

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Kliininen asiantuntija

Kevät 2014

Jonna Laine

GERIATRINEN POLIKLINIKKA

– Uuden poliklinikan toiminnan suunnittelun kuvaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Kliininen asiantuntija

Kevät 2014 | 52 sivua

Katja Heikkinen

Jonna Laine

GERIATRINEN POLIKLINIKKA - UUDEN POLIKLINIKAN TOIMINNAN SUUNNITTELU HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että vanhuspotilaat, joilla on terveysongelma ja jotka eivät pärjää kotona hyötyvät kokonaisvaltaisesta geriatrisesta arvioinnista sekä varhaisesta lääketieteellisestä, hoidollisesta, terapeuttisesta sekä sosiaalityön interventiosta. Turun kaupungin erikoissairaanhoidon tulosalueelle on ensimmäisenä sairaalana Suomessa perustettu geriatrinen poliklinikka, jonne potilas voi tulla ilman ajanvarausta tai lääkärin lähetystä. Poliklinikalle pääsee potilasta hoitavan henkilökunnan yhteydenoton perusteella.

Poliklinikka aloitti toimintansa 2.5.2013 ja se on tarkoitettu turkulaisille vanhuksille, joilla on ongelmia terveyden tai toimintakyvyn kanssa. Vanhusten ongelmat ovat niin laajoja, että niitä ei voida ratkaista perusterveydenhuollon tai kotisairaanhoidon resursseilla. Poliklinikka ei ole tarkoitettu akuutisti sairaille potilaille (esim. sydäninfarkti). Potilas tutkitaan kokonaisvaltaisesti moniammatillisessa tiimissä. Tavoitteena on saada mahdollisimman moni potilaista kotiutettua, mutta tarvittaessa potilaalle järjestetään sairaalapaikka.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena on kuvata uuden poliklinikan perustamista. Tavoitteena on uuden poliklinikan toiminnan käynnistämisen kuvaaminen ja toiminnan kehittäminen. Tutkimuksellisen osion tavoitteena on selvittää mistä hoitotohoista poliklinikalle ollaan yhteydessä ja minkälaisia potilaita poliklinikalla kävi.

Tutkimusaineistoa kerättiin 2.5.2013 – 31.12.2013. Potilaita geriatrisella poliklinikalla kävi 1397, joista 1109 asui kotonaan ja 329 laitoksessa. Potilaista 719:lla kävi kotihoito säännöllisesti kotona. Potilaista 604 kotiutettiin ja 601 potilasta tarvitsi sairaalahoitoa. Vain 42 potilasta oli akuutisti sairaita ja heidät lähetettiin ensiavun ja päivystyksen liikelaitoksen hoidettaviksi.

Tässä raportissa on kuvattu Geriatrisen poliklinikan perustamista. Tutkimusaineiston sekä kokemuksen pohjalta Geriatrisen poliklinikan toimintaa on kehitetty ja toimintamallia on muokattu, jotta se vastaisi mahdollisimman hyvin vanhuspotilaiden tarpeisiin.

ASIASANAT:

Geriatrinen hoitotyö, toimintakyvyn arviointi, moniammatillisuus, kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi.

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care I Advanced Nursing Practise

Spring 2014 | 52 pages

Katja Heikkinen

Jonna Laine

OUT PATIENT CLINIC FOR OLDER PEOPLE IN TURKU CITY HOSPITAL – ESTABLISHING A NEW OUT- PATIENT CLINIC

Many studies have shown that elderly people, who have health problems and cannot manage at home, need comprehensive geriatric assessment and a range of early medical, nursing, therapy and social interventions. Turku City Hospital is the first hospital in Finland, which has established a geriatric out- patient clinic, where patients can come without a referral or an appointment.

Clinic started out on the 2nd of May 2013 and it's intended for all elderly Turku residents who have health problems and cannot manage at home. Problems are so big that they can't be resolved with a home care doctor or in common health care, where there is no time to resolve these problems. The clinic is not meant for acutely ill people, suffering from for example a coronary thrombosis. The Patient comes after phoning the health care personnel and the Patient problems are surveyed by a multiprofessional team. The aim is that all patients return home or a nursing home, but the patient will be transferred in to a hospital ward, if needed.

The aim of project is to find out, how to establishing a new out- patient clinic for older people. Purpose is establishing a new out- patient clinic in City of Turku. In this project was included study, which aim was find out what kind of patients visited in out- patient clinic.

KEYWORDS:

Geriatric nursing, older people nursing, out-patient clinic, comprehensive geriatric assessment

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SANASTO JA KÄYTETYT LYHENTEET	6
1 JOHDANTO	9
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	10
2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet	10
2.2. Kohdeorganisaation kuvaus	10
3. VANHUSTEN HOITO	15
3.1 Vanhuksen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät	15
3.2 Diagnostiset vaikeudet vanhuspotilailla	19
3.3. Vanhustyön kehittäminen	21
3.4 Vanhuspalvelujen vertailu Suomessa	24
4. GERIATRISEN POLIKLINIKAN SUUNNITTELUYÖN KUVAUS	27
4.1 Geriatrisen poliklinikan toiminta - ajatus	27
4.2 Geriatrisen poliklinikan suunnittelutyö	27
4.3 Potilaan tutkiminen ja hoito geriatrisella poliklinikalla	30
5. KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	31
5.1 Tutkimuksen toteuttaminen	33
5.2 Tutkimustulokset	34
5.3 Tutkimustulosten pohdinta	45
6. GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINTAMALLI	50

7. KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	53
7.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat	53
7.2 Tavoitteiden saavuttaminen	53
7.3 Kohdeorganisaatio	54
7.4 Riskien hallinta	55
8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	56
8.1 Eettisyys	56
8.2 Luotettavuus	57
8.3 Tulosten tarkastelu	57
8.4 Jatko haasteet	58
LÄHTEET	59
KUVAT	
Kuva 1. Hyvinvointitoimialan operatiivinen tuottaminen.....	11
Kuva 2. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala, erikoissairaanhoidon palvelut.....	13
Kuva 3. Palvelutarpeen arvioinnissa huomioon otettavat tekijät.....	18
Kuva 4. Tärkeimpiä vanhusten sairauksien diagnostiikan vaikeuksien syitä.....	20
Kuva 5. Turun kaupungin ja Tampereen kaupungin vanhustyön palvelut.....	26
Kuva 6. Geriatriksen poliklinikan suunnittelutyön eteneminen.....	29
Kuva 7. Kehittämiprojektin eteneminen.....	33
Kuva 8. Kotisairaanhoidon asiakkaat sekä laitospaikalla olijat.....	34
Kuva 9. Yhteydenotto poliklinikalle eri hoitotahojen toimesta.....	36
Kuva 10. Potilaiden jatkohoitoaikat poliklinikalta.....	37
Kuva 11. Tulosyy: yleistilan lasku.....	38
Kuva 12. Tulosyy: Alaraajaturvotus.....	39
Kuva 13. Tulosyy: Hengenahdistus.....	39
Kuva 14. Tulosyy: Kipu.....	40
Kuva 15. Tulosyy: Jalkojen kantamattomuus.....	40
Kuva 16. Tulosyy: Kotona pärjäämättömyys.....	41
Kuva 17. Tulosyy: Sekavuus.....	42
Kuva 18. Tulosyy: Kaatuminen.....	42
Kuva 19. Tulosyy: Huonovointisuus.....	43
Kuva 20. Tulosyy: Kuume.....	44
Kuva 21. Tulosyy: Rintatuntemukset.....	44
Kuva 22. Tulosyy: Muut.....	45
Kuva 23 Geriatriksen poliklinikan toimintamalli.....	52

SANASTO JA KÄYTETYT LYHENTEET

Kliininen gerontologia eli geriatria on tieteenala, joka tutkii vanhusten sairauksien erityispiirteitä ja kehittää sairaiden vanhusten hoitoa. Siinä nousevat esiin oikean diagnostiikan ja tarkoituksenmukaisen hoidon ohella korostetusti toimintakykyä, elämänlaatua ja ikääntyneen henkilön autonomiaa tukevat toiminnot. (Tilvis, 2010, 12 – 18).

Geriatrinen potilas on sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan iäkäs tai ikääntyvä potilas (yleensä yli 75- vuotias). Hän on monisairas, jonka tutkiminen, hoito, toiminnalliset haitat, psyykkiset ongelmat (sekavuus- ja / tai muistivaikeudet) tai sosiaaliset selviytymisvaikeudet aiheuttavat erityisongelmia. Tähän ryhmään ei kuulu perusterve ikäihminen. (Jartti, Heinonen, Upmeier, Sepälä, 2011, 2968 -2970).

Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi (Comprehensive geriatric assessment CGA) on vanhuspotilaan laaja-alaista arviointia. Siihen sisällytetään laajempaa esitietojen hankintaa ja kliinistä tutkimusta kuin normaalisti potilaan tutkimiseen. Arvioinnin tärkein kohde on vanhus, jolla on jo merkkejä toimintakyvyn heikkenemisestä ja jolla on heikentyneen ennusteen tunnusmerkkejä, kuten virtsan-karkailua. Geriatrisen arvioinnin tavoitteena on löytää ongelmien aiheuttaja ja sen korjausmahdollisuus selvittämällä, miksi potilaan toimintakyky on alentunut. Geriatrisen arvioinnin tulisi olla moniammatillista ryhmätyötä, johon osallistuu geriatrian erikoislääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. (Pitkälä, 2008, 11 – 16; Tilvis, 2010, 87- 94).

Päivystyspoliklinikka on päivystyshoitoa tuottava paikka. Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Päivystyshoito on pääsääntöisesti alle 24 tunnin kuluessa päivystyspoliklinikalla annettavaa hoitoa. Päivystyshoidolle luonteenomaista on, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Päivystyshoidon määritelmä kattaa lääketieteelliset

päivystyshoidon perusteet, joiden mukaan näitä palveluita on saatavana kaikkina vuorokaudenaikoina. (STM, 2009, 20).

Toimintakyky on käsite, johon kuuluu eri ulottuvuuksia. *Fyysinen toimintakyky* käsittää ihmisen kyvyn suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, pukeutumisesta, peseytymisestä sekä päivittäisten asioiden hoidosta. Myös terveydentila ja erilaiset toiminnan vajavuudet katsotaan fyysiseen toimintakykyyn kuuluviksi. *Kognitiivinen toimintakyky* käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen sekä kielellisen toiminnan. *Psyykinen toimintakyky* liittyy ihmisen elämänhallintaan ja elämäntyytyväisyyteen, mielenterveyteen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. *Sosiaalinen toimintakyky* käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. (STM, 2006, 4 -5).

Vanhustyö tarkoittaa sellaista ammatillista ja kolmannen sektorin toimintaa, jonka päämääränä on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua sekä ylläpitää heidän itsenäisen elämänhallintansa edellytyksiä. Kunnan näkökulmasta vanhustyö on toimintaa, jolla toteutetaan vanhuspoliittisessa strategiassa ja palvelurakenteen kehittämissuunnitelmassa asetettuja tavoitteita. (Turun kaupunki).

Vanhuspalvelut tukevat ikääntyvien hyvinvointia ja terveyden edistämistä sekä ehkäisevää toimintaa. Itsenäistä selviytymistä omassa kodissa tuetaan neuvonnalla, ohjauksella, sairauksien hoidolla, kuntoutuksella sekä oikea-aikaisilla kotihoito- ja omaishoito- palveluilla. Koti- ja omaishoitoa tuetaan järjestämällä myös päivätoimintaa sekä lyhytaikaista ympärivuorokautista hoitoa. Ikääntyvän avun- ja hoidontarpeen kasvaessa kotona asuminen ei aina onnistu palvelujenkaan turvin. Vaihtoehtona on ympärivuorokautinen hoito, jota annetaan tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai pitkäaikaissairaanhoidossa. Tavoitteina ovat asiakkaan voimavaroista ja tarpeista lähtevä, turvallisuutta ilmapiirissä annettava hyvä hoiva ja hoito. Osa vanhuspalveluista on suunniteltu erityisesti demensioireisille ikäihmisille. (Turun kaupunki).

Lyhenteet:

EPLL	Ensiavun ja Päivystyksen liikelaitos (Turun yliopistollisessa keskussairaalassa)
WHO	World Health Organisation, Maailman terveysjärjestö
HAD	Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen (hospitalization- associated disability disorder)
HRO	Hauraus – raihnaus oireyhtymä

1 JOHDANTO

Uusi vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013 alkaen. Lain mukaan kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut 2013 uuden laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Laatusuosituksen tarkoituksena on tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. (STM, 2013, 9-10).

län myötä monet sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet lisääntyvät. Kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin (yli 85- vuotiaat) kuuluvien määrän kasvu lisää palvelujen tarvetta. Palvelujen tarpeen kasvua voidaan hillitä määrätietoisilla varautumistoimilla. Tärkeimpiä varautumistoimia on terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. Hyvinvointia ja terveyttä edistävillä toimilla voidaan lisätä toimintakykyisiä elinvuosia ja siirtää muiden palvelujen tarvetta elinkaarella myöhempään vaiheeseen. Näin voidaan hillitä sosiaali- ja terveystalouden kasvua sekä parantaa iäkkään ihmisen elämänlaatua. (STM, 2013, 24 – 26; Forma, Jylhä, Aaltonen, Raitanen, Rissanen, 2012, 12 - 14).

Ikääntyneen väestön näkökulmasta hyvinvointia tukeva elinympäristö muodostuu monenlaisista asioista. Niitä ovat kuntien erilaiset palvelurakenteet, asumisen vaihtoehdot sekä fyysisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön tekijät. Elämänlaadun kannalta keskeisin asumispaikka on koti, joka tukee mielekästä tekemistä, osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta. (STM, 2013, 21 – 23).

Oikea aikaiset ja vaikuttavat sosiaali- ja terveystaloudet ovat merkittävä itsenäisen selviytymisen tuki. Erityishuomio on kiinnitettävä kuntoutuspalvelujen kokonaisuuteen, riskien hallintaan, ravitsemusneuvontaan, liikunnan lisäämiseen sekä varhaiseen puuttumiseen toimintakyvyn heiketessä. (STM, 2013, 24 – 26).

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet

Turun kaupungin hyvinvointitoimialaan kuuluvaan somaattisen erikoissairaanhoidon tulos-alueelle on perustettu Geriatriinen poliklinikka, joka aloitti toimintansa 2.5.2013. Poliklinikan toiminta – ajatuksena on tehdä turkulaisille vanhuksille moniammatillista toimintakyvyn arviointia sekä antaa tarvittaessa vanhuksille lääketieteellistä hoitoa. Poliklinikka on tarkoitettu potilaille, joiden lääketieteellinen tila ei vaadi kiireellistä hoitoa, mutta joiden tilaa on vaikea arvioida kotihoiton tai perusterveydenhuollon resurssein.

Geriatriisen poliklinikan toiminta Suomessa on uudenlaista. Tämän kehittämissuunnitelman tarkoituksena on kuvata uuden poliklinikan toiminnan suunnittelu hoitotyön näkökulmasta. Tavoitteena on kuvata uuden poliklinikan toiminnan aloittaminen ja toiminnan kehittäminen. Tutkimuksellisen osion tavoitteena on selvittää mistä hoitotahoista poliklinikalle oltiin yhteydessä ja minkälaisia potilaita poliklinikalla on käynyt.

2.2. Kohdeorganisaation kuvaus

Turun kaupungissa asuu 182 225 ihmistä (12/2012), joista 19,2 % oli yli 65-vuotiaita (Tilastotietoa Turusta, luettu 13.3.14). Turun kaupungin ylin hallintovalta on kaupunginvaltuustolla. Kaupunginhallitus vastaa kaupungin hallinnosta ja taloudenhoidosta sekä valtuuston päätösten valmistelusta, täytäntöönpanosta ja laillisuuden valvonnasta. Turun kaupungilla on 12 lautakuntaa, joiden tehtävänä on johtaa ja valvoa palvelujen tuottamista kunnassa sekä tuoda esille kuntalaisnäkökulma palvelutuotantoa kehitettäessä. Sosiaali- ja terveyslautakunnan alaisuuteen kuuluu hyvinvointitoimiala, jonka palvelutuotannon strateginen ohjaus on jakautunut neljään ydinprosessiin: lasten ja nuorten kasvun tukeminen, nuorten aikuisuuden vahvistaminen, itsenäisesti selviytyvien toimintakyvyn varmistaminen sekä ikäihmisten elämänlaadun turvaaminen.

Hyvinvointitoimialan palvelujen operatiivinen tuottaminen on jakautunut viiteen osaan: erikoissairaanhoidon palvelut, perusterveydenhuollon palvelut, vanhuspalvelut, sosiaalityön palvelut sekä kuntoutumispalvelut.

Turun kaupungissa vanhusten hoito on jakautunut strategisesti itsenäisesti selviytyvien toimintakyvyn varmistamiseen sekä ikäihmisten elämänlaadun turvaamiseen. Operatiivisesti vanhustenhoitoa tuotetaan jokaisella viidellä sektorilla. Hyvinvointitoimialan palvelujen operatiivinen tuottaminen on esitetty kuvassa 1.(Turun kaupunki).

Kaupunginvaltuusto
Kaupunginhallitus
Sosiaali- ja terveyslautakunta
Yksilöjaosto
Palvelutuotannon poliittinen ohjaus

HYVINVOINTITOIMIALAN HALLINTO	
Palvelutuotannon strateginen ohjaus	Palvelujen operatiivinen tuottaminen
Lasten ja nuorten kasvun tukeminen	Erikoissairaanhoidon palvelut
Nuorten aikuisuuden vahvistaminen	Kuntoutumispalvelut
Itsenäisesti selviytyvien toimintakyvyn varmistaminen	Sosiaalityön palvelut
Ikäihmisten elämänlaadun turvaaminen	Perusterveydenhuollon palvelut
	Vanhuspalvelut

Kuva 1. Hyvinvointitoimialan operatiivinen tuottaminen. (Turun kaupunki).

Turun kaupungin hyvinvointitoimialan erikoissairaanhoidon palvelut on jaettu somaattiseen erikoissairaanhoidon, psykiatriseen erikoissairaanhoidon, lääkehuoltoon sekä erikoissairaanhoidon ostopalveluihin. Somaattiseen erikoissai-

raanhoitoon kuuluu sisätautisairaala, johon kuuluvat sisätautien hallinto, sisätautien vuodeosastot, sisätautien poliklinikka, kotisairaala, tähystysyksikkö sekä geriatrinen poliklinikka. Lisäksi somaattiseen erikoissairaanhoidon kuuluu silmätautien poliklinikka, korva- nenä- ja kurkkutautien poliklinikka sekä lasten- ja nuorten poliklinikka. Somaattisen erikoissairaanhoidon yhteisiin tukitoimiin kuuluvat hallinnon tukitoimet, tutkimus ja opetustoiminta sekä tieteelliset tutkimushankkeet. (Turun kaupunki).

Psykiatriseen erikoissairaanhoidon kuuluu lasten- ja nuorten psykiatria, johon kuuluvat lasten psykiatrisen poliklinikka sekä nuorten psykiatrisen poliklinikka. Avohoito psykiatriaan kuuluvat psykiatrian poliklinikat, intensiivinen avohoito, akuutti avo-osasto sekä päivystysyksikkö. Psykoosin hoitoon kuuluvat psykoosi- ja mielialahäiriöyksikkö, akuutti psykoosiosasto, kuntoutuspoliklinikka, suljettu kuntoutusosasto, avokuntoutusosasto, päihdepoliklinikka, korvaushoitopoliklinikka sekä päihdeosasto. Vanhuspsykiatriaan kuuluvat vanhuspsykiatrian avohoito, osastot G1, G2 ja G3. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan erikoissairaanhoidon palvelut on esitetty kuvassa 2. (Turun kaupunki).

ESH:n yhteiset tukitoiminnot	Sisätauti-sairaala	Silmätautien poliklinikka	Korva- nenä- ja kurkku- tautien pkl	Las- ten- ja nuor- ten pkl	Psykiatri- an yhteiset toiminnot	Lasten ja nuor- ten psyki- atria	Avohoito psykiatria	Psykoosi- hoito	Vanhuspsy- kiatria
Hallinnon tukitoiminnot	Sisätautien hallinto				Hallinnon tukitoimet	Lasten psykiatrian pkl	Psykiatrian poliklinikat	Psykoosi- ja mielialahäiriö tr	Vanhuspsykiatrian avohoito
Opetus ja tutkimustoiminta	Sisätautien vuodeosastot				Toimintaterapia	Nuorten psykiatrian pkl	Intensiivinen avohoito	A1 Akuutti psykoosios.	Osasto G1
Tieteelliset tutkimushankkeet	Sisätautien poliklinikka						A2 Akuutti avoosasto	Kuntoutuspkl	Osasto G2
	Kotisairaala						A5 Päivystysyksikkö	A6 Suljettu kuntoutusos.	Osasto G3
	Tähystysyksikkö							A8 Avokuntoutusos.	
	Geriatrinen poliklinikka							Päihdepsyk. pkl	
								korvaushoito pkl	
								A3 päihdeos.	

Kuva 2. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala, erikoissairaanhoidon palvelut. (Turun kaupunki).

Geriatrinen poliklinikka on osa somaattisen erikoissairaanhoidon tulosaluetta. Poliklinikalle tulee potilaita terveydenhuollon ammattilaisen yhteydenoton perusteella eikä potilas tarvitse lääkärin lähetettä. Tarkoituksena on, että potilaan kotihoitoon palveluita voidaan muokata tarpeen mukaan nopeasti ja potilas voidaan kotiuttaa poliklinikalta. Näin vältetään turhilta päivystys- sekä sairaaläkynneiltä. Tarvittaessa potilaalle järjestetään sairaalapaikka Turun kaupungin sisätautisairaalan vuodeosastolta.

Geriatrisen poliklinikan asiakkaita ovat turkulaiset vanhukset, joilla on ilmennyt jokin uusi terveysongelma tai joiden sairaus on pahentunut. Poliklinikalla tehdään laaja moniammatillinen geriatrinen kartoitus, jossa lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon lisäksi kartoitetaan toimintakyky laajemmin ja aloitetaan kotiin suunnattu kuntouttava hoito.

Geriatrisen poliklinikan toiminta on uudenlaista Suomessa. Malli poliklinikan toimintaan on saatu Kanadasta ja tarve poliklinikan toiminnan kehittämiseksi on todettu Turun kaupungin terveyslautakunnassa. Turun kaupungissa asuu paljon iäkkäitä ihmisiä ja heidän kotona selviytymisensä tukeminen mahdollisimman pitkään on tarkoituksenmukaista ja taloudellista.

3. VANHUSTENHOITO

3.1 Vanhuksen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät

WHO:n toimintakykyluokitus (WHO 2001) jakaa ikääntyneiden toimintakykyyn vaikuttavat tekijät terveydentilaan, muihin yksilötekijöihin ja ympäristötekijöihin. Toimintakyvyn keskeisiä selittäjiä ovat usein terveydentila, erityisesti yksittäiset sairaudet. Myös vanhuksen psyyke ja sosiaaliset verkostot vaikuttavat toimintakykyyn. Nykyään suuri osa vanhuksista kokee terveytensä hyväksi. Yhä useampi 80- vuotta täyttänyt asuu itsenäisesti kotona. Ikääntyessä toimintakyky heikkenee asteittain, yleensä siihen liittyy jokin rappeuttava pitkäaikaissairaus, kuten Alzheimerin tauti. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan säännöllinen kotipalvelujen käyttö alkaa keskimäärin 80- vuotiaana ja pysyvän laitoshoidon käyttö n. 82- vuotiaana. (Vaarama, 2004, 133 - 139).

Ikäihmiset joutuvat usein kalliiseen ja pysyvään laitoshoittoon, kun päivittäiset toiminnot, kuten peseytyminen ja pukeutuminen vaikeutuvat. Toimintakyvyn heikkeneminen voi tapahtua nopeasti esim. vaikean sairauden seurauksena tai vähitellen, esim. muistisairauden myötä. On arvioitu, että yksi kolmesta yli 70 – vuotiaan sairaalahoidosta johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen. Sairaalahoitoon liittyvää toimintakyvyn heikkenemistä (hospitalization- associated disability disorder, HAD) voidaan pitää geriatrikena oireyhtymänä, johon vaikuttaa monet eri tekijät. HAD oireyhtymän ehkäisyssä oleellista on kaikkien liikuntarajoitteiden minimointi sekä tarpeettoman vuodelevon ja puolesta tekemisen välttäminen. Myös riittävällä ravinnon saannilla sekä lääkityksen jatkuvalla arvioinnilla ja turhien lääkkeiden karsimisella voidaan ehkäistä HAD oireyhtymää. (Strandberg, Valvanne, 2012, 132; Covinsky, Pierluissi, Johnston, 2011, 1782 - 1793; Mezey, Mitty, 2011, 115 – 121; Sinha, Bessman, Flomenbaum, Leff, 2010, 672 – 682; Strandberg, 2009, 63).

HAD- oireyhtymän riski kasvaa, jos vanhuksella on hauraus – raihnaus oireyhtymä (HRO) tai kognitiivista heikentymistä. Hauraus – raihnaus oireyhtymä (HRO) on itsenäinen, geriatrinen oireyhtymä ja riskitila. Haurauteen liittyy lisääntynyt alttius terveyden heikentymiselle, toiminnan vajauksille, kaatuilulle, sairaala- ja pitkäaikaishoidolle sekä kuolemalle. Yli 80- vuotiailla HRO:n arvioitu esiintyvyyys on 25- 40 %. (Strandberg, 2010, 358 – 359).

Geriatrisen arvioinnin merkitys on tutkimuksilla osoitettu. Ongelmana on, että nopeatempoisessa sairaalatyössä kattavaan geriatriseen arviointiin ei ole aikaa, eikä välttämättä taitoaakaan. Tutkimuksessa on todettu, että geriatrisen akuutti-keskuksen toiminta on vaikuttavaa, sen sijaan yksittäisten ja satunnaisten geriatristen konsultaatioiden merkityksestä ei ole vahvaa näyttöä. Paras näyttö on geriatrisen moniammatillisen tiimin toiminnasta. (Strandberg, Valvanne, 2012, 132; Covinsky ym. 2011, 1782 – 1793; Allen, Bartlett, Ventham, McCubbin, Williams, 2010, 1- 6; Beswick, Rees, Dieppe, Ayis, Goberman – Hill, Horwood, Ebrahim, 2008, 725 – 735).

Riskivanhukset on tunnistettava mahdollisimman varhain kaikilla erikoisaloilla ja heidät on ohjattava moniammatilliseen geriatriseen yksikköön kuntoutusta varten. Kuntoutuksen ensisijainen tavoite tulee olla potilaan palaaminen kotioihinsa mahdollisimman pian. Kun ensimmäiset sairastumisen merkit ilmaantuvat, vanhuksen asioihin on puututtava tehokkaasti jo avohoidossa. Jos vanha ihminen tarvitsee sairaalahoitoa, akuutti syy on hoidettava nopeasti ja tunnistettava sekavuus ja ravitsemusongelmat. Näin voidaan ehkäistä HAD- oireyhtymää mahdollisimman tehokkaasti. (Stranberg, Valvanne, 2012, 132; Covinsky ym. 2011, 1782 – 1793; Conroy, 2008, 612 – 613).

Vanhuspotilaiden kokonaisvaltainen arviointi on geriatrian kulmakivi. Siihen perustuvat hoitotoimenpiteet sekä kuntoutus. Kokonaisvaltainen arviointi ei aina toteudu kiireisessä terveydenhuollossa. Lyhyillä vastaanottoajoilla ei pystytä käyttämään geriatrisen kokonaisvaltaisen arvioinnin kaltaista lähestymistapaa. Myös vuodeosastoilla hoitoajat ovat lyhyet eikä osastojaksolla ehditä perehtyä muuhun kuin akuuttiin ongelmaan. Kokonaisvaltainen arviointi toisi siihen uhratun ajan moninkertaisesti takaisin sekä vanhuksen elämänlaadun paranemisena että kustannussäästönä. Kokonaisvaltainen geriatrisen arviointi pitäisi saada suomessa systemaattiseksi osaksi terveydenhuoltojärjestelmää sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa. Se säästäisi hoidon tarvetta tulevaisuudessa. (Jartti ym.,2011, 2968 - 2970; Pitkälä, Tilvis, 2012, 564).

Geriatrisen kokonaisvaltainen arviointi (Comprehensive geriatric assessment, CGA) on jo 70 vuotta vanha menetelmä, jota geriatrian ”äiti” Marjorie Warren

käytti pitkäaikaissairaiden vanhusten kuntoutuksessa Lontoossa. Geriatriinen arviointi on moniulotteinen, moniammatillinen vanhuspotilaan diagnostinen selvittely, jossa perinteisen lääketieteellisen diagnostiikan ohella tutkitaan vanhuksen psyykkinen, sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky sekä otetaan huomioon ympäristön merkitys vanhuksen selviytymisen tukemisessa. (Ellis ym., 2011, 5 – 7; Rosted ym. 2011, 141 – 145; Allen ym. 2010, 1 – 6; Beswick, ym.2008, 725 – 735; Pitkälä, 2008, 11 - 16; Harari ym., 2007, 670 – 675).

Beswick ym. 2008 mukaan geriatrisesta, kokonaisvaltaisesta arvioinnista on tehty 50 satunnaistettua, kontrolloitua tutkimusta ja niissä on ollut mukana yli 70 000 potilasta (Beswick ym.,2008, 17 - 21). Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin on todettu olevan kustannustehokas toimintatapa ja hoitomenetelmä, se vähentää kuoleman vaaraa, lyhentää sairaalajaksoja, parantaa toimintakykyä ja lykkää pitkäaikaista laitoshoidoa. (Conroy 2012, 612 – 613; Ellis ym. 2011, 1 – 24; Allen ym. 2010, 1 - 6; Baumbusch, Shaw, 2010, 321 – 327; Beswick ym. 2008, 17 – 21; Pitkälä, 2008, 11 -16; Harari ym.2007, 670 – 675).

Kun vanhus kotiutetaan sairaalasta, riski joutua uudelleen sairaalaan on suuri. Riskiä lisää, jos vanhus kotiutetaan suoraan ensiapuasemalta ja henkilökunnalla ei ole aikaa paneutua vanhuksen moninaisiin ongelmiin. Tanskassa ja Kanadassa tehtyjen tutkimusten mukaan vanhuksen riski palata ensiapuasemalle väheni, kun hänelle tehtiin kokonaisvaltainen arviointi siihen kehitetyllä työkalulla. (Olde – Rikkert ym., 2012, 1 – 4; Rosted ym. 2012, 141 – 151; McCusker ym., 2001, 1272 – 1281).

Useiden tutkimusten mukaan monitahoinen puuttuminen vanhuksen toimintakykyyn voi auttaa vanhusta pärjäämään kotona pidempään ja ehkäisemään kaatumisia. Tutkimukset osoittavat, että kaikki vanhukset hyötyvät arvioinnista ja tarkoituksenmukaisesta hoidosta. (Allen ym. 2010, 1 - 6; Baumbusch, Shaw, 2011, 321 - 327; Beswick ym. 2008, 725 - 735; McCusker ym. 2001, 1272 - 1281).

On tärkeää huomioida, että eri tekijät muodostavat toiminnallisia kokonaisuuksia. Vaikka vanhus selviytyisi joistakin yksittäisistä toiminnoista, arjen sujumisen

näkökulmasta on olennaista, miten hän selviytyy eri toiminnoista peräkkäisinä, yhtäjaksoisina suorituksina. Palvelutarpeen arvioinnissa otetaan huomioon mm. fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, sekä riskitekijät, jotka johtavat toimintakyvyn heikkenemiseen. Arvioinnin tavoitteena on saavuttaa vanhuksen kanssa yhteinen näkemys siitä, mitkä keskeiset tekijät vaikuttavat toimintakykyyn. Palvelutarpeen huomiointiin vaikuttavat tekijät on kuvattu kuvassa 3. (STM 2006, 1 - 14).

FYYSISET TEKIJÄT	KOGNITIIVISET TEKIJÄT	SOSIAALISET TEKIJÄT	YMPÄRISTÖTEKIJÄT
Kyky selviytyä arjen askareista: ruoan laitto, asiointi kaupassa/ pankissa/ postissa, pyykin pesu, siivoaminen	Muisti ja muu kognitio	Kyky ilmaista itseään	Asunnon varustetaso, kodin muutostöiden tarve
Kyky selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista: ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen, wc – käynnit	Dementoivat sairaudet	Kyky käyttää puhelinta / kommunikoida muita välineitä käyttäen	Lähiympäristön esteettömyys ja toimivuus
Liikuntakyky: liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella	EMOTIONAA LISET JA PSYYKKISET TEKIJÄT	Asumismuoto (yksin vai yhdessä muiden kanssa)	Asuinympäristön esteettömyys
Sairaudet ja eri sairauksien vaatima hoito	Persoonallisuus	Sosiaaliset verkostot	RISKITEKIJÄT (Jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä)
Kyky huolehtia lääkityksestä	Selviytymisstrategiat	Osallistumismahdollisuudet toimintaan kodin ulkopuolella	Aistitoimintojen heikkeneminen
Aistitoiminta	Tunteiden ilmaisu ja käsittely	Kyky huolehtia raha-asioista	Alttius kaatumisille ym. tapaturmille
Apuvälineiden tarve	Voimavarat	TALOUDELLISET TEKIJÄT	Ulkona liikkumisen vähentyminen
Ihon kunto	Mieliala	Käytössä olevat taloudelliset voimavarat ja mahdolliset lisätuen tarpeet	Laihtuminen
Kipu	Mielenterveyden häiriöt, sairaudet		Lihaskivien väheneminen
Ravitsemustila	Käyttöoireet		Luunmurtumat
Suun terveysongelmat	Turvallisuus / turvattomuus		Päihteiden käyttö
			Tasapaino-ongelmat
			Yksinäisyys

Kuva 3. Palvelutarpeen arvioinnissa huomioon otettavat tekijät. (STM, 2006, 3).

3.2 Diagnostiset vaikeudet vanhuspotilaalla

Kun vanhus sairastuu äkillisesti, saa jonkin vamman tai krooninen sairaus pahenee, hän hakeutuu itse tai hänet toimitetaan usein päivystyspoliklinikalle, jonne hakeutuvat välitöntä arviointia ja hoitoa tarvitsevat potilaat. Usein vanhuksen oireet ovat vaikeat. Vanhuksen äkillinen sairastuminen voi aiheuttaa diagnostisia ongelmia ja nostaa esille kysymyksen, mitkä tutkimukset ovat aiheellisia päivystysluonteisesti ja kuinka intensiivisesti hoidot on aloitettava. (Tilvis, 2010, 72 – 75; Malmgreen, Graham, Shortridge – Bagget, Courtney, Walsh, 2009, 14 - 18).

Vanhusten sairauksia on vaikea diagnosoida. Vaikeudet voidaan tiivistää kolmeen pääongelmaan: vaikeus löytää esitiedoista olennainen, oireiden muuttuminen ikääntymisen ja siihen liittyvien sairauksien myötä, sekä statuslöydösten runsaus ja yleisoireiden tulkinnan vaikeudet. (Tilvis, 2010, 72 – 75). Usein hoitoon hakeutumisen perimmäiset syyt jäävät epäselviksi pitkistä haastatteluista huolimatta. Vanhuspotilaat voivat olla haluttomia puhumaan kaikista oireistaan, esimerkiksi virtsankarkailusta kertominen voi tuntua kiusalliselta. Tärkeimpiä vanhuksen diagnostiikan vaikeuksien syitä on esitetty kuvassa 4. (Rosted, Wagner, Hendriksen, Poulsen, 2012, 141 - 150; Tilvis, 2010, 72 – 75; Salvi, Morichi, Grilli, Giorgi, Spazzafumo, Polonara, De Tommaso, Rappelli, Dess'i – Fulgeri, 2008, 2131 – 2138).

LUOTETTAVAN ANAMNEESIN PUUTTUMINEN	OIREIDEN MUUTTUMINEN	HAVAINTOJEN TULKINTA
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikaatio-ongelmat • kuulo- ja näköongelmat • kognitiiviset häiriöt: Onko saattaja mukana? • Tietystä sairaudesta ei haluta kertoa • sairaus koetaan häpeälliseksi, esim. virtsankarkailu • oireita pidetään vanhuuteen kuuluvina • sairauksien kieltäminen • pelätään sairauksia ja niihin liittyviä kivuliaita tutkimuksia ja hoitoja • Toisia vaivoja valitetaan herkästi • esim. nivelvaivat, huimauksen tunne 	<ul style="list-style-type: none"> • Säätelyjärjestelmien vaimentuminen • homeostaattiset mekanismit, esim. jano, nälkä ym. • autonominen hermosto • adrenergisten oireiden vaimentuminen: esim. hypertyreoosi, hypoglykemia • viskeraalisen kivun vähentyminen; esim. akuutti maha, sydäninfarkti • Reservikapasiteetin väheneminen • elinspesifisten oireiden korostuminen; esim. hengenahdistus sepelvaltimotaudin oireena • Muut sairaudet ja niiden hoito • heikoin lenkki pettää; esim. sekavuuden syiden moninaisuus • lääkkeet oireiden muuttajana 	<ul style="list-style-type: none"> • löydösten moninaisuus • löydösten epäspesifisyys

Kuva 4. Tärkeimpiä vanhusten sairauksien diagnostiikan vaikeuksien syitä. (Tilvis, 2010, 73).

Vanhusten oireet ovat usein epätyypillisiä ja epämääräisiä. Oireet tulevat usein muista elinjärjestelmistä, kuin siitä johon uusi tauti on iskenyt. Vanhuksilla oireet ovat usein keskushermostoperäisiä, jolloin ne ovat hyvin monimuotoisia. Lähes mikä tahansa akuutti sairaus voi laukaista sekavuuden, heikentää muistia, aiheuttaa huimausta, pahentaa masennusta, paljastua kaatuiluna tai virtsankarkailuna. Diagnoosia vaikeuttavat somaattisten sairauksien ja emotionaalisten häiriöiden oireiden päällekkäisyys ja samankaltaisuus. Myös monet lääkehoidot muuntelevat minkä tahansa uuden akuutin häiriön oirekuvaa. Vaikeinta on selvittää vanhimpien potilaiden epäspesifit oireet, jonka vuoksi kuvailevien diagnoosien käyttö on lisääntynyt. Tällaisia diagnooseja on esim. äkillinen yleistilan lasku, pärjäämättömyys tai muistin heikentyminen. Vanhuspotilaan diagnosointi on siis haastavaa ja aikaa vievää. (Sinha ym. 2010, 672 – 682; Tilvis, 2010, 72 - 75; Salvi ym. 2008, 2131 – 2138).

Vanhuksen hoitolinjoista päätettäessä tulee tietää potilaan todellinen toimintakyky. Nykyään kotona hoidetaan entistä hauraampia, monisairaita vanhuksia, joilla pienikin heikentyminen terveydentilassa aiheuttaa toimintakyvyn laskun. Usein iäkkään potilaan hakeutuminen päivystykselliseen hoitoon leimataan turhaksi käynniksi. Vaikka tutkimusten jälkeen ei voitaisi esittää mitään selvää diagnoosia, potilas ei silti välttämättä pärjää kotona. Tukiverkoston puuttuminen, yksinäisyys tai omaishoitajan sairastuminen voivat johtaa siihen, että vanhus lähetetään päivystykseen. Tällaiset tilanteet ovat usein ennakoitavissa ja niihin tulisi puuttua tarpeeksi ajoissa avohoidossa. (Rosted ym. 2012, 141 – 151; Jartti ym. 2011, 2968 - 2970; Conroy, 2008, 612 – 613).

Tutkimusten mukaan yhä useampi päivystykseen hakeutuva potilas on ikäihminen. Tämä johtuu väestön ikääntymisestä ja perusterveydenhuollon puutteellisista resursseista. Hauraille vanhuksille soveltuvat parhaiten iäkkäille tarkoitetut päivystyspisteet, joissa geriatrisen osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön turvin pystytään kartoittamaan vanhuksen kokonaistilanne paremmin. (Rosted ym. 2011, 141 -150; Sinha ym. 2011, 672 – 682; Allen, Bartlett, Ventham, McCubbin, Williams, 2010, 1 - 6; Malmgreen ym. 2009; Beswick ym. 2008, 725 – 735; Salvi ym. 2008, 2131 - 2138; Pierluissi, Currin, 2007,1 - 6).

3.3 Vanhustyön kehittäminen

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että vanhuspotilaat tarvitsevat tarkemman ja johdonmukaisemman arvioinnin kuin nuoremmat potilaat. Geriatriasta arviointia ensiapuasemalla on tutkittu ja kehitetty mm. Englannissa, Italiassa, Kanadassa ja Tanskassa. Varsinaisia geriatrisille potilaille tarkoitettuja akuuttikeskuksia ei juuri ole olemassa, mutta geriatrisia tiimejä, jotka käyvät arvioimassa vanhuksen kokonaistilanteen päivystyspoliklinikalla on perustettu eri maissa. (Ellis ym. 2011, 5 – 7; Rosted ym. 2011, 141 - 150; Allen ym. 2010, 1 – 6; Beswick ym. 2008, 725 – 735; Harari ym. 2007, 670 – 675).

Italian Anconassa sijaitseva Italian National Institute for Research and Care on Aging (INCRA) on perustanut vuonna 1996 vanhuksille tarkoitetun päivystyspoliklinikan, Geriatric emergency department (GED). Sen tarkoituksena on hoitaa

vanhuspotilaita, joilla on akuutti sairaus ilman traumaa, taudin uusiutuminen tai kroonisen, monitahoisin sairauden pahentuminen. Pyrkimyksenä on minimoida turhat käynnit ensiapuasemalla. Geriatrisella päivystyspoliklinikalla työskentelee moniammatillinen tiimi, joka arvioi potilaan hoidontarpeen ja määrittää erikoisalan, jossa vanhuksen akuutti sairaus voidaan hoitaa. Tarvittaessa vanhus voidaan ohjata kuntoutusosastolle tai kotihoitoon. National Institute for research and Care on Aging on ensimmäinen geriatrisen päivystyspoliklinikka, jossa on otettu geriatrisen potilaan erityistarpeet huomioon. Sen vaikutuksia tosin ei ole dokumentoitu -90 luvulla. (Salvi ym., 2008, 2131 - 2138).

Englannissa on myös kehitelty tiimejä, jotka tekevät geriatrisille potilaille moniammatillisia, kokonaisvaltaisia arviointeja. Harari ym. teki vuonna 2004 tutkimuksen englantilaisessa opetussairaalassa, jossa yli 70-vuotiaille potilaille tehtiin kokonaisvaltainen geriatrisen arviointi (CGA). Tutkimuksessa joko siirrettiin potilaat geriatriselle osastolle tai Older person assessment and liaison service (OPAL) teki potilaille moniammatillisen arvioinnin. OPAL tiimiin kuului geriatrisen sairaanhoitaja, fysioterapeutti sekä osa-aikainen geriatrisen erikoislääkäri. Tutkimuksen mukaan kokonaisvaltainen geriatrisen arviointi vanhuspotilaille lyhensi sairaalassaoloaikaa. (Harari ym.2007, 670 – 675).

Englannissa, Bournemouthissa, The Royal Bournemouth Hospital perusti Harari ym. tutkimuksen perusteella oman OPAL tiimin 2007 ja teki sen vaikuttavuudesta oman tutkimuksensa. OPAL tiimi tekee geriatrisille potilaille kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin. Tutkimuksen mukaan toiminnalla on saatu sairaalassaoloaikaa lyhyemmäksi. OPAL tiimi on myös mahdollistanut vanhuksille, joiden toimintakyky on alentunut ensimmäisen geriatrisen erikoislääkärin vastaanoton aiempaa nopeammin. Myös fysioterapeutin ja toimintaterapeutin vastaanotolle pääsee nopeammin kuin aiemmin. OPAL tiimin toimintakyvyn arvioinnin ansiosta vanhus voidaan kotiuttaa heti kun hän on lääketieteellisesti valmis kotiutuun. (Allen ym. 2010, 1 – 6).

Euroopan maat ovat yhteistyössä kehittäneet vanhustyötä. Puolassa Wroclawissa järjestettiin 2008 eurooppalainen kokous vanhenemiseen liittyvistä sairauksista (European Summit on Age- Related Disease). Kokoukseen osallistui eurooppalaisia poliitikkoja, gerontologeja ja geriatreja keskustelemaan tulevaisuuden haasteista, jotka liittyvät vanhenemisen mukanaan tuomiin sairauksiin. Asiantuntijat laativat kokouksessa asiakirjan, jonka tarkoituksena on saada aikaan toimintatapojen muutoksia, jotka tulevaisuudessa voivat vähentää vanhuusiän sairauksiin liittyviä rasitteita. (Strandberg, 2009, 1 - 8).

European Summit on Age- Related Disease - kokouksessa todettiin, että hyvän vanhenemisen strategioihin kuuluu mahdollisuus noudattaa terveellisiä elämäntapoja, soveltaa erilaisia itsehoitotekniikoita, mahdollisuus hyötyä rokotuksista, vammojen ehkäisy, seulontatutkimukset ja asianmukainen sairauksien hoito. Jotta voitaisiin vähentää toiminnanvajauksia, sairautta ja kuolemia asianmukaisen ja näyttöön perustuvien seulontatestien valitseminen on tärkeää. Kokouksessa on todettu myös, että terveyden ja elämänlaadun edistämiseen tähtäävien kansanterveystyön strategioiden tulee perustua elinkaariajatteluun. Nämä strategiat eivät saa olla holhoavia, vaan vanhusten mielipiteet sekä uusin tieto pitkäkestoisesta vanhenemistutkimuksesta tulee ottaa huomioon. (Strandberg, 2009, 1 – 8).

Kokouksessa on tullut esille myös se, että Geriatrijohtoisten interventioiden on todettu johtavan parempiin hoitotuloksiin samoilla tai pienemmillä kustannuksilla kuin tavanomainen hoito (geriatriset yksiköt akuuttisairaaloissa, geropsykiatria jne.). Kaikkien vanhusten saatavilla tulisi olla mahdollisuus monitahoiseen, kattavaan geriatriseen arvioon. Vanhukselle tulisi tehdä kattava hoitosuunnitelma, jota toteutetaan ja arvioidaan säännöllisesti. Päämääränä ei ole vain terveyden säilyttäminen vaan myös mahdollisimman itsenäisen toimintakyvyn ja mahdollisimman hyvän fyysisen ja henkisen toimintakyvyn palauttaminen ja säilyttäminen. (Strandberg, 2009, 1 – 8).

3.4 Vanhuspalvelujen vertailu Suomessa

Geriatrinen poliklinikka on Suomessa uudenlainen palvelumuoto vanhuksille. Vanhustyön palvelut on määritelty laissa, uusi vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013 alkaen. Lain mukaan kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Tämän vuoksi kuntien vanhuspalvelujen pitäisi olla samankaltaisia kaikissa kunnissa. Tähän esiselvitykseen otin vertailuun Turun kaupungin sekä Tampereen kaupungin vanhuspalvelut, koska Turku ja Tampere ovat suunnilleen samankokoiset kaupungit. Turussa vuonna 2011 väkiluku oli 178 630, joista yli 65 vuotiaita 33 290. Tampereella vuonna 2011 väkiluku oli 215 168, joista yli 65 vuotiaita 36 127. Kuviossa 5 on kuvattu Turun kaupungin hyvinvointitoimialan sekä Tampereen kaupungin hyvinvointitoimialan vanhuspalvelut. (STM, 2013).

Molemmissa kaupungeissa ennaltaehkäisevät palvelut sekä ympärivuorokautisen hoidon rungot ovat samankaltaisia, vaikka toteutuksessa saattaa olla eroja. Geriatrisessa sairaanhoidossa on jonkin verran eroja. (Turun kaupunki, 2013; Tampereen kaupunki, 2013).

Tampereen kaupungissa on geriatrian poliklinikka - hanke, jossa tehdään geriatriin tai neurologin laaja – alaisia arvioita muistin heikentymisen, monilääkityksen tai kuntoutustarpeen arvioimiseksi. Arvioinnit tehdään moniammatillisessa yhteistyössä. Geriatrian poliklinikalla voidaan tehdä myös esim. ajokyky- tai ravitsemustilan arviointia. Vuodeosastoilta varataan tarvittaessa asiakkaille jälkinäyttöajat poliklinikkalääkärille. Geriatrian poliklinikalle pääsee lääkärin lähetteellä. (Tampereen kaupunki, 2013).

Tampereen kaupungilla on osana geriatrian poliklinikkaa ”GeKo”, eli ”Geriatricotiin” -hanke. Hankkeen tarkoituksena on saada vanhusten kotiin geriatrian erikoislääkäri arvioimaan potilaan kotona pärjäämistä. (Tampereen kaupunki, 2013).

Turun kaupungissa toimii muistipoliklinikka, jossa geriatri arvioi muistisairaantutkimukseen potilaan toimintakykyä sekä muistisairaouden laajuutta. Poliklinikka toimii lähete-

poliklinikkana. Esitutkimuksena potilaalle tehdään aivojen magneettikuvaus muistisairauden laajuuden kartoittamiseksi. Muistipoliklinikalla potilaalle tehdään mm. laaja- alainen muistitesti (CERAD), myös potilaan lähiomaista haastatellaan potilaan pärjäämisestä. Muistipoliklinikka toimii Geriatrisen poliklinikan yhteydessä. (Turun kaupunki, 2013).

Sekä Turun että Tampereen kaupungilla on kaatumispoliklinikka hanke. Kaatumispoliklinikan toiminta keskittyy iäkkään väestön kaatumisten, osteoporoosin ja niistä aiheutuvien luunmurtumien ja muiden vammojen ehkäisyyn. Kaatumispoliklinikalle ohjataan yli 70- vuotiaita, joiden kaatumisen syy on epäselvä. Tampereen kaupungilla kaatumispoliklinikka on perusterveydenhuollon yksikkö. Turun kaupungilla kaatumispoliklinikka kuuluu vanhustalvelujen geriatriseen arviointiyksikköön (GAK). (Turun kaupunki, 2013; Tampereen kaupunki, 2013).

Turun kaupunki		
Ennaltaehkäisevät palvelut	Geriatrinen sairaanhoito	Ympärivuorokautinen hoito
Palveluohjaus Preventiiviset palvelut Hyvinvointikeskukset Sotainvalidien palvelut Muistisairaiden palvelut <ul style="list-style-type: none"> • muistihoitajat • muistisairaiden päivähoito 	Akuutti- ja kuntouttava sairaanhoito <ul style="list-style-type: none"> • Akuuttivuodeosastot • Geriatrinen akuuttikeskus + päivystyspartio • Muisti poliklinikka • Kaatumispoliklinikka • Geropsykiatriset palvelut (osasto- ja avohoito) 	Palveluasuminen Tehostettu palveluasuminen
Kotihoito <ul style="list-style-type: none"> • Tukipalvelut • Kotipalvelu • Kotisairaanhoito • Kotikuntoutustiimi • Päiväkuntoutus • Yöhoito • Omaishoidon tuki • Lyhytaikaishoito 	Kuntouttava sairaanhoito <ul style="list-style-type: none"> • Ortopedinen kuntoutusosasto • Geriatrinen jatkokuntoutus • Neurologinen jatkokuntoutus 	Hoivahoito <ul style="list-style-type: none"> • Vanhainkodit • Pitkäaikaissairaanhoito • Saattohoito
Tampereen kaupunki		
Ennaltaehkäisevät palvelut	Geriatrinen sairaanhoito	Ympärivuorokautinen hoito
Palveluohjaus Preventiiviset palvelut Hyvinvointikeskukset Sotainvalidien palvelut Muistisairaiden palvelut <ul style="list-style-type: none"> • muistihoitajat • muistisairaiden päivähoito 	Akuuttihoito <ul style="list-style-type: none"> • Akuuttivuodeosastot • Geriatrinen arviointiyksikkö • Geriatrian poliklinikka • Geriatri kotiin toimintamalli (hankke) • Kotisairaala • Kaatumispoliklinikka • Geropsykiatriset palvelut (avo- ja osastohoito) 	Palveluasuminen Tehostettu palveluasuminen
Kotihoito <ul style="list-style-type: none"> • Tukipalvelut • Kotipalvelu • Kotisairaanhoito • Kotikuntoutustiimi • Päiväkuntoutus • Yöhoito • Omaishoidon tuki • Lyhytaikaishoito 	Kuntouttava hoito <ul style="list-style-type: none"> • Ortopedinen jatkokuntoutus • Geriatrinen jatkokuntoutus • Neurologinen jatkokuntoutus 	Hoivahoito <ul style="list-style-type: none"> • Vanhainkodit • Pitkäaikaissairaanhoito • Saattohoito

Kuva 5 Turun kaupungin ja Tampereen kaupungin vanhustyön palvelut (Turun kaupunki, 2013; Tampereen kaupunki, 2013).

4. GERIATRISEN POLIKLINIKAN SUUNNITTELUYÖN KUVAUS

4.1 Geriatrisen poliklinikan toiminta - ajatus

Geriatrisen poliklinikan toiminta-ajatuksena on kehittää ja tehostaa sosiaali- ja terveystoimen eri toimijoiden ja tulosalueiden yhteistyötä vanhuspotilaan hoitoketjussa. Pääkohderyhmänä ovat iäkkäät turkulaiset, joiden tutkimus ja hoito ei tilanteen vaikeuden takia onnistu kotisairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa, mutta jotka lääketieteellisestä syystä eivät tarvitse EPLL:n hoitoa. Sairaalahoitoa tarvitsevat lähetetään sairauden vaikeuden edellyttämään hoitoon. (Gake- suunnittelutyöryhmän kokouspöytäkirjat, 9/ 12 – 4/ 13).

Yksikön seurantapaikoilla tehdään laaja moniammatillinen geriatrinen kartoitus. Lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon lisäksi kartoitetaan toimintakyky laajemmin ja aloitetaan kotiin suunnattu kuntouttava hoito. Tämän vuoksi työryhmä on ehdottanut, että geriatrisen poliklinikan kanssa samoihin tiloihin keskitetään vanhuspalveluiden ja erikoissairaanhoidon muu kotihoitoa tukeva erityistoiminta: kotisairaala, kotikuntoutustoiminta ja yöpartio. (Gake- suunnittelutyöryhmän kokouspöytäkirjat, 9/ 12 – 4/ 13).

Geriatrisen poliklinikan on suunniteltu toimivan arkipäivinä klo 8-20, käytössä on 13 seurantapaikkaa. Henkilöstöön on suunniteltu kuuluvaksi 2 geriatrian erikoislääkärinä, osastonhoitajana, 6 sairaanhoitajaa, 2 kotiutushoitajaa, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, joka on yhteinen GAK- yksikön kanssa, 2 perus- / lähihoitajaa sekä osastonsihteerin. (Gake- suunnittelutyöryhmän kokouspöytäkirjat, 9/12 – 4 / 13).

4.2 Geriatrisen poliklinikan suunnittelutyö

Suomen Hallitus on antanut esityksen uudesta vanhuspalvelulaista 8.11.2012. Uusi laki käsittää iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystoimien saannin turvaamisen. Lain tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkene-

miseen ja sen riskitekijöihin sekä turvata ikääntyneiden palveluntarpeen arviointiin pääsy ja määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. (STM 2014).

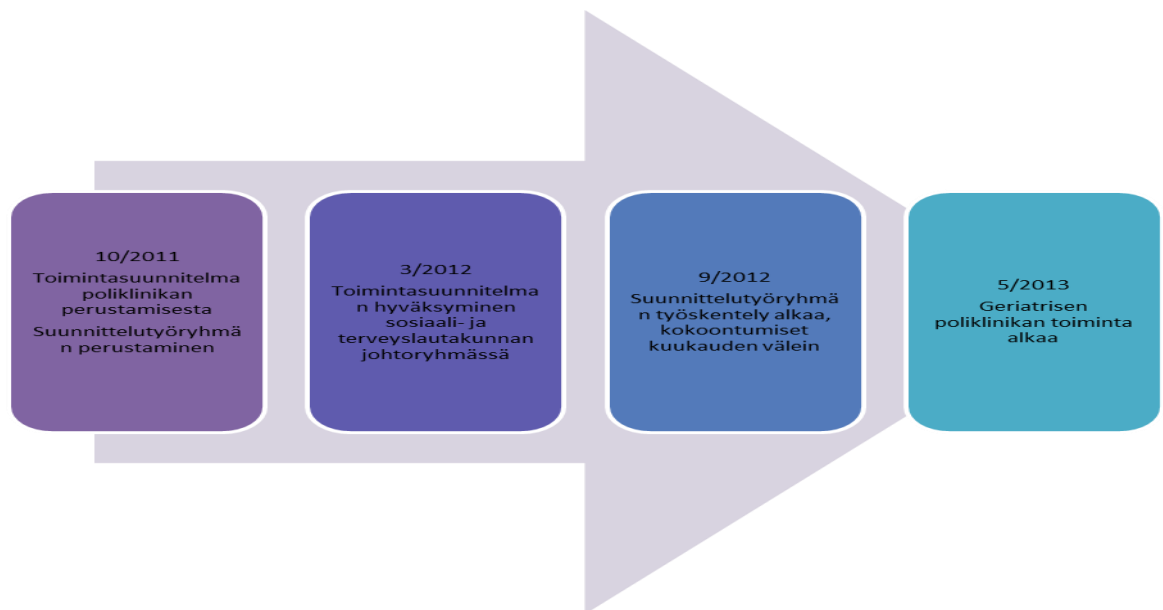
Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia vuosille 2009 – 2012 ohjaa vanhuspalvelujen tuottamista ja kehittämistä sekä tukee kaupungin päätöksentekoa sekä suunnittelua. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatiman valtakunnallisen laatusuosituksen mukaan suurimman osan 75- vuotta täyttäneistä tulisi asua kotonaan itsenäisesti tai kattavan palveluntarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. (Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia, 2009, 4 - 6).

Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen, palvelutuotannon johtoryhmä asetti 27.10.2011 työryhmän laatimaan toimintasuunnitelman Geriatrisen akuuttikeskuksen perustamisesta (GAKE). Suunnitelma hyväksyttiin sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmässä 29.3.2012. Suunnitelman mukaan Geriatrisen akuuttikeskus perustettiin Varsinais - Suomen sairaanhoitopiiriin EPLL:n yhteispäivystyksestä vapautuviin tiloihin 1.5.2013 lähtien. (Sosiaali- ja terveystoimi, palvelutuotannon johtoryhmä kokouspöytäkirja 31.8.2012). Tammikuussa 2013 sosiaali- ja terveystoimi muutti nimensä hyvinvointitoimialaksi, organisaatorakenteissa ei tapahtunut muutoksia. Geriatrisen akuuttikeskus sai maaliskuussa 2013 viralliseksi nimekseen Geriatrisen poliklinikka.

Geriatrisen poliklinikan perustamistyöryhmään kuuluivat hyvinvointitoimialan tulosalueen johtaja somaattisesta erikoissairaanhoidosta, vanhuspalvelujen geriatrisen sairaanhoidon ylilääkäri, ylihoitaja, kaksi osastonlääkärinä, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sosiaalityöntekijä sekä kotiutushoitaja. Työryhmään kuuluivat myös somaattisen erikoissairaanhoidon tulosalueelta ylilääkäri, ylihoitaja, osastonhoitaja sekä sairaanhoitaja. Perusterveydenhuollosta perustamistyöryhmään kuuluivat ylilääkäri sekä ylihoitaja. Kotihoidosta perustamistyöryhmään kuuluivat kotihoidon johtaja sekä erityisasiantuntija. Vanhuspsykiatrialta mukana olivat osastonhoitaja ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta erikoislääkintävoimistelijat. (Gake- suunnittelutyöryhmän kokouspöytäkirja, 2.11.12).

Perustamistyöryhmä kokoontui kerran kuukaudessa ja kokouksissa suunniteltiin tulevan poliklinikan toimintaa. Kokousten välillä eri jäsenet tekivät selvitystöitä mm. rahoituksen ja toiminnan suhteen. Kokouksissa keskusteltiin poliklinikan tulevasta toiminnasta ja potilasmateriaalista. Eri alojen asiantuntijat toivat oman näkemyksensä poliklinikan toimintaan. Perustamistyöryhmään kuului edustajia monelta eri tulosalueelta, näin saatiin toiminta – ajatukseen näkökulmaa eri ammattiryhmiltä. Samalla saatiin kehitettyä yhteistyötä eri toimijoiden välillä heti perustamisvaiheesta alkaen. Geriatrisen poliklinikan suunnittelutyön eteneminen on kuvattu kuvassa 6. (Gake- suunnittelutyöryhmän kokouspöytäkirjat, 9/12 – 4/13).

Tämän kehittämistyön projektipäällikkö oli mukana perustamistyöryhmässä ja toi työryhmään sairaanhoidollisen näkökulman potilaan tutkimiseen ja hoitoon geriatrisella poliklinikalla. Projektipäällikkö oli syksyllä 2013 Erasmus opiskelijana kolme kuukautta Englannissa, Northamptonissa tutustumassa vanhustenhoitoon. Opintomatka ajoitettiin syksyyn, jolloin geriatrisen poliklinikka oli toiminut jo jonkin aikaa ja opintomatkaan saatiin vertailupohjaa Suomen ja Englannin vanhustenhoidon välille. Englannista saatua kokemusta ja tietoa hyödynnettiin Geriatrisen poliklinikan toiminnan kehittämisessä.



Kuva 6. Geriatrisen poliklinikan suunnittelutyön eteneminen

4.3 Potilaan tutkiminen ja hoito Geriatrisella poliklinikalla

Ennen poliklinikan toiminnan aloittamista suunniteltiin mitä tutkimuksia ja toimenpiteitä potilaalle poliklinikalla tehdään. Tarkkaa suunnitelmaa ei voitu tehdä, koska ei voitu tietää minkälaisia potilaita poliklinikalla käy. Poliklinikan toiminnan alettua toimintatapaa on hiottu ja vuoden 2013 loppuun mennessä on saatu rutiinitoimenpiteet, jotka kaikille potilaille tehdään. Edelleen toimintaa kehitetään ja osastokokouksissa keskustellaan, pitäisikö toimintatapaa muuttaa vai onko olemassa oleva toimintatapa hyvä.

Vanhuksen oireet voivat olla moninaiset ja epätyypilliset. Potilaan saapuessa Geriatriselle poliklinikalle sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan ja tarkistaa potilaan vitaalielintoiminnot, ottaa lääkärin määräämät laboratoriokokeet, sydänfilmin sekä virtsanäytteen. Röntgenkuvat otetaan tarvittaessa. Kaikki poliklinikalla työskentelevät ammattiryhmät haastattelevat potilaan oman ammattinsa näkökulmasta. Potilaan toimintakyky selvitetään, sairaanhoitajat tarkistavat esim. kävelykyvyn, fysioterapeutti katsoo toimintakykyä tarkemmin (tasapaino, neurologiset oireet jne.), tarkistaa potilaalla olemassa olevat apuvälineet ja tarvittaessa hankkii uusia apuvälineitä. Farmaseutti tarkistaa potilaan lääkityksen, joko potilaalta, omaiselta tai potilaan hoitajalta. Farmaseutti käy lääkityksen läpi ja yhteistyössä lääkärin kanssa pohtii, onko potilaan lääkityksessä oireita selittävää (kuten kaatuilu). Farmaseutti myös tekee ehdotuksia lääkemuutoksiin. Lääkemuutoksista vastaa viimekädessä lääkäri.

Kotiutushoitajat haastattelevat potilasta, omaisia tai potilaan hoitajia potilaan kotona pärjäämisestä ja kotiavuista. Tarvittaessa he järjestävät potilaalle lisää kotiapua, tai kotiavun kartoituskäynnin, jos potilaalla ei kotiapua ole. He voivat järjestää myös intervallipaikan vanhainkodista, jos potilas ei pärjää kotona, mutta ei tarvitse sairaalahoitoa. Lääkäri määrää potilaan tutkimukset ja hoidot ja viime kädessä vastaa potilaan hoidosta. Sairaanhoitajat toteuttavat lääkärin määräämät lääketieteelliset hoidot ja kotiuttavat potilaan tai siirtävät hänet sairaalan vuodeosastolle.

5. KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Kehittämiprojektin tavoitteena on luoda uutta ja hakea muutosta olemassa oleviin käytäntöihin. Kehittämiprojekti perustetaan tyypillisesti silloin, kun halutaan toteuttaa jokin kehittämistavoite. Projekti määritellään kertaluontoiseksi, määräaikaiseksi tehtäväksi. Projektille asetetaan projektiorganisaatio, johon kootaan tehtävän kannalta keskeiset henkilöt. Henkilöt toimivat kyseisessä roolissa oman toimensa ohella. (Seppänen – Järvelä, 2004, 15 – 16).

Turun kaupungin hyvinvointitoimialan hanke geriatrisen poliklinikan perustamiseksi aloitettiin syksyllä 2011, jolloin poliklinikan toiminnan suunnittelua varten perustettiin erillinen työryhmä, joka koostui hyvinvointitoimialan eri tulosalueiden ja eri ammattiryhmien edustajista. Työryhmä kokoontui vuodesta 2011 poliklinikan toiminnan alkamiseen asti noin kuukauden välein.

Ennen poliklinikan toiminnan aloittamista pidettiin tiedotustilaisuuksia yhteistyökumppaneille. Myös lehdistötilaisuuksia pidettiin ja poliklinikan toiminnan alkamisesta tiedotettiin radiossa, jotta poliklinikan olemassaolo saatiin ”suuren yleisön” tietoisuuteen.

Poliklinikka aloitti toimintansa 2.5.2013. Toiminta oli kokeiluluonteista vuoden 2013 loppuun asti. Toiminnan jatkumisesta päätti Turun Sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta vuoden 2013 lopussa. Geriatrisen poliklinikka todettiin taloudellisesti kannattavaksi ja sen toiminta vakinaistettiin vuoden 2014 alusta lähtien.

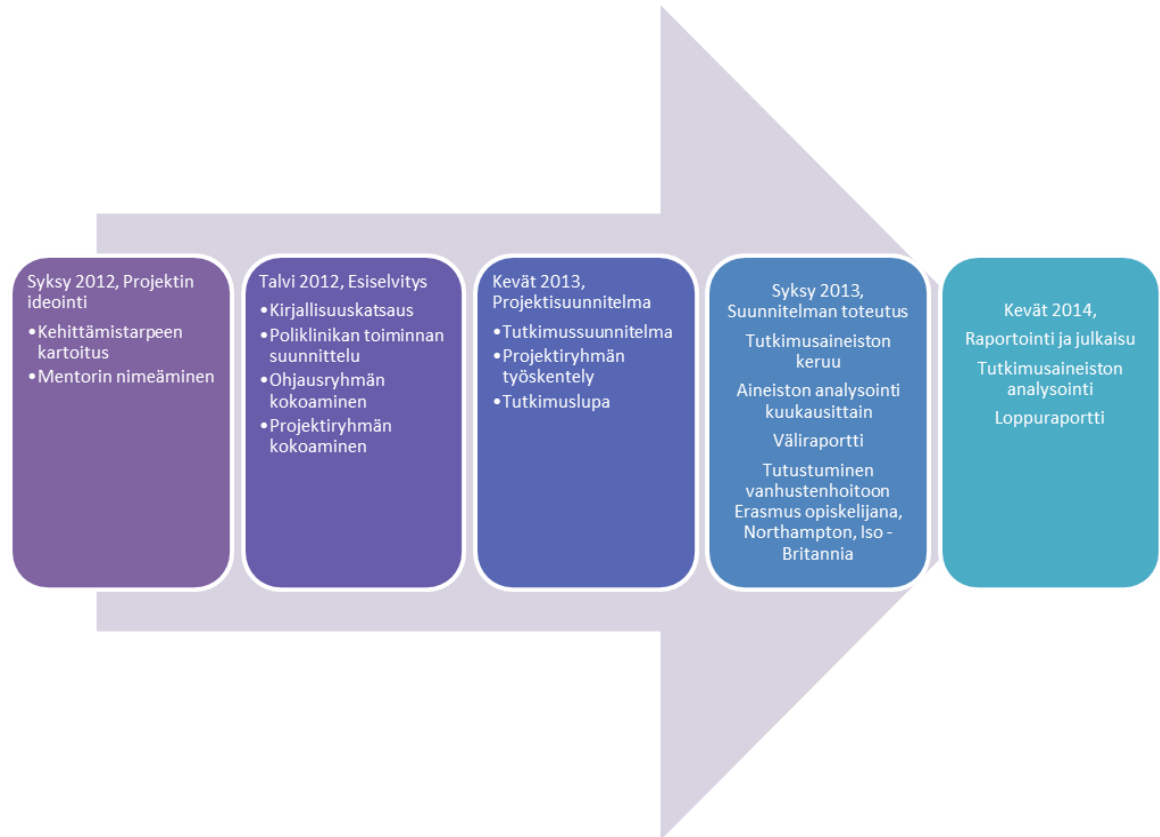
Tämä kehittämisprojekti on aloitettu syksyllä 2012 kehittämistarpeen kartoituksella sekä mentorin nimeämisellä. Talvella 2012 tehtiin esiselvitys, joka sisälsi kirjallisuuskatsauksen, poliklinikan toiminnan suunnittelua sekä tämän kehittämisprojektin projektiryhmän kokoamisen.

Keväällä 2013 tehtiin projektisuunnitelma sekä tutkimussuunnitelma. Poliklinikan aloitettua toimintansa 2.5.2013 alkoi aineiston kerääminen ja projektiryhmän työskentely. Koska toiminta on uutta, aineistoa tarkasteltiin projektiryhmän kanssa kuukausittain. Poliklinikan toiminnasta on tarkoitus tehdä useampia vai-

kuttavuustutkimuksia ja kaikille tutkimuksille haettiin tutkimuslupaa yhteisesti Turun kaupungin hyvinvointitoimialan erikoissairaanhoidon tulosalueen johtajalta.

Tutkimusaineistoa kerättiin Geriatrisen poliklinikan toiminnan alkamisesta vuoden 2013 loppuun asti, aineistoa analysoitiin kuukausittain ja aineistoa läpikäytiin projektiryhmän kanssa. Kehittämiprojektin väliraportti tehtiin syksyllä 2013, väliraportti esitettiin ohjausryhmälle. Tämän kehittämissuorituksen projektipäällikkö kävi syksyllä 2013 tutustumassa vanhustenhoitoon Englannissa, Northamptonissa. Projektipäällikkö oli Erasmus opiskelijana kolme kuukautta ja tutustui paikalliseen kotihoitoon, sekä sairaalahoitoon vanhusten kuntoutusosastolla ja intramedical care teamin työhön, joka vastaa suomalaista kotisairaala-toimintaa.

Keväällä 2014 analysoitiin lopullinen aineisto ja esitettiin tulokset. Loppuraportti esitetään projektiryhmälle ja Geriatrisen poliklinikan henkilökunnalle. Koko kehittämissuorituksen ajan sekä projektiryhmä että työelämämentori ovat työskennelleet yhteistyössä projektipäällikön kanssa. Kehittämissuorituksen eteneminen on esitetty kuvassa 7.



Kuva 7. Kehittämiprojektin eteneminen.

5.1 Tutkimuksellisen osion toteuttaminen

Tutkimuksellisen osion tavoitteena oli kuvata mistä hoitotahoista poliklinikalle oltiin yhteydessä ja minkälaisia potilaita poliklinikalla kävi. Tutkimustulosten perusteella Geriatrisen poliklinikan toimintaa voidaan edelleen kehittää. Tutkimus tehtiin kokonaistutkimuksena, suunnitelman mukaan tutkimukseen osallistuivat kaikki Geriatrisella poliklinikalla käyneet potilaat, jotka antoivat suostumuksensa tutkimukseen. Aineisto kerättiin 2.5. - 31.12.2013 välisenä aikana. Aineisto analysoitiin tilastollisen päättelyn avulla. (Grönroos 2008, 1 – 24, 51 – 92; Holopainen, Pulkkinen, 2013, 25 - 45).

Aineistoon kerättiin kaikkien potilaiden tiedot, jotka ovat käyneet geriatrisella poliklinikalla 2.5. - 31.12.13 välisenä aikana. Koska toiminta on Suomessa uutta, haluttiin tarkastella potilasmäärää, mitkä hoitotahot ottaa poliklinikalle yhteyttä ja minkälaisen vaivojen tai oireiden takia poliklinikalle hakeuduttiin. Kyseise-

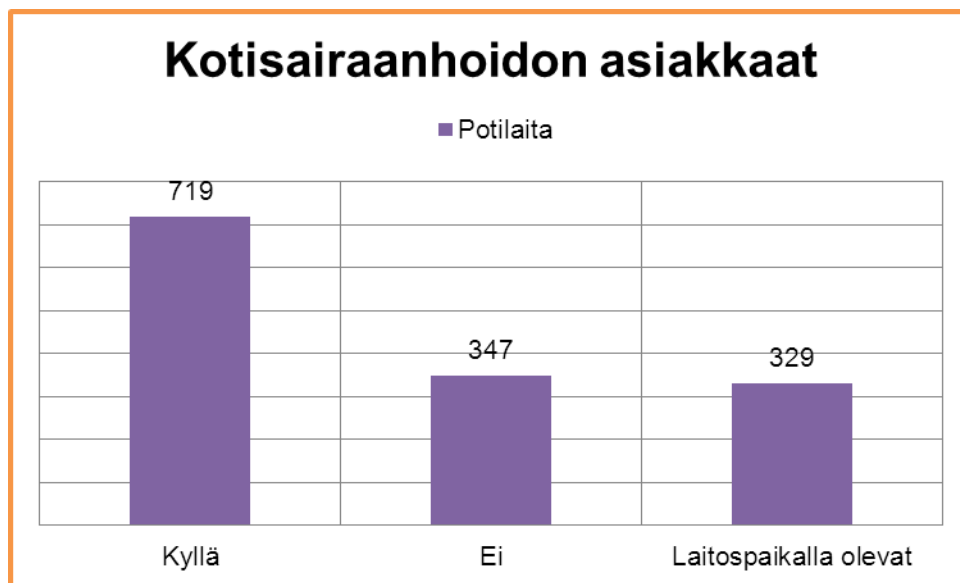
nä ajanjaksona poliklinikalla kävi 1397 potilasta, joten otos on kattava. Geriatrisella poliklinikalla kävi keskimäärin 8 potilasta päivässä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä potilaan hoitotahot ovat eniten yhteydessä poliklinikalle?
2. Minkälaisia potilaita Geriatrisella poliklinikalla on käynyt?
3. Mitkä ovat potilaiden jatkohoitoaikat?

5.2 Tutkimustulokset

Vuoden 2013 loppuun mennessä poliklinikalla kävi 1397 potilasta, joista naisia 1001 ja miehiä 396. Poliklinikalle tuli kotona asuvia potilaita 1109 ja hoitolaitoksissa pysyvästi asuvia potilaita 292. Potilaista 719:lla kävi kotihoito säännöllisesti, 347 potilaalla ei ollut kotihoitoa. (kuva 8.)



Kuva 8. Kotisairaanhoidon asiakkaat sekä laitospaikalla olijat n = 1397.

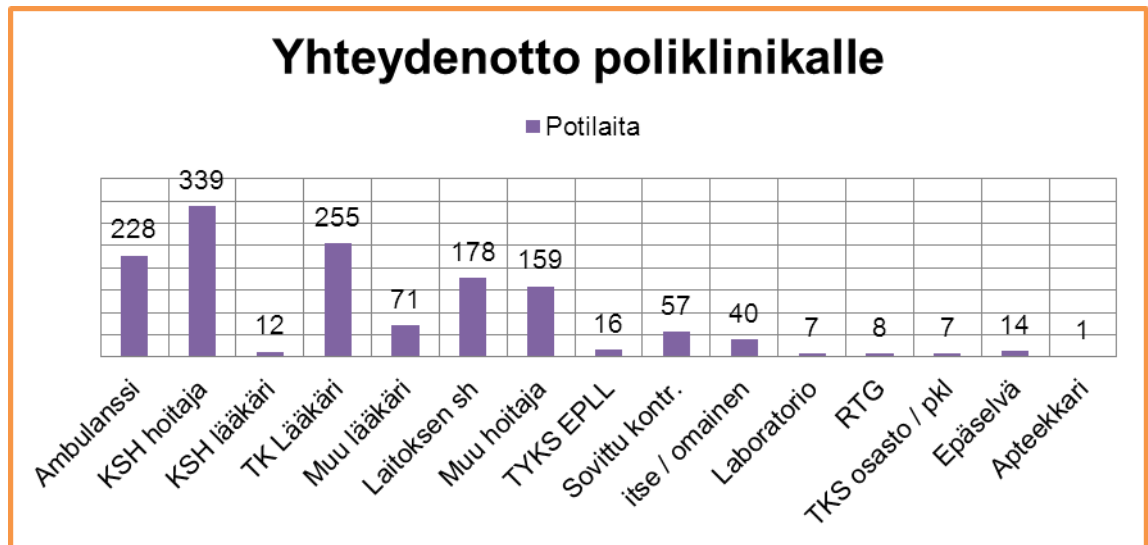
Poliklinikalle hakeudutaan terveydenhuoltohenkilöstön yhteydenoton perusteella ja toiminnan on tarkoitus olla kotihoitoa tukevaa, jotta potilas selviytyisi mahdollisimman kauan kotona. Useimmiten poliklinikalle yhteyttä otti kotihoidon hoitaja (339 yhteydenottoa). Kotisairaanhoidon lääkärit ottivat yhteyttä poliklinikalle 12 kertaa.

Tarkoituksena oli myös keventää EPLL:n käyttöä, joten toinen suuri kontaktiryhmä oli pelastuslaitoksen ensihoitajat, jotka ottivat yhteyttä 228 kertaa.

Poliklinikan on tarkoitus tukea myös terveysasemien toimintaa, koska lääkärin vastaanottoajat terveysasemalla ovat keskimäärin 15 minuuttia ja kokonaisvaltainen geriatrisen potilaan arviointi ei tässä ajassa onnistu. Terveysaseman lääkärin yhteydenoton perusteella poliklinikalle tuli 255 potilasta ja terveyskeskuksen sairaanhoitajan yhteydenoton perusteella 159 potilasta. Terveysasemien toimintaa tukevana yksikkönä poliklinikan tavoite toteutui hyvin.

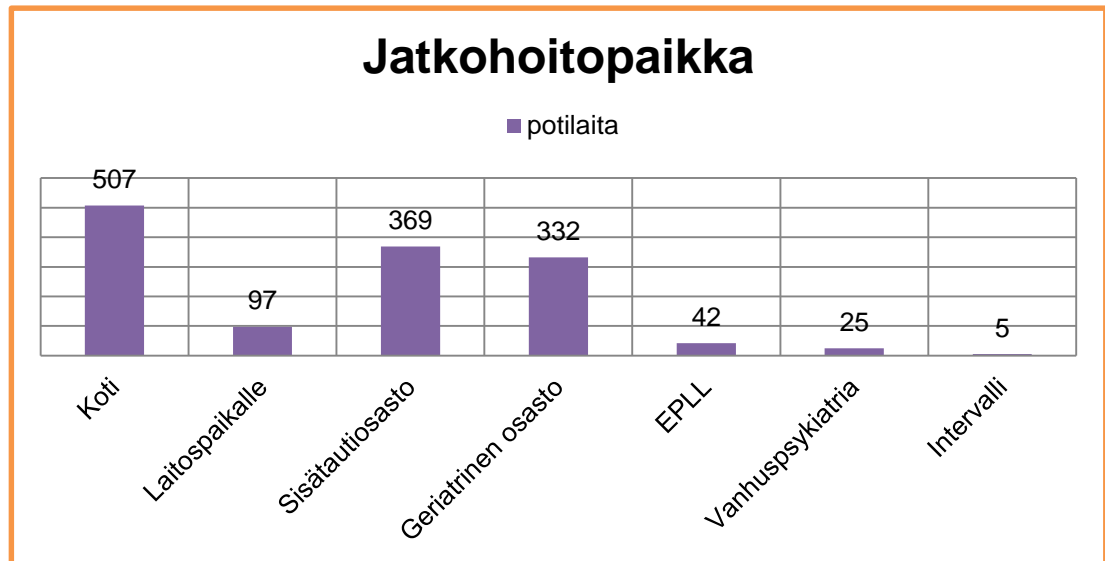
Laitospaikalla olijoista 178 potilasta tuli oman laitoksensa sairaanhoitajan soiton perusteella. Muun kuin terveyskeskus- tai kotisairaanhoidon lääkärin yhteydenoton perusteella poliklinikalle tuli 71 potilasta (yksityislääkärit, hoitolaitosten lääkärit).

Turun kaupungin sisätautisairaalan osastolta tai muulta poliklinikalta tuli 7 potilasta, EPLL:n konsultaation perusteella poliklinikalle tuli 16 potilasta. Sovittuja kontroleja poliklinikalla oli 57. Potilaista 40 hakeutui poliklinikalle joko itse tai omaisen yhteydenoton perusteella. Turun kaupungin sisätautisairaalassa sijaitsevat röntgen ja laboratorio lähettivät poliklinikalle 15 potilasta. Potilaskirjauksista johtuen 14 potilaan kohdalla jäi epäselväksi, mikä hoitotaho oli ottanut poliklinikalle yhteyttä. Yksi potilas tuli poliklinikalle yksityisen apteekin farmaseutin yhteydenoton perusteella. (kuva 9).



Kuva 9. Yhteydenotto poliklinikalle eri hoitotahojen toimesta n = 1397

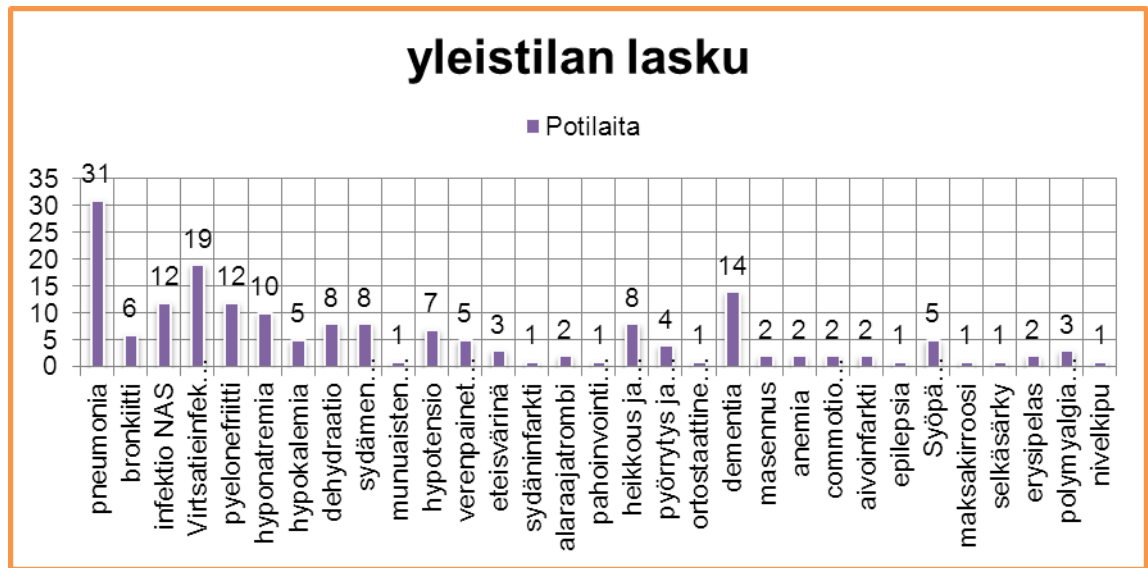
1397 potilaasta 507 meni poliklinikalta takaisin kotiin. Hoitolaitoksista poliklinikalle tuli 329 potilasta, joista 97 palasi takaisin hoitokotiin. Turun sisätautisairaalan osastolle meni 369 potilasta, geriatriselle akuuttiosastolle meni 332 potilasta. EPLL:een jouduttiin lähettämään 42 potilasta jatkohoitoon. Vanhuspsykiatrian osastoille meni 25 potilasta. Potilaista 5 saatiin sijoitettua suoraan vanhainkotiin intervalli paikalle. Nämä potilaat eivät pärjänneet kotona, mutta eivät tarvinneet sairaalahoitoa. (Kuva 10).



Kuva 10. Potilaiden jatkohoitoaikat poliklinikalta, n= 1397.

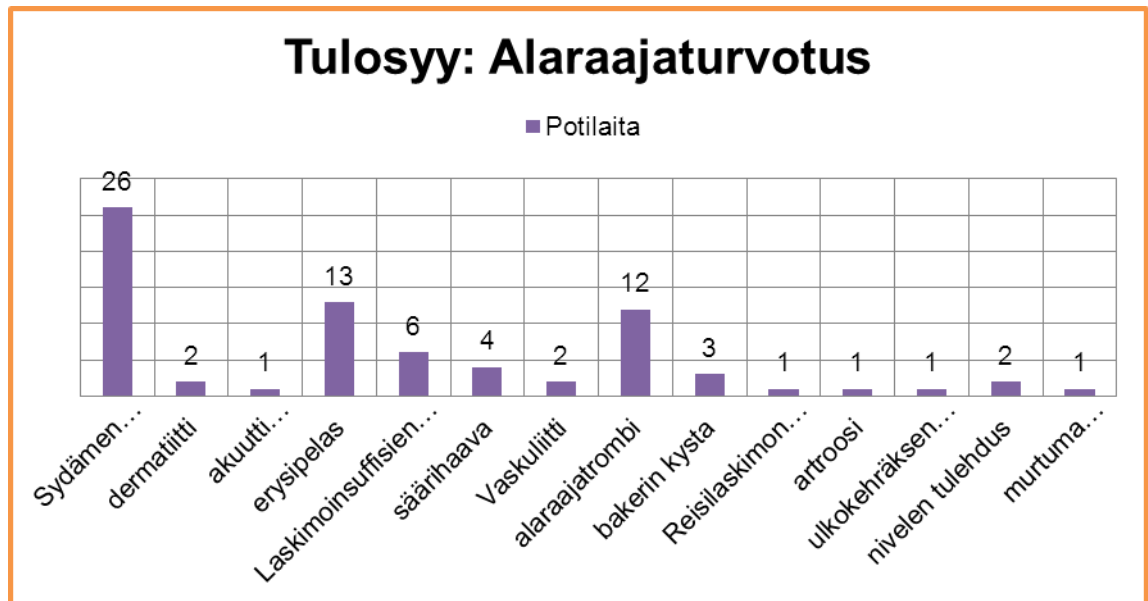
Potilaan tulosy Geriatriselle poliklinikalle kirjattiin hoitotahon yhteydenoton perusteella. Tulosy kirjattiin potilaan asiakirjoihin potilastietojärjestelmään, josta tulosy on poimittu taulukkoon. Potilaalla saattoi olla useampia tulosyitä, usein esim. kuume aiheutti yleistilan laskua, jolloin molemmat kirjattiin tulosyiksi. Jos potilaalla oli useampia tulosyitä, niistä kirjattiin selkein oire (esim. kuume).

Yleisin syy poliklinikalle tuloon oli yleistilan lasku (242 potilasta), joka on melko epämääräinen oire, mutta yleinen vanhuspotilailla. Yleisin yleistilaa selittävä tekijä oli infektio. Myös elektrolyyttitasapainon heittäminen ja kuivuminen olivat yleisiä syitä yleistilan laskuun. Osalle potilaista ei löydetty selvää syytä, vaan diagnoosiksi merkittiin yleistilan lasku (63 potilasta). Tulosyynä yleistilan lasku diagnoosit on esitetty kuvassa 11.

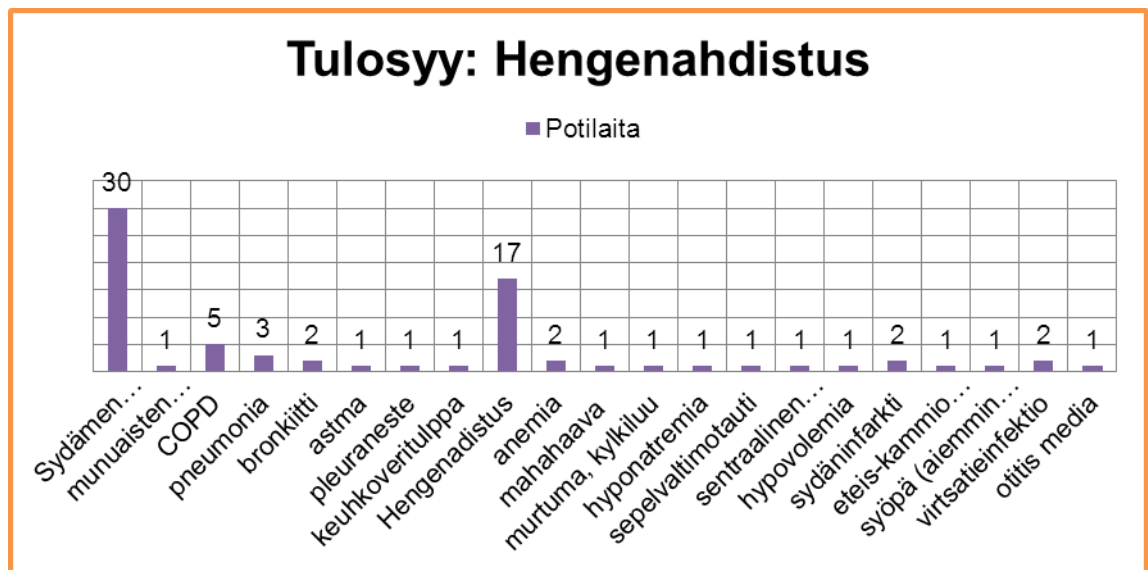


Kuva 11. Tulosyy: Yleistilan lasku, n = 63.

Potilaista 81 tuli poliklinikalle alaraajaturvotusten vuoksi ja 76 hengenahdistuksen vuoksi. Yleisemmin oireet liittyivät sydämen vajaatoimintaan (26 ja 30 potilasta) ja potilaalla oli molemmat oireet, mutta kotihoidossa oli huomioitu vain toinen oireista ja tämä merkittiin tulosyyksi. Vain toisen oireen huomiointi johtui yleensä siitä, että esim. hengenahdistus oli silminnähtävää ja jalkojen turvotusta ei siinä tilanteessa tarkistettu. Alaraajaturvotuksen vuoksi poliklinikalle hakeutuneiden diagnoosit on esitelty kuvassa 12 ja hengenahdistuksen kuvassa 13.

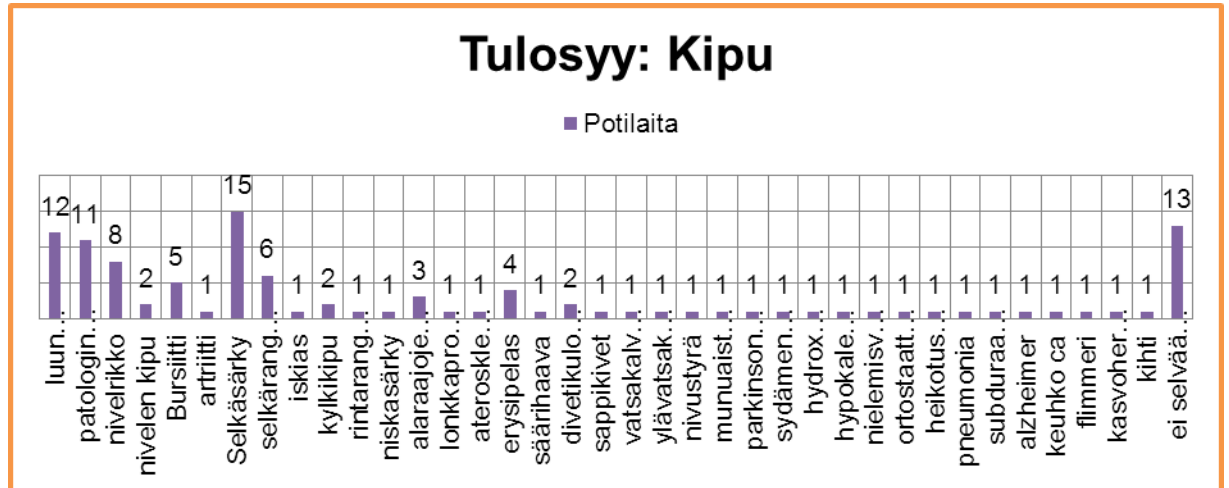


Kuva 12. Tulosy: Alaraajaturvotus n = 81.



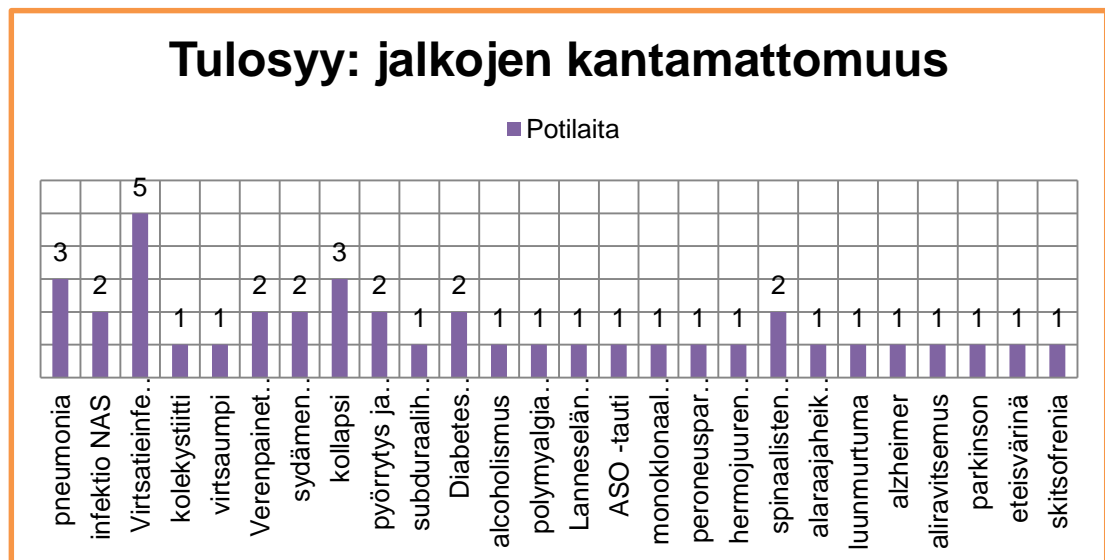
Kuva 13. Tulosy: Hengenahdistus, n = 76.

Potilaista 111 tuli poliklinikalle kivun vuoksi. Varsinkin erilaisissa luun murtumisissa tulosyynä oli usein myös kaatuminen. Poliklinikalla 13 potilaan kivun syytä ei saatu selvitettyä. Kivun vuoksi poliklinikalle hakeutuneiden asetetut diagnoosit on esitetty kuvassa 14.



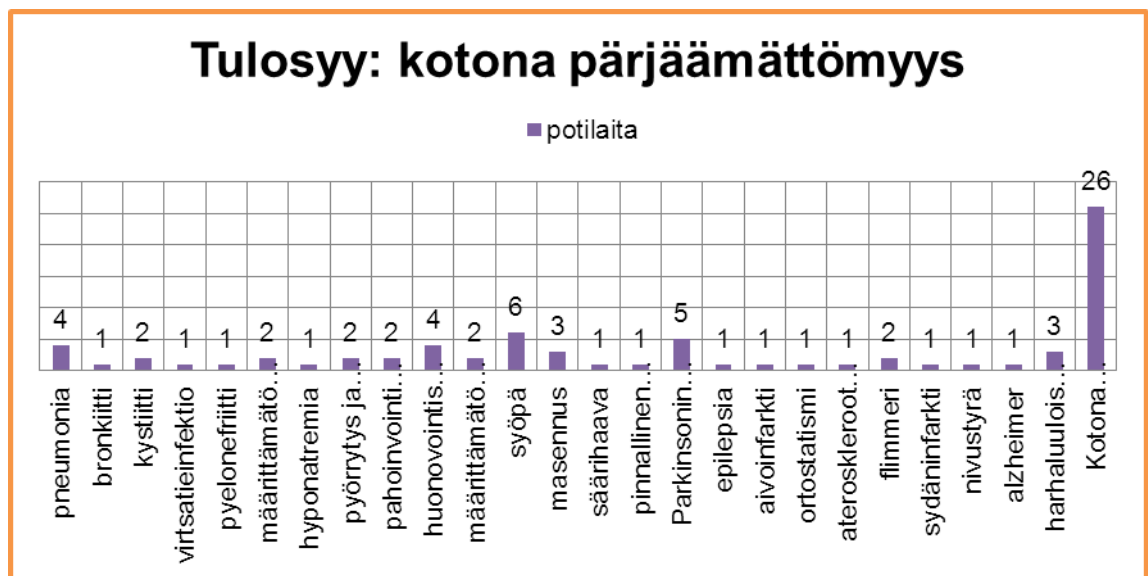
Kuva 14. Tulosy: Kipu, n = 111.

Jalkojen kantamattomuus oli 40 potilaalla tulossyynä poliklinikalle. Yleisin syy vanhuksella jalkojen kantamattomuuteen on infektio (11 potilaalla poliklinikasta käyneistä). Poliklinikalla todettiin myös muita, yksittäisiä syitä. Diagnoosit jalkojen kantamattomuuteen on esitetty kuvassa 15.



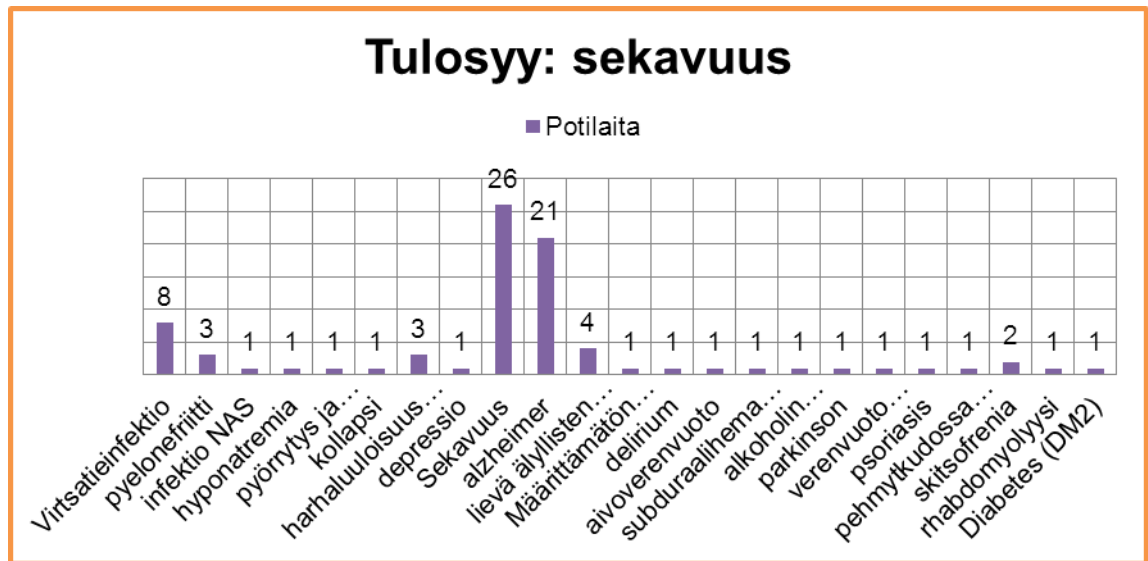
Kuva 15. Tulosy: Jalkojen kantamattomuus, n = 40.

Kotona pärjäämättömyyden vuoksi poliklinikalle tuli 73 potilasta. Usein kotona pärjäämättömyyden syitä ei saada selville, vaan diagnoosiksi asetetaan kotona pärjäämättömyys (26 potilasta). Potilas ei useinkaan tarvitsisi sairaalahoitoa, mutta koska muunlaista hoitoa on vaikea järjestää (vrt. kuva 8, jatkohoitopaikka: intervalli 5 potilasta) potilas saattaa silti päätyä sairaalaan. Tulositynä kotona pärjäämättömyys ja asetetut diagnoosit on esitetty kuvassa 16.



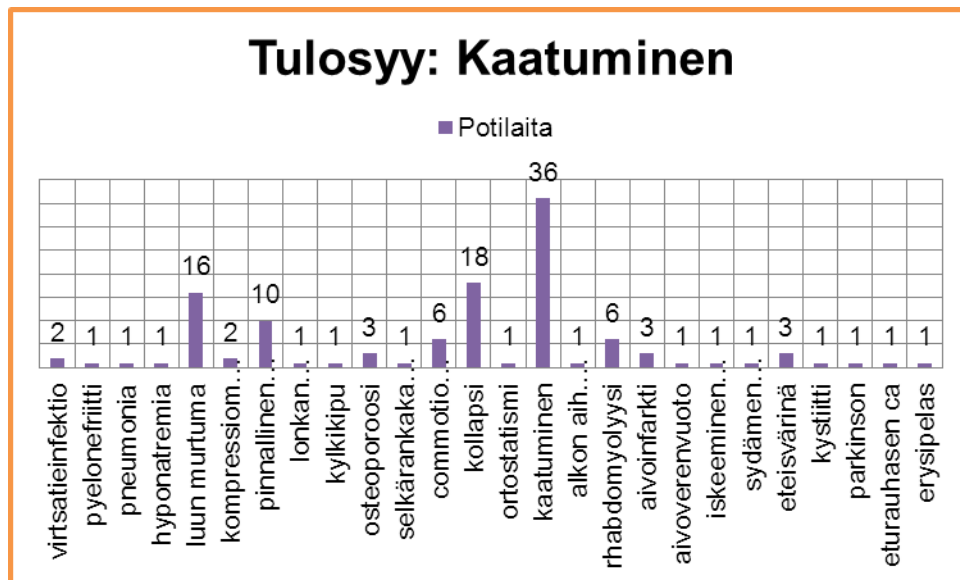
Kuva 16. Tulosy: Kotona pärjäämättömyys, n = 73.

Sekavuus oli tulosyynä 83 potilaalla poliklinikalle. Vanhus voi pienestäkin syystä olla desorientoitunut, joka yleiskielellä ilmaistaan sekavuutena. Poliklinikalla käyneistä potilaista diagnoosiksi "sekavuus" asetettiin 26 potilaalle. Jos vanhus on sekava, hän voi lähteä esim. yöllä pakkasella harhailemaan ulos. Diagnoosit on esitetty kuvassa 17.



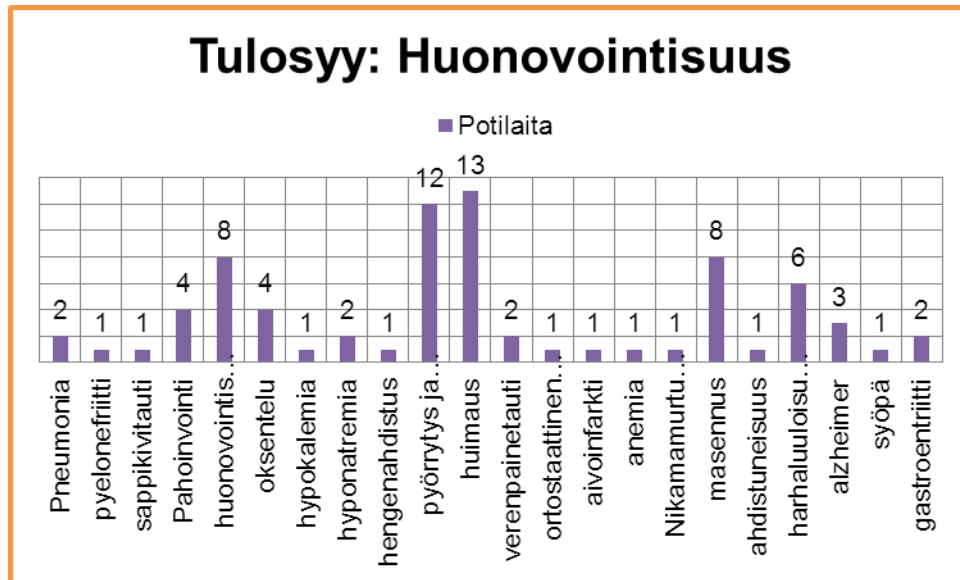
Kuva 17. Tulosy: Sekavuus, n = 83.

Kaatuminen on yleistä vanhusväestössä, poliklinikalle kaatumisen vuoksi tuli 121 potilasta. Tähän on yhdistetty sekä kaatuminen, että kaatuilu. Poliklinikalle hakeutuneista potilaista 16 löydöksenä oli luun murtuma, vaikka tulosyynä oli kaatumien (ei kipu). Asetetut diagnoosit on esitetty kuvassa 18.



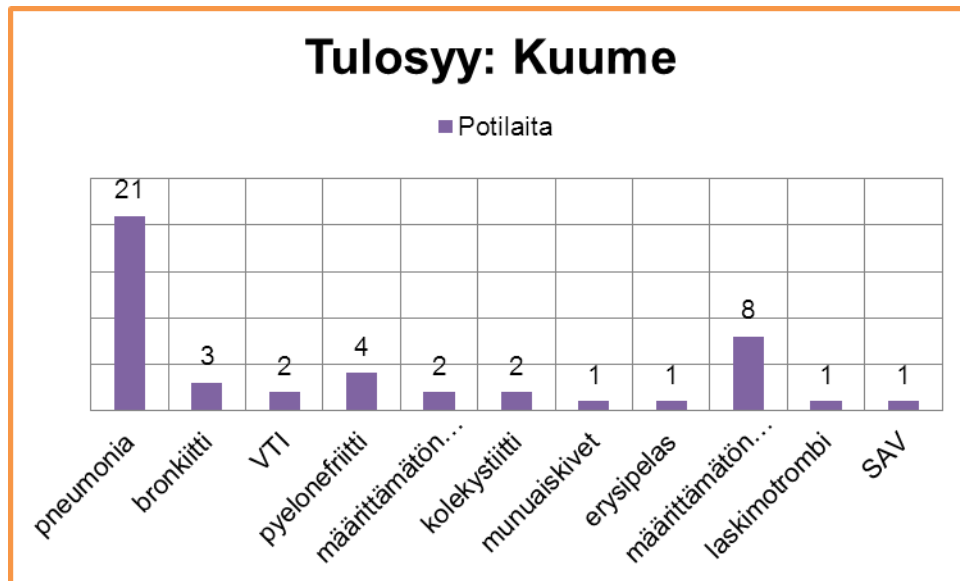
Kuva 18. Tulosy: Kaatuminen, n = 121.

Potilaista 76:lla tulossyynä oli huonovointisuus. Huonovointisuutta ei välttämättä osattu sen tarkemmin määrittellä, se voi olla joko fyysistä tai psyykkistä huonovointisuutta. Kuvassa 19 on esitetty huonovointisuuden vuoksi poliklinikalle ha-
keutuneiden diagnoosit, joista voi huomata, että syyt voi olla moninaiset. Ylei-
simmät syyt olivat huimaus ja henkisen ahdistuksen syynä masennus.



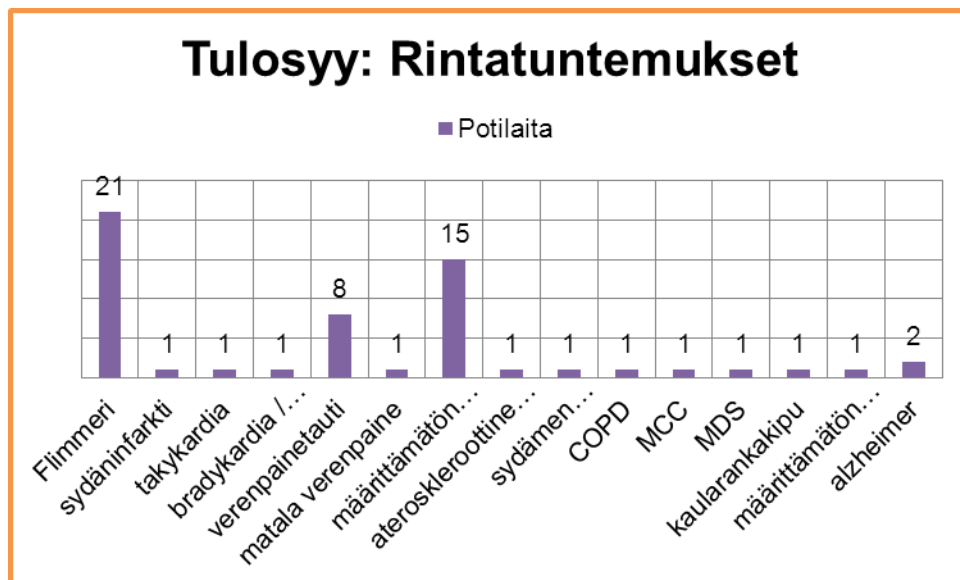
Kuva 19. Tulosy: Huonovointisuus, n = 76.

Kuumeen takia poliklinikalle potilaita tuli 46. Lähes kaikilla kuumepotilaille asetettiin diagnoosiksi jokin infektiö. Jos vertaa muihin kuviin, joissa myös infektiö on varsin yleinen syy potilaan oireille, voidaan todeta, että vanhuspotilaille ei kovin herkästi nouse kuume. Diagnoosit on esitetty kuvassa 20.



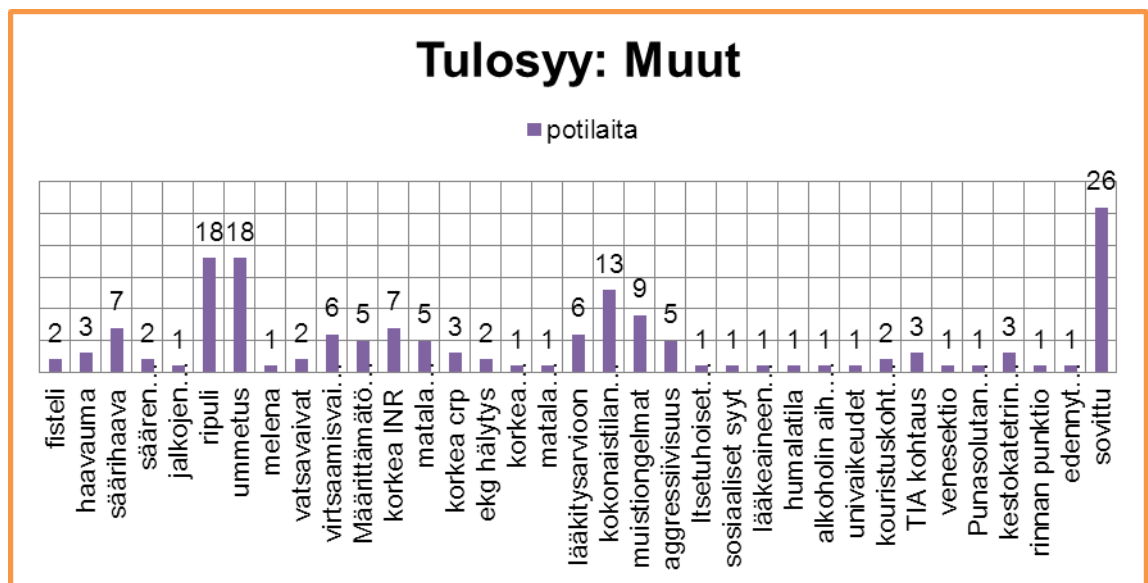
Kuva 20. Tulosy: Kuume, n = 46.

Rintatuntemusten vuoksi poliklinikalle tuli 57 potilasta, ja suurimmalla osalla todettiin jokin sydänperäinen vaiva. Vanhuksella sydänperäisten vaivojen taustalla voi olla myös muita oireita, kuten kaatuminen tai kotona pärjäämättömyys. Kuvassa 21 on esitetty diagnoosit rintatuntemusten taustalla.



Kuva 21. Tulosy: Rintatuntemukset, n = 57.

Osa potilaiden tulosityistä (163 potilasta) asetettiin otsikon ”muut tulosityt” alle, johtuen siitä, että niitä ei saanut sovitettua minkään muun otsikon alle. Tämän otsikon alle laitettiin mm. sovitut kontrollikäynnit (26 potilasta), kokonaistilanteen arvio (13 potilasta) tai toimenpidettä varten poliklinikalle tulleet potilaat (esim. punasolutankkaus, katetrin vaihto). Poliklinikalla ei periaatteessa tehdä toimenpiteitä, mutta poikkeuksellisesti voidaan tehdä esim. katetrin vaihto, jos se ei kotihoidossa onnistu ja potilas jouduttaisiin muuten lähettämään EPLL:n. Muut tulosityt on esitetty kuvassa 22.



Kuva 22. Tulosityt: Muut, n = 163.

5.3 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimusosion avulla saatiin tietoa siitä, mistä hoitotahoista poliklinikalle ollaan oltu yhteydessä ja minkälaisia potilaita poliklinikalla on käynyt. Aineistoa analysoitiin kuukausittain ja aineisto käytiin läpi projektiryhmän kesken. Tutkimustulosten sekä kokemusten perusteella poliklinikan toimintaa on kehitetty koko ajan.

Ennen poliklinikan toiminnan aloittamista ei voitu ennustaa potilasmääriä tai minkälaisia potilaita poliklinikalla käy. Tutkimustulosten perusteella poliklinikalla on käynyt potilaita keskimäärin 8 päivässä. Kokemuksen mukaan toiminnan

alkaessa potilaita oli vähemmän päivittäin. Syksystä 2013 alkaen potilaita on alkanut olemaan enemmän päivittäin. Keväällä 2014 potilaita on ollut keskimäärin 10 päivässä.

Poliklinikan tarkoituksena on tarttua potilaan toimintakyvyn heikentymiseen mahdollisimman ajoissa, jotta potilaan hoitoa voidaan jatkaa kotona ja sairaalahoitoa ei tarvita. Tarkoituksena ei ole hoitaa akuutisti sairastuneita potilaita, kuten esim. sydäninfarkti tai aivoinfarkti, jotka kuuluvat EPLL:n hoidettaviksi.

Eniten poliklinikalle oltiin yhteydessä kotisairaanhoidosta ja ensihoidon sairaankuljetuksesta, mikä oli alun perin tarkoituksena. Kotisairaanhoidon lääkärit ottivat yhteyttä vain 12 kertaa, vaikka tarkoituksena oli nimenomaan toimia lääkärin apuna tilanteissa, joissa kotisairaanhoidon lääkäri ei pysty suorittamaan tutkimuksia kotioloissa. Ajatuksena oli, että kotihoidon lääkäri on jo potilaan tullessa poliklinikalle alustavasti pohtinut potilaan terveysongelmaa ja kotona pärjäämistä.

Pelastuslaitoksen kanssa yhteistyö on sujunut hyvin, ensihoitajat arvioivat potilaan tilanteen kotona, onko potilas Geriatriselle poliklinikalle sopiva, vai pitäisikö hoitoa jatkaa EPLL:ssa. Ensihoitajat on myös pyydetty arviointikäynnille potilaan kotiin, jos esim. kotihoidon hoitajat ottavat yhteyttä poliklinikalle ja esitiedot ovat olleet epämääräisiä tai ei ole voitu olla varmoja oireista (esim. hengenahdistus). Tällöin ensihoitajat käyvät arvioimassa potilaan ja potilas voidaan kuljettaa heti tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan.

Geriatrisen poliklinikan on tarkoitus olla matalan kynnyksen paikka, jonne voi potilaan lähettää, vaikka potilaan oire tuntuisi vähäiseltä. Ennen toiminnan aloittamista pohdittiin, tuleeko poliklinikasta paikka, jonne potilaat itse hakeutuvat hoitoon tai jonne hoitotahot lähettävät potilaan ilman puhelinyhteyttä. Tämä ei ollut tarkoituksena, koska haluttiin pitää potilasmäärät hallittuina. Tutkimustulokset osoittavat, että vain pieni osa potilaista hakeutui poliklinikalle itse tai omaisen yhteydenoton perusteella. Suurin osa potilaista tuli hoitohenkilöstön yhteydenoton perusteella, niin kuin oli tarkoitettu. Tutkimustulosten perusteella hie-

man yli puolet potilaista meni jatkohoitoon sairaalan osastoille, vaikka tarkoituksena oli, että suurin osa potilaista saadaan kotiutettua.

Vanhusten sairauksia on vaikea diagnosoida. Vaikeudet voidaan tiivistää kolmeen pääongelmaan: vaikeus löytää esitiedoista olennainen, oireiden muuttuminen ikääntymisen ja siihen liittyvien sairauksien myötä, sekä statuslöydösten runsaus ja yleisoireiden tulkinnan vaikeudet. (Tilvis, 2010, 72 – 75). Usein hoitoon hakeutumisen perimmäiset syyt jäävät epäselviksi pitkistä haastatteluista huolimatta. (Rosted, Wagner, Hendriksen, Poulsen, 2012, 141 - 150; Tilvis, 2010, 72 – 75; Salvi, Morichi, Grilli, Giorgi, Spazzafumo, Polonara, De Tommaso, Rappelli, Dess'i – Fulgeri, 2008, 2131 – 2138).

Vanhusten oireet ovat usein epätyypillisiä ja epämääräisiä. Oireet tulevat usein muista elinjärjestelmistä, kuin siitä johon uusi tauti on iskenyt. Vanhuksilla oireet ovat usein keskushermostoperäisiä, jolloin ne ovat hyvin monimuotoisia. Lähes mikä tahansa akuutti sairaus voi laukaista sekavuuden, heikentää muistia, aiheuttaa huimausta, pahentaa masennusta, paljastua kaatuiluna tai virtsankarkailuna. Diagnoosia vaikeuttavat somaattisten sairauksien ja emotionaalisten häiriöiden oireiden päällekkäisyys ja samankaltaisuus. Myös monet lääkehoidot muuntelevat minkä tahansa uuden akuutin häiriön oirekuvaa. Vaikeinta on selvittää vanhimpien potilaiden epäspesifit oireet, jonka vuoksi kuvailevien diagnoosien käyttö on lisääntynyt. Tällaisia diagnooseja on esim. äkillinen yleistilan lasku, pärjäämättömyys tai muistin heikentyminen. Vanhuspotilaan diagnosointi on siis haastavaa ja aikaa vievää. (Sinha ym. 2010, 672 – 682; Tilvis, 2010, 72 - 75; Salvi ym. 2008, 2131 – 2138).

Vanhuksen hoitolinjoista päätettäessä tulee tietää potilaan todellinen toimintakyky. Nykyään kotona hoidetaan entistä hauraampia, monisairaita vanhuksia, joilla pienikin heikentyminen terveydentilassa aiheuttaa toimintakyvyn laskun. Vaikka tutkimusten jälkeen ei voitaisi esittää mitään selvää diagnoosia, potilas ei silti välttämättä pärjää kotona. (Rosted ym. 2012, 141 – 151; Jartti ym. 2011, 2968 - 2970; Conroy, 2008, 612 – 613).

Potilaiden tulosyyt ja diagnoosit oli vaikeita tulkita, koska useilla potilailla tulosyy voi olla kovinkin epämääräinen. Tulosyynä voi olla esim. jalkojen kantamattomuus, yleistilan lasku tai kotona pärjäämättömyys, jotka liittyvät toisiinsa. Yhtä, selvää tulosyytä on siis vaikea määritellä. Tulosyyt on taulukoitu siten, että jos potilaan yhtenä syynä poliklinikalle hakeutumiseen on kuume, ja muita syitä on yleistilan lasku tai kotona pärjäämättömyys, laitettiin tulosyyksi kuume.

Myös diagnooseja oli vaikea jaotella, koska potilaalla ei välttämättä juuri tämän hetkiseen yleistilan laskuun löytynyt diagnoosia, vaan diagnoosiksi oli asetettu jokin vanha, jo olemassa oleva diagnoosi, kuten syöpä. Taulukointi antaa jonkinlaista suuntaa siitä, minkälaisia potilaita poliklinikalla on käynyt, mutta tarkkaa kuvausta tästä ei saada.

Tutkimustuloksista voidaan huomata, että kotona pärjäämättömyyden syyt voi olla moninaiset ja yleensä hyvin epämääräiset (kuva 16). Joskus potilas voi itse kokea, että ei pärjää kotona, vaikka hoitohenkilökunnan mielestä potilas pärjäisi hyvin, tällöin taustalla voi olla yksinäisyys tai pelko, jota potilas ei halua hoitajille kertoa. Tällöin potilas valittelee epämääräisiä vaivoja, jotta pääsisi hoitoon.

Myös kivun arviointi vanhuspotilaalla voi olla vaikea paikallistaa, varsinkin jos potilas on muistamaton (kuva 14). Vanhus voi osata kertoa, että kipuja on, mutta hän ei osaa paikallistaa sitä. Joskus vanhus ei osaa kertoa kivustaan ja hoitaja tulkitsee ilmeistä, eleistä tai muuttuneesta käytöksestä, että potilas on kivulias. Jos potilas ei osaa paikallistaa kipua, syyn selvittely voi olla haastavaa.

Jos vanhus kaatuu useamman kerran, on se syy lähettää hänet lääkärin vastaanotolle (kuva 18). Taustalla voi olla esim. infektio mutta myös mikä tahansa muu syy (esim. sydäninfarkti). Kaatuilu kertoo vanhuksen toimintakyvyn heikkenemisestä. Vanhus on hyvä lähettää lääkärin vastaanotolle myös yksittäisen kaatumisen jälkeen. Vanhus ei välttämättä tunne kipua samalla tavalla kuin nuoremmat ihmiset, tai hän ei osaa kertoa kivusta. Vanhuksilla myös herkästi tulee luun murtumia kaatumisen seurauksena. Varsinkin jos vanhus on muistamaton, jo pieni muutos päivärutiineihin voi sekoittaa vanhuksen. Yleensä seka-

vuuden taustalla on infektiio, mutta syitä voi olla useita, kuten sairaalaan joutuminen, jolloin sekavuudelle ei välttämättä löydy selvää lääketieteellistä syytä.

6. GERIATRISEN POLIKLINIKAN TOIMINTAMALLI

Poliklinikan aloittaessa toimintansa toimintatapoja on kehitetty koko ajan. Kehittämisen pohjana on käytetty tämän kehittämisprojektin tutkimustuloksia, joita käytiin projektiryhmän kanssa läpi kuukausittain. Tutkimustuloksista saatiin tietoa siitä, minkälaisia tutkimuksia ja hoitoa poliklinikalle tulevat potilaat tarvitsevat. Myös poliklinikan henkilökunnan kokemuksia poliklinikan toimivuudesta käytettiin toiminnan kehittämisessä, toiminnan alussa palaverieja käytiin viikoittain ja myöhemmässä vaiheessa kuukausittain.

Tutkimustulosten ja kokemusten perusteella on luotu poliklinikan toimintamalli, jonka mukaan potilaan tutkimukset ja hoito etenee poliklinikalla. Poliklinikalla toimitaan moniammatillisena tiiminä ja tiimin eri jäsenten tehtäviä on pohdittu ja kehitetty, jotta toiminta olisi mahdollisimman tehokasta ja potilaan tarpeet huomioon ottavaa.

Geriatriselle poliklinikalle tullaan hoitavan henkilökunnan yhteydenoton perusteella. Poliklinikan sisäänottoa hoitaa poliklinikan lääkäri sekä sairaanhoitaja. Viime kädessä potilaan poliklinikalle ottamisesta päättää lääkäri. Pelastuslaitoksen ensihoitajat sekä lääkärit konsultoivat Geriatrisen poliklinikan lääkäriä, hoitohenkilökunta poliklinikan sairaanhoitajaa. Puhelimessa saatujen esitietojen perusteella päätetään onko potilas sovelias Geriatriselle poliklinikalle vai voidaan potilaan ongelma hoitaa oman lääkärin vastaanotolla, tai pitääkö potilas lähettää EPLL:n hoidettavaksi.

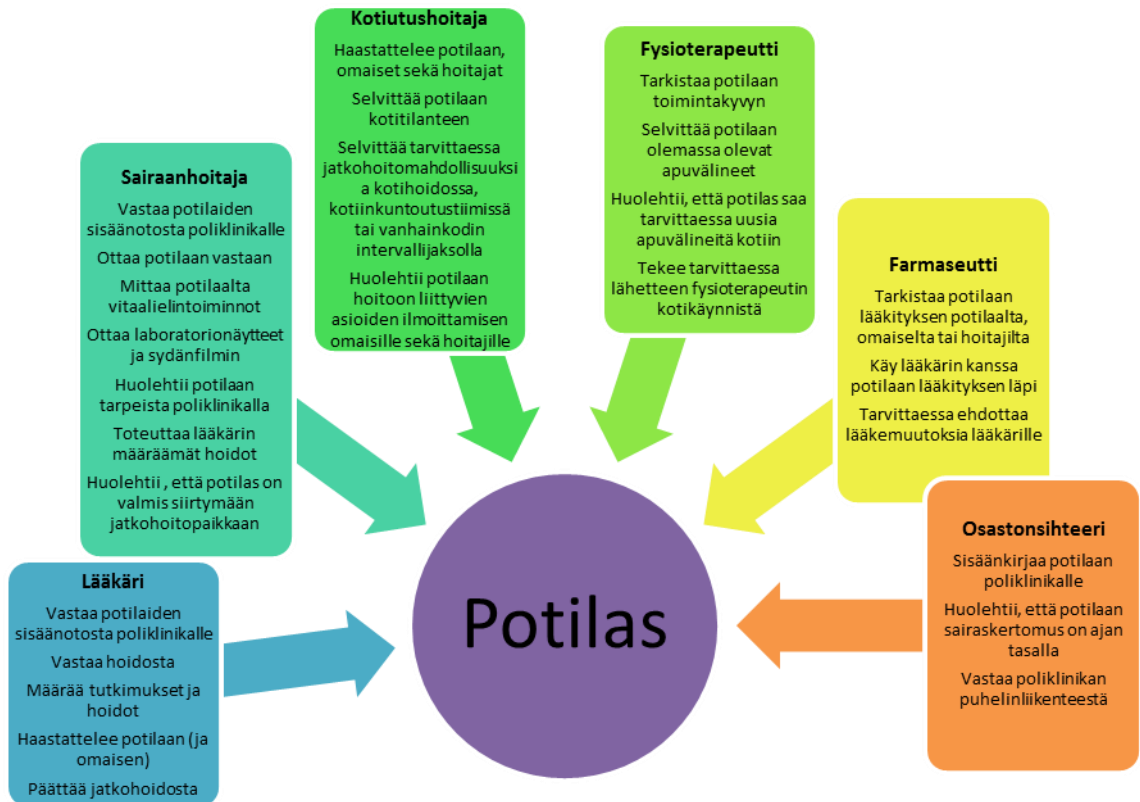
Potilaan saapuessa poliklinikalle osastonsihteri ottaa potilaan vastaan ja tarkistaa, että potilasjärjestelmän tiedot ovat ajan tasalla. Poliklinikalla sairaanhoitaja mittaa potilaan vitaalielintoiminnot, ottaa laboratoriokokeet sekä sydänfilmin. Samalla sairaanhoitaja haastattelee potilasta, miksi hän on tullut poliklinikalle ja miten hän voi. Näin pyritään varmistamaan, että potilas saa tarvittaessa asianmukaista hoitoa mahdollisimman nopeasti. Potilaan hoitoaika poliklinikalla on keskimäärin 4 – 6 tuntia. Sairaanhoitaja huolehtii potilaan tarpeista, kuten wc käynneistä ja ruokailusta potilaan poliklinikalla olo ajan.

Lääkäri tutkii potilaan ja haastattelee potilasta, sekä myös tarvittaessa omaisia potilaan tilanteesta. Lääkäri määrää tarvittavat tutkimukset, kuten laboratoriokokeet ja röntgentutkimukset. Potilaan hoito poliklinikalla on viime kädessä lääkärin vastuulla. Lääkäri määrää potilaalle annettavat hoidot sekä jatkohoidon ja jatkohoitopaikan.

Kotiutushoitajan tehtävänä on haastatella potilasta, hänen omaisiaan sekä hoitavaa henkilökuntaa kotona pärjäämisestä, kotiin saatavista avuista sekä tarvittavista lisäavuuista. Kotiutushoitaja järjestää tarvittaessa potilaalle lisää apuja kotiin tai jos potilas ei ole kotihoidon asiakas, käynnistää kotihoidon käynnit. Kotiutushoitaja voi mahdollisuuksien mukaan järjestää potilaalle paikan intervallihoitoon tai kotiinkuntoutustiimiin.

Fysioterapeutti tutkii potilaan toimintakykyä, liikkumista sekä tasapainoa. Toimintakykyä tutkitaan erilaisin testein sekä haastattelun avulla. Fysioterapeutti myös kartoittaa potilaan apuvälineet kotona, sekä selvittää apuvälineen tarpeen. Tarvittaessa potilaalle voidaan järjestää apuvälineitä kotiin samana päivänä.

Farmaseutti tarkistaa potilaan lääkityksen. Potilastietojärjestelmän lääkelista ei aina ole ajan tasalla, varsinkaan jos potilas ei ole kotihoidon asiakas. Lääkitys tarkistetaan joko potilaalta itseltään tai omaiselta, usein potilaalla on oma lääkedosetti mukana, jonka perusteella voimassa oleva lääkitys voidaan tarkistaa. Farmaseutti käy myös potilaan lääkityksen läpi yhteisvaikutusten ja interaktioiden varalta. Poliklinikan toimintamalli on kuvattu kuvassa 22.



Kuva 22. Geriatrisen poliklinikan toimintamalli.

7. KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

7.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat

Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia vuosille 2009 – 2012 ohjaa vanhuspalvelujen tuottamista ja kehittämistä sekä tukee kaupungin päätöksentekoa sekä suunnittelua. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman valtakunnallisen laatusuosituksen mukaan suurimman osan 75 vuotta täyttäneistä tulisi asua kotonaan itsenäisesti tai kattavan palveluntarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvin. (Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia, 2009, 4 - 6).

Geriatrinen poliklinikka aloitti toimintansa 2.5.2013. Poliklinikan toiminta – ajatuksena on hoitaa turkulaisia vanhuksia, joiden tutkimus ja hoito ei onnistu perusterveydenhuollon tai kotisairaanhoidon resurssein, mutta jotka ei tarvitse EPLL:n hoitoa. Tarkoituksena on puuttua vanhuksen toimintakyvyn heikkenemiseen mahdollisimman ajoissa, jotta vanhus pärjäisi mahdollisimman pitkään kotona kotisairaanhoidon turvin.

Tämä kehittämisprojekti oli osa poliklinikan perustamisprojektia, joten kehittämisprojektin tausta ja tarve ovat relevantit lainsäädännön, organisaation, hoitotyön toiminnan sekä potilaan tarpeiden näkökulmasta.

7.2 Tavoitteiden saavuttaminen

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli kuvata uuden poliklinikan toiminnan suunnittelu hoitotyön näkökulmasta. Tavoitteena oli kuvata uuden poliklinikan toiminnan aloittaminen ja toiminnan kehittäminen. Tutkimuksellisen osion tavoitteena oli selvittää Geriatrisen poliklinikan potilasmateriaalia.

Kehittämisprojektille asetetut tavoitteet saavutettiin aikataulun mukaan ja tavoitteet oli realistiset. Tosin poliklinikan aloittaessa toimintansa ei vielä osattu ennustaa kuinka paljon potilaita poliklinikalla käy päivittäin, joten oltiin varauduttu rajaamaan aineiston keräämisen aikataulua. Toisaalta aikataulua olisi pitänyt venyttää, jos poliklinikalla olisi käynyt vähän potilaita. Myöskään etukäteen ei voitu ennustaa minkälaisia potilaita poliklinikalla käy.

Kirjallisuuskatsauksella kartoitettiin vanhusten hoidon nykytilaa Suomessa ja muualla maailmassa. Lisäksi selvitettiin lainsäädäntöä ja terveysministeriön asettamia tavoitteita vanhusten hoitoon tulevaisuudessa.

Myös poliklinikan toimintaa on kehitetty edelleen. Perustamistyöryhmässä keskusteltiin, että pitäisikö poliklinikan toiminta olla ympärivuorokautista ja myös viikonloppuisin. Palaverissa on todettu, että vanhukset sairastavat myös viikonloppuisin ja poliklinikan pitäisi toimia myös silloin, mutta taloudellisia resursseja aukioloajan laajentamiseen ei nyt ole. On myös todettu, että poliklinikka ei voi olla auki yön yli, koska silloin koko poliklinikan idea kärsii. Potilaita ei saataisi siirrettyä osastoille ja myös kotiutettavia potilaita tarkkailtaisiin helpommin yön yli, jolloin poliklinikka toimisi samanlaisena osastona kuin geriatrinen arviointiyksikkö. Poliklinikalla on tarkoitus hoitaa vain akuutit asiat.

7.3. Kohdeorganisaatio

Projektiryhmä sitoutui kehittämisprojektiin alusta alkaen, koska se oli osana poliklinikan perustamistyötä ja ryhmän jäsenet kuuluivat myös poliklinikan perustamisryhmään. Projektipäällikkö sai projektiryhmältä asiantuntevaa neuvontaa ja ohjausta, kehittämisprojektista oltiin myös kiinnostuneita koko kehittämisprojektin ajan.

Työelämämentorin kanssa yhteistyö sujui hyvin. Tapaamisia ei sovittu etukäteen, vaan tapaamisia järjestettiin tarvittaessa. Mentori tuki projektipäällikköä tarvittaessa asiantuntijuudellaan kehittämisprojektin edetessä.

Poliklinikan henkilökunta oli kiinnostunut kehittämisprojektin etenemisestä ja kuukausittain esitetyt aineiston analyysit herättivät keskustelua. Poliklinikan toiminnan kehittämisestä keskusteltiin toiminnan alkaessa viikoittain, myöhemmin kuukausittain.

Projektipäällikkyyys oli uusi ja haasteellinen kokemus, mutta myös erittäin mielenkiintoinen. Kehittämisprojekti oli pitkäkestoinen ja vaati sitoutumista sekä aikataulujen ja työaikaresurssien hallintaa. Projektipäällikkyyys opetti suurten kokonaisuuksien hallintaa sekä asiantuntijana toimimista.

7.4 Riskien hallinta

Kehittämisprojektin alussa määriteltiin vahvuudet ja heikkoudet. Poliklinikan sisäiseksi vahvuudeksi määriteltiin moniammatillinen osaaminen, uuden työyhteisön tuomat vahvuudet sekä hoitohenkilökunnan moninainen osaaminen. Heikkouksiksi määriteltiin uuden yksikön monet epävarmuustekijät sekä yhtenäisen hoitokulttuurin puute. Ulkoisen ympäristön mahdollisuuksiksi määriteltiin uudenlaisen hoitokulttuurin luominen vanhusten hoitoon sekä vanhusten hoidon laadun parantaminen. Uhiksi taas määriteltiin epävarmuus jatkosta, epävarmuus siitä, että saadaanko poliklinikalle sellaisia potilaita joita tarkoitettiin ja ovatko henkilökuntaresurssit riittävät poliklinikan toiminnan kannalta.

Kehittämisprojektin edetessä riskit on saatu hallintaan, poliklinikalle on kehittynyt oma hoitokulttuurinsa, potilas hoidetaan moniammatillisessa tiimissä ja tiimin työ on saumatonta, myös osaamista on eri alueilta. Syksyllä 2013 terveyslautakunta päätti, että poliklinikan toiminta on kannattavaa ja sen toiminta vakinaistettiin vuoden 2014 alusta. Poliklinikalla käy potilaita yhä enemmän päivittäin, joten henkilökuntaresurssien lisäämistä tulee mahdollisesti pohtia jatkossa. Tällä hetkellä poliklinikalla on 1 geriatrian erikoislääkäri, 1 erikoistuva lääkäri, osastonhoitaja, 6 sairaanhoitajaa, fysioterapeutti, 2 kotiutushoitajaa, farmaseutti sekä osastonsihtööri.

8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö on tutkijan sivistyksen perusta, joka merkitsee eettisen ajattelun sisäistämistä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkija noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, jotka ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkija käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tutkija noudattaa avoimuutta tulosten julkaisemisessa ja ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt sekä antaa niille oikean arvon. Hyvässä tieteellisessä käytännössä määritellään myös tutkijoiden asema, oikeudet ja vastuu sekä velvollisuudet ja tulosten omistajaa koskevat kysymykset. Myös rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet ilmoitetaan. (Leino – Kilpi, 2008, 360 – 377).

Kehittämiskoje projekti toteutettiin hyvien eettisten periaatteiden mukaan. Koko kehittämiskoje projektin ajan pyrittiin avoimesti ja rehellisesti tiedottamaan kehittämiskoje projektin etenemisestä sekä aineiston analysoinnin tuloksista. Raportoinnit tehtiin suullisesti sekä kirjallisesti projektiyryhmälle kuukausittain.

Tutkimuksellisen osion aineisto kerättiin potilastietojärjestelmästä, potilailta kysyttiin kirjallinen lupa heidän tietojensa käyttöön, tarvittaessa lupa kysyttiin potilaan omaiselta (esim. muistisairaat potilaat). Potilaiden henkilötietoja ei käytetty tutkimusosiossa. Poliklinikan toiminnasta tehdään useita tutkimuksia ja kaikille tutkimuksille kysyttiin yhteinen lupa somaattisen erikoissairaanhoidon tulosalueen johtajalta.

Kirjallisuuskatsauksessa noudatettiin eettisesti kestävää menetelmää, myös tieteellisen tutkimuksen kriteereitä noudatettiin. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin mahdollisimman tuoretta aineistoa ja lähdeviitteet merkittiin asianmukaisesti. Myös projektipäällikön asema on tuotu raportissa esiin. Tämä kehittämiskoje projekti tehtiin opinnäytetyönä, joten sille ei ole rahoittajaa.

8.2 Luotettavuus

Kehittämiprojektin eteneminen, aineiston keruu ja analysointi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti luotettavuuden lisäämiseksi. Luotettavuutta lisää projektipäällikön ja projektiryhmän sitoutuminen kehittämiprojektiin.

Projektipäällikkö on ollut suunnittelemassa poliklinikan toimintaa sekä työskentelee poliklinikalla sairaanhoitajana. Projektipäälliköllä on siis vahva käsitys siitä, minkälaisia potilaita poliklinikalle oli tarkoitus tulla, mutta myös ennakkokäsitys siitä, kävikö poliklinikalla sellaisia potilaita kuin oli tarkoitettu.

Aineiston analysointi oli muuttujien osalta objektiivista, koska tuloksilla ei ollut tulkinnan varaa (mikä hoitotaho oli yhteydessä, onko kotihoitoa). Tulosten ja diagnoosien tulkinta oli jonkin verran subjektiivista, koska useimmilla potilailla ei ollut vain yhtä tulosyytä, toisaalta diagnoosin tarkastelu oli objektiivista. Aineiston analysoinnin tueksi poliklinikalla käytiin jatkuvasti keskusteluja potilasmateriaalista sekä toiminnan kehittämisestä.

Kirjallisuuskatsaus pyrittiin mahdollisimman suureen objektiivisuuteen, aineiston keruussa käytettiin pääasiassa kansainvälisiä tietokantoja, mutta myös kansallisia tietokantoja käytettiin. Kirjallisuuskatsaukseen pyrittiin keräämään mahdollisimman ajankohtaiset ja luotettavat julkaisut.

8.3 Tulosten tarkastelu

Tämä kehittämiprojekti oli osa isompaa projektia, jonka tuloksena perustettiin uudenlainen poliklinikka vanhuksille. Tämän kehittämiprojektin tarkoituksena oli tarkastella ja dokumentoida uuden poliklinikan perustamista hoitotyön näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin uutta tietoa vanhusten hoitotyöstä ja erilaisista toimintamalleista sekä lainsäädännöstä ja terveysministeriön asettamista määräyksistä. Näistä tuloksista oli apua uuden poliklinikan perustamisessa. Tutkimustulosten perusteella kehitettiin poliklinikan toimintaa ja kehittämistyö jatkuu edelleen.

Tutkimustulosten ja kokemusten pohjalta poliklinikan toimintaa on kehitetty sen perustamisesta lähtien. Poliklinikan toimintamalli hahmoteltiin ennen toiminnan aloittamista, mutta koska toiminta oli uutta, toimintamallia on kehitelty koko ajan ja kehittämistyö jatkuu edelleen. Kokemusten mukaan poliklinikka on nyt vuoden toimittuaan saavuttanut oman asemansa Turun kaupungin terveydenhuoltojärjestelmässä. Toiminta yhteistyökumppaneiden kanssa on joustavaa ja hyvää, mutta kehittämistarpeita edelleen löytyy. Kokemuksen perusteella voidaan sanoa, että kehittämistyö ja yhteistyökumppaneiden kanssa toimiminen on ollut suhteellisen vaivatonta, koska toiminta on uutta koko Suomessa ja se on herättänyt kiinnostusta eri organisaatioissa. Poliklinikka on perustettu omalta osaltaan helpottamaan EPLL:n, kotihoidon sekä terveysasemien työtä, joten kiinnostusta yhteistyöhön löytyy.

8.4 Jatkoasteet

Jatkossa poliklinikasta tehdään monenlaisia tutkimuksia mm. taloudellisen kannattavuuden osalta. Geriatriksen poliklinikan yhteyteen suunnitellaan myös muuta toimintaa, mm. muistipoliklinikka on aloittanut toimintansa poliklinikan yhteydessä.

Tutkimustuloksissa todettiin, että potilaista yli puolet menee jatkohoitoon sairaalan osastoille. Tarkoituksena oli, että suurin osa potilaista kotiutuu. Työryhmässä on todettu, että kotihoidon asiakkaat, joka on suurin asiakasryhmä, pitäisi saada poliklinikalle jo aikaisemmassa vaiheessa. Asiasta on keskusteltu kotihoidon lääkäreiden ja hoitotyön johtajien kanssa ja on päädytty kevään aikana pitämään koulutusiltapäivät kotihoidon lääkäreille ja tiimien sairaanhoitajille. Kunkin alueen lääkäri ja sairaanhoitajat tulevat koulutukseen erikseen, jotta ryhmät pysyvät pienenä ja kehittämis ehdotukset voidaan yksilöidä paremmin. Koulutusiltapäivässä on tarkoitus ennemminkin keskustella poliklinikan ja kotisairaanhoidon yhteistyöstä, kuin kouluttaa ketään.

LÄHTEET:

- Allen, S., Bartlett, T., Ventham, J., McCubbin, C., Williams, A. 2010. Benefits of an older persons' assessment and liaison team in acute admissions areas of a general hospital. *Pragmatic and observational Research* 1, 1 -6.
- Baumbusch, J., Shaw, M. 2011. Geriatric Emergency Nurses: Addressing the needs of an aging population. *Journal of Emergency Nursing*, 37, 321 - 327.
- Beswick, A., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., Ebrahim, S. 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371 (9614), 725 – 735.
- Carpenter, G. 2006. Accuracy, validity and reliability in assessment and in evaluation of services for older people: the role of the inter RAI MDS assessment system. *Age and Ageing*, 35, 327 - 329.
- Conroy, S. 2008. Emergency room geriatric assessment – urgent, important or both? *Age and Ageing*, 37, 612 - 613.
- Covinsky, K., Pierluissi, E., Johnston, C. 2011. Hospitalization – Associated Disability "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *Journal of American Medical Association*. 306, 1782 - 1793.
- Ellis, G., Whitehead, MA., O'Neill, D., Langhorne, P., Robinson, D. 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). *The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library*, 2011, issue 7.
- Forma, L., Jylhä, M., Aaltonen, M., Raitanen, J., Rissanen, P. 2012. Vanhuuden viimeiset vuodet – pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä. *Kaks- Kunnallissalan kehittämissäätö. Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 69. Vammalan kirjapaino Oy, Sastamala.*
- Grönroos, M. 2008. *Johdatus tilastotieteeseen kuvailu, mallit ja päättely*, Esa Print Oy, Tampere.
- Harari, D., Martin, F., Buttery, A., O'Neill, S., Hopper, A. 2007. The older persons' assessment and liaison team "OPAL": evaluation of comprehensive geriatric assessment in acute medical inpatients. *Age and Ageing*, 36, 670 – 675.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.*

- Holopainen, M., Pulkkinen, P. 2013. Tilastolliset menetelmät 5. – 8. painos, Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Jartti, L., Heinonen, P., Upmeier, E., Seppälä, M. 2011. Vanhus – päivystyksen suurkuluttajako? Suomen Lääkärilehti, 66, 2968 – 2907.
- Kan, S., Pohjola, L. 2011. Erikoistu vanhustyöhön. 3. uudistettu painos. Sanoma pro oy, Helsinki
- Kankkunen, P., Vehviläinen – Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Leino – Kilpi, H. 2008. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino – Kilpi, H., Välimäki M. 2008. Etiikka hoitotyössä 5. - 6. painos, 2010. WSOY pro OY, Porvoo.
- Malmgreen, C., Graham, P., Shortridge- Bagget, L., Courtney, M., Walsh, A. 2009. Establishing Content Validity of a Survey Research Instrument, the Older Patients in Acute Care Survey – United States. Journal of Nurses in Staff Development, 25,E14 – E18.
- Martelin, T., Sainio, P., Koskinen, S. 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, Helsinki.
- McCusker, J., Verdon, J., Tousignant, P., Poulin de Courval, L., Dendukuri, N., Belzile, E. 2001. Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. Journal of the American Geriatrics Society. 49, 1272 – 1281.
- Mezey, M., Mitty, E. 2011. A Bill of Rights for Hospitalized Older Adults. The Journal of Nursing Administration, 41,115 - 121.
- Olde – Rikkert, M., Long, J., Philp, I. 2012. Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people. International Journal of Nursing Studies. Elsevier Ltd. www.elsevier.com.
- Pierluissi, E., Currin, S., 2007. The Take on Elder Care. The Hospitalist, October 2007.1 -6.
- Pitkälä, K. 2008. Miten selvitan monisairaana vanhuksen tunnin vastaanotolla? Yleislääkäri, 23, 8/2008,11- 16
- Pitkälä, K., Tilvis, R.2012. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avuntarvetta. Suomen Lääkärilehti, 67, 564.

Rosted, E., Wagner, L., Hendriksen, C., Poulsen, I. 2012. Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *International Journal of Older People Nursing* 7, 141 -151.

Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., Spazzafumo, L., Polonara, S., De Tommaso, G., Rappelli, A., Dess'i- Fulgheri, P. 2008. A Geriatric Emergency Service for Acutely Ill Elderly Patients: Pattern of Use and Comparison with a Conventional Emergency Department in Italy. *The American Geriatrics Society*, 56: 2131 -2138.

Seppänen – Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa, Opas käytäntöihin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Helsinki.

Sinha, S., Bessman, E., Flomenbaum, N., Leff, B. 2011. A Systematic Review and Qualitative Analysis to Inform the Development of a New Emergency Department-Based Geriatric Case Management Model. *Annals of Emergency Medicine*, 57, 672 - 682.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Perhe- ja sosiaaliosasto. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 7.6.2006, liite.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen ohjausryhmä. 2009. Yhteiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, raportti. 1.6.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11, 24 – 26.

Srtandberg, T. 2010. Hauraus – raihnausoireyhtymä (HRO). Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. 2. uudistettu painos. Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Stranberg, T. 2009. Hopea-paperi vanhenemiseen liittyvät sairaudet: terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisy, perustutkimuksen ja kliinisten näkökohtien tulevaisuus. Raportti eurooppalaisesta vanhenemiseen liittyviä sairauksia käsitelleestä kokouksesta. *Suomen Lääkärilehti* 44/2009, 63, liite 44, 30.10.2009.

Strandberg, T., Valvanne, J. 2012. Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. *Suomen lääkäri-lehti*, 67,132.

Suomen terveysministeriö, vanhuspalveluiden lainsäädäntöhankkeet, viitattu 17.3.2014. http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_terveydenhuolto/ikaantyneet-

Tampereen kaupunki, ikäihmisten sairaala- ja vanhainkotipalvelut, viitattu 13.2.2013.
<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/sairaalatjalaitoshoito.html>

Tilvis, R. 2010. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Tilvis, R. 2010. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Tilvis, R. 2010. Vanhenemisen tutkimuksesta. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, erikoissairaanhoidon palvelut. www.turku.fi, viitattu 13.3.2014.

Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala, geriatrisen poliklinikan perustamistyöryhmän (Gake- työryhmä) pöytäkirjat 9 / 2012 – 4 / 2013.

Turun kaupunki, Hyvinvointitoimialan operatiivinen tuottaminen, viitattu 13.3.2014. www.turku.fi

Turun kaupungin ikääntymispoliittinen strategia vuosille 2009 – 2012. 2009. Turku, sosiaali- ja terveystoimi, 31.3.2009.

Turun kaupunki, Tilastotietoa Turusta, viitattu 13.3.2014, www.turku.fi.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. valtioneuvoston julkaisusarja 33/2004, Helsinki, 133 -202.