

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma / geronomi

Kaisa Kelkka ja Anna-Maija Ranta

SELVITYS VANHUSTEN ÄKILLISISTÄ YLEISTILAN LASKUISTA
KOUVOLASSA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

KELKKA KAISA JA

RANTA ANNA-MAIJA

Selvitys vanhusten äkillisistä yleistilan laskuista
Kouvola

Opinnäytetyö

47 sivua + 15 liitesivua

Työn ohjaaja

Merja Laitoniemi, THM

Toimeksiantaja

Kouvolan kaupunki, kotihoito ja vanhuspalvelut

Maaliskuu 2012

Avainsanat

vanhus, hoitopolku, äkillinen yleistilan lasku, osaaminen

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tilanteita ja hoitajien toimintaa asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa vanhuksen äkillisen yleistilan laskun tilanteista ja etsiä kehittämiskohteita hoitopoluista ja henkilökunnan osaamisesta vanhuksen yleistilan äkillisesti laskiessa. Menetelmänä käytettiin kvantitatiivista kyselytutkimusta hoitopolun toimijatahoille, joita olivat hoitajat Kouvolan kaupungin omissa ja ostetuissa ympärivuorokautista hoitoa antavissa vanhusten asumis- palveluyksiköissä.

Aineisto kerättiin kolmen kuukauden ajalta jokaiselta hoitajalta, joka työssään kohtasi vanhuksen äkillisen yleistilan laskun. Lomakkeiden kysymykset ryhmiteltiin tutkimusongelmittain ja vastaukset litteroitiin kysymyksittäin. Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin Internetin verkkoselaimen avulla toimivaa Webropol-ohjelmaa.

Vastauksia saatiin tutkimusajanjaksolla 81 kpl. Tuloksissa kävi esille, että noin puolessa vastauksista asukkaan yleistilan äkillisestä laskusta johtuvia yhteydenottoja tapahtui virka-aikana. Suurimmiksi yleistilan laskun syiksi kirjattiin väsymys, kuume, hengitysoireet ja kipu. Vastauksista ei ilmennyt selkeitä syitä siirtoihin hoitoketjun toimijoiden välillä. Lähes kaikissa vastauksissa yhteistyötä eri tahojen välillä pidettiin sujuvana ja yhteistyö toimi ongelmitta. Hoitajien itsearviointi omasta osaamisestaan osoitti kokonaisuudessaan, että hoitajilla on vahva käsitys omasta ammattitaidostaan ja kyvyistään.

Merkittävimmäksi kehittämiskohteeksi nousi vanhusten epätarkoituksenmukaisten siirtojen vähentäminen lisäämällä yhteistyötä hoitoketjun toimijoiden välillä sekä yhteisten toimintakäytäntöjen laatiminen vanhuksen yleistilan äkillisesti laskiessa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Study programme in care for the elderly

KAISA, KELKKA

ANNA-MAIJA RANTA

A report into the sudden decline in the general condition of elderly in Kouvola

Bachelor`s Thesis

47 pages + 15 pages of appendices

Supervisor

Merja Laitoniemi, MNsc

Commissioned

Kouvola, home care and elderly services

March 2012

Keywords

senior, treatment path, decline in the general condition, knowledge

The purpose of this survey was to make clear the situations and care-takers' means of action when a resident of sheltered housing has a sudden decline in their general condition. The goal was to produce information about those situations and look for development targets in the treatment paths and staff skills. A quantitative enquiry survey was the method used with agents in the treatment path. The chosen agents were care-takers from the sheltered housing units that provide round-the-clock care for the city of Kouvola.

The material was compiled over a period of three months from every nurse that came across a situation of sudden decline in the general condition of an elderly resident. The questions on the forms were classified by the research problem and answers were transcribed by the questions. The internet based program Webropol was used to analyze the survey material.

Over the time period of the survey, 81 answers were received. The outcome shows that in about half of the incidents, the first contact about an occupant's sudden decline in general condition came during office hours. The most frequently stated reasons for decline were: tiredness, fever, respiratory symptoms, and pain. Reasons for transfers between operators within the treatment path were not revealed in the answers. In nearly all the answers, the co-operation between different operators was considered smooth and uncomplicated. Nurses' self-evaluation showed that they have a strong belief in their professional skills and abilities.

The most significant development point is to diminish inappropriate transfers by decreasing the co-operation between different operators in the care path and to draw up common directives in the case of sudden decline in the general condition of an elderly person.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	VANHUKSEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HOITOKETJUT	7
2.1	Kuntien sosiaali- ja terveystalvelut	7
2.2	Asumispalvelut osana vanhuksen hoitoketjua	9
2.3	Päivystys osana vanhuksen hoitoketjua	11
2.4	Vanhusten hoidon jatkuvuuden turvaaminen	13
3	VANHUKSEN ÄKILLINEN YLEISTILAN LASKU	16
3.1	Äkillisen yleistilan laskun syitä	16
3.2	Äkillinen yleistilan lasku- toimintamalli	18
3.3	Ammatillinen osaaminen asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa	19
4	AMMATILLINEN OSAAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA	20
4.1	Ammatillinen osaaminen vanhustyössä	20
4.2	Hoitotyön kehittäminen	22
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
6.1	Kohderyhmä ja otanta	24
6.2	Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta	24
6.3	Aineiston keruu	25
6.4	Aineiston analyysi	26
6.5	Tutkimuksen luotettavuus	26
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
7.1	Tietoja asukkaan äkillisestä yleistilan laskun tilanteesta	28
7.2	Syitä asukkaan siirtoihin hoitoketjussa yleistilan äkillisesti laskiessa	32

7.3 Yhteistyö hoitoketjun toimijoiden kesken	36
7.4 Henkilökunnan ammatillinen osaaminen	37
8 POHDINTA	38
LÄHTEET	43
LIITTEET	
Liite 1. Kouvolan kaupungin perusturvan organisaatio	
Liite 2. Kyselylomake	
Liite 3. Saatekirje	

1 JOHDANTO

Ikääntymisen tuomat toimintakyvyn muutokset, fysiologiset, psyykkiset ja sosiaaliset, ovat haaste äkillisesti sairastuneen vanhuksen hoidossa. Fysiologiset muutokset tapahtuvat melko hitaasti, mutta ne ovat palautumattomia ja johtavat elimistön toimintakyvyn heikentymiseen. Vanhuksen akuutit sairaudet ilmenevät monesti epätyypillisin autonomian menettämisen oireina: yleiskunnon laskuna, jalkojen kantamattomuutena tai yleisenä sekavuutena. Jos vanhuksen toimintakyky on heikentynyt, saattaa vähäinenkin sairauden oire aiheuttaa yleistilan laskun tai jopa romahduksen. Yleistilan laskuun on yleensä jokin konkreettinen ja usein myös arkipäiväinen syy, jonka lähtökohta tulisi aina selvittää. (Koponen & Sillanpää 2005, 376; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 814.) Tarkkaa aikamäärettä äkilliselle yleistilan laskulle ei kirjallisuudessa löydy, joten tutkimuksessamme se tarkoitti kahden vuorokauden aikana kehittyntä yleistilan laskua.

Toimiva palveluketju edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisellään erilaisten sisäisten kulttuurien lähentymistä ja yhteisen kielen luomista. Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillinen yhteistyö on onnistuneen palveluketjun toteutuksen keskeinen ominaisuus. Tyypillistä terveydenhuollon hoitoketjulle on, että se katkeaa asiakkaan siirtyessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja päinvastoin. Palveluketjun perusominaisuus on sujuva ja joustava palvelu, jossa ei ole katkoksia ja viiveitä. Sen toteutuminen edellyttää kokonaiskuvaa tai kokonaisvastuuta siitä, kuinka asiakas siirtyy hoidon ja palvelun tasolta toiselle tai hoito- ja tutkimuspaikasta toiseen. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 19.)

Kirjassa ”Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta 2008” (Ashorn & Lehto 2008, 116–126) tarkastellaan väestön vanhenemista ja pitkäikäisyyden yleistymistä yhteiskunnan, talouden ja kulttuurin näkökulmasta. Jos vanhenemista tarkastellaan yksinomaan taloudellisen menestymisen näkökulmasta, niin se näyttäytyy lähinnä rasitteena. Usein jo fraasiksikin tullut ”väestön vanhenemiseen varautuminen” tarkoittaa lähinnä sitä, miten yhteiskunta selviäisi vanhuusilmiöstä mahdollisimman vähällä. Jos taas vanhenemista tarkastellaan ihmisen hyvän elämän näkökulmasta, niin on mietittävä, miten kansalaisten uudenvälisiin tarpeisiin parhaiten vastataan ja kuinka taloudellinen kehitys näitä toimia parhaiten tukee. Tämä näkökulma tarkastelee eliniän pidentymistä parantuneesta terveydestä, joka on kehittyneen yhteiskunnan suurin saavutus.

2 VANHUKSEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HOITOKETJUT

2.1 Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut

Kunnat ovat vastuussa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä, mutta niiden järjestämisessä on useita vaihtoehtoja. Palveluja kunta voi tuottaa itsenäisesti, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelut, mutta ei yleensä säätele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. (Kuntaliitto 2008, 20.)

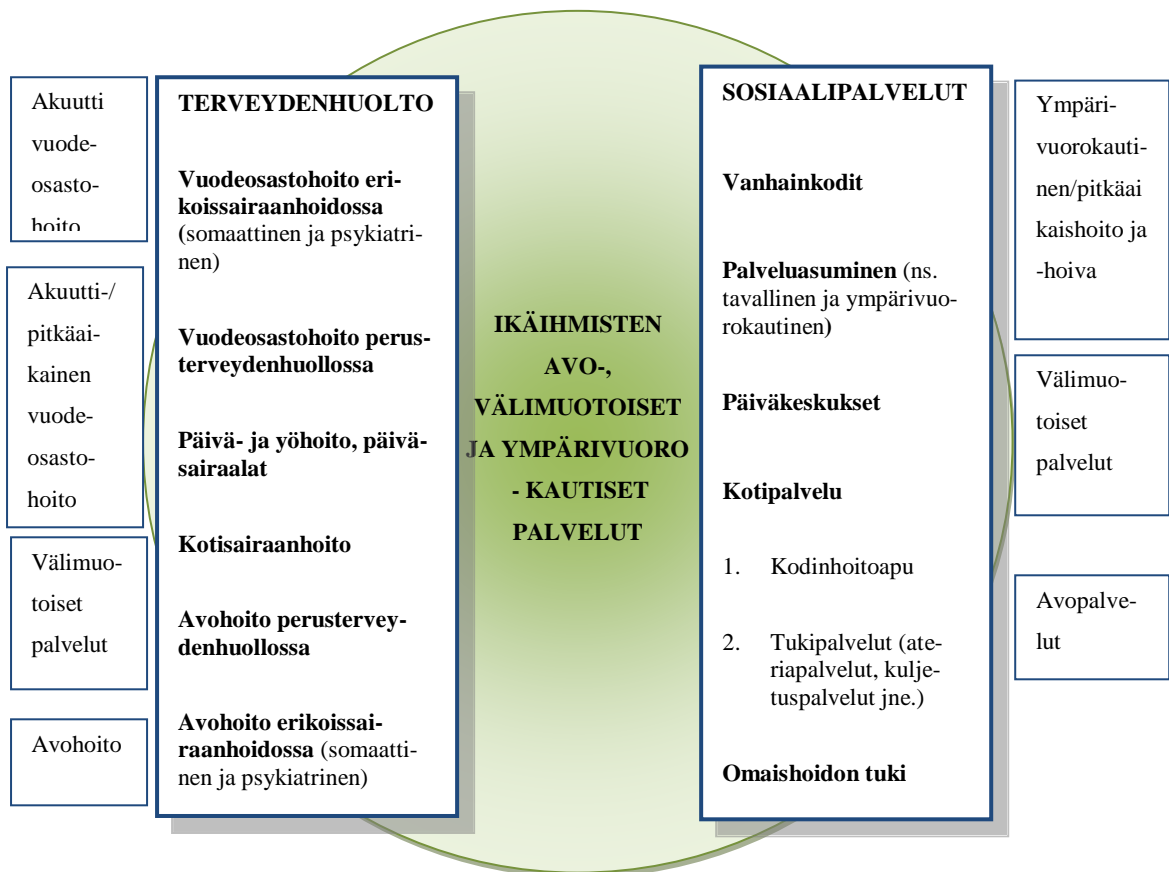
Riippumatta siitä, miten kunnat sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävät, asukkaiden hoitoprosessiin osallistuu useita eri palveluntuottajia. Tällöin hoitoketjussa ylitetään eri organisaatioiden rajapintoja, kuten erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto, kotihoito-sairaala sekä terveystoimi-sosiaalitoimi. (Lehtoranta, Luoma & Muurinen 2007, 10.) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä hoitoketju on suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessi, joka kohdistuu asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen. Saumattomassa hoitoketjussa asiakasta koskeva tieto siirtyy tietosuojamääräysten mukaisesti joustavasti organisaatiosta toiseen. (Silvennoinen-Nuora 2004, 34–35.)

Peruspalveluministeri Paula Risikko (STM 2009) on esittänyt sosiaali- ja terveyspalveluiden uusimista, jossa perusterveyden huollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitoja on madallettava ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla on oltava kiinteä yhteys. Terveyskeskuspäivystysten yhdistäminen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiset päivystysyksiköt ovat yleistymässä. Potilaan näkökulmasta tämä muutos yksinkertaistaa palvelua, koska palveluketju huolehtii siitä, miten ongelma hoidetaan tarkoituksenmukaisella tavalla. (Koponen & Sillanpää 2005, 20.)

Kouvolaan kaupungin perusturvapalvelut kattavat erikoissairaanhoidon, terveydenhuollon, kotihoito ja vanhuspalvelut, aikuissosiaalipalvelut sekä lapsiperhepalvelut (liite 1). Kouvolaan kaupungilla rakenneuudistus on myös tarkoittanut perusterveydenhuollon ja perustason erikoissairaanhoidon integroitumista yhteen organisaatioon. 1.1.2011 alkaen Kuusankosken aluesairaalan eli nykyisen Pohjois-Kymen sairaalan toiminta on siirtynyt Carealta Kouvolaan kaupungille. Samalla siirryttiin käyttämään yhteistä poti-

lastietojärjestelmää, joka mahdollistaa tiedon katkeamattoman siirron hoitoketjussa (Ratamo-hanke 2011.)

Vanhusten palvelujärjestelmä (kuva 1) koostuu sekä akuutti- että ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan yksiköistä sekä näiden väliin sijoittuvista ns. välimuotoisten palvelujen yksiköistä (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 111–112).



Kuva 1. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 112)

Yleisen käsityksen mukaan vanhat ihmiset käyttävät sosiaali- ja terveyspalveluja enemmän kuin muu väestö. Suomen Akatemian Terveystieteiden tutkimusohjelman (TERTTU) hankkeiden tutkijoiden yhteistyönä on ilmestynyt kirja Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta (Ashorn & Lehto 2008, 116–127), mikä avaa näkökulmia myös vanhojen ihmisten hoitoon ja kohteluun sosiaali- ja terveyspalveluissa. Terttu-hankkeeseen liittyvä Tampereen yliopiston terveystieteen tutkimus: ”Kuinka kuoleman läheisyys vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön vanhuusiässä?” on osa laajempaa COCTEL-hanketta (Costs of Care Towards the End of life). (Jylhä 2011.) Tutkimuksella selvitettiin, miten kuoleman läheisyys vaikuttaa so-

siaali- ja terveyspalveluiden käyttöön 70–79, 80–89 ja > 90-vuotiailla sekä sitä miten sosiaali- ja terveys-palveluiden käyttö vaihtelee ajassa kahden vuoden tutkimusjaksolla riippuen siitä, ovatko nämä kaksi vuotta tutkittavan viimeiset elinvuodet vai elääkö hän pidempään? Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitopäiviä sairaaloissa, vanhainkodeissa ja ympärivuorokautisessa vanhusten palveluasumisessa sekä säännöllisen kotihoidon ja reseptilääkkeiden käyttöä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että palveluiden käyttö keskittyy kahteen viimeiseen elinvuoteen, jonka aikana vanhus saattaa kokea toistakymmentä siirtymää kodin ja hoitopaikan välillä. Kaikkein eniten siirtoja tapahtuu juuri kuolemaa edeltävinä parina kuukautena.

2.2 Asumispalvelut osana vanhuksen hoitoketjua

Vanhusten asumispalvelut kuuluvat kuntien järjestämisvastuussa oleviin sosiaalipalveluihin, jotka on määritelty sosiaalihuoltolain 17 §:ssä. Kouvolan kaupungin asumispalvelut on tarkoitettu 65 vuotta täyttäneille eritasoista tuettua asumista tarvitseville henkilöille. Asumispalveluiden kokonaisuuteen sisältyvät palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito sekä hoivakotihoito. Tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja hoivakotihoito ovat ympärivuorokautista hoivaa tarjoavia yksiköitä. Asumispalveluiden tavoitteena on tukea vanhusten omia voimavaroja ja omatoimisuutta. Näin pyritään edistämään ja ylläpitämään ikäihmisen omatoimisuutta mahdollisimman pitkään. Hoivan ja huolenpidon tavoitteena on ikäihmisen hyvä ja turvallinen olo sekä kokonaisvaltainen hyvinvointi, jonka perustana on henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. (Kouvolan kaupunki 2011.)

Palveluasumisella tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Palveluasumista annetaan henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asunnon tai asumisen järjestämisessä (SHL, 17 § ja 22 §). Asukkaat asuvat vuokra-asunnoissa ja maksavat kuukausittain vuokran, ateriamaksun ja terveydenhuoltomenot esim. lääkkeet ja lisäksi saamistaan palveluista nettotuloihin perustuvan palvelumaksun. (Hervonen & Pohjalainen 1991, 291.) Palveluasumista järjestetään tavallisena palveluasumisena, jossa yö-aikainen turvallisuus perustuu yleensä turvahälytysjärjestelmiin, sekä tehostettuna palveluasumisena, missä henkilökunta on paikalla ympärivuorokautisesti. Kouvolan kaupunki järjestää iäkkäiden tehostettua palveluasumista, jotka tarvitsevat päivittäisissä toiminnoissa ympärivuorokautista, runsasta hoitoa ja huolenpitoa 1 - 2 henkilön avustamana. Kouvolan kaupunki ostaa palveluasumista ja tehos-

tettua palveluasumista yksityisiltä palveluntuottajilta. Ostettavia asumispalveluita ko-
kevat samat myöntämisen kriteerit kuin omaan tuotantoon samoin toimintojen palve-
lunkuvaukset ovat samat. (Kouvolan kaupunki 2011.)

Laitoshoidon järjestäminen perustuu sosiaalihuoltolain ja –asetuksen (17 §, 24 § sekä
11 §) hoidon järjestämiseksi sosiaalihuollon toimintayksiköissä. Sosiaalihuollon lai-
toksessa annetaan hoitoa, kuntoutusta ja täydellinen ylläpito, johon sisältyy ravinto,
puhtaus, vaatetus, terveyden ja sairaanhoito, näön ja kuulon huolto, kuljetukset ja so-
siaalinen ja hengellinen virkistys erityistä huolenpitoa tarvitseville henkilöille, jotka
eivät tarvitse sairaalahoitoa, mutta eivät pärjää kotona tai muussa avohoidossa sään-
nöllisen sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä huolimatta. Laitoshoidon tulee si-
sältää henkilön iän ja kuntoisuuden edellyttämä hoito, huolenpito sekä tarkoituksen-
mukainen kuntoutus. (Hervonen & Pohjalainen 1991, 293.) Kouvolan kaupungilla on
vanhusten laitoshoidon vanhainkodeissa sekä hoivakodeissa, joissa hoitokokonaisuus-
teen sisältyy asuminen, henkilökohtainen hoito, lääkitys ja tutkimukset sekä sosiaali-
työntekijän/palveluohjaajan ja fysioterapeutin/kuntohoitajan palvelut. Kuukausimaksu
määräytyy nettotulojen mukaan ja on enintään 85 % hoidossa olevan kuukausituloista.
(Kouvolan kaupunki 2011.) Hoivahoito on yksi uusista vanhusten laitoshoidon muo-
doista. Sen on tarkoitus antaa asiakkailleen tarpeiden mukaista kuntoutumista edistä-
vää pitkäaikaista hoitoa, jossa hoitohenkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden ja
jossa lääkäri palvelut on joustavasti saatavilla. Tällä hoivamuodolla on tarkoitus hel-
pottaa terveyskeskusten toimintaa, jotta ne voisivat keskittyä akuuttihoitoon ja kuntou-
tukseen. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 118–119.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (STM 2008, 30) mukaan palveluasumista tu-
lee laajentaa vanhainkoti- ja terveyskeskus-asumisen sijasta. Tavoitteena on, että vuo-
den 2012 lopussa 5–6 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä on tehostetun palveluasumisen
piirissä ja 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terve-
yskeskusten vuodeosastoilla.

Vaikka ihminen tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, on hänellä oltava
mahdollisuus elää elämäänsä arvokkaasti, asua turvallisesti ja olla mielekkäässä yh-
teydessä toisten kanssa. Laadultaan korkeatasoinen ympärivuorokautinen hoito huo-
mioi ihmisen hyvä elämän- ja kuolemanlaadun. Tämän saavuttamisen perustana ovat
ihmisen terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi sekä

toimintakyvyn ja kuntoutumisen ylläpitäminen ja edistäminen. Lisäksi on huomioitava sairauksien hyvä hoito sekä hyvä palliatiivinen ja saattohoito silloin, kun ihmisen elämän pidentäminen ei ole enää päämäärä. Ympäri vuorokautisen hoidon tuottamisen tavat sekä henkilöstön määrä ja osaaminen luovat edellytykset hyvälle hoidolle. (Voutilainen 2010.)

Ikähoiva-työryhmän muistion (STM 2010, 3) mukaan väestön ikärakenteen muutos johtaa siihen, että nykyinen kolmiportainen (terveyskeskussairaala, vanhainkoti ja monimuotoinen palveluasuminen) sosiaali- ja terveydenhuollon ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa tarjoavan järjestelmän sisältö ja rakenteet vaativat uudistumista. Muistion mukaan ikäihmisten ympärivuorokautisen hoidon uudistamisen kulmakivet ovat: pirstaleisuus, asiakaskeskeisten hoitoketjujen toimimattomuus, laatuongelmat ja palvelu-asumisen asiakasmaksujen epäyhtenäisyys.

2.3 Päivystys osana vanhuksen hoitoketjua

Kansanterveyslain 10. §:n mukaan kunnan tulee järjestää kiireellinen avosairaanhoito eli päivystys sekä saman lain 3 §:n mukaan myös sairaankuljetus. Päivystyspotilaan hoitopaikka määräytyy sairaanhoidon porrastuksen mukaisesti terveyskeskuspäivystyksistä yliopistollisten sairaaloiden päivystyspoliklinikoihin. Päivystyksessä potilaat tarvitsevat apua monelta erikoisalalta. (Rasku, Sopanen & Toivola 1999, 28–29.) Tässä tutkimuksessa päivystyksellä tarkoitetaan terveyskeskuspäivystystä, joka on yleislääketieteen päivystysvastaanotto toimintaa, jossa hoidetaan yleisiä ja tavanomaisia päivystysluonteisia sairauksia sekä pientraumoja (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2008, 61). Päivystyshoito on äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairastumisen vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Luonteenomaista päivystyshoidolle on, että hoitoa ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (STM 2010, 3.) Päivystyspotilaan hoitoprosessi etenee yleensä seuraavien vaiheiden kautta: ennakoilmoitus, potilaan saapuminen ja vastaanottaminen, potilaan hoidon tarpeen arviointi ja sijoittaminen, tutkiminen ja haastattelu, hoidon toteutusta ja arviointia sekä päätös jatkohoidosta ja –paikasta (Koponen & Sillanpää 2005, 71).

Vanhukset, jotka eivät pärjää kotona ovat päivystyksen käyttäjinä erittäin merkittävä ryhmä. Kotona selviytymättömyyteen on olemassa useimmiten lääketieteellinen syy, joka ei välttämättä tule esille päivystyspoliklinikan ensiarviossa. Päivystyksessä ta-

voitteena on nopeasti etsiä vanhuksen yleistilan laskun aiheuttanutta akuuttia vaivaa tai vammaa, jotta päästään oikeaan hoitoon ja tuetaan potilaan toimintakyvyn säilymistä. Tavallisimmat syyt vanhusten päivystykseen hakeutumiseen ovat erilaiset infektiot, kaatumisen aiheuttamat vammat ja lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset oirekohtaisissa ongelmissa toimitaan kuten muidenkin potilaiden kohdalla. (STM 2010, 50.)

Äkillisesti sairastuneen vanhuksen elämäntilanteen selvittäminen, joka huomioi vanhuksen sen hetkisen elämän kokonaistilanteen ja jäljellä olevan elämän ennusteen suhteessa kyseiseen tapahtumaan, on akuutissa hoitotilanteessa vaikeaa. Anamneesin eli esitiedon kerääminen vanhuksen aikaisemmista sairauksista sekä nykyisen sairauden alkamisesta ja kulusta on vaikeaa tai mahdotonta. Vanhus voi olla tajuton tai tapahtumalla ei ole silminnäkijöitä ja vanhuksen itsensä antamat tiedot voivat olla epäluotettavia, johtuen muistisairaudesta, pelosta tai ahdistuksesta. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 1999, 396.)

Päivystyksen henkilökunta on avainasemassa kerättyä esitietoja sekä kliinisessä tutkimuksessa, koska pintapuoleinen tietojen keräys näkyy hoitotuloksen heikkona laatuuna. Hyvä laatu edellyttää vanhuksen toimintakyvyn, tukiverkoston ja hoidettavana olevan sairauden tuomista lisätukitarpeista. Tämä edellyttää toimivaa yhteistyötä kaikkien vanhukseen hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Vanhuspotilaiden erityispiirteiden tuntemattomuus johtaa usein siihen, että hoito päivystyksessä aloitetaan kaavamaisesti, kun ensimmäisenä hoidettava diagnoosi löytyy, eikä kartoiteta muita päivystykseen hakeutumisen syitä. Vanhuspotilaille tulisi herkästi tehdä tarkka esitietojen selvitys sekä huolellinen kliininen tutkimus, jotta kaikki syyt päivystykseen hakeutumiselle löydettäisiin. On hyvin todennäköistä, että vanhus ajautuu päivystykseen lyhyen ajan sisällä uudelleen. Tällaista ilmiötä kutsutaan ”pyörövi-ilmiöksi”. (Koponen & Sillanpää 2005, 378–379.)

STM käynnisti marraskuussa 2008 hankkeen valtakunnallisten päivystyshoidon yhteisten kriteereiden laatimiseksi. Työryhmä ehdotti, että vanhusten päivystyshoidon kokonaisuus tulee suunnitella yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa siten, että päivystystä käytetään vain tarkoituksenmukaisista ja välttämättömistä syistä. Sairaudesta johtumattomat syyt, esim. omaishoitajan sairastuminen, eivät tarvitse päivystyksen käyttöä, vaan kunnan tulee järjestää mahdollisuus päästä suoraan hoitoyksikköön. Vanhus-

ten hoitolaitosten henkilökunnalle tulee kouluttaa arvioimaan yleistilan laskua ja konsultoimaan lääkäriä ennen päivystykseen lähettämistä, ellei kyseessä ole hätätilanne. Hoitoyksiköissä asuvilla vanhuksilla tulee olla selkeä, kirjallinen hoitosuunnitelma, jossa otetaan kantaa hoitotahtoon ja hoidon rajauksiin. Hoitosuunnitelmassa tulee myös näkyä vanhuksen toimintakyky ja lääkitys. Päivystyksessä vanhusten yleistilan laskun syyt tulee selvittää nopeasti ja jatkohoitoon pääsyle tulee suunnitella sovittu käytäntö arkeen ja viikonloppuun. Myös terminaalivaiheessa olevan vanhuksen päivystyskäynti saattaa olla tarpeen esim. akuutin kivun selvittämiseksi ja hoitamiseksi. (STM 2010, 50–51.)

Ehdotuksena työryhmällä oli myös, että kaikilla vanhustenhuoltopalveluita antavilla julkisilla ja yksityisillä tahoilla tulee olla sovittuna, miten virka-ajalla ja virka-ajan ulkopuolella ei-kiireellisissä päivystys-tilanteissa tehdään lääkärikonsultaatio siirtämättä potilasta päivystykseen, jollei päivystyspoliklinikan muita resursseja tarvita. Ensihoitohenkilöstön koulutusta vanhuspotilaan tilan arvioon ja kohteessa tapahtuvaan hoitoon tulee lisätä. Vanhuspotilasta ei voi kotiuttaa päivystyksestä ilman selkeää suunnitelmaa siitä, miten välttämätön huolenpito ja lääketieteellinen hoito toteutetaan. Usein on tarpeen pitää kotona yksin asuva vanhus yön yli päivystyksessä ja aamulla selvittää tarpeelliset tukitoimet, jotta vältetään turhat vuodeosastohoitojaksot. Jos vanhus joutuu viipymään päivystyksessä, niin olosuhteisiin ja vanhuksen erityistarpeisiin tulee kiinnittää huomiota huolehtien nopeasta kuntouttavan hoidon aloituksesta jo päivystyksessä. (STM 2010, 50–51.)

Hoidon tarpeen arviointi on yleiskäsite, jota käytetään vuorovaikutustapahtumasta, jossa hoitotyöntekijä arvioi potilaan tarvitseman hoidon kiireellisyyttä haastattelun ja oire-kyselyn perusteella. Erikoissairaanhoidossa kyseisestä asiasta käytetään yleistä termiä ”triage”. Hoidon tarpeen kiireellisyys voi olla välitön, päivystyksellinen tai ajanvarauksellinen. Arvioin hoidon tarpeesta ja suunnitelman oikeasta hoitopaikasta tekee useimmiten päivystyspoliklinikan sairaanhoitaja, joka voi olla myös nimellä triage-hoitaja. (Castren ym. 2008, 64,67.)

2.4 Vanhusten hoidon jatkuvuuden turvaaminen

Potilaan hoidon etenemistä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa voidaan kuvata palveluketjun, hoitoketjun tai hoitopolun avulla. Potilasta hoitavan henkilöstön

tulee tuntea eri ketjut ja hoitopolut, jotta hän voi koordinoida potilaan hoitoa ja taata niiden jatkuvuus. (Iivanainen ym. 2010, 68–69.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisinä tavoitteina (Hervonen & Pohjalainen 1991, 281, 286) on mm. suunnitella ja toteuttaa vanhusten tarpeisiin perustuva, joustava ja tehokas hoito- ja palvelujärjestelmä. Sen tulee vastata sekä äkillisen että jatkuvan avun tarpeeseen, turvata hoidon ja huolenpidon kokonaisvaltaisuus sekä voimavarojen entistä tarkoituksenmukaisempi käyttö. Hyvän yhteistyön muotoja ovat paikallisesti ja selkeästi sovittu työnjako, toistensa työn kunnioittaminen ja eri osapuolten tasa-arvo. Hervonen ja Pohjalainen korostavat myös joustavien ja tehokkaiden päivystyspalveluiden välttämättömyyttä turvaamaan vanhuksille palvelut kaikkina vuorokauden aikoina.

Hoitoketjun liitoskohdat tai saumakohdat ja rajapinnat ovat erityisen tärkeitä huomioida, jotta hoitoprosessi etenee saumattomasti. Hoitopolun alku on tärkeää olla tiedossa, jotta alku ja loppu saadaan liitettyä saumattomasti yhteen, niin että muodostuu ketju. Saumattoman hoitoketjun keskeisiä ominaisuuksia ovat palvelujen järjestämisen asiakaslähtöisyys sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden tukeminen ja kunnioittaminen. Keskeistä onnistuneessa hoitoketjussa on, että palvelu ja hoito järjestetään siten, että lähtökohtana on asiakkaan joustava palvelu hänen asiansa kulloinkin edellyttämässä hoitopaikassa. Näiden perusominaisuuksien toteuttaminen edellyttää hoitoketjuun kuuluvien prosessien tunnistamista, toimintojen organisointia asiakkaan näkökulmasta, palveluprosessien ketjuttamista saumattomaksi kokonaisuudeksi sekä prosessien muodostaman kokonaisuuden hallinnan kehittämistä organisaatio- ja ammattirajat ylittävällä yhteistyöllä. (Iivanainen ym. 2010, 68–69; Nouko-Juvonen ym. 2000, 18.)

Naakan ja Ahorannan (2007, 1) mukaan vanhuksen siirtyminen palveluketjussa on aina rasitus tarkasteltuna sekä vanhuksen elämänlaadun että talouden kannalta. Hoitoyhteisöstä toiseen siirtyminen on vaativa ja kuormittava prosessi vanhukselle, omaisille ja yhteiskunnalle. Vanhuksella ei nykyisessä palvelujärjestelmässä ole mahdollisuutta vaikuttaa palveluyksiköstä toiseen siirtymiseen, vaan siirron perusteena on vanhuksen kunto ja hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen ja yksikön olemassa olevat resurssit vastata hoidon tarpeeseen. Yksi hoidon laadun mittareista on palvelujen mukautu-

minen asukkaan tarpeen muuttumisen myötä. Julkisten ja yksityisten palvelujen vertailu taloudellisesti ja laadullisesti on vaikeaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön kannalta tärkeimpiä saumattoman hoitoketjun ominaisuuksia ovat sujuva eri ammattiryhmien ja muiden yhteisöjen väliset organisaatorajat ylittävä yhteistyö sekä asiakasta koskevan vastuun järjestäminen tarkoituksenmukaisella tavalla ja tiedon-vaihto sekä luottamuksellinen vuorovaikutus asiakkaan kanssa. Lisäksi se edellyttää saumatonta tiedonkulkua, vastuiden selkeyttä hoitoketjussa sekä kykyä ja mahdollisuutta hallita ja seurata hoitoketjua. (Nouko-Juvonen ym. 2000, 22.) Perälän & Hammarin (2003, 11) tekemässä tutkimuksessa PALKO-hankkeen yhteydessä havaittiin puutteita asiakkaan hoidon jatkuvuudessa hänen siirtyessään perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja päinvastoin. Tutkimuksen mukaan saumattomuuden esteenä voidaan pitää myös sitä, että terveydenhuollon toiminta on perinteisesti organisaatiokeskeistä jolloin asiakastiedot ovat monessa paikassa ja eri tietojärjestelmissä hajallaan.

Hoitotyön kirjaaminen on potilastietojen kirjaamista eli dokumentointia potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjat ovat potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja ja saapuneita asiakirjoja. Potilasasiakirjat palvelevat potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä hoidon arviointia, ja ne edistävät hoidon jatkuvuutta. (Iivanainen ym. 2010, 70.) Saumaton hoito ja palvelu ovat mahdollisia vain, jos tieto kulkee hyvin organisaatioiden ja sen asiantuntijoiden välillä. Yhtenäinen asiakirjakäytäntö, yhtenäinen termistö ja asiakirjojen yhteisen tietosisällön määrittely ovat osa toimivaa saumatonta tiedonkulkua. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 66.)

Suullinen tiedottaminen toimii kirjallisen tiedottamisen lisänä osana hoidon jatkuvuutta (Kauppi, Kähtävä, Lipasti, Niemi, Tamminen & Vaaramo 2010, 21–22). Hoitotyössä raportoinnilla kuvataan tilaisuutta, jossa tiedotetaan päättyvän työvuoron aikana tapahtuneita asioita potilaiden hoitamisessa ja voinnissa. Nykysuomen sanakirjan mukaan (2012) ”raportti” tarkoittaa tiedotusta, tiedotetta, tiedonantoa, selontekoa ja tilannekatsausta. Hoitotyön raportoinnin tehtävänä on varmistaa hoidon jatkuvuus hoitosuunnitelman mukaisesti sekä potilaan turvallisuus vuorojen vaihduttua. Raporttien sisältö perustuu sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin. (Puumalainen, Långfstedt & Eriksson 2003, 4; Ruuskanen 2007, 13–14.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, johon kirjataan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito sekä niiden muoto ja arvioitu kesto. Suunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa hoitotyötä, vanhuksen kotona asumista edistävää työtettä sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. (Päivärinta & Haverinen 2003, 35.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on luoda saumaton, joustava, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu palvelukokonaisuus. Hyvän suunnitelman valmistelussa yhdistyvät vanhuksen tarpeet ja toiveet, olemassa olevat palvelu- ja hoitomahdollisuudet sekä työntekijän asiantuntijuus. Vanhuksen laadukas hoito ja palvelu voi perustua ainoastaan huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen kartoitukseen, johon tuovat oman erityisosaamisensa sosiaalityön, hoitotyön ja lääketieteellisen työn osaajat sekä muut vanhuksen hoitoon ja palveluun osallistuvat. Tämä moniammatillinen osaaminen kulminoituu ja näyttäytyy vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelmassa (Eloranta & Punkanen 2008, 180–181; Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 91.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on muiden asiakas- ja potilasasiakirjojen ohella myös tärkeä dokumentti asiakkaan ja hoitajan oikeusturvan kannalta. Siitä voidaan tarkistaa jälkeenpäin, mitä hoidon aikana on tapahtunut, sillä sitä mitä ei ole kirjattu, ei voi myöskään todistaa havaituksi ja hoidetuksi. (Kauppi ym. 2010, 21.)

3 VANHUksen Äkillinen yleistilan lasku

3.1 Äkillisen yleistilan laskun syitä

Lääketieteen sanaston mukaan (2010) yleistila eli status generalis on potilaan yleisvointi sekä subjektiivisesti että objektiivisesti koettuna toisin sanoen, miten potilas kokee voivansa ja miten potilas näyttää voivan. Päivystyksessä vanhus saa usein ”työdiagnoosin” yleistilan heikkeneminen. Tämä ei kuitenkaan ole diagnoosi eikä oireyhtymä, vaan epämääräinen kokonaisuus jonka osa-tekijät ovat voimattomuus, vaikeutunut liikkuminen, tasapainovaikeudet ja sekavuus. Yleistilan laskuun on yleensä jokin konkreettinen ja usein myös arkipäiväinen syy, jonka lähtökohta tulisi aina selvittää. Vanhukset sairastavat samoja sairauksia kuin muutkin aikuiset, mutta sairauden oireet ja niiden seuraukset voivat olla hyvin erilaisia. Syy-yhteyksien selvittämistä hankaloit-

tavat ikääntymiseen normaalisti kuuluvat muutokset, aiemmat krooniset sairaudet ja niihin liittyvä toimintakyvyn heikentyminen sekä lääkitys. Jos vanhuksen toimintakyky on heikentynyt, saattaa vähäinenkin sairauden oire aiheuttaa yleistilan laskun tai jopa romahduksen. Kunnon äkillisen romahduksen, vuoteeseen jäämisen, väsymyksen tai äkillisen sekavuuden takana voi olla lähes mikä tahansa sairaus. (Koponen & Silanpää 2005, 376; Iivanainen ym. 2010, 814; Juola 2011; Salmio 2011.)

Marian sairaalapäivystyksessä tehdyn tilastoinnin (taulukko 1) mukaan oli vuonna 2009 heinäkuun loppuun mennessä päivystyksessä kaikkiaan 9980 käyntiä. Potilaista 65–74-vuotiaita oli 1328, 75–84-vuotiaita 2188 ja 85-vuotiaita ja sitä vanhempia 2222. Yleisin tieto kohtaan ”mistä tuli?” oli koti tai kodinomainen palveluasuminen tai tuettu kotihoito. Luvut koskevat vain sisätautien sairaalapäivystystä eikä näissä luvuissa ole mukana perustason kirurgian päivystyksen tietoja eikä aikuisten terveyskeskuspäivystyksen tietoja. (Vanhus ei voi odottaa hoitoa pitkään 2011.)

Taulukko 1. Yleisimmät tulossyyt Marian sairaalapäivystykseen

Yli 65-vuotiaiden yleisimmät tulossyyt	Käynnit
Yleistilan lasku ja heikotus	752
Sydämen eteisvärinä	472
Keuhkokuume/kuume/infektio	304
Rintakipu	273
Ripuli	212
Sydämen vajaatoiminta	142
Virtsatieinfektio	123
Ruusu	107

Ahorannan ja Kettusen (2005, 79–80) Mikkelin seudulla tekemän tutkimuksen mukaan tavallisimpana väliaikaisten siirtymisien syinä palvelutalojen työntekijät pitivät myös asukkaan akuuttia sairautta, joka vaatii erityishoitoa.

Ennustamattomuus ja kontrolloimattomuus ovat äkillisen sairastumisen tunnuspiirteitä, jossa vanhuksen perustarpeet ovat uhattuina. Sairastuttuaan äkillisesti ja sairaalaan

joutuminen merkitsevät vanhuksen fyysisen ja psyykkisen eheydensä loukkaamista, turvallisuuden tunteen vähenemistä, oman identiteetin, itsenäisyyden, itsekunnioituksen ja oman elämän hallinnan menettämistä. Vanhus joutuu noudattamaan terveydenhuollossa olevia sääntöjä ja määräyksiä sekä antamaan itsensä ammattilaisten käsiin, joiden tiedot ja taidot vaikuttavat hänen selviämiseensä. Kaikki tämä lisää tarvetta turvallisen ja luotettavan vuorovaikutussuhteen syntymiseen potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön välillä. (Alaspää ym. 1999, 13–14.)

Sairaalahoitoon joutuvista vanhuksista 20–40 % kärsii äkillisestä sekavuudesta eli deliriumista, joka on somaattisten tekijöiden aiheuttama vajaatoimintatila. Delirium alkaa yleensä äkillisesti ja siinä on tunnistettavissa jokin laukaiseva tekijä. Yleisimpiä äkillisen sekavuuden syitä ovat erilaiset infektiot, joista yleisimmät ovat virtsatieinfektio ja keuhkokuume, lisäksi aivoverenkiertohäiriöt, sydämen vajaatoiminta, sydänfarkti, neste- ja suolatasapainon häiriöt, sokeri- ja kilpirauhashormonitasapainon häiriöt, anemia, aliravitseminen ja erilaiset vammat esim. kaatumisen seurauksena sekä leikkaukset ja lääkkeiden haittavaikutukset voivat toimia laukaisevina tekijöinä. Sekavuus on aina akuutti hätätilanne, jossa nopea diagnostiikka ja oikea hoito saattavat ratkaisevasti parantaa muuten huonoa ennustetta. Mitä vanhempi potilas on, sitä todennäköisemmin hänen monimutkaisen taudinkuvansa takana on vakava sairaus, sitä huonommat ovat hoitomahdollisuudet ja sitä huonompi on ennuste. (Iivanainen ym. 2010, 816; Juola 2011; Hartikainen & Lönnroos 2008, 68.)

Selviytymisen (coping) käsite liitetään yleensä äkillisesti sairastumiseen, joka päivystyksen näkökulmasta auttaa ymmärtämään ja hahmottamaan vanhuksen ja hänen läheisensä tilannetta sairastumisen yhteydessä. Äkillisesti sairastunut vanhus odottaa hänet kokonaisvaltaisesti huomioivaa hoitoa, missä korostuu hänen ainutkertaisuutensa, yksilöllisyytensä ja voimavarojensa huomiointi. Vanhuksen voimavarat, positiivinen elämänsäsenne, sosiaaliset taidot, ympäristö ja sosiaalinen verkosto vaikuttavat siihen miten hän selviytyy. (Alaspää ym. 1999, 15.)

3.2 Äkillinen yleistilan lasku- toimintamalli

Sara Haimi-Liikkasen (2011) mukaan meillä ei ole varaa jättää käyttämättä koulutetun henkilökunnan ammattitaitoa. Äkillisen yleistilan lasku -toimintamallin koulutusten tarkoituksena on lisätä sairaanhoitajien asiantuntijuutta ja lähihoitajien erityisosaamista. Toimintamalli lisää hoitajien asiantuntijuutta ja syventää ammatinhallintaa.

Etelä-Kymenlaakson alueella on luotu yhteinen toimintatapa, joka tehostaa asiakkaan hoidon ohjautumista ja arviointia yleistilan äkillisesti laskiessa. Toimintamalli on laadittu pääkaupunkiseudun Päivystyshankkeen 2008 pohjalta. Päivystyshankkeen tavoitteena oli epätarkoituksenmukaisten päivystyskäyntien vähentäminen ja tarkoituksen mukaisen hoidon järjestäminen äkillisissä sairaustiloissa koti- ja laitoshoidossa. Äkillinen yleistilan lasku- toimintamalli on yhteinen toimintatapa kunnille ja erikoissairaanhoidolle, jonka tavoitteena on taata palveluiden piirissä oleville hyvä hoito. Toimintamalli on päässyt myös Kaakkois- Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socomin hyvien käytäntöjen listalle (Haimi-Liikkanen 2011; Hyvät käytännöt 2010).

Äkillinen yleistilanlasku- malliin on tehty lomake, joka ohjaa hoitajan toimintaa, kun vanhuksen yleistila äkillisesti laskee. Ohjeen tavoitteena on mahdollisimman nopeasti selvittää äkillisen yleistilan laskun syy, jotta asukas saa oikean hoidon ja säilyttää toimintakykynsä. Tämä ohjeellinen lomake on jaettu osiin: tutki, selvitä ja toimi (liite 2). Ensimmäisessä osassa keskitytään vanhuksen tutkimiseen. Suurin osa pystytään alustavasti selvittämään potilasta haastatteleamalla ja tutkijan omin aistein. Usein tarvitaan yksinkertaisia apuvälineitä mm. verenpainemittari, valolähde, stetoskooppi. Potilaan tutkimisen vaiheet ovat ensiarvio, peruselintoimintojen selvittäminen, potilaan haastattelu ja tutkiminen. Toinen osa on tilanteen selvittämistä eli pyritään luomaan kokonaiskuva tapahtumasta keskustelemalla, vanhuksen ja omaisten kanssa sekä yksikön asiakirjamerkintöjen perusteella. Kolmas osa eli toimi käsittää neuvottelun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ja toiminnan sovittujen ohjeiden mukaisesti ennen päätöksen tekemistä asukkaan lähettämisestä päivystykseen. (Alaspää ym. 1999, 54–80; Äkillinen yleistilan lasku: ohje henkilökunnalle 2011.)

3.3 Ammatillinen osaaminen asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa

Vanhuksen akuutit sairaudet ilmenevät monesti epätyypillisin autonomian menettämisen oireina: yleiskunnon laskuna, jalkojen kantamattomuutena tai yleisenä sekavuutena. Oikean, asianmukaisen diagnostiikan ja hoidon lisäksi stressin välttäminen, hyvinvoinnin turvaaminen ja ajallisesti oikein säädely prosessi ovat ensiarvoisen tärkeitä. Hoidon epäonnistuminen aiheuttaa usein toimintakyvyn palautumatonta laskua, pitkitettyä sairaalajaksoa ja siten vanhukselle itselleen osan luovutusta itsenäisestä elämästään. On tärkeää muistaa, että myös vanhuspotilas on oikeutettu asiantuntevaan ja hyvään hoitoon päivystyksessä. Myös huonokuntoiselle vanhukselle kuuluvat hyvä

hoito ja asiantunteva tutkimus. Siirtotilanteisiin, odotusaikoihin ja vaikeaan ymmärrettävyyteen uudessa ympäristössä tulee kohdistaa erityinen huomio vanhuspotilaiden kohdalla. (Heinänen, Jantunen, Kallio & Simonen 2008.)

Päivystyksen kiireinen ympäristö voidaan kokea epätarkoituksenmukaiseksi hoitopaikaksi vanhuspotilaalle. Vanhuspotilas vaatii päivystyksessä aikaa ja myös hoivaa, diagnostiikan ja normaalien hoitojen lisäksi. Tästä syystä vanhuspotilas koetaan usein tukkivan päivystyksen. Vanhuspotilas saattaa olla levoton, muistamaton tai sekava ja hänen jatkohoidon järjestelyissä saattaa ilmetä vaikeuksia. Tutkimus- ja hoitopolun takkuilu merkitsee monesti menetettyä elämää ja kurjistumista. Kuolemaakin pelätympi on kurja vanhuus: vuoteessa, inkontinenttina, dementoituneena ja ajattomana. Nämä seikat eivät kuitenkaan ole vanhuksen syitä, eivätkä asenteet ja toimintajärjestelmämme puutteet saa heijastua vanhuksen kohteluun ja arvostukseen päivystyksessä. Vanhuspotilas ansaitsee arvokkaan ja hyvän kohtelun kaikissa tilanteissa. Vanhuspotilaan hoitoon tulee kuulua järkevät arviot, osuvat tutkimukset ja harkittu hoito sekä arvokas ja hyvä kohtelu kaikilla hoitoketjun tasoilla aina lähtöpaikasta kotoa tai laitoksesta, päätepisteeseen eli kotiin, sairaalan vuodeosastolle tai takaisin entiseen hoitopaikkaan. (Heinänen ym. 2008.)

4 AMMATILLINEN OSAAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

4.1 Ammatillinen osaaminen vanhustyössä

Sosiaali- ja terveysalalla vaaditaan laajaa, monipuolista tietoperustaa ja hyvää käytännön osaamista. Hoitotyö on jakautunut erikoistuneille asiantuntijuusaloille, missä jokainen ammattiryhmä pyrkii hoitamaan omaa aluettaan erityisasiantuntemuksella. Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöinen hoitotyö vaatii asiakkaan, moniammatillisen tiimin ja moniammatillisen verkoston välistä yhteistyötä. Asiakaslähtöisessä ja moniammatillisessa hoitotyössä sosiaali- ja terveysalalla korostuu yhteistyötaitojen merkitys. Yhteistoiminnallisuuteen kuuluu olennaisesti omien tietojen, taitojen ja tunteiden tunnistaminen ja samalla toisten tietojen, taitojen ja tunteiden kunnioittaminen. Asioiden jakaminen ja niiden yhdessä työstäminen mahdollistuu vain toista kunnioittamalla. Harvoin vain yhden ammattikunnan asiantuntijoiden osaaminen ratkaisee asiakkaan ongelmat. Järkevä voimavarojen käyttö sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä vaatii toimintatapojen muuttamista ja tämä edellyttää yhteistyön kehittämistä eri ammattiryhmien välillä. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 12 - 17.)

Vanhusten hoitotyön perusta on hoitotieteessä, minkä lisäksi hoitotyön sisältö rakentuu gerontologiselle tietoperustalle. Vanhusten hoitotyö on ihmisen hoitamista hänen voimavaransa huomioon ottaen siten, että hän ikääntymisestään, toimintakyvyn vajuuksistaan ja sairauksistaan huolimatta voisi elää mahdollisimman hyvinvoivana ja toimintakykyisenä. Hoitotyöhön kuuluu myös rauhallisen, kivuttoman kuoleman tukeminen. (Voutilainen ym. 2002, 70.)

Voutilaisen ym. (2002, 70–71,73) mukaan vanhusten parissa työskentelevien hoitotyön ammattilaisten on tärkeää tietää, mitä ikääntyminen merkitsee vanhukselle ja hänen terveydelleen. Vanhusten hoitotyön erityisosaaminen perustuu siihen, että ymmärretään biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit ja vanhuus ainutkertaisena elämänvaiheena. Hoitajan tulee myös hallita tavallisimmat sairaudet, tunnistaa niiden oireet ja tuntea lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä hoitomuotoja sekä hoidoista mahdollisesti aiheutuvia haittoja. On myös tärkeää osata toimia yhteistyössä kaikkien vanhusten hoitoon ja tukitoimiin osallistuvien kanssa sekä pystyä järjestämään apua tarvitseville vanhuksille heidän tarvitsemansa tuki.

Vanhus elää kehitystehtäväänsä, joka tarkoittaa eletyn elämän summaamista ja mielekkyyden löytämistä elämälle. Vanhuksella on takanaan pitkä elämä monenlaisine kokemuksineen, ja hoitajan tulee osata ottaa tämä elämä mukaan keskusteluihin. Hoitotyö vaatii taitoa asettaa ihmisen elämänhistoria ja siihen liittyvät yksilölliset voimavarat hoitotyön lähtökohdaksi. Gerontologinen hoitotyö edellyttää gerontologista tietoa, eettistä orientaatiota ja monenlaista menetelmätietoa ja taitoa toimia vanhuksen kanssa. Hoitotyön perusta on hoitajan ja vanhuksen kohtaaminen. Hoitotyössä vanhuksesta välittäminen voi näyttäytyä paitsi hoidettavan tahdon kunnioittamisena myös puolesta päättämisenä. Tällöin hoitaja suojelee päätöksellään vanhusta. (Voutilainen ym. 2002, 73–74; Heikkinen & Rantanen 2008, 456.)

Vanhusten hoitotyö ei välttämättä ole aina laadukasta, sillä ammattitaitoista henkilökuntaa ei ole riittävästi. Sijaisten osuus työntekijöistä on suuri ja työsuhteet usein lyhyitä, jolloin työhön ei sitouduta vastuullisesti. Sijaiset vaihtuvat usein eikä heitä perehdytetä asianmukaisesti työhönsä. Henkilöstöressurssien lisäksi uhka hyvälle vanhustyölle ovat myös eettiset ja moraaliset uhkat. Usein unohdetaan, että vanhukset ovat yksilöitä ja heillä kullakin on oma, arvokas elämäntarinansa. Vanhusten kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen on perehdyttävä, jotta vanhuksilla olisi mahdollisuus saada

osakseen yksilöllistä hoitoa. Esimerkiksi vanhuksen elämänvaiheiden tuntemisella hoitaja voi ymmärtää vanhuksen mahdollisia pelkoja ja ahdistuksia, joita hän kokee nykytilanteessa. (Noppari & Koistinen 2005, 153.)

Korkean ammattitaidon ja eettisyyden omaavat hoitotyön ammattilaiset kykenevät tuottamaan laadukasta ja yksilöllistä hoitotyötä, jos heille annetaan siihen mahdollisuus myös hallinnollisin keinoin. Hoitotyössä yksilöiden on syytä pitää herkkyyksensä voimavarana ja mahdollisuutena. Empatian peruskysymys hoitotyössä on kyky asettua vanhuksen asemaan ja kiinnostus ja tahto ymmärtää asioita myös vanhuksen näkökulmasta. Tiedämme sen, että yhteiskunnassamme myös vanhuksilla on oikeus olla olemassa subjektiivisina, kokevina yksilöinä. Vanhuksella on oikeus laadukkaaseen hoitoon ja huolenpitoon eikä pitkä eletty elämä tee ketään muita vähempiarvoiseksi. Vanhuksella on oikeus turvalliseen elämään, oikeus luottaa avun saantiin ja toisaalta oikeus myös omaan itsenäiseen asioiden hoitamiseen omien kykyjensä mukaan. (Noppari & Koistinen 2005, 159; Heikkinen & Rantanen 2008, 456.)

4.2 Hoitotyön kehittäminen

Vanhustyö on iso osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Vanhusten lukumäärän kasvaessa, kasvaa myös heidän tarvitsemiensa palveluiden määrä. Vanhusten hyvinvointi on sekä eettisesti että taloudellisesti merkittävä kysymys, koska ihmisen elämän aikana suurin osa hänen tarvitsemistaan palveluista sijoittuu elämänkaaren loppupäähän. Ei ole yhdentekevää, miten hoitotyön palvelut järjestetään, miten ne vaikuttavat ja mitä palveluita ylipäänsä on tarjolla. Hoitotyön kehittämiseksi keskeistä on, minkälaisia päätöksiä hoitokäytännössä tehdään ja miten ne perustellaan. Perusteluja varten tarvitaan ajankohtaista, uutta, tutkittua ja pätevää tietoa. (Parviainen 1998, 7.)

Vanhustyön osaaminen edellyttää jatkuvaa tieteellistä arvioivaa tutkimusta sekä kriittistä keskustelua. Vanhusten hoitotyön laatua mitattaessa on syytä kehittää menetelmiä, jotka yhtenäistävät laadukkaan hoitotyön käytäntöjä. Eettisesti hyvälle vanhustyön osaamiselle on ominaista huolenpito ja turvallisuus sekä ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja integriteetin kunnioittaminen inhimillisessä hoitosuhteessa. Hoitotyön käytännön muuttaminen vanhusta aktivoivaksi edellyttää hoitotyön tavoitteiden kohdentamista vanhuksen toimintakykyyn, omatoimisuuteen, omanarvontunteen tukemiseen ja elämänlaatuun. (Noppari & Koistinen 2005, 152; Voutilainen & Tiikkainen 2008, 29; Parviainen 1998, 33.)

Vanhusten hoitotyössä painottuu hoitajan vastuu, joka edellyttää itsenäistä päätöksentekoa ja ongelmanratkaisukykyä. Hoitajan itsenäinen rooli ja vastuunotto vanhusten terveyden edistämässä ja ennaltaehkäisevässä työssä sekä pitkäaikaissairauksien hoidossa, seurannassa ja kuntoutuksessa tulee kasvamaan. Hoitotyön haasteena on turvata terve ja aktiivinen ikääntyminen, sillä terveys ja toimintakyky vaikuttavat merkittävästi vanhusten hyvinvointiin sekä sosiaali- että terveyspalveluiden tarpeeseen. Hoidon painopiste on siirrettävä korjaavasta toiminnasta terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ennaltaehkäisevään työhön. Gerontologisen hoitotyön kehittämisosaamiseen kuuluu hoitotyön kehittämiskohteiden tunnistaminen, kehittämiseen ja hyvien käytänteiden luomiseen osallistuminen ja niiden julkistaminen. (Gerontologisen hoitotyön osaaminen 2009, 13–15.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tilanteita ja hoitajien toimintaa asukkaan yleistilan äkillisesti laskeessa Kouvolan kaupungin omissa ja ostetuissa ympärivuorokautista hoitoa antavissa vanhusten asumispalveluyksiköissä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja etsiä kehittämiskohteita tilanteesta, hoitopoluista ja henkilökunnan osaamisesta vanhuksen yleistilan äkillisesti laskeessa.

Opinnäytetyössämme oli tavoitteena saada tietoa tilanteista ja hoitajien toiminnasta kun asukkaan yleistila äkillisesti laskee. Lisäksi tarkoituksena oli etsiä selityksiä tilanteille ja ongelmiin, sekä tunnistaa todennäköisiä syy-seurausketjuja ja pyrkiä löytämään sieltä kehittämiskohteet vastauksia analysoimalla.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia äkillisen yleistilan laskun tilanteet ovat?
2. Mitkä ovat siirtojen syitä?
3. Miten yhteistyö sujuu hoitopolun toimijoiden välillä?
4. Miten henkilökunta hallitsee tilanteen kun vanhuksen yleistila laskee?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen kohderyhmä oli Kouvolan kaupungin sekä oman että ostetun vanhusten asumispalvelun hoitohenkilökunta.

Yksinkertainen satunnaisotanta kohdistui siihen hoitajaan, joka työssään ajanjaksolla 1.9–31.11.2011 joutui tilanteeseen, jossa vanhuksen yleistila oli äkillisesti laskenut. Yksinkertaisessa satunnaisotannassa jokaisella kohderyhmän jäsenellä on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi otokseen. (Heikkilä 2010, 36.)

6.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta

Tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen eli määrällinen survey-tutkimus, jossa keskeistä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja teorioista. Perinteisessä survey-tutkimuksessa on tyypillistä kerätä tietoa käyttäen kyselylomaketta. Se on myös tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa kun tutkittava joukko on suuri. Aineisto kerätään standardoidussa muodossa eli täsmälleen samalla tavalla jokaiselta vastaajalta, jossa vastaajat muodostavat rajatun otoksen perusjoukosta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134, 140; Heikkilä 2010, 19.)

Kyselylomakkeen (liite 2) suunnittelun pohjaksi kävimme läpi aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia. Lomakkeen laadinta edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelmien pohtimista ja täsmentämistä ja käsitteiden määrittelyä (Heikkilä 2010, 47). Tutkimusongelmia, kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja suunnitellessamme mietimme kuinka tarkkoja vastauksia halusimme ja toisaalta kuinka tarkkoja tietoja oli mahdollisuus saada. Kyselylomake laadittiin Webropol-ohjelmaan, ja lomakkeen ulkoasussa kiinnitimme erityistä huomiota selkeyteen ja vastaamisen helppouteen. Lomakkeella eteneminen edellytti kaikkiin kysymyksiin vastaamista. Kyselylomakkeella kartoitettiin asukkaan ja hoitajan taustatiedot, tietoja asumispalveluysiköstä, tietoja asukkaan äkillisestä yleistilan laskusta ja hoitajan ammatillista osaamista.

Terveystieteiden tutkimuksessa ammatillinen osaaminen perustuu jatkuvasti uusiutuvaan, laajalajiseen, monitieteiseen tietoperustaan ja käytännölliseen osaamiseen sekä sosiaali-

seen ja vuorovaikutuksellisiin taitoihin (Opetusministeriö 2006, 4). Laatiessamme kysymyksiä hoitajan ammatillisesta osaamisesta käytimme pohjana Opetusministeriön ammattikorkeakoulutus 2005 -työryhmän asettamia vaatimuksia sairaanhoitajan koulutuksen ammatilliselle osaamiselle. (Opetusministeriö 2006, 63–70.) Kysymykset ja oimme otsikoittain eettiseen osaamiseen, terveyden edistämiseen, kliniseen osaamiseen, hoitotyön päätöksentekoon, yhteistyöhön, lääkehoitoon, monikulttuuriseen hoitotyöhön ja yhteiskunnalliseen toimintaan. Hoitajan ammattitaidon itsearvointia oman työnsä hallitsemisesta asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa käytimme viisi portaista laskevaa asenneasteikkoa, 5= hallitsen työssäni erittäin hyvin, 4=hallitsen työssäni hyvin, 3=hallitsen työssäni kohtuullisesti, 2=hallitsen työssäni heikosti ja 1=en hallitse työssäni.

Kyselylomakkeen testauksen suoritimme Ravimiehentien tehostetun asumispalvelun yksikössä ajalla 20.7–20.8. 2011, jossa vastaajilla oli mahdollisuus antaa palautetta lomakkeen käytettävyydestä. Kyselylomakkeen testauksella pyritään selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeys ja yksiselitteisyys, vastausvaihtoehtojen sisällöllinen toimivuus ja lomakkeen vastaamisen raskaus ja vastaamiseen kuluva aika. Kyselylomakkeen testaukseen osallistuvilla henkilöillä on myös syytä miettiä, onko jotakin olennaista jäänyt kysymättä tai onko mukana turhia kysymyksiä. (Heikkilä 2010, 61.) Kyselylomakkeen testivastauksia saimme kaksi kappaletta, joissa kyselylomake arvioitiin selkeäksi ja helppokäyttöiseksi. Kyselylomakkeeseen ei ollut tarvetta tehdä muutoksia.

6.3 Aineiston keruu

Ennen varsinaista kyselylomakkeen lähettämistä kävimme tapaamassa henkilökohtaisesti 26 yksikön osastonhoitajaa tai vastaavaa hoitajaa. Joissain yksiköissä oli myös paikalla muuta hoitohenkilökuntaa. Tapaamisella kerroimme opinnäytetyön tarkoituksen, menetelmän ja kävimme läpi kyselylomakkeen täyttöohjeen, lisäksi korostimme kyselyn luottamuksellisuutta. Tapaamisten tavoitteena oli saada henkilökohtainen kontakti tutkimukseen osallistuviin henkilöihin ja herättää mielenkiinto tutkimusta kohtaan. Käyntien yhteydessä jaoimme 85 kappaletta opinnäytetyömme ohjekansiota yksiköihin.

Ennen kyselyn toteuttamista anottiin tutkimuslupa Kouvolan kaupungin kotihoidon ja vanhuspalveluiden palvelujohtajalta. Tutkimuslupa saatiin kaupungilta 23.5.2011. Yksityisiltä vanhuspalvelun tuottajilta saatiin kirjalliset tutkimusluvut elokuussa 2011.

Tiedonkeruumenetelmänä käytetty kyselylomake lähetettiin sähköpostitse 30.8.2011 yksiköltä saamiimme sähköpostiosoitteisiin. Vastausajankohtana 1.9–31.11.2011 saapui 81 vastausta. Sähköpostiin laadittiin saatekirje (liite 3), jossa kerrattiin vielä lyhyesti tutkimuksen tavoitteet ja toteutus. Saatteissa korostettiin myös vastausten luottamuksellisuutta.

6.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyömme tutkimusraportissa kävimme läpi kyselymme tuloksia kysymys kysymykseltä. Tutkimusaineiston analyysi tarkentui siten, että ensin kuvailimme vastaajien taustamuuttujat ja sen jälkeen varsinaiset tutkimustulokset. Kokonaistulokset käsitelimme niin, että saimme vastaukset tutkimusongelmiin.

Tutkimusaineiston analysointiin käytimme Internetin verkkoselaimen avulla toimivaa Webropol-ohjelmaa, joka on monipuolinen ja nopea tiedonkeruu- ja käyttösovellus (Webropol-käyttöopas). Tuloksia havainnollistimme erilaisin taulukoin ja kuvioin ja vertailimme eri vastauksia ristiintaulukoiden avulla. Avoimien kysymysten vastaukset kirjoitimme puhtaaksi sanasanaisesti eli litteroimme Wordiin ja aineiston analysoimme teema-alueiden mukaisesti. Samaa tarkoittavista vastauksista muodostimme ryhmiä ja vastausten havainnollistamiseksi esitimme muutamia esimerkkejä yhteistyön sujuvuudesta äkillisen yleistilan laskun hoitoketjussa.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksella pyritään saamaan mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään luotettavuuden ja laadun varmennuksessa kahta käsitettä: reliabiliteetti ja valideetti. Reliabiliteetti eli mittausten pysyvyys tarkoittaa saatujen tulosten pysyvyyttä, eli toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on hyvin tärkeää, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti on korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman. (Heikkilä 2010; Kananen 2010, 118–119; Kananen 2011, 119.)

Heikkilän (2010, 186) mukaan validiteetilla kuvataan sitä missä määrin on onnistuttu mittaamaan sitä mitä on tarkoituskin mitata. Kyselytutkimuksessa siihen vaikuttaa ensisijaisesti se, miten onnistuneita kysymykset ovat eli voidaanko niiden avulla saada vastaus tutkimusongelmiin. Lomakkeen kysymysten avulla saatiin vastaukset tutkimuksellemme asetettuihin tutkimusongelmiin. Kysymyksiin oli vastattu johdonmukaisesti ja huolellisesti, vaikkakaan ei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat olivat suhtautuneet tutkimukseen. Ei ole myöskään selvää, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot olivat vastaajien näkökulmasta. Väärinymmärryksiä oli vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Holman (2003, 12) mukaan itsearviointi- perustuu usein subjektiivisiin tuntemuksiin, vaistoihin, arvostuksiin ja uskomuksiin. Palvelujen tai toiminnan laatuun kohdistuvassa itsearvioinnissa nämä seikat voivat vaikuttaa liikaakin itsearviointiin ja niiden merkitys tulee tunnistaa, kun pohditaan itsearvioinnin tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä.

Opinnäytetyömme luotettavuutta varmistettiin käyttämällä informoitua kyselyä eli jaoinme opinnäytetyön ohjekansiot henkilökohtaisesti etukäteen yksiköihin. Käynneillä haluttiin motivoida vastaajia, antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta ja vastata heiltä nousseisiin kysymyksiin. Kyselylomakkeen ulkoasuun ja vastaamisen helppouteen kiinnitettiin erityistä huomiota esim. käyttämällä väliotsikoita, isoa fonttikokoa ja värejä. Lomakkeen valmistelussa käytettiin apuna esitutkimusta, jotta kysymysten muotoilua olisi voitu tarvittaessa korjata varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 196–197, 204.)

Tutkimuksen ajankohdaksi valitsimme 1.9–31.11.2011, koska oli luultavaa, että hoitohenkilökunta oli kesälomakauden jälkeen motivoituneempaa. Kysely tehtiin pitkällä (3 kk) ajanjaksolla, jonka aikana lähetimme muistutusviestejä kyselyn jatkumisesta kuukausittain. Tällä toimenpiteellä pyrimme estämään pitkällä ajanjaksolla tapahtuvan mahdollisen kadon.

Jotta tutkimustulos olisi yleistettävissä Kouvolan kaupungin asumispalveluissa, kyselyn perusjoukoksi valittiin kaikki Kouvolan omat sekä ostetut ympärivuorokautista hoitoa antavat vanhusten asumispalveluyksiköt.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

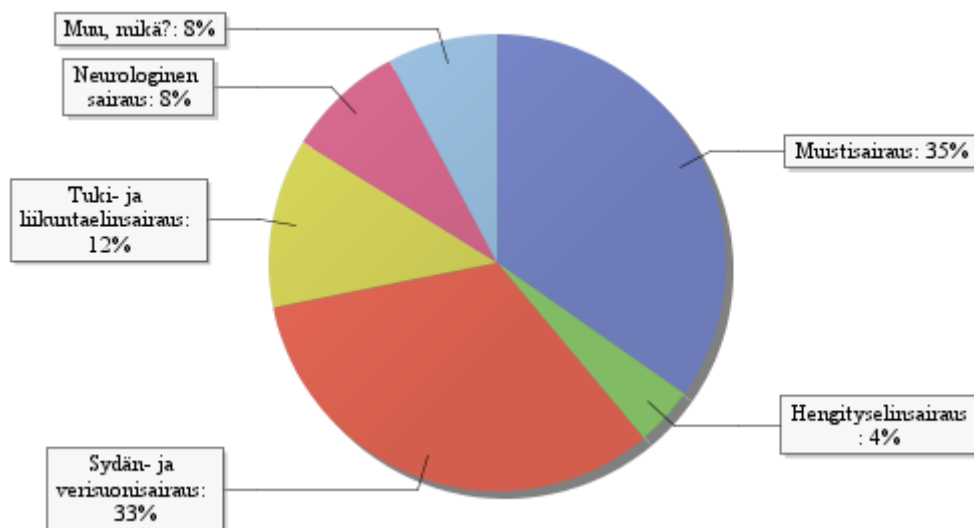
7.1 Tietoja asukkaan äkillisestä yleistilan laskun tilanteesta

Tutkittavista asukkaista naisia oli 74 % ja miehiä 26 % (N=81). Miehistä puolet kuului nuorimpaan ikäryhmään (65–75-vuotiaat), kun taas naiset olivat jakautuneet neljään tarkasteltuun ikäryhmään niin, että eniten 62 % kuului vanhimpaan (yli 85 v) ikäryhmään (taulukko 2).

Taulukko 2. Naisten ja miesten ikäjakauma (N=81)

Ikäryhmä	Nainen		Mies		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
65–75 v.	2	3	2	10	4	5
76–80 v.	7	12	3	14	10	12
81–85 v.	14	23	8	38	22	27
yli 85 v.	37	62	8	38	45	56
Yhteensä	60	100	21	100	81	100

Muistisairaus (35 %) oli sydän- ja verisuonisairauksien (33 %) ohella yleisin pitkäaikaissairaus. Avoimissa vastauksissa pitkäaikaissairauksiksi oli kirjattu mm. diabetes, kilpirauhasen vajaatoiminta ja pernisiöosi anemia. Miehillä muistisairaus oli yli puolella (54 %) ja vastaavasti naisista 42 %:lla. Sydän- ja verisuonisairauksissa ei ollut mainittavaa eroa naisten ja miesten välillä (kuva 2).



Kuva 2. Pitkäaikaissairaudet

Taustatietoina vastaajilta kysyttiin ammattia ja työkokemusta vanhustyössä. Vastaajista oli sairaanhoitajia 37, lähihoitajia 38 ja kodinhoitajia yksi. Lisäksi vastaajissa oli kolme osastonhoitajaa, yksi sairaanhoidon opiskelija ja yksi sosionomi (taulukko 3)

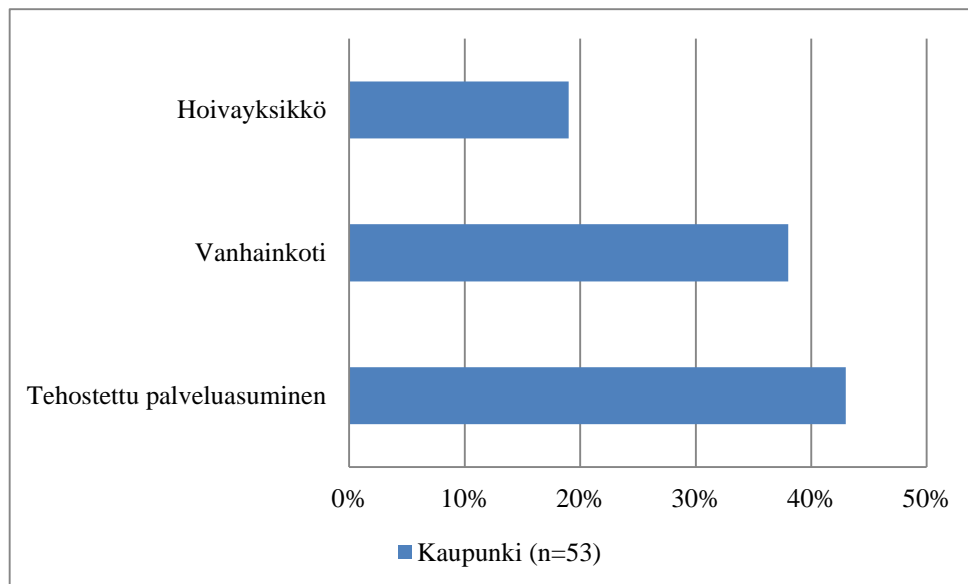
Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot (N= 81)

Ammatti	n	%
Lähi/perushoitaja	38	47 %
Sairaanhoitaja	37	46 %
Muu, mikä?	5	6 %
Kodinhoitaja	1	1 %
Hoitoapulainen	0	0 %
Yhteensä	81	100 %

Yli 10 vuoden työkokemus oli 63 %:lla ja 4 %:lla vastaajista oli työkokemusta alle yksi vuosi. Lähi- ja sairaanhoitajien välillä ei ollut mainittavaa eroa työkokemuksen pituudessa.

7 % (n=53) vastauksista tuli kaupungin omasta vanhusten asumispalvelusta (816 pitkäaikaista paikkaa) ja 11 % (n= 28) yksityisiltä palveluntuottajilta (254 pitkäaikaista paikkaa). Kaupungin yksiköistä saaduista vastauksista hoivayksiköiden osuus oli 19 %

(n=53), tehostetun palveluasumisen 43 % (n=53) ja vanhainkotien 38 % (n=53). Yksityiset yksiköt olivat kokonaan tehostettua palveluasumista (kuva 3).



Kuva 3. Vastausten jakautuminen kaupungin yksiköiden välillä

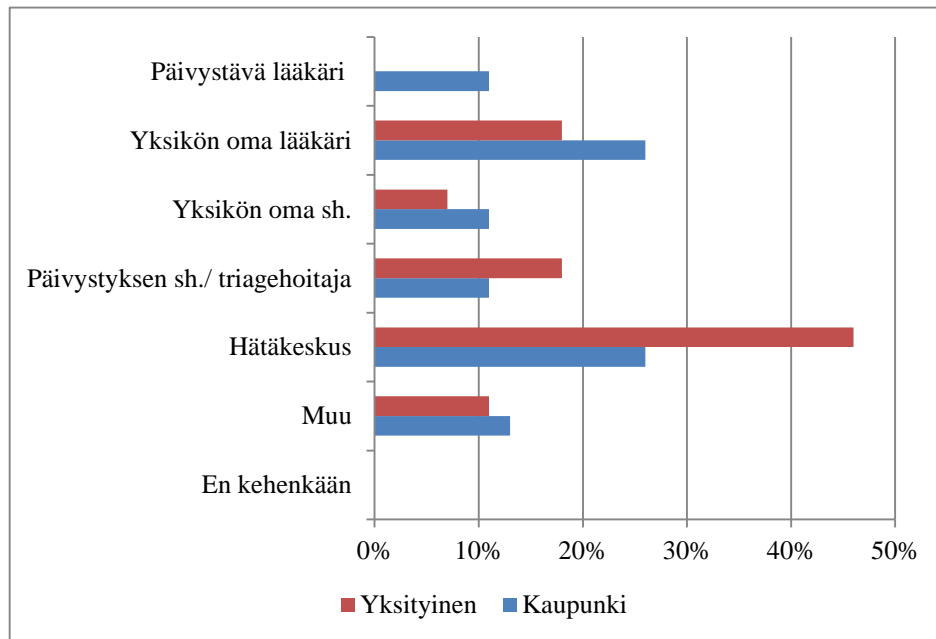
Kaikista yksiköissä oli käytössä verenpaine- ja verensokerimittari. Lähes 70 %:ssa (N=81) oli CRP-mittari ja puolessa (52 %) happinaamari tai happiviikset. Lisäksi yksiköissä oli käytössä ambuja, happisaturaatiomittareita, imulaitteita, ekg-laitteita, kuumemittareita ja verinäytteenotto välineitä.

Vastausten perusteella noin joka kolmannessa (36 %) kaupungin asumispalveluyksiköissä (n=53) lääkäri oli terveyskeskuslääkäri ja 64 % käytti yksityistä lääkäriä. Yksityisessä palveluasumisessa (n=28) suurin osa (71 %) käytti terveyskeskuslääkäriä ja yksityistä lähes kolmannes (29 %).

Tulokset osoittivat, että noin puolessa (49 %) vastauksista asukkaan yleistilan äkillisestä laskusta johtuvista yhteydenotoista tapahtui virka-aikana. Lähes neljännes (22 %) yhteydenotoista tapahtui klo 14.00–21.00 arkena. Kolmannes yhteydenotoista tapahtui virka-ajan ulkopuolella.

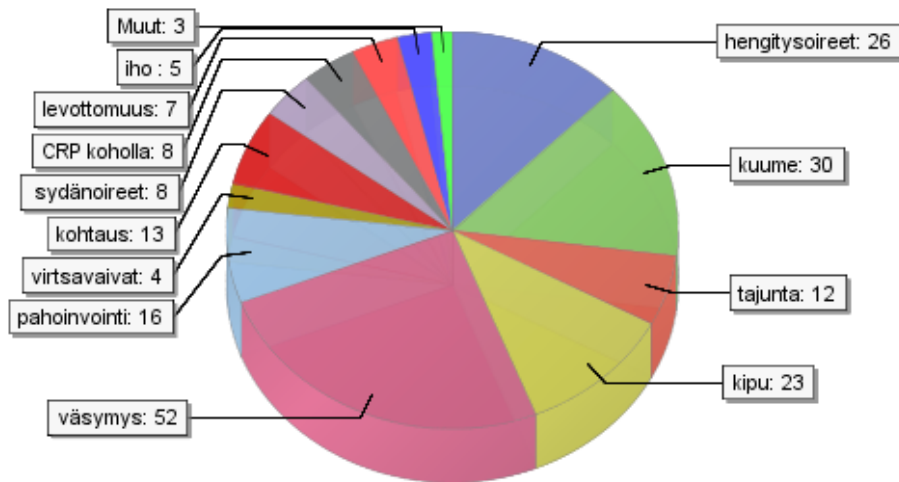
Saatujen vastausten mukaan (kuva 4) lähes puolet (46 %) yksityisten yksiköiden ja neljäsosa (26 %) kaupungin yksiköiden yhteydenotoista tehtiin hätäkeskukseen asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa. Päivystyksen sairaanhoitajaan tai triage-hoitajaan otettiin yhteyttä yksityisistä yksiköistä 18 %:ssa ja kaupungin 11 %:ssa. Neljännes (26

%) kaupungin yksiköistä tulleista yhteydenotoista tehtiin yksikön omaan lääkäriin ja vastaavasti yksityisten yksiköiden yhteydenotoista 18 %. Muut yhteydenotot olivat mm. terveyskeskuksen aluehoitaja, Pohjois-Kymen sairaalan ensiapu ja omaiset (kuva 4).



Kuva 4. Yhteydenotot asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa (N=81)

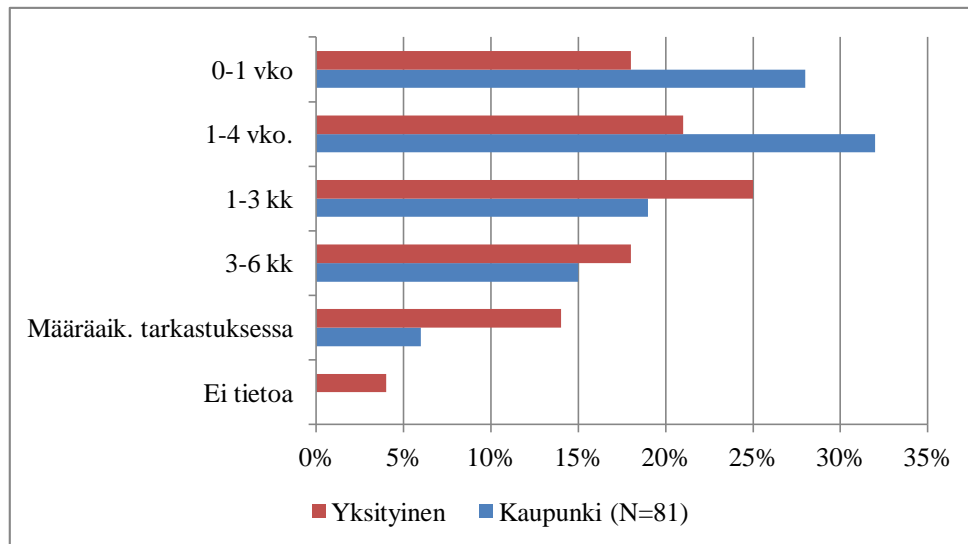
Äkillisen yleistilan laskun oireista eniten nimettiin väsymys (mainintoja 52), kuume (mainintoja 30), hengitysoireet (mainintoja 26), kipu (mainintoja 23), pahoinvointi (mainintoja 16) ja kohtaus (mainintoja 13) (kuva 5). Tapaturmasta johtuvia äkillisiä yleistilan laskuja oli 7 %.



Kuva 5. Äkillisen yleistilan laskun oireita mainintoina

7.2 Syitä asukkaan siirtoihin hoitoketjussa yleistilan äkillisesti laskiessa

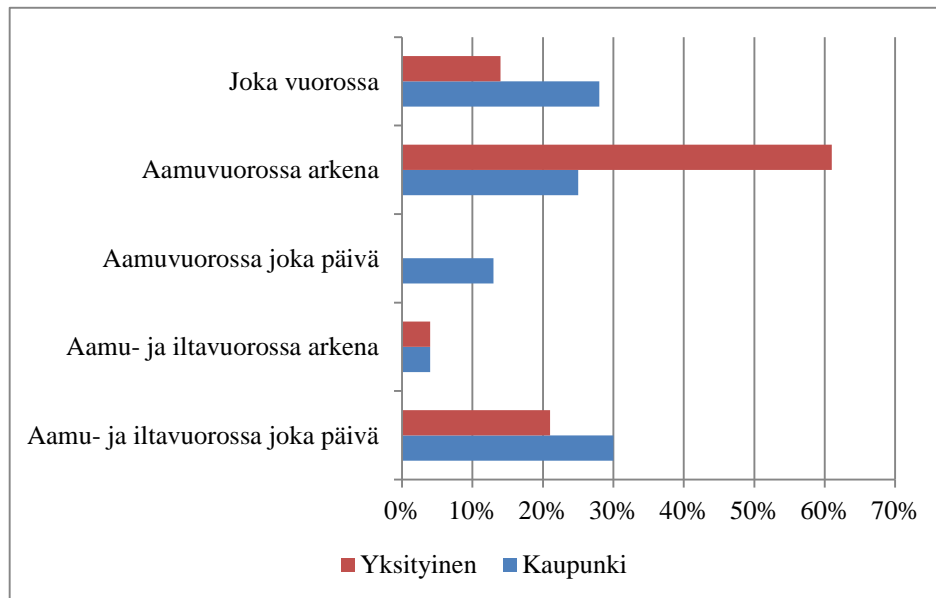
Neljännes asukkaista 25 % (N=81) oli ollut lääkärin tutkittavana viikon sisällä. Lähes kolmannes 28 % (N=81) oli ollut lääkärin tutkittavana kuukauden sisällä. Tarkasteltaessa kaupungin ja yksityisten yksiköiden välisiä eroja lääkärin tutkimuksen viimeistä ajankohtaa, jakautuu se seuraavasti: 28 %:ssa kaupungin yksiköistä oli lääkäri tutkinut asukkaan viikon sisällä ja 32 % kuukauden sisällä. Yksityisten yksiköiden vastaavat luvut olivat 18 % viikon sisällä ja 21 % kuukauden sisällä. 14 % yksityisten ja 6 % kaupungin yksiköiden asukkaista oli ollut lääkärin tutkittavana sovitusti määräaikaistarkastuksessa (kuva 6).



Kuva 6. Lääkärin tutkimuksen viimeisen ajankohdan jakaumat prosentteina yksityisten ja kaupungin yksiköiden välillä

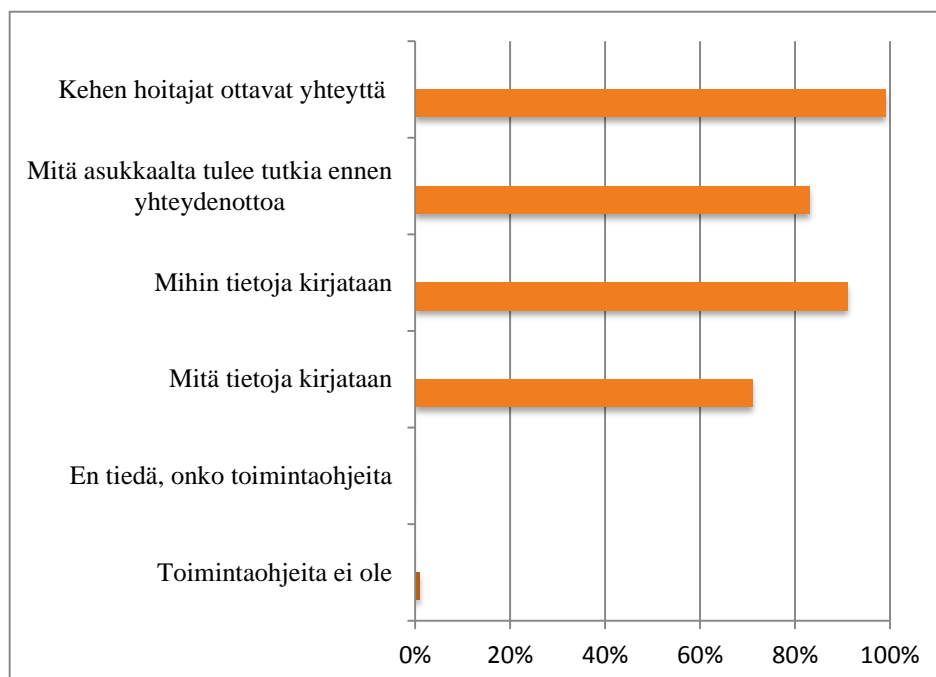
Vastauksissa lähes 40 %:ssa (N=81) yksiköistä oli mahdollisuus konsultoida sairaanhoitajaa vain aamuvuorossa arkisin. Joka vuorossa sairaanhoitaja oli konsultoitavissa 26 %:ssa (N=81).

Reilussa puolessa (61 %) vastauksista yksityisistä yksiköistä ja neljänneksessä (25 %) kaupungin yksiköistä oli mahdollisuus konsultoida sairaanhoitajaa aamuvuorossa arkena. Yksityisistä yksiköistä 21 %:ssa ja lähes kolmanneksessa (30 %) kaupungin yksiköistä oli sairaanhoitaja konsultoitavissa joka päivä sekä aamu- että iltavuorossa (kuva 7).



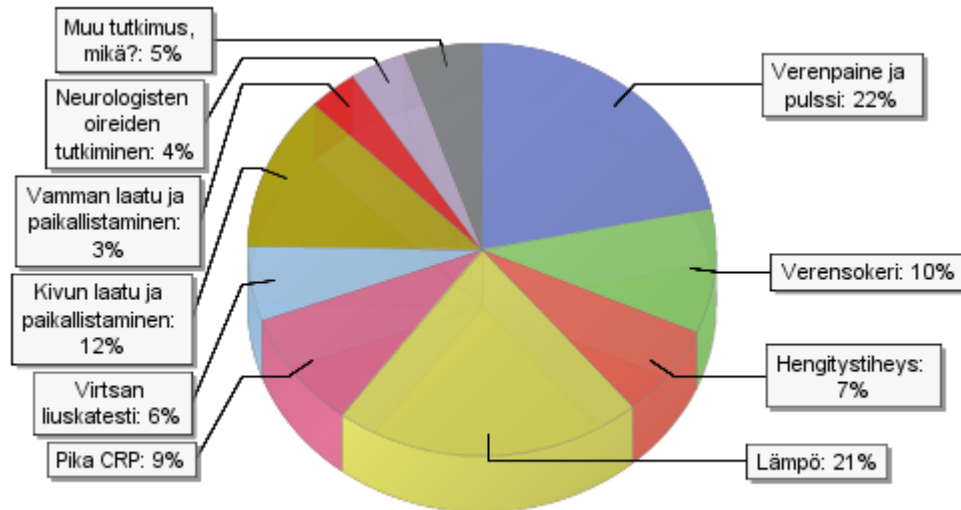
Kuva 7. Sairaanhoidajan konsultaation mahdollisuuden jakautuminen eri vuoroissa

Saatujen vastausten perusteella yksiköissä oli toimintaohjeet (N=81) asukkaan yleistilan äkilliseen laskuun yhtä lukuun ottamatta (kuva 8).



Kuva 8. Toimintaohjeet yksityisissä ja kaupungin yksiköissä (N=81)

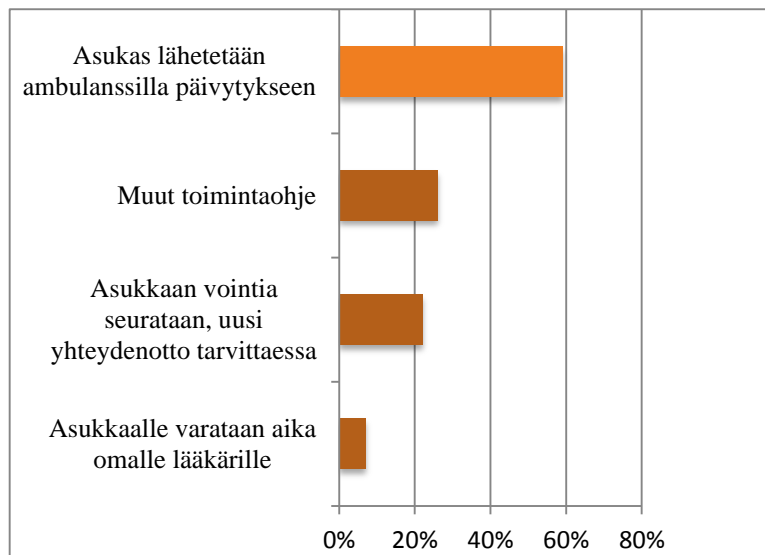
15 % (N=81) vastaajista ei tehnyt mitään tutkimuksia asukkaalle yleistilan äkillisesti laskiessa. Vastausten mukaan välineiden puutteen kirjasi kaksi vastaajaa ja yksi vastaaja ilmoitti kiireen syyksi tutkimattomuuteen. Muita syitä tutkimattomuuteen olivat mm.: lääkäriltä saatu ohje, ambulanssin nopea saapuminen paikalle ja tilan selkeys ei vastaajan mielestä vaatinut mitään tutkimuksia (kuva 9).



Kuva 9. Tehdyt tutkimukset asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa

Yhteydenotossa sai ohjeet lisätutkimusten tekemiseen 37 % vastaajista. Yhteydenotossa määrättyjä tutkimuksia olivat mm. verenpaineen ja pulssin sekä verensokerin mittaaminen, ohjeet kivun laadun ja paikallistamisen määrittämiseen ja ohjeet neurologisten oireiden tutkimiseen.

Vastaajista yli puolet (59 %) oli saanut toimintaohjeeksi asukkaan lähettämisen ambulanssilla päivystykseen. Lähes neljäsosassa (22 %) ohje oli seurata tilannetta yksikössä ja ottaa uusi yhteydenotto tarvittaessa. Ohjeen ajan varaamisesta yksikön omalle lääkärille sai 7 % vastaajista. Muita toimintaohjeita olivat mm. antibioottihoidon aloittaminen, kipulääkityksen lisääminen, lääkärin konsultaatio, CRP-kontrolli, kylkiasento ja yhdessä tapauksessa ei saatu mitään toimintaohjetta (kuva 10).



Kuva 10. Yhteydenotto tilanteessa saatuja toimintaohjeita (N=81)

7.3 Yhteistyö hoitoketjun toimijoiden kesken

Lähes kaikkien (92 %) vastaajien mielestä yhteistyö oli sujuvaa ja toimi ongelmitta. Ammatillinen käyttäytyminen (mainintoja 36), tavoitettavuus (mainintoja 25) ja selkeät toimintaohjeet (mainintoja 19) olivat yhteistyön sujuvuuden kannalta eniten mainintoja saaneita.

Yhteistyön toimimattomuudesta tuli kahdeksan mainintaa, joita kommentoitiin mm. seuraavasti:

”Otettaessa yhteys päivystykseen siellä ei luotettu hoitokodin henkilökunnan asiakkaan tuntemiseen eikä asiakkaan nykytilaan.”

”Ongelmana se, että omalääkäri pyytää aina lähettämään eteenpäin ja ensiavussa ollaan kiukkuisia, kun heidän mielestään omalääkärin tulisi ottaa muutakin kantaa kuin laitetaan eteenpäin.”

”Olisi toivottu nopeampaa toimintaa ja tulikin mieleen, että olisi voinut itse hoitaa asian ensiavun kanssa suoraan.”

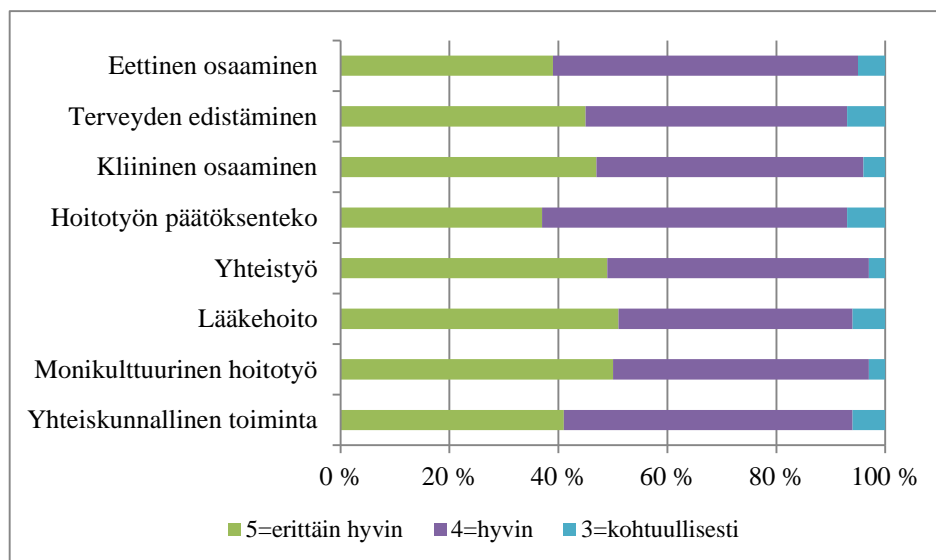
”Tilanne, jossa ei yksinkertaisesti enää pärjätty. Akuuttihoito palauttanut asukkaan perjantaina, viikonloppu ollut hankala, tiistaina tulossa

lääkäri. Yhteys palveluohjaajaan, omaiseen, kuljetusselvityksiä, yhteys uuteen hoitopaikkaan, ihmettelyä sieltä siirron suhteen jne. Koko päivä asioiden selvittelyä puhelimessa, tunne, ettei kukaan oikein tiedä ja asia ei kuulu oikein kenellekään.”

7.4 Henkilökunnan ammatillinen osaaminen

Vastaajia pyydettiin arvioimaan oman työnsä hallitsemista asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa. Osaamisalueita mitattiin kahdeksan pääkysymyksen avulla: eettinen osaaminen, terveyden edistäminen, kliininen osaaminen, hoitotyön päätöksenteko, yhteistyö, lääkehoito, monikulttuurinen hoitotyö ja yhteiskunnallinen toiminta. Asteikkona käytettiin 1 - 5 jossa 5= hallitsen työssäni erittäin hyvin, 4= hallitsen työssäni hyvin, 3= hallitsen työssäni kohtuullisesti, 2= hallitsen työssäni heikosti ja 1= en hallitse työssäni.

Kokonaisuudessaan ammatillisen osaamisen itsearviointi osoitti, että hoitajilla oli vahva käsitys omasta ammattitaidostaan ja kyvyistään. Merkittävää eroa ei löytynyt eri osaamisalueiden välillä. Keskiarvot vaihtelivat 4,3 ja 4,5 välillä (kuva 11).



Kuva 11. Hoitajien ammatillinen osaaminen

Tutkimuksemme luotettavuustarkastelut osoittivat, että tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia voidaan pitää melko hyvänä. Näin ollen tutkimus antaa kuvan vanhusten

äkillisestä yleistilan laskun tilanteista, hoitopoluista ja henkilökunnan osaamisesta Kouvolassa.

8 POHDINTA

Kuten Ashorn ja Lehto (2008) ovat todenneet, ikärakenteen muutos ja pitkäikäisyys ovat keskeisiä asioita, kun pohditaan, kuinka paljon ja millaisia terveys- ja sosiaali-palveluita lähitulevaisuudessa tarvitaan. Biologinen vanheneminen tuo mukanaan elimistöä heikentäviä muutoksia, jotka useasti johtavat sairauksiin. Tulevina vuosikymmeninä hyvin vanhojen ihmisten määrä kasvaa ja tämä johtaa siihen että apua tarvitsevia on tulevina vuosina nykyistä enemmän. Samoin tutkimuksessa ”Kuinka kuoleman läheisyys vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön vanhuusiässä?” terveyspalvelujen käyttö lisääntyi merkittävästi kahden viimeisen elinvuoden aikana.(Ashorn & Lehto 2008, 121.) Myös tässä tutkimuksessa äkilliset yleistilan laskut tapahtuivat noin 50 %: lla asukkaista yli 85-vuotiaiden ikäryhmässä.

Tulosten mukaan yksityisten palveluntuottajien yhteydenotoista 46 % tehtiin suoraan hätäkeskukseen. Yksityisten palveluntuottajien lääkäripalvelut on järjestetty terveyskeskuksessa noin 70-prosenttisesti. Pohdittavaksi jäi, onko vanhuksen äkillisesti sairastuessa helpompi saada yhteys yksityiseen kuin terveyskeskuslääkäriin ja miten lääkäriconsultaation mahdollisuutta voisi parantaa. Myös hätäkeskuksen siirtyminen pois Kouvolasta vuoden 2012 loppuun mennessä antaa aiheita miettiä, miten tai mihin yhteydenotot tehdään tulevaisuudessa.

Kuten Ahorannan ja Kettusen (2005) tutkimuksesta sekä Marian sairaalanpäivystyksen tilastoinnista (2009) kävi selville, jokin akuutti sairaus oli syynä vanhuksen päivystyskäyntiin. Niin myös tässä tutkimuksessa jokaisessa tapauksessa taustalla oli selkeä akuutti sairastuminen, joka vaati hoitoa. Keskusteluissa on viime päivinä ollut esillä lääkäreiden puute, mutta tutkimuksemme asukkaat olivat olleet pääsääntöisesti lääkärin tutkittavana viikon tai kuukauden sisällä. Tämä voisi kertoa pikkuhiljaa tapahtuvasta toimintakyvyn laskusta, mikä on ollut lääkärin tiedossa, mutta onko lääkäri ottanut siihen kantaa?

Tästä tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan Kouvolan kaupungissa tapahtui äkillisestä yleistilan laskusta johtuvia siirtoja päivittäin. Siirtojen perusteena olivat asukkaan toimintakyvyn lasku ja yksikön olemassa olevat resurssit vastata hoidon tarpeen

seen esim. lääkärin saatavuus. Tutkituista yksiköistä löytyi paljon tutkimusvälineistöä, sekä toimintaohjeet asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa, lisäksi siirrot tapahtuivat pääsääntöisesti työvuorojen aikana jolloin sairaanhoitaja oli konsultoitavissa. Tutkimusongelmana olevaan kysymykseen, mitkä ovat siirtojen syitä, ei saatu täysin selkeää vastausta tarkasteltaessa yksiköiden toimintaa. Pohdintaa herätti: ”Miksi sitten siirretään, kun valmiudet hoitaa yksiköissä ovat kunnossa?”

Tutkimuksessa muistisairaudet nousivat sydän- ja verisuonisairauksien rinnalla suurimmaksi pitkäaikaissairaudeksi. Muistisairaudet etenevät vuosien mittaan omaa vauhtiaan ja tauti kestää keskimäärin 10–12 vuotta. Sairauden loppuvaiheessa liikkuminen vaikeutuu, henkiset toiminnot ja puhe hiipuvat ja samalla kuoleman riski kasvaa, mutta kuoleman ajan kohden ennustaminen on mahdotonta. Tässä tilanteessa tulisi arvioida, millainen hoitolinja tuo eniten vanhukselle hyötyä ja hyvinvointia, mikä vaatii kliinistä osaamista, eettistä harkintaa ja hyviä ihmissuhdetaitoja. Ikä ei saa kuitenkaan olla peruste jättää hoitamatta, mutta tulee tarkkaan miettiä, mikä on hoidoista ja toimenpiteistä saatava hyöty suhteessa haittoihin. On tärkeää keskustella yhdessä vanhuksen, hänen läheistensä ja koko vanhusta hoitavan ryhmän kanssa elvytyksestä, tehohoidosta ja muista hoidoista. Annetaan kaikille aikaa miettiä asiaa ja korostetaan, ettei oireita lievittävää hoitoa lopeteta vaan tarpeen tullen tehostetaan, mutta turhista kärsimystä lisäävistä hoidoista luovutaan.

Potilaan vakaasti ja pätevästi ilmaisevaa hoitotahtoa on potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1993) mukaan kunnioitettava, eikä häntä saa hoitaa vastoin hänen ilmaisemaa tahtoa. Potilas voi kieltää elämää ylläpitävät hoidot esim. antibiootitihoidot ja suonen sisäisen nesteytyksen. Keskusteltaessa vanhuksen omaisten kanssa olisi uskallettava ottaa esille myös ”luonnollisen kuoleman salliminen”, mutta se vaatii hyvää asiantuntijuutta sekä lääkäriltä että hoitajilta. Usein asian esille tuominen antaa myös omaisille rohkeuden tehdä päätöksiä.

Kuten Naakan ja Kettusen (2005) tutkimustuloksissa ilmeni, asukkaiden elämänlaatu paranee, jos heidän ei tarvitse siirtyä palvelutalossa hoidon perässä yksiköstä toiseen. Aukkaat ja heidän omaisensa toivovat, että palvelutalossa voisi asua kuolemaan asti, mutta äkillisesti sairastuttaessa vanhus viedään sairaalaan. Merkityksellistä tuloksissa oli se, että paluu palveluasumiseen mahdollistetaan, vaikka saattohoitoon. Elämänlaa-

tuun vaikuttavia tekijöitä olivat palvelutaloasukkaan mielestä: turvallisuus, fyysinen ympäristö, päivässä mielekäs tekeminen, yhteisöllisyys, positiivinen mieliala ja ruoka.

Merkittävimmäksi kehittämiskohteeksi myös tässä tutkimuksessa nousi vanhusten epätarkoituksenmukaisten siirtojen vähentäminen lisäämällä yhteistyötä hoitoketjun toimijoiden välillä sekä yhteisten toimintakäytäntöjen laatiminen vanhuksen yleistilan äkillisesti laskiessa. ”Oikean hoitopaikan” logiikka on järkevä, kun on kyse perimmäistään toimintakykyisten keski-ikäisten tai nuorten ihmisten ohimeneviksi arveltujen sairauksien hoitamisesta, mutta vanhusten viimeisten elinvuosien asuinpaikkaa etsittäessä tällaisesta ajattelutavasta pitäisi luopua. Vaikka 90- vuotias tänään kykenisikin siihen ja tähän, tilanne saattaa pari viikon kuluttua olla toinen, eikä seurauksena silloin pitäisi olla siirto hoitopaikasta toiseen vaan avun tuominen jo olemassa olevaan hoitopaikkaan. Hoitopaikkaan tulisi tarvittaessa voida järjestää myös vaativampia terveydenhuollon palveluita ja siellä pitäisi myös voida tarvittaessa turvallisesti kuolla. Tämä on haasteellinen kehittämiskohde nykyiselle palvelujärjestelmällemme.

Vanhuksen selviytymistä palveluasumisessa ja kotona on pyritty parantamaan monenlaisten interventioiden avulla. Interventiot ovat kohdistuneet ennalta ehkäisevään toimintaan. Kuntouttava työote ja kuntoutussuunnitelmat ovat keinoja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen, yleiskunnon säilyttämiseen ja vähentävät mahdollisia yleistilan laskuja. Voimavaroja tukemalla mahdollistetaan vanhusten hyvän elämänlaadun tukeminen mahdollisimman pitkään. Vanhoilla ihmisillä on voimavaroja, joiden tunnistaminen ja tukeminen ovat oleellinen osa terveyden edistämistä. Vanhusten hoidossa työntekijöiden toimintaan on pyritty vaikuttamaan äkillisen yleistilan laskutoimintamallilla. Toimintamallin tarkoituksena on toimia ”työkaluna” vanhuksen äkillisen yleistilan laskun tilanteissa.

Asukkaiden siirroista tulevat kustannukset ovat elämänlaadun rinnalla merkittävä tarkastelua vaativa asia. Kustannukset koostuvat matkoista ja hoitopäivämaksuista. Kouvolan kaupungin tehostetun palveluasumisen hoitopäivähinta vuonna 2010 oli 110,29 €, vanhainkotihoiton 156,31 € ja hoivakotihoiton 140,40 €. Pohjois- Kymen sairaalan yleislääkäripäivystyksen hoitokäynnin hinta on 253 € (v. 2012). Yhdensuuntaisesta siirtymismatkasta Kouvolan kaupungin sisällä tulee helpostikin 40 km, joka esim. invataksilla maksaa noin 70 € (v. 2011). Kustannuksia yhteen päivystysmatkaan kertyy siis näillä hinnoilla lähes 500 €. Kokonaiskustannuksiin vaikuttaa lisäksi se, että van-

huksen siirtyessä hoitopaikasta toiseen hän ”varaa kaksi paikkaa”. (Kouvolaan kaupunki 2011.)

Tuloksissa ei ilmennyt kuin kaksi tapausta, missä asukas joutui päivystykseen lyhyen ajan sisällä uudelleen. Voiko siis olettaa, että vain kotona asuvat vanhukset joutuvat toistuvasti lyhyen ajan sisällä hakeutumaan terveydenhuollon palveluihin? Vanhuspotilaiden erityispiirteiden tuntemattomuus johtaa usein siihen, että hoito päivystyksessä aloitetaan kaavamaisesti, kun ensimmäisenä hoidettava diagnoosi löytyy, eikä kartoiteta muita päivystykseen hakeutumisen syitä. Vanhuspotilaiden kohdalla tulisi herkästi tehdä tarkka esitietojen selvitys sekä huolellinen kliininen tutkimus, jotta kaikki syyt päivystykseen hakeutumiselle löydettäisiin, jotta välttyttäisiin ns. ”pyöröovisyndroomalta”. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää vanhuksen psyykkisiin oireisiin esim. yksinäisyyteen, pelkoihin ja turvattomuuteen.

Vastaako nykyinen käytäntö asukkaidemme siirroista yleistilan äkillisesti laskiessa käsitystämme hyvästä? Käytämmekö voimavaramme järkevästi vai teemme turhaa työtä? Hoitotyön ja työkäytäntöjen ajan tasalla pitäminen vaatii omien käytäntöjen tarkastelua prosessina. Mitä hyvää vanhassa toimintatavassa on ”hyvän” eri näkökulmista: asukkaan, ammatillisesta, työyksikön ja yhteistyökumppaneidemme?

Laadun parantaminen lähtee yleensä pohdinnasta; minkälaisia toiminta- ja menettelyohjeita tarvitsemme varmistaaksemme, että kaikki tietävät, miten on toimittava? Laatutyö on hoidon ja palvelujen laadun, oman työn ja työyksikön toiminnan kehittämistä, jolle tärkeitä näkökulmia ovat asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, huomion kiinnittäminen työprosesseihin ja halua löytää faktatietoa omien kehittämiskäytäntöjen pohjaksi. Tämän tutkimuksen mukaan toimintaohjeet äkilliseen yleistilan laskuun olivat kirjatut lähes kaikissa yksiköissä. Toimintaohjeiden olemassaolo kertookin osaltaan palvelun ja hoidon laadun arvostamisesta sekä hoidon laadun kehittämisen merkityksestä.

Jotta palvelu olisi asiakkaalle sujuvaa ja laadukasta, on kullakin palvelun tuottajalla oltava käytössään riittävä kokonaiskuva asiakkaalle suunnitelluista ja tuotetuista palveluista ja lisäksi palvelujen tuottajien välisen tiedonvälityksen on oltava tehokasta. Tutkimuksen vastauksissa oli paljon myönteisiä kannanottoja, minkä voi tulkita niin, että palveluketjut ja yhteistyö eri toimijoiden välillä toimii hyvin.

Lopuksi voi pohtia, miten rehellisesti ja tarkasti vastaajat ovat paneutuneet lomakkeeseen. Joissakin lomakkeissa oli kirjoitettu vapaaseen tilaan huomioita ja mielipiteitä, jotka antoivat sen kuvan, että ainakin osa vastaajista oli paneutunut vastaamiseen huolellisesti. Vaarana saattaa tosin olla, että itsearvointi vääristää tuloksia parempaan suuntaan ja että vaikeita asioita ei tuoda esille. Kaikilla kyselyyn vastanneilla lähi- ja sairaanhoitajilla oli pitkä työkokemus, joka mahdollisesti näkyi myös itsearviointissa hyvänä ammatillisena osaamisena. Lisäksi voi pohtia, vaikuttiko vastauksissa esille tullut vahva osaaminen kyselylomakkeen asteikon numerojärjestyksestä nousevasta laskevaan ja olisiko huonompia arviointeja tullut enemmän, jos järjestys olisi ollut päinvastainen.

Vanhusten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistäminen edellyttää julkisen yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatioiden ja eri ammattiryhmien sekä vanhusten sosiaalisen verkostojen yhteistyötä. Hoitajan on tunnettava ja osattava hyödyntää palvelujärjestelmän mahdollisuudet ja luotsattava vanhusta palveluviidakossa. Hoitajan vastuu hoidon- ja tiedonkulun varmistajana korostuu, kun vanhus siirtyy kotiin tai toiseen organisaatioon.

Jatkotutkimusaiheina olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka moni äkillisen yleistilan laskun vuoksi päivystykseen siirtyneistä vanhuksista ei enää palaa takaisin ”kotiyksikköön” tai joutuu takaisin päivystykseen lyhyen ajan sisällä uudelleen. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, miten Äkillinen yleistilan lasku -toimintamallin jalkautuminen ja hoitajien koulutukset ovat vaikuttaneet vanhusten siirtoihin. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, miten vanhuksset itse kokevat nämä siirrot eri hoitoyksiköiden välillä ja miten he toivoisivat heitä hoidettavan, kun toimintakyky äkillisesti laskee.

Vanha ihminen voi kysyä aiheellisesti, onko hän todella toivottu. Hänestä pidetään fyysisesti hyvää huolta, mutta arvostetaanko häntä yksilönä? Kun hän sairastaa, hoitajat, sukulaiset sekä aviokumppani tulevat häntä katsomaan, mutta näkeekö kukaan häntä enää? Vanhalle ihmiselle itselleen hänen viimeiset elinvuotensa eivät ole ”kuolemaa edeltäviä” jäännösvuosia, vaan kallisarvoisia edessä olevia elämän vuosia.

LÄHTEET

- Ahoranta, P. & Kettunen, A. 2005. Palveluketjusta turvaverkoksi ikääntyneelle - siirtykö hoidon tarvitsija vai tarvittava hoito. A: Tutkimuksia. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Alaspää A., Kuisma M., Rekola I. & Sillanpää K. 1999. Ensihoidon käsikirja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Ashorn, U. & Lehto, J. 2008. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes Jyväskylä: Gummerus.
- Castren, M., Aalto S., Rantala E., Sopanen P. & Westergård, A. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eloranta T. & Punkanen T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Gerontologisen hoitotyön osaaminen. 2009. Artikkele. Sairaanhoitaja-lehti 9/2009, 13-15.
- Haimi-Liikkanen, S. 2011. Äkillinen yleistilan lasku. Luento. Kuusankoski.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Datatiedostoja, esimerkkejä, harjoituksia, tukimateriaalia. CD-levy. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. 2. uudistettu painos. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Heinänen, T., Jantunen, K. Kallio, L. & Simonen, J. (toim.) 2008. Päivystyshanke. Päivystyksen uudet tuulet. Loppuraportti. Helsinki: Edita.

Hervonen, A. & Pohjalainen, P. 1991. Gerontologian ja geriatrian perusteet. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holma, T. 2003. ITE 2 – opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hyvät käytännöt. 2010. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom.

Iivanainen A., Jauhiainen, M. & Syväoja P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Juola, A-L. 2011. Iäkäs potilas päivystyksessä. Luento. Kuusankoski.

Jylhä, M. 2011. Tutkimus vaikuttanut päättäjiin vanhuspalvelujen kehittämiseksi. 15.8.2011. Saatavissa: <http://www.aka.fi/fi/T/Tarinoita-tieteesta/Tiedetarinoita-terveyden-tutkimuksesta/Tutkimus-vaikuttanut-paattajiin-vanhuspalvelujen-kehittamiseksi/>. [viitattu 7.5.2012].

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammatti- korkeakoulun julkaisuja – sarja. (toim. Heikkinen, R.) Tampereen yliopistopaino Oy.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu julkaisuja – sarja. (toim. Heikkinen, R.) Tampereen yliopistopaino Oy.

Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. Helsinki: Edita.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Kouvolan kaupunki. 2011. Perusturva. Asumispalveluiden myöntämisperusteet ja palvelukuvaukset. Kotihoito ja vanhuspalvelut.

Kuntaliitto. 2008. Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut 1. painos. Helsinki: Painotalo Miktor Oy.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 1. painos. Helsinki: Edita.

Laki potilaan asemesta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. [viitattu 7.5.2012].

Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Helsinki: STAKES.

Lääketieteen sanasto. 2010. Internet-sivut.
Saatavissa:[http://www.poliklinikka.fi/?page=4598627 & search=yleistila](http://www.poliklinikka.fi/?page=4598627&search=yleistila). [viitattu 7.5.2012].

Naakka, M. & Ahoranta, P. 2007. Palveluketjusta turvaverkoksi- projekti. Osaaminen ja joustavuus edellytyksenä toimivalle vanhuspalveluverkostolle. A:Tutkimuksia ja raportteja. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Hygienia. Tammi: Helsinki.

Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygienia. Helsinki: Tammi.

Nykysuomen sanakirja 2012. Luettavissa: <http://suomisanakirja.fi/raportti>. [viitattu 7.5.2012].

Opetusministeriön julkaisuja 2006: 24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon- Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet.

Parviainen, T. (toim.) 1998. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Studia.Tampere: Tammer-Paino Oy.

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. Palko-malli. Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes. Aiheita 29/2003. Helsinki.

Puumalainen, A., Långstedt, K & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö 1, 4 – 6.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2003. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes: oppaita 52.

Rasku, T., Sopanen, P. & Toivola, T.1999. Hoitoa ympäri vuorokauden. Porvoo: WSOY.

Ratamo-hanke. 2011. Kouvolan terveystalvelut.
Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/palvelut/KoTePa.html> [viitattu 7.5.2012].

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen- kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Salmio, K. 2011. Yleistilan lasku päivystyksen näkökulmasta. Luento. Kuusankoski.

SHL,17 § ja 22 §. Saatavissa:

[http://www.laanhallitus.fi/lh/etela/sto/home.nsf/files/E8A7C4D50F81E6ABC2257631002B84B2/\\$file/Vanhustenhuollon_valvontasuunnitelma_09.pdf](http://www.laanhallitus.fi/lh/etela/sto/home.nsf/files/E8A7C4D50F81E6ABC2257631002B84B2/$file/Vanhustenhuollon_valvontasuunnitelma_09.pdf). [viitattu 7.5.2012].

Silvennoinen-Nuora, L., 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto: Pekan offiset.

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

STM. 2009. Ministeri Risikko: Sosiaali- ja terveystalvelujen rakenteet uusiksi. Tiedote 274/2009. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/vieW/1423749>. [viitattu 7.5.2012].

STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Selvityksiä 2010:4. Työryhmän raportti. Helsinki.

STM. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Selvityksiä 2010: 28. Ikähoiva-työryhmän muistio. Helsinki.

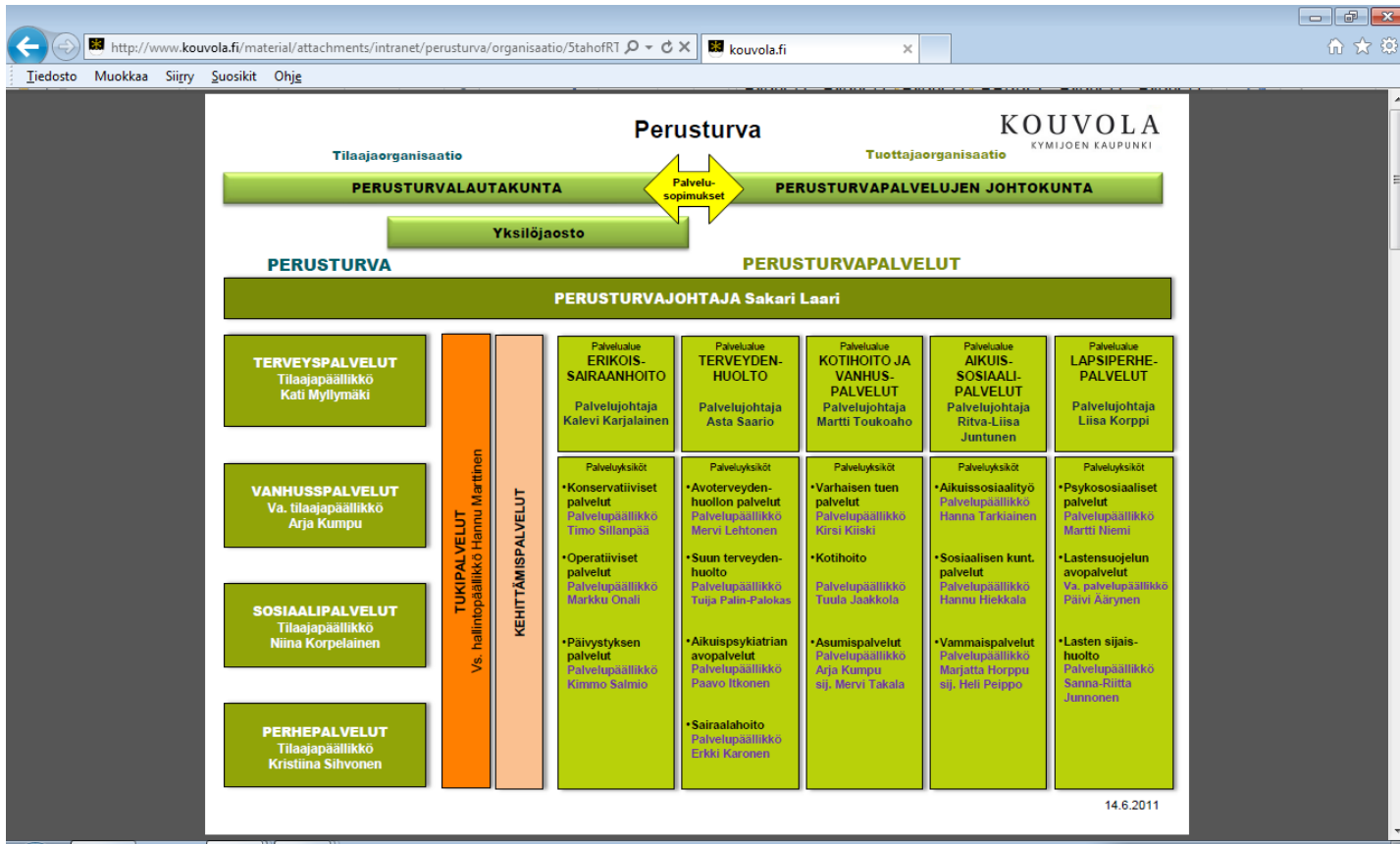
Vanhus ei voi odottaa hoitoa pitkään. 2011. Internet-sivut. Saatavissa: E:\Vanhus ei voi odottaa hoitoa pitkään - Suomen sairaanhoitajaliitto ry.htm. [viitattu 7.5.2012].

Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito -suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01676>. [viitattu 7.5.2012].

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki. Saarijärvi: Gummerus.

Äkillinen yleistilan lasku: Ohje henkilökunnalle. Päivitetty 27.11.2011. Kouvolan perusturvan yhteinen toimintamalli.



SELVITYS TILANTEESTA JA HOITAJIEN TOIMINNASTA, KUN ASUKKAAN YLEISTILA ÄKILLISESTI LASKEE

ASUKKAAN TIEDOT

Sukupuoli

- ☐ Nainen ☐ Mies

Ikä

- ☐ 65-75v
☐ 76-80v
☐ 81-85v
☐ yli 85v

Pitkäaikaissairaudet

- ☐ Muistisairaus
☐ Hengityselinsairaus
☐ Sydän- ja verisuonisairaus
☐ Tuki- ja liikuntaelinsairaus
☐ Neurologinen sairaus
☐ Muu, mikä?

Milloin asukas ollut viimeksi lääkärin tutkittavana?

- ☐ 0-1 viikon sisällä
- ☐ 1-4 viikon sisällä
- ☐ 1-3 kuukauden sisällä
- ☐ 3-6 kuukauden sisällä
- ☐ sovitusti määräaikaistarkastuksessa
- ☐ Ei tietoa

TIETOJA ASUMISPALVELUYKSIKÖSTÄ

Onko asumispalveluyksikkö

- ☐ Kaupungin
- ☐ Yksityinen

Asumismuoto

- ☐ Hoivahoito
- ☐ Vanhainkotihoito
- ☐ Tehostettu palveluasuminen
- ☐ Muu mikä?

Onko yksikön sisällä mahdollisuus konsultoida sairaanhoitajaa asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa?

- ☐ Joka vuorossa
- ☐ Aamuvuorossa arkena
- ☐ Aamuvuorossa joka päivä
- ☐ Aamu- ja iltavuorossa arkena
- ☐ Aamu- ja iltavuorossa joka päivä

Mitä toimintaohjeita yksikössä on asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa?

- ☐ Kehen hoitajat ottavat yhteyttä virka-aikana, virka-ajan ulkopuolella ja yöaikana?
- ☐ Mitä asukkaalta tulee tutkia ennen yhteydenottoa lääkäriin, päivystykseen ym.?
- ☐ Mitä tietoja asukkaan tilasta tulee kirjata?
- ☐ Mihin tiedot asukkaan tilasta kirjataan?
- ☐ En tiedä, onko toimintaohjeita?
- ☐ Toimintaohjeita ei ole

Mitä tutkimus- ja hoitovälineitä yksikössä on käytössä?

- ☐ Verenpainemittari
- ☐ Verensokerimittari
- ☐ CRP-mittari
- ☐ Happisaturaatiomittari
- ☐ Ambu
- ☐ Happinaamari/happiviikset
- ☐ Muu, mitä?
- ☐ En

Miten usein yksikössä käy lääkäri?

- ☐ Säännöllisesti 1x viikko
- ☐ Säännöllisesti 2x kuukaudessa
- ☐ Tarvittaessa
- ☐ Ei ollenkaan
- ☐ Asukkaiden lääkärin vastaanotto terveyskeskuksessa

Onko yksikön lääkäri

- ☐ Terveyskeskuslääkäri
- ☐ Yksityinen lääkäri

TIETOJA ASUKKAAN ÄKILLISESTÄ YLEISTILAN LASKUSTA

Mihin vuorokauden aikaan otit yhteyttä omaan sairaanhoitajaan, päivystykseen tms. asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa?

- ☐ 07.00-14.00 virka-aikana
- ☐ 07.00-14.00 virka-ajan ulkopuolella
- ☐ 14.00–21.00 arkena
- ☐ 14.00–21.00 viikonloppuna
- ☐ 21.00–07.00

Keneen otit yhteyttä asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa?

- ☐ Päivystävä lääkäri
- ☐ Yksikön oma lääkäri
- ☐ Yksikön oma sairaanhoitaja
- ☐ Päivystyksen sairaanhoitaja / triagehoitaja
- ☐ Hätäkeskus
- ☐ Muu, kuka?
- ☐ Ei kehenkään

Kuvaile lyhyesti asukkaan yleistilan laskun oireita / tapaturmaa

Teitkö oma-aloitteisesti tutkimuksia asukkaalle yleistilan äkillisesti laskiessa?

- ☐ Kyllä ☐ Ei

Mitä tutkimuksia teit asukkaalle hänen yleistilan äkillisesti laskiessa?

- ☐ Verenpaine ja pulssi
- ☐ Verensokeri
- ☐ Hengitystiheys
- ☐ Lämpö
- ☐ Pika CRP
- ☐ Virtsan liuskatesti
- ☐ Kivun laatu ja paikallistaminen
- ☐ Vamman laatu ja paikallistaminen
- ☐ Neurologisten oireiden tutkiminen
- ☐ Muu tutkimus, mikä?

Miksi et tehnyt tutkimuksia asukkaalle?

- ☐ Kiireen takia
- ☐ Yksikössä ei ole tarvittavia tutkimusvälineitä
- ☐ En osannut käyttää tutkimusvälineitä
- ☐ En osannut tehdä tutkimuksia
- ☐ Muu syy, mikä?

Teitkö yhteydenoton jälkeen lisätutkimuksia?

- ☐ Kyllä ☐ Ei

Mitä lisätutkimuksia määrättiin yhteydenoton jälkeen?

- ☐ Verenpaine ja pulssi
- ☐ Verensokeri
- ☐ Hengitystiheys
- ☐ Lämpö
- ☐ Pika-crp
- ☐ Virtsan liuskatesti
- ☐ Kivun laatu ja paikallistaminen
- ☐ Vamman laatu ja paikallistaminen
- ☐ Neurologisten oireiden tutkiminen
- ☐ Muu tutkimus, mikä?
- ☐ Ei määrätty tutkimuksia

Millaisen toimintaohjeen sait?

- ☐ Asukas lähetetään ambulanssilla päivystykseen
- ☐ Asukkaan vointia seurataan yksikössä, uusi yhteydenotto tarvittaessa
- ☐ Asukkaalle varataan aika yksikön omalle lääkärille
- ☐ Muu, mikä toimintaohje?

Oliko yhteistyö mielestäsi sujuvaa ja toimi hyvin?

- ☐ Kyllä ☐ Ei

Mikä yhteistyöstä teki hyvin toimivan?

Ammatti

- ☐ Sairaanhoitaja
- ☐ Lähi/perushoitaja
- ☐ Kodinhoitaja
- ☐ Hoitoapulainen
- ☐ Muu, mikä?

Onko työsuhteesi?

- ☐ Vakituinen
- ☐ Määräaikainen

Työkokemusta vanhustyöstä

- ☐ 0-1 vuotta
- ☐ 1-5 vuotta
- ☐ 5-10 vuotta
- ☐ yli 10 vuotta

Oman työni hallitseminen asukkaan yleistilan äkillisesti laskiessa

5=hallitsen
työssäni erit-
tään hyvin

4=hallitsen
työssäni
hyvin

3=hallitsen
työssäni koh-
tuullisesti

2=hallitsen
työssäni
heikosti

1=en
hallitse
työssäni

1. Eettinen osaaminen

Asukkaan hoitotahdon huomioon
ottaminen

☐☐☐☐☐

Asukkaan hoidon yksilöllisyyden,
turvallisuuden ja itsemääräämis-
oikeuden toteuttaminen

☐☐☐☐☐

Asukkaan hoidon jatkuvuuden
turvaaminen

☐☐☐☐☐

2. Terveysten edistäminen

Asukkaan terveysongelmien ja -
uhkien tiedostaminen ja ennakoii-
minen

☐☐☐☐☐

Asukkaan hoidossa kuntouttavan
työotteen tärkeyden ymmärtämi-
nen

☐☐☐☐☐

3. Kliininen osaaminen

Aukkaan elimistön fyysisten vanhenemismuutosten osaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aukkaan tilan, oireiden ja hoidon vaikuttavuuden seuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aukkaan peruselintoimintojen (hengitys, verenkierto ja tajunta) tutkiminen, arvioiminen ja ylläpitäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aukkaan hoidossa aseptisen toiminnan osaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Hoitotyön päätöksenteko

Aukkaan hoidossa äkillisen kiireen ja työn kuormituksen sietäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aukkaan hoidon tarpeen määrittäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aukkaan hoidon kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Yhteistyö

Vuorovaikutustaidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö- ja neuvottelutaidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Lääkehoito

Asukkaan turvallinen lääkehoidon
toteuttaminen lääkärin ohjeiden
mukaisesti

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Asukkaalle antamieni lääkkeiden
vaikutusten tietäminen

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

7. Monikulttuurinen hoitotyö

Asukkaan erilaisuuden hyväksy-
minen

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8. Yhteiskunnallinen toiminta

Asukkaan oikeuksien tietäminen
ja huomioiminen

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Asukkaan hoidossa toimintatapo-
jen kyseenalaistaminen ja kriitti-
nen tarkastelu

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

OPINNÄYTETYÖ

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Vanhustyö/geronomi

Anna-Maija Ranta ja Kaisa Kelkka

Arvoisa hoitaja

Olemme geronomi (AMK) opiskelijoita (vanhustyön koulutusohjelma) Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Kouvolan kaupungin vanhusten asumispalveluille.

Mari Aaltosen (2007) tekemän tutkimuksen mukaan vanha ihminen joutuu viimeisinä elinvuosinaan olemaan useissa hoitopaikoissa ja siirtymään monta kertaa kodin ja hoitopaikan väliä tai hoitopaikasta toiseen. Kaikkein eniten siirtymiä tapahtuu juuri ennen kuolemaa edeltävinä parina kuukautena. Tutkijalle on herännyt epäily, että nykyinen palvelujärjestelmämme ei ole valmistautunut kohtaamaan vanhojen ihmisten tarpeita.

Tähän tutkimukseen tutustuessamme heräsi mielenkiintomme siihen miten meillä täällä Kouvolassa on tämän asianlaita. Työmme tarkoituksena on selvittää tilanteita ja hoitajien toimintaa asukkaan yleistilan äkillisesti lasiessa.

Tutkimus toteutetaan webropol - kyselynä hoitajille ympärivuorokautista hoitoa antavissa vanhusten asumispalveluyksiköissä. Kyselylomakkeet lähetetään hoitajien sähköpostiin. Toivomme, että kyselylomakkeen vastaamiseen osallistuvat yksikkönne kaikki hoitajat. Tutkimus on luottamuksellinen, eikä yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa vastausten perusteella. Lomakkeisiin ei tule myöskään merkitä mitään sellaisia tietoja, jotka paljastaisivat asukkaan henkilöllisyyden.

Tiedämme, että arki vanhusten hoidossa on kiireistä, mutta tutkimuksemme onnistumiseksi on tärkeää, että yksikössä hoitajat varaisivat riittävästi aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen.

Kysely tehdään koko Kouvolan kaupungin vanhusten ympärivuorokautista hoitoa antaville yksiköille 1.9 -30.11.2011.

Olemme saaneet tutkimusluvan Kouvolan kaupungilta 23.5.2011

Suuret kiitokset osallistumisestanne ja avustanne tutkimuksemme onnistumiseen!

Terveisin

Anna-Maija Ranta ja Kaisa Kelkka

sähköposti: anna-maija.ranta@student.kyamk.fi

kaisa.kelkka@student.kyamk.fi

KYSELYLOMAKKEEN TÄYTTÖOHJE

1. YLEISTÄ

Kyselylomake täytetään yksikön jokaisesta asukkaasta, jonka yleistila äkillisesti laskee ja häntä hoitava hoitaja ottaa yhteyttä/konsultoi ulkopuolista tahoa tai yksikön omaa sairaanhoitajaa / lääkäriä. Tarkkaa aikamäärettä äkilliselle yleistilan laskulle on vaikea asettaa, mutta meidän tutkimuksessa siihen lasketaan yhden - kahden vuorokauden aikana kehittynyt yleistilan lasku.

Äkillinen yleistilan heikkeneminen ei ole diagnoosi eikä oireyhtymä, vaan epämääräinen kokonaisuus, jonka osa-tekijät ovat voimattomuus, vaikeutunut liikkuminen, tasapainovaikeudet ja sekavuus. Yleistilan laskuun on yleensä jokin konkreettinen ja usein myös arkipäiväinen syy, jonka lähtökohta tulisi aina selvittää. Syy-yhteyksien selvittämistä hankaloittavat ikääntymiseen normaalisti kuuluvat muutokset, aiemmat krooniset sairaudet ja niihin liittyvä toimintakyvyn heikentyminen sekä lääkitys. (Koponen L., Sillanpää K., 2005).

Esimerkkitapaus:

20.7 klo 8.00 asukkaasta on tehty kirjaus, että kuumetta 38⁰C ja hengitys rohisee.

20.7 klo. 21.00 kuumetta edelleen 38⁰C. Annettu kuumetta alentavaa lääkettä.

21.7 klo.8.00 vointi yön aikana huonontunut ja työvuorossa oleva hoitaja päättää ottaa yhteyttä päivystykseen, omaan lääkäriin, hätäkeskukseen ym.

Kun tilanne hallinnassa ja hoitajalla sopiva hetki ennen työvuoron päättymistä hän täyttää kyselylomakkeen tilanteesta omassa sähköpostissaan ja lähettää täytetyn lomakkeen meille.

Lomakkeen kysymykset koostuvat seuraavista osioista:

ASUKKAAN TIEDOT

TIETOJA ASUMISPALVELUYKSIKÖN TOIMINNASTA

TIETOJA ÄKILLISESTÄ YLEISTILAN LASKUSTA

VASTAAJAN TIEDOT

HOITAJAN AMMATTITAITOON ITSEARVIOINTIA

2. KÄYTÄNNÖN OHJEITA

1. Lomakkeella etenet etenemispalkkia (Edellinen>< Seuraava) käyttämällä eli voit palata tarkistamaan valittuja vastauksia siihen saakka kunnes olet lähettänyt kyselylomakkeen.
2. Sinun on mahdollista keskeyttää kyselylomakkeen täyttäminen (Keskeytys- palkilla ja jatkaa täyttämistä myöhemmin.
3. Kysymyslomakkeella eteneminen edellyttää, että vastaat jokaiseen kysymykseen.
4. Kysymystyypit ovat:

Valinta- kysymystyyppi(☐-ympyrä) sallii vastaajien valita yhden vastausvaihtoehdon

Monivalinta – kysymystyyppi (☐-ruutu) sallii vastaajien valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon

Asteikko-kysymystyyppi sallii vastaajien valita yhden valinnan jokaiselle vaihtoehdolle vaaka-akselilla

Avoin- kysymystyyppi sallii vastaajien kirjoittaa vapaata tekstiä.
5. Kun olet täyttänyt kyselylomakkeen valmiiksi, painat Lähetä-painiketta!
6. Jos kohdallesi sattuu työssäsi ajanjaksolla (1.9–30.11) useampia asukkaan äkillisiä yleistilan laskuja, tulee sinun täyttää näistä jokaisesta uusi kyselylomake.
7. Jos kohdallesi ei satu työssäsi ajanjaksolla (1.9–30.11) asukkaan yleistilan äkillistä laskua, pyydämme sinua hävittämään kyselylomakkeen sähköpostistasi ilman muita toimenpiteitä.
8. Meihin voi ottaa yhteyttä kaikissa ongelmatilanteissa ja tyhmiä kysymyksiähän ei ole. Jos emme heti vastaa puheluihinne niin soitamme mahdollisimman nopeasti takaisin.

YHTEYSTIEDOT

Anna- Maija Ranta puh. 050 338 3101

Kaisa Kelkka puh. 040 759 7979