

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Tarja Lång

GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN KOULUTUSKANSIO ENSIHOITON

Opinnäytetyö 2011

## TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

LÅNG, TARJA

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Maaliskuu 2011

Avainsanat

Gerontologisen hoitotyön koulutuskansio ensihoitoon

40 sivua + 27 liitesivua

Lehtori, THM Merja Laitoniemi

Yliopettaja, FT Sari Ranta

Päijät-Hämeen pelastuslaitos

ensihoito, gerontologinen hoitotyö, ikääntyminen,  
ikäntymismuutokset

Yhteiskunnallinen suuntaus on, että kotona asuu entistä huonokuntoisempia ikäihmi-  
siä. Yhä useampi ensihoitopalvelun käyttäjästä on ikääntynyt, joten gerontologisen  
hoitotyön osaaminen tulee entisestään korostumaan ensihoidossa. Opinnäytetyön tar-  
koituksena oli tuottaa ensihoitoon gerontologisen hoitotyön koulutuskansio.

Opinnäytetyö on toimintakeskeinen ja siinä korostuu työelämää kehittävä toiminta.  
Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ensihoitajien tietoisuutta ikääntymiseen liittyvistä  
tekijöistä sekä antaa tietoja gerontologisesta hoitotyöstä. Tavoitteena on myös helpot-  
taa ensihoitajien ja ikääntyvien kohtaamista ensihoitotilanteissa.

Opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta; raportista ja tuotoksesta eli koulutuskansiosta.  
Opinnäytetyön teoriaosuudessa perehdytään vanhenemismuutoksiin sekä gerontologi-  
seen hoitotyöhön ja sen ilmenemiseen ensihoidossa. Koulutuskansiossa käsitellään  
ikäntyneen asiakkaan kohtaamista ja hyvää hoitoa ensihoidossa sekä potilaan itse-  
määräämisoikeutta.

Koulutuskansion avulla pyritään vaikuttamaan ensihoitajien toimintatapoihin ikäänty-  
neiden asiakkaiden kohtaamisessa ja hoidossa. Jatkossa voisi tutkia, miten ensihoitajat  
ovat sisäistäneet gerontologisen hoitotyön ja käyttävätkö he gerontologista hoitotyön  
työotetta työssään.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Elderly Care

LÅNG, TARJA

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

March 2011

Keywords

Folder for Gerontological Nursing in First Aid

40 pages + 27 pages of appendices

Merja Laitoniemi, MNsc, Senior Lecturer

Sari Ranta, PhD, Principal Lecturer

Päijät-Hämeen pelastuslaitos/ Rescue Center

first aid, gerontological nursing, ageing, age-related changes

The societal trend is that an increased number of frail elderly people live at home. At present a growing number of those using first aid services are aged people. This emphasizes the knowledge of gerontological nursing in emergency care. The purpose of this Bachelor's thesis is to produce educational material for first aid.

This thesis is action based highlighting the activities developing working life. The goal of the thesis is to improve emergency nurses' knowledge about age-related factors and to give information about gerontological nursing. The second purpose of this thesis is to facilitate the encounter between emergency nurses and aged individuals in first aid situations.

The thesis consists of two parts: the theoretical framework and the produce, which is the educational material package. The theory part of the thesis deals with the age-related changes, gerontological nursing and their appearance in first aid. The education material discusses the ways of encountering elderly clients, the best practices in first aid and patients' rights to self-determination.

The goal of the educational material is to bring improvement and better understanding to the emergency nurses ways of working, when encountering elderly clients. Further research is needed in how paramedics have internalized gerontological care and if they use the gerontological nursing methods in their work.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 VANHENEMISEN SYYT JA MEKANISMIT SEKÄ IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA SAIRAUDET	7
2.1 Vanhuuden määrittely	7
2.2 Fysiologiset muutokset	8
2.3 Psykkiset muutokset	10
2.4 Sosiaaliset muutokset	12
2.5 Ikääntyneen toimintaympäristö	13
2.6 Vanhuuden sairauksia	13
3 GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ	15
3.1 Gerontologia ja gerontologinen hoitotyö	15
3.2 Gerontologisen hoitotyö käytännön menetelmänä	15
4 GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ ENSIHOIDOSSA	17
4.2 Iäkkään potilaan tilan arviointi	19
4.3 Hoidon haasteet	20
4.4 Potilaan oikeudet	22
5 ENSIHOITO	23
5.1 Ensihoito ja sairaankuljetus	23
5.2 Ensihoitohenkilökunnan koulutus	24
5.3 Ensihoito prosessina	25

6 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN KOULUTUSKANSION TARKOITUS JA TAVOITTEET	26
7 HANKKEEN RISKIT	26
8 RESURSSIT JA KUSTANNUKSET	27
9 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN KOULUTUSKANSION TOTEUTUS	28
9.1 Lähtötilanteen kuvaus	28
9.2 Käytetyt oppimismenetelmät	28
9.3 Kansion laadinta ja ulkoasu	29
9.4 Kansion lopullinen sisältö ja luovutus	30
10 ARVIOINTI JA POHDINTA SUHTEESSA TAVOITTEISIIN JA RISKEIHIN	31
LÄHTEET	35
LIITTEET	41
Liite 1 koulutuskansio	

## 1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä yhä useampi ensihoitopalvelun käyttäjistä on ikääntynyt. Pelastustoimen tehtävistä ensihoidotehtävien lukumäärä kasvaa vuosittain. Vuonna 2008 Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoidolla oli 23 228 ensihoidon tehtävää, kun vuonna 2007 tehtävämäärä oli 21 890 kpl. On arvioitu, että väestön ikääntyessä ja odotettavissa olevan eliniän kasvaessa ensihoidon tehtävämäärät lisääntyvät Päijät-Hämeessä vuosittain jopa 5 - 7 %. Ikääntyneiden osuus ensihoito- ja sairaankuljetustehtävistä ovat merkittävästi kasvamassa, joka käy ilmi Helsingin pelastuslaitoksen tekemästä tutkimuksesta. Esimerkkinä vuonna 2001 yli 65-vuotiaiden ensihoidotehtäviä oli 28 % kaikista Helsingin pelastuslaitoksen ensihoidotehtävistä. Grönlundin ja Maaskolan tekemän tutkimuksen mukaan Helsingin pelastuslaitoksen ikääntyneiden ensihoidotehtävät kasvavat 63 % vuodesta 2001 vuoteen 2025. (Grönlund & Maaskola 2002, 1.)

Rakenteellinen muutos vanhusten hoidossa muokkaa vanhuksen toimintaympäristöä voimakkaasti. Yhteiskunnallinen suuntaus on, että ikääntyneiden laitospaikkoja on vähennetty ja palveluja on suunnattu kotiin. Suuntauksena on, että ikääntynyt asuisi omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Kotona asuu entistä huonokuntoisempia ikäihmisiä ja ikääntyneiden määrä ensihoidon potilaina tulee kasvamaan. Kun ikääntynyt ei enää pärjää kotona tai saa akuutin sairaskohtauksen, niin ikääntyneelle soitetaan ambulanssi. Väestön ikääntymiskehitystä ja ikääntymisen tuomia erityispiirteitä ei ole nykyisessä ensihoitoon suuntautuneessa koulutuksessa otettu tarpeeksi huomioon. Esimerkiksi kirjallista materiaalia on tuotettu erittäin vähän tähän aihepiiriin. Ensihoidossa kohdataan ikääntyviä ihmisiä yhä enenemissä määrin niin hätätilapotilaana kuin kiireettömän sairaankuljetuksen muodossa. Vanhukset ovat potilaina haastavia jo erityisesti fysiologisten eroavaisuuksien takia. Pelkästään ambulanssin soittamisen syyn selvittäminen voi olla haasteellista. Ensihoitohenkilöstö ei välttämättä aina pysty arvioimaan vanhuksen tilaa, koska he eivät tunne ikääntymiseen liittyviä asioita tarpeeksi hyvin. Näin ollen vaihtoehdoksi jää vain kuljettaa vanhus terveyskeskuksen päivystykseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu oppaan mukaan ikäihmisten hoitotyön erityisosaaminen perustuu siihen, että ymmärretään biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit ja vanhuus ainutkertaisena

elämän vaiheena. (Backman, Paasivaara, Voutilainen & Isola, 2002, 73). Tämän opin-  
näytetyön tarkoituksena on lisätä ensihoitajien tietoisuutta ikääntymiseen liittyvistä  
tekijöistä sekä lisätä gerontologisen hoitotyön osuutta myös ensihoidossa. Opinnäyte-  
työni on toimintakeskeinen, jossa korostuu työelämää kehittävä toiminta. Opinnäyte-  
työnä laadin Päijät-Hämeen pelastuslaitokselle gerontologisen hoitotyön koulutuskans-  
sion, joka löytyy raportin liiteosiosta.

Luvussa yksi kuvataan vanhenemisen syyt ja mekanismit sekä toimintaympäristöt,  
joissa ikääntyneet asuvat. Lisäksi luvussa kerrotaan yleisimmät ikääntyneen sairaudet.  
Teoreettinen osa jatkuu luvussa kaksi gerontologisen hoitotyön määrittämisellä. Tekstissä  
kerrotaan, mitä gerontologisella hoitotyöllä tarkoitetaan ja miten se näkyy käy-  
tännön hoitotyössä. Asenne, asiakaslähtöisyys, huolenpito, vuorovaikutus, ihmisarvo  
ja itsemääräämisoikeus ovat asioita, jotka korostuvat gerontologisessa hoitotyössä.  
Nämä asiat ovat löydettävissä myös ensihoitotilanteissa. Luvussa kolme, kerrotaan  
miten gerontologinen hoitotyö ilmenee ensihoidossa. Potilaan luottamus on ensihoita-  
jan tärkein työväline. Ilman luottamusta ei voi saada käyttöön kaikkea sitä tietoa, jota  
tarvitsee potilaan tilan arviointiin. (Kinnunen 1995,3-4.) Tämä korostuu kohdattaessa  
ikäntyneitä ensihoidon asiakkaita. Luvussa käsitellään luottamuksen syntymistä, vuo-  
rovaikutuksen tärkeyttä, tilan arviointia ja hoidon haasteita. Potilaan oikeuksilla on  
myös iso merkitys. Neljännessä luvussa avataan ensihoito käsitteenä.

Kiinnostus gerontologisen hoitotyön koulutuskanssion laatimiseen syntyi omasta kah-  
denkymmenen vuoden työskentelystä ensihoitajana sekä tarpeesta yhdistää aikaisem-  
man koulutuksen ja työelämän tuoma kokemus gerontologiseen tietoperustaan. Vaik-  
ka opinnäytetyöni onkin tarkkaan rajattu yhteen työyhteisöön, ensihoitoon, niin opin-  
näytetyöni gerontologisesta hoitotyöstä soveltuu käytettäväksi myös laajasti tervey-  
denhuollossa.

## 2 VANHENEMISEN SYYT JA MEKANISMIT SEKÄ IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAYMPÄ- RISTÖ JA SAIRAUDET

### 2.1 Vanhuuden määrittely

Vanhuuden määrittely on melkoisen haastavaa. Ketä saa sanoa vanhaksi, milloin pitää  
puhua ikääntyneestä, senioreista, eläkeläisestä tai jopa harmaista panttereista? Onko

olemassa jokin ikä? Asian tekee vaikeaksi se, että jokainen vanhenee yksilöllisesti. Kun vanhenemista tarkastellaan iän perusteella, on huomattava, että iällä on monta ulottuvuutta kronologisen iän lisäksi. Näitä ovat biologinen ikä, psykologinen ikä, sosiaalinen ikä ja funktionaalinen eli toiminnallinen ikä. Ihmiset vanhenevat hyvin eri tahtia. Jokaisella varmaan on tuttavapiirissään esimerkkejä siitä, että kronologisesti samanikäiset ihmiset vaikuttavat hyvinkin eri-ikäisiltä. Tämä viittaa siihen, että vanheneminen ei kohtelee kaikkia yhtä kovalla kädellä. (Pohjolainen 1996, 16.)

Petter Portinin (2008, 312) mukaan vanheneminen voidaan määritellä niin, että se on iän mukana seuraava fysiologisten toimintojen lisääntyvä huononeminen, joka johtaa vähentyneeseen stressinsietokykyyn ja kasvavaan sairastumisalttiuteen. Pertti Pohjolan (1996, 5 - 6) mielestä ei kuitenkaan riitä, että vanheneminen ymmärretään pelkästään biologisena tapahtumaketjuna, vaan vanhenemisen määritelmään pitää sisältyä myös psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet. Yleistäen ja yksinkertaistaen voidaan sanoa, että vanhenemisessä on kysymys perintötekijöiden määräämstä tapahtumasarjasta, johon erilaiset ympäristötekijät vaikuttavat. Perintötekijät tavallaan määrittävät eliniän rajat, mutta toisaalta vanhenemiseen vaikuttaa se, millaisissa oloissa ja miten ihminen elämänsä elää. (Pohjolainen 1996 a, 6.) Vanheneminen ja vanhenemisnopeus riippuvat selvästi sekä perinnöllisistä että ulkoisista tekijöistä (Tilvis, Strandberg & Vanhanen 1997).

Kansaneläkelain mukaista vanhuuseläkettä saavat 65 vuotta täyttäneet. Kuitenkin nykyisin gerontologisissa tutkimuksissa ikääntyneinä pidetään 75 vuotta täyttäneitä tai sitä vanhempia ihmisiä. Päädyin opinnäytetyössäni käyttämään samaista 75 vuoden ikää ikäihmisen määrittämiseen.

## 2.2 Fysiologiset muutokset

Ikääntymiseen liittyvät fyysiset muutokset tapahtuvat melko hitaasti eivätkä ensisijaisesti johdu ulkoisista syistä. Ne ovat luonteeltaan palautumattomia, johtavat elimistön toimintakyvyn lieväästeiseen heikentymiseen ja heikentävät elimistön puolustuskykyä erilaisissa stressitilanteissa ja lisäävät haavoittuvuutta. Osa muutoksista on rakenteellisia ja helposti havaittavissa ja osa ilmenee vasta kriisitilanteessa. Ikäihmisen liikkuminen saattaa hidastua ja suorituskyky heiketä fyysisissä ponnistuksissa. Etukumara ryhti, liikkeiden hidastuminen, lisääntyvä jäykkyys sekä vapina ovat muutoksia, jotka



ikäntyvä ihminen itse kokee kiusallisena epävarmuutena ja huimauksen tunteen korostumisena. (Hyttinen 2009, 47 - 48.)

Solu- ja kudostasolla vanheneminen on kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä. 75-80-vuotiaalla jopa 40% sydämen, aivojen, keuhkojen, munuaisten ja lihasten soluista on hävinnyt. Solukato voi tapahtua eri suhteessa eri kudoksissa. Elin-  
ten tilavuus ei kuitenkaan aina pienene solukatoa vastaavasti vaan osa soluista korvautuu rasvan täyttämällä sidekudossoluilla ja osaan soluista kertyy pigmenttiä ja kalsiumia. Samasta syystä erilaisten säätelyjärjestelmien, kuten sydän ja verisuoniston, autonomisen hermoston ja munuaisten, toiminta häiriintyy. (Kuisma 2008, 470.)

Sydän- ja verenkiertoelimistössä merkittävämmät muutokset ovat sydämen maksimisykkeen aleneminen, iskuilavuuden pieneneminen ja sydänlihaksen supistumiskyvyn heikkeneminen. Verisuonten seinämien paksuuntuminen vähentää suonten joustavuutta ja kohottaa erityisesti systolista verenpainetta sekä lisää verenkierron vastusta ja siten sydämen pumppaustyötä. Iän myötä lisääntyvä verisuonten taipumus kerätä rasvaa ja kalkkia altistaa sepelvaltimotaudin kehittymiselle. Hiussuoniston väheneminen huonontaa kudosten hapen ja ravinnon saantia ja edistää näin osaltaan lihasten ja muiden kudosten surkastumista. Ääreisverenkierto heikkenee ja eri elinten saama verimäärä pienenee. Vanhuudessa tapahtuva systolisen verenpaineen nousu onkin tavallaan elimistön turvakeino, jotta eri elimet saisivat riittävästi verta. (Kettunen 2008, 31 – 57.)

Luuston ensimmäiset vanhenemismuutokset ilmaantuvat jo 40 ikävuoden tienoilla. Luumassan vähenemisen vuoksi luusto alkaa haurastua. Yleisesti tästä käytetään termiä osteoporoosi. Myös luuston mekaaniset ominaisuudet muuttuvat vanhetessa. Nikamat puristuvat helpommin kasaan ja luut murtuvat helpommin. On todettu, että luukudos vähenee nopeammin naisilla kuin miehillä. Myös nivelet muuttuvat ikääntymisen myötä jäykemmiksi. Nivelrikko lisääntyy jyrkästi iän mukana. Lieviä nivelrikkomuutoksia on ainakin yhdessä nivelessä lähes kaikilla yli 65-vuotiailla ja keskivaikeita tai vaikeita muutoksia noin 60 prosentilla. (Pohjolainen 1996, 19.; Lehtonen 2003, 251.)

Aistitoiminnoista erityisesti näkö- ja kuuloaisti heikkenevät iän myötä. Ikään liittyvä huonokuuloisuus alkaa vaikeutena kuulla korkeita ääniä, sirkkojen sirinä häviää ja konsonanttien kuuleminen vaikeutuu. Seurauksena on puheen kuuleminen mutinana.

Vähäinenkin taustamelu pahentaa tilannetta. Kuulo heikkenee hitaasti ja asianomaiselta itseltään se voi jäädä huomaamatta. Naapurit ja vierailijat sen sijaan voivat todeta ikääntyneen tv:n ja radion äänenvoimakkuuden suureksi. Ikääntynyt saattaa kertoa toisten ihmisten ruvenneen puhumaan epäselvästi. Ikääntyneen puheenerotuskyky alenee ja keskustelut ovat vaikeita ymmärtää. (Aantaa 2003, 268 - 271.) Ikähuonokuuloisuuteen liittyy usein myös korvien soiminen, suhina tai humina, jota kutsutaan tinnitukseksi. Näön tarkkuus alkaa heikentyä 40–50 ikävuoden välillä. Silmän mukautumiskyky heikkenee niin, että moni tarvitsee esimerkiksi lukulasit. Toinen näköön liittyvä ikääntymismuutos on hämärässä näkemisen hidastuminen. Jokaista elettyä 13 vuotta kohden valon tarve kaksinkertaistuu edelliseen nähden. Mitä vanhempi silmä, sitä suurempi valovoima vaaditaan pimeään adaptoituneella silmällä näkemiseen. Yleisimmät heikkonäköisyyttä aiheuttavat sairaudet ovat ikään liittyvä silmänpohjarappeuma, harmaakaihi ja silmänpainetauti. Kuulo- ja näköaisti ovat tärkeitä toimintakyvyn ja vuorovaikutuksen kannalta. Heikentynyt näkö ja kuulo lisäävät tapaturmien todennäköisyyttä ikääntyneillä. (Lupsakko & Ikäheimo 2008, 145 - 163. ; Peräsalo 2003, 257 – 263.)

### 2.3 Psyykkiset muutokset

Psyykkisen vanhenemisen tunnusomaisiin piirteisiin kuuluu muun muassa lähimenneisyydessä tapahtuneiden asioiden unohtuminen ja tunnetilojen sekä mielialojen vaihtelut. Myös ajan ja paikan taju saattaa hämärtyä, varsinkin vieraassa ympäristössä. Iän mukana looginen ajattelukyky heikkenee (Etzell, Korpivaara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Värmälä 1998, 234.)

Älyllisissä toiminnoissa kuten muistissa ja oppimiskyvyssä tapahtuu muutoksia. Ikääntyneen ihmisen muistissa tapahtuu muutoksia, joista osa on myönteisiä ja osa kielteisiä. Ihmisen muisti jaetaan lyhytkestoiseen ja pitkäkestoiseen, jossa edelleen voidaan erottaa episodimuisti, semanttinen muisti ja proseduraalinen muisti. Lyhytkestoisen muistin muutosten seurauksena useaan tehtävään keskittyminen yhtäaikaa tulee vaikeaksi. Tarkanvaisuuden kohdentaminen ja ylläpito eivät varsinaisesti muutu, mutta ikääntyvien on havaittu käyttävän huonoja muistamisstrategioita Episodimuistin heikkenemisestä seuraa, että ikääntyneet muistavat esimerkiksi tarinoita tai erilaisia sanalistoja suurin piiretein, mutta yksityiskohtia jää pois. Muistamista auttaa, jos puuttuvista asioista annetaan vihjeitä. Asioiden mieleen palauttamisen ongelmat alkavat

noin 45 vuoden iässä ja sanojen mieleen palauttaminen vaikeutuu viisissäkymmenissä. 60–70 vuoden iässä katoaminen on selvempää, joskin yksilölliset erot ovat huomattavia. Semanttinen muisti ei muutu. Semanttinen muisti liittyy käsitteisiin ja niiden väliin suhteisiin. Ikäihmisen sanavarasto saattaa jopa kasvaa. Yleisen hidastumisen vuoksi hän ei kuitenkaan pysty tuottamaan nopeasti sanoja. Proseduraalinen muisti, joka liittyy älyllisten toimintojen hallintaan, säilyy muuttumattomana. Poikkeuksena ovat henkilöt, joilla on aivoperäinen muistihäiriö. Jos muistia ei käytetä, se rappeutuu. Tärkein muistin toimintakyvyn säilymisen tae on toiminta itse, jossa muistia jatkuvasti kuormitetaan ja harjoitetaan. On kuitenkin tärkeää muistaa se tosiseikka, että älykkyys ei heikkene vanhetessa, vaikka informaation käsittely hidastuu. ( Hyttinen 2009, 51 - 53.; Kuisma 2008, 470.)

Ikääntyvien ihmisten psyykkinen terveys perustuu elettyyn elämään. Vanhetessa tapahtuu useita elämänmuutoksia, joihin sisältyy luopumista. Näitä ovat menetykset, avuntarpeen lisääntyminen, yksinäistyminen ja ruumiillisen raihnaisuuden tulo näkyville. Kaikki nämä asettavat vanhenevan ihmisen tasapainon koetukselle elämänvaiheessa, jossa usein muutenkin esiintyy psyykkisen sopeutumiskyvyn heikkenemistä. Erilaiset ikääntymismuutokset saattavat altistaa ikääntyneen mielenterveyden häiriöille. Toisaalta monella ikäihmisellä on tietoa ja kokemusta, henkilökohtaisia muistoja ja kokemuksia sekä erilaisia minuuteen ja persoonallisuuteen liittyviä voimavaroja. Heillä on kokemusta siitä, miten he ovat aiemmin tilanteista selvinneet tai miten joku toinen vastaavia asioita menestyksekkäästi ratkaissut. (Hyttinen 2009, 50 – 51.; Lahtela 1997, 79 – 80.)

Vääjäämättömästi lähestyvän kuoleman tietoisuus värittää kaikkia vanhuuteen kuuluvia psykologisia ongelmia. Kuolemaan liittyy luopuminen itselle tärkeistä asioista kuten ihmissuhteista, itselle rakkaista asioista ja esineistä. On siis luonnollista, että kuolemaa ennakoivat ajatukset ja mielikuvat tuottavat helposti ahdistusta ja pelkoa. Hengelliset tarpeet vahvistuvat monilla iän myötä. Ihmisen mielenterveyden kannalta on tärkeää, että mennyttä elämää voidaan muistella. Muisteleminen on pyrkimystä yhdistää erilaisia kokemuksia kokonaisuuksiksi ja ratkaista selvittämättömäksi jääneitä asioita. Myöhäisessä keski-iässä ihminen alkaa kokea elämänsä jäljellä olevana elinaikana. Mielenterveydelle on tärkeää, että ihminen tiedostaa elämänsä keskeisen päämäärän ja sen, miten päämäärä on toteutunut tähän mennessä, toteutunut nyt ja tulevaisuudessa. Ihmiselle on tärkeä tuntea se historiallinen konteksti, jossa hän on elänyt ja

elää. Viisaus on vanhuuden voimavara. Vanhuuden perustehtävänä on hyväksyä eletty elämä sellaisena kuin se oli, hyvänä ja huonona. Asennoituminen on keskeisen tärkeää ikääntyneelle. Myönteinen suhtautuminen on tervehdyttävää ja se voi suorastaan ehkäistä joidenkin sairauksien kehittymistä. (Hyttinen 2009, 50 – 51.; Suni 1996, 41.)

## 2.4 Sosiaaliset muutokset

Sosiaalinen lähiympäristö ja sosiaalisten yhteyksien säilyminen ovat merkittävä voimavara vanhuudessa. Kotona asuville vanhuksille tärkeimpiä välittäjiä ja sosiaalisen tuen antajia ovat vanhuksen puoliso, lapset, ystävät ja naapurit. Ihmisen ikääntyessä sosiaalista toimintakykyä rajoittavat muutokset fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä kuten liikunnan vaikeutuminen ja muistin huononeminen. Aistien, kuten näön ja kuulon, heikkeneminen rajoittavat ikääntyneen sosiaalista osallistumista ja altistavat eristäytymiselle. Avun tarve ja laitoshoidon tarve lisääntyy. (Hervonen, Pohjolainen, Kuure 1998, 130; Lupsakko & Ikäheimo 2008, 163.)

Kun ikääntynyt henkilö ei enää kykene säilyttämään itsenäisyyttään jokapäiväisessä elämässään, merkitsee se rajoituksia sosiaalisessa verkostossa toimimisessa. Uusia korvaavia verkostoja ei synny, eikä ikääntynyt pääse mukaan muihin jo olemassa oleviin verkostoihin. Henkilö jää entistä enemmän ammatillisten hoiva- ja hoitosuhteiden varaan. (Suhonen.)

Moni vanhus kokee itsensä yksinäiseksi. Yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys ja masentuneisuus esiintyvät usein samanaikaisesti tai pareittain. Laajaan ikääntyneeseen väestöön kohdistuvan tutkimuksen mukaan 39 prosenttia kärsi yksinäisyydestä ainakin toisinaan ja 5 prosenttia usein tai aina. (Rautasalo 2008, 184.) Sosiaalisen verkoston puute ja vähäiset sosiaaliset suhteet liittyvät yksinäisyyden kokemukseen. Synä saattavat olla henkilön vaikeus tai haluttomuus luoda sosiaalisia kontakteja. (Palkeinen 2005, 112.) Kivelän (1998) mukaan yksinäisyyden tunteet saattavat lisätä ja voimistaa fyysisesti sairaan henkilön kokemia fyysisiä oireita. Tiikkainen yhtyy Kivelän näkemukseen. Tiikkainen (2006, 64) toteaa, että yksinäisyys voi ilmetä erilaisina terveysongelmina ja runsaana terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttönä.

## 2.5 Ikääntyneen toimintaympäristö

Asuin- ja elinympäristön viihtyvyys ja toimivuus ovat ihmisen hyvinvoinnin ja selviytymisen edellytyksiä. Asuinympäristön toimivuuden merkitys korostuu erityisesti silloin, kun kyseessä ovat lapset, vanhukset ja eri tavoin toimintarajoitteiset ihmiset. (Siitonen 2008, 523.) Valtaosa ikäihmisistä haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin se suinkin on mahdollista. Kotona asuminen mahdollistaa sen, että voi olla oma itsensä. Ikääntyneen kotona asumiseen liittyy vapauden ohella voimakas kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Ikäihmisten hoito- ja palvelujärjestelmän keskeinen tavoite on tukea kotona asumista. Monipuolinen kotihoidon palvelujärjestelmä mahdollistaa varsin huonokuntoistenkin asiakkaiden hoidon kotona. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100.)

Kotihoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa ja palvelua, jossa ikääntynyt on suurimman osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten palvelujen piirissä. Kotihoito sisältää säännöllisiä palveluja kotiin, kotisairaanhoidoa sekä omaishoidon tukea. Vanhuksille on suunniteltu omia vuokrataloja, joissa esimerkiksi on saatavissa kodinhoitaja päiväsai-kaan. Lisäksi heillä on saatavilla turvapuhelin ja mahdollisesti muut hälytysjärjestelmät. Osa ikäihmisistä asuu laitoksissa. Palveluasunnot ovat usein ryhmäkoteja, joissa on ympärivuorokautinen hoivahenkilöstö. Laitoshoito toteutetaan perussairaanhoidona terveyskeskusten sairaaloissa ja erikoissairaanhoidon laitoksissa. (Siitonen 2008, 528.)

## 2.6 Vanhuuden sairauksia

Lähes kaikkien sairauksien riski kasvaa vanhetessa. Vakavista sairauksista yleisimpiä vanhuksilla ovat erilaiset verisuonitukokset, joiden perimmäisenä syynä on valtimosuonten kalkkeutuminen. Mitä korkeampaan ikään päästään, sitä todennäköisemmin elämä päättyy verisuonitukosten aiheuttamiin oireisiin. Sydän- ja aivoverisuonitukokset ovatkin vanhusten tavallisimpia kuolinsyitä. Niin ikään monet pahanlaatuiset kasvaimet yleistyvät vanhetessa. Näihin kuuluvat tyypillisinä esimerkkeinä eturauhassyöpä ja paksusuolen syöpä. Useat vanhusten pahanlaatuiset kasvaimet kehittyvät verrattain hitaasti ja monesti vanhukset ehtivät menehtyä muihin oireisiin ennen, kuin kasvaimet aiheuttavat oireita tai niitä on löydetty. (Tilvis ym. 1997.)

Yleisempiä iäkkäiden pitkäaikaissairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, krooniset keuhkosairaudet, nivelrikot, osteoporoosi, diabetes, harmaakahi ja silmänpohjan

rappeutuminen. Virtsatietulehdukset, keuhkokuumeet ja muut hengitystietulehdukset ovat esimerkkejä iäkkäiden yleisistä äkillisistä sairauksista. Kaatumistapaturmat ovat iäkkäiden yleisimpiä tapaturmia. Iäkkäät kuntoutuvat vammautumisen jälkeen hitaammin kuin keski-ikäiset. Sisäiset eli iäkkään elimistössä olevat tekijät ovat keskeisiä kaatumistapaturmien riskitekijöitä, mutta myös ulkoisilla tekijöillä kuten liukkaudella, pimeydellä tai esimerkiksi epätasaisilla pinnoilla on merkitystä. (Kivelä 2006, 21.)

Neurologiset oireet lisääntyvät myös ikääntyessä. Näistä merkittävin lienee dementia, jolla tarkoitetaan elimellisen, aivoja vaurioittavan sairauden aiheuttamaa laaja-alaista henkisten toimintojen heikentymistä. (Sulkava 2003, 73.) Muistihäiriöiden ja dementioiden ilmaantuvuus ja vallitsevuus 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa kasvavat voimakkaasti iän lisääntyessä. Ne ovat yleisiä etenkin 75 vuotta täyttäneessä väestössä. (Kivelä 2006, 21.)

Mielenterveyshäiriöitä on viidenneksellä yli 75-vuotiaista. Vanhusten tavallisimpia psyykkisiä häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit ja elimelliset mielenterveyshäiriöt. Vanhus kokee ja ilmaisee psyykkisen pahan olonsa usein ruumiillisina oireina kuten särkyinä, kipuina ja hengenahdistuksena. (Winblad.) Masennusta voidaan pitää iäkkäiden tärkeimpänä mielenterveyden häiriönä. On arvioitu, että masennusta esiintyy 2,5 - 5 prosentilla eläkeikäisistä, minkä lisäksi ainakin 20 prosenttia kärsii lievemmistä mielialaoireista. Masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä kyky nauttia asioista ja tuntea niihin mielenkiintoa on heikentynyt. Pienikin ponnistus voi johtaa uupumukseen. (Koponen & Leinonen 2008, 131-132.)

Käsivarrenmurtumat syntyvät, kun tasapaino järkkyy ja kaatumista yritetään jarruttaa ojentamalla kädet eteen. 70 ikävuoden jälkeen käsivarsimurtumat vähenevät, ja samalla pään alueen vammat ja lonkkamurtumat lisääntyvät jyrkästi. Ilmiötä on usein selitetty sillä, että vanhuksilla protektiivinen refleksi on heikentynyt. Jotkut tutkijat olettavat refleksin heikkenemisen liittyvän ikääntymiseen liittyvästä keskushermoston toiminnan muutoksesta, jolloin hidastunut reaktio- ja vasteaika on syynä refleksin puuttumiseen. Tästä seuraa, että kaatuvilla vanhuksilla on suuri riski saada pään ja selkärangan alueen vammoja tai lonkkamurtumia. (Tideiksaar 2005, 18.) Toimintakyvyn, kuten esimerkiksi muistin, liikuntakyvyn tai vastaavien nopeat heikentymiset ovat tavallisesti merkkejä sairauksista. Hoitamattomina ne johtavat usein nopeasti

noidankehään, jossa vanhenemiseen liittyvät muutokset näyttävät korostuvan. Iäkkäillä usein havaittavat heikkoudet, kuten kyvyttömyys suoriutua päivittäisistä tehtävistä ja itsensä huolehtimisesta ovat paljon useammin sairauksien seurauksia kuin vanhuutta. (Tilvis ym. 1997.)

### 3 GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ

#### 3.1 Gerontologia ja gerontologinen hoitotyö

Sana "gerontologia" tulee latinasta. Etuliite "geron" tarkoittaa vanhusta ja "logos" on yhtä kuin oppi. Gerontologialla tarkoitetaan siis vanhusoppia. Heikkisen (2008, 16) mukaan gerontologia on tieteenala, joka tutkii vanhenemistä ja vanhuutta. Gerontologit pyrkivät selvittämään, millä tavalla ihminen ja muut lajit muuttuvat ikääntyessään, mikä määrä niiden elämän pituutta, millaisia seurauksia vanhenemisella on yksilöiden ja yhteisöjen kannalta, mitkä eri tekijät säätelevät vanhenemiseen sisältyviä muutoksia ja miten näihin tekijöihin voitaisiin vaikuttaa (Heikkinen 2008, 16).

Gunter & Ester loivat vuonna 1979 gerontologisen hoitotyön käsitteelle perustan, joka on edelleen käyttökelpoinen. Gunterin ja Esterin mukaan gerontologinen hoitotyö on terveydenhuoltopalvelu, jossa yhdistetään hoitotyön ja gerontologian tieto niin, että luodaan edellytykset ikäihmisten terveyttä edistävälle käyttäytymiselle, minimoidaan terveysongelmista aiheutuvat haitat sekä tuetaan ikäihmisten sosiaalista hyvinvointia vaikeissa elämäntilanteissa. Gerontologinen hoitotyö on tutkittuun tietoon perustuvan tiedon käyttöä asiakkaiden tarpeiden määrittämisessä, hoitotyön tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen arvioinnissa, joilla pyritään ikääntyvän terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun säilyttämiseen. (Voutilainen, Routasalo, Isola, Tiikkainen 2009, 15 – 17.) Kiteytettynä gerontologinen hoitotyö on iäkkään ihmisen psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin saavuttamiseen ja säilyttämiseen pyrkivää hoitotyötä. Gerontologia on aihekokonaisuus, jonka yksi alahaara on gerontologinen hoitotyö.

#### 3.2 Gerontologisen hoitotyö käytännön menetelmänä

Asenne, asiakaslähtöisyys, huolenpito, vuorovaikutus, ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus ovat asioita, jotka korostuvat gerontologisessa hoitotyössä. Gerontologisessa hoitotyössä asenne ratkaisee. Hoitaja kohtaa iäkkäiden ihmisten kanssa monia oman kokemuspäänsä ulkopuolella olevia asioita. Mitä on olla vanha, opitaan vasta kokemuk-

sen kautta. Tätä kokemusta hoitajalla ei voi vielä olla. Esimerkiksi uskonnollisuus on monelle ikäihmiselle voimavara, jota hoitohenkilöstö ei tule ajatelleeksi. Hoitotyön on oltava asiakaslähtöistä. Asiakas on hoitotyön keskipisteessä. (Hyttinen 2009, 46.)

Gerontologisen hoitotyön perusta on hoitohenkilöstön hoitava ja huolehtiva läsnäolo. Huolenpito ilmenee pyrkimyksenä toteuttaa mahdollisimman hyvää ja laadukasta hoitoa. Tämä näkyy aitona välittämisenä ikäihmisestä potilaana. Hoitaja on valmis kuuntelemaan, mitä hoidettavalla on sanottavaa ja haluaa heidän parastaan. Hoitaja ei kohtele ikääntyvää potilasta tyyliä eikä kaltoin, koska se on vastoin hänen periaatteitaan. Aidosti välittävä hoitaja on empaattinen, inhimillinen ja hyväntahtoinen. (Sarvimäki 2009, 28-32.)

Vuorovaikutus on tärkeää hoitosuhteessa. Hoitajalla täytyy olla vuorovaikutusosaamista, jotta hän saa hyvän yhteyden eri-ikäisiin potilaisiin sekä potilaisiin, joilla on sairauden tai vamman vuoksi puutteita kommunikaatiokyvyissä. Vuorovaikutus osaaminen on sitä, että onnistuu rakentamaan yhteistä ymmärrystä asiakkaan ja tämän läheisten sekä toisten asiantuntijoiden kanssa. Hoitajan tulee osata erilaisia vuorovaikutustapoja ja niiden käyttö tilannekohtaisesti. Ikäihmiselle tulee puhua selkeästi ja keskittyä keskinäiseen kommunikaatioon. Ikäihmiset ovat vanhempia ihmisiä ja heitä tulisi kohdella tämän mukaisesti esimerkiksi teititellen. Hoitotyö ei ole yksinomaan ikäihmisten hoitamista, vaan heidän kanssaan yhdessä toimimista. (Iivanainen & Syväoja 2008, 356; Voutilainen ym. 2009, 16.)

Yhteiskunnallisesti ajateltuna on hoidollisesti hyvä hoitaa nuoria ja keski-ikäisiä, koska he ovat vielä työelämässä ja heistä on vielä hyötyä yhteiskunnassa. Monesti kysytään, miksi kuolevia vanhoja ihmisiä tulisi hoitaa. Unohdetaan, että ikäihmisetkin ovat ihmisiä. Ihmisarvo on ehdoton, jakamaton ja kaikille yhtäläinen. Elämällä ei ole mitään merkitystä ja sisältöä, ellei jokaisen ihmisen yksilöllistä arvoa kunnioiteta. Tunnustaessamme tämän ihmisen perusarvon samalla tunnustamme oman velvollisuutemme sen suojelemiseen. Ihmisellä on oikeus hyvään ja arvokkaaseen kohteluun olkoon hän sitten nuori tai vanha. Ihmisarvoon kuuluu, että kaikkia ihmisiä kohdellaan kunnioittavasti ja arvokkaasti. Hoitohenkilöstöllä tulisi olla kunnioittava ja myönteinen suhtautuminen ikäihmisiin ja ikääntymistä kohtaan. (Alaspää & Holmström 2004, 20.)



Ihmisarvoon sisältyy itsemääräämisoikeus. Jokaisella ihmisellä on oikeus määrätä omasta elämästään ja kehostaan. Itsemääräämisoikeus on jokaisen kansalaisen perusoikeus. Laissa on säädetty, että hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Anu de Witin opinnäytetyö käsittelee laadukkaasti itsemääräämisoikeuden toteutumista ensihoidossa. Potilaalla on oikeus ymmärrettävään tietoon ja oikeus kieltäytyä hoidosta. Itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava aina, kun ei ole mitään hyväksyttävää syytä toimia toisin. Jotta ikääntynyt asiakas pystyisi valitsemaan eri hoitovaihtoehtojen välillä, hänelle tulee antaa ymmärrettävää tietoa eri hoitovaihtoehtojen ja niiden seurauksista. Aina itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei ole mahdollista. Esimerkiksi silloin, kun potilas on sellaisessa tilassa, että hän ei pysty itse arvioimaan oman toimintansa seurauksia, itsemääräämisoikeuden kuunteleminen ei ole mahdollista. Etenevä muistisairaus on malliesimerkki tällaisesta tilanteesta. Muistisairaalla kyky ymmärtää ja tehdä päätöksiä heikkenevät sairauden edetessä. Hoidon tulisi olla ennen kaikkea jatkuvaa pohdiskelua siitä, mikä on potilaan paras. (Sarvimäki 2009, 36; de Wit 2004.)

## 4 GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ ENSIHOIDOSSA

### 4.1 Ikääntynyt potilas ensihoidon asiakkaana

Ikäihmisten hoitotyön erityisosaaminen perustuu siihen, että ymmärretään biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit ja vanhuus ainutkertaisena elämänvaiheena. (Backman ym. 2002, 73). Jokainen vanhus on ainutkertaisen taustan omaava yksilö ja sellaisena kohdattava. Ikäihmisten hoidossa asiakaslähtöisyys on tärkeää. Se tarkoittaa sitä, että ikääntynyt asiakas on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Hoitoa ja palvelua tarkastellaan asiakkaan kannalta: ”entäpä jos minä olisin tuo asiakas, miten haluaisin toimittavan?”. Erityisen tärkeää on ottaa huomioon ne tilanteet, joissa asiakkaan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ja mielipiteensä ovat alentuneet. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38.)

Pelkkä tieto ikääntymisestä ja iäkkäiden sairauksista ei riitä hyvän hoidon toteuttamiseen. Siihen tarvitaan myös kunnioittavaa ja arvostavaa suhtautumista, joka alkaa jo ensimetreillä heti kohteeseen päästyä. Lähtökohtana on vieraan ihmisen kohtaamiseen liittyvät hyvät tavat, jotka ovat merkki toisen ihmisen kunnioittamisesta. Tervehtiminen kuuluu hyviin tapoihin ja siihen kuuluu myös itsensä esitteleminen. Iäkstä potilasta tervehditään kätellen ja puhutteleminen aloitetaan aina teitittelemällä. Käytöstä-

vat saavat avuntarvitsijan tuntemaan itsensä arvostetuksi ja tärkeäksi. Monet ikääntyneet kärsivät huonokuuloisuudesta, joten koko tutkimuksen ajan tulee puhua selkeästi ja kuuluvasti. (Seppälä 2002, 125; Karppi & Nuotio 2008, 18.)

Hyvän gerontologisen hoitotyön perusta on hoitajan ja ikääntyneen kohtaaminen. Pelkkä fyysinen läsnäolo ei automaattisesti johda kohtaamiseen. Ihmistä voidaan näennäisesti hoitaa hyvin, mutta vuorovaikutus voi olla kliinistä ja etäistä. Kohtaaminen edellyttää ikääntyneen ja hoitajan valmiutta läheisyyteen. Hoitajan toiminnassa gerontologinen hoitotyö on esimerkiksi hienovaraista kohtelua. On muistettava, että ikääntyneen kotiin meneminen on aina astumista toisen ihmisen reviirille. Työntekijältä vaaditaan erityistä herkkyyttä aistia kunkin yksityisyyden rajat. Fyysisessä hienovaraisessa kohtelussa otetaan hoidettaessa huomioon esimerkiksi ihon arkuus ja liikuttelun aiheuttama kipu. Psykykinen hienovarainen kohtelu on sitä, että hoidettaessa ei puhuta ikääntyneen yli tai kuin lapselle. (Backman ym. 2002, 73.) Huonon hoidon ja palvelun merkkejä ovat muun muassa ylipuhuminen, mummottelu, lässyttäminen ja jatkuva vetoaminen kiireeseen. Potilasta arvostava ja kunnioittava suhtautuminen ja sen mukainen käytös näkyvät koko hoitoketjun ajan. (Karppi & Nuotio 2008, 18).

Potilaan hyvään kohteluun kuuluvat hyvät vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan kahden ihmisen välistä tietoista tai tiedostamatonta viestintää. Viestintä voidaan jakaa sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Sanalliseen viestintään kuuluvat puhuminen, puhe ja siihen liittyvät ilmeet ja eleet, äänenpaino sekä äänensävy. Sanattomaan viestintään kuuluvat katsominen, kuunteleminen, koskettaminen, läheisyys ja etäisyys toisesta ihmisestä, kehon liikkeet ja asennot sekä ilmeet ja eleet. Hyvän vuorovaikutuksen synnyn edellytyksenä hoitajan pitää olla avoin ja rehellinen, kohtelias ja ystävällinen, ammatillinen, eikä saa menettää itsehillintää. Hoitajan tulee olla oma itsensä sekä keskittynyt autettavaan. Ensihoitajan on aina toimittava niin, ettei tarvitse jälkeenpäin katua käyttäytymistä autettavaan ja muihin paikalla oleviin. (Seppälä 2002, 121-124.) Ensihoitajalla tulee olla taito ja asenne tehdä työ niin, että potilas tuntee olevansa osaavissa käsissä ja fyysisestä ja psyykkisestä turvallisuudesta pidetään huolta. Ensihoidossa turvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas ja hänen läheisensä voivat luottaa ensihoitajan ammatillisuuteen. (Sillanpää 2003, 18-19.) Potilasta arvostavalla asenteella sekä myötäelämisen kyvyllä saadaan potilas tuntemaan olonsa turvalliseksi (Hakala 2002, 70).

## 4.2 Iäkkään potilaan tilan arviointi

Vanhus ensihoidon asiakkaana on haasteellinen. Vanhus päätyy usein ensihoitotilanteeseen romahtaneen yleiskunnon ja sekavuuden johdosta. Tämä on vanhukselle tyyppillinen tapa reagoida häiriöihin. Keskeisintä on se, että vanhuksen romahtanut yleiskunto ja sekavuus ovat vain oireita, joiden takana on lähes aina jokin selkeä somaattinen syy. Tällöin korostuu ensihoitotilanteessa selvittää, jos mahdollista vanhuksen toimintakyky ennen oireiden ilmaantumista. (Kuisma 2008, 472.)

Ensihoidossa korostuu akuuttihoidolle luonteenomainen protokollaan keskittyvä hoitotyö ja asioiden odotetaan sujuvan rivakasti ja määrätietoisesti. Usein tilanne vaatii potilaalle selkeitä käskyjä ja toimenpiteiden toteuttamista. Tämä toimintamalli ei kuitenkaan sovellu ikääntyneelle potilaalle kiireettömissä tapauksissa. Iäkkään potilaan kohtaaminen sekä sairauden selvittäminen vaativat malttia ja kärsivällisyyttä asioiden selvittämiseen sekä riittävästi aikaa ja hoitajan läsnäoloa tilanteessa. Jos potilaan kohtaamisen lähestymistavaksi on valittu ongelma tai sairaus, saa kysyttäessä vastaukseksi ongelman tai sairauden. Jos on kiinnostunut ihmisestä ja hänen kertomuksestaan, saa vastaukseksi kertomuksen ja sairaus on osa tätä kertomusta.

Iäkkään potilaan tutkiminen aloitetaan esitietojen eli anamneesin keruulla aivan kuten muidenkin asiakkaiden. Ikääntyneiden tilan arvioinnissa tulee olla laaja-alainen. Potilasta haastatellaan ja kysytään minkälaisia oireita hänellä on. Aiemmat todetut sairaudet ja lääkitys selvitetään. Luottamuksen herättäminen rauhallisella käyttäytymisellä ja aidolla läsnäololla merkitsevät paljon ikääntyneen kohtaamisessa. Useasti ikääntynyt ei halua kertoa ensihoitajalle ongelmastaan tai oireistaan vaan kokee, että kertoo vasta lääkärille. Missään esitietojen tai tutkimuksen vaiheessa ei saa syyllistää vanhusta. Pitää malttaa antaa aikaa vanhukselle, mikäli se on mahdollista, kertoa itse, minkä kokee ongelmaksi. Kiireen tuntu voi pahentaa tilannetta, jolloin tilanteen selvittäminen entisestään huononee. On varsin yleistä, että vanha henkilö ei aina ymmärrä kyselijän käyttämiä ilmaisuja eikä varsinkaan ammattitermejä. Esimerkiksi sanat "huimaus" ja "ahdistus" eivät ole kaikille yksiselitteisesti samaa merkitseviä. Ensihoitajan tulee puhua ymmärrettävästi niin, että potilas tietää, mitä hoitaja sanoilla tarkoittaa. (Kuisma 2008, 470.; de Wit 2004.)

Statuksen eli nykytilan selvittäminen sisältää perusteellisen kliinisen tutkimuksen. Perustutkimusten lisäksi havainnointi on ensisijaisen tärkeää. Miten asiakas toimii esi-

merkiksi pyydettyä paljastamaan rintakehänsä tai puristamaan käsillä. Näön ja kuulon toimintaan sekä kommunikaation onnistumiseen tulee kiinnittää huomiota. Puheen arviointiin kuuluvat sen sisällön, asiallisuuden ja johdonmukaisuuden selvittäminen sekä puheen tuoton ja ymmärtämisen arviointi. (Karppi & Nuotio 2008, 19). Potilaan kotitilanteen näkeminen, lääkitys, reseptit, lääkepurkit, apuvälineet, keppi, happirikastin, yleinen siisteys, haju ja pukeutuminen, antavat myös arvokasta tietoa potilaan olosuhteista (Kuisma 2008, 470).

Potilaan omaiset, kotihoidon työntekijät ja hoitolaitosten henkilökunta ovat merkittävässä roolissa potilaan esitietojen sekä statuksen selvittämisessä. Monesti potilaan oma kertomus ei ole todenperäinen. Oireita liioitellaan tai vähätellään. Potilaan huonomuisti voi aiheuttaa sen, että ratkaisut tiedot oireiden kehityksestä pystytään vaivoin saamaan selville. Erehdysten vaara on ilmeinen ja lähiomaisten apu on siten tärkeä. Omaiset on tärkeä yhteistyökumppani, joka auttaa ensihoitohenkilöstöä ymmärtämään ikääntyneen ihmisen taustaa ja käyttäytymistä. Omaisia tai potilasta hoitavaa henkilökuntaa tulee aina kuulla hoitotilanteissa. Onnistunut yhteistyö omaisten tai häntä hoitavan henkilökunnan kanssa on rikkaus, josta hyötyvät kaikki osapuolet. (Vaarama & Voutilainen 2002, 77.)

### 4.3 Hoidon haasteet

Vanhusten sairauksien diagnostiikkaan vaikuttavat monet syyt voidaan tiivistää kolmeen pääongelmaan: vaikeuksiin löytää anamneesista olennainen, oireiden muuttumiseen ikääntymisessä ja siihen liittyvien sairauksien takia sekä statuslöydösten runsauteen ja yleisoireiden tulkinnan vaikeuksiin. (Tilvis 2003, 32.)

Luotettavan anamneesin puuttumisen syitä ovat kommunikaatio-ongelmat. Anamneesin kerääminen on usein vaikeaa tai mahdotonta. Potilas ei ole tajuissaan, tapahtumalla ei ole silminnäköisiä tai tapahtumapaikalla ei ole asiakasta tuntevia henkilöitä. Vanhukselta itseltään saatavat tiedot voivat olla epäluotettavia. Potilas saattaa kuvata oireitaan puutteellisesti ja korostaa itselleen merkityksellisiä asioita. Tähän vaikuttavat muun muassa dementoituminen, pelko ja muistamisvaikeudet. Monet vanhukset keksivät tarinoita voidakseen antaa itsestään todellista paremman kuvan. Jos vanhusta vielä painostetaan vastaamaan, hän voi vastata mitä tahansa päästäkseen eroon kyselijästä. Lääketieteelliset tutkimukset ja mahdolliset hoitotoimenpiteet voivat olla niin pelottavia, että vanhus yrittää peitellä oireita välttyäkseen niiltä. Potilas ei halua kertoa

tietyistä sairauksista, kun taas toisia vaivoja valitetaan herkästi kuten nivelvaivoja, huimausta ja heikkouden tunnetta, mutta eivät halua puhua muista oireista. Esimerkiksi virtsainkontinenssista tai muista intiimeistä oireista kertominen voi olla vaikeaa. (Tilvis 2003, 32 - 33.)

Oireiden muuttuminen ja muut löydökset vaikeuttavat diagnostiikan tekemistä. Yksittäiset taudit aiheuttavat yleensä samankaltaisia oireita kaikenikäisille. Useissa akuuteissa sairauksissa vanhuspotilaiden oireet, sekä subjektiiviset vaivat että kliiniset löydökset, voivat kuitenkin olla erilaisia kuin nuorempien. Keuhkokuume ilman yskää ja kuumetta on tästä tyypiesimerkki. Vanhenemismuutokset aiheuttavat sen, että ikääntyneille on tyypillistä oireiden tietty epäspesifisyys eli toisten oireiden vaimentuminen ja toisten oireiden ylikorostuminen. Ikääntyneellä tietyt elimistön säätelyjärjestelmät, kuten esimerkiksi autonomisen hermoston toiminta, heikkenee. Vähäoireisuus säätelyjärjestelmien häiriintymisestä johtuen voi peittää vanhuksella vakavankin sairauden kuten kivuttoman infarktin. (Tilvis 2003, 33.)

Akuutisti sairastuneet vanukset tuodaan hoitoon usein lääketieteellisesti näennäisen sekundaaristen syiden takia. Tällaisia syitä ovat muun muassa kotona pärjäämättömyys, kaatuilu, sekavuus tai heidät on löydetty lattialta. Syyksi paljastuu usein akuutti infektio, sydäninfarkti, aivoverenkiertohäiriö tai vaikkapa keuhkoembolia. Oireita on tällöin aiheuttanut elimistön heikoimman lenkin pettäminen. Usein oireet ovat keskushermostoperäisiä, jolloin oireet ovat hyvin monimuotoisia. Lähes mikä tahansa akuutti sairaus voi laukaista pahimmillaan sekavuustilan, heikentää muistitoimintaa, aiheuttaa huimausta, pahentaa masennusta, paljastua kaatuiluna tai virtsainkontinenssina tai vaikeuttaa liikkumista. (Tilvis 2003, 33 - 34.)

Vanhus potilaan arviointi vaatii ennen kaikkea ensihoitajilta herkkyyttä havaita potilaan todellinen sairaus monien oireiden takaa. Vanhuksen monista ongelmista tulisi löytää ensisijaisesti ne, joihin on saatavissa konkreettista apua ensihoidollisin keinoin. Ne eivät ole käytännössä aina samoja kuin potilaan eniten valittamat vaivat. Vanhuk-sien sairauksien ladun ja luonteen selvittäminen on usein hankalaa myös sen vuoksi, että monien sairauksien taudinkuva saattaa vanhuksilla olla tavanomaisesta poikkeava. (Tilvis ym.1997.)

Havaintojen tulkintaa vaikeuttavat löydösten moninaisuus ja epäspesifisyys. Monien sairauksien yhtäaikainen esiintyminen vaikeuttaa diagnoosin muodostamista. (Tilvis

2003, 33.) Ikääntyneellä voi olla useita sairauksia ja näihin useita lääkkeitä. Toimintakyky voi olla alentunut fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Iäkkään monitautisuus vaikeuttaa sekä oikean hoitopaikan että oikean hoidon valintaa. Voi olla vaikeaa tai jopa mahdotonta löytää oikea syy tilanteen vaikeutumiseen. Loogisen kuvan saaminen potilaan tautien painoarvoista ja vaikutuksista elintoimintoihin voi olla vaikeaa ellei mahdotonta. Vanhuksilla monien lääkkeiden käyttö voi lisäksi peittää alleen vähäisetkin vihjeet. Vanhukselle tulee nuoria enemmän lääkkeiden sivuvaikutuksia. Tämä saattaa johtua latenteista sairauksista, ja/tai useiden lääkeaineiden välisistä voimistuneista yhteisvaikutuksista. Tärkeää on kuitenkin löytää ne viat, joita voidaan hoitaa tai mihin voidaan vaikuttaa. Lähestymällä järjestelmällisesti sairauksien, oireiden, lääkitysten ja erityyppisten toimintakyvyn vajeiden tunnusmerkistöä estetään vyyhtiä solmuuntumasta. (Finne-Soveri 2002, 65; Kuisma 2008, 470.)

#### 4.4 Potilaan oikeudet

Ikääntyneen ihmisen lääketieteellisen hoidon periaatteet eivät poikkea nuoren tai keski-ikäisen hoidon periaatteista. Parannettavissa olevat sairaudet tai tilat hoidetaan aina, kun hoidon hyöty ylittää sen mahdollisesti ylittävän haitan. Jos paraneminen ei ole mahdollista, panostetaan jäljellä olevaan elämään. Kärsimystä aiheuttaviin oireisiin puututaan aina. Laki potilaan oikeuksista tukee hyvää lääketieteellistä hoitoa. Ikääntynyt ihminen itse päättää itseään koskevista asioista potilaslain mukaisesti. Voidakseen tehdä järkeviä ja perusteltuja päätöksiä sekä sitoutuakseen hoidon tavoitteisiin, potilaan tulee saada sairauksistaan, oireistaan, ennusteestaan sekä tarjolla olevista lääketieteellisistä hoitomuodoista selkeää ja ajan tasalla olevaa tietoa. (Finne-Soveri 2002, 65.) Hoitotyössä välittäminen näyttäytyy myös asiakkaan tahdon kunnioittamisena (Backman ym. 2002, 73).

Ensihoitajan pitää aina pystyä perustelemaan tekemänsä päätökset ja hoidot potilaalle. Potilaan tiedonsaantioikeuteen kuuluu oikeus saada ensihoitajilta suullinen selvitys omasta terveydentilastaan ja hoidostaan sekä potilaalla on oikeus tarkistaa itseään koskeviin potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot. Potilaalla on myös oikeus saada tietoa kaikista niistä asioista, joilla on merkitystä päättäessä hänen hoidostaan. Ensihoitajan on annettava tiedot siten, että potilas ne ymmärtää. (Seppälä 2002 57, 122.)

Ikääntyneiden ihmisten autonomian kunnioittaminen on erityisen tärkeää. Iäkäs ihminen on oman elämänsä paras asiantuntija. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 72.) Ensihoidos-

sa tulee ottaa huomioon iäkäs ihminen mahdollisuuksien mukaan häntä itseään koskevissa hoidollisissa näkökulmissa. On kuitenkin tilanteita, joissa ikääntyneellä on rajalliset kyvyt ottaa vastaan tietoa ja tehdä valintoja. Hän saattaa olla väsynyt ja heikko, mistä syystä hän mieluummin antaa jonkun toisen valita. Silloin hän luopuu vapaaehtoisesti itsemääräämisoikeudestaan, mikä on myös eräänlainen itsemääräämisen muoto. Ensihoitajalle voi tulla vastaan tilanteita, jossa hänen tulee arvioida, onko potilas itse kykenevä päättämään senhetkisen terveydentilaan koskevista asioista. Joskus potilaan kyky ymmärtää ja tehdä päätöksiä on heikko. Silloin on edesvastuutonta antaa hänelle täysi itsemääräämisoikeus. Näissä tilanteissa ensihoitaja voi joutua tekemään päätöksen itsemääräämisoikeuden ja turvallisuuden välillä. Ongelmatilanteissa ensihoitajan tulee konsultoida lääkäriä ja pyrkiä potilaan kannalta parhaaseen ratkaisuun. (Sarvimäki 2009, 36; Seppälä 2002, 54.)

## 5 ENSIHOITO

### 5.1 Ensihoito ja sairaankuljetus

Ensihoito määritellään asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemäksi tilanearvioksi ja antamaksi ensihoidoksi, jolla potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai potilaan terveydentilaa pyritään parantamaan. (Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994, 2§) Ensihoito on riittävän terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneen ammattihenkilön tekemää tilanteen arviointia ja välitöntä hoitoa, jolla vammautuneen tai sairastuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan. Ensihoidossa terveydentilaa parannetaan lääkkein, perusvälinen tai muilla hoitotoimenpiteillä kuten peruselintoimintoja seuraamalla. Ensihoitopalvelu sisältää terveydenhuollon toimintaa, jonka perustehtävänä on turvata äkisti sairastuneen tai vammautuneen uhrin tai potilaan korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen aikana ja sairaalassa. Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon peruspäivystyspalveluita. (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2002,46.)

Ensihoidon ensisijainen tehtävä on kuljettaa hoito potilaan luo ja vasta seuraavana tehtävänä on viedä potilas tarvittaessa hoitoon. Kun potilas muutaman vuoden kuluttua äkillisestä sairastumisesta voi yhtä hyvin kuin ennen sairastumistaan, on ensihoitojärjestelmä onnistunut tehtävässään. Nykyään ei riitä, että potilas saadaan elossa sairaalaan vaan tavoitteena on mahdollisimman vähäinen haitta potilaan terveydentilassa.

Ensihoidon tavoitteena tulee olla mahdollisimman monen selviytyminen vakavastakin äkkisairastumisesta tai vammautumisesta ilman mitään pysyvää haittaa. (Castren ym. 2002, 2.)

Ensihoitotehtävät muuttuvat kaiken aikaa, samoin kansalaisten odotukset. Ensihoito mielletään ensisijaisesti hätätilapotilaiden hoitoon, mutta ensihoitajan työnkuvaan kuuluvat hyvän hoidon lisäksi asiakaspalvelutehtävät, joilla potilasta ja hänen omaisiinsa voidaan opastaa alati muuttuvien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piiriin. Hyvältä ensihoitajalta vaaditaan hyvää kuuntelemisen ja havainnoinnin taitoa, jolla taataan asiakaslähtöinen ja mahdollisimman tarkoituksenmukainen hoitolinjojen valinta.

Ensihoidon tavoitteena on olla osa hoitoketjua, jossa tavoitellaan mahdollisimman sujuvaa, potilaskeskeistä palvelujärjestelmää. Näin pyritään turvaamaan palvelun ja hoidon jatkuvuus. Sairaankuljetuksella tarkoitetaan ammattimaista, asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön toimittavaa henkilökuljetusta sairaankuljetusajoneuvolla tai erityisajoneuvolla ja ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana tapahtuvaa ensihoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 14.)

Sairaankuljetuksessa on porrastettu ensihoitojärjestelmä. Ensihoito jakautuu perus- ja hoitotasoon. Perustaso sairaankuljetuksessa tarkoittaa hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone. Tarvittaessa perustason sairaankuljettajalla pitää olla mahdollisuus aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet. Hoitotason sairaankuljetus määritellään valmiudeksi aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus potilaan elintoiminnot turvaten. Hoitotaso perustuu henkilöstön osaamiseen, hoitovälineistöön ja lääkevalikoimaan, jotka ovat perustasoa laajemmat. (Alaspää & Holmström 2003, 26 - 33.)

## 5.2 Ensihoitohenkilökunnan koulutus

Sairaankuljetuksesta ei ole säädetty erillistä lakia, vaan säädös on annettu asetuksena. Terveystieteiden ammattiharjoittaminen edellyttää ammattikoulutuksen lisäksi viranomaisen laillistamista tai rekisteriin merkitsemistä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94) ja asetuksen (564/94) mukaisesti. Terveystieteiden oikeusturvakeskus voi hakemuksesta laillistaa tai merkitä rekisteriin uudet terveydenhuol-



lon ammattihenkilöt. Se myös valvoo heidän ammattiharjoittamistaan. Stakes ylläpitää rekisteriä terveydenhuollon ammattiharjoittamisoikeuden saaneista henkilöistä TERHIKKI-tietokannassaan. Terveysdenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ammatissaan noudattamaan Terveysdenhuollon Oikeusturvakeskuksen tai Lääninhallituksen määräämiä säännöksiä tai määräyksiä. Terveysdenhuollon ammattihenkilöiden yleinen ohjaus kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. (Valvira, Terveysden ja hyvinvoinnintaitos)

### 5.3 Ensihoito prosessina

Ensihoito ja sairaankuljetus ovat prosesseja ja niissä erottuvat selkeästi prosessin eri vaiheet. Ilmoituksen ensihoidon tai sairaankuljetuksen tarpeesta voi tehdä kuka tahansa. Ensihoito ja sairaankuljetuspalvelu käynnistyvät oman tai toisen hädän havaitsemisesta, joka on johtanut hätäilmoituksen tekoon hätänumerosta 112. Ensihoito- ja sairaankuljetusketju päättyy siihen kun potilas on päässyt asianmukaiseen hoitopaikkaan tai saanut tarvittavan hoidon paikan päällä. (Määttä 2003, 32.) Hätäpuhelun jälkeen on potilas julkisen palvelujärjestelmän vastuulla. Potilaan luokse lähetetään mahdollisuuksien ja tilanteiden mukaan mahdollisimman asianmukainen yksikkö. Tämä edellyttää nopeaa hälyttämistapaa, hyvää lähtövalmiutta ja hälytyskeskuksen työntekijän ammatillisia valmiuksia (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2002, 22.)

Tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana annettavassa ensihoidossa on ratkaisevaa nopeus ja hoidon laatu. Tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana annettavan hoidon laatuun vaikuttavat sairaankuljettajan kokemus, motivoituneisuus ja kouluttautuminen. Kuljetuksessa on tärkeää välineistö ja se millaiset hoitovalmiudet sairaankuljettajilla on. Asiakkaan kannalta hoidon kiireellisyyden ja hoitopaikkamäärityksen ratkaisevin yksittäinen tekijä on aika, joka kuluu välittömän hoidon alkamiseen. Potilas kuljetetaan suoraan ja riittävän nopeasti sairaalaan tai terveyskeskukseen, jossa hänelle on mahdollisuus antaa tarvittavaa hoitoa. Hoidon aloituksessa ei saa viivyttää liian pitkään. (Kinnunen 2002, 24.)

Potilas voi esittää mielipiteensä jatkohoitopaikan suhteen, mutta välttämättä hänen toiveitaan ei aina voida toteuttaa. Tällöin on hyvä kertoa potilaalle perusteet ja toimintaohjeet, jotka vaikuttavat hoitopaikan valintaan. Hoito ja kuntoutus vievät aikansa, ja niiden kestoon vaikuttaa myönteisesti laadukas ensihoito. Sairaankuljetuksen pääta-

voite on turvata potilaan peruselintoiminnot eli tajunta, verenkierto, hengitys sekä kuljettaa potilas terveydenhuollon yksikköön asiantuntevaan hoitoon. Perustietojen karttaminen ja lääkityksen selvittäminen ovat tärkeitä hoidon kannalta. Erityisen tärkeää on kuunnella potilasta ja haastatella häntä. Tällä tavoin osataan ottaa huomioon mahdolliset hoitoon vaikuttavat seikat ja osataan välittää eteenpäin tärkeät tiedot potilaasta. (Castren ym. 2002, 22–24.)

## 6 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN KOULUTUSKANSION TARKOITUS JA TAVOITTEET

Gerontologisen hoitotyön koulutuskansion tarkoituksena on ensihoitohenkilöstön tiedon lisääminen gerontologisesta hoitotyöstä. Koulutuskansion tarkoituksena on myös lisätä ensihoitajien tietoisuutta ikääntymiseen liittyvistä fysiologisista ja psyykkisistä ja sosiaalisista muuttujista. Yhtenä tavoitteena on myös helpottaa ensihoitajien ja ikääntyvien kohtaamista.

Opinnäytetyöni pitkän aikavälin tavoitteena on herättää kiinnostusta sairaankuljetusta järjestävissä tahoissa ja saada gerontologisen hoitotyön koulutuskansio käytännön työkaluksi ensihoitoon. Omat oppimistavoitteeni gerontologisen hoitotyön koulutuskansion toteutukseen ovat omaksumani tiedon ja käytännön kokemusten yhdistäminen sekä soveltaminen gerontologisessa hoitotyön koulutuskansiossa.

## 7 HANKKEEN RISKIT

Yleiset riskit opinnäytetyössä ovat aikataulun pettäminen sekä materiaalin ja tehdyn työn tuhoutuminen. Aikataulun pettämiseen varauduin laatimalla toteutuskelpoisen aikataulun ja materiaalin ja tehdyn työn tuhoutumiseen varauduin ottamalla säännöllisin väliajoin varmuuskopioita työstäni.

Yhtenä riskinä koen gerontologisen hoitotyön yhteensovittamisen ensihoitoon uskottavalla ja konkreettisella tavalla. Ensihoitajien työ on erittäin toimintakeskeistä kun taas gerontologisessa hoitotyössä painottuu inhimillisuus ja ikääntyneen kohtaaminen. Pohdin, miten saada uutta ajattelumallia ensihoitoon ja gerontologisen hoitotyön näkökulma käytäntöön. Tämä vaatii koulutusta ensihoitajille, mihin pyrin koulutuskansiossa.

Suurin riski on, että gerontologisen hoitotyön koulutuskansio ei saa arvostusta ensihoitajien keskuudessa tai se koetaan vieraaksi. Lähtökohtana koko työn tekemiselle, kun on herättää ajatuksia ja mielenkiintoa gerontologisen hoitotyön koulutuskansiolla niin, että ensihoitajat kiinnostuisivat ottamaan selvää ikääntymiseen liittyvistä fysiologisista muutoksista. Mahdolliseen projektin arvostuksen tai ensihoitajien kiinnostuksen puutteeseen aion vaikuttaa tekemällä mielenkiintoisen koulutuspaketin, josta on hyötyä ensihoitajille jokapäiväisissä työtehtävissä. Ensihoitajien koulutuksessa käytetään paljon case-mallia opetuksessa. Koulutuskansiossa on case-mallisia esimerkkejä selkeyttämään tekstiä ja tekemään kansiossa käytännönläheisemmän.

Gerontologinen hoitotyön koulutuskansion yhtenä riskinä on liian suppea aineistovalinta. Itselläni on pitkä kokemus ensihoidosta, mutta pohdin, onko minulla riittävästi substanssia gerontologisesta hoitotyöstä. Pohdin myös, onko gerontologisen hoitotyön koulutuskansioon valittu materiaali juuri oikeanlaista tavoitteisiin nähden ja onko koulutuskansioon valittu materiaali juuri sitä, mitä ensihoitajat tarvitsevat sisäistääkseen gerontologisen hoitotyön mallin.

Opinnäytetyöprosessin laadulliset tavoitteet ovat toteutuneet, kun loppuraportti on kattavasti ja selkeästi dokumentoitu aikataulun mukaisesti. Lisäksi työ on saatettu loppuun, kun gerontologisen hoitotyön koulutuskansion tavoitteet ovat täyttyneet. Olen tyytyväinen, kun gerontologisen hoitotyön koulutuskansio on käytännön toimintana ensihoidossa. Tämä näkyy ikääntyneen hyvänä hoitona ja siinä, että ikääntyneen kohtaamisen panostetaan.

## 8 RESURSSIT JA KUSTANNUKSET

Ensihoitohenkilökunnalla on hyvä ihmisen fysiologian ja anatomian tietämys, jolloin koulutukseen ei tarvitse siltä osin varata aikaa, vaan koulutuksessa voi keskittyä lähinnä gerontologiseen hoitotyöhön. Ensihoito on koko ajan muuttuva ala, joten työntekijöitä koulutetaan aktiivisesti. Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitajilla on työnantajan järjestämää koulutusta lähes viikoittain. Koulutustilaisuuden pitäminen ensihoitajille on siten helppoa ja ei vaadi ylimääräisiä resursseja. Ensihoitajille järjestetään kaksi kertaa vuodessa alueellinen Päijät-Hämeen keskussairaalan koulutuspäivä, jolloin on myös hyvä mahdollisuus gerontologisen hoitotyön koulutuskansion esittelytilaisuuteen.

Gerontologisen hoitotyön koulutuskansio on tarkoitus jakaa jokaiselle Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitajalle. Materiaalin jakamisen kustannuksista sovitaan Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan ensihoitojoaksen kanssa.

## 9 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN KOULUTUSKANSION TOTEUTUS

### 9.1 Lähtötilanteen kuvaus

Opintojeni edetessä sain idean laatia gerontologisen hoitotyön koulutuskansion Päijät-Hämeen pelastuslaitokselle. Olen työskennellyt Päijät-Hämeen pelastuslaitoksella ensihoitajana parikymmentä vuotta ja työtehtävissäni olen huomannut, että gerontologisen hoitotyön koulutuskansiolle on selvä tarve. Kun vielä Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen sairaankuljetuspäällikkö piti ajatustani hyvänä, niin opinnäytetyöni aiheeksi tuli gerontologisen hoitotyön koulutuskansion laatiminen ensihoitoon.

Päätin materiaalin laadinnassa kansiomuotoiseen tuotokseen, koska ensihoidossa yleisesti käytetään kirjallista materiaalia oppimiskeinona. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ensihoitajille suunnattu koulutuspaketti, joka on saatavana sekä kirjallisena että sähköisessä muodossa. Koska koulutuskansio on myös sähköisessä muodossa, sitä on helppo kehittää ja päivittää tulevaisuudessa.

### 9.2 Käytetyt oppimismenetelmät

Opinnäytetyöni on tutkimustyyppiltään toimintakeskeinen opinnäytetyö. Aaltola ja Syrjälä (1999, 18) määrittelevät toimintatutkimuksen prosessiksi, joka tähtää asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen entistä paremmiksi. Toiminnan kehittäminen ymmärretään tällöin jatkuvaksi prosessiksi, joka ei pääty esimerkiksi entistä parempaan toimintatapaan. Toimintatutkimus piiryy tällä tavoin ymmärrettyinä lähestymistavaksi, joka ei ole kiinnostunut vain siitä, miten asiat ovat, vaan ennen kaikkea siitä, miten niiden tulisi olla. Opinnäytetyöni aineiston keruu perustuu ainoastaan valmiiseen aineistoon. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2002, 173) toteavat, että ”Jokaisen ongelman ratkaisemiseksi ei tarvitse kerätä itse aineistoa, eikä esimerkiksi opinnäytetyön arvo nouse tai laske sen mukaan, miten aineisto on hankittu.”

### 9.3 Kansion laadinta ja ulkoasu

Aivan aluksi aloitin gerontologisen hoitotyön kansion prosessoinnin selaamalla ja lukemalla monipuolista ja laajaa lähdeaineistoa. Tutustuin esimerkiksi Systole- ja Gerontologia- lehtien artikkeleihin. Osan lähdeaineistosta hankin kirjastosta. Hahmotelin pitkään mielessäni sekä paperille kansion runkoa. Lopulta aloitin gerontologisen hoitotyön kansion itse luomistyön kirjoittamalla laatimani sisällysluettelon alle lähdeaineistoista materiaalia. Punaisena lankana kirjoittamisessa oli se, että kaiken kirjoittamani teksti tuli perustua arvostettuihin julkaisuihin. Suurin osa laatimani gerontologisen hoitotyön koulutuskansion teksteistä perustuu neljään teokseen, jotka ovat Päivi Voutilaisen ja Pirjo Tiikkaisen toimittama Gerontologinen hoitotyö, Sirpa Hartikaisen ja Eija Lönnroosin toimittama Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen, Eino Heikkisen ja Taina Rantasen toimittama Gerontologia sekä Reijo Tilviksen, Antti Hervosen, Pirkko Jäntin, Aapo Lehtosen ja Raimo Sulkavan toimittamaan Geriatria-teoksiin.

Aineiston valinnassa käytin harkintaa ja hyväksyin lähteeksi vain ne lähteet, jotka täyttivät Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2002, 99) lähteelle annetut arviointikriteerit, joita ovat lähteen ikä ja uskottavuus sekä se, että kirjoittaja on tunnettu ja arvovaltainen. Pyrin käyttämään gerontologisen hoitotyön koulutuskansiossa tuoreita lähteitä. Suurin osa lähdekirjallisuudesta on julkaistu 2000 - luvulla. Uuteen tietoon on kumuloituneena aiempi tieto. Lisäksi gerontologia ja geriatria tieteenaloina ovat ottaneet parin viime vuoden aikana aimo harppauksen eteenpäin. Nykyisin on hyvin saatavilla suomalaista tutkimustietoa gerontologiasta, kun aiemmin tieto oli lähinnä peräisin Yhdysvalloista. Lähteen uskottavuus perustuu julkaisijan arvovaltaan ja vastuuseen. Hirsjärven ym. (2002, 98) mukaan on syytä uskoa, että arvovaltainen kustantaja ei ota painettavaksi tekstiä joka ei ole läpäissyt asiatarkastusta. Valitsemani lähdeaineiston julkaisijat, WSOY Oppimateriaalit Oy, Edita Prima Oy, Duodecim, ovat erittäin arvostettuja Suomessa. Kirjoittajat ovat keskeisiä gerontologisen ja geriatrisen hoitotyön asiantuntijoita.

Hankkimastani aineistomateriaalista muokkasin ja yhdistelin tekstejä, luodakseni toimivan koulutuskansion ensihoitoon. Kansion tekstin pyrin tekemään mahdollisemman helppolukuiseksi. Pyrin pitämään lukijan mielenkiinnon yllä käyttämällä kuvia tekstissä aika ajoin ja korostamalla asioita käyttämällä "bouldattua" tekstiä. Packardin ja

Racen (2003, 36) mukaan kansioista saa houkuttelevan ja kiinnostavan käyttämällä kuvia ja piirroksia. Koulutuskansion kieli on selkeää ja pyrin käyttämään kansiossa lyhyitä virkkeitä ja sanoja. Ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa on selkeästi luettava kirjasintyyppi, riittävä kirjasinkoko (vähintään 12) ja selkeä tekstin jaottelu ja asetelu. Tärkeitä asioita painotetaan alleviivauksin tai muilla korostuskeinoilla. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 126-127.)

#### 9.4 Kansion lopullinen sisältö ja luovutus

Koulutuskansio voidaan jakaa viiteen eri osioon. Ensimmäinen osio sisältää sisällysluettelon, alkusanat sekäansion tarkoituksen ja ikääntyneen hyvän hoidon kymmenen teesiä. Kansion ensimmäisellä sivulla on sisällysluettelo, josta käy selkeästi esille, miltä sivulta löytyy mikäkin asia. Sisällysluettelon jälkeen on listattu koulutuskansion tarkoitus ja tavoitteet. Tämän jälkeen on Suomen mielenterveysseuran Vanhusten hyvä kohtelu- työryhmän laatimat kymmenen käskyä vanhusten hyvään hoitoon. Nämä kymmenen käskyä on tarkoitettu huomioon otettavaksi vanhusten hoitotyössä, jotta hoito olisi laadukasta ja hyvää.

Toisessa osiossa alkaa koulutuskansion opetuksellinen osuus. Osiossa kerrotaan ikääntymiseen liittyvistä vanhenemismuutoksista ja sairauksista. Ikäihmisten hoitotyön erityisosaaminen perustuu siihen, että ymmärretään biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit ja vanhuus ainutkertaisena elämänvaiheena. Kolmannessa osiossa aiheena on potilaan kohtaaminen, joka jakaantuu kolmeen teemaan: ikääntyneen, muistisairaana ja deliriumpotilaan kohtaamiseen. Asiakkaan kohtaaminen on hyvän hoitosuhteen perusedellytys, sillä hoitotilanne perustuu hyvän vuorovaikutuksen syntymiselle. Ilman kohtaamista ei päästä avoimeen ja hyvään hoitosuhteeseen. Muistisairaana asiakkaan kanssa kohtaaminen erityisesti korostuu, sillä haasteita keskinäisen vuorovaikutuksen syntymiseen luo muistisairaana erilainen kokemusmaailma. Lisäksi halusin ottaa kansioon deliriumpotilaan kohtaamisen, sillä deliriumin tunnistaminen on erittäin haasteellista kaikille terveydenhuollon toimijoille.

Neljännessä osiossa käsitellään ikääntyneen potilaan tilan arviointia ja hyvää hoitoa gerontologisen hoitotyön näkökulmasta. Keskeisinä asioina gerontologisesta hoitotyöstä nostetaan esille hoitajan asenne, asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutus sekä potilaan ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus. Viides osio käsittelee ikääntyneen elinympäristön havainnoimista ja päättyyansion teossa käytettyihin lähteisiin. Vanhustyön

koulutusohjelma perehtyy laaja-alaisemmin ikääntyneen tilaan kuin mitä sairaanhoitaja- ja ensihoitajakoulutus. Monesti ensihoitaja voi olla ainut henkilö, joka näkee olosuhteet, joissa vanhus elää. Havainnoimalla ikääntyneen elin- ja toimintaympäristöä saadaan arvokasta tietoa ikääntyneen tilanteesta. Ensihoitajien yhteistyötä muihin viranomaisiin tulee lisätä. Aineistoon liitettyjen lähteiden avulla lukija voi etsiä tietoa lisää aihepiiristä.

Gerontologisen hoitotyön koulutuskansio on toimitettu sähköisessä muodossa ja paperiversiona kansiossa toimeksiantajan edustajille sairaankuljetuspäällikölle ja koulutusvastaavalle. Koulutuskansion toimituksen yhteydessä pidin heille perehdytyksen kansion materiaaliin. Tarkoituksena on pitää gerontologisen hoitotyön koulutuskansion esittely- ja koulutustilaisuus Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen päätoimisille ensihoitajille työnantajan antamalla ajankohdalla sekä muille ensihoitajille Päijät-Hämeen keskussairaalan ensihoitokoulutuspäivien yhteydessä. Uskon, että toimeksiantajani ottaa gerontologisen hoitotyön kansion käyttöön ja gerontologisesta hoitotyöstä tulee yksi osa-alue työnantajan järjestämästä koulutuksesta ensihoitajille.

## 10 ARVIOINTI JA POHDINTA SUHTEESSA TAVOITTEISIIN JA RISKEIHIN

Ensihoitolääketieteen dosentti Markku Kuisman mukaan (2007, 47) kotona hoidetaan hoitolaitosten asemasta yhä sairaampia potilaita ja väestö ikääntyy. On ilmeistä, että ikääntyneiden potilaiden osuus ensihoito- ja sairaankuljetustehtävissä tulee kasvamaan ja tulevaisuudessa gerontologisen hoitotyön osaaminen korostuu ensihoidossa. Tämä vaatii sairaankuljetusta järjestäviltä tahoilta uutta ajattelua sekä ensihoitajien koulutusta ikääntymiseen liittyvistä tekijöistä ja ikääntyneen potilaan kohtaamisesta. Opinnäytetyöni aihe on varsin ajankohtainen ja sille on selvä tilaus ensihoidossa. Pyrin laatimallani gerontologisella koulutuskansiolla antamaan ensihoitajille tietoa siitä, millaista on ikääntyneen hyvä hoito. Hyvä hoitosuhde vaatii aina kohtaamista hoitajan ja asiakkaan välillä. (Backman ym. 2002, 73). Ikääntyneen kohtaaminen vaatii ensihoitajalta tunneälyä, hyviä vuorovaikutus- ja asiakaspalvelutaitoja sekä oikeanlaista asennetta. Hyvä hoitotyö on aina asiakaslähtöistä. Hyttinen toteaa (2009, 46), että asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä toimii asiakkaan kanssa yhdenvertaisena. Kaikkia edellä mainittuja asioita käsittelem gerontologisen hoitotyön kansiossa. Tavoitteena on, että ensihoitajat sisäistäisivät sen, että vanheneminen ei tarkoita äyllisen toiminnan vähene mistä vaan ikääntynyt ihminenkin on ihminen ja arvokas sellainen.

Työtä tehdessäni koin erityisen haastavana sen, miten saada gerontologisesta hoitotyöstä juuri se oleellinen koulutuskansioon ja miten tehdä kansiota tarpeeksi mielenkiintoinen niin, että se herättää lukijassa kiinnostuksen lukemiseen. Kokemukseni ensihoidosta on kattava, mutta gerontologisen hoitotyön saralla koen olevani vielä varsin kokematon. Aluksi kansiota laatiessa gerontologisen ja geriatrian välinen rajanveto oli vaikeaa. Pitkästä ensihoitotaustani johtuen kiinnostukseni kohdistui aluksi lähinnä geriatriseen tietoon, kunnes ohjauksen avulla palasin jälleen gerontologisen tiedon lähteille. Tietoa hakemalla ja erilaisiin koulutus- ja ohjeistuskansioihin perehtyessä alkoi suuntaviivat hahmottua omani koulutuskansion ulkoasusta. Opinnäytetyöprosessi on ollut itselleni tärkeä oppimisprosessi, sillä kansiota laatiessa oma osaaminen gerontologisesta hoitotyöstä syveni.

Pohdin kansiota laatiessa usein sitä, onko kansiossa liian itsestään selviä asioita. Toisaalta asiat, joita pidämme itsestään selvinä, eivät välttämättä ole kaikille sitä. Ikääntyneiden kaltoin kohtelusta on puhuttu paljon medioissa ja aiheesta on tehty useita tutkimuksia. Anu de Witin opinnäytetyö käsitteli vanhusten ihmisarvon kunnioitusta ensihoidossa. De Witin tutkimuksen mukaan ensihoitajat kohtelivat pääosin vanhuspotilaita hyvin ja ihmisarvoa kunnioittavasti, mutta kaltoin kohteluakin esiintyi. Kaltoin kohtelu kielii ensihoitajan vääränlaisesta asenteesta. Ikääntyneen hyvään laadukkaaseen hoitoon päästään ensihoitajien koulutuksella. Koulutuksen ja uuden tiedon kautta voidaan vaikuttaa myös henkilöiden asenteisiin ja opettaa uusia toimintamalleja ikääntyneiden kohtaamiseen. Gerontologisella hoitotyön koulutuskansioilla pyrin antamaan uusia näkökulmia ensihoitoon ja uutta sisältöä työhön. (de Wit 2004.)

Olen varsin tyytyväinen kansion lopulliseen sisältöön ja ulkonäköön. Kansio on selkeä ja helppolukuinen. Kansiossa on esillä juuri oleellinen tieto gerontologisesta hoitotyöstä. Kriittisesti tarkasteltuna koulutuskansion tekstiä olisi voinut vielä tiivistää ja kansiossa voisi olla enemmän kuvia. Jotkut kansion aihepiirit sisältävät tekstiä enemmän kuin yhden sivun. Aiheen sisäistyksen kannalta olisi ollut parempi, että teksti olisi mahtunut yhdelle sivulle. Voi olla, että aiheen jatkuessa toiselle sivulle lukijan ajatus katkeaa lukiessa. Koulutuskansiosta olisi voinut saada elävämmän lisäämällä siihen aihepiiriin liittyviä valokuvia.

Olen tyytyväinen siihen, että kansio herättelee ajatuksia viranomaisyhteistyöstä. Koulutuskansiossa nostetaan esille tärkeä ikääntyneisiin asiakkaisiin liittyvä piirre, viran-



omaisyhteistyön, joka käytännössä ei vielä toteudu lainkaan monella paikkakunnalla. Käytäntö on osoittanut, että ensihoitaja voi olla ainut ikääntyneen kontakti ulkomailmaan. Ikääntyneen fyysinen toimintakyky voi estää häntä lähtemästä kodin ulkopuolelle ja hän on vailla sosiaalisia kontakteja. Voi olla, että asuntoon ei tule vettä tai lämmitys ei pelaa. Ikääntyneellä ei ole kykyä hakea tai voimia apua mistään. Esimerkiksi maaseudulla osa ikääntyneistä saattaa asua hyvinkin alkeellisissa oloissa, ja monen ikääntyneen asunto voi olla asuinkelvoton. Ensihoitaja on viranomainen, joka näkee olosuhteet, joissa vanhus elää. Pahimmassa tapauksessa ikääntyneellä todetaan yleistilan lasku ja hänen kuljetetaan päivystyspoliklinikalle vähäisin tiedoin. Päivystyksestä ikääntynyt kotiutetaan ilman mitään tietoa siitä, millaiset olosuhteet tai toimintakyky ikääntyneellä on pärjätä kotona. Koulutuskansiossa käsittelen yhden luvun verran ikääntyneen toimintaympäristön kattavaa havainnoimista. Hyvä huolenpito ja aito välittäminen näkyvät siinä, että ensihoitaja kirjaa kaikki ikääntyneeseen potilaaseen liittyvät havainnot ylös ja tarpeen tullen ilmoittaa sosiaaliviranomaisille tai kotihoitoon potilaan mahdollisesti tarvitsevan tukitoimia. Mielestäni sairaankuljetusta järjestävien tahojen ja kotihoidon välinen yhteistyön olisi kehittämisen arvoista.

Hoitoketjussa ensihoidon tekemät hoidolliset ratkaisut ovat merkittävässä asemassa jatkohoitoon nähden. Tämä korostuu erityisesti, jos asiakkaana ovat ikäihmiset. Monissa tapauksissa ensihoitohenkilöstöllä ei ole riittävästi tietotaitoa arvioida ikääntyneen potilaan tilaa ja usein ainoaksi vaihtoehdoksi jää vain potilaan kuljettaminen päivystykseen. Yhteiskunnallisesti moni taho hyötyisi, jos gerontologista osaamista löytyisi ensihoitajilta. Kun ensihoitaja tietää, mistä tietty oireilu johtuu, eikä kyseessä ole kiireellinen akuuttia hoitoa vaativa oire, niin moni turha päivystyskäynti jäisi pois. Näin terveydenhuollon resursseja vapautuisi todellisten akuuttien sairauksien hoitoon. Erityisesti tästä hyötyisivät ikääntyneet asiakkaat, kun ylimääräiset reissut sairaalan ja kodin välillä loppuisivat. Yhteiskunnallisesti ensihoitajien gerontologinen osaaminen olisi merkittävää, sillä gerontologisella osaamisella saataisiin merkittäviä säästöjä aikaan ja terveydenhuoltojärjestelmä ei olisi niin kuormittunut.

Tarkoituksena oli pitää koulutustilaisuus gerontologisesta hoitotyöstä ensihoitajille, mutta työ- ja vapaa-aika kiireiden vuoksi koulutustilaisuuden pitämiseksi ei jäänyt aikaa. Aikataulun pettäminen ja siitä seurannut koulutustilaisuuden pitämättä jääminen on toteutunut riski, ja riskinä se on merkittävä. Mielestäni gerontologisen hoitotyön vieminen ensihoitoon vaatii koulutusta aiheesta ensihoitajille. Gerontologinen hoito-

työn koulutuskansion on yksi tapa saattaa asioita ensihoitajien tietoisuuteen, mutta sen rinnalle olisi tullut järjestää koulutustilaisuus, jossa olisin voinut suullisesti kertoa gerontologisesta hoitotyöstä ja saada aikaan keskustelua. Koulutustilaisuuden pitämättä jäämisestä seurasi, että palaute koulutuskansiosta jäi täysin saamatta ensihoitajilta ja sitä järjestäviltä tahoilta. Olisin voinut hyödyntää saamaani palautetta ja tehdä muutoksia gerontologinen hoitotyön koulutuskansioon. Ensisijaisesti jäi saamatta tieto siitä, kokevatko ensihoitajat gerontologisen hoitotyön osaamista tarpeelliseksi. Koulutuskansiota on helppo päivittää tulevaisuudessa, koska kansio on sähköisessä muodossa.

Tätä kirjoittaessa toimeksiantajan antama palaute koulutuskansiosta vielä puuttuu ja gerontologisen koulutuskansion hyöty käytännössä tulee esille vasta myöhemmin. Jatkossa voisi tutkia, miten ensihoitajat ovat sisäistäneet gerontologisen hoitotyön ja sen miten he käyttävät gerontologisen hoitotyön työtettä työssään. Myöhemmin voisi myös tutkia sitä, miten ensihoidossa tekemät hoidolliset ratkaisut ovat vaikuttaneet potilaan jatkohoitopaikan valintaan. Ikääntyneiden potilaiden määrä tuskin vähenee ensihoidon kuljetuksissa ja voi olla, että ihan lähitulevaisuudessa nähdään oma geriatrinen yksikkökin ensihoidossa.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. s.11 - 24. Jyväskylä: Atena Kustannus.

Aantaa, E. 2003. Ikähuonokuuloisuus. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, A., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). s.268 - 272. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Alaspää, A. & Holmström, P. 2003. Potilaan tutkimisen vaiheet. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994

Backman, K., Paasivaara, L., Voutilainen, P. & Isola, A. 2002. Hyvän hoitotyön erityispiirteet ikäihmisen hoidossa – gerontologisen hoitotyön haaste. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H.(toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu- opas laatuun. s. 70 - 76. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

De Wit, A. 2004. Vanhusten ihmisarvon kunnioitus ensihoidossa. Saatavissa: <http://www.witsons.fi/adewit/tutkimus/johdanto/index.html> [viitattu 23.1.2011].

Etzell, S., Korpivaara, L., Lukkarinen, T., Nikula, A., Pekkarinen, I., Peni, R. & Värämä, R. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Finne-Soveri, H. 2002. Hyvä lääketieteellinen hoito. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H.(toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu- opas laatuun. s. 65 - 69. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

- Grönlund, A & Maaskola M. 2002. Väestön ikääntymisen vaikutus Helsingin pelastuslaitoksen ensihoitopalveluun vuosina 2001-2025. Saatavissa: [http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/Opinnaytetyot/PDF/tiivistelma.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/Opinnaytetyot/PDF/tiivistelma.pdf) [viitattu 25.9.2009].
- Heikkinen, E. 2008. Tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät, teorianmuodostus. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.): Gerontologia, s. 16 - 25. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Heikkinen, H. 2009. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Teoksessa: Voutilainen, P., Tiikkainen, P. (toim.): Gerontologinen hoitotyö. WSOY: Helsinki.
- Hervonen, A, Pohjolainen, P. & Kuure, K. 1998. Vanhene viisaasti. Porvoo:WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6.painos. Helsinki:Kirjayhtymä.
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa: Voutilainen, P., Tiikkainen, P. (toim.): Gerontologinen hoitotyö, s. 41 – 56. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Tammi.
- Kinnunen, A. 1995. Sairaankuljetus ja ensihoidon perusteet. Jyväskylä: Gummerus.
- Kinnunen, A. 2002. Kuljetuksesta hoitoon. Teoksessa Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet, s. 1 - 29 Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatrien arviointi. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen, s. 15 - 30. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kettunen, R. 2008. Iäkkäiden sydänsairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen, s. 31 – 66. Helsinki: Edita Prima.

Kivelä, S-L. 1998. Vanhusten päiväsairaanhoido. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/passthru.pdf> [viitattu 23.10.2010].

Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Iäkkään masennus: tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen, s. 131 – 144. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuisma, M. 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen - selvitysmiehen raportti. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3831.pdf&title=Ensihoito\\_\\_ja\\_sairankuljetuspalvelujen\\_kehittaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3831.pdf&title=Ensihoito__ja_sairankuljetuspalvelujen_kehittaminen_fi.pdf) [viitattu 5.10.2010].

Kuisma, M. 2008. Vanhus ensihoitopotilaana. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito, s. 469 – 473. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lahtela, K. 1997. Psykkinen tasapaino ja toimintakyky vanhuusiässä. Teoksessa Rönnemaa, T. & Karppi, S-L. (toim.) Terveiden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti, s. 77 – 102. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 23. Turku: Kelan tutkimuskeskus. Kirjapainoalan työkokeilu.

Lehtonen, A. 2003. Osteoporoosi ja osteomalasia. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, A., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.): Geriatria, s.251 - 256. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Lupsakko, T. & Ikäheimo, K. 2008. Iäkkäiden aistiongelmat: kun ei kuule ja näkökin reistaa. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen, s. 145 - 163. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Voutilainen, P., Tiikkainen, P. (toim.): Gerontologinen hoitotyö, s. 58 - 73 . Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Määttä, T. 2003. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja, s. 24 - 29. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Packard, N. & Race, P. 2003. Käytännön vinkkejä opetustyöhön. Suom. L. Oittila. Hamina: Solver Kotkaset.

Palkeinen, H. 2005. Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa. Gerontologia-lehti 3/2005, s. 111 - 120.

Pantzar, M. 2000: Teesejä tietoyhteiskunnasta. Yhteiskuntapolitiikka. Nro 1. Porvoo: Uusimaa Oy.

Peräsalo, R. 2003. Vanhuksen huono näkö. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, A., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.): Geriatria, s.257 - 267. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Pohjolainen, P. 1996 a. Erilaisia määritelmiä vanhenemisestä. Teoksessa Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Laner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A.(toim.): Ikäänny viisaasti - gerontologiaa ikäihmisille, s. 5 - 7. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Pohjolainen, P. 1996. Normaalit ikääntymismuutokset. Teoksessa Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Laner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A.(toim.): Ikäänny viisaasti - gerontologiaa ikäihmisille, s. 16 – 20. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Portin, P. 2008. Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.): Gerontologia, s. 310 – 321. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Rautasalo, P. 2009. Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.): Gerontologinen hoitotyö, s. 184 – 195. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Kotipalvelu kotihoiton kivijalkana. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H.(toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu- opas laatuun. s. 100 - 105. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.): Gerontologinen hoitotyö, s. 27 - 40. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Seppälä, J. 2002. Vuorovaikutus ensihoidossa. Teoksessa Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet, s. 50 – 56. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Siitonen, T. 2008. Elinympäristön kehittäminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.): Gerontologia, s. 523 – 530. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sillanpää, K. 2003. Ensihoidon arvomaailma. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi Ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Suhonen, H. Ikääntyneiden sosiaaliset verkostot. Saatavissa:

<http://vanha.soc.utu.fi/sospol/sosger/sosiaaligerontologia/alue4/verkostoty.html> [viitattu 10.10.2010].

Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, A., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.): Geriatria, s.72 - 101. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Suni, A. 1996. Mielenterveys. Teoksessa Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Laner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A.(toim.): Ikäänny viisaasti - gerontologiaa ikäihmisille, s. 37 - 43. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kun-

tokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset – opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittelevistä tekijöistä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Tilvis, R., Strandberg, T. & Vanhanen, H. 1997. Geriatrian opintopaketti. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/auto/opetus/sisallys.html> [viitattu 20.10.2010].

Tilvis, R. 2003. Vanhus potilaana. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, A., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.): Geriatria, s.32 - 43. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H.(toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu- opas laatuun. s. 77 - 83. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H.(toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu- opas laatuun. s. 38 – 42. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.): Gerontologinen hoitotyö. s. 12 – 26. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Winblad, I. Vanhusten psyykkiset häiriöt. Therapia Fennica. Saatavissa: [http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten\\_psykkiset\\_h%C3%A4iri%C3%B6t](http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t) [viitattu 22.10.2010].



## LIITTEET

Liite 1/27

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU  
Vanhustyön koulutusohjelma

Tarja Lång

GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN KOULUTUSKANSIO ENSIHOITOON

2011



## SISÄLLYS

1	ALKUSANAT	3
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET	4
3	VANHUKSEN HYVÄN HOIDON JA KOHTELUN KYMMENEN KÄSKYÄ	5
4	VANHENEMISMUUTOKSET	6
	4.1 Fyysiset vanhenemismuutokset	6
	4.2 Psyykkiset vanhenemismuutokset	8
	4.3 Sosiaaliset vanhenemismuutokset	9
5	VANHUUDEN SAIRAUKSIA	10
6	IKÄÄNTYNEEN POTILAAN KOHTAAMINEN	11
7	MUISTISAIRAAN POTILAAN KOHTAAMINEN	12
8	DELIRIUMPOTILAAN KOHTAAMINEN	14
9	IKÄÄNTYNEEN POTILAAN TILAN ARVIOINTI	16
10	IKÄÄNTYNEEN POTILAAN HYVÄ HOITO	20
11	IKÄÄNTYNEEN LÄÄKEHOIDOSSA HUOMIOITAVAA	22
12	IKÄÄNTYNEEN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS	23
13	IKÄÄNTYNEEN POTILAAN KOTITILANTEEN HAVAINNOINTI JA TOIMENPITEET	24
	LÄHTEET JA LISÄTIETOA	25

## 11 ALKUSANAT

Rakenteellinen muutos vanhusten hoidossa muokkaa tällä hetkellä vanhuksen toimintaympäristöä voimakkaasti. Yhteiskunnallinen suuntaus on, että ikääntyneiden laitospaikkoja on vähennetty ja palveluja on suunnattu kotiin. Suuntauksena on, että ikääntynyt asuisi omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Tästä on seurauksena, että kotona asuu entistä huonokuntoisempia ikäihmisiä ja ikääntyneiden määrä ensihoidon potilaina tulee kasvamaan. Kun ikääntynyt ei enää pärjää kotona tai saa akuutin sairaskohtauksen, niin ikääntyneelle soitetaan ambulanssi.

Tämä koulutuskansio antaa perustietoja vanhenemiseen kuuluvista muutoksista. Ikäihmisten hoitotyön erityisosaaminen perustuu siihen, että ymmärretään biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit ja vanhuus ainutkertaisena elämänvaiheena. Tämän koulutuskansion tarkoituksena on lisätä ensihoitajien tietoja gerontologisesta hoitotyöstä sekä lisätä gerontologisen hoitotyön osuutta ensihoidossa. Sana gerontologia tulee latinasta. Etuliite geron tarkoittaa vanhusta ja logos on yhtä kuin oppi. Kiteytettynä gerontologinen hoitotyö on iäkkään ihmisen psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin saavuttamiseen ja säilyttämiseen pyrkivää hoitotyötä. Kaiken toiminnan lähtökohdانا on ikääntyneen hyvä hoito, ainutlaatuisuus ja itsemääräämisoikeus.

Gerontologisen hoitotyön koulutuskansion yhtenä pääteemana on ikääntyneen kohtaaminen, koska hoitotilanne perustuu aina hyvän vuorovaikutuksen syntymiselle. Ilman sitä ei päästä avoimeen ja hyvään hoitosuhteeseen. Potilaan kohtaaminen jakaantuu kolmeen teemaan: ikääntyneen, muistisairaana ja deliriumpotilaan kohtaamiseen. Muistisairaana asiakkaan kanssa kohtaaminen erityisesti korostuu, sillä haasteita keskinäisen vuorovaikutuksen syntymiseen luo muistisairaana erilainen kokemusmaailma. Deliriumpotilaan kohtaaminen on mukana koulutuskansiossa, koska deliriumin tunnistaminen on erittäin haasteellista kaikille terveydenhuollon toimijoille.

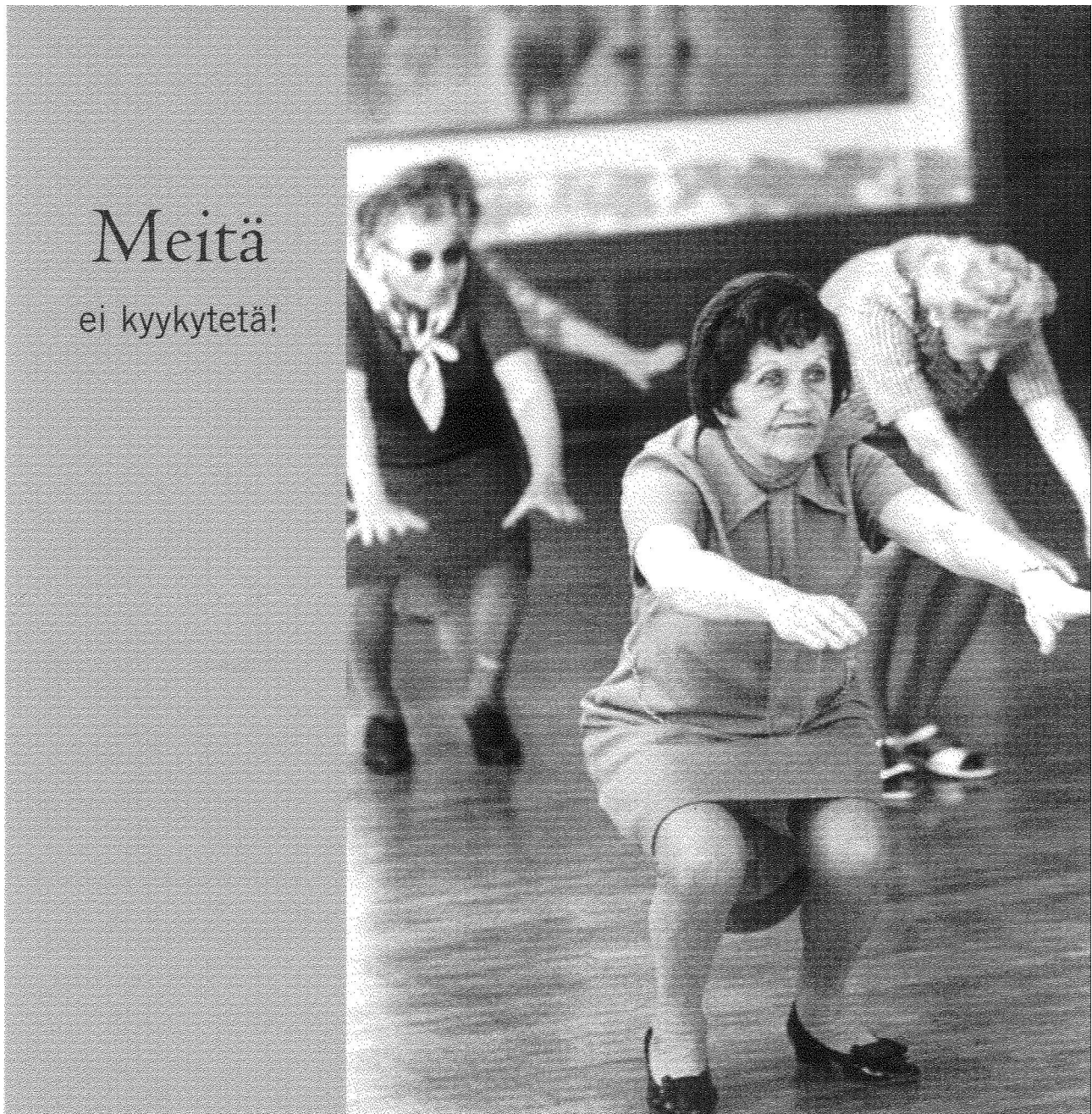
Koulutuskansiossa kerrotaan myös ikääntyneen potilaan toimintaympäristön havainnoinnin tärkeydestä. Ensihoitokertomukseen tulisi kirjata ikääntyneen elinolosuhteita, jos siihen on tarvetta. Havainnoimalla ikääntyneen elin- ja toimintaympäristöä saadaan arvokasta tietoa ikääntyneen tilanteesta hoidon jatkuvuuden kannalta.

Gerontologisen hoitotyön koulutuskansion lisäksi olen koonnut geriatrisen koulutuskansion ensihoitoon.

Toivon, että gerontologisen hoitotyön koulutuskansio herättää ensihoitajissa mielenkiintoa ja, että se antaa uutta näkökulmaa ja sisältöä työhön.

## 12 TARKOITUS JA TAVOITTEET

- Lisätä ensihoitajien tietoja gerontologisesta hoitotyöstä ja ikääntymiseen liittyvistä fysiologisista ja psyykkisistä muuttujista
- Lisätä gerontologisen hoitotyön osuutta ensihoidossa
- Helpottaa ensihoitajien ja ikääntyvien kohtaamista.
- Pyrkimyksenä toteuttaa mahdollisimman hyvää ja laadukasta ensihoitoa



### 13 VANHUKSEN HYVÄN HOIDON JA KOHTELUN KYMMENEN KÄSKYÄ

1. Vanhuksella on oikeus hyvään elämään.
2. Vanhuksella on itsemääräämisoikeus.
3. Vanhuksella on oikeus yksilölliseen vanhuuteen.
4. Vanhuksen yksityisyyttä on kunnioitettava.
5. Vanhusta on kohdeltava hyvin.
6. Vanhusta on hoidettava hyvin.
7. Vanhuksella on oikeus hyvään elinympäristöön.
8. Vanhuksella on oikeus hyvään ja riittävään hoitohenkilöstöön.
9. Vanhuksella on oikeus omaisiinsa ja läheisiinsä.
10. Vanhuksella on oikeus hyvään kuolemaan.

(Lähde: Suomen Mielenterveysseura, 1998)

## 14 VANHENEMISMUUTOKSET

- Ihmiset vanhenevat hyvin eri tahtia
- Petter Portinin mukaan vanheneminen voidaan määritellä niin, että se on iän mukana seuraava fysiologisten toimintojen lisääntyvä huononeminen, joka johtaa vähentyneeseen stressinsietokykyyn ja kasvavaan sairastumisalttiuteen.
- Vanhenemismuutokset voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin

### 14.1 Fyysiset vanhenemismuutokset

- Helposti havaittavat fyysiset vanhenemismuutokset:
  - suorituskyvyn heikkeneminen fyysisissä ponnistuksissa
  - liikkeiden hidastuminen
  - lisääntyvä jäykkyys
  - vapina
- Solu- ja kudostasolla vanheneminen on kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä.
- 75-80-vuotiaalla jopa 40% sydämen, aivojen, keuhkojen, munuaisten ja lihasten soluista on hävinnyt.
- Solukato voi tapahtua eri suhteessa eri kudoksissa. Elinten tilavuus ei kuitenkaan aina pienene solukatoa vastaavasti vaan osa soluista korvautuu rasvan täyttämällä sidekudossoluilla ja osaan soluista kertyy pigmenttiä ja kalsiumia. Samasta syystä erilaisien säätelyjärjestelmien, kuten sydämen ja verisuoniston, autonomisen hermoston ja munuaisten, toiminta häiriintyy.
- Sydän- ja verenkiertoelimistössä merkittävämmät muutokset ovat sydämen maksimisykkeen aleneminen, iskutilavuuden pieneneminen ja sydänlihaksen supistumiskyvyn heikkeneminen.

- Verisuonten seinämien paksuuntuminen vähentää suonten joustavuutta ja kohottaa erityisesti systolista verenpainetta sekä lisää verenkierron vastusta ja siten sydämen pumppaustyötä.
- Iän myötä lisääntyvä verisuonten taipumus kerätä rasvaa ja kalkkia altistaa sepelvaltimotaudin kehittymiselle.
- Hiussuoniston väheneminen huonontaa kudosten hapen ja ravinnon saantia ja edistää näin osaltaan lihasten ja muiden kudosten surkastumista.
- Ääreisverenkierto heikkenee ja eri elinten saama verimäärä pienenee. Vanhuudessa tapahtuva systolisen verenpaineen nousu onkin tavallaan elimistön turvakeino, jotta eri elimet saisivat riittävästi verta.
- Luuston ensimmäiset vanhenemismuutokset ilmaantuvat jo 40 ikävuoden tienoilla.
- Luumassan vähenemisen vuoksi luusto alkaa haurastua.
  - osteoporoosi.
- Nikamat puristuvat helpommin kasaan ja luut murtuvat helpommin.
- Luukudos vähenee nopeammin naisilla kuin miehillä.
- Nivelet muuttuvat ikääntymisen myötä jäykemmiksi.
- Nivelrikko lisääntyy jyrkästi iän mukana.
- Aistitoiminnoista erityisesti näkö- ja kuuloaisti heikkenevät iän myötä.
- Huonokuuloisuus
  - alkaa vaikeutena kuulla korkeita ääniä, sirkkojen sirinä häviää ja konsonanttien kuuleminen vaikeutuu.
  - puheenerotuskyky alenee, puheen kuuleminen mutinana, keskustelut ovat vaikeita ymmärtää, taustamelu pahentaa tilannetta
  - korvien soiminen, suhina tai humina

➤ Näön heikkenemien

- Näön tarkkuus alkaa heikentyä 40-50 ikävuoden välillä.
- Silmän mukautumiskyky heikkenee, hämärässä näkemisen hidastuu

## 14.2 Psyykkiset vanhenemismuutokset

- Älykyys ei heikkene vanhetessa, vaikka informaation käsittely hidastuu
- Lähimenneisydessä tapahtuneiden asioiden unohtuminen
- Ajan ja paikan taju saattaa hämärtyä, varsinkin vieraassa ympäristössä.
- Looginen ajattelukyky heikkenee
- Lyhytkestoisen muistin muutosten seurauksena useaan tehtävään keskittyminen yhtäaikaan tulee vaikeaksi.
- Vanhetessa tapahtuu useita elämänmuutoksia, joihin sisältyy luopumista.
  - luopuminen itselle tärkeistä asioista kuten ihmissuhteista, itselle rakkaista asioista ja esineistä.
  - avuntarpeen lisääntyminen
  - ruumiillinen vanheneminen
- Ikääntyneillä on kokemusta siitä, miten he ovat aiemmin tilanteista selvinneet tai miten joku toinen vastaavia asioita menestyksekkäästi ratkaissut. "Viisaus on vanhuuden voimavara."
- Kuoleman läheisyys voi tuottaa ahdistusta ja pelkoa.
- Masennus yleistä
- Hengelliset tarpeet vahvistuvat



### 14.3 Sosiaaliset vanhenemismuutokset

- Sosiaalista toimintakykyä rajoittavat muutokset fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä kuten liikunnan vaikeutuminen ja muistin huononeminen.
- Aistien, kuten näön ja kuulon, heikkeneminen rajoittavat ikääntyneen sosiaalista osallistumista ja altistavat eristäytymiselle.
- Avun tarve ja laitoshoidon tarve lisääntyy. Yksinäisyyden kokeminen
- Kun ikääntynyt henkilö ei enää kykene säilyttämään itsenäisyyttään jokapäiväisessä elämässään, merkitsee se rajoituksia sosiaalisessa verkostossa toimimisessa.
- Valtaosa ikäihmisistä haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin se suinkin on mahdollista ja osa ikäihmisistä asuu laitoksissa.
- Ikäihmisten hoito- ja palvelujärjestelmän keskeinen tavoite on tukea kotona asumista.



## 15 VANHUUDEN SAIRAUKSIA

- Lähes kaikkien sairauksien riski kasvaa vanhetessa.
- Yleisempiä iäkkäiden pitkäaikaissairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, krooniset keuhkosairaudet, nivelrikot, osteoporoosi, diabetes, harmaakahi ja silmänpohjan rappeutuminen.
- Virtsatietulehdukset, keuhkokuumeet ja muut hengitystietulehdukset ovat esimerkkejä iäkkäiden yleisistä äkillisistä sairauksista.
- Vakavista sairauksista yleisimpiä vanhuksilla ovat erilaiset verisuonitukokset, joiden perimmäisenä syynä on valtimosuonten kalkkeutuminen.
- Pahanlaatuiset kasvaimet yleistyvät vanhetessa.
- Kaatumistapaturmat ovat iäkkäiden yleisimpiä tapaturmia. 70 ikävuoden jälkeen käsivarsimurtumat vähenevät, ja samalla pään alueen vammat ja lonkkamurtumat lisääntyvät jyrkästi. Ilmiötä on usein selitetty sillä, että vanhuksilla protektiivinen refleksi on heikentynyt.
- Heikentynyt näkö ja kuulo lisäävät tapaturmien todennäköisyyttä ikääntyneillä.
- Neurologiset oireet lisääntyvät ikääntyessä. Muistihäiriöiden ja dementioiden ilmaantuvuus ja vallitsevuus 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa kasvavat voimakkaasti iän lisääntyessä.
- Mielenterveyshäiriöitä on viidenneksellä yli 75-vuotiaista. Vanhusten tavallisimpia psyykkisiä häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit ja elimelliset mielenterveyshäiriöt. Vanhus kokee ja ilmaisee psyykkisen pahan olonsa usein ruumiillisina oireina kuten särkyinä, kipuina ja hengenahdistuksena.
- Toimintakyvyn, kuten esimerkiksi muistin, liikuntakyvyn tai vastaavien nopeat heikentymiset ovat tavallisesti merkkejä sairauksista.
- Iäkkäillä usein havaittavat heikkoudet, kuten kyvyttömyys suoriutua päivittäisistä tehtävistä ja itsensä huolehtimisesta ovat paljon useammin sairauksien seurauksia kuin vanhuutta.

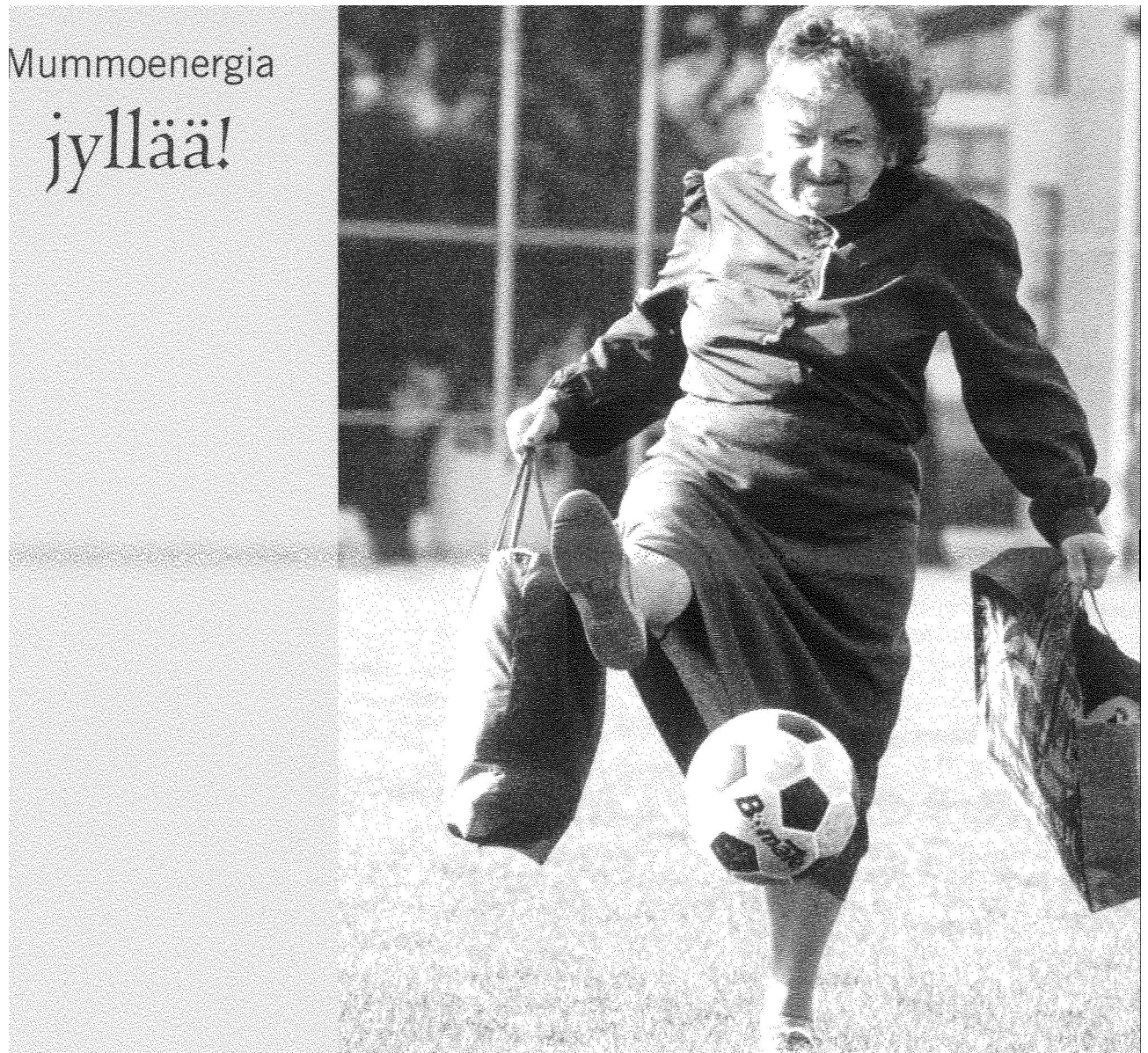
## 16 IKÄÄNTYNEEN POTILAAN KOHTAAMINEN

- Ammatillisuus näkyy oikeanlaisena asenteena
- Kunnioittava ja arvostava suhtautuminen
- Hoitajan myönteinen asenne ikääntymistä kohtaan näkyy ulospäin
- Asiakaslähtöisyys tärkeää - ikääntynyt asiakas on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä
- Vaatii hoitajalta tunneälyä ja myötäelämisen kykyä
- Vaatii hoitajalta herkkyyttä aistia kunkin yksityisyyden rajat.
  - ikääntyneen kotiin meneminen on aina astumista toisen ihmisen reviirille
- Vuorovaikutus tärkeää
  - katso silmiin puhuessa
  - kuuntele ja kuule mitä ikääntyneellä on sanottavana
  - kosketuksen merkitys
  - käytä sanattomia viestejä, eleitä ja ilmeitä
- Muista hyvät tavat
  - tervehtiminen kätellen ja itsensä esittelemisen
  - puhuttelemisen aloitetaan teitittelemällä
  - kohteliaisuus ja ystävällisyys autettavaa kohtaan
  - hyvät käytöstavat saavat ikääntyneen tuntemaan itsensä arvostetuksi ja tärkeäksi

## 17 MUISTISAIRAAN POTILAAN KOHTAAMINEN

- Muistisairas ja dementoitunut ihminen viestii käyttäytymisellään sisäistä mielen maailmaansa normittomammin ja avoimemmin kuin kognitiivisesti terve ihminen.
- Jopa 90 %:lla muistisairaista ihmisistä on käytösoireita.
  - Tavallisimpia käytösoireita ovat apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, aggressiivisuus, psykoottiset oireet kuten näkö-, kuulo tai tuntoaistin harhat. Uni-valverytmi voi olla täysin sekaisin.
  - Käytösoireiden syntyyn vaikuttaa myös fyysiset tekijät kuten infektiot, huono ravitsemustila, kuivuminen, kipu, matala verenpaine, väsymys sekä soveltumaton lääkitys.
  - Lääkkeistä antikolinergiset lääkkeet, neuroleptit ja masennuslääkkeet voivat aiheuttaa akasiaa eli sisäistä levottomuutta joka mm. pakottaa liikkumaan tauotta. Onko siis lääkkeitä esim. lähiaikoina vaihdettu tai lisätty.
  - Käytösoireita lisääviä tekijöitä on vuorovaikutukseen liittyvät tekijät kuten kärsimätön, kiireinen, puheeltaan monimutkainen tai jopa uhkaava käytös.
- Muistisairas ihminen voi kokea ensihoitajat uhkana ja vieraan ihmisen tulo kotiin voi herättää pelkoa potilaassa. Ensihoitajan rauhallinen käytös saa potilaan tuntemaan olonsa turvalliseksi!
- Muistisairaahan kohtaamisessa tulee ottaa huomioon seuraavia asioita:
  - vaatii harkittua keskustelua
  - tulee kertoa miksi on tullut ja kuka on kutsunut
  - vastaa mahdollisiin kysymyksiin rehellisesti, johdonmukaisesti ja vakuuttavasti.
  - ei tule heti suorittaa esim. perusparametrien mittaamista kohtaamisen kustannuksella.

- etene asiakkaan ehdoilla (muistihäiriöisen kohdalla on tärkeää pyrkiä siihen, ettei heti tarjota standardiratkaisuja ja kerrota miten ensihoito toimii)
  - pyri luomaan lyhyelläkin käyntikerralla luottamuksellinen kontakti
  - tietojen keräämisessä tulisi olla tilanneherkkä, kuunnella, katsella ja tunnustella ilmapiiriä
- Jos päätös kuljetuksesta tulee, on pyrittävä kuitenkin etenemään pienin askelin ja antaa muistipotilaalle aikaa valmistautua lähtöön.



## 18 DELIRIUMPOTILAAN KOHTAAMINEN

- Vanhuksen äkillinen sekavuustila eli delirium on elimellinen aivo-oireyhtymä, joka liittyy usein vaikeisiin somaattisiin sairauksiin. Delirium on ohimenevä aivojen vajaatoimintatila. Hoitamattomana se voi aiheuttaa pysyvän aivojen vaurion tai johtaa jopa kuolemaan.
- Delirium on erittäin yleinen ilmiö sairailta vanhuksilla (geriatrisen päivystyspotilaan toiseksi tavallisin tulosyy )
- Delirium kehittyy lyhyessä ajassa, yleensä tunneista yhteen vuorokauteen. Oireet korostuvat yleensä yöaikaan
- Delirium ilmenee laaja-alaisena huomio- ja käsityskyvyn, muistin, loogisen ajattelun, orientaation, psykomotorisen käyttäytymisen ja univalverytmin häiriönä
- Deliriumin oireet
  - Potilas on sekava, levoton ja puhe voi olla hajanaista.
  - Potilaiden on vaikea keskittyä tai seurata ohjeita.
  - Potilaan tietoisuus ympäristöstä on heikentynyt ja hänen on vaikea keskittää, ylläpitää tai vaihdella huomiota.
  - Kahdessa kolmasosassa tapauksissa deliriumiin liittyy psykoottisia oireita, aistiharhoja ja virhetulkintoja. Potilas ei esimerkiksi tunnista läheisiään tai omaa kotiaan. Aistiharhat voivat olla haju-, näkö- tai kuuloharjoja.
  - Sekavuustilan laukaisseen sairauden oireiden lisäksi potilaalla voi esiintyä autonomisen hermoston toimintahäiriöitä kuten takykardiaa, hikoilua, punoitusta ja verenpaineen nousua.

*Deliriumia tulee aina epäillä ruumiillisissa sairauksissa tai myrkytystiloissa joissa psyykinen oireisto alkaa nopeasti !*

- Ikääntyneen sekavuustilan aiheuttajia:
  - infektiot (virtsatieinfektio, vyöruusu, keuhkokuume, sepsis, munuaisaltaan tulehdus)
  - keskushermostoperäiset (aivoverenkierron häiriöt, kovakalvonalainen verenvurkaus, aivoinfarkti, aivoverenvuoto, kasvain, kohonnut kallonsisäinen paine)
  - sydänperäiset (sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt, sydäninfarkti, keuhkoveritulppa)
  - metaboliset (kilpirauhasen liikatoiminta, uremia, maksakooma, hypovolemia, hyper- tai hypokalemia, hyper- tai hypoglykemia)
  - lääkkeet (psykelaatit, antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet, kortikosteroidit sekä sydän- ja epilepsialäkkeet)
  - alkoholi ja huumeet sekä niiden käytön äkillinen lopettaminen
  - elektrolyyttihäiriöt (hyponatremia, suola- ja sokeritasapainon häiriöt)
  - traumat (päävammat, aivotärähdys, palovammat, murtumat)
  - leikkaukset sekä epilepsia-kohtaus tai sen jälkitila
- Moni delirium-potilas tulee mahdollisesti leimatuksi dementiapotilaaksi, koska oireet molemmissa sairauksissa ovat samanlaisia. Kuitenkin delirium voidaan erottaa dementiasta aina sen äkillisen, nopeasti alkavan alun perusteella
- Äkillisestä sekavuusoireistosta kärsivät potilaat tarvitsevat oireistonsa nopeaa ja perusteellista selvitystä. Potilaan akuutin sekavuustilan syy tulee aina selvittää ja hoitaa päivystystapauksena. Ellei Deliriumin syy ole ilmeinen tai selviä laboratoriotesteissä, potilas on syytä lähettää sellaiseen paikkaan, jossa pään kuvaaminen on mahdollista päivystyksensä.
- Delirium potilaan tulee olla jatkuvassa seurannassa sekä huolehtia nesteytyksestä ja ravinnosta. Rauhoittavia lääkkeitä on syytä käyttää vain, jos muut toimenpiteet eivät tehoa. Runsas lääkitys haittaa potilaan tilan seurainta.

## 19 IKÄÄNTYNEEN POTILAAN TILAN ARVIOINTI

- Ikääntynyt päätyy usein ensihoitotilanteeseen romahtaneen yleiskunnon ja sekavuuden johdosta. Tämä on vanhukselle tyypillinen tapa reagoida häiriöihin. Keskeisintä on se, että vanhuksen romahtanut yleiskunto ja sekavuus ovat vain oireita, joiden takana on lähes aina jokin selkeä somaattinen syy.
- Ensihoidossa korostuu akuuttihoidolle luonteenomainen protokollaan keskittyvä hoitotyö ja asioiden odotetaan sujuvan rivakasti ja määrätietoisesti. Tämä toimintamalli ei kuitenkaan sovellu ikääntyneiden potilaiden ollessa kyseessä!
- Anna aikaa ja ole rauhallinen
  - Ikääntyneen aistitoiminnot kuten näkö ja kuulo sekä toimintakyky voivat olla alentunut
  - Ole läsnä
  - Keskity potilaaseen
  - Kiireen tuntu pahentaa tilannetta
- herätä luottamus rauhallisella käyttäytymisellä ja aidolla läsnäololla
  - Ilman luottamusta et voi saada käyttöösi kaikkea sitä tietoa, jota tarvitset potilaan tilan arviointiin.
- Puhu selkeästi ja ymmärrettävästi
  - Käytä ilmaisuja jotka potilas ymmärtää
  - Älä käytä ammattisanastoa
  - Puhu kuuluvasti jos potilaalla huono kuulo, älä kuitenkaan huuda
- Ikääntyneiden tilan arvioinnissa tulee olla laaja-alainen.
  - Selvitetään minkälaisia oireita on
  - Selvitetään pulssi, verenpaine, ekg, sokeri



- Selvitetään todetut aiemmat sairaudet
  - Lääkitys
  - Haastattele potilaan omaiset, kotihoidon työntekijät ja hoitolaitosten henkilökunta (Monesti potilaan oma kertomus ei ole todenperäinen. Oireita liioitellaan tai vähätellään.)
  - Havainnoi toimintakykyä esim. käsien puristamisvoimaa
  - Arvioi puheen tuottoa ja ymmärtämistä
  - Havainnoimalla potilaan kotiympäristöä (reseptit, lääkepurkit, apuvälineet, keppi, happirikastin, yleinen siisteys, haju ja pukeutuminen) saadaan arvokasta tietoa potilaasta.
- Vaatii ensihoitajilta ammattitaitoa sekä herkkyyttä havaita potilaan todellinen sairaus monien oireiden takaa.
- Ikääntyneen tilan arviointia vaikeuttavat:
- luotettavan anamneesin puuttuminen
  - löydösten moninaisuus ja epäspesifisyys
- Luotettavan anamneesin puuttumisen syitä:
- Kommunikaatio-ongelmat
  - Anamneesin kerääminen on usein vaikeaa tai mahdotonta. Potilas ei ole tajuissaan, tapahtumalla ei ole silminnäkijöitä tai tapahtumapaikalla ei ole asiakasta tuntevia henkilöitä. Vanhukselta itseltään saatavat tiedot voivat olla epäluotettavia.
  - Potilas saattaa kuvata oireitaan puutteellisesti ja korostaa itselleen merkityksellisiä asioita. Tähän vaikuttavat muun muassa dementoituminen, pelko ja muistamisvaikeudet. Monet vanhukset keksivät tarinoita voidakseen antaa itsestään todellista paremman kuvan. Jos vanhusta vielä painostetaan vastaamaan, hän voi vastata mitä tahansa päästäkseen eroon kyselijästä. Lääketieteelliset tutkimukset ja mahdolliset

hoitotoimenpiteet voivat olla niin pelottavia, että vanhus yrittää peitellä oireita välttyäkseen niiltä. Potilas ei halua kertoa tietyistä sairauksista, kun taas toisia vaivoja valitetaan herkästi kuten nivelvaivoja, huimausta ja heikkouden tunnetta, mutta eivät halua puhua muista oireista.

➤ Löydösten moninaisuus ja epäspesifisyys syitä:

- Oireiden muuttuminen ja muut löydökset vaikeuttavat havainnointien tekemistä. Yksittäiset taudit aiheuttavat yleensä samankaltaisia oireita kaikenikäisille.
- Monien sairauksien taudinkuva saattaa vanhuksilla olla tavanomaisesta poikkeava. Akuutisti sairastuneet vanhukset tuodaan hoitoon usein lääketieteellisesti näennäisen sekundaaristen syiden takia. Tällaisia syitä ovat muun muassa kotona pärjäämättömyys, kaatuilu, sekavuus tai heidät on löydetty lattialta. Syyksi paljastuu usein akuutti infektio, sydäninfarkti, aivoverenkiertohäiriö tai vaikkapa keuhkoembolia. Oireita on tällöin aiheuttanut elimistön heikoimman lenkin pettäminen. Usein oireet ovat keskushermostoperäisiä, jolloin oireet ovat hyvin monimuotoisia. Lähes mikä tahansa akuutti sairaus voi laukaista pahimmillaan sekavuustilan, heikentää muistitoimintaa, aiheuttaa huimausta, pahentaa masennusta, paljastua kaatuiluna tai virtsainkontinenssina tai vaikeuttaa liikkumista.
- Useissa akuuteissa sairauksissa vanhuspotilaiden oireet, sekä subjektiiviset vaivat että kliiniset löydökset, voivat kuitenkin olla erilaisia kuin nuorempien. Keuhkokuume ilman yskää ja kuumetta on tästä tyyppiesimerkki.
- Vanhenemismuutokset aiheuttavat sen, että ikääntyneille on tyypillistä oireiden tietty epäspesifisyys eli toisten oireiden vaimentuminen ja toisten oireiden ylikorostuminen. Ikääntyneellä tietyt elimistön säätelyjärjestelmät, kuten esimerkiksi autonomisen hermoston toiminta, heikkenee. Vähäoireisuus säätelyjärjestelmien häiriintymisestä johtuen voi peittää vanhuksella vakavankin sairauden kuten kivuttoman infarktin.
- Vanhuksilla monien lääkkeiden käyttö voi lisäksi peittää alleen vähäisetkin vihjeet. Vanhukselle tulee nuoria enemmän lääkkeiden sivuvaikutuk-

sia. Tämä saattaa johtua latenteista sairauksista, ja/tai useiden lääkeaineiden välisistä voimistuneista yhteisvaikutuksista.

- Ikääntyneiden oireiden haasteellisuus ja tunnistaminen voi pahimmassa tapauksessa ensihoidossa johtaa siihen, että vanhusta ei tule hoidettua oikein tai hänet jätetään hoitamatta. Pahimmassa tapauksessa vanhus jätetään kotiin hyvinkin akuutin sairauden kanssa. Lähestymällä järjestelmällisesti sairauksien, oireiden, lääkitysten ja erityyppisten toimintakyvyn vajeiden tunnusmerkistöä saatetaan päätyä oikeaan anamneesiin.

*Jos potilaan kohtaamisen lähestymistavaksi on valittu ongelma tai sairaus, saa kysytässä vastaukseksi ongelman tai sairauden. Jos on kiinnostunut ihmisestä ja hänen kertomuksestaan, saa vastaukseksi kertomuksen ja sairaus on osa tätä kertomusta.*

Case 1. Vanhus on poistunut linja-autosta ja jäänyt lähtevän linja-auton ovien väliin tai kaatunut rappusilta. Ensihoitajien saapuessa paikalle tilanteen kulku on epäselvä, koska ei selkeästi ole silminnäkijää tapahtuneelle. Ensihoitajien tutkimuksista löytyy selkeästi vasemman nilkan virheasento. Vanhus ei valita mitään ja puhuu asiallisesti. Hänet asetetaan tyhjiöpatjalle ja avataan suoniyhteys. Mitä muuta voisi olla odotettavissa. Vammamekanismia ajatellen?

Case 2. Potilas ojentaa osastolla kuumemittarin hoitajalle.

- Kolmekymmentäkuusi ja viisi, potilas sanoo.
- Teidän ei itse pitäisi tietää lämpötilaanne., vastaa hoitaja.

Hoitaja rypisti otsaansa ja tunnusteli potilaan pulssia, työnsi ranteen pois ja kirjasi tuloksen.

- Toimiiko suoli, kysyy hoitaja.
- Toimii, oikein hyvin, valehteli potilas.
- Ei tarvitse sanoa sitä. Riittää kun sanotte, että toimii, toteaa hoitaja.

Mikä meni pieleen?

## 20 IKÄÄNTYNEEN POTILAAN HYVÄ HOITO

- Arvostava ja kunnioittava suhtautuminen ja sen mukainen käytös näkyvät koko hoitoketjun ajan. Näkyy aitona välittämisenä ikäihmisestä potilaana.
- Turvallisuuden tunteen luominen - tulee olla taito ja asenne tehdä työ niin, että potilas tuntee olevansa osaavissa käsissä ja että hänen fyysisestä ja psyykkisestä turvallisuudesta pidetään huolta.
- Suojaa kuljetuksen ajaksi potilas vaatetukselle tai peitolla
  - huomioi sää kuumuus/kylmyys
- Huomioi ja kuuntele potilasta
  - vastaa potilaan esittämiin kysymyksiin
  - Anna potilaan osallistua päätöksentekoon esim. kuljetusasennon valinta
- Ole joustava
  - anna juotavaa jos potilas pyytää
  - anna mahdollisuus wc-käyntiin
- Kohtele hienovaraisesti
  - ota huomioon ihon arkuus tai liikuttelun aiheuttama kipu
  - älä puhu ikääntyneen yli tai kuin lapselle.
- Hoitotyö ei ole yksinomaan ikäihmisten hoitamista, vaan heidän kanssaan yhdessä toimimista.
- Hoitaja on valmis kuuntelemaan mitä hoidettavalla on sanottavaa ja haluaa heidän parastaan.
- Siirtämis- ja kuljetustapa tulee valita yhteistyössä potilaan kanssa mahdollisuuksiensa mukaan

- yleensä potilas tietää itse missä asennossa hänen on paras olla.
  - Ennen kuljetukseen lähtöä varmistetaan paarien kiinnitys ja potilaan oikea asento
- Kuljetuksen aikana
- potilaan tarkkailua ja hoitotoimia
  - luo turvallisuuden tunnetta, potilas voi olla peloissaan
- Iäkkään monitautisuus vaikeuttaa sekä oikean hoitopaikan että oikean hoidon valintaa - Löydä ne, joihin voidaan hoitaa tai mihin voidaan vaikuttaa.
- Lopuksi muista hyvästellä potilas ja tämän omaiset
- Hoitoketjussa ensihoidon tekemät hoidolliset ratkaisut ovat merkittävässä asemassa jatkohoitoon nähden.

***Hoidon tulisi olla ennen kaikkea jatkuvaa pohdiskelua siitä, mikä on potilaan paras.***

## 21 IKÄÄNTYNEEN LÄÄKEHOIDOSSA HUOMIOITAVAA

- Lääkkeiden sivuvaikutusten riski 2- tai 3-kertainen
- Lääkevasteen hitaus
  - lääkkeiden imeytyminen hidastuu
  - maksan verenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat
  - munuaisten toiminta heikkenee iän myötä merkittävästi
- Ikääntyneen lääkeannos on korkeintaan puolet työkäisen annoksesta
  - kehon vesimäärä vähenee ja suhteellisen rasvan osuus kasvaa, mikä vaikuttaa lääkeaineiden jakaantumistilavuuksiin ja muuttaa lääkkeiden veripitoisuuksia
  - vesiliukoisten lääkkeiden pitoisuus kasvaa ja rasvaliukoisten laskee samalla, kun rasvaliukoisten puoliintumisaika pitenee
  - antipsykoottien annokset ovat yleensä vain n.20% aikuisen suositusannoksista
- Kipulääkitys on ikääntyneelle yhtä tärkeää kuin nuoremmallakin
  - tehostaa hengitystä ja vähentää stressireaktiota
- Aloita kipulääkitys titratena eli pienin annoksin
  - ikääntyneen kipulääkkeen sietokyky matala (opioidit: jo pienillä annoksilla vaikutuksen korostuminen)
  - huomioi annostelussa potilaan koon lisäksi ikä

## 22 IKÄÄNTYNEEN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

- Jokaisella ihmisellä on oikeus määrätä omasta elämästään ja kehostaan.
- Itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava aina, kun ei ole mitään hyväksyttävää syytä toimia toisin.
- Hoito tulee aina toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.
- Potilaalla on oikeus saada ensihoitajilta suullinen selvitys omasta terveydentilastaan ja hoidostaan.
- Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta. (suullinen tai kirjallinen, hoitotahto)
- Ensihoitajan on annettava tiedot siten, että potilas ne ymmärtää.
- Ensihoitajan pitää aina pystyä perustelemaan tekemänsä päätökset ja hoidot potilaalle.
- Potilas voi esittää mielipiteensä jatkohoitopaikan suhteen, mutta välttämättä hänen toiveitaan ei aina voida toteuttaa. Tällöin on hyvä kertoa potilaalle perusteet ja toimintaohjeet, jotka vaikuttivat hoitopaikan valintaan.
- Potilas saattaa myös luopua vapaaehtoisesti itsemääräämisoikeudestaan väsymyksen tai heikkouden takia
- itsemääräämisoikeuden kuunteleminen ei ole mahdollista tilanteissa, jossa potilaan kyky ymmärtää ja tehdä päätöksiä on heikko.
  - tulee arvioida, onko potilas itse kykenevä päättämään senhetkisen terveydentilaan koskevista asioista. (lääkärikonsultaatio)
  - esimerkiksi muistisairaus

## 23 IKÄÄNTYNEEN POTILAAN KOTITILANTEEN HAVAINNOINTI JA TOIMENPITEET

- Monesti ensihoitaja voi olla ainut viranomainen, joka näkee olosuhteet, joissa vanhus elää
  - esimerkiksi maaseudulla osa ikääntyneistä saattaa asua hyvinkin alkeellisissa oloissa. Voi olla, että asuntoon ei tule vettä tai lämmitys ei pelaa.
  - ensihoitaja saa yleensä tietoonsa, mikä aiheutti ikääntymisen kaatumistapaturman (olosuhteet, sairaus, heikkous, aliravitsemus, alkoholi)
  - pahimmassa tapauksessa ikääntyneellä todetaan vain yleistilan lasku ja päivystyksestä ikääntynyt kotiutetaan ilman mitään tietoa siitä, millaiset olosuhteet tai toimintakyky ikääntyneellä on pärjätä kotona.
- Tulee havainnoida ikääntyneen toimintaympäristöä. Ei hoideta vaan sairautta vaan avataan silmät näkemään ikääntyneen toiminta- ja elinympäristö!
- Onko ikääntyneen mahdollista asua ja elää siinä elinympäristössä?
- Kirjaa ensihoitokaavakkeeseen asuinolosuhteet
  - Ilmoita kotihoitoon tai sosiaaliviranomaisille potilaan mahdollisesti tarvitsevan tukitoimia.
- Jos asunnon paloturvallisuudessa on puutteita (liiallinen palokuorma, palovaroitin puuttuu) ilmoitus palotarkastajalle
- Jos ensihoitopotilaana on omaishoitaja, tulee aina arvioida hoidettavan pärjääminen kotona! Pärjääkö esimerkiksi dementoitunut yksin kotona omaishoitajan jouduttua sairaalaan?
  - tee ilmoitus omaishoidettavasta kotihoitoon
  - monesti ainoa vaihtoehto on ottaa myös hoidettava mukaan omaishoitajan kanssa sairaalahoitoon



Case 3. Ensihoitotehtävä tukee vatsakipu koodilla. Asiakas on 87-vuotias sotaveteraani, joka asuu vaimonsa kanssa kerrostalo kolmiossa. Asunto on paahtavan kuuma auringon porottaessa ja ulkolämpötilakin on +30c. Mies on aiemmin päivällä kaatunut pyörällä, jolloin pyörän sarvi on osunut vatsaan. Nyt muutama tunti tapahtuneen jälkeen ovat kivut äityneet niin pahaksi, että on kutsuttu ensihoitoyksikkö paikalle. Ensihoitohenkilöstö tutkii potilaan ja päättävät kuljettaa miehen päivystykseen. Vaimo on aamutakki päällä iltapäivällä. Hän kertoo asioita epäloogisesti. Mies kertoo olevansa vaimon omaishoitaja. Vaimo sairastaa Alzheimerin tautia. Mitä asioita ensihoitohenkilökunnan tulee ottaa tässä tapauksessa huomioon?

Case 4. Ensihoitotehtävä rintakipukoodilla 82-vuotiaan naisen luokse. Nainen asuu maalaistalossa. Nainen istuu toppatakki ja toppahousut sekä pipo päässä. Tuvassa on n. 13 astetta lämmintä ja ulkona -20 astetta päivällä. Hän lämmittää tupaa. Kartoituskäynnillä oleva kotihoidon ohjaaja oli soittanut ensihoitohenkilöstön paikalle, kun oli havainnut asiakkaan rannetta tunnustellessa pulssin epätasaiselta. Vanhukselle ei tule taloon vettä putkien ollessa jäässä. Hän kertoo sulattavansa lumesta vettä. Potilas valittaa ahdistavaa oloa rinta-alassa, joka on kestänyt muutaman päivän. Mieti mitä asioita ottaisit huomioon tässä tilanteessa?

## LÄHTEET JA LISÄTIETOA

Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

De Wit, A. 2004. Vanhusten ihmisarvon kunnioitus ensihoidossa. Saatavissa: <http://www.witsons.fi/adewit/tutkimus/johdanto/index.html>

Grönlund, A & Maaskola M. 2002. Väestön ikääntymisen vaikutus Helsingin pelastuslaitoksen ensihoitopalveluun vuosina 2001-2025. Saatavissa:

[http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/Opi\\_nnaytetyot/PDF/tiivistelma.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/Opi_nnaytetyot/PDF/tiivistelma.pdf)

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Tammi.

Geriatrian opintopaketti. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/auto/opetus/sisallys.html>

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Laner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A. (toim.) 1996. Ikäänny viisaasti - gerontologiaa ikäihmisille, s. 37 - 43. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Kinnunen, A. 1995. Sairaankuljetus ja ensihoidon perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

Kuisma, M. 2008. Vanhus ensihoitopotilaana. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset - opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, A., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) 2003. *Geriatría*. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Voutilainen, P., Tiikkainen, P. (toim.) 2009. *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu- opas laatuun*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Vanhusten psyykkiset häiriöt. *Therapia Fennica*. Saatavissa: [http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten\\_psyykkiset\\_h%C3%A4iri%C3%B6t](http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psyykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t)