



”EI SE VANHUKSEN HOITAMINEN IHAN NIIN SUORAVIIVAISTA OLE”

Hoitajien kokemukset vanhuspotilaan hoidosta ensiapupoliklinikalla

Anna-Mari Huuha

Hanna Virtanen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumis-
vaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ANNA-MARI HUUHA & HANNA VIRTANEN

Ei se vanhuksen hoitaminen ihan niin suoraviivaista ole - Hoitajien kokemukset vanhuspotilaan hoidosta ensiapupoliklinikalla

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Lokakuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata erikoissairaanhoidon päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä vanhuspotilaan hoidosta ensiapupoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla vanhuspotilaan hoidon laatua voidaan parantaa ja antaa työkaluja, joiden avulla vanhuspotilaan hoidon arviointia voidaan kehittää. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin viittä sairaanhoitajaa haastattelemalla ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tuloksista ilmenee useita haasteita, joita hoitajat kokevat olevan vanhuspotilaan hoidossa. Haasteita aiheuttaa vanhuksen lääkehoito, kotonpärjäämättömyys, epäselvä tulosyys, näkö- ja kuulo-ongelmat sekä muistamattomuus ja sekavuus. Jatkohoidon järjestäminen koetaan helpoksi, mutta jatkohoitopaikkojen huono saatavuus asettaa haasteita. Arvioinnin tekeminen sujuu hoitajilta luontevasti. Työkokemuksesta on hyötyä hoitajille arviointia tehdessä ja omaisilta saadaan arvokasta tietoa vanhuksesta. Tulosten perusteella päivystyksessä käy usein samoja vanhuksia, joilla ei ole akuuttia hoitoa vaativaa tulosyitä. Hoitajissa tilanne aiheuttaa turhautumista ja sillä on vaikutusta vanhuksen hoitoon.

Usein käyviin vanhuksiin tulisi kiinnittää päivystyksessä enemmän huomioita. Hoidon arviointia tulisi tehdä kokonaisvaltaisen arvioinnin mukaisesti, koska sillä on todettu olevan hyviä vaikutuksia vanhuksen hoitoon myös päivystyksessä. Arvioinnin avulla kiinnitetään huomiota vanhuksen kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin ja niiden muutoksiin. Hoidon tarvetta arvioidessa apuna on hyvä käyttää erilaisia toimintakykyä mittavia testejä, jotka voidaan valita ja muokata päivystyksen tarpeita vastaaviksi. Kaikille usein päivystyksessä käyville vanhuksille olisi syytä tehdä laajempi hoidon tarpeen arviointi, koska sen avulla voidaan löytää todelliset hoitoon hakeutumissyöt, jotka eivät ole aina akuutteja fyysisiä vaivoja.

Asiasanat: vanhuspotilas, päivystys, kokonaisvaltainen hoidon arviointi

ABSTRACT

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

ANNA-MARI HUUHA & HANNA VIRTANEN:

It's not easy caring for the elderly-

Nurses' experiences on the treatment of the elderly patients in the emergency department

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 8 pages
October 2013

The aim of this Bachelor's Thesis was to identify special care nurses' views on elderly patients in the emergency department. This Bachelor's Thesis aimed to provide information on improving the care of the elderly as well as give tools for improvement. The qualitative material was gathered by interviewing five nurses.

Medical treatment, communicational problems, the deterioration of physical performance and family are some of the challenges in treating the elderly as suggested by the results. Providing further care is thought easy but is hindered by the low number of treatment facilities. Assessing the patients is facile for the nurses and develops with work experience. Frequent visitors without an acute medical problem often frustrate the nurses impacting their care.

More attention needs to be paid on often visiting elderly in the emergency department. Care evaluation should be more comprehensive as it has been proved beneficial. Through the evaluation attention is given on all functional properties and their changes. Assessing the need for treatment should be performed by various functionality measuring tests which can be chosen and adjusted according to the needs of the emergency department. A more comprehensive evaluation should be carried out on frequent visitors as through it, the underlying reasons for seeking into treatment can be found.

Key words: elderly patient, emergency department, comprehensive assessment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	VANHUSPOTILAAN HOIDON HAASTEITA	9
3.1	Toimintakyvyn muutokset	9
3.1.1	Fyysinen toimintakyky	9
3.1.2	Psyykinen toimintakyky	10
3.1.3	Sosiaalinen toimintakyky	11
3.2	Lääkehoito	13
3.3	Kuvaileva diagnoosi	14
4	SAIRAAHOITAJAN TOTEUTTAMA OHJAUS PÄIVYSTYKSESSÄ	16
4.1.1	Potilaan ohjaus	16
4.1.2	Omaisten ohjaus	17
5	VANHUSPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOIDON ARVIOINTI PÄIVYSTYKSESSÄ	18
5.1	Kokonaisvaltainen hoidon arviointi	18
5.1.1	Fyysisen toimintakyvyn arviointi	19
5.1.2	Psyykkisen toimintakyvyn arviointi	21
5.1.3	Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi	21
5.2	Omaiset arvioinnin tukena	22
6	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
6.1	Kvalitatiivinen lähestymistapa	24
6.2	Aineiston keruumenetelmä	24
6.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	25
7	TULOKSET	28
7.1	Hoitajien kokemat haasteet vanhuspotilaan hoidossa	28
7.1.1	Hoidon haasteellisuutta lisäävät tekijät	29
7.1.2	Jatkohoidon järjestäminen	31
7.2	Hoitajien kokemuksia hoidon arvioinnin tekemisestä	33
7.2.1	Hoidon arviointia tukevat tekijät	33
7.2.2	Hoitajien toteuttama arviointi	35
7.3	Hoitajien suhtautuminen usein päivystyksessä käyvään vanhuspotilaaseen	35
7.3.1	Hoitajien suhtautuminen	36
7.3.2	Vaikutus hoidon arviointiin	37
8	POHDINTA	38
8.1	Tulosten pohdinta	38
8.2	Opinnäytetyön eettisyys	41

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus	42
8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	45
LÄHTEET	47
LIITTEET.....	51
Liite 1. Teemahaastattelun runko	51
Liite 2. Saatekirje.....	52
Liite 3. Suostumuslomake	53
Liite 4. Aiheeseen liittyvät tutkimukset.....	54

ERITYISSANASTO

WHO	Maaailman terveystjärjestö (World Health Organization)
IFC	WHO:n määrittelemä toimintakyvyn luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health)
GDS	Geriatric Depression Screening Scale = Vanhusten masennusta mittaava asteikko
MMSE	Mini-Mental State Examination = kognitiivista toimintakykyä mittaava asteikko

1 JOHDANTO

Eliniän nousun seurauksena vanhusten määrä kasvaa. Sairauksien lisääntyminen sekä kehossa tapahtuvien muutoksien seurauksena vanhuksilla on enemmän ongelmia terveytensä kanssa, jonka seurauksena yhä useampi päivystyspotilas on vanhus. Tästä syystä hoitajien tulisi kehittää osaamistaan vanhuspotilaiden hoidosta. Helsingissä Haartmanin sairaalassa vuonna 2010 tehdyn tutkimuksen mukaan 21 % päivystyspotilaista oli vanhuksia. Amerikassa 2010 tehdyssä samankaltaisessa tutkimuksessa 12–24 % kaikista päivystyskäynneistä oli vanhusten tekemiä. (Jarti, Heinonen, Upmeier, Seppälä 2011, 2968; Samaras, Chevalley, Samaras & Gold 2010, 261; Strandberg & Seppänen 2008; Voutilainen & Tiikkainen 2010, 12.)

Päivystystyön kiireellisyyden vuoksi saatetaan helposti keskittyä vanhuspotilaan fyysisiin oireisiin. Kliinistä tutkimuksista huolimatta vanhukselta ei välttämättä löydy mitään kiireellistä hoitoa vaativaa syytä. Kuitenkin käynnin takana on aina jokin syy, jonka vuoksi vanhus hakeutuu päivystykseen. Päivystykseen hakeutumisen taustalla voi olla esimerkiksi yksinäisyys. Kun akuuttia vaivaa ei löydetä, vanhus kotiutetaan nopeasti, jolloin uusintakäynnin mahdollisuus kasvaa. (Jarti ym. 2011, 2969; Samaras ym. 2010, 265.) Rutschmannin ym. (2005, 145–147) päivystyksessä tehdyssä tutkimuksessa akuuttiongelma todettiin vain noin puolella. Arvon (2005, 32) tutkimuksesta käy ilmi, että 116 vanhuspotilaalle oli tulosityksi kirjattu yleistilanlasku. Tulosityitä oli yhteensä kirjattu 264. Päivystyksessä on testattu kokonaisvaltaista hoidon arviointia ja sen avulla vanhusten päivystyskäynnejä on saatu vähennettyä keskimäärin 6 % (Conroy, Ansari, Williams, Laithweite, Teasdale, Dawson, Mason & Banerjee 2013).

Opinnäytetyön aihe muotoutui työelämäyhteyden toiveiden pohjalta. Keskeisenä asiana työelämäpalaverissa esille nousi tietyt usein käyvät vanhukset. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erikoissairaanhoidon päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä vanhuspotilaan hoidosta ensiapupoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla vanhuspotilaan hoidon laatua voidaan parantaa ja antaa työkaluja, joiden avulla vanhuspotilaan hoidon arviointia voidaan kehittää. Opinnäytetyössä vanhuksella tarkoitetaan yli 70-vuotiaita henkilöitä, joiden todellinen päivystykseen hakeutumissyys on vaikea selvittää.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erikoissairaanhoidon päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä vanhuspotilaan hoidosta ensiapupoliklinikalla.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisia haasteita on vanhuspotilaan hoidossa hoitajien kokemana?
2. Miten hoitajat toteuttavat hoidon arviointia vanhuspotilaan kohdalla?
3. Miten hoitajat suhtautuvat usein päivystyksessä käyvään vanhuspotilaaseen?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla vanhuspotilaan hoidon laatua voidaan parantaa ja antaa työkaluja, joiden avulla vanhuspotilaan hoidon arviointia voidaan kehittää.

3 VANHUSPOTILAAN HOIDON HAASTEITA

3.1 Toimintakyvyn muutokset

Vanhuspotilaan kohdalla on tunnettava toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. Jos toimintakyvyn muutoksia ei tunneta, on helppo sortua hoitamaan ensimmäistä diagnoosia. Tuolloin unohdetaan kartoittaa muut syyt, joiden vuoksi vanhus on hakeutunut päivystykseen. Mikäli vanhuksella on ollut muitakin päivystykseen hakeutumissyitä, palaa hän todennäköisesti hetken päästä hoitamaan niitä. Tätä kutsutaan niin sanotusti pyöröovi-ilmiöksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 379.)

Toimintakyky tarkoittaa vanhuksen kykyä selviytyä päivittäisistä arjen eri toiminnoista. Toimintakyky saattaa heikentyä iän ja sen mukanaan tuomien sairauksien myötä. Vanhus kärsii toimintakyvyn vajauksesta, jos ympäristön ja hänen omat vaatimuksensa ovat liian korkeita suhteessa todellisiin kykyihin. Toimintakykyyn vaikuttaa muun muassa kehon luonnollinen vanheneminen, sairaudet, elintavat, perinnölliset tekijät ja ympäristö. Toimintakyky on moniolotteinen käsite ja yleisimmin se jaotellaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010; Pohjolainen & Salonen 2012, 235.) Yli 60-vuotiaalle suunnatun tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että vanhuksset itse kokevat psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakykynsä keskimääri hyvänä. Vanhuksista 43 % kykeni selviytymään annetuista tehtävistä ja 11 % tehtävien suorittaminen tuotti merkittäviä hankaluuksia tai niihin ei edes kyetty. (Partala 2009, 31.)

3.1.1 Fyysinen toimintakyky

WHO on tehnyt vuonna 2004 IFC-luokituksen, jonka mukaan fyysiseen toimintakykyyn kuuluu kehon eri toiminnot ja rakenteet sekä niissä tapahtuvat pysyvät ja tilapäiset muutokset. Kehon eri toiminnoilla tarkoitetaan elimiä ja niiden toimintaa esimerkiksi sydämen toimintaa. Kehon rakenteita puolestaan ovat tuki- ja liikuntaelimestö, joka muodostuu luista, lihaksista sekä nivelistä. (Pohjolainen & Salonen 2012, 236.) Tehdyn tutkimuksen perusteella 75-vuotiaista 15 % koki kodissaan liikkumisen aiheuttavan vaikeuksia. Lähes puolet 75-vuotiaista naisista koki vaikeuksia portaiden nousussa.

Saman ikäisistä miehistä kolmannes koki samoin. Naisilla fyysisen toimintakyvyn hankaluudet näkyvät aiemmin kuin miehillä. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2011, 120–121.)

Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa tasapaino, mutta vanhetessa tasapainon ylläpitäminen vaikeutuu. Asennon ylläpitämiseen vaikuttaa monet tekijät kuten näkökyky, lihasvoima ja reseptorien toiminta. Vanhetessa näkökykyyn tulee muutoksia, jolloin tasapaino on vaikeampi säilyttää. Myös lihassmassa vähenee ja jalkapohjien sekä nivelten reseptorien toiminta heikentyy. Tuolloin kehon asennon tunnistaminen on vaikeampaa ja korjausliikkeiden tekeminen vaikeutuu ja hidastuu. Tasapainon heikentyessä kaatumisriski lisääntyy. (Pohjolainen & Salonen 2012, 236.) Näköongelmat ovat yleisiä vanhuksilla ja niillä on suuri vaikutus siihen kuinka vanhus kykenee liikkumaan. On tutkittu, että 22 % yli 75-vuotiaista on näköön liittyviä ongelmia. Myös näkökyvyn heikentyminen lisää merkittävästi kaatumisriskiä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 146; Valta 2008, 105.)

3.1.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä ajatella ja tuntea sekä kykyä muodostaa käsitys itsestä ja ympärillä olevasta. Sen avulla vanhus kykenee tekemään ratkaisuja ja selviytymään ympäristön haasteista. Vanheneminen tuo mukanaan paljon haasteita psyykkiseen toimintakykyyn, koska tässä elämänvaiheessa vanhus joutuu kokemaan paljon menetyksiä sekä luopumisia, jotka aiheutuvat esimerkiksi kumppanin kuolemasta tai oman terveydentilan heikentymisestä. Psyykkinen toimintakyky mahdollistaa terveyden ylläpitämisen, auttaa toipumaan sairaudesta sekä sopeutumaan elämään sen kanssa. Monet sairaudet lisäävät psyykkisen toimintakyvyn heikentymistä, kuten esimerkiksi muistisairaus ja masennus. Vanhuksella hyvä fyysinen toimintakyky, pitkäaikaissairauksien vähäinen määrä sekä aktiivinen harrastaminen ovat yhteydessä hyvään psyykkiseen hyvinvointiin. (Aalto 2011; Lampinen 2004, 54; Pohjolainen & Salonen 2012, 237.) Partala (2009, 31) toteaa, että vanhuksat kokevat psyykkisen toimintakykynsä olevan hyvä suurimmaksi osaksi. Vanhuksista 13 % kertoo voivansa psyykkisesti hyvin usein tai lähes aina ja vanhuksista 11 % kokee voivansa psyykkisesti huonosti.

Vallan (2008, 26) tutkimuksen mukaan suurin osa hoitajista kokee, että vanhusten selviytyminen on huomattavasti parempaa, jos kognitiivinen toimintakyky on hyvä. Tiedonkäsittelytaidot eli kognitiiviset toiminnot kuuluvat olennaisesti psyykkiseen toimintakykyyn. Keskushermoston toiminta hidastuu vanhenemisen myötä, jolloin kognitiivisiin toimintoihin tulee myös muutoksia, joka näkyy reaktioiden hidastumisena. Tiedon käsittelyä voivat heikentää esimerkiksi aivoverenkiertosairaudet ja masennus. (Pohjolainen & Salonen 2012, 237; Ranta 2004, 32–33.) Tuulio-Henrikson (2011, 134) toteaa, että naiset kykenevät selviytymään paremmin kognitiivisista tehtävistä, vaikka kognitiivinen suoriutuminen vaikeutuu molemmilla sukupuolilla vanhetessa. Miesten ja naisten tulokset kognitiivisissa testeissä ovat parantuneet vuodesta 2000 verrattuna vuoden 2011 tuloksiin.

3.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä toimia vuorovaikutussuhteissa yhteiskunnassa ja yhteisöissä. Toimintakykyä voidaan tarkastella sopeutumisenä yhteiskunnassa, rooleista suoriutumisena ja sosiaalisten taitojen näkökulmasta. Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy esimerkiksi suhteet muihin ihmisiin sekä niihin osallistuminen, elämänmielekkyyys, harrastuksen, yksinäisyys ja turvallisuuden tunne. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

Sosiaalinen eristäytyneisyys, yksinäisyys ja yksin asuminen ovat läheisessä yhteydessä toisiinsa, mutta tarkoittavat kuitenkin eri asioita. Sosiaalisella verkostolla voi olla vaikutusta sairastumiseen ja sairauden kestoon. Hyvistä ihmissuhteista on apua tilanteisiin sopeutumisessa ja selviytymisessä, kun toimintakyky on heikentynyt. Hyvällä sosiaalisella toimintakyvyllä on vaikutusta myös fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Sosiaalinen aktiivisuus suojaa vanhusta esimerkiksi masennukselta ja kognitiivisen toimintakyvyn heikentymiseltä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 72–73; Noppari & Koistinen 2005, 20–2; Simonen 2010, 187.)

Vanhuksilla tyypillisiä yksinäisyyttä aiheuttavia tekijöitä ovat sairastuminen, heikentynyt toimintakyky, puolison menehtyminen ja sosiaalisten suhteiden vähäisyys. Pitkään jatkunut yksinäisyys aiheuttaa vanhukselle toimintakyvyn alenemista, sairastelua ja sosiaalista eristäytymistä. Tunne yksinäisyydestä lisää muistisairauksien

riskiä, masennusta sekä itsemurhan todennäköisyyttä. (Tilvis, Pitkälä, Sulkava & Viitanen 2010, 414–415.) Tiikkaisen (2006, 34) mukaan noin 12 % yli 80- vuotiaista kokee yksinäisyyttä, myös Partalan (2009, 32) tutkimuksessa luku on samansuuruinen ja yksinäiseksi itsensä kokee 11 %. Koskisen ym. (2011, 136) 75-vuotiaista miehistä 10 % ja naisista 12 % kokee itsensä yksinäiseksi.

Vanhuksilla lisääntyneeseen kuolleisuuteen on yhteydessä epäsosiaalisuus ja itse määritelty yksinäisyys. Miehen yksin asuminen oli merkittävä riskitekijä lisääntyneeseen kuolleisuuteen. Naisilla yksin asumisella ollut samanlaista yhteyttä. Tutkimuksessa havaittiin, että epäsosiaalisuus oli suurin riskitekijä sekä miehillä että naisilla. Suuri osa tutkimukseen osallistujista koki itsensä sosiaalisesti eristäytyneeksi, epäsosiaaliseksi tai kärsi yksinäiseksi. Vastaajista noin neljäsosa ei kuulunut tähän joukkoon. Tutkimukseen osallistujista noin 40 % kuoli seitsemän vuoden aikana, miesten kuolleisuus oli 49 % ja naisten 35 %. Henkilöillä, jotka eivät tunteneet itseään yksinäiseksi, sosiaalisesti eristäytyneeksi tai epäsosiaaliseksi kuolleisuus oli 30 % seitsemän vuoden aikana. Ne henkilöt, jotka tunsivat itsensä yksinäiseksi tai epäsosiaaliseksi, muttei sosiaalisesti eristäytyneeksi, kuolleisuus oli 53 %. (Tilvis, Routasalo, Strandberg, Kautiainen, Pitkälä 2012, 19–21.)

Kuulolla on vaikutusta sosiaaliseen toimintakykyyn. Puheen vivahteiden jäädessä pois, vanhus ei kykene aina ymmärtämään mitä hänelle yritetään kertoa. Asioiden ymmärtämättömyys aiheuttaa vanhukselle jatkuvia pettymyksen ja turhautumisen tunteita, jotka edesauttavat eristäytymistä sekä yksinäisyyden tunteen muodostumista. Kommunikaatio-ongelmat ovat yleisimpiä itsenäisen elämisen vaikeuttajia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 146; Heikkinen & Rantanen 2008, 163; Kivimäki 2010, 3.) Joka toisella 75-vuotiaalla vanhuksella on todettu olevan huonon kuulon vuoksi hankaluuksia seurata keskustelua, jossa on mukana useampi henkilö (Koskinen ym. 2011, 132). Kivimäen (2010, 28–29) tekemän tutkimuksen perusteella hoitajat kokevat huonon kuulon altistavan vanhan henkilön masennukselle sekä sillä todettiin olevan vahva yhteys kotona pärjäämiseen.

3.2 Lääkehoito

Lääkehoito on vanhuspotilaan kohdalla haasteellista, koska vanhenemisen myötä lääkkeen vaikutukset kehossa muuttuvat. Vanhuksilla lääkkeet eivät imeydy samalla tavalla kuin nuoremmilla. Vapaana kulkevan lääkeaineen määrä kasvaa kehon vanhetessa, koska seerumin albumiinipitoisuus on pienentynyt. Kehon vesimäärä laskee iän myötä, jolloin vesilukkoisten lääkkeiden pitoisuus nousee. Rasvamäärä puolestaan nousee vanhetessa, jolloin rasvaliukoisten lääkkeiden pitoisuus laskee. Näillä on vaikutusta lääkkeen jakautumiseen. Maksan ja munuaisten toiminta heikentyy vanhuksilla, jolloin lääkkeet kertyvät herkemmin elimistöön. Näistä syistä tulisi vanhuspotilaan lääkehoito aloittaa pienemmillä annoksilla ja hoitajien pitäisi vielä tarkemmin seurata lääkkeen vaikutusta heidän kohdallaan. (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2011; Pitkälä, Hosia-Randell, Raivio, Savikko & Strandberg 2006.)

Yli 65-vuotiailla on keskimäärin kahdesta kolmeen kroonista sairautta, jonka seurauksena heillä on myös useampia lääkkeitä samanaikaisesti käytössä. Kirjallisuudessa esiintyy monenlaista tietoa vanhuksen lääkehoidosta. Osa korostaa, että useampi samanaikaisesti käytetty lääke voi olla tehokkaampaa kuin pelkästään yhden lääkkeen käyttö. Toisaalta kerrotaan, että monilääkityksestä on haittaa, koska lääkkeellä saatetaan hoitaa vain oireita, jotka voivat aiheutua toisista lääkkeistä. Samalla vanhuspotilaan lääkitys saattaa peittää tai muuttaa jonkin toisen sairauden oireita. Monilääkityksen vähentämisestä on tehty paljon tutkimuksia ja tuloksena on saatu, ettei lääkkeen lopettaminen ole helppoa, jos potilas itse kokee hyötyneensä lääkkeestä. Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee lääkkeiden enimmäismääräksi 3-4 kappaletta. Vanhuspotilaan kohdalla on pyrittävä hallittuun lääkehoitoon, eikä keskittyä ainoastaan vähentämään lääkkeitä. (Pitkälä ym. 2006, 1504; Voutilainen & Tiikkainen 2008, 52.)

Vuonna 1996 tehdyn suomalaistutkimuksen mukaan 6 % iäkkäiden sairaalahoitokäynneistä oli lääkehaittojen aiheuttamia. Kyseisessä tutkimuksessa arvioitiin 450 vanhuksen lääkityksen yhteyttä sairaalaan joutumiseen. Yleisimpiä haittaa aiheuttavia lääkkeitä olivat psykoosilääkkeet, jotka aiheuttivat ekstrapyridimaalioireita eli jäykistymistä, kävelyhäiriöitä ja vapinaa. Myös tulehduskipulääkkeet ja Marevan aiheuttamat verenvuodot olivat yleisiä sairaalaan joutumisen syitä. Yleisin lääkehaitta

aiheutuu lääkkeen yliannostuksesta, joko tahallisesti tai tahattomasti aiheutettuna. (Enkovaara 2003, 2153; Strandberg & Seppänen 2008.)

Vanhuspotilaan lääkehoito vaatii tarkan suunnitelman. Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta helpottaa hoitajan huolellinen kirjaaminen lääkkeen vaikutuksista sekä haitoista. Kirjauksessa tulee näkyä lääkehoidon suunnitelma, toteutus, seuranta sekä arviointi. Hyvällä suunnittelulla sekä moniammatillisella yhteistyöllä voidaan vanhuspotilaan lääkehoito saada tasapainoon. (Ritkala-Cástren 2006.)

3.3 Kuvaileva diagnoosi

Vanhuspotilaiden kohdalla monien eri sairauksien vuoksi oireiden päällekkäisyyksiä on usein hyvin vaikea erottaa toisistaan. Somaattisten sairauksien ja emotionaalisten häiriöiden oireet saattavat olla vanhuspotilaalla hyvin samankaltaisia. Laboratoriotutkimustenkin perusteella voi olla vaikea saada viitteitä oikeasta sairaudesta ja sen seurauksena voidaan joutua tekemään turhiakin jatkotutkimuksia syyn selvittämiseksi. Vanhuspotilaiden epätyypilliset yleisoireet ovat vaikeita selvittää ja siksi usein käytetään kuvailevia diagnooseja, kuten yleistilan lasku tai sekavuus. Yleensä taustalta kuitenkin löytyy jokin selkeä somaattinen syy (taulukko 1). (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 655–656; Tilvis ym. 2010, 74.)

TAUULUKKO 1. Syitä sekavuuteen tai yleistilan laskuun

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - LÄÄKITYKSEN NOPEA LOPETTAMINEN TAI LÄÄKEHAITTA - LÄÄKKEIDEN YHTEISVAIKUTUKSET - KUIVUMINEN JA ELEKTROLYYTTIHÄIRIÖT - SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET - AIVOVERENKIERTOSAIRAUDET - METABOLISET SAIRAUDET - TRAUMAT - EPILEPSIA - KASVAIMET - MYRKYTYKSET - SUURET ELÄMÄNMUUTOKSET |
|---|

(Kuisma ym. 2013, 655.)

Arvon (2005, 32) mukaan 116 vanhuspotilaalle oli tulosityksi kirjattu yleistilanlasku. Tutkittavat olivat iältään 66–98-vuotiaita ja heille tulositytä oli kirjattu yhteensä 264. Muita syitä, joiden takia vanhukset olivat hakeutuneet päivystykseen, olivat sydämeen ja hengitykseen liittyvät oireet, kaatuminen ja sen seuraukset, erilaiset kivut, sisätauti-diagnoosit, tajunnantason liittyvät oireet sekä virtsaamisvaivat. Hoitoon hakeuduttiin myös lääkehaittojen, mielenterveys- tai päihdeongelmien takia sekä sosiaalisista syistä. Rutschmannin ym. (2005, 145–147) kymmenen viikkoa kestäneen päivystyksessä tehdyn tutkimuksen aikana akuuttiongelma todettiin vain noin puolella (51 %). Keski-ikäisiä potilaat olivat 81-vuotiaita ja tutkimusajanjakson aikana vanhuspotilaita kävi 253. Yleisimmät sairaudet, joiden vuoksi päivystykseen hakeuduttiin olivat keuhkokuume, sydämen vajaatoiminta ja iskemiset sydänsairaudet, murtumat, aivohalvaus ja delirium. Loppuilla 49 %:lla arvioinnin perusteella ei havaittu akuuttia hoitoa vaativaa sairautta. Heidän kohdallaan ongelmana pidettiin riittämätöntä sosiaalista tukea.

Syitä usein päivystykseen hakeutumiseen vanhuspotilaan kohdalla on monia. On todettu, että erityisesti omalääkärin puuttumisen vuoksi vanhukset hakeutuvat päivystykseen. Muita syitä ovat esimerkiksi maalla asuminen, alhainen sosioekonominen asema ja asuminen sellaisella alueella, jossa yhdellä lääkäriellä on suuri määrä potilaita, jolloin hoidon koordinointi on vaikeaa. (Ionescu-Ittu, McCusker, Ciampi, Vadeboncoeur, Roberge, Larouche, Verdon & Pineault 2007, 1364–1366.) Jos vanhukselle ei löydetä hänen tarpeitaan vastaavaa hoitopaikkaan, voi hän joutua kokemaan useita siirtoja eri hoitotahojen välillä. Aaltosen ym. (2012) tutkimuksen perusteella vanhukset joutuvat kokemaan useita sairaalasiirtoja elämänsä loppuvaiheilla. Kahden vuoden tutkimuksen perusteella vanhusten sairaalasiirrot vaihtelivat 0–200 siirron välillä. Kotona asuvista vanhuksista lähes jokainen koki sairaalasiirron kahden vuoden sisällä. Muistisairaant vanhusukset kokivat 31.9 % enemmän sairaalasiirtoja kuin ne, joilla ei muistisairautta ollut. Tutkimuksen perusteella sairaalasiirrot lisääntyivät kuolinhetken lähestyessä.

4 SAIRAANHOITAJAN TOTEUTTAMA OHJAUS PÄIVYSTYKSESSÄ

4.1.1 Potilaan ohjaus

Ohjaus kuuluu olennaisesti sairaanhoitajan ammattiin ja laadukkaalla ohjaamisella on vaikutusta vanhuksen terveyteen ja sen edistämiseen. Haastetta ohjaamiseen aiheuttaa lyhyet hoitoajat sekä puutteelliset ohjausresurssit. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Vanhukset toivovat saavansa päivystyksestä yksilöllistä hoitoa, jossa huomioidaan hänen vointinsa ja henkilökohtainen tilanne. Voimavarojen kartoittaminen ja elämäntilanteen selvittäminen päivystyksessä tukee hoidon jatkuvuutta ja parantaa kotona selviytymistä. Vanhuspotilaan saadessa tarpeeksi ohjausta uusista lääkkeistä, hoitomenetelmistä sekä jatkohoidosta parantaa se potilaan kotona pärjäämistä sekä sitoutumista hoitoon. (Salminen- Tuomaala, Kaapola, Kurikka, Leikkola, Salonpää, Sandvik, Vanninen & Paavilainen 2011, 50.)

Isola ym. (2007, 56) tutkimuksen perusteella 88 % vanhuksista on tyytyväisiä sairaanhoitajien tietoihin sekä taitoihin ohjaustilanteissa ja he kokivat, että yhteistyö on sujunut hyvin. 85 % mielestä hoitajien asennoituminen ohjaukseen oli hyvää tai kiitettävää. Huonona ohjauksessa koettiin ohjausajan lyhyys, vierasperäisten sanojen käyttö sekä ohjauksenantajan vaihtuminen. Ohjauksesta toivottiin yksilöllisempää, jolloin hoitajat huomioisivat esimerkiksi vanhuksen kuulo- ja näkökyvyn heikentymisen. Vanhukset kaipaavat etenkin tietoa sairaudesta, sen hoidosta, toimenpiteistä ja kelakorvauksista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhukset kaipaavat myös ohjausta tunteiden ja pelkojen käsittelyyn sekä konkreettista tietoa siitä kuinka sairaalan eri osissa liikutaan.

Samankaltaisia tuloksia nousi esiin päivystyspoliklinikalla tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajien ammattitaidon koetaan olevan hyvä. Yli puolet vastanneista koki, että hoitajat olivat tarkkoja suorittaessaan toimenpiteitä ja olivat nopeita sekä osasivat vastata kysymyksiin. Vastaajat kokivat, että hoitajat kohtelivat potilaita hyvin. Potilaista 75 % kertoi, että hoitajia kiinnosti heidän hyvinvointinsa. Noin 67 % koki päässeensä tulovaiheen aikana riittävän ajoissa keskustelemaan hoitajien kanssa, 25 % potilaista koki, ettei näin ollut tapahtunut heidän kohdallaan. Potilaista 50 % oli sitä mieltä, että hoitajilla oli ollut riittävästi aikaa heille.

Tutkimuksen perusteella erityisesti taloudelliset tuet eivät olleet riittävän hyvin potilaiden tiedossa. (Saarinen 2007, 45–48.)

4.1.2 Omaisten ohjaus

Vanhuksen tullessa päivystykseen hänellä on usein omainen mukana. Äkillistä päivystyshoitoa vaativan vanhuksen omaiset ovat usein järkyttyneitä tilanteesta, joten hoitajan on otettava myös heidät huomioon tilanteen kiireellisyydestä huolimatta. Vanhuksen joutuessa akuutisti sairaalaan perhekeskeisyys lisääntyy. Omaiset kaipaavat tietoa vanhuksen tilanteesta ja voinnista, jotta voivat auttaa häntä päivystyksessä sekä jatkohoidossa kotona. Perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa huolta koko perheessä ja sopeutuminen tilanteeseen on aikaa vievää. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä huomata milloin omaiset ovat halukkaita ottamaan tietoa vastaan. (Eettisten näkökohtien työryhmä 2009; Mäkinen 2002, 28–29; Salminen-Tuomaala ym. 2011, 50; Tätilä & Yli-Villamo 2005.)

Tutkimusten mukaan omaiset kaipaavat hoitajilta sekä emotionaalista, että tiedollista tukea. Etenkin tiedollista tukea omaisten odottavat saavansa ilman pyyntöä ja rehellisesti. Tiedon puutteen takia omaisille syntyy pelko läheisen tilanteesta, jonka he saattavat näyttää hoitohenkilökunnalle turhautumisena. Avoimen keskustelun avulla pystytään luomaan omaisille luottamusta siitä, että heidän läheistään hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Omaisia kuunnellaan ja heidän toiveitaan pidetään arvossa. Sairaanhoitajan on hyvä kiinnittää huomiota puhetapaansa ja toimintaansa, koska omaiset seuraavat tiiviisti mitä päivystyksessä tapahtuu ja sen perusteella joko rauhoittuvat tai huolestuvat entistä enemmän. (Eettisten näkökohtien työryhmä 2009; Mäkinen 2002, 28–29; Tätilä ym. 2005.)

Sairaanhoitajan tehtävä on antaa tietoa omaisille potilaan voinnista, tehdyistä ja tulevista toimenpiteistä sekä potilaan hoidosta. Lisäksi on hyvä, jos hoitaja pystyy antamaan tietoa odotusajoista. Monet päivystykseen tulleista iäkkäistä kotiutuu, joten hyvien kotihoito-ohjeiden antaminen on tärkeää. Hoidosta tulee jatkuvampaa ja potilaan sekä omaisten epävarmuus pienenee, kun kotihoito-ohjeiden antamiseen on panostettu. Tarkkojen jatkohoito-ohjeiden ansiosta voidaan jopa uusiyhteydenotto tai -käynti päivystyksessä tai estää. (Mäkinen 2002, 29–30; Tätilä ym. 2005.)

5 VANHUSPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOIDON ARVIOINTI PÄIVYSTYKSESSÄ

5.1 Kokonaisvaltainen hoidon arviointi

Kokonaisvaltaisella hoidon arvioinnilla tarkoitetaan kliinisten tutkimusten lisäksi vanhuspotilaan laajempaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointia sekä asuinympäristön, lääkkeiden ja sairauksien kartoittamista. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää, mikä aiheuttaa vanhuspotilaan oireet ja sitä kautta toimintakyvyn laskun. Usein arviointi keskittyy hoitajan näkemyksiin vanhuksen toimintakyvystä, mutta kokonaisvaltaisessa arvioinnissa tulisi ottaa huomioon vanhuspotilaan omat ajatukset ja tuntemukset. Myös omaiset ovat keskeisessä asemassa arvioidessa vanhuspotilaan vointia. (Ellis & Langhorne 2005, 45–46; Hartikainen & Lönnroos 2008, 11; Pitkälä ym. 2012; Strandberg 2013; Tilvis ym. 2010, 140.)

Arviointi on eri tahojen välistä yhteistyötä ja sitä on hyvä toteuttaa moniammatillisen työryhmän avulla, jolloin jokainen työryhmänjäsen tuo oman osaamisensa mukaan hoitoon. Työryhmään voi kuulua esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalihoitaja, toimintaterapeutti ja psykologi. Ryhmän kokoonpano voi vaihdella vanhuspotilaan hoidon tarpeista riippuen esimerkiksi päivystyksessä lääkäri ja sairaanhoitaja voivat yhdessä toteuttaa kokonaisvaltaisempaa arviointia. Ryhmä arvioi vanhuspotilaan hoidon tarpeen yhdessä ja muodostaa suunnitelman hänen hoidostaan. Suunnitelma sisältää tavoitteita, joiden etenemistä seurataan säännöllisesti. Tavoitteet toteutetaan vanhuspotilaan voimavarat huomioiden sekä suunnitelmallisesti. Suunnitelman toteuttaminen jatkuu jatkohoitopaikassa. Hoitajien tehtävä moniammatillisessa työryhmässä on arvioida hoidon tarvetta ja toteutumista sekä hoidon vaikuttavuutta. (Ellis & Langhorne 2005, 45–46; Hartikainen & Lönnroos 2008, 11; Pitkälä 2008, 16; Pitkälä ym. 2010; Strandberg 2013; Strandberg & Seppänen 2008; Tilvis ym 2010, 140.)

Arviointi kohdistuu iän, fyysisen sairauden, heikentyneen toimintakyvyn ja sosiaalisten ongelmien yhdistelmään. Tämän avulla arvioinnista voidaan karsia liian terveet ja liian sairaat vanhuspotilaat, jotka eivät hyödy arvioinnista. Arviointi tehdään yleensä potilaalle, jolla on merkkejä yleistilan laskusta. Tällainen potilas tarvitsee

erikoisosaamista vanhuspotilaan hoidosta, jolloin osataan ottaa huomioon selviytymisen kannalta oleelliset tekijät. Arvioinnista hyötyy myös sellainen vanhuspotilas, jolle on vaikeuksia löytää sopiva hoitopaikka. (Ellis & Langhorne 2005, 45–46; Strandberg 2013.)

Tutkimuksista käy ilmi, että kokonaisvaltainen arviointi parantaa vanhuksen elämänlaatua (Ellis & Langhorne 2005, 46). Vanhuspotilaan kotiuttaminen sairaalasta sekä elossa pysyminen lyhyellä aikavälillä todennäköisempää niillä, joille on tehty kokonaisvaltainen arviointi verrattuna niihin, joille on tehty vain tavallinen arviointi. Lisäksi vanhuksen laitoshoidon joutuminen voi lykkäytyä kokonaisvaltaisen arvioinnin avulla. (Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill & Langhorne 2011.) Lihavainen ym. (2011, 335–336) toteavat, että etenkin fyysinen toimintakyky voi säilyä samana tai jopa parantua kokonaisvaltaisen arvioinnin avulla. Arvioinnin sekä yksilöllisen hoitosuunnitelman avulla on huomattu olevan positiivista vaikutusta tasapainoon, kävelyyn sekä toimintakyvyn ylläpitämiseen. Fyysisen toimintakyvyn parantuessa myös psyykkisessä toimintakyvyssä on havaittu huomattavaa parannusta.

5.1.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Fyysistä toimintakykyä voidaan parhaiten arvioida kysymällä vanhuspotilaalta kuinka hän pärjää kotonaan ja miten hän suoriutuu päivittäisistä askareista. Kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista vaatii myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Heiskanen-Haarala 2009; Pohjalainen & Salonen 2012, 236.) Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen luo haasteita vanhuspotilaan hoitoon. Puolet yli 65-vuotiaista päivystyspotilaista tarvitsi hieman apua wc-käynneissä ja liikkumisessa. Ainoastaan 10 % heistä oli täysin itsenäisesti liikkuvia. (Arvo 2005, 38.)

Epäselvissä tapauksissa päivystyksessä oloaika saattaa pitkittyä ja muutaman vuorokauden liikkumattomuus laskee vanhuksen toimintakykyä huomattavasti. Se lisää riskiä saada painehaavoja, laskimotukoksia, keuhkokuumeen sekä keuhkoveritulpan. Sen vuoksi vanhuspotilaan perustarpeista, kuten nesteytyksestä, ravitsemuksesta ja liikkumisesta on pidettävä huolta. Pitkään ilman ruokaa ja juomaa ollut vanhus saattaa saada vakaviakin häiriöitä ja deliriumin eli sekavuustilan riski lisääntyy. Vanhuspotilaan saattaa olla vaikea pyytää apua, joten hoitajan pitäisi omatoimisesti

huolehtia vanhuksen perustarpeista. Vanhuspotilaan oikeuksiin kuuluu saada hyvää hoitoa ja turhaa kärsimystä ei tarvitse sietää. (Heiskanen-Haarala 2009; Tilvis 2009; Vierula 2012)

Havainnoimalla potilaan toimintaa hoitaja saa paljon tietoa fyysisestä toimintakyvystä. Itsenäisesti suoritettu wc-käynti, sängystä ylösnouseminen ja ruokailu kertovat paljon vanhuspotilaan toimintakyvyn tasosta. Yksityiskohtaisempaa tietoa fyysisestä toimintakyvystä voidaan saada testien avulla esimerkiksi Barthel-indeksillä. Barthelin-indeksillä arvioidaan päivittäistä toimintakykyä. Aikaisemman toimintakyvyn selvittäminen auttaa tavoitteiden asettamisessa. Tietoa toimintakyvystä saa omaisilta sekä vanhusta aikaisemmin hoitaneelta taholta. (Heiskanen-Haarala 2009; Pohjalainen & Salonen 2012, 236; Vierula 2012, 567.)

Deliriumin vaara nousee hyvin nopeasti vanhuksen tullessa päivystykseen. Delirium eli äkillisesti alkava sekavuusoireyhtymä on elimellisistä syistä johtuva aivotoiminnan häiriö. Siihen kuuluu häiriintynyt ajattelukyky, havainnointikyvyn heikentyminen, muistihäiriöt, tajunnantason vaihtelu, aistiharhat sekä kiihtynyt tai hidastunut psykomotoriikka. Delirium on vaarallinen tila vanhuksella ja se jää harmillisen usein tunnistamatta. Eritilastoiden mukaan 20–60 % vanhuspotilaista kokee sekavuustilan hoitajakson aikana, ja se saattaa johtaa vanhuksen kuolemaan tai nopeuttaa laitoshoitoon joutumista. Deliriumia saattaa esiintyä kaiken ikäisillä, mutta vanhuksilla se on yleisempi. (Koponen & Sillanpää 2005, 378; Laurila 2010; Salonoja 2011.)

Päivystys on meluinen ja vieras paikka etenkin muistisairaalle vanhukselle. Turvattomuudentunne syntyy nopeasti, mikä edesauttaa deliriumin syntymiseen. Deliriumin voi laukaista akuutti sairaus, hoitopaikan vaihdos tai vääränlainen hoitopaikka. Deliriumin yleisin laukaiseva tekijä on infektio. Poistaessa deliriumin aiheuttajan vanhuspotilaan tila korjaantuu. Tutkimuksia ja hoitopäätöksiä odotellessa vanhuspotilaalle pitäisi luoda mahdollisimman rauhallinen, esteetön ja turvallinen hoitoympäristö. Normaali vuorokausirytmä parantaa vanhuksen todellisuuden tajuntaa ja ehkäisee deliriumia. (Koponen & Sillanpää 2005, 378; Laurila 2010; Salonoja 2011.)

5.1.2 Psyykkisen toimintakyvyn arviointi

Psyykkisen toimintakyvyn arviointi perustuu vanhuspotilaan omaan kokemukseen siitä, miten hän selviytyy arjessa ja kuinka selviytyy erilaisista kriiseistä. Vanhuksen psyykkistä toimintakykyä mitattaessa on huomioitava koko hänen elämänkaarensa. Aiemmat positiiviset kokemukset voivat toimia voimavaroina ja antaa valmiutta selvitä elämänmuutoksissa. Hoitotyössä on merkittävää kyetä tunnistamaan vanhuspotilaan voimavarat. Vanhukselle on oltava mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa osallistumalla päätöksentekoon. Psyykkisen toimintakyvyn arvioiminen perustuu potilaan omaan kokemukseen, jolloin hoitaja ei voi mitata sitä suoranaisesti. (Aalto 2011; Heimonen 2007, 13; Pohjalainen & Salonen 2012, 237.)

Vanhuspotilaan omaa kokemusta voidaan mitata itsearviointilomakkeiden avulla (Aalto 2011). Esimerkki tällaisesta mittarista on geriatrinen depressioasteikko (GDS, Geriatric Depression Screening Scale), joka on kehitetty iäkkäiden masennuksen tunnistamiseen. Asteikko on muokattu helppokäyttöiseksi, jotta vanhus pystyy sen itse täyttämään. (Finne-Soveri 2013; Erkinjuntti 2010.) Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu oleellisesti kognitiivinen toimintakyky. Sen mittaamiseen on kehitetty MMSE-testi (Mini-Mental State Examination). MMSE mittaa vanhuksen kognitiivista suoriutumista. Se on yleisesti käytössä, eikä sen täyttäminen ole aikaa vievää. (Lyyra ym. 2007, 117; Valta 2008, 24.)

5.1.3 Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi on haastavaa ja se edellyttää asioiden monipuolista tarkastelu. Toimintakykyä voidaan mitata sosiaalisena aktiivisuutena, jolloin kartoitetaan vanhuspotilaan harrastuksia ja sosiaalisia kontakteja. Yksinkertaisin keino arvioida sosiaalista toimintakykyä on kysellä vanhukselta hänen sosiaalisesta verkostostaan sekä kokeeko hän itsensä yksinäiseksi. Sosiaalista toimintakykyä arvioidessa on muistettava, että huonolla kuulolla ja näöllä on negatiivista vaikutusta vuorovaikutukseen ja se voilla yhtenä syynä vanhuksen eristäytymiseen. (Noppari & Koistinen 2005, 20–21; Simonen 2012, 188.)

Arvon (2005, 36) mukaan yli puolet vanhuksista oli tyytyväisiä elämäänsä ja heillä oli ympärillään sosiaalinen verkosto, vaikka he saattoivat viettää paljon aikaa yksin. Sosiaalisen verkon puuttuminen voi kertoa sosiaalisesta eristäytymisestä, mutta on huomioitava, että se voi olla myös vanhuksen oma valinta. Yksinäisyyden tunne ei ole pelkästään riippuvainen sosiaalisten suhteiden määrästä tai sosiaalisen verkoston koosta, vaan se on aina henkilön sisäinen tunne, joka on suhteessa hänen omiin odotuksiinsa. Tiikkainen (2006, 46) toteaa, että vanhuksen yksinäisyyden tunnetta vähensi se, että hän koki saavansa apua ja ohjausta tarvittaessa. Tämän viittaa siihen, että yksinäisyydellä ja palveluiden runsaalla käytöllä on yhteyttä toisiinsa.

Joskus tukiverkosto saattaa hiljalleen tai nopeasti pettää. Tukiverkoston puuttuminen johtuu läheisten kuolemasta sekä siitä, ettei kykene pitämään yllä sosiaalisia kontakteja. Tuolloin on mahdollista, että vanhus hakee apua pahaan oloonsa päivystyksestä. Jos päivystyksessä ei osata reagoida tilanteeseen oikealla tavalla, saattaa krooninen sosiaalinen ongelma muuttua akuutiksi lääketieteelliseksi ongelmaksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 379.)

5.2 Omaiset arvioinnin tukena

Omaiset kuuluvat olennaisesti vanhuksen elämään ja heidän avullaan hoidosta voidaan saada entistäkin parempaa ja yksilöllisempää. Vanhus saa omaisilta tukea ja turvaa, lisäksi hoitajat saavat heiltä paljon hyödyllistä tietoa vanhuspotilaan käytöksestä ja etenkin taustasta. Omaiset ovat rikkaus hoitotyössä, jos heidän kanssaan tehdään yhteistyötä. Päivystyspotilaista 29 % koki saattajan läsnäolon merkittäväksi ja 23 % melko merkittävänä (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 23). On kuitenkin muistettava, että vanhus ei välttämättä halua omaisiaan mukaan hoitoon, joten lupaa omaisten läsnäoloon on kysyttävä. Sairaanhoidajan työhön vaikuttaa salassapitovelvollisuus, joka on säädetty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Sairaanhoidaja ei saa antaa tietoa potilaasta ilman lupaa, jonka hän on työnsä kautta saanut. Sairaanhoidaja ei myöskään voi kertoa omaisille vanhuksen päivystyksessä olosta, jos hän ei ole siihen saanut lupaa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994; Voutilainen, Vaarama, Bacman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 77.)

Päivystystilojen ahtaus ja runsas potilasmäärä saattaa aiheuttaa sen, että omaisia voidaan pitää hoitotyön haasteena, vaikka heiltä saadaan usein tärkeää tietoa. Omaisilta saatava tieto on etenkin silloin tärkeää, kun vanhus ei itse pysty antamaan tietoa tai hoitotahtoa ei ole. Tuolloin omaisten vastuulle jää vanhuspotilaan mielipiteen kertominen. Hoidon olisi hyvä tapahtua yhteisymmärryksessä omaisten kanssa. Yhteisymmärrystä ei kuitenkaan saada aina muodostettua, tällöin hoitopäätös jää lääkärin tehtäväksi. (Eettisten näkökohtien työryhmä 2009; Tätilä ym. 2005.)

6 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

6.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa tarkoittaa ymmärtävää lähestymistapaa, jossa ilmiötä voidaan pyrkiä joko selittämään tai ymmärtämään. Kvalitatiivisessa lähestymistavassa asiaa käsitellään kokonaisuutena, jonka tärkeimpänä tavoitteena on inhimillisen ymmärtämisen lisääminen. Lähestymistavassa kuvataan yksilön käsitystä ilmiöistä ja sitä millaisen painoarvon hän niille antaa (Alasuutari 2011, 38; Tuomi & Sarajärvi 2002, 19, 28, 75, 105.)

Työhön valittiin kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska kohdejoukko päivystyksessä on pieni ja aiempi tutkimustieto aiheesta on vähäistä. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin haastattelu, koska sen avulla on mahdollista tavoittaa henkilöitä paremmin. Verrattuna lomakehaastatteluun saadaan teemahaastattelulla tavoitettua paremmin osallistujia ja kieltäytyminen osallistumisesta jää pienemmäksi kuin lomakkeilla tehdyillä haastatteluilla. Haastattelun etuna on sen joustavuus ja sen aikana on mahdollista täsmentää kysymyksiä. Kysymykset voidaan esittää halutussa järjestyksessä ja niitä on mahdollista muokata haastattelun aikana tai seuraavaan haastatteluun. Tarkoituksena on saada halutusta ilmiöstä mahdollisimman paljon tietoa. Haastattelussa halutaan saada esille haastateltavan omia kokemuksia ja havaintoja. Tarkoituksena ei ole selvittää pelkästään kuinka paljon he tietävät kyseisestä asiasta, vaan miten he itse sen kokevat. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 36.)

6.2 Aineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusluvan myöntämisen jälkeen lähetettiin saatekirje haastatteluun osallistuville, jossa kerrottiin etukäteen työn sisällöstä. (Liite 2) Työelämäyhteyshenkilö valitsi haastateltavat etukäteen. Valintaan kriteerinä oli työkokemus, jota kaikilla tuli olla viisi vuotta tai enemmän. Haastatteleamalla kokeneempia sairaanhoitajia saataisiin tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon irti. Aineisto kerättiin viideltä päivystyksen sairaanhoitajalta teemahaastattelulla. Teemahaastattelu tarkoittaa sitä, että

kysymykset on tehty etukäteen, mutta kysymysjärjestystä voidaan vaihdella sekä kysymysten muotoilua (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47.)

Haastattelun runko suunniteltiin etukäteen (Liite 1). Runko sisälsi kolme teemaa, jotka nousivat opinnäytetyön tehtävistä. Haastatteluja tehtiin yhdestä kahteen päivän aikana ja kaikki haastattelut saatiin tehtyä kuukauden sisällä. Haastattelut tehtiin ensiapupoliklinikalla hoitajien taukokuoneessa tai osastonhoitajanhuoneessa. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja ennen haastattelua haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumista varten (Liite 3). Molemmat tekijät olivat haastatteluissa mukana. Haastatteluiden aikana tehtiin muistiinpanoja esimerkiksi keskeytykset kirjattiin ylös. Yhden haastattelun kesto oli keskimäärin noin 20 minuuttia. Haastatteluissa teemat pysyivät kaikilla samoina, mutta kysymysten muotoilu vaihteli, samoin kuin kysymysten järjestys. Viimeisten haastatteluiden aikana havaittiin aineiston kylläntymistä eli saturaatio, jolloin haastattelu ei enää tuonut uutta tietoa opinnäytetyön tehtävien kannalta. Tämän perusteella voitiin todeta aineiston olevan riittävä. (Eskola & Suoranta 1998, 62; Tuomi & Sarajärvi, 2013 73.)

6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Laadullisen aineiston analyysin tavoitteena on selkeyttää kerättyä aineistoa ja sen avulla antaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto on muutettava sanalliseen muotoon, jotta voidaan tehdä johtopäätöksiä. Analyysin avulla aineisto saadaan tiiviimpään muotoon ilman, että keskeinen sisältö katoaa. Sisällön analyysiiä voidaan tehdä aineistotai teorialähtöisesti. Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä analyysiiä, koska työ perustuu hoitajien kokemuksiin ja sen avulla löydetään vastaukset opinnäytetyön tehtäviin. On sallittua, että tehtäviä voidaan muuttaa keruun sekä analysoinnin aikana. (Eskola & Suoranta 1998, 83; Kylmä & Juvakka 2007, 113; Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.)

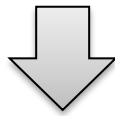
Analyysi aloitettiin litteroimalla haastattelut eli kirjoittamalla haastattelut puhtaaksi sanatarkasti tietokoneelle ja sen jälkeen tulostettiin paperille. Opinnäytetyön tekijät litteroivat nauhat puoliksi. Aineisto koodattiin numeroin 1,2,3,4 ja 5, jotta tarvittaessa voitaisiin jäljittää alkuperäisilmaisuu. Haastattelut luettiin vielä kertaalleen ja aloitettiin aineiston pelkistäminen, jossa etsittiin opinnäytetyön tehtäviä vastaavat ilmaisut ja

alleivattiin ne eri väreillä. Varhaisessa vaiheessa huomattiin, ettei aineistosta saada sen hetkisillä tehtävillä irti sitä mitä halutaan, joten kysymyksiä muokattiin vielä haastatteluiden jälkeen uudelleen. Yksi tehtävä poistettiin täysin, koska aineisto jäi sen osalta köyhäksi. Se ei kuitenkaan vaikuttanut työn tavoitteeseen. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 138–140; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–110.)

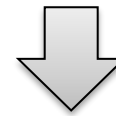
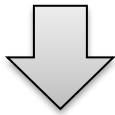
Tehtävien mukaan saadut ilmaukset ryhmiteltiin uudelle asiakirjalle kolmeen eri ryhmään. Seuraavaksi ilmaukset redusoitiin, jolloin niistä tehtiin alkuperäisilmausten ala-puolelle pelkistettyjä ilmauksia. Redusoinnin jälkeen ilmaukset klusteroitiin eli samaa tarkoittavat asiat yhdistettiin uudelle asiakirjalle ja annettiin niitä kuvaava nimi, josta muodostui alaluokka Samaa tarkoittavat alaluokat yhdistettiin toisiinsa ja niille annettiin kuvaava nimi, josta muodostui yläluokka. Kaikille muodostuneille yläluokille annettiin yhteinen kuvaava nimitys, josta muodostui pääluokka (taulukko 2). Lopuksi vielä pää-luokat yhdistettiin ja syntyy yhdistäviä pääluokkia, jolla saatiin vastaukset opinnäytetyön tehtäviin. Opinnäytetyön valmistuessa aineisto tullaan tuhoamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110–113.)

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston analyysistä

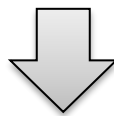
ALKUPERÄISET ILMAUKSET	
”sitten jo ne lääkkeet jo tekee sen että tota sille voi tulla jo huono olo niistä lääkkeistä”	”potilas on siis jotenkin desorientoitunut, sekava, dementoitunut taikka muuta että hän ei pysty/kykene selostamaan sitä omaa tilannettaan”
”loppupeleissä niin semmosta ihan pätevää niinku päivitettyä listaa niin hyvin harvalla vanhuksella”	”Ne on siitä paikan vaihdosta siitä tilanteesta tosi sekasin, niin ne ei välttämättä oo kauheen yhteistyökykyisiä”



PELKISTETYT ILMAUKSET	
lääkkeiden sivuvaikutukset päivittämätön lääkelista	desorientoitunut paikanvaihdosta johtuva sekavuus



ALALUOKAT	
Epäselvä lääkitys	Sekava vanhus

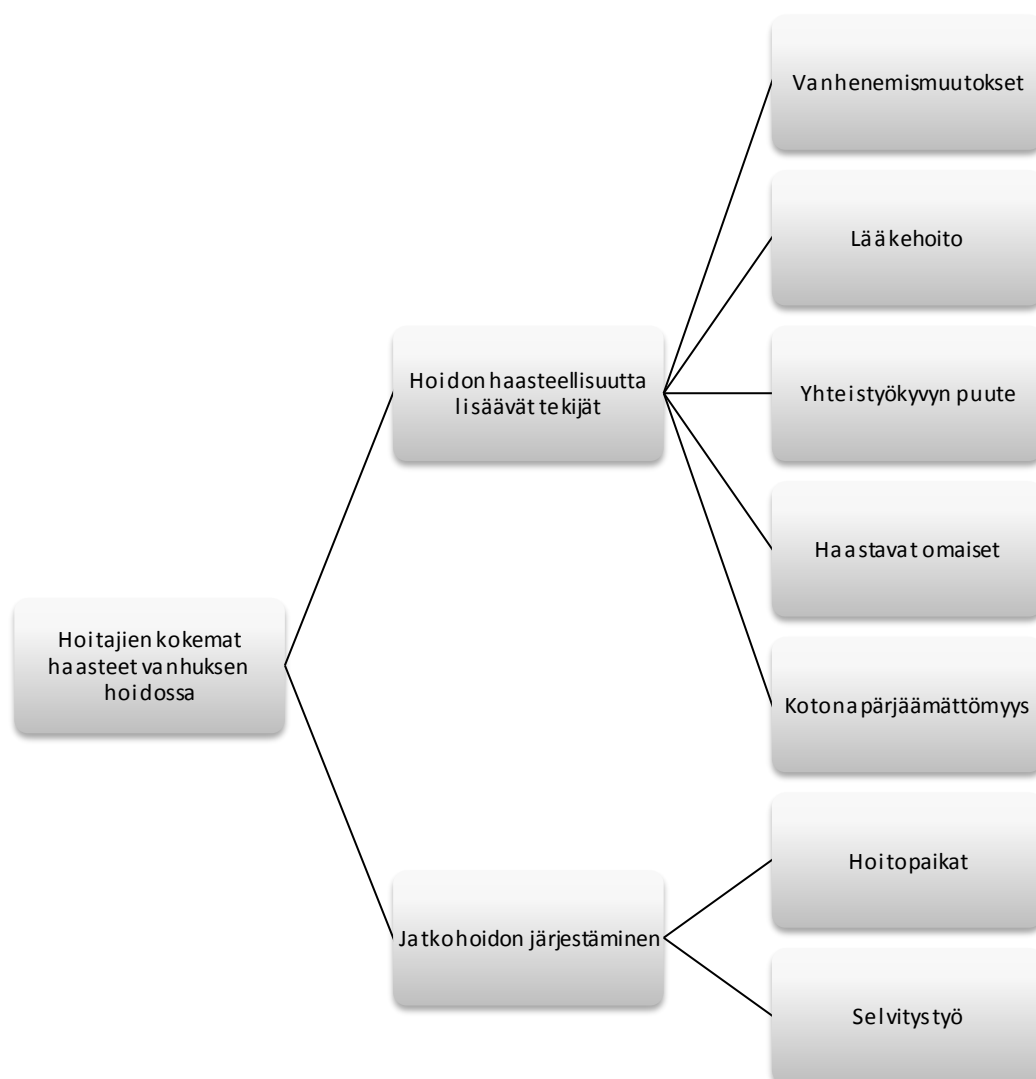


PÄÄLUOKKA
Vanhuksen hoidon haasteita

7 TULOKSET

7.1 Hoitajien kokemat haasteet vanhuspotilaan hoidossa

Haastatteluissa tuli esille, että vanhuspotilaan hoidossa on haasteita. Hoitajat korostivat ettei pelkkä ikä ole haaste, vaan he haluavat kohdata potilaat yksilöinä. Vanhuspotilaan useat sairaudet saattavat kuitenkin tuoda mukanaan haasteita. Hoitajat kokevat myös muiden potilasryhmien kohdalla ilmenevän haasteita, ei ainoastaan vanhusten. Opinnäytetyössä haasteet ovat jaoteltu hoidon haasteellisuutta lisääviin tekijöihin, joita ovat vanhenemismuutokset, lääkehoito, yhteistyökyvynpuute, haastavat omaiset ja kotona pärjäämättömyys sekä jatkohoidon järjestämiseen, johon liittyy hoitopaikkojen saatavuus ja selvitystyö (kuvio 1).



KUVIO 1 Hoitajien kokemat haasteet vanhuksen hoidossa

7.1.1 Hoidon haasteellisuutta lisäävät tekijät

Haastatteluissa nousi esille vanhuspotilaan vanhenemismuutokset, erityisesti fyysiseen vanhenemiseen liittyvät muutokset. Esille tuotuja muutoksia ovat aistien ja liikuntakyvyn heikkeneminen, jonka seurauksena potilaan hoito päivystyksessä saattaa olla haasteellisempaa kuin nuoremman. Hoitajat kertoivat, että on myös vanhuspotilaita, jotka ovat hyvä kuntoisia ja tuolloin hoito on helpompaa. Huonon kuulon vuoksi vanhuspotilaan tietosuoja ei voida aina turvata, koska hoitajat joutuvat puhumaan kovalla äänellä. Muutkin potilaat kuulevat hoitajan ja potilaan välisen keskustelun, koska tilat ovat rajalliset.

Haastavinta on myös se tää tietosuoja tässä kohtaa. Et jos tulee se iäkäs ihminen jolla on mahdollisesti jo joku kuulovamma taikka joku muu ja sitten kyselet että mikäs sitä rouvaa taikka herraa nyt sitten vaivaa sen kuulee sitten koko sairaala.

Lääkehoito koetaan haasteellisena, koska osalta vanhuspotilaista puuttuu päivitetty lääkelista päivystykseen saapuessa. Lisäksi hoitajan on tunnettava oikeat annosmäärät ja yhteisvaikutukset eri lääkkeiden välillä. Asioiden selvittäminen vie huomattavasti hoitajan aikaa, eivätkä he koe, että päivystyksessä olisi riittävästi aikaa kartoittaa tilannetta perusteellisesti. Lääkehoitoa vaikeuttaa myös se, ettei vanhuspotilailla ole yhtä tiettyä omalääkärää, joka koordinoisi hoitoa ja lääkitystä. Tämän vuoksi vanhuksella saattaa olla käytössä päällekkäisiä lääkkeitä. Päivystykseen saatetaan hakeutua myös lääkkeen aiheuttaman pahan olon takia.

Meidän yhteiskunnassa tuppaa oleen silleen että kun ei välttämättä oo sitä yhtä omalääkärää joka koordinoi sen potilaan hoitoo ja saattaa olla liuta niitä lääkkeitä.

Hankalana pidetään sitä, ettei vanhuspotilas aina pysty kertomaan miksi hän on tullut päivystykseen ja se aiheuttaa hoitajille paljon lisätyötä. Syynä tähän voi olla muistisairaus, sekavuus, kommunikaatiovaikeudet ja se, ettei potilas itsekään ymmärrä oireitaan. Edellä mainituilla asioilla on suuri vaikutus myös yhteistyöhön hoitajien kokemana.

Sä joudut sitten lypsää siitä tietoo siitä ihmisestä eli eli joudut kyselemään kauheesti erilaisia asioita, että se varmentuu sinulle hoitajana, että mikä sillä potilaalla on vaivana että miksi se tuli päivystykseen niin se on ehkä haaste.

Hoitajat pitävät haasteellisena sitä, että omaiset saattavat vaatia potilaalle hoitopaikkaa päivystyksestä, vaikka vanhus ei ole päivystyshoidon tarpeessa. Omaisten vaatimuksesta hoitohenkilökunnalla ei jää muuta vaihtoehtoa kuin ottaa potilas hoitoon. Haastetta luo myös se, etteivät omaiset välttämättä anna potilaalle itselleen tilaa kertoa vaivastaan, vaan puhuvat vanhuksen puolesta. Hoitajat kokevat, että omaisiin on ajoittain vaikeuksia saada yhteyttä ja he toivoisivat, että omaiset olisivat enemmän yhteydessä vanhuksiin.

Usein ne sitten tulee jonkun tyttären kanssa, että meillä on rintakipua ja meillä on sitä ja meillä on tätä ja joskus mä oon sitten kysyny, siis että molemmilla vai? Kumpi teistä on sitten se potilas?

Pelko, yöllinen ahdistus ja yksinäisyys koettiin aiheuttavan kotona pärjäämättömyyttä. Kotona pärjääminen saattaa usein aiheuttaa ristiriitoja hoitajan ja potilaan välillä, koska heillä saattaa olla eri näkemys kotona pärjäämisen suhteen. On vanhuksia, jotka ehdottomasti haluavat asua kotona, vaikka he eivät siellä pärjää. Tuolloin hoitaja joutuu vaikean tilanteen eteen. Etenkin fyysisen toimintakyvyn lasku vaikuttaa suuresti kotona pärjäämiseen, jonka seurauksena tapaturmien riski kasvaa, joten esimerkiksi kaatumiset lisääntyvät.

...samojakin potilaita pyörii, kun ei ne sit pärjää siellä kotona... tavallaan sattuu sitten siellä kotona kaikenmaailman vammoja enemmän, jos se toimintakyky ei oo semmonen että siellä pärjää.

Ei hän enää uskalla olla siellä kotona..

Hoitajien mukaan etenkin öisin päivystykseen voi tulla puheluita vanhuksilta johtuen pahasta olost. Öisin vanhuksella ei ole saatavilla tukipalveluita ja hoitajat kokevat sen olevan syynä öisiin puheluihin. Puheluiden lisäksi vanhus voi hakeutua illalla tai yöllä päivystykseen jonkin vaivan takia, joka helpottaa aamuun mennessä. Hoitajat kokevat,

että vanhukset saattavat hakeutua päivystykseen osittain huomionhakuisuudenkin vuoksi.

Tavallaan turvautuu hirveesti, kun ei oikein mikään muu yöaikaan vastaa ku päivystys.

Vähän sitten jotain keksittyjä ongelmia ja sitten siellä kuitenkin taustalla ehkä saattaa olla se niiku se yksinäisyys ja sit semmonen vähän huomion haku ja semmonenkin sit.

7.1.2 Jatkohoidon järjestäminen

Hoitajat tietävät jatkohoitopaikat vanhuspotilaan kohdalla. Jatkohoidon järjestäminen koettaisiin helpoksi, jos kaikissa jatkohoitopaikoissa olisi tilaa. Suureksi ongelmaksi he kokevat, että jatkohoitopaikat ovat usein täynnä. Sen seurauksena potilaan jatkohoito joudutaan järjestämään erikoissairaanhoidossa, vaikka hoitoa voitaisiin toteuttaa myös perusterveydenhuollossa, kuten esimerkiksi vuodeosastolla.

Se on taas erikoissairaanhoidon resurssin tuhlausta jos joku yleistilan lasku mummo, sillä on pissatulehdus täysin terveyskeskuksessa hoidettava asia, niin jos ei sieltä löydy paikkaa niin pakkohan se on ottaa osastolle jos ei kotona pärjää.

Hoitajat kokevat, että vanhuspotilaan kohdalla on useita huomioitavia asioita jatkohoidon järjestämiseen liittyen. He kokevat käyttävänsä paljon aikaa asioiden järjestelyyn ja selvittelyyn. Hoitoa sekä jatkohoitoa mietittäessä on otettava huomioon vanhuksen aikaisempi historia, sairaudet ja niiden lääkehoito sekä toimintakyky. Tietojen etsintä saattaa vaatia hoitajalta useita puhelinsoittoja paikasta toiseen. Potilaan kotiutuessa hoitaja joutuu käyttämään paljon aikaa kotiolojen selvittelyyn ja tarvittavien kotiapujen järjestämiseen. Hoitajien on otettava huomioon uusien lääkkeiden alkaessa, että vanhus ei pääse niitä välttämättä heti hakemaan apteekista.

Vanhuksen kotiin lähtiessä on varmistettava hänelle kyyti ja se, että joku käy tarkistamassa vanhuksen pärjäämisen kotona. Potilaat saavat kirjalliset hoito-ohjeet,

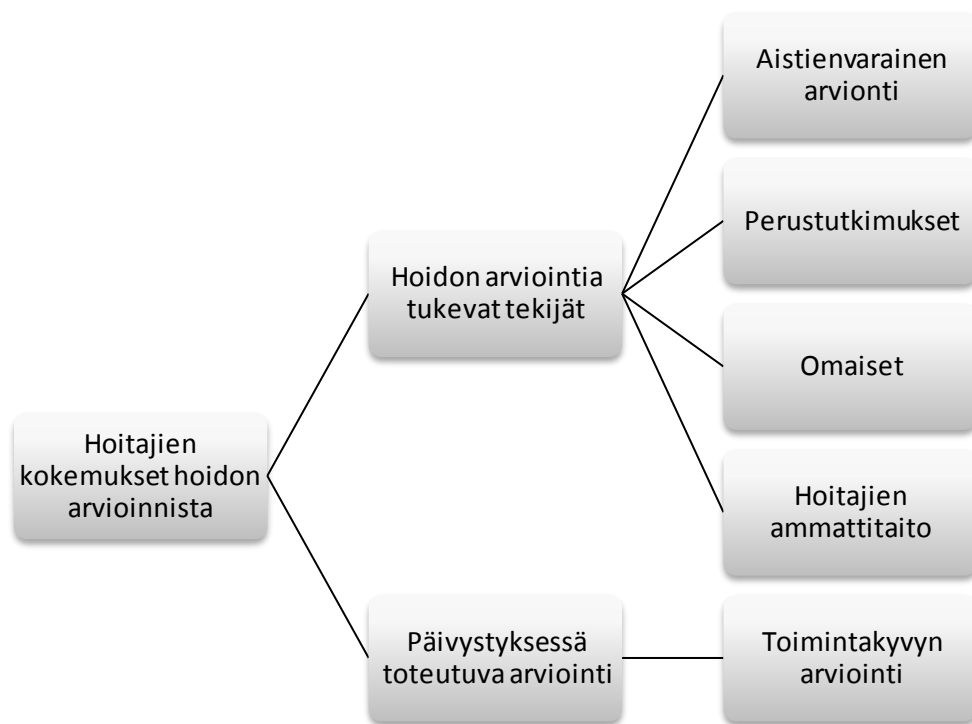
jotka käydään läpi potilaan kanssa. Hoitajat kokevat ohjauksen työläämpänä, koska asioita voidaan joutua kertaamaan enemmän vanhuspotilaan kohdalla. Hoitajat pyrkivät kertomaan sairaalassa oloajasta ja hoito-ohjeista myös omaisille, koska vanhus ei välttämättä muista kaikkea kotiin palatessaan. Hoitajien on myös varmistettava, että omaiset tietävät kotiutuksesta. Työikäisen kohdalla näihin asioihin ei tarvitse kiinnittää huomiota, minkä vuoksi hoitajat kokevat vanhuspotilaan kotiuttamisen olevan haasteellisempaa, raskaampaa ja enemmän aikaa vievää.

Mun täytyy tietenkin varmistaa että siellä kotonakin on joku vastaanottamassa, joku jolle mä kerron mitä tääl on tapahtunut mitä niinkun hoito-ohjeita hän on saanut ja mitä lääkemuutoksia on tehty...

7.2 Hoitajien kokemuksia hoidon arvioinnin tekemisestä

Hoitajat kokevat arvioinnin tekemisen sujuvan hyvin vanhuspotilaan kohdalla. Hoidon arviointi toteutuu luontevasti, eivätkä hoitajat koe siinä olevan vaikeuksia. Hoidon arvioinnin tukena käytetään aisteja, perusmittauksia, omaisia sekä ammattitaitoa. Päivystyksessä tapahtuva hoidon arviointi keskittyy suurimmaksi osaksi fyysiseen toimintakykyyn ja fyysisiin oireisiin (kuvio 2).

Mun mielestä se on loppuen lopuksi aika helppoa kun sen vaan viittii tehdä. Ei se ole mistään muusta kiinni kuin siitä hoitajan tai lääkärin viitseliäisyydestä.



KUVIO 2. Hoitajien kokemuksia hoidon arvioinnista

7.2.1 Hoidon arviointia tukevat tekijät

Hoitajat kertovat käyttävänsä arvioinnin tekemiseen omia aistejaan. Näön avulla he arvioivat potilaan liikkumista ja olemusta sekä sitä miltä potilas yleisesti ottaen näyttää. Hoitajat kertovat katsovansa myös vaatteiden alle nähdäkseen mahdolliset muutokset kehossa. Hoitajat saavat selville vanhuksen orientoituneisuuden kyselemällä potilaalta asioita ja kuuntelemalla vastauksia. Hoitajat saavat tuntoaistin avulla tietoa

reagointikyvyistä ja orientaatiosta esimerkiksi kättelemällä potilasta. Hoitajat selvittävät vanhuksen oman käsityksen voinnistaan ja mitä ennen sairaalaan tuloa on tapahtunut.

Mä itse haluan kohdata sen potilaan niin katson sen ulkoisen habituksen siitä potilaasta ja sanon yleensä käsipäivää ja samalla mä niin kun huomaan miten orientoitunut se potilas on.

Hoitajat käyttävät hoidon arvioinnissa perusmittareita esimerkiksi verenpaine- ja saturaatiomittaria sekä peruskokeita kuten EKG:tä, ja laboratorioskokeita. Hoidon arvioinnissa elintoimintoja tarkkaillaan usein ja niihin reagoidaan. Toimintakykyä arvioivia mittareita he eivät käytä hoidon arvioinnin tukena esimerkiksi GDS-testiä. Ne eivät hoitajien mukaan kuulu päivystykseen. Hoitajat ottavat huomioon potilaan hoitohistorian arviointia tehdessään.

Mitä noi mittaukset kertoo, mitä verenpaineet, sydänfilmit, mitä niistä löydöksiä tulee sitten. Niin sillä tavalla arvioidaan sitä hoidon tarvetta.

Omaisista koetaan olevan hyötyä päivystyksessä erityisesti muistisairaana potilaan kohdalla arviointia tehdessä. Heiltä saadaan arvokasta tietoa potilaan aiemmasta toimintakyvystä ja sairauksista. Potilaan omaisten mielipide otetaan huomioon hoitolinjauksia mietittäessä. Hoitajat toivoisivat omaisten pitävän vanhuspotilaaseen enemmän yhteyttä ja huolehtisivat vanhuksesta kotona ollessa.

Riippuen vähän minkä kuntosia nää vanhukset on, paljonko heiltä sitten iteltään saa, jos on muistiongelmia tai tämmöstä täytyy sitten enemmän kysyä sitten omaisten mielipidettä.

Hoitajat kokevat ammattitaidosta ja työkokemuksesta olevan hyötyä arviointia tehtäessä. Hoitajat kertovat pystyvänsä jo silmämääräisesti arvioimaan potilaan hoidon tarvetta. Kokemuksen kautta hoitajilla on kehittynyt tietty rutiini siitä miten asioita tutkitaan, mutta jokainen potilas hoidetaan silti yksilöllisesti. Kokemuksen lisäksi hyvä hoidon arviointi vaatii tuekseen vahvan teoretiedon. Kokemuksen avulla hoitajien on helpompi tehdä päätöksiä ja he luottavat omaan toimintaansa. Tuolloin he pystyvät tekemään hoidon arviointia nopeasti, mistä on hyötyä potilaalle. Kokemuksen kautta hoitajat osaavat kysyä oikeita kysymyksiä, jolloin arvioinnin tekeminen nopeutuu.

*Aina ei osaa selittää että mistä mikä on sai niin ku hälyytyskellot soimaan...
Kokemus.*

7.2.2 Hoitajien toteuttama arviointi

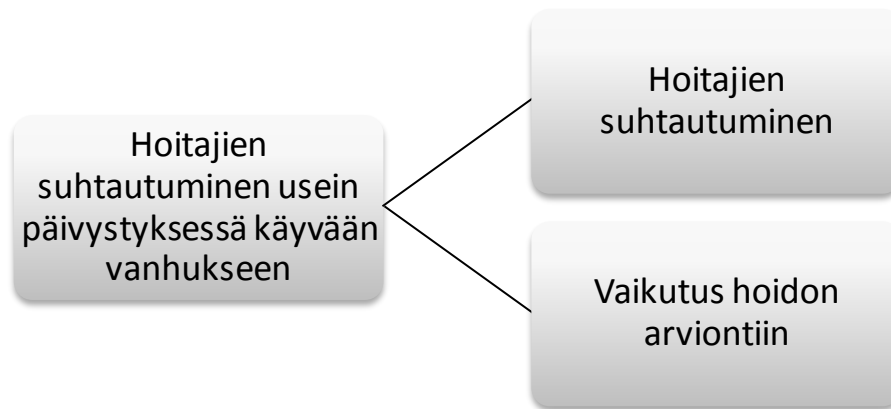
Hoitajat kuvaavat arvioinnin kohdistuvan suureksi osaksi fyysiseen toimintakykyyn seurantaan ja fyysisten akuuttien oireiden hoitamiseen. Haastatteluiden perusteella vanhuksen orientoituneisuuteen kiinnitetään huomiota päivystyksessä esimerkiksi kuinka vanhuspotilas vastaa kysymyksiin. Hoitajat arvioivat kattavasti fyysistä toimintakykyä eli liikkumista ja selviytymistä eri toiminnoista. Hoitajat kertovat hoitavansa vanhusta tulo-oireen mukaisesti. Hoitajat pohtivat haastatteluiden aikana, että käyntien syynä saattaa olla myös psyykepuolen ongelma, vaikkei akuuttia vaivaa ole.

No sehän lähtee tietysti siitä että ensin selvitetään mikä sitä vaivaa ja vaivan mukaisesti sitten lähdetään hoitamaan.

Totta kai sit mää katon että esimerkiksi jos rouva tai mies kuka nyt haluaa vessaan niin mennäns nyt vessaan niin mä katon sitä liikkumista että miten se sujuu ja voidaan käydä sitten läpi että nii oliko teillä apuvälinen siellä kotona ja näin pois päin. Että vähän semmosta kartoittamista siinä sitten.

7.3 Hoitajien suhtautuminen usein päivystyksessä käyvään vanhuspotilaaseen

Hoitajien mukaan päivystyksessä käy usein samoja potilaita, joilla ei ole akuuttia vaivaa. Saman vanhuksen toistuvat käynnit herättää hoitajissa erilaisia tuntemuksia ja useat käynnit saattavat vaikuttaa hoidon arviointiin ja suhtautumiseen (kuvio 3).



KUVIO 3. Hoitajien suhtautuminen usein päivystyksessä käyvään vanhukseen

7.3.1 Hoitajien suhtautuminen

Päällimmäisenä tunteena esille nousee hoitajien turhautuminen usein käyvää vanhuspotilasta kohtaan. Turhautumisen tunteella saattaa olla vaikutusta hoitoon ja sen arviointiin. Hoitajien pelkona on, että vielä joskus akuuttivaiva jää huomaamatta. Tilanne on myös potilaan kannalta huono, jos hän ei saa tarvitsemaansa hoitoa. Hoitajat pitävät usein käyvää vanhuspotilasta jossain määrin rasitteena, joka tuhlaa päivystyksen resursseja ja vie muilta potilailta aikaa. Haastatteluiden perusteelle suhde usein käyviin potilaisiin koetaan osittain hyvänäkin, koska hoitajat tuntevat potilaan hyvin. Yhtenä tulossyynä hoitajat pitävät vanhuksen huomionhakuisuutta. Myös kotona pärjäämättömyys voi aiheuttaa runsaasti päivystyskäyntejä. Hoitajat toivovat panostusta kotihoidon resursseihin. Haastatteluissa mainitaan, että myös muutkin potilasryhmät rasittavat päivystystä useilla käynneillä, eivät ainoastaan vanhuspotilaat.

...jos se saman asian niin moneen kertaan katottu, että tuntuu jo turhautavalta taas ottaa.

Sen potilaan kannalta huono koska sitten oikeesti niin jos hänellä joku kerta oliskin jotakin tosi akuuttia niin se voi joittenkin hoitajien kanssa jäädä huomaamatta, koska monelle tulee se semmonen et voi ei toi on taas täällä, ei sillä taaskaan mikään oo.

7.3.2 Vaikutus hoidon arviointiin

Haastattelussa tulee esille ristiriitaista tietoa siitä muuttuuko hoidon arviointi usein käyvän vanhuspotilaan kohdalla. Hoitajat tuntevat potilaan niin hyvin, että tietävät heti potilaan tulosyyn. Usein käyvän potilaan oireita ei enää oteta niin vakavasti kuin ensimmäistä kertaa päivystyksessä käyvän. He kokevat käynnin päivystyksessä lähinnä turhana, koska heidän mielestään vain akuuttien vaivojen hoito kuuluu ainoastaan päivystykseen. Potilaan tulosyytä ei kuitenkaan jätetä huomioimatta, vaan häneltä otetaan tulosyyn mukaiset mittaukset akuutin vaivan selvittämiseksi ja potilaan mielenrauhan turvaamiseksi. Hoitajat kokevat, että runsas päivystyspalveluiden käyttö on aina hätähuuto jostakin ja taustalla oleva syy tulisi selvittää. Hoitajat toteavat, ettei päivystyksessä pystytä kaikkia ongelmia ratkaisemaan lyhyiden hoitoaikojen vuoksi.

Kyllähän se herättää et miks ihmeessä tämä sama ihminen tulee niin monesti, että kyllähän se tietysti täytyy jo rueta miettimään, et mikä siinä on se perimmäinen syy.

On semmosia vanhoja mummojakin joilla on aina se joskus kahen kolmen aikaan se hätä että nyt ottaa rinnasta sydänfilmi on aina puhdas mut et emmä yhtään epäile etteikö ihan oikeesti häntä ottais sieltä rinnasta mutta se voi olla vaan se paha olo joka siellä niinku ahdistaa ja sitten et pitäis löytää siihen hoitokeino.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

Isola ym. (2007, 56) tutkimuksesta käy ilmi, että vanhuspotilaat toivoisivat hoitajien ottavan heitä yksilöllisemmin huomioon. Ohjaustilanteissa vanhukset toivoisivat hoitajien ottavan huomioon paremmin kuulo- ja näkökyvyn sekä huonomuistisuuden. Vanhuksista 88 % oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen sairaudesta sekä 86 % oli tyytyväisiä hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista saamaansa ohjaukseen. Salminen-Tuomaala ym. (2010, 24) tutkimuksesta käy ilmi samankaltaisia tuloksia. Potilaista 88 % oli tyytyväisiä tiedonsaantiin tutkimuksista, hoidoista ja toimenpiteistä. Opinnäytteen haastattelun perusteella hoitajat korostivat kohtaavansa ja hoitavansa jokaista potilasta yksilöllisesti. Hoitajat huomioivat potilaan näön- ja kuulon heikentymisen ja muistisairaudet, jotka koettiin myös haasteiksi päivystyksessä. Yksilöllisen hoidon toteuttamiselle haasteita asettaa tilojen ahtaus ja hoito aikojen lyhyys, jolloin potilaan elämänhistoriaan tutustumiselle jää vain vähän aikaa.

Vanhuspotilaan lääkehoidon selvittäminen on haasteellista, koska hänellä voi olla monia eri lääkelistoja ja ne eivät välttämättä ole ajan tasalla. Lisäksi vanhukset voivat saada lääkkeitä eri tahoilta, kuten yksityiseltä lääkäriasemalta sekä he voivat käyttää itsehoitovalmisteita, joita he eivät miellä lääkkeiksi. (Jartti ym. 2011, 2969–2970.) Päivystyksen hoitajat kertovat samantyyppisistä haasteista heidän työssään. Hoitajat kuvailevat, että ajantasaisen lääkelistan saaminen saattaa olla lähes mahdotonta ja se edellyttää useita puhelinsoittoja eri paikkoihin, kuten kotihoitoon ja omaisille. Asiaa hankaloittaa myös se, ettei vanhus tiedä tai osaa kertoa mitä lääkkeitä hän käyttää. Lääkärin velvollisuus on tarkastaa potilaan lääkkeet, mutta myös hoitajan tulisi käyttää potilaan lääkelista läpi, jotta voidaan minimoida mahdolliset virheet lääkehoidossa. Erityisesti potilaan lähtiessä kotiin lääkelistan ajantasaisuus on varmistettava ja uusien lääkkeiden läpi käyminen potilaan kanssa on tärkeää.

Vanhuksen oireet saattavat näyttäytyä vähäisinä sekä epätyypillisinä. Heillä saattaa esiintyä samanaikaisesti useita eri sairauksia mikä vaikeuttaa diagnoosin tekemistä. Vanhus kannattaa tutkia huolellisesti eikä vain hoitaa ensimmäistä löytyvää vaivaa. (Jartti ym. 2011, 2969.) Haastatteluiden perusteella hoitajat kokevat, että joidenkin

vanhusten päivystykseen hakeutumisyyden selvittäminen on hankalaa. Hankaluutta voi aiheuttaa se, ettei vanhus pysty tai osaa kertoa miksi hän on hakeutunut päivystykseen. Hoito koetaan monimutkaisempaan kuin esimerkiksi työikäisen hoito. Vanhuspotilaan kohdalla on paljon enemmän selvitettäviä asioita, kuten esimerkiksi huomioon on otettava vanhuksen toimintakyky ja sen muutokset, jotka vaikuttavat hoidon arvioimiseen sekä hoitoon. Hoidon tarpeen arviointiin käytetään paljon aikaa ja hoitajat joutuvat tekemään selvitystyötä saadakseen selville mikä vanhukseksi on.

Vanhus ei välttämättä pärjää kotona, vaikka tutkimuksista huolimatta häneltä ei löydy minkäänlaista akuuttihoitoa vaativaa vaivaa. Yksinäisyys ja sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen saattaa johtaa niin sanottuihin turhiin päivystyskäynteihin (Jartti ym. 2011, 2968). Hoitajat kokevat, että suurin syy siihen miksi iäkkäät hakeutuvat päivystykseen on kotona pärjäämättömyys. Haastatteluista käy ilmi, ettei turhia päivystyskäyntejä ole, vaan hoitajat ymmärtävät, että käyntien takana on jokin syy. Hoitajat kuitenkin kertovat, ettei heillä ole resursseja puuttua tähän tilanteeseen.

Hoitajien kokemus jatkohoidon järjestämisestä koettiin työläämpänä vanhuspotilaan kohdalla verrattuna työikäiseen, koska hoitajalla on paljon selvitettäviä ja järjestettäviä asioita ennen kotiutusta. Jatkohoidon järjestämisestä hankaloittaa se, että jatkohoitopaikat ovat melkein aina täynnä. Aaltosen ym. (2012, 54) tutkimuksen perusteella 70-vuotiaiden ja vanhempien sairaalasiirrot vaihtelivat nollassa kahteensataan kahden vuoden tutkimuksen perusteella. Kuoleman lähellä sairaalasiirtojen määrä kasvoi. Kolme kuukautta ennen kuolemaa 48,3 % dementoituneista koki vähintään yhden sairaalasiirron. Heillä joista dementiaa ei ollut, siirtojen määrä kasvoi 73,6 %. Tutkimuksen perusteella dementoituneet, jotka asuivat kotona kokivat enemmän sairaalasiirtoja verrattuna niihin, joilla ei ollut diagnosoitu dementiaa. Sairaalasiirtojen määrän kasvuun saattaa vaikuttaa jatkohoitopaikkojen huonosaatavuus. Vanhuksen hoitoaika pitenee, kun omasta kunnasta ei ole saatavilla hoitopaikkaa ja hän voi joutua kokemaan useamman siirron ennen kotiin pääsemistä.

Hoitajien mukaan hoidon arviointia toteutetaan päivystyksessä hyvin akuuttien vaivojen osalta ja se koetaan helpoksi. Mittausten ja tutkimusten apuna käytetään paljon aistiensaavaraista havainnointia, kuten koskettamista, kuuntelemista, kysymistä sekä katsomista vaatteiden alle. Iän mukanaan tuoma kokemus auttaa hoitajia toteuttamaan arviointia ja tekemään hoidosta yksilöllistä. Päivystyksessä annettava hoito on

enimmäkseen oireenmukaista. Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointia ei noussut selvästi haastatteluissa esille, mutta hoitajat tiedostavat esimerkiksi vanhuksen yksinäisyys saattaa lisätä hoitokäyntejä. Tiikkaisen (2006, 46) tutkimuksessa yksinäisyyden tunne väheni, kun vanhus koki saavansa apua ja ohjausta.

Hoitajat kokevat vain akuuttien ongelmien kuuluvan päivystykseen. Haastatteluiden perusteella ei ilmene, että arviointia suoritettaisiin kokonaisvaltaisen arvioinnin mallin mukaan. Useissa tutkimuksissa (Conroy ym. 2013; Lihavalainen ym. 2011, 335–336; Ellis ym. 2011) on todettu kokonaisvaltaisen arvioinnin olevan hyödyllistä vanhuspotilaan hoidossa, koska sen avulla voidaan selvittää todelliset päivystyksen hakeutumisen syyt ja sitä kautta käynnit vähenevät. Muita hyötyjä on todettu olevan esimerkiksi fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn paraneminen ja laitoshoitoon joutumisen välttäminen.

Usein päivystyksessä käyvän potilaan kohtaaminen herätti suurimmaksi osaksi turhautumista. Haastatteluiden perusteella hoitajat pitivät suhdetta kuitenkin usein käyviin vanhuspotilaisiin hyvänä. Usein käyvän potilaan kohdalla ilmenee, että he saavat tarvitsemansa oireen mukaisen hoidon, mutta iso pyörä ei lähde enää pyörimään samalla tavalla kuin ensimmäistä kertaa käyvän potilaan kohdalla. Tilanne saattaa aiheuttaa sen, että akuuttivaiva voi jäädä huomaamatta. Hoitajat eivät koe potilaan oireita enää niin akuutteina ja päivystykseen kuuluvina, koska samoja vaivoja on hoidettu useasti. Käynnin perimmäistä syytä ei tarkemmin tutkita tai hoideta, vaan koetaan, että asia kuuluu esimerkiksi kunnalle. Hoitajat tiedostavat, että tilanne on myös potilaidenkin kannalta huono. On huomattu, että syynä useisiin päivystyskäynteihin on todellisen päivystykseen hakeutumissyyn huomiotta jättäminen (Koponen & Sillanpää 2005, 397).

Usein käyviin vanhuspotilaisiin on kohdennettu paljon tutkimuksia. Rutschmannin ym. (2005, 145–147) päivystyksessä tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että akuuttiongelma todettiin vain noin puolella. Haastattelussa hoitajat puhuvat yleistilan laskusta viitaten usein käyvään iäkkääseen potilaaseen. Työn teoriaosuudessa kyseistä termiä käytetään oireiden ollessa niin epätyypillisiä, että oikea tulosyyn selvittäminen on vaikeaa. Tuolloin käynti voidaan leimata turhaksi. (Jartti ym. 2011, 2968; Kuisma ym. 2013, 655–656.) Arvon (2005, 35) tutkimuksen mukaan hieman alle puolelle potilaista tulosyksi kirjattiin yleistilan lasku päivystyspoliklinikalla.

Omaisilta saatava tieto on tärkeää, mikäli vanhuspotilas on sekava tai hoitotahtoa ei ole. Hoidon on tärkeä tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan omaisten kanssa (Tättilä & Yli-Villamo 2005). Hoitajat kokevat saavansa hyödyllistä tietoa omaisilta potilaan aiemmasta toimintakyvystä, jos vanhuspotilas on sekava tai muistisairas, eikä hän itse kykene kertomaan. Huonona asiana pidetään sitä, ettei esimerkiksi muistisairaalla vanhuspotilaalla ole ketään, jolta voisi kysyä potilaasta. Haasteena hoitajat kokevat, että omaiset saattavat vaatia vanhukselle hoitopaikkaa päivystyksestä, vaikka hoitaja ei koe, vanhuksen olevan päivystyshoidon tarpeessa. Omaisten koettiin myös joskus puhuvan liikaa potilaan puolesta. Aiemmassa päivystyksessä tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että potilaista 30 % oli omainen tai läheinen mukana päivystyspoliklinikalle tullessa ja 29 % koki saattajan mukana olemisen merkittävänä (Salminen-Tuomaala ym. 2011, 50). Vaikka omaiset saattavat luoda myös haasteita hoitajan työhön, on silti muistettava, että omaisten läsnäolo saattaa olla vanhuspotilaalle itselleen erittäin merkittävää.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisyyteen vaikuttaa monet päätöksentekotilanteet ja millaisiin tuloksiin niissä päädytään. Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksissa merkittäviä eettisiä periaatteita ovat yksityisyys, luottamuksellisuus ja suostumus tutkimukseen osallistumiselle. Suunnitelman tarkoitus on saada kohteena olevien suostumus. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20.) Opinnäytetyön tekoon on saatu lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, joka myönnettiin keväällä 2013. Ennen haastatteluita hoitajille lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin, että haastattelut ovat luottamuksellisia eli missään vaiheessa haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu, eikä työssä mainita mihin päivystyksikköön haastattelu on tehty. Saatekirjeessä kerrotaan mitä aihetta käsitellään (liite 2). Saatekirje ei jostain syystä koskaan tavoittanut hoitajia. Ennen haastattelua haastateltaville kerrottiin saatekirjeen sisältö ja jokainen haastateltava allekirjoitti kirjallisen suostumuksen ennen haastattelua.

Haastattelua tehdessä on otettava huomioon haastateltavat ja välttää tilanteen aiheuttama turha kärsimys (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20). Haastattelussa haastateltava sai tilaa kertoa ajatuksistaan omin sanoin ja haastattelun tuloksiin pyrittiin olemaan vaikuttumatta välttämällä johdattelevia kysymyksiä. Haastateltaville korostettiin, että

opinnäytetyöstä voi vetäytyä milloin tahansa pois. Tällä keinoin kunnioitettiin hoitajan itsemääräämisoikeutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–138.)

Tekstiä analysoitaessa on huomioitava haastateltavat ja suojeltava heidän yksityisyyttään esimerkiksi käyttämällä numeroita nimien sijaan. Aineiston litteroinnissa on tärkeää kirjoittaa kaikki sanotut sanat tarkasti ylös, sieltä mitään poistamatta tai lisäämättä. Analysoinnin aikana tulee välttää kritisoidusta haastateltavia sekä analysoinnissa tulee näkyä haastateltavien oikea mielipide (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20; Kylmä & Juvakka 2007, 153–154.) Tekstiä analysoitaessa nauhoja kuunneltiin useita kertoja, jotta haastattelut saatiin totuudenmukaisesti kirjoitettu. Opinnäytetyössä pyrittiin tuomaan haastateltavien omat näkemykset esille neutraalisti.

Tekijää velvoittaa eettisten periaatteiden mukaan oikeudenmukaisuus, joka toteutuu tuloksia raportoidessa. Tuloksia raportoidessa tulee olla avoin, tarkka sekä rehellinen. Raportoinnissa pitää ottaa huomioon haastateltavat ja se mitä tulosten esittäminen vaikuttaa heihin. Raportointi tulee toteuttaa totuudenmukaisesti. Eettisyyden kannalta on pohdittava kuinka paljon esimerkiksi haastatteluiden sisältöä tuo esille (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20; Kylmä & Juvakka 2007, 154–155.) Tulosten raportoinnissa on pyritty siihen, että tulokset muodostuvat haastateltavilta, ei tekijöiden tulkinnoista. Tulosten oikeudenmukaisuuden tueksi otettu suoria lainauksia haastatteluista, kuitenkin niin, ettei henkilöllisyys paljastu. Opinnäytetyötä tehdessä on tullut toisinaan eteen tilanteita, jolloin tekijät ovat eri mieltä siitä onko tulos ymmärretty oikein, jolloin on palattu ja tarkistettu sanoman alkuperäinen merkitys. Opinnäytetyössä näkyy kaikki tehdyt vaiheet, jotta lukija tietää mitä työssä on tehty ja miten toteutettu jolloin työn eettisyys lisääntyy.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen työn luotettavuutta on mahdollista arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden avulla. Uskottavuus kuvaa tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta. Tulosten on oltava sellaisia kuin osallistuneiden henkilöiden kokemukset ovat tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden lisäämiseksi tekijän olisi syytä keskustella eri vaiheissa tuloksista siihen osallistuneiden henkilöiden kanssa esimerkiksi antamalla tulokset heille ja pyytämällä arviota niistä. Opinnäytetyön

tulokset analysoitiin loppuvaiheessa, joten aikaa arvioinnin pyytämiseksi eri vaiheissa ei jäänyt. Työn uskottavuutta lisää, että tutkittavan asian kanssa ollaan tekemisissä pitemmän aikaa. Oleellista on ymmärtää osallistujaa ja ymmärtäminen vie aikaa. Tutkimuspäiväkirjan avulla on mahdollista lisätä uskottavuutta, johon tekijä kirjaa ylös valintojaan (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyön aikana pidettiin kirjaa muun muassa haastattelutilanteista ja kokonaisuudessaan tutkittavaan aiheeseen on perehdytty vuoden verran.

Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tekijät kirjaavat tutkimusprosessin niin tarkasti, että toinen henkilö voi myös tarkastella prosessin kulkua. Kirjatessa prosessia olisi hyvä, että tekijät ovat tehneet muistiinpanoja, koska jälkeensä tekijän on mahdotonta muistaa tarkasti esimerkiksi vuoden takaisia asioita. Tarkan kirjaamisen tavoitteena on kuvata miten tekijä on päätenyt tuloksiin ja johtopäätöksiin. Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin mahdollista, ettei kaksi eri tutkijaa päädy samaan ratkaisuun, vaikka aineisto olisi sama. Eri tuloksiin päätyminen ei silti tarkoita työn huonoa luotettavuutta. Kaksi erilaista näkökulmaa lisää ymmärrystä tutkittavaa ilmiötä kohtaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyössä tekijät päätyivät samoihin lopputuloksiin, vaikka toisinaan haastatteluiden analysoinnissa heräsi erilaista tulkinnallista näkökulmaa.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tekijä on kykenee arvioimaan omaa vaikutustaan aineistoon ja tutkimusprosessiin, jotka tulee myös kirjata raportissa. Siirrettävyys puolestaan tarkoittaa, että tekijä antaa raportissaan kuvauksen tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ja paikasta, jossa tutkimus on tehty. Tämän avulla lukija voi arvioida onko tulokset siirrettävissä toiseen samankaltaiseen tilanteeseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyöhön on kuvattu mahdollisimman tarkka raportti työn eri vaiheista sekä haastateltavista ja haastattelupaikasta.

Aineiston keruun luotettavuutta parantaa hyvin tehty haastattelurunko sekä nauhureiden toimivuus. Luotettavuutta voidaan lisätä pitämällä kirjaa siitä, mitkä kysymykset ovat olleet hyviä ja mitkä haastateltavista hankalia. Haastattelun kannalta on tärkeää testata kysymysten toimivuus etukäteen. Sen avulla voidaan testata miten testihenkilö kysymykset ymmärtää. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 184; Eskola & Suoranta 1998, 89–90.) Tarkoituksena oli testata ensimmäisen haastateltavan kohdalla kysymysten

toimivuutta. Testaaminen epäonnistui, koska toinen haastattelu sovittiin heti perään, eikä tarvittavia muutoksia ehditty tekemään.

Kahden ensimmäisen haastattelun jälkeen haastattelut purettiin ja huomattiin, että niistä löytyy vastaukset opinnäytetyön tehtäviin, joka kertoo luotettavuudesta. Luottavuutta lisää se, että haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla. Sillä voitiin varmistaa, että edes toinen nauhureista toimii ja haastattelu on hyvin kuuluva. Haastatteluita tehdessä kummatkin tekijät olivat paikalla ja haastatteluiden aikana tehtiin muistiinpanoja haastattelun kulusta. Haastattelun jälkeen käytiin keskustelua haastattelun kulusta ja muutoskohteista. Haastatteluun valittiin tutkittavan aiheen kannalta päteviä hoitajia, heiltä vaadittiin vähintään viiden vuoden työkokemus mielellään päivystystyöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–138.)

Haastattelun tarkoitus on saada esille hoitajien omat ajatukset sekä kokemukset. Ennen haastattelua haastateltavat saivat tietoonsa ainoastaan, että haastattelu käsittelee vanhuspotilasta päivystyksessä. Työn luotettavuuteen vaikuttaa sen, että haastateltava ei pysty etukäteen valmistelemaan vastauksia. Voidaan myös pohtia, onko haastateltavalle eettisesti oikein se, ettei hän tiennyt haastattelun tarkoitusta. Toisaalta haastattelu olisi voinut sujua paremmin, jos haastateltavilla olisi ollut enemmän tietoa käsiteltävästä asiasta. Lähes jokaisen haastateltavan kohdalla tuli ongelmia kysymysten ymmärtämisen suhteen, mutta kysymyksiä tarkennettiin haastattelun aikana. Jälkeenpäin ajateltuna kysymyksiä olisi pitänyt suunnitella paremmin.

Osassa haastatteluissa tila oli rauhallinen ja haastattelu saatiin tehtyä ilman keskeytyksiä. Noin joka toisessa haastattelussa tuli jonkinlainen keskeytys. Yksi haastattelu jouduttiin tekemään henkilökunnan taukotilassa. Jatkuva keskeytys saattoi vaikuttaa haastateltavan keskittymiseen ja materiaalin laatuun. Haastatteluihin vaikutti se, että haastattelut tehtiin kesken työpäivän ja kaikki hoitajat joutuvat miettimään kuka hoitaa heidän potilaitaan sillä aikaa, kun he ovat haastattelussa. Toisaalta hoitajien ajatukset oli valmiiksi työasioissa ja ympäristö oli luonnollinen, mikä saattoi parantaa laatua.

Aineiston analyysin luotettavuutta parantaa nopea litterointi. Litterointi tulisi tapahtua yhtenevästi ensimmäisen ja viimeisen haastattelun kohdalla sekä eri tekijöiden välillä (Hirsjärvi & Hurme 2004, 185.) Haastattelut litteroitiin heti haastatteluiden jälkeen,

jolloin haastattelut olivat vielä hyvin muistissa. Ennen litterointia pohdittiin yhdessä kuinka haastattelut tulee purkaa, jolloin saatiin samantyyppiset aineistot.

Aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön teosta ei ollut joten, sillä on ollut vaikutusta työn luotettavuuteen. Aihe olisi pitänyt heti alussa rajata tarkemmin, jolloin työstä olisi tullut selkeämpi ja tiiviimpi. Opinnäytetyön tekoon on käytetty runsaasti aikaa, jolloin on pystytty varmistamaan tulosten luotettavuus. Aikaisemman kokemuksen puuttumisen takia aineiston analysointi ja tulosten pohdinta oli haasteellista ja aikaa vievää.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Vanhuspotilasta ei tulisi hoitaa ainoastaan fyysisten oireiden perusteella, koska vanhuksen kohdalla oireet saattavat olla epätyypillisiä. Henkiset oireet saattavat aiheuttaa vanhukselle fyysisiä oireita, joita hoitamalla todellista oireita ei huomata. Pienikin muutos vanhuksen fyysisessä, psyykkisessä tai sosiaalisessa toimintakyvyssä voi heikentää kotona pärjäämistä huomattavasti. Vanhuspotilaan kohdalla huomiota tulisi kiinnittää kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin ja niiden muutoksiin. Arvioinnin apuna voi käyttää kokonaisvaltaista hoidon arviointia, jolla on todettu olevan hyviä vaikutuksia vanhuksen hoidossa myös päivystyksessä.

Arvioinnin tukena voisi käyttää myös erilaisia testejä, joiden täyttämiseen ei mene kauaa aikaa. Vanhuksen toimintakykyä voidaan mitata Barthelin-indeksillä, jolla saadaan tietoa kotona pärjäämisestä. Vanhuspotilaan masentuneisuutta voidaan kartoittaa GDS-depressioseulalla. Eri testejä on mahdollista muokata sellaisiksi, että ne vastaavat päivystyksen tarpeita. Laajasta arvioinnista ei ole välttämättä hyötyä kaikille vanhuspotilaille. Kokonaisvaltaista hoidon arviointia tulisi tehdä erityisesti usein käyvien vanhusten kohdalla, koska silloin todellinen hoitoon hakeutumissyy voi selvittää. Kiinnittämällä huomiota siihen miksi vanhus on todellisuudessa hakeutunut päivystykseen, voidaan ehkäistä vanhuksen uusinta käyntejä ja parantaa vanhuksen elämää.

Tuloksista kävi ilmi, että usein päivystyksessä käyviä vanhuksia on ja he ovat haaste päivystykselle. Usein käyviin vanhuspotilaisiin tulisi kiinnittää enemmän huomioita samoin kuin oikeanlaiseen jatkohoitoon ja jatkohoitopaikkaan. Aihetta on tutkittu vähän

ja mielenkiintoista olisi tutkia asiaa potilaan näkökulmasta. Päivystykseen voisi valmistaa opaslehtisiä, jotka olisi tarkoitettu vanhuksille, joilla on psyykkisiä tai sosiaalisia hankaluuksia. Opaslehtisessä voisi näkyä mistä saa apua esimerkiksi yksinäisyyteen ja kuvaus millaisesta avusta on kyse. Opaslehtinen on nopea käydä läpi vanhuksen tai läheisen kanssa ja sillä varmistettaisiin, että heillä on tietoa tukipalveluista. Myös hoitajat hyötyisivät opaslehtisestä, koska silloin he tietäisivät mahdolliset tukipalvelut.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena on valmistaa ”check-lista” päivystykseen, jota voidaan käyttää hyödyksi usein käyvien potilaiden kohdalla. Mallia listan tekemiseen voisi ottaa kokonaisvaltaisesta arvioinnista ja tehdä siitä sellainen, joka vastaa päivystyksen tarpeita. Lista vaatisi hoitajan ja lääkärin yhteistyötä, eikä sen läpi käyminen veisi kauaa aikaa ja näin ollen se sopisi hyvin päivystystyön kiireellisyyteen. Lista sisältäisi konkreettista tietoa vanhuspotilaan arvioinnista ja tutkimuksista esimerkiksi mitä tehdään, kun vanhuspotilas saapuu päivystykseen, millaisia testejä ja tutkimuksia tehdään. Tarkoituksena olisi luoda muistilista siitä mitä hoitajan pitää muistaa tehdä ja millaista tietoa antaa potilaalle. Listan toimivuutta voisi arvioida katsomalla tapahtuuko käynneissä vähenemistä.

LÄHTEET

- Aalto, A-M. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksessa. Luettu 18.12.2012. <http://www.thl.fi>.
- Aaltonen, M., Rissanen, P., Forman, L., Raitanen, J. & Jylhä, M. 2012. The impact of dementia on care transitions during the last two years on life. *Age and Ageing* 41, 52–57.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4, uudistettu painos. Riika: InPrint.
- Arvo, T. 2005. Ikääntynyt potilas päivystyspoliklinikalla –toimintakyvyn muutoksen seuranta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Conroy, S., Ansari, K., Williams, M., Laithweite, E., Teasdale, B., Dawson, J., Mason, S. & Banerjee, J. 2013. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the “emergency frailty unit”. Luettu 14.9.2013. <http://ageing.oxfordjournals.org>.
- Eettisten näkökohtien työryhmä. 2009. Omaisten kuuleminen ja rooli hoitopäätösten teossa –eettinen näkökohta. Lääkärin käsikirja. Luettu 3.12.2012. <http://www.terveysportti.fi>.
- Ellis, G. & Langhorne, P. 2005. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin* 71/2005, 45–51.
- Ellis, G., Whitehead, M., Robinson, D., O’Neill, D. & Langhorne, P. 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. Luettu 23.9.2013. <http://www.bmj.com>.
- Enkovaara, A-L. 2003. Luontaistuotteiden ja lääkkeiden yhteisvaikutukset. *Duodecim*. 119:2151-2157.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerrus.
- Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Luettu 3.12.2012. <http://www.finlex.fi>.
- Finne-Soveri, H. Fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointi. Lääkärin käsi-kirja. Luettu 2.1.2013. www.terveysportti.fi.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.) 2008. Gerontologia. 2.,uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Heimonen, S-L. 2007. Näkökulmia ikääntyvän psyykkiseen toimintakykyyn. Luettu 5.1.2013. <http://www.ikainstituutti.fi>.

- Heiskanen-Haarala, I. 2009. Vanhus ei voi odottaa hoitoa pitkään. *Sairaanhoitaja-lehti*. 9.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ionescu-Ittu, R., McCusker, J., Ciampi, A., Vadeboncoeur, A-M., Roberge, D., Larouche, D., Verdon, J. & Pineault, R. 2007. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ* 20, 1362–1368.
- Isola, A., Kääriäinen, M., Bacman, K., Kyngäs, H. & Saarnio, R. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* Vol. 19, 51–62.
- Jarti, L., Heinonen, P., Upmeier, E. & Seppälä, M. 2011. Vanhus – päivystyksen suurkuluttajako? *Suomen Lääkärilehti*. 40, 2968–2970.
- Kivimäki, T. 2010. Ikääntymisen vaikutus näköön ja kuuloon – aistitoimintojen heikentymisen tunnistaminen ja arviointi sekä ikääntyneen tukeminen. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. 1.painos. Jyväskylä: Gummerrus.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2011. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. *Ensihoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Luettu 11.10.2013.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kääriäinen, K. & Kyngäs H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja-lehti*. Luettu 8.10.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>.
- Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin edustajina- 65–84- vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Jyväskylän yliopisto.
- Laurila, J. 2010. Sekava vanhus. Lääkärin käsikirja. Luettu 3.12.2012. <http://www.terveysportti.fi>.
- Lihavalainen, K., Sipilä, S., Rantanen, T., Seppänen, J., Lavikainen, P., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2011. Effects on comprehensive geriatric intervention on physical performance among people aged 75 years and over. *Aging clinical and experimental research* vol. 24, No 4, 331-338.
- Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer- Paino Oy.

- Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Noppiari, E. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Partala, A-E. 2009. Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitton. Pro gradu-tutkielma.
- Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2011. Lääkehoidon perusteet. Psykiatria. Luettu 26.9.2013. <http://www.terveysportti.fi>.
- Pitkälä, K. 2008. Miten selvittelen monisairaana vanhuksen tunnin vastaanotolla? Yleislääkäri 8, 11–17.
- Pitkälä, K., Hosia-Randell, H., Raivio, M., Savikko, N. & Strandberg, T. 2006. Vanhuksen lääkehoidon karikoita. Duodecim 122, 1503–1512.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Toimintakyky. Geriatria. Luettu 13.9.2013. <http://www.terveysportti.fi>.
- Pohjolainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät? Gerontologia 26 (4), 235–243.
- Ranta, S. 2004. Vanhenemismuutosten eteneminen. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Ritmala-Cástren, M. 2006. Ikääntyneiden lääkehoidon haasteet. Sairaanhoitaja-lehti 5. Luettu 26.9.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>.
- Rutschmanna, O., Chevalleyb, T., Zumwaldc, C., Luthya, C., Vermeulend, B. & Sarasina, F. 2005. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. Swiss med wkly. 135/2005, 145–150.
- Saariinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J., Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö 4/2010, 21–28.
- Salminen-Tuomaala, S., Kaapola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Salonpää, M., Sandvik, S., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2011. Potilaat ja omaiset kaipaavat kokonaisvaltaista ohjaamista. Sairaanhoitaja 8, 50–53.
- Salonoja, M. 2009. Geriatriinen päivystyspotilas. Akuutti hoito-opas. Luettu 3.12.2012. <http://www.terveysportti.fi>.
- Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. 2010. Older Patients in the Emergency Department: A Review. The American College of Emergency Physicians. 261–269.

- Simonen, M. 2010. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointitilanne tutkimushaastattelussa. *Gerontologia* 2, 187–202.
- Strandberg, T. & Seppänen, M-L. 2008. Vanhusten lääkehoito-ongelmia päivystyksessä. Luettu 3.12.2012. <http://www.terveysportti.fi>.
- Strandberg, T. 2013. Geriatriinen arviointi ja kuntoutus Pohjoismaissa. *Suomen lääkäri-lehti*. 9/98. Luettu 12.9.2013. <http://www.gernet.fi>.
- Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys: Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta ja terveystiedon tiedekunta. Väitöskirja.
- Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Luettu 5.12.2013. <http://www.thl.fi>.
- Tilvi, R., Routasalo, P., Karppinen, H., Strandberg, T., Kautiainen, H. & Pitkälä, K. 2012. Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow up. *European Geriatric Medicine* 3, 18–22.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). 2010. *Geriatría*. 2. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3.painos. Jyväskylä: Gummerrus.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Tuulio-Henrikson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. Luettu 30.11.2012. <http://www.thl.fi>.
- Tättilä, A-M. & Yli-Villamo, R. 2005. Näkökulmia päivystyspotilaan omaisten ohjaamisesta. *Sairaanhoitaja-lehti*. 8.
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Vierula, H. 2012. Ylös sängystä sairaalassakin. *Lääkäri-lehti*. Luettu 4.12.2012. <http://www.laakarilehti.fi>.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). 2010. Gerontologinen hoitotyö. 1.-2.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Vuottilainen, P., Vaarama, M., Bacman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelut. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

1. Iäkäs päivystyksessä

Kuvaile iäkkään potilaan hoitoa päivystyksessä?

Kuvaile millaisia haasteita iäkkään potilaan hoito tuo päivystykseen?

2. Kokonaisvaltainen hoidon arviointi päivystyksessä

Kuvaile miten iäkkään potilaan hoidon tarvetta arvioidaan päivystyksessä?

Käytetäänkö hoidon arvioinnissa mitään apuvälineitä?

Kuvaile muuttuuko hoidon tarpeen arviointi ja hoito, jos iäkäs käy päivystyksessä usein?

Millaisia tunteita herää, kun sama iäkäs potilas käy usein päivystyksessä ilman akuuttia syytä? Vaikuttaako se hoitajan suhtautumiseen?

3. Jatkohoito ja sen toteutuminen

Kuvaile miten jatkohoidon järjestäminen toteutuu?

Millaisena jatkohoidon järjestäminen koetaan?

Kuvaile miten iäkästä tuetaan kotiutus tilanteessa.

Liite 2. Saatekirje

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ

24.5.2013

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Toinen meistä erikoistuu gerontologiseen hoitotyöhön ja toinen sisätauti- kirurgiseen hoitotyöhön. Koulutukseemme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyö käsittelee iäkkään potilaan hoitoa päivystyksessä. Tarkoituksena on sairaanhoitajia haastatteleamalla selvittää miten iäkkään ihmisen hoito toteutuu päivystyksessä hoitajien kokemana.

Opinnäytetyön aineistonkeräys toteutetaan haastattelujen avulla. Haastattelemme yhteensä viittä päivystyssairaanhoitajaa, jotka työelämäyhteys on valinnut. Haastattelut suoritetaan erikseen sovittujen aikojen perusteella. Jokaista haastateltavaa haastatellaan kerran ja haastattelu kestää noin 20–45 min. Haastattelut nauhoitetaan ja sen jälkeen kirjoitetaan puhtaaksi.

Haastattelut käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi paljastu missään vaiheessa. Opinnäytetyön valmistuttua haastattelumateriaali hävitetään. Osallistuminen on täysin riskitöntä ja vapaaehtoista. Voit muuttaa mieltäsi tutkimukseen osallistumisesta milloin vain.

Yhteystietomme löytyy kirjeen alaosasta. Vastaamme mielellämme haastatteluun ja opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin

Anna-Mari Huuha

sairanhoitajaopiskelija

045-XXXXXXX

anna-mari.huuha@health.tamk.fi

Hanna Virtanen

sairanhoitajaopiskelija

040-XXXXXXX

hanna.virtanen@health.tamk.fi

Liite 3. Suostumuslomake

HOITAJIEN KOKEMUKSIA IÄKKÄSTÄ PÄIVYSTYSPOTILAASTA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että opinnäytetyö osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella ____.____.2013

Tampereella ____.____.2013

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön: Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tekijän allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

Liite 4. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Tutkija Vuosi Työn nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeisiä tuloksia
Rutschmanna, O., Chevalleyb, T., Zumwaldc, C., Luthya, C., Vermeulend, B. & Sarasina, F. 2005. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints.	Tutkimuksen tarkoitus kuvailla iäkkäitä, jotka tulevat ensiapuun ilman spesifistä ongelmaa ja arvioida miten heidät arvioitiin päivystyksessä.	Kvalitatiivinen Tarkkailtiin kuinka potilaat otettiin vastaan, arvioitiin ja kotiutettiin. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään 1) joilla todettiin lääketieteellinen ongelma, jotka vaativat välitöntä hoitoa tai tutkimusta 2) joilla ei havaittu päivystyshoitoa vaativaa hoitoa.	Vanhukset, jotka eivät valita tiettyä vaivaa arvioidaan väärin tai joutuvat odottamaan hoitoa. 10 viikon aikana ryhmä 2 253 potilaasta 129 potilaalla todettiin akuutti vaiva ja heidät oli arvioitu liian alhaisesti.
Conroy, S., Ansari, K., Williams, M., Laithweite, E., Teasdale, B., Dawson, J., Mason, S. & Banerjee, J. 2013. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the “emergency frailty unit”	Tutkitaan mitä vaikutuksia on CGA ensiavussa.	Kvalitatiivinen Kohorttitutkimus Verrattiin aikaisempaa toimintaa, uuteen toimintamalliin 2011–2012.	CGA käynnit vähenivät 6%. Vanhusten määrä päivystyksessä kasvoi, vähemmän otettiin sisään sairaalaan, mutta keskimääräinen hoitoaika piteni.

<p>Arvo, T. 2005. Ikääntynyt potilas päivystyspoliklinikalla – toimintakyvyn muutoksen seuranta.</p>	<p>Kuvata ikääntyneen päivystyspoliklinikka potilaan toimintakykyä ja sen muutosta kotona, päivystyspoliklinikalle tullessa sekä sieltä poistuessa.</p>	<p>Kvantitatiivinen, Strukturoitu kyselylomake. Kyselyt tehtiin kahdelle eri päivystyspoliklinikalle, kohderyhmänä yli 65-vuotiaat potilaat. (N=200)</p>	<p>Toimintakyky oli parempaa niillä jotka asuivat yksin kotona. Toimintakyky oli heikentynyt merkittävästi päivystyspoliklinikalle tullessa. Kolmasosalla oli päiväystykseen tulleista sekavuutta. Kaikilla potilailla toimintakyky koheni kotiin lähtiessä.</p>
<p>Tiikkainen, P. 2006 Vanhuusiän yksinäisyys: Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata 80-vuotiaiden kokemaa yksinäisyyttä viiden vuoden seurannassa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmentelmä 80- ja 75vuotiaat ikä kohortit 80v(N291) 75v (N388)</p>	<p>Yksinäisyyteen kaksi erottuvuutta, emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys. 80-85-vuotiaista n.12% kokee yksinäisyyttä usein tai aina.</p>
<p>Ellis, G. & Lanhome, P. 2005. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients.</p>	<p>Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi sairaalassa vanhuspotilailla.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuus katsaus, 20 tutkimusta CGA iäkkäillä.</p>	<p>Käyttö parantaa toimintakykyä, vähemmän lääkkeitä kotiuttamisvaiheessa, vanhainkotisijoituks</p>

			et vähentyneet.
Tilvis, R., Routasalo, P., Karppinen, H., Strandberg, T., Kautiainen, H. & Pitkälä, K. 2012. Social isolation, social activity and loneliness as sur- vival indicators in old age; a nation- wide survey with a 7-year follow up.	Tutkia vanhojen ihmisten sosiaalista verkostoa.	Postikysely satunnaisesti valituille 75- vuotiaille tai vanhemmille suomalaisille. Seitsemän vuoden kuluttua kysyttiin uudelleen.	Lähes yhtä suuri määrä ihmisiä koki itsensä sosiaalisesti eristäytyneeksi, sosiaalisesti inaktiiviseksi tai kärsi yksinäisyydestä. N. 40% vastaajista kuoli seuraavan seitsemän vuoden aikana. Miesten kuolleisuus n. 49%, naisten n.35%. Yksin asuminen yhdistettiin miesten kuolleisuuteen. Yksinäisyys ja sosiaalinen inaktiivisuus olivat merkittävä kuolleisuusriski miehillä ja naisilla.
Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinika lla potilaan näkökulmasta.	Kuvata potilaiden käsityksiä saamastaan hoidosta päivystyspoliklinika lla	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivnen Kyselyitä lähetettiin 364. Tutkimusaineisto koottiin Hyvä hoito- mittarilla. Lisäksi analysoitiin vuoden aikana tulleet	Potilaat tyytyväisiä hoitoon. Hoitajien ammattitaito, vuorovaikutus, ohjaus sekä opetus koettiin suurimmaksi osaksi hyvänä. Odottaminen ja

		potilaspalautteet. (N=69)	informointi koettiin tyytymättömyyttä aiheuttavina tekijöinä.
Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, J. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla.	Kuvata päivystyksen potilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä.	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä Harkinnan varainen otanta. 2008-2009 hoitajat jakoivat lomakkeita yhteensä 100kpl poliklinikan potilaille.	Saattajan mukana olo koettiin tärkeänä ja osallistuminen hoito-ohjeiden saamiseen. Enemmistö pitää ohjausta riittävä. Kirjallisten ohjeiden merkitys korostuu ikääntyessä.
Partala, A-E. Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. 2009	Tavoitteena tarkastella yli 60-vuotiaiden suomalaisten fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteyttä hyvinvointiin	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kyselylomake Kohdejoukko ikääntyneet (N=160) analysointi Pearsonin korrelaatiokertoimella, varianssianalyysillä ja t-testillä.	Fyysinen aktiivisuus ja toimintakyky ovat positiivisessa yhteydessä ikääntyneiden hyvinvointiin. Kuitenkaan fyysisellä aktiivisuudella ja sosiaalisella hyvinvoinnilla ei havaittu yhteyttä.
Aaltonen, M., Rissanen, P., Forman, L.,	Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa	Tutkimustulokset on saatu Suomen rekisteritietokannasta	Kotona asuvat muistisairaat ihmiset kokivat n.

<p>Raitanen, J. & Jylhä, M. 2012. The impact of dementia on care transitions during the last two years on life.</p>	<p>sairaalasiirtojen määrä ja tyyppi kahdenvuoden ajalta. Tutkimuksessa verrattiin muistisairautta sairastavia sekä niitä joilla muistisairautta ei ollut. Tutkimuksessa huomioitiin myös vanhuksen kotona asuminen sekä hoitokodissa olo.</p>	<p>a. Tutkimukseen otettiin kaikki yli 70-vuotiaat jotka kuolivat 2002–2003 vuosien välissä. N=70366</p>	<p>32 % enemmän sairaalasiirtoja, verrattuna niihin jotka eivät sairastaneet muistisairautta. Hoitokodissa asuessa muistisairautta sairastavat kokivat vähemmän sairaalasiirtoja kuin vertausryhmä.</p>
---	--	--	---