

HOITOSUUNNITELMAN/VUOSIKONTROLLIN ESIVALMISTELU KOTIHOIDOSSA

VUOSIKONTROLLIN JA HOITOSUUNNITELMAN PÄIVITYKSEN AJANKOHTA	
Vuosikontrollin ajankohta	Syntymäpäivä
Tammikuussa	1–31.1
Helmikuussa	1–28.2 ja 1–15.7
Maaliskuussa	1–31.3 ja 16–31.7
Huhtikuussa	1–30.4
Toukokuussa	1–31.5
Elokuussa	1–30.8
Syyskuussa	1–31.9
Lokakuussa	1–31.9 ja 1–15.6
Marraskuussa	1–30.11 ja 16–30.6
Joulukuussa	1–31.12

Loma-aika rauhoitetaan vuosikontrolleista, koska laadukkaan hoitosuunnitelman laadinta vaatii sekä tutun hoitajan että lääkärin läsnäoloa. RAI-arviot noudattavat samaa rytmiä.

Hoitaja tilaa ja huolehtii kontrolliverikokeiden ottamisesta ennen lääkärin vastaanottoa seuraavan taulukon mukaisesti. Huom! Sellaisia verikokeita ei toisteta, jotka on otettu viimeisen 3kk aikana normaalituloksin.

VUOSIKONTROLI VERIKOKEET KOTIHOIDOSSA	
KOE	KENELTÄ OTETAAN
B-PVK-T, P-Na, P-K, P-Krea	kaikilta, joilla on perussairauksia tai säännöllisiä lääkkeitä
P-Kol-LDL, B-HbA1C, fP-Gluk	kaikilta ennaltaehkäisyn piirissä olevilta
P-TSH, P-CRP, P-ALAT, P-AFOS, P-Ca-albk, gluk, EKG	jos toimintakyky tai mieliala on merkittävästi heikentynyt edellisen kontrollin jälkeen ilman tiedossa olevaa syytä
S-B12-TC2, fS-Folaat	Vuosittain asiakkailta, joiden todettu vitamiinin puutos on hoidettu tablettilääkityksellä (Betolvex, Folvite, Triobe). Injektio-muotoisessa korvaushoidossa olevien (Cohemin) seuranta lääkityksen optimoinnin jälkeen kolmen vuoden välein
B-La ja P-CRP, B-diffi, ALAT	jos asiakkaalla on lääkitys autoimmuunitautiin (reuma, polymyalgia, vaskuliitti, punahukka, tulehduksellinen suolistosairaus) jos käytössä on vain kortisoni, otetaan B-La ja P-crp
P-T4-V ja P-TSH	jos käytössä Thyroxin tai Tyrazol -laboratoriokoe otetaan ennen aamulääkityksen ottamista
B-HbA1C, fB-Gluk, U-AlbKre	diabeetikoilta -U-AlbKre ei oteta asiakkailta, jotka on rajattu dialyysihoidon ulkopuolelle

S-Li	jos käytössä on Litium-lääkitys
S-Digoks	jos käytössä on Digoxin-lääkitys -otettava aamulla ennen lääkitystä
Epilepsialääkepitaisuuudet -S-Valpr (Deprakine, Absenor) -S-OHKarba (Trileptan) -S-Karba (Neurotol, Tegretol) -S-Fenyt (Hydantin)	jos lääkettä käyttävällä asiakkaalla on ennestään tiedossa oleva munuaisten vajaatoiminta tai toimintakyky on heikentynyt edellisen kontrollin jälkeen -otetaan ennen aamulääkityksen ottamista -epilepsialääkkeitä käyttäviltä kerran vuodessa myös P-ALAT
Muistiverikokeet: B-PVK-T, P-Na, P-K, P-Krea, P-ALAT, AFOS, P-Ca-albk, S-B12-TC2, fS-Folaat, fB-Gluk, TSH	epäily diagnosoimattomasta muistisairaudesta
Munuaisverikokeet: Ca-albk, P-Pi, fP-Urea	jos on vaikea munuaisten vajaatoiminta (GFR alle 30, edellisessä mitauksessa)
P-Ca-albk	asiakkailta, jotka käyttävät osteoporoosilääkitystä Pistoslääkkeitä käyttäviltä tarkistetaan ennen pistosta
Osteoporoosiverikokeet: AFOS, Ca-albk, S-D-25, fP-PTH	Asiakkailta, jotka ovat sairastaneet murtuman edellisen kontrollin jälkeen eikä osteoporoosiselvittelyitä ole tehty
EKG	Asiakkaat, joilla on oireinen sepelvaltimotauti, huonossa tasapainossa oleva verenpainetauti, eteisvärinä tai muita sydänoireita. Jos asiakas ei kykene käymään EKG:ssa laboratoriossa, sen ottamiseen tulee valmistautua terveysasemalla ennen lääkärin vastaanottoa.

PAINO

-Kaikilta ennen vuosikontrollia

VERENPAINESURANTA

Kaikilta ennaltaehkäisyn piirissä olevilta

-4-(7)vrk verenpainesuranta (ennen lääkkeenottoa aamulla klo 6-9 ja illalla klo 18-21 kahdesti 1-2 minuutin välein)

-asiakas mittaa ensisijaisesti itse, jos on tähän kykenevä

-annetaan asiakkaalle verenpaineen seurantaohje ja tulosten merkkaukskaavake

Asiakkailta, joiden verenpaineen hoitotavoite on oireettomuus

-kolme satunnaismittausta istuma-asennossa viikon aikana

-Ortostaattinen koe

DIABEETIKOIDEN VERENSOKERISEURANTA (Liite 3)

Tyyppin II diabeetikot:

-Ainoastaan ruokavaliohoito: yhtenä päivänä vs ennen aamupalaa ja 2 tuntia päivällisen jälkeen

-Ainoastaan tablettihoito: kahtena päivänä vs ennen aamupalaa ja 2 tuntia päivällisen jälkeen

-Pitkävaikutteinen insuliini + tablettihoito: vs ennen aamupalaa, ennen nukkumaanmenoa ja 2 tuntia päivällisen jälkeen 2 peräkkäisenä päivänä

-Monipistosinsuliinihoito: vs ennen aamupalaa, ennen nukkumaanmenoa ja ateriaparimittaukset 3 peräkkäisenä päivänä

Tyyppin I diabeetikot

-vs ennen aamupalaa, ennen nukkumaanmenoa ja ateriaparimittaukset 3 peräkkäisenä päivänä

RESIDENTAL ASSESMENT INSTRUMENTIN TÄYTTÄMINEN ELI RAI-arvio

-mittaritietojen numeeristen tietojen lisäksi asiakkaan tilaa on hyvä avata sanallisilla kuvauksilla

SELVITETTÄVÄ SUUN TERVEYDEN OSALTA (Liite 4)

- Milloin viimeksi käynyt suun terveydenhuollon vastaanotolla?
- Onko asiakkaalla olemassa oleva hoitosuhde yksityiseen hammaslääkäriin tai hyvinvointialueen hammashoitolaan?
- Onko asiakkaalla voimassa oleva suun hoitosuunnitelma?
- Arvioidaan asiakkaan kyky huolehtia suuhygieniasta: sujuu/muistutettava/ autettava
- Pystyykö asiakas pureskelemaan ruokaa
- Onko asiakkaalla suun omahoidon ohjeet?

MUUT SEULAT

GDS 15

-jos epäillään masennusoireita

FRAX murtumariskilaskuri

-jos asiakas on sairastanut murtuman edellisen kontrollin jälkeen

FRAT (Falls Risk Assessment Tool)

-Jos asiakas on kaatunut edellisen kontrollin jälkeen

MNA laajennettu (Mini Nutritional Assessment)

-jos paino laskenut yli 3 kg viimeisen kolmen kuukauden aikana

KLIININEN GERASTENIA-ASTEIKKO

Tietoa löytyy seuraavasta duodecimien artikkelista, josta myös alla oleva kuva on lainattu:

<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15095.pdf>



Clinical Frailty Scale*

(Asteikko gerastenian kliiniseen arviointiin)



1 Erittäin hyväkuntoiset – Elinvoimaiset, aktiiviset, energiset ja motivoituneet henkilöt. He kuntoilevat yleensä säännöllisesti. He ovat ikäryhmästään parhaassa fyysisessä kunnossa.



2 Hyväkuntoiset – Henkilöt, joilla ei ole ajankohtaisia sairauden oireita mutta joiden kunto on huonompi kuin kategoriassa 1. Usein he kuntoilevat tai ovat aktiivisia ajoittain, esim. kausiluontoisesti.



3 Hyvin pärjäävät – Henkilöt, joiden lääketieteelliset ongelmat ovat hyvin hallinnassa, mutta jotka eivät harrasta säännöllistä liikuntaa arkikävelystä lukuun ottamatta.



4 Haaivoittuvat – Henkilöt, jotka eivät tarvitse toisten apua päivittäin, mutta usein erilaiset oireet rajoittavat aktiivisuutta. Yleinen oire on hidastuminen ja/tai väsymys olo päivällä.



5 Lievästi hauraat – Näiden henkilöiden toiminta on usein selvemmin hidastunutta ja he tarvitsevat apua vaativammassa päivittäistoiminnoissa (raha-asioiden hoito, kulkuvälineiden käyttö, raskaat kotityöt, lääkityksestä huolehtiminen). Yleensä lievä hauraus haittaa yhä enemmän kaupassa käyntiä, ulkona liikkumista, ruoan valmistusta ja kotitöitä.



6 Kohtalaisen hauraat – Henkilöt, jotka tarvitsevat apua kaikessa kodin ulkopuolisissa asioissa ja kotitöissä. Sisätiloissa heillä on usein vaikeuksia portaissa kulkemisessa ja he tarvitsevat apua peseytymisessä ja mahdollisesti vähäistä apua pukeutumisessa (ohjauksen ja valvonnan tarve).



7 Vaikeasti hauraat ovat täysin riippuvaisia toisten avusta itsestään huolehtimisessa mistä tahansa syystä (fyysinen tai kognitiivinen). Heidän tilansa näyttää vakaalta eikä kuolemanriski ole suuri (seuraavan n. 6 kk sisällä).



8 Erittäin vaikeasti hauraat – Täysin toisten avusta riippuvaiset henkilöt, jotka ovat elämänsä loppuvaiheessa. Yleensä he eivät pysty toipumaan lievästäkään sairaudesta.



9 Kuolemansairaat – Henkilöt, jotka ovat elämän loppuvaiheessa. Tähän kategoriaan luetaan henkilöt, joiden elinajanodote on alle 6 kuukautta, vaikka he eivät ole muuten selvästi hauraita.

Gerastenian arviointi muistisairailta henkilöillä

Haurauden vaikeusaste vastaa muistisairauden vaihetta. **Lievän demensian tyypillisiä oireita** ovat edeltävien tapahtumien yksityiskohtien unohtaminen, vaikka tapahtuma itsessään on palautettavissa mieleen, samojen kysymysten tai tarinan toistaminen ja vetäytyminen sosiaalisista tilanteista.

Keskivaikeassa dementiassa lähimuisti on selvästi heikentynyt, vaikka aiemman elämän tapahtumat näyttävät olevan hyvin muistissa. He tarvitsevat ohjausta itsestään huolehtimiseen.

Vaikeasti muistisairaat eivät kykene huolehtimaan itsestään ilman toisten apua.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.