



Ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutuminen

Ikäihmisten esitietojen saatavuus ensihoidossa

Jere Pääkkönen
Juho Jokela

OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2020

Ensihoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoitajakoulutus

PÄÄKKÖNEN, JERE & JOKELA, JUHO:
Ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutuminen,
Ikäihmisten esitietojen saatavuus ensihoidossa.

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Maaliskuu 2020

Opinnäytetyön tilaaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri julkaisi vuonna 2017 ikäihmisten akuuttihoitoketjun. Hoitoketjun tavoitteena on ikäihmisten toimintakyvyn ja kotona pärjäämisen tukeminen, terveydentilan muutoksien tunnistaminen ja nopea puuttuminen niihin, omaisten huomioon ottaminen kokonaisvaltaisemmin, hoitovastuun tekeminen selvemäksi, parantaa palveluverkostoa ja henkilöstön osaamista.

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutumista esitietojen osalta yhteistyössä Pirkanmaan pelastuslaitoksen Nokialla toimivan ensihoidon kanssa. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, kuinka usein ensihoidon kohtaamilta palveluasumisen piirissä asuvilta yli 75-vuotiailta esitietolomake löytyy ja millaista ensihoitajien oli kerätä esitiedot lomaketta käyttäen. Työn tavoitteena oli saada tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella käytössä olevien esitietolomakkeiden käytöstä erilaisissa hoitokodeissa ja muissa tuetun palveluasumisen muodoissa. Sekä saatavilla olevista esitiedoista, mikäli lomaketta ei ollut valmiiksi saatavilla.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, ja aineistonkeruu tapahtui vastauslomakkeita käyttäen. Vastauslomakkeeseen merkittiin, oliko henkilö yli 75-vuotias, asuiko hän palveluasumisen piirissä, sekä löytyikö esitietolomake valmiiksi täytettynä vai täytettiinkö lomake ensihoidon toimesta. Vastauksia tuli yhteensä 24 kappaletta noin kuukauden ajanjaksolta ja vastausprosentti oli 60%. Vastausten mukaan yli 75-vuotiaita oli 20, joista 12 asui palveluasumisen piirissä. Heistä seitsemällä oli esitietolomake valmiiksi täytettynä. Ensihoitajista vain yksi täytti lomakkeen itse.

Opinnäytetyön tulokset antavat viitteitä, että valmiiksi täytetty esitietolomake löytyy yli puolelta palveluasumisen piirissä olevilta yli 75-vuotiailta. Jatkotutkimusehdotuksena on, että aihetta tutkittaisiin pidempään ja eri paikkakunnissa samanaikaisesti. Näin voitaisiin selvittää esitietolomakkeen käyttöä luotettavammin koko sairaanhoitopiirin alueella. Tämä auttaisi myös selvittämään paikkakuntakohtaisia eroja

Asiasanat: ikäihminen, akuuttihoitoketju, päivystys, ensihoito, esitiedot

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Care

PÄÄKKÖNEN, JERE & JOKELA, JUHO:
Implementation of Elderly People's Critical Pathway
Availability of Elderly People's Medical History

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 10 pages
March 2020

Pirkanmaa health districts has released aged people's critical pathway in 2017. The aim of this study was to find out how this pathway was put into practice, with a special focus on the patients' medical history. The purpose was to find out how well different assisted living facilities and home care services obtained patients' past medical history forms that offered adequate information about the patient. If the patient did not have this form paramedics' purpose was to fill it. In this study the elderly patients are defined to be over 75 years old.

This study was conducted using quantitative approach. Data was collected by means of 5 survey forms that were displayed / distributed in the ambulance station for paramedics to fill. In total 24 answers were collected from one-month period. Some of the answers had to be rejected due to obscurity.

The results show that out of 12 elderly patients who lived in some sort of assisted living facilities or had home care services, 7 had a past medical history form. Paramedics filled this form only once.

The study revealed that the filled past medical history form was found in more than half of the cases. Every assisted living facility and home care service should make sure that patients have this form filled in advance. A further study proposal is that the research period should be longer, and it should include more than one ambulance station.

Key words: elderly, medical history, emergency ward, emergency medical service, critical pathway.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	6
3	NOKIALLA TOIMIVA ENSIHOITO	7
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
4.1	Ikäihmisen akuuttihoitoketju	8
4.2	Ihminen ja ikääntyminen	9
4.2.1	Tilastoja ikäihmisistä.....	9
4.2.2	Ikääntyneen hoidon erityispiirteitä	10
4.3	Esitiedot ensihoidossa ja terveydenhuollosta.....	12
4.4	Ensihoitopalvelu	13
4.5	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystys	17
4.5.1	Triage	19
5	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS	21
5.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	21
5.2	Tutkimusaineiston kerääminen	22
5.3	Tutkimustulosten analysointi.....	24
5.3.1	Tulosten luottamusväli ja luottamustaso	24
6	TULOKSET	26
6.1	Ensihoitajien kokemukset esitietolomakkeesta	30
7	POHDINTA	31
7.1	Tulosten pohdinta.....	31
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	32
7.3	Kehittämisehdotukset.....	35
6.4	Opinnäytetyön prosessi	36
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	42
	Liite 1. Päivystyksen esitietolomake.....	42
	Liite 2. Vastauslomake pelastuslaitokselle.....	46
	Liite 3. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Lupa AMK opinnäytetyölle.....	47
	Liite 5. Akuuttihoitoketju, Kokonaisuudessaan.....	49
	Liite 6. Akuuttihoitoketju, Ensihoidon näkymä.....	50
	Liite 7. Akuuttihoitoketju, päivystyksen näkymä.....	51

1 JOHDANTO

Riittävät esitiedot potilaista ovat oleellisia, sillä ne vaikuttavat hoitolinjoihin. Hoitolinjat valitaan ikäihmisillä hyvin pitkälti sen mukaan, mikä heidän sen hetkinen kuntonsa on. Esitiedot auttavat hoidon tarpeen määrittämisessä, sekä kotiuttamisessa. Sairaalassa pyritään nopeaan kotiuttamiseen ja Kaste-hanke osoitti, että riittävät esitiedot estävät liian nopeaa kotiuttamista. (Lukka 2012.)

Ikääntyneistä voidaan nähdä eri määritelmiä. Laissa on esimerkiksi eri määritys, kuin mikä länsimaisessa ihmiskäsityksessä. Tämä opinnäytetyö rajaa ikäihmisen yli 75 vuotiaisiin, sillä länsimainen ikäkäsitys yleensä määrittelee vanhuuden alkavan 75 vuotiaana siinä missä ikääntyneeksi katsotaan yli 65 vuotias (Vernerinet. 2019.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutumista esitietojen osalta yhteistyössä Nokialla toimivan ensihoidon kanssa. Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymyksiin: Kuinka usein ensihoidon kohtaamilta palveluasumisen piirissä asuvilta yli 75-vuotiailta esitietolomake löytyy? Millaista ensihoitajien oli kerätä esitiedot lomaketta käyttäen?

Esitietojen kerääminen voi olla vaikeaa, mikäli valmiiksi täytettyä tai päivitettyä lomaketta ei löydy. Haasteita voi tuoda myös ikäihmisen sekavuustilat, muistihäiriöt ja päihtymiset. Esitiedot ovatkin tärkeä työkalu ensihoidon ja päivystyksen työntekijöille. Aina ikäihminen ei pysty vastaamaan täysin realistisesti kysymyksiin, joten esitiedot on hyvä kerätä varhaisessa vaiheessa. Esitietojen avulla voidaan esimerkiksi täyttää myös erilaisia seulontatyökaluja. Amerikkalaistutkimuksessa pystyttiin erilaisten seulontatyökalujen avulla poimimaan potilaat, jotka voitiin siirtää suoraan akuuttihoitosta keskitasoiseen sairaalahoitoon. ISAR-testi, joka koostuu kuudesta eri kysymyksestä, osoittautui tehokkaimmaksi. Työkalun osa kysymyksistä on sellaisia, joihin ikäihminen ei välttämättä esimerkiksi muistisairauden vuoksi pysty yksin vastaamaan luotettavasti. Tämän vuoksi tarvitaan hyviä esitietoja ja mieluiten jo etukäteen täytettynä. (Inzitari ym. 2015.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutumista esitietojen osalta yhteistyössä Nokialla toimivan ensihoidon kanssa.

Tehtävänä on vastata kysymyksiin:

- Kuinka usein ensihoidon kohtaamilta palveluasumisen piirissä asuvilta yli 75-vuotiailta esitietolomake löytyy?
- Millaista ensihoitajien oli kerätä esitiedot lomaketta käyttäen?

Työn tavoitteena on saada selvyttä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella käytössä olevien esitietolomakkeiden käytöstä erilaisissa hoitokodeissa ja muissa tuetun palveluasumisen muodoissa. Sekä saatavilla olevista esitiedoista, mikäli lomaketta ei ole valmiiksi saatavilla.

3 NOKIALLA TOIMIVA ENSIHOITO

Nokiolla ensihoidon tuottajana toimii Pirkanmaan pelastuslaitos. Kyseisellä asemalla toimii kaksi ympärivuorokautista hoitotason ensihoidon yksikköä (PSHP 2019). Yhteistyöasema tuli työhön Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen kanssa käydyissä neuvotteluissa.

Alue, jolla Nokian ensihoidon yksiköt toimivat on Nokian seutu. Nokiolla ihmisiä asui vuonna 2017 yhteensä 33 322. Yli 65-vuotiaita tuona vuonna oli 19,8% kaikista asukkaista. Ikäihmisille tarkoitettuja ympärivuorokautisia hoitopaikkoja on järjestetty 112 kappaletta. Kotihoidon asiakkaita Nokialla oli 30.11.2018 yhteensä 376. (Nokian kaupunki 2020.)

Tarkkaa määritelmää ensihoitoyksiköiden toiminta-alueelle ei voi kuitenkaan sanoa, sillä ensihoitopalvelun järjestämiseen kuuluu asetuksen (585/2017) mukaan myös ensihoitovalmiuden ylläpito. Tämä tarkoittaa, että ensihoidon yksiköitä voidaan joutua siirtämään ensihoitovalmiuden säilymiseksi omalta toiminta-alueelta toiselle alueelle, jossa ei ole saatavilla ensihoidon yksikköä jollain tietyllä hetkellä. Asetuksessa mainitaan myös ensihoidon tavoittamisajojen määrittelystä. Jokaisen sairaanhoitopiirin alueen on tehtävä palvelutasopäätös, jossa kerrotaan tarkemmin alueelliset tavoittamisajat. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ydintaajama-alueilla 50% A- ja B-kiireellisyysluokan tehtävistä tulisi tavoittaa 6 minuutin kuluessa hälytyksestä ja 90% näistä tehtävistä tulisi tavoittaa 10 minuutin kuluessa hälytyksestä. Muilla taajama-alueilla 50% A- ja B-kiireellisyysluokan tehtävistä tulisi tavoittaa 8 minuutin kuluessa hälytyksestä ja 90% näistä tehtävistä 16 minuutin kuluessa hälytyksestä. (PSHP 2019.) Tavoiteaikojen vuoksi kiireellisille tehtäville pyritään aina lähettämään tehtäväosoitetta lähin oleva yksikkö, jolloin tavoiteaikoihin päästään mahdollisimman usein. Myös tämän vuoksi yksiköt voivat joutua toimimaan oman alueensa ulkopuolella.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Ikäihmisen akuuttihoitoketju

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on julkaissut vuonna 2017 ikäihmisten akuuttihoitoketjun. Akuuttihoitoketju on matriisimallinen ja siinä on jokaiselle terveydenhuollon toimijalle oma näkymänsä. Akuuttihoitoketjun tavoitteita ovat: ikäihmisten toimintakyvyn ja kotona pärjäämisen tukeminen, terveydentilan muutoksien tunnistaminen ja nopea puuttuminen niihin, omaisten huomioon ottaminen kokonaisvaltaisemmin, hoitovastuun tekeminen selvemmäksi, parantaa palveluverkostoa ja henkilöstön osaamista. Olennaista on myös varmistaa, että ikäihminen pärjää ympäristössään ja tietää miten toimia sekä mihin ottaa yhteyttä ongelmien koittaessa. Ikäihmiselle on tarkoitus luoda oma asiakaspolkunsä. Asiakkuuspolkua on erilaisia ja ne luodaan suuntiman avulla. Suuntima on verkkopalvelu ja sen tekee ikäihminen tai tarvittaessa hänen omaisensa. Myös terveydenhuollon ammattihenkilö voi tämän tehdä. Asiakkuuspolut saadaan näin vastaamaan asiakkaan tarvetta. (Ikäihmisten akuuttihoitoketju 2017.)

Tässä opinnäytetyössä tärkeimpinä ikäihmisten akuuttihoitoketjun näkymistä ovat päivystyksen näkymä (Liite 7) ja ensihoidon näkymä (Liite 6). Jälkimmäisestä näkymästä aukeaa ensihoidon huomiot akuuttihoitoketjun toteutumisen osalta. Näitä ovat esimerkiksi, että mitä on otettava huomioon tutkimuksia ja hoitoa annettaessa sekä hoidon ohjauksessa ja tiedon kulussa. Ensihoidon näkymästä löytyy myös esitietolomake, joka on tämän tutkimuksen kohteena. (Ikäihmisten akuuttihoitoketju 2017.) Akuuttihoitoketjun yleisnäkymä, ensihoidon näkymä ja päivystyksen näkymä ovat liitteissä 5-7.

4.2 Ihminen ja ikääntyminen

Ikäihminen, seniori, ikääntyminen ja vanhuus. Iäkkäistä ihmisistä käytetään monenlaisia nimityksiä ja määritelmätkin vaihtelevat. Ihmisillä on myös oma objektiivinen kokemus omasta iästään. On tilanteita, joissa iäkäs ihminen saattaa mieltää itsensä vanhaksi, mutta vastaavasti iäkäs ihminen saattaa mieltää itsensä joissakin tilanteissa myös nuoreksi. (Saarenheimo 2014.) Laissa on omat määritelmät ikääntyneelle väestölle ja iäkkäälle. Lain mukaan ikääntyneeseen väestöön kuuluvat ne, jotka ovat jo oikeutettuja vanhuseläkkeeseen. Vanhuseläkkeen raja on 65-vuotta. Iäkäs on taas henkilö, joka on kokenut heikentymistä sosiaalisesti, psyykkisesti, kognitiivisesti tai fyysisesti korkean iän vaikutuksesta. (Finlex 980/2012 3§.) Länsimainen ikäkäsitys sen sijaan määrittelee vanhuuden alkavan 75 vuotiaana ja ikääntyneeksi se katsoo yli 65-vuotiaan (Vernerinet 2019).

Normaaliin ikääntymiseen ei liity merkittävää kognitiivisen toimintakyvyn heikentymää. Kuudenkymmenen ikävuoden jälkeen ilmenee kuitenkin lievää heikentymistä kognitiivisissa testeissä, jotka mittaavat joustavuutta ja nopeutta. Normaaliin ikääntymiseen liittyvät kognitiiviset muutokset ovat hitaita, eivätkä olennaisesti haittaa selviytymistä arjessa. Terveillä ikääntyvien ihmisten toimintakyky pysyy eläkeiän saavuttamisen jälkeenkin perustaidoissa hyvänä. Osassa toimintoja taidot ja tieto karttavat edelleen, mutta jotkin tiedonkäsittelyprosessit ovat alttiita heikentymiselle ikääntymiseen liittyvien aivomuutosten pohjalta. Ikääntymiseen liittyvät muutokset eivät ole samanlaisia eri yksilöiden tai aivoalueiden välillä. Kognitiivisetkaan muutokset eivät ole yhtenäisiä eri toiminta-alueilla tai kaikilla ikääntyvillä. (Karrasch ym. 2020.)

4.2.1 Tilastoja ikäihmisistä

Väestöennusteen mukaan iäkkäiden ihmisten määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan entisestään, joka lisää painetta sosiaali- ja terveystaloudelle. Esimerkiksi yli 65-vuotiaiden osuuden ennustetaan nousevan vuoteen 2030 mennessä tämän hetkisestä 16 prosentista jopa 26 prosenttiin. (Tilastokeskus 2007.) Ikääntyminen lisää erilaisten hoivapalveluiden tarvetta. Vuoden 2017

tilastoiden mukaan yli 75-vuotiaasta väestöstä tehostetun palvelusasumisen piirissä on 7,5%. Vanhainkodeissa heitä on 1%, ja pitkäaikaishoidossa terveyskeskuksissa 0.2%. Kaikkinensa ympärivuorokautisen hoidon alaisuudessa on 9,0 % yli 75-vuotiaista. Yli 85-vuotiailla luku on jo suurempi, 18.2%. Naisten osuus on myös tilastoissa suurempi, selittyen naisten pidemmällä eliniällä. (THL, Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2017.)

4.2.2 Ikääntyneen hoidon erityispiirteitä

Ikääntyneellä tapahtuu toimintakyvyssä paljon muutoksia. Toimintakyvyn laskua nähdään eri osa-alueilla niin fyysisesti, psyykkisesti kuin kognitiivisestikin. Lihasmassan väheneminen alkaa 50-vuoden iässä ja se vähenee noin 1 prosentin per vuosi. Samoin aerobinen kestävyys, eli niin sanottu kestävyyskunto alkaa heikentyä. Luusto ja nivelet haurastuvat. Notkeus ja tasapaino kokevat laskua ja samoin muisti heikkenee. Muistin huononeminen ei sen sijaan ole aina merkki Alzheimerin taudista, vaan kuuluu normaaliin ikääntymiseen. Ikääntynyt kokee muutoksia myös aistitoiminnassa, esimerkiksi näössä ja kuulossa. Ikääntymisen vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä ja muutokset alkavat eri aikaan. Ikääntymisen vaikutuksia voidaan kuitenkin vähentää omilla elintavoilla, kuten säännöllisellä liikunnalla. (Komulainen & Vuori 2015.)

Solu- ja kudostasolla vanheneminen on kuivumista, jäykistymistä, rasvoittumista ja hyytymistä. Vanheneminen on myös ohjelmoitua solukatoa ilman, että se aiheuttaa minkäänlaisia näkyviä tulehdusreaktioita. Ikääntyneillä ihmisillä on usein paljon eri perussairauksia, jonka vuoksi heillä on käytössään myös runsaasti eri lääkityksiä. Useiden lääkkeiden käyttö on haasteellista yhteisvaikutuksiin ja haittavaikutuksiin liittyvien riskien lisääntymisen vuoksi. Ikääntyneet kokevat myös muutoksia aineenvaihdunnassaan, jonka vuoksi he voivat olla erityisen herkkiä lääkkeiden haittavaikutuksille. (Tilvis ym. 2016). Noin 40 prosentilla yli 65-vuotiaista ihmistä perussairauksia on kolme tai enemmän. Noin 25 prosentilla perussairauksia on jo neljä tai enemmän. Myös perussairauksien määrän keskiarvo lisääntyy iän myötä. (Bowker & Durso 2010.)

Monilla iäkkäämmillä ihmisillä herkkyys monille lääkkeille on muuttunut. Esimerkiksi elimistön eri reseptorien herkkyys muuttuu iän myötä. Solujen natrium-kaliumpumppujen toiminnassa tapahtuu muutoksia, joka vaikuttaa esimerkiksi lisäämällä herkkyyttä digoksiinille. Keskushermoston ikääntyminen lisää herkkyyttä monille keskushermostoon vaikuttaviin lääkeaineisiin. Näitä ovat esimerkiksi opioidit, Parkinson lääkkeet, antipsykoottiset lääkkeet, masennuslääkkeet ja sedatiiviset lääkkeet. Jotkin haitalliset reaktiot ovat todennäköisempiä iäkkäiden ihmisten kohdalla näiden vaihtelevien herkkyysien vuoksi. Näistä esimerkkeinä on verenpaineiden säätelyyn osallistuvien baroreseptorien herkkyuden alentuminen, jonka vuoksi oireellinen hypotensio on yleisempää ikääntyneillä verenpainelääkkeitä käytettäessä. Janon tunteen säätely on madaltunut, tämän takia diureettien käyttöön liittyvä hypovolemia on yleisempää. Lämmönsäätely on heikentynyt, joka johtaa pidemmissä leikkauksissa ja sedaatioissa yleisemmin haitalliseen hypotermiaan. Immuunivasteen muutoksien vuoksi myös allergiset reaktiot lääkeaineille ovat yleisempiä. (Bowker ym. 2010)

lääkäillä ihmisillä kävelyhäiriöt ovat yleisiä. Tämä lisää ihmisen kaatumisen riskiä, immobiliteettiä ja jopa mortaliteettiä. Kävelyhäiriöiden ja kaatumisen riskiä lisäävät eri hermosairauden, dementia, delirium ja psykotrooppiset lääkkeet. Joskus iäkkään ihmisen kaatuminen voi olla peräisin piilevästä diagnosoimattomasta sairaudesta. (Axer ym. 2010).

Tässä opinnäytetyössä ikäihmisen raja haluttiin nostaa korkeammaksi kuin 65 vuotta, sillä vanhenemisen myötä tapahtuva sairastuminen on todennäköisempää vasta myöhemmin. Tämän vuoksi ikäihmisen raja tässä opinnäytetyössä on 75 vuotta, jolloin on suurempi mahdollisuus, että esitietolomake on tarpeellinen perussairauksien, sekä muiden terveydentilaan ja toimintakykyyn vaikuttavien asioiden vuoksi. Aiemmin mainittujen tilastojen mukaan myös palveluasumisen piirissä oleminen lisääntyy iän myötä.

4.3 Esitiedot ensihoidossa ja terveydenhuollosta

Esitietojen määritelmä Duodecimin lääketieteen sanaston mukaan on: *”potilaan, hänen omaisensa tai saattajan antamat tiedot mm. sairauden alkamisesta, oireista ja kulusta”*. Esitietoina voi käyttää myös potilaan aiempia potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298.)

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkintä potilaan jokaisesta palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee tarvittavassa laajuudessa käydä ilmi esitiedot, tulosyy, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmäärittäminen tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Potilasasiakirjoihin täytyy kirjata potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä riittävän laajat tiedot. Näissä olevien merkintöjen täytyy olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee käydä ilmi tietojen lähde, mikäli tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298.)

Esitiedoista ja niiden tärkeydestä eri yhteyksistä on tehty melko paljon tutkimusta. Esimerkkeinä esitietojen tärkeydestä toimii tutkimus, jossa käsitellään esitietojen ja sairaushistorian merkitystä obstruktiivisen uniapnean diagnosoinnissa. Tutkimuksen ovat tehneet vuonna 2016 Ustun B, Westover MB, Rudin C, Bianchi MT. Journal of Clinical Sleep Medicine (JCSM) on tehnyt kyseisestä tutkimuksesta artikkelin. Artikkelissa mainitaan, että tutkimustulosten mukaan obstruktiivisen uniapnean diagnosointiin käytettävä metodi, jossa käytettiin vain potilaan sairaushistoriaa ja esitietoja osoittautui paremmaksi kuin metodi, jossa käytettiin pelkkiä potilaan oireita.

Myös vuoden 1975 British Medical Journal:in artikkelissa Medical education, Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory

Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients kerrotaan tutkimuksesta, jossa tutkittiin 80 potilaan diagnoosiin johtavia tekijöitä.

66 potilaalla 80:stä esitiedot ja sairaushistoria antoi tarpeeksi informaatiota diagnoosia varten, jotka lopulta vielä yleisesti hyväksyttiin selittäväksi diagnoosiksi näillä potilailla.

Tutkimusta on tehty myös päivystyksessä triagen selvittämien ja kirjaamien lääkelistojen epätarkkuudesta ja puutteellisuudesta. Triagessa selvitettyissä lääkelistoissa, jopa 37:ssä prosentissa oli eroavaisuuksia potilaan normaaliin lääkelistaan. 9,8%:ssa potilailla oli kirjattu lääkkeitä, jotka olivat jo lopetettu. Lisälääkityksistä 27,9% jätettiin kirjaamatta sekä 38% potilaista käyttivät jotain reseptivapaata lääkitystä, jota ei triagessa ollut kirjattu ylös. Kyseisessä tutkimuksessa tutkittiin vain yhdensairaalan päivystyksen triagen kirjaamia lääkelistoja ja tästä mainittiin, että luvut voivat vaihdella merkittävästi eri sairaaloiden välillä. Tutkimuksessa mainittiin myös, että kyseisessä otannassa oli normaalia pienempi osa iäkkäitä ihmisiä. Tutkimuksessa olleiden potilaiden keskimääräinen ikä oli 39 vuotta. (Mazer ym. 2010.)

4.4 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon päivystystoimintaa kodeissa, julkisilla paikoilla ja työpaikoissa. Sen tehtävänä on turvata ja toteuttaa äkillisesti sairastuneiden ihmisten tai onnettomuuksien uhrien laadukas hoito tapahtumapaikalla ja tarvittaessa potilaan kuljetuksen aikana. Ensihoidon tehtävien luonne ja toimintaympäristö muistuttavat muiden turvallisuusalan toimijoiden, kuten poliisin ja pelastuksen työtä. Ensihoidon järjestämisvastuu on ollut vuodesta 2013 Sairaanhoidopiirillä. Sairaanhoidopiiri voi järjestää ensihoidon omana toimintanaan, yhteistoiminnassa toisen sairaanhoidopiirin kuntayhtymän kanssa, yhdessä alueen pelastustoimen kanssa tai ostaa sen yksityiseltä palveluntuottajalta. (Kuisma ym. 2017.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrää, että ensihoitopalvelun suunnittelu ja toteutus on tehtävä yhteistyössä terveydenhuollon eri päivystävien yksiköiden kanssa ja näiden on muodostettava toimintakokonaisuus. Suunnittelu on tehtävä

myös yhteistyössä oman alueen terveys- ja sosiaalitoimen, ensihoitopalvelun tuottajien, ja yhteistyöviranomaisten kanssa. Tässä laissa määrätään myös mitä ensihoitopalvelun tulee pitää sisällään. Näitä ovat muun muassa osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle, virka-avun antaminen pelastustoiminnalle, poliisille, meripelastukselle ja rajavartiotoiminnalle. Ensihoidolle kuuluu myös potilaan ja läheisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin tarvittaessa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Ensihoidon tehtävien kirjo on erittäin laaja. Tehtävät ensihoidolle välittää hätäkeskus. Vuosien myötä ensihoidon tehtävät ovat lisääntyneet ja niiden luonne on muuttunut. Tämän taustalla on useita syitä, joista esimerkkeinä on ikääntyvä väestö, pitkäaikaissairauksien lisääntynyt määrä sekä eri päihdetarkoitukseen käytettyjen aineiden lisääntyminen. Tehtävien määrä on suorassa yhteydessä väestön määrään. (Kuisma ym. 2017.)

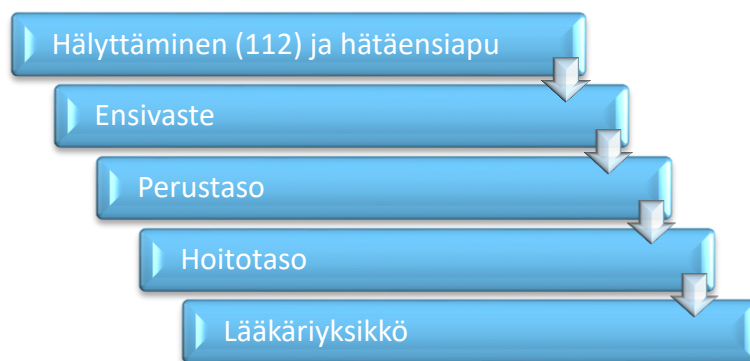
Lain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tehtävä ensihoidon palvelutasopäätös, jossa on noudatettava STM:n ohjetta (Terveydenhuoltolaki 39§). Terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta säädetään, että sairaanhoitopiiri vahvistaa ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen. Siinä määritellään myös muun muassa miten ensihoitopalvelu järjestetään ja mitkä ovat ensihoidon tavoitteajat, joiden sisällä ensihoidon tulisi tavoittaa potilaat eri osissa sairaanhoitopiiriä erikseen kuvatus riskialuejaottelun mukaisesti. Palvelutasopäätösten tavoitteena on turvata palvelutarpeeltaan samantasoisille alueille samantasoinen ensihoitopalvelu, tuottaa käytettävissä olevilla resursseilla ensihoitopalvelu mahdollisimman tehokkaasti sekä tavoittaa valtaosa alueen kiireellistä ensihoitoa tarvitsevista potilaista alueellisesti määritellyissä enimmäisajoissa. (STM, Ensihoidon palvelutaso 2011.)

Hätätilapotilaan tavoittamisnopeudesta ei ole olemassa säädöksiä tai muita sitovia määräyksiä. Myös lääketieteelliseen tutkimukseen perustuvia aikarajoja on vähän. Elottomat potilaat muodostavan kriittisen potilasryhmän, joiden kohdalla selviytymisen mahdollisuudet ovat lähes olemattomat, jos potilaan tavoittamisen viive on ilman maallikkoelvytystä yli 10 minuuttia. Ottaen huomioon

ensihoidon lähtemiseen ja hätäpuhelun käsittelyyn kuluva aika, ensihoidon yksikölle jää aikaa vain noin kahdeksan minuuttia tavoittaa potilas. Vaikea hengenahdistus tai hengitystie-este, runsas verenvuoto tai muu vastaava välittömästi henkeä uhkaava tilanne on kiireellisyydeltään sydänpysähdykseen rinnastettavissa. (STM, Ensihoidon palvelutaso 2011.)

Ensihoidon vastuulle kuuluvat äkillisten sairastumisien lisäksi hoitolaitosten väliset siirrot, mikäli näin on tarpeen. Ensihoidossa tehtävät jaetaan neljään eri kiireellisyysluokkaan. Kiireellisyysluokat ovat A, B, C ja D, ja kaikilla on oma vasteaikansa, milloin kohde tulisi saavuttaa. A luokan tehtävät ovat korkeariskiseksi arvioituja ensihoitotehtäviä, joissa on vahva epäily, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat akuutisti uhattuina. Näihin lukeutuvat muun muassa edellä mainitut elottomuus, Vaikeat hengenahdistukset tai hengitystie-esteet ja runsaat verenvuodot. A-luokan tehtäviin tulisi yleisesti ennättää 8 minuutin kuluttua hälytyksestä. B luokan tehtävissä ei ole varmuutta siitä, että potilaan elintoiminnot olisivat välittömästi uhattuina, mutta sitä voidaan pitää todennäköisenä. B-luokan tehtävien tavoitettavuusaika on myös 8 minuuttia. C-luokan tehtävissä peruselintoiminnot on arvioitu vakaiksi, tai häiriötä pidetään lievänä mutta nopean arvioinnin vaativana. C-luokan tehtävien tavoitettavuudeksi on määritetty 30 minuuttia. Viimeisin tehtäväluokka on D, joissa peruselintoiminnoiden oletetaan olevan vakaat, eikä potilaalla oleteta olevan peruselintoiminnan häiriötä, mutta hoidon tarve on silti arvioitava. D-tehtävien tavoitettavuusajaksi on määritetty 120 minuuttia. (Kuisma ym. 2017.)

Ensihoito on jaettu eri tasoihin niiden hoitovalmiuksien perusteella. Ensihoitoketju lähtee käyntiin hälyttämisestä, ja siinä tilanteessa mahdollisesti annetusta hätäensiavusta. (KUVIO 2.) Kohteeseen voi saapua ennen varsinaista ambulanssia ensivasteyksikkö, eli EVY. Ensivasteyksikössä ei aina välttämättä ole henkilöitä, joilla on terveydenhuoltoalan koulutus, mutta se pystyy silti aloittamaan välttämät toimenpiteet, jotta potilaan peruselintoiminnot voidaan turvata. EVY voidaan hälyttää, mikäli se saavuttaa kohteen selvästi ennen ambulanssia. EVY ei kuljeta potilasta. (Itä-uudenmaan pelastuslaitos 2019.)



KUVIO 2. Porrastettu ensihoitojärjestelmä

Ensihoidon perustason yksikkö on yksikkö, jossa on riittävät perusvalmiudet potilaan valvomiseen ja huolehtimiseen siten, ettei potilaan voinnissa odoteta romahdusta alaspäin. Perustason yksikkö pystyy aloittamaan yksinkertaiset toimet hengen pelastamiseksi, kuten hengitystien varmistamisen ja elvyttämisen. Perustasolle kuuluu muutamia lääkkeitä. Perustasolla voi olla niin pelastajia, kuin lähihoitajia sekä sairaanhoitajia. Hoitotason ensihoitajilla on koulutuksena ensihoitaja AMK tai sairaanhoitaja + 30op erikoistumiskoulutus. Hoitotason yksikkö pystyy aloittamaan hoidon tehostetulla tasolla ja turvaamaan elintoiminnot kuljetuksen aikana. Hoitotason ensihoitaja pystyy tekemään myös monenlaisia toimenpiteitä, kuten lääkitsemään suonensisäisesti, johtamaan elvytystä, tahdistamaan rytmihäiriöitä yms. Hoitotason ensihoitajan on myös kyettävä tekemään potilaan haastattelun perusteella työdiagnoosi ja valita sen mukainen hoitolinja. (Itä-uudenmaan pelastuslaitos 2019.)

Kenttäjohtajana toimii hoitotason ensihoitaja, joka on saanut siihen oman koulutuksensa, yleensä ensihoidon YAMK. Kenttäjohtajat vastaavat ambulanssien riittävydestä ja johtavat kenttätoimintaa. He voivat myös osallistua potilaan hoitoon vaativissa tilanteissa. Ensihoidossa operoi vielä päivystävä ensihoitolääkäri, jonka tehtävänä on osallistua vaativiin tehtäviin ja vastata ensihoitajien puhelinkonsultaatioihin. Ensihoitolääkäri täydentää ambulanssien toimintaa, ja lääkäriyksiköstä löytyy enemmän diagnostisia menetelmiä. Lääkäriyksikkö pystyy myös laajempaan hoitoon. (Itä-uudenmaan pelastuslaitos 2019.)

4.5 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystys

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt ”*yhtenäiset päivystyshoidon perusteet*” työryhmän raportissaan eri päivystykseen ja päivystyshoitoon liittyviä termejä. Päivystys on yleistermi, joka viittaa päivystyshoitopalvelua tuottavaan paikkaan tai päivystyshoidon tarpeeseen. Päivystyshoidolla tarkoitetaan vamman, äkillisen sairastumisen tai pitkäaikaisen sairauden pahentumista edellyttämää välitöntä hoidonarviointia ja hoitoa. Päivystyspalvelua tuottavaa paikkaa kutsutaan päivystyspoliklinikaksi. Terveyskeskuksen ilmoittama aukioloaika on virka-aika ja tämän ulkopuolelle jäävää aikaa sanotaan Päivystysajaksi. Päivystyspoliikkua, jossa on erikoisalojen lääkäreiden ja yleislääketieteen palveluja kutsutaan yhteispäivystykseksi. Hoidon tarpeen arvio on termi, joka sisältää arvion siitä tarvitseeko potilas päivystyshoitoa tai muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan. Hoidon kiireellisyyden ensiarvio on päivystyspoliklinikalle saapuvalla potilaalle tehtävä välitön arvio potilaan tarvitsemasta hoidon kiireellisyydestä. Tästä voidaan käyttää myös eri termejä kuten hoidon kiireen arvio tai hoidon kiireellisyyсарvio. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010.)

Terveydenhuollon päivystystoiminta yleisesti jaettu suomessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystystoimintaan. Perusterveydenhuollon päivystystoiminnan järjestää yleensä terveyskeskukset joko yksin tai useamman kunnan yhteistyönä. Järjestämismalleja on useita, sillä kunnat voivat tuottaa päivystyspalvelut itse tai sopia, että päivystyspalvelut tuottaa sairaanhoitopiiri. Kunnat voivat myös ulkoistaa kokonaan tai osittain päivystyspoliklinikan toiminnan yksityiselle palveluntuottajalle. (THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011.)

Erikoissairaanhoidon päivystys on sairaanhoitopiirien vastuulla. Sairaanhoitopiirit järjestävät yleensä erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan, mutta myös joissakin terveyskeskusten päivystyksissä on erikoissairaanhoidoa. Tyypillisesti alueellinen yhteispäivystyspoliikkika tarjoaa erikoissairaanhoidon palvelut, mutta eri potilasryhmien päivystykset on saatettu hajauttaa työnjaon mukaisesti myös eri päivystyspoliikkikoihin. Yleisiä eri potilasryhmille hajautettuja palveluita ovat muun muassa lastentautien päivystys sekä naistentautien ja synnytysten

päivystystoiminta. Vaativimmat erityistason palvelut on keskitetty koko maassa päivystysaikana yliopistotason klinikoihin. Erikoissairaanhoidon toiminnan tehokkuus nojaa päivystysaikana usein voimakkaasti eri asiantuntemusten ja tukipalveluiden saatavuuteen. (THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa. 2011.)

Päivystystoiminnan kehitys kansainvälisesti on johtanut myös Suomessa päivystyspoliikkliniikoiden syntyyn, joissa potilaat jaotellaan todellisen hoidon tarpeen mukaan, eikä enää keinotekoisien hallinnollisten rajojen mukaan. Tällöin potilaita arvioidaan hoidon kiireellisyyden, hoidon keston sekä hoidon vaatimien resurssien mukaan jo heti hoitoon tullessa. Potilaat ohjataan myös tyypillisesti eri vastaanottoihin hoidontarpeen mukaisesti. (THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa. 2011.)

Äkillinen sairastuminen vanhuksella voi aiheuttaa diagnostisia ongelmia. Tämä nostaa esille kysymyksen, että mitkä tutkimukset ovat päivystysluonteisesti aiheellisia, sekä kuinka intensiivisesti hoidot tulee aloittaa. Vanhuksilla sairastumisen diagnostiikka vaikeuttavat monet syyt. Nämä voidaan tiivistää kolmeen eri pääongelmaan, jotka ovat: ikääntymisen ja siihen liittyvien sairauksien myötä oireiston muuttuminen, eri statuslöydösten paljous ja yleisoireiden tulkinnan hankaluus, sekä esitiedoista olennaisten asioiden löytämisen vaikeudet. Vanhuspotilaiden anamneesin ottaminen vie aikaa. Pitkään kestäneiden keskustelujen ja haastatteluidenkin jälkeen perimmäiset syyt hoitoon hakeutumiselle voi jäädä helposti epäselviksi. Ikääntyneet ihmiset valittavat usein erilaisia vaivoja, kuten huimausta, heikkoutta ja nivelvaivoja, mutta monista muista oireista kertominen voi jäädä. Esimerkiksi intiimit vaivat, kuten virtsankarkailu voi olla iäkkäälle vaikea oire mainita. (Tilvis ym. 2016).

4.5.1 Triage

Luonteenomaista päivystyshoidolle on, ettei sitä voi siirtää oireiden vaikeusasteen vuoksi. Päivystykseen voidaan saapua omin voimin tai ambulanssin kyydillä. Päivystyksessä potilaille tehdään aluksi triageluokitus, eli hoidon tarpeen sekä kiireellisuuden arviointi. Tämä määrittää sen, kuinka nopeasti potilas pääsee jatkohoitoon, vai tarvitseeko potilas jatkohoitoa lainkaan. Yleinen oletamus on, että ensihoidon kyyditsemänä pääsee päivystyksessä nopeammin hoitoon. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa, vaan triage arvioi tilanteen myös ambulanssin tuomilta potilailta. Potilas voidaankin joissain tilanteissa lähettää suoraan kotiin hoito-ohjeiden kanssa tai vaihtoehtoisesti hoitoon muuhun hoitopaikkaan. Triagessa hoitaja pyrkiikin saamaan kuvan potilaan tilanteesta haastatteleamalla tätä ja suorittamalla mahdollisesti mittauksia. Triage selvittää esimerkiksi tulosyyn, ja mahdolliset vammalöydökset sekä ottaa mittauksia, mikäli tarpeen. Näitä mittauksia voi olla esimerkiksi happisaturaatio ja verenpaine. Triagen on tarkoitus olla nopea ensiarvio potilaan tilasta. Joissakin päivystyspoliklinikoilla on käytössä niin sanottu Streaming järjestelmä, jossa ensihoito hoitaa itse triagen. Ensihoitaja siis valitsee itse, minne hoitoalueelle potilas kuuluu, ja antaa raportin suoraan hoidosta vastaavalla hoitajalle ja lääkärille. Tämän mahdollistaa joillakin alueilla ensihoidossa käytössä olevat sähköiset potilastietojärjestelmät. (Kuisma ym. 2017).

Sairaalan ulkopuolisessa hoidossa potilaan oikean hoitopaikan valinta perustuu kyseisellä hetkellä potilaan tilanarvioon, haastatteluun ja saatavilla oleviin esitietoihin. Myös potilaan perussairaudet, mahdolliset aiemmat hoitosuhteet eri hoitopaikkoihin ja muut esitiedot voivat vaikuttaa potilaan oikean hoitopaikan valintaan. Ensihoidossa hoitopaikan valintaan vaikuttaa myös alueelliset ensihoidon ohjeistukset kuljetuspaikoista. (Kuisma ym. 2017).

Triage luokittelu on nykypäivän terveydenhuollossa ja päivystystoiminnassa oleellinen elementti, jonka avulla yksikön suhteellisen niukat resurssit jaetaan järkevästi loputtomalle terveydenhuollon tarpeelle. Triagen tarkoituksena ei ole pelkästään auttaa potilasta saamaan kliinistä oikeudellisuutta, mutta myös tarjota yksikölle hyvä organisointi ja arviointi apuväline. Uusi triage malli esiteltiin ensikerran noin 30 vuotta sitten Australiassa, Queenslandin osavaltiossa

Ipswichin sairaalassa. Tästä kyseinen malli on levinnyt eripuolille maailmaa ja mukautunut ajan myötä nykyiseen muotoonsa. Nykyään triage järjestelmä on standarsoitu useissa maissa sairaaloihin. Tämän hetkisessä järjestelmässä on kuitenkin ongelmia, joista suurin on päivystysten ruuhkautuminen kasvavan päivystyksen tarpeen vuoksi. Tämä onkin aiheuttanut kyseenalaistusta triagejärjestelmää kohtaan. (FitzGerald ym. 2010).

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS

5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Määrällinen tutkimus, eli kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistyksen pienestä joukosta, jotta tulokset saadaan kuvaamaan koko perusjoukkoa (Kananen 2008). Kvantitatiivista tutkimusta kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi ja sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä asioita (Heikkilä 2014). Otanta on yleensä suuri ja pyrkimys on vastata kysymyksiin ”kuinka paljon” ja ”miten usein”. Suositeltava havaintoyksikkömäärä on 100 kappaletta. Havaintoyksikkömäärän kasvaessa myös tulokset voidaan luotettavammin yleistää perusjoukkoon. (Vilka 2007).

Määrällisessä tutkimuksessa oleellista on mittaaminen ja mittaamisesta saadut lukuarvot, jotka analysoidaan tilastollisin analyysimenetelmin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittava ilmiö on muutettava muuttujiksi, jotka voidaan mitata. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voi käyttää aineiston keräämisessä kyselylomakkeita ja haastatteluita. Yleensä lomakkeissa on strukturoituja eli ns. suljettuja kysymyksiä. Kysymyksissä ei tulisi olla valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan vastaaja saa itse jäsentää vastauksiaan. Lomakkeissa ja kyselyissä on taattava vastaajan anonymiteetti. Lomakkeet voivat olla paperillisia tai sähköisiä, eli verkkolomakkeita. Lomakkeiden vastausmäärä on yleensä heikompi, kun haastattelujen. (Vilpas. 2019.) Kun tiedonkeruun kohteena on ihmisiä, heistä käytetään kvantitatiivisen tutkimuksen käsitteillä ilmaisuja tilastoyksikkö tai havaintoyksikkö. Tilastoyksikkönä ihmisellä on tutkimuksellisesti erilaisia rooleja, joita voivat olla muun muassa osallistuja, iäkäs, äänestäjä, opiskelija tai potilas. (Mattila ym. 2013.)

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutumista esitietojen osalta. Tehtävänä oli saada vastaus kysymykseen: Kuinka usein ensihoidon kohtaamilta palveluasumisen piirissä asuvilta yli 75-vuotialta esitietolomake löytyy? Tulokseksi haluttiin saada selville osuuksia ja prosentteja. Tämän vuoksi opinnäytetyön toteuttamiseen valittiin luonnollisesti kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.

5.2 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimuskyselyn onnistuminen edellyttää kyselyn laatijalta osaamista ottaa monipuolisesti huomioon vastaajien halun, ajan ja taidot kyselyyn vastaamiseen. Lomakkeen suunnittelussa täytyy ottaa huomioon useita asioita. Lomakkeen ulkoasu, selkeys ja pituus ovat hyvin tärkeitä asioita vastaajalle, sekä tulosten kerääjälle. Yleisesti ottaen liian pitkä kysely karkottaa vastaamishalun. Lomaketta suunniteltaessa huomioitavien asioiden listaaminen alkaa tarkoituksella lomakkeen ulkoasusta ja pituudesta. Vastaamispäätökset pohjautuvat myös postikyselyissä hyvin pitkälti kyselyn antamaan ensivaikutelmaan. Loistavasti suunniteltu aineisto voi mennä pilalle huonon vastausprosentin myötä. (Mattila ym. 2013.)

Pirkanmaan pelastuslaitoksen Nokian asema valikoitui opinnäytetyöhön Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen kanssa käydyissä neuvotteluissa. Työelämän vastuuhenkilönä oli kyseisellä asemalla toimiva ensihoitaja, jonka kanssa sovittiin aineiston keräämisen ajanjaksoksi 19.8.2019 - 15.9.2019. Tämän lisäksi sovittiin myös, että jaksoa voidaan pidentää, mikäli tuloksia ei ole riittävästi. Asemalla ollut yksi täytetty lomake katosi, jonka vuoksi keräystä jatkettiin 09.10.2019 asti. Lopulliset työhön päätyneet vastaukset ovat ajanjaksolta 07.09.2019 - 09.10.2019. Pidempään jaksoa ei ollut mahdollista jatkaa, sillä aikaa työn toteutukseen olisi jäänyt muuten liian vähän.

Tutkimusaineiston keräämistä varten työhön täytyi laatia kriteerit, joilla saatiin poimittua sopivat potilaat. Opinnäytetyössä tarkoituksenamme oli selvittää kuinka hyvin esitietolomakkeet löytyvät ikäihmisiltä, jotka ovat tuetun palveluasumisen piirissä. Työssä oli siis vain kaksi kriteeriä, ikäihminen ja tuettu palveluasuminen. Akuuttihoitoketjun mukaan tuetun palveluasumisen piirissä olevalta ikäihmiseltä tulisi löytyä esitietolomake. Ikäihmisen raja on häilyvä, joten sitä varten oli päätettävä, miten työssä rajataan ikäihminen. Todennäköisyys sille, että ihminen asuu palveluasumisen piirissä ja että hänellä on joitakin perusterveydentilaan vaikuttavia tekijöitä kasvaa ikääntymisen myötä. Näiden syiden vuoksi opinnäytetyötä koskevassa työelämäpalaverissa sovittiin, että ikäihmisen raja tulisi olla korkeampi kuin 65 vuotta mikä laissa määritellään. Ehdotuksena palaverissa tuli 75:n vuoden ikä, joka lopulta myös työhön päättyi. Teoreettisena

pohjana tälle iälle käytimme länsimaista käsitystä ikäihmisistä, joka määrittää vanhuuden alkavan 75-vuotiaana.

Tutkimusjaksoa varten luotiin vastauslomake, johon oli tarkoitus laittaa rasti jokaiseen kriteerisarakeeseen, joka täytyi. Näin varmistuttiin, että vastaus kelpaa opinnäytetyöhön. Tämä helpottaa tutkimuskriteerien ulkopuolelle jäävien potilaiden sulkemista pois tutkimuksesta. Tutkimusajaksi oli aluksi määritelty noin kuukausi. Ennen jakson alkua arvioitiin karkeasti tutkimuksen kohteena olevien tehtävien määrä alueella, jossa asiaa tutkittiin. Asemalle vietiin lopulta viisi kappaletta vastauslomakkeita (LIITE 2.), jossa kussakin oli 10 riviä rastitettavana. Näihin lomakkeisiin ensihoidon oli tarkoitus kirjata heti tehtävän jälkeen päivämäärä, mitkä kriteerit potilas täytti ja löytyikö esitietolomake valmiiksi täytettynä vai täytettiinkö esitietolomake ensihoidon toimesta laittamalla rasti oikeaan kohtaan lomaketta. Tätä varten Nokialla toimivalle ensihoidolle vietiin ikäihmisten akuuttihoitoketjusta löytyviä esitietolomakkeita (LIITE 1.) täytettäväksi, mikäli niitä ei kohderyhmän potilailta entuudestaan löytänyt.

Lomakkeiden täyttöä varten laadittiin ohjeistus, jossa kerrottiin myös lyhyesti opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta. Ohjeistus laadittiin kirjallisesti ja sen tavoite oli olla mahdollisimman lyhyt ja ytimekäs, jotta kenenkään ei tarvitse nähdä liikaa vaivaa ohjeiden lukemiseen. Ohjeistus toimitettiin vastuuhenkilöllemme asemalla ja se päättyi sinne myös muiden työntekijöiden luettavaksi, jotta opinnäytetyön tarkoitus tulisi kaikille työn toteutumiseen osallistuville selväksi. Ohjeistuksesta löytyi myös verkko-osoite sähköiseen kyselyyn esitietolomakkeen hyödyllisyydestä. Kysely esitietolomakkeiden hyödyllisyydestä laadittiin TAMK:n E-lomake-editoria käyttäen. Kyseisen ohjelman käyttö oli tullut tutuksi oppitunneilla ja se soveltui tarkoitukseen hyvin. Verkkokyselyyn päädyttiin yhteyshenkilön suosituksesta. Verkkokyselyyn kysymyksiä laadittiin vain kolme ja ne olivat avoimia. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin välttämään johdattelua vastaamiseen. Vastaajien anonymiteetti säilyi verkkokyselyssä. Vastauksia lomakkeeseen toivottiin kaikilta ensihoitajilta sekä pelastajilta, jotka olivat ensihoitotehtävillä, joissa ei ollut esitietolomaketta kriteerit täyttävällä potilaalla.

5.3 Tutkimustulosten analysointi.

Lomakkeisiin vastauksia tuli 24 kappaletta noin kuukauden ajanjaksolta. Vastauksia olisi ollut enemmän, mutta yksi asemalla ollut vastauslomake katosi. Neljään säilyneeseen lomakkeeseen, joissa vastauskohtia oli yhteensä 40 kappaletta, saimme vastausprosentiksi 60%. Neljä kappaletta vastauksista jouduttiin hylkäämään tulkintavaikeuksien vuoksi. Osa potilaista ei myöskään asunut palveluasumisen piirissä tai ollut yli 75-vuotias, eikä näin ollen täyttänyt opinnäytetyön asettamia kriteereitä. Lopulliseen analysointiin päätyi vastauksista 12 kappaletta. Koska aineistoa saatiin kerättyä vain yhdeltä asemalta hieman yli neljän viikon ajanjaksolta, otanta jäi pieneksi kvantitatiivista tutkimusta ajatellen. Arvioimme kuitenkin, että työhön päätyneiden tehtävien määrä on tutkimusjaksoa ajatellen realistinen, sillä laatimamme kriteerit olivat tiukat ja kriteerit täyttäviä potilaita ei tule ensihoidossa joka päivä vastaan. Nettikyselyyn ei saatu vastauksia lainkaan.

Rastitettava lomake mahdollisti sen, että työhön saatiin pääasiassa vain kriteerit täyttäviä potilaita sekä myös sen, että emme joutuneet olemaan tekemisissä henkilötunnusten tai muiden potilastietojen kanssa. Rastitettavaan lomakkeeseen oli myös helpompi kirjata tehtävät heti asemalle palatessa, kuin esimerkiksi sähköiseen kyselyyn. Tämä todennäköisesti lisäsi myös vastausten määrää. Tulosten analysointiin käytettiin apuna Microsoft Word ja Excel ohjelmia, joilla saatiin helposti laskettua prosenttiosuuksia sekä luottamusväli ja luottamustaso tuloksista. Tulosten havainnollistamiseen käytettiin apuna erilaisia taulukoita, joihin opinnäytetyön tulokset on kuvattu.

5.3.1 Tulosten luottamusväli ja luottamustaso

Luottamusväli ja luottamustaso ovat kaksi keskeistä käsitettä tilastollisessa päättelyssä. Luottamusväli kuvaa väliä, jolla todellisen perusjoukon tunnusluvun arvot ovat tietyllä todennäköisyydellä. Tähän lukuun vaikuttavat monet

satunnaiset tekijät, joten suoraan ei voi päätellä, että vastaava osuus on myös täysin identtinen. Vastauksista voidaan kuitenkin laskea kuinka todennäköisesti vastaukset ovat jollain tietyllä luottamusvälillä. Luottamustaso on prosentti, joka kuvaa millä todennäköisyydellä perusjoukkoa kuvaava tunnusluku on jollain tietyllä luottamusvälillä. Käsitteet luottamustaso ja luottamusväli ovat näin ollen täysin toisiinsa sitoutuneita. Mikäli halutaan tietoa luottamusvälistä, yleisesti halutaan myös tieto luottamustasosta. On olennaista, että silloin kun luottamustaso kasvaa, myös luottamusväli laajenee. Tämä tarkoittaa sitä, että mitä isommalla varmuudella halutaan tietää, millä välillä jonkin perusjoukon tunnusluku sijaitsee, sitä suurempi luottamusväli on. (Mattila ym. 2013).

Luottamusväli voidaan laskea kaavalla

$$S = \sqrt{\frac{pq}{n}} . \quad (1)$$

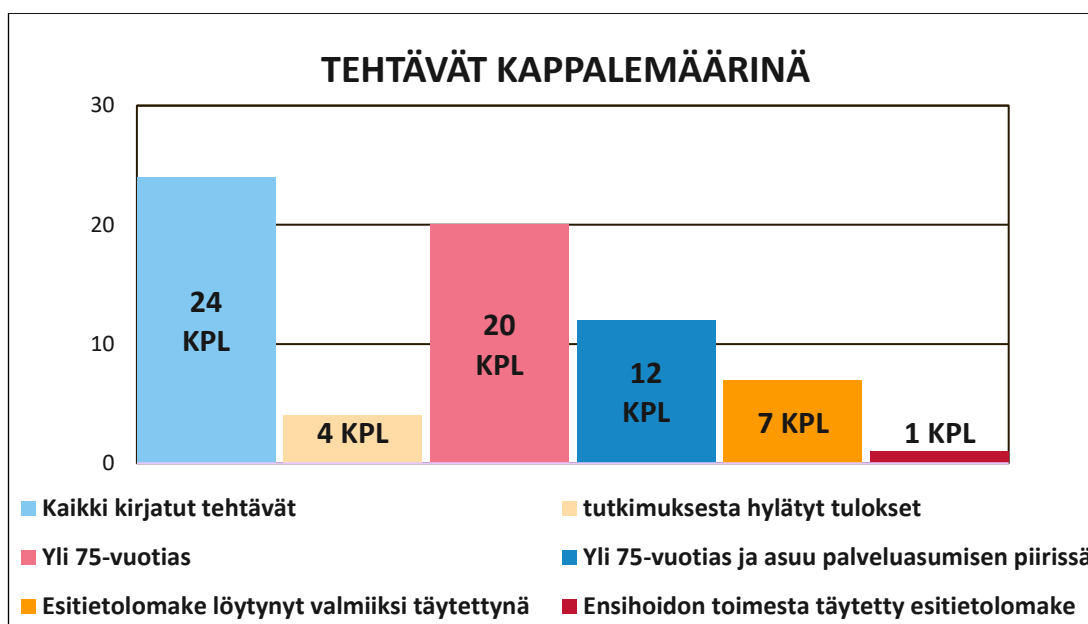
Kaavassa S on otanta jakauman keskihajonta. p kuvaa "kyllä" vastauksia ja q kuvaa "ei" vastauksia. n kuvaa koko otoksen kokoa. Mikäli halutaan laskea tuloksista 95% luottamustasolla luottamusväli kerrotaan otantajakauman keskihajonta (S) 1,96:lla. Tämä tulos lisätään ja vähennetään joko p tai q arvoon, jolloin saadaan luottamusväli, joko "kyllä" tai "ei" vastauksista. (Mattila ym. 2013).

6 TULOKSET

Tutkimuksesta saatujen tulosten raportointi on keskeinen osa tutkimuksen prosessia. Raportointi on myös tutkijan yksi keskeinen velvollisuus. Tällä tavoin työstä saadut tulokset saadaan julkiseen arviointiin ja kyseinen ala pystyy kehittyä eteenpäin. Tutkimustyön tulokset voidaan raportoida monella eri tapaa. Näitä ovat esimerkiksi opinnäytetyö, tieteellinen tai ammatillinen julkaisu, väitöstilaisuus tai yleisöluento. Eettisestä näkökulmasta ajateltuna jokaisella työn tekijällä on tekijänoikeus omaan materiaaliinsa. Siteeratessa aiemmin tuotettuun tietoon on tekijän viitattava alkuperäisjulkaisuun asianmukaisin lähdemerkinnöin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen 2017).

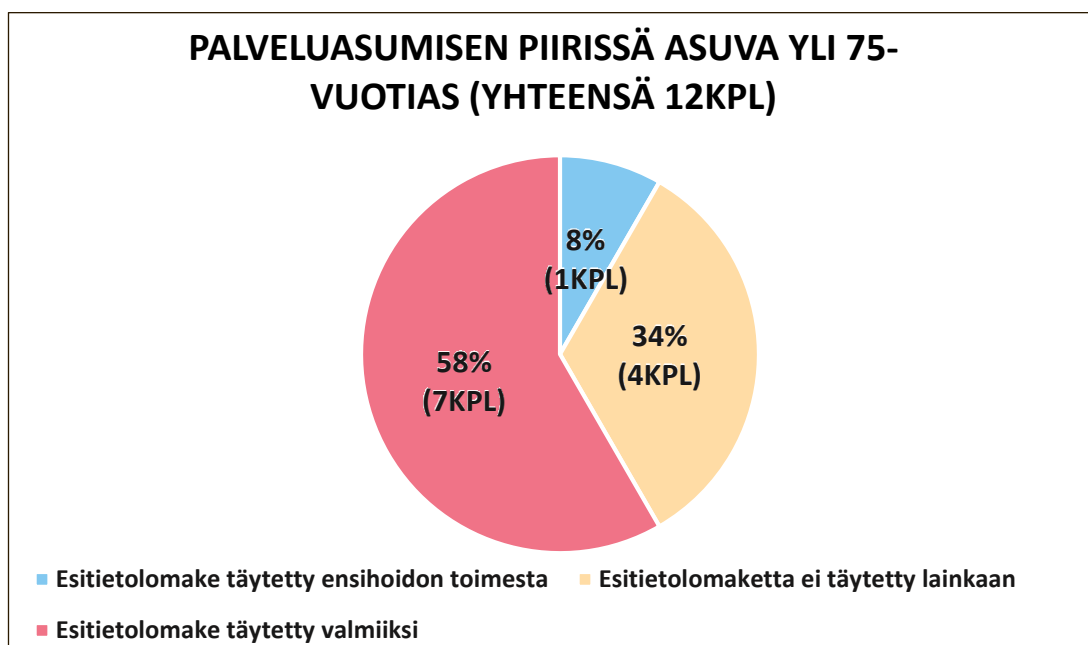
Tulosten havainnollistamisen apuna käytetään usein erilaisia kuvioita. Niiden tarkoituksena on helpottaa tulosten tai muun oleellisen informaation hahmottamista. Graafisista esitystavoista yleisimpiä ovat erilaiset viiva- ja pylväsdiagrammit. Monesti olisi kuitenkin informatiivisempaa korvata nämä jollain toisella graafisella esittämistavalla, kuten sektoridiagrammilla tai korrelaatiodiagrammilla. Analysointivaiheessa tuloksia ja niiden välisiä yhteyksiä tutkitaan monella eri tavalla, mutta julkaistavaksi täytyy valita kuvio, joka on selkein ja loogisin kussakin tilanteessa. (Mattila ym. 2013.)

Vastauksia lomakkeisiin saatiin yhteensä 24 kappaletta. Yli 75 vuotiaita jakson aikana oli kirjattu olevan 20 kappaletta. Molemmat kriteerit täyttäviä tehtäviä oli tutkimusjakson aikana kaikista 24:stä kirjatusta tehtävästä 12 kappaletta, joka on 50% kaikista vastauksista. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Tehtävä määrät (24kpl)

Vastauksista seitsemältä löytyi esitietolomake valmiiksi täytettynä. Tämä on noin 58,3% potilaista. Neljällä tehtävällä lomaketta ei löytynyt, eikä sitä täytetty. Tämä on noin 33,3% kriteerit täyttävistä tehtävistä. Vain yhdellä tehtävällä ensihoitaja täytti itse lomakkeen, joka on noin 8,3% kaikista kriteerit täyttävistä tehtävistä. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Molemmat kriteerit täyttävät tehtävät (12kpl)

Ensihoitajalla oli mahdollisuus tulosten mukaan täyttää esitietolomake yhteensä viidellä tehtävällä. Lomake täytettiin kuitenkin vain yhdellä tehtävällä. Tämä on 20% mahdollisista tehtävistä, joissa lomake olisi voitu täyttää ensihoidon toimesta.

Tuloksista voidaan laskea luottamustaso ja luottamusväli tutkimustulosten analysointi kappaleessa mainitulla kaavalla (KAAVA 1). Kaavalla saatuja tuloksia voidaan käyttää apuna, kun arvioidaan tuloksia, joilla esitietolomakkeita löytyy yli 75-vuotiailta palveluasumisen piirissä olevilta koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueelta. Kaavaa käyttämällä saadaan vastaukseksi, että tämän opinnäytetyön pohjalta saatujen tulosten mukaan esitietolomake löytyy 90% todennäköisyydellä 31,2 – 85,5 prosentilla yli 75-vuotiailta palveluasumisen piirissä olevilta potilailta.

$$14,23 = \sqrt{\frac{58,33 \times 41,67}{12}}$$

$$14,23 \times 1,91 = 27,18$$

$$58,33 + 27,18 = 85,51$$

$$58,33 - 27,18 = 31,15$$

(KAAVA 1.)

Alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 1.) on kirjattuna tehtävät, joista tulokset on kerätty. Taulukko on kopioitu asemalta kerätyistä lomakkeista ja muutettu sähköiseen muotoon Microsoft Word ohjelmalla. Taulukkoon on laitettu vain hyväksytyt vastaukset. Neljä kappaletta 24.9.2019 tulleita vastauksia, jotka hylättiin ei ole taulukkoon kirjattu. Tulokset on laskettu taulukosta löytyvien tulosten pohjalta.

Pvm.	Yli 75v:	Asui palveluasumisessa:	Esitietolomake valmiiksi täytetty:	Esitietolomake täytetty ensihoidon toimesta:
7.9.2019	X	X	X	
9.9.2019	X	X	X	
9.9.2019	X	X		
14.9.2019	X	X		
17.9.2019	X	X	X	
17.9.2019	X	X	X	
17.9.2019	X			
17.9.2019	X			
18.9.2019	X	X	X	
19.9.2019	X	X	X	
20.9.2019	X	X		X
20.9.2019	X			
23.9.2019	X		X	
23.9.2019	X		X	
25.9.2019	X	X		
28.9.2019	X	X	X	
5.10.2019	X	X		
6.10.2019	X			
6.10.2019	X			
9.10.2019	X		X	
	YHT: 20	YHT: 12	YHT: 10	YHT: 1

TAULUKKO 1. Tulokset

6.1 Ensihoitajien kokemukset esitietolomakkeesta

Tutkimusjakson aikana vastausten mukaan vain yksi henkilö oli täyttänyt itse ensihoidon tehtävällä akuuttihoitoketjusta löytävän esitietolomakkeen. Näin pienestä määrästä on vaikea arvioida syytä sille, miksei lomaketta täytetty useammin. Vastauksia lomaketta koskevaan kyselyyn ei tullut lainkaan, joten tietoa ja kokemuksia lomakkeen soveltuvuudesta ensihoitoon ei saatu. Koska vain yksi henkilö oli lomaketta käyttänyt, vastaus olisi ollut kyseisen henkilön kokemus ja mielipide lomakkeesta yhdeltä tehtävältä. Yhden ihmisen mielipide vain yhdeltä tehtävältä ei välttämättä kerro lainkaan lomakkeen soveltuvuudesta. Yhdelle tehtävälle voi sattua monia muuttujia, jotka vaikuttavat asian arviointiin ja mielipiteeseen asiaa kohtaan. Tarkempaa tietoa asiasta olisi mahdollisesti tullut, mikäli jakso olisi ollut pidempi ja asemia olisi ollut tutkimuksessa käytössä useampia. Tällöin lomakkeen täyttäjia olisi mahdollisesti tutkimukseen tullut enemmän ja kyselyyn olisi sen myötä saatu vastaajia.

Vaikka kyselyyn ei vastattu on mahdollista, ettei kyseinen lomake ole täysin soveltuva ensihoitoon tämän tutkimusjakson perusteella, sillä vain yksi ensihoitaja kyseistä lomaketta käytti kaikista viidestä mahdollisesta tehtävästä. Tehtävien luonteetkin ovat kuitenkin voineet olla sellaisia, että ensihoitaja ei ole ehtinyt täyttämään sitä. Tietojen kerääminen lomakkeeseen voi myös olla haastavaa, sillä potilas ei aina osaa kertoa itsestään riittävästi tai luotettavasti. Lomakkeen täyttämisenä olisi näissä tapauksissa hyvä päästä käsiksi potilastietoihin, mutta se ei ole Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidossa mahdollista. Tutkimuksessa ei huomioitu kuljettamatta jättämistä. On siis mahdollista, että ensihoitajat ovat käyneet kriteerit täyttävän potilaan luona eikä häneltä löytynyt esitietolomaketta, mutta koska ensihoitajat eivät kuljettaneet potilasta, eivät he myöskään täyttäneet esitietolomaketta.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Tulokset on kerätty vain yhdeltä ensihoidon toimipaikalta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueelta. Aineistonkeruujakso oli lyhyt yhtä asemaa ajatellen. Tuloksista lasketuista tutkimusvälistä ja tutkimustasosta nähdään, että tutkimusväli on laaja luottamustason ollessa vain 90%. Tulos on näin ollen vähemmän luotettava ja enemmän viitteitä antava. Tarkempaan luottamusväliin ja suurempaan luottamustasoon vaaditaan vastauksia huomattavasti enemmän, jonka vuoksi useampi ensihoidon asemapaikka ja pidempi tutkimusjakso olisi olleet tarpeellisia. Tulos ei myöskään ole täysin verrattavissa kaikkiin sairaanhoitopiirin alueisiin, sillä alueellisia eroja voi olla paljon. Laajempaa tutkimusta tarvittaisiin tarkempaa ja koko sairaanhoitopiirin aluetta kattavaa tulosta varten.

Tutkimusjaksolla säilyneissä lomakkeissa vastausprosentti oli 60%. Lomakkeita vietiin tutkimusaseman hoitaman alueen tehtävämääristä tehdyn karkean arvion pohjalta viisi kappaletta. Näissä oli yhteensä 50 rastitettavaa kohtaa. Yksi lomake kuitenkin katosi, jolloin vastauskohtia jäi lopulliseen työhön vain 40 kappaletta. Vastausprosentti olisi helposti muuttunut, mikäli asemalle olisi viety tehtävämääristä tehdyn karkean arvion perusteella eri määrä kyseisiä lomakkeita. Vastauksia tuli yhteensä 24 kappaletta, jonka vuoksi osa lomakkeista jäi täysin tyhjäksi.

Opinnäytetyön tulosten mukaan yli puolella palveluasumisen piirissä asuvilta yli 75-vuotiailta löytyy esitietolomake valmiiksi täytettynä. Vertailukohdetta aikaisempiin tutkimuksiin ei ole, sillä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ikäihmisten akuuttihoitoketju on uusi eikä aikaisempaa tutkimusta asiasta ole tehty. Tämän opinnäytetyön tulokset voivat kuitenkin toimia vertailukohteena, mikäli asiasta halutaan tehdä laajempaa tutkimusta sairaanhoitopiirin eri alueilla.

Karkeasti voidaan arvioida luottamusväli ja luottamustaso huomioiden, että esitietolomakkeita löytyy noin puolelta ikäihmisiltä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueelta. Tähän vaikuttaa varmasti osaksi jo sekin, että ikääntyneillä

sairaalakäynnit lisääntyvät ja terveysongelmat kasvavat, joten on hyvä, että terveysongelmat sekä muut huomioon otettavat seikat ovat listattuna helpottamaan jatkohoidon suunnittelua (Vaarama ym. 2010). Hyvänä tavoitteena voisi olla, että lähes kaikilta palveluasumisen piirissä olevilta ikäihmisiltä löytyisi kyseinen tai vastaava lomake. Ensihoitajan työssä hyvistä esitiedoista on kuitenkin apua potilaan jatkohoitoa ajatellen. Samoin päivystyksessä esitiedoista on suuri apu, sillä vaikka päivystyksessä on pääsy potilastietoihin, ei eri alueiden järjestelmät välttämättä kommunikoi keskenään. Tämä voi johtaa siihen, ettei potilastietoja saada löytyä, vaikka potilaalla olisikin mittava sairaushistoria (STM 2014).

Tutkimusjakson aikana vain yhdellä tehtävällä ensihoitaja täytti esitietolomakkeen itse, eikä tältä tehtävältä saatu vastausta esitietolomaketta koskevaan kyselyyn. Tämän vuoksi vastaaminen toiseen tutkimuskysymykseemme jäi toteutumatta. Vaikka palautetta kyseiseltä tehtävältä olisi tullut, olisi se ollut vain yhden ensihoitajan mielipide, eikä näin ollen luotettavasti verrattavissa sairaanhoitopiirin alueeseen. Kyselylomakkeen toimivuudesta ei vastaamattomuuden ja pienen käytön vuoksi voi tehdä johtopäätöstä.

Toivomme, että tämä opinnäytetyö sai palveluasumisen paikkoja rohkaistua ottamaan ikäihmisille esitietolomakkeet käyttöön. Esitietolomake on nopea ja helppo täyttää, mikäli vain on pääsy potilastietoihin. Täten esimerkiksi lääkärit tai potilaiden kanssa työskentelevät hoitajat voisivat potilaistaan kirjoittaa esitietolomakkeen.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Suomessa tutkimuksen eettisyys on sitouduttu turvaamaan 1964 Helsingin julistuksen mukaisesti. Tämä on kansainvälisesti hyväksytty ohjeistus tutkimusetiikasta. Sen uusi suomennos hyväksyttiin Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 2001. Julistus on laadittu lääketieteellistä tutkimusta ajatellen, mutta se soveltuu käytettäväksi myös hoitotieteen tutkimukseen. Hoitotieteen tutkimusta ohjaa myös lainsäädäntö. Näistä keskeisimpiä lakeja ovat muun

muassa laki lääketieteen tutkimuksesta (488/1999), henkilötietolaki (523/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja potilasvahinkolaki (585/1992). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen. 2017)

Opinnäytetyössä on noudatettu Tampereen ammattikorkeakoulun määäämiä tutkimuseettisiä ohjeita ja työ on toteutettu suunnitellussa aikataulussa. Työssä on noudatettu Tampereen ammattikorkeakoulun laatimia kirjallisen raportoinnin ohjeita. Tutkimusluvut haettiin tutkimusasemaa koskevista paikoista, jotka olivat Tampereen kaupunki sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tutkimuslupahakemuksesta kävi ilmi mikä on opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusmenetelmä. Suunnitelmaan tehtiin tarpeen mukaan täydennyksiä ja korjauksia, joilla pyrittiin välttymään epäselvyyksiltä. Tutkimusjaksoa koskevista asioista pysyttiin tietoisina olemalla säännöllisesti yhteydessä työelämän yhteyshenkilöön

Anonymiteetti on yksi keskeisistä huomioitavista tutkimuseettisistä asioista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen. 2017). Opinnäytetyön vastauksissa ei käsitellä henkilöitä, eikä työhön kerätty lainkaan potilastietoja. Tiedot, joita työhön kerättiin, olivat tehtävien yleisluonteeseen liittyviä. Vastaukset olivat täysin anonyymeja, joten tietoja vastaajista ei työhön tullut. Vastaaminen oli myös vapaaehtoista, joten ketään ei pakotettu työskentelemään opinnäytetyön tiedonkeräyksen parissa. Ohjeistukset annettiin aseman yhdyshenkilölle sähköisesti sekä kirjallisesti paikan päälle toimitettuna. Nämä ohjeet välitettiin eteenpäin, jotta myös aseman työntekijät saivat nämä. Asemalle jätettiin myös opinnäytetyön tutkimussuunnitelma, josta aseman työntekijöillä oli mahdollisuus lukea tarkempaa tietoa opinnäytetyöstä. Lomakkeet laadittiin mahdollisimman tarkoiksi, mutta helpoiksi täyttää. Tarkoituksena oli, että vastaaminen lomakkeisiin olisi mahdollisimman vähän aikaa vievää, jotta aseman työntekijät vastaisivat mahdollisimman herkästi.

Tutkimustuloksien analysoinnissa pyrittiin huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Tämän vuoksi osa vastauksista jouduttiin hylkäämään epäselvyyksien vuoksi. Tiedonhaku toteutettiin koulun suosittlemista lähteistä. Lähdeviitteet sekä viitemerkinnät on tehty koulun suosittlemalla tavalla ja noudattaen hyvää viittauskäytäntöä. Opinnäytetyön tuloksista rastituslomakkeen tiedot pidetään

julkisina, sillä lomakkeen vastaukset ovat julkaisukelpoisia, eivätkä vaaranna kenenkään yksityisyyttä vaan auttavat tarvittaessa kehittämään asiaa jatkossa.

Vastauslomaketta olisi voinut kehittää osasta rastituskohdista. Lomakkeen täytössä olisi voinut käyttää vaihtoehtoja ”kyllä” ja ”ei” pelkän rastittamisen sijasta. Tämä aiheutti muutamassa kohtaa epäselvyyttä, koska rastin lisäksi vastaukseen oli kirjoitettu vastaus. Rastittamiseen tarkoitettut lokerot olisi voitu suunnitella myös pienemmiksi, jolloin niihin ei olisi mahtunut useita vastauksia vaan jokaiselle riville olisi tullut selkeästi vain yksi vastaus. Tulkintavaikeuksien takia epäselvät vastaukset hylättiin. Vastausmäärä olisi todennäköisesti ollut korkeampi ja enemmän yleistettävä, mikäli tutkimusaineiston keräämisessä olisi ollut useampi ensihoidon asema käytössä. Asemalla ollut yksi täytetty lomake katosi, jonka vuoksi työhön päätyneitä tuloksia oli vähemmän. Tähän olisi voitu vaikuttaa esimerkiksi ohjeistamalla, että täytetyt lomakkeet asetetaan välittömästi keräyskansioon, kun lomake on täytetty loppuun. Lomakkeeseen olisi voitu myös kirjoittaa lyhyt ohje, jossa painotetaan lomakkeen tärkeyttä tutkimusta ajatellen. Asemalla ollutta lomaketta olisi voinut testata etukäteen, jolloin tarvittavia muutoksia lomakkeeseen olisi voitu tehdä ennen varsinaista tutkimusjaksoa. Tämä olisi mahdollisesti tuonut selkeyttä lomakkeen täyttäjille ja lomakkeen tarkistajille. Vastausten hylkäämisprosenttia olisi tällä tavoin saatu myös mahdollisesti pienennettyä.

Tuloksien realistisuuden olisi voinut varmistaa sairaankuljetuskaavakkeiden keräämisellä. Tämä osoittautui kuitenkin lähes mahdottomaksi, sillä tätä varten olisi täytynyt käydä läpi jokainen Nokian alueen ensihoidon kaavake ja selvittää täyttikö kyseinen potilas tutkimuksen kriteerit ja löytyikö kyseiseltä asiakkaalta esitietolomake valmiiksi täytettynä vai täyttikö sen ensihoito. Mikäli kaavakkeesta ei olisi käynyt ilmi asuuko potilas jossain palvelutalossa, olisi potilaan osoite täytynyt selvittää ja tarkistaa onko kyseisessä paikassa palvelutalo. Ongelmana tässä olisi ollut myös saada tietoon, että kävikö kotona asuvan luona kotihoito. Tätä asiaa ei aina välttämättä ole ensihoidon kaavakkeisiin kirjattu. Tehtävien tarkistaminen ei olisi siis antanut välttämättä myöskään täysin realistista tulosta. Tietoja tarkistaessa potilaiden henkilötiedot olisivat myös tuottaneet ongelmia, sillä opinnäytetyötä tehdessä ei ollut tarkoituksena olla näiden kanssa tekemisissä lainkaan. Edellä mainittujen syiden vuoksi, työssä päädyttiin

käyttämään vastausten keräämiseen rastituslomaketta. Tutkimustuloksia ei voi yleistää muihin Pirkanmaan kuntiin, sillä ikäihmisten ja palvelukotien määrä vaihtelee alueittain. Samoin palvelukotien käytännöt vaihtelevat ja voikin olla, että jossakin yrityksessä potilaille järjestetään täytetyt esitietolomakkeet huomattavasti huolellisemmin kuin toisissa paikoissa.

7.3 Kehittämisehdotukset

Tutkimusjakson aika oli kokonaisuudessaan erittäin lyhyt, koska työssä tutkittiin vain yhtä ensihoidon asemapaikkaa ja sen hoitamaa aluetta. Mikäli asiasta haluttaisiin tehdä kattavampaa ja luotettavampaa tutkimusta koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aluetta ajatellen, tulisi tutkimukseen ottaa mukaan useita eri ensihoidon asemapaikkoja eripuolilta Pirkanmaata ja jakson tulisi olla huomattavasti pidempi. Pienellä asemalla ei välttämättä ole kuukaudessa kovin suurta määrää tehtäviä palvelukoteihin tai kotihoidon asiakkaille. Tämän vuoksi sopivampi tutkimusaika voisi olla jopa kuusi kuukautta yhtä asemaa ajatellen. Samoin asemia saisi olla huomattavasti enemmän erityyppisissä kunnissa ympäri Pirkanmaata.

Eri palveluasuomismuotoja tarjoaa myös eri yritykset, joten olisi myös hyvä selvittää, että onko jollakin tietyn yrityksen potilailla useammin täytetyt esitietolomakkeet. Tutkimusta voisi tehdä myös niin, että selvittää onko kotihoidossa esitietolomakkeet laajemmin kuin palvelutaloissa. Tämän oppinäytetyön tulokset ovat suuntaa antavia ja niistä sai kuvan, että palvelutaloissa lomakkeet löytyvät yli puolelta asukkaista.

Esitietolomakkeita voisi tutkia myös sairaalan puolella tarkemmin. Tutkimuksen voisi toteuttaa ensihoidon lisäksi myös pelkästään päivystyksissä ja katsoa kuinka usein esitietolomake tulee potilaan mukana päivystykseen. Ensihoito on voinut saada lomakkeen valmiiksi täytettynä, mutta lomake ei kuitenkaan päädy sairaalaan lainkaan. Tämän vuoksi olisi hyvä tutkia myös hoitoketjua pelkkää ensihoitoa pidemmälle. Sairaaloitten puolella voisi myös huolellisemmin tarkistaa lomakkeen luotettavuutta. Tämän voisi toteuttaa esimerkiksi tarkistamalla onko esitietolomakkeet ajantasaiset, tarjoako ne hoitavalle henkilökunnalle riittävät

tiedot potilaasta vai ovatko ne joidenkin tietojen osalta puutteellisia. Tämä onnistuisi sairaalan puolella, koska näissä paikoissa on pääsy potilaan sähköisiin potilas kertomuksiin toisin kuin ensihoidossa. Nämä kehittämissuositukset vaatisivat kuitenkin toteutuakseen laajemman työn kuin yhden opinnäytetyö.

Kaipasimme työhömmä tietoa, miten käyttämämme esitietolomake soveltuisi ensihoitoon, mutta valitettavasti siitä tietoa ei tullut. Tätäkin asiaa olisi hyvä tutkia, mikäli esitietolomaketta halutaan tutkia laajemmin ja tarkemmin. Toteutusmallimme soveltuu tähän mielestämme hyvin, mutta käytännön näyttöä tästä meillä ei kuitenkaan ole, sillä emme saaneet kyselyymme lainkaan vastauksia. Tutkimukseen täytyisi tulla useampia vastaajia eri puolilta Pirkanmaata, joten jakson pidentäminen ja ensihoidon asemien lisääminen olisi tätäkin asiaa ajatellen tarpeellista.

6.4 Opinnäytetyön prosessi

Tarve selvittää ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutumista tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ikäihmisten akuuttihoitoketju on uusi, jonka vuoksi aiheesta tutkimusta on tehty vähän. Aiheita olisi voinut tutkia laajasti, mutta opinnäytetyön työelämäpalaverissa päädyttiin lopulta ensihoidon saamien esitietolomakkeiden tutkimiseen. Työelämäpalaverissa käytyjen keskustelujen perusteella aihe saatiin tarkennettua ja rajattua AMK-opinnäytetyön laajuuteen sopivaksi.

Tutkimuslupahakemukset täytettiin Tampereen kaupungille ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirille, kun opinnäytetyön suunnitelma oli saatu valmiiksi. Tutkimusluvut tulivat nopeasti. Aiheen tutkiminen lähti helposti käyntiin. Saimme laadittua helposti täytettävän lomakkeen, joka ei vie täyttäjältä paljoa aikaa. Myös nettilomakkeeseen kysymykset luotiin niin, että se olisi mahdollisimman vaivatonta täyttää.

Aluksi suunnitelmana oli kerätä ensihoidossa täytettävät ensihoidon kaavakkeet ja mahdollisesti mukana olleet esitietolomakkeet. Tämä olisi tuottanut kuitenkin ongelmia esimerkiksi potilaiden henkilötietojen osalta. Lopulta päädyttiin

rastitettavaan lomakkeeseen, jonka pystyi täyttämään nopeasti heti tehtävän jälkeen asemalle tullessa. Lomakkeeseen merkattiin vain opinnäytetyötä koskevat asiat, joten henkilötietojen kanssa tekemisissä olemiselta vältyttiin täysin. Kun lomakkeet saatiin valmiiksi, laadittiin tutkittavalle asemalle ohjeistukset kyseisen lomakkeen käytöstä. Nämä toimitettiin aseman yhteistyöhenkilölle.

Kävimme ensimmäisen sopimamme ajanjakson lopulla tapaamassa aseman yhteishenkilön ja kysymässä miten vastauksia oli tullut sekä selvittämässä yleisesti opinnäytetyömme edistymisen tilaa. Tulosten keräämiseen suunniteltua ajanjaksoa jouduttiin jatkamaan, sillä ensimmäinen täytetty lomake katosi. Opinnäytetyön teossa oltiin kuitenkin hyvin pysytty aikataulussa, joten jakson pidentämisen takia työssä ei kuitenkaan jääty jälkeä.

Opinnäytetyön tulokset olivat yksinkertaisia ja tehtävänä oli selvittää, kuinka usein ensihoidon kohtaamilta palveluasumisen piirissä asuivilta yli 75-vuotiailta esitietolomake löytyy. Tämän vuoksi tuloksista päädyttiin selvittämään prosenttiosuuksia. Taulukot tehtiin Microsoft Word ja Excel ohjelmia käyttäen. Tulosten analysointi sujui nopeasti johtuen yksinkertaisista ja pienestä otanta määrästä. Pyrimme kuitenkin tulosten analysoinnissa huolellisuuteen ja läpinäkyvyyteen vastausten osalta.

Opinnäytetyön prosessi oli sujuvaa alusta alkaen. Työn toteutus tapahtui tasapuolisesti. Opinnäytetyön toteutuksessa isoin ongelma oli kadonnut vastauslomake, jonka vuoksi osa vastauksista katosi ja jaksoa jouduttiin jatkamaan. Aikataulullisesti tämä ei kuitenkaan tuottanut suuria ongelmia, sillä opinnäytetyön toteutus oli pysynyt aikataulussa. Vastausten osalta tämä kuitenkin tuotti enemmän ongelmia, sillä vastausten määrä jäi pieneksi kvantitatiivista tutkimusta ajatellen. Palautetta työstä tuli ohjaavalta opettajalta sekä opponenteilta tarpeen mukaan. Koemme että opinnäytetyöstä on hyötyä ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutumista, sekä jatkossa hoitoketjusta tehtäviä tutkimuksia ajatellen.

LÄHTEET

Axer, H., Axer, M., Sauer, H., Witte, O.W. & Hagemann, G. 2010. Falls and gait disorders in geriatric neurology. Clinical neurology and neurosurgery. Viitattu 1.1.2020. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0303846710000028?via%3Dihub>

Bowker, L.K. & Durso, S. C. 2010. Oxford American Handbook of Geriatric Medicine. New York: Oxford University Press (Oxford American Handbooks). Viitattu 9.1.2020. Vaatii käyttöoikeudet.

<http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie.ip.uid&db=nlebk&AN=332729&site=ehost-live&scope=site>

Duodecim Terveysportti. 2019. Lääketieteen termit, "anamneesi". Viitattu 25.8.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00189

FitzGerald, G., Jelinek, GA., Scott, D. & Gerdtz, M. Emergency department triage revisited. Emergency Medicine Journal 2010;27:86-92. Viitattu 17.10.2019.

<https://emj.bmj.com/content/27/2/86.full>

Hampton, J.R., Harrison, M.J.G., Mitchell, J.R.A., Prichard, J.S. & Seymour, C. 1975. Medical Education, Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients. British Medical Journal, 1975, 2, 486-489. Viitattu 22.8.2019.

<https://www.bmj.com/content/bmj/2/5969/486.full.pdf>

Ikäihmisten akuuttihoitoketju. 2017. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, lääkärintietokannat. Viitattu 25.5.2019.

https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01225

Inzitari, M., Gual, N., Roig, T., Colprim, D., Perez-Bocanegra, C., San-Jose, A. & Jimenez, A. 2015. "Geriatric screening tools to select older adults susceptible for direct transfer from the emergency department to subacute intermediate-care hospitalization. Journal of the American Medical Directors Association. Volume 16, issue 10. Lokakuu 2015. Verkkosivusto. Viitattu 25.05.2019.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861015003072?via%3Dihub>

Itä-Uudenmaan pelastuslaitos, 2019. "Ensihoitojärjestelmä". Verkkosivusto. Viitattu 24.8.2019.

<http://www.iupela.fi/palvelut/ensihoito/ensihoitojarjestelma>

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. Viitattu 9.7.2019.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro oy, Helsinki. Viitattu 9.1.2020. Vaatii käyttöoikeudet.

<https://www.elliblibrary.com/book/978-952-63-0148-8>

Karrasch, M., Hokkanen, L., Hänninen, T. & Hietanen, M. 2020. Kliininen neuropsykologia, Normaali ikääntyminen ja kognitio. Duodecim. Viitattu 22.2.2020. Vaatii käyttöoikeudet. <https://www.oppiportti.fi/op/npg01501/do>

Komulainen, P. & Vuori, I. 2015. Duodecim, käypä hoito. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu. Viitattu 20.8.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01182>

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito, sivut 14-15, 92-94. Sanoma pro oy, Helsinki. Viitattu 20.8.2019

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 28.12.2012/980 3§. Finlex. Viitattu 20.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#a980-2012>

Lukka, H. 2012. Kaste-hanke: ”Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010-2012.” Iäkkään potilaan hoitopolku osahanke. Raportti, 31.08.2012. Viitattu 25.05.2019. <http://www.satasairaala.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/paattyneet-hankkeet/Toimintakykyisen%20ikntyminen/lk%C3%A4%202012%20SATSHP%20pilotin%20loppuraportti.pdf>

Mattila, M., Paaso, E., Borg, S., Alastalo, M., Ellonen, N., Sivonen, J., Keckman-Koivuniemi, H., Antikainen, S., Pasanen, T. & Alaterä T,J. 2013. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Viitattu 8.11.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

Mazer, M., DeRoos, F., Hollander, J.E., McCusker, C., Peacock. & Perrone J. 2010. Medication History Taking in EmergencyDepartment Triage Is Inaccurate and Incomplete. Society for Academic Emergency Medicine. Viitattu 24.8.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1553-2712.2010.00959.x>

Nokian kaupunki. 2020. Kaupunki ja hallinto, tilastotietoa. Viitattu 25.12.2019. <https://www.nokiankaupunki.fi/kaupunki-ja-hallinto/nokia-tietoa/tilastotietoa/#>

PSHP. 2019. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ensihoidon palvelutasopäätös vuodelle 2020. Viitattu 6.11.2019. [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Hallinto_ja_paatoksenteko/Esityslistat_ja_poytakirjat/Valtuusto/Kokous_1062019/Ensihoidon_palvelutasopaatos_vuodelle_20\(91708\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Hallinto_ja_paatoksenteko/Esityslistat_ja_poytakirjat/Valtuusto/Kokous_1062019/Ensihoidon_palvelutasopaatos_vuodelle_20(91708))

Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola M. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011, raportti 30/2012. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.8.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80245/bc917b3e-23e1-495a-85a4-6ffb9db22482.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarenheimo, M., Pietilä, M., Maununaho, S., Tiihonen, A. & Pohjalainen, P. 2016. Ikäpolven taju. Elämänpolku ja ikäpolvet muuttuvat maailmassa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 20.8.2019.

https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/artikkelikokoelma_webreso.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. YHTENÄISET PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET, Työryhmän raportti. Helsinki. Viitattu 23.8.2019.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3aNBN%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Ensihoidon palvelutaso, Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Helsinki. Viitattu 22.8.2019.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71962/Jul201111.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. 24.8.2017/585. Finlex. Viitattu 6.11.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170585>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste, verkkojulkaisu. ISSN=1798-5137. 2007. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 20.8.2019.

https://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Kotihoidon ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2017. Tilastoraportti 41/2018. Viitattu 20.8.2019.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137296/Tr41_18_korjattu_sv.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen M. 2016. Geriatria. Viitattu 1.1.2020. Vaatii käyttöoikeudet. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04490>

Ustun, B., Westover, M.B., Rudin, C. & Bianchi M.T. 2016. Clinical prediction models for sleep apnea: the importance of medical history over symptoms. J Clin, Sleep Med;12(2):161–168. Viitattu 22.8.2019.

<http://jcs.m.aasm.org/viewabstract.aspx?pid=30453>

Verkkopalvelu kehitysvammaisuudesta, vernerinet.net. Ikääntymisen määrittely. Verkkosivusto. Viitattu 20.08.2019.

<https://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi. Viitattu 9.7.2019.

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, P. (2010) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Viitattu 11.11.2019.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilpas, P. 2019. Ohjeita kvantitatiiviseen tutkimukseen osa 1. Kvantitatiivinen tutkimus ja ohjaus. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.8.2019.

<https://wiki.metropolia.fi/display/~pervil/Kvantitatiivinen+tutkimus+ja+ohjaus?preview=/86116000/108561162/Kvantitatiivisen+tutkimuksen+perusteita+osa1.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Helsinki. Viitattu 11.11.2019.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf

LIITTEET

Liite 1. Päivystyksen esitietolomake

Henkilötiedot

Asiakkaan nimi		Henkilötunnus	
Osoite + tarkenne (krs-talo / rivitalo / okt + tieto rappusista)			
Kotikunta		Asiakkaan puhelin (jos käytössä)	
Omaisien nimi	Puhelinnumero	Omainen tietää <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Hoitopaikan/palveluntuottajan nimi ja osasto	Hoitopaikan puhelinnumero	Ympäri vuorokautinen hoito? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

Esitiedot

Pitkäaikaissairaudet <input type="checkbox"/> Muistisairaus (mikä, milloin tod., viim. testitulokset): <input type="checkbox"/> Tekonivel, mikä? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Katetri tai avanne, mikä? <input type="checkbox"/> Vaipat/inkontinenssisuojat <input type="checkbox"/> Marevan tai muu antikoagulanttihoito (annostus lääkelistalla) <input type="checkbox"/> Insuliinihoito	Tahdistin	Pituus cm	Eristystarve
		Paino kg	
		Lääkelista mukana <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Mikäli ei, täytävä kääntöpuolelle!	Hoidon rajaukset <input type="checkbox"/> Aiempi DNR-päätös <input type="checkbox"/> Muu hoitotahto
		Kotihoidon kansio <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Sähköinen	Milloin ja mihin kirjattu?
Allergiat		Ruokavalio	

Toimintakyky

<p>Palvelut</p> <p><input type="checkbox"/> Kotihoitokäynnit /vrk/vko</p> <p><input type="checkbox"/> Ateriapalvelu <input type="checkbox"/> Lääkejako <input type="checkbox"/> Turvaranneke <input type="checkbox"/> Muut palvelut:</p>	<p>Asuminen</p> <p><input type="checkbox"/> Yksin asuva</p> <p><input type="checkbox"/> Puolison tai muun omaisen kanssa</p> <p><input type="checkbox"/> Omaishoitajuus <input type="checkbox"/> omaishoitaja <input type="checkbox"/> omaishoidettava</p> <p><input type="checkbox"/> Ympäri vuorokautinen hoito</p> <p>Puhe</p> <p><input type="checkbox"/> Sujuvaa</p> <p><input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Ei puhu</p>	<p>Käytössä olevat apuvälineet ja milloin käyttää</p> <p><input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Kävelykeppi <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä</p> <p><input type="checkbox"/> Kuulolaite <input type="checkbox"/> Silmälasit <input type="checkbox"/> Hammasproteesit</p> <p>Liikkuuko kodin ulkopuolella?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Saattajan kanssa</p> <p><input type="checkbox"/> Ei</p>
<p>Avuntarve</p> <p><input type="checkbox"/> Täysin omatoiminen <input type="checkbox"/> Kodin ulkopuolisissa asioissa <input type="checkbox"/> Kotitöissä <input type="checkbox"/> Päivittäisissä perustoiminnoissa</p>		
<p>Liikuntakyky</p> <p><input type="checkbox"/> Täysin itsenäisesti <input type="checkbox"/> Apuvälinein itse <input type="checkbox"/> Avustettuna <input type="checkbox"/> Vuodepotilas</p>		

Lähtetämissen syy + huomioitavia asioita

Akuutti ongelma (milloin oireet alkaneet ja miten kehittyneet), löydökset, tutkimustulokset, annetut lääkkeet + muut huomiot

Kotiutuminen

Huomioita	kotiutumisesta/siirrosta,	minne/kenelle	ilmoitettava?	Asiakkaalla mukana
				<input type="checkbox"/> Vaatteet ja kengät <input type="checkbox"/> Avaimet <input type="checkbox"/> Taksiraha <input type="checkbox"/> Apuvälineet <input type="checkbox"/>

Liite 3. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Lupa AMK opinnäytetyölle.

**Pirkanmaan sairaanhoitopiiri**

Opetusylihoitaja, henkilöstö- ja asiakaspalvelut vastuualue,
Palvelukeskus
Tieteellinen tutkimus

Viranhaltijapäätös

08.07.2019

1 (2)

**§ 69
/2019**

Asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu asianhallintajärjestelmässä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 08.07.2019 klo 12:53. Allekirjoituksen oikeellisuuden voi todentaa kirjaamosta.

377/2019**Lupa AMK opinnäytetyölle**

Tampereen ammattikorkeakoulun Ensihoidon koulutusohjelman opiskelijat Jere Pääkkönen ja Juho Jokela hakevat lupaa opinnäytetyönsä toteuttamiseksi yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Toimialueen 8 kanssa, joka toimii opinnäytetyön toimeksiantajana.

Opinnäytetyön työnimi on " Ikäihmisten akuuttihoitoketjun toteutuminen ensihoidon saamien esitietojen osalta."

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten ikäihmisten akuuttihoitoketju toteutuu esitietojen osalta Nokian alueen ensihoidon ja palveluasumisyksiköiden välillä.

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutetaan tarkastelemalla Nokian pelastuslaitoksen ensihoidon saamia esitietolomakkeita ja ensihoitokertomuksia loppukesän-alkusyksyn 2019 aikana 4- 8 viikon aikajaksolta. Lisäksi selvitetään kyselyllä palveluasumisessa työskentelevien hoitajien kokemuksia PSHP:n ikäihmisten akuuttihoitoketjun esitietolomakkeen käytöstä tutkimusajanjakosn päätyttyä.

Aineistonkeruun osalta lupa haetaan kunkin organisaation lupamenettelyn mukaisesti.

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja sen toteuttamisesta on sovittu yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Liitteet:

1 Lupahakemus AMK opinnäytetyölle _ Pääkkönen & Jokela.pdf

Päätös

Päättän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä:

- opinnäytetyössä yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ellei työelämätahon kanssa toisin sovita
- opinnäytetyön aineistonkeruusta informoidaan osallistujia tutkimusprotokollan mukaisesti ja osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen
- opinnäytetyön tuloksia raportoidaan yksittäistä potilasta eikä vastaajaa voida tunnistaa
- ennen opinnäytetyön julkaisemista, annetaan siitä työelämlausunto



Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Opetusylihoitaja, henkilöstö- ja
 asiakaspalvelut vastuualue,
 Palvelukeskus
 Tieteellinen tutkimus

Viranhaltijapäätös
 08.07.2019

2 (2)
§ 69
/2019

Asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu asianhallintajärjestelmässä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 08.07.2019 klo 12:53. Allekirjoituksen oikeellisuuden voi todentaa kirjaamosta.

- opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötholle ja opinnäytetyön tuloksista esittämisestä sovitaan erikseen sen valmistumisvaiheessa
- opinnäytetyön valmistumisesta informoidaan opetusylihoitajaa.

Päätöksen peruste

Hallintoylihoitajan päätöspöytäkirja 15/2010

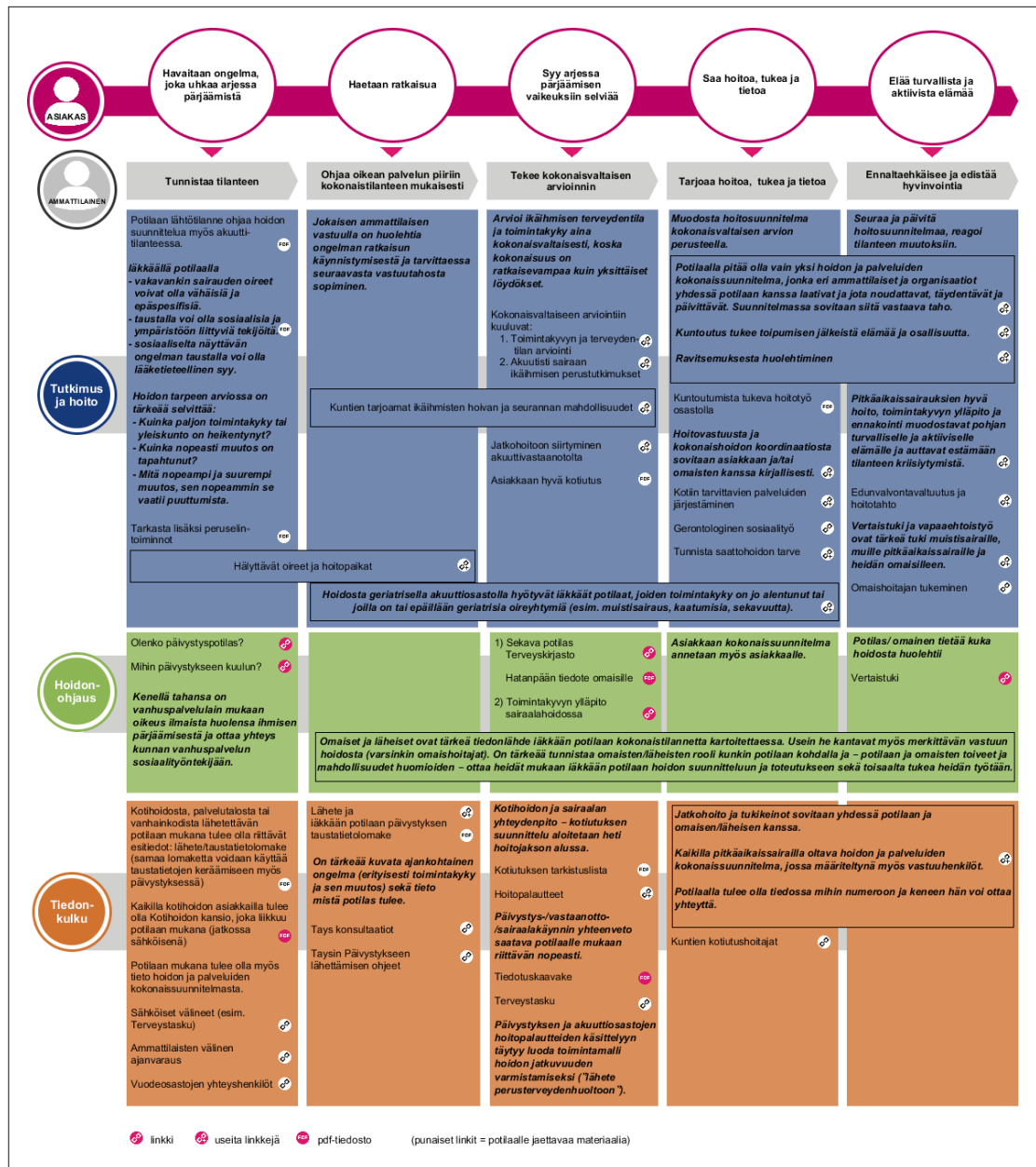
Tiedoksi

Opiskelijat Jere Pääkkönen ja Juho Jokela, ohjaava opettaja Marjo Räsänen, koulutuskoordinaattori Tiina Oksanen

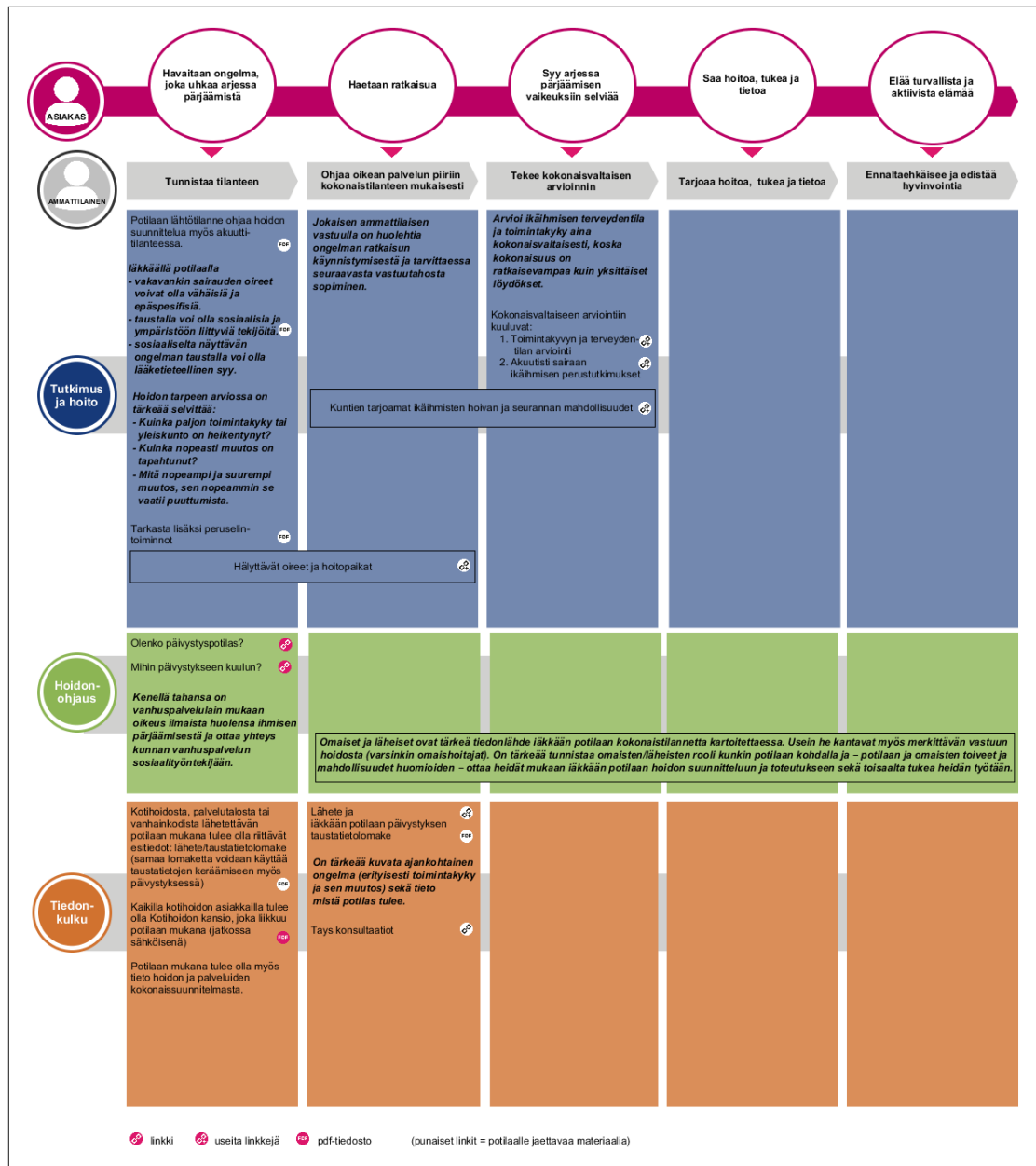
Allekirjoitus

Susanna Teuho, opetusylihoitaja

Liite 5. Akuuttihoitoketju, Kokonaisuudessaan.



Liite 6. Akuuttihoitoketju, Ensihoidon näkymä.



Liite 7. Akuuttihoitoketju, päivystyksen näkökulma.

