

Opinnäytetyö (YAMK)

Gerontologinen asiantuntijuus

2022

Hannele Tuori

**AKUUTTIGERIATRISEN  
ASiantuntijasairaanhoidajan  
työnkuvan kehittämisen tyks  
akuutissa**

**TURKU AMK**   
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Terveys ja hyvinvointi I Gerontologinen asiantuntijuus

2022 | 81 sivua

Hannele Tuori

## Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen Tyks Akuutissa

Suomen väestö ikääntyy, mutta iäkkäät ovat toimintakyvyltään hyvin heterogeeninen ryhmä. Tämä haastaa geriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvan ja osaamisen systemaattista kehittämistä, jotta voidaan vastata iäkkäiden potilaiden tarpeisiin, tunnistaa ja ymmärtää heidän erityispiirteensä terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Sairaanhoitajan osaamisen systemaattinen kehittäminen ja työnkuvan kirkastaminen on ajankohtaisempi aihe kuin koskaan. Asiantuntijasairaanhoitajan toimi on yksi tapa edetä sairaanhoitajan uralla.

Tämän opinnäytetyön aihe on akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen Tyks Akuutissa. Työnkuva perustuu asiantuntijuuteen ja laajavastuiseen kliiniseen hoitotyöhön. Kehittämistyön pohjana käytettiin vuoden 2000 jälkeen julkaistua kirjallisuutta asiantuntijasairaanhoitajan tehtävistä, osaamisesta ja työnkuvista.

Akuutihoidossa asiantuntijasairaanhoitajat toimivat moniammatillisten tiimien jäseninä, mutta tekevät myös itsenäisesti monipuolista osaamista ja ammattitaitoa vaativaa työtä. Heiltä edellytetään kykyä soveltaa tieteellistä tietoa käytännön potilastyöhön. Asiantuntijasairaanhoitajan osaaminen perustuu monipuoliseen työkokemukseen sekä ylempään korkeakoulututkintoon, johon Suomessa on useita erilaisia suuntautumisvaihtoehtoja.

Päivystyksessä akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävä edellyttää monipuolista geriatrisen hoitotyön ja päivystyshoitotyön osaamista. Akuuttigeriatrinen hoitotyö perustuu potilaan kokonaisvaltaiseen geriatriseen arviointiin. Oleellista on selvittää aiempi toimintakyky ja nykyongelma nopeasti useasta tietolähteestä. Näiden perusteella suunnitellaan jatkohoito yhteistyössä potilaan, Tyks Akuutin moniammatillisen tiimin ja koko hyvinvointialueen kanssa.

Tulevaisuudessa tarvitaan klinisiä asiantuntijasairaanhoitajia johtamaan gerontologisen hoitotyön implementointia hoidon eri portaille. Toiminnan laatu ja kustannusvaikuttavuus edellyttävät tieteellistä tutkimusta. Tavoitteena on tarjota tasalaatuista ja kustannusvaikuttavampaa terveyden- ja sairaanhoitoa hauraille iäkkäille.

Asiasanat: asiantuntijasairaanhoitaja, osaaminen, taidot, kompetenssi, akuuttigeriatria, geriatrinen sairaanhoito ja gerontologinen sairaanhoito

Bachelor's / Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme

2022 | 81 pages

Hannele Tuori

## Developing task description of acute geriatric advanced nurse practitioner in Tyks Acute

Systematic development of nurse's skills and clarifying the task description of an advanced nurse practitioner is a topical issue. It is an imperative means to advocate nurse's careers in the future. It strives to come up to the challenging expectations of healthcare and society still putting patients' needs first. In Finland, the proportion of elderly people is increasing. The elderly is a very heterogenous patient group and their individual characteristics needs to be identified and understood.

The topic of this thesis is the task description of acute geriatric advanced nurse practitioner working in an interdisciplinary team in the emergency department of Turku University hospital (Tyks Acute). The task is based on vast expertise and extensive clinical geriatric and emergency nursing experience. This thesis is based on the literature on advanced nurse practitioner's duties, skills, and task descriptions after the year 2000. In acute care, advanced nurse practitioners are part of the interdisciplinary teams, but they also work independently based on extensive knowledge and professional skills. Requirement for independent working is that they can apply scientific knowledge in clinical work. The qualification for the task is versatile professionalism and a higher university degree, which have several different orientation options in Finland.

For the task of acute geriatric advanced nurse practitioner versatile clinical skills in both geriatrics and emergency work are needed in acute care. Acute geriatric nursing is based on comprehensive geriatric assessment. Of uttermost importance is to thoroughly investigate patient's previous performance in ADL's and IADL's and clarify the current health problem from all available sources. The treatment plan based on the ANP's report and the patient's medical condition, is made in extensive co-operation with the patient, Tyks Acute medical team, and the entire welfare domain.

In the future, clinical advanced nurse practitioners are needed to lead the implementation of gerontological nursing at all stages of care. The quality and cost-effectiveness of operations require more scientific research. The aim is to offer better health- and medical care more cost- effectively and equitable for many elderly people as possible.

Keywords:

Advanced nurse practitioner, clinical nurse specialists, skills, knowledge, competence, acute geriatric, geriatric nursing and gerontological nursing

# Sisältö

<b>Käytetyt lyhenteet tai sanasto</b>	<b>7</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>8</b>
<b>2 Kehittämistyön toimintaympäristö</b>	<b>11</b>
<b>3 Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävä kirjallisuudessa</b>	<b>13</b>
3.1 Asiantuntijasairaanhoitajan ja geriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävän kehittyminen	14
3.2 Geriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävän vaikutuksia iäkkään potilaan hoitoon	21
3.3 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto	25
<b>4 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite</b>	<b>28</b>
<b>5 Kehittämistyön menetelmät ja eteneminen</b>	<b>29</b>
<b>6 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävään saatavilla oleva koulutus</b>	<b>31</b>
6.1 Sairaanhoitajan geriatrisesta koulutuksesta	31
6.2. Sairaanhoitajan geriatrinen koulutus Suomessa	32
6.3 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan koulutus	34
6.3.1 Kliinisesti erikoistuva sairaanhoitaja	34
6.3.2 Sairaanhoitajan gerontologiset YAMK- tutkinnot	35
6.3.3 Yhteenveto gerontologisesta ja geriatrisista koulutuksista	38
<b>7 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan osaaminen</b>	<b>39</b>
7.1 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tarve päivystyksessä	39
7.2 Akuuttigeriatrisen hoitotyön osaaminen päivystyksessä	41
<b>8 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva, kehittämisprojektin tulokset</b>	<b>44</b>
8.1 Akuuttigeriatrian prosessi Tyks Akuutissa	44

8.2	Tarkennettu TRST ja akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan arvio	46
8.3	Kohdennettu geriatrinen arvio (TGA)	49
8.4	Asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatio	51
8.5	Yhteenveto akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvasta Tyks Akuutissa	51
<b>9</b>	<b>Pohdintaa</b>	<b>55</b>
<b>10</b>	<b>Kehittämiprojektiin liittyvät eettiset ja luotettavuuskysymykset</b>	<b>62</b>
	<b>Lähteet</b>	<b>64</b>

## **Liitteet**

Liite 1 Spiderin TRST-seula	73
Liite 2 Akuuttigeriatrian prosessi (Viikari L. ja Karjalainen K. 6/ 2022)	74
Liite 3 4AT	75-76
Liite 4 6- KOHDAN MUISTISEULA	77
Liite 5 The Clinical Frailty Scale (CFS) version 2.0	78
Liite 6 EuroHIS-8-elämänlaatumittari	79
Liite 7 Akuuttigeriatrian tutkimuskaavake	80–81

## **Taulukot**

Taulukko 1. Sairaanhoidajan gerontologinen koulutus vuosina 2022–2023	37
---	----

## **Kuvat**

Kuva 1. Kehittämistyön aikataulu ja eteneminen.	29
Kuva 2. Asiantuntijasairaanhoidajan tekemä iäkkään potilaan arviointiprosessi	42
Kuva 3. Kuvakaappaus Spider- potilastietojärjestelmästä	45
Kuva 4. Asiantuntijasairaanhoidajan ydin- ja erityiskompetenssit	54

## **Käytetyt lyhenteet tai sanasto**

ADL; Activities of Daily Living

CFS; Clinical Frailty Scale

IADL; Instrumental Activities of Daily Living

TGA; Targeted Geriatric Assessment

TRST- seula; Triage Risk Screening Tool

Tyks; Turun yliopistollinen keskussairaala

### **ASIASANAT:**

asiantuntijasairaanhoitaja, osaaminen, taidot, kompetenssi, akuuttigeriatria, geriatrinen sairaanhoito ja gerontologinen sairaanhoito

nurse practitioner (NP), advanced nurse practitioner (APN), clinical nurse specialist (CNS), skills, knowledge, competence, acute geriatric, geriatric nursing ja gerontological nursing

# 1 Johdanto

Sairaanhoitajan osaamisen systemaattinen kehittäminen ja työnkuvan kirkastaminen on ajankohtainen aihe. Sen tarkoituksena on pyrkiä vastaamaan terveydenhuollon kehitykseen ja yhteiskunnan rakenteellisiin muutoksiin sekä ajankohtaisiin haasteisiin asettaen kuitenkin aina potilaan tarpeet etusijalle. Sairaanhoitajan työn on edelleen muututtava ja koulutuksen kyettävä vastaamaan tulevaisuuden niin terveyden- kuin sairaanhoidon vaatimuksiin ja tarpeisiin. (ICN 2020; 7.) Samalla yhä iäkkäämmät ja monisairaavat ihmiset tarvitsevat asiantuntevaa hoivaa ja hoitoa.

Ikääntyvien osuus Suomen väestössä lisääntyy ja he ovatkin tulevaisuudessa koko yhteiskunnan ja terveydenhuollon kannalta merkittävä väestöryhmä. Vuodesta 2030 vuoteen 2060 yli 75- vuotiaiden osuus nousee viidenneksestä neljännekseen. Yli 85- vuotiaiden ikäryhmä kasvaa suhteellisesti kaikkein eniten, esimerkiksi yli 90-vuotiaiden ryhmä on kymmenkertaistunut 1970-luvulta vuoteen 2018 ja sen arvioidaan lähes kolminkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä. Iäkkäät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä terveydeltään ja toimintakyvyltään, joten heidän yksilölliset tarpeensa tulee tunnistaa ja ottaa huomioon. Elämänlaatua ja toimintakykyä haittaavat useiden perussairauksien lisäksi kivut, huimaus ja jatkuva väsymys. Tärkein toimintakykyä heikentävä sairaus on dementia. Vaikka terveet elinvuodet ovat lisääntyneet iäkkäillä, silti viimeisiin vuosiin kasautuu toiminnanvajauksia ja hoivan tarvetta. (Jämsen & Jylhä 2019; 1061, Jylhä ym. 2019; 1085–1089.)

Terveydenhuollossa eri ammattiryhmien työnjako muuttuu ja sairaanhoitajille avautuu uudenlaisia, laajavastuisia työnkuvia ja sen myötä mahdollisuus käyttää osaamistaan ja asiantuntemustaan asiakaslähtöisesti erilaisissa hoito- ja palveluprosesseissa. Hoitamisen muodot muuttuvat ja palvelut siirtyvät enenevästi potilaiden kotiin tai heidän kotiaan vastaaviin ympäristöihin (Liljamo ym. 2017; 2.) Kliinistä työtä tekevien substanssin osaavien sairaanhoitajien tulisi itse olla kehittämässä tätä työtä moniammatillisessa ympäristössä ajatuksella, jonka tuntematon ajattelija on viisaasti sanonut: ”Myrskyssä toiset rakentavat suojan, kun toiset ompelevat paremmat purjeet.”

Sairaanhoitajan työn muuttumista ja haasteita on tutkittu ja pyritty ratkaisemaan erityisesti 2000- luvun alusta, kun erikoissairaanhoitajan koulutus lopetettiin 1990-luvun alkuvuosina (Sairaanhoitajaliitto 2017;4). Vuonna 2013 Suomen sairaanhoitajaliiton



hallitus asetti työryhmän määrittelemään millaisissa tehtävissä, millaisilla nimikkeillä, osaamisvaatimuksilla ja koulutuksella asiantuntijasairaanhoitaja (APN- tai laajavastuinen sairaanhoitaja) voi toimia. Vuonna 2014 tehtiin suomalaisille ICN-konferenssissa osallistuneille kysely asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvasta ja vastauksissa todettiin työnkuvien tarvitsevan selkeyttämistä ja erityisesti NP (nurse practitioner) ja CNS (clinical nurse specialist) tehtävien erot tulisi määritellä selkeästi. (Sairaanhoitajat 2016;3–4.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisussa vuodelta 2021 esitettiin ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi. Siinä on seitsemän monitasoista ehdotusta vaativan asiantuntijatasoisen sairaanhoitajan työn kehittämiseksi välittömässä potilastyössä. Näistä erikoisaloista kaksi, päivystyshoitotyö ja gerontologinen hoitotyö yhdistyvät tässä opinnäytetyössä gerontologiseen hoitotyöhön painottuen. (STM 2021; 8–10, 51 ja 76.) Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan osaamisen kuvauksessa keskitytään kohdennetun geriatrisen arvioinnin käyttöön hoitotyötä ohjaavana keinona vaikuttaa iäkkään potilaan akuuttihoitoon ja jatkosuositusten antamiseen, koska kokonaisvaltainen tai kohdennettu geriatrinen arvio on tutkitusti paras tapa saada riittävän kattava tilannekuva iäkkään potilaan hoitosuunnitelmalle ja jatkohoitosuosituksille (Caplan ym. 2004; 1420, Conroy ja Parker 2017;350, Hogervorst ym. 2021;3.). Moniammatillisessa yhteistyössä kokonaisvaltainen tai kohdennettu geriatrinen arvio edellyttää asiantuntijasairaanhoitajalta hyvää iäkkään potilaan terveyden- ja sairaanhoidon osaamista ja iäkkään päivystyspotilaan erityispiirteiden ymmärtämistä. (Thornlow ym.2006;118, Shanley ym. 2009; 129.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen moniammatillisessa geriatrisessa tiimissä Tyks Akuutissa, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä. Tässä ylemmän amk:n opinnäytetyössä kehitettiin asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva, joka on asiantuntijuuteen ja laajavastuiseen kliiniseen hoitotyöhön perustuva ja sen keskiössä on iäkäs, akuutisti sairastunut potilas. Tämä on yksi mahdollisuus sairaanhoitajan urakehitykselle vaativaan asiantuntijatyöhön esimies- tai opettajan tehtävien tai tieteellisen tutkimustyön rinnalle.

Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva voidaan nähdä sairaanhoitopiirissä uutena mahdollisena urapolkuna sairaanhoitajan kasvamisesta ja

kouluttautumisesta asiantuntijasairaanhoitajan rooliin parantamaan alan veto- ja pitovoimaa. Kehittämiprojekti voi olla myös hyvä esimerkki sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistyöstä, jolla voidaan turvata tulevaisuudessa pätevien ammattilaisten kouluttautuminen gerontologisiin asiantuntijatehtäviin kliinisen geriatrisen koulutuksen avulla. Gerontologisen hoitotyön merkittävä tietopohja on geriatrinen osaaminen. (vsshp.fi, Bryant-Lukosius ja Martin-Misener 2015; 2, Tarhonen 2013; 1, 58–59, Jokiniemi 2014;6.)

Vuonna 2023 Suomessa toteutuva SOTE-uudistus on erinomainen tilaisuus kehittää edelleen asiantuntijasairaanhoitajan roolia tulevilla hyvinvointialueilla. Uudistuksen yhtenä tavoitteena on turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti. Sairaanhoitajien osaamisen kehittämisellä on merkittävä vaikutus väestön muuttuviin terveystarpeisiin vastaamisessa, tasa-arvoiseen terveyteen, palveluiden saatavuuteen, hoidon laatuun, sen turvallisuuteen ja kustannuksiin. (Parvinen 2021; 14, Kotila ym. 2017;2, Sairaanhoitajaliitto 2017;2, Nygren ym. 2020; 6.) Yhtenä keinona ammattitaitoisen työvoiman saantiin ja sen pysymiseen pidetään uralla etenemismahdollisuuksia. Sairaanhoitajien työtyytyväisyyden parantamiseksi, työnkuvan laajentaminen ja kehittyminen ovat tutkitusti tehokkaita keinoja. (Barribal ym. 2015; 18.)

Asiantuntijuuteen perustuva työ vaatii alan tutkimusten seurantaan, jatkuva muutos syvää sisältöosaamista ja sen kehittämistä sekä erityisesti tietojen, taitojen ja kokemuksen hyödyntämistä päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaitojen kehittämiseksi. (Ranta ym. 2011;107.) Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävä on laaja-alainen ja vaativa, minkä vuoksi tässä kuvatus asiantuntijasairaanhoitajan tehtävään vaaditaan ylempi korkeakoulututkinto.

## 2 Kehittämistyön toimintaympäristö

Tyks Akuutti on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä ja toimii Turun alueen yhteispäivystyksenä joka päivä kellon ympäri. Tyks Akuutti sijaitsee fyysisesti Tyks T-sairaalan yhteydessä. Tämän lisäksi päivystyksen toimipisteitä on myös Salossa, Loimaalla ja Uudessakaupungissa. Päivystyksessä hoidetaan monipuolisesti potilaita aina akuuteista henkeä uhkaavista tilanteista muihin kiireellistä hoitoa vaativiin sairauksiin mukaan lukien myös mielenterveyspalvelut.

(<https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/epll/paivystyspalvelut/Sivut/default.aspx> ,  
<https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/epll/paivystyspalvelut/Sivut/default.aspx>-viitattu 12.7.2022.)

Akuuttigeriatrian pilotti on osa tätä päivystystyötä viikon jokaisena päivänä. Arkisin työskentelee kaksi geriatrian erikoislääkärinä ja kahdesta kolmeen geriatrista sairaanhoitajaa klo 8–20 välisenä aikana. Viikonloppuisin geriatrista konsultaatiota ja arviota tekee yksi asiantuntijasairaanhoitaja klo 10–18. Työtä tehdään yhteistyössä koko päivystysalueella, niin nopean linjan terveyskeskuspäivystyksessä kuin hoitoyksiköissä. Tyks Akuutin iäkkään potilaan hoitoketjun suunnittelu osana palveluketjujen ja kokonaisuuksien mallintamishanketta pyrkii parantamaan päivystyshoidon laatua ikääntyneiden potilaiden kohdalla vahvistamalla geriatrista osaamista päivystyksessä. Pilotti käynnistyi elokuussa 2021, kun akuuttigeriatrian tiimi alkoi suunnitella ja toteuttaa iäkkään potilaan arviointia ja hoitoa Turun yhteispäivystyksessä.

Pilotin kohderyhmä on 75- vuotiaat ja tätä vanhemmat Tyks Akuutin päivystyksellisten palveluiden käyttäjät. Toiminnan päätavoitteena on parantaa ja sujuvoittaa iäkkään potilaan tutkimista ja hoitoa akuuttitilanteessa siten, että iäkkään potilaan jatkohoito voidaan suunnitella yksilöllisesti ja minimoida päivystyskäynnistä johtuvat mahdolliset haitat. Näillä haitoilla tarkoitetaan liian pitkää päivystyskäynnin pituutta ja turhaa sairaalaan sisäänottoa tilanteessa, jossa iäkäs voidaan hoitaa kotona riittävin tukitoimin tai järjestää jatkohoito tilapäishoidossa. Systemaattisen geriatrisen arvion toteuttaminen päivystystilanteissa auttaa palveluiden oikea-aikaisessa kohdentumisessa, parantaa hoitoketjujen toimivuutta ja parantaa tiedonkulkua yhteispäivystyksen ja perustason toimijoiden välillä. ([Geriatrinen pilotti - Vshyvinvointialue.fi](#), [Akuuttigeriatrian tiimin tekemä kokonaisarvio tukee ikääntyneen jatkohoidon toteutusta peruspalveluissa - Vshyvinvointialue.fi](#), viitattu 26.6.2022.)

lääkkään potilaan akuuttihoito ja arviointi akuuttihoidon yhteydessä oli ollut jo muutaman vuoden suunnitteilla, kun Turun terveystieteiden keskus siirtyi vuonna 2013 yhteispäivystykseen. Tuolloin päädyttiin perustamaan geriatrinen poliklinikka Turun kaupunginsairaalaan vastaamaan vanhuspalvelulain vaatimukseen tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista, tilanteessa, jossa iäkkään terveysongelman hoito ei vaadi kiireellistä hoitoa. (Laine 2014; 9–10, Laine ym. 2018; 1823–1827.) Geriatriselle poliklinikalle oli mahdollista ohjata vain turkulaiset iäkkäät potilaat. Nyt vastaavan toiminnan järjestäminen Tyks Akuutin yhteydessä tukee uuden hyvinvointialueen iäkkään potilaan hoitoketjua ja tarjoaa akuuttigeriatriasta palvelua kaikille varsinaissuomalaisille iäkkäille.

”Parannamme joka päivä – yhdessä” on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tuleville vuosille nimetty strategia, joka kuvaa tapaa tehdä moniammatillista yhteistyötä. Neljä strategista painopistealuetta ovat asiakaskokemus, henkilöstökokemus, kuntayhteistyö sekä jatkuva parantaminen ja uudistuminen. Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan työ tukee hyvin näitä strategioita.

lääkkään potilaan asiakaskokemus paranee, kun luodaan päivystystoiminnalle puitteet, jotka huomioivat iäkkään potilaan erityiset tarpeet osallisuutta tukien saumattomasti etenevän tutkimus- ja hoitoprosessin toteuttamisen ohella. Tässä onnistuminen, päivystyksen ruuhkautuessaakin, voi antaa potilaalle kokemuksen hoidon laadukkuudesta (Mylläri; 2017 188).

Henkilöstökokemusta taas voidaan parantaa, kun sairaanhoitajalla on mahdollisuus kehittyä ja kouluttautua työn ohella ja siten edetä urallaan. Asiantuntijasairaanhoidajan työnkuva tai toimi on osa tätä strategiaa. Myös koko hoitohenkilökunnan osaamisen jatkuva kehittäminen urapolkujen tukena on oleellinen osa sairaanhoitopiirin yhtenäisiä toimintamalleja ja rakenteita. (Kotila ym.2017; 4, STM 2020; 57, Nygren ym. 2020;7.)

### 3 Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävä kirjallisuudessa

Kirjallisuushaku toteutettiin joulukuun 2021 ja tammikuun 2022 aikana seuraavista tietokannoista: Cinahl, Medic, PubMed ja Theseus. Hakusanoina käytettiin asiantuntijasairaanhoitaja, osaaminen, taidot, kompetenssi, akuuttigeriatria, geriatrinen sairaanhoito ja gerontologinen sairaanhoito. Englanniksi vastaavat hakusanat olivat Nurse Practitioner, Advanced Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, skills, knowledge, competence, acute geriatric, geriatric nursing ja gerontological nursing.

Cinahlista ja PubMedista haku tehtiin englanninkielisillä sanoilla, Medicista sekä suomalaisilla että englanninkielisillä ja Theseuksesta suomenkielisillä hakusanoilla. Haku rajattiin vuosille 2000–2021, tutkimuksiin ja artikkeleihin, joista saatavilla oli koko teksti. Cinahlista valituilla asiasanoilla tuli 28 osumaa, joista valittiin neljä. Näistä tutkimuksista kaksi oli 2000- luvulta ja kaksi 2010- luvulta. Kolme oli tehty Yhdysvalloissa ja yksi Pohjoismaissa. PubMed antoi enemmän osumia, 699, mutta näistä valikoitui vain 5, koska suurin osa osumista käsitteli nuoren sairaanhoitajan peruskoulutusta ja osaamista sekä suuressa osassa osumia oli vain abstrakti saatavilla. Julkaisuja suomalaisilla ja englantilaisilla hakusanoilla haettiin myös Medicista. Näillä osumia tuli 276 yhteensä, englantilaisilla 256 ja suomalaisilla 20, joista kaikista valittiin yhteensä kuusi julkaisua, koska näistä oli saatavilla kokonaiset artikkelit. Theseuksesta haettiin suomalaisilla hakusanoilla saaden 113 osumaa, joista valittiin kolme. Medicin osumat käsittelivät yhtä lukuun ottamatta asiantuntijasairaanhoitajan tehtävää Suomessa. Yksi käsitteli yleensä sairaanhoitajan työnkuvaa ja osaamista. Se otettiin mukaan, koska siinä kuvattiin nimenomaan päivystyksessä tarvittavaa osaamista, joka on oleellinen asia tässä kehittämissuunnitelmassa ja luo pohjan akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan perusosaamiselle. Theseuksesta valittiin vain ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä ja ne käsittelivät asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvaa ja osaamista sekä yleensä akuuttigeriatrisia aiheita, joita voidaan hyödyntää akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan osaamisen, työympäristön tai potilaiden kuvaamiseksi ja osaamisen perusteluksi.

Kirjallisuushaun lisäksi kehittämissuunnitelmassa on mukana manuaalisesti haettua kirjallisuutta, jota on kerätty alkuperäisen kirjallisuushaun esiin nostamien tutkimusten ja artikkeleiden lähdeluetteloista. Asiantuntijasairaanhoitajan koulutusta, kliinistä osaamista, ja työhön tarvittavia taitoja on tutkittu kansainvälisesti. Tässä työssä on rajattu tutkimukset länsimaisiin tutkimuksiin, koska niitä voidaan peilata paremmin

Suomen hoitokäytäntöihin ja -kulttuuriin. Lähteenä on käytetty vuoden 2000 jälkeen julkaistuja tutkimuksia.

### 3.1 Asiantuntijasairaanhoitajan ja geriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävän kehittyminen

Kanadassa sairaanhoitajan roolin kehittyminen asiantuntijaksi alkoi 1970- luvulla, kun asiantuntijasairaanhoitaja – malli otettiin käyttöön vastaamaan perusterveydenhuollon tarpeita. Tarve huomattiin potilaiden hoitamisen muuttuessa monimutkaisemmaksi. Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänä oli antaa konsultaatioita, opastusta ja parantaa hoidon laatua näyttöön perustuen. Vuosien saatossa asiantuntijasairaanhoitaja ja kliininen asiantuntija -malli otettiin käyttöön myös akuuttisairaanhoidossa ja vuonna 2005 luotiin puitteet asiantuntijasairaanhoitajan roolin pysyvyyteen ja integraatioon terveydenhuollossa. Samalla otettiin kantaa koulutuksen yhtenäistämiseen, sääntöihin ja palkkaukseen. (Sheer ja Wong 2008; 205, Schober ym. 2020; 12.)

Australiassa ensimmäiset asiantuntijasairaanhoitajat aloittivat työnsä 1990- luvulla ja Uudessa- Seelannissa 2000- luvun alussa. Kehitys kulki myös Euroopassa vuosituhannen vaihteessa Belgiassa, Alankomaissa ja Sveitsissä, Alankomaissa asiantuntijasairaanhoitajan tehtävä nähdään kustannustehokkaana vaihtoehtona erityisesti iäkkäiden hoidossa. (Sheer ja Wong 2008; 207.) Saksassa asiantuntijasairaanhoitajan tarvetta ei ole nähty tarpeelliseksi, koska siellä yleislääkäreistä on ollut yllitjarjontaa

Englannissa asiantuntijasairaanhoitajien juuret ovat 1970- luvulla, koulutus alkoi 1990- luvulla Barbara Stiwelin johdolla. Tästä huolimatta vielä tänä päivänä asiantuntijasairaanhoitajan rooli on osittain epäselvä. Tämä on johtunut niin koulutuksen kuin lainsäädännön täsmällisten määritelmien puutteesta. Sittemmin koulutus on saanut tarkemman määritelmän, mutta edelleen asiantuntijasairaanhoitajan työn tavoite on epäselvä; korvataanko sillä osittain lääkärin tekemää työtä vai onko tavoitteena potilaan hoidon paremmat tulokset sairaanhoitajan toimiessa osana moniammatillista tiimiä? Tutkimusten mukaan suurin hyöty asiantuntijasairaanhoitajan työstä saadaan hoidon turvallisuudessa, laadussa, tehokkuudessa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. (Jokiniemi 2014;9, Leary ym. 2019; 18–19, Cassel ym. 2022; 920.)

Kotimaisista julkaisuista vanhin oli vuonna 2012 julkaistu Jaakkolan pro gradu, jossa käytiin kriittisesti läpi olemassa olevaa tutkimustietoa kliinisestä asiantuntijuudesta terveydenhuollossa, roolin vaatimasta osaamisesta, rooliin liittyvistä haasteista ja roolin tuomista tuloksista kliinisen asiantuntijuuden kehittämiseksi terveydenhuollon organisaatioissa. (Jaakkola 2012;16,24.) Työssään Jaakkola kuvasi asiantuntijasairaanhoitajan kliinisenä hoitotyöntekijänä, käytäntöjen ja palveluiden kehittäjänä, kouluttajana, ohjaajana, mentorina, konsulttina, johtajana, tutkijana ja yhteistyöntekijänä. (Jaakkola 2012; 24,29.) Näistä tehtävistä suoriutuakseen sairaanhoitajan tulisi olla kouluttautunut, pätevä, muutosmyönteinen, empaattinen, supportiivinen, yhteistyökykyinen, luova eteenpäin suuntautuva, innostunut ja sitoutunut. Haasteet tässä roolissa liittyvät organisaatioon, roolin luonteeseen, henkilökuntaan, resursseihin ja myös potilaisiin. Suurimmat haasteet ovat kuitenkin organisaation liittyviä. (Jaakkola 2012; 31–32 ja 36.)

Kanadassa asiantuntijasairaanhoitajien nimikkeitä ovat mm. perusterveyden asiantuntijasairaanhoitaja, PHCPN, akuutin hoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja, ACPN, kliinisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajat CNS ja NP, jolla on oikeus tehdä diagnooseja, määrätä tutkimuksia sekä määrätä lääkkeitä. Ruotsissa ei ole virallisia nimikkeitä, vaikka siellä lisäkoulutuksella on koulutettu hoitajia laajavastuisiin tehtäviin vuodesta 2005. Norjassa on vuodesta 2012 ollut APN- maisteriohjelma, jossa on koulutettu hoitajia nimenomaan vastaamaan perusterveydenhuollon haasteisiin. (Kotila ym. 2017; 13.)

Noin 70 maassa ollaan kiinnostuneita perustamaan asiantuntijasairaanhoitajan toimenkuvia osaksi sairaanhoitajien työtä, mutta kehitysvaiheissa on suurta vaihtelua maiden välillä. Ensisijaisesti asiantuntijasairaanhoitaja nähdään tarpeelliseksi perusterveydenhuollossa, maaseudulla, ja haavoittuvimpien potilaiden hoidossa. Varsinkin pitkäaikaissairaant nähdään potentiaalisina asiantuntijasairaanhoitajan asiakkaina. Viimeisimpänä ajurina asiantuntijasairaanhoitajan toimeen on terveydenhuollon uudistaminen ja sen laadun parantaminen, jotta potilaille voidaan tarjota kestäviä palveluita terveydenhuollossa. (Bryant-Lukosius ja Martin-Misener 2015; 2.)

Kaikki asiantuntijasairaanhoitajat ovat ensisijaisesti sairaanhoitajia, kuten Jokiniemi totesi vuoden 2014 väitöskirjassaan (Jokiniemi 2014;9). Asiantuntijuus rakentuu vahvan sairaanhoidollisen osaamisen jatkumoksi.

Asiantuntijasairaanhoitajalla on useita kansainvälisiä määritelmiä ja nimityksiä riippuen maasta tai potilasryhmästä, jota sairaanhoitaja hoitaa. Näiden yleinen tehtävänkuva nimike on APN; Advanced Practice Nurse. Toinen yleinen nimike on CNS eli Clinical Nurse Specialist, jotka molemmat ovat käytössä Yhdysvalloissa. (Kotila ym.2017;13.) Siellä on todennäköisesti määrällisesti eniten erilaisia ja toisistaan eroteltuja asiantuntijasairaanhoitajan nimikkeitä riippuen missä tehtävässä ko. hoitaja toimii. Heillä on mm. akuuttigerontologinen sairaanhoitaja nimike (AGACNP; Adult Gerontology Acute Care Nurse Practitioner), joka on erotettu asiantuntijasairaanhoitajasta, joka toimii aikuisten akuuttihoitossa. (AGCNS) (Becker ym. 2020; e19.). Huolimatta pidemmästä asiantuntijasairaanhoitajahistoriasta geriatriassa ja gerontologiassa, myös Yhdysvalloissa alan kehittymistä estää hoitajapula (Fulmer 2020; 30).

Vestamanin (2013) tutkimuksessa tarkoituksena oli kuvata kliinisessä hoitotyössä työskentelevien asiantuntijahoitajien nimityksen kriteereitä ja perusteluja yhdessä sairaanhoitopiirissä vuosina 2007–2011. Tavoitteena oli, että saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä sekä kriteereitä että perusteluja asiantuntijasairaanhoitajan nimittämiseksi. Keskeisenä tuloksena Vestman nosti asiantuntijasairaanhoitajan määritelmässä vaatimuksen kyvystä yhdistää tiedollinen ja käytännöllinen osaaminen. Tämän saavuttamiseksi asiantuntijasairaanhoitajan tulee todistaa kelpoisuutensa koulutuksella, pätevyytensä monipuolisella kliinisellä osaamisella, työkokemuksella ja työelämätaidoilla. (Vestman 2013; 6–7.) Keskeisiä asiantuntijasairaanhoitajan tehtäviä ja asiantuntijana toimimisen edellytyksiä ovat kehittäminen, kouluttaminen, muutosten läpivieminen, moniammatillisen tiimityön osaaminen, verkostoitumistaidot, substanssiin liittyvä asiantuntemus, organisaation rakenteiden ja prosessien tuntemus sekä taito löytää, hyödyntää ja yhdistää tietoa. (Vestman 2013; 48–52.)

Lång (2013) perehtyi pro gradu -tutkielmassaan sairaanhoitajien ammatilliseen osaamiseen päivystyksessä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jolla voidaan edelleen kehittää osaamista. Asiaa kartoitettiin kliinisen, päätöksenteon, opetuksen, ohjauksen ja eettisen osaamisen näkökulmista. Tuloksissa kliininen osaaminen ja kokemus linkittyi itsenäisen päätöksentekoon sekä sen nopeuteen että varmuuteen. Päivystystyön luonteeseen kuuluu jatkuva potilaan arviointi ja siihen perustuva ongelmanratkaisu, joka edellytti työkokemusta. Työn oleellisena osana nähtiin myös moniammatillisuus, jossa keskeisinä toimijoina sairaanhoitajien lisäksi olivat mm. lääkärit ja sosiaalityöntekijät. (Lång 2013; 18.)



Ohjaaminen ja opetus olivat keskeisiä sairaanhoitajan työssä niin potilastyössä kuin opiskelijoiden ohjauksessa. Potilasohjausta annettiin kirjallisesti ja suullisesti yleensä äänekkäissä olosuhteissa riittämättömällä ajalla. Tämän vuoksi ja tästä huolimatta sairaanhoitajat pyrkivät varmistamaan, että potilas oli ymmärtänyt ohjeet. Opiskelijaohjauksen edellytyksiksi sairaanhoitajat nostivat itse esimerkkinä toimisen, kyvyn perustella omaa toimintaa ja kyvyn ohjata opiskelijaa. (Lång 2013; 39–41.)

Eettisyys hoitotyössä kuuluu sairaanhoitajien toimintaan itsestäänselvytenä ja se oli läsnä kaikessa tekemisessä. Näitä ohjasivat omat arvot, ammatilliset ja eettiset ohjeet, lait ja säädökset. Eettiset ohjeet, ajattelu ja valveutuneisuus kasvoivat myös työkokemuksen myötä. Työn johtopäätöksenä oli, että päivystyksessä työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan laaja-alaista ja korkeatasoista osaamista vaativassa ja vastuullisessa tehtävässään. (Lång 2013; 45–46.)

Viholainen (2018) teki tutkimuksensa asiantuntijasairanhoitajan työnkuvasta. Työn tarkoituksena oli kuvata kliinisen hoitotyön asiantuntijan työnkuvaa, merkitystä ja kehittämistarpeita Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Näiden lisäksi oli tarkoitus tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää sekä hoitotyön kliinisen asiantuntijan työnkuvan kehittämiseen ja selkeyttämiseen että hoitotyön kliinisen asiantuntijan koulutuksen suunnitteluun. (Viholainen 2018; 17 ja 21.) Asiantuntijasairanhoitaja on hoitotyöntekijä, organisaatiostrategian edistäjä, kouluttaja, tutkija, tukija ja yhteistyökumppani. Viholainen nostaa työssään esiin asiantuntijan merkityksen hoitotyön ja organisaation kannalta. Hoitotyön osalta hän nosti seuraavat asiat; hoitotyön kehittyminen näyttöön perustuen, hoitotyön näkyvyyden edistäminen, tieteen ja käytännön kuilun kaventaminen, sairaanhoitajan osaamistason nostaminen ja yhteistyön lisäämisen terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Organisaation kannalta keskeisiksi nousivat toimintamallien arvioimisen, käytänteiden yhtenäistämisen, näyttöön perustuvan hoitotyön siirtyminen kliinisen työn perustaksi ja sairaanhoitajan ammatin imagon nostaminen. (Viholainen 2018; 27–28, 33.)

Asiantuntijasairanhoitajan roolin ja tehtävän kehittämistarpeina Viholaisen mukaan ovat roolin selkeä ja tarkka määrittelemine, työnkuvan kehittäminen, tunnettuuden lisääminen, nimikkeiden selventäminen, työympäristön parantaminen ja mahdollisuus täydennys- ja lisäkoulutukseen tarpeen mukaan. Hän näkee asiantuntijasairanhoitajan

muutosagenttina, jonka haasteena ovat aiheen tutkimusten vähäinen määrä, roolin jäsentämättömyys ja kehittämättömyys. (Viholainen 2018; 35–36, 47–48.)

Koskinen (2018) teki opinnäytetyönsä laajavastuisen sairaanhoitajan työnkuvan kehittamisestä terveyskeskuksessa. Tavoitteena oli edistää päivystyspotilaiden hoitoon pääsyä, parantaa terveyskeskuksen vetovoimaisuutta työnantajana ja pitää terveyspalvelut kilpailukykyisinä myös sote- uudistuksen aikana. Sairaanhoitajan työnkuvan nykytilaa hän kuvasi avustavana työnä, jossa toimintaohjeet ovat puutteellisia, kokonaiskuvaa on vaikea hahmottaa ja työtilat ovat puutteellisia. Kehittämissprojektiin hän kartoitti niin sairaanhoitajien kuin lääkäreiden käsityksiä sairaanhoitajan tehtävänkuvasta, tehtävänsiirroista ja osaamisen hyödyntämisestä. Työn kehittämisen mahdollisuuksina hän kuvasi osaamisen laajemman hyödyntämisen, työtapojen yhtenäistämisen, vastuuhenkilöiden nimeämisen ja työtilojen organisoimisen. (Koskinen 2018; 25.). Edellytyksinä näille hän nimesi työssään lisäkoulutuksen tarpeellisuuden, yhtenäisten laatukriteereiden luomisen, vastuuhenkilön nimeämisen ja erilliset työtilat laajavastuiselle sairaanhoitajalle. Lisäkoulutuksella tässä tutkimuksessa tarkoitettiin sekä sisäistä että ulkoista koulutusta. Osaamisen oleellisena perustana oli hoitajan oma motivaatio kouluttautua ja niin itsensä kuin uuden tehtävänkuvan kehittäminen. Vastuuhenkilöksi tämän tutkimuksen perusteella nostettiin triagehoitaja, jolla olisi kokonaiskäsitys potilaista ja täten hoidontarpeen arvio olisi tasalaatuista. Laajavastuisen hoitajan työhön lukeutuisi hoidontarpeen arvion lisäksi työskentely itsenäisenä asiantuntijana lääkärin työparina, jossa työn korkean laadun varmistaa yhdenmukaiset ohjeistukset ja standardit. (Koskinen 2018;37–38.)

Korhonen (2019) teki tutkimuksen asiantuntijasairaanhoitajan toimen ja roolin implementoinnista henkilöstön näkökulmasta. Hän totesi työssään, että asiasta on vähän tietoa ja tehtäväkuva on melko tuntematon. Oleellisiksi asiantuntijasairaanhoitajan ominaisuuksiksi hän nosti substanssikokemuksen, ammatillisen osaamisen ja hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet sekä viestinnän oman aktiivisuuden lisäksi.

Keskeisimmät asiantuntijasairaanhoitajan tehtävät ovat: muun henkilöstön auttaminen, ohjaus, konsultaatio, moniammatillisissa tiimeissä työskentely, organisaation strategisten näyttöön perustuvien toimintatapojen jalkauttaminen ja hoitoprosessien sujuvuuden edistäminen. Onnistuneen asiantuntijatehtävän implementointiprosessin perustana on moniammatillisen toimintayksikön tarveanalyysi, tehtäväkuvan suunnittelu yhteistyössä hoitohenkilöstön kanssa, laadukas tiedottaminen ja ohjaus, myönteiset asenteet sekä yhteinen ymmärrys tehtäväkuvan tarkoituksesta. Tarvittaviksi

rakennetekijöiksi kuvattiin vahva ammatillinen osaaminen, kliininen hoitotyön hallinta sekä työelämä- ja työskentelytaitoihin liittyvät ominaisuudet. Tutkimus kohdistui vaativa-hoitaisiin potilaisiin, joiden hoidossa korostui moniammatillisuus. Merkittävin tulos oli hoitoyhteisöjen välisen yhteistyön lisääntyminen ja tiedonkulun parantuminen. Tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoidajan toimen implementoinnin myötä myös hoitoprosessit ja hoitotyön kehittyminen näyttöön perustuen parantuivat. Kliinisen hoitotyön asiantuntijatehtävän perustaminen oli onnistunut ja tarpeellinen sekä hoitotyön kehittämisen tulevaisuuden voimavara. (Korhonen 2019; 61–69.)

Asiantuntijasairaanhoidajan rooli voi olla monipuolinen ja asiantuntijasairaanhoidajan ammattitaidolle on mahdollisuus löytää hyvinkin toisistaan poikkeavia työnkuvia. Mattila (2020) teki opinnäytetyönsä koordinoivan hoitajan toimenkuvasta. Toimenkuva oli uusi Turun kaupunginsairaалassa ja tässä tehtävässä asiantuntijasairaanhoidajan tehtävänä on hallita sairaalan potilasliikennettä koordinoivan hoitajan nimikkeellä. Opinnäytetyössä luotiin koordinoivan hoitajan työnkuva sekä toimen prosessi. (Mattila 2020; 22, 24 ja 28.) Tuloksena Mattila teki tästä havainnollistavan kaavion, jossa kuvataan potilasvirtojen hallinnan työ kokonaisuudessaan. Työn, koordinoivan hoitajan työn prosessin, lähtökohtana on potilaan tarve, joka myös määrittää sen etenemisen riippuen potilaan sijainnista määrittelyhetkellä. Kaaviosta löytyy myös kaikki toimintaan vaikuttavat yhteistyötahot, mikä tuo esiin myös tässä työssä asiantuntijasairaanhoidajan roolin moniammatillisen työryhmän osana. Koordinoivan hoitajan työssä toteutetaan Turun hyvinvointitoimialan ja kaupunginsairaalan johdon asettamia tavoitteita ja vaatimuksia. Näitä toteuttaakseen asiantuntijasairaanhoidaja tarvitsee johdon tuen. (Mattila 2020; 29–32, 47, 49.)

Geriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan juuret ulottuvat 1960-luvun Yhdysvaltoihin. Tuolloin luotiin ensimmäiset geriatrisen sairaanhoidon standardit ja vuonna 1966 alkoi ensimmäinen asiantuntijasairaanhoidajan maisteritutkintoon johtava koulutus Yhdysvalloissa. (Mezey ja Fulmer 2002; 438.)

Vuonna 2013 Tarhonen julkaisi aiheesta pro gradunsa. Tarhosen työ antaa tietoa siitä miten gerontologisen osaamiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit kuvaavat gerontologisen hoitotyön osaamistaan (Tarhonen 2013; 2.) Tuloksissaan Tarhonen pohti miten osaamisen tulisi olla hyvin monipuolista, erityisosaamista vaativaa ja haasteellista. Geriatrisen osaaminen luo työn osaamisen

merkittävän tietoperustan, josta hän nosti tärkeimmiksi kivun hoidon ja terveyden edistämisen. Alan heikko vetovoima on suuri haaste osaamisen edistämisessä. (Tarhonen 2013; 58–59.)

Rintamäki (2019) teki opinnäytetyönsä geriatrisesta osaamisesta erikoissairaanhoidossa. Työssään hän nimitti asiantuntijasairaanhoitajan geriatriseksi vastuuhoidajaksi. Tässä kehittämistehtävässä selvitettiin hoitajien näkemyksiä iäkkäiden hoitokäytännöistä, arvoista, asenteista ja tulevaisuuden koulutustarpeista, joihin perustuen työn tarkoituksena oli kehittää toimintamalliehdotus geriatriselle vastuuhoidajalle. (Rintamäki 2019; 17.) Opinnäytetyössä kuvataan niin iäkkään potilaan toimintakykyä kuin yleisimpiä sairauksia ja iäkkäiden hoitotyöhön vaadittavaa erityisosaamista. Myös tässä työssä todetaan asiantuntijasairaanhoitajan tärkeä rooli moniammatillisen tiimin yhtenä jäsenenä. (Rintamäki 2019; 26, 33 ja 36.) Tuloksissa todettiin, että vastuuhoidajan on hyvä hallita kokonaisvaltaisen iäkkään hyvinvoinnin, terveyden ja ennaltaehkäisyn lisäksi ikääntyvien palveluketjut ja olla verkostoitunut yhteistyökumppaneiden kanssa. Edellä mainittuun liittyy iäkkäiden jatkohoitomahdollisuuksien pirstaleisuus, jonka kehittämisen edellytys olisi yhteistyön lisääminen erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon välillä. Geriatrinen vastuuhoidaja osaa koota tarvittavat tiedot ja taidot kaikkien yksikön työntekijöiden saataville. Ikääntyvien hoitotyön kehittämisessä olisi hyvä parantaa uralla etenemisen mahdollisuuksia ja kehittää kannustavia palkitsemisjärjestelmiä, jotta ala houkuttelisi lisää asiasta innostuneita ja osaavia sairaanhoitajia. (Rintamäki 2019; 64, 66–67.)

Becker ym. (2020) kirjoittivat artikkelin kahden asiantuntijasairaanhoitajan osaamisesta vuonna 2016 AACN tehdyn kyselyn perusteella. Artikkelissa oli kuvattu eri asiantuntijasairaanhoitajien tiedolliset ja taidolliset kyvyt Yhdysvalloissa. Akuuttigeriatrian osaamiseen on laadittu selkeä taulukko (Table 4; e26.), jossa on lyhyesti kerrottu akuuttigeriatrisen potilaan keskeiset ongelmat, tarvittavat tiedot ja taidot, hoitotoimenpiteet sekä tärkeimmät osaamisalueet. Artikkelissa oli mm. lääkkeen määrääminen ja röntgenläheteiden tekeminen, jotka eivät ole Suomessa sairaanhoitajan tehtäviä. Sen sijaan potilaan monitahoisen ongelman hoitaminen moniammatillisesti yhdessä potilaan läheisten kanssa on myös Suomessa oleellinen osa asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvaa. (Becker ym. 2020; e22, e26.)

Goldberg ym. (2016) tekivät vastaavaa osaamisprofiilia kirjallisuuskatsauksen ja moniammatillisten työpajojen avulla Iso-Britanniassa. He tekivät roolikuvauksen ja loivat

69 kompetenssia, joista valikoitui loppujen lopuksi välttämättömäksi 49. Kyseisessä artikkelissa geriatrisella asiantuntijasairaanhoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajaa, joka arvioi potilaan erilaiset ongelmat ilman aiemmin tehtyä diagnoosia sekä ratkaisee potilaan hoidontarpeen ja jatkohoidon itsenäisesti käyttäen taitojaan monipuolisesti. Artikkelissa löytyy tällaisen geriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan taidot, osaaminen ja asioiden johtajuus kuvattuna hyvin kattavasti ja esitettynä myös visuaalisesti. Keskeistä artikkelissa oli asiantuntijasairaanhoitajan osaaminen kokonaisvaltaisessa arvioinnissa unohtamatta iäkkään potilaan muita sairauksia akuutin tilanteen ohella. (Goldberg ym. 2016; 48–51.) Sekä Yhdysvaltojen että Ison- Britannian kuvauksia voi käyttää ainakin osittain apuna määriteltäessä akuuttigeriatrisen sairaanhoitajan osaamisprofiilia Suomessa.

### 3.2 Geriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävän vaikutuksia iäkkään potilaan hoitoon

Kansainvälisesti, erityisesti Yhdysvalloissa, Kanadassa, Isossa- Britanniassa ja Australiassa on kuvattu sairaanhoitajavetoisten moniammatillisten tiimien toimintaa iäkkäiden hoidossa päivystyksissä. Tiimien tavoitteena on mm. estää turhia sairaalaan sisäänottoja, lyhentää potilaan sairaalahoidon pituutta, nopeuttaa potilaan hoitoa päivystyksessä ja lisätä potilaan käynnistä kokemaa hyötyä. (Brooten ym.2004;45, Marsden ym. 2017; 12, Newhouse ym. 2011; 246–248, Ellis ym.2014;2038.) Yhdysvalloissa sairaaloissa on mm. ACE- ja GEM- tiimejä, jotka käyvät eri osastoilla arvioimassa ja kartoittamassa akuutisti sairastuneita iäkkäitä ja antamassa jatkohoitosuositusta potilasta hoitavalle tiimille. (Malone ym. 2014; 2, Geriatric Evaluation and Management (GEM) Program (<https://www.health.vic.gov.au/patient-care/geriatric-evaluation-and-management> -viitattu 23.7.2022.)

Australiassa kehitettiin GEDI – ohjeistus, joka perustuu vuosina 2012–2013 ja 2015–2016 kerättyyn tietoon sairaanhoitajavetoisesta iäkkäiden akuuttihoitosta saatuihin tuloksiin mm. päivystyskäynnin ja sairaalahoidon pituudesta, päivystykseen paluusta vajaan kuukauden kuluessa sekä niin päivystyksen henkilökunnan kuin potilaiden ja heidän omaistensa haastatteluista. GEDI todettiin olevan onnistunut työskentelytapa kehittämään iäkkäiden akuuttihoitoa, jonka tavoitteina olivat maksimoida potilaskeskeistä moniammatillista päätöksentekoa, tunnistaa päivystykseen tulossyyt, lyhentää päivystyksessä oloaikaa, tunnistaa toimintakyvyn lasku, tukea potilaan

kotiutusta, vähentää sairaalaan sisäänottoa tai lyhentää sen pituutta, vähentää päivystykseen paluuta ja kuolleisuutta. Keskeistä tässä asiantuntijasairaanhoitajantyössä on työskennellä itsenäisesti ja kyetä moniammatilliseen keskusteluun ja päätöksentekoon. (Marsden ym. 2017; 6, 12, 63.)

Moniammatillisen työskentelytavan on osoitettu useissa tutkimuksissa mahdollistavan potilaan hoidon paremman jatkuvuuden, laadun ja terveydenhoidon pienemmillä kustannuksilla. Montagnini ym. kirjoittivat katsausartikkelin, PHA (Partnership for Health in Aging Workgroup on Interdisciplinary Team Training in Geriatrics) geriatrisesta moniammatillisesta koulutuksesta. Moniammatillisella työskentelyllä voidaan myös parantaa mm. potilasturvallisuutta, kroonisten sairauksien hoitoa, potilaan lääkehoidon turvallista toteutumista ja viestintää terveydenhuollossa. Tällainen työskentely on parhaimmillaan, kun ryhmä saa opetuksellisen ja kliinisen koulutuksen työskentelynsä tueksi. Siten voidaan saavuttaa selkeä vastuunjako, yhteiset tavoitteet, toiminnan säännöt, parempi kommunikaatio ja näiden myötä niin päätöksenteon tehokkuus kuin ristiriitojenkin ratkaiseminen. Moniammatillisen työskentelytavan tarve iäkkään potilaan hoidossa on suuri, joten se tarvitsee tuen kaikilta organisaatioilta edetäkseen vallitsevaksi tavaksi hoitaa iäkästä potilasta. (Montagnini ym. 2014; 962–963.) Kyseinen artikkeli arvio tilannetta Yhdysvalloissa, mutta toimintatapaa voidaan pitää perusteltuna myös Suomessa, vaikka terveydenhuoltojärjestelmämme eroavatkin toisistaan monin tavoin.

Boman ym. (2019) tekivät tutkimuksensa Skandinaviassa. Tuossa tutkimuksessa oli tarkoituksena tutkia geriatrisen sairaanhoitajan toimen perustamista perusterveydenhuoltoon moniammatillisesta ja iäkkään potilaan näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin iäkkään potilaan hoidon ongelmiksi juuri samat asiat, joihin PHA:n artikkelissa todettiin moniammatillisen työskentelyn olevan ratkaisu iäkkään, monisairaana potilaan hoidon laadun parantamiseksi. Geriatrisen sairaanhoitajan itsenäisen roolin tulisi olla linkki muiden ammattilaisten, organisaatioiden ja potilaan välillä. Hänen tehtävänsä olisi suunnitella potilaan kokonaisvaltainen hoito laajan arvionsa perusteella ja näin täydentää lääkärin tekemää potilastyötä. Tähän voi liittyä myös tehtävien siirtoja. Artikkelissa otettiin kantaa viimeksi mainittuun suhteessa geriatrisen sairaanhoitajan osaamiseen, koska ilman riittävää osaamista on olemassa riski joko potilaan ali- tai ylihoitoon. Hoitajan on myös ansaittava luottamus niin

ammattilaisten kuin potilaiden silmissä ymmärtäen oman osaamisen rajoitteet. (Boman ym.2019;6–7.)

Gerontologisen asiantuntijasairaanhoitajan ammattitaidon hyödyntämistä tutkittiin Uudessa-Seelannissa perusterveydenhuollon yksiköissä samoin kuin Boman ym. (2019) Skandinaviassa. Tutkimus oli randomoitu tutkimus- ja verrokkiryhmään, joista jälkimmäiseen osallistui noin kolmannes enemmän tutkittavia. Potilaat olivat monisairaita ja tutkimusryhmälle tehtiin kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi ja verrokkiryhmä tutkittiin normaalin käytännön mukaisesti. Ensi- (akuutisti sairaalahoitoon joutuminen) ja toissijaisiin muuttujiin (mm. sairaalahoitoon paluu, sairaalahoidon pituus, pitkäaikaishoitoon siirtyminen) ei saatu tilastollisesti merkittävää eroa ryhmien välille, mutta tulokset olivat parempia tutkimusryhmässä. Tutkimusryhmä sai merkittävästi enemmän fyysistä kuntoutusta, jonka vaikutukset pidemmällä aikavälillä voivat vaikuttaa positiivisesti iäkkään potilaan toimintakykyyn. Tutkimuksessa ei tutkittu elämänlaadun tai koetun terveyden muutosta ryhmien välillä, millä saattaa olla merkitystä potilaan kuntoutumisessa akuutin sairastumisen jälkeen. (King ym. 2018; 2–8.)

Eryteisesti niin geriatrisessa kuin akuuttigeriatrisessa hoitotyössä sairaanhoitaja on aina osa moniammatillista työryhmää. Tällaista työtapaa arvioivat O’Shaughnessy ym. systemaattisella kirjallisuuskatsauksella, jossa oli tarkoituksena päivittää ja yhdistää kaikki maaliskuuhun 2021 saakka saatu näyttö, joka liittyy niin akuuttigeriatrisen hoidon kuin kliinisen toiminnan tuloksiin hoidettaessa akuutisti sairastuneita sairaalaan tulevia iäkkäitä, yli 65- vuotiaita potilaita. Ensisijaisena muuttujana oli toimintakyvyn lasku sairaalasta kotiutuessa ja seurannan aikana. Toissijaisina muuttujina oli mm. sairaalahoidon pituus, sairaalaan paluu ja kognitiivinen toimintakyky, joiden avulla voitiin arvioida hoidon onnistumista, kustannuksia ja potilaan tyytyväisyyttä. Tuloksena oli, että akuuttigeriatrisilla interventioilla voidaan lyhentää potilaan sairaalahoidon pituutta ja tästä johtuen vähentää potilaan toimintakyvyn laskua.

Cochrane-raportissa Ellis ym. (2017) nostavat esiin geriatrisen kokonaisarvion keskeiset asiat, jotka ovat oleellisia hoidon onnistumiselle: kliininen johtajuus, rakenteinen arviointi, moniammatilliset tapaamiset, tavoitteen asettaminen, potilaan ja hänen hoitajansa sitouttaminen hoidon tavoitteisiin, hoitajakson jälkeinen seuranta, osastoympäristö, riittävän ajan allokointi, erikoisosaaminen, kokemus ja kompetenssi sekä yksilöllisten hoitosuunnitelmien tekeminen (Ellis ym. 2017; 14). Tämän arvion toteutuksen, sen arvioinnin ja kehittämisen oleellisena osana tarvitaan asiantuntijasairaanhoitajan panos

osana moniammatillista tiimiä. Edellä mainitut Ellis ym. nostamat kymmenen osaa geriatrisesta kokonaisarviosta voisivat olla nimenomaan asiantuntijasairaanhoidajan ydinosaamista, kun tavoitellaan potilaan hyvää ja tuloksekasta hoitoa akuutin sairauden yhteydessä.

Heeren ym. (2019) tutkivat kokonaisvaltaiseen geriatriseen arvioon perustuvan sairaanhoitajavetoisen akuuttigeriatrisen toimintamallin, URGENT, vaikuttavuutta iäkkään potilaan uusintakäynteihin päivystyksessä Belgiassa. Tämän tutkimuksen perusteella paluu päivystykseen ei vähentynyt, mutta päivystyksessä oloaika lyheni yli 30 %. Samalla kuitenkin sairaalaan sisäännotot lisääntyivät tutkimusryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. Päätös tutkimuksessa sairaalaan ottamiseen perustui viime kädessä akuuttilääkärin päätökseen, ei geriatrisen tiimin tekemään arvioon. Päivystyksessä oloajan lyhenemisellä on suotuisia vaikutuksia siihen liittyvien haittavaikutusten esiintymiseen iäkkäillä potilailla, kuten delirium- ja kaatumisriskiin. Näiden lisäksi positiivisena vaikutuksena voidaan pitää myös päivystyksen ruuhkautumisen mahdollista vähentymistä ja potilasvirran kulun nopeutumista kokonaisuudessaan, jolla saattaa olla suotuisia vaikutuksia koko päivystyksen yleiseen toimintaan. Tutkimuksen vaatimattomiin tuloksiin vaikuttivat oleellisesti mm. seuraavat tekijät; vain neljännes tutkimusryhmän potilaista suostui jatkoseurantaan päivystyksessä tehdyn geriatrisen arvion jälkeen, potilaiden arvioimisen tuloksia kotiutuneiden ja sairaalahoitoon siirtyneiden välillä ei vertailtu ja URGENT oli täysin uusi toimintamalli belgialaisessa päivystysympäristössä. (Heeren ym. 2019; 1, 6, 7,8.)

Iäkkään potilaan päivystykseen paluuseen voivat vaikuttavaa useat asiat, jotka eivät johdu aiemmasta päivystyskäynnistä tai sen yhteydessä tehdyistä jatkosuunnitelmista. Päivystykseen uudelleen hakeutumiseen vaikuttavat mm. omaisten, ystävien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteet, epäluottamus perusterveydenhuoltoon tai sen saavutettavuuden vaikeudet. (Coster ym. 2017; 1138.) Tämän vuoksi on tärkeää raportoida akuuttigeriatrisen arvion ja hoidon perusteella tehdyt suositukset jatkohoidosta vastaavalle taholle ja potilaan omaisille.

Iäkkäiden akuuttihoitoon annettiin vuonna 2013 Yhdysvalloissa moniammatillinen geriatrien, päivystyksessä toimivien akuuttilääkäreiden ja hoitajien yhdistysten ohjeistus iäkkäiden päivystyspotilaiden laadukkaasta hoidosta. Moniammatillisessa geriatrisessa tiimissä sairaanhoitajalla oli kaksi työnkuvaa, sekä osastonhoitajan että tavallisen



sairaanhoitajan rooli. Sairaanhoitajaa rohkaistaan geriatriseen koulutukseen ja osastonhoitaja vastaa geriatrisesta hoitotyöstä, sen kehittamisestä, arvioinnista ja tunnistaa koulutus- ja osaamistarpeet. Ohjeistuksessa otettiin myös kantaa monipuolisesti iäkkään hoitoon; potilaan seulontaan päivystykseen tullessa, iäkkään potilaan erityispiirteisiin, niiden huomiointiin päivystystilanteessa, päivystyksen ympäristöön, potilaan hoitoon, kotiutukseen, monipuoliseen yhteistyöhön niin sairaalassa kuin sairaalan ulkopuolella sekä hoidon laadun arviointiin keräämällä tietoa päivystyskäyntiin liittyvistä tiedoista ja huomioista. (Rosenberg ym. 2013; 5–11, 13, 15–17, Carpenter ym. 2014; 1361.)

Eurooppalaiset iäkkäiden akuuttihoitosuositukset julkaistiin vuonna 2021. Suosituksissa on kahdeksan eri ulottuvuutta ja tarkoituksena on parantaa iäkkäiden päivystyksellistä hoitoa. Näissä otettiin kantaa nimenomaan hauraiden iäkkäiden kokonaisvaltaisempaan lähestymiseen päivystyskäynnillä, jossa huomioidaan potilaan akuuttitilanne monipuolisesti. Tulovaiheessa määritellään potilaan CFS- luokka ja huomioidaan potilaan läheisten näkemys niin hoidon aikana kuin jatkohoitosuunnitelmaa laadittaessa. Potilaan sekavuus, kognitio ja monilääkitys tulee arvioida ja potilaan hoitoympäristö luoda sellaiseksi, että potilaan on mahdollista liikkua, syödä ja käydä wc:ssä. Iäkkään potilaan traumoihin tulee suhtautua vakavasti, koska jo pienienergiset vammat voivat aiheuttaa esimerkiksi murtuman tai laaja-alaisen hematooman. Suosituksissa viimeisenä otetaan kantaa saattohoitoon; varmistetaan, onko potilaalla jo aiemmin tehtyjä hoitolinjauksia ja mikäli niitä ei ole, niistä tulisi keskustella, jos aktiivista hoitoa ei ole enää tarjolla (Lucke ym. 2021; 310, 312–314.)

Southerland ym. (2020) kirjoittivat artikkelin iäkkäiden akuuttihoiton tilasta ja totesivat artikkelissaan, että iäkkäiden akuuttihoiton konsensuksesta, ohjeistuksista ja useista vertaisarvioituista artikkeleista huolimatta heidän hoitonsa on edelleen hyvin heterogeenistä ja ohjeistukset eivät ole päivystysten laajassa käytössä (Southerland ym. 2020;2).

### 3.3 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto

Asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvan juuret ovat 1960-luvun Yhdysvalloissa ja samanlainen kehitys on jatkunut Kanadassa, Australiassa ja Euroopassa jatkuen edelleen. Kehityksen edetessä tavoitteena on ollut yhtenäistää koulutusta,

lainsäädäntöä, palkkausta ja tehtäväkuvien määrittelyä. Asiantuntijasairaanhoidajan nimikkeet vaihtelevat riippuen maasta ja siitä työskenteleekö asiantuntijasairaanhoidaja perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Asiantuntijasairaanhoidajalle ei ole muodostunut yhtenäisiä kansainvälisiä tai kansallisia määritelmiä nimikkeitä eikä selkeitä työnkuvia tai urapolkuja. (Mezey ja Fulmer 2002; 438, Sheer ja Wong 2008; 205, Schober ym. 2020; 12.)

Asiantuntijasairaanhoidajan tarve on nähty erityisesti perusterveydenhuollossa maaseudulla, monisairaitten ja haavoittuvien potilaiden hoidossa. Tavoitteena on parantaa hoidon laatua kustannustehokkaasti ja näyttöön perustuen. Globaalin väestökehityksen vuoksi voidaan sanoa, että etenkin gerontologisen osaamisen laajenemisella on jo kiire. (Bryant-Lukosius ja Martin-Misener 2015; 2–3, Montagnini ym. 2014; 962–963.)

Suomalaisissa tutkimuksissa asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuvia on tutkittu monipuolisesti monella sairaanhoidon alalla ja niissä tulokset ovat samansuuntaisia kuin kansainvälisesti. Suomessa asiantuntijasairaanhoidajan työssä on oleellista muun henkilöstön auttaminen, ohjaaminen ja työn kehittäminen. Näin voidaan yhdistää tiedollinen osaaminen kliiniseen työhön. Asiantuntijasairaanhoidajan työ edistää sairaanhoidajan työn näkyvyyttä ja pyrkii kaventamaan tieteen ja käytännön työn välistä kuilua. Suomen Sairaanhoidajat ovat nimenneet asiantuntijasairaanhoidajan laajavastuiseksi hoitotyön asiantuntijaksi, joka on erikoistunut jollekin kliiniselle hoitotyön alueelle. Tässä tehtävässä tulee tunnistaa hoitotyön kehittämiskohteita tutkimustietoa hyödyntäen moniammatillisessa yhteistyössä käytännönläheisenä potilastyötä tekevänä asiantuntijana johdon tukemana. (Korhonen 2019; 61–69, Rintamäki 2019; 64, Viholainen 2018; 27–28, 33, Kotila ym. 2017; 12, Mattila 2020; 49.)

Kansainvälisesti on todettu, että gerontologista ja geriatriasta koulutusta tarvitaan jo sairaanhoidajan peruskoulutuksessa ja ikääntyneisiin liittyvää erikoisosaamista tarvitaan tulevaisuudessa lähes kaikilla sairaanhoidon erikoisalalla. Vankka kliininen perusosaaminen luo pohjan tulevaisuuden asiantuntijasairaanhoidajan työhön akateemisen koulutuksen myötä ja antaa valmiudet niin itsenäiseen kuin moniammatilliseen työskentelyyn. Tällainen urakehitys tulee jatkossa mahdollistaa poliittisen päätöksentekoon ja tarvittavien koulutuksellisten säännösmuutosten kautta. (Mezey ym.2002; 438–440.)

Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävään tarvitaan monipuolisia ominaisuuksia kuten yhteistyökykyä, luovuutta, innostuneisuutta, sitoutuneisuutta, nopeutta ja varmuutta. Asiantuntijasairaanhoitaja on kouluttautunut, hän osaa niin substanssin kuin kliinisen hoitotyön ja on kykenevä moniammatilliseen työskentelyyn, muutosten läpiviemiseen ja verkostoitumiseen. Hänen tulee tuntea organisaation rakenteet ja prosessit sekä osata löytää, hyödyntää ja yhdistää tutkittua tietoa ja luoda yhteistyötapoja muiden ammattilaisten, organisaatioiden ja potilaan välillä. (Jaakkola 2012;24,29, 31–32 ja 36, Vestman 2013; 48–52, Lång 2013; 18.)

Asiantuntijasairaanhoitajan ammattitaitoa voidaan parhaiten hyödyntää moniammatillisissa tiimeissä ja iäkkään potilaan hoidon tulisi perustua kokonaisvaltaiseen arvioon kuten mm. Montagnini (2014), O'Shaugnessy (2019) ja Lucke (2021) ovat todenneet.

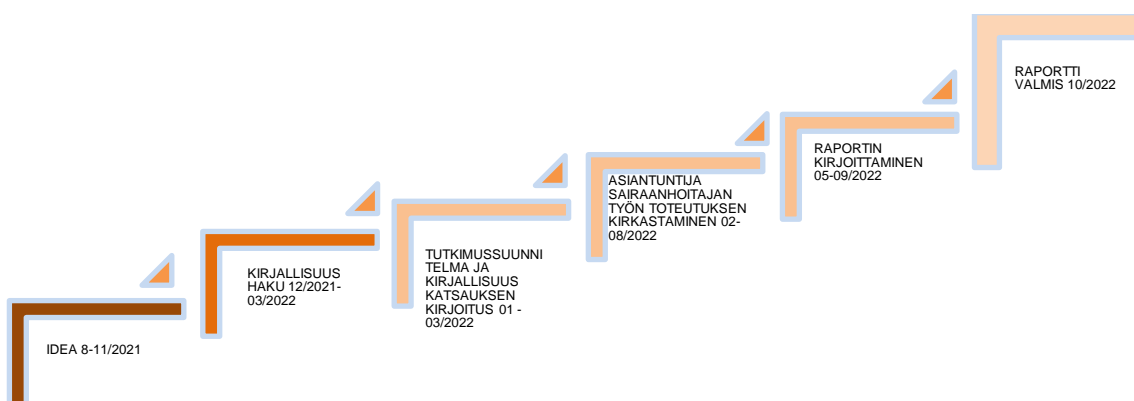
## 4 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää ja kuvata akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan työnkuva Tyks Akuutissa. Tavoitteena oli luoda asiantuntijasairaanhoidajan työnkuva moniammatillisessa tiimissä päivystysympäristössä, perustuen aikaisempaan kirjallisuuteen ja työyhteisössä toteutuneeseen yhteiskehittämiseen.

lääkkään potilaan systemaattiseen arvioon päivystystilanteessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, joka käynnistyy asiantuntijasairaanhoidajan tekemällä nopealla arviolla, kun yli 75- vuotias potilas on tullut päivystykseen. Tämä tarve todettiin nopeasti pilotin alussa syksyllä 2021, kun triage- hoitaja teki projektiin valitun iäkkäiden päivystyspotilaiden seulomiseen tarkoitetun TRST-seulan, jolla kartoitetaan iäkkään potilaan toimintakykyyn vaikuttavia riskitekijöitä. Pelkän seulan perusteella valikoituvien potilaiden joukko oli liian heterogeeninen. Tästä syystä tarvittiin tarkempaa arviota, jotta kyettiin löytämään ne potilaat, jotka hyötyvät akuuttigeriatrisesta arviosta. Tämän arvion tekemiseen tarvitaan vahvaa gerontologista ja geriatrista osaamista, minkä vuoksi aloitettiin asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvan kehittäminen paitsi itsenäisenä toimijana myös akuuttigeriatrisen tiimin oleellisena osana.

## 5 Kehittämistyön menetelmät ja eteneminen

Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan (jatkossa asiantuntijasairaanhoidaja) työn kehittämisen menetelmänä on tässä työssä aiemmin esitetty kirjallisuus, työyhteisössä käydyt keskustelut, kehittämiskokoukset ja sovittujen muutosten toteuttaminen käytännön hoitotyössä. (Kuva1.). Pilotin alussa, elokuusta 2021 kevättälveen helmikuuhun 2022, kokouksia järjestettiin akuuttigeriatrisen tiimin ja Tyks Akuutin johdon kanssa tiimin integroimisen varmistamiseksi päivystyksen omaan prosessiin. Tämän jälkeen kehittämiskokoukset jatkuivat viikoittain tiimin omina tapaamisina akuuttigeriatrisen oman prosessin etenemisen varmistamiseksi, kun kokemukset karttuivat kliinisen työn edetessä. Kirjallisuuden perusteella tunnistettiin eri osa-alueita, jotka korostuvat onnistuneessa asiantuntijasairaanhoidajan työssä. Näitä olivat koulutustausta, osaaminen, hoitotyön prosessin kuvaaminen ja moniammatillinen työskentely.



Kuva 1. Kehittämistyön aikataulu ja eteneminen

Kuten kirjallisuuskatsauksen yhteenvedossa todetaan, asiantuntijasairaanhoidajan tehtäväkuva vaatii edelleen kirkastamista niin koulutuksen, työkokemuksen, uralla etenemisen, osaamisen varmistamisen, erikoisosaamisen hyödyntämisen ja organisaatioiden tuen näkökulmista. Tässä työssä pyritään kuvaamaan akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvaa mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Siten tätä kehittämistyötä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää niin koulutuksen, työssä oppimisen, uralla etenemisen kuin erilaisten organisaatioiden laajavastuisen asiantuntijasairaanhoidajan tehtävien perustamiseen vaativissa kliinisissä gerontologisissa ja geriatrisissa hoitotyön tehtävissä.

Kehittämistyö eteni suunnitellusti ja sitä tuki oleellisesti koko ajan rinnalla kulkenut kliininen hoitotyö, pieni tiimi ja tekemisen jatkuva reflektointi tiimissä. Tarvittavat muutokset kyettiin päättämään, toteuttamaan ja myös arvioimaan käytännön työssä nopeasti. Asiantuntijasairaanhoitajien yhdessä jaetut kokemukset ja niiden reflektointi täsmensivät hoitotyön prosessia ja siten sen sujuvuutta.

## 6 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan tehtävään saatavilla oleva koulutus

### 6.1 Sairaanhoitajan geriatrisesta koulutuksesta

Gerontologisia sairaanhoitajia on aivan liian vähän suhteessa tarpeeseen. Tarvetta lisää niin iäkkäiden määrä, eläminen entistä iäkkäämmäksi, monisairastavuus ja -ongelmaisuus. Asiantuntijasairaanhoitajien kouluttaminen ei yksin ratkaise ongelmaa, vaan gerontologista osaamista tarvitaan tulevaisuudessa kaikille sairaanhoitajille. Thornlow ym. artikkelissa viitataan 47 erilaiseen osaamiseen, joita vaaditaan koulutukseen pääsyyn. Kyseinen koulutus antaa osaamista kaikille sairaanhoitajille iäkkäiden potilaiden hoitamiseen, mutta ei anna erikoisosaamista, jota vaaditaan gerontologisilta asiantuntijasairaanhoitajilta. Artikkelissa suositellaan tapaus esimerkki -koulutusta, jossa opiskelijat arvioivat laajasti potilaan kokonaistilannetta ja ratkaisevat ongelmat monipuolisesti keskeisten osaamisvaatimusten perusteella. (Thornlow ym.2006; 116–122.)

Mezey ja Fulmer artikkelissaan gerontologisen hoitotyön tulevaisuuden historia nostavat esiin geriatrisen opetuksen sisällyttämisen sekä sairaanhoitajien peruskoulutukseen, että jatkokoulutukseen vahvistamaan edelleen gerontologista osaamista. He korostavat artikkelissaan myös mahdollisuutta käytännön harjoitteluun organisaatioissa, joissa on geriatrista erikoisosaamista mm. onkologiassa, päivystyksessä ja tehohoidossa, asiasta kiinnostuneille ja erikoistuneille sairaanhoitajille. Geriatriinen ja gerontologinen perusosaaminen luo pohjan tulevaisuuden asiantuntijasairaanhoitajan työhön akateemisen kouluttautumisen myötä mahdollistaen itsenäisen työskentelyn niin terveyden edistämässä, sairauksien hoidossa kuin moniammatillisen tiimin yhtenä jäsenenä. Artikkelissa nostetaan esiin tutkimustyön tärkeys paitsi hoitotyön kehittämisessä, myös poliittisen päätöksenteon ja erilaisten säännösten muuttamisen tukena. Näin edelleen parannetaan iäkkään potilaan hoidon laatua niin perusterveydenhuollossa kuin hoitokodeissa, vaikkakin geriatristen hoitajien ”ääni” on päätöksenteossa vielä aliedustettua ja -arvostettua. (Mezey ym.2002; 438–440.)

## 6.2. Sairaanhoidajan geriatrinen koulutus Suomessa

Gerontologisen hoitotyön opetuksen laajuus vaihtelee Suomessa 3 opintopisteestä 48 opintopisteeseen saakka sairaanhoidajan ammattikorkeakoulututkinnoissa. Vähiten gerontologista opetusta pakollisissa perusopinnoissa tarjoavat Turun ja Jyväskylän ammattikorkeakoulut ja eniten Lapin ammattikorkeakoulu ja DIAK ammattikorkeakoulu, joissa voi vapaavalintaisena valita 30 opintopistettä, siten että harjoittelua on 15 opintopistettä.

Osassa ammattikorkeakouluja pakollisiin opintoihin liittyy harjoittelujaksoja, joiden laajuus on 7–10 opintopistettä. (Diak.fi, Lapinamk.fi, Savonia.fi, Turkuamk.fi. -viitattu 6.6.2022)

Turun AMK:ssa sairaanhoidaja AMK- tutkinnossa 210 opintopisteestä gerontologista opetusta on siis 3 opintopistettä perusopinnoissa. Tämä opintokokonaisuus sisältää paljon oleellisia asioita, mm. iäkkään potilaan erityispiirteitä, lääkehoitoa, toimintakyvyn arviointia ja gerontologiaa. Edellä mainitun lisäksi voi valita vapaavalintaisista opinnoista 5 opintopisteen gerontologisen hoitotyön syventäviä opintoja. Näissä opinnoissa syvennetään aiempaa osaamista ja opitaan palvelujärjestelmää, pohditaan erityiskysymyksiä, opitaan niin kokonaisvaltaista hoidontarpeen arviota kuin hyödyntämään moniammatillista verkostoa. Tällä tavoin opiskelijan oman mielenkiinnon mukaan hänellä on sairaanhoidajan opinnoissa mahdollista opiskella 8 opintopistettä iäkkäiden hoitoa. Mikäli opiskelija tekee aiheeseen liittyvän opinnäytetyön 15 opintopistettä, on mahdollista lisätä osaamista oleellisesti. (Turkuamk.fi. -viitattu 4.6.2022.)

Tampereen AMK:ssa sairaanhoidajan peruskoulutukseen sisältyy 23 opintopisteestä koostuva hoitotyö muuttuvassa ympäristössä- kokonaisuus, jossa on 4 op gerontologista hoitotyön opintoja. Tässä kokonaisuudessa opiskelijalla on mahdollisuus oppia ymmärtämään ikääntymisen merkitys ja mahdollisesti sen mukana tulevat ongelmat. Tavoitteena on oppia suunnittelemaan ja toteuttamaan iäkkään potilaan hoitoa sekä ohjaamaan potilasta ja omaisia. Myöhemmin opinnoissa on vanhustyön kliinistä osaamista (4 op) ja omavalvontaa sekä vanhuspalveluiden lähijohtamisen perusteita (4 op). Näissä sisältö on myös laaja kuten Turun AMK:n opinnoissa sisältäen iäkkäiden keskeisiä sairauksia, kokonaisvaltaista arviointia, yhteistyötä lääkärin kanssa sekä palliatiivista että saattohoitoa. (Tamk.fi - viitattu 17.7.2022.)



Metropolian ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan opintoihin sisältyy 5 opintopistettä gerontologista hoitotyötä, joka on liitetty vuorovaikutusosaamisen opintokokonaisuuteen. Tämä kokonaisuus sisältää niin ikään laajasti ikääntyneen hoitotyötä, eettisyyttä, terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä sisältäviä tavoitteita, mutta poiketen muiden ammattikorkeakoulujen opintosuunnitelmista, tämä on sijoitettu opintojen alkuvaiheeseen. (Metropolia.fi- viitattu 4.6.2022.)

DIAK ammattikorkeakoulussa vanhustyön opintoja on 6 op, joista kaksi on ikääntyvien lääkehoidon opintoja. Ensimmäiset kaksi opintopistettä käsittelevät vanhuutta, jossa tavoitteena on oppia ymmärtämään ikääntymistä, elämäntilanteita ja -kulkua. Sen lisäksi hän tuntee mm. vanhuuspolitiikan ja vanhustyön arvoja, osaa arvioida omia asenteitaan ja ihmiskäsitystään. Tätä seuraa kaksi opintopistettä iäkkäiden näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä, jossa opitaan iäkkäiden keskeiset sairaudet, ravitsemusta, toimintakykyä, voimavaroja, läheisten tukemista ja osallisuutta, geronteknologiaa sekä palvelutarpeen arviointia. Näiden opintojen lisäksi opiskelijalla on vapaasti mahdollisuus valita 30 op gerontologista hoitotyötä, josta 15 on käytännön harjoittelua. (Diak.fi - viitattu 17.7.2022.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan 210 opintopisteestä gerontologinen hoitotyö 3 opintopistettä on liitetty pakollisiin 16 opintopisteen hoitotyön perusteet-opintoihin. Näistä 10 opintopistettä koostuu hoitotyön perusteiden harjoittelusta. Gerontologisen hoitotyön opinnot sisältö koostuu iäkkään ihmisen ja hänen lähiverkostonsa asiakkuudesta, terveyden ja toimintakyvyn arvioinnista, muistiterveydestä ja sen edistämistä, iäkkään potilaan lääkehoidon erityispiirteistä sekä palliatiivisesta ja saattohoidon perusteista. Tähän opintojaksoon on myös sisällytetty moniammatillisuus ja hoitotyön asiantuntijuus. (Jamk.fi - viitattu 4.6.2022.)

Suomessa sairaanhoitajan pakollisiin perusopintoihin sisältyy hyvin vähän iäkkäiden terveyden- ja sairaanhoidon opintoja, kun ajatellaan, kuinka todennäköistä on, että sairaanhoitaja kohtaa työssään ikääntyneitä potilaita. Gerontologinen hoitotyö on kasvava ala ja gerontologisen osaamisen tarve on suuri tulevaisuudessa kaikilla hoidon portailla (Tohmola 2021; 19). Myös opintojen sisältö ja osaamisvaatimukset ovat kunnianhimoisia, kun tiedetään iäkkäiden potilaiden monitahoiset ja -mutkaiset ongelmat. Gerontologisen osaamisen opiskelun vastuu jää opiskelijan oman motivaation ja vapaavalintaisten opintojen valinnan varaan. (Tohmola 2021;83.) Gerontologisen ja geriatrisen hoitotyön osaamisen kartuttamiseen opiskelijan on mahdollista valita työssäoppimisjaksot siten, että ne tukevat opinnoista saatavaa osaamista.

Gerontologisessa hoitotyössä on hyötyä aiemmasta hoitotyön koulutuksesta ja työkokemuksesta, joten kaikki sairaanhoidon opiskelijat hyötyisivät monipuolisen teoreettisen opiskelun lisäksi käytännön kokemuksista ja esimerkeistä. (Tohmola 2021; 75.)

### 6.3 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan koulutus

#### 6.3.1 Kliinisesti erikoistuva sairaanhoitaja

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuoden 2021 lopussa terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan hoitotyön jaoston ehdotukset 17 kliinisen hoitotyön erikoisalasta. Näistä geriatriseen akuuttityöhön voi saada opetusta mahdollisesti tulevaisuudessa niin päivystyshoitotyön kuin gerontologisen hoitotyön erikoisalakoulutuksissa riippuen opetussuunnitelmista. Sekä päivystyshoitotyön että gerontologisen hoitotyön osaamisvaatimuksissa nostetaan esiin ammattilaisen kyvykkyys soveltaa laaja-alaista tietoperustaansa kokonaisvaltaisesti potilaan arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa ja näin saavutetut taidot mahdollistavat kliinisenä hoitotyön asiantuntijana toimimisen. (STM 2021.)

Sairaanhoitajan tulee päivystystyössä olla perehtynyt valtakunnallisiin kiireellisen hoidon perusteisiin. Hänen tulee osata ennakoida potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia nopeastikin muuttuvissa tilanteissa ja kyetä tekemään potilaan hoitoa koskevia päätöksiä nopeasti. Vaatimuksessa on eroteltu lapset ja aikuiset kiireellisyyden arvioinnissa sekä se, että sairaanhoitajan tulee olla perehtynyt päivystyksen erikoisakohtaisiin edellytyksiin. Gerontologisen hoitotyön sairaanhoitajan tulee hallita ikääntymisen aiheuttamat monitahoiset muutokset, ymmärtää potilaan toimintakykyä ja siitä johtuvia palvelutarpeita. (STM 2021; 51,76.)

Kliinistä akuuttihoitotyön koulutusta ja osaamista on jatkossa mahdollisuus opiskella ammattikorkeakouluissa. Koulutukset järjestetään monimuotokoulutuksina siten, että lähipäiviä on 1–2 kuukaudessa ja näiden lisäksi opiskelija opiskelee itsenäisesti. Opintoja voi siis suorittaa työn ohella. Akuuttihoitotyötä voi Suomessa opiskella mm. Vaasan ammattikorkeakoulussa akuuttihoitotyön erikoistumiskoulutuksessa, joka on 30 opintopisteen kokonaisuus. Tämä koulutus tarjoaa mahdollisuuden toteuttaa ja kehittää näyttöön perustuvaa potilasturvallista akuuttihoitotyötä ja mahdollistaa asiantuntijana

toimimisen moniammatillisissa työryhmissä hyödyntäen eri alojen tietoa niin potilaan kuin hänen läheistensä ohjaamisessa. Tällaista koulutusta samalla sisällöllä tarjoavat Metropolian ammattikorkeakoulu Helsingissä ja osa muista ammattikorkeakouluistakin, mm. Kajaanin, Satakunnan ja Turun ammattikorkeakoulu. Kaikissa näissä opinnot ovat maksullisia, kokonaisuudessaan hinta on 1500 €. (Vamk.fi, Metropolia.fi ja Akuuttihoitotyön opinnot Suomessa- viitattu 9.6.2022.)

Akuuttihoitotyön kliinistä koulutusta on siis tarjolla useassa ammattikorkeakoulussa, mutta kliinisen gerontologisen hoitotyön 30 op koulutuksia oli tarjolla kesäkuussa 2022 vain Laurean ammattikorkeakoulussa vanhustyön osaaja- nimellä (Laurea.fi - viitattu 9.6.2022.).

### 6.3.2 Sairaanhoidajan gerontologiset YAMK- tutkinnot

YAMK- tasoista gerontologista koulutusta on tarjolla yhteensä kuudessa ammattikorkeakoulussa. Näihin koulutuksien hakukriteerinä sosiaali- ja terveysalan amk-tutkinto ja kahden vuoden työkokemus alalta tutkinnon jälkeen.

Viisi koulutusvaihtoehtoa, jotka ovat gerontologinen asiantuntijuus-, vanhustyö, ikääntymisen asiantuntijuus- nimikkeillä olevia koulutuksia ja ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen- koulutus. Lapin ammattikorkeakoulussa voi opiskella digitaalisista terveyspalveluista ja terveyden edistämisestä. (Karelia.fi, Samk.fi, SeAmk.fi, Turkuamk.fi, – viitattu 14.6.2022.)

Satakunnan ammattikorkeakoulun vanhustyön tutkinnon opetussuunnitelma koostuu viidestä kokonaisuudesta. Näistä vanhustyön opintoja on 55 op, josta 30 op on johtamisen ja kehittämisen opintoja vanhustyössä ja 25 opintopistettä koostuu vanhustyön asiantuntijuus- opinnoista. Kaikkiaan 90 opintopisteen kokonaisuudesta mielenterveys- ja päihdetyön syventäviä opintoja on 25 op. Vapaasti valittavia opintoja on 5 op ja loput 30 op koostuu opinnäytetyöstä. (Samk.fi– viitattu 14.6.2022.)

Metropolian ammattikorkeakoulun vanhustyön YAMK- tutkinnon koulutus koostuu neljästä kokonaisuudesta. Kokonaisuudet sisältävät monipuolisesti kehittämistä niin gerontologisessa osaamisessa, erilaisissa toimintaympäristöissä kuin palveluissa. Näitä opintoja on 25 op. Vanhuspalveluiden johtaminen ja kehittäminen on 30 op kokonaisuus ja tässä keskitytään tuloksellisuuteen, palveluverkostojen kehittämiseen,

asiantuntijuuteen, etiikkaan ja johtamiseen. Opinnäytetyön laajuus on 30 op kuten muissakin ammattikorkeakouluissa ja vapaasti valittavia opintoja on 5 op.

(Metropolia.fi-14.6.2022.)

Turun ammattikorkeakoulun gerontologisen asiantuntijuuden koulutus on myös 90 op. Tästä kokonaisuudesta ydinosaamisen 40 op koostuu gerontologisesta tietoperustasta, tulevaisuuden tekijöistä, asiantuntijuuden ammatillisesta toimintaympäristöstä, työn kehittämisestä ja eettisyydestä. 20 op on vapaasti valittavia opintoja ja 30 op koostuu opinnäytetyöstä. (Turkuamk.fi- viitattu 14.6.2022.)

Seinäjoen ammattikorkeakoulussa ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinto, ikääntymisen asiantuntija, koostuu kolmesta kokonaisuudesta: syventävät opinnot (50 op), vapaasti valittavat (10 op) ja opinnäytetyö (30 op). Syventävissä opinnoissa pääsee perehtymään ikääntyvään yhteiskuntaan. Tämä osakokonaisuus sisältää ikäystävällisiä ympäristöjä, ikääntymisen heterogeenisuutta ja etiikan kanssa samalla jaksolla on myös lainsäädäntöä. Ikääntyvän ihmisen hyvinvoinnin tukemisen opintojakso sisältää niin fyysistä kuin kognitiivista hyvinvoinnin tukemista. Johtamisen ja esimiestyön jaksossa opiskellaan johtamista vanhustyön erilaisissa toimintaympäristössä, asiakasohjausta ja palvelujen kehittämistä sekä tiedolla johtamista tutkimusmenetelmineen ja työhyvinvointia.

(SeAmk.fi - viitattu 14.6.2022.)

Karelia ammattikorkeakoulussa Joensuussa voi opiskella ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon ikäosaamisen kehittämisen ja johtamisen koulutusopinnoissa. Tämä koulutus koostuu neljästä kokonaisuudesta: ikäosaamisen asiantuntija (22 op), ikäosaamisen tutkiva kehittäjä (10 op), vapaasti valittavista opinnoista (20 op) ja opinnäytetyöstä (30 op). Tutkiva kehittäjä kokonaisuus on englanninkielinen ja käsittelee aktiivista ikääntymistä kansainvälisessä yhteydessä. Tämän kurssin tavoitteena on johtaa opiskelijaa kansainväliseen yhteistyöhön ammatillisuudessa ja tutkimuksessa. Karelian YAMK- tutkinto on yhteensä 92 op.

(Karelia.fi- viitattu 14.6.2022.)

Lapin ammattikorkeakoulussa ylemmän AMK-tutkinnon voi suorittaa digitaalisten terveystalveluiden ja terveyden edistämisen opintokokonaisuudessa. Koulutus koostuu kolmesta eri kokonaisuudesta. Ydinosaamisen opintojaksot (25 op) sisältävät asiakaslähtöisyyttä, tuotteiden ja palveluiden suunnittelua, digitaalisia palveluita ja

teknologiaratkaisuja. Työelämän kehittämismenetelmien lisäksi painotetaan hyvinvointia ja terveyden edistämistä vaikuttavuuden näkökulmasta. Vapaasti valittavia opintoja voi valita Lapin ammattikorkeakoulun tarjonnasta 35 op verran. Tämä osakokonaisuus on nimetty profiloivan osaamisen opintojaksoksi. Myös Lapin ammattikorkeakoulussa opinnäytetyö on 30 op laajuinen.

(Lapinamk.fi- viitattu 14.6.2022.)

Kuvatuista koulutuksista asiantuntijuuteen kouluttavat Turun ja Lapin ammattikorkeakoulut. Muissa ammattikorkeakouluissa painotukset vaihtelevat ja niissä osa opintoja koostuu johtamisen ja esimiestyön opinnoista. Tutkintonimikkeet edellä kuvattuihin koulutuksiin perustuvat opiskelijan aiempaan tutkintoon. Esimerkiksi sairaanhoitajan tutkinnon suorittanut on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskeltuaan sairaanhoitaja YAMK ja fysioterapeutti, fysioterapeutti YAMK.

	SAIRAANHOITAJA AMK, GERONTOLOGINEN ja GERIATRINEN op pakollinen/vapaaehtoinen	KLIINISESTI ERIKOISTUVA SAIRAANHOITAJA 30 op akuuttihoito A / gerontologinen G	YAMK SAIRAANHOITAJA VANHUSTYÖN / GERONTOLOGISET OPINNOT 90 op
<b>METROPOLIA AMK</b>	5	A / -	on
<b>TURUN AMK</b>	3	A/-	on
<b>TAMPEREEN AMK</b>	12	A/-	ei
<b>SATAKUNNAN AMK</b>	5	A/-	on
<b>DIAK AMK</b>	6 / 30	-/-	ei
<b>JYVÄSKYLÄN AMK</b>	3	-/-	ei
<b>KAJAANIN AMK</b>	5	A/-	ei
<b>OULUN AMK</b>	14	A/-	ei
<b>LAUREA AMK</b>	4	A/-	ei
<b>SEINÄJOEN AMK</b>	14	-/-	on
<b>LAPIN AMK</b>	10	A/-	on
<b>VAASAN AMK</b>	6	A / -	ei
<b>KARELIA AMK</b>	5	-/-	on

Taulukko 1. Sairaanhoitajan gerontologinen koulutus vuosina 2022–2023

### 6.3.3 Yhteenveto gerontologisesta ja geriatrisista koulutuksista

Gerontologista ja geriatrista koulutusta on saatavilla niin sairaanhoitajan peruskoulutuksessa kuin YAMK- koulutuksissakin. Odotukset kohdistuvat nyt näiden väliin sijoittuvaan kliiniseen erikoistumiskoulutukseen ja tässä nimenomaan gerontologiseen koulutukseen, jota ei vielä ole saatavilla Suomessa.

Urapolun näkökulmasta niin gerontologisen kuin geriatrisen osaamisen kehittäminen asteittain työuralla kouluttautumalla työn ohella tukisi asiantuntijasairaanhoitajan kasvua laaja-alaiseksi hoitotyön osaajaksi. Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työhön tarvitaan koulutuksen jälkeen vahvaa kliinistä osaamista, jonka voi saavuttaa vain työskentelemällä koulutuksen lomassa monipuolisesti erilaisissa vanhusten hoidon yksiköissä ja peilaamalla saatavaa teoretietoa käytäntöön ja päinvastoin. Yhdistämällä näyttöön perustuva teoreettinen tieto ja työn mukanaan tuoma kokemus saadaan kehitettyä parhaat hoitokäytännöt. Asiantuntijuusosaamisen tunnistamisen ja tunnustamisen myötä voidaan parantaa sekä koulutusjärjestelmää että työelämässä etenemistä erilaisissa organisaatioissa tulevalle hyvinvointialueella, joten koulujen ja työelämän vahvalla yhteistyöllä voidaan saavuttaa myös mittavaa synergiaetua.

Strukturoidulla ja systemaattisella osaamisen jatkuvalla kehittämisellä olisi oleellinen merkitys sairaanhoitajan ammatin vetovoimaisuuteen. Työn sisällön mielekkyys säilyisi jatkuvan oppimisen ja uralla etenemisen myötä. Tällä hetkellä asiantuntijasairaanhoitajan koulutuksesta, osaamisesta ja työnkuvasta puuttuu systemaattisuus. Tämä haastaa myös käytännön työkentän tarkastelemaan omia hoitotyön prosessejaan, panostamaan perehdytykseen ja opiskeluohjaukseen siten, että gerontologinen ja geriatrinen hoitotyö voidaan nähdä tavoiteltavana hoitotyön alana. Vain luomalla työnkuvaan selkeät sisällölliset kriteerit ja osaamisvaatimukset voidaan alkaa luoda myös osaamiseen perustuvaa, aidosti kannustavaa palkkausjärjestelmää ja selkeyttä sairaanhoitajan uralla etenemisen vaihtoehtoja.

## 7 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan osaaminen

### 7.1 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan tarve päivystyksessä

Suomalainen väestö vanhenee. Vuoden 2000 lopussa 65-vuotiaita ja heitä vanhempia oli 15 % väestöstä ja vuonna 2020 osuus oli jo lähes 23 %: a. Samanaikaisesti väestöennusteen mukaan väkiluku alkaa laskea, koska syntyvyys laskee, kuolleisuus lisääntyy ja nettomaahanmuutto vakiintuu. (stat.fi - viitattu 24.6.2022.) Tulevaisuuden väestörakenteen ja terveystarpeiden muutosten vuoksi geriatrisen sairaanhoidon osaamista tarvitaan entistä enemmän.

Väestön vanheneminen aiheuttaa myös hoitoalan henkilöstön eläköitymistä ja kun tähän liitetään hoitoalan vetovoimaisuuden inflaatio, ongelmat kertautuvat. Kuntien eläkelaitoksen (KEVA) tilastojen mukaan Suomessa on vuonna 2020 ollut n. 8000 sairaanhoidajan vaje. (Keva.fi -viitattu 24.6.2022.)

Lääkkeeksi on suositeltu koulutuspaikkojen ja alan vetovoimaisuuden lisäämistä. Täten hoitotyön työnkuvan kirkastaminen tavoitteellisia koulutusohjelmia perustamalla olisi tärkeää. Mahdollisuus uralla etenemiseen saattaisi lisätä ammattitaitoisen työvoiman alalle hakeutumista, työssä viihtymistä ja pysymistä. (Kotila ym. 2017; 18,21.)

Vaikka iäkkäiden potilaiden määrä kasvaa, on pitkäaikaishoitopaikkoja vähennetty ja kotihoidon kriteereitä tiukennettu. Kotona asuvat iäkkäät ovat huonokuntoisempia ja sairaampia. Pienikin muutos heidän terveydentilassaan voi johtaa toimintakyvyn romahtamiseen. (Haapamäki ym. 2014;7.) Toimintakyvyn laskuun reagointi jää liian usein päivystyksen ja ensihoidon varaan (Jämsen ym.2021; 545).

Akuutisti sairastuneet iäkkäät ovat merkittävä potilasryhmä päivystyksissä, n. 20 % nykyään ja heidän määränsä tulee kasvamaan (Ellis ym. 2014; 2033, Kelo ym. 2015; 194, Jartti ym. 2011; 2669, Ylä-Mononen ym. 2014;300). Tampereella yli 80- vuotiaista 32 % tarvitsi päivystyksen palveluita vähintään kerran vuodessa (Ukkonen ym.2019;2–3).

Päivystys on haasteellinen paikka haavoittuvalle ikääntyneelle. Iäkkäät potilaat ovat monisairaita, heidän fyysinen toimintakykynsä on heikentynyt, heillä voi olla kognitiivisia ongelmia ja heidän aistitoimintonsa ovat usein merkittävästi alentuneet. Päivystykseen

tullessa heillä on joko uusi akuutti sairaus tai heidän perussairautensa on vaikeutunut. Ehdottoman tärkeää on ymmärtää, että ikääntyneet potilaat ovat hyvin heterogeeninen potilasryhmä. Potilaan ikä yksin ei määritä hänen fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista tilannettaan. Iäkkäistä päivystyspotilaista tulisi pystyä erottamaan ne potilaat, jotka ovat kaikissa ulottuvuuksissa hyvässä kunnossa niistä, jotka ovat hauraita ja haavoittuvia ja joita uhkaa edelleen toimintakyvyn lasku. Hauraat iäkkäät on se potilasryhmä, jolla on suurin riski saada vakavimmat haittavaikutukset päivystyskäynnistä. (Rockwood & Mitnitski 2011;17, Rosenberg ym. 2013; 17, Elliot ym. 2017;509, Leaker ym. 2020; 230, O'Shaughnessy 2021;50, Tohmola 2021; 21.) Päivystyksen vieraassa ja hälyisessä ympäristössä heitä uhkaa delirium, mm siksi, että heidän perustarpeistaan ei ehditä huolehtia. Tämä yhdistettynä akuuttiin sairastumiseen lisää merkittävästi toimintakyvyn laskun riskiä ja pahimmillaan johtaa siihen, että potilas joutuu lääketieteellisesti arvioiden aiheetta jäämään sairaalahoitoon, joutuu palaamaan päivystykseen, joutuu pysyvään laitoshoitoon tai kuolee. (Shanley ym. 2009; 129, Sanon ym. 2019;1, Conroy & Turpin 2016; 580, Ellis ym. 2017; 2, Wuorela&Viikari 2019; 1579, Dawood& McNamara.2022;1.)

Iäkkäiden potilaiden hoito eroaa nuorempien potilaiden hoidosta. Siihen tarvitaankin erityisosaamista sekä motivoitunutta ja taitavaa monialaista yhteistyötä. Nopean teknisen kehityksen keskellä saattaa unohtua, että iäkkäiden hoitamisen monitahoiset vaatimukset perustuvat kuitenkin hoidon perusasioihin. (St.John & Hogan 2013;1–2.) Näiden erityispiirteiden tunnistamiseen, hoitamiseen ja jatkohoidon suunnitteluun on asiantuntijasairaanhoitajan työllä keskeinen rooli osana moniammatillista työryhmää. Osaamisella saadaan parannettua hoidon laatua ja vaikuttavuutta ja ylläpidettyä iäkkään potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua.

Asiantuntijasairaanhoitajien tarvetta on perusteltu juuri hoidon laatuun ja kustannusvaikuttavuuteen vedoten (Kotila ym. 2017;20). Iäkkäiden potilaiden monisyisten ongelmien ja taustojen aikaa vievä selvittäminen nopeuttaa lääkärin tekemää työtä. Asiantuntijasairaanhoitajan valmiiksi huolella selvittämät ja koostamat esitiedot luovat perustan kokonaisvaltaiselle arviolle. Tämä vapauttaa lääkärin työaikaa lääketieteelliseen arvioon, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Tällä hetkellä valitettavan usein kiireeseen vedoten taustatiedot jäävät puutteellisiksi etenkin, jos mahdollisuutta asiantuntevaan tiimityöhön ei päivystyksessä ole. (Cassel ym. 2022; 920.)



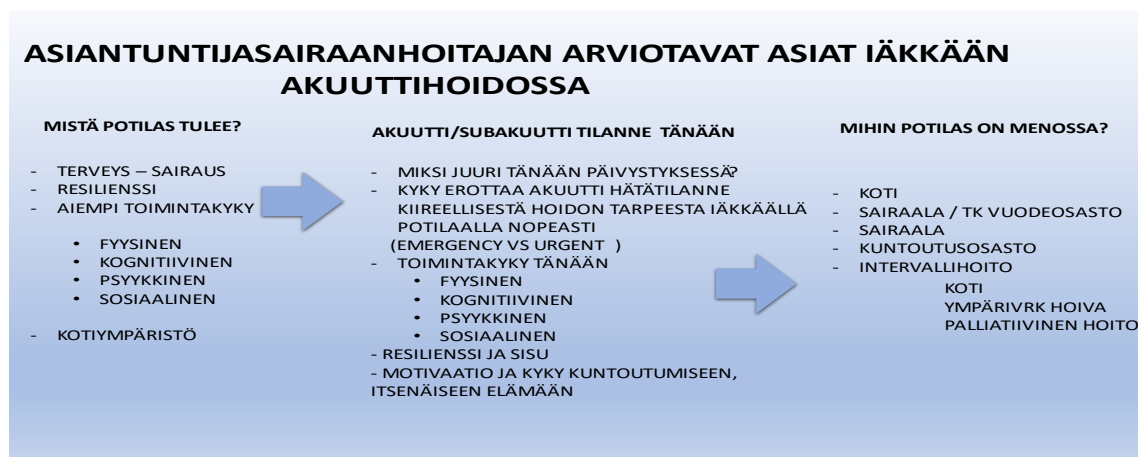
## 7.2 Akuuttigeriatrisen hoitotyön osaaminen päivystyksessä

Mielikuva päivystyksestä työpaikkana on kiireinen, vaikkakin päivät ovat vaihtelevia. Työ päivystysympäristössä vaatii keskittymistä ja samalla hoitajalla tulee olla ”silmit myös selässä”, sillä potilaiden kliininen tilanne voi muuttua nopeasti. Tähän työhön tarvitaan päivystyksellisen hoitotyön osaamista, jossa hoitajan tulee pystyä hoitamaan akuuttipotilas oikea-aikaisesti, korkealaatuisesti ja vaikuttavasti. Yhteispäivystyksessä tämä tarkoittaa perusosaamista, jota tarvitaan päivystyksen kaikissa pisteissä. Perusosaaminen on peruselintoimintojen, (hengitystiet, hengitys, verenkierto ja tajunnantaso) mittaamista ja arvioimista. Kriittisesti sairastunut potilas tulee tunnistaa nopeasti ja peruselintoimintojen hoito aloittaa heti. (Nummelin ja Nygren 2012; 11, 13, Mäkijärvi ym. 2018; 9–10.)

Kun hoidettavana on iäkäs, hauras potilas, hoitajalla tulee olla gerontologista ja geriatriasta osaamista, joka vaatii toisenlaista erityisosaamista kuin akuuttihoitotyö. Geriatriset potilaat ovat usein monisairaita, heidän kommunikointikykynsä on heikentynyt, akuutti sairaus aiheuttaa usein myös sekavuutta ja iäkkään potilaan oireet voivat olla lieviä, vaikka kyseessä olisi vakava akuutti sairastuminen, kuten sydäninfarkti tai peritoniitti. Tällöin hoitajan tulee osata käyttää erilaisia toimintakyvyn arviointi- ja havaintomenetelmiä sekä toteuttaa ja tulkita näiden tuloksia. Hoitajan tulee osata tehdä itsenäisiä ja nopeita päätöksiä, joissa yhdistyy niin akuutti- kuin geriatrisen hoitotyön osaaminen perustuen potilaan esitietoihin, nykytilanteeseen, hoitoon tulon syyhyn ja potilaan jatkohoidon suunnitteluun. (Nummelin ja Nygren 2012; 30, 51, Rosenberg ym. 2013; 14, Marsden ym. 2017; 10 ja 65, Jämsen ym. 2017; 642, Mooijaart ym. 2022;2, Mäkijärvi ym. 2018; 634, 636, Cassel&Fulmer 2022; E1.)

Akuuttigeriatriselle osaamiselle voidaan nimetä useita tavoitteita. Ensimmäiseksi tulisi oikeanlaisella lähestymisellä tunnistaa hauras iäkäs potilas, joka on päivystyskäynnin aiheuttamien haittavaikutusten riskissä. Tällainen arviointi alkaa jo hoidon tarpeen arviossa, jolloin riskissä oleva potilas ohjautuu heti yksikköön, jossa hauraan iäkkään potilaan erityistarpeet huomioidaan moniammatillisesti. (Shanley ym. 2009; 129, Elliot ym. 2017; 509, Ellis ym.2018; 369, Theou ym. 2018; 370,372 Southerland ym. 2022; 179.) Tämän jälkeen hauras potilas tulisi tutkia nopeasti ja kohdennetusti, huomioida perussairaudet, potilaan sen hetkinen tilanne, lääkitys, niin fyysinen, psyykinen kuin kognitiivinen toimintakyky ja sen viimeaikaiset muutokset ja muutosten nopeus.

(Rosenberg ym. 2013;15, Ellis ym.2018; 369, Theou ym. 2018; 373, Wuorela&Viikari 2019;1581, Laine&Viikari 2021; 6–7.)



Kuva 2. Asiantuntijasairaanhoidajan tekemä iäkkään potilaan arviointiprosessi.

lääkkään, hauraan potilaan kaikki tutkimukset ja hoitotoimenpiteet tulisi toteuttaa viivytyksettä. Iäkkään päivystyspotilaan hoitaminen perustuu onnistuneeseen vuorovaikutukseen erityisesti potilaan itsensä, mutta myös hänen läheistensä ja/tai hoitavan tahon kanssa. Hoitotoimenpiteet olisi hyvä rajoittaa vain välttämättömiin etenkin hauraalla muistisairaalla potilaalla, jonka liikkumisen ongelmia ei tulisi lisätä turhilla invasiivisilla hoitotoimenpiteillä kuten virtsakatetreilla ja iv- kanyyleilla. (Conroy & Turpin 2016; 581–582, Mäkijärvi ym. 2018; 634, 636.)

Iäkkään potilaan päivystykseen tulon yhteydessä alkava toimintakyvyn arviointi on jatkuvaa seurantaa ja tutkimustulosten valmistumisen jälkeen jatkohoito perustuu useaan arvioitavaan asiaan kuten edellisellä sivulla kuvassa 2 on kuvattu. Mikäli iäkäs potilas tarvitsee sairaalahoitoa, on sen tapahduttava osastolla, joka vastaa parhaiten potilaan toimintakykyä tukevaa hoitoa medisiinisen hoidon lisäksi (Viikari 2018; 1414).

Potilaan kotiutuminen tulisi suunnitella hyvin jatkohoitosuosituksineen, jotka lääkäri kirjaa potilasasiakirjoihin ja jotka hoitaja informoi selkeästi jatkohoidosta vastuussa olevalle taholle tavoitteena saavuttaa potilaan aiempi toimintakyky (Rosenberg ym. 2013;6, Ellis ym. 2017;2). Potilaalle annetaan mukaan kirjallinen lääkelista ja mahdolliset jatkokontrollit varataan potilaan omalle terveysasemalle joko sairaanhoitajalle tai lääkärille. Näiden lisäksi potilaan läheiset tarvitsevat tiedon jatkohoitosuunnitelmasta, sillä heillä on iso rooli potilaan kotiutumisen onnistumisessa. Tämän informaation avulla

voidaan parantaa potilaiden elämänlaatua, ehkäistä vaaratilanteita, tukea hoidon jatkuvuutta ja potilaan kotona selviytymistä, sillä kotiutumisen yhteydessä annetut jatkohoitosuositukset voivat olla monitahoisia ja monimutkaisia (Palonen 2016;36, Mäkijärvi ym. 2018; 638, O'Shaugnessy 2021; 51).

Geriatrisen jatkokuntoutuksen tai kotona tapahtuva toimintakyvyn ylläpitäminen perustuu toiminnalliseen lähestymistapaan, mutta hoitoon osallistuvien on hyvä pitää mielessä, että lähes aina toimintakyvyn alenemisen takaa löytyy sairauksia. Tämän vuoksi potilaat tarvitsevat niin sairaanhoidollista kuin lääketieteellistä arviointia, hoitoa ja hoidon tulosten arviointia myös päivystyksestä kotiutumisen jälkeen. (Finne-Soveri ym. 2019; 1092, Tilvis ym. 2016; 448.)

## 8 Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva, kehittämisprojektin tulokset

### 8.1 Akuuttigeriatrian prosessi Tyks Akuutissa

Akuuttigeriatriasta prosessia on rakennettu lähes vuosi. Se on muuttunut ja tarkentunut tekemisen myötä, kuten s. 29–28 on kuvattu. Tällä hetkellä prosessi kulkee liitteessä 2, sivulla 73 olevan kaavion mukaisesti. Samankaltaista potilaiden seulontaa on tehty myös Yhdysvalloissa moniammatillisessa GERI-VET -ohjelmassa, jossa tarjottiin ikäystävällistä akuuttihoitoa neljällä tasolla. Riskissä olevat potilaat seulottiin ISAR-seulalla ja mikäli potilas oli hauras ja riskissä geriatrisille oireyhtymille, hänelle tehtiin potilaskohtainen suunnitelma, jolla tavoiteltiin hoidon jatkumisen varmistamista akuuttihoiton jälkeen. (Huded ym. 2021;703.)

lökkään potilaan arvio alkaa TRST-seulan tekemisellä. Kyseinen seula on tarkoitettu tunnistamaan iäkkäistä potilaista ne, joilla on riski palata päivystykseen, joutua sairaalaan tai hoivakotiin. (Meldon ym. 200;224.) Kyseisessä seulassa on kuusi kysymystä, joihin vastataan kyllä/ ei vastauksilla. Ensimmäisenä arvioidaan potilaan kognitiivista tilannetta; onko jo tiedossa oleva muistisairaus tai antaako potilas muistamattoman vaikutelman seulaa tehtäessä. Seuraavaksi arvioidaan, onko potilaalla liikkumisen vaikeuksia tai kaatumisia, jonka voi havaita mm. potilaan tullessa hoidon tarpeen arvioon tai onko potilaan tulosyynä jo kaatuminen. Kaatumisella tarkoitetaan kaatumista epäselvän syyn vuoksi tai sitä, että potilaalla on tiedossa jo useita kaatumisia. Kaatumiseksi ei lasketa liukastumista jäisellä kelillä ulkona. Päivittäin käytössä olevien säännöllisten lääkkeiden määrä kysytään ja mikäli potilaalla on näitä viisi tai enemmän, valitaan kyllä- vastaus. Näiden jälkeen kysytään, asuuko potilas yksin siten, ettei hänellä ole ketään, joka auttaisi tarvittaessa. Jos potilas on ollut päivystyksessä viimeisen kuukauden aikana tai hän on ollut viimeisen kolmen kuukauden aikana sairaalahoidossa, valitaan kyllä- vastaus. Tarvittaessa asia varmennetaan potilasasiakirjoista. Näiden kysymysten lisäksi TRST- seulan tehnyt hoitaja arvioi, herääkö hänellä huoli jostain muusta asiasta tai potilaan tämänhetkisestä tilanteesta pois lukien jo aiemmin kysytyt asiat. (Liite 1. s. 72)

Kun vastaukset on merkitty Spideriin, tietokone vaihtaa automaattisesti potilaan ikäkentän värin. (Kuva 2. seuraavalla sivulla)

Akuuttigeriatrian tiimin pyrkimyksenä on tavata mahdollisimman monta 75- vuotiasta tai sitä vanhempaa potilasta päivystyskäynnin yhteydessä. Liitteessä olevassa kaaviossa käytetään samoja värikoodeja kuin käytössä olevassa potilastietojärjestelmässä, Safir Spiderissa. Tämä värikoodi näkyy potilaan ikäkentässä seuraavasti:

The screenshot shows the 'Avoimet kertomukset' (Open reports) window in the Safir Spider system. The main table lists patients with columns for 'Vahe' (Stage), 'Tila' (Status), 'Vilje' (Ward), 'Triage', 'Komp.' (Comp.), 'L+' (L+), 'L-' (L-), 'Ki' (Ki), 'Kirjattu hoitopaikkaan' (Recorded to care location), 'Henkilötunnus' (ID number), 'Ikä' (Age), 'Potilaan nimi' (Patient name), 'Kotikunta' (Home town), 'Riskit' (Risks), 'Tahto' (Wishes), 'T-työ' (T-work), 'Eriksala' (Eriksala), 'Hoitopaikka' (Care location), 'Hoidon nyy' (Treatment nyy), and 'Tapahtumatiedot ja tulokset' (Event information and results). The 'Ikä' column contains color-coded values: orange (75+), mintunvihreä (75+), keltainen (75+), sinivihreä (TGA not done), vaaleanpunainen (consulting), punainen (TGA on duty), vaaleaturkoosi (consulting ready), and tummanvihreä (TGA ready). A yellow arrow points to the 'Ikä' column header.

Kuva 3. Kuvakaappaus Spider- potilastietojärjestelmästä

- oranssi = 75 v tai vanhempi potilas, jolla TRST-seula tekemättä
- mintunvihreä = 75 v tai vanhempi potilas, jolla TRST-seula, jolla TRST-seulassa 0–1 kyllä- vastausta
- keltainen = 75 v tai vanhempi potilas, jolla TRST-seula, jolla TRST-seulassa kaksi tai enemmän kyllä- vastauksia
- sinivihreä = TGA ei tehdä
- vaaleanpunainen = asiantuntijasairaanhoitaja arvioimassa potilasta
- punainen = TGA työn alla
- vaaleaturkoosi = asiantuntijasairaanhoitajan arvio valmis
- tummanvihreä = TGA valmis

Näillä värikoodeilla on tarkoitus toimia nopeana viestintävälineenä akuuttigeriatrian tiimin ja päivystyksen välillä.

## 8.2 Tarkennettu TRST ja akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan arvio

Jos TRST seulassa potilas ”jää kiinni” kysymyksistä asuu yksin, käytössä lääkkeitä 5 tai enemmän, aiempi käynti päivystyksessä kuukauden aikana tai kolmen kuukauden aikana sairaalahoitajakso, päätettiin, että näille kaksi kyllä- vastausta saaneille potilaille tehdä asiantuntijasairaanhoitajan toimesta tarkennettu TRST.

Johtuen käytetystä herkästä seulasta, mukaan seuloutuu myös hyväkuntoisia iäkkäitä, jotka eivät hyvän fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn vuoksi tarvitse päivystyskäynnin yhteydessä geriatrista arviota (CFS 1-3) (Meldon ym. 2003;229, Laine&Viikari 2021;32). Toisaalta myöskään iäkkään potilaan päivystykseen tulosy, käyttäytyminen tai muuten ulkoinen olemus eivät ole riittävän perusteltuja syitä jättää heitä seulomatta, sillä heillä saattaa olla toimintakykyä alentavia, piileviä ongelmia. Tällaiset lievätkin toimintakyvyn häiriöt voivat pahentua nopeastikin (Tilvis ym. 2016; 444, Finne-Soveri ym. 2019; 1093, Wuorela&Viikari 2019; 1579). Geriatrisen tiimin sairaanhoitajan lyhyessä arviossa tehdään 4AT delirium-seula (liite 3, s.75–76), 6-kohdan muistiseula (liite 4, s. 77) ja arvioidaan potilaan päivittäistä toimintakykyä. Näiden perusteella määritetään CFS-luokka (liite 5, s. 78).

Aluksi varmistetaan potilaan henkilöllisyys ja kysytään potilaalta itseltään päivystykseen tulosyytä ja arvioidaan, onko tilanne akuutti (1–3 päivää), subakuutti vai krooninen (yli 3 kk) (liite 7, s. 80–81). Tämän jälkeen delirium -seulassa potilaan tulisi tietää syntymäaikansa, ikänsä, kuluva vuosi ja paikka, jossa parhaillaan ollaan. Seuraavaksi hänen tulee luetella kuukaudet tammikuusta joulukuuhun ja takaperin joulukuusta tammikuuhun. Onnistuessaan jälkimmäisessä ainakin toukokuuhun saakka, potilas saa tästä osiosta 0-pistettä. Mikäli tulotiedoista ilmenee tai asiantuntijasairaanhoitajalle herää arvioinnin yhteydessä epäily sekavuudesta, asia tarkistetaan soittamalla joko lähiomaiselle tai hoitavalle taholle ja selvitetään, onko potilaalla esiintynyt sekavuutta tai merkittävää psyykkisten oireiden vaihtelua edeltävän kahden viikon aikana. Jos näin on, hän saa seulassa neljä pistettä. Seulan maksimipistemäärä on 12 ja seulasta potilaan tulisi saada 0- pistettä normaali tilanteessa (liite 3, s.75–76). Muussa tapauksessa seulan tulos on poikkeava ja potilaan selvittelyä jatketaan tekemällä kohdennettu geriatrinen arvio, ellei potilaan tilanteessa jokin akuutti syy tätä estä (liite 2 s.74).

6- kohdan muistiseulassa (liite 4, s.77) potilaan tulisi tietää kuluva vuosi, kuukausi ja viikonpäivä. Tämän jälkeen potilasta pyydetään toistamaan kolme sanaa: penni, pöytä,

omena. Nämä pyydetään painamaan mieleen ja painotetaan, että sanat tullaan kysymään 1–2 minuutin kuluttua uudelleen. Näistä sanoista potilaan tulee saada vähintään kaksi oikein, jos orientaatio- kysymyksissä hän on saanut kolme pistettä. Mikäli orientaatiossa menettää yhden pisteen, potilaan tulee kyetä muistamaan kaikki sanat saadakseen normaalin tuloksen, vähintään viisi pistettä kuudesta.

Potilaan arviointi jatkuu päivittäisen toimintakyvyn kartoituksella niin ADL- kuin IADL-toimien osalta. Näillä tarkoitetaan potilaan kykyä selviytyä päivittäisestä elämästään. Kykeneekö potilas peseytymään, pukeutumaan, liikkumaan kotona, syömään ja hoitamaan wc-asiointit omatoimisesti. IADL-toimilla tarkoitetaan välineellisillä toimintoja, joita ovat puhelimen käyttö, taloustöiden tekeminen, kauppa-asiointit, omien lääkkeiden ja raha-asioiden hoito. Lisäksi selvitetään, kykeneekö potilas liikkumaan kotinsa ulkopuolella. (Laine&Viikari 2021; 14, Tilvis ym. 2016; 412, 448.)

Mikäli 4AT tulos on 0 p, 6-kohdan muistiseulan 5–6 p ja potilaan CFS on 1–3, johtaa potilaan tilanteen selvittäminen asiantuntijasairaanhoitajan kirjaukseen potilaskertomukseen seulojen tuloksista sekä maininnasta, että potilas on niin hyväkuntoinen iäkäs, ettei hän tarvitse tarkempaa geriatria arviota tällä päivystyskäynnillä. Tällainen potilas iästä huolimatta hyötyy samanlaisista sairauksien ennaltaehkäisevistä toimista, hoidoista ja toimenpiteistä kuin nuoremmatkin potilasryhmät. (Wuorela & Viikari 2019; 1581,1583).

Tilanteessa, jossa asiantuntijasairaanhoitajalla edellä mainitusta normaali tuloksista huolimatta herää yksittäinen huoli potilaan tilanteesta tai oireista, hän konsultoi geriatria ja sopimuksen mukaan jatkaa sairaanhoitajan arviolla. Tässä arviossa kartoitetaan huolta herättävää asiaa tarkemmin. Tällaisia asioita ovat mm. potilaan lääkitys, ravitsemustila, yksittäinen vitaalinelintoiminto kuten verenpaine, liikkuminen tai jokin muu asia. Myös tästä arviosta kirjoitetaan potilasasiakirjoihin lyhyesti, mutta riittävän kattavasti jatkosuositusten kera. Asiasta keskustellaan myös potilasta hoitavan akuuttilääkärin kanssa ja kerrotaan tehdystä sairaanhoitajan arviosta ja suosituksista, joiden tarkoitus on tukea potilaan kokonaisvaltaisempaa hoitoa akuuttitilanteen hoidon lisänä ja tuoda esiin arvioissa havaittuja riskitekijöitä jatkohoitosuunnitelmaa laadittaessa. Jos potilaan arvioitu ongelma, toimintakyvyn alentumisen riski vaatii oman terveysaseman tai kuntouttavan tahon jatkohoitoa, asiantuntijasairaanhoitaja lähettää asiasta sähköpostin ja tarvittaessa soittaa vastaanottavalle taholle. Tällä varmistetaan,

että iäkkään potilaan hoitoketju pysyy katkeamattomana. (Mediuutiset.fi – viitattu 4.7.2022.)

Viikonloppuisin sairaanhoitaja tekee arviointia itsenäisesti ilman geriatritukea. Prosessi on hyvin samanlainen kuin arkena, mutta vastuu geriatrisista päätöksistä on asiantuntijasairaanhoitajalla. Erityisesti pilotin alussa sairaanhoitajan tuli olla proaktiivinen tutkittavia potilaita valitessaan, sillä geriatrisia potilaita on viikonloppuisin yleensä useita:

- Kuka potilaista hyötyy eniten geriatrisesta arviosta?
- Kuinka laajasti potilas tulee tutkia, jotta aika tulee optimaalisesti käytettyä?
- Tutkimustulosten koonti akuuttilääkärille siten, että arvio tukee hänen työtään ja jatkohoitopäätöksiä
- Potilaan lääkityksen tarkastaminen, lääkelistan päivittäminen ja huomattujen lääkityspoikkeamien tiedoksi antaminen akuuttilääkärille ovat erityisessä asemassa, koska Akuutin farmaseuttien palvelua ei ole viikonloppuisin.
- Geriatrisen arvioinnin kirjaaminen potilasasiakirjoihin ja yhteenveto jatkohoitosuosituksesta potilaan kotikuntaan.

Näiden lisäksi asiantuntijasairaanhoitajan tulee kyetä arvioimaan potilaan vitaalielintoimintojen, laboratorio- ja kuvantamistulosten merkitys potilaan tulosyhyyn ja hänen kliiniseen tilanteeseensa suhteuttaen. Asiantuntijasairaanhoitajan on kyettävä erottamaan lääketieteellinen akuuttitilanne subakuutista yleistilan ja toimintakyvyn heikentymisestä (Wuorela&Viikari 2019; 1581). Edellä mainittuihin on mahdollisuus saada konsultaatiota akuutin kollegoilta ja akuuttilääkäriltä. Myös potilaan perussairauksien ja iäkkäiden lääkehoidon ymmärtäminen nopeuttavat potilaan geriatrista arviointia ja jatkohoitosuosituksia (Mäkijärvi ym. 2018; 638).

Pilotin edetessä sekä akuutin hoitajat että lääkärit ovat alkaneet myös tarjota potilaita arvioon niin arkena kuin viikonloppuna. Erityisesti viikonloppuisin sekä valmiiksi tehdyt TRST- seulat että potilaiden aktiivinen tarjonta nopeuttavat asiantuntijasairaanhoitajan työtä ja mahdollistavat geriatrisen arvioinnin useammalle potilaalle.



### 8.3 Kohdennettu geriatrinen arvio (TGA)

Jos tarkennetun TRST:n perusteella potilas saa pisteitä 4AT:ssa yksi tai enemmän, muistiseulassa pisteet ovat 0-4 tai CFS- luokka on > 3 tai geriatrin konsultaation perusteella päätetään, arvio johtaa kohdennettuun geriatriseen arvioon.

TGA on johdettu kokonaisvaltaisesta geriatrisesta arviosta, jonka tekevät Tyks Akuutissa geriatrian erikoislääkäri ja akuuttigeriatrinen asiantuntijasairaanhoitaja. Sen tavoitteena on päästä toimintakyvyn heikentymisen juurisyihin ja löytää päivystyskäyntiin johtavien ongelmien todellinen aiheuttaja. Näin on mahdollista tehdä oikea diagnoosi, onnistua kuntoutuksen ja hoidon tavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisessa. (Tilvis ym. 2016; 80–81, Kay ym. 2017; 6, O’Shaughnessy ym. 2021; 54.) Geriatri tekee potilaasta statuksen eli tutkii potilaan ja muodostaa käsityksen potilaan senhetkisestä lääketieteellisesti tilanteesta, arvioi onko tarvetta jatkotutkimuksiin ja antaa tarvittaessa hoitomääräyksiä, jotka hoitoyksikön sairaanhoitaja toteuttaa.

Tavoitteena on pyrkiä potilaan kotiuttamiseen ja jatkohoidon järjestämiseen omassa perusterveydenhuollossa sairaalahoidon sijaan aina kun se on lääketieteellisesti arvioiden mahdollista. Mikäli tilanne vaatii sairaalahoitoa, myös sen tulisi olla mahdollisimman lyhyt akuuttigeriatrian tiimin suositusten kera.

TGA (Liite 7 s.80–81) alkaa vitaalielintoimintojen mittaamisella; verenpaine, syke, saturaatio, hengitystaajuus ja lämpö, joiden perusteella lasketaan NEWS- pisteet. Jos pisteet ovat alle 5 eikä mistään yksittäisestä mittauksesta tule kolmea pistettä, TGA jatkuu (Liite 2 s.74).

Asiantuntijasairaanhoitaja kartoittaa potilaan elintavat, ruokailutottumukset, painon muutokset, selvittää mahdolliset käytössä olevat liikkumisen apuvälineet. Fyysisen toimintakyvyn arvioimiseksi kysytään jaksako potilas nousta 10 porrasta, kulkea pidemmän matkan (400 m ulkona), onko viimeisen puolen vuoden aikana tapahtunut kaatumisia. Tämän jälkeen muodostetaan käsitys potilaan lihaskunnosta paitsi silmämääräisesti myös arvioimalla liikkumista ja tekemällä TUG- testi. Tässä kohdin on hyvä tarkastaa ihon kunto; ihon lämpö, lämpörajat, onko turvotuksia, onko iho hoitamaton, onko haavoja ja/tai mustelmia? Nämä voivat antaa viitettä kaatumisista ja mahdollisesti myös kaltoinkohtelusta. (Tilvis ym. 2016;82,412, Kay ym. 2017; 16, Laine&Viikari 2021; 13.) Ortostaattisen kokeen tekemisen yhteydessä arvioidaan potilaan kykyä päästä sängystä ylös, seisomista, tasapainoa ja tarkastellaan, miten potilas pääsee takaisin vuoteeseen. Arvioinnin edetessä voidaan määrittää tarkemmin

potilaan gerastenian (HRO; haurausraihnausoireyhtymä) astetta eli täsmentää aiemman anamnestisen tiedon avulla muodostettua käsitystä potilaan CFS-luokasta. (Tilvis ym. 2016; 84, Marsden ym. 2017; 24 Laine&Viikari 2021; 10.)

Potilaan mieliala kysytään kahden kohdan mielialaseulalla ja elämänlaatua EuroHiss- 8 elämänlaatumittarilla (liite 6 s.79). Mielialalla ja elämänlaadulla on yhteys iäkkään potilaan toimintakykyyn ja niiden mittaamisella voidaan arvioida tehdyn geriatrisen arvion ja suositeltujen jatkotoimenpiteiden vaikuttavuutta. Akuuttigeriatrian tiimissä todettiin, että elämänlaatumittarin kysymyksiä oli vaikea tehdä luotettavasti, mikäli potilas oli saanut 6- kohdan muistiseulasta pisteitä vähemmän kuin kolme. Heille elämänlaatumittari työstettiin kahteen kysymykseen koetusta elämänlaadusta ja tyytyväisyydestä omaan terveyteen. (Tilvis ym.2016;453.)

Koska iäkkäät potilaat ovat monisairaita, on heillä myös mahdollisesti useita lääkkeitä käytössä samanaikaisesti. Tästä aiheutuu niin haittavaikutuksia kuin yhteisvaikutusten riskejä. Ikääntyessä aineenvaihdunnassa tapahtuu hidastumista, minkä takia iäkkäät voivat olla herkkiä lääkkeistä aiheutuville haittavaikutuksille. Mitä hauraampi potilas on, sen enemmän nämä ongelmat korostuvat. (Tilvis ym.2016; 366–368, Wuorela&Viikari 2019; 1581.)

Potilaan ajankohtaisen lääkityksen selvittäminen ja päivittäminen potilastietojärjestelmään ovatkin tärkeitä niin päivystykseen tulosityyn kuin potilaan arvioinnin ja jatkohoidon kannalta. Lääkitykseen ei voi ottaa kantaa eikä siihen voi tehdä muutoksia, jos sitä ei ole selvitetty. Lääkitys tulee tarkistaa vähintään kahdesta eri lähteestä reseptikeskuksesta ja lääkityksen hoitavalta taholta, esimerkiksi omaiselta, kotihoidosta tai hoitokodin hoitajalta. Potilaan mukana mahdollisesti tulleeseen lääkelistaan tulee suhtautua kriittisesti ja se tulisi tarkastaa esimerkiksi edellä mainituista lähteistä. (Rosenberg ym.2013; 20, Kay ym. 2017; 8, Schepel ym. 2018–2019; 20, Wuorela&Viikari 2019; 1581, Laine&Viikari 2021; 13.)

Iäkkään potilaan toimintakyvyn heikentyminen ja sairauksien oireet ovat saattaneet olla jo pidemmän aikaa potilaan kokemina ja muiden nähtävillä. Tämän vuoksi on oleellista kysyä miksi potilas, omainen tai hoitaja on juuri tänään päättänyt, että potilas tarvitsee päivystyksellistä arviota. Aiemman toimintakyvyn tarkka kuvaaminen ja siinä tapahtunut muutos, sen laatu ja nopeus, tulee kysyä potilaasta, sillä hetkellä eniten tietävältä taholta, joka on aidosti tietoinen potilaan tilanteesta. Näitä ovat yleensä läheiset, kotihoidon sairaanhoitaja ja hoivakodin hoitajat. Nämä tiedot täydentävät potilaan anamneesia, sillä

iäkkään potilaan päivystykseen hakeutumisen syy voi olla lääketieteellisestä näkökulmasta hyvin epämääräinen. (Haapamäki ym. 2014; 10–11, Tilvis ym. 2016; 68, Laine&Viikari 2021; 12–13.)

Lopuksi oleellisinta asiantuntijasairaanhoidajan tehtävässä on tuottaa edellä mainitut tiedot koostetusti ja nopeasti hoitavalle lääkärille joko geriatrille tai akuuttilääkärille.

#### 8.4 Asiantuntijasairaanhoidajan konsultaatio

Kuten lääkäriä myös asiantuntijasairaanhoidajaa voidaan konsultoida. Konsultaatioita pyydetään yleensä tilanteissa, joissa iäkästä potilasta ei ole arvioitu geriatrisesti joko potilaan hyvän toimintakyvyn, liian akuutin tilanteen tai aiemmin useiden tehtyjen geriatristen arvioiden vuoksi. Konsultaatio perustuu yleensä spesifiin kysymykseen, esimerkiksi potilaan taustatietoihin tai toteutuneeseen kotilääkitykseen liittyviä tietoja halutaan tarkentaa. Asiantuntijasairaanhoidajan tulee tuolloin tavata potilas, tehdä arvio ja suunnitella sen perusteella potilaan jatkohoito. Tämän arvion tekemiseen tehdään TGA:sta osia varmistamaan potilaan sen hetkinen toimintakyky ja tarvittavat taustatiedot. Tiedot välitetään potilasta hoitavalle akuuttilääkärille. Tehdystä selvityksestä ja jatkotoimenpiteistä suosituksineen tehdään tiivis kirjaus potilasasiakirjoihin. Tarvittaessa otetaan yhteyttä potilaan jatkohoidosta vastaavalle taholle.

#### 8.5 Yhteenveto akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvasta Tyks Akuutissa

Asiantuntijasairaanhoidajan työnkuva on hyvin monipuolinen ja vaihteleva. Oleellisinta on kyetä löytämään iäkkäistä potilaista ne hauraat, ei-omatoimiset tai gerastenia-riskissä olevat (CFS>3), medisiinisesti ei-liian akuutit potilaat (NEWS), jotka hyötyvät päivystyksellisestä geriatrisesta arviosta. Arvio perustuu tehtyyn TRST-seulaan ja sen tarkentamiseen.

Asiantuntijasairaanhoidajan vastuulla on yhteistyössä geriatrin kanssa seurata potilastietojärjestelmän, Spiderin, avulla potilaiden saapumista päivystykseen. Asiantuntijasairaanhoidaja tekee seuloja tarvittaessa, jos ensihoito, triage tai hoitoyksikön hoitaja ei ole ehtinyt niitä tehdä ja tarkentaa potilaan toimintakykyä antaen tarvittaessa suosituksia potilaan hoitamisessa huomioitaviin asioihin. Näitä ovat

keskustelu akuutin hoitajien ja lääkäreiden kanssa tarvittaessa geriatria konsultoiden. Iäkkään potilaan hoidossa huomioitavia asioita tukevat potilastietojärjestelmään potilaasta tehtävät kattavat, mutta lyhyet kirjaukset, jotka ovat saatavilla myös ympäristökuntien omissa tietojärjestelmissä.

Asiantuntijasairaanhoitajan vastuulla on myös nostaa yhteistyössä geriatrin kanssa ajoittain suuresta potilasmäärästä ne potilaat, jotka hyötyvät eniten kohdennetusta arviosta, TGA:sta. Asiantuntijasairaanhoitajan tulee olla myös avustamassa geriatria statuksen tekemisessä ja tämän lisäksi kerätä hänelle kaikki oleellinen tieto potilaasta strukturoidusti käyttäen tukena akuuttigeriatrian tutkimuskaavaketta. Tällä tavoin voidaan nopeuttaa potilaan hoitoprosessia akuutissakin tilanteessa. Kun kaikki tieto on kerätty ja potilaan laboratorio- ja röntgentutkimustulokset ovat käytettävissä, päätetään potilaan jatkohoito tai sen suositukset yhdessä geriatrin, mahdollisesti akuuttilääkärin ja – hoitajien kanssa. Asiantuntijasairaanhoitajan työn kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa merkittävä tehtävä on kotiutumassa olevien potilaiden kotikuntoisuuden arviointi ja toisaalta sairaalapaikkaa jonottavien potilaiden joukosta niiden potilaiden löytäminen, joiden kohdalla kotiutuminen on mahdollista.

Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävän itsenäisyys, osaaminen ja yhteistyötaidot korostuvat viikonloppuisin. Tuolloin geriatrisen arvioinnin vastuu on yksin hänellä. Viikonloput ovat myös usein kiireisiä ja asiantuntijasairaanhoitajalle tulee myös tilanteita, jossa arvioinnin lisäksi tehtävään liittyy kliinistä hoitotyötä. Tämä korostaa myös kliinisten hoitotyöntaitojen osaamista.

Hoitotyön prosessin pilkkominen erilaisiin osiin ja näiden osien jatkuva kriittinen arviointi on mahdollistanut asiantuntijasairaanhoitajan ammattitaidon kasvun ja kehittymisen kohti itsenäisempää ajattelua ja päätöksentekokykyä. Asiantuntijasairaanhoitaja on aiempaa enemmän iäkkäiden potilaiden luona. Suurin syy tähän on se, että TRST-seuloja jää mm. kiireen vuoksi tekemättä, joten asiantuntijasairaanhoitaja tekee niitä ja sen lisäksi ohjaa hoitoyksiköiden hoitajia niiden tekemisessä. Tällaisessa tekemisessä on mahdollisuus kouluttaa, ohjata, nähdä iäkkäiden hoidon kehittämistarpeita, viedä substanssiosaamista kaikkiin hoitoyksiköihin (Vestman 2013; 48–52).

Kun potilas ei tarvitse tarkempaa geriatrista arviota päivystyskäynnin yhteydessä TRST-seulan tekeminen ja sen tarkentaminen antaa asiantuntijasairaanhoitajalle mahdollisuuden ohjata iäkästä potilasta niin supportiivisella palautteella kuin tarjota preventiivisiä ohjeita terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä ohjata perussairauksien hoitamisessa. Kehittämiprojektin yhteydessä luotu akuuttigeriatrinen

hoitotyönprosessi luo mahdollisuuden laajentaa asiantuntijuusosaamista. Asiantuntijasairaanhoidajan osaaminen on monipuolista ja vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja ja oman osaamisen kriittistä arviointia. (Tarhonen 2013; 60.)

lääkään potilaan jatkohoidon suunnittelua ohjaavat päivystyksessä tehdyt havainnot sekä hoito- ja tutkimustoimenpiteiden yhteydessä saadut tiedot. Niiden välittäminen ajantasaisesti potilaan palvelutarpeen mukaiselle toteuttavalle taholle muodostaa katkeamattoman hoitoketjun. lääkään potilaan akuutin tilanteen hoidon onnistumisessa tärkeään osaan nousee yhteistyö ympäristökuntien sote-keskusten kanssa, missä potilaan kotiuttaminen turvallisesti ja hoidon jatkuvuus ovat keskeisiä tavoitteita. Näitä tavoitteiden toteutumista vahvistavat akuuttigeriatrisen tiimin kattavat jatkohoito-ohjeet. (Palonen 2016;26, Setälä 2016; 5, STM 2020; 44, Ylä-Mononen ym. 2014; 308, vsshp.fi-viitattu - 20.7.2022.) Kuluvaan vuoden aikana on huomattu, että tällaisten jatkohoito-ohjeiden antamiseen tarvitaan usein kirjallisten ohjeiden lisäksi puhelinsoitto jatkohoidosta vastuun ottavalle taholle, koska lääkään potilaan erityispiirteet tarvitsevat selkeämpää esiin nostamista eikä vastuuta jatkohoidon toteutumiseksi voi jättää potilaalle, mm. muistisairauden vuoksi. Asiantuntijasairaanhoidajan tehtäviä ovat keskeisesti myös ohjaus, opetus ja tiedonvälitys (Jaakkola 2012; 24,29, Vestman 2013; 48–52.)

Asiantuntijasairaanhoidajan osaaminen vaatii vahvaa kliinistä geriatria ja hyvää päivystyksellistä hoitotyön osaamista, joiden lisäksi osaamisen kehittyminen vaatii jatkuvaa tieteellisten tutkimusten seuranta. Osaaminen perustuu näiden tutkimusten tulosten arviointiin, niiden mahdolliseen implementointiin omaan työhön ja jatkuvaan kriittiseen ajatteluun suhteessa omaan osaamiseen, hoitoprosessien tarkoituksenmukaisuuteen ja yhteistyöhön usealla taholla. Asiantuntijasairaanhoidajan osaamisella varmistetaan näiden lisäksi myös geriatrisen ja gerontologisen hoitotyön perusosaamisen laajentaminen päivystysalueelle (Dawood ja McNamara 2022; 1).

Seuraavalla sivulla on kuvattu laaja-alaisen osaamisen erilaisia tasoja, joiden perusteella koulutusta, uralla etenemistä ja työnkuvaa voidaan tulevaisuudessa edelleen kehittää.

## AKUUTTIGERIATRISEN ASIAANTUNTIJASAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN – YDIN- JA ERITYISKOMPETENSSIT

### OSAAMINEN / TIETÄMINEN / PERUSOSAAMINEN POTILASTYÖSSÄ

YLEMPI KORKEAKOULUTUTKINTO, GERONTOLOGINEN  
PERUSOSAAMINEN  
JA LAAJA KLIININEN SAIRAANHOIDOLLINEN  
OSAAMINEN JA KOKEMUS

- TEKNINEN OSAAMINEN
- POTILASLÄHTÖISYYS
- HOIDON , TURVALLISUUS, LAATU, SUIUVUUS JA  
TULOKSELLISUUS
- KYKY HAVAITA JA YMMÄRTÄÄ OMAT  
AMMATILLISET KEHITYSTARPEET
- JURIDINEN, EETTINEN JA TALOUDELLINEN  
TIETOPERUSTA

### STRATEGINEN OSAAMINEN / ARVIOINTI / SOVELTAMISEN, KEHITTÄMISEN TASO

YHTEISTYÖSSÄ TYKS AKUUTISSA

- KYKY RAJATA INFORMAATIOA JA TUNNISTAA  
OLENNAINEN TIETO
- ITSENÄINEN PÄÄTÖKSENTEKOKYKY
- TIEDON JAKAMINEN/ VÄLITTÄMINEN, VAIKUTTAVA  
OHJAAMINEN JA KOULUTTAMINEN
- KYKY HALLITA KOKO HOITOKETJUN VAIHEET
- YHTEISTYÖ ORGANISAATION SISÄLLÄ
- TAVOITTEENA KYKY ARVIOIDA HOIDON  
SUUNNITTELUN, TOTEUTUKSEN JA ARVIOINNIN  
VAIKUTTAUUTTA

### VISIONÄÄRINEN OSAAMINEN / ENNAKOINTI / TIETEELLISEN KEHITTÄMISEN TASO HYVINVOINTIALUEELLA

- JATKUVA MUUTOS, OSAAMISEN ARVIOINTI SUHTEESSA  
PALVELU TUOTANNON TAVOITTEISIIN
- ERITYISASIAANTUNTIJUUS, KRIITTINEN JA SYSTEMAATTINEN TIEDON  
ANALYSOINTI SEKÄ TIEDON KÄYTÄNNÖN SOVELTAMINEN  
-> HOIDON JA OSAAMISEN JATKUVAN KEHITTÄMINEN, TYÖYHTEISÖN  
MUUTTAMINEN
- ORGANISAATION ULKOPUOLELLE MONIAMMATILLISESTI-> POTILAAN  
HOITOPOLKU
- ALUEELLISEN JA KANSALLISEN YHTEISTOIMINNAN EDISTÄMINEN JA  
TUNNISTAMINEN
- VERKOSTOITUMINEN
- KUNTAYHTEISTYÖ  
-> VAIKUTTAMINEN PALVELUJÄRJESTELMÄÄN

Lähteet: International Council of Nurses Guidelines on advanced practice nursing 2020,9-10, 13-14

STM raportteja ja muistioita 2021:36,13, 15

Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoitossa , Turku AMK julkaisuja 113, Raija Nurminen (toim.) [isbn9789522162038.pdf \(turkuamk.fi\)](#)  
Palonen & Gruger 2010  
Parker ym.2017; 197

Kuva 4. Asiantuntijasairaanhoitajan ydin- ja erityiskompetenssit

## 9 Pohdintaa

lääkkäiden monisairaiden potilaiden määrä tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Samaan aikaan terveydenhuollon resursseissa, palvelujärjestelmässä ja osaamisessa on puutteita. Suosituksia ja hyviä, tutkittuja käytäntöjä iäkkäiden akuuttihoidosta on annettu niin Yhdysvalloissa, Australiassa kuin Euroopassakin, mutta niiden systemaattiseen toteuttamiseen on vielä matkaa.

Ihmisten ikääntyessä ongelmat saattavat kasvaa, mikä tuo haasteita sairauksien tunnistamiseen. Yhtä vaaralliset yli- ja alidiagnosoinnit ovat yleisiä, epämääräiset ja piiloon jäävät oireet voivat johtua useista samanaikaisista ongelmista. Ikärasismi voi vaikuttaa terveydenhuollon henkilökunnan asenteeseen ja siten haitata iäkkään potilaan riittävän laajaa arviointia. Akuuttia tilannetta arvioitaessa myöskään potilaan ja hänen omaistensa antamia esitietoja ei tulisi aliarvioida. Ammattitaitoisen asiantuntijasairaanhoitajan keräämä taustatieto potilaasta on ensiarvoisen tärkeää ja edellytys sille, että iäkäs potilas tulee hoidettua laadukkaasti päivystyksessä. (Cassel&Fulmer 2022;920)

Haurailta iäkkäiltä puuttuu usein kontakti terveydenhuoltoon ja tieto heidän kokonaisvaltaisesta tilanteestaan ei ole kenenkään vastuulla. Heille ei ole tehty hoitolinjauksia, mikä johtaa tilanteen kriisiytyessä päivystyskäyntiin. Tämän vuoksi iäkkäiden virka-aikaan tarjolla olevien palveluiden saatavuudessa on parannettavaa kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. Päivystyksestä on tullut iäkkäille yksi tapa saada apua oireisiinsa, kun resurssit ovat niukat koko palvelujärjestelmässä. (Ellis ym.2018;368, Wuorela&Viikari2019;1579, Cassel&Fulmer 2022; 920, Rajala 2022;102.)

Tässä työssä läpikäydyn kirjallisuuden perusteella voidaan sanoa, että geriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan rooli vaatii laaja-alaista osaamista, pitkää työkokemusta, työelämän taitoja ja jopa erityisiä henkilökohtaisia ominaisuuksia, joilla voidaan tarjota iäkkäälle potilaalle hänen tilanteensa mukaista oikea-aikaista ja toimintakykyä tukevaa palvelua ja hoitoa. Työssä on kyettävä yhdistämään tutkittua tietoa käytännön kliiniseen työhön kriittisesti arvioiden.

Yhdysvalloista lähtenyt asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvan kehittyminen on Suomessa alkanut noin 20 vuotta sitten. Aiheesta ovat tehneet julkaisuja niin Kansainvälinen Sairaanhoitajaliitto, Suomen Sairaanhoitajat kuin yksittäiset tutkimusryhmät ja tutkijat. Sairaanhoitajan työn edistäminen asiantuntija-asemaan on

nähty tarpeelliseksi, jotta kyettäisiin ratkaisemaan tulevaisuuden terveydenhuollon ongelmia tehokkaasti, potilasturvallisesti ja vaikuttavasti. Tällaisen roolin laajempi integrointi jokaiselle terveydenhuollon tasolle olisi perusteltua. Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva päivystyksen moniammatillisessa tiimissä olisi yksi ratkaisu iäkkään potilaan monimutkaisiin ongelmiin aina päivystyksen hoidontarpeen arviosta saumattomaan moniammatilliseen yhteistyöhön päivystyksessä ja jatkohoidon suositukseen potilaan kotiutuessa, sillä vahva asiantuntijuus yhdistettynä moniammatilliseen työskentelyyn ja itsenäiseen päätöksentekokykyyn palvelee iäkkään potilaan hoitoa niin päivystyksessä kuin jatkohoidosuosituksineen sen ulkopuolella, omalla terveysasemalla.

Asiantuntijasairaanhoitajan rooliin kasvaminen alkaa jo sairaanhoitajakoulutuksessa. Tämä onkin huomioitu ammattikorkeakoulujen sairaanhoitajan tutkinnon osaamisvaatimuksissa, joita lisättiin vuonna 2020 yhdeksästä kolmeentoista. Asiantuntijuus ja eettisyys olivat olleet jo aiemmin näissä vaatimuksissa, mutta mukaan nousi nyt myös moniammatillisuus ja kehittäminen. (Tohmola 2021:26) Asiantuntijuuden ohella nämä osaamiset nousivat tutkimuksissa myös oleellisiksi tekijöiksi, joita tarvitaan asiantuntijatehtävissä. (Lång 2013; 18, Montagnini ym. 2014; 962–963, Vestman 2013; 6–7, Korhonen 2019; 61–69)

Suomen ammattikorkeakouluilla on ammattikorkeakoululain mukaisesti mahdollisuus toteuttaa opetussuunnitelmat eurooppalaisten ja suomalaisten suositusten mukaisesti itsenäisesti, mistä johtuu gerontologian ja geriatrian opintojen laajuuden vaihtelut ammattikorkeakoulujen välillä (Tohmola 2021;26). Nyt vuosien 2022 ja 2023 opetussuunnitelmissa opiskelijalla on mahdollisuus valita oman mielenkiinnon mukaan jopa 48 op erilaisia vanhusten hoitotyön opintoja sairaanhoitajan tutkintoonsa. (kts. taulukko 1, s. 37)

Työkokemuksesta ja aiemmin suoritetusta terveydenhuollon tutkinnosta on hyötyä soveltavalle osaamiselle sairaanhoitajiksi valmistuvien keskuudessa ja valmistuvien sairaanhoitajien itsearvioitu osaaminen gerontologisessa hoitotyössä on keskitasoa. Koska gerontologinen hoitotyö vaatii hyvin laaja-alaista osaamista, opiskelijoita tulisikin motivoida tähän esimerkiksi juuri sen monipuolisuuden ja hyvinkin erilaisten urapolkumahdollisuuksien avulla kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Tämän vuoksi myös kliinisten harjoittelupaikkojen ohjausosaamiseen tulisi kiinnittää huomiota perusteellisen



ja onnistuneen sairaanhoitajan tehtäviin syventymisen toteutumiseksi. Näitä tukisi myös yhtenäinen kansallinen gerontologisen hoitotyön opetussuunnitelmasuositus, jolloin opetus olisi kansallisesti yhtenäistä. Tämä tukisi geriatrisen ja gerontologisen hoitotyön kehittämistä Suomessa. (Tohmola 2021;83.)

Perusopintojen jälkeen sairaanhoitajan mahdollisuudet erikoistua kohti asiantuntijuutta paranivat huomattavasti, kun Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi 30 opintopisteen kliiniset erikoistumiskoulutusehdotukset vuoden 2021 lopussa. Näistä 17 erikoisalasta yksi on gerontologinen hoitotyö. Kuten aiemmin on todettu, näitä koulutuksia ei ole vielä tänä vuonna tarjolla Suomen ammattikorkeakouluissa. Tarve tällaiselle koulutukselle on kiireellinen, sillä gerontologista osaamista tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla tasoilla, koska yksi neljästä vähintään 75- vuotiaasta ja joka toinen vähintään 85- vuotiaasta tarvitsee säännöllisiä palveluita. Näiden käytössä on tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvun alusta, sillä laitoshoidon määrä on vähentynyt riippuen asukkaan iästä 8–19,1 %:sta 1,1,- 2,2 %:iin, kun samalla tehostetun palveluasumisen määrä on noussut 2,2–4,8 %:sta 7,6–16,3 %:iin kotihoidon palveluita saavien asiakkaiden määrän pysyessä samana. (STM 2020; 17, 69). Toisin sanoen iäkkäiden määrän lisääntyessä erilaisten palveluiden määrä on joko vähentynyt tai pysynyt samana, joten on entistä tärkeämpää tunnistaa suuresta iäkkäiden määrästä se potilasjoukko, joka tarvitsee erityistä tukea toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Ammattikorkeakoulujen gerontologisia YAMK- tutkintoja tarjotaan ympäri Suomen ja koulutuskokonaisuudet eroavat toisistaan, mikä mahdollistaa opiskelijalle opintojen valitsemisen kiinnostuksen mukaan. Tulevaisuudessa gerontologisen asiantuntijuuden tuominen hoidon eri portaille ja erilaisiin ympäristöihin, on ensiarvioisen tärkeää iäkkäiden heterogeenisten tarpeiden tunnistamiseksi ja niihin vastaamiseksi. YAMK-tutkinto antaa pätevyyden laajavastuiseen sairaanhoitajan tehtäviin, minkä vuoksi sen sisältöä tulee edelleen kehittää esimerkiksi akuuttigeriatrisella koulutusvaihtoehdolla huomioiden kasvava ja laaja-alainen tarve niin päivystyksissä, kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessakin hoidossa (Liljamo ym. 2017;2). Tällaisen koulutuksen tarjoaminen aina perustutkinnosta ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoihin saattaisi olla hyödyllistä varmistamaan osaamista niin terveysasemilla, päivystyksissä kuin erikoissairaanhoidon eri osastoilla, jossa on iäkkäitä potilaita erityisin ja monin tarpein. (STM 2020;57)

Suomen Sairaanhoidajaliitosta on mahdollisuus hakea klinisen hoitotyön erityispätevyyttä, joka sijoittuu liukuvasti erikoistuneen sairaanhoitajan ja laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan välimaastoon. Siinä on määritelty arviointikriteerit ja hakuprosessi klinisen hoitotyön erityisosaamisen tunnistamista ja tunnustamista varten. Erityispätevyys on voimassa viisi vuotta. Tällä erityispätevyydellä on tarkoitus tukea ja motivoida sairaanhoitajia osaamisensa kehittämiseen ja edistää asiantuntijuutta. Tämä on myös askel hoitotyön osaamisen kansalliseen sääntelyyn. (Liljamo ym. 2017; 2,4,13.) Huolimatta edellä mainituista vieläkin tehtävän edellyttämää koulutusta, osaamisen määrittelyä, nimikkeitä ja tehtävän vaatimustasoa vastaavaa palkkausta ei ole määritelty yksiselitteisesti kansainvälisesti eikä kansallisesti. (Mezey ja Fulmer 2002; 438, ICN 2020; 7, sairaanhoidajaliitto 2017;4, Liljamo ym. 2017;4.)

YAMK- koulutukseen hakemisen edellytyksenä ovat sairaanhoitajan tutkinto ja kahden tai kolmen vuoden työkokemus (ammattikorkeakouluopinnot.fi - viitattu 24.7.2022). Sen sijaan klinisen hoitotyön erityispätevyyden hakemiseen tarvitaan viiden vuoden työkokemus (Liljamo ym. 2017; 7). Työkokemusvaatimuksissa on ristiriitaisuutta, kun Suomen Sairaanhoidajien julkaisemassa sairaanhoitajan uramallissa kuvataan urapolkua sairaanhoidajasta erityispätevyyden kautta laajavastuiseen sairaanhoitajan työhön (Kotila 2017; 32). Näiden kannanottojen mukaan YAMK-koulutukseen vaaditaan vähemmän työkokemusta kuin vähemmän vastuullisen erityispätevyyttä haettavan erikoistuneen sairaanhoitajan työhön. Tällaiset ristiriitaisuudet vaatimuksissa luovat epätietoisuutta kaikilla tahoilla aina koulutuksesta organisaatioiden johtoon saakka.

Asiantuntijasairaanhoitajan tai laajavastuisen sairaanhoitajan rooliin kasvaminen vaatii monipuolista ja pitkääkin työkokemusta, mutta ajan tarkka määrittäminen ei ole helppoa. Akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan työkokemusta on hyvä olla niin akuutti- kuin geriatrisesta hoitotyöstä, sillä mm. iäkkään potilaan sairaudet, fysiologia ja lääkehoidon osaaminen perustuu työkokemukseen iäkkäiden sairaanhoidosta, kun taas akuuttihoiton osaaminen edellyttää kokemusta päivystyshoitotyöstä. Asiantuntijasairaanhoitajan roolissa tulee ymmärtää em. mainittujen lisäksi potilaan kokonaisvaltaisempi hoito jatkohoidon suunnitteluun saakka. (Marsden ym.2017;29, 37.) Akuuttigeriatrisella asiantuntijasairaanhoitajalla olisi hyvä olla kokemusta myös perusterveydenhuollosta kotisairaanhoidon kautta erikoissairaanhoitoon, jolloin koko hoitoketjun ymmärtäminen ja erityisesti sen kehittäminen yhteistyössä koko palvelujärjestelmään olisi helpompaa. Näiden virallinen todentaminen strukturoidusti

omassa CV:ssä tai kansallisesti yhtenäisesti määritellyssä kaavakkeessa perustelisivat osaamisen ja palkkauksen.

Tyks Akuutti on tarjonnut vajaan vuoden aikana mahdollisuuden näköalapaikkaan iäkkäiden potilaiden akuuttihoidosta tulevan hyvinvointialueen iäkkään potilaan hoitoketjun rakentamiseen. Projektin aikana on kerätty laajasti tietoa iäkkäistä päivystyspotilasta. Tätä tietoa ei ole vielä koostetusti käytössä, mutta vuoden kokemuksen jälkeen empiirisesti voidaan sanoa, että projekti on lisännyt tietoisuutta iäkkään potilaan erityispiirteistä jo seulontatyökalun käytön myötä. Myös palaute kuntayhteistyöstä on ollut rohkaisevaa potilaan jatkohoitosuositusten antamisen myötä. Samanlaisia tuloksia saatiin myös aiemmin mainitusta GERI- VET ohjelmasta (Huded ym.2021; 605). Työ on ollut monipuolista ja siten antanut mahdollisuuden ammatilliseen kasvamiseen, osaamisen oleelliseen parantamiseen ja tulevaisuuden rakentamiseen. Kehittämiprojektin monipuolisuus on taitavasti ohjannut kriittistä ajattelua, koska siinä on saanut yhdistää kliinistä työtä, osaamista ja peilata sitä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Asiantuntijarooli antaa mahdollisuuden vaikuttaa tulevaisuudessa iäkkäiden hoitoon niin sairaalan sisällä kuin laajasti koko hyvinvointialueella. Tavoitteena on yhdistää jatkuvasti päivittyvä teoreettinen tieto tukemaan käytäntöä ja mahdollistamaan yhä laadukkaampi iäkkäiden hoito koko palvelujärjestelmässä.

Tulevaisuudessa saattaisi olla tarpeen arvioida akuuttigeriatrisen osaamisen laajentamista Turun Tyks Akuutissa hoidontarpeen arviontiin ja harkita iäkkäille oman hoitoyksikön perustamista, jolloin iäkkään potilaan hoitoprosessi ja -ketju tehostuisi. Akuuttigeriatrisen osaamisen vieminen muihin Akuutin päivystyspisteisiin voisi olla seuraava askel, jolla varmistetaan iäkkään potilaan tasa-arvoinen hoito alueen kaikissa toimipisteissä. Myös akuuttigeriatrisen hoitotyön osaamisen vieminen erikoissairaanhoidon osastoille amerikkalaisen ACE- tiimin tapaan varmistaisi iäkkäiden potilaiden erityistarpeiden huomiointi osastoilla ja siten nostaisi hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Myös potilaiden siirrot sairaalasta toiseen, palveluasumiseen ja kotiin olisivat tällaisen osaamisen myötä harkitumpia, turvallisempia ja mahdollisesti myös kustannusvaikuttavampia.

Asiantuntijasairaanhoitajanroolin työnkuvaa tuleekin edelleen kehittää. Yhteistyö ammattikorkeakoulujen kanssa saattaisi tarjota käytännön työkokemusta niin sairaanhoidon opiskelijoille kuin asiantuntijuuskoulutuksissa oleville opiskelijoille.

Tällaisella yhteistyöllä voitaisiin laajentaa geriatrisen hoitotyön opintoja varmistamaan osaaminen myös tulevaisuudessa.

Haasteena ovat osaamisen määrittely ja mittaaminen, sillä kaikki sairaanhoidon erikoisalajat vaativat omaa erikoisosaamista. Sen kerryttäminen niin formaalisella koulutuksella kuin oikeanlaisella työkokemuksella vaatii jatkossa toimenpiteitä. Tässä saattaisi olla apuna esimerkiksi LOKI- kirja, johon voidaan todentaa erilaiset työkokemukset, tehdyt toimenpiteet, erilaisten potilaiden ongelmien strukturoitu tunnistaminen, hoitaminen, jatkohoidon suunnittelu ja arviointi. Ainoastaan tekemällä järjestelmällistä hoitotyön tutkimusta annetusta koulutuksesta ja sen käytännön hyödyntämisestä on mahdollista määrittää selkeät osaamisen tasot. Näin olisi mahdollista määrittellä tiettyyn osaamiseen vaadittava koulutus, käytännön kokemus ja työn vaatavuutta vastaava palkka. Työnkierto on tulevaisuudessa koko hyvinvointialueella huomionarvoinen mahdollisuus laajentaa ja syventää osaamista, jolloin iäkkään akuutisti sairastuneen potilaan hoitoketju olisi entistä tehokkaampi ja osaamista olisi sen jokaisella tasolla.

Asiantuntijasairaanhoitajan ammattitaitoa tulisi tulevaisuudessa myös hyödyntää esimiesten työn tukena. Asiantuntijasairaanhoitajan substanssikokemusta voidaan käyttää niin hoitotyön prosessien implementoinnissa, kehittämisessä ja valvomisessa kuin hoitajien rekrytoinneissa. Näin voidaan varmistaa käytännön hoitotyön ja uusimman tiedon hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa, jossa asiantuntija kulkee hoitotyön esimiesten rinnalla myös organisaatioiden hierarkioissa.

Iäkkäiden laadukkaan hoidon turvaamiseksi asiantuntijasairaanhoitajat ovat tärkeässä roolissa tulevaisuudessa jokaisella sairaanhoidon alalla. Tarvitaan riittävän laajoja kansallisia tutkimuksia, joiden perusteella voidaan muodostaa käsitys asiantuntijasairaanhoitajan työn sisällöstä; laadusta ja kustannusvaikuttavuudesta.

Tulevilla hyvinvointialueilla päättäjien tuleekin ymmärtää, että iäkkäiden hoitoa ei voida ratkaista edullisilla hoiva-avustajien työnkuvilla, sillä iäkkäiden päivystyspotilaiden akuuttitilanteiden arviointi kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa ei ole yksinkertaista. Se vaatii pitkälle kehittyneitä ammattitaitoa, vahvaa ja monipuolista osaamista. Kaavailtu hoiva-avustajien maahantuonti pahimmillaan lisää osaamattomuutta hauraiden iäkkäiden sairaanhoidossa. Matalapalkkaisten hoivahoitajien toimeentulo on kyettävä turvaamaan, mikä todennäköisesti lisää tarvetta sosiaalisille tukitoimille (HS 6.8.2022, A11). Uusien hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa vuodenvaihteessa asiantuntijasairaanhoitajien työnkuvien tarve on entistä

suurempi. Tavoitteena on tarjota entistä parempaa terveyden- ja sairaanhoitoa kustannusvaikuttavammin.

## **10 Kehittämiprojektiin liittyvät eettiset ja luotettavuuskysymykset**

Kehittämiprojektissa huomioidaan eettiset kysymykset, koska kyseessä on hyvin hauras ja siksi haavoittuva potilasryhmä. Kehittämiprojektin tavoitteena on parantaa ja nopeuttaa iäkkään potilaan hoitoa päivystystilanteessa ja tuoda hauraan potilaan erityiset tarpeet huomioiduksi, koska yli 75- vuotiaat potilaat ovat hyvin heterogeeninen potilasryhmä. Tämä perustelee sitä, että työssä kunnioitetaan potilaiden ihmisarvoa ja perusoikeuksia huomioiden niin perus- ja ihmisoikeudet kuin itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus riippuen potilaan fyysisestä ja kognitiivisesta tilasta päivystyskäynnin yhteydessä. (Jämsen ym.2017; 642, Jylhä ym. 2019; 1090, STM 2020; 11, Vanhuspalvelulaki 980/2012). Erityisesti pyritään tukemaan heitä itsenäisissä päätöksissä omasta elämästä ja hyvinvoinnista. Keskeisinä tavoitteina ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen.

Nämä ovat erityisesti akuutisti sairastuneen iäkkään hoidossa ohjaavia arvoja, jotta saavutetaan oikeat hoitoratkaisut. Ne tukevat hoitoa ja hoivaa tarvitsevan iäkkään potilaan tarpeita, odotuksia ja tavoitteita. Tarkoituksena kuvata akuuttigeriatrisen asiantuntijasairaanhoitajan ammattitaitoa siten, että palvelu ja hoito on luotettavaa, turvallista pohjautuen perusteltuun ja tutkittuun tietoon. (Eskola ym. 2011;5) Työssä noudatetaan myös kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä kunnioittaen muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia asianmukaisella tavalla heidän julkaisuihinsa viitaten. Tällä tavalla annetaan niille kuuluva arvo ja merkitys tässä kehittämiprojektissa. (tenk.fi)

Tämä kehittämiprojekti perustuu aiempaan kirjallisuuteen, saatavilla olevaan koulutukseen, työkokemukseen ja meneillään olevaan projektiin. Projektin eteneminen ja sen myötä saatu kokemus on muuttanut akuuttigeriatriasta prosessia ja asiantuntijasairaanhoitajan työnkuvaa. Kehittämistyön jatkuva muutos on perustunut kirjallisuuteen ja kehittämistyön aikana saatuun empiiriseen kokemukseen iäkkäiden akuuttihoidosta. Luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuskohteen ja tulkitun materiaalin perusteella. (Vilka 2021; 357.) Voidaan todeta, että tämän kehittämistyön haaste vastaa aiempaa kirjallisuutta aiheesta. Lähes kaikissa aiemmissa asiantuntijasairaanhoitajan tehtävästä tehtyjen tutkimusten lopputuloksissa on todettu asiantuntijasairaanhoitajan tehtävästä tehdyt tutkimukset ovat tutkimusjoukoiltaan pieniä

ja siten niiden tulosten arviointi laajemmin on vaikeaa. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimuksia suuremmilla tutkimusjoukoilla ja erilaisissa organisaatioissa aiheesta, jotta asiantuntijasairaanhoitajan tehtävästä ja sen vaikuttavuudesta saadaan enemmän näyttöä työn edelleen kehittämiseksi.

## Lähteet

Ammattikorkeakoulu opinnot 2022; [Koulutukset, Sairaanhoidaja, Ylemmät AMK-tutkinnot \(ammattikorkeakouluopinnot.fi\)](#) - viitattu 24.7.2022

Akuuttihoitotyön opinnot Suomessa 2022;  
<https://www.google.fi/search?q=akuuttisairaanhoidon+opinnot+suomessa&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwj137bEh6D4AhUhBxAlHc9RDbIQBSgAegQIAhA7&biw=1040&bih=553&dpr=1.5> -viitattu 9.6.2022

Amella E. Presentation of Illness in Older Adults: If you think you know what you're looking for, think again. AJN, American Journal of Nursing, 2004; 104(10), 40-51.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W. For the RN4CAST Consortium. 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. International Journal of Nursing Studies 50 (2013) 143–153

Barriball, L., Bremner, J., Buchan, J., Craveiro, I., Dieleman, M., Dix, O., Dussault, G., Jansen, C., Kroezen, M., Rafferty, AM., Sermeus, W. 2015. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. European Union ([pdf recruitment and retention of the health workforce in Europe \(2015\) \(researchgate.net\)](#)) (Viitattu 16.4.2022)

Becker, D., Dechant, L.M., McNamara, L. J., Konick-McMahon, JA., Noe, C-A., Thomas, K., ja Lawrence J. F. Practice analysis: Adult-Gerontology Acute Care Nurse Practitioner and Clinical Nurse Specialist. AJCC American Journal of Critical Care, March 2020, Volume 29, No. 2 (e19-e30)

Brooten, D., Youngblut, J. M., Kutcher, J. & Bobo, C. 2004. Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. Nursing Outlook 52, 45-52.

Bryant-Lukosius, D., Martin- Misener, R., Advanced Practice Nursing: ICN Policy Brief, An Essential Component of Country Level Human Resources for Health. 2015  
[ICNPolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf\(hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com\)](#) (Viitattu 1.2.2022)

Building better together: Roadmap to guide implementation of the Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery in the WHO European Region (2021). WHO Euro [WHO-EURO-2021-4464-44227-62471-eng.pdf](#)

Caplan, G.A, Williams, A.J., Daly, B. and Abraham, K. A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department the DEED II Study. JAGS; The American Geriatrics Society. 52:1417–1423, 200

Carpenter, C.R., Bromley, M., Caterino, J.M., Chun, A. Gerson, W., Greenspan, J., Hwang, U., John, D.P., Lyons, W.L., Platts-Mill, T.F., Mortensen, B., Ragsdale, L., Rosenberg, M., Willber, S.2014. Optimal Older Adult Emergency Care: Introducing Multidisciplinary Geriatric Emergency Department Guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine JAGS 62:1360–1363,



2014 © 2014, Copyright the Authors Journal compilation © 2014, The American Geriatrics Society

Cassel, C. & Fulmer. 2022. Diagnostic Excellence, Achieving Diagnostic Excellence for Older Adults. JAMA February 17, 2022

Conroy, S.P., Turpin S. New Horizons: urgent care for older people with frailty. 2016. Age and aging 2016:45:579-586.

Conroy, S.P. Emergency department management of older people living with frailty: a guide for emergency practitioners. BMJ 1-7, Emerg Med J 2021

Conroy, S., and Parker S.B. Acute Geriatrics at The Front Door. Royal College of Physicians 2017. Clinical Medicine 2017 Vol 17, No 4: 350–353.

Coster, J.E., Turner, J.K., Bradbury, D., Cantrell, A. 2017. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. © 2017 The Authors. Academic Emergency Medicine published by Wiley Periodicals, Inc. on behalf of Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) doi: 10.1111/acem.13220

Dawood, M., McNamara. 2022. Do no harm. Emerg Med J. <http://emj.bmj.com/> 6.9.2022 BMJ

Diakonia – ammattikorkeakoulu 2022; [2020 Sairaanhoitaja \(AMK\) - Opinto-opas \(diak.fi\)](https://opintoopas.diak.fi/fi/43204/fi/14548/2020SH/311/year/2022) -viitattu 6.6.2022 ,  
<https://opintoopas.diak.fi/fi/43204/fi/14548/2020SH/311/year/2022> ja  
<https://opinto-opas.diak.fi/fi/tarjontakorit/fi/13870> - viitattu 17.7.2022

Dufva, M., Solovjew-Wartiovaara, A., Vataja, K. Työn tulevaisuuden megatrendien valossa. Sitra 2.9.2021 [työn tulevaisuudet megatrendien valossa – sitra](#) (viitattu 16.4.2022)

Elliot, A., Hull, L., Conroy, S.P. 2017. Frailty identification in the emergency department—a systemic review focusing on feasibility. Age and Aging 2017; 46: 509-513.

Ellis, B., Carpenter, C.R., Lowthian, J.A., Mooijaart, S.P, Nickel, C.H., Melady, D., 2018. Statement on Minimum Standards for the Care of Older People in Emergency Departments by the Geriatric Emergency Medicine Special Interest Group of the International Federation for Emergency Medicine, © Canadian Association of Emergency Physicians, CJEM 2018;20(3):368–369

Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Murke, O., Harwood, R.H., Conroy, S.P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., Shepperd, S. 2017. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No.: CD006211. Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Ellis, G., Marshall, T., Ritchie, C. Comprehensive Geriatric Assessment in the Emergency Department. Clinical Interventions in Aging, 2014; 9: 2033–2043.

Eskola, K., Heinimäki, J., Lehto, M: Pahlman, I., Pihlainen, A., Pösö, T., Sulkava, R., Topo, P., Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2011

Finne-Soveri, H., Haimi- Liikkanen, S., Rehula, P., Vähäkangas, P. ja Äijö, M. 2019. Kun toimintakyky heikentyy. *Duodecim* 2019; 135:1092- 1097.

Guidelines on Advanced Practice Nursing (2020). International Council of Nurses (ICN). [ICN APN Report EN WEB.pdf](#)

Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L. ja Valvanne, J. 2014. läkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2014.

Helin, U. ja Orre, P. 2017. Vanhuspotilaan kognition arvioiminen osaksi päivystyksen käytäntöä. *Suomen lääkirilehti* 44/2017 vsk 72; 2542–2543.

Hogervorst, V.M. Buurman, B.M., De Jonghe, A. David van Oppen, J., Nickel, C.H, Lucke, J., Blomaard, L.C., Thaur, A., Mooijaart, S.P, Banerjee, J., Wallace, J., de Groot, B.,

Jaul E., Barron J. Age-related diseases, and clinical and public implications for the 85 years old and over population. *Frontiers in Public Health*, 2017; 5, 335.

Jartti, L., Heinonen, P., Upmeier, E., Seppälä, M. 2011, Vanhus, Päivystyksen suurkuluttajako? *Suomen lääkirilehti*, **66**(40), pp. 2968-1970.

Jokiniemi, K. Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences University of Eastern Finland Kuopio 2014

Jylhä, M., Enroth, L., Halonen, P. 2019. Vanhoista vanhimpien terveys ja toimintakyky. *Duodecim* 2019; 135:1085–91

Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2022; [Gerontologinen hoitotyö \(SHZP1510\) \(jamk.fi\)](#) – viitattu 4.6.2022

Jämsen, E., Alakare, J., Antikainen, R., Castren, M., Ekstam, H., Helin, U., Lukkarinen, T., Nuotio, M., Pikkarainen, L. 2017. Vanhusten akuuttihoitoon tarvitaan lisää osaamista. *Suomen lääkirilehti* 10/2017, vsk 72; 642

Jämsen, E., Helin, U., Pikkarainen, L. 2021. Sosiaalinen ongelma on harvoin vain sosiaalinen. Iäkäs potilas päivystyksessä sosiaalisista syistä. *Duodecim* 2021; 137;545–7

Jämsen, E. ja Jylhä, M. 2019. Vanhuuden vallankumous on jo täällä – mutta miten siihen suhtaudumme? *Duodecim* 2019; 135:1061–3

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J., Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. *Suomen lääkirilehti* 11/2018 vsk 73

Kansan Uutiset 18.9.2021. Hoitajavetoisesta terveysasemasta helpotusta lääkirivajeeseen. [Hoitajavetoisesta terveysasemasta helpotusta lääkirivajeeseen – Kansan Uutiset](#) (Viitattu 16.4.2022)

Karelia ammattikorkeakoulu 2022; [Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen - Karelia-ammattikorkeakoulu](#) <https://opinto-opas.karelia.fi/fi/58/fi/125/SIYS22/plan/346/year/2022> – viitattu 14.6.2022

Kay, K. Hawkins, S.A., Day, A., Briscoe, M., Daly, D., Wong, K. 2017. A Competency Framework for Interprofessional Comprehensive Geriatric Assessment. Final Report, revised October 25, 2017. RGP of Ontario.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen, H. 2015, Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö, 1. painos, Sanoma Pro Oy 2015

Keva 18.2.2021 [Kuntien työvoimaennuste 2030: Hoitajissa, sosiaalityöntekijöissä, ja lastentarhanopettajissa suurin osaajapula nyt ja tulevaisuudessa - Keva](#), -viitattu 24.6.2022

Kliinisen hoitotyön erikoisalot: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi (2021). Sosiaali- ja terveysministeriö, 21.12.2021. [Kliinisen hoitotyön erikoisalot: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi - Valto \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Kohti Varsinais-Suomen hyvinvointialuetta. Palveluketjujen ja kokonaisuuksien mallintaminen, PKPK Rakennehanke [Palveluketjujen ja kokonaisuuksien mallintaminen \(PKPK\) - Vshyvinvointialue.fi](#) (Viitattu 14.2.2022)

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R., Suutarla, A., 2017. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. [Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf \(sairaanhoitajat.fi\)](#)

Laine, J. Geriatriinen poliklinikka – Uuden poliklinikan toiminnan suunnittelun kuvaus. Turun ammattikorkeakoulu 2014. [Laine Jonna.pdf \(theseus.fi\)](#) (Viitattu 23.1.2022)

Laine, J., Salminen, M., Eronen, T., Viikari, P., Wuorela, M., Viitanen, M., Rautava, P., Viikari, L. Geriatrian poliklinikka kotona asuvien vanhusten tukena. Suomen lääkärilehti 24.8.2018 34/2018 vsk 73 s.1823–1827

Laine, J. ja Viikari, L., 2021. Opas akuutisti sairastuneen geriatrian potilaan arviointiin. Turun ammattikorkeakoulun julkaisuja 141. Turun AMK 2021. [Opas akuutisti sairastuneen geriatrian potilaan arviointiin \(turkuamk.fi\)](#)

Lapin ammattikorkeakoulu 2022: [Sairaanhoitajakoulutus \(monimuoto-opinnot\), Rovaniemi, Syksy 2022 - Opetussuunnitelmat \(csc.fi\)](#), - viitattu 6.6.2022, [Digitaaliset terveyspalvelut ja terveyden edistäminen - Lapin AMK](#) <https://www.lapinamk.fi/fi/Hakijalle/YAMK-tutkinnot/Digitaaliset-terveyspalvelut-ja-terveyden-edistaminen>– viitattu 14.6.2022

Laurea ammattikorkeakoulu 2022; <https://www.laurea.fi/koulutus/avoin-ammattikorkeakoulu/opintotarjonta/sosiaali-ja-rikosseuraamusala/vanhustyon-osaaja/> - viitattu 9.6.2022

Liljamo, P. Suikkala, A., Suutarla, A. 2017. Sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön erityispätevyys. Sairaanhoitajaliitto 2017. [\(erp\\_ erityispätevyys\\_2018\\_v02.pdf \(sairaanhoitajat.fi\)\)](#)

Leaker, H., Fox, L., Holroyd-Leduc, J. 2020. The Impact of Geriatric Emergency Management Nurses on the Care of Frail Older Patients in the Emergency Department: A Systematic Review. Canadian Geriatrics Journal, vol 23, Issue 3, September 2020.

Lucke, J.A., Mooijart, S.P., Heeren, P., Singler, K., McNamara, R., Gilbert, T., Nickel, C.H., Castejon, S., Mitchell, A., Mezera, V., Van der Linden, L., Lim, S.E., Thaur, A., Karamercan, M.A., Blomaard, L.C., Dundlar, Z.D., Chueng, K.Y., de Groot, B., Conroy, S. 2021. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine, *European Geriatric Medicine* (2022) 13:309–317

Malone, M.L., Capezuti, E.A., Palmer, R.M. 2014. *Acute Care for Elders, A Model for Interdisciplinary Care*. Humana Press. New York 2014.

Marsden, E., Taylor, A., Wallis, M., Craswell, A., Bannick, N., Broadbent, M., Jonston, CM. *Geriatric Emergency Department Intervention (GEDI) Toolkit*. Healthcare Improvement Unit: Brisbane, University of the Sunshine Coast 2017

Meldon, S.W., Mion, L.C., Palmer, R.M., Drew, B.L., Connor, J.T., Lewicki, L.J., Bass, D.M., Emerman, C.L. 2003. A Brief Risk-stratification Tool to Predict Repeat Emergency Department Visits and Hospitalizations in Older Patients Discharged from the Emergency Department. *ACAD EMERG MED* d March 2003, Vol. 10, No. 3 d [www.aemj.org](http://www.aemj.org)

Metropolia ammattikorkeakoulu 2022; [Gerontologinen hoitotyö - SX00DZ94 - Metropolia Ammattikorkeakoulu](#) -viitattu 4.6.2022, <https://www.metropolia.fi/fi/opiskelumetropoliassa/osaamisentaydentaminen/erikoistumi-skoulutukset/akuuttihoitotyö> - viitattu 9.6.2022, <https://www.metropolia.fi/fi/opiskelumetropoliassa/ylemmat-amk-tutkinnot/vanhustyö> -viitattu 14.6.2022

Mezey, M., Fulmer, T. Future of Gerontological Nursing, 2002, *Journal of Gerontology: Medical Sciences* Copyright 2002 by The Gerontological Society of America 2002, Vol. 57A, No. 7, M438–M441

Mooijaart, S.P., Carpenter C.R., Conroy, S.P. 2022. Age and Aging journal 50th anniversary commentary series. Geriatric emergency medicine- a model for frailty friendly healthcare. *Age and Aging*. 2022; 51:1–6

Mylläri E. 2017. *Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana*. Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print. Tampere 2017

Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. ja Vaula, E. 2018. *Akuuttihoito-opas*. 20. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Livonia Print, Riika 2018.

Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: A systematic review. *Nursing Economics*, 29(5), 230–50; quiz 251.

Nummelin, M. ja Nygren, P. YHES- projekti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) yhteispäivystyksen hoitotyön erityisosaaminen -projekti (02139). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja A nro 9, 2012. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri Turku 2012 [A-nro-09-2012.pdf \(vssh.fi\)](#)

Nygren, P., Lehtikunnas, T., Heikkilä, A. Hoitotyön vuosikertomus 2020, Asiakkaalle parasta hoitotyöllä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. [Hoitotyön vuosikertomus 2020 \(vssh.fi\)](#)

Oksanen, K. 2017. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteon 1. osa Jaettu ymmärrys työn murroksesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 13a/2017. Lönnberg Print & Promo, 2017. [13 17 tulevaisuusselonteko\\_osa1\\_FI.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](#)

O'Shaughnessy, I., Robinsson, K., O'Connor, M., Connelly, M., Ryan, D., Steed, F., Carey, L., Leahy, A., Galvin, R. 2021. Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline and process outcomes among older adults admitted to hospital with acute medical complaints: a protocol for a systematic review. *BMJ Open* 2021, Oct 27;11(10), DOI: [10.1136/bmjopen-2021-050524](#)

O'Shaughnessy, I., Romero-Ortuno, R., Egde, L., Dillon, A., Flynn, S., Briggs, R., Shields, D., McMahon, G., Hennesy, A., Kennedy, U., Staunton, P., McNamara, R., Timmons, S., Horgan, F., Cunningham, C. 2021. Home FIRsT: interdisciplinary geriatric assessment and disposition outcomes in the Emergency Department. *European Journal of Medicine* 85(2021) 50–55.

Palonen M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus- hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampere University Press. Tampere 2016

Parvinen, I. 2021. Suomen terveydenhuolto 2036 kansalaiskeskeisenä ja valtiovastuisena. KAKS, Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 47. 2021

Pirilä-Porvali Terhi, YLE 28.9.2012. Huhtasuosta hoitajavetoinen terveysasema. [Huhtasuosta hoitajavetoinen terveysasema | Yle Uutiset](#) (Viitattu 16.4.2022)

Rajala, A.I. 2022. Suomen ensimmäinen vanhusasiavaltuutettu Päivi Topo korostaa ikävaikutusten arvioinnin tärkeyttä päätöksenteossa. *Gerontologia* 1/2022.

Ranta, I., Laaksonen, K., Matikainen, A., Hahtela, N., Korhonen, T., Mäkipää, S.(toim.) 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana, hoitotyön vuosikirja 2011. Suomen sairaanhoidajaliitto ry ja Fioca Oy. Edita Prima Oy, Helsinki 2011

Rockwood, K., Mitnitski, A. 2011. Frailty Defined by Deficit Accumulation and Geriatric Medicine Defined by FrailtyClin *Geriatr Med* 27 (2011) 17–26

Rockwood, K.& Theou, O. 2020: Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Canadian Geriatrics Journal*, volume 23, issue 3, September 2020 (210–215).

Rosenberg, M.S., Carpenter, C.R., Bromley, M., Caterino, J.M., Chun, A., Gerson, L., Grrenspan, J., Hwang, U., John, D.P., Lichtman, J., Lyons, W.L., Mortensen, B., Platts-Mills, T.F., Ragsdale, L.C., Rispoli, J., Seaberg, D.C., Willber, S.T. 2013. Geriatric Emergency Department Guidelines. Copyright © 2013. American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and the Society for Academic Emergency Medicine.

Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin (2016). Sairaanhoidajaliitto [Laajavastuinen-sairaanhoidaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf \(sairaanhoidajat.fi\)](#)

Sanon, M, Hwang, U., Abraham, G., Goldhirsch, S., Richardson, L.D., and GEDI WISE Investigators 2019. ACE Model for Older Adults in ED. *Geriatrics* 2019, 4, 24.

Sailaranta, T. 18.10.2021 [Akuuttigeriatrian tiimimalli käynnistyi Tyksissä – ainesta iopa valtakunnalliseksi malliksi | Mediuutiset](#) -viitattu 4.7.2022

Satakunnan ammattikorkeakoulu 2022; [Vanhustyö master - SAMK - Satakunnan ammattikorkeakoulu](#)  
<https://samk.opintoopas.fi/curricula/degreeprogrammes/groups/plan?groupId=205004508&planId=205003561> – viitattu 14.6.2022

Savonia ammattikorkeakoulu 2022: [Opetussuunnitelmat - Savonia AMK](#), viitattu 6.6.2022

Schepela, L., Lehtonen, L., Airaksinen, M., Ojala, R., Ahonen, J., Lapatto-Reiniluoto, O. 2018–2019. Medication reconciliation and review for older emergency patients requires improvement in Finland. International Journal of Risk & Safety in Medicine 30 (2018/2019) 19–31 DOI 10.3233/JRS-180030

Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2022; [Sosiaali- ja terveysala ylempi AMK, Ikääntymisen asiantuntija | SeAMK](#) [Sosiaali- ja terveysala ylempi AMK, Ikääntymisen asiantuntija | Opinto-opas, Seamk](#) -viitattu 14.6.2022

Setälä H. 2016. Ikääntyneiden päivystyspotilaiden palvelutarve. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Marraskuu 2016

Shanley, C., Sutherland, S., Tumeth, R., Stott, K., Whitmore, E. 2009. Caring for the Older Person in the Emergency Department: The ASET Program and the Role of the ASET Clinical Nurse Consultant in Southwestern Sydney, Australia. Journal of Emergency Nursing 2009 35:2.

Sote-henkilöstön riittävyys ja saatavuus: työryhmän ehdotukset alatyöryhmäkohtaisiksi tavoitteiksi ja toimiksi (2022). Sosiaali- ja terveysministeriö. [Sote-henkilöstön riittävyys ja saatavuus Työryhmän ehdotukset alakohtaisiksi tavoitteiksi ja toimiksi \(stm.fi\)](#)

Suomen sairaanhoitajaliitto, kannanotto. 2022. Kliinisen hoitotyön erikoisalut: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi (2021). Sosiaali- ja terveysministeriö. [kannanotto\\_erkot2022.pdf \(sairaanhoitajat.fi\)](#) (Viitattu 10.4.2022)

Suomen sairaanhoitajaliitto 2017. Sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön erityispätevyys. (Viitattu 19.4.2022) [erp\\_erityispätevyys\\_2018\\_v02.pdf \(sairaanhoitajat.fi\)](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Kliinisen hoitotyön erikoisalut. Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:36, Helsinki 2021. [kliinisen hoitotyön erikoisalut : ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ha palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki 2020

Southerland, L., Hunold, K.M., Van Fossen, J., Caterino, J.M., Gulker, P., Stephens, J., Bischof, J.J., Farrell, E., Carpenter, C.R., Mion, L.C. 2022. An implementation science approach to geriatric screening in an emergency department. Journal of the American Geriatrics Society 2022; 70:178-187.

Southerland, L.T., Lo, A.X., Biese, K., Arendts, G., Banerjee, J., Hwang, U., Dresden, S., Argento, V., Kennedy, M., Shenvi, C.L., Carpenter, C.R., 2020. Concepts in Practice: Geriatric Emergency Departments. *Ann Emerg Med.* 2020 February; 75(2): 162–170. doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.08.430.

St. John, P.D. & Hogan, D.B 2013. *The relevance of Marjory Warren's Writings Today.* © The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.

Tilastokeskus 30.9.2021 [Tilastokeskus - Väestöennuste 2021–2070 \(stat.fi\)](https://tilastokeskus.fi/vaestoenuste/2021-2070) – viitattu 24.6.2022

Tampereen ammattikorkeakoulu 2022; <https://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49595/21SH/year/2022> - viitattu 17.7.2022

Tarhonen, T. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro Gradu, Itä-Suomen yliopisto 2013

Theou O., Campell, S., Malone, M.L., Rockwood, K. 2018. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clin Geriatr Med* (2018)369–386

Turun ammattikorkeakoulu 2022: [Sairaanhoitajakoulutus, Turku, S22A - Opinto-opas \(turkuamk.fi\)](https://sairaanhoitajakoulutus.turku.fi/S22A-Opinto-opas-turkuamk.fi) -viitattu 6.6.2022, [Gerontologinen asiantuntijuus | Master School | Turun AMK – Turun ammattikorkeakoulu \(turkuamk.fi\)](https://gerontologinen.asiantuntijuus.turku.fi) <https://opinto-opas.turkuamk.fi/fi/21633/fi/82219/YGEROK22V/year/2021> -viitattu 14.6.2022

Tutkimuseettinen neuvottelukunta.2021. Hyvä tieteellinen käytäntö. 7.7.2021. [Hyvä tieteellinen käytäntö \(HTK\) | Tutkimuseettinen neuvottelukunta \(tenk.fi\)](https://tutkimuseettinen.neuvottelukunta.fi) (Viitattu 14.2.2022)

Tilvis, R, Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. ja Viitanen, M. 2016. *Geriatría. 3. uudistettu painos.* Duodecim, Tallinna 2016

Tohmola, A., Saarnio, R., Mikkonen, K., Kyngäs, H., Elo, S. 2021, Competencies relevant for gerontological nursing: focus group interviews with professionals in the nursing of older people. Lapland University of Applied Sciences, Finland, Research Unit of Nursing Science and Health Management, University of Oulu, Finland, Oulu University of Applied Sciences, Finland. SAGE Publications, 2021

Tohmola, A. 2021 Gerontologisen hoitotyön osaamisalueet ja valmistumisvaiheessa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioitu gerontologisen hoitotyön osaaminen. Oulun yliopisto. Punamusta, Tampere 2021

Ukkonen, M., Jämsen, E., Zeitlin, R., Pauniahho, S-L. 2019. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emergency Medicine* (2019) 19:20

Ylä-Mononen, S., Koivisto A-M., Palonen, M. ja Åstedt-Kurki, P. 2014. Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 2014 26(4), 299–309

Vaasan ammattikorkeakoulu 2022; <https://www.vamk.fi/haku/jatkuvaoppiminen/koulutustarjonta/erikoistumiskoulutukset/kouluksemme/akuuttihoitoty/> - viitattu 9.6.2022

Vanhuspalvelulaki 980/2012. Annettu Helsingissä 28.12.2012. Saatavilla sähköisesti <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 15.10.2021; [Akuuttigeriatrian tiimin tekemä kokonaisarvio tukee ikääntyneen jatkohoidon toteutusta peruspalveluissa \(vsshp.fi\)](#) – viitattu 20.7.2022

Viikari, L. Missä ja miten vanhuksia tulisi hoitaa? Suomen lääkirlehti. 1.6.2018 22/2018 vsk 73 s 1414–1415

Vilkka, H.2021.Tutki ja kehitä. 5., päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus

Woo, B.Y., Yu Lee, J.X., San Tam, W.W. 2017. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. Human Resources for Health. (2017) 15:63

Wuorela, M. & Viikari, L.2019. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. Duodecim 2019; 135:1579–85



## Spiderin TRST-seula

Tulosy - Aloitustiedot Luotu: 10.03.2022 09:3

**Kiireellisuuden ensiarvio** **Luokittelu** **Potilaan kertomat riskit**

Nollaa Triage  **Hengenvaara**  **Välitön tarve**

Tulotapa: Ambulanssi  Yleistila tavattaessa: ★★★★★

Toimintakyky: Omatoiminen  Salainen  Korkea suojaus

Potilaan kompensatioluokitus: Normaali triageluokka

Tahdon ilmaisu: DNR - Elvytyskielto  **Hoidonrajaus**

Eristystarve: Ei tietoa

Allergia: Ei tietoa

Lääkereaktio: Ei tietoa

Hoidossa huomioitavat lääkkeet: Kts yst pot mukana oleva lääkelis

**Etäkontakti** Potilaan yleistila tavattaessa **Ei arviota**

**ENSIH-tapahtumatiedot** Potilaan ilmoittama tulosy Potilaan tila jatkokuljetuksessa

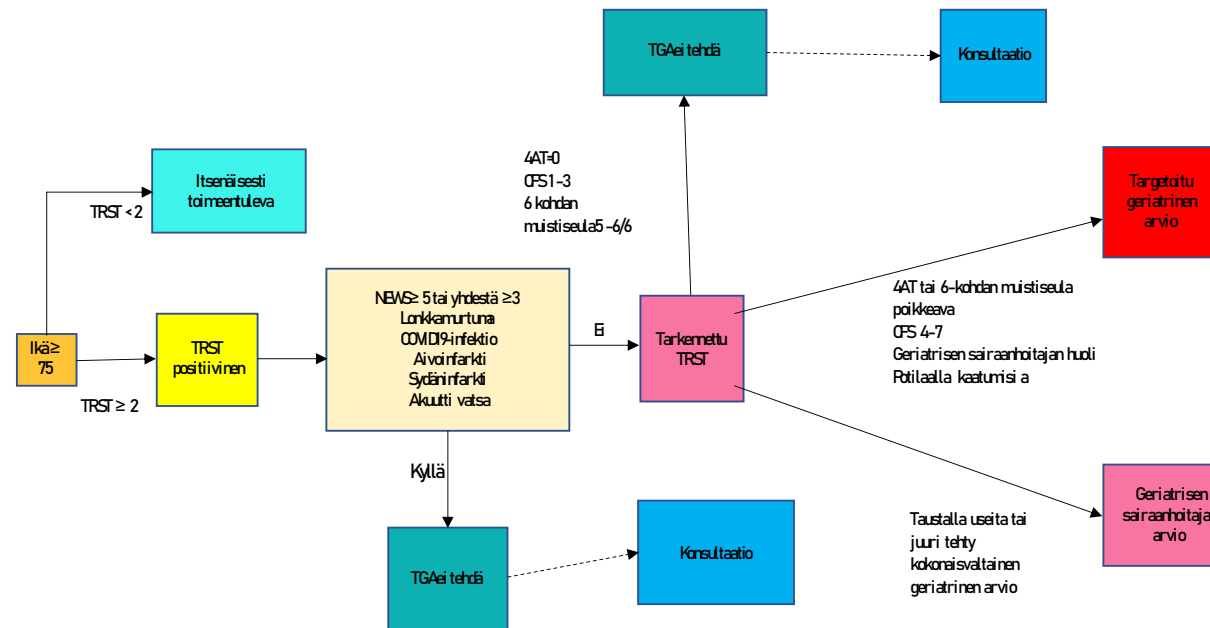
Tapahtumahavainnot  Tarvearvio  TRST

Geriatrisen hoidon tarpeen arvio

**Arvioi geriatrisen hoidon tarve vastaamalla alla oleviin kysymyksiin**  Noll  valii

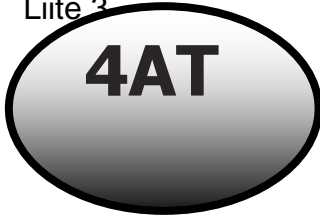
Kognition heikentymistä	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei
Liikkumisen vaikeuksia tai kaatumisia	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei
Lääkkeitä 5 tai enemmän	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei
Käynti päivystyksessä 1kk aikana tai sairaalajakso 3kk aikana	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei
Asuu yksin ja/tai ei ketään joka pitää huolta	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei
Herääkö hoitajalla huoli potilaasta	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> Ei

## Kuvakaappaus Spider potilastietojärjestelmästä



Akuuttigeriatrian prosessi (Viikari L. ja Karjalainen K. 09 / 2022)

Akuuttigeriatrinen asiantuntijasairaanhoitaja I Hannele Tuori, Turun AMK

**Testi deliriumin ja muistitoimintojen arviointiin**

Potilaan nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Tutkimuspäivä: \_\_\_\_\_

Kellonaika: \_\_\_\_\_

Tutkija: \_\_\_\_\_

**[1] Vireystila**

Potilas saattaa olla unelias (esim. vaikeasti herätettävissä ja/tai nukahteleva arvioinnin aikana) tai kiihtynyt/levoton. Tarkkaile potilasta. Jos hän nukkuu, yritä herättää hänet puhuttelemalla tai koskettamalla kevyesti olkapäätä. Pyydä potilasta kertomaan nimensä ja osoitteensa.

Normaali (virkeä, mutta ei kiihtynyt koko arvioinnin ajan)	0
Hieman unelias < 10 sekuntia heräämisen jälkeen, sen jälkeen normaali	0
Selvästi poikkeava	4

**[2] AMT4 (lyhyt muistitoimintojen testi)**

Kysy potilaalta: ikä, syntymäaika, tutkimuspaikka (sairaalan tai rakennuksen nimi), kuluva vuosi.

Ei virheitä	0
1 virhe	1
2 tai useampia virheitä / ei pysty vastaamaan	2

**[3] Tarkkaavaisuus** Pyydä potilasta luettelemaan kuukaudet takaperin aloittaen joulukuusta. Auttaaksesi potilasta ymmärtämään tehtävän voit kysyä kerran: "Mikä kuukausi tulee ennen joulukuuta?" Kuukaudet takaperin

Luettelee vähintään 7 oikein	0
Aloittaa, mutta luettelee < 7 oikein / kieltäytyy yrittämästä	1
Testaaminen ei onnistu (liian heikkokuntoinen, unelias, tarkkaamaton)	2

**[4] Äkillinen alku tai vaihteleva oireiden kulku**

Viimeisten kahden viikon aikana ilmennyt, viimeisimmän vuorokauden aikana edelleen havaittavissa oleva merkittävä muutos tai vaihtelu seuraavissa: vireystila, muistitoiminnot, muut psyykkiset toiminnot (esim. harhaluulot, aistiharhat).

Ei	0
Kyllä	4

**4 tai enemmän:** mahdollinen delirium +/- muistitoimintojen häiriö  
**1-3:** mahdollinen muistitoimintojen häiriö  
**0:** delirium ja vaikea muistitoimintojen häiriö on epätodennäköinen (delirium on kuitenkin mahdollinen, mikäli kohdan 4 tiedot ovat puutteelliset)

4AT pisteet

**Ohjeita tutkijalle:** saatavilla: [www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)

4AT on deliriumin ja muistitoimintojen häiriön nopeaan alkuarviointiin tarkoitettu seulontatyökalu. Pistemäärä 4 tai enemmän viittaa deliriumiin, mutta ei ole diagnostinen; diagnoosin tekemiseen voidaan tarvita yksityiskohtaisempi arvio. Pistemäärä 1-3 viittaa muistitoimintojen häiriöön ja on aihe tarkempiin tutkimuksiin ja aiemman oirekuvan selvittämiseen. Pistemäärä 0 ei varmuudella poissulje deliriumia tai muistitoimintojen häiriötä: kliinisen tilanteen mukaan voidaan harkita lisätutkimuksia. Testikohtat 1-3 pisteytetään arvioimalla potilaan tilaa tutkimushetkellä. Testikohtaan 4 tarvitaan tietoja potilaan aikaisemmasta voinnista. Tietoja voidaan saada mm. omaisilta, muilta hoitajilta, kotihoidosta, sairaskertomusmerkinnöistä. Potilaan mahdolliset kommunikaatiovaikeudet (heikentynyt kuulo, puhe- ja kielivaikeudet) tulisi huomioida tutkimuksen aikana ja tulkittaessa tuloksia.

**[1] Vireystila:** Sairaalapotilaan vireystilan muutoksen taustalla on todennäköinen delirium. Jos potilaan vireystila on selvästi poikkeava tutkimushetkellä, merkitään 4 pistettä. **[2] AMT4 (Abbreviated Mental Test 4)** on lyhyt muistitoimintojen testi, joka ei ole käytössä Suomessa. **[4] Äkillinen alku tai vaihteleva oireiden kulku:** Muistisairauksiin voi liittyä oireiden vaihtelua ilman deliriumia, mutta merkittävä vaihtelu viittaa deliriumiin. Aistiharhojen tai harhaluulojen esiin saamiseksi voit kysyä potilaalta esimerkiksi "Tapahtuuko täällä jotain, josta olet huolissasi? Pelkäätkö täällä jotakin? Oletko kuullut tai nähnyt jotain epätavallista?"

4AT, delirium-seula. (4AT Suomi — 4AT - RAPID CLINICAL TEST FOR DELIRIUM (the4at.com) , viitattu 2.7.2022)

## 6- KOHDAN MUISTISEULA

1. Mikä vuosi on nyt?
2. Mikä kuukausi on nyt?
3. Toista perässä kolme sanaa










PENNI

PÖYTÄ

OMENA

Potilaan toistettua sanat oikein, pyydetään häntä painamaan ne mieleen. Sanat pyydetään toistamaan kahden minuutin kuluttua.


Jokaisesta oikeasta vastauksesta ja viivästetysti oikein muistetusta sanasta saa yhden pisteen. Maksimi on kuusi pistettä ja poikkeava tulos on alle viisi pistettä. (Kangas ym. 2018:714.)

CLINICAL FRAILTY SCALE	
	<p><b>1</b> <b>VERY FIT</b> People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.</p>
	<p><b>2</b> <b>FIT</b> People who have <b>no active disease symptoms</b> but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active <b>occasionally</b>, e.g., seasonally.</p>
	<p><b>3</b> <b>MANAGING WELL</b> People whose <b>medical problems are well controlled</b>, even if occasionally symptomatic, but often are <b>not regularly active</b> beyond routine walking.</p>
	<p><b>4</b> <b>LIVING WITH VERY MILD FRAILITY</b> Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While <b>not dependent</b> on others for daily help, often <b>symptoms limit activities</b>. A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.</p>
	<p><b>5</b> <b>LIVING WITH MILD FRAILITY</b> People who often have <b>more evident slowing</b>, and need help with <b>high order instrumental activities of daily living</b> (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.</p>
	<p><b>6</b> <b>LIVING WITH MODERATE FRAILITY</b> People who need help with <b>all outside activities</b> and with <b>keeping house</b>. Inside, they often have problems with stairs and need <b>help with bathing</b> and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>
	<p><b>7</b> <b>LIVING WITH SEVERE FRAILITY</b> <b>Completely dependent for personal care</b>, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).</p>
	<p><b>8</b> <b>LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY</b> Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>
	<p><b>9</b> <b>TERMINALLY ILL</b> Approaching the end of life. This category applies to people with a <b>life expectancy &lt;6 months</b>, who are <b>not otherwise living with severe frailty</b>. (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)</p>

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA	
<p>The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common <b>symptoms in mild dementia</b> include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.</p>	<p>In <b>moderate dementia</b>, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In <b>severe dementia</b>, they cannot do personal care without help. In <b>very severe dementia</b> they are often bedfast. Many are virtually mute.</p>

 <p><b>DALHOUSIE UNIVERSITY</b> www.geriatricmedicineresearch.ca</p>	<p>Clinical Frailty Scale ©2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.</p>
---	---

The Clinical Frailty Scale (CFS) version 2.0 (Rockwood, K. & Theou, O. 2020; 211).

## EuroHIS-8-elämänlaatumittari

	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Täysin riittävästi
Oletteko saanut muilta tarvitsemaanne tukea?	1	2	3	4	5

	Erittäin huonoksi	Huonoksi	Ei hyväksi eikä huonoksi	Hyväksi	Erittäin hyväksi
1 Millaiseksi arvioitte elämänlaatumenne?	1	2	3	4	5

	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
2 Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	1	2	3	4	5

	Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
3 Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	1	2	3	4	5
4 Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?	1	2	3	4	5

	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
5 Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminnoistanne?	1	2	3	4	5
6 Kuinka tyytyväinen olette itseenne?	1	2	3	4	5
7 Kuinka tyytyväinen olette ihmisiinne?	1	2	3	4	5
8 Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?	1	2	3	4	5

TOIMIA- tietokanta. ( [Microsoft Word - EuroHIS-8 lomake 130816 \(ppshp.fi\)](#) – viitattu 4.7.2022)

<b>NRO</b>	Ikä	Kotikunta	Tuote	<b>Pvä</b>
alku	loppu	CCI	Vika	CFS
<b>Tulosy ja tapa</b>				
Tietääkö miksi päivystyksessä kyllä / ei			Aikaisempi TGA kyllä / ei	
Oireiden kesto	akuutti (1-3 vrk)	subakuutti	krooninen (yli 3kk)	
RR + syke	SpO2	Lämpö	HF	NEWS
<b>4AT</b>				
Vireystila Normaali (0) / Hieman unelias (0) / Selvästi poikkeava (4)				
<u>Kognitio</u>		<u>Tarkkaavuus (kuukaudet takaperin)</u>		
Ikä	0 / 1	Vähintään 7 oikein		0
Syntymäpäivä	0 / 1	Aloittoa, <7 tai ei yritä		1
Paikka	0 / 1	Ei onnistu		2
Vuosi	0 / 1			
Ei virheitä (0) / 1 virhe (1) / Vähintään 2 virhettä (2)				
Äkillinen alku tai vaihteleva oireiden kulku		Ei (0) / kyllä (4)	<b>Yhteensä:</b>	
<b>6 kohdan muistiseula</b>		<b>Apuväline</b>		
Vuosi	kyllä / ei	Ei apuvälinettä	sisällä / ulkona	TUG
Kuukausi	kyllä / ei	Kävelykeppi	sisällä / ulkona	VAS
Päivä	kyllä / ei	Kynnärsauvat	sisällä / ulkona	Paino
Omena	kyllä / ei	Rollaattori	sisällä / ulkona	Painonlasku 1v aikana
Pöytä	kyllä / ei	Pyörätuoli	sisällä / ulkona	
Penni	kyllä / ei			
<b>Asuminen</b> yksin / puolison kanssa / jonkun muun kanssa / ymp. hoito				
Kotihoito		x/vrk		
Omaishoidettava	kyllä / ei	Omaishoitaja	kyllä / ei	
Alkoholi	kyllä / ei	Määrä		
Tupakka	kyllä / ei / entinen	Askivuodet	lopetusvuosi	
<u>Toimintakyky ADL</u>		<u>Toimintakyky IADL</u>		
Peseytyminen	itse / avustetaan	Puhelimen käyttö	itse / avustetaan	
Pukeutuminen	itse / avustetaan	Ostosten teko	itse / avustetaan	
WC-käynnit	itse / avustetaan	Ruuan valmistus	itse / avustetaan	
Siirtyminen	itse / avustetaan	Kodinhoito	itse / avustetaan	
Pidätyskyky	itse / avustetaan	Pyykinpesu	itse / avustetaan	
Syöminen	itse / avustetaan	Liikkuminen kulkuvälineillä	itse / avustetaan	
		Vastuu lääkityksestä	itse / avustetaan	
		Raha-asioiden hoito	itse / avustetaan	
Virtsainkontinenssi	kyllä / ei	Ulosteinkontinenssi	kyllä / ei	



Katetri	Ei katetria	ollut tullessa	Laitettu akuutissa
Ruokahalu heikentynyt kyllä / ei		Syökö päivittäin lämpimän ruuan kyllä / ei	
Pystyykö nousemaan 10 porrasta kyllä / ei		Liikkuuko kodin ulkopuolella yksin / saattajan kanssa / ei lainkaan	
Pystyykö kantamaan 5 kg kauppakassia kyllä / ei		Pystyykö kävelemään 400 m tai korttelin ympäri kyllä / ei	
Pääseekö tuolista ylös kyllä / ei			
Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut huolissanne kokemastanne mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?		kyllä / ei	Kaatumiset viimeisen 6 kk aikana
Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissanne tuntemastanne alakulosta tai toivottomuudesta?		kyllä / ei	Sairaalajaksot viimeisten 6 kk aikana
<b>Ortostaattinen koe</b>	<u>Muita havaintoja:</u>		
maaten			
heti seisten			
seisten 2 min			
Oletteko saaneet muilta tarvitsemaanne tukea?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Onko teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selvittää päivittäisistä toiminnoistanne?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Kuinka tyytyväinen olette itseenne?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?			1 / 2 / 3 / 4 / 5
<b>Jatkohoitopaikka</b>			
Koti ilman apuja	Koti entisin avuin	Koti lisätyin avuin	
Tk-vuodeosasto / TKS	TYKS	Tilho / Kurjensiipi	
Medisiinisen hoidon tarve		kyllä / ei	
Hoivavaje		kyllä / ei	
Medisiinisen hoidon tarve hoivavajeesta		kyllä / ei	
Selvittelyiden tarve PTH:ssa		0-7 vrk / 7-30 vrk / yli 30 vrk / ei tarvetta	
Selvittelyiden tarve vanhustalossa		0-7 vrk / 7-30 vrk / yli 30 vrk / ei tarvetta	

Akuuttigeriatrian tutkimuskaavake. Karjalainen, K. Viikari L., Kopu, T. Ojamäki, T., Uusi-Seppälä, M., Tuori, H.

