

Jonna Laine &
Laura Viikari

TURKU AMK 

Opas akuutisti sairastuneen geriatrisen potilaan arviointiin

141

Oppimateriaaleja

Jonna Laine & Laura Viikari

Opas akuutisti sairastuneen geriatrisen potilaan arviointiin

Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 141

Turun ammattikorkeakoulu

Turku 2021

ISBN 978-952-216-790-3 (pdf)

ISSN 1796-9972 (elektroninen)

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522167903.pdf>

Turun AMK:n sarjajulkaisut:

turkuamk.fi/julkaisut

Sisältö

Aluksi	4
Geriatrinen potilas.....	6
Akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan diagnostiikka.....	7
1 Potilaan esitiedot	8
2 Potilaan tullessa poliklinikalle	10
3 Potilaan toimintakyvyn seuranta poliklinikalla	18
4 Akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan arvioinnin ja hoidon ongelmat	19
4.1 Virtsatieinfektio iäkkäällä potilaalla.....	19
4.2 Deliriumin ennaltaehkäisy ja hoito	20
5 Potilaan kotiuttaminen poliklinikalta	23
6 Iäkkään potilaan joutuessa sairaalaan	26
Lähteet	28
Liitteet	33
Liite 1. Identification of Seniors at Risk (ISAR) ja Triage Risk Screening Tool (TRST) -mittarit.....	33
Liite 2. Rockwoodin Clinical Frailty Scale (CFS)	35
Liite 3. NEWS (National early warning score) -pisteytysjärjestelmä.....	37
Liite 4. Neljän kohdan 4AT-testi deliriumin seulomiseen.....	39
Liite 5. Päivittäiset toiminnot (Activities of Daily Living, ADL)	40
Liite 6. Välineelliset päivittäiset toiminnot (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)	42
Liite 7. Kivun arviointi (VAS, PAINAD).....	44
Liite 8. Kaksi kysymystä masennuksesta -mittari.....	48
Liite 9. Geriatrisen potilaan tilanteen selvittely tulostyön mukaan.....	49
Liite 10. Deliriumia aiheuttavia lääkkeitä sekä deliriumin muita aiheuttajia.....	56

Aluksi

Tämä opas on tarkoitettu erityisesti sairaanhoitajille ja lääkäreille, jotka ovat työssään tekemisissä akuutisti sairastuneiden iäkkäiden ihmisten kanssa. Oppaan avulla voidaan arvioida toimintakyvyn muutosta sekä hoidon tarvetta iäkkään potilaan sairastuttua akuutisti tai kroonisen sairauden pahenemisen yhteydessä.

Tavoitteena on puuttua äkilliseen toimintakyvyn laskuun mahdollisimman tehokkaasti, jotta potilaan kannalta paras mahdollinen hoito voitaisiin järjestää joustavasti ja toisaalta välttää tarpeetonta sairaalahoitoa tai lyhentää sen kestoa. Oppaaseen valitut mittarit ovat kansallisesti hyväksytyjä ja yleisimmin iäkkäiden hoitotyössä käytössä olevia. Opas on tehty Turun kaupunginsairaalan geriatrisen poliklinikan sekä sisätautiosastojen käyttöön, mutta sitä voidaan hyödyntää missä tahansa päivystyspoliklinikalla tai vuodeosastolla.

Ensimmäisenä Suomessa äkillisesti sairastuneiden geriatristen potilaiden hoitoon erikoistunut geriatrisen poliklinikka aloitti Turussa toimintansa vuonna 2013. Geriatrisen poliklinikka on tarkoitettu monisairaille iäkkäille turkulaisille, joiden terveydentilassa tai toimintakyvyssä on tapahtunut äkillinen muutos, jonka taustalla olevia syitä ei pystytä selvittämään lyhyiden perusterveydenhuollon vastaanottoaikojen puitteissa. Geriatrisella poliklinikalla moniammatillinen tiimi arvioi geriatrin johdolla potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn.

Poliklinikalla ei hoideta lääketieteellistä akuuttihoitoa vaativia hätätilapotilaita (sydäninfarkti, aivoinfarkti, akuutti vatsa), paitsi tilanteissa, joissa hoidonrajaukset on tehty. Sairaanhoitaja ja/tai lääkäri valitsee soveltuvan hoitopaikan puhelinkeskustelun pohjalta tehdyn arvion perusteella. Geriatrisen poliklinikan tavoitteena on mahdollistaa viiveetön puuttuminen kroonisen sairaustilan pahenemiseen ja toimintakyvyn laskuun ja välttää sairaalahoitoon joutuminen. Poliklinikalla tehtävän laaja-alaisen arvioinnin jälkeen potilas pyritään kotiuttamaan tiiviissä yhteistyössä kotihoidon, kotiutustiimin, kolmannen sektorin sekä tarvittaessa kotisairaalan kanssa.

Kiitokset

Asiantuntijat ja kommentoijat:

Eronen Tarja, Heikola Anne, Johansson Minna, Järvinen Anni, Kuosa Jenni, Langén Ville, Lauroma Susanna, Pönkä Kaisa, Salminen Marika, Savola Christina, Tuori Hannele, Upmeier Eveliina, Viikari Paula, Westerholm Karen, Wuorela Maarit

Liite 9: Geriatrisen potilaan tilanteen selvittely tulostyön mukaan, työryhmä:

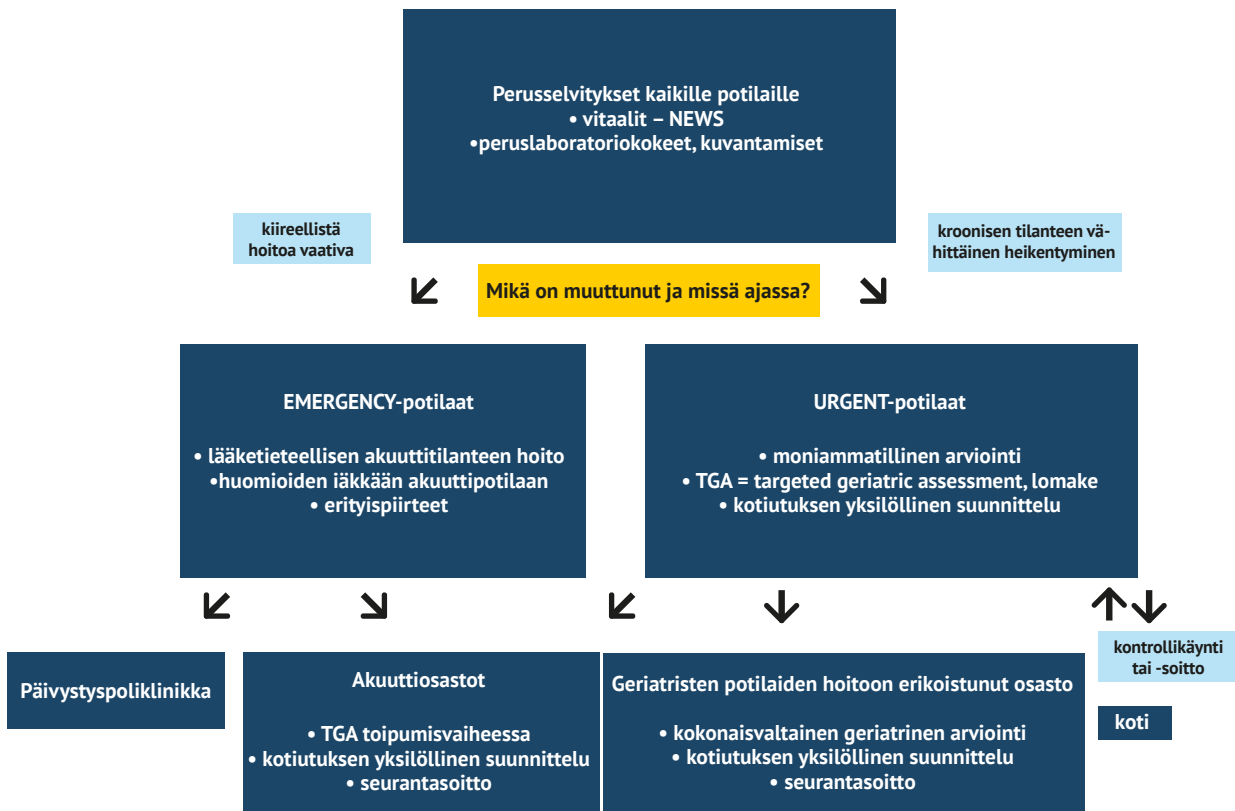
Ahvamaa M., Eriksson M., Eronen T., Heikola A., Hellberg S., Johansson M., Järvinen A., Kuosa J., Lahtinen P., Laine J., Lauroma S., Nyman M., Savola C., Tams L., Tuori H., Pönkä K., Upmeier E., Uusikartano J., Westerholm K., Viikari L., Viikari P.

Turun kaupunginsairaala, Geriatrisen arviointiyksikön henkilökunta

Geriatrinen potilas

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määritelmän mukaan geriatrinen potilas on iäkäs, yleensä yli 75-vuotias, jolla on useita kroonisia sairauksia. Geriatrisen potilaan tilanteen kartoituksessa, tutkimuksessa ja hoidon suunnittelussa on huomioitava hänen toimintakykynsä (gerastenian aste). Usein taustatilanteen selvittämisessä tietoja täytyy täydentää läheisiltä. Omatoiminen, hyväkuntoinen ikäihminen ei kuulu tähän ryhmään.

Akkuatisti sairastuneen geriatrisen potilaan arviointi ja hoidon suunnittelu vaatii moniammatillista tiimityötä. On tärkeää selvittää aiempi toimintakyky ja missä ajassa voinnin heikentyminen on tapahtunut. Ensin on arvioitava, onko potilas kiireellistä hoitoa vaativa päivystyspotilas (ns. emergency-potilas), jolloin hoidon painopiste on lääketieteellisessä akuuttihoitossa, vai onko kyseessä enemmänkin kroonisen tilanteen vähittäinen heikentyminen (ns. urgent-potilas). Emergency- ja urgent-potilaan hoitopolku on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1.

Emergency- ja urgent-potilaan hoitopolku (L. Viikari).

Päivystyspoliklinikalla hauraat iäkkäät tulisi tunnistaa ja ohjata tarvittaessa jatkoselvittelyihin geriatristen potilaiden hoitoon erikoistuneeseen yksikköön. Akuutissa tilanteessa potilaan äkillistä sairastumista edeltävä toimintakykyluokka ja gerastenian aste on selvitettävä omaisia tai potilasta hoitavaa tahoa haastatteleamalla. Gerastenian aste vaikuttaa jatkotutkimusten ja -toimenpiteiden suunnitteluun.

Akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan diagnostiikka

Akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan diagnostiikka on usein haasteellista: esitiedoista on vaikea löytää olennainen, oireet muuttuvat ikääntymisen ja siihen liittyvien sairauksien myötä. Lisäksi statuslöydöksiä on runsaasti. Iäkkään potilaan hoitoon hakeutumisen perimmäinen syy saattaa jäädä epäselväksi mm. kuulo- ja/tai näköongelmien tai kognition laskun vuoksi. Iäkäs potilas ei välttämättä halua kertoa kaikista oireistaan ja/tai sairauksistaan, esim. virtsankarkailu koetaan usein häpeällisenä. Iäkäs potilas saattaa pelätä mahdollisia kajoavia tutkimuksia ja hoitoja. Iän myötä janon ja nälän tunne vaimentuvat ja viskeraalinen kipu (esim. sydäninfarktista tai akuutista vatsavaivasta aiheutuva) vaimentuu ja vakavakin sairaus saattaa näyttäytyä epämääräisenä yleiskunnon heikentymisenä, joka usein tulkitaan virtsatieinfektioksi. Lisäksi muut sairaudet ja lääkitykset muuttavat oireita. Edellä mainituista syistä myös tehtyjen havaintojen tulkinta vaikeutuu. Iäkkään potilaan anamnestisia tietoja on hyvä tarkentaa myös potilaan omaisilta ja/tai hoitavalta taholta.

Diagnostisten haasteiden lisäksi iäkkäällä potilaalla on suurentunut riski joutua deliriumiin (sekavuustila). Delirium on elimellisen syyn laukaisema kokonaisvaltainen nopeasti alkava, voimakkuudeltaan vaihteleva aivotoiminnan häiriö. Deliriumin tyypillisiä oireita ovat etenkin tarkkaavuuden ja tietoisuuden häiriintyminen. Iäkkään potilaan deliriumin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy on tärkeää. Taustasyöt ovat vakavia, ja siksi hoitamattoman deliriumin ennuste on huono. Delirium keskimäärin kaksinkertaistaa toipumiseen vaadittavien sairaalapäivien määrän. Riskinä on myös pysyvään laitoshoitoon joutuminen sekä kuolema.

Potilaan esitiedot

1

Jos potilas tulee vastaanotolle puhelinsoiton perusteella, selvitä potilaan taustat valmiiksi (soveltuvien osien):

1. **Potilaan nimi ja henkilötunnus**
2. **Kuka soittaa ja mistä?**
3. **Mikä on potilaan ongelma?**
4. **Miksi soitetaan juuri tänään:**
 - Mikä potilaan tilanteessa on muuttunut?
 - Potilaan toimintakyvyn muutos:
Mikä on muuttunut?
Missä ajassa muutos on tapahtunut?
5. **Potilaan vitalelielintoiminnot (hengitystiheys, happisaturaatio, verenpaine, syke, tajunnantaso, verensokeri)**
 - potilaan olemus (onko kivuliaan oloinen, ihon väri, onko rauhallinen/levoton, hengittääkö normaalisti?)
6. **perussairaudet**
7. **kivut**
 - Onko potilaalla kipuja, missä kivut sijaitsevat? Onko uusi asia vai onko krooninen kipu pahentunut?
 - Onko potilaalla säännöllistä kipulääkitystä?
 - Onko potilas ottanut kipuun lääkettä? Auttoiko lääke kipuun?
8. **Onko potilas kaatunut?**
 - Onko potilas loukkaantunut?
 - Onko potilas lyönyt päänsä? Onko potilaalla verenohennuslääkitystä?
 - Mikä on potilaan tajunnantaso (juttelee, sekava [uusi asia]/ reagoi puhutteluun/reagoi kipuun/ei reagoi)?

9. **Kuka on potilaan omalääkäri?**
 - Onko potilaan omalääkäriä konsultoitu?
10. **Onko potilas kotihoidon asiakas?**
 - Kuinka usein kotihoito käy potilaan luona?
 - Missä asioissa kotihoito auttaa potilasta?
11. **lääkitys**
 - Kuka hoitaa potilaan lääkityksen?
 - Onko potilaan lääkelista ajan tasalla?
 - Pyydetään ottamaan ajan tasalla oleva lääkelista/dosetti/läkkeet mukaan poliklinikalle.
 - Pyydetään ottamaan inhaloitavat lääkkeet, injektio-läkkeet ja silmätipat mukaan poliklinikalle.
12. **riskitiedot**
 - eristystarve/verenohennuslääkitys/allergiat
13. **Pyydetään ottamaan mahdolliset apuvälineet/ortoosit/tukiliivit/CPAP-laite/happirikastin mukaan poliklinikalle.**
14. **Onko potilaalla hoitotahtoa?**

Potilaan tullessa poliklinikalle



2

Päivystyspoliklinikalla hauraat iäkkäät tulisi tunnistaa ISAR- tai TRST-seulan (liite 1) avulla ja ohjata tarvittaessa jatkoselvittelyihin geriatrinen potilaiden hoitoon erikoistuneeseen yksikköön. Akuutissa tilanteessa potilaan äkillistä sairastumista edeltävä toimintakykyluokka ja gerastenian aste selvitetään omaisia tai potilasta hoitavaa tahoa haastattelemalla.

Gerastenian asteen arviointiin soveltuu yleisesti maailmalla käytössä oleva Rockwoodin Clinical Frailty Scale -mittari (liite 2). Toimintakykyluokka vaikuttaa jatkotutkimusten ja -toimenpiteiden suunnitteluun.

Potilaan saapuessa poliklinikalle arvioidaan, onko potilaan tila kiireellistä hoitoa vaativa vai kroonisen tilanteen vähittäinen heikentyminen. Arvio tehdään vitaalielintoimintojen (NEWS), laboratoriotulosten sekä potilaan yleisen voinnin perusteella.

1. Vitaalielintoiminnot

a. Hengitystiheys

- Hengitystiheys on tärkein vitaalimittausten suure. Korkea hengitystiheys (> 20) saattaa olla merkki hengitysvajauksesta, kivusta tai sepsiksestä. Hengitystiheys lasketaan vähintään 30 sekunnin ajalta (kerta/ minuutti)
Huomioi: – käyttääkö potilas apulihaksia
– hengityssänet: rohiseeko/ vinkuuko hengitys?
– potilaan yleisilme: onko esim. tuskainen tai levoton?
– ihon ja huulten väri (syanoottisuus).

b. Happisaturaatio

- Alhaisen happisaturaation syynä saattaa olla sydämen vajaatoiminta, astman tai COPD:n pahenemisvaihe tai keuhkoembolia. Huomioi happisaturaation entinen taso (esim. COPD- ja keuhkofibroosipotilailla) sekä potilaan yleistila. Kylmät sormet tai kynsilakka saattavat vääristää mittaustulosta.

c. Verenpaine istuen ja seisten

- lätkäältä potilaalta mitataan verenpaine istuen (jalat maassa) ja seisten (heti seisomaan nousun jälkeen) mahdollisen ortostatismien toteamiseksi. Jos potilas ei pysty istumaan/seisomaan, verenpaine voidaan mitata makuulla tai vain istuen.

d. Syketaajuus

- Potilaan syke tunnustellaan etu- ja keskisormella ranteesta peukalon puolelta. Jos sykettä ei tunne ranteesta, se tunnustellaan kaulalta. Syke lasketaan vähintään 30 sekunnin ajalta (lyöntiä/minuutti). Huomio, onko syke säännöllinen vai epäsäännöllinen.

e. Tajunnantaso

- Arvioi potilaan tajunnantaso NEWS-mittarin (kuvio 2) avulla: juttelee, sekava (uusi asia)/reagoi puhutteluun/reagoi kipuun/ei reagoi.

f. Lämpötila korvakäytävästä/kainalosta

- Kaikilta potilailta mitataan kuume. Korvakäytävästä mitattuna lämpötilasta vähennetään 0,5 astetta (potilastietoihin kirjataan mitattu arvo sekä mittauspaikka).

g. Verensokeri

- Verensokeri mitataan kaikilta potilailta. Tarvittaessa mitataan myös ketoaineet.

Seuraa vitaalielintoimintoja potilaan ollessa poliklinikalla NEWS-ohjeen mukaisesti. Vitaalielintoiminnot kontrolloidaan vähintään kerran päivän aikana. Huomioi, että iäkkään potilaan tila voi muuttua äkillisesti huonompaan suuntaan (tai parantua esim. nesteytyksen myötä).

2. NEWS

- Kaikkien potilaiden NEWS-pisteet lasketaan riskipotilaiden seulomiseksi. NEWS-pisteiden lisäksi tulee huomioida potilaan yleistila. NEWS-pisteet (liite 3) sekä potilaan yleistila määrittelevät potilaan hoidon kiireellisyyden.

3. Laboratoriokokeet

- Kaikilta potilailta otetaan peruslaboratoriokokeet (PVK, CRP, K, Na, GFR, TnT, Ca-ion) sekä EKG. INR-arvo tulee tarkistaa aina, jos potilaalla on käytössä Marevan. Lääkäriltä kysytään täydennystä laboratoriokokeisiin. Ota veriviljelyt herkästi sepsiksen poissulkemiseksi, jos potilaalla on kuumetta tai yleistila on heikko (kaikista sepsispotilaista kaksi kolmesta on yli 65-vuotiaita).
- Tee potilaan tilanteen ja toimintakyvyn selvittely haastattelemalla potilasta, potilaan omaista sekä hoitavaa tahoa, erilaisin toimintakyvyn mittarein sekä havainnoimalla potilasta.

4. Miksi potilas on hakeutunut hoitoon juuri tänään?

- Selvitä, miksi potilas on hakeutunut (tai hänet on lähetetty) hoitoon juuri tänään. Mikä aiheutti huolen? Mikä on muuttunut aiemmasta? Miten toimintakyky on muuttunut?

5. Onko potilas kaatunut?

- Montako kertaa kaatumisia on ollut ja missä ajassa? Miten kaatuminen on tapahtunut (menettikö potilas tajuntansa, kompastuiko johonkin)? Onko ollut kaatumisia viimeisen vuoden aikana? Kaatumisen syy on aina selvitettävä. Huomioi vuotoriski, jos potilaalla on verenohennuslääkitys.



6. **4AT (Liite 4)**

- Kaikille potilaille tehdään delirium-seula. Iäkkäällä ihmisellä on suuri riski ajautua deliriumtilaan päivystyspoliklinikalla/sairaalaosastolla. Deliriumin voi laukaista esim. akuutti sairaus, vuorokausirytmien sekoittuminen tai kipu. On tärkeää ennaltaehkäistä deliriumin kehittyminen tukemalla potilaan orientaatiota kertomalla potilaalle missä hän on ja miksi. Huolehdi lisäksi potilaan ravinnon saannista, avusta tarvittaessa wc:hen ja vältä vuodelepoa, mikäli potilaan tila sen sallii. Deliriumista kerrotaan lisää oppaan lopussa.

7. **Aiempi toimintakyky (ADL- ja IADL-mittari, liitteet 5 ja 6)**

- Selvitmiten potilas on pärjännyt päivittäisissä toimissaan aiemmin, ja missä päivittäisissä toimissa potilas on tarvinnut apua. Mittarina käytetään ADL- ja IADL-mittareita. Selvitä Rockwoodin Clinical Frailty Scalen (liite 2) avulla potilaan gerastenian aste, jolla on ratkaiseva merkitys hoitovaihtoehtoja mietittäessä. Selvitä, onko potilaalla hoitotahtoa.

8. **Toimintakyky tällä hetkellä**

- Selvitä mikä potilaan toimintakyvyssä on muuttunut ja missä ajassa. Mistä potilas sekä omaiset/hoitava taho ovat huolissaan?

9. **Lääkityksen selvittäminen**

- Selvitä potilaan lääkitys aina vähintään kahdesta eri lähteestä. Lääkityksen voi selvittää haastatteleamalla henkilöä, joka huolehtii potilaan lääkityksestä, mukana olevasta lääkelistasta/lääkepakkauksista/dosetista tai reseptikeskuksesta. Huomioilääkkeenottotekniikka (inhalaatiolääkkeet ja injektoidtavat lääkkeet). Selvitä myös käytössä olevat käsikauppalääkkeet sekä luontaistuotteet. Huomio lääkkeiden virheellisen käytön (yli-/alikäyttö) tai väärinkäytön mahdollisuus sekä riskilääkkeet.



10. Potilaan perustutkimus

- Tee potilaalle huolellinen sisätautinen, neurologinen sekä psykiatrinen perustutkimus huomioiden potilaan tulosyyn sekä senhetkinen vointi.

11. Ihon kunto

- Riisu potilaan vaatteet ja mahdolliset tukisukat/kompressiosidokset ja tarkasta iho kauttaaltaan. Huomioi nivuset, tyrät, ihopoimut, mahdolliset ruhjeet, mustelmat, haavat ja tarkasta turvotukset. Selvitä miten ja milloin em. löydökset ovat tulleet ja onko niitä hoidettu jotenkin. Jos potilaalla on turvotuksia, selvitä milloin mahdolliset turvotukset ovat tulleet sekä turvotusrajat (nilkat, reidet, keskivartalo, yläraajat)? Huomioi ihon lämpö sekä mahdolliset lämpörajat ja/tai puolierot.

12. Kipu (VAS/PAINAD-mittari) (Liite 7)

- Läkäs ei osaa välttämättä kertoa kivusta, jos sitä ei erikseen kysytä. Kysy, onko kipuja, missä kipua on ja kuinka kauan kipua on esiintynyt sekä kuinka kovaa kipua on (VAS). Selvitä kivun luonne (esim. jomottava, viiltävä, säteilevä). Jos muistisairas potilas ei osaa kertoa kivuista edes kysyttäessä, tarkkaile käyttäytymistä, ilmeitä ja eleitä sekä liikkumista (PAINAD). Jos potilas on levoton tai aggressiivinen, voi kokeilla rauhoittaako kipulääke (esim. parasetamoli 1 g p.o/i.v).

13. Virtsaaminen

- Selvitä onko potilaalla virtsainkontinenssia? Jos on, kuinka kauan on jatkunut ja onko asiaa selvitelty? Milloin potilas on viimeksi virtsannut ja kulkeeko virtsa normaalisti? Onko potilaalla virtsavaivoja (esim. kirvelyä virtsatessa)? Palpoi rakon kohdalta, onko vatsa pehmeä ja myötäävä. Residuaali on syytä mitata herkästi ultraäänellä tai katetrilla.



14. Ulostaminen

- Selvitä, toimiiko potilaan vatsa normaalisti. Mikä on potilaalle normaalia vatsantoimintaa, milloin vatsa on viimeksi toiminut kunnolla? Onko potilaalla taipumusta ummetukseen/ripuliin? Onko vatsan toiminnassa muutoksia? Jos on, niin millaisia ja missä ajassa muutokset ovat ilmenneet? Käyttääkö potilas laksatiiveja? Huomioi ripulipotilaalla mahdollinen ummetuksesta johtuva ohivuotoripuli. Selvitä, minkä väristä uloste on ja onko ulosteessa tummaa/kirkasta verta.
- **Kaikilta potilailta pyritään selvittämään kohdat 1–14, kiireellisiltä ja välitöntä hoitoa vaativilta selvitys tehdään soveltuvin osin.**

15. Kotiin vietävät palvelut

- Selvitä, onko potilas kotihoidon asiakas. Montako kertaa päivässä/ viikossa/kuukaudessa kotihoito käy ja missä asioissa se auttaa? Mitä muita palveluita potilaalla on? Muihin palveluihin kuuluvat esim. ateriapalvelu, turvapuhelin, suihkuapu, kauppapalvelu ja siivouspalvelu. Onko potilaalla omaishoitajaa tai tilapäishoitajaksoja?

16. Omaiset/omaisten osallistuminen/omaisten näkemys

- Haastattele potilaan omaiset ja heidän näkemyksensä potilaan tilanteesta. Kuinka usein omaiset käyvät potilaan luona ja missä asioissa mahdollisesti auttavat?

17. Asumisolot

- Missä potilas asuu ja kenen kanssa? Onko potilaalla sosiaalista verkostoa? Millaiseksi potilas kokee asuinympäristönsä ja kokeeko potilas olonsa turvalliseksi kotona? Onko potilaalle tehty palvelutarpeen arviointi lähiaikoina?

18. Liikkuminen sisällä/ulkona

- Miten potilas liikkuu normaalisti ja onko potilaalla liikkumisen apuvälineitä? Onko potilas käynyt ulkona, koska viimeksi? Jos potilas ei ole käynyt ulkona, selvitä miksi. Onko ulos pääsemiselle jokin este kuten portaat tai liian painava ulko-ovi vai pelkääkö potilas mennä ulos?

19. **Mieliala (Liite 8)**

- Masennus on yleistä iäkkäillä ihmisillä ja saattaa johtaa päivystys- ja sairaalakierteeseen. Iäkäs ei välttämättä tunnista masennustaan tai ahdistuneisuuttaan. Kahden kysymyksen masennusseula tehdään kaikille potilaille. Tarvittaessa pyydetään geropsykiatrisen hoitajan konsultaatio.

20. **Kognitio (Liite 9)**

- Potilaan kognitiivinen tilanne selvitetään. Jos delirium-seulan (4AT:n, liite 4) muistiosiossa (kysymys 2) ilmenee poikkeavaa ja potilaalla ei ole aiempaa muistidiagnoosia, potilas ohjataan akuutin tilanteen jälkeen tarkempaan muistitutkimuksiin.

21. **Alkoholin käyttö**

- Käyttääkö potilas alkoholia? Kysy asiaa eri tavoin, koska esimerkiksi olutta ei aina mielletä alkoholiksi. Harkitse alkometrin käyttöä etenkin, jos potilas käyttää alkoholia, taustalla on kaatumisia tai potilas on sekava.

22. **Tupakointi**

- Tupakoiko potilas? Jos potilas polttaa, kuinka paljon ja kuinka kauan hän on tupakoinut? Jos potilas on lopettanut tupakoinnin, selvitä, milloin hän on lopettanut.

23. **Ravitsemus, paino ja painon muutos**

- Arvioi potilaan ravitsemustilaa. Onko potilaan painossa tapahtunut muutoksia viimeisen 6 kuukauden aikana? Huomioi sydämen vajaatoimintapotilaat, joiden paino voi vaihdella paljonkin. Jos potilaan ravitsemuksessa/painossa on tapahtunut muutoksia, kiinnitä huomiota potilaan ravitsemukseen.
- Jos päivystyspoliklinikalla on mahdollisuus konsultoida fysioterapeuttia, potilaalle suositellaan tehtäväksi lisäksi lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB), Timed "Up & Go" (TUG), 4 (ja 10) metrin kävelytesti sekä käden puristusvoimatesti.

Kaikilta potilailta selvitetään aina kohdat 1–14. Jos potilaan tila poliklinikalle tullessa ei ole kiireellinen ja välitöntä hoitoa vaativa, potilaan kokonaisvaltaista arviointia jatketaan kohtaan 23 asti. Lisäksi potilaan tilaa arvioidaan tulossyyn mukaan.

Liitteeseen 9 on koottu ohjeet siihen, miten potilaan tilaa arvioidaan ja mitä on otettava huomioon tilanteissa, joissa potilas hakeutuu hoitoon 1) hengenahdistuksen, 2) kaatumisen tai huimauksen, 3) kivun, 4) sekavuuden tai aggressiivisen käytöksen, 5) vatsa- tai virtsaamisvaivan tai 6) yleistilan laskun vuoksi.

Potilaan toimintakyvyn seuranta poliklinikalla

3

Potilaan tulee selviytyä päivittäisistä toimista aiempaa toimintakykyään vastaavasti, jotta hänet voidaan kotiuttaa.

Seuraa potilaan toimintakykyä koko poliklinikkakäynnin ajan:

- a. Miten potilas liikkuu, pääseekö hän tuolista ylös (tuetta)?
Onko kävely varmaa, tarvitseeko hän apuvälinettä?
Pääseekö hän sänkyyn/sängystä ylös?
- b. Suoriutuuko potilas wc-toimista entiseen tapaan?
- c. Seuraa, saako potilas virtsattua päivän aikana.
- d. Tarjoa potilaalle ruokaa ja juotavaa. Miten ruoka ja juoma maistuvat, saako hän itse syötyä/juotua?
- e. Seuraa potilaan yleistä aktiivisuutta: virkistyykö potilas ja vai ilmeneekö sekavuutta.

Akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan arvioinnin ja hoidon ongelmat

4.1 Virtsatieinfektio iäkkäällä potilaalla

Päivystyspoliklinikalla iäkkään potilaan epämääräiset oireet tulkitaan usein virtsatieinfektioksi. Potilaan esitietojen tai virtsan perustutkimuksen perusteella diagnoosin osuutta ei voida kuitenkaan luotettavasti arvioida. Tutkimusten mukaan iäkkäiden virtsatieinfektiot ovat yli diagnostiittuja: vain alle puolessa tapauksista virtsatieinfektioiden diagnostiset kriteerit täyttyvät. Tämä johtaa laajakirjoisten antibioottien tarpeettomaan käyttöön. Yli diagnostiittikan ja haittatapahtumien välttämiseksi epäselvän oirekuvan takia päivystykseen hakeutuneen iäkkään potilaan tutkimisessa ja hoidossa on huomioitava myös muut mahdolliset syyt epämääräisille oireille.

Virtsatieinfektiota epäiltäessä diagnoosin on aina perustuttava virtsan bakteeriviljelyyn ja oireisiin. Virtsanäytteen laatuun on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta näytteestä saataisiin luotettava tulos. Antibioottihoitoa ei tule aloittaa vähäoireiselle potilaalle ennen kuin muut syyt yleistilan heikentymiselle on suljettu pois ja virtsaviiljelystä on saatu positiivinen tulos.

Iäkkään potilaan kastelua tai virtsan pahaa hajua sellaisenaan ei pidä tulkita virtsatieinfektioksi, vaikka ne voivatkin olla infektion oireita. Virtsatieinfektion (kystiitti) tyypilliset oireet ovat tihentynyt virtsaamisen tarve, virtsaamispakko ja kirvely virtsatessa. Muistisairaalta on hyvä kysyä oireista wc-käynnin aikana, muuten oireet ovat saattaneet unohtua.

Munuaistason infektiossa (pyelonefriitti) tyypillisiä oireita ovat kuume (≥ 38 °C) sekä kylki- tai selkäkipu ja CRP arvon selvä nousu. lääkällä potilaalla pyelonefriitin oireina saattaa esiintyä pahoinvointia, yleistilan äkillistä laskua tai sekavuutta.

Hoidon jälkeinen seurantaviljely on tarpeen vain, jos oireet eivät häviä.

4.2 Deliriumin ennaltaehkäisy ja hoito

lääkällä potilailla on suuri deliriumriski päivystysvastaanotolla tai sairaalaosastolla. Noin 5–30 % iäkkäistä kärsii deliriumista sairaalahoidon aikana; riskiryhmissä (dementiaa sairastavat, leikkauspotilaat tai monisairaajat iäkkäät) esiintyvyys on 50–85 %.

Delirium on elimellisten tekijöiden aiheuttama aivotoiminnan häiriö, joka ilmenee äkillisenä heikentymisenä kognitiivisissa toiminnoissa, ajattelussa ja käyttäytymisessä. Oireyhtymään liittyy runsaasti monimuotoisia oireita, joista keskeisiä ovat heikentynyt huomiokyky ja tarkkaavaisuus sekä vaikeus keskittyä.

lääkällä potilailla deliriumin voi aiheuttaa erilaiset infektiot, metaboliset häiriöt (esim. hypovolemia, hyponatremia), monet lääkkeet, kardiovaskulaariset syyt (esim. sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta), keskushermostoperäiset syyt (esim. TIA, aivoinfarkti), myrkytykset (esim. lääke, alkoholi) ja traumat (esim. palovammat, murtumat). Muita deliriumin syitä saattavat olla esimerkiksi anemia tai B12-vitamiinin puute. Dementian tiedetään olevan yksi vahvimmin deliriumille altistavista tekijöistä. Jopa kahdella kolmasosalla deliriumpotilaista on taustalla dementoiva sairaus. Deliriumin aiheuttajat on kuvattu tarkemmin liitteessä 10.

Akuutisti sairaan potilaan deliriumin taustasyiden selvittäminen aloitetaan todennäköisten sairauksien etsimisellä ja poissulkemisella. Deliriumin tunnistaminen on haastavaa, koska sen oireet ovat pitkälti samat kuin dementoivissa sairauksissa. Deliriumin tunnistamisen helpottamiseksi on kehitetty erilaisia mittareita, joista 4AT (liite 4) on validoitu sekä helppo ja nopea toteuttaa.

Delirium luokitellaan tavallisesti kolmeen oireistoltaan toisistaan eroteltavissa olevaan alatyyppiin:

1. hyperaktiivinen delirium,

jolloin potilas on psykomotorisesti levoton ja harhainen, saattaa vastustaa hoitotoimia, poistaa hoitovälineitä ja riisua vaatteitaan.

2. hypoaktiivinen delirium,

jolloin potilas on psykomotorisesti hidastunut. Vastaavat kognitiiviset ja ei-kognitiiviset oireet kuin hyperaktiivisessa deliriumissa ovat tunnistettavissa, mutta hidastuneina. Potilas on jähmeä ja nukkuu paljon, saattaa nukahtaa kesken haastattelun tai ruokailun, eikä herättyäänkään kykene virkistymään täyteen vireystilaansa. Potilas voi olla vaikeastikin harhainen.

3. sekamuotoinen delirium,

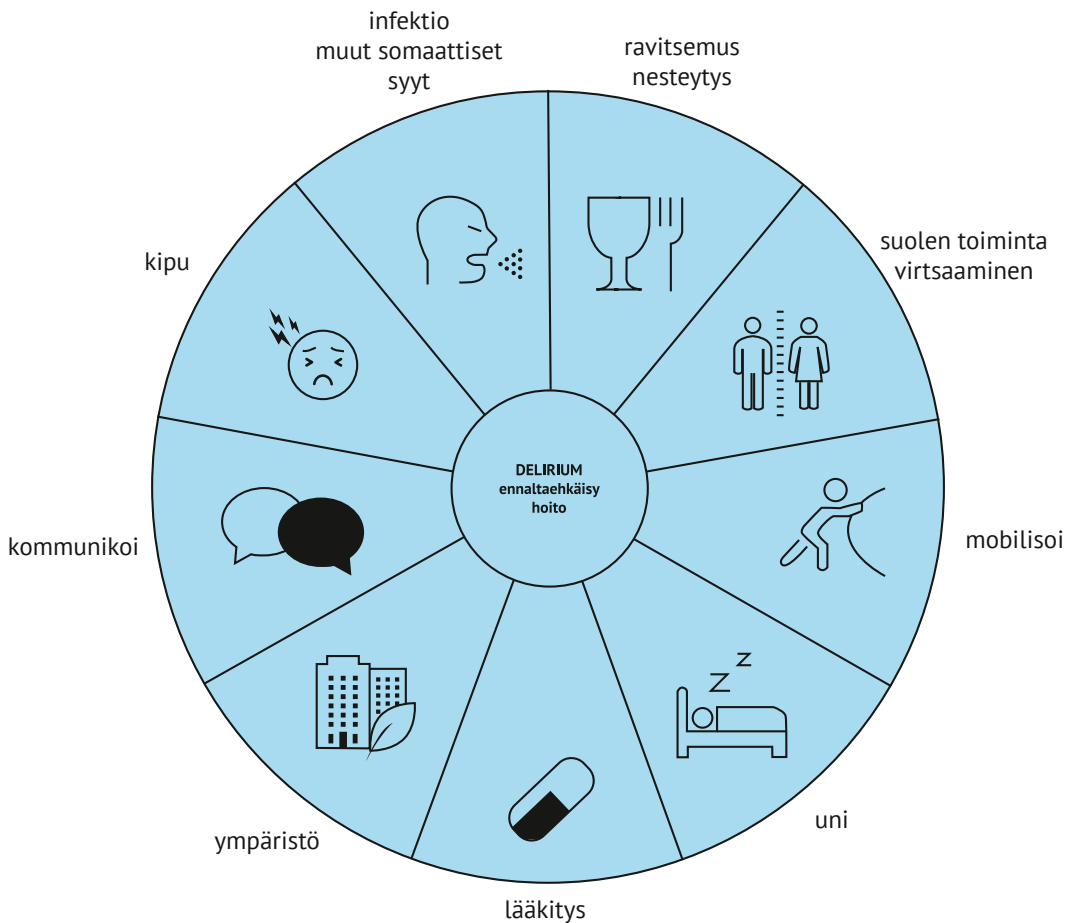
jolloin potilaalla on vaihtelevasti hyper- ja hypoaktiivisen deliriumin piirteitä.

Deliriumin somaattisen syyn hoito on välttämätöntä oireyhtymästä paranemisen kannalta. Tämän vuoksi etiologisen tekijän selvittämiseen kannattaa käyttää aikaa. Deliriumpotilaan vitaalielintoiminnot tulee varmistaa. Riittävästä lämmöstä, hapetuksesta, nesteytyksestä, hemoglobiinistasosta ja ravitsemuksesta tulee huolehtia, jotta aivot saavat tarpeeksi happea ja energiaa. Riittävä virtsan erittyminen ja suolen toiminta on hyvä varmistaa, ja mahdollinen kipu tulee tunnistaa ja hoitaa.

Hyvä perushoito on deliriumpotilaalle erityisen tärkeää. Potilas pyritään palauttamaan todellisuuteen, mutta pakottaminen yleensä vain hermostuttaa potilasta. Varmat, mutta rauhalliset otteet ovat hoitotoimissa eduksi ja harhat usein unohtuvat, jos potilaan huomio saadaan kiinnittymään muihin asioihin. Tutut esineet ja ihmiset auttavat potilasta palaamaan realiteetteihin. Kalenterit, kellot ja läheisten valokuvat auttavat potilasta orientoitumaan. Ympäristön rauhallisuus, selkeät värit ja sopiva valaistus edistävät paranemista.

Aggressiivisillakaan potilailla lepositeitä ei tulisi käyttää, sillä sitomisella saattaa olla deliriumia pahentava ja jopa kuolleisuutta lisäävä vaikutus. Rauhallinen mutta päättäväinen kohtelu rauhoittaa potilasta. Potilaalle kerrotaan mitä tehdään ja miksi, ja tarvittaessa poistutaan tilanteesta. Aggressiivisesta potilaasta tiedotetaan koko henkilökuntaa, ja tarvittaessa kutsutaan vartija paikalle rauhoittamaan tilannetta. Deliriumin ennaltaehkäisy ja hoito on esitetty kuviossa 2.

Deliriumin hoito on laukaisevan perussyyän hoitoa. Jos lääkkeettömistä hoitokeinoista ja perussyyän hoidosta ei ole apua, akuuttitilanteessa saatetaan joutua käyttämään neuroleptisiä lääkkeitä kuten haloperidolia (Serenase®). Vain poikkeustapauksissa kuten alkoholideliriumissa, voi jo hoidon alkuvaiheessa tulla kysymykseen myös bentso-diatsepiini, kuten esimerkiksi loratsepaami (Ativan®). Deliriumin parasta hoitoa on sen ennaltaehkäisy. Lääkärin konsultaation pohjalta toteutettu nestehoito, kivunhoito, varhainen mobilisaatio, unen rauhoittaminen sekä orientaation ylläpito vähentävät tutkimusten mukaan deliriumin ilmaantumista iäkkäillä sairaalapotilailla 36–47%. Keskeisiin riskitekijöihin puuttuminen akuutin sairauden varhaisessa vaiheessa auttaa toipumaan deliriumista nopeammin.



Kuvio 2.
Deliriumin ennaltaehkäisy ja hoito (K. Westerholm).

Potilaan kotiuttaminen poliklinikalta

5

Päivystyspoliklinikalla tulee harkita tarkkaan, otetaanko potilas osastohoitoon vai kotiutetaanko hänet. Potilas tulee kotiuttaa aina, kun sairaalahoidolle ei löydy lääketieteellistä syytä, jolloin potilas ei hyödy sairaalahoidosta.

Toisinaan iäkäs potilas voidaan joutua ottamaan sairaalaan ns. sosiaalisten syiden tai päivystyksen tilanpuutteen vuoksi. Sairaalahoido on aina riski iäkkään potilaan toimintakyvyille: Potilas altistuu osastolla sairaalainfektioille ja vuodelevossa verisuonitukoksille. Vieraassa ympäristössä kaatumisriski kasvaa ja potilaan yöuni häiriintyy isoissa potilashuoneissa. Lisäksi potilaalle saattaa syntyä vääränlainen turvallisuuden tunne, kun hän tottuu, että apu on aina lähellä ja heti saatavilla. Toimintakyvyn lasku saattaa johtaa iäkkään potilaan kotiutumisen viivästyymiseen, pysyvään laitoshoidon tai jopa kuolemaan. Kotiutumisen suunnittelu tuleeikin käynnistää välittömästi potilaan tultua osastolle.

Keskimäärin kolmannes iäkkäistä päivystyspoliklinikalta kotiutuneista potilaista palaa päivystykseen saman vaivan vuoksi uudelleen. Toistuvat siirtymiset kodin ja terveydenhuoltopalvelujen välillä lisäävät potilaiden terveydellisiä ja sosiaalisia riskejä. Syynä tähän ovat puutteet hoidon jatkuvuudessa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (782/2014) linjataan, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden on huolehdittava potilaan tarpeen mukaisesta jatkohoidon suunnittelusta myös päivystyspoliklinikalla. Asetuksessa on mainittu erikseen, että iäkkään potilaan toimintakyvyn arvioinnista on huolehdittava ja hänen itsenäistä suoriutumistaan on tuettava äkillisen sairauden toipumisvaiheessa.

Kotiutumisen valmistelu on käynnistettävä yhdessä iäkkään potilaan, hoitavan tahon sekä omaisten kanssa. Onnistunut kotiuttaminen vaatii potilaan, päivystyspoliklinikan, kotihoiton sekä omaisten yhteistyötä. Tarvittaessa voidaan käyttää kotiutushoitajaa selvittämään kotiutumiseen liittyviä asioita. Iäkkään potilaan kotiuttaminen tapahtuu aamulla tai päivällä. Yötä vasten ja yöllä kotiuttaminen lisää kotiutumisen epäonnistumisen riskiä, jos potilaalla ei ole tukiverkkoa kotona. Tutkimusten mukaan myöhäinen kotiuttamisajankohta lisää riskiä, että potilas saapuu parin päivän sisällä uudestaan päivystysvastaanotolle saman vaivan vuoksi.

Potilaan kotiuttamisessa huomioitavia asioita:

1. Potilaan kotiutumista aletaan valmistella heti potilaan saapuessa.

- Selvitä potilaan asuinpaikka (koti/hoitokoti). Onko potilaalla kotihoiton asiakkuutta tai hoitokodissa palveluja saatavilla?
- Millainen potilaan toimintakyky on ollut kotona ja millaisessa kunnossa hän pärjää kotona?
- Onko mahdollista saada lisäapuja (omaiset/kotihoito/kotiutustiimi) kotiin?

2. Potilaan kotiuttaminen

- Ilmoita potilaan kotiutuksesta kotihoitoon/omaiselle. Kerro myös jatkohoito-ohjeet (kontrollikäynnit, laboratoriokokeet, lääkemuutokset).
- Varmista, että potilaalla on kotiutuessaan lääke- ja kotihoito-ohjeet (suulliset ja kirjalliset)
- Varmista, että joku on potilasta vastassa (jos tarpeen).
- Varmista, että joku käy potilaan puolesta apteekissa ja kaupassa.
- Varmista, että potilaalla on kotiavaimet mukana.



3. **Lääkityksestä huolehtiminen**

- Varmista, että potilaalla on uusin lääkelista mukana, kun hän kotiutuu.
- Ilmoita potilaalle ja omaiselle/ hoitavalle taholle, mitä lääkkeitä potilas on saanut päivystyspoliklinikalla, miten lääkitystä on muutettu ja miksi.
- Varmista, että potilas saa reseptit sekä lääkeneuvonnan uusista lääkkeistä.
- Jos potilaalla on Marevan-lääkitys, varmista, että Marevan-kortti on päivitetty.
- Tarvittaessa potilaalle voi antaa mukaan lääkkeet 1–3 vuorokaudeksi.

4. **Tukipalvelujen järjestäminen**

Potilaalle voi tarvittaessa järjestää erilaisia tukipalveluja kotona pärjäämisen tukemiseksi:

- Kotiutushoitaja voi selvittää kotiutumiseen liittyviä asioita.
- kotiutustiimin voi pyytää arvioimaan ja tukemaan potilaan kotona selviytymistä.
- Kotihoitoon voi ilmoittaa potilaan tukipalvelujen tarpeesta (esimerkiksi ateriapalvelu)
- Potilaalle voi järjestää apuvälineitä kotiin (tee tarvittaessa lähete lääkinnälliseen kuntoutukseen).
- Ota tarvittaessa yhteyttä sosiaalityöntekijään tai kolmannen sektorin palveluihin voi selvittää.
- Kolmannen sektorin palveluja voi käyttää tarvittaessa.

5. **Potilaan kotiutuessa, hänelle annetaan mukaan:**

- epikriisi poliklinikkakäynnistä
- tarvittavat apuvälineet
- tarvittaessa haavanhoito-ohjeet
- jatkohoito-ohjeet kirjallisena (esim. kontrollikäynnit, laboratoriokokeet, lääkehoito-ohjeet)
- jatkohoidosta vastaavan tahon yhteystiedot.

Iäkkään potilaan joutuessa sairaalaan

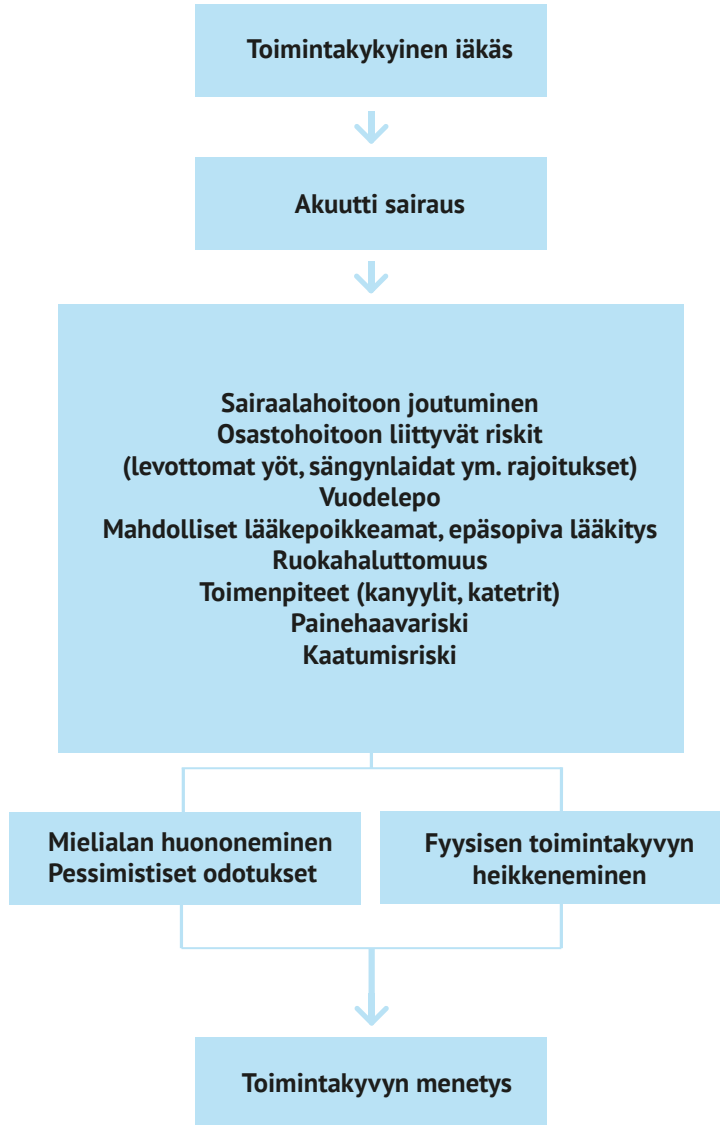
Sairaalahoito on riski iäkkään potilaan toimintakyvyille (kuvio 3). Akuutin sairauden hoidon lisäksi toimintakykyä ylläpitävä hoito sairaalaosastolla on erityisen tärkeää. Osastolla tarkennetaan päivystyspoliklinikalla tehtyä kartoitusta potilaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja potilaan kotiin saatavista palveluista viimeistään seuraavana arkipäivänä.

Potilaan kotiuttamista aletaan suunnitella heti, kun potilas saapuu osastolle. Osastolla potilaan toimintakykyä ja sen muutoksia tarkkaillaan päivittäin. Potilaalle kerrotaan, mille päivälle kotiuttamista alustavasti suunnitellaan, jotta hän osaa orientoitua kotiutumiseen. Potilaan päivärytmiä pidetään yllä, ja potilasta kannustetaan liikkumaan osastolla. Potilaan pitää myös peseytyä, pukeutua ja käydä wc:ssä entisen toimintakykynsä mukaisesti, jos hänen tilansa sen sallii.

Osastohoidossa potilaalle voidaan tarvittaessa tehdä akuuttivaiheen jälkeen MMSE. Lisäksi voidaan käynnistää tarvittaessa tarkempia muistitutkimuksia, kuten CERAD ja MOCA. Myös iäkkään potilaan ravitsemusta voidaan arvioida osastolla tarkemmin (esim. MNA-testin avulla) kuin päivystyspoliklinikalla.

Vuodelevossa painehaavoja ennaltaehkäistään hyvällä asentohoidolla sekä tarvittaessa erityispatjalla. Sairaalainfektioiden ennaltaehkäisemiseksi ja potilaan toimintakyvyn ylläpitämisen edistämiseksi kanyylin tai virtsakatetrin käyttöaika pyritään pitämään mahdollisimman lyhyenä. Potilaan mobilisointi vuodelevosta aloitetaan niin pian kuin mahdollista. Potilaalle tehdään suunnitelma, jonka avulla hänen toimintakykyään pidetään yllä. Suunnitelmaan kirjataan tavoitteet (esim. pärjää omatoimisesti wc:ssä, pukeutuu itsenäisesti) sekä tavoitteiden toteutuminen. Potilaan mobilisoinnista sairaalajakson

aikana huolehditaan esimerkiksi kannustamalla ruokailemaan päiväsalissa ja liikkumaan aktiivisesti käytävällä.



Kuvio 3.

lääkään potilaan toimintakyvyn menettämisen riskit vuodeosastohoidon aikana. (Viikari L., Wuorela M. 2019).

Lähteet

Allen S, Bartlett T, Ventham J, McCubbin C, Williams A. Benefits of an older person's assessment and liaison team in acute admissions areas of a general hospital. *Pragm Observ Res* 2010; 1: 1–6.

American College of Emergency Physicians; American Geriatrics Society; Emergency Nurses Association; Society for Academic Emergency Medicine; Geriatric Emergency Department Guidelines Task Force. Geriatric Emergency Department Guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014; 63: e7–25.

Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 238–47.

Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 1144–6.

Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005; 331: 884.

Baztán J, Suárez-García F, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009; 338: b50.

Bhalla M, Wilber S, Stiffler K, Ondrejka J, Gerson L. Weakness and fatigue in older ED patients in the United States. *Am J Emerg Med* 2011; 32: 1395–8.

Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 2014; 43: 496–502.

Bo M, Martini B, Ruatta C, Massaia M, Ricauda N, Varetto A et al. Geriatric ward hospitalization reduced incidence delirium among older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 760–8.

Bodenheimer T, Berry-Millet R. Follow the money – controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *NEJM* 2009; 361: 1521–2.

Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS ONE* 2011; 6:e26951.

FrailSafe. <https://frailsafe-project.eu/> (viitattu 1.7.2019)

Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *Am J Nurs* 2008; 108: 52–62.

Graham K, Wilker E, Howell M, Davis R, Marcantonio E. Differences between early and late readmissions among patients. A cohort study. *Ann Intern Med* 2015; 162: 741–9.

Green CR, Mohs RC, Schmeidler J, Aryan M, Davis KL. Functional decline in Alzheimer disease: a longitudinal study. *J AM Geriatr Soc* 1993; 41: 654–61.

Grossmann F, Zumbunn T, Frauchiger A, Delpont K, Bingisser R, Nickel C. At risk of undertriage? Testing the performance and accuracy of the emergency severity index in older emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2012; 60: 317–25.

Gruiner A, Silver M, Rochon P. Emergency department use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev* 2011; 68: 131–55.

Haapamäki E, Huhtala H, Löfgren T, Mylläri E, Seinelä L, Valvanne J. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 3, 2014. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Hendry K, Quinn TJ, Evans J, Scortichini V, Miller H, Burns J et al. Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study. *Age Ageing* 2016; 45: 832–7.

Hokoishi K, Ikeda M, Maki N, Nomura M, Torikawa S, Fujimoto N et al. Interrater reliability of the Physical Self-maintenance Scale and the Instrumental Activities of Daily Living Scale in a variety of health professional representatives. *Aging Ment Health* 2001; 5: 38–40.

Hopeapaperi. Vanhenemiseen liittyvät sairaudet: terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyyn, perustutkimuksen ja kliinisten näkökohtien tulevaisuus. *Suom Lääkäril* 2009; 64: liite 44.

Huttunen M. Sekavuustila (Delirium). *Lääkärikirja Duodecim*, 30.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357 (viitattu 15.3.2019)

Jämsen E. Yleistilan heikkenemisen ABC. *Suom Lääkäril* 2017; 44: 2529–32.

Karjalainen M, Norrgård M, Peltomaa M, Pirneskoski J. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. *Suom Lääkäril* 2018; 12–13: 786–8.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 29.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 26.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (viitattu 20.1.20). Saatavilla internetissä: www.finlex.fi

Laurila, J, Pitkälä, K, Rahkonen, T, Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito -opas lääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle. 2006. Dementiapotilaan hoidon kehittäminen, julkaisu n:o 11/2006. Suomen dementiahoitoyhdistys. Kuopio.

Lawton, MP, Brody, EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179–86.

Lawton MP. Scales to measure competence in everyday activities. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 609–14.

Lawton MP. Assessment, integration and environments for older people. *Gerontologist* 1970; 10: 38–46.

Leppänen J, Kerminen H, Jämsen E. Yleistilan lasku iäkkään potilaan päivystyskäynnin syynä. *Lääkärilehti* 41/2019. VSK 74.

McCusker J, Roberge D, Vadeboncoeur A, Verdon J. Safety of discharge of seniors from the emergency department to the community. *Healthc Q* 2009; 12: 24–32.

McCusker J, Verdon J, Tousignant P, Courval L, Dendukuri N, Belzie E. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: Results of a multicenter randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1272–81.

Mc Cusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1229–37.

McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

Mion L, Palmer R, Anetzberger G, Meldon S. Establishing a case-finding and referral system for at risk older individuals in the emergency department setting: The SIGNET model. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1379–86.

Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 14.4.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Mylläri E. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Tampereen yliopiston julkaisuja – Acta Universitatis Tamperensis 2296, Tampere 2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101961/978-952-03-0488-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nickel C, Ruedinger J, Messmer A, Maile S, Peng A, Bodmer M et al. Drug-related emergency department visits by elderly patients presenting with non-specific complaints. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2013; 21: 15. doi: 10.1186/1757-7241-21-15

Ng T, Niti M, Chiam P, Kua E. Physical and cognitive domains of the Instrumental Activities of Daily Living: validation in a multiethnic population of Asian older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61: 726–35.

Niti M, Ng T, Chiam P, Kua E. Item response bias was present in instrumental activity of daily living scale in Asian older adults. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 366–74.

Ojanen R, Huttunen R, Syrjänen J, Jämsen E. Virtsatieinfektio vanhuksen sairaalahoidon syynä: onko diagnosoille perusteita? *Suom Lääkäril* 2016; 71: 2635–43.

O’Sullivan D, Brady N, Manning E, O’Shea E, O’Grady S, O’Regan N et al. Validation of the 6-Item Cognitive Impairment Test and the 4AT test for combined delirium and dementia screening in older Emergency Department attendees. *Age Ageing* 2018; 47: 61–8.

Palonen M. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus: hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampereen yliopiston julkaisu – Acta Universitatis Tamperensis 2231, Tampere 2016. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100058/978-952-03-0277-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pitkälä K. Vanhuksen sekavuustila – alidiagnosoitu ja huonoennusteinen oireyhtymä. *Duodecim* 1996; 112: 485.

Papoutsi C, Poots A, Clements J, Wyrko Z, Offrod N, Reed J. Improving patient safety for older people in acute admissions: Implementation of the Frailsafe checklist in 12 hospitals across the UK. *Age Ageing* 2018; 47: 311– 7.

Quality care for older people with urgent care needs “Silver book II” luettavissa: <https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/silver-book-ii>

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan D, Mc Dowell I et al. A Global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489–95.

Rockwood, K.; Andrew, M. & Minitski, A. 2007. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62A, 738–43.

Rossi H, Tuisku K, Joensuu M, Virtanen M, Ropponen T, Ahola K. Rohkaisevia kokemuksia masennuksen hoitosuosituksen jalkauttamisesta Järvenpäässä. *Työterveyslääkäri* 2010; 28: 95–8.

Rossi H, Virtanen M, Tuisku K. Mitä välineitä käytän masennuksen tunnistamiseen työterveyshuollossa? *Työterveyslääkäri* 2011; 29: 99–102.

Räihä I, Seppälä M, Viitanen M. Geriatrisen jättiläiset. *Duodecim* 2006; 122: 1483–90.

Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, Spazzafumo L, Polonara S et al. A geriatric emergency service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison with a conventional emergency department in Italy. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 2131–8.

Sepsis (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 29.03.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Sundvall PD, Ulleryd P, Gunnarsson RK. Urine culture doubtful in determining etiology of diffuse symptoms among elderly individuals: a cross-sectional study of 32 nursing homes. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 36.

Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 24.03.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 24.03.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

The Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS)2: Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of the working party. London: Royal College of Physicians, 2017. http://allcatsrgrey.org.uk/wp/download/governance/clinical_governance/NEWS2-final-report_0.pdf

Tilvis R. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M (toim.) Geriatria, 2. uudistettu painos. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy, 72–75.

Tilvis R. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M (toim.) Geriatria, 2. uudistettu painos. Duodecim. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy, 87–94.

Tuisku K. Kaksi kysymystä masennuksesta. 2011. TOIMIA-tietokanta. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti> (Viitattu 9.7.2019).

To-Mi, toimintakyvyn mittarit, VSSHP Perustyöryhmän jäsenet. 2016. VSSHP,Turku.

Virtsatieinfektiot. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistys ry:n, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 26.03.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Vittengl JR, White CN, McGovern RJ, Morton BJ. Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders. *Aging Ment Health* 2006; 10: 40–7.

Wachelder JJH, Stassen PM, Hubens LPAM, Brouns SHA, Lambooj SLE, Dieleman JP et al. Elderly emergency patients presenting with non-specific complaints: Characteristics and outcomes. *PloS One* 2017; 12: e0188954.

Ward G, Jagger C, Harper W. A review of instrumental ADL assessments for use with elderly people. *Rev Clin Gerontol* 1998; 8: 65–71.

Warden V, Hurley A, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4: 9–15.

Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case finding instruments for depression: two questions as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439–45.

Wuorela M., Viikari L. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. *Duodecim* 2019; 135: 1579–85.

Zelada MA, Salinas R, Baztán JJ. Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 48: 35–9.

Liitteet

Liite 1. Identification of Seniors at Risk (ISAR) ja Triage Risk Screening Tool (TRST) -mittarit

ISAR-mittarin tarkoituksena on tunnistaa ne iäkkäät potilaat, joiden toimintakyky on heikentynyt.

ISAR (Identification of Seniors At Risk)

	Kyllä	Ei
1. Ennen päivystyskäyntiin johtanutta sairautta tai vammaa, oletteko tarvinnut säännöllisesti jonkun toisen apua?	1	0
2. Oletteko päivystyskäyntiin johtaneen sairauden tai vamman takia tarvinnut tavanomaista enemmän apua selviytyäkseen?	1	0
3. Oletteko viimeisen 6 kuukauden aikana viettänyt (päivystyskäynnin lisäksi) yhden tai useamman yön sairaalassa?	1	0
4. Onko näköne yleisesti hyvä?	0	1
5. Onko teillä yleisesti vakavia muistiongelmia?	1	0
6. Otatteko päivittäin vähintään 4 eri lääkettä?	1	0

Yli 2 pistettä: iäkkään potilaan toimintakyky on heikentynyt, ja hänen tilanteensa vaatii tarkempia selvittelyjä ja geriatriasta osaamista.

www.ks2021.fi

TRST-mittarin tarkoituksena on tunnistaa ne iäkkäät potilaat, joiden riski joutua uudelleen päivystyspoliklinikalle, sairaalahoitoon tai hoivakotiin on lisääntynyt.

TRST (Triage Risk Screening Tool)

Testi positiivinen: Kognitio heikentynyt tai ≥ 2 muista osioista

	Kyllä	Ei
1. Kognitio heikentynyt (sekava, ei pysty noudattamaan ohjeita, dementia- tai deliriumdiagnoosi)		
2. Asuu yksin tai läheinen ei kykene huolehtimaan		
3. Vaikeuksia kävelyssä tai siirtymisessä paikasta toiseen tai äskettäisiä kaatumisia		
4. Ollut päivystyksessä viimeisen 30 päivän aikana tai sairaalahoitossa viimeisen 3 kuukauden aikana (tieto varmistettu läheiseltä)		
5. Säännöllisiä lääkkeitä 5 tai enemmän		
6. Ammattilaisen (lääkäri, hoitaja) arvio: näkemys, että potilas tarvitsee kotiseurantaa jostain seuraavista syistä: a) Epäily hyväksikäytöstä, kaltoinkohtelusta tai heitteillejätöstä b) Lääkkeitä vähemmän kuin 5, mutta hoitoon sitoutumaton ja uusien päivystyskäyntien todennäköisyys suuri c) Epäily päihteiden käytöstä d) Ongelmia päivittäisissä toimissa (ADL ja/ tai IADL) e) Muuta (mitä?)		

Jokaisesta kyllä-vastauksesta saa 1 pisteen. Jos kohdassa 1 (kognitio) vastaus on kyllä tai jos potilas saa muista osioista yli 2 pistettä, potilaan toimintakyky on heikentynyt ja hänen tilanteensa vaatii tarkempia selvittelyjä ja geriatriasta osaamista.


www.ks2021.fi


Liite 2. Rockwoodin Clinical Frailty Scale (CFS)

Clinical Frailty Scale -mittarin avulla voidaan selvittää iäkkään potilaan gerastenian aste.

Clinical Frailty Scale* (Asteikko gerastenian kliiniseen arviointiin)

-  **1 Erittäin hyväkuntoiset** – Elinvoimaiset, aktiiviset, energiset ja motivoituneet henkilöt. He kuntoilevat yleensä säännöllisesti. He ovat ikäryhmästään parhaassa fyysisessä kunnossa.
-
-  **2 Hyväkuntoiset** – Henkilöt, joilla ei ole ajankohtaisia sairauden oireita mutta joiden kunto on huonompi kuin kategoriassa 1. Usein he kuntoilevat tai ovat aktiivisia ajoittain, esim. kausiluontoisesti.
-
-  **3 Hyvin pärjäävät** – Henkilöt, joiden lääketieteelliset ongelmat ovat hyvin hallinnassa, mutta jotka eivät harrasta säännöllistä liikuntaa arkikävelyä lukuun ottamatta.
-
-  **4 Haavoittuvat** – Henkilöt, jotka eivät tarvitse toisten apua päivittäin, mutta usein erilaiset oireet rajoittavat aktiivisuutta. Yleinen oire on hidastuminen ja/tai väsynyt olo päivällä.
-
-  **5 Lievästi hauraat** – Näiden henkilöiden toiminta on usein selvemmin hidastunutta ja he tarvitsevat apua vaativammissa päivittäistoiminnoissa (raha-asioiden hoito, kulkuvälineiden käyttö, raskaat kotityöt, lääkityksestä huolehtiminen). Yleensä lievä hauraus haittaa enenevästi kaupassa käyntiä, ulkona liikkumista, ruoan valmistusta ja kotitöitä.
-
-  **6 Kohtalaisen hauraat** – Henkilöt, jotka tarvitsevat apua kaikessa kodin ulkopuolisessa asioinnissa ja kotitöissä. Sisätiloissa heillä on usein vaikeuksia portaissa kulkemisessa ja he tarvitsevat apua peseytymisessä ja mahdollisesti vähäistä apua pukeutumisessa (ohjauksen ja valvonnan tarve).

-  **7 Vaikeasti hauraat** ovat täysin riippuvaisia toisten avusta itsestään huolehtimisessa mistä tahansa syystä (fyysinen tai kognitiivinen). Heidän tilansa näyttää vakaalta eikä kuolemanriski ole korkea (seuraavan n. 6 kk sisällä).

-  **8 Erittäin vaikeasti hauraat** – Täysin toisten avusta riippuvaiset henkilöt, jotka ovat elämänsä loppuvaiheessa. Yleensä he eivät pysty toipumaan lievästäkään sairaudesta.



- 9 Kuolemansairaat** – Henkilöt, jotka ovat elämän loppuvaiheessa. Tähän kategoriaan luetaan henkilöt, joiden elinajanodote on alle 6 kuukautta, vaikka he eivät ole muuten selvästi hauraita.

Gerastenian arviointi muistisairailta henkilöillä

Haurauden vaikeusaste vastaa muistisairauden vaihetta. Lievän dementian tyypillisiä oireita ovat edeltävien tapahtumien yksityiskohtien unohtaminen, vaikka tapahtuma itsessään on palautettavissa mieleen, samojen kysymysten tai tarinan toistaminen ja vetäytyminen sosiaalisista tilanteista.

Keskivaikeassa dementiassa lähimuisti on selvästi heikentynyt, vaikka aiemman elämän tapahtumat näyttävät olevan hyvin muistissa. He tarvitsevat ohjausta itsestään huolehtimiseen.

Vaikeasti muistisairaat eivät kykene huolehtimaan itsestään ilman toisten apua.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Gerastienian aste	Toimintakyky	Hoitolinjaukset
1–3	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä • Pärjää itsenäisesti, saattaa tarvita apua kodin ulkopuolella asioinnissa/ raskaissa kotitöissä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidetaan kuin ketä tahansa aikuista
4–6	<ul style="list-style-type: none"> • Alentunut • Tarvitsee apua päivittäisissä toimissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltillisemmat hoitotavoitteet • Hoidon haittojen minimointi • Ennaltaehkäistään kroonisten sairauksien paheneminen
7–9	<ul style="list-style-type: none"> • Heikko • Tarvitsee jatkuvasti apua kaikissa / lähes kaikissa päivittäisissä toimissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltilliset hoitotavoitteet • Ei tavoitella ennustevaikutusta • Hoidon haittojen minimointi • Oireiden hoito ja jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpito

J. Laine, mukailten E.Jämsen

Liite 3. NEWS (National early warning score) -pisteytysjärjestelmä

NEWS on aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä, joka on kehitetty potilaiden vitaalielintoimintojen arvioinnin ja seurannan tueksi. Lisäksi sen avulla on mahdollista puuttua varhaisessa vaiheessa kehittymässä oleviin peruselintoimintojen häiriöihin.

Pisteytys huomioi potilaan hengitystaajuuden, happisaturaation, verenpaineen, syketaajuuden, tajunnan tason, lämpötilan sekä mahdollisen lisähapen käytön. Jokainen muuttuja pisteytetään asteikolla 0–3. Pistemäärä nousee sitä korkeammalle, mitä kauempana normaalista fysiologisesta alueesta mittaustulos on.

Reagointirajat voidaan asettaa organisaatiokohtaisesti. Yhteenlaskettujen pisteiden keskeisenä raja-arvona pidetään viittä pistettä, jonka jälkeen suositellaan lääkärin kiireellistä arviota potilaan tilanteesta. Tutustu oman organisaatiosi NEWS-ohjeistukseen.

NEWS Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä

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

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

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

Karjalainen et al. 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. Suom. Lääkäril. 12-13: 786-8.

Liite 4. Neljän kohdan 4AT-testi deliriumin seulomiseen

4AT on neljän kohdan testi deliriumin seulomiseksi.



Testi deliriumin ja muistitoimintojen arviointiin

Potilaan nimi:

Henkilötunnus:

Tutkimuspäivä:

Kellonaika:

Tutkija:

[1] Vireystila

Potilas saattaa olla unelias (esim. vaikeasti herätettävissä ja/tai nukahteleva arvioinnin aikana) tai kiihtynyt/levoton. Tarkkaile potilasta. Jos hän nukkuu, yritä herättää hänet puhuttelemalla tai koskettamalla kevyesti olkapäätä. Pyydä potilasta kertomaan nimensä ja osoitteensa.

Normaali (virkeä, mutta ei kiihtynyt koko arvioinnin ajan)	0
Hieman unelias < 10 sekuntia heräämisen jälkeen, sen jälkeen normaali	0
Selvästi poikkeava	4

[2] AMT4 (lyhyt muistitoimintojen testi)

Kysy potilaalta: ikä, syntymäaika, tutkimuspaikka (sairaalan tai rakennuksen nimi), kuluva vuosi.

Ei virheitä	0
1 virhe	1
2 tai useampia virheitä / ei pysty vastaamaan	2

[3] Tarkkaavaisuus

Pyydä potilasta luettelemaan kuukaudet takaperin aloittaen joulukuusta. Auttaaksesi potilasta ymmärtämään tehtävän voit kysyä kerran: "Mikä kuukausi tulee ennen joulukuuta?"

Kuukaudet takaperin	Luettelee vähintään 7 oikein	0
	Aloittaa, mutta luettelee < 7 oikein / kieltäytyy yrittämästä	1
	Testaaminen ei onnistu (liian heikkokuntoinen, unelias, tarkkaamaton)	2

[4] Äkillinen alku tai vaihteleva oireiden kulku

Viimeisten kahden viikon aikana ilmennyt, viimeisimmän vuorokauden aikana edelleen havaittavissa oleva merkittävä muutos tai vaihtelu seuraavissa: vireystila, muistitoiminnot, muut psyykkiset toiminnot (esim. harhaluulot, aistiharhat).

Ei	0
Kyllä	4

4 tai enemmän: mahdollinen delirium +/- muistitoimintojen häiriö

1-3: mahdollinen muistitoimintojen häiriö

0: delirium ja vaikea muistitoimintojen häiriö on epätodennäköinen (delirium on kuitenkin mahdollinen, mikäli kohdan 4 tiedot ovat puutteelliset)

4AT pisteet

Ohjeita tutkijalle:

Versio 1.2. Taustatiedot ja kysely saatavilla: www.the4AT.com

4AT on deliriumin ja muistitoimintojen häiriön nopeaan alkuarviointiin tarkoitettu seulontatyökalu. Pistemäärä 4 tai enemmän viittaa deliriumiin, mutta ei ole diagnostinen; diagnoosin tekemiseen voidaan tarvita yksityiskohtaisempi arvio. Pistemäärä 1-3 viittaa muistitoimintojen häiriöön ja on aihe tarkempiin tutkimuksiin ja aiemman oirekuvan selvittämiseen. Pistemäärä 0 ei varmuudella poissulje deliriumia tai muistitoimintojen häiriötä: kliinisen tilanteen mukaan voidaan harkita lisätutkimuksia. Testikohdat 1-3 pisteytetään arvioimalla potilaan tilaa tutkimushetkellä. Testikohtaan 4 tarvitaan tietoja potilaan aikaisemmasta voinnista. Tietoja voidaan saada mm. omaisilta, muilta hoitajilta, kotihoidosta, sairaskertomusmerkinnöistä. Potilaan mahdolliset kommunikaatiovaikeudet (heikentynyt kuulo, puhe- ja kielivaikeudet) tulisi huomioida tutkimuksen aikana ja tulkittaessa tuloksia.

[1] Vireystila: Sairaalapotilaan vireystilan muutoksen taustalla on todennäköinen delirium. Jos potilaan vireystila on selvästi poikkeava tutkimushetkellä, merkitään 4 pistettä. [2] AMT4 (Abbreviated Mental Test 4) on lyhyt muistitoimintojen testi, joka ei ole käytössä Suomessa. [4] Äkillinen alku tai vaihteleva oireiden kulku: Muistisairauksiin voi liittyä oireiden vaihtelua ilman deliriumia, mutta merkittävä vaihtelu viittaa deliriumiin. Aistiharhojen tai harhaluulojen esiin saamiseksi voit kysyä potilaalta esimerkiksi "Tapahtuuko täällä jotain, josta olet huolissasi? Pelkäätkö täällä jotakin? Oletko kuullut tai nähnyt jotain epätavallista?"

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

www.the4at.com/4at-suomi

Opas akuutisti sairastuneen geriatrisen potilaan arviointiin

Liite 5. Päivittäiset toiminnot (Activities of Daily Living, ADL)

Toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa iäkkään potilaan tutkimista. Hoidon ja kuntoutuksen seurannassa muutokset päivittäisessä selviytymisessä ovat tärkeitä hoidon vaikuttavuuden merkkejä. Selviytymistä päivittäisessä elämässä voidaan arvioida useilla erilaisilla asteikoilla, joista parhaiten erilaisiin tilanteisiin sopii ADL-asteikko (Activities of Daily Living).

ADL-asteikolla päivittäisissä perustoiminnoissa tarvittavan avun määrä pisteytetään, ja pisteiden yhteissumma kuvaa tarvittavaa avun määrää. Jos pistemäärä on enemmän kuin 0, on potilaan toimintakyky alentunut. Mitä suurempi pistemäärä on, sitä enemmän toimintakyvyn alenemista on tapahtunut.

Kysely henkilökohtaisista toiminnoista (ADL / Katz)

WC-käynnit	
• Täysin omatoiminen, ei kastelua	0
• Tarvitsee muistutusta tai apua tai ajoittain kastelua (korkeintaan 1 x / vko)	1
• Pidätyskyvyn vaikeutta unen aikana, useammin kuin 1 x / vko	2
• Ei suolen tai rakon hallintaa	4
Ruokailu	
• Syö ilman apua	0
• Tarvitsee hieman apua ruokaillessa (leikkaaminen, kaataminen) ja/ tai syö erikoisvalmistettua ruokaa tai syö itse, mutta tarvitsee apua jälkien siivoamisessa	1
• Tarvitsee kohtalaisesti apua, ruokailu sotkuista	2
• Tarvitsee paljon apua kaikessa ruokailussa	3
• Ei syö itse ja vastustaa toisten apua	4
Pukeutuminen ja riisuminen	
• Pukee ja riisuu omatoimisesti ja valitsee itse vaatteet kaapista	0
• Tarvitsee pientä apua pukeutumisessa ja riisumisessa	1
• Tarvitsee kohtalaisesti apua pukemisessa, riisumisessa ja vaatteiden valinnassa	2
• Tarvitsee paljon apua, mutta antaa toisten auttaa	3
• Täysin kykenemätön pukemaan ja vastustaa avustamista	4

Ulkonäöstä huolehtiminen (siistit hiukset, kynnet ja vaatteet, puhtaus)	
• Aina siististi puettu, huoliteltu ilman apua	0
• Huolehtii ulkonäöstään tyydyttävästi, mutta tarvitsee pientä apua esim. parranajossa	1
• Tarvitsee säännöllisesti paljon apua tai valvontaa siisteyden huolehtimisessa	2
• Tarvitsee kaikessa oman ulkonäön huolehtimisessa apua, mutta pysyy siistinä toisten avustuksella	3
• Vastustaa apua	4
Fyysinen liikkuminen	
• Liikkuu omatoimisesti kaupungilla tai lähimaastossa	0
• Liikkuu asunnossa tai korkeintaan parin korttelin etäisyydelle	1
• Siirtymisessä apuväline, jolla liikkuu mutta ilman apua (keppi, rollaattori, pyörätuoli, muu)	2
• Tarvitsee apua vuoteesta / tuolista noustessa tai istuu pyörätuolissa ilman tukea, mutta ei pääse eteenpäin ilman apua	3
• Makaa sängyssä yli puolet ajasta	4
Peseytyminen	
• Peseytyy täysin itsenäisesti	0
• Peseytyy itse, mutta tarvitsee apua siirtymisessä esim. ammeeseen	1
• Pesee kasvat ja kädet, mutta ei pysty pesemään muuta	2
• Ei pysty pesemään itseään, mutta antaa auttaa	3
• Ei pysty pesemään ja vastustaa apua	4

Halminen N. 2019

Liite 6. Välineelliset päivittäiset toiminnot (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)

Välineellisten päivittäisten toimintojen (IADL) avulla voidaan kartoittaa iäkkäiden ihmisten toiminnan vajavuutta sekä kartoittaa päivittäisten asioiden hoitamiseen liittyvää välineellistä toimintakykyä ja siihen liittyvää ulkopuolisen avun tarvetta. IADL-toimintoja kartoitettaessa on hyvä haastatella potilaan lisäksi omaista tai potilasta hoitavaa tahoa.

Välineellisissä päivittäisissä toimissa tarvittavan avun määrä pisteytetään, ja pisteiden yhteissumma kuvaa tarvittavaa avun määrää. Asteikon yhteispisteiden vaihteluväli 0–8. Mitä suurempi pistemäärä mittarista saadaan, sitä paremmin asiakas selviää omatoimisesti.

Välineellisten toimintojen mittari (IADL)

Puhelimen käyttö	
• Käyttää oma-aloitteisesti; etsii ja valitsee numerot	1
• Soittaa muutamiin tuttuihin numeroihin (valitsee numerot)	1
• Vastaa puhelimeen, mutta ei soita	1
• Ei kykene käyttämään puhelinta	0
Kaupassa käynti	
• Hoitaa kaikki ostokset oma-aloitteisesti	1
• Tekee itsenäisesti pienet ostokset (päivittäiset taloustavarat, maito, leipä, voi ym.)	0
• Tarvitsee jonkun avukseen kaikilla ostosmatkoilla	0
• Täysin kykenemätön tekemään ostoksia	0
Ruoan valmistus	
• Suunnittelee, valmistaa ja tarjoilee ateriat itsenäisesti	1
• Valmistaa asianmukaiset ateriat, jos ainekset on annettu etukäteen	0
• Lämmittää valmiita ruokia	0
• Ruoka pitää valmistaa ja tarjoilla	0

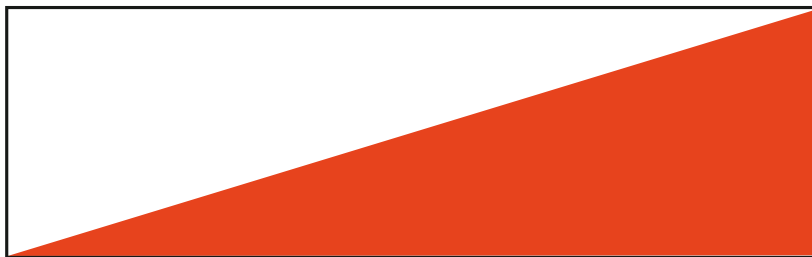
Taloustyöt	
• Tekee taloustyöt itsenäisesti, lukuunottamatta apua raskaimmissa töissä, kuten ikku-noiden pesu ja mattojen tamppaus	1
• Suorittaa kevyet päivittäiset toimet (tiskaus, vuoteen sijaus)	1
• Pyrkii suorittamaan kevyitä päivittäisiä toimia, muttei kykene riittävään siisteystasoon	1
• Tarvitsee apua kaikissa kotitöissä	1
• Ei osallistu kotitöihin	0
Pyykinpesu	
• Pesee kaiken henkilökohtaisen pyykkinsä itse	1
• Pesee ns. pikkupyykin	1
• Kaikki pyykki pestään muiden toimesta	0
Liikkuminen kulkuvälineillä	
• Käyttää itsenäisesti julkisia kulkuvälineitä tai ajaa autoa	1
• Kulkee itsenäisesti taksilla, mutta ei muuten käytä yleisiä kulkuvälineitä	1
• Kulkee yleisillä kulkuvälineillä ainoastaan toisen avustamana tai seurassa	1
• Matkustaa taksilla tai pikkuautolla ainoastaan toisten seurassa	0
• Ei liiku kulkuvälineillä lainkaan	0
Lääkkeistä huolehtiminen	
• Huolehtii itse omista lääkkeistään (oikea annos oikeaan aikaan)	1
• Ottaa lääkkeensä ajallaan, jos ne on annosteltu etukäteen	0
• Ei pysty itse huolehtimaan	0
Raha-asioista huolehtiminen	
• Hoitaa kaikki raha-asiansa itsenäisesti	1
• Hoitaa päivittäiset raha-asiat, mutta tarvitsee apua pankeissa ja isompien summien käsittelyssä	1
• Kyvytön hoitamaan raha-asioitaan	0
PISTEYTYS YHTEENSÄ	

Halminen N. 2019

Liite 7. Kivun arviointi (VAS, PAINAD)

Kivun arvioinnin lähtökohtana on potilaan oma arvio kivustaan. Kivun voimakkuus arvioidaan kipujan (Visual Analogue Scale, VAS) avulla. Kipupotilas haastatellaan ja tutkitaan huolellisesti. Kivun kesto, tyyppi ja sijainti sekä potilaan toimintakyky kartoitetaan ja kirjataan potilastietojärjestelmään.

Kivun voimakkuus voidaan arvioida esimerkiksi kipujan (VAS) avulla tai sanallisella arviolla (Verbal Rating Scale, VRS). Jos potilaan kognitiivinen toimintakyky on alentunut eikä hän pysty ilmaisemaan kipua, käytetään PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) -mittaria.



VAS-kipuasteikko on 10 cm:n pituinen molemmista päistä suljettu vaakasuora jana. Potilas kertoo oman arvionsa kivun voimakkuudesta numeerisesti tai näyttämällä kasvo-kuvaa. Janan vasen pää vastaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole lainkaan kipua ja oikea pää tilannetta, jossa potilaalla on pahin mahdollinen kipu.

(Toimintakyvyn mittarit To-Mi, VSSHP 2016.)

PAINAD-mittari on kehitetty avuksi pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin. Se soveltuu erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden potilaiden kivun arviointiin. Mittaustulos perustuu kipua kokevan potilaan käyttäytymisen arviointiin. Arviointi suoritetaan havainnoimalla potilasta noin 5 minuutin ajan.

Mittari sisältää viisi osiota:

1. hengitys, 0–2 pistettä
2. negatiivinen ääntely, 0–2 pistettä
3. ilmeet, 0–2 pistettä
4. kehon kieli, 0–2 pistettä
5. lohduttaminen, 0–2 pistettä

Kokonaispistemäärä 0–10 pistettä: 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu

Kipua arvioidaan säännöllisesti: akuutissa vaiheessa tiheästi, myöhemmin vähintään kaksi kertaa päivässä sekä aina ennen kivunhoitoa ja kivunhoidon jälkeen.

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
Hengitys	<ul style="list-style-type: none"> • Normaali ääntelystä riippumatta • Lyhyt hyper-ventilaatiojakso 	<ul style="list-style-type: none"> • Hengitys ajoittain vaivalloista • Pitkä hyper-ventilaatiojakso 	<ul style="list-style-type: none"> • Hengitys äänekästä tai vaivalloista • Cheyne-Stokes-hengitystä 	
Negatiivinen ääntely	<ul style="list-style-type: none"> • Ei negatiivista ääntelyä 	<ul style="list-style-type: none"> • Satunnaista vaikeointia tai voihketta • Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauhatonta huutelua • Äänekästä vaikeointia tai voihketta • Itkua 	
Ilmeet	<ul style="list-style-type: none"> • Hymytön tai ilmeetön 	<ul style="list-style-type: none"> • Surullinen, pelokas, tuima 	<ul style="list-style-type: none"> • Irvistää 	
Elekieli	<ul style="list-style-type: none"> • Ei tarvetta lohduttamiseen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kireä • Ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää 	<ul style="list-style-type: none"> • Jäykkä • Kädet nyrkissä • Polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista 	
Lohduttaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Levollinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää 	<ul style="list-style-type: none"> • Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu 	
Pisteet yhteensä				

MÄÄRITELMÄT:

Hengitys:

1. **Normaali hengitys.** Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista).
2. **Ajoittain vaivalloista hengitystä.** Satunnaisia puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta.
3. **Lyhyt hyperventilaatiojakso.** Ohimeneviä lyhyiden, syvien hengitysten sarjoja.
4. **Äänekästä vaivalloista hengitystä.** Äänekästä sisään- tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä
5. **Pitkä hyperventilaatiojakso.** Normaalia tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään.
6. **Cheyne-Stokes hengitys.** Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaimenevaa hengitystä, jossa on välillä hengityspysähdyksiä.

Negatiivinen ääntely:

1. **Ei negatiivista ääntelyä.** Puhe tai ääntely on sävyltään neutraalia tai miellyttävää.
2. **Satunnaista vaikerointia tai voihketta.** Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
3. **Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.** Mutinaa, muminaa, uikutusta, nurinaa tai sadattelua hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn.
4. **Rauhatonta huutelua.** Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätääntyneesti.
5. **Äänekästä vaikerointia tai voihketta.** Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
6. **Itkua.** Tunteen ilmaisu, johon liittyy kyyneliä; mahdollisesti nyhkytyksiä tai hiljaista itkua.

Ilmeet:

1. **Hymyilevä tai ilmeeton.** Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luontevaa, levollista tai tyhjää ilmettä.
2. **Surullinen.** Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen; silmissä voi olla kyyneliä.
3. **Pelästynyt.** Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki.
4. **Tuima.** Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympäryys saattavat olla tavallista enemmän rypyssä.
5. **Irvistää.** Vääristynyt, hätääntynyt ilme. Otsa ja suun ympäryys ovat tavallista enemmän rypyssä, silmät saattavat olla tiukasti kiinni.

Elekieli:

1. **Levollinen.** Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyyneltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta.
2. **Kireä.** Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois)
3. **Ahdistunutta kävelyä.** Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta.
4. **Levotonta liikehdintää.** Hermostunutta liikehdintää, mahdollisesti kiemurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai kosketella, nykiä tai hangata ruumiinosiaan toistuvasti.
5. **Jäykkä.** Vartalo on jäykistynyt. Käsivarret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralta ja kankealta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois)
6. **Kädet nyrkissä.** Kädet ovat tiukasti kiinni; niitä kenties availaan ja suljetaan jatkuvasti tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä
7. **Polvet koukussa.** Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois)
8. **Pois työntämistä tai vetämistä.** Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia; hän pyrkii irtautumaan tempomalla, kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois.
9. **Riuhtomista.** Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohii tai käyttää muunlaista väkivaltaa

Lohduttaminen:

1. **Ei tarvetta lohduttamiseen.** Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä.
2. **Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.** Käyttäytyminen keskeytyy, kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta
3. **Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.** Henkilöä ei saada rauhoittumaan eikä käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.

Liite 8. Kaksi kysymystä masennuksesta -mittari

Kaksi kysymystä masennuksesta -mittari on tarkoitettu masennuksen yleisseulontaan terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Mittari soveltuu iäkkäille potilaille. Kysymykset esitetään suullisesti.

Mittarin avulla voidaan seuloa potilaan henkisiin toimintakyvyn osa-alueisiin vaikuttavaa sairautta, mutta se ei mittaa suoraan potilaan toimintakykyä.

Kysymykset:

1. Oletteko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?
2. Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

Vastausvaihtoehdot ovat kyllä tai ei.

Myöntävä vastaus vähintään toiseen kysymyksistä viittaa masennukseen. Tällöin tarvitaan tarkempi arvio sekä lääkärin diagnostinen arvio.

(Tuisku 2011)

Liite 9. Geriatrisen potilaan tilanteen selvittely tulostyyn mukaan

Tulosyystä riippumatta selvitettävä:

1. **Vitaalit**

- Hengitystiheys, happisaturaatio, verenpaine istuen ja seisten, syketaajuus, tajunnantaso, lämpötila, verensokeri

2. **News**

- NEWS-pisteet sekä potilaan yleistila määrittelevät potilaan hoidon kiireellisyyden. Kiireellistä hoitoa vaativat potilaat hoidetaan organisaation ohjeen mukaisesti. Ei kiireellistä hoitoa vaativat potilaat hoidetaan tämän oppaan ohjeiden mukaisesti potilaan tulosyyn huomioiden.

3. **Laboratoriokokeet**

- läkkäiden peruslaboratoriokokeet: PVK, CRP, K, Na, GFR, TnT, Ca-ion, EKG, jos potilaalla varfariini hoito INR, veriviljelyt x 2 herkästi, jos potilaalla on kuumetta tai heikko yleistila

4. **Miksi potilas on hakeutunut hoitoon juuri tänään?**

- Mikä potilaan tilassa on muuttunut, miten toimintakyky on muuttunut? Haastatellaan potilas, omainen ja/ tai potilasta hoitava taho

5. **Onko potilas kaatunut?**

- Selvitetään, onko potilas kaatunut. Montako kertaa kaatumisia on ollut ja missä ajassa? Miten kaatuminen on tapahtunut (menettikö potilas tajuntansa, kompastuiko johonkin)? Onko ollut kaatumisia viimeisen vuoden aikana? Kaatumisen syy on aina selvitettävä. Huomioidaan vuotoriski, jos potilaalla verenhennuslääkitys.

6. **4 At (liite 4)**

- Deliriumseulan avulla voidaan tunnistaa sekä aktiivinen että hiljainen delirium

7. **Aiempi toimintakyky**

- Miten potilas on pärjännyt aiemmin päivittäisissä toimissa? Missä hän on tarvinnut apua? (ADL- ja IADL toiminnot, liite 5 ja 6). Clinical Frailty Scale (liite 2) avulla selvitetään potilaan gerastenian aste, jolla saattaa olla ratkaiseva merkitys jatkohoitoa suunniteltaessa.

8. Toimintakyky nyt

- Mikä potilaan toimintakyvyssä on muuttunut? Missä ajassa?

9. Lääkityksen selvittäminen

- Potilaan lääkitys selvitetään aina vähintään kahdesta eri lähteestä: reseptikeskus, potilaan/omaisen/omahoitajan haastattelu, dosetti, mukana oleva lääkelista tai lääkepurkit. Selvitä käyttääkö potilas luontaistuotteita tai käsikauppalääkkeitä. Onko kaikki listalla olevat lääkkeet käytössä? Onko käytössä muille määrättyjä lääkkeitä (esim. puolison)? Tarkista lääkkeenottotekniikka (inhalaatiot/injektiot). Mitä lääkemuutoksia potilaalle on tehty? Huomioi lääkkeiden virheellisen käytön (yli-/alikäyttö) tai väärinkäytön mahdollisuus. Huomioi käytössä olevat riskilääkkeet.

10. Potilaan tutkiminen

- Potilaalle tehdään huolellinen sisätautinen, neurologinen sekä psykiatrinen perustutkimus huomioiden potilaan tulosy sekä senhetkinen vointi.

11. Ihon kunto

- Potilaan vaatteet riisutaan ja iho tarkistetaan kauttaaltaan. Huomioi nivuset, tyrät, ihopoumut, mahdolliset ruhjeet, haavat ja mustelmat. Tarkista myös turvotukset.

12. Kipu (vas/painad mittari) (liite 5)

- läkäs ei osaa välttämättä kertoa kivusta, jos sitä ei erikseen kysytä. Selvitä missä kipua on, kivun voimakkuus (VAS) ja miten kauan kipua on esiintynyt. Muistisairas potilas ei ehkä osaa kertoa kivusta edes kysyttäessä. Tarkkaile käyttäytymistä, ilmeitä, eleitä sekä liikkumista PAINAD-mittarin avulla. Jos potilas on levoton tai aggressiivinen, voi kokeilla rauhoittaako kipulääke potilasta (esim. parasetamol 1 g).

13. Virtsaaminen

- Onko potilaalla virtsainkontinenssia? Milloin on alkanut ja onko asiaa selvitetty? Milloin potilas on viimeksi virtsannut? Palpoi rakon kohdalta onko vatsa pehmeä ja myötävä. Tarvittaessa virtsan residuaalin mittaaminen.

14. Ulostaminen

- Toimiiko potilaan vatsa normaalisti? Milloin on viimeksi toiminut (kunnolla)? Onko taipumusta ummetukseen/ripuliin? Onko potilaalla laksatiiveja käytössä? Huomioi ripulipotilaalla mahdollinen ohivuotoripuli.

Lisäksi tulosityn mukaan selvitetään:

Hengenahdistus	<p>Lisälaboratoriokokeet tarvittaessa: proBNP, A-astrup, influenssanäyte</p> <p>Kuvantamiset tarvittaessa: thorax-röntgen, keuhkoembolian TT</p> <p>Huomioi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Miten hengenahdistus ilmenee? (rasituksessa, puhuessa, makuulla; pystyykö nukkumaan öisin, puhuuko lauseita, onko apulihakset käytössä)• Taustalla olevat krooniset sairaudet (sydämen vajaatoiminta, astma, COPD)• Turvotukset ja painon muutokset• Onko hengenahdistus uusi asia vai kroonisen tilan paheneminen?• Onko taustalla traumaa (mustelmat, ruhjeet) tai muita oireita (rintakipu, rytmihäiriötuntemukset, tajunnan menetykset)• Voiko hengenahdistus olla psyykkistä?
Kaatumisen/ huimaus	<p>Lisälaboratoriokokeet tarvittaessa: CK, myogl (jos ollut lattialla)</p> <p>Kuvantamiset tarvittaessa: herkästi, kohdennetusti löydösten mukaan, pään TT, jos lyönyt pänsä (ja AK hoito)</p> <p>Huomioi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Raajojen toiminta: pystyykö varaamaan, onko kävely muuttunut, pystyykö liikuttamaan käsiään?• Iäkkään ihmisen kaatumisen syy on aina pyrittävä selvittämään:• Miten kaatuminen tapahtui? (kompastuminen, tajunnan menetys, lyyhistyminen, mahdollinen kouristaminen, menikö virtsat alle), haastattele mahdollinen silminnäkijä.• Missä ja milloin kaatuminen tapahtui? (ulkona, sisällä, vessassa, päivällä, yöllä)• Onko aiempia kaatumisia? Missä ajassa? Onko aiempia murtumia?• Onko ollut kauan lattialla? (Iäkkäällä rabdomyolyysi voi kehittyä jo lyhyen ajan sisällä)• Käykö ulkona, milloin viimeksi?• Onko potilaalla huoli/ pelko kaatumisesta?• Onko aktiivisuus vähentynyt? Missä ajassa? Onko luopunut harrastuksista?• Tarkista potilaan tasapaino, lihasvoimat ja liikkumiskyky (miten pääsee vuoteesta ja tuolilta ylös, käyttääkö apuvälineitä, onko apuvälineet sopivat/toimivat, onko kävely tasaista, tarvittaessa fysioterapeutin konsultaatio)• Käyttääkö alkoholia? (Harkitse alkometri)• Onko koti esteetön? Mitä riskejä, haasteita kotiympäristössä on?• Onko potilaalla huimausta?• Mitä potilas tarkoittaa huimauksella? (kiertävää/kaatavaa/pyörivää/silmissä mustenee)• Milloin oireet ovat alkaneet?• Muut oireet, kuten niskahartiavaivat, puolierot, hyvälaatuinen asentohuimaus (provosoituuko asennon vaihdossa?)

<p>Kipu</p>	<p>Kuvantamiset tarvittaessa: kohdennetusti, löydösten mukaan</p> <p>Huomioi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Missä kipu on (kipukartta) ja kuinka voimakasta kipu on (VAS)? • Milloin kipu on alkanut? • Onko krooninen, kroonisen vaivan paheneminen vai akuutti vaiva? • Kipua edeltävät tapahtumat? (Mahdolliset traumat taustalla) • Jos potilaalla taustalla kaatumisia ks. myös kohta tulosyynä kaatunut/huimaus • Millaista kipu on? (polttava, jomottava, viiltävä, säteilevä) • Onko aiemmin ollut samanlaista kipua? • Mikä provosoi kipua? Mikä helpottaa kipua? • Vaikuttaako kipu toimintakykyyn? • Saako potilas nukuttua/herättääkö kipu yöllä? Maistuuko ruoka? • Onko potilas ottanut kipulääkettä? Onko lääkkeestä ollut apua? • Potilaan yleisilme: kylmänhiki, levoton, eleet, olemus, käyttäytyminen • Voiko kipu olla psyykkisistä syistä johtuvaa? (elämäntilanteen muutokset, psykososiaalinen tilanne, yksinäisyys; kahden kysymyksen masennusseula) <p>Rintakipu: Aloita monitorointi tarvittaessa, jos EKG ja laboratoriolöydökset normaalit, voiko olla refluksivaivaa?</p> <p>Päänsärky: selvitä näköhäiriöt, neurologinen status, niska-hartiavaivat ja huimaus</p> <p>Vatsakipu: ks. kohta vatsa-/virtsaamisvaiva</p> <p>Raajakipu/selkäkipu: tarkasta ihon punoitus, kuumotus (proteesitulehdus?), mustelmat, ruhjeet ja haavat. Provosoituuko kipu liikkeellä/palpoiden. Selvitä raajojen toiminta ja virheasennot.</p>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Sekavuus/ aggressii- visuus</p>	<p>Lisälaboratoriokokeet tarvittaessa: B-12-TC2, Folaatti (jos ei muistidiagnoosia ja laboratoriokokeista yli 3 kk)</p> <p>Kuvantamiset tarvittaessa: Kohdennetusti, löydösten mukaan. Otetaan pään TT jos epäily aivotapahtumasta ja/tai kaatunut ja lyönyt pänsä (ja AK hoito)</p> <p>Huomioi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akuutit sairaudet suljetaan ensin pois NEWS-pisteiden ja laboratorio- arvojen perusteella. • Milloin sekavuus/aggressiivinen käytös on alkanut? • Onko uutta vai onko aiemminkin ollut? • Onko tilanne muuttunut? (miten ja milloin?) • Miten sekavuus /aggressiivinen käytös ilmenee? • Millaisia käytösoireita ilmenee? • Onko näkö-/kuuloharjoja? • Tiedostaako potilas itse oireensa? • Onko sekavuutta/aggressiivisuutta vain tiettyyn aikaan vuorokaudesta? • Onko alkanut äkillisesti vai pikkuhiljaa? (Mahdollinen delirium) • Onko potilaalla kipuja? (Huomioi muistisairaahan kivun arviointi) • Onko vatsa toiminut kunnolla? (Milloin viimeksi) • Milloin viimeksi virtsannut? (virtsan residuaali herkästi) • Käyttääkö potilas alkoholia? (harkitse alkometri) • Onko potilas syönyt ja juonut? (elektrolyyttihäiriö/hypovolemia/hypo-/hyperglykemia) <p>Kognition arviointi: Tehdään 4 AT. Jos muistiosio poikkeava, eikä aiempaa muistidiagnoosia, tehdään 6-CIT.</p> <p>Psyykkisen tilanteen arviointi: tarvittaessa pyydetään geropsykiatrinen konsultaatio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onko potilaalla aiempaa psykiatrista sairaushistoriaa? • Pelkääkö potilas jotain? • Onko kokenut fyysistä, psyykkistä tai taloudellista väkivaltaa joskus aiemmin tai tällä hetkellä? • Elämäntilanteen ja/tai elinympäristön muutokset, sosiaalinen tukiverkosto, yksinäisyys • Katastrofireaktio (suhteettoman voimakas reaktio psykologiseen/ ympäristötekijään) • Mikä provosoi potilaan käytöstä? Mikä rauhoittaa? (keskustelu, omaiset, oma hoitaja)
---------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Vatsa-/
virtsa-
misvaiva**

Lisälaboratoriokokeet tarvittaessa: Ulostenäyte ja -viljelyt, PSA, virtsanäyte vain jos potilaalla kuumetta, CRP nousu tai virtsatieinfektion oireita.

Kuvantamiset tarvittaessa: Vatsan UÄ, Vatsan TT, jatkotutkimuksena kolonoskopia/gastroskopia

Huomioi:

- Onko vatsakipua? Selvitetään missä kohtaa kipu on, milloin ilmenee, mikä provosoi kipua, mikä helpottaa kipua, kivun luonne, VAS, PAINAD
- Millaiset suoliäänet ovat?
- Potilaan tuseeraus
- Herkästi virtsan residuaalin mittausta ultraäänellä tai katetrilla.
- Ruokavalion selvittäminen. Milloin on viimeksi syönyt/juonut ja mitä? Onko syömisessä/juomisessa tapahtunut muutoksia ja missä ajassa?
- Onko kotona vanhaa/pilaantunutta ruokaa?
- Onko vatsan alueelle tehty leikkauksia?
- Onko aiempia diagnooseja vatsan alueen sairauksista?
- Käyttääkö potilas alkoholia? Kuinka paljon ja milloin viimeksi?
- Onko ulosteinkontinenssia?
- Onko ulosteessa verta? (kirkasta/tummaa)
- Minkä väristä uloste on?

Ummetus:

- Milloin vatsa on toiminut viimeksi kunnolla?
- Millaista on potilaan normaali vatsan toiminta? (kuinka usein, onko kovaa/löysää?)
- Tarvitseeko potilas normaalista ulostuslääkkeistä?

Ripuli:

- Onko kyseessä krooninen vai akuutti ripuli (milloin alkanut)?
- Onko ollut aiemmin vastaavaa? Milloin?
- Onko löysää/vesiripulia? (väri, haju)
- Milloin vatsa toiminut viimeksi kunnolla? Huomioi mahdollinen ohivuotoripuli.
- Onko vatsakipuja? Millaista kipu on?
- Onko oksennuksia/pahoinvointia? Huomioi mahdollinen kahvisumppuoksennus.
- Onko lähipiirillä samanlaisia oireita? Onko ripuliepidemia?
- Matkustusanamneesi?

Virtsaamisen ongelmat:

- Milloin viimeksi virtsannut?
- Milloin oireet on alkaneet (pikkuhiljaa/akuutisti)?
- Virtsan väri ja määrä (kirkasta/tummaa, huomioi verivirtsaisuus)
- Onko potilaalla katetri/cystofix? Milloin vaihdettu viimeksi?
- Onko virtsainkontinenssia?
- Onko potilaalla gynecologisia/urologisia vaivoja?
- Onko virtsatieinfektion oireita?

Yleistilan lasku	<p>Akuutit sairaudet suljetaan ensin pois NEWS- pisteiden ja laboratorioarvojen perusteella</p> <p>Lisälaboratoriokokeet ja kuvantamiset: löydösten mukaan tarvittaessa.</p> <p>Huomioi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mikä on muuttunut ja missä ajassa? • Miten yleistilan lasku vaikuttaa potilaan toimintakykyyn? • Mikä on potilaan/omaisen/omahoitajan näkemys tilanteesta? • Mitä asialle on jo tehty, jotta toimintakyky säilyisi ennallaan? • Mikä on potilaan kognitiivinen tilanne? (4 AT [liite 4], jos muistiosio on poikkeava, eikä aiempaa muistidiagnoosia, tehdään lähete jatkotutkimuksiin). • Huomioi mahdollinen hiljainen/aktiivinen delirium • Mikä on potilaan mieliala? (kahden kysymyksen masennusseula) • Elämäntilanteen muutokset, sosiaalinen tukiverkosto, kotiapujen riittävyys, yksinäisyys, taloudellinen tilanne? • Onko potilaalla kaatumisia tai huoli kaatumisesta? • Koska potilas on ollut viimeksi sairaalassa? Onko siitä jäänyt pysyvä toimintakyvyn lasku? • Onko potilaalla kipuja? • Minkälainen on potilaan ravitsemus ja/tai nestetasapaino? • Onko potilaalla unettomuutta tai vuorokausirytmä sekaisin? • Onko potilaalla diagnosoimattomia sairauksia (somaattiset/psykkiset) • Onko taustalla kaltoinkohtelua (fyysistä, psyykkistä, taloudellista)? • Minkälaiset ovat potilaan asuinolosuhteet? (onko esteitä, riskejä, pääseekö ulos?) • Onko potilaalla päihteiden käyttöä?
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Liite 10. Deliriumia aiheuttavia lääkkeitä sekä deliriumin muita aiheuttajia

Deliriumia aiheuttavia lääkkeitä

- Pääasiallisesti antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet
 - fentiatsiinit (esim. klooripromatsiini, tioridatsiini, levomepromatsiini)
 - trisykliset antidepressiivit
 - antihistamiinit (esim. difenhydramiini, hydroksitsiini)
 - virtsainkontinenssin hoitoon tarkoitetut antikolinergiset lääkeaineet (jos ne läpäisevät veriaivoesteen)
 - parkinsonin taudin hoitoon käytettävät lääkkeet
- bentsodiatsepiinit, barbituraatit
- litium
- epilepsialääkkeet
- euforisoivat kipulääkkeet kuten tramadoli
- H2-salpaajat
- indometasiini
- digoksiini, amiodaroni, flekainidi, propafenoni
- lidokaiini
- steroidit
- monet sytostaatit.

Deliriumin muita aiheuttajia

infektiot	munuaisaltaan tulehdus, keuhkokuume, erysipelas, sepsis, aivokalvontulehdus, enkefaliitti
metaboliset syyt	hypovolemia, hypo- tai hyperkalemia, hypo- tai hypernatremia, hypofosfatemia, hypomagnesemia, hypoalbuminemia, asidoosi, alkaloosi, seerumin osmolaliteetin häiriöt, hyper- tai hypoglykemia, uremia, maksakooma, hyper- tai hypokalsemia, hyper- tai hypotyreoosi, porfyria, hypo- tai hypernatremia, hypoksia, hyperkapnia
kardiovaskulaariset syyt	sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt, keuhkoveritulppa, hypotensio, hypertensio
keskushermosto- peräiset syyt	TIA, aivoinfarkti, aivoverenvuoto, subduraalihakematooma, epiduraalihakematooma, SAV, aivotuumori, vaskuliitti, kohonnut kallonsisäinen paine, status epileptikus, postiktiaalinen tila
myrkytykset	lääke-, huume-, raskasmetalli-, häkä-, syanidi-, organofosfaattimyrkytys
traumat	aivotärhdys, palovammat, ruhjeet, murtumat
muut syyt	syövät, anemia, B12- vitamiinin puute, niasiinin tai tiamiinin puute, alkoholin, sedatiivien ym. vieroitusoireet

(Laurila, Pitkälä, Rahkonen, 2006)