

Koistinen Hanna ja Ohtonen Anni-Kaisa

Toimintaohje Honkalinnan yleisimpiin akuuttitilanteisiin

Sairaanhoitaja (AMK)

Sosiaali- ja terveysala

Syksy 2019



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Koistinen Hanna & Ohtonen Anni-Kaisa

Työn nimi: Toimintaohje Honkalinnan yleisimpiin akuuttitilanteisiin

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK)

Asiasanat: akuuttitilanne, ikääntyneet, toimintaohje, tehostettu palveluasuminen

Tämän tuotteistetun opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia toimintaohje hoitokoti Honkalinnassa esiintyviin keskeisimpiin hoitotyön akuuttitilanteisiin. Hoitokoti Honkalinna on Kuhmossa sijaitseva Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän suurin ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikkö. Tavoitteena oli, että tuotteen myötä hoitokodin hoitajat voivat yhdenmukaistaa ja kehittää toimintaansa näissä tilanteissa.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa akuutit tilanteet liittyvät pääsääntöisesti kaatumisiin, tapaturmiin ja sydän- ja verisuonisairauksiin. Ikääntymismuutokset, perussairaudet ja monilääkitys aiheuttavat sen, että ikääntynyt reagoi herkästi elimistön poikkeustiloihin. Ikääntymismuutokset vaikeuttavat oireiden tunnistamista ja tilannearvion tekemistä. Akuutissa tilanteessa toimintaa ohjaavat myös mahdolliset hoidonrajaukset, jotka määrittävät ne hoitotoimenpiteet, joista halutaan pidättäytyä.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja siten tiiviissä yhteydessä käytäntöön. Työhön sisältyi kirjallinen raportti sekä tuote, eli toimintaohje. Raportti sisältää teorian tiedon ja opinnäytetyöprosessin kuvauksen. Näyttöön perustuvaa tietoa tuotteen laatimista varten haettiin painetusta kirjallisuudesta, hoitotieteellisistä internetlähteistä ja aiemmista tutkimuksista. Tuotteeseen sisällytettiin toimintaohjeet viiteen yleisimpään akuuttitilanteeseen ja toimintaohjeesta tehtiin toimeksiantajan pyynnöstä kaaviomuotoinen. Tuote esiteltiin yksikön lähiesimiehille ja sairaanhoitajilla ja heidän palautteensa perusteella tuotteeseen tehtiin muutoksia. Tämän jälkeen tuote annettiin koekäyttöön koteihin, jonka jälkeen palaute tuotteesta pyydettiin suullisesti. Saadun palautteen perusteella tuote viimeisteltiin ja luovutettiin käyttöön.

Tuotetta varten toteutetun kyselyn tulokset olivat selkeästi samassa linjassa aiheesta aiemmin tehtyjen opinnäytetöihin liittyvien tutkimusten kanssa. Tämä tuki ajatusta siitä, että tuote on käyttökelpoinen myös muissa ikääntyneiden palveluasumisen yksiköissä. Tuotetta testanneilta hoitajilta saadun palautteen perusteella tuote on ollut käyttökelpoinen, selkeä ja se on ohjannut toimintaa hyvin. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko tuote yhdenmukaistanut hoitajien toimintaa akuuttitilanteissa.

Abstract

Author(s): Koistinen Hanna & Ohtonen Anni-Kaisa

Title of the Publication: Guidelines for the Most Common Acute Situations at Honkalinna Nursing Home

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: acute nursing, elderly, high dependency sheltered housing, guidelines

Aging and memory failure disorders raise the risk of accidents and other acute situations. The most common acute situations for high dependency sheltered housing are falls, seizures, confusion and infections. Assessment of the need for treatment is complicated by aging changes, e.g. changes in organ functions.

The purpose of this practice-based thesis was to design, create and evaluate a set of guidelines about the most common acute nursing situations. The thesis includes a written report and a product, i.e. the guidelines. The report contains theoretical information about the process and the most common acute nursing situations. The target group was the staff at Honkalinna Nursing Home which is a unit of high dependency sheltered housing owned by Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority. The objective of the guidelines was to develop and standardize the actions of Honkalinna nursing staff.

Evidence-based information was retrieved from nursing-scientific literature, webpages and researches. The guidelines include five most common acute nursing situations at Honkalinna. The situations were identified with a questionnaire. The commissioner wished that the guidelines would be compiled using the process approach.

The guidelines were tested two times at Honkalinna Nursing Home. According to the feedback for the first test, given by immediate supervisors, the guidelines were useful, but some minor changes needed to be made. After the alterations, the guidelines were tested by the nursing staff and feedback was collected again after a month. This time the guidelines were considered clear and instructive. One suggestion for further research would be to study later how the actions of the nursing staff in acute situations have been standardized.

Sisällys

1	JOHDANTO.....	1
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET	3
3	AKUUTTITILANTEET IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUASUMISESSA	4
3.1	Ikääntyneiden ympärivuorokautinen palveluasuminen.....	4
3.2	Ikääntymisen tuomat muutokset	5
3.2.1	Äkillinen yleistilan lasku	6
3.2.2	Sekavuus eli delirium	8
3.2.3	Kaatuminen.....	10
3.2.4	Rintakipu	13
3.2.5	Infektiot.....	15
4	TUOTTEISTETTU OPINNÄYTETYÖ	22
4.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	22
4.2	Ideavaihe	25
4.3	Tuotteen luonnostelu	26
4.4	Tuotteen kehittäminen	28
4.5	Tuotteen viimeistely	29
5	POHDINTA	32
5.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	34
5.2	Opinnäytetyön eettisyys	36
5.3	Ammatillinen kasvu.....	38
5.4	Jatkotutkimusaihe	39

Liitteet

Lähteet

1 JOHDANTO

Ikääntyneille tapahtuu palvelukodeissa tapaturmiin, ikääntymismuutoksiin ja sairauksiin liittyviä akuuttitilanteita. Ikä ja muistisairaudet kasvattavat tapaturmariskiä (THL, 2018). Tämän vuoksi hoitajilla on oltava tietoa ja taitoa tunnistaa välitöntä reagointia vaativat tilanteet ja toimia niissä näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaisesti. Hoitajien on kyettävä myös huomioimaan ikääntymiseen liittyvät erityispiirteet ja mahdolliset hoidonrajaukset (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015.)

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii ikääntyneiden ympärivuorokautista palveluasumista tarjoava hoitokoti Honkalinna. Opinnäytetyön kautta yhdistämme syventävät akuuttihoitotyön opintomme käytännön työhön. Tuotteistetun opinnäytetyömme tarkoitus on suunnitella, toteuttaa ja arvioida toimintaohje ikääntyneillä yleisimmin esiintyviin akuuttitilanteisiin. Tavoitteena on yhdenmukaistaa ja kehittää hoitajien toimintaa hoitotyön yleisimmissä akuuttitilanteissa, jotka tutkimuksessamme nousee esiin.

Honkalinnassa ei ole aikaisempaa toimintaohjetta välitöntä reagointia vaativiin tilanteisiin. Rajaamme aiheen koskemaan hoitokoti Honkalinnan viittä yleisintä akuuttitilannetta. Toimintaohjeen laatimista varten selvitämme kyselyn avulla ympärivuorokautisen palveluasumisen yleisimmät akuuttitilanteet Honkalinnassa. Aihetta rajaava tutkimus ei ole tuotteistetun opinnäytetyömme keskiössä, mutta olennainen osa prosessia. Selvitämme näyttöön perustuvat toimintatavat ikääntyneiden akuuttitilanteissa, sekä sen millainen on laadukas ja toimiva toimintaohje. Toimintaohje laaditaan toimeksiantajan toiveen mukaisesti kaaviomuotoon.

Aihetta on tutkittu aikaisemminkin. Peilaamme opinnäytetyötämme Sirniön, Tervon & Toiviaisien (2013) opinnäytetyöhön *Akuuttitilanteiden hoito ikääntyneiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa: Apua! – akuuttitilanteiden opas henkilökunnalle*, Korkiakankaan & Vanhasen julkaisuun *Akuuttitilanteet ikääntyneen hoitotyössä* (2014) ja Leppäsen opinnäytetyöhön *Yleisimmät ensiaputilanteet tehostetussa palveluasumisessa* (2015). Verratessamme opinnäytetyöhömmme kyselyn tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin, havaitsimme runsaasti yhtäläisyyksiä. Edellä mainittujen lähteiden mukaan ikääntyneiden yleisimmät akuuttitilanteet ovat samat: kaatuminen, sekavuus, rintakipu, äkillinen yleistilan lasku ja infektiot. Opinnäytetyömme eroaa edellä mainituista

opinnäytetöistä siten, että tarkoituksenamme on tuottaa toimintaohje. Tutkimuksellisuus ja opinnäytetyöhön liittyvä kysely toimivat aihetta rajaavana tekijänä helpottaen samalla tiedonhakua.

Opinnäytetyömme pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon. Tämän vuoksi toimintaohje on käytökelpoinen ja hyödynnettävissä myös muissa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän, eli Kainuun soten, ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä. Näyttöön perustuvalla tiedolla tarkoitetaan parasta saatavilla olevaa ja ajantasaista tietoa. Tieto pohjautuu luotettavaan tutkimukseen tai asiantuntijoiden arvioihin. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan sitä, että hyödyntää työssään ajantasaista tietoa sekä vaikuttaviksi havaittuja hoitokäytäntöjä ja -menetelmiä. Ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa edustavat kansalliset suositukset, kuten Käypä hoito ja Hotus. (Jordan, Lockwood, Aromataris & Munn 2016; näyttöön perustuva toimintand., hotus hoitotyöntutkimussäätiö.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida toimintaohje hoitokoti Honkalinnan keskeisiin hoitotyön akuuttitilanteisiin.

Tehtävinä on selvittää:

1. Mitkä ovat yleisimmät hoitotyön akuuttitilanteet hoitokoti Honkalinnan ympärivuorokautisen palveluasumisessa?
2. Mitkä ovat näyttöön perustuvat toimintatavat ikääntyneiden ympärivuorokautisen palveluasumisen akuuttitilanteissa?
3. Millainen on hyvä toimintaohje hoitokoti Honkalinnan keskeisiin akuutteihin tilanteisiin?

Opinnäytetyön tavoitteena on yhdenmukaistaa ja kehittää hoitokoti Honkalinnan hoitajien toimintaa hoitotyön keskeisissä akuuttitilanteissa.

3 AKUUTTITILANTEET IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUASUMISESSA

Muistisairaudet ja korkea ikä kasvattavat tapaturmien riskiä. Tämän vuoksi välitöntä reagointia vaativat tilanteet ovat ikäihmisten ympärivuorokautisessa palveluasumisessa yleisiä. Ikääntymismuutokset ja perussairaudet aiheuttavat sen, että elimistö reagoi poikkeustiloihin voimakkaasti ja oireiden tunnistaminen voi olla haasteellista. (THL 2018.)

3.1 Ikääntyneiden ympärivuorokautinen palveluasuminen

Ikäihmisten ympärivuorokautinen palveluasuminen tarkoittaa tehostettua palveluasumista, jossa hoitohenkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri. Tehostettu ympärivuorokautinen palveluasuminen on tarkoitettu ikääntyneille, jotka tarvitsevat arjessaan runsaasti hoivaa ja apua. (Kuntaliitto n.d.).

Ympärivuorokautisten hoitopaikkojen palvelutarjontaan kuuluvat julkisin varoin tuotetut palvelut ja yksityiset palvelut. Ympärivuorokautinen palveluasuminen rinnastetaan kotona asumiseen. Asiakkaat ovat vuokrasuhteessa ja maksavat tarvitsemansa palvelut ja lääkkeet itse. Asiakkaan itsemaksettavat kustannukset vaihtelevat maksukyvyn mukaan. Yksityiset palvelut asiakas maksaa kokonaan itse. Kunnat myöntävät myös palvelusetelitä, jolloin asiakas saa itse valita palveluntuottajan. Tässä tapauksessa asiakas maksaa palvelusetelin ja palvelun hinnan välisen eron. Hinnoitteluperusteet vaihtelevat eri palveluntuottajien välillä. Ympärivuorokautisen palveluasumisen kustannuksiin on mahdollista saada Kelalta eläkkeen saajan hoitotukea ja myös varallisuusperusteista eläkkeensaajan asumistukea. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, 171-175.).

Ympärivuorokautisen palveluasumiseen piiriin ikäihmiset pääsevät SAS-menettelyn kautta. SAS-nimitys tulee sanoista selvittää, arvioida ja sijoita. SAS-ryhmä on moniammatillinen työryhmä, jonka tavoitteena on selvittää ja arvioida ikääntyneen voimavarojen ja avuntarpeen perusteella hänelle sopiva hoitopaikka. Periaatteena on, että ensisijaisesti tuetaan kotona asumista erilaisten palveluiden turvin. Siinä vaiheessa, kun kotona asuminen kotihoidon, omaishoidon ja muiden tukipalveluiden turvin ei enää onnistu, käynnistetään SAS-prosessi. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, 171-175.).

Ikääntyneen palvelutarpeet kartoitetaan ennen SAS-hakemuksen laatimista. Palveluntarpeen arvioinnin suorittavat yleensä asiakasohjaajat, mutta asiakkaan ollessa terveystieteiden sairaalassa SAS-prosessin käynnistää hoitava taho. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallitus 2016.) SAS-menettelyssä selvitetään, täyttyvätkö ympärivuorokautiseen hoitoon vaadittavat perusteet. Perusteina ympärivuorokautiseen hoitoon ovat muun muassa kotona yksin asuvan ikääntyneen turvattomuus, kotiympäristön soveltumattomuus ikääntyneen hoitamiseen tai jos hoidon ja hoivan järjestäminen ei muulla tavoin riittävän hyvin onnistu. Arvioinnin tukena käytetään usein erilaisia toimintakyvyn mittareita. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, 171-175.) SAS-ryhmän tekemän myönteisen päätöksen jälkeen ympärivuorokautista palveluasumisen paikkaa voi joutua odottamaan kiireellisyysjärjestyksen mukaisesti. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallitus 2016.)

3.2 Ikääntymisen tuomat muutokset

Ikääntyminen on monivaiheinen prosessi, johon vaikuttavat yksilön perimä sekä ympäristötekijät. Sen ajatellaan johtuvan soluihin ja kudoksiin läpi elämän kohdistuneista vaurioista. On tärkeä ymmärtää, mitä ovat normaalit ikääntymisen myötä esiintyvät fysiologiset muutokset ja erottaa ne muista syistä johtuvista muutoksista. Vanhenemisen myötä elimistössä tapahtuu kuivumista, kuihtumista ja rasvoittumista. Käypä hoito -suosituksista ilmenee, että ikääntymiseen keskeiset fysiologiset muutokset kohdistuvat lihaksistoon, aerobiseen kestävyYTEEN, tasapainoon, liikkuvuuteen sekä kognitiivisiin toimintoihin. (Komulainen & Vuori 2015.)

Ensisijaisia fysiologisia vanhenemismuutoksia tulee jokaiselle, eivätkä ne aiheudu ulkoisista tekijöistä vaan esimerkiksi keskushermostossa tapahtuvista kudosmuutoksista. Ne vaikuttavat elimistön suorituskykyyn vähentämällä sitä, jolloin elimistö on alttiimpi vammoille ja infektioille. Hengitys- ja verenkiertoelimistön, aistinelinten sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimivuus on edellytys fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Tilvis, Pitkälä, Stranberg, Sulkava & Viitanen 2016.)

Muistisairaahan toimintakykyä arvioitaessa on tärkeä huomioida, että kivun kokeminen voi muuttaa muistisaraan käyttäytymistä. Arvioitaessa muistisairaahan kipua, hänen läheistensä sekä häntä hoitavien havainnot käyttäytymisen muutoksista sekä olemuksesta ovat ensiarvoisen tärkeitä. Muis-

tisairaus vaikuttaa kivun ilmaisuun siten, ettei hän välttämättä kykene ilmaisemaan tai osaa ilmaista kipua. Muistisairas voi myös unohtaa kokemansa kivun. Kivun arvioinnissa käytetään mahdollisuuksien mukaan ikääntyneen itsearviointia ja tarvittaessa toisen henkilön havainnointia. Itsearviointissa kivusta kysytään suljetulla kysymyksellä, johon voi vastata kyllä tai ei. Kipua arvioidessa havainnoidaan olemusta, ilmeitä ja eleitä. Kivusta kertovia käyttäytymismuutoksia voivat olla sekavuus, aggressiivisuus, vastustelu sekä vetäytyminen. Hikoilu ja sydämen tiheälyöntisyys ja muut autonomisen hermoston muutokset voivat olla merkki muistisairaahan kokemasta kivusta. (Hallikainen ym. 2017, 156.)

Hoitolinjaukset määräytyvät ihmisen sairauksien perusteella. Kroonista ja etenevää sairautta sairastavan ikääntyneen kohdalla kyseessä on palliatiivinen hoitolinjaus. Palliatiivisessa vaiheessa olennaista on turvata lääketieteellisesti paras mahdollinen perusteltu hoito, josta on rajattu pois turhat, kärsimystä aiheuttavat ja hyödyttömät hoidot. (Saarto ym. 2015, 10-12.) Hoidonrajauksella määritellään ne hoitotoimenpiteet, joista halutaan pidättäytyä. Hoitoa voidaan rajata ihmisen omasta toivosta tai lääketieteellisin perustein. Pitkäaikaissairaiden ihmisten kohdalla olisi hyvin tärkeää, että hoidonrajaukset tehtäisiin riittävän ajoissa. Tietämys hoidonrajauksista helpottaa hoitohenkilökunnan toimintaa akuuttitilanteessa ja näin ollen myös nopeuttaa asianmukaisen hoidon saamista. Hoidonrajaukset tulee aina kirjata asianmukaisesti potilastietojärjestelmään. (Saarto ym. 2015, 10-12.) Hoitotahto on ihmisen oma tahdonilmaus hoitoonsa liittyvistä yksityiskohdista. Selkeä ja hyvä hoitotahto helpottaa ja nopeuttaa hoitopäätösten tekemistä. (Saarto ym. 2015, 608-611.)

3.2.1 Äkillinen yleistilan lasku

Yleistilalla tarkoitetaan potilaan yleistä vointia. Oireena yleistilan lasku on hyvin laajakäsitteinen. Se ei kerro mikä potilasta vaivaa tai mistä tila johtuu, eikä se siksi ole kovin hyvä kuvaus potilaan voinnista. Käsitettä ”ikäntyneen yleistilan lasku” ei ole määritelty tarkasti, käytännössä sillä kuitenkin tarkoitetaan toimintakyvyn laskua, joka tapahtuu hitaasti tai äkillisesti. Terveysportti määrittelee termin ”yleistila” olevan potilaan yleisvointi subjektiivisesti, eli kuinka potilas kokee voinnansa, sekä objektiivisesti, eli miltä potilas näyttää voivan. Yleistilan lasku on seurausta peruselintoiminnon häiriöstä. Peruselintoiminnoilla tarkoitetaan elintoimintoja, jotka pitävät ihmisen hen-

gissä. Äkilliseen yleistilan lasku ilmenee esimerkiksi muistamattomuutena, sekavuutena sekä jalkojen kantamattomuutena. (Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016; Mustajoki M. & Uurtio K. 2018, 420; Terveysportti Duodecim n.d.; Koivisto, Kutila, Rikkinen & Siloaho 2014.)

Ikääntyneellä äkillinen yleistilan lasku voi johtua useista eri syistä. He ovat monisairaita sekä monilääkittyjä ja taustalla voi olla geriatriasia oireyhtymiä, kuten hairaus-raihnausoireyhtymä. Tyypillistä on, että oireet ovat monimuotoisia ja ilmenevät heikoimmassa elinjärjestelmässä. (Jämsen E. 2017, 25-29.) Tavallisimpia äkillisen yleistilan laskun syitä ovat infektio, lääkkeiden aiheuttama sekavuus, äkillinen sydäntapahtuma, akuutti vatsa, aivoverenkierron häiriö, kuivuminen, veren-sokeritasapainon häiriöt sekä elektrolyyttitasapainon häiriöt. Infektioista yleisimmät ovat virtsatieinfektio ja keuhkokuume. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalveluiden yleistilanlaskun arvioinnin oppaan mukaan ikääntyneen hidas yleistilan lasku liittyy pitkäaikaissairauksiin ja monisairastavuuteen. Palveluasumisessa muistisairaana yleistilan laskuun on usein mahdollista reagoida jopa viikkoja aiemmin potilastietojärjestelmään kirjatun selkeän ja ajantasaisen hoito- ja palvelusuunnitelman avulla. (Mustajoki M. & Uurtio K 2018, 420; Ikääntyvän yleistilan laskun ennakointi 2016). Tässä opinnäytetyössä käsittelemme vain äkillistä yleistilanlaskua.

Äkillisesti heikentyneeseen yleistilaan on reagoitava nopeasti ja peruselintoiminnoista huolehtiminen on tärkeää. Nopea reagointi ja viivytyksettä aloitettu hoito on tärkeää, sillä ikääntynyt menettää toimintakykyään nuorta huomattavasti nopeammin. Ikääntyneen äkillinen sairastuminen ja yleistilanlasku ovat haasteellisia päivystyksellistä näkökulmasta. Mitä äkillisemmin muutos ilmenee, sitä hälyttävämpi tilanne on. On keskeistä muistaa, että akuutisti laskenut yleistila tai sekavuus ei itsessään ole diagnoosi vaan oire, jonka taustalla on lähes aina jonkin somaattinen syy. Normaalit, ikääntymisen tuomat muutokset aiheuttavat haastetta hoitoa vaativan yleistilanlaskun tunnistamiseen. Äkillisen yleistilan laskun syytä selvittäessä on kyettävä erottamaan, mikä oireista liittyvät normaaleihin ikääntymismuutoksiin. Käypä hoito- suosituksen mukaan ikääntyneen fysiologiset muutokset liittyvät lihaksistoon, aerobiseen kestävyYTEEN, tasapainoon, liikkuvuuteen sekä kognitiivisiin toimintoihin. Psyykkisiä ikääntymismuutoksia ovat muun muassa muistin heikkeneminen, reaktionopeuden hidastuminen, tunne-elämän latistuminen, virheaistimusten yleistyminen ja mielialan lasku. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg 2016, 30-31; Komulainen & Vuori 2015; Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 472-473.) Päivystyksessä palveluasumisessa asuvan ikääntyneen tilan arviointia auttaa kirjallinen suunnitelma, josta käy ilmi potilaan sen hetkinen toimintakyky ja käytössä olevat lääkkeet. (Mustajoki ym. 2018, 420).

Yleistilan laskun tutkimuksiin kuuluu verenpaineen, sykkeen, hengitystiheyden sekä lämmön mittaaminen. Verenpaineen lasku ja sydämen tiheälyöntisyys, eli takykardia, ovat korkeaa verenpainetta hälyttävämpiä merkkejä. Hengitystaajuuden ollessa yli 20 kertaa minuutissa, voi olla kyseessä hengenvaarallinen happivaje. Kohonneen hengitystiheyden aiheuttaja voi olla keuhkokuume tai sydämen vajaatoiminta. Sepsis eli vaikea yleisinfektio aiheuttaa korkean, horkkamaisen ja sahaavan kuumeen. Palveluasumisessa otetaan mahdollisuuksien mukaan pikalaboratoriokkeina CRP, virtsan liuskatesti sekä verensokeri. Mikäli ikääntynyt hakeutuu tai viedään yleistilan laskun vuoksi päivystykseen, otetaan siellä lisäksi EKG, happisaturaatio sekä puhalluskoe alkometriin. (Mustajärvi ym. 2018, 420-421.)

3.2.2 Sekavuus eli delirium

Ikääntyneen sekavuustila eli delirium on elimellisten tekijöiden aiheuttama aivotoiminnan häiriö ja se alkaa aina äkillisesti. Se ilmenee tarkkaavaisuuden, ajattelun, käyttäytymisen ja keskittymisen muutoksina. Sekavuuden oireina voi olla myös illuusioita tai aistiharhoja eli hallusinaatioita, harhaluuloja, levottomuutta sekä uni-valverytmin häiriöitä. Oireiden voimakkuus vaihtelee eri vuorokauden aikoina. Koska delirium määritellään oireyhtymäksi, sen ilmaantuminen edellyttää yhden tai useamman elimellisen syyn, jotka lopulta laukaisevat sekavuustilan. Diagnostikassa tärkeää on oireyhtymän tunnistaminen ja syiden sekä altistavien tekijöiden selvittäminen. Käypähoitosuosituksen mukaan deliriumin tunnistamisessa suositellaan käytettäväksi deliriumin seulontaan tarkoitettua Confusion Assessment Method (CAM) testiä. Testissä on yhteensä neljä kriteeriä, jotka ovat 1. kliininen alku ja vaihteleva oireiston kulku 2. tarkkaavaisuuden häiriö 3. hajanainen ajattelu ja 4. poikkeava vireystila. Deliriumin diagnosoimiseksi kaksi pääkriteeriä tulee täyttyä, sekä lisäksi joko kriteeri 3. tai 4. Diagnoosin kulmakivenä on hyvä anamneesi, mutta ikääntynyt ei välttämättä kykene itse sitä antamaan. Näin ollen omaisilta ja hoitajilta saatu tieto on tärkeää. On selvitettävä aiemmat sairauden ja niiden oireet, mahdolliset uudet oireet sekä lääkitys. Tarvittaessa voidaan tehdä myös laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia diagnoosin varmistamiseksi. Spesifejä laboratoriotutkimuksia deliriumin diagnosointiin ei ole, mutta niillä voidaan selvittää altistavia sekä laukaisevia tekijöitä. (Tilvis ym. 2016, 377-379; Erkinjuntti T., Remes, A., Rinne J. & Soininen H. 2015, 218-220; Käypähoito 2017.)

Delirium-potilaat voidaan jaotella alatyyppeihin. Yleisin jako on kolmeen eri alatyyppiin; hyperaktiiviseen, hypoaktiiviseen, sekä sekamuotoiseen deliriumiin. Hyperaktiivisessa muodossa ikääntynyt on psykomotorisesti levoton ja kiihtynyt, hänellä on hallusinaatioita ja hän voi vastustella hoitotoimenpiteitä. Hyperaktiivisessa deliriumissa ikääntynyt on sairautentunnoton ja hänellä voi olla paranoidisia pelkoja. Hypoaktiivista muotoa sanotaan myös hiljaiseksi muodoksi. Siinä ikääntynyt on psykomotorisesti hidastunut, eristäytyvä, jähmeä ja hän nukkuu paljon. Hypoaktiivinen muoto sekoitetaan toisinaan dementiaan kuuluvaan oireistoon. Sekamuotoisessa alatyypissä on sekä hyper- että hypoaktiivisen deliriumin oireet ja oireet voivat vaihdella ennakoimattomasti (Tilvis ym. 2016; Leppäkoski T. & Peurala M-L. 2016.)

Deliriumilla on altistavia ja laukaisevia tekijöitä. Se voi tulla kenelle tahansa rajun somaattisen sairauden komplikaationa. Kuitenkin erityisesti muistisairaat ovat alttiita deliriumille korkean iän, rappeuttavien aivosairauksien, aivojen välittäjäaineiden sekä tiedonkäsittelyn voimavarojen vähentymisen vuoksi. Muita deliriumille altistavia tekijöitä ovat monilääkitys, leikkauksen jälkitila, anemia, sarkopenia, syöpä, sekä fyysinen ja psyykkinen stressi. Tutkimusten mukaan myös mies-sukupuoli on deliriumille altistava tekijä. (Tilvis ym. 2016, 380-381; Erkinjuntti ym. 2015, 224.)

Koska laukaisevat tekijät ovat hyvin moninaiset, on kattavia listauksia haastavaa tehdä. Hyvin tavallinen deliriumin laukaiseva tekijä on infektio, kuten keuhkokuume, pyelonefriitti, sepsis, suolistotulehdukset tai ruusu. Muita laukaisevia tekijöitä ovat aineenvaihduntasairaudet, kuten esim. anemia, happo-emästasapainon häiriöt, kilpirauhasen ja maksan toimintahäiriöt, elektrolyyttitasapainonhäiriöt, sokeritasapainonhäiriöt sekä ummetus ja virtsaumpi. Sydän- ja verisuonisairaudet, vammat, kuten murtumat ja haavat, sekä tietyt antikolinergiset lääkkeet ovat myös deliriumin laukaisevia tekijöitä. Keskushermoston sairauksilla on myös myötävaikutusta deliriumin laukeamiseen. (Tilvis ym. 2016, 380-381.)

Äkillisesti alkaneen sekavuuden hoito on aloitettava viipymättä. Hoito jaotellaan viiteen vaiheeseen: laukaisevien syiden hoito, yleishoito, oireiden hillintä ja hoito, komplikaatioiden esto sekä jatkohoito. Deliriumin syiden hoito on paranemisen kannalta välttämätöntä. Hoitamattomana delirium on hengenvaarallinen. Tavallisin aiheuttaja on sopimaton lääkehoito ja siten verrattain helppo toimenpide laukaisevien syiden etsimisessä on lääkelistan kriittinen arviointi. Koska tila on kokonaisvaltainen aivotoiminnan häiriötila, ei deliriumpotilas kykenen itse huolehtimaan ravitsemuksesta, nesteytyksestä, erityksestä tai turvallisuudestaan. Näistä tarpeista huolehtiminen

kuuluu deliriumin perushoitoon. Oireiden hillitsemiseksi keskeistä on läheisyys ja ympäristön rauhoittaminen. Rauhallisuus, varmaotteinen suhtautuminen potilaaseen, sekä selkeät rutiinit luovat turvallisuutta deliriumista kärsivälle potilaalle. Näyttää lääkeshoidon myönteisistä vaikutuksista taudin ennusteeseen ei ole, joten lääkkeellisesti tulee hoitaa vain kaikkein kiusallisimpia oireita. Etenkin hyperaktiivinen delirium potilas on altis vammoille levottomuuden vuoksi. Hypoaktiivinen potilas taas on alttiina painehaavoille. (Mäkijärvi ym. 2018 641-644; Mustajärvi ym. 2018, 428; Tilvis ym. 2016, 386-387; Lääkärikirja Duodecim 2018.)

Deliriumin ennaltaehkäisyssä toimivin keino on hyvät hoitotyönkäytännöt. Tehokas nesteytys ja ravitsemus, kivun hoito, uni-valvetilan rauhoittaminen, näkö- ja kuuloapuvälineiden käyttö, varhainen mobilisaatio sekä orientointi ovat ennaltaehkäisyssä tärkeää. Leppäkosken ja Peuralan opinnäytetyön mukaan potilaan kokonaisvaltainen tilannearvio ja sen mukaan annettu hoito vähentävät jopa 40 prosenttia sekavuustilan ilmenemistä iäkkäillä potilailla. (Leppäkoski T. & Peurala M-L.; Erkinjuntti ym. 2015, 229.)

3.2.3 Kaatuminen

Tilastojen mukaan noin 30-40 prosenttia yli 65-vuotiaista kaatuu ainakin kerran vuodessa. Yli 80-vuotiaista kotona asuvista noin puolet kaatuu vähintään kerran vuodessa. Naiset kaatuvat miehiä yleisemmin. Laitosasumisessa kaatumisriski arvioidaan olevan viisinkertainen kotona asumiseen verraten. Oxfordin yliopiston julkaiseman tutkimuksen mukaan laitoshoidossa olevien ikääntyneiden lonkkamurtuman riski on nelinkertainen verrattuna kotona asuviin. Tutkimuksen mukaan kaatumisen riskiä lisäsivät kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, aikaisemmat kaatumiset, murtumat sekä laihtuminen. (Norton, Campbell, Reid, Butler, Currie, Robinson & Gray 1999, 136-138.) Joka kymmenes kaatuminen johtaa ikääntyneillä vakavaan vammaan ja kaatuminen on ikääntyneiden kuolemaan johtavista syistä yleisin. Tilastokeskuksen kuolemansyytilaston mukaan 2017 vuonna 80 prosenttia kuolemaan johtaneista kaatumisista tapahtui yli 75-vuotiaille. Toistuvan kaatuilun syy tulee aina selvittää. (Tilvis 2016, 334; Lääkärikirja Duodecim, 2018; Tilastokeskus, 2017.)

Kaatumisen syyt voidaan jakaa ulkoisiin ja sisäisiin. Ulkoisiin syihin kuuluvat ympäristöön liittyvät riskitekijät, kuten pintojen liukkaudet tai epätasaisuudet, huono valaistus, liikkumiset esteet ja

irtomatot (Tilvis 2016, 334.) Sisäisiin kaatumisen syihin luetaan tasapainon säätelyn muutokset, sairaudet, vaikeudet liikkumisessa sekä monet lääkkeet. Keskushermostoon vaikuttavilla uni- ja rauhoittavilla lääkkeillä, sekä monilääkityksellä voi olla myötävaikutusta toistuvaan kaatuiluun. Lääkeperäisiin syihin voidaan lukea myös verenpaine- ja sydänlääkkeet, jotka vaikuttavat verenpaineen säätelyn hidastumiseen. Diureetit ja nitraatit voivat lisätä kaatumisriskiä aiheuttamalla ortostaattista hypotoniaa, eli pystyasennossa ilmenevää alhaista verenpainetta (Terveyskirjasto Duodecim 2018). Usean psyykelääkkeen yhtäaikainen käyttö on kaatumisille altistava tekijä. Vaikka kaatuminen aiheutuu todennäköisemmin yli 80-vuotiailla sisäisistä tekijöistä, voi pienikin ulkoinen riskitekijä aiheuttaa kaatumisen. (Tilvis 2016, 334; Lääkärikirja Duodecim, 2018.) Sisäisiin syihin kuuluu myös aivojen hapensaannin äkillinen muutos, joka puolestaan voi olla seurausta sydämen toiminnan häiriöistä, verenpaineen laskusta tai verisuonten ahtautumisesta. Aistien heikentyminen ja häiriöt vaikeuttavat liikkumista ja tasapainoa ja näin ollen voivat altistaa kaatumisille. Diabetes, tulehdussairaudet ja nestetasapainon häiriöt heikentävät ikääntyneen toimintakykyä ja lisäävät kaatumisriskiä. (Lääkärikirja Duodecim, Kaatuileva vanhus, 2018.)

Ikääntyminen aiheuttaa kehon haurastumista. Ikääntyneen keho ei kestä kaatumista nuoren tavoin, ja toipuminen kaatumisen aiheuttamasta vammasta on hidasta. Kaatuminen voi aiheuttaa myös pysyvää haittaa ikääntyneen liikunta- ja toimintakyvylle. (Ikääntyneiden kaatumisen ehkäisy 2016.) Kaatuminen voi aiheuttaa iskun kovuuden mukaan eriasteisia kudosvaurioita. Vaurioiden laajuus riippuu iskun voimakkuudesta, osumapaikasta ja ihon alla olevasta rasva- sekä lihaskudoksen määrästä. Pahin kaatumisen aiheuttama vamma on luunmurtuma. (Saarelma 2018.) Luukato eli osteoporoosi altistaa ikääntyneitä murtumille. Luun murtumien vaara kaksinkertaistuu jo kaista kymmentä ikävuotta kohden ja myös aikaisemmat murtumat altistavat uusille murtumille. (Käypä hoito 2015.) Tavallinen ikääntyneiden murtumavamma on lonkkamurtuma. Se ei välttämättä näy ulospäin, mutta murtuneen raajan liikuttaminen on kivuliasta ja vaikeaa. Usein myös murtunut jalka kiertyy ulospäin ja on toista lyhyempi. Lonkkamurtuma vaatii nopean leikkaushoidon. (Saarelma 2018.)

Kaatumisen aiheuttamaan kudosvaurioon liittyy lähes aina tuntohermopäätteiden ärtymistä, joka ilmenee kivuliaisuutena. Kivun voimakkuus riippuu kudosvaurion laajuudesta ja sijaintipaikasta. Tuntohermopäätteiden ärtymisen lisäksi kaatuminen voi aiheuttaa myös verisuonten rikkoutumista, joka näkyy päällepäin mustelmana tai veripahkana. Vaurioituneeseen kohtaan muodostuu usein myös turvotusta. (Saarelma 2018.) Hoitoon on syytä hakeutua päivystyksellisesti, mikäli

kipu tai turvotus on voimakasta tai laaja-alaista. Tilanteen päivystyksellinen arviointi on tarpeen myös, jos liikkuminen tai painon varaaminen vaurioituneella raajalla on vaikeaa. Pään kohdistuneet iskut on syytä tutkia aina, mikäli päänsärky on voimakasta tai esiintyy muita neurologisia oireita. (Saarelma 2018.)

Kaatumistapaturmassa ensiapu riippuu kaatumisen aiheuttamasta vammasta, sekä vammamekanismista. Kaatunutta ikääntynyttä ei saa siirtää tai auttaa ylös ennen mahdollisten vammojen poissulkemista. Raajavammoissa, kuten nyrjähdyksissä, venähdyksissä ja sijoiltaanmenoissa raaja asetetaan kohoasentoon verenvuodon vähentämiseksi. Vammakohta puristetaan turvotuksen lieventämiseksi ja sitä jäähdytetään kylmäkääreellä 1-2 tunnin välein. Mikäli raaja on mennyt sijoiltaan, tuetaan se liikkumattomaksi kolmioliinalla tai muilla sidostarvikkeilla siihen asentoon, missä se oli. Jos kaatumisen seurauksena on syytä olettaa murtumaa, tuetaan murtunut raaja liikkumattomaksi. Tapahtumapaikalla annetun ensiavun jälkeen on syytä toimittaa ikääntynyt tarvittaessa hoitoon. Murtumistapauksissa ikääntynyt toimitetaan aina lääkärin hoitoon. (Tuki- ja liikuntaelinten ja päänvammat 2017.)

Luunmurtumat aiheuttavat aina verenvuotoa. Umpimurtuman aiheuttama sisäinen verenvuoto voi olla niin runsasta, että potilas menee sokkiin. Sokissa, eli verenkiertovajauksessa kudokset eivät saa tarpeeksi happea ja se johtaa pitkittyessään monielinvaurioon. (Varpula M. 2015.) Sokissa verenpaine on normaalia matalampi ja pulssi on heikko ja nopea. Ulospäin näkyvät merkit sisäisestä verenvuodosta ovat turvotus ja punoitus, joka muuttuu vähitellen mustelmaksi. Sisäisestä verenvuodosta kärsivä sokkipotilas on toimitettava viipymättä hoitoon. Kuljetusta odottaessa tarkkaillaan potilaan hengitystä ja suojataan potilasta kylmältä peittelemällä. Turhaa kipua vältetään käsittelemällä potilasta varoen. (Tuki- ja liikuntaelinten ja päänvammat 2017.)

Kaatumisen seurauksena voi syntyä erilaisia haavoja. Ne eroavat sijainnin sekä syntymekanismien mukaan. Tyypillisin haava on ulkoisen tekijän synnyttämä ihoon tai limakalvolle tullut vaurio. Haavan ensiavussa tulee ensin arvioida haavan syvyys, erityisesti mikäli haava on tullut elintärkeiden elinten seudulle. (Saarelma, O. 2019.) Haava puhdistetaan juomakelpoisella vedellä. Mikäli haava tarvitsee jatkohoitoa, ei sitä puhdisteta tapahtumapaikalla. Myöskään vierasesineitä ei poisteta haavasta ensiavun yhteydessä, ellei vierasesine merkittävästi hankaloita hengitystä. Haavasta tuleva vuoto tyrehdytetään painamalla sitä puhtaalla taitoksella. Haava suojataan sidoksella. Jos kaatumisesta aiheutunut haava vuotaa runsaasti, tarvitsee ompelua tai verenvuoto ei tyrehy, on syytä hakeutua hoitoon. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017).

Yksi lähtökohta toistuvasti kaatuilevan muistisairaahan tutkimisessa on selvittää kaatumisia ja niiden yleisyyttä. Kaatumisten ollessa satunnaisia, tulee selvittää muistisairaahan liikkumiskyky, sekä tasapainovaikeudet. Nämä voidaan selvittää yksinkertaisilla kävely- ja tasapainotesteillä. Toistuvien kaatuilujen syitä selvittäessä voidaan käyttää strukturoituja tutkimuksia. Laaja kliininen tutkiminen ja selvitys on tärkeää kartoitettaessa toistuvan kaatuilun syitä. Selvitykseen kuuluvat muun muassa kaatumishistorian selvittäminen, lääkitykset sekä mahdolliset lääkitysmuutokset, sairaudet, lihasvoima, tasapaino ja liikkumiskyky, näkökyky, kognitiotaso sekä ortostaattinen koe. (Tilvis 2016, 335.)

3.2.4 Rintakipu

Rintakipu on rintakehällä tuntuvaa kipua, joka voi johtua monesta eri syystä. Rintakehän alueella on useita kudoksia ja elimiä, jotka voivat aiheuttaa kipua. Kivun alkuperän voi usein päätellä kivun luonteen ja sijainnin perusteella, sillä sairauksilla on omat erityispiirteensä. Yleisimpiä rintakivun aiheuttajia ovat tulehdukset, keuhkosairaudet, ruokatorven, sapen ja haiman sairaudet, lihas- ja luukivut sekä sydänperäiset kivut. Tässä opinnäytetyössä käsittelemme vain primaariseen sepelvaltimotautikohtaukseen liittyviä sydänperäisiä kipuja. (Kervinen, 2018.)

Tilastokeskuksen vuoden 2017 kuolemansyytilaston mukaan sepelvaltimotauti on edelleen suomalaisten yleisimpiä kuolinsyitä, vaikka kuolleisuus onkin vähentynyt viime vuosikymmeninä. Vuonna 2017 sepelvaltimotauti aiheutti miehille joka viidennen ja naisille joka kuudennen kuoleman. Samaan aikaan kun sepelvaltimotautikuolleisuus on laskenut, on sepelvaltimotautiin kuolleiden ikä noussut. Vuonna 2017 sepelvaltimotautiin kuolleiden keski-ikä miehillä oli 79 ja naisilla 88 vuotta. (Tilastokeskus, 2018.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FinTerveys-väestötutkimuksen (2017) tuloksista käy ilmi, että ikääntyneillä sepelvaltimotauti on hyvin yleinen sairaus. 70-79-vuotiaista miehistä 19,4 prosenttia ja naisista 10,5 prosenttia sairastaa sepelvaltimotautia. Yli 80-vuotiaista vastaavat luvut ovat miehillä 28 prosenttia ja naisilla 26,3 prosenttia. (FinTerveys-väestötutkimus, THL 2017.)

Sepelvaltimotauti tarkoittaa sydänlihakselle hapetta kuljettavien sepelvaltimoiden kovettumatautia. Kovettumisen seurauksena sepelvaltimot ahtautuvat ja verenkierto häiriintyy. Tämä aiheuttaa sydänlihakselle hapenpuutetta. Hapenpuute ilmenee usein rasituksessa niin sanottuna

angina pectoris- eli rasitusrintakipuoireena. Rasitusrintakipu on rasituksen aikana ilmenevää puristavaa kipua keskellä rintakehää. Kipu voi säteillä leukaan, hartioihin, kaulaan tai olkapäihin. Angina pectoris -oireet voivat myös ilmetä epämukavuuden tunteena rintakehällä, hengenahdistuksena ja huonovointisuutena. Oireille tyypillistä on, että ne helpottavat levossa tai nitraateilla. Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat korkeat veren kolesteroliarvot, korkea verenpaine, tupakointi ja diabetes. Sepelvaltimotauti diagnosoidaan kliinisten oireiden, rasitus-EKG:n ja sepelvaltimoiden kuvaamisen avulla. (Stabiili sepelvaltimotauti: käypä hoito -suositus 2015; Kervinen 2018.)

Sepelvaltimotautikohtauksessa eli akuutissa koronaarisyndroomassa (ACS) verenvirtaus sepelvaltimossa vähenee paikallisesti tai estyy kokonaan. Sepelvaltimotautikohtaus voi syntyä eri tavoin. Primaarisesta sepelvaltimotautikohtauksessa sepelvaltimon seinämän rasvakertymä, aterooma-plakki, repeää tai haavautuu ja muodostaa sepelvaltimon tukkivan trombin. (Stabiili sepelvaltimotauti: käypä hoito -suositus 2015; Kervinen 2018.)

Sepelvaltimotautikohtaukset jaotellaan sydänfilmin perusteella epävakaiseen angina pectorikseen (UAP) ja sydäninfarktiin. Sydäninfarkti jaetaan vielä ST-nousuinfarktiin (STEMI) ja infarktiin ilman ST-nousuja (NSTEMI). Vaikein tilanne on STEMI, jossa sepelvaltimotukos tukkii sepelvaltimon täysin, josta seuraa sydänlihassolujen hapenpuute ja kuolio. Infarktidiagnoosi tehdään oireiden, sydänfilmin ja verikokeiden avulla. Infarkti hoidetaan liottamalla, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella. Lääkehoito jatkuu tavallisesti infarktin jälkeenkin. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: käypä hoito -suositus, 2014.)

Sepelvaltimotaudin aiheuttama rintakipu on usein puristavaa ja repivää. Kivun sijainti voi vaihdella tai paikantua rintalastan taakse. Hyvin tyypillistä on, että kipu säteilee leukaperiin, vasempaan raajaan tai ylävatsalle. Rasitusrintakipu helpottaa levossa tai nitraateilla, kun taas sydäninfarktiin liittyvä kipu jatkuu levosta huolimatta. Sydäninfarktiin voi liittyä myös hengenahdistusta tai rytmihäiriöitä. (Kervinen 2018.)

Ikääntyneillä sepelvaltimotautikohtauksen oireet voivat olla moninaisia. Kova, puristava rintakipu voi puuttua täysin tai tuntua vain lievänä epämiellyttävänä rintatuntemuksena. Tyypillinen puristava rintakipu voi puuttua jopa joka kolmannelta 70-vuotiaalta infarktipotilaalta (Tilvis ym.2016, 88). Ikääntyneet voivat oireilla sepelvaltimotautikohtaukselta hengenahdistuksena, sekavuutena, hikoiluna, pahoinvointina tai pyörtymisenä. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: käypä hoito -suositus, 2014.)

Mikäli rintakipuoire on uusi, äkillisesti alkanut tai henkilö valittaa voimakasta hengenahdistusta, hätänumeroon soimitaan välittömästi. Rintakipuinen asetetaan puoli-istuvaan asentoon ja rauhoitetaan tilanne. Mikäli potilas ei ole allerginen asetyylisalisyylihapolle tai hänellä ei ole astmaa, annetaan hänelle pureskeltavaksi 250 mg asetyylisalisyylihappoa. Pureskeltuna asetyylisalisyylihappo imeytyy suun limakalvoilta verenkiertoon estäen verihutaleiden yhteenliittymistä, veren hyytymistä ja suu-remman tukoksen syntymistä. (Silfvast, Castrén, Kurola, Lund & Martikainen, 206-207, 2009.)

Mikäli henkilöllä on sepelvaltimotautidiagnoosi, avustetaan henkilö puoli-istuvaan asentoon ja rauhoitetaan tilanne. Nitraattia annetaan suihkeena tai kielen alle. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014). Nitraatti laajentaa verisuonia ja parantaa kudosten hapensaantia. Näin laskimopaluu vähenee helpottaen sydämen työmäärää ja hapenkulutusta. Nitraattilääkityksessä on hyvä muistaa sen verenpainetta laskeva vaikutus ja verenkiertoperäisen tajuttomuuden mahdollisuus. Nitraattia ei tulisi antaa, mikäli systolinen paine on alle 100 tai syke alle 50. (Silfvast ym. 206-207, 2009). Alkuannoksen jälkeen nitraattihoidon voi toistaa kaksi kertaa viiden minuutin välein. Samalla on hyvä tarkkailla verenpainetta. Mikäli lepo ja nitraatti ei helpota tilannetta 15 minuutissa, tai sairastuneen yleistila laskee entisestään, tulee hätänumeroon soittaa välittömästi. Jos infarktipotilaalla ei ole DNR-päätöstä, tulee auttajan olla valmis elvyttämään elotonta potilasta. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: käypä hoito -suositus, 2014.)

Sydäninfarktin hoidon peruseriaatteen ovat samanlaiset potilaan iästä riippumatta. Tavoitteena on infarktialueen laajenemisen, rytmihäiriöiden ja uusien vaurioiden ehkäisy. Myös välittömän hoidon periaatteen ovat kaikille samanlaiset, mutta ikääntyneillä huomioidaan kokonaistilanne. Ikääntyneiden sepelvaltimotautikohtauksen hoidossa huomioidaan ennen kaikkea potilaan oma tahto sekä perussairaudet. Tavallisesti ikääntyneitä sepelvaltimotautikohtauspotilaita hoidetaan sekä lääkkein että kajoavien hoidon vähemmän intensiivisesti. (Tilvis ym. 2016, 88-89).

3.2.5 Infektiot

Infektio syntyy, kun mikrobi tunkeutuu elimistöön aiheuttaen sairauden. Infektiota seuraa tulehdus, joka on elimistön normaali puolustusreaktio taudinaiheuttajaa vastaan. Ympäri vuorokautisen hoidon piirissä olevat ikääntyneet ovat erityisessä infektioriskissä. Infektioalttiutta lisäävät vanhenemismuutokset immuunipuolustusjärjestelmässä, monisairastavuus sekä läheinen kanssakäyminen muihin asukkaisiin. Myös sairaalahoito ja siihen liittyvät potilassiirrot, virtsakatetri sekä monilääkitys lisäävät ikääntyneen riskiä sairastua infektioidiin. (Pitkälä 2013.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen prevalenssitutkimuksen (Hoitoon liittyvät infektiot ja mikrobilääkkeiden käyttö Suomen pitkäaikaishoitolaitoksissa, 2017) mukaan tavallisimmat infektiotyypit pitkäaikaishoidon asukkailla ovat virtsatieinfektiot, ihoinfektiot ja hengitystieinfektiot. Tiettyjen infektioiden yleinen esiintyvyys ikääntyneillä selittyy ikääntymiseen liittyvillä elintoimintojen muutoksilla. Infektioiden syntyä edistävät muun muassa virtsarakon ja keuhkojen toiminnan muutokset. (Tilvis 2016, 43-44.) Edellä mainittujen kolmen yleisimmän ikääntyneiden infektiotyypin lisäksi tässä opinnäytetyössä käsitellään myös sepsistä, koska infektiona alkaneet taudit voivat johtaa verenmyrkytykseen. Tällaisia infektioita, jotka johtavat niin kutsuttuun toissijaiseen bakteerien esiintymiseen verenkierrossa, ovat esimerkiksi hengityselininfektioista keuhkokuume, ihoinfektioista ruusu ja virtsatieinfektioista pyelonefriitti (Lumio, 2018).

Infektioiden hoito määräytyy infektion luonteen, voimakkuuden ja infektiin sairastuneen ihmisen erityispiirteiden mukaisesti. Osa infektioista parantuu ilman mikrobilääkehoitoa, kun taas osa vaatii nopean suonensisäisen antibioottihoidon. Infektioiden hoidossa on kuitenkin muistettava huomioida mikrobilääkeresistenssi (antibioottiresistenssi). Mikrobilääkeresistenssiin syytä suhtautua Suomessakin vakavasti. Nykyään Suomessa kuolee vuosittain noin 90 potilasta mikrobilääkeresistenttien bakteerien aiheuttamiin tulehduksiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mikrobilääkeresistenssin kansallisen torjuntaohjelman mukaan ongelma on maailmanlaajuisesti merkittävä. Raportissa arvioidaan, että vuonna 2050 kuolee maailmanlaajuisesti arviolta 10 miljoonaa ihmistä resistenttien mikrobien aiheuttamiin sairauksiin, mikäli resistenssin lisääntymistä ei saada pysäytettyä. (Hakava, Jalava & Kaartinen 2017, 9; 16-17.)

Mikrobilääkeresistenssi tarkoittaa sitä, että mikrobi tulee liiallisen käytön ja väärinkäytön vuoksi antibiootille vastustuskykyiseksi. Tämän vuoksi turhia antibioottikuureja tulisi välttää. Myös hygienian merkitys, erityisesti sairaaloissa ja pitkäaikaishoitolaitoksissa, nousee merkittävään asemaan. Näin vältetään vastustuskykyisten bakteerikantojen leviämistä. Mikrobilääkeresistenssin ehkäisemiseksi olisi tärkeää, että antibiootteja määrättäisiin ja käytettäisiin vain näyttöön ja mikrobiologiseen diagnostiikkaan perustuen. (Hakava ym. 2017, 9; 16-17; 40-41.)

Virtsatie-infektio syntyy, kun bakteerit siirtyvät virtsaputkea pitkin virtsarakkoon aiheuttaen tulehduksen. Virtsatieinfektiot ovat naisilla yleisempiä, kuin miehillä. Tämä johtuu naisten virtsaputken lyhyemmästä rakenteesta. Ikääntyneitä virtsatieinfektioille altistavat heikentynyt limakalvopuolustus, rakon tyhjenemistä vaikeuttavat yleissairaudet, eturauhasen liikakasvu ja katetrointi. (Virtsatieinfektiot: Käypä hoito, 2015.)

Virtsatieinfektiot jaotellaan kystiittiin, pyelonefriittiin ja oireettomaan bakteeriuriaan. Kystiitti on alempien virtsateiden (virtsarakko ja -putki) infektio. Pyelonefriitti on munuaistason (virtsanjohdot, munuaisallas ja munuainen) infektio. Oireeton bakteeriuria tarkoittaa oireettomalla henkilöllä virtsaviilijäljessä toistuvasti todettua kasvua. (Virtsatie-infektiot: Käypä hoito, 2015.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevilla ikääntyneillä oireeton bakteriuria on hyvin yleistä. Esiintyvyys lisääntyy iän ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevilla naisilla 30–50 prosentilla ja miehillä 15–35 prosentilla esiintyy oireetonta bakteriuriaa. Oireettoman bakteriurian hoito ei vähennä kuolleisuutta tai myöhempiä virtsatieinfektioita. Tämän vuoksi pelkkä positiivinen viljelytulos ei riitä virtsatieinfektion diagnosoimiseen ilman oireita. Oireetonta bakteriuriaa ei ole tarpeen seuloa tai hoitaa. (Virtsatie-infektiot: Käypä hoito, 2015.)

Kystiitin oireita ovat virtsaamisvaivat: tihentynyt virtsaamisen tarve ja kirvely virtsatessa. Virtsan joukossa voi olla myös verta. CRP-pitoisuus ei yleensä nouse kystiitissä merkittävästi. (Mäkijärvi ym. 2018, 269). Ikääntyneellä virtsatieinfektioiden oireet voivat olla epämääräisiä ja vaikeasti tulkittavia. Ikääntynyt voi oireilla virtsatieinfektiota sekavuutena, kaatuiluna tai yleiskunnon äkillisenä laskuna. Ikääntyneiden kastelua tai virtsan pahaa hajua ei tule sellaisenaan tulkita virtsatieinfektioksi, vaikka ne joissakin tapauksissa voivatkin olla infektion oireita. (Virtsatie-infektiot: Käypä hoito, 2015.) Kystiittiä hoidetaan tavallisesti mikrobilääkkeillä herkkyysmäärityksen mukaisesti. Hoito tapahtuu kotona suun kautta otettavien lääkkein. (Järvinen 2018, 278-279.)

Pyelonefriitin oireita ovat pahoinvointi, kuume, selkä- tai kylkikipu, yleiskunnon äkillinen lasku ja sekavuus. Kuumeisissa ja yleiskuntoon vaikuttavissa munuaistason infektioiden CRP-pitoisuus nousee selvästi. (Mäkijärvi ym. 2018, 276). Vain osalla pyelonefriittiä sairastavista esiintyy virtsaamiseen liittyviä vaivoja. Pyelonefriittiä hoidetaan potilaan kunnon mukaan joko kotona suun kautta otettavilla tai sairaalassa suonensisäisesti annettavilla mikrobilääkkeillä. (Virtsatie-infektiot: Käypä hoito, 2015).

Infektion oireiden voimakkuus määrittää hoitokodissa hoitotoimenpiteiden järjestyksen ja kiireellisuuden. Mikäli ikääntyneen yleiskunto on selvästi heikentynyt, hän kuumeilee tai CRP-pitoisuus on selvästi noussut, on syytä olla heti yhteydessä päivystävään sairaanhoitajaan, lääkäriin tai hätätilanteessa soittaa 112. Mikäli ikääntyneen yleiskunto on vielä hyvä, mutta oireet viittaavat virtsatieinfektioon, on syytä ottaa virtsan bakteeriviljelynäyte ja kemiallinen seula. Positiivinen bakteeriviljelynäyte vaatii lääkärin arvion tilanteesta ja lääkeshoidosta. (Kolho & Lehto 2018, 274-275.)

Ihoinfektioiden taudinkuva vaihtelee suuresti. Osa ihoinfektioista on lieviä ja paikallisia tulehduksia. Pahimmillaan ihoinfektiot voivat olla rajuja, pitkäkestoisia ja jopa hengenvaarallisia. Tässä opinnäytetyössä keskitymme Käypä hoito -suosituksen erittelemiin yleisimpiin ihon bakteeri-infektioihin. (Ihon bakteeri-infektiot: Käypä hoito, 2010.)

Iholla on tavallisesti runsaasti bakteereita, niin sanottua normaaliflooraa. Normaaliflooran koostumus vaihtelee ihoalueittain. Normaaliflooran bakteerit ovat myönteinen asia, sillä ne estävät taudinaiheuttajien kasvua iholla. Puolustuskyvyn heikentyessä normaaliflooran bakteerit voivat kuitenkin aiheuttaa ihoinfektion. Infektion lähde voi olla myös muualta saatu bakteeri. Ihon bakteeri-infektiot diagnosoidaan ja hoidetaan yleensä niiden kliinisen kuvan perusteella. Joskus bakteeriviljelynäytteen ottaminen voi olla tarpeen. Viljelynäyte otetaan yleensä voimakasoireisista ja immuunipuutteisista potilaista. (Ihon bakteeri-infektiot: Käypä hoito, 2010.)

Ihon ruusutulehdus eli erysipelas alkaa tavanomaisesti ihorikosta tai säärihaavasta. Myös häiriintynyt imunestekierto tai laskimo- ja valtimoverenkierto voivat olla ruusuinfektion taustalla. (Kaartinen, Kainulainen & Jahkola 2018, 281; Ihon bakteeri-infektiot: Käypä hoito, 2010.) Ruusun oireet ovat toispuoleinen tarkkarajainen punoitus kasvoilla, sääressä tai yläraajassa sekä korkea kuume. Toisinaan iholla voi olla myös rakkuloita. CRP-pitoisuus voi infektion alkuvaiheessa olla normaali, mutta nousee selvästi infektion edetessä. Kasvojen ihon ruusuinfektio on oireiltaan raajan infektiota lievempi, eikä siihen yleensä liity merkittäviä yleisoireita. Ruusu on nopeasti alkava ja vakava septinen ihoinfektio, joka vaatii pikaista sairaalahoitoa. Ruusun ensisijainen lääkehoito on suonensisäinen tai lihakseen annettava antibiootti, ja hoito usein jatkuu vielä viikkoja suun kautta otettavalla mikrobilääkekuurilla. Ruusuinfektiossa turvonnut raaja asetetaan lepoon ja koholle. Ihon punoituksen rajat kannattaa piirtää tussilla muutosten havaitsemiseksi. (Kaartinen ym. 2018, 282; Salava 2018.)

Selluliitti muistuttaa oireiltaan ruusua, mutta punoitus on epätarkkarajaisempaa. Selluliitissa tulehdus ulottuu ihokudoksessa syvemmälle, kuin ruusussa. Myös selluliitti on voimakasoireinen ja septinen infektio, kuten ruusukin. Molemmissa taudeissa sairaalahoitoon on hakeuduttava heti. Myös selluliitissa ensisijainen lääke on suonensisäinen tai lihakseen pistettävä antibiootti. (Salava 2018.)

Märkärupi eli impetigo on yleensä ihon pinnallinen infektio. Märkärupi on punoittava rakkulainen tai kellertävän karstainen ihottuma. Rupinen ihottuma esiintyy yleensä kasvoissa tai raajoissa,

mutta sitä voi esiintyä myös muualla vartalolla. Märkärupi ei ole kivulias, mutta kutisee. Vaikeissa tapauksissa märkärupen voi liittyä kuumeilua. Ekseema ja ihorikot altistavat märkärupelle. Märkärupi tarttuu ja leviää helposti esimerkiksi perhepiirissä. Toisinaan märkärakkula kehittyy syväksi ruveksi, jolloin puhutaan märkärupen syvästä muodosta eli ektyymasta. Ektyymalle altistavia tekijöitä ovat heikko ravitsemus ja hygienia sekä syyhy. (Autio 2018; Ihon bakteeri-infektiot: Käypä hoito, 2010.) Märkärupen pinnallisissa ja lievissä muodossa hoidoksi riittää yleensä antibakteerinen voide. Hoidon aikana on tärkeää liotella veden avulla ruvet irti ihosta bakteerikasvuston poistamiseksi. Mikäli tulehdus on laaja-alainen tai sijaitsee vaikeassa paikassa, hoitona on suun kautta otettava mikrobilääke. Myös ektyyman hoidossa periaatteet ovat samat, kuin märkärupessa. (Autio 2018; Ihon bakteeri-infektiot: Käypä hoito, 2010.)

Karvatupen tulehdus (follikuliitti) ja paise (abskessi) ovat paikallisia ihon infektoita. Tyyppipaikana karvatupen tulehdukselle ja paiseille ovat kasvot ja karvaiset ihoalueet kuten kainalot ja nivuset. (Ihon bakteeri-infektiot: Käypä hoito, 2010.) Karvatupen tulehduksessa infektio on pinnallinen ja pelkästään ihokarvan karvatupessa. Se ilmenee pienenä keltaisena märkänäppynä. Märkänäppylää ympäröi yleensä punoittava alue. Karvatupen tulehdus ei välttämättä vaadi lääkehoidoa, vaan saippuapesu happamalla pesuaineella voi riittää. Toisinaan käytetään paikallishoitona antibakteerista voidetta. Paiseessa infektio ja märkäpesäke leviävät ympäröivään kudokseen. Infektoitunut alue on kipeä, punainen ja turvoksissa. Paiseen ollessa kypsä se erittää märkää. Paiseen ensisijainen hoito on sen avaaminen ja märkäeritteen poistaminen. Mikrobilääkehoitoa tarvitaan, mikäli paise on suuri tai potilas kuumeilee. Mikrobilääkehoito suun kautta aloitetaan myös, mikäli potilaan perussairaudet altistavat hänet komplikaatioille. (Salava, 2017.)

Akuutti märkäinen kynsivallintulehdus (paronychia) ilmenee punoittavana ja kivuliaana kynnen vieruspaiseena. Altistavana tekijänä useassa tapauksessa on kynnen kasvaminen kynsivallin sisään. Kynsivallintulehduksen ensisijainen hoito on märkäpesäkkeen avaus. Lievissä tulehduksissa avaamisen lisäksi hoidoksi riittää antimikrobinen voide. Rajummissa tapauksissa myös mikrobilääkitys voi olla tarpeen. (Hannuksela-Svahn 2017, Ihon bakteeri-infektiot: Käypä hoito, 2010.)

Keuhkokuume eli pneumonia syntyy mikrobin päästessä keuhkokudokseen. Keuhkokuumeen yleisin syntymekanismi on aspiraatiokeuhkokuume. Aspiraatiokeuhkokuumeessa keuhkokuumeen aiheuttaja pääsee keuhkoihin aspiraation seurauksena. Keuhkokuume on yleisintä pienillä lapsilla ja yli 65-vuotiailla. (Alahengitystieinfektiot (aikuiset): Käypä hoito, 2015.)

Ikääntymismuutokset altistavat keuhkokuumeelle. Altistavat tekijöitä ovat krooniset sairaudet, heikentynyt yskänheijaste ja heikentynyt nielun toiminta. Pitkäaikaishoidossa keuhkokuumeelle altistavat myös vuodepotilaana oleminen ja liikkumattomuus. Influenssa on myös yksi keuhkokuumeen merkittävä riskitekijä. Influenssarokotteen teho yli 65-vuotiailla on heikentynyt, joten heidän suojaansa pyritään tehostamaan rokottamalla hoitohenkilökunta ja lähipiiri. Pneumokokkrokotteen hyödyistä ikääntyneiden keuhkokuumeiden vähentymisessä ei ole vielä luotettavaa tutkimusnäyttöä. (Alahengitystieinfektiot (aikuiset): Käypä hoito, 2015.)

Aiheuttajana keuhkokuumeessa voi olla bakteeri, virus tai molemmat yhtä aikaa. Hoidon kannalta olennaista olisi tunnistaa akuutin keuhkoputkentulehdus ja keuhkokuume toisistaan. Molempien sairauksien oireet ovat hyvin samankaltaiset, mutta keuhkokuumeessa oireet ovat voimakkaammat. Keuhkokuume on ikääntyneellä vakava sairaus, sillä yli 75-vuotiaista kuolee joka kuudes. (Alahengitystieinfektiot (aikuiset): Käypä hoito, 2015.) Keuhkokuumeen alahengitystieoireita ovat hengenahdistus, hengityksen vinkuminen tai ritinä, yskä ja kylki-, vatsa- tai rintakehän kipu. Yleis- oireina keuhkokuumeessa esiintyy myös kuumetta, päänsärkyä, lihaskipuja ja yleisvoinnin heikentymistä. Ikääntyneillä keuhkokuume voi olla myös kuumeeton ja hengitystieoireeton. (Alahengitystieinfektiot (aikuiset): Käypä hoito, 2015.)

Keuhkokuume diagnosoidaan oireiden ja niiden keston, kliinisten löydösten, röntgenkuvan ja verikokeiden avulla. Verikokeista otetaan yleensä perusverenkuva ja CRP. Keuhkokuumeessa yleensä veren valkosolut ja CRP ovat reilusti koholla. CRP ei aina ehdi suurentua taudin alkuvaiheessa, jos kyseessä on raju keuhkokuume. (Alahengitystieinfektiot (aikuiset): Käypä hoito, 2015.) Valtaosa voidaan hoitaa kotona suun kautta toteutettavan mikrobilääkehoidon turvin. Vakavissa tapauksissa tauti vaatii sairaalahoitoa ja suonensisäistä lääkehoitoa. Mikrobilääkehoidon lisäksi potilas voi tarvita lisähappea ja suonensisäistä nestehoitoa. (Alahengitystieinfektiot (aikuiset): Käypä hoito, 2015.)

Sepsis on yleisinfektio, jossa mikrobit leviävät verenkierron välityksellä elimistöön. Sepsis voi olla itsenäinen infektio tai lähtöisin jonkin elimen bakteeri-infektiosta. Sepsis on vakava tila, johon liittyy vaikeissa muodoissa äkillisiä elintoimintahäiriöitä. (Sepsis (aikuiset): Käypä hoito -suositus 2014.)

Tyypillisiä sepsiksen oireita ovat kova kuume tai alilämpöisyys, yleistilan lasku ja tihentynyt hengitystaajuus. Osalle sepsispotilaista kehittyy septinen shokki. Septisessä shokissa verenpaine laskee, syke nousee, tajunta heikkenee ja iho kalpenee tai marmoroituu heikentyneen ääreisverenkierron vuoksi. (Sepsis (aikuiset): Käypä hoito -suositus 2014.) CRP-pitoisuus voi olla äkillisesti alkaneessa reaktiossa alkuvaiheessa vielä pieni. Akuutin vaiheen reaktioissa CRP-pitoisuus suurenee noin 6-12 tunnin kuluessa (Päivä & Harjola 2018, 269.)

Tulehduksen sekä verenkierto- ja hengitysvajeen hoito tulisi aloittaa viipymättä. Nopea sepsiksen toteaminen ja tehohoidon aloittaminen parantavat ennustetta. Sepsiksen diagnosoinnissa ja antibioottihoidon kohdentamisessa käytetään apuna veriviljelynäytteitä. Usein hoito aloitetaan ennen näytteiden tulosten valmistumista. Tarvittaessa hoitoa kohdennetaan tulosten valmistuttua. (Sepsis (aikuiset): Käypä hoito -suositus 2014.). Nykyisin sepsikseen kuolee 15 prosenttia sairastuneista. Jos sepsis ehtii aiheuttaa monielinvaurion, on kuolleisuus 70 prosenttia. Ennusteeseen vaikuttavat potilaan ikä, perussairaudet ja bakteerin taudinaiheuttamiskyky. (Lumio 2018.) Sepsiksen mahdollisuus on hyvä pitää mielessä ikääntyneen yleiskunnon nopeasti heikentyessä. Sepsis vaatii aina sairaalahoitoa, joten hätänumeroon soittamisessa ei kannata viivytellä, mikäli on epäily sepsiksen mahdollisuudesta. (Rintala & Karlsson 2018, 265-268.)

4 TUOTTEISTETTU OPINNÄYTETYÖ

Tuotteistettu opinnäytetyö tarkoittaa prosessia, jonka tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa jokin tuote tai tapahtuma. Prosessi poikkeaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöprosessista, mutta myös tuotteistetun opinnäytetyön pitää pohjautua tieteelliseen näyttöön ja kriittiseen pohdiskeluun. Tuotteistetun opinnäytetyömme toteutustapana oli laatia uusi toimintaohje. Toimintaohjeen laatiminen etenee Jämsän ja Mannisen (2000, 28) mallin mukaan viisivaiheisesti. Vaiheissa edetään ongelman tai kehittämistarpeen tunnistamisesta ideointivaiheeseen, jossa ideoidaan tuote olemassa olevan ongelman ratkaisemiseksi. Ideoinnissa hyödynnetään erilaisia ongelmanratkaisun menetelmiä, sekä eri tahoilta tullutta tietoa. Tämän jälkeen tuote luonnostellaan ja aikaan saadaan tuotekuvaus. Tällöin hankitaan tietoa, analysoidaan tietoa, sekä käydään läpi toteuttamisen vaihtoehtoja. Tuotteen kehittämissä vaiheisiin sisältyy tuotteen laatiminen sekä mahdollinen esitestaus, sekä sen perusteella tehtävä tuotteen kehittäminen. Tuloksena kehittämissä vaiheista syntyy tuotteen mallikappale. Lopuksi tuote viimeistellään, jolloin saadaan aikaan käyttövalmis tuote. (Jämsä & Manninen 200, 85.)

4.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Idea opinnäytetyöhömmme nousi esiin työelämälähtöisesti hoitokoti Honkalinnan tarpeesta kehittää ja yhdenmukaistaa toimintaa välitöntä reagointia vaativissa tilanteissa. Opinnäytetyömme tarkoitus oli laatia toimintaohje hoitokoti Honkalinnan keskeisiin hoitotyön akuuttitilanteisiin. Ikääntyneiden hoitotyön tarpeisiin suunnattua toimintaohjetta ei Kainuun sotella eikä Honkalinnalla entuudestaan ole. Toimintaohje tukee ja ohjaa tilannearviota, sekä yhtenäistää toimintatapoja akuuttitilanteissa.

Hoitokoti Honkalinna on Kuhmossa sijaitseva Kainuun soten suurin ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikkö. Honkalinna tarjoaa tehostettua palveluasumista 78 ikääntyneelle ja lyhytaikaishoitoa 12 ikääntyneelle. Honkalinnassa on kuusi pitkäaikaissosastoa ja yksi lyhytaikaissosasto. Honkalinnassa työskentelee välittömässä hoitotyössä kolme ja puoli sairaanhoitajaa, 70 lähihoitajaa, 10 hoiva-avustajaa, kuntohoitaja ja fysioterapeutti. Sairaanhoitajat ovat työssä arkipäivisin. Lää-

käri käy hoitokodissa kahden viikon välein. Akuutit asiat hoidetaan terveyskeskuksen päivystyksen tai hätäkeskuksen kautta. Kuhmossa terveyskeskuksen päivystys on avoinna päivittäin. Kuhmon päivystyksen ollessa kiinni ilta- ja yöaikaan, päivystysasiat hoidetaan Kainuun keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Konsultaatioapua voi tarvittaessa kysyä myös keskussairaalan ympäri-vuorokautisesta sairaanhoitajan puhelinpäivystyksestä.

Hoitokoti Honkalinnan asukkaat ovat iältään yli 75-vuotiaita. Yleisimpiä sairauksia muistisairauksien lisäksi ovat sydän- ja verisuoni-, sekä hengityselinsairaudet. Valtaosalla asukkaista on elvytyskielto eli DNR-päätös. Pienellä osalla on myös muita hoidonrajauksia, kuten esimerkiksi suonsisäiset neste- ja lääkehoidot pois rajaavia päätöksiä. Selkeät hoidonrajaukset helpottavat sekä hoitajien että lääkäreiden päätöksentekoa.

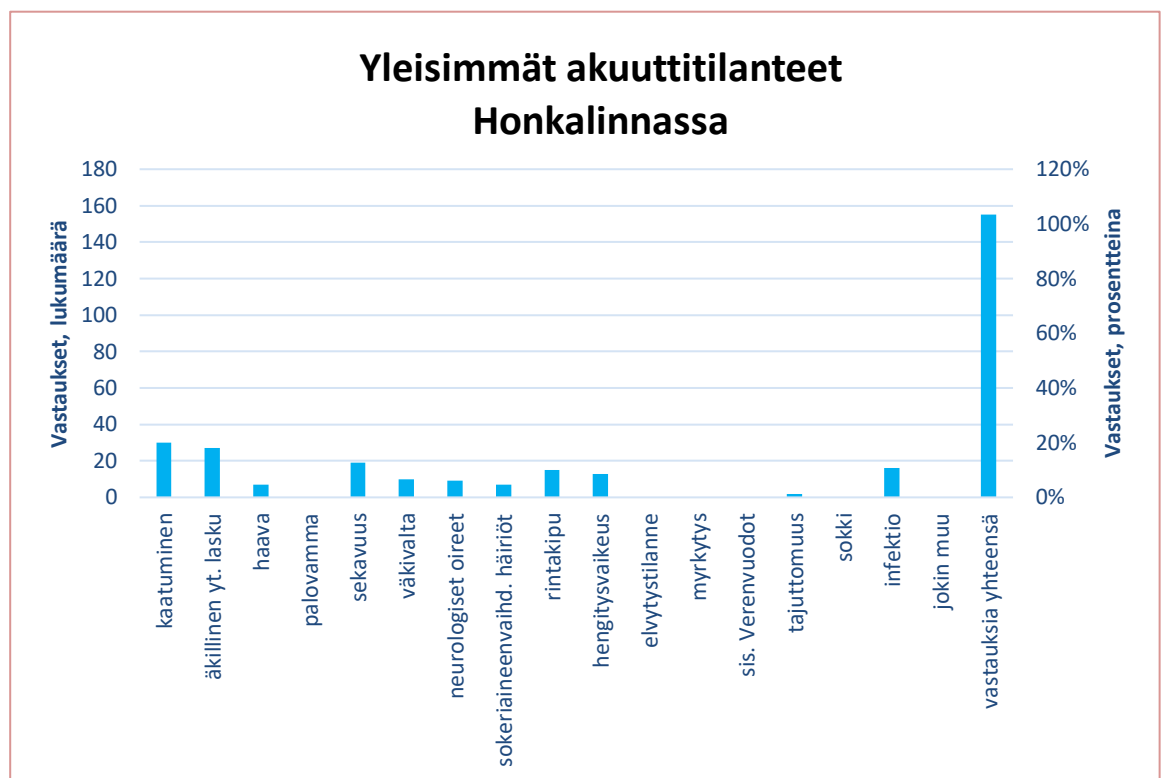
Opinnäytetyö on tiiviissä yhteydessä käytäntöön. Tuotteistetun opinnäytetyön tavoitteena on toiminnan ohjeistaminen. Tämän vuoksi tuotteistetussa opinnäytetyössä on olennaista huomioida toimeksiantajan toiveet ja kohderyhmä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9-10, 26-27.) Honkalinnassa toimintaohje koettiin tarpeelliseksi erityisesti silloin, kun sairaanhoitajat eivät ole työvuorossa ja tilannearvion tekeminen on lähihoitajien vastuulla.

Opinnäytetyössämme käytämme nopeaa reagointia vaativista tilanteista nimitystä akuuttitilanne. Akuuttitilanteella tarkoitamme tilannetta, joka vaatii välitöntä tilannearvion tekemistä ja seuranta tai jatkohoitoon lähettämistä. Iäkkään potilaan ollessa kyseessä, on aina tapauskohtaisesti arvioitava päivystyshoidon välttämättömyys. Hoitokodin hoitajan tulee ennen potilaan päivystykseen lähettämistä neuvotella lääkärin kanssa. Poikkeuksena hätätilanteet, jotka yleensä hoidetaan hätäkeskuksen kautta. (Mäkijärvi, Harjola & Päivä 2018, 634-635.)

Yleisimmät akuuttitilanteet ikäihmisten ympärivuorokautisessa palveluasumisessa Sirniön, Terwon & Toiviaisen (2013, 47) mukaan ovat kaatuminen, sekavuus, äkillinen yleistilan lasku, haavat, hengenahdistus ja neurologiset oireet. Turun geriatrisen poliklinikan viisi yleisintä syytä iäkkään hoitoon hakeutumiselle ovat Tehy-lehden mukaan yleistilan lasku, sekavuus, hengenahdistus, rintakipu, kaatuminen, infektioepäily ja vatsakipu (Mäkinen 2019, 14-19).

Honkalinnan keskeisimmät hoitotyön akuuttitilanteet selvitimme hoitajille suunnatun paperimuotoisen kyselyn avulla. Kyselyyn vastasi 34 hoitokoti Honkalinnan vakituista työntekijää. Tuloksista kävi ilmi, että kyselymme mukaan yleisimmät akuuttitilanteet hoitokoti Honkalinnassa ovat samankaltaisia, kuin muissa vastaavissa tutkimuksessa. Tuloksissa nousi esiin viisi yleisintä

tilannetta: kaatuminen (19 %), äkillinen yleistilan lasku (17%), sekavuus (12 %), rintakipu (10 %) ja infektiot (10 %). Kuvioissa 1. ja 2. on havainnollistettu tarkemmin kyselyssä esiin nousseet keskeisimmät akuuttitilanteet. Valitsimme opinnäytetyöhömmme kyselyssä selkeimmin esiin nousseet viisi tilannetta. Rajaukseen päädyimme aiheen laajuuden ja aikatauluresurssien vuoksi. Päätös-
tämme tuki myös se, että kyseisistä tilanteista on tarjolla näyttöön perustuvaa kirjallisuutta.



Kuvio 1. Yleisimmät akuuttitilanteet Honkalinnassa



Kuvio 2. Viisi yleisintä akuuttitilannetta Honkalinnassa.

4.2 Ideavaihe

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen ideoinnilla marraskuussa 2018. Yhteys toimeksiantajaan syntyi luontevasti, sillä toinen opinnäytetyön tekijöistä työskenteli hoitokoti Honkalinnassa. Aiheen ideointi lähti opinnäytetyön tekijöiden syventävien opintojen (akuuttihoitotyö) ja hoitokotiympäristön yhdistämisestä. Aihetta pohdittiin hoitokoti Honkalinnan palveluesimiehen ja apulaispalveluesimiehen kanssa, ja päädyimme toimintaohjeen laatimiseen akuuttitilanteita varten. Ideavaiheen aikana tapasimme toimeksiantajan neljä kertaa. Ideavaihe vaati paljon aikaa ja limittyi muiden opinnäytetyöprosessin vaiheiden kanssa. Ideavaiheessa hyödynsimme vuorovaikutusta Honkalinnan työntekijöiden kanssa sekä tekijöiden omaa kokemusta ikääntyneiden parissa työskentelystä.

Aiheanalyysi valmistui joulukuussa 2018. Siihen mennessä aihetta tiivistettiin paljon. Rajasimme aiheen koskemaan hoitokoti Honkalinnan hoitotyön akuuttitilanteita. Tämän lisäksi rajasimme tutkimuksen koskemaan ympärivuorokautista palveluasumista. Lyhytaikaisosasto ei kuulunut tutkimuksemme piiriin. Aiheen rajausta ohjasi ajatus siitä, kenelle toimintaohje on ensisijaisesti suunnattu. Laajaa aihetta rajasimme siten, että toimintaohjeeseen otettiin mukaan vain keskeisimmät akuuttitilanteet.

Honkalinnan hoitotyön yleisimmin esiintyvät akuuttitilanteet selvitimme kyselyn avulla (Liite 1). Kyselyn suuntasimme Honkalinnassa vakituisesti työskenteleville lähihoitajille. Koska kyselyn tarkoitus oli aiheen rajausta ja tiedonhaun kohdentaminen, emme analysoineet kyselyn tuloksia yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Aineiston analyysissä käytimme apuna Excel-ohjelmaa. Akuuttitilanteiden esiintymistä Honkalinnassa havainnollistimme frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Toteutimme kyselyn paperisen kyselylomakkeen avulla. Lomakkeen muodostamisen pohjana käytimme apuna Sirniön, Tervon & Toiviaisen (2013) opinnäytetyötä Akuuttitilanteiden hoito ikääntyneiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa: Apua! – akuuttitilanteiden opas henkilökunnalle. Kysely tapahtui nimettömästi ja aikaa kyselyyn vastaamiseen oli kaksi viikkoa. Ennen kyselyn toteuttamista lomake hyväksytettiin koordinoivalla opettajalla ja testattiin Honkalinnan esimiehillä. Palautteen perusteella kyselyä muokattiin ennen varsinaista toteutusta. Toimeksiantajan pyynnöstä kyselylomakkeeseen lisättiin vielä vastausvaihtoehdoksi väkivalta ja infektiot.

Opinnäytetyösuunnitelma valmistui tammikuussa 2019. Opinnäytetyön raporttiosuuden kirjoittamisen aloitimme maaliskuussa 2019. Kirjoittaminen alkoi teorialiedon kokoamisella. Teoriaosuuden kirjoittamisen jälkeen vuorossa oli toimintaohjeen laatiminen.

4.3 Tuotteen luonnostelu

Toimintaohje on kirjallinen viesti, joilla välitetään tietoa halutulle kohderyhmälle. Toimintaohje tukee suullista ohjausta, toimii muistilistana ja antaa mahdollisuuden perehtyä tiedotettavaan asiaan. Sosiaali- ja terveysalan toimintaohjeen tulee nojata näyttöön perustuvaan tietoon. (Roivas & Karjalainen 2013, 118-122.)

Tietoa toimintaohjeen laatimisesta ja toimintaohjeeseen liittyvistä akuuttitilanteista haimme eri tietokannoista. Tietokantojen käyttöön saimme ohjausta Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikolta. Tiedonhaussa käytimme apuna Finna-, Theseus- ja Medic- ja Ebsco-tietokantoja. Hakusanoina käytimme sanoja akuutti, hoitokoti, ikääntynyt, muistisairas ja toimintaohje. Tämän lisäksi hyödynsimme Honkalinnassa tehdystä kyselystä esiin nousseita akuuttitilanteita (kaatuminen, rintakipu, infektiot, yleistilan lasku ja sekavuus) hakusanoina. Kyselyn tulosten avulla pystyimme rajaamaan ja kohdentamaan tiedonhakua Honkalinnan yleisimpiin hoitotyön

akuuttitilanteisiin. Yhdistelimme edellä mainittuja hakusanoja sanaan ikääntynyt, jolloin saimme kohdennettua tiedonhakua erityisesti ikääntyneisiin. Hyväksyimme aineistoksi näyttöön perustuvat sekä hoitotieteelliset julkaisut.

Hoitokodissa asuminen rinnastetaan kotona asumiseen. Tämän vuoksi toteutimme toimintaohjeen kotihoidon näkökulmasta ja niihin tilanteisiin, jossa lääkäri tai sairaanhoitaja ei ole paikalla. Hoitokodin kliiniset hoito- ja tutkimusmahdollisuudet akuuttitilanteessa ovat rajalliset. Fysiologisista mittauksista hoitokodissa on mahdollista toteuttaa verenpaineen, pulssin, lämmön, veren-sokerin ja pika-crp:n mittaust. Tämän lisäksi on mahdollista laskea hengitystaajuus ja havainnoida ikääntyneen ulkoista olemusta, yleisvointia ja vireystilaa. Olennaista on verrata mittaustuloksia ja havaintoja ikääntyneen tavanomaisiin arvoihin ja tilaan.

Toimintaohjeessa oli huomioitava, että ikääntyneiden hoitokodin asukkaiden kohdalla on tapauskohtaisesti kyettävä arvioimaan päivystyshoidon välttämättömyys. Hoitajan on kyettävä arvioimaan, onko kyseessä hätä- tai päivystystilanne, vai voiko tilannetta seurata vielä hoitokodissa. Toimintaohjeen tarkoitus oli antaa hoitajille valmiuksia tehdä tarvittavat hoitotoimenpiteet ja mittaukset tilannearviota varten. Jatkohoito-ohjeet tilanteeseen antaa aina päivystävä sairaanhoitaja, lääkäri tai ensihoito.

Toimintaohjeen luonnostelu aloitettiin toimeksiantajan toiveiden mukaisesti. Toimeksiantajan pyyntönä oli kaaviomuotoinen, yksiselitteinen ja tiivis toimintaohje. Ohjeen yksityiskohtia suunnitellessa olimme yhteydessä organisaation esimiehiin. Jämsän ja Mannisen (2000, 49) mukaan tuotteessa on huomioitava organisaatio- ja yksikkökohtaiset linjaukset tuotteen tyyllissä ja asiasällössä. Tuotteen ulkoasussa noudattelimme Kainuun soten ulkoasun kanssa yhtenäistä linjaa. Tämä toteutui tuotteessamme muun muassa laatimalla toimintaohje Kainuun Soten asiakirjapohjalle. Toimintaohjeen monivaiheisella testaamisella halusimme varmistua, että ohje ja sen asiasältö vastaavat tarkoitustaan.

4.4 Tuotteen kehittäminen

Akuuttilanteisiin tarkoitetun toimintaohjeen on oltava yksiselitteinen ja tiivis. Rakenteen tulee olla selkeä. Selkeys muodostuu usein vaiheistamalla toiminta osioihin. Kirjallinen ohje mahdollistaa sen, että hoitajat voivat perehtyä tietoihin jo ennakoon. Samalla se toimii muistilistana akuutin tilanteen aikana. (Roivas & Karjainen 2013, 118-122.)

Toimeksiantajan toiveiden mukaisesti tuote rakennettiin kaavioksi. Tuotteeseen haluttiin selkeyttä ja prosessinomaisia ohjeita. Näiden lisäksi pyrkimyksenä oli hoitoympäristön ja sen resursien huomioiminen tuotteen sisällössä. Ulkoasun selkeyttämiseksi päädyimme laatimaan kunkin ohjeen erilliseksi A4-kokoiseksi kaavioksi. Poikkeuksena kuitenkin akuutti yleistilan lasku ja sekaavuustila, jonka yhdistimme samaan kaavioon toimintaohjeen samankaltaisuuden vuoksi. Kaikkea olennaista tietoa ei ollut mahdollista sisällyttää kaavioon selkeästi. Päädyimme kirjoittamaan ohjeiden alkuun tietoa luettelomuotoisesti tilannearvion tekemistä varten.

Tuotteen ulkoasu ja esteettisyys vaikuttavat siihen, miten asiakkaat sitoutuvat tuotteen käyttöön. Opastavassa ja informoivassa tuotteessa tekstin ydinajatuksen on oltava selkeä ja tiedon on alettava lukijalle heti. (Jämsä & Manninen 2000, 56; 102-103.) Halusimme pitää tuotteen ulkoasun asiatyylisenä ja pelkistettynä, koska sen tavoitteena oli lukijan opastaminen. Käytimme kaavioissa yhdenmukaisia termejä.

Asiasisällön pohjasimme Käypä hoito -suositukseen ja suomalaisen lääkäriseura Duodecimin julkaisuihin. Yksilöimme ja muokkasimme tuotteen sisältöä kohderyhmälle sopivaksi Honkalinnan sairaanhoitajilta saadun palautteen avulla. Tuotteen sisällön suunnittelua ohjasi näyttöön perustuuden lisäksi kohderyhmän tarpeet ja sisällön suuntaaminen ikääntyneisiin.

Opinnäytetyö toteutui lähes kustannuksitta. Toteutimme tuotteen Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Lopullinen tuote luovutettiin toimeksiantajalle sekä paperisessa että sähköisessä muodossa. Halutessaan toimeksiantaja voi jakaa sähköistä tuotetta sisäiseen tietoverkkoon ja hyödyntää sitä myös muissa vastaavissa toimintayksiköissä. Tuotteen mahdollisesta markkinoinnista vastaa toimeksiantaja.

Toimintaohje testattiin kaksivaiheisesti. Esitestasimme tuotteen Honkalinnan lähiesimiehillä ja sairaanhoitajilla. Esitestausvaiheeseen osallistui apulaispalveluesimies ja kaksi sairaanhoitajaa.

Pyysimme kiinnittämään huomiota tuotteen käytettävyyteen, ulkoasuun ja luettavuuteen sekä arviomaan tuotteen toimivuutta hoitotyössä. Pyysimme palautetta suullisesti heti esittelyvaiheessa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157-158.)

Esitestausvaiheessa saimme joitakin täsmennysehdotuksia kaavioihin. Pyysimme myös kannanottoa, tulisiko kaavioiden yhteydessä näkyä fysiologisten mittausten viitearvot. Esitestaajat olivat yksimielisiä siitä, että viitearvot kannattaa jättää pois. Sen sijaan kaavioihin lisättiin lause ”vertaa tuloksia aina ikääntyneen omiin tavanomaisiin arvoihin ja toimintakykyyn”. Esitestaajat pyysivät myös korostamaan kaavioissa tapahtumien kirjaamista potilastietojärjestelmään.

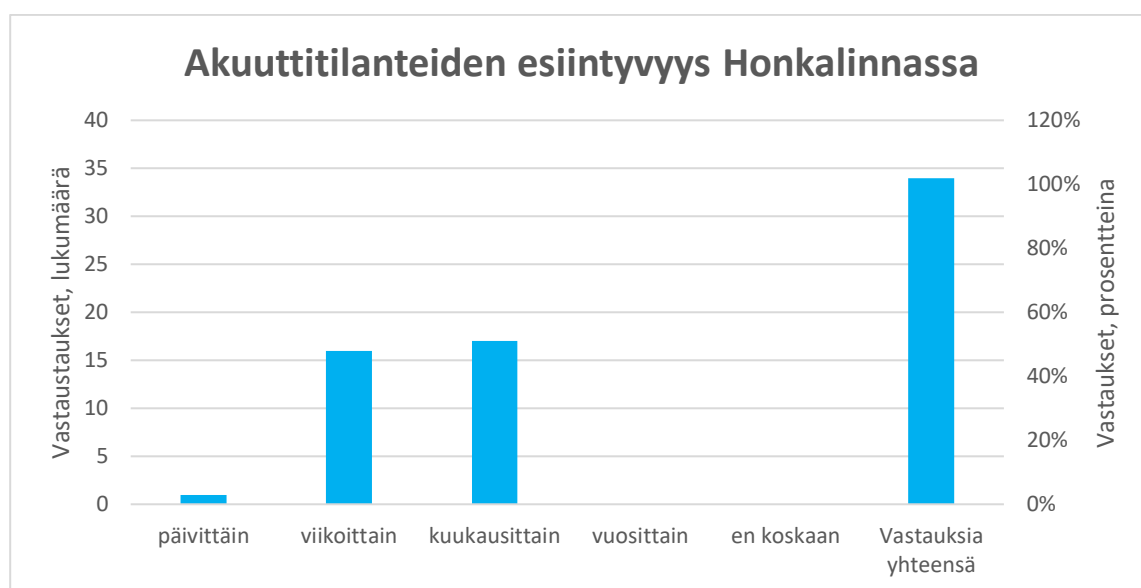
Sekavuuden ja äkillisen yleistilan laskun kaaviossa toivottiin huomioimaan tilanne, jossa asukas on vaarallinen itselle tai muille, käyttäytyy aggressiivisesti, eikä ole millään tavoin hoitomyyntien. Tällöin vuorokauden ajasta riippumatta otetaan suoraan yhteys hätäkeskukseen. Sydänperäisestä rintakivusta esitestauksessa esiin nousi huomio siitä, että ikääntynyt voi oireilla rintakipua hyvin moninaisin oirein. Kyseiseen kaavioon lisättiin myös Nitro-lääkitys, koska osalla Honkalinnan asukkaista on käytössä resoriblettimuotoinen lääke. Infektiokaavioon pyydettiin lisäystä kuumetta alentavan lääkkeen antamisesta. Myös virtsaviiljelynäytteen ottamisen merkitystä akuuttitilanteessa kyseenalaistettiin. Tämä osa jätettiin kaaviosta pois palautteen myötä. Kaksi viikkoa esittelyn jälkeen pyysimme vielä sähköpostipalautetta sairaanhoitajia. Tässä vaiheessa muutosehdotuksia ei enää tullut.

Esitestauksen ja ensimmäisen muokausvaiheen jälkeen opinnäytetyö ja siihen liittyvä toimintaohje esiteltiin hoitokoti Honkalinnan työyhteisökokouksessa. Esittelyn jälkeen tuote annettiin kohteihin (6 kpl) kokeiltavaksi. Esittelyn yhteydessä ohjeistimme kaavioiden käytön. Pyysimme työntekijöitä tutustumaan ohjeisiin enakkoon ja käymään niitä läpi myös akuuttitilanteen jälkeen. Esittelyn aikana työntekijöillä oli mahdollista esittää kysymyksiä tuotteeseen ja sen käyttöön liittyen. Näin varmistimme, että työntekijöillä oli riittävästi tietoa toimintaohjeesta ja sen käytöstä.

4.5 Tuotteen viimeistely

Tuotteen viimeistelyn teimme testaamisen jälkeen. Opinnäytetyöhön liittyvässä kyselyssä olimme jo selvittäneet, kuinka usein akuuttitilanteita hoitokodissa esiintyy. (Kuvio 3.) Vastaajien

mukaan akuuttitilanteita hoitokodissa tapahtuu kuukausittain (50 %), viikoittain (47 %) ja päivittäin (3 %). Esiintymistiheyttä on havainnollistettu kuviossa 3. Esiintymistiheyden selvittäminen oli oleellista testausvaiheen keston määrittämiseksi, ja tulosten perusteella päädyimme kuukauden mittaiseen testausaikaan.



Kuvio 3. Akuuttitilanteiden esiintyvyys Honkalinnassa

Kuukauden käytön jälkeen pyysimme hoitajilta sanallista, vapaamuotoista palautetta toimintaohjeesta. Vilkan & Airaksisen teoksessa Toiminnallinen opinnäytetyö (2003, 157-158.) korostetaan, että palautteen pyytäminen on tärkeää opinnäytetyön tavoitteiden arvioimista varten. Ilman palautetta opinnäytetyön ja tuotteen arviointi jää helposti yksipuoliseksi. Palautetta kannattaa kysyä erityisesti tuotteen käytettävyydestä, ulkoasusta ja luettavuudesta.

Palautteessa pyysimme hoitajia kiinnittämään huomiota edellä mainittuihin seikkoihin sekä arviomaan tuotteen toimivuutta käytännössä. Palautteen avulla haimme vastausta opinnäytetyön tavoitteen arvioimiseen: yhdenmukaistuiko ja kehittyikö hoitajien toiminta hoitotyön keskeisissä akuuttitilanteissa. Saimme palautetta yhdeksältä hoitajalta. Palautteessa mukana olleiden hoitajien kohdalle ehti testauksen aikana tapahtua seitsemän akuuttitilannetta. Yhtä lukuun ottamatta kaikkiin tilanteisiin olisi pystynyt hyödyntämään toimintaohjetta. Palautteissa kävi kuitenkin ilmi,

että vain yhdessä tapauksessa toimintaohje oli ollut mukana tilanteen akuutissa hetkessä. Usein toimintaohjeen olemassaolo muistettiin vasta akuutin tilanteen jälkeen.

Palautteen mukaan toimintaohje oli selkeä. Toimintaohje koettiin tarpeelliseksi erityisesti virkajan ulkopuolella, jolloin sairaanhoitajat eivät olleet työvuorossa. Palautteiden mukaan toimintaohjeesta oli hyvä tarkistaa, että kaikki olennaiset asiat ja hoitotoimenpiteet oli tullut huomioitua. Myönteistä palautetta saivat muun muassa kaavioiden lopusta löytyvät muistilista. Toimintaohjeen kerrottiin lisäksi helpottavan tapahtuneen kirjaamista potilastietojärjestelmään. Palautteessa pohdittiin myös ikääntyneen kykyä kertoa mahdollisista kivuista ja kuvilla sitä. Lisäksi esiin nousi huomio siitä, että toimintaohjeen vakiinnuttaminen käytäntöön voi olla haastavaa. Vanhat toimintatavat ovat vaikeasti pois opittavissa erityisesti silloin, jos esimiehet eivät motivoi hoitajia toimintaohjeen käyttämiseen.

Arvioinnissa ja palautteessa ei voitu verrata tuotteen käytettävyyttä aiempaan. Palaute kohdistui pelkästään laatimaamme tuotteeseen, koska käytössä ei ollut aiempaa toimintaohjetta. Palautteen jälkeen kaavioiden asiasisältöön ei enää tullut muutoksia. Tuotteen ulkoasua kuvailtiin palautteissa selkeäksi. Prosessikaavion muotoon laadittu tuote oli palautteiden mukaan helppoluokuisen. Yhdessä palautteessa tuotteen fonttikoko koettiin liian pieneksi. Koska asiasisältöön ei tullut muutoksia ja tuotteen asettelu ei mahdollistanut fonttikoon suurentamista, tuotteen tyyllilisiä asetuksia ei lähdetty muuttamaan.

Kainuun sote on linjannut, että yksikkökohtaisia ohjeita ei enää laadita, vaan ohjeiden tulisi olla yleisesti hyödynnettävissä. Toimintaohjeen luovuttamisen yhteydessä pyysimme toimeksiantajaa huomiomaan tuotteen aikatauluresursseista johtuvan lyhyen testausajan. Mikäli toimeksiantaja haluaa laajentaa toimintaohjeen käyttöä muihin soten toimintayksiköihin, kannattaa tuotteen testausta vielä jatkaa yhdessä yksikössä esimerkiksi vuoden ajan. Vasta pidempi testaus tuo tarkemmin esiin mahdollisia puutteita ja täydentämistarpeita. Toimeksiantaja voi tarvittaessa markkinoida tuotetta haluamallaan tavalla.

Viimeistelyn jälkeen luovutimme valmiin tuotteen Honkalinnan ja Kainuun soten käyttöön. Käytönoton yhteydessä pyysimme toimeksiantajaa huomioimaan tuotteen päivittämistarpeen. Luotettavuuden kannalta on olennaista, että toimintaohjetta päivitetään säännöllisesti. Roolimme toimeksiannossa päättyi opinnäytetyön valmistuttua joulukuussa 2019.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön pohdinta on yhteenveto tehdyistä asioista ja johtopäätöksistä. Pohdinnassa opinnäytetyöntekijät arvioivat opinnäytetyön onnistumisia, epäonnistumisia ja opinnäytetyöprosessin aikana syntyneitä johtopäätöksiä. (Vilka & Airaksinen 2003, 96.)

Opinnäytetyöprosessi oli raskas ja vaativa urakka. Käsityksemme opinnäytetyöhön liittyvästä työn määrästä ei ollut prosessin alussa realistinen. Emme osanneet ajatella, kuinka paljon pohdintaa, ajatustyötä ja taustakirjallisuuteen perehtymistä asia vaatisi varsinaisen kirjoittamis- ja tuotteistamistyön lisäksi. Opintosuunnitelman mukaan opinnäytetyön laajuus on 15 opintopistettä. Kun yksi opintopiste on noin 27 tuntia työskentelyä, pitäisi opinnäytetyön keskimääräisen työskentelytuntimäärän olla noin 405 tuntia opiskelijaa kohden. Arviomme mukaan opinnäytetyöhön kulunut tuntimäärä ylittyi huomattavasti. Tämä aiheutti välillä turhautumista ja epätoivonkin tunteita. Olisimme selvinneet vähemmällä työllä, mikäli olisimme jättäneet opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn tekemättä. Kyselyn sijaan olisimme voineet hakea viisi yleisintä akuuttitilannetta aiempien tutkimusten tuloksista. Toisaalta kyselyn tekeminen paransi tutkimuksen luotettavuutta ja kohdensi toimintaohjeen Honkalinnan tarpeisiin.

Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät toteutuivat ennakoidusti. Opinnäytetyöprosessin aikana suunnittelimme, toteutimme ja arvioimme toimintaohjeen hoitokoti Honkalinnan keskeisiin hoitotyön akuuttitilanteisiin. Prosessin aikana selvitimme Honkalinnan yleisimmät akuuttitilanteet ja näyttöön perustuvat toimintamallit niihin. Selvitimme myös toimeksiantajan kanssa yhteistyössä, millainen olisi hyvä toimintaohje Honkalinnan tarpeisiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja kehittää hoitajien toimintaa Honkalinnan hoitotyön keskeisissä akuuttitilanteissa. Hoitajien antaman palautteen mukaan yhdenmukainen toimintamalli koettiin hyväksi. Akuutin tilanteen aikana hoitajat kuitenkin usein unohtivat edetä toimintaohjeen antaman mallin mukaan. Toimintaohjeen olemassaolo muistui mieleen vasta tapahtuneen jälkeen. Palautteen mukaan hoitajat kuitenkin tilanteen jälkeen refleктоivat tapahtunutta kaavion pohjalta. Tavoitteen arvioinnin luotettavuus paranisi, mikäli testausaika olisi pidempi. Toimeksiantajaa tämä näkökulma pyydettiin huomioimaan, mikäli tuote otetaan käyttöön muissa Kainuun soten yksiköissä.

Toimintaohjeen laatiminen prosessikaavion muotoon oli vaativaa. Kaaviomuodon vuoksi jouduimme tinkimään ohjeeseen tulevasta tietomäärästä. Jouduimme jättämään pois monia mielenkiintoisia asioita, joista olisi voinut hoitotyössä olla hyötyä. Esimerkiksi ISBAR-raportointimallia olisi voinut avata kaavioiden yhteydessä, mikäli tuotteen toteuttamismuoto olisi ollut toisenlainen. ISBAR-raportointimallin avaamisesta kävimme keskustelua toimeksiantajan kanssa. Yhdessä meille muodostui käsitys siitä, että kyseinen raportointimalli tulisi olla jo hoitohenkilökunnan käytössä, jolloin mallin avaaminen ei kaavioissa ole tarkoituksenmukaista. Toisaalta tiiviys ja yksiselitteisyys olivat lopulta hyviä asioita, sillä onnistuimme kaavioiden laatimisessa mielestämme hyvin. Myös toimeksiantajalta ja hoitajilta kaavioista saatu palaute oli myönteistä.

Opinnäytetyön esittämistilaisuudessa nousi esiin ajatus kaavioiden hyödyntämisestä uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Kaavioiden avulla voi perehtyjille kertoa, mitkä ovat hoitokoti Honkalinnan keskeisimmät välitöntä reagoitua vaativat tilanteet. Näyttöön perustuvat toimintamallit akuuttitilanteisiin on myös helppo opastaa uusille työntekijöille kaavioiden avulla.

Työelämäyhteistyö opinnäytetyöprosessin aikana oli toimivaa. Toimeksiantaja oli kiinnostunut opinnäytetyömme etenemisestä ja meille tuli tunne, että toimintamme oli toimeksiantajan näkökulmasta merkittävää. Tapasimme toimeksiantajan prosessin aikana neljä kertaa. Tämän lisäksi viestimme sähköpostitse. Tapaamiset liittyivät lupa-asioihin, aiheen rajaamiseen, tuotteen sisällöllisiin- ja ulkoasuseikkoihin. Opinnäytetyöprosessin vierailimme myös Hoitokoti Honkalinnan työyhteisökokouksissa kaksi kertaa. Nämä käynnit liittyivät opinnäytetyön kyselyyn ja tuotteen testaamiseen. Molemmilla kerroilla esittelimme myös opinnäytetyötämme ja sen edistymistä.

Tuotteistettu opinnäytetyö osoittautui meille sopivaksi tavaksi toimia. Noudatimme työskentelyssämme Jämsä-Mannisen viisivaiheista tuotteistamisprosessia. Prosessi oli mielestämme selkeä ja huomioi hyvin sosiaali- ja terveystalveluiden näkökulman. Vaiheittain etenevän mallin avulla oli helppo työskennellä järjestelmällisesti. Työskentelyämme edesauttoi myös se, että aiheesta oli tarjolla runsaasti näyttöön perustuvaa tietoa. Malli mahdollisti myös vastuun jakamisen työparin kanssa.

Opinnäytetyön kirjallisen osion kirjoittamisessa pyrimme noudattamaan asiatyylä. Raportin rakenteeseen haimme apua Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2007) Tutki ja kirjoita ja Vilkan & Airaksisen Toiminnallinen opinnäytetyö (2003) -teoksista. Pyrimme kiinnittämään huomiota tekstin luettavuuteen ja kappalejakoihin. Opinnäytetyön kieliasua pohdimme paljon. Keskustelimme

muun muassa siitä, kuinka paljon hoitotieteellistä sanastoa opinnäytetyön raportissa kannattaa käyttää. Aukikirjoitimme jonkin verran vierasperäisiä ilmaisuja, mutta esimerkiksi teoriaosuuteen jäi vielä runsaasti lääketieteellistä termistöä. Mietimme myös sitä, kuinka paljon kirjoitusasusta näkyy se, että raporttia on laatinut kaksi eri kirjoittajaa. Keskustelimme prosessin aikana raportin kirjoitustyylistä useasti ja pyrimme yhtenäistämään kieliasua tietyillä linjauksilla. Sovimme esimerkiksi tietyn tyyppisten ilmaisujen ja termien käytöstä yhdessä.

Ohjaus oli opinnäytetyöprosessin etenemisen kannalta merkittävää. Vaikka opinnäytetyö vaati itseohjautuvuutta ja vastuunottoa, oli ohjaus merkityksellistä opinnäytetyön kehittymisen kannalta. Ulkopuolinen näkökulma ja dialogi ohjaavien tahojen kanssa edesauttoivat opinnäytetyön etenemistä ja antoivat vahvistusta omaan asiantuntijuuteen. Tapasimme ohjaavan opettajan prosessin aikana neljä kertaa. Tämän lisäksi pidimme yhteyttä sähköpostilla. Tiedonhaun tueksi pyysimme yksilöohjausta kirjaston informaatikolta. Haimme myös vertaisilta palautetta prosessin aikana. Yksilöohjauksien lisäksi saimme apua opinnäytetyöprosessiimme myös opinnäytetyöopajoista sekä ammattiopintoihin kuuluvista tutkimus- ja kehittämistoiminnan sekä tieteellisen kirjoittamisen kursseista.

5.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tuotteistetulle opinnäytetyölle ei ole määritelty selkeitä luotettavuuskriteereitä, vaan arvioinnin kohteena on koko prosessin luotettavuus. Käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti eivät ole yksiselitteisesti käytettävissä laadullisessa tutkimuksessa, vaan ne ovat saaneet erilaisia tulkintoja. Reliabiliteetti tutkimuksessa on mittaustulosten luotettavuutta ja validiteetti tutkimuksen pätevyyttä. Tuotteistetun opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa voidaan kuitenkin soveltaa laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä. Tutkimuksen toteuttamisesta laadittu tarkka kuvaus lisää luotettavuutta. Kaikki vaiheet kerrotaan totuudenmukaisesti ja selvästi. Pyrimme kuvaamaan työmme kaikki vaiheet raporttiin mahdollisimman tarkasti ja näin varmistamaan opinnäytetyön luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-227.)

Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti huomioidaan usein enemmän kuin reliabiliteetti. Tässä tapauksessa validiteetilla tarkastellaan, onko tutkimus pätevä ja kuinka perusteellisesti se on tehty ja ovatko tehdyt päätelmät ns. oikeita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006).

Jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on ainutkertainen ja siksi sitä ei voi koskaan toistaa sellaisenaan. (Vilkkä 2005, 159). Jos opinnäytetyössämme käyttämämme kysely viiden akuuttitilanteen selvittämiseksi uusittaisiin, saattaisi tulos poiketa nyt saamastamme tuloksista. Kuitenkin aiempiin tutkimuksiin perustuen voimme todeta, että yleisimmissä akuuttitilanteissa on vain yksittäistä vaihtelua ja tutkimus oli näin ollen luotettava. Hyvän tutkimuksen kriteereitä ovat johdonmukaisuus ja eettinen kestävyys. Johdonmukaisuus tulee esiin argumentaatioissa, esimerkiksi siinä, miten ja millaisia lähteitä käyttää. Eettinen kestävyys on oleellinen osa tutkimuksen luotettavuutta. Eettinen sitoutuneisuus ohjaa hyvää tutkimusta. (Tuomi J. & Sarajarvi, A. 2009, 128-129.)

Opinnäytetyössämme yhtenä tärkeänä luotettavuuden kriteerinä pidimme lähdekritiikkiä. Se oli merkittävässä asemassa aineiston valinnassa. Lähdekritiikissä kiinnitetään huomiota kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvostukseen ja lähteiden ikään ja alkuperään. On pyrittävä käyttämään tuoreita lähteitä, sillä tieto voi muuttua nopeasti. Toisaalta alkuperäisten lähteiden käyttöä tulisi suosia, sillä tieto voi tutkimus- ja lainausketjussa muuttua paljonkin. (Hirsjärvi ym. 2007, 109-110.) Keskitymme raportin teoriaosuudessa yleisesti tunnettuihin ja luotettaviin julkaisuihin, kuten Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin julkaisuihin. Toimintaohje pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon, kuten Käypä hoito -suosituksiin sekä Duodecimin julkaisuihin Akuuttihoito-opas (2018) ja Muistisairaanhoidon hyvät käytännöt (2017).

Aineiston laatukriteereiksi valitsimme näyttöön perustuvuuden ja hoitotieteellisyyden. Hoitotieteellisissä julkaisuissa hyväksyimme 2009 vuoden jälkeen julkaistut aineistot. Poikkeuksena tutkimuksen tekemiseen liittyvä kirjallisuus, jossa hyväksyimme myös sitä vanhemmat lähteet.

Tuotteen suunnitteluvaiheessa ajatuksenamme oli kirjoittaa kaavioihin päivystykselliset puhelinnumerot. Tästä ajatuksesta kuitenkin luovuttiin, sillä toimintaohjeen tulee olla käytettävissä myös muissa soten yksiköissä, jolloin päivystysyksikkö sekä numeroiden oikeellisuus eivät välttämättä pidä paikkaansa. Puhelinnumerot voivat myös vaihtua. Puhelinnumeroiden kirjoittaminen olisi siten heikentänyt tuotteen luotettavuutta jatkokäyttöä ajatellen.

Tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa, on huomioitava tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Puolueettomuuden näkökulma nousi esiin pohtiessa, vaikuttaako tutkijan virka-asema hänen havainnointiinsa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 135-136) Opinnäytetyössämme tätä näkökulmaa pohdimme, sillä toinen opinnäytetyön tekijöistä työskenteli toimeksiantajayksikössä. Tätä ei

kuitenkaan koettu huonoksi asiaksi ja muun muassa eettisen näkökulman vuoksi hän ei itse osallistunut kyselytutkimukseen eikä palautteen antamiseen.

Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen toimintaohje toteutui neljänä kaaviona viiden sijaan. Kahden akuuttitilanteen yhdistäminen yhteen kaavioon päätettiin siinä vaiheessa, kun teorian tieto oli kirjoitettu. Pohdimme, vaikuttaako yhdistäminen jommankumman akuuttitilanteen toimintaohjeen oikeellisuuteen ja tuotteen luotettavuuteen. Toimme näkökulman esiin opinnäytetyön ohjauksessa sekä tuotteen esitestausvaiheessa. Ohjauksessa sekä tuotteen testauksessa ei tätä kuitenkaan koettu ongelmaksi. Toisaalta olisi mielenkiintoista tietää, olisivatko erilliset kaaviot vaikuttaneet toimintaan kyseisissä akuuttitilanteissa.

5.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyöprosessiin, kuten tutkimuksiin yleensäkin liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tutkimuseettiset periaatteet koskien tiedon hankintaa ja julkistamista ovat yleisesti hyväksytyjä ja toimiminen niiden mukaan on jokaisen tutkijan vastuulla. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on edellytys eettisesti hyvälle tutkimukselle. (Hirsjärvi ym. 2007, 23).

Tutkimusta koskevien eettisten ohjeiden mukaan epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa tutkimustyön vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Opinnäytetyöprosessi oli meille alussa epäselvä, ja koimme eri ohjaajien antaman ohjauksen ristiriitaiseksi. Ohjauksessa tapahtuneet henkilövaihdokset sekoittivat käsitystämme opinnäytetyöstä, sen vaatimuksista, sisällöstä sekä laadusta. Nämä seikat myötävaikuttivat siihen, että tutkimuslupa-asioissa oli väärinymmärryksiä, jonka vuoksi aihetta rajaavaa kyselyä aloitettiin ennen kuin lupaprosessi oli kokonaan valmis. Emme myöskään itse kyseenalaistaneet lupaprosessin vaiheita, joten tässä kriittisyys ja perehtyneisyys asiaan meiltä tutkijoina olisi ollut tarpeellista. Toiminta ei ollut tahallista ja heti asian selvittyä pyysimme lisää ohjausta, jossa käsitelimme opinnäytetyön vaiheita ja prosessin jatkoa.

Molemmilla tekijöillä oli alusta alkaen näkemys siitä, että opinnäytetyön aihe käsittelee erikoistumisopintoja tukien akuuttitilanteita. Aihe ”akuuttitilanteet” on kokonaisuudessaan laaja, joten aiheen rajaaminen heti alussa oli oleellista. Aihe rajautui pääosin toimeksiantajan esiintuomien

tarpeiden pohjalta. Märittelimme itse sen, kuinka moneen akuuttilanteeseen toimintaohje laadittiin. Koimme, että määrällisesti viiden toimintaohjekaavion laatiminen oli tasapainossa käytävissä olevan ajan ja resurssien suhteen. Syvennyttyämme sekavuuden ja äkillisen yleistilanas-kun teoriaan, olimme yhtä mieltä siitä, että näistä kahdesta akuuttilanteesta laadittaisiin yksi kaavio yhteneväisen toimintaohjeen vuoksi. Vaikka kaavioiden määrä muuttuikin viidestä neljään, ei se vaikuttanut etsimämme teorian tiedon määrään, sillä tuotteen suunnittelu aloitettiin teoria-osuuden laatimisen jälkeen. Vaikka aiheen rajauksessa onnistuttiin lopulta hyvin, prosessi oli ras-kas, kuten jo edellä todettiin.

Tutkimuksessa eettisiä ongelmia voivat aiheuttaa erilaiset tiedonhankintatavat, sekä koejärjeste-lyt. Koska tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioitus, tulee ihmisoikeutta kunni-oittaa antamalla ihmisille mahdollisuus päättää, osallistuvatko he tutkimukseen. Hyvien tutkimus-eettisen vaatimusten mukaan raportointi ei saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25-26.) Avoimuus ja opinnäytetyöprosessin läpinäkyvyys ilmeni muun muassa opinnäy-tetyömme raportoinnissa kohderyhmälle. Talonkokouksessa kerroimme työyhteisölle opinnäyte-työstämme, sen tarkoituksesta sekä tavoitteesta. Aihetta rajaavaan kyselyyn vastaaminen oli va-paaehtoista, se tapahtui nimettömänä eikä vastauksista voinut päätellä vastaajan henkilöllisyyttä. Näin ollen tutkimuksessa ei kerätty tai käsitelty henkilötietoja. Vastausten dokumentoinnin ja analysoinnin, sekä tulosten raportoinnin jälkeen hävitimme kyselyn vastukset asianmukaisesti. Kyselyyn laadimme saatekirjeen, josta ilmeni nimemme, koulutusalamme sekä korkeakoulumme. Tuloksista raportoimme talonkokouksissa, jolloin työyhteisöllä oli mahdollisuus esittää pa-lautetta, kysymyksiä ja kritiikkiä.

Hyvin tutkimuseettisten periaatteiden mukaan toisten tekstiä ei lainata luvatta, eli plagioida. Käy-tännössä plagiointi tarkoittaa tieteellistä tai taiteellista varkautta, jolloin toisten, tekstiä, tutki-mustuloksia, ideoita tai sanamuotoja esitetään omanaan. Tämä ilmenee mm. puuttuvina tai epä-määräisinä lähdeviitteinä. (Hirsjärvi ym. 2007, 26, 118.) Opinnäytetyössämme olemme kirjoitta-neet asiat omin sanoin, emmekä näin ole esittäneet toisten tekstejä tai ajatuksia ominamme. Lähdeviittausten oikeellisuuteen kiinnitimme erityistä huomiota hakemalla ohjausta koulumme kirjaston informaatikolta. Häneltä saimme myös hyvää ohjausta lähdekritiikkiin, sekä tietokanto-jen monipuoliseen käyttöön.

5.3 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajan ammatillista osaamista kuvastavat kompetenssit eli valtakunnalliset osaamiskuvaukset. Osaamiskuvausten tarkoituksena on varmistaa se, että sairaanhoitajakoulutus on tasalaatua opiskelupaikasta riippumatta. (Eriksson, Korhonen, Merasto, Moisio 2015, 7-8.) Ammatillinen osaaminen sairaanhoitajaopinnoissa muodostuu yhdeksästä osa-alueesta. Näitä osa-alueita ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosi-aali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosi-aali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. (Eriksson ym. 2015, 6.)

Opinnäytetyöprosessi tukee sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen ja oman alansa asiantuntijuuden kehittymistä. Opinnäytetyön aihe ja luonne vaikuttavat siihen, mitkä kompetenssit vahvistuvat prosessin aikana eniten. Kokemuksemme mukaan opinnäytetyöprosessi oli ammatillisen kasvun näkökulmasta merkittävä. Työelämlähtöinen opinnäytetyö yhdisti teorian käytäntöön kehittäen ongelmanratkaisutaitojamme. Toiminnallinen opinnäytetyöprosessi mahdollisti myös ammatillisen kasvun ja teorian tiedon kehittymisen mielekkäällä tavalla. Koimme, että erityisesti kliinisen hoitotyön tiedot ja taidot kehittyivät opinnäytetyötä tehdessä. Kliinisestä hoitotyöstä perehdyimme muiden muassa gerontologisen-, palliatiivisen- ja akuuttihoitotyön alueisiin.

Asiakaslähtöisyys ja kehittämistoiminnan kompetenssit painoutuivat tuotteistamisprosessissa. Toimintaamme ohjasivat toimeksiantajan ja kohderyhmän toiveet ja tarpeet. Tämä näkyi muun muassa tiiviinä toimeksiantajayhteistyönä. Tavoitteenamme oli asiakaslähtöinen tuote, joka laadittiin hoitokoti Honkalinnan tarpeisiin, mutta joka on hyödynnettävissä myös muissa Kainuun Soten vastaavissa yksiköissä. Toimintaohjeessa pyrimme laajasti huomioimaan ikääntyneiden akuuttihoitoerityispiirteitä ja kotiympäristön toiminnalle asettamia vaatimuksia.

Opinnäytetyössämme korostui koko prosessin ajan näyttöön perustuvuus. Erityisesti akuuttitilanteissa on tärkeää, että hoitopäätökset tehdään harkiten ja näyttöön perustuen. Tämän vuoksi teimme opinnäytetyötä tehdessämme jatkuvaa pohdintaa näyttöön perustuvuudesta ja lähteiden luotettavuudesta. Toimintaohjeen laatimisessa pohjana käytimme näyttöön perustuvia lähteitä, kuten Käypä hoito -suositusta. Hoitotyön eettisyys nousi esille useaan kertaan opinnäytetyöprosessin aikana. Tarkoituksenamme oli aikaansaada toimintaohje, joka lisäisi tasa-arvoista kohtelua huomioiden ikääntyneiden omat tahdon ilmaisut ja yksilölliset erityispiirteet.

Johtamisen ja yrittäjyyden taidot kehittyivät opinnäytetyötä organisoidessa. Työparityöskentelynä toteutettu opinnäytetyö vaati kokonaisuuksien hahmottamista, työtehtävien priorisointia, aikatauluttamista ja vastuun jakamista. Parityöskentely toi opinnäytetyöprosessiin myös uudenlaista näkökulmaa. Itsereflektoinnin lisäksi oli mahdollisuus palautteen pyytämiseen myös työparilta.

5.4 Jatkotutkimusaihe

Aikatauluresurssien vuoksi toimintaohjeen testausaika jäi lyhyeksi. Tämän vuoksi olisi mielenkiintoista pidemmän testausajan jälkeen selvittää toimintaohjeen käyttöä Honkalinnassa. Tutkimuksen kohteena voisi olla esimerkiksi, onko toimintaohje yhdenmukaistanut hoitajien toimintaa. Samalla voisi tutkia, onko toimintaohje helpottanut hoitajien toimintaa hoitotyön keskeisissä akuuttitilanteissa.

Toinen kiinnostava jatkotutkimusaihe olisi ensihoidon tai terveysaseman päivystyksen näkökulma asiaan. Aikatauluresurssien vuoksi tämä jouduttiin rajaamaan tutkimuksen ulkopuolelle. Jatkotutkimusaiheena olisi houkuttelevaa selvittää heidän näkemyksensä toimintaohjeeseen. Tutkimuksen lähestymistapana voisi olla myös se, onko toimintaohjeen käyttöönotto näkynyt ensihoidon tai päivystyskäyntien tarpeen lisääntymisenä.

LÄHTEET

Alahengitystieinfektiot (aikuiset). 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 17.3.2019. <https://www.kaypahoito.fi>

Autio, P. Märkärupi (impetigo) ja muut pyodermiot. Lääkärin käsikirja. Saatavilla 16.5.2019. <http://kamk.fi>, kirjasto, Terveysportti

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne K. 2017. Haavat ja verenvuodot. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 1.7.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Saatavilla 25.9.2019. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Hakanen, A., Jala, J. & Kaartinen, L. 2017. Mikrobilääkeresistenssin torjunnan kansallinen toimintaohjelma 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3955-4>

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaan hoidon hyvät käytännöt. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Hannuksela-Svahn, A. 2017. Kynsivallintulehdus. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Saatavilla 18.5.2019. <http://kamk.fi>, Terveysportti

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 6.5.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>

Ihon bakteeri-infektiot. Käypä hoito -suositus. 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 16.5.2019. <https://www.kaypahoito.fi>

Ikääntyvän yleistilan laskun ennakkointi – arviointikiekkko ja arvioinnin opas työvälineeksi. (2016) Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Saatavilla 27.5.2019. <https://www.es-sote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/liite-15-opas-yleistilan-laskun-arvioimiseksi.pdf>

Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. 2016. The updated JBI model for evidence-based healthcare. The Joanna Briggs Institute. Saatavilla 16.5.2019. http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf

Jämsen E. 2017, Yleistilan heikkenemisen ABC, *Lääkärilehti* 44/2017. 2429-2532.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Järvinen, A. Virtsatie-infektioiden hoito. Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola V-P., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. 278- 282. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kaartinen, J. Kainulainen, K. & Jahkola, T. Ruusu. Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola V-P., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. 281-283. Printon: Tallinna

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallitus. Vanhuspalveluiden tulosalueen SAS-toimintasäännön päivitys 1.7.2016 alkaen. 2016. Saatavilla 16.5.2019. https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2018-01/Vanhuspalveluiden%20tulosalueen%20SAS-toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%201.7.2016%20alkaen_Hallitus%2015.6.2016_%C2%A7%20141_0.pdf

Kannus, P. (2018). Duodecim. Lihasvammat. Saatavilla 24.4.2019. <https://kamk.fi/Terveysportti>

Kekki, R. & Kilpiä, T. 2017. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan yleistilan laskuun johtavat infektiot – Itseopiskelumateriaali kotihoidon lähihoitajille. AMK-opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/137763/Kekki_Riku.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kervinen, H. 2018. Äkillinen sepelvaltimokohtaus ja sydäninfarkti. Lääkärin käsikirja. Saatavilla 18.5.2019. <http://kamk.fi/kirjasto,Terveysportti>.

Koivisto, M., Kutila, J., Rikkinen, T-M. & Siloaho A. 2014. Äkillisesti heikentynyt yleistila – työdiagnoosin määrittäminen ensihoitovaiheessa. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014060311482>Komulainen, P. & Vuori I. 2015. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu. Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01182>

Kolho, E. & Lehto, J. 2018. Keuhkokuumeen diagnostiikka ja hoidon periaatteet. Teoksessa Mäki-järvi, M., Harjola V-P., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. 270-278. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Korkiakangas, E. & Vanhanen, M. 2015. Akuuttitilanteet ikääntyneen hoitotyössä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-597-111-1>

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy
Kuntaliitto. N.d. Asiantuntijapalvelut, sosiaali- ja terveystoiminta, sosiaalihuolto, iäkkäiden palvelut, asumispalvelut ja laitoshoidot. Saatavilla 3.2.2017. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoidot>

Leppänen, O. 2015. Yleisimmät ensiaputilanteet tehostetussa palveluasumisessa. Kehittämistehävä. Lapin ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201505117258>

Lumio, J. 2018. Verenmyrkytys eli sepsis. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 10.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00604#T1

Mustajärvi, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2018. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim, Printon: Tallinna

Mäkinen, T. 2019. Geriatrian poliklinikalla vanhus tutkitaan ajan kanssa – välillä se on kuin sala-poliisin työtä. Tehy 8/2019, 14-19.

Norton, R., Campbell, A., Reid, I., Butler, M., Currie, R., Robinson, E. & Gray, H. 1999. Residential status and risk of hip fracture. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/ageing/28.2.135>

Näyttöön perustuva toiminta. N.d. Hotus hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 20.4.2019. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-toiminta-organisaation-tasolla/>

Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>

Pitkälä, K. 2013. Infektiot ja antibiootit jylläävät pitkäaikaishoidossa. Lääkärilehti 24/2013.

Päivä, H. & Harjola, V-P. 2018. CRP (C-reaktiivinen proteiini). Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. (269). Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Rintala, E. & Karlsson, S. Sepsiksen ja septisen sokin alkuhoito. Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola V-P., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. 265-268.) Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Roivas, M. & Karjalainen, A. L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Porvoo: Edita

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Saatavilla 2.11.2019. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html/

Saarelma, O. 2019. Haava. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 2.7.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>

Saarelma, O. 2018. Iskut ja tärähdykset. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 8.5.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>

Saarelma, O. 2018. Kaatuileva vanhus. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 6.5.2019. Kaatuileva vanhus https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00760

Saarto, T. Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim. Livonia Print: Riika

Salava, A. Paise ja karvatupen tulehdus: lääkärin käsikirja. Saatavilla 18.5.2019. <http://kamk.fi/fi, kirjasto, Terveysportti>

Salava, A. Ruusu (erysipelas) ja selluliitti: lääkärin käsikirja. Saatavilla 15.5.2019. <http://kamk.fi, kirjasto, Terveysportti>

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 10.5.2019. www.kaypahoito.fi

Sepsis (aikuiset). 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 29.4.2019. www.kaypahoito.fi

Silfvast, T., Castreñ, M., Kurola, J., Lund., & Martikainen, M. 2009. Ensihoito-opas. Duodecim. Kolofon Baltico: Tallinna

Sirniö, J., Tervo, M. & Toiviainen, J. 2013. Akuuttitilanteiden hoito ikääntyneiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa: Apua! – akuuttitilanteiden opas henkilökunnalle. AMK-opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201304114303>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. 2017. 2. Miehillä sepelvaltimotauti yhä syynä joka viidenteen kuolemaan. Helsinki: Tilastokeskus. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_kat_002_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt (verkkojulkaisu) 2017. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_fi.html

Tarnanen, K. & Niskanen, L. 2015. Osteoporoosi altistaa luun murtumille. Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00023&suositusid=hoi24065>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyneiden tapaturmat kotona. 2018. Saatavilla 6.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/ikaantyneiden-tapaturmatilastot/ikaantyneiden-tapaturmat-kotona>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kansallinen FinnTerveys-tutkimus. 2017. <http://terveytemme.fi/finterveys/tulokset/index.html>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Tuki- ja liikuntaelinten ja pään vammat, 2017. Terveyskirjasto. Saatavilla 1.6.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>

Toura, S., Arifulla, D., Sarvikivi, E. & Lyytikäinen, E. 2017. Hoitoon liittyvät infektiot ja mikrobilääkkeiden käyttö Suomen pitkäaikaishoitolaitoksissa 2017. Euroopan prevalenssitutkimuksen tietojen yhteenveto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-209-3>

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi 2009.

Varpula M. (2015). Verenkiertovajaus. Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola V-P., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. 18-19. Duodecim: Helsinki

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi 2003.

Virtsatieinfektiot. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistys ry:n, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 15.4.2019. www.kaypahoito.fi

Yleistila. Lääketieteen termit. N.d. Saatavilla 12.3.2019. Duodecim Terveysportti. <http://kamk.fi, kirjasto, Terveysportti>

LIITTEET

1. kyselylomake
2. aineistohallintasuunnitelma

Aiheen rajausta: kysely

Akuuttitilanteet hoitokoti Honkalinnassa

Akuutilla tilanteella tarkoitetaan äkillisesti alkanutta tapahtumaa, joka vaatii välitöntä hoitoa tai toimenpiteitä.

Kuinka usein työssäsi kohtaat akuutteja tilanteita? Ympyröi sopivin vaihtoehto.

1. päivittäin
2. viikoittain
3. kuukausittain
4. vuosittain
5. En koskaan

Ympyröi akuuttitilanteista **5 yleisintä**, joita olet työssäsi hoitokoti Honkalinnassa kohdannut.

1. kaatuminen
2. äkillinen yleistilan lasku
3. haava
4. palovamma
5. sekavuus
6. väkivalta
7. neurologiset oireet (TIA, infarkti, vuoto, kouristelu)
8. sokeriaineenvaihdunnan häiriöt (hypo-/hyperglykemia)
9. rintakipu
10. hengitysvaikeus
11. elvytystilanne
12. myrkytys (myrkylliset aineet, lääkkeet)
13. sisäiset verenvuodot
14. tajuttomuus
15. sokki (verenkierron häiriötila)
16. infektio
17. jokin muu, mikä?

Halutessasi voit tarkentaa kohtaamiasi tilanteita:

Kiitos vastauksestasi.

Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Opinnäytetyössä käytetään tutkimusaineistona kirjallisuutta. Kirjallisesta aineistoa haemme Finna-, Medic- ja Ebsco-tietokannoista sekä Käypä hoito -suosituksista. Aineiston haussa kriteerinä on näyttöönperustuvuus. Aiheen rajauksen apuna käytämme henkilökunnalle suunnattua kyselyä.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Kirjallisen aineiston dokumentoinnissa käytämme apuna Refworks-ohjelmaa. Aiheen rajaukseen liittyvän kyselyn toteutamme anonymisti. Kyseessä on pienimuotoinen parin kysymyksen lomake. Vastauksia odotamme tulevan noin 20. Kyselyssä ei ole tunnistetietoja, koska niiden käyttäminen tutkimuksessamme ei ole merkityksellistä. Kyselyn tarkoitus on vain opinnäytetyön sisällön rajaaminen.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Internet-pohjaisissa kirjallisissa aineistoissa suosimme avoimia lähteitä, jotka ovat luotettavasti saatavilla. Tämän lisäksi hyödynnämme kirjallisuutta. Opinnäytetyön säilytämme OneDriven pilvipalvelussa. Kyselyn avulla kerättyyn tietoon pääsevät tiedonkeruu- ja analyysivaiheessa käsiksi vain opinnäytetyön tekijät. Aineisto on paperimuodossa, ja sitä säilytetään opinnäytetyöprosessin ajan tekijöiden hallussa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tutkimuksen aineiston hävitetään.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimusaineisto ei sisällä tunnistetietoja, eikä mitään muita yksilöön liittyviä tietoja. Opinnäytetyöntekijöiden lisäksi myös toimeksiantajalla on halutessaan käyttöoikeus aineistoon tutkimuksen tekovaiheessa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineiston hävitetään. Työn valmistumisen jälkeen tuotos, eli toimintaohjeistus, on toimeksiantajan vapaassa käytössä.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Tuotteistetun opinnäytetyöprosessin aikana syntyvää aineistoa ei ole mahdollista käyttää alkuperäisessä muodossa myöhemmin, koska se hävitetään prosessin loppuun. Opinnäytetyötä ja sen tuloksia on kuitenkin mahdollista hyödyntää myöhemmin.