

Soile Ojala-Seppä

GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINTA KESKI-SATAKUNNAN
TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄSSÄ

Vanhustyön koulutusohjelma

2017



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINTA KESKI-SATAKUNNAN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄSSÄ

Ojala-Seppä, Soile
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Marraskuu 2017
Sivumäärä: 45
Liitteitä: 1

Asiasanat: geriatria, geriatrinen arviointi, geriatrinen poliklinikka, geriatrinen potilas, toimintakyky, toimintamalli, vaikuttavuus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän geriatrisen poliklinikan toimintaa, ja laatia siitä kirjallinen toimintamalli. Geriatrinen poliklinikka on gerontologisen moniammatillisen osaamisen keskus. Geriatrisen poliklinikan toiminnan tavoitteena on ylläpitää potilaan toimintakykyä ja sosiaalista arvokkuutta, sekä pidentää kotona tai kodinomaisessa ympäristössä vietettyä aikaa.

Opinnäytetyö on kehittämistutkimus, jonka aineisto kerättiin haastatteleamalla poliklinikalla työskentelevää geriatrista sairaanhoitajaa. Tietoa kerättiin myös Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän työntekijöiden sisäisistä tiedotteista ja kuntayhtymän internetsivuilta. Haastattelun aineisto ja kirjallinen tieto yhdistettiin toimintamalliksi.

Opinnäytetyön teoreettinen osa perustuu kirjallisuuskatsaukseen, jossa käsitellään geriatrisen poliklinikan toiminnan tarpeellisuutta Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Toimintamalli kuvaa geriatrisen poliklinikan tämänhetkistä toimintaa. Opinnäytetyötä voidaan käyttää Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän geriatrisen poliklinikan toiminnan kuvaamiseen ja kehittämiseen.

FUNCTIONS OF A GERIATRIC CLINIC IN THE HEALTH CARE FEDERTION OF MUNICIPALITIES OF CENTRAL SATAKUNTA

Ojala-Seppä, Soile
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Elderly Care
November 2017
Number of pages: 45
Appendices: 1

Key words: geriatrics, geriatric assessment, geriatric clinic, geriatric patient, functional capacity, model of functions, effectiveness

The purpose of this thesis was to chart the functions of a geriatric clinic in the Health Care Federation of the Municipalities of Central Satakunta and to draw up a written model of its functions. A geriatric clinic is the centre of multidisciplinary competence. The aim of the clinic is to maintain the patient's functional capacity and social dignity and to expand the time spent at home or in a home-like environment.

The thesis is a development study and the material was collected by a theme interview from the geriatric nurse who works in the geriatric clinic. The aim was to find out silent knowledge and to chart the functions. In addition, the data consists of the content of internal bulletins for the personnel and the Internet pages of the Health Care Federation of the Municipalities of Central Satakunta. All this information was recorded and a model of functions was formulated on the basis of it.

The theoretical part of the thesis is based on a literature review. It deals with the meaning and necessity of the geriatric clinic in the Health Care Federation of Municipalities in Central Satakunta. The model describes the current functions of the geriatric clinic. The thesis can be used to develop the functions of the Health Care Federation of Municipalities of Satakunta.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	7
3 TEOREETTINEN PERUSTA	8
3.1 Keskeiset käsitteet	8
3.1.1 Geriatria	8
3.1.2 Geriatrinen arviointi	9
3.1.3 Geriatrinen poliklinikka	11
3.1.4 Geriatrinen potilas	12
3.1.5 Toimintakyky	12
3.1.6 Toimintamalli	13
3.1.7 Vaikuttavuus	14
3.2 Ikääntyneen väestön lisääntyminen haastaa vanhat toimintatavat	14
3.3 Geriatrasta poliklinikkatoimintaa tukevat lait ja velvoitteet	15
3.3.1 Kuntalaki	16
3.3.2 Vanhuspalvelulaki	16
3.3.3 Laatusuositus	18
3.3.4 Hallituksen kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa	19
3.3.5 Kaste-ohjelma	20
3.3.6 Kuntien vanhuspalvelustrategiat	21
3.4 Vahva tutkimusnäyttö geriatriksen arvioinnin vaikuttavuudesta	22
4 GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINTA KESKI-SATAKUNNAN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄSSÄ	28
4.1 Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä	28
4.2 Geriatrinen poliklinikkatoiminta	30
5 GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINNAN KEHITTÄMISTARPEET	33
6 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	36
LÄHTEET	38
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Väestö ikääntyy ja elinajanodote kasvaa kaiken aikaa. Ikääntyneet ihmiset ovat suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. Yhteiskunnan tulee turvata terve ja aktiivinen vanhuus. Ikääntyminen lisää sairastavuutta, ja elintavat rajoittavat toimintakykyä. Palvelujen ja avun tarve lisääntyvät yksilöllisesti. Terveiden, toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistäminen vaatii yksilöllistä kokonaisvaltaista lähestymistapaa, gerontologista tietotaitoa. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 7-8.) Vanhuksen hoito on haasteellista; monista ongelmista tulisi löytää ne, joihin voidaan vaikuttaa hoidoin, ja joita voidaan lievittää eri menetelmin. Mikäli kaikkia vointiin ja selviytymiseen liittyviä näkökohtia ei osata huomioida, vanhuksen hoito ja kuntoutus epäonnistuu. (Tilvis 2016, 85.) Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (CGA) on hyvin laaja-alaista arviointia, sillä se kattaa vanhuksen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä asuinympäristön kartoituksen. CGA on myös tieteellisesti todistettu vaikuttavaksi tavaksi lisätä vanhusten toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lykätä laitoshoitoon joutumista. Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin tekee moniammatillinen tiimi käyttäen erilaisia mittareita. Vanhuksen omat toiveet ja elämän tavoitteet sekä omaisten/läheisten elämäntilanne tulee myös huomioida arvioinnissa. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 453-455.) Geriatrinen poliklinikka on hyvä ratkaisu gerontologisen tietotaidon keskitämiseen. Sen toiminta helpottaa useiden sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden työtä ja ennen kaikkea lisää vanhuksen toimintakykyisiä vuosia omassa kodissaan.

Tulevaisuuden näkymät ennustavat niin vanhusten kuin muistisairaidenkin vanhusten lukumäärän lisääntyvän tulevina vuosina sekä valtakunnallisesti että Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Ennaltaehkäisevän perusterveydenhuollon rooli tulee korostumaan entisestään väestörakenteen, yhteiskunnallisten muutosten sekä elintapa-arvostuksen myötä. Geriatrinen poliklinikkatoiminta, ja sen kehittäminen, on yksi ratkaisu tulevaisuuden haasteisiin.

Opinnäytetyön aihetta miettiessäni otin yhteyttä Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän johtavaan hoitajaan. Kerroin halustani tehdä vanhustyöhön liittyvän opinnäytetyön kuntayhtymälle. Opinnäytetyöni toivoin olevan kuntayhtymälle tarpeellinen ja jatkossa myös hyödynnettävissä. Keskustelussa tulimme tulokseen, että geriatrisen poliklinikan toiminnasta ei ole tehty kirjallista työtä. Hoitopolkua tai toimintamallia ei ole dokumentoitu.

Kävin tutustumassa geriatrisen poliklinikan vastuusairaanhoitajaan 24.1.2017. Geriatrinen poliklinikka toimii kyseisen sairaanhoitajan, kolmen muistihoitajan ja etänä toimivan geriatriin toimesta. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa ne palvelut ja yhteistyötahot, jotka kuuluvat geriatrisen poliklinikan toimintaan, ja laatia kirjallinen toimintamalli geriatrisen poliklinikan toiminnasta Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä.

Opinnäytetyöni oli kehittämistutkimus. Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on kehittää jotain asiaa paremmaksi tai poistaa jokin ongelma. Kehittämiskohteena tässä työssä oli Keski-Satakunnan terveydenhuollon geriatrisen poliklinikan toiminta, ja interventio oli toiminnan kartoittaminen ja kirjallisen toimintamallin laatiminen. (Kananen 2012, 44, 55, 60.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän geriatrisen poliklinikan toimintaa ja laatia siitä toimintamalli. Toimintaa geriatrisella poliklinikalla on ollut kolme vuotta. Työnkuva on kehittynyt vuosien myötä tarpeen mukaan. Poliklinikan toiminnasta ei kuntayhtymän internetsivuilla ole mainintaa. Geriatriesta sairaanhoitajasta löytyy seuraava teksti: ” Geriatrisen sairaanhoitajan asiakkaita ovat kuntayhtymän alueen yli 65-vuotiaat muistisairaats. Geriatriinen sairaanhoitaja toimii yhteistyössä erityisesti geriatrien ja muistihoitajien kanssa. Yhteysdenotot arkisin klo 9-11.” Keskustellessani geriatrisen sairaanhoitajan kanssa toiminnasta, tulee esille, että poliklinikan toiminta käsittää kuitenkin huomattavan paljon muuta toimintaa, kuin tuon yli 65-vuotiaiden muistisairaiden palvelut. Opinnäytetyöni tarkoituksena olikin kartoittaa ne palvelut ja yhteistyötahot, jotka geriatrisen poliklinikan toimintaan kuuluvat, ja laatia kirjallinen malli geriatrisen poliklinikan toiminnasta.

Geriatrisen poliklinikka toimii lähinnä yhden vastuusairaanhoitajan toimesta. Hoitopolkua tai mallia ei ole dokumentoitu. Toimintaa on myös vaikea hahmottaa ja kehittää, jos siitä ei ole kirjallista aineistoa.

Perustana opinnäytetyölle on lähdekirjallisuus sekä tutkimukset geriatrisen moniammatillisen arvioinnin tarpeellisuudesta. Geriatrisen poliklinikan toiminnan tehostaminen on nyt hyvinkin ajankohtaista. Tulevaisuuden näkymät ennustavat niin vanhusten kuin muistisairaiden vanhustenkin lukumäärän tulevina vuosina lisääntyvän, niin valtakunnallisesti kuin kuntayhtymänkin alueella. Iäkkäiden hyvää hoitoa edellyttävät lait ja velvoitteet. Kuntien on huolehdittava ikääntyneiden hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistämisestä, sekä tuettava kotona asumista. Vanhuspalvelulaki, ja siihen pohjautuva laatusuositus, korostavat lisäksi iäkkään henkilön osallisuutta ja toimijuutta palveluja suunniteltaessa. Vanhuspalvelulaki myös velvoittaa kuntia tekemään suunnitelman/strategian ikääntyneen väestön tukemisesta, ja osoittamaan sen toteuttamiseksi riittävät voimavarat. Uutena ohjausmuotona vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen ohella toimii hallituksen kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vah-

vistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Myös Kaste-ohjelma eli sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma määrittelee sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet.

Opinnäytetyö on kehittämistutkimus, jossa kartoitetaan geriatrisen poliklinikan toimintaa ja laaditaan malli toiminnasta. Malli on tarpeellinen kuvattaessa ja kehitettäessä poliklinikan toimintaa.

3 TEOREETTINEN PERUSTA

3.1 Keskeiset käsitteet

Keskeiset käsitteet opinnäytetyssä ovat geriatria, geriatrinen arviointi, geriatrinen poliklinikka, geriatrinen potilas, toimintakyky, toimintamalli ja vaikuttavuus.

3.1.1 Geriatria

Geriatria eli kliininen gerontologia on *tutkimusala*, jonka kohteena ovat vanhusten sairauksien erityispiirteet ja sairaiden vanhusten hoidon kehittäminen. Geriatria nostaa esille oikean diagnostiikan ja tarkoituksenmukaisen hoidon korostaen vanhuksen toimintakykyä, elämänlaatua ja henkilökohtaista autonomiaa. (Tilvis 2016, 10.)

Geriatria on *lääketieteen erikoisala*, joka on perehtynyt ikääntymiseen ja ikäihmisten kokonaisvaltaiseen hoitoon. Geriatrian erikoislääkäri on *geriatri*, jonka toimenkuvana on arvioida kokonaisvaltaisesti potilaan terveydentilaa. Geriatrian kohteena on kokonainen ihminen: hänen fyysiset, henkiset, toiminnalliset ja sosiaaliset olosuhteensa sekä niiden yksilöllinen hoito. Hyvä hoito edellyttää sekä lääkäriltä että terveydenhuollon ammattihenkilöiltä tietoa normaalista ikääntymisestä ja ikääntymisen vaikutuksista elimistön toimintaan sekä tuntemusta ikäihmisten sairauksien erityispiirteistä. Iäkkäiden hyvään hoitoon tarvitaan myös heidän elämänsä kunnioittavaa ja arvostavaa asennetta. Geriatrinen työ lähtee laaja-alaisesta arvioinnista ja etenee yksilöllisesti

ja yhdessä sovittuun hoitoon ja kuntoutukseen. Geriatriinen työ perustuu moniammatilliseen ryhmätööhön, jossa kaikki hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvat työntekijät ovat perehtyneet geriatriaan. Tarve ikääntyvien hoidon erityisosaamiseen lisääntyy jatkuvasti, koska ihmiset elävät nykyisin hyvinkin vanhoiksi. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 11-13.)

Geriatria on *monitieteinen ja moniammatillinen ala*. Geriatriassa on olennaista muodostaa potilaasta kokonaisnäkemys, jossa huomioidaan terveydentilan ja toimintakyvyn lisäksi myös kaikki muut asiat, kuten esim. kotiasiat. Geriatriassa ei etsitä välttämättä terveyden parantumista, vaan tärkeää on saada potilaan toimintakyky paranemaan tai että potilas vain piristyy ja jatkaa asumista kotona. Näin potilaan elämään saadaan parannusta ja elämänlaatu kohenee. Geriatri on ikään kuin konsultti, kokonaisuudenhahmottaja ja organisaattori vanhuksen, hänen perheensä ja hoitotiimin välisessä vuorovaikutuksessa. (Alarotu 2013, 1524–1525.)

3.1.2 Geriatriinen arviointi

Geriatriasta arvioinnista käytetään kirjallisuudessa myös ilmaisuja *moniammatillinen geriatriinen arviointi ja kokonaisvaltainen geriatriinen arviointi* (comprehensive geriatric assesment, CGA). Nämä ilmaisut kuvaavat paremmin *arvioinnin vaativuutta ja laajuutta*. Ulkomaisten artikkelien ja kirjallisuuden käyttämää lyhennettä CGA käytetään nykyisin paljon myös suomenkielisissä kirjoituksissa.

Geriatriksen arvioinnin *kohde on vanhus*. Vanhuksella on *heikentyneen ennusteen tunnusmerkkejä*. Tunnusmerkkejä on useita, kuten esim. virtsankarkailu, huonokuuloisuus ja kognitiivinen heikentyminen. Buurman ym. (2011) käyttävät tutkimuksessaan ilmaisua geriatriset oireyhtymät. Geriatriinen arviointi perustuu potilaan haastatteluun ja tutkimukseen. Siinä pyritään selvittämään mahdollisimman tarkasti potilaan *kokonaisvaltainen terveydentila*: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, sairaudet sekä tämänhetkiset käytössä olevat palvelut. Geriatrialla arvioinnilla pyritään löytämään ongelmien aiheuttaja ja sen jälkeen selvittämään korjausmahdollisuus. Edelleen on käyttökelpoinen Nagin (1976, 439-466) kirjoittama artikkeli toiminnanvajauksien (disability) kehittymisessä; patologia johtaa fysiologisiin vaurioihin, toiminnan

rajoitukseen ja lopulta toiminnan vajaukseen. Tärkeää on myös kartoittaa vanhuksen omat toiveet ja realistiset elämän tavoitteet sekä läheisten elämäntilanne, kuormittuneisuus, voimavarat ja sairaudet. Geriatriksen arvioinnin tekee yleensä moniammatillinen tiimi yhdessä potilaan ja hänen läheisen/omaisen kanssa. Prosessi selvittää ikäihmisen hoito- ja kuntoutusmahdollisuudet, ja sen perusteella laaditaan yksilöllinen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma. Siinä määritellään hoidon tarve, tavoitteet, toteutuminen ja arviointi. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan tulisi sisällyttää myös lääkehoidon suunnitelma. Kun tavoitteet on asetettu, lähtee käyntiin niiden määritetyn toteuttaminen systemaattisesti, kokonaisvaltaisesti, potilaskeskeisesti ja validoiduin mittarein (Laurila 2016). Suunnitelman toteutumista on koko ajan seurattava ja se on päivitettävä aika ajoin tai tarvittaessa uudelleen. Toimintakykyä olisi hyvä tarkkailla myös kotiloissa, koska se on potilaan todellinen toimintaympäristö, jossa hänen on pärjättävä. Geriatriksen arvioinnin keskeinen tavoite on iäkkään henkilön mahdollisimman hyvän *toimintakyvyn ja elämänlaadun turvaaminen*. (Karppi & Nuotio 2008, 15-29; Buurman ym. 2011; Savonia ammattikorkeakoulu 2014; Pitkälä ym. 2016, 453-455; Tilvis 2016, 80.)

Geriatriksen kokonaisarviointi prosessimallina koostuu neljästä kokonaisuudesta, joita ovat: kokonaistilanteen arviointi, tavoitteiden asettaminen, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu sekä arviointi. Kokonaistilanteen arvioinnissa selvitetään asiakkaan elämäntilanne ja voimavarat. Tärkeää on käyttää kartoituksessa oikeita testejä ja mittareita lähtötason selvittämiseen ja tuloksien vertailuun lähtötasoon nähden. Ensin pitää tehdä karkea arvio vanhuksen toimintakyvystä, jotta voi valita spesifit testit kohdenetusti. TOIMIA-tietokanta antaa toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa ja se on ammattilaisten työväline lukuisine erilaisine mittareineen (Toimia-tietokannan [www-sivut](http://www.toimia.fi) 2017). Myös Innokylän internetsivuilta löytyy liite gerontologisen kokonaisarvioinnin mittareista ja testeistä toimintakyvyn eri osa-alueilta. Tutkimuksen perusteella asetetaan tavoitteet hyödyntäen SMART-periaatetta (Specific = yksilöllinen, Measurable = mitattava, Achievable = saavutettavissa, Realistic/Relevant = realistinen/merkityksellinen, Timed = mahdollinen aikatauluttaa). (Innokylän [www-sivut](http://www.toimia.fi) 2017a.)

Ikäihmiset ovat hyvin usein monisairaita. Heillä on usein myös toiminnan heikentymistä, toiminnan vajeista ja geriatrisia oireyhtymiä. Sairaudet voivat olla toisistaan

riippuvaisia tai riippumattomia, samanaikaisesti esiintyvät sairaudet erityyppisiä ja eriasteisia. Sairauksien yhdistelmät voivat olla hyvin moninaisia. Tämän vuoksi ikäihmisten hoito on varsin haasteellista. Jotta hoito ja kuntoutus onnistuvat, on kaikki potilaan vointiin ja selviytymiseen liittyvät näkökohdat huomioitava. (Tilvis, 2016, 83, 85.)

3.1.3 Geriatriinen poliklinikka

Geriatriinen poliklinikka on tarkoitettu *ikääntyneille vanhuksille*, joiden tutkimus ja hoito eivät onnistu kotihoidossa tai terveysasemalla, mutta he eivät tarvitse keskussairaalatasoista päivystyksellistä hoitoa. Poliklinikalle tullaan aina terveysaseman tai kotihoidon työntekijän yhteydenoton perusteella. (Kyllönen 2014; Fimean [www-sivut 2015](#).)

Geriatriisella poliklinikalla toimii koulutettu hoitaja, joka konsultoi potilaan perhelääkäriä tai omaa hoitavaa geriatria. Potilaina ovat pääasiassa geriatriiset potilaat, joiden *toimintakyvyssä on tapahtunut äkillinen arjessa selviytymistä haittaava muutos*. Tärkeää on oireiden saaminen kontrolliin, toimintakyvyn laskun estäminen ja sitä kautta elämänlaadun parantaminen. Samalla estetään potilaan ajautuminen päivystykseen tai osastolle, jos heidän kliininen tilansa ei edellytä käyntiä päivystyksessä. Poliklinikan toimintaperiaate on ”*oikeat potilaat, oikeaan aikaan*”. Näin päästään toimintakyvyn laskuun kiinni aikaisessa vaiheessa. Poliklinikan tavoitteena on, että vanhukset voisivat asua kotonaan toimintakykyisinä mahdollisimman pitkään. Poliklinikan toiminta tukee kotihoitoa. (Kyllönen 2014; Fimean [www-sivut 2015](#).)

Suomessa geriatriisen poliklinikan toiminta on vielä melko uutta. Kirjallista aineistoa löytyy lähinnä vain Turkuun vuonna 2013 perustetun geriatriisen poliklinikan toiminnasta. Toiminnasta Turussa on ollut hyvin positiivisia tuloksia, mm. ikääntyneiden potilaiden päivystyskäynnit terveysasemilla ovat vähentyneet ja sairaalaosastojen hoitoajat ovat lyhentyneet. (Fimean [www-sivut 2015](#).)

3.1.4 Geriatriinen potilas

Geriatriinen potilas on Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan *iäkäs tai ikääntyvä monisairas potilas* (yleensä yli 75- vuotias). Geriatriksen potilaan tutkiminen ja hoito sekä toiminnalliset haitat, psyykkiset ongelmat tai sosiaaliset selviytymisvaikeudet aiheuttavat erityisiä ongelmia. Tähän ryhmään ei kuulu ikäihminen, joka on perusterve. (Jartti, Heinonen, Upmeier & Seppälä 2011, 2968.)

Geriatriisella potilaalla on useita pitkäaikaissairauksia, sairauksien ei-tyypillistä esiintymistä ja poikkeavia statuslöydöksiä. Sairauksiin on usein runsas ja epäselvä lääkitys. Laboratorio ja kuvantamislöydökset saattavat olla poikkeavia. Useimmilla on myös aistivajeita ja toistuvia kommunikaatiovaikeuksia, n. 40 % kärsii muistiongelmista. Heillä on suuri sairaalahoidon-, apuvälineiden ja mm. sosiaalityön-, sekä tukitoimien (mm. kuljetuksen) tarve. He ovat alttiita komplikaatioille ja uusintakäynneille. (Laurila 2016.)

Geriatriinen potilas on usein vaikeasti diagnosoitava potilas. Diagnostiikkaa hankaloittaa vaikeudet löytää esitiedoista oleellinen tieto. Myös oireiden muuttuminen ikääntymisen ja ikääntymisen aiheuttamien sairauksien myötä lisää epäspesifisyyttä. Statuslöydöksiä saattaa olla paljon, ja yleisoireita on vaikea tulkita. Potilailla saattaa olla kommunikaatio-ongelmia. Joistain sairauksista ei haluta puhua (esim. virtsainkontinenssi) ja toisia vaivoja korostetaan liiaksi (esim. nivelvaivat, huimaus). Oireiden epäspesifisyyden vuoksi onkin lääketieteessä lisääntynyt kuvailevien diagnoosien käyttö, kuten äkillinen kunnon romahtaminen, pärjäämättömyys, muistin heikentyminen, laihduminen, anoreksia ja elämänhalun sammuminen. (Tilvis 2016, 68-70.)

3.1.5 Toimintakyky

Toimintakyvyn käsitettä ja käsitteeseen liittyviä asiayhteyksiä on viimeisen puolen vuosisadan ajan tutkittu yhä enemmän. Kasvaneen huomion syynä on ollut väestön ikääntyminen, joka heikentää toimintakykyä. Toimintakyvyn käsitettä on lähestytty ja määriteltä eri tavoin näkökulmasta riippuen. Toimintakyky jaotellaan usein fyysiseen,

psykykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Pohjolainen & Salonen 2012, 235; Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278; Pitkälä ym. 2016, 448; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.) Toimintakyky voidaan myös jakaa fyysiseen, kognitiiviseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä arvioitaessa (Lyyra & Tiikkainen 2010, 61).

Toimintakyky on lyhyesti ilmaistuna ihmisen *kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästään* (Pitkälä ym. 2016,448). Laajempi näkökulma toimintakyvylle on kyky selviytyä *elämän päivittäisistä tehtävistä* omassa elinympäristössään itseään tyydyttävällä tavalla. Toimintakyky muodostuu terveydentilan, yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 56.) Sillä on keskeinen sija ihmisen hyvinvoinnissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016). Toimintakyvyn arvio perustuu esitietoihin, klinisiin havaintoihin ja tutkimuslöydöksiin. Se on arvio siitä, kuinka henkilö selviytyy päivittäiseen elämään liittyvistä vaatimuksista. ICF-luokituksen mukaan (WHO:n kansainvälinen toimintakykyluokitus ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health, on julkaistu vuonna 2001) se on *arvio henkilön osallistumisen mahdollisuuksista*. ICF -luokituksessa ymmärretään, että toimintakyky on *moniulotteinen, vuorovaikutuksellinen ja dynaaminen tila*, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Luokitus antaa yhteisen kielen eri ammattiryhmien välille. (Aro 2004, 25; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

3.1.6 Toimintamalli

Toimintamalli on käytännöstä yleistetty kuvaus ja selkeä mallinnus. Toimintamalli on apuväline, jonka avulla kuvataan keskeistä ideaa, osatekijöitä ja prosessia. Toimintamallista selviää keskeiset toimijat ja näiden tehtävät, ja sitä on helppo hyödyntää toimintaa kuvatakseen. Toimintamalli on *käytännön käyntikortti*. (Innokylän www-sivut 2017b.)

3.1.7 Vaikuttavuus

Vaikuttavuuden käsitettä voidaan kuvailla seuraavasti; se on *kykyä aikaansaada tavoiteltu vaikutus/muutos, saavuttaa haluttu tavoite tai tavoitteiden toteutumisen aste*. Vaikuttavuus on tavoitteellista *pyrkimistä päämäärään*. (Kiviniemi, Happonen & Korhonen 2012; Koski 2014; Ståhl 2017, 971.)

Kaiken potilaan hoidon/kuntoutuksen tulee perustua parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Tietopohjaa on kaiken aikaa pyrittävä parantamaan. Vaikuttavuuden osoittaminen lääketieteessä perustuu yleensä kokeisiin, joissa kahta tai useampaa menetelmää on verrattu toisiinsa. Vertailu vaatii aina mittaamista ja seuranta ajassa. Menetelmä, joka on tunnistettu vaikuttavaksi, eli jolla on päästy haluttuun tulokseen, on tällöin paras mahdollinen menetelmä. Tämän menetelmän käyttö on vaikuttavaa toimintaa. (Kiviniemi ym. 2012; Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen [www-sivut](#) 2014.)

Myös *näyttöön perustuva toiminta* (NPT) on parhaan ajantasaisen tiedon käyttöä hoidossa. Paras ajantasainen tieto on luotettavaa tutkimustietoa. *Näyttöön perustuva toiminta* ja *vaikuttava toiminta* merkitsevätkin samaa asiaa. (Hoitotyön tutkimussäätiön [www-sivut](#) 2017.)

Potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää sekä näyttöön perustuvaa terveyden- ja sairaanhoitoa. Kun potilas saa tutkitun parhaan mahdollisen hoidon/kuntoutuksen, hänen oikeutensa toteutuu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§.) Myös Terveystenhuoltolaki velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on oltava paitsi näyttöön perustuvaa, myös laadukasta, turvallista ja asianmukaista (Terveystenhuoltolaki 1326/2010, 8§).

3.2 Ikääntyneen väestön lisääntyminen haastaa vanhat toimintatavat

Maailman väestörakenne on muutoksessa. *Väestön vanheneminen mainitaan Hopea-paperissa ihmiskunnan suurimmaksi saavutukseksi*, ja *Eurooppa johtaa tätä menestystarinaa*. Hopea-paperi on raportti eurooppalaisesta vanhenemiseen liittyviä sairauksia käsitelleestä kokouksesta syyskuussa 2008. Vanheneminen sairauksineen on kasvava

haaste yksilöille, terveydenhuoltojärjestelmille sekä eri tieteenaloille. Tutkijat työskentelevät aktiivisesti, jotta vanhenemista ymmärrettäisiin paremmin, ja sen tuomiin haasteisiin pystyttäisiin vastaamaan paremmin. Kokouksessa laaditun asiakirjan tarkoituksena on saada aikaan toimintatapojen muutoksia, jotka voivat tulevaisuudessa vähentää vanhuusiän sairauksiin liittyviä rasitteita. (Hopea-paperi 11-13.9.2008.)

Suomessa väestön ikääntyminen on nopeampaa kuin useimmissa muissa maissa. Eliniän pidentyminen ja alhainen syntyvyys johtavat väestön ikärakenteen pysyvään muutokseen. Ikärakenteen muutos taas haastaa vanhat toimintatavat, koska yhteiskunnan järjestelmät ja toimintatavat ovat luotu toisenlaisiin olosuhteisiin. (Parjanne 2004, 3.)

Väestön ikääntyminen luo haasteita kansalaisten terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Hyvä ja täysipainoinen elämä tulisi turvata kaikissa elämänvaiheissa. Tarve sosiaali- ja terveyspalveluille on riippuvainen kansalaisten terveydestä ja toimintakyvystä. Myös kansalaisille tulisi vahvistaa omaa vastuuta terveydestä ja toimintakyvystä. (Parjanne 2004, 21.)

3.3 Geriatria poliklinikkatoimintaa tukevat lait ja velvoitteet

Ikääntyneiden ihmisten oikeusturvaa, palveluiden asianmukaisuutta ja laatua sekä tasapuolisuutta ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa kohtelua varmistavat valtakunnan taholta tuleva ohjaus ja valvonta. *Valvira* eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa *aluehallintovirastoja*. Aluehallintovirastot taas ohjaavat ja valvovat sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Aluehallintoviraston [www-sivut](#) 2016). Ohjauksen ja valvonnan tavoitteena on varmistaa vanhusten saamien palvelujen toteutuminen lakien, asetusten ja suositusten mukaisesti. (Valviran [www-sivut](#) 2016.)

Perustuslaki on kaiken lainsäädännön perusta. Muut lait eivät saa olla ristiriidassa perustuslain kanssa. Perustuslaki turvaa Suomessa asuvien perusoikeudet. (Oikeusministeriön [www-sivut](#) n.d.) Geriatriksen työn kannalta keskeinen laki on ns. *vanhuspalvelulaki*. Vanhuspalvelulaki, siitä laadittu *laatusuositus* sekä sen pohjalta tehty *kuntien ikäpoliittiset strategiat* ohjaavat ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kehittämiseen.

EU:n suositukset ns. Hopea-paperissa, antavat raamit geriatrian ja gerontologisen hoidon kehittämiseksi (Hopea-paperi 11-13.9.2008). *Kansalliset kehitysohjelmat mukailivat* tätä suositusta, ja niiden pohjalta laaditut kuntakohtaiset vanhuspalvelustrategiat ohjaavat kuntayhtymän toimintaa.

3.3.1 Kuntalaki

Kuntalaki antaa normatiivisen perustan kunnan perustehtävistä. Yksi perustehtävistä on *kunnan asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen*. Kunnan tulee vastata tärkeiden palvelujen järjestämisestä jokaiselle kuntalaiselle. Kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut tulee kohdistua yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteena on terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen, mielenterveyden vahvistaminen, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja voimavarojen kohdentaminen suunnitelmallisesti terveyden edistämiseen. Varoja tulee kohdistaa terveydenhuollon ennaltaehkäisevään toimintaan. Myös uusia vaikuttavia keinoja on kehitettävä. Ikääntyneiden hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä kotona asumisen tukeminen tulevat tulevana vuosikymmeninä korostumaan kuntien väestörakenteen muutoksen seurauksena. Tähän on kuntien reagoitava ajoissa uudistamalla toimintatapojaan ja rakenteitaan, jotta hyvinvointipalvelut voidaan jatkossakin turvata kuntalaisille. (Suomen Kuntaliitto 2012, 12-15.)

3.3.2 Vanhuspalvelulaki

Vanhuspalvelulaki, eli viralliselta nimeltään *laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista*, tuli voimaan 1.7.2013. Vanhuspalvelulaki *pohjautuu sosiaalihuoltolakiin*. Uusi sosiaalihuoltolaki tuli voimaan 1.4.2015. Uusi sosiaalihuoltolaki ja vanhuspalvelulaki ovat keskenään hyvin saman sisältöisiä. Sosiaalihuoltolakia yleislakina sovelletaan myös iäkkäisiin henkilöihin. Vanhuspalvelulakia sovelletaan niissä tilanteissa, joissa iäkkäällä henkilöllä on oikeus sen mukaisiin palveluihin, ja ne toteuttavat asiakkaan etua paremmin kuin sosiaalihuoltolaki. Vanhuspalvelulaki on erityislaki, joka määrittelee tarkemmin, miten

palvelut tulee tuottaa; laissa on erilaisia toimintaohjeita ja käytäntöjä. Vanhuspalvelulaki pohjautuu sosiaalihuoltolakiin täydentäen sitä. Vanhuspalvelulaki on konkreettisempi työväline eri tahoille, jotka vastaavat ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalveluista. Vanhuspalvelulaki kohdistuu iäkkäisiin ihmisiin yksityiskohtaisesti. (Juurikkala 2015.)

Vanhuspalvelulain tarkoituksena on ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen. Iäkkään henkilön tulee saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluita sekä ohjausta muista tarjolla olevista talveluista riittävän ajoissa yksilöllisten tarpeittensa mukaan, jos hänen heikentynyt toimintakyky sitä edellyttää. Lain tarkoituksena on osallistaa ikääntynyt väestö paitsi itseään koskevaan päätöksentekoon, myös parantaa mahdollisuuksia vaikuttaa elinoloihinsa kunnissa ja tarvitsemiensa talvelujen kehittämisessä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2013.)

Vanhuspalvelulaki painottaa, että kunnan on järjestettävä ikääntyneelle väestölle laadukkaat sosiaali- ja terveystalvelut, jotka ovat heidän yksilöllisiin tarpeisiin nähden oikea-aikaisia ja riittäviä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 1 luku 1 §). Oikea-aikaisten ja riittävien talvelujen turvaamiseksi tähtäävät myös kaikki iäkkäille suunnatut suositukset ja hankkeet sekä kuntakohtaiset vanhuspalvelustrategiat. Tärkeää on tukea ikääntyvän väestön kykyä elää arvokkaasti ja toimintakykyisesti, mahdollisimman pitkään kotona.

Erityisen tärkeää on talvelujen oikea-aikaisuus, kun vanhuksella on diagnosoitu dementoiva sairaus. Keskeistä on turvata toimintakyvyn ja voimavarojen arviointiin sekä toimintakyvyn muutoksiin sopeutetut toimintakykyä, kuntoutumista ja elämänlaatua edistävät talvelut. Tärkeää talvelujen tuottamisessa on eri toimijoiden välinen yhteistyö. (Suhonen ym. 2008, 9; Voutilainen 2008.) Muistisairaudet ovat myös kustannuksiltaan merkittävin sairausryhmä johtuen potilaiden suuresta määrästä ja demention loppuvaiheen laitoshoidosta. He myös tarvitsevat hyvin paljon räätälöityjä terveystalvelu- ja sosiaalitalveluja. Jo pienin muutoksin voidaan muistipotilaan hoidon kustannuksia ja elämänlaatua parantaa merkittävästi. (Suhonen ym. 2008, 9.)

Kuntien on laadittava suunnitelma toimenpiteistä, joilla ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Suunnittelussa tulee painottaa toimenpiteitä, jotka edistävät kotona asumista ja kuntoutumista. Tämän lisäksi kunnan tulee vuosittain arvioida, ovatko palvelut riittäviä ja laadukkaita. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal-veluista.)

3.3.3 Laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan uudistetun laatusuosituksen: *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019*. Laatusuositus korostaa iäkkään henkilön *osallisuutta ja toimijuutta*. Laatusuosituksia on annettu vuosina 2001, 2008 ja 2013. Nyt vuonna 2017 uudistetussa laatusuosituksessa on huomioitu ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset sekä hallitusohjelman ja julkisen talouden suunnitelman tavoitteet. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut, eri toimijoiden yhteistyö, asenteiden muuttaminen ikäihmisiä kohtaan sekä iäkkäiden kuntalaisten kannustaminen osallistumaan ja vaikuttamaan. Laatusuositus tukee kuntia iäkkäiden palvelujen uudistamisessa sekä väestön ikärakenteessa ja toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin varautumisessa. Laatusuositus kannustaa käyttäjiään muuttamaan palvelurakennetta laitoshoidon vähentämiseen ja kotiin annettavien palvelujen määrän ja sisällön kehittämiseen sekä henkilöstön riittävän määrän ja osaamisen turvaamiseen. Uusi laatusuositus nostaa esille viisi teema-aluetta:

1. Turvataan mahdollisimman toimintakykyinen ikääntyminen.
2. Nostetaan asiakas- ja palveluohjaus keskiöön.
3. Panostetaan laatuun.
4. Muokataan palvelujen rakenne ikäystävälliseksi yhdistämällä asuminen ja palvelut.
5. Hyödynnetään teknologiaa.

Laatusuosituksen toteutuessa ennakoidaan vaikutuksien kohdistuvan hyvinvointiin ja terveyteen niin iäkkäille ihmisille, heidän läheisilleen, kuin myös ikäihmisten palveluissa toimivalle henkilöstölle. Tutkimusten mukaan suosituksen keinot, yhteistyö ja

riskiryhmiin kohdentuva toiminta, joilla terveyttä ja toimintakykyä edistetään, ovat sekä vaikuttavia että kustannusvaikuttavia. Kustannusten kasvua pystytään hillitsemään mm. ennaltaehkäisemällä ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Terveemmän ja toimintakykyisemmän ikääntymisen kustannusvaikutukset tulevat näkyviin vasta vuosien viiveellä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6, 7-14; Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2017.)

3.3.4 Hallituksen kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa

Uutena ohjausmuotona vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen ohella toimii tämä kärkihanke, joka toteutetaan vuosina 2016–2018. Hanke osaltaan toimeenpanee uudistetun laatusuosituksen sisältöjä. Kärkihankkeessa jokaiseen maakuntaan muodostetaan iäkkäiden yhteen sovitettu alueellinen palvelukokonaisuus, ja tätä toimintaa vie eteenpäin muutosagentit. Kotihoito pyritään aina pitämään ensisijaisena. Alueellisen kokonaisuuden pohjana on mahdollista hyödyntää jo arvioituja ja/tai kehitteillä olevia alueellisia malleja. Hankkeen kokeilut kohdistuvat ikäihmisten kotihoidon kehittämiseen, toimivien omaishoitomallien juurruttamiseen sekä kokeilujen, muutosagenttitoiminnan ja kärkihankkeen arviointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2016, 6-7.)

Parasta elämää kotona – seminaari Finlandia-talolla 15.9.2017 käsitteli kärkihanketta. Seminaarissa todettiin, että kärkihanke on lähtenyt hyvin käyntiin, ja kokeilut etenevät maakunnissa. Ikäihmisten palveluiden todettiin myös jatkossa olevan kasvava haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. Kärkihankkeen tiimoilta Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos tulee vuoden 2017 aikana julkaisemaan kattavan tietopaketin internetsivuillaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Toimivaan kotihoitoon tulee kuntien erityisesti kiinnittää huomiota, jotta ikäihmiset voivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoitoa pitäisi olla tarjolla vuorokauden ympäri. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2016,17.) On tutkittu, että vanhukset haluavat asua kotona; vuonna 2012 helsinkiläisille tehdyssä selvityksessä

varmuudella vain 3 % säännöllisen kotihoidon asiakkaista pitää parempana asua muualla kuin kotona. Omaisista 14 % oli sitä mieltä, että hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona. Omaisen jaksamattomuuden syyksi todettiin joka kuudennella olevan uupumus, ja hoivattavalla oli vähintään keskivaikea dementia, valvonnan ja avun tarve, kroonisten sairauksien epävakaus sekä päämäärätön vaeltelu. (Finne-Soveri 2012, 3186.) Toimivan kotihoidon toteutumiseksi kuntien on panostettava kahteen asiaan: kotihoidon henkilöstö on otettava mukaan kehittämään omaa työtään sekä on kehitettävä ja otettava mahdollisimman pikaisesti käyttöön kuntouttavan ja akuuttitalteiden toimintamallit. (Sosiaali- ja terveystministeriön www-sivut 2016, 17.)

3.3.5 Kaste-ohjelma

Kaste-ohjelma eli *sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma* määrittelee sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet. Satakunnan sairaanhoitopiirin hallinnoimia Kaste-hankkeita ikääntyneitä koskien Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä ovat olleet vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa (1.3.2010-31.10.2012) ja juurruttamishanke (1.10.2012 - 31.10.2013). Nimeltään hanke oli *Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen toimintamallien kehittäminen*. Hankkeesta oli kaksi pilottia: *Kotiuttamiskäytäntöjen yhtenäistäminen Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella ja Kotihoidon yhteistyöprosessien kehittäminen Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella*. Kotiuttamiskäytäntöjen yhtenäistäminen -pilotin tuloksina todettiin työntekijöiden välisen sosiaalisen kanssakäymisen lisääntyneen tehostaen työskentelyä ja säästään aikaa. Kokonaisvaltainen hoito tehostui keskustelujen myötä. Pilotin jatkotoimenpiteenä mainittiin sairaalahoidon ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen edelleen geriatrisen osaamiskeskus-mallin myötä. Kotiuttamiskäytänteiden yhtenäistäminen -pilotti on luonut hyvän pohjan tulevalle geriatriselle osaamiskeskustoiminnalle Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueelle. Kotihoidon yhteistyöprosessien kehittäminen -pilotin onnistumista selvitettiin n. vuosi juurruttamishankkeiden päättymisen jälkeen. Hankkeen vastuutyöntekijämalli ja kotihoitoneuvottelut ovat juurtuneet osaksi toiminnan arkipäivää. Kokemukset niistä ovat olleet hyviä ja etenkin vastuuhoidajamallin katso-

taan luoneen luottamussuhteita asiakkaisiin, ja näin asioiden hoituminen on parantunut. Kotihoidon työntekijöiden koulutuksia on tehostettu ja sähköinen kirjaaminen on käytössä. Myös hankeosaamisen katsottiin hankkeessa mukana olleiden osalta parantuneen ja työyhteisön innostus oli tärkeässä roolissa hankkeessa. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2017.)

Toinen suuri hanke oli *Yhteisvoimin kotona – ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden ja kuntoutuksen kehittäminen* 2014-2016. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän toimenpiteet hankkeen tiimoilta oli

- kehittää ikäihmisten palveluiden malli
- herättää asiakkaan motivaatio oman fyysisen kunnon sekä sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen
- kehittää yhteinen seulontakysely ja toimintamalli 75-vuotiaiden asiakkaiden palvelutarpeen arvioimiseksi
- luoda hyvinvoinnin palvelutarpeen arviointimalli
- luoda kotona asumista tukeva ”resepti”, jonka vaikuttavuutta seurataan
- tehdä mahdolliseksi konsultaatiot, hankkia etäyhteyslaitteita ja kouluttaa henkilökuntaa
- osallistaa asiakkaita palvelujen kehittämisessä
- kokeilla mallia ja kouluttaa henkilöstöä mallin käyttöönottoon sekä ennakoidaan ja kuntouttavaan työhön. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2017.)

3.3.6 Kuntien vanhuspalvelustrategiat

Vanhuspalvelulaki on konkreettinen työväline eri tahoille, jotka vastaavat ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalvveluista. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi tukee vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia tekemään *suunnitelman/strategian ikääntyneen väestön tukemisesta* ja osoittamaan sen toteuttamiseksi *riittävät voimavarat* (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2 luku 5§, 9 §). Kunnan on myös arvioitava palvelujen

riittävyttä ja laatua (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2 luku 6§).

Suunnitelman tulee painottaa asumista kotona sekä toimenpiteitä, jotka edistävät kuntoutumista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2 luku 5§). Toimenpiteiden tulee olla ennakoivia, turvallisia sekä oikein kohdennettuja ja ajoitettuja. Strategiaan olisi hyvä sisällyttää osio palvelukokonaisuudesta dementiaoireisille, ja siinä voitaisiin myös käsitellä moniongelmaisten, kuten päihdeongelmaisten, palvelutarpeita. (Voutilainen 2008.)

Kuntien vanhuspalvelusuunnitelmat ovat yleensä löydettävissä kuntien internetsivuilta. Kunnat ovat koonneet työryhmät, joiden tehtävänä on laatia ja päivittää oman kunnan vanhustenhuollon suunnitelma. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua ja se on tarkistettava valtuustokausittain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2 luku 5§).

Strategia on johdonmukainen malli, joka ohjaa toimintaa ja päätöksiä. Sen avulla pyritään ennakoimaan tulevaa ja varautumaan siihen, että kunta selviää epävarmuuksia sisältävässä toimintaympäristössä. *Strategia on toiminnan punainen lanka*, joka vie kohti haluttua päämäärää. (Suomen Kuntaliitto 2012, 136.)

3.4 Vahva tutkimusnäyttö geriatrisen arvioinnin vaikuttavuudesta

”Hyvä tieto on kuin kartta, jonka avulla voidaan matkustaa. On kuitenkin tiedettävä, mihin haluaa matkustaa, mutta kartta kertoo reitin, miten sinne päästään.” (Niiniluoto 2017.) Potilaan tutkimisen, hoidon ja kuntoutuksen tulee perustua parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Tällöin voidaan olettaa, että tehdyt toimenpiteet ovat vaikuttavia.

Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin vaikuttavuudesta on tehty useita kymmeniä satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, ja niissä on ollut mukana varsin laaja joukko potilaita. Myös meillä Suomessa on tehty tutkimuksia, joista on saatu *vahvaa tutkimusnäyttöä geriatrisen arvioinnin vaikuttavuudesta*. (Pitkälä & Tilvis 2012, 564.) *Meta-analyyseihiin* on koottu useita satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, ja

niissä *tutkimusjoukko* onkin varsin *suuri*. Esim. yksi meta-analyysi koski 89 järjestelmällisesti satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta ja sen tutkimusjoukko koostui 97 984 henkilöstä. Tutkimusjoukon henkilöt olivat kotona asuvia yli 65-vuotiaita vanhuk-
sia. Tutkimuksissa tarkasteltiin erilaisten toimien tehokkuutta ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen säilymisessä puolen vuoden ajan. Kaikissa tutkimuksissa todettiin tehtyjen toimenpiteiden pienentäneen riskiä joutua pois kotoa, joutua sairaalaan tai kaatua. Toimenpiteet myös paransivat fyysistä toimintakykyä ja vähensivät hoitajien työtä. Yksilöllisesti räätälöidyt toimenpiteet auttoivat ikäänty-
neitä elämään turvallista ja itsenäistä elämää. (Beswick ym. 2008, 725.) Kokonaisval-
taisen geriatrisen arvioinnin tarpeellisuutta on todistanut myös mm. meta-analyysi, joka kokosi 22 geriatrisissa sairaaloissa toteutettua tutkimusta. Tutkimukset käsittivät yli 10 000 potilasta kuudesta eri maasta. Moniammatillisen tiimin tekemä geriatrinen arviointi sairaalahoidossa oleville potilaille todettiin tehokkaaksi keinoksi potilaiden nopeampaan kotiuttamiseen sairaalasta. Arvioinnin myötä myös potilaiden pysyvään ympärivuorokautiseen laitoshoitoon joutumisen riski pieneni, sekä riski kognition ja toimintakyvyn heikentymiseen ja kuolemaan laski. (Ellis, Whitehead, O'Neill, Lang-
horne & Robinson 2011, 1-2.)

Suomessa tehtyjä satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia kokonaisvaltaisesta ge-
riatrisesta arvioinnista on mm. muistisairaista lonkkamurtumapotilaista tehty tutki-
mus. Geriatrisen arvioinnin osoitettiin lyhentävän hoitoaikoja geriatrisella osastolla
sekä pienentävän riskiä joutua ympärivuorokautiseen laitoshoitoon. Intensiivistä mo-
niammatillista geriatrista kuntoutusta on harkittava lonkkamurtumaa sairastavilla po-
tilailla, joilla on lievä tai kohtalainen dementia. (Huusko, Karppi, Avikainen, Kautiai-
nen & Sulkava 2000, 1109-1111.) Muistisairaudet lisääntyvät ikääntymisen myötä, jo-
ten geriatrisen kokonaisarvion merkitys korostuu ikäihmisellä, kun muisti tai toimin-
takyky heikkenee. Vanhuksien tapaturmat, toistuvat päivystyskäynnit tai palvelujen
suurkäyttö ovat ennusmerkkejä alkavaan muistisairauteen. (Uusitalo 2015, 1928.) Kin-
nusen väitöskirjassa osoitettiin, että suuren riskin omaavien vanhusten laitoshoitoon
siirtyminen lykkääntyy kotona tehtävän geriatrisen arvioinnin seurauksena. Kahden
vuoden seurannan aikana interventioon osallistuneet vanhuksat pystyivät olemaan 140
päivää enemmän kotona kuin vertailuryhmän perinteistä hoitoa saaneet vanhuksat.
Vaikka interventiossa vanhusten hoitopalveluja tehostettiin, ei kustannukset juurikaan

lisääntyneet kontrolliryhmään verrattuna. Silti vanhusten muuttuviin tarpeisiin pystyttiin vastaamaan paremmin. (Kinnunen 2002, 36–37.) Myös sekavuustilasta kärsivien vanhusten elämänlaatua ja kognitiota pystyttiin parantamaan kustannuksia lisäämättä kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin avulla (Pitkälä ym. 2008, 56).

Vanhimmilla potilailla on erittäin suuri riski menettää toimintakykyään sairaalahoidossa. Todennäköistä on, että kehittyy uusia toiminnallisia puutteita, vaikka akuutti sairaus onkin hoidettu menestyksellisesti (Covinsky ym. 2003, 451.) Jopa lähes kolmasosalla yli 70-vuotiaista potilaista esiintyy HAD-oireyhtymää (hospitalization-associated disability). Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen suistaa ikäihmisen kykenemättömäksi elää itsenäistä elämää; selviytyminen päivittäisistä toiminnoista vaikeutuu. (Covinsky, Pierluissi & Johnston 2011, 1782.) Toimintakyky voi heikentyä joko nopeasti sairauden tai vamman jälkeen tai vähittäin kuten esim. muistisairauden yhteydessä. HAD-oireyhtymän voi aiheuttaa esim. virtsatieinfektio, mutta aina ei löydetä laukaisevaa tekijää. Kyseistä oireyhtymää ei myöskään aina osata tunnistaa, ja kun potilaat kotiutetaan nopeasti pois sairaalasta, voi heikentynyt toimintakyky jäädä huomioimatta. Toisaalta pidentynyt sairaalahoido voi johtaa vielä hankalampaan ”sairauteen” – toimintakyvyn menetykseen. Tämän vuoksi tarvitaankin yksinkertaisia tunnistusmenetelmiä ja koulutusta toimintakyvyn arviointiin, jotta kiireisessä sairaalatyössä siihen olisi aikaa ja taitoa. (Strandberg & Valvanne 2012, 132.)

On osoitettu, että kokonaisvaltainen moniammatillinen geriatrinen arviointi, sekä siihen liittyvä hoito ja kuntoutus sairaalassa ja sairaalasta kotiutettaessa, takaavat parhaiten vanhuksen kotona selviytymisen. Geriatrisilla toimenpiteillä on todettu olevan myös suotuisia vaikutuksia kognitioon ja toimintakykyyn, sekä laitoshoidon joutuminen on epätodennäköisempää. (Bachmann ym. 2010, 1; Ellis ym. 2011, 1-2, 16.) Akuutti geriatrinen osasto on tavanomaista osastoa tehokkaampi vanhuksen oireiden selvittelyssä ja komplikaatioiden vähentämisessä. Se on myös kustannuksiltaan edullisempi vaihtoehto. (Fox ym. 2012, 2237.) *Riskivanhukset* tulisi tunnistaa ja ohjata tehokkaaseen geriatriseen kuntoutukseen (Bachmann ym. 2010,1). Vanhukset, joilla on todettu hairaus-raihnaus oireyhtymä (HRO) ovat usein riskivanhuksia. Myös kognitiivinen heikentyminen lisää riskiä joutua pysyvään ympärivuorokautiseen hoitoon. Riskivanhukset tulisi tunnistaa ajoissa ja hoitotoimet ohjata kohdennetusti tähän ryhmään.

On myös herätettävä kiinnostusta eri erikoisaloille tunnistaa riskivanhukset mahdollisimman varhain. (Strandberg & Valvanne 2012, 132.)

Englannissa tehty tutkimus geriatrisen konsultaation ja tarvittaessa geriatrisen tiimin toimenpiteiden vaikuttavuudesta ei antanut samansuuntaista näyttöä, mitä tutkimukset yleensä osoittavat. Kotonaoloaika ei pidentynyt, eikä palvelujen käytössä tai elämänlaadussa ollut eroa vertailuryhmään nähden. Tutkimuksessa pohdittiinkin saatua tulosta. Todettiin, että potilaat eivät olleet monisairaita ja kognitiokin oli melko hyvä. Interventio oli myös melko kevyt ja seuranta-aika liian lyhyt. Tästä syystä onkin kehitettävä parempia menetelmiä *tunnistaa potilaat*, jotka todennäköisesti *hyötyvät* geriatrisesta panostuksesta, ja todennäköisesti tarvitaan myös entistä *kehittyneempiä ja integroituneempia toimia*. (Edmans, Bradshaw, Franklin, Gladman & Conroy 2013, 1,4.) Riskivanhukset löydetään parhaiten juuri kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin avulla (Pitkälä ym. 2016, 453).

Sairaalahoitoon liittyvän toimintakyvyn heikentymisen ehkäisemiseksi pitäisi toimintakulttuuria osastoilla muuttaa kuntouttavaan suuntaan. Näin tehtiin Heinolassa, jossa vuosina 2007-2008 tehdyssä perusterveydenhuollon kartoituksessa havaittiin silloisen toimintatavan tuottavan vuodepotilaita. Kuntouttavan hoitotyön lisäksi arvioitiin potilas kokonaisvaltaisesti moniammatillisena yhteistyönä. Toimintakulttuurin muutos vaati koko hoitoketjun mukanaolon ja motivaation, sekä myös kotihoidon ja asumispalvelujen mukaantulon prosessiin. Tuloksena terveyskeskuksen vuodepaikat vähenivät kolmannekseen muutamassa vuodessa ja akuuttiosastojen hoitoajat lyhenivät. (Timonen, West & Riusala 2014, 1163-1164.) Myös Lempäälässä terveyskeskuksen vuodeosaston toimintaa kehitettiin ja toimintatapoja muutettiin vuosina 2001-2006 ja tulokset olivat samansuuntaiset (Lupsakko, Viskari, Lemmetti & Kivekäs 2008, 766).

Sairaalasta kotiutuvat potilaat, joiden toiminnanvajeen kehittymistä ei sairaalassaoloaikana huomioida, palautuvat herkästi takaisin sairaalaan. Kokonaisvaltainen kotiutumisen suunnittelu ja siirtymävaiheen hoidon huomioiminen vähentävät takaisinpaluuta. Riittävän avun saaminen päivittäisiin toimintoihin auttaa kotiinpaluuta ja kotona selviytymistä. (DePalma ym. 2013, 454, 460.) Useimmiten vanhuksen toimintakyky on heikentynyt jo ennen sairaalahoitoon joutumista, mutta se kuitenkin havaitaan usein vasta akuutin sairastumisen myötä (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015,

979). Hollantilaistutkimus selvittelikin, kuinka paljon vanhuspotilailla oli ennen sairaalaan tuloa jo aiemmin diagnosoimattomia sairauksia ja geriatrisia oireyhtymiä. Kokonaisvaltainen geriatrinen arvio tehtiin 639 potilaalle, joiden keski-ikä oli 78 vuotta. Keskimäärin jokaisella vanhuksella oli kuusi geriatrista oireyhtymää, joista yleisimmät olivat välineellisten arkitoimien heikkeneminen (Instrumental Activities of Daily Living, IADL), polyfarmasia, liikkumisvaikeudet, aliravitsemus ja omahoitajan voimakas kuormittuneisuus. Yli puolella potilaista oli myös heikentymistä päivittäisissä toiminnoissa (Activities of Daily Living, ADL). Myös kognitiivista heikentymistä havaittiin (40%), ja näistä potilaista osalla (6%) oli diagnosoitu dementia. Joitakin geriatrisia ongelmia ei koskaan mainittu sairaalan tiedoissa, kuten painehaavaumat tai kuulovamma. Masennus, inkontinenssi ja kaatumiset olivat myös yleisiä geriatrisia oireyhtymiä. Näillä kaikilla sairauksilla ja geriatrisilla oireyhtymillä on hyvin merkittävä vaikutus siirtymisessä sairaalasta kotiin; miten kotona selviydytään ja kuinka kauan. (Buurman ym. 2011, 1, 4-6.)

Kotona asumisen tukemista ja laitoshoidon purkamista ovat ohjanneet hallituksen rakennepoliittinen ohjelma, vanhuspalvelulaki sekä vanhenevan väestön määrän kasvu. Muutoksen johdosta kuntien on panostettava vanhuksien kotiin tuotettaviin palveluihin. Porvoossa tehostettiin kotihoidon geriatrista osaamista ja lääkäreiden tavoitettavuutta puhelimitse; säästöä syntyi ja jonot laitushoitoon purkautuivat. Porvoon kotihoidon laatua verrattiin 30 kunnan vastaaviin tunnuslukuihin, ja tutkittiin, miten säästöt kartuttaneet toimenpiteet vaikuttivat kotihoidon laatuun. Tutkimus osoitti, että lisäämällä geriatrista asiantuntemusta, kustannustehokkuus ja kotihoidon laatu paranevat samanaikaisesti. Myös asiakkaiden sairaalahoidon tarve sekä rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käyttö vähenivät. Tutkimus tehtiin ajanjaksolla 1.10.2008–31.3.2014. (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014, 3467–3472.) Suomen Kuntaliitto käynnisti 1.1.2014 – 15.6.2017 toteutettavan projektin, jonka tavoitteena on selvittää ikäihmisten nykyisten palvelujen toimivuutta ja keinoja, kuinka voidaan tukea ikäihmisten toimintakykyä ja kotona asumista. Projektin tuloksia julkaistaan Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-julkaisusarjassa. (Kuntaliiton www-sivut, 2017.)

Myös päivystyksessä tarvittaisiin yhä enenevässä määrin geriatrista osaamista (Myllylä, Kerminen & Valvanne 2015, 211). Suomessa päivystyksiä hoitaa monesti kaikkein kokemattomimmat lääkärit. Päivittäin sadat erikoistuvat lääkärit ja kesäkandidit ratkovat geriatristen moniongelmaisten päivystyspotilaiden ongelmia. Päivystäjä kokee riittämättömyyttä haastavassa diagnostiikassa ja miettiessään lähettääkö potilaan eteenpäin keskussairaalaan vai keskittykö vain oireenmukaiseen hoitoon omassa palvelukodissa. Monisairaajat ikäihmiset ovat suuressa vaarassa joutua sekä ali- että ylihoitetuiksi. (Laurila 2011, 2907.)

Runsaasti päivystyspalveluita käyttävät vanhukset kärsivät muihin ikäisiinsä verrattuna useammin kognitiivista heikentymistä, toimintakyvyn laskua, masennusta, ahdistusta ja sosiaalisen tuen puutetta. Usein päivystyskäyntiä seuraavan kuukauden aikana uusintakäyntien määrä on korkeimmillaan, ja saatu diagnoosi on lähes sama kuin ensimmäisellä kerralla. Sekä lääketieteelliset että sosiaaliset tekijät ennustavat aikaista ja toistuvaa käymistä päivystyksessä. (McCusker, Cardin, Bellavance & Belzile 2000, 249-258; Jarti ym. 2011, 2968 -2970.) Päivystystilanteessa lääkärin olisi tarpeellista arvioida vanhuksen toimintakyvyn lisäksi myös muistitoiminnot ja mieliala (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2016). Usein ikäihmiset harkitsevat huolella hakeutumistaan päivystykseen; vasta kun muuta vaihtoehtoa ei enää ole, lähdetään tutkimuksiin ja hoitoon. Keskimääräistä useammin päivystykseen menemisen syy on jokin vakava kiireellistä hoitoa vaativa sairaus tai vamma. (Myllylä, Kirsi & Valvanne 2014, 11- 12.) Vähemmän päivystyskäyntejä oli geriatrin hoidossa olleilla vanhuksilla kuin muiden lääkäreiden vastaanotolla käyvillä vanhuksilla. Tämän osoitti Yhdysvalloissa ikäihmisille tehty tutkimus, jossa tutkittavilla henkilöillä oli sekä sydänperäistä ongelmaa että ainakin yksi geriatrinen ongelma. (D'Arcy, Stearns, Domino, Hanson, & Weinberger 2013, 4.)

Tampereella 70 vuotta täyttäneiden päivystyskäyntejä tutkittiin yhteispäivystys Acutassa vuosina 2011–2012. Tutkimus osoitti, että *iäkkäiden päivystyspotilaiden käyntimäärät kasvavat suoraviivaisesti iän myötä*. Vuodessa ikäryhmänsä sataa henkilöä kohden 70–74 -vuotiaat tekevät keskimäärin 35,0 käyntiä ja 90 vuotta täyttäneet keskimäärin 90,5 päivystyskäyntiä. Päivystyskäynnin taustalla on usein vakava sairaus, ja suuri osa potilaista tarvitsee sairaalahoitoa. Geriatrisen osaamisen lisääminen avohoidossa ja päivystyspisteissä on hyvin tarpeellista. (Haapamäki ym. 2014, 36.)

Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi on todettu vaikuttavaksi tavaksi kohentaa vanhuksen toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lykätä laitoshoitoon siirtymistä (Pitkälä ym. 2016, 453). Geriatrisen arvioinnin on todettu olevan hyödyllisintä silloin, kun vanhuksen terveydentilassa ja toimintakyvyssä tapahtuu äkillinen muutos. Tärkeää on myös moniammatillisen tiimin yhteistyö ja geriatrisen arvioinnin perustuminen potilas-omaislähtöisyyteen ja optimismiin. (Pitkälä & Tilvis 2012, 564.) Monin tutkimuksin on osoitettu, että panostus potilaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen maksaa itsensä takaisin, ja potilaat pysyvät parempikuntoisina (Lupsakko ym. 2008, 766; Finne-Soveri ym. 2014, 3467–3472; Jämsen ym. 2015, 983).

4 GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINTA KESKI-SATAKUNNAN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄSSÄ

4.1 Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän jäsenkunnat ovat *Eurajoki, Harjavalta, Kokemäki ja Nakkila* (Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän [www-sivut](#) 2017). Eurajoen kuntaan yhdistyi Luvian kunta, ja uusi kunta, Eurajoki, aloitti toimintansa 1.1.2017 (Eurajoen kunnan [www-sivut](#) 2017).

Kuntayhtymän kotipaikka on Harjavalta. Kuntayhtymän perussopimuksessa on määriteltä, mitä järjestämisvastuita kuntayhtymällä on jäsenkuntien puolesta. Tehtäväänsä kuntayhtymä toteuttaa ylläpitämillään terveysasemilla sekä muissa palveluyksiköissä. Jokaisessa jäsenkunnassa on vastaanottotilat. Terveyskeskussairaala sijaitsee Harjavallassa, mutta kuntayhtymällä on järjestämisvastuu Eurajoen palvelukeskuksen yhteydessä olevasta terveyskeskussairaalaista. Kuntayhtymän toiminnasta ja taloudesta vastaa yhtymävaltuusto, joka myös käyttää kuntayhtymän päätösvaltaa. Yhtymävaltuustoon kuuluu jäsenkunnista neljä kunnan valitsemaa jäsentä ja henkilökohtaiset va-

rajäsenet. Yhtymähallitus koostuu kahdeksasta jäsenestä ja henkilökohtaisista varajäsenistä. Jokaisella jäsenkunnalla on kaksi jäsentä ja varajäsen hallituksessa. (Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän [www-sivut](#) 2017.)

Jokainen kuntayhtymän kunta on laatinut *kuntakohtaisen vanhustyön strategian*. ”Arvostettu ikääntyminen Harjavallassa” on Harjavallan kaupungin vanhustyön strategian/toimintaohjelman nimi, ja se on laadittu vuosille 2017–2019. Strategiassa selvitetään vanhustenhuollon nykytilaa edeten vanhustyön visioon ja arvoihin, jotka ohjaavat palvelun ja hoidon suunnittelua. Ikäihmisten palvelujen kehittämiseen on esitetty konkreettinen toimenpideohjelma, jossa myös vastuutahot ja aikataulut on kirjattu. (Harjavallan kaupungin [www-sivut](#) 2017.)

Kokemäen kaupungin ikäpoliittinen ohjelma vuosille 2013–2025 on ”Ikäystävällinen Kokemäki”. Ohjelma mukailee vuonna 2013 annettua ikäihmisten laatusuositusta. Kokemäen strategiassa on laatusuosituksen jokaiseen sisältöalueeseen konkreettisesti määritelty painopisteet, ja niille tavoitteet, joihin pyritään, sekä niihin liittyvät toimenpiteet, vastuutahot ja aikataulu. (Kokemäen kaupungin [www-sivut](#) 2017.)

Nakkilan vanhustyön strategiaa ei ollut saatavissa internetsivuilta, koska se on päivitettävänä parhaillaan. Sain kuitenkin kyseisen strategian ”Elinvoimaa ja arvostusta osana turvallista yhteisöä” Nakkilan vanhustyönjohtajalta sähköpostina. Nakkilan ikäpoliittinen ohjelma on vuosille 2012–2020. Nakkilan strategiassa, kuten Harjavallan-kin strategiassa, lähdetään ajatuksesta mitä heillä jo on, ja jatketaan tulevaisuudenennusteisiin. Strategiassa oli vanhuksilta itseltään kerättyä aineistoa nykyisten palveluiden riittävydestä ja laadusta sekä toiveista tulevaisuuteen. (Nakkilan ikäpoliittinen ohjelma 2012–2020.)

Eurajoen vanhuspalveluiden strategiaa ei ole päivitettyä nykyisen kunnan tilanteeeseen nähden. Kuntaliitos Luvian kanssa on muodostanut uudenlaisen asetelman, ja kunnan strategiakin on vielä vailla valtuuston hyväksyntää. Kun kuntastrategia on hyväksytty, otetaan siihen pohjautuva ikäpoliittinen ohjelma päivitettäväksi. (Korpela sähköposti 14.8.2017.)

Kuntayhtymän kuntien (Harjavalta, Kokemäki ja Nakkila) väestönkehitysbarometrit osoittavat *vanhusten määrän lisääntyvän*. Yli 65-vuotiaiden määrä on kahdessa vuosikymmenessä lisääntynyt melkein puolitoista kertaista (4069 - 5730), ja prosentuaalinen osuus koko alueen väestöstä on myös noussut (17 % - 28,13 %). (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin [www-sivut](#) 2017.) Kuntayhtymän alueella siis väki vanhenee, ja ikääntyminen *lisää myös muistisairaiden määrää*.

Kokemäen ikäpoliittisessa ohjelmassa on ennustetta, miten väestö ikääntyy Kokemäellä. Vuosi 2020 on taite, jonka jälkeen 65–74 -vuotiaiden määrä alkaa hitaasti vähentyä, mutta yli 75-vuotiaiden määrä lähtee nousemaan aina vuoteen 2035 asti. Myös muistisairaiden määrä lisääntyy juurikin ikääntyneiden lukumäärän lisääntymisen vuoksi. (Kokemäen kaupungin [www-sivut](#) 2017.) Harjavallan kaupungin vanhustyön strategiassa on samansuuntaista ennustetta mitä Kokemäelläkin; yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa 2030 mennessä. (Harjavallan kaupungin [www-sivut](#) 2017.) Nakkilan strategiassa ennustetaan yli 75-vuotiaiden määrän lisääntyvän yli puolitoistakertaiseksi nykyiseen määrään verrattuna tulevan kahdenkymmenen vuoden aikana. Tämän vuoksi Nakkilassa myös ennustetaan lisäpaikkojen tarvetta tehostettuun palveluasumiseen vuoteen 2020 mennessä. (Nakkilan ikäpoliittinen ohjelma 2012-2020.)

4.2 Geriatriinen poliklinikkatoiminta

Geriatriinen poliklinikka toimii Harjavallan pääterveysasemalla. Poliklinikan toiminta alkoi vuonna 2014. Tuolloin talossa työskennellyt geriatri toimi sairaanhoitajan kanssa työparina. Geriatri koulutti sairaanhoitajaa tuona aikana toimimaan poliklinikalla itsenäisesti, koska tarkoituksena oli alkaa toteuttamaan geriatriin vastaanottotoimintaa etäpalveluna. Geriatriin palvelut kuntayhtymä ostaa Turussa toimivalta Trinitas Lääkäripalvelut Oy:ltä, jossa kyseinen geriatriksen poliklinikan Harjavaltaan perustanut geriatri on yrityksen toimitusjohtaja ja myös johtava lääkäri. (Kososen henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.)

Trinitas Lääkäripalvelut Oy on perustettu vuonna 2007. Sen toiminta keskittyy varttuneiden ihmisten terveysongelmiin. Yritys kehittää ja tuottaa geriatriapalveluja etälääketieteen sovelluksin terveyskeskuksille, palvelutaloille ja kotisairaanhoidon koko Suomessa. (Trinitas Lääkäritalon www-sivut 2017.)

Geriatriisella poliklinikalla työskentelevät *geriatriinen sairaanhoitaja ja kolme muistihoitajaa sekä etänä toimiva geriatri*. Sairaanhoitajan ja muistihoitajien välillä toimii *saumaton yhteistyö*. Geriatriin ollaan hyvin tiiviisti yhteydessä puhelimitse tai tietokoneen välityksellä. Tarvittaessa on mahdollista konsultoida samassa talossa työskenteleviä haava-, INR-, diabetes-, RR- ja jalkahoitajia, fysioterapeuttia, kuntoutusohjaajaa, neurologista- tai psykiatrista sairaanhoitajaa sekä päivystäviä lääkäreitä. Geriatri voi tarvittaessa konsultoida Trinitas Lääkäritalon neurologia tai psykiatria. (Kososen henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.)

Geriatriisen poliklinikan asiakkaita ovat *potilaat/omaiset, akuutti päivystys/lääkäreiden vastaanotto, terveyskeskussairaala, kotihoito, kotisairaala ja palveluntuottajat*. Potilaat ovat 65 vuotta täyttäneitä ikäihmisiä, jotka ovat monisairaita ja tarvitsevat moniammatillista apua. Potilaista *suurimmalla osalla on diagnosoitu muistisairaus*, ja arjen hallinnassa on hyvin monia ongelmia. (Kososen henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.)

Kun ikäihminen ohjautuu tai ohjataan geriatriisen poliklinikan potilaaksi, käydään hoitoneuvottelu henkilön itsensä, omaisten/läheisten sekä hoitoon osallistuneiden ja osallistuvien tahojen kanssa - myös sosiaalipuolen palvelujen edustus on paikalla. Asiakas ohjataan tarvittaviin tutkimuksiin, ja tutkimustulosten ja geriatriisen hoitajan havaintojen perusteella, geriatri asettaa diagnoosin ja jatkohoitosuunnitelman. Tutkimuksia ovat mm. laboratorio-, EKG- ja röntgentutkimukset. Hoitoneuvottelussa kartoitetaan avun ja apuvälineiden tarvetta, ravitsemusta, unta ja liikuntaa sekä raha-, kauppa- ja apteekkiasioiden hoitumista. Geriatriinen sairaanhoitaja voi selvittää ko. asioita sekä toimintakykyä potilaan kotona. Hän myös huolehtii tarvittavien palveluiden hankkimisen tai ohjaa ja neuvoo niiden haussa. Lisäksi erilaisten kaavakkeiden täytön opastaminen ja auttaminen, sekä apu erilaisten tukien hakemisessa, kuuluvat geriatriisen sairaanhoitajan työhön. Tarvittavat lausunnot potilaalle kirjoittaa geriatri. (Kososen henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.)

Aloitettua hoitoa ja palveluiden riittävyyttä kontrolloidaan jo kolmen viikon kuluttua. Tarvittaessa, mikäli ongelmia ilmaantuu, voivat potilas/omainen/läheinen tai hoitava taho ottaa yhteyttä geriatrielle poliklinikalle. Poliklinikalla huolehditaan jatkoseuranta, sekä hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetään. (Kososen henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.)

Palvelutalojen sairaanhoitajille ja kotihoidon henkilöstölle geriatriinen sairaanhoitaja antaa lähinnä *asiantuntijapalveluita*, kuten hoidon tarpeen arviointia. Tarvittaessa geriatriinen sairaanhoitaja järjestää potilaalle lääkärin vastaanoton tai muun jatkohoidon. Hän myös konsultoi tarvittaessa etänä toimivaa geriatria sekä toimii asiantuntijana potilaan ja geriatriin tai muun lääkärin välisessä yhteistyössä. (Kososen henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.)

Terveyskeskussairaalan osastojen ja geriatriksen poliklinikan välinen yhteistyö muuttui 18.9.2017 toimintansa aloittaneen TEKOJA-tiimin myötä. *TEKOJA-tiimissä (TEhostettu Kotikuntoutus JAkso)* on mukana koti- ja laitoshoidon ylilääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, kuntouttava lähihoitaja ja tarvittaessa asiantuntijahoitaja. TEKOJA-tiimillä on akuutti kotiutumisen seuranta. Tapauskohtaisesti suunnitellaan tehtävänjako tiimin ja geriatriksen poliklinikan välillä, sulkien pois toimenpiteiden päällekkäisyys. Luultavimmin potilas palautuu takaisin geriatriksen poliklinikan asiakkaaksi. Tehostetulle kotikuntoutusjaksolle hakeudutaan kunnan SAS-työryhmän suosituksesta tai lääkärin läheteellä. Tiimin asiakkaita ovat myös henkilöt, joita tarjotaan säännöllisen kotihoidon uusiksi asiakkaiksi, sekä kotihoidon asiakkaat, joiden pärjääminen on heikentynyt oleellisesti nopeaan tahtiin, ja uhkana on, ettei kotona asuminen enää onnistu. Tiimin aloituskäynti tapahtuu potilaan kotona. Siellä kartoitetaan potilaan toimintakyky, ravitsemus, mieliala ja sosiaaliset verkostot sekä laaditaan kuntoutumis- ja hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan ja läheisten kanssa. Tarvittaessa kunnan kotihoito on mukana kuntoutuksessa. Kotikuntoutusjakso on tapauskohtaisesti kestoltaan 2-4 viikkoa. Lopuksi arvioidaan kotihoidon sekä muiden palvelujen jatkotarve. (Kososen henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.)

Kotihoito ja geriatrisen poliklinikan välillä on tiivis yhteistyö geriatrisen poliklinikan kotona asuvan asiakkaan hoidossa sekä toimintakyvyn ja lääkityksen vasteen seurannassa. Kotihoito käsittää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon. Sekä muistihoitajat että geriatrinen sairaanhoitaja ovat yhteydessä kentällä toimiviin henkilöihin ja heidän esimiehiinsä. Yhteydenotot hoidetaan joko puhelimitse tai Pegasoksen kautta. Kotisairaanhoidolla on oma konsultaatioaika geriatrille, kuten myös kotisairaалalla. Kotisairaala toimii Kokemäellä, Harjavallassa ja Nakkilassa. Kotisairaalan toimipiste sijaitsee Harjavallan terveysasemalla. Hoito tapahtuu potilaan kotona tai ympärivuorokautisissa hoivakodeissa. Potilaan mahdollista siirtyä kotisairaалasta terveyskeskussairaalaan, mikäli kotona oleminen ei enää onnistu. Kotisairaалapotilaan tulee selviytyä päivittäisistä toiminnoista itse, läheisten tai tukipalvelujen avulla. Edellytyksenä kotisairaalahoittoon on myös potilaan oma halu kotihoitoon, ja hoidon turvallinen toteutuminen. Mikäli kotisairaalan potilas on geriatrisen poliklinikan asiakas, toteutetaan kotisairaalahoito moniammatillisena yhteistyönä sisältäen konsultaatiota, neuvontaa ja ohjausta. Tärkeää on määritellä geriatrisen poliklinikan ja kotisairaalan välinen tehtävänjako. Geriatrinen sairaanhoitaja jatkaa etenkin muistisairaiden geriatristen potilaiden seurantaa, ja geriatrilla on kotisairaalan potilaiden hoitovastuu. (Kososen henkilökohmainen tiedonanto 24.1.2017.)

5 GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINNAN KEHITTÄMISTARPEET

Kotihoitossa on entistä hauraampia vanhuksia, joilla kotona pärjäämistä uhkaa pienikin terveydentilan heikentyminen. Geriatrisen poliklinikan toiminnan tavoite on, että vanhukset voisivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja paremmassa kunnossa. Poliklinikkatoiminta tukee kotihoitoa. Vähäinenkin toimintakyvyn heikkeneminen lisää riskiä ajautua laitoshoittoon. Poliklinikka on *matalan kynnyksen* paikka, jonne voitulla tutkimuksiin ja hoitoon jo varhaisessa vaiheessa. Poliklinikan pyrkimys on, että mahdollisimman moni pääsisi takaisin kotiin. On huono asia, että ihmiset ovat pitkään sairaalassa tai yleensä ollenkaan sairaalassa, jos ei ole pakko. Laaja-alaisen moniam-

matillisen geriatrisen arvioinnin (comprehensive geriatric assessment, CGA) hyödyistä on valtavasti tutkimusnäyttöä. Se olisikin *juurrutettava osaksi hoitokäytäntöä*. Pitää löytyä *yksinkertaisia mittareita ongelmien tunnistamiseen*. Työntekijöiden *ammattitaitoa ja geriatrasta tietotaitoa* tulee parantaa. Palvelujen tulee olla *asiakaslähttöisiä* - vanhan ihmisen omat valinnat ovat ratkaisevia. (Jylhä & Strandberg 2012, 1833-1834.)

Yhteiskunnan on myös *reagoitava muistisairaiden lukumäärän nopeaan kasvuun*. Jotta vanhusten laitoshoidon siirtymistä voidaan kunnolla lykätä, on muistisairaudet diagnosoitava mahdollisimman varhain sekä ohjattava sairastunut hoitoon. Löppösen väitöstutkimus vuonna 2006 osoitti, että yli puolet dementiaa sairastavista jäi tuolloin perusterveydenhuollon tutkimuksissa diagnosoimatta. (Kaisanlahti 2008, 7.) Suomessa on kansalliset ohjeistukset muistisairaiden laadukkaan hoidon järjestämiseksi (Hellsten & Kortelahti 2016, 1601). Niitä ovat:

- Käypä hoito-suositukset (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2017).
- Asiantuntijasuositus (Suhonen ym. 2008).
- Sopimus hoitoketjusta (Suhonen ym. 2011).

Muistisairauksien hyvän hoidon edellytyksenä on ensisijaisesti *moniammatilliset tietotaidot*. Muistipotilaiden tutkimisessa ja hoidossa vaaditaan erityisosaamista, mutta jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulisi hallita perusosaaminen, jotta muistioireet pystytään tunnistamaan varhaisessa vaiheessa, ja jotta muistisairauksia pystytään ennaltaehkäisemään. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3144.)

Raahen seudulla *aikuisneuvolakäynnit* ovat vähentäneet ikäihmisten palveluiden tarvetta, jolloin myös kustannuksissa on säästetty. Alueen kaikki 65-vuotiaat kutsutaan neuvolatarkastukseen, ja yli 85 prosenttia on tullut vastaanotolle. Geriatrian ylilääkäri Marja-Liisa Karjula korostaakin, etteivät digitaaliset palvelut tule koskaan korvamaan *henkilökohtaisia käyntejä*. (Heikkilä 2016, 2857.)

Turun kaupunginsairaalan yhteydessä vuoden 2013 toukokuussa aloitti toiminnan uusi *monisairaille, heikkokuntoisille vanhuksille tarkoitettu geriatrinen poliklinikka*. Potilaan lähettää poliklinikalle moniammatilliseen arviointiin useimmiten terveyskeskuksen lääkäri tai hoitaja, kotisairaanhoido tai ambulanssin ensihoitajat. Moniammatillisen arvioinnin suorittaa tiimi, johon kuuluvat geriatrin lisäksi mm. sairaanhoitaja, farmaseutti, fysioterapeutti ja kotiutushoitaja. Tarvittaessa on mahdollisuus konsultoida psykiatrista erikoissairaanhoidajaa tai sosiaalityöntekijää. Keskimäärin potilaat ovat poliklinikalla 4 - 6 tuntia, mutta se aika on aktiivista aikaa. Potilas arvioidaan ja haastatellaan heti. Myös mukana olevia omaisia haastatellaan. Poliklinikalla on mahdollista ruokailla ja myös lääkkeet annetaan, jos niitä ei ole mukana. Tarvittaessa asiakas pestäänkin. (Kyllönen 2014.)

Turun geriatrisen poliklinikan toiminnasta on kerätty myös tutkimustietoa. Aineisto on kerätty 2.5.-31.12.2013 välisenä aikana. Tutkimusjoukkoon kuuluvat kaikki geriatrisella poliklinikalla käyneet suostumuksensa tutkimukseen antaneet potilaat (1397 potilasta; naisia 1001/miehiä 396, kotona asuvia 1109/pysyvästi hoitolaitoksessa 292, säännöllinen kotihoito 719/ei kotihoitoa 347). Päivittäin poliklinikalla kävi keskimäärin 8 potilasta. Tutkimuskysymyksillä selviteltiin poliklinikalle yhteyttä ottaneita hoitotahoja, potilaiden syitä tulla poliklinikalle ja jatkohoitopaikkoja. Eniten yhteydenottoja tuli kotihoidon hoitajilta (339/1397), terveysaseman lääkäreiltä (255/1397) ja pelastuslaitoksen ensihoitajilta (228/1397). Yleisimmät syyt poliklinikalle tuloon olivat yleistilan lasku (242/1397), kaatuminen (121/1397) ja kipu (111/1397). Tulosityksi kirjattiin se syy, jonka hoitotaho oli maininnut yhteyttä ottaessaan. Syitä saattoi olla useampiakin, tällöin selkein oire merkittiin tulosityksi. Jatkohoitopaikaksi tuli koti (507/1397), sisätautiosasto (369/1397) tai geriatrinen osasto (332/1397). Tutkimuksessa myös selviteltiin yleisoireiden, kuten yleistilan laskun tai kuumeen, perimmäisiä syitä, ja kirjoittaja kommentoikin, että yleisoireen syy voi olla hyvin epämääräinen ja moninainen. (Laine 2014, 33-48.)

Geriatrisen poliklinikan toimintaa olisi sen kehittämiseksi hyvä *kartoittaa* myös Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Myös *asiakaslähtöisyyden* näkökulmaa, minkälaisena asiakkaat näkevät *tämänhetkisen toiminnan* ja miten he *kehittäisivät* palvelua. *Tiedottaminen* geriatrisesta poliklinikkatoiminnasta on ollut kun-

tayhtymässä melko vähäistä. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän geriatrisen poliklinikan potilaat ovat pääsääntöisesti muistisairaita ikäihmisiä, mutta kuitenkin entistä enemmän kotona asuu erittäin hauraita vanhuksia, joilla ei ole muistisairautta, ja joiden elämänlaatua voitaisiin myös monin tavoin parantaa. He saattavat olla riskivanhuksia; kotona selviytyminen ilman toimenpiteitä on vaakalaudalla. Olisiko Raahessa toteutettujen aikuisneuvolakäyntien kaltaiset toimenpiteet vastaus riskivanhuksien löytymiseen ajoissa? Pitäisikö päivystyksen yhteydessä olla geriatria arviointia vanhuksille rutiinitoimenpiteenä? Toimenpiteitä tulisi kehittää jatkuvasti, jotta riskivanhukset löydettäisiin, ja heidän kotona elämisensä jatkuisi toimenpiteiden avulla mahdollisimman pitkään.

6 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän geriatrisen poliklinikan toimintaa ja laatia siitä toimintamalli. Tuotoksena muodostui 21 sivua käsittävä toimintamalli, jossa ensimmäisellä sivulla on itse malli/kaavio, ja muilla sivuilla mallin selityksiä. Malli on nimeltään ”Geriatrisen poliklinikan toiminta Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä” (Liite 1). Toimintaa geriatrisella poliklinikalla on ollut kolme vuotta, joten tiedon kokoaminen tuotti työtä myös geriatriselle sairaanhoitajalle, jonka haastattelun perusteella, sekä Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän työntekijöiden sisäisistä tiedotteista ja kuntayhtymän internetsivuilta kerätyn tiedon avulla, malli on luotu. Työnkuva on kehittynyt vuosien myötä tarpeen mukaan ja kehittyä kaiken aikaa. Valmiin toimintamallin ovat hyväksyneet sekä geriatrinen sairaanhoitaja että johtava hoitaja.

Opinnäytetyön teoreettinen osuus on kirjallisuuskatsaus geriatrisen poliklinikan toiminnan tarpeellisuudesta Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Teoreettinen perusta on varsin suuri osa opinnäytetyötä. Aineistoa on paljon, ja myös hyvin uusia artikkeleita löytyi sekä kotimaisista että ulkomaisista lähteistä. Tuoreen aineiston paljous kuvastaa aiheen ajankohtaisuutta. Kokonaisvaltaisesta geriatrisesta arvioinnista on valtavasti tutkimuksia, myös Suomessa on tehty laadukkaita tutkimuksia.

Tutkimusaineiston kerääminen ja sen lukeminen olivat suuritöisiä. Pysin keräämään aineistoa monesta perspektiivistä: esim. geriatrisen arvioinnin tarpeellisuudesta kotiloissa, sairaalaan tulosta/päivystyksestä, sairaalassaoloajasta, kotiutumisesta jne. Aineistoksi pyrin valitsemaan hyvin tuoretta tietoa, yhtä aineistoa (Nagi 1976) lukuun ottamatta kaikki ovat 2000-luvulta.

Toivon, että opinnäytetyöni toimii perustana kehitettäessä geriatrisen poliklinikan toimintaa Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä tulevaisuuden haasteita vastaavaksi. Nyt kun geriatrinen poliklinikkatoiminta on saatu kirjalliseen muotoon, jatkotutkimusaiheena voisi olla toiminnan arviointi ja kehittämistarpeet. Kuntayhtymässä vanhusten määrän lisääntyminen, ja myös muistisairaiden vanhusten määrän kasvu, pakottavat tehostamaan geriatrista panostusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Opinnäytetyön tarkoituksena on osaksi myös herätellä huomaamaan toimenpiteiden ajankohtaisuus ja tarpeellisuus.

LÄHTEET

- Alarotu, E. 2013. Geriatria on optimistin ala. Suomen Lääkärilehti 20, 1524–1525. Viitattu 24.7.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>
- Aluehallintoviraston www-sivut. 2016. Viitattu 7.10.2017. [https://www. avi.fi](https://www.avi.fi)
- Aro, T. 2004. Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 22-27.
- Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J. & Ebrahim, S. 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371, 725-735. Viitattu 11.9.2017. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lan-cet/PIIS0140-6736\(08\)60342-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lan-cet/PIIS0140-6736(08)60342-6.pdf)
- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A.E. & Clough-Gorr, K.M. 2010. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*. 340: c1718. Viitattu 9.9.2017. [http://www.bmj.com/con-tent/bmj/340/bmj.c1718.full.pdf](http://www.bmj.com/content/bmj/340/bmj.c1718.full.pdf)
- Buurman, B. M., Hoogerduijn, J. G., de Haan, R. J., Abu-Hanna, A., Lagaay, A. M., Verhaar, H.J., Schuurmans, M. J., Levi, M. & de Rooij, S. E. 2011. Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. *Public Library of Science* 11, e26951. Viitattu 29.9.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215703/pdf/pone.0026951.pdf>
- Covinsky, K. E., Palmer, R.M., Fortinsky, R. H., Counsell, SW. R., Stewart, A.L., Kresevic, D., Burant, C. J. & Landefeld, S. 2003. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatrics Society* 4, 451-458. Viitattu 28.9.2017. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x
- Covinsky, K.E., Pierluissi, E. & Johnston, C.B. 2011. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". Viitattu 10.9.2017. *Journal of the American Medical Association*, 16, 1782-1793. [https://www.re-searchgate.net/publication/51746279_Hospitalization-Associated_Disabil-ity_She_Was_Probably_Able_to_Ambulate_but_I%27m_Not_Sure](https://www.researchgate.net/publication/51746279_Hospitalization-Associated_Disability_She_Was_Probably_Able_to_Ambulate_but_I%27m_Not_Sure)
- D'Arcy, L.P., Stearns, S.C., Domino, M.E., Hanson, L.C. & Weinberger, M. 2013. Is geriatric care associated with less emergency department use? *Journal of the American Geriatrics Society*, 1, 4 – 11. Viitattu 9.9.2017. [http://onlineli-brary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12039/epdf?r3](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12039/epdf?r3)

DePalma, G., Xu, H., Covinsky, K.E., Craig, B.A., Stallard, E., Thomas, J. & Sands, L.P. 2013. Hospital Readmission Among Older Adults Who Return Home With Unmet Need for ADL Disability. *Gerontologist* 3, 454-461. Viitattu 28.9.2017. <https://doi.org/10.1093/geront/gns103>

Edmans, J., Bradshaw, L., Franklin, M., Gladman, J. & Conroy, S. 2013. Specialist geriatric medical assessment for patients discharged from hospital acute assessment units: randomised, controlled trial. *British Medical Journal* 347:f5874. Viitattu 1.9.2017. <http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f5874.full.pdf>

Ellis, G., Whitehead, M. A., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7. Viitattu 4.9.2017. <http://euro-pepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4164377&blobtype=pdf>

Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairausien hyvän hoidon edellytys. *Suomen Lääkärilehti* 39, 3144 – 3146. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Eurajoen kunnan www-sivut, 2017. Viitattu 20.8.2017. <http://www.eurajoki.fi/>

Fimean www-sivut, 2015. Viitattu 2.4.2017. https://www.fimea.fi/documents/160140/758926/28935_tyopaja_2015-02-05_Paula_Viikari.pdf

Finne-Soveri, H. 2012. Vanhuspalvelulaki tulossa-valoako tunnelin päässä? *Suomen Lääkärilehti* 44, 3186 – 3187. Viitattu 12.8.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen Lääkärilehti* 50–52, 3467 – 3473. Viitattu 7.6.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Fox, M.T., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D. & Schraa, E. 2012. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 2237- 2245. Viitattu 9.9.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557720/pdf/jgs0060-2237.pdf>

Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinälä, L. & Valvanne, J. 2014. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011 – 2012. Helsinki: Kuntaliitto. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 3. Viitattu 2.9.2017. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveys-asiat/ikaantyneen-vaeston-palvelut-kaytto-kustannukset>

Harjavallan kaupungin www-sivut. 2017. Viitattu 14.8.2017. <http://www.harjavalta.fi>

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatrisen tiedon ja taidon merkitys iäkkäiden hoidossa. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) *Geriatría arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Tekijät ja Edita Publishing Oy, 11-13.

Heikkilä, M. 2016. Aikuisneuvola voi vähentää laitoshoidon tarvetta. Suomen Lääkärilehti 45, 2857. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 278-283.

Hellsten, T. & Kortelahti, J. 2016. Muistipotilaan seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 22, 1601-1605. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut. 2017. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Viitattu 7.10.2017. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Hopea-paperi 11-13.9.2008. Suomen Lääkärilehti 44, Liite, 1-8. Viitattu 3.11.2016. <https://www.laakarilehti.fi/>

Huusko, T.M., Karppi, P., Avikainen, V., Kautiainen, H. & Sulkava, R. 2000. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. Viitattu 11.9.2017. British Medical Journal, 4, 1107–1111. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27517/>

Innokylän www-sivut. 2017a. Viitattu 28.9.2017. <https://www.innokyla.fi/web/malli3670465>

Innokylän www-sivut. 2017b. Viitattu 21.10.2017. <https://www.innokyla.fi/kehittaminen/toimintamalli>

Jarti, L., Heinonen, P., Upmeyer, E. & Seppälä, M. 2011. Vanhus – päivystyksen suurkuluttajako? Suomen Lääkärilehti 40, 2968–2970. Viitattu 3.12.2016. <https://www.laakarilehti.fi/>

Juurikkala, V. 2015. Sosiaalihuoltolaki uudistuu aluekierros kevät 2015. Teemapäivä 2. Aikuisten palvelut. (42.47-1.01). Viitattu 13.8.2017. <https://www.youtube.com/watch?v=SLFVp1pfSqM>

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 14-15, 977-983. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Jylhä, M. & Strandberg, T. 2012. Kohti parempaa vanhuutta - ainakin parin askelen verran. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 18, 1833-1834. Viitattu 29.9.2017. <http://duodecimlehti.fi/duo10518>

Kaisanlahti, A. 2008. Muistisairaita ei jätetä- muistiammattilaiset maakuntiin. Suomen Lääkärilehti 10, Liite: Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt, 7. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Tekijät & Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatriinen arviointi. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Tekijät ja Edita Publishing Oy, 15-30.

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän www-sivut. 2017. Viitattu 2.4.2017. <http://www.ksthky.fi/>

Kinnunen, K. 2002. Postponing of institutional long-term care in the patients at high risk of institutionalisation. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 11.9.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-10-0649-8>

Kiviniemi, V., Happonen, P. & Korhonen, M. J. 2012. Lääkehoidon vaikuttavuus-mitä se on? Sic! 1. Viitattu 7.10.2017. http://sic.fimea.fi/1_2012/laakehoidon_vaikutavuus_mita_se_on

Kokemäen kaupungin www-sivut, 2017. Viitattu 14.8.2017. <http://www.kokemaki.fi>

Korpela, K. 2017. Eurajoen kunnan ikäpoliittinen ohjelma. Vastaanottaja: S. Ojala-Seppä. Lähetetty 14.8.2017 klo 10.43. Viitattu 20.8.2017.

Koski, L. 2014. Hanketoiminnan ohjaus ja vaikuttavuus. Opetushallitus. Viitattu 7.10.2017. http://www.oph.fi/download/160184_VA_kevat_2014_aloitustilaisuus_Leena_Koski.pdf

Kosonen, T. 2017. Geriatriinen sairaanhoitaja, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä. Harjavalta. Henkilökohtainen tiedonanto 24.1.2017.

Kuntaliiton www-sivut, 2017. Viitattu 1.9.2017. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali- ja terveysasiat/ikaantyneen-vaeston-palvelut-kaytto-kustannukset>

Kyllönen, T. 2014. Vanhusten oma poliklinikka. Viitattu 9.11.2017. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/04/30/vanhusten-oma-poliklinikka>

Laine, J. 2014. Geriatriinen poliklinikka – Uuden poliklinikan toiminnan suunnittelun kuvaus. YAMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.10.2017. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80185/Laine_Jonna.pdf?sequence=1

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 1.7.2013/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laurila, J. 2011. Riittävätkö taidot vanhuksen päivystystilanteessa? Suomen Lääkärelehti 40, 2907. Viitattu 1.10.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Laurila, J. 2016. Geriatriinen moniammatillinen arviointi. Viitattu 1.10.2017. http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/ikaosaamiskeskus/muistihoidajien_preppaus/laurila_170316_moniammatillinen_geriatriinen_arvio

Lupsakko, T., Viskari, A., Lemmetti, M. & Kivekäs, J. 2008. Terveyskeskuksen vuodeosaston kuormaa voi keventää. Aktiivinen hoito-ote lyhentää hoitojaksoa. Suomen Lääkärilehti 8, 765-769. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2010. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 58-73.

McCusker, J., Cardin, S., Bellavance, F. & Belzile, E. 2000. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. Academic Emergency Medicine 7, 249-259. Viitattu 3.9.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2000.tb01070.x/epdf>

Mylläri, E., Kerminen, H. & Valvanne, J. 2015. Iäkäs päivystyspotilas on tutkittava hyvin. Suomen Lääkärilehti 5, 211. Viitattu 12.7.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Mylläri, E., Kirsi, T. & Valvanne, J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Helsinki: Kuntaliitto. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 2. Viitattu 2.9.2017. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveys-asiat/ikaantyneen-vaeston-palvelut-kaytto-kustannukset>

Nagi, S. Z. 1976. An Epidemiology of Disability among Adults in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society 4, 439-467. Viitattu 30.9.2017. <https://pdfs.semanticscholar.org/f0c6/1d3da94e9402023b32125080d486d56b0771.pdf>

Nakkilan ikäpoliittinen ohjelma 2012-2020. 2012.

Niiniluoto, I. 2017. Tieto-oppi ja tieteenfilosofia. Viitattu 15.10.2017. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2013/07/09/tieto-oppi-ja-tieteenfilosofia>

Oikeusministeriön www-sivut. n.d. Perustuslaki. Viitattu 7.10.2017. <http://oikeusministerio.fi/perustuslaki>

Parjanne, M-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18. Viitattu 19.8.2017. <https://www.julkari.fi>

Pitkälä, K., Laurila, J., Strandberg, T., Kautiainen, H., Sintonen, H. & Tilvis, R. 2008. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: effects on costs and health-related quality of life. J Gerontol A Biol Sci Med Sci., 63, 56-61. Viitattu 15.9.2017. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.1.56>

Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2012. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avuntarvetta. Suomen Lääkärilehti 8, 564-565. Viitattu 13.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 447-468.

Pohjolainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät? *Gerontologia*, 4, 235-246.

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50-65.

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2017. Viitattu 28.9.2017.
<http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/paattyneet-hankkeet>

Savonia ammattikorkeakoulu. 2014. Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi. Viitattu 30.9.2017. https://www.youtube.com/watch?v=_E9tyZZ7PzU

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Parasta elämää kotona - Koti- ja omaishoidon kärkihanke iäkkäiden ja omaishoitajien tukena! Viitattu 29.9.2017. <http://videonet.fi/web/stm/20170915/>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Viitattu 10.9.2017.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:32. Viitattu 10.9.2017. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2017. Uusi laatusuositus kannustaa terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen. Tiedote 93/2017. Viitattu 10.9.2017.
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uusi-laatusuositus-kannustaa-terveeseen-ja-toimintakykyiseen-ikaantymiseen

Strandberg, T. & Valvanne, J. 2012. Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. *Suomen Lääkärilehti* 3, 132. Viitattu 25.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi>

Ståhl, T. 2017. Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 10, 971-973. Viitattu 7.10.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134732/Duodecim-lehti_p%C3%A4%C3%A4kirjoi-tus_2017.pdf?sequence=1

Suhonen J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 10, Liite: Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt, . Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 11, 1107-1116. Viitattu 29.9.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/11/duo99577>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2016. *Depressio* (online). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.9.2017. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrinen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2017. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 29.9.2017. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Suomen Kuntaliitto. 2012. Teoksessa S. Sallinen, K. Majoinen & M. Salenius (toim.) Elinvoimainen ja toimintakykyinen kunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Terveystoimintalaki 30.12.2010/1326.

Terveystoimintalain ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2014. Viitattu 7.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus>

Terveystoimintalain ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2016. Viitattu 1.10.2016. <https://www.thl.fi/web/>

Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. 2009. Johdanto. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 7-10.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2017. Viitattu 19.8.2017. <https://www.sotkanet.fi>

Tilvis, R. 2016. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 67-70.

Tilvis, R. 2016. Geriatrien arviointi. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 79-85.

Tilvis, R. 2016. Vanhenemisen tutkimuksesta. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 9-17.

Timonen, K., West, R. & Riusala, A. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmanneksen. Suomen Lääkärilehti 15, 1163-1164. Viitattu 28.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Trinitas Lääkäritalon www-sivut. 2017. Viitattu 24.8.2017. <http://www.geriatriitalo.fi/>

Toimia-tietokannan www-sivut. 2017. Viitattu 30.9.2017. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

Uusitalo, T. 2015. Muistisairaahan hoito on laajaa yhteistyötä. Suomen Lääkärilehti 26-32, 1928-1929. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>

Valviran www-sivut. 2016. Vanhustenhuolto. Viitattu 7.10.2017. <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/vanhustenhuolto>

Voutilainen, P. 2008. Suositukset käytännöksi muistipotilaiden palvelujen turvaamiseksi. Suomen Lääkärilehti 10, Liite: Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt, 3. Viitattu 29.9.2017. <https://www.laakarilehti.fi/>