



# **YHDESSÄ IKÄIHMISEN HYVÄKSI**

Viivi Talvisilta

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VIIVI TALVISILTA:

Yhdessä ikäihmisen hyväksi

Opinnäytetyö 76 sivua, joista liitteitä 12 sivua  
Maaliskuu 2015

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli esittää Kanta-Hämeen alueen ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen henkilöstön näkemyksiä ikäihmisten muista kuin lääketieteellisistä ongelmista, niihin vastaamisesta sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämiskeinoista. Tehtävänä oli kartoittaa kotona asuvien vanhusten ei-lääketieteellisiä ongelmia ja tapoja niihin vastaamiseksi sekä selvittää, kuinka ensihoidon yhteistyötä kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen kanssa voisi tehostaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa kotona asuvien vanhusten ei-lääketieteellisistä tarpeista sekä esittää keinoja, joilla ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä voidaan parantaa ikäihmisen tarkoituksenmukaisimman avun saamiseksi. Työssä käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla viideltä asiantuntijalta (n=5) ja se analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Kotona asuvan vanhuksen muina kuin lääketieteellisinä ongelmina pidettiin syrjäytymiseen, fyysisen toimintakyvyn esteisiin, päihde- ja mielenterveysongelmiin, kaltoinkohdeltuun ja sekavuustiloihin liittyviä tekijöitä. Haastateltavat arvioivat, että vanhusten hyvinvointia voitaisiin lisätä läsnäololla, aktiviteeteilla, itsenäistä asumista tukevalla toimilla sekä hoidontarpeisiin vastaamisella. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiskeinoina nähtiin potilastietojen saatavuuden parantaminen, organisaatioiden tiedon jakaminen, toiminnan laadun parantaminen sekä hoidontarpeen arvioinnin kehittäminen. Haastatteluiden perusteella kotona asuvalle vanhukselle koituva hyöty yhteistyön tehostamisesta jakaantui tiedonkulun parantumiseen sekä tarkoituksenmukaisen hoidon saamiseen.

Asiantuntijoiden kokemusten perusteella kotona asuvilla vanhuksilla esiintyy useita erilaisia muita kuin lääketieteellisiä ongelmia. Merkittävimmit vanhuksien ongelmiksi koettiin yksinäisyys sekä sopimattomat asuinolot. Vanhusten hyvinvoinnin lisäämiseksi esitetyt keinot, kuten läsnäoloajan lisääminen, olivat arkisia ja yksinkertaisia toimenpiteitä. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi nähtiin eniten tarvetta ensihoidon ja kotihoidon välillä. Ehdotukset tehostamiskeinoista, esimerkiksi potilastietojen saatavuuden parantamisesta, olivat monipuolisia ja käyttökelpoisia. Jatkossa olisi tärkeää tutkia vanhusten kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä. Tulevaisuudessa tulisi kartoittaa ikäihmisten palvelujärjestelmän toimintaa ei-lääketieteellisten tarpeiden kohdalla. Jatkotutkimuksen avulla olisi mielenkiintoista selvittää lisäksi ensihoidon yhteistyötä tämän työn ulkopuolelle jääneiden yhteistyötahojen kanssa.

---

Asiasanat: vanhus, yhteistyö, ensihoito, kotihoito, sosiaalipäivystys

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Nursing

**VIIVI TALVISILTA:**  
Together for the Elderly

Bachelor's thesis 76 pages, appendices 12 pages  
March 2015

---

The purpose of this study was to introduce views of the staff working for the Emergency Medical Service (EMS), home care and emergency social services of Kanta-Häme region on non-medical problems of the elderly and responding to them. Another purpose was to present developing methods of multi-professional cooperation. The approach of this study was qualitative. The data were collected through theme interviews, and analyzed by using content analysis.

The elderly living at home have several non-medical problems, needs and challenges based on the experiences of the experts. Loneliness and unsuitable living conditions were seen as the most significant problems. The ways to increase the well-being of the elderly were simple and casual. The greatest need for the development of multi-professional cooperation was seen between the EMS and home care.

In the future, it would be important to explore the experiences of the elderly about the multi-professional cooperation. In the future the operation of the service system of the elderly should be surveyed by non-medical problems. It would also be interesting to clarify the cooperation between the EMS and the partners that were excluded from this study.

---

Key words: elderly, cooperation, EMS, home care, emergency social services

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	8
3	YHDESSÄ IKÄIHMISEN HYVÄKSI.....	9
3.1	Kotona asuva vanhus .....	10
3.2	Vanhuksen akuutti oireilu .....	11
3.3	Muu kuin lääketieteellinen ongelma.....	12
3.4	Moniammatillinen yhteistyö .....	14
3.5	Henkilöstökoulutus .....	16
4	TUNNISTETTUJA IKÄIHMISTEN ONGELMIA.....	18
4.1	Syrjäytyminen ja yksinäisyys .....	18
4.2	Kaltoinkohtelu .....	19
4.3	Turvattomuus .....	20
4.4	Alkoholinkäyttö .....	21
5	ENSIHOITOPALVELU, KOTIHOITO JA SOSIAALIPÄIVYSTYS.....	22
5.1	Ensihoitopalvelu .....	22
5.2	Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoito .....	24
5.3	Kotihoito .....	25
5.4	Hämeenlinnan kaupungin kotihoito.....	26
5.5	Sosiaalipäivystys.....	27
5.6	Kanta-Hämeen sosiaalipäivystys .....	27
6	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ.....	29
6.1	Laadullinen opinnäytetyö .....	29
6.2	Haastateltavien valinta ja aineiston keruu .....	30
6.3	Aineiston analyysi.....	31
7	TULOKSET .....	34
7.1	Kotona asuvan vanhuksen tarpeet.....	34
7.1.1	Muu kuin lääketieteellinen ongelma .....	34
7.1.2	Jo käytössä olevat palvelut.....	36
7.1.3	Hyvinvointia lisäävät tekijät .....	38
7.2	Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan vanhuksen hyväksi.....	40
7.2.1	Jo olemassa olevat yhteistyömuodot.....	40
7.2.2	Yhteistyön kehittämiskeinot .....	41
7.2.3	Moniammatillisen yhteistyön hyödyt vanhukselle.....	43
7.3	Tulosten yhteenvedo .....	43
8	KOULUTUS YHTEISTYÖTAHOILLE .....	45

8.1 Suunnittelu .....	45
8.2 Toteutus .....	47
8.3 Palautteet.....	48
8.4 Arviointi.....	49
9 POHDINTA.....	51
9.1 Tulosten tarkastelu .....	51
9.2 Eettisyys ja luotettavuus .....	55
9.3 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset .....	58
LÄHTEET.....	60
<b>LIITTEET</b> .....	65
Liite 1. Teemahaastattelurunko .....	65
Liite 2. Tiedote .....	66
Liite 3. Tietoinen suostumus-lomake .....	68
Liite 4. Sisällönanalyysi .....	69
Liite 5. Henkilöstökoulutuskutsu .....	72
Liite 6. Tutkimustaulukko .....	73

## 1 JOHDANTO

Yli 85-vuotiaiden määrä väestössä kasvaa jatkuvasti ja heidän tarpeensa ovat moninaisia (Tepponen 2009, 13). Ikäihmisten palveluntarpeisiin vaikuttavat heidän toimintakykynsä ja terveydentilansa. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmä on moniulotteinen useine eri toimijoineen. Vanhusten hyvinvointia pyritään lisäämään palveluita kehittämällä. Tavoitteena on kotona asumisen tukeminen sekä saumattomien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaaminen ikääntyneille. (Tilvis 2010a, 64–65, 67–69.) Kokonaisvaltaista arviointia ja hoitoa tarjoamalla voidaan ikäihmisten terveysongelmia ennaltaehkäistä (Metcalf 2006, 39).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) velvoittaa kunnat toimimaan vanhusten hyvinvoinnin, terveyden, itsenäisen suoriutumisen sekä toimintakyvyn tukemiseksi yhteistyössä eri yhteistyötahojen kanssa. Hankalien tilanteiden ratkaisemisessa tarvitaan useita eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia (Isoherranen 2012, 30).

Terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus ilmoittaa viipymättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle salassapidon estämättä sosiaali- tai terveydenhuollon tarpeessa olevasta ikäihmisestä, joka ei kykene vastaamaan omasta huolenpidostaan, turvallisuudestaan tai terveydestään (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 ).

Ensihoitajat arvioivat, että vanhusväestöä koskevia hätäilmoituksia tehdään muistakin kuin lääketieteellisistä syistä -ilman akuutin hoidon tai hoitolaitokseen kuljettamisen tarvetta. Tulkinnan mukaan taustalla usein on monimuotoisia ongelmia kuten yksinäisyyttä, taloudellista pärjäämättömyyttä, sosiaalisia ongelmia tai lisääntyntä päihteiden käyttöä (Mikkonen 2014). Mikkosen (2014) mukaan ensihoitajilla on riittämättömät keinot puuttua ikäihmisten ei-lääketieteellisiin ongelmiin. Ensihoidon ammattilaiset pitävät tärkeimpänä eettisenä periaatteenaan oikeudenmukaisuutta ja institutionaalinen hyödyn tavoittelu koetaan olevan ristiriidassa oman ammattietikan kanssa. (French & Casali 2008, 50–51.) Tämä auttaa ymmärtämään miksi ensihoidossa ollaan halukkaita kehittämään hoidon laatua.

Opinnäytetyön työelämäkumppanina on Kanta-Hämeen pelastuslaitos. Opinnäytetyön aihe on syntynyt Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitajien kokemusten ja havaintojen pohjalta. Ensihoito, kotihoito ja sosiaalipäivystys kohtaavat kotona asuvia, akuuttisesti oireilevia ikäihmisiä, jolloin yhteistyölle voi syntyä tarvetta muiden kuin lääketieteellisten ongelmien ilmetessä. Opinnäytetyössä selvitetään ensihoidon, sosiaalipäivystyksen ja kotihoidon asiantuntijoiden näkemyksiä ikäihmisten muista kuin lääketieteellisistä ongelmista, niihin vastaamisesta ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiskeinoista. Tarkastelun kohteena on ensihoidon yhteistyö kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen kanssa Kanta-Hämeen alueella.

Työn tarkoitus on löytää uusia toimintatapoja vanhusten hyvinvoinnin lisäämiseksi, koska sekä virka-aikana että sen ulkopuolella tapahtuviin ikäihmisten avunpyyntöihin tai huolen aiheisiin on kyettävä reagoimaan. Lisäksi oikein kohdistetut ja ajoitetut sosiaali- ja terveystalvet vapauttaisivat ensihoidon resursseja sen perustehtävää varten, akuuttia hoitoa vaativien potilaiden avuksi. Opinnäytetyössä on käytetty laadullista tutkimusmenetelmää ja aineisto on kerätty teemahaastatteluilla kolmen organisaation asiantuntijoilta. Tulosten pohjalta on laadittu henkilöstökoulutusmateriaali.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kanta-Hämeen alueen ensihoidon, sosiaalipäivystyksen ja kotihoidon asiantuntijoiden näkemyksiä ikäihmisten muista kuin lääketieteellisistä ongelmista, niihin vastaamisesta ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiskeinoista.

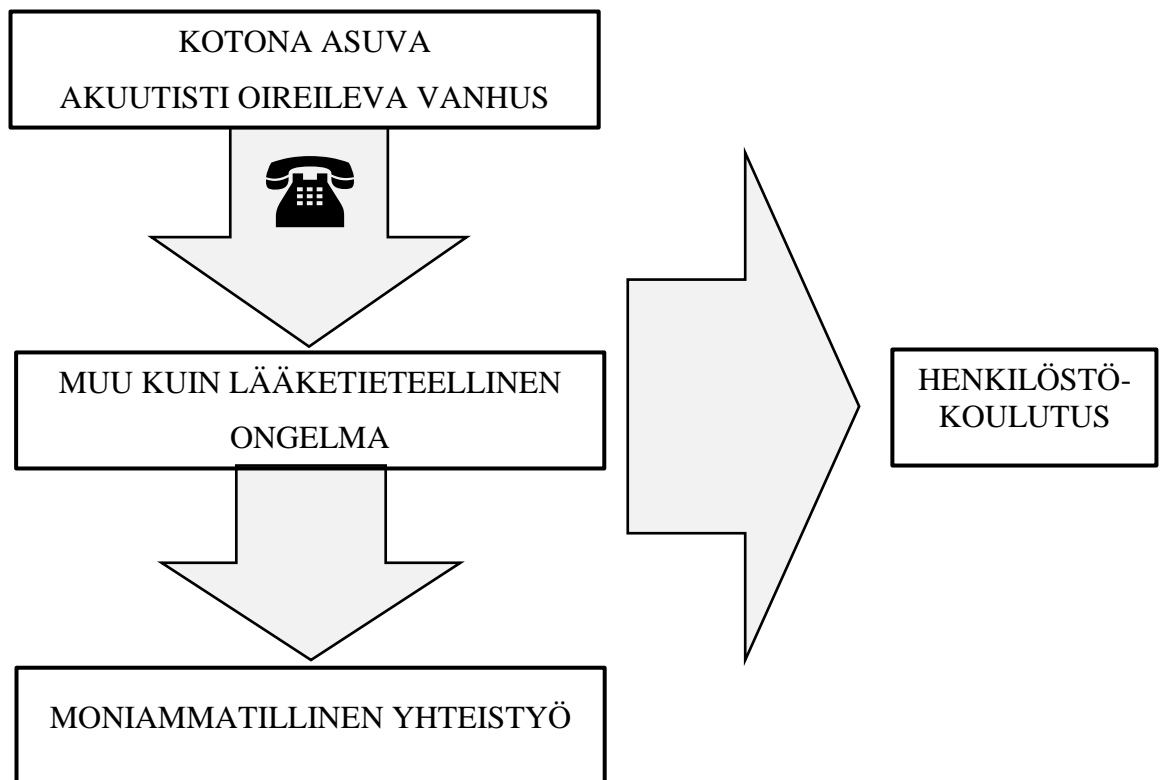
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitä muita kuin lääketieteellisiä ongelmia vanhuksilla esiintyy?
2. Miten vanhuksen muihin kuin lääketieteellisiin ongelmiin voidaan vastata?
3. Miten ensihoidon yhteistyötä sosiaalipäivystyksen ja kotihoidon kanssa tehostetaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa kotona asuvilla vanhuksilla esiintyvistä muista kuin lääketieteellisistä ongelmista. Tavoitteena on esittää keinoja, joilla ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä voidaan parantaa ikäihmisen tarkoituksenmukaisimman avun saamiseksi.

### 3 YHDESSÄ IKÄIHMISEN HYVÄKSI

Opinnäytetyö käsittelee moniammatillisen yhteistyön keinoja ikäihmisten muihin kuin lääketieteellisiin ongelmiin vastaamisessa. Opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana ovat kotona asuva akuutisti oireileva vanhus, muu kuin lääketieteellinen ongelma, moniammatillinen yhteistyö sekä henkilöstökoulutus (Kuvio 1.). Käsitteet samoin kuin ajatus henkilöstökoulutuksen järjestämisestä ovat lähtöisin työelämän toiveista. Käsitteitä on täsmennetty kirjallisuuden pohjalta.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

### 3.1 Kotona asuva vanhus

Vanhuus on yksilöllistä ikääntymistä, jolloin tapahtuu pysyviä muutoksia elintoiminoissa (ETENE 2008, 6). Vaaraman (2008, 48) mukaan vanhuuden mielletään alkavan 80–85 vuotiaana. Vanhuuden määrittely on suhteellista ja vanhaa ihmistä kuvataan useilla eri termeillä. Eloisa ikä -ohjelman kyselytutkimuksen mukaan parhaimpia termejä ovat seniori ja ikäihminen. Kyseisen tutkimuksen mukaan vanhuuden iänmukainen määrittely riippuu vastaajien iästä ja keskimäärin vanhuuden alkamisikänä pidettiin 72 vuotta. (Rahkonen & Mäkinen 2013.) Tässä opinnäytetyössä käytetään termejä ikäihminen ja vanhus, kun käsitellään vanhuuseläkeiän ylittäneitä henkilöitä.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) määrittelee ikääntyneen väestön viittaamaan vanhuuseläkeikäistä väestöä. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan laissa henkilöä, jolla on korkeaan ikään liittyvä heikentynyt toimintakyky. Kanta-Hämeen maakunnassa vuonna 2013 65 vuotta täyttäneitä oli 37095 (Tilastokeskus 2014a). Se oli 21,1 prosenttia Kanta-Hämeen asukkaista (Tilastokeskus 2014b). 65 vuotta täyttäneistä selvä enemmistö oli naisia (Tilastokeskus 2014a).

Moni vanhus selviytyy pitkään arjen askareista ja elää terveenä sekä hyväkuntoisena. Toimintakyvyn heikentyessä tuen ja avun tarve lisääntyy. (ETENE 2008, 6.) Fyysisen haurastumisen lisäksi ikääntyminen voi tuoda muutoksia psyykkiseen tasapainoon. Elimistössä tapahtuvat prosessit, kuten ulkonäön ja liikkumisen muuttuminen, muistin heikentyminen sekä kivut aiheuttavat erilaisia tunteita ja vaikuttavat vanhuksen minäkuvaan. Hyvä mielenterveys ilmenee niin, että vanhus kokee itsensä arvokkaaksi, huolehtii itsestään, ylläpitää sosiaalisia suhteita ja säilyttää mielenkiinnon ympärillä tapahtuvia asioita kohtaan. (Kivelä 2009, 11–13.) Vaarama (2008, 53) listaa ikäihmisten hyvän elämänlaadun riskitekijöiksi yksinäisyyden, masennuksen, puutteelliset asuinolot, naisukupuolen, pienet tulot ja lähipalvelujen sekä julkisen liikenteen heikon saatavuuden.

Kotona yli 75-vuotiaista asui vuonna 2010 noin 90 prosenttia, heistä yksin 59 prosenttia. Kotona asumiseen liittyy vanhuksilla turvallisuusuhkia; esimerkiksi erilaiset tapaturmat. Itsenäisen kotona asumisen ohella vanhukset asuvat muun muassa kodinomaisissa hoivayksiköissä sekä laitoksissa. (Sisäasiainministeriö 2012, 8-10, 32.) Tilviksen

(2010a, 69) mukaan vanhusten asunnoissa on puutteita. Näitä ovat muun muassa asunnon huono tai puutteellinen varustetaso ja liikkumisen esteet. Eläkeläisistä viidesosa asuu hissittömässä kerrostalossa ja liikuntakyvyn heikentyessä heillä on vaara jäädä kotinsa vangiksi (Tilvis 2010a, 69.) Kivelän (2009, 242) mukaan vanhuksen asuminen pitäisi olla fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti turvallista. Elinympäristön tulisi olla viihtyisä, virikkeellinen ja rajoittaa mahdollisimman vähän toimintakykyä (Kivelä 2009, 242).

### **3.2 Vanhuksen akuutti oireilu**

Vanhuksen akuutti oireilu on usein sekavuutta, hengenhädistystä tai kuumetta (Tilvis 2010b, 72). Ikäihmiset saattavat hälyttää apua herkästi myös kivun kokemisen perusteella (Durant & Fahimi 2012, 335). Hätäkeskukseen tulevat terveystoimen kiireellisiä toimenpiteitä vaativat tehtävät välitetään ensihoitoyksikölle (Hätäkeskuslaitos 2014). Vanhuksen akuutit ongelmat esiintyvät usein virka-ajan ulkopuolella ja silloin olisi tärkeää, että mahdollisista hoitolinjoista olisivat päätökset valmiina. (Jartti, Heinonen, Upmeier & Seppälä 2011, 2968.)

Äkillisesti sairastuneen vanhuksen kohdalla joudutaan puntaroimaan päivystyksellisten tutkimusten tarpeellisuutta sekä hoitojen intensiivisyyttä. Diagnoosin tekemistä hankaloittavat vanhuksen oireiden monimuotoisuus, löydösten runsaus ja oireiden tulkintavaikeudet sekä vaikeus löytää esitiedoista oleelliset asiat. (Tilvis 2010b, 72.) Samarasin, Chelvalleyn, Samarasin & Goldin (2010, 261) mukaan hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa vaikeuttavat ikäihmisen sairaustilojen epätyypilliset oireet, kognitiiviset häiriöt sekä useiden sairauksien päällekkäisyys.

Jos mitään päivystyksellisesti hoidettavaa sairaustilaa ei huolellisten tutkimusten jälkeenkään löydetä, vanhus voi silti olla kykenemätön jäämään tai palaamaan kotiin. Kottona pärjäämättömyys voi johtua yksinäisyydestä ja riittävän tukiverkon puuttumisesta. Vanhuksen muut kuin lääketieteelliset ongelmat voivat näkyä niin sanottuina turhina päivystyskäynteinä. (Jartti ym. 2011, 2968–2969.) Jos ensihoidossa päädytään tekemään potilaan kuljettamattajättämispäätös, erityisesti yksin asuvan vanhuksen kohdalla on

tarkasti arvioitava kotona pärjääminen sekä kyky hälyttää apua tai hakeutua hoitoon tarvittaessa (Ahlskog-Karhu & Korpinen 2013, 653).

Durantin & Fahimin (2012, 329, 332) mukaan potilaat, jotka käyttävät ambulanssia vähemmän kiireellisiin hoidontarpeisiin, ovat osa haavoittuvaa väestöryhmää. Vanhukset kuuluvat tähän ryhmään. Metcalfen (2006, 35) mukaan suurella osalla hätäkeskukseen soittavista ei ole akuutin hoidon tarvetta. Ikäihmisten kohdalla ensihoitotehtävän taustalla voi olla sellaisia tarpeita, jotka eivät vaadi lääketieteellisin perustein ensihoidon palveluita (Metcalf 2006, 3).

Ikäihmiset, jotka soittavat hätänumeroon, mutta eivät lopulta tarvitse kuljetusta hoitolaitokseen, kuitenkin hyötyisivät myöhemmin tapahtuvasta tilanteen arvioinnista. Varhainen puuttuminen voisi estää yksilön ongelmien kasaantumista. (Metcalf 2006, 35–36.) Vilkon, Finne-Soverin & Heinolan (2012, 53) mielestä ikäihmisen hakeutuminen palveluihin kuvastaa hätäntymisen ja huolen täyttämää elämäntilannetta, johon vaikuttavat ikääntymisestä aiheutuvat toimintakyvyn muutokset ja haurastuminen.

### **3.3 Muu kuin lääketieteellinen ongelma**

Vanhuksilla esiintyy runsaasti myös muita kuin lääketieteellisiä ongelmia. Sisäasiainministeriön julkaisussa (2012) käsitellään muun muassa ikääntyneiden yksinäisyyttä, turvattomuuden tunnetta, alkoholin käytön aiheuttamia riskejä ja haittoja sekä kaltoinkohtelua turvallisuushaasteina ja -ongelmina. Ikäihmisen yksinäisyyden, turvattomuuden ja kaltoinkohtelun tunnistaminen ja niihin puuttuminen ovat haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. (Sisäasiainministeriö 2012, 54–55.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) ottaa kantaa ikäihmisen palveluntarpeiden selvittämiseen. Se painottaa kokonaisvaltaista selvittämistä koskien sosiaali- ja terveyspalveluita sekä muita hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia palveluita. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 18.)

Hoidon tarve on kuvaus potilaan olemassa olevista tai tulevaisuudessa ilmenevistä terveydentilaan liittyvistä ongelmista (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012,14). Terveystarpeiden määrittelyyn ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä tapaa. Sairaus, vamma, arkea haittaavat vaivat sekä ennaltaehkäisevät seulonnat ja terveystarkastukset synnyttävät erilaisia terveydenhuollon tarpeita. Lääketieteellisiin tarpeisiin pyritään vastaamaan terveydenhuollon palveluilla. Palveluiden tarve alkaa potilaan ilmaistessa tarpeitaan. Yksilön kokema tarve taikka terveyden vajavaisuus käynnistää hoidon tarpeen sekä hoitoon hakeutumisen, vaikka se ei vastaisikaan lääketieteellisesti todennettua tarvetta. Joskus esimerkiksi hankala elämäntilanne ilmenee oireiluna ilman elimellistä syytä. Potilaalla ja terveydenhuollon ammattilaisella on usein eri käsitykset hoidon tarpeesta. Puhtaasti pelkkää lääketieteellistä hoidon tarvetta ei voida löytää. (ETENE 2006, 9-11, 12-13, 16, 18, 20.)

Ikäihmisille tarkoitetut sosiaali -ja terveyspalvelut perustuvat usein iän mukaiselle määrittelylle. Tarjolla olevissa palveluissa painottuvat ikäihmisen fyysinen toimintakyky ja arjesta selviytyminen sisätiloissa. Yksilön oma tai lähipiirin näkemys elämän sujumisesta sekä kokemus selviytymisen uhkatekijöistä vaikuttavat kuitenkin palveluiden kysyntään. Vanhuksen tarpeiden selvittämisessä oleellista on arvioida, kuinka merkittävän haitan vastaamatta jäänyt avun tarve aiheuttaa henkilölle. Osana ennakoivaa palvelujärjestelmän toimintaa on se, että huomioidaan ikäihmisen subjektiivinen kokemus hänen omista tarpeistaan, palveluiden ja avun oikea-aikaisuudesta, muodoista sekä halustaan vastaanottaa tarjottua apua. (Vilkko ym. 2012, 58.)

Suurella osalla päivystyshoitoon hakeutuvista ikäihmisistä ei ole mitään lääketieteellistä tarvetta. Taustalla on usein perheen, naapureiden tai hoitajien käsitys kotiin jäämisen mahdottomuudesta. Sosiaalisia syitä ikäihmisen päivystykseen hakeutumiselle ovat esimerkiksi lähiomaisen kuolema tai sairaalahoitoon joutuminen. Tutkimusten mukaan ikäihmisten päivystyskäynneistä noin yhdeksän prosenttia perustuu sosiaalisiin syihin, johon liittyy kykenemättömyys huolehtia itsestään. Noin puolella näistä potilaista voidaan kuitenkin todeta piileviä lääketieteellisiä ongelmia, kuten infektioita, kardiovaskulaarisia, neurologisia, ruoansulatukseen liittyviä tai hengitysteiden ongelmia. (Samaras ym. 2010, 265.)

### 3.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö on eri asiantuntijoiden työskentelyä, jonka keskiössä on asiakas. Moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijoiden tiedot ja taidot yhdistetään ratkaisemaan yhdessä laadittuja tavoitteita ja toimenpiteitä. (Isoherranen 2005, 14.) Isoherranen (2005, 14) jäsentää viisi käytännössä esiintyvää moniammatillisen yhteistyön periaatetta: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Asiakas on moniammatillisen yhteistyön ytimessä. Moniammatillinen yhteistyö vaatii tietoista pyrkimistä hyvään vuorovaikutukseen. Yhteistyön avulla voidaan saavuttaa enemmän hyötyä, kuin yksittäisten työntekijöiden suorituksilla. Yhdessä tapahtuva moniammatillinen työskentely edellyttää organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajojen ylittämisiä. (Isoherranen 2005, 14–16.)

Sosiaali- ja terveysalalla kohdataan jatkuvasti yhä moniulotteisempia haasteita, joita ratkaisemaan tarvitaan erilaisia ammattilaisia. Jokaisella ammattikunnalla on oma toiminta-alueensa, oikeutensa ja vastuunsa. Sosiaali- ja terveysalan toimijoiden välillä on yhä olemassa perinteiset rajat ja niiden ylittäminen on kankeaa. (Isoherranen 2012, 30.) Palveluiden moniulotteisuus ja kompleksisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa voi johtaa siihen, että potilaat eivät tavoita oikeaa hoitoa (Metcalf 2006, 36). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa tekemään moniammatillista yhteistyötä vuorokauteen ja kellaikaan katsomatta potilaan hyväksi. Oleellista palveluiden kehittämisessä on, että asiakas saa avun kokemaansa tarpeeseen. Lisäksi tulee arvioida miten saatu apu hyödyttää asiakasta. (Vilkkonen ym. 2012, 50.)

Vanhusten hoito on moniammatillista työtä (Kivelä 2009, 247). Väestön ikääntyessä myös ensihoidon potilaista yhä useampi on kotona asuva vanhus (Määttä 2013, 14; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012). Vanhuspotilaiden hoidon laatua voidaan parantaa eri toimijoiden välisellä yhteistyöverkostolla. Lisäksi kaikilla vanhuksia hoitavilla tahoilla tulisi olla konsultointimahdollisuus vanhusten erityiskysymyksissä. (ETENE 2008, 6.)

Ikäihmisten parissa toimivien eri ammattiryhmien edustajien on oltava joustavia ja heidän on kunnioitettava toisia työntekijöitä. Vanhusten hyvinvoinnin ja elämänlaadun

edistäminen vaatii laajaa näkemystä eikä pelkästään oman ammattiryhmän teoreettisiin perusteisiin tai eettisiin ohjeisiin takertumista. (Kivelä 2009, 247–248.) Niemelä & Nikkilä (2009, 141) esittelevät kotihoidon asiakkaiden yksinäisyyden ehkäisemiseksi ja karkottamiseksi toimintamallin, jonka osat ovat varhainen puuttuminen yksinäisyyteen ja tiedottaminen tarjolla olevista palveluista, verkostoituminen ja yhteistyö lähialueen muiden toimijoiden kanssa sekä vapaaehtoistoiminta.

Vanhusten hoitotoimintojen yhdistämisellä tarkoitetaan hyvin suunniteltuja ja järjestettyjä palveluita, jotka on suunnattu vastaamaan yksilön tai ryhmän moniulotteisiin tarpeisiin. Palveluiden saumaton yhteistyö ikäihmisen hyväksi on yksi hoidon laadun elementeistä. (Vaarama & Pieper 2005, 12–13.) Tiedon kulku ja tiedonhallinta eri ammattilaisten välillä tukee vanhusten hoidon toimintaa ja parantaa hoidon laatua. Keskeiset tekijät tiedonhallinnassa ovat potilasasiakirjat ja tiedon jakaminen ammattilaisten välillä. (Huijbers 2005, 89.)

Aikuisten parissa tehtävää sosiaalityötä terveydenhuollon organisaatiossa kutsutaan terveydenhuollon sosiaalityöksi. Terveydenhuollon sosiaalityöhön kuuluu erilaisten palveluiden järjestäminen. Hoitohenkilökunnan tehtävä on tunnistaa potilaiden sosiaalisia tarpeita. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijä auttaa potilaita niiden tarpeiden pohjalta. (Juhila 2008, 31–32.) Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalveluiden tarve on arvioitava viipymättä. Muuten kunnilla on velvollisuus järjestää 75 vuotta täyttäneille pääsy sosiaalipalveluiden tarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän kuluessa (Sosiaalihoitolaiki 710/1982 40a §).

Vuonna 2005 Hampshiressa toteutetussa projektissa tehostettiin ensihoidon ja muiden sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistyötä. Projektin aikana nopeutettiin ikäihmisen avunsaantia. Lisäksi tutkittiin vanhusten tarpeettomia sairaalakäyntejä. Sairaalaan kuljettamatta jätetyistä potilaista ambulanssihenkilökunta raportoi tiimille, joka teki kiireellisyyden arvioinnin potilaan tilanteesta 24 tunnin sisällä hätäpuhelusta. Kiireellisyyden arvioinnin perusteella tehtiin joko kokonaisvaltainen arviointi potilaan luona tai potilas ohjattiin suoraan esimerkiksi kotihoidon piiriin. (Metcalf 2006, 36.)

### 3.5 Henkilöstökoulutus

Henkilöstön kehittäminen tulee olla tavoitteellista toimintaa. Koulutus on yksi tapa kehittää henkilöstön osaamista. Henkilöstökoulutus on suunniteltua ja järjestettyä, lyhyt- tai pitkäkestoista toimintaa ja se voi tapahtua työorganisaation sisällä tai ulkopuolella. (Viitala 2005, 271–272, 281–282.) Henkilöstökoulutusten avulla organisaatioissa voidaan parantaa palveluiden laatua, tuottaa uusia toimintoja ja saavuttaa erilaisia tavoitteita. Koulutuksilla voidaan vaikuttaa työntekijöiden tietoihin, taitoihin ja asenteisiin. Pohjimmiltaan työvoiman kehittäminen tähtää siihen, että yksilöillä on tarvittavat taidot selviytyä työtehtävistä. (Salas ym. 2012, 74–75, 77.)

Työntekijöiden on kyettävä muuntautumaan uusiutuvien vaatimusten mukaan. Työnantajan tulee varmistaa, että henkilökunnalla on motivaatiota uuden oppimiseen. Henkilöstökoulutuksen järjestäminen on eri vaiheista koostuva prosessi ja hyvin suunniteltu koulutus tuottaa tuloksia sekä parantaa organisaation kilpailukykyä. (Salas ym. 2012, 74–75, 77.) Lyhytkestoisten koulutusten avulla henkilöstö voi päivittää esimerkiksi työpaikkaa koskevia tietoja tai harjaantua työtehtävien vaatimissa konkreettisissa taidoissa. Useimmiten henkilöstökoulutuksissa oppija on passiivisessa tiedon vastaanottajan roolissa, vaikka hän voisi parhaimmillaan olla aktiivinen tiedon tuottaja. (Viitala 2005, 272–273.)

Koko henkilökunnan osaamisen kehittäminen vaatii yksittäisen työntekijän ammattitaidon erittelyä ja arviointia. Työtehtävissä ja organisaatioissa tarvittavia vaatimuksia nimetään työelämäkvalifikaatioiksi. Sopeutumiskyky ja sosiaaliset taidot ovat esimerkkejä yleisistä työelämässä tarvittavista kvalifikaatioista, kun taas eri aloilla on määrätty ammattikohtaiset kvalifikaationsa. Kvalifikaatio on osaamista, johon liittyy koulutuksen ja työkokemuksen kautta hankittuja taitoja sekä yksilön henkilökohtaisia kykyjä. (Viitala 2005, 114–115.)

Terveydenhuollon ammateissa vaaditaan useiden eri tieteenalojen tietoperustan hallintaa. Terveydenhuollon ammatissa toimiminen edellyttää myös motivaatiota jatkuvaan kouluttautumiseen sekä itsensä ja ammattitaitonsa kehittämiseen. (Opetusministeriö 2006, 15.) Terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan sekä perehtyä ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.

Lainsäädännöllä määrätään lisäksi työnantaja järjestämään edellytykset tarvittaville täydennyskoulutuksille. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Moniammatillisen henkilöstökoulutuksen avulla on mahdollista syventää monipuolisesti perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon yhteistyötä. Sen avulla voidaan parantaa esimerkiksi potilaan hoidon jatkuvuutta ja saumattoman palveluketjun toteutumista. Alueelliset, moniammatilliset koulutukset helpottavat myös alueellisten hoito-ohjelmien käyttöön ottamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 30–31.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004, 3) on laatinut suositukset terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta, jonka tavoitteena on ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen. Terveydenhuollon organisaatioissa henkilöstön kehittäminen on osa koko organisaation toiminnan parantamista. Henkilöstöjohtamisen avulla tuetaan työntekijöiden oppimista. Yksittäiselle työntekijälle tulisi tarjota monipuolisia kehittymismahdollisuuksia johtamisen avulla. Henkilökunnan osaamis- ja oppimistarpeiden määrittely on esimiesten tehtävä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 27, 29.)

## 4 TUNNISTETTUJA IKÄIHMISTEN ONGELMIA

### 4.1 Syrjäytyminen ja yksinäisyys

Vanhusten syrjäytyminen on tuore ilmiö Suomessa eikä sitä ole juuri tutkittu. Tyypillisesti syrjäytyminen on ilmennyt köyhyytenä ja yksinäisyytenä. Näiden lisäksi uusina syrjäytymisen muotoina voidaan nähdä toiminta- ja liikkumiskyvyn menettämiseen liittyvä syrjäytyminen sekä muistisairauden aiheuttama syrjäytyminen (kuvio 2). Syrjäytymistä tapahtuu lisäksi mielenterveysongelmien, alkoholin liikakäytön ja sairauksien seurauksina. (Niemelä 2009, 25–27, 43–44.)

SYRJÄYTYMINEN			
KÖYHYYS	YKSINÄISYYS	DEMENTIA	TOIMINTA- JA LIKKUMISKYVYN MENETYS

KUVIO 2. Syrjäytymisen ilmenemismuodot (Niemelä 2009, 27, muokattu)

Moni kotona asuva vanhus kokee itsensä masentuneeksi ja kärsii yksinäisyydestä. Vanhuksen heikentynyt psyykinen hyvinvointi on uhka kotona asumiselle. Avio- tai avoliitossa elävät kokevat elämänsä turvallisemmaksi kuin naimattomat, eronneet ja lesket. (Eloranta ym. 2005, 15, 19.) Sosiaalisten suhteiden heikentyminen ja yksinäisyys ovat yhteydessä vanhusten syrjäytymiseen (Niemelä 2009, 45).

Jokainen kokee yksin olemisen ja yksinäisyyden yksilöllisesti. Yleensä se kuitenkin koetaan negatiiviseksi ja syrjäyttäväksi asiaksi. (Niemelä & Nikkilä 2009, 138.) Yksinäisyys on yhteydessä toimintakyvyn alenemiseen, se heikentää elämänlaatua monin tavoin ja lisää terveyspalveluiden käyttöä sekä kuolemanriskiä (Sisäasiainministeriö 2012, 51). Vilkon ym. (2012, 53) mukaan yksinäisyyden kokeminen lisääntyy iän karttuessa. Puolison kuolema, sukulaisten ja ystävien vähyys aiheuttavat yksinäisyyttä (Sisäasiainministeriö 2012, 51). Yksinäisyydestä seuraa pelkoa ja turvattomuutta (Niemelä

2009, 33). Kaukana asuvat läheiset ja harva yhteydenpito kaventavat vanhuksen elämänpiiriä (Niemelä & Nikkilä 2009, 135). Jos sosiaalista tukiverkkoa ei ole, voi ihmisen lopulta kohdata täydellinen eristäytyminen muista ihmisistä ja yhteiskunnasta (Niemelä 2009, 33).

Yksinäisyys on yleisintä niillä ikäihmisillä, jotka ovat hakeutumassa palveluiden piiriin tai tarvitsevat niitä jo olemassa olevien palvelujen lisäksi. Palvelutaloissa asuvilla vanhuksilla yksinäisyyttä esiintyy vähemmän. Yksinäisyys ei kuitenkaan poistu palveluiden saannin myötä. Yksinäisyyden kokemus on yhteydessä avun ja tuen saamiseen sekä todennäköisesti myös kuulluksi tulemiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Vilkkonen ym. 2012, 52–54.)

## 4.2 Kaltoinkohtelu

Kaltoinkohtelu on tekoja tai laiminlyöntiä, josta aiheutuu ikäihmiselle ahdinkoa tai vahinkoa. Vanhusten kaltoinkohtelua tapahtuu kotiolosuhteissa. Seurauksena tai myös kaltoinkohtelun muotona voi olla aliravitseminen, hoidon laiminlyönti ja eristäytyminen. Siitä voi seurata myös tunne-elämän ja psyyken ongelmia. (Sisäasiainministeriö 2012, 54–55.) Taloudellinen kaltoinkohtelu on yksinasuvien, eristäytyneiden ja muistiltaan heikentyneiden iäkkäiden uhkana. Tuntemattomat ihmiset saattavat haluta tutustua vanhuksen huijaus- ja petosmielessä kokiessaan yksin elävän ikäihmisen helpoksi uhriksi. (Kivelä 2009, 48.)

Isola & Backman (2006, 97) käsittelevät kotona asuvan vanhuksen kaltoinkohtelua, jota tapahtuu omaisten toimesta. Usein sekä vanhus että omaiset kieltävät kaltoinkohtelun olemassaolon, jolloin ongelman osoittaminen on vaikeaa. Kaltoinkohtelua tapahtuu useimmiten pitkään kestäneissä parisuhteissa sekä aikuisten lasten ja heidän vanhempinsa välillä. Usein osapuolet ovat hyvin riippuvaisia toisistaan. Kaltoinkohtelun uhri kokee usein syyllisyyttä ja häpeää. Sekä kaltoinkohtelijan että vanhuksen päihteiden väärinkäyttö on yksi altistavista tekijöistä kaltoinkohtelulle. (Isola & Backman 2006, 97–98.)

### 4.3 Turvattomuus

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK)- tutkimus antaa tietoa turvattomuuden kokemisesta (KUVIO 3) (Sisäasiainministeriö 2012, 4). Ikäihmiset kokevat turvattomuutta enemmän kuin nuoret ikäluokat. (Sisäasiainministeriö 2011, 8). Turvattomuus on yhteydessä huoleen arjessa selviytymisestä (Vilkko ym. 2012, 52). Turvattomuuden kokemisessa asuin- ja elinympäristöllä on suuri rooli (Sisäasiainministeriö 2012, 9).

TURVATTOMUUTTA LISÄÄVÄT	TURVALLISUUTTA LISÄÄVÄT
Toisten avusta riippuvaiseksi joutuminen Eläketulojen niukkuus Laitoshiitoon joutuminen Kaatumisen pelko Ilkivalta	Hyväksi koettu terveydentila Mahdollisuus liikkua turvallisesti Tutut naapurit Valaistus Asuntojen turvalukitus

KUVIO 3. Ikäihmisten turvallisuuden ja turvattomuuden tunnetta lisääviä tekijöitä (Sisäasiainministeriö 2012, 4, muokattu)

Ympäristössä tapahtuva ilkivalta aiheuttaa eniten ikäihmisten turvattomuutta. Turvattomuutta aiheuttavat myös riippuvuus toisten avusta ja laitoshiitoon joutuminen, kun oma toiminta- ja liikuntakyky heikkenevät. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja vieraiden ihmisten läsnäolo voivat luoda turvattomuutta. Lisäksi pienillä eläkkeillä on yhteys turvattomuuden tunteeseen. (Sisäasiainministeriö 2012, 4, 7, 9-10.)

Turvattomuuden tunnetta voidaan kokea, vaikka ympäristössä tapahtuisi vähän onnettomuuksia tai rikoksia. Yleisin pelko ikääntyneillä on kaatumisen pelko. Kotiin jääminen lisääntyy turvattomuuden kokemuksen kasvaessa. Turvattomuuden tunne yhdessä sosiaalisen kanssakäymisen vähenemisen kanssa aiheuttaa kierteen, joka lisää turvattomuuden tunnetta ja johtaa syrjäytymiseen. (Sisäasiainministeriö 2011, 8.)

#### 4.4 Alkoholinkäyttö

Alkoholinkäyttö aiheuttaa vanhuksille lisääntyneitä vaaratilanteita. Usein ikääntyneillä on käytössä monia lääkkeitä ja lääkkeiden yhteiskäyttö alkoholin kanssa altistaa tapaturmille. Päihteidenkäytöllä on terveydellisiä, taloudellisia sekä sosiaalisia seurauksia ja se lisää turvattomuutta. Onnettomuuksien, tapaturmien ja väkivallan taustalla suurin yksittäinen tekijä on alkoholi. Alkoholinkäyttö vanhusten keskuudessa lisääntyy jatkuvasti. Sosiaalisten suhteiden vähyys lisää riskiä alkoholinkäyttöön. (Sisäasiainministeriö 2012, 51, 71, 73–74.) Päivystyspisteissä ikäihmisillä ilmeneviä alkoholin käytöstä aiheutuvia tiloja ovat myrkytykset, delirium sekä alkoholin käyttöön liittyvät mielialahäiriöt (Samaras ym. 2010, 264).

Kivelän (2009, 47–48) mukaan vanhusten keskuudessa alkoholia saatetaan käyttää lievittämään yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden tuomaa tuskaa. Yksi negatiivinen vaikutus jatkuvalla alkoholinkäytöllä on ravitsemushäiriön syntyminen. Ruokailut saattavat jäädä väliin ja toisaalta alkoholista saa paljon energiaa. Ravitsemustilan heiketessä lihasvoimat surkastuvat, muisti heikkenee ja vaarana on sekavuustila. (Kivelä 2009, 47–48.) Suhtautumista ikäihmisten lisääntyvään päihteiden käyttöön on alettu sosiaali- ja terveydenhuollossa pohtimaan vasta hiljattain (Sisäasiainministeriö 2012, 73).

## 5 ENSIHOITOPALVELU, KOTIHOITO JA SOSIAALIPÄIVYSTYS

### 5.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelua ohjaavat useat lait ja asetukset kuten perustuslaki, terveydenhuoltolaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilasvahinkolaki sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Lainsäädäntö muodostaa kokonaisuuden, jonka osia ei voi eriyttää ensihoitopalvelun toimintaa tarkastellessa. Toiminnan keskeinen tavoite on turvata riittävä, laadukas ja turvallinen hoito potilaalle. (Lohiniva-Kerkelä 2012, 129, 132).

Ensihoitopalvelun tehtävänä on ensisijaisesti hoitolaitoksen ulkopuolella äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito sekä tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisen tarpeen mukaiseen hoitoyksikköön. Lisäksi ensihoitopalvelun on ylläpidettävä ensihoitovalmiutta sekä ohjata tarvittaessa potilas, hänen läheisensä ja muut osalliset psykososiaalisen tuen piiriin. Ensihoitopalvelulle kuuluu myös osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen ja virka-avun antaminen muille viranomaisille. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin laadukasta hoitoa tapahtumapaikalla sekä kuljetuksen aikana toteuttavat ensihoidon koulutusta saaneet hoitajat, lääkärit ja pelastajat. Ensihoitopalvelun toiminta on riippuvainen hätäkeskukseen tulevista hätäilmoituksista. (Määttä 2013, 14–17.) Vuosittain hätäkeskukseen tulevista hätäilmoituksista noin 43 prosenttia koskee ensihoitopalvelua. (Hätäkeskuslaitos 2014.) Hätäilmoituksen mukaan ensihoitotehtävä jaetaan riskin arvioinnin perusteella neljään kiireellisyysluokkaan A, B, C ja D. A tarkoittaa korkean riskin tehtävää, kun taas D-luokan tehtävässä tilanne on vakaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

Ensihoitopalvelun toiminta tulee tapahtua yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon yksiköiden kanssa ja sen järjestämisvastuu on sairaanhoitopiireillä. Siihen sisältyy myös potilaan kuljettaminen tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Ensihoitopalvelun tulee ylläpitää ensihoitovalmiutta sekä osallistua viranomaisyhteistyöhön laadittaessa

valmiussuunnitelmia suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) on yksityiskohtaisesti määritelty ensihoitopalvelun sisältö tehtävineen ja vastuineen. Ensihoitajat voivat tehdä itsenäisiä hoitopäätöksiä ohjeistuksien avulla ja tarvittaessa harkinnan mukaan potilas voidaan myös jättää kuljettamatta jatkohoitoon. (Määttä 2013, 28–29.) Ensihoidossa kohdataan päivittäin eettistä päätöksentekoa vaativia tilanteita. Yksittäisen ensihoitajan ja organisaation eettisen päätöksenteon välillä on kuilu. Potilaille on tarjottava riittävät terveystalvelut, mutta toisaalta kustannukset olisi pidettävä mahdollisimman pieninä. (French & Casali 2008, 44.)

Dahl-Bergkvistin & Hammarbäckin (2014, 16) mukaan ensihoitajat kokevat turhautuneisuutta hoitaessaan potilaita ilman akuutin hoidon tarvetta. Se koetaan myös resurssien tuhlaamisena. Sujuva kommunikaatio ensihoitajien, potilaan sekä omaisten kesken on avainasemassa, jos päädytään tekemään kuljettamattajättämispäätös – niin että kaikki osapuolet ovat päätökseen tyytyväisiä. Oikean hoitopaikan osoittaminen ja potilaan kotiin jättäminen ei aina ole yksinkertaista. Ensihoitajien kokemusten perusteella potilaat ja omaiset eivät ymmärrä resurssien olevan rajallisia ja sitä, miten tärkeää olisi, että ambulanssissa hoidettaisiin vain oikeat, akuuttia hoitoa vaativat potilaat. (Dahl-Bergkvist & Hammarbäck 2014, 16–17, 20.)

Vuonna 2003 South Yorkshire Ambulance Service toteutti hankkeen, jossa ensihoitajat olivat koulutettu arvioimaan ja hoitamaan ikäihmisiä aiempaa laajemmin. Koulutetut ensihoitajat antoivat potilaskeskeistä hoitoa ikäihmisille, jotka soittivat hätänumeroon ilman henkeä uhkaavaa tilaa. Ensihoitajille opetettiin muun muassa hoidon tarpeen arviointia liittyen kaatumisiin, palovammoihin ja vierasesineisiin. Heille opetettiin myös erilaisia haavanhoito- ja haavanompelutaitoja sekä monipuolisia tutkimusmenetelmiä. Ensihoitajat joutuivat olemaan pidemmän aikaa tapahtumapaikalla, mutta näin ikäihmisten päivystyskäyntien määrää sekä muuta sairaalahoitoa saatiin vähennettyä. (Dixon ym. 2009, 446.)

## 5.2 Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoito

Kanta-Hämeen alueella toimii 17 ambulanssia sekä ensihoidon kenttäjohtaja. Suurin osa ambulansseista on hoitotason autoja, jotka ovat käytettävissä ympäri vuorokauden. Vuosittain ensihoitotehtäviä ambulanssikalustolla on n. 31 000. Työntekijöitä Kanta-Hämeen ensihoidossa on n. 200, joista puolet on pelastajia ja puolet ensihoitajia. (Ensihoito 2014.) Kanta-Hämeen pelastuslaitoksella vuonna 2012 ensihoitotehtävät jakautuivat seuraavasti: A-tehtävien osuus oli 5 prosenttia, B-tehtävien osuus 20 prosenttia, C-tehtäviä oli 28 prosenttia ja D-tehtäviä 47 prosenttia (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2013, 12–13).

Kuvassa 1 esitetään Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevat 11 kuntaa (Jäsenkunnat 2014). Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin palvelutasopäätöksen tavoitteena on tarjota oikea-aikaista hoitoa oikeille potilasryhmille. Tavoitteena on lisäksi tehdä potilaan hoidontarpeen arviointia sekä ohjata potilaat tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan. Palvelutasopäätöksen mukaan ensihoitopalvelun tulee lisäksi tukea perusterveydenhuollossa tehtävää päätöksentekoa, jonka avulla voidaan rajoittaa potilaan erikoissairaanhoidon tarvetta. (Lindfors-Niilola, Riihelä & Kaskinen 2013, 28.)



KUVA 1. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin jäsenkunnat (Jäsenkunnat 2014)

### 5.3 Kotihoito

Kotihoito sisältää kotisairaanhoidon sekä kotipalvelun. Kotipalvelua on työapu, henkilökohtainen huolenpito ja tukeminen sekä erilaiset tukipalvelut. Kotisairaanhoido tarkoittaa potilaan kotona toteutettua terveyden- ja sairaanhoidon palvelua. Säännöllisenä kotihoitona pidetään vähintään kerran viikossa tapahtuvia käyntejä. Suomessa marraskuussa 2013 säännöllisen kotihoidon piirissä oli noin 72 000 asiakasta. 75 vuotta täyttäneistä noin 12 prosenttia oli kotihoidon piirissä. (Väyrynen & Kuronen 2014.)

Kunnilla on vastuu järjestää vanhuksille hoitoa heidän kotonaan tarpeen mukaan. Kotona selviytymisen tueksi tarvitaan yhdistettyä kotihoitoa kaikkine hoitoon, hoivaan ja sosiaalihuoltoon liittyvine palveluineen. Myös vanhuksen asuminen, liikkuminen ja sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuus on yhdistettävä hoitoon. Kotihoidon yhdistämisen tavoitteena on auttaa vanhuksia asumaan kotona mahdollisimman pitkään. (Tepponen 2009, 28, 93, 98.)

Lain mukaan kuntien on tehtävä suunnitelma, jossa esitetään toimenpiteet ikääntyneen väestön terveyden ja hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja selviytymisen tukemiseksi. Suunnitelmassa on otettava kantaa myös iäkkäiden palveluihin ja omaishoidon järjestämiseen ja kehittämiseen. Kotona asumista ja kuntoutumista edistävät toimenpiteet ovat huomioitava suunnittelussa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012.)

Käytännössä säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi pääsee vain, jos terveydentila ja toimintakyky ovat heikentyneet siten, että selviytymiseen tarvitaan ulkopuolista apua (Niemelä & Nikkilä 2009, 135). Ikäihmisten hyvinvointia uhkaavien tekijöiden tunnistamisessa kotihoidon työntekijät ovat avainasemassa. Säännöllisten kotihoitokäyntien yhteydessä työntekijät voivat havainnoida asiakkaan kokonaistilannetta ja muutoksia. Kuitenkin asiakas arvioi lopulta itse kärsiikö hän hyvinvointia uhkaavista tekijöistä vai ei. (Eloranta ym. 2005, 21.)

Iäkkäiden osuus väestöstä on kasvussa ja sen myötä vaatimukset sosiaali- ja terveystalveluita kohtaan luovat paineita yhteiskunnan hyvinvoinnin ja turvallisuuden rakenteille. On syytä pohtia kohtaavatko tämän hetken palvelut ikäihmisten tarpeet ja onko palve-

luiden määrä ja laatu riittävää. Organisaatioiden rakenteet, kommunikoinnin ja yhteistyön puute ovat esteenä, jotta voitaisiin tarjota oikea hoito, oikeaan aikaan oikeantasoisella laadulla ja intensiteetillä. Ikäihmisten palveluiden yhtenäistämällä tavoitellaan elämänlaadun parantamista, parempaa pääsyä palveluiden pariin, taloudellista vakautta ja oikeudenmukaisuutta. Kaiken integroidun hoidon ei ole oltava suunniteltua ja järjestettyä. Tyypillisesti kyseessä on äkillisesti muuttunut tilanne tai olosuhteet, jotka vaativat joustavia ja jatkuvia järjestelyitä. (Pieper 2005, 26–27, 29.)

#### **5.4 Hämeenlinnan kaupungin kotihoito**

Hämeenlinnan kaupungin kotihoitoon kuuluvat kotipalvelu, kotisairaanhoido sekä akuutti kotihoito. Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi tullaan asiakasohjausyksikön kautta ja kotisairaanhoidon lääkärin läheteellä. (Kotihoito 2014.) Vuonna 2012 säännöllisen kotihoidon asiakkaita Kanta-Hämeessä oli 2173. Hämeenlinnan osuus tästä oli 600 asiakasta. Koko Kanta-Hämeen alueella tehtiin vuonna 2012 yhteensä 870 256 kotihoidon käyntiä. (Reissel, E. 2013, 21).

Akuutin kotihoidon palvelut vastaavat äkillisiin kotihoidon tarpeisiin. Hämeenlinnan kaupungin kotihoito on jaettu kymmeneen eri alueeseen ja osassa niistä palvelut tuottaa yksityinen palveluntuottaja. (Kotihoito 2014.) Palveluohjaajat kartoittavat kotihoidon ja tukipalveluiden tarpeen ikäihmisille. (Ikäihmisten palvelut 2014.) Ensikontaktilomake Enska on ikäihmisille ja heidän läheisilleen tarkoitettu ensimmäiseen yhteydenottoon soveltuva palvelu Hämeenlinnan kaupungin verkkosivuilla. Sen avulla voidaan kartoittaa onko ikäihmisen tarpeita erilaisille palveluille. Lomakkeen voi täyttää verkossa tai tulostamalla ja sen täyttämisen helpottamiseksi on verkkosivuilla esittelyvideo. (Ensikontaktilomake Enska 2014.)

Palvelupiste Kastelli Hämeenlinnassa palvelee puhelimitse sekä paikan päällä antaen tietoa kaikista kaupungin organisaatioiden palveluista. Ikäihmisten asiakasohjausyksikkö antaa neuvontaa ja ohjausta yli 65-vuotiaille hämeenlinnalaisille ja se sijaitsee Kastellissa. Hämeenlinnan kaupunki järjestää useita kotona asumisen tukipalveluita ikäihmisille. Näihin kuuluvat turvapuhelin- ja ateriapalvelut, päivätoiminta, lyhytaikaishoito, kuljetus- ja matkapalvelut, asuntojen korjaus- ja muutostyöt, siivous- ja kylvytyspalve-

lut sekä kauppa-asiointi. Kaikkia kotihoidon palveluita voi ostaa myös yksityisiltä palveluntuottajilta. (Hämeenlinnan puhelinluettelo ja ikäihmisen palveluopas 2014, 12, 14–23.)

## **5.5 Sosiaalipäivystys**

Sosiaalipäivystys on perustuslakiin perustuvaa toimintaa. Sosiaalihuoltolain perusteella sosiaalipalvelujen tarve on kiireellisissä tapauksissa arvioitava viipymättä. Päivystävien sosiaalipalvelujen järjestämistä ohjaavat myös muut lait ja ohjeistukset. Palvelut ovat maksuttomia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Sosiaalihuoltolaki 710/1982.) Sosiaalipäivystyksen vastuulla ovat psykososiaalisen tuen päivystystoiminnot. Työnä sosiaalipäivystys on akuuttien kriisitilanteiden hoitamista, jota toteutetaan yhteistyössä eri ammattialojen kanssa. Tavallisesti yhteistyökumppaneita ovat hätäkeskus ja poliisi. Kunnilla on lain mukaan velvollisuus järjestää ympärivuorokautisen sosiaalityöntekijän saatavuus. (Riski, A. 2008, 10, 14, 19.)

Yleensä sosiaalipäivystys toimii virka-aikana jossain kunnan sosiaalitoimen toimipisteessä ja virka-ajan ulkopuolinen päivystys on järjestetty monen kunnan yhteistoimintana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Riskin (2008, 39) tutkimuksen mukaan sosiaalipäivystyksen asiakkaina pidetään yleensä lastensuojelun asiakkaita, vaikka tarkoitus on tarjota palveluita muihinkin kuin lastensuojelullisiin akuuttitilanteisiin. Sosiaalipäivystyksen asiakkaana voi olla päihteen käytön vuoksi pikaisesti hoitoa tarvitseva, ongelmatilanteessa oleva nuori tai vanhus, jonka kunto on äkisti heikentynyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

## **5.6 Kanta-Hämeen sosiaalipäivystys**

Kanta-Hämeen sosiaalipäivystys kattaa kaikki maakunnan 11 kuntaa. Hämeenlinna toimii isäntäkuntana sosiaalipäivystyksen palveluiden järjestämisessä. (Kanta-Hämeen sosiaalipäivystys 2014.) Virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys aloitti toimintansa Kanta-Hämeessä helmikuussa 2012 (Hämeenlinnan kaupungin Terveiden ja toimintakyvyn edistämisen lautakunta, Hattulan Perusturvalautakunta & Janakkalan Perusturva-

lautakunta 2012, 15). Yhteyden sosiaalipäivystykseen saa ainoastaan hätäkeskuksen kautta. Sosiaalipäivystyksen tehtävänä on antaa välttämättömiä kiireellisiä sosiaalipalveluita virka-ajan ulkopuolella eri-ikäisille asukkaille tai kuntien alueilla oleskeleville. Se auttaa lastensuojelun ja perheiden kriisitilanteissa sekä ohjaa ja neuvoo aikuisia sosiaalisissa ongelmissa. (Kanta-Hämeen sosiaalipäivystys 2014.)

Sosiaalipäivystys huolehtii myös muun muassa äkillisistä perhe- ja lähisuhdeväkivaltaan liittyvistä tilanteista. Hämeenlinna, Hattula ja Janakkala ovat yhdessä laatineet seudullisen lähisuhdeväkivallan ehkäisytyön toimintaohjelman vuosille 2012–2015. Sosiaalipalvelut ovat yksi lähisuhdeväkivallan ehkäisytyötä tekevä taho. (Hämeenlinnan kaupungin Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen lautakunta, Hattulan Perusturvalautakunta & Janakkalan Perusturvalautakunta 2012, 3, 15).

## 6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

### 6.1 Laadullinen opinnäytetyö

Tämän opinnäytetyön menetelmäksi valittiin laadullinen opinnäytetyö. Laadullisen menetelmän avulla voidaan tarkastella eri organisaatioiden näkemyksiä vanhusten tarpeista ja moniammatillisesta yhteistyöstä kotona asuvan vanhuksen kohdalla. Asiantuntija-haastattelut aineistonkeruumenetelmänä antavat rikasta ja monipuolista aineistoa opinnäytetyöhön. Laadullinen menetelmä sopii käytettäväksi, kun aihetta on tutkittu vähän tai näkökulma jo tutkittuun ilmiöön on uusi (Kylmä & Juvakka 2007, 30–31).

Ihminen sekä hänen elämänpiirinsä siihen liittyvine merkityksineen on laadullisen tutkimuksen lähtökohta. Rooleissa ovat tutkimuksen tekijä sekä tutkimukseen osallistuvat ihmiset. Osallistujien vähäinen lukumäärä on tavallista laadullisessa tutkimuksessa. Laadullista tutkimustietoa muodostetaan tyypillisesti induktiivisen päättelyn kautta. Induktiivinen päättely perustuu aineistoon ja havainnot tehdään yksittäisten tapahtumien pohjalta yhdistäen ne laajemmaksi kokonaisuudeksi. Induktiivisuus on myös aineiston analyysin lähtökohta. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 20, 22–23, 29, 31.)

Tutkimuksen lähestymistapa riippuu siitä, millaista tietoa tutkimuksella tavoitellaan. Valitun menetelmän tulee sopia tutkimustehtäviin sekä tutkijan omaan tieteelliseen asennoitumiseen. Laadullisen menetelmän avulla etsitään näkökulmia ja merkityksiä, joita ihmiset antavat kokemuksilleen. Terveystieteiden tutkimuksissa aiheet nousevat usein työssä kohdatuista ongelmista, johon kaivataan tutkimuksen avulla ratkaisuja tai helpotusta. Laadullista menetelmää käytetään yleensä, kun selvitetään tunteita, kokemuksia, ajatuksia, muutoksia ja ristiriitoja. Terveystieteiden tutkimusta tekevät eivät käytä laadullista lähestymistapaa ilman pohdintaa ja arviointia, koska vaaditaan kriittistä ja täsmällistä asennoitumista, jotta tutkimus olisi arvokas terveydenhuollolle. (Holloway & Wheeler 2010, 14, 17, 32.)

Haastattelu on yleisin laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Terveystieteiden tutkimuksissa haastattelut tarjoavatkin hyvän mahdollisuuden tarkastella sekä asiakkaan että työntekijäpuolen näkökulmaa. Hoitoalan ammattilaisilla on usein hyvät

haastattelutaidot jo ammattinsa puolesta (Holloway & Wheeler 2010, 87). Politin ja Beckin (2006, 59) mukaan haastattelijä on tärkein työkalu laadulliseen tutkimukseen liittyvässä tiedonkeruussa. Haastatteluprosessin alussa tutkija yleensä kokee epävarmuutta, mutta prosessin edetessä varmuus kasvaa (Holloway & Wheeler 2010, 88).

Laadullista tutkimusta tekevän on varmistettava, että tutkimuksen tulokset pysyvät to-tuudenmukaisina, luotettavina ja oikeina eikä niihin sekoitu tutkijan omia olettamuksia. Tämän voi toteuttaa esittämällä tehdyn analyysin tutkimukseen osallistuneille ja varmis-tamalla, että sisältö vastaa haastateltavien kokemuksia. Laadullisessa tutkimuksessa usein tutkimuksen tehtävät ovat aluksi väljiä ja ne tarkentuvat aineiston keruuvaiheessa. (Polit & Beck 2006, 58–59.)

## 6.2 Haastateltavien valinta ja aineiston keruu

Haastattelun tarkoitus aineistonkeruumenetelmänä on auttaa tunnistamaan haastatelta-van tunteet, käsitykset ja ajatukset. Teemahaastattelussa kysymykset on laadittu aiheit-tain tai otsikoittain ja niitä voi muokata haastatteluprosessin aikana sen mukaan mihin aiheisiin halutaan keskittyä enemmän. Haastattelun nauhoittaminen on käytännöllistä, koska silloin haastattelijä voi haastattelutilanteessa keskittyä osallistujan puheeseen ja säilyttää näköyhteyden. Nauhoitusten ansiosta mitään tärkeitä asioita tai sanoja ei pääse unohtumaan. Haastattelujen nauhoittamiseen on kysyttävä osallistujan lupa. (Holloway & Wheeler 2010, 87–90, 95–96.)

Opinnäytetyötä varten haastateltiin yhteensä viittä asiantuntijaa ensihoidosta, kotihoi-dosta ja sosiaalipäivystyksestä. Tavoitteena oli haastatella henkilöitä, jotka tuntevat hy-vin oman organisaationsa toiminnan, ja joilla on pitkä kokemus vanhusten parissa työs-kentelystä tai toimivat organisaatiossa esimies- tai johtotehtävissä. Aineiston keräämi-seen valittiin teemahaastattelu (Liite 1). Kysymysten muotoiluun saatiin tukea ohjaaval-ta opettajalta sekä opinnäytetyön opponijilta. Tutkimusluvut Kanta-Hämeen pelastus-laitokselta ja Hämeenlinnan kaupungilta myönnettiin kesän 2014 alussa.

Haastateltavat valikoituivat sekä työelämän yhteyshenkilön avulla sekä itse ottamalla sähköpostitse yhteyttä Hämeenlinnan kaupungin organisaatioihin. Haasteita haastattelu-

aikojen sopimisessa oli sähköpostivastausten odottelu ja aikataulujen yhteensovittaminen. Haastattelut pidettiin Kanta-Hämeen eri kunnissa kesä-heinäkuussa 2014 haastateltavien työpaikoilla. Haastattelukysymysten testaaminen tapahtui ensimmäisessä haastattelussa. Kysymysten muuttamiseen ei ollut tarvetta, joten samoja kysymyksiä käytettiin kaikissa haastatteluissa.

Jokaiselle haastateltavalle lähetettiin saatekirjeenä haastattelukysymykset, tiedote opin- näytetyöstä sekä lomake tietoista suostumusta varten (Liitteet 1, 2 ja 3). Aikaa haastat- telta varten pyydettiin varaamaan noin tunti. Etukäteen haastateltaville lähetetyissä liit- teissä oli tietoa muun muassa haastatteluiden nauhoittamisesta, aineiston hävittämisestä sekä osallistumisen vapaa-ehtoisuudesta. Jokainen osallistuja allekirjoitti suostumus- lomakkeen ennen haastattelun alkua. Tämän opinnäytetyön haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla tuplavarmistuksen vuoksi. Nauhoitettua aineistoa tuli yhteensä 200 minuuttia ja 9 sekuntia.

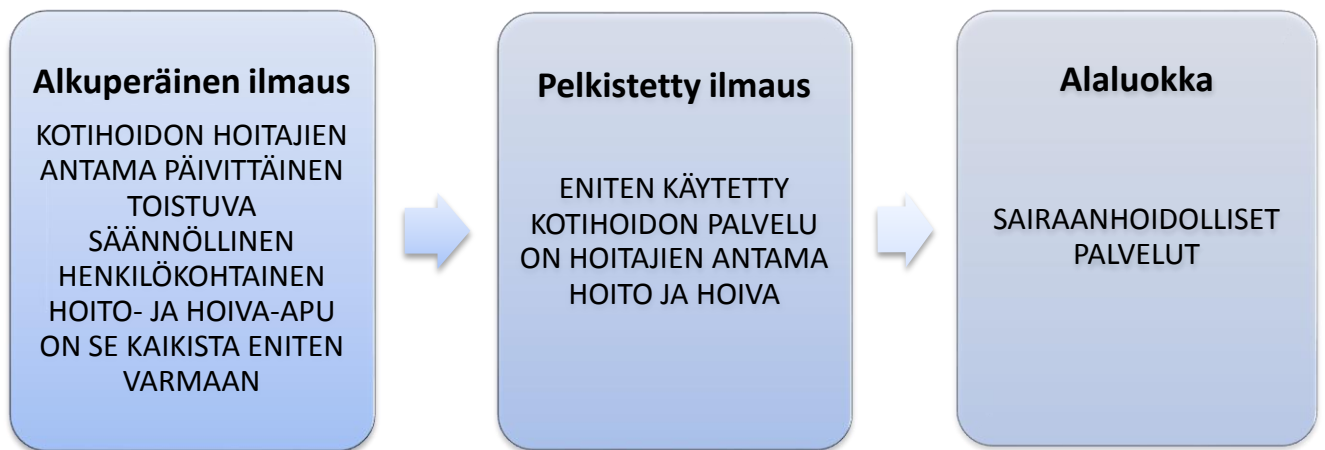
Haastatteluissa ilmapiiri oli avoin ja lämmin. Vanhusten olot todella puhuttivat. Esi- merkiksi eräs haastateltava pyysi ilmoittamaan, jos vastaan tulee jokin muu ”areena” tai taho, missä vanhusten hoidon tilaan voi ottaa kantaa. Aito huoli ikäihmisten asioita koh- taan välittyi haastatteluissa, kun haastateltavat kävivät haastatteluiden aikana työelä- mässä sattuneita tapauksia läpi. Turhautumista nykyisiä, erittäin rajattuja resursseja koh- taan oli myös aistittavissa ja intoa moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen löytyi. Moni haastateltavista koki riittämättömyyttä vanhusten hoidon kokonaisuudessa ja he olivat selvästi etukäteen puntaroineet ikäihmisten hoitotyön eettisiä, juridisia sekä käy- tännöllisiä puolia. Haastateltavat antoivat äänen niille vanhuksille, jotka eivät nyt tulleet suoraan kuulluiksi tässä opinnäytetyössä.

### **6.3 Aineiston analyysi**

Nauhoitettu aineisto puhtaaksikirjoitetaan tekstiksi sanasta sanaan. Tavoitteena on säi- lyttää todellisuus mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen tekijän aineistoon kohdistuva, oivaltava tulkinta syntyy haastattelutilanteiden uudelleen elämisen myötä puhtaaksikir- joituksen vaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 110–111, 154.) Tässä opinnäytetyössä

nauhoitetun aineiston pohjalta puhtaaksikirjoitettua tekstiä tuli 35 sivua käyttäen Times New Roman-fonttia kirjaisinkoolla 12 ja rivivälillä 1,5.

Aineiston keräämisen ja puhtaaksikirjoittamisen jälkeen se analysoidaan. Analyysin kautta tutkimustulokset saadaan näkyviin (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi on mutkikas, mutta samalla systemaattinen ja strukturoitu prosessi. Jo haastatteluaineiston nauhoitus- ja puhtaaksikirjoitusvaiheessa tutkija pohtii aineistoa syvällisesti. Siitä käynnistyy sisällönanalyysin työstäminen. (Holloway & Wheeler 2010, 281–282.)



KUVIO 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla selvitetään mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä (Liite 4). Aineiston yleiskuvan hahmottamisen jälkeen tehdään kolmivaiheinen analyysi. Vaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Aineistossa olevat merkitykselliset alkuperäisilmaukset toimivat pohjana pelkistämislle. Pelkistetyt ilmaukset voidaan ryhmitellä erilaisuuksien tai yhtäläisyyksien mukaan luokkiin (Kuvio 4). Näistä luokista muodostetaan yläluokkia siten, että se kattaa myös alla olevien luokkien sisällöt (Kuvio 5). (Kylmä & Juvakka 2007, 116–118.)



KUVIO 5. Esimerkki alaluokkien, yläluokkien ja pääluokkien muodostumisesta

## 7 TULOKSET

### 7.1 Kotona asuvan vanhuksen tarpeet

#### 7.1.1 Muu kuin lääketieteellinen ongelma

Yksinäisyys muuna kuin lääketieteellisenä tarpeena toistui kaikkien vastaajien kesken; sitä pidettiin selkeänä ongelmana ja sitä korostettiin useita kertoja. Yksinäisyyttä oli havaittu etenkin sinkuilla, leskillä, lapsettomilla ja niillä, keiden lapset asuvat kaukana. Myös ystävien kuolema aiheutti vanhusten keskuudessa yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä esiintyi vastaajien mukaan erityisesti juhlapyhien yhteydessä, kun fyysistä kanssakäymistä toisten ihmisen kanssa ei vanhuksella ole useampaan päivään.

*”Mun mielestä se yksinäisyys on ihan selkee ykkönen.”*

*”Toi yksinäisyys on yks varmaan semmonen iso nykypäivänä, että mikä on semmonen ei-lääketieteellinen ongelma.”*

*”Ainoa kontakti on se, että sul on joku fyysinen oire ja sä soitat sen ambulanssin.”*

Muuna kuin lääketieteellisenä tarpeena nähtiin myös taloudelliset ongelmat. Ongelmiin lukeutui rahan riittämättömyys ja talousasioiden hallinnan puutteet. Pienet eläkkeet ja siihen suhteessa suuret asuin- ja lääkemenot arveltiin olevan taloudellisten ongelmien taustalla. Toisaalta myös joillain vanhuksilla oli havaittu rahaa kuluvan pelaamiseen. Vaikka osalle vastaajista vanhusten taloudelliset ongelmat eivät olleet näkyvillä, he arvelivat silti niitä olevan. Osalla vastaajista oli enemmän kokemusta näkyvistä taloudellisista ongelmista ja ne liittyivät usein pieneen eläkkeeseen ja suuriin vuokra- ja lääkemenoihin. Esille tuli myös, että osa vanhuksista on alttiita huijatuksi tulemiselle.

Vanhuksilla oli havaittu olevan jonkin verran avuttomuutta. Avuttomuus käsitti vastaajien mukaan vanhuksen tietämättömyyden mahdollisista palveluista ja osaamattomuus-

den hakeutua tarpeellisten palveluiden pariin. Apuvälineiden käyttöongelmat mainittiin yhdeksi ongelmaksi. Vastaajat kertoivat apuvälineiden käytössä olevan puutteita. Vaikka vanhuksella olisi apuvälineitä, ne eivät välttämättä sovellu käytettäväksi tai niitä ei osata käyttää. Yhdeksi ei-lääketieteelliseksi ongelmaksi määriteltiin ulkoilun puute. Ulkoilun puute liitettiin vastauksissa myös osallisuuden puutteeseen. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaita ei ole mahdollisuutta ulkoiluttaa kotihoidon toimesta. Ulkoilu pidettiin erityisen tärkeänä kesällä.

*”Vaikka ois apuvälineitäki käytössä, ni välttämättä ne tilat eivät sovellu.”*

*”Ku (kesä) kauneimmillaan, pitäis päästä tuonne juoksemaan, ulkoileen ni ei pääse mihinkään.”*

Sopimattomat asuinolot oli yksi selkeä eri organisaatioiden vastaajien nimeämä ongelma. Vastaajat nimesivät epäkäytännölliset, pienet, ahtaat, täysinäiset ja puutteelliset asunnot sopimattomiksi asuinoloiksi. Osassa ikäihmisten asunnoista mainittiin olevan huono valaistus ja kaatumisvaara. Joidenkin vanhusten tiedettiin asuvan huonoissa oloissa. Asuinolojen sopivuutta kyllä arvioitiin työtehtäviä suorittaessa, mutta niihin puuttumista pidettiin haastavana itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen takia.

*”Vaikeudet tulee tähän liikkumiseen – kaatumisvaara, huono valaistus – sitte on liikaa mattoja – toiset asunnot on niin täys tavaraa.”*

Muita lääketieteellisiä ongelmia olivat myös pelko- ja sekavuustilat sekä masentunut mieliala. Pelkotiloihin lukeutui pelkääminen ja turvattomuuden tunne. Vastaajat kuvasivat, että jotkut vanhuksat pelkäävät kotonaan olemista. Pelkoihin liittyy se, että akuutin terveysongelman sattuessa avun tulo kestää liian kauan. Myös erilaisia sekavuustiloja kerrottiin olevan. Vastaajat kuvailivat vanhuksilla esiintyviä sekavuustiloja epäselviksi ja käsittämättömiksi. Sekavuustiloihin lukeutui vanhuksen eksymiset ja harhailut. Joissain tapauksissa sekavuuden taustalla voitiin nähdä fysiologisia ilmiöitä kuten dementiaa tai elimistön kuivumistila. Vanhuksilla todettiin myös ilmenevän masentunutta mielialaa, jossa elämänhalu sekä mielenkiinto asioita kohtaan katoavat.

Päihdeongelmat ja kaltoinkohtelu koettiin myös vastaajien keskuudessa vanhusten ongelmiksi. Päihteinä vanhuksset käyttävät useimmiten mietoja alkoholijuomia. Esimerkiksi ensihoidon vastauksissa todettiin, että nykyään puhalluttaminen on melkein rutiinitoimenpide. Kävi ilmi, että päihteiden liikakäyttö voi olla myös joidenkin vanhuksille sattuvien onnettomuuksien kuten murtumien taustalla. Vanhuksen päihteiden käyttö voi tulla yllätyksenä omaisille. Kaltoinkohtelu nähtiin ongelmana erityisesti sosiaalipäivystyksessä. Siihen sisältyi perhe- ja lähisuhdeväkivalta ja omaishoitajan alkoholinkäyttö. Vastaajat arvioivat, että esimerkiksi omaishoitajan päihdeongelmaan helposti liittyy perheväkivaltaa etenkin, jos kotona asuva vanhus on muistisairas.

*”Muita päihteitä on äärimmäisen harvoin, mutta se on yleensä just mieto alkoholi, se on kalja taikka viini.”*

*”On niinku omaishoitajana ja siin on jotain väkivaltaa.”*

### **7.1.2 Jo käytössä olevat palvelut**

Yhtenä vanhusten eniten käyttämänä kotihoidon palveluna mainittiin sairaanhoidolliset palvelut. Siihen sisältyy hoiva ja hoitotyö sekä hoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö asiakkaan asioiden hoitamiseksi. Hoivan ja hoidon katsottiin käsittävän esimerkiksi pesut ja perushoidon. Vanhusten käyttämille kotihoidon sairaanhoidollisille palveluille tyypillistä ovat säännölliset ja toistuvat käynnit. Vanhusten kerrottiin käyttävän myös paljon erilaisia tukipalveluita. Niihin mainittiin kuuluviksi ateriapalvelut, lääkkeiden annosjakelupalvelu, turvapalvelut sekä kauppapalvelut.

Lääkehuolto sekä siihen liittyvien verinäytteiden otto nähtiin myös eräänä ikäihmisten eniten käyttämistä palveluista. Lääkehuoltoa pidettiin laajana kokonaisuutena sisältäen muun muassa annosjakelulääkkeiden toimittamisen, ohjaukselliset asiat ja verinäytteiden ottamiset. Esimerkiksi Marevan®- lääkehoito ja siihen liittyvät INR- näytteet ovat yleisiä kotihoidon asiakkaiden keskuudessa. Toiminnallisesti lääkehuollon voidaan ajatella kuuluvan sairaanhoidollisiin palveluihin. Tuloksissa se on nostettu erilliseksi luokaksi, koska haastatteluissa sitä käsiteltiin erillisenä toimintona. Lisäksi korostettiin, että lääkehuolto kokonaisuutena vie ison osan kotihoidon työntekijöiden työajasta.

*”Kotihoidon hoitajien antama päivittäinen toistuva säännöllinen henkilökohtainen sairaanhoidollinen hoito- ja hoiva-apu on se kaikista eniten varmaan.”*

Sosiaalipäivystyksen yhtenä keskeisimmistä palveluista oli vanhuksen hätään vastaaminen. Se sisältää vastineen omaisen tai vanhuksen itse tekemälle huolenilmaukselle. Tehtävät välittyvät sosiaalipäivystykseen hätäkeskuksen kautta. Vastauksista ilmeni, että kun sosiaalipäivystykseen ollaan yhteydessä, kyseessä on hätätilanne. Hätään vastaaminen ei ole konkreettista tekemistä, vaan tavallaan ikäihmisen tarpeen tunnistamisen, huomioimisen ja vastaanottamisen vaihe, joka käynnistää konkreettiset toimenpiteet.

*”Kyllähän ikäihmisten asioissa se on aina niinko hätä sitte käsissä.”*

Vanhuksen kotona selviytymisen arviointi sekä omaisten selvittäminen olivat myös sosiaalipäivystyksen palveluita, joita ikäihmiset eniten käyttävät. Ne voidaan nähdä konkreettisina tekoina. Kotona selviytymisen arviointia tehdään sosiaalipäivystyksessä monella tasolla. Vanhus itse tai omaiset voivat arvioida kotona pärjäämisen huonoksi ja siihen tarvitaan lisäarviointia. Sosiaalipäivystyksen tehtäväksi voi tulla esimerkiksi muistiongelmaisen ikäihmisen karkaamisesta tai omaishoitajan kuolemasta johtuva vanhuksen kotona selviytymisen arviointi. Arviointiin sisältyy kotona pärjäämisen ja kokonaistilanteen selvittäminen. Omaisten selvittämiseen kuuluu omaisten roolin selvittäminen ja sosiaalisen verkoston arviointi. Usein ikäihmisten kohdalla on selvitetävä onko omaisia olemassa, ovatko he tekemisissä ja voivatko he tulla apuun kyseisessä tilanteessa.

Yhtenä vanhusten käyttämänä ensihoidon palveluna nähtiin fyysiseen oireiluun vastaaminen. Ikäihmisten yleisimmiksi fyysisiksi oireiksi mainittiin yleistilan lasku sekä rintakipu ja rintatuntemukset. Nämä aiheuttavat useimmiten ensihoidon käynnin ja fyysiseen oireiluun vastaamisen vanhusasiakkaan kotona. Fyysiseen oireiluun vastaamiseen kuuluu asiakkaan tutkiminen ja mahdollinen kuljettaminen. Eniten käytettyihin palveluihin lukeutuivat myös tilanarvion tekeminen sekä palveluiden ohjaaminen ja suunnittelu.

Tilantarvio on ensihoidon perustehtävä, joka tehdään paikan päällä vanhuksen kotona. Vastauksissa mainittiin, että vanhuksen tilantarvion tekemisessä iso merkitys on keskustelulla. Fyysiseen oireiluun vastaaminen on riippuvainen tilantarvion tekemisestä, mutta tulosten jaottelussa on fyysiseen oireiluun vastaaminen ajateltu vanhuksen tarpeiden tunnistamisena ja ensihoitopalvelun käynnistäjänä. Ensihoidon toteuttamaa palveluiden ohjaamista ja suunnittelua tehdään vastaajien mukaan jonkin verran. Jatkohoidon suunnitteluun voidaan ajatella sisältyväksi myös asiakkaan kuljettaminen jatkohoitopaikkaan ensihoidon toimesta.

*”Jonku verran sosiaalitoimeen liittyviä asioita, lääkäriasioita, et miten mihkä pitää hakeutua millonkin.”*

### **7.1.3 Hyvinvointia lisäävät tekijät**

Yhtenä tärkeänä vanhusten hyvinvointia lisäävänä tekijänä nähtiin läsnäoloajan lisääminen. Vastaajat kokivat, että aikaa vanhuksen luona olemiseen pitäisi olla enemmän. Läsnäoloajan lisääminen voisi vähentää esimerkiksi masentuneisuutta. Lähes kaikki vastaajat näkivät läsnäoloajan lisäämisen ensisijaisesti kotihoidon tehtäväksi. Sekä kotihoidon että muiden organisaatioiden vastaajat kokivat, että resursseja ja aikaa asiakkaan luona olemiseen pitäisi olla enemmän. Läsnäoloaikaa rajoittavana tekijänä kotihoidossa nähtiin kiire. Toisaalta myös ensihoidossa todettiin näkyvän kotihoidon ajanpuute asiakkaiden luona.

Vastaajien käsityksen mukaan vuorovaikutus lisäisi vanhusten hyvinvointia. Hyvinvointiin positiivisesti vaikuttavina tekijöinä mainittiin muun muassa päivittäiset kontaktit, osallisuus ja tukiverkosto. Vastaajat näkivät tukiverkoston lähinnä kunnan palveluista koostuvana verkostona. Lisäksi keskustelua ja juttelua pidettiin tärkeänä hyvinvointia lisäävänä tekijänä. Luonnollisten ihmissuhteiden lisäksi esiin tuli ystäväpalveluiden käyttö. Huonomuistisia vanhuksia ajateltiin auttavan tuttujen hoitajien kanssa tapahtuva vuorovaikutus. Vuorovaikutuksella nähtiin olevan apua esimerkiksi yksinäisyyteen.

Harrastustoiminta mainittiin yhtenä hyvinvoinnin lisääjänä. Harrastustoimintaan sisältyy paljon konkreettisia esimerkkejä aktiviteeteista. Vastaajat mainitsivat muun muassa

saunomisen, retkeily, taide-elämykset, päivätoiminnan ja ulkoilun konkreettisina hyvinvointia lisäävinä tekijöinä. Tärkeänä pidettiin mahdollisuutta osallistua mielialaa ja kuntoa ylläpitäviin toimintoihin.

*”Mulla on yksi asiakas, rouva, semmone joka nauttis, ku pääsis jonnekin katsomaan taidetta.”*

Vastaajien mukaan sairauksien ja terveyden hoito lisäisi vanhusten hyvinvointia tiheämmin toteutettavilla lääkärin kotikäynneillä, kotona asuvien kroonisten kipupotilaiden hoidon tehostamisella sekä suun terveyteen panostamisella. Nämä toiminnot painotuivat erityisesti kotihoidon asiakkaisiin. Asumisen yhteydessä olevat palvelut ja kotiin saatavat palvelut katsottiin myös lisäävän vanhusten hyvinvointia. Asumisen yhteydessä olevat palvelut sisälsivät vastaajien mukaan palveluasumisen eli palvelut asunnon yhteydessä. Asuinyhteisö, henkilöstön saatavuus ja monipuoliset ikäihmisten palvelut kodin yhteydessä koettiin vanhusten hyvinvointia lisäävinä asioina. Kotiin saatavat palvelut käsittivät kotihoidon palvelut ja vastaajien mielestä sitä pitäisi olla nykyistä enemmän.

*”Tuntuu, että sitä kotipalveluu pitäis olla jotenkin paljo enemmän.”*

Pitkäaikaisen laitoshoidon ajateltiin edistävän hyvinvointia silloin, kun vanhus itse haluaa laitoshoitoon. Lyhytaikaisella laitoshoidolla taas ajateltiin voitavan lisätä hyvinvointia tilapäisissä tilanteissa. Lyhytaikaisella laitoshoidolla tarkoitettiin intervallipaikkoja, jotka voisivat auttaa hätätilanteissa. Tilapäisillä osastohoitopaikoilla voitaisiin vastaajien mukaan turvata vanhuksen tarkoituksenmukaisimman hoidon saanti silloin, kun päivystyksellistä hoidontarvetta ei ole, mutta kotiin ei voi jäädä. Intervallipaikkaan pääsyä tulisi kehittää yksinkertaisemmaksi. Sillä voitaisiin lisätä vanhuksen hyvinvointia. Apuvälineistä hyvinvointia edistävänä mainittiin turvapuhelin.

*”Pitäs olla vähän yksinkertasempi tämä reitti päästä välillä vuodeosastohoitoon tilapäisesti.”*

## 7.2 Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan vanhuksen hyväksi

### 7.2.1 Jo olemassa olevat yhteistyömuodot

Kotihoidossa nähtiin yhteistyö ensihoidon kanssa niin, että ensihoitoa tarvitaan tekemään vanhuksen tilanarvio ja arvioimaan akuutin hoidon tarvetta. Kotihoidon ja ensihoidon yhteistyömuotona oli myös tiedon vaihtaminen. Tiedon jakaminen ja vaihtaminen tapahtuu vanhuksen tilan edistämiseksi lyhyellä ja pitkällä tähtäimellä. Siihen sisältyy kotihoidon ja ensihoidon kohdatessa raportointi potilaan kokonaistilanteesta. Myös ammattilaisten välinen palautteen anto nähtiin tärkeänä keinona parantaa jonka avulla ammattitoimintaa sekä vanhuksen tilannetta.

*”Kun avun oon hälyttänyt – sitte keskustellaan, tietojen antoa esimerkiks.”*

Sosiaalipäivystyksen yhteistyömuotoina ensihoidon kanssa nähtiin yhteistehtävät sekä tiedon vaihtaminen. Yhteistehtävillä tarvittiin joko heti samanaikaisesti sekä ensihoitoa että sosiaalipäivystystä tai tehtävälle ensin lähtenyt joutui hälyttämään toisen myöhemässä vaiheessa paikalle. Sosiaalipäivystyksen eräs tärkeä tehtävä on pitää ajan tasalla sosiaalityön yhteystietoja ja tiedottaa niistä muun muassa ensihoidolle.

*”Voi olla semmonen tilanne, et se on tullut alunperinkin molemmille se tehtävä (häätäkeskukselta).”*

Ensihoidon yhteistyökumppaniksi vanhusten parissa toimivista organisaatioista nähtiin pääasiassa kotihoito. Tiedon vaihtaminen ja vanhuksen tilanarvio olivat ensihoidon ja kotihoidon välisiä yhteistyömuotoja. Tiedon vaihtamiseen sisältyi informaation saanti potilaasta, ensihoidon tekemien havaintojen kertominen kotihoidolle sekä yhdessä kotihoidon kanssa tehtävä jatkohoidon suunnittelu. Tilanarvion tekeminen on tilan selvittämistä ja tarvittaessa kuljetus jatkohoitopaikkaan.

*”Lähinnä ne yhteistyömuodot on että...meidät tilataan jonnekki kattomaan jotaki esim kotipalvelun asiakasta – kyseisen potilaan tilan selvittämistä sitte.”*

*”Sen asiakkaan jatkomalliakin voidaan siinä yhdessäkin sitte miettiä, jos tähän ollaan halukkaita molemmin puolin.”*

### **7.2.2 Yhteistyön kehittämiskeinot**

Kotihoidon vastauksissa toivottiin kotihoidossa ja ensihoidossa olevan käytössä yhteinen potilastietojärjestelmä. Tällöin kaikki vanhuksen luona asioivat voisivat dokumentoida samaan paikkaan kyseisen ihmisen sivuille. Sosiaalipäivystyksen vastauksista ilmeni, että yhteistä asiakastietojärjestelmää terveydenhuollon kanssa ei ole ja asian kehittämistä on ollut jo palaveri. Ensihoidon vastaajat pitivät tärkeänä, että kotihoidon työntekijällä olisi mukana kulkeva tietokanta, jotta potilasta koskevat tarpeelliset tiedot saataisiin nopeasti ensihoidon käyttöön.

*”Jotenki loogisesti etenis tää eikä – eikä niinku miljoonasta paikasta haeta tietoo.”*

Asiakastiedot vanhuksen kotona nähtiin myös yhteistyön kehittämiskeinona. Vastaajat esittivät, että olisi hyvä, että vanhuksen kotona olisi ajantasaisin tiedoin varustettu kotihoidon asiakaskansio. Oleellista olisi, että vanhuksen yleinen vointi, sairaudet ja käytössä oleva lääkitys olisi kirjallisesti saatavilla. Kotihoidossa ja sosiaalipäivystyksessä pidettiin tärkeänä, että ensihoidolla olisi käytettävissä riittävät, ajan tasalla olevat yhteystiedot.

*”Kotihoidon kansiot potilaitten luona missä on lääkitykset ja perussairaudet lueteltu ni ensinnäki tietysti, et semmoset kasiat ois olemassa.”*

*”Ehkä se täytyy saada se yks numero siihen kuntaan.”*

Tietoa organisaation toiminnasta tarvitaan yhteistyön kehittämiseksi. Ensihoitokäynteistä tiedottamista pidettiin myös tärkeänä tekijänä, jolla voitaisiin kehittää yhteistyötä. Kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen vastaajat kokivat, että voisi olla hyödyllistä jakaa tietoa oman organisaation toiminnasta, jotta työnkuva, henkilöstö ja työnjako tulisivat tutuiksi ensihoitajille. Ensihoito kaipaisi kotihoidolta tietoa siitä, jos asiakkaan luona

käy toistuvasti ambulanssi jonkun tietyn syyn vuoksi eikä se vaadi hänen kohdallaan mitään erityisiä toimenpiteitä.

*”(Ensihoitajat) ei varmaan tiä yhtää ketä tääl on töissä ja kuinka tää on jaettu tää meidän juttu.”*

*”Voi olla, että vielä niinku osa, osa noista työntekijöistä ei niinku hahmota sitä, tätä meidän työtä.”*

Koulutus ja palautteen saaminen nostettiin myös yhteistyön kehittämiskeinoiksi. Kotihoidon vastaajat toivoivat kotihoidon työntekijöille pidettävää koulutusta ensihoitajien pitämänä. He kokivat, että käytännön työtä tekevät ensihoitajat olisivat parhaita kouluttajia. Kotihoidossa pidettiin arvokkaana kehittämisen kannalta, että ensihoidolta saisi palautetta ja parannusehdotuksia.

Ensihoidon vastauksissa nähtiin tärkeänä, että kotihoidossa kehitettäisiin potilaan tilanarvion tekemistä. Siihen mainittiin kuuluvaksi potilaan suppea tutkiminen, tilan selvittäminen sekä kotihoidon oman lääkärin konsultointi. Ensihoidon vastaajat kokivat, että voisi olla järkevää laatia kotihoidon työntekijöille kriteerit, koska ensihoitopalvelua on hälytettävä paikalle. Vastauksissa ehdotettiin, että kriteerit voisi olla hyvä laatia kotihoidon vastuulääkärin avustuksella.

*”Käytännön jutuista juu ja milloin pitää soittaa ambulanssi – selkeyttäs paljon.”*

*”Hyvä tämmönen heidän oman vastuulääkärinsä avustuksella tehä jotkut kriteerit että millonka ylipäättänsä lähetään hälyttämään jotain ensihoitopalvelua paikalle.”*

*”Heillääki (kotihoitolla) ois kenties mahdollista tehdä tämmösiä saman tyylistä tota tilan selvittämistä mitä mekin tehään –he (kotihoito) vois tehdä pientä tutkimusta ja konsultioia omaa lääkäriään, joka tuntee vielä potilaanki mahdollisesti.”*

### 7.2.3 Moniammatillisen yhteistyön hyödyt vanhukselle

Vastaajat kokivat, että tiedonkulku paranisi yhteistyötä tehostamalla. Sen ajateltiin hyödyttävän vanhusta monin tavoin. Yhteistyö myös omaisten kanssa helpottuisi tiedonkulun parannuttua ja omaiset olisi helpompi ottaa mukaan vanhuksen hoitoon. Yhtenä hyötynä moniammatillisesta yhteistyöstä vastaajat näkivät turhien sairaalakäyntien vähenemisen. Vastaajat ajattelivat yhteistyön kehittämisellä olevan mahdollisuus välttää esimerkiksi turhia yhteispäivystyskäyntejä ja turhaa pallottelua.

Suurimpana hyötynä vanhukselle ajateltiin kuitenkin olevan tarkoituksenmukaisimman hoidon saaminen. Tarkoituksenmukaisimman hoidon saamiseen sisältyi vastaajien mukaan esimerkiksi akuuttiin hoidontarpeeseen vastaaminen, parhaan mahdollisen hoidon saaminen, edestakaisin kuljettelu poisjäänti ja oikeiden palveluiden käyttö. Tärkeänä pidettiin sitä, että vanhus saisi nykyistä suurempaa reittiä tarvitsemansa hoidon. Myös avun saaminen nopeammin koettiin moniammatillisesta yhteistyöstä koituvaksi hyödyksi.

*”Vanhus sais helpommalla tarkoituksenmukaisimman avun, kun oma tilanne huononee –jäis niinku semmone ylimääräne ylimääräne eessun taassun kulettelu.”*

*”Ei jää esimerkiksi ambulanssi tilaamatta, jos hän oikeesti tarvitsis sitä, että ei tehdä niinkun väärää arvioo.”*

### 7.3 Tulosten yhteenveto

Tuloksista syntyi kaksi yhdistävää luokkaa. Ne ovat ***kotona asuvan vanhuksen tarpeet*** ja ***moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan vanhuksen hyväksi***. Kotona asuvan vanhuksen tarpeet sisältävät jo käytössä olevat palvelut, koska palvelut vastaavat jo jonkin olemassa olevaan tarpeeseen. Muut kuin lääketieteelliset tarpeet ovat tarpeita tai ongelmia, joita voidaan tunnistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Hyvinvointia lisäävät tekijät ovat jaoteltu kotona asuvan vanhuksen tarpeisiin, koska niiden taustalla nähtiin erilaisia tarpeita.

Moniammatillinen yhteistyö kotona asuvan vanhuksen hyväksi sisältää jo olemassa olevat kotihoidon, sosiaalipäivystyksen sekä ensihoidon yhteistyömuodot. Yhteistyön kehittämiskeinot sisältävät ajatuksen yhteistyötoiminnan parantamisesta, jotta vanhusasiakas hyötyisi nykyistä enemmän käsiteltyjen organisaatioiden yhteistyöstä. Lisäksi tuloksissa esitetään hyöty vanhukselle yhteistyön syventämisestä. Tulosten yhteenveto näkyy Kuviossa 6.



KUVIO 6. Tulosten yhteenveto

## 8 KOULUTUS YHTEISTYÖTAHOILLE

### 8.1 Suunnittelu

Koulutuksen suunnittelussa oleellista on ensimmäiseksi selkeyttää koulutuksen tavoitteet; tilaajan, osallistujien sekä kouluttajan omat tavoitteensa. Koulutuksen järjestämistä on tärkeä pohtia osallistujien näkökulmasta. Oleellista on jäsentää, miten oma asiantuntemus hyödyttää osallistujien oppimista ja kehittymistä. Osallistujien aiempi osaaminen ja kokemukset vaikuttavat siihen, että käsiteltävät asiat näyttäytyvät eri osallistujille eri tavoin. Jaettavan informaation on oltava ymmärrettävää, mielenkiintoista tai hyödyllistä. Uuden oppimisessa aiemman tiedon, toimintamallien ja kokemusten kriittinen tarkastelu, reflektointi, on avainasemassa. Kypsää reflektiivisyyttä osoittaa taito nähdä asiat useista näkökulmista. Oppimisen reflektio vaatii pysähtymisen, asioiden puntarointia ja arviointia, vertailua ja itsensä tutkimista. Koulutusilaisuus voi olla reflektoinnin käynnistäjä. (Kupias & Koski 2012, 11–16, 21, 26–27, 33–34.)

Tässä opinnäytetyöhön liittyvän koulutuksen järjestämisessä tavoitteena oli antaa lisätietoa ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen henkilöstölle ikäihmisten muista kuin lääketieteellisistä ongelmista sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä. Tavoitteena oli jakaa konkreettisia vinkkejä moniammatillisen yhteistyön tehostamiseksi sekä lisätä ymmärrystä vanhuksen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioimisen sekä organisaatorajat ylittävän moniammatillisen yhteistyön hyödyistä.

Koulutuspäiviksi sovittiin 19. ja 21.1.2015. Ajankohta oli suunniteltu siten, että mahdollisimman moni ensihoitajista pääsisi paikalle. Koulutusilaksi valittiin Hämeenlinnan paloaseman iso luokkatila. Ensihoitohenkilöstön kutsumisen koulutukseen tapahtui työelämäyhteyshenkilön avulla. Kutsut kotihoidolle ja sosiaalipäivystykseen lähetettiin opinnäytetyön tekijän toimesta lokakuussa 2014 (Liite 5).

Palavereissa työelämän yhteyshenkilön kanssa ennen koulutusilaisuutta sovittiin tarkemmin koulutuksen käytännön toteutuksesta ja sisällöstä. Koulutuksen järjestämiseen sisältyi koulutuksen sisällön tuottaminen, osallistujien valinta ja kutsuminen, ajankäytön

suunnittelu, materiaalien ja työvälineiden hankinta, palautteen pyytäminen koulutuksesta sekä koulutuksen arviointi palautteen perusteella (TAULUKKO 1).

<b>Materiaalit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kutsukirjeet yleisölle</li> <li>• Tietokone ja Power Point- esitysvalmius</li> <li>• Palautelomakkeet</li> <li>• Kirjalliset yhteystietolomakkeet</li> <li>• Kahvitarjoilu yleisölle</li> <li>• Graafisen materiaalin hankinta</li> </ul>	
<b>Koulutuksen sisältö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sisällön koonti haastatteluiden pohjalta</li> <li>• Power Point- esityksen teko</li> </ul>	Marras-Joulukuu 2014
<b>Henkilöstökoulutus ja kirjallisen palautteen kerääminen</b>	<i>Hämeenlinna/Kanta-Hämeen pelastuslaitos</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensihoito</li> <li>• Kotihoito</li> <li>• Sosiaalipäivystys</li> </ul>	Tammikuu 2015
<b>Palautte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palautteiden käsittely ja koonti</li> </ul>	Helmikuu 2015

TAULUKKO 1. Suunnitelma henkilöstökoulutuksen järjestämisestä

Koulutuksen nimeksi valittiin opinnäytetyön nimi ”Yhdessä ikäihmisen hyväksi”. Koulutus toteutettiin luento-tyyppisesti ja sitä tuki PowerPoint-esitys. PowerPoint-esityksessä oli 18 diaa. Esityksessä edettiin opinnäytetyön esittelystä opinnäytetyön tuloksiin. Koulutuksessa käytiin lisäksi läpi muutamia ajankohtaisia asioita. Niitä olivat Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), Kansalaisneuvonta-palvelu ja Ensikontakttilomake Enska.

Kansalaisneuvonta on Valtiokonttorin ylläpitämä neuvontapalvelu, joka opastaa kansalaisista oikean viranomaisen luokse (Kansalaisneuvonta 2014). Kansalaisneuvonnasta tilattiin käyntikortteja jaettavaksi koulutukseen osallistuville. Ensietolomake Enska on ikäihmisille ja heidän läheisille tarkoitettu lomake, jolla voidaan kartoittaa ikäihmisen palveluntarpeita (Ensikontakttilomake Enska 2014).

PowerPoint-esityksen suunnitteluun, tekemiseen ja viimeistelyyn kului kaikkiaan noin kaksi kuukautta. Visuaalisen ulkoasun suunnittelussa hyödynnettiin kirjallisuutta ja kuvituksena käytettiin Irja Häkkisen tilaustyönä valmistamaa aiheeseen sopivaa grafiikkaa. Koulutuksen pitämistä harjoiteltiin kotona sekä oppilaitoksen tiloissa koyleisölle. Koyleisönä olivat opinnäytetyön ohjaava opettaja sekä opponentit.

Esiintymisharjoittelun tukena käytettiin kirjallisuutta. Harjoitustilanteissa koulutukset kestivät 40–60 minuuttia. Koyleisön sekä työelämän yhteyshenkilön kommenttien perusteella koulutuksen sisältöä muutettiin. Teknisten laitteiden toiminta varmistettiin alustavasti etukäteen yhteyshenkilöltä ja lopullisesti paikanpäällä hieman ennen ensimmäisen koulutuksen alkua. Palautteiden keräämiseksi tehtiin palautelomakepohja (KUVA 2.)

© Irja Häkkinen

**PALAUTE  
KOULUTUKSESTA**

Hyvää ja hyödyllistä

Kehitettävää

KUVA 2. Palautelomake henkilöstökoulutuksesta

## 8.2 Toteutus

Koulutus yhteistyötahoille pidettiin Hämeenlinnan paloaseman luokkatilassa kahtena aamuna 19. ja 21.1.2015. Aikaa tilaisuuteen oli varattu 1,5 tuntia. Paikalla osallistujia oli 19.1. yhteensä 8 henkilöä ja 21.1. 12 henkilöä. Henkilöstökoulutukseen oli kutsuttu

ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen työntekijä- ja esimiestason henkilöstö pääosin Hämeenlinnan alueelta (Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen koko alueen henkilöstö, Kanta-Hämeen sosiaalipäivystyksen henkilöstö sekä Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon henkilöstö). Palautelomakkeet ja Kansalaisneuvonnan käyntikortit liitettiin yhteen klemmareilla ja jaettiin osallistujille ennen koulutuksen alkua.

Ensimmäisessä tilaisuudessa oli läsnä vain ensihoidon henkilöstöä. Toisessa tilaisuudessa oli ensihoitohenkilöstön lisäksi kotihoidon edustajia. Toisessa koulutuksessa paikalla oli myös ensihoidon vastuulääkäri. Tällöin paikalla oli myös työelämän yhteyshenkilö. Kahvitarjoilu oli järjestetty 19.1. koulutuksen loppuksi ja 21.1. koulutuksen aluksi. Koulutus oli luento-tyyppinen henkilöstökoulutus ja puhetta tukemassa oli PowerPointesitys. Ensimmäisen koulutuksen kesto oli noin 45 minuuttia ja jälkimmäisen 60 minuuttia. Toteutus tapahtui laaditun suunnitelman mukaisesti.

### 8.3 Palautteet

Palautelomakkeita palautettiin ensimmäisenä koulutuspäivänä 7 kpl ja toisena 5kpl, yhteensä siis 12kpl. ”Hyvää ja hyödyllistä”-kohdassa oli kommentteja 12 lomakkeessa ja ”Kehitettävää”-kohdassa kolmessa lomakkeessa. Palautelomakkeiden perusteella koulutuksen sisältöä ja aihetta pidettiin tarpeellisena, tärkeänä, hyvänä ja ajankohtaisena. Lomakkeiden perusteella osallistujat saivat uutta tietoa sekä lisätietoa aiheesta.

Palautelomakkeisiin kirjoitettuja kommentteja:

*”Selkeä esitys, hyvin avattu eri aihealueet.”*

*”Esiintyminen hyvää ja luontevaa. Ei ”tylsää” missään vaiheessa. Osasit hyvin vastata kysymyksiin ja perustella kantaasi.”*

*”Luonnollinen/uskottava esiintyminen, kattavaa tietoa, hyviä ajatuksia yhteistyöstä.”*

*”Monipuolinen laajakatseinen kokonaisuus, loistavia kehitysideoita, ajankohtaista tietoa!”*

Esiintymistä pidettiin lomakkeiden mukaan selkeänä, luonnollisena, monipuolisena ja värikkäänä. Hyvänä ja hyödyllisenä lomakkeiden mukaan pidettiin myös kotihoidon ja ensihoidon yhteistyön kehittämistä ja ideaa yhteisen koulutusten järjestämisestä. Lomakkeiden mukaan koulutuksessa tuli esiin selkeitä moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeita ja ne nähtiin kannatettavana, jotta potilastyön laatu voisi parantua.

Palautteiden mukaan kehitettävää olisi vanhusten palveluntarpeen tarkemmassa kartoittamisessa. Itse esitykseen liittyen kehitysajatuksia annettiin esiintymisrentoudesta ja PowerPoint-diojen selkeydestä. Ensimmäisessä tilaisuudessa vuoropuhelua tai isompaa keskustelua yleisön kanssa ei syntynyt lainkaan, mutta toisessa tilaisuudessa keskustelua tuli ensihoidon ja kotihoidon, ensihoidon ja kouluttajan sekä kotihoidon ja kouluttajan välille.

Toisessa koulutustilaisuudessa tarkasteltiin osallistujien kesken kriittisesti hälytyskriteerien laatimista kotihoidolle. Esille tuli näkökanta siitä, että hälytyskriteerit olisivat siinänsä turhat, koska jos kotihoidossa koetaan tarvittavan ensihoitoa paikalle, hätäkeskukseen otetaan yhteyttä ja hätäkeskuksessa arvioidaan avun tarve. Sekä paikalla olleiden kotihoidon että ensihoidon edustajien näkemys oli, että hälytyskriteerit eivät palvelisi mitään osapuolta.

#### **8.4 Arviointi**

Koulutuksen pitämisessä erityisiä onnistumisia olivat esiintyminen ja sisällön hallinta. Ensimmäisessä koulutustilaisuudessa oli vähemmän jännittyneisyyttä kuin jälkimmäisessä. Ensimmäisessä koulutuksessa ilmapiiri oli avoimempi ja esiintyminen oli vapautuneempaa. Toisessa tilaisuuden vahvuutena oli aktiivisempi vuorovaikutus yleisön kanssa. Toisaalta vuorovaikutus; kommentit ja lisäkysymykset loivat myös epävarmuutta, koska eteen tuli uusia tilanteita, joihin ei ollut osannut varautua.

Koulutuksen puheosuuden harjoittelu ennalta oli ollut riittävää ja koulutuksen sujuva eteneminen helpotti esiintymiseen liittyvää jännitystä. Paperille kirjoitetut tukisanat toimivat muistilistana, josta pystyi tarkistamaan, että kaikki oleellinen oli tullut mainittua. Koulutuksen pitäminen oli kokonaisuudessaan vaativa tehtävä, josta suoriuduttiin menestyksekkäästi. Jatkossa olisi tärkeää saada enemmän ulkopuolista arviointia esityksen harjoitusvaiheessa sekä PowerPointin että puheosuuden sisällöstä.

Koulutuksen järjestäminen oli monipuolisesti opettavaista. Se vaati pitkän suunnittelun ja laajan taustatyön sekä monen asian yhtäaikaista hallintaa. Kestoltaan lyhytkin koulutus edellyttää paljon vaivannäköä laadukkaan lopputuloksen saamiseksi. Työtä teettävät monenlaiset seikat muun muassa suunnitteluvaiheessa yleisön taustojen selvittäminen ja toimivan koulutusmateriaalin laatiminen. Esiintymistä ajatellen on pohdittava mikä koulutuksessa on oleellista. Äänenkäyttöön, pukeutumiseen ja muuhun nonverbaaliseen viestintään tulee kiinnittää huomiota. Kouluttajan persoona on isossa roolissa koulutuksen järjestämisessä ja oma asenne, innostus ja asiasisällön hallinta välittyvät yleisöön.

Olisi ollut hyvä, että myös sosiaalipäivystyksen henkilöstöä olisi ollut paikalla koulutus-tilaisuudessa. Ikäihmisten asioiden käsittelyä pidettiin tärkeänä ja pohdintaa esiintyi palveluiden olemassaolosta ja palveluntarjoajista. Ensihoidon yhteistyön tiivistäminen muiden yhteistyötahojen kanssa koettiin myös oleelliseksi asiaksi. Lomakkeiden kautta saadut palautteet edustavat samaa näkökulmaa kuin aiemmat tutkimukset. Eloranta ym. (2009) näkevät tutkimuksessaan eri ammattilaisten yhteistyön osana modernia vanhus-työtä. Niemelä & Nikkilä (2009) pitävät tärkeänä, että kotihoidon henkilöstö verkostoi-tuu ja tekee yhteistyötä lähialueen palveluntuottajien ja toisten toimijoiden kanssa.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Asiantuntijahaastatteluin saadulla aineistolla haluttiin vastata opinnäytetyön tehtäviin:

1. Mitä muita kuin lääketieteellisiä ongelmia vanhuksilla esiintyy?
2. Miten vanhuksen muihin kuin lääketieteellisiin ongelmiin voidaan vastata?
3. Miten ensihoidon, sosiaalipäivystyksen ja kotihoidon yhteistyötä tehostetaan?

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mitä muita kuin lääketieteellisiä ongelmia vanhuksilla esiintyy. Haastatteluiden avulla kartoitettiin tausta- ja lisätietona ikäihmisten jo käytössä olevista palveluista heidän eniten käyttämiään palveluita. Tiedot jo käytössä olevista palveluista auttoivat jäsentämään opinnäytetyön tehtäviin vastaamista ja antoivat arvokasta tietoa esimerkiksi asiantuntijoiden perehtyneisyydestä edustamaansa organisaatioon ja ikäihmisten palveluihin. Kotihoidon palveluista jo käytössä olevia palveluita olivat sairaanhoidolliset palvelut, tukipalvelut sekä lääkehuolto ja siihen liittyvien verinäytteiden otto. Sosiaalipäivystyksen palveluina vanhusasiakkaan kohdalla olivat hätään vastaaminen, kotona selviytymisen arviointi sekä omaisten selvittäminen. Eniten käytetyt ensihoidon palvelut olivat fyysiseen oireiluun vastaaminen, tilanarvion tekeminen sekä palveluiden ohjaaminen ja suunnittelu.

Haastatteluissa merkittävimiksi kotona asuvan vanhuksen muiksi kuin lääketieteelliseksi ongelmiksi nousivat yksinäisyys ja sopimattomat asuinolot. Yksinäisyys toistui jokaisessa haastattelussa ja siihen palattiin haastatteluissa useaan otteeseen. Sopimattomat asuinolot nostettiin ongelmaksi lähes jokaisessa haastattelussa. Elorannan ym. (2012) tekemässä tutkimuksessa kotihoidon piirissä olevista iäkkäistä 54 prosenttia kärsi yksinäisyydestä. Tepponen (2009) esittää kotihoidon asiakkaiden kokeman yksinäisyyden heikentävän merkittävästi tyytyväisyyttä elämään. Tämän opinnäytetyön tulosten ja Tepposen (2009) väitöskirjan mukaan yksinäisyyttä voidaan pitää ikäihmisten yleisenä ongelmana. Dahl-Bergkvistin & Hammarbäckin (2014) tutkimuksessa ensihoitajat kokivat monien vanhusten olevan yksinäisiä ja omaisten asuvan usein kaukana. Sopimattomia asuinoloja olivat haastateltujen mukaan epäkäytännölliset, ahtaat ja puutteelliset asunnot. Haastatteluissa ilmeni, että vaikka havaintoja sopimattomista asuin-

oloihin tehtiin, niihin puuttuminen koettiin vaikeaksi. Asiaan puuttumisen hankaloittavana tekijänä nousi esiin vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tepponen (2009) painottaa, että ikäihmisen asunnon muutostöiden tarve on ennakoitava, jotta erilaisia tapaturmia ja kaatumisia voitaisiin estää.

Vanhuksen muissa kuin lääketieteellisissä ongelmissa on yhtymäkohtia Vaaraman (2008) mukaan elämänlaatua mahdollisesti heikentävien tekijöiden kanssa. Yhteisiä riskitekijöitä tämän työn tulosten kanssa ovat yksinäisyys, masennus, puutteelliset asuinolot ja pienet tulot. Haastatteluissa tuli esille myös useita muita ongelmia edellä mainittujen lisäksi. Näitä ovat päihdeongelmat, avuttomuus, apuvälineiden käyttöongelmat, ulkoilun puute, pelko- ja sekavuustilat sekä kaltoinkohtelu. Vaihtelua ongelmien nimeämisissä oli organisaatioittain.

Opinnäytetyön toisena tehtävänä oli selvittää miten vanhuksen muihin kuin lääketieteellisiin ongelmiin voidaan vastata. Haastatteluiden avulla saatujen tulosten mukaan läsnäolo, aktiviteetit, hoidontarpeisiin vastaaminen ja itsenäistä asumista tukevat toimet lisäsivät vanhusten hyvinvointia. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Tepposen (2009) väitöskirjassa, jossa kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua kohentavina ja psykososiaalista hyvinvointia lisäävinä tekijöinä nähtiin muun muassa asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin vastaaminen, kiireettömyys sekä rohkaisu mieluisien toimintojen ja harrastusten pariin.

Haastateltavat korostivat sosiaalisten kontaktien merkitystä ikäihmisen yksinäisyyteen vastaamisessa. Myös läsnäoloajan lisääminen vanhuksen luona nähtiin hyvinvointia edistävänä tekijänä. Yksinäisyyteen ajateltiin auttavan lisäksi kolmannen sektorin palvelut sekä palveluasumisen lisääminen. Haastatteluista ilmeni, että vanhusten muihin kuin lääketieteellisiin ongelmiin voitaisiin pääsääntöisesti vastata hyvin arkisilla teoilla kuten keskustelu, yhdessä tekeminen ja ulkoilu. Elorannan ym. (2009) tutkimustulosten perusteella olisi tarpeellista miettiä toimintamuotoja, joilla vanhusten psykososiaalisia tarpeita voitaisiin nykyistä paremmin tunnistaa sekä vastata niihin. Elorannan ym. (2009) mukaan vanhustyön haasteet monimutkaistuvat ja kaikkien osapuolten osaamista tarvitaan ikääntyvän asiakkaan parhaaksi.

Opinnäytetyön kolmantena tehtävänä oli selvittää miten ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä tehostetaan. Haastatteluissa selvitettiin tausta- ja lisätietona

jo olemassa olevia yhteistyömuotoja. Kotihoidon ja ensihoidon välillä yhteistyömuotoina olivat vanhuksen tilanarvion tekeminen sekä tiedon vaihtaminen. Kotihoidossa tarvittiin ensihoitoa tekemään tilanarviota vanhuksen voinnin heikentyessä ja arvioimaan akuutin hoidon tarvetta. Ensihoidolle asiakkaan tilanarvion tekemisen kuvattiin olevan tyypillistä toimintaa. Tiedon vaihtaminen ensihoidon ja kotihoidon välillä sisälsi raportoinnin, tiedon jakamisen, hoidon suunnittelun sekä organisaatioiden välisen palautteenannon. Haastateltavat pitivät luontevana, että tiedon vaihtoa tapahtuu vanhuksen tilan edistämiseksi. Sosiaalipäivystyksen ja ensihoidon yhteistyömuotoina nähtiin yhteistehävät sekä sosiaalityön yhteystietojen päivittäminen.

Haastatteluissa esitettiin erilaisia moniammatillisen yhteistyön kehittämiskeinoja. Asiakas- ja potilastietojen saatavuuden parantamista pidettiin tärkeänä. Tulosten perusteella vanhuksen luona käy yleensä useita eri toimijoita ja tiedonsaantia helpottaisi yhteinen tietojärjestelmä, samoin kuin mukana kulkeva tietokanta. Huijbers (2005) pitää tiedonhallintaa tärkeänä tekijänä vanhusten hoidon laadun parantamisessa. Tiedonhallinnan keskiössä ovat potilasasiakirjat ja tiedon jakaminen ammattilaisten välillä. Isoherrasen (2012) mukaan sähköisten tietojärjestelmien pitäisi olla tarvittaessa asiantuntijoiden saatavilla. Tähän opinnäytetyöhön haastateltujen asiantuntijoiden mukaan tiedonsaantia parantaisivat myös vanhuksen kotona sijaitsevat ajantasaiset ja kattavat asiakastiedot.

Isoherrasen (2012) ja tähän opinnäytetyöhön haastateltujen mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tulisi olla käytettävissä yli organisaatio- ja asiantuntijuusrajojen. Isoherrasen (2012) väitöskirjassa tiedon siirtyminen organisaatioiden välillä tunnustetaan kriittiseksi vaiheeksi potilasprosessissa. Sähköiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät nähdään myös keskeisenä osana kotihoidon integrointia Tepposen (2009) väitöskirjassa.

Eräänä yhteistyön kehittämiskeinona nähtiin organisaatioiden tiedon jakaminen. Siihen kuuluu yhteystietojen päivittäminen ja jakaminen sekä organisaation toiminnasta kertominen. Riskin (2008) pro gradu-tutkielmassa pidetään oleellisena sosiaalityön toimintatavoista tiedottamista, jotta sen rooli selkiytyisi muille viranomaisille. Sekä kotihoidon että sosiaalipäivystyksen vastaajat pitivät oleellisena asiana yhteystietojensa päivittämistä ja jakamista ensihoidon käyttöön.

Palautteen saaminen sekä koulutus mainittiin yhteistyön kehittämiskeinoiksi osana toiminnan laadun parantamista. Kotihoidossa toivottiin palautetta ja parannusehdotuksia ensihoidon työntekijöiltä, jotta ongelmiin voitaisiin puuttua ja toiminnan laatu paranisi. Kaikkien organisaatiotasojen välillä toimiva vuorovaikutus ja palaute nähdään Isoherrasenkin (2012) väitöskirjassa pohjana toiminnan uudistamiselle ja kehittämiselle. Koulutus nähtiin ennen kaikkea kotihoidon ja ensihoidon mahdollisuutena tehostaa yhteistyötä. Näkemys painottui kotihoidon halukkuuteen saada koulutusta käytännön toimintatavoista ensihoitajilta.

Isoherranen (2012) näkee koulutuksen puutteet juuri moniammatillisuuden kehittymisen esteenä, koska perus- tai täydennyskoulutuksessa ei anneta riittäviä valmiuksia moniammatilliseen yhteistyöhön ja sen johtamiseen. Koulutuksella voitaisiin Isoherrasen (2012) mielestä lisätä syvempää ymmärrystä reflektiivisestä ajattelusta sekä moninäkökulmaisuuden ja tiimityön merkityksestä.

Hoidontarpeen arvioinnin kehittäminen nousi ensihoidon vastaajien keskuudessa tärkeäksi yhteistyön kehittämiskeinoksi. Haastatteluissa toivottiin, että kotihoidossa tehtäisiin nykyistä täsmällisempää asiakkaan tilanarviota. Lisäksi ensihoitokäynneistä haluttiin tietoa, kun asiakkaalla oli taustalla toistuvia ambulanssin käyntejä ja on todettu, että erityisiä toimenpiteitä ei vaadita kyseisessä asiassa. Ensihoitajat kokivat, että lääkäriä konsultoimalla perusterveydenhuolto voisi saada tietoa vanhuksen mahdollisista ongelmista. Ensihoitokäynneistä tiedottaminen voidaan ajatella siten osana hoidontarpeen arvioinnin kehittämistä.

Eräänä kehittämiskeinona esitettiin ensihoidon hälytyskriteerien laatimista kotihoidon työntekijöiden käyttöön. Haastatteluissa ehdotettiin, että hälytyskriteerit voisi laatia kotihoidon vastuulääkäriin avulla. Se voisi selkeyttää tilanteita, milloin ensihoitopalvelua on tarpeen hälyttää paikalle ja milloin tilanteet ovat hoidettavissa muulla tavoin. Auvisen ym. (2012) raportissa ensihoitajat kokivat kotihoidon työntekijöiden siirtävän herkästi vastuun asiakkaistaan ensihoitajille. Tämän opinnäytetyön tuloksissa esiintyi samankaltaisuutta. Ensihoitajien kokemusten perusteella jotkin vanhukset kaipaavat vain seuraa eikä heillä ole mitään akuutin hoidon tarvetta (Dahl-Bergkvist & Hammarbäck 2014).

Hyötyinä yhteistyön tehostamisesta vanhukselle koettiin tarkoituksenmukaisimman hoidon saaminen sekä tiedonkulun paraneminen. Tarkoituksenmukaisimmin hoidon saanti vähentäisi muun muassa päivystyskäyntejä ja auttaisi saamaan apua nykyistä aikaisemmin. Tiedonkulun parantamiseen liittyi omaisten parempi mahdollistaminen osallistua ikäihmisen hoitoon. Dahl-Bergkvistin & Hammarbäckin (2014) haastatteleminen ambulanssisairaanhoidajien mukaan parempi ensihoidon yhteistyö terveyskeskuksen ja kotihoidon kanssa olisi hyväksi potilaalle.

Dixonin ym. (2009) tutkimuksessa havaittiin, että kouluttamalla ensihoitajille ikäihmisten hoidon erityistaitoja ja lisäämällä ensihoitajien läsnäoloa ikäihmisten luona, päivystyskäynnit ja niiden kesto ikäihmisten kohdalla vähenivät. Tämä lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä. Ensihoitajien uusi työtapa vauhditti myös muiden palveluiden käyttöä ensihoitajien tekemän intervention jälkeen. Tehokkaampi ensihoidossa tapahtuva ikäihmisten tutkiminen ja hoito näkyi pienentyneinä kokonaiskustannuksina ja sitä voidaan pitää kustannustehokkaana. (Dixon ym. 2009.)

## **9.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. (Kylmä & Juvakka 2007, 147). Tutkimuseettiset seikat tiedostettiin ja huomioitiin työssä prosessin alusta asti. Opinnäytetyössä tehtiin yhteistyötä kolmen eri organisaation edustajien kanssa. Heitä kaikkia kohdeltiin ja heidän kanssaan toimittiin tasapuolisesti. Yhteydenpidossa eri yhteistyötahojen kanssa oli ajoittain haasteita. Opinnäytetyön tutkimusluvut hankittiin ajoissa ennen haastatteluiden aloittamista. Nauhoitettua ja kirjoitettua haastatteluaineistoa käsiteltiin siten, että haastateltavia ei voi missään vaiheessa tunnistaa opinnäytetyöstä.

Tutkimuksen teon eettinen vaatimus on tuottaa sillä jotain hyvää. Tutkimukseen osallistuvien suojeleminen kaikenlaiselta harmilta tai hyväksikäytöltä ovat osa tutkimuseettistä työskentelyä. Osallistujien itsemääräämisoikeus toteutuu, kun he voivat kontrolloida omaa osuuttaan tutkimuksessa. Vapaaehtoinen tutkimukseen osallistuminen turvaa tätä oike-

utta. Tutkimukseen osallistuvien tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, jotta he voivat tehdä tietoisien päätöksen osallistumisestaan. (Polit & Beck 2006, 102–103.)

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat saivat etukäteen tietoa tutkimuksesta, haastattelukysymyksistä ja tietoisesta suostumuksesta. Jokainen haastateltava antoi kirjallisesti luvan haastatteluaineistosta nousseiden tulosten esittämiseen (liite 3). Haastateltavilla oli mahdollisuus lukea ja kommentoida opinnäytetyötä ennen sen julkaisua. Muutoksille ei koettu tarvetta.

Opinnäytetyön aihe oli tärkeä ja ajankohtainen ja sen parissa työskentely oli arvokasta. Rikkaan ja ainutlaatuisen aineiston avulla saatiin kattavaa tietoa vanhusten muista kuin lääketieteellisistä ongelmista sekä moniammatillisen yhteistyön tehostamisesta. Työn vahvuutena ovat mielenkiintoiset tulokset ja monipuolinen pohdinta. Henkilöstökoulutus antoi mahdollisuuden parantaa vanhusten kokonaisvaltaista hyvinvointia moniammatillista yhteistyötä tehostamalla. Opinnäytetyön tulokset eivät sovi yleistettäväksi, koska vastaajien määrä oli vähäinen.

Eettisyys ja luotettavuus ovat osa tutkimustyötä suunnitteluvaiheesta alkaen. Tutkimuksen tekijän on pyrittävä objektiivisuuteen eikä tutkimuksen mihinkään vaiheeseen saa sisällyttää omia mielipiteitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 78, 137). Omat ennakkoodotukset käsiteltiin ennen sisällönanalyysin tekoa, jotta tuloksista tulisi puolueettomia. Opinnäytetyön tehtävät ja teoreettinen lähtökohta täsmentyivät ja tarkentuivat opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää haastateltavien suorien lainausten käyttö, jolloin lukijan on mahdollista seurata minkä tyyppisen aineiston pohjalta sisällönanalyysi on tehty.

Opinnäytetyössä teemahaastattelukysymysten rajaaminen sekä kysymysten muotoilu vanhusasiakkaan sekä moniammatillisen yhteistyön kohdalla olisi voinut olla täsmällisempää. Tällöin aineisto olisi voinut kuvata kapeammalta alueelta opinnäytetyön tehtäviä. Kysymyksenasettelun vuoksi vanhusten muihin kuin lääketieteellisiin tarpeisiin vastaamisessa opinnäytetyön tuloksissa käsitellään laajemmin vanhusten hyvinvointia parantavia tekijöitä.

Opinnäytetyössä ei haluttu rajata vanhus-teemaa koskemaan vain kotihoidon piirissä olevia vanhuksia, koska muut kuin lääketieteelliset ongelmat koskettavat muitakin kuin kotihoidon asiakkaina olevia ikäihmisiä. Ensihoidon mennessä tehtävälle, esimerkiksi viikonloppuna, ei aina ole välittömästi selvää onko henkilö kotihoidon asiakas vai ei. Haastateltaville haluttiin antaa mahdollisuus kertoa kokemuksiaan ja jakaa tietoa muitakin kuin työssä käsiteltävistä organisaatioista.

Teoriaosuudessa on hyödynnetty monipuolisesti erilaisia, laadukkaita kirjallisuuslähteitä ja ne ovat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja. Tutkimukset ovat koottu liitteenä olevaan tutkimustaulukkoon (Liite 6). Opinnäytetyön monimuotoisuutta tukevat eri tieteenaloilta olevat tutkimukset. Opinnäytetyöhön liittyvät kuvitustyöt on tehnyt Irja Häkkinen, joka on luovuttanut oikeudet muokata ja julkaista kuvia vapaasti. Kustannuksia matkakuluista, posterin painatuksesta ja tulostamisesta opinnäytetyöprosessin aikana kertyi yhteensä 120 euroa, jotka on maksettu itse. Kustannuksiin haettiin raha-avustusta kolmelta eri yhdistykseltä, mutta ne eivät lähteneet tukemaan opinnäytetyötä.

Tutkimustulosten raportointi on osa eettisyyttä ja luotettavuutta ja se voidaan toteuttaa esimerkiksi kirjoittamalla artikkeli tai pitämällä koulutustilaisuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 67–69.) Tämän opinnäytetyön tuloksista raportoitiin henkilöstökoulutuksessa Hämeenlinnan paloasemalla ja TAMK Tutkii ja kehittää -päivässä Tampereen ammatti-korkeakoululla.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ensihoidon, sosiaalipäivystyksen ja kotihoidon asiantuntijoiden näkemyksiä ikäihmisten muista kuin lääketieteellisistä ongelmista, niihin vastaamisesta ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiskeinoista. Tavoitteena oli antaa tietoa kotona asuvilla vanhuksilla esiintyvistä muista kuin lääketieteellisistä ongelmista sekä esittää keinoja, joilla ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä voidaan parantaa ikäihmisen tarkoituksenmukaisimman avun saamiseksi. Näihin tavoitteisiin vastattiin saatujen tulosten avulla.

### 9.3 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulokset auttavat ymmärtämään vanhusasiakasta kokonaisuutena, jossa muilla kuin lääketieteellisten ongelmien tunnistamisella on merkitystä kokonaisvaltaisen terveydentilan kehittymisessä. Hahmottamalla kokonaisuus, ammattilaisten on helpompaa havaita ikäihmisen moniulotteisia sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita. Lakisääteinen ilmoitusvelvollisuus ikäihmisen heikentyneeseen selviytymiseen liittyen koskee sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisia. Siitä säädetään laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (980/2012).

Opinnäytetyössä on paljon tietoa, jota sosiaali- ja terveystalouden ammattilaiset voivat hyödyntää vanhusasiakkaan kohdalla sekä moniammatillista yhteistyötä suunniteltaessa tai toteuttaessa. Opinnäytetyö antaa tietoa ikäihmisen muista kuin lääketieteellisistä ongelmista ja tarpeista, jotka ovat usein myös lääketieteellisten hoidon tarpeiden ja akuutin oireilun taustalla. Työn tulokset kuvastavat ensihoidon, kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen asiantuntijoiden näkemyksiä.

Työn tuloksilla päästiin samoihin päätelmiin kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa. Yksinäisyys ja sopimattomat asuinolot nousivat vanhusten merkittävimiksi eiläketieteellisiksi ongelmiksi. Haastatteluissa ilmeni vanhusten ongelmien monimuotoisuus, mutta myös se, että vanhusten hyvinvointia olisi mahdollista lisätä melko yksinkertaisin toimenpitein. Eniten tarvetta yhteistyön kehittämiseksi nähtiin ensihoidon ja kotihoidon välillä. Haastatteluissa esitetyt keinot ovat hyödynnettävissä käytäntöön. Yhtenä moniammatillisen yhteistyön tehostamiskeinona mainittiin potilastietojen nykyistä parempi saatavuus. Ensihoidon yhteistyön kehittämiskeinoilla kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen kanssa on mahdollisuus parantaa toiminnan laatua ja tuottaa konkreettista hyötyä vanhusasiakkaalle.

Opinnäytetyöprosessin aikana huomasin vanhusten hoidon aiheuttavan paljon huolta ja keskustelua tämän hetken yhteiskunnassa. Meneillään oli erilaisia kampanjoita, medias- sa käytiin kiivasta keskustelua ja monenlaisia hankkeita ja projekteja perustettiin ikäih- misten olojen parantamiseksi. Haastatellut asiantuntijat kokivat vanhusten hoidossa ole- van paljon parannettavaa. Mielestäni niin työntekijöiden kuin vanhustenkin epätoivon ja ahdingon taustalla on resurssien riittämättömyys.

Haastateltavien mukaan vanhusten hyvinvointia voisi parantaa yksinkertaisilla tavoilla, kuten läsnäololla. Aikaa vanhusten luona olemiseen, sosiaaliseen kanssakäymiseen ei ole tarpeeksi ja moni kärsii sosiaalisten suhteiden puutteesta. Yksinäisyys linkittyy moniin muihin ongelmiin ja altistaa esimerkiksi päihteiden käytölle. Mielestäni vanhusten kohdalla tulisi varmistaa entistä paremmin, että heidän perusoikeutensa hyvään elämään toteutuu. Jokaisen ikäihmisen kohdalla tulisi pohtia yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti erilaisten palveluiden tarpeita.

Opinnäytetyössä luodaan ainutlaatuinen katsaus ensihoidon yhteistyöhön kotihoidon ja sosiaalipäivystyksen kanssa. Moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä, jotta asiakas saisi tarkoituksenmukaisimman palvelun riittävän ajoissa. Moniammatillista yhteistyötä tullaan uskoakseni tulevaisuudessa kehittämään, ja sen mahdollistaa alati kehittyvät tietojärjestelmät ja tekniset laitteet. Työtä tehdessäni huomasin miten tärkeää järjestelmien, sovellusten ja teknisten laitteiden toiminta on yhteistyön toiminnan kannalta. Myös konkreettinen ammattilaisten välinen tapaaminen, tutustuminen ja esimerkiksi koulutustilaisuuksien järjestäminen mahdollistaa verkostoiden syntymistä. Tärkeänä tekijänä moniammatilliselle yhteistyölle mielestäni on asenne. On oltava avoin ja valmis kohtaamaan toisia ammattilaisia ja neuvottelemaan toimintatavoista. Kun jotain antaa, niin jotain myös saa.

Yhtäältä opinnäytetyön työstäminen oli laajojen kokonaisuuksien hallintaa, toisaalta taas yksittäisiin käsitteisiin ja prosessin vaiheisiin keskittymistä. Haastatteluaineiston työstäminen ja sisällönanalyysin teko oli työlästä, mutta palkitsevaa. Moniammatillisen henkilöstökoulutuksen järjestäminen antoi minulle tilaisuuden osoittaa aiheeseen perehtyneisyyteni ja tuoda työtäni esille. Parasta tässä työssä oli kokea olevansa osa yhteistyöverkostoa; linkkinä kolmen eri organisaation välillä. Opin ymmärtämään paremmin sosiaali- ja terveysalalla toimivien eri organisaatioiden yhteistyön haasteita ja hyötyjä. Kiitän kaikkia, jotka ovat auttaneet tämän opinnäytetyön onnistumisessa.

Ikäihmisten palvelujärjestelmän toimivuutta muiden kuin lääketieteellisten ongelmien kohdalla tulisi tarkastella kriittisesti. Jatkossa olisi oleellista tarkastella, kuinka vanhukset itse kokevat palveluiden sujuvuuden eri hoito- ja hoivapalveluiden ja ammattiryhmien verkostoissa. Lisäksi ensihoidon moniammatillisia yhteistyömuotoja ja toimintatapoja olisi hyvä selvittää tämän työn ulkopuolelle jääneiden yhteistyötahojen kanssa.

## LÄHTEET

- Ahlskog-Karhu, M. & Korpinen, A. 2013. Vanhus ensihoidossa. Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) *Ensihoito*. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 651–657.
- Auvinen, P., Palukka, H. & Tiilikka, T. 2012. *Palvelujärjestelmä murroksessa - ensihoidon ja sairaankuljetuksen työ- ja toimintakäytänteet*. Loppuraportti. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Dahl-Bergkvist, C. & Hammarbäck, K. 2014. Ambulanssjuksköterskans erfarenhet av att vårda patienter utan ett akut prehospitalt vårdbehov. Institutionen för klinisk forskning och utbildning. Karolinska Institutet. Examensarbete.
- Dixon, S., Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Wardrope, J., Snooks, H., Gorringer, R., Perrin, J. & Nicholl, J. 2009. Is it cost effective to introduce paramedic practitioners for older people to the ambulance service? Results of a cluster randomized controlled trial. *Emergency Medicine Journal* 26 (6), 446-451.
- Durant, E. & Fahimi, J. 2012. Factors Associated with Ambulance Use Among Patients with Low-Acuity Conditions. *Preshospital Emergency Care* 16 (3), 329-337.
- Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2005. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24 (1), 14–26.
- Ensihoito. 2014. Kanta-Hämeen pelastuslaitos. Luettu 10.6.2014.  
<http://www.hameenlinna.fi>
- Ensikontaktlomake Enska. 2014. Hämeenlinnan kaupunki. Luettu 17.12.2014.  
<http://www.hameenlinna.fi>
- ETENE. 2006. Tarve terveydenhuollossa – kuka tai mikä määrittää? ETENE-julkaisuja 18. Helsinki: Yliopistopaino.
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. 2. painos. Etene-julkaisuja 20. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.
- French, E. & Casali, G. L. 2008. Ethics in Emergency Medical Services –Who Cares? An exploratory analysis from Australia. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies* 13 (2), 44-53.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Third Edition. Wiley-Blackwell.
- Huijbers, P. 2005. Integrated care and information management. Teoksessa Vaarama, M. & Pieper, R. (toim.) *Managing Integrated Care for Older Persons*. European Perspectives and Good Practices. Helsinki: STAKES, 89–131.

Hämeenlinnan kaupungin puhelinluettelo ja ikäihmisten palveluopas 2014. 2014. Luettu 14.10.2014. [http://www.e-julkaisu.fi/hameenlinnan\\_kaupunki](http://www.e-julkaisu.fi/hameenlinnan_kaupunki)

Hämeenlinnan kaupungin Terveysten ja toimintakyvyn edistämisen lautakunta, Hattulan Perusturvalautakunta & Janakkalan Perusturvalautakunta. 2012. Hämeenlinnan kaupungin sekä Janakkalan ja Hattulan kuntien perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyön toimintaohjelma vuosille 2015–2015. Luettu 9.8.2014.

[http://www.hattula.fi/files/attachments/perhe- ja\\_sosiaalipalvelut/seudullinen\\_perhe- ja\\_lahisuhdevv\\_ohjelma\\_2012.pdf](http://www.hattula.fi/files/attachments/perhe- ja_sosiaalipalvelut/seudullinen_perhe- ja_lahisuhdevv_ohjelma_2012.pdf)

Hätäkeskuslaitos. 2014. Terveystoimi: Hätäkeskuslaitos ja terveystoimi (ensihoitopalvelu). Luettu 16.4.2014. <http://www.112.fi/hatakeskuslaitos/>

Ikäihmisten palvelut. 2014. Hämeenlinnan kaupunki. Luettu 1.5.2014. <http://www.hameenlinna.fi>

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Isola, A. & Backman, K. 2006. Vaiennettu ääni – vanhusten kaltoinkohtelun olemus. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jartti, L., Heinonen, P., Upmeier, E. & Seppälä, M. 2011. Vanhus – päivystyksen suurkuluttajako? Suomen lääkärilehti 66(40), 2968–2970.

Juhila, K. 2008. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Jokinen, J & Juhila, K. (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 14–47.

Jäsenkunnat. 2014. Kanta-Hämeen keskussairaala. Luettu 10.6.2014. <http://www.khshp.fi>

Kanta-Hämeen pelastuslaitos. 2013. Toimintakertomus 2012. Luettu 16.4.2014. [http://www.hameenlinna.fi/pages/408164/khpela\\_toimintakertomus\\_2012.pdf](http://www.hameenlinna.fi/pages/408164/khpela_toimintakertomus_2012.pdf)

Kanta-Hämeen sosiaalipäivystys. 2014. Hämeenlinnan kaupunki. Luettu 9.8.2014. <http://www.hameenlinna.fi>

Kansalaisneuvonta. 2014. Tietoa kansalaisneuvonnasta. Luettu 7.12.2014. <http://www.kansalaisneuvonta.fi>

Kivelä, S.-L. 2009. Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. 1.-2. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Kotihoito. 2014. Hämeenlinnan kaupunki. Luettu 14.10.2014. <http://www.hameenlinna.fi/>

Kunnat. 2014. Hämeen liitto. Luettu 10.6.2014. <http://hameenliitto.fi>

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Liljamo, P., Kinnunen, U.-M. & Ensio, A. 2012. FinCC -luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Luokitus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lindfors-Niilola, A., Riihelä, K. & Kaskinen, R. 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset. Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 26/2013.

Lohiniva-Kerkelä, M. 2012. Teoksessa Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korthe, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.) Ensihoidon perusteet. Neljäs korjattu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 129–141.

Metcalf, J. 2006. Enhancing the care of older people in the community. *Nursing Standard* 21 (7), 35–39.

Mikkonen, S. 2014. Ensihoitaja. Kanta-Hämeen pelastuslaitos. Työelämäpalaveri 15.3.2014.

Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14–30.

Niemelä, A.-L. & Nikkilä, A. 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A.-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS- kustannus, 135–164.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto.

Polit, D. & Beck, C. T. 2006. *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Sixth edition. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Pieper, R. 2005. Integrated care: Concepts and theoretical approaches. Teoksessa Vaarama, M. & Pieper, R. (toim.) *Managing Integrated Care for Older Persons. European Perspectives and Good Practices*. Helsinki: STAKES, 26–53.

- Rahkonen, J. & Mäkinen, M. 2013. Eloisa ikä -ohjelman kyselytutkimus. Luettu 20.11.2014. <http://eloisaika-fi-bin.directo.fi/@Bin/286803d3ef461b58661c3f6b221e81d0/1416507550/application/pdf/71037/Embargo%20-%2018112013%20klo%200915%20Eloisan%20ik%C3%A4gallup%20.pdf>
- Reissel, E. 2013. Kanta-Hämeen maakunnallinen terveydenhuoltoselvitys. Kanta-Hämeen maakunnallisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelman loppuraportin julkistamistilaisuus 18.6.2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 7.12.2014. [hameenliitto.fi/sites/.../kanta-hame\\_julkistamistilaisuus\\_18062013.ppt](http://hameenliitto.fi/sites/.../kanta-hame_julkistamistilaisuus_18062013.ppt)
- Riski, A. 2008. Mikä on sosiaalipäivystys? Tekstianalyttinen tutkimus seutukunnallisen sosiaalipäivystyksen puhunnasta. Sosiaalityön maisteriohjelma. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
- Salas, E., Tannenbaum, S. I., Kraiger, K. & Smith-Jentsch, K. A. 2012. The science of training and development in organizations: What matters in practice. *Psychological Science in the Public Interest* 13 (2), 74–101.
- Samaras, N., Checalley, T., Samaras, D. & Gold, G. 2010. Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine* 56 (3), 261–269.
- Sisäasiainministeriö. 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011.
- Sisäasiainministeriö. 2012. Turvallisia vuosia ikääntyneille. Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa. Sisäministeriön julkaisuja 27/2012.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Sosiaalipäivystys auttaa kiireellisessä avuntarpeessa. Luettu 6.11.2014. <http://www.stm.fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2013. ”Vanhuspalvelulaki”. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Terveyshallinnon ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Tilastokeskus. 2014a. Väestö iän (1-v.) ja sukupuolen mukaan alueittain 1980–2013. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat.
- Tilastokeskus. 2014b. Väestöllisiä tunnuslukuja alueittain 1990–2013. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat.

Tilvis, R. 2010a. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 63–71.

Tilvis, R. 2010b. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 72–75.

Vaarama, M. & Pieper, R. 2005. Introduction: Integrated care and the CARMEN Network. Teoksessa Vaarama, M. & Pieper, R. (toim.) Managing Integrated Care for Older Persons. European Perspectives and Good Practices. Helsinki: STAKES, 7-23.

Vaarama, M. 2008. Syvenevä jako hyvä- ja huono-osaisiin on ikääntyvän yksilön ja yhteiskunnan yhteinen riski. Futura 4, 48–56.

Vilkko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola, R. 2012. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 44–59.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista: osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Infor.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2014. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. Tilastojulkistus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

## LIITTEET

### Liite 1. Teemahaastattelurunko

#### KOTONA ASUVA VANHUS

1. Mainitkaa kolme yleisintä organisaationne tarjoamaa palvelua, joita ikäihmiset käyttävät?
2. Mainitkaa kolme tekijää, joilla kotona asuvien vanhusten hyvinvointia voitaisiin mielestänne lisätä?

#### MUU KUIN LÄÄKETIETEELLINEN ONGELMA

1. Mitä muita kuin lääketieteellisiä ongelmia kotona asuvilla vanhuksilla on? Kertokaa viisi esimerkkiä.

#### MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

1. Mainitkaa kaksi yhteistyömuotoa organisaationne ja \*ensihoidon välillä tällä hetkellä?
2. Kertokaa kaksi tapaa miten organisaationne ja \*ensihoidon välistä yhteistyötä voisi kehittää?
3. Mitä hyötyä moniammatillisen yhteistyön tehostamisesta voisi olla vanhusten kohdalla?

(\*ensihoidon edustajalle: eri vanhusten parissa työskentelevien organisaatioiden)



TIEDOTE 1(2)

12.6.2014

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on syventää ensihoidon moniammatillista yhteistyöstä kotona asuvan vanhuksen muihin kuin lääketieteellisiin tarpeisiin vastaamisessa.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty tutkimuslupa Kanta-Hämeen pelastuslaitokselta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona. Haastatteluja varten erikseen anotut tutkimusluvut ovat myönnetty Hämeenlinnan kaupungin palvelutuotannon sekä ikäihmisten hoidon ja hoivan toimesta.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteleamalla yhteensä kuutta eri sosiaali- ja terveysalan organisaation asiantuntijaa. Osallistujien valinta perustuu tarkoituksenmukaisuuteen ja asiantuntijuuteen vanhusten erilaisten tarpeiden tunnistamisessa. Lisäksi osallistujien edustamat organisaatiot ovat mahdollisia ensihoidon yhteistyötahoja. Haastattelut pidetään Hämeenlinnassa osallistujien työpaikoilla. Haastattelukysymykset lähetetään etukäteen osallistujille sähköpostitse. Haastattelut nauhoitetaan ja siihen on hyvä varata aikaa noin tunti.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineiston on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Viivi Talvisilta

Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

Yhteystiedot:



## Liite 3. Tietoinen suostumus-lomake



SUOSTUMUS 2(2)

## YHDESSÄ IKÄIHMISEN HYVÄKSI

Ensihoidon yhteistyön syventäminen Kanta-Hämeen pelastuslaitoksella

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on syventää ensihoidon moniammatillista yhteistyötä kotona asuvan vanhuksen muihin kuin lääketieteellisiin tarpeisiin vastaamisessa. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että annetut tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

---

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

---

 Haastateltavan allekirjoitus

---

 Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

---

 Nimen selvennys

---

 Nimen selvennys

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Yhdistävä luokka
SAIRAANHOIDOLLISET PALVELUT	KOTIHOIDON PALVELUT	JO KÄYTÖSSÄ OLEVAT KOTIHOIDON, SOSIAALI-PÄIVYSTYKSEN JA ENSIHOIDON PALVELUT	KOTONA ASUVAN VANHUKSEN TARPEET
TUKIPALVELUT			
LÄÄKEHUOLTO JA SIIHEN LIITTYVIEN VERINÄYTTEIDEN OTTO			
VANHUKSEN HÄTÄÄN VASTAAMINEN	SOSIAALI-PÄIVYSTYKSEN PALVELUT		
KOTONA SELVIYTYMISEN ARVIOINTI			
OMAISTEN SELVITTÄMINEN			
FYYSISEEN OIREILUUN VASTAAMINEN	ENSIHOIDON PALVELUT	VANHUSTEN HYVINVOINTIA LISÄÄVÄT TEKIJÄT	
TILANARVION TEKEMINEN			
PALVELUIDEN OHJAAMINEN JA SUUNNITTELU			
LÄSNÄOLOAJAN LISÄÄMINEN	LÄSNÄOLO	VANHUSTEN HYVINVOINTIA LISÄÄVÄT TEKIJÄT	
VUOROVAIKUTUS			
HARRASTUSTOIMINTA	AKTIVITEETIT		
SAIRAUKSIEN JA TERVEYDEN HOITO	HOIDONTARPEISIIN VASTAAMINEN		
LYHYTAIKAINEN LAITOSHOITO			

PITKÄAIKAINEN LAITOS- HOITO			
ASUMISEN YHTEYDESSÄ OLEVAT PALVELUT	ITSENÄISTÄ ASUMISTA		
KOTIIN SAATAVAT PAL- VELUT	TUKEVAT TOIMET		
APUVÄLINEET			
YKSINÄISYYS	SYRJÄYTY- MINEN	MUUT KUIN	
TALOUDELLISET ON- GELMAT		LÄÄKETIE- TEELLISET	
AVUTTOMUUS		TARPEET	
SOPIMATTOMAT ASUIN- OLOT	FYYSISEN TOIMINTA- KYVYN ES- TEET		
APUVÄLINEIDEN KÄYT- TÖONGELMAT			
ULKOILUN PUUTE			
PELKOTILAT	PÄIHDE-JA		
MASENTUNUT MIELIALA	MIELENTER- VEYSON- GELMAT		
PÄIHDEONGELMAT			
SEKAVUUSTILAT	SEKAVUUS- TILAT		
KALTOINKOHTELU	KALTOIN- KOHTELU		
TIEDON VAIHTAMINEN	TIEDON VAIHTAMI- NEN	JO KÄYTÖSSÄ	MONIAM- MATILLI- NEN YH- TEISTYÖ
VANHUKSEN TILANAR- VIO	VANHUKSEN TILANARVIO	OLEVAT KO- TIHOIDON, SOSIAALI- PÄIVYSTYK- SEN JA ENSI- HOIDON YH- TEISTYÖ- MUODOT	KOTONA ASUVAN VANHUK- SEN HY- VÄKSI
YHTEISTEHTÄVÄT	YHDESSÄ TOIMIMINEN		

YHTEINEN TIETOJÄRJESTELMÄ	POTILASTIETOJEN SAATAVUUDEN PARANTAMINEN	KOTIHOIDON, SOSIAALIPÄIVYSTYKSEN JA ENSIHOIDON YHTEISTYÖN KEHITTÄMISKEINOT	
MUKANA KULKEVA TIETOKANTA			
ANSIAKASTIEDOT VANHUKSEN KOTONA			
YHTEYSTIETOJEN JAKAMINEN	ORGANISAATIOIDEN TIETON JAKAMINEN		
TIETOA ORGANISAATION TOIMINNASTA			
PALAUTTEEN SAAMINEN	TOIMINNAN LAADUN PARANTAMINEN		
KOULUTUS			
KOTIHOIDON TEKEMÄ TILAN ARVIOINTI	HOIDONTARPEEN ARVIONNIN KEHITTÄMINEN		
ENSIHOIDON HÄLYTYSKRITEERIT			
ENSIHOITOKÄYNNNEISTÄ TIEDOTTAMINEN			
TURHIEN SAIRAALAKÄYNTIEN VÄHENEMINEN	TARKOITUKSENMUKAINEN HOITO	HYÖTY VANHUKSELLE KOTIHOIDON, SOSIAALIPÄIVYSTYKSEN JA ENSIHOIDON YHTEISTYÖN SYVENTÄMISESTÄ	
TARKOITUKSENMUKAISIMMAN HOIDON SAAMINEN			
AVUN SAAMINEN NOPEAMMIN			
TIEDONKULUN PARANTAMINEN	TIEDONKULKU		

## Liite 5. Henkilöstökoulutuskutsu

## YHDESSÄ IKÄIHMISEN HYVÄKSI – HENKILÖSTÖKOULUTUS



**Sairaanhoidtaja (AMK) -  
opinnäytetyöhön liittyvä  
tilaisuus**

- Kahvitarjoilu
- Vanhuksen muita kuin lääketieteellisiä tarpeita
- Moniammatillisen yhteistyön kehittämiskeinoja
- Ensihoito, sosiaalipäivystys ja kotihoito

**Ma 19. ja ke 21. tammikuuta 2015**  
**Kello 8:30–10:00**  
 Hämeenlinnan paloasema, 2.krs luokka  
 Kotalantie 1b, 13210 Hämeenlinna (P-paikat takapihalla)

Kaikki työntekijät, esimiehet ja päättävät tahot ovat tervetulleita tilaisuuteen. Molempina päivinä sisältö on sama. Ilmoitathan minulle sähköpostitse pe 14.11.2014 mennessä montako osallistujaa päivää kohti on organisaatiostanne tulossa.



**VIIVI TALVISILTA**  
**SAIRAANHOITAJAOISKELIJA (AMK)**  
[viivi.talvisilta@health.tamk.fi](mailto:viivi.talvisilta@health.tamk.fi)

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Kohde-ryhmä	Aineiston keruu- ja analysointimenetelmät	Tulokset
Auvinen, P., Palukka, H. & Tiilikka, T. 2012. Suomi.	Tutkia julkisten ja yksityisten työnantajien alaisuudessa toimivien ensihoitajien työ- ja toimintakäytänteitä Pirkanmaalla.	Pirkanmaalaiset ensihoitajat.	Havainnointi, video- ja audio-nauhoitukset, haastattelut ja dokumentit. Useita analyysimenetelmiä käytetty.	Akuuttihoiton palvelukokonaisuudessa olisi kehitettävää. Ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja tiedonkulun tulisi parantaa. Ensihoitajat kokevat arvokkaana universaalin vastuun potilaista.
Dahl-Bergkvist, C. & Hammarbäck, K. 2014.	Selvittää ambulanssihenkilökunnan kokemuksiä selkeiden potilaiden hoitamisesta, joilla ei ole akuuttia sairaalan ulkopuolisen hoidon tarvetta.	10 ruotsalaista ambulanssissa työskentelevää sairaanhoitajaa.	Puolistrukturoitu teemahaastattelu. Sisällönanalyysi Granaheimin ja Lundmanin mallilla.	Tuloksena neljä teemaa: kokemukset hoidosta ei-akuutisti sairaiden kohdalla, tekijät, jotka vaikeuttavat potilaiden viemistä oikeaan hoitopaikkaan, tekijät ja käsitykset potilasryhmistä, joilla ei ole akuutin sairaalan ulkopuolisen hoidon tarvetta.

<p>Dixon, S., Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Wardrope, J., Snooks, H., Gorringe, R., Perrin, J. &amp; Nicholl, J. 2009. United Kingdom.</p>	<p>Arvioida ensi- hoitajien (PP=Paramedi- c practitioner) ikäihmisiin kohdistuvien uusien toimin- tatapojen kus- tannustehok- kuutta verrat- tuna perintei- seen ensihoi- toon.</p>	<p>Sheffieldis- sä hätänu- meroon 1.9.2003– 26.9.2004 klo8-20 soittaneet, jotka olivat yli 60- vuotiaita ja joilla oli vaiva, joka lievittyi ensihoitajan (PP) tutki- essa häntä.</p>	<p>Satunnaisjoukon havainnointitut- kimus, potilai- den täyttämät kyselomakkeet sekä EQ-5D- aineisto. Ana- lyysi eri tekni- koilla.</p>	<p>Havainnointiryhmän luona käytettiin enemmän ensihoita- jien (PP) aikaa ja se vähensi päivystys- käyntien määrää 84.0 %: sta 53.3 %: iin sekä päivystys- käynnin kestoa.</p>
<p>Durant, E. &amp; Fahimi, J. 2012. USA.</p>	<p>Selvittää nii- den potilaiden ominaisuuksia, jotka käyttävät ambulanssia vähemmän kiireellisissä hoidontarpeis- sa.</p>	<p>Yli 18- vuotiaat potilaat, jotka luoki- teltiin ei- kiireellisek- si päivys- tyksessä.</p>	<p>Kyselylomake. Analysointi Sta- ta -ohjelmalla.</p>	<p>Ambulanssin käyt- töön vähemmän kiireellisissä tilan- teissa liittyi eniten vanhempi ikä, va- kuutus, koditto- muus, saapuminen klo 23–6:59 välillä, pääoireena psykiat- rinen tai neurologi- nen ongelma tai myrkytys.</p>

<p>Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. &amp; Routsalo, P. 2012. Suomi.</p>	<p>Arvioida koti- hoidon iäkkäi- den asiakkai- den psyykkistä hyvinvointia ja psykososiaalis- ta tukea asiak- kaiden ja työn- tekijöiden nä- kökulmasta.</p>	<p>Kotihoidon asiakkaat (N=200) ja saman kun- nan koti- hoidon työntekijät (N=570).</p>	<p>Kyselylomake ja eksploratiivinen faktorianalyysi.</p>	<p>Iso osa asiakkaista oli tyytyväisiä elä- mänsä, mutta ma- sentuneisuutta ja yksinäisyyttäkin ilmeni. Hoitajat ko- kivat antavansa asi- akkaille psykososi- aalista tukea. Asiak- kaat kokivat, että myönteisen palaut- teen riittämättömä- nä.</p>
<p>French, E. &amp; Casali, G. L. 2008. Aus- tralia.</p>	<p>Tunnistaa ja ymmärtää en- sihoitoyönteki- jöiden eettistä päätöksentekoa sekä suhtau- tumista organi- saation ja yksi- lön välisiin eroihin arvois- sa ja etiikassa.</p>	<p>An Austra- lian Asso- ciation of Ambulance Profes- sionals- jäsenet, jotka työs- kentelevät sairaalan ulkopuoli- sessa ensi- hoidossa.</p>	<p>Kyselylomake ja puoli- strukturoidu haastattelu. Ka- tegorisointi SPSS- ohjelmalla, T- testi, ANOVA ja sisällön analyys- si.</p>	<p>Yksittäisen työnteki- jän ja organisaation eettisen päätöksen- teon välillä on kuilu ensihoidossa. Eniten käytetty eettinen periaate oli oikeuk- siin perustuva päät- tely ja vähiten käy- tetty hyödyllisyys.</p>

<p>Tepponen, M. 2009. Suomi.</p>	<p>Selvittää ikäihmisten kotihoidon integroinnin toteutustavat ja niiden keskinäiset yhteydet sekä integroinnin vaikutukset kotihoidon sisältöön ja laatuun.</p>	<p>43 itäsuomalaisen kunnan kotihoidon johtajat (N=56), kahden vertailukaupungin kotihoidon asiakkaat (N=130), omaiset (N=126) ja työntekijät (N=127).</p>	<p>Useiden triangu-laatioiden soveltaminen.</p>	<p>Yleisimmin integrointia toteutettiin yhdistämällä eri sosiaali- ja terveystoimien rakenteita. Muita keinoja olivat integroivat prosessit ja työvälineet. Integroimaton kotihoito arvioitiin omaisten taholta paremmaksi kuin integroitu, mutta asiakkaiden ja työntekijöiden arvioinneissa ei eroa havaittu.</p>
----------------------------------	--	--	---	---