

KOTIHOIDON JA ENSIHOIDON YHTEISTYÖTÄ KEHITTÄMÄSSÄ- ENSIARVILOMAKE KOTIHOIDON KÄYTTÖÖN

Matti Hautala ja

Reija Schmandt

Opinnäytetyö, Syksy 2015

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hautala, Matti & Schmandt, Reija. Kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä kehittämässä - ensiarviolomake kotihoidon käyttöön. Diak, Pieksämäen toimipiste, syksy 2015, 47s., 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyö on kehittämispainotteinen produktio ja se on tehty yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon, päivystyksen ja kotihoidon kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa kotihoidon ja ensihoidon välistä yhteistyötä potilaslähtöisemmäksi, oikea-aikaisemmaksi sekä laadukkaammaksi kehittämällä ensiarviolomake kotihoidon työntekijöiden käyttöön Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Ensiarviolomakkeessa on toimintaohjeet henkeä uhkaavien hätätilanteiden varalle. Kotihoidon työntekijöille järjestettiin mahdollisuus soittaa konsultaatiopuhelu ensiarviolomakkeen perusteella ensihoidon kenttäjohtajalle miettiessään ensihoidon tarvetta kotihoidon asiakkaan luokse. Konsultaatiopuhelu soitetaan myös lähettäessä kotihoidon asiakas päivystykseen Keski-Suomen keskussairaalaan.

Opinnäytetyön aineistona käytettiin hoitotyön kirjallisuutta, hoitosuosituksia sekä ensihoidon kirjallisuutta. Päivystysasetuksen mukaisia kiireellisyysluokituksia sekä sairaanhoitopiirin tekemää triage-ohjeistusta käytettiin opinnäytetyön viitekehystenä. Ensihoidon ylilääkäri on tarkastanut ja hyväksynyt opinnäytetyön lääketieteelliset osiot. Työelämän kokemuksia ja havaintoja käytettiin hyväksi lomakkeen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Lomakkeesta tehtiin mahdollisimman helppokäyttöinen ja selkeä, jotta sen käyttö onnistuu luotettavasti kaikilta kotihoidossa työskenteleviltä ammattiryhmiltä. Lomaketta käyttämällä kotihoidon asiakkaasta saadaan riittävät perustiedot ensihoidon ja tarvittaessa päivystyspoliklinikan käyttöön. Opinnäytetyön kirjallinen raportti toimi kotihoidon työntekijöille ohjeistuksena lomakkeen käyttöä varten.

Tehdystä ensiarviolomakkeesta kerättiin palautearvio ensihoidon ja kotihoidon henkilökunnalta. Lomake koettiin selkeäksi ja hyödylliseksi, ja käytettävyyttä lisäisi, jos henkilökunta saa koulutuksen lomakkeen käyttöön. Kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä voidaan jatkossakin kehittää tutkimalla lomakkeen käyttöä ja siihen liittyviä kehittämistarpeita. Kotihoidon työntekijöille voidaan järjestää tulevaisuudessa räätälöityä koulutusta lomakkeen käyttökokemusten perusteella. Opinnäytetyön tarkoitus on edistää moniammatillista yhteistyötä, parantaa hoitotyön laatua ja turvallisuutta.

Avainsanat: kotihoito, ensihoito, päivystys, hoidon tarpeen arviointi, ensiarviolomake

ABSTRACT

Hautala, Matti and Schmandt, Reija. The development of home care and pre-hospital emergency care co-operation. Pre-hospital triage form for home care. Pieksämäki, Autumn 2015, 47 p.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing. Degree: Bachelor of nursing.

The purpose of this study was to produce the pre-hospital triage form for home care nurses. By using that form home care nurses can better assess the client's status and the need for treatment. The aim of this study was to improve co-operation between the home care and pre-hospital emergency care, so that it becomes more patient centered, timely and higher quality. The study was made in co-operation with the emergency care, emergency clinic and home care in the Central Finland Health Care District. Pre-hospital triage form for home care has guidelines in case of life-threatening emergencies. Home care workers has the opportunity to call consultation for director of pre-hospital emergency medical services, if there is a need to visit the client's home. If the client need to sent to the emergency clinic of Central Finland Central Hospital, consultation will be called.

The theoretical framework include nursing literature, treatment recommendations and emergency medical literature. By making a pre-hospital triage form were used also nationwide emergency statute and Central Finland Health Care District's triage guidelines. The Chief Medical Director of pre-hospital emergency care has reviewed and approved the medical sections of the studys. Working life's experiences were used in the planning and implementation of the form.

An attempt was made the form easy and plain to use, so that can be used all kind of professional groups those working in home care. Using the form, pre-hospital emergency care and emergency care clinic can get enough information for home care. The thesis report helps how to use form. Our thesis provides an opportunity to improve co-operation between home care and pre-hospital emergency care. In the future can be arranged education for home care workers after they were using the form. Purpose of this study is to promote the multi-professional co-operation and to improve the quality and safety of nursing.

Keywords: home care, pre-hospital emergency care, emergency clinic, need for medical treatment, prehospital triage form

Sisälllys

1 JOHDANTO	5
2 HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA JA SEN KEHITTÄMINEN	7
2.1 Taustaa kotihoidon tulevaisuuden haasteille	7
2.2 Kotihoito	7
2.3 Ammatillisuus ja kirjaaminen kotihoidossa	10
2.4 Hoitotahto ja hoidon rajaus	11
2.5 Aiempia tutkimuksia ja hankkeita kotihoidon kehittämisestä	12
3 ENSIHOITO OSANA HOITOKETJUA	14
4 KESKEISET PERUSELINTOIMINNOT JA NIIDEN HÄIRIÖT	16
4.1 Elvytys	16
4.2 Tajuttomuus ja neurologiset oireet	18
4.3 Tajuttoman tutkiminen ja ensiapu	20
4.4 Rintakipu, sen tutkiminen ja ensiapu	21
4.5 Hengitysvaikeus, sen tutkiminen ja ensiapu	23
4.6 Vammautuminen, tutkiminen ja ensiapu	24
4.7 Haavat ja verenvuodot	25
5 IKÄÄNTYVIEN PÄIVYSTYKSELLINEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	27
5.1 Taustaa hoidon tarpeen arvioinnille	27
5.2 Hoidon kiireellisyysluokitus	29
5.3 Äkillisesti heikentyneen tilan arviointi kotihoidossa	29
5.4 Ensiarvio	30
6 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	32
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	33
8 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS	34
8.1 Ensiarviolomakkeen suunnittelu	34
8.2 Ensiarviolomakkeen toteutus ja käyttöönotto	35
8.3 Palaute ensiarviolomakkeesta	36
9 POHDINTA	39
9.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimusaiheet	39
9.2 Eettisyys ja luotettavuus	41
LÄHTEET	42
LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Nykyinen avohoitopainotteinen kehityssuunta on ollut terveydenhuoltopalveluissa jo vuosia. Yhä huonokuntoisemmat ja monisairaavat ihmiset, ja varsinkin iäkkäät, asuvat kotona erilaisten hoito- ja tukipalvelujen turvin. Päivystyspalveluiden käyttäminen kuitenkin kasvaa, mikäli iäkkään sairaudet pahenevat tai yleistila huononee niin, ettei kotona pärjää. Yhteiskunnalle aiheuttaa suuria kustannuksia niin sanotut turhat päivystyskäynnit oireista ja tilanteista, jotka voisi hoitaa myös muutoin. Päivystyskäynti on myös rasite vanhukselle ja voi aiheuttaa tarpeettomia sairaalajaksoja. Jopa kolmasosa niin sanotuista kotona pärjäämättömistä vanhuksista kuolee vuoden sisällä päivystyskäynnistä. (Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014.)

Päivystyskäyntejä voisi vähentää virka-aikaisten palveluiden parantamisella, kotihoidon geriatrisen hoidon tietotaidon lisäämisellä sekä lääkärin konsultaatiomahdollisuuden parantamisella. Avohoidon palveluja, potilasohjausta ja ennakointia tulisi tehostaa. Tutkimuksessa myös todettiin iäkkään hakeutuvan harvoin päivystykseen ilman todellista hätää tai terveydenhuollon ammattihenkilön ohjausta. Mylläriin, Kirsin ja Valvanteen (2014) tutkimuksen mukaan jatkossa olisi kiinnitettävä huomiota juuri kotihoidon ja muiden terveystalveluiden kykyyn ohjata asiakas oikeaan hoitopaikkaan ja tunnistaa akuuttia tutkimista ja hoitoa vaativat tilanteet. Tutkimustulosten mukaan päivystykseen hakeutumisen ensisijainen syy oli iäkkään kokema suuri avuntarve. Oireiden aiheuttama haitta, oireen pahenemiseen liittyvät kokemukset tai pelot tai hoidon ja tutkimuksen tarve ajoivat iäkkään päivystykseen. Ongelmat muiden terveystalveluiden saatavuudessa tai laadussa vaikuttavat myös siihen, että joko terveydenhuoltoalan ammattilainen ohjaa henkilön päivystykseen tai henkilö joutuu hakeutumaan sinne itse (Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014.)

Potilaiden päivystyshoitoon hakeutumisen syyt johtuvat oireista, vammasta tai kroonisen sairauden vaikeutumisesta. Mikäli oireet ovat erityisen vaikeat, on selvää, että potilas tarvitsee päivystyskäyntiä. Mitä vaikeampia akuutisti sairastuneen potilaan oireet tai löydökset ovat, sitä selkeämpiä ovat käytössä olevat hoitojärjestelmät - ja ohjeistukset. Mikäli potilaalla on lieviä oireita tai löydöksiä, on vaikeampi arvioida päivystyskäynnin tarpeellisuutta, koska selkeää ohjeistusta aiheeseen ei ole ollut saatavilla. Tärkeää on arvioida kiireellisen ja kiireettömän hoidon tarvetta huomioimalla potilaan yleiskunto ja kokonaistilanne. Oikea-aikainen ja -laatuinen kiireellisen hoidon tarpeen arviointi vaikuttaa myös päivystyspalveluiden käyttöön, ja tavoite on vähentää kotihoidon asiakkaiden tarpeettomia päivystyskäyntejä (Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014.)

Myös ensihoitoa kehitetään niin sanotuksi liikkuvaksi terveydenhuollon yksiköksi, joka tekee sairaanhoidollisia toimenpiteitä esimerkiksi potilaan kotona tai pitkäaikaishoitolaitoksessa. Tämä vähentää potilaan siirtämistä paikasta toiseen sekä vähentää päivystyspalveluiden kuormittamista, joka taas valtakunnallisesti helpottaa jatkuvaa resurssipulaa. Ajatus opinnäytetyöhön lähti jokapäiväisestä yhteistyöstä sekä päivystyspalveluiden että kotihoidon kanssa. Kotihoidon henkilökunta on kokenut tarvitsevänsä ohjeita asiakkaiden tilan arviointiin sekä kokenut tarvetta yhteistyönkehittämiseen ensihoidon kanssa (Antila Sari, henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2014).

Teimme kehittämispainotteisena opinnäytetyönä produktion eli toteutimme lomakkeen, jolla arvioidaan kotihoidon asiakkaan heikentyntä vointia sekä nopeutetaan ja parannetaan hoitoketjua uudella konsultaatiomallilla Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Lomakkeessa on myös ohjeet yleisimpien sairauskohtausten hätäensiavun antamiseen hoitajan tueksi sekä konsultaatio-ohje kenttäjohtajalle sekä Keski-Suomen keskussairaalan päivystykseen. Opinnäytetyön tavoitteena on pyrkiä parantamaan kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä lomakkeen avulla ja että asiakas saa oikea-aikaisen- laatuksen hoidon. Lomake on suunniteltu ja tehty opinnäytetyö teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Opinnäytetyön tekijät työskentelevät ensihoidossa, joten tavoitteena on myös oman ammattitaidon kehittyminen työelämälähtöisen kehittämistyön kautta.

2 HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA JA SEN KEHITTÄMINEN

2.1 Taustaa kotihoidon tulevaisuuden haasteille

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki käsittää eri sosiaali- ja terveystalat perusterveydenhuollosta sosiaalihuoltoon sekä muihin erityisaloihin. Laissa määritetään erityisen tärkeäksi moniammatillinen yhteistyö, joka mahdollistaa potilaan mahdollisimman turvallisen, tehokkaan ja laadukkaan hoitotyön. Lain tarkoituksena on eri ammattiryhmien yhteistyö sekä hoito- ja toimintatapojen kehittäminen. (Terveydenhuoltolaki 2010. Suomen väestön suuret ikäluokat ikääntyvät ja ihmisten elinikä pitenee, ja tämä vaatii entistä enemmän terveydenhuollonpalveluja tulevina vuosina. On harkittava hoitomenoja yhteiskunnallisesta näkökulmasta, koska vanhukset ja sairaat ihmiset tarvitsevat yhä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Nykylinjauksen mukaan on kannattavampaa panostaa ensisijaisesti kotona järjestettävään hoitoon kuin laitostumiseen. (Kehusmaa 2014, 12–13.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012) sisältää ikääntyneen hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn sekä itsenäisyyden tukemista sekä ohjaamista laadukkaisiin, oikeanlaisiin ja oikea-aikaisiin sosiaali- ja terveystalan palveluihin niiltä osin, joissa toimintakyky on heikentynyt. Lain 14. § määrittelee pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteutumista ohjaavia periaatteita. Iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito on järjestettävä ensisijaisesti hänen kotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaan sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamilla palveluilla. Ainoastaan lääketieteelliset tai muutoin hoidon kannalta järkevät ja arvokkaat perusteet ovat mahdollisia syitä pitkäaikaiselle laitoshoidolle. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- terveystalvveluista 2012.)

2.2 Kotihoito

Kotihoito on koti-, tuki- ja sairaanhoitopalvelujen kokonaisuus, jolla autetaan eri-ikäisiä kotona asuvia ihmisiä, joiden toimintakyky on alentunut tilapäisesti tai pysyvästi. Palvelukokonaisuuden sisällöstä on määritelty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa sekä sosiaalihuoltoasetuksessa. Palvelukokonaisuuteen kuuluu lisäksi ennaltaehkäisevät palvelut, palveluntarpeen arviointi, asumispalvelut, terveystalvvelut, lyhytaikaiset laitospalvelut sekä omaishoidon tuki. (Ikonen 2015, 15–18.) Kotihoidon asiakkaaksi tullaan usein sosiaalitoimen, sairaalasta kotiutumisen tai asiakkaan

itsensä tai omaisten aloitteesta. Kunnilla on erilaisia tapoja järjestää palvelu ja hoidontarpeen arviointi, esimerkkinä kotiutuskoordinaattori- tai tiimi. Palvelu- ja hoitotarpeen arviointi alkaa asiakkaan kotiin tehdyllä ensikäynnillä. (Ikonen 2015, 69.)

Kotihoidon palveluja voi saada sairauden, vammaisuuden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä arjessa niin, että asiakas voi turvallisesti asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotihoito voi olla säännöllistä, tilapäistä tai satunnaista. Säännöllisestä kotihoidosta peritään kuukausimaksu ja käyntejä on vähintään kerran viikossa. Tilapäinen kotihoito tarkoittaa käyntien määrää harvemmin kuin kerran viikossa ja käynneistä veloitetaan kertamaksu. Sekä säännöllisen että tilapäisen kotihoidon asiakkaalla täytyy olla voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. Satunnainen kotihoito on kertaluonteista ja siitä peritään käyntimaksu eikä voimassa olevaa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa tarvitse olla. (Ikonen 2015, 15–18.)

Kotisairaanhoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Kotisairaalahoito on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoitoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Kunnan vastuu järjestää kotisairaanhoito määrittellen terveydenhuoltolaissa. Laki velvoittaa kunnat järjestämään alueensa asukkaille tarpeelliset kotihoidon ja kotisairaanhoidonpalvelut. Palvelut voivat olla kunnan tuottamia, yksityiseltä palveluntuottajalta tai kolmannelta sektorilta ostettuja. (Ikonen 2015, 16–18.)

Palvelu- ja hoitotarpeen arvioinnilla aloitetaan kotihoidon asiakassuhteen suunnittelu ja se luo pohjan koko palvelu- ja hoitosuunnitelmalle. Arvioinnin tulee olla asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä ja huolellisesti tehty, jonka lähtökohtana on tarjota asiakkaalle voimavaroja ja toimintakykyä tukevaa apua sekä antaa mahdollisuuden vaikuttaa omiin asioihin. Palvelu ja hoitosuunnitelman teko on vuorovaikutustilanne kotihoidon työntekijän sekä asiakkaan välillä. Mikäli asiakas ei voi osallistua palvelu- ja hoitosuunnitelman tekoon sairauden tai muun syyn vuoksi, suunnitelma tehdään yhteistyössä hänen laillistetun edustajan, omaisten tai muun läheisen kanssa. Tarvittavan avun määrää sekä laatua arvioidessa käytetään erilaisia toimintakykyä ja voimavaroja arvioivia mittareita, havainnointia sekä keskustelua. Omaisten on myös mahdollista osallistua ensikäynnille sekä

kokonaisuudessaan palvelutarpeen arviointiin. Omaisten mahdollisuus osallistua asiakkaan arkeen voi olla hyvinkin tärkeässä roolissa palvelusuunnitelmaa tehdessä. Palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti ja asiakkaan tarpeet sekä toiveet huomioiden. Sosiaali- ja terveystieteiden lisäksi suunnitelma voi sisältää myös muiden tahojen palveluja ja toimia. Suunnitelmassa täytyy ilmetä mikä taho vastaa mistäkin palvelusta. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaa on tarkastettava ja päivitettävä olosuhteiden muuttuessa sekä palvelusuhteen edetessä sen vaikuttavuutta on arvioitava. Suunnitelma ohjaa kotihoidon työntekijöiden päivittäistä työtä kotikäynneillä, joten tämän vuoksi sen päivittäminen on erityisen tärkeää. (Ikonen 2015, 159–164.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on ottanut kantaa ja ohjeistanut kuntia ja kuntayhtymiä, sekä muun muassa kotihoitoa tuottavia palveluntarjoajia palvelu- ja hoitosuunnitelmien luomisessa ja ajan tasalla pitämisessä. Valvova viranomaisen muistuttaa ohjeistuksessaan, että velvoite palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisesta ei ole uusi asia. Tästä huolimatta palvelu- ja hoitosuunnitelmia ei tehdä riittävän systemaattisesti. Pitkäaikaispotilaille ja asiakkaille palvelu- ja hoitosuunnitelmat tulisi tehdä mahdollisimman kattavasti säännösten edellyttämällä tavalla. Hoidon kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja laadukas järjestäminen ei ole mahdollista ilman asianmukaista ja ajan tasalla olevaa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. (Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito 2015.)

Ajantasaisen palvelu- ja hoitosuunnitelman merkitys korostuu etenkin päivystystilanteissa, jolloin toimitaan usein normaalia pienemmillä resursseilla. Hätätilanteessa joudutaan usein myös turvautumaan ulkopuoliseen asiantuntija apuun, esimerkiksi ensihoitopalveluun. Ensihoitopalvelu vastaa lain mukaan ensisijaisesti äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisestä hoidosta hoitolaitosten ulkopuolella. Hätäkeskuksiin tulee tästä huolimatta kuitenkin enenevässä määrin kiireellisiä ambulanssipyyntöjä ja hälytyksiä myös sosiaali- ja terveydenhuollon hoitolaitoksista, palvelutaloista ja kotihoidon asiakkaista. Taustalla on usein huoli hoidettavan henkilön tai potilaan kunnosta, mutta myös hoitohenkilökunnan epätietoisuus siitä miten potilaan voinnin heikentymiseen tulisi suhtautua koska riittävän laadukasta ja kattavaa hoitosuunnitelmaa ei ole laadittuna. Päivystävät ensihoitolääkäri saavat näissä tilanteissa puheluita kohteissa olevilta ensihoitajilta jotka kysyvät hoito-ohjeita potilaista joiden hoitolinjauksista edes omilla hoitajilla ei ole riittävästi tietoa. (Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Ensihoitopalvelusta vastaavat ylilääkärit ovatkin tuoneet valvoville viranomaisille ilmi huolta näiden asianmukaisten palvelu- ja hoitosuunnitelmien puutteesta pitkäaikaisessa hoidossa olevista potilaista. Hätätilanteiden laadukas ja asianmukainen, potilaan perussairaudet huomioiva hoito edellyttää, että kaikista pitkäaikaishoidon, palveluasumisen tai kotihoidon asiakkaasta on laadittu lain vaatima asianmukainen palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikais- hoidossa sekä ensihoito 2015.)

2.3 Ammatillisuus ja kirjaaminen kotihoidossa

Kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Terveystieteiden asiakkaalle on lain mukaan laadittava potilaskertomus ja muut tarvittavat potilasasiakirjat. Hoidon suunnittelemiseksi, toteuttamiseksi sekä hoidon toteutumisen seuraamiseksi potilasasiakirjoista täytyy löytyä asiakkaan hoidon kannalta merkittävät ja tarpeelliset tiedot. Potilaskertomus on tärkeä ja keskeinen työväline, jotta asiakkaan turvallinen hoito ja sen seuranta voidaan taata. Kotihoidon asiakkaista on pidettävä aikajärjestyksessä etenevää ja jatkuvaan muotoon kirjoitettua potilaskertomusta, josta selviää asiakkaan tarvittavat perustiedot sekä kaikki kotikäynnit tai muut asiakkaan hoitoon vaikuttavat seikat. Ikonen (2015) mukaan kirjaamiseen liittyvät ongelmat ilmenevät kirjausten puutteellisuutena, epätasaisuutena, epäsäännöllisyytenä sekä epä johdonmukaisena. Termien kirjavuus ja lukukelvottomuus johtavat kirjausten tulkinnanvaraisuuteen. Rakenteisen kirjaamisen puuttuessa kirjaukset voivat myös olla hyvinkin päällekkäisiä. (Ikonen 2015, 165–168.)

Asiakkaan kotona säilytettävän kotihoitokansion täytyy sisältää läheisten sekä hoitoon osallistuvien yhteystiedot, palvelu- ja hoitosuunnitelma, kotihoidon käyntikerrat sekä tehdyt toimenpiteet, ajan- kohtaisen lääkelistan ja viimeisimmät epikriisit sekä muut tarvittavat tiedot, esimerkiksi hoitotahto tai muut hoidonrajaukset. Kansion tekoon tarvitaan asiakkaan kirjallinen suostumus. Kansion ole- massaolo ja asianmukainen ylläpito tekee asiakkaan hoitoketjusta toimivamman sekä tietojen siir- rosta luotettavamman, jos asiakas tarvitsee ensihoitopalveluita tai sairaalahoitoa. Sähköistä kirja-amista pidetään hyödyllisempänä ja tehokkaimpana kirjaamismuotona ja se onkin yleistynyt esimer- kiksi uusien mobiilisovellusten myötä. Tällöin tarvittavat potilasasiakirjan tiedot kulkevat kotihoi- don työntekijän mukana ja kirjaaminen tapahtuu reaaliaikaisesti. (Ikonen 2015, 165–170.)

Keski- Suomen sairaanhoitopiirin alueen ensihoidon yksiköillä ei ole vielä käytössä sähköistä tieto- kantaa, joten ensihoitajien on kerättävä potilastiedot kohteessa olevilta henkilöiltä. Usein kotihoi- don asiakkaat ovat monisairaita ja muistisairaita, joten tietojen kerääminen ei ole luotettavaa. Lää-

kelistaa tai kaikkia sairauksia ei muisteta. Mikäli kotihoidon työntekijöillä on asianmukaiset ja perusteelliset tiedot asiakkaasta, tietojen kerääminen on helpompaa, luotettavampaa sekä nopeampaa. (Lintu Mikko, henkilökohtainen tiedonanto 19.9.2014.)

Kotihoidossa työskentelee hoitajia monella eri koulutustaustalla. Lähihoitajat ja sairaanhoitajat ovat yleinen ammattiryhmä kotihoidossa, mutta sen lisäksi esimerkiksi kodinhoitajat, perushoitajat, sosionomit, sosiaaliohjaajat ja terveydenhoitajat voivat työskennellä kotihoidossa. Hoitajat työskentelevät sekä moniammatillisissa tiimeissä että itsenäisesti. Sairaanhoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana ja ammattitaito perustuu hoitotieteeseen. Sairaanhoitaja toimii erityisesti hoitotyön suunnittelijana, toteuttajana sekä hoidon vaikuttavuuden arvioijana. Sairaanhoitaja myös kehittää hoitotyötä tutkimusten ja käytännön osaamisen perusteella. Kotihoito on hyvin laaja-alaista ja kokonaisvaltaista asiakkaiden perustarpeista sekä hoidosta huolehtimista. Kotihoitotyön hallinta vaatii sen tietoperustan tuntemusta sekä työtehtävien hallintaa. Vuorovaikutustaidot sekä ammattietiikka ovat myös erittäin tärkeitä kotihoidon ammattilaisille, niin kuin muillekin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. (Ikonen 2015, 172–174.)

Ammatillisuuden kehittäminen on hyvin tärkeää sairaanhoitajan työssä ja kotihoidossa. Itsenäinen työn laadun tarkkailu ja kehittämiskohteiden huomioiminen on tärkeä seikka ammatillisuuden kehittämisenä. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä työntekijä on velvoitettu täydentämään osaamistaan jatkuvasti sekä työnantaja on velvoitettu järjestämään koulutusta 3-10 päivää vuosittain riippuen työn vaativuudesta, peruskoulutuksesta ja muuttuneista työolosuhteista. (Ikonen 2015, 174.)

Kotihoidon työntekijöiden tulisi tunnistaa asiakkaan äkilliset yleistilan muutokset, osata tehdä luotettavasti peruselintoimintojen mittaukset sekä aloittaa tarvittava ensiapu. Heikentyneen yleistilan tai muun oirekuvan perusteella on myös osattava arvioida tuleeko tilanteesta konsultoida lääkäriä tai muuta terveydenhuoltoalan ammattilaista vai voidaanko tilanne hoitaa muutoin.

2.4 Hoitotahto ja hoidon rajaus

Jokaisella henkilöllä on itsemääräämisoikeus koskien omaa hoitoaan. Hoitotahto tarkoittaa henkilön omaa tahtoa, mikäli hän ei pysty siitä enää itse päättämään esimerkiksi vanhuudenheikkouden, tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi. Hoitotahdossa voi määrittää erityistoiveita hoitoa kohtaan tai kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Tilanteen ollessa kriittinen, potilaan omaisten ahdistusta ja päätök-

sentekoa voi myös helpottaa tekemällä hoitotahdon. Lääkärien ja hoitajien työ helpottaa mikäli linjaukset hoidosta, on tehty potilaan omasta tahdosta. (Halila & Mustajoki 2015.) Hoitotahdon voi tehdä valmiille kaavakkeelle tai suullisesti, jolloin se kirjataan potilastietoihin. Kotihoidon henkilökunnan pitäisi olla tietoisia siitä onko asiakkaalla hoitotahto tai muita rajoituksia hoidon suhteen.

2.5 Aiempia tutkimuksia ja hankkeita kotihoidon kehittämisestä

Kotihoidon asiakkaiden määrän kasvu on saanut aikaan eri puolella Suomea hankkeita, joilla pyritään kehittämään kotihoidon yhteistyötä muiden terveystalveluiden kanssa sekä parantamaan kotihoidon asiakkaiden hoitoketjua. Innovaatorahoituskeskus Tekes on tehnyt 10 kohdan kehittämishankkeen ”Kotihoito 2020” yhdessä Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän, Kalajoen kaupungin, Perustalvelukuntayhtymä Kallion sekä Mediverkko Hoivapalvelut Oy:n kanssa vuosina 2012- 2014. Hankkeen tavoitteena oli tunnistaa ja kehittää kotihoidolle parempia käytäntöjä sekä luoda niistä uusia toimintatapoja, joita voidaan hyödyntää myös muissa kunnissa. Yksi hankkeen tavoitteista oli kotihoidon vaikuttavuuden parantaminen. Kotihoidon asiakkaan turvallisuuden tuntua, talveluiden oikea-aikaisuutta sekä riittävyttä verrattiin päivystystalveluiden käyttöön. Mikäli kotihoito on tarpeeksi ennaltaehkäisevää, riittävää ja oikea-aikaista, päivystystalveluiden käyttö vähenee sekä ympärivuorokautiseen asumistalveluun joudutaan siirtymään myöhemmin. Hankkeessa todettiin selkeä tarve ennaltaehkäisevälle työlle sekä moniammatilliselle osaamiselle (Kotihoito 2020.)

Kotihoidon lääkäritalveluja tulisi myös kehittää helpommin saataviksi, oikea-aikaiseksi sekä ennaltaehkäiseviksi. Lääkärin tulisi osallistua aktiivisesti talvelu- ja hoitosuunnitelman tekoon sekä olla osa moniammatillista tiimiä, joka sisältää konsultaatiomahdollisuuden, asiakasneuvonnan sekä tarpeellisten tutkimusten määräämisen. Usein lääkäritalvelut ovat vähäisten terveystalveluiden ajanvaraus sekä kotisairaanhoidon lääkärien varassa, jolloin päivystystalveluiden tarve lisääntyy. Hankkeen osa-alueen tavoitteena on niin sanottu omalääkäritoiminta, joka mahdollistaa läheisen hoitosuhteen kotihoidon asiakkaisiin. Tavoitteena oli myös järjestää sekä kiireellisiä että kiireettömiä kotikäyntejä, joissa on mukana lääkäri, kotisairaanhoitaja sekä tarvittaessa asiakkaan omainen. Pilotijakson aikana päivystyskäynnit olivat vähentyneet erikoissairaanhoidossa 48,7 % ja kokonaisuudessaan Pohjois-Savon alueella 39,9 %. Lisäksi tehostunut lääkäritoiminta oli säästännyt kotihoidon työntekijöiden aikaa, kun konsultaatiokäytäntö ja lääkäreiden asiakastuntemus oli parantunut. (Kotihoito 2020.)

Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus kehitti suuren koti-ikävä pilotin, jolla pyrittiin tehokkaampaan akuuttien tilanteiden hallintaan yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden osalta. Uudella toimintamallilla tehostettu kotiutuminen (Tehosa), ensihoito, päivystys, kotihoito, turva-auttajat sekä yöpartio pyrkivät mahdollisimman aikaiseen hoidon tarpeen arviointiin ja hoidon aloittamiseen, jotta voidaan välttyä tarpeettomilta päivystyskäynneiltä ja asiakkaan hoito suoritetaan kotona. (Viitikko & Heiskanen 2014.)

Toimintamalli on kehitetty kolmesta vaiheesta: 1) varhaisen puuttumisen malli, 2) äkillisen tilanteen malli sekä 3) toipilasajan malli. Äkillisen tilanteen malli on lähimpänä opinnäytetyötämme, jonka Keski- Suomen sairaanhoitopiiri on kokenut tarpeelliseksi. Tilanteessa, jossa asiakkaan vointi äkillisesti heikkenee, kotihoidon työntekijä tekee tilanteesta ensiarvion. Mikäli kyse ei ole hätätilanteesta, tehdään tarkennettu tilannearvio ja toimitaan alueen konsultaatio- ohjeen mukaan. Hankkeesta tehdyn loppuraportin mukaan tulokset asiakkaan tilan arvioinnista oli hyvät ja aiheettomilta päivystyskäynneiltä on välttytty. Asiakkaiden saama hoito oli tarpeenmukaista ja oikea-aikaista. Ensihoito toteutettiin laajan koulutuspaketin kotihoidon työntekijöille, jotta ensiarvion tekeminen olisi luotettavaa sekä hoitajat saivat varmuutta akuutteihin tilanteisiin. Koulutusten pohjalta myös eri ammattiryhmien yhteistyö sujui paremmin. (Viitikko & Heiskanen 2014.)

3 ENSIHOITO OSANA HOITOKETJUA

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai osassa sitä hoitamalla toiminnan itse, järjestämällä ensihoitopalvelun yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa. Ensihoitopalvelun voi hankkia myös muulta palvelun tuottajalta, esimerkiksi yksityiseltä palveluntuottajalta. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 16–18.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ensihoitoa koskevasta lainsäädännöstä ja valvoo sen toteutumista yleisellä tasolla. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti, tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014 a ja b; Terveydenhuoltolaki 2010.) Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon toimintaa, jonka tarkoituksena on lähinnä hoitolaitosten ulkopuolella äkillisesti loukkaantuneen tai sairastuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi, hoito ja kuljetus. Ensihoidossa potilaan hoito pyritään aloittamaan tarpeeksi ajoissa ja tavoitteena on saada sairastumista tai loukkaantumista edeltävä elämänlaatu palautettua mahdollisuuksien mukaan. (Castrén ym. 2012, 17– 18.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri palvelutasopäätös on astunut voimaan 1.1.2013, ja siinä määritellään ensihoitopalveluiden taso, satavuus sekä sisältö sairaanhoitopiirin alueella. Ensihoito on järjestetty yhteistyösopimuksella Keski-Suomen pelastuslaitoksen kanssa sekä kilpailuttamalla yksityisiä palveluntarjoajia. Koko sairaanhoitopiirin alue on jaettu sektoreihin, joihin on tehty riskiluokitus ja sen perusteella määritetty ensihoitoyksiköiden tarve. Sairaanhoitopiirin alueella on 23 ensihoitoyksikköä ja 8 siirtokuljetusyksikköä. Kenttäjohtajajärjestelmä aloitettiin myös uuden palvelutasopäätöksen myötä vuonna 2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kenttäjohtaja työskentelee Keski-Suomen keskussairaalassa. Kenttäjohtaja toimii ensihoidon operatiivisena johtajana ja pitää yllä

kentän tilannekuvaa. Kenttäjohtaja toimii myös ensihoidon, hätäkeskuksen ja päivystyksen tukena poikkeustilanteissa. (Ensihoidon palvelutasopäätös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella 2014.)

Ensihoito on osa terveydenhuollon päivystyspalveluita ja pyrkimyksenä on ohjata potilaita käyttämään päivystyspalveluita oikein ja tarkoituksenmukaisesti. Ensihoidon ja päivystyspalveluiden tulisi muodostaa alueellisesti toimiva kokonaisuus, jonka tulisi olla kustannustehokas. Päivystyspalveluiden keskittäminen on lisännyt ensihoidon merkitystä. Oikein toimiva hoitoketju ohjaa potilaat tarkoituksenmukaiseen hoitoon perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon päivystykseen sairauden ja oireiden mukaisesti sekä vähentää ruuhkatilanteita päivystyksessä hoidon tarpeen arviointia tekemällä ja hoitamalla potilas jo kohteessa sekä antamalla jatkohoito-ohjeet. (Kuisma ym. 2013, 16–17; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010.)

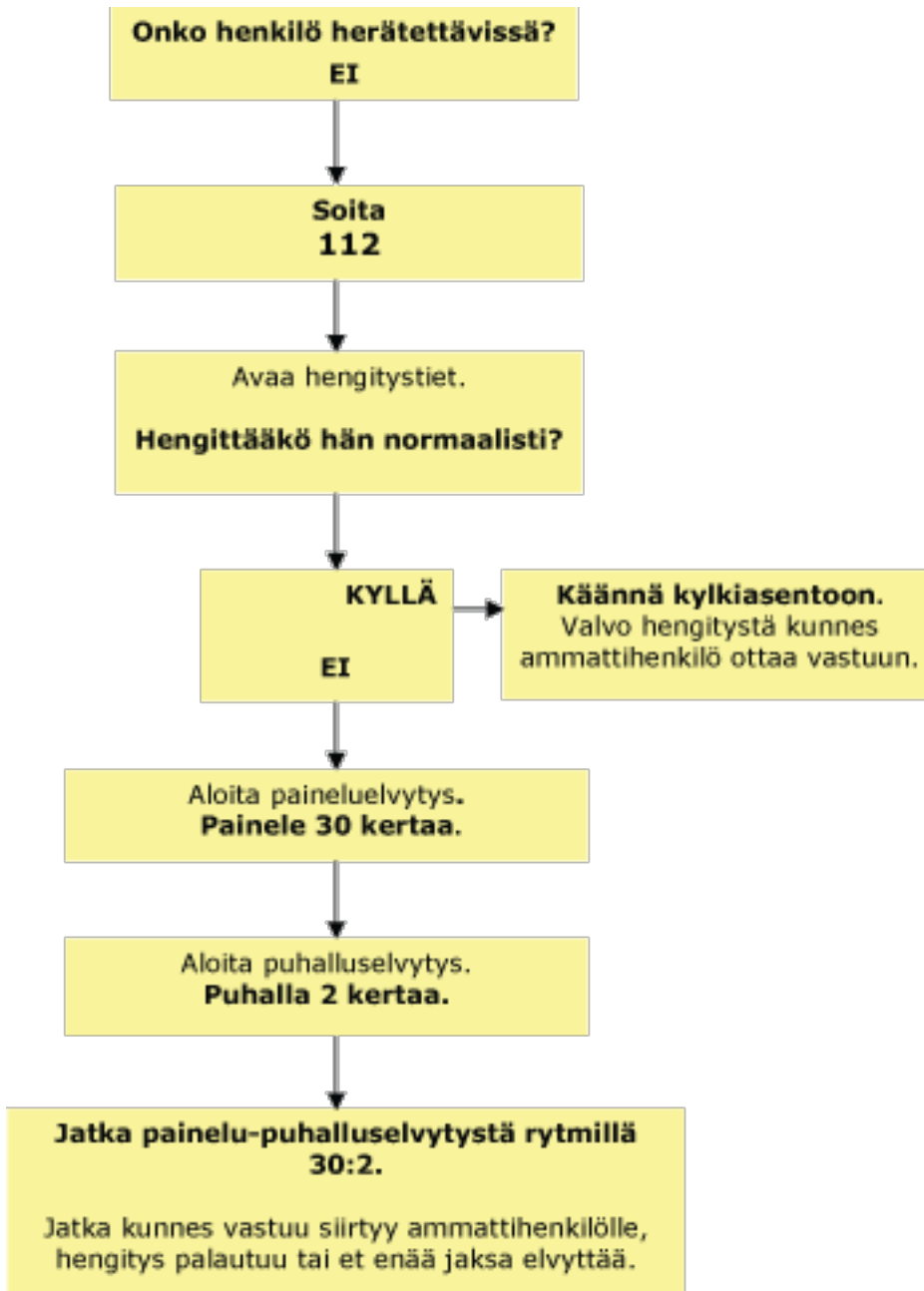
4 KESKEISET PERUSELINTOIMINNOT JA NIIDEN HÄIRIÖT

Ihmisen tärkeimmät peruselintoimintoja ylläpitävät järjestelmät ovat hengitys, verenkierto ja tajunta. Peruselintoimintojen kannalta on välttämätöntä saada happea soluille. Solujen hapentarpeen turvaamisen hoitaa toimiva verenkierto, joka on lähtöisin sydämen pumppaamisesta. Sydän on ontto lihas, joka on jakautunut kahteen puoliskoon ja puoliskot ovat edelleen jakautuneet kahteen osaan, eteiseen ja kammioon. Sydän supistelee automaattisesti pumpataksaan verta eteenpäin eikä tarvitse ulkopuolisia ärsykejä toimiakseen. Veren määrän on oltava riittävä, verisuoniston ehjä, sydämen on kyettävä pumppaamaan verta ja hengityksen on toimittava moitteettomasti, jotta elimistön hapenkuljetus on riittävä. Tajunnan häiriöt voivat aiheuttaa hengityksen heikkenemistä, jolloin hapeus on vaarassa. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.)

4.1 Elvytys

Kotihoidon työntekijöiden tulee tunnistaa äkkieloton, kyetä tekemään hätäpuhelu ja aloittamaan peruselvytys. Elottomuus tulee kyetä tunnistamaan 10 sekunnissa. Elottoman oloista, eli tajutonta, hengittämätöntä ja pulssitonta potilasta ravistellaan voimakkaasti ja puhutellaan kovaäänisesti. Mikäli henkilö ei herää tai reagoi mitenkään, tehdään välittömästi hätäilmoitus numeroon 112. Mikäli paikalla on useampi henkilö, yksi tekee hätäilmoituksen muiden aloittaessa puhallus-painanta elvytyksen. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 41.)

Painelu-puhallus rytmi on aikuista elvytettäessä 30 painallusta ja 2 puhallusta. (Kuva 1.) Elvytyksessä korostuu nykytiedon valossa painelun mahdollisimman hyvä laatu ja keskeytyksettömyys. Tehokkaalla ja keskeytyksettömällä painanta elvytyksellä sepelvaltimoiden verenkierto hitaasti nousee. Se mahdollistaa sydämen käynnistymisen elvytyksen edetessä ja ylläpitää mahdollista kammiovärinää siihen saakka kunnes ensihoidon yksikkö ehtii paikalle. (Käypä hoito-suositus 2011, Mustajoki ym. 2013, 41.)



Kuva 1. Painelu-puhalluselytytys (Castrèn, Korte & Myllyrinne 2012)

Painantaelytytys aikuisille suoritetaan painamalla rintakehän keskeltä, mäntämäisillä liikkeillä noin 4-6cm syvyisesti. Painelutiheys tulisi olla jatkuvasti 100- 120 kertaa minuutissa. Mikäli paikalla on vain yksi elvyttäjä, tulee puhalluksesta pidättäytyä ja jatkaa keskeytyksetöntä paineluelytytystä kunnes lisäapua on saatavilla. Puhallus on teknisesti myös erittäin vaativa suoritus ja harva osaa suorittaa sitä oikeaoppisesti (Virkkunen Antti 2010). Tehokkaampaa ja ennustetta parantavaa sitä vastoin on, jos tehokasta painelua jatketaan ilman keskeytyksiä siihen saakka kunnes ensihoito henkilöstö saapuu paikalle. Puhalluselytytyksessä, mikäli siihen ryhdytään, tulee ensin avata kunnolla henkilön

ilmatie kääntämällä päätä ja leukaa taaksepäin. Suositeltavaa on käyttää puhallusnaamaria tai hengityspaljetta. (Käypä hoito- suositus 2011.) Ennustetta parantaa, mikäli henkilön on nähty tai kuultu menevän elottomaksi ja tehokkaan paineluelvytyksen aloituksen viive on lyhyt. Kotoa elottomana löydetyn ennuste on olematon ja käytännössä hänet voidaan todeta menehtyneeksi. (Mustajoki ym. 2013, 43.)

Kotihoidon työntekijöillä tulisi olla tieto jos potilaalla on voimassa oleva elvytyskielto ja pidättäytyä elvytyksestä jos sellainen on. Mikäli hoitotahtoa ei ole tai asiasta ei ole varmuutta, elvytys tulee aloittaa ja jatkaa sitä siihen saakka kunnes ensihoito on paikalla. Kotihoidossa voi tulla vastaan tilanteita, joissa hoitajan paikalle mennessä asiakas löytyy kotoaan elottomana. Hoitajan tulee kyetä tunnistamaan potilaasta sekundaariset kuoleman merkit ja pidättäytyä elvytystoimista. Mikäli sekundäärisiä kuoleman merkkejä eli lautumia ja raajojen jäykkyyttä on havaittavissa, ei ihmisen pelastamiseksi ole enää mitään tehtävissä. (Silfvast, Castrén, Kurola, Lund & Martikainen 2009, 12.) Ensihoito tulee yleensä kuitenkin paikalle toteamaan tilanteen yhdessä poliisin kanssa ja poliisi huolehtii jatkotoimenpiteistä. Kotoa elottomana löytynyt, jonka elottomuuden alkua ei ole nähty tai kuultu, on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja KYS ERVA alueen hoito-ohjeiden mukaisesti menehtynyt ja elvytystoimia ei tule tilanteessa aloittaa. Kotihoidon työntekijän on tärkeää ilmoittaa hätäpuhelua tehdessään, että asiakas on löydetty elottomana, koska se vaikuttaa ensihoidon resursien kiinnittämiseen tehtävälle ja myös tehtävän kiireellisyyteen.

4.2 Tajuttomuus ja neurologiset oireet

Tajuttomuuden taustasyyt voidaan jakaa aivoperäisiin ja systeemisiin syihin. Syinä voi olla aivoverenkierron häiriö, aivoinfarkti, aivoverenvuoto, matala verenpaine, rytmihäiriö, hypoglykemia tai myrkytys. Yleisimpiä taustasyitä tajuttomuuden takia päivystykseen toimitetuille potilaille on aivoverenkierron häiriöt, vammat ja myrkytykset. Taustasyiden yleisyys vaihtelee ikäryhmittäin: nuorilla potilailla tavallisin syy on myrkytys. Potilaiden iän kasvaessa mukaan tulee muun muassa rytmihäiriöistä ja aivoverenkierron häiriöistä johtuvia syitä. (Kuisma ym. 2013, 289.)

Alentunut tajunnantaso on yleinen hätäilmoitukseen johtava oire. Tajuttomuus tulee erottaa oireena pyörtymisestä eli synkopeesta. Pyörtyminen on yleensä hyvin lyhytkestoinen ja niin sanottu pinnallinen tajunnantason häiriö, esimerkiksi veren näkeminen, voi joillain ihmisillä aiheuttaa hetkellisen ja hyvin pinnallisen tajuttomuuden. Tajuttomuudella sitä vastoin tarkoitetaan syvempää tajuttomu-

den tilaa, jolloin ihminen ei vastaa puhutteluun, ei reagoi kipuun eikä tule normaaliin orientaatioon nopeasti kohtauksen jälkeen, mutta hengittää. Tajunnantason luokittelu tajuissaan ja tajuton käsitteillä ei onnistu riittävän informatiivisesti, koska niiden välillä on laaja alue jolloin ihmisen tajunnan taso on madaltunut, mutta hän ei ole täysin tajuton. Yleisimmin suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä tajunnantason mittaamiseen käytetään Glasgow'n kooma-asteikkoa. (Taulukko 1) Asteikolla voidaan kohtuullisen laadukkaasti antaa numeerinen arvo välillä 3-15 henkilön sen hetkestä tajunnantasosta. Asteikolla arvioidaan ihmisen kykyä avata silmiä, puhevastetta sekä liikevastetta (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.)

TAULUKKO 1. Glasgow'n kooma-asteikko.

SILMIEN AVAAMINEN

Itsestään	4
Pyydettyäessä	3
Kivusta	2
Ei lainkaan	1

PUHEVASTE

Orientoitunut	5
Sekava	4
Yksittäisiä sanoja	3
Ääntelyä	2
Ei lainkaan	1

LIKEVASTE

Noudattaa kehotuksia	6
Paikantaa kivun	5
Väistää kipua	4
Koukistus	3
Ojennus	2
Ei vastetta	1

Kotihoidossa asiakkaat ovat suurelta osin jo iäkkäämpiä, joten systeemiset syyt, kuten rytmihäiriöt, matala verenpaine sekä aivoverenkierron häiriöt voivat näillä olla todennäköisempiä syitä kuin myrkytys tai vamman aiheuttaman tajuttomuus. Neurologisia oireita voivat olla muun muassa hetkelliset aivoverenkierron häiriöt eli TIA- kohtaukset, aivoinfarktit, aivoverenvuodot ja epileptiset kohtaukset. Akuuttien neurologisten oireiden ilmetessä kotihoidon työntekijän on osattava erityisesti tunnistaa nopeaa toimintaa ja hoitoa vaativat tilanteet, joissa potilas on saatava nopeasti sairaalaan tutkimuksiin ja jatkohoitoon. Näitä tilanteita ovat erityisesti äkillisesti alkaneet toispuoliset raajojen puolierot, tajuttomuuden häiriöt, sekavuus ilman infektio-oireita ja kouristelu, jos asiakkaalla ei ole todettua epilepsiaa. Kotihoidon työntekijän tulee kyetä tutkimaan asiakkaan raajojen voimat ja havaita niissä mahdollisesti ilmenevät puolierot sekä osata arvioida asiakkaan tajunnantaso. Mikäli asiakkaan oireet ovat uusia, asiakas on ollut omatoiminen ja oireiden alusta on alle neljä tuntia, tulee ottaa välittömästi yhteys hätäkeskukseen. Mikäli oireiden alkuaika ei ole tiedossa ja on varmuudella kulunut yli neljä tuntia viimeisestä omatoimisesta toiminnasta, esimerkiksi jos asiakas on nähty edellisen kerran edellisenä iltana ja oireet havaitaan aamukäynnillä, on aikaikkuna esimerkiksi aivoinfarktin liuotushoidolle jo umpeutunut (Hannula ym. 2015.)

Potilas kuitenkin tarvitsee jatkotutkimuksia ja tilanteen selvittelyä, joten potilaan sen hetkisestä tilanteesta, peruselintoiminnoista ja yleistilasta riippuen kotihoidon työntekijä voi joko konsultoida kenttäjohtajaa tai soittaa 112.

4.3 Tajuttoman tutkiminen ja ensiapu

Tajutonta henkilöä tutkittaessa tulee välittömästi varmistaa, että hän hengittää ja että ilmatie pysyy varmasti auki. Hyvä tapa on asettaa tajuton turvallisesti kylkiasentoon. Tajutonta on pyrittävä herättelemään esimerkiksi kipua tuottamalla esimerkiksi rintalastaa painamalla sormella. Mikäli henkilö ei herää tai muutenkaan reagoi käsittelyyn, tehdään välittömästi hätäilmoitus numeroon 112. Hätäilmoituksen jälkeen pyritään mittaamaan verenpaine, syke, verensokeri, happisaturaatio ja lämpö mahdollisuuksien mukaan. Henkilö tulisi pitää kylkiasennossa ja kokoajan valvoa, että hengitys on sujuvaa ja esteetöntä. Tajuton saattaa oksentaa ja aspiroida oksennuksen hengitysteihinsä, joten myös tätä on seurattava tarkoin ja tarvittaessa sormin avustaa oksennusta suusta ulos. Ensihoitoa odottaessa tulisi asiakkaasta selvittää perussairaudet, lääkitykset ja mahdollisuuksien mukaan se kuinka kauan tajuttomuus on kestänyt. Onko joku siis nähnyt tajuttomuuden alun vai löytyikö asiakas tajuttomana esimerkiksi ensimmäisellä aamukäynnillä? Nämä tiedot ovat ensiarvoisen tärkeitä

esimerkiksi tilanteessa, jossa tajuttomuuden syyksi paljastuu aivoverenkierron häiriö. (Oksanen & Turva 2010, 82–83.)

Tajuton pidetään kylkiasennossa kunnes ensihoidon henkilöstö saapuu paikalle ja ottaa asiakkaan vastuulleen. Neurologisen oireen selvittelyyn kuuluvat tajunnantason ja asiakkaan orientaation selvittäminen.

- Puolioireiden havainnointi: käsien puristusvoimia, kasvojen symmetrisyyttä, puheen- tuoton kykyä ja jalkojen liikkeitä havainnoimalla.
- Onko infekioon viittaavia oireita: kuumetta, sekavuutta, flunssaoireita.
- Mitataan verenpaine, verensokeri, lämpö ja happisaturaatio eli SpO₂.

Tärkeintä on pyrkiä mahdollisimman tarkasti selvittämään oireiden alkuaika, ovatko oireet ilmenneet pidemmän ajan kuluessa ja onko oireet jo menossa ohi. (Kuisma ym. 2013, 404).

4.4 Rintakipu, sen tutkiminen ja ensiapu

Rintakipu on yksi yleisimmistä ensihoidon tehtävistä ja rintakivut ovat kolmanneksi yleisin syy kutsua ambulanssi paikalle Keski-Suomen pelastuslaitoksen vuoden 2012 tilastojen mukaan. Suurimmalla osalla näistä potilaista rintakivut ovat muita kuin akuutteja sydäntapahtumia kuten sydäninfarkteja, ja osalla potilaista oireet ja kivut ovat jo helpottaneet ennen ensihoidon saapumista kohteeseen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013.) Rintakipu voi sydänperäisen syyn lisäksi johtua esimerkiksi vatsan, ruokatorven ja henkitorven ongelmista tai se voi olla luusto- tai lihasperäistä oirehdintaa (Castrén ym. 2012, 184–186). Rintakipupotilaita hoidettaessa hoidon tärkeimpänä tavoitteena on vähentää sydänperäisten äkkikuolemien riskiä, rajoittaa uhkaavan sydäninfarktin kokoa tai jopa estää sydäninfarktin kehittyminen (Kuisma ym. 2013, 332). Kotihoidon työntekijöiden tulee tunnistaa ne asiakkaat, joilla on akuutin sydäntapahtuman oireet ja kyetä hoitamaan esimerkiksi angina pectoriksesta eli sepelvaltimoiden ahtautumisesta johtuva rintakipu Dinit- suihkeella tai nitroilla, seurata potilaan vointia ja tarvittaessa konsultoida jatkohoito-ohjeista kenttäjohtajaa.

Akuutille sydänperäiselle tapahtumalle on tyypillistä laaja-alainen ja erittäin kova, joskus repivä kipu, joka ei muutu asentoa vaihtamalla. Asiakas voi olla kylmänhikinen, harmaankalpea, verenpaine saattaa olla koholla ja syke nopea. Sydänperäisessä rintakivussa kipu voi säteillä kaulalle, käsi-

varteen, ylävatsalle tai lapaluiden väliin. Kipukohtaus on jatkuva ja kestää useista minuuteista jopa tunteihin. Ei-sydänperäinen kipu on tyypillisesti pistävää tai terävää, se paikallistuu selkeään kohtaan ja rintakehällä voi olla paineluarkuutta. Asennonmuutokset ja hengitys voivat vaikuttaa kivun luonteeseen, kipu voi tuntua vain ajoittain tai toisaalta on kestänyt samanlaisena jo pidempään (Kuisma ym. 2013, 332–333.) Diabeetikoilla on syytä muistaa perussairauden aiheuttamat muutokset kipuaistimuksessa ja diabeetikon sydäninfarkti voi olla jopa täysin kivuton (Castrén ym. 2012, 184–185).

Ikääntyneillä ihmisillä sydänperäinen rintakipu oireilee tyypillisesti samoin kuin nuoremmillakin. On kuitenkin tavallista, että vanhuksilla sydämen verenkiertohäiriöt ja sepelvaltimokohtaukset aiheuttavat lisäksi sekavuutta, voimattomuutta, väsymystä ja jopa flunssan kaltaisia oireita. Jopa kolmannekselta yli 70-vuotiaista on todettu puuttuneen sydäninfarktin yhteydessä tyypillinen laaja-alainen rintakipu. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitala 2010, 96–98.) Rintakipuinen asiakas avustetaan aluksi hyvään, yleensä puoli-istuvaan asentoon, jossa hänen on hyvä ja rento olla (Kuisma ym. 2013, 343).

Nopealla haastattelulla pyritään selvittämään:

- Kivun luonne: Onko se pistävää, puristavaa, vihlova tai säteileekö kipu johonkin?
- Onko rintakivun lisäksi muita oireita: hengitysvaikeutta, ahdistuksen tunnetta, hui-
mausta, tykyttelyä tai pahoinvointia?
- Milloin kipu on alkanut ja minkälaisessa tilanteessa: levossa, pienessä rasituksessa
vai esimerkiksi lumitöitä tehdessä.
- Kartoitetaan nopeasti perussairaudet.
- Onko asiakkaalla käytössä nitraattivalmistetta (Dinit tai vastaava), onko valmistetta
otettu ja onko siitä ollut apua?
- Onko asiakas ottanut jotain muuta kipua lievittävää lääkettä ja onko siitä ollut apua?
- Onko asiakkaalla aikaisemmin ollut vastaavia kipuja?

Kotihoidon työntekijän tulee tietää mitkä ovat tyypillisimmät sydänperäisen rintakivun oireet, osata havaita ne ja reagoida niihin asianmukaisesti (Mustajoki ym. 2013, 18–19). Kotihoidon hoitajan epäillessä kipuilua sydänperäiseksi, tulee soittaa 112 ja tehdä asianmukainen hätäilmoitus. Verenpaineen mittaaminen kuuluu rintakivun perustutkimuksiin ja se olisi syytä tehdä hyvin varhaisessa vaiheessa. Mikäli systolinen verenpaine on yli 100 mmHg ja asiakkaalla on käytössä nitrovalmiste, tulee sitä antaa hänelle ohjeen mukaan ja seurata vaikutusta. Mikäli kipu ei nitrolla helpota ja asiak-

kaan verenpaine pysyy edellä mainitun yläpuolella, annoksen voi toistaa noin 5-10 minuutin kuluttua (Castrén ym. 2012, 189–190.)

4.5 Hengitysvaikeus, sen tutkiminen ja ensiapu

Hengitysvaikeus on kyseessä silloin kun ihminen kokee, että hänen hengityksensä ei ole tavalla tai toisella normaalia. Kokemus on subjektiivinen ja ulkopuolisen voi olla hankala havaita tilanteessa mitään poikkeavaa. Ihminen voi kokea hapen loppumisen tunnetta, painontunnetta rinnalla, ahdistuneisuutta tai voimakasta kuoleman pelkoa. Ihmisen hengitystaajuus on laskettavissa silmämääräisesti. Normaali aikuisen hengitystaajuus on noin 15 kertaa minuutissa. (Castrén ym. 2012, 167–171.)

Kotihoidon työntekijöiden tulisi kyetä tunnistamaan ne asiakkaat, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa ja osata muiden asiakkaiden kohdalla tehdä riittävät perustietojen kartoitukset sekä tarvittaessa konsultoida jatkotoimista kenttäjohtajaa. Hengitysvaikeuksien syyt voidaan jaotella sydänperäisiin (noin 50 %), keuhkoperäisiin (33 %), psyykkisiin (noin 5 %) sekä loput noin 12 % ovat muista syistä johtuvia. Hengitysvaikeuden vaarallisuus sairaalan ulkopuolella on kymmenen yleisimmän ensihoito tehtävän joukossa ja aiheuttaa toiseksi eniten kuolemia sairaalan ulkopuolella (Kuisma ym. 2013, 301– 302.) Päivystykseen toimitettujen potilaiden hengitysvaikeuksien syiksi todetaan yleisimmin sydämen vajaatoimintaa, astmaa, keuhkohtaumatautia, tulehduksellisia sairauksia ja keuhkoveritulppaa. Lisäksi esiintyy paniikkikohtauksista johtuvaa hyperventilaatiota, aspiraatioita ja ilmarintaa. (Castrén ym. 2012, 176–183.)

Hengitysvaikeuksista kärsivän ihmisen kohtaamisessa tulee kiinnittää huomiota hänen asentoonsa. Yleensä hengittäminen on helpointa ja ihmisen on mukavinta olla puoli-istuvassa asennossa esimerkiksi nojatuolissa tai vuoteella niin, että tyynyjä hyväksi käyttäen hänet saadaan tuettua mukavaan ja luonnolliseen asentoon. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti siihen, että hengitystie pysyy hyvin auki eikä leuka väkisin painu rintaa kohden. Asentohoidon toteutuksen jälkeen selvitetään nopeasti henkilön perussairaudet ja pyritään samalla seuraamaan onko hengitys jollain tavalla epänormaalin näköistä, työlästä tai kuuluuko hengittäessä esimerkiksi vinkunaa tai kosteaa rohinaa. Punertavan vaahdon kertyminen on merkki erittäin vakavasta tilanteesta ja vaatii pikaisia hoitotoimenpiteitä ja sairaalahoitoa.

Perustutkimuksiin kuuluvat seuraavat asiat:

- Lasketaan hengitystaajuus: normaali lukema aikuisella on 12- 16 kertaa/ minuutissa.
- Havainnoidaan kyky tuottaa puhetta: jaksako puhua lauseita vai pelkästään yksittäisiä sanoja hengitystyön välissä?
- Milloin hengitysvaikeus on alkanut, onko pahentunut ajan kuluessa, onko tilassa tapahtunut äkillinen muutos, onko aikaisemmin ollut vastaavaa?
- Liittyykö tilanteeseen muita oireita: kipuja, rintatuntemuksia, rytmihäiriötuntemuksia, onko nilkoissa voimakasta turvotusta?
- Onko yskää, kuumeilua, muita infektio-oireita?
- Mitataan valtimoveren happisaturaatio SpO₂: normaali arvo aikuisella on 94 -99 %.

Hoitona hengitysvaikeuteen voidaan antaa happea, jos sitä on saatavilla. Mikäli henkilöllä on käytössään hengitysvaikeuksien hoitoon tarvittavia inhaloitavia lääkkeitä, esimerkiksi astmaatikolla salbutamoli, voidaan niitä antaa voimassa olevien ohjeiden mukaan tai esimerkiksi konsultoimalla lääkäriä (Silfvast ym. 2013, 16–17.)

4.6 Vammautuminen, tutkiminen ja ensiapu

Erilaiset kaatumiset, haavat ja muut pienvammat ovat tyypillisiä syitä joita kotihoidon työntekijät kohtaavat (Antila Sari, henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2014). Ikääntyneillä ihmisillä on suurentunut riski tapaturmiin ja niiden seurauksena esimerkiksi luunmurtumiin, näistä tyypillisimpänä lonkkamurtuma (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012). Iäkkäiden tapaturmista 80 % on kaatumisia, liukastumisia tai putoamisia. Kaatuminen on yleisin tapaturmaisen kuoleman syy yli 65-vuotiailla (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015). Yleisimmin kaatuminen tai muu tapaturma sattuu kotihoidon asiakkaalle tämän ollessa yksin ja kotihoito aktivoituu paikalle joko turvarannekkeen hälyttämänä tai asiakas löydetään loukkaantuneena sovitun kotikäynnin yhteydessä (Antila Sari, henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2014).

Kotona sattuvat tapaturmat ovat harvoin kovin suurenergisiä ja vammamekanismi on yleensä kaatuminen tai putoaminen. Näissä tapauksissa seuraukset siis ovat yleensä pinnallisia ruhjeita, yksittäisen luunmurtumia, haavoja tai aivotärähdyksiä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Kun asiakas kohdataan pyritään nopeasti selvittämään:

- Onko asiakas loukannut itsensä: murtumaepäily ensisijaisesti ranteissa, lonkassa tai pään alueella.
- Tutkitaan rauhallisesti palpoiden: onko aristuksia käsien ja jalkojen ääreisosissa? Todennetaan mahdolliset virheasennot, aristukset ja lyhentymät esimerkiksi jaloissa.
- Onko kaatumista tai loukkaantumista edeltänyt jokin muu oire? Esimerkiksi rintakipu, huimaus tai rytmihäiriötuntemukset.

Mikäli havaitaan selkeät hoitoa vaativat vammat, esimerkiksi rajan virheasento, jalan lyhentymä tai ulkorotaatio, tehdään hätäilmoitus numeroon 112. Jos mitään vammoja ei tarkemmassa tutkimuksessa löydy ja asiakas on lähes kivuton, voidaan pyrkiä auttamaan hänet esimerkiksi vuoteelle mukavaan, rentoon asentoon ja konsultoidaan kenttäjohtajaa.

4.7 Haavat ja verenvuodot

Kotihoidon asiakkaille haavoja tulee lähinnä kaatumisen seurauksena ja joskus esimerkiksi ruoan valmistuksen yhteydessä (Antila Sari, henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2014). Haavat ovat yleensä pieniä, mutta koska ikäihmisillä on usein verenhiyytymiseen vaikuttavia lääkkeitä käytössään, saattavat pienetkin haavat vuotaa runsaasti (Antila Sari, henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2014). Raajojen ääreisosissa olevat haavat voidaan kotioloissa puhdistaa ja sitoa. Mikäli asiakkaalla ei ole haavan lisäksi muita oireita ja haava on hoitajan arvion mukaan sellainen, että se tarvitsee suturoida, voi asiakas hakeutua omalle terveysasemalle tai päivystykseen taksilla. Tarvittaessa voidaan hyödyntää paaritaksia jos matka on pitkä tai asiakas ei jaksakaan istua. Jos asiakkaalla on muita oireita, esimerkiksi pahoinvointia tai verenvuotoa ei saada sitomisella riittävästi taukoamaan, konsultoidaan kenttäjohtajaa lisäohjeiden saamiseksi.

Mikäli taustalla ei ole vammaa, nenäverenvuoto on alkanut spontaanisti ja asiakkaalla on käytössään veren hyytymiseen vaikuttava lääke, esimerkiksi varfariini tai asetyylisalisyyli- tai salicyylilivalmiste, on

tilanne harvoin vaarallinen. Mikäli peruselintoinnoissa ei ole havaittavissa häiriötä, vuoto vaatii harvoin lääkärissä käyntiä tai ensihoidon toimenpiteitä. Hoitajan toimet ensiapuna vuodon hillitsemiseen ja tyrehtyttämiseen on, että pyydetään asiakasta niistämään sieraimet tyhjäksi, avustetaan asiakas etukumaraan asentoon ja puristetaan molemmat sieraimet tukkoon etusormella ja peukalolla. Tämän jälkeen laitetaan kylmäpakkaus, pakastepussi tai kylmäpyyhe asiakkaan niskaan. Sierainten puristusta tulee jatkaa rauhallisesti vähintään 20 minuuttia. Mikäli vuoto ei osoita tämän jälkeen laisinkaan hyytymisen merkkejä, konsultoi kenttäjohtajaa jatkotoimista. Mikäli vuoto 20 minuutin jälkeen vaikuttaa vähäisemmältä, jatka edelleen sierainten puristusta toiset 20 minuuttia (Silfvast ym. 2009.)

5 IKÄÄNTYVIEN PÄIVYSTYKSELLINEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

5.1 Taustaa hoidon tarpeen arvioinnille

Uusi päivystysasetus astui voimaan 1.1.2015 osana terveydenhuoltolakia. Päivystysasetuksessa säädetään kiireellisen hoidon perusteista sekä päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Iäkkäiden sekä vammaisten tarvitsemat palvelut on myös otettu huomioon osana asetusta (Terveydenhuoltolaki 2010.) Asetuksessa on säädetty henkilöstörakenteesta lähtien päivystyksen periaatteet ja toimintaedellytykset. 8.§ ohjaa päivystykseen ottamisen perusteista, joka on yksi keskeinen tavoite myös tämän opinnäytetyön kannalta. Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilön on ohjattava potilas hoidettavaksi päivystysyksikössä, toisessa terveydenhuollon toimintapisteessä tai muulla tarkoituksenmukaisella tavalla päivystysyksikön vastaavan laillistetun lääkärin ohjeiden mukaan. Ohjaus voi tapahtua puhelimitse tai muulla vastaavalla tavalla. Ohjauksessa on otettava huomioon yksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat sekä on käytettävä yksilöllistä arviota hoidon tarpeellisuudesta. Potilas on otettava hoitoon päivystysyksikköön, mikäli vaivan vuoksi hoitoa ei voi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun ylitse ilman, että potilaan terveydentila vaarantuisi. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2013.)

Iäkkään potilaan hoidosta määrää asetuksen 10. pykälä. Potilaan toimintakyky on arvioitava ja itsestä selviytymistä tuettava, kun potilas toipuu äkillisestä sairaudesta. Kotiutuksen valmistelu on aloitettava viivyttämättä yhdessä potilaan, omaisten, vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen, fysioterapeutin tai muun laillistetun ammattihenkilön sekä lähettävän yksikön kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2013.) Tampereen yhteispäivystys Acutassa on tehty tutkimus yli 70 vuotta täyttäneiden päivystyskäynneistä ja seuraavat tulokset ovat tutkimuksen loppuraportista poimittua. Julkaisun tavoitteena on olla avuksi sosiaali- ja terveydenhuollon laadun kehittämiseksi, päivystyksen resursien parantamiseksi sekä avohoidon kehittämiseksi ja suunnittelemiseksi. (Haapamäki, Huhtala, Löfgren, Mylläri, Seinälä & Valvanne 2014.)

Keskimäärin joka viides päivystyksen asiakas on yli 75-vuotias. Tyypillisiä piirteitä iäkkäille päivystyspotilaille ovat useat terveysongelmat ja sairaudet, pidempi päivystyksessä oloaika ja laajemat kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset, mutta silti diagnoosit ovat epätarkempia. Iäkäs potilas otetaan myös useammin sairaalahoitoon kuin nuorempi aikuispotilas. Yleistilan lasku oli yleinen

syy tulla päivystykseen (12,6 %) kaikista käynneistä. Yleisin kotiutus- tai siirtodiagnoosi oli huonovointisuus ja väsymys, toiseksi yleisin eteisvärinä tai eteislepatus ja kolmanneksi yleisin oli keuhkokuume. (Haapamäki ym. 2014.)

Tutkimuksen mukaan iäkkäiden päivystyskäynnit tulevat entisestään lisääntymään väestörakenteen muuttuessa. Avohoitopainotteisuus selittää yleistilan laskun yleisenä syynä tulla päivystykseen sekä yleisenä diagnoosina. Tähän pitäisi inhimillisten ja taloudellisten syiden vuoksi reagoida uudistamalla kotisairaanhoidonpalveluita sekä sosiaalipuolen palveluita. Geriatriksen osaamisen vahvistaminen palvelujärjestelmässä, henkilökunnan kouluttaminen sekä kotihoidon tukeminen, ohjaus sekä konsultaatiomahdollisuudet ovat tärkeitä kehittämiskohteita. Tutkimuksen loppujulkaisussa nostettiin esille myös lähetetietojen sekä tiedonsiirron kehittäminen. Kotihoidon työntekijät tuntevat asiakkaat ja heidän toimintakyvyn sekä avuntarpeen parhaiten. (Haapamäki ym. 2014.)

Iäkkäiden päivystyskäyntien syistä on myös tehty tutkimus, joissa on haastateltu itse potilaita. Usein syynä päivystyskäynnille oli muuhun hoitopaikkaan pääsemisen vaikeus, tarpeellisen avunsaannin vaikeus tai toisen henkilön mielipide päivystyskäynnin kannattavuudesta. Usein iäkkäät itse yrittivät pärjätä mahdollisimman pitkälle ilman päivystyskäyntiä. Tuloksista voi todeta ennaltaehkäisevän toiminnan suuren merkityksen, jotta sairaus, sen pahentuneet oireet tai alentunut yleistila ei vaatisi päivystyskäyntiä viimeisenä vaihtoehtona. (Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskukset vastaavat perusterveydenhuollon päivystyksestä päivisin ja iltaisin. Ilta ja yö aikaan perusterveydenhuollon päivystys on keskitetty Keski-Suomen keskussairaalaan koko sairaanhoitopiirin alueella. Suuret potilasmäärät kuormittavat paljon päivystyspalveluita varsinkin, jos hoitoon hakeutuu paljon ihmisiä, joiden terveydentila ei kuulu päivystyspalveluiden piiriin. Yleistilan laskun vuoksi kotona pärjäämätön asiakas, jonka peruselintoiminnoissa ei ole häiriötä eikä akuuttia hoidon tarvetta voisi siirtyä päivystysaikana oman alueen terveyskeskukseen suoraan ilman päivystyskäyntiä. Asiakkaan huolellinen tutkiminen ja lomakkeen täyttäminen mahdollistaisi konsultaation keskussairaalaan, josta lääkäri voi oman näkemyksen mukaisesti antaa luvan siirtää asiakas terveyskeskukseen ja kirjata tietojärjestelmään mahdolliset lisätutkimukset ja hoito-ohjeet. (Lintu Mikko, henkilökohtainen tiedonanto 19.9.2014.)

5.2 Hoidon kiireellisyysluokitus

Päivystyksessä on käytössä kiireellisyysluokitus eli triage-luokitus, jonka perusteella arvioidaan potilaiden hoidon tarve ja sen kiireellisyys. Suomessa toimii viisiportainen arviointiasteikko ABC-DE, mutta ohje ei ole valtakunnallinen vaan eri sairaanhoitopiirit soveltavat sitä omaan käyttöön. A-luokan kiireellisyys tarkoittaa välitöntä hoitoa vaativaa potilasta, jolla on hengenvaara. B-luokan potilaalla on uhkaava hengenvaara ja tarvitsee hoidon aloittamisen lähes välittömästi, C-luokan potilas on määritelty kiireelliseksi ja tarvitsee seurantaa ja D-luokan on puolikiireellinen, jonka voi tutkia sairaanhoitajan vastaanotolla ja tarpeen vaatiessa määritellä hoidon tarve ja kiireellisyys uudestaan. E-luokan potilas ei kuulu päivystykseen, mutta sairaanhoitaja voi tarvittaessa tutkia potilaan tarkemmin, konsultoida lääkäriä tai ohjata potilas hakeutumaan seuraavana päivänä omalle terveysasemalle (Hannula ym. 2015.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on tehnyt uuden triage- ohjeistuksen uuden päivystysasetuksen mukaisesti. Ohjeistus on jaettu alueen ensihoitoyksiköiden tueksi, jotta päivystysasetus toteutuisi tavoitteiden mukaisesti. Lomake on tehty triage- ohjeistusta noudattaen, jotta ensiarvion tekeminen kotihoidossa olisi yhdenmukaista muiden hoitoketjuun kuuluvien yksiköiden kanssa. (Hannula ym. 2015.)

5.3 Äkillisesti heikentyneen tilan arviointi kotihoidossa

Hoidon tarpeen arviointi on määritelty hoitotakuulaissa, joka astui voimaan 1.3.2005 (Syväoja & Äijälä 2009, 7). Päivystysasetuksessa hoidon tarpeen arviointi on määritelty siten, että hoidon tarpeen arviointi perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön asianmukaiseen koulutukseen ja kokeemukseen. Hänellä pitää olla käytössä potilasasiakirjat sekä yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2013.)

Tässä opinnäytetyössä käytämme termiä kotihoidon tekemän ensiarvio, koska kotihoidon työntekijä ei voi toteuttaa lainmukaista hoidon tarpeen arviointia tätä lomaketta käyttäessä. Varsinainen hoidon tarpeen arviointi toteutuu siinä tilanteessa kun kotihoidon työntekijä ottaa yhteyttä joko suoraan päivystävään terveydenhuoltoalan yksikköön, ensihoidon kenttäjohtajaan tai kun ambulanssi toteuttaa kohteessa hoidon tarpeen arvioinnin ja konsultoi tilanteesta lääkäriä.

Terveydenhuoltojärjestelmän kannalta erityisen tärkeää on hoidon tarpeen arviointi. Sen onnistumisella on vaikutusta järjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessien onnistumiseen sekä sujuvuuteen ja tärkeimpänä potilaan sekä hänen omaisten kokemuksiin hoidosta ja sen laadusta. Hoidon tarvetta arvioidessa korostuu yhteistyön merkitys terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä, jotta hoitoketju on sujuva ja toimiva. Hoidon tarvetta arvioidessa alan ammattilaisten ammattitaito ja kokemus ovat äärimmäisen tärkeitä. Tiedon päivittämisellä ja osaamisen varmistamisella, esimerkiksi täydennyskoulutuksella, onkin tärkeää varmistaa hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen potilaan parhaaksi. (Syväoja & Äijälä 2009, 7.)

Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen on välttämätöntä, koska se perustuu lakiin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä 12§ potilasasiakirjat ja hoitoon liittyvä muu materiaali määrittävät kirjaamisesta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Kirjaamisen tarkoituksena on taata hoidon jatkuvuus ja tiedon kulku sekä varmistaa hoidon toteutus ja seuranta. Kirjaamisella on erittäin tärkeä rooli hoidon tarvetta arvioidessa, koska se nimenomaan kertoo hoidon jatkuvuudesta ja voi vaikuttaa hoitoon pääsyyn. Kirjauksen puuttuminen tai sen huono laatu voi johtaa jopa hoitovirheeseen. Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisen täytyy sisältää yhteydenoton ajankohta, arvioinnin tehneen ammattihenkilön nimi ja ammattinimike sekä yhteydenottajan tiedot, mikäli potilas itse ei ole ottanut yhteyttä. Oireiden tai yhteydenoton syyn sekä annettujen hoito-ohjeiden tai neuvonnan täytyy selvitä kirjauksesta. Mikäli tilanteessa on konsultoitu lääkäriä, myös hänen nimi pitää kirjata potilasasiakirjaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 73–74.)

5.4 Ensiarvio

Äkillisen tilanteen sattuessa hoitajan on tehtävä tilanteesta ensiarvio. Ensiarvio on nopea katsaus, joka on suuntaa-antava arvio tilanteen vakavuudesta. Ensiarvion tekemiseen käytetään helppoa ABCD- protokollaa. Aina potilaan kohdatessa käytetään kyseistä protokollaa ja se on otettu huomioon myös vuosina 2011- 2014 tehdyssä Eheä Elämän Ehto- hankkeessa. Hanke on Oulun ammatikorkeakoulun koordinoima hanke, jonka tarkoitus on tuottaa vanhustyöhön innovatiivisia toimintamalleja, jotka parantavat hyvinvointia ja arjessa selviytymistä. Hankkeessa yhtenä osa-alueena kehitettiin koulutuskokonaisuus akuuttitilanteita varten. (Korkiakangas & Vanhanen 2014.)

- A- eli airways (ilmatie): Varmista, että hengitystiet ovat auki. Turvaa tajuttoman hengitystiet kylkiasennolla.
- B- eli breathing (hengitys): Tarkkaile hengitystä, hengitysääniä, kykyä puhua, apulihasten käyttöä.

- C- eli circulation (verenkierto): Tarkkaile sykettä. Tuntuuko rannesyke? Sykkeen säännöllisyys/ epäsäännöllisyys, ihon väri ja lämpö.
- D- eli disability (tajuuta): Arvioi tajunta silmien, puheen ja liikevasteen avulla. Vastaaileeko asiallisesti kysymyksiin. Mikäli tajunnan taso on alentunut, käännä asiakas kylkiasentoon.

Ensiarvion tekemiseen saisi kulua aikaa 10 -30 sekuntia. Mikäli ensiarvion mukaan kyseessä on hätätilanne, on otettava välittömästi yhteys hätänumeroon ja annettava tarpeellinen ensiapu. Välitön tilanearvio tehdään ensiarvion jälkeen ja se tarkoittaa asiakkaan tarkempaa tutkimista. Tilanearvion pohjalta on mietittävä oikeata hoitopolkua asiakkaalle ja tarvittaessa konsultoitava lääkäriä, päivystysyksikköä tai kenttäjohtajaa sekä aloitettava hoitotoimenpiteet. (Korkiakangas & Vanhanen 2014.) Peruselintoimintoja tutkitaan silmämääräisesti havainnoimalla sekä erilaisia apuvälineitä käyttämällä (Väisänen Ville 2010). Silmämääräinen katselu, asiakkaaseen rohkeasti koskeminen ja asiakkaan haastattelu antaa usein riittävät tiedot siitä onko kyseessä välitöntä ja nopeaa sairaalahoittoa vaativa tilanne vai tilanne, jota voidaan rauhassa selvittää ja asiakasta tutkia esimerkiksi kotona vielä tarkemmin (Väisänen Ville 2010).

Kotihoidon työntekijän tulisi kyetä tekemään asiakkaasta ensiarvio ja havainnoida asiakkaalta peruselintoimintoihin kuuluvat hengitys, verenkierto ja tajunta ilman mitään apuvälineitä. Aluksi arviota tehdessä voidaan hengitystä havainnoida tunnustelemalla ilmavirtausta omalla kämmenselällä asiakkaan suun edestä. Verenkiertoa arvioidaan tajuissaan olevalta asiakkaalta esimerkiksi ranteen pulssia tunnustelemalla tai kaulalta. Tajunnan tason arvioinnissa riittää karkea jaottelu. Joko asiakas on tajuissaan, reagoi puheeseen tai käsittelyyn, esimerkiksi hartioiden ravisteluun. Mikäli asiakas ei reagoi edellä mainittuihin, on hän tajuton. Tajuttomalta asiakkaalta tulee välittömästi arvioida hengitys ja pulssi. (Kuisma ym. 2013, 120.) Silmämääräisen ja ilman apuvälineitä tehdyn ensiarvion jälkeen asiakkaalta tarpeen mukaan mitataan verenpaine, veren happisaturaatio (SpO₂), verensokeri (GM) ja arvioidaan tajunta hyödyntäen esimerkiksi Glasgow Coma Scale asteikkoa sekä lasketaan hengitystaajuus (HT) (Väisänen 2010).

6 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tilastokeskuksen tilaston mukaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella väestömäärä vuonna 2011 oli 274 379. Väestöstä 65- 74-vuotiaita oli 27 782 asukasta ja yli 74-vuotiaita oli 23 701 asukasta. Tilastokeskuksen arvion mukaan vuonna 2015 sairaanhoitopiirin alueella asuisi 59 076 yli 65-vuotiasta (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen THL:n mukaan Keski-Suomen alueella vuonna 2011 kotihoidon piirissä asiakkaita oli 5516. Muutos vuoteen 2010 oli +4,2 %. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli yhteensä 3704 asiakasta, joista yli 75-vuotiaita oli 2760. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Keski-Suomen alueella kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toiminnot tuotetaan usealla eri tavalla. Kunnat järjestävät toiminnan osin omana toimintanaan, ostavat sen kokonaisuudessaan yksityisiltä palveluntuottajilta tai näiden yhdistelmällä. Kotihoidon palveluita käyttävät asiakkaat ovat lisääntyneet suurten ikäluokkien vanhetessa. Asiakkaat ovat huonommassa kunnossa ja tarvitsevat paljon apua. Avohoitopainotteisuus ja nopea kotiutus sairaalasta luo haasteita kotihoidon henkilökunnalle. Kotihoidossa työskentelee hoitajia monella eri koulutustaustalla, kuten sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. (Antila Sari, henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2014.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella on nyt paneuduttu muutoinkin kotihoidon kehittämiseen. Esimerkkinä mainittakoon kotisairaala, jonka toiminta pyritään käynnistämään vuoden 2015 loppupuolella Jyväskylän alueella. Kotisairaala on erikoislääkärilähtöinen yksikkö, joka pystyy järjestämään kotona sairaalatasoista hoitoa, esimerkiksi suonensisäisen antibioottihoidon, joka on ollut aiemmin mahdollista vain sairaalaosastolla. (Lintu Mikko, henkilökohtainen tiedonanto 19.9.2014.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää teorian avulla lomake, jolla arvioidaan kotihoidon asiakkaan äkillisesti heikentynyttä vointia sekä nopeutetaan ja parannetaan hoitoketjua konsultatiomahdollisuudella ensihoidon kenttäjohtajalle tai Keski-Suomen keskussairaalan päivystyksen neuvontapuhelimeen. Lomaketta voi käyttää arvioidessa tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa asiakkaalle, jos kotona pärjääminen on heikentynyt. Täyttämällä lomake asianmukaisesti asiakkaan tiedot siirtyvät luotettavasti hoitoketjussa eteenpäin. Lomakkeessa on myös ohjeet yleisimpien sairauskohtausten hätäensiavun antamiseen hoitajan tueksi. (Liite 1.)

Opinnäytetyön tavoitteena on pyrkiä parantamaan kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä lomakkeen avulla, ja luoda edellytykset sille, että Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle tulisi toimiva ja yhtenäinen toimintatapa näihin tilanteisiin. Kenttäjohtajien konsultaation ja päivystyksen puhelinneuvonnan käytön lisääminen parantaa moniammatillisuutta ja ajaa kotihoidon asiakkaan etua. Pidemmän aikavälin tavoitteena on tukea kotihoidon työntekijöiden toimintaa luomalla yhtenäiset käytänteet tilanteisiin, joissa ihmisen vointi on joko äkillisesti tai pidemmällä aikavälillä huonontunut niin, että ihmisen kotona pärjääminen tulee kyseenalaistetuksi. Yksi tavoite myös on, että lomakkeen avulla aiheettomat päivystyskäynnit vähenisivät keskussairaalan perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on myös kehittää tekijöiden ammattitaitoa kehittämistoiminnan kautta.

8 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS

8.1 Ensiarviolomakkeen suunnittelu

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkärin yhteistyöpyynnöstä tuli ajatus opinnäytetyöstä, joka parantaisi päivystyspalvelujen ja kotihoidon yhteistyötä potilaslähtöisemmäksi ja kustannustehokkaammaksi. Käytäntö on osoittanut, että päivystykseen hakeutuu potilaita, joiden oireet eivät tarvitse päivystyksellistä hoitoa. Suuri asiakasryhmä on kotihoidon asiakkaat, koska tarpeellista apua ei välttämättä saa muista terveyden- tai sosiaalihuollon yksiköistä. Kehittämistarpeen kautta nousi ajatus lomakkeen tekemisestä, jonka avulla kotihoidon henkilökunta pystyisi arvioimaan asiakkaan tilannetta kotona.

Opinnäytetyön aihe oli uusi eikä vastaavanlaista mallia ole aikaisemmin ollut käytössä Keski-Suomessa. Monissa muissa sairaanhoitopiireissä kotihoitoa on tutkittu ja kehitetty erilaisten tutkimusten ja hankkeiden kautta, jotta kotihoidon asiakkaiden hoitoketju olisi mahdollisimman ennaltaehkäisevä, sujuva ja oikea-aikainen silloin, kun asiakkaan yleisilassa tapahtuu laskua, asiakas sairastuu tai jo olemassa olevan sairauden oireet pahenevat. Ensihoidon vastuulääkäri, päivystyksen osastonhoitaja ensihoidon osalta sekä sairaanhoitopiirin kenttäjohtajat antoivat tukensa opinnäytetyölle, jotta yhteistyötä ensihoidon ja kotihoidon kanssa saataisiin kehitettyä. Sopimus opinnäytetyöstä tehtiin ensihoidon vastuulääkäri kanssa. Lomakkeen suunnittelu aloitettiin tekemällä yhteistyösopimus ja etsimällä aikaisempia vastaavia toimintatapoja sekä ohjeistuksia.

Opinnäytetyötä tehdessä tietoa hankittiin sekä kotihoitoa koskevista tutkimuksista ja hankkeista että ensihoito- ja akuuttialan kirjallisuudesta, eli lomakkeen taustalla on vankka hoitotyön teoria. Olemme käyttäneet käytännön osoittamaa omaa asiantuntemusta sekä kollegoiden tietotaitoa ja kokemuspohjaa myös hyväksi opinnäytetyötä tehdessämme. Opinnäytetyömme on toiminnallinen eli kehittämispainotteinen opinnäytetyö, jolla pyritään esimerkiksi kehittämään käytännön toimintaa. Kehittämispainotteisella opinnäytetyöllä on usein toimeksiantaja työelämästä. Kehittämispainotteiset opinnäytetyöt voidaan jakaa vielä kahteen pääryhmään; produktioon ja kehittämishankkeeseen. Produktion tavoitteena on tuottaa kertaluontoinen tuotos, työväline tai palvelu jollekin tietylle käyttäjäryhmälle. Kehittämishankkeen tavoitteena on taas työryhmän palveluiden tai toimintatapojen kehittäminen tai uudelleen suunnittelu. Tämän opinnäytetyön tuotos tulee olemaan uusi käytän-

tö lomakkeen muodossa työelämään, joten se on puhtaasti produktio. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 33–35.)

8.2 Ensiarviolomakkeen toteutus ja käyttöönotto

Etsimme aluksi teoretietoa lomakkeen pohjaksi käymällä läpi ajankohtaisia tutkimuksia, tilastoja ja ensihoidon kirjallisuutta, keskustelimme kotihoidon työntekijöiden kanssa työharjoittelujaksoilla sekä perehdyimme aikaisemmin käytössä olleisiin vastaaviin toimintaohjeisiin. Kotihoidon asiakkaista ja heidän terveystalveluiden käytöstä on tehty useita tutkimuksia, joiden tutkimustuloksia olemme käyttäneet hyväksi opinnäytetyötä tehdessä. Teimme lomakkeesta mahdollisimman yksinkertaisen ja selkeän, jotta siitä saadaan paras mahdollinen hyöty. Lomakkeessa on huomioitu myös Keski-Suomen keskussairaalan triage- kaavakkeen vaatimia tietoa hoitoketjun sujuvuuden varmistamiseksi.

Lomake on kehitetty asiakkaan voimien arvioinnin tueksi, jolla voidaan arvioida päivystyksellisen hoidon tarvetta. Lomake toimii myös ohjeistuksena toimia hätätilanteissa, joissa asiakkaalla on uhkaava peruselintoimintojen häiriö. Vahvan ammattitaidon omaavat kenttäjohtajat sekä Keski-Suomen keskussairaalan päivystyksen puhelinneuvonta antaa tarvittaessa puhelinkonsultaation kautta ohjeistusta kotihoidon työntekijöille kiireettömissä tilanteissa, joissa mietitään mahdollisesti muuta ratkaisua kuin asiakkaan lähettämistä päivystykseen. Lomake tulee täyttää huolellisesti, jotta konsultaatiopuhelu on mahdollisimman jouheva ja selkeä.

Lomakkeessa on ruudukko peruselintoiminnoille, mutta mikäli tarvittavaa mittaria ei ole käytössä, ruudun voi jättää tyhjäksi. Ruudukko peruselintoiminnolle on koottu kuitenkin niin, että suurimman osan arvoista saa selville tarkkailemalla asiakasta. Riittävä verenpaine tuntuu rannesykkeen tuntueksa. Mikäli ranteesta tuntuu syke, systolinen paine on oletettavasti 80 mmHg ja se riittää turvaamaan verenkiertoa. Voi myös olettaa, että poikkeavia verensokerilukemia löytyy varsinkin diabeetikoilta, joilla on omat verensokerimittarit. Lomake on tehty mahdollisimman yksinkertaiseksi täyttää, jotta aikaa ei menisi hukkaan. Tärkeintä lomakkeen käytössä on kuitenkin tiedon siirtyminen luotettavasti yksiköstä toiseen, jotta potilasturvallisuus säilyisi. Lomakkeen täyttämisen aloittaminen ylhäältä alaspäin johdonmukaisesti on tärkeää, jotta tärkeimmät asiat tulevat kirjatuksi.

Keski-Suomen alueen ensihoitopalvelun käytettävissä ei toistaiseksi ole sähköistä potilastietojärjestelmää, josta ensihoitaja saisi tietoonsa potilaan perussairaudet tai lääkityksen. Tämän vuoksi suju-

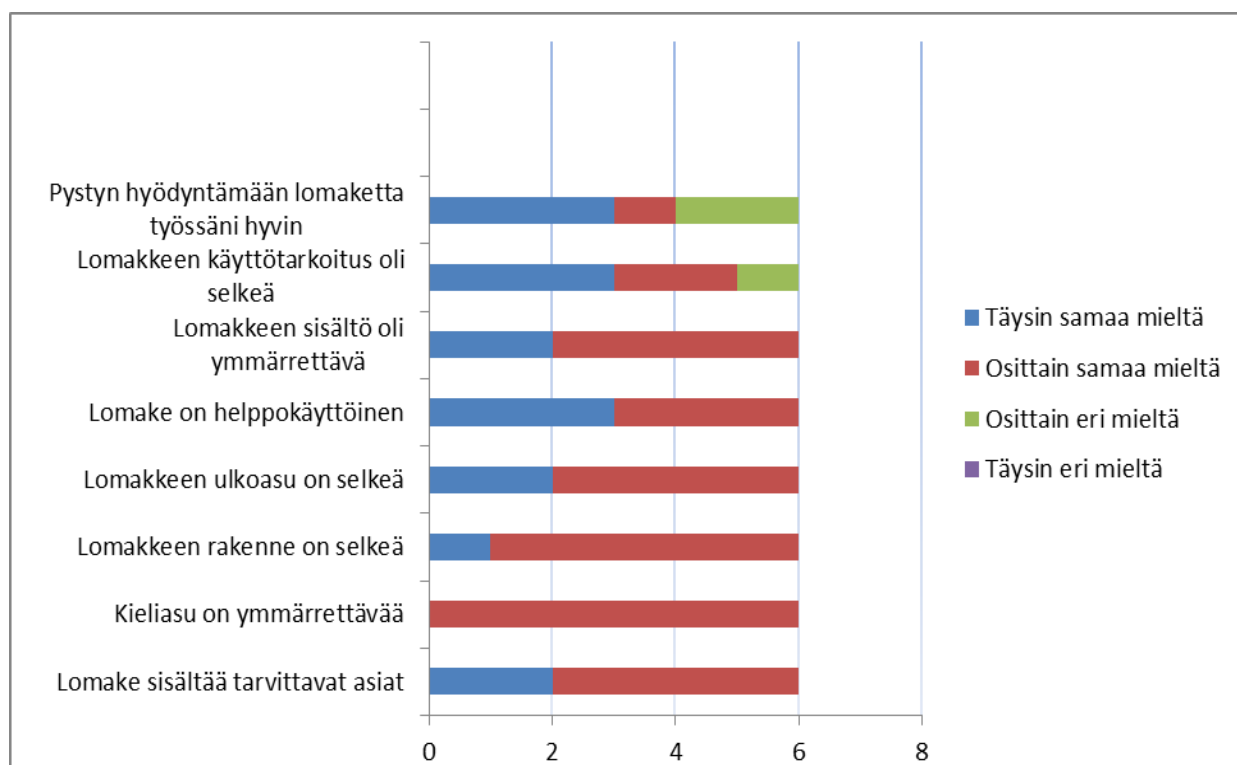
vamman toiminnan vuoksi kotihoidon työntekijän on liitettävä lomakkeeseen tiedot perussairauksista, lääkityksestä sekä mahdollisesta hoitotahdosta tai hoidon rajauksista. Hoitajan on kirjoitettava näkemys tilanteesta ja oirekuvasta siihen tarkoitettuun kohtaan. On hyvä myös selvittää asiakkaan aiempaa toimintakykyä ja arvioida mahdollista toimintakyvyn alenemaa.

Lomake toimii kotihoidon työntekijälle myös niin sanottuna muistilistana siitä mitä asiakkaasta täytyy osata raportoida ensihoitajille. Hyvin ja asianmukaisesti täytetty lomake nopeuttaa ensihoitajien toimintaa ja asiakkaan tutkimista kohteessa, jolloin myös hoitoketju nopeutuu. Lomakkeen toimintaohjeistus on rakennettu hyödyntäen olemassa olevia vastaavia triage-ohjeistuksia, joita käytetään ensihoidossa sekä Keski-Suomen keskussairaalan päivystyksessä.

Lomakkeen painamisen, käyttöönoton ja jakelun hoitaa haluamassaan aikataulussa sairaanhoitopiiri ensihoidon vastuulääkäri Mikko Linnun ohjeistuksella ja saatekirjeellä. Lomakkeeseen liitetään opinnäytetyön internet-osoite Theseus-tietokannassa, josta kotihoidon työntekijät lukevat lomakkeen teoriapohjan.

8.3 Palaute ensiarviolomakkeesta

Tehdystä ensiarviolomakkeesta pyydettiin palautetta erillisellä kyselylomakkeella (LIITE 2) sekä ensihoitajilta että kotipalvelun työntekijöiltä. Palautekyselyssä ensiarviolomakkeesta käytettiin termiä ”lomake”, joka lyhensi kysymyksiä ja selkeytti lomaketta. Palautekyselyllä selvitettiin ensiarviolomakkeen käyttötarkoituksen selkeyttä, sisällön ymmärrettävyyttä, helppokäyttöisyyttä, ulkoasun selkeyttä, rakenteen selkeyttä, kieliäsun ymmärrettävyyttä sekä sitä sisältääkö lomake kaikki tarvittavat asiat ja pystyykö hoitohenkilökunta hyödyntämään lomaketta työssään. Palautekyselyssä oli mielipidettä mittaavia kysymyksiä joissa vastausvaihtoehtoja oli neljä, sekä yksi avoin kysymys johon vastaajat pystyivät kirjoittamaan kehittämissuhteita. Palautekysely lähetettiin sähköpostilla 13 ensihoitajalle ja 12 kotipalvelun työntekijälle. Palautekyselyyn tuli 7 vastausta, joista yksi ei ollut vastannut kyselyn kaikkiin mielipidettä mittaaviin kysymyksiin, ja tästä lomakkeesta käytettiin vain avoimen kysymyksen vastaus. Palautekyselyn tuloksista tehtiin yhteenveto Wordin kaaviotyökalulla (KUVIO 1) sekä avoimen vastauksen kysymykset luokiteltiin ja pääasiat kirjoitettiin auki.



KUVIO 1. Palautearvio ensiarviolomakkeesta (n=6)

Palautteesta (KUVIO 1) kävi ilmi, että suurin osa vastaajista koki pystyvänsä hyödyntämään lomaketta hyvin työssään, kaksi vastaajaa koki että on asiasta osittain eri mieltä. Lomakkeen käyttötarkoituksen koki selkeäksi suurin osa vastaajista, vain yksi vastaaja koki että on osittain eri mieltä lomakkeen selkeydestä. Lomakkeen sisällön koki ymmärrettäväksi kaikki vastaajat, ja vastaajat kokivat ulkoasun ja rakenteen olevan selkeä. Kaikki vastaajat olivat osittain samaa mieltä siitä että lomakkeen kieliasu on ymmärrettävää. Kaikki vastaajat olivat joko osittain tai täysin samaa mieltä siitä että lomake sisältää kaikki tarvittavat asiat.

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin lomakkeeseen kehittämisehdotuksia. Useampi vastaaja oli kirjoittanut lomakkeen idean olevan hyvä, ja helpottavat niin ensihoidon kun kotihoidon henkilökunnan työtä. Vastauksista kävi myös ilmi että vastaajat kokivat helpottavan ensihoidon tehtävää kun perusasiat on mitattu ja kirjattu, ja ensihoidon työntekijöiden kirjatessa muutenkin erilaisille kaavakkeille ensiarviolomake on yksinkertainen.

”Ajatuksena ja ideana erittäin hyvä.”

”KSH:n saikkarina näen tälle selkeän tarpeen ja sen hyödyn.”

Vastaajat kirjoittivat lomakkeen olevan suhteellisen helppo käyttää, mutta lähes joka lomakkeessa nousi kysymys siitä kuka kotihoidon henkilökuntaa kouluttaa lomakkeen käyttöön, ja kuka määrittelee ja velvoittaa käyttöönoton esimerkiksi yksityisten palveluntuottajien kohdalla.

”Vaatinee ainakin tuoreimmille työntekijöille koulutusta ja ohjausta.”

”Kuka kouluttaa ja varmistaa että osataan käyttää?”

Yhdessä lomakkeessa oli myös kysymys lomakkeesta puuttuvista raja-arvoista, eli olisiko koulutuksen jälkeen mahdollista lomakkeelle niitä lisätä.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä tehdessä tietoa on hankittu sekä kotihoitoa koskevista tutkimuksista ja hankkeista että ensihoito- ja akuuttialan kirjallisuudesta. Olemme käyttäneet käytännön osoittamaa omaa sekä kollegoiden tietotaitoa ja kokemuspohjaa myös hyväksi opinnäytetyötä tehdessämme. Ensiarviolomake on tehty tiiviissä yhteistyössä ensihoidon vastuulääkäriin, kenttäjohtajien sekä kotihoidon edustajien kanssa, jotta se on mahdollisimman hyvin palveleva ja tukee kotihoidon sekä ensihoidon yhteistyön kehittämistä. Lisäksi prosessin aikana on tutustuttu erilaisiin tapoihin arvioida luotettavasti potilaan tilaa ja elintoimintoja niillä välineillä, joita kotihoidon työntekijöillä on käytössään. Monet käynnit tehdään ilman hoitovälineitä, mutta asiakkaan luona voikin paljastua äkillinen tilanne.

Yhteistyötä kotihoidon henkilökunnan kanssa tehdessä on havainnoitu heidän toimintamalleja sekä ammattiosaamista ja kehittämiskohteita, joissa vielä tarvitaan kehittämistä (Antila Sari, henkilökohmainen tiedonanto 2.5.2014). Molemmat opinnäytetyön tekijöistä ovat työharjoittelussa kotihoidossa ollessaan myös haastatelleet kotihoidon henkilökuntaa ja pistänyt merkille tilanteita, joissa tukea tarvitaan. Kotihoidon edustajien kanssa on keskusteltu muun muassa potilaan kuljettamisen perusteista sekä potilaan hoitamisesta kotiin. Usein huolenaiheena kotihoidon työntekijällä on vastuukysymys ja epätietoisuus voiko asiakkaan jättää kotiin alentuneen yleistilan takia. Tämän opinnäytetyön ansiosta päätöksen tekoon saa tukea ja apua eikä ambulanssia tarvitse tilata varmuuden vuoksi.

Tavoitteena on myös tulevaisuudessa käyttää kenttäjohtajien ammattitaitoa hyväksi, jotta oikea-aikainen hoito sekä hoitopaikka järjestyvät kotihoidon asiakkaalle. Kenttäjohtajat näkevät Efficajärjestelmästä potilastiedot sekä ovat lääkärien välittömässä läheisyydessä keskussairaalaissa. Keski-Suomen alueella on laajoja haja-asutusalueita ja toisinaan alueelle syntyy ambulanssityhjiöitä. Kenttäjohtaja näkee reaaliajassa kaikki ensihoidon yksiköt ja niiden sijainnin, joten toisinaan asiakas tavoittaa hoidon nopeammin esimerkiksi paritaksilla kuin ambulanssilla. Mikäli asiakkaan vointi ja peruselintoiminnot ovat vakaat, paritaksin tilaaminen asiakkaalle näin ollen vähentää mahdollisia ambulanssityhjiöitä sekä vapauttaa resursseja kiireellisille ensihoitotehtäville.

Pyrkimys on parantaa potilaiden ja asiakkaiden hoitoa sekä tukea kotona selviytymistä. Lomakkeen täyttäminen kotihoidon osalta myös nopeuttaa hoitoketjua sekä parantaa tiedonkulkua. Opinnäytetyön avulla pyritään kehittämään kotihoidon, ensihoidon ja päivystyspalveluiden päivittäistä toimintaa, parannetaan potilastyytyväisyyttä ja potilasturvallisuutta sekä tuodaan varmuutta kotihoidon asiakkaiden voinnin arviointiin ja annetaan tukea äkillisissä tilanteissa toimimisessa. Tekijät toivovat opinnäytetyön parantavan ja kehittävän kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä työntekijöiden sekä ennen kaikkea asiakkaiden ja potilaiden vuoksi. Tekemästämme palautekyselystä miten hoitotyön ammattilaiset ensiarviolomakkeen arvioivat kävi ilmi, että ensiarviolomakkeella on käyttöä ja tilausta, mutta koulutusta sen käyttöön tarvitaan jotta se hyödyttää kaikkia osapuolia.

Opinnäytetyö luo mahdollisuuden kehittää yhteistyötä myös jatkossa. Tulevaisuudessa lomaketta ja sen käyttöä arvioivat kollegat päivystyksestä ja ensihoidosta sekä kotihoidon työntekijät, jotta sitä voidaan edelleen kehittää ja kotihoidon työntekijöille voidaan järjestää tarvittaessa koulutusta. Riippuen lomakkeen käyttöasteesta tutkimusaiheina olisivat lomakkeen vaikutus kotihoidon asiakkaan hoitoketjuun ja lomakkeen käytön mahdolliset edut ja haitat kotihoidon työntekijän osalta. Tutkimustulosten perusteella kotihoidon työntekijöille järjestettävä koulutus voisi keskittyä niihin osa-alueisiin, jotka tuntuvat vaikeilta. Jyväskylässä Seppälän paloasemalla olevan koulutustilan simulaatiohuone olisi hyvä paikka pitää koulutusta, joissa harjoiteltaisi esimerkiksi elvytystä ja tajuttoman asiakkaan ensiapua sekä perusmittausten tekemistä.

Sairaanhoitopiiri aikoo jatkossa työstää aiheita myös tuleville opiskelijoille aiheeseen liittyen ja tästä saisi luontevasti hyvän jatkumon opinnäytetöille Diakonia-ammattikorkeakoulussa. Lomakkeen lisäksi opinnäytetyön kirjallinen osuus toimii teoriapohjana lomakkeen käyttöön ja siinä eritellään lomakkeen sisältö sekä täyttäminen.

Olemme tyytyväisiä lomakkeen ulkomuotoon ja selkeyteen. Kirjallisen raportin aiheen laajuuden rajaaminen oli mielestämme haastavinta, jotta raportista saadaan mahdollisimman selkeä ja kehittämistyötä parhaiten palveleva. Opinnäytetyön kirjallisen raportti on tarkoitettu kotihoidon työntekijöille ja työntekijöiden koulutustausta on monialainen, joten tekstistä täytyi tehdä tarpeeksi selkokielinen.

Hoitotyön kirjallisuutta löytyi hyvin ja se oli myös ajankohtaista. Pehdyimme erityisesti yksinkertaisiin tutkimus- ja hoitomenetelmiin, joita voi suorittaa yksinkertaisilla välineillä. Yhteistyömme

sujui hyvin. Teimme aikataulusuunnitelman ja sovimme tapaamisia aika ajoin, jolloin tekstiä nivotaan yhteen.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Ensihoidon vastuulääkäri on tarkastanut ja hyväksynyt kaikki lääketieteellistä kannanottoa vaativat osiot. Sairaanhoidopiiri ja ensihoidon vastuulääkäri huolehtii ajallaan lomakkeen käytön kouluttamisesta ja sen käyttöönotosta. Hankkeet ja tutkimukset, joihin olemme tutustuneet, ovat olleet laajempia ja budjetoituja. Annamme opinnäytetyöllä alun kotihoidon kehittämiseksi, koska resurssit eivät riitä suurempaan hankkeeseen.

Terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, hoito ja kärsimyksiensä lievittäminen. Terveydenhuollossa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa. Terveydenhuoltoalan ammattiryhmät ovat kirjanneet itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään oikeita valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisen toimintaa sekä pohtimaan toimintansa perusteita. (Lindqvist 2001) Eettiset seikat on otettava huomioon opinnäytetyötä tehdessämme, koska kyseessä on kotihoidon asiakkaan terveyteen ja hoitoon vaikuttava toiminta. Opinnäytetyötä tehdessä olemme toimineet ammatillisesti ja eettisesti. Olemme kunnioittaneet kotihoidon työntekijöiden ammatillisuutta, koska he tekevät arvokasta ja vaativaa työtä.

LÄHTEET

- Antila, Sari 2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Kotihoito. Henkilökohtainen tiedonanto 2.5.2014.
- Castrén, Maaret; Helveranta, Kai; Kinnunen, Ari; Korte, Henna; Laurila, Kimmo; Paakkonen, Heikki; Pousi, Jouni & Väisänen, Olli 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Castrén, Maaret; Korte, Henna; Myllyrinne, Kristiina 2012. Ensiapuopas. Aikuisen painelupuhalluselvytys (PPE). Viitattu 24.8.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/anna.diak.fi:2048/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00026&p_haku=elvytys
- Ensihoidon palvelutasopäätös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella 2014. Viitattu 4.10.2014.
<http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B37B42926-E6DB-4E1B-B49D-B26B59AFBF15%7D/50018>
- Haapamäki, Eija; Huhtala, Heini; Löfgren, Tuuli; Mylläri, Elina; Seinelä, Lauri & Valvanne, Jaakko 2014. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 3: Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. Viitattu 27.7.2015. päivystysartikkeli_ebook.pdf
- Halila, Ritva & Mustajoki, Pertti 2015. Käypä hoito. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Viitattu 31.7.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809
- Hannula, Ossi; Immonen, Arsi; Kauppinen, Jari; Kauranen, Niina; Lehtola, Arja; Männistö, Petteri; Pulkkinen, Tero; Solonen, Ari; Tukia, Satu & Tuukkanen, Johanna 2015. Hoidon kiireellisyyden ensiarvio KSSH:n päivystyspoliklinikalla. <http://www.ksshp.fi/fi-FI> Tuloste tekijöiden hallussa.
- Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2015. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Viitattu 29.7.2015.
https://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatokset.pdf/cfff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4
- Ikonen, Eija-Riitta 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy
- Kehusmaa, Sari 2014. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Hoidon menoja hillitsemässä. Tampere: Juvenes Print.

- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013. Aluutilasto 2011. Viitattu 24.8.2015.
<http://www.ksshp.fi/download/noname/{C2AD368C-20D8-4F2B-B730-2BE44406A80B}/43851>
- Korkiakangas, Eveliina & Vanhanen, Minna 2014. Akuuttitilanteet ikääntyneen hoitotyössä. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisu. Viitattu 16.7.2015.
http://www.oamk.fi/epooki/files/2314/1821/1482/Akuuttitilanteet_ikaantyneen_hoitotyossa.pdf
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Nurmi, Jouni; Porthan, Kari; Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Käypä hoito- suositus 2011. Elvytys. Viitattu 24.8.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=BF7671AC67E77B08B713AE152BF31845?id=hoi17010>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuuista. 2012 / 980, 28.12.2012. Viitattu 11.10.2014
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992 / 785, 17.8.1992. Viitattu 25.6.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4>
- Lindqvist Martti 2001. Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE- julkaisu 1. Viitattu 10.11.2014
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf
- Lintu, Mikko 2015. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri. Henkilökohtainen tiedonanto 19.9.2014.
- Mustajoki, Marianne; Alila, Anja; Matilainen, Elina; Pellikka, Minna & Rasimus, Mirja (toim.) 2013. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mylläri, Elina; Kirsi, Tapio & Valvanne, Jaakko 2014. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 2: Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Viitattu 29.7.2015 päivystysartikkelinro2_ebook-3.pdf
- Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Kotihoito 2020. Tekes. Viitattu 23.7.2015 <http://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali--ja-terveyspalveluissa/kotihoito2020.pdf>
- Oksanen, Tuomas & Turva, Jarmo 2010. Ensihoidon taskuopas. Espoo: Suomen ensihoidon tiedotus Oy.

- Silfvast, Tom; Castren, Maaret; Kurola, Jouni; Lund, Vesa & Martikainen, Matti (toim.) 2009. Ensihoito-opas. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakoh-
taisista edellytyksistä 2013 / 652, 29.8.2013. Viitattu 23.6.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a. Sosiaali- ja terveyspalvelut: Päivystys. Viitattu
4.10.2014 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/paivystys
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b. Sosiaali- ja terveyspalvelut: Ensihoito. Viitattu 9.9.2014.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Yhtenäiset päivityshoidon perusteet. Viitattu
5.11.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf
- Syväoja, Pirjo & Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Terveydenhuoltolaki 2010 / 1326, 30.12.2010. Viitattu 24.11.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2015. Tilastotietoa iäkkäiden tapaturmista. Viitattu
24.8.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/tilastotietoa-iakkaiden-tapaturmista>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2012. Kotihoidon laskenta 30.11.2011. Viitattu 25.8.2015.
http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr16_12.pdf
- Tilvis, Reijo; Pitkälä, Kaisu; Strandberg, Timo; Sulkava, Raimo & Viitala, Matti (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Viitikko, Tarja; Heiskanen, Katja 2014. Etelä- Karjalan sosiaali- ja terve-
yspiirin Koti-ikävä hankkeen loppuraportti. Viitattu 19.7.2015.
<https://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/12/loppuraportti-koti-ikc3a4vc3a4-pilotti.pdf>
- Virkkunen, Antti 2010. Luentomateriaali. Materiaali tekijän hallussa.
- Väisänen, Ville 2010. Luentomateriaali. Materiaali tekijän hallussa.

LIITTEET Liite 1. Ensiarviolomake kotihoidon käyttöön

Soita 112 jos asiakas

- Ei hengitä, ei reagoi käsittelyyn

→ Aloita peruselvytys rytmillä 30:2 jos elottomuuden alku on nähty tai kuultu eikä asiakkaalla ole hoito-
tahtoa koskien elvytystä.

- Ei ole heräteltävissä eikä reagoi käsittelyyn, mutta hengittää → Käännä asiakas kylkiasentoon ja var-
mista, että hengitystiet pysyvät edelleen auki.

- Tuoreet (alle 6h) neurologiset oireet: mm. puheen puuroutuminen, puolioireet, kova äkillinen päänsär-
ky, tajunnanhäiriöt.

- Asiakkaan vaikea hengitysvaikeus: Hengitystaajus yli 30krt/min tai alle 10krt/min eikä asiakas jaksaa tai
pysty puhua.

- Runsas hallitsematon verenvuoto → Pyri tyrehtyttämään vuotoa kohoasennolla ja painamalla vuoto-
kohtaa.

LIITE 1. ENSIARVILOMAKE KOTIHOIDON KÄYTTÖÖN

Täytä lomake huolellisesti ennen konsultaatiota kenttäjohtajalle tai päivystykseen. Anna täytetty
lomake ensihoitoyksikölle tai lähetä asiakkaan mukana sairaalaan.

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Lähiomainen + yhteystiedot: _____

Asiakkaan toimintakyky: Omatoiminen Jonkin verran avustettava Täysin avustettava

Hoitotahto: On Ei ole Ei tiedossa

Oirekuvaus: _____

Perussairaudet ja lääkitys:

RR	SYKE	HT	SPO ₂	LÄMPÖ	VERENSOKERI

Soita 112, kun asiakkaalla on selkeä peruselintoimintojen häiriö.

Soita kenttäjohtajalle tilanteissa, joissa asiakkaalla ei ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta har-
kitset päivystyksellisen hoidon tarvetta.

Soita päivystyksen neuvontaan, kun asiakas tarvitsee päivystyksellistä hoitoa, mutta ensihoitoa ei
tarvita kohteessa.

KONSULTAATIO-OHJE:

- Esittele itsesi ja toimintayksikkö ja kerro, että on kyse konsultaatiosta.
- Kerro asiakkaan perustiedot.
- Kerro lyhyesti oirekuvaus ja konsultaatiopuhelun syy.
- Selvitä asiakkaan aiempi terveydentila, perussairaudet ja lääkitys
- Ilmoita mitatut arvot ja tutkimukset.
- Raportoi annettu hoito ja sen vaste.

LIITE 2. Kyselylomake

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Matti Hautala ja Reija Schmandt Diakonia-ammattikorkeakoulusta, ja teemme opinnäytetyönä ensiarviolomaketta kotihoidon käyttöön. Ensiarviolomakkeen avulla voidaan arvioida asiakkaan äkillisesti heikentyneitä vointia kotona paremmin. Lomakkeen avulla kehitetään myös kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä, ja asiakkaan tiedot siirtyvät hoitoketjussa eteenpäin paremmin. Toivomme että arvioit lomaketta ja ympyröit mielipidettäsi kuvaavan vaihtoehdon. Lopussa on myös avoin kysymys, johon toivomme sinun vastaavan.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Lomakkeen käyttötarkoitus on selkeä	4	3	2	1
Lomakkeen sisältö on ymmärrettävä	4	3	2	1
Lomake on helppokäyttöinen	4	3	2	1
Lomakkeen ulkoasu on selkeä	4	3	2	1
Lomakkeen rakenne on selkeä	4	3	2	1
Kieliasu oli lomakkeessa ymmärrettävä	4	3	2	1
Lomake sisältää tarvittavat asiat	4	3	2	1
Pystyn hyödyntämään lomaketta työssäni hyvin	4	3	2	1

Mitä kehitettävää lomakkeessa mielestäsi on?
