



Sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointi kotihoidossa

Olli Nieminen

Niko Nyman

Opinnäytetyö
Tammikuu 2025

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

NIEMINEN, OLLI & NYMAN, NIKO
Sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointi kotihoidossa

Opinnäytetyö 29 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Tammikuu 2025

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kotihoidolle ohje sekavan potilaan hoidon tarpeen arvioinnista hoitajan työturvallisuus huomioiden. Opinnäytetyön tehtävä on selvittää, miten toteuttaa sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointia ABCDE— ja 4AT menetelmän mukaan. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidossa työssä olevien hoitajien valmiutta sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointiin. Työssä tavoitteena on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta omasta turvallisuudesta vieraassa toimintaympäristössä työskentelystä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisella menetelmällä, jonka tuotoksena tehtiin PDF— pohjainen ohje, jota voi lukea työpuhelimelta tai tulostaa mukaan. Ohjeessa käydään järjestelmällisesti läpi, miten toimitaan, jos potilas käyttäytyy sekavasti. Kotikäynnillä huomioitavat turvallisuustekijät käsitellään ohjeessa ensimmäisenä. Seuraavaksi kerrotaan hoidon tarpeen arvioinnista ABCDE— ja 4AT menetelmillä. Lopuksi annetaan yhteystiedot, joihin voi ottaa yhteyttä jatkohoidon järjestämiseksi.

Ohje on tehty Piktochartin avulla. Ohjeen ulkoasussa on huomioitu värien kontrastit sekä fontit saavutettavuuskriteereiden mukaan. Ohjeessa on korostettu tärkeimpiä asioita huomioväreillä ja looginen etenemisjärjestys on merkitty punaisilla nuolilla.

Ohjetta voisi jatkokehittää vielä tarkemmin kotihoitoon huomioimalla muistisairaat potilaat, koska muistisairaalla 4AT—testin kysymyksiin vastaaminen voi olla haastavaa. Tulevaisuudessa kotihoidon tarve lisääntyy, joten hoitopäätöksien tueksi tarvitaan ohjeita.

Asiasanat: kotihoito, turvallisuus, sekavuus, hoidon tarpeen arviointi, osaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

NIEMINEN, OLLI & NYMAN, NIKO
Assessing the Care Needs of a Disoriented Patient at Home Care

Bachelor's thesis 29 pages, appendices 3 pages
January 2025

The purpose of this thesis was to produce a guideline for home care to assess the care needs of a disoriented patient while considering nurses' work safety. The objective of this thesis was to examine how to accomplish the assessment of the care of needs according to the ABCDE and 4AT methods. Furthermore, the aim of this thesis was to increase the preparedness of home care nurses' to assess the care needs and to increase the nursing staff's knowledge of their own safety when working in an unfamiliar environment.

This thesis was produced with a functional method. The output is a PDF manual made with the Piktochart program. The guideline systematically goes through each procedure for a patient suspected with delirium. The safety instructions for the home visit are discussed in the first section of the guide. The next section covers the assessment of the need of care using the ABCDE and 4AT methods. The final section contains necessary contact details within patients' aftercare.

The visual appearance of the manual utilises appropriate colour contrast and font for accessibility. The most important details are highlighted with attention colours and the logical order of priority with red arrows.

Key words: home care, safety, disorientation, assess the care of need, know—how

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TEOREETTINEN VIIITEKEHYS	6
2.1 Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen rakenne.....	6
2.2 Turvallisuus kotihoidossa	7
2.3 Deliriumin riskitekijät ja erottaminen muistisairaudesta.....	8
2.4 Deliriumin oireet.....	9
2.5 Deliriumin syyt.....	10
2.5.1 Ammatillinen osaaminen	12
2.5.2 Hoidon tarpeen arviointi	13
2.5.3 Deliriumin seulontatyökalut arvioimisen tukena.....	14
2.6 Deliriumin ennaltaehkäisy	15
2.7 Deliriumin jälkeen.....	16
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	17
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	18
4.2 Opinnäytetyön prosessin kuvaus	18
4.3 Ohjeen asiasisältö.....	20
4.4 Ohjeen ulkoasu ja saavutettavuus	20
5 POHDINTA	22
5.1 Opinnäytetyön eettiset lähtökohdat.....	23
5.2 Kehittämissideat ja jatkoaiheet	24
LÄHTEET	26
LIITTEET	30
LIITE 1 Testi deliriumin ja muistitoimintojen arviointiin.....	30
LIITE 2(2) Sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointi	31
LIITE 2(2) Sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointi	32

1 JOHDANTO

Lisääntyneen elinajan odotteen myötä ikäihmisten määrä on kasvanut eksponentiaalisesti. Yli 65—vuotiaiden määrä tulee kasvamaan 703 miljoonasta (2019) 1.5 miljardiin vuoteen 2050 mennessä. (Souza, Avant & Berndt AE 2021, 2.) Enemmistö kotihoidon potilaista ovat ikääntyneitä. Kotihoito ei kuitenkaan rajoitu vain ikäihmisiin, vaan potilaita on kaikista ikä- ja potilasryhmistä. Tähän potilasjoukkoon mahtuu myös monenlaisia sairauksia, jotka voivat aiheuttaa akuutin sekavuustilan eli deliriumin ikää katsomatta. Nämä potilaat kuormittavat helposti jo valmiiksi ruuhkautunutta ensihoitoa ja päivystystä. Esimerkiksi Helsingin kotihoidossa vuonna 2018 oli potilaita 16 339, joille ensihoitoa hälytettiin 13 805 kertaa tämän vuoden aikana. Näistä 1/3 johti lopulta potilaan kuljetukseen päivystykseen. Loput 2/3 pystyttiin joko hoitamaan kotona tai olivat aiheettomia. Tämän vuoksi turhia ensihoidon hälytyksiä tulee pyrkiä vähentämään muun muassa kotihoidon toimintaa kehittämällä ja henkilöstöä kouluttamalla sekä hoitolinjoja selkeyttämällä. (Nyman, Porthan, Sippola-Soininen & Soini 2021, 32—37.) Turvallisen kotiympäristön muuttuminen, kuten sairaala voi aiheuttaa deliriumin riskipotilailla (Esther 2024).

Delirium on hengenvaarallinen tila, joka johtaa 25 % potilaista hoitamattomana kuolemaan (Rovasalo 2023). Deliriumin tunnistaminen ja hoitaminen vaatii hoitajalta tarkkaa ja suunnitelmallista hoidon tarpeen arviointia. Tätä on hyvä toteuttaa ABCDE—menetelmän mukaan, jotta tulee systemaattisesti huomioitua jokainen hoidon tarpeen osio. Menetelmä auttaa myös tunnistamaan, milloin tulee soittaa lisäapua. (Smith & Bowden 2017, 51—52.) ABCDE—menetelmän lisäksi on käytössä deliriumin seulontaan tarkoitettu 4AT työkalu (4AT n.d).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohje kotihoidolle sekavan potilaan hoidon tarpeen arvioinnista ABCDE— ja 4AT menetelmän mukaan hoitajan työturvallisuus huomioiden. Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää miten toteuttaa sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointia ABCDE— ja 4AT menetelmän mukaan. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidossa työtä tekevien hoitajien valmiutta sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointiin. Työssä tavoitteena on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta omasta turvallisuudesta vieraassa toimintaympäristössä työskentelystä.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten rakenne

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys (kuva 1) muodostuu kotihoidon ja sekavuuden määritelmästä, hoidon tarpeen arvioinnista sekä hoitajan omasta työturvallisuudesta. Opinnäytetyön teoriaosiossa käytetään käsitteitä delirium sekä sekavuus. Tässä opinnäytetyössä sekavuudella tarkoitetaan delirium tilaa. Teoriaosio painottuu sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointiin ABCDE— ja 4AT menetelmällä sekä tarvittaviin mahdollisiin jatkohoidon yhteystietoihin. Kotihoidossa korostuu työntekijän oma turvallisuus koska työskennellään lähtökohteisesti yksin vieraassa toimintaympäristössä. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä muiden ammattiryhmien työturvallisuutta.

Opinnäytetyön tärkeimmät käsitteet ovat kotihoito, turvallisuus, sekavuus, hoidon tarpeen arviointi ja osaaminen.

Kotihoito	<ul style="list-style-type: none">• Kotihoito
Turvallisuus	<ul style="list-style-type: none">• Hoitohenkilökunnan turvallisuus
Sekavuus	<ul style="list-style-type: none">• Sekavuutta aiheuttavat tekijät ja sekavuuden oireet
Hoidon tarpeen arviointi	<ul style="list-style-type: none">• ABCDE-Menetelmä• 4AT-Työkalu
Osaaminen	<ul style="list-style-type: none">• Hoitohenkilökunnan osaaminen

KUVA 1. Teoreettisen viitekehysten rakenne.

2.2 Turvallisuus kotihoidossa

Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveysalalla joutuu myös keskimäärin useammin työpaikkaväkivallan uhriksi. Se ilmenee uhkaavana käytöksenä, kiinnipitämisinä, lyömisenä ja potkimisena tai uhkailuna. Väkivallan uhkaa lisäävät yksintyöskentely, päihtyneet potilaat ja siihen liittyen ilta- ja yöaika. (TTK n.d.)

Työssä käsitellään kotihoidon näkökulmaa. Kotihoito on kotiin annettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä palvelua, jossa asiakkaalle tai hänen perheelleen annetaan sekä sairaanhoitoa ja lääkinällistä kuntoutusta että henkilökohtaista arjen käytännön toimiin liittyvää huolenpitoa tai apua (Saukkonen & Marttila 2022).

Kotihoidossa väkivallan uhkaa lisäävät yksintyöskentely, ilta—aikaan toimiminen sekä potilaan kodissa olevat riskitekijät (Fagerström & Leino 2014, 16). Näitä voivat olla potilaan alkoholin tai lääkeaineiden väärinkäyttö, aikaisemmat hyökkäykset hoitajia kohtaan, potilaan kokema luottamuksen puute yhteiskunnan toimia kohtaan sekä potilaan psykoottisuus ja/tai dementia. Myös asunnossa olevat lemmikkieläimet, aseet, huumeet sekä potilaan tai muiden asunnossa olevien henkilöiden rikoshistoria lisäävät hoitajia kohtaan tapahtuvaa väkivallan uhkaa. Kansainvälisten tutkimusten mukaan kotihoidon merkittävimmät riskitekijät ovat potilaat tai heidän perheenjäsentensä ominaispiirteet. (Fagerström & Leino 2014, 8.)

Asiakkaisiin liittyvät tekijät

päihteiden käyttö (lääkkeet, huumeet tai alkoholi)
 aggressiivinen/ arvaamaton/ sopimaton käytös
 fyysistä
 henkistä
 sosiaalista (esim. Facebook)
 seksuaalista
 sairaudet (esim. mielenterveyshäiriöt, kivut)

Asiakkaan kotiin liittyvät tekijät

omaiset tai muut vierailijat (esim. "ryyppyporukat")
 kotieläimet
 kotiympäristö
 sijainti
 tilat (esim. poistumistiet)
 tavarat (esim. veitset, aseet)

Työntekijöiden työhön ja työvälineisiin liittyvät tekijät

yksintyöskentely
 ilta- tai yöaikaan työskentely
 kohteisiin liikkuminen (esim. kävellen tai julkisilla kulkuvälineillä)
 lääkkeiden kuljetus
 turvalaitteiden puute (esim. hälytysjärjestelmät)

KUVA 2. Kotihoidon väkivallan riskitekijät (Fagerström & Leino 2014, 16).

Työturvallisuuskeskuksen ohjeen mukaan ennen aggressiivisen potilaan kotikäynnille menemistä tulee perehtyä tämän esitietoihin sekä mennä työparina käynnille. Tilanteessa toinen toimii edistäjänä eli tekee tarvittavat työtehtävät ja toinen toimii varmistajana. (Fagerstörn, Koivikko & Rauramo 2016, 77—78.)

2.3 Deliriumin riskitekijät ja erottaminen muistisairaudesta

Akuutilla sekavuudella tässä työssä tarkoitetaan delirium tilaa. Delirium määritellään äkilliseksi sekavuustilaksi ja aivojen toimintahäiriöksi. Potilaan tajunnantaso, ympäristöön orientoituminen, tarkkaavaisuus sekä huomiointikyky ovat heikentyneet. Delirium johtuu erilaisista elimellisistä tekijöistä ja sairauksista. Kyseinen tila on hoitamattomana hengenvaarallinen. (Rovasalo 2023.)

Delirium on usein ikääntyneillä diagnosoimaton ja johtaa tarpeettomiin sairaalajaksoihin. Parkinsonin tauti, dementia, infarkti, postoperatiivinen hoito (varsinkin iäkkäillä), aikaisemmat deliriumit sekä näkö/tai kuulohäiriöt lisäävät deliriumin riskiä. (Katherine & Deborah 2017, 515—516.)

Näistä tavallisin altistava tekijä on dementia (Rovasalo 2023). Tämä onkin tärkeä erottaa deliriumista hoidon tarpeen arvioimisessa. Molemmissa on samantyyllisiä oireita, kuten muistiongelmia, levottomuutta ja harhaluuloja. Deliriumilla ja muistisairaudesta on yhteys toisiinsa: deliriumin sairastaneella on suurempi riski saada myöhemmin muistisairaus sekä muistisairas voi sairauden loppuvaiheessa saada deliriumin oireita. Näiden kahden välisen eron tunnistamisessa tulee kiinnittää huomiota oireiden alkamiseen ja kehittymiseen. Tyypillisesti delirium on akuutti, joka kehittyy tuntien tai päivien kuluessa. Oirekuva on myös vaihteleva. Potilas voi olla aamulla selkeä mutta päivällä sekava. Muistisairaus kehittyy hitaasti vuosien kuluessa ja oireet ovat jatkuvia ja pysyviä. (Esther 2024.)

2.4 Deliriumin oireet

Delirium ilmenee nopeasti kehittyvänä tarkkaavaisuuden ja tietoisuuden häiriönä. Tyypillisesti oirekuva on aaltoileva eri vuorokauden aikoina eli potilas saattaa ajoittain olla täysin oireeton. Oireiden voimakkuus voi vaihdella jopa tuntien sisällä. (Rovasalo 2023.) Edeltävinä päivinä ennen delirium tilan puhkeamista potilaalla voi olla ensioireina vuorokausirytmien häiriöitä, levottomuutta ja ahdistuneisuutta (Hyvärinen ym. 2024).

Deliriumissa potilaan tarkkaavaisuus, tajunnantaso, ympäristöön orientoituminen sekä huomiointikyky ovat heikentyneet. Potilas ei pysty keskittymään yhteen asiaan, ajattelu on järjestäytymätöntä sekä puhe epäloogisen harhailevaa. Näiden lisäksi potilaalla voi olla motorista levottomuutta kuten vaeltelua, unen—ja vuorokausirytmien häiriöitä sekä hypoaktiivisuutta. (Hyvärinen ym. 2024.) Nämä vaikuttavat potilaan aikaan ja paikkaan orientoitumiseen sekä kykyyn toimia itsenäisesti (Rovasalo 2023).

Deliriumiin liittyvät vahvasti myös psyykkiset oireet. Potilaalla voi olla aistiharhoja, aistihairahduksia, harhaluuloja sekä mielialan vaihtelua. Nämä voivat esiintyä muun muassa aggressiivisuutena, pelkotiloina, kiihtymyksenä tai lamaantumisenä. Karkeana muistisääntönä voidaan pitää, että näköharhat viittaavat elimelliseen syyhyn tai deliriumiin. Kuuloharhat ovat todennäköisempi psykoosin oire. (Rovasalo 2023.)

Somaattisina oireina potilaan autonomisen hermoston toiminta on kiihtynyt. Tämä esiintyy lämmön nousuna, hikoiluna, verenpaineen ja sydämen sykkeen lyöntitaajuuden nousuna sekä silmien mustuaisten laajentumisena. (Rovasalo 2023.)

2.5 Deliriumin syyt

Tässä osiossa tarkastellaan deliriumin riskitekijöiden ja oireiden perusteella syitä potilaan delirium tilalle. Ikäihmisellä deliriumin taustalla on usein monia samanaikaisia tekijöitä, joiden tunnistaminen ja hoito edellyttävät riittäviä tutkimusmahdollisuuksia sekä seurantaa (Roitto & Jämsen 2022, 1992). On tärkeä huomioida potilaan olemuksen, orientaation sekä elintoimintojen lisäksi ulkoiset tekijät, esimerkiksi käytössä olevat lääkkeet sekä muut avatut lääkkeet ja alkoholiuomat.

Yleisin deliriumiin johtava tekijä on huonosti valittu tai täysin sopimaton lääke. Potilaan lääkelistaa tarkasteltaessa viimeaikaiset lääkemutokset ovat erittäin tärkeä huomioida. Esimerkiksi uusi aloitettu lääke tai säännöllisesti käytössä olleen keskushermostolääkkeen äkillinen lopetus altistavat deliriumille. Lähtökohdana on välttää lääkkeitä, jotka voivat alistaa deliriumille mutta aina tämä ei ole mahdollista. Deliriumin tunnistamisessa on hyvä muistaa, että potilaan todellinen lääkkeiden käyttö voi poiketa paljonkin lääkelistasta. (Hyvärinen ym. 2024.)

Deliriumin kannalta riskilääkeaineryhmiä ovat opioidit (tramadoli, kodeiini, buprenorfiini, morfiini, oksikodoni ja fentanyyli), trisykliset masennuslääkkeet (amitriptyyli ja doksepiini), Parkinsonin taudin lääkkeet (levodopa, seleginiili ja biperideeni), suuriannoksinen kortisonihoito (prednisoloni ja deksametasoni), vanhan polven antihistamiinit (hydroksiksitsiini) sekä osa virtsankarkailulääkkeistä (oksibutiini, tolterodiini sekä fesoterodiini). (Hyvärinen ym. 2024.)

Potilaan alkoholin käyttöön tulee kiinnittää huomiota. Delirium tremens voi kehittyä pitkään jatkuneen ja runsaan alkoholin käytön lopettamisesta. Kyseinen tila voi kehittyä 1–6 vuorokautta jatkuneen alkoholin käytön lopettamisen jälkeen. Kyseinen tila on hengenvaarallinen, jossa potilas ei yleensä itse kykene vastamaan itsestään. (Häkkinen 2023.) Onkin hyvä huomioida potilaan elinympäristöä, jos siinä näkyy viitteitä pitkään jatkuneesta ja runsaasta alkoholin käytöstä.

Infektiot voivat aiheuttaa potilaalla akuuttia sekavuutta ja johtaa deliriumiin (Esther 2024). Keuhkokuumeen ainoa oire iäkkäällä voi olla sekavuus. Joskus myös

tämä voi olla kuumeeton, joka on tärkeä muistaa hoidon tarpeen arvioimisessa. (Aikuisten kotisyntyinen bakteerikeuhkokuume: Käypä hoito—suositus 2024.) Virtsatieinfektion merkki mahdollisen kuumeen lisäksi on myös läpitunkeva väkevä virtsan haju, joka voi nousta munuaisaltaiden tulehdukseen asti (pyelonefriitti). Virtsatieinfektiolle altistavia tekijöitä ovat naissukupuoli sekä katetrointi. (Pasanen 2024.)

Sepsiksen eli verenmyrkytyksen tyypillisiä oireita ovat muun muassa nopea syke, alhainen verenpaine, lämmön nousu, ihon laukkuus sekä kylmyys ja nopea hengitysfrekvenssi. Vaikeissa tapauksissa voi esiintyä myös hengitysvaikeuksia, tajunnan heikentymistä ja äkillisiä elinhäiriöitä. Sepsis voi tulla esimerkiksi haavasta tai hoitamattomasta virtsatieinfektiosta. (Heinäaho 2022.)

Diabeteksen hoitotasapainosta tulee olla tarkkana. Jokaisen sekavan potilaan kohdalla on tärkeä mitata verensokeriarvo. Diabeetikoiden kohdalla on erittäin tärkeää tarkastella verensokeritasapainoa, tämän kehitystä ja selvittää potilaan ajantasainen verensokeri arvo. Varsinkin huonosti hoidettu 2 tyypin diabetes voi olla laukaiseva tekijä delirium tilalle. Hypoglykemia (verensokeriarvo hengenvaarallisen alhaalla eli alle 2,8mmol/l) voi aiheuttaa deliriumia. Hyperglykemian (verensokeriarvo vaarallisen korkealla eli yli 15mmol/l ilman ruokailua) kohdalla delirium ei ole niin yleinen, ellei potilaalla ole todettu ketoasidoosia. (Lopes & Pereira. 2018; Kristian 2021.)

Deliriumin tunnistamisen kannalta on oleellista selvittää potilaan orientoituminen aikaan ja paikkaan. Näillä selvitetään potilaan tajunnan tasoa. Potilaan tarkkaavaisuus voi vaihdella hyvinkin nopeasti ja hän ei välttämättä tiedä missä on tai tunnista tuttuja henkilöitä. (Hyvärinen ym. 2024.)

Tajunnan tasoa tarkkaillessa havainnoidaan myös aivotapahtumat koska delirium voi esiintyä aivoverenvuodon akuutissa vaiheessa. Deliriumiin johtaneessa tilassa voi kyseessä olla esimerkiksi TIA-kohtaus tai aivoinfarkti. Akuutti orgaaninen delirium on hyvin yleinen aivoinfarktin akuuttivaiheessa. Esiintyvyys on jopa 10—48 %. Tämä tulisi tunnistaa ja hoitaa nopeasti koska deliriumista kärsivien

sairaalakuolleisuus on todettu suuremmaksi kuin muiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuolleisuus. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito —suositus 2024.)

Kuivuminen ja aliravitsemus ovat deliriumille altistavia tekijöitä (Esther 2024). Kuivuminen on hyvin yleinen ongelma ikääntyneillä. Vanhenemisen muutoksien vuoksi kuivuminen voi esiintyä nopeasti. Esimerkiksi yli 80—vuotiailla kehonpainosta vettä on noin 40—50 %. Nuoremmilla vettä on 60—65 %. Kuivumisen oireita ovat päänsärky, uneliaisuus ja uupumus. Myös virtsantulon loppuminen, nopeutunut syke, ihon elastisuuden vähentyminen ja delirium. (Purvis & Gion 2024.) Ikääntyneillä aliravitsemusta voi aiheuttaa alentunut ruokahalu, liikunnan vähentyminen sekä makuaistin muutokset. Aliravitsemuksen oireita ovat muun muassa painon lasku, jatkuvat infektiot sekä matala verenpaine ja syke. (Cleveland clinic n.d.)

lääkällä potilaalla vieras elinympäristö (erityisesti tehohoitojakso) voi laukaista deliriumin. Tämä on tärkeä huomioida potilaan kotiutuessa sairaalahoidosta. Sairaalahoitojakso sekoittaa potilaan arkielämän rutiinit. Sairaalassa voi esimerkiksi valot ja äänet erilaisista hoitolaitteista häiritä potilaan unta, jos mittauksia tehdään säännöllisesti myös yöllä. Ero perheestä voi luoda potilaalle pelkoa ja ahdistusta. Myös työntekijöillä saattaa olla kaikilla samanlainen suusuoja, jolloin potilas ei tunnista häntä hoitavia henkilöitä. (Esther 2024.)

2.5.1 Ammatillinen osaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistumalla tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen mene-

telmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammatti-
aan turvallisesti ja asianmukaisesti (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä
559/1994).

Erialaisten koulutusten lisäksi hoitohenkilökunnan muistin tueksi on kehitetty eri-
laisia yhtenäisiä työkaluja tukemaan työntekoa, kuten ISBAR (Identify, Situation,
Background, Assesment, Recommendation). Tämän avulla voidaan tunnistaa,
kirjata ja raportoida yhtenäisesti potilaasta kaikissa terveydenhuollon toimipis-
teissä. (Terveyskirjasto 2021.)

Hoidon tarpeen arviointi on yksi tärkeimmistä hoitajan työtehtävistä jokaisessa
potilas kohtaamisessa. Tällä varmistetaan potilaan tilan tarkkailu ja tähän reagoi-
minen. Yksi yleisimmistä keinoista on ABCDE—protokollan mukaan toimiminen,
jota tässä työssä myös käsitellään. Tämä on systemaattinen menetelmä tunnis-
taa kriittisesti sairait potilaat. Menetelmän käyttäminen on riippuvainen myös hoi-
tajan koulutuksesta ja ammattitaidosta. (Jevon 2010, 404—405.)

2.5.2 Hoidon tarpeen arviointi

ABCDE—protokolla on työkalu jokaisen kriittisen tai yleistilaltaan heikentyvän po-
tilaan arviointiin. Tärkeää on luoda itselleen yleiskatsaus potilaasta ennen
ABCDE menetelmän systemaattista läpikäymistä. Näin voidaan huomata välittö-
mästi kiireellistä hoitoa vaativat häiriöt. (Resuscitation Council UK 2024.)

Tässä ABCDE—protokollassa (KUVA 3) käsitellään oleellisia tutkimuksia deli-
riumien tunnistamisen kannalta. Tämä hoidon tarpeen arvioinnin taulukko on tehty
kotihoiton resurssien ja välineiden mukaan toteuttavaksi.

A: Ilmatiet	Jos ilmatiet ovat kiinni, soita hätäkeskukseen (112) ja aloita ohjeiden mukainen hätäensiapu.
--------------------	---

B: Hengitys	Mittaa hengitysfrekvenssi. Tarkastele potilaan hengitystyötä (vaivattomuus, symmetrisyys, pinnallisuus, apuhengitysilihasten käyttö). Mittaa happisaturaatio
C: Verenkierto	Mittaa verenpaine sekä pulssi. Tunnustele tarvittaessa rannesyke ja tämän säännöllisyys ja nopeus.
D: Tajunnan taso	Tarkasta potilaan orientoituminen aikaan ja paikkaan. Kysy vuosi, kuukausi ja päivämäärä sekä paikka (huomioi muistisairauden vaikutus). Mittaa verensokeri.
E: Ulkoiset merkit	Tarkista ympäristöä: onko avattuja lääkepakkauksia tai juotuja alkoholituotteita? Mittaa potilaan lämpö. Tarkista potilaan ihomuutokset (laikut tai verenpurkaumat).

KUVA 3. Hoidon tarpeen arviointi (Resuscitation Council UK 2024).

2.5.3 Deliriumin seulontatyökalut arvioimisen tukena

Deliriumin arvioimiseen on olemassa työkaluja kuten confusion assessment method (CAM). Tämä on hienovarainen, tarkka, luotettava ja helppokäyttöinen deliriumin seulomiseen käytettävä työkalu. Lisäksi on myös olemassa vastaavanlaisia seuloja kuten, Months of the years backwards (MOTYB), 4 A:ta testi (4AT) ja Single question in delirium (SQiD). Kyseiset työkalut auttavat tunnistamaan tuleeko potilaan tilaa kartoittaa pidemmälle. (Inouye 1990 ym; Kangas ym. 2018, 714.)

CAM työkalulla evaluoidaan neljää kognition elementtiä. Ensimmäisenä (1): Akuutti alkua ja oireiston nopea vaihtelu. Toisena (2): Tarkkavaisuuden häiriö. Kolmantena (3): Hajanainen ajattelu. Neljäntenä (4): Poikkeava vireystila. Ehdot

mahdolliselle deliriumille täyttyy, jos kaksi ensimmäistä ja kolmas tai neljäs toteutuu. Diagnoosin tekemiseen voidaan päästä, kun kolme neljästä kohdasta täyttyy. (Llisterri-Sánchez, P ym. 2023.)

4AT (Assessment test for delirium and cognitive impairment) Kyseinen testi siis testaa myös deliriumin lisäksi kognition alenemaa. 4A on lyhenne testiin liittyvästä neljän A:n muistisäännöstä: Alertness (1) Huomiokyky: Tutkitaan potilaan vireystila ja tajunnan taso. AMT4 (2) Lyhyt muistitoimintojen testi (4-kohtaa): Kysytään potilaan ikä, syntymäaika, nykyinen paikka ja vuosiluku. Attention (3) Tarkkaavaisuus: Pyydetään potilasta luettelemaan kuukausia takaperin. Acute change or fluctuation course (4) Akuutit tajunnan tason muutokset: Huomattavat muutokset potilaan tarkkaavaisuudessa, kognitiossa tai muissa älyllisissä funktioissa. (4AT n.d.)

4AT:ssa on pisteytysjärjestelmä. Korkein pistemäärä on 12 pistettä, josta neljä tai enemmän vastaa deliriumia ja muistitoimintojen häiriötä. Yhden—kolmen pisteen tulos tarkoittaa muistitoimintojen mahdollista häiriötä. (4AT n.d.)

4AT:n käyttö on nopeaa, yksinkertaista, ei tarvitse erikoisempaa koulutusta, sisältää kognition testausta sisältävän ominaisuuden, antaa kliinisesti hyödyllistä vertailukelpoista pisteytystietoa ja sopii hyvin erilaisiin hoitotyön ympäristöihin. Testi on käytössä useissa eri maissa. (4AT n.d.)

2.6 Deliriumin ennaltaehkäisy

Etenkin ikäihmisillä, jotka ovat korkeassa riskissä saada delirium tila, pitää huomioida ennaltaehkäisevät toimet, jotka pitäisi aloittaa heti ympäristön muutoksen, traumaattisten kokemusten tai terveydentilan äkillisten muutosten jälkeen. Delirium ilmaantumista voidaan tehokkaasti vähentää käyttämällä ennaltaehkäiseviä keinoja. Ennaltaehkäisy onkin parasta ja vaikuttavinta hoitoa delirium tilalle. (Hyvärinen ym. 2024.)

Hyvärinen ym. (2024) käsittelee verkkosivulla tiivistävästi tärkeimmät deliriumin ennaltaehkäisy menetelmät pääpiirteittäin. Tämän mukaan korkeassa riskissä olevan henkilön kuten ikäihmisen kohdalla on tärkeää huomioida taustatietojen kartoitus, riskitekijöiden tunnistaminen, lääkitysten arviointi, läheisten osallistuminen hoitoon sekä lääkkeettömät hoitokeinot. Näiden lisäksi on myös tärkeää varmistaa potilaan vuorokausirytmii ja turvata unen saanti. Myös aistivajeet, kuten kuulo ja näköaistin puutteet on tarkastettava.

Hyvärinen ym. (2024) mukaan turvallisella ja tutulla ympäristöllä voidaan ennaltaehkäistä deliriumia. Tuttujen hoitajien rauhallinen, provokaatiota välttävä ja välittävä empaattinen viestintä rauhoittavat potilasta ja vähentävät deliriumia riskiä. Potilaan on hyvä pysyä samassa ympäristössä mihin hän on rutinoitunut. Deliriumin ennaltaehkäisyn kannalta välttämättömien turhien hoitotoimenpiteiden poisjättäminen sekä aiheettomien sairaalareissujen minimoiminen on erittäin tärkeää.

Lisäksi on tärkeää huomioida yksikkökohtaiset toimintamallit, jotka huomioivat ympäristön sekä henkilöstöresurssit. Kyseisillä keinoilla voidaan ennaltaehkäistä deliriumin syntyä ja tukea potilaan hyvinvointia. (Hyvärinen ym. 2024.)

2.7 Deliriumin jälkeen

Toipuminen deliriumista voi kestää pitkään, jopa kuukausia. Deliriumista toipumiseen vaikuttavat tekijät ovat hyvin erilaisia. Siihen vaikuttavat muun muassa korkea ikä, hypoaktiivinen sekavuustila, oireiden pitkä kesto sekä useat yhtäaikaista deliriumille altistavat tekijät. (Hyvärinen ym. 2024.)

Delirium on ahdistava kokemus niin potilaalle, kuin omaisillekin ja osalle potilaista jää hyvin epämiellyttävät muistot tämän aikaisista tapahtumista. Keskustelun tueksi voi antaa kirjallista materiaalia lievittämään tilanteesta aiheutuvaa ahdistusta. Keskustelu potilaan kanssa deliriumin aikaisista oireista voi auttaa tunnistamaan uuden delirium tilan kehittymistä jo varhaisessa vaiheessa. (Hyvärinen ym. 2024.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohje kotihoidolle sekavan potilaan hoidon tarpeen arvioinnista ABCDE— ja 4AT menetelmän mukaan hoitajan työturvallisuus kotihoidon olosuhteissa huomioiden.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, miten toteuttaa sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointia ABCDE— ja 4AT menetelmän mukaan.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidossa työssä olevien hoitajien valmiutta sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointiin. Työssä tavoitteena on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta omasta turvallisuudesta vieraassa toimintaympäristössä työskentelystä.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on lopputuloksena tuotos, joka voi olla esimerkiksi opas, esite, perehdytyskansio, malli tai prosessituotoskuvaus. Opinnäytetyössä toiminta on tuotokseen tähtäävää työn kehittämistä, jonka keskeisessä roolissa ovat toimijat. (Salonen 2013, 5—6.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tavoitteena ohjeistaa, opastaa, järjestää sekä järjeistää käytännön toimintaa. Opinnäytetyöhön kuuluu toiminnallinen osuus sekä opinnäytetyön raportti, joka sisältää prosessin dokumentoinnin (Saastamoinen ym. 2018).

Opinnäytetyön tekijöillä on prosessin aikana toiminnallinen vapaus suunniteluissa rajoissa, joten opinnäytetyölle on tyypillistä tämän muotoutuminen työn tekemisen aikana. Opinnäytetyön vaiheista kirjoitetaan prosessikuvaus työn aloituksesta työn päättämiseen. (Salonen 2013, 5—6, 41.)

Tämän opinnäytetyön menetelmänä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuloksena syntyi kotihoidon hoitohenkilökunnalle ABCDE— ja 4AT menetelmän mukainen ohje sekavan potilaan hoidon tarpeen arvioimiseen. Tämän voi lukea PDF—tiedostona puhelimesta tai tulostaa mukaansa. Myös hoitajien työturvallisuutta käsitellään vieraassa toimintaympäristössä työskentelystä.

4.2 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Opinnäytetyön aloitettiin 1/2024 suorittamalla orientoivat opinnot. Ensimmäisenä valittiin opinnäytetyölle aihe, joka rajattiin kotihoidon toimintaympäristöön. Opinnäytetyön aiheeksi muodostui sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointi kotihoidon näkökulmasta, joka on täysin erilainen kuin sairaalassa tai ensihoidossa tapahtuva. Kotihoidossa tehdään yleensä itsenäisesti kotikäyntejä ja työskennellään yksin. Tämä oli yksi merkittävimmistä syistä työn ja aiheen valinnalle.

Tiedonhaun menetelmäopinnot suoritettiin keväällä 2024. Tiedonhakua suoritettiin seuraavilla hakusanoilla: confu*, delirium, disorientated, home care, sekava potilas, kotihoito, CAM, sekä näitä yhdistelemällä ”AND”, ”OR” tai ”NOT” sanoilla. Kansainvälistä tietoa haettiin eniten Cinalh sekä Medic tietokannoista. Suomalaisesta tietoa löytyi terveystietokannasta/terveyskirjastosta sekä käypä hoitosuosituksista. Tietoa käsiteltiin hakuprosessissa monesta eri näkökulmasta käsiteltynä sekä kattavasti. Hyödynsimme koulun strukturoidun tiedonhankinnan kurssilla opetettuja tiedonhaun menetelmiä. Tiedonhakua suoritettiin koko opinnäytetyön prosessin ajan ja analysoimme tämän luotettavuutta. Pyrimme käyttämään mahdollisimman ajantasaista tietoa ja tutkimusta, koska terveysalalla hoitosuositukset päivittyvät jatkuvasti.

Osallistuimme ideaseminaariin, jossa hiottiin työnaihetta sekä saimme vertaisarvioijilta kehitysideoita työhömmeh. Opinnäytetyön suunnitelma saatiin valmiiksi 5/2024. Syksyllä opinnäytetyön tekeminen jatkui teoriaosuuden jäsentelyllä, rajaamisella ja kirjoittamisella. Toiminnallisen opinnäytetyön menetelmäopinnot suoritimme 8/2024, jossa saimme lisäinformaatiota kyseisen menetelmän käytöstä.

Konkreettisen ohjeen tuottamisen tekeminen aloitettiin vasta melko myöhään opinnäytetyön teoria prosessin kehittymisen jälkeen. Tärkeämpää alku vaiheessa oli luoda teoria pohja työn ohjeelle. Aluksi lopputuloksena tehtävälle ohjeelle syntyi ns. prototyyppimalleja paperille, joiden ideana oli kehittää työn konkreettista ohjeosiota. Tekemällä erilaisia versioita työn tuotoksesta, voidaan saada konkreettisesti ideaa, miten työn ohjeosion saavutettavuutta voidaan parantaa tarkoituksen mukaisuutta huomioiden.

11/2024 osallistuttiin käsikirjoitusseminaariin, josta saatiin lisää informaatiota ja neuvoa sekä korjausehdotuksia opponijilta opinnäytetyöhön. Syksyllä 2024 kirjoitettiin opinnäytetyön teoriaosuus loppuun. Tämän jälkeen aloitettiin tekemään konkreettista ohjetta Piktochart sovelluksessa. Piktochartin avulla voi tehdä erilaisia postereita, diagrammeja, esitelmiä, raportteja ja ohjeita. Sovelluksessa on mahdollista käyttää valmiita pohjia tai luoda kokonaan itse haluamansa pohja uudelle ohjeelle. Sovelluksessa on mahdollista käyttää erilaisia kuvia ja muotoja

postereiden tukena. Sovellus on ilmainen mutta vaatii rekisteröitymisen. Piktochartissa muutaman työn latauksen jälkeen lataaminen muuttuu maksulliseksi, joka vaikeutti työn tekemistä. Opinnäytetyö valmistui tammikuussa 2025.

4.3 Ohjeen asiasisältö

Opinnäytetyössä tehdyssä ohjeessa käsitellään kohta kohdalta selkeästi menetelmät tärkeysjärjestyksessä delirium epäillyn potilaan kanssa kotihoidossa. Ensimmäisenä ja tärkeimpänä aloitetaan huomioimalla työntekijän turvallisuus. Ohje aloitetaan luettelemalla turvallisen toiminnan periaatteet kotihoidon kotikäynneillä.

Ohjeen toisessa osiossa keskitytään potilaan yleistilan tarkkailuun ja mahdollisiin käyttöoireisiin sekä sekavuuden merkkeihin. Näyttääkö potilaan yleisvointi samalta verrattuna edellisen käynnin hoitajan kirjauksiin, onko potilaalla esimerkiksi nopeasti alkaneita käyttöoireita tai orientaation puutosta. Potilaasta saadun yleistilan perusteella ohjeessa voidaan jatkaa seuraavaan kohtaan.

Ohjeen kolmannessa on taulukko ABCDE—menetelmän hyödyntämisestä deliriumin potilaan kohdalla kotihoidon välineiden mukaan toteutettavaksi. Potilas tutkitaan systemaattisesti edellä mainitun taulukon mukaan. Jos herää huoli tai merkkejä mahdollisesta deliriumista, tehdään potilaalle vielä nopea 4AT testi.

Viimeisenä kohtana ohjeessa on jatkohoitoon ja asiantuntijapalveluihin koottu osio. Potilaan tutkimisen perusteella sekä tilanteen kiireellisyyden mukaan on vaihtoehtona soittaa hätänumeroon (112) tai konsultoida kotihoidon lääkäriä.

4.4 Ohjeen ulkoasu ja saavutettavuus

Saavutettava tuote taikka palvelu on sellainen, joka on kaikille käytettävissä yhdenvertaisesti vammoista tai rajoitteista huolimatta. Saavutettava teksti on helpolukuista ja saavutettavuudesta hyötyy kaikki. (Papunet.net 2023.)

Saavutettava verkkopalvelu on loogista, standardien ja ohjeistuksen mukaista. Palvelu toimii erilaisissa päätelaitteissa ja sitä pystyy käyttämään erilaisilla avustavilla teknologioilla. Digipalvelulaki on tuonut kyseiset velvoitteet osaksi suomen lainsäädäntöä. (Aluehallintavirasto 2020.)

Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta 306/2019 tarkoituksena on edistää digitaalisten palveluiden saatavuutta, laatua, tietoturvallisuutta, sekä sisällön saavutettavuutta ja siten parantaa jokaisen mahdollisuutta käyttää yhdenvertaisesti palveluita.

Työn tuloksena syntyvä ohje tehtiin selkeäksi ja mahdollisimman nopeasti luettavaksi. Ohje etenee loogisesti eteenpäin potilaan kiireellisestä hoidontarpeesta kiireettömämpää kohti. Ohjeen fontti tehtiin silmille sopivaksi eri asiayhteyksiä korostaen. Väripohjaksi valittiin musta teksti valkoisella pohjalla selkolukuisuuden sekä tekstin selkeyden vuoksi. Tärkeimmät asiat ovat korostettuna punaisella värillä. Kirjasintyyli ohjeessa on Open sans. Tekstiä käytettiin säästeliäästi, ottaen huomioon mahdollisimman yksinkertaiset hoitotyöhön liittyvät ohjeistukset.

Opinnäytetyön ohjeen teoriatieto perustuu opinnäytetyön teoriaosuuteen ja lähteisiin, joten ohjeen oikeellisuutta ei ole lääketieteellisesti tarkastettu. Ohje on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ja sen sisältämä asiasisältö liittyy hoidon tarpeen arviointiin potilaan sekavuustilasta. Pääosin kotihoidossa kotikäyntejä tekevät lähihoitajat, mutta ohje on tarkoitettu kaikille ammattiryhmille kotihoidon välineillä toteuttavaksi.

Opinnäytetyö on kaikille avoin ja luettavissa Theseuksesta. Opinnäytetyön ohje tehtiin PDF—muotoon, jotta tämä olisi helposti tulostettavissa tai luettavissa esimerkiksi suoraan puhelimesta.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ohje kotihoidon työntekijöille Piktochartin avulla. Ohje on tiivistetty käytännönläheiseksi. Helppolukuisuutta tuodaan yksinkertaisilla yleiskielellisillä avainsanoilla ja loogisella etenemisjärjestyksellä tuodaan esille ohjaavien yksinkertaisten grafiikoiden ja numeroinnin myötä. Ohjeen kompaktiuteen on panostettu, jotta työstä saadaan mahdollisimman tiivis. Työhön liittyy QR—koodilla avautuva linkki, joka säästää tilaa ja luo mahdollisuutta selkeyteen. Ohjeessa teoria on käytännössä tiivistetty muutamilla hoitotyön avainsanoilla, jotka pitäisi olla hallussa kaikilla kotihoidon hoitotyötä tekevällä.

Opinnäytetyön tehtävään saatiin prosessin myötä laajasti vastaus. Monipuolisen teoriaosuuden pohjalta saatiin tiivistettyä tärkeimmät tekijät deliriumin potilaan hoidon tarpeen arvioinnin kannalta. Teoriaosuudessa käsiteltiin myös deliriumin ennaltaehkäisyä ja jälkihoitoa, jotka korostavat delirium tilan vakavuutta. Näiden avulla saatiin hyvinkin laaja kokonaiskuva kyseisestä tilasta, joka voi ahdistava kokemus sekä potilaalle että hoitavalle henkilökunnalle (Hyvärinen ym. 2024).

Opinnäytetyön tavoitteet saavutettiin monipuolisesti lisäämällä tietoisuutta deliriumin riskitekijöiden ennaltaehkäisemisestä ja tunnistamisesta potilaan hoidon tarpeen arvioimiseen ABCDE—ja 4AT menetelmällä. Työn ohjeeseen tehtiin selkeä ja systemaattinen ABCDE—taulukko kotihoidon resurssien mukaan toteutettavaksi. Tämän menetelmän avulla voidaan havaita kriittiset potilaat— ja tilanteet, joissa hälyttää mahdollisimman nopeasti lisääpua (Jevon 2010, 404—405). Kotihoidon itsenäisessä ympäristössä korostuu hoitajan ammattitaito arvioida potilaan yleistilaa, jonka vuoksi on tärkeää jokaisen hallita ABCDE—menetelmä.

Työn tavoitteena oli lisätä myös hoitajien tietoisuutta omasta turvallisuudesta vieraassa toimintaympäristössä. Ohjeeseen saatiin hyvin koottua tärkeimmät turvallisuustekijät kotikäynneillä.

Opinnäytetyö prosessi meni sujuvasti eteenpäin jo aiheen valitsemisesta alkaen. Yhteistyö oli oppimisen kannalta rakentavaa sekä toimivaa. Tietoa ja tutkimuksia

aloitettiin etsimään monipuolisesti heti alusta alkaen. Valitsimme mahdollisimman uusia sekä kansainvälisesti vertaisarvioituja lähteitä opinnäytetyön teorian pohjaksi. Teoriaosuuden kirjoittaminen oli tämän jälkeen nopeaa sekä selkeää. Opinnäytetyön konkreettisen ohjeen tekeminen oli hyvin pohjustetun teorian pohjalta helppoa.

Haastavinta oli saada opinnäytetyö pysymään rajatusti aiheessa. Välillä tuotettu teksti saattoi mennä pois aihealueelta, joka alkoi viemään työn punaista lankaa pois tarkoitettusta alkuperästä. Tämä aiheutti monesti jumin, joka jähdytti työn tekemisen prosessin joksikin aikaa. Ajoittain täydellisen tauon pitäminen opinnäytetyön kirjoittamisesta auttoi katsomaan työtä erilaisesta näkökulmasta ja suhtautumaan itsekriittisemmin työhön. Myös seminaareissa työtä arvoineet opponoijat auttoivat työn kehityksessä. Näiden avulla saimme rajattua lopullisen version oikeisiin mittasuhteisiin ja tarkoituksiin.

Opinnäytetyön tekemisen aikana opimme etsimään laadukasta tietoa erilaisista lähteistä sekä suhtautumaan kriittisesti tekstisisältöihin. Aiheen rajaaminen näiden lähteiden pohjalta on erittäin tärkeää. Opimme myös nopeasti, että mahdollisimman huolellisesti tehty opinnäytetyö suunnitelma on pohja koko prosessille. Saavutettavuuden tärkeyden opimme huomioimaan hyvin. Koko opinnäytetyö prosessin ajan pidimme mielessä mahdollisimman yksinkertaisen kirjoitusasuun, jotta työtämme voi lukea myös maahanmuuttaja taustaiset hoitajat. Opimme tiivistämään työtämme ja jättämään kaikista oleellimmat asiat konkreettiseen ohjeeseen, jotta tätä pystyy lukemaan kiireellisissä tapauksissa ja näin on mahdollisimman saavutettavissa. Kehityimme molemmat paljon opinnäytetyön prosessin aikana etsimään työn kannalta olennaista ja luotettavaa tietoa erilaisista lähteistä sekä kirjoittamaan asiatekstiä.

5.1 Opinnäytetyön eettiset lähtökohdat

Tässä osiossa käsittelemme opinnäytetyöhön liitettäviä eettisiä seikkoja ja näiden toteutumista eri näkökulmista. Arvioimme myös opinnäytetyön luotettavuutta ja tämän saavuttamista sekä koko prosessiin vaikuttavia asioita.

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (HTK) edellyttämällä tavalla. Hyvä tieteellisen käytännön perusperiaatteita ovat eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. (TENK 2024.) Opinnäytetyön tekijät vastaavat näiden toteutumisesta opinnäytetyössä parhaalla mahdollisella tavalla.

Eettisyys tulee huomioida opinnäytetyön aihetta käsiteltäessä. Sekava potilas voi herättää hoitajassa monenlaisia tunteita ja ennakkoluuloja. Tämän vuoksi on tärkeää myös käsitellä hoitajan omaa työturvallisuutta. Aihetta käsitellään työssä neutraalisti sekä hienotunteisesti. Työn epäeettisyydestä kertoisi myös lähteiden ja lähdeviittauksen väärinkäyttö ja näin toisten töiden kopioiminen. Työelämästä otettuja potilaita ei tässä opinnäytetyössä käytetä, vaan työ menee kyseisen ammattikorkeakoulun käyttöön ja tätä kautta Theseukseen.

Luotettavuuden kannalta opinnäytetyössä pyritään käyttämään mahdollisimman laadukkaita ja uusia tutkimuslähteitä. Terveysalalla tieto päivittyy jatkuvasti hyvin nopealla tahdilla uusien tutkimusten ja hoitosuositusten myötä. Siksi on tärkeää, että tämän vuoksi käytetään ajantasaisia tutkimuksia asiayhteyksiin liittyen ja varmistetaan, että hyödynnetty tieto on edelleen pätevää. Työssä käsitellään erilaisia hoitotyön avuksi kehitettyjä arviointimittareita, joiden käytettävyys ja luotettavuus on todistettu käytännön potilastyössä jo vuosikymmenten ajan.

Työssä käytetään vertaisarvioituja kansainvälisiä lähteitä ja Käypä hoito suosituksia mahdollisimman paljon. Opinnäytetyössä käytetty tieto on ajankohtaista työn julkaisuhetkellä. Emme vastaa työn tiedon päivittämisestä. Ohjeen oikeellisuutta ei ole tarkastettu. Opinnäytetyön tekijät eivät ota vastuuta ohjeen oikeellisuudesta tai myöhemmästä käyttämisestä.

5.2 Kehittämisideat ja jatkoaiheet

Deliriumin arviointi on haastavaa. Kysymys patteristot 4AT testissä voi osoittautua hankalaksi esimerkiksi muistisairaana kohdalla. Ongelmana aiheessa on, ettei

kotihoidon tarkoituksiin ole kehitetty suoranaisesti omaa työkalua deliriumin arviointiin. Tällaiselle kotihoidon tarkoituksiin olevalle työkalulle voisi olla huomattavasti kysyntää tulevaisuudessa terveydenhuollon haasteellisessa ympäristössä, jossa yhä enemmän vanhemmat ikäihmiset asuvat kotonaan ilman jatkuvaa paikkaa.

Delirium tilan sairastaneella potilaalla on suurempi riski saada uusiutunut delirium tila. Kehitysideana olisi lisätä tämä potilastietojärjestelmissä potilaan riskitietoihin, jotta voidaan varautua ja ennaltaehkäistä tehokkaammin uuden deliriumin puhkeamista.

LÄHTEET

Aikuisten kotisyntyinen bakteerikeuhkokuume: Käypä hoito—suositus. 2024. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Kliiniset Mikrobiologit ry:n ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Artikkelin tunnus: hoi 50100 Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.8.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50100#K1>

Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito —suositus. 2024. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Artikkelin tunnus: hoi50051 Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.8.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50051#K1>

Aluehallintavirasto. 2020. Saavutettavat digipalvelut rakentavat yhdenvertaista Suomea. Verkkosivu. Viitattu 18.12.2024. <https://www.saavutettavuusvaatimukset.fi/fi/yleista-saavutettavuudesta/aluehallintoviraston-valvonnan-aikaisia-uutisia-saavutettavuudesta-24>

Cleveland clinic. n.d. Malnutrition. Verkkosivu. Viitattu 28.8.2024. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22987-malnutrition>

Esther, S. 2024. Delirium. John Hopkins Medicine. Verkkosivu. Viitattu 22.8.2024. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/delirium>

Fagerström, V., Koivikko, A. & Rauramo, P. 2016. Sosiaalialan työsuojelu ja —hyvinvointi. Työturvallisuuskeskus (1), 77—78. Viitattu 24.4.2024. <https://ttk.fi/wp-content/uploads/2022/06/Sosiaalialan-tyosuojelu-ja-hyvinvointi.pdf>

Fagerström, V. & Leino, T. 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä — työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Hankeraportti. Työterveyslaitos. 14.3.2014. Viitattu 17.12.2024. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132318/V%c3%a4kivalta%20ja%20sen%20uhka%20kotihoitoty%c3%b6ss%c3%a4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Heinäaho, E. 2022. Verenmyrkytys eli sepsis on elimistön puolustusreaktio. Terveystalo. Verkkosivu. Viitattu 20.8.2024. <https://www.terveystalo.com/fi/tietopakettit/verenmyrkytys#Kuinka+verenmyrkytys+todetaan%3F>

Hyvärinen, H., Heikkinen, H., Pesonen, K., Komu, H. & Kulokivi, S. 2024. Akuutin sekavuustilan (delirium) hoito— ja palveluketju. Siun sote. Verkkosivu. Viitattu 22.8.2024. <https://palveluketjut.siunsote.fi/akuutti-sekavuustila-delirium/>

Häkkinen, M. 2023. Delirium tremens (“juoppohulluus”). Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 22.8.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00376>

Inouye, S., Van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A. & Horwitz, R. 1990. Clarifying confusion: The Confusion assessment method: A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine* 113 (12). Viitattu 28.8.2024. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-113-12-941>

Jevon, P. 2010. Assessment of critically ill patients: the ABCDE approach. *British Journal of Healthcare Assistants* 4 (8), 404—405. Viitattu 21.4.2024. <http://lib-proxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ccm&AN=52908673&site=ehost-live&scope=site>

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J. & Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. *Lääkärilehti* 11/2018 (73), 714. Viitattu 18.12.2024 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/34/39/647/sll112018-713.pdf>

Katherine, M. & Deborah, H. 2017. Delirium, Dementia, and Depression. *Home Healthcare Now*. Volume 35 (9), 515–516. Viitattu 14.8.2024. https://journals.lww.com/homehealthcareonline/citation/2017/10000/delirium,_dementia,_and_depression.8.aspx

Kristian, P. 2021. Diabetes eli sokeritauti on ryhmä sairauksia, joita yhdistää kohonnut verensokeri. *Terveystalo*. Verkkosivu. Viitattu 25.9.2024. <https://www.terveystalo.com/fi/tietopaketti/diabetes#Hypoglykemia>

Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta. 15.3.2019/306. Viitattu 8.5.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190306#Lidm46651395028576>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. Viitattu 24.4.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P18>

Llisterri-Sánchez, P., Benlloch, M. & Pérez-Ros, P. 2023. The Confusion Assessment Method Could Be More Accurate than the Memorial Delirium Assessment Scale for Diagnosing Delirium in Older Cancer Patients: An Exploratory Study. *Current Oncology*, 30 (9), 8245–8254. Viitattu 25.9.2024. <https://doi-org.lib-proxy.tuni.fi/10.3390/curroncol30090598>

Lopes R, Pereira BD. 2018. Delirium and Psychotic Symptoms Associated with Hyperglycemia in a Patient with Poorly controlled Type 2 Diabetes Mellitus. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 1;15(5-6):30-33. Viitattu 22.8.2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6040722/>

Nyman, J., Porthan, K., Sippola-Soininen, M. & Soini, H. 2021. Kotihoidon asiakkaiden avuntarve lisää ensihoitohälytyksiä. *Gerontologia* 35 (1) ,32—37. Viitattu 21.3.2024. <https://journal.fi/gerontologia/article/download/89038/60233/186818>

Papunet.net. 2023. Miksi saavutettava? Verkkosivu. Viitattu 18.12.2024. <https://papunet.net/saavutettavuus/miksi-saavutettava/>

Pasanen, S. 2024. Virtsatietulehdus vaivaa erityisesti naisia—lue, miten kuinka hoitaa ja ehkäistä sitä. *Terveystalo*. Verkkosivu. Viitattu 20.8.2024. <https://www.terveystalo.com/fi/tietopaketti/virtsatietulehdus>

Purvis, S. & Gion, T. 2024. Fluid status vulnerability in older adults. *Journal of infusion nursing* 47 (1), 50. Viitattu 28.8.2024. <https://oce-ovid-com.lib-proxy.tuni.fi/article/00129804-202401000-00006/PDF>

Resuscitation Council UK. 2024. The ABCDE approach. Verkkosivu. Viitattu 20.8.2024. <https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>

Roitto, H—M. & Jämsen, E. 2022. Vanhuksen delirium — tunnistamisesta hyvään hoitoon. *Duodecim lehti*. 2022; 138 (22), 1992. Viitattu 18.8.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17116.pdf>

Rovasalo, A. 2023. Sekavuustila (delirium). *Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim*. Artikkelin tunnus: dlk00357. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 8.5.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. *Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI—henkilöstölle*. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.12.2024. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/821112/isbn9789522163738.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Saastamoinen, M., Vähä, T., Ypyä, J., Alahuhta, M. & Päätaalo, K. 2018. Toiminnallisen opinnäytetyön oppimiskokemukset. *Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus—ja kehitystyön julkaisut* ISSN 1798—2022. 17.8.2018. Viitattu 18.12.2024. https://oula.finna.fi/oamk/Record/theseus_oamk.10024_152055

Saukkonen, S. & Marttila, T. 2023. Kotihoito 2022. Tilastoraportti 28. Verkkosivu. Viitattu 21.4.2022. [Kotihoito 2022 - THL](#)

Smith, D. & Bowden, T. 2017. Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard* 32 (14), 52—53. Viitattu 24.4.2024. <https://www.proquest.com/nahs/docview/1972258778/fulltextPDF/3B4B0E82169F4EBCPQ/3?accountid=14242&sourcetype=Scholarly%20Journals>

Souza, PA., Avant, K. & Berndt, AE. 2021. Nursing diagnoses of impaired memory and chronic confusion for older adults. *Rev Bras Enferm* 74 (2), 2. Viitattu 20.4.2024. <http://libproxy.tuni.fi/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ccm&AN=148738831&site=ehost-live&scope=site>

TENK. 2024. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkosivu. Viitattu 12.4.2024. <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Terveyskirjasto. 2021. ISBAR—Raportointimenetelmä. *Lääketieteen sanasto*. Artikkelin tunnus: ltt04184. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.4.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04184>

TTK. n.d. Sosiaali- ja terveysala. Verkkosivu. Viitattu 21.4.2024. [Sosiaali- ja terveysala - Työturvallisuuskeskus \(ttk.fi\)](#)

4AT. Rapid clinical test for delirium. n.d. Verkkosivu. Viitattu 13.11.2024.
<https://www.the4at.com/4at-download>

LIITTEET

LIITE 1 Testi deliriumin ja muistitoimintojen arviointiin



Potilaan nimi:

Henkilötunnus:

Tutkimuspäivä:

Kellonaika:

Tutkija:

Testi deliriumin ja muistitoimintojen arviointiin
[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 tarkempin tutkimuksiin ja siemman oirekuvan selvittämiseen. Pistemäärä 0 ei varmuudella poissulje deliriumia tai muistitoimintojen häiriötä: kliinisen tilanteen mukaan voidaan harkita lisätutkimuksia. Testikohdat 1-3 pisteytetään arvioimalla potilaan ilaia tutkimushetkellä. Testikohtaan 4 tarvitaan tietoja potilaan aikaisemmasta voimista. Tietoja voidaan saada mm. omaisilta, muilta hoitajilta, kotihoitajilta, sairauskertomusmerkinnöistä. Potilaan mahdolliset kommunikaatiovaikeudet (heikentynyt kuulo, puhe- ja kielevaikeudet) 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?"

LIITE 2(2) Sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointi

SEKAVAN POTILAAN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI KOTIHOIDOSSA**1. TURVALLISUUS**

Perehdy potilaan esitietoihin
Arvaamattoman/aggressiivisen potilaan kotikäynti työparin kanssa
Hätäuloskäynti, Huoneessa olevat muut ihmiset, Lemmikit, Viitteet päihteistä

**2. YLEISKATSAUS POTILAASTA**

Yleistilan muutokset (kirjaukset). Delirium oireet

Jos herää huoli potilaasta, jatka alla olevan ohjeen mukaan.

**3. Potilaan tutkiminen****SEKAVUUDEN OIREET**

- tarkkaavaisuuden ja orientaation puute
- heikentynyt huomiointikyky
- tajunnantaso
- vuorokausirytmien häiriöt
- motorinen levottomuus
- käytösoireet

ABCDE		
A	ILMATIET	Jos ilmatiet ovat kiinni, soita hätäkeskukseen (112) ja aloita päivystäjän ohjeiden mukainen hätäensiapu.
B	HENGITYS	Mittaa hengitysfrekvenssi. Tarkastele potilaan hengitystyötä (vaivattomuus, symmetrisyys, pinnallisuus, apuhengitysilihasten käyttö). Mittaa happisaturaatio
C	VERENKIERTO	Mittaa verenpaine sekä pulssi. Tunnustele tarvittaessa rannesyke ja tämän säännöllisyys ja nopeus.
D	TAJUNNAN TASO	Tarkasta potilaan orientoituminen aikaan ja paikkaan. Kysy vuosi, kuukausi ja päivämäärä sekä paikka (huomioi muistisairauden vaikutus). Mittaa verensokeri.
E	ULKOISET MERKIT	Tarkista ympäristöä: onko avattuja lääkepakkauksia tai juotuja alkoholituotteita? Mittaa potilaan lämpö. Tarkista potilaan ihomuutokset (laikut tai verenpurkaumat).

LIITE 2(2) Sekavan potilaan hoidon tarpeen arviointi

