

Tove Rintamäki

Geriatrisen asiantuntijuuden kehittäminen erikoissairaanhoidossa

Opinnäytetyö

Kevät 2019

SeAMK Sosiaali -ja terveysalan yksikkö
Kehittäminen ja johtaminen ylempi AMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Tekijä: Rintamäki, Tove

Työn nimi: Geriatrisen asiantuntijuuden kehittäminen erikoissairaanhoidossa

Ohjaaja: Hemminki, Arja, lehtori YTT

Vuosi: 2019

Sivumäärä: 74

Liitteiden lukumäärä: 2

Väestön ikääntyminen ja sen myötä lisääntynyt laadukkaan ikääntyvien hoidon tarve kasvaa ja on yksi merkittävämpiä tulevaisuuden haasteitamme. Etelä- Pohjanmaalla väestön ikääntymisen tuoma palvelutarpeen kasvu tapahtuu muuta maata aiemmin. Kehittämistehtävä oli työelämänlähtöinen ja toteutettiin geriatrian poliklinikan kanssa yhteistyössä.

Kehittämistehtävän tavoitteena oli selvittää hoitajien näkemyksiä ikääntyvien hoitokäytännöistä, arvoista ja asenteista sekä minkälaista koulutusta he tulevaisuudessa kokevat tarvitsevänsä ikääntyvien hoitotyössä. Tarkoituksena oli kehittää toimintamalliehdotus geriatriselle vastuuhoidajalle.

Opinnäytetyö oli tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa oli toimintatutkimuksen piirteitä. Tutkimusaineisto kerättiin fokusryhmähaastattelun (n=4), SWOT-nelikenttäänalyysin (n=7), sähköpostikyselyn (n=4) sekä aivoriihimenetelmän (n=7) avulla. Fokusryhmä koostui sairaalan eri yksiköiden hoitajista ja SWOT-nelikenttäänalyysi toteutettiin geriatrian poliklinikan tiimissä, sähköpostikysely lähetettiin fokusryhmään kutsutuille hoitajille. Geriatrisen vastuuhoidaja toimintamalliehdotus sai lopullisen muotonsa geriatrian poliklinikalla toteutetun aivoriihi menetelmän avulla, jonka tuotoksena laadittiin vuosikello toimintamalliehdotuksen toteutuksesta. Aineistot analysoitiin teemoittelemalla mukaillen sisällönanalyysiä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että hoitajat ovat motivoituneita ikääntyvien hoitotyön kehittämiseen ja lisäkoulutukseen suhtauduttiin positiivisesti. Haluttiin kehittää muun muassa viestintä -ja vuorovaikutusosaamista moniammatillisessa yhteistyössä. Haasteina koettiin jatkohoitoon siirtymisen ongelmat ja sen pirstaleisuus sekä monisairastavuuden -ja lääkityksen tuomat ongelmat. Koettiin tarvetta verkostoitua enemmän ja myös yksiköiden välistä viestintää haluttiin kehittää. Tulevaisuuden visiona on pilotoida geriatrisen vastuuhoidajamallin toimintamalliehdotus käytäntöön vuosikellomallin mukaisesti.

Avainsanat: Ikääntynyt, geriatrisen hoitotyö, moniammatillisuus, vastuuhoidaja

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree Programme in Development and Management of Social Work and Health Care

Author: Rintamäki, Tove

Title of thesis: Development of Geriatric Expertise in Specialized Medical Care

Supervisor: Hemminki, Arja, lehtori, YTT

Year: 2019

Number of pages: 74

Number of appendices: 2

Demographic ageing entails the need for high-quality care for the ageing which is one of the most significant challenges in the future. Southern Ostrobothnia will face the increasing need for services earlier than other parts of Finland. The development project was based on the needs of a work unit and was carried out in cooperation with a geriatric outpatient clinic.

The purpose of the study was to identify the nurses' views on medical practices, values, attitudes and need for future education on the nursing of the elderly. The aim was to develop an approach for geriatric primary nursing.

The study was a developmental research with features of action research. The data was collected by a focus group interview (n=4), a 4-field SWOT analysis (n=7), an e-mail questionnaire (n=4) and a brainstorming method (n=7). The focus group consisted of nurses in different units of the hospital and the SWOT analysis was carried out among the members of the geriatric outpatient clinic. The e-mail questionnaire was sent to the nurses invited to the focus group. The approach for geriatric primary nursing was finalized with the help of the brainstorming method at the geriatric outpatient clinic and resulted in an "annual clock" for the approach. The data was analysed by using the methods of coding and content analysis.

Based on the research it can be concluded that nurses are highly motivated to develop the care of the elderly and they have a positive attitude towards complementary training. They wanted to better their communication and interaction skills in multidisciplinary cooperation. The biggest challenges were the problems with the change into follow-up care and its fragmentation as well as the problems with comorbidity and multiple medication. The nurses felt a need for networking among different units and for better communication. The study sets out a vision for piloting the approach for geriatric primary nursing with the annual clock.

Keywords: the elderly, geriatric nursing, multidisciplinary cooperation, primary nurse

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	2
Thesis abstract	2
SISÄLTÖ.....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo.....	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	9
1.2 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja kehittämiskysymykset	9
2.2 Kohdeorganisaation kuvaus.....	10
3 IKÄÄNTYNYNEEN TOIMINTAKYKY	12
4 IKÄÄNTYVIEN YLEISIMMÄT SAIRAUDET	17
5 IKÄÄNTYVIEN HOITOTYÖ	26
5.1 Ikääntyvien hoitotyön ammatillinen osaaminen.....	26
5.2 Muistisairaahan huomioiminen hoitotyössä	30
6 MONIAMMATILLISUUS JA YHTEISTYÖ	33
6.1 Moniammatillisuus voimavarana	33
6.2 Moniammatillisuuden haasteet.....	34
7 VASTUUHOITAJUUS.....	36
8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	38
8.1 Kehittämistyön metodologia	38
8.2 Kehittämistyön eteneminen.....	40
9 KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTOT	42
9.1 Aineistojen analyysi	42
9.2 Fokusryhmähaastattelu.....	44
9.3 Fokusryhmähaastattelun tulokset.....	47
9.4 SWOT-analyysi geriatrisen vastuuhoidattamallin kehittämiseen	52
9.5 SWOT-analyysin tulokset.....	54
9.6 Sähköpostikysely	56
9.7 Aivoriihimenetelmä vuosikellon kehittämiseksi.....	57

9.8 Aivoriihimenetelmän tulokset	58
10 POHDINTA	61
10.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	61
10.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet	64
LÄHTEET	69
LIITTEET	75

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo

Kuvio 1. Ikääntyneiden laitos -ja asumispalveluiden asiakkaiden käynnit erikois-sairaanhoidossa vuonna 2017.	16
Kuvio 2. Ammatillinen osaaminen	29
Kuvio 3. Vastuuhoitajan osaamisalueet	37
Kuvio 4. Kehittämistyön prosessin eteneminen.....	41
Kuvio 5. Moniammatillisuuden kehittäminen fokusryhmähaastattelun perusteella.....	48
Kuvio 6. Jatkohoitoon siirtymisen ongelmat fokusryhmähaastattelun perusteella	50
Kuvio 7. Fokusryhmähaastattelun perusteella esiin nousevat kokemukset koulutuksista ja koulutustoiveet	51
Kuvio 8. Verkostoitumisen kehittäminen fokusryhmähaastattelun perusteella	51
Kuvio 9. SWOT-nelikenttäanalyysi	53
Kuvio 10. SWOT-nelikenttäanalyysin tulokset	56
Kuvio 11. Aivoriihen tuloksia vuosikellon ensimmäiseen osioon.....	58
Kuvio 12. Aivoriihen tuloksia vuosikellon toisen osioon	59
Kuvio 13. Aivoriihen tuloksia vuosikellon kolmanteen osioon.....	59
Kuvio 14. Aivoriihen tuloksia vuosikellon neljänteen osioon.....	60
Kuvio 15. Vuosikello geriatrisen vastuuhoitajan toimintamalliehdotuksesta	60

1 JOHDANTO

Suomen väestö on yksi nopeimmin vanhenevista Euroopassa ja väestön ikärakenne on muuttunut jo kauan. Väestö on kasvanut 50 vuodessa yli miljoona henkeä ja muutos näkyy siinä, että Suomessa on alle 15-vuotiaita lapsia 300 000 vähemmän kuin 50 vuotta sitten, mutta yli 65-vuotiaiden osuus lähes puoli miljoonaa enemmän kuin vuonna 1950. Arvioidaan, että voimakkaimmin kasvaa kaikkein vanhimpien ikäluokkien osuus, johon vaikuttavat muun muassa nuorempien ikäluokkien vähentyminen, syntyvyyden lasku ja ikääntyneiden eliniän pidentyminen. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana on keskimääräinen elinikä pidentynyt yli kuusi vuotta. (Tilvis 2016, 62.) Ikääntyvien määrän kasvaessa lisääntyy sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö. Ikääntyneiden eliniän pidentyessä myös monisairaudet lisääntyvät ja siten ikääntyvät tarvitsevat monien eri alan asiantuntijoiden palveluja. Toisaalta erikoissairaanhoidossa on vuodepaikkojen määrä vähentynyt ja hoitojaksojen pituus entistä lyhyempi. Tämä tuo haasteita iäkkäiden monisairaiden laadukkaaseen hoitotyöhön erikoissairaanhoidossa.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on tehnyt selvityksen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta vuosina 2013-2016, ”Ikääntyneiden kuntoutuksen selvitys Etelä-Pohjanmaalla”. Väestökehityksestä näkyy, että Etelä-Pohjanmaalla 75-vuotta täyttäneiden osuus kasvaa nopeasti ja ennakoidaan, että nopeinta väestön ikääntyminen on vuosina 2020-2030. Etelä-Pohjanmaalla 75-vuotta täyttäneiden määrän arvioidaan kasvavan vuoteen 2040 mennessä nykyisestä 20 787 (10 prosentista) asukkaasta 35 648 asukkaaseen (17,5 prosenttiin). Verrattaessa koko maan arvioidut vastaavat luvut nousevat 475 901 (8,7 prosenttia) ja 947 917 (15,8 prosenttia). Tulosten mukaan Etelä-Pohjanmaalla väestön ikääntymisen tuoma palvelutarpeen kasvu tapahtuu muuta maata aiemmin. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015,7 - 9, [viitattu 15.9.2018].)

Räsänen (2018, 10) mukaan väestön ikääntyminen johtuu sosiaalisesta, taloudellisesta ja lääketieteellisestä kehityksestä. Väestön ikärakenteen muutoksen seuraukset näkyvät yhteiskunnallisina haasteina, koska ikääntymiseen liittyy usein kasvava huolenpidon ja hoivan tarve. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on pyritty uudistamaan jo vuosia, koska kuntatalouteen liittyvien menojen kasvua on

selitetty väestön ikääntymisellä ja siihen liittyen palvelutarpeen voimakkaalla kasvulla. Nykyisen palvelujärjestelmän ongelmiksi on havaittu monimutkaisuus, toimintojen päällekkäisyys sekä järjestelmälähtöisyys. Palvelurakenteen uudistamisella on pyritty kasvattamaan sitä väestöpohjaa, jolle sosiaali- ja terveyspalvelut organisoitetaan. Uudistamispyrkimysten taustalla on palvelujen laadun kehittäminen, jolla kohotettaisiin palvelujen saatavuutta, asiakkaiden kohtelua, potilasturvallisuutta sekä alueellista tasa-arvoa. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 31.)

Yleisenä linjauksena palveluiden kehittämisessä voidaan pitää Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiaa. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, jonka tarkoituksena on haastaa yhteiskuntaa huomioimaan terveys ja hyvinvointi kaikessa päätöksenteossa. Strategia painottaa asiakaskeskeisyyttä lähtökohdaksi palveluiden tuottamiselle. Palveluiden tuottamisessa on huomioitava tehokkuus ja tuloksissa vaikuttavuus sekä palveluiden painopistettä on siirrettävä sairauksien hoidosta aktiiviseen hyvinvoinnin edistämiseen ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Palveluita tulee kehittää kokonaisuuksina ja kolmas sektori on keskeinen toimija terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, ongelmien ehkäisyssä sekä uusien toimintamallien kehittämisessä. Valtakunnallinen strategia antaa hyvän suunnan kehittämistyölle ja kestävä kehitys varmistaa ihmisten osallisuutta sekä sosiaalista yhteenkuuluvuutta. (Virjonen & Kankare 2013, 62 – 63.)

Opinnäytetyön aiheen valitsin, koska ikääntyvien määrän kasvu näkyy myös sairaalahoitossa. Ikääntyneiden elinikä on pidentynyt ja he ovat aiempaa monisairaita ja monilääkittyjä. Hoitotyöntekijöiltä vaaditaan entistä enemmän geriatriasta osaamista ikääntyvien hoitotyön laadun parantamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla vaaditaan hoitohenkilökunnalta jatkuvaa kehittymistä ja palveluja tehostetaan lisääntyvien monisairaiden iäkkäiden potilaisen määrän kasvaessa lähivuosina. Näiden haasteiden vastaamiseen tulee pohtia ja ottaa käyttöön erilaisia keinoja ikääntyvien hoitotyön laadun parantamiseksi ja tehostamiseksi. Toteutin tämän opinnäytetyön tutkimuksellisenä kehittämistoimintana, jossa on piirteitä toimintatutkimuksesta. Kehittämistyössä selvitettiin, miten geriatriasta osaamista vahvistetaan ikääntyvien hoitotyössä erikoissairaanhoidossa sekä visioitiin minkälainen toimintamalliehdotus sopisi kehitettäväksi geriatriselle vastuuhoidtajalle Seinäjoen keskussairaalaan.

2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Seuraavassa luvussa kuvaan kehittämistyön tarkoitusta, tavoitetta ja kehittämiskysymyksiä. Kehittämistehtävä on toteutettu yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalassa toimivan geriatrian poliklinikan kanssa.

2.1 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja kehittämiskysymykset

Kehittämistehtävän tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön näkemysten pohjalta millaisia tietoja ja taitoja hoitajat tarvitsevat ikääntyvien hoitotyössä sekä selvittää mistä eri osa-alueista hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta ikääntyvien hoitotyössä erikoissairaanhoidossa.

Kehittämistehtävän tavoitteena on kartoitusten avulla saada tietoa hoitajien geriatrisesta osaamisesta ikääntyvien hoitokäytännöissä ja arvoista sekä asenteista ikääntyvien hoitotyössä. Tavoitteena on kartoitusten pohjalta arvioida minkälainen toimintamalliehdotus sopisi geriatriselle vastuuhoidajalle.

Kehittämiskysymykset ovat:

- Miten geriatrista osaamista vahvistetaan erikoissairaanhoidossa?
- Minkälaista lisäkoulutusta hoitajat tarvitsevat ikääntyvien hoitotyöhön laadun parantamiseksi?
- Minkälainen toimintamalliehdotus sopisi geriatrisen vastuuhoidajuuden kehittämiseen?

2.2 Kohdeorganisaation kuvaus

Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013-2020 sisältää palvelulupauksen tarjota laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa potilaalle arvojemme mukaan, jotka ovat: ihmisarvon kunnioittaminen ja vastuullisuus. Ihmisarvon kunnioittamisella tarkoitetaan potilaan elämän arvojen kunnioittamista ja yksilöllisyyden huomioimista, tasa-arvoista kohtelua niin potilaita kuin työntekijöitä kohtaan, pysähtytään aidosti kuuntelemaan ja toimitaan empaattisesti, toimitaan oikeudenmukaisesti ja hyvin käytöstavoin. Vastuullisuudella tarkoitetaan, että toimitaan potilaan parhaaksi ja luotettavuus syntyy siitä, että tehdään mitä luvataan. Korkea työmoraali näkyy siten, että jokainen tekee oman osuutensa parhaalla mahdollisella tavalla. Siihen kuuluu ammattitaidon ylläpitäminen, avoimuus ja oman rajallisuuden tunnistamisen sekä vastuu resurssien oikeasta käytöstä ja kohdentamisesta. Missiona on ”Ihmisen terveyden tähden”. Visiona vuoteen 2020 on lisätä terveyshyötyä vaikuttavasti, asiakaslähtöisesti sekä yhteistyökykyisesti vahvassa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. (Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013 - 2020.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä erikoissairaanhoidon konservatiivisella alueella toimii toimintayksikkö geriatrian poliklinikka. Toiminnan tavoitteena on ikääntyvän väestön mahdollisimman hyvä toimintakyky sekä elämänlaatu. Ikääntynyt ja hänen läheisensä kohdataan geriatrian poliklinikalla kokonaisvaltaisesti yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa kunnioittavasti. Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin avulla pyritään vastaamaan oikea-aikaisesti ikääntyneen yksilöllisiin tarpeisiin. Geriatrian poliklinikka toimii lähetepoliklinikkana. Potilaat ovat yli 70-vuotiaita muistihäiriöpotilaita, lääkehoidon kokonaisarviointi- ja lonkkamurtumapotilaita sekä tasapainopoliklinikkamallin potilaita. Moniammatilliseen tiimityöhön osallistuvat potilaan lisäksi heidän läheisensä, lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja farmaseutti sekä tarvittaessa muut erikoisalajat. Geriatrian poliklinikka tekee lisäksi tiivistä yhteistyötä geropsykiatrian poliklinikan ja osaston kanssa sekä ortopedian toimintayksikön kanssa. Ortogeriatrisessa toiminnassa on kehitetty 65-vuotta täyttäneiden lonkkamurtumapotilaiden hoito- ja kuntoutusketjua. Geriatrian toimintayksikössä toteutetaan monialaista tieteellistä tutkimus- ja kehittämistyötä ja

yksikkö on aktiivisesti julkaissut artikkeleita niin valtakunnallisesti kuin kansainvälisesti sekä vaikuttaa alueellisena kouluttajana ja osaamiskeskuksena. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (Geriatrian poliklinikka, [viitattu 16.1.2018].)

3 IKÄÄNTYNYNEEN TOIMINTAKYKY

Seuraavassa luvussa käsittelen ikääntyneen toimintakyvyn eri osa-alueita ja mitä sairaalahoitoon joutuminen merkitsee ikääntyvän toimintakyvylle sekä geriatrisen kokonaisvaltaisen arvioinnin tärkeyttä. Kivelän (2005, 11-14) mukaan vanheneminen tapahtuu yksilöllisesti. Normaaliin vanhenemiseen liittyvät muutokset etenevät vääjäämättä iän lisääntyessä. Muutokset tapahtuvat sisäisesti ja ulkoisesti, näin ollen myös kaikkien elintemme toiminnat hidastuvat. Lähes kaikkien ikääntyvien toimintakyky on jossain määrin hidastunut tai alentunut, vaikkakin he olisivat edelleen aktiivisia toimijoita. Myös elintavoilla on merkitystä vanhenemiseen ja sen etenemisnopeuteen. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan 75-vuotta täyttäneitä ja käytän heistä nimitystä ikääntyneet.

Toimintakyvyn arviointi

lääkkään oma kokemus toimintakyvystä on merkityksellinen sen säilymisen takia. Tutkimusten mukaan iäkkäät arvioivat oman terveyden ja toimintakyvyn paremmaksi kuin hoitoalan ammattilaiset. Iäkkään toimintakykyä voidaan määritellä kuvaamalla jäljellä olevaa toimintakykyä tai erilaisia toiminnanvajauksia. Toimintakyky liittyy olennaisesti myös elämänlaatuun, jonka vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa fyysinen terveys, psykologiset tekijät, riippumattomuus, sosiaaliset suhteet sekä ympäristö. Iäkkään elämänlaatuun vaikuttavat myös erilaiset sairaudet ja niistä johtuvat toimintakyvyn heikentymiset. Toimintakyky ei ole vakio vaan siinä saattaa esiintyä päivittäistä vaihtelua. (Kan & Pohjola 2013, 32.) Toimintakykyä voidaan kuvata myös yhdenlaiseksi tasapainotilaksi kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä potilaan omien tavoitteiden välillä. On hyvin yleistä, että toimintakyvystä aletaan puhua vasta sitten, kun se on jo heikentynyt. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen, 2015, 410.)

Nummijoen (2009, 91) mukaan toimintakyvyn eri osa-alueita voidaan arvioida erilaisin haastatteluin, havainnoiden tai eri arviointimittareita käyttäen. Koska toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä arkielämän toiminnoista elinympäristössään näitä päivittäistoimintoja voidaan arvioida seuraavien testien perusteella. Päivittäisiin eli

ADL (activities of daily living) -toimintoihin ja välineellisiin toimintoihin eli IADL(instrumental activities of daily living)-toimintoihin. ADL-toimintoihin liittyvät peseytyminen, pukeutuminen, sisätiloissa liikkuminen, tuolilta ja sängyltä ylösnouseminen, wc:ssä käynti ja syöminen. IADL-toimintoihin liittyvät kodinhoidolliset toimet, laitteiden käyttö sekä kodin ulkopuolinen asiointi. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015, 977.) Rappeuttavien pitkäaikaissairauksien ja vanhenemiseen saattaa liittyä toimintakyvyn asteittaista heikentymistä, joka ilmenee ensin päivittäistoimintojen (ADL) heikentymisenä ja seuraavaksi ilmenee ongelmia välinetoiminnoissa (IADL) esimerkiksi asioiden hoidossa tai autolla ajossa. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016,448.)

Ikääntyneen fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan elimistön toiminnallista kykyä selviytyä fyysisistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi on tärkeää säännöllinen liikunta ja terveellinen ravinto. Liikunnan vähyys jäykistää raajoja ja johtaa hiljalleen liikuntakyvyttömyyteen. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 28.) Toiminnan vajaus voi syntyä hitaasti tai äkillisen akuutin tapaturman seurauksena. Hitaasti etenevä toiminnan vajaus kasvaa ikääntymisen myötä nopeammin kuin äkillisesti alkanut toiminnan vajaus, joka saattaa aiheitua esimerkiksi lonkkamurtuman seurauksena. (Pitkälä ym. 2016,450.) Pajulammen (2017, 11) väitöskirja tutkimuksen mukaan 25 prosenttia lonkkamurtuman saaneita menehtyy ja eloonjääneilläkin on huomattavaa pitkäaikaista elämänlaadun heikkenemistä muun muassa kävelyssä, pukeutumisessa sekä ulkopuolisessa asioiden hoidossa.

Ikääntyneen psyykinen toimintakyky

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua erilaista älyllisistä sekä henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Siihen liittyy myös tiedon vastaanottaminen ja kyky käsitellä tietoa muodostaen niistä käsityksiä ympäröivästä maailmasta kokien ja tuntien. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät toiminnan tavoitteet, tarpeet, asenteet, arvostukset, odotukset ja normit. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen

on kykenevä laatimaan elämälleen suunnitelmia, tekemään päätöksiä sekä vastuullisia valintoja ja ratkaisuja elämässään. (Kelo ym. 2015, 28-29.) Psyykkistä toimintakykyä selvitetään ikääntyvän minäkäsityksen, itsearvostuksen, persoonallisuuden sekä mielialan kartoittamisella. Arvioimalla psyykkistä toimintakykyä saadaan tietoa kognitiivista toiminnoista, kuten havainnoimisesta, oppimisesta tai muistamisesta, kielellisistä toiminnoista, päätöksenteko- ja ongelmanratkaisukyvyistä. (Nummijoki, 2009, 90.) Iäkkäiden masennuksen toteamiseksi on kehitetty oma mittari, Geriatri- nen masennusasteikko GDS (geriatric depression scale), joka koostuu 30:stä kysymyksestä, joihin vastataan joko myöntävästi tai kieltävästi. Masennukseen liittyvät vastaukset korostuvat tummennetulla tekstillä ja lopputulos saadaan laskettua ne yhteen. (Kan & Pohjola 2013, 234.) Masennusasteikosta on käytössä myös lyhyempikin versio GDS-15, jota käytetään geriatrian poliklinikan yksikössä.

Ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky

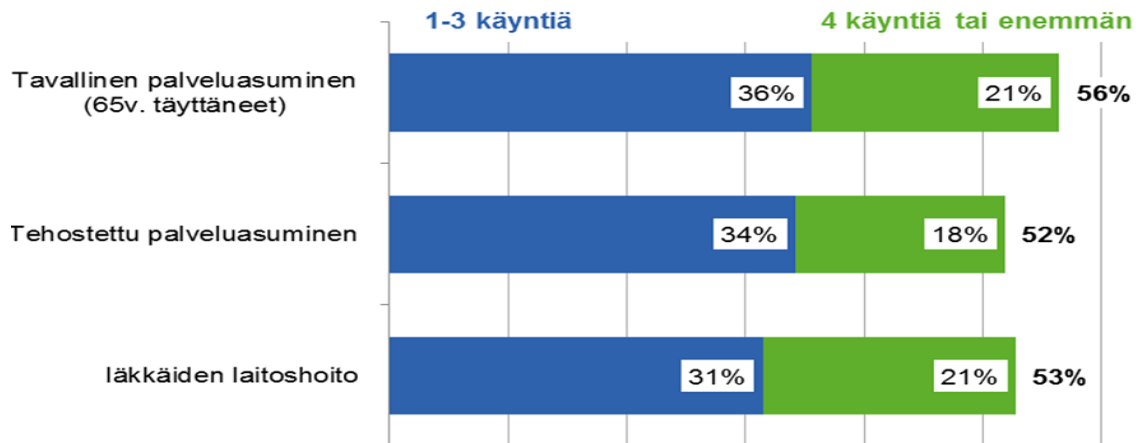
Sosiaalinen toimintakyky liittyy kykyyn toimia ja olla vuorovaikutussuhteessa muiden ihmisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä määrittävät suhteet omaisiin tai ystäviin sekä niiden sujuvuus ja osallistuminen käsittäen myös vastuun läheisistä ja käsityksen elämän mielekkyydestä. (Voutilainen 2008, 126.) Sosiaalinen toimintakyky liittyy sosiaalisiin toimintoihin ja taitoihin. Arvioimalla sosiaalista toimintakykyä saadaan tietoa vuorovaikutus- ja sosiaalisista taidoista, ihmissuhteista ja niihin kuuluvista roolien selviytymisestä yhteisössä tai yhteiskunnassa toimiessa. (Nummijoki, 2009, 90.) Riittävällä sosiaalisella toimintakyvyllä pystyy toimimaan yhteiskunnassa valitsevien arvojen ja normien mukaisesti, mutta toisaalta selviytymään arkipäivätoiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä oman toimintaympäristön rooleissa. Sosiaalista toimintakykyä pitävät yllä yksinäisyyden ehkäisy, parisuhde, harrastukset, sosiaaliset suhteet ja voimaantuminen. (Kelo ym. 2015, 30.)

Toimintakyvyn heikkeneminen sairaalahoidossa

Sairaalahoitoon liittyy toimintakyvyn lasku, joka koskettaa noin joka kolmatta 70-vuotta täyttäneitä sairaalaan joutunutta ikääntyneitä. Kokonaistilanteen arviointi ja

kuntouttavan työtteen käyttö estää turhaa pitkäaikaishoitoa. (Etelä -Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015,16, [viitattu 15.9.2018]. Merkittävä riskitekijä ikääntyneen potilaan ennusteeseen on sairaalahoitoon joutuminen. Sairaalahoito on usein passiivivaa, koska liikuntaa voidaan joutua rajoittamaan ja ravitsemustila saattaa sairauden myötä heikentyä. Vaikka akuuttisairaus olisikin hoidettu, noin kolmanneksella ei toimintakyky palaa sairaalahoidon jälkeen samalle tasolle kuin ennen sairaalahoitoon joutumista. On monia tekijöitä sairauden ja sairaalahoidon eri vaiheissa, jotka altistavat toimintakyvyn heikentymiselle. Sairalahoidossa lääkehoito saattaa osaltaan lamata potilaan toimintakykyä, mutta esimerkiksi muistisairauksissa erityisesti sekavuustila eli delirium voi pidentää sairaalahoidon kestoa ja lisätä komplikaatio-riskiä. Toimintakyvyn säilymisen ehkäisyn kannalta on oleellista välttää liikuntarajoitteiden minimoiminen, tarpeeton vuodelepo ja liika puolesta tekeminen, joko hoitohenkilökunnan tai läheisten toimesta. Tutkimuksin on osoitettu, että geriatrisesta laaja-alaisesta arvioinnista on hyötyä sairaalahoitoon liittyvän toimintakyvyn ehkäisyssä. Sairaalahoitoon liittyvän toimintakyvyn heikentyminen vaatii kaikilta ammattiryhmiltä uudenlaisen ajattelumallin oppimista ja erityisesti se edellyttää hoitajilta kannustavaa ja kuntouttavaa työtettä, että myös erilaisista potilaan rajoittamisista ja sitomiskäytännöistä voitaisiin luopua. (Pitkälä ym. 2006, 452 – 453.)

Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisun mukaan iäkkäiden laitospaikkajärjestelmän ja asumispalveluiden asiakkaista hieman yli puolella oli käyntejä erikoissairaanhoidossa vuonna 2017. Seuraavassa kuviossa näkyy vuoden 2017 erikoissairaanhoidon käynnit erilaisista ikääntyvien hoivapalveluista. Vertailtaessa käyntien määrää 1-3 käyntiä ja yli 4 käyntiä erikoissairaanhoidossa palveluasumisesta, tehostetussa palveluasumisesta ja laitoshoidosta. Kaikkiaan käyntejä oli yhteensä tavallisessa palveluasumis muodossa 56 prosentilla, tehostetussa palveluasumis muodossa 52 prosentilla ja laitoshoidossakin 53 prosentilla. (THL 14.12.2018).



Kuvio 1. Ikääntyneiden laitos- ja asumispalveluiden asiakkaiden käynnit erikoissairaanhoidossa vuonna 2017 (THL, 14.12.2018.)

Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi

Geriatrisella kokonaisvaltaisella arvioinnilla (geriatric assessment) tarkoitetaan laajempaa selvitystä potilaan voinnista ja tilanteesta. Arvioinnin tärkein kohde on ikäännytynyt, jolla on merkkejä toimintakyvyn heikentymisestä ja niihin liittyviä tunnusmerkkejä. Geriatrisen arvioinnin tavoite on löytää ongelmien aiheuttaja ja pyrkiä korjaamaan tilanne selvittämällä, miksi potilaan toimintakyky on heikentynyt. Siksi geriatrisen arvioinnin tulisi olla moniammatillista tiimityötä eri asiantuntijoiden kesken, että löydetään syy mistä toimintakyvyn heikentyminen johtuu. (Tilvis 2016, 80 - 81) Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi sisältää ikäänntyneen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä asuinympäristön selvitystä. Ongelmien tunnistaminen ja potilaan voimavarojen löytäminen ovat avainasemassa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelemisessa. Arviointia tekee koko geriatrinen tiimi ja apuvälineenä käytetään erilaisia ikäänntyville suunnattuja kansainvälisesti validoituja luotettavia mittareita. Kokonaisvaltaisessa geriatrisessa arvioinnissa on tärkeä kartoittaa ikäänntyneen omat tavoitteet ja toiveet sekä osana huomioida myös läheisten jaksaminen, kuormittuminen ja tarvittaessa ulkopuolisten apujen tarve. (Pitkälä ym. 2016, 453 – 455; Jämsen ym. 2015, 980.)

4 IKÄÄNTYVIEN YLEISIMMÄT SAIRAUDET

Seuraavassa luvussa tarkastelen ikääntyvien yleisimpiä geriatrisia oireyhtymiä sekä niiden tuomia erityispiirteitä ja haasteita, joita ikääntyvillä esiintyy erityisesti akuutissa tilanteessa sairaalahoitoon joutuessaan. Yleisemmiksi geriatrisiksi oireyhtymiksi luetaan muun muassa: aiemmat diagnosoimattomat sairaudet, muistisairaudet ja masennus, vajaaravitsemus, gerastenia eli hauraus -raihnausoireyhtymä (HRO), inkontinenssi ja kaatumiset. Akuutin sairauden yhteydessä noin 15-20 prosentilla ikääntyneistä kehittyy sekavuustila eli delirium. (Jämsen ym. 2015,979.) Edellä mainittujen lisäksi käsittelen myös ikääntyneiden monilääkityksen tuomia haasteita.

Muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, jossa on kyse aivojen hitaasta rappeutumisesta (atrofiasta), se heikentää muistia sekä muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista sekä toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavan muistin ja tiedonkäsittelyn vaikeaan heikentymiseen, josta on aiemmin käytetty termiä dementia. Yleisimmät muistisairaudet ovat: Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, otsa- ohimolohkorapeumat, Lewyn kappale- tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015,18 – 21; Kelo ym. 2015, 207.) Seuraavaksi kuvaan tiivistetysti yleisempiä eteneviä muistisairauksia.

Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus. Perimmäistä syytä ei tiedetä, mutta sairastuvuuden yleisyys kasvaa ikääntyessä. Alzheimerin tauti jaotellaan tyyppilliseen, epätyypilliseen ja sekatyypilliseen tautimuotoon. Tyyppillinen Alzheimerin tauti alkaa lähimuistihäiriöillä ja uuden oppimisen vaikeutena. Epätyypillisessä Alzheimerin taudissa ongelmat kohdistuvat hahmottamiseen, puheeseen sekä toiminnan ohjaukseen. Sekatyypillisessä sairaudessa oirekuvaan liittyy muu mukana

oleva rappeuttava aivo- tai aivoverenkiertosairus. Alzheimerin tauti etenee yleensä hitaasti ja tasaisesti, mutta suvantovaiheita tai eteneviä vaiheita voi ilmetä. Lääkehoito Alzheimerin tautiin on tehokas ja tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Hallikainen 2014, 264.) Räsänen (2018,85) täsmentää, että dementoivia sairauksia parantavaa lääkitystä ei tällä hetkellä ole saatavilla, mutta lääkehoidolla voidaan hidastaa sekä helpottaa sairauden aiheuttamia oireita. Öhman (2018, 45 – 46) kertoo, että yksi eniten tutkituista ei-farmakologisista lähestymistavoista muistisairauksista on liikunta. Liikunnan vaikutuksia aivojen ja verisuonten terveyteen on tutkittu ja siitä saatu hyviä tuloksia. Öhmanin (2018,13) väitöskirja tutkimuksen mukaan liikunnalla on positiivinen vaikutus muistisairaiden kognitioon eli tiedonkäsittelyyn. Tutkimuksen mukaan vuoden säännöllinen liikuntaharjoittelu kotona paransi Alzheimerin tautia sairastavan toiminnanohjausta. Myös lievää Alzheimerin tautia sairastavilla todettiin liikuntaintervention hidastavan fyysisen toimintakyvyn laskua ja edennyttä muistisairautta sairastuvilla liikunta vähensi kaatumisen riskiä. Liikuntaharjoittelulla ei huomattu vaikutuksia neuropsykiatriisiin oireisiin eikä se vähentänyt laitoshoidon joutumista.

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen on aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistin sekä tiedonkäsittelyn sairaus. Aivoverenkiertosairauksien keskeisiä alatyyppejä ovat pienten aivoverisuonten tauti, suurten aivoverisuonten tauti sekä kognitiivisella eli tiedonkäsittelyn alueella olevan infarkti. Toiminnalliset muutokset riippuvat vaurion laajuudesta ja sijainnista. Lähinnä muutokset näkyvät muistihäiriöinä, kävelyvaikeutena, jäykkyytenä tai halvausoireina. Käytöshäiriöinä ilmenee hidastumista, ahdistuneisuutta, sekavuustiloja, paranoidisuutta ja unihäiriöitä. Varsinaista lääkehoitoa tilaan ei ole, mutta asetyylisalisyylihappo lääkitys on hyvä aloittaa sekä aivoverenkiertohäiriöiden pahentavien sairauksien hyvä hoitotasapaino. (Kelo ym. 2015, 213.) Aivoverenkiertoasirautta pahentavia vaaratekijöitä ovat: korkea verenpaine, korkea kolesterolipitoisuus, diabetes, liikunnan vähäisyys, ylipaino tai tupakointi. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137 – 139.)

Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa- ja ohimolohkolla olevat muistisairaudet ovat ryhmä eteneviä rappeuttavia sairauksia. Otsalohko voi vaurioitua myös aivovamman, aivoverenvuodon tai kasvaimen takia. Otsa-ohimolohkorappeutumissa aivoatrofia painottuu juuri näille alueille, mutta sairauden alkuvaiheessa atrofia voi vielä puuttua, jolloin pään magneettikuva voi olla normaali. Otsa-ohimolohkorappeumaan liittyy kolme tyypillistä oirekuvaa: frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia, joilla tarkoitetaan eteneviä kielellisiä oireita ja puheen tuoton häiriöitä. (Kelo ym.2015, 216.) Toiminnallisina muutoksina ovat potilaan persoonallisuuden ja käytäytymisen muutokset, johon liittyy tahdittomuutta, estottomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä tai huolettomuutta. Toisaalta potilailla esiintyy myös aloitekyvyttömyyttä ja apaattisuutta. Lähimuistin heikentyminen ei ole kuitenkaan samalla tavalla korostunut kuin Alzheimerin taudissa. Kuitenkin iäkkäillä henkilöillä otsalohko- dementia voi olla myös muistipainotteista. (Remes & Rinne 2015, 172 – 174.) Otsa-ohimolohkon rappeumissa lääkehoito rajoittuu lähinnä käytösoireiden hoitamiseen. (Kelo ym.2015, 216).

Lewyn kappale- tauti

Eteneviin muistisairauksiin kuuluvassa Lewyn kappale- taudissa aivoihin muodostuu samanlaisia muutoksia kuin Parkinsonin taudissa. Näin ollen monilla esiintyy samankaltaisia oireita kuin parkinsonismissa eli kävelyvaikeuksia, hidastuutta sekä jäykkyyttä. Yleinen oire Lewyn kappale -taudissa ovat yksityiskohtaiset ja selväpiirteiset näköharhat, jotka ovat hyvin elävän tuntuista. Muina oireina ovat kaahtu, pyörtymiset tai tajuttomuuskohtaukset. Alkuvaiheessa ei muistin heikentymää välttämättä esiinny, mutta taudin edetessä muistikin vähitellen heikkenee. Käytösoireet ovat yleisiä ja lääkitystä on seurattava tarkasti, koska potilaat ovat herkkiä varsinkin psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksille. Lewyn kappale- tautia voidaan hoitaa samoilla lääkkeillä kuin Alzheimerin tautia. (Kan & Pohjola 2013, 198.)

Lewyn kappale- taudin oireisiin kuuluu kognitiivisten kykyjen vaihtelu ja heikkeneminen, jolla tarkoitetaan hahmottamisen, toiminnanohjauksen ja tarkkaavaisuuden ongelmia. Näihin liittyy voimakkaita vaihteluja sekä tarkkaavaisuuden ja vireystilan

muutokset, toistuvat yksityiskohtaiset näköharhat, vilkeunen (REM- unen) aikaisia käytöshäiriöitä ja ekstrapyramidaalioireita eli liikkeiden hitaus, jäykkyys, ja harvemmin lepopapina. Parkinsonin taudin muistisairauden oirekuva on voimakkaasti päällekkäinen Lewyn kappale-taudin kanssa. (Väyrynen, Kruger & Remes 2018, 1789 – 1795.) Parantavaa lääkehoitoa Lewyn kappale- tautiin ei ole, mutta käytösoireiden lieventämiseen on havaittu positiivinen vaikutus kolienergisistä lääkkeistä. (Rinne 2015,170).

Vajaaravitsemus

Ravitsemustilalla tarkoitetaan tilaa, jossa ihminen saa ravinnosta sopivan määrän energiaa ja ravintoaineita, jotka ovat hänen terveyden sekä hyvinvoinnin kannalta sopusoinnussa. Vajaaravitsemuksessa ihminen ei saa ravinnosta tarvitsemiaan ravintoaineita ja energiaa. Heikentyneestä ravitsemustilasta käytetään erilaisia nimityksiä, kuten vajaaravitsemus, aliravitsemus tai virheravitsemus. (Rautava- Nurmi ym. 2015, 245 – 246.) Ikääntyneiden ravitsemushäiriöiden yleisempiä syitä ovat sairaudet ja niiden hoito. Energiantarve kasvaa varsinkin akuuteissa sairauksissa ja leikkausten jälkeisissä tiloissa, kun energiantarvetta taas vähentävät vuodelepo ja liikkumattomuus. Ikääntyessä nälän ja janon tunne heikentyy, mikä osaltaan selittää alttiuden aliravitsemukselle ja nestetasapainohäiriöille. (Tilvis 2016, 52 – 53.)

Haju-, maku- ja näköaistimuutokset sekä purentavoiman heikentyminen saattavat heiketä, jonka seurauksena saattaa olla aliravitsemustila. Ruokahalu voi heiketä myös erilaisten sairauksien, lääkkeiden tai psykososiaalisten syiden takia. Ikääntyminen ei sinänsä heikennä ravinnon saantia, mutta sairastamisen aikana ravinnon saanti saattaa vähentyä, jolloin tapahtuu laihtumista ja menetetään ravintoainevarannoja, joita tarvitaan toipumisen varmistamiseksi. Runsasenerginen - ja proteiinipitoinen ravinto edistää toipumista. Myös liikuntaa lisäämällä energiankulutus kasvaa ja mahdollisuus proteiinien ja muiden ravintoaineiden riittävään saantiin varmistuu. Heikko ravitsemus ja proteiinien puute voi aiheuttaa myös lihaskatoa. (Kelo ym. 2015, 37 – 38.) Ikääntyneiden ravitsemustilaa voidaan arvioida painoindexillä, jossa paino suhteutetaan pituuteen (BMI) tai MNA (Mini Nutrition Assessments), joka on kehitetty yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. Testi tunnistaa nopeasti ja

yksinkertaisesti ne iäkkäät henkilöt, joilla on suurentunut riski virhe -tai aliravitsemukselle. (Räsänen 2018, 67.) Seinäjoen keskussairaalassa on käytössä NRS 2002- menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa.

Ravitsemus ja liikunta ovat keskeisinä tekijöinä kuntoutuksessa, hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Ravitsemuksen puutteellisuus on ikääntyneillä varsin yleistä ja noin 50 prosenttia akuutin syyn vuoksi sairaalaan joutuneista 70-vuotiaista ovat vajaaravituttuja. Ravitsemukselliset puutteet eivät ainoastaan johdu ikääntymisestä vaan siihen vaikuttavat myös sairaudet, vähäinen liikkuminen sekä heikentynyt ruokahalu. Vajaaravitsemuksen riski voidaan todeta yhtä lailla ylipainoisilla kuin heikoilla ja haurilla ikääntyneillä. Parantuneen ravitsemustilan tuloksena jaksaminen, toimintakyky, henkinen toiminta sekä elämänlaatu kohenevat, joka vaikuttaa masennuksen lievittymiseen. Näin ollen hoitajaksot lyhenevät ja rahaa säästyy. (Etelä -Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015,16, [viitattu 15.9.2018].) Eri sairauksien yhteydessä ja niihin liittyvissä ravitsemustilan häiriöissä on täydennysravintovalmisteiden käytöstä ja sen hyödyistä on laajasti tutkimusnäyttöä (Rautava- Nurmi ym. 2015, 256).

Virtsainkontinenssi

Virtsainkontinenssilla tarkoitetaan tahatonta virtsakarkailua, joka on todennettavissa objektiivisesti ja aiheuttaa psyykkisiä, sosiaalisia ja hygieniaan liittyviä ongelmia. Pidätyskyvyn toimintaan tarvitaan riittävä kognitio, nestetasapaino, liikkumiskyky ja rakon sekä sulkijalihasten toiminnan hallintaa. Ikääntyvien virtsankarkailuongelmat liittyvät usein heikentyneeseen ennusteeseen ja suureen hoidon määrän. Se liittyy toimintakyvyn huomattavaan heikentymiseen ja on usein syy pysyvään laitoshoittoon. Nuotio (2013, 11) muistuttaa, että tutkimusten mukaan on todettu virtsankarkailun lisäävän myös kaatumisen vaaraa. Lonkkamurtumapotilailla ei ole harvinaista, että tapaturma on sattunut yöllisellä wc-käynnillä. Ikääntyneet, joilla on normaali kognitio hyötyvät lantionpohjalihasten harjaannuttamisella ja vahvistamisella. Muistisairautta sairastavien ikääntyvien hoidossa on hyödyllistä tiedustella virtsaamistarpeesta, ohjata wc:n säännöllisiin väliajoin ja antaa positiivista palautetta. Pitkäaikainen katetrointi ei sovellu virtsankarkailun hoitoon, koska siinä on suuri infek-

tioriski ja sen mukana tuomat muut komplikaatiot. (Wuorela 2016, 392 – 394.) Pa-
julammen (2017, 20) väitöskirjan mukaan lonkkamurtumapotilailla on osoitettu li-
sääntynyt kuoleman riski, jos virtsakatetria ei poisteta kuukauden kuluessa lonkka-
murtumasta.

Gerastenia

Gerastenia eli haureusraihnausoireyhtymä (HRO) tarkoitetaan ikääntyneen hauras-
tumista ja vanhuudenheikkoutta, joka on geriatrinen oireyhtymä ja riskitila. Haureu-
teen liittyy lisääntynyt alttius terveyden heikentymiselle, toimintakyvyn vajeille, kaa-
tumisille, sairaala- ja pitkäaikaishoidolle sekä kuolemalle. Gerastenia johtuu ikään-
tyneen elimistön heikkenemisestä eri tasoilla muun muassa liikunnan vähentymi-
senä ja virheravitsemuksen seurauksena. Käytännössä tämä näkyy ruokahalun hei-
kentymisenä (anoreksia), lihasten surkastumisena (sarkopenia), osteoporoosina,
väsymisenä, kaatumistaipumuksena sekä yleisenä heikkona fyysisenä terveydenti-
lana. Tehokas ehkäisy ja hoito gerasteniassa on sen tunnistaminen ja varhain aloi-
tettu hoito. Keskeisimpiä hoitomuotoja ovat fyysisen aktiivisuuden ylläpito sekä riit-
tävä energian ja proteiinien saanti ruokavaliosta. Gerasteniaan ja lihasten surkastu-
miseen on kehitteillä lääkkeitä, mutta tällä hetkellä käytettävissä on D-vitamiini,
josta on hyötyä niin osteoporoosin ehkäisyssä kuin mahdollisesti lihasvoimien ja ke-
hohallinnan edistäjänä. (Strandberg 2016, 362 – 363; Lyyra & Tiikkainen 2008, 69.)

Kaatumiset

Ikääntymisen myötä ja aistitoimintojen heiketessä yleinen reaktioherkkyys hidastuu
ja mahdolliset toimintaa heikentävät sairaudet altistavat tapaturmille. Ikääntyneille
tapahtuu noin 350 000 kaatumista vuosittain ja tilastojen mukaan joka kolmas yli 65-
vuotias ja joka toinen yli 80-vuotias kaatuu vähintään kerran vuodessa. Ikääntyneillä
kaatuminen onkin tavallisin tapaturmaisen kuoleman syy. Yksittäiselläkin kaatumi-
sella voi olla huomattava vaikutus hyvinvointiin. Kaatumisen seurauksena syntyvä
kaatumisen pelko saattaa rajoittaa liikkumista ja aktiivisuutta, joka aiheuttaa ikään-
tyvälle pelon kehän, joka vaikuttaa niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseen

toimintakykyyn. Kaatumistapaturmien ehkäisy perustuu yksilölliseen kaatumisvaaran arviointiin ja sen perusteella tehtäviin toimiin kaatumisvaaraa lisäävien tekijöiden vaikutuksien vähentämiseksi tai poistamiseksi. (Kelo ym. 2015, 45 – 50.) Ikääntyvien kaatumisille altistavat heikentynyt lihasvoima ja tasapainonhallinnan menettäminen. Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyssä on tärkeä osata tunnistaa jo liikumiskyvyn heikkenemistä ennakoivat muutokset, joita ovat hidastuminen ja kävelyn epävarmuus. (Nummijoki 2009, 94.) Hyttinen (2008, 48) toteaa, että ikääntyneen kaatuminen on monen tekijän yhteisvaikutus, mutta kaatumiset ovat ehkäistävissä riittävällä unen määrällä, näkökyvystä huolehtimisella, hyvällä ravitsemustasolla ja sairauksien hoidolla. Suurin kirurginen sairausryhmä ovat ikääntyneiden lonkkamurtumat, jolla on vakavia yhteiskunnallisia merkityksiä, mutta myös inhimillisiä seurauksia. Vaikka tutkimusten mukaan kuolleisuus on viime vuosina lonkkamurtumissa vähentynyt, ovat hoitoajat edelleen pitkiä ja lähes neljäsosa ennen lonkkamurtumaa kotona asuneista potilaista joutuu pysyvään laitoshoitoon. (Nuotio, Virtanen, Luukkala & Jousmäki 2016, 5.)

Delirium eli sekavuustila

Delirium eli sekavuustila tarkoittaa äkillistä, elimellisten tekijöiden aiheuttamaa kokonaisvaltaista aivotoiminnan häiriötä. Se ilmenee tarkkaavaisuuden ja keskittymisen muutoksina sekä myös muiden kognitiivisten eli tiedonkäsittely toimintojen, ajattelun ja käyttäytymisen muutoksina. Keskeinen oire on heikentynyt suunnattu tarkkuus, jolloin on vaikea keskittyä ja seurata ohjeita. Deliriumiin liittyy usein myös erilaisia aisti- ja näköharhoja, motorisen toiminnan muutoksia, jotka näkyvät hidastumisena ja niin sanottuna omiin maailmoihin vajoamisena. Toisaalta potilas saattaa olla levoton ja agitoitunut, rauhaton. Deliriumpotilaiden uni-valverytmi voi olla häiriintynyt, jolloin he valvovat levottomina öisin ja ovat väsyneitä päivisin. Keskimäärin neljännes ikääntyvistä sairaalapotilaista sairastuu deliriumiin sairaalahoitajakson jossain vaiheessa. Muistipotilaat ovat aivojen välittäjäaineiden muutosten sekä tiedonkäsittelyn voimavarojen heikentymisen myötä erityisen alttiita deliriumille. Delirium epäilyn herätessä potilaalle tulisi tehdä deliriumin seulontatesti CAM (confusion assesment method) tai 4AT-testi, joka toimii seulontatyökaluna sekavuuden tai muistitoimintojen alkuarvioinnissa. Tiedonkäsittelyä voidaan arvioida myös MMSE

-testillä. Deliriumin ennaltaehkäisyssä ensisijaisen tärkeää on huolehtia asianmukaisesta nestehoidosta, kivun hoidosta, varhaisesta mobilisaatiosta, rauhallisesta unesta ja orientaation ylläpidosta. Yksinkertaisilla lääkkeettömillä deliriumin vaaratekijöihin keskittyvillä hoitotoimenpiteillä on saatu estettyä noin joka kolmas geriatri- nen delirium ja lonkkamurtuma yhteydessä perioperatiivinen delirium. (Laurila, Pitkälä, Erkinjuntti 2015, 218 – 224). Deliriumin on todettu pidentävän sairaalahoidon kestoja, heikentäen toimintakykyä ja altistaen komplikaatioille. Se lisää myös laitoshoidon joutumista sekä kuolleisuutta. (Jämsen ym. 2015, 980.) Laurila (2016, 389) korostaa, että deliriumpotilaan kokemus voi olla hyvin raskas potilaan lisäksi myös läheisille ja hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan on annettava läheisille rehellistä ja avointa informaatiota, koska läheiset eivät välttämättä tiedä tarpeeksi yllättävästä tilanteesta ja voivat epäillä jopa hoidon riittävyttä tai asianmukaisuutta.

Monilääkityksen ongelmat ikääntyneillä

Ikääntyneen elimistö reagoi herkemmin lääkkeiden vaikutuksille kuin nuorempien, koska kehon vesimäärä vähenee ja suhteellisen rasvan osuus kasvaa, joka vaikuttaa lääkeaineenvaihduntaan. Muutokset näkyvät muun muassa siinä, että lääkkeiden vaikutusaika pitenee, joka taas altistaa herkemmin suurille lääkeainepitoisuuksille ja lääkkeiden sivuvaikutuksille. Ikääntyessä elinten sekä elimistön säätelymekanismit muuttuvat ja aiheuttavat herkkyyttä lääkkeiden vaikutuksille ja lääkityksen aloittamisen perusteena pitäisi olla aina diagnoosi tai lääkkeen tarve. Iäkkään lääkitys pitäisi tarkistaa ja arvioida noin 1-2 kertaa vuodessa. Kun ikääntyneelle aloitetaan uusi lääke, on lääkkeen vaikutuksia seurattava ja sivuvaikutuksista raportoitava erityisellä tarkkuudella lääkärille. (Kan & Pohjola 2013, 192 – 194; Pitkälä, Strandberg, Tilvis, 366 – 367.)

WHO:n suosituksen mukaan ikääntyneellä potilaalle ei tulisi määrätä enempää kuin neljää erilaista lääkevalmistetta ja laitoshoidossa oleville potilaille vastaavana rajan on kahdeksan lääkettä. Monilääkitykseen liittyy ongelmia ja riskejä, koska samanaikaisten lääkkeiden käyttö voi aiheuttaa sivuvaikutuksia ja jos niitä ei tunneta, saataan niitä hoitaa uusilla lääkkeillä. (Pitkälä 2009, 15 – 159.)

Lääkehoito on vain osa ikääntyneen tarkoituksenmukaista hoitoa. Sen tarkoituksena on tukea ja edistää ikääntyneen hyvinvointia ja itsenäisyyttä. Ikääntyneen sairauksien lääkehoito on vain osa hoitoa ja sen teho tai tehottomuus ovat yhteydessä siihen, miten hoito on kokonaisuudessa järjestetty. (Pitkälä ym. 2016, 376.)

5 IKÄÄNTYVIEN HOITOTYÖ

Seuraavassa luvussa käsittelen ikääntyvien hoitotyön ammatillisen osaamiseen liittyvää erityisosaamista ja siihen liittyviä lakeja, suosituksia ja hyviä hoitokäytäntöjä. Tarkastelen sairaalahoitoon joutuvan ikääntyvän hoitotyötä ja sen haasteita.

5.1 Ikääntyvien hoitotyön ammatillinen osaaminen

Laatusuosituksen mukaan hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen kuntaliitto antaneet laatusuosituksen iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämiseen vuosina 2017-2019. Suosituksen tarkoituksena on tukea vanhustalouden toimeenpanoa sekä toimia iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tukena kuntien, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden ja maakuntien päättäjäille sekä johdolle. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata ikääntyville mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. (Ikäihmisten laatusuositus 2017-2019.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kaikilla tasoilla aina erikoissairaanhoidosta kotihoitoon on ikääntyneitä asiakkaita. Siksi on erityisen tärkeää huomioida, että ikääntyvien hoitoon liittyvää erityisosaamista, terveyden edistämistä ja kuntoutukseen liittyvää osaamista on kaikilla palvelujärjestelmien tasoilla. Ikääntyvien hoitotyön ammatillinen osaaminen koostuu neljästä osa-alueesta: substanssiosaaminen, työyhteisöosaaminen, kehittämisosaaminen ja kehittymisosaaminen. (Kelo ym. 2015, 279 – 280.)

Substanssiosaaminen on hoitotyön perusosaamista, joka vaaditaan ammatissa toimimiseen. Ikääntyneiden hoitotyössä vaaditaan vahvaa tieto- ja taitopohjaa, perustuen hoitotieteelliseen ja gerontologiseen tietoon sekä vanhenemisprosessien ymmärtämiseen. Osaamisessa keskeisintä on kohtaamis- ja vuorovaikutusosaaminen, ikääntyneen elämänhistorian arvostaminen ja kunnioittaminen sekä eettinen osaaminen. Tulevaisuuden haasteina ikääntyvien hoitotyössä nousevat aivoterveystieteen edistämiseen liittyvä osaaminen, geriatrinen lääkehoito ja diabeteshoidon osaaminen, ravitsemus, sekä mielenterveys – ja psykogeriatrinen osaaminen. Näiden

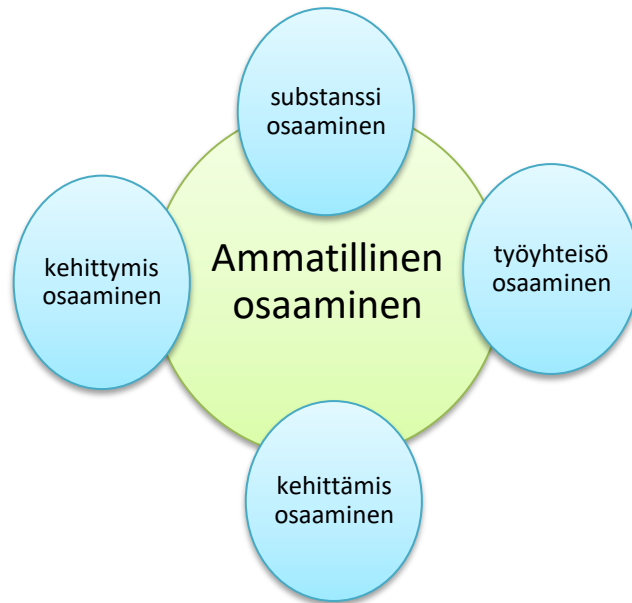
lisäksi tarvitaan tietoa ja taitoja edistää ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn omahoidon opetuksen ja ohjauksen osaamista. Ikääntyneiden hoidon suunnittelussa ja hoidon toteutuksessa on tärkeä kyky ottaa huomioon ikääntyneen läheiset ja toimia potilaan suostumuksella yhteistyössä heidän kanssaan. Ikääntyneiden hoitotyön tarpeen arviointi, suunnittelu ja toteutus perustuvat aina näyttöön perustuvaan toimintaan. Tulevaisuudessa on myös tarpeen osata arvioida terveysteknologian tuomia mahdollisuuksia toimintakyvyn tukena ja osata käyttää niitä yksilöllisesti potilaan hoidossa. (Kelo ym. 279 – 282.) Iäkkäiden palveluissa toimivan henkilökunnan ja johtajien tueksi haetaan näyttöön perustuvia toimintamalleja, geroteknologisia ja digitaalisia ratkaisuja sekä robotisaatiota. Nämä uudet keinot muuttavat perinteistä henkilöstön toimenkuvaa ja samalla luovat iäkkäille ihmisille enemmän mahdollisuuksia sekä itsenäiseen selviytymiseen omissa kodeissaan ja lähiympäristössään sekä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 29.)

Työyhteisöosaamista tarkastellaan sekä organisaation että sisäisinä yhteistyötaitoina huomioiden asiakas ja verkosto-osaaminen. Organisaation sisällä tämä tarkoittaa, että osaa toimia moniammatillisissa tiimeissä, toteuttaa kollegiaalista työskentelytapaa sekä tuoda esiin rakentavasti omaa asiantuntemusta työyhteisön käyttöön. Asiakasosaaminen sisältää asiakaspalvelutaitojen ja palvelualttiuden lisäksi tilanneherkkyyttä tunnistaa ikääntyneiden potilaiden odotuksia ja tarpeita. Työyhteisöosaamisessa on erittäin tärkeää tietää ja tunnistaa ikääntyvien potilaiden hoitamista koskevat säädökset, lait, määräykset, standardit sekä palveluprosessien hallinnan kokonaisuus. Kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi tarvitaan tulevaisuudessa verkosto-osaamisen taitoja. (Kelo ym. 2015, 281.) Erityiskoulutettujen hoitotyön ammattilaisten osaamista vahvistavat verkostoituminen alueellisesti ja paikallisesti. Siitä on erityinen apua jatkuvassa lisääntyvän tiedon päivittämisessä, joka taas parantaa hoitoketjujen toimivuutta. (Suhonen, Juva, Nikumaa, Erkinjuntti 2015, 537.)

Kehittämisenosaaminen kuuluu jokaiselle hoitotyöntekijälle. Kehittämisenosaaminen tarkoittaa kykyä tunnistaa kehittämiskohteita, taitoa käyttää hoitotyön suosituksia ja kykyä soveltaa käytäntöön monitieteellistä tietoa. Kehittämistyön lähtökohtana on

osata hyödyntää tiedon hakua myös kansainvälisesti. Tärkeintä kehittämisosaamisessa on aito kiinnostus ja kehittämishenkinen asenne, silloin löytää innovatiivisia ratkaisuja arjen hoitotyön toimintaan ja uusien asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen. (Kelo ym. 2015,281.) Terveydenhuollon täydennyskoulutusta ohjaavat seuraavat lait ja asetukset: terveydenhuollon ammattihenkilöstölaki (L 559/1994), työterveyshuoltolaki (1383/2001) sekä erikoissairaanhoidon laki (1062/1989). Terveydenhuoltoalan ammattihenkilön on lain mukaan eettinen velvollisuus käyttää koulutuksessa oppimiaan toimintatapoja ja hän on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. (Rautava- Nurmi ym. 2015, 466.)

Kehittymisosaamisella tarkoitetaan kiinnostusta ja motivaatioita kehittää omaa ammatillista osaamista ja jatkuvaa oppimista. Asiantuntijaksi kehittyminen vaatii kykyä seurata uusinta tietoa ikääntyvien hoitotyöstä ja oman eettisen arvopohjan pohdintaa. Asiantuntemusosaaminen liitetään osaksi ongelmanratkaisu –ja päätöksenteko osaamista ja nämä rakentuvat omien tietojen, taitojen ja kokemuksen pohjalta. Aktiivinen osallistuminen koulutuksiin auttaa tarkastelemaan omaa sekä työyhteisön toimintaa uudesta näkökulmasta. (Kelo ym. 2015, 282.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstön määrän ohella osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen sekä osaava lähijohtaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun ja myös vaikuttavuuteen. Henkilöstön ammattietiikka sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset arvot luovat perustan turvalliselle, laadukkaalle palvelulle. Koska ikääntyneet käyttävät monia eri sosiaali- ja terveystalouksia, on sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa turvattava riittävä geriatrinen ja gerontologinen osaaminen ja konsultaatiomahdollisuudet. Osaaminen ja sen oikea kohdentaminen sekä osaava lähijohtaminen varmistavat iäkkäille asiakkaille selvitettyjen tarpeiden mukaisen hoidon ja huolenpidon, jotka lisäävät asiakas- ja potilasturvallisuutta. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 19.)



Kuvio 2. Ammatillinen osaaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksen ohella on keskusteltu tietoon perustuvasta kehittämisestä. Näyttöön perustuvaa ajattelua käytetään muun muassa opetuksessa, tutkimuksessa, käytännössä sekä johtamisessa. Työelämässä tämä näkyy esimerkiksi Käypä-hoito suosituksin ja hyvillä käytännöillä. (Rissanen & Lamintakanen 2015, 34 – 35.) Käypä-hoito suositukset ovat kansallisia tutkimusnäyttöön perustuvia hoitosuosituksia. Ne ovat sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisten, että kansalaisten käytössä. Käypä hoito- suosituksissa käsitellään terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. (Käypä hoito, [viitattu 15.9.2018]). Iivonen (2008, 335) tarkentaa, että Käypä hoito -suositusten tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvia ja ajan tasaisia suomalaiseseen terveydenhuoltoon soveltuvia hoitosuosituksia. Suositusten avulla on tarkoitus parantaa hoidon laatua sekä vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua.

Hyvät käytännöt voivat olla erilaisia toimintatapoja, -malleja, interventioita tai työmenetelmiä ja ne tekevät työstä sujuvampaa, hyödyllisempää sekä mielekkäämpää. Sen ei tarvitse olla uusi tapa, vaan se voi olla jo vakiintunut ja toimivaksi koettu

käytäntö eivätkä ne ole irrallisia toimintaympäristöstään, vaan liittyvät toisiin käytäntöihin muodostaen käytäntöverkostoja, joissa käytännöt muokkaavat toisiaan. (Hyvät käytännöt, [viitattu 15.9.2018]).

Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden hoidossa sekä terveyden edistämässä, unohtamatta läheisten huomioimista. Näyttöön perustuvia suosituksia tarvitaan, koska potilaalla on oikeus hyvään ja vaikuttavaan hoitoon ja näin vältetään potilaalle hyödyttömien ja haitallisten menetelmien käyttöä. Jatkuvan uuden tutkimustiedon seuranta on ammattilaiselle entistä vaikeampaa ja suositukset kokoavat arvioidun tiedon helposti hyödynnettäviksi. Terveydenhuoltolaki velvoittaa, että terveydenhuoltoalalla kehitetään yhtenäisiä näyttöön perustuvia sekä turvallisia käytäntöjä. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 19, 23.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013. Samana vuonna päivitettiin myös laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Laissa sanotaan, että ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali -ja terveyspalveluista seuraavasti: *”kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen ja yritysten sekä ikääntyneitä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi.”* (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980).

5.2 Muistisairaahan huomioiminen hoitotyössä

Etelä-Pohjanmaalla on keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavien määrän ennustettu kasvavan vuoteen 2030 mennessä 75-vuotta täyttäneiden osalta yli 2100 henkilöä ja 85-vuotta täyttäneillä yli 800 henkilöä. Tämä on huomioitava suunniteltaessa ikääntyneiden muistisairaiden palveluita ja kuntoutusta suunniteltaessa. (Etelä -Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015,13, [viitattu 15.9.2018].)

Telaranta (2014,117,153) muistuttaa kuinka tärkeää on muistisairaahan kohtaamisessa avoimuuden lisäksi pysähtyä potilaan vierelle. Kuunnella hänen puhettaan, vaikka siinä ei tuntuisi olevankaan mitään loogista sanomaa, havainnoida kehon kieltä, jolloin pystytään tulkitsemaan viestit, joille muistisairas ei löydä sanoja. Käytösoireet, kuten levottomuus ja aggressiivisuus saattavatkin olla viestiä pelosta, ahdistuksesta, masennuksesta, sairaudesta tai kivusta, jota muistisairas ei vaan osaa pukea sanoiksi. Näin ollen vastuu viestien vastaanottamisesta jää hoitavalle osapuolelle. Monet hoitajat ovatkin kehittäneet herkkää taitoa ymmärtää ja tulkita muistisairaahan viestintää. Usein kuitenkin muistisairaahan käytösoireita lääkitään, sen sijaan, että selvitettäisiin niiden aiheuttajia ja hoidettaisiin niitä. Tästä aiheutuu turhaa liiallisten rauhoittavien lääkkeiden käyttöä ja niistä johtuvaa toimintakyvyn alentumista tai jopa romahtamista. Siksi sairaalahoitoon joutuvan muistisairaahan kohtaamisessa tulisi käyttää oivaltavaa kohtaamistapaa ja katsoa oireiden taakse. Hoidettavalla voi olla myös harhaluuloja -tai aistimuksia. Silloin olisi selvitettävä niiden alkuperä, taustat ja potilaalle koituvan ahdistuksen määrä ennen vahvojen psykiatrisien lääkkeiden aloittamista. Toisinaan harhaluulot voivatkin häiritä enemmän hoitajaa kuin potilasta ja silloin olisi keskusteltava siitä, miten ne kohdataan ja ymmärretään ettei vahvoja lääkityksiä tarvitsisi aloittaa.

Yleisin syy muistisairaahan osastojaksolle tulon on sekavuustila eli delirium. Myös lääkehoidon muutosten tekeminen voi edellyttää osastojaksoa. Vuodeosastojakso pyritään rajaamaan mahdollisimman lyhyeksi, kun muistisairaus on edennyt. Koska se saattaa lisätä kaatumisen tai vuoteesta putoamisen vaaraa, arkipäivän taidot saattavat heikentyä, levottomuus, ahdistuneisuus ja sekavuus voivat lisääntyä vieraassa ympäristössä. Hoitajakson aikana olisi suositeltavaa, että muistisairaalla olisi käytössä oma huone. Uusi ympäristö saattaa aiheuttaa levottomuutta ja kuljeskelutarve lisääntyy, joka liittyy usein ympäristön muuttumiseen ja vuorokausirytmien sekoittumiseen. Ensisijaisesti levottomuutta rauhoitetaan lääkkeettömin keinoin, kuten arvostavalla ja ystävällisellä kohtelulla sekä rauhallisella suhtautumisella. Henkilökuntaressurssien vähyyttä ei tule korvata lääkkeellisellä rauhoittamisella, mutta mikäli joudutaan turvautumaan lääkkeelliseen hoitoon, on varmistettava, että lääkkeen käyttö lopetetaan ennen kotiutusta. Akuutin tilanteen jälkeen on turvattava muistisairaahan potilaan kotiutuminen ja tiedonkulku. Osastolla on erittäin vaikea arvioida

jatkoselviytymistä omassa elinympäristössä, joten ennen kotiutusta on varmistettava uusien lääkemuu­to­sten toteutuminen, mahdollisten kotihoidon käyntien jatku­vuus ja riittävyys, omahoitajan voimavarat ja tuen tarve. Ensiarvoisen tärkeää on tiedottaa läheisille kotiutuksesta ja tiedonsiirron turvaamiseksi hoitopalaute on aina hyvä seurata muistisairasta kotiutuksen yhteydessä. (Hallikainen & Nukari 2017, 26 – 27.)

Muistisairaiden hoidon koulutus kuuluu kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon am­mattilaisten peruskoulutukseen. Hyvän, oikea-aikaisen, ennakoivan ja kuntouttavan hoidon toteutumiseksi tarvitaan asenteiden ja koulutuksen muutosta. Ammattitaidon kehittymistä tukevat erilaiset täydennyskoulutukset, kollegiaalinen konsultointi sekä työnohjaus. Kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluiden vanhustalveluiden työyhteisöissä on oltava riittävä muistisairauksien asiantuntemus, johon liittyvät myös am­matilliset vuorovaikutustaidot. Työyhteisössä tulee vastuullisesti puuttua lää­kityk­sen, hoivan ja hoidon puutteisiin. Hyvän hoidon ja osaamisen kehittämiseksi tulee olla valvontaa ja velvoitteita, jotka tukevat ammattitaitoa muistisairaiden hoidossa. (Hallikainen & Nukari 2017, 22.) Hoitamisen arvoja voidaan tarkastella asiakkaan ja potilaan ihmisarvoon liittyvinä arvoina. Näin ollen päätöksenteko pohjaa yksilön kun­nioittamiseen, itsemääräämisoikeuteen, oikeudenmukaisuuteen ja huolenpitoon. (Molander 2014, 281.)

6 MONIAMMATILLISUUS JA YHTEISTYÖ

Seuraavassa luvussa käsittelen moniammatillisuutta ja yhteistyötä, mutta myös siihen liittyviä haasteita. Geriatriksen hoitotyön kulmakiviä ovat moniammatillinen eri alojen välinen yhteistyö sekä keskinäinen dialogi potilaan parhaaksi.

6.1 Moniammatillisuus voimavarana

Moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattiryhmään kuuluvien asiantuntijoiden työskentelyä yhdessä, jolloin potilaaseen liittyvää tietoa, osaamista ja asiantuntijuutta jaetaan yhdessä potilaan parhaaksi. Moniammatillisuus voi olla myös ryhmän tai organisaation välistä toimintaa sekä vuorovaikutusta, jolla pyritään yhteiseen päämäärään ja tulokseen. Kokonaisuutena moniammatillisuus on enemmän kuin yhteistyön tekemistä, siinä huomioidaan eri verkostot ja ylitetään rajoja yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Keskeiseksi nousee, kuinka voidaan koota yhteen ja prosessoida eri ammattiryhmien osaaminen ja tieto, jotta saadaan mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys potilaan tilanteesta. Moniammatillista yhteistyötä tekeviltä edellytetään vastuunottoa, selkeää käsitystä omasta tehtävästä, toisten asiantuntijoiden kunnioittamista, kuuntelu- ja ilmaisutaitoja sekä kokonaisuuksien hahmottamista ja ymmärtämistä. Moniammatillisen yhteistyön saavuttamiseksi tarvitaan myös työyhteisön vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista ja pyrkimystä yhteen saattaa eri näkökulmat ja kyky organisoitua. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää yhteistä kieltä, käsitteitä, tavoitteita ja päämääriä ettei tyydytä vain tiedon vaihtamiseen erilaisilla tavoilla. Moniammatillisuus on yhdessä oppimista ja työn laatuun vaikuttaa työyhteisön ja organisaatorajojen yli ulottuvien erilaisten tiimien yhteistoiminnan sujuminen. (Kelo ym. 2015, 242 – 243.)

Moniammatillisuus koostuu eri alan ammattilaisten tiimistä potilaan hoidossa. Geriatristen moniammatillisten yksiköiden on voitu osoittaa vähentävän toistuvaa sairaalahoitotarvetta, pysyvää laitoshoidoa sekä myös kustannuksia ja näin lisäävän vanhuspotilaiden tyytyväisyyttä. Parhaita tuloksia on saatu, kun geriatriinen yksikkö sijaitsee akuutteisairaalan yhteydessä, jossa on hyvät konsultaatioyhteydet, selkeät hoitovastuut ja velvollisuus potilaan jatkoseurannasta. (Tilvis 2016, 65.)

6.2 Moniammatillisuuden haasteet

Isoherranen (2012, 22) määrittelee väitöstutkimuksessaan moniammatillisuuden sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla asiakas -tai potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilas kokonaisvaltaisesti huomioiden hänen hoito- ja hoi-vapolkunsa. Eri asiantuntijat kokoavat yhteen tiedot, taidot ja vuorovaikutuksessa rakennetaan yhdessä tavoite ja käsitys potilaan tilanteesta sekä tarvittavista ongel-mien ratkaisuksista ja toimenpiteistä. Tarvittaessa myös potilas tai hänen läheisensä ovat tiimissä mukana. Moniammatillisen yhteistyön kehittyminen edellyttää uuden-laista merkityksenantoa asiantuntijan roolille. Asiantuntijat eivät kuitenkaan aina ole suhtautuneet joustavasti vastuualueiden ylityksiin ja yhteenvetona rooleihin sekä vastuuseen liittyen nouseekin esiin kysymys, olisiko tarpeellista määrittää roolien, vastuun ja velvollisuuksien rajoja jopa lainsäädännöllisesti uudelleen?

Lampi ja Roos (2009, 219) pitävät moniammatillisuuden haasteena oman ammatil-lisen rajan ylittämistä sekä erityisosaamisen yksinoikeudesta luopumista. Tarvitaan jaettua asiantuntijuutta yhteisen tiedon ja taidon muodostamiseen, jolloin se saa-daan yhdistettyä uudeksi tiedoksi. Isoherranen (2012, 153) tuo esiin, että kun am-matillisia rajoja ylitetään, vastuukysymysten avoin käsittely olisi tärkeää. Yhteisvas-tuullisuutta kuvaavaa puhetta esiintyi erityisesti tiimeissä, joissa oli hyvä keskinäi-nen luottamus ja jotka toimivat hyvin sekä oman arvionsa että tutkijan arvion mu-kaan. Silloin tiimiä kuvattiin usein turvaverkkona, joka huomauttaa mahdollisista vir-heistä ja ottaa näin yhteisvastuuta toiminnasta. Tiedonvaihdon kehittäminen koe-taan tarpeelliseksi ja vaikka kehittämistyötä on tehty jo pitkään, tieto ei aina kuiten-kaan kulje oikein ja ristiriitoja sekä tietokatkoja syntyy edelleen. Kotikäyntejä ja ko-tiuttamista tekevä hoitohenkilöstö kokee olevansa kahden tiimin liitoskohdassa ja kollektiivisen ja hajautuneen tiedon välittäjinä näissä rajan ylityksissä. Sosiaali- ja terveysalan rakenteet ovat olleet pitkään hierarkkisia ja organisaatiolähtöisiä ja po-tilaslähtöisyys sekä tiedon siirto yli organisaatorajojen on ollut ja on edelleen vai-keaa.

Rautava- Nurmen (2015, 438) ja Kan & Pohjolan (2013, 309) mukaan sairaaloiden ja hoitolaitosten hoitoajat ovat lyhentyneet. Se on luonut terveyspalvelujärjestel-mään uusia haasteita sekä vaatimuksia jatkohoidon suunnittelun ja järjestämisen

kannalta. Kotiutumisen prosessin tavoitteena on, että se olisi hoitoketjujen saumatonta moniammatillista yhteistyötä. Kotiutumisen prosessin tavoite onkin, että se on sujuvaa, oikea-aikaista, saumatonta ja tiedonkulku on ajantasaista eri palveluketjujen välillä.

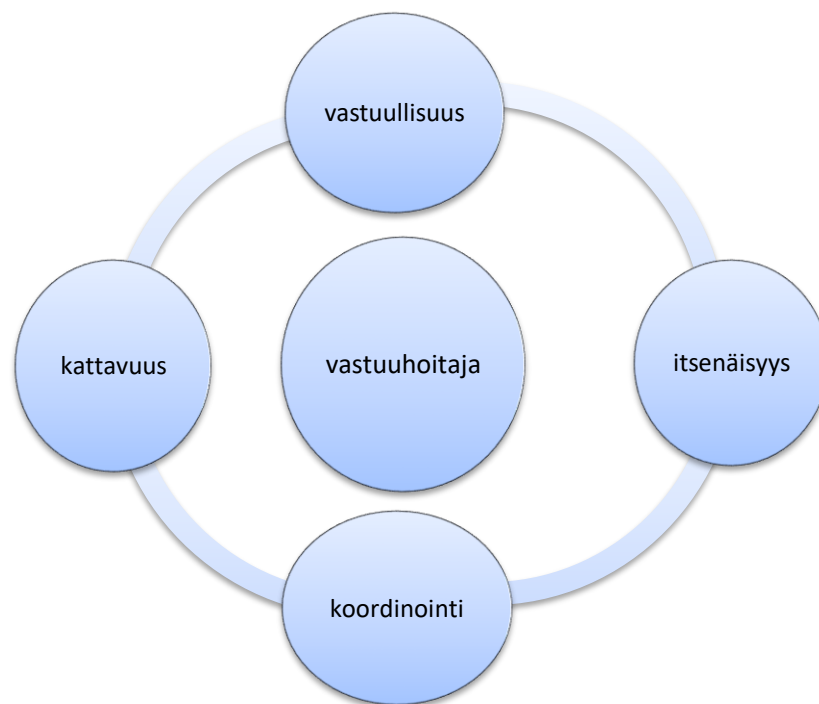
7 VASTUUHOITAJUUS

Tässä luvussa käsittelen vastuuhoidajuuden käsitettä. Arvioin kehittämistehtävän aineistonkeruumenetelmien tulosten pohjalta ehdotusta kehittää geriatrasta vastuuhoidajan toimintamalliehdotusta sairaalahoidon aikana.

Kanin ja Pohjolan (2013, 320 – 323) mukaan nykyään on yhä enemmän siirrytty yksilövastuiseen hoitotyöhön, joka perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen eli holistiseen näkemykseen. Hoitotyössä tämä tarkoittaa ihmisen kokonaisvaltaista huomioimista ja siinä korostuvat yksilöllisyyden huomiointi sekä hoidon jatkuvuus, jonka tarkoituksena on taata yksilöllinen ja laadukas hoito. Yksilövastuudessa hoitotyössä korostuu potilaan ja hoitajan vuorovaikutus ja yhteistyö. Ihminen on oman hoitonsa ja siihen liittyvän päätöksenteon aktiivinen toimija, mutta myös asiantuntija ja hoitajan tehtävänä on tukea häntä siinä. Yksilövastuudessa hoitotyössä Suomessa käytetään nimitystä vastuuhoidaja tai omahoidaja. Vastuuhoidaja nimitetään potilaalle hoidon ajaksi, joka vastaa potilaan hoidosta ja hoitaa hänen asioistaan. Ikääntyneille potilaille tämä tuo turvaa ja jatkuvuutta hoitosuhteeseen.

Vastuuhoidaja nimitys korostaa yksilövastuiseen hoitotyön vastuu käsitettä. Vastuuhoidajuuteen liittyy keskeisenä myös itsenäisyys, vastuullisuus, koordinointi ja kattavuus. **Itsenäisyys** näkyy hoitajan työssä kykyä tehdä päätöksiä. Päätöksenteossa otetaan huomioon potilas, jos hän kykenee ja hänen läheisensä. Vastuuhoidaja konsultoi tarvittaessa muuta henkilökuntaa potilaan asioissa. **Vastuullisuudella** tarkoitetaan, että hoitaja huolehtii kirjallisen hoitotyön suunnitelman ja raportoinnin avulla, että tiedot ovat ajan tasalla ja työyhteisö tietää sen sisällön. **Koordinointi** on tapa varmistaa, että potilas saa hänelle tarkoitettua hoitoa, riippumatta siitä on vastuuhoidaja paikalla tai ei. Hän vastaa potilaan hoitoon oleellisesti liittyvistä hoitotoimenpiteistä ja kirjaa sekä arvioi hoidon vaikuttavuutta. Vastuuhoidaja huolehtii yhteydenpidosta muuhun henkilökuntaa sekä läheisiin. (Kan & Pohjola, 2013, 320 – 323.) Koordinointi sisältää vastuun ikääntyneen potilaan kokonaishoidon koordinoinnista, moniammatillisesta tiimityöstä, hoidon suunnittelusta, arvioinnista ja seurannasta. Tällöin hoitaja seuraa toimintakyvyn muutoksia ja konsultoi niistä moniammatilliselle tiimille ja tarvittaessa edustaa tiimissä ikääntyvää potilasta. Kun hoitaja on lähellä ikääntyvää potilasta, hän pystyy luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen, jolloin

hän läsnäolollaan, keskustelemalla ja tiedon antamisella motivoi ikääntyvää potilasta sovituista hoidontavoitteista. (Vähäkangas 2008, 154.) **Kattavuus** kuuluu potilaan kokonaishoitoon. (Kan & Pohjola, 2013, 320 – 323.) Iivonen (2008, 340) korostaa, että kehittämistoiminnassa on kyse hoitotyöntekijöiden tiimityöstä, jossa toimitaan hyvässä yhteistyössä, toinen toistaan tukien ja osaamista jakaen. On ensiarvoisen tärkeää huomioida henkilökohtaisia mielenkiinnonkohteita ja osaamisalueita. Tarkoituksena ei ole, että kaikki olisivat asiantuntijoita kaikissa asioissa vaan osaamista ja vastuualueita tulee jakaa. Kehittämisessä yhteistä on se, että hoitohenkilökunta pitää omat tiedot ja taidot ajan tasalla omista vastuualueistaan ja jakavat tietoa tiimin muille hoitajille. Seuraavaan kuvioon (kuvio 3.) on koottu vastuuhoidajan keskeisimmät osaamisalueet.



Kuvio 3. Vastuuhoidajan osaamisalueet

8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Seuraavassa luvussa kuvaan miten kehittämistehtävä eteni prosessin eri vaiheissa. Esittelen kehittämistyön metodologiaa ja tutkimuksellista kehittämistoimintaa sekä aineistonkeruumenetelmiä, joita olen tässä kehittämistehtävässä käyttänyt.

8.1 Kehittämistyön metodologia

Tutkimusta aloittaessa pohditaan soveltuvaa tapaa tutkimusmenetelmiksi ja aineiston keräämiseksi. Vilkkä (2015, 63) esittää tutkimusmenetelmän valintaan liittyvän kysymyksen tiedonintressistä, millaista tietoa tällä tutkimuksella haetaan? Tämän kehittämistyön tiedonintressi on praktinen lähestymistapa, josta käytetään myös nimitystä vastavuoroinen lähestymistapa ja siinä korostuu toiminnan prosessiluonteisuus. Kohdeyhteisön jäsenet määrittävät yhdessä ongelmat sekä suunnittelevat toiminnan yhdessä ongelmien ratkaisemiseksi. Suunnitelmaa voidaan muokata ja korjata koko prosessin ajan. Ominaista yhteistoiminnalliselle prosessille on, että se on joustavaa ja avointa erilaisille tulkinnoille, johon kuuluu tasa-arvoinen keskustelu ja neuvottelu. Tavoitteena on, että osallistujat oppivat ymmärtämään toimintaansa uudella tavalla ja voisivat siten toimia itsenäisemmin ja olisivat tietoisia omasta toiminnastaan. (Toikko & Rantanen 2015, 46.)

Tämä kehittämistyö on tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa on toimintatutkimuksen piirteitä. Toimintatutkimuksen syklisyys ei täysin selkeästi tule näkyviin työssäni, koska aika kehittämistehtävän toteuttamiseen oli rajallinen, mutta kehämäisyys toiminnassa näkyy. Tässä kehittämistehtävässä olisi näkynyt täydellisen toimintatutkimuksen vaiheet vasta silloin, jos geriatrinen vastuuhoidtamalli olisi pilotoitu tai jalkautettu käytäntöön kehittämistyön aikana esimerkiksi yhdelle osastolle, jolloin olisi voinut kehittämistehtävän lopussa arvioida tulokset. Toimintatutkimukseen kuuluu syklinen eteneminen, johon kuuluvat sekä konstruoivat ja rekonstruoivat vaiheet. Konstruoivassa vaiheessa toiminta on tulevaisuuteen suuntaavaa, uutta ja rakentavaa kun rekonstruoivassa vaiheessa katsotaan taaksepäin ja arvioidaan sekä havainnoidaan jo toteutunutta toimintaa. Nämä vaiheet vuorottelevat kehämäisesti ja muodostavat syklin, joka etenee. Kokemusten pohjalta hiotaan uudelleen

toimintaa, joka muodostaa etenevän spiraalin. Toisaalta toimintatutkimuksen spiraalimaisuus ja jatkuvuus voi sisältyä yhteenkin sykliin. Tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidea, suunnittelu, toiminta ja arviointi kuin syklien määrä, koska jo siitä saattaa saada uutta merkittävää tietoa, joka kehittää käytäntöjä. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 78 – 82.) Toimintatutkimusta luonnehditaan prosessiksi, koska tutkimuksen etenemisen eri vaiheet eivät ole välttämättä etukäteen tiedossa vaan ne rakentuvat kehittämistehtävän edetessä. Aineistonkeruu menetelmien avulla kehitettävä ilmiö avautuu vähitellen ja myös menetelmälliset ratkaisut täsmentyvät työn edetessä.

Tutkimuksellisessa kehittämisessä käytännön ongelmat ja tutkimukselliset kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa ja ne nousevat käytännön rakenteista ja toiminnasta. Tutkimuksellisen kehittämisen tarkoituksena on saada aikaan konkreettinen muutos ja samalla tuottaa perusteltua tietoa. (Toikko & Rantanen 2009, 21 – 23.) On olennaista millaista tietoa ja tiedon tuotantotapaa haetaan. Tarkoitus on saada empiirisesti pätevää tietoa siitä, voidaanko jotain työmenetelmää pitää hyvänä. Kehittämistoiminnan tuottaman tieto on näyttöön perustuvaa tietoa, hiljaista tietoa ja uuden kehittämistiedon tuottamistapaa. (Toikko & Rantanen 2009, 39 – 41).

Toikon ja Rantasen (2009, 156 – 157) mukaan perinteisessä tutkimuksessa esitetään tutkimuskysymyksiä tutkimusmenetelmiä käyttäen ja pyritään saamaan niiden kautta vastauksia ja luotettavaa tietoa. Kehittämistoiminnassa taas kehitetään jotain konkreettista, kuten organisaatiota, palveluita tai tuotetta ja siinä tiedon käyttökelpoisuus on keskeistä. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta ei ole tiedeperusteista tutkimusta vaan kehittämistä, jossa hyödynnetään tutkimuksellista logiikkaa. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa muun muassa metodologiset kysymykset ja sitoumukset ohjaavat kehittämistä. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on uuden tiedontuotannon mukaista toimintaa ja syntyvät käytännön yhteyksistään. Uuden tiedon keskeisenä kriteerinä on käyttökelpoisuus. Kehittämisprosessi muodostuu perustelusta, organisoinnista, toteutuksesta, arvioinnista ja levittämisestä. Sitä voidaan kuvata erilaisten mallien avulla, kuten lineaarimalli, spiraalimalli, tasomalli tai spagettimainen prosessi, joka nousee edellä mainittujen mallien kritiikistä. (Toikko & Rantanen 2009, 54 – 69.)

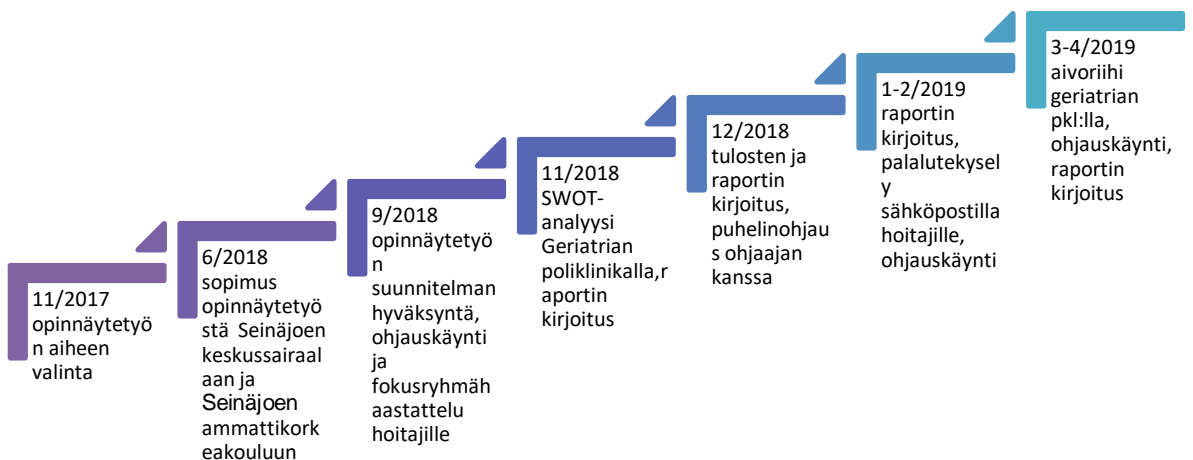
8.2 Kehittämistyön eteneminen

Opinnäytetyön aiheen valintaa aloin miettiä heti koulutuksen aloittaessani syksyllä 2017. Koska oma kiinnostuksen kohteeni on ikääntyvien hoitotyö ja se on sydäntäni lähellä oleva aihe, oli alusta asti selvää, että opinnäytetyö liittyy ikääntyviin. Keskusteltuani geriatrian poliklinikan toimintayksikön johtajan ja osastonhoitajan kanssa idea geriatrisesta vastuuhoidajamallin kehittämisestä lähti heidän ideastaan. Heillä tämä ajatus on ollut itämässä jo aiemmin, jonka tiimoilta myös ”Iäkkään potilaan hyvän hoidon käytännöt” - koulutusluentosarja oli sairaalassa pidetty vuosina 2013 -2014. Mielestäni aihe kuulosti mielenkiintoiselta ja omien havaintojeni ja työkokemukseni pohjalta koin aiheen tärkeäksi kehittää.

Kehittämistyöprosessin aluksi anoin tutkimusluvut Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä, jonka sain hyväksyttynä opetusylihoitajalta ja hallintoylihoitajalta kesäkuussa 2018 sekä Seinäjoen ammattikorkeakoululta. Elokuussa 2018 lähetin sähköpostitse kutsun ja saatekirjeen valituille fokusryhmän osallistujille ja heidän osastonhoitajilleen sekä osalle apulaisosastonhoitajista. Lähetin kopiot kutsuista esimiehille siksi, että he voisivat ottaa haastatteluajankohdan huomioon suunnitellessaan kutsutun hoitajan työvuoroja. Syyskuussa 2018 sain hyväksytyt opinnäytetyön suunnitelman ohjaajaltani ja aloitin toteuttamaan toiminnallisia menetelmiä ja aineiston keruuta.

Kehittämistehtävässä keräsin aineistoa fokusryhmähaastattelun, SWOT-analyysin, sähköpostikyselyn ja aivoriihimenetelmän avulla. Kehittämistehtävän aloitin fokusryhmähaastattelulla syyskuulla 2018. Fokusryhmähaastattelun jälkeen aloitin työstämään haastattelun vastauksia ja kokosin teemoitellut vastaukset SWOT-nelikenttäänalyysiin. Esittelin fokusryhmähaastattelun tuloksia ja SWOT-nelikenttäänalyysin marraskuussa 2018 geriatrian poliklinikan hoitohenkilökunnalle aamupalaverissa, jossa kokosimme lopullisen version SWOT-analyysin yhteistyössä nelikenttään. Näiden menetelmien jälkeen tammikuulla 2019 lähetin sähköpostikyselyn niille kahdeksalle hoitajalle, jotka oli valittu fokusryhmään. Sähköpostiin olin koonnut fokusryhmähaastattelusta ja SWOT-nelikenttäänalyysin tuloksista yhteenvedon, jota pyysin kommentoimaan. Helmikuulla 2019 pidin osastotunnin, jossa kokoontuimme geriatrian poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa ja toteutin aivoriihi menetelmän saatujen tulosten pohjalta.

Tavoitteena oli motivoida osallistujat osallistumaan toiminnallisiin menetelmiin sekä koota ryhmä pysymään tietyissä teemoissa koko toiminnan ajan. Kehittämistehtävän toiminnallisissa osuuksissa olin mukana haastattelun vetäjänä, kehittäjän roolissa. Toimintatutkimusta voidaan kohdentaa oman työn, yhteistoiminnallisen tai organisaatiotason kehittämiseen. Kehittäjä, osallistuu kehittämäänsä toimintaan ja tekee tarkoitukselliseen muutokseen kohdentuvan ns. intervention eli väliintulon. Näin kehittäjä on aktiivinen toimija, joka motivoi, valaa uskoa ihmisten omin kykyihin ja toimintaan eli voimaannutetaan ja osallistutetaan ihmisiä kehittämiseen. Kehittäjä luo rohkeutta käynnistää muutoksen ja kehittää asioita heidän kannaltaan paremmiksi. Toimintatutkimus toteutetaan yleensä rajallisen ajan puitteissa, jonka aikana suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja sekä tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Tavoitteena on saada käytännönläheistä ja käyttökelpoista hyötyä sekä tietoa. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 16 – 19.) Seuraavassa kuviossa (kuvio 3.) esittelen kehittämistyön etenemisprosessin.



Kuvio 4. Kehittämistyön prosessin eteneminen.

9 KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTOT

Seuraavassa luvussa kuvaan kehittämistehtävässä käyttämiä tutkimusmenetelmiä sekä kuvaan keräämiäni aineistoja ja niiden tuloksia. Aineistot keräsin fokusryhmähaastattelun, SWOT-nelikenttäanalyysin, sähköpostikyselyn ja aivoriihimenetelmän avulla. Aineistot analysoitiin teemoittelemalla mukailleen sisällönanalyysia.

9.1 Aineistojen analyysi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan menetelmää, jolla voidaan analysoida kirjoitettua tai suullista kommunikaatioita ja sen avulla tarkastellaan asioiden ja tapahtumisen merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysissa kerätty aineisto tiivistetään niin, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille lyhyesti ja yleisellä tasolla. Sisällönanalyysissä prosessi muodostuu eri vaiheista, kuten analyysi, aineistoon tutustuminen ja pelkistäminen, aineiston luokittelu, tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2003, 21 – 24.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoitus ensimmäisessä vaiheessa pelkistäminen, jolloin aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Toisessa vaiheessa on tarkoitus ryhmitellä aineisto eli etsitään pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat asiat yhdistetään samaan luokkaan ja annetaan niille sisältöä kuvaava nimi. Kolmannessa vaiheessa aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tehdään abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa yhdistetään samansisältöiset luokat, jolloin saadaan yläluokat. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2003, 26 – 29.) Aineiston käsitteellistämisessä eli abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation käyttämisestä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111).

Pohdin aineistojen analysointitapaa jo aineistoja kerätessä ja päädyin käyttämään teemoittelua, jossa oli piirteitä sisällön analyysistä. Hirsjärvi & Hurme (2009, 147 – 149) käyttävät nimitystä luokittelu, jossa aineisto päättelyn keinoin jaetaan eri luokkiin ja lähtökohtana on tutkimusongelma. Luokittelu ja aineiston koodaaminen ei ole lopullinen vaihe vaan välivaiheita analyysin rakentamisessa. Yhdistelyssä on tarkoitus löytää luokkien välille jotain samankaltaisuuksia ja säännönmukaisuuksia.

Fokusryhmän tulosten analysoinnissa käytin aineiston osittaista litterointia eli pelkistämistä, jossa nauhoitetut haastattelut jaettiin valikoiden teema-alueiden mukaisesti. Litterointi voidaan tehdä siis koko kerätystä aineistoista tai valikoida teema-alueiden mukaisesti. Analyysitavan valinnassa on syytä valita sellainen analyysitapa, joka tuo vastauksen tutkimustehtävään. Laadullisessa aineistossa on mahdollista käyttää erilaisia analyysimenetelmiä, kuten tyypittely, teemoittelu, sisällönerittely, diskurssianalyysi tai keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222 — 225.)

Aluksi kuuntelin fokusryhmästä nauhoitetun haastattelun useaan kertaan läpi ja tein muistiinpanoja sekä perehdyin kokonaisuuteen. Aineiston pelkistämistä ohjaavat kehittämistehtävän tutkimuskysymykset ja ryhmittelin aineiston teema-alueittain eri värisillä kynillä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelin ja nimesin samaa sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Sen jälkeen kokosin joka kysymykseen tulleet vastaukset. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelin ja nimesin samaa sisältöä kuvaavalla käsitteellä sekä etsin samankaltaisuuksia. Seuraavaksi määritin alakategoriat ja yläkategoriat. Koin, että tässä työssä alaluokista muodostui niin selkeästi yläluokat, että jätin yhden vaiheen tekemättä. Yläluokkia muodostui neljä, jotka olivat: moniammatillisuus, jatkohoitoon siirtymisen ongelmat, kokemukset koulutuksesta ja koulutustoiveet ja verkostoituminen. Lopuksi jatkoin yhdistelyä, joka johdettiin kehittämistehtävän kysymyksestä eli millainen toimintamalliehdotus sopisi geriatriselle vastuuhoidajalle. Seuraavassa esimerkkejä ala- yläluokkakategorioinnin muodostamisesta.

Ikääntyvien määrä kasvaa, mutta tähän samaan yhteyteen varmaan haluaisi sanoa, että monisairastavuus yhdistettynä ikään. (haastattelu)

Saatetaan tulla jonkin toisen vaivan takia, mutta sitten löydetäänkin myös muita vaivoja mitä sitten lähdetään hoitamaan, kyllä siinä moniammatillisuutta tarvitaan entistä enemmän. (haastattelu)

→ moniammatillisuus

Jatkohoidon onnistuminen on joskus haasteellista. Turha antaa ohjeita, jos niitä ei ymmärrä ja jos on rajalliset voimat itsellä niitä toteuttaa. (haastattelu)

Ei tunneta toistensa prosesseja, eri organisaatioiden välillä isot erot. (haastattelu)

→ jatkohoitoon siirtymisen ongelmat

Se ei anna, että me istutaan tuolla auditoriossa luennolla ja kuunnellaan, kun joku puhuu vaan meidän pitäisi työntekijöinä saada keskustella ja toteuttaa. (haastattelu)

Työntekijästä lähtevää koulutusinnostusta, jos jollain on intoa niin ruokittais sitä eikä mentäisi systeemi edellä. (haastattelu)

→ kokemukset koulutuksista ja koulutustoiveet

SWOT-nelikenttäanalyysin tulokset teemoittelin samalla tavalla kuin fokusryhmästä saadut tulokset. Alustavan ryhmittelyn jälkeen aineistosta etsitään teemoja, joiden ideana on etsiä tietyn teeman kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107). Poimin vastauksista ne, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja kokosin yhtenäiseksi muodostuneet teemat neljään kenttään (kuvio 9.) Sen jälkeen lähetin sähköpostilla kahdeksalle fokusryhmään valituille hoitajille SWOT-nelikenttäanalyysin kommentoitavaksi. Näitä vastauksia ei analysoitu tarkasti, koska aineisto oli niukka. Lopuksi kokoonnuimme geriatrian poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa, jossa toteutin aivoriihi menetelmän. Aivoriihessä ideoitiin fokusryhmähaastattelun ja SWOT-nelikenttäanalyysistä saatujen tulosten pohjalta toimintamalliehdotusta, josta muodostui geriatrisen vastuuhoitajamallin vuosikello.

9.2 Fokusryhmähaastattelu

Kehittämistehtävässä olen käyttänyt tutkimusmenetelmänä täsmäryhmähaastattelua, josta käytän opinnäytetyössäni nimitystä fokusryhmähaastattelu. Yleinen ja paljon käytetty haastattelumenetelmän muoto on täsmäryhmähaastattelu (focus group interview). Täsmäryhmähaastattelu muodostuu tiettyjen piirteiden muodoista, joita ovat pieni ryhmäkoko, joka koostuu n. 6-8 osallistujasta ja ryhmän vetäjästä. Jäsenet on valittu ja kutsuttu haastatteluun, ryhmällä on määritelty tavoite ja siinä voidaan käyttää apuna nauhoitus- tai videolaitteita ja kokoontuminen kestää n. 45-60 minuuttia. Täsmäryhmähaastattelua käytetään, kun tarkoituksena on kehittää uusia ideoita tai palveluita sekä myös kuluttajien tarpeiden tai asenteiden kartoituksessa.

(Hirsjärvi & Hurme 2009, 62.) Tutkija määrittelee keskustelunaiheet ja harkitsee aihealueen sopivuuden sekä kattavuuden, jotta saa vastauksen tutkimuskysymyksiinsä. (Eriksson & Kovalainen 2016, 185.)

Valitsin hoitajat fokusryhmähaastatteluun geriatrian poliklinikan järjestämän koulutuksen ”Iäkkään potilaan hyvän hoidon käytännöt- koulutusluentosarjaan osallistujista. Fokusryhmähaastatteluun kutsuttiin mukaan kahdeksan hoitajaa, jotka valittiin sen mukaan, jotka ovat osallistuneet mahdollisimman moneen edellä mainittuun luentosarjan koulutukseen. Osa hoitajista oli nimettyjä geriatrisia vastuuhoidajia yksikössään. Koulutukset toteutettiin noin vuoden aikana kerran kuukaudessa 1-2 tunnin luentoina ja aiheet olivat seuraavanlaiset:

- Johdatus koulutussarjaan ja iäkkään potilaan kohtaaminen: tiimityö, potilaslähtöisyys
- Muistisairaanpotilaan erityispiirteet
- Sekavuus, ennaltaehkäisy: mittari (CAM) tunnistaminen, ehkäisy
- Ravitsemus: mittari (MNA), lisäravinteet
- Sekavuus II hoito: mobilisointi, univalverytmi, ravitsemus, kohtaaminen, kivuttomuus, rajoittaminen: juridiikka
- Iäkkään potilaan sosiaaliset tukimuodot
- Toimintakyvyn ja liikuntakyvyn ylläpito akuuttihoiossa
- Iäkkään potilaan hyvät katetrintikäytännöt
- Iäkkään potilaan suuhygienia
- Iäkkään potilaan lääkehoidon arviointi
- Iäkkään potilaan kivunhoito: yliannostusmäärät
- Unettomuus
- Iäkkään potilaan läheisten huomioiminen: tiedonsaanti: juridiikka.

Haastatteluun valitut hoitajat olivat sairaalan eri yksiköissä töissä. Seuraavista yksiköistä oli kutsuttu mukaan yksi hoitaja haastatteluun: kuntoutusosasto, A22 ortopedian osasto, A42 neurologian osasto, A32 sydänosasto, A31 keuhko -ja infektio osasto, iho- ja allergia poliklinikalta, geropsykiatrian osasto sekä päivystysosasto.

Haastatteluun saapui neljä hoitajaa eri yksiköistä, kolme ei saapunut ja yksi hoitaja ilmoitti jo aiemmin sähköpostitse ettei työvuorojensa takia pääse tulemaan.

Toteutin fokusryhmähaastattelun keskussairaalan A21 kokoushuoneessa 25.9.2018. Ryhmähaastatteluun varattu kokoushuone oli rauhallinen tila, jossa pysyimme istumaan saman pöydän ympärillä, joka helpotti haastattelun nauhoitusta ja kaikkien ääni saatiin kuuluviin nauhalta. Ryhmähaastattelun nauhoituksesta kerrottiin saatekirjeessä, jossa oli kerrottu opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite, joka toimi kutsuna fokusryhmähaastatteluun. Lisäksi pyydettiin allekirjoittamaan erillinen kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta ennen nauhoituksen aloitusta.

Haastateltavien ikäjakauma oli 32- 60 vuotta. Hoitotyön työkokemusta heillä oli 10-20 vuoteen. Ryhmäkeskustelu toteutettiin erillisen ennalta suunnitellun haastattelulomakkeen mukaan, jossa toimin ryhmän vetäjänä. Haastattelulomakkeen kysymykset (LIITE 1.) kävimme geriatrian poliklinikan ylilääkärin ja osastonhoitajan kanssa yhdessä läpi ennen haastattelua. Kun aloitimme haastattelun jaoin kaikille osallistujille kysymyslomakkeen, johon sai myös kirjata mieleen tulevia asioita. Ryhmähaastattelussa kävimme kaikki kysymykset yksitellen läpi, johon jokainen osallistuja sai antaa vuorotellen oman vastauksen. Osittain se toimi hyvin, mutta joissakin kysymyksissä syntyi enemmän keskusteltua ja silloin moni muukin osallistui keskusteluun. Ryhmähaastattelu nauhoitettiin käsisanelimen avulla ja nauhoitettua haastattelua kertyi 45 minuuttia. Kaikki osallistujat palauttivat haastattelukysymyslomakkeet tilaisuuden loppuun. Lomakkeista kolmeen oli kirjoitettu samoja asioita, mitä keskustelussakin käytiin läpi ja yksi lomake oli muuten tyhjä, mutta ikä ja työkokemushoitajana oli merkitty. Fokusryhmähaastattelussa kartoitettiin:

- miten hoitajat ”lökkään potilaan hyvän hoidon käytännöt- koulutusluentosarjan kokivat?
- ovatko hoitajat käyttäneet tai tarvinneet opittuja tietoja ja taitoja ikääntyvien hoitotyössä?
- mitä toiveita on jatkossa lisäkoulutuksiin?
- mistä asioista olisi hoitotyössä hyötyä ikääntyvien hoitotyön laadun parantamiseksi ja vahvistamiseksi?

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineistonkoko ei säätele määrä vaan laatu. Tavoitteena on, että tutkimusaineisto on apuväline asian tai ilmiön ymmärtämisessä tai teoreettisen tulkinnan muodostamisessa. (Vilkka 2015, 150.) Koin, että vaikka haastateltavia oli puolet siitä määrästä mitä odotin, korvasi laatu määrän. Haastateltavat olivat aktiivisia ja kehittämismyönteisiä.

Valitsin menetelmäksi fokusryhmähaastattelun, koska koen sen avulla saavani käytännönläheistä tietoa ryhmäkeskustelun avulla. Myös aikataulullisesti sen käyttö tuntui järkevältä. Toteutin aineiston keruun teemahaastatteluna eli puolistrukturoituna lomakehaastatteluna, jossa apuna käytettiin lomaketta, jossa on valmiit kysymykset. Teemahaastattelussa edetään keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja kysymysten varassa. Siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun ja tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimustehtävän mukaisesti. Metodologisesti haastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja ja merkityksiä, joita he asioille antavat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.) Ryhmähaastattelun etuna on, että sillä saadaan nopeasti tietoa usealta vastaajalta samanaikaisesti, mutta haittana pidetään sitä, että kaikki haastatteluun kutsutut eivät tulekaan paikalle. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63.) Tiedonkeruumenetelmänä haastattelussa on etuja ja haittoja. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa ja suurin etu on joustavuus aineistoa kerätessä sekä haastatteluaiheiden järjestystä on mahdollista säädellä ja tulkita vastauksia enemmän kuin postikyselyillä. Haastattelu on aina ympäristö ja tilannesidonnaista, joten haittana voi olla, että haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin kuin jossain muussa tilanteessa ja tämä on hyvä ottaa huomioon tuloksia tulkitessa. (Hirsjärvi, ym. 2009, 204 – 205.)

9.3 Fokusryhmähaastattelun tulokset

Hoitajille suunnatussa fokusryhmähaastattelussa nousi esiin, että ikääntyneet ovat suuri ryhmä sairaalahoidossa ja potilaiden keski-ikä nousu. Enää ei ole harvinaisuus hoitaa satavuotiaita ikääntyneitä potilaita. Sairaalan vuodeosastojen paikkamäärät ovat viime vuosien remonttien yhteydessä vähentyneet ja toisaalta taas hoitajaksot lyhentyneet, mutta käyntimäärien koettiin nousseen. Hoitajat kokivat, että ikäänty-

vien hoitotyössä pitää ottaa paljon enemmän asioista huomioon verrattuna työikäisiin, muun muassa monet sairaudet, monilääkitykset, toimintakyky ja muistitoiminnot. Kaikki tämä vie enemmän aikaa ja resursseja.

Erilaisia ikääntyville suunnattuja mittareita käytettiin jonkin verran. Lähinnä käytettiin ravitsemustilan seurantaan MNA ja NRS 2002 sekä CAM-testiä, jolla seurataan deliriumin kehittymistä. Akuuttitilanteista erilaisten mittareiden käyttö koettiin hankaliksi. Silloin lähinnä kysytään lyhyitä orientaatioon liittyviä kysymyksiä, kuten esimerkiksi aikaa, paikkaa, vuotta tai presidentin nimiä. Näin pystytään saamaan kuvaa sen hetkisestä ajan- ja paikantajusta. Hoitajat kokivat, että erilaisia mittareita käytetään ja niistä tiedetään, mutta ajatus siitä, että mittareiden perään tehdään uusia mittareita niin johtaako niistä saatu tieto mihinkään potilaan hoidossa? Moniammatillisuus ja tiimityö nousivat iäkkäiden potilaiden kohdalla erittäin tärkeäksi, koska iäkkäät potilaat ovat usein monisairaita ja monilääkittyjä sekä toimintakyky on heikentynyt. Seuraavaksi olen koonnut esimerkkejä fokusryhmähaastattelun alkuperäisilmaisuuksista:

Vanhukset ovat kumminkin suuri ryhmä, jotka meillä käy ja siinä pitää ottaa huomioon niin monia asioita, ei se ole pelkästään se käynti vaan pitää miettiä hoitoja, lääkityksiä ym. ja sitä muistitoimintaa, että kuinka pystyy toteuttamaan ohjeistuksia kotona ja tarvitaanko siihen tukitoimia ja yhteistyötä kotisairaanhoidon tai muitten kanssa.

Paikkamäärät on vuosien saatossa vähentynyt koko ajan, mutta sitten tilastollisesti näyttää, että keski-ikä nousee ja sairaudet lisääntyvät.

Ikääntyvien määrä kasvaa, mutta tähän samaan yhteyteen varmaan haluaisin sanoa, että monisairastavuus yhdistettynä ikään.

Saatetaan tulla jonkin toisen vaivan takia, mutta sitten löydetäänkin myös muita vaivoja mitä sitten lähdetään hoitamaan, kyllä siinä moniammatillisuutta tarvitaan entistä enemmän.



Kuvio 5. Moniammatillisuuden kehittäminen fokusryhmähaastattelun perusteella

Jatkohoitoon siirryttäessä on otettava huomioon potilaan kyky toteuttaa jatkohoitoa kotona vai tarvitseeko siellä kotihoidon apuja ja pärjääkö yleensä kotona vai tarvitseeko ympärivuorokautista hoitoa, tukea ja ohjausta toteuttaa jatkohoitoa. Hoitajat kokivat erittäin työläänä jatkohoidon järjestämisen. Aika ja resurssit eivät riitä jatkohoidon järjestämiseen. Puhelinnumeroita on paljon ja aina ei tiedä mihin pitää soittaa ja ottaa yhteyttä. Isona ongelmana koettiin jatkohoidon pirstaleisuus eri yksiköissä ja jatkohoidon erilaisuus eri perusterveydenhuolloissa maakunnissa. **Jatkohoidon onnistuminen ja suunnittelu koettiin varsin haastavaksi.** Toiveena nousi enemmän verkostoitumista eri yhteistyökumppaneiden välille ja yhteisiä toimintatapoja. Moniammatillisuus ja tiimityö nousivat iäkkäiden potilaiden kohdalla erittäin tärkeäksi. Keskustelua herätti myös se, miten löytäisi nopeasti jatkohoito ohjeet ja miten turvata, että iäkkäät potilaat ne ymmärtävät. Tällä hetkellä ohjeita annetaan suullisesti ohjaten sekä kirjallisen ohjein, mutta jos muistitoiminnoissa on heikentymistä se tuottaa ongelmia ja jatkohoito ohjeistuksen ymmärtäminen voi jäädä heikoksi.

Vanhuspotilaat tarvitsevat paljon enemmän aikaa, että me saataisiin asiat kuntoon ja hoidettua ja ylipäättään selvitettyä asiat. Mitenkä pystytään vastaamaan siihen palvelun tarpeeseen?

Jatkohoidon onnistuminen on joskus haasteellista. Turha antaa ohjeita, jos niitä ei ymmärrä ja jos on rajalliset voimat itsellä niitä toteuttaa.

Ei riitä aikaa omassa työssä avata kaikkia hoi-lehtiä ja käydä niitä läpi, vaikka se olisikin potilaan parhaaksi.

Hoitosuunnitelma olisi tosi tärkeä ja se pidettäisiin ajan tasalla.

Ohjeita tulee valtava määrä, mitenkä niistä saadaan selkokieliä? Jos potilaspalautelomake on liian haastavaa täyttää ohjeiden mukaan niin miten he (ikäntyneet) voivat ymmärtää jatkohoito-ohjeita.

Jatkohoidon pirstaloituminen on tosi haasteellista, tietää mihinkä soite-taan ja koska, numeroita on valtava määrä ja se on hankalaa. Siihen tarvittaisiin oikeastaan omahoitaja, jatkohoidon järjestämiseen.

Lähtökohtaisesti tarvittaisiin muutoksia, että joku joka ymmärtää sen kaiken mitä pitää tehdä. Helppo sanoa, että selvitä ja katso, mutta jos ei tiedä mitä pitää tehdä, soitat kymmenen puhelua, että saat selville.



Kuvio 6. Jatkohoitoon siirtymisen ongelmat fokusryhmähaastattelun perusteella

Hoitajien mielestä ikääntyviin kohdistuneet arvot ja asenteet ovat viimeisen kymmenen vuoden aikana muuttuneet positiivisempaan suuntaan. Koettiin, että erilaiset koulutukset, hankkeet ja tieto on lisännyt tietämystä ikääntyvistä ja se näkyy ikääntyvien potilaiden hoidossa ja kohtaamisessa.

Ikääntyvien hoitoon liittyviin koulutuksiin hoitajat olivat suhteellisen tyytyväisiä. Vaikka viime vuosina ulkopuolisiin koulutuksiin on ollut vaikea päästä, on koulutus- tarjonta kuitenkin lisääntynyt uusilla menetelmillä. Videomeetingit muista sairaaloista ovat lisääntyneet ja ne koettiin hyväksi, koska silloin useampi hoitaja pääsi osallistumaan koulutukseen omassa yksikössä. Hoitajat toivoivat kuitenkin enemmän **räätälöityä omaan yksiköön sopivaa koulutusta ja oman osaamisen hyödyntämistä enemmän**. Koettiin, että omassa sairaalassa on paljon asiantuntijoita, joiden osaamista voitaisiin enemmän hyödyntää.

Sekavuusluento oli käytännönläheinen, sai työkaluja jokapäiväiseen työhön.

Videomeetingiin on saatu osallistua ja katsoa, mielenkiitaiset aiheet.

Voisi olla enemmän spesifimpää koulutusta.

Yleiskoulutuksia on riittävästi, mutta enemmän räätälöityä ja yksikkökohtaista.

Hyvät resurssit omassa talossa, voisi hyödyntää omaa osaamista enemmän.

Kokemukset koulutuksista ja koulutustoiveet			
enemmän oman sairaalan asiantuntijoiden luentoja	videomeeting koettiin hyvänä menetelmänä	lisäkoulutusta lääkeshoidosta, lääkkeettömästä hoidosta, kivun hoidosta, geropsykiatrista koulutusta	enemmän räätälöityjä yksikkökohtaisia koulutuksia

Kuvio 7. Fokusryhmähaastattelun perusteella esiin nousevat kokemukset koulutuksista ja koulutustoiveet

Hoitajat toivoivat enemmän **verkostoitumista ja yhteistyötä** oman talon sisällä eri yksiköiden välillä. Hoitajien mielestä yhteiset tapaamiset eri yksiköiden välillä toisivat yhteisiä toimintatapoja ja tietoa miten ”naapurissa” toimitaan eli hoitohenkilöstön yhteisiä palaverieita ja osaamisen hyödyntämistä. Mistä sitten haluttaisiin vielä lisää tietoa ikääntyvien hoitotyössä? Niitä aiheita ovat: lääkehoito, lääkkeetön hoito, geropsykiatria, kivunhoito ja erityisesti akuuttivaiheen kivun hoitoon toivottiin myös ensihoitoa mukaan, koska esimerkiksi ambulanssissa kivun hoidolla on kauaskantoiset seuraukset ikääntyvillä. Koulutusta toivottiin myös läheisten osuudesta ja mukaan ottamisesta hoitoon, koska sillä on suuri merkitys varsinkin muistipotilailla.

Tiedonkulku on tosi iso kehittämisen kohde, että saadaan se tieto kulkemaan eri organisaatioiden välillä.

Tiedonkulku sosiaali -ja terveydenhuollon puolella ja Efficajärjestelmä on moninaiset.

Lääkätiedot on valtava ongelma edelleen, vaikka ei uusi asia olekaan.

Ei tunneta toistensa prosesseja, me tehdään niin kuin alusta loppuun sitä samaa, mutta kaikki vaan kattoo sitä omaa tekstiään, pitäisi saada aukikirjoitettua laajemmalti koko palvelujärjestelmä vanhuspotilaiden osalta ainakin.

Verkostoituminen		
eri yksiköiden erilaiset toimintatavat ja erot	tiedonkulun ongelmat	enemmän yhteisiä palaverieita yksiköiden ja organisaatioiden välillä

Kuvio 8. Verkostoitumisen kehittäminen fokusryhmähaastattelun perusteella

Geriatrinen vastuuhoidajamalli nimenä kirvoitti keskustelun, onko vastuu sana liian negatiivinen ja vastuuttaako se liikaa, jolloin toimintamallia kartetaan? Hoitajien mielestä mitä useampi osaa, tietää ja taitaa ikääntyvien hoitotyöstä on vuorotyössä tärkeää. Hoitajat pitivät tärkeänä työntekijän omaa sisältäpäin lähtevää intoa ikääntyvien hoitotyöhön, joten sitä pitäisi vahvistaa ja antaa mahdollisuus kehittää. Päätin tässä kehittämistehtävässä käyttää nimitystä geriatrinen vastuuhoidaja. Jos toimintamallisuunnitelmaa lähdetään kehittämään antaisin valitulle hoitajille mahdollisuuden ideoida itse sopivalta tuntuvan nimikkeen ja huomioida mikä on organisaation eli Seinäjoen keskussairaalan linjaus nimikkeissä.

9.4 SWOT-analyysi geriatrisen vastuuhoidajamallin kehittämiseen

Humphrey Albertin kehittämä nelikenttämenetelmä eli SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) on yksinkertainen ja yleisesti käytetty analysointimenetelmä organisaation tai yksiköiden toiminnan, projektien tai hankkeiden suunnittelussa. Nelikenttäanalyysi selvittää S (vahvuudet), W (heikkoudet), O (mahdollisuudet) ja T (uhat). (Suomen riskienhallintayhdistys 16.10.2013 [viitattu 4.11.2018].)

SWOT-analyysiin kirjataan nelikentän sisään sisäiset vahvuudet ja sisäiset heikkoudet sekä ulkoiset mahdollisuudet ja uhat. Analyysin perusteella voidaan tehdä päätelmiä mitä vahvuuksia voidaan käyttää hyväksi, miten heikkoudet muutetaan vahvuuksiksi, miten tulevaisuuden mahdollisuuksia voidaan hyödyntää sekä miten uhat vältetään. Lopputuloksena saadaan käyttökelpoinen toimintasuunnitelma mitä asioille pitää muutostilanteessa tehdä. (Kan & Pohjola 2013, 311.) Asioiden ja teemojen kerääminen SWOT-analyysiin on subjektiivinen valinta ja kerätessä teemoja eri osa-alueisiin ne voivat olla samanaikaisesti sekä vahvuuksia että heikkouksia. (Vuorinen 2013, 89.)



Kuvio 9. SWOT-nelikenttäänalyysi

Toteutin SWOT-nelikenttäänalyysin Geriatrian poliklinikan henkilökunnalle 1.11.2018 osastotunnilla. SWOT-nelikenttäänalyysistä merkitsin tiedoksi ilmoitus- taululla olevaan lukujärjestykseen ja paikkana oli geriatrian poliklinikan taukokuone. Osallistujat olivat geriatrian poliklinikan hoitohenkilökuntaa ja paikalla oli yhteensä kuusi osallistujaa, toimin ryhmän vetäjänä. Olin koonnut alustavia teemoja, mitkä nousivat esiin fokusryhmähaastattelusta powerpoint- esitykseen ja esittelin ne ryhmälle. Sen jälkeen aloitimme keskustelun koko ryhmän voimin ja kokosimme SWOT-nelikenttäänalyysia osa-alueittain. Aiheet herättivät keskustelua ja välillä oli vaikea hahmottaa, kuuluko teema ainoastaan yhteen osa-alueeseen, koska moni aihe olisi sopinut useampaankin kenttään. Saimme koottua jokaiseen osa-alueeseen monta eri teemaa ja siitä seuraavaksi yhteenveto ja koonti.

Olin koonnut fokusryhmästä nousseita teemoja valmiiksi SWOT-nelikenttään. Teemoiksi olivat nousseet: tietämyksen ja osaamisen lisääntyminen, erilaisten mittareiden käyttö, yhteistyö eri yksiköiden kanssa on vähäistä, toimivatko valmiit toimintamallit käytännössä? räätälöidyt koulutukset yksiköihin, tietotekniset ja tiedonkulun ongelmat, jatkohoitoon siirtymisen pirstaleisuus ja jatkuvuuden turvaaminen ja eri organisaatioiden väliset erot jatkohoidossa.

Tämän jälkeen aloitimme keskustelun koko ryhmän voimin ja kokosimme SWOT-nelikenttäänalyysiin lisää osa-alueita. Tavoitteena oli hahmottaa miksi geriatrista hoitajaa tarvitaan ja mitä ovat mallin kehittämiseen tai kehittämättä jättämiseen liittyvät vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Aluksi tehtävä lähti hieman

hitaasti käyntiin, mutta aiheet herättivät keskustelua ja nopeasti alkoi kertyä uusia teemoja jokaiseen neljään kohtaan. Välillä oli vaikea hahmottaa, kuuluko teema ai-noastaan yhteen osa-alueeseen, koska moni aihe olisi sopinut useampaankin kent-tään.

9.5 SWOT-analyysin tulokset

Geriatrisen vastuuhoidtamallin kehittämisen **vahvuudet** -osiossa SWOT-analyysin tuloksissa tuli esille, että vahvuuksina hoitajat kokivat ikääntyvien hoitoon liittyvät koulutukset, joiden tarjontaan oltiin suhteellisen tyytyväisiä. Varsinkin videomeeting lisääntyminen sai kiitosta, koska niihin sai osallistua useampi hoitaja kerralla, joka taas koettiin hyvänä asiana siksi, että aiheesta voi keskustella ja kaikki tietävät mistä puhutaan. Hoitajat eivät kokeneet hyväksi sitä käytäntöä, jossa yksi käy koulutuk- sessa ja kertoo sen sisällöstä lyhyesti esimerkiksi osastotunnilla. Koettiin, että se ei vastaa samaa kokemusta kuin on itse ollut kuuntelemassa luentoa. Vahvuudeksi koettiin, että sairaalassa on oma geriatrinen yksikkö, jossa on asiantuntemusta ja tietoa sekä uusimpia ja ajankohtaisia tietoja ikääntyvien hoitotyöhön liittyen. Oli ko- kemus siitä, että alan asiantuntijoita olisi käytettävissä, jos yhteistyö lisääntyisi. Uu- sien asioiden jalkauttaminen ei suuressa sairaalassa ole aina välttämättä kovin helppoa, on paljon yksiköitä ja kaikissa omia toimintatapoja. Koettiin, että jalkautta- minen onnistuu, mutta se vie aikaa.

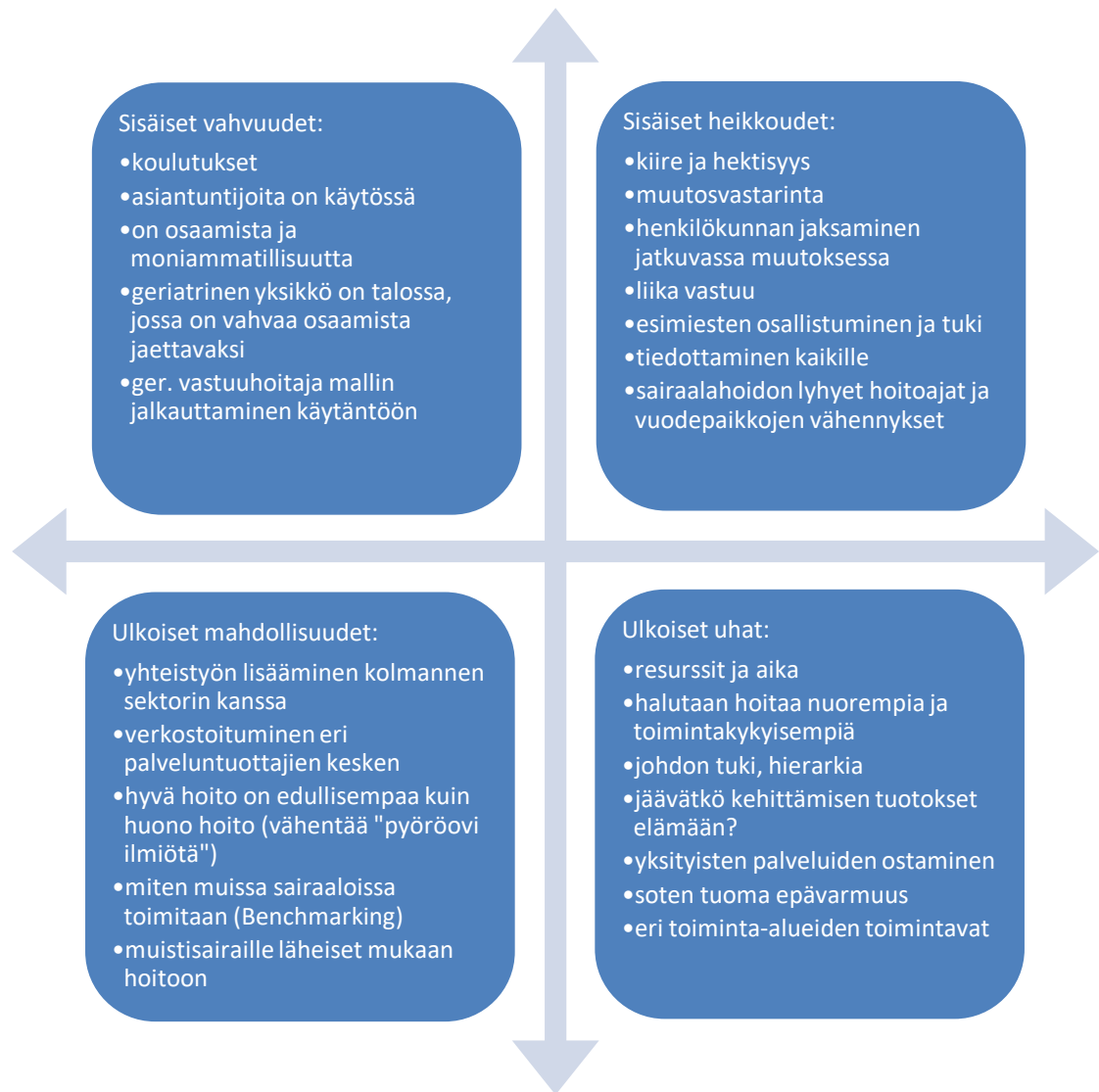
Geriatrisen vastuuhoidtamallin **heikkouksina** ja kehityksen esteinä koettiin hoito- henkilökunnan kiire ja työn hektisyys. Hoitohenkilökuntaan kohdistuu tällä hetkellä paljon muutoksia muun muassa remonteista johtuvia ja tietoteknisiä uudistuksia. Koettiin, että ne aiheuttavat väsymistä jatkuvaan muutokseen ja muutosvastarintaa uuden kehittämiseksi. Esimiesten osallistuminen ja tuki koettiin erittäin tärkeäksi uu- den muutoksen kohdalla. Sen puute aiheuttaa liikaa vastuuta ja sitä kautta se hei- kentää työssäjaksamista. Tiedottaminen on suuressa sairaalassa haasteellinen, niin että kaikille tieto olisi helposti saatavilla ja näkyvillä. Vuodeosastojen remonttien myötä ovat vuodepaikat vähentyneet ja sairaalajaksot lyhentyneet, silloin se lyhen-

tää myös hoitajan käyttämää aikaa potilaan kanssa. Voi olla entistä vaikeampi tutustua ikääntyneeseen potilaaseen niin että pystyy saada esimerkiksi muistitoiminoista jotain kuvaa ennen kuin siirto jatkohoitoon tai kotiin tulee.

Geriatrisen vastuuhoidajamallin **mahdollisuudet** tulevaisuudessa, jos kehittäminen toteutuu, voisi avata yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Mahdollisuus olisi verkostoituminen perusterveydenhuollon kanssa, jolloin yhteistyö olisi sujuvampaa ja päällekkäisyydet saataisiin karsittua pois. Potilaan palvelut tulisi kartoittaa tarpeen mukaan, jolloin vältettäisiin päällekkäisen työn tekemistä. Kun iäkkään potilaan asiat saadaan kerralla kuntoon, vältetään ns. ”pyöröovi ilmiötä”, missä potilas palaa aina takaisin päivystykseen ja sitä kautta osastolle, joka taas kuormittaa hoitohenkilöstön resursseja moneen kertaan. Mahdollisuus olisi lisätä yhteistyötä läheisten kanssa varsinkin muistisairaiden kohdalla enemmän. Toisaalta hoitajalta vie paljon aikaa soitella muistisairaana asioista läheiselle, kotihoitoon tai muuhun jatkohoitopaikkaan. Voisi kartoittaa esimerkiksi Benchmarking- menetelmällä, miten muualla päin Suomen sairaaloita toimitaan, onko jokin käytännöllinen systeemi, joka helpottaa hoitajien työtaakkaa ikääntyvien hoitotyössä.

Tulevaisuudessa nähtävät **uhat**, jos geriatrista vastuuhoidajamallia ei toteuteta käytännössä. Todettiin, että ikääntyvien joukko tulee kasvamaan, se näkyy sairaalassa entistä iäkkäämpinä ja monisairaina potilaina. Halutaanko hoitaa ikääntyneet hyvin ja oikea-aikaisesti sekä saadaanko siihen aikaa ja resursseja? Palveluita voidaan ostaa yksityisiltä, mutta se maksaa enemmän ja kuormittaa taloudellista puolta. Soten tuoma epävarmuus on hiertänyt jo vuosia ja jatkuu edelleen. Ei tiedetä, mitä muutoksia se tuo tulevaisuudessa. Sairaalan sisällä eri toimintayksiköissä on erilaisia toimintatapoja, niitä voi olla vaikea muuttaa yhtenäisiksi ja onko niiden yhtenäistäminen käytännössä edes mahdollista?

SWOT-nelikenttäanalyysi kokosi hienosti yhteen miksi kehittämistehtävän aiheen mukainen geriatrinen vastuuhoidajamalli olisi kehitettävä sairaalahoitoon. Varsinkin mahdollisuudet ja uhat nostivat esiin kehittämistarpeita. Seuraavaan kuvioon (kuvio 9.) olen koonnut lopullisen SWOT-nelikenttäanalyysin tulokset yhteen, johon on liitetty myös fokusryhmästä nousseita teemoja.



Kuvio 10. SWOT- nelikenttäänalyysin yhteenveto

9.6 Sähköpostikysely

Lähetin sähköpostikyselyn (LIITE 2.) niille kahdeksalle hoitajalle, jotka olivat valittu fokusryhmähaastatteluun eli myös niille hoitajille, jotka eivät osallistuneet haastatteluun. Sähköpostin liitteeksi olin koonnut fokusryhmähaastattelun ja SWOT-nelikenttäänalyysin tuloksista yhteenvedon eli edellä mainitut kuviot, joita pyysin kommentoimaan. Kysymyksinä sähköpostikyselyssä olivat:

- Puuttuuko mielestäsi kuviosta jotain oleellista?
- Haluaisitko lisätä kuvioon jotain?

- Haluatko muuten kommentoida tuloksia tai kuviota ?

Vastausaikaa oli yksi viikko. Vastauksia tuli määräaikaan mennessä neljältä hoitajalta. Vastauksissa kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että muutoksia tai lisättävää SWOT- nelikenttäanalyysiin ei ollut ja kaksi hoitajaa antoi lisäehdotuksia lisättäväksi.

Sisäisiin heikkouksissa oleva muutosvastarinta ei aina koettu yhtenäiseksi ongelmaksi vaan se koettiin joskus olevan vain yksittäisen yksilön mielipide ja vastustus muutokseen. **Sisäisissä heikkouksissa** olevaa kiirettä pohdittiin syvällisemmin, onko se kiirettä vai priorisointitaitojen puutetta? Niin ikään **sisäisissä heikkouksissa** oleva jatkuva muutos ja sen ymmärtäminen ja oppiminen koettiin hoitotyössä tarpeelliseksi, hyödylliseksi ja suorastaan elinehdoksi. **Ulkoisiin mahdollisuuksiin** haluttiin lisätä vielä yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon kanssa. **Ulkoisiin uhkiin** oli lisätty huoltosuhde, jota ei ollut tarkemmin avattu. Nämä useat kohdat voisivat sopia myös vahvuuksiin, joten en lisännyt näitä uusia kommentteja SWOT-nelikenttään.

9.7 Aivoriihi vuosikellon kehittämiseksi

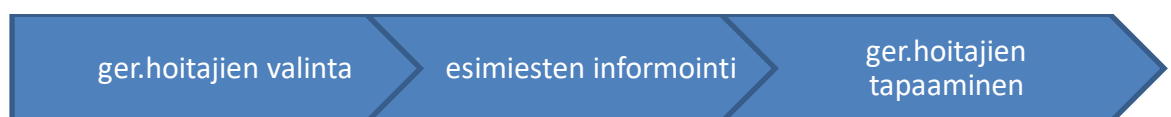
Aivoriihimenetelmä koostuu n. 5-12 henkilön ryhmästä ja sen vetäjästä. Osallistujille esitellään ideoinnin kohteena oleva aihe. Ryhmässä jokainen ideoi aihetta ja kertoo sen joko paperilapuilla tai suullisesti. Arviointivaiheessa on tarkoitus kannustaa vapaaseen ideointiin ja kannustaa ryhmässä ideoimaan aihetta. Kaikki ideat kirjataan ylös. Varsinaisen aivoriihen jälkeen tulee kritiikkivaihe. Kun ideoita on kerätty ja kootaan yhteen voivat osallistujat yhdessä tarkastella ja arvioida tuloksia. Arviointi voidaan tehdä myös äänestämällä parhaat ideat. Lopuksi valitaan parhaat ideat arvioinnin perusteella. (Innokylä 2019)

Aivoriihimenetelmä toteutettiin geriatrian poliklinikan osastotunnilla 12.3.2019. Kokoonnuimme geriatrian poliklinikan taukokuoneeseen. Ryhmään osallistui seitsemän osallistujaa, jotka olivat geriatrian poliklinikan sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Toi-

min ryhmän vetäjänä ja aloitin aivoriihimenetelmän lyhyellä kertauksella jo saaduista tuloksista fokusryhmässä ja SWOT-nelikenttäanalyysistä. Ryhmässä toteutettiin avointa keskustelua, jossa kaikki saivat sanoa ideoita, ehdotuksia ja mielipiteitä. Idea siitä, että aiempien tuotosten pohjalta haluttiin tehdä konkreettinen suunnitelma syntyi ja lähdettiin pohtimaan, miten geriatria vastuuhoidajamallia voitaisiin käytännössä toteuttaa. Päädyimme, että vuosikello olisi hyvä kuvaamaan miten vuoden aikana voisi geriatrisen vastuuhoidajamallin pilotoinnin käynnistää. Jaoimme vuosikellon neljään osaa, koska joka kuukausi toteutettava toiminta olisi käytännön ja resurssien kannalta ollut hankala toteuttaa. Käsittelimme saatuja ideoita kriittisesti jossa, seuraavissa kuvioissa teemat, jotka nousivat tärkeiksi. Aivoriihen lopuksi kokosin paperille yhteenvedon, josta muodostui lopullinen versio vuosikellosta (kuvio 14.)

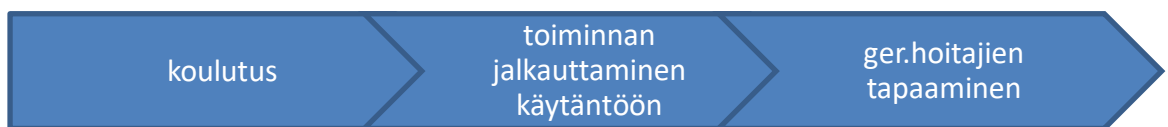
9.8 Aivoriihimenetelmän tulokset

Aloitimme aivoriihen vuosikellon ensimmäisestä kohdasta, joka oli jaettu tammi-, helmi- ja maaliskuulle. Aluksi ideoitiin, miten löydämme ikääntyvien hoitotyöstä kiinnostuneita ja innostuneita hoitajia? keskustelussa nousi esiin vapaaehtoisuus ja aito kiinnostus ikääntyviä kohtaan. Ehdotettiin Webropol- kyselyä sähköpostitse, johon vapaaehtoiset saisivat ilmoittautua. Sen perusteella valittaisiin yksiköiden geriatriset vastuuhoidajat. Tärkeäksi nousi esimiesten informointi ja tiedottaminen uudesta toiminnasta. Toteutus uuden mallin käyttöönotosta esiteltäisiin osastonhoitajien kokouksessa. Valittujen vastuuhoidajien jälkeen toteutettaisiin ensimmäinen yhteinen tapaaminen, jossa kerrotaan uuden mallin tarkoituksesta, tavoitteista ja toimintasuunnitelmasta sekä kartoitetaan hoitajien omia tarpeita tulevista koulutuksista, joka olisi osa täydennyskoulutus suunnitelmaa.



Kuvio 11. Aivoriihen tuloksia vuosikellon ensimmäiseen osioon.

Toisessa vaiheessa huhti-, touko ja kesäkuulle ehdotettiin ensimmäiset koulutukset ja toiminnan jalkauttaminen käytäntöön. Aiheeksi ehdotettiin ikääntyvien kohtaaminen, arvot ja asenteet. Toinen tapaaminen vastuuhoidajien kesken, jossa vaihdetaan tuntemuksia ja kuulumisia mitä uuden mallin käyttöönotto on nostanut esiin yksiköissä. Ideaksi nousi myös tarjota vertaistukea vastuuhoidajien kesken, koska uuden toimintamallin käyttöönotto saattaa aiheuttaa muutosvastarintaa. Säännölliset väliarviointit koettiin tärkeiksi.



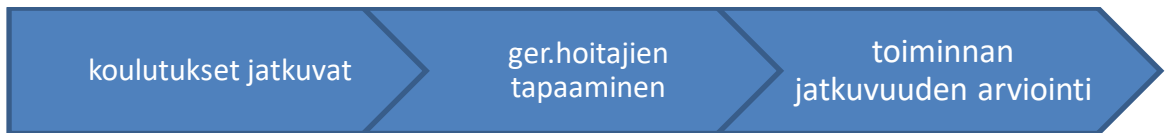
Kuvio 12. Aivoriihen tuloksia vuosikellon toisen osioon

Kolmannessa vaiheessa heinä-, elo- ja syyskuulla toiminnan jalkauttaminen käytäntöön jatkuu samoin koulutukset. Ideoina oli ottaa koulutuksiin eri luennoitsijoita talon sisältä. Ehdotuksena tuli esimerkiksi sosiaalityöntekijän, ravitsemustyöntekijän tai geropsykiatrian hoitoalan ammattilaisten luentoja. Kolmannessa tapaamisessa hoitajien kesken ehdotettiin väliarviointia ja koulutustoiveiden saamista yksikkökohtaisesti.



Kuvio 13. Aivoriihen tuloksia vuosikellon kolmanteen osioon

Neljännessä vaiheessa loka-, marras- ja joulukuulla koulutukset jatkuvat, geriatristen vastuuhoidajien tapaaminen, jossa arvioidaan vuoden aikana kehitettyä toimintaa, kartoitetaan jatkokehittämistarpeita ja arvioidaan toiminnan vaikuttavuutta ja jatkuvuutta. Selvitetään seuraavan vuoden koulutustarpeita hoitajien havainnointien perusteella.



Kuvio 14. Aivoriihen tuloksia vuosikellon neljänteen osioon.

Aivoriihen lopputuloksena kokosin ideoista ja ehdotuksista seuraavanlaisen vuosikellon, jonka mukaan geriatrisen vastuuhoidajamallin toiminta voitaisiin käytännössä toteuttaa. Toimintamalliehdotus voi toimia myös osana täydennyskoulutussuunnitelmaa. Seuraavassa kuviossa esittelen geriatrisen vastuuhoidaja toimintamalliehdotuksen, jonka mukaan toiminnan voi toteuttaa vuoden aikana.



Kuvio 15. Vuosikello geriatrisen vastuuhoidajan toimintamalliehdotuksesta

10 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastelen kehittämistyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopuksi pohdin johtopäätöksiä kehittämistehtävästä, mikä onnistui, mitä olisin tehnyt toisin ja mitä uusia ajatuksia tämä kehittämistehtävä on minussa herättänyt. Lopuksi suuntaan katseen tulevaisuuteen nostamalla esiin ajatuksia ja ideoita jatkokehittämishaasteista.

10.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tutkimuksen kriteereihin kuuluvat sisäinen johdonmukaisuus, joka näkyy tutkimusraportin argumentaatiossa, kuten millaisia lähteitä on käytetty ja tutkijan on tiedettävä mitä tekee. Toisena vaatimuksena on eettinen kestävyys, joka koskee tutkimuksen laatua. Tutkijan on huolehdittava, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma sopiva ja raportointi hyvin tehty. Hyvään tutkimukseen ohjaa eettinen sitoutuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 23 – 24.) Opetus -ja kulttuuriministeriön asiantuntijaelin tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on julkaissut tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeiset lähtökohdat ja näitä olen opinnäytetyötä tehdessäni noudattanut.

Tärkeimpiä laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luotettavuus. Lisäksi on tärkeää huomioida ettei tutkija tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa vaan tutkimus on parhaimmillaan hyödyntämässä heidän tietouttaan tutkittavasta asiasta. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2003, 39.) Hyvää tieteellistä käytäntöä voidaan loukata monin eri tavoin ja erityisesti tiedonhankintatavat voivat aiheuttaa eettisiä ongelmia. Lähtökohdana tutkimuksessa on ihmisarvon kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistuvat ihmiset saavat itse päättää haluavatko osallistua tutkimukseen ja tutkimukseen osallistuvilta henkilöitä pyydetään suostumus ja selvitetään

millaista tietoa saavat sekä millaisia riskejä osallistumiseen voi liittyä. Yleensä tutkimukseen osallistuvilta edellytetään suostumusta tutkimushankkeeseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Fokusryhmähaastatteluun osallistuville olin laatinut erillisen suostumuslomakkeen, jossa kerroin miten tietoja käytän ja kuinka ne hävitän. Jaoin ennen ryhmähaastattelua lomakkeet allekirjoitettavaksi. Suostumislomakkeessa kerrottiin henkilöllisyyden suojaaminen ja se, että tietoja käsittelee vain opinnäytetyön tekijä ja tiedot hävitetään tulosten saamisen jälkeen asianmukaisesti. Poistin haastattelun nauhurin nauhoilta, kun olin tulokset saanut talletettua opinnäytetyöhön.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa vaiheissa. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava totuudenmukaisesti ja selkeästi, kaikkia yksityiskohtia myöten. Keskeistä on laadullisen aineiston analyysissä luokittelujen tekeminen, jossa kerrotaan luokittelun syntyminen ja siihen johtavat perustelut. Tulosten tulkinta vaatii samaa tarkkuutta punnita vastauksia ja tarkastella niitä teoriaan perustuen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 232 – 233.)

Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto ei pelkästään riitä vaan se on oltava myös hyödyllistä. Validiteetillä eli pätevyydellä tarkoitetaan, että tutkimuksessa mitataan sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Sisäinen validiteetti liittyy käytettyjen käsitteiden ja valintojen johdonmukaisuuteen, kun taas ulkoinen validiteetti liittyy johtopäätösten sekä ulkoisten ilmiöiden suhteeseen. Reliabiliteetti eli luotettavuus liittyy tutkimusasetelmien ja mittareiden toimivuuteen. Keskeisenä on toistettavuus, jolloin toinen tutkija voi toistaa tutkimusasetelman ja saada samanlaisia tutkimustuloksia. Kehittäjien ja toimijoiden sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa aineistojen, metodin ja menetelmien sekä tulosten luotettavuuteen. Luotettavuuden kannalta kehittäjän on olennaista tietää, missä prosessin vaiheessa he eivät itse osallistu aktiivisesti kehittämiseen. Kehittämistoimintojen luotettavuutta heikentää myös sitoutumattomuus ja jos toimija ei osallistu kehittämisprosessin kaikkiin vaiheisiin. (Toikko & Rantanen 2009, 121 – 124.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää tutkijan tarkka raportointi tutkimuksen toteutumisesta koko prosessin ajalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Olen kuvannut avoimesti ja rehellisesti raportoinnissa eri vaiheita ja noudattanut kehittämistehtävässä huolellisuutta ja tarkkuuta parhaan kykyni mukaan.

Tiedonhaussa olen kehittämistyössä käyttänyt muun muassa seuraavia hakutietokantoja: SeAMK Finna, Plari, Nelli- portaali, Ebsco/Cinahl, Ebrary, Melinda. Hakua olen rajannut suomen- ja englanninkielisiin teoksiin. Materiaalia olen hakenut myös tieteellisestä -ja ammattikirjallisuudesta, erilaisista internet- julkaisuista sekä kotimaisista että kansainvälisistä ammattilehtien artikkeleista. Olen käyttänyt apuna kirjaston informaattikkoja etsiessä sopivia lähteitä. Koko kehittämistyön ajan perehdyin teoriaan, jossa yhdistyvät tutkittu tieto sekä ammatillinen kokemustieto ikääntyneiden potilaiden hoitotyössä. Lähdekirjallisuuden valinnassa olen pyrkinyt mahdollisimman uusiin teoksiin ja ajankohtaisiin tuoreisiin artikkeleihin. Olen rajannut lähdemateriaalin, että käytin pääasiassa alle 10 vuoden lähteitä. Olen viitannut lähdemerkinnöillä lainaamani tekstin ja opinnäytetyö on tarkistettu plagioinnin esto- ohjelma Urgundilla.

Näkökulma, joka kehittämistehtävästä jäi puuttumaan, oli potilaan ja hänen läheisensä osallisuus. Käytännön lupa asioiden vuoksi se ei ollut mitenkään mahdollista käytännössä toteuttaa. Koen, että työstä puuttuu varsin tärkeä näkökulma eli niiden keskipisteessä olevien mielipide, joita varten me hoitotyötä teemme.

Koska keskussairaalassa on paljon hoitohenkilökuntaa, piti tehdä valinta millä rajaa ja kohdistan tutkimukseen osallistujien määrän. Valitsin koulutussarjan osallistumisluelestosta niitä hoitajia, jotka olivat osallistuneet mahdollisimman moneen koulutussarjan luentoan ja osa oli jo nimetty geriatriseksi vastuuhoitajaksi. Tällä valinnalla hain niitä hoitajia, jotka ovat aidosti kiinnostuneita ikääntyvien hoitotyöstä ja haluavat kehittää osaamistaan ikääntyvien hoitotyöstä. Koin kuitenkin, että en onnistunut tässä valinnassa niin hyvin kuin olin toivonut, koska osallistujia oli vain puolet kutsuttujen määrästä. Pohdin, johtuisiko tämä ehkä siitä, että koulutussarjan toteutumisesta oli ehtinyt kulua jo noin neljä vuotta vai onko niin että ikääntyneisiin kohdistunut kehittämistehtävä ole tarpeeksi kiinnostava? toisaalta taas vaikuttaako jatkuva työelämässä kehittäminen ja muutos siihen, että ei jakseta kiinnostua kuin pakollisista muutoksista. Kaiken kaikkiaan aineistot jäivät pieniksi, enkä saanut niihin sitä volyyymiä mitä tavoittelin.

Kehittämistehtävässä haastavinta oli, että omassa työssäni minulla ei ole pysyvää yksikköä vaan työyksikköni voi vaihtua jopa päivittäin. Koska omaa kiinteää työyhteisöä ei ole, oli toiminnallisia menetelmiä mielestäni ongelmallinen käyttää. Koen

etten nyt saanut osallistettua ja motivoitua hoitohenkilöstöä toiminnallisiin menetelmiin tarpeeksi, koska paikalle haastatteluun saapui vain puolet kutsutuista hoitajista. Pohdinkin, olisinko saanut osallistettua hoitajia paremmin, jos olisin toteuttanut kehittämistyön yhteen yksikköön, jossa työskentelisin päivittäin tuttujen työkavereiden kanssa. Jatkossa jos teen kehittämistehtävää toimin mieluummin yhdessä yksikössä. Kehittämistehtävä työn ohessa on ollut antoisa, mutta raskas prosessi. Hektisen ja muuttuvan työni takia en ole pystynyt toteuttaa kaikkia toiminnallisia menetelmiä mitä olisin halunnut toteuttaa. Teoreettisen viitekehyksen lähteiden hakeminen ja kirjoittaminen on vienyt paljon aikaa muun elämän ohessa, mutta koen kuitenkin onnistuneeni kokoamaan opinnäytetyöstä kattavan kokonaisuuden.

10.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet

Kehittämistyön visiona on, että geriatrinen vastuuhoitaja on perehtynyt ikääntyneiden kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, terveyteen ja ennaltaehkäisyyn. Kuten hoitajien fokusryhmähaastattelun perusteella voidaan päätellä, tarvitaan ikääntyvien hoitotyöhön osaavaa hoitoalanammattilaista, joka kokoaa tiedot ja taidot kaikkien yksikön työntekijöiden saataville. On tärkeää osata tunnistaa erilaisia geriatrisia oireyhtymiä ja haasteita, joita voi esiintyä ikääntyneen sairaalahoidon aikana. Geriatrinen vastuuhoitaja olisi perehtynyt erilaisiin ikääntyville suunnattuihin mittareihin, hän tietää ja osaa tarvittaessa ohjata myös muita kollegoita erilaisten geriatristen mittareiden käytössä ja tulosten arvioinnissa sekä mahdollisten jatkotoimenpiteiden suunnittelussa. Geriatrinen vastuuhoitaja voisi tarvittaessa konsultoida geriatrian poliklinikan hoitohenkilökuntaa ikääntyneen ongelmista

Aineistojen tulosten mukaan suurimmaksi ongelmaksi muodostui jatkohoidon järjestäminen. Näkisin, että geriatrinen vastuuhoitaja koordinoisi tarvittaessa jatkohoitopaikkaa, kotihoitoa tai läheisiä, niistä potilaista, jotka ovat valmiita kotiutettavaksi keskussairaalaan ja heillä on erityisen valvonnan, ohjauksen tai tuen tarvetta johon tuen alentuneesta toimintakyvystä. Rautava-Nurmi (2015, 441 – 442) korostaa, että koska sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet ja potilaat kotiutuvat aiempaa huonompina, on tämän vuoksi merkittävää sekä potilaan että yhteiskunnan näkökulmasta, että kotiuttaminen ja jatkohoidon järjestäminen on riittävän ajoissa aloitettu

ja suunniteltu huolellisesti, että se onnistuu sujuvasti ja potilaan siirtyminen sujuu yhteistyössä turvallisesti kotiin tai jatkohoitopaikkaan.

Geriatrisen vastuuhoitajamallin kehittämisessä on tarkoituksena kartoittaa ja löytää ikääntyvien hoitotyöstä kiinnostuneet hoitajat ja kehittää heidän ammatillista osaamistaan muun muassa koulutuksin yhteistyössä geriatrisen moniammatillisen tiimin kanssa. Koulutuksia voidaan toteuttaa joko pienemmille ryhmille tai osastotunnein yksikkö kohtaisesti. Aineistojen tuloksissa tuli vahvasti esiin käytännön soveltaminen sopivaksi eri yksiköihin. Toimintamallin tavoitteina nähtiin moniammatillisuuden ja yhteistyön kehittäminen geriatrian poliklinikan kanssa, joka voitaisiin toteuttaa säännöllisin verkostotapaamisin, joilla luodaan yhtenäisyyttä ja matalan kynnyksen yhteydenottoa. Tapaamiset geriatristen vastuuhoitajien kesken luovat yhtenäisyyttä ja antavat kollegiaalista tukea uuden kehittämisessä. Tapaamisissa myös toimintamallin seuranta ja arviointia pystytään päivittämään ja tarvittaessa tehdä muutoksia. Toimintamallin juurruttamiseen tarvitaan yhteistyötä, sitoutumista, resursseja ja osaamisen kehittämistä.

Täysin uutta asiaa geriatrinen hoitajuus ei Seinäjoen keskussairaalassa ole. Geriatrian poliklinikan yhteistyö ortopedian toimintayksikön kanssa on ollut tiivistä ja sitä on kehitetty vuodesta 2007 lähtien. Tällöin aloitettiin yhteistyö geriatrian poliklinikan ja ortopedian osaston kanssa moniammatillista tiimityötä yli 65-vuotiaiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Osastolla A22 on toiminut moniammatillisessa tiimissä ortogeriatrinen sairaanhoitaja, joka on vastannut yli 65-vuotta täyttäneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta.

Hoitohenkilökunnan yhtenäiset käytännöt ja selkeät pelisäännöt helpottavat kiireisessä hoitotyössä. Hoitoketjujen selkeys ja yhtenäisyys tuo jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Näyttöön perustuva toiminta koostuu hyödyntämällä tutkimusnäyttöä ja sen avulla kehitetään mahdollisimman yhtenäisiä hoitokäytäntöjä niin alueellisesti kuin kansallisesti. On epäeettistä käyttää hoitomenetelmiä, jotka tiedetään olevan potilaalle hyödyttömiä tai toisaalta olla antamatta hoitoa, jonka merkityksestä ja vaikuttavuudesta on tietoa. (Holopainen ym. 2013, 33.)

Mielestäni kehittämiskysymykset, jotka ohjasivat opinnäytetyötä saivat vastukset aineistoista ja tarve kehittää geriatrista vastuuhoitajamallia sai vahvistusta. Geriatrista

osaamista vahvistetaan hoitohenkilökunnan yksikkökohtaisilla ja räätälöidyillä koulutuksilla omiin työyksiköihin ja näin vastataan ikääntyvien hoidon palvelun tarpeeseen. Ikääntyville suunnatuilla erilaisilla toimintakyvyn mittareilla pystymme yhteinäistää käytäntöjä ja seuraamaan vointia sekä hoidon tuloksia. Tuloksista nousee esille, että tarvitaan geriatrinen vastuuhoitaja, joka hallitsee ikääntyvien palveluketjut ja on verkostoitunut yhteistyökumppaneiden kanssa. Tässä yhteydessä on ensisijaisen tärkeää, että moniammatillinen tiimi toimii yhteistyössä eri alojen asiantuntijoiden kesken. Iivonen (2008, 339) toteaa, että hoitohenkilökunta, joka osallistuu kehittämistoimintaan on saatava tietoa oman toiminnan tuloksista ja vaikuttavuudesta, jolloin se jaksaa sitoutua kehittämiseen.

Näen, että tulevissa sukupolvissa ja sairaanhoidonopiskelijoissa on tulevaisuus kehittää laadukasta ikääntyvien hoitotyötä. On erityisen tärkeää, että jo hoitotyön opiskeluvaiheessa luodaan vahva pohja ikääntyvien hoitotyöhön ja sen tuomiin erityshaasteisiin. Tulevaisuudessa olisi syytä kiinnittää huomiota nostamaan ikääntyvien hoitotyön laatua, arvoja ja asenteita sekä geriatrasta osaamista. Opinnäytetyötä aloittaessani en tiennyt kuinka suuri kohu tammikuussa 2019 nousi, kun yksityisiä ikääntyvien useita hoitolaitoksia jopa suljettiin siellä esiintyvien suurien puuteiden takia. Tämä laajaksi noussut keskustelu ikääntyvien hoidosta osui juuri siihen mitä tässä työssä haluan tuoda esiin. Tarkoitus on saada mahdollisimman tukeva kivi-jalka ikääntyvien hoitotyöhön, joka nousee arvoista ja asenteista. On tärkeää keskustella avoimesti niin johtotehtävissä työskentelevien kuin hoitohenkilökunnan kesken ikääntyvien hoitotyön laadun parantamiseksi, mutta vielä tärkeämpää on muuttaa sanat teoiksi. Ikääntyvien hoitotyön kehittämisessä olisi aiheellista parantaa uralla etenemisen mahdollisuuksia sekä kehittää kannustavia palkitsemisjärjestelmiä, jolla nostetaan ikääntyvien hoitotyö sille tasolle mille se kuuluu. Iivonkin lähellä työskentelevä sitoutunut ja osaava hoitaja on ansainnut kiitoksen työstään. (Iivonen 2009, 343.)

Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 tavoitteena on muistiystävällinen Suomi. Osaavia hoitotyönammattilaisia tarvitaan edistämään aivoterveyttä, tunnistamaan muistisairauksia sekä niiden hoitoa ja kuntoutusta. Erityishuomiota on kiinnitettävä muistisairaana ihmisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kotona asumisen tukemiseen

sekä moniammatilliseen yhteistyöhön perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalipalveluissa. Hoitotyön ammattilaisten tiedot, taidot ja asenteet mahdollistavat eettisesti kestäväen toiminnan kaikessa hoidossa sekä palveluissa. Hyvän hoidon ja palveluiden laadun turvaamiseksi on ammattihenkilöiden koulutukseen panostettava ja huomioitava, että kuntoutuksen on sisällyttävä hoitotyöntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen sekä myös perehdytysohjelmiin. (STM 2012, [viitattu 8.2.2019]).

Kehittämistyötä tehdessäni ja tulokset saatuaani on tullut ajatuksia jatkokehittämissä. Tuloksista ilmeni jatkohoidon pirstaleisuus, siitä heräsi ajatus, että tulevaisuudessa olisi tarpeen kehittää enemmän yhteistyötä perusterveydenhuollon ja muiden palveluntuottajien kesken. Tällöin keskussairaalaan jatkohoitoon siirtyvien potilaiden hoidon jatkuvuus oli turvattu ja tiedot ajan tasalla, kun olisi molemmissa yksiköissä geriatriset hoitajat, jotka kommunikoisivat keskenään. Tiimityön kehittämistä pitäisi lisätä yksiköissä, jolloin saataisiin suurin osa mukaan koulutuksiin ja siten olisi helpompaa tehdä yhteistyötä, kun puhutaan samaa kieltä. Geriatrisen osaamisen perehdyttäminen uusille hoitajille jo heti alkuvaiheessa on tärkeää ja yhteisen tiimityön tuomia mahdollisuuksia olisi syytä korostaa. Lisätutkimusaiheena näkisin tärkeänä tutkia potilaan ja hänen läheisensä näkökulmaa sairaalahoidosta ja miten ikääntynyt siellä kokee saavansa hoitoa sekä miten hän on kokenut jatkohoitoon siirtymisen.

Yllättävintä mitä kehittämistyön edetessä nousi vahvasti esiin oli, että ilman vetovastuun ottavaa hoitajaa uuden mallin kehittäminen tuntuu lähes mahdottomalta. Mielestäni olisikin perusteltua perustaa kliininen asiantuntijasairaanhoitajan toimi. Tarvitaan hoitoalan ammattihenkilö, joka on luomassa geriatrista vastuuhoidajamallin kehittämistä. Asiantuntijasairaanhoitaja koordinoisi ja ottaisi vetovastuun mallin kehittamisestä ja käynnistämisestä käytäntöön. Asiantuntijasairaanhoitaja vastaisi yhteistyöstä ja verkostoitumista eri tahojen kanssa sekä koulutuksesta ja perehdytyksestä ikääntyvien hoitotyöhön moniammatillisissa tiimissä. Näkisin, että tällä yhteistyöllä geriatrisen vastuuhoidajamallin juurruttaminen käytäntöön onnistuisi.

Julkisessa keskustelussa iäkkäiden hoidossa esitetään arvioita hoidon laadusta ja resurssipulasta. Osa kriitikoista osuu oikeaan, sillä iäkkäiden hoitotyössä on epäkohtia, joihin tulisi puuttua. Usein keskusteluissa nousee esiin taloudellinen tilanne ja

aliresursoitu hoitohenkilökunta. Aina ei kyseessä ole pelkästään resurssien lisääminen vaan tärkeää on järjestelmällinen kehittämistoiminta, jota voidaan toteuttaa monissa käytännön tilanteissa, lähellä ikääntyvää asiakasta. (Iivonen 2008, 333.) Räsänen (2018, 135) arvioi, että vanhustyön resurssit eivät tule kasvamaan vaan päinvastoin vähenemään. Ikääntyvien omien voimavarojen hyödyntäminen on hoitotyön resurssi ja arkityötä tekevien olisikin aika kehittää ja pohtia uusia tapoja, joiden avulla jaksaa ikääntyvien hoitotyössä ja jotka voivat tuottaa hyvää elämänlaatua. Näihin haasteisiin vastaamisessa riittää kehittämistyötä niin yksilö- kuin yhteisötasolla.

LÄHTEET

- Eriksson, P. & Kovalainen, A. 2016. Qualitative methods in business research. 2nd edition. UK: CPI Group Ltd. Croydon, CR0 4YY.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2.uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18 – 22.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP) Ei päivystä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013-2020. [verkkojulkaisu]. [viitattu 23.9.2018]. Saatavana http://www.epshp.fi/files/6270/Etela-Pohjanmaan_sairaanhoitopiirin_strategia_2013-2020.pdf
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Ikääntyneiden kuntoutuksen selvitys Etelä-Pohjanmaalla. Nykytilan kartoitus ja ehdotus toimenpiteiksi, pohjaksi sote- mallin suunnitteluun. [Verkkojulkaisu]. Raportti, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 10.11.2015. [Viitattu 15.9.2018]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/8966/Raportti_101115.pdf
- Etelä-pohjanmaan Sairaanhoitopiirin Intranet-Geriatria. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.1.2018]. http://intrasrv.fi/a/etusivu/yksikoiden_kotisivut/konservatiivinen_toiminta/geriatria
- Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017. Muistisairaahan lyhytaikainen vuodeosastohoito. Teoksessa: Hallikainen, T., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 26
- Hallikainen, M. 2014. Alzheimerin tauti- yleisin muistisairaus Teoksessa: Hallikainen, T., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 264 – 268.
- Heikkinen L.T., Rovio, E & Kiilakoski T. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E & Syrjälä, L. (toim). 2010. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korj. painos. Vantaa: Hansaprint. 78 – 88.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, A. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

- Hyttinen, H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa: Voutilainen, P & Tiikkainen, P. 2009 (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.42 – 55.
- Iivonen, K. 2008. Kehittäminen. Teoksessa: Voutilainen, P & Tiikkainen, P. 2009 (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.333 – 345.
- Innokylä 2019. Aivoriihi. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.2.2019]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/malli109565/toimintamalli>
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus- moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. [Verkko-julkaisu]. Helsinki yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja [Viitattu 2.9.2018]. Saatavana: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen. Suomen lääkärilehti 2015 (14-15), 977 – 983.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2013. Erikoistu vanhustyöhön.3.-4. painos. Helsinki: Sanoma pro Oy.
- Kansallinen muistiohjelma 2012-2020- tavoitteena muistiystävällinen Suomi. 8.5.2012.Sosiaali ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2012:10. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 8.2.2019]. Saatavana: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, H. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Porvoo: WSOY.
- Käypä hoito.Ei päiväystä.[Verkkosivusto].[Viitattu 15.9.2018]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>
- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseksi sekä iäkkäiden sosiaali -ja terveyspalveluista. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. [Viitattu 4.11.2018]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019.[Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kunta-liitto, valtioneuvosto. Julkaisuja 2017:6. [Viitattu 2.9.2018]. Saatavana: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositus_julkaisu_fi_kansilla.pdf

- Lampi, H. & Roos, M. 2009. Kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoidon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J.(toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell.217 – 233.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S.& Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. painos. Juva: WS Bookwell. 21 – 43.
- Laurila, J. 2016. Delirium. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria.3. uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.378 – 389.
- Laurila, J., Pitkälä, K. & Erkinjuntti, T. 2015. Sekavuustila. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A. & Soininen, H.(toim.) Muistisairaudet. 2.uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.218 – 230.
- Lyyra, T-M & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Voutilainen, P & Tiikkainen, P. 2009 (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.58 – 73.
- Melkas, S., Jokinen, H.& Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A. & Soininen, H.(toim.) Muistisairaudet. 2. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.137 – 147.
- Molander,G. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Juva: Bookwell Oy.
- Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A., Nummijoki, J. & Nyman, J.(toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell. 87 – 136.
- Nuotio, M. 2012. Inkontinenssi ja muistisairaus. Suomen muistiasiantuntijat Memo 2012 (3), 11 - 12.
- Nuotio, M., Virtanen, P. Luukkala, T & Jousmäki, J. 2016. Iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoito- ja kuntoutusketjun toimivuuden alueellinen selvitys Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Julkaisusarja B: Raportit. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Pajulammi, H. 2017. Hip fracture patient`s care and predictors of outcomes during orthogeriatric collaboration. [Verkkójulkaisu]. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 13.1.2019]. Saatavana: https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144073/Dissertation_Anna-lesD1315Hanna%20Pajulammi.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- Pitkälä, K, Valvanne, J. & Huusko, T.2016. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 3.uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.448.
- Pitkälä, K, Valvanne, J. & Huusko, T.2016. Toimintakyky vanhuudessa. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 3.uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.448 – 453.
- Pitkälä, K. 2009.Turvallinen lääkehoito. Teoksessa: Voutilainen, P & Tiikkainen, P. 2009 (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.158 – 170.
- Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2016. Vanhusten lääkehoito. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 3. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.366 – 376.
- Rautava- Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S.2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4.uud.painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsaohimolohkorappeumat. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A. & Soininen, H.(toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 2.uud.painos.172 – 180.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale- tauti. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A. & Soininen, H.(toim.) Muistisairaudet. 2.uud.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.165 – 170.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2015. Sosiaali -ja terveydenhuolto johtamisympäristönä.Teoksessa: Rissanen, S & Lammintakanen, J (toim.) 2015. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. uud. painos. Helsinki: Sanoma pro Oy.15 – 38.
- Räsänen, R.2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Keuruu: Printek.
- Strandberg, T. 2016. Gerastenia (HRO). Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 3.uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.362 – 363.
- Suhonen, J., Juva, K., Nikumaa, H. & Erkinjuntti, T.2015. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A. & Soininen, H.(toim.) Muistisairaudet. 2.uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 537 – 550.
- Suomen riskienhallintayhdistys ry. 16.10.2013. Nelikenttäanalyysi-SWOT.[Verkkosivu].[Viitattu 4.11.2018]. Saatavana: <https://www.pk-rh.fi/tools/swot.html>
- Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa Alzheimerin arjessa. Juva: Bookwell Oy.

- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Hyvät käytännöt.[Verkkosivusto]. [Viitattu 15.9.2018]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sokra/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/hyvat-kaytannot>
- THL.2018. Ikääntyneiden laitos -ja asumispalveluiden asiakkaista yli puolella käyntejä erikoissairaanhoidossa. Päivitetty 14.12.2018. [Verkkosivu]. [Uutinen 1.2.2019]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/-/ikaantyneiden-laitos-ja-asumispalveluiden-asiakkaista-yli-puolella-kaynteja-erikoissairaanhoidossa>
- Tilvis, R. 2016. Vanhenemismuutokset. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 3.uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.20 – 54.
- Tilvis, R. 2016. Vanhukset sosiaali -ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 3.uud.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 58 – 65.
- Toikko, T & Rantanen, T.2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. 3.korj. painos. Tampere: Tampereen University Press.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uud.painos. Jyväskylä: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uud.laitos. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkojulkaisu]. Helsinki: TENK. Saatavana: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Virjonen, K & Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Teoksessa: Virjonen, K. Muistinongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. (toim.). Juva: Bookwell Oy.59 – 85.
- Voutilainen, P. 2008. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa: Voutilainen, P & Tiikkainen, P. 2009 (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.124 – 143.
- Wuorela, M. 2016. Virtsainkontinenssi. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 3.uud.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 392 – 394.
- Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja - 20 työkalua. Helsinki: Talentum Media Oy.

- Vähäkangas, P. 2008 Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa: Voutilainen, P & Tiikkainen, P. 2009 (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.145 – 157.
- Väyrynen, H., Kruger, J.& Remes, A. 2018.Kliininen kuva ja uudet diagnoosikriteerit. Tunnistatko Lewyn kappale- taudin? Duodecim 2018 (34), 1789-1796.
- Öhman, H. 2018. Effect of exercise on cognition, physical functioning, fall rate and neuropsychiatric symptoms in people with dementia. [Verkojulkaisu] Helsinki: Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [Vitattu 16.1.2019] Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237327/Effectof.pdfsequence=2&isAllowed=y>

LIITTEET

Liite 1. Fokusryhmän haastattelunkysymykset

Liite 2. Sähköpostikysely fokusryhmään valituille hoitajille

Liite 1. Fokusryhmähaastattelun kysymykset:

Onko vuosina 2013-2014 pidetystä koulutusluentosarjasta- ”lakkään potilaan hyvänhoidon käytännöt” jäänyt jokin luento erityisesti mieleen? Jos on, niin mikä aihe ja oletko soveltanut oppimaasi käytäntöön ja miten?

Käytätkö työssäsi ikääntyville suunnattuja erilaisia toiminta-alueiden mittareita? (esim. MNA, MMSE, GDS-15 jne.) Jos käytät, niin mitä mittareita?

Mitä erityishaasteita koet ikääntyvien hoitotyössä?

Näkyykö ikääntyvien määrän kasvu potilaina ja miten se vaikuttaa hoitotyöhön?

Onko arvot ja asenteet ikääntyvien hoitotyössä mielestäsi kohdallaan?

Onko ikääntyvien hoitotyöhön liittyviä koulutuksia ja ajankohtaista tietoa ollut tarjolla riittävästi?

Mistä haluaisit ikääntyvien hoitotyöhön lisätietoa tai täydennyskoulutusta?

Onko tarpeen järjestää säännöllisiä verkostotapaamisia tai muita yhteistyötapaamisia?

Olisiko aiheesta jotain muita ajatuksia /ideoita?

Liite 2. Sähköpostikysely fokusryhmään valituille hoitajille

Hei,

Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa ylempi AMK, kehittäminen ja johtaminen. Olen edennyt opinnäytetyössäni, jonka aiheena on geriatrisen vastuuhoitaja toimintamallin kehittämissuunnitelma erikoissairaanhoidon.

Olen koonnut fokusryhmähaastattelun ja SWOT -analyysin perusteella seuraavanlaisen yhteenvedon tuotetuista tuloksista.

Pyytäisin Sinua ystävällisesti kommentoimaan minulle muutamalla lauseella seuraavan kuvion tuloksia, jotka liittyvät geriatrisen vastuuhoitajamallin kehittämiseen. Vastaukset ovat luottamuksellisia ja tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käyttöön eikä henkilötietoja julkaista.

Pyytäisin vastauksia 24.1.2019 mennessä.

Olisin todella kiitollinen vastauksista ja toivon, että vaikka et olisi osallistunutkaan aiempaan fokusryhmähaastatteluun syksyllä 2018 kertoisit mielipiteesi.

Kiitos yhteistyöstä,

Tove Rintamäki

Nämä seuraavassa kuviossa olevat asiat vaikuttavat geriatrisen vastuuhoitaja toimintamallin kehittämissuunnitelmaan. Kuvio sisältää sisäisiä vahvuuksia, sisäisiä heikkouksia, ulkoisia mahdollisuuksia ja ulkoisia uhkia.

- Puuttuuko mielestäsi kuvioista jotain oleellista?
- Haluaisitko lisätä kuvioon jotain?
- Haluatko muuten kommentoida tuloksia tai kuviota?

