



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Henna Kaihlamäki

Potilaan hoitosuunnitelma osastolla

- turvalliseen kotiutumiseen tähtäävän hoidon kehittäminen

Opinnäytetyö

Kevät 2025

Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Ikäntymisen asiantuntija



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Ikääntymisen asiantuntija

Tekijä: Henna Kaihlamäki

Työn nimi: Potilaan hoitosuunnitelma osastolla- turvalliseen kotiutumiseen tähtäävän hoidon kehittäminen

Ohjaaja: Katri Turunen

Vuosi: 2025

Sivumäärä: 46

Liitteiden lukumäärä: 0

Terveyskeskussairaalan akuuttivuodeosasto on usein täynnä asiakkaita, jolloin keskussairaalaan sinne jatkohoitoon siirtyminen hidastuu tai pysähtyy kokonaan. Suurin osa osastohoidossa olevista potilaista on ikääntyneitä, joilla on akuutin sairauden lisäksi myös geriatria oireyhtymiä. Potilaiden toimintakyky laskee nopeasti osastohoidossa ja kokonaisvaltaisen hoitosuunnitelman puuttuessa jo ennestään heikko toimintakyky heikkenee. Alusta saakka huolella suunniteltu hoito ja hoidon joustava toteuttaminen edistävät merkittävästi potilaan mahdollisuuksia kotiutua takaisin omaan kotiin mahdollisimman hyväkuntoisena.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on parantaa potilaiden mahdollisuuksia kotiutua terveyskeskussairaalaan mahdollisimman toimintakykyisinä, jotta selviytyminen arjen askareista ja kotona asuminen mahdollistuvat. Tavoitteena oli luoda hoitosuunnitelma, joka tukee turvallista kotiutumista. Rakenteisen hoitosuunnitelman avulla pyrittiin vähentämään potilaiden sairaalapäiviä ja näin ehkäisemään heidän toimintakykynsä heikkenemistä.

Kehittämistyön tekeminen eteni konstruktiivista mallia käyttäen. Kehittämistyö toteutui terveyskeskussairaalan akuuttiosastolla ja perustui tutkimukselliseen kehittämiseen. Kehittämisen perustaksi tarvittavassa tiedonkeruussa käytettiin learning cafe- ja teemahaastattelumenetelmiä. Saatua aineistoa analysointiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Kehittämistyön tuloksena kehitettiin HOSU Check Card, jonka ohjaamana potilaan hoitosuunnitelma rakennetaan siten, että kotiutuminen on oikea-aikainen ja turvallinen.

HOSU Check Cardia koekäytettiin terveyskeskussairaalan akuuttiosastolla kuukauden ajan ja sen jälkeen sen käytöstä kerättiin palautetta. Palautteen perusteella korttiin tehtiin tarvittavat muutokset, jonka jälkeen se on valmis käytettäväksi päivittäisessä hoitotyössä.

¹ Asiasanat: akuuttihoito, hoitosuunnitelma, moniammatillinen yhteistyö, kuntouttava työote.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Master's Degree Programme in Social Services and Health Care, Applied Gerontology

Author: Henna Kaihlamäki

Title of thesis: Patient care plan in hospital ward - Developing care aiming at safe discharge

Supervisor: Katri Turunen

Year: 2025

Number of pages: 46

Number of appendices: 0

The acute ward of the health center hospital is often full of patients, which slows down or completely stops the transfer of patients from the central hospital for continued care. Most of the patients in the ward are older people and, in addition to an acute illness, also suffer from geriatric syndromes. Their functional ability declines rapidly during hospitalization, and in the absence of a comprehensive care plan, their already weakened condition deteriorates further. Carefully planned care from the beginning and flexible implementation of treatment significantly improves the patient's chances of returning home in as good a condition as possible.

The purpose of this development work was to improve patients' chances of being discharged from the health center hospital with as much functional ability as possible, enabling them to manage daily tasks and continue living at home. The goal was to create a care plan that supports safe discharge. The structured care plan aimed to reduce the number of hospital days and thus prevent the decline in patients' functional capacity.

The development work followed a constructive model. It was carried out in the acute ward of the health center hospital and was based on research-oriented development. For data collection, learning café and thematic interview methods were used. The collected material was analyzed using qualitative content analysis.

As a result of the development work, a tool named the HOSU Check Card was created to guide the construction of a patient's care plan in a way that ensures timely and safe discharge. The tool was piloted in the acute ward of the health center hospital for one month, after which feedback on its use was collected. Based on the feedback, necessary changes were made to the tool, and it is now ready for use in daily practice of care.

¹ Keywords: acute care, care plan, safe discharge, multiprofessional cooperation, rehabilitative work

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYNYT AKUUTTIOSASTOLLA HOIDOSSA.....	9
2.1 Akuuttihoito vuodeosastolla	10
2.1 Osastohoitoon tuleminen ja hoitoprosessi.....	11
2.2 Yleisimmät hoidon tarpeet.....	12
2.3 Monisairaalan hoito.....	13
2.3.1 Ikääntyneen monilääkitys.....	13
2.3.2 Geriatriset oireyhtymät.....	15
2.4 Kokonaisvaltainen geriatrinen arvio	16
3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ.....	18
4 POTILASLÄHTÖINEN HOITOSUUNNITELMA	21
5 TURVALLINEN KOTIUTUMINEN	22
6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄT	24
7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	25
7.1 Kehittämistyön konteksti	25
7.2 Kehittämistyön menetelmät.....	25
8 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	28
9 KEHITTÄMISEN TUOTOS	37
10 POHDINTA	39
10.1 KEHITTÄMISTYÖN TULOSTEN JUURRUTTAMINEN	40
10.2 TULOSTEN SOVELTAMINEN JA JATKOKEHITTÄMINEN	41
10.3 OMA POHDINTA.....	41

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Taulukko 1. Ikääntyneiden henkilöiden päivystyskäynnit erikois- ja perusterveydenhoidossa Seinäjoella vuosina 2013–2020

Taulukko 2. Hoitoprosessin vaiheet

Taulukko 3. Hoitosuunnitelmassa huomioitavat muuttujat kuvauksineen

Kuvio 1. Ikääntyneen akuuttihoitojaksoa määrittäviä tekijöitä

Kuvio 2. Potilaslähtöinen ja suunnitelmallinen hoitojakso

Kuvio 3. Kuntoutumista tukeva hoitotyö

Kuvio 4. Turvallinen kotiutuminen

Kuvio 5. Potilaan hoitosuunnitelman kokonaisuus akuuttiosastolla

Kuvio 6a. Hoitosuunnitelma Check Card (HOSUcc), etupuoli

Kuvio 6b. Hoitosuunnitelma Check Card (HOSUcc), takapuoli

1 JOHDANTO

Potilasmäärät ovat lisääntyneet vuosina 2015–2020 sekä erikoissairaanhoidon että varsinkin perusterveydenhuollon päivystyksessä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2005–2023). Seinäjoen keskussairaalassa on paljon potilaita, jotka eivät tarvitse erikoissairaanhoidoa, mutta potilaspaikkojen puutteessa heitä ei saada siirrettyä terveyskeskukseen osastohoitoon. Akuuttiosaston tarkoituksena on hoitaa ja kuntouttaa potilas muutamassa vuorokaudessa siten, että hän voi palata omaan kotiin. Kotiinlähtöä suunniteltaessa lisäpalveluiden tarve kartoitetaan ja ne pyritään järjestämään jo osastolta käsin. Näin kaikki tieto tulee samasta paikasta, eikä tule sekaannuksia tai päällekkäisyyksiä. Potilasta ei kuitenkaan aina voida kotiuttaa, jos hänen toimintakykynsä on heikentynyt niin paljon, että tehostetustakaan kotiaavusta ei enää ole hyötyä. Potilaan voimien heikentyessä on syytä tutkia gerastenian mahdollisuus. Gerastenia on entiseltä nimitykseltään haurausraihnaus- oireyhtymä ja sen oireisiin kuuluvat painon lasku, hitaus, uupumus, lihasheikkous ja vähäinen fyysinen aktiivisuus (Käypä hoito, 2021). Gerastenian käypä hoito - suosituksen mukaan positiivisen gerastenia löydöksen tulisi johtaa kokonaisvaltaiseen geriatriseen arvioon. Näissä tilanteissa pyritään miettimään, mikä olisi potilaan kannalta oikea paikka. Valitettavan usein nämä ihmiset jäävät sairaaloihin makaamaan, eikä se ole kenenkään kannalta tarkoituksenmukaista. Iäkkään ihmisen sairaalahoito on itsenäinen riski, joka on sitä suurempi, mitä heikompi ja monisairaampi iäkäs on (Duodecim, 2019).

Akuuttiosaston hoitosuunnitelmaa tulee kehittää, sillä koko hoitopolun sujuvuus vaikuttaa olennaisesti potilaan kotiutumiseen ja sen onnistumiseen ongelmitta. Selkeä hoitopolku tarjoaa työkalun asioiden oikea-aikaiseen selvittämiseen ja toteuttamiseen. Hoitopolun tarkoitus on ohjata kohti potilaan turvallista kotiutumista ja luo yhteyden muun muassa omaisiin ja muihin potilasta hoitaviin tahoihin. Potilaan hyvä hoitosuunnitelma nopeuttaa kotiutuksia, jolloin potilaspaikkoja vapautuu käyttöön nopeammin. Tämä mahdollistaa niiden potilaiden, jotka eivät enää tarvitse erikoissairaanhoidotason hoitoa, siirtymisen keskussairaalaan terveyskeskussairaalaan. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM, 2024) määrittää, että Suomessa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on käytössä ns. *siirtoviivemaksu*, jolla pyritään turvaamaan potilaan sujuva ja oikea-aikainen siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai jatkohoitoon. Mikäli potilas on kliinisesti arvioitu siirtokelpoiseksi, mutta kunta tai hyvinvointialue ei ole järjestänyt jatkohoitopaikkaa tai -palvelua sovituksessa ajassa, erikoissairaanhoidoa tuottava yksikkö voi periä siirtoviiveestä korvauksen.

Korvauskäytännön tarkoituksena on ehkäistä tarpeettoman pitkiä sairaalahoitajaksoja, edistää potilasvirtojen hallintaa sekä parantaa hoidon kustannustehokkuutta. Lisäksi se toimii kannustimena perusterveydenhuollon palveluiden ajanmukaiseen järjestämiseen ja integroituun hoitoketjutyöhön.

Jotta voi tarkastella ja kehittää hoitosuunnitelmaa, täytyy ymmärtää, millainen on terveys- ja hoitosuunnitelman lainsäädännöllinen tausta (Komulainen ym., 2011, s. 12). Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut potilasasiakirjoja koskevan asetuksen (298/2009), jonka seitsemännessä pykälässä edellytetään, että potilasasiakirjoihin on merkittävä tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi.

Hoitosuunnitelman kehittäminen kohti turvallista kotiutusta nojaa vanhuspalvelujen kansalliseen linjaukseen siitä, että ikääntyneiden pitkä- ja lyhytaikainen hoito voidaan toteuttaa pääosin kotona tai kodinomaisessa ympäristössä (Kelo ym., 2015; s. 76; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 980/2012). Tästä syystä on tarpeen minimoida laitospaikkaisessa ympäristössä vietetty aika ja mahdollistaa ikääntyneelle hyvä ja turvallinen jatkokuntoutuminen omassa kodissa.

Hoitosuunnitelman laatiminen ei ole pelkästään hyvä hoitokäytäntö, vaan se on myös lainsäädännöllinen velvoite. Terveystieteidenhuoltolain 8 § (1326/2010) velvoittaa laatimaan potilaalle hoitosuunnitelman silloin, kun hänen hoitonsa edellyttää sitä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) puolestaan ohjeistaa hoitosuunnitelman olevan potilasasiakirjan osa ja siihen tulee kirjata potilaan terveydentilan kannalta tarpeelliset tiedot hoidon suunnittelemiseksi, toteuttamiseksi ja seurannaksi. Hoitosuunnitelma rakennetaan siten, että hoidon suunnittelu ja toteutus ohjaavat toimintaa. Hoidon alussa selvitetään muun muassa nykyisiä tai tulevia palveluita, hoidetaan tehokkaasti akuuttia ongelmaa, ollaan kontaktissa omaiseen sekä kuntoutetaan potilasta hoitotyön ohessa. Hoitosuunnitelman kehittämisessä tarkoitus on, että se ohjaa arvioimaan potilaan tilaa systemaattisesti heti ensimmäisestä hoitopäivästä alkaen.

Tämän kehittämistyön tarkoitus on tuottaa tietoa siitä, millainen hoitosuunnitelma olisi optimaalinen Seinäjoen terveyskeskuksen akuuttiosastolla. Optimaalisella tarkoitetaan oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Hoidon tavoitteena on potilaan kuntoutuminen

kotikuntoiseksi ja jatkotoipumisen mahdollistuminen turvallisesti omassa kodissa. Tarkoitus on, että työn tuottamasta aineistosta luodaan ns. HOSUcc eli Hoitosuunnitelma check card.

2 IKÄÄNTYNYT AKUUTTIOSASTOLLA HOIDOSSA

Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan Suomen lainsäädännössä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980, 3§) ihmisryhmää, jolla on oikeus vanhuuseläkkeeseen eli he ovat yli 65- vuotiaita. Iäkäs henkilö puolestaan määritellään samassa laissa henkilöksi, jonka toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä (3 §:n 2 kohta). Iän karttumiseen liittyy usein sairauksien ja vammojen lisääntymistä tai pahenemista sekä elimistön rappeutumista. Tässä kehittämistyössä ikääntyneellä potilaalla tarkoitetaan monisairasta henkilöä, jolla on ikääntymisen mukanaan tuomia toimintakykyyn heikentävästi vaikuttavia oireyhtymiä (esimerkiksi gerastenia).

Kehittämistehtäväni kohteeksi valikoitui entinen työyksikköni Seinäjoen terveystakeskuksen akuuttiosastolla. Tehdessäni työtä osastolla, koin itse sekä kuulin kollegoiltani, että työ vaikutti sirpaleiselta. Kollegani kuvailivat tunnetta siitä, että tehdään töitä samassa paikassa, mutta ei kuitenkaan samaan suuntaan. Hoidolta tuntui puuttuvan selkeä tavoite. Turhautumista lisäsi usein niin sanottu pyöröovi-ilmiö eli se, että monet ikääntyneet potilaat palasivat muutamien päivien sisällä kotiutumisesta takaisin osastolle.

Akuuttiosastolla hoidetaan potilaita, jotka ovat täyttäneet 18 vuotta. Poikkeuksen tuovat raskaana olevat, joiden hoitamiseen osastolla ei ole osaamista. Pääsääntöisesti osaston potilaat ovat ikääntyneitä ja nimensä mukaisesti osaston tarkoitus on hoitaa akuutti sairaus, jonka jälkeen potilas kotiutetaan. Ikääntyneiden hoitaminen kuitenkin tekee akuutti-hoidosta huomattavasti haastavampaa. Ikääntynyt elimistö on herkempi lääkkeiden sivuvaikutuksille, kuten kumuloitumiselle ja keskushermostoon kohdistuville vaikutuksille. Tämän selittää rasvan määrän lisääntyminen ikääntyessä. Lisäksi veren paluukierto sydämeen on usein heikentynyt, mikä voi aiheuttaa turvotuksia ja siitä johtuvia liikkumisen haasteita (Stenholm ym., 2022). Iho on haurasta ja altis vaurioille, mikä lisää riskiä makuu-haavoihin ja infektioiden syntymiseen. Monilla ikääntyneillä potilailla on myös heikentyneet kognitiiviset taidot, esimerkiksi Alzheimerin taudin tai aivoinfarktien jälkitilojen seurauksena. Artikkelissaan Vuoksima (2019a) kirjoittaa, että kognitiivinen suoriutuminen tulisi suhteuttaa henkilön lähtötasoon, mutta tämä on vaikeaa, sillä terveydenhuollon ammattilainen ei useinkaan tunne henkilöä eikä aiempaa objektiivista tietoa suoriutumisesta ole.

On tärkeää tunnistaa mahdolliset muutokset potilaan toimintakyvyssä verrattuna aiempaan tilanteeseen ja niiden äkillisyys. Toimintakyvyn romahdus voi tapahtua äkillisesti esimerkiksi akuutin sairauden tai haitallisen lääkityksen seurauksena, jopa muutaman päivän kuluessa. Lisäksi iäkkään yleistila saattaa heikentyä hitaasti kuukausien kuluessa perussairauksien vaikutuksesta ilman uutta lääketieteellisesti hoidettavaa ongelmaa (Duodecim, 2019).

2.1 Akuuttihoito vuodeosastolla

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa sanotaan, että terveydenhuoltoon sisältyvät niin terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuin perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010). Tämä kehittämistehtävä koskee ikääntyneen akuuttihoitoa perusterveydenhuollon osastolla. Akuutisti sairastuneen iäkkään hoito, toimenpiteet ja hoidon paikka määräytyvät sen mukaan mikä on hänen aiempi terveydentilansa, kuntonsa ja epäilty syy (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018. Akuuttihoito-opas). Akuutit sairaudet kuten infektiot, aivoverenkiertohäiriöt, rytmihäiriöt ja sydämen vajaatoiminta edellyttävät akuuttihoitoa. Vuosina 2013–2020 iäkkäiden henkilöiden päivystyskäynnit lisääntyivät alla olevan taulukon mukaisesti. Taulukosta voidaan päätellä muun muassa, että erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeudutaan herkemmin ja se on myös suurin väylä, mitä kautta päädytään osastohoitoon perusterveydenhuollon puolelle. Perusterveydenhuollon päivystyskäyntien määrän jatkuva väheneminen kertoo, että iäkkäät ovat yhä enenevässä määrin erikoissairaanhoidon tarpeessa.

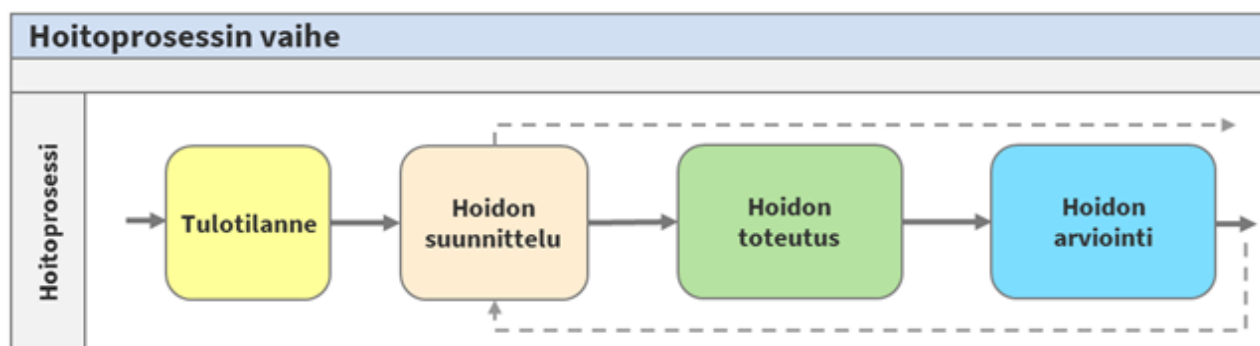
Taulukko 1. Ikääntyneiden henkilöiden päivystyskäynnit erikois- ja perusterveydenhoidossa Seinäjoella vuosina 2013–2020 (THL, i.a.).

			2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä info ind. 5070	Seinäjoen seutukunta	yhteensä	287,0	276,9	357,2	373,2	421,4	453,3	579,4	527,8
Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa 75 vuotta täyttäneillä (ml. yhteispäivystys) / 1 000 vastaavan ikäistä info ind. 5080					275,9	254,0	318,3	317,6	143,2	167,2

2.1 Osastohoitoon tuleminen ja hoitoprosessi

Osastohoitoon tullaan pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon päivystyksen kautta, mutta myös perusterveydenhuollon päivystyksen kautta. Hoitoon tullessa potilaan hoitoprosessin tulisi sisältää seuraavat vaiheet asianmukaisine kirjauksineen (Taulukko 2).

Taulukko 2. Hoitoprosessin vaiheet (Kauvo & Virkkunen, 2022).



Prosessissa on havaittu olevan haasteita, etenkin hoidon suunnittelun ja arvioinnin osalta. Osastohoidossa hoidetaan useasti muutakin kuin hoitoon johtanutta ongelmaa, jolloin alkuperäinen hoitosuunnitelma ei enää pädekään ja uuden puuttuessa hoidolla ei ole enää selkeää suuntaa.

Taulukko 3. Hoitosuunnitelmassa huomioitavat muuttujat kuvauksineen.

Haastealue	Kuvaus	Yhteys monilääkitykseen / geriatriset oireyhtymät
1. Hoidon tavoitteiden epäselvyys	Hoitosuunnitelma ei enää vastaa potilaan tilannetta	Geriatriset oireyhtymät vaativat yksilöllistä ja muun- tuvaa hoidon kohdentamista
2. Moniammatillisen yhteistyön haasteet	Hoidon suunta epäselvä, vastuut jakautuvat epäjohton- mukaisesti	Lääkitysarviot ja toimintakyvyn arviot voivat jäädä te- kemättä ilman koordinaatiota
3. Potilaan osallistumisen heikentyminen	Potilas tai omainen ei ymmärrä hoidon tilannetta tai tavoitetta	Kognitiiviset ongelmat, aistivammat ja sekavuus vai- keuttavat osallistumista

4. Turhat tai viivästyneet toimenpiteet	Hoito ei perustu ajantasaiseen arvioon, päätökset voivat viivästyä	Monilääkitty potilas voi saada turhia tai haitallisia lääkkeitä
5. Kotiutumisen ja jatkohoidon vaikeus	Hoidon jatkosuunnitelma puutteellinen, siirtoviiveet mahdollisia	Toimintakyvyn ja sosiaalisen tuen tarpeen arvio puutteellinen
6. Potilasturvallisuuden heikkeneminen	Vaarana virheet lääkityksessä, hoidon jatkuvuudessa tai dokumentoinnissa	Monilääkitys lisää haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten riskiä, erityisesti iäkkäillä

Taulukkoon 3 on koottu hoidon suunnittelun ja koko hoitoprosessin haasteet (Boyd ym. 2005; Maher ym. 2014). Se esittää yksinkertaistettuna sen, miten monivaiheinen hoitoprosessi on.

2.2 Yleisimmät hoidon tarpeet

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollon ammattilaisen tekemää tutkimusta potilaan terveydentilasta, kun tämä ottaa yhteyttä terveydenhuollon yksikköön (Pellikka 2013a, s. 858). Hoitaja haastattelee ja tarkkailee potilasta selvittääkseen, miksi terveydenhoito on tarpeen, millaisia oireita potilaalla on ja ovatko ne vakavia tai kiireellistä hoitoa vaativia. Päivystyksessä ja vastaanottotyössä hoitaja arvioi potilaan terveydentilaa joko kasvotusten tai puhelimitse ja pyrkii erottamaan kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat muista. Arvioinnissa hyödynnetään hoitajan omia aisteja ja ammattitaitoa, triage- hoitoisuusluokituksia, muita tietolähteitä kuten kollegoita ja lääkäreitä sekä sairaalakohtaisia ohjeistuksia. Triage-luokittelu on potilaiden terveydentilan kiireellisyyden arviointia ja heidän priorisointiaan hoidon saamiseksi sopivassa ajassa. Triage-hoitoisuusluokituksen avulla varmistetaan yhte-näiset hoitokäytännöt ja potilasohjaus erityisesti kiireellisissä tilanteissa. Syväoja ja Äijälä (2009, s. 96.) muistuttavat, että kaikkien hoitotyötä tekevien on tärkeää muistaa arvioida potilaan hoidon tarvetta omalla panoksellaan.

Yleistilan lasku on yleinen syy päivystyskäynneille vanhimmissa ikäryhmissä, erityisesti yli 65-vuotiailla, ja lähes neljänneksellä yli 90-vuotiaista (Leppänen ym., 2019). Tämä tila tarkoittaa vanhuksen toimintakyvyn heikkenemistä, jonka syy on usein epäselvä. Tyypillisiä oireita ovat liikuntakyvyn ja ruokahalun huonontuminen sekä uupumus. Muita yleisiä syitä

ovat vaikeudet selviytyä kotona ja heikko jalkojen kantaminen, joista käytetään kansainvälisessä kirjallisuudessa ilmauksia "non-specific complaints" tai "weakness and fatigue". Yleistilan lasku vaikeuttaa diagnostiikkaa, ja taustalla voi olla keuhkokuume, munuaisaltaan tulehdus, sydämen vajaatoiminta tai muita sairauksia. Monisairastavuus, monilääkitys ja muistisairaudet tekevät tilanteesta vielä monimutkaisemman. Yleistilan laskun vuoksi päivystyskäynnit kestävät pidempään, ja sairaalahoitoon päätyminen todennäköisyys on suurempi. Lisäksi useilla iäkkäillä on todettavissa ainakin yksi geriatrinen oireyhtymä, kuten heikentynyt toimintakyky, masennus tai kaatumiset. Lääkehaitat ovat myös yleisiä ja voivat jäädä huomaamatta, mikä lisää kuolleisuusriskiä. Tämä tekee yleistilan laskusta monivaiheisen haasteen päivystyksessä, jossa usein jää huomaamatta vakavia sairauksia ja oireita, jotka voisivat vaikuttaa potilaan hoitoon ja ennusteeseen (mt).

2.3 Monisairaahan hoito

Monisairaalla potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on vähintään kaksi pitkäaikaista sairautta, vammaa tai toiminnanvajausta (Käypä hoito- suositus, 2021). Iäkkäällä väestöllä monisairastavuus on yleisempää kuin muilla ikäryhmillä; 65 vuotta täyttäneillä sen esiintyisyys on vaihdellut 55 %:n ja 65 %:n välillä. Suomessa 65–85- vuotiaista miehistä 77 % ja naisista 79 % on monisairaita.

Monisairaahan potilaan hoidon toteuttaminen vaatii hoitavalta henkilöstöltä laajamittaista osaamista muun muassa niin sisätaudeista kuin ikääntymisestä. Hoito muuttuu haastavaksi, kun ihmisen elimistön ikääntymismuutokset ovat edenneet pitkälle ja vaikeuttavat muun muassa elintärkeiden lääkkeiden annostelua. Monisairaahan potilaan hoidossa joudutaan hyväksymään kahdesta huonosta vaihtoehdosta se parempi ja etenemään sen kanssa.

2.3.1 Ikääntyneen monilääkitys

Iäkkäiden monilääkitys on yleistä, erityisesti naisilla, ja siihen liittyy useita riskejä. Doumatin ym. (2023, s. 1) mukaan monilääkitys voidaan määrittää tilana, jossa ikääntynyt käyttää viittä tai useampaa lääkettä samanaikaisesti. Alhainen sosiaaliluokka, heikentynyt terveys,

sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes liittyvät monilääkitykseen. Ikääntymisen aiheuttamat muutokset elimistössä lisäävät lääkkeiden riskejä ja sivuvaikutuksia. Monilääkitys voidaan estää arvioimalla lääkitys säännöllisesti ja tarpeen mukaan vähentämällä lääkkeitä. Psyykenlääkkeiden käytön lopettaminen vaatii aikaa, usein useita kuukausia tai jopa vuosia. Vaikka yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on pieni, heidän osuutensa lääkekustannuksista on merkittävä. Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö on jatkuvasti lisääntynyt, ja monilääkitystä esiintyy lähes puolella yli 74-vuotiaista. Tämä ilmiö on havaittavissa myös muissa maissa, missä ikääntyvien keskimääräinen lääkemäärä on kasvussa (Duodecim, 2002). Yleisimpiä monilääkityksessä käytettyjä lääkeryhmiä ovat sydän- ja verenkiertoläkkeet sekä keskushermoston ja hengityselinten lääkkeet. Monilääkityksessä olevat käyttävät muita lääkkeitä enemmän, myös käsikauppalääkkeitä. Käyttötarkoitukset voivat jäädä epäselviksi, esimerkiksi unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden osalta (Duodecim, 2002).

lääkkäiden monilääkitys voi aiheuttaa runsaasti ongelmia, kuten lääkkeiden yhteisvaikutuksia ja haittavaikutuksia, mikä usein johtaa uusien lääkkeiden lisäämiseen ja käsikauppalääkkeiden käyttöön. Tämä lisää lääkemääriä ja haittoja sekä vähentää hoidon noudattamista. Monilääkitykseen liittyvät ongelmat ovat merkittävä syy iäkkäiden sairaalahoitoon ja aiheuttavat huomattavia kustannuksia. Iäkkäät ovat alttiimpia lääkkeiden haittavaikutuksille, koska heidän elimistönsä toiminta muuttuu ikääntyessään. Monilääkityksestä tulee ongelma erityisesti silloin, kun potilaalla ei ole yhtä vastuullista lääkärinä, joka hallinnoisi kokonaisvaltaisesti hänen hoitoaan ja lääkitystään. Potilas saattaa käydä useiden eri erikoislääkäreiden vastaanotolla, jotka kukin hoitavat omaa erikoisaluettaan ilman kokonaisvaltaista näkemystä potilaan muista lääkityksistä. Tämä voi johtaa tilanteeseen, jossa potilaalla on useita sairauksia, joihin jokaiseen määrätään omat lääkkeensä, lisäksi oireenmukaisia lääkkeitä ja kipu- sekä psyykenlääkkeitä. Tällöin vastuuta potilaan hoidon koordinoinnista ja lääkityksen yhteensovittamisesta jää hoitavan yleislääkärin harteille (Duodecim, 2002).

2.3.2 Geriatriset oireyhtymät

Vanhuuden oireyhtymät eivät ilmene yhtäkkiä, vaan niillä on oma historiansa. Vaikka perinteiset valtimotaudit, kuten sydäninfarkti ja aivohalvaus, ovat edelleen merkittäviä kuolemansyitä vanhuusiässä, toimintakykyä uhkaavat erityisesti "geriatrian jättiläiset" eli geriatriset oireyhtymät (Suomen lääkäriliitto, 2018). Näihin kuuluvat muun muassa hauraus-raihnausoireyhtymä eli gerastenia, muistisairaudet, kaatumiset ja osteoporoottiset murtumat, krooninen kipu sekä inkontinenssi.

Gerastenia, aiemmin tunnettu haurausraihnaus-oireyhtymänä, on ikääntymiseen liittyvä tila, jossa elimistön fyysiset varannot vähenevät ja kyky kestää kuormitusta heikkenee. Se ilmenee painon laskuna, hitautena, uupumuksena, lihasheikkoutena ja vähäisenä fyysisenä aktiivisuutena (Duodecim, 2021). Gerastenia lisää kaatumisriskiä, hoitoon liittyviä komplikaatioita, laitoshoidon joutumisen riskiä ja kuolleisuutta. Käypä hoito- suosituksen laatinut työryhmä suosittelee gerastenian seulontaa yli 65-vuotiailla monisairauspotilailla kävelynopeuden tai TUG-testin (Timed "up and go") avulla vastaanottokäynneillä. Jos seulontatesti viittaa gerasteniaan, suositellaan kattavaa geriatrista arviointia, joka kattaa seuraavat osa-alueet: fyysinen ja psyykinen terveys (mukaan lukien kognitiivinen toiminta), sosioekonominen tilanne, ravitsemus, liikkuminen, kaatumisriski, lääkitys, hoitotavoitteet, kuntoutusmahdollisuudet ja seuranta. (Käypä hoito, Monisairas potilas, 2021.) Arvioinnin päämääränä on tunnistaa muutettavissa olevat ongelmat, jotka voivat olla kliinisiä, sosiaalisia tai elintapoihin liittyviä, sekä arvioida avun, hoidon ja seurannan tarvetta. Lisäksi tarvitaan gerastenian hoitoon suunniteltuja ohjelmia ja hoitopolkuja terveydenhuollossa. (Käypä hoito, Geriatrisen kokonaisvaltaisen arvioinnin suoritus, 2021.) Gerastenia käsitettä käytetään yhä enenevässä määrin perusterveydenhuollossa, akuutissa hoidossa ja erikoissairaanhoidossa. Kuitenkin kolmen viime vuosikymmenen aikana tehdyistä ponnisteluista huolimatta yhteistä standardoitua välinettä gerastenian tunnistamiseksi ei ole vielä saavutettu.

Koska keski-ikäisellä kertyneet sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ennustavat gerasteniaa ja heikompaan terveyteen liittyvää elämänlaatua vanhuusiässä, on esitetty, että geriatriset oireyhtymät saattavat olla sydän- ja verisuonitautien ilmentymiä (Suomen lääkäriliitto, 2018). Tämä on tärkeä näkökulma, koska sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn on saatavilla sekä lääkkeettömiä että lääkkeellisiä keinoja.

Suomen lääkäriiliitto (2018) nostaa esiin suomalaisen tutkimuksen lapsuusiän riskitekijöiden ja ateroskleroosin kehittymisen välisestä yhteydestä viittaa siihen, että mitä varhaisemmin riskitekijöihin puututaan, sitä tehokkaampi ehkäisyteho on. Myös vanhuusiässä aloitetulla ennaltaehkäisyllä on havaittu olevan hyötyä. Esimerkkeinä mainittakoon liikunta, antikoagulanttihoito eli veren hyytymistekijöihin vaikuttava hoito (vähentää verisuonten tukkeutumisen riskiä) sekä verenpainetaudin ja osteoporoosin hoito. Heikentynyt kognitio ja muistisairaudet ovat yksi merkittävimpiä ikääntyneiden avun ja hoidon tarpeen selittäjiä.

Tiedon käsittelyyn liittyviä toimintoja, joita ovat havaitseminen, ajattelu ja muistaminen, kutsutaan kognitiivisiksi toiminnoiksi (Vuoksimaa, 2019, s.1084). Tavanomaisessa ikääntymisessä tapahtuvat muutokset ovat usein asteittaisia eivätkä yleensä estä itsenäistä selviytymistä arjessa, vaikka ne voivatkin olla henkilölle itselleen huomattavia ja joskus turhauttavia. Merkittävät, toimintakykyä selvästi heikentävät kognitiiviset muutokset liittyvät useimmiten sairauksiin ja ikääntyessä aivoissa tapahtuu muistisairauksille tyypillisiä muutoksia.

Tyypillisin heikentyneen kognition syy osastohoitoon tulleeella iäkkäällä on jokin diagno-soitu muistisairaus. Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia, tiedonkäsittelyä sekä kognitiota; kun nämä toiminnot heikentyvät merkitsevästi ja oireyhtymä muuttuu vaikea-asteiseksi, käytetään niistä käsitettä dementia (THL, 2022). Dementia ei kuitenkaan ole itsenäinen sairaus, vaan taustasairauden aiheuttama tila, joka pahimmillaan heikentää muistia ja tiedonkäsittelyä niin paljon, että itsenäinen päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on uhattuna.

2.4 Kokonaisvaltainen geriatrinen arvio

lääkkäiden hoidon jäävuorimalli on visuaalinen ja käsitteellinen malli, jota käytetään kuvaamaan sitä, miten suuri osa iäkkäiden terveys- ja toimintakykyongelmista jää helposti näkymättömiin tavanomaisessa kliinisessä arvioinnissa – aivan kuten jäävuoren suurin osa on pinnan alla. Malli ei ole yksittäisen tutkijan patentoima vaan se on laajasti käytetty ajattelua ja toimintaa käsitteistävä malli, jota sovelletaan etenkin geriatrisessa koulutuksessa. Edellisessä kappaleessa esitettyjen seikkojen vuoksi kokonaisvaltainen geriatrinen arvio on avainasemassa ikääntyneen elämänlaadun, toimintakyvyn ja terveyden tukemisessa.

Ellisin ym. (2011) mukaan kattavaa kokonaisvaltaista geriatriasta arviointia (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaista toteuttaa päivystyksellisesti tai akuutisti sairastuneen iäkkään lyhyen sairaalahoidon aikana. Päivystyksessä kerättyä perustietoa voidaan kuitenkin täydentää myöhemmin jatkohoitopaikassa. Syvällinen arvio iäkkään potilaan toimintakyvystä, terveydentilasta ja kokonaistilanteesta on perusteltua tehdä vasta akuuttihoitojakson jälkeen, kun arvioinnista vastaa potilaan aiemman toimintakyvyn ja terveydentilan paremmin tunteva hoitava lääkäri.

3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

Ikääntyneen toimintakyvyn heikentyminen aiheuttaa monia vaikeuksia kotiloissa ja arjessa selviytymisessä. Perustoimintojen ylläpito, kuten ruoanlaitto tai wc:ssä käynti, muuttuvat hankaliksi tai jopa mahdottomiksi. Ne ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn edellytykset, joita tässä kehittämistehtävässä kuntoutuksen kautta huomioidaan, ovat ravitsemus ja liikunta.

Hyvä ravitsemustila ylläpitää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Ikääntyneen tulisi nauttia nesteitä n. 1–1,5 litraa vuorokaudessa, jotta se olisi riittävää (Kelo ym., 2015, s. 34). Ruokavirasto julkaisi vuonna 2023 pohjoismaisten ravitsemussuosittelun (NNR2023) kuummen painoksen. Edellisen painoksen jälkeen on tehty viisi vuotta tiivistä yhteistyötä Pohjoismaiden ja Baltian maiden välillä, uusien, laajemmin tieteellisen suositusten luomiseksi. Tiivistetysti voisi sanoa, että ruoan tulisi sisältää entistä enemmän kasviperäisiä tuotteita ja vähemmän lihaa. Kalan sekä täysjyväviljan saannista tulisi niin ikään huolehtia. Ruokavalion tulisi sisältää mahdollisimman monipuolisesti erilaisia proteiininlähteitä, kasviksia, marjoja, viljaa sekä mahdollisimman vähän suolaa. D-vitamiinin merkitys korostuu varsinkin yli 75-vuotiailla. Gery ry (2020) korostaa, että tärkeää on muistaa ruokailun olevan myös sosiaalista vuorovaikutusta. Ruokailuun vaikuttaa suuresti henkilön sosioekonominen asema yhteiskunnassa.

Osastohoidon aikana potilaan ravitsemustilasta huolehtiminen on tärkeää. Kotona tapahtuva ruokailu on usein hyvin erilaista ja tapahtuu totuttujen kellonaikojen mukaan. Osastohoidossa yhtenäiset ruokailuajat, sekä tarjolla oleva ruoka voivat poiketa merkittävästi totutusta. Lähtökohtaisesti sairaaloissa ja laitoksissa tarjottava ruoka on suunniteltu vastaamaan päivittäisiä ravitsemuksellisia tarpeita. Ruoissa ei useinkaan ole juurikaan lisättyä suolaa ja annoskoot ovat maltilliset. Ruoan suolattomuus on usein kynnyskysymys sen syömiselle, varsinkin ikääntyneillä. Ruokailua vaikeuttaa niin ikään iäkkään akuutti sairaus. itenäinen ruokailu ei välttämättä onnistu juuri sillä hetkellä, joten olisi tärkeää, että potilasta avustettaisiin ruokailussa kiireettömästi ja rauhallisesti.

Liikunnan on todettu edistävän tervettä ikääntymistä. Office of Disease Prevention and Health Promotion (OASH) on muodostanut fyysisen aktiivisuuden oppaan, jonka (2008, s. 29) mukaan yli 65-vuotiaat saavat liikunnasta merkittäviä terveyshyötyjä, mutta ovat vähiten aktiivinen ikäryhmä. Siksi liikunnan edistäminen on erityisen tärkeää. Ikääntyvät ovat myös

hyvin monimuotoinen ryhmä, sillä useimmilla heistä on yksi tai useampi pitkäaikaissairaus, jotka vaihtelevat tyypiltään ja vakavuudeltaan. Kaikki ovat iän myötä menettäneet jonkin verran fyysistä toimintakykyä – osa enemmän kuin toiset. Jotkut ikääntyneet pystyvät juoksemaan useita kilometrejä, kun taas toiset jaksavat juuri ja juuri kävellä muutaman korttelin. Ikääntyneen säännöllinen ja monipuolinen liikunta tukee lihaskuntoa ja ehkäisee tapaturmia. Kelo ym. (2015, s. 41–42) korostaa, että liikunta parantaa unen laatua, vahvistaa luustoa sekä tuottaa yleisesti hyvää oloa. Verensokerin säätely, parempi ruokahalu ja tehokkaampi suolen toiminta ovat välittömiä vaikutuksia riittävästä ja hyvästä ravitsemuksesta. Potilaan muuttuvat sairauden vuoksi usein hyvin varoivaisiksi liikkumisen suhteen, sillä sairaus heikentää liikuntakykyä merkittävästi. Huono ravitsemus kiihdyttää lihaskatoa ja sen myötä liikuntakyky muuttuu huonoksi. Ikääntyneiden hyvinvointiin on positiivisesti yhteydessä niin fyysinen aktiivisuus kuin koettu toimintakyky. Toimintakykyä ylläpitämällä ja parantamalla voi vaikuttaa elämänlaatuun. Keskeisimmät suositukset ikääntyneiden liikunnalle ovat:

- Jos pitkäaikaissairaudet estävät 150 minuuttia kohtuukuormitteista liikuntaa viikossa, tulisi liikkua kykyjen ja terveydentilan sallimissa rajoissa.
- Kaatumisvaarassa olevien tulisi tehdä harjoituksia, jotka ylläpitävät tai parantavat tasapainoa.
- Liikunnan kuormittavuus tulisi suhteuttaa omaan kuntotasoon.
- Pitkäaikaissairauksista kärsivien on hyvä ymmärtää, miten sairaudet vaikuttavat liikunnan turvalliseen toteuttamiseen.

Kuntoutumista edistävä hoitotyö tarkoittaa hoitotyön toimintatapaa, jossa keskeisenä tavoitteena on potilaan toimintakyvyn, itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukeminen kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Sen painopiste on sairauksien oireiden lievittämisen sijaan potilaan kokonaisvaltaisessa kuntoutumisessa ja arjessa selviytymisen parantamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), 2020). Hoitotyössä korostuu potilaslähtöisyys: potilaan omat tavoitteet ja voimavarat huomioidaan hoitoa suunniteltaessa. Potilasta kannustetaan osallistumaan itse hoitoonsa ja tekemään mahdollisimman paljon itse – esimerkiksi peseytymään, liikkumaan ja pukeutumaan omatoimisesti.

Toimintakyvyn arviointi ja seuranta ovat olennainen osa kuntoutumista tukevaa hoitotyötä. Lisäksi arjen toimintojen harjoittaminen (itsenäinen ruokailu, wc:ssä käynti), turvallinen hoitoympäristö sekä moniammatillinen yhteistyö esimerkiksi fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa tukevat potilaan kuntoutumista. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on erityisen tärkeää ikääntyneiden hoidossa sekä pitkäaikaisspotilaiden kuntoutumisessa. Se voi ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä ja nopeuttaa kotiutumista sairaalahoidon jälkeen.

4 POTILASLÄHTÖINEN HOITOSUUNNITELMA

Kuten aiemmin jo todettiin, on laissa määriteltyä, mitä potilasasiakirjoihin, kuten hoitosuunnitelmaan, on merkittävä. Komulainen ym. (2011, s. 12) muistuttaa, että lain velvoitteiden lisäksi hoitosuunnitelmaa tehtäessä täytyy huomioida potilaan hoidon yksilöllisyys sekä hoidon jatkuvuus. Hoitosuunnitelman määrittely tavoittelee potilaskohtaisuutta eli sitä, että samassa terveys- ja hoitosuunnitelmassa kuvattaisiin kaikkia potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat. Tämä on täysin riippumatonta suunnitelleesta organisaatiosta. Näin mahdollisuus arvioida ja järjestää potilaan hoito yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Komulainen ym. (2011, s. 9) painottaa, että tavoitteena hoitosuunnitelman laatimiselle on potilaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus sekä potilastietojärjestelmien hyödyntäminen hoitotyössä. Hoitosuunnitelman termistö ja sen käyttö määräytyy aina hoitavan yksikön mukaan, vaikka yhtenevyyksiä yksiköiden välillä saattaa olla. Pääsääntöisesti rakenteessa on aina neljä komponenttia: Hoidon syy, hoidon tarve, hoidon toteutus ja hoidon arviointi.

Hoitosuunnitelma on rakenteellisuudestaan huolimatta aina yksilöä varten tehty suunnitelma, jonka noudattaminen on monen asian yhteissumma. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan ikääntyneen perussairaudet, toimintakyky, toimintaympäristö sekä akuutin hoidon tarve. Tarkoitus on, että kehittämällä hoitosuunnitelmaa mahdollisimman käyttökelpoiseksi nimenomaan ikääntyneillä akuutisti sairailta, saadaan hoidosta yhtenäistä, oikea- aikaista ja tehokasta.

5 TURVALLINEN KOTIUTUMINEN

Sairaalahoidon jälkeen potilaan on tarkoitus kotiutua tarkoituksenmukaiseen jatkohoitopaikkaan jatkamaan toipumista ja kuntoutumista. Kotiutuva potilas on vielä jonkin aikaa toipilas ja tarvitsee tukea ja kannustusta tulevaan kotona selviytymiseen. Kotiutuminen saattaa olla pelottava ja ahdistava ajatus, vaikka yleisesti ottaen iäkkäät ja heidän läheisensä luottavatkin terveydenhuollon ammattilaisten tekemiin kotiutuspäätöksiin. Tiedonsiirto ammattilaiselta toiselle (esim. kotihoito, ympärivuorokautinen palveluasuminen), ammattilaiselta läheiselle sekä ammattilaiselta potilaalle on turvallisen kotiutumisen ehto. Tietoa tulee siirtää siten, että se on vastaanottajalleen selkeää. Tiedonsiirrossa on kannettava ammatillinen vastuu ja muistaa, että vastuun siirtäminen tiedonsiirrosta iäkkäälle saattaa vaarantaa potilasturvallisuutta. Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) painottaa turvallisen kotiutumisen merkitystä. Olosuhteet kotiutumiselle tulee luoda sellaiseksi, että tämä on mahdollista. Mesteig ym. (2010.) huomauttaa, että tutkimus osoittaa äskettäin sairaalasta kotiutuneilla geriatrisilla potilailla olevan suurentunut riski joutua odottamattomasti uudelleen sairaalahoitoon tai siirtyä hoitokotiin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että lääkitykseen liittyvät epäjohtonmukaisuudet ovat yleisiä. Vain harvat tutkimukset ovat kuitenkin raportoineet muista kuin lääkitykseen liittyvistä haittatapahtumista. Puutteellisesti suunniteltu kotiutustilanne on iäkkäälle raskasta.

Moniammatillinen yhteistyö edistää turvallista kotiutusta. On tärkeää, että eri ammattiryhmät toimivat hyvässä yhteistyössä, jotta siirtyminen kotiin tuntuisi iäkkäältä turvalliselta. Kaikki esteet hyvän yhteistyön toteutumiseksi tulisi pyrkiä poistamaan. Palonen ym. (2015) tekivät tutkimuksen ikääntyneen ihmisen ja tämän läheisten saamasta ohjauksesta. Tuloksena oli, että noin joka neljäs ikääntynyt potilas ja 40 prosenttia omaisista eivät saaneet kotiutuksen yhteydessä ohjausta. Kotiutusohjauksen antaminen oli kuitenkin yhteydessä potilaiden ja omaisten parempaan kotiutusvalmiuteen. Iäkkäät henkilöt tarvitsevat lisätietoa mm. lääkityksestä, kunnallisista palveluista (mm. kotipalvelu, kuljetuspalvelut, kodin muutostyöt) ja niiden saavutettavuudesta, apuvälineiden käytöstä, liikkumisesta, sallituista aktiviteeteista kotona, nosterajoituksista ja toipumisesta. Huolenaiheina ikääntyneillä on esimerkiksi kipu, kaatumisen pelko, nukkuminen ja yksinolo. Osastolta on hyvä varmistaa, että iäkkäille henkilöille on tarjolla joku yhteydenpitokanava, jonka kautta voi esittää kotiutumisen jälkeen heräviä jatkohoitoon liittyviä kysymyksiä (mt). Ammattilaisen tulee huomioida, että tietoa annetaan aina yksilöllisesti erilaiset tarpeet ja rajoitteet huomioiden (näkövamma, kuulo- vamma, kielimuuri). Tärkeässä roolissa on varmistaa, että ikääntynyt on myös ymmärtänyt

saamansa ohjeistuksen. Omahoitoon kotona on vaikeaa sitoutua, jos kokee epävarmuutta siitä, miten tulisi jatkossa toimia.

6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄT

Kehittämistyön tarkoituksena on tukea sairaalahoitoon joutuneiden ikääntyneiden mahdollisuuksia kuntoutua ja kotiutua sekä asua mahdollisimman terveinä ja toimintakykyisinä omassa kodissaan.

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää ikääntyneen ihmisen sairaalahoidon aikaista hoitosuunnitelmaa siten, että se tähtää suoraan turvalliseen kotiutumiseen. Pyrkimys on, että rakenteinen hoitosuunnitelma vähentää ikääntyneen sairaalapäivien määrää ja sen myötä tulevaa toimintakyvyn heikkenemistä.

Hoitosuunnitelman kehittämistä ohjaavia kysymyksiä ovat:

- . Millainen on ikääntyneelle toimiva hoitosuunnitelma?
- . Mitä tarkoittaa turvallinen kotiutus?
- . Minkälaista on päivittäinen kuntoutumista edistävä akuuttihoitotyö?

7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

7.1 Kehittämistyön konteksti

Laadullinen kehittämistehtävä toteutettiin 40 paikkaisella akuuttihoidon osastolla Seinäjoen sairaalassa. Osastolla on kaksi valvontapaikkaa ja 38 tavallista vuodepaikkaa. Osastolla toimii kolme osastonlääkärinä, sairaanhoitajia sekä lähihoitajia. Osasto on nimensä mukaisesti akuuttihoitoon keskittynyt yksikkö ja keskimääräinen kotiutusaika on noin viisi päivää.

Päivittäisessä työssä käytyjen keskustelujen pohjalta nousi esiin, että esimerkiksi kotiutumisessa henkilöstö koki haasteeksi sen, että potilaiden kotiutus ei ollut oikea-aikainen. Keskustelut korostivat tarvetta järjestelmälliselle työlle, jotta potilaat voitaisiin kotiuttaa mahdollisimman hyväkuntoisina jatkamaan kuntoutumista omissa kodeissaan. Haasteena pidettiin sitä, että potilaan hoito muuttui liian laaja-alaiseksi, jolloin akuutti sairaus jäi vähemmälle huomiolle. Akuutti sairaus usein laukaisi useita toimintakykyä merkittävästi vaikuttavia sairauksia ja sen vuoksi pitkittynyt sairaalahoito teki kotiutumisesta haastavaa.

7.2 Kehittämistyön menetelmät

Kehittämistyön viitekehyksenä on konstruktivistinen kehittäminen. Konstruktivistisessa mallissa on ajatus kehittämishankkeen huolellisesta suunnittelusta, hankkeen vaiheistuksesta, toiminnassa oppimisesta, osallisuudesta, tutkimuksellisesta kehittämisotteesta ja monipuolisesta menetelmäosaamisesta eli toisin sanoen koko kehittämistoiminnan riittävästä metodologisesta ymmärtämisestä ja hallinnasta (Salonen, 2013, s. 16). Kehittämistyössä keskityttiin hankkeen vaiheistamiseen ja osallisuuteen. Henkilöstö otettiin mukaan keskusteluun ja sitä kautta haasteiden ja ongelmakohtien havaitsemiseen. Päivittäisessä työssä hoitohenkilöstö toi esiin huoliaan hoidosta ja sen toteutumisesta. Keskusteluja asiasta käytiin paljon kahvitaukojen aikana ja pohdimme, että miten toiminnasta saisi rakenteellisempaa ja suunnitelmallisempaa.

Osaston henkilöstön ajatuksiani kuunneltuani lähestyin osastonhoitajaa kehittämistyön tiimoilta. Keskustelun jälkeen havaitsimme, että toiminta osastolla vaati kehittämistä ja rakentamista, jotta työ voitiin kokea mielekkäänä. Osastokokouksessa esittelin ajatuksen henkilöstölle, joka koki työn tarpeellisenä oman työnsä ja osaston toiminnan kannalta.

Arkipäiväisten keskustelujen lomasta keräsin eniten esiin tulleet hoidon ristiriitaisuudet ja muodostin niistä neljä pääteemaa, jotka tähtäävät turvalliseen kotiutumiseen. Lisämateriaalia tuottaakseni haastattelin teemojen pohjalta tukikysymysten avulla henkilöstöä pienissä ryhmissä. Menetelminä toimivat soveltuvien osien sekä learning cafe, että teemoitettu haastattelu. Innokylä (2021) määrittelee learning cafe- menetelmän tavaksi oppia ja ideoida. Learning cafe on keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen tarkoitettu yhteistointamenetelmä. Learning cafet toteutettiin kolmena peräkkäisenä viikkona ja niihin kunkin varattiin aikaa 45 minuuttia. Keskustelut käytiin osaston neuvotteluhuoneessa rauhallisen ympäristön takaamiseksi.

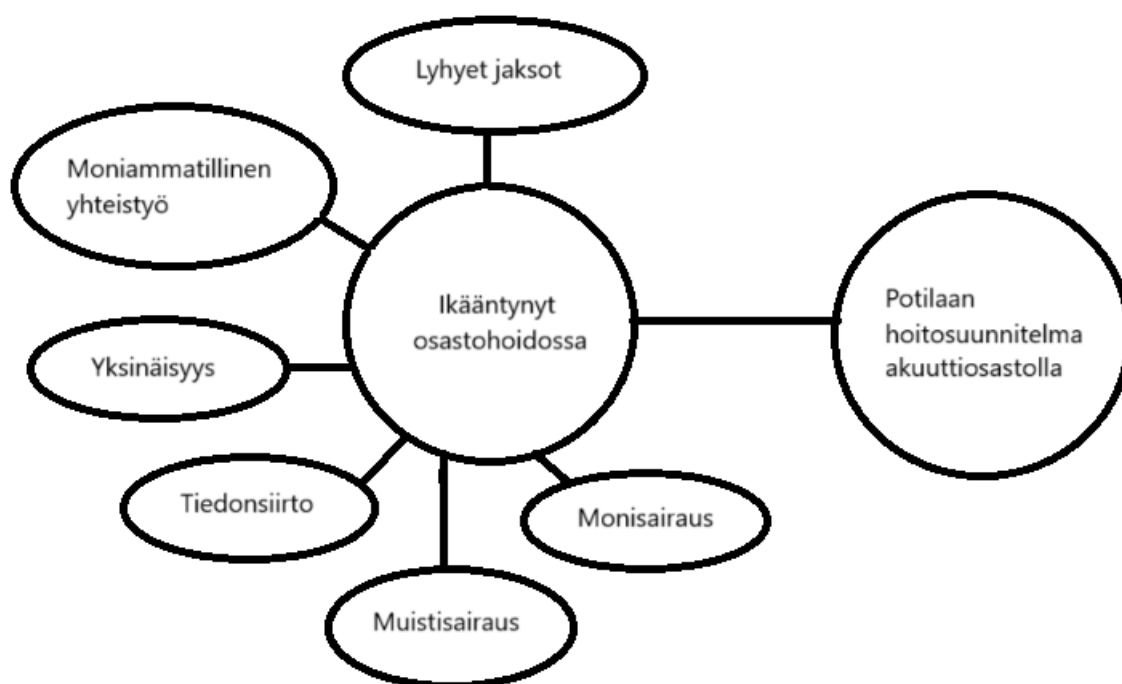
Kussakin keskusteluryhmässä oli kolmesta neljään sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa. Keskusteluiden alussa neljä etukäteen käytännön työstä nostamaani teema-aluetta käytiin vielä läpi, jotta varmistuttiin siitä, että lähtökohta kehittämistehtävälle oli oikea. Jokainen ryhmän jäsen kirjasi itse omat ajatuksensa paperille ja kävivät yhteistä keskustelua kustakin osa-alueesta. Kaikkien keskusteluryhmien jälkeen kävin läpi kaikki kirjoitetut vastaukset ja koostin ne Mind Mapin avulla, jotta löytäisin yhteiset nimittäjät kullekin osa-alueelle. Kooste toi esiin sen, että tulokset eivät olleet yksittäisen hoitajan subjektiivisia kokemuksia vaan työyhteisön haasteita ja kehittämisen kohteita. Check Cardin muodostamisen jälkeen sitä testattiin yksikössä kolmen sairaanhoitajan toimesta yhden kuukauden ajan. Sairaanhoitajat lähettivät testijakson jälkeen sähköpostitse kommenttinsa kortin toimivuudesta. Testauksen alussa testaajilta pyydettiin myös mahdollisia kehittämis ehdotuksia, jos kortista puuttui jotain oleellista. Testauksen ja siitä saatujen kommenttien perusteella korttia tarkennettiin vielä, jotta se vastaisi tarpeisiin.

Kehittämistyön ydinkysymyksistä muodostui neljä teemaa; ikääntynyt osastohoidossa, potilaslähtöinen hoitosuunnitelma, kuntoutus hoitotyössä ja turvallinen kotiutuminen. Teemoista keskusteltiin ryhmissä, tavoitteena löytää konsensus siitä, mitä akuuttiosastolla tulisi tehdä, jotta kotiutuminen olisi mahdollisimman sujuvaa. Teema-alueet eivät olleet kovin tiukkaan rajatut, sillä tarkoitus oli kerätä materiaalia mahdollisimman laajasti. Hirsjärven ja

Hurmeen mukaan (2000, s. 35) teemahaastattelua voidaan käyttää muun muassa silloin, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan, tai kun vastaus perustuu haastateltavan henkilön omaan kokemukseen. Haastattelua voidaan käyttää myös silloin, kun halutaan syventää tietoa jostakin asiasta. Teemojen alle oli kerätty tukikysymyksiä, joiden avulla keskusteluun olisi helpompi ottaa osaa ja päästä sisään. Tukikysymykset oli suunniteltu vain ohjaamaan keskustelua, tämä kerrottiin osallistujille heti alussa.

Keskusteluista saatujen vastausten analysointimenetelmänä käytettiin soveltuvin osin sisällönanalyysin teemoittelua. Aineistosta tunnistettiin ja poimittiin samanlaiset tai hyvin samanlaiset nimittäjät käyttäen apuna Mind Mapia eli asioiden jäsentämiseen tarkoitettua miellekarttaa. Sisällönanalyysi sopii hyvin täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 107,117) mukaan tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Keräämääni aineistoa analysointiin ryhmittelemällä ja sen myötä luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 123–125) korostavat, että aineistoa sekä yhdistetään että ryhmitellään samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet.

8 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET



Kuvio 1. Ikääntyneen akuuttihoitojaksoa määrittäviä tekijöitä

Millainen on ikääntyneelle toimiva hoitosuunnitelma?

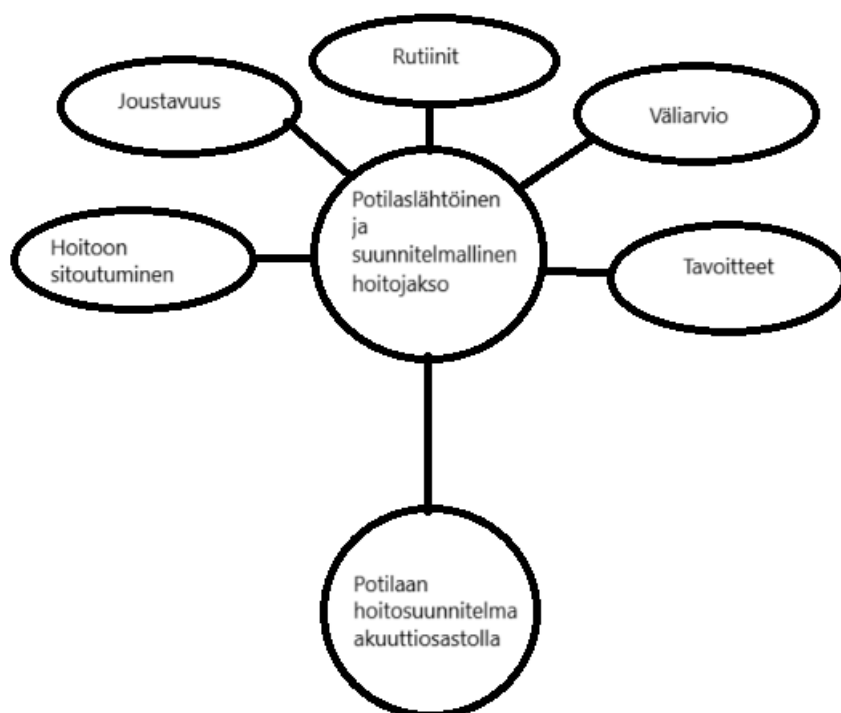
Ikääntyneen potilaan hoitopolku osastolla alkaa päivystyspoliklinikalta tai erikoissairaanhoidosta. Sisään kirjaamisen ja kotiutumisen välillä on monia haasteita ja prosesseja, joiden pitää toteutua, jotta kotiutuminen olisi turvallista. Kuviossa 1 on nähtävissä hoitoprosessin osa, jossa ikääntyneen osastolla olo on hahmoteltu niin potilaan kuin hoitajienkin näkökulmasta. *Potilaan hoitosuunnitelman* teko osastolla edellytti ikääntyneen hoidon tarpeen ja sen haasteiden tunnistamista. Osaston henkilökunta toi keskustelussa esiin, että potilailla ei varsinaisesti ollut hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelmaksi ajateltiin potilaan osastolle tulon syytä eli diagnoosia. Tästä lähtökohdasta hoidosta muodostui varsin laaja-alaista ja vaikeasti hallittavaa. Hoidon fokus katosi ja osaston toimintaa kuvattiin ”päivä kerrallaan”- luonteiseksi, jolla haluttiin tuoda esiin se, että hoidolla ei ollut selkeitä ennalta asetettuja tavoitteita. Toimiva hoitosuunnitelma nähtiin hoidon punaisena lankana ja edellytyksenä onnistuneelle hoidolle. Toimivassa hoitosuunnitelmassa on selkeä hoidon syy, osatavoitteet, väliarviointi ja joustavuutta.

Ikääntyneen monisairastavuus ja muistisairaus koettiin hoidon toteutumista hankaloittavina tekijöinä. Potilaalta itseltään ei välttämättä saatu ajantasaista oikeaa tietoa fyysisestä toimintakyvystä tai yleisestä kotona pärjäämisestä. Keskusteluun nousi hyvin nopeasti tiedonsiirron merkitys sekä moniammatillinen yhteistyö. Kaikkien ikääntyviä hoitavien tahojen toivottiin kirjaavan tarkasti toimintakyvystä ja siitä, miten potilaan arki toimii kotona.

Useissa tapauksissa kerrottiin potilaan kokeman yksinäisyyden olevan haaste kotona. Yksinäisyyden kokemus muodosti tarpeen potilaan hoitoon hakeutumiseen. Tällaisten potilaiden kohdalla puhuttiin pyörövi-ilmioista ja keskustelussa käytettiin termiä "simulaatio".

Tällä tarkoitettiin sitä, että potilas itse toivoi osastohoitoa eikä ollut motivoitunut kotiutumaan. Näissä tapauksissa potilas itse koki, että kotiutuminen ei ole enää mahdollista eikä kotona pärjääminen olisi realistista. Potilas itse muodosti tilanteen, jossa ei voi enää pärjätä kotona.

Mahdollisimman lyhyet hoitojaksot koettiin tarkoituksenmukaisina, jotta potilaan hoito ei pitkittyisi. Hoidon pitkittyminen johtaisi pahimmassa tapauksessa uusien infektioiden syntymiseen. Yhteisessä keskustelussa tuli esiin haaste siinä, että kun potilasta hoidetaan syystä x, niin helposti pitkillä hoitojaksoilla siirrytään hoitamaan syytä y. Tämä oravanpyörä ruokkii itseään ikääntyneiden monisairastavuuden vuoksi. Mahdollisimman lyhyt ja ytimekäs hoitajakso kaikki asiat huomioon ottaen tuli selkeänä toiveena esiin.



Kuvio 2. Potilaslähtöinen ja suunnitelmallinen hoitojakso

Millainen on hyvä ja potilaslähtöinen hoitosuunnitelma?

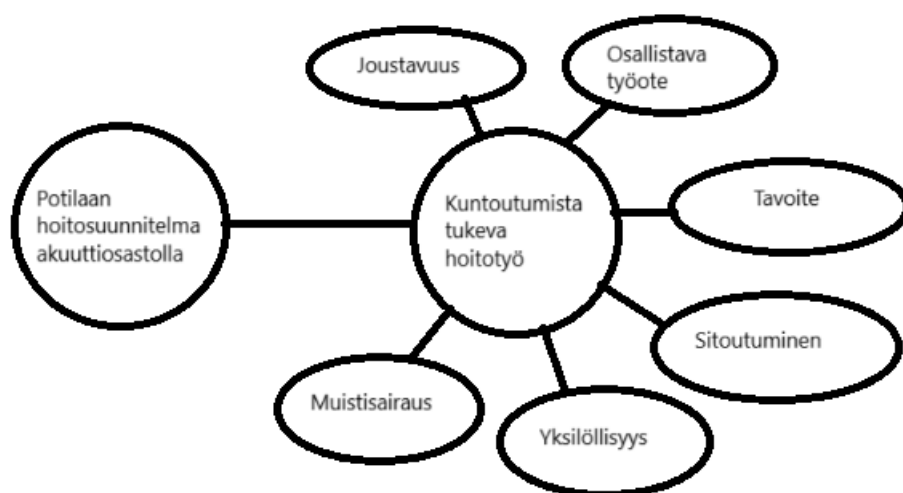
Hoidon ja sen suunnittelun keskiössä on *ikääntynyt itse*. Kuviossa 2 esitetään tekijät, jotka koettiin tärkeinä. Hoitohenkilöstö toi esiin, että ikääntyneen omia toiveita saamastaan hoidosta tulisi kunnioittaa, sekä arvioida entistä tarkemmin ja realistisesti hoidon tarpeellisuutta lääketieteellisestä näkökulmasta.

Ikääntyneen oma sitoutuminen hoitoonsa nousi esiin ensisijaisen tärkeänä tekijänä. Yhteinen keskustelu hoitosuunnitelmasta ja sen päätavoitteista koettiin potilasta hoitoon sitouttavana tekijänä. Keskustelu toi huomioon myös potilaiden läheisiin ja heidän toiveisiinsa hoidosta. Joidenkin potilaiden kohdalla läheisten tavoitteet hoidolle olivat epärealistiset niin hoitohenkilöstön kuin potilaan itsensäkin mielestä. Tärkeää on huomioida lääketieteellinen tausta ja sen tuomat niin mahdollisuudet kuin rajoitteetkin potilaan hoidolle. Lääketieteellisellä taustalla tarkoitettiin tässä ikääntyneiden diagnooseja ja lääkityksiä, joilla on potilaan toimintakykyä akuutisti heikentävä vaikutus. Läheisten hoitaminen potilaan sijaan koettiin

eettisesti ristiriitaisena. Yhteinen tavoite kaikille osallistujille oli, että hoitosuunnitelma voitaisiin tehdä yhteistyössä hoitavan tahon, potilaan ja läheisten kanssa. Ristiriitatilanteessa toivottiin, että potilaan ääntä kuultaisiin ja hoito toteutuisi hänen toiveensa mukaisesti.

lakkään potilaan omat totutut rutiinit koettiin haastaviksi saada integroitua osastohoitoon. Osastohoidon rakenteen takia joidenkin potilaiden omien toimintatapojen huomioiminen oli mahdotonta. Esimerkiksi tästä nostettiin muun muassa lääkehoito. Kotona asuvilla iäkkäillä on usein omat tapansa ottaa lääkkeitä tiettyinä vuorokaudenaikana. Lääkkeiden vieminen kotona totuttuun aikaan itse otettaviksi muodosti riskin, sillä monikymmenpaikkaisella osastolla lääkkeet olisivat saattaneet päätyä väärälle potilaalle (esimerkiksi muistisairaat, vaeltavat potilaat). Potilaiden rutiinit oman päivärytmin suhteen toivat usein haastetta hoidolle, erityisesti kuntoutumisen näkökulmasta. Vireystasoltaan erilaiset ikääntyneet kaipaivat liikettä ja aktivointia eri aikoihin.

Huolimatta siitä, että tarkka hoitosuunnitelma koettiin hyvän hoitotyön edellytyksenä, nousi esiin tarve hoidon joustavuudelle ja väliarvioiden tekemiselle. lakkään potilaan monisairastavuus usein muuttaa hoidon tavoitteita äkillisestikin ja tuolloin hoitoa täytyy väliarvion kautta täsmentää uudelleen. Väliarvioinnissa esiin nousi erityisesti tarkka kirjaaminen ja se, että tiedot päivittyneestä hoidon tarpeesta vietäisiin viivästyksettä potilaan tietoihin. Näin hoitosuunnitelma pysyy ajantasaisena ja hoito on edelleen tavoitteellista ja yhteistä. Joustavuus hoidossa koettiin asiana, joka jollain tavalla liittyy jokapäiväiseen hoitotyöhön. Joustavuutta kuvailtiin työkaluksi, jonka avulla päästään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen.



Kuvio 3. Kuntoutumista tukeva hoitotyö

Minkälaista on päivittäinen kuntoutumista tukeva hoitotyö akuuttihoitotyössä?

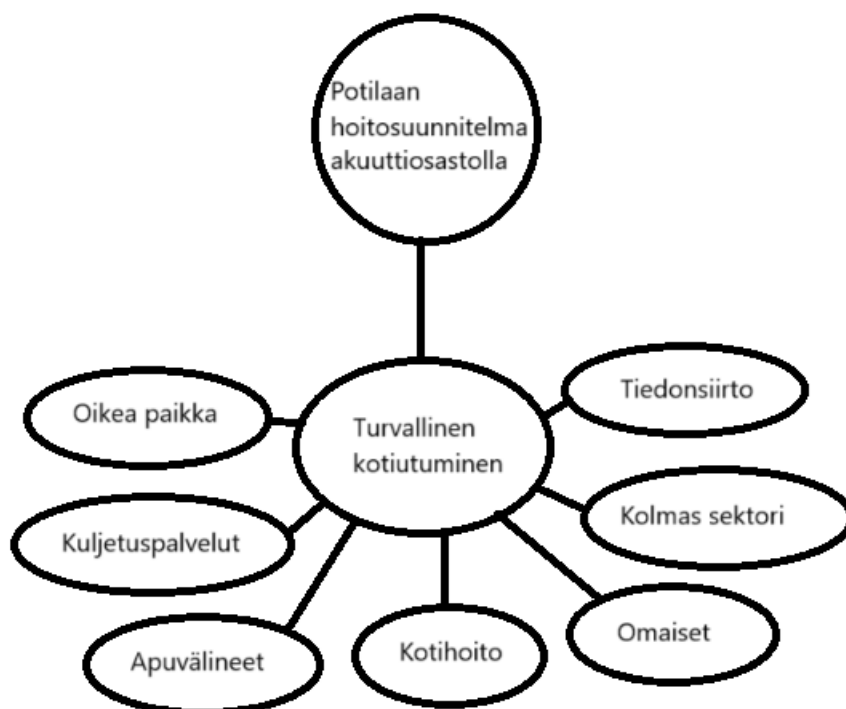
lökkään joutuessa sairaalahoitoon, alkaa prosessi, jonka aikana toimintakyky heikkenee nopeasti. Osaston hoitajien havaintojen mukaan potilaan akuutti muutos terveydentilassa tuo tullessaan haasteen päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Infektiossa nousee usein kuume, ruokahalu heikkenee ja voipuneisuus vaarantaa liikkumisen. Liikkumisen vähentymisen myötä alkaa nopea lihaskunnon heikkeneminen ja pitkittynyt vuodelepo. Vuodelevossa pitämistä perusteltiin usein voinnin heikkoudella. Vuodelevossa kuitenkin keuhkotuuletus vähenee ja hapenottokyky heikkenee. Tasapainoasti mukautuu lepoasentoon, samoin verenpaine. Ollaan tilanteessa, jossa ikääntynyt potilas on jäänyt vuoteen pohjalle. Tämän tilan jatkuessa toteamme infektion taituttua, että infektion sijaan on muodostunut monisyinen kotona pärjäämisen haaste ja sitä kautta kotiuttamisen haaste.

Hoitohenkilöstö pohti kuntoutumista tukevaa hoitotyötä ihan siitä hetkestä saakka, kun potilas tulee osastolle. Kuviossa 3 esiin nousseista asioista keskusteltiin laajasti. Kokemuksen mukaan potilas, joka oli jo tulovaiheessa vuodepotilas, jäi herkästi sellaiseksi. Pienimmillään kuntouttaminen nähtiin vuoteen laidalle istumaan nostamisena. Potilas saa harjoittaa tasapainoaan istuma-asennossa. Seuraava askel kuntoutumisen edistämiseksi on pienten matkojen kävely, kuten vessassa käynti hoitajan ja apuvälineen tuella. Pohdinnan

kohteeksi nousi potilaiden liiallinen puolesta tekeminen ja heidän oma motivaationsa kuntoutumiseen. Huonokuntoinen ja voipunut potilas tuo hoitohenkilöstölle halun auttaa ja tehdä hänen olostaan helpompaa. Päivittäistyössä kuntoutumista tulisi kuitenkin tukea ja välttää liiallista puolesta tekemistä. Jatkuva hoidon arviointi ja hoidon yhdenmukaisuus sen toteuttamisessa on päivittäinen haaste. Kaiken kuntoutumisen tulisi tapahtua potilaan voimin mukaisesti, mutta kuitenkin niin, että potilaan haluttomuus nousta vuoteesta ei ole voilla este liikkumiselle. Hoitajan ammatillinen osaaminen, vuorovaikutustaidot sekä potilaan persoona muodostavat yhdessä yhtälön, joka johtaa onnistuneeseen kuntoutumisen tukemiseen.

Potilaiden erilaiset kognitiiviset kyvyt haastavat kuntoutumista tukevaa hoitotyötä. Mahdollinen muistisairaus vaikeuttaa annettujen ohjeiden toteuttamista tai on tuonut jo vajavaiksuuksia esimerkiksi hahmottamiseen. Lisähuomiona esiin nousi mahdolliset kuulon ja näkökyvyn muutokset. Kuntoutumisen tukemisen yhtenä isona osana nähtiin se, että potilaalla olisi mahdollisuus saada sairaalajaksolle käyttöön oma kuulolaite, jos sellainen kotonakin on käytössä sekä silmälasit.

Kuntoutumista tukevassa hoitotyössä nousi tärkeäksi arvioida kuntoutumista päivittäin. Tässäkin joustavuus ja tavoitteellisuus olivat avainasemassa. Ikääntyneen potilaan kanssa työskennellessä on voitava hyväksyä myös se, että toimintakyky on akuutin sairauden vuoksi pysyvästi heikentynyt niin, että kaikki aiemmat toiminnot eivät enää onnistu. Hoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu hoidon ja sen toteutumisen arviointi, eikä kuntoutumisen arviointi ole poikkeus. Tärkeänä huomiona nostettiin esiin se, että potilaan omia jäljellä olevia voimavaroja tulee ylläpitää ja hyödyntää kaikessa päivittäisessä hoitotyössä.



Kuvio 4. Turvallinen kotiutuminen

Mitä tarkoittaa turvallinen kotiutus?

Kuviossa 4 pohditaan tekijöitä, jotka tekisivät potilaan kotiutumisesta turvallista. Turvallisen kotiutumisen ytimeen nousi kotikuntoisuus sekä oikea-aikaisuus. Kotikuntoisuus tarkoittaa eri asioita eri potilaille, mutta tiivistetysti voisi sanoa, että potilas kotiutuu sen kuntoisena, että selviytyminen arjessa onnistuu joko avustetusti tai itsenäisesti. Oikea-aikaisuudella puolestaan kuivailtiin sitä, että ei jäädä odottamaan täydellistä kuntoutumisen tilaa vaan pyrittäisiin hetkeen, jolloin potilaan on turvallista ja mahdollista jatkaa kuntoutumista omassa kodissaan.

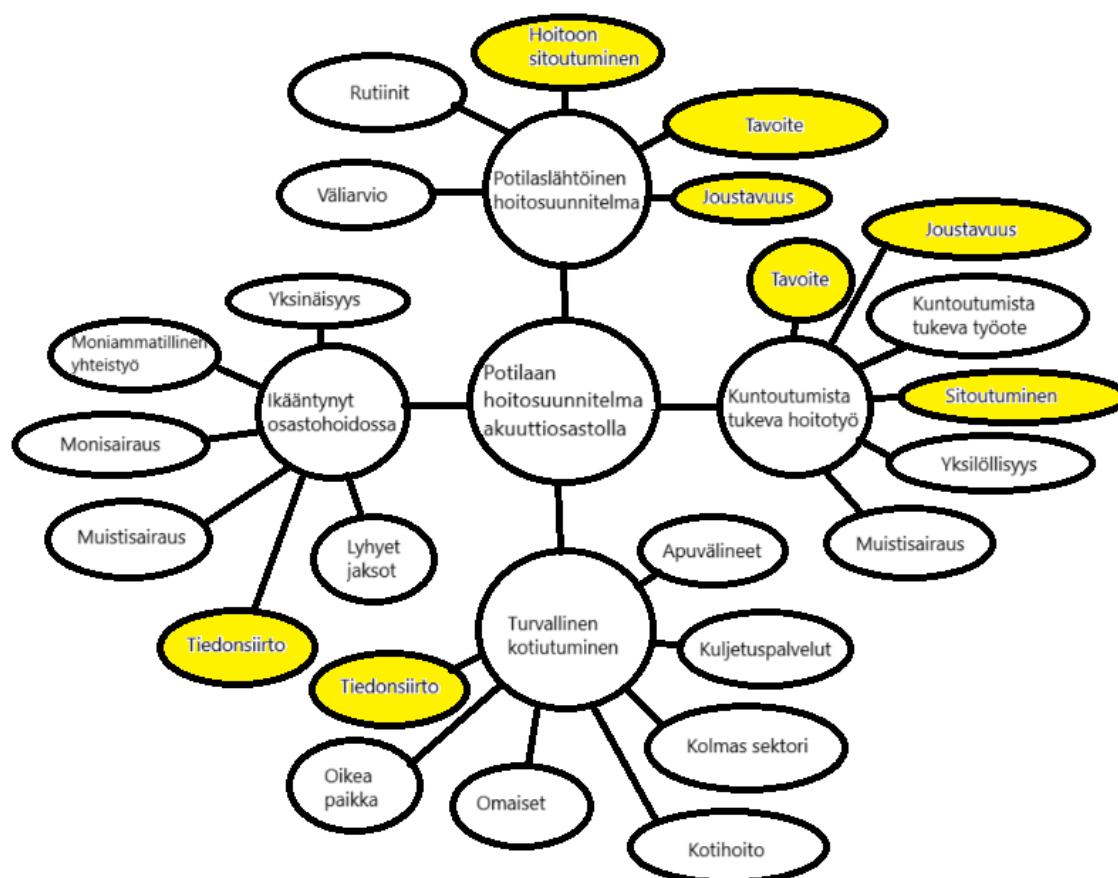
Tiedonsiirto ja eri tahojen tiedottaminen kotiutusvaiheessa arvioitiin kriittisen tärkeäksi. Tiedonsiirtoon sisältyy sairaalahoidon puolelta muun muassa mahdollisia lääkemuutoksia sekä laboratorio- tai kuvantamiskontrolleja. Potilaan, läheisen ja kotihoidon tiedottaminen näistä turvaa hoidon jatkuvuutta sekä tukee kotona kuntoutumisen mahdollisuutta. Sairaalasta kotiutuessa hoitaja kirjoittaa hoitotyön yhteenvedon, jossa parhaassa tapauksessa

näkyä potilaan vointi tulovaiheessa ja se, miten toimintakyky on parantunut. Siihen kirjaataan liikkumisen sujuvuus sekä jatkohoidon ohjeet. Esiin tuli kokemusta siitä, että näitä yhteenvetoja ei aina ole aikaa kirjoittaa niin tarkasti kuin mitä turvallinen kotiuttaminen edellyttäisi. Osa kuvaili sitä, miten toimimaton kirjaamisohjelman rakenne on siihen, että hoitotyön yhteenveto olisi selkeä ja johdonmukainen.

Kotiutumisen yhteydessä olisi potilaan kokonaistilanne kartoitettava tarkkaan. Osastohoidon alussa olisi tärkeää tehdä jo geriatrinen arvio potilaasta, mutta sen tekeminen uudelleen ennen kotiutumista voisi tuoda esiin mahdolliset huomiotta jääneet asiat. Tässä haettiin sitä, että potilaalla olisi jo kotiutuessaan käytössään mahdolliset uudet apuvälineet kuten suihkutuoli, rollaattori tai jopa pyörätuoli. Kodin muutostöihin saattaa myös olla tarvetta esimerkiksi wc-tilojen tukikahvojen asentaminen. Kotiutumistilanteessa tuli osata ennakoida lisääntynyt avun tarve, jolloin kotihoito voitaisiin kontaktoida jo etukäteen. Samalla voidaan tilata asiakkaalle oikeanlainen kuljetus kotiin.

Kotiutumisen suunnittelu tulisi aloittaa jo potilaan tulopäivää seuraavana päivänä. Ajatuksena tässä on se, että yhteisen tavoitteet sopimisen jälkeen on kaikkien osapuolten helpompi sitoutua hoitoon ja sen toteuttamiseen. Läheiset pystyvät tukemaan potilasta hänen oman pärjäämisen tunteensa kokemisessa sekä itse varautumaan mahdollisiin muutoksiin potilaan arjessa. Usein kotiutusta suunniteltiin siten, että kun laboratorioarvot olivat hyvät, annettiin lupa kotiutua. Tässä kohtaa on kuitenkin jo saatettu olla tilanteessa, jossa asiakas on lähes vuodepotilas ja pitkälle laitostunut, laboratoriokokeiden hyvät tulokset eivät tee potilaasta kotikuntoista. Läheiset ovat vieraillessaan nähneet potilaan, joka hädin tuskin pääsee wc:n avustettuna, eivätkä mitenkään osaa hahmottaa potilasta kotikuntoiseksi.

Kotiutumisen suunnittelu heti alkuvaiheessa ei tarkoita sitä, että se tapahtuu nopeasti, vaan sitä, että potilaan eteen voidaan tehdä suunnitelmallisesti kaikki mahdollinen. Sairaalapäiviä vähentämällä tuetaan potilaan omaa toimintakykyä ja vältetään laitostuminen.



Kuvio 5. Potilaan hoitosuunnitelman kokonaisuus akuuttiosastolla

Kokonaisuuden hahmottaminen ja hallinta

Yllä olevassa kuviossa 5 on havainnollistettu jokaisen osa-alueen yhtymäkohdat. Aineiston analysointi toi esiin kaiken kaikkiaan neljä suurta yhteistä potilaan hoitosuunnitelmaan vaikuttavaa tekijää, jotka olivat joustavuus, tiedonsiirto, sitoutuminen ja tavoitteet. Nämä olivat merkittäviä löydöksiä muodostaessani check cardia hoitopolusta. Nämä löydökset myös tukivat ja vahvistivat työn merkityksellisyyttä sekä luotettavuutta.

Henkilöstön keskusteluissa esiin tuomat ajatukset hoidosta ja sen toteuttamisesta kumuloituivat näihin neljään komponenttiin. Näiden komponenttien huomioiminen ikääntyneen potilaan osastojakson aikana ja keskeisessä osassa hoitotyön kokonaisuutta vaikuttaa myönteisesti potilaan turvalliseen kotiutumiseen.

9 KEHITTÄMISEN TUOTOS

H	Mahdollisimman lyhyt hoitojakso	- Täsmällinen hoito	O	Hoitosuunnitelman laatiminen	- Tarkat tavoitteet ja keinot	T	Yhteys jatkohoidon tarjoavaan tahoon	- Selkeät ohjeet	K
O			S			I		- Kaikki "samalta luukulta"	O
I	Moniammatillinen yhteistyö	- Yhteinen potilas	A	Väliarvion tekeminen	- Joustavuutta hoitosuunnitelmaan, onko suunta oikea.	E	Apuvälinekartoitus	- Hoidon jatkuvuus	T
T		-selkeä kuva hoidon kulusta	O	Potilaan hoitoon sitouttaminen	- Potilaan motivointi läpi hoitojakson	D	Kolmas sektori	- Hoitoon sitouttaminen	I
J	Hoidon tavoitteellisuus	- hoito oikealla osastolla	H		- Haasteet potilastyössä ovat ilmeiset	N	Omaiset/läheiset		U
A			O			S			T
K	Potilaan oikea hoitopaikka		I	Huomio potilaan monisairauteen/muisti sairauteen		R	Selkeät jatkohoidon ohjeet		U
S			T			C			S

KUNTOUTTAVA TYÖOTE, AKTIIVINEN KUNTOUTUS
- Yksilöllisyys, joustavuus, tavoitteellisuus, sitouttaminen



Kuvio 6a. Hoitosuunnitelma Check Card (HOSUcc), etupuoli

Potilaan hoitojakson tulee olla mahdollisimman lyhyt ja hoidon täsmällistä ja tavoitteellista. Tähän päästään moniammatillisella yhteistyöllä sekä läpi hoitojakson kestäväällä kuntoutuksella. Hoitoa tulee arvioida ja hoitosuunnitelmaa päivittää tarpeen mukaan, sekä luoda uudet tavoitteet. Omaisten, läheisten ja hoitavien tahojen mukaan ottaminen läpi hoidon on tärkeää tiedonsiirron varmistamiseksi.

Kuvio 6b. Hoitosuunnitelma Check Card (HOSUcc), takaosa

Kehittämisen seurauksena rakentunut hoitosuunnitelmaa ohjaava kortti (check card) muodostui edellisessä luvussa esitetyistä eri komponenteista ja niiden tarkenteista. Sen on tarkoitus ohjata tavoitteelliseen, joustavaan, sitouttavaan ja informatiiviseen hoitotyöhön. Korttia testattiin akuuttiosastolla kuukauden ajan ja siitä pyydettiin huomioita. Testaajia oli vain

neljä kappaletta, mutta jokainen testaja koki kortin hyödylliseksi ja työtä ohjaavaksi. Kehittämisehdotuksia korttiin tuli niukasti ja toiveena oli, että se pysyy mahdollisimman yksinkertaisena ja tiiviinä.

Kortin takaosa ohjeistaa kortin käyttäjän lyhyesti ja varmistaa, että sitä käytetään oikein. Ideaalitulanteessa kortissa mainitut asiat näkyisivät suoraan rakenteisena ja ajantasaisena kirjaamisena. Kirjaaminen kortin mukaan luo polun, jota kortin avulla on helppo seurata ja päivittää.

10 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä haastateltiin Seinäjoen kaupunginsairaalan akuuttiosaston työntekijöitä. Haastattelun tarkoitus oli lisätä ymmärrystä osaston toiminnasta ja sitä kautta parantaa kotiutumisen prosessia siten, että se olisi ikääntyneelle potilaalle mahdollisimman turvallinen. Tavoitteena oli muodostaa yhteinen käsitys siitä, mitä osastohoidon aikana tulee tapahtua, jotta potilaan hoito etenisi suunnitelmallisesti ja kotiutus sujuvasti sekä tuottaa osastolle yhtenäinen hoitoa ohjaava hoitoa ohjaava Check Card (HOSUcc).

Haastattelujen perusteella voitiin todeta, että ajatukset siitä miksi hoito ei ole turvallisen kotiutumisen näkökulmasta optimaalisesti toteutettua, ovat hyvin yhdenmukaiset työntekijöiden keskuudessa. Tieto ja ymmärrys oikeanlaisesta hoidosta ja sen toteuttamisesta oli jo olemassa. Haastateltavat puhuivat samoista asioista ja olivat tunnistaneet samoja haasteita. Se mikä selkeästi kuitenkin puuttui, oli yhteisten nimittäjien tunnistaminen ja ajatusten koonti. Tästä johtopäätöksenä voisi todeta, että näyttöön perustava toiminta ei ole vielä jalkautunut osaksi osaston toimintakulttuuria. Lunden (2022) muistuttaa väitöskirjassaan, että näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan hoitopäätösten tekemistä siten, että yhdistetään kolme keskeistä osa-aluetta: ajankohtainen ja luotettava tutkimusnäyttö, potilaan sekä hänen läheistensä kokemukset ja näkemykset sekä terveydenhuollon ammattilaisen asiantuntemus. Päätöksenteossa otetaan huomioon myös käytössä olevat resurssit ja toimintaympäristön realiteetit. Toiminnan tarkoituksen on tukea potilaslähtöistä ja laadukasta hoitoa, joka perustuu sekä tutkittuun tietoon että yksilöllisiin tarpeisiin (mt).

Tässä kehittämistyössä hoitajien näkemykset olivat yhteneväisiä, mikä vahvistaa tutkimuksen reliabiliteettia. Reliabiliteettia voidaan tarkastella kolmella tavalla: 1) menetelmän kykyä tuottaa samanlaisia vastauksia tietyissä olosuhteissa, 2) tulosten pysyvyytenä ajassa sekä 3) samaan aikaan käytettyjen eri menetelmien antamina samansuuntaisina tuloksina (Saaranen-Kauppinen ym. 2006). Olosuhteet olivat kaikissa haastatteluissa samanlaiset, eivätkä kysymykset olleet johdattelevia. Hoitotyö akuuttiosastolla on pysynyt pitkään muuttumattomana ja arkityössä käytyjen keskustelujen sisältö toi esiin samoja asioita, mitä haastattelutilanteetkin.

Yhteenvedona voidaan todeta, että haastattelemalla saatiin arvokasta tietoa kohtalaisella otannalla (10 henkilöä). Tietoa ja osaamista oli paljon, mutta sen hyödyntämisestä puuttui ymmärrys ja rakenne. Opinnäytetyön haastattelut ja learning cafe- menetelmän kautta saadun aineiston analyysissä tuli esille neljä selkeää ja loogista, toisiaan seuraavaa toimintaa; hoitajakso, osastohoito, tiedonsiirto ja kotiutus. Kuntoutumista tukeva hoitotyö jatkuu läpi koko osastohoidon ensimmäisestä päivästä viimeiseen päivään.

10.1 KEHITTÄMISTYÖN TULOSTEN JUURUTTAMINEN

Työntekijät kokivat kehittämistyön yleisesti hyödyllisenä, mutta sen juurruttaminen päivittäiseen hoitotyöhön vaatisi systemaattista työskentelyä sekä voimakasta, johtotasolta asti tulevaa osallisuutta. Ora-Hyytiäinen ym. (2012) kuvailevat juurruttamista pedagogisena ja organisatorisena konstruktivistiseen ihmiskäsitykseen pohjautuvana prosessina, jossa yksilö nähdään aktiivisena, reflektiivisenä ja oppivana toimijana. Prosessin keskiössä on kollektiivinen oppiminen, jossa työyhteisön jäsenet tarkastelevat kriittisesti organisaation toimintakäytänteitä ja prosesseja pyrkien muodostamaan niistä uudistavan ymmärryksen. Tavoitteena on tietoiseen reflektioon perustuva muutos, joka mahdollistaa oppimisen kaikille kehittämisprosessiin osallistuville: oppimisen subjekteina toimivat niin työntekijä kuin heidän esihenkilönsäkin. Juurruttamisen johtaminen organisaatioissa ja työyhteisöissä edellyttää tavoitteen ymmärtämistä työyhteisön toiminnan muutoksena (Holbeche 2006; Rogers & Williams 2006). Johdon ja esihenkilöiden yhteinen tehtävä on muun muassa riittävien resurssien ohjaaminen kehittämistyöhön (Ahonen ym., 2007). Työkulttuurin ja työtapojen muuttaminen on hidas prosessi.

Hoitosuunnitelmaa ohjaavan kortin kuukauden mittainen testikäyttö antoi hyvin vähän lisätietoa opinnäytetyön kehittämistä varten. Tähän yhtenä syynä oli esihenkilöiden sitoutumattomuus prosessiin. Lundenin (2022) mukaan esihenkilön rooli käyttöönotossa on keskeinen, sillä heillä on mahdollisuus poistaa käyttöönoton esteitä ja edistää toimintaympäristön muutosta. Esihenkilön läsnäolon puute kehittämistyössä näkyi osin hoitohenkilöstön sitoutumattomuutena.

10.2 TULOSTEN SOVELTAMINEN JA JATKOKEHITTÄMINEN

Kehittämistyön prosessissa nousi jo ryhmäkeskusteluissa esiin kirjaamisen merkitys ja sen puute. Kauvo ym. (2024) huomauttaa, että potilasasiakirjojen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa potilastiedon käyttöä, hakua ja hoidon seurantaa sekä yhtenäistä kirjaamista.

Rakenteinen kirjaaminen tehostaa potilastyötä muun muassa päätöksenteon tuen, kuten hoito- ohjeiden tarjoamisessa sekä riskien ennakoinnissa. Varsinkin organisaatiotasolla rakenteinen tieto tulee toiminnan seurantaan ja ohjausta, ja mahdollistaa toissijaisen käytön esimerkiksi laadunhallinnassa (mt).

Jatkokehittämisaikana olisi hyvä tehdä samankaltainen hoitosuunnitelmaa ohjaava kortti ja siihen liittyvän polun kuvaus kaikille ikääntyneitä hoitaville tahoille esimerkiksi kotihoitoon. Moniammatillinen yhteistyö kaikkien hoitavien tahojen välillä tuottaisi hoitoketjun, jossa iäkkään hoito toteutuisi saumattomasti ja oikea-aikaisesti.

10.3 OMA POHDINTA

Kehittämistehtävän toisinnossa käyttäisin hieman erilaisia menetelmiä kuin tässä työssä käytin. Haastattelut tarjosivat toki arvokasta tietoa ja keskustellen moni asia selkeni ja avautui eri tavalla kuin esimerkiksi olisi käynyt pelkän kyselylomakkeen varassa. Kehittämistyön menetelmät kuitenkin eivät ehkä täysin tukeneet aihetta. Toisinnossa hyödyntäisin ehdottomasti benchmarkkausta yhtenä menetelmänä. Seppänen-Järvelä (2005, s.12) kuvaa menetelmäkäsikirjassaan benchmarkingin tarkoittavan vertailuanalyysiä, jossa organisaation prosesseja verrataan parhaisiin käytäntöihin (tässä tapauksessa muun muassa tutkittuun tietoon), jotta voidaan tunnistaa, oppia ja soveltaa niitä oman toiminnan parantamiseksi.

Suoraan terminä kukaan ei haastatteluissa tuonut esiin näyttöön perustuvaa hoitotyötä, mutta aineistoa työstäessäni sekä opinnäytetyön edetessä ymmärsin, että juuri näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöönoton puute oli ongelman ytimessä. Jokaisella hoitajalla on ymmärrys siitä, mitä se tarkoittaa, mutta selvästi tuli esiin, että sitä ei osata hyödyntää käytännön työssä. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä opetettiin jo omien sairaanhoitajaopintojeni aikaan (2012–2014), arvioni mukaan opetuksessa oli se heikkous, ettei sitä osattu tehdä

opiskelijoille käytännön esimerkein näkyväksi. Potilaan hoidon kokonaisuutta ei osata nähdä asiana, joka myös osiensa summana pohjautuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Tästä syystä tuo mainittu benchmarkkaus olisi tuonut arvokkaan lisän työlle.

Toivon, että kehittämistehtävä toisi tätä näyttöön perustuvan hoitotyön merkitystä hieman lähemmäs hoitohenkilöstöä. Näin jälkeen päin ajattelen, että olisi ollut hyvä sitoa koko kehittämistyön pohja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja muodostaa siitä haastattelujen kautta HOSUcc. Tällöin olisin heti haastattelutilanteissa osannut tuoda henkilöstöllekin näkyväksi työn pohjan ja lisännyt sillä heidän ymmärrystään omasta työstään ja sen kokonaisuuden hahmottamisesta.

Työn oman prosessin hallinta oli vaikeaa juuri siksi, että kiinteä pohja työltä puuttui. Prosessin aikana huomasin, että koska kehittämistyön lähtökohdat eivät olleet tarkkaan pohjustetut, kehittäminen ei suuntautunut riittävän kohdennetusti ja tulokset jäivät hajanaisiksi. Siksi jouduin työn loppuvaiheessa kasamaan materiaalia ikään kuin paikatakseni kehittämistyön puuttuvia palasia.

Työpaikanvaihdos ennen opinnäytetyön viimeistelyä varmasti vaikutti siihen, että vieraannuin aiheesta, enkä osannut nähdä kokonaisuutta. Toisaalta se olisi voinut tuoda myös kaivattua perspektiiviä työhön. Johtopäätöksenä voin todeta, että turvalliseen kotiutumiseen ja optimaaliseen toimintakykyyn tähtäävää akuuttiosaston hoitotyötä on tärkeää kehittää. Ikääntyneiden ihmisten kanssa toimittaessa keskiössä eivät voi olla pelkästään diagnoosit ja niihin liittyvät hoitotyön suoritteet, vaan tarvitaan kokonaisvaltaista ymmärrystä ikääntyneen ihmisen tilanteesta ja kuntoutumista edistävää hoitotyötä koko sairaalavaiheen ajan. Siihen tässä kehittämistyössä esitelty hoitosuunnitelmaa ohjaava kortti tai muut vastaavat suunnitelmallista työskentelyä edistävät välineet tuovat lisäarvoa.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E., & Soikkeli, T. (2007). *Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä*. Sairaanhoitaja 80, 27–30.
- Boyd, C.M., Darer, J., & Boulton, C. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. JAMA 294(6), 716–724. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201377>
- Doumat, G., Daher, D., Itani, M., Abdouni, L., El Asmar, K., & Assaf, G. (2023). *The effect of polypharmacy on healthcare services utilization in older adults with comorbidities: a retrospective cohort study*. BMC Primary Care 24:124. <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-023-02070-0>
- Ellis, G., Whitehead, M.A., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. (2011). *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*. Cochrane Database Syst Rev. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6484374/>
- Finlex. (2010). Terveystenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>
- Finlex. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriö asetus potilasasiakirjoista. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskokoelma/2009/298>
- Hannila, P., & Kyngäs, P. (2008). Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. [AMK-opinnäytetyö, Helsingin ammattikorkeakoulu stadia]. Doria. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38214/stadia-1210852529-2.pdf>
- Hartikainen, S. (2002). *lääkään monilääkitys*. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo92787>
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2000). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus.
- Hobbes, L. (2006). *Understanding change. Theory, Implementation and Success*. Roffey Park Management Institute. Oxford: Elsevier.
- Hotus. (2020). *lääkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta*. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/netti-hoitosuositus-iaekkaeen-kotiutuminen.pdf>

- Immonen, S., Koikkalainen, L., Kuittinen, K., & Rossi, V. (2013). *Onnistunut kotiutus – kotiutusohje sairaanhoitajille erikoissairaanhoidon* [AMK-opin näytetyö, Seinäjoen ammattikorkeakoulu]. Theseus.
- Innokylä, (i.a.). *Learning cafe eli oppimiskahvila*. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>
- Juhila, K. (2021a). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
- Juhila, K. (2021b). Teemoittelu. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>
- Kauvo, T., Virkkunen, H., & Ålander, A. (toim.). (2024). *Potilastiedon kirjaamisen yleisopas*. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY/6+Hoitoprosessin+vaiheet+ja+ot-sikot>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., & Tiittanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoito-työ*. Sanoma Pro.
- Komulainen, J., Vuokko, R., & Mäkelä, M. (2011). *Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma*. THL.
- Leppänen, J., Kerminen, H. & Jämsen, E. (2009). *Yleistilan lasku iäkkään potilaan päivystyskäynnin syynä*. Lääkärilehti. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/yleistilan-lasku-iakkaan-potilaan-paivystyskaynnin-syyna/>
- Maher, R.L., Hanlon, J.T., & Hajjar, E.R. (2014). *Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert opinion in drug safety*. 13(1), 57–65. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3864987/>
- Mesteig, M., Helbostad, J., Sletvold, O., Rosstad, T., & Saltvedt, I. (2010). *Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study*. BMC Health Services Research 10, 1. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-1>
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O., & Partamies, S. (2012). Hoitoyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea ammattikorkeakoulu. <https://core.ac.uk/download/pdf/45602362.pdf>
- Palonen, M., Kaunonen, M., Helminen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2015). *Discharge education for older people and family members in emergency department: A cross-sectional study*. International Emergency Nursing 23, 4 (s. 306–311). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X15000129>

- Pellikka, M. (2013). Hoidon tarpeen arviointi. Teoksessa M. Mustaoja, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka, & M. Rasimus (toim.), *Sairaanhoitajan käsikirja* (s. 857). Duodecim.
- Punkari, J., & Kaitokari, P. (2003). *Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71548/TRM200301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Puusa, A., & Juuti, P. (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S., Viljanen, A., Aromaa, A. (2023). *Gerontologia. Ikään liittyvät muutokset*. Duodecim.
- Rogers, P., & Williams, B. (2006). *Evaluation for practice improvement and organizational learning*. The Sage Handbook of Evaluation. Policies, Programs and Practices. London: Sage Publications Ltd, 76–97.
- Ruokavirasto (2023). *NNR2023 Pohjoismaiset ravitsemussuositukset*. <https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemussuosituksia-maailmalta/pohjoismaiset-ravitsemussuositukset-2023/>
- Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>
- Salonen, K. (2013). *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle*. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Seppänen- Järvelä, R. (2005). *Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77163/vertaismenetelmat.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2024). *Sairaalat ja erikoissairaanhoito*. <https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162455>
- Strandberg, T. (2018). Geriatriset oireyhtymät ovat estettävissä. *Suomen lääkäri* 73(44), 2537. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/caef7102-1005-43f7-9a97-0550f30354af/content>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2021a). *Monisairas potilas* (Käypä hoito- suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50126#s8>

- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2021b). *Geriatriksen kokonaisvaltaisen arvioinnin suoritus* (Käypä hoito- suositus). <https://www.kaypahoito.fi/nix02898>
- Syväoja, P., & Äijälä, O. (2009). *Hoidon tarpeen arviointi*. Tammi.
- Terveiden ja hyvin voinnin laitos (THL). (2020). *Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus*. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139415>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (5.12.2023). Muistisairaudet. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). (2010). *Terveydenhoitolaki 1326/2010*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P1>
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- US Department of Health and Human Services (2008). *Physical Guidelines for Americans*.
- Vuoksimaa, E. (2019). *Kognitiivisten toimintojen muutokset – mikä on ikääntymistä, mikä sairautta*. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14952>
- Wuorela, R., Viikari, L. (2019). *Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa*. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15095#s4>