

# VANHUSTENSUOJELUILMOITUS

Ensihoidon ja kotihoidon yhteistyötä kehittämässä

Reetta Rissanen

# VANHUSTENSUOJELUILMOITUS

Ensihoidon ja kotihoidon yhteistyötä kehittämässä

Reetta Rissanen

Opinnäytetyö, kevät 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Rissanen, Reetta. Vanhustensuojeluilmoitus – Ensihoidon ja kotihoidon yhteistyötä kehittämässä. Helsinki, kevät 2013. 56 sivua, 5 liitettä Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on päämääränä niin kuntien kuin valtionkin vanhustenhuollon strategioissa ja kehittämissuunnitelmissa. Kotona selviytymisen kannalta on olennaisinta ikääntyneen toimintakyky, asuintilat sekä tarvittaessa mahdollisuus ulkopuoliseen apuun.

Ikäikäillä ihmisillä ei usein ole keinoja tai taitoja tavoitella apua joko somaattisen sairauden hoitoon tai muunlaisen avun tarpeeseen, joka mahdollistaisi kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Ensihoitotyötä tekevät ovat usein ensimmäisiä havaitsemaan ikääntyvän ihmisen avuntarvetta kotioloissa. Monesti ensihoitajat ovat myös ikääntyvän ainoa linkki ulkomaailmaan. Tämä korostuu etenkin yksinäisillä ja syrjäytyneillä ikäikäillä, joilla ei ole omaisia huolehtimassa heidän asioistaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää ilmoitusmenettely, jolla saattaa kotona huonosti pärjäävä ihminen kotihoidon arvioon. Ilmoitus on käytössä kaikissa Espoon alueella toimivissa ambulansseissa. Ilmoitus on tarkoitettu täyttämään tilanteessa, jossa ensihoitohenkilöstö tapaa kotona asuvan potilaan, jolla selkeästi havaitaan puutteita kotona selviytymisessä. Kotona pärjäämättömyyteen on monia eri syitä. Ilmoitukseen on sisällytetty teoretien ja kokemuksen perusteella ne yleisimmät syyt, jotka vaikeuttavat kotona pärjäämistä.

Täytetty ilmoitus toimitetaan kotihoitoon, josta kotiutusohitajat ottavat yhteyttä potilaaseen ja sopivat kartoituskäynnistä. Kartoituskäynnillä kotiutusohitajat tekevät palvelutarpeen arvioinnin ja aloittavat tarvittavat toimenpiteet. Aiemmin vastaavaa systemaattista yhteistyötä ensihoidon ja kotihoidon välillä ei ole ollut. Ilmoitus on luotu sähköiseen ensihoidon kirjausjärjestelmään Merlot Mediin. Palautetta ilmoitusmenettelyn toimivuudesta olen saanut suoraan kotiutusohitajilta yhteisissä tapaamisissa. Palaute on ollut positiivista, kotiutusohitajat pitivät menettelyä asianmukaisena ja toimivana.

Avainsanat: kehittämistyö, ensihoito, kotihoito, kotona pärjääminen.

## ABSTRACT

Rissanen, Reetta. Old peoples' protection notification – Developing cooperation between the primary care and home care. 56 p., 5 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Option in Nursing, nurse.

Living at home as long as possible is a goal for both municipalities' and governments' strategies and development programs for care of the elderly. For old people to get along at home, essential factors are performance, residential facilities and, when needed, the possibility for outside help.

Old people often have no means or abilities to get help for either somatic diseases care or other kinds of help that would enable aging people to live at their homes as long as possible. Paramedics are often the first ones to notice the aged people's need for help at home. Often paramedics are also their only connection to the outside world. This is especially true of lonely and abandoned aged persons, who have no relatives to take care of their things.

The purpose of the development project is to develop a notification procedure that would put a human, who otherwise has an insufficient ability to manage at home, to evaluation for home care. Notification is in use in all ambulances which operate in the Espoo area. Notification is meant to be filed in a situation, when paramedics meet a patient at his or her home, and who clearly has an insufficient ability of getting along at home. There are many reasons for the insufficient ability of getting along. The most common reasons that make it difficult to get along, according to theory knowledge and my experience, have been included in the notification.

The filed notification is then delivered to home care, whereof discharging nurses will contact the patient and arrange a survey meeting. In the survey meeting, discharging nurses will do an evaluation for the need of service and start the needed measures. This kind of systematic cooperation between primary care and the home care hasn't existed before. The notification has been created for the paramedic's electronic accounting system Merlot Med.

I have received feedback about the notification system's functionality directly from the discharging nurses. The feedback has have been positive, and discharging nurses considered the procedure proper and well-functioning.

Key words: development work, primary care, domiciliary care, coming along at home

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 ESPOON IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN OHJELMA 2009–2015	8
3 KOTONA TOTEUTUVA HOITOTYÖ	10
3.1    Ensihoito kotona ja ensihoitokertomus	10
3.2    Kotihoito	12
3.3    Toimintakyky ja toimintakykyä tukeva koti	14
4 IÄKÄS IHMINEN POTILAANA	19
4.1    Kuka on iäkäs?	19
4.2    Iäkkään ihmisen sairaanhoidon erityspiirteet	19
4.3    Iäkkään ravitseminen kotona	21
4.4    Iäkkään lääkehoito kotiloissa	23
4.5    Henkilökohtainen hygienia kotiloissa	24
4.6    Iäkkään alkoholinkäyttö	25
4.7    Iäkkään syrjäytyminen	27
4.8    Iäkkään kaltoinkohtelu	28
5 EETTISYYS IÄKKÄÄN HOITOTYÖSSÄ	30
6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	33
6.1    Kehittämistyön suunnittelu ja tavoitteet	33
6.2    Kehittämistyön toteutus	35
6.3    Kehittämistyön arviointi	39
7 POHDINTA	43
LÄHTEET	48

LIITE 1. Ilmoitus henkilöstölle uudesta menettelystä	51
LIITE 2a. Lomake Merlot Medissä	52
LIITE 2b. Kysymykset joiden perusteella lomake on luotu	53
LIITE 3. Ohje Merlot Medin käyttäjille	54
LIITE 4. Taulukko palautetuista ilmoituksista	55
LIITE 5. Kysely kotiutushoitajille	56

## 1 JOHDANTO

Jokaisella on oikeus turvalliseen vanhuuteen, johon kuuluu oikeus tarpeenmukaiseen hoitoon ja hyvään huolenpitoon. Meillä on yhteiskuntana velvollisuus huolehtia siitä, että vanhukset eivät jää vaille tarvitsemaansa hoitoa ja että he voivat säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa ja elää arvojensa mukaisesti. (ETENE- julkaisuja 2008.)

Olen työskennellyt useita vuosia ambulanssissa Espoon alueella. Tilastotietojen mukaan Espoon väkiluku vuoden 2011 lopussa oli 252 439 (väestötietojärjestelmä), joista noin 12 % oli yli 64-vuotiaita. Espoossa on kotihoidon asiakkaita 4430 eli kotona asuvista ikääntyvistä kotihoidon piiriin kuuluu noin 1,75 %. Työssäni olen huomannut, että Espoossa asuu monia ikääntyviä, jotka kipeästi tarvitsisivat kotihoidon palveluita. Ensihoitotyössä tavataan paljon iäkkäitä, joiden kotona selviytyminen on kyseenalaista syystä tai toisesta. Iäkkäitä asuu paljon omissa kodeissaan ilman minkäänlaista seurantaa. Ikääntyessään ihmiset eivät välttämättä osaa tai heillä ei ole keinoja hakea tarvitsemiaan palveluita.

Omalta osaltani olen potilasta päivystykseen viedessäni maininnut sekä suullisesti että kirjallisesti, jos olen havainnut potilaan kotona pärjäämisessä puutteita. Vuosien aikana olen kuitenkin huomannut, ettei maininta iäkkään kotona pärjäämättömyydestä ole päivystyksen toimesta johtanut mihinkään toimenpiteisiin. Potilas on siis kotiutunut päivystyksestä ilman, että kukaan on puuttunut heidän kotona pärjäämiseensä. Olen usein miettinyt, miksi ei voisi olla jotain ilmoitusmenettelyä suoraan kotihoitoon, samalla periaatteella kuin lastensuojeluilmoitus tehdään sosiaalitoimeen.

Espoon ensihoidosta vastaavan lääkärin pitämässä koulutuksessa vuonna 2006 tuli esille tämänkaltaisen ilmoituksen tarpeellisuus. Espoon ensihoidosta vastaava lääkäri ottikin asian puheeksi päivystyksen seminaarissa samana vuonna, mutta asia ei vielä siinä vaiheessa edennyt, koska aika ja tiedonsiirto

mahdollisuudet eivät olleet tuossa vaiheessa vielä siihen kypsiä. Idea itsessään on vielä vanhempi. Ensihoidossa erilaisia ilmoitusmenettelyjä on harjoitettu terveysasemien suuntaan jo viime vuosituhannella. Ilmoitusmenettely ei ole ollut näin systemaattinen eikä virallinen, vaan perustui siihen, että tunnettiin niin potilaat kuin terveyskeskuksen henkilökuntakin. Espoossa otettiin käyttöön vuonna 2008 sähköinen ensihoidon kirjausjärjestelmä Merlot Medi, joka mahdollisti uudenlaisen ilmoituksen kehittämisen.

Kun tuli aika aloittaa opinnäytetyön tekeminen, palasi tämä vuosia sitten käymäni koulutus mieleeni. Halusin, että työ olisi mielenkiintoinen ja ehdottomasti työelämää kehittävää toimintaa. Otin yhteyttä Espoon ensihoidosta vastaavaan lääkäriin. Hän oli heti mukana tukemassa tämänkaltaista kehittämistyötä. Näin tämä vanha kehittämistyöidea pääsi uuteen alkuun. Tämän jälkeen ensihoidon vastuulääkäri oli yhteydessä Espoon kotihoitoon ja tiedusteli heidän halukkuuttaan lähteä mukaan kehittämään uutta ilmoitusmenettelyä. Kotihoidossa innostuttiin uudesta kehittämistyöstä, joka tiivistäisi yhteistyötä. Kehittämistyö sai siis alkaa.

Opinnäytetyöni on kehittämistyö, jossa kehitetään asianmukainen ilmoitusmenettely, jonka avulla ensihoitajat voivat ilmoittaa kotihoidolle mahdollisesta asiakkaasta. Ilmoitus toimitetaan iäkkään kotiosoitteen mukaisen kotihoidon tietoon, jos iäkäs on antanut luvan ilmoituksen tekemiseen. Kotiutushoitaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen puhelimitse ja tekee kotikäynnin kotona pärjäämisen kartoittamiseksi. Kehittämistyön kohderyhmänä ovat erityisesti iäkkäämmät potilaat, koska heidän toimintakykynsä on usein alentunut eikä heillä välttämättä ole sellaisia tukiverkostoja, jotka huolehtisivat heidän asioistaan ja eduistaan. Monille ambulanssi on ainoa yhteys terveys- ja sosiaalipalveluihin.

Seuraavissa luvuissa kuvaan hoitotyötä kotona. Toisen ihmisen kotona tehtävä hoitotyö poikkeaa sairaalaympäristössä tehtävästä hoitotyöstä monin tavoin. Kuvaan myös toimintakykyä ja muita keskeisiä asioita, jotka vaikuttavat iäkkään kotona pärjäämiseen. Eettinen pohdinta on omana lukunaan. Lopussa kerron konkreettisesti kehittämistyön etenemisestä.



## 2 ESPOON IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN OHJELMA 2009–2015

Espoon ensimmäinen vanhuspoliittinen ohjelma hyväksyttiin vuonna 2002. Ohjelma uudistettiin vuonna 2008 ikääntymispoliittiseksi ohjelmaksi vuosille 2009–2015. Ohjelman visio on täyttä elämää ikääntyneenä. Espoon ikääntymispoliittista ohjelmaa laadittaessa on otettu huomioon tärkeimmät valtakunnalliset linjaukset ja suositukset. (Valvanne, Rysti, Kylmänen-Kurkela & Meriläinen 2008, 5, 15).

Espoon väestön nopea ikääntyminen tuo erityishaasteensa ikääntymispolitiikalle. Kotona asuminen ja sen tukeminen on yksi keskeisimpiä tavoitteita. Vanhuspalvelun uudistamisen tavoitteena on asiakkaan ja omaisen näkökulmasta eheä palvelukokonaisuus. Avopalveluiden tarkasta kohdentamisesta pyritään nyt ennakointiin ja varhaiseen puuttumiseen, jolloin ikääntyvien omia voimavaroja voidaan tukea jo varhaisessa vaiheessa. Ikäihmisten palvelujen kehittämisen lähtökohta on omaehtoisen ikääntymisen, elämisen ja asumisen tukemisessa. Keskeiset edellytykset tälle ovat esteetön ympäristö, riittävä tiedon ja palvelujen saatavuus ja kotona asumisen tukeminen. (Valvanne ym. 2008, 5).

Terveysten ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy on entistä tärkeämpää. Lähtökohtana ovatkin ennaltaehkäisevät palvelut läpi elämän vauvasta vaariin. Espoossa ikääntyneet käyttävät samoja sosiaali- ja terveystalvueluita muun väestön kanssa. palveluja kehitetäänkin vastaamaan entistä paremmin ja joustavammin seniorikansalaisten yksilöllisiä tarpeita. (Valvanne ym. 2008, 29).

Kotihoidolla tuetaan ikääntyvän mahdollisimman itsenäistä ja turvallista kotona selviytymistä kotipalvelun ja sen tukipalvelujen sekä kotosairaanhoidon keinoin. Palvelu perustuu kattavaan palvelutarpeen arviointiin, joka tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen niin halutessaan myös hänen omaistensa kanssa. Palveluiden arvioinnissa otetaan huomioon elämänlaadun eri ulottuvuudet ja selvitetään asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitoon liittyvät tarpeet. Asiakkaan yksi-

öllinen hoito ja palvelusuunnitelma laaditaan tämän kokonaisvaltaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. (Valvanne ym. 2008, 30).

Kotihoitopalvelut tukevat kotona asumista asiakkaan niin halutessa elämän loppuun asti. Kotona voi asua turvallisesti myös silloin, kun toimintakyky on selvästi heikentynyt ja apua tarvitaan paljon. Uusia toimintamuotoja kehitetään nykyisten kotihoitopalvelujen ohella. Lisäksi kotihoidon asiakkaaksi pääsyn kynnystä madalletaan. Etenkin tukipalvelujen saamista helpotetaan, jotta iäkkäiden kotona asumista voidaan tukea ottaen huomioon kunkin omat voimavarat jo riittävän aikaisessa vaiheessa. Avun tarjoaminen varhain, ehkäisee vaikeamman avuttomuuden syntyä. Asiakkaat tulevat myös tietoisiksi, mistä apua saa, kun sitä tarvitsee. Tämä lisää iäkkäiden turvallisuuden tunnetta ja edesauttaa kotona pärjäämistä hieman huonompi Kuntoisenakin. (Valvanne ym. 2008, 31).

Dementoivat sairaudet ovat ikäihmisillä tärkein palveluntarvetta lisäävä tekijä. Espoossa dementoituneiden hoitoa on 90-luvulta alkaen kehitetty valtakunnallisten suositusten mukaisesti niin, että iäkkäille muistihäiriöisille on tarjolla muun muassa muistipoliklinikan neuvonta- ja arviointipalvelut. Tavoitteena on, että jokaisella muistisairaalla olisi nimetty yhteyshenkilö, kuten kotihoidon vastuuhoitaja, muistineuvoja tai muistikoordinaattori, jonka puoleen voi kääntyä apua tarvitessaan. Palvelujärjestelmää kehitetään kokonaisuutena, siten että joilla on diagnosoitu dementoiva sairaus, ja myös hänen omaisilleen turvataan mahdollisuus ensitietoon ja tukeen, palvelutarpeen arviointiin, palveluohjaukseen ja palveluihin sairausprosessin kaikissa vaiheissa. (Valvanne ym. 2008,32–33).

### 3 KOTONA TOTEUTUVA HOITOTYÖ

#### 3.1 Ensihoito kotona ja ensihoitokertomus

Ensihoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sairaalan ulkopuolista hoitoa. Sitä antavat koulutetut henkilöt kotona, ambulanssissa tai onnettomuuspaikalla. Ensihoidon tavoitteena on äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintointojen käynnistäminen, vakauttaminen ja turvaaminen sekä tarvittaessa potilaan turvallinen kuljetus sairaalaan. Ensihoitopalvelut ovat osa terveydenhuollon peruspäivystyspalveluja. (Määttä 2003, 24–26.)

Voidaan todeta, että mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole myöskään tehty tai havaittu. Tämä kertoo yksinkertaisuudessaan terveydenhuollon kirjallisen dokumentoinnin tärkeyden, joka koskee myös ensihoitoa. Hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin huolellinen ja asiallinen kirjaaminen on jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus ja myös heidän oikeusturvansa kannalta tärkeä seikka. Ensihoitokertomus on dokumentti annetusta hoidosta ja sillä on merkitystä potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Ensihoitokertomuksesta hoitolaitos saa tiedon siitä mikä on ollut potilaan tila tapahtumapaikalla sekä kuljetuksen aikana. Kertomuksen tulee olla asiallinen ja ammatillinen, sillä siihen pätevät samat säädökset kuin muihinkin potilasasiakirjoihin. Koska kertomus on virallinen potilasasiakirja, tulee se liittää hoitolaitoksessa potilaan sairaskertomukseen. Ensihoitokertomuksen valtakirjaosa täytettynä oikeuttaa ensihoitopalvelun tuottajaa hakemaan Kelalta tehtäväkorvaukset. Potilas itse maksaa vain voimassa olevan omavastuusuuden. (Seppälä 2002, 145–147.)

Merlot Medi on sähköinen ensihoitokertomus, jossa kirjataan potilaan tila tavatessa ja hoitotoimenpiteet suoraan helppokäyttöisiin kysymyspohjiin. Merlot Medissä on valmiina ensihoitoa koskevia potilasryhmäkohtaisia kysymyksiä ja vastauksia, joita voidaan muokata organisaatiokohtaisesti. Kysymykset ohjaavat ja nopeuttavat kirjaamista ja varmistavat tarvittavan tiedon kirjaamisen. Vastaukset valitaan vastausvaihtoehdoista tai jos kysymykseen ei löydy sopivaa

vastausvaihtoehtoa, voi vapaamuotoisen vastauksen kirjoittaa itse. Häätokeskuksesta välittyy kohteen osoite ja puhelun alkamisaika automaattisesti ensihoitokertomukseen, mikä nopeuttaa kirjaamista käsin tehtyyn kertomukseen nähden ja samalla vältetään manuaalisesta kirjaamisesta aiheutuvat virheet. Myös EKG ja vitaaliarvot tallentuvat automaattisesti ensihoitokertomukseen. (Merlot Medi i.a.)

Merlot Medissä on sähköisessä muodossa olevia hoito-ohjeita, joiden päivittäminen on helppoa ja nopeaa. Esimerkiksi potilasohjausohje helpottaa hoitopaikan valintaa ja nopeuttaa oikeaan jatkohoitopaikkaan pääsyä. Konsultoiva lääkäri eli Espoon alueella FinnHEMS (ent. Medi-Heli ) pääsee reaaliaikaisesti katsomaan potilaan tietoja kellonajasta ja palveluntuottajasta riippumatta. FinnHEMS:n lääkäri näkee kaikkien yksiköiden tilanteen ja voi avata ensihoitokertomuksen konsultaatiota varten, joka mahdollistaa nopean reagoinnin tilanteisiin. Konsultoivan lääkärin antama tuki välitetään kirjallisena yksikölle, joka vähentää väärinkäsitysten mahdollisuutta. Ensihoitokertomus voidaan lähettää sähköisesti jo matkalta sairaalaan tai terveysasemalle, jolloin siellä voidaan valmistautua ja varata tarvittavat resurssit jo etukäteen. Kattava ja helposti luettava ensihoitokertomus sisältää tarvittavat tiedot jatkohoidon kannalta ja varmistaa hoidon jatkuvuuden.( Merlot Medi i.a ).

Stadia ammattikorkeakoulussa tehtiin vuonna 2002 opinnäytetyö väestön ikääntymisen vaikutuksista (Grönlund & Maaskola 2002.) Helsingin pelastuslaitoksen ensihoitopalveluun vuosina 2001–2025. Opinnäytetyö käsittelee väestön ikääntymisessä tapahtuvan muutoksen vaikutusta ensihoitopalveluun. Opinnäytetyössä hankittiin tietoa Helsingin pelastuslaitoksen yli 65-vuotiaiden asiakkaiden ensihoitopalvelun tarpeesta tulevaisuudessa. Työssä selvitettiin mikä oli ensihoitopalvelun tarve vuonna 2001 kartoittamalla yli 65-vuotiaiden ensihoitotehtävät ja niihin perustuen laadittiin vuoteen 2025 asti tehtävämääräennuste. Tuloksista selvisi, että vuonna 2001 yli 65-vuotiaiden ensihoitotehtäviä oli 28 % kai-kista Helsingin pelastuslaitoksen ensihoitotehtävistä. Tulevaisuudessa yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus väestöstä tulee kasvamaan, mikä tarkoittaa, että Helsingin pelastuslaitoksen ikääntyneiden ensihoitotehtävät kasvavat. Kasvua

arvioitiin kertyvän jopa 63 % vuodesta 2001 ennustejakson lopulle vuoteen 2025. Opinnäytetyössä nousi selvästi esiin suureneva ensihoidon resurssien tarve sekä tarve tiivistää yhteistyötä sosiaali- ja terveysalan eri toimijoiden välillä. (Grönlund & Maaskola 2002.)

### 3.2 Kotihoito

Kotihoito on palvelun ja hoidon järjestämistä asiakkaan kotona siten, että eri tavoin tuetaan asiakkaan mahdollisuutta asua omassa kodissaan tai myöhenne-tään laitoshoidon alkamista. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi, jos kunta itse tuottaa sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon palvelut. Kotihoidolla tarkoitetaan usein kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdessä samal-le asiakkaalle antamaa palvelu- ja hoitokokonaisuutta. Kotihoidon toimesta teh-dään hoidontarpeen arviointi sekä hoitosuunnitelma. Kotihoidon palveluihin kuu-luu asiakkaan voinnin seuraaminen sekä neuvominen erilaisiin palveluihin liitty-vissä asioissa. Kotihoito suorittaa myös lääkärin määräämiä hoitotoimenpiteitä, ottaa näytteitä sekä valvoo lääkitystä. Kotihoito voi suorittaa varsin vaativaakin sairaanhoitoa kuten saattohoitoa. Myös omaisten tukeminen ja ohjaaminen on osa kotihoidon työtä. Monissa kunnissa on myös mahdollista saada kotihoitoa ympäri vuorokauden. Tukipalvelut täydentävät kotihoitoa. Tällaisia palveluita ovat muun muassa ateriapalvelu, siivous, kylvetys ja kuljetuspalvelu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Aikaisempia tutkimuksia tai hankkeita ei ole tehty nimenomaan ensihoidon ja kotihoidon välisestä yhteistyöstä. Monissa kunnissa ovat kuitenkin käytössä ennaltaehkäisevät kotikäynnit, kunnasta riippuen 65–80-vuotiaille. Tavoittavatko nämä ennaltaehkäisevät kotikäynnit kaikki avuntarvitsijat? Terveiden ja hy-vyvoinnin laitos on julkaissut tutkimuksen Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä - Ikäihmisten neuvontapalvelujen ja ehkäisevien koti-käyntien toteutuminen kunnissa – (Seppänen, Heinola & Andersson 2009.)

Tutkimuksen mukaan suurin osa kunnista on laatinut ikääntymispoliittisen strategian, johon yleisesti sisältyy linjauksia myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä niitä tukeviksi toimintamuodoiksi. Neuvontapalveluja tarjottiin neljäsoassa kunnista. Kunnissa oli kehitetty erilaisia malleja neuvonnan toteuttamiseksi. Useimmiten neuvontatoiminta oli osa vanhuspalveluja joko omana kokonaisuutenaan palvelupisteen muodossa tai liitettynä osaksi laajempaa kokonaisuutta, esimerkiksi palvelutoimintana palvelukeskuksissa. Neuvontapisteiden palveluihin kuului hyvin monenlaista neuvontaa. Yleisimmin kyse oli palveluneuvonnasta sekä terveyteen, muistiin, ravintoon, turvallisuuteen, apuvälineisiin sekä sosiaalisiin ongelmiin liittyvää neuvontaa. Palvelut olivat monessa kunnassa hyvin pienimuotoisia ja toteutettiin osa-aikaisilla työntekijöillä. Neuvontapalvelut ovat kuitenkin voimakkaasti kehittyvä toimintamuoto ja kehittämisideoita oli paljon. Tärkeänä pidettiin ehkäisevää näkökulmaa ja varhaisen tuen periaatetta. Valtakunnalliselle tuelle neuvontapalveluiden järjestämisestä näyttäisi kyselyn perusteella olevan paljon kysyntää. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009.)

Ehkäisevät kotikäynnit olivat kunnissa neuvontatoimintaa vakiintuneempi ja laajemmin käytössä oleva toimintamuoto. Yli puolessa vastanneista kunnista järjestetään ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä. Käynnit olivat useimmiten organisoituneet osaksi kotihoitoa. Tärkeimmiksi asioiksi käynneillä koettiin neuvonnan ja tiedottamisen lisäksi toimintakyvyn, terveydentilan ja palvelutarpeen arviointi sekä ennakointi, terveyden edistäminen ja ikääntyneen omien voimavarojen tukeminen. Suurin osa kunnista toteutti käynnit kertakäynteinä, jossa arvioitiin jonkin valmiin, itsetehdyn tai sovelletun lomakkeen avulla päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, palvelujen tarvetta, sosiaalisia kontakteja sekä ravitsemukseen ja liikuntaan liittyviä asioita. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien hyödyiksi arvioitiin iäkkään saama tieto palveluista sekä mahdollisuus järjestää oikea-aikaisia palveluita niitä tarvitseville. Kunta ja kunnan palvelut tulivat näkyvämmäksi ikääntyneelle. Käynnit lisäsivät myös turvallisuuden tunnetta. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009.)

Tärkeä kysymys ehkäisevässä toiminnassa on ja tulee olemaan sen kohdentaminen. Käytännössä ehkäisevät kotikäynnit ja neuvontakeskuspalvelut kohdennetaan pääosin ikäperusteisesti. Käytettävissä olevien resurssien niukkuus pakottaa pohtimaan toiminnan suuntaamista. Kotikäynnit vaativat varsin paljon resursseja verrattuna vastaanotoilla ja palvelupisteissä tapahtuvaan kartoitukseen ja neuvontaan. Ehkäisevään toimintaan panostamisessa vaaditaan suurta uskallusta ja luottamusta siihen, että toiminnan hyödyt tulevat näkyviin jossakin vaiheessa. Ehkäisevän toiminnan yhteydessä tulee usein esille kysymys, tavoitetaanko sen avulla kaikki ne henkilöt, jotka siitä hyötyisivät. Esimerkiksi ehkäisevistä kotikäynneistä kieltäytyneiden joukossa on todennäköisesti osa sellaisia, jotka ovat palvelujen ulkopuolella, mutta olisivat monenlaisen avun tarpeessa. Pohdittavaksi jää etsivän toiminnan järjestäminen. Siinä keskeistä on löytää keinoja, jolla myös huono-osaisia ikääntyneitä voidaan tavoittaa. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009.)

### 3.3 Toimintakyky ja toimintakykyä tukeva koti

Kotona asuvan iäkkään hyvinvoinnin kannalta merkittävää on turvallinen ja esteetön ympäristö. Etenkin koti, asuinympäristö sekä lähiympäristö palveluineen ja toimintamahdollisuuksineen, sillä näissä hän viettää suurimman osan ajastaan. (Elo 2009, 94–95.) Viime vuosina on alettu kiinnittää huomiota esteettömyyteen rakentamisessa ja vanhojen asuinympäristöjen korjaamisessa. Esteettömyydellä tarkoitetaan, että rakennus tai muu toimintaympäristö olisi kaikille käyttäjille turvallinen, toimiva, johdonmukainen ja miellyttävä käyttää. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 12–13.)

Ikääntyessä aistit, motoriikka ja kognitiiviset taidot heikentyvät sekä kyky selvitä päivittäisistä toiminnoista turvallisesti vaarantuu. Myös pitkäaikaissairaudet voivat rajoittaa ikääntyneen arkielämää. Erilaisten lääkkeiden käyttö, heikentynyt näkökyky ja liikuntakyky altistavat ikääntyneen kaatumisille. Tällöin keskeiseksi asiaksi muodostuvat arjen toiminnot turvallisesti mahdollistava fyysinen ympäristö. Tähän pyritään arvioimalla ikääntyneiden asuntojen muutos- ja korjaustar-

ve, asumisen turvallisuus ja esteettömyys. Kodissa tehtävät muutostyöt ja erilaiset apuvälineet tukevat ikääntyneiden kotona asumista ja liikkumista erityisesti terveydentilan ja liikuntakyvyn heikentyessä. Kodin turvallisuuden lisäämiseksi on laadittu erilaisia tarkastuslistoja, joiden avulla mahdollisia riskitekijöitä voidaan vähentää. Keskeistä fyysisen turvallisuuden lisäämiseksi ovat erilaisen portaiden ja askelmien turvallisuus ja kurkottamisen ja kiipeämisen tarpeen sekä pesutilojen liukkauden vähentäminen. (Elo 2009, 94–95.)

Ihmisen toimintakykyä on määritelty ja jäsenneilty monin eri tavoin. Tavallisesti se jäsennellään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Olenaisinta on ymmärtää, että ihmisen toimintakyky on kokonaisuus edellä mainituista. Nämä kaikki on jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Koska sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky ovat niin riippuvaisia toisistaan, puhutaan usein psykososiaalisesta toimintakyvystä. Suomessa otettiin käyttöön vuonna 2004 WHO:n vuonna 2001 julkaisema ICF-luokitus. ICF-luokitus ei tarjoa toimintakyvyn arviointimenetelmiä, mutta ohjeistaa moniammatillista työnjakoa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioinnissa ja edistämisesä. ICF tarjoaa yhteisen toimintakykykielen sovellettavaksi sekä toimintakyvyn kliinisissä tutkimuksissa ja palveluiden kehittämisessä että väestötutkimuksissa. Luokituksen tarkoitus on parantaa kommunikaation tasoa eri toimialojen ja hallinnonalojen välisessä yhteistyössä toimintakykyyn liittyvissä asioissa. (Kettunen ym. 2009, 9–10.)

Psykososiaaliseksi ympäristöksi voidaan mieltää oikeastaan koko yhteiskunta erilaisine rajoituksineen ja mahdollisuuksineen. Tärkeimpiä psykososiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat läheiset ihmiset sekä muut elämään vaikuttavat ihmiset, kuten naapurit, työkaverit tai vaikka lähikaupan myyjä. Psykososiaalisella ympäristöllä ja vuorovaikutuksella toisten ihmisten kanssa on suuri merkitys ihmisen toimintakyvylle. Psykososiaaliseen ympäristöön kuuluu olennaisesti myös kulttuuri, jolla tarkoitetaan opittuja ja omaksuttuja käyttäytymis- ja tulkintamalleja sekä arvoja, asenteita ja normeja eli käyttäytymissäntöjä. Kulttuurin avulla yhteisön jäsenet jäsentävät omaa toimintaansa ja tulkitsevat muita. (Kettunen ym. 2009, 13.)



Toiminnan vajavuutta pyritään kompensoimaan toimintatapoja muuttamalla tai teknologisia ratkaisuja hyödyntämällä. Usein riittää, että ikääntyvälle opetetaan uusi tapa selvitä vaikeuksia tuottavasta toiminnasta. Mikäli tämä ei ratkaise ongelmaa, tarjotaan sopivaa apuvälinettä tai muuta tekniikkaa. Apuvälineiden käyttö voi merkittävästi helpottaa ja nopeuttaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Apuvälineiden valikoima on laaja. Sopivan teknisen sovellutuksen valinta edellyttää yleensä erityistyöntekijän arvioita. Fysioterapeutit ja toimintaterapeutit ovat apuvälineteknologian erityisasiantuntijoita. Nyrkkisäännöksi sopii, että ongelmaan kuin ongelmaan on tekniikkaa tarjolla. Pukeutumiseen, ruokailuun, WC:ssä asioimiseen ja peseytymiseen käytetyt välineet ovat liikkumisvälineiden ohella tärkeimpiä apuvälineitä toimintarajoitteisten omatoimisuuden kannalta. (Valvanne i.a.)

Tekniikka on monessa tapauksessa tehokkaampi toiminnan vajavuuden lievittäjä kuin toisen henkilön antama apu. Kuitenkin on otettava huomioon, että teknisten laitteiden käyttö voi osaltaan edistää suorituskyvyn heikentymistä (esim. harkitsematon pyörätuolin käyttö). Iäkkäille tarjottavien teknisten ratkaisujen tulee olla helppokäyttöisiä ja toimintavarmoja. Valinnan tulee tapahtua räätälintyönä, käyttäjien yksilöllisten tarpeiden ja heidän kokonaistilanteensa mukaan. Parhaimmillaan apuvälineet tukevat normaalin arkielämän jatkumista, vahvistavat ikäihmisen omia toimintaedellytyksiä ja edistävät turvallisuutta. Teknisiin laitteisiin turvauduttaessa tulee ohjauksen ja neuvonnan lisäksi huolehtia seurannasta. Esimerkiksi vastaanotolla, kotikäyntien yhteydessä ja lyhytaikaisilla laitoshoitajaksoilla on syytä varmistaa, että potilas on omaksunut apuvälineiden oikean käytön. (Valvanne i.a.)

Asuntoihin on saatavissa monenlaisia varusteita ja lisälaitteita, jotka tukevat iäkkäiden itsenäistä toimimista tai helpottavat heidän hoitoaan. Teknisiä ratkaisuja on tarjolla myös kommunikaation ja havaitsemisen tehostamiseksi. Näistä merkittävin on turvapuhelinpalvelu. Järjestelmä on osoittautunut yksinkertaiseksi, toimintavarmaksi ja ikäihmisten turvallisuutta lisääväksi. Omaisten huolta ja taakkaa se vähentää merkittävästi. Turvapuhelin soveltuu paitsi yksinasuville, turvattomuutta ja yksinäisyyttä kokeville ikäihmisille myös sellaisille potilaille,

joiden sairauteen liittyy kohtausalttiutta (angina pectoris, astma) tai kaatuilutai-  
pumusta. Teknologiasta on odotettu apua dementoituneiden kotihoitoon, mutta  
odotuksissa on toistaiseksi petytty. Nykyaikaiset turvahälytysjärjestelmät hella-  
poliiseineen ja kulunvalvontalaitteineen saattavat kyllä vähentää muistamatto-  
muuteen liittyviä riskitilanteita, mutta aiheuttavat usein myös hämminkiä ja ah-  
distusta hoidettavassa ja hoitajissa. (Valvanne i.a.)

lääkäiden yleisimpiä tapaturmia ovat kaatumiset. Kansanterveyslaitos on kehit-  
tänyt ympäristön arviointilomakkeen, jonka avulla on mahdollista arvioida millai-  
sia riskejä ikääntyneen omassa elinympäristössä on. (Mänty, Sihvonen, Hulkko  
& Lounamaa 2007.)

Arviointilomakkeessa arvioidaan muun muassa seuraavia asioita:

- Sängyn ja tuolien sopiva korkeus,
- Huoneissa oleva valaistus
- Onko riittävästi tilaa liikkumiseen.
- Onko riittävästi apuvälineitä ja osataanko niitä käyttää oikein.
- Huomioidaan tartuntakahvojen sijoittelu tai niiden mahdollinen puuttumi-  
nen
- Tarkistetaan lattiapintojen liukumattomuus, erityisesti wc- ja suihkutilojen  
lattiat
- Onko käytössä henkilökohtainen turvalaite tai miten puhelin on sijoitettu

Laurea-ammattikoulussa 2009 tehtiin opinnäytetyö aiheesta vanhusasiakkaan  
kotona selviytyminen. (Starck-Pirskanen 2009.) Opinnäytetyössä tarkasteltiin  
vanhusten kotona selviytymistä tukevia keinoja ja menetelmiä. Opinnäytetyössä  
esiteltiin erilaisia toimintakykymittareita, joiden avulla voidaan arvioida vanhuk-  
sen kotona pärjäämistä. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien merkitys vanhuksen  
kotona pärjäämisen arvioinnissa sekä toimintakyvyn muutosten ennakkoinnissa  
ovat osoittautuneet lupaaviksi keinoiksi ylläpitää iäkkään väestön terveyttä ja  
toimintakykyä. Johtopäätöksissä todetaan, että vanhusten avuntarve ei riippu-  
nut niinkään heidän iästään vaan heidän voinnistaan. Työssä vanhusten neu-  
vonta ja opastaminen oikeiden palvelujen ääreen koettiin tarpeelliseksi. Tietous  
siitä mitä palveluita ja mitä apuvälineitä arjen helpottamiseksi on saatavilla ja  
mistä, edisti vanhuksen kotona pärjäämistä.

Asuinympäristön tulisi olla esteetön ja suunniteltu siten, että ikääntyvä väestö pystyy siellä turvallisesti asumaan. Asuntojen ja lähiympäristön esteettömyys on sosiaalisen pärjäämisen kulmakivi. Kenestäkään ei saisi tulla oman kotinsa vanki. Vanhusten sosiaalista kanssakäymistä olisi tuettava esimerkiksi päivätoiminnalla. Päivätoimintaa voisivat tuottaa vapaaehtoiset, järjestöt sekä päiväkeskukset. Vanhusten kotona selviytymisen edistämiseksi tarvitaan kokonaisnäkemyksiä siitä, minkälaista ikääntyville suunnattua apua, tukea ja palvelua kunnassa on, sekä siitä, miten nämä palvelut saadaan ikääntyvien tietoon. (Starck-Pirskanen 2009,7–37)

## 4 IÄKÄS IHMINEN POTILAANA

### 4.1 Kuka on iäkäs?

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista tulee voimaan heinäkuussa 2013. Tässä laissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeutettua väestöä. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (voimassa 1.7.2013 alkaen) 28.12.2012/980) Kansaneläkelain mukaan vanhuuseläkkeen ikäraja on 65 vuotta. (Vanhuuseläke KELA 2013).

Ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ovat hyvin yksilöllisiä. Eikä käsitteelle "vanhuus" ole mitään yksiselitteistä määritelmää. Vanhustutkimuksissa onkin koettu haasteelliseksi määritellä ikääntymisen normaali kulku. Mikä on ikääntymiseen liittyvää normaalia toimintakyvyn heikentymistä ja millaisia muutoksia on tarpeen hoitaa? Voidaanko raihnaistumista estää, voidaanko sitä lykätä tai miten siihen voitaisiin vaikuttaa? Vanhuus on elämänvaihe, jossa ikääntyminen on yksilöllistä. Ikääntyminen saa aikaan pysyviä fysiologisia muutoksia. Ikääntymisen vaikutukset henkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn vaihtelee suuresti. Myös sairauden tai terveyden kokemukset vaihtelevat eri ihmisillä kuten myös kyky selvitä arjesta ilman ulkopuolista apua. Suurin osa ikääntyvistä on pitkään terveitä ja hyväkuntoisia, arkiaskareista hyvin selviytyviä, omassa kodissaan asuvia, aktiivisia yhteisönsä jäseniä. Toimintakyvyn vähitellen heiketessä he alkavat kuitenkin tarvita yhä enemmän toisten tukea. (ETENE -julkaisuja 2008.)

## 4.2 Iäkkään ihmisen sairaanhoidon erityispiirteet

Iäkkäillä saattaa olla monia sairauksia samanaikaisesti. Niissä yhdistyvät usein elimelliset ja psyykkiset haitat sekä sosiaaliset esteet. Iäkkään potilaan ongelmien selvittäminen on aikaa vievää. Käytännössä geriatria on jokaisen yksilön kohdalla puhtaasti lääketieteellisten kysymysten ohella paljolti sosiaalisten pulmien selvittelyä. Iäkkään hyvän hoidon perusedellytyksenä on pidettävä potilaan ja hänen elinolosuhteittensa mahdollisimman tarkkaa tuntemusta. Esitietojen saanti saattaa olla vaikeaa esimerkiksi muistiongelmiensa takia. Tällöin lähiomaisten apu on tärkeää. Iäkkään monista ongelmista tulisi ensisijaisesti löytää ne, joihin on saatavissa konkreettista apua. Ne eivät käytännössä ole aina samoja kuin potilaan eniten valittamat vaivat. Myös monien sairauksien taudinkuva saattaa iäkkäillä olla tavanomaisesta poikkeava. (Geriatrian opintopaketti i. a.A)

Kroonisista haitoista merkittävimpiä ovat toimintakykyä rajoittavat tilat, jotka vaarantavat iäkkään itsenäisyyden. Tällaisten kroonisten oireiden kuten liikuntaongelmien sekä näön ja kuulon heikentymisen jättäminen vaille huomiota, lisää helposti sosiaalista riippuvuutta. Usein "pienien" ongelmien poistaminen joko hoidoin tai apua järjestämällä on ratkaisevan tärkeää. Iäkkään kokonaisvaltainen tilanteen selvittäminen saattaa joskus jo sellaisenaan merkitä pahimpien ongelmien laukeamisen. Iäkkäiden lääkehoito on myös usein monimutkaista. Sekaantumisvaaran ja lääkkeiden sietokyvyn alentumisen takia hoitoon liittyy myös vaaroja. Tavoitteena on iäkkään potilaan toimintakyvyn säilyttäminen ja itsenäisyyden tukeminen. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että iäkkäiden monista ongelmista tulisi erottaa ne, joihin voidaan löytää konkreettista apua. Monipuolinen ongelmien selvittäminen ei saisi merkitä sairauden ja avuttomuuden tunteen pahentumista eikä lisääntyvää riippuvuutta jokapäiväisestä ulkopuolisesta tuesta. Alla olevaan luetteloon on kerätty iäkkään inhimillisen hoidon tavoitteita. (Geriatrian opintopaketti i. a.B)

### Tavoitteet iäkkään inhimillisessä hoidossa

- Itsenäisyyden säilyttäminen / itsemääräämisoikeus / kuunteleminen, neuvotteleminen, sopiminen
- Perussairaudet, niiden tunnistaminen ja hoito
- Toimintakyvyn ylläpitäminen, Elinympäristö, tarvittavat apuvälineet, vältetään lisäongelmien syntyminen
- Lääketieteellisten erityispiirteiden huomioiminen
- Ympäristön ja yhteisön huomioiminen
- Potilaan edun jatkuva arviointi
- Oikeus toipua omaa vauhtia
- Hoidon jatkuvuuden turvaaminen
- Tukijärjestelmien tehokas hyväksikäyttö, esim. kotihoito, ystäväpalvelu, apuvälineet
- Oikeus kuolla

### 4.3 Iäkkään ravitsemus kotona

Ikääntymiseen liittyy monia fysiologisia, psykologisia ja sosiaalisia muutoksia, jotka voivat heikentää ravitsemustilaa. Erilaiset ruoansulatusvaivat ovat iäkkäillä yleisiä, ja ikääntymiseen liittyy monesti sairauksien kasaantuminen. Iän myötä myös ruokahalu heikkenee ja ruokavalio yksipuolistuu. Myös janon tunne väheenee, mikä voi vaikuttaa haitallisesti kehon nestetasapainoon. Monet sairaudet kuten aivohalvaus, Parkinsonin tauti, depressio ja dementia voivat heikentää ruokahalua ja kykyä huolehtia omasta ravitsemuksesta. Ruoan hankkimiskyky saattaa olla alentunut, esim. ei pääse itse kauppaan tai ruuan syöminen on hankaloitunut huonon suuhygienian seurauksena. (Suominen 2004.)

Ikääntyneiden ihmisten ravitsemusongelmat voivat ilmetä monella tavalla. Selkeimmin on havaittavissa liian vähäisestä energian ja proteiinien saannista johtuva laihtuminen ja aliravitsemus. Lihavakin ikääntynyt voi kärsiä huonon ravitsemustilan seurauksista. Runsaan rasvakudoksen alla voi olla vaikeaa lihaskatua, joka heikentää toimintakykyä. Lisäksi heikko ravitsemustila heikentää im-

muunipuolustuskykyä, altistaa infektioille ja hidastaa sairauksista toipumista. Ruuan maistamiseen liittyvät aistit heikkenevät iän myötä yksilöllisesti. Ruokahalun ja janon tunteen heikentymisen seurauksena virheravitsemuksen riski kasvaa. Riski elimistön kuivumiseen janon tunteen heikkenemisen myötä on suuri, nesteen tarve on edelleen yhtä suuri kuin nuoremmilla. (Suominen 2008, 467–472.)

Kotona asuvilla iäkkäillä virheravitsemuksen riski kasvaa, vaikka varsinainen aliravitsemustila onkin harvinainen. Sairaudet, vähäinen liikkuminen, huono ruokahalu ja alhainen painoindeksi altistavat virheravitsemukselle ja sen ikäville seurauksille. Ruokavaliossa saattaa olla riittävästi energiaa, mutta ravintoaineita ei saada riittävästi. (Suominen 2008, 476–477.)

Myös psyykkiset syyt voivat johtaa huonoon ravitsemustilaan. Masennus saattaa aiheuttaa ruokailun laiminlyöntiä, jonka seurauksena ovat laihtuminen ja ravitsemustilan heikkeneminen. Puolison menetys saattaa laukaista yksinäisyyden, sosiaalisen eristäytyneisyyden ja masennuksen joka vaikuttaa ruokahuonoon. Dementia ja kognitiivisten toimintojen häiriöt heikentävät ravinnonsaantia usein yksinkertaisesti siksi, että ihminen ei muista syödä. Ruokahaluttomuus saattaa johtua myös kiinnostuksen puutteesta syömistä kohtaan, muistin heikkenemisestä tai heikentyneestä kyvystä tunnistaa nälän tunne. Virheravitsemusta saattaa aiheuttaa myös sosiaaliset ja ympäristöstä johtuvat syyt. Iän karttuessa ruuan psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää tuottava merkitys korostuu. Ruokailutilanteet ovat usein päivän kohokohtia. Yksinäisyys onkin yksi suuri syy mikä heikentää ravitsemustilaa, ruoka ei maistu yksin. Ikääntyessä fyysinen aktiivisuus vähenee, samoin kuulo ja näkö heikkenevät. Päivittäisistä askareista, kuten kaupassa käynnistä, ruuanlaitosta ja ruokailusta voi tulla vaikeita tai mahdottomia. Sosiaalinen verkosto pienenee, ja seurauksena voi olla eristäytyminen ja sitä kautta yksipuolinen ja huono syöminen. (Suominen 2008, 478.)

Hampaiden ja suun hyvä kunto on edellytys, jotta ruuasta voidaan sekä nauttia että syödä monipuolisesti erilaisia raaka-aineita. Suussa ja suun alueella tapahtuu ikääntyessä monia muutoksia jotka vaikuttavat syömiseen ja nielemiseen.

Verenkierron heikentyessä syljeneritykseen liittyvät toiminnot ja suun limakalvojen kunto heikkenevät. Sairaudet ja lääkkeet ovat kuitenkin suurimpana syynä suun kuivuuteen. Hampaiden kunto ja lukumäärä vaikuttavat erityisesti kykyyn syödä pureskelua vaativia ruoka-aineita, kuten kasviksia ja vaihtelevasti erilaisia, kuitupitoisia leipiä. (Suominen 2008, 472.)

#### 4.4 Iäkkään lääkehoito kotioloissa

Iäkkäät ovat merkittävin lääkkeidenkäyttäjien ryhmä Suomessa, sillä he käyttävät valtaosan kaikista reseptilääkkeistä. Vain prosentti yli 75-vuotiaista ei käytä yhtäkään lääkettä. Iäkkäiden monisairastavuus sekä hoitokäytäntöjen muuttuminen on lisännyt lääkkeiden käyttöä. Sairauksia ehkäisevä lääkitys on yleistynyt ja niistä yleisimpinä esimerkiksi asetyylisalisyylihappoa sisältävät valmisteet sekä veren rasvoihin vaikuttavat valmisteet. (Hartikainen 2008, 248.)

Ihmisen ikääntyessä sairauksien esiintyvyys yleistyy. Tästä syystä myös lääkkeiden käyttö lisääntyy. Yhä useammin iäkkäillä on samanaikaisesti käytössään monta eri lääkettä, jolloin voidaan puhua monilääkityksestä. Asianmukaisella lääkityksellä on paljon myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden ihmisten sairauksien ehkäisyssä, paranemisessa ja etenemisen hidastamisessa sekä toimintakyvyn säilymisessä. On kuitenkin muistettava, että fyysiset vanhenemismuutokset, imeytymisen ja aineenvaihdunnan hidastuminen, muuttavat lääkeaineiden vaikutuksia elimistössä ja edistävät haittavaikutusten syntyä. (Heikkinen & Rantanen 2008, 354.)

Tutkimusten mukaan lääkehaitat aiheuttavat sairaalahoidon tarvetta sekä altistavat kaatumisille ja täten myös lonkkamurtumille. Lääkehaitat eivät heikennä vain potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä, vaan ne ovat myös merkittävä hoitollinen ja taloudellinen rasite terveydenhuollolle. (Hartikainen 2008, 250.)

Yleisimmin haittavaikutuksia aiheuttavat: psyykenlääkkeet, opioidikipulälääkkeet, antikolinergiset lääkeaineet, epilepsia lääkkeet, tulehduskipulälääkkeet, diureetit,



digoksiini ja parkinsonintaudin lääkkeet. Haittavaikutuksen oireet voivat ilmetä milloin tahansa, mutta yleisimmin niitä esiintyy muutaman päivän tai kahden viikon kuluessa lääkkeen aloittamista tai lääkeannoksen nostamisesta. Ongelmallisiin haittavaikutuksiin kuuluvat ortostaattinen hypotonia ja kaatuilu, jotka heikentävät iäkkään kotona pärjäämistä, jolloin riski loukkaantumiselle kasvaa. (Heikkinen & Rantanen 2008, 361.)

Vaikka ikääntyneet käyttävät paljon lääkkeitä, on myös todettu, että heitä myös alihoidetaan lääkityksen suhteen. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudeissa iäkkäitä ihmisiä hoidetaan enemmän oireenmukaisilla lääkkeillä, kuten nitraateilla, digoksiinilla ja diureeteilla. Nuorempia potilaita lääkitään enemmän statiineilla ja ACE-estäjillä, joilla on elinennustetta parantava vaikutus. Myös kipu on usein alihoidettua iäkkäillä. Erityisesti syöpäkivun hoitoa ja saattohoitoa tulisi kehittää. Myöskään dementiaalääkitystä eivät Suomessa saa kaikki jotka siitä hyötyisivät. Vaikka nykyaikana onkin vallalla ajatus lääkitysten vähentämisestä, tulisi pitää huolta siitä, että ikääntyneet saavat hoitoja, joista heidän tiedetään hyötyvän. (Pitkälä 2009, 167.)

Itsenäisestä lääkehoidosta huolehtiminen riippuu paljon ikääntyvän muistikyvystä. Nykypäivänä muistisairaudet ovat lisääntyneet ja tällöin myös itsenäisestä lääkehoidosta huolehtiminen on hankaloitunut. Myös fyysisellä toimintakyvyllä on oma merkityksensä siihen kuinka pystyy itsenäisesti lääkityksestään huolehtimaan. Esimerkiksi insuliinin pistäminen ja verensokerin mittaaminen voi olla hankalaa, jos käsien toimintakyky on heikentynyt. Myös näkökyky vaikuttaa suuresti kykyyn huolehtia itsenäisesti lääkityksestä. (Heikkinen & Rantanen 2008, 354.)

#### 4.5 Henkilökohtainen hygienia kotiloissa

Kaikilla on oikeus puhtauteen. Kun toimintakyky heikkenee, heikkenee myös mahdollisuus henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen. Pesutilojen kunto ja käytännöllisyys ovat ratkaisevassa asemassa, siinä kuinka hyvin iäkäs ihmi-

nen pystyy itse huolehtimaan hygieniastaan. Iäkkäät ihmiset asuvat usein vanhoissa taloissa, joissa on amme. Jos iäkkään liikuntakyky on heikentynyt, voi peseytyminen ammeessa aiheuttaa ylitsepääsemättömiä ongelmia ja vaaratilanteita. Lattioiden liukkaus ja tartuntakahvojen puute on myös peseytymistä hankaloittava tekijä. Muistisairaudet ja mielenterveysongelmat saattavat myös huonontaa henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista. Hoitajan tehtävänä on ohjata ja tukea vanhusta hygienian hoidossa ja arvioida vanhuksen kanssa yhdessä avun ja mahdollisten apuvälineiden tarvetta. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 153–154.)

#### 4.6 Iäkkään alkoholin käyttö

Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on muuttunut siinä missä muidenkin suomalaisten. Alkoholinkäyttö on selvästi arkipäiväistynyt ja se on saanut suuremman roolin ikääntyvien elämässä. Ikääntyvien alkoholinkäyttöä tarkasteltaessa on syytä muistaa, etteivät ikääntyvät ole yhtenäinen ryhmä, vaan heillä on monenlaisia alkoholinkäyttötapoja kuten muissakin ikäryhmissä. Erilaiset alkoholinkulutustavat ovat muotoutuneet elämän varrella ja erilaisista lähtökohdista: monet tekijät sukupuolesta ja sosioekonomisesta asemasta alkoholikasvatukseen ja lähipiirin juomatapoihin vaikuttavat siihen, millaiseksi alkoholisuhteet ovat kehittyneet. Alkoholilla on erilaisia rooleja ikääntyneen elämässä. Se voi olla merkityksellinen ja keskeinen osa elämäntapaa mutta myös hyvin näkymättömässä osassa tai kokonaan poissa. (Haarni & Hautamäki 2008, 162–166.)

Ikääntyneiden päihdeongelmat herättävät vahvoja tunteita ja asenteita. Sekä päihteidenkäyttäjä että päihdetyöntekijä saattavat tuntea häpeää, pelkoa, vihaa, syyllisyyttä tai avuttomuutta päihteisiin liittyvien kysymysten äärellä. Ikääntyneellä on yhtäläinen oikeus saada apua päihdeongelmaansa kuin nuoremmallakin. Suomalaisten alkoholinkäyttö on kasvussa, siten myös ikääntyneiden alkoholinkäyttö lisääntyy. Suomessa yli 60-vuotiaiden osuus kasvaa kokoajan ja tämä ryhmä on kaiken kaikkiaan tottunut käyttämään alkoholia enemmän kuin heitä aiemmat sukupolvet. Ikääntyneiden ongelmallisesta päihteidenkäytöstä on

vaikea saada täsmällistä tietoa. Tähän vaikuttaa se, että suurkuluttajat kasaantuvat sellaisiin ryhmiin, jotka eivät osallistu väestötutkimuksiin sekä se, että ihmiset usein ilmoittavat käyttävänsä vähemmän alkoholia kuin todellisuudessa käyttävät. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 6–9.)

Ihmisen ikääntyessä hänen elimistössään tapahtuu muutoksia, jotka lisäävät sen haurautta ja alkoholin haittoja. Solujen vesipitoisuus pienenee ja rasvapitoisuus suurenee, aineenvaihdunta hidastuu ja aistitoiminnot heikkenevät. Sama määrä alkoholia aiheuttaa iäkkäämmällä suuremman veren alkoholipitoisuuden kuin nuoremmilla. Sairauksiin liittyvät lääkitykset voivat aiheuttaa alkoholin kanssa arvaamattomia yhteisvaikutuksia kuten sekavuutta, huimausta, muisti-häiriöitä tai tasapaino-ongelmia. Pitkäaikainen, runsas alkoholin käyttö aiheuttaa fyysisiä terveyshaittoja sekä vaikuttaa arjen hallintaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Jokapäiväisten asioiden hoitaminen ja itsestä huolehtiminen saattavat unohtua, ja esimerkiksi ruokailu tai henkilökohtainen hygienia saattaa olla huonosti hoidettu. Elämä kapenee helposti alkoholin ja siihen liittyvien tapahtumien ympärille, ja muu sosiaalinen elämä harrastuksineen jää taka-alalle. (Nykky ym. 2010, 10–11.)

Alkoholin suurkulutus voi alkaa missä iässä tahansa, samoin alkoholiriippuvuus voi kehittyä missä elämänkaaren vaiheessa tahansa. Toisilla se alkaa jo nuoruusiässä tai nuorena aikuisena, tällöin on usein altistuttu runsaalle alkoholin-käytölle jo lapsuudenkodissa. Toisilla taas alkoholin käyttö on lisääntynyt vasta kypsässä aikuisiässä, tällöin alkoholinkäyttö usein liittyy elämän murroskohtiin sekä ikääntymisen mukanaan tuomiin elämänmuutoksiin, kuten eläkkeelle jääminen, puolison sairastuminen tai kuolema sekä lapsien aikuistuminen. (Nykky ym. 2010, 13–16.)

Ikääntyvien alkoholin käyttö on viime aikoina ollut paljon esillä julkisuudessa. Omaiset ovat olleet huolissaan ja kaivanneet ohjeita, miten iäkkäiden läheisten juomiseen tulisi suhtautua. Myös kotipalvelualan henkilöstö ja muut iäkkäiden parissa työskentelevät ovat joutuneet ottamaan kantaa kysymykseen iäkkäiden alkoholiongelmista. (Ahlström & Mäkelä i.a.) Yksinäisyyden kokemus, vähäiset

ystävyyden- ja perhesuhteet sekä eristäytyminen ovat osoittautuneet runsaan alkoholin käytön riskitekijöiksi ikääntyvillä. Liialliselta alkoholinkäytöltä suojaavia tekijöitä taas ovat läheiset perhesuhteet, tiivis sosiaalinen verkosto sekä erityisesti yksilön kokemat, subjektiiviset tarpeellisuuden ja merkityksellisyyden kokemukset. Viime vuosina erityisesti myöhemmällä iällä ongelmallisen alkoholinkäytön aloittaneiden ikääntyneiden ryhmä on kasvanut, tässä ryhmässä kolmasosa on naisia. (Nykky ym. 2010, 13–16.)

#### 4.7 Iäkkään syrjäytyminen

Dementoituminen ja muut sairaudet voivat johtaa itsenäisen elämän vaikeutumiseen ja sitä kautta sosiaaliseen syrjäytymiseen. Myös turvattomuus, yksinäisyys ja liiallinen alkoholin käyttö aiheuttaa syrjäytymistä. Puutteet ravinnossa, lääkeshoidossa, asunnon sopimattomuus iäkkään tarpeisiin sekä pitkät välimatkat esim. kauppaan voivat rajoittaa iäkkään toimintamahdollisuuksia, mikä lisää syrjäytymistä. Suomessa ei ole juurikaan tehty tutkimuksia iäkkään syrjäytymisestä. Yhteiskunnallinen tilanne on vuosien aikana muuttunut siten, että iäkkäiden syrjäytyminen on lisääntynyt. Syrjäytymisen muotoja on monia. Aiemmin syrjäytyminen yhdistettiin vahvasti köyhyyteen ja siitä johtuvaan osattomuuteen sekä yksinäisyyden tuomaan kokemukseen syrjäytymisestä. Nykyään toiminta- ja liikkumiskyvyn heikkeneminen sekä muistisairauksien aiheuttama syrjäytyminen on lisääntynyt. Iäkkäiden syrjäytyminen yhdistetään ensisijaisesti yksinäisyyteen, toiseksi toiminta- ja liikkumiskyvyn heikkenemiseen ja kolmanneksi muistisairauksiin. (Niemi 2009 25–27.)

Jokainen kokee joskus yksinäisyyttä. Tunteet siitä, että on yksin ja eristetty eikä kukaan ymmärrä tai auta ovat normaaleja inhimillisiä tunteita. Yksinäisyyden tunteet ovat yleisiä iäkkäiden keskuudessa. Tutkimusten mukaan joka kymmenes 70 vuotta täyttänyt mies ja joka kuudes vastaavan ikäinen nainen kokee itsensä usein yksinäiseksi. Yleisimmin yksinäisyyttä kokevat lesket, yksinasuvat, sosiaalisesti eristäytyneet, vaikeasti sairaat, vajaakuntoiset ja vaikeasti sairaa puolison kanssa elävät ikääntyneet. Yksinäisyyden kokeminen heikentää

hyvinvointia. Fyysisten sairauksien oireet voimistuvat usein yksinäisyydestä kärsivillä. Virheellisesti yksinäisille aloitetaankin psyykenlääkitys, vaikka yksinäisyyttä ja eristyneisyyttä ei pystytä poistamaan lääkehoidolla. Psyykenlääkkeillä on monia sivuvaikutuksia, jotka vaikuttavat iäkkään fyysiseen kuntoon ja siten altistavat esimerkiksi tasapainohäiriöille ja kaatumisille. Yksinäisyys saattaa vaikuttaa kokonaisvaltaisesti iäkkään elämänlaatuun. Yksinäisyys saattaa altistaa masennukselle, lisääntyneeseen alkoholin käyttöön, huonoon ravitsemustilaan ja sen myötä fyysisen kunnon laskuun. Yksinäisillä on myös iso riski joutua kaltoinkohdelluiksi. (Kivelä 2009, 46–48.)

#### 4.8 Iäkkään kaltoinkohtelu

Vanhuksiin kohdistuvassa väkivallassa erotetaan kaltoinkohtelu eli pahoinpitely ja hoidon laiminlyönti. Pahoinpitely voi olla fyysistä, psyykkistä, taloudellista tai seksuaalista. Kaltoinkohtelulla tarkoitetaan toisen henkilön tahallisesti vanhuk- selle aiheuttamaa vahinkoa tai harmia. Hoidon laiminlyönti voi olla aktiivista, jolloin hoito lyödään laimin tarkoituksellisesti, tai passiivista, jolloin hoito tarkoi- tuksettomasti epäonnistuu. Pahoinpitelijä voi olla perheenjäsen tai joku ulkopuo- linen henkilö. (Kivelä 2001, 369–372.)

Perheväkivallan riskiryhmiä ovat iäkkäät lesket, etenkin naiset, joiden fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt ja jotka asuvat yhden tai useamman perheenjäsenensä kanssa. Taloudellinen riippuvuus iäkkäästä lisää kaltoinkoh- telun riskiä. Myös iäkkäät avioparit ovat riskiryhmää jos toisen fyysinen toimin- takyvyyttömyys, depressio tai muistihäiriöt ja niistä johtuva riippuvuus lisäävät pahoinpitelyn vaaraa. Perheenjäsenten iäkkäisiin kohdistama pahoinpitely voi olla taloudellista hyväksikäyttöä, fyysistä pahoinpitelyä tai psyykkistä kaltoinkoh- telua tai kaikkia näistä. Kaltoinkohtelu voi myös ilmetä siten, ettei vanhuksen lääkityksistä huolehdita, ei järjestetä mahdollisuutta lääkärin vastaanotolla käyn- tiin tai häntä kielletään käyttämästä kotisairaanhoidon/ kotihoidon palveluita. (Kivelä 2001, 369–372.)

Perheen ulkopuolisen vakivallan riskiryhmään kuuluvat etenkin kognitiivisilta toimintakyvyiltään heikentyneet, muistihäiriöistä kärsivät iäkkäät. ”ystävyyssuhteen” varjolla vanhuksilta saatetaan varastaa rahaa tai muuta heidän omaisuuttaan tai painostaa heitä ostamaan tavaroita. Runsas alkoholin käyttö lisää tämän tyyppistä toimintaa. Myös yllirasittunut tai psyykkisesti sairas sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijä saattaa pahoinpidellä vanhuksen, tällöin kyseessä voi olla hoidon laiminlyönti, fyysinen tai psyykinen kaltoinkohtelu, tämä lienee kuitenkin harvinaista. (Kivelä 2001, 369–372.)

lääkäreiden kaltoinkohtelun syitä koskevissa teorioissa ja oletuksissa korostetaan vanhuksen fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toiminnan vajavuuden merkitystä pahoinpitelylle altistavana tekijänä. lääkärin hoitavan henkilön yllirasittumista pidetään myös keskeisenä tekijänä. Lapsena opittu malli siirretään omaksi käyttäytymiseksi vaikeassa elämäntilanteessa. Usein taustalla ovat pahoinpitelijän omat psyykkiset, sosiaaliset ja persoonalliset ongelmat. (Kivelä 2001, 369–372.)

Pahoinpitelyn uhri ei yleensä häpeältään saa kerrottua pahoinpitelystä kenellekään ja salailee sitä. Kaltoinkohtelun uhri saattaa käydä usein lääkärin vastaanotolla ja on arka, hätäilevä, hermostunut tai pälyilevä. Vanhus saattaa käydä vastaanotolla pahoinpitelijänsä kanssa. Pahoinpitelyä on syytä epäillä jos vanhuksella on toistuvasti vammoja tai kun vakavan vamman ja hoitoon hakeutumisen välinen aika on pitkä. Myös vamman ja sen syntymisen välinen ristiriita voi johtaa epäilyyn pahoinpitelystä. Vanhuksen laihtuminen, aliravitsemus, makuuhaavat, sekavuus sekä depressio saattavat johtua pahoinpitelystä tai hoidon laiminlyönnistä. (Kivelä 2001, 369–372.)

## 5 EETTISYYS IKÄÄNTYNEEN HOITOTYÖSSÄ

Oleellisinta ikääntyneen hoitotyön etiikassa on se, miten ihminen kykenee selviämään jokapäiväisestä elämästään, tekemään elämäänsä koskevia päätöksiä ja toteuttamaan elämäänsä haluamallaan tavalla. Palvelujen tarve syntyy toimintakyvyn heikkenemisestä ja sen tuomista terveysongelmista. On selvää, että ikääntynyt väestö käyttää tulevaisuudessa runsaasti terveydenhuollon palveluja. Ikääntyneiden hoitotyön etiikan tarkastelu onkin tulevaisuuden kannalta yksi keskeisimmistä terveys- ja sosiaalijärjestelmän, terveydenhuollon ja hoitotyön etiikan osa-alueista. (Leino-Kilpi 2009,277–278.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan, että jokaisella henkilöllä on oikeus ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen mukaan, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan ja eri hoitovaihtoehdoista. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Ikääntyneiden hoitotyö on hoitotyötä, jota tehdään ihmisten kotona sekä terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmän eri osissa. Ikääntyneiden hoitotyön etiikan peruslähtökohdat ovat samat kuin muidenkin ikäryhmien hoitotyössä, mutta ikääntymisestä aiheutuvat rajoitteet tuovat siihen erityisvaatimuksia. Ikääntyneiden hoitoon on kiinnitetty erityistä huomiota viimeaikoina niin suomessa kuin muuallakin maailmassa. (Leino-Kilpi 2009,278.)

Hoitotyöntekijän ja ikääntyneen välisessä suhteessa voi ilmetä eettisiä ongelmia useista eri syistä. Ikääntyneet ovat muuta väestöä riippuvaisempia toisten ihmisten tuesta ja yhteiskunnan palveluista. Tähän riippuvuuteen on olemassa biologis-fysiologisia, kognitiivisia ja sosiaalisia syitä. Biologis-fysiologisiin syihin lukeutuu normaaliin ikääntymiseen liittyvä fyysisten toimintojen ja aistien heikkeneminen sekä erilaisten perussairauksien lisääntyminen. Kognitiivisiin syihin

kuuluu kognitiivisten toimintojen, kuten muistin heikkenemistä ja dementiaa, näiden toimintojen heikkeneminen aiheuttaa usein epävarmuutta sekä vaikeutta toimia esimerkiksi uusissa ympäristöissä. Sosiaaliin syihin kuuluvat sosiaalisten kontaktien vähäisyys tai yksipuolisuus. (Leino-Kilpi 2009, 280.)

Potilaslähtöisen ikääntyneiden hoitotyön keskeiseksi lähtökohdaksi on määritelty potilaan oleminen neljässä erilaisessa asiayhteydessä: oleminen suhteessa toisiin ihmisiin, oleminen yleensä sosiaalisen maailman osana, oleminen tietysti paikassa ja oleminen vaan itsensä kanssa. Potilaslähtöisen hoitotyönmallit sisällyttävät mainitut neljä erilaisiin suhteisiin keskenään. Hoitotyö toteutuu aina suhteessa toiseen ihmiseen, koska kyse on inhimillisestä toiminnasta. Sosiaalinen maailma on puolestaan oleellinen ihmisen todellistamisen näkökulmasta, ja tietty paikka tuo olemassaololle piirteen ja mahdollisuudet. Itsensä kanssa olemiseen kuuluu esimerkiksi oman arvoperustan määrittely. (Leino-Kilpi 2009, 281.)

Hoitotyön etiikan kannalta on tärkeää, että hoitotyöntekijä on osaltaan vastuussa potilaan hyvästä hoidosta ja kohtelusta. Hänen on tarpeen mukaan puolustettava ikääntynyttä jopa tämän omaisia vastaan ja hallittava tarvittavat normit asiaan puuttumiseksi. Iäkkäiden toive on asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, silloinkin kun itsenäinen pärjääminen ei ole enää mahdollista ja joutuu ottamaan vastaan palveluita. Koti on yhä useammalle iäkkäälle myös hoitoympäristö, jossa ammattilaiset tekevät työtään. Kotona asuvan ikääntyneen potilaan hoitotyöhön liittyviä eettisiä kysymyksiä syntyy kahdesta syystä: Potilaan kotia ei kunnioiteta riittävästi hänen omana alueenaan ja kotihoidossa olevan potilaan hoidon jatkuvuutta ei turvata. Koti on hoitoympäristönä äärimmäisen yksityinen. Hoitotyöntekijä on siellä vieras, ja hänen tulee ymmärtää kodin merkitys ikääntyneen hyvinvoinnille. (Leino-Kilpi 2009, 282).

Hoitotoimenpiteiden tekeminen ei välttämättä ole kotioloissa aina helppoa. Hoitotyöntekijän ei tule kuitenkaan toiminnallaan syyllistää ikääntynyttä siitä, ettei tämän kodissa ole asioita joita mahdollisesti tarvitsisi hoitotyötä helpottamaan. Iäkkään kotia ei tule vertailla hoitolaitokseen, koska sen tarkoitus on ihmiselle



toinen. Ikääntynyt on rakentanut kotinsa itselleen sopivalla tavalla eikä hänellä välttämättä ole halua tai mahdollisuuksia muuttaa kotiaan siten, että siellä olisi helpompi suorittaa hoitotoimenpiteitä. Hoitotyöntekijää sitoo vaitiolovelvollisuus iäkkään kotona tapahtuvista asioista. (Leino-Kilpi 2009, 282).

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Kehittämistyön suunnittelu ja tavoitteet

Tämän kehittämistyön tavoitteena on saada kotona asuva toimintakyvyiltään heikentynyt iäkäs kotihoidon arviointiin kartoittamalla hoidon ja/tai muun avun tarve. Iäkkäillä ei useinkaan ole itsellään keinoja tai taitoja tavoitella apua joko somaattisen sairauden hoitoon tai muunlaisen avun tarpeeseen joka mahdollistaisi ikääntyvän kotona asumisen mahdollisimman pitkään oikeanlaisen tuen turvin. Ensihoitotyötä tekevät ovat usein ensimmäisiä havaitsemaan ainakin alustavasti ikääntyvän avuntarvetta kotioloissa. Monesti ensihoitajat ovat myös ikääntyvän ainoa linkki ulkomaailmaan, tämä korostuu etenkin yksinäisillä ja syrjäytyneillä iäkkäillä joilla ei ole omaisia huolehtimassa heidän asioistaan.

Kuvaan seuraavaksi konkreettisia asioita, joiden perusteella ilmoitus tehdään. Usein iäkkään kotona pärjääminen on hyvin pienistä asioista kiinni: se voi olla lääkehoidollista kuten insuliinin pistäminen tai lääkkeiden jako dosettiin. Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen saattaa olla myös itsenäisesti mahdollonta alentuneen toimintakyvyn tai vääränlaisen kylpytilan vuoksi, tällöin suihkuapu voi poistaa ongelman. Ravinnon saannista huolehtiminen voi olla alentunut, jolloin olisi syytä harkita ruokapalvelua tai kaupassa käynnin avustamista. Iäkäs ei välttämättä ole kykenevä huolehtimaan asunnon kunnosta, jolloin siivous- ja roskien vientiapua tarvitaan. Kotona pärjäämiseen saatetaan tarvita erilaisia apuvälineitä kuten, vessatuolia, rollaattoria tai tartuntakahvoja.

Tämän ensihoitajien tekemän vanhustensuojelu ilmoituksen perusteella alueen kotihoito saa tiedon kotona huonosti pärjäävästä iäkkästä ihmisestä, jos iäkäs antaa luvan ilmoituksen tekemiselle. Kotihoito pystyy siten omalta osaltaan puuttumaan ikäihmisen kotona pärjäämiseen. Kotihoito tekee iäkkään luokse hoidon tarpeen arvioinnin eli kartoituskäynnin, jonka tulosten perusteella aloitetaan mahdollinen kotihoito, jotta iäkäs pystyisi asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Kehittämistyö alkoi toukokuussa 2011 ja kehitetyn käytännön on tarkoitus jäädä pysyvästi käyttöön Espoon ambulansseihin. Kehittämistyö esiteltiin koulutustilaisuuksien yhteydessä joulukuussa 2010 ensihoitotyötä ambulanssissa tekeville. Ambulanssien henkilökunnalle lähetettiin myös sähköisesti ilmoitus asiasta. (Liite 1).

Espoon kaikissa ambulansseissa on käytössä sähköinen ensihoitokertomus (Merlot Medi), joka on dokumentti annetusta hoidosta. Ensihoitokertomuksen avulla hoitolaitos saa tiedon siitä, mikä on ollut potilaan tila tapahtumapaikalla sekä kuljetuksen aikana. Tässä kehittämishankkeessa suunnitellaan ja pilotoidaan Merlot Mediin erillinen ilmoituslomake, joka täytetään aina kun ensihoitohenkilöstön mielestä katsotaan tarpeelliseksi kartoittaa tarkemmin potilaan kotona pärjäämistä. Tarkoitus on tehdä lomakkeesta niin yksinkertainen ja nopeasti täytettävä, että ensihoitohenkilöstön olisi se helppo täyttää. (Liite 2a ja 2b.)

Rahallisia kuluja opinnäytetyöhön ei ilmoituksen suunnittelusta ja käyttöönotosta tule. Yhteistyökumppaneina hankkeessa ovat Espoon kaikki ambulanssissa ensihoitotyötä tekevät, Espoon kaupungin kotihoito, Kirkkonummen kotihoito, Kauniaisten kotihoito sekä HUS/Jorvin sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri.

Ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ovat hyvin yksilöllisiä. Tämän takia tässä kehittämistyössä ei pystytä rajaamaan minkä ikäinen asiakkaan on oltava, jotta hänestä voi tehdä ilmoituksen. Todennäköisesti hän on yli 65-vuotias, mahdollisesti nuorempikin, jos hänellä on toimintakykyä alentavia sairauksia tai ongelmia. Iäkkäistä, jotka ovat olleet alkoholin suurkuluttajia jo vuosien ajan, tehdään harkiten ilmoituksia. Kotihoidon resurssit eivät todennäköisesti tule riittämään, jos jokaisesta iäkkästä alkoholinkäyttäjistä ilmoitus tehdään. Toki jos havaitaan, että iäkkäällä on hiljattain alkanut runsas alkoholin käyttö, on siihen syytä puuttua ja tehdä ilmoitus.

## 6.2 Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyön toteutus alkoi ottamalla yhteyttä Hus/Jorvin alueen ensihoidosta vastaavan lääkäriin. Olin käynyt hänen pitämässään koulutuksessa vuosia aiemmin ja silloin oli puhetta tällaisesta kehittämisideasta. Muut yhteistyötahot ovat Espoon kaupungin kotihoito ja Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos. Kirkkonummi ja Kauniainen kuuluvat Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksen toimialueeseen ja Jorvin sairaanhoitopiiriin. Ne liitettiin osaksi kehittämistyötä, mutta opin- näytetyössäni tarkastelen vain Espoon aluetta. Kehitetty ilmoitusmenettely tulee käytettäväksi kaikkiin Jorvin sairaanhoitopiirin alueella päivystäviin ambulansseihin.

Yhteistyö alkoi kehittämistyön suunnittelulla vastuulääkärin kanssa. Vastuulääkäri oli aluksi yhteydessä Espoon kotihoitoon ja esitteli idean siellä. Tämän jälkeen otin yhteyttä Espoon kotiutustimistä vastaavaan henkilöön, jonka kautta tiedotettiin uudesta menettelystä alueen muille kotiutushoitajille. Kirkkonummen ja Kauniaisten kotihoitoihin olin yhteydessä vähän myöhemmin ja ne liitettiin osaksi menettelyä, kun niiden kotihoidosta vastaavilta lääkäreiltä oli saatu lupa. Tämä yksinkertaisti myös ensihoitajien työtä, koska he saivat tehdä koko toimialueella asuvista potilaista ilmoituksen. Aluksi ilmoitus oli mahdollista tehdä vain espoolaisista potilaista.

Aluksi määrittelin teorian tiedon ja työkokemukseni pohjalta asioita, jotka olivat vaikuttaneet iäkkään kotona pärjäämättömyyteen. Kehitin Merlot Mediin hyvin yksinkertaisen lomakkeen, joka on nopea ja helppo täyttää. Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksen Merlot Medi -pääkäyttäjä loi lomakkeen pohjalta erillisen lomakepohjan Merlot Mediin. Kaikille yksiköille lähetettiin ohje, jonka mukaan lomake tulisi täyttää ja joka myös määritteli, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota ja mitkä asiat antavat aiheita lomakkeen täytölle. (Liite 3)

Ensihoitajien vastuulla on lähettää sähköisesti täytetty lomake lääkintäesimiehelle. Kun lomake on tulostettu lääkintäesimiehen toimistoon, tarkistaa lääkintä-

esimies minkä alueen kotihoidon piiriin ilmoituksessa mainittu henkilö kuuluu ja toimittaa ilmoituksen postitse sen alueen kotiutushoitajalle.

Ilmoituksen saapuessa kotiutushoitajalle hän kirjaa siitä omaan järjestelmäänsä yhteydenotto-/palvelupyynnön. Arvion palvelutarpeesta tekee kotiutushoitaja. Asiakkaaseen otetaan ensiksi yhteyttä puhelimitse ja sovitaan mahdollisesta palvelutarpeen arviointikäynnistä. Joissain tapauksissa otetaan myös yhteyttä ilmoituksessa mainitun henkilön omaisiin. Kotiutushoitajan tavoitteena on ottaa yhteyttä asiakkaaseen viikon sisällä ilmoituksen saapumisesta. Mikäli palvelutarpeen arviointikäynnillä todetaan tarve kotihoitoon, tehdään hoitosuunnitelma. Ensin tehdään sopimus kolmeksi kuukaudeksi, minkä jälkeen tehdään uusi arviointikäynti.

Seuraavassa olen hyödyntänyt mukailien kotihoidon palvelutarpeen arviointilomaketta. Arviointilomakkeessa ei ole kirjoitettu auki arvioitavia kohtia, joten ne on avattu kotiutushoitajan kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Kotihoidon arviointikäynnillä arvioidaan seuraavia asioita palvelutarpeen kartoittamiseksi.

- Terveystilanne ja sairaudet: Perussairaudet, asiakkaan oma arvio terveydentilasta ja kotona pärjäämisessä.
- Aistitoiminta: Näkö ja kuulo
- Ravitsemus: Onnistuuko kaupassa käynti ja ruuan valmistaminen itsenäisesti, onko ravinto monipuolista. Tarvittaessa pyydetään ravitsemusterapeutin konsultaatio.
- Lääkitys ja lääkkeiden ottaminen: Käytössä olevan lääkityksen kartoittaminen, kykeneekö asiakas itse huolehtimaan lääkkeiden jaosta ja otosta.
- Kipu: Onko jokapäiväistä toimintaa haittaavia kipuja, onko niihin tehokas lääkitys, pysyykö toimintakyky omasta mielestä kohtuullisena kivuista/lääkkeen vaikutuksesta huolimatta.
- Kuntoutuminen: Onko taustalla leikkauksia josta kuntoutuminen on kesken, mitkä ovat asiakkaan omat tavoitteet toimintakyvylle.
- Asiakkaan/ omaisen/ läheisen ilmaisemat avuntarpeet: Asiakas itse ilmaisee avuntarpeensa, muistisairaana omaisen ilmaisee omat huolenaiheet jos asiakas ei itse pysty arvioimaan tilannetta tai ei jostain syystä kykenevä itse tiedostamaan tilannetta ja mahdolliset muut läheiset esim.

ystävät ja naapurit ilmaisevat huolensa, Soitteleeko paljon ystäville ja naapureille? Käykö usein naapurin ovikelloa soittelemassa?

- Selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa: Selviytyykö itsenäisesti normaaleista päivärutiineissa kuten kaupassa käynti, ruuan valmistus, hygieniasta huolehtiminen, pankkiasioiden yms. hoito, asunnon siisteydestä huolehtiminen.
- Selviytyminen yöaikaan: Onnistuvatko iltatoimet itsenäisesti, nukkuuko vai heräileekö usein öisin, onnistuuko vessassa käynti yö aikaan, onko turvattomuutta öisin?
- Liikkuminen: Onko liikkumiseen apuvälineitä käytössä sisätiloissa tai ulkona, miten liikkuminen onnistuu jos apuvälineitä ei ole käytössä.
- Apuvälinetarve: Millaisille apuvälineille asiakkaan mielestä on tarvetta, kartoitetaan koti ja huomioidaan apuvälineiden ja tartuntatukien tarve.
- Asiakkaan psyykkiset voimavarat: Mikä on asiakkaan mieliala, onko masennusta, itsetuhoisuutta, eristäytymistä? Millainen muisti asiakkaalla on? Kokeeko asiakas olonsa turvallisesti kotonaan, mietitään miten turvallisuuden tunnetta voisi parantaa esimerkiksi turvapuhelimen hankinta.
- Asuinympäristö: Asuuko asiakas yksin, onko omaisia jotka käyvät kylässä säännöllisesti? Onko asunto soveltuva asiakkaan kasvaviin tarpeisiin, onko asunnossa tilaa liikkua mahdollisen apuvälineen kuten rollaattorin kanssa? Peseytymistilan soveltuvuus, onko tarvetta tartunta kahvoille, vessan korokkeelle, vessatuolille, onko talossa hissi vai maantasalla oleva asunto?
- Palveluiden läheisyys: Ovatko palvelut lähellä vai joutuuko palveluita hakemaan kauempaa?
- Läheiset ja sosiaalinen verkosto; Asumatko omaiset lähellä, onko heihin säännöllinen kontakti, onko lähistöllä muita tärkeitä ihmisiä? Naapurisuhteet?
- Taloudellinen tilanne ja raha-asioiden hoito: Kykeneekö itse huolehtimaan raha-asioista, tuleeeko asiakas toimeen esim. eläkkeellään?
- Nykyiset palvelut; Onko asiakkaalla joitain palveluja käytössä esim. Kotihoito, kelan hoitotuki, kuljetustuki, omaishoidon tuki, muu ulkopuolinen apu?
- Tarvittaessa tehdään myös seuraavat testit:
- Rava-testi; RAVA™ -mittari on Suomen Kuntaliiton omistama ja FCG Finnish Consulting Group Oy:n lisensoima ikäihmisten (65-vuotiaat ja vanhemmat) toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon

ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke. (Rava-mittari a.i.)

- Muistitesti; Mini-Mental State Examination -asteikkoa (MMSE) käytetään yleisesti seulontatehtävänä perusterveydenhuollossa arvioitaessa mahdollista henkisen toimintakyvyn heikentymistä tai dementoitumista. Se antaa karkean arvion mahdollisesta heikentymisestä, mutta normaali suoritus ei sulje pois vakavaakaan muistihäiriötä. Testi sisältää useita lyhyitä kognition eri osa-alueiden toimintoja suppeasti arvioivia tehtäviä: orientaatio, keskittyminen, muisti, nimeäminen, toimintaohjeen toteuttaminen, lukeminen, kirjoittaminen ja hahmottaminen. (Hänninen & Pulliainen 2006, 374)

Tämän arviointikäynnin lopuksi kotihoito tekee arvioinnin päätelmän ja sen pohjalta tehdään palvelu ja hoitosuunnitelma asiakkaan kanssa yhdessä. (Kotihoidon palvelutarpeen arviointi-lomake 2012).

Vanhustensuojelu ilmoitusta on tarkoitus kehittää käyttökokemuksiin perustuen. Kartoittaakseni ilmoituksen toimivuutta sekä määrittääkseni yleisimmät syyt ilmoituksen tekoon tarkastelin ilmoituksia aikavälillä toukokuu–lokakuu 2011, jona aikana kertyi neljäkymmentäkaksi (42) ilmoitusta, jotka oli myös tulostettu eteenpäin lähetettäväksi. Todellisuudessa ilmoitusten määrä on ollut isompi ja osa ilmoituksista on jäänyt tulostamatta tai tulostus on ”lentänyt jonnekin bittitaivaaseen”. Pienen osan ilmoituksista hylkäsin, koska lupa ilmoituksen tekemiseen oli kysymättä tai ainakin rasti kyseiseen kohtaan oli laittamatta tai potilas ei ollut antanut lupaa ilmoituksen tekoon.

Palautetuista ilmoituksista selvisi, että vanhin henkilö, josta ilmoitus tehtiin oli syntynyt vuonna 1917 ja nuorin vuonna 1956. Valtaosa oli kuitenkin 1920-1930-luvulla syntyneitä. Lähestulkoon jokaisessa ilmoituksessa oli rastitettu useampi kohta kuvaamaan kotona pärjäämättömyyttä. Tuloksista selviää, että suurimmalla osalla kotona huonosti pärjäävistä oli ongelmia useamassa kategoriassa. Useassa ilmoituksessa oli rastitettu kohdat lääkityksestä (14), hygieniasta (18), asunnon siisteydestä (18) sekä riittävästä ravinnon saannista (17) huolehtimisen vaikeuksista. Moniin näistä liittyi myös tarve apuvälineille (15). Huolestuttavaa oli todeta, että syrjäytyminen, masennus ja muut sosiaaliset syyt (16)

aiheuttivat paljon ilmoituksia. Sen sijaan hiljattain alkanut alkoholin käyttö (2) aiheutti syyn vain kahteen ilmoitukseen. (Liite 4).

Muutamassa ilmoituksessa (8) oli käytetty vaihtoehtoa muu syy, mikä? ja niissä oli sanallisesti ilmaistu kotona pärjäämättömyys ja siihen johtava syy. Näissä syyksi oli määritelty esimerkiksi muistamattomuus, suuri ambulanssikäyntien määrä, potilaan oma toive kotihoidon tarpeen määrittämiseksi, huimaus, kaatuminen, riittämätön kotihoito sekä liikkumisen vaikeus.

### 6.3 Kehittämistyön arviointi

Olen tavannut kaikki Espoon alueen kotiutushoitajat (7) marraskuussa 2011 järjestetyssä kotiutushoitajien palaverissa. Olin etukäteen lähettänyt heille sähköpostitse kyselyn, siitä millaisena he olivat tämän uuden menettelyn kokeneet. Lisäksi keräsin tietoa siitä, millaisiin toimenpiteisiin kotihoidossa on ryhdytty ilmoituksen pohjalta, minkälaista apua asiakkaat ovat saaneet sekä onko avunsaannista ollut hyötyä jokapäiväisessä selviytymisessä. Vapaamuotoinen kysely on liitteenä (Liite 5).

Pyysin kotiutushoitajia vastaamaan muutama kysymykseen ilmoituksen pohjalta. Kysymykseen, onko ilmoitusmenettely todettu toimivaksi, kaikki kotiutushoitajat vastasivat kyllä. Kysymykseen niin sanotuista aiheettomista ilmoituksista tuli seuraavanlaisia vastauksia: Ilmoitus oli joissain tapauksessa tehty siitä huolimatta, että asiakas oli jo kotihoidon asiakas. Näissä tapauksissa oli myös mukana sellaisia kotihoidon asiakkaita, joilla kotihoito käy harvoin esimerkiksi 1–2 kertaa kuukaudessa ja kotona pärjääminen on akuutisti huonontunut. Näissä tapauksissa kotihoito piti hyödyllisenä tehdä ilmoitus, mutta toivoi josko ilmoitukseen voisi lisätä rastituskohdan "potilas on kotihoidon asiakas", tällöin kotihoito tietäisi kotitilanteen äkillisesti muuttuneen ja vaativan kartoitusta palveluiden riittävydestä. (Kotiutushoitajien palaveri 11/2011).

Myös niin sanotusta tilapäisestä yleistilanlaskusta tehtiin herkästi ilmoitus. Tällä kotiutushoitajat tarkoittivat tilannetta, että asiakkaalla oli selkeä syy tilapäiseen



kotona pärjäämättömyyteen, esimerkiksi virtsatieinfektio. Näissä tapauksissa iäkäs nopeasti kuntoutuu vastaamaan normaalitilaa eikä vaadi kotihoidon palveluita tervehdyttyään tai sairaalasta päästessään. Vuosikausia kestäneestä alkoholinkäytöstä ja sen takia huonosti kotona pärjäävistä iäkkäistä tuli heidän mielestään myös aiheettomia ilmoituksia, asiakkaille oli usein jo aiemmin tarjottu kotihoidon palveluita, mutta he olivat kieltäytyneet siitä. Kaiken kaikkiaan kotiutushoitajat olivat sitä mieltä, että on parempi, että tulee turhiakin ilmoituksia, jos joukossa on edes yksi, joka oikeasti tarvitsee ja saa apua ilmoitusmenettelyn avulla. (Kotiutushoitajien palaveri 11/2011).

Kysymyksestä tulisiko ilmoituslomakkeeseen lisätä jotain tarkentavia kysymyksiä, kaikki kotiutushoitajat olivat sitä mieltä, ettei siihen ole tarvetta. Kysymykseen, muistiko asiakas antaneensa suostumuksen ilmoitukseen tekemiseen, vastaus oli pääsääntöisesti kyllä. Joissain harvoissa tapauksissa asiakas ei ollut muistanut tätä asiaa. (Kotiutushoitajien palaveri 11/2011).

Kehittämisehdotuksia/ ruusuja/ risuja -kohdassa oli toivottu kiinnitettävän huomiota, siihen että ensihoitokertomuksesta löytyvät lähiomaisen yhteystiedot sekä merkintä, siitä jos potilas on jo kotihoidon asiakas. Kotiutushoitajat toivoivat myös, että ilmoitus tehdään, jos ambulanssienkilöstö haluaa tiedottaa jotakin kotihoidolle. Tällöin tulisi selvästi merkitä, että on kyse tiedotettavasta asiasta. (Kotiutushoitajien palaveri 11/2011).

Tapasin yhden alueen kotiutushoitajan tammikuussa 2013 ja kyselin lisää kokemuksia ilmoitusmenettelystä. Ilmoituksia toimitetaan kotiutushoitajille edelleen viikoittain. Kotihoidossa kotiutushoitajat kokevat, että ilmoitusmenettely on tarpeellinen ja toimiva. Yksilökohtaista tietoa siitä, mitä palveluita asiakkaalle on aloitettu, en tietoturvasyistä johtuen saanut. Kotiutushoitaja kertoi, että kaikkiin sinne toimitettuihin ilmoituksiin on reagoitu aluksi soittamalla asiakkaalle ja sovittu kartoituskäynnistä. Suurimmalle osalle aloitettiin kotihoidon käynnit, jos he eivät ennestään olleet kotihoidon asiakkaita. Muutamissa tapauksissa, joissa asiakkaan luokse oli tehty kartoituskäynti, oli sovittu yhdessä asiakkaan ja asiakkaan omaisten kanssa, että omaiset kykenevät toistaiseksi huolehtimaan iäk-

kään tarpeista ja ottavat yhteyttä kotihoitoon tilanteen muuttuessa. Joukossa oli muutama ilmoitus sairaalaan kuljetetuista potilaista, jotka jäivät pysyvästi sairaalahoitoon tai muuttivat osastojakson jälkeen hoivakotiin asumaan, jolloin kotihoidon tarvetta ei enää ollut. (Henkilökohtainen tiedonanto, kotiutushoitaja 01/2013).

Kotihoidossa tähdennettiin ilmoituksen tärkeyttä tilanteessa, jossa potilasta ei kuljetettu päivystykseen. Vuoden 2011 alusta Jorvin sairaalassa on toiminut kotiutustiimi. Tämä tiimi pääsääntöisesti huolehtii osastolta kotiutuvista potilaista. Päivystyksellä on ollut mahdollista kutsua virka-aikana paikalle tämä kotiutustiimi huolehtimaan sekä varmistamaan iäkkään kotiutuminen päivystyksestä. Jorvin kotiutustiimi siis huolehtii kotiutuvan tarvitsemat kotihoidon kartoituskäynnit ja muut tukipalvelut. Toisin sanoen niistä päivystykseen kuljetetuista joista, on tehty ilmoitus, saatetaan aktivoida kotihoidon arviointitoimet sekä Jorvin kotiutustiimin että kotiutushoitajan toimesta. Tällaisessa tapauksessa kaksi tahoja hoitavaa tavallaan samaa asiaa. (Henkilökohtainen tiedonanto, kotiutushoitaja 01/2013.)

Kotiutushoitaja kannatti ilmoituksen muokkaamista siten, että ilmoitukseen lisätäisiin kohta, jossa selkeästi ilmaistaisiin, jos potilas on jo kotihoidon asiakas. Tällä mahdollistettaisiin tiedonkulku ensihoidon ja kotihoidon välillä, etenkin niissä tapauksissa, joissa kotihoito käy harvoin potilaan luona. Ilmoitusta voitaisiin käyttää siis myös tiedottamiseen. (Henkilökohtainen tiedonanto, kotiutushoitaja 01/2013.)

Ensihoitohenkilöstön keskuudessa ilmoitusmenettelyä on pidetty myönteisenä asiana. Ilmoituksia tehdään edelleen viikoittain. Henkilöstö kokee ilmoituksen vaikuttavan heidän työhönsä siten, että huonosti kotona pärjääviä potilaita saadaan kotihoidon arviointiin. Jos ja kun kotihoito aloitetaan, se vaikuttaa vähentävästi samojen potilaiden luona käymiseen. Nämä käynnit eivät useinkaan ole hätätilanteita, joihin ambulanssi on etupäässä tarkoitettu, joten ne tietysti vievät resursseja. Henkilöstölle kerrataan koulutuksien yhteydessä ilmoituksen tekemisen tärkeys sekä kriteerit ilmoituksen tekemiselle. Uudet työntekijät saavat

tiedon ilmoituksen tekemisestä perehdytyksensä yhteydessä. (Henkilökohtainen tiedonanto, Sairaankuljetuspäällikkö 03/2013).

## 7 POHDINTA

Ajatus ”vanhusten suojeluilmoituksesta” pohjautuu paljolti samaan periaatteeeseen kuin sosiaaliviranomaiselle tehtävä lastensuojeluilmoitus. Lastensuojeluilmoitus on havaittu hyväksi keinoksi puuttua asioihin, jos lapsen hyvinvoinnissa tai turvallisuudessa havaitaan puutteita. Miksi sitten ei voisi iäkkäistä tehdä yhtäläillä ilmoitusta jos huomataan, että hänen hyvinvointinsa, terveytensä sekä turvallisuutensa vaarantuvat ilman ulkopuolista apua?

Tulevaisuudessa yli 65-vuotiaiden osuus väestössä tulee kasvamaan ja se tarkoittaa, että myös ensihoitotehtäviin tulee kasvua. Se aiheuttaa paineita kasvat-  
taa ensihoidon resursseja sekä tiivistää yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveys-  
alan toimijoiden kesken. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit vievät paljon resursseja  
kotihoitolta, eikä kaikkien luokse järjestelmällisesti voi tehdä kartoituskäyntiä.  
Toimintakyky määrittelee avun tarpeen eikä se ole ikään sidonnainen. Miten  
määritellään minkä ikäisten luona pitäisi käydä? Tämä opinnäytetyönä tehty  
ilmoitus hyödyttää kaikkia osapuolia. Asiakkaat saavat tarvitsemiaan palveluita,  
joita he eivät ole osanneet tai tiedneet itse hakea. Kotihoito saa tiedon kotona  
huonosti pärjäävästä asiakkaasta, ennen kuin asiakkaan tilanne on huonontu-  
nut niin, ettei kotona asuminen onnistu. Ambulanssien resurssit vapautuvat tois-  
tuvista käynneistä samoissa osoitteissa. Ambulanssi ei silti missään tilanteessa  
pysty korvaamaan kotihoidolta saatavaa kokonaisvaltaista apua ja tukea kotona  
pärjäämiseen.

Kodin ulkopuolisessa hoitotyössä tulee paljon pohdittua eettisyyttä, sitä, mitä  
voimme tehdä, mihin voimme koskea, mitä saa katsoa ja mitä ei? Mihin asioihin  
voimme puuttua ja millä perusteella? Toisen kodissa työskennellessä näkee  
aivan erilaisia asioita kuin sairaalassa. Kaikilla ihmisillä on oma tapansa elää ja  
olla. Tuleeko meidän puuttua kaikkiin epäkohtiin vai vain sellaisiin, jotka merkit-  
tävästi vaarantavat henkilön terveyden ja turvallisuuden? Vai tuleeko meidän  
hyväksyä, että toiset säilyttävät esimerkiksi jääkaappiin tarkoitettuja tavaroita

lämpimässä, kun tiedämme raaka-aineiden pilaantuvan ja mahdollisesti aiheuttavan terveydellisen haitan henkilölle?

Toisen kodissa työskennellessä tulee erityisesti kunnioittaa asiakkaan kotia hänen omana alueenaan. Hoitotyöntekijän tulee hyväksyä se, etteivät kaikki hoitotoimet onnistu helposti kotioloissa. Tästä ei asiakasta saa moittia, koska kukaan ei halua kodistaan sairaalaa. Ambulanssissa työskennellessä joskus tulee tilanne, jolloin joudun rikkomaan tätä oman kodin koskemattomuutta. Se ei ole eettisesti oikein, mutta joskus hoidon kannalta on tärkeää esimerkiksi löytää potilaan henkilötiedot tai viimeisin epikriisi.

Kaikkien hoitotyötä tekevien tulisi tunnustaa eettinen vastuu ikääntyvistä kuten myös kaikista kanssaihmisistä. Meillä on velvollisuus auttaa apua tarvitsevia. Ilmoituksen tekeminen turvaa asiakkaan hoidon jatkuvuuden. Tällä ilmoituksella pystymme osaltamme puuttumaan ja auttamaan, jos ikääntyvä on itse siihen suostuvainen. Ilmoitus helpottaa kynnystä ottaa vastaan apua, varsinkin jos iäkäs ei itse täysin ymmärrä pärjäämättömyyttään. Iäkkäillä ihmisillä on yleensä korkea kynnys pyytää apua, vaikka he tiedostaisivatkin, etteivät pärjää ilman ulkopuolista apua. He ovat sitä mieltä, että heidän kuuluu pärjätä omillaan. Ensihoitotyötä tekevät ikään kuin toimivat kotihoidon silminä ja tiedottavat ilmoituksella kotihoidolle apua tarvitsevasta asiakkaasta.

Riskinä tässä kehittämistyössä on ensisijaisesti se, että täytetäänkö ilmoitus tarpeen niin vaatiessa. Miten saadaan ensihoitohenkilöstö motivoitumaan ja sitoutumaan hankkeeseen? Miten saada ilmoituksesta niin helposti täytettävä ja Merlot Medistä löydettävä, jotta se täytettäisiin? Ilmoitusmenettely on nyt ollut käytössä jo yli vuoden ajan. On todettu, että lomake on käytännössä toimiva, nopeasti ja helposti täytettävä. Ilmoituksia on kehittämistyön alkamisesta asti tehty viikoittain. Kukaan ei pysty määrittelemään, onko ilmoitus tehty aina tarpeen vaatiessa; yksittäinen ensihoitajahan sen arvion loppujen lopuksi tekee. Tähän pystytään vaikuttamaan tehokkaalla tiedottamisella ja muistuttamalla henkilöstöä ilmoituksen täyttämistä esimerkiksi sähköpostitse tai koulutuksis-

sa. Esimiesten myönteinen asenne on ratkaisevassa asemassa kehittämistyön jatkuvuuden kannalta.

Toinen hanketta uhkaava riski on se, aiheuttaako ilmoitus tarvittavia toimenpiteitä kotihoidossa sekä kartoitetaanko potilaan tilanne kotihoidosta käsin? Saako potilas tarvitsemansa avun ja kuinka nopeasti hänelle pystytään apua tarjoamaan? Kotihoidon kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta voidaan sanoa, että ilmoituksiin reagoidaan nopeasti. Monille on aloitettu kotihoito tai järjestetty muuta apua, esimerkiksi ruokapalvelu tai apuvälineitä, ilmoituksen ansiosta. Kolmas riski on se, että ilmoituksia tehdään liian ”heppoisin” perustein, jolloin kotihoidon resurssit eivät tule riittämään. Miten kotihoito tunnistaa todelliset avun tarvitsijat? Onko ilmoitus riittävän kattava antamaan todellisen kuvan iäkään pärjäämisestä kotona? Kotihoidon mukaan niin sanottuja, turhia ilmoituksia ei ole tullut kohtuuttoman paljon, ja resurssit ovat ainakin tähän asti riittäneet. Kotihoito tekee kartoituskäynnin valmiin arviointilomakkeensa avulla, jolloin todelliset avuntarvitsijat tunnistetaan. Eri asia on se, ottaako potilas vastaan tarjottua kotihoitoa; heillähän on oikeus kieltäytyä tarjotusta avusta.

Ilmoituksen käytön yhteydessä huomattiin, että ilmoitusta voidaan käyttää myös tiedottamiseen. Ensihoitohenkilöstö pystyy sen avulla tiedottamaan kotihoidolle esimerkiksi potilaan lisääntyneestä kotihoidon tarpeesta tai lisääntyneistä ambulanssikäynneistä, joihin olisi syytä puuttua. Tämän takia on tärkeää, että ilmoitukseen saadaan erillinen rasti kohdalle; potilas on jo kotihoidon asiakas. Kotihoito koki, että tämänkaltainen uudistus lomakkeeseen vahvistaisi entisestään ensihoidon ja kotihoidon yhteistyötä.

Jorvin sairaalan kotiutustiimin ja kotiutushoitajien mahdolliseen päällekkäiseen toimintaan ei ole vielä löytynyt ratkaisua. Ratkaisuna voisi olla, että päivystyksen toimesta ei aktivoida laisinkaan Jorvin sairaalan kotiutustiimiä, jos potilaasta on tehty vanhustensuojeluilmoitus. Tämän ilmoituksen tekeminen ilmenee ensihoitokertomuksesta joka jää potilaan kanssa päivystykseen. Toinen ratkaisu voisi olla se, että Jorvin sairaalan kotiutustiimi ilmoittaa huolehtivansa potilaan

kotiutukseen liittyvistä asioista soittamalla kotiutushoitajalle, jolloin kotiutushoitaja voi hävittää potilaasta tehdyn vanhustensuojeluilmoituksen.

Selvittäessäni ilmoituksen tekemiseen johtaneita syitä huomasin, että konkreettisesti tulostetut ilmoitukset eivät täsmänneet raportointiohjelman kanssa. Raporttiohjelman mukaan ilmoituksia oli tehty enemmän kuin tulostettuja ilmoituksia oli. Pohdin, että ilmoituksia on jäänyt tulostamatta tai että ilmoitus oli kadonnut jonnekin ”bittiavaruuteen”. Siihen pystytään vaikuttamaan vain motivoimalla henkilöstö ilmoituksen tekoon ja tähdentämällä sitä, että ilmoitus ei etene minnekään, jos sitä ei tulosteta lääkintäesimiehelle.

Raportointiohjelma ei anna totuudenmukaisia lukuja, koska se antaa mahdollisuuden vastata kysymyksiin missä tahansa järjestyksessä eikä huomioi sitä, jos joku ei ole rastittanut kaikkia tarvittavia kohtia. Tällöin raporttiohjelma antaa erilaisia tuloksia riippuen siitä, mitä käytetään hakuehtona. Tilanne korjautuisi sillä, että Merlot Medissä olevaa lomaketta muutettaisiin siten, että aluksi olisi pakko rastittaa kysymykset: Kotona pärjäämisen kartoitustarve tarpeellinen sekä Onko lupa ilmoituksen tekemiseen kysytty asiakkaalta. Tämän jälkeen, jos kysymyksiin on vastattu kyllä, avautuisivat vasta muut tarkentavat kysymykset. Selvitellen, pystyisikö lomaketta vielä muuttamaan. Selviteltyäni asiaa ikäväkseni todettiin, ettei ainakaan tämänhetkinen Merlot Medin ohjelma anna mahdollisuutta senkaltaiseen muutokseen. Tätä mahdollisuutta on kuitenkin hyvä pitää esillä ja pyrkiä siihen silloin, kun ohjelmaa ollaan uudistamassa. Ilmoitukseen tulisi myös lisätä kohta ”potilas on jo kotihoidon asiakas”. Laitoin tästä ehdotuksen Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksen Merlot Medin pääkäyttäjälle. Pääkäyttäjä ilmoitti, että tällainen uudistus on mahdollista toteuttaa ja että se tullaan sinne lisäämään.

Kehittämistyötä tehdessäni olen saanut vain myönteisiä reaktioita kertoessani opinnäytetyön aiheesta. Olen innoissani, koska muut pelastuslaitokset ovat osoittaneet kiinnostusta tämänkaltaista ilmoitusmenettelyä kohtaan. Jatkokehittämiseksi nouseekin tämän menettelyn ottaminen käyttöön kaikissa Merlot Mediä käyttävissä kunnissa.

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen kasvanut ymmärtämään moniammatillisen yhteistyön merkityksen. Kokonaisvaltainen hoitotyö on hoidon jatkuvuuden kannalta erittäin tärkeää. Yhteistyö omaisten, ensihoidon, kotihoidon, kotihoidon tukipalvelujen, kuten ruokapalvelun tai apuvälinelainaamon sekä sairaalan kanssa takaa parhaimman mahdollisuuden turvata ikääntyvän itsenäinen elämä omassa kodissaan.



## LÄHTEET

- Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia 2009. Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. Viitattu 15.9.2011 yhteiskuntapolitiikka lehti nro 74 (2009):6  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100785/ahlstrom.pdf?sequence=1>
- Elo, Satu 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkanen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki; WSOY oppimateriaalit, 92–108
- ETENE julkaisuja 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti 20.
- Geriatrian opintopaketti i.a.A Vanhus potilaana. viitattu 10.9.2011  
<http://www.gernet.fi/auto/opetus/9.html>
- Geriatrian opintopaketti i.a.B Vanhusten sairaanhoidon erityispiirteitä. viitattu 10.9.2011 <http://www.gernet.fi/auto/opetus/16.html>
- Grönlund, Anna & Maaskola, Mari 2002. Väestön ikääntymisen vaikutukset Helsingin pelastuslaitoksen ensihoitopalveluun 2001-2025. Opinnäytetyö. Helsinki: Stadia ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma.
- Haarni, Ilka & Hautamäki, Lotta 2008. Ikääntyvät juomatavat - elämänkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus
- Hartikainen, Sirpa 2008. Iäkkäiden lääkehoito. Teoksessa Sirpa, Hartikainen & Eija Lönnroos (toim.) Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita
- Henkilökohtainen tiedonanto, kotiutushoitaja 01/2013
- Henkilökohtainen tiedonanto, Sairaankuljetuspäällikkö 03/2013
- Hänninen & Pulliainen 2006. Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa Timo, Erkinjuntti; Kari Alhainen; Juha, Rinne & Hilikka Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 368–377
- Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija; Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY pro

- Kivelä, Sirkka-Liisa 2001. Vanhusten kaltoinkohtelu. Teoksessa Reijo Tilvis; Antti Hervonen; Pirkko Jäntti; Aapo Lehtonen & Raimo Sulkava. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 369–372
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2009. Depressiosta tasapainoon – hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja
- Kotihoidon palvelutarpeen arviointi-lomake 2012
- Kotiutushoitajien palaveri 11/2011
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980. Viitattu 14.3.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 10.1.2013
- Leino-Kilpi, Helena 2009. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Helena, Leino-Kilpi & Maritta, Välimäki. Etiikka Hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit, 277–300
- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2009. Toimintakyvyn tukemisen menetelmät Teoksessa: Vanhuksen parhaaksi – hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita, 97–214
- Merlot medi i.a Viitattu 10.10.2012 <http://www.merlotmedi.fi/index.html>
- Mänty, Minna; Sihvonen, Sanna; Hulkko, Terhi & Lounamaa, Anne 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat - Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B29/2007
- Määttä, Teuvo 2003. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Ari Alaspää, Markku Kuisma, Leena Rekola & Kirsi Sillanpää (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 24–26
- Niemelä, Anna-Liisa 2009. Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa Lupaava kotihoito - uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: Ws Bookwell
- Nykkö, Tiina; Heino, Taina; Myllymäki, Eija & Rinne, Tuija 2010. Ikääntyminen ja Päihteet - ammatillisia kohtaamisia arjessa. Kehittämiskeskus Tyynelä. Helsinki: Kirjapaja
- Pitkälä, Kaisu 2009. Turvallinen lääkehoito. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkanen. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 167

- Rava- mittari a.i. Finnish Consulting Group Oy. Viitattu 26.11.2012  
<http://ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari>
- Seppälä, Juhani 2002. Vuorovaikutus, kommunikaatio ja dokumentointi ensihoidossa. Teoksessa Maaret Castren, Ari Kinnunen, heikki Paakkonen, Jouni Puosi, Juhani Seppälä & Olli Väisänen (toim.) Ensihoidon perusteet. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti
- Seppänen, Marjaana; Heinola, Reija & Andersson, Sirpa 2009. Avauksia 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Helsinki: Viitattu 27.11.2012.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut)
- Starck-Pirskanen, Margareth 2009. Vanhusasiakkaan kotona selviytyminen. Opinnäytetyö. Hyvinkää: Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, 7–37
- Suominen, Merja 2004 Ravitseminen osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Opas Vanhustyön keskusliitto
- Suominen, Merja 2008. Ravitseminen vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. Helsinki; duodecim, 467–485.
- Valvanne, Jaakko, Rysti, Maria, Kylmänen-Kurkela, Elina & Meriläinen, Satu 2008. Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009—2015 .Sosiaali- ja terveystoimi Vanhusten palvelujen tulosityksikkö. Viitattu 22.4.2013. Espoon kaupunki Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/2009. <http://www.espoo.fi/download/noname/%7BE2B1A6B6-6A34-4948-837A-18A54BEBB364%7D/16879>
- Valvanne, Jarkko i.a. Vanhusten apuvälineet. Viitattu 12.4.2012 Therapiafennica; Kandidaattikustannus oy therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten\_apuvälineet
- Vanhuuseläke. KELA 2013 Päivitetty 7.3.2013.
- Väestötietojärjestelmä, viitattu 14.12.2012  
<http://www.vrk.fi/default.aspx?id=164>

## LIITE 1. Ilmoitus henkilöstölle uudesta menettelystä

### UUTTA MERLOT MEDISSÄ

11.4.2011 Käynnistyy uusi pilottihanke ns. "VANHUSTENSUOJELUILMOITUS".

Hankkeen tarkoituksena on saattaa vanhus kotihoidon arvioitiin jos ensihoitoyksikkö vanhuksen kotona käydessään havaitsee merkittäviä puutteita vanhuksen kotona pärjäämisessä.

Merlot Mediin on luotu uusi lomake, joka toivotaan täytettävän

rasti ruutuun menetelmällä sekä lisäksi lyhyt kuvaus vanhuksen kotona pärjäämättömyydestä. Tämä lomake tulostetaan suoraan lääkintäesimiehelle joka toimittaa sen kyseisen osoitteen mukaiselle kotiutushoitajalle arvioitavaksi toimenpiteitä varten. Lomakkeen täyttöohje on liitteenä. Lomake on pyritty tekemään mahdollisimman yksinkertaiseksi, jotta se olisi helppo ja nopea täyttää. Toivommeikin, että se tarpeen vaatiessa tulisi myös täytettyä!

Vähän pilottihankkeen taustasta...Olen sairaanhoitajaopiskelija (AMK) ja tämä hanke on opinnäytetyöni. Idean opinnäytetyöhöni olen saanut työskentelyäni useita vuosia ensihoidossa ja keskusteltuani Jorvin alueen ensihoidosta vastaavan lääkärin Arto Tennilän kanssa. Toivon opinnäytetyöni jäävän käyttöön auttamaan monia huonosti kotona pärjääviä vanhuksia asumaan pidempään omissa kodeissaan sekä saattamaan syrjäytyneitä apua tarvitsevia vanhuksia kotihoidon arvioon.

## LIITE 2a Lomake Merlot Medissä

Tehtävän perustiedot	Perustiedot	Vapaa	Elettämys	Hengitys	Muut	Myrkytys
	Neuro	Sairaus	Sydän	Vamma	Yleispohja	
Tehtävän perustiedot	Perustiedot: Vapaa	Vapaa				
Tutkimukset ja tilantarvit	Vapaa teksti					
Tutkimukset ja hoito	<input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> ei Kotona pärjäämisen kartoitustarve tarpeellinen					
Hoidon vaste	<b>Tutkimus vanhusten kotona pärjäämisestä.</b> <b>Mikäli vastaat kysymyksiin, tulosta EHK kopio Asema 1 Espoo</b>					
Konsultointi	Antaako potilas luvan ilmoituksen tekemiseen? <input type="radio"/> kyllä <input type="radio"/> ei					
Tehtävän päättäminen	<b>Syy:</b> <input type="checkbox"/> Kykenemättömyys huolehtia lääkityksestä <input type="checkbox"/> Kykenemättömyys huolehtia hygieniasta <input type="checkbox"/> Kykenemättömyys huolehtia asunnon siisteydestä <input type="checkbox"/> Kykenemättömyys huolehtia riittävästä ravinnonsaunnista <input type="checkbox"/> Ilmeinen tarve apuvälineille <input type="checkbox"/> Syrjäytyminen, masennus, muut sos. syyt <input type="checkbox"/> Hiljattain alkanut runsas alkoholin käyttö					
Hoitohistoria	Muu syy, mikä?					
Yksikön tilatiedot	Lyhyt kuvaus pt:n tilanteesta					
Henkilöstö						
Ohjeet						
						Esikatselu hoitokertomus  Hoitopaikka  Puuttuvat tiedot  Avoimet hoitokertomukset  Valvomo  Suur onnettomuus  Tutkimus lomakkeet  Diagnoosi   ? 16:35:14

LIITE 2b Kysymykset joiden perusteella lomake on luotu

Kotona pärjäämisen kartoitustarve tarpeellinen Kyllä\_\_\_\_ Ei\_\_\_\_

Onko lupa ilmoituksen tekemiseen kysytty asiakkaalta Kyllä\_\_\_\_  
Ei\_\_\_\_

Syy:

Kykenemättömyys huolehtia lääkityksestä \_\_\_\_\_

Kykenemättömyys huolehtia hygieniasta \_\_\_\_\_

Kykenemättömyys huolehtia asunnon siisteydestä \_\_\_\_\_

Kykenemättömyys huolehtia riittävästä ravinnon saannista \_\_\_\_\_

Ilmeinen tarve apuvälineille \_\_\_\_\_

Syrjäytyminen, masennus, muut sos. syyt \_\_\_\_\_

Hiljattain alkanut runsas alkoholin käyttö \_\_\_\_\_

Muu syy, mi-  
kä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lyhyt kuvaus pt tilantees-

ta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LIITE 3 Ohje Merlot Medin käyttäjille

OHJE MERLOT MEDIN KÄYTTÄJILLE

NS. VANHUSTENSUOLELUILMOITUKSEN TÄYTTÄMINEN

Tämä ilmoitus täytetään kun kohteessa käydessä havaitaan erityisiä puutteita;

Lääkehoidossa-> insuliinin pistäminen, lääkkeiden ottaminen ei onnistu itsenäisesti

Henkilökohtaisessa hygieniassa-> erityisen likainen ihminen/ vaatteet

vanhuksen Kotona-> siivoton koti, ylenmääräinen palokuorma yms.

Ravinnon saanti-> syömättömyys, ei ole ruokaa asunnossa, muistamattomuus!

Ilmeinen tarve apuvälineille

Sosiaaliset syyt-> masentuneisuus, itsetuhoisuus, omaisten välinpitämättömyys/ kaltoinkohtelu?

Hiljattain alkanut runsas alkoholin käyttö?

Lomakkeeseen on valmiiksi tehty kysymyksiä joihin vastataan rasti ruutuun systeemillä, lomake löytyy esitiedot/ tilanarvio kohdasta.

Lisäksi on syytä kirjata lyhyt kuvaus syystä miksi ilmoitus nyt tehdään. Kannattaa harkita ilmoituksen tekemistä myös sellaisista joiden luona joudutaan käymään usein esim. kaatumisten vuoksi.

Ilmoituksen tekemiseen ei niinkään liity potilaan ikä vaan avun tarve. henkilö josta ilmoitus tehdään voi hyvinkin olla alle 65- vuotias.

## LIITE 4 Taulukko palautetuista ilmoituksista

	Lääkitys	Hygienia	Siisteys	Ravinto	Apuvälineet	Sos. Syyt	Alkoholi
1					x	x	
2						x	
3		x	x	x			
4			x			x	
5	x	x	x	x			
6	x	x	x	x	x	x	
7	x				x	x	
8	x	x	x	x	x	x	
9	x	x	x	x	x	x	
10	x			x			
11					x		
12	x	x		x			
13					x		
14					x		
15						x	
16	x						
17		x	x	x			
18		x	x			x	
19	x	x	x	x	x		
20		x	x	x			
21						x	x
22	x	x	x	x	x	x	
23		x	x	x			
24						x	
25						x	
26	x	x	x		x		
27						x	
28		x		x		x	x
29							
30		x	x		x		
31	x	x	x	x			
32	x	x	x	x		x	
33	x		x	x	x		
34				x	x		

Kahdeksassa (8) ilmoituksessa oli käytetty vaihtoehtoa muu syy, mikä? Näissä syyksi oli määritelty esimerkiksi muistamattomuus, suuri ambulanssi käyntien määrä, potilaan oma toive kotihoidon tarpeen määrittämiseksi, huimaus, kaatuilu, riittämätön kotihoito sekä liikkumisen vaikeus.



## LIITE 5 Kysely kotiutushoitajille

Hei

Olisi kiva jos pystyisit vastaamaan muutamalla lauseella seuraaviin kysymyksiin liittyen kotonapärjäämis kartoitus- ilmoituksen toimivuuteen.

Oletko kokenut ilmoitusmenettelyn toimivaksi?

Tuleeko mielestäsi paljon ns., aiheettomia ilmoituksia?

Kaipaisitko enemmän tarkentavia kysymyksiä kotonapärjäämättömyydestä?

Ovatko asukkaat joihin olette ottaneet yhteyttä, muistaneet antaneensa suostumuksensa ilmoituksen tekemiseen?

Kehittämisehdotuksia? Risuja? Ruusuja?