

YLEISIMPIEN SOMAATTISTEN ENSIAPUA VAATIVIEN TILANTEIDEN TUNNISTAMINEN JA HOITO

Oppaan toteuttaminen Lahden kaupungin
kotihoiton henkilöstölle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Joulukuu 2015
Sanna Sinersalmi

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

SINERSALMI, SANNA:

Yleisimpien somaattisten ensiapua
vaativien tilanteiden tunnistaminen ja
hoito

Opas Lahden kaupungin kotihoidon
henkilöstölle

Sairaanhoitajan opinnäytetyö

46 sivua, 20 liitesivua

Syksy 2015

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa Lahden kaupungin kotihoidon henkilöstölle ensiapuopas. Opas on tuotettu yhteistyössä Lahden kaupungin kotihoidon keskustan alueen henkilöstön kanssa. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opas on työelämälähtöinen ja se sai alkunsa tekijän kiinnostuksesta akuuttihoitotyöhön sekä työskentelyhistoriasta kotihoidossa. Kotihoidon henkilöstöltä saadusta palautteesta ilmenee tietojen ja taitojen puute ensiaputilanteissa toimimiseen, mikä toimi suurimpana ideansynnyttäjänä tälle työlle.

lääkkäiden osuus väestöstä tulee kasvamaan tulevina vuosina ja samalla ikääntyneen väestön tukemisessa on lain mukaan painotettava kotona asumista. Kotihoidossa on huomattavissa selkeä asiakaskunnan muutos huonompikuntoiseen suuntaan, jolloin riski tapaturmille ja sairauskohtauksille on kasvanut. Kotihoidon työntekijöillä on merkittävä rooli asiakkaiden tapaturmien ja sairauskohtausten hoidossa, koska he ovat yleensä ensimmäisinä paikalla, kun jotain on tapahtunut. Nopealla tilannearvion tekemisellä, avun hälyttämisellä ja oikeanlaisilla ensiaputoimenpiteillä he voivat jopa pelastaa asiakkaan hengen. Opas sisältää näyttöön perustuvaa ja ajantasaista teoretietoa kotihoidossa yleisimmin tapahtuvista ensiapua vaativista tilanteista ja niiden hoitamisesta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä kotihoidon henkilöstön osaamista ja valmiuksia toimia ensiapua vaativissa tilanteissa. Näin pystytään parantamaan kotihoidon asiakasturvallisuutta sekä lisäämään hoidon laatua. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyneen oppaan tarkoituksena on myös selkeyttää ja yhtenäistää ensiaputilanteiden hoidon toimintamalleja kotihoidossa. Oppaan tuottamisessa ja arvioinnissa apuna ovat olleet Lahden kaupungin kotihoidon keskustan alueen henkilöstö. Opas todettiin koekäytön perusteella tarpeelliseksi, mutta sen tulevaisuuden näkymät tullaan toteamaan vasta sen täysimittaisen käyttöönoton jälkeen.

Asiasanat: ensiapu, ikääntyneet, kotihoito, opas, tapaturmat.

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of social and health care

Degree Programme in Nursing

SINERSALMI, SANNA: The most common somatic situations
requiring first aid identification and
treatment
Guide to the home care staff in the city
of Lahti

Bachelor's Thesis in nursing 46 pages, 20 pages of appendices

Autumn 2015

ABSTRACT

This thesis aims to create first aid guide to the homecare staff in the city of Lahti. This guide is created in co-operation with the downtown homecare staff in the city of Lahti. The guide that is produced from this thesis is based on working life and began from the makers' interest in first aid and working history in home care. The feedback that was given by the homecare staff showed the lack of information and skills to work in first aid situations which brought the idea for this thesis. The elderly share of the population will continue to grow in the coming years and at the same time its written in the law that in the support of the elderly people the emphasis must be on living at home. In homecare there is a notable change in customer base to more unhealthy direction which leads to the increased risk of accidents and illnesses. The homecare staff has a significant role in aiding the customer after an accident or sudden illness because they usually are the first on sight when something happens. Quick assessment of the situation, calling for help and with the right first aid procedures they can even save patients's lives. This guide includes evidence-based and current theoretical information about the most general first aid accidents and sudden illnesses and how to treat them in homecare.

The aim of this thesis is to increase the knowledge and skills of the homecare staff in first aid situations. This way we can improve the safety of the customers and increase the quality of care. The result of this functional thesis is aimed to clear and unify first aid operating models in homecare. Lahti's downtown homecare staff was also helped in the production and evaluation of this guide. After testing it, the guide was found to be necessary, but its future prospects will be fully seen only after its full introduction.

Key words: first aid, guide. accidents, elderly people

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	ENSIAPUOPPAAN TAUSTA JA TARVE	3
2.1	Toimeksiantajan kuvaus ja yhteistyökumppanuus	3
2.2	Opinnäytetyön tausta	3
2.3	Oppaan merkitys toimeksiantajalle	5
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	6
4	KOTIHOITO	7
4.1	Kotihoito henkilöstön näkökulmasta	7
4.2	Kotihoidon asiakas	9
5	KOTIHOITAJA ENSIAPUTILANTEIDEN TUNNISTAJANA	11
5.1	Toimiminen ensiaputilanteessa ja autettavan tilan arvioiminen	11
5.2	ABCD–tutkimusmenetelmä	12
6	YLEISIMPIÄ SOMAATTISIA AKUUTTIHOITOA VAATIVIA TILANTEITA KOTIHOIDOSSA	14
6.1	Rintakipu	14
6.2	Elottomuus	15
6.3	Hengitysvaikeus	17
6.4	Aivoverenkiertohäiriöt	18
6.5	Äkillinen yleistilan lasku	19
6.6	Sokeritasapainon häiriöt	20
6.6.1	Hypoglykemia	20
6.6.2	Hyperglykemia	21
6.7	Kaatumistapaturmat	21
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN TOTEUTUMINEN	24
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	24
7.2	Tiedonhaku	24
7.3	Oppaan suunnittelu ja toteutus	25
8	POHDINTA	31
8.1	Opinnäytetyöprosessin arviointi	31
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	35
8.3	Jatkokehitysideat	37

LÄHTEET

39

LIITTEET

47

1 JOHDANTO

lääkkäiden osuus väestöstä tulee kasvamaan huomattavasti tulevina vuosina. 80 prosenttia iäkkäiden tapaturmista on kaatumisia, putoamisia tai liukastumisia ja ikä onkin yksi keskeisimmistä kaatumiselle altistavista tekijöistä. Kaatumistapaturmissa merkittävämpänä ongelmana iäkkäillä ovat lonkkamurtumat, joita tapahtuu Suomessa noin 7 000 tapausta vuodessa. Kaatumisesta johtuvia kuolemia tapahtuu vuosittain yli 1 000 tapausta. (THL 2015; Parkkari & Kannus 2009.) Tapaturmien lisäksi iäkkäät saavat myös sairaskohtauksia, joista yleisimpiä ovat rintakipu ja aivoverenkiertohäiriöt (SPR 2013).

Vuoden 2015 alusta lähtien iäkkään väestön tukemisessa on painotettava kotona asumista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980 14 – 15a§). Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärä vuonna 2013 on ollut 72 137. Määrä on noussut edellisestä vuodesta 2,3 %. Tärkeämpi huomio kuitenkin on asiakasta kohden tehtyjen käyntimäärien muutos. Paljon käyntejä saavien osuus on kasvanut ja vastaavasti vähän käyntejä saavien osuus on pudonnut. (Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Kuten tästä voidaan päätellä, on kotihoidon asiakaskunta muuttunut entistä huonokuntoisemmaksi sekä tapaturmien ja sairaskohtausten riski on kasvanut entisestään.

Kotihoidon työntekijöillä on merkittävä rooli kotihoidon asiakkaiden tapaturmien ja sairaskohtausten hoidossa, koska he ovat yleensä ensimmäisinä paikalla, kun jotain on tapahtunut. Nopean tilannearvion tekemisellä ja avun hälyttämisellä sekä oikeilla ensiaputoimenpiteillä on ratkaiseva merkitys ensihoitoketjussa, jolla voidaan jopa pelastaa asiakkaan henki (Castrén ym. 2012).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä kotihoidossa työskentelevien henkilöiden osaamista sekä heidän valmiuksia toimia ensiapua vaativissa tilanteissa. Näin pystytään parantamaan kotihoidon asiakasturvallisuutta sekä lisäämään hoidon laatua. Tavoitteena on luoda Lahden kaupungin

kotihoidon työntekijöille opas yleisimpien somaattisten akuuttihoitoa vaativien tilanteiden tunnistamisesta ja ensiavusta. Opinnäytetyön tietoperusta muodostuu tekijän ja työyhteisön kokemusperäisesti valituista kotihoidon yleisimmistä ensiapua vaativista tilanteista.

Opinnäytetyön aihe sai alkunsa kiinnostuksesta akuuttihoitotyöhön sekä työskentelyhistoriasta kotihoidossa. Lahden kaupungin kotihoidolla ei ole tällä hetkellä käytössään selkeää ensiaputilanteiden toimintaohjeistusta. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyvän oppaan tarkoituksena on selkeyttää ja yhtenäistää ensiaputilanteiden hoidon toimintamalleja kotihoidossa. Oppaan toimintaohjeistukset pohjautuvat näyttöön perustuvaan ja ajantasaiseen tietoon.

2 ENSIAPUOPPAAN TAUSTA JA TARVE

2.1 Toimeksiantajan kuvaus ja yhteistyökumppanuus

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Lahden kaupungin kotihoito. Yhteyshenkilönä opinnäytetyön tekemisessä työelämän puolelta toimi keskustan alueen palveluesimies. Opinnäytetyön etenemisestä keskusteltiin tapaamisissa sekä sähköpostitse. Yhteyshenkilöä pyydettiin osallistumaan myös suunnitelma- ja julkaisuseminaareihin. Julkaisuseminaari päädyttiinkin pitämään toimeksiantajan tiloissa joulukuussa 2015. Opinnäytetyö toteutettiin ensisijaisesti keskustan alueen henkilöstölle, jotka myös arvioivat oppaan ennen sen lopullista versiotaan. Tämän jälkeen opas toivotaan otettavan käyttöön kaikilla kotihoidon alueilla.

2.2 Opinnäytetyön tausta

Vilka ja Airaksinen (2003, 16-17) ovat pohtineet hyvää toiminnallisen opinnäytetyön aihetta kokemustiedon kautta. Hyvän opinnäytetyön keskeisiksi tekijöiksi nousivat heidän mielestään yhteyksien luominen työelämään tai niiden ylläpitäminen. Tärkeänä tekijänä he kokivat myös, että opiskelija pystyy opinnäytetyön avulla syventämään tietojaan jostakin kiinnostavasta aiheesta alallaan. Opinnäytetyöllä on suositeltavaa olla toimeksiantaja. Työelämälähtöisellä aiheella tekijä kykenee näyttämään osaamistaan laajemmin sekä pääsee harjaannuttamaan työelämässä tarvittavia taitoja, kuten vastuuntuntoa ja projektinhallintaa.

Vuoden 2015 alussa voimaantulleen lakimuutoksen myötä iäkkään väestön tukemisessa on painotettava kotona asumista. Tämä tarkoittaa, että pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitaan yhä harvemmin, kun avopalveluita kehitetään. Ennen pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen arviointia kunnan on pyrittävä vastaamaan ikääntyneen henkilön palvelutarpeeseen mahdollistamalla hänen hoitonsa kotiin annettavilla palveluilla. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980 14–15a§.)

Edellä esitetyn seurauksena myös kotihoidon asiakasmateriaali muuttuu. Kotihoidon asiakkaina on ja tulee olemaan entistä huonokuntoisempia ihmisiä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman tilastoraportin mukaan säännöllisen kotihoidon asiakasmäärä on vuonna 2013 ollut 72 137. Määrä on 12 % yli 75 vuotta täyttäneistä. Asiakasmäärä on noussut edellisestä vuodesta 2,3 %. (taulukko 1) Näistä asiakkaista neljännekselle tehtiin kuukauden aikana yli 60 käyntiä. Niiden asiakkaiden osuus, jotka saavat paljon käyntejä on kasvanut vuosien 1995-2013 aikana ja vastaavasti vähän käyntejä saavien määrä on pudonnut. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Koko maa	2012	2013	2014
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 1-3 kertaa kuukaudessa (%)	18,8	18,3	17,9
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 4-9 kertaa kuukaudessa (%)	22,4	22,1	21,5
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 60 -89 kertaa kuukaudessa (%)	14,8	15,3	16,1
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 90 tai enemmän kertaa kuukaudessa (%)	10,5	10,9	12
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet yhteensä	70 529	72 137	72 531

Taulukko 1. Kotihoidon asiakasmäärät Suomessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a)

Samanlainen ilmiö on todennettavissa myös Päijät-Hämeen ja Lahden alueella. Kahdessa vuodessa yli 90 käyntiä kuukaudessa saavien lahtelaisten määrä on noussut 14,5 prosentista 18,3 prosenttiin. Puolestaan vähän käyntejä saavien määrä on selkeästi laskenut. Kokonaisasiakasmäärä on noussut vain maltillisesti. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Näiden taulukoiden pohjalta voidaan päätellä että kotihoidon asiakaskunta on muuttunut sairaammaksi ja vaikea hoitoisemmaksi.

Päijät-Häme ja Lahti		2012	2013	2014
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 1-3 kertaa kuukaudessa (%)	Päijät-Häme	16,3	14,8	13,7
	Lahti	7,5	6,9	4,6
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 4-9 kertaa kuukaudessa (%)	Päijät-Häme	21,9	20,1	18,9
	Lahti	23	19,5	19,3
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 60 - 89 kertaa kuukaudessa (%)	Päijät-Häme	15,4	16,6	18,8
	Lahti	17	19	20,1
Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11., joilla kotihoidon käyntejä 90 tai enemmän kertaa kuukaudessa (%)	Päijät-Häme	11	10,5	12,5
	Lahti	14,5	14,3	18,3
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet yhteensä	Päijät-Häme	2 346	2 411	2 425
	Lahti	1 143	1 223	1 231

Taulukko 2. Kotihoidon asiakasmäärät Päijät-Hämeessä ja Lahdessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b)

2.3 Oppaan merkitys toimeksiantajalle

Ensiapua vaativassa auttamistilanteessa ensimmäiset minuutit voivat olla ratkaisevia. Merkittävää viivästymistä hätäensiavun saamisessa ei välttämättä voida enää korjata myöhemmillä hoitotoimenpiteillä (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012). Kotihoidon asiakaskunnan muuttuessa monisairaammaksi ja heidän toimintakykynsä heikentyessä on selkeää että myös sairaskohtaus- ja tapaturmariski kasvaa. Oppaan tarkoituksena onkin lisätä kotihoidon henkilöstön valmiuksia toimia ensiapua vaativissa tilanteissa. Tämän avulla pystytään parantamaan asiakasturvallisuutta kotihoidossa.

Opinnäytetyön aihetta esiteltäessä toimeksiantajan työyhteisössä kävi ilmi, että puutteita löytyy ensiavun osaamisalueelta ja oppaalle on selkeä tarve työyhteisössä.

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda Lahden kaupungin kotihoidon työntekijöille opas yleisimpien somaattisten ensiapua vaativien tilanteiden tunnistamisesta ja hoidosta.

Tarkoituksena on oppaan kautta lisätä kotihoidossa työskentelevien henkilöiden osaamista ja valmiuksia toimia ensiaputilanteissa. Tämä puolestaan parantaa asiakasturvallisuutta kotihoidossa, sekä sen kautta lisää hoidon laatua. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyvän oppaan tarkoituksena on myös selkeyttää ja yhtenäistää akuuttitilanteiden hoidon toimintamalleja kotihoidossa.

4 KOTIHOITO

4.1 Kotihoito henkilöstön näkökulmasta

Kotihoidolla tarkoitetaan kokonaisuutta joka muodostuu kotipalveluista sekä kotisairaanhoidosta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 20§).

Kotipalvelu käsite sisältää hoitoon- ja huolenpitoon, asumiseen, lasten hoitoon ja kasvatukseen, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai avustamista niiden suorittamisessa. Kotipalvelua voidaan antaa henkilön vamman, sairauden, synnytyksen tai muun toimintakykyä alentavan syyn perusteella. Kotipalvelua annetaan myös erityisten elämän- tai perhetilanteen takia, kun henkilö tarvitsee apua selviytyäkseen edellä mainituista tehtävistä ja toiminnoista. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 19§.) Kotipalvelu sisältää myös tukipalveluita, kuten vaatehuolto-, ateriat-, siivous-, kylvetys-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluita (Sosiaalihuoltoasetus 607/1983, 9§). Ikäihmisten kohdalla tämä tarkoittaa kotona asuvien ikääntyneiden henkilöiden avustamista päivittäisissä askareissa, josta he eivät enää itsenäisesti kykene suoriutumaan heikentyneen toimintakyvyn takia. Kotipalveluiden avulla pyritään mahdollistamaan näiden ikäihmisten asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotipalvelun tavoitteena on auttaa kotipalvelua saavien henkilöiden asumista ja itsenäisesti toimeen tulemistä, parantaa heidän elämänlaatua, tukea kuntoutumista, edistää sosiaalista kanssakäymistä sekä vähentää laitoshoidon tarvetta heidän kohdallaan. (Valvira 2012, 2.)

Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kotona tai siihen rinnastettavassa paikassa toteutettua terveyden- ja sairaanhoidon palvelua.

Kotisairaanhoidoa toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 25§.)

Lahdessa kaupungin kotihoidon työntekijät avustavat ja huolehtivat kotihoidon asiakkaan hoivapalveluista, joihin sisältyy muun muassa henkilökohtainen hygienia, pukeutuminen, siistiminen ja tekstiilihuolto. Tämän lisäksi kotihoito huolehtii sairaanhoidollisista palveluista lääkärin ohjeistuksen mukaisesti. Näitä ovat esimerkiksi lääkehoito, erikoishoidot kuten katetrointi ja haavanhoidot sekä terveydentilan seuranta. (Sosiaali- ja terveystoimiala 2014.)

Kotihoidon asiakaskunta on pääasiassa ikääntynyttä väestöä, mutta mukaan lukeutuu myös päihde- ja mielenterveysasiakkaita, vammautuneita sekä työikäisiä joiden sairaus vaatii jokapäiväistä hoitoa ja joissain tapauksissa myös lapsia (Hassi 2004, 75-76). Asiakaskunnan ollessa moninaista näin voidaan sanoa myös työympäristöistä, sillä onhan jokaisen asiakkaan koti myös erilainen. Tämän vuoksi kotihoitopalvelujen erityispiirteiksi muodostuukin asiakkaan itsemääräämisoikeus ja kunnioittaminen, koska palvelua annetaan asiakkaan luonnollisessa elinympäristössä (Niemi 2006, 53).

Kodin muutostöillä sekä apuvälineillä asiakkaan kotona pärjäämistä saadaan helpotettua. Kyseisillä toimilla parannetaan myös työntekijöiden mahdollisuuksia auttaa asiakasta turvallisesti ja laadukkaasti. (Honkanen, Luukinen, Lüthje, Nurmi-Lüthje & Palvanen 2008, 21). Jokapäiväisen asiakastyön sekä ensiapua vaativien tilanteiden kannalta yhtenä apuvälineenä toimii sähkölukko. Sähkölukko on oveen asennettu secloc – moduuli, jonka avaaminen onnistuu matkapuhelimella. Kotihoitaja ei siis tarvitse asiakkaan avaimia päästäkseen käynnille. (Mohinet 2015.) Erityisesti ensiapua vaativissa tilanteissa sähkölukon merkitys korostuu, kun asiakkaan luo voidaan hälyttää tarvittaessa lähin työntekijä, koska avaimia ei tarvitse hakea toimistolta.

Kotihoidon työntekijältä vaaditaan laajaa hoitotyön osaamista. Kotihoidossa korostuu työntekijän kliininen osaaminen, joka sisältää muun muassa hoitotieteellisen ja lääketieteellisen tiedon hallinnan ja soveltamisen sekä päätöksenteko osaamisen. Vaikka kotihoitaja toimii pääasiassa itsenäisesti asiakkaiden luona, tulee työntekijän hallita yhteistyötaitoja, jotka pitävät sisällään yhteistyö-, ryhmä-, tiimityöskentely- sekä konsultaatiotaidot. (Hassi 2004, 96-104.)

4.2 Kotihoidon asiakas

Asiakkuus määritelmää käytetään yleisimmin yritysmaailmassa, jossa se muodostaa prosessin asiakkaan ja yrityksen välille. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen kokonaisjärjestelmässä on kuitenkin eroteltavissa kolme eri toimijaa, jotka ovat: palvelun käyttäjä, palvelun tuottaja sekä palvelun maksaja ja järjestäjä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottavat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat. Palveluja käyttää niiden tarpeessa oleva ihminen tai hänen omaisensa. Maksaja sekä palvelujen järjestäjänä toimii kunta, valtio, kolmas sektori tai vakuutusyhtiö. Kunnan pyrkiessä vastaamaan kuntalaistensa tarpeisiin voidaan terveydenhuollon asiakas ymmärtää joko palveluja käyttävänä asiakkaana tai laajemmin kuntalaisasiakkaana. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään myös nimitystä asiakas kaikista palvelujen vastaanottajista, huolimatta siitä minkä osuuden tämä henkilö saamastaan palvelusta maksaa. Terveydenhuollossa on yleisesti käytetty nimitystä potilas palvelujen käyttäjästä. Avohuollossa on kuitenkin viimeisen vuosikymmenen aikana aloitettu kutsumaan palvelujen käyttäjää asiakkaaksi. Asiakas nimitys luo käyttäjän roolista aktiivisemmän ja itseohjautuvamman. (Niemi 2006, 21–22.)

Yleisimpiä syitä kotihoidon asiakkuuden tarpeelle ovat muistamattomuus, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ja erilaiset psyykkis-sosiaaliset syyt. Ikäihmisen hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen mukaisesti pyritään siihen, että mahdollisimman moni ikäihminen voisi asua omassa kodissaan. Tämä osaltaan lisää kotihoitopalvelujen tarvetta, koska

ikäntyneet asuvat yksin ja puutteellisesti varustelluissa asunnoissa. (Niemi 2006, 52.) Lahdessa kotihoitoa myönnetään ikäihmisille tai pitkäaikaissairaille, kun he eivät selviydy kotona ilman huolenpitoa ja hoitoa itsenäisesti tai omaisten avulla. Lähtökohtaisesti asiakkaan hoito ja huolenpito vaatii päivittäistä terveydenhuollon henkilökunnan ammattiosaamista. Hoitoa toteuttaessa tuetaan asiakkaan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä kotona. Asiakkaaksi pääsyn edellytys on että henkilön toimintakyky ja pärjääminen kohtaa Lahden kaupungin kotihoidon kriteerit. Kriteerit perustuvat asiakkaan toimintakyvyn arvioon, joka suoritetaan palveluohjaajan toimesta. (Lahden kaupunki.) Toimintakykyä arvioidaan erilaisin mittarein kuten RAI:n avulla, jolla selvitetään henkilön päivittäisten toimintojen avuntarvetta, kognition heikkenemistä sekä hoidon- ja palveluntarvetta (Sosiaali- ja terveystoimiala 2013, 4).

5 KOTIHOITAJA ENSIAPUTILANTEIDEN TUNNISTAJANA

5.1 Toimiminen ensiaputilanteessa ja autettavan tilan arvioiminen

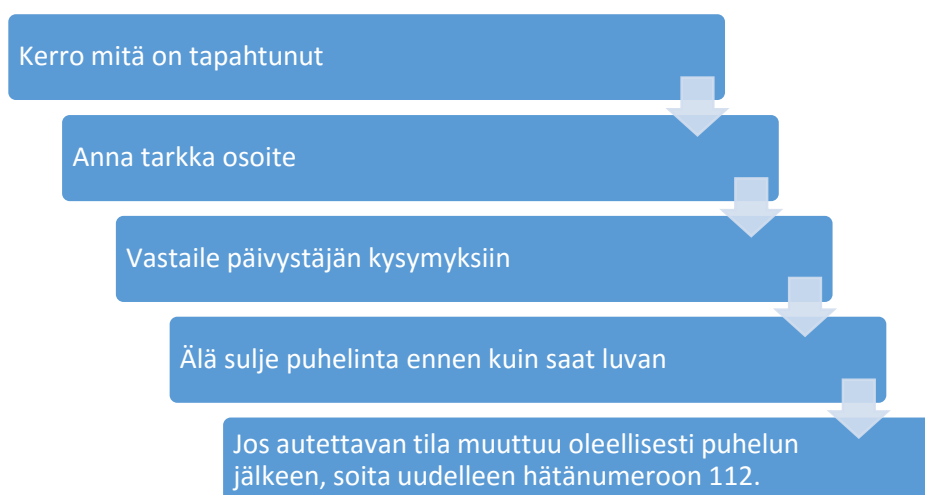
Usein auttamistilanteissa loukkaantunut tai sairastunut ei ole hengenvaarassa, vaan tarvitsee apua ja tukea hakeutuakseen jatkohoitoon. Kuitenkin sairauden tai loukkaantumisen uhatessa henkeä, tulisi jokaisen osata toimia ja antaa hätäensiapua. Oli kyse sitten onnettomuudesta, sairaskohtauksesta tai tapaturmasta niin toimintaohjeet näihin tilanteisiin ovat samanlaiset. Toimintajärjestys kuitenkin saattaa muuttua tilanteesta riippuen. (Castrén ym. 2012; Porthan & Sormunen 2014a).



Kuvio 1. Ensiavun toimintaohjeet (Castrén ym. 2012)

Kyseisten ohjeiden (kuvio 1) tunteminen ja hallitseminen rohkaisee jokaista toimimaan ensiaputilanteessa. Tämän lisäksi ensiaputilanteessa on ensiarvoisen tärkeää toimia rauhallisesti ja järjestelmällisesti. (Castrén ym. 2012.)

Ensimmäisenä paikalle tullut tekee nopean tilannearvion siitä mitä on tapahtunut. Tällöin tulee selvittää onko kyseessä mahdollisesti sairaskohtaus tai onnettomuus. Nopean tilannearvion perusteella tulisi tehdä päätös tilanteen vakavuudesta ja siitä tarvitseeko paikalle hälyttää lisäapua hätänumerosta. Yleinen hätänumero Suomessa on 112. Selkeästi ja rauhallisesti tehty hätäilmoitus takaa oikeanlaisen ja nopean avun. (Castrén ym. 2012; Dean & Mulligan 2009a, 38.)



Kuvio 2. Hätäilmoituksen tekeminen (Castrén ym. 2012)

Kun nopea tilannearvio ja hätäilmoitus (kuvio 2) on tehty, siirrytään ensiavun antamiseen, jos sille on tarvetta. Pääasiassa kaikessa ensiavussa pyritään antamaan henkeä pelastavaa ensiapua, jolloin turvataan autettavan hapensaantia eli hengitystä ja verenkiertoa. Jatkuva solujen hapensaanti on ihmisen elintoiminnoille välttämätöntä. Jos solut eivät saa tarpeeksi happea alkavat ne vaurioitua nopeasti. Aivokudoksen solut kestävät kaikkein heikoiten hapenpuutetta. (Castrén ym. 2012; Porthan & Sormunen 2014b.)

5.2 ABCD–tutkimusmenetelmä

ABCD–menetelmää (kuvio 3) käytetään asiakkaan peruselintoimintojen tutkimiseen ja turvaamiseen sekä hoidon kiireellisyyden arviointiin. Kirjainyhdistelmä muodostuu seuraavista peruselintoiminnoista. (Mäkijärvi, Harjola, Päivä, Valli & Vaula 2015, 8; Johnson 2011, 20.)

A Airway	Ilmatie/Hengitystiet
B Breathing	Hengittäminen
C Circulation	Verenkierto
D Disability	Tajunnan taso

Kuvio 3. ABCD–menetelmä (Mäkijärvi ym. 2015, 8)

Tutkimus ja toimenpiteet tehdään tässä järjestyksessä. Jos peruselintoiminnoissa todetaan poikkeavuuksia, tulisi paikalle hälyttää lisäapua välittömästi sekä pyrkiä turvaamaan elämälle välttämättömät peruselintoiminnot eli hengitys ja verenkierto. (Castrén ym. 2012; Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 121.)

Ensin asiakkaalta varmistetaan ilmäteiden avoimuus, sekä tarkistetaan onko hengityksen esteenä mahdollisia vierasesineitä. Tarvittaessa avustetaan ilmatien auki pysymisessä ja varmistetaan riittävä hengitys kysymällä autettavan tuntemuksia, laskemalla hengitystiheyttä ja tarkkailemalla hengitystapaa. (Mäkijärvi ym. 2015, 8; Castrén ym. 2012; Kuisma ym. 2013, 121; Thim, Krarup, Grove, Rohde & Lofgren 2012.)

Jos autettavalla on näkyvää verenvuotoa, tulisi tämä tyrehtyttää esimerkiksi painesidoksella. Verenkiertoa voidaan tutkia mittaamalla verenpaine, mutta jos mittaria ei ole saatavilla tunnustellaan sykettä ranteesta tai kaulalta. Rannesykkeen tuntuessa verenpaine on >80mmHg ja kaulavaltimosykkeen tuntuessa verenpaine on >60mmHg. Jos autettavan verenkierron todetaan heikenneen, tulisi verenkiertoa turvata nostamalla autettavan jalat koholle, jotta verenkierto saadaan keskitettyä kriittisille alueille eli aivoihin ja sydämeen. Ihmisen verenkierto voidaan tulkita riittäväksi jos hän on selkeästi tajuissaan, hänen kätensä tuntuvat lämpimiltä ja hän on normaalin värinen. (Mäkijärvi ym. 2015, 8; Castrén ym. 2012; Kuisma ym. 2013, 121; Thim ym. 2012.)

Tajunnantaso arvioidaan GCS:n eli Glasgow`n kooma-asteikon avulla. Yksinkertainen muistisääntö tajunnantason tutkimiseen on SIPULI. Tähän perustuu myös GCS-asteikko. Muistisääntö koostuu silmien liikkeestä sekä puhe- ja liikevasteesta. Jos autettava avaa silmänsä spontaanisti, puhuu orientoituneesti ja pystyy liikuttamaan raajoja kehotuksesta, voidaan katsoa että hän on täysin tajuissaan. Jos autettava puolestaan ei avaa silmiään ja pupillit eivät reagoi valolle, hän ei vastaa puhutteluun tai liikuta itseään, katsotaan hänen saavan alimmat pisteet kyseisestä taulukosta. (Mäkijärvi ym. 2015, 8; Castrén ym. 2012; Kuisma ym. 2013, 121; Sydänliitto 2009; Thim ym. 2012.)

6 YLEISIMPIÄ SOMAATTISIA ENSIAPUA VAATIVIA TILANTEITA KOTIHOIDOSSA

6.1 Rintakipu

Ensihoidossa rintakipuun liittyvät tehtävät kuuluvat kolmen yleisimmän tehtävän joukkoon. Rintakivun tavallisin ja samalla vakavin syy on sepelvaltimotaudista johtuva sydänlihaksen hapenpuute eli iskemia. Rintakivut jaotellaan karkeasti sydänperäisiin ja ei-sydänperäisiin kipuihin (kuvio 4). (Kuisma ym. 2013, 331–333; Sepelvaltimotautikohtaus 2014; Gupta 2009, 35–36.)

Tyypillinen sydänperäinen rintakipu	Tyypillinen ei-sydänperäinen rintakipu
Kipu tuntuu laajalla alueella tai rintalastan takana	Kipu on terävää tai pistävää
Kipu on painavaa, puristavaa, ahdistavaa ja vannemaista	Kipu tuntuu pienellä alueella
Kipukohtaus on jatkuva ja kestää muutamasta minuutista pariin tuntiin	Hengitysvaihe (sisään- tai uloshengitys) tai asennon muutos vaikuttaa kipuun
Kipu voi säteillä ylävatsaan, kaulaan, lapojen väliin, selkään tai olkavarteen	Rintakehällä on paineluarkuutta
Kipu ei liity hengitysvaiheeseen tai asentoon	Kipu on ajoittaista tai se on kestänyt pitkään samanlaisena

Kuvio 4. Rintakivun erotusdiagnostiikka (Kuisma ym. 2013, 333; Kettunen & Talvensaari 2009)

Tavallisimpia sydänperäisiä rintakivun aiheuttajia ovat angina pectoris eli sepelvaltimotaudin aiheuttama rintakipu ja tämän äärimuotona sydäninfarkti, erilaiset rytmihäiriöt sekä sydänpussin ja –lihaksen tulehdus. Ei-sydänperäisiä rintakivun syitä voi puolestaan olla aortan dissekoituminen eli repeäminen, tulehdus keuhkoissa, vatsa- ja ruokatorvipiperäiset tekijät, rintakehän rakenteiden aiheuttamat kiputilat sekä myös paniikkihäiriö tai masennus. (Kuisma ym. 2013, 332 – 333; Sydäninfarktin diagnostiikka 2014.)

Vaikka kova rintakipu ei olekaan aina sydänperäistä, tulisi siihen tästä huolimatta suhtautua vakavasti, koska sydäninfarkti on merkittävä kuolleisuuden aiheuttaja. Joissain tapauksissa, erityisesti iäkkäillä henkilöillä, sydäninfarktin pääasialliset oireet voivat olla hengenahdistus ja huono yleisvointi. Tästä syystä erityisesti iäkkäiden pienikin rintakipuoireisto tulisi tarkistuttaa herkästi. (Kuisma ym. 2013, 331; Aho & Porola, 2013.)

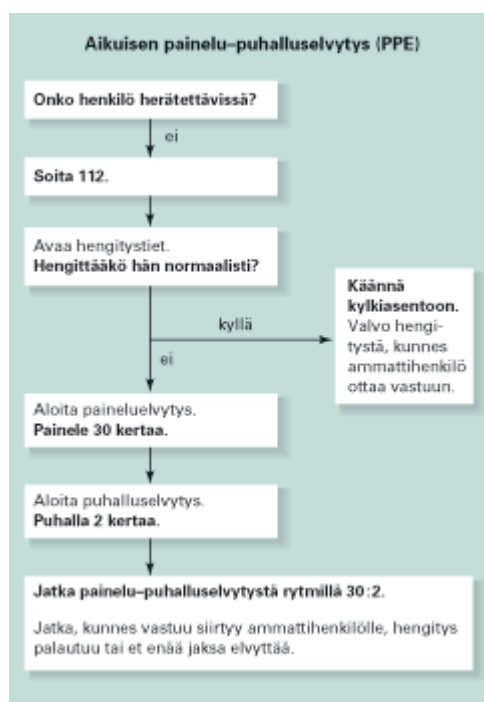
Pääsääntöisenä ohjeistuksena on että jos äkillisen rintakipukohtauksen saa aiemmin terve ihminen tulee hätänumeroon soittaa välittömästi. Ennen avun tuloa autettavan tulisi asettua lepoon ja ottaa 250-500mg asetyyliisalisyylihappoa eli esimerkiksi aspiriinia pureskellen, jos sille ei ole yliherkkyyttä. Jos autettavalla on tiedossa oleva sepelvaltimotauti ja lepoon asettuminen ja lyhytvaikutteinen nitraatti ei vie kipua pois 15 minuutin kuluessa tulee myös soittaa hätänumeroon. Lyhytvaikutteista nitraattia voi antaa alkuannoksen jälkeen kaksi lisäannosta 5 minuutin välein, jos aiempi annos ei ole auttanut. (Kuisma ym. 2013, 332; Dean & Mulligan 2009b, 38.)

6.2 Elottomuus

Elottomuus on tila, jossa ihmisen sydän on pysähtynyt. Tilan aiheuttaa yleisimmin vakava rytmihäiriö, kammiovärinä. Tällöin sydämessä on edelleen sähköistä toimintaa, mutta se ei pysty pumppaamaan verta, mikä pysäyttää verenkierron. Elottomuus tulisi tunnistaa nopeasti ja aloittaa välitön hoito eli painelu-puhalluselytys. Kun elvytys saadaan käyntiin nopeasti se kaksin-kolminkertaistaa autettavan selviytymismahdollisuuksia. Vaikka sydän on menettänyt kykynsä pumpata verta, voidaan sen toimintaa pitää keinotekoisesti yllä painelu-puhalluselytyksellä. Elvytyksen avulla hidastetaan aivojen vaurioitumista sekä pidennetään aikaa, jolloin sydämen toiminta on mahdollista palauttaa defibriloimalla eli poistamalla lihasvärinä sähköisesti. (Castrén ym. 2012; Elvytys 2011.)

Kun ihminen on menettänyt tajuntansa äkillisesti, ja näyttää elottomalta, tulee välittömästi selvittää tarvitseeko hän painelu-puhalluselvitystä. Ensimmäiseksi selvitetään onko autettava heräteltävissä äänekkäästi puhuttelemalla ja ravistelemalla. Jos autettava ei reagoi tähän, on soitettava hätänumeroon 112. Tämän jälkeen autettava käännetään selälleen, ellei hän jo ole, ja tarkistetaan hengitysteiden avoimuus kohottamalla leukaa ja kääntämällä päätä taaksepäin. Hengitys varmistetaan asettamalla poski autettavan suun eteen, jolloin poskella tulisi tuntua ilmavirtaus sekä samalla tarkastellaan rintakehän liikkeitä. Hengityksen tarkastamiseen saa käyttää enintään 10 sekuntia aikaa. Jos ilmavirtaus tuntuu ja rintakehällä näkyy hengityслиikkeitä, tulee autettava kääntää kylkiasentoon. Jos autettavan ei todetaan hengittävän, tulee painelu-puhalluselvitys aloittaa välittömästi. (Castrén ym. 2012; Elvytys 2011.)

Elvytys aloitetaan painelemalla 30 kertaa rintalastan keskeltä kädet päällekkäin asetettuna. Tämän jälkeen avataan hengitystiet kuten aiemmin, suljetaan autettavan sieraimet ja puhalletaan ilmaa autettavan suuhun kahdesti. Samalla tulee tarkkailla rintakehän liikkeitä, jotta ilma menee varmasti keuhkoihin. Painelu-puhalluselvitystä (kuvio 5) tulee jatkaa rytmillä 30 painelua ja 2 puhallusta, kunnes paikalle saapuu ensihoitohenkilökuntaa, jotka antavat luvan lopettaa, autettavan hengitys palautuu tai jos auttajan voimat ehtyvät eikä hän enää jaksa elvyttää. Jos paikalla on useampia henkilöitä, tulee elvyttäjää vaihtaa aina kahden minuutin välein, jotta se pysyy tehokkaana. (Castrén ym. 2012; Elvytys 2011.)



Kuvio 5. Aikuisen painelu-puhalluselvytys (Castrén ym. 2012)

6.3 Hengitysvaikeus

Elintoimintojen kannalta on välttämätöntä, että solut saavat happea, jotta ne eivät vaurioidu. Kaikenlaiset hengitysvaikeudet voivat johtaa vakavaan solujen hapenpuutteeseen, jolloin hengitystä ja hapen saantia on turvattava. Hengitysvaikeus ilmenee epänormaalina hengityksenä, jolloin hengitys voi olla esimerkiksi äänekästä, korisevaa, vinkuvaa, pinnallista tai haukkovaa. Hengenahdistuksesta kärsivällä voi olla vaikeuksia puhua ja hän on tuskainen ja hätäinen. Kasvojen väri voi olla muuttunut sinertäväksi tai harmaaksi hapenpuutteen takia. Hengitysvaikeuden taustalla voi olla hengitystiesairaus, hengityseste, sydänsairaus tai hengityslama. (Castrén ym. 2012; Hengitysvajaus 2014.)

Hengitysvaikeuden arvio on hankalaa ja se vaatii kokemusta. Erityisesti silloin, jos hengitysvaikeudesta kärsivällä on tiedossa oleva hengitykseen vaikuttava sairaus, kuten esimerkiksi astma tai keuhkohtaumatauti. Käytännössä hengitysvaikeuden vakavuutta on helppoa arvioida autettavan puheentuottokyvyn perusteella. Esimerkiksi juuri keuhkohtaumatautia sairastavalla hengitys voi olla epänormaalialia, mutta

hän on sopeutunut tilanteeseen ja kykenee puhumaan ongelmitta. (Kuisma ym. 2013, 305–306; Keuhkohtaumatauti 2014.) Jos autettava kykenee puhumaan vain yksittäisiä tai peräkkäisiä sanoja kerrallaan tulee lisäapua hälyttää heti. Ennen lisäavun saapumista tulee autettavan tilaa seurata tarkasti. Jos autettava lopettaa hengittämisen, eikä hänellä ole hengitysestettä, tulee aloittaa painelu-puhalluselytys. Hengitystie-esteet, kuten vierasesine, tulee poistaa lyömällä autettavaa kämmenellä lapaluiden väliin tai tarvittaessa Heimlichin otteella. (Castrén ym. 2012; Kuisma ym. 2013, 305 – 306; Kauppinen 2014.)

6.4 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriö eli AVH on yleisnimitys pitkäkestoisille tai ohimeneville neurologisia oireita aiheuttaville aivoverenkierron häiriöille. Aivoverenkiertohäiriöitä ovat aivoverenvuodot sekä paikalliset aivokudoksen verenkierron puutteet eli iskemiat. Aivoinfarktissa puolestaan kudostuho eli kuolio on pysyvä tila, joka ei palaudu. (Kuisma ym. 2013, 396–397.) Aivoverenkiertohäiriön saaneiden ennustetta parantaa merkittävästi aivohalvausoireiden tunnistaminen ja nopea hoidon aloittaminen. Vaikka oireet häviäisivät nopeasti, jolloin puhutaan niin sanotusta TIA kohtauksesta, tulee hoitoon hakeutua viiveettä. AVH oireita saanutta henkilöä hoidetaan aina aivoinfarktin saaneena, kunnes toisin pystytään osoittamaan. (Kuisma ym. 2013, 401; Junkkarinen 2014b.)

Aivoverenkierronhäiriön klassiset oireet ovat äkillinen toispuolinen halvaus tai lihasheikkous, puheen puuroutuminen ja suupielen roikkuminen. Aivoverenkierronhäiriön saanut voi myös mennä tajuttomaksi. Ennakoivina oireina etenkin aivoverenvuodossa voi olla päänsärkyä, valoarkuutta, tajunnan tason laskua sekä pahoinvointia. (Aivoinfarkti 2011; Junkkarinen 2014a.)

Epäiltäessä aivoverenkierron häiriötä tulisi autettavalta tutkia mahdolliset kasvojen ja raajojen toispuoliset lihasheikkoudet sekä puheentuottohäiriöt. Yläraajojen puolierot voidaan tutkia pyytämällä autettavaa nostamaan molemmat käsivartensa 90°:n kulmaan 10 sekunnin ajaksi ja havainnoimalla lähteekö toinen käsivarsi laskeutumaan ennen toista. Jos autettava ei tähän kykene, voidaan myös tutkia autettavan puristusvoimaa käsistä. Tällöin otetaan kiinni autettavan käsistä ja pyydetään häntä puristamaan niin kovasti kuin hän pystyy ja havainnoidaan samalla puolieroja. Kasvojen lihasheikkoutta arvioitaessa havainnoidaan suupielen mahdollinen roikkuminen sekä autettavaa pyydetään irvistämään, jolloin lihasheikkous näkyisi puolieroina. Puheentuoton häiriötä epäiltäessä voidaan autettavaa pyytää tunnistamaan jokin esine tai toistamaan jokin lause, jolloin havainnoidaan onko puhe puuromaista, takeltelevaa tai onko autettavalla kadonnut puhekyky kokonaan. (Kuisma ym. 2013, 403 – 404; Aivoinfarkti 2011.)

Jos autettavalla havaitaan AVH oireita, tulee hänet asettaa ehdottomaan lepoon ja soittaa hätänumeroon välittömästi. Oireiden alkuaikojen selvittäminen on tärkeää, koska se vaikuttaa oleellisesti jatkohoito toimenpiteisiin. Ensihoitohenkilöstölle olisi myös tärkeää kartoittaa autettavan aiempi toimintakyky ja ulkopuolisen avuntarve, koska se vaikuttaa tutkimusten ja hoidon intensiivisyyteen sairaalassa. (Castrén ym. 2012; Kuisma ym. 2013, 404.)

6.5 Äkillinen yleistilan lasku

Äkillinen yleistilan lasku on vanhusten kanssa toimiessa tuttu ilmiö. Yleistilan lasku ilmenee toimintakyvyn alenemisena, esimerkiksi jalkojen kantamattomuutena, muistamattomuutena tai sekavuutena. Mitä äkillisempi muutos on, sitä kiireellisempää hoitoa se vaatii. Taustalla vanhuksen yleistilan laskuun on yleensä kaatumisen aiheuttamat vammat, infektiot tai lääkkeiden haitta- tai yhteisvaikutukset. (Mustajoki & Uurto, 2015; Virtsatieinfektiot 2013.)

Vanhuksilla olevia pitkäaikaissairauksia tulisi seurata määrävälein, jotta pystytään tunnistamaan terveydentilassa tapahtuvia muutoksia. Havainnoimalla näitä seurantatuloksia, pystytään ennaltaehkäisemään oireiden äkillistä pahenemista. (Mustajoki & Uurto, 2015.)

Jos vanhuksen yleistila on äkillisesti heikentynyt, tulisi tutkimuksiin hakeutua nopeasti. Vanhus menettää lihasvoimia ja toimintakykyään nopeammin kuin nuori, joten hoito ja kuntoutus tulisi aloittaa viivästyttä. Hyvin täytetyllä päivystysläheteellä nopeutetaan tutkimusta sekä siitä saadaan arvokasta tietoa aiemmasta toimintakyvystä, terveydentilasta ja siinä tapahtuneista äkillisistä muutoksista. (Mustajoki & Uurto 2015.)

6.6 Sokeritasapainon häiriöt

6.6.1 Hypoglykemia

Veren sokeripitoisuuden liiallinen pieneneminen eli hypoglykemia on kiireellisin ja vaarallisin sokeritasapainon häiriö. Tilaa kutsutaan myös nimellä insuliinishokki. Tätä tulee epäillä ensimmäisenä, jos diabeetikosta tulee äkillisesti huonovointinen. Muita oireita voi olla hikoilu, vapina, kalpeus, heikotus, levottomuus, ärtyisyys, epäselvä puhe, kaksoiskuvat, horjuva liikkuminen, tajuttomuus ja kouristelu. (Kuisma ym. 2013, 484; Nikkanen 2014b.)

Autettavalta mitataan verensokeri, jos käytössä on verensokerimittari. Hypoglykemian rajana pidetään < 3,9 mmol/l. Tajuissaan olevalle voidaan antaa ensiapuna esimerkiksi sokeripitoista mehua, sokeritabletteja tai hunajaa, joilla pyritään nostamaan veren sokeripitoisuutta. Jos autettava on tajuton, tulee soittaa hätänumeroon, asettaa hänet kylkiasentoon ja huolehtia hengityksestä. Tajuttomalle ei tukehtumisvaaran takia saa laittaa mitään suuhun. (Castrén ym. 2012; Kuisma ym. 2013, 484.) Jos autettavalle on määrätty veren sokeripitoisuutta nostava glukagonipistos, voidaan se hänen ollessaan tajuton antaa ohjeiden mukaisesti (Mustajoki 2015).

6.6.2 Hyperglykemia

Veren sokeripitoisuuden liiallinen kohoaminen eli hyperglykemia on harvinaisempi sokeritasapainon häiriö. Tällöin virtsaan erittyy paljon happoja korkean verensokeripitoisuuden vuoksi, jonka vuoksi tilasta käytetään myös nimitystä happomyrkytys. Hyperglykemia voi edetessään johtaa tajuttomuuteen eli koomaan, joka on hengenvaarallinen tila. Hyperglykemian oireita ovat esimerkiksi runsas juominen ja tiheä virtsaaminen, pahoinvointi, väsymys, vatsakivut, asetonin haju hengityksessä, uneliaisuus ja tajunnan häiriöt. (Castrén ym. 2012; Kuisma ym. 2013, 485; Diabetes 2013.)

Hyperglykemisen autettavan sokeripitoisuus on yleensä yli 20-25mmol/l. Kuitenkin jos autettava on hyväkuntoinen voi kyseessä olla huonosti sairauttansa hoitava aikuistyyppin diabeetikko. Jos autettavalla ilmenee hyperglykemian oireita, tulee soittaa hätänumeroon, asettaa tajuton autettava kylkiasentoon ja huolehtia riittävästä hengityksestä. Veren sokeripitoisuutta ei saa alkaa korjaamaan äkillisesti insuliinilla, vaan se tulee tehdä hallitusti sairaalaympäristössä yhdessä elektrolyyttikorjauksen kanssa. (Kuisma ym. 2013, 485; Diabetes 2013; Nikkanen 2014a.)

6.7 Kaatumistapaturmat

Kaatumiset ja putoamiset ovat iäkkäiden henkilöiden yleisimpiä tapaturmia. Joka kolmas kotona asuva yli 65-vuotias kaatuu vähintään kerran vuodessa ja joka toinen kun ikää tulee yli 80 vuotta. Kuten voimme päätellä, niin iän myötä myös kaatumisriski suurenee. Huomion arvoista on myös se, että jos iäkäs on jo kerran kaatunut, on hänen kaatumisriskinsä suurempi tulevaisuudessa. Matalalta putoamis- ja kaatumistapaturmat ovat yleisin ei-sairasperusteinen kuolinsyy yli 65 – vuotiailla. (Mankkinen 2011, 13.) Iäkkäiden kaatumisista aiheutuu terveyden- ja sairaanhuollon kustannuksia huomattava määrä, koska iän karttuessa ja kehon haurastuessa vammojen laatu myös vaatii herkemmin ammattiapua. Tapaturmaisista kuolemista yli 65-vuotiailla kaatumiset

aiheuttavat miehillä 65 % ja naisilla 77 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 7–8.)

Kaatumisen taustalla olevat syyt jaotellaan sisäisiin ja ulkoisiin vaaratekijöihin. Sisäisiä vaaratekijöitä ovat muun muassa liikkumiseen liittyvät vaikeudet, kaatumisen pelko, lääkitys ja sairaudet, kivut sekä heikentynyt näkö. Ulkoisia tekijöitä ovat puolestaan epätasainen tai liukas kävelypinta, huono valaistus, kompastuminen mattoon ja sopimattomat jalkineet tai apuvälineet. Huomionarvoista on että tutkimusten mukaan jopa 40 % kotona asuvien iäkkäiden kaatumisista olisi ehkäistävissä. (Mankkinen 2011, 14; McClure, Turner, Peel, Spinks, Eakin & Hughes 2007.) Lahden kaupungin kotihoidossa onkin käytössä IKINÄ – malli, jonka avulla pyritään ehkäisemään kaatumisia sekä kaikille asiakkaille tehdään aktiivisesti kaatumisvaaran arviointia eli FROP:ia (Pajala 2012, 15).

Kaatumisvamman ensihoidon tulee olla aktiivista alusta alkaen. Pehmytkudosvammojen ja murtumien ensihoitona käytetään kolmen K:n periaatetta eli kylmä, koho ja kompressio. Vamma-alueelle alkaa vamman seurauksena purkautua solunestettä ja verta, joka muodostaa turvotusta paikallisesti. Vamma-alueelle tulisi antaa kylmähoitoa esimerkiksi jääpusseilla noin 30 minuutin jaksoissa sekä siihen olisi hyvä laittaa paineside. Vammautunutta raajaa tulisi pitää kohoasennossa. Vamman ollessa vähäinen voidaan se hoitaa kotona kylmähoidon ja puristussiteen avulla. Heti alusta lähtien vammautunutta raajaa tulisi käyttää kivun sallimissa rajoissa, jotta omatoimisuus ja liikuntakyky pystytään säilyttämään ennallaan. (Honkanen ym. 2008, 17; Vuorensola 2014.)

Vamman ollessa iso tai jos siinä epäillään murtumaa, tulisi hakeutua lääkärin tutkimuksiin edellä mainittujen ensiaputoimenpiteiden jälkeen (Honkanen ym. 2008, 17). Jos murtumaa epäillään lonkassa, lantiossa, selkä- tai kaularangassa on apua soitettava hätänumerosta. Näissä murtumissa verenvuoto on suurta ja on suuri vaara että autettava joutuu sokkitilaan. Tällöin häntä tulee rauhoitella ja antaa oireenmukaista ensiapua. Selkärangamurtuma epäiltyä ei saa liikuttaa siitä asennosta

mistä hänet on löydetty, ellei se ole hänen hengen pelastamisen kannalta välttämätöntä. Kaularankamurtumaepäilyyn päätä ja kaularankaa tulee tukea kaksin käsin ja huolehtia hengitysteiden avoimuudesta. (Castrén ym. 2012; Selkäydinvamma 2012; Lonkkamurtuma 2011.)

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN TOTEUTUMINEN

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ohjeistaa, opastaa, järjesträä tai järjestää käytännön toimintaa ammatillisella kentällä (Vilka & Airaksinen 2003, 9).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutetaan kirjallinen raportti tutkimusviestinnän vaatimusten mukaisesti sekä jokin tuotos. Raportti sisältää kuvauksen opinnäytetyöprosessin vaiheista ja siinä avataan tarkasti keskeiset käsitteet sekä aiheen rajaukset. Raportissa pohditaan ja arvioidaan myös omaa oppimista. Jotta raportti täyttäisi myös tutkimusviestinnän vaatimukset, tulisi siinä perustella tehdyt väittämät ja valinnat. Tekstin tulisi pysyä asiatyylisenä sekä johdonmukaisena kokonaisuutena ja huomiota tulisi kiinnittää oikeaoppiseen lähteiden käyttöön. Tuotoksen tarkoituksena on puolestaan puhutella kohde- tai käyttäjäryhmää, joten sen tekstuaalinen asu on erilainen kuin kirjallisessa raportissa. (Vilka ym. 2003, 65–66.)

7.2 Tiedonhaku

Tiedonhaun prosessi alkoi tiedonhakuklinikka käynnillä. Siellä informaation opastuksella kerrattiin tiedonhaun periaatteita ja tutustuttiin eri tietokantoihin. Ennen tiedonhakua määriteltiin asiasanat, joiksi muodostui ensiapu, ikääntyneet, kotihoito, opas ja tapaturmat. Hakutermit on tarkistettu yleisestä suomalaisesta asiasanastosta eli YSA:sta sekä terveysalan asiasanastosta eli FinMeSH:istä. Ikääntynyt otettiin asiasanaksi kotihoidon rinnalle, jolloin saatiin tarkennettua hakua oikeaan kohderyhmään soveltuvaksi. Englanninkielisistä tietoa haettiin sanoilla first aid, accidents, elderly people ja guide sekä hakua tarkennettiin sanalla nursing. Myös englanninkieliset asiasanat tarkastettiin terveysalan asiasanastosta eli MeSH:istä.

Tiedonhaussa (kuvio 6) käytettiin systemaattista hakua tietokannoista Medic, Finna ja Arto. Englanninkielisiä hakuja tehtiin Cinahl ja Cochrane tietokannoista. Jo alkuvaiheessa kävi ilmi, että tutkittua tietoa missä käsitellään ensiaputilanteita kotihoidossa, on olemattomasti. Tämän vuoksi tietoa haettiin paljon manuaalisesti käyttämällä löydettyjen artikkeleiden ja väitöskirjojen lähdeluetteloita.

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> - Hakutulokset ovat joko suomen tai englanninkielisiä - Hakutulokset ovat joko tutkimusartikkeleita, ammatillista kirjallisuutta tai ammatillisia ohjeistuksia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Julkaistu ennen vuotta 2005 - Akuuttitilanteita käsitellään sairaalan tai jatkohoidon kannalta tai ne koskevat lapsia, mielenterveyttä tai muita työstä rajattuja aihealueita.

Kuvio 6. Tiedonhaun kriteerit.

Lähteiden luotettavuutta arvioitiin ja tietoperustaa muodostaessa käytettiin näyttöön perustuvaa ja tutkittua tietoa. Erityisesti ensiaputilanteiden toimintaohjeistus varmistettiin käypä hoito – suosituksista, sairaanhoitajan käsikirjasta ja alan kirjallisuudesta.

7.3 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Oppaan suunnittelu aloitettiin opinnäytetyöprosessin alussa keskustelemalla sen tarpeellisuudesta toimeksiantajan kanssa. Keskustan alueen palveluesimiehelle esiteltiin otsikkotasolle edistynyt alustava suunnitelma työstä. Oppaan sisältörunkoon tehtiin pieniä muutoksia yhdessä työelämäyhteistyökumppanin kanssa ja siitä saatiin koottua molempia osapuolia miellyttävä kokonaisuus. Tulevan oppaan tarpeellisuus selventyi heti opinnäytetyön alussa ja tarve näyttäisi olevan suuri. Toukokuussa 2015 idea esiteltiin työyhteisölle työkokouksessa, jossa aihe sai myös paljon kannatusta. Samaan aikaan alkoi yhteistyö myös opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa.

Tämän jälkeen aloitettiin keräämään teoriapohjaa oppaan keskeisistä asioista. Samalla käynnistyi myös opinnäytetyön teoriaosuuden tiedon keruu. Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän oppaan on tarkoitus olla tukena kotihoidon työntekijöille heidän kohdatessaan työssään ensiapua vaativia tilanteita. Opas tarjoaa ytimekkäästi oleellista, paikkaan sovellettua ja ajantasaista teoriatietoa ensiavusta. Se toimii sekä opiskeluvälineenä, että oikean tiedon tarkistamisessa. Jotta opasta voidaan käyttää myös itse ensiaputilanteessa asioiden varmistamiseen, tulee sen olla selkeä ja helppolukuinen, jotta tarvittavat asiat löytyvät nopeasti (Hyvärinen 2005).

Hyvässä oppaassa tulisi käyttää mahdollisimman paljon yleiskielen sanoja tai ainakin pyrkiä selittämään hankalat ilmaukset, jotta teksti ei etäännytä lukijaa ja tee tutusta asiasta vierasta. Oikeinkirjoitukseen tulee kiinnittää huomiota, koska viimeistelemätön teksti hankaloittaa ymmärrystä ja aiheuttaa epäilyä jopa kirjoittajan ammattitaidosta. Asioiden esitystavan on oltava kunnossa, koska pelkästään sisältö ei tee oppaasta hyvää. (Hyvärinen 2005.)

Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin elokuussa 2015, jonka jälkeen oppaasta luotiin ensimmäinen versio. Oppaan ensimmäisestä versiosta tuli 17-sivuinen. Kansilehden ja otsikoiden väriyty oli punasävyinen, mikä toistui oppaan sivuilla myös kaavioiden pohjaväriytyksessä. Oppaassa oli varattu yksi aukeama yhdelle aihealueelle. Vasemmalta sivulta löytyi nopeaan tarkistamiseen soveltuvat kaaviot ja oikealta sivulta tarkemmat selitykset kyseisestä ensiaputilanteesta. Teemoiksi valittiin: ensiaputilanteiden arviointi kotihoidossa, ABCD -menetelmä, rintakipu, elottomuus, hengitysvaikeus, aivoverenkiertohäiriöt, äkillinen yleistilan lasku, sokeritasapainon häiriöt ja kaatumistapaturmat.

Opas oli marraskuussa 2015 koekäytössä kotihoidossa kahden viikon ajan, jonka päätteeksi henkilöstöä pyydettiin vastaamaan kirjallisesti kyselyyn koskien opasta. (liite 1) Palautteen avulla oli tarkoitus kerätä tietoa oppaan hyödynnettävyydestä ja toimivuudesta, visuaalisesta

ilmeestä ja selkeydestä. Kysely tehtiin laadullisella menetelmällä ja siinä vastattiin kahteen avoimeen kysymykseen, jotka olivat: ”Kuvaile avoimesti mielipiteesi oppaasta” ja ”Millaisia kehittämisehdotuksia antaisit oppaan tekijälle?”. Kysymysten vastaukset analysoitiin soveltaen sisällönanalyysiä, koska sen avulla aineistosta saadaan muodostettua tiivistetty kuvaus (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Sisällönanalyysi aloitettiin luokittelemalla samanlaiset ilmaisut ryhmiksi, joita muodostui ensimmäisestä kysymyksestä viisi ja toisesta kysymyksestä kolme. Tämän jälkeen ilmaisut pelkistettiin ja niistä muodostettiin alakategoriat, joita tuli ensimmäisestä kysymyksestä viisi ja toisesta kysymyksestä kolme. (liite 2)

Kyselyyn vastasi nimettömästi 12 kotihoidon työntekijää. Kysymyksellä ”kuvaile avoimesti mielipiteesi oppaasta” haettiin yleistä mielipidettä oppaasta. Opas muodostettiin kaksiosaiseksi, jolloin se toimii sekä opiskelumateriaalina sekä ensiaputilanteissa tiedon tarkistamiseen. Vasemman sivun kaaviot, joista nopeita tarkistuksia pystyy tekemään, koettiin tarpeellisiksi ja selkeiksi.

hyvä kun on erikseen taulukko josta saa pika avun

Kaaviot selkeyttävät opasta ja auttavat tilanteissa nopeaan tarkastukseen

Kokonaisuutena opas sai paljon positiivista palautetta selkeydestä ja monipuolisuudesta.

Asiat ovat erittäin selkeästi kirjoitettu ja järjestetty

yksinkertainen, mutta monipuolinen

Kokonaisuudessaan selkeä opas

Kyselyn perusteella opas koettiin toivotuksi ja tarpeelliseksi apuvälineeksi. Työntekijöiden mielestä oppaaseen on myös pystytty valitsemaan juuri kotihoitoon soveltuvat tärkeät teoriatiedot ensiavusta.

Opas auttaa varmastikin kotihoidon työssä käytännön tilanteissa

Erittäin toivottu apuväline kotihoitoon

tällainen opas on erittäin mielenkiintoinen ja hyvä apuväline

Oppaaseen valitut asiat tärkeitä ja olennaisia kotihoidossa

Siinä on myös kaikki oleellinen koottuna

Opasta oli palautteiden perusteella arvioimassa niin kotihoidossa pidempään työskennelleitä kuin alan opiskelijoitakin. Molemmat ryhmät kokivat oppaan tarpeelliseksi työssään.

On kiva muistella yksinkertaisiakin asioita, jotka unohtaa kun niitä ei tarvitse käyttää

Tällainen opas olisi kiva antaa jokaiselle opiskelijalle

Toisella kysymyksellä ”millaisia kehittämissuhteita antaisit oppaan tekijälle” pyrittiin saamaan kehittämissuhteita mahdollisimman laajasti koskien koko opasta. Tämän takia kysymys jätettiin hyvin pelkistetyksi, jottei se johdattelisi vastaamaan vain yhteen osa-alueeseen. Neljän kyselyyn vastanneen mielestä oppaan teksti osuus oli liian pienellä fontilla, mikä vaikeutti oppaan käyttöä. Samalla myös kaaviot koettiin liian pieniksi sekä niiden värityksen haittaavan lukemista.

Tekstit melko pienellä fontilla

Fontit voivat olla isommat. Monella hoitajalla huono lähinäkö

Taulukot voisi olla hieman isommat myös, jotta näkisi kaivamatta rillejä

Hypoglykemia ja hyperglykemia ei oikein näy, kun ovat punaisella tekstillä oranssia pohjaa vasten

Kehittämisehdotuksena saatiin myös pieniä muutosehdotuksia, jotka helpottaisivat oppaan käyttöä. Samoin oikeinkirjoitusta toivottiin vielä tarkistettavan.

Saisiko oppaaseen sivunumerot? Olisi helpompi pyytää katsomaan tietystä kohdasta

Katsotko vielä tarvittavat pilkut ym. paikalleen

Opasta muokattiin saatujen palautteiden mukaisesti. Fonttikokoa suurennettiin, jonka johdosta teoriaosuudet eivät mahtuneet enää yhdelle aukeamalle. Tämä saatiin ratkaistua muuttamalla oppaan sivun reunuksen asetuksia, jolloin saatiin yksi teoriaosuus mahtumaan yhdelle aukeamalle. Kaavioita myös suurennettiin ja niiden värityksiä muutettiin, jotta tekstit näkyvät selkeästi. Oppaaseen laitettiin myös sivunumerot. Kansilehdelle laitettiin Lahden ammattikorkeakoulun sekä Lahden Kaupungin logot. Oikeinkirjoitusta myös tarkistettiin. Opas oli tarkoitus saada myös kotihoidon lääkärin tarkistettavaksi kyselyn toteutuksen yhteydessä, mutta tämä ei toteutunut kielimuurin takia. Lääkärin tarkastus olisi tuonut oppaalle paljon lisäarvoa, joten tämä oli yksi suurimmista takaiskuista oppaan tekemisessä.

Opas toteutettiin paperisena versiona, jolloin se kulkee jokaisen kotihoidon työntekijän mukana asiakaskäynneillä. Opas luovutetaan toimeksiantajalle myös sähköisessä muodossa sekä heille annetaan muutosoikeudet oppaan päivittämistä varten. Opinnäytetyön tekemisestä ei aiheudu muita kuin oppaan tulostus kuluja, jotka tulivat toimeksiantajan maksettaviksi.

Valmiista oppaasta tuli 17-sivuinen tiivis tietopaketti. Oppaan kansilehdelle tulivat Lahden Kaupungin ja Lahden ammattikorkeakoulun logot. Koko oppaan värimaailma on punasävyinen, millä yritetään luoda yhtenäisyyttä erilaisten aihealueiden välille. Oppaassa on yhdelle aiheelle varattu aukeaman verran tilaa. Vasemman puoleiselta sivulta löytyy jokaisesta aihealueesta helppolukuiset kaaviot, joita pystyy käyttämään ensiaputilanteessa asioiden tarkistamiseen. Oikean puoleisella sivulla

löytyy tarkempi kuvaus kyseisestä ensiaputilanteesta, josta voi opiskella asiaa tarkemmin. (Liite 3.)

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Lahden ammattikorkeakoulun toiminnallisen opinnäytetyön arviointikriteereissä korostuu aiheeseen perehtyminen luotettavan tiedonhaun kautta. Työssä käytettyjä lähteitä tulee kyetä arvioimaan ja perustelemaan. Toiminnallisen opinnäytetyön tekijän tulisi pystyä kehittämään työelämää tavoitteellisesti toteuttamansa tuotoksen avulla. Tämän lisäksi tekijä tuottaa prosessista havainnollisen raportin. (Lahden ammattikorkeakoulu 2015.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista ja opettavaista. Sairaanhoidajan opintoihin kuuluu Lahden ammattikorkeakoulussa perusteet hoitotieteistä sekä tutkimus- ja kehitysmenetelmistä, joiden avulla työlle pystyttiin luomaan vahva tietoperusta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy vahvasti teoria ja käytäntö. Näiden kahden yhdistäminen oli ajoittain hankalaa, koska lähteitä, joissa käsiteltiin nimenomaan kotihoidon työntekijän kannalta ensiaputilanteissa toimimista, ei ollut. Työn tekemisen ehdottomana edellytyksenä onkin ollut tekijän aiempi työkokemus kotihoidosta, jonka avulla teoria on pystytty yhdistämään kotihoidon arkeen. Työn vahvuutena on vankka näyttöön perustuva ja luotettavista lähteistä kasattu hoitotieteellinen tietoperusta ensiaputilanteista.

Opinnäytetyö prosessi käynnistyi aiheen pohtimisella ja hahmottelulla tammikuussa 2015. Alusta alkaen oli selvää että työ tulee olemaan toiminnallinen ja liittymään akuuttihoitotyöhön jollain tavalla. Idea kotihoitoon tehtävästä oppaasta muotoutui kotihoidon harjoittelujakson aikana huhtikuussa 2015, jolloin myös ilmoitauduin opinnäytetyöprosessiin. Aihe tuntui heti omalta ja mielenkiinto siihen on säilynyt vahvana koko prosessin ajan.

Työskentely opinnäytetyön parissa alkoi aiheeseen tutustumalla sekä sen rajauksella, johon apua saatiin myös toimeksiantajalta sekä ohjaavalta opettajalta. Alkuperäinen suunnitelma vaikutti toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan mielestä liian kunnianhimoiselta ja siitä rajattiin heti yksi ensiaputilanne, shokkipotilaan hoito, pois. Sekä toimeksiantaja että ohjaava opettaja olisi halunnut rajata työtä lisää sen laajuuden takia, mutta muilta osin pitäydyttiin alkuperäisessä suunnitelmassa. Mielestäni oppaan aihealueet olivat kaikki tärkeitä sisällyttää työhön. Elottoman potilaan hoidon pois jättämistä pohdittiin näiden tilanteiden vähyyden takia. Pidin kuitenkin tärkeänä, että elottoman potilaan hoito pidetään mukana oppaassa. Vaikka elvytystilanteisiin harvoin joudutaan kotihoidossa, on elvytys yksi kriittisimpiä ensiaputilanteita, missä korostuu hoitajan osaaminen.

Opinnäytetyö osoittautui oletusten mukaan varsin laajaksi. Jos palaisin prosessin alkuun, etsisin mahdollisesti toisen opiskelijan, jonka kanssa tehdä työ ja puolittaa työmäärä, kun aihetta ei haluttu rajata enempää. Opinnäytetyön aihe ja tulevan oppaan hahmotelma esiteltiin toimeksiantajan työyhteisössä toukokuussa 2015, jolloin aihe sai kannatusta ja positiivista palautetta sen tarpeellisuudesta. Työn keskeisiä käsitteitä pohdittiin pitkään ja ne muuttuivat työn mukana lähes koko prosessin ajan. Tarkoitus ja tavoite ovat olleet selkeitä alusta asti ja niiden auki kirjoittaminen sujui helposti.

Opinnäytetyön teoriapohja kerättiin lähes kokonaisuudessaan kesän 2015 aikana. Teoriapohja kerättiin prosessin alussa suunnitellun aiheen rajauksen perusteella ja siihen ei muutoksia jälkikäteen tehty. Tietoperustaa kerätessä pidettiin mielessä aiheen tarkka määritelmä eli kotihoitajan rooli somaattisissa ensiaputilanteissa. Tämä vaikeutti tiedonhakua oleellisesti, koska tutkittua tietoa aiheesta on olemattomasti. Opinnäytetyön otsikko muotoutui teoriapohjan kautta ennen suunnitelmaseminaaria, ja siihen olen ollut tyytyväinen. Otsikon tulee kuvata työtä mahdollisimman tarkasti sekä lyhyesti, ja mielestäni tässä onnistuin hyvin.

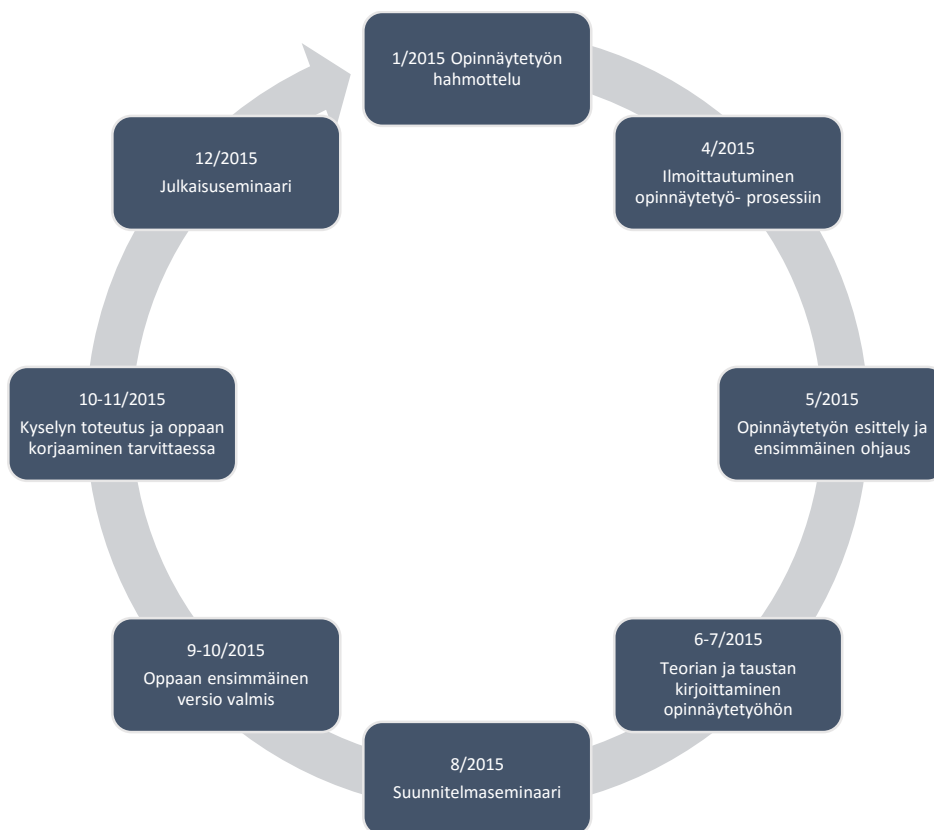
Suunnitelmaseminaarissa elokuussa 2015 oli paikalla myös työelämän edustajia, ja koko yleisöltä tuli erittäin kannustavaa ja positiivista palautetta työn luonteesta. Syksyllä 2015 tuotettiin itse opas kerätyn teoriatiedon pohjalta. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellinen osuus tapahtui oppaan valmistuksessa, jolloin avuksi otettiin työelämän edustajat. Heille toteutettiin laadullinen kysely oppaasta, minkä avulla opasta pyrittiin kehittämään juuri heitä palvelevaksi. Samalla työn tietoperustaa vielä kasvatettiin.

Opinnäytetyöprosessiin kuuluvat suunnitelma- sekä julkaisuseminaarit ja ohjaustapaamiset opettajan kanssa. Näiden avulla oli helppo rytmillä työskentelyä ja kirjoittamista. Prosessiluontoinen työskentely oli tavallaan ennestään jo tuttua, koska olen toiminut urheiluseuroissa valmentajana useita vuosia. Aikataulut, suunnittelu ja prosessin arviointi olivat ennestään selkeitä käsitteitä ja pystyin hyödyntämään näiltä osin valmennus taustaani tässä työssä.

Tein opinnäytetyön yksin ja olen ollut tähän päätökseen todella tyytyväinen. Olen saanut määritellä aikataulun kirjoittamisen suhteen itselleni sopivaksi. Joinain päivinä, kun kirjoittaminen ei ole luistanut, olen voinut pitää taukoa muutamia päiviä uusia ideoita keräten. Yksin työtä tehdessä on myös ollut se hyöty, että tekstiasu pysyy yhtenäisenä koko ajan. Toisaalta välillä olisi kaivannut toista ihmistä oikolukemaan työtä, erityisesti kieliopin suhteen, mutta tähän olen saanut runsaasti apua lähipiiristäni. Vaikka työn teinkin yksin, olen päässyt harjaantumaan myös tiimityössä pitäessäni toimeksiantajan tiiviisti mukana työn tekemisessä.

Opinnäytetyö on edennyt aikataulun mukaan ja yhteistyökumppani on ollut joustava sen suhteen. Työskennellessä on päässyt tekemään paljon itsenäisiä päätöksiä ja valintoja työn parantamiseksi, jotka on myöhemmin vahvistettu ohjaavalta opettajalta sekä toimeksiantajalta. Ohjaavan opettajan, toimeksiantajan, seminaariyleisön sekä muiden ulkopuolisten henkilöiden palaute työstä on auttanut näkemään työtä erilaisista kulmista ja kehittämään sitä, erityisesti silloin kun se on tuntunut jo valmiilta.

Kuviossa seitsemän on esitetty opinnäytetyön etenemisen vaiheet ja aikataulu.



Kuvio 7. Opinnäytetyön vaiheet ja aikataulu

Opinnäytetyön osien, eli opinnäytetyöraportin ja oppaan, työstäminen samaan aikaan on ollut luontevaa, koska opas pohjautuu opinnäytetyöraportin teoriapohjaan. Vaikka molemmissa tuotoksissa työn tavoitteet ovat erilaiset työn eri vaiheissa, ovat ne sitoutuneet toisiinsa vahvan teoriapohjan ansiosta. Koska opas suunnattiin hoitoalan ammattilaisille, oli oppaan tekstiasu luontevaa pitää asiatyyliltään samanlaisena, kuin se on opinnäytetyöraportissakin.

Potilasturvallisuus määritellään terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksilöiden toiminnoiksi ja periaatteiksi, joilla suojataan potilasta vahingoittumiselta ja varmistetaan hoidon turvallisuutta (Stakes 2006, 6). Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 8. §) edellyttää että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Opas on kasattu näyttöön perustuvasta tiedosta ja

sen tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä ensiaputilanteiden hoidossa, joten voidaan kiistattomasti sanoa sen parantavan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta Lahden kaupungin kotihoidossa.

Ensiaputilanteiden tietoperusta on laadittu pääasiassa käypä hoito -suositusten, sairaanhoitajan käsikirjan ja ammattikirjallisuuden pohjalta. Käypä hoito –suosituksia ja ensiaputilanteiden ohjeistuksia päivitetään jatkuvasti vastaamaan uusinta tutkittua tietoa. Näin ollen ensiapuohjeet saattavat muuttua tulevaisuudessa erilaisiksi, kuin mitä ne ovat tänä päivänä. Tämän vuoksi työn hyödynnettävyyttä on mietittävä myös tulevaisuuden kannalta. Valmiin oppaan päivitysoikeudet siirretään Lahden kaupungille sen lopullisen luovutuksen yhteydessä. Näin varmistetaan oppaan hyödyllisyys myös jatkossa, jos ensiapuohjeet muuttuvat.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikka -käsite tarkoittaa tapoihin liittyviä asioita. Etiikka yhdistetään vahvasti sanoihin moraali ja siveellinen. Etiikka on moraalin tietoista pohtimista ja tarkastelua. (Kivimäki 2012,10.) Florence Nightingale on kirjassaan, *Notes on Nursing*, pohtinut sairaanhoitajien eettisiä ohjeistuksia hoitotyön kutsumuksen näkökulmasta: ”*Eniten pistää silmään monissa naisissa, jotka sanovat itseään sairaanhoitajiksi, se, etteivät he ole opetelleet edes sairaanhoitajan aakkosia. Hoitajan pitäisi tietää ensiksikin, mitä sairas ihminen on, toiseksi, miten häntä on kohdeltava ja kolmanneksi, että hänen potilaansa on sairas ihminen*

eikä eläin. Mitä on kutsumus johonkin? Eikö se ole sitä, että teette työnne tyydyttääksenne omaa ylevää käsitystänne siitä, mikä on oikein, parasta, eikä ilmijoutumisen pelosta, jos ette niin tee? Tämä on sitä innostusta, jota jokaisen, suutarista kuvanveistäjään saakka, täytyy tuntea voidakseen todella seurata kutsumustaan. Sairaanhoidajan tehtäviin ei kuulu askarrella kenkien enempää kuin taltan ja marmorinkaan parissa, vaan ihmisolentojen, ja ellei hän omaksi tyydytykseksensä huolehdi potilaistaan, eivät mitkään käskyt voi tehdä häntä kykeneväksi siihen.” (Nightingale 1964. Sairaanhoidosta 1987, 148-149.)

Hoitotyön arvot ja periaatteet, joiden mukaan ihminen on ainutlaatuinen ja vastuullinen sekä oikeutettu osallistumaan omaan hoitoonsa, luovat eettisen arvoperustan myös ensiaputilanteisiin. Ihmisellä on oikeus hyvään kohteluun tilanteessa, jossa omat voimavarat tai kyvyt eivät riitä pitämään itsestään huolta. Kun ensiaputilanteessa arvioidaan potilaan tilaa, priorisoidaan ongelmia ja tehdään ratkaisuja ihmisen pelastamiseksi tai hoitamiseksi, voidaan sanoa että ensiaputilanteessa jokainen tehty valinta on eettinen ratkaisu. (Otra-Aho 2013, 24.)

Eettisen päätöksenteon tavoitteena on edistää hoitoon liittyvissä toiminnoissa hyvää ja välttää pahaa. Taustalla eettisessä päätöksenteossa on moraalisten ja eettisten tekijöiden kriittistä tarkastelua arvioimalla ja oikeuttamalla perusteluita hoidolle. Päätöksentekoon vaikuttavat hoitajan omat arvot sekä uskomukset ja ammattiin liittyvät eettiset ohjeet. Ensiaputilanteessa eettiset päätökset on tehtävä perustuen saatavilla olevaan tietoon ja päätöksentekijän eettisiin käsityksiin. Eettinen osaaminen on osa hyvää ammattitaitoa. Hoitotyössä, ja erityisesti ensiaputilanteissa, asiakkaan kohtaaminen on kriisin keskellä olevan ihmisen kohtaamista. Tämän vuoksi hoitajan tulisi ymmärtää kohtaamisen merkitys kriisitilanteessa. Keskeisiä osaamisvalmiuksia ensiaputilanteessa olevien asiakkaiden kohtaamisessa on aito läsnäolo, näkeminen näkyvän taakse ja kyky ymmärtää potilaan viesti hyvinkin toisenlaisen viestinnän alta. (Otra-Aho 2013, 24 – 25; Brunou 2009, 32-33.)

Kivimäen (2012, 52) päättötyön tutkimuksessa, jossa kyseltiin sairaanhoitajien mielipiteitä etiikasta, tulee ilmi että eettistä toimintaa estää ensisijaisesti kiire ja ajan puute.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ohjeistaa, opastaa, järjesträä tai järjestää käytännön toimintaa ammatillisella kentällä (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut ohjeistaa käytännön toimintaa kotihoidossa. Omasta mielestäni sekä oppaasta saadun palautteen perusteella tässä on onnistuttu kiitettävästi. Opinnäytetyön tarve on perusteltu kattavasti luvuissa 2.2 ja 2.3. Luvussa 6.2 esiteltiin toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamista (Vilka & Airaksinen 2003, 65-66). Tämän opinnäytetyöraportin voidaan katsoa täyttävän tutkimusviestinnän vaatimukset, koska työ pysyy johdonmukaisena ja on asiatyylinen. Työssä on myös perusteltu kattavasti tehdyt väittämät ja valinnat, esimerkiksi kotihoidon asiakaskunnan muuttuminen sairaammaksi sekä tapaturma-alttiimmaksi ja aiheen rajaukset.

8.3 Jatkokehitysideat

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tuotettiin Lahden kaupungin kotihoidolle opas yleisimpien somaattisten ensiapua vaativien tilanteiden tunnistamisesta ja hoidosta. Opas tuotettiin paperisena versiona ja toimeksiantajalle luovutettiin myös sähköinen versio työstä, jolloin opasta pystyy päivittämään. Oppaan on tarkoitus olla työntekijän tukena asiakkaan luona hänen kohdatessaan ensiaputilanteita sekä sitä voi hyödyntää opiskelumateriaalina.

Jatkokehitysideana ehdotettaisiin, että tulevaisuudessa tehtäisiin tutkimus oppaan toimivuudesta ja sen vaikuttavuudesta käytännön työssä.

Jatkossa opasta voisi myös laajentaa käsittelemään muitakin ensiapua vaativia tilanteita, esimerkiksi tästä työstä rajattu shokkipotilaan hoito tai mielenterveydelliset ensiaputilanteet. Kotihoidon työntekijöillä on nykyään oltava matkapuhelin, millä he pääsevät asiakkaalle sisään sähkölukon

avulla ja kirjaavat. Oppaasta voisi tulevaisuudessa tehdä sovelluksen puhelimeen, jolloin se kulkisi kätevästi työntekijän mukana.

LÄHTEET

Aho, T. & Porola, P. 2013. Sydäninfarktin toteaminen. Käypä hoito -suositukset. Duodecim. [Viitattu:13.8.2015] Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=F5CF87F0F7066A6318EAD6867AF2B62A?id=khp00033>

Aivoinfarkti. 2011. Aivoinfarkti. Käypä hoito –suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>

Brunou, S. 2009. Sairaanhoidajaopiskelijoiden ohjattujen käytännön harjoitteluiden aikana ilmenneet eettiset ongelmat. Väitöskirja. Turun yliopisto. [Viitattu:13.11.2015] Saatavilla:

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/50487/AnnalesC292Brunou.pdf?sequence=>

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapuopas. Duodecim –terveyskirjasto. [Viitattu:10.8.2015] Saatavilla:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=106&p_teos=spr

Dean, R. & Mulligan, J. 2009a. Initial management of patients in an emergency situation. Nursing standard 8/2009 no.5. [Viitattu:8.8.2015] Saatavilla:

<http://web.b.ebscohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5e2f029f-91dc-4b48-a4d4-b57891a584ee%40sessionmgr111&vid=0&hid=115>

Dean, R. & Mulligan, J. 2009b. Management of home emergencies. Nursing standard 8/2009 no.6. [Viitattu:8.8.2015] Saatavilla:

<http://web.b.ebscohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fe77ecea-1125-4c2a-a6ba-7e775e1aae5b%40sessionmgr113&vid=0&hid=115>

Diabetes. 2013. Diabetes. Käypä hoito –suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056>

Elvytys. 2011. Elvytys. Käypä hoito –suositukset. Duodecim.

[Viitattu:9.11.2015] Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010>

Gupta, S. 2009. Your Guide to First Aid. [Viitattu:10.11.2015] Saatavilla:

<http://site.ebrary.com.aineistot.lamk.fi/lib/lamk/reader.action?docID=10416510>

Hassi, T. 2004. Yhteiskunnalliset muutosuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa – vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto.

[Viitattu:10.8.2015] Saatavilla:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76393/lisuri00025.pdf?sequence=1>

Hengitysvajaus. 2014. Hengitysvajaus (äkillinen). Käypä hoito –suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50045>

Honkanen, R., Luukinen, H., Luthje, P., Nurmi-Luthje, I. & Palvanen, M. 2008. Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy – opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. [Viitattu:14.8.2015] Saatavilla:

<http://www.kotitapaturma.fi/wp-content/uploads/2011/06/ikaihminen-kaatumistapaturmat-ja-niiden-ehkaisy.pdf>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Artikkelit. Terveyskirjasto.

[Viitattu:9.11.2015] Saatavilla:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Johnson, D. 2011. Jobsite first-aid: A field guide for the construction industry. Contractor`s edge. [Viitattu:28.8.2015] Saatavilla:

<http://site.ebrary.com.aineistot.lamk.fi/lib/lamk/detail.action?docID=10539566>

- Junkkarinen, A. 2014a. Neurologisen potilaan tarkkailu ja hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. [Viitattu:15.9.2015] Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk03601
- Junkkarinen, A. 2014b. TIA. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. [Viitattu:15.9.2015] Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk03610
- Kauppinen, A. 2014. Vierasesine hengitysteissä. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. [Viitattu:15.9.2015] Saatavilla: <http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti>
- Kettunen, R. & Talvensaari T. 2009. Akuutin rintakipupotilaan kliininen tutkiminen. Suomen lääkärilehti 46/2009. [Viitattu:14.9.2015] Saatavilla: <http://www.fimnet.fi.aineistot.lamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL462009-3951.pdf>
- Keuhkohtaumatauti. 2014. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito – suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi06040>
- Kivimäki, S. 2012. Eettinen osaaminen hoitotyössä. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulu. Seinäjoki. [Viitattu:13.11.2015] Saatavilla: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38811/Kivimaki_Satu.pdf?sequence=1
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J. Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Lahden ammattikorkeakoulu. 2015. Toiminnallisen opinnäytetyön arviointikriteerit. Valmistumisvaiheen osaaminen - || osaamistaso. [Viitattu:12.11.2015] Saatavilla Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: http://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/787585/mod_resource/content/1/Toiminnallisen-opinnaytetyon-arviointikriteerit.pdf

Lahden kaupunki 2015. Kotihoito. [Viitattu:10.8.2015] Saatavilla:
[.http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/51F3CB3CCD8FB2F0C2256F0700.1DD73C](http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/51F3CB3CCD8FB2F0C2256F0700.1DD73C)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 980/2012. Saatavilla:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P5>

Lonkkamurtuma. 2011. Lonkkamurtuma. Käypä hoito –suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50040>

Mankkinen, T. 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille – toimintaohje ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisuja. [Viitattu:14.8.2015] Saatavilla:
http://www.intermin.fi/download/24903_192011.pdf

McClure, R., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E. & Hughes, K. 2007. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Kirjallisuuskatsaus. [Viitattu:8.8.2015] Saatavilla:
<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD004441.pub2>

Mohinet. 2015. Aikaa hoitotyöhön. [Viitattu:13.8.2015] Saatavilla:
http://www.mohinet.fi/html/solutions_koti.php

Mustajoki, M. & Uurto, K. 2015. Vanhuksen yleistilan äkillinen heikkeneminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. [Viitattu:13.8.2015] Saatavilla:
http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=vanhuksen%20%C3%A4killinen

Mustajoki, P. 2015. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Duodecim. [Viitattu:13.8.2015] Saatavilla:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757

Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. 2015. Akuuttihoito opas. Duodecim. Porvoo. Bookwell Oy.

Niemi, A. 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystalvveluissa - Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. [Viitattu: 10.8.2015] Saatavilla:

<https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduANiemi.pdf/9fb8c72e-8ac4-4e54-916c-268f38a0111d>

Nightingale, F. 1964. Sairaanhoidosta. Engl. alkuteos ”Notes on Nursing” 3.painos. Porvoo. WSOY.

Nikkanen, P. 2014a. Diabeettinen ketoasidoosi. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveystportti. [Viitattu:15.9.2015] Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02310

Nikkanen, P. 2014b. Hypoglykemia. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveystportti. [Viitattu:15.9.2015] Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02311

Otra-Aho, S. 2013. Hyvällä perehdytyksellä turvalliseen ensihoitoon. Perehdytyskansio lapin sairaanhoitopiirin ensihoitokeskukselle. Terveystenhoitajan opinnäytetyö. Kemi [Viitattu:13.11.2015] Saatavilla:

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62393/Otra-aho%20Satu.pdf?sequence=1>

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu:14.8.2015] Saatavilla:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e.pdf?sequence=1>

Parkkari, J. & Kannus, P. 2009. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat. Duodecim. [Viitattu:14.8.2015] Saatavilla:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00136

Porthan, K. & Sormunen, H. 2014a. Hätäilmoitus ja hätäensiapu. Traumapotilaan hoito. Terveysportti. [Viitattu:15.9.2015] Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=tra00001

Porthan, K. & Sormunen, H. 2014b. Potilaan hoitaminen ja vammojen tutkiminen onnettomuuspaikalla. Traumapotilaan hoito. Terveysportti. [Viitattu:15.9.2015] Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=tra00003

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Tampere. [Viitattu:1.12.2015] Saatavilla: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Selkäydinvamma. 2012. Selkäydinvamma. Käypä hoito –suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi36098>

Sepelvaltimotautikohtaus. 2014. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousua. Käypä hoito –suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi04058>

Sosiaalihuoltoasetus. 607/1983. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveystoimiala. 2013. Vanhusten palvelut ja kuntoutus. 2013. Vanhusten palvelujen asiakaskriteerit. Sosiaali- ja terveyslautakunta. [Viitattu:10.8.2015] Saatavilla: [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/52B2BF655860ED6DC2257DCB00286360/\\$file/Vanhusten_palveluiden_asiakaskriteerit%20korjattu%20120115.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/52B2BF655860ED6DC2257DCB00286360/$file/Vanhusten_palveluiden_asiakaskriteerit%20korjattu%20120115.pdf)

Sosiaali- ja terveystoimiala. 2014. Kuvaus Lahden kaupungin kotihoidon sisällöstä. [Viitattu:10.8.2015] Saatavilla:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/8F1AA5737E830694C2257C9F00416359/\\$file/Kotihoidon%20palvelukuvaus%20palveluseteli%C3%A4%20varten%202014.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/8F1AA5737E830694C2257C9F00416359/$file/Kotihoidon%20palvelukuvaus%20palveluseteli%C3%A4%20varten%202014.pdf)

SPR. 2013. ”Pärjätään kotona” – harjoitus ja koulutuspäivä Kittilässä.

[Viitattu:13.11.2015] Saatavilla: <https://rednet.punainenristi.fi/node/17091>

Stakes. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Stakesin työpapereita - julkaisusarjassa 26/2006. [Viitattu:13.11.2015] Saatavilla:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

Sydäninfarktin diagnostiikka. 2014. Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypä hoito – suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04050>

Sydänliitto. 2009. Hätäensiaputoimenpiteet ammattiapua odotellessa.

[Viitattu:13.8.2015] Saatavilla:

<http://www.sydanliitto.fi/web/karpatiat/Hataensiaputoimenpiteet%20ammattiapua%20odotellessa#.VcxQTVksfGs>

Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. Saatavilla:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. [Viitattu: 1.6.2015] Saatavilla:

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Koko maa. Sotkanet. [Viitattu:11.8.2015] Saatavilla:

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3ZztDbVM4zPBqA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rtTbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Päijät-Häme ja Lahti. Sotkanet. [Viitattu:11.8.2015] Saatavilla: <https://w.www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3ZztDbVM4zPBqA=®io.n=szbyszaJBAA=&year=sy4rtTbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>

Thim, T., Krarup, N., Grove, E., Rohde, C. & Lofgren, B. 2012. Initial assessment and treatment with the airway, breathing, circulation, disability, exposure (ABCDE) approach. NCBI. [Viitattu:13.8.2015] Saatavilla: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>

Valvira. 2012. Kotipalvelut ja kotihoito kunnissa [Viitattu:14.6.2015] Saatavilla: <http://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Kotipalvelut.pdf>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Virtsatieinfektiot. 2013. Virtsatieinfektiot. Käypä hoito – suositukset. Duodecim. [Viitattu:9.11.2015] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi10050>

Vuorensola, R. 2014. Lihasrevähdyksen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. [Viitattu:20.9.2015] Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk01853

Liite 2

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA
"Taulukot ovat selkeitä ja hyviä ns. nopeaan käyttöön"	Kaaviot ovat selkeitä	Kaaviot ovat selkeitä ja tarpeellisia
"hyvä kun on erikseen taulukko josta saa pika avun"	Kaaviot ovat tarpeellisia	
"Yksinkertainen ulkonäkö, käsitekartat selkeitä ja teksti myös"	Kaaviot ovat selkeitä	
"Kaaviot selkeyttävät opasta ja auttavat tilanteissa nopeaan tarkastukseen"	Kaaviot ovat tarpeellisia	
"Hienosti tehty, selkeä"	Opas on selkeä	Opas on selkeä ja monipuolinen
"Kokonaisuudessaan selkeä opas"	Opas on selkeä	
"Opas vaikuttaa selkeälle"	Opas on selkeä	
"yksinkertainen, mutta monipuolinen"	Opas on selkeä ja monipuolinen	
"Asiat ovat erittäin selkeästi kirjoitettu ja järjestetty"	Opas on selkeä	
"Tärkeitä ohjeita"	Oppaan asiat ovat tärkeitä	Oppaaseen on valittu tärkeät ja olennaiset asiat
"Oppaaseen valitut asiat tärkeitä ja olennaisia kotihoidossa"	Oppaan asiat ovat tärkeitä ja olennaisia	
"Siinä on myös kaikki oleellinen koottuna"	Oppaan asiat ovat olennaisia	
"Kaikki tarvittava tieto löytyy"	Opas on kattava	
"Tärkeimmät asiat hyvin esillä"	Oppaan asiat ovat olennaisia	Opas on tarpeellinen ja toivottu apuväline
"tällainen opas on erittäin mielenkiintoinen ja hyvä apuväline"	Opas on hyvä apuväline	
"Opas auttaa varmastikin kotihoidon työssä käytännön tilanteissa"	Opas on tarpeellinen apuväline	
"Erittäin toivottu apuväline kotihoitoon"	Opas on toivottu apuväline	
"Varmasti tulee tarpeeseen"	Opas on tarpeellinen apuväline	
"Opas ehdottomasti tarpeellinen"	Opas on tarpeellinen apuväline	
"Käytännöllinen, hyvä apuväline"	Opas on hyvä apuväline	
"Alussa hyvin korostettu kotihoidon työntekijän merkitystä"	Opas muistuttaa työntekijän merkityksestä	Opas sopii hyvin vanhalle kuin uudellekin työntekijälle sekä opiskelijoille
"On kiva muistella yksinkertaisiakin asioita, jotka unohtaa kun niitä ei tarvitse käyttää"	Oppaan avulla voi muistella unohdettuja asioita	
"Tällainen opas olisi kiva antaa jokaiselle opiskelijalle"	Opas hyödyllinen myös opiskelijoille	

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA
"Tekstit melko pienellä fontilla"	Fonttikoko on liian pieni	Tekstin fonttikoko koettiin liian pieneksi
"Fontit voivat olla isommat. Monella hoitajalla huono lähinäkö"	Fonttikoko on liian pieni	
"Teksti on turhan pientä"	Fonttikoko on liian pieni	
"Teksti liian pientä"	Fonttikoko on liian pieni	
"Myös vasemman sivun laatikot voisivat olla isompia"	Kaaviot ovat liian pieniä	Kaaviot koettiin liian pieniksi ja kaavioiden värityksen haittaavan lukemista
"Taulukot voisi olla hieman isommat myös, jotta näkisi kaivamatta rillejä"	Kaaviot ovat liian pieniä	
"Vasemmalla sivulla olevat diat olisi hyvä kaikkien olla samanlaisia ja samalla pohjalla. Parhaiten näkyy pelkällä oranssilla pohjalla musta teksti.. Hypoglykemia ja hyperglykemia ei oikein näy, kun ovat punaisella tekstillä oranssia pohjaa vasten"	Kaavioiden väritys haittaa lukemista	
"Saisiko oppaaseen sivunumerot? Olisi helpompi pyytää katsomaan tietystä kohdasta"	Oppaaseen halutaan sivunumerot	Oppaaseen toivotaan pieniä parannuksia kuten sivunumeroita ja oikeinkirjoitusta toivotaan tarkistettavan
"Katsotko vielä tarvittavat pilkut ym. paikalleen"	Oikeinkirjoitusta halutaan tarkistettavan	
"Paperi ei voi olla kiiltävä pintaista"	Paperi olisi hyvä olla mattapintainen	
"Ehkä teksti/selitysosat saisi olla lyhkäisempiä"	Tekstit ovat liian pitkiä	

**YLEISIMPIEN SOMAATTISTEN
AKUUTTIHOITOA VAATIVIEN
TILANTEIDEN TUNNISTAMINEN JA
HOITO
OPAS LAHDEN KAUPUNGIN KOTIHOIDON HENKILÖSTÖLLE**

LAMK

Lahden ammattikorkeakoulu
Lahti University of Applied Sciences

©Sanna Sinersalmi

ENSIAPUTILANTEIDEN ARVIOINTI KOTIHOIDOSSA

Kotihoidon työntekijöillä on merkittävä rooli kotihoidon asiakkaiden tapaturmien ja sairaskohtausten hoidossa, koska he ovat yleensä ensimmäisinä paikalla, kun jotain on tapahtunut. Nopean tilannearvion tekemisellä ja avunhälyttämisellä sekä oikeilla ensiaputoimenpiteillä on ratkaiseva merkitys ensihoitoketjussa, jolla voidaan jopa pelastaa asiakkaan henki. Useimmissa auttamistilanteissa sairastunut tai loukkaantunut ei ole hengenvaarassa, vaan tarvitsee apua ja tukea hakeutuakseen jatkohoitoon. Sairauden tai loukkaantumisen uhatessa henkeä, tulisi jokaisen osata toimia ja antaa hätäensiapua.

Oli kyse sitten onnettomuudesta, sairaskohtauksesta tai tapaturmasta niin toimintaohjeet näihin tilanteisiin ovat samanlaiset. Toimintajärjestys saattaa kuitenkin muuttua tilanteesta riippuen. Toimintaohjeet sisältävät tilannearvion tapahtuneesta, hätäilmoituksen teon, pelastamisen, ensiavun antamisen ja autettavan seurannan. Näiden toimien lisäksi ensiaputilanteessa on ensiarvoisen tärkeää toimia rauhallisesti ja järjestelmällisesti.

Ensimmäisenä paikalle tullut tekee nopean tilannearvion siitä mitä on tapahtunut. Tällöin tulee selvittää onko kyseessä mahdollisesti sairaskohtaus tai onnettomuus. Nopean tilannearvion perusteella tulisi tehdä päätös tilanteen vakavuudesta ja siitä tarvitseeko paikalle hälyttää lisää apua hätänumerosta. Yleinen hätänumero on Suomessa **112**. Selkeästi ja nopeasti tehty hätäilmoitus takaa oikeanlaisen ja nopean avun.

Hätäilmoituksen tekeminen numeroon 112

Kerro mitä on tapahtunut

Anna tarkka osoite

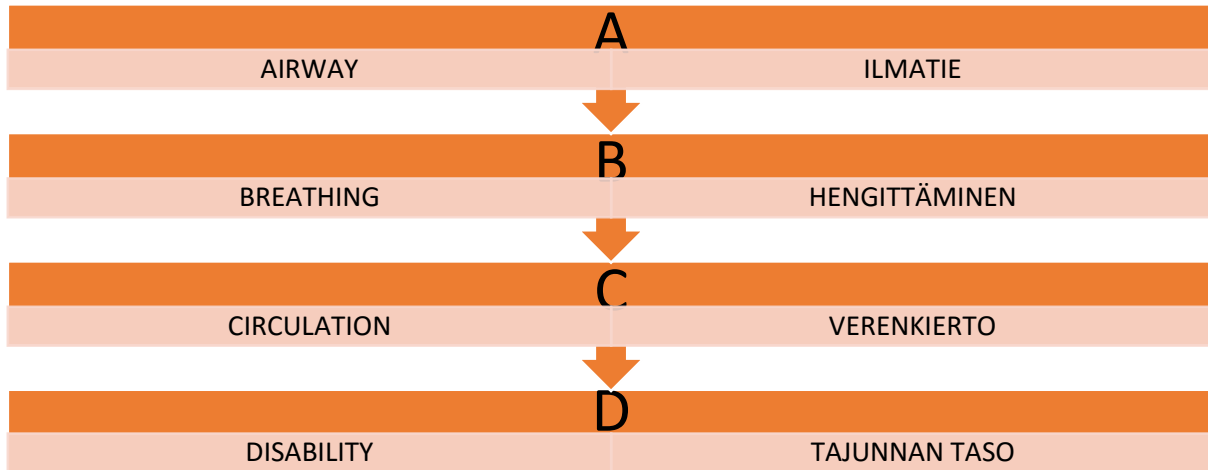
Vastaile päivystäjän kysymyksiin äläkä sulje puhelinta ennen kuin saat luvan

Jos autettavan tila muuttuu oleellisesti puhelun jälkeen, soita uudelleen hätänumeroon

Kun nopea tilannearvio ja hätäilmoitus on tehty, siirrytään ensiavun antamiseen, jos sille on tarvetta. Pääasiassa kaikessa ensiavussa pyritään antamaan aina ensisijaisesti henkeä pelastavaa ensiapua, jolloin turvataan autettavan hapensaantia eli hengitystä ja verenkiertoa. Jatkuva solujen hapensaanti on ihmisen elimistölle välttämätöntä. Jos solut eivät saa tarpeeksi happea alkavat ne vaurioitua nopeasti. Aivokudoksen solut kestävät kaikkein heikoiten hapenpuutetta.

ABCD - MENETELMÄ

ABCD – menetelmää käytetään peruselintoimintojen tutkimiseen ja turvaamiseen sekä sen avulla pystytään arvioimaan hoidon kiireellisyyttä. Kirjainyhdistelmä muodostuu peruselintoiminnoista eli ilmatiestä, hengittämisestä, verenkierrosta ja tajunnasta.



Tutkimus ja toimenpiteet tehdään tässä järjestyksessä. Jos peruselintoiminnoissa todetaan poikkeavuuksia, tulee lisäapua hälyttää paikalle välittömästi sekä antaa henkeä pelastavaa ensiapua. Henkeä pelastavalla ensiavulla tarkoitetaan hengityksen ja verenkierron turvaamista.

Tutkiminen aloitetaan siis aina varmistamalla ilmatien avoimuus, ja samalla varmistetaan, ettei hengityksen esteenä ole mahdollisia vierasesineitä. Hengittämistä seurataan laskemalla hengitystiheyttä, tarkkailemalla hengitystapaa ja kysymällä autettavan tuntemuksia. Tarvittaessa avustetaan ilmatien auki pysymisessä.

Verenkiertoa voidaan tutkia mittaamalla verenpaine, mutta jos mittaria ei ole saatavilla tunnustellaan sykettä ranteesta tai kaulalta. **Rannesykkeen tuntuessa verenpaine on >80mmHg ja kaulavaltimosykkeen tuntuessa verenpaine on >60mmHg.** Jos verenkierron todetaan heikenneen, tulisi autettavan jalat nostaa koholle, jolla turvataan verenkierron riittävyys kriittisille alueille eli aivoihin ja sydämeen.

Näkyvät verenvuodot tulisi tyrehdyttää esimerkiksi painesidoksella. Tajunnantaso voidaan arvioida Glasgow`n kooma – asteikon avulla. Karkeana muistisääntönä voidaan pitää SIPULLI:a. Muistisääntö koostuu silmien liikkeestä sekä puhe- ja liikevasteesta. Spontaanisti silmänsä avaava, orientoituneesti puhuva ja raajoja liikutteleva autettava on täysin tajuissaan. Jos autettava ei puolestaan avaa silmiään ja pupillit eivät reagoi valolle, hän ei vastaa puhutteluun ja ei reagoi kivulle, saa hän alimmat pisteet kyseisestä taulukosta.

RINTAKIPU

Selvitä onko asiakkaalla aiemmin esiintynyt rintakipua ja onko hänellä siihen lääkitystä

Ei ole

Soita 112

Aseta asiakas lepoon

Anna asetyylisalisyylihappoa pureskellen 250-500mg, jos yliherkkyyttä ei ole

On

Aseta asiakas lepoon

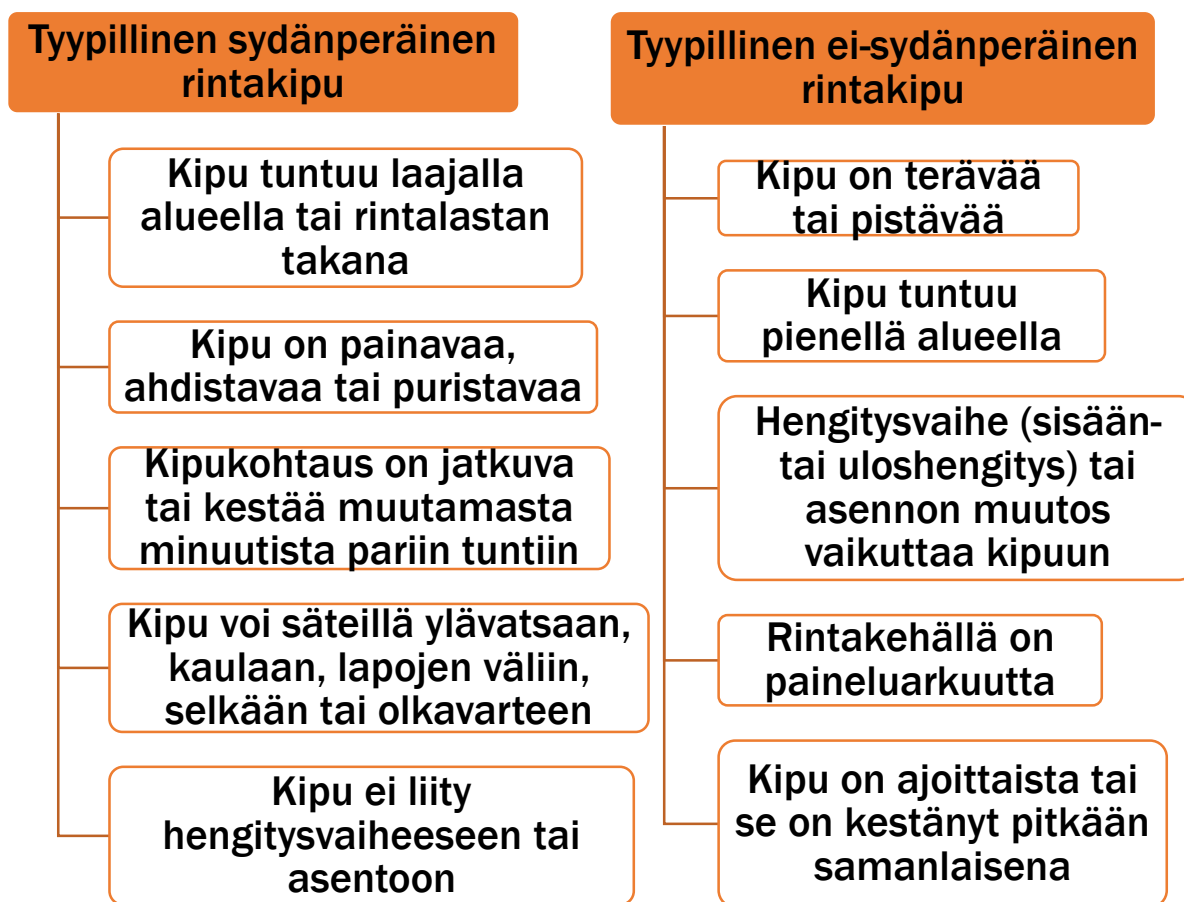
Anna lyhytvaikutteinen nitraatti (nitro) ohjeen mukaan

Toista annos 2 kertaa 5min välein jos kipu ei helpota

Jos kipu ei edelleen helpota, soita 112

RINTAKIPU

Rintakivun tavallisin ja samalla vakavin syy on sepelvaltimotaudista johtuva sydänlihaksen hapenpuute eli iskemia. Rintakivut jaotellaan karkeasti sydänperäisiin ja ei-sydänperäisiin kipuihin. Tavallisimpia sydänperäisiä rintakivun aiheuttajia ovat angina pectoris eli sepelvaltimotaudin aiheuttama rintakipu ja tämän äärimuotona sydäninfarkti, erilaiset rytmihäiriöt sekä sydänpussin ja -lihaksen tulehdus. Ei-sydänperäisiä rintakivun syytä voi puolestaan olla tulehdus keuhkoissa, vatsa- ja ruokatorviperäiset tekijät sekä myös paniikkihäiriö tai masennus.



Vaikka kova rintakipu ei olekaan aina sydänperäistä, tulisi siihen tästä huolimatta suhtautua vakavasti, koska sydäninfarkti on merkittävä kuolleisuuden aiheuttaja. Joissain tapauksissa, erityisesti iäkkäillä henkilöillä, sydäninfarktin pääasialliset oireet voivat olla hengenahdistus ja huono yleisvointi. Tästä syystä erityisesti iäkkäiden pienikin rintakipuoireisto tulisi tarkistuttaa herkästi.

Pääsääntöisenä ohjeistuksena on että jos äkillisen rintakipukohtauksen saa aiemmin terve ihminen tulee hätänumeroon soittaa välittömästi. Ennen avun tuloa autettavan tulisi asettua lepoon ja ottaa 250-500mg asetyyliisalisyylihappoa eli esimerkiksi aspiriinia pureskellen, jos sille ei ole yliherkkyyttä. Jos autettavalla on tiedossa oleva sepelvaltimotauti ja lepoon asettuminen ja lyhytvaikutteinen nitraatti ei vie kipua pois 15 minuutin kuluessa tulee myös soittaa hätänumeroon.

ELOTTOMUUS

Jos autettava ei herää äänekkääseen puhutteluun ja ravisteluun soita 112

Kohotoa leukaa ja käännä päätä taaksepäin, katso hengittääkö autettava

Ei hengitä

Aloita paineluelvytys painamalla 30 kertaa autettavan rintakehän keskeltä

Aloita puhalluselvytys puhaltamalla 2 kertaa autettavan suuhun

Jatka rytmillä 30 painallusta ja 2 puhallusta kunnes lisäapu on paikalla

hengittää,
ilmavirta tuntuu ja
rintakehä liikkuu

Käännä
autettava
kylkiasentoon

ELOTTOMUUS

Elottomuus on tila, jossa ihmisen sydän on pysähtynyt. Tilan aiheuttaa yleisimmin vakava rytmihäiriö, kammiovärinä. Tällöin sydämessä on edelleen sähköistä toimintaa, mutta se ei pysty pumppaamaan verta, mikä pysäyttää verenkierron.

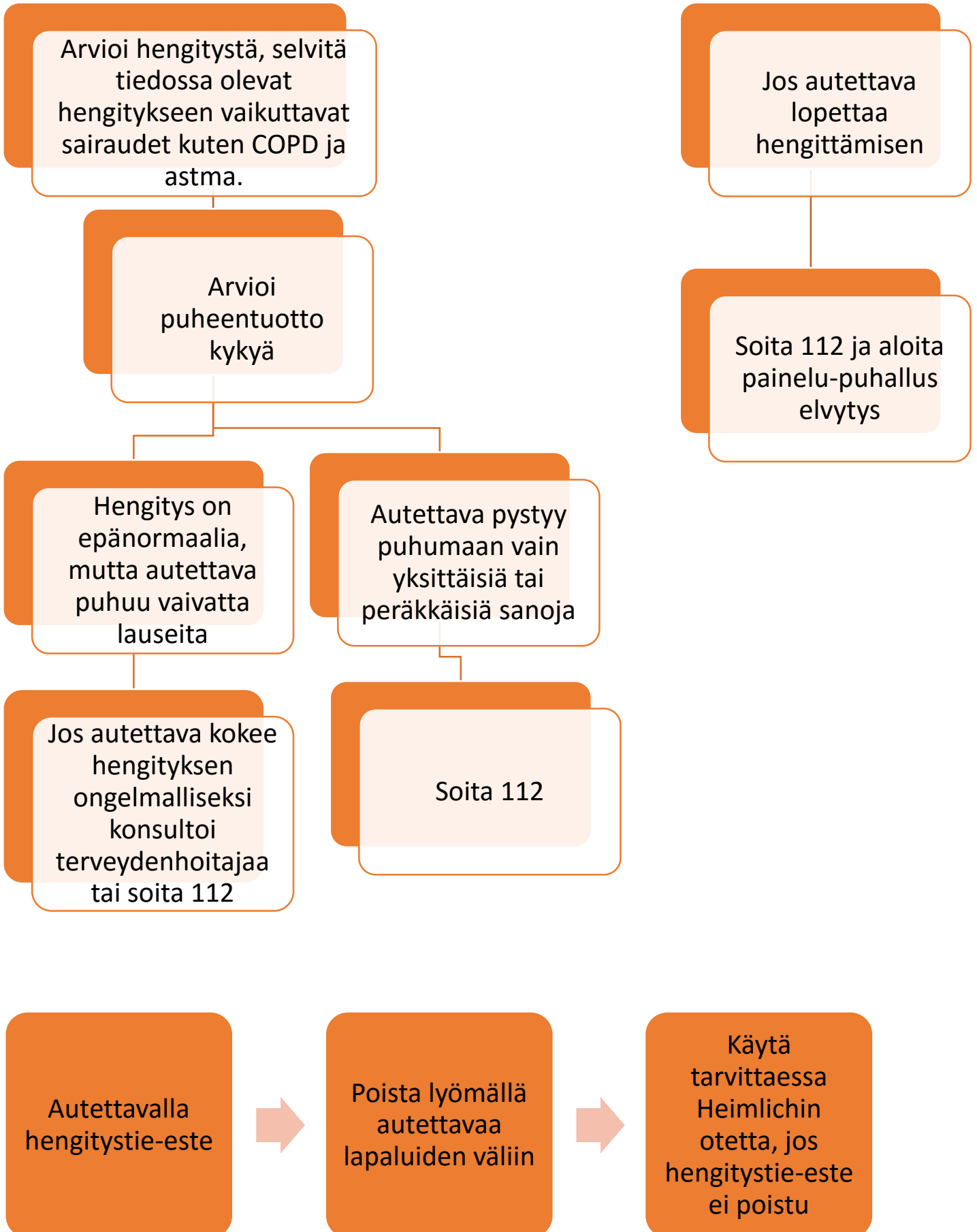
Elottomuus tulisi tunnistaa nopeasti ja aloittaa välitön hoito eli painelu-puhalluselvytys. Kun elvytys saadaan käyntiin nopeasti se kaksin-kolminkertaistaa autettavan selviytymismahdollisuuksia. Vaikka sydän on menettänyt kykynsä pumpata verta, voidaan sen toimintaa pitää keinotekoisesti yllä painelu-puhalluselvytyksellä. Elvytyksen avulla hidastetaan aivojen vaurioitumista sekä pidennetään aikaa, jolloin sydämen toiminta on mahdollista palauttaa defibriloimalla eli poistamalla lihasvärinä sähköisesti.

Kun ihminen on menettänyt tajuntansa äkillisesti, ja näyttää elottomalta, tulee välittömästi selvittää tarvitseeko hän painelu-puhalluselvytystä. Ensimmäiseksi selvitetään onko autettava heräteltävissä äänekkäästi puhuttelemalla ja ravistelemalla. Jos autettava ei reagoi tähän on soitettava hätänumeroon **112**.

Tämän jälkeen autettava käännetään selälleen, ellei hän jo ole, ja tarkistetaan hengitysteiden avoimuus kohottamalla leukaa ja kääntämällä päätä taaksepäin. Hengitys varmistetaan asettamalla poski autettavan suun eteen, jolloin poskella tulisi tuntua ilmavirtaus sekä samalla tarkastellaan rintakehän liikkeitä. Hengityksen tarkastamiseen saa käyttää enintään **10** sekuntia aikaa. Jos ilmavirtaus tuntuu ja rintakehällä näkyy hengitysliikkeitä, tulee autettava kääntää kylkiasentoon. Jos autettavan ei todeta hengittävän, tulee painelu-puhalluselvytys aloittaa välittömästi.

Elvytys aloitetaan painelemalla **30** kertaa rintalastan keskeltä kädet päällekkäin asetettuna. Tämän jälkeen avataan hengitystiet kuten aiemmin, suljetaan autettavan sieraimet ja puhalletaan ilmaa autettavan suuhun kahdesti. Samalla tulee tarkkailla rintakehän liikkeitä, jotta ilma menee varmasti keuhkoihin. Painelu-puhalluselvytystä tulee jatkaa rytmillä **30** painelua ja **2** puhallusta, kunnes paikalle saapuu ensihoitohenkilökuntaa, jotka antavat luvan lopettaa, autettavan hengitys palautuu tai jos auttajan voimat ehtyvät eikä hän enää jaksaa elvyttää. Jos paikalla on useampia henkilöitä, tulee elvyttäjää vaihtaa aina kahden minuutin välein, jotta se pysyy tehokkaana.

HENGITYSVAIKEUS



HENGITYSVAIKEUS

Elintoimintojen kannalta on välttämätöntä että solut saavat happea, jotta ne eivät vaurioidu. Kaikenlaiset hengitysvaikeudet voivat johtaa vakavaan solujen hapenpuutteeseen, jolloin hengitystä ja hapen saantia on turvattava.

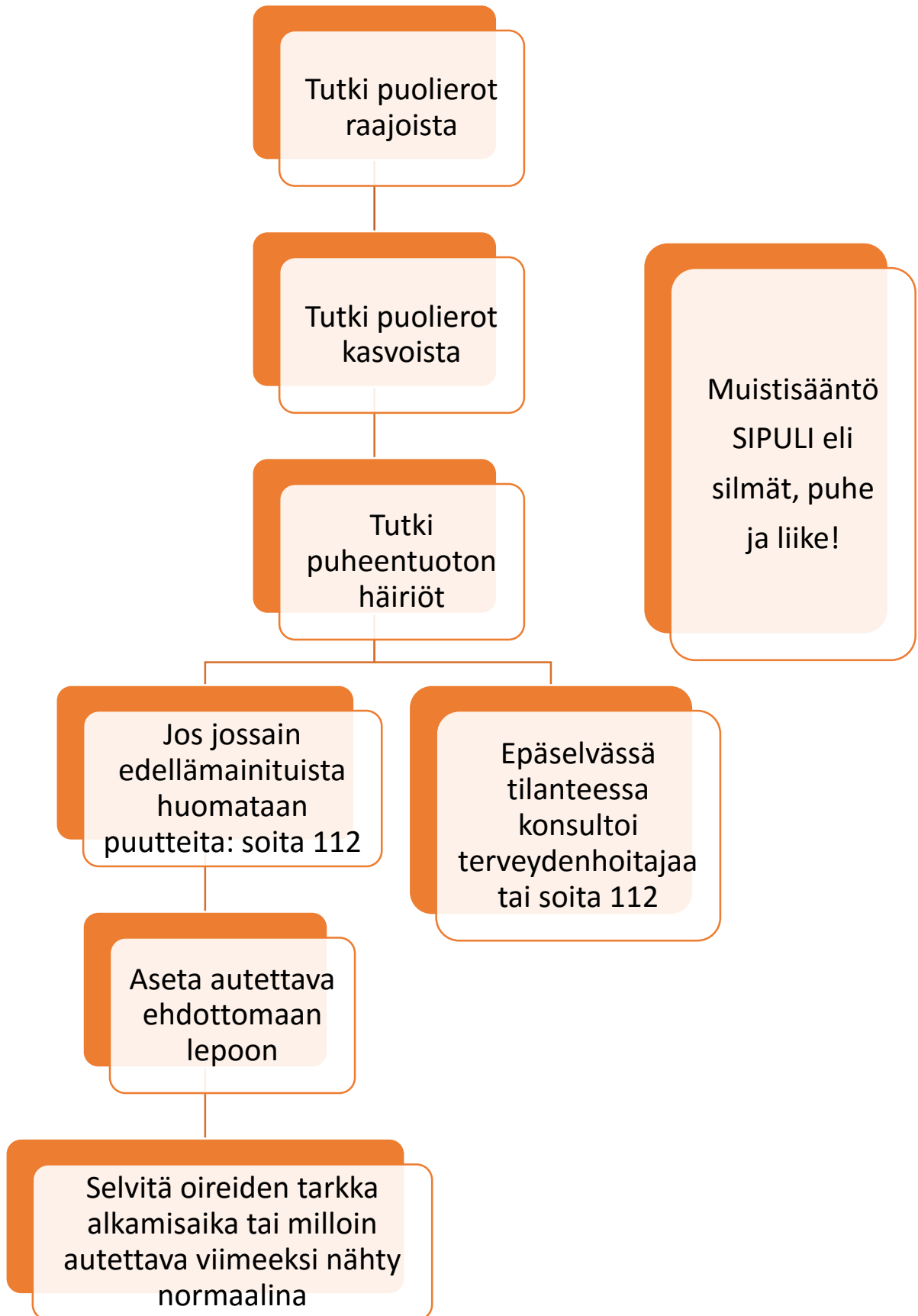
Hengitysvaikeus ilmenee epänormaalina hengityksenä, jolloin hengitys voi olla esimerkiksi äänekästä, korisevaa, vinkuvaa, pinnallista tai haukkovaa. Hengenahdistuksesta kärsivällä voi olla vaikeuksia puhua ja hän on tuskainen ja hätäinen. Kasvojen väri voi olla muuttunut sinertäväksi tai harmaaksi hapenpuutteen takia. Hengitysvaikeuden taustalla voi olla hengitystiesairaus, hengityseste, sydänsairaus tai hengityslama.

Hengitysvaikeuden arvio on hankalaa ja se vaatii kokemusta. Erityisesti silloin, jos hengitysvaikeudesta kärsivällä on tiedossa oleva hengitykseen vaikuttava sairaus, kuten esimerkiksi astma tai keuhkohtaumatauti.

Käytännössä hengitysvaikeuden vakavuutta on helpointa arvioida autettavan puheentuottokyvyn perusteella. Esimerkiksi juuri keuhkohtaumatautia sairastavalla hengitys voi olla epänormaalia, mutta hän on sopeutunut tilanteeseen ja kykenee puhumaan ongelmitta.

Jos autettava kykenee puhumaan vain yksittäisiä tai peräkkäisiä sanoja kerrallaan, tulee lisäapua hälyttää heti. Ennen lisäavun saapumista tulee autettavan tilaa seurata tarkasti. Jos autettava lopettaa hengittämisen, eikä hänellä ole hengitysestettä, tulee aloittaa painelu-puhalluselytys. Hengitystieesteet, kuten vierasesine, tulee poistaa lyömällä autettavaa kämmenellä lapaluiden väliin tai tarvittaessa Heimlichin otteella.

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT



AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Aivoverenkiertohäiriö eli AVH on yleisnimitys pitkäkestoisille tai ohimeneville neurologisia oireita aiheuttaville aivoverenkierron häiriöille. Aivoverenkiertohäiriöitä ovat aivoverenvuodot sekä paikalliset aivokudoksen verenkierron puutteet eli iskemiat. Aivoinfarktissa puolestaan kudostuho eli kuolio on pysyvä tila, joka ei palaudu.

Aivoverenkiertohäiriön saaneiden ennustetta parantaa merkittävästi aivohalvausoireiden tunnistaminen ja nopea hoidon aloittaminen. Vaikka oireet häviäisivät nopeasti, jolloin puhutaan niin sanotusta TIA kohtauksesta, tulee hoitoon hakeutua viiveettä. AVH oireita saanutta henkilöä hoidetaan aina aivoinfarktin saaneena, kunnes toisin pystytään osoittamaan.

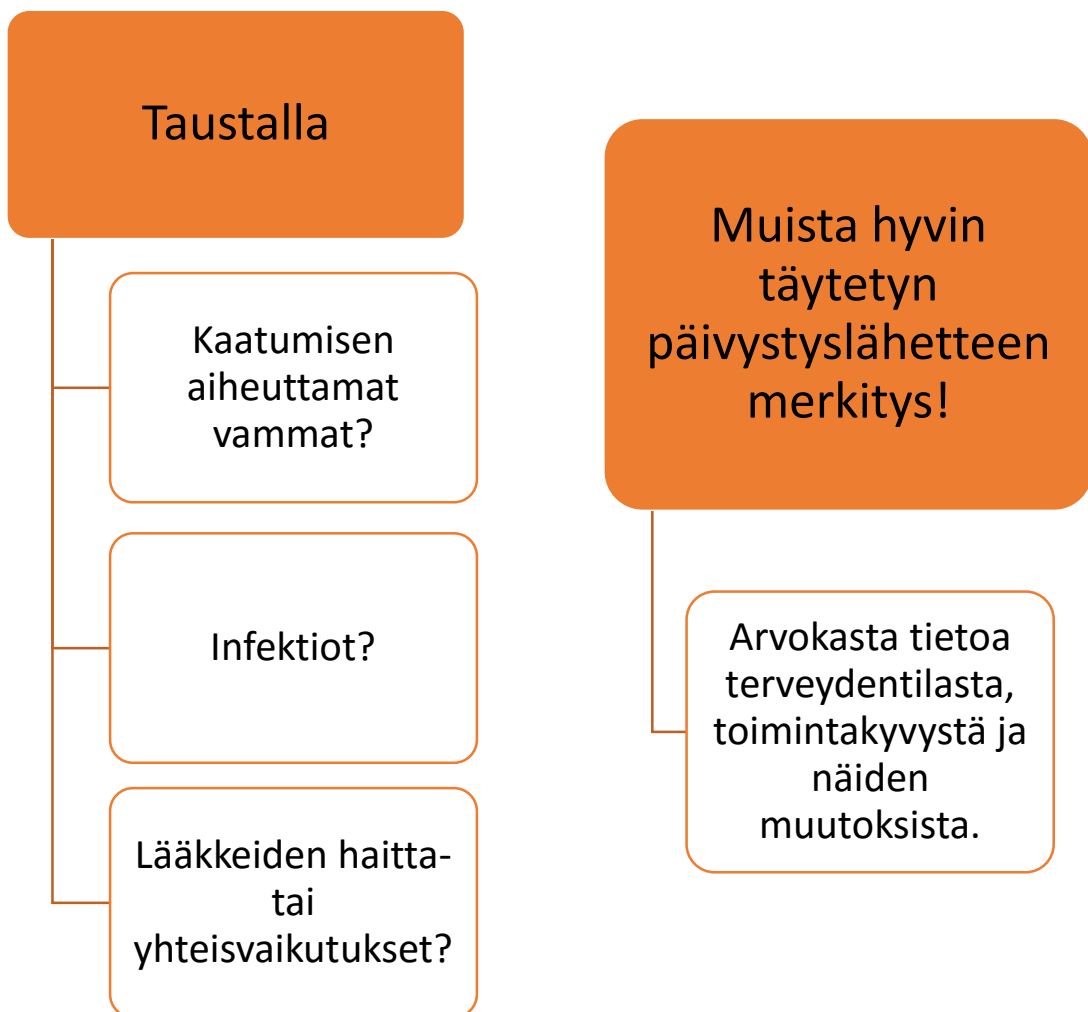
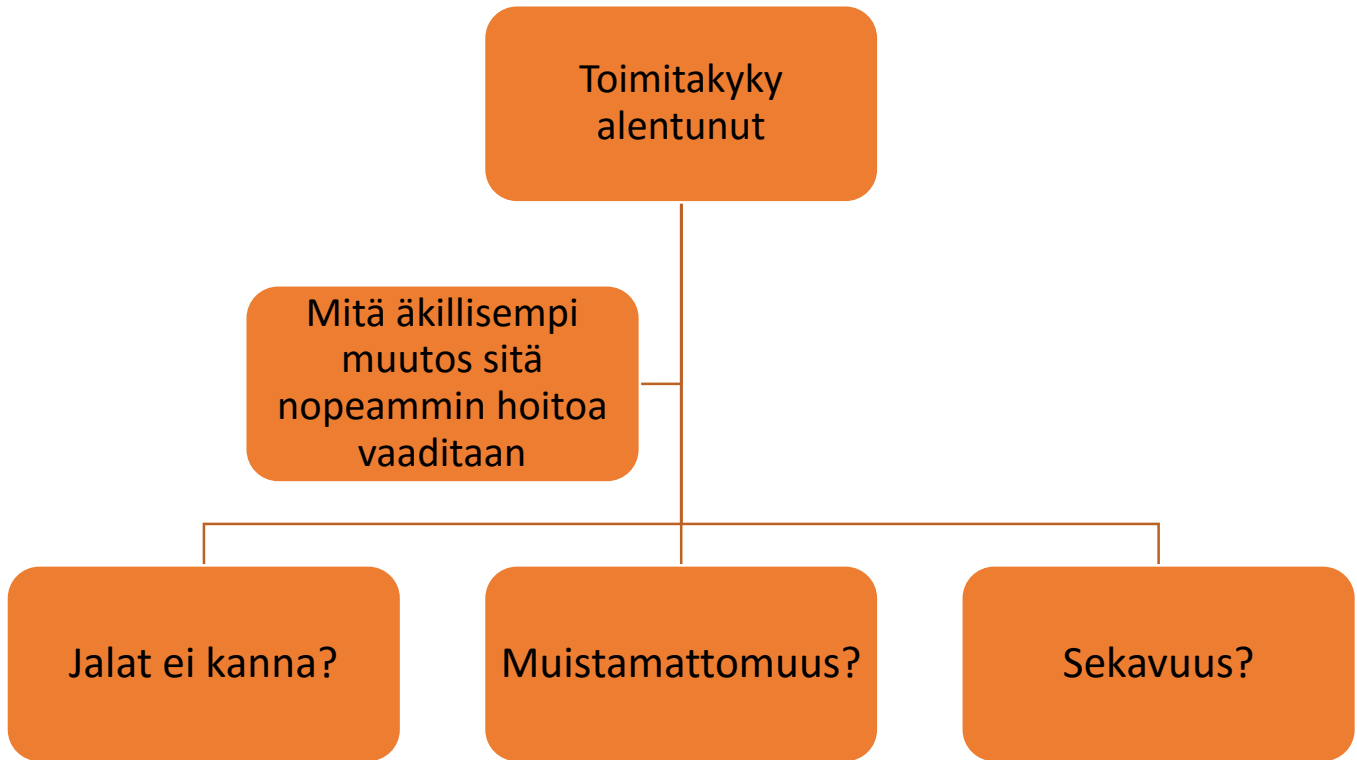
Aivoverenkierronhäiriön klassiset oireet ovat äkillinen toispuoleinen halvaus tai lihasheikkous, puheen puuroutuminen ja suupielen roikkuminen. Aivoverenkierronhäiriön saanut voi myös mennä tajuttomaksi. Ennakoivina oireina etenkin aivoverenvuodossa voi olla päänsärkyä sekä pahoinvointia.

Epäiltäessä aivoverenkierron häiriötä tulisi autettavalta tutkia mahdolliset kasvojen ja raajojen toispuoleiset lihasheikkoudet sekä puheentuottohäiriöt. Yläraajojen puolierot voidaan tutkia pyytämällä autettavaa nostamaan molemmat käsivartensa 90°:n kulmaan 10 sekunnin ajaksi ja havainnoimalla lähteekö toinen käsivarsi laskeutumaan ennen toista. Jos autettava ei tähän kykene, voidaan myös tutkia autettavan puristusvoimaa käsistä. Tällöin otetaan kiinni autettavan käsistä ja pyydetään häntä puristamaan niin kovasti kuin hän pystyy ja havainnoidaan samalla puolieroja.

Kasvojen lihasheikkoutta arvioitaessa havainnoidaan suupielen mahdollinen roikkuminen sekä autettavaa pyydetään irvistämään, jolloin lihasheikkous näkyisi puolieroina. Puheentuoton häiriöitä epäiltäessä voidaan autettavaa pyytää tunnistamaan jokin esine tai toistamaan jokin lause, jolloin havainnoidaan onko puhe puuromaista, takeltelevaa tai onko autettavalla kadonnut puhekyky kokonaan.

Jos autettavalla havaitaan AVH oireita, tulee hänet asettaa ehdottomaan lepoon ja soittaa hätänumeroon välittömästi. Oireiden alkuajankohdan selvittäminen on tärkeää, koska se vaikuttaa oleellisesti jatkohoito toimenpiteisiin. Ensihoitohenkilöstölle olisi myös tärkeää kartoittaa autettavan aiempi toimintakyky ja ulkopuolisen avuntarve, koska se vaikuttaa tutkimusten ja hoidon intensiivisyyteen sairaalassa.

ÄKILLINEN YLEISTILAN LASKU



ÄKILLINEN YLEISTILAN LASKU

Äkillinen yleistilan lasku on vanhusten kanssa toimiessa tuttu ilmiö. Yleistilan laskun ilmenee toimintakyvyn alenemisena, esimerkiksi jalkojen kantamattomuutena, muistamattomuutena tai sekavuutena.

Mitä äkillisempi muutos on, sitä kiireellisempää hoitoa se vaatii. Taustalla vanhuksen yleistilan laskuun on yleensä kaatumisen aiheuttamat vammat, infektiot tai lääkkeiden haitta- tai yhteisvaikutukset. Vanhuksilla olevia pitkäaikaissairauksia tulisi seurata määrävälein, jotta pystytään tunnistamaan terveydentilassa tapahtuvia muutoksia. Havainnoimalla näitä seurantatuloksia, pystytään ennaltaehkäisemään oireiden äkillistä pahenemista.

Jos vanhuksen yleistila on äkillisesti heikentynyt, tulisi tutkimuksiin hakeutua nopeasti. Vanhus menettää lihasvoimia ja toimintakykyään nopeammin kuin nuori, joten hoito ja kuntoutus tulisi aloittaa viivästyttä. Hyvin täytetyllä päivystyslähetteellä nopeutetaan tutkimusta sekä siitä saadaan arvokasta tietoa aiemmasta toimintakyvystä, terveydentilasta ja siinä tapahtuneista äkillisistä muutoksista.

SOKERITASAPAINON HÄIRIÖT

Hypoglykemia eli alhainen veren sokeripitoisuus



Oireita: huonovointisuus, hikoilu, vapina, kalpeus, heikotus, levottomuus, ärtyneisyys, epäselvä puhe, kaksoiskuvat, horjuva liikkuminen, tajuttomuus ja kouristelu



mittaa verensokeri,



Jos alle 3,9mmol/l anna tajuissaan olevalle jotain sokeripitoista suuhun



Jos autettava on tajuton aseta hänet kylkiasentoon ja soita 112



TAJUTTOMALLE EI SAA ANTAA MITÄÄN SUUHUN!



Jos autettavalla käytössään glukagonipistos voi sen pistää ohjeen mukaan

Hyperglykemia eli veren korkea sokeripitoisuus



Oireita: runsas juominen, tiheä virtsaaminen, pahoinvointi, väsymys, vatsakivut, asetonin haju hengityksessä, uneliaisuus ja tajunnan häiriöt



mittaa verensokeri



Jos yli 20-25mmol/l ja autettavalla on joitakin edellämainituista oireista soita 112



Insuliinia ei saa antaa, vaan happomyrkytyksen korjaus tehdään aina sairaalassa.

SOKERITASAPAINON HÄIRIÖT

Hypoglykemia

Veren sokeripitoisuuden liiallinen pieneneminen eli hypoglykemia on kiireellisin ja vaarallisin sokeritasapainon häiriö. Tilaa kutsutaan myös nimellä insuliinishokki. Tätä tulee epäillä ensimmäisenä, jos diabeetikosta tulee äkillisesti huonovointinen. Muita oireita voi olla hikoilu, vapina, kalpeus, heikotus, levottomuus, ärtyisyys, epäselvä puhe, kaksoiskuvat, horjuva liikkuminen, tajuttomuus ja kouristelu.

Autettavalta mitataan verensokeri, jos käytössä on verensokerimittari. Hypoglykemian rajana pidetään $< 3,9\text{mmol/l}$. Tajuissaan olevalle voidaan antaa ensiapuna esimerkiksi sokeripitoista mehua, sokeritabletteja tai hunajaa, joilla pyritään nostamaan veren sokeripitoisuutta. Jos autettava on tajuton, tulee soittaa hätänumeroon, asettaa hänet kylkiasentoon ja huolehtia hengityksestä. **Tajuttomalle ei tukehtumisvaaran takia saa laittaa mitään suuhun.** Jos autettavalle on määrätty veren sokeripitoisuutta nostava glukakonipistos, voidaan se hänen ollessaan tajuton antaa ohjeiden mukaisesti.

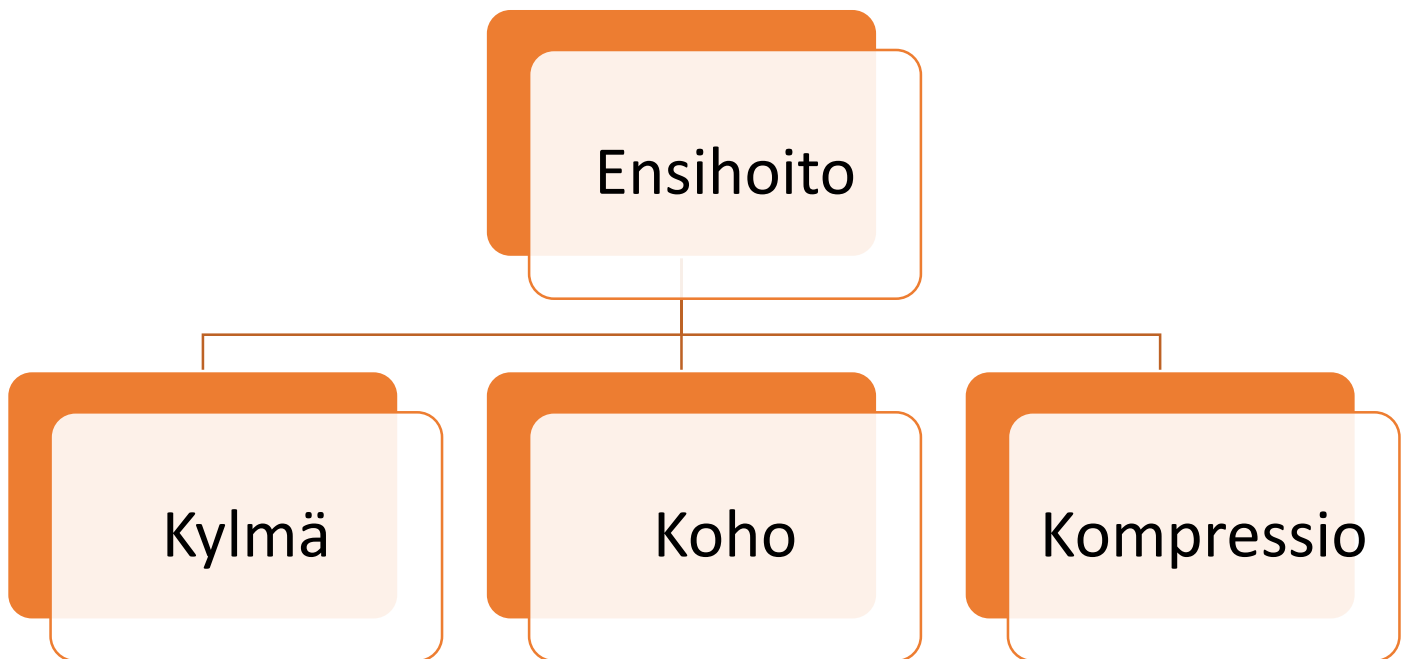
Hyperglykemia

Veren sokeripitoisuuden liiallinen kohoaminen eli hyperglykemia on harvinaisempi sokeritasapainon häiriö. Tällöin virtsaan erittyy paljon happoja korkean verensokeripitoisuuden vuoksi, jonka vuoksi tilasta käytetään myös nimitystä happomyrkytys.

Hyperglykemia voi edetessään johtaa tajuttomuuteen eli koomaan, joka on hengenvaarallinen tila. Hyperglykemian oireita ovat esimerkiksi runsas juominen ja tiheä virtsaaminen, pahoinvointi, väsymys, vatsakivut, asetonin haju hengityksessä, uneliaisuus ja tajunnan häiriöt.

Hyperglykemisen autettavan sokeripitoisuus on yleensä yli $20\text{-}25\text{mmol/l}$. Kuitenkin jos autettava on hyväkuntoinen voi kyseessä olla huonosti sairauttansa hoitava aikuistyyppin diabeetikko. Jos autettavalla ilmenee hyperglykemian oireita, tulee soittaa hätänumeroon, asettaa tajuton autettava kylkiasentoon ja huolehtia riittävästä hengityksestä. Veren sokeripitoisuutta ei saa alkaa korjaamaan äkillisesti insuliinilla, vaan se tulee tehdä hallitusti sairaalaympäristössä yhdessä elektrolyyttikorjauksen kanssa.

KAATUMISTAPATURMAT



Vamman ollessa suuri tai jos epäillään murtumaa lonkassa, lantiossa, selkä- tai kaularangassa soita 112

Rauhoittele autettavaa ja anna oireenmukaista ensiapua

Älä liikuta autettavaa!

Epäillessäsi kaularankamurtumaa tue päätä ja kaularankaa kaksin käsin

KAATUMISTAPATURMAT

Kaatumiset ja putoamiset ovat iäkkäiden henkilöiden yleisimpiä tapaturmia. Joka kolmas kotona asuva yli 65 – vuotias kaatuu vähintään kerran vuodessa ja joka toinen kun ikää tulee yli 80 – vuotta. Kuten voimme päätellä, niin iän myötä myös kaatumisriski suurenee. Huomion arvoista on myös se, että jos iäkäs on jo kerran kaatunut, on hänen kaatumisriskinsä suurempi tulevaisuudessa.

Matalalta putoamis- ja kaatumistapaturmat ovat yleisin ei-sairasperusteinen kuolinsyy yli 65 – vuotiailla. Iäkkäiden kaatumisista aiheutuu terveyden – ja sairaanhoitoon kustannuksia huomattava määrä, koska iän karttuessa ja kehon haurastuessa vammojen laatu myös vaatii herkemmin ammattiapua.

Kaatumisen taustalla olevat syyt jaotellaan sisäisiin ja ulkoisiin vaaratekijöihin. Sisäisiä vaaratekijöitä ovat muun muassa liikkumiseen liittyvät vaikeudet, kaatumisen pelko, lääkitys ja sairaudet, kivut sekä heikentynyt näkö. Ulkoisia tekijöitä ovat puolestaan epätasainen tai liukas kävelypinta, huono valaistus, kompastuminen mattoon ja epäsopivat jalkineet tai apuvälineet. Huomionarvoista on että tutkimusten mukaan jopa 40 % kotona asuvien iäkkäiden kaatumisista olisi ehkäistävissä.

Kaatumisvamman ensihoidon tulee olla aktiivista alusta alkaen. Pehmytkudosvammojen ja murtumien ensihoitona käytetään kolmen K:n periaatetta eli kylmä, koho ja kompressio. Vamma-alueelle alkaa vamman seurauksena purkautua solunestettä ja verta, joka muodostaa turvotusta paikallisesti. Vamma-alueelle tulisi antaa kylmähoitoa esimerkiksi jääpusseilla noin 30 minuutin jaksoissa sekä siihen olisi hyvä laittaa paineside. Vammautunutta raajaa tulisi pitää kohoasennossa.

Vamman ollessa vähäinen voidaan se hoitaa kotona kylmähoitoon ja puristussiteen avulla. Heti alusta lähtien vammautunutta raajaa tulisi käyttää kivun sallimissa rajoissa, jotta omatoimisuus ja liikuntakyky pystytään säilyttämään ennallaan.

Vamman ollessa iso tai jos siinä epäillään murtumaa, tulisi hakeutua lääkärin tutkimuksiin edellä mainittujen ensihoitotoimenpiteiden jälkeen. Jos murtumaa epäillään lonkassa, lantiossa, selkä- tai kaularangassa on apua soitettava hätänumerosta. Näissä murtumissa verenvuoto on suurta ja on suuri vaara että autettava joutuu sokkitilaan. Tällöin häntä tulee rauhoitella ja antaa oireenmukaista ensiapua. Selkärankamurtuma epäiltyä ei saa liikuttaa siitä asennosta mistä hänet on löydetty, ellei se ole hänen hengen pelastamisen kannalta välttämätöntä. Kaularankamurtumaepäilyyn päätä ja kaularankaa tulee tukea kaksin käsin ja huolehtia hengitysteiden avoimuudesta.