

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Peruselintoimintojen arviointi ABCDE-työkalua käyttäen

Taru Kantola

LT, el, anestesia ja tehohoito, HUS,
Meilahden sairaalan anestesia- ja leikkausosasto (ATeK) ja
Tutkimus-, koulutus- ja asiantuntijapalvelut (TutKA),

Marcus Norrgård

sairaanhoitaja,
Meilahden sairaalan koordinoiva ElvytysMET-vastuuhoitaja,
Teho- ja tehovalvontaosasto 20

Petra Kupari

sairaanhoitaja YAMK,
Malmin päivystyspoliklinikka,
Hyks Akuutti

Catastrophic haemorrhage, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (cABCDE) -menetelmä on strukturoitu potilaan peruselintoimintojen arviointityökalu kliinisiin hoitotilanteisiin. Se on yleisesti tunnettu ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten hyväksymä ja käyttämä lähestymistapa potilaan peruselintoimintojen tutkimiseen.

Potilaan tilan onnistunut arvioiminen niin akuuteissa kuin kiireettömissäkin hoitotilanteissa on tärkeä osa potilaan tutkimista ja hoitoa. Lisäksi kriittisesti sairastuneiden potilaiden tunnistamisen ja mahdollisimman varhaisen hoidon aloituksen kannalta potilaiden kliinisen tilan oikein tehty arvio on tärkeä osa potilasturvallisuutta.

cABCDE-menetelmän etuna on se, että tilanarvion voi tehdä pelkästään aistinvaraisten havaintojen perusteella, mutta arviointia on myös mahdollista tarkentaa mittauksen ja mittalaitteiden avulla. cABCDE-menetelmää voi käyttää kaikissa potilaskontakteissa ja ympäristöissä niin lapsi- kuin aikuispotilailla tavallisista kiireettömistä hoitotilanteista henkeä uhkaaviin hätätilanteisiin.

cABCDE-työkalu on rakennettu siten, että se ohjaa tutkimaan potilaan elintoiminnot ja tekemään hoitotoimenpiteet tärkeysjärjestyksessä kiireellisyyden perusteella. Suomalaisessa Elvytyksen käypä hoito -suosituksessa (2016) todetaan, että potilaan peruselintoimintojen häiriöiden ja yleistilan heikkenemisen tunnistaminen ennen tilan etenemistä sydänpysähdykseen on hoitoketjun ensimmäinen ja merkittävin lenkki.

Sairaanhoitajaliiton ja Lääkäriliiton tavoitteena on, että myös Suomessa cABCDE olisi vakioitu tapa tutkia ja arvioida potilaan peruselintoimintojen tilaa hänen hoitopaikastaan riippumatta.

Työkalun käytön periaatteena on systemaattisuus ja toistettavuus kaikilla potilailla aina samalla tavalla. Tilanarvion tavoitteena on löytää vaaran merkit ja tunnistaa hätätilapotilas. Tilanarviota tulee toistaa tasaisin väliajoin ja mikäli korjaavaan toimenpiteeseen ryhdytään, aloitetaan tilanarvio aina alusta.

Mikäli ensiarvioissa havaitaan peruselintoimintojen häiriöitä, pitää korjaavat toimenpiteet aloittaa heti, minkä jälkeen voidaan siirtyä seuraavaan kohtaan arvioinnissa. Näin taataan potilaalle systemaattinen kokonaisarvio, ilman että keskitytään ensimmäisenä eteen tulevaan ongelmaan muut sivuuttaen.

Yhteisesti sovitulla ja kaikkien noudattamalla toimintamallilla varmistetaan potilaalle tasalaatuinen ja potilasturvallinen tilanarvio ja hoidon aloitus.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Digitaaliset oppimismenetelmät lääkehoidon oppimisen tukena

Tiia Saastamoinen

TtM, TtT-opiskelija, sh (AMK),
lehtori, Metropolia-ammattikorkeakoulu

Lääkehoidon opetuksessa hyödynnetään erilaisia oppimismenetelmiä, joilla mahdollistetaan joustavat opiskelumuodot ja huomioidaan erilaiset opiskelijoiden haasteet. Erityisesti digitaalisten oppimismenetelmien käyttö on enenevässä määrin lisääntynyt. Vuonna 2018 valmistuneessa tutkimuksessa kuvattiin sairaanhoitajakoulutuksessa käytettyjä lääkehoidon oppimismenetelmiä, digitaalisten oppimismenetelmien ja virtuaalipelien käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä lääkehoidon oppimismenetelmien kehittämiskohteita suomalaisissa ammattikorkeakouluissa. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla puhelinhaastattelulla 31:ltä lääkehoidon opettajalta 17 suomalaisesta ammattikorkeakoulusta keväällä 2016. Aineiston analyysissä käytettiin kvantifiointia ja induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajakoulutuksen lääkehoidon lähiopetuksessa käytettiin eniten luokassa tapahtuvaa kliinistä harjoittelua ja vuorovaikutteista luento-opetusta. Digitaaliset oppimismenetelmät olivat käytössä lähinnä itsenäisessä opiskelussa. Näitä olivat oppilaitosten omat verkko-oppimisympäristöt (Moodle ja Optima) ja digitaaliset tietotestit. Kohtalaisesti käytössä olivat myös verkkokurssit, pelilliset tehtävät, verkkokeskustelut ja sosiaalinen media. Soveltuvia virtuaalipelejä ei ollut saatavilla lainkaan tai tutkimukseen osallistuneilta opettajilta puuttui perehtyneisyys virtuaalipelien käyttöön. Virtuaalipelien arvioitiin lisäävän motivaatiota ja tuovan innostuksen oppimiseen. Lääkehoidon digitaalisten oppimismenetelmien ja virtuaalipelien käyttöä edistäviä tekijöitä olivat opettajien ja opiskelijoiden osaaminen ja motivaatio sekä organisaation antama tuki niiden käyttöön. Estäviä tekijöitä olivat digitaalisten oppimismenetelmien ja virtuaalipelien huono saatavuus ja opettajien puutteelliset resurssit. Digitaaliset oppimismenetelmät ja tiedon lisääntyminen ja muuttuminen edellyttivät opettajalta jatkuvaa materiaalien päivittämistä. Myös opiskelijoiden oppimishaasteet ja kieliongelmat osoittautuivat esteeksi digitaalisten oppimismenetelmien ja virtuaalipelien käytölle. Lääkehoidon oppimismenetelmien kehittämisehdotuksia olivat ensisijaisesti virtuaalipelit lääkehoidon opetuksessa ja luokassa tapahtuvan kliinisen harjoittelun ja simulaatio-opetuksen lisääminen.

Johtopäätöksenä todetaan, että digitaalisten oppimismenetelmien ja virtuaalipelien käyttö lääkehoidon oppimismenetelmänä lisääntyy tulevaisuudessa. Paras oppiminen saavutetaan erilaisten oppimismenetelmien yhdistämisellä. Haasteena on pitää menetelmät sellaisina, etteivät ne aiheuta sekaannusta opiskelijalle. Virtuaalipeleihin liittyvä pelipedagogiikka edellyttää opettajalta aktiivisuutta ja kiinnostusta menetelmien käyttöön. Tulevaisuudessa olisi tärkeä selvittää lääkehoidon oppimismenetelmien käyttöä sekä digitaalisten oppimismenetelmien ja virtuaalipelien soveltuvuutta lääkehoidon oppimiseen opiskelijoiden näkökulmasta. Lisäksi tulisi testata interventioasetelmalla virtuaalipelien ja digitaalisten oppimismenetelmien vaikuttavuutta lääkehoidon oppimiseen ja osaamiseen.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Hengitystien hoito

Jukka Kettunen
lehtori,
Metropolia-ammattikorkeakoulu

Hengitystien hoitaminen on äärimmäisen kriittinen taito, jonka perusteet tulisi jokaisen terveydenhuoltoalan ammattilaisen hallita. Hengitystien hallinnassa on eritasoisia taitoja, ja se vaatii monia erilaisia välineitä. Myös suun ja nielun anatomian ja fysiologian perusteet on hyvä ymmärtää.

Helppimmillaan taito vaatii vaarantuneen hengitystien tunnistamista sekä pään taittoa ja leuan kohottamista. Näin saadaan yleisin hengitystien tukkija – potilaan oma kieli – ylös takanielusta ja ilma kulkemaan keuhkoihin. Imulaitetta tulisi myös käyttää hengitystietä ahtaavien eritteiden pois saamiseksi. Potilaan asennolla on iso merkitys hengitysmekaniikkaan, pääpuoli ylempänä on helpompi hengittää. Mikäli potilaan hengitystie on uhattuna, on useimmiten hapensaantikin huonompaa, joten lisähappea on hyvä annostella eri välineillä.

Hengitystien hallinnassa voidaan käyttää yksinkertaisia apuvälineitä, kuten nenä-nieluputkea tai nieluputkea. Niiden käyttö on helppo oppia, ja ne toimivat tärkeänä apuna alkuvaiheessa, kun potilaan hengitystä tuetaan. Paljemaskiventilaation toteuttaminen on osa hengityksen hoitamista – sen käyttöä ei pidä myöskään arastella, kun potilaan hengitys käy vaikeaksi.

Supraglottisten hengitysvälineiden käyttö vaatii jo hieman enemmän koulutusta ja kokemusta, ja niitä sairaanhoitajat voivat käyttää yleensä elottomien potilaiden hengitystien turvaamiseksi ja ventilaation helpottamiseksi. Ne ovat kuitenkin tekniikaltaan helppoja ja käytön muistaa pitkänkin tauon jälkeen.

Endotrakeaalinen intubaatio eli hengityspotken asettaminen suun kautta henkitorveen on tekniikka, jonka hallinta vaatii runsaasti toistoja sekä ylläpitoa. Se on yleensä lääkärin toteuttama toimenpide, jossa sairaanhoitajalla on tärkeä avustava rooli. Intuboidun potilaan tarkkailu vaatii myös monipuolista osaamista. Hereillä olevan potilaan intubaatio vaatii myös lääkitystä, ja sen toteuttaminen on haastava anestesia-lääkärin toimenpide.

Hengitystien hoitamisen kaskadi loppuu kirurgiseen hengitystiehen. Se on viimeinen toimenpide, joka tehdään, jos hengitystietä ei muuten saada avattua, ja toisinaan se tehdään suunnitellusti. Siinä henkitorveen tehdään hätätilanteessa reikä kilpiruston alapuolelle ja ujutetaan putki aukosta sisään. Tämän jälkeen putkea käytetään normaalin intubaatiopotken tapaan, palkeella ventiloiden.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

HUS Taitava hoitaja -koulutus osana ammattiurakehitystä ja tukemassa näyttöön perustuvaa hoitotyötä

Terhi Lemetti

sh, TtM,

kliininen asiantuntija (hoitotyö),

Helsingin yliopistollinen keskussairaala

Jaana Kotila

sh, TtM,

projektisuunnittelija,

Helsingin yliopistollinen keskussairaala

HUS on sitoutunut magneettisairaalamallin mukaiseen hoitotyön kehittämiseen, jossa oleellisessa osassa on henkilöstön huippuosaaminen sekä näyttöön perustuva, laadukas, vaikuttava ja turvallinen potilashoito. HUSissa hoitajien osaamista, ammatissa kasvua ja ammattiuralla etenemistä pyritään tukemaan ammattiuramallien avulla. Osana ammattiurakehitystä toimii HUS Taitava hoitaja -koulutus, jossa hoitaja saa eväitä oman ammatillisuuden kehittymiseen ja näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiseen omassa yksikössään. HUSin yksiköissä tavoitellaan hoitajien osaamisen kasvua ammattiuramallin Pätevä-tasolle. Taitava-tasolle eteneminen vaatii hoitajalta motivaatiota ja aktiivista täydennyskouluttautumista. Taitava hoitaja -koulutusta on järjestetty HUSissa vuodesta 2006 lähtien tulosityksikköjen sisäisenä täydennyskoulutuksena. Vuosina 2016–2018 järjestettiin ensimmäinen geneerinen HUS Taitava hoitaja -koulutus, jonka päätyttyä HUSissa oli koulutettu lähes 400 Taitava-hoitajaa.

HUS Taitava hoitaja -koulutuksen tavoitteena oli hoitajien ammattiuralla eteneminen ja osaamisen kasvattaminen siten, että heillä olisi valmiuksia kehittää ja arvioida potilaan hoidon laatua ja turvallisuutta sekä sujuvoittaa hoitoprosesseja. Yhtenä tavoitteena HUS Taitava hoitaja -koulutuksen opetussuunnitelmassa oli se, että opiskelijat toteuttivat näyttöön perustuvan toiminnallisen kehittämistyön opiskelujensa aikana. Kehittämistyössä tuli olla oman työyhteisön kehittämistarpeeseen vastaava ja käytännön hoitotyöhön sovellettavissa oleva aihealue. Kehittämistyön toteuttamisen aikana opiskelijalla vahvistui työelämässä tarvittava analyttisyys, kriittisyys, arviointitaidot, näyttöön perustuvan tiedon soveltamisen taito sekä suullinen ja kirjallinen raportointitaito. Kehittämistyöt tuottivat näyttöön perustuvaa tietoa ja konkreettisia tuotoksia, kuten selvitystöitä, suosituksia, ohjausrunkoja, simulaatiomalleja, käsikirjoja ja opetusvideoita. Aihealueet ja tuotokset kehittämistöissä sijoittuivat Magneettisairaalamallin eri osa-alueille: hyvä johtaminen, voimaannuttavat rakenteet, laadukas ammatillinen toiminta sekä uusi tieto, innovaatiot ja parannukset.

Valmistuessaan Taitava-hoitajat omaavat teoria- ja tutkimustietoon sekä ammatilliseen kokemukseen perustuvan laaja-alaisen ammattipätevyyden. He hallitsevat syvällisesti vaatimaan erikoissairaanhoidon liittyvän kliinisen erikoisalueen ja potilashoidon ohella kehittävät potilaslähtöisiä hoitoprosesseja yksikössään tutkittua tietoa hyödyntämällä. Taitava-hoitajat ovat vahvasti mukana yksikkönsä hoitotyön kehittämisessä näyttöön perustuen, jotta potilaalle voidaan tarjota entistä laadukkaampaa, turvallisempaa ja vaikuttavampaa hoitoa.

Tervetuloa kuuntelemaan ja keskustelemaan koulutuksesta osana näyttöön perustuvaa hoitotyötä! Tämän luennon jälkeen olet tietoinen HUSissa tarjottavasta Taitava hoitaja -koulutuksesta osana hoitajan ammattiurakehitystä ja antamassa valmiuksia näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

ISBAR – strukturoitu raportointityökalu

Petra Kupari
ensihoitaja YAMK,
Malmin päivystyspoliklinikka, HYKS Akuutti

Identify – tunnista: ISBAR-raportointityökalu on strukturoitu menetelmä turvalliseen ja tehokkaaseen viestintään. ISBAR tulee sanoista Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation (tunnista, tilanne, tausta, nykytilanne, toimintaehdotus). Yksinkertaisen työkalun avulla on mahdollista järjestää olennaista informaatiota selkeään ja tiiviiseen muotoon. Samalla se mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten kesken esimerkiksi raportoidessa potilaasta. ISBAR:ia voidaan hyödyntää myös muussa viestinnässä.

Situation – tilanne: Terveydenhuollossa sekä suullinen että kirjallinen viestintä ovat tärkeitä potilasturvallisuuden ja henkilökunnan turvallisuuden kannalta. Kommunikaatio-ongelmat kuitenkin myötävaikuttavat jopa noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista.

Background – tausta: Suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi 1990-luvulla Yhdysvaltojen merivoimissa kehitetty SBAR-menetelmä levisi nopeasti muillekin turvallisuuskriittisille aloille kuten ilmailuun ja terveydenhuoltoon käytettäväksi. Menetelmä tunnetaan myös nimellä ISBAR. Strukturoitu raportointityökalu voi parantaa henkilökunnan ja potilaiden turvallisuutta. Lisäksi sillä on todettu olevan muitakin etuja: käyttö voi vähentää tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia, käyttö kehittää kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia. Työkalun käyttöönoton myötä potilaan siirtoon liittyvät prosessit ovat kehittyneet tehokkaammiksi, kun esimerkiksi raportointiin kuluva aika on vähentynyt tai potilas-siirtoihin liittyvät tarkoituksenmukaiset valmistelut on voitu tehdä yhdellä kerralla.

Assessment – nykytilanne: ISBAR-raportointityökalu soveltuu käytettäväksi kaikissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä kuten ensihoidossa, avoterveydenhuollossa, kuntoutuksen yksiköissä, pitkäaikaisosastoilla tai psykiatrian yksiköissä. Sairaanhoidtajaliitto esitteli työkalun vuonna 2012, ja sen jälkeen se on herättänyt laajaa kiinnostusta eri terveydenhuollon yksiköissä ja oppilaitoksissa. Muun muassa elvytyksen Käypä hoito -suositus ammattilaisille suosittaa ISBAR-työkalun käyttöä potilaasta raportoidessa.

Recommendation – toimintaehdotus: Työkalua käyttöönotettaessa tulee keskustella potilaan turvallisuuden ja yksikön toiminnan kannalta oleellisista raportoitavista tiedoista eli työkalun sisällöstä. Koulutus ja esimiesten tuki ovat avainasemassa uuden työkalun käyttöönotossa. Jotta työkalun käyttö olisi mahdollisimman tehokasta ja jatkuvaa, tulee siihen sitouttaa kaikki työyksikön ammattiryhmät. Työkalun käyttöönottoon on tarjolla useita eri keinoja ja suurin osa niistä on hyvin yksinkertaisia.

Jäikö sinulle jotain kysyttävää, haluatko tietää ISBAR-raportointityökalusta ja sen käytöstä enemmän? Tule kuuntelemaan esitys ja kysy rohkeasti!

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Keikkaileva esimies

Anu Nyman
sh YAMK,
osastonhoitaja

Lähesimiehen perustehtävä on mahdollistaa turvallinen ja laadukas potilashoito. On tärkeää huomioida työntekijöiden työolot ja jaksaminen, jotta perustehtävä toteutuu. Esimies näyttää suunnan, työyhteisön kanssa yhdessä tehdään matka. Pysähtyminen jatkuvan kehittymisen maailmassa on mahdotonta, ja esimiehen tulee kannustaa ja ohjata työntekijöitä toiminnan kehittämiseen ja pitää huoli kehittämisen suunnasta.

Toiminnan kehittäminen vaatii luovaa ajattelua ja itsensä haastamista pois mukavuusalueelta. Hektisen arjen keskellä tuntuu joskus, että aivot ovat jumissa eikä ideoita oikein tahdo syntyä tai ne noudattavat tuttua kaavaa. Keikkailu täysin erilaisessa työympäristössä voi auttaa näkökulman laajentamisessa ja uusien näkökulmien syntyemisessä.

Olen osastonhoitajana kardiologisessa toimenpideyksikössä ja teen keikkatyötä ortopedian parissa yksityisellä palveluntuottajalla. Työ osastonhoitajana on henkilöstöhallinnon tehtäviä ja ihmisten johtamista. Vastaavasti keikkatyössä pääsee tekemään hoitotyötä, luomaan potilaskontakteja ja haastamaan itseään palvelun toteuttajana.

Keikkatyöhön motivoi omien näkökulmien laajentaminen ja uusien ideoiden saaminen. Lisäksi motivaatiota tuo mahdollisuus ylläpitää kädentaitoja kipsien tekemisen parissa. Vastaavasti keikalla ollessani tarjoan ammattitaitoni työyhteisön käyttöön. Voidaan keskustella paitsi hoitotyöstä myös muustakin työhön liittyvästä, esimerkiksi työhyvinvoinnista, työssä jaksamisesta tai vaikka työsuojausta. Monen kanssa on käyty keskusteluja myös urahaaveista.

Keikkailu oman työn ohessa vaatii hyvää itsetuntemusta. Pitää tietää, minkälaisista asioista ja missä tilanteissa kuormittuu. On kuulosteltava omaa jaksamista, koska keikkatyötä ei voi tehdä oman työn kustannuksella. Parhaassa tapauksessa keikkatyö tukee oman työn tekemistä ja päinvastoin. Tarkoitus on, että yhtälössä kaikki ovat voittajia. Keikkatyön tekeminen oman työn ohessa vaatii itsensä johtamista, jotta ei mene oman jaksamisensa yli. Työtä hoitoalalla riittää enemmän kuin ehtii tehdä.

Keikkatyön tekemisessä minulla on tarkoituksena haastaa itseäni pois mukavuusalueelta, jotta oma mieli ei ole uuden esteenä. Avoimuus uusia asioita kohtaan ja kokeilukulttuuri auttavat etsimään innovatiivisia ratkaisuja arkisiin työn haasteisiin. Näin voidaan mahdollistaa entistä parempi palvelu ja asiakaskokemus.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Keuhkohtaumatautia sairastavan ohjaus

Katja Heikkinen

TtT, koulutus- ja tutkimuspäällikkö,
Turun ammattikorkeakoulu, terveys ja hyvinvointi, Master School

Sairaanhoitajan tuki keuhkohtaumatautia sairastavan hoidossa on merkittävä. Vaikka omahoidon ohjauksen merkitys on tiedossa, keuhkohtaumatautia sairastavien ohjaustarpeita ei aina tunnisteta. Lisäksi ohjauksen sisällöt vaihtelevat. Tähän tarpeeseen vastasi moniammatillinen työryhmä, joka laati suosituksen keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjaukseen. Suositus on tarkoitettu niille terveydenhuoltoalan ammattiryhmille, jotka työssään kohtaavat keuhkohtaumatautia sairastavia ja heidän läheisiään.

Keuhkohtaumatauti on kokonaisvaltainen, etenevä ja elämää rajoittava sairaus, jota voidaan ehkäistä ja hoitaa, mutta ei parantaa. Laadukas ja ammattilaisen tukema omahoito lisää sairastavan sekä hänen läheistensä hyvinvointia ja on tärkeä osa hoitokokonaisuutta. Omahoidolla on merkitystä, sillä tärkeimmät asiat hoidossa ovat tupakoinnin lopettaminen ja liikunnan lisääminen sekä oireita ja pahenemisvaiheita vähentävän lääkityksen oikea käyttö. Myös sairastuneen läheiset tarvitset tietoa ja tukea sairauden eri vaiheissa. Sairauden loppuvaiheessa palliatiivisen hoidon tavoitteina ovat hyvä oireenmukainen hoito ja elämänlaatu.

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan omahoidon ohjaus -suositus sisältää seitsemän erillistä suositusta:

- Savuttomuus keuhkohtaumataudin hoidossa -hoitosuositus
- Keuhkohtaumatautia sairastavan oireet ja psyykkinen hyvinvointi -hoitosuositus
- Lääkehoidon toteutus keuhkohtaumatautia sairastavan hoidossa -hoitosuositus
- Keuhkohtaumatautia sairastavan liikunta -hoitosuositus
- Keuhkohtaumatautia sairastavan ravitsemus -hoitosuositus
- Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen ehkäisy -hoitosuositus
- Keuhkohtaumatautia sairastavan läheisen tiedon ja tuen tarpeet -hoitosuositus

Työskenteletkö keuhkohtaumatautia sairastavien henkilöiden ja heidän omaistensa kanssa tai oletko kiinnostunut aiheesta? Tule kuulemaan ja keskustelemaan, miten ohjaat heidän omahoitoaan. Esityksessä tarkastellaan lisäksi, miten, missä ja miksi suositusta voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa ja opetuksessa.

Suositukset löytyvät osoitteesta: <http://www.hotus.fi/>

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Sairaanhoitajan kliininen urapolku ja laajavastuiset työnkuvat

Anna Suutarla

sh, th, TtM,

kansainvälisten asioiden päällikkö, Sairaanhoitajaliitto

Elina Pääkkönen

th, TtK,

sairaanhoitaja, Kuopion yliopistollinen sairaala

Kliininen urapolku on yksi sairaanhoitajan uramahdollisuuksista. Sillä etenemiseksi on erilaisia vaihtoehtoja. Sairaanhoitaja voi syventää kliinistä asiantuntijuuttaan erilaisten lisä- ja täydennyskoulutusten avulla. Ammattikorkeakoulut tarjoavat yhteistyössä erikoistumisopintoja, joissa erikoistumisaloina ovat esimerkiksi kivunhoitotyö, perioperatiivinen hoitotyö ja syöpäpotilaan hoitotyö. Opinnot eivät johda tutkintoon.

Kliinisesti erityisen pätevä sairaanhoitaja voi hakea Sairaanhoitajaliiton kliinisen hoitotyön erityispätevyyttä, joka tunnistaa ja tunnustaa erityisosaamisen. Hakemuksessa tulee osoittaa riittävästi työkokemusta, täydennyskoulutusta sekä julkaisu-, opetus- ja ohjaus- sekä kehittämistoimintaa.

2000-luvun alusta on Suomessa ollut enenevästi mahdollisuuksia kliinisiin urapolkuihin ja työnkuviin, jotka edellyttävät ylempää korkeakoulututkintoa joko ammattikorkeakoulusta tai yliopistosta. Kansainvälisesti tällaisia työnkuvia kutsutaan nimellä Advanced Practice Nursing (APN), suomeksi laajavastuinen hoitotyö.

Laajavastuisen hoitotyön alla tunnistetaan eri maissa erilaisia työnkuvia. Tavallimmat ovat Nurse Practitioner (NP), suomeksi asiantuntijasairaanhoitaja, sekä Clinical Nurse Specialist (CNS), suomeksi kliinisen hoitotyön asiantuntija. Nämä kaksi työnkuvaa tunnistetaan Suomessakin. Työnkuvien sisällön ja koulutuksen suhteen tehdään kansallisesti aktiivista kehittämistyötä. Tavallisimpia syitä työnkuvien kehittämiseksi ovat hoitoon pääsyn parantaminen (lääkäripula), hoitotyön laadun parantaminen, kustannussäästöt ja hoitotyön vetovoiman lisääminen (kliiniset urakehitysmahdollisuudet).

Vuodesta 2010 alkaen Suomessa on sairaanhoitajilla ollut mahdollista saada rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Se edellyttää 45 opintopisteen täydennyskoulutusta. Kyseessä ei ole ylempi korkeakoulututkinto, mutta koulutuksen tuottama osaaminen sijoittuu kansallisessa tutkintojen viitekehityksessä samalle tasolle kuin ylempät korkeakoulututkinnot.

Esityksessä tarkastelemme erään sairaanhoitajan urapolkua suhteessa sairaanhoitajan laajavastuisiin työnkuviin ja pohdimme kliinisen asiantuntijuuden kehittymistä. Lisäksi kuulemme, kuinka asiantuntijat kehittävät näyttöön perustuvaa toimintaa erilaisissa tehtävissään Kuopion yliopistollisessa sairaalassa.

Lähteet:

Maier, C., L. Aiken and R. Busse. 2017. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>.

Sairaanhoitajaliitto. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muutaa-sote-palveluita.pdf>

STM. 2015. Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämissuhteet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Raportteja ja muistioita 2015:49. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74771>

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Lasten ja nuorten poliklinikan toiminnan kehittäminen näyttöön perustuen – Tiimityöllä kohti parempaa hoitotyön laatua

Virpi Varjokumpu

osastonhoitaja, sh (YAMK),
Turun kaupungin Lasten ja nuorten poliklinikka

Kuinka pienessä yksikössä kehittämistyöllä parannetaan laatua, yhtenäistetään käytäntöjä sekä löydetään uusia työkaluja ja kehittämiskohteita?

Toimintamme Lasten ja nuorten poliklinikalla perustuu asiantuntijatiimeihin, joilla on mahdollisuus sitoutua työhönsä ja itsenäisesti kehittää toimintaansa. Ilman henkilöstön kiinnostusta ja innostusta oppiminen ja kehittyminen olisi mahdotonta. Matkalla kohti parempaa asiakaskokemusta pyrimme mahdollisimman mutkattomasti ja rohkeasti yhdistämään sekä tutkimus- että kokemusnäyttöä kehittämistyössämme. Hyödynnämme kehittämistyössä myös itsearviointia, joka on systemaattinen tapa arvioida toimintaa, ja se toimii hyvin kehittämisjohtamisen välineenä.

Tervetuloa kuulemaan ja keskustelemaan, miten ja miksi me olemme kehittäneet toimintaamme. Esityksessä aihetta käsitellään allergia- ja astmatyön kehittämisen näkökulmasta, esimerkkinä muun muassa omahoitoa tukeva ohjauskeskustelu ja sen uudet työvälineet. Oppimiskokemustemme kautta saatat saada ideoita ja näkökulmia omaan kehittämistyöhösi.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Lasten vastuualueen esitietolomakkeen sähköistäminen – Miten hyödynnät hoitosuositusta arjessa?

Mailis Mäkelä

TtT, osastonhoitaja, PPSHP, OYS

Seija Miettinen

TtM, ylihoitaja, PPSHP, OYS

OYS:ssa valmistui vuonna 2009 Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä -hoitosuositus, jota päivitettiin 2016. Suositus antaa terveydenhuollon ammattilaisille näyttöön perustuvan pohjan kehittää yhtenäisiä hoitokäytäntöjä potilasperheen valmistamisesta päiväkirurgiseen toimenpiteeseen sekä tukea heitä sairaalassaoloaikana ja kotona toipumisprosessin aikana. Suosituksen viiden suosituslausekkeen tavoitteena on varmistaa lapsen turvallisuuden tunteen säilyminen palveluketjun eri vaiheissa.

OYS:n lastenkirurgian- ja gastroenterologian yksikön ja OYS TestLabin yhteistyönä käynnistyi hanke, jonka tavoitteena oli hoitotyön näkökulmasta lisätä sähköisen asioinnin avulla potilasperheen osallistumista päiväkirurgiseen hoitoprosessiin sekä tehostaa lastenpäiväkirurgista toimintaa. Tavoitteena oli myös saada potilaiden ja henkilökunnan kokemuksia ja tietoa digitaalisten palvelujen käytöstä. Hankkeessa olivat mukana myös Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus ja Buddy Healthcare.

Sähköisen asioinnin/sovelluksen kehittämisen viitekehystenä toimivat hoitosuosituksen viisi suosituslauseketta. Pilottiin valittiin päiväkirurgiset nivustyräpotilaat.

Potilasperheet (n = 5) täyttivät sovelluksen kautta esitiedot kaksi viikkoa ennen toimenpidettä. Hoitaja siirsi tiedot manuaalisesti anestesiatietojärjestelmään, jolloin anestesia lääkärit pystyivät suunnittelemaan potilaan hoitoa hyvissä ajoin. Sovellus antoi potilasperheelle tietoa muun muassa toimenpiteestä, sairaudesta, lääkityksestä, kivunhoidosta, haavanhoidosta, jatkohoidosta, liikkumisesta, osastosta, käsihygieniasta, OYS:sta, emotionaalisesta tuesta, Kelan etuuksista ja matkustamisesta. Ohjelma muistutti perhettä toimenpiteeseen valmistelusta tiettyinä päivinä ennen toimenpidettä. Perhe sai ohjelman kautta vielä viimeisen kyselyn infektiosta päivää ennen toimenpidettä. Ohjelma tarjosi perheille mahdollisuutta ottaa yhteyttä osastolle milloin tahansa. Ohjelma oli aktiivinen kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen, jolloin perhe pystyi helposti palaamaan toipumisvaiheen aikana esimerkiksi kotihoito-ohjeisiin.

Sovelluksen merkittävin hyötyjä oli potilasperhe: valmistautumisaika tulevaan toimenpiteeseen piteni huomattavasti, kaikki potilasperheet saivat samat tiedot ja sovelluksen käyttöönotto lisäsi potilasperheiden asiakasosallisuutta. Myös potilasturvallisuus parani. Sovelluksen ansiosta voidaan saavuttaa myös taloudellisia hyötyjä hoitajien työaikaa rationalisoimalla. Myös toimenpiteiden peruutuminen infektion takia voidaan havaita aikaisemmin, mikä mahdollistaa toisen potilaan kutsumisen peruuntuneen tilalle.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Mikä sinua motivoi? Suorituskykyä ja menestystä motivaation avulla

Shani Livson
valmentaja HM

Työelämässä korostuvat entisestään itsensä johtamisen taidot, hyvät vuoro- vaikutus- ja vaikuttamisen taidot sekä luova ongelmanratkaisukyky.

Miten yksilöllisyydet huomioidaan johtamisessa? Miten ihmisiä johdetaan mielekkäästi kohti haluttuja tavoitteita? Mikä minua ja johdettaviani todella ajaa eteenpäin – työssä ja elämässä?

Motivaatioiden tuntemus tukee itsensä ja muiden johtamista, vahvistaa luottamusta tiimissä, opettaa hyödyntämään erilaisuutta, ehkäisee ristiriitoja ja auttaa työyhteisöä niiden ratkaisemisessa. Työn merkityksellisyys löytyy omien motiivien pohjalta, jolloin myös työtyytyväisyys paranee.

Amerikkalainen psykologian professori Steven Reiss tutki yli 40 vuoden ajan, mistä motivaatiossa on kysymys ja miten motivaatiotutkimusta voidaan hyödyntää hyvinvoinnin edistämiseksi. Hänen luomansa tieteellinen motivaatioteoria (1995–1998) ja kuudentoista perustarpeen taksonomia on ainoa empiirisesti johdettu ja tieteellisesti validoitu ihmisten tarpeiden luokittelujärjestelmä ja ihmisen yksilöllisiä motiiveja käsittelevä teoria.

Teoria paljastaa uusia käsityksiä ihmisten motivaation perusluonteesta ja siitä, miten motivaatiot liittyvät arvoihin, luonteenpiirteisiin ja ihmissuhteisiin. Teoria ennustaa erittäin hyvin, miten ihmiset käyttäytyvät luonnollisessa ympäristössään ja ihmissuhteissaan.

Reissin teoria perustuu 16:een elämän perustarpeeseen eli motiiviin. Nämä motiivit ohjaavat meitä kaikessa tekemisessä. Kun tunnemme motiivimme, osaamme tehdä oikeita valintoja ja onnistumme niin yksityiselämässä kuin työssä. Motiivien tuntemus auttaa meitä myös tunnistamaan tiimissä vahvuudet ja heikkoudet ja sitä kautta ymmärtämään työtovereita paremmin ja ohjaamaan omaa tiimiä onnistumaan.

Teorian mukaiset 16 elämän perusmotiivia ovat: valta, riippumattomuus, uteliaisuus, hyväksyntä, järjestys, kerääminen, kunnia, idealismi, sosiaaliset kontaktit, perhe, status, kosto/voittaminen, esteettisyys, syöminen, fyysinen aktiivisuus ja mielenrauha.

Näillä kaikilla motiiveilla on kaksi ominaisuutta: mitä halutaan ja miten paljon halutaan? Jokainen haluaa näitä samoja asioita, mutta ei yhtä suuressa määrin. Toisin sanoen, jokainen asettaa ne erilaiseen tärkeysjärjestykseen. Nämä 16 perustarvetta tekevät meistä yksilöitä. Sitä, millaiseen tärkeysjärjestykseen asetamme nämä motiivit, kartoitetaan motivaatioteoriaan perustuvan motivaatioprofiilin avulla.

Motivoidaksesi toisia sinun on vedottava heidän arvoihinsa. Yritämme liian usein motivoida muita perehdyttämällä heidät omiin arvoihimme sen sijaan, että vetoaisimme heidän arvoihinsa. Ihmisillä on luonnostaan taipumus ajatella, että heidän arvonsa ovat parhaat, eivätkä vain heille, vaan kaikille. Voit vedota muihin heidän arvojensa perusteella vain, jos tunnet heidän arvonsa ja motiivinsa.

Olemme suuremmassa määrin yksilöitä kuin ymmärrämmeekään. Toiset arvostavat järjestystä ja toiset suunnittelemattomuutta, toiset arvostavat seikkailua ja toiset varovaisuutta. Mitä paremmin ymmärrämme näitä eroja, sitä enemmän saamme energiaa tekemisestä ja pääsemme parempiin tuloksiin.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Mitä uudessa psykiatrian sairaalassa tehdään toisin?

Pekka Makkonen

projektipäällikkö,

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS Psykiatria

Rakentamisbuumi on vallannut suomalaisen psykiatrisen palvelujärjestelmän. Tällä hetkellä kahdellatoista eri psykiatrisella organisaatiolla on käynnissä oma uudisrakennushanke. TYKS Psykiatriassa suunnitellaan uutta sairaalaa (P-sairaala), jonka tarkoitus on valmistua vuonna 2023. Referenssikohteita on haettu Euroopan ja Skandinavian maiden uusimmista psykiatrisista sairaaloista. Sairaala sijoittuu Turkuun Kupittaaan juna-aseman viereiselle tontille. Tontti on osa Turun Tiedepuiston aluetta, joka nähdään tulevaisuudessa monipuolisena koulutus- ja tutkimuskeskittymänä sekä merkittävänä yritystoiminnan keskuksena ja vetovoimaisena asuinympäristönä. Tulevaisuudessa tunnin juna Helsingistä liittää Tiedepuiston yhtenäiseksi työssäkäyntialueeksi pääkaupunkiseudun kanssa.

P-sairaalan lähtökohtana on olla asiakaslähtöinen ja älykäs Lean-sairaala. Nykyaikaisen psykiatrisen sairaalan tulisi integroitua osaksi ympäristöä ja yhteiskuntaa. Sen tulisi olla avoin ja helposti lähestyttävä. P-sairaalan tarkoituksena on koota yhteen ja saman katon alle psykiatrisen eri toimijat. Visiona on stigman (häpeäleiman) vähentäminen. Uuden sairaalan avulla pyritään lisäämään sosiaalista kanssakäymistä tarjoamalla sairaalassa muitakin kuin erikoissairaanhoidon palveluita lähialueen asukkaille. Kokemusasiantuntijat ja potilasjärjestöt ovat vahvasti erikoissairaanhoidon mukana tuottamassa psykiatrisia palveluita koko alueen puolen miljoonan väestölle. P-sairaalan johtavia tavoitteita ovat turvallisuus, potilaslähtöisyys, vaikuttava hoito ja uudet innovatiiviset ratkaisut.

Luennolla käydään läpi uusimpia psykiatrisia rakennushankkeita Suomesta ja muualta Euroopasta. Luennolla kuullaan myös sairaalasuunnittelun ja rakentamisen uusista trendeistä sekä hoitotyötä tukevista uudenlaisista tilaratkaisuista.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Miten hyödynnät tietoa, jota oma osasto tuottaa?

Susanna Lisma

TtM, osastonhoitaja, PSHP,
naistentaudit, leikkausosasto

Osastonhoitaja on lähiesimiehen työssään jatkuvan tietotulvan kohteena. Uutena yksikköön saapuvana esimiehenä on vaikea hahmottaa, mikä tieto on olennaista ja luotettavaa. Johtamisessa päätöksenteon on perustuttava tietoon. Tieto voi olla tutkittua näyttöön perustuvaa, toiminnasta lähtöisin olevaa tai kokemuseräistä.

Tiedolla johtamisessa on olennaista tunnistaa tietotarpeet oman johtamisen tueksi. Jokainen osasto tuottaa omanlaistaan tietoa. Toiminnasta lähtöisin oleva tieto sekä kokemuseräinen tieto ovat usein monitulkintaista. Kokenutkin esimies joutuu pohtimaan jatkuvasti tiedon luotettavuutta. Tietoa on hyvä kerätä monipuolisesti eri lähteistä päätöksenteon tueksi. Osastonhoitajalla on tärkeä rooli oman osastonsa tuottaman tiedon tulkitsijana ja välittäjänä.

Osastonhoitajalla on käytettävissään osastonsa johtamiseen paljon dataa ja tilastoja kuormitustilastoista talouden raportoinnin taulukoihin ja käsihuuhdemittauksista kirurgisiin vaihtoaikoihin. Tieto on kuitenkin usein hajallaan erilaisissa tietojärjestelmissä ja sen kerääminen ja tulkitseminen vie aikaa. Erilaiset sähköiset työkalut tiedon hallitsemiseen ovat nykypäivää myös osastonhoitajan työssä. Kootut tietopankit, tilannekuvat, keräävät tietoa useammista tietojärjestelmistä ja näyttävät tiedon kokonaisuutena yhdellä silmäyksellä. Tilannekuva tukee oman työn suunnittelua ja antaa tietoa esimerkiksi potilasturvallisuudesta, kustannuksista, hoidon laadusta ja henkilöstöresursseista. Tärkeää on, että työkalut ovat helposti muokattavissa osastonhoitajan tarpeisiin osaston ja tuotetun tiedon mukaan.

Toiminnasta lähtöisin olevaa tietoa voidaan hyödyntää osaston toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä. Osaamismittaukset helpottavat osastonhoitajaa osaamisen kehittämisessä, henkilöstökyselyt työhyvinvoinnin kehittämisessä ja opiskelijakyselyt ohjauksen kehittämisessä. Näyttöön perustuvan ja toiminnasta lähtöisin olevan tiedon lisäksi kokemuseräisellä tiedolla on yhä korostuneempi merkitys tiedolla johtamisessa. Sen laajaa potentiaalia voidaan hyödyntää erityisesti oman osaston toiminnan kehittämisessä. Asiakasfoorumit ovat nykypäivää ja asiakaspalautteiden käsittely osastonhoitajan jokapäiväistä työtä. Erityisen arvokasta kokemuseräistä tietoa on osastonhoitajan saatavilla arjen keskusteluissa hoitohenkilökunnan kanssa. Herkällä korvalla myös heikkojen signaalien kuuntelu voi avata uusia mahdollisuuksia tiedon hyödyntämiseen.

Muuttuvissa työyhteisöissä on tarve luoda jatkuvasti uutta tietoa. Tämä edellyttää tiedon jakamista ja jalostamista vuorovaikutuksessa. Osastonhoitajan tehtävänä on tukea työyksikössä avointa keskustelukulttuuria ja luovuutta, jotta tulevaisuustietoa on mahdollista luoda. Osastonhoitajat toimivat osana organisaatiokulttuureita, jotka tukevat tiedolla johtamista ja tunnistavat myös kokemuseräisen tiedon mahdollisuudet.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiset palvelut tarvitsevat monialaista osaamista

Outi Ahonen

projektipäällikkö, Laurea-ammattikorkeakoulu

Tuula-Maria Rintala

yliopettaja, Tampereen ammattikorkeakoulu

Sanna Juvonen

kehityspäällikkö, Laurea- ammattikorkeakoulu

Anna-Maija Id-Korhonen

lehtori, Lahden ammattikorkeakoulu

Anna-Leena Ruotsalainen

lehtori, Savonia-ammattikorkeakoulu

Jaana-Maija Koivisto

tutkijayliopettaja, Hämeen ammattikorkeakoulu

Päivi Sihvo

lehtori, Karelia-ammattikorkeakoulu

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kehittyvät yhä monimuotoisemmiksi, tulee henkilöstön vahvistaa osaamistaan. Digitaaliset toimintaympäristöt ja tiedon toisiokäyttö haastavat ammattilaiset pohtimaan uudella tavalla eettisiä toimintamalleja työssään. Kansalaiset tarvitsevat helposti käytettäviä ja ympäri vuorokauden toimivia palveluja, joissa asiakkaan rooli on entistä aktiivisempi ammattilaisen rinnalla.

Tämä kaikki edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta uudenlaista osaamista ja kykyä toimia monitoimijaisissa verkostoissa kehitettäessä palveluja monimuotoisiksi, digitaalisten palvelujen ollessa osana kokonaisuutta. Opetus ja kulttuuriministeriön rahoittaman SotePeda 24/7 -hankkeen (2018–2020) tavoitteet tukevat tätä muutosta. Monialaista osaamista ja joustavaa työtettä tarvitaan sote-digi-osaamisen kehittämiseksi. Hankkeen tarkoitus on lisätä muutoksessa tarvittavaa digitaalisen palvelurakenteen ekosysteemin käyttämis-, johtamis- ja kehittämisosaamista. Lisäksi tarkoitus on luoda monialaisia oppimista tukevia ympäristöjä, joista osaa voidaan käyttää itsenäisesti ajasta ja paikasta riippumatta sähköisissä oppimisympäristöissä. Hankkeessa on toimijoina 22 ammattikorkeakoulua ja 2 yliopistoa.

Hanke tuottaa sote-digipalveluissa tarvittavan osaamisen määrittelyä ja opintosisältöjä, pedagogisia ratkaisuja sekä oppimisympäristöjä, jotka vastaavat tulevaisuuden osaamistarpeita sekä takaavat opiskelijoille sujuvat digitaaliset ympärivuotiset oppimispolut. Hankkeessa vahvistetaan opettajien, opiskelijoiden ja työelämän edustajien digi-sote-osaamista sekä kehitetään digitaalisia oppimisympäristöjä, ohjausta ja näihin liittyvää osaamista. Hankkeessa kehitetään uusia yhteistyömuotoja koulutuksen ja ympäröivän yhteiskunnan kesken sekä korkeakoulujen välillä niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Hankkeen tavoitteena on uudistaa korkeakoulujen toimintatapoja ja lisätä ympärivuotisia opiskelumahdollisuuksia. Hankkeen oppimisympäristöihin tuotetaan opettajille ja eriasteisia tutkintoja suorittaville opiskelijoille opintomateriaalia, jonka tehtävänä on mahdollistaa myös työelämässä olevan ammattilaisen itsenäinen opiskelu ja osaamisen kehittäminen. Esityksen tavoitteena on lisätä kuulijan tietoisuutta eri mahdollisuuksista vahvistaa omaa ja työyhteisön osaamista sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen käyttämiseen ja kehittämiseen sekä monitoimijaisessa verkostossa toimimiseen huomioiden tulevaisuuden työn eettinen osaaminen.

Hankkeen vision mukaan ”korkeakoulun opettajalla on monialaista digitaalista ja pedagogista osaamista ja hän toimii kansallisissa avoimissa oppimisympäristöissä. Hankkeen tuottamat osaamiskuvaukset ja opinnot lisäävät korkeakoulujen opiskelijoiden ja työelämässä toimivien sote-digi -osaamista, eettisiä toimintatapoja sekä kykyä kehittää soten digitaalisia, ihmislähtöisiä palveluja monitoimijaverkostoissa.” Hankkeesta saa lisää tietoa osoitteesta www.sotepeda247.fi.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Muistisairaahan asumismuodon oikea- aikainen puheeksi ottaminen

Hannele Siltanen

tutkija,
Hoitotyön tutkimussäätiö

Heidi Parisod

tutkija,
Hoitotyön tutkimussäätiö

Suomessa noin 200 000 henkilöä sairastaa erilaisia muistisairauksia. Vaikka koti mielletään ikääntyneen henkilön parhaaksi asuinmuodoksi, se voi muistisairauden edetessä muuttua turvallisuutta ja elämänlaatua heikentäväksi ympäristöksi. Toisaalta, kotona asuminen voi myös kaventaa muistisairaahan henkilön sosiaalista elämää. Pahimmillaan koti voi olla vankila, josta muistisairautta sairastava ei edes halutessaan pääse pois. Päivän ainoa sosiaalinen kontakti voi olla tapaaminen kodinhoitajan kanssa.

Suomessa ei tällä hetkellä ole valtakunnallista ohjeistusta siitä, miten, missä vaiheessa ja kenen kanssa muistisairaahan asuinmuoto ja mahdollinen muutto omasta kodista tulisi ottaa puheeksi. Siten muistisairaille ei ole yhtäläistä mahdollisuutta tulla kuulluksi ja he ovat eriarvoisessa asemassa päätettäessä heidän loppuelämänsä vaikuttavasta asuinmuodosta. Muuton tarpeesta keskustelu voi olla myös läheisille vaikeaa ja herättää ristiriitaisia tunteita.

Tällä luennolla kerrotaan Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) ja Muistiliiton yhteisestä Muistava-hankkeesta (2018–2020), jonka rahoittaa Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STEA). Hankkeessa kehitetään MUISTAVA-työkalua, jonka avulla otetaan puheeksi oikeaan aikaan muistisairaahan muutto kotoa ympärivuorokautiseen hoitoon. Valtakunnallisesti käyttöön otettavan työkalun tarkoituksena on auttaa muistisairasta henkilöä ilmaisemaan oma tahtonsa ja suunnittelemaan tulevaa asuinmuotoa jo silloin, kun hän siihen sairautensa puolesta vielä kykenee. Työkalun on tarkoitus helpottaa myös omaisten, läheisten ja muiden muistisairaiden parissa toimivien aloitteesta tapahtuvaa muuton puheeksi ottamista sekä auttaa heitä tunnistamaan riittävän ajoissa, milloin muistisairaahan asuinmuoto tulisi arvioida uudelleen.

Jos työskentelet muistisairaiden henkilöiden parissa, sinulla on muistisairautta sairastava läheinen tai olet muuten vain kiinnostunut aiheesta, tule kanssamme keskustelemaan puheeksi ottamisen työkalusta ja kuulemaan hankkeen tähänastisista tuloksista. Luennolla sinulla on myös mahdollisuus kertoa oma näkemyksesi ja ideasi vielä kehitteillä olevasta MUISTAVA-työkalusta. Tervetuloa siis mukaan tämän ajankohtaisen aiheen pariin!

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Muistisairaahan toimintakyvyn tukemiseen lääkkeettömät hoitomenetelmät

Annukka Tuomikoski

tutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö

Heidi Parisod

tutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö

Muistisairautta sairastavan hoitoa käsittelevässä luennossa kerrotaan tuoreita tuloksia lääkkeettömistä menetelmistä muistisairaana päivittäisistä toiminnoista selviytymisen tukemisessa ja haasteelliseksi koetun käyttäytymisen hoidossa. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisellä tarkoitetaan muistisairaana kykyä selviytyä arkisista toiminnoista, kuten syömisestä, pukeutumisesta tai peseytymisestä, sekä kyvystä hoitaa asioita, joihin muistisairauden eteneminen saattaa tuoda muutoksia. Muistisairailta voi myös ilmetä käyttäytymiseen liittyviä ympäristön haasteelliseksi kokemia muutoksia, jotka saattavat vaikuttaa muistisairaaseen itseensä ja hänen läheisiinsä sekä muistisairasta hoitavaan henkilöstöön.

Luento pohjautuu kahteen vuonna 2018 Hoitotyön tutkimussäätiön Muistiliiton toimeksiannosta laatimaan järjestelmällisten katsausten katsaukseen. Niiden tarkoituksena oli koota ja arvioida tähän mennessä kertynyttä tutkimusnäyttöä lääkkeettömien menetelmien vaikutuksista muistisairautta sairastavan henkilön 1) päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ja 2) haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen. Katsausten tavoitteena oli tutkimusnäytön avulla edistää vaikuttavien lääkkeettömien menetelmien käyttöä muistisairautta sairastavien hoidossa.

Liikunnasta ja kognitiivisten harjoitteiden yhdistelmästä hyötyä muistisairaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymisen tukemisessa

Katsauksen tulokset osoittivat, että tutkimusnäyttö tukee kognitiivisten menetelmien käyttöä yhdistettynä muihin lääkkeettömiin menetelmiin, kuten kuntopyöräilyyn, musiikkiin, luoviin harjoitteisiin ja puutarhanhoitoon, sekä liikuntaa itsessään. Positiivista näyttöä on myös muistisairaalle ja omaiselle yhdessä parina kohdistetuista menetelmistä. Tutkimusnäytön perusteella lääkkeettömiä menetelmiä voidaan pitää turvallisina keinoina tukea muistisairaana päivittäisistä toiminnoista selviytymistä.

Musiikki vähentää muistisairaana haasteelliseksi koettua käyttäytymistä

Vahvin tutkimusnäyttö tukee musiikin käyttöä muistisairaana haasteelliseksi koetun käyttäytymisen vähentämisessä sekä muistisairaana yksilölliset tarpeet ja toivomukset huomioivien menetelmien käyttöä muistisairaana kiihtyneisyyden ja aggressiivisuuden vähentämisessä. Lääkkeettömiä menetelmiä voidaan pitää tutkimusnäytön perusteella turvallisina muistisairautta sairastavien haasteelliseksi koetun käyttäytymisen hoidossa. Huomiota tulee kuitenkin kiinnittää siihen, että kirkas valo ruokailutilanteiden yhteydessä saattaa lisätä haasteelliseksi koettua käyttäytymistä ja eläinterapian päättymisen voi lisätä muistisairaana kiihtyneisyyttä.

Lääkkeettömistä menetelmistä on siis tutkitusti hyötyä muistisairaiden hoidossa muiden hoitomuotojen ohella. Tervetuloa kuuntelemaan tarkempia tuloksia ja keskustelemaan aiheesta luennolle!

Alkuperäiset raportit löydät Muistiliiton sivuilta www.muistiliito.fi

1) vaikutukset päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen

2) vaikutukset haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen

https://www.muistiliitto.fi/application/files/9315/4227/2682/Katsaus_laakkeettomat.pdf

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

NEWS- aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä peruselintoimintojen arviointiin ja seurantaan

Mika Karjalainen

sairaanhoitaja YAMK,
Teho-osasto KYS, PSSHP

Marcus Norrgård

sairaanhoitaja,
Teho-osasto, Meilahden sairaala, HUS

National Early Warning Score (NEWS) kehitettiin Iso-Britanniassa sisätautilääkäriyhdistyksen (Royal College of Physicians) toimesta vuonna 2012 standardoimaan aikuispotilaiden peruselintoimintojen seuranta ja mahdollistamaan aikainen puuttuminen kehittyviin peruselintoimintojen häiriöihin sairaaloissa. (1)

Pisteytysjärjestelmä huomioi potilaan hengitystaajuuden, happisaturaation, verenpaineen, syketaajuuden, tajunnan tason, lämpötilan sekä mahdollisen lisähapen tarpeen. Jokainen muuttuja pisteytetään (0–3). Korkeat pisteet ennakoivat tarkasti sydänpysähdystä, tehohoitoon ajautumista ja kuolemaa. (2)

Vuoden 2012 työryhmä suositteli NEWS:n käyttöönottoa kaikissa Iso-Britannian sairaaloissa, ja tämä tavoite on varsin kattavasti saavutettu. Eurooppalaisia elvytys-suosituksia mukaileva Elvytyksen Käypä hoito -suositus (3) toteaa peruselintoimintojen häiriöiden varhaisen toteamisen olevan merkittävin lenkki sydänpysähdysten ehkäisyssä.

NEWS on alun perin kehitetty tunnistamaan vuodeosastopotilaiden tilan heikentyminen. Tutkimuksissa NEWS:n on todettu toimivan luotettavana peruselintoimintojen häiriöiden mittarina myös päivystyspoliklinikalla ja ensihoidossa. (4, 5). Se on otettu jo käyttöön useassa suomalaisessa terveydenhuollon yksikössä, mm. Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa. (6)

Sairaanhoitajaliiton aloitteesta perustettiin viime syksynä yhdessä Suomen Lääkäriliiton kanssa työryhmä, jonka tarkoituksena oli laatia Suomeen kansallinen suositus potilaiden peruselintoimintojen seurannasta NEWS:n avulla. Juuri julkaisussa suosituksessa (7) huomioidaan NEWS:n arvo myös sairaaloiden ulkopuolella perusterveydenhuollossa, kotihoidossa ja ensihoidossa.

Lähteet:

1. The Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: RCP; 2017;1–77.
2. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*. 2013;84:465–70.
3. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Elvytys. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2016;1–36.
4. Silcock DJ, Corfield AR, Gowens PA, Rooney KD. Validation of the National Early Warning Score in the prehospital setting. *Resuscitation*. 2015;89:31–5.
5. Alam N, Vegting IL, Houben E, van Berkel B, Vaughan L, Kramer MHH, ym. Exploring the performance of the National Early Warning Score (NEWS) in a European emergency department. *Resuscitation*. 2015;90:111–5.
6. Tirkkonen J, Oikkola KT, Huhtala H, Tenhunen J, Hoppu S. Medical emergency team activation: performance of conventional dichotomised criteria versus national early warning score. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58:411–9.
7. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n asettama työryhmä. NEWS – Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä. (siteerattu 26.1.2018). <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/news-aikaisen-varoituksen-pisteytysjarjestelma/>

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

ODA ja Omaolo-palvelut

Jari Numminen
tuoteomistaja,
Omaolo, SoteDigi Oy

Hallituksen kärkihanke ODA päättyi lokakuussa 2018, ja hankkeessa syntynyt toimintamalli ja palvelu on siirretty SoteDigi Oy:n vastuulle. Omaolo-palvelua ja siihen liittyvää asiakaslähtöistä toimintamallia on lähdetty levittämään uusille alueille, ja pian suurin osa maakunnista on jo mukana. Omaolon ensimmäinen tuotantoversio on otettu käyttöön 6.2.2019.

ODA-hanke syntyi kuntien tarpeesta uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluitaan. Samalla tunnistettiin se kipeä tosiasia, että monet palveluista eivät ole asukkaan kannalta ehjiä ja lisäarvoa tuottavia. Hankkeen aikana keskityttiin kahteen toisiaan tukevaan haaraan: toiminnalliseen muutokseen kunnissa ja Omaolo-palvelun tekniseen kehittämiseen. Toiminnallinen muutos on hidasta ja vaatii aikaa sekä resursseja onnistuakseen. Johdon sitoutuminen uudistumisen vaatimiin kipeisiin asioihin on tärkeää. Hankkeen aikana parhaat hetket syntyivät kuitenkin siitä, kun palvelua tuottavien ammattilaisten silmissä syttyi oivallus ja muutos eteni monia askeleita.

Omaolo-palvelun päätettiin tehdä perinteisestä tavasta poiketen tilaajavetoisesti ja ketteriä menetelmiä käyttäen. Uusien menetelmien opettelu ei sujunut kivuttomasti, koska työssä kohtasivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tiiviit aikataulut asiakas- ja potilastyössä sekä sovelluskehittämiseen liittyvät epävarmuudet. Yhteensovittaminen vaati joustoa molemmin puolin, ja yhteinen tahtotila vei kokonaisuutta eteenpäin.

Neljätoista kunnan ja kuntayhtymän muodostama konsortio oli haastava mutta tärkeä pohja, jolle Omaolo rakennettiin. Erikokoisten organisaatioiden tarpeet yhdistettynä moniin asukkaiden tarpeisiin teki palvelun rakentamisesta vaativaa, mutta samalla varmisti palvelun toimivuutta eri ympäristöissä. Palvelun testaaminen sekä ammattilaisvoimin että oikeiden asukkaiden kanssa tuotti tarvittavaa tietoa niin toiminnallisen muutoksen kuin palvelun kehittämisen tueksi.

Omaolo-palvelun tuotantoversiossa on oire- ja palveluarvioita, joiden avulla asukas voi arvioida omaa hoidon ja palvelun tarvettaan. Arvioinnin jälkeen on mahdollista olla yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin lähettämällä arvioinnin tulos heille, varaamalla aika sähköisesti tai menemällä palvelua tuottavaan organisaatioon. Erilaisten palvelukanavien mahdollistaminen tuo valinnanvapautta asukkaalle, mutta samalla se haastaa ammattilaiset kohtaamaan asukkaat eri kanavien vaatimalla tavalla.

Tämän vuoden aikana Omaolo-palvelu laajenee uusilla sisällöillä, muun muassa laajalla hyvinvointitarkastuksella, pitkäaikaissairauksien suunnitelmilla sekä jo beta-testauksessa olevalla määräaikaistarkastuksella.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Osatyökykyisyys – uhka vai mahdollisuus?

Mikko Weckström

perushoitaja (sairaanhoitaja AMK),
HUS Sydän- ja keuhkokeskus, sydänasema

Anu Nyman

osastonhoitaja (sairaanhoitaja YAMK),
HUS Sydän- ja keuhkokeskus, sydänasema

Osatyökykyisyyden hyväksyminen ja työntekoon liittyvät muutokset ovat työntekijälle ja työnantajalle haastavia. Tässä luennessa avataan osatyökykyisen ja hänen esimiehensä kokemuksia tällaisen prosessin läpiviennissä.

Työntekijän sairastuminen tai vammautuminen ja siitä seuraava osatyökykyisyyden hyväksyminen ja tilanteeseen sopeutuminen vaativat aikaa. Työnantajan on syytä olla tässä prosessissa mukana alusta alkaen ja valmentaa työntekijää siihen, että tämän työkyky saattaa olla pysyvästi heikentynyt siten, ettei aikaisempi työ ole enää mahdollista. Ensiarvoisen tärkeää on, että työterveyshuollossa tunnetaan työntekijän työn sisältö ja se, miten työkyvyn heikkeneminen vaikuttaa työn tekemiseen. Lisäksi esimiehillä on oltava riittävästi tietoa siitä, mitä muita vaihtoehtoisia töitä työnantajalla on tarjota ja voidaanko työtehtäviä muokata siten, että osatyökykyiselle saadaan sopiva työnkuva.

Tässä tapauksessa osatyökykyiselle rakennettiin yksilöllinen työnkuva noudattaen HUS:n käyttämää niin sanottua sovelletun työn mallia, sillä mikään olemassa oleva työnkuva ei soveltunut käytettäväksi. Uuden ja aikaisemmasta työstä poikkeavan työnkuvan ”myyminen” osatyökykyiselle on herkkä prosessi, johon on syytä valmistautua huolellisesti. Kyseessä on voimakkaasti ammatti-identiteettiin liittyvä asia, jonka läpikäyminen ja hyväksyminen voivat viedä aikaa.

Osatyökykyisyyteen liittyy usein taloudellisia seikkoja. Muuttunut työnkuva ja työaika voivat aiheuttaa huomattavankin tulotason laskun. Osatyökykyinen joutuu punnitsemaan mahdollisella työkyvyttömyyseläkkeellä olon ja osatyökykyisenä työskentelyn taloudellisia eroja, jotka eivät välttämättä ole kovinkaan suuria työntöön hyväksi. Tässä tilanteessa työnantajan vastaantulo palkkauksessa voi olla merkittävä tekijä, koska silloin työnantaja voi säästää varhaiseläkemenoperusteissa maksuissa ja osatyökykyinen saa taloudellisen kannusteen valita työntöön mahdollisen työkyvyttömyyseläkkeen sijaan.

Osatyökykyisen työntekijän tilanteen ja hänen työnkuvansa informointi työyhteisölle helpottaa kokemustemme mukaan osatyökykyisen sopeutumista uuteen työtehtävään ja työyhteisöön. Avoimuus työyhteisössä ja tarvittaessa osatyökykyisen työtehtävien joustava muuttaminen tilanteen niin vaatiessa ovat keinoja löytää kaikkia tyydyttävä lopputulos.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Palvelukeskus Helsingin etähoitopalvelut

Markitta Karvinen
erityissuunnittelija,
Palvelukeskus Helsinki -liikelaitos,
Puhelin- ja hyvinvointipalvelut, hoivapalvelut

Palvelukeskus Helsinki tuottaa Helsingin kotihoidon asiakkaille tukipalveluna kuva- ja äänivälitteistä etähoitopalvelua. Etähoitopalvelua on tuotettu vuodesta 2011 alkaen, mutta asiakasmäärän kasvu lähti nousuun vasta vuoden 2014 lopussa, jolloin yhteistyö silloisen uuden ohjelmistotoimittajan (VideoVisit Oy) kanssa käynnistyi.

Palvelukeskus Helsingin etähoitopalvelun piirissä on parhaillaan lähes 800 Helsingin kotihoidon asiakasta, ja etähoitokäyntejä tehdään yli 23 000 kuukaudessa. Etähoitopalvelu on kaupungille kustannustehokasta: yhden etähoitokäynnin hinta on noin 5 euroa, kun taas yhden kotihoidon fyysisen käynnin hinta on noin 40 euroa.

Etähoitopalvelulla voidaan korvata ne kotihoidon käynnit, jotka eivät vaadi hoitajan fyysistä läsnäoloa, esimerkiksi lääkkeidenoton valvonnat, erilaiset muistutukset ja voinnin seurannat.

Etähoitopalvelun avulla voidaan ylläpitää ja parantaa asiakkaiden liikuntakykyä yksilö- ja ryhmäliikuntatuokioiden avulla. Pitkistä kymmenen viikkoa kestävästä ryhmäkuntouksista, joissa asiakkaille tehdään alku- ja loppumittaukset, vastaa Helsingin Monipuolisten palvelukeskuksien fysioterapeutit.

Etähoitopalvelu mahdollistaa asiakkaiden sosiaalisten kontaktien lisääntymisen erilaisten etäryhmien avulla. Nekin asiakkaat, jotka eivät enää kykene kodeistaan poistumaan, pääsevät etäryhmissä näkemään muut ryhmään osallistuvat, ja heillä on mahdollisuus keskustella muiden kanssa. Päivittäin kokoontuu useampi hoitajan vetämä ruokaryhmä ja viikoittain jumpataan musiikin tahdissa, tietovisaillaan tai juodaan iltapäiväkahvit yhdessä.

Tehtyjen asiakastyytyväisyyskyselyiden perusteella monet asiakkaat kokevat etäkäynnit heille sopiviksi, koska etäkäynnit hoidollisten asioiden ohella lisäävät heidän turvallisuudentunnettaan ja lieventävät yksinäisyyttä.

Palvelukeskus Helsingin etähoitopalvelussa työskentelevillä työntekijöillä on kaikilla terveydenhuoltoalan koulutus. Osa henkilöstöstä on entisiä kotihoidon työntekijöitä, joille etähoidosta on löytynyt uusi työ, joka ei ole fyysisesti yhtä raskasta kuin kotihoidon kotikäynnit.

Etänä tapahtuvaa asiakkaan hoitamista pilotoidaan parhaillaan myös sairaanhoitaja-lääkäriyöpareilla. Kuva- ja ääniyhteyden lisäksi yöpareilla on käytössään etädiagnostiikkalaitteisto.

Saatujen etähoitopalvelukokemusten perusteella pyritään löytämään lisää uusia kohderyhmiä, joissa etähoitoa voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessa.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

PEWS (Pediatric early warning score) eli Lasten aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä

Pirjo Rannanjärvi

apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitaja (YAMK),
AmO-opiskelija, Lasten teho-osasto,
HUS, Lasten ja nuorten sairaudet, Uusi lastensairaala

Mika Katajala

vs. osastonhoitaja, sairaanhoitaja (YAMK),
lasten teho-osasto, OYS

Sairaanhoitajaliiton ja Lääkäriliiton tavoitteena on, että Suomessa myös lapsipotilaiden peruselintoimintojen tilan seurannassa käytettäisiin PEWS-pisteytystä potilaan hoitopaikasta riippumatta. PEWS luo yhteisen kielen eri terveydenhuollon toimijoiden välille: samanlaiset peruselintoimintojen häiriöt vaikuttavat pistesummaan sekä sairaalan sisällä että sen ulkopuolella. Näin ollen myös hoidon jatkuvuus on turvattu. PEWS antaa hälytysrajat toiminnalle; konsultoidako osaston lääkäriä vai tehdäkö MET (Medical Emergency Team) -hälytys? Tutkimuksen mukaan potilaiden systemaattinen seuranta vuodeosastoilla ja MET-toiminta vähentävät elintoimintahäiriöiden ilmaantuvuutta sairaalahoidon aikana. Samoin tutkittuun tietoon perustuen pisteytysjärjestelmän käyttöönotto on lisännyt potilaiden vitaalielintoimintojen seurantaan sekä parantanut raportointia ja kommunikaatiota.

PEWS-pisteytyksessä mitataan kahdeksan fysiologista parametria, ja jokaisesta mittauksesta annetaan taulukon mukainen riskipiste. PEWS-pisteytyksessä huomioidaan lasten iänmukaiset fysiologiset arvot sykkeestä, verenpaineesta ja hengitystaajuudesta. Nämä pisteet lasketaan yhteen, ja tästä yhteistuloksesta saadaan potilaan riskiluokka ja toimintaohje sen mukaisesti. Riskiluokan perusteella voidaan päätellä, millainen riski on, että potilaan tila huononee tai se vaatii tarkkailun lisäämistä. Jokaiselle riskiluokalle on annettu toimintaohjeet, näin esimerkiksi MET-hälytyksen laukaisee tietty ennalta sovittu pistemäärä. Vaikka PEWS-järjestelmän on tarkoitus olla yhtenäinen koko Suomessa, riskiluokkaan kuuluvaa toimintaohjetta voi muuttaa yksikkökohtaiseksi.

Sairaanhoitajaliiton ja Lääkäriliiton yhteistyönä tuotetun Lasten aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmän tavoitteena on tunnistaa mahdollisimman varhain sairaan lapsen elintoimintahäiriöt sekä varmistaa hoitohenkilökunnan nopea puuttuminen voinnin huononemiseen. Pisteytys perustuu Torontossa kehitettyyn Bedside PEWS-järjestelmään. Bedside PEWS on kehitetty nimenomaan yksinkertaiseksi ”bedside”-työkaluksi elintoimintahäiriöiden tunnistamista varten, ja se on tarpeeksi nopea tehdä käytännön osastotyössä. Erilaisia aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmiä on paljon käytössä maailmalla. Bedside PEWS on validoitu useammassa aineistossa, joissa pisteytyksen sensitiivisyys on vaihdellut 0.64–0.82 ja spesifisyys 0.89–0.93. Meta-analyysissä ja 18 erilaisen hälytysmittarin retrospektiivisessä tapausverrokkitutkimuksessa Bedside PEWS suoriutui yhtenä parhaista pisteytyksistä elintoimintahäiriöiden tunnistamisessa.

Lähteet:

Parshuram CS, Duncan HP, Joffe AR, Farrell CA, Lacroix JR, Middaugh KL, Hutchison JS, Wensley D, Blanchard N, Beyene J, Parkin PC. Multicentre validation of the bedside paediatric early warning system score: a severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children. *Crit Care* 15(4): R184. doi: 10.1186/cc10337.

Chapman SM, Wray J, Oulton K, Pagel C, Ray S, Peters MJ. “The Score Matters”: wide variations in predictive performance of 18 paediatric track and trigger systems. *Arch Dis Child* 102(6):487–495.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Potilaan itsemääräämisoikeus ja hoitohenkilökunnan oikeudet ja velvollisuudet

Kaija Kess

OTM, varatuomari,
Proffs Oy

Asiakas- ja potilaslakiehdotus ei syksyllä 2018 edennyt eduskuntaan, vaikka sitä yritettiin jo toista kertaa tällä vuosikymmenellä saada valmiiksi. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailla ja potilailla on Suomen perustuslain mukaiset oikeudet. Perusoikeuksia ei poista joutuminen/pääseminen sosiaali- tai terveydenhuollon asiakkaaksi tai potilaaksi. Henkilökunnalla ei ole niin sanottua laitosaltaa potilaaseen tai asiakkaaseen. Tästä huolimatta meillä on Suomessa käytäntöjä, jopa ohjeita, joissa asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksia rikotaan. Asiakkaita ja potilaita kohtaan käytetään laitosaltaa. Ilman lääketieteellistä tai hoidollista syytä asiakkaan tai potilaan perusoikeuksia, varsinkin itsemääräämisoikeutta, rajoitetaan.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisujen mukaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tulee perustua lääkärin määräykseen. Määräyksen tulee olla määräaikainen, ja sen tarvetta täytyy tarkastella jatkuvasti. Määräys tulee kirjata perusteluineen. Tätä ennen potilasta tulee kuulla ja hänen kanssaan tulee päästä yhteisymmärrykseen hänen hoidostaan. Jos hän ei pysty päättämään hoidostaan, hänen läheisiään tai laillista edustajaansa täytyy kuulla.

Nykyinen potilaslaki on monelta osaltaan puutteellinen potilaan itsemääräämisen osalta. Sen lähtökohta on potilaan hoito yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas ei kykene esimerkiksi muistisairauden vuoksi ymmärtämään ja päättämään hoidostaan, läheisellä tai laillisella edustajalla on liikaa päätösvaltaa.

Valitettavasti Suomen perustuslaki ja eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntö eivät varmaankaan kuulu sosiaali- ja terveydenhuollon opetukseen eikä työpaikoilla kouluteta tai seurata näitä oikeudellisia lähteitä. Tästä syystä on harmillista, ettei asiakas- ja potilaslakia saatu aikaan. Siinä olisi muun muassa kielletty hygieniahaalarin ja häkkisängyn käyttö.

Tässä lainsäädännöllisesti puutteellisessa tilanteessa terveydenhuollon yksiköiden tulisi perehtyä potilaan itsemääräämisoikeuteen, käydä perusteellinen keskustelu työyhteisössä, päivittää käytännöt ja ohjeet sekä laatia toimeenpanosuunnitelma potilaan itsemääräämisoikeuden juurruttamiseksi terveydenhuoltoon.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Psykiatrinen etäosasto

Tuomo Töhönen

osastonhoitaja, HUS psykiatria,
psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linja, Peijas P1

HUS psykiatrian Peijaksen sairaalan psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjan osastolla P1 toimii etäosasto, jossa potilaita hoidetaan videovälitteisesti. Etäosasto käynnistettiin moniammatillisen työryhmän voimin maaliskuussa 2018. Etäosaston tarkoitus on luoda uusi palvelumuoto, säästää kustannuksia ja estää potilaiden laitostumista sekä pyöröovi-ilmiötä.

Peijaksen osasto P1 on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin 20-paikkainen aikuisten suljettu osasto, jossa hoidetaan 18–65-vuotiaita psykoosipotilaita. Potilaat ovat pääsääntöisesti vantaalaisia ja keravalaisia. Potilaskirjo on laaja, ensipsykooseista pitkään sairastaneisiin skitsofreniapotilaisiin. Osastoa kutsutaan psykoosiosastoksi, ja teemme tiivistä yhteistyötä avohoidon kanssa. Osastolle tullaan läheteellä, joko tarkkailuläheteellä (M1) tai niin sanotulla tavallisella läheteellä. Osastolla on siis potilaita sekä tahdosta riippumattomassa että vapaaehtoisessa hoidossa.

Etäosastolla on kaksi potilaspaikkaa. Hoidon pituus vaihtelee hoitosuunnitelmasta riippuen välillä 5–15 vuorokautta. Potilaat ovat Peijaksen alueen psykoosiklinikan avohoidon potilaita, jotka asuvat palveluasumista tarjoavissa yksiköissä. Potilaat ovat pitkäaikaissairaita psykoosipotilaita, joilla on subakuutti hoidon tarve. Etäosastolla hoidetaan myös intervallihoitoa tarvitsevia potilaita, jolloin potilaan ei tarvitse tulla sairaalaan. Etäosastohoitoon ei tarvitse lääkärin lähetettä.

Tapaamisiin osallistuvat vähintään ensimmäisellä ja viimeisellä kerralla potilaan lisäksi P1:n osastonlääkäri, hoitaja ja palveluyksikön työntekijä. Muu verkosto, kuten omaiset, voivat osallistua videotapaamiseen, jos potilas niin haluaa. Etäosastojakson videotapaamiset hoitavat osaston P1 hoitajat. Jakson aikana hoitovastuu on osastolla. Hoitovastuu määritellään samoin kuin jos potilas olisi osastolla. Tapaamiset pyritään järjestämään kerran päivässä. Toiminnan hyötyä mitataan web-lomakkeella, jossa osa-alueina ovat potilaan ja hänen työntekijänsä kokemus sekä tekninen onnistuminen ja ajankäyttö. Myös osaston henkilökunnalle on rakennettu oma lomake. Potilaan oireita arvioidaan BPRS-mittarilla (Brief Psychiatric Rating Scale).

Toiminnan käynnistyttyä maaliskuussa 2018 etäosastolla on hoidettu useita potilaita erinomaisella menestyksellä. Etäosasto on vähentänyt hoidettujen potilaiden sairaalahoitoa merkitsevästi. Hoitotyytyväisyys on myös ollut potilaiden palautteiden mukaan korkea, koska sairaalahoito on pystytty estämään. Hoito on myös kustannustehokasta. P1-etäosasto on nykyaikainen tapa hoitaa psykoosipotilaita vuodeosastolta käsin. Toiminnan vakiinnuttua Peijaksen alueella sitä laajennetaan muihin HUS psykiatrian yksiköihin.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Rintakipupotilas

Jarno Sillman

sairaanhoitaja,
TAYS Sydänsairaala, sydänvalvonta

Rintakivun taustalla saattaa olla sepelvaltimoiden ahtautumisesta johtuva sepelvaltimotauti. Sepelvaltimot lähtevät aortan tyvestä ja sijaitsevat sydämen pinnalla huolehtien sydänlihaksen hapensaannista. Sepelvaltimotautia aiheuttavista riskitekijöistä tärkeimmät ovat tupakointi, kohonnut veren kolesteroli, kohonnut verenpaine ja diabetes.

Sydänfilmin eli EKG:n (elektrodikardiografia) avulla selvitetään sydämen sinus-solmukkeen ja johtoratajärjestelmän toimintaa. Mahdolliset rytmihäiriöt saadaan selville, jos ne osuvat EKG:n ottohetkeen. Tärkeä EKG:n käyttöalue on sydänlihaksen hapenpuutteen (iskemian) ja infarktivaurioiden tutkiminen.

Sepelvaltimotauti jaetaan stabiili angina pectorikseen (AP) ja akuuttiin koronarisyndroomaan (ACS), joka jaetaan edelleen ei-ST-nousuinfarktiin /epästabiiliin angina pectorikseen ja ST-nousuinfarktiin.

Stabiili AP-oire ilmaantuu ja toistuu ilman suuria päivittäisiä vaihteluja alkaen usein raskuudessa tai nopeasti liikkeelle lähdettäessä. Kylmyys tai raskas ateria voi pahentaa sitä. Se tuntuu keskellä rintaa puristavana tai laaja-alaisena ja voi säteillä kaulalle tai käsivarsiin helpottuen muutamassa minuutissa levossa tai nitrolla. EKG:ssa näkyy usein kivun aikana ST-laskuja.

ST-nousuinfarktissa rintakipu on pitkittynyt, kesto tavallisesti yli 20 minuuttia. Kipu on tavallisesti voimakasta, vannemaista, puristavaa, laaja-alaista ja säteilee rinnasta selkään, käsivarsiin, leukaperiin, hartioihin. Nitraatti voi hetkeksi auttaa. Kipu saattaa ilmaantua myös levossa, ja se voi alkaa ylävatsalta pahoinvoinnin ja oksentelun kanssa muistuttaen akuuttia vatsaa. Oireina voi myös olla hengenahdistus, tuskaisuus tai yleiskunnon romahdus. Ikäänntyneiden, naisten ja diabeetikoiden oireet voivat olla lieviä ja epätyypillisiä. EKG:ssa on nähtävissä ST-nousut vähintään kahdessa rinnakkaisessa kytkennässä. Hoitona on sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen yhteydessä tehtävä pallolaajennus tai nykyisin harvemmin käytettävä liuotushoito.

Muita sydänperäisiä rintakivun syitä voivat olla sydänpussitulehdus, sydänlihastulehdus tai aortan sisäkalvon repeäminen (dissektoituminen). Rintakivun taustalla voi olla myös keuhkoperäisiä, ruuansulatuskanavaperäisiä, lihasperäisiä tai psyykkisiä syitä.

Sepelvaltimopotilaan lääkityksen tavoitteita ovat sydänlihaskemian helpottaminen ja haitallisten sydäntapahtumien estäminen. Lääkitykseen voivat kuulua asetyylisalisyylihappo, ADP-salpaaja, kolesterolilääke, beetasalpaaja, kalsiuminestäjä, ACE-estäjä, AT2-salpaaja ja/tai nitraatti.

Lähteet:

Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H, Yli-Mäyry S. 2011. Sydänsairaudet. Kustannus Oy Duodecim.
Mustajoki M, Alila A, Matilainen E, Pellikka M, Rasimus M (toim.). 2018. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Terveysportti.fi

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Sairaanhoitaja avainasemassa näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttajana

Heidi Parisod

tutkija, sh, th, TtT,
Hoitotyön tutkimussäätiö

Kristiina Heikkilä

tutkija, sh, TtM,
Hoitotyön tutkimussäätiö

Kuulostaako näyttöön perustuva hoitotyö vieraalta? Tai haluatko syventää ymmärrystäsi aiheesta? Tässä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä tarkastelevan luentosarjan ensimmäisessä luennossa tarjotaan peruspaketti näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ja sen kehittamisestä.

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ja ajan-
tasaisen tiedon harkittua käyttöä hoitotyössä asiakkaan tai potilaan terveyden
edistämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja hoidossa sekä hänen läheistensä
huomioimisessa. Näyttöön perustuvan hoitotyön tarkoituksena on edistää vaikut-
tavien, tarkoituksenmukaisten, käyttökelpoisten ja merkityksellisten menetelmien
käyttöä hoitotyössä sekä yhtenäistää käytäntöjä parhaaseen mahdolliseen näyt-
töön perustuen.

Tule luennolle kuuntelemaan ja keskustelemaan, mitä näyttöön perustuva toiminta
tarkoittaa hoitotyön arjessa ja miksi juuri sinä olet näyttöön perustuvan hoitotyön
toteuttajana avainroolissa. Lisäksi luennolla saat vastauksia siihen, mikä on näyttöön
perustuvan toiminnan merkitys hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden varmista-
misessa, mistä löydät näyttöön perustuvaa tietoa hoitotyön päätöksenteon tueksi
ja miten voit hyödyntää tietoa omassa työssäsi.

Luennolla aihetta käsitellään konkreettisten esimerkkien kautta hyödyntäen havain-
nollistavia ja innostavia menetelmiä. Luennolta saat työkaluja näyttöön perustuvan
hoitotyön toteuttamiseen ja kehittämiseen sekä ideoita työyksikkösi toiminnan
kehittämiseen. Tervetuloa mukaan!

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Sairaanhoitaja nettiterapeuttina, hoitajasta valmentajaksi

Sonja Alanko

sairaanhoitaja, nettiterapeutti,
HUS, Helsingin yliopistosairaala, It-jä psykososiaalisten hoitojen linja

Muutama sana nettiterapioista, joissa toimin HUS:n It- ja psykososiaalisten hoitojen linjalla. Nettiterapiat perustuvat tutkittuun tietoon ja kognitiiviseen psykoterapeuttiseen ajatteluun. Niissä asiakas tai potilas saa tietoa, johon voi omaan tahtiinsa tutustua. Hän myös tekee harjoituksia ja voi kirjoittamalla olla yhteydessä terapeuttiin, joka seuraa työskentelyä ja vastaa viesteihin.

Nettiterapiat suunniteltiin alun perin helposti saavutettavaksi hoidoksi lieviin ja keskivaikeisiin mielialahäiriöihin. Ne ovat tänä päivänä valtakunnallisesti ja myös ulkomailta asuvia palveleva hoitomuoto, johon on matala kynnyks ja jonoja. Nettiterapiat kehittyvät koko ajan havaintojen ja palautteen perusteella. Nettiterapia auttaa monia, mutta ei kaikkia, mikä pätee myös muihin psykoterapeuttisiin hoitoihin.

Nettiterapeuttina toimiminen

Nettiterapeutit olivat aluksi psykologeja, ja olin ensimmäinen sairaanhoitaja, joka aloitti nettiterapeuttina. Edellytyksenä sairaanhoitajille on psykoterapeuttinimike tai koulutuksessa oleminen.

Nettiterapeuttina toimiminen edellyttää avoimuutta ja uuden oppimisen halua. Se edellyttää myös sen hyväksymistä, että menneen tutkiminen ei ole aina tarpeen vaan muutos voidaan tehdä ajattelua ja toimintaa muuttamalla tässä ja nyt. Lisäksi nettiterapia vaatii uudella tavalla potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tukemista, sillä jokainen tekee nettiterapiaa omalla tavallaan ja ottaa siitä sen, mikä silloin on mahdollista ja mihin on motivoitunut. Tavoitteet asettaa potilas, ei terapeutti. Tämä ei tarkoita sitä, että potilas jätettäisiin yksin, vaan toimintatapa muuttuu enemmän valmentajan rooliksi. Potilas tekee, häntä kannustetaan ja tuetaan. Saavutukset ovat potilaan saavutuksia.

Kaiken läpäisevä on tieto, että potilas tekee omat valintansa sen suhteen, lähteekö muuttamaan ajatteluaan tai toimintatapojaan. Potilas valitsee rehellisyyden ja työskentelyn tason. Terapeutin rooli vaihtelee potilaan mukaan.

Tutkimuksissa on todettu, että nettiterapiassakin asiakas voi kokea vaikuttavan terapiasuhteen. Asiakas voi kirjoittaa joskus asioista, joista ei ole puhunut kenenkään kanssa; toisaalta kirjoittaessa miettii asioita ehkä toisella tapaa

Nettiterapeuttina toimiminen on toisenlaista sairaanhoitajan työtä. Siinä tehdään tietynlainen interventio, jossa keskiössä on potilaan maailma ja mieli sekä hänen motivaationsa ja tapansa toimia. Jokaisen polku on omanlainen, ja samassakin nettiterapiaohjelmassa jokainen työskentelee omalla tavallaan. Sairaanhoitajan yhtenä vahvuutena voi pitää tietämystä myös fyysisistä sairauksista ja niiden vaikutuksista mielenterveyteen. Sairaanhoitajana voi esimerkiksi osaamisensa avulla tukea potilasta kontaktiin oman hoitopaikkansa kanssa.

Nettiterapeutin työ on palkitsevaa, siinä näkee työn tulokset joskus hyvin konkreettisesti. Jos tilanteessa ei tapahdu muutosta, voidaan pohtia jatkohoidon mahdollisuuksia. Nettiterapia ei ole epäonnistunut, jos potilas hakeutuu sen jälkeen kasvokkaiseen terapiaan, sillä nettiterapia voi olla myös väylä oman hoidon aloittamiseen.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Selviytymispakkaus digiviidakkoon

Alexi Partanen
digisairaanhoitaja

Digitalisaation avulla voidaan tehostaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa sekä toteuttaa entistä laadukkaampaa palvelua. Digitalisaatio ei synny itsestään, vaan sen hyödyntäminen edellyttää vahvaa osaamista, tietoa, yhteistyötä ja määrätietoista johtamista. (Jungner 2015, 7; Ahonen ym. 2016, 231.) Työn muutos, uusi rooli, uudet taidot ja uudenlainen tapa tehdä työtä ovat niitä huolia, joita ammattilainen useimmiten kohtaa digitalisaatiossa. Digitaalisten palveluiden onnistunutta käyttöönottoa ja muutoksen hyväksymistä tukee huolellinen suunnittelu ja jalkauttaminen. (Rantala 2018.)

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on omat erityispiirteensä ja osaamisalueensa. Erilaisista alan tutkimuksista ja artikkeleista nousee systemaattisesti esiin määrättyjä osaamisalueita, jotka muodostavat pääteemat. Terveydenhuollon hoitotyön ammattilaisten digitaaliseen osaamiseen kuuluu kolme pääteemaa, joita ovat myönteinen asenne digitalisaatiota kohtaan, tieto- ja viestintäteknologiaosaaminen sekä laaja-alainen palvelukokonaisuusajattelu. (Jäkkö 2018, 48–55.)

Luennon keskeisinä teemoina ovat sosiaali- ja terveystalouden digitalisaatio, digitaalinen osaaminen terveydenhuollossa ja ammattilaisen muuttuva työnkuva. Tavoitteena on selkeyttää sosiaali- ja terveystalouden digitalisaation taustoja, poistaa mahdollisia ennakkoluuloja sekä tarjota osallistujille työkaluja uudenlaiseen tapaan tehdä työtä. Ennen kaikkea tarkoituksena on herättää keskustelua ja lisätä ymmärrystä digitalisaation mahdollisuuksista kohtaan. Sisältö perustuu käytännön osaamiseen ja kokemuksiin, digitaalisen terveydenhuollon teoriaan ja tuoreimpiin opinnäytetöihin.

Lähteet:

- Ahonen O, Kinnunen U-M, Kouri P, Liljamo P & Saranto K. 2016. Sähköisten terveystalouden strategian hoitotyöhön – nyt on sen implementoinnin aika. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 8(4), 231–233. <https://journal.fi/finjehew/article/view/60200>
- Jungner M. 2015. Otetaan digiloikka! Suomi digikehityksen kärkeen. Elinkeinoelämän keskusliitto. https://ek.fi/wp-content/uploads/Otetaan_digiloikka_net.pdf
- Jäkkö M. 2018. Digitalisaatio-osaaminen terveystaloudella: systemoitu kirjallisuuskatsaus. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Rantala K. 2018. Professionals in Value Co-Creation through Digital Healthcare Services. Väitöskirja. University of Jyväskylä. Jyväskylä studies in business and economics 189. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7454-1>

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Suuren riskin lääkkeet

Carita Linden-Lahti

lääkitysturvallisuuskoordinaattori,
HUS Apteekki

Suuren riskin lääkkeiksi (high-alert medications) kutsutaan lääkkeitä, joiden virheellinen käyttö voi aiheuttaa muita lääkkeitä todennäköisemmin vakavia seurauksia potilaalle. WHO julkaisi vuonna 2017 kolmannen potilasturvallisuushaasteen, jonka globaalina tavoitteena on lääkehoitoon liittyvien ennaltaehkäistävien haittojen vähentäminen 50 prosenttia viiden vuoden aikana. Yhtenä keskeisenä näkökohtana on suuren riskin lääkkeiden tunnistaminen ja niihin liittyvien riskien vähentäminen. Kirjallisuuden perusteella suuren riskin lääkkeitä on tunnistettu kansainvälisesti muun muassa Yhdysvalloissa, Isossa-Britanniassa, Australiassa ja Tanskassa. Yhdysvaltalainen Institute for Safe Medication Practices (ISMP) -järjestö on myös tunnistanut suuren riskin lääkkeitä eri hoitoympäristöissä (sairaala/akuuttihoito vs. avohoito vs. pitkäaikaishoito). Tämä on tärkeää, sillä käytettävät lääkkeet ja niihin liittyvä osaamistaso ovat erilaisia eri hoitoympäristöissä.

Suomessa muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on moniammatillisesti listattu suuren riskin lääkkeitä sekä aikuis- että lapsipotilaiden näkökulmasta. Ohjeistuksessa on kuvattu olennaiset riskit ja annettu suosituksia turvallisista toimintatavoista. HUS:n listaus perustuu kirjallisuuskatsaukseen sekä HUS:n omien lääkityspoikkeama- (HaiPro) ja haittavaikutusilmoitusten analyysiin. Listalle päätyivät antikoagulantit ja antitrombootit, opioidit, insuliini, immunosuppressantit ja suun kautta otettavat syöpälääkkeet. Näitä lääkkeitä käytetään lähes jokaisessa HUS:n hoitoyksikössä. Myös monissa Uudenmaan alueen perusterveydenhuollon organisaatioissa on otettu sama listaus ja ohjeet käyttöön.

HUS:ssa listaa ohjeistettiin täydentämään lääkehoitosuunnitelmissa vielä tulosyksikkökohtaisilla suuren riskin lääkkeillä: esimerkiksi ISMP:n akuuttihoiton listalla olevat adrenergiset agonistit ja antagonistit (i.v.), anestesia-aineet, dialyysinesteet, hermo-lihasliitoksen salpaajat, inotrooppiset lääkeaineet (i.v.), liuotushoidot ja angioplastiassa käytettävät lääkkeet, liposomaaliset lääkemuodot (esim. amfoterisiini-B), oraaliset diabeteslääkkeet, parenteraaliset ravitsemusliuokset, parenteraaliset solunsalpaajat, rytmihäiriölääkkeet (i.v.), röntgenvarjoaineet, vahvat sedatiivit (i.v.) niissä yksiköissä, joissa näitä lääkeryhmiä käytetään (esimerkiksi leikkaussalit, teho- ja akuuttihoito).

Suuren riskin lääkkeiden lisäksi tulee huomioida muut riskialttiit lääkeryhmät, kuten niin sanotut LASA-lääkkeet (look alike sound alike eli samalta näyttävät ja kuulostavat lääkkeet), tarkkaa pitoisuus- tai laboratorioseurantaa vaativat lääkkeet, yleisimmin vakavia allergisia reaktioita tai infuusioreaktioita aiheuttavat lääkkeet sekä uudet, vieraat tai harvoin käytettävät lääkkeet.

Suuren riskin lääkkeiden tunnistaminen on ensimmäinen askel niiden turvallisen käytön edistämiseksi. Prosessisuojausten (esim. kaksoistarkastukset, IT-järjestelmien varoitukset, säilytys- ja valikoimaratkaisut) ja riskilääkekohtaisten toimenpideohjelmien kehittäminen ovat seuraavia askelia, ja kehitystyön tulee olla jatkuvaa.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Terveyskylä & Digihoitopolut

Heta Kolanen
kehittämispäällikkö,
TtM, HUS Tietohallinto

Terveyskylä.fi tuo erikoistason terveydenhuollon palveluja kaikkien suomalaisten ulottuville asuinpaikasta ja tulotasosta riippumatta selkeällä ja kiinnostavalla tavalla. Se voi osaltaan lisätä kansalaisten tasa-arvoa ja parantaa palveluiden saatavuutta. Terveyskylän palvelut täydentävät ja tarjoavat vaihtoehtoja perinteiselle sairaalahoidolle. Sisällöt ovat myös oiva apuväline potilasohjauksessa, omahoitoon motivoimisessa. Terveyskylän palveluohjauksen osioita, esimerkiksi oirenavigaattoreita, chatbotteja ja etäpalvelujen eri muotoja kehitetään edelleen vuosina 2019–2020.

Terveyskylän Omapolku-palvelukanava mahdollistaa sähköisen asioinnin asiakkaan ja hoitopaikan välillä sekä tarjoaa omahoidon tukea. Omapolkuun voidaan liittää potilasryhmäkohtaisia digihoitopolkuja sekä Omahoito-ohjelmia. Potilaille tarkoitettuihin digitaalisiin hoitopolkuihin vaaditaan lääkärin lähete tai hoitosuhde erikoissairaanhoidon. Omahoito-ohjelmista osa on kaikille avoimia, osa on suunnattu vain hoidossa oleville potilaille. Omapolku- ja digihoitopolkusovellus sisältää:

- Geneerisen digihoitopolkujen rangan
- Yleiskäyttöisiä, jatkuvasti kehittyviä elementtejä (vrt. lego-palikat).
- Integraatioille standardirajapinnat.
- Palvelumuotoiluun ja lean-menetelmään perustuvat valmennukset toiminnanmuutoksen edistämiseksi terveydenhuollon palvelutuottajan yksikössä.
- Mallit ja ohjeet sote-toimijalle asiakasryhmäkohtaisen, monikanavaisen digitaalisen palvelun suunnittelemiseksi, sisällön tuottamiseksi ja viemiseksi, tutkimuksen toteuttamiseksi palvelupolulla sekä tiedolla johtamisen raporttien tuottamiseksi.
- Potilaan, ammattilaisen, sisällön tuottajan, tutkijan käyttöliittymät sekä tiedolla johtamisen analytiikkatyökaluja.

TerveyskyläPRO on sote-ammattilaisille suunnattu palvelu, joka täydentää sosi-aali- ja terveydenhuollon ammattilaisen eOsaamista ja rohkaisee digipalveluihin liittyvän toiminnanmuutoksen läpiviemiseen sekä kannustaa käyttämään uusia toimintatapoja työssä. Palvelu sisältää virtuaalikeskuksia, verkkovalmennuksia ja digipalveluihin liittyviä työkaluja, toiminnanmuutoksen tukea, erikoisalakohtaisia oppaita ja asiantuntijahaun.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Tuleeko turpaan? Väkivallan uhkaa hallittava

Johanna Pulkkinen
väitöskirjatutkija,
Turun Yliopisto

Tutkimusten mukaan moni sote-alan työntekijä on kokenut työssään väkivaltaa tai sen uhkaa. Väkivaltatilanteisiin liittyvät tapaturmat sote-alalla ovat myös tuplaantuneet kymmenen viime vuoden aikana. Työturvallisuuslaki edellyttää, että työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Työpaikalla on myös oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Sote-alan työpaikoilla tulisi olla lisäksi menettelytapaohjeet, joissa ennakolta kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla väkivaltatilanteen vaikutuksia työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa.

Kun puhumme väkivallan uhan hallinnasta, työpaikalla ei ole sellaista henkilöä, kenen vastuulle asia ei kuuluisi. Väkivallan uhan hallinnan tulee olla tärkeä osa sote-alan työpaikan turvallisuusjohtamista. Jokaisella esimiehellä, oli hän sitten osastonhoitaja tai toimialajohtaja, tulee olla selvänä, mitä kunkin vastuulle kuuluu väkivallan uhan hallinnan kokonaisuudessa. Yksikön esimies vastaa käytännön turvallisuudesta, ja ylemmän johdon taas on esimerkiksi sitouduttava turvallisuuden edistämiseen. Yksikön väkivallan uhan hallinta on myös ihan jokaisen työntekijän vastuulla. Esimerkiksi annettuja toimintaohjeita on noudatettava tai hälytintä on käytettävä, jos niin on ohjeistettu.

Väkivallan uhasta keskusteltaessa hallinnan näkökulma on tärkeä. Yleisesti ottaen väkivallan uhan voidaan katsoa olevan hallinnassa, jos:

- Uhkatilanteet on tunnistettu ja mahdollisuuksien mukaan poistettu.
- Menettelytapaohjeet uhkatilanteiden varalle on laadittu.
- Perehdytys ja työnopastus on hoidettu.
- Hälytysmahdollisuus on järjestetty tai avunsaanti on turvattu.
- Tekniset turvajärjestelmät ovat riittävät ja toimivat.
- Yksintyöskentelytilanteet on arvioitu ja ohjeistettu.
- Seuranta- ja tarkkailujärjestelmät on laadittu, sattuneita uhkatilanteita myös todellisuudessa seurataan.
- Laadittuja menettelytapaohjeita noudatetaan.

Väkivallan uhka sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla on mahdollista saada hallintaan vain, jos jokainen toimija tuntee oman vastuunsa asiassa. Lisäksi tarvitsemme alalle asennemuutosta. Väkivaltaa tai sen uhkaa hoitotyössä ei tule hyväksyä vaan sitä tulee hallita.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Turvallinen verivalmisteiden käyttö ja veriturvatoiminta

Johanna Wiksten

veri- ja lääketurvakoordinaattori,
SPR Veripalvelu

Sari Bäckman

erikoislääkäri,
SPR Veripalvelu

Verivalmisteiden annosta päättää ja vastaa potilasta hoitava lääkäri. Siirtopäätöksen tulee perustua asianmukaiseen indikaatioon ja potilaan tilan yksilölliseen arvioon. Siirtopäätöstä tehdessä tulee punnita verensiirron hyödyt suhteessa siitä mahdollisesti aiheutuviin haittoihin.

Hoitoyksikkö huolehtii siitä, että verensiirtoon varaudutaan ajoissa ja siirto toteutetaan turvallisesti. Verensiirtoon varaudutaan tarkistamalla potilaalle annetut verensiirto-ohjeet ja tilaamalla verensiirtotutkimukset sekä verivalmisteet. Verensiirron suorittaja vastaa potilaan ja valmisteen tunnistuksesta. Kriittiset työvaiheet potilaan tunnistuksen kannalta ovat verensiirtotutkimusten näytteenotto sekä verensiirron aloitus. Niissä tapahtuvat virheet voivat olla potilaalle kohtalokkaita. Tunnistusvirheiden minimoimiseksi tulee käsitellä samanaikaisesti vain yhdelle potilaalle tarkoitettuja valmisteita.

Verivalmisteita ovat punasolu- ja trombosyyttivalmisteet sekä näistä tilauksesta tehtävät erikoisvalmisteet. Lisäksi käytetään OctaplasLG®-jääplasmaa, joka on Octapharman valmistama lääkevalmiste. Yli 95 prosenttia verensiirroista toteutetaan perusvalmisteilla tai sädetetyillä perusvalmisteilla, joita on saatavilla sairaalan verikeskuksessa. On kuitenkin tilanteita, joissa turvallisuuden tai toivotun siirtovasteen takaamiseksi tarvitaan erikoisvalmisteita. Erikoisvalmisteita ovat fenotyypin mukaiset punasolut, lasten punasolut, kohdunsisäiseen siirtoon tarkoitettut punasolut, sulatetut punasolut, pestyt punasolut ja trombosyytit, HLA- ja HPA-tyypin mukaiset trombosyytit sekä valkosoluvalmisteet ja koosteveri.

Vaikka valtaosa verensiirroista sujuu ongelmitta, liittyy jokaiseen verensiirtoon haittavaikutuksen riski. Hoitoyksikön tulee tunnistaa, hoitaa ja raportoida mahdolliset verensiirron haittavaikutukset. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat kuume ja vilunväristykset, urtikaria sekä hengenahdistus. Vakavia henkeä uhkaavia haittavaikutuksia ovat akuutti hemolyysi, sepsis, anafylaksia, akuutti keuhkovaurio (TRALI) ja verensiirron ylikuormitus (TACO). Verensiirtoreaktiot ilmaantuvat yleensä siirron aikana tai välittömästi sen jälkeen, mutta joissakin tapauksissa oireita saattaa ilmaantua vasta lähiviikkoina tai jopa vuosien kuluttua. Jos verensiirron aikana ilmenee vakaavaan reaktioon viittaavaa, tulee siirto keskeyttää heti. Tarvittava oireenmukainen hoito aloitetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. Tavallisesti verensiirtoreaktiot liittyvät yksittäisten valmisteiden siirtoon eivätkä ne ole ennakoitavissa. Osa reaktioista voi liittyä myös siirron toteutukseen tai verivalmisteen laatuun. Vakavien haittojen syy selvittäminen on tärkeää jatkossa tarvittavien verensiirtojen turvallisuuden kannalta. Kaikki haittavaikutukset, verensiirtovirheet ja vaaratilanteet tulee ilmoittaa oman sairaalan verikeskukseen, ja lisäksi vakavat tapahtumat ilmoitetaan SPR Veripalvelun veriturvatoimistoon. Tilanteet tulee käydä systemaattisesti läpi myös omassa työyhteisössä, jotta toiminnoissa mahdollisesti olevia puutteita voitaisiin havaita ja korjata.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Uusi Lastensairaala – tulevaisuuden suunnannäyttäjä

Outi Simonen
ylihoitaja, HUS,
Lasten ja nuorten tulosyksikkö

Uusi Lastensairaala Helsingissä otettiin käyttöön syyskuussa 2018. Sairaalan toiminnallisessa suunnittelussa ohjaavia periaatteita olivat erityisesti potilasryhmien lääketieteelliset prosessit, lapsen ja perheen kokemukset sekä sairaala työpaikkana. Uudessa Lastensairaalassa on mahdollistettu erityisen hyvät teknologiset valmiudet. Suunnittelun eri vaiheissa pyrittiin löytämään uudenlaisia ratkaisuja toteuttaa hoitoa ja muuttaa toimintatapoja teknologiaa hyödyntäen. Digitaaliset palvelut täydentävät perinteisiä terveydenhuollon palveluja, helpottavat perheiden asiointia ja oikea-aikaista tiedonsaantia, sujuvoittavat ja monipuolistavat työntekoa sekä yhdenmukaistavat, tehostavat ja kehittävät hoitoprosesseja.

Jokaisessa potilashuoneessa on monipalvelujärjestelmä. Potilaalla ja perheellä on käytössään tabletti nettiyhteydellä sekä televisio, jonka kautta he saavat tietoa sairaalan tapahtumista, voivat pelata ja katsoa ohjelmia, etsiä tietoa sekä pitää yhteyttä sairaalan ja kodin välillä.

Palveluohjaus- ja tilanhallintajärjestelmä sisältää potilaan ilmoittautumisen, ohjauksen ja opastuksen, vastaanotolle kutsun, ovinäytön, jonotuksen, tilanhallinnan sekä erilaiset potilasvirran analyysitoiminnot. Ilmoittautuessaan sairaalan lapsi tai nuori voi halutessaan valita päätteeltä niin sanotun avatarhahmon, joka kulkee hänen mukanaan eri vastaanoton vaiheissa ilmoittautumis- ja ovinäytöillä.

Sairaalan sisäisessä käytössä on hoitajakutsujärjestelmä potilaan ja hoitohenkilöstön väliseen kommunikointiin, erilaisten hälytysten välittämiseen sekä henkilöstön keskinäiseen kommunikointiin. Viestinvälityksen nopeuttamiseksi jokaisella hoitajalla on vuorokohtainen hoitajakutsujärjestelmään liittyvä Myco-puhelin.

Uudessa Lastensairaalassa on myös paikantamisjärjestelmä, jonka avulla voidaan tehokkaasti paikantaa reaaliaikaisesti esimerkiksi henkilöitä, lääkintälaitteita ja potilassänkyjä. Potilaiden vapaaehtoiseen käyttöön tuleva paikantamislaitte helpottaa potilaan liikkumista sairaalan sisällä.

Sairaalassa on myös harvoin nähty varastoautomaattikonaisuus, joka toimii niin sanottuna pystyvarastona koko talon yhteiskäytössä. Varastoautomaattien avulla mahdollistetaan hoitohenkilöstön suoran potilastyön lisääminen tehostamalla tavaroiden yhteisvarastointia ja hoitotarvikkeiden saatavuutta mahdollisimman lähelle potilashoitoa. Uuden Lastensairaalan myötä HUS:iin on perustettu uusi ammattiryhmä, hoitologistit, jotka huolehtivat kertakäyttöisten hoitotarvikkeiden logistiikasta koko sairaalassa ja käyttävät työssään paljon varastonostimia.

| LUENTOTIIVISTELMÄ |

Verikaasuanalyysi

Jukka Kettunen

lehtori,

Metropolia-ammattikorkeakoulu

Verikaasut ovat vereen liuenneita hengityksen kaasuja, kuten happi ja hiilidioksidi. Verikaasuanalyysistä puhutaan, kun yleensä valtimosta otetusta verinäytteestä analysoidaan veren happo-emästasapainoa, vereen liuenneita kaasuja sekä happamuuteen vaikuttavia muita aineita, kuten bikarbonaattia.

Verikaasuanalyysin voi tehdä kannettavalla laitteella (kuten ensihoidossa usein), pöydälle mahtuvalla laitteella tai isommilla laboratoriolaitteilla. Näytettä tulisi osata käsitellä ohjeiden mukaan, jotta tulos olisi luotettava. Verikaasuja pystyy analysoimaan myös laskimo- tai intraosseaalinäytteestä.

Näytteestä tulisi arvioida ensin hapen riittävyys potilaan saama lisähappi huomioiden. Sen jälkeen tarkastetaan happamuus eli pH. Mikäli se on poikkeava, analysoidaan syyt siihen eli hiilidioksidi sekä metaboliset syyt eli BE. Näiden avulla pyritään määrittämään potilaan happo-emästasapainon tila neljästä eri perussyystä: respiratorinen tai metabolinen asidoosi tai alkaloosi.

Tässä esityksessä annetaan helppo työkalu ongelman tunnistamiseen sekä käydään potilasesimerkkien avulla läpi erilaisia syitä näihin häiriöihin.

Virtuaalinen elämyslääke lapsipotilaita ilahduttamassa kuvantamisessa

Sini Eloranta¹

sairaanhoitaja, yliopettaja, dosentti,
tutkimusvastaava

Markus Hatakka¹

tuntiopettaja (päätoiminen),
koulutusvastaava

Milla Järvipetäjä¹

tuntiopettaja (päätoiminen),
tutkimusvastaava, projektipäällikkö

Johanna Ailio¹

lehtori

Jussi Arvio¹

projektipäällikkö

Pentti Halonen¹

lehtori

Erkki Svedström²

LT, dosentti, radiologian osastonylilääkäri

Elina Honkaneva^{1,2}

röntgenhoitaja, YAMK-opiskelija

Susanna Mört¹

sairaanhoitaja, lehtori

Tiina Pelander¹

sairaanhoitaja, yliopettaja,
koulutusvastaava

Taru Heikkilä²

osastonhoitaja

Helena Laitinen²

röntgenhoitaja, YAMK

Jenny Svegin²

röntgenhoitaja

Leena Walta

röntgenhoitaja, yliopettaja,
koulutusvastaava, kliininen hoitotyön
opettaja

¹Turun ammattikorkeakoulu

²Turun yliopistollinen keskussairaala

Lapsi kokee kuvantamistilanteet isoine laitteineen usein pelottaviksi (Lang 2011). Lapsen pelko on ymmärrettävää, mutta sen vuoksi kuvantamistapahtuma voi epäonnistua tai sitä ei välttämättä voida tehdä lainkaan. Lasten kuvantamisen yhteydessä on tutkittu erilaisia keinoja lievittää lapsen pelkoa kuvauksen onnistumiseksi. Esimerkiksi lääkkeettömistä keinoista vuorovaikutukselliset keinot on todettu useissa tutkimuksissa hyödyllisiksi (Kada ym. 2018, Runge ym. 2018). Viime aikoina on myös saatu rohkaisevia tuloksia erilaisten animaatioiden sekä interaktiivisten sovellusten hyödyntämisestä kuvantamisen eri vaiheissa (Ong ym. 2018, Runge 2018).

Digitalisoituvassa terveydenhuollossa on nykyisin mahdollisuus hyödyntää erilaisia lisättyyn- ja virtuaalitodellisuuteen perustuvia menetelmiä myönteisten potilaskokemusten luomiseksi. VR-teknologiaa (virtuaalinen todellisuus) on esimerkiksi käytetty ohjaamaan potilaiden huomio pois kipukokemuksista sekä vähentämään ahdistusta ja hoitotoimen epämiellyttävyyttä (Wiederhold & Wiederhold 2007).

Virtuaalinen elämislääke -hankkeessa olemme kehittäneet VR-teknologiaan perustuvan “virtuaalisen elämislääkkeen” Turun ammattikorkeakoulun ja Turun yliopistollisen keskussairaalan yhteistyössä. Elämislääkkeen tavoitteena on tuottaa lapsipotilaille myönteinen kokemus EOS©-kuvantamiseen valmistautumisessa ja kuvantamistilanteessa.

Hankkeessa arvioimme elämislääkkeen vaikutuksia lapsipotilaiden ja heidän perheidensä näkökulmasta. Arvioimme muun muassa, lisääkö VR-tekniikkaan pohjautuva elämys lasten positiivista kokemusta kuvantamiseen valmistautumisessa ja kuvauksen aikana. Lisäksi hankkeessa tutkitaan lasten emotionaalista tilaa sekä VR-teknologian käyttökokemuksia lapsien näkökulmasta.

Hanke on Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoittama, ja siinä työskentelee luovien alojen asiantuntijoita ja opiskelijoita sekä terveysalan asiantuntijoita ja opiskelijoita.