

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoitaja

MSAISK15

2017

Tea Metsäranta, Leena Tuominen

IKÄIHMISEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI AKUUTTILANTEESSA

– Toimintaohje tehostetun palveluasumisen yksikköön

Metsäranta Tea, Tuominen Leena

IKÄIHMISEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI AKUUTTITILANTEESSA

- Toimintaohje tehostetun palveluasumisen yksikköön

lääkäiden päivystyskäynnit tulevat lisääntymään tulevaisuudessa väestön vanhenemisen myötä. Suomalaisista joka viides on yli 65-vuotias. Ikäihmisillä lievät, epämääräiset oireilut saattavat olla henkeä uhkaavan sairauden merkkejä, joten palvelutalossa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin ja konsultoinnin avulla voidaan vähentää tarpeettomia ja raskaita päivystyskäyntejä. Hoidon tarpeen arvioinnin laadun varmistamiseksi on kiinnitettävä huomiota terveydenhuollon henkilöstön, olivat he sitten lähihoitajia tai sairaanhoitajia, ammatilliseen kehittymiseen ja kompetenssiin. Viime vuosina vanhainkoteja on muutettu kaikkialla tehostetun palveluasumisen yksiköiksi. Näissä yksiköissä ei ole lääkäreitä saatavilla kuin sovittuina aikoina, ehkä kerran viikossa, joka toinen viikko tai jopa kerran kuukaudessa. Kuitenkin asukkaiden oma elämän ehtoopuoli on jo suurimmalle osalle tuonut mukanaan yhden tai useamman perussairauden ja korkean iän mukanaan tuomien fysiologisten muutosten myötä myös sairauskohtauksia, yleistilan laskuja sekä kaatumisia voi tapahtua. Kun ikäihmisen terveydentila äkillisesti heikkenee, toimintaohjeen mukaan toimiminen voi mahdollistaa laadukkaan hoidon tarpeen arvioinnin ja akuuttitilanteen ensitoimet.

Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda toimintaohje tehostetun palveluasumisen yksikköön iäkkään hoidon tarpeen arviointiin akuuttitilanteessa. Toimeksiantajana oli Perusturvakuntayhtymä Akseliin kuuluvat kaksi tehostetun palveluasumisen yksikköä Mynämäellä, Häävuori ja Koivulehto. Tavoitteena oli yhdenmukaistaa hoidon tarpeen arviointia akuuttitilanteissa sekä toimintaa yleisimpien sairauskohtausten hoidossa sekä lisätä työn sujuvuutta. Toimintaohjeeseen on kerätty tiedot, jotka hoitohenkilökunnalla täytyy olla koottuna ja käytettävissä, ennen sairaanhoitajan/lääkärin konsultointia. Toimintaohjetta voidaan sovellettuna käyttää myös muissa tuetun asumisen yksiköissä. Sujuva, oikeat asiat sisältävä, tiivis informaatio vitaalietoineen on tärkeä linkki luotettavassa tiedonsiirrossa. Räättälöity, kompaktikokoon laadittu toimintaohjeistus yleisimmissä sairauskohtauksissa on hyvä tuki, kun odottamaton tapahtuu.

ASIASANAT:

Ikäihminen, toimintaohje, hoidon tarpeen arviointi, akuuttitilanne, tehostettu palveluasuminen.

Metsäranta Tea, Tuominen Marja-Leena

NURSING ASSESSMENT FOR ELDERLY PEOPLE IN ACUTE SITUATION

- Directive for residential care homes

There will be increasing numbers of emergency room visits for elderly people in future. A fifth of Finnish population is over 65 years old. Indefinite, mild symptoms might be signs of life threatening illness for elderly people, so nursing assessment and consulting in residential homes is way to reduce unnecessary and ponderous emergency room visits. To ensure quality of nursing assessment we have to pay attention to health care personnel, even if they were nurses or practical nurses, to develop their professional advancement and competence. At the last few years there has been ongoing change to transform elderly homes to residential care homes. In these units there are no doctors available more than fixed appointments, whose may be once a week, every other week or even once a month. Nevertheless, residents whom sunset of life has bring most of the elderly one or many illnesses and old age with physiological changes there may happen seizures, decreases of general condition and fallings. When wellbeing of elderly is suddenly weakened, acting by directive is way to enable quality of nursing assessment and first aid in acute situation.

Assignment of this thesis was create a directive to nursing assessment for residential care homes for elderly people in acute situation. Our mandator was Basic security municipal union Akseli, which maintain among the others these two optimized residential care homes in Mynämäki, Häävuori and Koivulehto. Achieve of this thesis was streamline the nursing assessment in acute situations and actions in most common seizures with adding fluency of nursing. Directive maintain description of information that nursing staff should have collect ready in hand before consulting. This directive is disposable and adapted also other sheltered home units. Fluent, right proceeding, brief information with vital counts is important link with reliable transfer of information. Tailored, compact form directive in most common seizures is good backup when unexpected happens.

KEYWORDS:

Elderly person, directive, nursing assessment, acute situation, residential care home.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 IKÄIHMISTEN YLEISIMMÄT AKUUTTITILANTEET	6
2.1 Aivoverenkierron häiriöt	7
2.2 Rintakipu	9
2.3 Verensokerin vaihtelut	11
2.4 Kaatuminen	13
3 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	15
4 PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELI	20
5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	21
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	22
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
8 POHDINTA	27
LÄHTEET	29

LIITTEET

Liite 1.Toimintaohje akuuttitilanteeseen.

Liite 2.Toimintaohjeen palautekysely.

TAULUKOT

Taulukko 1. ISBAR-menetelmä.	19
------------------------------	----

1 JOHDANTO

Yleisimmin iäkkäiden ihmisten äkillisen hoidon tarpeen aiheuttaa muutokset psyykkisessä, fyysisessä, kognitiivisessa tai sosiaalisessa toimintakyvyssä kuten infektiot, yleinen pärjäämättömyys, jalkojen kantamattomuus, sydänperäiset ja hengityisperäiset sairaudet sekä aivoperäiset tapahtumat ja kaatumisvammat. Mikäli akuuttihoito viivästyy ikäihmisen kohdalla, hän altistuu toimintakykyä heikentäville haittatekijöille. Lyhytaikainen vuodelepo (alle kaksi viikkoa) saattaa heikentää ikäihmisen lihasvoimia jopa 35 %. Akuuttitilanteen pitkittyminen pidentää myös ikäihmisen toipumisaikaa ja kuntoutusta. (Kelo ym. 2015, 194–199.)

Hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisella on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia hoitoprosessien sujuvuuteen, terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin sekä yksittäisen potilaan hoidon onnistumiseen (Syväoja & Äijälä, 7). Vanhusväestön osuus ikärakenteesta tulee kasvamaan vielä tulevaisuudessa, joten ikäihmisten hoitotyön kehittäminen hyväksi koettuja käytäntöjä noudattamalla, edistää työn sujuvuutta, kohdentaa paremmin terveydenhoidon palveluja ja lisää potilasturvallisuutta. On olemassa viitteitä siitä, että henkilökunnan lisäkoulutus ja kompetenssi ikäihmisen akuutin tilan arviointiin voivat vähentää epätarkoituksenmukaisia turhia päivystyskäyntejä tehostetun palveluasumisen yksiköistä. On myös oletettavaa, että ikäihmisen taustan tunteva palvelutalon hoitohenkilöstö pystyy luotettavammin ja nopeammin arvioida hoidon tarvetta ja terveydentilan muutosta kuin potilaalle vieraiden ihmisten päivystyksessä. (Haapamäki ym. 2014, 29.)

Opinnäytetyön tehtävänä on luoda toimintaohje tehostetun palveluasumisen yksikköön iäkkään hoidon tarpeen arviointiin akuuttitilanteessa. Tavoitteena on yhdenmukaistaa hoidon tarpeen arviointia akuuttitilanteissa sekä toimintaa yleisimpien sairauskohtausten hoidossa ja lisätä työn sujuvuutta ja potilasturvallisuutta.

2 IKÄIHMISTEN YLEISIMMÄT AKUUTTITILANTEET

Ikääntyvällä ihmisellä tarkoitetaan vanhuspalvelulain mukaan vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä yli 65-vuotiaasta väestöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta (Vanhuspalvelulaki 2012 / 980, 3§).

Suomessa käytetään ikäihmisten päivystykseen lähettämiseen syynä usein yleistilan laskua. Tarkasteltaessa päivystyspoliklinikoiden käyntejä, erityyppisten oireilujen taustalta voi löytyä vakava syy, kuten akuutti infektio, aivoverenkierron häiriö tai eri elinjärjestelmien pettäminen. Yleisin diagnoosi oli huonovointisuus ja väsymys, toiseksi yleisin oli eteisvärinä- tai lepatus ja seuraavaksi yleisimmät diagnoosit olivat sydämen vajaatoiminta, pyörrytys- ja huimaus, sekä vatsakipu. Päädiagnoosia ei ollut lainkaan merkitty 4,2 % potilaalle. Päivystyskäyntien määrä on vahvassa yhteydessä tutkittavien ikään. Eniten käyntejä oli 80–84-vuotiailla. 70–74-vuotiailla oli noin 35 käyntiä sataa ikäryhmäläistä kohden vuodessa, kun 90 vuotta täyttäneillä luku oli 90, 5, eli 2,6 kertaa enemmän kuin nuoremmassa ikäryhmässä. (Haapamäki ym. 2014,21, 26.)

lääkkäiden päivystyspoliklinikan käynteihin liittyy muutamia erityispiirteitä. Iäkkäissä asiakkaissa naisia on enemmän kuin miehiä, käynti kestää aikuispotilaisiin verrattuna kauemmin ja heille tehdään enemmän laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Diagnosointi ei ole yhtä tarkkaa kuin työikäisen väestön, koska ikäihmisillä on useita terveysongelmia ja sairauksia, jotka yhdessä muodostavat haasteellisen kokonaisuuden. Ikäihmiset jäävät myös työikäisiin verrattuna useammin sairaalahoitoon päivystyskäynnin jälkeen. (Haapamäki ym. 2014, 11.)

2.1 Aivoverenkierron häiriöt

AVH on yhteinen nimitys aivoverenkiertohäiriöille, aivoverisuonten tai aivoverenkierron sairauksille, joiden esiintyvyys ja niihin sairastuneisuus kasvavat iän myötä. Aivoverenkiertohäiriöt ovat yksi yleisimmistä kuolinsyistä Suomessa. Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys lisääntyy lähes eksponentiaalisesti siirryttäessä nuorista ikäryhmistä iäkkäisiin. Potilaista kaksi kolmasosaa on yli 65-vuotiaita, ja aivoinfarktipotilaiden keski-ikä on 75 vuotta. Vuosittain niihin sairastuu noin 12 000 ihmistä, joista suurin osa on ikääntyneitä. Ikääntyneen kohdalla vaikutukset ovat suuret, vaikeuttaen akuutisti heidän toimintakykyään mikä johtaa usein päivittäiseen avun tarpeeseen. (Viitanen, 2016.) Aivoverenkiertohäiriöitä on kaksi pääryhmää, aivoverenvuoto ja aivoveritulppa, eli aivoinfarkti. Näistä aivotapahtumista käytetään myös yhteisnimitystä aivohalvaus. Tapahuneista aivohalvauksista noin 85 % on aivoinfarkteja ja noin 15 % aivoverenvuotoja. Oireet voivat olla hyvin samankaltaiset, vaikka hoitomuodot eroavat toisistaan huomattavasti. Nopea hoidon tarpeen arvio ja avunsaanti aivoverenkiertohäiriöissä on ensiarvoisen tärkeää, koska nopea pääsy hoitoon ja hoidon aloitus parantaa hoitoennustetta merkittävästi. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2014.)

Aivoinfarkti on tavallisin aivoverenkierron sairauksista. Aivojen verensaanti on turvattu neljän eri valtimon toimesta, kahden kaulavaltimon ja kahden nikamavaltimon. Nämä neljä valtimoa ovat yhteydessä toisiinsa aivojen pohjalla olevan verisuonikehän välityksellä. Aivoinfarktissa jokin aivoihin verta tuovista valtimoista tukkeutuu joko hyytymän tai ahtauman vaikutuksesta. Verenkierron pysähtyttyä verisuonessa, aivosolut eivät saa enää happea ja kuolevat hapenpuutteeseen. Aivoinfarktin oireet riippuvat infarktin koosta ja sijainnista aivoissa. Yleisimpiä oireita ovat puhekyvyn heikentyminen ja äkillinen toispuolihalvaus. Myös äkillinen huimaus, kahtena näkeminen ja näkökentän supistuminen ovat usein äkillisen infarktin oireita. On melko tavallista, että aivoinfarkti alkaa nukkuessa. Osa aivoinfarkteista voi olla vähäoireisia ja jopa niin oireettomia, ettei henkilö kiinnitä niihin juurikaan huomiota. Oireet aivoinfarktissa alkavat usein tasaisesti ja lieviytyvät melko pian sairastumisen jälkeen. Ensi tunteina osalla sairastuneista oireet voivat vaihdella ja pahentua ensimmäisten päivien aikana. Ensimmäisten sairauspäivien jälkeen oireiden paheneminen voi merkitä uutta aivoveritulppaa. Tukos valtimossa voi olla myös ohimenevä. (Vsshp, 2014.)

Ikääntyessä keskushermoston suorituskyky ja sen toiminnallinen varasuorituskyky heikkenevät ja aivokudos vähentyy. Aivojen verenkierto ja hapen aineenvaihdunta hidastuvat sekä aivojen kuorikerroksen neuronien tiheyden oletetaan myös heikkenevän. Reseptorien tiheys aivoissa ja kyky yhdistyä eri välittäjäaineisiin heikkenevät, samoin kuin keskushermoston välittäjäaineiden muodostuminen. Autonomisessa hermostossa ikääntymisen muutokset aiheuttavat tahdosta riippumattomien refleksien hidastumista. Hengityksen ja verenkierron vasteet hyperkapniaan (veren normaalia suurempi hiilidioksidipitoisuus) ja hypoksiaan (kudosten hapen niukkuus) sekä lämmönsäätelyyn heikkenevät. Näiden muutosten seurauksena ikäihmisten haavoittuvuus erikoistilanteissa kuten akuutissa sairastumisessa, leikkauksessa, kroonisen sairauden pahenemisessa ja keskushermostoon vaikuttaville lääkkeille tulevat esille. (Kelo ym. 2015, 25.)

Nopeasti ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä kutsutaan TIA-kohtauksiksi. TIA-kohtaus johtuu verkkokalvon tai aivojen verenkiertohäiriöstä ja on ohimenevä kohtausmainen oirekuva, joka kestää yleensä 2-15 minuuttia, yleensä kuitenkin alle tunnin. TIAN jälkeen ei yleensä havaita kuvantamisessa pysyviä kudოსvaurioita. Jos potilaalla on akuuttiin AVH:öön viittaavia oireita, soitetaan heti yleiseen hätänumeroon 112, vaikka oireet korjaantuisivatkin (TIA). (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Aivoverenvuodossa aivokudoksen sisään tai aivojen pinnalle vuotaa verta verisuonen seinämässä olevan repeytymän takia. Yleisin syy repeytymän syntymään on verenpainetauti, vamma tai verisuonten synnynnäinen epämuodostuma. Muut syyt repeytymään ovat harvinaisia. Aivoverenvuoto syntyy yleensä ilman ennakko-oireita ja on äkillinen. Se saa alkunsa usein jonkinlaisen rasituksen tai toiminnan yhteydessä. Aivoverenvuodon oireet riippuvat vuodon suuruudesta ja sijainnista aivoissa. Kova päänsärky, tajuttomuus ja tajunnantason lasku johtuvat isosta verenvuodosta. Pienemmissä vuotoissa esiintyy myös yleensä päänsärkyä ja tajuttomuus-kouristuskohtaus voi kuulua ensioireisiin. Aivoverenvuoto saattaa aiheuttaa myös erilaisia halvauksia, näköhäiriöitä ja puhevaikeuksia riippuen verenvuodon sijainnista. Verenvuodon sijoittuessa pikkuaivoihin, oireena saattaa olla äkillinen päänsärky ja huimaus. Suurin osa vuotoista sijaitsee aivojen keskiosissa aiheuttaen toispuolihalvauksen. Aivoverenvuodon oireet ovat pahimmillaan heti sairastuessa ja yleensä alkavat vähitellen hitaasti lievittyä. Vointi voi huonontua ensi päivinä, mikäli vuoto nostaa painetta kallon sisällä. Oireet ovat aina rajuimmillaan heti sairastuessa tai hyvin pian sen jälkeen ja alkavat sitten vähitellen hitaasti lievittyä. Jos verenvuoto nostaa painetta kallon sisällä, vointi voi ensi päivien aikana huonontua. (Vsshp 2014.)

Pyörtyminen, eli synkopee tai kollapsi johtuu aivojen riittämättömästä verenkierrosta johtuvasta tajunnanmenetyksestä, joka on lyhykestoinen ja itsestään rajoittuva ja tavallisesti johtaa kaatumiseen. Vasovagaalinen reaktio eli tavallinen pyörtyminen on yleisin synkopeen syy. Oireen syynä voi olla jokin ulkoisen tekijän aiheuttama refleksi, joka johtaa verenpaineen laskuun tai sykkeen hidastumiseen tai molempiin. Pyörtymiseen liittyy usein ennakko-oireita; huimaus, huojuminen, kalpeus, hikisyys, heikotus ja näkökentän hämärtyminen. Pyörtymiselle altistavia tekijöitä voi olla kipu, epämiellyttävä kokemus kuten verinäytteen otto, rokotus, pelko, pahoinvointi, oksentaminen, seisominen, yskiminen, virtsaaminen ja ulostaminen, kuumuus, hikoilu, riittämätön nesteiden tai suolan saanti. Pyörtyminen voi olla myös sydänperäistä, jolloin se on vaarallinen ja johtuu useimmiten rakenteellisesta sydänsairaudesta. Sydänperäinen synkopee ilmenee yleensä rasituksessa ja sitä edeltää usein rintakipu tai sydämen tykytys. (Raatikainen 2016.)

Ikääntyneillä sydänsairailta synkopee lisääntyy ja yli 50-vuotiaalla se on vakava oire, mikäli henkilö omaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä. Vakavaan synkopeehen viittaa löydökset ja oireet, kuten hengenahdistus ja rintakipu, tiedossa oleva sydänsairaus, rytmihäiriöt, brady- tai takykardia, voimakas päänsärky ja neurologiset oireet, pitkittynyt hypotensio eli matala verenpaine, joka jatkuu makuulla, lähisukulaisilla esiintyneet äkkikuolemat ja toistuvat synkopeet. Ensiapuna on makuulle asettuminen ja jalkojen ylös nostaminen. Toistuvien pyörtymiskohtauksien välttämiseksi on syytä huolehtia ikääntyneen riittävästä nesteestä suolan saannista, nopean ylösnousemisen välttäminen ortostaattisessa hypotensiossa ja laukaisevien tilanteiden välttäminen. Ikääntyneillä ortostaattinen hypotensio on yleistä, jolloin päällekkäiset lääkitykset ja useat perussairaudet vaikeuttavat vaivan tunnistamista. (Raatikainen 2016.)

2.2 Rintakipu

Sydänperäisen rintakivun yleisimmät aiheuttajat ovat rasitukseen liittyvä, sepelvaltimotaudin aiheuttama puristava rintakipu tai sydäninfarktin aiheuttama, levossakin tuntuva puristava kipu rintalastan alla. Rintakivulla on luonteenomaista puristava kipu, joka voi tuntua vasemmalla yläraajassa, leukaperissä tai ylävatsalla. Kiputuntemus voi myös vaihdella sijaintia, mutta siihen ei kuulu paineluarkuus. (Saarelma 2016.)

Ikäihmisellä tapahtuu sydän- ja verenkiertoelimistössä muutoksia, kuten valtimoverisuonien kovettumista ja elastisuuden vähenemistä. Verenpaineen systolisen paineen nousu ja diastolisen paineen lasku ovat tyypillisiä muutoksia ikääntyessä. Verisuonten seinämien virtausvastus kasvaa ja sydämen läpät kalkkeutuvat. Ikääntymismuutokset sydämessä ja verenkiertoelimistössä rajoittavat fyysistä toimintakykyä, vähentävät sydämen toimintakykyä ja heikentävät stressinsietokykyä. Sydämen maksimisyke pienenee ikään-tyneellä karkeasti arvioiden kaavalla 220-ikä. Verenkierto eri elimiin vähenee ja ääreis-verenkierto heikkenee verenkierron vastuksen kasvun myötä. (Kelo ym. 2015, 13.)

Rintakivun vuoksi on välitön hoitoon hakeutuminen tarpeen, mikäli äkillisesti alkanut rintakehän alueella oleva kipu ilmenee närästyksen tunteena, puristuksena tai ahtaana tunteena rinnassa. Myös rytmihäiriöt ja hengenahdistus liittyvät kipuoireistoon (Saarelma 2016). Erityisesti ikäihmisillä ja henkilöillä, joilla on perussairauksina krooninen sydämen vajaatoiminta, diabetes, dementia tai munuaisten vajaatoiminta, voi oireena olla epätyypillisesti pahoinvointia, heikotusta, raskasta oloa ja hikisyyttä ilman rintakipua. Ensihoitona rintakipuun annetaan suihkeina nopeavaikutteista nitraattia kaksi kertaa 5 minuutin välein, mikäli systolinen verenpaine on yli 100–110 mmHg. (Kervinen, 2016.)

Vanhuusiän, yli 75-vuotiaiden sepelvaltimotauti eroaa tavanomaisesta. Naisten sydäntaudit eroavat tunnetusti miesten taudista. Naisten ja iäkkäiden sydänpotilaiden sepelvaltimot ovat pienempiä kuin työväestöllä. Ikäihmiset ovat sairastaneet usein sepelvaltimotautia vuosikymmeniä, jolloin terävän kalkin kertyminen verisuonen seinämään on yleistä. Vanhat tukokset ja kalkkeutumismuutokset verisuonissa ovat tavallisia pitkään kestäneen sepelvaltimotaudin seurauksena. Verisuoni voi olla kalkkeutuessaan kova ja hauras, jolloin se laajentuessaan menee helposti rikki tai tukkeutuu. Ikäihmisten sepelvaltimotautien hoito on erityyppistä kuin työikäisen väestön, joilla hoito on suoraviivaisempaa. Ikäihmisellä on usein perussairauksia jo kertynyt, munuaisten toiminta on heikentynyt ja ikävuosia voi olla suhteellisen vähän jäljellä. Mikäli lääkehoito ei pidä oireita riittävästi kurissa, ikääntyneitäkin voidaan hoitaa aktiivisesti. Ikä ei siis ole pelkästään aktiivihoidon este. Sepelvaltimotaudin hoidossa tähdätään kahteen tavoitteeseen, yritetään parantaa ennustetta eli pidentää elinikää, sekä toisaalta pyritään kohentamaan elämänlaatua eli lievittämään angina pectoris – oireita, jotka voivat rajoittaa normaalia elämää. Oireiden lievityksellä voi olla suuri merkitys, se saattaa mahdollistaa pidempään kotona asumisen ja vähentää laitoshoidon tarvetta. (Lindroos 2006.)

2.3 Verensokerin vaihtelut

Insuliini on hormoni, joka pienentää veren glukoosipitoisuutta. Energia-aineenvaihdunnan lisäksi insuliini säätelee sokeriaineenvaihduntaa sekä valkuais- ja rasva-aineenvaihduntaa. Jos veressä on suuri glukoosipitoisuus, se lisää insuliinin eritystä ja matala glukoositaso estää sitä. Insuliinia erittyy vereen haiman beetasoluista ja porttilaskimon kautta sitä kulkeutuu ensin maksaan. Insuliini poistuu verestä nopeasti ja ilman insuliinia maksa toimisi kontrolloimattomasti. Insuliinin päästessä maksan läpi yleiseen verenkiertoon, se toimii ensisijaisesti rasva- ja lihassoluissa, joihin glukoosi ilman insuliinia ei pääsisi. Ylimääräinen glukoosi varastoituu rasvakudokseen, joten nopeiden hiilihydraattien saantia on hyvä rajoittaa. (Ahonen ym. 2014, 559.)

Diabetes on sairaus, jossa potilaalla on jatkuva hyperglykemia eli suurentunut plasman glukoosipitoisuus. Suurentunut glukoosipitoisuus voi johtua insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai haiman insuliinia tuottavien solujen tuhoutumisesta ja siitä johtuvasta insuliinin puutteesta tai molemmista. (Ahonen ym. 2014, 559.)

Diabetes on vanhastaan etiologisesti jaettu tyyppiin 1 ja 2. Tyypitykset ovat todellisudessa vain ääripäitä, koska niiden väliin jää runsaasti tautitapauksia, joissa on molempien ryhmien piirteitä. Tyypin 1-diabeteksessa haiman beetasolut, jotka tuottavat insuliinia tuhoutuvat autoimmuuniprosessin kautta. Tauti voi johtaa hoitamattomana ketoasidoosiin, koomaan ja kuolemaan. Tyypin 1 diabetekseen voivat liittyä ylipaino ja metabolinen oireyhtymä. Suomen diabeetikoista noin 10–15% sairastaa tyypin 1 diabetesta. (Diabetes: Käypä hoito-suositus 2016.)

1 tyypin diabetes puhkeaa yleensä alle 35 vuoden ikäisenä. Keskeistä tässä tautityypissä on insuliinin puute, mutta insuliinin vaikutus on normaali, jolloin diabeetikko on täysin riippuvainen pistoksina annettavasta insuliinista. Perintö- ja ympäristötekijöillä on merkitystä tyypin 1 diabeteksen synnyssä. (Ahonen ym. 2014, 559.)

Ikääntyneillä maksan koko pienenee ja sen läpi kulkeva verenvirtaus sitä myöten vähenee. Munuaisten toiminnanvajausta ikäihmisellä johtuu heikentyneestä verenkierrosta ja munuaisten pienentymisestä. 80-vuotiailla munuaisten verenkierto ja plasman virtaus pienenevät puoleen nuorten aikuisten arvoista. Insuliinintuotanto haimassa ei vähene

ikäntymisen myötä, mutta paastoverensokeri suurenee hieman ja verensokeri pienee hitaammin. Glukoosin käyttöä estävät vapaat rasvahapot, jotka kiihdyttävät maksan glukoosituotantoa ja estävät insuliinin vaikutusta lihaksissa. (Ahonen ym. 2014, 559.)

Tyypin 2 diabetes on epäyhtenäinen sairausryhmä, jolta puuttuvat selkeät diagnostiset kriteerit. Usein 2 tyypin diabeetikko on ylipainoinen ja kärsii kohonneesta verenpaineesta tai rasva-aineenvaihdunnan häiriöstä tai molemmista eli metabolisesta oireyhtymästä. Tyypin 2 diabetekseen liittyvät sekä insuliinin heikentynyt vaikutus, että insuliinin puute eli insuliiniresistenssi. Insuliiniresistenssi lisää insuliinin tarvetta, joten insuliinintuotanto on tarpeeseen nähden vähentynyt. Tauti puhkeaa yleensä aikuisiässä ja yli 75 % Suomen diabeetikoista sairastaa 2 tyyppiä. (Diabetes: Käypä hoito-suositus 2016.)

Tyypin 2 diabetekseen liittyy suurentunut sydän- ja verisuonitautien riski, kaksi kolmasosaa potilaista menehtyy näihin sairauksiin. Tauti on usein pitkään oireeton tai vähäoireinen, se alkaa hitaasti ja salakavalasti. Alussa insuliiniresistenssissä insuliinipitoisuus nousee, mutta sen teho on heikko. Aikaa myöten haiman kyky erittää insuliinia hiipuu. (Ahonen ym. 2014, 559.)

Kun insuliini ei vaikuta normaalisti tai sitä ei ole riittävästi saatavilla, maksa tuottaa liikaa sokeria. Tällöin liika sokeri poistuu munuaisten kautta virtsaan ja keho menettää nestettä ja energiaa. Virtsamäärien kasvaessa elimistö kuivuu, paino laskee ja janon tunne voimistuu. Seurauksena on väsymys, rasva- ja lihaskudoksen vähentyminen ja solujen heikentynyt kyky muuntaa sokeria energiaksi. Veren korkean sokeripitoisuuden vuoksi näkökyky voi vaihdella, jolloin silmän mykiöön kertynyt sokeri voi aiheuttaa mykiön turpoamisen, aiheuttaen likinäköisyyttä. (Ahonen ym. 2014, 567.)

Matalaa verensokeria eli hypoglykemiaa esiintyy, jos verensokeri laskee alle 4 mmol/l. Kun verensokeritaso laskee liian alas, oireina ovat tavallisesti päänsärky, pahoinvointi, suun puutuminen, nälän tunne, näön hämärtyminen ja kaksoiskuvat, vapina, huimaus, sydämen tykytys, käsien ja jalkojen pistely, äkkipikaisuus, levottomuus. Mikäli verensokeri laskee toistuvasti liian alas, insuliinituntemusten tunnistaminen voi heiketä. Tunte-mukset yleensä palautuvat, kun verensokeri pysyy säännöllisesti yli 4 mmol/l -arvoissa. (Diabetesliitto, 2016.)

Jos verensokeri laskee liian alas nukkuessa, usein diabeetikko herää insuliinituntemuksiin. Aina niin ei tapahdu. Tällöin liian alhaisesta yöllisestä verensokeritasosta voi kertoa painajaiset, levottomuus unessa, yöhikoilu, päänsärky ja verensokeriarvojen heittely aamuisin. Matalan verensokerin ensiapu on nopeasti saatava hiilihydraattipitoinen ruoka,

esimerkiksi lasillinen täysmehua, keskikokoinen hedelmä, 4-8 palaa sokeria tai Siripiriä, ruokalusikallinen siirappia tai 1-2 ruokalusikallista rusinoita. Mikäli oireet eivät helpota kymmenessä minuutissa, otetaan toinen annos hiilihydraattipitoista ravintoa. Mikäli insuliinituntemuksiin ei reagoida ja verensokeri laskee lisää, uhkana on tajuttomuus eli insuliinishokki. Tällöin soitetaan hätäkeskukseen 112, varmistetaan ilmatiet ja asetetaan tajuton henkilö kylkiasentoon. Tajuttomalle ei koskaan anneta syömistä tai juomista aspiraatiovaaran vuoksi. Tällöin voidaan sivellä siirappia tai tomusokeria ikenien limakalvoille. Glukagon on ruiskeena annettava lääkeaine, joka vapauttaa maksasta sokeria verenkiertoon. Tajuttomalle diabeetikolle voidaan antaa Glukagon-pistos ja sitä kannattaisi olla kaikilla tyyppin 1 diabeetikoilla ja monipistoshoidossa olevilla tyyppin 2 diabeetikoilla kotona insuliinisokin varalta. (Diabetesliitto 2016.)

Insuliinihoitoisella diabeetikolla alhaisen verensokerin aiheuttama tajuttomuustila eli insuliinishokki voi johtua liian suuresta insuliiniannoksesta ateriaan ja kulutukseen nähden. Myös väliin jäänyt tai viivästynyt ateria, runsas alkoholin käyttö, rankka liikunta tai muu runsaasti kulutusta aiheuttava tilanne voi laukaista insuliinishokin. Myös insuliinin pistäminen lihakseen eli väärä pistotekniikka voi aiheuttaa insuliinin liian nopean imeytymisen. Munuaisten vajaatoiminta voi aiheuttaa vähentyneitä insuliinin tarvetta tai tablettihoitoisen diabeetikon liian tehokas sulfonyyliurealääkitys, erityisesti vanhuksilla voi aiheuttaa tilan. Myös sydäninfarkti ja sydämen vajaatoiminta voivat aiheuttaa insuliinishokin kehittymisen. (Ahonen ym. 2014, 568.)

2.4 Kaatuminen

Ikäihmisen hyvä fyysinen kunto mahdollistaa suoriutumisen päivittäisissä toiminnoissa. Liikkuminen lisää virkeyttä ja parantaa elämänlaatua. Sairaudet ja korkea ikä usein heikentävät toimintakykyä ja saavat ikääntyneen liikkumaan varovasti. Lihaskatoa edistää ja tulehdusriskiä suurentaa pienentynyt energian ja proteiinien saanti ravinnosta. Vuodelevossa olevan ikäihmisen lihasvoima heikkenee jo viikossa useita kymmeniä prosentteja. Yleinen reaktioherkkyys, toimintakykyä alentavat sairaudet ja aistitoimintojen heikentyminen ikääntyvillä altistavat tapaturmille. Tapaturmista johtuvat vammat ovat ikäihmisille lähes aina vakavampia ja kuolemanriski on suurempi kuin työikäisillä. Yleisimmät ikäihmisten tapaturmat tapahtuvat kotiympäristössä tai kodin lähistöllä olevalla piha-alueella. Kansallisen uhritutkimuksen mukaan yleisimpiä ikääntyneille sattuneita tapaturmia ovat liukastumiset, kaatumiset ja putoamiset. (Kelo ym. 2014, 41–45.)

Ikääntyneiden kaatumistapaturmat ovat nelinkertaistuneet viimeisten 25 vuoden aikana. Yli 65-vuotiaille tapahtuu vuosittain yli 100 000 kaatumistapahtumaa vuosittain, joista 40 000 vaatii sairaalahoitoa. Kaatumisista johtuvia lonkkamurtumia tapahtuu vuosittain lähes 7000. Kansantaloudellisestikin jokaisen lonkkamurtumisen ehkäiseminen on merkittävää. FT, dosentti Ilona Nurmi-Lüthjen laskelman mukaan lonkkamurtumapotilaan hoito maksaa murtuman jälkeisenä vuonna keskimäärin noin 19 000 euroa potilasta kohden vuoden 2010 kustannustasolla. (THL 2016.)

Murtunut lonkka on erityisen kivulias liikuteltaessa, joten kivunhoito on tärkeää. Riittämätön kivunhoito hidastaa kuntoutumista ja lisää komplikaatioita. Kivun voimakkuutta täytyy seurata ja kirjata sairauskertomukseen säännöllisesti, muutoin muistisairas lonkkamurtumapotilas voi jäädä ilman riittävää kivunhoitoa. Kipua voidaan mitata VAS-asteikolla tai seuraamalla loukkaantuneen ilmeitä ja liikehdintää. Ikäihmisten tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvän kivun hoitoon pitää käyttää tulehduskipulääkkeiden sijasta ensisijaisesti parasetamolia. Lonkkamurtuman jälkeen on aiheellista ehkäistä uusia murtumia hoitamalla osteoporoosia, ehkäistä kaatumisia ja ylläpitää toimintakykyä. Lonkkamurtumapotilaiden riittävästä D-vitamiinin ja kalsiumin saannin varmistaminen on ensiarvoisen tärkeää. D-vitamiinilisä vähentää yhdessä kalsiumin kanssa luun mineraalitiheyden pienentymistä ja vähentää uusia lonkka- sekä muita murtumia sekä naisilla että miehillä. (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Hyvänlaatuinen asentohuimaus ja kiertohuimaus ovat ikääntyneelle merkkejä tasapainoelimen lisääntyneestä toimintahäiriöstä. Hyvänlaatuinen asentohuimaus ilmenee yleensä makuulle mentäessä. Tyypillisesti sitä ilmenee kääntyillessä vuoteessa, vuoteeseen mentäessä ja noustessa, sekä päätä taaksepäin ja alas taivutettaessa. Kiertohuimaukselle on ominaista huimausoire, jossa ympäristö pyörii vinhaa vauhtia. (Ahonen ym. 2014, 23.)

3 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen arviointi on yksi tärkeimmistä ja keskeisimmistä toimista, jolla taataan potilaan hoidon laatu ja hoitotakuun toteutuminen. Sillä tarkoitetaan potilaan hoidon tarpeellisuuden, kiireellisyyden ja hoitoon pääsyn arviointia. Arviointi vaikuttaa suoranaisesti ja välillisesti hoitoprosessien sujuvuuteen, kokonaiskustannuksiin, hoidon onnistumiseen ja eritoten potilaan ja hänen läheistensä kokemukseen hoidon laadusta. Se on hoitoprosessin ensimmäinen vaihe ja näin ollen portti potilaan hoitoon pääsyyn, koska lain määritelmän mukaan ilman arviointia potilas ei voi hoitoa saada. Lain tullessa voimaan 1.3.2005, tarkoituksena oli yhdenmukaistaa kansalaisten saama hoito ja hoitoon pääsy, asettamalla tiettyjä aikarajoja hoitoprosessien eri vaiheille. (Kansanterveyslaki 1019/2004.)

Hoidon tarpeen arvioinnin suorittaa terveydenhuollon ammattilainen, joka koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella on tehtävään kykenevä. Arviointi tehdään potilaan kertomien esitietojen ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten, testien ja tutkimusten perusteella. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen kunnilla on velvollisuus järjestää tarvittava hoito kohtuullisessa ajassa, kiireellisissä tapauksissa hoito on järjestettävä viipymättä. (Kansanterveyslaki, 1019/2004, 2 §.) Laadukas hoidon tarpeen arviointi vaatii kuitenkin moniammatillista yhteistyötä, joka tarkoittaa eri terveydenhuoltoalan ammattiryhmien välistä yhteistoimintaa ja luotettavaa kommunikaatiota. Moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana ovat monialaisuus, yhtenevät arvot ja asenteet, asiakkaiden tarpeet ja halu yhdessä tekemiseen yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. (Katajamäki 2012, 26.)

Ikääntyneen hoidon tarpeen arviointi on haasteellista, koska akuutisti sairastuneen ikäihmisen oireet voivat olla lääketieteellisesti epämääräisiä. Tällaisia ovat esimerkiksi sekavuus, harhaisuus, kaatuilu. Taustalla voi kuitenkin olla vakavakin syy esimerkiksi akuutti infektio, sydäntapahtuma tai aivoverenkiertohäiriö. Monisairastavuus, ikääntymisen aiheuttavat muutokset elimistössä ja toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvä hauraus altistavat ikääntyneet työkäisiä enemmän akuuteille sairauksille. (Haapamäki ym. 2014, 10–11.)

Hoidon tarpeen arviointia tehtäessä eritoten akuutissa tilanteessa, on tarpeellista käyttää apuna ABCD-menetelmää, jonka perusteella tutkitaan potilas järjestelmällisesti tiettyä kaavaa edeten, turvaten potilaan tärkeät elintoiminnot. Menetelmässä arvioidaan järjestelmällisesti peruselintoiminnot, A=Airways, varmistetaan ilmatiet, B=Breathing, hengityksen riittävyys, C=Circulation, riittävä verenkierto, D=Disability, määritellään tajunnantaso (Mäkijärvi ym. 2016, 8). Kaikki potilasryhmät niin lapset, aikuiset, raskaana olevat kuin ikääntyneetkin tutkitaan samassa järjestyksessä ABCD-menetelmän mukaisesti, eikä ensiarvion tekemiseen saa kulua muutamaa minuuttia kauempaa. (Castrén ym. 2012, 150.)

A= Airways, varmistetaan ilmatiet

ABCD-menetelmän mukaisesti toimittaessa hengityksen turvaaminen on tärkein edellytys hengitysvajauksen hoidossa. Ilmatiet varmistetaan kohottamalla leukaa ja asettamalla henkilö kylkiasentoon (Ala-Kokko ym. 2014).

B= Breathing, hengityksen riittävyys

Hengityksen riittävyttä arvioidaan kuuntelemalla hengitystäniä ja laskemalla hengitystaajuutta. Mikäli hengitystaajuus on yli 25 krt/minuutissa tai alle 8 minuutissa, löydökset ovat kriittisiä. Henkilön happikyllästeisyyttä mitataan happisaturaatiomittarilla, joka on aistien jälkeen tärkeimpiä apuvälineitä elintoimintojen arviointiin. Happisaturaatiomittari asetetaan sormeen ja se mittaa hemoglobiinin happikyllästeisyyden, joka ilmoitetaan prosentteina. Happisaturaatio-arvosta käytetään lyhennettä SpO₂. Mitattu happikyllästeisyyden raja-arvo on perusterveellä ihmisellä vähintään 95 % ja kriittinen arvo lisähäpällä alle 90 %. Tupakoitsijoilla ja kroonisista keuhkosairauksista kärsivällä saturaatioarvot voivat olla alhaisemmat. (Castren ym. 2009, 93–94.)

C= Circulation, riittävä verenkierto

Hengityksen jälkeen tärkein arvioitava elintoiminto on verenkierron riittävyyden varmistaminen. Toimiva verenkierto turvaa solujen hapensaannin ja ylläpitää solutoimintoja. Sydämen kammioissa ja eteisissä veri työntyy eteenpäin sydämen suorittaman supistumisen ja aiheuttaa sitä seuraavan paineaallon, joka tuntuu sykkeenä eli pulssina esim. ranteessa tai kaulalla. Normaalin syketaajuuden tavoitealue aikuisella on noin 60–80 krt/min. Verenpaine ilmaistaan kahdella luvulla, systolinen ja diastolinen. Systolinen paine kuvaa sydämen supistumispainetta ja diastolinen painetta sydämen lepovaiheen aikana.

Verenpaineen yleinen tavoitearvo on alle 140/85 mmHg, mutta yli 80-vuotiailla alle 150/85 mmHg. (Castren, ym. 2012, Syväne, 2016, Poikonen, 2014.)

Verenpaine mitataan olkavarresta verenpainemittarilla, jossa on sopivankokoinen mansetti. Väärän kokoinen mansetti voi antaa virheellisen arvon. Verenpainemittareita on kahdenlaisia. Mikäli mitattavalla henkilöllä on flimmeri tai rytmihäiriö, mittaus täytyy suorittaa manuaalisesti. (Castren, ym. 2012, Syväne, 2016, Poikonen, 2014.) Kun hengitys ja verenkierto on varmistettu, varmistetaan potilaan kehon lämpötila. Kehon normaalilämpötilaksi voidaan määritellä keskimäärin 37 °C, mutta se voi vaihdella vuorokaudessa noin 0,5 °C terveellä ihmisellä. Aamuisin lämpötila on alimmillaan ja korkeimmillaan iltapäivällä. Kehon lämpötila voidaan mitata kainalosta tai korvakäytävästä. Kainalo on herkempi huoneilman vaihteluille, joten korvakäytävästä mitattu lämpö kuvaa elimistön lämpötilaa tarkemmin (Saarelma 2016.)

D= Disability, tajunnantaso

Tietoisuutta itsestä ja omasta ympäristöstä kutsutaan tajunnaksi, mikäli ihminen on tajuton, puuttuvat ihmisen tietoisuus edellä mainituista asioista. Kun ihminen menettää tajuntansa, suojaheijasteet ja elintoimintoja ylläpitävät säätelyjärjestelmät heikkenevät tai jopa pysähtyvät. Tajunnantaso voidaan karkeasti arvioida Glasgow'n Coma Scale-asteikkoa apuna käyttäen. Alentunut tajunnantaso voi ilmetä aluksi uneliaisuutena, jolloin henkilön vireystila alenee huomattavasti, mutta on heräteltävissä. Tajunnantason edelleen laskiessa, vain voimakkaat herätysyritykset, esim. kova ääni tai kivun tuottaminen herättävät henkilön. Kun ihminen ei ole enää herätettävissä, hän on tajuton. Arviointia tehdessä on otettava huomioon hoidettavan henkilön mahdollinen muistisairaus ja siitä johtuvat puutteet kommunikaatiokyvyissä. Alentunut tajunnantaso on aina kriittinen löydös, johon suhtauduttava vakavasti ja peruselintoiminnot on turvattava. (Castren, ym. 2009, 366–369.)

Ikääntyneen potilaan kohdalla hoidon tarpeen arviointi voi olla varsin haastavaa, koska oireet voivat olla laajakirjoisia ja moninaisia, mikä johtuu ikääntyvän kehon fysiologisista muutoksista ja taustalla vaikuttavista pitkäaikaissairauksista. Nopea hoidon tarpeen arvio ja avunsaanti esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöissä on ensiarvoisen tärkeää, koska ripeä hoitoon pääsy ja hoidon aloitus parantavat hoitoennustetta merkittävästi. (Kelo ym. 2015, 194–199.)

Laki potilaan oikeuksista 289/2009 määrittelee myös hoidon tarpeen arvioinnin dokumentoinnin. Kaikki tehdyt toimet havainnot ja arviot on kirjattava tarkasti potilasasiakirjoihin. Kirjaamisen tavoitteena on potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen, arviota koskevan tiedon saanti sekä hoitoon pääsyn varmistaminen. Lain mukaan potilaalla on oikeus hoidon tarpeen arviointiin, jonka kirjaaminen todentaa. Puutteellinen tai kokonaan puuttuva kirjaaminen vaarantaa potilasturvallisuuden, hoidon turvallisen jatkuvuuden ja huonontaa merkittävästi hoidon laatua. (Syväoja & Äijälä 2009, 73–75.)

Konsultoidessa lääkäriä tai muuta hoitotahoa on tarpeellista käyttää ISBAR-menetelmän mukaista raportointia, jolla varmistetaan luotettavasti tarpeellisen tiedon siirtyminen. ISBAR-menetelmä on Yhdysvaltojen armeijan 1990-luvulla kehittänyt, jolla varmistetaan kriittisissäkin tilanteissa varma tiedonkulku. ISBAR muodostuu sanoista "Identify" (tunnista), "Situation" (tilanne), "Background" (tausta), "Assesment" (nykytilanne) ja "Recommendation" (toimintaehdotus). Alun perin ilmavoimille suunniteltua menetelmää muokattiin terveydenhuollolle sopivaksi lisäämällä siihen tunnistauminen, Identify (tunnista) -osio ensimmäiseksi. ISBAR -menetelmää käytettäessä raportti annetaan käyttämällä selkeää ja ymmärrettävää puhekieltä. (Taulukko 1). Kuuntelijan on tärkeä keskittyä kuuntelemaan ja raportin loppuun toistavat kuulemansa, esimerkiksi käyttämällä "suljetun ympyrän viestintäperiaatetta", jossa vastaanottaja kuittaa kaikki kuulemansa ja tarvittaessa kysyä epäselvät asiat, näillä toimilla varmistetaan oikeiden tietojen siirtyminen. (Suomen potilasturvallisuusyhdistys 2014.)

Taulukko 1. ISBAR-menetelmä.

I dentify	Tunnista Esittele itsesi, kerro potilaan henkilötiedot.
S ituation	Tilanne Kerro syy raportointiin, mitä on tapahtunut.
B ackground	Taustatiedot Oleelliset taustatiedot, perussairaudet, lääkeai-neallergiat, mahdolliset eristystarpeet, tehdyt toi-menpiteet, hoitolinjaukset.
A ssesment	Nykytilanne Potilaan tämän hetkinen vointi, vitaalinelintoiminnot ja voinnin kehittyminen hoitojakson aikana.
R ecommendation	Toimintaehdotus Ehdotus jatkohoidolle, onko kysyttävää?

4 PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELI

Perusturvakuntayhtymä Akseli on palveluja tuottava yhteistoiminta-alue, joka toimii Maskun, Nousiaisten ja Mynämäen kuntien alueella. Perusturvakuntayhtymän tehtävänä on järjestää asukkailleen lain säätämät terveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut. Akselin toimintastrategiana on laadukkaiden peruspalvelujen turvaaminen, tuottavuuden parantaminen ja menojen kasvun hillitseminen toimintamalleja kehittämällä. Toiminnan päämääriin on kirjattu hyvinvointia ja terveyttä edistävä avo- ja kotihoitolähtöinen palvelurakenne, johon sisältyy toimiva hoidon- ja palvelutarpeen arviointi kaikilla tasoilla ja tehokas ja oikea-aikainen akuuttihoito. (Perusturvakuntayhtymä Akselin strategia, 2015.)

Ikäihmisillä, yli 65-vuotiailla on Perusturvayhtymä Akselin alueella mahdollisuus saada paikka palvelutalosta, mikäli hänellä on tarvetta ympärivuorokautiseen asumisyksikön terveydentilansa vuoksi. Asukkaat valitaan SAS-työryhmän (selvitä, arvioi, sijoita) kokouksissa. (SoteAkseli 2016.) Sosiaalihuoltolaissa määritellään tehostettu palveluasuminen, joka tarkoittaa asumispalvelua sellaisille ikäihmisille, jotka eivät enää selviydy asumisesta ilman ympärivuorokautista tukea ja valvontaa. Palveluasumiseen liittyy oman vuokra-asunnon lisäksi erilliset palvelut, esimerkiksi hygieniapalvelu, kodinhoitopalvelut, hoivapalvelut, lääkehoitopalvelut. (Sotkanet, 2017.) Edellä mainitun kaltaisia asumisyksiköjä Mynämäen kunnassa ovat Häävuoren palvelukeskus ja Koivulehdon palvelutalo.

Häävuoren palvelukeskus sijaitsee Mynämäen kunnan taajamassa. Tällä hetkellä keskuksessa on 32 tehostetun palveluasumisen asuntoa ja 4 tuettua palveluasuntoa. Henkilökunta koostuu Häävuorella 19 lähihoitajasta, 2 hoitoapulaisesta ja 2 sairaanhoitajasta. Koivulehdon palvelutalo sijaitsee taajaman ulkopuolella ja siellä on 11 tehostetun palveluasumisen asuntoa. Henkilökunnasta hoitoapulaisia on 1 ja 6 on lähihoitajia, joista yksi on yksikön vastaava ohjaaja. Koivulehto on muistisairaille suunnattu pieni, kodinomainen yksikkö. Kummassakin yksikössä asukkaat ovat yli 65-vuotiaita, joilla on tarve kotona pärjäämättömyyden vuoksi tehostettuun ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Molemmista palvelutaloissa Häävuorella ja Koivulehdossa on ympärivuorokautinen hoito ja yksiköillä on nimetty yhteinen hoitava lääkäri, jonka toimipiste on Mynämäen terveyskeskuksessa. (SoteAkseli 2016.)

5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tehtävänä on luoda toimintaohje tehostetun palveluasumisen yksikköön iäkkään hoidon tarpeen arviointiin akuuttitilanteessa. Tavoitteena on yhdenmukaistaa hoidon tarpeen arviointia akuuttitilanteissa sekä toimintaa yleisimpien sairauskohtausten hoidossa ja lisätä työn sujuvuutta ja potilasturvallisuutta.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön aihe valikoitui työelämässä koettuihin akuuttitilanteisiin, joissa yhtenäinen, koottu ohjeistus olisi ollut tarpeen tukemaan hoitotyötä ja hoidon tarpeen arviointia. Toiminnallinen opinnäytetyö on usein käytännön työelämään tarkoitettu ohje, ohjeistus, opastus. Tuotoksena eli produktina voi olla opasvihkonen, video, kotisivut tai järjestetty tapahtuma. Ammattikorkeakoulussa tehdyssä opinnäytetyössä on tärkeää, että käytännön toteutus ja raportointi yhdistyvät tutkimuksellisin keinoin. Tietojen ja taitojen hallinnasta osoittaa työelämälähtöisyys, käytännönläheisyys ja tutkimuksellisella asenteella toteutettu opinnäytetyöprosessi. (Airaksinen & Vilka 2003,9–10.)

Kun hoitotyötä halutaan kehittää sujuvammaksi ja sitä varten luodaan työkalu, tässä tapauksessa toimintaohje (Liite 1), on ohjeen oltava informatiivinen, selkeä ja tiivis. toimintaohje laadittiin keräämällä tietoa luotettavista kirjallisista lähteistä ja toimeksiantajalta saaduista tiedoista ja hoitotyössä esiin tulleista havainnoista. Tietoa haettiin luotettavista lähteistä, sosiaali- ja terveysministeriön raporteista ja hankkeista, Käypä hoito-suosituksista, akuuttihoitoa ja vanhusten hoitotyötä käsittelevästä kirjallisuudesta sekä Finna-tietokannasta, graduista ja Terveystietokannasta, muun muassa hakusanoilla hoidon tarpeen arviointi, ikäihminen, yleistilan lasku, kaatuminen, aivotapahtuma, rintakipu, vitaaliarvot, pyörtyminen ja verensokerin muutokset, toiminnallinen opinnäytetyö, näyttöön perustuva tieto.

Tutkimme, olisiko internetissä vastaavanlaisia ohjeistuksia ja löysimme hankkeita julkaistettuina vain muutamia, joten toimintaohje lienee tarpeellinen.

Haastattelimme ennen toimintaohjeen laatimista sairaanhoitajia Häävuoresta ja vastaavaa hoitajaa Koivulehdosta. Keskusteluissa nousi esiin yleisimmät akuuttitilanteet, joista on kokemusta näissä toimintaympäristöissä. Molempien palvelukeskusten henkilökunta koostuu terveydenhuollon ammattilaisista, joiden osaamista halutaan hyödyntää jatkosakin kaikissa tilanteissa.

Ensimmäiseen keskusteluun 19.9.2016 osallistui kaksi sairaanhoitajaa, Jonna Elo ja Miia Kylänpää Häävuoresta. Pienemmässä yksikössä Koivulehdossa käynnillämme oli keskustelemassa lähihoitaja Teija Lehtimäki. Koivulehdossa hoitajat toivoivat erityisesti ohjetta kaatumistilanteessa toimintaohjekorttiin. Lähihoitaja Teija Lehtimäki kertoi, että

palvelutalo Koivulehdossa on öisin vain yksi hoitaja vastaamassa asukkaista, joten toimintaohjekortti todettiin tarpeelliseksi tueksi hoitajan työssä.

Toimeksiantajan kanssa käydyissä keskusteluissa selvisi, ettei kummassakaan yksikössä ollut aiemmin käytössä mitään ennalta sovittuja toimintaohjeita asukkaan yleiskunnan heikennyttyä, vaan lähihoitajat yleensä ovat soittaneet oman talon sairaanhoitajille, jopa virka-ajan ulkopuolella, kertoi sairaanhoitaja Jonna Elo Häävuooren palvelutalosta. Olimme yhteydessä sähköpostilla myös palvelutalojen vastuulääkäriin, neurologian erikoislääkäri Anna Jalkaseen, joka halusi lisättävän korttiin verenpaineen laskusta johtuvan pyörtymisen.

Toimintaohje on jaettu kahteen osaan: ohje akuuttitilanteeseen ja toinen osio sisältää toimeksiantajan kokemat yleisimmät sairauskohtaukset ja toimintaohjeet näihin tilanteisiin. Akuuttitilanteessa ohjeistetaan toimimaan rauhallisesti ja järjestelmällisesti, tekemään ensiarvio tapahtuneesta ja suorittamaan vitaaliarvojen mittaukset sekä henkilön lääke, riski- ja taustatietojen koonnin ja kirjaukset. Kortin alaosassa on toimeksiantajien toivomat yhteistiedot konsultointia varten. Toinen puolikas kortista käsittelee toimeksiantajien yleisimmiksi kokemat sairauskohtaukset. Käsitelimme kortissa aivotapahtuman, rintakivun, verensokerin muutokset sekä kaatumisen ja pyörtymisen. Ohjeessa käydään läpi kunkin sairauskohtauksen kohdalla lyhyesti hoidon tarpeen arviointi ja ensiapu tilanteen ollessa akuutti. Toimintaohjeesta tuli tarkistuslistamainen ja sen tehtävänä on varmistaa oikean informaation siirtyminen eri ammattiryhmien välillä. Kiinnitimme huomiota kortin kokoon, se on laadittu mahdollisimman kompaktin kokoiseksi, jotta se mahtuu hyvin, vaikka työasun taskussa mukana pidettäväksi. Toimintaohjeen voi laminoida tai päällystää kestävyuden maksimoimiseksi. Kortin värityksessä on kiinnitetty huomiota selkeyteen, luettavuuteen ja tekstin erottuvuuteen, kuten myös huomiovärien, oranssin ja keltaisen värin sijainnin sairauskohtausosion taustalla.

17.10.2016 vierailimme molemmissa palvelutaloissa esittelemässä toimintamalli-korttia henkilöstölle ja jätimme sen koekäyttöön. Lähetimme 14.11.2016 hoitohenkilökunnalle palautelomakkeen (Liite 2), jossa tiedusteltiin kokemuksia toimintamallin käytöstä. Palautekyselyyn vastattiin anonyymisti ja vapaaehtoisesti. Näyttöön perustuva hoitotyö on tämän opinnäytetyön perusta ja sillä tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tiedon käyttä-

mistä asukkaan terveydenhoidossa. Hoidon tarpeeseen vastataan käyttämällä vaikuttaviksi tunnistettuja hoitomenetelmiä ja parhaita hoitokäytäntöjä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016).

Keräsimme palautteen Häävuoresta 23.11.2016 ja Koivulehdosta 4.12.2016. Kummasakaan paikassa ei ollut sattunut sairauskohtauksia toimintamallin koekäytön aikana. Koivulehdon hoitajilta saimme palautetta 4.12.2016, jonka mukaan

”Toimintaohje tuntuu toimivalta. Meillä on akuutteja tapahtumia niin harvoin ja usein ollaan vielä töissä yksin, että on hyvä olla muistilappu olemassa.”

Kaikki käyttäjät kokivat toimintaohjeen selkeäksi. Koska hyvin harvoin mitään yllättävää tapahtuu, ei hoitajillekaan tule toimintatavoista rutiinia ja silloin muistilappu auttaa ja antaa luottamusta, että kaikki tarvittava on tehty.

”Sen olemassaolo tuo turvallisuutta.”

”Kortti kertoo tärkeimmät asiat, jotka pitää huomioida/ tietää, puhelinnumerot löytyvät helposti ja nopeasti, hyvä muistin virkistys, hyvä että puhelinnumerot hyvin saatavilla ja muutkin tärkeät asiat hyvin esillä.”

Toimintaohjeessa kerrotaan seikkaperäisesti, miten toimitaan akuuttitilanteessa, kun ikäihmisen terveydentilassa on tapahtunut muutos huonompaan. Toimintaohje on muotoiltu selkeäksi, informatiiviseksi ja taskussa mukana kulkevaksi. Ohjeen sisältö muodostui, kun kävimme hoitajien kanssa läpi jo tapahtuneita akuuttitilanteita ja mietimme, mitkä asiat ovat oleellisia. Ohjeessa autetaan tunnistamaan mahdollinen sairauskohtaus, toimimaan rauhallisesti ja järjestelmällisesti sekä antamaan ensiapua ja hälyttämään tarvittaessa apua. Laadimme toimintaohjeen ABCD-menetelmän ja ISBAR-ohjeistuksen periaatteita noudattaen.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön teossa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014). Tiedonkeruu ja aineiston käyttö toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoin harkittava ja rajattava, ettei työn ja aineiston määrä kasva suhteettomaksi resursseihin nähden. Valmis opinnäytetyö on perusteltu kompromissi ja yhdistelmä omia voimavaroja ja resursseja, kohderyhmän tarpeita, oppilaitoksen vaatimuksia ja toimeksiantajan toiveita (Airaksinen & Vilka, 2003, 56–57).

Opinnäytetyön aihe rajattiin hoidon tarpeen arviointiin. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen työ käytiin esittelemässä toimeksiantajalle ja toimintaohjeen suunnitteluun aloitettiin. Toimintaohje räätälöitiin toimeksiantajan toiveiden mukaiseksi ja alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen toimintaohjeeseen lisättiin heillä yleisimmin ilmenevät sairauskohtaukset, niiden tunnistaminen ja ensiapuohjeet.

Luotettavassa toiminnallisessa opinnäytetyössä perustellaan näkökulma ja lähteiden valinta. Tekijän luotettavuus vakuutetaan argumenttien eli perustelujen avulla, joilla vedotaan aiempiin tutkimuksiin. (Airaksinen & Vilka, 2003, 80–81.) Työssä käytettiin vain luotettavia kirjallisia lähteitä ja konsultoitiin terveydenhuoltoalan ammattilaisia olennaisen tiedon saamiseksi ja sen hyödyntämiseksi. Työelämässä jo aiemmin hankittu kokemusperäinen tieto oli tärkeä osa opinnäytetyön luotettavuutta ja tarpeellisuutta ja näihin opinnäytetyön aihe on alun perin pohjautunutkin. Käsitteet ja termit määriteltiin, lähteet merkittiin tekstiin ja viiteluetteloon oikein. Opinnäytetyö laadittiin johdonmukaiseksi, jäsenneltiin ja kiinnitimme huomiota tekstirakenteen selkeyteen ja täsmällisyyteen.

Opinnäytetyön teoreettista tietoa käsitellään ja käytetään tarkan harkinnan perusteella sekä useita eri lähteitä selailen ja vertaillen. Lähteitä tarkasteltaessa erityistä huomiota kiinnitetään lähteiden julkaisuvuosiin ja niiden alkuperiin, lähteiksi valikoidaan tuoreimmat ja alkuperäisimmät. (Hirsjärvi ym. 2007, 109–110.) Tähän opinnäytetyöhön teoreettista tietoa haettiin sosiaali- ja terveysministeriön raporteista ja hankkeista, Käypä hoito-suosituksista, akuuttihoitoa ja vanhusten hoitotyötä käsittelevästä kirjallisuudesta sekä Turun AMK:n Finna-tietokannasta, graduista ja Terveysportin tietokannoista ja Google Scholarista, lisäksi käytimme hoitoalan kirjoja ja julkaisuja.

Haimme tietoa hakusanoilla ikäihminen, hoidon tarpeen arviointi, akuuttihoito, päivystys, yleistilan lasku, kaatuminen, aivotapahtuma, rintakipu, vitaaliarvot, pyörtyminen ja verensokerin muutokset, toiminnallinen opinnäytetyö, näyttöön perustuva tieto, ISBAR, ABCD-protokolla.

Toimintaohjeen tarpeellisuutta ja käytettävyyttä testattiin noin kuukauden kestäneellä käyttökokeilulla yhteistyökohteissamme. Palaute käyttökokeilusta kerättiin palautelomakkeella. Kysymykset lomakkeeseen harkittiin tarkoin, jotta kaavake pysyisi mahdollisimman selkeänä ja siihen vastaaminen olisi helppoa ja nopeaa. Muotoilimme kysymykset mahdollisimman kattaviksi ja selkeästi aseteltuina palautteen saamiseksi. Kysymyksiä oli vain kolme kappaletta, jotta vastaaminen ei veisi paljoa aikaa. Tavoitteemme oli saada kysymyksillä selville toimintaohjeen tarpeellisuus ja sen käytettävyys. Palaute oli tarpeellisuuden suhteen kiitettävää, mutta toimintaohje oli niin vähän aikaan käyttökokeilussa, että käytettävyydestä palaute oli vähäistä. Käyttökokeilun vähäinen aika johtui tutkimme opintosuunnitelman tiukasta aikataulusta.

8 POHDINTA

Suomen väestörakenne on nyt ja pitkälle tulevaisuudessa kehittymässä niin, että yhä suurempi määrä suomalaisia on yli 65-vuotiaita. Vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden määrä väestöstä oli 15 %, kun vuonna 2015 se oli jo 20,5 %. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä tulee olemaan vuonna 2030 jo 25,1 %. (Tilastokeskus 2016.) Meneillään olevan Sote-uudistuksen mukanaan tuomat muutosten vaikutukset ikäihmisen palvelurakenteeseen ovat vielä tuntemattomia. Hoitohenkilöstö on Suomessa hyvin koulutettu, olisi resurssien tuhlaamista olla kehittämättä ja tukematta hoitajien ammatillista osaamista. Hoitohenkilöstön työn tukeminen ja hyvien hoitokäytäntöjen kartoitus ja käyttöönotto edistävät sujuvaa yhteistyötoimintaa eri ammattiryhmien välillä, lisää luotettavaa tiedonsiirtoa sekä parantaa potilaiden ja hoitohenkilöstön oikeusturvaa.

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkaiden vaihtuvuus on pienempää kuin vuodeosastoilla, hoitosuhde on usein loppuelämän mittainen, oli se sitten kuukausia tai vuosia pitkä periodi. Pitkä hoitosuhde tehostetussa palveluasumisessa tarjoaa hoitohenkilökunnalle hyvän mahdollisuuden perehtyä ikäihmisen taustasairauksiin, lääkityksiin ja yleiseen terveydentilaan. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on riittävän työkokemuksen perusteella velvollisuus tehdä hoidontarpeen arviointi omalla toimialueellaan. (Syväoja & Äijälä, 2009, 30.) On tärkeää, että ensisijaisen hoidon tarpeen arvioinnin tekee palvelutalossa työskentelevä hoitaja, joka tuntee asukkaan ja tietää henkilön terveyshistorian jo ennen yleistilan laskua alkaneita muutoksia.

Oikeiden toimintatapojen ohella luotettavaan tiedonsiirtoon tarvitaan sujuvaa moniammatillista yhteistyötä eritoten pitkäaikaishoidon, ensihoidon ja päivystyksen välillä. Luotettavan tiedonsiirron esikuvana on ollut raportointityökalu ISBAR, jonka tarkistuslistamainen luettelo helpottaa tiedonsiirtoa ja informaatio on jäsennetty loogiseen järjestykseen. Kun tarvittavat tiedot ovat täsmennetty ja toistuvat samanlaisina raportoinnista toiseen, tiedonsiirto rutinoituu luotettavaan kaavaan ja selkeyttää tiedon antajan ja vastaanottajan rooleja potilaan siirtotilanteissa. Toimintaohjeen ensiarviossa ja vitaalimitausten taustalla on ensihoidossa käytössä oleva ABCD-menetelmä, jossa edetään järjestelmällisesti elinryhmittäin. Menetelmän mukaan toimiminen antaa toistojen myötä varmuutta, kun järjestelmällinen eteneminen ja elintoimintojen tutkiminen ovat ”selkäytimessä”.

Ammatillisten ryhmien välinen arvostus, luottamus ja luonteva vuoropuhelu ovat toimivan yhteistyön kulmakiviä. Jotta ammattiryhmät arvostaisivat toisiaan, on myös itse oltava ylpeä ammattiosaamisestaan. Omien ammatillisten taitojen kehittäminen ja ylläpitäminen, innovatiivisuus sekä uusien hyviksi todettujen hoitokäytäntöjen omaksuminen ja niihin ennakkoluuloton suhtautuminen ovat työssä kehittymisen ja menestymisen avainasioita. Hoitotyön akuuteissa tilanteissa kaikki ei mene aina täydellisesti oppikirjan mukaan, ei edes kokeneilta akuuttihoidon ammattilaisilta. Tarvitaan harjoittelua, ennakoitua ja myös halua ammentaa arvokasta oppia virheistä. Uusien oivallusten kautta opitaan uutta, jolloin tiedot ja taidot kehittyvät ja jäsentyvät. Tällöin ammatillinen kompetenssi ja itsevarmuus kasvavat, jolloin jatkossa kyetään ratkaisemaan ongelmatilanteet järjestelmällisesti ja rauhallisesti edeten.

Suomalainen terveydenhuollon laadukas, korkeatasoinen koulutus ovat tuottaneet maailmalla haluttuja ja arvostettuja työntekijöitä. Hyvän koulutuksellisen pohjan saaneet terveydenhuollon ammattilaisten olisi hyvä päivittää ja ylläpitää ammatillista osaamistaan. Jokaisella hoitajalla on kykyä niin halutessaan kehittää eteenpäin terveydenhuollon käytänteitä kenttätöissä vastaan tulleiden ongelmatilanteiden nujertamiseksi. Moniammatillinen yhteistyö, keskinäinen luottamus, arvostus ja ammattiyhteisö ovat avaintekijöitä tulevaisuuden terveydenhuollon parhaiden käytäntöjen ja innovaatioiden synnyssä.

LÄHTEET

- Ahokas-Kukkonen, I. 2015. Yleistilan lasku iäkkäällä henkilöllä. Esso-hanke. Viitattu 6.9.2016 <https://www.innokyla.fi/documents/916483/0/Yleis-lan+lasku+i%C3%A4kk%C3%A4%C3%A4ll%C3%A4+henkil%C3%B6ll%C3%A4+raportti+pal-veluketjun+sujuvuudesta.pdf/eb49c88d-525e-4f06-8957-777f65138d49>.
- Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Aivoinfarkti ja TIA (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (viitattu 15.1.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Airaksinen, T. & Vilka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Castren, M.; Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystys-klinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Castren, M.; Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. Ensiapuopas. Terveyskirjasto. Viitattu 26.10.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00005&p_haku=verenpaine#s3.
- Castrén, M.; Helveranta, K., Kinnunen, A. Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012, Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava.
- Diabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 22.1.2017. www.kaypahoito.fi.
- Diabetestietoa. Diabetesliitto.2017. Viitattu 22.1.2017. http://www.diabetes.fi/diabetestieto/tyyppi_1/verensokeri/korkea_verensokeri_ketoaineet.
- Eskelinen, S. 2016. Lääkärikirja Duodecim. Lääkärin tutkimus. Viitattu 4.12.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk01020.
- Haapamäki, E.; Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L. & Valvanne, J. 2014. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. Kuntaliitto. Viitattu 8.1.2017. http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/paivystysartikkeli_ebook.pdf.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 3.2.2017 <http://www.hotus.fi/hotus-fi/navttoon-perustuva-toiminta>.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Kansanterveyslaki. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Viitattu 6.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>.
- Katajamäki, E. 2012. Arvot moniammatilliseen toimintaan oppimisessa. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Helsinki: Sairaanhoidajat ry.

- Kelo, S.; Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kervinen, H. 2016. Akuutti sepelvaltimo-oireyhtymä ja sydäninfarkti. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 22.1.2017. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>.
- Lindroos, M. 2006. Vanhusten sepelvaltimotauti ja sen hoito. Yleiskatsaus. Suomen lääkirilehti. Viitattu 22.1.2017. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>.
- Lonkkamurtuma (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. (Viitattu 22.1.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Mäkijärvi M.; Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. 2016. Akuuttihoito-opas. Helsinki: Duodecim.
- Perusturvakunta yhtymä Akseli. 2016. Ikäihmisten palvelut. Viitattu 31.8.2016. <http://www.soteakseli.fi/palveluasuminen/>.
- Perusturvakuntayhtymä Akseli. Masku - Mynämäki - Nousiainen STRATEGIA 2015–2016. Viitattu 4.12.2016. <http://docplayer.fi/3542273-Perusturvakuntayhtyma-akseli-masku-mynamaki-nousiainen-strategia-2015-2016.html>.
- Poikonen N. 2014. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Verenpainepotilaan hoidon seuranta. Viitattu 26.10.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti>.
- Raatikainen, P. 25.8.2016. Synkopen syyt ja selvittely. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 22.1.2017. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>.
- Saarelma, O. 2016. Rintakipu. Lääkirikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 22.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00324&p_hakusana=rintakipu.
- Saarelma, O. 2016. Lääkirikirja Duodecim. Tietoa potilaalle: Kuume. Viitattu 26.10.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti>.
- Seppälä, J. 2015. Iäkkään ihmisen äkillinen yleistilan lasku. Viitattu 31.8.2016 <http://docplayer.fi/3129280-lakkaan-ihmisen-akillinen-yleistilan-lasku-tilanteen-ennakointi-ja-tunnistaminen-arviointi-ja-alkuvaiheen-toiminta.html>.
- Sotkanet. 2017. Terveiden – ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.1.2017 <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?q=358>.
- Soveri-Finne, H. 2016. Iäkkäiden pitkäaikaishoidon erityiskysymykset palvelutalossa. Lääkärin käsikirja. Viitattu 8.1.2017 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti>.
- STM. Työryhmän raportti. 2010. Yhtenäiset päivistyshoidon perusteet. Viitattu 6.9.2016 http://www.lpsp.fi/media/files/luennot_ikaihminen_hoito/kun_vanhus_sairastuu_akillisesti.pdf.
- Suomen itsenäisyyden juhlarahasto. Sitra. 2017. Sivu 9. Viitattu 3.2.2017. http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Tehostetun_palveluasuminen_saantokirja.pdf.
- Suomen potilasturvallisuusyhdistys. 2014. Potilasturvallisuuden työkaluja. Viitattu 11.2.2017. http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/documents/Potilasturvallisuuden%20ty%C3%B6kalut_2014.pdf.
- Suomen virallinen tilasto: Väestörakenne [verkkajulkaisu]. ISSN = 1796–4938. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 9.3.2017]. Saantitapa: http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html.

Suomen virallinen tilasto: Väestöennuste [verkkójulkaisu]. ISSN = 1796–4938. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 9.3.2017]. Saantitapa: http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#v%C3%A4est%C3%B6ennuste.

Syvänne, M. 2016. Verenpaine. Viitattu 26.10.2016 <http://www.sydan.fi/terveys-ja-hyvinvointi/verenpaine>.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidontarpeen arviointi. Sastamala: Tammi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Tapaturmat. Iäkkäät. Viitattu 22.1.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 18.9.2016 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Vanhuspalvelulaki, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 12.9.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014. Ohje pankki, Avh-työryhmä. Viitattu 15.1.2017 <http://ohje pankki.vsshp.fi/fi/2813/5064> <http://ohje pankki.vsshp.fi/fi/2813/5064> <http://ohje pankki.vsshp.fi/fi/2813/5064>.

Viitanen, M. 2016. Aivoverenkiertohäiriöiden epidemiologia. Duodecim. Viitattu 22.1.2017. http://www.oppiportti.fi/op/ger01000/do_duodecim.

Toimintaohje akuuttitilanteeseen

TOIMINTAOHJE AKUUTTITILANTEeseen		YLEISIMMÄT SAIRAUSKOHTAUKSET	
TEE ENSIARVIO	<ul style="list-style-type: none"> Selvitä mitä on tapahtunut ja tee ensiarvio henkilön tilasta. Toimi rauhallisesti ja seuraa ohjeistusta järjestelmällisesti. <p>Kirjaa tarkasti kaikki tekemäsi huomiot, toimenpiteet ja arvot!</p>	AIVIVERENKIERRON HÄIRIÖT	<ul style="list-style-type: none"> Pyydä henkilöä irvistämään tai hymyilemään. Pyydä puristamaan tai nostamaan molempia käsiä. Tarkista tasapaino. Onko puheen tuottaminen vaikeutunut? Jos henkilöllä on yksi tai useampi em. oireita, soita välittömästi 112.
SUORITA MITTAUKSET	<ul style="list-style-type: none"> varmista ilmatiet, arvioi hengitystä mittaa verenpaine ja pulssi mittaa lämpö arvioi tajunnantaso mittaa verensokeri ota tarvittaessa virtsanäyte ja tee pikaliuskatesti 	RINTAKIPU	<ul style="list-style-type: none"> Mittaa verenpaine, jos RR on yli 100 Hg/mmol, anna 1 Dinit-suihke. Huomioi että suihkeita voi antaa korkeintaan 3. Mittaa verenpainetta ja arvioi henkilön tilaa. Mikäli Dinit ei auta, konsultoi lääkäriä tai soita 112.
KOKOA TIEDOT	<ul style="list-style-type: none"> nimi ja henkilötunnus perussairaudet lääkeaineallergiat lääkelista mittausten tulokset elvytyskielto oireiden kesto kerro miten vointi eroaa normaalitilanteesta 	VERENSOKERIIN MUUTOKSET	<ul style="list-style-type: none"> Mittaa verensokeri. <u>Alhaiseen verensokeriin</u> annettava välittömästi sokeripitoista ravintoa, mikäli henkilö on tajuiissaan. <u>Korkeaan verensokeriin</u> annetaan insuliinia erillisen ohjeen mukaan. Jos potilas on tajuton, soita 112.
KONSULTOI	<p>Arkisin klo 7-15.00 Häävuooren sairaanhoitaja 044 435 7531</p> <p>Mynämäen terveystieteiden päivystys arkisin 8 -16.00 02 447 7600</p> <p>Kotisairaala 7.30-21.00 044 435 7623</p> <p>Virka-ajan ulkopuolella Yhteispäivystys, T-sairaala Sairaanhoitaja 02 313 8907 Lääkäri 02 313 8833</p>	KAATUMINEN	<ul style="list-style-type: none"> Jos henkilöllä on vuotava haava, tyrehtyä vuoto painamalla haavaa. Luunmurtumaa epäiltäessä, pidä loukkaantunut raaja paikoillaan ja soita 112. Pyörtyneeltä mitataan RR. Jos RR alle 100/80, aseta hlö makuuasentoon ja nosta jalat koholle. Heikotuksen pitäisi helpottaa 2 min. sisällä.

Toimintamallin palautekysely

Toimintaohjeen palautekysely
Leena Tuominen, Tea Metsäranta
Turun AMK
Hoitotyö

10.11.2016

Oletko käyttänyt työssäsi toimintamalli-korttia?

En ole.

Olen käyttänyt.

Kerro omin sanoin, millaisessa tilanteessa olet käyttänyt korttia.

Oletko kokenut toimintamalli-kortista olevan hyötyä/tukea työssäsi?

Ei ole ollut hyötyä.

On ollut hyötyä.

Mikä/mitkä asiat ovat kortissa olleet hyödyksi?

Anna palautetta kortista, kehittämissuhteita, risuja, ruusuja, sana on vapaa.

Kiitos ajastasi!