



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Niina Yli-Mäenpää

Moniammatillisen konsultaatiomallin luominen geriatriseen päivystykseen

Kehittämistyö

Kevät 2022

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

YAMK Kliininen asiantuntijuus



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Kliininen asiantuntijuus, ylempi AMK

Tekijä: Niina Yli-Mäenpää

Työn nimi: Moniammatillisen konsultaatiomallin luominen geriatriseen päivystykseen

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, yliopettaja

Vuosi: 2022

Sivumäärä: 91

Liitteiden lukumäärä: 8

Terveystieteiden tutkimuskeskukseen kohdistuu tällä hetkellä painetta tuottaa palveluja entistä tehokkaammin muun muassa ikääntyneiden määrän kasvun vuoksi. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä on ollut kaksivuotinen tutkimus- ja kehittämishanke vuosina 2020-2021, mikä koski iäkkäitä ja heidän hoitonsa kehittämistä päivystysalueella. Perustettava geriatrinen päivystys on yksi hankkeen tuotoksista ja sillä pyritään osaltaan vastaamaan myös lisääntyneeseen terveydenhuollon tarpeeseen. Geriatriassa päivystyksessä on tarkoitus arvioida geriatrinen potilas moniammatillisen tiimin voimin ja täten edesauttaa hänen kotona pärjäämistään. Kohentamalla ikääntyneiden kotona pärjäämistä voidaan lisätä laadukkaita kotona asumisen hetkiä. Kotona pärjäämistä tukemalla voidaan myös ennaltaehkäistä turhia päivystyskäyntejä ja välttää nk. pyöröovi-ilmiö.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen asiakkaan moniammatillinen konsultaatiomalli Seinäjoen yhteispäivystyksen geriatriseen päivystykseen. Tavoitteena oli kehittää konsultaatiomalli tasalaatuisen ja laadukkaan palvelun tuottamiseksi ikääntyneelle. Konsultaatiomallin avulla pyritään turvaamaan iäkkään ihmisen kotona asumista.

Kehittämistyön tekeminen eteni Foresight Framework-mallin mukaisesti. Kehittämistyö perustui tutkimukselliseen kehittämistoimintaan ja menetelminä käytettiin benchmarkingia, idearihtä ja tulevaisuusverstasta. Idearihtissä esiinnousseita vastauksia analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Kehittämistyön tuloksena kehitettiin moniammatillinen konsultaatiomalli, missä on esitetty eri tilanteita, milloin ottaa kuhunkin ammattilaiseen yhteyttä ja millä keinoin. Konsultaatiomalli tulee toimimaan apuna geriatriassa päivystyksessä, kun ikääntyneen tilanne on ensin kattavasti hoitohenkilökunnan toimesta arvioitu.

Jatkokehittämis ehdotuksena nousi systemaattinen geriatrisen päivystyksen potilaiden seuranta. Tarkoituksena olisi seurata ja arvioida saadun intervention vaikuttavuutta ikääntyneen arkeen sekä selvittää, kokivatko he saavansa apua geriatriasta päivystyksestä ja miten käytännössä heidän kotona pärjäämistään tuettiin.

¹ Asiasanat: moniammatillinen yhteistyö, ikääntynyt, päivystys, konsultointi

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree Programme in Nursing, Advanced Practice Nursing

Author/s: Niina Yli-Mäenpää

Title of thesis: Creating multi-professional consulting model for geriatric emergency ward

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala, PhD, Principal Lecturer

Year: 2022

Number of pages: 91

Number of appendices: 8

Health care is now pressured to provide health services more effectively, due to the rising amount of elderly persons. In the Hospital District of South Ostrobothnia, there has been a two-year-project in 2020-2021 that was about elderly people and the development of their care in emergency care. An established geriatric emergency ward is one of the results of the project, that is trying to answer to the increasing demand of health care services. The purpose of the geriatric ward is to evaluate geriatric patients with the help of a multi-professional team and improve the clients' coping at home. By improving clients' coping at home, we can increase the quality of daily living at home. Supporting coping at home may also prevent unnecessary visits in emergency and the so-called phenomenon of revolving door.

The purpose of this development work was to describe elderly customers' multi-professional consulting model in joint emergency care in Seinäjoki Central Hospital Geriatric Emergency Ward. The aim was to develop a consulting model for equal quality and quality service for elderly clients. With this consulting model, the elderly clients' coping at home could be secured.

This development work was carried out according to the Foresight Framework model. This thesis was based on research development work and the used methods were benchmarking, brainstorming, and future workshop. The answers obtained through brainstorming were analyzed by inductive content analysis.

As a result of the development work, a multi-professional consulting model was developed, which presented different situations when to contact a professional and how. The consulting model will be a great help working in geriatric emergency ward after the medical staff has assessed the elderly client's situation comprehensively.

Suggestions for further development were, for example, ideas for systematic tracking for geriatric emergency ward patients. The meaning could be to track and evaluate the effectiveness of the intervention for elderly clients' everyday life and to find out whether they think they received help in geriatric emergency ward and how, in practice, their coping at home was supported.

¹ Keywords: multi-professional teamwork, elderly, emergency, consulting

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkuuettelo	6
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	7
1 JOHDANTO	11
2 IKÄÄNTYNYT PÄIVYSTYKSESSÄ	15
2.1 Kuka on ikääntynyt.....	15
2.2 Geriatrinen päivystys.....	15
2.3 Miksi ikääntynyt hakeutuu päivystykseen	17
2.3.1 Gerontologinen hoitotyö	18
2.3.2 Eettisesti hyvä hoito iäkkäänä.....	19
2.4 Ikääntyminen tulevaisuudessa	20
2.5 Kohti hyvää elämänlaatua	22
2.6 Hyvä vanheneminen.....	22
2.7 Sujuva tiedonkulku	23
2.7.1 Digitaalisuus hoitotyössä	24
2.7.2 Onnistunut konsultaatio	24
2.8 Moniammatillista yhteistyötä ikääntyneen hyväksi.....	25
2.8.1 Kollegiaalisuus	26
2.8.2 Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva hoitotyö	27
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	31
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	32
4.1 Kehittämistyön eteneminen Foresight Framework-mallin mukaisesti....	32
4.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	33
4.3 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	34
4.3.1 Aivoriihi eli ideariihi	36
4.3.2 Benchmarking	37

4.3.3	Tulevaisuusverstaas	38
4.3.4	Sidosryhmäläisille suunnattu loppukysely sähköpostitse	39
5	KEHITTÄMISTYÖN ANALYSOINTIMENETELMÄT	40
6	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	42
6.1	Ideariihen tulokset	42
6.1.1	Kuntoutus	42
6.1.2	Sosiaalityö	47
6.1.3	Psykiatria/y-tiimi	51
6.1.4	Farmasia	56
6.1.5	Geriatría	62
6.2	Benchmarkingin tulokset	66
6.3	Tulevaisuusverstaan tulokset	73
6.3.1	Kuntoutus	73
6.3.2	Sosiaalityö	74
6.3.3	Psykiatria/y-tiimi	74
6.3.4	Farmasia	74
6.3.5	Geriatría	75
6.4	Sidosryhmäläisille suunnatun loppukyselyn tulokset	76
6.4.1	Kuntoutus	76
6.4.2	Sosiaalityö	77
6.4.3	Psykiatria/y-tiimi	78
6.4.4	Farmasia	78
6.4.5	Geriatría	79
7	POHDINTA	81
7.1	Kehittämistyön tulosten tarkastelu	81
7.2	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	84
7.3	Jatkokehittämis ehdotukset	85
	LÄHTEET	86
	LIITTEET	91

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kehittämistyön eteneminen Foresight Framework-mallin mukaisesti.....	33
Taulukko 1. Erilainen asiantuntijuus näyttöön perustuvassa toiminnassa	30
Taulukko 2. Kuntoutuksen SWOT-kaavio	42
Taulukko 3. Kuntoutus – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen	44
Taulukko 4. Kuntoutus – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen	46
Taulukko 5. Sosiaalityön SWOT-kaavio.....	47
Taulukko 6. Sosiaalityö – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen.....	48
Taulukko 7. Sosiaalityö – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen.....	50
Taulukko 8. Psykiatrian/y-tiimin SWOT-kaavio	51
Taulukko 9. Psykiatria/y-tiimi – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen	52
Taulukko 10. Psykiatria/y-tiimi – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen	55
Taulukko 11. Farmasian SWOT-kaavio	56
Taulukko 12. Farmasia – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen	58
Taulukko 13. Farmasia – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen	60
Taulukko 14. Geriatrian SWOT-tilukko	62
Taulukko 15. Geriatria – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen	63
Taulukko 16. Geriatria – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen	65

Käytetyt termit ja lyhenteet

4AT	Testi sekavuustilan ja muistitoimintojen arviointiin.
ABI-mittaus	Nilkka-olkavarsipainesuhteen mittaus, joka toimii alaraajojen tukkivan valtimotaudin diagnostisena menetelmänä, mutta sillä voidaan myös arvioida potilaan yleistä valtimotaudin riskiä.
AMT4	AMT4 (Abbreviated Mental Test) on lyhyt muistitoimintojen testi, missä ei saisi olla virheitä. Potilaalta kysytään ikä, syntymäaika, tutkimuspaikka ja kuluva vuosi.
AUDIT65C	Alkoholin käytön seula.
Barthelin indeksi	Mittari, joka mittaa aikuispotilaiden itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa.
Benchmarking	Tarkoittaa oppimisprosessia, jossa tarkoituksena on oppia muilta vastaavilta tahoilta.
Bergin tasapainotesti	Testin avulla voidaan tarkkailla aikuisilla toiminnallisen tasapainon kehitystä ja arvioida hoidon vaikutusta. Voidaan käyttää myös kaatumisia ennustavana indikaattorina.
BDI	BDI (Beck Depression Index) on tarkoitettu henkilöille, jotka epäilevät olevansa masentuneita ja pohtivat, tulisiko hakea apua. Sopii sekä ammattilaisen, että potilaan itse täytettäväksi.
BMI	BMI (Body Mass Index) kuvaa painoindeksiä.
CAM	CAM (Confusion Assessment Method)-testiä käytetään sekavuustilan tunnistamiseen.
CERAD	Kognitiivinen tehtäväsarja, joka auttaa arvioimaan ensisijaisesti iäkkäitä ihmisiä epäiltäessä muistisairautta.

FAC	FAC (Functional Ambulation Classification) - kävelyluokitus on 6-luokkainen asteikko, jolla voidaan arvioida kävelykykyä.
FRAT	FRAT (Falls Risk Assessment Tool) -mittarilla arvioidaan kaatumisriskiä.
GDS15 ja GDS30	GDS (Geriatric Depression Scale) eli geriatrinen depressioasteikko, jota voidaan käyttää iäkkäiden henkilöiden masennuksen arvioinnissa. Alkuperäisestä 30 kysymyksestä on kehitetty 15, 10 ja 4 kysymyksestä koostuvat suppeammat arviointiasteikot.
Gerastenia	Hauraus-raihnausoireyhtymä, jolle on ominaista heikentynyt stressinsietokyky, mikä muun muassa lisää toimintakyvyn alenemisen riskiä. Se altistaa myös tätä kautta laitostumiselle ja kuolemalle.
Gerastenia-asteikko	Gerastenia-asteikko (CFS-luokitus, Clinical Frailty Scale) on mittari, jota voidaan käyttää hoidon intensiteetin ja tavoitteiden suunnitteluun.
Geriatrinen päivystys	Ikääntyneille perustettava yksikkö yhteispäivystyksen yhteyteen, missä on tarkoitus kartoittaa ikääntyneen tilaa ennalta sovituin kriteerein ja konsultoida saatujen tulosten mukaan eri ammattilaisia. Tarkoituksena edesauttaa kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään ja välttää turhat päivystyskäynnit.
Geronomi	AMK-tutkinto, joka on ikääntyneiden tukena edistäen heidän hyvinvointiaan, terveyttä ja toimintakyvyn ylläpitoa.
IADL	IADL (Instrumental Activities of Daily Living) -mittarin avulla voidaan selvittää suoriutumista välineellisistä päivittäistoiminnoista, kuten puhelimen käyttö, kaupassa käynti, taloustyöt.

ICD	ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) on kansainvälinen tautiluokitus.
IPAS-tutkimus	IPAS-tutkimus (lääkään potilaan arviointi kuntoutuskeskuksen osastolla) on erään yksikön testisarja, mikä pitää sisällään: MNA, 4AT, MMSE, Kaksi kysymystä masennuksesta, GDS, Barthelin indeksi ja FAC-kävelytesti.
ISAR-pisteet	ISAR (Identification Seniors At Risk) -mittarin tarkoituksena on tunnistaa ne potilaat, joiden toimintakyky on heikentynyt.
ISBAR	Strukturoitu raportointimenetelmä. ISBAR-lyhenne kuvaa raportin etenemistä: I = identify (tunnista), S = situation (tilanne), B = background (tausta), A = assessment (nykytilanne) ja R = recommendation (toimintaehdotus).
Kaksi kysymystä masennuksesta	Soveltuu masennuksen seulontaan.
Kuuden kysymyksen muistiseula	Kts. SIS.
MNA	MNA (Mini Nutritional Assessment) on tarkoitettu ravitsemustilan arviointiin.
MMSE	MMSE (Mini-Mental State Examination) on lyhyt kognitiivinen testisarja, minkä avulla kartoitetaan orientaatiota, muistia, laskemista, nimeämistä, toistamista, kirjoittamista ja kuvion kopiointia.
NRS	NRS (Nutrition Risk Screening) on menetelmä vajaan ravitsemuksen riskin seulontaan.
Otoskopia	Korvan tähystys.

Ortostaattinen koe	Tutkimus, jonka tarkoituksena on havainnoiden verenpaineessa ja sykkeessä tapahtuvia muutoksia asennonmuutoksen seurauksena.
PEF	PEF (Peak Expiratory Flow) tarkoittaa uloshengityksen huippuvirtausta.
SIS	SIS (Six Item Screener) on kuuden kohdan muistiseula.
SPPB	SPPB (Short Physical Performance Battery) -testin avulla mitataan ikääntyneiden alaraajojen suorituskkyä. Auttaa tunnistamaan ikääntyneet, joilla on kaatumisvaaraa lisäävä liikkumisvaikeus tai heikentynyt tasapaino.
Timed Up and Go-testi	Mittari on kehitetty iäkkäiden henkilöiden liikkumiskyvyn ja tasapainon arviointiin.
Vivago	Hyvinvointisovellus, jonka avulla saadaan reaaliaikaista tietoa käyttäjän terveydentilasta ja hyvinvoinnista. Nämä antavat ammattilaisille tarpeellista tietoa suunniteltaessa oikea-aikaista, ennakoiva ja yksilöllistä hoitoa.
Y-tiimi	Joukko psykiatrisia sairaanhoitajia, jotka työskentelevät yhteispäivystyksen tiloissa.

1 JOHDANTO

Ennen kuin aiheeni oli vielä tiedossani, tiesin, että haluan kehittämistyöni koskettavan jollakin tavalla ikääntyneitä. Ikääntyneet ovat aina olleet lähellä sydäntäni ja olenkin toiselta koulutukseltani geronomi AMK. Omassa työpaikassani yhteispäivystyksessä alkoi vuoden 2020 alussa tutkimus- ja kehittämishanke, mikä liittyi ikääntyneisiin ja heidän hoitonsa kehittämiseen päivystyskeskuksen alueella. Hankkeeseen osallistui toimijoita sekä sairaanhoitopiiristä että ympäri maakuntaa. Hankkeen yhtenä suurena tavoitteena on kehittää geriatrinen päivystys osaksi yhteispäivystystä, missä geriatriasia potilaita tullaan hoitamaan moniammatillisen tiimin voimin. Kun minulle vuoden 2021 alussa tarjoutui mahdollisuus osallistua hankkeeseen ja päästä tekemään kehittämistyöni siihen liittyen, minun ei tarvinnut kahta kertaa miettiä, osallistunko. Idean omaan kehittämistyöhöni sain kollegaltani, joka oli valittu vuonna 2021 kyseiseen hankkeeseen hankepäälliköksi.

Hankepalavereissa on tehty päätös, että geriatriseen päivystykseen saapuvat potilaat muodostuvat niistä potilaita, jotka joka tapauksessa hakeutuisivat päivystykseen. Heitä ei siis ohjaudu esimerkiksi muista yksiköistä. Sisäänottokriteereinä on pidetty yli 75 vuoden ikää, käytössä olevia hoivapalveluita, toistuvia käyntejä päivystyksessä (3 kertaa 3 kuukauden aikana) sekä muistisairautta. Sisäänottokriteereissä riittää, kun jokin kohta täyttyy. Iäkäs ohjautuu geriatriseen päivystykseen, mikäli hänen vaivansa ei vaadi erityisesti somaattista arviota. Hoitoajan pituus on suunniteltu olevan maksimissaan 24 tuntia.

Kehittämistyöni aiheena on moniammatillisen konsultaatiomallin luominen geriatriseen päivystykseen. Moniammatillisessa tiimissä ikääntyneen hyväksi tulee työskentelemään eri ammattiryhmien edustajia, joten toimivan konsultaatiokäytännön luominen on tärkeää palvelujen saatavuuden ja yhdenmukaisuuden turvaamiseksi jokaiselle ikääntyneelle heidän tarpeidensa mukaisesti. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat psykiatrinen sairaanhoitaja, geriatri, farmaseutti, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä.

Ikääntyneiden määrä tulee nousemaan jatkuvasti väestön ikääntyessä, mikä luo monenlaista painetta yhteiskunnalle. Luoman, Rätyn, Moision, Parkkisen, Vaaraman ja Mäkisen (2003, 23) mukaan väestön ikääntymisellä on vaikutuksia paitsi eläkemenoihin, mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja hoivapalvelumenoihin. Vanhusten määrä ja ikärakenne itsessään eivät kuitenkaan anna vielä luotettavaa kuvaa siitä, kuinka paljon vanhukset tulevat käyttämään palveluita parinkymmenen vuoden päästä. Iän lisäksi ja vielä merkittävämmiin

palveluiden käyttöön vaikuttavat muutokset vanhuksen toimintakyvyssä ja terveydentilassa, asuin- ja elinympäristön esteettömyys sekä muutokset palvelujen järjestämisessä. Hoivapalveluille asetettavia laatuvaatimuksia lisäävät myös väestön tulo- ja koulutustason nousu. Julkisesti rahoitettujen hoivapalveluiden kysyntään vaikuttaa kuitenkin suuresti myös se, missä määrin vanhuksille tarjotaan epävirallista hoivaa esimerkiksi omaisten toimesta.

Terveydenhuollon menojen lisääntymistä ei tarvitse nähdä ongelmana, jos sillä pyritään lisäämään väestön hyvinvointia ja terveyttä (Luoma & ym, 2003, 29). Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi ja Koskinen (2018) ovat koostaneet raportin FinTerveys 2017-tutkimuksesta, minkä tavoitteena on tuottaa terveys- ja hyvinvointipolitiikan suunnittelua ja arviointia varten luotettavaa tietoa Suomen aikuisväestön terveydestä, terveyskäyttäytymisestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä niiden määrittäjistä vuonna 2017. Raportin mukaan elintavoissa havaittiin myönteistä kehitystä tupakoinnin vähentymisen ja raittiuden yleistymisen myötä. Myös fyysinen aktiivisuus oli lisääntynyt. Kokonaiskolesterolissa oli tapahtunut laskua, mikä saattaa vähentää sairastavuutta sydän- ja verisuonitauteihin. Koettu elämänlaatu oli kohentunut ikääntyvän väestön keskuudessa ja toimintakyvyssä myönteisiä havaintoja tehtiin parantuneessa näkökyvyssä ja sosiaalisen osallistumisen lisääntymisessä. Mielenterveysongelmat ovat edelleen yleisiä, kuten myös kohonnut verenpaine lääkityksestä huolimatta. Erilaiset tuki- ja liikuntaelimistön kiputilat ja toiminnanvajavuudet ovat edelleen myös yleisiä. Fyysisiä toimintakyvyn rajoitteita on nuoremmassa väestössä, kun taas 80 vuotta täyttäneistä moni on vielä hyvin toimintakykyinen. Jotta palvelutarpeen kasvuun voidaan vaikuttaa hillitsevästi, tulee kaikissa terveyspalveluissa kannustaa terveyttä edistäviin valintoihin ja elintapamuutoksiin sekä näitä tukevaan terveyspolitiikkaan. Myös huono-osaisemmat tulee huomioida nykyistä paremmin. Liikunta, terveellinen ravinto, riittävä yöuni, tupakoinnin ja päihteiden käytön välttäminen sekä kognitiivinen ja sosiaalinen aktiivisuus suojaavat monilta kansanterveydellisiltä ongelmilta. Erityisen tärkeää on, että keskeisimpien kansantautien hoitoa tehostetaan, jotta hoidon tavoitteet saavutetaan entistä suuremman potilasmäärän kanssa.

Ikääntyvän kotona asumista voidaan tukea pidempään, jos hänelle kyetään tarjoamaan oikeanlaista palvelua oikeana aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön kirjaamassa laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023 (2020, 44-45) todetaankin, että erityistä huomiota tulee kiinnittää eri palvelujen rajapintoihin sekä asiakkaan palvelutarpeiden muutosten johdosta välttämättömiin siirtymiin, kuten

sairaalasta kotiutumiseen. Tuettaessa kotona asumista on myös tärkeää osallistaa omaisia ja läheisiä iäkkäiden hoitoon ja huolenpitoon. Tämän lisäksi moniammatillista yhteistyötä tarvitaan niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidonkin kanssa ja kaikilla osapuolilla tulee olla yhteisesti sovitut tavoitteet tiedossa sekä selkeät ja dokumentoidut vastuut ja työnjaot.

Tällä hetkellä Etelä-Pohjanmaan alueella ei ole olemassa geriatrista päivystystä, missä voitaisiin keskittyä geriatristen potilaiden tilanteisiin moniammatillisesti ja kokonaisvaltaisesti. Geriatriset potilaat ovat oma, erityinen potilasryhmänsä ja heidän tilanteensa vaativat monesti enemmän aikaa ja paneutumista kuin muiden potilasryhmien. Heidän ongelmansa ovat monesti monisyisempiä ja vaativat monitahoisempaa selvittelyä. Geriatrisella päivystyksellä pyritään vastaamaan näihin tarpeisiin sekä edesauttamaan ikäihmisten kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään. Konsultaatiomallin kehittäminen antaa raamit päivystyksen henkilökunnalle, milloin konsultoida eri ammattilaisia ja millä keinoin. Sen avulla pyritään antamaan geriatrisille potilaille mahdollisimman tasapuolinen hoito ja edesauttamaan heidän kotona pärjäämistään mahdollisimman pitkään.

Konsultaatiomallista hyötyvät ensinnäkin potilaat itse. Konsultaatiomalli auttaa, että iäkkäät saavat mahdollisimman tasalaatuista hoitoa ja heidän kotona pärjäämistään tuetaan moniammatillisin keinoin. Jokaiselle geriatriseen päivystykseen saapuvalle potilaalle tullaan tekemään erilaisia tutkimuksia ja testejä, joiden perusteella hänen tilanteestaan tullaan konsultoimaan kunkin alan ammattilaista, esim. psykiatrinen sairaanhoitaja tai farmaseutti. Konsultaatiomalli mahdollistaa aikaisen intervention iäkkäälle, millä voidaan ehkäistä mm. ennenaikainen toimintakyvyn lasku.

Myös hoitohenkilökunta tulee hyötymään moniammatillisesta konsultaatiomallista, koska se tulee helpottamaan heidän käytännön työtään. Konsultaatiomallin avulla on helppo tarkistaa, milloin erilaisten tilanteiden vuoksi tulee ottaa yhteyttä eri ammattilaisiin. Se myös tiivistää eri ammattilaisten välistä yhteistyötä, kun opitaan tuntemaan toisensa ja kunkin ammattilaisen ammattitaito.

Yhteiskunnallisesti moniammatillisesta konsultaatiomallista on hyötyä sen vuoksi, että sen avulla pyritään välttymään ”pyöröovi-ilmiöltä” päivystyksessä. Tämä tarkoittaa sitä, että ihminen palaisi nopeasti sairaalasta kotiutumisen jälkeen takaisin päivystykseen, koska ei koe kotona pärjäävänsä. Konsultaatiomallin ja geriatrisen päivystyksen kehittämisen myötä

pyritään siihen, että päivystykseen hakeutuu vähemmän sellaisia potilaita, jotka eivät varsinaisesta päivystyksellisestä hoidosta hyödy.

2 IKÄÄNTYNYT PÄIVYSTYKSESSÄ

Päivystyksessä annetaan kiireellistä hoitoa potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kiireellinen hoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, mitä ei voida siirtää ilman sairauden tai vamman pahenemista. Kiireellisestä hoidosta säädetään terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) ja päivystysasetuksessa (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 538/2017). Kunnan tai sairaanhoitopiirin tulee järjestää ympärivuorokautinen päivystys kiireellistä hoitoa varten. Ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys on järjestettävä yhteispäivystyksenä erikoissairaanhoidon kanssa. Päivystyspisteiden välinen työnjako tulee sopia ja päivystyspisteitä päätettäessä tulee ottaa huomioon ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja väestön palveluntarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2021).

2.1 Kuka on ikääntynyt

Ikääntyneelle ei ole olemassa tarkkaa määritelmää. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980, 3§) iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän ja siitä aiheutuneiden alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien, vammojen tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. Tässä kehittämistyössä ikääntyneestä puhuttaessa tarkoitetaan yli 75-vuotiasta, koska se on yksi geriatrisen päivystyksen sisäänpääsykriteereistä.

2.2 Geriatrinen päivystys

Tässä yhteydessä geriatrisella päivystyksellä tarkoitetaan Seinäjoen keskussairaalan omaa erillistä hoitomodulia yhteispäivystyksen sisällä, missä hoidetaan tietyin ennalta sovituin kriteerein valikoituneita yli 75-vuotiaita ikääntyneitä moniammatillisessa tiimissä. Potilaat ohjautuvat geriatriseen päivystykseen, kun heidän vaivansa ei vaadi erityisiä somaattisia tai kirurgisia selvittelyjä ja heillä on toistuvia käyntejä yhteispäivystyksessä (3 kertaa 3 kuukauden aikana), hoivapalvelut käytössä tai todettu muistisairaus. Kriteereistä on sovittu hankepalaverissa moniammatillisen tiimin kesken.

Geriatrinen päivystys on uusi perustettava yksikkö yhteispäivystyksen yhteen hoitomoduliin ja siellä tulee työskentelemään yhteispäivystyksen sairaanhoitajia ja lääkäreitä yhteistyössä eri ammattilaisten kanssa. Näitä ammattilaisia tulevat olemaan psykiatrinen sairaanhoitaja, geriatri, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja osastofarmaseutti. Tällä hetkellä moniammatillisesta tiimistä yhteispäivystyksessä työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja (nk. y-tiimi) joka päivä klo 8-22 ja osastofarmaseutti arkisin klo 12-16, myös sosiaalityöntekijä on tarpeen mukaan konsultoitavissa ja tavattavissa. Ideaalitulanteessa yksikkö toimisi vuorokauden ympäri ja vuoden jokaisena päivänä, mutta vallitseva COVID19-tilanne on toistaiseksi jarruttanut moduulin perustamista. Geriatriasia potilaita varten suunniteltu hoitomoduli toimii tällä hetkellä COVID19-hoitomodulina. Tavoitteena olisi kuitenkin saada toiminta käynnistettyä alkuun yhden työntekijän työpanoksella.

Geriatrisessa päivystyksessä potilas tullaan arvioimaan systemaattisesti täyttämällä samalla geriatrinen arviointi-lomaketta (Liite 1) ja tämän pohjalta konsultoidaan eri alojen ammattilaisia. Geriatrinen arviointi-lomake on kehitetty perustettavaa geriatria päivystystä ajatellen ja sitä on ollut suunnittelemassa geriatri sekä kaksi sairaanhoitajaa, joista toinen on allekirjoittanut ja toinen hankepäällikkö, jonka luotsaaman hankkeen yksi tuotoksista on geriatrinen päivystys.

Geriatrisessa arviointilomakkeessa ikääntyneeltä arvioidaan ja kartoitetaan toimintakyky, sosiaalinen tuki, olemassa oleva kotihoito ja sen riittävyys, kaatumishistoria, sairaalajaksot viimeisen 6 kuukauden ajalta ja päivystyskäynnit viimeisen 3 kuukauden ajalta. Muisti, sekavuus, mieliala, lääkitys arvioidaan, myös painoindeksi lasketaan ja tehdään ortostaattinen koe. Gerastenia-asteen määrittely on myös yksi systemaattisen arvioinnin osa-alueista. Arviointilomakkeeseen on merkitty nuolella gerastenia-asteen kohta 5, mikä tarkoittaa sitä, että mikäli ikääntynyt sijoittuu gerastenia-asteessa kohtaan 5 tai sen alle, hänen tilanteensa vaatii tarkempia jatkoselvittelyjä. Käypä hoito-suositus (2016) määrittelee gerastenian olevan hauraus-raihnausoireyhtymä, jolle on ominaista heikentynyt stressinsietokyky, mikä muun muassa lisää toimintakyvyn alenemisen riskiä. Se altistaa myös tätä kautta laitostumiselle ja kuolemalle. Tämän vuoksi gerastenia-asteen määrittäminen on tärkeää, jotta ennenaikainen laitostuminen ja kuolema voitaisiin ehkäistä. Näistä eri mittauksista saatujen tulosten perusteella konsultoidaan eri ammattilaisia ja potilaan kotona selviytymistä pyritään kohdennetusti tukemaan. Tehtäviä arviointeja on mietitty jo aluksi geriatrisen päivystyksen suunnittelua aloitettaessa, mutta lopulliset mittarit on sovittu myöhemmin yhdessä geriatrin kanssa yhteistyössä.

2.3 Miksi ikääntynyt hakeutuu päivystykseen

Ikääntyneiden palveluiden käyttöön vaikuttavat monet tekijät. Suurin osa tämän hetken ikääntyneistä kokee terveytensä hyväksi, he ovat itsenäisiä ja asuvat omissa kodeissaan myöhäiseen ikään asti. Noin 75% yli 75-vuotiaista pärjää ilman yhteiskunnalta saatavia hoivapalveluja. Normaali ikääntyminen itsessään ei siis aiheuta palvelujen tarvetta ennen varsin korkeaa ikää. Tutkimukset ovat osoittaneet, että palvelujen käyttäminen liittyy ikään, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, yksin asumiseen, asuin- ja elinympäristöön sekä sosiaalisten verkostojen toimivuuteen ja läheisten tarjoamaan apuun. Yksi suurimmista kotona selviytymistä estävistä tekijöistä on dementia, koska se johtaa yleisesti toimintakyvyn alenemiseen ja palveluntarpeen voimakkaaseen lisääntymiseen. Suomessa on laskettu 75 000 ihmisen sairastavan vähintään keskivaikeaa dementiaa ja luvun ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä 53 000:lla. (Luoma & ym. 2003, 24-25).

Mylläri, Kirsi ja Valvanne (2014, 5) ovat tutkineet kotona asuvien ikääntyneiden päivystyskäyntiin vaikuttaneita syitä. Heidän mukaansa kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että vanhusten päivystykseen tulosy on huomattavasti useammin vakava sairaus kuin nuoremmilla. ”Kotona pärjäämättömät” iäkkäät ovat kaikista hauraimpia ja riskialttiimpia potilaita, joista 60% kuolee vuoden sisällä päivystyskäynnistä. Iäkkäiden ensisijainen päivystykseen hakeutumisen syy oli koettu suuri avun tarve, mikä oli joko oireiden aiheuttama haitta, oireiden vakavuuteen tai pahenemiseen liittyvä pelko tai hoidon ja tutkimusten tarve. Iäkkäiden tekemään päätökseen päivystykseen hakeutumiselle vaikuttivat myös heidän läheistensä ja hoitoammattilaisten näkemykset päivystyskäynnin tarpeellisuudesta. Myös perusterveydenhuollon palveluiden laatu ja saatavuus myötävaikuttivat siihen, että terveydenhuollon ammattilaiset ohjasivat ikääntyneitä herkästi päivystykseen. Tarpeellisen ensiavun saantia taas saattoivat haitata tai lykätä potilaiden negatiiviset käsitykset päivystyksestä.

Päivystyksellinen hoidon tarve voitaisiin välttää riittävillä virka-aikaisilla palveluilla, kotihoidon ja hoivakotien riittävällä geriatrisella tietotaidolla, laaja-alaiseen geriatriseen arviointiin perustuvalla hoidolla, joustavalla lääkärikonsultaatio-mahdollisuudella sekä monisairaita vanhuksia palvelevalla kotisairaaloiminnalla. Palvelujärjestelmää tulisi kehittää siten, että lieväoireiset iäkkäät voitaisiin tutkia nopeasti avoterveydenhuollossa ja potilasohjausta kehitettäisiin. Palvelujärjestelmää tulisi kehittää siten, että vanhukset saisivat tarvittaessa päivystyspalvelut nopeasti ja laadukkaasti. Toisaalta taas epätarkoituksenmukaista

päivystykseen hakeutumista tulisi mahdollisuuksien mukaan välttää ja asiat pyrittäisiin ennakoimalla hoitamaan päiväaikaisten palveluiden piirissä. Tärkeää on myös, että terveydenhuollon ammattilainen osaa antaa ikääntyneelle tai hänen omaiselleen ymmärrettävää ja pätevää tietoa saatavilla olevista terveyspalveluista sekä ohjata ikääntynyt tarkoituksenmukaiseen jatkohoitopaikkaan. Hyvin suunniteltu hoito on iäkkään kannalta laadultaan hyvää ja tulee kunnalle halvemmaksi. (Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014, 6).

2.3.1 Gerontologinen hoitotyö

Voutilainen, Routasalo, Isola ja Tiikkainen (2009, 15-16) määrittelevät, että gerontologialla tarkoitetaan tieteenalaa, joka tutkii ikääntymistä ja ikäihmisiä. Se on tieteellistä vanhenemisen tutkimista, missä selvitetään vanhenemisen mukanaan tuomia muutoksia: mitä vanheneminen on, mitkä eri tekijät säätelevät vanhenemismuutoksia ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Se tutkii, millaisia vaikutuksia vanhenemisella on yksilöön, yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Gerontologia ei ole ikäspesifiä tutkimusta, mutta yksilöihin kohdistuessa se tarkastelee yleensä ikäryhmää, jolle todennäköisemmin tulee vanhenemisen mukanaan tuomia arjessa selviytymistä heikentäviä muutoksia, kuten toimintakyvyn vajausta. Gunterin ja Estesin mukaan (1979) gerontologinen hoitotyö voidaan määritellä terveydenhuollon palveluksi, missä yhdistetään hoitotyön ja gerontologian tieto ja menetelmät siten, että

1. luodaan edellytykset ikäihmisten terveyttä edistävälle käyttäytymiselle
2. terveysongelmista aiheutuvat haitat minimoidaan ja kompensoidaan
3. vaikeissa elämäntilanteissa tuetaan ikäihmisten sosiaalista hyvinvointia
4. ikääntyneiden diagnosointia tuetaan, hoidetaan sairauksia ja lievitetään kärsimyksiä ottaen huomioon:
 - asiakkaan erityisyys, mistä saadaan tieto järjestelmällisellä tarpeen arvioinnilla
 - hoitotyöntekijän pätevyys
 - hoitotyön ympäristö
 - hoitotyölle asetetut laatuvaatimukset
 - arvioidaan systemaattisesti hoitotyölle asetettujen tavoitteiden saavuttamista.

Gerontologiseen hoitotyöhön kuuluu myös hoitotyön etiikka ja erityisosaaminen, missä hyödynnetään hoitotyön tiedon lisäksi gerontologista tietoa. Myös moniammatillisissa tiimeissä toimiminen kuuluu osaksi gerontologista hoitotyötä. Se soveltaa ikääntymiseen liittyvää teoreettista tietoa iäkkäiden hoitotyöhön ja sen tavoitteena on ikäihmisten terveyden edistäminen ja ylläpito sekä sairauksien hoitaminen. Gerontologiseksi hoitotyöksi ei voi kutsua

pelkästään tietyn ikäryhmän parissa työskentelyä, vaan se edellyttää, että ikääntynyt nähdään toiveineen ja tarpeineen osana häntä ympäröivää kulttuuria, hänen kokemaansa historiaa ja elämänkulkua sekä yhteiskuntaa, missä hän elää. Tämä edellyttää gerontologisen hoitotyön ammattilaisilta laajaa ja monitieteistä tietoperustaa. Ikääntyneen kokemusta, arvomaailmaa ja valintoja tulee kunnioittaa, vaikka ne poikkeaisivat ammattihenkilön näkemyksestä. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen, 2009, 17-18).

2.3.2 Eettisesti hyvä hoito iäkkäänä

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2008, 6-7) on linjannut vanhusten hoidon etiikasta, että vanhuksella on oikeus saada hoitotarpeensa arvioiduksi, tulla kuulluksi ja hoidetuksi kokonaisvaltaisesti. Iäkkään tilannetta arvioitaessa on otettava oireiden ja sairauksien lisäksi huomioon iäkkään terveyshistoria, sosiaalinen ympäristö ja tilanteen ennuste. Näiden lisäksi on myös arvioitava muisti, mieliala, elämänarvot, henkiset ja hengelliset tarpeet sekä läheisverkosto. Iäkkään fyysisiä ja henkisiä kykyjä ja voimavaroja tulee tukea ja vahvistaa esimerkiksi riittävällä ja terveellisellä ravinnolla, arkipäivän toimilla, säännöllisellä ulkoilulla ja liikunnalla, harrastuksilla sekä asunnon ja asuinympäristön esteettömyydellä. Kotona selviytymistä voidaan tukea esimerkiksi tarjoamalla tukea arjen askareisiin ja liikkumista helpottavilla apuvälineillä ja erilaisilla tukipalveluilla. Joskus saatetaan tarvita myös lääkkeitä ja kuntoutumista. Hoidon suunnittelu vaatii kuitenkin usean ammattilaisen moniammatillista yhteistyötä, jotta saadaan turvattua hyvät ja riittävät palvelut. Usein vanhuksen oma toive ja hoidon tavoite on kotona asuminen mahdollisimman pitkään, mutta tulee kuitenkin huolehtia myös siitä, etteivät huonokuntoiset ja runsaasti palveluita tarvitsevat ikääntyneet joudu elämään yksinäisinä ja kotiinsa eristettyinä jatkuvasti vaihtuvien palveluiden varassa. Jos kotona pärjääminen on vaarantunut tukipalveluidenkin turvin, tulee sijoituspäätösten perustua ikääntyneen elämäntilanteeseen, hänen näkemystensä ja hoidon tarpeen monipuoliseen ja moniammatilliseen arviointiin eikä pelkästään mittareista saatuihin tuloksiin. Ikääntyneen tulee pystyä luottamaan, että hän saa kotiinsa asianmukaisen hoidon ja palvelut niitä tarvitessaan, mutta pääsee myös tarvittaessa ympärivuorokautiseen hoitoon, kun kotona pärjääminen ei enää onnistu. Hyvä hoitopaikka pystyy myös tehostamaan palveluitaan tarvittaessa ikääntyneen kunnon vaatiessa, jotta vältetään ikääntyneen tarpeettomilta siirroilta.

Ikääntyneen hoidon etiikassa on omat erityispiirteensä. Heidän ihmisarvoaan tulee kunnioittaa siten, että heitä kohdellaan ainutkertaisina ja heidän näkemyksensä huomioon ottaen. Työtä

tulee tehdä sen eteen, että ikääntynyt säilyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollossa ihmisarvonsa, itsemääräämisoikeutensa ja yksityisyytensä. Eettisesti hyvä hoito tulee toteuttaa yksilöllisesti ja ikääntynyttä kuunnellen. Yksityisyyttä tulee kunnioittaa ja ikääntyneelle tärkeitä asioita tulee ottaa huomioon. Helposti monenlaista apua tarvitseva menettää yksityisyytensä ja sen johdosta ihmisarvonsa. Ikääntyneellä tulee olla myös oikeus osallistua omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon aina sen ollessa mahdollista. Hän tarvitsee tietoa eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista osallistumiseensa. Itsemääräämisoikeus edellyttää päätöksentekokykyä, joka tulee arvioida tapauskohtaisesti ja sen tarvittava määrä riippuu sekä ihmisen kyvystä että myös päätöksen monimutkaisuudesta. Suunniteltujen hoitojen haittoja ja hyötyjä tulee arvioida pohtimalla niiden vaikutusta ikääntyneen elämänlaatuun. Hoitoa tulee tarkastella kokonaisuutena ja huomiota tulee kiinnittää myös riskien hallintaan ja tapaturmien ehkäisyyn. Samaa hoitoa tarvitsevia potilaita tulee myös hoitaa samojen periaatteiden mukaisesti eli hoidon oikeudenmukaisuus varmistetaan. Oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun ei riipu potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta tai muistakaan henkilön ominaisuuksista. Hoidon saatavuuteen ja sen jakautumiseen tulisi vaikuttaa ainoastaan hoidon tarve, ei sen maksaja. Potilaan ikä tulee ottaa huomioon hoitopäätöksiä tehtäessä silloin, jos se vaikuttaa hoidosta odotettavissa olevaan hyötyyn. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 17-18).

2.4 Ikääntyminen tulevaisuudessa

Tänä päivänä eläkkeelle jäävät henkilöt ovat hyväkuntoisempia ja tulevaisuudessa he ovat yhä suurempi voimavara yhteiskunnassa ja merkittävämpi ryhmä taloudellisesti ja yhteiskunnallisina vaikuttajina. Toimintakykyä ja hyvää elämänlaatua eläkeläisillä pitää yllä mahdollisuus osallistua yhteiskunnan toimintaan, hoitaa omia asioitaan, kehittää itseään, tavata ystäviä ja nauttia kulttuurista. Tämä edellyttää, että yhteiskunta on suunnitellut palvelujen saatavuuden niin, että liikkuminen on mahdollisimman esteetöntä ja turvallista. Etenevät muistisairaudet ovat kuitenkin merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste, minkä vuoksi aivoterveysten edistämistä tulee edistää elämän kaikissa vaiheissa. Myös väestön suhtautumiseen ja yhteiskunnalliseen ajatteluun tulee pyrkiä vaikuttamaan, jotta muistisairaat ihmiset voivat olla ikä- ja muistiystävällisen yhteiskunnan yhdenvertaisia jäseniä, elää mielekästä elämää ja saada ajoissa tarvitsemaansa tukea ja palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b, 21-22).

Tulevaisuuden ikääntynyt eroaa monella tavoin esimerkiksi 30 vuotta sitten eläneestä ikääntyneestä. Wreden, Tiilikaisen ja Vartiainen (2020, 354) mukaan Suomen väestöä ovat muuttaneet viime aikoina muuttoliikkeet, liikkuvuus ja talouden globalisaatioon liittyvä väestön moninaistuminen. Tällaisen siirtolaisuuden seurauksena palveluiden käyttäjät ja siellä työskentelevät ovat äidinkieleltään, uskonnoiltaan ja kulttuuriltaan monimuotoisempi joukko aikaisempaan nähden ja tämä vaikuttaa palveluiden kehittämiseen. Onkin tärkeää, että kielelliset, uskonnolliset ja kulttuuriset oikeudet pääsevät toteutumaan yhteiskunnallisesti ja ihmisten elämässä (Wrede, Tiilikainen & Vartiainen 2020, 357).

Dufva (2020, 22) toteaa selvityksessään tulevaisuuden megatrendeistä, että yhä suurempi osa ihmisistä on yli 65-vuotiaita ja satavuotiaaksi eläminen on normaalia. Suomessa väestö tulee keskittymään muutamaaan suurimpaan kasvukeskukseen ja muualla väestö vähenee ja ikääntyneiden määrä kasvaa entisestään. Väestön ikääntyessä myös dementia, kaatumiset ja muut ikään liittyvät sairauden yleistyvät. Ilmastonmuutos ja sen mukanaan tuomat hellejaksot heikentävät jo valmiiksi huonossa kunnossa olevien ihmisten vointia. Tulevaisuudessa myös mielenterveydelliset ongelmat lisääntyvät, antibioottiresistenssi yleistyy ja taudit leviävät globaalissa maailmassa nopeasti.

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisessa ikäohjelmassa vuoteen 2030 (2020a, 19-20) on nostettu esille se, että kaupungistuminen aiheuttaa taloudellisen huoltosuhteen heikkenemistä harvaan asutuilla alueilla, mikä taas hankaloittaa palvelujen turvaamista ja heikentää alueen kilpailukykyä. Toisaalta taas on havaittu, että maaseudun vetovoimaa voidaan lisätä nopeilla tietoliikenneyhteyksillä ja toimivilla palveluilla. Lisäksi on tärkeää, että kaupungeissa otetaan huomioon ikääntymiseen liittyvät haasteet ja erilaisilla valinnoilla tuetaan ikääntyvän väestön hyvinvointia ja toimintakykyä ja tätä kautta myös kotona asumista. Tulevaisuudessa kuitenkin myös ilmastonmuutoksen vaikutukset tulevat koskettamaan entistä enemmän ikääntyneitä ja niihin tulee varautua. Nyt jo tutkimusten mukaan on havaittu, että kuumat hellejaksot ovat lisänneet kuolleisuutta. Tähän on syynä elimistön lämmönsäätelykyvyn heikkeneminen, minkä johdosta nestevajauksen riski kasvaa. Ilmastonmuutos voi vaikuttaa ikääntyneisiin myös lisääntyneen sosiaalisen ja avun tarpeen kautta. Myös kallistuva energia ja siirtyminen ekologisempaan energiaan heikentää pienituloisten asemaa entisestään ja tällöin vaaditaan tukea myös yhteiskunnalta.

2.5 Kohti hyvää elämänlaatua

Hyvä elämänlaatu on jokaisen ihmisen henkilökohtainen tuntemus omasta tilanteestaan. WHO (1998) määrittelee hyvän elämänlaadun yksilön käsitykseksi omasta asemastaan elämässä sekä yhteydessä kulttuuriin ja ympäröivään ympäristöön. Siihen vaikuttavat myös heidän omat tavoitteensa, odotuksensa, standardinsa ja huolenaiheensa. Se on laaja ja vaihteleva käsite, joka sisältää ihmisen fyysisen terveyden, psyykkisen tilan, itsemääräämisen tason, sosiaaliset suhteet, henkilökohtaiset uskomukset sekä heidän suhteensa ympäröivään yhteisöön. Räsänen (2011, 70-71) mukaan elämänlaatu on sekä subjektiivista, että objektiivista. Se on moniulotteista ja koskee kaikkia ihmisiä. Objektiivinen elämänlaadun arviointi perustuu erilaisiin ulkoisesti havaittaviin tekijöihin, joita ovat useimmiten tulotaso ja subjektiivisina tekijöinä terveys ja toimintakyky. Iäkkäillä tulotaso voi olla yhteydessä terveyteen, asumiseen, ravitsemukseen, vaatetukseen, harrastuksiin ja sosiaaliseen osallistumiseen. Erityisesti iäkkäiden leskinaisten elämänlaatuun sukupuoli voi vaikuttaa epäsuorasti. Sosioekonomisilla tekijöillä on havaittu olevan vahva yhteys objektiiviseen hyvinvointiin. Ongelmana on kuitenkin se, että toiselle hyvän elämänlaadun tekijä voi olla toiselle huono. Subjektiivinen elämänlaatu on sitä, millaiseksi yksilö itse kokee hyvän elämänlaadun ja elämän. Tilanteet voivat muuttua elämän aikana. Tähän vaikuttavat elämään tyytyväisyys, psyykkinen hyvinvointi, yksilöllisten tarpeiden tyydyttyminen, kuva itsestä ja onni. Myös psykologiset tekijät vaikuttavat elämänlaadun kokemiseen. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi toivottomuus, pessimismi ja masennus. Terveysten vaikutusta elämänlaatuun tarkasteltaessa se ilmaistaan usein jonkin oireen tai haitan puuttumisena suhteessa terveydentilaan. Terveysten riippuvaa elämänlaatua tarkastellaan emotionaalisena hyvinvointina, toimintakykynä, ihmissuhteiden laatuina, tyytyväisyytenä saatuun hoitoon tai sen taloudelliseen näkökulmaan sekä yksilön omiin kokemuksiin omasta terveydentilasta ja hyvinvoinnista, seksuaalisuudesta, kehonkuvasta tai intimiteetistä.

2.6 Hyvä vanheneminen

Rowe ja Kahn (1997, 433-434) ovat määritelleet, että onnistunut vanheneminen pitää sisällään 3 pääkomponenttia: sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen, kognitiivisten ja fyysisten toimintojen ylläpitäminen ja aktiivinen osallistuminen yhteiskunnan toimintaan. Jokainen näistä pääkomponentista pitää sisällään myös alakategorioita. Sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen pitää sisällään myös sairastumisen riskin puuttumisen. Kognitiivisten ja fyysisten toimintojen ylläpitäminen taas mahdollistaa

aktiivisuuden. Aktiivinen osallistuminen yhteiskunnan toiminnassa pitää sisällään ihmissuhteet ja tuottavan toiminnan.

Nosraty (2018, 5-6) on tutkinut Suomessa vanhoista vanhimpien onnistunutta vanhenemistä. Hänen tutkimustehtävänään oli selvittää onnistuneen vanhenemisen yleisyyttä, tunnistaa siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä tutkia, missä määrin onnistunut vanheneminen ennustaa pitkäaikaishoitoon siirtymistä ja kuolleisuutta. Tutkimuksessa käytettiin erilaisia malleja ja nähtiin, että jonkun mallin mukaan onnistunut vanheneminen oli yhteydessä sukupuoleen ja asuinpaikkaan ja toisen mallin mukaan myös nuorempaan ikään, avioliitossa oloon ja korkeampaan koulutukseen. Haastateltaessa ikääntyneitä kävi ilmi, että kivuttomuus oli tärkeämpää kuin sairauden puuttuminen ja itsenäistä, tasapainoista ja harmonista elämää pidettiin onnistuneen vanhenemisen tärkeimpänä edellytyksenä. Fyysistä, psykologista ja sosiaalista toimintakykyä pidettiin tärkeänä onnistuneessa vanhenemisessä, mutta tutkimuksen perusteella myös jonkinasteisten sairauksien ja toiminnanvajavuuksien kanssa onnistuneen vanhenemisen tulisi olla mahdollista. Onnistunut vanheneminen nähtiin myös prosessina, joka oli jatkumo menneisyydestä nykyisyyteen ja sen toivottiin jatkuvan myös tulevaisuuteen. Hyvä kuolema nähtiin osana hyvää ja onnistunutta vanhenemistä.

2.7 Sujuva tiedonkulku

Sujuva tiedonkulku on tärkeää hoitotyössä. Ilman sujuvaa tiedonkulkua myöskään potilaan saama hoito ei voi olla hyvää ja laadukasta. Vaara haittatapahtumiin kasvaa, kun tiedonkulku ei ole sujuvaa. Onkin todettu, että havainnoiduista terveydenhuollon haittatapahtumista 65%:iin liittyy tiedonkulun ongelmat ja nämä voivat johtaa tehottomuuteen, resurssien hukkaamiseen, hoidon viivästymiseen tai hoitovirheisiin (Tamminen & Metsävainio 2015, 339). Tamminen ja Metsävainio (2015, 338-339) toteavat tiedonkulusta, että hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Tiedonkulussa tapahtuvien virheiden syntymisen todennäköisyys kasvaa, kun potilaan hoitovastuu siirtyy ammattilaiselta toiselle, joko väliaikaisesti tai kokonaan. Virheitä voi syntyä myös työvuoron vaihdosten yhteydessä. Erilaisissa siirtymävaiheissa raportoinnin merkitys korostuu entisestään. Viestintätyylit eri ammattilaisten kesken voivat olla erilaisia, mikä saattaa johtaa turhautumiseen. Potilaiden hoitovastuun siirtävän raportin on todettu olevan usein epämuodollista ja kirjallista viestintää on käytetty harvoin suullisen viestinnän lisänä. Viestintäongelmien vuoksi tiedoista jäivät usein

puuttumaan lääkitystieto, arvio potilaan tilasta ja ohjeet seurannasta. Puutteellinen tiedonkulku voi johtaa sairaalahoidon pidentymiseen ja lisääntyneisiin laboratoriotutkimuksiin.

2.7.1 Digitaalisuus hoitotyössä

Hyppönen ja Ilmarinen (2016, 1-2) ovat tuoneet katsauksessaan ilmi, että väestölle on suunnattu erilaisia sähköisiä palveluita, kuten erilaista tietoa, testejä, ohjeita, vertaistukiryhmiä, verkkoneuvontaa, asiakaspalveluiden keruuta, ajanvarausmahdollisuus sekä televideovastaanottoa. Sähköisten palveluiden käyttö kuitenkin edellyttää, että väestöllä on riittävä tietotekninen osaaminen, motivaatio, asiointiin tarvittavat laitteet ja toimiva verkkoyhteys. Huonon terveydentilan omaavilla on harvemmin pankkitunnuksia, mikä on huomioitavaa terveyden edistämisen näkökulmasta. Kannustavaa on kuitenkin, että väestö kokee sähköisen asioinnin valmiudet hyvänä ja niihin suhtaudutaan pääsääntöisesti myönteisesti. Hyppösen ja Ilmarisen (2016, 4) mukaan sähköisten palveluiden ohjauksessa tulee huomioida ohjauksen monikanavaisuus, jolloin asiakas voi valita itselleen parhaan tavan saada ohjausta ja oppia. Ammattilaisen rooli korostuu siinä, että hän havaitsee ja tunnistaa ne asiakkaat, jotka tarvitsevat erityistä tukea sähköisten palveluiden käyttöönottoon.

On kuitenkin ilmennyt, että iäkkäät, terveydentilansa heikoksi kokevat, matalan koulutuksen omaavat ja työelämän ulkopuolelle sijoittuvat ovat sellaisia, joilta puuttuu sähköisen asioinnin valmiudet. Tämän vuoksi palveluiden siirtyminen verkkoon saattaa aiheuttaa eriarvoistumista sekä ulkopuolisuutta itsenäisen selviytymisen, tiedon- ja palvelujen saannin näkökulmista. Sähköisen asioinnin erilaiset esteet on ratkaistava, jotta kaikille saadaan tulevaisuudessa yhdenvertainen mahdollisuus käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tietoja ja palveluja. (Hyppönen & Ilmarinen 2016, 9)

2.7.2 Onnistunut konsultaatio

Konsultointiin tulee aina olla jokin syy ja aihe ja se tulee suunnitella hyvin etukäteen ennen sen toteuttamista. Onnistuneen konsultoinnin taustalla on onnistunut tiedonkulku ja oikean tiedon siirtyminen. Potilaaseen ja hänen tilanteeseensa sekä taustoihin tulee perehtyä. Konsultaatiossa kysytään yleensä neuvoa tapauksen diagnostiikkaan tai hoitoon ja sen aikatauluun, voidaan pyytää jonkin tietyn toimenpiteen tai testin suorittamista. Se tulee rakentaa esimerkiksi jotain strukturoitua tiedonkulun apuvälinettä (esim. ISBAR) apuna

käyttäen. Se helpottaa ammattilaisten välistä kommunikointia ja vähentää haittatapahtumia edistään samalla potilasturvallisuutta. Asiallinen konsultaatiovastaus on ammatillisuuden ja kollegiaalisuuden osoitus. Tärkeintä konsultille on pyrkiä määrittämään tapauksen ja sen aiheuttamien toimien kiireellisyys eli kuinka suuri hätä on kyseessä. Erilaiset konsultaatiot tulee molempien ammattilaisten kirjata huolellisesti, jotta voidaan varmistaa hoito-ohjeiden tai päätösten oikein kirjautuminen. Tämä on erityisen tärkeää silloin, jos kyse on monimutkaisista hoito-ohjeista tai epätavallisista tutkimuksista ja niiden tuloksista. (Louhimo 2019, 486-490).

2.8 Moniammatillista yhteistyötä ikääntyneen hyväksi

Moniammatillinen yhteistyö on nykypäivää muuttuvassa maailmassa. Isoherrasen (2012, 29-31) mukaan terveydenhuoltojärjestelmässä tulee tapahtua muutosta yhteistyössä ja kumppanuudessa, jotta terveydenhuollon haasteisiin voidaan vastata myös tulevaisuudessa. Tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan erilaisia interventioita ja ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa ja tämä edellyttää muutosta myös johtajuudessa. Nykypäivän ongelmat ovat monimutkaisempia ja eri alojen ammattilaiset ovat riippuvaisempia toisistaan. Potilas on yhä enemmän toiminnan keskiössä ja potilaat läheistensä kanssa haluavat saada entistä enemmän tietoa ja vaikutusmahdollisuuksia ratkaisuihin. Moniammatillista yhteistyötä voi kuitenkin haitata esimerkiksi professionaaliset tai rakenteelliset tekijät. Professionaalisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi erilaiset arvot tai erikoistumisalojen väliset kilpailut. Rakenteellisia tekijöitä taas voivat olla erilaiset menettelytavat tai syklit suunnittelussa ja budjeteissa tai ajan riittämättömyys yhteistyöhön.

Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi ja Pyhälä-Liljeström (2012, 19-20) tuovat esille, että moniammatillisen yhteistyön on katsottu edistävän terveydenhuollon laatua, kuten potilasturvallisuutta sekä potilaslähtöistä, kokonaisvaltaista hoitoa. Sen avulla on myös pyritty vastaamaan toiminnan tehostamista koskeviin haasteisiin. Moniammatillista yhteistyötä voidaan kutsua myös yhteisölliseksi, jaetuksi asiantuntijuudeksi. Potilaiden hoitaminen on moniammatillisessa yhteistyössä toimivien yhteinen tehtävä, joka edellyttää tehtävien ja yhteistyön synkronointia. Moniammatillisessa yhteistyössä toimivilla työntekijöillä on yhteisesti ymmärretty työn tavoite, keskinäinen riippuvuus, kollegiaalinen ja tasa-arvoinen suhde sekä jaettu päätöksenteko. Tällaisia ideaaleja moniammatillisen yhteistyön piirteitä havaitaan kuitenkin harvoin ja todellisuudessa moniammatillinen yhteistyö vaihtelee eri konteksteissa. Työn organisointi moniammatilliseksi tiimityöksi vaihtelee organisaatioittain ja työtehtävittäin.

Ammattiryhmien rinnakkain työskentelyssä ammattilaiset koordinoivat yhteistyötään ja jakavat toisilleen tietoa, mutta toimivat kuitenkin itsenäisinä ammattiryhminään. Tähän liittyy perinteinen ammatillinen hierarkia ja kiinnittyminen omaan ammattiryhmään. Tätä yhteisöllisempää ja kiinteämpää työskentelyä on varsinainen moniammatillinen yhteistyö, missä ammattilaiset työskentelevät yhteisöllisesti kehittämällä yhteisöllisiä työprosesseja. Tässä tapauksessa raja-aidat joustavat ja työtehtäviä sekä vastuualueita jaetaan ammattirajojen yli.

Moniammatillinen yhteistyö päivystyksessä on erityyppistä kuin muualla työn luonteesta johtuen. Kolmivuorotyö luo omat haasteensa jatkuvien muutosten vuoksi potilaita hoitavissa työryhmissä. Hoitohenkilökunta vaihtuu, potilasmäärät ovat suuret, tarve nopealle päätöksenteolle ja monimutkaiset hoitosuunnitelmat tuovat omat haasteensa hoitoryhmän toiminnalle ja keskinäiselle kommunikaatiolle. Nopeatempoisen työ saa myös aikaan sen, että aikaa kommunikointiin ja luottamuksen rakentamiseen on usein vähän. Tiimin jäsenten vaihtuvuus aiheuttaa sen myös sen, että kollegaa ei tunneta, yhteistyössä ei ole jatkuvuutta eikä yhteistä tietoa moniammatillisen yhteistyön prosesseista ole päässyt kehittymään. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä Liljeström 2012, 32).

2.8.1 Kollegiaalisuus

Kangasniemen, Suutarlan, Tilanderin, Knuutilan, Haapan ja Aralan (2015; 37, 39) mukaan kollegiaalisuuden ytimen muodostaa yhteinen tavoite ja se on tila, olosuhde tai suhde, joka tähtää yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Yhteinen tavoite on potilaan terveyden edistäminen tai paras mahdollinen hoito. Kollegiaalisuus on tärkeää sekä potilasturvallisuuden että myös hoidon laadun kannalta. Yhteistä tavoitetta ei kuitenkaan voida saavuttaa, jos ammattilaiset eivät ole kiinnostuneet samasta asiasta. Kollegiaalisuuteen vaikuttaa vahvasti hoitotyön luonne: työn potilaskeskeisyys, ympärivuorokautisuus ja se, että sairaanhoitajat vastaavat potilaan hoidosta eri työvuorojen ja hoitopaikkojen välillä. Myös se, että hoitajat työskentelevät yhdessä ja lähellä toisiaan, vaikuttaa kollegiaalisuuteen. Kollegiaalisuuteen vaikuttavat myös hoitajan omat arvot ja asenteet työtä ja ammattia kohtaan sekä sitoutuminen omaan ammattiin. Kollegiaalisuudella on myös vahva yhteys arvoihin ja etiikkaan sekä niiden sisältämään käsitykseen ammatillisesta vastuusta ja velvollisuudesta oikein toimimiseen. Keskeisiä arvoja ovat tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja luottamus. Kollegiaalisessa toiminnassa kannetaan yhdessä vastuuta yhteisestä tavoitteesta. Se edellyttää avointa keskustelua ja puuttumista erilaisiin toimintatapoihin ja epäkohtiin turvallisesti. Kollegaa tulee myös puolustaa ja tukea

vaikeuksissa. Kollegiaalisuudella on todettu olevan yhteys sairaanhoitajan työssä pysymiseen ja työssä jaksamiseen.

Kollegiaalisuudessa on myös tärkeää se, että ammattikunnassa annetaan tilaa kollegojen asiantuntijuudelle. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että ryhmän jäsenet tunnistavat toistensa osaamisen, vastuuta jaetaan tasapuolisesti ja määräysvaltaa tasa-arvoisesti ja tasapuolisesti eri jäsenten kesken. On tärkeää, että kollegiaalisessa ammattiryhmässä vastuu voi jakautua epätasaisesti asiantuntijuuden mukaan, mutta päätökset tulisi tehdä kollegiaalisten arvojen mukaisesti. Hyvä kommunikaatio on kollegiaalisuuden yksi edellytys ja sen tulee olla avointa, luottamuksellista, empaattista, dialogista, kohteliasta ja toisia arvostavaa. Se voi sisältää konsultaatiota, vertaisarviointia tai tiedon ja tehtävien jakamista. Myös palautteen saaminen ja antaminen on tärkeää ja sen tulee olla luonteeltaan positiivista, jatkuvaa ja vastavuoroista. Kollegiaalisuus on myös osa ammattikunnan itsesääätelyä, koska lainsäädäntö, koulutus ja toimintaohjeet tukevat ja ohjaavat ammattilaisia yksilöinä ja ryhmänä heidän toiminnassaan ja käytänteissään. Ammattilaisille itselle jää toiminnan säätely siten, että väärinkäytöksiltä vältyttäisiin. Organisaatiolla ja johtamisella on suuri merkitys kollegiaalisuutta tukevana tekijänä, koska hierarkiaa sisältämätön ja itsensä johtamisen mahdollistava organisaatio takaa sen, että valta jakautuu tasaisesti työntekijöiden kesken, mikä taas tukee kollegiaalisuutta. Kollegiaalisuutta heikentäviä tekijöitä ovat jatkuvat organisaatiomuutokset ja niiden aiheuttama epävarmuus työn jatkumisesta ja työllisyydestä. Esimies pystyy tunnistamaan ja havainnoimaan työyhteisön toimintaa ja vaikuttamaan tätä kautta kollegiaalisuuteen. Hän pystyy vahvistamaan työntekijöiden kollegiaalisuutta luovalla, avoimella, huomioivalla ja arvostavalla ilmapiirillä sekä antamalla työntekijöille tukea ja mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon. Ammattien välinen kollegiaalisuus on myös tärkeää, koska potilaan hyvinvointi ja turvallisuus sekä laadukas hoito edellyttävät ammattien välistä, kollegiaalista yhteistyötä. Myös yhteiskunnalla on vaikutusta, koska kulttuuri, arvojen muutokset ja vallitseva käsitys ammatin tehtävästä, asemasta ja koulutuksen arvosta vaikuttavat myös ammattilaisten väliseen kollegiaalisuuteen. (Kangasniemi, Suutarla, Tilander, Knuutila, Haapa, Arala, 2015, 39-40).

2.8.2 Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva hoitotyö

Sarajärvi (2011, 76) tuo esille, että useiden tutkimusten mukaan hoidon tuloksellisuuden katsotaan pohjautuvan hoidon vaikuttavuuteen ja henkilöstön korkeatasoiseen osaamiseen.

Tämä edellyttää toimintakulttuurin muutosta työyhteisöissä ja koulutuksissa sekä työntekijöiden sitoutuvuutta näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. Hoitotyön johdolla on myös keskeinen rooli työyhteisöjen hoitotyön kehittämisessä. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa parasta saatavilla olevaa ajantasaisen tiedon käyttöä potilaan hoidossa, terveyden edistämässä sekä läheisten huomioimisessa. Se voidaan määritellä toiminnaksi, missä yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, asiantuntijan kokemukseen perustuva näyttö, potilaan omaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta. Sen tavoitteena on myös yhtenäistää hoitotyön toimintakäytänteitä sekä lisätä yhteistyötä terveydenhuollon toimintayksiköiden ja koulutusten välillä. Tämä mahdollistaa toiminnan tehokkuuden, vaikuttavuuden ja henkilöstön korkeatasoisen osaamisen.

Asiantuntijalla katsotaan olevan sekä käytännöllistä että vahvaa teoreettista osaamista. Asiantuntijana pidetään henkilöä, jolla on muita enemmän tietoa jostain asiasta, hänellä on ammatin vaatima tutkinto, hän pystyy antamaan virallisen lausunnon asiasta ja hän tekee luovaa työtä. Asiantuntijuus on kuitenkin aina sidoksissa toimintaan ja tilanteeseen. Hoitotyön näkökulmasta katsottuna asiantuntijuudessa yhdistyvät teoreettinen tieto, käytännön toiminta ja eettisyys. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä asiantuntija integroi teoreettista tietoa käytäntöön, osallistuu erilaisiin työelämän kehittämisprojekteihin ja arvioi omia toimiaan suhteessa teoreettiseen tietoon. Hän osaa tuottaa uutta tietoa ja hänen työotteensa on kriittinen ja reflektioiva. Asiantuntijuus ei ole kuitenkaan pysyvä tila, vaan osaamista tulee pitää jatkuvasti yllä ja se vaatii asiantuntijalta tilanneherkkyyttä ja taitoa ennakoida tulevaa. (Sarajärvi, 2011; 78, 80).

Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) kuvataan asiantuntijuuden eroja näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönoton ja johtamisen tukena. Siinä hyödynnetään koulutuksessa kehittyneitä valmiuksia ja osaamista toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Kliinisessä hoitotyössä toimivalla hoitajalla on vahva kliinisen hoitotyön osaaminen ja hän toimii lähellä toimintayksikön perustehtävää, missä hän toteuttaa hoidossa näyttöön perustuvia menetelmiä. Kliinisesti erikoistuneilla hoitajilla on kliinisten erikoistumisopintojen myötä saatu vahva kliinisen hoitotyön erityisosaaminen sekä hoitotyön kehittämisen osaaminen. Hän tukee toimintayksikössään tutkitun tiedon käyttöä. Sekä kliinisessä hoitotyössä toimivan että kliinisesti erikoistuneen hoitajan ammatillista kehittymistä tuetaan urakehitysmalleilla ja näitä asiantuntijuuden tyyppejä voidaan soveltaa myös toisen asteen koulutuksen käyneen henkilön asiantuntijuuden

rakenteeksi lisäkoulutuksen ja/tai työkokemuksen mukanaan tuoman kokemuksen jälkeen. Kliinisen hoitotyön asiantuntijalla on kliinisen osaamisen lisäksi tutkimus- ja kehittämisosaamista sekä palvelujärjestelmän ja johtamisen tuntemusta. Näitä tarvitaan näyttöön perustuvan tiedon soveltamisessa, näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönottamisessa sekä toimintayksiköissä, että niiden välillä ja käytäntöjen yhtenäistämisessä palvelukokonaisuudessa. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijalla on ammatillisen osaamisen lisäksi vahvaa tutkimus-, kehittämis- ja johtamisosaamista sekä kansallista palvelujärjestelmän ja sen kehittämislinjausten tuntemusta. Hänellä tulee olla myös kansainvälistä osaamista ja kansainvälisten järjestelmien tuntemusta. Hänen tehtävänä on suositusten laatiminen, tiedon kokoaminen ja tuottaminen, seurantamenetelmien kehittäminen ja laajojen tutkimus- ja kehittämishankkeiden johtaminen. Nämä erilaiset tutkimus- ja kehittämishankkeet antavat hoitotyön johtajalle tietoa näyttöön perustuvan toiminnan laadun, tuottavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnista päätöksenteon tueksi. Asiantuntijuus nähdään tässä resurssina sekä johtamiselle, että hoitotyössä toimiville ja asiantuntijuuden yhtenä tehtävänä on edistää näyttöön perustuvaa toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009, 59-60.)

Taulukko 1. Erilainen asiantuntijuus näyttöön perustuvassa toiminnassa

Asiantuntijuiden tyypit	Kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat	Kliinisesti erikoistuneet hoitajat	Kliinisen hoitotyön asiantuntijat	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat
<i>Osaamisen tavoite</i>	- vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä - tiedon soveltamisen osaaminen - työ- ja toimintayksikön tuntemus	- vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä ja erityisosaamista - tiedon soveltamis- ja kehittämisosaaminen - työ- ja toimintayksikön tuntemus	- vahva kliinisen hoitotyön ja kehittämisosaaminen toimialalla - tutkimus- ja johtamisosaaminen - palvelujärjestelmän tuntemus	- vahva kliinisen hoitotyön sekä tutkimus- ja kehittämisosaaminen - johtamisosaaminen - kansallisen ja kansainvälisten palvelujärjestelmien tuntemus - kansainvälisen yhteistyön osaaminen
<i>Osaamisen painotus</i>	- tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen sekä näiden johtamisen osaaminen - tiedon tuottaminen ja levittäminen toimintayksikössä ja alueilla - kliinisen hoitotyön osaaminen - asiakaskohtainen tiedon käyttö ja soveltaminen			
<i>Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöönnotossa</i>	- NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoidossa - asiantuntemuksen ajan tasalla pitäminen ja syventäminen	- NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla - NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä - asiantuntemuksen ajan tasalla pitäminen ja syventäminen - tiedon levittäminen	- tieteellisen tiedon soveltaminen - käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä ja alueella - NP-käytäntöjen kehittäminen, käyttöönoton tuki - tiedon hakeminen, levittäminen ja käytön seuraaminen - asiantuntijuuden kehittymisen tuki - kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen	- hoitotyön suositusten laatiminen - arviointimenetelmien kehittäminen, interventio, vaikuttavuustutkimus, hyvien/NP-käytäntöjen toimeenpanon arviointi - kehittämis- ja tutkimushankkeiden johtaminen - asiantuntijuuden ja johtamisen kehittymisen tuki - kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena on kuvata ikääntyneen asiakkaan moniammatillinen konsultaatiomalli Seinäjoen yhteispäivystyksen geriatriseen päivystykseen.

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää konsultaatiomalli tasalaatuisen ja laadukkaan palvelun tuottamiseksi ikääntyneelle. Konsultaatiomallin avulla pyritään turvaamaan iäkkään ihmisen kotona asumista.

Kehittämistyön kehittämiskysymykset ovat:

1. Minkälaisissa tilanteissa konsultoidaan eri sidosryhmiä ikääntyneen tilasta?
2. Millainen konsultaatiomalli on toimiva hoitotyön näkökulmasta?
3. Millaisin keinoin palvelusta saadaan samanlaatuista jokaiselle ikääntyneelle?

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

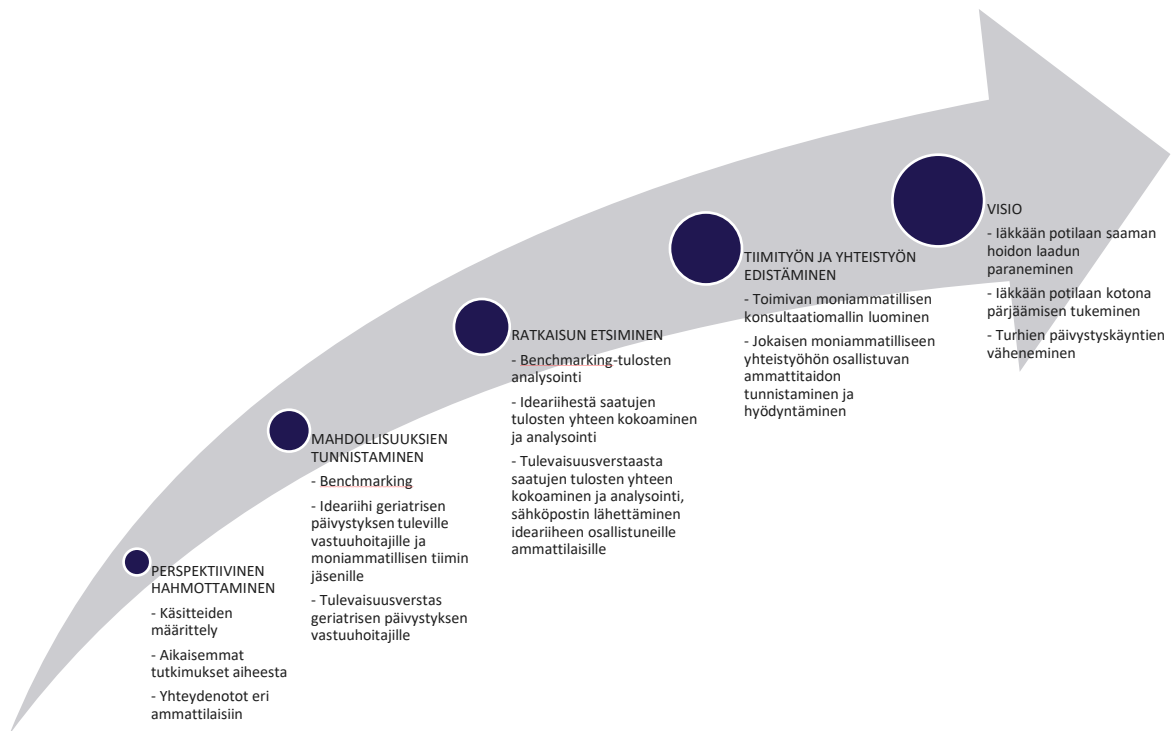
Kehittämistyössä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Menetelminä olivat käytössä aivoriihi, benchmarking sekä tulevaisuusverstas.

4.1 Kehittämistyön eteneminen Foresight Framework-mallin mukaisesti

Salminen-Tuomaala (2020) määrittelee Foresight Framework-mallin konkreettiseksi klinisen toiminnan kehittämisen välineeksi. Siihen kuuluu viisi osa-aluetta, joista ensimmäisenä on perspektiivin hahmottaminen. Siinä on tarkoituksena muodostaa selkeä näkemys siitä, mitä aikaisemmin tehdystä toiminnasta tai toimintamallista on hyvä säilyttää tulevaisuuteen. Tämän jälkeen tulee tunnistaa mahdollisuudet eli miten työtä saadaan sujuvasti hallittua ja asiantuntijuutta kehitettyä. Tässä kohtaa tulee miettiä, miten edistetään potilas- ja työturvallisuutta ja potilastyytyväisyyttä sekä miten edistetään yhteisiin tavoitteisiin ja päämääriin sitoutumista ja työmotivaatiota. Kolmantena kohtana tulee ratkaisun etsiminen, missä määritellään osat uudelle käytänteelle tai toimintamallille käyttämällä apuna esimerkiksi mindmapia. Siinä myös luodaan alustava malli ja valmistellaan tulevaa toimintaa konkreettisesti. Sen jälkeen edistetään tiimi- ja yhteistyötä, jolloin arvostetaan jokaisen asiantuntemusta ja osaamista sekä puhalletaan yhteen hiileen. Viimeisenä osa-alueena tulee visio, missä kootaan ja vedetään yhteen uusi käytäntö tai toimintamalli, mikä tulee ohjaamaan jokaisen toimintaa. Se pitää sisällään keskeiset tehtävät, rakenteen ja sosiaaliset prosessit.

Alla on kuvattuna Foresight Framework-mallin mukaisesti (Kuvio 1) kehittämistyön eteneminen. Aluksi tapahtui käsitteiden määrittely ja aiheeseen perehtyminen jo tehtyjen tutkimusten ja muiden aineistojen pohjalta. Tässä vaiheessa oltiin myös yhteydessä eri ammattilaisiin, joista osan kanssa jo tällä hetkellä tehdään yhteistyötä ja osan kanssa yhteistyötä halutaan aloittaa geriatrisen päivystyksen myötä. Samalla kartoitettiin myös benchmarkattavat yksiköt. Tämän jälkeen tehtiin benchmarking-kyselyt yksiköihin sekä pidettiin ideariihi geriatrisen päivystyksen tuleville vastuuhoidajille ja yhteistyökumppaneille. Geriatriset vastuuhoidajat ovat yhteispäivystyksen omia sairaanhoitajia, joita yhdistää pitkä työkokemus ja halu kehittää päivystyksen geriatristen potilaiden hoitotyötä. Parin kuukauden kuluttua ideariihestä pidettiin vielä tulevaisuusverstas geriatrisille vastuuhoidajille, missä keskusteltiin erilaisista konsultaatiokäytänteistä. Tulevaisuusverstaan jälkeen lähetettiin sähköpostia ideariiheeseen osallistuneille ammattilaisille käytännön konsultaatiokäytänteistä ja hyväksytettiin heillä se. Tämän jälkeen alkoi toimivan moniammatillisen konsultaatiomallin

luominen, missä pyrittiin tunnistamaan ja hyödyntämään jokaisen moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvan ammattitaito. Tulevaisuuden visiona on, että iäkkään potilaan saaman hoidon laatu tulee paranemaan ja hänen kotona pärjäämistään tullaan tukemaan entistä paremmin ja monipuolisemmilla keinoilla. Ajatuksena on, että monipuolisella kotona pärjäämisen tukemisella välttyttäisiin tulevaisuudessa turhilta päivystyskäynneiltä.



Kuvio 1. Kehittämistyön eteneminen Foresight Framework-mallin mukaisesti

4.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Salmisen (2011, 6) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä ja käytetyimmistä kirjallisuuskatsauksen muodoista. Siinä ei ole tiukkoja tai tarkkoja sääntöjä, aineistot ovat laajoja ja aineistojen valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata laaja-alaisesti ja tarpeen mukaan luokitella tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat väljiä ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen katsotaankin tarjoavan uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kahteen erilaiseen katsaukseen: narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella pystytään antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta tai kuvailemaan sen historiaa ja kehityskulkua. Se auttaa

ajantasaistamaan tutkimustietoa, muttei tarjoa analyyttistä tulosta. Sen avulla voidaan tuottaa esimerkiksi ajankohtaista tietoa, johon ei muun tieteellisen kirjallisuuden avulla pystytä. Integroivalla kirjallisuuskatsauksella taas on yhtymäkohtia systemaattiseen katsaukseen. Sitä käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti ja tuottaa tietoa jo tutkitusta aiheesta. Se myös auttaa kirjallisuuden tarkastelussa, kriittisessä arvioinnissa ja syntetisoinnissa. Integroiva kirjallisuuskatsaus kuvataan viiden kohdan avulla, jotka ovat samanlaiset systemaattisen katsauksen kanssa: tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salminen 2011, 7-8).

4.3 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tämä kehittämistyö tehtiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan keinoin ja erilaisia kehittämismenetelmiä käyttäen. Toikko ja Rantanen (2009, 21-23) määrittelevät tutkimuksellisen kehittämistoiminnan käsitteeksi, jolla kuvataan tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteyttä. Siinä on tarkoituksena tuottaa tietoa aidoissa käytännön toimintaympäristössä, ja tässä toimivat apuna tutkimukselliset asetelmat ja menetelmät. Pääpaino on kehittämistoiminnassa, mutta tutkimuksellisia periaatteita pyritään hyödyntämään. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on tiedon tuotantoa, missä kysymyksen asetelut nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista. Siinä tavoitellaan konkreettista muutosta ja pyritään samalla perusteltuun tiedon tuottamiseen.

Kehittämisprosessiin sisältyy viisi tehtävää: perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen. Alkuun toiminnan lähtökohdat tulee olla määriteltynä ja *perusteltuna*, miksi jotakin tulee kehittää juuri nyt. Lähtökohtana voidaan pitää joko tämän hetken ongelmaa tai visiota tulevaisuudesta. Tämän hetken ongelma voi toimia sytykkeenä kehittämiseen, mutta pelkona on vaikeampien ja monitasoisempien ongelmien kehittyminen kehittämisen seurauksena. Visio tulevaisuudesta taas motivoi toimimaan, mutta ongelmana voi olla utopistinen "haihattelu". Hyvä ja vahva kehittäminen rakentuu yleensä molempien varaan. Kehittämisen tavoitteen tulee myös olla konkreettinen ja merkittävä. Merkittävyyteen vaikuttaa myös se, miten ajankohtaiseksi kehitettävä asia koetaan. Toisena kohtana tulee *organisointi* ja se perustuu tavoitteenasettelun hyväksyntään ja virallistamiseen. Siihen liittyy käytännön toteutuksen suunnittelua ja valmistelua sekä resurssien ja toimijoiden määrittelyä. Keskeiset toimijat muodostavat työ- tai projektiryhmän, joka vastaa käytännön kehittämistyöstä.

Isommille hankeryhmille nimetään monesti erillinen koordinaattori tai johtaja. Kehittämistoiminnan organisaatiot ovat usein matalan hierarkian organisaatioita, missä tehtävän määritykset perustuvat osaamiseen ja pätevyyteen. *Toteutusvaihe* taas muodostuu ideoinnista ja priorisoinnista, kokeilusta ja mallintamisesta. Ideointia tulee jo aikaisemmissakin vaiheissa, mutta toteutusvaiheessa siihen voidaan palata ja tarkastella sitä uusista näkökulmista. Priorisointia tapahtuu, koska kaikkea mahdollista ei kyetä toteuttamaan esimerkiksi resurssipulan vuoksi. Ideoinnin ja priorisoinnin jälkeen alkaa varsinainen kokeilutoiminta tai testaaminen. Sen aikana voidaan kerätä palautetta, jonka avulla toimintaa voidaan muuttaa tai kehittää. Työtavan mallinnus on lopullinen kehitystulos, joka on tiivistetty selkeäksi kokonaisuudeksi. Se voi myös tarkoittaa aikajanelle vaiheistettua työprosessia sekä prosessiin liittyvien tehtävien pilkkomista pienemmiksi ja niihin määritelyihin vastuutahoihin.

Arvioinnissa yhtenä tehtävänä on kehittämistoiminnan prosessin suuntaaminen siten, että tuotetaan tietoa, jonka avulla kehittämisprosessia voidaan ohjata. Siinä arvioidaan kehittämisen perustelua, organisointia ja toteutusta. Se osoittaa, että kehittämistoiminnan tavoitteet ja toimintatavat voivat muuttua kehittämistoiminnan edetessä. Siinä myös tuodaan näkyväksi kehittämistoiminnan onnistumiset, epäonnistumiset, erilaiset oppimisprosessit ja eri näkökulmat. Arvioinnissa myös arvioidaan se, onko tavoite saavutettu vai ei sekä pyritään tuottamaan tietoa kehitetyn asian hyvydestä. Viimeisenä kohtana on *tulosten levittäminen*, mistä voidaan myös käyttää nimitystä juurruttaminen tai valtavirtaistaminen. Sitä voidaan edistää tuotteistamisen avulla ja se voi tarkoittaa kehitettävän työmenetelmän tai -prosessin mallintamista. Selkeällä mallilla voidaan edistää kehitetyn asian ymmärtämistä ja sitä kautta levittämistä. Siihen liittyy markkinointi- ja myyntityön elementtejä, palvelun tai tuotteen sisällön ja hinnan sekä kohderyhmän määrittelyä. Lisäksi tärkeää on myös kertoa, mihin tarkoitukseen palvelu tai tuote on luotu ja millaisia tuloksia sillä voidaan saada aikaiseksi. Sille tulee määritellä viestivä nimi ja se tulee kuvata mahdollisimman uskottavassa ja myönteisessä valossa. Uusien käytänteiden levittäminen ja ylläpitäminen on oma prosessinsa, mitä voidaan edesauttaa esimerkiksi koulutusten avulla. Käyttäjiltä voidaan myös kerätä tietoa palvelun tai tuotteen toimivuudesta, joiden avulla toimintaa voidaan kehittää heidän kanssaan. (Toikko & Rantanen 2009, 56-63).

4.3.1 Aivorihi eli idearihi

Innokylä (2021) määrittelee aivorihi luovaksi ongelmanratkaisun menetelmäksi, missä tavoitteena on kehittää suuri määrä luovia ideoita siten, että kaikki jäsenet kokevat turvallisesti osallistua. Siitä voidaan myös käyttää nimitystä idearihi, mitä tässä kehittämistyössä on käytetty. Aivorihiessä ajatellaan, että suuri määrä ideoita tuottaa laatua. Aluksi osallistujille kerrotaan ideoinnin kohteena oleva aihe ja sen jälkeen määritellään ratkaistava ongelma. Ideoita voidaan kirjata eri tavoin ja kaikki ideat tulee kirjata. Ideoiden arviointi ja luokittelu hoidetaan myöhemmin. Kun ideat on kerätty, niitä voidaan niputtaa ja esimerkiksi äänestämällä valita parhaat ideat. Idearihiessä parasta on ideoiden runsaus, mutta myös se, että toisten ideoinnin johdosta voi syntyä uusia ideoita ja opitaan uusia lähestymistapoja tarkasteltavalle asialle.

Ensimmäinen idearihi pidettiin syyskuussa 2021 ja sinne saivat kutsun geriatrisen päivystyksen kehittämiseen osallistuvat 5 päivystyksen sairaanhoitajaa, joista 4 pääsi paikalle. Heidän lisäksi kutsut menivät myös keskussairaalan eri yksiköiden (kuntoutus, sosiaalityö, psykiatria/y-tiimi) osastonhoitajille, jotka välittivät tietoa sopivista osallistujista. Tämän jälkeen kehittämistyön tekijä otti heihin itse yhteyttä. Farmasian ja geriatrian puolelle kehittämistyön tekijä otti itse yhteyttä osallistujiin, koska heidän kanssaan oli tehty jo aikaisemmassa vaiheessa yhteistyötä geriatrisen päivystyksen suunnitteluvaiheessa. Jokaiselle idearihiin osallistujalle lähetettiin kutsukirje (Liite 2), missä kerrottiin idearihin tarkoituksesta ja tavoitteesta. Jokaisesta sidosryhmästä osanottajia oli 1-5 henkeä ja jokaiselle sidosryhmälle oli varattu puoli tuntia aikaa idearihiessä. Jokaisen idearihin sisältö oli osallistujille samanlainen.

Idearihin alkuun jokaiselle osallistujalle jaettiin suostumuslomake idearihin nauhoittamiseen sekä apupaperi (Liite 3), missä oli esiteltynä taustatietoja sekä geriatrisesta päivystyksestä että itse kehittämistyöstä. Idearihinien nauhoittamiseen päädyttiin siksi, että siitä saadun materiaalin ja tulosten läpikäyminen myöhemmin koettiin helpommaksi.

Aluksi kehittämistyön tekijä esitteli itsensä ja idearihin tavoitteen lyhyesti. Samassa käytiin myös hiukan läpi tulevan geriatrisen päivystyksen tulevaisuutta ja jo sovittuja sisäänottokriteerejä. Sen jälkeen myös jokainen osallistuja esitteli lyhyesti itsensä ja kertoi missä on työssä.

Jokaiselle sidosryhmälle esitettiin seuraavat kysymykset:

- minkälaisissa tilanteissa konsultoidaan ko. sidosryhmää ikääntyneen tilasta?
- millainen konsultaatiomalli on toimiva hoitotyön näkökulmasta? Huom. akuuttihoitotyö.

Konsultointitarpeista jokainen täytti post-it-lapulle omia mietteitään ja ne käytiin yhteisesti läpi. Tämä herätti mukavasti keskustelua aiheesta. Toimivasta konsultaatiomallista akuuttihoitotyön näkökulmasta käytiin keskustelua ja siinä päästiin keskustelemaan hyvin erilaisista tavoista ottaa yhteyttä sidosryhmiin. Sidosryhmät myös toivat hyvin esille parhaimmat tavat heidän näkökulmastaan ottaa yhteyttä.

Lopuksi täytettiin SWOT-kaavio (Liite 4) jokaisen sidosryhmän kanssa tämän hetken vahvuuksista ja heikkouksista sekä tulevaisuuden mahdollisuuksista ja uhista liittyen jokaiseen sidosryhmään ja tulevaan geriatriseen päivystykseen. SWOT-kaavion täyttäminen haluttiin ottaa mukaan ideariihien, koska haluttiin saada mahdollisimman paljon mielipiteitä ja ajatuksia tämän hetken ja tulevaisuuden tilanteesta liittyen jokaiseen sidosryhmään. Tätä ei ehditty käymään paikan päällä läpi, vaan sovittiin, että valmiista kehittämistyöstä lähetetään oma versionsa jokaiselle ideariihien osallistuneelle henkilökohtaisesti.

SWOT-analyysin tavoitteena on kartoittaa organisaation sisäiset vahvuudet (S) ja heikkoudet (W) sekä ulkoiset mahdollisuudet (O) ja uhat (T). Vahvuudet ovat niitä organisaation omia ominaisuuksia, jotka auttavat tavoitteen saavuttamisessa. Heikkoudet taas ovat sellaisia organisaation ominaisuuksia, jotka ovat haitallisia tavoitteen saavuttamisen kannalta ja voivat joskus jopa estää tavoitteen saavuttamisen kokonaan. Mahdollisuuksia saattavat luoda esimerkiksi muuttuva tekniikka, politiikka, sosiaaliset muutokset ja erilaiset vallallaan olevat trendit. Uhkia taas ovat esteet yrityksen nykyisen tilanteen ja halutun tai tavoitellun tilanteen välillä. Onnistuessaan SWOT auttaa löytämään tulevaisuuden mahdollisuuksia ja hallitsemaan tulevaisuuden riskejä. (Meristö, Molarius, Leppimäki, Laitinen & Tuohimaa, 2007; 10, 13, 20).

4.3.2 Benchmarking

Strömmer (2005, 56) toteaa, että benchmarkingin tavoitteena on saada tietoa esimerkillisiltä organisaatioilta ja tämän tiedon avulla kehittää omaa toimintaa ja parantaa oman organisaation suorituskykyä. Strömmer (2005, 58) kertoo myös, että benchmarkingin lähtökohtana on terve jännite tavoite- ja nykytilan välillä. Sen avulla pyritään oivaltamisen kautta näkemään oma

tulevaisuus toisen organisaation nykypäivässä. Benchmarkingin prosessimallissa valitaan alkuun kehityskohde, määritellään tavoitteet ja kuvataan nykytila. Sen jälkeen tunnistetaan esikuvat ja vaihdetaan kokemuksia heidän kanssaan. Tämän jälkeen analysoidaan syyt eroihin suorituskäytössä ja asetetaan uusi tavoite toimeenpanosuunnitelmien. Lopulta sovelletaan, arvioidaan ja kehitetään uutta toimintatapaa. (Strömmer 2005, 60).

Kehittämistyötä tehdessä on oltu yhteydessä sähköpostitse 9 erilaiseen geriatriseen yksikköön ympäri Suomen (Liite 5) ja neljästä yksiköstä tuli vastaus. Kysely lähetettiin yksiköiden esihenkilöille sähköpostitse heinä-elokuussa 2021 ja heille, joilta vastausta ei tullut, muistutussähköposti laitettiin noin kuukausi ensimmäisen lähettämisen jälkeen. Lisävastauksia ei kuitenkaan tästä huolimatta tullut. Tietoja eri yksiköistä on kerätty konsultoimalla kollegoita ja geriatria sekä hakemalla netistä.

4.3.3 Tulevaisuusverstaas

Talvela ja Stenman (2012, 28-29) määrittelevät tulevaisuusverstaas aivoriihimäiseksi menetelmäksi. Se on ongelmanratkaisumenetelmä, missä koko ryhmän voimin työskennellään demokraattisesti pohtien yhteisesti sovittuja asioita. Menetelmän avulla voidaan joko koota parhaat asiantuntijat tai antaa yksittäisille, ”tavallisille” ihmisille mahdollisuus osallistua keskusteluun ja vaikuttaa asioihin. Tulevaisuusverstaas lähtötilanteena on aina jokin ongelma, johon tulevaisuusverstaalla haetaan vastauksia. Sen jälkeen tehdään alkuvalmisteluita ja kerätään tietoa käsiteltävästä ongelmasta, jonka jälkeen etsitään ongelmasta kiinnostunut kohderyhmä. Kohderyhmä alkaa etsimään ongelmaan ratkaisua, jonka jälkeen ideoidaan jatkokäsittelyyn valittujen ongelmien ratkaisut, miten toivetilaa päästäisiin, käydään esiin tulleet ideat läpi ja valitaan niistä osa jatkokäsitteltäväksi. Sen jälkeen mietitään konkreettisia tapoja, joilla kuviteltuja ideoita voitaisiin toteuttaa ja pohditaan, millaisia esteitä toteuttaminen voisi kohdata. Tulevaisuusverstaas jälkeen tulokset raportoidaan ja mietitään jatkotoimenpiteet. Tulevaisuusverstaas avulla muodostuu kuva siitä, miten ilmenevä ongelma tulee vaikuttamaan toimintaan ja miten siihen voitaisiin vastata parhaalla mahdollisella tavalla.

Tulevaisuusverstaas pidettiin marraskuussa 2021 ja siihen kutsuttiin geriatrisen päivystyksen vastuuhoidajat. Myös tämä nauhoitettiin ja osallistujat allekirjoittivat vastaavan suostumuslomakkeen, kuten ideariihen osallistuessaankin (Liite 2). Tulevaisuusverstaas alkuun käytiin osallistujien kanssa läpi ajatuksia, mitä aikaisemmin pidetty ideariihen-iltapäivä

herätti. Sen jälkeen alettiin käymään läpi jokaista sidosryhmää erikseen ja erilaisia saatuja vastauksia ko. ammattiryhmää koskien (Liite 6). Alkuun käytiin läpi SWOT-kaaviosta saadut vastaukset. Tämän jälkeen esitettiin benchmarkingista saatujen tulosten perusteella, miten muualla konsultoidaan, millaisia testejä on käytössä ja mitä ammattilaisia on konsultoitavissa. Sen jälkeen esitettiin erilaiset konsultaatiotarpeet päivystyksen geriatrisen tiimin mielestä, jonka jälkeen esitettiin ko. sidosryhmän ajatukset konsultaatiotarpeista ja -tavasta. Näistä keskusteltiin ja vedettiin yhteen vastuuhoitajien ajatukset ja mielipiteet konsultaatiotarpeista ja tavasta.

Tulevaisuusverstaan jälkeen eri sidosryhmäläisille laitettiin vielä sähköpostitse kooste asioista, mitä tulevaisuusverstaassa käytiin vastuuhoitajien kanssa läpi ja annettiin mahdollisuus tuoda ilmi vielä uusia ajatuksia liittyen konsultaatiotarpeisiin ja -tapoihin. Näistä saatujen vastausten perusteella varsinainen konsultaatiomalli luotiin.

4.3.4 Sidosryhmäläisille suunnattu loppukysely sähköpostitse

Tulevaisuusverstaan jälkeen lähetettiin jokaiselle aikaisemmin ideariiheen osallistuneelle sidosryhmäläiselle sähköposti (Liite 7) helmikuussa 2022, mihin oli koottu ideariihessä sidosryhmäläisten itse esiintuomia ajatuksia konsultaatiotilanteista ja -tavoista. Näiden lisäksi esille nostettiin myös geriatrinen vastuuhoitajien tulevaisuusverstaassa esittämiä ajatuksia ja ideoita muista konsultoitavista tilanteista ja konsultointitavoista. Näiden tietojen pohjalta sidosryhmäläisille annettiin vielä mahdollisuus tuoda uusia ajatuksia ilmi liittyen konsultaatiotarpeisiin ja -tapoihin. Näistä sähköposteista saatujen vastausten perusteella rakentui varsinainen konsultaatiomalli.

5 KEHITTÄMISTYÖN ANALYSOINTIMENETELMÄT

Kehittämistyön analysointimenetelmänä oli käytössä sisällön analyysi. Sisällön analyysi on menettelytapa, minkä avulla analysoidaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla järjestetään, kuvaillaan ja kvantifioidaan tutkittavaa ilmiötä. Se määritellään prosessina, jossa tuotetut kategoriat kvantifioidaan ja sen avulla pyritään saamaan tiivistetty ja yleismuotoinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin lopputuloksena saadaan ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Analyysiä voidaan tehdä kahdella tavalla: aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai aikaisemmasta käsitejärjestelmästä lähtien eli deduktiivisesti. Vasta aineistoon tutustumisen jälkeen nähdään, kumpaa analysointitapaa on parempi käyttää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan määritellä kolmivaiheiseksi prosessiksi: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. *Pelkistämisessä* aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois, mikä voi tarkoittaa aineiston tiivistämistä tai osiin pilkkomista. Tutkimustehtävä ohjaa pilkkomista, jotta tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset saadaan esille. *Ryhmittelyssä* aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja etsitään aineistosta samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Samankaltaiset ryhmitellään yhteen ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla tavalla. Tämä tiivistää aineistoa ja luo pohjan tutkimuksen perusrakenteelle ja antaa alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Teoreettisten käsitteiden luomisessa eli käsitteellistämisessä edetään alkuperäisen informaation käyttämistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Tätä jatketaan niin kauan, kuin aineiston kannalta on mahdollista. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, missä edetään empiirisestä aineistosta tutkittavan ilmiön käsitteellisempään näkemykseen. Johtopäätösten tekemisessä pyritään ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113)

Teorialähtöinen sisällönanalyysi taas perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Tällöin analyysia on ohjaamassa jokin tema tai käsitekartta. Alkuun muodostetaan analyysirunko, minkä sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita. Tällöin aineistosta poimitaan asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon ja asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. Näistä ulkopuolelle jääneistä asioista muodostetaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin uusia luokkia. Analyysirunko voi olla myös strukturoitu, jolloin aineistosta kerätään vain sellaisia asioita, jotka siihen sopivat. Tätä voidaan

käyttää esimerkiksi testattaessa aikaisempaa teoriaa tai uudessa kontekstissa olevaa käsitejärjestelmää. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä edetään nk. yleisestä yksityiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113-115).

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

6.1 Ideariihen tulokset

Ideariihi oli informatiivinen jokaisen ammattiryhmän kanssa. Ajatuksia ja epäkohtia nousi jo tässä hetkessä paljon esille ja niiden käsittely toivottavasti jatkuu tulevaisuudessa. Ideariihen alussa saatuja tuloksia konsultoitavista tilanteista ja konsultointiväylistä käytettiin myöhemmin hyväksi tulevaisuusverstaassa. Ideariihessä haluttiin myös hyödyntää SWOT-kaaviota apuna jokaisen eri ammattilaisen kanssa koskien heidän työtään ja ammattiryhmäänsä. Jokaisen sidosryhmän kohdalla haluttiin saada tietoa heidän tämän hetken tilanteestaan ja tulevaisuuden näkymistä ajatellen tulevaa geriatria päivystystä. SWOT-analyysin tulosten esittämisessä on käytetty apuna induktiivista sisällönanalyysiä.

6.1.1 Kuntoutus

Kuntoutuksen kanssa ei tehdä vielä tällä hetkellä yhteistyötä. Geriatriksen päivystyksen myötä olisi tavoitteena, että he olisivat tarpeen mukaan konsultoitavissa.

Taulukko 2. Kuntoutuksen SWOT-kaavio

VAHVUUDET - ohjaus apuvälineasioissa - moniammatillisuus - ammatillinen monialainen osaaminen - osaaminen ja koulutus - taitavat moniammatilliset osaajat - molemminpuolinen halu yhteistyöhön - kotift. olemassa - yhteinen tahtotila - osaava hlöstö - on olemassa kons. mahdollisuus	HEIKKOUEDET - ei tietoa mihin ottaa yhteyttä - kiire - päivystyksen hoitajilla tällä hetkellä hatara ote kuntoutusasiaan - vähäiset resurssit ja suuret potilasmäärät - potilasmäärät - lääkärin lähete tarvitaan konsultaatioon - kuntoutustarpeen vähäinen tunnistaminen - toisten toimintojen riittämätön tunnistaminen - mahdollisuutta (konsultaatio) ei käytetä riittävästi
MAHDOLLISUUDET - konsultaatio 24/7 - selkeä konsultaatiomalli - suora linkki kuntoutuksesta ja jatkoista hoitajalla tiedossa - moniammatillisuuden moninaistaminen - yhteys kotihoidon fysioterapeutteihin vahvistuu – konsultaatio	UHAT - suuret asiakasmäärät - tarvitaan paljon tietoa saatavilla olevista palveluista - kysyntä ylittää tarjonnan - kiire ja arkinen puurtaminen tallaa alleen kehittymistä - mennään liian syvälle l. aletaan kuntouttamaan poliklinikalla loppuun asti. - osastoa tarvitsevat eivät pääse osastolle.

- hyvä toimiva geriatrinen potilaiden hoitoketju päivystyksestä hyvään kotiuttamiseen - yhteinen tahto hoitaa geriatriasia potilaita - moniammatillisuus - samassa rakennuksessa työskentely - turvallinen kotiutus mahdollista - systemaattinen arvio - kuntoutustarpeen tunnistaminen - hyvinvointialue - jokainen pot. saa fys.ohjausta ppkl:lla ja jatkotapaaminenkin on sovittu	
--	--

Turvallisen kotiutumisen edistäminen moniammatillisella yhteistyöllä nousi pääkategoriaksi kuntoutuksen vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistamisessa (Taulukko 3). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat moniammatilliselle yhteistyölle luotu hyvä perusta ja iäkkään turvallinen kotiuttaminen sekä jatkohoitotarpeen tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat moniammatillisuuden hyödyntäminen, hyvät edellytykset yhteistyölle, lisääntyneet konsultointimahdollisuudet ja onnistunut kotiuttaminen. Vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistamisessa nousi esille moniammatillisuuden hyödyntäminen, koska on olemassa paljon osaavia ammattilaisia, joita on mahdollisuus konsultoida iäkkään tilanteesta. Ennen konsultointia on kuitenkin tärkeää tunnistaa kuntoutustarve. Tärkeää on myös se, että yhteinen tahtotila yhteistyölle on olemassa ja myös rakenteelliset asiat ovat kunnossa, koska fyysiset välimatkat ovat lyhyitä. Toiveena on, että konsultaatiomahdollisuus olisi 24/7, mikä käytännössä on varmaan mahdotonta. Lähinnä tätä ajatusta tukisi se, että kuntoutuksen ammattilaisille voisi esim. viikonlopun aikana jättää viestiä tarpeesta hoitaa viikonlopun aikana käyneen ikääntyneen asioita seuraavana arkipäivänä. Tärkeää on kuitenkin turvallinen kotiuttaminen, mikä tarkoittaa sitä, että geriatrinen potilaiden hoitoketju on toimiva ja hoitajalla on tieto ja osaaminen ohjata tai delegoida jatkohoitoasiat seuraavalle taholle, esim. kotihoidon fysioterapeutille.

Taulukko 3. Kuntoutus – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
moniammatillisuus	moniammatillisuuden hyödyntäminen	moniammatilliselle yhteistyölle on luotu hyvä perusta	turvallisen kotiutumisen edistäminen moniammatillisella yhteistyöllä
ammattillinen monialainen osaaminen			
osaaminen ja koulutus			
taitavat moniammatilliset osaajat			
osaava henkilöstö			
moniammatillisuuden moninaistaminen			
kuntoutustarpeen tunnistaminen			
jokainen pot. saa fys. ohjausta ppkl:lla ja jatkotapaaminenkin on sovittu			
systemaattinen arvio			
molemminpuolinen halu yhteistyöhön	hyvät edellytykset yhteistyölle	iäkkään turvallinen kotiuttaminen sekä jatkohoitotarpeen tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen	
yhteinen tahtotila			
yhteinen tahto hoitaa geriatrisia potilaita			
samassa rakennuksessa työskentely			
hyvinvointialue			
on olemassa kons. mahdollisuus	lisääntyneet konsultointimahdollisuudet		
konsultaatio 24/7			
selkeä konsultaatiomalli			
yhteys kotihoidon fysioterapeutteihin vahvistuu – konsultaatio			
ohjaus apuvälineasioissa	onnistunut kotiuttaminen		
kotift. olemassa			
suora linkki kuntoutuksesta ja jatkoista hoitajalla tiedossa			
hyvä toimiva geriatristen potilaiden hoitoketju päivystyksestä hyvään kotiuttamiseen			
turvallinen kotiutus mahdollista			

Tiedonpuute ja hallinnolliset seikat yhteistyötä haittaamassa nousi pääkategoriaksi kuntoutuksen heikkouksien ja uhkien tunnistamisessa (Taulukko 4). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat se, että ei tunneta toisen tekemää työtä, resurssit on kohdennettu

huonosti ja byrokratia on haittaamassa kuntoutuksen kanssa tehtävää yhteistyötä sekä se, että ei ole tietoa, mihin ottaa kulloinkin yhteyttä. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat pelko väärin kohdennetuista resursseista, päivystyksen hoitajien tiedonpuute kuntoutukseen liittyvistä asioista ja kuntoutustarpeen tunnistamisesta, päivystystyön luonne hankaloittaa kuntoutustarpeen tunnistamista, byrokratia hankaloittamassa jatkohoitoa ja yhteystiedot eivät ole ajan tasalla. Heikkouksien ja uhkien tunnistamisessa oli pelkona se, että päivystyksessä aletaan tehdä asioita liian pitkälle, mikä saattaa aiheuttaa se, että iäkkään osastotarve jää sen vuoksi täyttämättä. Lisäksi koettiin, että päivystyksen hoitajilla on tällä hetkellä tiedonpuutetta kuntoutukseen liittyvistä asioista ja kuntoutustarpeen tunnistamisessa. Toisaalta myös koettiin, että päivystystyön luonne ja byrokratia haittaavat yhteistyön tekemistä, koska on kiire, potilaita on paljon ja konsultaatioon tarvitaan lääkärin lähete. Ongelmana oli myös se, että yhteystiedot eivät ole ajan tasalla, minkä vuoksi ei ole tietoa, minne ottaa kussakin tilanteessa yhteyttä. Tärkeää onkin tunnistaa päivystystyön luonne erityispiirteineen, pitää yhteystiedot ajan tasalla ja resursoida siten, että yhteistyö kuntoutuksen kanssa on sujuvaa.

Taulukko 4. Kuntoutus – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
mennään liian syvälle l. aletaan kuntouttamaan poliklinikalla loppuun asti	pelko väärin kohdennetuista resursseista	ei tunneta toisen tekemää työtä	tiedonpuute ja hallinnolliset seikat yhteistyötä haittaamassa
osastoa tarvitsevat eivät pääse osastolle			
päivystyksen hoitajilla tällä hetkellä hatara ote kuntoutusasiaan	päivystyksen hoitajien tiedonpuute kuntoutukseen liittyvistä asioista ja kuntoutustarpeen tunnistamisesta		
kuntoutustarpeen vähäinen tunnistaminen			
mahdollisuutta (konsultaatio) ei käytetä riittävästi			
tarvitaan paljon tietoa saatavilla olevista palveluista			
toisten toimintojen riittämätön tunnistaminen			
kiire	päivystystyön luonne hankaloittaa kuntoutustarpeen tunnistamista	huonosti kohdennetut resurssit ja byrokratia haittaamassa kuntoutuksen kanssa tehtävää yhteistyötä	
vähäiset resurssit ja suuret potilasmäärät			
potilasmäärät			
suuret asiakasmäärät			
kysyntä ylittää tarjonnan			
kiire ja arkinen puurtaminen tallaa alleen kehittymistä			
lääkärin lähete tarvitaan konsultaatioon	byrokratia hankaloittamassa jatkohoitoa		
ei tietoa mihin ottaa yhteyttä	yhteystiedot eivät ole ajan tasalla	ei tietoa mihin ottaa kulloinkin yhteyttä	

6.1.2 Sosiaalityö

Yhteispäivystyksellä on oma sosiaalityöntekijänsä, joka on konsultoitavissa arkisin virka-aikaan. Virka-ajan ulkopuolella akuuttitilanteissa on mahdollisuus ottaa yhteyttä sosiaalipäivystykseen.

Taulukko 5. Sosiaalityön SWOT-kaavio

VAHVUUDET - pyyntöjä sosiaalityöntekijöille tulee tarpeellisista tilanteista - yhteistyö on ollut toimivaa - päivystyksestä herkkä puuttuminen mikäli huoli herää - matalan kynnyksen palvelu - 24/7 palvelu - sosiaalityön tarpeen tunnistaminen - huoli-ilmoitusten tekeminen - sos.tt olemassa ja tarpeen vaatiessa tavoitettavissa - vanhusten suojeilu-ilmoitus - sosiaalipäivystys	HEIKKOUEDET - väävät puhelinnumerot? - sosiaalipäivystys vs. päivystyksen sosiaalityöntekijä - virka-aikaisuus - vaihtuvuus ja tieto sosiaalityöntekijän olemassaolosta - mikäli huoli-ilmoitus jää tekemättä ei tilanteeseen puututa - PPKL työntekijä ei saa tietoa jatkotoimenpiteistä - sos.työ vieras työntekijäryhmä ppkl:lla. Ei tiedetä missä kaikissa asioissa voisi ottaa yhteyttä - huoli-ilmoitusten reitti hidas - ongelmat tulee useimmiten virka-ajan ulkopuolella - tunnistaminen mikä kuuluu sairaalan sosiaalityöhön ja mikä Ikäkeskukseen - päivystyksen kiire, potilaan tilanteen selvittelyyn ei aina paljon aikaa ja useampi hoitaja hoitamassa – heikentää kokonais kuvan hallintaa ja luomista - ilmoitukset menevät hitaasti eteenpäin
MAHDOLLISUUDET - yhteistyötä voidaan kehittää ja polkuja mallintaa - parempi konsultaatio kun huomioidaan asiat paremmin kun kaikki hoidetaan yhdessä moduulissa - oma sos.tt ger.pkl:lle. Voisi silmäillä kaikkien asiat ja puuttua tarpeellisiin. - systematiikka – selkeät konsultaatioaiheet - ennakointi, aikainen puuttuminen - konsultaatio 24/7 – nytkin on, mutta osattais herkemmin käyttää sos.päiv.	UHAT - sos.tt tavoittaminen virka-ajan ulkop. (viestipiikin purku) mikäli asiakasmäärä suuri - potilaat kokee huonona sos.tt:n käynnin, ammattiryhmään liittyvän mielikuvan vuoksi - arvioidaan liian myöhään - riittämättömät resurssit - gerontologisen sosiaalityön ammattilaisen saatavuus - päivystyshoidon pirstaleisuus, sosiaaliset ongelmat jää somaattisten vaivojen varjoon

Hyödynnettävyys kasvaa ja yhteistyö kehittyy nousi pääkategoriaksi sosiaalityön vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistamisessa (Taulukko 6). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat se, että sosiaalityön tavoitettavuus helpottuu geriatrisen päivystyksen myötä sekä se, että eri

ammattilaiset ymmärtävät toistensa työn sisällön. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat se, että tarjotaan entistä parempaa hoitoa geriatrisille potilaille, sosiaalityö konsultoitavissa vuorokauden jokaisena aikana, toimiva yhteistyö ja ammattilaiset tunnistavat sosiaalityön tarpeen. Vahvuuksissa ja mahdollisuuksissa nähtiin, että geriatrisille potilaille pystytään tarjoamaan entistä parempaa hoitoa ennakoinnin ja varhaisen puuttumisen keinoin. Myös se nähtiin hyvänä, että toiminnasta tulee systemaattisempaa selkeiden konsultaatioaiheiden avulla. Toiveena oli myös saada oma sosiaalityöntekijä päivystykseen sen sijaan, että nyt päivystyksen oma sosiaalityöntekijä on konsultoitavissa arkisin klo 8-16 ja sen ajan ulkopuolella sosiaalipäivystys auttaa akuuteissa tilanteissa. Yhteistyö koettiin kuitenkin toimivaksi ja nähtiin, että sosiaalityöhön pystyy ottamaan matalallakin kynnyksellä yhteyttä. Koettiin myös, että sosiaalityön tarve tunnistetaan ja esimerkiksi huoli-ilmoituksia tehdään tarpeen mukaan. Ammattilaiset kokivat, että geriatrisen päivystyksen myötä sosiaalityötä osataan hyödyntää paremmin, mikä taas auttaa kehittämään yhteistyötä.

Taulukko 6. Sosiaalityö – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
yhteistyötä voidaan kehittää ja polkuja mallintaa	tarjotaan entistä parempaa hoitoa geriatrisille potilaille	sosiaalityön tavoitettavuus helpottuu geriatrisen päivystyksen myötä	hyödynnettävyys kasvaa ja yhteistyö kehittyy
oma sos.tt ger.pkl:lle. Voisi silmäillä kaikkien asiat ja puuttua tarpeellisiin			
ennakointi, aikainen puuttuminen			
parempi konsultaatio kun huomioidaan asiat paremmin kun kaikki hoidetaan yhdessä moduulissa			
systematiikka – selkeät konsultaatioaiheet			
24/7 palvelu	sosiaalityö konsultoitavissa vuorokauden jokaisena aikana		
sosiaalipäivystys			
konsultaatio 24/7 – nytkin on, mutta osattais herkemmin käyttää sos.päiv			
pyyntöjä sosiaalityöntekijöille tulee tarpeellisista tilanteista	toimiva yhteistyö	eri ammattilaiset ymmärtävät toistensa työn sisällön	
yhteistyö on ollut toimivaa			
matalan kynnyksen palvelu			
sos.tt olemassa ja tarpeen vaatiessa tavoitettavissa			

päivystyksestä herkkä puuttuminen mikäli huoli herää	ammattilaiset tunnistavat sosiaalityön tarpeen		
sosiaalityön tarpeen tunnistaminen			
huoli-ilmoitusten tekeminen			
vanhusten suojeiluilmoitus			

Päivystystyön luonne haittaa saatavuutta nousi pääkategoriaksi sosiaalityön heikkouksien ja uhkien tunnistamisessa (Taulukko 7). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat se, että päivystystyön luonne vaikeuttaa sosiaalityön kanssa tehtävää yhteistyötä eikä siellä tunneta kaikkia mahdollisuuksia sekä sosiaalityön avun ohjaaminen iäkkäälle on hankalaa ja hidasta. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat se, että päivystyksessä ei tunneta sosiaalityön laajaa tehtäväkenttää, päivystystyön luonne hankaloittaa yhteistyötä sosiaalityön kanssa, huoli-ilmoituksella apu tulee hitaasti ja sosiaalityön hankalaksi koettu saatavuus. Heikkouksissa ja uhkissa ajateltiin, että päivystyksessä ei tunneta kunnolla sosiaalityön laajaa tehtäväkenttää ja sen mukanaan tuomia mahdollisuuksia. Aina ei tiedetä, missä asiassa kulloinkin ottaa yhteyttä ja minne taho. Myös päivystystyön luonteen koettiin hankaloittavan yhteistyötä, koska tilanteet vaativat usein paljon aikaa. Lisäksi sosiaalityöntekijän käynti saatettiin kokea potilaan mielestä huonona asiana, ammattiryhmään liittyvän mielikuvan vuoksi. Koettiin myös, että huoli-ilmoituksella apu tulee hitaasti ja mikäli se jää tekemättä, tilanteeseen ei puututa. Sosiaalityön saatavuus koettiin myös hankalaksi sen virka-aikaisen saatavuuden vuoksi, koska ongelmat tulevat useimmiten virka-ajan ulkopuolella. Lisäksi gerontologisen sosiaalityön ammattilaisen saatavuus koettiin tärkeäksi, mutta puutteelliseksi. Päivystystyön luonteen koettiin hankaloittavan sosiaalityön saatavuutta ja saatavuus koettiin myös välillä hitaaksi.

Taulukko 7. Sosiaalityö – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
sosiaalipäivystys vs. päivystyksen sosiaalityöntekijä	päivystyksessä ei tunneta sosiaalityön laajaa tehtäväkenttää	päivystystyön luonne vaikeuttaa sosiaalityön kanssa tehtävää yhteistyötä eikä siellä tunneta kaikkia mahdollisuuksia	päivystystyön luonne haittaa saatavuutta
vaihtuvuus ja tieto sosiaalityöntekijän olemassaolosta			
sos.työ vieras työntekijäryhmä ppkl:lla. Ei tiedetä missä kaikissa asioissa voisi ottaa yhteyttä.			
tunnistaminen mikä kuuluu sairaalan sosiaalityöhön ja mikä Ikäkeskukseen			
potilaat kokee huonona sos.tt:n käynnin, ammattiryhmään liittyvän mielikuvan vuoksi			
päivystyksen kiire, potilaan tilanteen selvittelyyn ei aina paljon aikaa ja useampi hoitaja hoitamassa – heikentää kokonaiskuvan hallintaa ja luomista	päivystystyön luonne hankaloittaa yhteistyötä sosiaalityön kanssa		
päivystyshoidon pirstaleisuus, sosiaaliset ongelmat jää somaattisten vaivojen varjoon			
PPKL työntekijä ei saa tietoa jatkotoimenpiteistä			
väärät puhelinnumerot?			
huoli-ilmoitusten reitti hidas			
ilmoitukset menevät hitaasti eteenpäin	huoli-ilmoituksella apu tulee hitaasti	sosiaalityön avun ohjaaminen iäkkäälle hankalaa ja hidasta	
mikäli huoli-ilmoitus jää tekemättä ei tilanteeseen puututa			
arvioidaan liian myöhään			
virka-aikaisuus			
ongelmat tulee useimmiten virka-ajan ulkopuolella			
sos.tt tavoittaminen virka-ajan ulkop (viestipiikin purku) mikäli asiakasmäärä suuri			
riittämättömät resurssit			
gerontologisen sosiaalityön ammattilaisen saatavuus			

6.1.3 Psykiatria/y-tiimi

Psykiatrian ja erityisesti y-tiimin kanssa tehdään tällä hetkellä tiivistä yhteistyötä. Y-tiimi työskentelee yhteispäivystyksen tiloissa ja he ovat tavattavissa joka päivä klo 8-22. Psykiatri on konsultoitavissa 24/7 ja tulee tarpeen mukaan myös tapaa potilaan.

Taulukko 8. Psykiatrian/y-tiimin SWOT-kaavio

VAHVUUDET - matalan kynnyksen konsultaatio - myös psykiatriin konsultaatio matalalla kynnyksellä - hyvät käytännöt ja yhteistyö - somaattisen tilanteen tutkiminen - päivystyksen monipuolinen osaaminen - tavoitettavuus hyvä - soitto riittää, ei turhaa byrokratiaa - hyvä lääkäriyöpari - y-tiimin helppo konsultaation saatavuus - asiantuntevat psyk.sh:t - hyvä saatavuus - ammattitaito - tunnistaminen - kaikki toimii hyvin - matalan kynnyksen palvelu - y-tiimi näkee potilaan psyk.papereita laajemmin	HEIKKOUEDET - tällä hetkellä psykiatrian päivystys on kaukana geropsykiatrian osastosta – potilasta joudutaan siirrellä monta kertaa – voi lisätä sekavuutta - sos.tt:n käytön tarve ilta-aikaan? - yöaika - humalaisia ei pysty arvioida - psyk.pkl/os ei pääse helposti - yöajan psyk.kons ei pääse kuin harvat - tiedot ei näy: depressiohoitajat, tk psyk-sh:t, päihde - yöaikana ei saatavilla - ei ole saatavilla 24/7
MAHDOLLISUUDET - yöaikainen päivystys Y-talossa – lyhyt matka YA4:lle - M-talo, psykiatri pääsee helpommin tulemaan Y-päivystykseen arvioimaan potilasta - y-tiimin monipuolinen osaaminen ja mahd. tulla konsultaatioihin - yöajan konsultaatio 24/7 matalalla kynnyksellä - selkeät käytänteet - jalkautuminen päivystyksen ulkopuolellekin - jatketaan samaan malliin mikä hyväksi todettu - y-tiimi yöllä ja vkloppuna kun eniten psyk.ongelmiaisia tulee	UHAT - lääkäritilanne, erityisesti psykiatriapula - hoitajapula - ikääntyvä väestö - ikäihmiset lisääntyvät ja mielialaoireilut lisääntyvät - M-talo, niin lähellä mutta niin kaukana (byrokraattiset raja-aidat) - y-tiimin loppuminen - iäkkäiden määrä lisääntyy - toiminnan riittämätön joustaminen - somatiikka epäselvä (oirekuva haastava) - yöaika mikäli 24/7 moduuli

Sujuva yhteistyö ja toive y-tiimin yöaikaisesta konsultaatiomahdollisuudesta nousi pääkategoriaksi psykiatrian/y-tiimin vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistamisessa (Taulukko 9). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat helppo ja toimiva yhteistyön tekeminen

sekä mahdollisuus ympärivuorokautiselle konsultaatiolle. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat helppo saatavuus, toimiva yhteistyö, osaava ja osallistuva y-tiimin henkilökunta ja psykiatrian yöaikainen konsultointimahdollisuus (ei sisällä y-tiimiläistä). Vahvuuksissa ja mahdollisuuksissa korostuivat y-tiimin helppo saatavuus ja matalan kynnyksen tavoitettavuus. Yhteistyö koettiin myös toimivaksi ja turhaa byrokratiaa ei ole haittaamassa yhteistyötä. Y-tiimin henkilökunta koettiin myös osaavaksi ja ammattitaitoiseksi, he pääsevät myös perehtymään tarkemmin potilaan papereihin mm. psykiatrian osalta. Psykiatrian yöaikainen konsultointimahdollisuus koettiin hyväksi ja tulevaisuuden mahdollisuutena ja toiveena nähtiin se, että y-tiimiläinen saataisiin myös yöajaksi. Yöaikaan tulee paljon psykiatrisia potilaita, minkä vuoksi y-tiimiä toivotaan myös yöaikaan.

Taulukko 9. Psykiatria/y-tiimi – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
matalan kynnyksen konsultaatio	helppo saatavuus	yhteistyön tekeminen helppoa ja toimivaa	sujuva yhteistyö ja toive y-tiimin yöaikaisesta konsultaatiomahdollisuudesta
myös psykiatrin konsultaatio matalalla kynnyksellä			
hyvä lääkäriyöpari			
y-tiimin helppo konsultaation saatavuus			
hyvä saatavuus			
matalan kynnyksen palvelu			
hyvät käytännöt ja yhteistyö	toimiva yhteistyö		
tavoitettavuus			
hyvä			
kaikki toimii hyvin			
jatketaan samaan malliin mikä hyväksi todettu			
somaattisen tilanteen tutkiminen			
selkeät käytänteet			

jalkautuminen päivystyksen ulkopuolellekin			
soitto riittää, ei turhaa byrokratiaa			
päivystyksen monipuolinen osaaminen	osaava ja osallistuva y- tiimin henkilökunta		
asiantuntevat psyk.sh:t			
ammattitaito			
tunnistaminen			
y-tiimi näkee potilaan psyk.papereita laajemmin			
y-tiimin monipuolinen ja mahd. tulla konsultaatioihin			
yöaikainen päivystys Y- talossa – lyhyt matka YA4:lle	psykiatrian yöaikainen konsultointimahdollisuus (ei sisällä y-tiimiläistä)	mahdollisuus ympäri vuorokautiselle konsultaatiolle	
M-talo, psykiatri pääsee helpommin tulemaan Y- päivystykseen arvioimaan potilasta			
y-tiimi yöllä ja vkonloppuna kun eniten psyk.ongelmaisista tuleekin			
yöajan konsultaatio 24/7 matalalla kynnyksellä			

Konsultaatiot hankaloituvat tulevaisuudessa nousi pääkategoriaksi psykiatrian/y-tiimin heikkouksien ja uhkien tunnistamisessa (Taulukko 10). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat konsultaatioiden saamisen hankaloituminen byrokraattisten haasteiden vuoksi sekä lisääntyneet potilasmäärät ja oirekuvien hankaloitumiset haittaavat hoidon saamista. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat yöaikaisten psykiatrian

konsultaatioiden saatavuus heikkoa, byrokraattiset haasteet, psykiatrasta hoitoa ei voida antaa yhtä laadukkaasti kuin aikaisemmin suurempien potilasmäärien vuoksi ja oirekuvat hankaloituvat. Psykiatrian ja y-tiimin heikkouksina ja uhkina nähtiin juurikin yöaika. Psykiatri on konsultoitavissa, mutta y-tiimi ei. Lisäksi byrokraattiset ongelmat koettiin uhkana: humalaisia potilaita ei arvioida ja geropsykiatristen potilaiden näkökulmasta psykiatrian päivystys on kaukana. Hankaluutta aiheuttaa myös se, että ainoastaan psykiatriset hoitajat ja lääkärit näkevät potilaan tietyt tiedot, vaikka ne olisivat tärkeitä jatkohoidon kannalta myös muiden ammattilaisten nähdä. Tulevaisuuden haasteina nähtiin lisääntynyt iäkkäiden määrä ja lisääntynyt mielialaoireilu. Pelkona on, että y-tiimi loppuisi jossain vaiheessa. Lisäksi tulevaisuudessa nähtiin oirekuvan hankaloituvan, mikä saattaa haitata hoidon saamista tulevaisuudessa. Pelkona onkin, että psykiatrian konsultaatiot hankaloituvat tulevaisuuden haasteiden vuoksi.

Taulukko 10. Psykiatria/y-tiimi – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
yöaika	yöaikaisten psykiatrian konsultaatioiden saatavuus heikkoa	konsultaatioiden saaminen hankaloituu byrokraattisten haasteiden vuoksi	konsultaatiot hankaloituvat tulevaisuudessa
yöajan psyk.kons ei pääse kuin harvat			
yöaikana ei saatavilla			
ei ole saatavilla 24/7			
yöaika mikäli 24/7 moduuli			
tällä hetkellä psykiatrian päivystys on kaukana geropsykiatrian osastosta – potilasta joudutaan siirrellä monta kertaa – voi lisätä sekavuutta	byrokraattiset haasteet		
humalaisia ei pysty arvioida			
psyk.pkl/os ei pääse helposti			
tiedot ei näy: depressiohoitajat, tk psyk-sh:t, päihde			
lääkäritilanne, erityisesti psykiatripula			
hoitajapula			
M-talo, niin lähellä mutta niin kaukana (byrokraattiset raja-aidat)			
sos.tt:n käytön tarve ilta-aikaan?			
toiminnan riittämätön joustaminen			
ikääntyvä väestö		psykiatrasta hoitoa ei voida antaa yhtä laadukkaasti kuin aikaisemmin suurempien potilasmäärien vuoksi	potilasmäärät lisääntyvät ja oirekuvat hankaloituvat haitaten hoidon saamista
ikäihmiset lisääntyy ja mielialaoireilut lisääntyy			
y-tiimin loppuminen			
iäkkäiden määrä lisääntyy			
somatiikka epäselvä (oirekuva hankala)	oirekuvat hankaloituvat		

6.1.4 Farmasia

Farmasian kanssa on jo tässä vaiheessa yhteistyötä. Osastofarmaseutti on arkisin työskentelemässä yhteispäivystyksen tiloissa klo 12-16.

Taulukko 11. Farmasian SWOT-kaavio

VAHVUUDET - läsnäolo päivystyksessä - ammattitaito - mahdollisuus konsultaatioon on - osaaminen - motivaatio - säännölliset yhteistyöpalaverit - osastofarmaseutti on käytettävissä - potilasohjaukset onnistuu vaikka kotiutuu (ak-hoito) - lääkelistan tarkistus!! - yhteistyö hyvä sekä lääkärin että hoitajien kanssa - uusi aluevaltaus – ei tulossa ko. osastofarmaseuttia - osa lääkäreistä käyttää farmaseuttia apuna - farmaseutin toimi on ylipäättään saatu päivystysalueelle - toimenkuvaa mahdollista kehittää, koska ei viedä kovin juurtuneita käytäntöjä = joustavuus - osastofarmaseutti saatu - hyvä epäselvissä lääkelistoissa - ohjaamaan potilasta joka tarvitsee enemmän aikaa kuin ppkl:n hoitajalla on antaa - os.farmaseutin potentiaali havaittu, toiminta - farmasistin konsultointi lääkitykseen liittyvissä tilanteissa	HEIKKOUEDET - epäselvät konsultaatiokäytänteet - epäselvät konsultaatioindikaatiot - yhteydenotot vain päivä-/arkiaikaan - kommunikaatio esim. konsultaatiotilanteissa - ei strukturoitua mallia lääkelistan ajantasaistamiseen - osaamista käytetään potilaan sijaan osin logistiikkaan - työajan ”joustamaton” kohdentaminen eri yksiköiden välillä - mistä os.farmaseutin löytää? - toteuttaminen vielä heikkoa - rajallinen työssäoloaika (aamuisin) potilasvirtoihin nähden - kontaktien määrä voisi olla suurempi - ei fyysistä omaa työpistettä - farmaseutti ei kuulu ”joukkoon” – ulkopuolinen olo - moniammatillinen yhteistyö ei toteudu - vakiintumaton työpiste - kaikki työntekijät eivät edes tiedä farmaseutista ja konsultaatiomahdollisuudesta - ei saatavilla 24/7 - konsultaatioiden vähyys farmasistille - farmasisti joutuu itse aktiivisesti ”etsimään” potilaita vs. tietyn kriteeristön täyt. potilasprofiili, josta aktiivinen ohjaus konsultaatioon
MAHDOLLISUUDET - selkeät kriteerit - systematiikka - lääkityksen ajantasaisuus helpommin tietoon - mahdollisuus potilasohjaukseen - tunnistettu farmaseutin konsultaation tarve; voi reagoida esim. seuraavana päivänä - oma farmaseutti päivystykseen - osaamisen hyödyntäminen täysimääräisesti	UHAT - kohtaako työaika ja potilaiden tarpeet - potilaiden määrän lisääntyminen vs. käytettävä työaika - farmaseutin esittämien lääkitysmuutosten toteutuminen, kuka toteuttaa? - tiedonkulun heikkous, esim. hoitokodista ei lääkitystietoja saatavilla - aikataulut - tiedonkulku - jos/kun toiminta saadaan toimimaan, riittääkö farmaseutin ½ päivän työaika?

- osallistuu heti alkuvaiheessa potilaan tilanteen kartoittamiseen - osallistuu lääkesaneerauksiin - lääkitysturvallisuuden kehittyminen/parantuminen - moniammatillisen yhteistyön paraneminen - farmaseutti osa osaston ”porukkaa” - iäkkäiden lääkitys saadaan paremmalle tolalle - farmaseutin aktiivinen hyödyntäminen ja tiivis yhteistyö hoitajien ja lääkärin kanssa potilaan parhaaksi - jos farmaseutti katsoisi jokaisen ger. potilaan listan ja tarvittaessa tekisi ”lähetteen” potilaan omalle tk-lääkärille jos lääkelistassa säätämisen tarvetta (kaikkea ei tarvitse hoitaa päivystyksellisesti) - uuden lääkkeen ohjaus - klinisen farmasian lisääminen ja potentiaalin hav. merkittävimmin - merkittävä hyppy kohti moniammatillista hoitoa, jossa farmasisto osana	- farmaseutin työpanos jää hyödyntämättä - kiinnostuksen lopahtaminen farmasistin panokseen moniammatillisessa tiimissä - käytännön tot. haasteet, jotka estävät potentiaalin klinisen farmasian hyödyntämiseen
---	---

Helppo saatavuus ja muokattavuus nousi pääkategoriaksi farmasian vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistamisessa (Taulukko 12). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat se, että osastofarmaseutin ammattitaitoa pystytään hyödyntämään laajamittaisesti iäkkään hyväksi ja sen saatavuus on hyvä sekä se, että yhteistyö on toimivaa ja käytäntöjä voidaan kehittää tarpeen mukaan. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat osaava henkilökunta, osastofarmaseutin monipuolinen työskentely iäkkään hyväksi, helppo konsultoida paikalla olevaa farmaseuttia, hyvä moniammatillinen yhteistyö ja yhteistyölle luotu selkeät raamit, mutta joustoa löytyy tarpeen mukaan. Farmasian vahvuuksissa ja mahdollisuuksissa nähtiin osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta, joilla on motivaatiota yhteistyöhön. Osastofarmaseutti on myös valmis työskentelemään monipuolisesti iäkkään hyväksi. Nämä yhdessä takaavat sen, että osastofarmaseuttia voidaan hyödyntää täysimääräisesti iäkkään hyväksi. Osastofarmaseutin koettiin myös olevan helposti konsultoitavissa, koska hän on fyysisesti päivystyksessä paikalla, minkä vuoksi myös moniammatillinen yhteistyö nähtiin hyvänä. Yhteistyölle on luotu jo raamit, mutta joustoa löytyy myös tarpeen mukaan ja toimenkuvaa voidaan kehittää.

Taulukko 12. Farmasia – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
ammattitaito	osaava henkilökunta	osastofarmaseutin ammattitaitoa pystytään hyödyntämään laajamittaisesti iäkkään hyväksi, lisäksi saatavuus on hyvä	helppo saatavuus ja muokattavuus
osaaminen			
motivaatio			
lääkitysturvallisuuden kehittyminen/parantuminen			
kliinisen farmasian lisääminen ja potentiaalin hav. merkittävimmin			
potilasohjaukset onnistuu vaikka kotiutuu (ak-hoito)	osastofarmaseutin monipuolinen työskentely iäkkään hyväksi		
lääkelistan tarkistus!!			
hyvä epäselvissä lääkelistoissa			
ohjaamaan potilasta joka tarvitsee enemmän aikaa kuin ppkl:n hoitajalla on antaa			
lääkityksen ajantasaisuus helpommin tietoon			
mahdollisuus potilasohjaukseen			
osaamisen hyödyntäminen täysimääräisesti			
osallistuu heti alkuvaiheessa potilaan tilanteen kartoittamiseen			
osallistuu lääkesaneerauksiin			
iäkkäiden lääkitys saadaan paremmalle tolalle			
uuden lääkkeen ohjaus			
jos farmaseutti katsoisi jokaisen ger. potilaan listan ja tarvittaessa tekisi "lähetteen" potilaan omalle tk-lääkärille jos lääkelistassa säättämisen tarvetta (kaikkea ei tarvitse hoitaa päivystyksellisesti)			
läsnäolo päivystyksessä		helppo konsultoida paikalla olevaa farmaseuttia	
mahdollisuus konsultaatioon on			
osastofarmaseutti on käytettävissä			
yhteistyö hyvä sekä lääkäreiden että hoitajien kanssa			
osa lääkäreistä käyttää farmaseuttia apuna			
farmaseutin toimi on ylipäättään saatu päivystysalueelle			
osastofarmaseutti saatu			
os.farmaseutin potentiaali havaittu, toiminta			
farmasistin konsultointi lääkitykseen liittyvissä tilanteissa			

moniammatillisen yhteistyön paraneminen	hyvä moniammatillinen yhteistyö	yhteistyö toimivaa ja käytäntöjä voidaan kehittää tarpeen mukaan	
farmaseutti osa osaston ”porukkaa”			
farmaseutin aktiivinen hyödyntäminen ja tiivis yhteistyö hoitajien ja lääkärin kanssa potilaan parhaaksi			
merkittävä hyppy kohti moniammatillista hoitoa, jossa farmasisto osana			
säännölliset yhteistyöpalaverit			
oma farmaseutti päivystykseen			
selkeät kriteerit	yhteistyölle luotu selkeät raamit, mutta joustoa löytyy tarpeen mukaan		
systematiikka			
tunnistettu farmaseutin konsultaation tarve; voi reagoida esim. seuraavana päivänä			
toimenkuvaa mahdollista kehittää, koska ei viedä kovin juurtuneita käytäntöjä = joustavuus			
uusi aluevaltaus – ei tulossa ko. osastofarmaseuttia			

Ammattitaito jää hyödyntämättä nousi pääkategoriaksi farmasian heikkouksien ja uhkien tunnistamisessa (Taulukko 13). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat konsultoinnin haastavuus moninaisten asioiden vuoksi sekä se, että farmasistin osaaminen ja ammattitaito jäävät hyödyntämättä. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat konsultoinnin käytännön haasteet, byrokraattiset konsultoinnin haasteet, farmasistin työpanosta ei osata hyödyntää kunnolla ja toiminta ei ole vakiintunut ja käytännöt ovat epäselvät. Farmasian heikkouksina ja uhkina nähtiin erilaiset konsultoinnin käytännön haasteet, kuten epäselvät konsultaatiokäytänteet ja -indikaatiot. Lisäksi arkiaikainen yhteydenottomahdollisuus koettiin hankalana. Osastofarmaseutille ei ole myöskään osoitettu työskentelypistettä, minkä vuoksi osastofarmaseutin löytäminen päivystyksen tiloista on välillä haastavaa. Lisäksi byrokraattiset haasteet luovat omat ongelmansa, esimerkiksi hoitokodeista ei tule aina lääkelistoja mukana, mikä hankaloittaa ja pitkittää lääkelistojen päivittämistä ja mahdollista muokkaamista. Lisäksi tässä vaiheessa koettiin, että farmaseutin täysimääräinen työpanos jää hyödyntämättä, koska farmaseutti joutuu paljon itse etsimään itselleen sopivia potilaita. Toiminnan koetaan olevan vakiintumatonta ja käytäntöjen olevan epäselviä. Farmaseutti kokee olonsa ulkopuoliseksi eivätkä kaikki päivystyksen työntekijät tiedä farmaseutista tai konsultaatiomahdollisuudesta.

Koettiin, että kontaktien määrä voisi olla suurempi. Farmasistin konsultointi koetaankin jonkin verran hankalaksi, minkä vuoksi on pelkona, että osaaminen ja ammattitaito jäävät käyttämättä.

Taulukko 13. Farmasia – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
epäselvät konsultaatiokäytänteet	konsultoinnin käytännön haasteet	konsultointi haastavaa moninaisten asioiden vuoksi	ammattitaito jää hyödyntämättä
epäselvät konsultaatioindikaatiot			
yhteydenotot vain päivä-/arkiaikaan			
ei strukturoitua mallia lääkelistan ajantasaistamiseen			
osaamista käytetään potilaan sijaan osin logistiikkaan			
työajan ”joustamaton” kohdentaminen eri yksiköiden välillä			
mistä os.farmaseutin löytää?			
rajallinen työssäoloaika (aamuisin) potilasvirtoihin nähden			
kommunikaatio esim. konsultaatiotilanteissa			
potilaiden määrän lisääntyminen vs. käytettävä työaika			
kohtaako työaika ja potilaiden tarpeet	byrokraattiset konsultoinnin haasteet		
tiedonkulun heikkous, esim. hoitokodista ei lääkitystietoja saatavilla			
aikataulut			
tiedonkulku			
jos/kun toiminta saadaan toimimaan, riittääkö farmaseutin ½ päivän työaika?			
ei saatavilla 24/7	farmasistin työpanosta ei osata hyödyntää kunnolla	farmasistin osaaminen ja ammattitaito jäävät hyödyntämättä	
konsultaatioiden vähyys farmasistille			
farmasisti joutuu itse aktiivisesti ”etsimään” potilaita vs. tietyn kriteeristön täyt. potilasprofiili, josta aktiivinen ohjaus konsultaatioon			
farmaseutin työpanos jää hyödyntämättä			
kiinnostuksen lopahtaminen farmasistin panokseen moniamatillisessa tiimissä			
moniammatillinen yhteistyö ei toteudu			
ei fyysistä omaa työpistettä	toiminta ei ole vakiintunut ja		
vakiintumaton työpiste			

farmaseutin esittämien lääkitysmuutosten toteutuminen, kuka toteuttaa?	käytännöt epäselvät		
farmaseutti ei kuulu ”joukkoon” – ulkopuolinen olo			
kaikki työntekijät eivät edes tiedä farmaseutista ja konsultaatiomahdollisuudesta			
käytännön tot. haasteet, jotka estävät potentiaalin kliinisen farmasian hyödyntämiseen			
toteuttaminen vielä heikkoa			
kontaktien määrä voisi olla suurempi			

6.1.5 Geriatria

Geriatrian kanssa on vasta hetki sitten aloitettu yhteistyötä. Geriatri on tällä hetkellä 1 päivän viikossa yhteispäivystyksessä työskentelemässä, jolloin on myös konsultoitavissa. Lääkärit kirjaavat tällä hetkellä jonkin verran paperikonsultaatioita.

Taulukko 14. Geriatrian SWOT-tilaus

VAHVUUDET - yhteinen tahtotila - ikäihmisten ongelmien tunnistaminen - lääkärit käyttä ger.konsultaatiota - vanhuksen sairaalajaksot estettävissä, nyt jo tehty työtä tarpeettomien siirtojen välttämiseksi - ger.päivystyksen suunnittelu - ikäihmiset saa hoidon ja tarvittavat jatkotoimenpiteet	HEIKKOUEDET - vain 2 geriatrian el – ei riittävää resursointia päivystykseen - tiedonkulku = toisten työn tunteminen - hoitajien tietämys mihin geriatria hyvä pyytää mukaan - geriatria ja vanhusten hoito ei ole hoteinta hottia, työn haasteellisuutta vähätellään - geriatriinen osaaminen sairaalassa osin huonoa - heikosti tietoa geriatrian kons. mahdollisuudesta - hoitajilla hyvin pieni osuus jatkojen suhteen tällä hetkellä koska lääkäri konsultoi
MAHDOLLISUUDET - aikaisempi puuttuminen asioihin - muistisairauden tunnistaminen kasvaa - yhteistyö lisääntyy - iäkäs saa heti asianmukaista hoitoa, kun geriatri osallistuu hoitoon - turhilta geriatrian läheteiltä välttyään ja saadaan koppi niistä, joilla uhka olla väliinputoaja - vanhuspotilaan päivystyskeissiin ottaa osaa geriatri, ei pelkää sis.lääkäri tai nopsalääkäri tms. - ger. päivystyksen tullessa moni muistisairaus mahd. havaitaan nopeammin - ger. konsultaatioiden lisääntyminen mahdollistuu, jos saataisiin geriatri päivystykseen - moniammatillinen yhteistyö - hoitajilla enemmän kosketuspintaa potilaan jatkon/hoidon suhteen	UHAT - resurssipula - joustamattomat toiminnot: kriteerit, arvioinnin sisältö - akuutti vaivan hoito sysätään geriatrialle - potilasmäärä liian suuri - kotihoito käyttää konsultaatiöväylänä 24/7, riittääkö resurssit? - asiakasmäärien lisääntyminen, etenkin ikäihmisten

Suurempi hyödynnettävyys takaa laadukkaan ja monipuolisen hoidon nousi pääkategoriaksi geriatrian vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistamisessa (Taulukko 15). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat laadukkaan ja moniammatillisen hoidon mahdollistuminen ja geriatrien osaamisen laajamittainen hyödyntäminen. Yläkategoriat muodostuivat

alakategorioista ja näitä olivat hyvät edellytykset moniammatilliselle yhteistyölle, geriatria mukana tulevaisuuden suunnittelutyössä ja geriatriin osallistuminen iäkkään hoitoon tärkeää laadukkaan hoidon kannalta. Vahvuuksissa ja mahdollisuuksissa nähtiin hyvät edellytykset moniammatilliselle yhteistyölle, yhteistä tahtotilaa löytyy ja lääkärit käyttävät jo tässä vaiheessa jonkin verran geriatriin konsultaatiota. Ikääntyneiden tarpeettomien siirtojen välttämiseksi on tehty jo paljon ja esimerkiksi geriatriasta päivystystä suunnitellaan ikääntyneiden kotona asumisen turvaamiseksi ja parantamiseksi. Geriatriit ovat entistä enemmän mukana tulevaisuuden suunnittelutyössä, mikä tekee palveluista entistä ikäystävällisempiä. Geriatriin osallistuminen iäkkään hoitoon on tärkeää iäkkään laadukkaan hoidon kannalta. Geriatriit ovat apuna ikäihmisten ongelmien tunnistamisessa ja koetaan, että iäkäs saa heti asianmukaista hoitoa, kun geriatri osallistuu hoitoon. Nähtiin myös, että geriatriin konsultaatioiden lisääntyminen mahdollistuu, mikäli geriatri saataisiin päivystykseen. Iäkkäiden laadukkaan hoidon takaamiseksi geriatreja tulee hyödyntää tulevaisuudessa entistä enemmän.

Taulukko 15. Geriatria – vahvuuksien ja mahdollisuuksien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
yhteinen tahtotila	hyvät edellytykset moniammatilliselle yhteistyölle	laadukkaan ja moniammatillisen hoidon antaminen mahdollistuu	suurempi hyödynnettävyys takaa laadukkaan ja monipuolisen hoidon
yhteistyö lisääntyy			
moniammatillinen yhteistyö			
lääkärit käyttää ger.konsultaatiota			
vanhuksen sairaalajaksot estettävissä, nyt jo tehty työtä tarpeettomien siirtojen välttämiseksi	geriatria mukana tulevaisuuden suunnittelutyössä	geriatrien osaamisen laajamittainen hyödyntäminen	
ger.päivystyksen suunnittelu			
ikäihmisten ongelmien tunnistaminen	geriatriin osallistuminen iäkkään hoitoon tärkeää laadukkaan hoidon kannalta		
ikäihmiset saa hoidon ja tarvittavat jatkotoimenpiteet			
aikaisempi puuttuminen asioihin			
muistisairauden tunnistaminen kasvaa			
iäkäs saa heti asianmukaista hoitoa, kun geriatri osallistuu hoitoon			
turhilta geriatrian läheteiltä vältytään ja saadaan koppi niistä, joilla uhka olla väliinputoaja			

vanhuspotilaan päivystyskeissiin ottaa osaa geriatri, ei pelkästään sis.lääkäri tai nopsalääkäri tms.			
ger. päiystyksen tullessa moni muistisairaus mahd. havaitaan nopeammin			
ger. konsultaatioiden lisääntyminen mahdollistuu, jos saataisiin geriatri päivystykseen			
hoitajilla enemmän kosketuspintaa potilaan jatkon/hoidon suhteen			

Epätarkoituksenmukaiset konsultaatiot nousivat pääkategoriaksi geriatrian heikkouksien ja uhkien tunnistamisessa (Taulukko 16). Se muodostui yläkategorioista, joita olivat työn haasteellisuus yhdistettynä niukkoihin resursseihin ja siihen, että ei ole tietoa mihin kaikkeen geriatrian konsultaatiota voitaisiin käyttää. Yläkategoriat muodostuivat alakategorioista ja näitä olivat resurssien vähäisyys potilasmäärään verrattuna, vanhustyön heikko imago, tiedonpuute ja käytännön ongelmat. Heikkouksina ja uhkina nähtiin resurssipula, vain 2 geriatrian erikoislääkärä on tällä hetkellä käytettävissä. Sen vuoksi päivystykseen ei ole riittävää resursointia. Lisäksi uhkana on liian suuret potilasmäärät tulevaisuudessa ja pelkona, että kotihoito tulee käyttämään konsultaativäylänä. Vanhustenhoidon imago on tällä hetkellä heikko ja työn haasteellisuutta vähätellään, mikä luo omat haasteensa tulevaisuudessa. Lisäksi geriatrien osaaminen koetaan huonoksi ja tietoa on heikosti siitä, mihin geriatriin konsultaatiota voitaisiin käyttää. Käytännön ongelmat ovat myös haasteena, koska toiminnot ovat joustamattomia ja hoitajilla on vain pieni osuus jatkoista, koska lääkäri konsultoi geriatria. Pelkona on myös, että akuutti vaiva sysätään geriatrialle, mutta myös se, että geriatriin konsultaatiota käytetään epätarkoituksenmukaisesti.

Taulukko 16. Geriatria – heikkouksien ja uhkien tunnistaminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
vain 2 geriatrian el – ei riittävää resursointia päivystykseen	resurssien vähäisyys potilasmäärään verrattuna	työn haasteellisuus yhdistettynä niukkoihin resursseihin	epätarkoituksenmukaiset konsultaatiot
resurssipula			
potilasmäärä liian suuri			
kotihoito käyttää konsultaatioväylänä 24/7, riittääkö resurssit?			
asiakasmäärien lisääntyminen, etenkin ikäihmisten			
geriatria ja vanhusten hoito ei ole hoteinta hottia, työn haasteellisuutta vähätellään	vanhustyön heikko imago	ei tietoa mihin kaikkeen geriatrian konsultaatiota voitaisiin käyttää	
hoitajien tietämys mihin geriatria hyvä pyytää mukaan	tiedonpuute		
geriatrinen osaaminen sairaalassa osin huonoa			
heikosti tietoa geriatrian kons. mahdollisuudesta			
tiedonkulku = toisten työn tunteminen	käytännön ongelmat		
joustamattomat toiminnot: kriteerit, arvioinnin sisältö			
hoitajilla hyvin pieni osuus jatkojen suhteen tällä hetkellä koska lääkäri konsultoi			
akuutti vaivan hoito sysätään geriatrille			

6.2 Benchmarkingin tulokset

Jokaiselle benchmarkattavalle yksikölle lähetettiin saatekirje, missä oli mukana kysymykset, joihin haluttiin vastaukset. Kysely lähetettiin 9 eri yksikköön ja 4 vastausta saatiin. Benchmarkingin tuloksissa oli nähtävillä se, että hoitoprosessiin liittyviä käytäntöjä oli hyvin erilaisia eri yksiköissä. Potilaat ohjautuivat yksiköihin vaihtelevasti ja hoidossa käytettävä mittaristo vaihteli myös paljon eri yksiköiden välillä. Kävi myös ilmi, että täysin vastaavaa yksikköä, mitä olemme suunnittelemassa, ei tiettävästi ole tällä hetkellä muualla Suomessa. Suurin ero perustettavan yksikön ja jo olemassa olevien yksiköiden välillä, on hoitoaikojen pituudessa. Muiden geriatrinen yksiköiden hoitoajat ovat pääsääntöisesti yli 24 tuntia.

Potilaiden tulo yksiköihin

Yksiköille esitettiin kysymys: mistä potilaat teille ohjautuvat? Potilaat ohjautuivat yksiköihin suurimmaksi osaksi päivystyksen kautta, mutta myös muilta vuodeosastoilta saatettiin lähettää potilaita. Eräissä yksiköissä potilaat saattoivat ohjautua esimerkiksi kotoa, poliklinikalta tai lääkärin vastaanotolta ja kuka hyvänsä terveyden- tai sosiaalipuolen työntekijä saattoi lähettää geriatriseen yksikköön.

Potilaiden ohjautumista ohjaavat kriteerit

Yksiköille esitettiin kysymys: onko käytössänne jonkinlaisia kriteerejä, joiden perusteella potilaat teille ohjautuvat? Minkälaisia? Sen perusteella saatiin tietoa, jonka mukaan potilaiden ohjautumiskriteeristöt vaihtelivat hiukan eri yksiköittäin. Erään yksikön tavoitteena oli hoitaa ja kuntouttaa kotikuntoiseksi yli 75-vuotiaita potilaita, joiden toimintakyky oli nopeasti heikentynyt akuutin sairauden tai vamman vuoksi. Osastolle ohjautuivat potilaat, joiden ongelmana oli esimerkiksi kaatuilu, akuutti sekavuustila, konservatiivisesti hoidettava vamma, kroonisen sydämen vajaatoiminnan paheneminen ja konservatiivisesti hoidettava akuutti sydäntapahtuma, keuhkohtauman paheneminen ja tulehdussairaus (ruusu, pneumonia, virtsatietulehdus, suolistosairaus). Toisaalla taas geriatriseen yksikköön päätyvät geriatriset potilaat, joilla on somaattinen syy sairaalaan joutumisen taustalla, ja jotka hyötyvät geriatrisesta osaamisesta ja arvioinnista (esim. sekavat potilaat, epäselvä yleistilan lasku tai jalkojen kantamattomuus, kaatuilu, epäily muistisairaudesta). Suurin osa näistä potilaista on kotihoidon piirissä. Alle 75-80-vuotiaista akuuttigeriatrialle päätyvät lähinnä muistisairaapotilaat. Eräissä paikassa taas potilasvalinnassa keskitytään ennustevaikuttavuuteen ja

siihen, että potilaat ovat mahdollisimman paljon kokonaisvaltaisesti arvioimattomia. Heillä akuuttigeriatrian toimintamallia käytetään 70 vuotta täyttäneille ja heillä hoidetaan sosiaalisten syiden (omaishoitaja sairas tai muutoin estynyt, ei ole kotia, varattomuus) tai muistisairauden vuoksi sekä omaishoidossa ja/tai kotihoidon tuella olevia sekä ”pärjäämättömyyden” (omaishoito, kotihoito tai palveluasuminen koetaan riittämättömäksi tai henkilö tuodaan kotinsa ulkopuolelta tavattuna, eksyksissä olevana) vuoksi tulleita potilaita. Yhden paikan tavoitteena on tukea iäkkään henkilön selviytymistä omassa asuinympäristössään mahdollisimman pitkään ja vähentää päivystyskäyntejä silloin, kun akuuttia hoitoa vaativaa sairautta ei ole. Tällaisissa tilanteissa iäkäs otetaan arviointijaksolle. Arvioinnin tarve on silloin, kun ei ole selkeää sairaalahoidon tarvetta, mutta kunto on saattanut romahtaa tuntemattomasta syystä, kotona selviytyminen on vaikeutunut eikä tilanteen selvittely onnistu kotona, useita päivystys- tai terveyskeskuskäyntejä tai sairaalajaksoja tai iäkkäällä on epämääräisiä vaivoja tai vaaditaan erilaisten oireiden selvittelyä (esim. kaatuilu, huimaus, kivut, ongelmat ravitsemuksessa, perussairauksien hoidossa on ongelmia tai on epäily muistisairaudesta).

Potilaiden ohjautumista ohjaavat linjaukset/ohjeistukset

Yksiköille esitettiin kysymys: onko käytössänne jonkinlaisia linjauksia/ohjeistuksia, joiden perusteella potilaat teille ohjautuvat? Millaisia? Kliinistä gerastenia-asteikkoa (CFS-luokitus) käytetään hyväksi yhdessä paikassa ja tuolloin asteikolla 4-6 olevat potilaat hyötyvät osastojaksosta. Toisaalla taas henkilökunta arvioi potilaan sijoittumista iän, asumistavan, toimintakyvyn ja senhetkisen sairaustilan pohjalta. Tässä kriteereinä ovat ikä 70v tai yli, asuminen kotona (tai senioritalossa) ja käytössä ei ole kotihoidon palveluita tai korkeintaan 1 käynti vuorokaudessa. ISAR-pisteistä (Identification Seniors At Risk) tulee saada vähintään 2 pistettä:

- Tarvitsetteko apua jokapäiväisissä tomissanne ennen päivystykseen tuloa?
- Oletteko ollut sairaalahoidossa viimeisen puolen vuoden aikana?
- Näettekö hyvin? (ei-vastaus antaa pisteen)
- Onko teillä ongelmaa muistin suhteen?
- Käytättekö enemmän kuin 3 eri lääkettä päivittäin?

Potilaalla saattaa olla myös välitön tarve seurantaan tai hoitoon, mutta he saattavat olla myös päivystyksen toistokävijöitä ja myöntyvät itse selvittelyjaksolle. Potilaiden tulee myös olla soveltuvia osastolla tapahtuvaan toimintaan eikä heillä voi olla esimerkiksi eristyksen tai monitoroinnin tarvetta.

Geriatrisen potilaan hoitopolkuun osallistuvat ammattilaiset ja tavoitettavuus

Yksiköille esitettiin kysymys: millaisia eri ammattilaisia teillä osallistuu geriatrisen potilaan hoitopolkuun? Miten potilaat heille ohjautuvat/millä kriteerein heitä konsultoidaan? Millaisina aikoina eri ammattilaiset ovat tavoitettavissa? Jokaisessa yksikössä iäkkäiden potilaiden hoidossa on mukana moniammatillinen tiimi. Lääkäri ja lähi- ja sairaanhoitajat työskentelevät kaikissa yksiköissä ja heidän lisäksi moniammatillisessa tiimissä työskentelevät eri alojen erikoislääkärit (mm. geriatri), fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, osastofarmaseutti, puhe-, ravitsemus- ja toimintaterapeutti. Lisäksi on mahdollisuus konsultoida myös esim. diabeteshoitajaa, haavahoitajaa tai pyytää paikalle sairaalapastoria. Yhdessä yksikössä työskentelee myös konsultoitavissa oleva geronomi.

Yksi yksikkö toi esille, että jokainen potilas arvioidaan moniammatillisen geriatrisen arvioinnin mukaan ja jos sieltä tai muuten nousee tarvetta, käytetään eri ammattilaisia osana potilaan saamaa hoitoa. Toisaalla taas kokonaisvaltaisen, moniammatillisen selvittelyn osana potilaan kanssa yhteistyössä laaditaan alustava hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota jatkossa potilaan hoitoon osallistuvat eri toimijat osaltaan täydentävät tai muokkaavat.

Hoitajat työskentelevät kolmivuorotyössä, muut ammattilaiset ovat pääsääntöisesti virka-aikaan tavattavissa.

Hoitoa ohjaavat mittarit/testit

Yksiköille esitettiin kysymys: onko teillä käytössä mittareita/testejä, joiden tulosten pohjalta potilaan hoitoa ohjataan eri asiantuntijoille? Minkälaisia? Käytössä on hyvin erilaisia mittareita eri paikoissa. Yhdessä paikassa seurataan NEWS-pisteitä ja tehdään IPAS-tutkimus (läkkään potilaan arviointi kuntoutuskeskuksen osastoilla), mikä pitää sisällään gerastenia-asteikon määrittelyn, kuuden kysymyksen muistiseulan, kuukausien luettelon etu- ja takaperin, MMSEn, kellotestin, 4AT:n, kaksi kysymystä masennuksesta (jos poikkeava, tehdään vielä GDS15), pituus, paino ja BMI mitataan sekä tehdään MNA. Lisäksi liikkumista arvioi fysioterapeutti: itsearvioitu puolen kilometrin kävely, itsearvioitu portaidennousu, itsearvioitu yhden kerrosvälin nousu, itsearvioitu usean kerrosvälin nousu ja arvio siitä, kykeneekö nousemaan portaita usean kerrosvälin levähtämättä. Tämän lisäksi liikkumista arvioidaan FAC -kävelyluokituksen avulla ja arkisuoriutumista Barthelin indeksin ja FRAT-kaatumisvaaran arvioinnin avulla. Arvioinnin apuna he käyttävät läkkään potilaan arviointi sairaalaosastolla-suositusta (Liite 8).

Eräässä paikassa tehdään moniammatillinen geriatrinen arviointi, missä kaikille tehdään ravitsemustilan kartoitus (NRS) ja ortostaattisen verenpaineen mittaust. Näiden lisäksi arvioidaan orientaatio, joka pitää sisällään muistin diagnoosit tai tekeillä olevat selvittelyt. Lääkärin erikseen pyytäessä tehdään MMSE, jos tilanne ei ole akuutti ja iäkäs on sairaalassa esimerkiksi sosiaalisista syistä. Muutoin muistin testausta sairaalaoolosuhteissa ei suositella. Lisäksi mieliala arvioidaan, kirjataan diagnoosit ja tehdään tarvittaessa lääkärin tai hoitajan arvion perusteella GDS15. Lääkäri huomioi ensimmäisellä kierrolla suun ja limakalvojen kunnon ja kirjaa huomioidut ylös. Kuulo ja näkö arvioidaan (kuulolaite, silmälasit yms. tai iänmukainen, jos ei ongelmia) sekä erittäminen ja hygienia huomioidaan (virtsa-/ulosteinkontinenssi, ummetus, avanne, katetri sekä tarvitseeko apua toiminnoissa). Lisäksi liikkuminen ja apuvälineet kartoitetaan. Ruokailussa huomioidaan ruokavalio, avun tarve sekä nielemisongelmat. Pääteiden osalta tulisi jokaiselta potilaalta kysyä alkoholin käytöstä ja tupakoinnista. Ihon kunto huomioidaan, erityisesti haavat, ihon kuivuus, painehaavojen sijainti ja riski. Näiden lisäksi fysioterapeutti tekee fyysisen toimintakyvyn kartoitukset ja testit, arvioi apuvälinetarpeen ja antaa kuntoutusohjeet. Myöhemmin heille on myös tulossa systemaattinen kaatumisriskin arviointi koko sairaalaan.

Yhdessä paikassa jokaisella tiimin jäsenellä on omat vastuualueensa selvittelyssä. Potilasasiakirjoihin kirjaamisen avuksi on luotu sekä lääkäreille, että hoitajille omia fraasipohjia, joita hyödynnettäessä jokaisen jäsenen on helppo koostaa potilaan kokonaisuutta.

Hoitaja:

- *esitietokaavake*: annetaan potilaalle tai omaiselle täytettäväksi tulopäivänä, tarvittaessa hoitaja haastattelee ja kirjaa
- *paino*: vähintään tulopäivää seuraavana aamuna ja lähtöpäivän aamuna
- *pituus*: potilaan ilmoittama aikuispituus tai mitataan osastolla
- *BMI (Body Mass Index)*
- *MNA (Mini Nutritional Assessment)*: lyhytversio (max 14 pistettä)
- *verenpaine ja pulssi (istuen)*: vähintään 2 ”rauhallisessa vaiheessa” otettua mittausta/hoitojakso
- *ortostaattinen koe*

- *pikasokeri*: plasmamittauksena sormenpäästä, 1vrk aamupaasto ja ennen iltapalaa 1.-3. hoitopäivien aikana (diabetesta sairastavilta yksilöllisen ohjelman mukaan)
- *hengitysfrekvenssi*: 1x/vuoro
- *lämpö*: yksilöllisesti
- *AUDIT65C*
- *CAM (Confusion Assessment Method)*: arvioidaan ja kirjataan joka vuorossa
- *GDS30 (Geriatric Depression Scale)*, jolloin hoitaja haastattelee tai *BDI (Beck Depression Index)*, minkä potilas täyttää itse
- *kellotaulu*: lääkärin pyynnöstä

Lääkäri:

- *AMT4 (Abbreviated Mental Test)*: kaikilta ikä syntymäaika, olinpaikka ja vuosi. 4/4 normaali tulos
- *SIS (Six Item Screener)*: kaikilta 3 sanaa viivästetysti, vuosi, kuukausi, viikonpäivä. 5-6/6 normaali tulos
- *2 kysymystä masennuksesta*: kysytään kaikilta. Positiivinen, mikäli 1-2/2, jolloin kaikkien ICD depressiokriteerien läpikäynti ja kirjaus
- *alkoholin käyttö*: kartoitetaan ja kirjataan kaikilta ja tarvittaessa samalla annetaan ohjaus
- *tupakointi*: kartoitetaan ja kirjataan kaikilta (on esitietolomakkeen kysymys)
- *aistit*: näkeekö kellon seinältä ja ajan siitä, näkeekö lukea, punaheijaste. Puhe-, kuiskaus- ja suuntakuulo, tarvittaessa otoskopia.
- *lääkitysarvio*
- *kliininen tutkimus*
- *suun tarkistus*
- *tuloteksti* (anamneesi), *väliarvio* (päivittäin lyhyt status) ja *lopputeksti* (kooste moniammatillisesta selvittelystä ja hoitosuunnitelma jatkoon)

Fysioterapeutti:

- *fyysisen toimintakyvyn arvio*
- *SPPB (Short Physical Performance Battery)*: tasapaino, kävelynopeus 4 metriä, tuolista ylös 5x
- *puristusvoima oik/vas*

- *PEF*: vain tilanteen ja tarpeen mukaan
- *apuvälinearvio*
- *kuntoutussuunnitelma*

Näiden lisäksi tehdään testejä ja mittauksia, jolloin muuta erikoisalaa tarvittaessa konsultoidaan. Tällaisia testejä ja mittauksia ovat esimerkiksi ABI- ja virtsan residuaalimittaukset sekä EKG.

Neljännessä paikassa hoitajat arvioivat toimintakykyä Barthelin ja IADL:n avulla. Fysioterapeutit taas käyttävät arviointinsa tukena Bergin tasapainotestiä, käden puristusvoimaa, Timed Up and Go-testiä, tuolilta nousua, 10m kävelytestiä sekä kipukarttaa. Näiden lisäksi testataan muistia (MMSE, CERAD), mielialaa (GDS-30), ravitsemusta (MNA-seuranta 3vrk), terveydentilaa (sairaudet, verikokeet, ortostaattinen koe, EKG), lääkehoitoa (lääkityksen kartoitus), taustatietoja (kotiolot, avut/tuet, omaiset/ystävät) sekä vireystilaa (vivago). Testit ja mittarit nähdään tiedonkeruun välineinä ja näiden lisäksi tietoa saadaan myös haastattelemalla ja havainnoimalla. Testituloksia käytetään hyödyksi silloin, kun lääkäri arvioi mahdollisten tutkimusten tekemisestä (esim. röntgen- ja ultraäänikuvaukset, tähystykset) jakson aikana tai sen jälkeen. Tulosten analysoinnissa on oleellista, miten tulokset liitetään potilaan hoitosuunnitelmaan. Lisäksi halutaan tietää, löytyykö niistä vastaus arviointijaksolle lähettämiseen johtaneisiin syihin/ongelmiin. Näiden lisäksi halutaan tietää, miten tulokset näkyvät potilaan arjessa.

Yksiköiden aukioloajat

Yksiköille esitettiin kysymys: millaiset aukioloajat yksikössänne on? Jokainen yksikkö on auki ympärivuorokautisesti.

Yksiköiden hoitoajat

Yksiköille esitettiin kysymys: kuinka pitkiä hoitoaikanne keskimäärin ovat? Hoitoajat vaihtelevat 1-8 vuorokauden välillä.

Hoidon toteutumisen seuranta

Yksiköille esitettiin kysymys: seurataanko potilaiden saamaa hoitoa ja sen toteutumista jollainlailla hoidon päätyttyä? Yhtä yksikköä lukuunottamatta potilaiden saamaa hoitoa ja sen

toteutumista seurataan hoidon päätyttyä. Yhdessä paikassa seurataan kuukauden sisällä palaajia avo-käynnille tai osastolle sekä sitä, missä potilaat ovat 120vrk kuluttua. Toisaalla joillekin tehdään takaisinsoitto 2vrk kuluttua kotiutumisesta tai seurataan päätymistä takaisin päivystykseen (kuinka pian/usein). Yhdessä paikassa arviointijaksolla olleista tehdään tilastointia ja seurantasoitto noin kuukauden kuluttua, jolloin arvioidaan jaksolla tehdyn suunnitelman toteutuminen. Tarpeen mukaan fysioterapeutti, kuntohoitaja tai kuntoutusohjaaja tekee kotikäynnin 1-2 kertaa kotiutumisen jälkeen.

Päivystyskäynnin jälkeinen toimintakyvyn seuranta

Yksiköille esitettiin kysymys: seurataanko potilaan toimintakyvyn muutoksia päivystyskäynnin jälkeen? Päivystyskäynnin jälkeen toimintakyvyn muutoksia ei seurata missään osaston toimesta, vaan esimerkiksi kotihoidon toimesta, jos iäkkäällä on kotihoito käytössä.

Benchmarkingin vastauksista käy ilmi, että potilaat ohjautuvat erilaisista paikoista geriatriin yksiköihin, osa suoraan kotoa ja osa terveydenhuollon ohjaamana tai lähettämänä. Myös yksikköön ohjautumista ohjaava kriteeristö vaihteli eri yksiköiden välillä. Toisessa yksikössä taustalla saattoi olla akuutti vaiva, minkä hoidossa he olivat geriatrisessa yksikössä samalla kun heitä kuntoutettiin kotikuntoiseksi. Toisaalla taas potilaita ohjautui yksiköihin vain esimerkiksi muistisairauden ja sosiaalisten syiden tai kotona pärjäämisen tukemisen vuoksi. Yksiköihin ohjautumista tukevia linjauksia oli vain kahdessa paikassa: toisessa gerastenia-asteikko ja siinä sijoittuminen 4-6 välille sekä toisessa hoitohenkilökunta arvioi potilaan sijoittumista erilaisten kysymysten ja niistä saatujen vastausten pohjalta. Yksiköissä lääkärit työskentelivät yhdessä hoitajien kanssa, hoitajat työskentelivät kolmivuorotyössä, muut ammattilaiset olivat pääsääntöisesti virka-aikaan tavattavissa. Muita ammattilaisia olivat muiden alojen erikoislääkärit (mm. geriatrit), fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, osastofarmaseutti, puhe-, ravitsemus- ja toimintaterapeutti. Lisäksi joissain paikoissa on mahdollisuus konsultoida vielä esimerkiksi diabeteshoitajaa. Vain yhdessä paikassa työskentelee geronomi, joka on konsultoitavissa. Hoitoa ohjaavat mittaristot ja testit olivat hyvin vaihtelevia paikasta riippuen, mutta ne oli hyvin ohjautunut eri ammattilaisten tehtäväksi. Esimerkiksi fysioterapeutin vastuulla on arvioida toimintakykyä ja apuvälinetarvetta ja hoitaja taas esimerkiksi mittaa ortostaattisen verenpaineen ja verensokerin. Jokainen yksikkö oli auki ympäri vuorokauden ja hoitoajat niissä vaihtelivat 1-8 vuorokauden välillä. Hoidon toteutumista seurattiin lähes jokaisessa yksikössä ja seurantatavat vaihtelivat. Yhteyttä otettiin joko suoraan potilaisiin tietyn ajan jälkeen, seurattiin tilastointeja tai päätymistä takaisin päivystykseen.

Yhdessä paikassa oli myös mahdollista saada kotikäynti 1-2 kertaa kotiutumisen jälkeen tarpeen mukaan. Päivystyskäynnin jälkeistä toimintakyvyn seurantaa ei tehdä missään yksikössä osaston toimesta, vaan esimerkiksi jo käytössä olevan kotihoidon toimesta.

6.3 Tulevaisuusverstaan tulokset

Tulevaisuusverstaas herätti mukavasti keskustelua liittyen aikaisempaan ideariihen. Keskustelua ja pohdintoja käytiin hyvin vapaamuotoisesti ja keskustellen läpi tulevaisuutta suunnitellen. Lisäksi käytiin ideariihessä saatuja tuloksia läpi (Liite 6).

Ideariihi herätti ensinnäkin toivoa tulevasta ja ajatusta, että yhteistyö tulee varmasti onnistumaan. Yhteistyötahoja keuhuttiin siitä, että he ovat innolla mukana kehittämässä uutta geriatriasta päivystystä. Lisäksi havaittiin, että on paljon käyttämättömiä resursseja ja halukkuutta yhteistyöhön, mitä voitaisiin enemmän hyödyntää jo tässä vaiheessa.

6.3.1 Kuntoutus

- Kotihoidon fysioterapeutin ja kuntoutuksen välinen yhteistyö nähtiin hyvänä asiana tulevaisuudessa, puhutaan "samaa kieltä" ja tiedetään paremmin toistensa työstä. Ongelmana päivystyksen hoitajien näkökulmasta, kun ei tiedetä, miten kussakin kunnassa palveluja on tarjolla.
- Konsultoitavat asiat ja tavat nähtiin yksiselitteisinä. Hoitajan vastuulle jää huolehtia, että lääkärin lähete kuntoutukselle tulee kirjattua konsultaatiota varten.
- Keskustelua herätti myös esimerkiksi olkaluunmurtumapotilaat, joista ajatellaan, että pärjäisi kyllä kotona, jos he ymmärtävät varmasti annetut ohjeet. Tällöin potilas voisi luottaa paranemisprosessiinsa, jolloin välttyttäisiin turhilta terveyskeskusosastojaksoilta. Hyvänä nähtäisiin esimerkiksi soitto tai käynti oman terveyskeskuksen fysioterapeutin kautta, jolloin voitaisiin samalla varmistaa, että annetut ohjeet ovat menneet perille. Iäkkäät eivät välttämättä osaa hakeutua hoidon piiriin, jos jää epäselvyyksiä. Myös esimerkiksi annetut kontrollikuvaukset saattavat unohtua ja hyvänä nähtäisiin, jos joku olisi myös esimerkiksi puhelimitse muistuttamassa.

6.3.2 Sosiaalityö

- Yhteystiedot eivät ole ajan tasalla, pitäisi päivittää aina muuttuessa myös päivystyksen yhteystietoihin.
- Viestipiikin käyttäminen nähtiin hyvänä asiana, jos potilas kotiutuu päivystyksestä ja hänen tilanteensa tarvitsisi sosiaalityöntekijän kannanottoa.
- Ajanvarauskirja nähtiin helppokäyttöisenä ja päivystystyötä helpottavana konsultaatiotapana. Ei katso kellonaikaa asian hoitamiselle.

6.3.3 Psykiatria/y-tiimi

- Y-tiimi on ”kultakimpale” ja he osaavat tehdä arvion potilaan tämänhetkisestä tilasta, ovat ammattitaitoisia. Kaikki potilaat eivät välttämättä tarvitse edes lääkäreitä.
- Tulisi enemmän osata hyödyntää myös ikäihmisten hoidossa ja diagnoosien poissulkumielessä.
- Hyödynnetään liian vähän, koska monesti ikäihmisten tilanteita pidetään muistisairauden aiheuttamana. Tiettyihin muistisairauksiin kuuluu harhat, mutta joskus ne voivat johtua myös muista syistä.
- Y-tiimi tekee paljon valmiiksi potilaan jatkohoidon eteen, vähentää päivystyksen hoitajien työtaakkaa.
- Ovat lähellä, jalkautuvat ja ovat tulleet tutuksi, joten helppo olla matalalla kynnyksellä yhteydessä.

6.3.4 Farmasia

- 10 lääkettä koettiin korkeaksi rajaksi lääkelistan tarkistukselle. 6-8 kirjallisuudessa esitetty raja. Tulisiko huomioida tarkemmin mihin vaivaan lääkkeet menevät?
- Osastofarmaseutit tarkistaneet lääkelistojen ajantasaisuuksia, mikä koettiin hyväksi asiaksi.
- Lääkärin ja farmaseutin olisi hyvä tehdä enemmän yhteistyötä, jotta lääkelistoilta saataisiin turhat lääkkeet parhaiten poistettua. Lääkäri tekee lopulta viimeisen päätöksen lääkityksen jatkosta.
- Uusien lääkkeiden aloittaminen ja ohjeistaminen voisi olla farmaseutin vastuulla, tässä voisi hyödyntää heitä enemmän.

- Farmaseutit olleet myös hyvänä apuna esimerkiksi päivystyksestä palautettavien lääkkeiden osalta ja harvinaisempien lääkkeiden valmistamisessa ja hankkimisessa.
- Vielä paljon epätietoisuutta, missä tilanteessa voitaisiin osastofarmaseuttia käyttää. Konsultaatiomallin luominen koettiin hyväksi ja tärkeäksi asiaksi yhteistyön kehittämisen kannalta.

6.3.5 Geriatria

- Resurssipula geriatrian puolella aiheuttaa sen, että iltapäivän konsultaatiomahdollisuus koetaan hankalaksi päivystyksen kannalta ruuhkautuvan tilanteen vuoksi. Puhelinkonsultaatiomahdollisuus kuitenkin on.
- Geriatriassa päivystyksessä tehdään paljon valmiiksi geriatria varten, minkä vuoksi puhelinkonsultaatio on nopea.
- Hoitajan tulee toimia muistuttajana lääkärille mahdollisesta konsultaatiosta. Toisaalta se myös helpottaa hoitajan taakkaa, kun ei tarvitse itse tehdä ja konsultoida eri ammattilaisia.
- Geriatristen potilaiden ohjaaminen eri ammattilaisille koettiin hankalaksi ja ammattilaisilla ei ole aina tietoa tai ymmärrystä, minne ohjata.

Näiden jälkeen käytiin myös läpi geriatrinen arviointi-kaavaketta (Liite 1) ja sen täyttämistä. Toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeää täyttää jokainen laatikko ja miettiä jokaisen poikkeavan vastauksen kohdalla, miksi tilanteeseen on päädytty ja alkaa selvittämään tilannetta ja sen taustoja tarkemmin. Gerastenia-astetta määriteltäessä on tärkeää puuttua tilanteeseen tarkemmin, mikäli iäkäs saa gerastenia-asteikokseen 5-9. Muistia ja sekavuutta selviteltäessä on tärkeää huomioida poikkeavat tulokset ja konsultoida eri ammattilaisia niiden mukaisesti. Painoindeksi on tärkeää selvittää, koska esimerkiksi yli 23 painoindeksiin liittyy pienempi kuolemanvaara (Strandberg & Jyväkorpi, 2020). Painon arvioinnissa tärkeää ottaa huomioon myös perussairaudet, esimerkiksi mahdollinen sydämen vajaatoiminta ja sen aiheuttama painonnousu (Kettunen, 2020). Ortostaattisen verenpaineen mittaaminen on tärkeää, koska Kantolan, Julan ja Niirasen (2018, 1811) mukaan ortostaattisen hypotension eli pystyasentoon liittyvän verenpaineen poikkeavan laskun on havaittu kasvavan iän mukana. Yli 70 vuotiaista jo joka kolmas kärsii siitä. Sillä on havaittu olevan myös yhteys kasvaneeseen kuoleman ja sydän- ja verisuonisairauksien riskiin alle 65-vuotiailla. Ihmisen noustessa makuuasennosta pystyyn elimistö normaalisti kompensoi verenkierron muutosta erinäisin tavoin. Häiriö

autonomisessa säätelyjärjestelmässä voi kuitenkin aiheuttaa ortostaattisen hypotension. Se pienentää aivojen verenvirtausta, minkä vuoksi oireina voi olla huimausta, sydämen tykytystä, vapinaa, näön hämärtymistä, väsymystä ja päänsärkyä. Pahimmassa tapauksessa ihminen voi menettää tajuntansa. Valtimotautia sairastavilla ihmisillä tähän voi liittyä rinta- tai vatsakipuja sekä pahoinvointia.

Geriatrisille vastuuhuoltajille jää tulevaisuudessa mietittäväksi, onko geriatrinen arviointi-lomake (Liite 1) parasta skannata potilaan tietoihin vai tuleeko siinä esitetyt asiat vain kirjata huolellisesti. Myös geriatrisen päivystyksen potilaiden ikäraja on herättänyt kysymyksiä ja ajatuksia, koska jos toiminta aloitetaan yli 75-vuotiailla, tulee potilaita alkuun herkästi todella paljon. On esitetty ajatus, josko toimintaa aloitettaisiin alkuun yli 85-vuotiailla, jonka jälkeen ikärajaa voitaisiin laskea potilasmäärien mukaan. Tämä jää kuitenkin tulevaisuudessa nähtäväksi, mihin ikärajaan tulevaisuudessa päädytään. Geriatria päivystystä on suunniteltu tässä vaiheessa aloitettavaksi yhden ihmisen työpanoksella, mitä vielä toistaiseksi ei ole pystytty osoittamaan. Tämä herätti myös keskustelua työajoista ja työtavoista tulevaisuudessa ja yhden ihmisen työpanos nähtiin todella tärkeänä asiana toiminnan aloittamisen kannalta. Lopuksi keskusteltiin vielä siitä, että geriatrisen päivystyksen tuloa odotetaan innolla ja uutta on mukava päästä kehittämään.

6.4 Sidosryhmäläisille suunnatun loppukyselyn tulokset

Jokaiselle sidosryhmäläiselle lähetettiin sähköposti (Liite 7), missä pyydettiin käymään läpi konsultaatiotilanteita ja -tapoja. Näitä mietittiin ensimmäisen kerran jo ideariihessä ja pohdittiin uudelleen vielä tulevaisuusverstaassa. Seuraavassa on esitettynä jokaiselta sidosryhmältä saadut vastaukset, ja nämä tulevat toimimaan konsultaatiomallin pohjana toimintaa käynnistettäessä.

6.4.1 Kuntoutus

Haasteena se, että päävastuu fysioterapiasta ja kuntoutuksesta tuntuisi olevan kotihoidon fysioterapeutilla, jolla on pitkäkestoisempi suhde potilaaseen ja laajempi näkemys hänestä. On myös mietittävä, mihin asioihin voidaan vaikuttaa geriatristen potilaiden osalta päivystysluonteisessa fysioterapiassa. Luotettavat ja kattavat apuvälinearviot olisi tehtävä

asiakkaan omissa kotiolosuhteissa ja tässä perusterveydenhuollon ja kotihoidon fysioterapeutin rooli on ensiarvoisen tärkeä.

Konsultoitavat tilanteet

- geriatrisen potilaan liikunta- ja toimintakyky- sekä apuvälinetarve-arvio turvallisen kotona liikkumisen mahdollistumiseksi
- geriatrisen potilaan konservatiivisesti hoidettavan murtuman mobilisointi-ohjaus
- geriatrisen potilaan asentohuimaus-ohjaus
- geriatrisen potilaan liikunta- ja toimintakyvyn arvio sekä fysioterapeutin kotikäynnin tarpeen eteenpäin vienti pyynnöstä kotihoidon fysioterapeuteille/terveyskeskuksen fysioterapeuteille

Konsultaatiotavat:

- puhelinkonsultaatio
- fysioterapeutin käyntiin geriatrisen päivystyspotilaan luona tarvitaan lääkärin pyyntö FT-lehdelle tai määräys, josta fysioterapiatarve käy selkeästi ilmi

6.4.2 Sosiaalityö

Sosiaalityön teksti kirjataan SOS-näkymälle.

Konsultoitavat tilanteet

- huoli itsestä huolehtimisesta ja vaikeudet suoriutua jokapäiväisten asioiden tekemisestä
- kotona pärjääminen
- sosiaalipalveluiden tarve, niiden riittämättömyys tai puute
- omaishoitotilanne, omaishoitaja potilaana
- läheisten ja tukiverkoston puute
- taloudelliset huolenaiheet
- hyväksikäyttö/pahoinpitely
- lähisuhdeväkivalta, potilas rikoksen uhrina
- intoksikaatiot
- päihteiden ongelmakäyttö
- toistuvat käynnit päivystyksessä, paljon palveluita käyttävät
- jatkohoitoasiat ja niiden kartoittaminen, lyhytaikaishoito itselle tai omaishoidettavalle

Konsultaatiotavat

- puhelimitse tavoittaa parhaiten (klo 8-16) (yhteispäivystyksen oma sosiaalityöntekijä)
- ajanvarauskirja
 - o varatessa aikaa potilaalle sosiaalityön yksiköstä (VASTAANOTTOAJAT tai Laji5) tai välittäessä potilaan tapaamista koskevaa pyyntöä (klo 8 ajat KONSULTAATIOT/PYYNNÖT), tulee käyttää käyntityyppiä X tilastointia varten
- sosiaalipäivystys kiireellisissä tilanteissa työajan ulkopuolella

6.4.3 Psykiatria/y-tiimi

Konsultoitavat tilanteet

- sekavuus, mielialan lasku (katsotaan alkuun psykiatrian kontaktit)
- muistisairaus – johtuuko aggressiivisuus tai käytöshäiriö siitä
- jos on psykiatrasta taustaa
- lääkitykset, esim. onko syönyt Leponexia vai ei – voi selittää myös sekavuutta, jos ei ole syönyt
- somaattisen tilan poissulku ensin, myös pähteiden käytön kartoittaminen on tärkeää
- hoitohistorian tietäminen tärkeää (hoitohistoria, erit. psykoositausta, olemassa oleva hoitokontakti)
- suiciidyritykset
- aggressiivisuus
- kriisitilanne (ei samana tai edellisenä päivänä sattunut)
- konsultaation tulee perustua vapaaehtoisuuteen

Konsultaatiotavat

- hyvä olla matalalla kynnyksellä yhteydessä
- puhelinsoitto on hyvä, kerrotaan mihin erityisesti halutaan saada konsultaatiota – kysymys tai tavoite, mitä halutaan saada

6.4.4 Farmasia

Mikäli iän (yli 75v) lisäksi jokin toinen kriteeri täyttyy, potilaan lääkityksen voi ohjata farmaseutin tarkistettavaksi. Lääkelistan tulee olla ajan tasalla ennen lääkityksen tarkistusta. Ennen

toiminnan käynnistämistä tulee vielä sopia käytännön toimintatavoista (mm. mihin farmaseutti tekee kirjaukset).

Konsultoitavat tilanteet

- ikä (75v täyttänyt)
- monilääkitty potilas (käytössä noin 10 lääkettä tai enemmän)
- tulositynä yhteys lääkitykseen tai epäily siitä, esim.
 - o kaatuminen
 - o sekavuus
 - o verenvuoto
 - o yhteisvaikutusepäily
 - o käytössä sedatiivisia lääkkeitä (esim. unilääkkeet, bentsodiatsepiinit)
- GFR <60ml/min
- harkitse myös, jos
 - o yleiset haasteet lääkityksessä
 - lääkkeenottotekniikka ja mahdolliset apuvälineet (ei pistosopetusta)
 - lääkityksen ohjaustarve
 - uuden lääkkeen aloitus ja sen aiheuttamat ongelmat
 - o lääkelistalla runsaasti epäselvyyksiä

Konsultaatiotavat

- paikan päällä (työaika alustavasti ma-pe klo 12-16, voidaan myös tehdä muutoksia)
- puhelimitse

6.4.5 Geriatria

Konsultoitavat tilanteet

- akuutti sekavuus
- epäselvä muistitilanne (diagnosoitu tai diagnosoimaton muistisairaus)
- hoidon tason pohdinta (millaisia tutkimuksia ja hoitoa kannattaa toteuttaa monisairaalla ja hauraalla iäkkäällä ja missä ne kannattaa toteuttaa)
- hoitolinjaukset
- lääkitysongelmat, monilääkitys, erityisesti muisti- ja psyykelääkkeisiin liittyvät ongelmat

- yleistilan lasku ja kotona pärjäämättömyys (taustalla monesti selviteltäviä asioita, vaarana että tehdään liian nopeita johtopäätöksiä, ettei ikääntynyt pärjää kotona)
- yli 75 vuotiaista pienienergisien murtuman saaneista tulee listaus geriatrian poliklinikalle, näistä kutsutaan tasapainopoliklinikkakäynnille alaraaja-, nikama- ja olkaluun murtumapotilaita (mikäli luustoterveyttä tai kaatumisvaaraa ei ole muissa yhteyksissä kokonaisvaltaisesti arvioitu). Muistakin kaatuneista/murtumapotilaista voi tehdä paperikonsultaation.
- käytösongelmat
- toistuvat epäselvät käynnit päivystyksessä

Konsultaatiotavat

- puhelimitse, erityisesti iltapäivisin (lääkärin soitto suoraan geriatrille)
- paperikonsultaatio
- mahdollisesti tulevaisuudessa paikan päällä

7 POHDINTA

7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelu

Ideariihen, tulevaisuusverstaan, benchmarkingin ja sidosryhmille lähetetyn sähköpostin avulla saatiin muodostettua hyvät raamit eri ammattilaisten konsultointiin.

Ideariihessä käytiin läpi perusasioita liittyen eri potilasryhmiä koskevaa konsultointia. Jo tässä vaiheessa päästiin hyvin jakamaan näkemyksiä ja solmukohtia yhteistyöhön liittyen. Toivonkin, että tämä keskustelu tulee tulevaisuudessa jatkumaan tiiviimmin. Ideariihen ehdottomasti suurin positiivinen asia oli se, että yhteistä tahtotilaa ikääntyneiden asioiden parantamiselle löytyi paljon. Lisäksi kävi ilmi, että jo tällä hetkellä on paljon tiedonpuutteesta johtuvaa resurssien käyttämättömyyttä. Nämä käyttämättömät resurssit tulisi pikaisesti ottaa käyttöön jo tässä vaiheessa ikääntyneiden hyväksi. Ideariihen huono puoli oli se, että aikaa oli varattu ehdottomasti liian vähän jokaisen ammattiryhmän kohdalle. Keskustelut olivat hyvin hedelmällisiä ja mikäli ne olisivat kestäneet hiukan pidempään, olisi varmasti saatu vielä enemmän hyvää tietoa toisiltamme. Myös ideariihessä täytetyt SWOT-kaavakkeet antoivat tärkeää tietoa yhteistyöstä kunkin sidosryhmän osalta. Mielenkiintoista oli myös se, että vaikka kaavaketta ja sen tarkoitusta ei avattu osallistujille erityisemmin, olivat vastaukset hyvin toisistaan poikkeavia, myös jokaisen ryhmän sisällä. Yhteinen tahto ja halukkuus iäkkäiden hoidon parantamiselle näkyi kuitenkin selkeästi useammassa vastauksessa.

Benchmarkingin tulokset yllättivät positiivisesti. Ne yksiköt, mitkä vastauksia antoivat, antoivat tietoa yksiköstään runsaasti. Tätä saatua tietoa tullaan varmasti myös tulevaisuudessa hyödyntämään. Eniten harmitti kuitenkin se, kuinka monet yksiköt jättivät vastaamatta, koska heiltä olisi varmasti saatu myös hyvää tietoa konsultaatiomallia ja toiminnan käynnistämistä ajatellen. Ensimmäisenä huomionarvoisena vastauksissa oli se, että benchmarkatuista yksiköistä jokaisella hoitoajat ylittivät 24 tuntia, mikä taas on suunnitteilla olevan geriatrisen päivystyksen suunniteltu maksimi hoitoaika. Tämä sai pohtimaan sitä, että tulevassa geriatrisessa päivystyksessä eri sidosryhmien konsultaatiot tulee tapahtua myös hyvin ”päivystysluontoisesti”, jotta tavoiteaika saavutetaan ja iäkäs saa tarvitsemansa hoidon ja kykenee kotiutumaan. Tämä taas vaatii ymmärrystä kaikilta hoitoon osallistuvilta ammattilaisilta geriatrisen päivystyksen luonteesta. Mielenkiintoista oli myös se, että benchmarkatuissa yksiköissä oli paljon vaihtelevuutta esimerkiksi käytettyjen testien osalta.

Tässä näkee hyvin sen, että yksikään testi ei ole varsinaisesti toistaan parempi, vaan jokainen yksikkö käyttää sitä, minkä itse kokee parhaimmaksi.

Pidetyssä tulevaisuusverstaassa oli mukava päästä kuulemaan geriatrinen vastuuhoitajien ajatuksia aikaisemmin pidetystä ideariihestä ja ajatuksista, mitä se on jälkeenpäin herättänyt. Pidetty ideariihesi herätti mukavasti keskustelua ja positiivisia ajatuksia, uuden yksikön toiminnan kehittäminen koettiin mielenkiintoiseksi ja innostavaksi. Yhteinen tahtotila asioiden hoitamiseen koettiin myös tärkeäksi tulevaisuuden kannalta. Tulevaisuusverstaassa esitettiin ideariihessä saatuja tuloksia konsultoitavista tilanteista ja -tavoista sekä käytiin läpi benchmarkatuista yksiköistä saatuja vastauksia. Näiden pohjalta lähdettiin vielä miettimään, olisiko listattuihin asioihin vielä jotain lisättävää, poistettavaa tai muuten vain huomioon otettavaa. Tulevaisuusverstaaseen oli varattu aikaa hyvin ja se oli tärkeää, jotta keskustelu pääsi kunnolla viriämään.

Sidosryhmille lähetetty sähköposti tavoitti kaikki ideariiheseen osallistuneet yhtä osallistujaa lukuun ottamatta, joka oli vaihtanut työpaikkaa. Vastaukset tulivat sidosryhmittäin eli konsultaatiomallista ja -tavoista oli keskusteltu jälkeen päin vielä yksiköissä. Sähköpostiin tulleet vastaukset olivat hyvin käytännönläheisiä ja uskon, että niistä saaduilla vastauksilla toiminta pystytään käynnistämään. Jatkossa toiminta tulee varmasti vaatimaan säännöllisiä yhteistyöpalavereja, jotta toiminnasta saadaan tehokasta ja sujuvaa jokaisen kannalta. Vasta kuitenkin käytännön työ osoittaa, miten toiminnan suunnittelussa on onnistuttu ja mitä asioista tulee vielä kehittää.

Mielestäni kehittämistyön tarkoitus ja tavoite täyttyivät, koska kehitetty konsultaatiomalli ja sen kehittämisprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Sen pohjalta on pystytty luomaan konsultaatiomalli, minkä avulla ikääntyneiden kotona asumista pyritään turvaamaan. Myös kehittämiskysymyksiin pystyttiin hyvin vastaamaan. Konsultoitavat tilanteet on listattu jokaisen sidosryhmän osalta mahdollisimman selkeästi. Konsultoinnin pohjana tullaan käyttämään geriatrinen arviointi-lomaketta (Liite1), mikä toimii konsultaatiomallina hoitotyön osalta. Sen tulee herätellä lomaketta täyttävää ja käyttävää hoitohenkilökuntaa ohjaamaan ikääntynyt eri sidosryhmien konsultaatioon. Myös erilaiset yhteydenottotavat on sovittu sidosryhmien kanssa yhteistyön helpottamiseksi. Toimiva konsultaatiomalli myös toisaalta takaa sen, että palvelusta saadaan mahdollisimman samanlaatuista jokaiselle ikääntyneelle.

Isoherrasen (2012, 140) mukaan tiimityö on muuttumassa aiempaa potilaslähtöisemmäksi ja kaikkien osaamista hyödyntäväksi ja tasa-arvoisemmaksi. Työkulttuurista on tulossa yhteisöllisempää aikaisemman yksilöllisen sijaan. Näen, että geriatrinen päivystys on edesauttamassa muutosta kohti yhteisöllisempää työkulttuuria, koska siellä eri ammattilaiset tulevat työskentelemään yhteistyössä, tiimissä, toistensa kanssa. Tällä tavoin pystymme antamaan entistä potilaslähtöisempää ja kaikkien osaamista hyödyntävää hoitoa iäkkäille potilaille.

Toivon, että koronatilanne helpottaisi maakunnassamme mahdollisimman nopeasti, jotta geriatrinen päivystys päästäisiin aloittamaan edes yhden hengen työpanoksella. Tällä hetkellä on kuitenkin hankala arvioida, koska sellainen tilanne on mahdollinen. Toiminnan käynnistämällä voitaisiin alkaa vaikuttamaan entistä paremmin ikääntyneiden päivystyskäynteihin, mitkä eivät ole varsinaista päivystyksellistä hoitoa vaativia. Tätä kautta voitaisiin ennaltaehkäistä nk. pyöröovi-ilmiö. Erilaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että päivystyksessä tehtävät interventiot tukevat ikäihmisten kotona pärjäämistä ja niillä on myös taloudellisia vaikutuksia. Palmer (2018, 11) on osoittanut, että akuuttigeriatrisella yksiköllä on merkittävä vaikutus lyhyempään sairaalassaoloaikaan, iäkkäitä joutuu siirtymään vähemmän palvelukoteihin ja kustannukset ovat alhaisemmat. Fox, Persaud, Maimets, O'Brien, Brooks, Tregunno ja Schraa (2012, 2242-2243) tuovat tutkimuksessaan esille, että akuuttigeriatrisessa yksikössä annetulla hoidolla akuutin sairauden tai vamman yhteydessä on suotuisia vaikutuksia tavalliseen hoitoon verrattuna: kaatumiset ja delirium vähenivät, toimintakyky oli parempi, sairaalassaoloaika lyheni, palvelukoteihin joutuminen väheni, erilaiset kotona asumisen kustannukset vähenivät sekä painehaavojen ilmaantuvuus pieneni. Baztán, Suárez-García, López-Arrieta, Rodríguez-Mañas ja Rodríguez-Artalejo (2009, 7) taas ovat tutkimuksessaan todenneet, että vaikka akuuttigeriatriset yksiköt sisälsivät eri ammattilaisia osana työryhmää, niissä ei ollut enempää henkilökuntaa kuin muuallakaan. Positiiviset hoidon vaikutukset olivatkin seurausta erikoisosaamisesta ja työn organisoinnista. Näiden yksiköiden erityispiirteinä oli kattava geriatrinen arviointi ja potilaan tarpeisiin keskittyvä hoito, poikkitieteellinen hoito missä eri ammattilaiset työskentelevät yhdessä sekä varhainen jatkohoidon suunnittelu. Tämä puoltaa sitä ajatusta, että uuden, erityisen toiminnan käynnistäminen ei aina vaadi normaalia enempää henkilöstöresursointia, vaan yhteiset toimintatavat, koulutus ja yhteistyö vievät toimintaa pitkälle eteenpäin.

Kehittämistyötä tehdessäni jäin miettimään, että olisiko Suomen erilaisia geriatriasia yksiköitä ja niiden käytäntöjä tarpeellista tutkia tarkemmin ja kehittää oma systemaattinen mittaristonsa iäkkäiden päivystyspotilaiden tutkimista varten. Saadulla tutkimustyöllä voitaisiin saada tietoa siitä, mitkä mittarit olisivat tehokkaimpia ja hyödyllisimpiä arvioinnissa. Tällä hetkellä käytännöt ovat vaihtelevia ja hoitoon osallistuu eri ammattilaisia eri toimenkuvin. Tämän vuoksi annettu hoito riippuu pitkälti siitä, missä kunnassa iäkäs asuu. Tätä samaa mittaristoa voisi hyödyntää esimerkiksi perusterveydenhuollossa mahdollisuuksien mukaan ja siitä saatujen tulosten pohjalta ikääntynyt ohjautuisi tarkempiin selvittelyihin esimerkiksi geriatriseen päivystykseen/yksikköön.

7.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyötä tehdessä on kunnioitettu tutkimuseettistä käytäntöä sekä noudatettu ja kunnioitettu myös sairaanhoitopiirin toimintatapoja ja arvoja. Kehittämistyölle on haettu kirjallinen tutkimuslupa kehittämistyön tekemistä varten sairaanhoitopiiriltä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta eli TENK (2012, 6) on todennut, että tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja siitä saadut tulokset ovat uskottavia, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Näitä hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat ensinnäkin se, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisössä tunnustettavia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen tekemisessä tulee myös soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tekemisessä tulee toteuttaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimustuloksia julkaistaessa. Tutkijoiden tulee ottaa huomioon ja kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viitata heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimus tulee myös suunnitella, toteuttaa, raportoida ja tallentaa siinä syntyneet tietoaineistot tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimusluvat tulee olla hankittuna ja tarvittava eettinen ennakkoarviointi tehtynä. Tutkimusryhmässä tulee olla sovittuna ennen tutkimuksen aloittamista tai tutkijoiden rekrytointia kaikkien osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineiston säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset. Myös rahoituslähteet ja tutkimuksen kannalta muut merkitykselliset sidonnaisuudet tulee ilmoittaa asianosaisille ja raportoida tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Olen pyrkinyt noudattamaan

näitä näkökulmia kehittämistyötä tehdessäni ja pyrkinyt tuomaan ne esille myös kehittämistyön eri vaiheissa.

Kehittämistyön eri vaiheet olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, myös aikataulut ja mahdolliset epäonnistumiset. Lisäksi jokaiselle kehittämistyöhön osallistuneelle olen pyrkinyt tuomaan ilmi, että osallistuminen on vapaaehtoista ja ketään ei tulla vastauksista tunnistamaan. Ideariihestä ja tulevaisuusverstaasta nauhoitetut tallenteet on tallennettu siten, että ulkopuolisilla ei ole pääsyä niihin ja kehittämistyön valmistuttua ne tullaan hävittämään asianmukaisesti.

7.3 Jatkokehittämisehdotukset

Kehittämistyön tekeminen herätti mielenkiintoni siihen, että tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista systemaattisemmin seurata ja arvioida geriatrisesta päivystyksestä annetun intervention vaikuttavuutta ikääntyneen arkeen, kokivatko he todella saavansa apua geriatrisesta päivystyksestä ja miten heidän kotona pärjäämistään pystyttiin käytännössä tukemaan. Jonkinlaista seurantaa oli toteutettu joidenkin yksiköiden toimesta, mutta millaista se varsinaisesti on, ei käynyt benchmarkingissa ilmi. Tietoa Suomessa tehtävästä geriatrisesta päivystyksellisestä interventiotoiminnan vaikuttavuudesta ei juurikaan löytynyt.

LÄHTEET

- Baztán, J. J., Suárez-García, F. M., López-Arrieta, J., Rodríguez-Mañas, L. & Rodríguez-Artalejo, F. 2009. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. [Verkkolehtiartikkeli]. BMJ 2009; 338. [Viitattu 3.4.2022]. Saatavana: <https://www.bmj.com/content/bmj/338/bmj.b50.full.pdf>
- Collin, K., Valleala U.M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Teoksessa: Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Collin, K., Paloniemi, S. & Herranen, S. (toim.). [Verkkokirja]. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. [Viitattu 14.12.2021]. Saatavana: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37906/978-951-39-4758-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dufva, M. 2020. Megatrendit 2020. [Verkkojulkaisu]. Vantaa: Erweko, Sitran selvityksiä 162. [Viitattu 3.4.2021]. Saatavana: <https://media.sitra.fi/2019/12/15143428/megatrendit-2020.pdf>
- 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. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of the American Geriatrics Society 2012 Dec; 60(12); 2237-2245. [Viitattu 3.4.2022]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557720/pdf/jgs0060-2237.pdf>
- Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 13.12.2021]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131301/URN_ISBN_978-952-302-739-8.pdf?sequence=1
- Innokylä. Ei päiväystä. Aivorihi. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.4.2021]. Saatavana: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivorihi>
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 3.4.2021]. Saatavana: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf
- Kangasniemi, M., Suutarla, A., Tilander, E., Knuutila, M., Haapa, T. & Arala, K. 2015. Sairaanhoitajien kollegiaalisuus: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö vol 13.(1) 2015: 35-43
- Kantola, I., Jula, A. & Niiranen, T. 2018. Ortostaattisen hypotension tutkiminen ja hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääkärilehti 34/2018 vsk 73; 1811-1814. [Viitattu 1.4.2022]. Saatavana: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/44/14/835/sll342018-1811.pdf>

- Kerminen, H., Jäppinen, A.-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P. & Havulinna, S. 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. [Verkkajulkaisu]. TOIMIA-suositukset. [Viitattu 4.1.2022]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138652/TOIMIA_suositus_s023_iakkaiden_henkiloiden_lyhytaikaiseen_sairaalahoitoon_liittyva_toimintakyvyn_arviointi.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Kettunen, R. 2020. Sydämen vajaatoiminta. [Verkkajulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 1.4.2022]. Saatavana: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00084#s3>
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. [Verkkajulkaisu]. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), raportti 4/2018. Helsinki. [Viitattu 11.1.2022]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. [Verkkosivu]. Hoitotiede Vol 11, no 1/-99: 3-12. [Viitattu 29.12.2021]. Saatavana: https://peda.net/jyu/okl/ko/klt/djm/demo-3/materiaalit/kvsa:file/download/cbc6d1571e180d91eb814eb851a5f912ad27a870/Kyngas_Vanhanen_Sisallon_analyysi.pdf
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta. 28.12.2012/980. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.5.2021]. Saatavana: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Liikunta. 2016. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 4.5.2021]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50075#s31>
- Louhimo, J. 2019. Onnistunut konsultaatio – potilaan parhaaksi! [Verkkoartikkeli]. Duodecim 2019; 135: 486-90. [Viitattu 5.5.2021]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14802.pdf>
- Luoma, K., Rätty, T., Moisio, A., Parkkinen, P., Vaarama, M. & Mäkinen, E. 2002. Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Edita Prima Oy. Sitran raportteja 30. [Viitattu 16.1.2021]. Saatavana: <https://media.sitra.fi/2017/02/27173305/raportti30-2.pdf>
- Meristö, T., Molarius, R., Leppimäki, S., Laitinen, J. & Tuohimaa, H. 2007. Laadukas SWOT. Työkalu pk-yrityksen innovaatiovetoisen tulevaisuuden menestyksen turvaamiseksi. [Verkkajulkaisu]. Turku: Corporate Foresight Group CoFi. [Viitattu 6.4.2022]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/312020497_LAADUKAS_SWOT_Tyokalu_pk-yrityksen_innovaatiovetoisen_tulevaisuuden_menestyksen_turvaamiseksi

- Mylläri, E., Kirsi, T. & Valvanne, J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Nosraty, L. 2018. Successful Aging Among The Oldest Old. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 2370. Väitöskirja. [Viitattu 9.1.2022]. Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/103279/978-952-03-0723-3.pdf?sequence=1>
- Palmer, R. M. 2018. The Acute Care for Elders Unit Model of Care. [Verkkoartikkeli]. Geriatrics 2018, 3, 59. [Viitattu 3.4.2022]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6319242/pdf/geriatrics-03-00059.pdf>
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. [Verkkojulkaisu]. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponiensis 210. Väitöskirja. [Viitattu 11.12.2021]. Saatavana: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%c3%a4s%c3%a4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Salminen, A. 2011. Mitä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. [Verkkojulkaisu]. Vaasan Yliopiston julkaisuja, opetusjulkaisuja 62, julkisjohtaminen 4. Vaasan Yliopisto. [Viitattu 11.12.2021]. Saatavana: https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salminen-Tuomaala, M. 2020. Foresight framework – konkreettinen väline klinisen toiminnan kehittämiseen. Luentoesitys. 4.9.2020. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, klinisen asiantuntijuuden koulutusohjelma. Julkaisematon.
- Sarajärvi, A. 2011. Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa: Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Nurminen, R. (toim.). [Verkkokirja]. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. [Viitattu 9.2.2022]. Saatavana: <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Yliopistopaino. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. [Viitattu 9.2.2022]. Saatavana: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fi-fe201504226780.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020a. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: AT-Julkaisutoimisto Oy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020: 31. [Viitattu 9.3.2022]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: AT-Julkaisutoimisto Oy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. [Viitattu 16.1.2021]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivystys. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.5.2021]. Saatavana: <https://stm.fi/paivystys>
- Strandberg, T. & Jyväkorpi, S. 2020. Ikääntyneiden ravitsemus, lihavuus ja laihdutus – yleisiä näkökohtia. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 1.4.2022]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/nix02720>
- Strömmer, P. 2005. Vertailukehittäminen: virtuaalikypärä nimeltä benchmarking. Teoksessa: R. Seppänen-Järvelä (toim.) Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. [Verkkokirja]. Helsinki: Stakes, Finsoc, 55-64.
- Talvela, J. & Stenman, K. 2012. Tulevaisuudentutkimuksen menetelmiä. [Verkkajulkaisu]. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Nro 35. [Viitattu 5.1.2022]. Saatavana: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47132/tutu_kirja_web_ver3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tamminen, J. & Metsävainio, K.-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. [Verkkoartikkeli]. Finnanest 2015; 48 (4). [Viitattu 3.4.2021]. Saatavana: http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. [Viitattu 14.3.2022]. Saatavana: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.4.2021]. Saatavana: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. [Verkkajulkaisu]. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy. [Viitattu 9.1.2022]. Saatavana: <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>
- Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa: Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim). Helsinki: WSOY.

WHO. 2012. WHOQOL User Manual. Division of mental health and prevention of substance abuse. [Verkojulkaisu]. World Health Organization. [Viitattu 9.1.2022]. Saatavana: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>

Wrede, S., Tiilikainen, M. & Vartiainen, P. 2020. Moninaistuva väestö ja ikääntyminen. [Verkkoartikkeli]. Gerontologia 34(4), 2020. [Viitattu 29.11.2021]. Saatavana: <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99603/57524>

LIITTEET

Liite 1. Geriatrinen arviointi

Liite 2. Saatekirje ideariihien osallistujille

Liite 3. Ideariihen apupaperi

Liite 4. Ideariihen SWOT-tilukko

Liite 5. Saatekirje benchmarkattaville yksiköille

Liite 6. Tulevaisuusverstaan diaesitys

Liite 7. Sidosryhmäläisille suunnattu loppukysely

Liite 8. läkkään potilaan arvioinnista sairaalaosastolla

Liite 1. Geriatriinen arviointi

GERIATRINEN ARVIOINTI

Mittari 1: Toimintakyvyn arviointi

TOIMINTAKYKY ☐ Täysin omaehtoinen ☐ Tarvitsee apua asioissa ADL ☐ Tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa PADL	SOSIAALINEN TUKI, KOTIHOITO ☐ Ei avun tarvetta ☐ 1x viik ☐ 2-3x viik ☐ 4 tai yli viik ☐ Omaishoitaja/läheisen tuki ☐ Asumispalvelu ☐ Ei tiedossa	KAATUMISHISTORIA EDELTÄVÄ VUOSI ☐ 0 ☐ 1x ☐ 2x tai useammin
SAIRAALAJAKSOT VIIMEINEN 6KK ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2x tai useammin		PÄIVYSTYSKÄYNNIT VIIMEINEN 3KK ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3x tai useammin

Clinical Frailty Scale*
(Jokainen geriatrisen tilan arviointi)

 1. Erittäin hyväkuntoiset – Ilmeisesti aktiiviset, energiset ja motivoituneet henkilöt. He kuntelevat yleensä säännöllisesti. He ovat ikäryhmittään parhaassa fyysisessä kunnossa.	 7. Vainkesti haavoittuvat – Tällaisia tiloissa olevat henkilöt ovat usein riippuvaisia toisten avusta itsensä huolehtimisessa mistä tahansa syystä (fyysinen tai kognitiivinen). Heidän tilansa näyttää valaasta eikä kuulemanneki ole suuri (sairaan n. 6 kk sisällä).
 2. Hyväkuntoiset – Henkilöt, jotka ei ole ajankohtaisia sairauksien vuoksi mutta joiden kunto on huonompi kuin kategorissa 1. Usein he kuntelevat tai ovat aktiivisia ajoittain, esim. lauluseuroissa.	 8. Erittäin vainkesti haavoittuvat – Tällaisia tiloissa olevat henkilöt ovat yleensä riippuvaisia toisten avusta. Yleensä he eivät pysty toimimaan itsenäisesti sairautensa vuoksi.
 3. Hyvin pärjäävät – Henkilöt, joiden lääketehtävät ongelmat ovat hyvin hallinnassa, mutta jotka eivät haavoittu säännöllistä liikuntaa edistävyyttä lukuun ottamatta.	 9. Kuulemansairaat – Henkilöt, jotka ovat elämän loppuvaiheessa. Tähän kategoriaan luetaan henkilöt, joiden elinajanodote on alle 6 kuukautta, vaikka he eivät ole muuten selvästi haavoittuvia.
 4. Haavoittuvat – Henkilöt, jotka eivät tarvitse toisten apua päivittäin, mutta usein erilaiset ongelmat rajoittavat aktiivisuutta. Yleinen oire on hidas liikkuminen ja/tai väsymys olo päivällä.	Geriatrisen arviointi muistisairauksilla henkilöillä Haavoittuvien väkijoukosta vastaa muistisairauden vaihtelua. Uusien demensian tyyppiläisiä oireita ovat odottamattomia tapahtumien yksilökohtainen unohtaminen, vaikka tapahtuma itsessään on palautettavissa mieleen, samojen kysymysten tai tarinain toistaminen ja väkijoukon sosiaalisten tilanteiden. Keskivaiheessa demenssiassa läheisesti on selvästi heikentynyt, vaikka pienempiä elämän tapahtumia näytetään olevan hyvin muistissa. He tarvitsevat ohjausta itsensä huolehtimiseen. Vainkesti muistisairaat eivät kykene huolehtimaan itsensä ilman toisten apua.
 5. Uuvasti haavoittuvat – Näiden henkilöiden tilanteita on usein vaikeampi hahmotella ja he tarvitsevat apua vaikeavaiheissa päivittäistöiden osalta (raho-asioiden hoito, kulkuvälineiden käyttö, ruoanlaitto, lääkityksen huolehtiminen). Yleensä heidän haavoittuvuutta yhä enemmän laajenee käynnin, ulkonäkönsä, ruoan valmistuksen ja kotona.	* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008. 2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. <i>Chin J Geriatr</i> 2005; 173-489-493.
 6. Kattavasti haavoittuvat – Henkilöt, jotka tarvitsevat apua kaikissa kodin ulkopuolisissa asioissa ja kottitöissä. Suhteellisen heikko on usein väkijoukosta parhaimmista kunnosta ja he tarvitsevat apua peseyhtymisessä ja mahdollisesti vähäistä apua ruokailunsa (ohjauksen ja valvonnan tarve).	

Mittari 2: SIX-ITEM SCREENER + MOTYB (muisti ja sekavuus)

TESTI	SIX-ITEM SCREENER	MOTYB
Mitä tuntuu? Mitä kysytään?	Muisti 1. valhe - orientaatio: Kysytään potilaalta vuotta (1 p), kuukautta (1 p), viikkipäivää (1 p). 2. valhe - läheisyys: Pyydetään toistamaan kolme sanaa. Pyydetään kertonnan toistat sanat 3-2 min kuluttua (3 x 1 p).	Sekavuus 1. valhe: Pyydetään potilasta luettamaan kuukaudet tavallisen (januuri). 2. valhe <u>potilas muisti potilas muisti</u> ensimmäisestä vaiheesta). Pyydetään potilasta luettamaan kuukaudet takaperin.
Potilaan tulos	4/6 p tai vähemmän.	Potilas ei selviydy etuperin luettelusta tai takaperin luettelusta kesäkuun asti.
Tuottavuuden kulu aika	Alle 5 min.	Normaalit suoritusajat alle 1 min, potilaat suoritusajat alle 1 min.

Mieliala ja masennus

MIELIALA/MASENNUSSEULA, KAHDEN KYSYMYKSEN SEULA:

Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivotonmuudesta?	Kyllä ☐	Ei ☐
Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?	Kyllä ☐	Ei ☐

Painoindeksi:

Ortostaattinen koe:

5min makuulla: _____

1min seisten: _____

2min seisten: _____

3min seisten: _____

Liite 2. Saatekirje ideariiheen osallistuville

Hyvä ammattilainen!

Työskentelen sairaanhoitajana yhteispäivystyksessä ja olen kliininen asiantuntija YAMK-opiskelija Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Kehittämistehtäväni aihe on luoda moniammatillinen konsultaatiomalli yhteispäivystyksen yhteyteen avattavaan geriatriseen päivystykseen. Geriatrisessa päivystyksessä on tarkoitus kartoittaa sinne tulevien iäkkäiden tilannetta moniammatillisen tiimin avulla. Näitä moniammatillisen tiimin jäseniä ovat yhteispäivystyksen hoitajat ja lääkärit, geriatri, osastofarmaseutti, sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja sekä fysioterapeutti. Tällä pyritään siihen, että ikääntyneen kotona selviytymistä voitaisiin tukea paremmin ja pyritään ehkäisemään nk. "pyöröovi-ilmiötä".

Kehittämistehtäväni tarkoituksena on luoda moniammatillinen konsultaatiomalli geriatriseen päivystykseen. Tavoitteena on kehittää konsultaatiomalli, mitä on helppo ja yksiselitteinen käyttää, ja jonka avulla iäkkäät saavat tasalaatuista ja laadukasta palvelua heidän kotona asumisensa turvaamiseksi ja tarpeidensa mukaisesti.

Yksi osa-alue kehittämistehtävässä on ideariihi-tyyppinen keskustelu eri ammattilaisten ja yhteispäivystyksen hoitajien sekä geriatrin kesken, missä on tarkoituksena keskustella ja sopia eri konsultaatiokäytänteistä. Pyytäisin teitä osallistumaan moniammatilliseen ideariiheen. Ideariiheen ei tarvitse valmistautua etukäteen.

Idearihipäivä toteutetaan 16.9.2021 ja tiloina toimii yhteispäivystyksen kokoustila.

Yhteistyöstä kiittäen;

Niina Yli-Mäenpää (niina.yli-maenpaa@seamk.fi)

Liite 3. Ideariihen apupaperi

Geriatrisen päivystyksen sisäänottokriteerit (riittää, kun joku kohdista täyttyy):

- ikä >75v
- hoivapalvelut käytössä
- toistuvat käynnit (3x 3kk aikana)
- muistisairaus

Tavoite: kehittää konsultaatiomalli tasalaatuisen ja laadukkaan palvelun tuottamiseksi ikääntyneelle. Konsultaatiomallin avulla pyritään turvaamaan iäkkään ihmisen kotona asumista.

Kehittämiskysymykset:

1. Minkälaisissa tilanteissa konsultoidaan eri sidosryhmiä ikääntyneen tilasta?
2. Millainen konsultaatiomalli on toimiva hoitotyön näkökulmasta?
3. Millaisin keinoin palvelusta saadaan samanlaatuista jokaiselle ikääntyneelle?

Sidosryhmät:

- kuntoutus
- sosiaalityö
- psykiatria/y-tiimi
- farmasia
- geriatria

Liite 4. Ideariihen SWOT-taulukko

TÄMÄN HETKEN	VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
- vahvuuksia voidaan vahvistaa ja hyödyntää jatkossakin - heikkouksia ei voida välttämättä poistaa, mutta niiden vaikutusta voidaan pyrkiä lieventämään		
TULEVAISUUDEN	MAHDOLLISUUDET	UHAT
- mahdollisuuksia voidaan hyödyntää resurssien mukaisesti - uhkiin varaudutaan hyvällä suunnittelulla, jotta ne eivät tule yllätyksenä		

Liite 5. Saatekirje benchmarkattaville yksiköille

Hei!

Olen kliininen asiantuntija YAMK-opiskelija Seinäjoen ammattikorkeakoulusta ja työskentelen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä. Kehittämistehtäväni tarkoituksena on kehittää moniammatillinen konsultaatiomalli uuteen geriatriseen päivystysyksikköön, joka perustetaan osaksi yhteispäivystystä. Tavoitteena on kehittää konsultaatiomalli, mitä on helppo ja yksiselitteinen käyttää, ja jonka avulla ikääntyneet saavat tasalaatuista palvelua.

Olisin kiinnostunut saamaan tietoa teidän geriatrisen yksikkönne mahdollisissa kriteereistä, linjauksista, ohjeistuksista tai muista toimintaa ohjaavista malleista, joiden avulla eri ammattilaisia konsultoidaan.

- Mistä potilaat teille ohjautuvat?
- Onko käytössänne jonkinlaisia kriteerejä, joiden perusteella potilaat teille ohjautuvat? Minkälaisia?
- Onko käytössänne jonkinlaisia linjauksia/ohjeistuksia, joiden perusteella potilaat teille ohjautuvat? Millaisia?
- Millaisia eri ammattilaisia teillä osallistuu geriatrisen potilaan hoitopolkuun? Miten potilaat heille ohjautuvat/millä kriteerein heitä konsultoidaan? Millaisina aikoina eri ammattilaiset ovat tavoitettavissa?
- Onko teillä käytössä mittareita/testejä, joiden tulosten pohjalta potilaan hoitoa ohjataan eri asiantuntijoille? Minkälaisia?

Lisäksi olisin kiinnostunut saamaan lisätietoa muuten geriatrisesta yksiköstänne.

- Millaiset aukioloajat yksikössänne on?
- Kuinka pitkiä hoitoaikanne keskimäärin ovat?
- Seurataanko potilaiden saamaa hoitoa ja sen toteutumista jollainlailla hoidon päätyttyä?
- Seurataanko potilaan toimintakyvyn muutoksia päivystyskäynnin jälkeen?

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin

Niina Yli-Mäenpää

niina.yli-maenpaa@seamk.fi

Liite 6. Tulevaisuusverstaan diaesitys

Ihmisen terveyden tähden

Geriatrisen päivystyksen ideariihi-iltapäivä 25.11.2021

Niina Yli-Mäenpää

Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiriwww.epshp.fi

Ihmisen terveyden tähden

Mitä ajatuksia yleisesti edellinen ideariihi-iltapäivä herätti ja on herättänyt jälkeen päin?

Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiriwww.epshp.fi

Kuntoutus

Vahvuudet

- Ohjaus apuvälineasioissa
- Moniammatillisuus
- Molempipuolinen halu yhteistyöhön
- Kotift. olemassa
- Yhteinen tahtotila
- Osaava henkilöstö
- On olemassa kons. mahdollisuus

Heikkoudet

- Ei tietoa mihin ottaa yhteyttä
- Kiire
- Päivystysten hoitajilla tällä hetkellä hatara ote kuntoutusasiaan
- Vähäiset resurssit ja suuret potilasmäärät
- Lääkärin lähete tarvitaan konsultaatioon
- Kuntoutustarpeen vähäinen tunnistaminen
- Toisten toimintojen riittämätön tunnistaminen
- Mahdollisuutta (konsultaatio) ei käytetä riittävästi



Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

www.epshp.fi

Mahdollisuudet

- Konsultaatio 24/7
- Selkeä konsultaatiomalli
- Suora linkki kuntoutuksesta ja jatkoista hoitajalla tiedossa
- Moniammatillisuuden moninaistaminen
- Yhteys kotihoidon fysioterapeutteihin vahvistuu - konsultaatio
- Hyvä toimiva geriatrinen potilaiden hoitoketju päiväystyksestä hyvään kotiuttamiseen
- Yhteinen tahto hoitaa geriatrisia potilaita
- Samassa rakennuksessa työskentely
- Turvallinen kotiutus mahdollista
- Systemaattinen arvio
- Kuntoutustarpeen arvio
- Hyvinvointialue
- Jokainen pot. saa fys.ohjausta ppkl:lla ja jatkotapaaminenkin on sovittu

Uhat

- Suuret asiakasmäärät
- Tarvitaan paljon tietoa saatavilla olevista palveluista
- Kysyntä ylittää tarjonnan
- Kiire ja arkinen puurtaminen tallaa alleen kehittymistä
- Mennään liian syvälle l. aletaan kuntouttamaan poliklinikalla loppuun asti
- Osastoa tarvitsevat eivät pääse osastolle



Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

www.epshp.fi

Miten muualla toimitaan?

- Fysioterapeutti tavattavissa virka-aikaan, jokaiselle potilaalle tehdään 1-2pv kuluttua kotiutumissuunnitelma, joka perustuu laajaan geriatriseen arviointiin
- Fysioterapeutin rooli on enemmän testata ja arvioida ja haasteellisempien potilaiden kanssa miettiä hoitajien kanssa, miten potilas saataisiin liikkeelle
- Testeinä Barthel, IADL, Bergin tasapainotesti, Timed Up and Go, tuolilta nousu, 10m kävelytesti
- Fysioterapeutti:
 - Fyysisen toimintakyvyn arvio
 - SPPB (Short Physical Performance Battery): tasapaino, kävelynopeus 4m, tuolista ylös 5x
 - Puristusvoima oik/vas
 - PEF: vain tilanteen/tarpeen mukaan
 - Apuvälinearvio
 - Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutuksen konsultointi tulevaisuudessa, meidän mielestä...

- Missä tilanteissa olisi hyvä konsultoida?
 - Apuvälinetarve esim. kotona
 - Miten kaatumisia kotona voitaisiin ehkäistä?
 - Kipsattujen iäkkäiden jatkohoito (yli 75v pienienergiset vammat [olkaluu-, nikama- ja alaraajamurtumat] kutsutaan geriatrian pkl:lle, pl. jos kaatumisvaara ja luuston kunto on jo arvioitu)

...Kuntoutuksen mielestä

- Apuväline- ja liikkumisen arviot, ns. asiantuntija-arviot - kuntoutus apuun
- Yhteyshenkilönä toimiminen kotihoidon fysioterapeutin välillä, kotiolojen, liikkumisen ja apuvälineiden arviot. Kotihoidon fysioterapeutin rooli on ykkösasia, ohjeiden toteutus on tärkeää.
- Konservatiivisesti hoidettavat murtumat, asentohuimaukset, kaatumiset ja kotona selviytymisen haasteet, erit. useat kaatumiset taustalla
- Liikkuminen yleisesti ottaen huonoa
- Epäselvä aikaisempi toimintakyky / kuntoutuminen jäänyt kesken
- Kaatunut ja yt lasku/jalat eivät kannu-tulosyynä, kun akuutit tilanteet katsottu ja muuten epäselvä tilanne
- Miten itse ajattelevat konsultointitavasta, että olisi hyvä konsultoida?
 - Puhelinkonsultaatio
 - Lääkärin lähete/pyyntö tarvitaan, muutama lause riittää.

Sosiaalityö

Vahvuudet

- Pyyntöjä sosiaalityöntekijöille tulee tarpeellisista tilanteista
- Yhteistyö on ollut toimivaa
- Päivystyksestä herkkä puuttuminen mikäli huoli herää
- Matalan kynnyksen palvelu
- 24/7 palvelu
- Sosiaalityön tarpeen tunnistaminen
- Huoli-ilmoitusten tekeminen
- Sos.tt olemassa ja tarpeen vaatiessa tavoitettavissa

Heikkoudet

- Väärät puhelinnumerot?
- Sosiaalipäivystys vs. päivystyksen sosiaalityöntekijä
- Virka-aikaisuus
- Vaihtuvuus ja tieto sosiaalityöntekijän olemassaolosta
- Mikäli huoli-ilmoitus jää tekemättä ei tilanteeseen puututa
- PPKL työntekijä ei saa tietoa jatkotoimenpiteistä
- Sos.työ vieras työntekijäryhmä ppkl:lla. Ei tiedetä missä kaikissa asioissa voisi ottaa yhteyttä
- Huoli-ilmoitusten reitti hidas
- Tunnistaminen mikä kuuluu sairaalan sosiaalityöhön ja mikä lääkärin hoitoon
- Päivystyksen kiire, potilaan tilanteen selvittelyyn ei aina paljon aikaa ja useampi hoitaja hoitamassa - heikentää kokonaiskuvan hallintaa ja luomista

Mahdollisuudet

- Yhteistyötä voidaan kehittää ja polkuja mallintaa
- Parempi konsultaatio kun huomioidaan asiat paremmin kun kaikki hoidetaan yhdessä moduulissa
- Oma sos.tt ger.pkl:lle. Voisi silmäillä kaikkien asiat ja puuttua tarpeellisiin
- Systematiikka – selkeät konsultaatioaiheet
- Ennakointi, aikainen puuttuminen
- Konsultaatio 24/7 – nytkin on, mutta osattais herkemmin käyttää sos.päiv.

Uhat

- Sos.tt tavoittaminen virka-ajan ulkop. (viestipiikin purku) mikäli asiakasmäärä suuri
- Potilaat kokee huonona sos.tt käynnin, ammattiryhmään liittyvän mielikuvan vuoksi
- Arvioidaan liian myöhään
- Riittämättömät resurssit
- Gerontologisen sosiaalityön ammattilaisen saatavuus
- Päivystyshoidon pirstaleisuus, sosiaaliset ongelmat jää somaattisten vaivojen varjoon

Miten muualla toimitaan?

- Virka-aikana tavattavissa. Jokaiselle potilaalle tehdään 1-2pv kuluessa kotiutumissuunnitelma, joka perustaa laajaan geriatriseen arviointiin
- Tavattavissa pääosin arkena ja päivällä
- Päivystyksen sisällä sosiaalipäivystys klo 8-22, konsultoidaan ikääntyneidenkin asioissa.

Sosiaalityön konsultointi tulevaisuudessa, meidän mielestä...

- Missä tilanteissa olisi hyvä konsultoida?
 - Huonot kotiolot
 - Huoli-ilmoitusasiat
 - Hyväksikäyttö/pahoinpitely
 - Taloudelliset vaikeudet
 - Ei omaisia, herää huoli asioiden hoitamisesta
 - Onko asumismuoto oikea
 - Ns. "hoitamaton" - asiat eivät tunnu hoituvan
 - Yleinen huoli jostain syystä
 - Äkillinen kriisi, esim. erakko
 - Jatkohoitoasiat ja niiden kartoittaminen, lyhytaikaishoito itselle tai omaishoidettavalle
 - Päihdeongelmaisten asiat
 - Huono hygienia
 - Omahoitajuusasiat



Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

www.epshp.fi

...Sosiaalityön mielestä

- Kotonapärjääminen
- Huoli asioiden järjestämisestä
- Sosiaalipalveluiden tarve
- Onko riittävät tuet kotona
- Taloudelliset huolenaiheet
- Miten itse ajattelevat konsultointitavasta, että olisi hyvä konsultoida?
 - Puhelimitse tavoittaa parhaiten (klo 8-16)
 - Ajanvarauskirja
 - Viestipiikki työajan ulkopuolella
 - Sosiaalipäivystys kiireellisissä tilanteissa työajan ulkopuolella



Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

www.epshp.fi

Psykiatria

Vahvuudet

- Matalan kynnyksen konsultaatio
- Myös psykiatriin konsultaatio matalalla kynnyksellä
- Hyvät käytännöt ja yhteistyö
- Somaattisen tilanteen tutkiminen
- Päivystyksen monipuolinen osaaminen
- Tavoitettavuus hyvä
- Soitto riittää, ei turhaa byrokratiaa
- Hyvä lääkäriyöpari
- Asiantuntevat psyk.sh:t
- Tunnistaminen
- Kaikki toimii hyvin
- Y-tiimi näkee potilaan psyk.papereita laajemmin

Heikkoudet

- Tällä hetkellä psykiatrian päivystys on kaukana geropsykiatrian osastosta – potilasta joudutaan siirrellä monta kertaa – voi lisätä sekavuutta
- Yöaika
- Humalaisia ei pysty arvioida
- Psyk.pkl/os ei pääse helposti
- Yöajan psyk.kons ei pääse kuin harvat
- Tiedot ei näy: depressiohoitajat, tk psyk-sh:t, päihde
- Ei ole saatavilla 24/7

Mahdollisuudet

- Yöaikainen päivystys Y-talossa – lyhyt matka YA4:lle
- M-talo, psykiatri pääsee helpommin tulemaan Y-päivystykseen arvioimaan potilasta
- Y-tiimin monipuolinen osaaminen ja mahd. tulla konsultaatioihin
- Yöajan konsultaatio 24/7 matalalla kynnyksellä
- Selkeät käytänteet
- Jalkautuminen päivystyksen ulkopuolellekin
- Jatketaan samaan malliin mikä hyväksi todettu

Uhat

- Lääkäritilanne, erityisesti psykiatriapula
- Hoitajapula
- Ikääntyvä väestö
- Ikäihmiset lisääntyä ja mielialaoireilut lisääntyä
- M-talo, niin lähellä mutta niin kaukana (byrokraattiset raja-aidat)
- Y-tiimin loppuminen
- Toiminnan riittämätön joustaminen
- Somaatiikka epäselvä (oirekuva haastava)
- Yöaika mikäli 24/7 moduuli

Miten muualla toimitaan?

- Virka-aikaan myös vanhuspsykiatrian sairaanhoitaja/lääkäri konsultoitavissa, eivät kuitenkaan hoida ”normaaleja muistisairauteen liittyviä ongelmia”. Depressiopotilaat suurin potilasryhmä.
- Testataan mieliala (GDS-30) ja vireystila (Vivago - hyvinvointisovellus)
- Kaksi kysymystä masennuksesta

Psykiatrian/y-tiimin konsultointi tulevaisuudessa, meidän mielestä...

- Missä tilanteissa olisi hyvä konsultoida?
 - Suicidiyritykset
 - Mielialaongelmat
 - Aggressiivisuus
 - Epäselvä tilanne, ”vaivat on poissuljettu”, jos herää hoitajalla huoli
 - Kriisitilanne (ei akuuttitilanne [jos sama tai edellisenä päivänä sattunut - HEA])
 - Psyk.tausta ilman hoitokontaktia - onko syytä järjestellä jotain
 - Psykoosi, ahdistuneisuus (esim. sairaus)
 - Monikävijän kartoitus matalalla kynnyksellä, mistä tilanne voisi johtua
 - Delirium/muistisairaus/psykoottinen? Erotusdiagnoosiikka
 - Lääkeriippuvaisuus
 - Unettomuus

...Y-tiimin mielestä

- Sekavuus, mielialan lasku (katsotaan alkuun psykiatrian kontaktit)
- Muistisairaus – johtuuko aggressiivisuus tai käytöshäiriö siitä
- Jos on psyk.taustaa
- Lääkitykset, esim. onko syönyt Leponexia vai ei – voi selittää myös sekavuutta, jos ei ole syönyt
- Somaattisen tilan poissulku ensin, myös päihteiden käytön kartoittaminen tärkeää
- Hoitohistorian tietäminen tärkeää (hoitohistoria, erit. psykoositausta, olemassaoleva hoitokontakti)
- Miten itse ajattelevat konsultointitavasta, että olisi hyvä konsultoida?
 - Hyvä olla matalalla kynnyksellä yhteydessä
 - Puhelinsoitto on hyvä, mihin erityisesti halutaan konsultaatiota, ”ettei vaan juttelun vuoksi” – kysymys tai tavoite, mitä halutaan saada

Farmasia

Vahvuudet

- Läsnaolo päivystyksessä
- Ammattitaito
- Mahdollisuus konsultaatioon on
- Osaaminen
- Motivaatio
- Säännölliset yhteistyöpalaverit
- Potilasohjaukset onnistuu vaikka kotiutuu (ak-hoito)
- Lääkelistan tarkistus!
- Yhteistyö hyvä sekä lääkärien että hoitajien kanssa
- Toimenkuvaa mahdollista kehittää, koska ei viedä kovin juurtuneita käytäntöjä = joustavuus
- Ohjaamaan potilasta joka tarvitsee enemmän aikaa kuin ppkl:n hoitajalla on antaa
- Os.farmaseurin potentiaali havaittu, toiminta
- Farmasistin konsultointi lääkitykseen liittyvissä tilanteissa

Heikkoudet

- Epäselvät konsultaatiokäytännöt
- Epäselvät konsultaatioindikaatit
- Yhteydenotot vain päivä-/arkiaikaan
- Kommunikaatio esim. konsultaatiotilanteissa
- Ei strukturoitua mallia lääkelistan ajantasaistamiseen
- Osaamista käytetään potilaan sijaan osin logistiikkaan
- Työajan ”joustamaton” kohdentaminen eri yksiköiden välillä
- Mistä os.farmaseutin löytää?
- Toteuttaminen vielä heikkoa
- Rajallinen työssäoloaika (aamuisin) potilasvirtoihin nähden
- Kontaktien määrä voisi olla suurempi
- Ei omaa fyysistä työpistettä
- Farmaseutti ei kuulu ”joukkoon” – ulkopuolinen olo
- Moniammatillinen yhteistyö ei toteudu
- Kaikki työntekijät eivät edes tiedä farmaseutista ja konsultaatiomahdollisuudesta
- Farmasisti joutuu itse aktiivisesti ”etsimään” potilaita vs. tietyn kriteeristön täyt. potilasprofiili, josta aktiivinen ohjaus konsultaatioon

Mahdollisuudet

- Selkeät kriteerit
- Systematiikka
- Lääkityksen ajantasaisuus helpommin tietoon
- Mahdollisuus potilasohjaukseen
- Tunnistettu farmaseutin konsultaation tarve; voi reagoida esim. seuraavana päivänä
- Oma farmaseutti päivystykseen
- Osaamisen hyödyntäminen täysimääräisesti
- Osallistuu heti alkuvaiheessa potilaan tilanteen kartoittamiseen
- Osallistuu lääkesaneerauksiin
- Lääkitysturvallisuuden kehittyminen/parantuminen
- Moniammatillisen yhteistyön parantuminen
- Osastofarmaseutti osa osaston "porukkaa"
- lääkärin lääkitys saadaan paremmalle tolalle
- jos farmaseutti katsoisi jokaisen ger. Potilaan listan ja tarvittaessa tekisi "läheteen" potilaan omalle tk-lääkärille jos lääkelistassa säätämisen tarvetta (kaikkea ei tarvitse hoitaa päivystyksellisesti)
- Uuden lääkkeen ohjaus
- Kliinisen farmasian lisääminen ja potentiaalinen hav. merkittävimmän



**Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri**

Uhat

- Kohtaako työaika ja potilaiden tarpeet
- Potilaiden määrän lisääntyminen vs. käytettävä työaika
- Farmaseutin esittämien lääkitysmuutosten toteutuminen, kuka toteuttaa?
- Tiedonkulun heikkous, esim. hoitokodista ei lääkitystietoja saatavilla
- Aikataulut
- Tiedonkulku
- Jos/kun toiminta saadaan toimimaan, riittääkö farmaseutin ½ päivän työaika?
- Farmaseutin työpanos jää hyödyntämättä
- Kiinnostuksen loppuminen farmasistin panokseen moniammatillisessa tiimissä
- Käytännön tot. haasteet, jotka estävät potentiaalisen kliinisen farmasian hyödyntämiseen

www.epshp.fi

Miten muualla toimitaan?

- Osastofarmaseutti työskentelee sekä päivystyksessä että päivystysosastolla
- Farmaseutti ei ole osastolla, mutta on tarvittaessa käytettävissä
- Konsultoidaan tarpeen mukaan
- Lääkitys kartoitetaan



**Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri**

www.epshp.fi

Farmasian konsultointi tulevaisuudessa, meidän mielestä...

- Missä tilanteissa olisi hyvä konsultoida?
 - Epäselvä lääkitys
 - Lääkehaittaepäily
 - AK-hoidon aloitus
 - Sekavuus
 - Kaatuminen
 - Erityislääkkeiden aloitus, mitä ei päivystyksen kaapissa ole
 - Harvinaisten sairauksien lääkkeet
 - Lääkelistan tarkistus, yhteensopivuus/-sopimattomuus
 - Lääkkeenottotekniikka
 - Oikea lääkkeidenottotapa, esim. lääke otettava kerta viikkoon vai kerta päivään
 - Epäselvä oireilu, sekavuus – lääkeperäistä?
 - Ongelmia lääkkeidenotossa, esim. ongelmia nielemisessä, valmisteiden vaihtomahdollisuus?
 - Aloitetaan iso määrä uusia lääkkeitä

...Farmasian mielestä

- Lääkkeenottotekniikka ja mahdolliset apuvälineet
- Yleiset haasteet lääkityksessä
- Monilääkitty potilas (joku kriteeri lääkemäärästä, esim. n. 10 lääkettä)
- Interaktioepäily
- Lääkityksen ohjaustarve
- Uuden lääkkeen aloitus ja sen aiheuttamat ongelmat
- Epäily tulossyn liittymisestä lääkitykseen (mm. kaatuminen)
- Lääkelistalla runsaasti epäselvyyksiä
- Lääkelistan ajantasaisuus (ei kuulu pelkästään farmaseutille)
- Paljon pkv-lääkkeitä
- Epäselvä kaatuminen ja sekavuus
- Miten itse ajattelevat konsultointitavasta, että olisi hyvä konsultoida?
 - Enemmän yhteydenottoja
 - Puhelin ja paikan päällä konsultointi
 - Päivystysmonitori os.farmaseutille, myös silloin kun os.farmaseutti ei ole työssä
 - Työaika klo 8-16 (12-16 päivystyksessä), tarv. voidaan sopia aikatauluja eri tavoin

Geriatría

Vahvuudet

- Yhteinen tahtotila
- Ikäihmisten ongelmien tunnistaminen
- Lääkärit käyttää ger. konsultaatiota
- Vanhuksen sairaalajaksot estettävissä, nyt jo tehty työtä tarpeettomien siirtojen välttämiseksi
- Ger. päivystyksen suunnittelu
- Ikäihmiset saa hoidon ja tarvittavat jatkotoimenpiteet

Heikkoudet

- Vain 2 geriatrian el - ei riittävää resursointia päivystykseen
- Tiedonkulku = toisten työn tunteminen
- Hoitajien tietämys mihin geriatria hyvä pyytää mukaan
- Geriatria ja vanhusten hoito ei ole hoteinta hottia, työn haasteellisuutta vähätellään
- Geriatriinen osaaminen sairaalassa osin huonoa
- Heikosti tietoa geriatrian kons. mahdollisuudesta
- Hoitajilla hyvin pieni osuus jatkosten suhteen tällä hetkellä koska lääkäri konsultoi

Mahdollisuudet

- Aikaisempi puuttuminen asioihin
- Muistisairauden tunnistaminen kasvaa
- Yhteistyö lisääntyy
- Läkäs saa heti asianmukaista hoitoa, kun geriatri osallistuu hoitoon
- Turhilta geriatrian läheteiltä välttyään ja saadaan koppi niistä, joilla uhka olla väliinputoaja
- Vanhuspotilaan päivystyskeskeisiin ottaa osaa geriatri, ei pelkästään sis.lääkäri tai nopsalääkäri tms.
- Ger. päivystykseen tullessa moni muistisairaus mahd. havaitaan nopeammin
- Ger. konsultaatioiden lisääntyminen mahdollistuu, jos saataisiin geriatri päivystykseen
- Moniammatillinen yhteistyö
- Hoitajilla enemmän kosketuspintaa potilaan jatkos/hoidon suhteen

Uhat

- Resurssipula
- Joustamattomat toiminnot: kriteerit, arvioinnin sisältö
- Akuutti vaivan hoito sysätään geriatrialle
- Potilasmäärä liian suuri
- Kotihoito käyttää konsultaatioväylänä 24/7, riittääkö resurssit?
- Asiakasmäärien lisääntyminen, etenkin ikäihmisten

Miten muualla toimitaan?

- Geriatri tai geriatria/akuuttilääketieteeseen osallistuva lääkäri johtaa diagnostista selvittelyä
- Konsultoitavissa, tavattavissa virka-aikaan
- MMSE, CERAD

Geriatrian konsultointi tulevaisuudessa, meidän mielestä..

- Missä tilanteissa olisi hyvä konsultoida?
 - Käytösongelmat muistisairaalla
 - Muistisairausepäily
 - Epäselvä tilanne
 - Toistuvat epäselvät käynnit päivystyksessä
 - Monilääkitty
 - Monisairaat, yleiskunnon tarkistus
 - Yt lasku, ”kotona haisee pissa”
 - Aiemmin hyväkuntoinen, yhtäkkinen yt-lasku

..Geriatrian mielestä

- Akuutti sekavuus
- Epäselvä muistitilanne (diagnosoitu tai diagnosoimaton muistisairaus)
- Hoidon tason pohdinta (millaisia tutkimuksia ja hoitoa kannattaa toteuttaa monisairaalla ja hauraalla iäkkäällä, ja missä ne kannattaa toteuttaa)
- Hoitolinjaukset
- Lääkitysongelmat, monilääkitys, erit. muisti- ja psyykelääkkeisiin liittyvät ongelmat
- Yt-lasku ja kotonapärjäämättömyys, taustalla monesti selviteltäviä asioita, vaarana että tehdään liian nopeita johtopäätöksiä, ettei ikääntynyt pärjää kotona
- Pienienergiset vammat tulevat automaattisesti ger.pkl:lle; jos hälyttävä tilanne, voi laittaa paperikonsultaatiota jo aikaisemmasta tapaamisesta (norm 2kk murtumasta)
- Miten itse ajattelevat konsultointitavasta, että olisi hyvä konsultoida?
 - Puhelin, erit. iltapäivisin
 - Paperikonsultaatio
 - Mahdollisesti tulevaisuudessa paikan päällä
 - Tavallisimmat konsultaatiot olleet
 - Muistisairausepäily
 - Akuutti sekavuus (saisi konsultoida enemmänkin!)
 - Muistilääkkeen haittavaikutusepäily



Liite 7. Sidosryhmäläisille suunnattu loppukysely

Hyvä ammattilainen!

Osallistuitte syksyllä geriatrisen päivystyksen konsultaatiomallin suunnitteluideariihseen, missä kävimme konsultointia koskevia asioita läpi XXX liittyen.

Olemme tämän jälkeen pitäneet vielä tulevaisuusverstaas-tyyppisen iltapäivän geriatrisen päivystyksen vastuuhoidajien kanssa ja pohtineet luotavaa konsultaatiomallia. Otimme huomioon erityisesti niitä asioita, mitä toitte ilmi ideariihessä. Konsultaatiomallin tulisi mahdollistaa geriatrisen päivystyksen potilaille mahdollisimman yhdenvertainen ja laadukas hoito sekä ammattilaisille selkeät raamit konsultointiin.

Ideariihessä tuomanne ajatukset konsultoitavista tilanteista:

-

Geriatristen vastuuhoidajien ajatuksia konsultoitavista tilanteista:

-

Konsultaatiotavat:

-

Olen koonnut ylle esille tuomanne konsultoitavat tilanteet ja tavat ja toivoisinkin, että kävisitte nämä läpi ja miettisitte, ovatko nämä tilanteet ja tavat vielä toimivia vai olisiko jotain lisättävää tai poistettavaa. Lisäksi olen listannut geriatrisen päivystyksen vastuuhoidajien ajatuksia muista konsultoitavista tilanteista, voisiko niitä lisätä listaan konsultoitavista tilanteista? Toivoisin teiltä yhteenvetoa konsultoitavista tilanteista ja konsultointitavasta 16.2.2022 mennessä. Tämä yhteenveto tulee tulevaisuudessa toimimaan geriatrisen päivystyksen konsultaatiomallina XXX osalta.

Ystävällisin terveisin;

Niina Yli-Mäenpää

niina.yli-maenpaa@seamk.fi

Liite 8. Iäkkään potilaan arviointi sairaalaosastolla.



Kuva 4. Malli iäkkään potilaan arvioinnista sairaalaosastolla

(Kerminen, Jäppinen, Kiviniemi, Tikkanen & Havulinna 2019, 10.)