat kipu, virheasento tai raajaa ei voi käyttää normaalisti. Voi ilmetä sisäistä tai ulkoista verenvuotoa. Huomioitava on reisiluunmurtumassa että toinen raaja on toista lyhyempi, ja kääntynyt ulospäin. Potilas tuetaan sopivaan asentoon, murtumakohta tuetaan, ulkoiset verenvuodot tyrehdytetään, potilas pidetään lämpimänä ja soitetaan 112:een. (Korte & Myllyrinne 2012, 52 - 53; Sahi ym. 2011, 82 - 83.)

Suurten luiden murtumisessa vaarana on verenvuoto, autettava voi mennä vuo-toshokkiin. Esimerkkinä säären murtumassa vuoto voi olla 500 ml, reisiluun murtumassa 1000–1500 ml ja lantion murtumassa jopa 3000 ml. Avomurtumassa vuoto voi olla tätäkin suurempi. Murtuman yhteydessä vauriot voivat yltää lihaksiin, verisuoniin, hermoihin, luuytimeen ja nivelsiteisiin. Ensiapua annetta-essa avomurtuman yhteydessä on huomioitava suurentunut tulehdusriski. Vuotoa tyrehdytettäessä huomioidaan, ettei sidettä tule kiertää raajan ympärille, vaan tulee laittaa peiteside. Raajan turpoaminen ja siteen kiristyminen voivat estää raajan verenkierron ja seurauksena raajan meneminen kuolioon. (Käypä-hoito-suositus 2011.)

Lonkkamurtuman saaneet tapaturmapotilaat aiheuttavat suhteellisesti eniten sairaanhoitokuluja. Erikoissairaanhoidon hoitoaikojen lyhennyttyä potilaat lähe-tetään jatkokuntoutukseen oman paikkakunnan terveystieteisiin, kotiin, van-hainkoteihin tai palveluasumisen piiriin. Monet potilaista joutuvat jäämään pysy-västi laitoshoidon. Tästä aiheutuvat suurimmat kustannukset, joten jo taloudel-liset seikat puoltavat tehokkaan kuntoutuksen ja hoidon tavoitteita. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 707 – 708; Tarnanen, Huusko, Sipilä 2011.)

3.4 Ikääntyneiden ensiavussa huomioitavat erityispiirteet

Hyvään ja arvokkaaseen kuolemaan meillä jokaisella on oikeus. Siihen kuuluu kivuttomuus sekä hyvä perushoito, unohtamatta arvokkuutta ja kunnioittavaa asennetta. Hoidon perustana on turvallinen ympäristö, tutut hoitajat ja potilaan arvomaailman ymmärtäminen ja kunnioittaminen, sekä omaisten tukeminen.

Kuolevan potilaan hoitoympäristönä voi olla oma koti tai hoitolaitos. Saattohoidon alkaminen on ihmisen, hänen edustajansa tai hoitoon osallistuvan päätös. Päätös perustuu lääkärin tekemään lääketieteelliseen tietoon kuolemaan johtuvasta taudista, johon ei ole parantavaa hoitoa tai hoitoa ei hänelle voida jostain syystä antaa. Asiakkaan tahtoa noudatetaan aina, myös silloin kun hän ei voi sitä itse enää ilmaista. Hoitotahto voidaan kirjata hoitotestamenttiin tai se voi olla hoito- ja palvelusuunnitelmassa kirjattuna. Saattohoitoon perustuva sairaus kirjataan, samoin syy miksi hoitoa ei voida antaa. Kirjata kuuluu myös potilaan, ja hänen edustajansa näkökanta sekä keskusteluun osallistuneet ja päätöksestä vastaavan lääkärin nimi. (Voutilainen ym. 2002, 181 - 184.)

Saattohoitoon voidaan ikään kuin liukua pikkuhiljaa sairauden edetessä, ja hoito voi kestää vuosiakin. Hoidon sisältönä on kärsimyksien lievittäminen ja rauhalliseen, vailla kipuja olevaan kuolemaan saattaminen. Oleellinen periaate saattohoidossa on, että kuolemaa ei pyritä jouduttamaan tai estämään, mutta kärsimystä yritetään mahdollisuuksien mukaan hallita. Kipujen ja kärsimyksen hallinta on hyvin henkilökohtainen. Joillekin se voi olla monenlaisia toimenpiteitä tai lääkitystä vaativaa, toinen ei tarvitse juurikaan ylimääräistä lääkettä tai toimenpidettä. Tämän takia mitään yleistä ohjetta ei voida antaa saattohoitoon, vaan toiminta perustuu yksilön tarpeisiin. Kaikki helpotusta tuovat toimenpiteet ja hoitomuodot voivat olla käytössä, kun ajatellaan lähtökohtana olevan sen, mitä potilaan hyvä hoito ja hyvä elämä yleisesti ottaen käsitetään olevan. Viimeisten elintuntien merkitys korostuu, vaikka saattohoito ei pääty kuolemaan. Omaiset ja läheiset saattavat tarvita kuoleman jälkeen aikaa rauhalliseen hyvästijättöön ja muistelemiseen. Hoitohenkilökunta on lohduttajana mukana vaikkapa hiljaisen hetken muodossa, hoitoon osallistuvat tarvitsevat keskustelua ja tunteiden purkamista, joskus jopa työnohjausta. (Voutilainen ym. 2002, 181 - 184.)

Yhä vaikeammin sairaita pystytään nykytietämyksellä hoitamaan tuloksellisesti. Tämä mahdollistaa elämän ylläpidon silloinkin kun tilanne on toivoton ja potilaan kärsimyksiä pitkitetään kohtuuttomasti. Elämän säilyttäminen ja ylläpito ei näin ollen voi olla itsetarkoitus vaan tarpeettomista, rasittavista hoidoista tulisi voida myös luopua ja korvata ne hyvällä perushoidolla. Saattohoidon tarkoitus on antaa mahdollisuus elää ilman vaikeita oireita tai kipuja elämän loppuvaiheet. Poti-

laan toiveet otetaan huomioon eikä häntä jätetä yksin, ellei hän sitä itse toivo. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 109 - 111.)

Potilaslaki antaa tarkat ohjeet lain 6 § 3 momentissa siitä, mitä hoitajan on otettava huomioon toiminnassa potilaan puolesta. Potilaan ilmaisema tahto tai hänen henkilökohtainen etunsa on huomioitava omaisten, läheisten kuin potilaan laillisen edustajankin. Mikäli potilaan puolesta toimiva henkilö kieltää jonkin toimenpiteen tekemisen, hoito on suunniteltava yhteisymmärryksessä osapuolten kanssa jollain toisella tavalla. Näkemysten erotessa paljon toisistaan ratkaisun tekee hoitava lääkäri. Tärkeitä hoitopäätöksiä ovat muunmuassa leikkaukset ja hoidot joihin sisältyy suuria riskejä. DNR (do not resuscitate), tarkoittaa elvytystoimien aloittamisesta kieltäytymistä sellaisissa tilanteissa, joissa potilas on parantumattomasti sairas, eikä hän enää hyödy hoidoista. Do not resuscitate – päätökset ovat usein aiheuttaneet epäselvyyksiä hoitajien ja omaisten välillä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 97.)

Hoidon haittoja ja hyötyjä on aina arvioitava. Potilasta hoitavan ammatti-ihmisen on huomioitava, mitä potilaslaki sanoo potilaan oikeuksista. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä. Hän voi kieltäytyä hoidoista. Lakiin kuuluu myös, että terveydenhuollossa toimivan on kirjattava tiedot hoidosta, suunnittelusta ja toteuttamisesta hoidon seurannan turvaamiseksi. (Kokkonen ym. 2004, 17.)

Elvyttämättä jättämispäätöksen voi tehdä parantumattomasti sairaan potilaan kohdalla vain hoitava lääkäri. Päätökseen vaikuttavat potilaan lääketieteelliset syyt ja inhimillis-eettiset näkökulmat. Potilaan sairaus voi olla siinä vaiheessa, että sydänpysähdyksestä selviytymisen mahdollisuudet ovat erittäin huonot. Potilaan hoitosuunnitelmaa tulee kuitenkin tarkistaa tilanteen ja voinnin muuttuessa. Päätös pitää olla kirjattuna potilasasiakirjoihin, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat sen tietävät. Kaikissa tilanteissa tulee kunnioittaa potilaan tahtoa eikä sen tule vaikuttaa muihin potilaan hoitoihin. Potilaan omaisille kerrotaan päätöksentekoon johtaneet syyt, aina kuitenkin huomioidaan potilaan toivomus. Elvyttämättä jättämisessä on aina punnittava tarkoin syyt, sekä potilaan, että

omaisten kannalta. Myös hoitotahdon ilmaus ja hoitotestamentti on kirjattava potilasasiakirjoihin. Päätöstä elvyttämättä jättämisestä ei anneta puhelimesta kuin erikoistapauksessa. (Mustajoki, ym. 2013e, 54 - 55.)

Dementiapotilaan kohdalla hoitotahto on saatettu tehdä aikana, jolloin potilas on ollut kykenevä ilmaisemaan oman tahtonsa. Ellei ole pätevää syytä epäillä, että hänen tahtonsa on muuttunut, hänen tiedossa olevaa tahtoaan on noudatettava, kuten tehdään tilanteessa jossa potilas on esim. tajuton. Henkilön hoitotahto perustuu itsemääräämisoikeuteen, jonka noudattaminen on haasteellista tilanteissa joissa omaiset vaativat toisenlaisia hoitolinjoja. Muistettava on kuitenkin, että potilaan tahto menee omaisten tahdon edelle. Ellei potilaan tahdosta ole tietoa, eikä sitä voida selvittää, on se pyrittävä selvittämään hänen omaisten tai hänen puolestaan toimivien kanssa. Riitatapauksissa hoitava lääkäri on se, joka arvioi potilaan tilan, eli onko potilas kykenevä antamaan oman tahtonsa ja mikä se on. Tilanteessa, jossa potilaan tahtoa ei saada selville ja henkeä uhkaava vaara on olemassa, hänelle annetaan tarpeellinen hoito yleisesti hyväksytyjen periaatteiden mukaisesti. Akuutin tilanteen mentyä on selvitettävä onko hoitotahtoa olemassa. Jos hoitotahto on, sitä on noudatettava. Hoitotahto arvioidaan aika ajoin uudelleen ja arvioinnin tulos kirjataan potilaspapereihin. (Kokkonen ym. 2004, 82 - 87.)

Eettiset ohjeet, ja potilaslaki edellyttävät, että potilaalla on oikeus tietoon omasta tilastaan, ja hänelle on kerrottava lääketieteelliset tosiasiat. Potilaan kieltäytyessä hoidoista on ne keskeytettävä, edellyttäen, että potilas ymmärtää asian. Potilasta on tuettava silloin, kun sairauden epäillään johtavan kuolemaan. Hänelle annetaan mahdollisuus keskusteluun kuolemasta, jos hän niin haluaa. Myös potilaan läheisille on selvitettävä asia, ellei potilas ole sitä erikseen kieltänyt. Erityisen vaatimuksen hoitotilanteeseen asettaa kuolema. Silloin hyvä yhteistyö ja ymmärrys, niin potilaan, kuin hänen omaistensa kanssa on ensiarvoisen tärkeää. (Kokkonen ym. 2004, 20 - 21.)

Hoitotahdolla sen laatija ilmaisee oman tahtonsa niihin tilanteisiin, jolloin hän ei itse pysty sitä ilmaisemaan. Hoitotahdossa voidaan ilmaista linjaus hoidoista,

potilaan elämänarvoista, kieltää elvytystoimet tai ottaa kantaa yksittäisiin hoitoa koskeviin kysymyksiin. Hoitotahto voidaan laatia vapaamuotoisena, tai antaa suullisena. Se voidaan tallentaa Kanta-arkistoon jossa se on kaikkien hoitoon osallistuvien nähtävillä tai hoitotahto voidaan laatia testamentin muotoon. Suullista hoitotahtoa ei suosita, koska sen tulkinnassa on paljon epäselvyyttä aiheuttavia tekijöitä. Allekirjoitus tekee hoitotahdosta lainvoimaisen. Se on vain toistaiseksi voimassa, sitä voidaan muuttaa tai se voidaan peruuttaa kokonaan joko suullisesti tai kirjallisesti. Hoitotahto sitoo terveydenhuoltohenkilöstöä eikä sitä saa sivuuttaa. Tietojen tulisi olla helposti saatavilla potilaan asiakirjoista. Potilaalta tulisikin hyvissä ajoin tiedustella hänen hoitotahtoaan tai sen mahdollista olemassaoloa. (Kotisaari & Kukkola 2012, 104 - 105.)

Laki vaatii kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa. Ihmisarvoon kuuluu asioiden kirjaaminen potilaspapereihin ja potilaan asianmukainen puhuttelu. Asianmukainen kirjaaminen on sekä hoitohenkilökunnan oikeusturva, että potilaan tiedonsaannin kannalta tärkeää. Mikäli syntyy erimielisyyttä hoidossa, ratkaisussa tukeudutaan potilaspapereihin tehtyihin merkintöihin. Potilaan yksityisyyden kunnioittamisen määräykset ovat laissa. Yksityisyyttä ei aina käytännössä pystytä suojaamaan. Olisi kuitenkin suotavaa, että siihen pyrittäisiin aina mahdollisuuksien mukaan. Potilaan uskonnollisen, yhteiskunnallisen tai muun vakaumuksen kunnioitus tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon hoidossa. Laissa kuitenkin korostetaan hyviä tapoja ja kohteliaisuussääntöjä. Perustuslaki säätää potilaan oikeudet, jotka ovat lähtöisin ihmis- ja perusoikeuksista ja maamme koskevista kansainvälisistä ihmisoikeussopimuksista. (Kokkonen ym. 2004, 28 - 29.)

On aktiivista ja passiivista eutanasiaa, joista aktiivinen tarkoittaa potilaan kuoleman avustamista ja passiivinen eutanasia tarkoittaa, että pidättäytytään keinoista, jolla kuolemaa voidaan siirtää tai estää. Eutanasian lähtökohtana on potilaan itsemääräämisoikeus. Suomessa ei ole eutanasiaa koskevaa lainsäädäntöä, jolloin korostuu potilaan itsemääräämisoikeus häneen kohdistuvista toimenpiteistä. Aktiivinen eutanasia voi toteutua pyynnöstä surmaamisena, tappona, murhana tai kuolemantuottamuksena, jotka ovat laissa rangaistavia tekoja. Itsemurhassa avustaminen on aktiivista eutanasiaa. Passiivinen eutanasia on

rajanvetoa aktiivisen, ja passiivisen muodon välillä. Keskustelu passiivisen eutanasian kohdalla käydään siitä, mitä lääkäri voi jättää tekemättä ilman rangais- tuksen pelkoa. Nykykäsityksen mukaan ennusteeltaan toivottaman tapauksen kohdalla kärsimysten pitkittämisestä tulisi luopua, eikä elämän ylläpito ole sa- manlainen yleisohje kuin aiemmin. (Kokkonen ym. 2004, 130 - 132.)

4 Koulutus ja ohjaaminen sairaanhoitajan työssä

Koulutus on osa sairaanhoitajan työtä. Tuloksen kannalta ei ole yhdentekevää miten laadukasta koulutus on. Erityisesti koulutuksen järjestäminen jo ennes- tään ammattitaitoiselle henkilökunnalle tekee siitä kouluttajalle haasteellisen. Sairanhoitajan työ on jatkuvaa uusien taitojen opetteluja ja itsensä kehittämistä. Koulutuksia järjestetään monissa eri yhteyksissä. Koulutuksen tavoitteet näyt- täytyvät erilaisina riippuen missä yhteydessä koulutusta järjestetään. Työelämä- koulutusta ja yritysten järjestämää koulutusta henkilöstölle on hyvä tarkastella organisaatiolähtöisesti, koska koulutuksella pyritään tuottamaan etua koko or- ganisaatiolle, ja sen on tuettava organisaation strategiaa, tai sen perustehtävää. Koulutuksen tilaaja pitää mielessään koulutusta tilatessaan työyhteisön edun. Hänen tulee perustella, miksi kyseinen koulutus on juuri heidän tarpeisiin suun- nattu, ja mitä koulutuksella halutaan saavuttaa? Koulutuksen vaikutusta tilaaja ja koulutuksen järjestäjäkin voivat tarkastella eri kysymysten pohjalta. Kysymyk- set voivat olla esim. mitä vaikutuksia koulutuksella on koko organisaatioon? Mi- ten koulutus vaikutti osallistujien toimintaan? Mitä opittiin ja pitivätkö osallistujat koulutuksesta? Koulutuksen tarkoituksena on saada aikaan muutoksia entisiin käytäntöihin ja muuttaa entisiä toimintatapoja. Kyseessä voi olla yksittäisen tai- don opettelusta tai laajemmasta osaamisenkokonaisuudesta. Toiminnan muut- tumista voidaan hakea lyhyellä, tai pitkällä aikavälillä. Kyse on viimekädessä oppimisen motivaatiosta, ja kuinka uudet taidot alkavat vaikuttaa työyhteisössä. Koulutuksen tavoitteidenilmaiseminen mahdollisimman selkeästi ja toimintata- pojen muuttamisella saavutettujen hyötyjen korostaminen, tehostaa koulutetta-

vien motivaatiota oppimiseen ja opittujen taitojen käyttämiseen. (Kupias & Koski 2012, 14 - 18.)

Toiminnan muuttamiseksi työpaikalla, kouluttaja ei mene sinne kertomaan vain omaa asiaansa, vaan hänen pitää miettiä millaisia oppimiselämyksiä hän tuottaa, ja kuinka hänen asiantuntijuutensa tukee osallistujia heidän työssään. Yhdistämällä osallistujien asiantuntemuksen, ja oman osaamisensa kouluttaja luo uusia näkökulmia ja ratkaisumalleja eri tilanteisiin. Työelämän muutosvauhti edellyttää luovia ideoita, ja kykyä ennakoida tulevaa. Luovuuden avulla oppija on itse tekemässä muutosta sopeutumisen sijaan. Oppimistavoitteiden tärkeyden korostaminen on vaikeaa käytännössä. Usein korostuu se, mitä kouluttaja tekee, jolloin tavoitteet jäävät vaillinaiseksi eivätkä puhuttele osallistujia. Koulutukselta kaivataan uusia näkökulmia, ja lisää työvälineitä silloin, kun osallistujilla on jo paljon entistä tietoa. Tällöin koulutus koetaan helpoksi ja sen anti suureksi. Osallistujien omaa osaamista käytetään hyödyksi, ja opetus kannattaa aloittaa kysymysten ja keskustelun pohjalta. Keskustelun perusteella kouluttaja voi määrittellä tason, jolla koulutus liikkuu ja pyrkiä täydentämään jo olemassa olevaa tietoa. Muutosvastarinta on suurin silloin, kun osallistujilla on paljon kokemusta ja osaamista. Tämä tilanne on kouluttajalle haaste ja vaatii tunnustelua sekä vakuuttelua, näin saadaan aikaan turvallinen ja luotettava ilmapiiriin jolloin osallistujat hyväksyvät ja ottavat käyttöön uudet toimintatavat. Asia kannattaa perustella huolella ja pyrkiä vertailemaan vanhaa uuteen. Myös samankaltaisuuksiin on mahdollista vedota. (Kupias & Koski 2012, 14 - 18.)

Osana sairaanhoitajan työhön kuuluu henkilöstön ohjausta, ja opettamista, sekä tarvittavan materiaalin tuottaminen. Aikuisen oppiminen tapahtuu uuden tiedon liittämisen kautta vanhaan tietoon, ja ennen opittuihin käytänteisiin. Oppimisen edellytyksiä ovat motivaatio ja opittavien asioiden kokeminen henkilökohtaisesti mielekkääksi. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola, Hiitanen 2006, 41.)

Sairaanhoitajan työhön kuuluu hoitotyön kehittäminen, ja laadun varmistaminen. Tämän tulee aina tähdätä potilaan hyvään, riippumatta menetelmistä tai erilai-

sista näkökulmista. Hoidon laadun mittaaminen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi on yksi terveydenhuollon tärkeimmistä kehittämisen kohteista. Hoitotyön laatua arvioitaessa voidaan arvioinnin kriteereinä käyttää sairaanhoitajan eettisiä ohjeita. Ne ilmaisevat arvoja ja ominaisuuksia, joita hoitotyössä on pidettävä tavoiteltavina. Hoitotyön periaatteiden hyvää toteuttamista voidaan pitää hoitotyön laadun parantamisen mittarina. (Kassara ym. 2006, 375.)

4.1 Uuden oppiminen

Uuden oppimiseen sisältyy huoli pystyykö enää omaksumaan uutta, siksi kouluttajan on tärkeää kunnioittaa aikaisempaa osaamista ja kertoa, vanhasta luopumisen vaikeudesta. Vanhat tavat tuntuvat vaivattomilta, ja niiden kanssa on helppo toimia. Uuden opettelu tuntuu aluksi vaikeata, joten koulutuksessa korostetaan koulutuksen tuomia hyötyjä. Muutosvaiheessa esimiehen tulisi perustella koulutus alaisilleen, ja kouluttajan tulisi saada esimiehen tuki. Oppimistaidot vaihtelevat, ihmiset oppivat hyvin eri tavoilla. Koulutuksissa toiset toivovat, että kerrottaisiin tarkasti miten asiat tulisi tehdä. Tärkeää ei ole tietää kaikkea asiaan liittyvää vaan olennaisen ymmärtäminen ja tiedostaminen riittää. Kuitenkin on motivoivampaa tietää miksi jokin asia tehdään juuri tietyllä tavalla. Kouluttajan pitää pystyä kertomaan opettamastaan asiasta taustoja, näin pystytään opettelemaan uutta. Entistä on pystyttävä tutkimaan kriittisesti ja peilaamaan uutta suhteessa vanhaan tapaan. Omaa toimintaa pitää pystyä refleктоimaan jatkuvasti arjen työssä. Reflektion kuuluu taito nähdä tilanne useista eri näkökulmista ja kykyä etsiä vaihtoehtoja. Omat päätökset on pystyttävä perustelemaan. Reflektion voikin kohdistua omiin työtapoihin, tai koko työyhteisön tapoihin tai ajattelumalleihin. Ne ovat voineet olla kehityksen tiellä. Oppimisessa tärkeää on taito ja halu reflektioniin, joskin oppimista voi tapahtua kuten edellä mainittiin ilman reflektionista mallioppisen kautta. (Kupias & Koski 2012, 29 - 34.)

4.2 Menetelmät koulutuksessa

Koulutuksessa käytettäviä menetelmiä on paljon. Menetelmien valintaan vaikut-

taa toivottu lopputulos ja tavoite. Lopputulokseen päästään vaiheittain jokaiselle eri vaiheille voidaan asettaa omat tavoitteet. Tiettyihin tarkoituksiin jotkut menetelmät sopivat toisia paremmin. Tyypillinen asiatavoitetta edistävä menetelmä on yksilötyöskentelymenetelmä, tällä vahvistetaan yksilön oppimismotivaatiota. Menetelmien valintaan vaikuttavat käytettävissä olevat resurssit sekä mahdolliset koulutuksen reunaehdot. Ryhmän koko vaikuttaa, samoin käytössä oleva tila, materiaalit ja välineet. On huomioitava osallistujien toiveet ja tottumukset sekä heidän ajankäyttömahdollisuutensa. Ryhmän turvallisuuteen vaikuttaa osallistujien tuttuus keskenään. Hyvin tutussa ryhmässä osallistujien on helpompi tulla huomioiduksi. Ennakkokyselyllä on mahdollista kartoittaa ryhmä, ja vaikuttaa valittuun menetelmään. Kouluttajalla on omia mieltymyksiä, jotka vaikuttavat valintaan koulutuksen järjestämisestä. Kouluttajalla on omia oppimistyyliä, joita hän käyttää lähtökohtana. Menetelmä, jota kouluttaja käyttää tulisi olla sellainen, jonka kanssa opettaja on sinut. Epäonnistumisia opetuksessa analysoimalla voi välttyä liian aikaiselta menetelmän hylkäämiseltä. (Kupias & Koski 2012, 98 - 104.)

Koulutuksen tavoitteena on tiedon lisääminen. Voidaksemme suoriutua työstämme, vaatii nykyinen muuttuva yhteiskunta jatkuvaa uuden tiedon omaksumista. Perinteistä luentoa voidaan helposti kehittää vuorovaikutteisemmaksi ja aktivoivammaksi. Tietoiskut ja ryhmätyöskentelyt perinteisen luennon välissä rytmittävät oppimista. Kysymykset aktivoivat, provosoivat ja saavat osallistujien ajatukset liikkeelle. Tietopohjan laajenemisen ja uuden oppimisen rinnalla koulutuksessa tavoitellaan jo olemassa olevan tiedon soveltamista omaan työhön. Osaamista sekä käytännön toimintaa on jalostettava sillaksi uuden oppimiselle ja tietopohjan laajentamiselle. Aidosti haasteellisissa tilanteissa uusia ratkaisuja ei aina uskalleta kokeilla, koulutus antaa mahdollisuuden turvalliseen kokeiluun ja ongelman pohtimiseen eri näkökulmista. Aitojen tapausten mukaan ottaminen kannattaa koulutuksessa. (Kupias & Koski 2012, 112 - 119.)

4.3 Jatkuva oppiminen ja urakehitys

Vuorovaikutus yhdistää ihmisten osaamisen ja mahdollistaa näkemysten, sekä

ajatusten vaihdon. Vain omien näkemysten esiintuomisella, toisia kuuntelematta tai oppimatta heidän näkemyksistään, ei oppiminen ole kovin syvällistä. Aidosta vuorovaikutuksesta puhuttaessa puhutaan myös aidosta dialogisuudesta, juuri syvällinen oppiminen ja innovoiva vuorovaikutus ovat dialogista. Uusi näkemys tai idea ei siis ole kenenkään omaa vaan osallistuvien yhteinen dialoginen tuotos. (Kupias & Koski 2012, 113.)

Urakehitystä voidaan katsoa kahdelta kannalta, toisaalta kouluttautumisella ja toisaalta asiantuntijuuden lisääntymisellä työkokemuksen kautta. Jatkuva oppiminen hoitoalalla on yleistä, eteneminen uralla tapahtuu vaiheittain lähtien esimerkiksi lähihoitajasta ja päätyen terveystieteiden maisteriksi. Paikkaansa ei pidä, vaikka niin yleisesti luullaan, että hoitajat olisivat asiantuntijoita. Koulutus ja työkokemus voivat vaihdella paljon. Työtä voivat ohjata rutiinit ja hoitajat voivat suoriutua samasta työtehtävästä hyvin vaihtelevasti. Vahva koulutustausta ja tarve omien tietojen jatkuvaan päivittämiseen tekevät asiantuntijan. (Kotisaari & Kukkola 2012, 40 - 41.)

5 Opinnäytetyön tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö Attendo Oy:lle, ja tarkoituksena on kehittää palveluasumisen henkilökunnan ensiaputaitoja, sekä heidän toimintavalmiuttaan erilaisten akuuttien tilanteiden varalle. Suurimmalla osalla henkilökunnasta on hoitoalan peruskoulutus ja tietoa ensiavusta. Koulutuksessa on tarkoitus kerrata sekä päivittää olemassa olevia tietoja ja taitoja.

Opinnäytetyö perustuu tutkittuun hyväksi havaittuun materiaaliin sekä käytännössä opittuihin tietoihin ja taitoihin. Ensiapukoulutuksen materiaali pohjautuu Suomen Punaisen Ristin ensiapuohjeisiin.

Kumpikin meistä tarvitsi kokemusta ryhmän ohjauksesta ja oppitunneiden järjestämisestä. Tavoitteena oli opetusmateriaalin tekeminen, jota olisi mahdollista käyttää muidenkin ryhmien kouluttamiseen ja työpaikalla uusien työntekijöiden

perehdyttämiseen.

Taloudellinen näkökanta oli yksi pääteemamme. Halusimme saada työntekijät ajattelemaan, kuinka he omalla toiminnallaan voivat olla edistämässä taloudellista toimintaa. Rohkealla ja oikea-aikaisella toiminnalla vähennetään autettavan kärsimyksiä ja taataan hänelle nopea apu sekä inhimillinen kohtelu.

6 Opinnäytetyön toteutus

Aihe voi valikoitua monella tapaa, aiheen löytymistä ja ideoiden kehittelyä voi harjoitella. Ei ole olemassa mitään sääntöä, jonka avulla hyvän opinnäytetyön aiheen voisi löytää. Tutkimuksen tulisikin lähteä aidosta kiinnostuksesta aiheeseen tai ilmiöön. Halu saada vastaus johonkin kysymykseen ja aito kiinnostus ongelmasta olisi toivottavaa. Ohjaaja voi suositella jotain aihetta, mutta olisi hyvä, jos tekijä itse olisi innostunut aiheen käsittelystä. (Hirsjärvi ym. 2013, 70 - 71.)

Opinnäytetyö on tilaustyö Attendo Oy:lle. Työnantajan edustaja on opinnäytetyömme yhdyshenkilö. Opinnäytetyön tuotos on ensiapukoulutuksen järjestäminen palveluasumisen henkilökunnalle. Koulutuksen järjestämiselle on selkeä tarve: henkilökunnan toive lisäkoulutuksesta ja ensiaputaitojen päivityksestä. (Tutustumiskäynti Kotipihan palveluasumisen yksikössä 20.3.2014.)

Työmme yhteiskunnallinen merkitys korostuu aiheen ja koulutuksen tarpeellisuuden mukaan. Resurssien niukkuus, kustannusten säästöt ja lisääntyvä vanhusväestön määrä asettavat haasteita tulevaisuudessa siihen ketä, missä ja ketkä hoitavat. Paikan päällä tapahtuvalle mahdollisimman hyvälle hoidonarvioinnille on tilausta. (Kivilinna 2014.)

Työmme yhdeksi tärkeimmistä aiheista nostimme ikääntyvien kotona asumises-

sa tapahtuvat tapaturmat ja tyypillisimmät sairauskohtaukset, sekä kotona tapahtuva ensiapu. Tarkoituksena on antaa ensiapukoulutusta peruselvytyksessä, verenvuotojen hoitamisessa, kaatumisen seurauksena tapahtuvien murtumien tunnistamisessa, aivohalvauksen oireiden havaitsemisessa, sekä tajuttoman henkilön auttamisessa.

Tohmajärven Vanhustentuki ry järjestää palveluasumista ja vuokraa rakennuttamistaan rivitaloasunnoista yksiöitä ja kaksioita vanhuksille ja vammaisille. Kriteerinä asumiselle on tuetun asumisen tarve ja alentunut toimintakyky. Asukas asuu vuokra-asunnossaan henkilökunnalta saadun avun turvin. Kotipiikan asunnot tarjoavat palveluasumista, tehostettua palveluasumista, sekä ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa. Asunnot ovat pääosin yksiöitä sekä pieniä kaksioita. Osa asunnoista on varusteltu liikuntarajoitteisille asukkaille. (Tohmajärven kunta.2013.)

Palveluasuminen perustuu vuokrasuhteeseen. Asukas maksaa asunnostaan vuokraa, hän valikoi tarvitsemansa palvelut joko kunnalliselta sektorilta, yksityiseltä palveluntarjoajalta tai ottaa palveluita osittain molemmilta. Palveluasumista järjestetään palvelutaloissa, palveluasuntoryhmissä, sekä yksityisissä palveluasunnoissa, joita ylläpitävät kunnat, järjestöt, yksityiset yrittäjät tai yksityiset terveyspalvelujen, tuottajat kuten, Attendo Oy. (Tohmajärven kunta 2013.)

Terveysten ylläpitäminen ja toimintakyvyn säilyminen ja sen mahdollinen kohentaminen ovat ikääntyneiden kotona asumisen edellytys. Palvelujen tarjonnassa huomioidaan niiden kyky parantaa ikääntyneiden elämänlaatua. Erityisen tärkeässä asemassa ovat kotipalvelun henkilökunta ja kotisairaanhoidajat. Ikääntyneiden palvelujen määrää tulevaisuudessa voidaan vähentää heille yksilöllisesti räätälöidyillä palveluilla. Kansalliset linjaukset korostavat ikääntyneiden ihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimintakyvyn säilymistä. Riskien hallintaa ja varhaista puuttumista ongelmien havaitsemisen yhteydessä kehitetään. Pyrkimyksenä on taata hyvä elämä, ja mahdollisuus asua kotona mahdollisimman kauan. Varhaisen puuttumisen avulla pyritään ehkäisemään ikääntyvien toimintakyvyn laskua ja terveyden heikkenemistä, sekä sosiaalisia ongelmia. Näin ennaltaehkäistään

ongelmien kasautumista ja sairauksien pahenemista. (Mankkinen 2011; Pietilä 2012, 197 - 198.)

6.1 Opinnäytetyön eteneminen

Aiheen valikoitumiseen vaikuttivat toisen meistä omakohtaiset kokemukset työpaikalla saadusta vähäisestä ensiapukoulutuksesta ja hätätilanteiden sattuessa toiminnan epävarmuus. Aiheen työstämisen aloitimme loppuvuodesta 2012, jolloin valitsimme kirjallisuuskatsauksen aiheet ja aloitimme tiedonetsinnän. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme huomasimme aiheesta löytyvän paljon tietoa. Kirjallisuuskatsauksesta oli hyötyä etsiessämme tietoa varsinaiseen työhömmme. Tiedon on oltava tutkittua ja hyväksi havaittua. Aiheen valinnan ja opinnäytetyön varsinaisen aloittamisen välillä kului reilu puoli vuotta. Varsinaisen raportin kirjoittamisen aloitimme opinnäytetyösuunnitelman kirjoittamisella. Ohjausta aiheeseen saimme opinnäytetyömme ohjaajalta.

Työskentelymme sujui joustavasti, sovimme tavatessamme, kuinka jakaisimme kirjoittamisen. Työskentelimme osin itsenäisesti, tavatessamme kävimme läpi kirjoittamamme materiaalit.

Meille sopi tapa, jossa laitoimme itsellemme joitakin päivämääriä, milloin olisi hyvä olla jotakin valmista. Se ”piiskasi” työtä sopivasti eteenpäin. Itse tekstin tuottaminen ei ollut vaikeaa, kieliasu ja oikeinkirjoitus tuottivat ajoittain ongelmia. Samoin alussa oli haasteellista saada asetukset täsmäämään, siinä näkyi teknisten taitojen puute. Ongelmia oli saada sisällysluettelosta lyhyt ja ytimekäs sekä oikeaan järjestykseen kaikki teksti ja lähteet sekä viitteet. Uskoimme kyllä itseemme, vaikka joskus saattoi usko opinnäytetyön valmistumiseen hieman horjua. Päästyämme vaiheeseen, jolloin saimme ohjaajaltamme luvan oppituntien pitämiseen, alkoi usko työn valmistumiseen vahvistua.

6.2 Ensiapukoulutuksen toteuttaminen ja palaute koulutuspäivästä

Järjestimme ensiapukoulutuspäivän kahtena erillisenä päivänä nimenomaan työnantajan edustajan toivomuksesta. Näin mahdollisimman moni työntekijä

pystyi osallistumaan koulutukseen. Työnantaja oli merkinnyt työvuorotaulukoihin osallistujille koulutuksen. Esivalmistelut olimme tehneet jo hyvissä ajoin. Oppisalin varasi työnantajan edustaja heti, kun sovimme päivämäärät. Koulutuspaikaksi tuli oppisali, joka sijaitsee terveyskeskuksen alakerrassa. Oppisalissa oli valmiina atk-laitteet ja muu tarvittava välineistö.

Ensiaputilanteissa tarvitsimme sidontatarvikkeita, kylmäpakkauksia, ja osan materiaalista toinen meistä toi omalta työpaikaltaan. Elvytystilanteessa meillä oli käytössä kaksi nukkea: toinen oli mittareilla varustettu nukke, josta saattoi nähdä puhalluksen tilavuusmäärän ja painallusten tason. Toinen nukkeista oli vanha ja sen mittari oli valoilla toimiva. Vihreän valon palaessa oli ilma mennyt oikeaan paikkaan ja painallukset tarpeeksi napakat, punainen valo taas kertoi, että jotakin oli tehty huonosti. Tämä nukke tosin lopetti toimintansa toisessa koulutustilaisuudessa ja jatkoimme yhdellä nukella. Uudempi nukke oli lainassa Tohmajärven SPR:n osastolta, ja sieltä saimme ensiapulaukun, jonka sisältö oli meillä nähtävänä.

Tarjosimme osallistujille kahvit sekä pullat ja karjalanpiirakat, koska usein koulutuspäivänä työssä on kiirettä ja ruokailu jää vähemmälle. Ajattelimme palautekaavakkeiden täytön sujuvan paremmin kahvittelemalla lomassa, ja mahdollisesti syntyvään keskusteluun osallistuisimme itsekin.

Ensiapukoulutustuokiomme sisältö koostui PowerPoint-esityksestä, jonka olimme koonneet SPR:n materiaalia käyttäen. Esityksemme tarkasti ohjaava opettajamme. PowerPoint-esitykseen teimme diat, joihin laitoimme avainsanoja ja lyhyesti aiheen, josta olimme kertomassa. Diat kokosimme esitykseksi ja tämän esityksen pohjaksi kokosimme tekstin, jota käytimme esityksessä. Sisältö koottiin ajatellen tyypillisiä ikääntyneille asukkaille tapahtuvia tapaturmia ja sairauskohtauksia. Mukana oli toimintaohjeita nenäverenvuodon sattuessa, kuinka auttaa pyörtynyttä, pienen haavan kotihoito-ohjeita ja suuren verenvuodon tyrehdyttäminen painesiteellä. Sekä nilkan nyrjähdys ja hoito kolmen K:n menetelmällä. Luunmurtumien toteamisessa sekä ensiavussa ja hoitoon ohjaamisessa korostimme suurten murtumien sisäisen verenvuodon riskejä ja vuotoshokin

vaaraa. Kävimme läpi hoitoketjun ja sen eri vaiheet, samoin soittamisen hätäkeskukseen ja mitä erikoisesti olisi huomioitava. Huomioimme ikääntyneiden ensiavun ja sairauskohtausten erityispiirteet. Kerroimme hoitotahdosta ja DNR (do not resuscitation) päätöksen merkityksestä ikääntyvän hoitamisessa.

Jokainen sai harjoitella vuorollaan painesiteen sitomista, kylkiasentoon kääntämistä sekä elvyttämistä. Koulutukseen osallistui lähihoitajia, sairaanhoitajia, lähiavustajia, kotiaavustajia ja muutama, joilla ei ollut hoitoalan koulutusta, mutta pitkä työkokemus. Koulutus toteutettiin samaa materiaalia käyttäen molempina päivinä. Osallistujat olivat kiinnostuneita ja aktiivisia, varsinkin toisena koulutuspäivänä, jolloin osallistujia oli runsaammin. He esittivät hyviä kysymyksiä muun muassa varfariinin käytöstä asetyylisalisyyliilääkityksen kanssa sydäninfarktiepäilyn ensiavussa. Keskustelua syntyi päivystykseen lähettämisestä iltayöaikana ja viikonloppuna, vamman luokittelemisesta, onko kiireellistä hoitoa vaativa vai voiko odottaa yön yli ja missä tapauksissa näin menetellään.

Todettiin kipulääkkeiden antamisen olevan ensisijaisen tärkeää esimerkiksi kaatumisten yhteydessä, samoin yleisesti lääkityksen haittavaikutuksista iäkkäiden tasapainoon ja kaatumistapaturmien ennaltaehkäisemisen tärkeydestä. Keskusteltiin riittävän valaistuksen tärkeydestä ja esteettömistä kulkureiteistä. Samoin huomiota pyydettiin kiinnittämään ikääntyvien jalkineisiin ja näkökykyyn, sekä säännöllisiin näöntarkastuksiin.

Ensimmäiseen koulutustilaisuuteen saapui 13 osallistujaa ja seuraavaan 16 osallistujaa. Palautelomakkeen täyttäneitä oli 29. Vastausten yhteenveto on kuviossa 1.

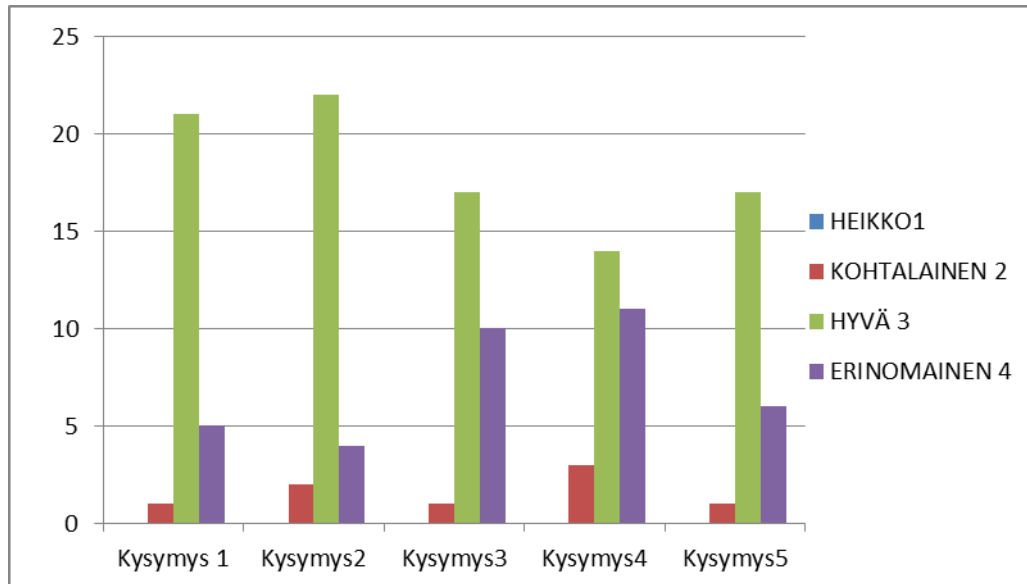
Kysymyksiä oli viisi kappaletta ja kussakin kysymyksessä oli neljä arviointivaihtoehtoa, arvioinnit 1 – 4 (1 = heikko, 2 = kohtalainen, 3 = hyvä, 4 = erinomainen).

Kysymykset olivat seuraavat:

1. Arvio teoriaosuuden sisällöstä
2. Arvio käytännön harjoitteista
3. Arvio kouluttajien osaamisesta, opetustaidoista ja asiantuntemuksesta

4. Arvio koulutustapahtuman sujuvuudesta ja asiantuntemuksesta
5. Vastasiko koulutuksen teoria ja käytännön harjoittelu sinun tarpeitasi?
6. Olisitko halunnut jotakin asiaa käsiteltävän tarkemmin?

Vapaa sana.



Kuvio 1. Kuvio palautekyselystä ja tulokset.

7 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opiskelijoiden tulisi jo varhain harjaantua eettiseen pohdiskeluun, sillä tutkimusaineiston valinta on eettinen ratkaisu. Valittaessa tutkimuskohdetta kysytään, kenen ehdoilla ja miksi kyseiseen tutkimukseen on ryhdytty? ”Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä.” (Hirsjärvi ym. 2013, 23.)

Suomessa tutkimusten asiallisuutta ja eettisyyttä valvoo sitä varten perustettu tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka on laatinut erilaisia ohjeita. Esimerkiksi se kehottaa tutkijoita rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä näiden arvioinneissa ja soveltamaan tieteellisten tutkimusten kriteerejä, eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä avoimuutta julkaistaessa tutkimuksensa tuloksia. Lisäksi

kehotetaan huomioimaan toisten tutkijoiden julkaisemat työt sekä kunnioittamaan heidän saavutuksiaan, suunnittelemaan ja toteuttamaan tutkimus, ja kirjoittamaan siitä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla lähtökohtana tutkimuksessa. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen huomioidaan antamalla osallistujien päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2013, 23 - 25; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

”Tieteellisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta.” ”Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa.” (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 128.)

Lähdekriittisyyteen kiinnitimme huomiota ja pyrimme työssämme käyttämään sellaisia lähteitä, joiden kirjoittaja on tunnettu, arvostettu ja häneltä on ilmestynyt useita julkaisuja. Pyrimme käyttämään uusimpia löytämiämme alkuperäisiä lähteitä, varsinkin kun tiedämme tutkimustiedon muuttuvan nopeasti (Hirsjärvi ym. 2013, 113).

Tässä työssä eettiset periaatteet tulivat mielestämme hyvin esille. Oppitunneille osallistuminen oli työntajan suositus, mutta hän ei voinut ketään pakottaa. Mahdollisuus osallistua tai olla työssä oli mielestämme toteutunut hyvin. Pyrimme noudattamaan hyväksi havaittuja käytänteitä sekä tiedonkeruun menetelmiä. Palautetta keräsimme palautekaavakkeen pohjalta. Siihen vastattiin nimettömänä, ja vastaaminen oli vapaaehtoista, mutta suositeltavaa.

Ensiapukoulutusmateriaali pohjautui SPR:n julkaisemaan materiaaliin, jota yleisesti käytetään ensiapukoulutusten pohjana. Käytimme myös Käypä hoitosuositusten materiaalia pohjana. Lähteiden suuren määrän takia työhön tuli joihinkin kappaleisiin kaksi lähdettä. tämän uskomme lisäävän työmme luotetta-

vuotta. Omalla työkokemuksellamme arvioimme olevan hyötyä tutkiessamme ikääntyville tapahtuvia tapaturmia ja sairauskohtauksia. Suuri osa esillä olleista aiheista oli meille tuttuja jo käytännön työstä. Pystyimme vastaamaan kysymyksiin ja kertomaan omakohtaisia kokemuksia todellisista tilanteista.

Osallistujille kerroimme tekevämme opinnäytetyötä ja että oppitunnit ovat työmme tuotos. Alussa kerroimme heille, ettemme voi kirjoittaa kurssitodistuksia, ainoastaan otimme osallistujalistan työnantajaa varten. Mainitsimme myös käyttävämme materiaalin pohjana SPR:n ensiapuopasta. Kouluttajina halusimme luoda osallistujille positiivisen ja kannustavan kokemuksen.

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme aiheena oli ensiapukoulutuksen järjestäminen. Aihetta on käsitelty monissa opinnäytetöissä. Omaan työhömmme halusimme hieman poikkeavaa näkökulmaa ja tarkastelimme asioita taloudellisuuden näkökulmasta, aikuisen oppijan ohjaamisen vinkkelistä sekä toimivan hoitoketjun merkityksen kautta. Laitospaikkojen supistamisen myötä on palveluasumisen tarve kasvanut. Tämä tilanne asettaa henkilökunnan ammattitaidolle jatkuvasti uusia haasteita. Palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen hoitopaikoissa on yhä sairaampia asukkaita, ja he vaativat entistä enemmän hoitoa. Myös saattohoito on yksi hoidon osa-alue. Henkilöstön koulutus muuttuvassa toimintaympäristössä oli yksi aiheen valintaan vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyötä tehdessämme huomiomme kiinnittyi muutamiin asioihin. Tärkeimpänä asiana esille nousi toimiminen ennalta arvaamattomissa tilanteissa ja vastuun ottaminen omasta toiminnasta. Luottaminen omaan ammattitaitoon ja kertaus jo valmiiksi aiemmin opituista asioista antaa tukea rohkealle toiminnalle.

Tehdessämme tätä työtä keskustelimme ensihoidon henkilöstön ja ensihoidon vastuulääkärin kanssa. Heiltä saadun palautteen mukaan on selkeästi tarvetta koulutuksen järjestämiseen ja ensiaputaitojen kertaukseen. Saman asian toi

esille palveluasumisen esimies, kun keskustelimme hänen kanssaan koulutuksen aiheista ja tapauksista, joita olimme ajatelleet ottaa työhömmе mukaan. Huomioimme koulutuksen tarpeen juuri ikääntyneille sattuvien kaatumistapaturmissa ja tyypillisimmissä sairauskohtauksissa. Halusimme tuoda varmuutta hoitajien omaan toimintaan ja vahvistaa luottamusta heidän omaan ammattitaitoonsa. Koulutukseen osallistuivat palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen henkilökunta ja osa sijaisista. Kaikilla osallistujilla oli hoitoalan peruskoulutus tai työkokemuksen kautta hankittua osaamista. Haasteena koimme koulutuksen järjestämisen omille työtovereille ja heidän motivoimisensa osallistumaan koulutukseen. Koulutustilaisuus onnistui hyvin, alkujännityksestä huolimatta. Valmistelimme tilaisuuden huolellisesti, harjoittelimme laitteiden käytön, kokosimme tarvikkeet valmiiksi ja testasimme niiden toimivuuden. Tarkastimme materiaalin esittämiseen kuluvan ajan, huomioiden, että aikaa jää myös harjoittelemiseen ja loppuarviointiin.

Yleisö osallistui aktiivisesti ja esitti kysymyksiä. Keskustelua syntyi enemmän toisena koulutuskertana, jolloin oli enemmän osallistujia. Harjoitteita oli neljässä eri pisteessä, ja niitä voi kiertää pareittain tai yksin, kuinka vain kukin halusi. Itse näytimme ensin kaikissa pisteissä, kuinka tulee toimia. Osallistujat olivat aktiivisesti mukana, ja heistä harjoitteet olivat päivän parasta antia. Koulutuksen järjestäminen iltapäivällä oli työnantajan toivomus, ja se sopi meillekin hyvin. Kaikki halukkaat pääsivät osallistumaan koulutukseen, ja sen sai merkitä työajaksi. Palautekaavakkeet jaoimme samalla, kun tarjosimme osallistujille pulla-piirakkakahvit. Palautetta saimme lähes kaikilta.

Koulutuksen alussa kerroimme keitä olemme ja miksi tämä koulutus oli järjestetty. Kerroimme käyttäneemme koulutusmateriaalin pohjana SPR:n materiaalia, joka perustuu tutkittuun sekä hyväksi havaittuun tietoon. Samaa materiaalia, minkä pohjalle teimme oman materiaalin, käyttää SPR:kin omissa koulutustilaisuuksissaan. Tätä materiaalia täydensimme omalla tiedonetsinnällämme ja joi-takin aiheita käsitteimme laajemmin. Tapaukset, jotka kävimme läpi, olivat juuri ikääntyville tyypillisimmin tapahtuvia sairauskohtauksia ja tapaturmia, joihin henkilökunta törmää työssään usein.

Koulutuksemme tärkein painotus oli ensiavun antamisen aloittaminen, siinä

omiin jo olemassa oleviin taitoihin luottaminen. Korostimme oman harkinnan ja arvioinnin tärkeyttä sekä mahdollisuutta konsultaatioon päivystyksen kanssa. Työssä olisi hyvä huomioida ikääntyvien erityispiirteet ja niiden vaikutus kulloiseenkin tilanteeseen ja siinä toimimiseen. Autettavan tunteminen ja oireiden kuvaaminen, sekä millainen oli autettavan toimintakyky ennen tilanteen alkua, ovat ensiarvoisen tärkeää tietoa ensihoitajille ja päivystykseen. Hoitajan on huomioitava, ettei ensihoidon henkilökunta saa tietoja tullessaan auttamaan potilasta.

Tämä nivoutui hyvin taloudellisuuden ajatteluun, joka oli yksi painotusalueestamme. Ajatuksenamme oli oikea-aikaisen hoidon ja tehokkaan ensiavun antamisen hyödyttävän koko hoitoketjua. Säästöjen syntymisen katsotaan muodostuvan hoitopaikassa annettavasta hyvästä ja toimivasta hoidosta ja säästyneistä päivystyskäynneistä, jotka rasittavat niin autettavaa kuin kuormittavat päivystystä. Tulisi aina miettiä, mitkä ongelmat pystytään hoitamaan autettavan kotona oman henkilökunnan voimin ja seurannassa. Tutut hoitajat osaavat seurata autettavan vointia ja tietävät, milloin voinnissa on tapahtunut merkittäviä muutoksia, joihin on reagoitava välittömästi.

8.1 Oma ammatillinen kasvu

Opimme, kuinka näin suuri ja laaja prosessi etenee ja kuinka tällainen projekti tulee suunnitella. Opimme pitkäjännitteisyyttä ja sietämään asioiden keskenkäisyyttä. Tosin loppuajasta tahtoi työ olla mielessä kaiken aikaa, jopa unissaakin. Opimme toimimaan laaja-alaisesti ja aikatauluttamaan työtämme. Meille sopi, että laitamme tietyin ajoin päivämäärän, mihin mennessä jotakin etenemistä tuli tapahtua. Työ oli meille kummallekin ensimmäinen näin laaja ja iso projekti.

Oppimista tapahtui myös virheiden kautta. Sisällysluettelon rajaus tuotti haasteita, samoin tietotekniikka alussa. Kielioppiasiat tuottivat päänvaivaa, ja niihin tarvittiin osin ulkopuolista ohjausta. Työtuntien laskeminen meni sekaisin jo alussa, joten siitä luovuttiin. Tuntumana on työtuntien ylittyminen, viimeistelyvaiheen viedessä aikaa arvioitua enemmän.

Saimme kumpikin hyvää harjoitusta koulutustilaisuuden pitämisestä: mitä huomioitavaa liittyy järjestelyihin sekä ryhmän ohjaamiseen ja opettamiseen. Tämä oli erityisesti hyvää harjoitusta mietittäessä asiakkaiden ohjaustilanteita tulevassa työelämässä. Järjestelyt menivät sujuvasti, samoin oppitunnit. Harjoittelimme etukäteen, ja aihe oli meille molemmille entuudestaan tuttu. Katsoimme kellosta ajan, että osaisimme rajata esityksen ja aikaa jäisi tarpeeksi käytännön harjoitteluun ja avoimeen keskusteluun.

Haasteeksi muodostui, kuinka saada kuulijat innostumaan aiheesta, koska aihe ei heillekään tuonut uutta tietoa, vaan suurimmaksi osaksi kertausta jo opituista asioista. Osallistujat kokivat kuitenkin koulutuksen hyvänä ja selkeästi esitettyinä. Kertaus koettiin tarpeellisena ja toivottiin jatkoa.

8.2 Kehittämisideat

Kehittämisideoina tuli esille lisäkoulutuksen tarpeellisuus, sairauskohtauksien ensiapuun toivottiin täsmällisiä ohjeita. Esiin tulivat epilepsia, diabetes ja siitä varsinkin matalan verensokerin aiheuttamat komplikaatiot.

Meille itsellemme tuli ajatus koulutustuokioiden pitämisestä osana osastotuntia tai tiimipalaveria. Sairaanhoidaja voi valmistella materiaalin ja esittää sen osastotunnin aluksi. Näin syntyy keskustelua aiheesta, ja toimintatavat tulevat kerratuksi uusillekin työntekijöille. Pienessä ryhmässä osallistuminen on helpompaa, ja jokainen osallistuja tulee kuulluksi.

Lisäkoulutusta on helppo järjestää eikä siitä koidu työnantajalle kustannuksia. On hyvä ottaa esille ajankohtaisia asioita, tai käydä läpi uusia hoitotoimenpiteitä tai välineitä. Näin ne tulevat esiteltyä. Tästä koituu hyvää koko työyhteisölle. Mukaan otettiin taloudellinen näkökanta. Tämä tuli esille tilaajan toivomuksesta. Taloudellisuus tulee huomioida monissa asioissa, esimerkiksi oikea-aikaisella ensiaputoiminnalla paikanpäällä. Tämä tarkoittaa hoidon arviointia ja jatkohoittoon lähettämistä tarpeen vaatiessa. Monia tapaturmia voidaan jäädä seuraamaan kotioloissa, mikäli hoitaja on saatavilla ja hänellä on mahdollisuus tarvittaessa konsultoida joko sairaanhoitajaa tai lääkäriä. Kotona pystytään hoitamaan ammattitaitoisen henkilökunnan ja kotihoito-ohjeiden avulla suurta osaa normaaleista tapaturmista.

Lähteet

- Alkio, M. 2011. Terveystieteiden kustannuksella. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., Westergård, A. 2009a. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012b. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012c. Tuki- ja liikuntaelinten vammat. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00008. 13.8.2014.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åsted-Kurki, P. 2012 Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2011. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Jäntti, H. 2010. Peruselvytyksen laatuun voidaan yksinkertaisin keinoin vaikuttaa. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöstiedote. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen Yliopisto.
<http://www.uef.fi/fi/uef/-/15-10-peruselvytyksen-laatuun-voidaan-yksinkertaisin-keinoin-vaikuttaa>. 13.11.2014.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Tampere: WSOY.
- Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Jyväskylä: Gummerus
- Korhonen, N. 2014. Fall- induced injuries and deaths among older Finns between 1970 and 2012 (iäkkäiden kaatumisten aiheuttamat vammat ja kuolemat Suomessa vuosina 1970 – 2012.)
Väitöskirjatutkimus. Lääketieteen yksikkö. Tampereen yliopisto.
tampub.uta.fi/distream/handle/10024/06374/978-051-44-9638-7.pdf. 29.12.2014.
- Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapu. Suomen Punainen Risti.
- Kotisaari, M.-L. & Kukkola, S. 2012 . Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. 2010b. Traumatologia. Teoksessa Parkkari, J. & Kannus. P. (toim.). Tapaturmien torjunta. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 20-23. 12.8.2014.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita: Prima Oy.
- Käypä hoito -suositus. 2011b. Elvytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Artikkelin hoi
17010(017.010)
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus. 31.01.2015.
- Käypä hoito -suositus. 2011c. Aivoinfarkti. Suomen Lääkäriseuran Duodecimin

- ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä.
www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti. 25.11.2014.
- Mankkinen, T.2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen elämä ikääntyville. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Julkaisu 19/2011.
www.intermin.fi/download/24903_192011.pdf. 09ö01ö2015.
- MOT dictionaries. 2013. Mot lääketiede 2.0a.Tajuttomuus
<http://mot.kielikone.fi.tietopalvelu.karelia.fi/mot/P-F:\shtak\EEVA\STHAK\lea koulutus mat\Opparin ea koulutus powerit.pptxKarjalanamk/netmot.exe?motportal=80>. 18.8.2014.
- Musikka, S., Kiteen kaupungin valtuuston puheenjohtaja. 2013.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matlainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M.2013a.Sairaanhoitajan käsikirja. Teoksessa Kauppinen, A., Poikolainen, N. (toim.).Vakaaoireisen sepelvaltimotauti(Sabiili angina pectoris)-potilaan hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 74-76.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matlainen, E., Pellikka, M., Rasimus, M. 2013b.Sairaanhoitajan käsikirja. Teoksessa Ikola, K. (toim.).Aikuisen peruselvytys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 45-48.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matlainen, E., Pellikka, M., Rasimus, M.2013c. Sairaanhoitajan käsikirja. Teoksessa. Junkkarinen, A.(toim.). Neurologisen potilaan tarkkailu ja tutkiminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.702-703.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matlainen, E., Pellikka, M., Rasimus, M. 2013d. Sairaanhoitajan käsikirja. Teoksessa Pellikka, M. (toim.).Sepelvaltimotaudin primaaripreventio.Helsinki:Kustannus Oy Duodecim. 83-85.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matlainen, E., Pellikka, M., Rasimus, M. 2013e. Sairaanhoitajan Käsikirja. Teoksessa Ikola, K.(toim.). Elvytyksen aloittaminen ja lopettaminen. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.54-55.
- National Institute for Health and Care Excellence. (NICE) 2011. Hip fracture: The management of hip fracture in adults.
www.nice.org.uk/quickandeasy/124. 21.10.2014.
- Niemelä, K., Vikman, S. & Aho, T 2003.Sepelvaltimotautikohtaus. Käyvän hoidon potilasversiot 2003.Käypäho
www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti. 31.01.2015.
- Niemi, V. 2012. Turvallisia vuosia ikääntyville. Sisäasianministeriö.Julkaisu 27/2012.
www.intermin.fi/download/34419_272012.pdf. 29.12.2014.
- Oksanen, T., Oksanen, J. 2012.Akuuttihoito – opas. Tajuttoman potilaan ensiarvio ja hoidon aloitus. Duodecim. Terveysportti.
www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/aho/koti. 29.01.2015.
- Pietilä, A.-M. (toim.). 2012. Terveiden edistäminen teoriasta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sahi, T., Castren, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2011. Ensiapuopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Salonoja, M. 2012. Akuuttihoito-opas. Geriatriinen päivystyspotilas.Duodecim. Terveysportti.
www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/aho/koti.29.1.2015
- Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2013. Ensihoidon opas. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.
- Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Vammala: Tammi.

- Tarnanen, K., Huusko, T & Sipilä, R. 2011. Lonkkamurtuma. Käyvän hoidon potilasversio.
www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti. 31.01.2015
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Iäkkäät.
www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat. 28.12.2014.
- Tohmajärvi. 2011. Palveluasunnot. Kotisivut.
<http://www.tohmajarvi.fi/Resource.phx/sivut/sivut-tohmajarvi/palvelut/asuminen/asuminen/palveluasunnot.htx>.
8.5.2014.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012.
www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kytnto 8.1.2015.
- Virkkunen, I. 2008. Sairaalan ulkopuolinen sydänpysähdys.
Väitöskirjareferaatti. Anestesiologian ala. Tampereen yliopisto.
http://www.finnanest.fi/files/virkkunen_sairaalan.pdf. 13.11.2014.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulka-
va, U. & Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu.
Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus.

Palautekysely

TYYPILLISIMMÄT IKÄÄNTYNEIDEN KOTITAPATURMAT JA NIIDEN ENSIAPU 1.9.2014 ja 3.9.2014.

Toivomme teidän täyttävän palautelomakkeen.

1 = heikko, 2 = kohtalainen, 3 = hyvä, 4 = erinomainen

1. Arviosi teoriaosuuden ulkoasusta_____
2. Arviosi teoriaosuuden ja käytännön yhteensopivuudesta_____
3. Arviosi käytännön harjoitteista_____
4. Arviosi kouluttajien osaamisesta, opetustaidoista ja asiantuntemuksesta____
5. Arviosi koulutustapahtuman sujuvuudesta ja aikataulun onnistumisesta____
6. Vastasiko koulutuksen teoria ja käytännön harjoittelu sinun tarpeitasi?_____
7. Olisitko halunnut jotain asiaa lisättäväksi?_____

Vapaa sana_____

Kiitos osallistumisestasi!

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Attendo Oy
Toimeksiantajan edustaja:	Maija-Riitta Kivilinna
Osoite:	Takkunurmentie 9, TOHMAJÄRVI 82600
Puhelinnumero:	0503656972
Sähköposti:	

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1200091 <i>1200187</i> Eeva Kaakko <i>Sinikka Musikka</i>
Puhelinnumero:	050-3563184 <i>0407877608</i>
Sähköposti:	etunimi.sukunimi@karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Ensiapukoulutuksen pitäminen palveluasumisen yksikön Kotipihan henkilöstölle.
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	Helmikuu 2014 – Joulukuu 2014
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	

Toimeksiantajan sitoumukset	

Opiskelijan sitoumukset	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Sami Arola

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 20.3.2014	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Eeva Kaakko Sinikka Musikka
Päiväys 20.3.2014	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Maija-Riitta Kivilinna</i>
Päiväys <i>25.3.2014</i>	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Sami Arola</i> SAMI AROLA

ENSIAPUKOULUTUS PALVELUASUMISEN HENKILÖKUNNALLE

AUTTAMISVELVOLLISUUS

- Ensiapuvalmiudella tässä tilanteessa tarkoitetaan sitä että työpaikalla on riittävästi ensiaputaitoista henkilökuntaa, ensiapuvarustus ja toiminta-ohjeet ensiaputilanteiden varalle.
- Ensiaputaito on kansalaistaito joka lisää arjen turvallisuutta ja selviytymiskykyä onnettomuus ja vaaratilanteissa.
- Auttamisvelvollisuus on lakiin perustuva.

Hoitoketju

- Hoitoketju koostuu: Tilannearvio, hätäilmoitus, pelastaminen, ensiapu, ensivaste, ensihoito, kuljetus, hoito, kuntoutus.
- Hoitoketju alkaa siitä kun jokin tilanne on sattunut.
- Tilannearviolla ja nopealla avun hälyttämisellä sekä oikeilla ensiaputoimilla on ratkaiseva merkitys hoitoketjun käynnistymisessä.

TILANNEARVIO

- Ensin nopea tilannearvio
- Mitä on tapahtunut ? Onko kyseessä sairauskohtaus, tapaturma tai muu onnettomuus.
- Tarkistetaan hengitys, syke, onko potilas hereillä ja yhteistyökykyinen, onko iho hikinen vai kuiva.
- Jos tilanteeseen liittyy kipua niin kivun luonne kannattaa mahdollisuuksien mukaan selvittää. Onko kipu pistävää, puristavaa, viiltävää tai säteilevää mm. Miten kipu alkoi ja liittyikö kivun alkuun jotain erityistä ?
- Pyydä potilasta näyttämään kädellä kipukohtaa.
- Mahdollisuuksien mukaan hälytä lisääpua.

SOITTO 112

- Kerro lyhyesti mitä on tapahtunut.
- Anna tarkka osoite (kunta, katuosoite, kerros-tai omakotitalo
- Varaudu siihen, että päivystäjä haluaa keskustella myös apua tarvitsevan henkilön kanssa.
- Älä sulje puhelinta ennekuin olet saanut luvan.
- Huolehdi opastuksesta tarvittaessa ja siitä, että kulkureitti on selvä.

- Pidä puhelin vapaana , koska avunpyytäjälle saatetaan soittaa matkalla olevasta yksiköstä lisätietojen saamiseksi.
- Soita uudelleen 112, mikäli autettavan tila oleellisesti muuttuu.

MIKSI NÄMÄ VAMMAT JA SAIRAUSSKOHTAUKSET ?

- Ovat tyypillisimpiä vanhuksille sattuvia tapaturmia tai sairauskohtauksia.
- Monesti paikanpäällä annettu apu riittää.
- Jokainen osaa tehdä jotain ja kaikki apu on aina arvokasta.
- Tyypillisimpien ensiaputilanteiden harjoittelu säännöllisesti luo varmuutta ja tehtävien hallinnan tunnetta.

NENÄVERENVUOTO

- Tavallisin vuodoille altistava tekijä on lääkitys, (Primaspan, Marevan)
- Nenäverenvuoto hoidetaan kotona yleensä.
- Sierain niistetään tyhjäksi.
- Potilas laitetaan istumaan etukumaraan asentoon, ellei jaksa istua niin kylkiasentoon.
- Sierainta puristetaan napakalla etusormi-peukalo-otteella
- Potilaan niskaan laitetaan jotain kylmää.

PYÖRTYMINEN

- Aiheuttajana on aivojen hetkellinen verensaannin puutos.
- Oireena on kalpeus ja hikisyys.
- Tarkista että potilas hengittää.
- Jalat kohotetaan ja kiristävät vaatteet ja kaulus avataan. Ikkuna avataan.
- Ellei potilas virkoa muutamassa minuutissa, syynä on jokin muu kuin pyörtöminen.

TAJUTTOMUUS

- Syynä voi olla aivotapahtuma, alhainen sokeri, sydäntapahtuma tai pään vamma.
- Tajuton ei reagoi puhutteluun mutta hengittää normaalisti.
- Suurin vaara on kielen tukkima hengitystie. Tärkeintä on hengityksen turvaaminen.
- Potilas yritetään saada hereille puhuttelemalla ja ravistelemalla hartioista.
- Soitto 112 ja lisäapua paikalle. Jos hengitys lakkaa aloitetaan peruselvytys.

HAAVAT

- Haava on ihon tai limakalvon vaurio johon liittyy syvempien kudosten tai sisäelinten vamma.
- Erityisesti pään ja kasvojen alueen haavat vuotavat runsaasti.
- Tyrehdytä vuotokohta painamalla vuotokohtaa, muista suojautua itse.
- Sido haava.
- Tue raaja kohoasentoon.
- Soita 112 jos tilanne niin vaatii.

PIENET HAAVAT

- Puhdista haava-alue.
- Tyrehdytä vuoto painamalla tai purista haavan reunoja yhteen.
- Sulje viiltohaava haavateipillä, pikasiteellä tai perhosteipillä.
- Peitä haava tarvittaessa sidoksella.
- Tarkista jäykkäkouristusrokote.
- Pidä haava kuivana ja tarkkaile tulehduksen merkkejä.

NIVELVAMMAT JA MURTUMAT

- Nyrjähtäessä nivel vääntyy, joten nivelsiteet voivat venyä tai revetä
- Nivel turpoaa, siinä on kipua ja aristusta.
- Kohota raaja.
- Laita kipukohtaan jotain kylmää.
- Sido nivelen ympärille tukeva joustoside.
- Lääkəriin jos turvotus ja kipu ei hellitä, mustelma on suuri, nivel ei toimi tai jalalla ei voi astua.
- Kolmen K:n neuvo: KOHO, KOMPRESSIO, KYLMÄ

Murtumat

- Vanhusten sairaalassa hoidettavista tapaturmista 80% kaatumisen aiheuttamia murtumia.
- Murtumaan liittyy aina verenvuoto, vaurioitua voi myös lihakset, verisuonet, hermot ja nivelsiteet.
- Murtuman oireena on paikallinen kipu, turvotus, näkyvä virheasento ja esim. raajan käyttämättömyys.

- Aikuisen tyypillisin murtuma on rannemurtuma. Tue käsi jollain lastalla, laita murtumakohtaan kylmää ja käsi kolmioliinaan. Toimita potilas hoitoon.
- Reisiluun yläosan murtumat jaetaan kahteen päätyyppiin, reisiluun kaulan (reisiluunpään alapuolella ja reisiluunkaulan alaosan välillä) ja trokantterin murtumiin (nivelkapselin ulkopuolella)
- Reisiluun yläosan murtumaa voidaan epäillä jos raaja on tapaturman jälkeen selvästi lyhentynyt ja ulospäin kiertynyt. Liikuttelu aiheuttaa kipua lonkan seutuun ja reiden etupinnalle. Potilaan jalka tuetaan ja hänet toimitetaan hoitoon makuuasennossa. Ambulanssi tai paaritaksi.

RINTAKIPU

- Rytmihäiriöt ovat tavallisia, sydän lyö nopeasti, epäsäännöllisesti tai hitaasti.
- Jos rytmihäiriö kestää vain hetken ne ovat yleensä vaarattomia.
- Jos rytmihäiriöön liittyy hengitysvaikeutta, rintakipua tai hyvin heikkoa oloa on syytä soittaa 112.teen.

Sydäninfarkti

- Tyypillinen oire on kova purista rintakipu joka voi säteillä kaulalle, vasempaan käteen tai hartioihin.
- Potilas on kylmänhikinen, pahoinvoipa ja usein tuskainen. Hänellä voi olla hengenahdistusta.
- Naisilla epätyypillisiä oireita (ylävatsakipu)
- Diabeetikoilla ns. hiljaisia infarkteja.

- Jos aiemmin terve henkilö niin soita heti 112
- Jos käytössä Nitrot, anna parin minuutin välein kaksi Nitroa, jos ne eivät auta soita 112
- Rauhoita potilasta ja aseta hänet lepoon puoli istuvaan asentoon.
- Jos oire on selvä anna potilaalle Asetyyylisalisyyliä (Disperin, Aspirin, Primaspan) ne pienentävät sydänvauriota. Tarkista ALLERGIAT.
- Jos autettava menee elottomaksi, aloita painelu-puhalluspalvelu ja soita 112.teen

Sydänpysähdys

- Syynä sepelvaltimotaudista johtuva tukos (sydäninfarkti) tai rytmihäiriö. Hapenpuute (hukkuminen). Vierasesine kurkussa, tulehdustauti tai vaikka rintakehävamma.
- Potilas menettää tajuntansa äkkiä.
- Hän ei reagoi puhutteluun tai ravisteluun.
- Hengitys on pysähtynyt tai se on epänormaalia.

TOIMI NÄIN

- Selvitä onko potilas herätettävissä puhuttelemalla tai ravistelemalla.
- Jos ei herää huuda apua ja pyydä häntä soittamaan 112.n
- Jos olet yksin soita itse 112.n ja noudata ohjeita.

PPE Painelu-puhalluselvytys

- Kohota toisen käden kahdella sormella potilaan leukaa ylöspäin ja toisella kädellä taivuta päätä taaksepäin otsalta painaen.
- Katso liikkuuko rintakehä, kuuluuko hengityssääniä ja tuntuuko poskellasi ilmavirta.
- Jos hengittää normaalisti käännä potilas kylkiasentoon
- Ellei hengitä aloita painelu-puhalluselvytys

Painelu

- Aseta potilas tukevalle alustalle ja mene polvilleen hänen viereen.
- Aseta toisen käden kämmenen tyvi keskelle rintalastaa ja toinen käsi sen päälle.
- Älä viivyttelä.
- Paina kädet suorina ja omat hartiat kohti potilaan rintakehää.
- Painele 30 kertaa mäntämäisellä liikkeellä.

Puhallus

- Avaa uudestaan hengitystiet kohottamalla leukaa kahdella sormella ja painamalla otsasta.
- Sulje sieraimet ja ota omat keuhkot täyteen ilmaa ja puhalla potilaan suuhun kaksi kertaa. Tarkista nouseeko rinta.
- Jos rintakehä ei kohoaa ennen toista puhallusta puhdista nopeasti potilaan suu.
- Jatka elvytystä 30 painalluksella ja 2 puhalluksella kunnes ammattiauttajat ovat paikalla tai hengitys palaa tai et enää itse jaksa elvyttää.
- Laske painelurytmi ääneen niin että rytmi säilyy koko ajan.

HOITOTAHTO

- Kirjallisella hoitotahdolla tai testamentilla potilas ilmaisee hoitotahtonsa siltä varalta ettei hän jostain syystä pysty sitä itse ilmaisemaan.
- Potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon tietoa saatuaan.
- Tiedon antaminen potilaalle on hoidon keskeinen osa.
- Terveystilasta johtuvan hoidontarpeen arvioi terveydenhuollon ammattihenkilö. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa hoitoa.

DNAR=DO NOT ATTEMPT RESUSCITATION

- Potilas on tehnyt elvyttämättäjättämisen päätöksen tai hän on terminaalivaiheessa.
- Potilasta ei elvytetä jos sydän pysähtyy, mutta häntä hoidetaan muuten normaalisti.
- DNAR päätös näkyy potilaan tiedoissa.
- Päätöstä on kunnioitettava.

Kiitos

- Lähteenä käytetty: Punainen Risti Ensiapuopas 2006 sekä Iivanainen ja Syväoja, Hoida ja kirjaa 2008