



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ikääntyneiden päivystykseen hakeutumiseen johtavat tekijät - kirjallisuuskatsaus

Pöysti, Janina

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Ikääntyneiden päivystykseen hakeutumiseen johtavat tekijät - kirjallisuuskatsaus

Janina Pöysti
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2015

Janina Pöysti

Ikääntyneiden päivystykseen hakeutumiseen johtavat tekijät - kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2015 Sivumäärä 58

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella ikääntyneen näkökulmasta tekijöitä, jotka johtavat päivystykseen hakeutumiseen omasta kodista. Tavoitteena oli kerätä yhteen tietoa aiheesta Vantaan kaupungin kotisairaanhoidon tiimien käyttöön toiminnan kehittämiseen sekä koulutus- ja perehdytysmateriaaliksi. Tiedon hyödyntämisen tavoitteena on toteuttaa ikääntyneiden tarvitsemaa hoitoa yhä laadukkaammin kotona ja tätä kautta ennaltaehkäistä sairaalaan joutumista. Tutkimuskysymyksellä selvitettiin tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa ikääntyneen päätökseen hakeutua päivystykseen.

Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Aineistoa haettiin pääasiassa viidestä eri tietokannasta: suomalaisista Medicistä ja Melindasta sekä kansainvälisistä CINAHL:sta, PubMedistä ja ProQuestista. Tiedonhauulla löydettiin yhteensä kahdeksan vuosina 2006-2014 julkaistua ikääntyneen näkökulmasta päivystykseen hakeutumista tarkastelevaa tutkimusta. Tulokset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmää mukailten.

Tulokset osoittavat, että päätökseen päivystykseen hakeutumisesta vaikuttavat pääsääntöisesti ikääntyneen kokemus hoidon tarve sekä käsitykset ja kokemukset terveyspalveluista. Ikääntyneet kokevat oireensa usein hyvin vaikeiksi, pelottaviksi ja toimintakykyä heikentäviksi. Päivystystä pidetään parhaana tai jopa ainoana mahdollisena hoitopaikkana, sillä perusterveydenhuollosta koetaan vaikeaksi saada tarvitsemaansa hoitoa. Myös muiden ihmisten mieltä on vaikutusta hoitoon hakeutumisessa. Opinnäytetyö lisää ymmärrystä ikääntyneiden hoitoon hakeutumisesta, jota voidaan hyödyntää erityisesti perusterveydenhuollon palveluiden kehittämisessä. Näiden tulisi opinnäytetyön perusteella olla helpommin saavutettavia ja asiakaslähtöisempiä.

Asiasanat: ikääntyneet, terveydentila, terveyspalvelut, perusterveydenhuolto, päivystys, kirjallisuuskatsaus

Janina Pöysti

Factors which lead to emergency department visits by elderly people - a literature review

Year	2015	Pages	58
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine the factors which lead to emergency department visits from the perspective of elderly people. The aim was to collect information about the subject for the District Nursing teams of Vantaa city for developing the activities and as education and induction material. The aim is also to provide more high-quality care for elderly people in their own homes and in this way prevent hospitalisation. The thesis discusses the factors, which may influence elderly people's decision making with regard to visiting the emergency department.

The thesis was conducted as a narrative literature review. The data was mainly retrieved from five various databases: the Finnish Medic and Melinda and the international CINAHL, PubMed and ProQuest. The data consisted of eight research papers which have been published during the years 2006-2014 about visiting the emergency department by elderly people. The results were analysed by applying qualitative content analysis.

The results show that the decision to visit the emergency department was mainly affected by elderly people's need for health care as well as their impressions and experiences of the health services. The elderly people often experience their symptoms severe, frightening and declining their functional ability. The emergency department is considered as the best place or even as the only possible place of care to receive the necessary care because the access to primary health care is considered difficult. Also other people's views have an impact on seeking care. The thesis increases the understanding of care seeking behaviours of elderly people which can be used especially in developing the primary health care services. According to this thesis, these services should be easily achievable and more client-oriented.

Keywords: elderly people, health status, health care services, primary health care, emergency department, literature review

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Ikääntynyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana	7
2.1	Ikääntyneiden terveys	8
2.2	Ikääntyneiden sairastavuus	9
2.3	Ikääntynyt terveyspalveluiden käyttäjänä	11
2.4	Ikääntyneiden sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito	16
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	19
4	Opinnäytetyön toteutus.....	19
4.1	Tiedonhaku	21
4.2	Aineiston kuvaus.....	26
4.3	Aineiston analysointi.....	27
5	Tulokset.....	28
5.1	Ikääntyneen arvio hoidon tarpeesta	29
5.2	Päivystyksen valinta hoitopaikaksi	31
6	Pohdinta	33
6.1	Tulosten tarkastelu	33
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	36
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	39
	Lähteet	41
	Kuviot	46
	Liitteet.....	47

1 Johdanto

Suomalaisia on viime vuosina ollut esimerkiksi erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidossa noin 650 000 potilasta vuodessa. Näistä potilaista suhteellisesti suurin osa on ikääntyneitä. (Rainio & Rätty 2015.) Tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan, jolloin voidaan olettaa myös terveystalouden käytön ja tarpeen kasvavan (Tilastokeskus 2012). Jotta tähän tarpeeseen voidaan vastata käytettävissä olevien resurssien puitteissa, on tarpeen miettiä mahdollisimman tehokkaita tapoja hoitaa ikääntyneitä (STM 2013, 5). Usein ikääntyneen kotona asuminen ja siellä saatava hoito on paras vaihtoehto useista näkökulmista tarkasteltuna (Ympäristöministeriö 2012, 10). Myös uusi hallitusohjelma (2015) painottaa ennaltaehkäisyä ja kotihoidon merkitystä ikääntyneiden terveydenhuollossa seuraavien vuosien aikana (Valtioneuvoston kanslia 2015, 18-20). Tämän vuoksi on hyvinkin perusteltua kartoittaa keinoja, joilla ikääntyneiden kotona selviytymistä voitaisiin tukea entistä tehokkaammin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella ikääntyneen näkökulmasta tekijöitä, jotka johtavat päivystykseen hakeutumiseen omasta kodista. Päivystys toimii usein porttina sairaalan ja kodin välillä, jonka vuoksi sairaalahoitojaksojen ennaltaehkäisyä päätettiin lähteä tarkastelemaan ikääntyneiden päivystyksen käytön näkökulmasta. Sairaalahoitoon joutumisen taustalla on useimmiten jokin lääketieteellinen syy, joka edellyttää hoitoa sairaalassa, mutta sairaalahoitoon ajautumisen taustalla voivat olla myös esimerkiksi ympäristöstä lähtöisin olevat tekijät, kuten puutteelliset tai väärin kohdenneet palvelut sekä pelko tai huoli jostakin (Ahlblad 2015, 14-17; Koponen 2003, 87). Ikääntyneiden hakeutumista sairaalan tai terveyskeskuksen päivystykseen saatetaan joskus pitää jopa turhana, tai enemmänkin sosiaalisena ongelmana. Todellista syytä päivystykseen hakeutumisen taustalla ei välttämättä nähdä, vaikka sellainen on kuitenkin aina olemassa huolimatta siitä, onko ikääntyneellä todella jokin lääketieteellisesti diagnosoitavissa oleva päivystyksellistä hoitoa vaativa sairaus. (Jartti, Heinonen, Upmeyer & Seppälä 2011, 2968-2970.) Tämän vuoksi fyysisten ja psyykkisten sairauksien tarkastelun lisäksi tulee huomioida ikääntynyt ja hänen ympäristönsä kokonaisuutena, jonka kautta voidaan nähdä laajemmin tekijöitä päivystykseen hakeutumisen taustalla.

Opinnäytetyö on tehty Vantaan kaupungin vanhusten avopalveluiden kotisairaanhoidon tiimeille toiminnan kehittämisen tueksi sekä perehdytys- ja koulutusmateriaaliksi työntekijöille. Tavoitteena on tarjota tietoa ikääntyneiden päivystyskäyntien ja sairaalahoitojaksojen sekä niihin johtavien syiden ennaltaehkäisyyn, jotta ikääntyneiden tarvitsemaa hoitoa voitaisiin toteuttaa yhä laadukkaammin heidän omissa kodeissaan kotisairaanhoidon ja kotisairaalan palveluiden avulla. Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana eli narratiivisena kirjallisuuskatsojauksena, jossa tarkastellaan aihetta aikaisempiin tutkimuksiin pohjaten.

2 Ikääntynyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat ikääntyneet, terveys, koti, päivystys ja perusterveydenhuolto. Ikääntynyt määritellään laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012, 3 §) vanhuseläkkeeseen oikeutavassa iässä olevaksi henkilöksi, eli yleisimmin yli 65-vuotiaaksi ihmiseksi. Varsinaisesti ikäänä henkilöinä pidetään kuitenkin yleensä vasta henkilöä, jonka fyysinen, psyykinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt ikääntymisestä johtuvista syistä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 3 §.) Nykyään ihmisten eliniän pidentyessä myös ikääntymisen voidaan katsoa siirtyvän myöhemmäksi. Yhä useampi yli 70-vuotiaskin on vielä hyvin terve ja toimintakykyinen, eikä käytä säännöllisesti sosiaali- ja terveystalvveluita. (Tiikkainen & Voutilainen 2010, 7.) Tässä opinnäytetyössä ikääntyneeksi määriteltiin kuitenkin yli 65-vuotias ihminen terveydentilasta ja toimintakyvystä riippumatta, jotta tutkittava joukko saatiin pidettyä tarpeeksi laajana.

Terveyden käsitettä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta eri tieteenalojen mukaan, joka luo pohjaa myös tälle opinnäytetyölle. Esimerkiksi bioläketieteessä terveys nähdään sairauden puuttumisena, psykologiassa hyvänä olona, turvallisuutena sekä toimintakykynä ja sosiaalitieteessä kykynä selviytyä sosiaalisissa rooleissa ja ympäristössä. Hoitotieteellisen eli holistisen terveystalvvelityksen mukaan terveys on fyysisen, psyykinen ja sosiaalisen terveyden muodostama kokonaisuus, johon ympäristötekijät vaikuttavat. Kasvatustieteessä terveys taas merkitsee elinikäistä kasvun mukana kulkevaa prosessia, käyttäytymistieteessä käyttäytymisen tulosta ja ympäristötieteessä ympäristön muokkaamaa asiaa. Terveyttä voidaan tarkastella myös funktionaalisesti, jolloin terveys nähdään hyvän toimintakyvyn kautta, tai positiivisesti, jolloin terveys nähdään terveyden eri osa-alueiden tasapainona ja sitä lähestytään voimavarojen kautta. Eri terveystalvvelitysten mukaan terveys koostuu kuitenkin monesta eri tekijästä, ei vain sairauden tai toimintakyvyn heikentymisen puutteesta. (Nykänen 2006.)

Kodiksi lasketaan tässä opinnäytetyössä paikka, jossa ihminen vakituisesti asuu. Kodiksi ei hyväksytä tässä opinnäytetyössä kuitenkaan hoito- tai hoivalaitoksia, joissa ikääntynyt lasketaan laitoshoidossa olevaksi. Perusterveydenhuolto viittaa tässä opinnäytetyössä pääasiassa kuntien tarjoamiin terveydenhuollontalvveluihin, kuten terveystalvveluskeskustalvveluihin ja kotisairaanhoidon talvveluihin, joiden pääasiallisena tarkoituksena on väestön terveyden seuranta sekä terveyden edistäminen (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 3 §). Päivystys määritellään tässä opinnäytetyössä joko terveystalvveluskeskuksessa tai sairaalassa toimivaksi yksiköksi, joka vastaanottaa hoitoon hakeutuvia äkillisesti sairastuneita ihmisiä, tekee heille hoidon tarpeen arvion ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon esimerkiksi sairaalaan.

2.1 Ikääntyneiden terveys

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman Terveys 2011-tutkimuksen mukaan ikääntyneet kokevat pääsääntöisesti terveytensä hyväksi, joskin tämä kokemus heikentyy iän lisääntyessä. Kyselyyn vastanneista 65-74-vuotiaista miehistä ja naisista noin 65 prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, mutta yli 75-vuotiaista enää alle 50 prosenttia. Iän lisääntyessä miehet kokevat terveytensä paremmaksi kuin naiset. Yli 75-vuotiaista jopa 21 prosenttia arvioi terveytensä olevan huono. Koettu terveys on kuitenkin parantunut huomattavasti 2000-luvun aikana. (Koskinen, Manderbacka & Aromaa 2012, 77-79.) Terveytensä parhaaksi kokivat koulutetuimmat sekä naimisissa olevat ikääntyneet, kun taas heikoimmaksi vähiten koulutetut ja leskeksi jääneet (Helldán & Helakorpi 2014, 36). Koettu terveys on osoittautunut hyväksi mittariksi ikääntyneiden kohdalla ennustamaan esimerkiksi elämän pituutta, terveydentilaa ja palveluiden tarvetta (Jylhä & Leinonen 2013, 381-389). Jotakin pitkäaikaissairautta ilmoitti sairastavansa 65-74-vuotiaista noin 50 prosenttia, kun taas yli 75-vuotiaista jo noin 70 prosenttia. Miehillä pitkäaikaissairaudet ovat yleisempiä kuin naisilla. Myös pitkäaikaissairauksien esiintyvyyden voidaan nähdä hieman vähentyneen viimeisen vuosikymmenen aikana. (Koskinen ym. 2012, 80-81.)

Ikääntyneiden kohdalla terveyttä nähdään harvemmin enää varsinaisesti päämääränä, vaan ennemminkin pyritään löytämään tasapainoinen suhtautuminen siihen terveydentilaan, joka ikääntyneellä sillä hetkellä on. Terveiden tasapainon voidaan nähdä koostuvan toimintakyvyn, sosiaalisen ja fyysisen ympäristön sekä tavoiteprofiilin yhteisvaikutuksesta. Terveiden kokemus on ylipäättään hyvin subjektiivinen asia. Toiset ikääntyneet kokevat terveytensä erittäin huonoksi, vaikka objektiivisesti esimerkiksi hoitohenkilökunnan näkökulmasta tarkasteltuna se olisi hyvä. Toisaalta taas hyvinkin sairas ihminen voi tuntea itsensä terveeksi. Tähän kokemukseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten ihmisen sisäiset ja ulkoiset voimavarat sekä omat valinnat, kokemukset ja käsitykset. Tavoitteena on kuitenkin aina löytää tasapaino, jossa ikääntynyt voi elää mahdollisimman hyvässä suhteessa omaan terveyteensä. Esimerkiksi terveyden ollessa erittäin heikko, on tärkeää löytää sitä kompensoivia asioita, joiden avulla tasapaino voidaan saavuttaa. Ikääntynyt voi joutua asettamaan vaatimuksiaan omaa terveydentilaansa kohtaan, eli tavoiteprofiiliinsa, alhaisemmaksi, mikäli se on epärealistinen suhteessa siihen terveydentilaan, mikä voidaan saavuttaa. Tärkeää on kuitenkin löytää hyväksyntä omaa terveydentilaansa kohtaan riittämättömyyden tai avuttomuuden tunteiden sijaan. (Lyyra & Tiikkainen 2010, 58-59.)

Terveysprofiili on lisäksi jatkuvassa suhteessa ikääntyneen toimintakykyyn sekä ympäristöön, jossa ikääntynyt elää. Kun yksi näistä asioista muuttuu, se vaikuttaa myös aina jollakin tavalla muihin. Toimintakyvyllä tarkoitetaan tyypillisesti ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästään, ja sitä voidaan tarkastella joko jäljellä olevan toimintakyvyn, toimintakyvyn

puutteiden tai voimavarojen kautta. Toimintakyky voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista, joskin nämä kaikki ovat yhteydessä toisiinsa. Terveydellä on merkittävä vaikutus toimintakykyyn, sillä esimerkiksi lonkkamurtumasta johtuvat kivut voivat vaikuttaa liikkumiseen, joka taas vaikeuttaa arjesta selviytymistä. Tätä kautta myös ympäristö nousee osaksi terveyden tasapainoa, sillä liikkumisen ollessa vaikeaa voi ympäristö, jossa on hankalaa liikkua esimerkiksi portaiden vuoksi, alentaa toimintakykyä entisestään. Toisaalta ympäristö voi myös aiheuttaa uhan terveydelle, mikäli siellä on paljon onnettomuuksille altistavia tekijöitä. Tällöin terveys ja toimintakyky voivat heikentyä onnettomuuden vuoksi. Myös sosiaalinen ympäristö vaikuttaa terveyteen sekä myönteisesti että kielteisesti. Hyvä sosiaalinen ympäristö auttaa ylläpitämään ihmisen terveyttä, mutta esimerkiksi liikkumisen heikentyessä ihmisellä ei ole välttämättä mahdollisuutta päästä tapaamaan muita ihmisiä omasta kodistaan, jolloin hän voi jäädä yksinäiseksi. Tämä taas osaltaan vaikuttaa kielteisesti terveyteen. (Lyyra & Tiikkainen 2010, 59-61.)

Toisaalta ihmisen kuntoutuessa lonkkamurtumasta ja kipujen vähentyessä, eli terveyden parantuuessa, myös toimintakyky paranee usein samalla. Kuntoutuja voi taas esimerkiksi palata asumaan omaan kotiinsa, jossa on portaat sekä liikkua tapaamaan ystäviään. Vaikka lonkkamurtuma heikentäisi hetkellisesti merkittävästi sekä terveyttä että toimintakykyä ja tätä kautta vaatii muutoksia sekä fyysisessä että sosiaalisessa ympäristössä, voivat nämä tekijät palata kuntoutumisen jälkeen vastaamaan jopa tilannetta ennen lonkkamurtumaa. Olennaista on, että tasapaino kyetään löytämään takaisin myös sen horjuessa sekä muutostilanteissa, sillä terveys, toimintakyky ja ympäristö eivät ole koko elämän ajan samanlaisina pysyviä asioita, vaan erityisesti ikääntyessä lähes jatkuvassa muutoksessa olevia tekijöitä. (Lyyra & Tiikkainen 2010, 59-61, 64-65.)

2.2 Ikääntyneiden sairastavuus

Ikääntyessä ihmisen elimistössä tapahtuu väistämättömiä muutoksia, jotka johtavat usein ainakin fyysisen toimintakyvyn heikentymiseen. Mitä vanhempi ihminen on, sitä heikompi hänen toimintakykynsä yleensä on. Toimintakyvyn laskeminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä ja siihen vaikuttavat useat eri tekijät. Ikääntymiseen liittyvää toimintakyvyn laskua voidaan myös ennaltaehkäistä monilla eri tavoilla. Yksi merkittävä ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttava asia ovat sairaudet. (Heikkinen 2005.) Helldánin ja Helakorven tutkimuksessa ikääntyneet miehet ilmoittivat yleisimmäksi sairaudekseen kohonneen verenpaineen tai verenpainetaudin, jota sairasti hieman alle puolet tutkimukseen osallistuneista. Muita ikääntyneillä miehillä yleisiä tai melko yleisiä sairauksia olivat diabetes, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, syöpä, nivelsairaudet, selkäsairaudet ja selän kulumat sekä virtsaamisvaivat. Myös naisilla verenpainetauti oli selvästi yleisin sairaus, jota yli 80-vuotiaista tutkimukseen osallistuneista naisista jopa yli puolet sairastaa. Verenpainetaudin jälkeen yleisimmät sairaudet ikääntyneillä nai-

silla olivat diabetes, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, nivelsairaudet, selän kulumat ja muut selkäsairaudet, virtsaamisvaivat, viherkaihi, osteoporoosi ja masennus. Kaikkien edellä mainittujen sairauksien sairastavuus lisääntyi sekä miehillä että naisilla merkittävästi iän noustessa. Jotkin sairaudet, kuten korkea verenpaine, olivat yleisempiä leskeksi jääneillä kuin naimisissa olevilla. Pääsääntöisesti erot olivat kuitenkin hyvin pieniä tai olemattomia. Myöskään kouluvuosien määrällä ei ollut merkittäviä eroja sairastavuuteen useimpien sairauksien kohdalla. (2014, 40-41.)

Miehillä verenpainetaudin ja sokeritaudin sairastavuus on lisääntynyt jonkin verran viimeisten 20 vuoden aikana, mutta useimpien sairauksien sairastavuus taas on vähentynyt merkittävästi. Esimerkiksi sepelvaltimotaudin, sydämen vajaatoiminnan, nivelreuman, selkäsairauksien, pitkäaikaisen keuhkoputkentulehduksen sekä virtsatietulehduksen ja masentuneisuuden sairastavuus on laskenut selkeästi. Myös naisilla verenpaine- ja sokeritautien sairastavuus on lisääntynyt, kuten myös muiden nivelsairauksien kuin nivelreuman. Sairastavuus on vähentynyt merkittävästi sepelvaltimotaudissa, sydämen vajaatoiminnassa, nivelreumassa, selän kulumavioissa, pitkäaikaisissa virtsatietulehduksissa ja masentuneisuudessa. Vuonna 2013 65-69-vuotiaista miehistä noin 35 prosenttia ilmoitti, ettei sairasta mitään tutkimuksessa esitetystä yleisimmistä sairauksista. Tämä luku lähtee heti 70 ikävuoden jälkeen selkeään laskuun niin, että 80-84-vuotiaista miehistä enää 15 prosenttia ei sairasta yhtäkään tutkimuksessa selvitetystä sairauksista. 65-69-vuotiaista naisista 33 prosenttia ilmoitti, ettei sairasta mitään tutkimuksessa esitetystä sairauksista. Vastaava luku 80-84-vuotiailla oli enää 14 prosenttia, joten myös naisilla sairastavuus lisääntyi iän myötä. (Helldán & Helakorpi 2014, 40-41.)

Edellä mainittujen lisäksi yleisiä sairauksia ikääntyneillä ovat myös muistisairaudet, joiden esiintyvyys on hyvin vähäistä nuorissa ikäluokissa, mutta lähtee merkittävään nousuun yli 70-vuoden ikäisillä. Yli 85-vuotiaista jo lähes 40 prosenttia kärsii vähintään keskivaikeasta dementiaasta. (Sulkava 2010, 123.) Dementiaasta kärsiviä odotetaan olevan vuonna 2020 jo lähes 120 000, eli sen esiintyvyys on voimakkaassa kasvussa. Selvästi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerin tauti, joka aiheuttaa jopa 60 prosenttia kaikista dementiaista. Seuraavaksi yleisimmät dementoivat sairaudet ovat vaskulaarinen dementia sekä Lewyn kappale-tauti, joiden osuudet dementian aiheuttajina väestötasolla ovat noin 15 prosenttia. (Sulkava 2005.) Muita merkittäviä sairauksia ikääntyneillä ovat esimerkiksi astma ja keuhkohtaumatauti (Harju 2010, 209-213), suun ja hampaiden terveyteen liittyvät ongelmat kuten ientulehdukset (Meurman 2010, 308-314) sekä infektioaudit (Sammalkorpi 2010, 271). Erityisesti infektioiden määrä ja vaikeusaste kohoavat yleensä iän mukana. Tavallisimpia ikääntyneiden sairastamia infektioitauteja ovat influenssa, keuhkokuume, virtsatieinfektiot, vyöruusu, kirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät infektiot, sepsikset, ripulitaudit sekä useimmiten laitoshoitoon liittyvät pehmytkudosinfektiot, eli tyypillisesti haavoihin liittyvät tulehdukset. (Sammalkorpi 2010, 271-276.)

Yleisimmät oireet ja vaivat, joista ikääntyneet miehet kärsivät, ovat rasituksessa tuntuva rintakipu, nivel- ja selkäsäryt, päänsärky, jalkojen turvotus, suonikohjut, ihottumat, unettomuus, huimaus, ummetus, närästys, ruuansulatusvaivat ja virtsaamisvaivat. Rasitusrintakivun, selkäkivun, jalkojen turvotuksen, huimauksen, ummetuksen ja virtsaamisvaivojen esiintyvyyks kasvaa iän mukana, kun taas esimerkiksi nivelsäryt, päänsärky, ihottuma, unettomuus ja ruuansulatusvaivat helpottavat vanhemmilla miehillä. Naisilla yleisimpiä vaivoja ovat rasituksessa tuntuva rintakipu, nivel- ja selkäsäryt, päänsärky, jalkojen turvotus, suonikohjut, ihottumat, unettomuus, masentuneisuus, huimaus, ummetus, närästys, ruuansulatusvaivat ja virtsaamisvaivat. Naisilla kaikkien muiden vaivojen kuin ihottuman, päänsäryn ja närästyksen kokeminen lisääntyy merkittävästi iän myötä. Naiset kokevat edellä mainittuja vaivoja selvästi miehiä enemmän. Miehillä edellä mainittujen oireiden kokeminen on yleisintä yli 80-vuotiailla ja vähäisintä 70-74-vuotiailla. Naisilla taas vastaavia oireita esiintyy vähiten 65-69-vuotiailla ja eniten yli 80-vuotiailla. Noin 19 prosenttia yli 80-vuotiaista miehistä kertoo, ettei kärsi mistään edellä mainituista oireista, kun taas yli 80-vuotiaista naisista vain noin 9 prosenttia kokee näin. Myös riski tapaturmiin joutumiseen lisääntyy hieman iän myötä sekä naisilla että miehillä. Yleisimpiä tapaturmia ovat kotitapaturmat, joita tapahtuu huomattavasti enemmän naisille kuin miehille. (Helldán & Helakorpi 2014, 42-43, 45.)

Lääkkeiden käyttö on sekä miehillä että naisilla yleisintä ikääntyneimmillä ryhmillä. Pääsääntöisesti kaikkien lääkkeiden kulutus lisääntyy iän myötä, mutta vitamiini- ja kivennäisainevalmisteiden käyttö vähenee. Yleisimmät ikääntyneiden miesten ja naisten käyttämät lääkkeet ovat verensäätölääkkeet, sydänlääkkeet, särkylääkkeet, kolesterolilääkkeet, diabeteslääkkeet, unilääkkeet, D-vitamiinivalmisteet sekä muut vitamiini- ja kivennäisainevalmisteet. Naisilla esimerkiksi särkylääkkeiden, unilääkkeiden, rauhoittavien lääkkeiden sekä masennuslääkkeiden käyttö on yleisempää kuin miehillä. (Helldán & Helakorpi 2014 46-47.)

2.3 Ikääntynyt terveystalouden käyttäjänä

Ikääntyneille Suomessa tällä hetkellä tarjolla olevia terveystalouksia ovat perusterveydenhuollon tarjoamat terveystalouksien vastaanottopalvelut sekä kotiin vietävät palvelut, kuten kotisairaanhoido ja kotipalvelut. Lisäksi tarjolla on keskitettyjä palveluita, kuten palveluasumista, pien- ja ryhmäkoteja, päivä- ja osavuorokautisia palveluita, lyhytaikais- ja jaksottaishoitopaikkoja sekä pitkäaikaishoitoa tarjoavia laitoksia, kuten vanhainkoteja ja dementiaosastoja. Vaativampaa tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta tarjoavat keskus-, alue-, yliopisto- ja terveystalouksensairaalat, joista useimmat kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. (Tilvis 2010b, 65.) Pääsääntöisesti terveystalouksien tarve kasvaa iän mukana. Esimerkiksi Helldánin ja Helakorven (2014, 124) tutkimuksessa yli 80-vuotiaista naisista enää vain hieman alle 70 pro-

senttia koki, ettei tarvitse kotisairaanhoidon palveluita, kun vielä 65-vuotiailla vastaava luku on 96 prosenttia.

Ikääntynyttä pyritään aina ensisijaisesti hoitamaan omassa kodissaan (STM 2014). Tulevaisuudessa kotihoidon merkitys tulee kasvamaan entisestään, sillä esimerkiksi uusi hallitusohjelma (2015) pyrkii painottamaan ikääntyneiden terveyspalveluiden tarjontaa entistäkin enemmän kotiin tarjottaviin palveluihin. Tavoitteena on myös kehitellä uudenlaisia kotona selviytymistä tukevia asumismuotoja sekä lisätä omaishoidon osuutta. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 19-20.) Kotiin vietäviin palveluihin kuuluvat tällä hetkellä kotipalvelu, kotisairaanhoido ja kotisairaala. Kotipalvelun tarkoituksena on tukea ikääntynyttä toimintakyvyn heikentyessä päivittäisissä toimissa, kuten hygieniasta huolehtimisessa. Kotipalvelua voivat täydentää tukipalvelut, kuten ateriapalvelu. Kotipalvelun lisäksi ikääntynyt voi saada kotisairaanhoidoa, jonka tarkoituksena on hoitaa ikääntyneen terveyttä kotona esimerkiksi seuraamalla ikääntyneen vointia ja lääkitystä sekä tekemällä tarvittavia mittauksia ja pieniä tutkimuksia. (STM 2014.) Kotisairaala vastaa vaativammasta kotona tapahtuvasta sairaanhoidosta (STM 2015). Omasta kodista sairaalaan on syytä siirtyä tyypillisesti vain esimerkiksi vaativampia tutkimuksia tai hoitoa sekä tarkempaa diagnosointia varten. Sairaalaan siirtyminen on perusteltua myös, mikäli ikääntynyt selviää hyvin heikosti päivittäisistä toimistaan tai tarvitsee ympärivuorokautista apua, tukea tai valvontaa esimerkiksi muistisairauden vuoksi (Ahlblad 2009, 2535-2536).

Vuonna 2013 terveyskeskuksissa oli yhteensä 23 578 947 käyntiä ja asiakkaita hieman yli 3,5 miljoonaa. Suhteellisesti eniten terveyskeskuksen avopalveluita käyttivät yli 65-vuotiaat. Käyntien määrä lisääntyi iän mukana niin, että eniten palveluita käytti yli 75-vuotiaiden ikäryhmä. Suurin osa käynneistä ikääntyneillä on kuitenkin kotihoidon käyntejä. (Mölläri & Saukonen 2014, 3, 8-9.) Säännöllisiä kotihoidon palveluita sai koko maassa vuoden 2013 lopussa hieman yli 70 000 asiakasta, joka on 2,3 prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna. Suurin osa kotihoitoa saavista asiakkaista on yli 75-vuotiaita. Tästä ikäryhmästä kotihoitoa sai noin 12 prosenttia, kun tavoite on 13-14 prosenttia. Noin 40 prosentilla kotihoidon asiakkaista kotihoidon työntekijöiden käyntejä on kuukauden aikana alle 10, kun taas noin 26 prosentille asiakkaista tehtiin käyntejä jopa yli 60 yhden kuukauden aikana. (Väyrynen & Kuronen 2014, 2.)

Terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin vuonna 2013 hieman alle 150 000 potilasta, joista 65-74-vuotiaita oli 18 prosenttia ja yli 75-vuotiaita 64 prosenttia. Yli 75-vuotiaista vuodeosastojen potilaista suurin osa on naisia ja vain noin neljäsosa miehiä. 65-69-vuotiaista potilaista kuitenkin vielä noin puolet on miehiä. Keskimääräinen hoitoaika on 22 päivää, mutta yli 75-vuotiailla se on 26 päivää. Yleisimmin vuodeosastolle tullaan terveyskeskuksen päivystyksen kautta tai jostakin toisesta laitoksesta sairaalasiirtona. Suurin osa potilaista kotiutuu esimerkiksi kotihoidon avulla. Tyypillisimmät diagnoosit terveyskeskusten vuodeosastoilla liittyivät

sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin sekä psyykkisiin sairauksiin mukaan lukien dementiat. Vuodeosastoille tullaan hoitoon myös esimerkiksi itsestä huolehtimisen tai liikkumisen vaje-
vuuksien, muistamattomuuden ja sekavuuden, päihdeongelmien, hoitajan loman, kuntoutuksen sekä tapaturmien vuoksi. Suurin osa potilaista on täysin omatoimisia tai vain ajoittain apua tarvitsevia. Merkittävä osa on kuitenkin jatkuvan ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. (Mölläri & Saukkonen 2014, 15-19, Liitetäulukko 3.)

Somaattisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2013 yhteensä lähes 2 miljoonaa potilasta. Yleisimmin hoitajakset liittyivät sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien, kasvainsairauksien sekä erilaisten ulkoisten tekijöiden aiheuttamien tilojen, kuten vammojen ja myrkytysten hoitoon. Myös hoitajakset liittyen hengityselinten, ruuansulatuselinten sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin olivat yleisiä. Erikoisalojen vuodeosastoista eniten potilaita hoidetaan kirurgialla ja toiseksi eniten sisätaudeilla. Avohoidon puolella sisätaudeilla on enemmän käynnejä kuin kirurgialla. Suurin osa erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidetuista potilaista on naisia (56 %). Suhteellisesti eniten vuodeosaston tai päiväkirurgian hoitajaksoja on yli 75-vuotiailla, joiden määrä erikoissairaanhoidon potilaista lisääntyy jatkuvasti. Myös 65-74-vuotiaiden potilaiden määrä on suuri ja koko ajan kasvussa. Avohoidon käynnit ovat ikääntyneillä hyvin yleisiä, mutta eivät niin yleisiä suhteessa muun ikäiseen väestöön, kuin vuodeosastojaksot. Myös ikääntyneille tehtävien toimenpiteiden määrä on kasvussa, vaikka toimenpiteet ovat edelleen yleisempiä nuoremmissa ikäluokissa. Somaattiseen erikoissairaanhoidon vuodeosastolle saavutaan yleensä kotoa tai toisesta hoitolaitoksesta. Hieman vajaa puolet saapuu päivystyksellisesti, loput sovitusti ajanvarauksen kautta. Suurin osa kotiutuu omaan kotiin tai palveluasuntoon sairaalasta. Noin 20 prosenttia siirtyy toiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen. Pisimmät hoitajakset ovat tyypillisesti potilailla, jotka asuvat jo valmiiksi oman kodin sijaan jossakin laitoksessa. Keskimääräiset hoitoajat ovat muutamia päiviä, mutta laitoksissa asuvilla potilailla hoitoajat ovat keskimäärin jopa yli 10 päivää. (Rainio & Rätty 2015, 3-6, 10-13.)

Sairaalan sijaan ikääntyneiden vaativampaakin sairaanhoitoa voidaan toteuttaa tänä päivänä myös kotona. Kuntien tarjoamat kotisairaalat tuovat potilaalle sairaalatasoista hoitoa hänen omaan kotiinsa tai palvelutaloon tai vanhainkotiin, jossa potilas asuu. Potilaan omassa kodissa voidaan suorittaa esimerkiksi lääkärin ja hoitajan käynnit, pienet tutkimukset, näytteenotot ja toimenpiteet sekä lääkitys. Tyypillisimmin kotisairaalan potilaat saavat suonensisäisesti annettavaa antibioottihoitoa johonkin infektiotautiin, punasolusiirtoja anemiaan, vaativaa kivun hoitoa, vaativaa haavanhoitoa, palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa, tukea sairaalasta kotiutumiseen tai esimerkiksi diabeteksen tasapainotusta. (Ahlblad 2009, 2535; Vantaan kaupunki 2011.) Kotisairaalaan siirrytään useimmiten erikoissairaanhoidon vuodeosastolta jatko-
hoitoon. Suurin osa kotisairaalan potilaista on jo ikääntyneempiä eläkkeellä olevia ihmisiä, mutta kotisairaaloissa hoidetaan myös paljon työikäisiä ihmisiä. (Halonen 2012, 40-43.) Hoito-

jaksojen pituudet ovat vaihdelleet tyypillisesti muutaman päivän ja kahden viikon välillä, ikääntyneillä hoitoajat ovat usein pidempiä (Ahlblad 2009, 2536). Kotisairaalahoidon tuntemus potilaiden keskuudessa on kuitenkin vielä vähäistä. Esimerkiksi Halosen (2012, 40-43) tutkimuksessa lähes 90 prosenttia kotisairaalan hoitoa saaneista potilaista ei ollut aikaisemmin kuullutkaan kotisairaalahoidosta.

Erityistä huolta kansainvälisellä tasolla ovat herättäneet ikääntyneiden yleiset päivystyskäynnit (Gruneir, Silver & Rochon 2011, 132). Suomessa vuonna 2013 pelkästään somaattisen erikoissairaanhoidon päivystyksessä on hoidettu lähes 600 000 potilasta, joilla käyntejä yhtä potilasta kohden oli keskimäärin 1,5. Lähes puolet erikoissairaanhoidon sairaalahoitojaksoista alkaa myös päivystyksen kautta. (Rainio & Rätty 2015, 8-10.) Useat tutkimukset ovat osoittaneet ikääntyneiden käyttävän runsaasti päivystyspalveluita, vaikkakin lapset ja nuoret nähdään kuitenkin usein yleisimpänä käyttäjäryhmänä (kts. esim. Gruneir ym. 2011, 131-155; Siminski, Bezzina, Lago & Eagar 2008, 702; Downing & Wilson 2005, 24-30). Päivystyspalveluiden käyttö on yleistä jo 65-75-vuotiailla, mutta merkittävämpään nousuun se lähtee yli 80-vuotiailla. (Gruneir ym. 2011, 131-155; Haapamäki, Huhtala, Löfgren, Mylläri, Seinelä & Valvanne 2014, 15-20; Siminski ym. 2008, 702.) Ikääntyneiden päivystyskäynneistä suurin osa on aiheellisia, mutta toisaalta ikääntyneissä on myös suhteellisen paljon päivystyksen suurkuluttajia (Gruneir ym. 2011, 131-155). Ikääntyneiden päivystyksen käyttöä kuitenkin kuvaa usein se, että he eivät käytä päivystystä kuin todellisissa hätätilanteissa, sillä he saattavat helposti kokea vaivaavansa muita turhaan. Iso osa ikääntyneistä päätyykin päivystykseen vasta oman lääkärin, hoitajan tai omaisen lähettämänä. (Considine, Smith, Hill, Weiland, Cannon, Behm, Wellington & McCarthy 2010, 61-69.)

Suurin osa ikääntyneistä päivystyspalveluja käyttävistä potilaista on naisia. Tyypillisintä päivystyksen käyttö on arkipäivisin ja päiväaikaan. Viikonloput taas ovat selvästi hiljaisempia ainakin ikääntyneiden osalta päivystyksessä. Päivystyskäynti kestää tyypillisesti kahdesta tunnista neljään tuntiin. (kts. esim. Haapamäki ym. 2014, 15-20.) Päivystykseen saavutaan useimmiten ambulanssilla (Gruneir ym. 2011, 143). Suurin osa päivystykseen saapuvista tulee omista kodeistaan, jonka jälkeen yleisimmät saapumispaikat ovat perusterveydenhuollon lähettämänä terveyskeskuksesta tai ympärivuorokautisesta palveluasumisesta. Erityisesti ikääntyneistä harva palaa päivystyksestä kotiin, vaan suurin osa siirtyy jatkohoitoon sairaalaan. Osa päivystysten potilaista siirtyy esimerkiksi pitkäaikaishoidon laitoksiin tai kuolee. Tyypillisimmät diagnoosit liittyvät huonovointisuuteen, sydänongelmiin kuten rytmihäiriöihin ja rintakipuun, kipuihin, murtumiin, hengenahdistukseen ja neurologisiin ongelmiin kuten tajunnanmenetykseen tai päänvammoihin. (kts. esim. Downing & Wilson 2005, 24-30; Haapamäki ym. 2014, 15-20; Gruneir ym. 2011, 131-155.) Myös esimerkiksi puutteet itsestä huolehtimisessa, kotihoidon asiakkaana oleminen, alentunut fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky, runsas lääkkeiden käyttö, kaatumiset, tapaturmat, mielenterveysongelmat, pitkäaikaissairaudet, päih-

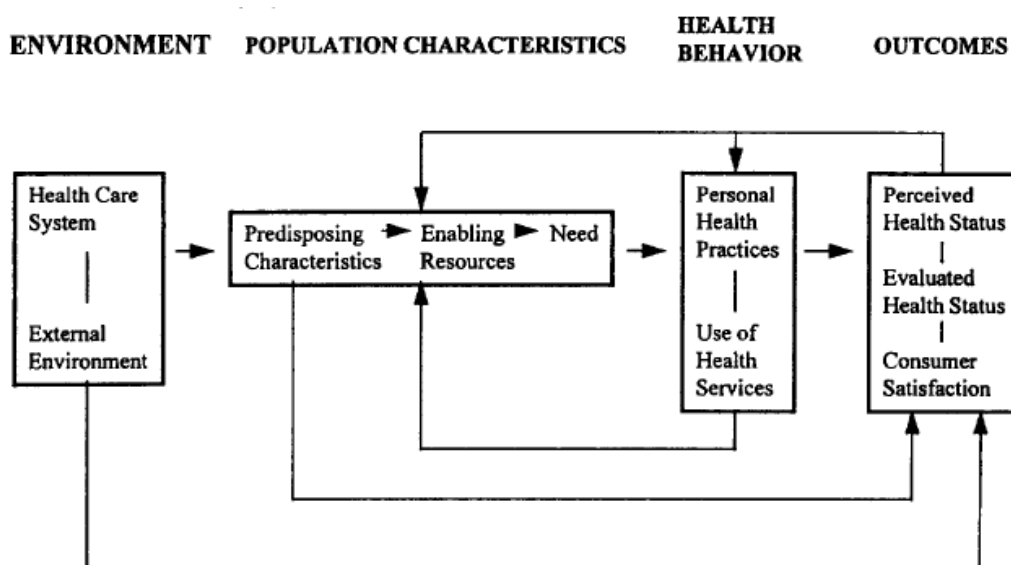
teiden käyttö ja yksin asuminen on liitetty kohonneeseen riskiin käyttää päivystyspalveluita. (kts. esim. Doran, Raven & Rosenheck 2013, 151-159; Gruneir ym. 2011, 131-155.)

Terveyspalveluiden käytön syitä kuvataan useissa ikääntyneiden terveyspalveluiden käyttöä selvittävässä tutkimuksissa niin sanotun Andersenin mallin avulla. Alkuperäinen 1960-luvulla luotu malli selittää terveyspalveluiden käyttöä kolmen eri komponentin avulla. Ensimmäinen komponentti sisältää altistavat tekijät (predisposing characteristics), joihin kuuluu kolme eri alakomponenttia. Ensimmäisenä ovat demografiset tekijät kuten ikä ja sukupuoli, jotka esittävät biologisina tekijöinä todennäköisyyttä ihmisten terveyspalveluiden tarpeelle. Toisena esitetään sosiaaliset tekijät kuten koulutus, ammatti ja etnisyys, jotka määrittävät ihmisen asemaa yhteisössä, kykyä selviytyä ja hakea apua erilaisiin ongelmiin sekä ympäristön terveyttä. Kolmantena altistavien tekijöiden komponentissa voidaan nähdä vielä terveyskäsitukset, jotka ovat asenteita, arvoja ja tietoa, joita ihmisillä on terveydestä ja terveyspalveluista ja jotka voivat vaikuttaa heidän terveyspalveluiden käyttöönsä. Andersen on pohtinut myös esimerkiksi geneettisten ja psykologisten tekijöiden lisäämistä altistaviin tekijöihin. (Andersen 1995, 1-7.)

Toisen komponentin mallissa muodostavat mahdollistavat tekijät (enabling resources), joka sisältää kaksi alaluokkaa: henkilökohtaiset ja perheeseen liittyvät mahdollistavat tekijät sekä yhteiskuntaan liittyvät mahdollistavat tekijät. Nämä komponentit käsittävät olemassa olevat terveyspalvelut, niiden saatavuuden ja tietoisuuden niistä ja niiden käytöstä sekä terveyspalveluiden käyttöön liittyvät taloudelliset tekijät, kuten tulot ja vakuutukset. Kolmantena komponenttina ovat tarvetekijät (need), joihin voidaan pitää havaittuja tai koettuja käytön tarpeita tai arvioituja käytön tarpeita. Näihin vaikuttaa voimakkaasti myös ihmisen oma kokemus ja käsitys terveydestään ja toimintakyvystään ja tätä kautta terveyspalveluiden tarpeesta. (Andersen 1995, 1-7.)

Kehitetymmässä mallissa nämä yllä olevat tekijät ovat edelleen huomioituna yhtenä neljästä komponentista, jotka vaikuttavat terveyspalveluiden käyttöön: väestön ominaispiirteinä (population characteristics). Näiden vierelle on kuitenkin saatu kolme uutta tasoa. Ensimmäinen näistä on ympäristö (environment), joka sisältää terveyspalvelujärjestelmän (health care services) sekä koko ulkoisen ympäristön (external environment). Toisena esitetään terveyskäyttäytyminen (health behavior), joka sisältää henkilökohtaiset terveystottumukset (personal health practices) sekä terveyspalveluiden käytön (use of health services). Kolmantena ovat tulokset (outcomes), jotka sisältävät koetun terveyden (perceived health status), arvioitun terveyden (evaluated health status) sekä käyttäjien tyytyväisyyden palveluihin (consumer satisfaction). Kuviossa näiden kaikkien nähdään olevan yhteydessä ja vaikuttavan toisiinsa. Ympäristön, yksilöiden ja väestöjen ominaisuuksien ja terveyskäyttäytymisen kautta päästään

lopulta tuloksiin, jotka määrittelevät ihmisen terveyttä ja tyytyväisyyttä palveluihin, ja tätä kautta koko palveluiden käyttöä (Kuvio 1). (Andersen 1995, 7-8.)



Kuvio 1: Andersenin mallin kehitetyn versio (Andersen 1995)

2.4 Ikääntyneiden sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito

Yleisimpiä ikääntyneiden akuutin sairaalahoidon indikaatioita ovat verisuonitukokset, akuutit sydäninfarktit, aivoverisuonisairaudet, keuhkoembolia, tulehdustilat, keuhkokuume, virtsateiden tulehdus, ruusu, lonkkamurtuma, dementoivat sairaudet ja maligniteetti eli pahanlaatuinen sairaus, kuten syöpä. Sairaalaan tulon syy on useimmiten kaatuminen, pyörtyily, äkillinen hengenahdistus, sekavuustila ja kotona pärjäämättömyys. (Tilvis 2010a, 72-75.) Tulevaisuudessa erityisesti sydän- ja verisuonisairauksien, dementiaa aiheuttavien rappeuttavien aivosairauksien, pahanlaatuisten kasvaimien, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, mielenterveysongelmien, kroonisten keuhkosairauksien, aikuisiän diabeteksen sekä infektiosairauksien aiheuttaman sairaanhoidon tarpeen odotetaan kasvavan (Tilvis 2010b, 69).

Ikääntyneiden sairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa vaikeuttaa kuitenkin usein monien sairauksien yhtäaikainen esiintyminen eli monisairaus, jolloin on vaikeaa erottaa, mikä sairaus on jonkin tietyn oireen aiheuttaja. Myös ikääntyneiden oma näkemys oireistaan vaikuttaa, sillä osa ikääntyneistä hakeutuu hoitoon vasta oireiden ollessa jo hyvinkin vakavia. Ikääntynyt ei välttämättä myöskään kerro kaikista oireistaan, kun taas toisia saatetaan jopa ylikorostaa. Ikääntyneen voinnin arvioinnissa tulee aina ottaa huomioon kommunikaatio-ongelmat, kuten puutteet aistitoiminnoissa tai kognitiossa, asennoituminen omiin sairauksiin ja oireisiin, vanhenemiseen liittyvät muutokset elimistössä, ikääntyneen käyttämä lääkitys sekä sairaudet. (Tilvis 2010a, 72-75.)

Tehokas tapa ennaltaehkäistä ikääntyneiden sairaalahoitojaksoja sekä pysyvää laitokseen joutumista on ennaltaehkäistä sairauksia tai mikäli sairastuminen on jo tapahtunut, pyrkiä ennaltaehkäisemään sairauksien pahentumista. Sairauksien ennaltaehkäiseminen pidentää myös ikääntyneen elinikää ja lisää toimintakykyisiä elinvuosia, mikä taas vähentää palveluidentarvetta ja tukee itsenäistä elämää. Varsinaisen primaariprevention hyödyllisiä toimia ovat esimerkiksi ruokavalio- ja liikuntaneuvonta, valistus päihteiden käytöstä sekä säännöllisestä rokkotamisesta huolehtiminen erityisesti influenssaa ja pneumokokkia vastaan. Tärkeitä sekundaari- ja tertiääriprevention toimia taas ovat esimerkiksi sairauksien ja aistitoimintojen heikentymisen varhainen toteaminen ja hoito. Prevention apuna voivat toimia esimerkiksi säännölliset terveystarkastukset, erilaiset seulontatellit sekä ennakoivat kotikäynnit ikääntyneille. Asioita, joihin on hyvä puuttua jo varhaisessa vaiheessa, ovat esimerkiksi tupakointi, alkoholin käyttö, lihavuus, aliravitsemus, liikunnan vähäisyys, kohonnut verenpaine, korkea kolesterolipitoisuus, korkea verensokeri diabeetikolla, nestetasapainon häiriöt, aistitoimintojen häiriöt, kivut, lääkitysten sivuvaikutukset, mielialan lasku, muutokset terveydentilassa ja toimintakykyssä sekä kaatuilu. (Strandberg & Tilvis 2010, 425-435.)

Tyypillisiä piirteitä kotihoidon asiakkaille ovat korkea ikä, naissukupuoli, muistisairaudet, psyykkiset sairaudet, diabetes, sydämen vajaatoiminta, omatoimisuus, pieni tai kohtalainen fyysisen avun tarve, masennus, käytösoireet, alhainen painoindeksi, päivittäinen kipu, epävakaa kävely, huimaus, kaatuilu, virtsankarkailu, heikentynyt näkö ja kuulo, kyky ja halu sosiaalisiin kontakteihin sekä unilääkkeiden ja/tai masennuslääkkeiden käyttö. Mitä tuetumpaa elämää ikääntynyt elää, sitä enemmän hänellä esiintyy esimerkiksi muistisairauksia, psyykkisiä sairauksia, aivohalvauksia, lonkkamurtuman jälkitiloja, valvonnan tarvetta, runsaan fyysisen avun tarvetta, masennusta, aistiharhoja, harhaluuloisuutta, käytösoireita, alhaista painoindeksiä, tahatonta painon laskua, epärealistisia pelkoja, virtsankarkailua, kuulon ja näön heikentymiä, vähentynyttä kykyä tai halua sosiaaliseen kanssakäymiseen, epävakaita sosiaalisia suhteita, asunnosta tai osastolta poistumatta olemista sekä rauhoittavien lääkkeiden, psykoosilääkkeiden, unilääkkeiden, masennuslääkkeiden ja Alzheimerin taudin hoitoon käytettävien lääkkeiden käyttöä. Tuettumpia palveluita saavien ikääntyneiden lisääntyneet ongelmat johtuvat usein siitä, että he ovat valmiiksi huonokuntoisempia kuin esimerkiksi kotihoidon asiakkaat. Edellä mainitut asiat ovat kuitenkin usein selkeitä riskitekijöitä, jotka nostavat helposti palveluiden tarvetta. (Finne-Soveri 2010, 78-79.)

Ikääntyneiden hoitotyössä eli gerontologisessa hoitotyössä tärkeitä osa-alueita ovat terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, akuuttien tilanteiden tunnistaminen ja hallitseminen, pitkäaikaisairauksien hoito ja seuranta, kuntoutus sekä palliatiivinen ja saattohoitotyö. Työskentely ikääntyneiden kanssa vaatii usein laajaa osaamista näiltä osa-alueilta sekä kykyä päätöksentekoon ja moniammatillisessa työryhmässä toimintaan. Ikääntyneiden kanssa työskennellessä

on tärkeää myös tunnistaa oma asenteensa ikääntyneitä kohtaan sekä arvot, jotka määrittävät omaa toimintaa. Ikääntyneitä ei saisi kategorioida ikänsä perusteella yhteen luokkaan, vaan muistaa heidän kaikkien olevan yksilöitä, joilla on oma ainutlaatuinen taustansa. Ikääntyneitä hoidettaessa on hyvä ottaa huomioon heidän menneisyytensä lisäksi heidän tulevaisuutensa sekä tähän hetkeen liittyvät asiat, kuten voimavarat. Ikääntyneen mahdollisista toimintakyvyn rajoitteista huolimatta hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee aina kunnioittaa niissä rajoissa, joissa se on mahdollista. Ikääntyneitä ei tule jättää yksin, vaan hänet tulee ottaa mukaan aktiiviseksi toimijaksi omassa hoidossaan ja tarjota hänelle tarvitsemansa tuki. Tavoitteena ikääntyneen hoidossa on aina saavuttaa ikääntyneelle mahdollisimman hyvä, inhimillinen ja itsenäinen elämä ottaen mahdolliset rajoitteet huomioon. (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 455-461.) Olennaista on, että ikääntynyt saa tarvitsemansa palvelut yksilöllisesti niin, että ne vastaavat todella hänen tarpeitaan ja toiveitaan yksilönä (STM 2013, 30).

Hoitotyön onnistumiseksi on hoitajan annettava ikääntyneelle aikaa, tilaa sekä mahdollisuus keskusteluun. Läsnäolo on yksi tärkeimmistä asioista ikääntyneiden hoitotyössä, ja sen puute voi olla yksi mahdollinen syy hoidon epäonnistumiseen. (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 462-463.) Hoidon epäonnistumisena voidaan pitää esimerkiksi sitä, että ikääntynyt ajautuu kierteseen, jossa hän kulkee jatkuvasti kodin ja sairaalan väliä tai hänen selviytymisessään on selkeitä puutteita tukitoimista huolimatta. Nämä voivat johtua esimerkiksi avun puutteesta tai kokemuksesta, ettei apua saada tarpeeksi, avun väärin kohdentamisesta, huonosta toiminnan organisoinnista, hoitohenkilökunnan kiinnostuksen tai osaamisen puutteesta järjestää apua ja kartoittaa ikääntyneen tilannetta, tiedon, yhteydenpidon, yhteisten näkemysten ja yhteistyön puutteesta, epävarmuuden tunteesta, avun vastaanottamisen vaikeuksista, selviytymisen tukemisen puutteesta sekä huonosta kontaktista eri osapuolten välillä. Ongelmia voi muodostua myös yhteistyössä ikääntyneen perheenjäsenten, läheisten tai muiden ikääntyneitä hoitavien henkilöiden kanssa, mikäli he eivät saa tarvitsemaansa tietoa ja tukea. (Koponen 2003, 54-118.)

Muita ikääntyneen hoidon epäonnistumiseen johtavia tekijöitä voivat olla vääränlainen lääkitys, kuten liian useiden lääkkeiden käyttö ilman selvästi perusteltua tarvetta, liiallisten riskien ottaminen hoidossa esimerkiksi tekemällä tutkimuksia tai toimenpiteitä, joihin ikääntyneen kunto ei riitä sekä omaishoitajan väsyminen ja tuen puute (ETENE 2008). Myös ikääntyneen varattomuus voi rajata esimerkiksi palveluiden tarjontaa (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 458). Ikääntyneen vääränlainen tai puutteellinen hoitaminen aiheuttaa usein turhaa vaivaa ja kärsimystä kaikille osapuolille, joten tärkeää olisi kohdata ja hoitaa aina jokainen potilas parhaalla mahdollisella tavalla. (ETENE 2008).

Yksi eniten turvattomuuden tunnetta ikääntyneille aiheuttava asia on laitoshoitoon joutuminen sekä riippuvuus toisen henkilön avusta (Helldán & Helakorpi 2014, 130-131). Halosen tut-

kimuksessa selvitettiin kyselyn avulla kotisairaalan potilaiden mielipiteitä saamastaan hoidosta, jossa ilmeni, että lähes kaikki vastaajat olivat kokeneet kotisairaalan hoidon luottamukselliseksi. Vastaajista 86 prosenttia oli kokenut kotona sairaanhoidossa olemisen myös turvalliseksi. Turvattomuuden tunne liittyi yleensä omaisten avun puutteeseen. Vastaajista 87 prosenttia valitsisi myös jatkossa ehdottomasti kotisairaalahoidon sairaalan vuodeosaston sijaan. (2012, 46.) Kotona toteutettava sairaanhoito on todennäköisesti myös selvästi kustannustehokkaampaa verrattuna sairaalan vuodeosastolla tapahtuvaan hoitoon sekä yhteiskunnan että potilaan kannalta. Erityisesti säästöjä tuovat esimerkiksi infektiopotilaat, jotka eivät tarvitse välttämättä muuta hoitoa kuin lyhytaikaista lääkitystä suonensisäisesti, mutta jotka sairaalassa ollessaan saattaisivat viedä yhden kokonaisen potilashuoneen tartuntavaaran vuoksi muutamana päivänä ajaksi. Myös hoitoajat ovat tyypillisesti lyhyempiä kuin sairaaloiden vuodeosastoilla. Kotisairaalahoidon etuina pidetään myös työn joustavuutta, sillä se on harvoin niin aikatauluun sidottua ja kiireistä kuin hoitotyö sairaalassa. Lääkärillä ja hoitajalla on potilaan kodissa käydessään myös mahdollisuus keskittyä kokonaisvaltaisesti potilaaseen. Kotisairaalaan potilas on tarvittaessa helppo lähettää hoitoon sairaalaan, sillä kotisairaala toimii usein jonkin sairaalan yhteydessä omana osastonaan. (Ahlblad 2009, 2535-2537.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella ikääntyneen näkökulmasta tekijöitä, jotka johtavat päivystykseen hakeutumiseen omasta kodista. Tavoitteena oli kerätä yhteen tietoa aiheesta Vantaan kaupungin kotisairaanhoidon tiimien käyttöön toiminnan kehittämiseen sekä koulutus- ja perehdytysmateriaaliksi. Tiedon hyödyntämisen tavoitteena on toteuttaa ikääntyneiden tarvitsemaa hoitoa yhä laadukkaammin kotona ja tätä kautta ennaltaehkäistä sairaalaan joutumista. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä toimi seuraava kysymys:

- o Mitkä tekijät voivat vaikuttaa ikääntyneen päätökseen hakeutua päivystykseen?

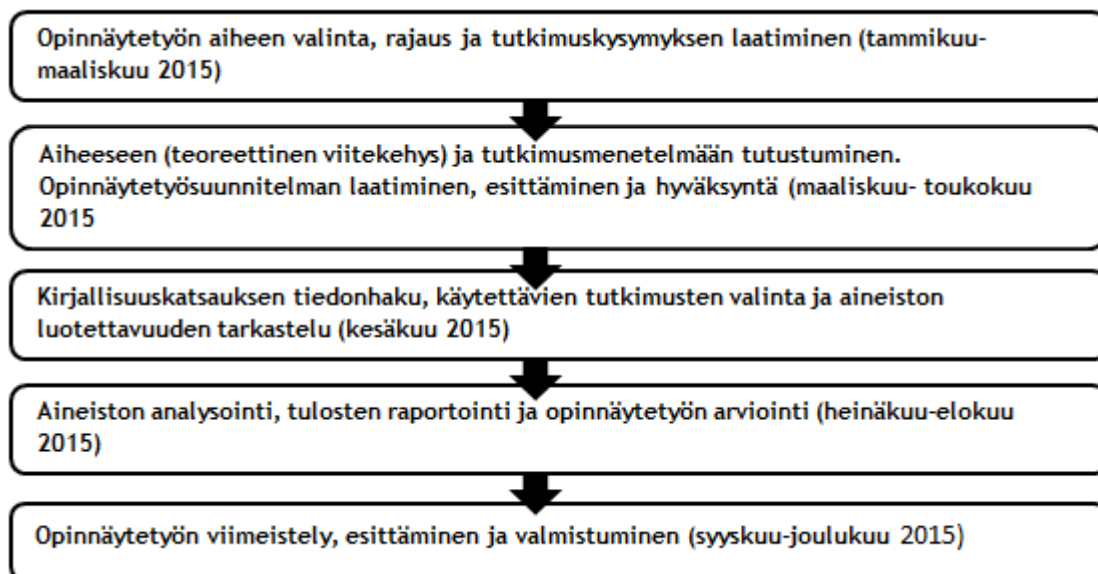
4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, jonka tarkoituksena on tutkia aiheesta tehtyä aikaisempaa tutkimusta. Kirjallisuuskatsausta tehdessään tutkija etsii valitsemiinsa tutkimuskysymyksiin liittyviä aikaisempia tutkimuksia ja esittelee niiden keskeisimpiä tuloksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 121.) Kirjallisuuskatsaus koostaa aiheesta tehdyt aikaisemmat tutkimukset ja teorian, jonka pohjalta tieto tulee helposti löydettäväksi ja arvioitavaksi (Baumeister & Leary 1997, 312). Kirjallisuuskatsaus toimii yleensä pohjana tehtävälle tutkimukselle. Kirjallisuuskatsauksessa onkin olennaista esitellä näkökulmat ja menetelmät, joilla aiheesta on aikaisemmin tehty tutkimusta, sekä esitellä tutkimusten tulokset. Näiden pohjalta voidaan arvioida aikaisempien tutkimusten luotettavuutta ja niiden tarjoaman

tiedon määrää sekä löytää jatkotutkimusaiheita. (Hirsjärvi ym. 2014, 121, 258-260.) Kirjallisuuskatsaus valittiin tähän opinnäytetyöhön tutkimusmenetelmäksi, sillä aihetta haluttiin tarkastella mahdollisimman laaja-alaisesti aikaisemman tutkimustiedon pohjalta, jota aiheesta oletettiin löytyvän.

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen erilaiseen tyyppiin: kuvailevaan eli traditionaaliseen kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja meta-analyysiin. Nämä voidaan jakaa vielä alatyyppeihinsä. Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jota voidaan pitää kirjallisuuskatsausten perustyyppinä ja jonka tekemistä ohjaavat säännöt ovat vapaimmat. Se voidaan jakaa vielä narratiiviseen ja integroivaan tyyppiin, joista tässä opinnäytetyössä käytetyssä narratiivisessa katsauksessa pyritään esittelemään lukijalle aihetta melko laaja-alaisesti mutta kuitenkin metodisesti melko vapaasti. Integroitu kirjallisuuskatsaus taas on jo toteutustavaltaan hyvin lähellä systemaattista kirjallisuuskatsausta, sillä se edellyttää lähes yhtä tarkkaa tutkimusaineiston seulontaa. Se kuitenkin käsittelee aihetta huomattavasti vapaammin ja laajemmin, kuin mitä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsausten luokittelun voidaankin nähdä tapahtuvan niiden metodiikan perusteella niin, että narratiivinen katsaus on selvästi vapaamuotoisin toteutukseltaan ja meta-analyysi tarkin ja vaativin, kun taas systemaattinen katsaus sijoittuu näiden kahden väliin. Kaikki näistä katsaustyypeistä tuottavat hieman erilaisen lopputuloksen. Esimerkiksi narratiivinen katsaus tuottaa laajasti mutta melko yleisellä tasolla aihetta käsittelevän katsauksen, kun taas meta-analyysin tuloksena voidaan saada tutkimusten tuloksia hyvin syvällisesti tutkisteleva ja jopa uusia tutkimustuloksia tutkimusten yhteyksistä löytävä katsaus. (Cronin, Ryan & Coughlan 2008, 38-39; Salminen 2011, 6-15.)

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen alkaa aiheen valinnalla. Kirjallisuuskatsauksen käyttäminen tutkimusmenetelmänä edellyttää, että valittavasta aiheesta on saatavilla tutkittua tietoa jo valmiiksi, sillä aikaisemmat tutkimukset toimivat kirjallisuuskatsauksen aineistona. Aihe on syytä rajata myös hyvin tarkasti, jotta aineiston määrä saadaan pidettyä tarkoituksenmukaisena. (Aveyard 2014, 19-20; Cronin ym. 2008, 39-40.) Aiheen valinnan jälkeen tässä opinnäytetyössä tutustuttiin aiheeseen luomalla teoreettinen viitekehys sen ympärille asioista, jotka liittyivät aiheeseen läheisesti. Samalla tutustuttiin myös käytettävään tutkimusmenetelmään. Näiden pohjalta opinnäytetyölle saatiin luotua tutkimuskysymys, joka ohjaa varsinaista aineiston keruuta (Aveyard 2014, 26). Kirjallisuuskatsauksen tekeminen etenee tämän jälkeen varsinaisen tutkimusaineiston keräämisellä suorittamalla tiedonhaku sekä löydetyn aineiston läpikäymisellä ja analysoinnilla valitulla menetelmällä. Näiden vaiheiden jälkeen voidaan esittää tulokset ja johtopäätökset. Koko tutkimusprosessi tulee raportoida huolellisesti. (Aveyard 2014.) Tämän opinnäytetyön toteutus on kuvattu tarkemmin kuviossa 2.



Kuvio 2: Opinnäytetyön toteutus

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen ei edellytä katsaukseen valittujen tutkimusten tarkkaa arviointia, mutta tutkimuksia valitessa on syytä kiinnittää huomiota kuitenkin tutkimusten luotettavuuteen (Aveyard 2014, 13, 104). Luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi tutkimustulosten toistettavuudella, joka edellyttää tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkkaa kuvaamista tutkimusraportissa. Myös esimerkiksi tutkimuksessa käytetty triangulaatio, joka tarkoittaa joko useiden tutkimusmenetelmien, tutkijoiden, teoreettisten näkökulmien tai tutkimusaineistojen käyttöä, voi parantaa tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2014, 231-233.) Tutkimusten luotettavuuden arvioinnissa voidaan hyödyntää esimerkiksi Kontion & Johanssonin teoksessaan mukailemia Suomen sairaanhoitajaliiton (2004) kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteereitä. Kriteerit sisältävät arviointia tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta, aineiston ja menetelmien käytöstä, luotettavuudesta ja eettisyydestä sekä tuloksista ja johtopäätöksistä. (2007, 105-106.)

4.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku suunnitellaan ja rajataan etukäteen mahdollisimman tarkasti niin, että tiedonhauulla on mahdollista löytää oman tutkimuksen kannalta olennaista tietoa. Etukäteen on syytä valita esimerkiksi käytettävät tietokannat ja hakusanat sekä määrittää tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tiedonhakua tehdessä tutkijan on tärkeää tietää mitä hän on hakemassa, jotta tiedonhaku onnistuu ja kaikki tutkimuskysymyksen kannalta olennainen tieto tulee löydettyksi. (Aveyard 2014, 74-80.)

Tässä opinnäytetyössä sisäänottokriteereiksi määriteltiin seuraavat asiat:

- Tutkimus on julkaistu viimeisten 10 vuoden sisällä eli vuosina 2005-2015.
- Tutkimusraportin kieli on suomi tai englanti.
- Tutkimuksesta löytyy julkaistu raportti, joka on saatavissa Laurean kirjaston tietokannoista tai muualta ilmaiseksi joko kirjallisena tai sähköisenä.
- Tutkimus käsittelee yli 65-vuotiaiden ihmisten sairaalan tai terveyskeskuksen päivystykseen hakeutumista omasta kodistaan.
- Tutkimus käsittelee aihetta ikääntyneen omasta näkökulmasta.

Poissulkukriteereiksi määriteltiin seuraavat asiat:

- Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2005.
- Tutkimus on opinnäytetyö eli esimerkiksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyö tai pro gradu.
- Tutkimusraportti on kirjoitettu muulla kielellä kuin suomeksi tai englanniksi.
- Tutkimusraportti ei ole saatavissa ilmaiseksi Laurean kirjaston tietokannoista tai muualta tai sen saaminen on liian vaikeaa suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin.
- Tutkimus käsittelee alle 65-vuotiaita ihmisiä.
- Tutkimus käsittelee muualle kuin terveyskeskuksen tai sairaalan päivystykseen hakeutumista.
- Tutkimus käsittelee päivystykseen hakeutumista jostakin tilapäistä hoitoa antavasta laitoksesta, kuten sairaalasta tai pitkäaikaista hoitoa antavasta laitoksesta, kuten hoivakodista.
- Tutkimus käsittelee hoitoon hakeutumista terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta.
- Tutkimus kartoittaa vain hoitoon hakeutumisen taustatekijöitä, kuten ikää tai sukupuolta, tai syitä on kartoitettu vain lääketieteellisten diagnoosien kautta.

Käytettäväksi tietolähteiksi valittiin sekä kotimaisia että kansainvälisiä lääke-, hoito- ja terveystieteellisiin tutkimuksiin keskittyneitä tietokantoja, joista oletettiin löytyvän tämän opinnäytetyön kannalta olennaisia tutkimuksia. Kotimaisista käytettäväksi valittiin Medic, joka on Terveystieteiden keskuskirjasto Terkon tuottama terveystieteellinen viitetietokanta sekä Melinda, joka taas on Suomen kirjastojen ja yliopistokirjastojen yhteistietokanta. Kansainvälisistä tietokannoista käytettiin CINAHL:a, joka sisältää viitteitä, tiivistelmiä ja artikkeleita hoitotieteeseen, hoitotyöhön ja fysioterapiaan liittyen, ProQuestia joka on monitieteinen yhteistietokanta sisältäen myös terveystieteisiin liittyviä artikkeleita ja PubMedia, josta löytyy lääke- ja biotieteisiin liittyviä artikkeleita. Epävirallinen haku tehtiin myös Google Scholariin eli Googlen tieteelliseen hakukoneeseen sekä Cochrane Libraryyn, joka sisältää kansainvälisiä systemoituja kirjallisuuskatsauksia. (Tähtinen 2007, 12-15, 28-32.)

Hakusanoja etsittiin sekä MeSH:stä eli Medical Subject Headings-asiasanastosta että sen suomenkielisestä versiosta FinMeSH:stä Medic-asiasanastosta. Apuna käytettiin myös aihetta käsittelevien tutkimusten asiasanastoja. Käytettäviä hakusanoja suunniteltiin tekemällä ajatuskarttaa aiheeseen liittyvistä käsitteistä ja etsimällä niille sopivia hakusanoja. Ennen tiedonhaun aloittamista tehtiin kaikkiin valittuihin tietokantoihin useita niin sanottuja testihakuja, joiden avulla testattiin hakusanojen kykyä antaa haluttua tietoa. Varsinainen tiedonhaku aloitettiin 24.6.2015, jolloin se tehtiin Mediciin ja Melindaan. Tiedonhaku tehtiin PubMediin 28.6.- 29.6. ja CINAHL:iin ja ProQuestiin 29.6. Tällöin käytiin läpi nopeasti myös Google Scholarin ja Cochranen tuottamat tulokset haille sekä valittujen tutkimusten lähdeluettelot. Kaikki tiedonhauet kirjattiin ylös (Liite 1). Tiedonhakuja tehtäessä kaikki niiden tuottamat viitteet käytiin välittömästi läpi selailemalla ensin kaikkien viitteiden otsikot, jonka jälkeen otsikkojen perusteella jatkoon valittujen artikkeleiden tiivistelmät luettiin läpi. Tiivistelmien perusteella valittiin vielä tarkempaan tarkasteluun sisäänottokriteereitä täyttäviä tutkimuksia. Lopullinen valinta tehtiin koko tekstin lukemisen perusteella, jossa painotettiin erityisesti tutkimusmenetelmää ja tuloksia. Artikkeleiden hyväksymisen ja hylkäämisen perusteluna toimivat etukäteen asetetut sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Tiedonhaku Mediciin tehtiin lopulta hakulausekkeella vanhuksat AND terveys OR terveydentila OR sairaus AND terveyspalvelut OR potilashoito OR vanhustenhuolto OR akuuttihoito. Näiden hakusanojen osoitettiin testihauissa tuottavan parhaiten tutkimuskysymykseen liittyviä tutkimuksia. Useiden aiheeseen liittyvien hakusanojen käyttäminen yhtäaikaaisesti tuotti laajalaisesti aiheeseen liittyviä artikkeleita, joka lisäsi opinnäytetyöhön käytettäviksi sopivien tutkimusten löytymisen mahdollisuutta. Kaikkien hakusanojen sallittiin löytyvän tekijän nimestä, otsikosta, tiivistelmästä tai artikkelin asiasanoista. Rajaukseksi hakuun asetettiin vuosiväli 2005-2015. Haussa sallittiin hakusanojen synonyymien käyttö. Kieltä tai julkaisutyyppiä ei rajattu tässä vaiheessa, jotta haussa saataisiin mahdollisimman monipuolisesti viitteitä ja voitaisiin löytää tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset tutkimukset.

Haku Mediciin tuotti yhteensä 18 viitettä, joista otsikon perusteella tarkasteltaviksi valittiin kahdeksan (8) ja otsikon perusteella hylättiin 10. Otsikon perusteella hylätyt käsitteivät esimerkiksi muistisairaiden ajoterveysten arviointia terveyskeskuksessa sekä liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuutta, eikä niiden todettu tarjoavan tämän opinnäytetyön kannalta olennaista tietoa. Otsikkojen perusteella hylättiin myös lehtiartikkeleiksi merkittyjä artikkeleita, sillä kirjallisuuskatsaukseen voidaan hyväksyä tässä tapauksessa vain tutkimuksia, eikä esimerkiksi lehtien kolumneja tai pääkirjoituksia. Kaksi lehtiartikkelia hyväksyttiin kuitenkin mukaan otsikon perusteella tässä vaiheessa tarkempaa tarkastelua varten. Kaikkien kahdeksan otsikon perusteella valitun viitteen tiivistelmät/lehtiartikkelit luettiin läpi, joiden perusteella hylättiin kuusi osumaa. Hylättyihin kuuluivat molemmat lehtiartikkelit, sillä niitä ei voida käyttää kirjallisuuskatsauksessa, sekä neljä muuta viitettä, joista ei löytynyt viitteitä ikäänty-

neiden terveystalveluiden käytön syistä. Hylätyt viitteet käsittelivät esimerkiksi ikääntyneiden aktivoimiseen pyrkineen hankkeen ja vanhustalvelulain vaikutuksia sekä liikunnallisen aktiivisuuden yhteyttä sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöön. Kahta viitettä tarkasteltiin vielä koko artikkelin perusteella, mutta molemmat niistäkin hylättiin lopulta, sillä niistä ei löytynyt tutkimusta hoitoon hakeutumisen syistä. Toinen käsitteli ikääntyneiden omaishoitajien palvelujen käyttöä ja tarvetta, mutta lähinnä vain omaishoidon näkökulmasta, eikä tarjonnut varsinaisesti tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin liittyviä vastauksia. Toinen artikkelin perusteella hylätyistä taas käsitteli väestön ikääntymiseen varautumista kaupungin näkökulmasta, mutta sekään ei eritellet syitä ikääntyneiden palveluntarpeisiin. Medic-haun perusteella kirjallisuuskatsaukseen ei siis valittu yhtäkään artikkelia.

Tiedonhaku Melindaan voitiin toteuttaa samalla hakulausekkeella kuin Mediciin, eli vanhukset AND terveystalvelut OR terveydentila OR sairaus AND terveystalvelut OR potilashoito OR vanhustenhoidto OR akuuttihoito. Melindassa sallittiin myös hakusanojen löytyvän mistä tahansa osasta artikkelia, kaikki kielet, julkaisuvuosi 2005-2015 ja kaikki aineisto. Tällä haululla saatiin yhteensä 48 viitettä. Otsikon perusteella tarkasteltaviksi valittiin viisi (5) viitettä. Hylätyt viitteet olivat osittain samoja kuin Medic-haussa hylätyt viitteet tai eivät vastanneet sisäänotto-kriteereitä. Hylätyksi tuli esimerkiksi ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä sekä viitteitä, jotka käsittelivät ikääntyneiden syrjintää ja huonoa hoitoa, pitkäaikaiseen laitoshoidtoon joutumista, yksinäisyyttä ja ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä. Tiivistelmien perusteella tarkemmin tarkasteltaviksi valittiin vielä kaksi artikkelia, joista molemmat jouduttiin hylkäämään. Tiivistelmien perusteella hylätyt käsittelivät esimerkiksi palveluiden järjestämistä sekä ikääntyneiden terveystalveluiden käyttöä, mutta eivät kartoittaneet juurikaan niiden käytön syitä. Melinda-hausta ei valittu kirjallisuuskatsaukseen yhtäkään artikkelia.

Kansainvälisissä tietokannoissa käytettävien hakusanojen löytäminen osoittautui erittäin haastavaksi tarpeeksi rajattujen mutta olennaisten viitteiden saamiseksi. Tämän vuoksi kaikkiin kolmeen valittuun kansainväliseen tietokantaan tehtiin ennen varsinaista hakua useita testihakuja erilaisilla hakusanoilla ja hakulausekkeilla sekä käytiin näiden tuottamia viitteitä jo alustavasti läpi. Tiedonhakua tehdessä ei haluttu rajata hakusanoilla tai muilla rajauksilla viitteitä liikaa, jotta mahdollistettaisiin mahdollisimman usean aiheeseen liittyvän tutkimuksen löytäminen laaja-alaisesti. Tämän vuoksi haussa kansainvälisistä tietokannoista päädyttiin lopulta käymään iso määrä viitteitä läpi useampien tiukasti rajattujen hakujen sijaan.

Haku PubMediin päädyttiin tekemään hakulausekkeella aged AND emergency department, hospital/utilization*, joista molemmat luokiteltiin MeSH-asiasanoiksi. Haun tulokset rajattiin viimeisten 10 vuoden aikana julkaistuihin artikkeleihin. Tämä haku tuotti yhteensä 1005 viitettä, joista otsikoiden perusteella tarkasteltavaksi valittiin 121 artikkelia. Kaikkien 121 ar-

tikkelin tiivistelmät luettiin läpi, joiden pohjalta päätettiin tarkastella 17 artikkelin koko tekstiä. Näistä 17:sta artikkelista hyväksyttiin käytettäväksi koko tekstin perusteella yhteensä kuusi (6) artikkelia, jotka täyttivät sisäänottokriteerit. Haun aikana hylätyistä artikkeleista suurin osa käsitteli alle 65-vuotiaiden aikuisten, nuorten tai jonkin tietyn ryhmän, kuten va-
kuutettujen, päivystykseen hakeutumista. Artikkeleita hylättiin myös esimerkiksi koska ra-
portti oli julkaistu muulla kielellä kuin englanniksi tai suomeksi tai koska tutkimus käsitteli
päivystykseen lähettämistä vanhainkodista, terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta,
päivystyksen käyttäjien ominaispiirteitä tai useimmiten saatuja lääketieteellisiä diagnooseja,
päivystyksen käyttöä perusterveydenhuollon palveluiden sijaan tai artikkelia ei ollut saatavis-
sa kokonaisuudessaan.

PubMedissa on mahdollisuus tarkastella myös muita tietokannasta löytyviä vastaavanlaisia ar-
tikkeleita valitulle artikkelille (similar articles). Tätä ominaisuutta hyödynnettiin PubMed-
haussa, ja jokaisen kuuden PubMed-haun kautta valitun tutkimuksen vastaavanlaiset artikkelit
käytiin läpi. Tässäkin tarkastelussa artikkelien ikä rajattiin viimeisten 10 vuoden ajalle. Yh-
teensä kaikkien tutkimusten osalta tarkasteltiin vielä 666 otsikkoa, joiden perusteella jat-
koon valittiin 30 tiivistelmää. Koko tekstiä tarkasteltiin näistä vain yhdestä (1) artikkelista,
joka valittiin myös koko tekstin perusteella käytettäväksi kirjallisuuskatsauksessa. Suurin osa
tarkastelluista otsikoista ja tiivistelmistä oli samoja kuin aikaisemmassa PubMed-haussa, ja
tulivat sitä kautta hylätyiksi. Tätä kautta löydettiin myös jo kirjallisuuskatsaukseen valittuja
tutkimuksia, jotka luonnollisesti hylättiin tässä haussa aikaisemmin valituksi tulemisen vuoksi.

PubMed-haussa saatiin viitteitä, jotka johdattivat useampiin eri tietokantoihin. Tästä huoli-
matta päätettiin kuitenkin tarkastaa vielä CINAHL ja ProQuest alkuperäisen suunnitelman mu-
kaan sekä siksi, että näihin viitteet useimmin linkittyivät. Haku CINAHL:in tehtiin haku-
lausekkeella aged AND "emergency department" AND utilization. Rajaukseksi asetettiin vuosi-
väli 2005-2015 sekä artikkelit, jotka koskivat yli 65-vuotiaita ja yli 80-vuotiaita. Haku tuotti
yhteensä 268 viitettä, joista otsikoiden perusteella valittiin 16. Otsikoiden perusteella hylätyt
olivat suurilta osin samoja kuin aiemmassa PubMed-haussa hyväksytyt tai hylätyt artikkelit.
Kuudestatoista artikkelista tiivistelmän perusteella valittiin jatkoon kolme artikkelia, jotka
lopulta hylättiin samankaltaisin perustein kuin PubMed-haussa. CINAHL-haun kautta ei löydet-
ty yhtäkään uutta artikkelia käytettäväksi opinnäytetyössä.

ProQuestiin haku tehtiin lausekkeella aged AND "emergency department utilization", jossa
hakusana aged asetettiin haussa viitteen asiansanastosta löytyväksi asiansanaksi (subject hea-
ding). Vuosiväliksi rajattiin 2005-2015. Tämä haku tuotti yhteensä 151 viitettä, joista otsikon
perusteella tarkasteltiin viiden (5) artikkelin tiivistelmää. Näistä ei valittu lopulta yhtäkään
käytettäväksi opinnäytetyössä. Suurin osa ProQuest-haussa saaduista viitteistä oli samoja kuin
aikaisemmissa PubMed ja CINAHL-haussa, ja tulivat hylätyksi tämän vuoksi. Muita hylkäämis-

perusteita olivat esimerkiksi aikuisen näkökulma tai käynteihin vaikuttavien taustatekijöiden kartoitus. Myös Google Scholarin ja Cochranen haulle *older adults AND emergency department utilization*”, sekä Googlessa myös hakusanalle *“patient perspective”*, tuottamat viitteet käytiin nopeasti läpi, eikä uusia tämän opinnäytetyön kannalta merkittäviä artikkeleita ilmaantunut.

Kaikkien sähköisiin tietokantoihin suoritettujen hakujen perusteella valittujen tutkimusten lähdeluettelot käytiin vielä nopeasti läpi, mutta niistäkään ei löytynyt tässä opinnäytetyössä hyödynnettäviä uusia tutkimuksia. Lähdeluetteloista löytyi aihetta käsitteleviä aikaisempia tutkimuksia, mutta suurin osa oli julkaistu ennen vuotta 2005 tai oli valittu jo käytettäväksi tässä opinnäytetyössä. Koska tiedonhauk toistivat toisiaan eri tietokannoissa ja testihauissa oli haettu tietoa jo lukuisilla eri hakusanoilla ja - lausekkeilla sekä todettu tiedonhaussa lopulta käytettyjen hakulausekkeiden antavan parhaiten ja laajasti tutkimuskysymykseen liittyvää tietoa, ei tiedonhakua päädytty laajentamaan, vaikka löydettyjen tutkimusten määrä jäi vähäiseksi. Tiedonhakujen perusteella valittiin siis opinnäytetyössä käytettäväksi yhteensä seitsemän (7) tutkimusta. Tämän lisäksi kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin vielä yksi (1) aikaisemmin teoreettista viitekehystä kirjoitettaessa löytynyt tutkimus, joka on löydetty erään artikkelin lähdeluettelosta ja tallennettu hyödynnettäväksi kirjallisuuskatsauksessa. Tähän artikkeliin ei saatu viitteitä yhdestäkään tietokannasta tiedonhakua tehdessä.

4.2 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsauksessa käytettäväksi valittiin lopulta yhteensä kahdeksan (8) tutkimusta, jotka täyttivät ennalta asetetut sisäänottokriteerit. Alun perin kirjallisuuskatsauksessa haluttiin painottaa erityisesti suomalaista tai pohjoiseurooppalaista tutkimusta, jotta löydetäisiin tutkimuksia, joiden tuloksia voitaisiin hyödyntää mahdollisimman suoraan suomalaisen terveydenhuollon näkökulmasta. Tiedonhakua tehdessä ilmeni kuitenkin, että ikääntyneiden päivystyspalveluiden käyttöä ikääntyneiden omasta näkökulmasta on tutkittu hyvin vähän maailmanlaajuisestikin. Lopulta kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin vain yksi (1) Suomessa tehty tutkimus. Loput seitsemän hyväksyttyä tutkimusta on tehty Yhdysvalloissa (5), Kanadassa (1) ja Australiassa (1). Kaikki hyväksytyt tutkimukset on julkaistu vuosina 2006-2014.

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytty suomalainen tutkimus on Suomen Kuntaliiton julkaisema laadullinen tutkimus, joka on tehty osana Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus - projektia. Projektin tarkoituksena on selvittää, kuinka ikääntyneille tarjottavat palvelut voitaisiin järjestää parhaalla mahdollisella tavalla, ja sen yhteistyökumppaneina toimivat Kela, STM sekä Sosiaalialan Työnantajat ry. Tämä tutkimus löydettiin jo aikaisemmin varsinaisen tiedonhaun ulkopuolelta erään artikkelin lähdeluettelosta ja tallennettiin tällöin käytettäväksi kirjallisuuskatsauksessa. Tiedonhaku ei tuottanut viitteitä

tähän tutkimukseen yhdessäkin tietokannassa. Loput kirjallisuuskatsauksessa käytettävistä tutkimuksista löytyivät PubMed-haulla. Ne on julkaistu seuraavissa pääasiassa hoito- ja lääketieteellisissä lehdissä: Internal Medicine Journal (1), Journal of Gerontological Nursing (1), Clinical Nursing Research (1), Journal of Gerontological Social Work (1), Qualitative Health Research (1), Academic Emergency Medicine (1) ja Gerontological Nursing (1). Kaksi tutkimusta liittyi läheisesti toisiinsa, sillä molemmissa oli käytetty samaa tutkimusaineistoa mutta eri lähestymistapojen kautta. Toinen oli tapaustutkimus, joka esitteli päivystykseen hakeutuneita ikääntyneitä taustoineen, kun taas toinen tarkasteli aineistoa anonymisti ja pyrki löytämään yhteyksiä ikääntyneen saaman sosiaalisen tuen ja päivystyskäyntien välille.

Kaikissa kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyissä tutkimuksissa on haastateltu ikääntyneitä sekä osassa myös heidän läheisiään tai annettu kyselylomake täytettäväksi. Tämän lisäksi useimmissa tutkimuksissa on kartoitettu haastateltujen taustatekijöitä kvantitatiivisin menetelmin. Kaikki hyväksytyt tutkimukset ovat keskittyneet kartoittamaan syitä ikääntyneen omasta näkökulmasta perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon päivystykseen hakeutumiselle. Osa tutkimuksista keskittyy tarkastelemaan aihetta suppeamman näkökulman kautta, esimerkiksi kartoittamalla syitä sille, miksi ikääntyneet valitsevat juuri päivystyksen perusterveydenhuollon sijaan, vaikuttaako toimintakyvyn lasku päätökseen hakeutua päivystykseen tai miksi ikääntyneet palaavat lyhyen ajan sisällä uudestaan päivystykseen. Suurin osa tutkimuksista on keskittynyt tutkimaan ikääntyneitä, jotka ovat kiireettömän syyn vuoksi päivystyksessä. Yhteistä kaikille hyväksytyille tutkimuksille on kuitenkin se, että ne tarjoavat ikääntyneen omaa näkökulmaa päivystykseen hakeutumiselle omasta kodistaan. (Liite 2.)

4.3 Aineiston analysointi

Tiedonhaun ja tutkimusten valinnan jälkeen voidaan tehdä varsinainen katsaus, jossa tutustutaan valittuihin tutkimuksiin tarkemmin sekä tehdään synteesi tuloksista. Katsauksessa esitetään valittujen tutkimusten menetelmät sekä keskeiset tulokset kirjallisuuskatsauksen kannalta olennaisella tavalla, sekä vertaillaan tutkimuksia ja niiden tuloksia toisiinsa. Kirjallisuuskatsauksessa voidaan arvioida näiden pohjalta myös tutkimusten luotettavuutta ja laatua. Olennaista kirjallisuuskatsauksessa on tarkastella tutkimuksia suhteessa toisiinsa sekä tutkimuskysymyksiin. Tutkimusten synteessin pohjalta tutkijan tulee tehdä pohdintaa ja johtopäätöksiä aineistosta. (Aveyard 2014, 137-139; Cronin ym. 2008, 39-43.)

Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksista saatua tietoa voidaan analysoida eri tavoilla, kuten laadullisella sisällönanalyysillä, jota tässä opinnäytetyössä on mukailtu. Ennen analysoinnin aloittamista kaikki tutkimukset luettiin huolellisesti läpi, jonka jälkeen tutkimuksia alettiin tarkastella tarkemmin. Tässä opinnäytetyössä analysoinnissa hyödynnettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä, jossa analysointi aloitetaan kaikkien keskeisten tutkimuskysy-

myksen kannalta olennaisten tutkimustulosten listaamisella (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101-113). Olennaiset tutkimustulokset listattiin yhteen kaikista käytettäväksi valituista tutkimuksista. Tässä vaiheessa listaus tehtiin lainaamalla suoria lauseita aineistosta. Aineistosta pyrittiin valitsemaan lauseita, jotka kuvaavat aihetta parhaiten ja mahdollisimman monipuolisesti. Samat tulokset toistuivat useissa tutkimuksissa, joten kaikista tutkimuksista ei otettu samaan aiheeseen liittyviä lainauksia. Englanninkielisiä lauseita ei vielä tässä vaiheessa käännetty suomeksi. Kaikkien lainausten perään merkittiin tutkimus, josta lainaus on otettu, merkinnällä T ja tutkimuksen numero. Tutkimukset on numeroitu järjestyksessä, jossa ne on esitetty tutkijan taulukossa (Liite 2).

Kun tutkimustulokset oli listattu alkuperäisillä ilmaisuilla, ryhdyttiin yhdistämään samankaltaisia tuloksia pelkistetyiksi ilmaisuiksi eli redusoimaan aineistoa. Tässä vaiheessa englanninkieliset lauseet käännettiin suomeksi, joten kaikki pelkistetyt ilmaisut ovat suomenkielisiä. Tämän jälkeen samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin vielä ja niistä muodostettiin alaluokkia, eli aineistoa klusteroitiin. Aineiston käsittelyä jatkettiin vielä yhdistämällä samankaltaiset alaluokat yläluokiksi sekä pääluokaksi, eli aineisto abstrahoiitiin. Näiden pohjalta tutkimustulokset saatiin käsitteellistettyä helposti kuvattavaan muotoon, josta voidaan tehdä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101-113.) Tässä opinnäytetyössä ei toteutettu kuitenkaan varsinaista sisällönanalyysiä, vaan pyrittiin mukaillen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita luokittelemaan aineistoa, jonka avulla tutkimusten tulokset saatiin koottua yhteen (Liite 3).

5 Tulokset

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa oli haastateltu tai annettu kyselylomake täytettäväksi yhteensä 359 ihmiselle, joista 352 oli ollut ikääntyneitä päivystyksen asiakkaita ja seitsemän oli ollut ikääntyneiden edustajia. Tutkimuksiin osallistuneiden iät ovat vaihdelleet pääsääntöisesti 65-92 vuoden välillä, mutta kaikissa tutkimuksissa ei osallistuneiden ikähaarukkaa ole ilmoitettu. Tutkimuksiin osallistuneiden keski-ikä on tutkimuksesta riippuen vaihdellut 70-82 ikävuoden välillä. Tutkimuksiin on osallistunut suurin piirtein yhtä paljon sekä miehiä että naisia. Useimmissa tutkimuksissa naisten osuus on suurempi (noin 60 % vastanneista), mutta toisaalta mukana on myös kaksi tutkimusta, joissa tutkittavina on ollut vain miehiä. Pääosin tutkimukseen osallistuneet ovat olleet kotona asuvia ikääntyneitä, mutta kolme osallistujaa oli saapunut päivystykseen tilapäisestä tai pysyvästä hoidosta kuntoutuslaitoksesta tai vanhainkodista. Tyypillisimpiä päivystykseen hakeutumiseen johtaneita vaivoja ovat olleet tutkimuksen mukaan vaihdellen esimerkiksi selkäkivut, hengenahdistus, rytmihäiriöt, kaatumisvammat, huonovointisuus ja heikotus, vatsakivut, rintakivut sekä pahoinvointi.

Tulokset osoittivat, että päätös päivystykseen hakeutumisesta on ikääntyneelle tietynlainen prosessi. Se alkaa oireiden tunnistamisesta ja arvioinnista, jonka tekee joko ikääntynyt itse tai joku muu ihminen hänen puolestaan. Tämän jälkeen ikääntynyt itse tai toinen ihminen hänen puolestaan joutuu päättämään, onko hänellä tarvetta hoitoon. Jos päätös hoidon tarpeesta tehdään, on vielä päätettävä mistä hoitoa haetaan. Päätös päivystykseen hakeutumisesta sisältää siis periaatteessa kaksi erillistä päätöstä: päätöksen hakea hoitoa vaivoihinsa ja päätöksen hakea hoitoa juuri päivystyksestä. (Claver & Levy-Storms 2010, 368-370; Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014, 16.) Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin tekijöitä näiden molempien päätösten taustalta.

5.1 Ikääntyneen arvio hoidon tarpeesta

Päätökseen hakea hoitoa oireisiinsa osoitettiin tutkimuksissa vaikuttavan oireiden voimakkuus, toimintakyvyn lasku, vaikeudet selvitä oireiden kanssa kotona ja kokemus sairaalahoidon tarpeesta, omahoidon tehottomuus tai että oireet eivät mene itsestään ohi, oireisiin liittyvät pelot ja huolet sekä kuolemanpelko tai kaatumisen pelko. Päätökseen vaikuttivat myös läheisen tai terveydenhuollon ammattihenkilön kehoitus tai päätös ikääntyneen puolesta päivystykseen hakeutumisesta, kokemus siitä että on oikeus hakea apua sitä tarvitessaan, oma arvio kiireellisen hoidon tarpeesta sekä tarpeesta saada hoitoa päivystyksestä perustuen aikaisempiin kokemuksiin tai olettamuksiin ja aiemmin saatu puutteellinen, tehoton tai sopimaton hoito tai puutteellisesti järjestetty jatkohoito.

Oireiden voimakkuus ja tarve niiden lievittämiseen oli useammassa tutkimuksessa esille nousut asia. Oireet itsessään olivat usein niin voimakkaita, että ikääntyneiden oli vaikeaa sietää niitä, ja tämän vuoksi koettiin tarvetta saada lievityskeinoja. Esimerkiksi Mylläri ym. tutkimuksessa nousi kuitenkin esille, että ikääntyneet hakevat apua oireisiinsa vasta kun ne ovat lähes sietämättömiä. Tutkimuksessa haastatellut ikääntyneet kuvasivatkin oireitaan korostaen niiden vakavuutta käyttämällä esimerkiksi sanoja hirveä, kamala ja kauhea. (2014, 18.) Tyyppillistä on myös, että ikääntyneet odottavat josko oireet menisivät itsestään ohi tai yrittävät itse lievittää niitä erilaisilla keinoilla. Vasta siinä vaiheessa kun oireet ovat kestäneet pitkään tai pahentuvat merkittävästi, eikä omahoidosta ole apua, koetaan että on pakko lähteä hoitoon. (Claver 2011, 298-300.)

Ehkä oireiden vakavuuttakin merkittävämpänä tekijänä päivystykseen hakeutumisessa pidettiin kuitenkin oireiden aiheuttamaa toimintakyvyn laskua ja kyvyttömyyttä elää niin sanotusti normaalia elämää. Oireiden todettiin vaikuttavan yleensä merkittävästi monista päivittäisistä toiminnoista selviämiseen, erityisesti esimerkiksi kävelemiseen, kaupassa käyntiin, kotitöihin, siirtymisiin ja liikkumiseen sekä pukeutumiseen (Wilber, Blanda & Gerson 2006, 681-682). Päivystyksestä lähdetään siis usein hakemaan helpotusta oireisiin, jotta arjesta selviytyminen

helpottuisi ja voitaisiin elää mahdollisimman normaalisti. Joskus ikääntyneet kokivat oireensa niin voimakkaiksi ja toimintakykynsä niin huonoksi, etteivät koe selviävänsä kotona, vaan ovat omasta mielestään sairaalahoidon tarpeessa. Tällöin päivystykseen saatettiin lähteä toiveena päästä sairaalaan. (Uscatescu, Turner & Ezer 2014, 36, 38; Wilber ym. 2006, 682; Mylläri ym. 2014, 25.) Voimakkaat oireet aiheuttivat usein ikääntyneissä myös pelkoja ja huolia, jopa kuolemanpelkoa. Oireet saatettiin kokea jopa hengenvaarallisina. Epävarmuus oireista ja niiden aiheuttajasta oli erityisesti merkittävä tekijä päivystykseen palaamisessa pian edellisen käynnin jälkeen. (Uscatescu ym. 2014, 36; Mylläri ym. 2014, 18-19.) Yhdessä tutkimuksessa mainittiin myös kaatumisen pelon johtaneen päivystykseen hakeutumiseen (D'Avolio, Feldman, Mitchell & Strumpf 2008, 242).

Päätökseen hoidon tarpeesta vaikuttivat usein omat kokemukset ja oletukset omasta terveydentilastaan sekä tarvittavasta hoidosta. Ikääntyneet kuvasivat itse tietävänsä usein esimerkiksi milloin omat oireet ovat niin vakavia, että niihin tarvitaan kiireellistä hoitoa. Ikääntyneillä oli tyypillisesti jo ennen päivystykseen hakeutumista mielessään, mistä oireet voivat johtua, mitä tutkimuksia he tarvitsevat ja mikä hoito oireisiin saattaisi mahdollisesti auttaa. Hoidon tarve päivystykseen hakeutuessa koettiin usein itse kiireelliseksi, joka vaikutti osaltaan siihen että hoitopaikaksi valittiin juuri päivystys. Näiden kokemusten taustalla olivat usein aikaisemmat omat kokemukset vastaavista tilanteista tai läheisten vastaavanlaiset kokemukset. (Mylläri ym. 2014, 19; Uscatescu ym. 2014, 36-38; Claver 2011, 299.) Yhdessä tutkimuksessa nousi myös esille, että ikääntyneet kokevat oikeudekseen käyttää terveystalveta aina silloin kun he kokevat sen tarpeelliseksi. Tutkimuksessa haastateltavat kuitenkin korostivat, etteivät käytä terveystalveta kuin silloin kun niitä todella tarvitsevat, ja kokevat näin ansainneensa näiden käytön silloin kun kokevat sille tarvetta. (Mylläri ym. 2014, 24).

Päivystykseen hakeutumiseen voi myös vaikuttaa aikaisemmin saatu hoito. Tästä löydettiin viitteitä Uscatescun ym. (2014) tutkimuksessa, jossa tutkittiin miksi ikääntyneet palaavat päivystykseen pian edellisen käyntinsä jälkeen. Päivystykseen palaamisen syynä olikin useimmiten edellisellä käynnillä saatu puutteellinen hoito, kuten diagnosoimatta jättäminen tai sopimaton hoito, kuten sopimattomat tai tehottomat lääkkeet. Palaamiseen johtivat myös saadun tiedon puute, liian pitkän ajan päähän saatu seuraava aika tai esimerkiksi yhdessä potilaspauksessa katetri, jonka kanssa elämiseen potilas ei pystynyt sopeutumaan kotiuduttuaan. Haastatellut kuvasivat, ettei heidän ongelmiaan oltu todella ratkaistu ensimmäisellä käyntikerralla.

Ikääntyneiden päätökseen hakeutua hoitoon vaikutti useissa tilanteissa joku muu ihminen. Claverin ja Levy-Stormsin tutkimuksessa haastatellut ikääntyneet miehet tekivät pääosin miehien päätöksen päivystykseen hakeutumisesta itsenäisesti (2010, 371), mutta muuten tutkimuksissa nousi esille, että avun pyytäminen muilta päätöksentekoon hoitoon hakeutumisesta

on yleistä. Tyypillisimmin muilta ihmisiltä pyydetty apu on mielipide oireista ja siitä, onko niiden vuoksi syytä hakeutua jo päivystykseen. Apua pyydettiin sekä läheisiltä ihmisiltä, kuten puolisolta, lapsilta, ystäviltä tai naapureilta, että terveydenhuollon ammattihenkilöiltä, kuten hoitajilta, perusterveydenhuollon lääkäriltä tai päivystyksen henkilökunnalta, soittamalla päivystykseen ennen paikan päälle saapumista. Useissa tutkimuksissa olikin yleistä, että ikääntynyt on soittanut terveyskeskukseen ennen päivystykseen hakeutumista. Muilta ihmisiltä saatu kehoitus saatetaan kokea esimerkiksi lupana hakeutua hoitoon, vaikka päätös hoitoon hakeutumisesta voitaisiinkin tehdä muuten itsenäisesti. Läheisten ja terveydenhuollon ammattilaisten antaman kehotuksen lähteä päivystykseen on osoitettu tutkimuksissa olevan merkittävä tekijä ikääntyneiden päivystykseen lähtemisessä. Lähes poikkeuksetta ikääntyneet saavat toisen ihmisen arviota kysyessään päivystykseen lähtemistä puoltavan vastauksen tai jopa käskyn lähteä päivystykseen. Ikääntyneet myös kuuntelevat usein päätöstä tehdessään toisen mielipidettä ja lähtevät päivystykseen, vaikka eivät välttämättä itse olisikaan sitä välttämättömäksi kokeneet. Päätöksenteko voidaan jättää myös kokonaan toisen ihmisen vastuulle. Joissakin tapauksissa läheiset tai terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat lähettäneet vasten ikääntyneen omaa tahtoa tämän hoitoon tai ilman, että ikääntynyt on voinut päätökseen vaikuttaa. (Mylläri ym. 2014, 19-21; Uscatescu ym. 2014, 37; Claver 2011, 304-306; Claver & Levy-Storms 2010, 300, 370-372; Lowthian, Smith, Stoelwinder, Smit, McNeil & Cameron 2012, 62.)

5.2 Päivystyksen valinta hoitopaikaksi

Päivystyksen valitsemiseen hoitopaikaksi osoitettiin tutkimuksissa liittyvän kokemus siitä, että päivystyksestä saa laadukasta ja tarvitsemaansa hoitoa nopeasti toisin kuin perusterveydenhuollosta, jossa ikääntyneet kokivat ongelmia esimerkiksi palveluiden saatavuuden ja puhelinjärjestelmien kanssa. Päivystystä kuvattiin joissain tutkimuksissa jopa ainoaksi mahdolliseksi tahoksi, josta koetaan että voi hoitoa saada. Tämän lisäksi ikääntyneiden hoitopaikan valintaan vaikuttivat vaikeudet löytää itselleen sopivaa palvelua sekä taloudelliset tekijät, jotka estivät palveluiden hankkimisen esimerkiksi yksityisiltä tahoilta.

Ikääntyneiden terveystalvöiden käyttöön osoittautui vaikuttavan voimakkaasti heidän käsityksensä sekä kokemuksensa terveystalvöistä. Ikääntyneet osoittivat tutkimuksissa pääasiassa tyytymättömyyttä sekä perusterveydenhuollon palveluihin että päivystykseen, mutta tästä huolimatta monet kääntyivät kuitenkin ensisijaisesti päivystyksen puoleen hoitoa tarvitessaan. Monet ikääntyneet kuvasivat päivystyksen olevan jopa ainoa vaihtoehto, jos hoitoa haluaa saada. Ikääntyneet ajattelivat että päivystyksestä hoitoa on mahdollista saada nopeasti, se on laadukkaampaa ja siellä heidät on pakko tutkia ja hoitaa. Päivystykseen ajoivat myös mahdollisuus päästä niin sanotusti saman katon alla nopeasti erikoislääkärille sekä tutkimuksiin. Päivystyksen käyttäminen koettiin jopa rutiinina: aina kun apua tarvitaan terveystalvö-

miin, hakeudutaan päivystykseen. (Uscatescu ym. 2014, 37-38; Lowthian ym. 2012, 61-64; Mylläri ym. 2014, 24-26; D'Avolio, Strumpf, Feldman & Casey 2013, 423; Claver 2011, 299.)

Pääsääntöisesti tutkimuksissa esitettiin kuitenkin syyksi ikääntyneiden päivystykseen hakeutumiseen perusterveydenhuollon palveluiden toimimattomuutta. Useissa tutkimuksissa kuvattiin ongelmia erityisesti kiireellisten aikojen saamisessa perusterveydenhuollosta sekä perusterveydenhuollon hoidon tehottomuutta. Useissa tapauksissa ikääntyneet olivat yrittäneet hakea ensisijaisesti apua vaivoihinsa perusterveydenhuollosta, ja olisivat päivystyksen sijaan asioineet mieluiten perusterveydenhuollossa omalla lääkärillään. Aikoja oli kuitenkin lähes mahdotonta saada nopeasti. Ajat olivat joko kokonaan loppu tai ajan sai aikaisintaan vasta seuraavalle viikolle tai kuulle. Perusterveydenhuollon rajoitetut palveluajat aiheuttivat myös hankaluuksia hoidon hankkimisessa, sillä esimerkiksi viikonloppuisin perusterveydenhuollon lääkäriä on mahdotonta tavoittaa. Myös puhelimesta oli vaikeaa saada lääkäriltä riittäviä neuvoja vaivoihinsa. Potilaat, ja heidän mukaansa myös hoitajat ja lääkärit kokevat, että perusterveydenhuollossa monien vaivojen hoitaminen on hidasta ja tehotonta, jonka vuoksi he päätyvät perusterveydenhuollosta usein suoraan päivystykseen. (D'Avolio ym. 2013, 422-425; D'Avolio ym. 2008, 242-245; Lowthian ym. 2012, 61-64; Mylläri ym. 2014, 25; Claver 2011, 301.)

Ikääntyneet kokivat ongelmia myös perusterveydenhuollon puhelinjärjestelmien kanssa. Puhelinjärjestelmät koettiin usein hankaliksi ja vaikeakäyttöisiksi. Puhelimeissa oli pitkät jonotusajat, jonka lisäksi puhelimeissa automaattinen vastaaja kehotti vain painamaan jatkuvasti uusia puhelimen näppäimiä. Puhelimen kautta oli vaikeaa tavoittaa niin sanotusti oikeaa ihmistä, vaan useimmiten sai tyytyä vain automaattisen vastaajan viesteihin, johon ikääntyneet olivat hyvin tyytymättömiä. Puhelimeen vastaavat hoitajat koettiin myös joskus hieman tunteettomiksi ja kylmiksi. Usein puhelimeen joutui jättämään vain takaisinsoittopyynnön, mutta takaisinsoittojen kanssa oli ongelmia, sillä niitä ei yleensä koskaan tullut. Puhelimen kautta koettiin myös yhtä vaikeaksi saada aikoja perusterveydenhuollosta kuin käymällä paikan päällä, jonka vuoksi kaikki eivät edes vaivautuneet soittamaan perusterveydenhuoltoon ennen päivystykseen hakeutumista. (D'Avolio ym. 2013, 424-425; D'Avolio ym. 2008, 242-245.)

Monilla ikääntyneillä oli myös käsityksiä perusterveydenhuollon roolista esimerkiksi vain pitkäaikaissairauksien seurantakäyntejä hoitavana tahona, jossa lääkäriltä voi saada reseptejä vitamiinien hankkimiseen. He eivät uskoneet saavansa perusterveydenhuollosta itselleen laadukasta kiireellistä hoitoa akuuttiin vaivaansa. Myös tyytymättömyys omaan perusterveydenhuollon lääkäriin tai ajan saaminen vain vieraalle lääkärille voi ajaa päivystykseen. (Uscatescu ym. 2014, 37; Lowthian ym. 2012, 62-63.) D'Avolion ym. tutkimuksessa nousi esille myös ikääntyneiden vaikeudet löytää itselleen palvelujärjestelmästä sopivaa palvelua, jolloin päivystykseen voidaan joutua koska ei tiedetä mistä muualta apua voisi hakea (2013, 426). Eräs-

sä tutkimuksessa nousi esille että päivystyksen käyttöön ajaututtiin myös taloudellisten tekijöiden vuoksi, kun varattomuus esti yksityisten palveluiden käyttämisen (Mylläri ym. 2014, 25).

6 Pohdinta

Opinnäytetyössä oli tarkoituksena tarkastella ikääntyneen näkökulmasta tekijöitä, jotka johtavat päivystykseen hakeutumiseen omasta kodista. Tavoitteena oli näitä tekijöitä kartoittamalla saada tietoa, jota voidaan käyttää ikääntyneiden päivystykseen hakeutumisen ja sairaalahoidonjaksojen ennaltaehkäisyyn ja tätä kautta parantaa kotiin annettavien palveluiden laatua yhä enemmän ikääntyneiden tarpeita vastaaviksi. Parhaana keinona tähän nähtiin aiheen tarkastelu ikääntyneiden omasta näkökulmasta sekä mahdollisimman laaja-alaisesti kansainvälisenä ilmiönä, jolloin päädyttiin tekemään aiheesta kirjallisuuskatsaus. Tiedonhaun ja aineiston analyysin jälkeen saatiin lopulta kasaan kohtalainen määrä ikääntyneiden päivystykseen hakeutumista kuvaavia tekijöitä. Tekijät kuvaavat sekä ikääntyneen päätöstä hakea hoitoa oireisiinsa että ikääntyneen päätöstä hakea apua juuri päivystyksestä.

6.1 Tulosten tarkastelu

Yleisesti ajatellaan että ikääntyneiden päivystyksen käyttö on turhaa ja johtuu esimerkiksi enemmänkin sosiaalisista syistä, kuin todellisista päivystyksellistä hoitoa vaativista sairauksista (Jartti ym. 2011). Tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että ikääntyneillä on aina päivystykseen hakeutuessaan ollut jokin syy hakeutua hoitoon sekä hakeutua erityisesti päivystykseen. Syy hoidon tarpeen syntymiseen on usein ollut voimakkaat oireet, jotka ovat aiheuttaneet toimintakyvyn laskua, pelkoja sekä epävarmuutta. Ikääntyneen leimaaminen niin sanotusti turhaan päivystystä käyttäväksi voi johtaa kierteeseen, jossa ikääntynyt palaa yhä vain uudestaan päivystykseen, kun hänen vaivojaan ei oteta tosissaan ja hänet lähetetään toistuvasti vain päivystyksestä kotiin (Uscatescu ym. 2014, 36-38). Esimerkiksi Mylläri ym. tutkimuksessa nousi myös esille, että ikääntyneet pelkäävät päivystykseen hakeutuessaan ettei heidän oireitaan oteta vakavasti ja heidän oletetaan olevan siellä turhaan. Tämän vuoksi päivystykseen lähtemistä saatetaan jopa vältellä vaikka tilanne olisi oikeasti vakava. (2014, 26-27.) Ikääntyneille on tyypillistä myös ennen päivystykseen lähtemistä kysyä jonkun läheisen ihmisen, kuten puolison tai terveydenhuollon ammattihenkilön, mieltä pidettä hoitoon hakeutumiselle, joka voi heijastaa esimerkiksi sitä että ikääntyneet hakevat hyväksyntää omalle hoidon tarpeen kokemukselleen ja hoitoon hakeutumiselle (Mylläri ym. 2014, 31; Considine ym. 2010, 61-69).

Syitä päivystykseen hakeutumisen taustalla olisikin siis hyvä tarkastella kokonaisvaltaisesti, eikä missään tapauksessa vähätellä, vaikka potilaan terveydentila vaikuttaisi hyvältä. Esimer-

kiksi D'Avolio ym. (2013), Lowthian ym. (2012) sekä D'Avolio ym. (2008) ovat tutkineet nimenomaan lääketieteellisestä näkökulmasta tarkasteltuna kiireettömän syyn vuoksi päivystykseen hakeutuneiden ikääntyneiden syitä saapua päivystykseen. Näissä tutkimuksissa nousivat voimakkaasti esille ikääntyneiden itse kokema kiireellinen avuntarve, johon he eivät saaneet apua perusterveydenhuollosta yrityksistä huolimatta. Kuten terveyden kokemista, niin myös hoidon tarpeen kokemista voidaan pitää hyvin subjektiivisena kokemuksena, jota tulisi kunnioittaa (Lyyra & Tiikkainen 2010, 58-59). Mikäli ikääntynyt siis kokee hoidon tarpeensa olevan kiireellinen, silloin myös hoitohenkilökunnan tulee sitä pääsääntöisesti kiireellisenä lähestyä. Ikääntyneiden kokemus omasta hoidon tarpeestaan ja oireistaan on siis todellinen, mutta se mistä hän hakee apua itselleen, riippuu siitä, mistä hän kokee sitä parhaiten omiin tarpeisiinsa saavansa, eli miten terveydenhuollon palvelut toimivat ja toisaalta siitä, millaisia aikaisempia kokemuksia tai käsityksiä ikääntyneellä terveyspalveluista on. Kirjallisuuskatsauksen perusteella päätös hoidon tarpeesta ja hoitopaikan valinnasta on hyvin paljon riippuvainen ikääntyneen omista käsityksistä terveydentilastaan sekä tarjolla olevista terveyspalveluista.

On tärkeää että ikääntynyt tietää mistä hakea apua tarvittaessa ja uskaltaa sitä myös hakea pelkäämättä, ettei sitä saa. Vakavasti ja akuutisti sairaiden ikääntyneiden, jotka kokevat että tarvitsevat oireisiinsa kiireellistä sairaanhoitoa, kuuluu luonnollisesti hakeutua päivystykseen, jossa heille voidaan tehdä kiireellinen hoidon tarpeen arvio ja aloittaa tarvittavat hoitotoimenpiteet nopeasti (Jartti ym. 2011). Tässä kirjallisuuskatsauksessa nousi kuitenkin esille että myös ikääntyneitä, jotka olisivat itsekkin ensisijaisesti kokeneet voivansa hakea apua perusterveydenhuollosta, hakeutuu päivystykseen, sillä he eivät koe saavansa muualta apua (kts. esim. Lowthian ym. 2012). Päivystyksen tarkoituksena on kuitenkin hoitaa kiireellisiä ja vakavasti sairaita potilaita, jotka tarvitsevat apua välittömästi. Esimerkiksi Nolanin (2009) artikkeli osoittaa myös, ettei päivystys ole kovinkaan hyvä paikka ikääntyneelle hakea apua, vaan päivystykseen hakeutuminen sisältää aina useita riskejä ikääntyneelle. Tämän vuoksi olisikin tärkeää että muut terveyspalvelut saataisiin toimimaan niin, että vain todella päivystystä tarvitsevat ikääntyneet sinne lopulta hakeutuisivat.

Ikääntyneiden päivystykseen hakeutumisen ja sairaalahoitajaksojen ennaltaehkäiseminen edellyttää siis, että heille on tarjolla muuta kautta heidän tarvitsemiaan terveyspalveluita, jotka täyttävät heidän tarpeensa. Toisin sanoen tämä tarkoittaa perusterveydenhuollon toimintaa, jota erikoissairaanhoito voi tarvittaessa täydentää. Perusterveydenhuollon tulisi siis tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella toimia niin, että ikääntyneet voisivat saada sieltä aina tarvitessaan helposti apua. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan tulisi olla helposti tavoitettavissa niin, että ikääntyneet kokevat saavansa sieltä hoitoa helposti. Pitkät jonot sekä haastavat puhelinjärjestelmät saavat ikääntyneet kokemaan, ettei perusterveydenhuolto kykene heitä auttamaan, jolloin he hakeutuvat päivystykseen (kts. esim. D'Avolio 2013). Myös esimerkiksi Lasserin, Kromanin, Cabralin ja Sametin (2012) tutkimuksessa on saatu viitteitä

perusterveydenhuollon palveluiden vaikean saavutettavuuden yhteydestä ikääntyneiden päivystykseen hakeutumiseen hoitoa tarvitessaan. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet että ikääntyneet käyttävät päivystystä tyypillisimmin arkisin ja päiväaikaan, jolloin kuitenkin myös esimerkiksi terveysasemat ovat avoinna (kts. esim. Haapamäki ym. 2014, 15-20). Ikääntyneet hakeutuvat siis päivystykseen, vaikka muita vaihtoehtoja olisi tarjolla. Tämä vahvistaa osaltaan sitä, että päivystykseen voidaan hakeutua perusterveydenhuollon sijaan sekä toisaalta myös sitä, että ikääntyneet todella kokevat todennäköisesti hoidon tarpeensa kiireelliseksi, mikäli terveysaseman ollessa avoinna he käyttävät kuitenkin kiireellisiin tapauksiin tarkoitettua päivystystä.

Perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisessä tulisi siis huomioida ikääntyneiden tarpeet vieläkin paremmin. Ikääntyneen tulee myös kokea saavansa todella apua ongelmiinsa, joten ikääntyneen tilannetta ja todellista syytä hoitoon hakeutumisen taustalla on syytä arvioida aina kokonaisvaltaisesti ja pyrkiä auttamaan ikääntynyttä mahdollisimman yksilöllisesti hänen tarpeidensa mukaisesti. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella vain pelkkä oireiden hoitaminen ei riitä, vaan koettuun hoidon tarpeeseen liittyvät myös esimerkiksi kyvyttömyys selvittää arjesta normaalisti sekä huolet ja pelot, joten hoidon tarpeen tyydyttämiseksi myös nämä asiat olisi otettava huomioon (kts. esim. Uscatescu ym. 2014, 36). Mikäli ikääntyneen todellisia hoidon tarpeita ei nähdä tai hoideta perusterveydenhuollossa, niin ikääntynyt voi kokea päivystykseen hakeutumisen ainoaksi vaihtoehdokseen saada hoitoa sitä tarvitessaan (Uscatescu ym. 2014, 37; Lowthian ym. 2012, 62-63).

Uscatescun ym. (2014) tutkimuksessa nousi esille aikaisemmin saadun puutteellisen, tehottoman tai sopimattoman hoidon yhteys päivystykseen palaamiseen nopeasti edellisen käynnin jälkeen. Vaikka kyseisessä tutkimuksessa oli tarkasteltu sitä päivystykseen palaamisen yhteydessä, voidaan kyseistä teoriaa soveltaa mahdollisesti myös muualta kuin päivystyksestä saadun puutteellisen hoidon yhdistämiseen päivystykseen hakeutumiseen. Tässä kirjallisuuskatsauksessa nousi esille viitteitä ikääntyneiden tyytymättömyydestä perusterveydenhuollon palveluihin ja olettamuksia esimerkiksi siitä, ettei perusterveydenhuollon lääkäri kykene tarjoamaan heidän tarpeisiinsa hoitoa, joka oli saanut heidät hakeutumaan päivystykseen (Uscatescu ym. 2014, 37; Lowthian ym. 2012, 62-63). Mahdollisesti siis myös esimerkiksi ikääntyneen puutteelliseksi, tehottomaksi tai sopimattomaksi kokemansa kotisairaanhoidon voi johtaa ikääntyneen hakeutumiseen muihin tahoihin hakemaan tyydytystä hoidon tarpeelleen. Myös esimerkiksi Koposen väitöskirjassa (2003, 54-118) saatiin vastaavanlaisia tuloksia, kun selvitettiin miksi ikääntyneen kotiuttaminen sairaalasta epäonnistuu ja ikääntynyt palaa takaisin sairaalaan.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa saadut tulokset tukevat hyvin esimerkiksi pääasiassa aikuisille tehtyjen vastaavien tutkimusten tuloksia, joissa on tarkasteltu syitä päivystysten käyttöön.

Myös näissä tutkimuksissa nousi esille hyvin samankaltaisia syitä päivystykseen hakeutumiseen. (Kts. esim. Durand, Palazzolo, Tanti-Hourduin, Gerbeaux, Sambuc & Gentile 2012; Masso, Bezzina, Siminski, Middleton & Eagar 2007). Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset tukivat hyvin myös esimerkiksi Gruneirin ym. (2011) aikaisempaa kirjallisuuskatsausta ikääntyneiden päivystyksen käytöstä, jossa on koostettu useiden ikääntyneiden päivystyksen käyttöä tutkineiden tutkimusten tuloksia. Nämä tutkimukset esittelevät lähinnä käytön ja käyttäjien ominaispiirteitä ja taustatekijöitä, mutta esille nousi kuitenkin hyvin samantyyppisiä asioita, kuten esimerkiksi toimintakyvyn lasku ja kotonapärjäämättömyys syynä päivystykseen hakeutumiseen. Vaikka kirjallisuuskatsauksessa kahdeksan tutkimuksen tuottamaa aineistoa voidaan pitää melko vähäisenä määränä (Aveyard 2014, 98), katsauksessa saadut tulokset kuvaavat silti hyvin aihetta verrattaessa muihin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksessa olennaisiksi luotettavuuteen liittyviksi tekijöiksi nousevat tutkijan motivaatio ja valmiudet toteuttaa valitsemaansa tutkimusta, aineiston keruu, eli tässä tapauksessa tiedonhaku, aineiston analyysi, tutkimukseen varattu aika sekä tutkimusraportin sisältö (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140-141). Tämä kirjallisuuskatsaus on opinnäytetyönä tehty harjoitustyö, joka ei siis ole varsinainen tieteellinen tutkimus, vaan tarkoituksena on ollut tutkimus- ja kehittämistyön harjoitteluun soveltaen omaan ammattialaan liittyviä tietoja ja taitoja (Laurea-ammattikorkeakoulu 2011, 3-4). Tämä heikentää selvästi tutkimuksen luotettavuutta, sillä sen lisäksi tämä on opinnäytetyön tekijän ensimmäinen kirjallisuuskatsaus. Vaikka kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on hyödynnetty tutkimuskirjallisuutta sekä opinnäytetyön ohjaajien ja muiden opettajien tukea, voi katsauksessa olla tapahtunut useita katsauksen luotettavuutta heikentäviä menetelmällisiä virheitä. Erityisesti tiedonhaku ja aineiston analysointi olivat vaikeuksia tuottaneita vaiheita, jotka eivät onnistuneet suunnitellusti, jolloin kirjallisuuskatsauksen kasaan saamiseksi jouduttiin soveltamaan suunnitelmia. Tämä taas on voinut osaltaan heikentää luotettavuutta (Aveyard 2014).

Yleensä tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijatriangulaatio eli se, että tutkimuksen tekoon osallistuu useampi tutkija (Hirsjärvi ym. 2014, 233). Tämä opinnäytetyö on tehty kuitenkin yksin, joka on vaikuttanut erityisesti tiedonhakuun ja tulosten analysointiin niiden laatua heikentävästi. Yksin opinnäytetyön tekeminen on rajannut käytettävissä olevia resursseja, jonka vuoksi tiedonhaussa on mahdollista, ettei kaikkia aihetta käsitteleviä tutkimuksia löydetty. Myös opinnäytetyön tekijän puutteelliset tiedonhakutaidot sekä tiukat rajaukset esimerkiksi kielen suhteen ovat voineet vaikuttaa siihen, ettei kaikkia tutkimuksia ole löydetty. Tiedonhaku tehtiin kuitenkin useaan tietokantaan ja useilla hakusanoilla, jotka tuottivat suuren määrän tuloksia useimmissa tietokannoissa. Tiedonhaussa käytiin siis iso määrä viitteitä läpi, mutta toisaalta haut eivät välttämättä olleet tarpeeksi rajattuja tai kohdistuneet oikein, jot-

ta tämän opinnäytetyön kannalta kaikki olennainen tieto olisi löytynyt. Koska vain yksi ihminen kävi tiedonhaun tuottamat viitteet läpi, on mahdollista että joitain olennaisia viitteitä on jäänyt huomioimatta.

Kirjallisuuskatsaukseen löydettiin lopulta vain kahdeksan tutkimusta käytettäväksi, jota voidaan pitää melko vähäisenä määränä kirjallisuuskatsaukseen (Aveyard 2014, 98). Katsaukseen hyväksytyt aineisto oli kuitenkin pääosin kansainvälisissä lääke- ja hoitotieteellisissä lehdissä julkaistuja tutkimusartikkeleita, joten niiden laatua ja luotettavuutta voidaan pitää hyvänä. Katsauksessa käytettyjen tutkimusten tulokset vahvistivat hyvin toisiaan, ja kaikissa kahdeksassa tutkimuksessa ilmenikin pääosin samanlaisia asioita. Lisäksi tulokset vahvistivat myös aikaisemmissa aiheisiin liittyvissä tutkimuksissa saatuja tuloksia hyvin. Kirjallisuuskatsaukseen aineiston tuottaman tiedon määrää voidaan siis pitää kuitenkin hyvänä sen vähäisyydestä huolimatta. Kirjallisuuskatsauksessa onnistuttiin rajaamaan aihetta melko hyvin ja täten saamaan tutkimuskysymykseen hyvin vastaavaa tietoa. Tutkimuskysymystä jouduttiin kuitenkin muokkaamaan useampaan kertaan vielä tiedonhaku vaiheessakin, mutta lopulta tutkimuksessa onnistuttiin kuitenkin vastaamaan siihen hyvin ja karsimaan tämän opinnäytetyön kannalta merkityksetön tieto pois.

Opinnäytetyön tekeminen yksin on voinut heikentää myös tutkimusten analyysin laatua, sillä tutkimusten lukeminen, ymmärtäminen ja analysointi ovat tapahtuneet vain yhden ihmisen toimesta. Tutkimukset on mahdollista tulkita ja ymmärtää monella eri tavalla, jonka lisäksi analyysi myös heijastaa aina tekijänsä ymmärrystä tutkimuksista ja voi täten olla hyvinkin valikoiva ja jättää jopa olennaisia asioita huomioimatta tai huomioida ne eri tavalla, kuin tutkija on alun perin tarkoittanut (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2014, 123). Erytisesti tämä korostuu, kun tutkimuksia on tulkinnut ja analysoinut vain yksi ihminen, jolloin tulokset heijastavat vain yhden ihmisen tulkintaa aineistosta. Aineiston analysoinnissa aineiston vähäinen määrä sekä opinnäytetyön tekijän kokemattomuus aiheuttivatkin haasteita, jolloin esimerkiksi luokkien määrä jäi vähäiseksi abstrahoinnissa. Aineiston analyysin yhteydessä on tutkijan kokemattomuudesta johtuen voinut hävitä myös olennaista tietoa, jota ei siten ole tuotu kirjallisuuskatsauksessa esille (Ronkainen ym. 2014, 123).

Myös tulosten tarkastelu, pohdinta ja johtopäätökset ovat voineet jäädä hyvinkin pinnallisiksi ja olennaisia yhteyksiä on voinut jäädä huomioimatta vain yhden tutkijan tarkastelun vuoksi, vaikka aiheeseen on yritetty paneutua huolella (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103). Suurin osa kirjallisuuskatsauksen aineistosta on ollut englanninkielistä, joten opinnäytetyön tekijän puutteellisesta kielitaidosta johtuen on mahdollista että tekijä on ymmärtänyt tai tulkinnut joitakin asioita väärin. Suurin osa tutkimuksista oli myös tehty muualla kuin Suomessa, jonka vuoksi näiden tutkimusten tulokset eivät välttämättä ole suoraan tarkasteltavissa suomalaisen terveydenhuollon näkökulmasta. Opinnäytetyön tulokset eivät välttämättä ole muutenkaan yleis-

tettävissä kaikkiin ikääntyneisiin, eikä tähän tyypillisesti laadullisessa tutkimuksessa pyritäkään (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67). Tässä opinnäytetyössä haluttiin lähinnä tuoda vain esille ja ymmärtää ikääntyneiden omia itse esiin tuomiaan näkökulmia päivystykseen hakeutumiseen, vaikkakin tulosten hyödynnettävyyttä parantaa se, että kirjallisuuskatsauksessa käytetyssä aineistossa oli tutkittu noin 350 ikääntynyttä ja useissa erillisissä tutkimuksissa ilmeni samanlaisia syitä päivystykseen hakeutumiselle.

Tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä myös huonosti kirjoitetusta raportista, mikäli raportissa ei ole kuvattu tutkimuksen kaikkia vaiheita tarpeeksi huolellisesti, tarkasti ja totuudenmukaisesti (Nieminen 1998, 215-220; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 250-252). Tässä opinnäytetyössä pyrittiin panostamaan huolelliseen raportointiin alusta asti, jossa onnistuttiinkin hyvin. Kaikki kirjallisuuskatsauksen vaiheet kirjattiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti ylös niin, että tutkimus olisi tämän jälkeen kenen tahansa toistettavissa. Raportoinnissa noudatettiin rehellisyyttä ja kaikki asiat kirjattiin ylös totuudenmukaisesti huolimatta siitä, onnistuiko asia esimerkiksi suunnitelman mukaisesti.

Kirjallisuuskatsaus menetelmänä aiheuttaa vain vähän eettisiä kysymyksiä, sillä tutkimuksen kohteena on aikaisempi tutkimus. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen ei esimerkiksi edellyttänyt tutkimusluvan hakemista. Sen sijaan sen tekeminen edellyttää tutkijalta sitoutumista suunnitelman mukaiseen työskentelyyn, tutkimusmenetelmän tuntemusta ja oikeaoppista käyttöä, tutkimuksen tarkkaa ja totuudenmukaista raportointia sekä tutkimuksen onnistumisen kriittistä arviointia (Hirsjärvi ym. 2014, 22-27; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-9; Maailman lääkäriliitto 1964). Nämä tekijät on pyritty ottamaan huomioon koko opinnäytetyöprosessin ajan. Työskentelyyn on sitouduttu ja se on pyritty tekemään mahdollisimman hyvin omien kykyjen mukaan. Työskentelyn aikana on tähdätty opinnäytetyön tekemiseen asetettujen tavoitteiden täyttymiseen hyödyntäen ja soveltaen jo olemassa olevia tietoja ja taitoja sekä hankkimalla aktiivisesti lisää tietoa ja pyrkimällä kehittämään itseään.

Tutkimusmenetelmään on tutustuttu etukäteen huolellisesti ja tutkimuksen aikana menetelmää on yritetty hyödyntää mahdollisimman oikeaoppisesti. Kaikki tutkimuksen vaiheet on raportoitu mahdollisimman yksityiskohtaisesti, huolellisesti ja totuudenmukaisesti. Tärkeää kirjallisuuskatsauksessa on ollut erityisesti lähdeviitteiden huolellinen merkitseminen, sillä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty pääosin hyödyksi muiden tutkijoiden tekemiä tutkimuksia. Tutkija ei saa missään tapauksessa koskaan väittää muiden tekstiä tai havaintoja omikseen, vaan tutkija voi ilmaista ominaan vain itse henkilökohtaisesti tutkimansa asiat (Hirsjärvi ym. 2014, 22-27; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-9). Tämän opinnäytetyön tekemisessä on koettu tärkeäksi sen tekeminen mahdollisimman huolellisesti, joten opinnäytetyössä esiintyvät luotettavuutta heikentävät tekijät liittyvät pääosin osaamattomuuden aiheuttamiin virheisiin.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tässä kirjallisuuskatsauksessa pystyttiin löytämään tekijöitä, jotka vaikuttivat ikääntyneen päätökseen hakeutua hoitoon sekä valita hoitopaikaksi juuri päivystys. Päätökseen hakeutua hoitoon vaikuttivat pääasiassa voimakkaat ja vakavat oireet ja niihin liittyvä toimintakyvyn lasku, huolet ja epävarmuus, kokemus oireiden aiheuttamasta tutkimusten ja hoidon tarpeesta sekä muiden ihmisten vastaavat käsitykset ikääntyneen oireista. Päivystys valittiin hoitopaikaksi tyypillisesti koska oireet koettiin kiireellistä hoitoa vaativiksi tai koska se nähtiin ainoana vaihtoehtona, kun esimerkiksi perusterveydenhuollosta hoidon saaminen koettiin vaikeaksi. Päätöksiin vaikuttivat voimakkaasti ikääntyneen aikaisemmat kokemukset ja käsitykset omasta terveydentilastaan sekä terveystalvuluista. Jokin syy hoitoon ja päivystykseen hakeutumiseen ikääntyneellä kuitenkin aina on, josta tämä opinnäytetyö lisää ymmärrystä. Päivystykseen hakeutuminen voidaan nähdä yksinkertaisimmillaan kahden asian summana: ikääntyneen kokema hoidon tarve, johon hän kokee saavansa parhaiten päivystyksestä apua tai johon hän ei saa muualta tarvitsemaansa apua, joka johtaa avun hakemiseen päivystyksestä.

Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää ikääntyneiden päivystyksen käyttöä ja sairaalahoitokasvoja ennaltaehkäistessä, kun tiedetään minkälaiset syyt näihin voivat johtaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ymmärrystä aiheesta, jotta hoitoa ja palveluita voitaisiin kohdentaa ja tarjota ikääntyneille yhä laadukkaammin erityisesti heidän omista kodeissaan. Jotta ikääntyneiden päivystykseen hakeutumista omista kodeista voitaisiin ennaltaehkäistä tilanteissa, joissa päivystyksen käyttö ei ole perusteltua, tulisi perusterveydenhuollon tarjota heille yhä nopeampia ja erityisesti ikääntyneiden näkökulmasta asiakaslähtöisempiä palveluita. Tällöin hoidon tarve voitaisiin saada tyydytettyä ilman päivystykseen hakeutumista. Palveluiden tulee olla helposti saatavilla silloin kun niitä tarvitsee ja niiden tulee tarjota kokonaisvaltaista ikääntyneiden yksilöllisten tarpeiden mukaista hoitoa. Muuten ikääntynyt voi kokea päivystyksestä avun hakemisen ainoaksi vaihtoehtokseen saada hoitoa. Opinnäytetyötä voidaan siis hyödyntää erityisesti perusterveydenhuollon palveluita, kuten kotisairaanhoidoa ja terveysasemapalveluita, kehitettäessä sekä toisaalta myös päivystysyksiköissä lisäämään ymmärrystä siitä, millaisia syitä päivystykseen hakeutumisen taustalla voi olla. Opinnäytetyötä voidaan käyttää myös perusterveydenhuollon ja päivystysyksiköiden työntekijöiden koulutuksessa ja perehdytyksessä lisäämään ymmärrystä asiakaslähtöisen hoidon merkityksestä ikääntyneelle.

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella ikääntyneiden päivystyksen käyttöön vaikuttavia syitä on tutkittu vielä melko vähän heidän omasta näkökulmastaan kansainvälisestikin. Ikääntyneiden päivystyksen käyttöä sekä käyttäjien taustatekijöitä kartoittavia pääasiassa kvantitatiivisia tutkimuksia löytyy runsaasti. Tähän mennessä päivystyksen käyttöön liittyviä syitä on

pääasiassa tutkittu käyttäjien näkökulmasta kuitenkin enimmäkseen vain aikuisväestössä. Kaikki tähän kirjallisuuskatsaukseen löydetyt päivystyksen käytön syitä selvittävät tutkimukset oli tehty pääosin joko Pohjois-Amerikassa tai Australiassa ja aiheesta löydettiin vain yksi Suomessa tehty tutkimus. Ylipäätään ikääntyneiden päivystyksen käyttöä on tutkittu tämän opinnäytetyön tiedonhaun perusteella erittäin vähän Suomessa. Aiheesta voitaisiin siis tehdä erityisesti Suomessa lisää laajempaa tutkimusta, joissa voitaisiin kartoittaa myös ikääntyneiden kokemuksia palveluiden laadusta ja kehittämisestä. Syiden kartoittamisen lisäksi on tärkeää löytää myös keinoja niiden hoitamiseen. Tämän vuoksi jatkossa voitaisiinkin tehdä tutkimusta myös tavoista, joilla ikääntyneitä voidaan hoitaa yhä paremmin perusterveydenhuollossa ja tukea näin ikääntyneiden kotona selviytymistä ja siellä tapahtuvaa hoitoa.

Lähteet

Ahlblad, J. 2009. Kotisairaala kaipaa lain turvaa. Suomen lääkärilehti 33/2009. Vsk. 64.

Ahlblad, J. 2015. Sääntillisen miehen itsemurha. Suomen lääkärilehti 1-2/2015. Vsk. 70.

Andersen, RM. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavioral*. Mar 1995, 36, 1. Viitattu 15.6.2015.
<http://mph.ufl.edu/files/2012/01/session6april2RevisitingBehavioralModel.pdf>

Aveyard, H. 2014. *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical guide*. 3. painos. Open University Press.

Baumeister, R., Leary, M. 1997. Writing narrative literature reviews. *Review of general psychology* 1997. Vol 1. No 3. Viitattu 1.4.2015.
<http://psychology.yale.edu/sites/default/files/baumeister-leary.pdf>

Claver, ML. 2011. Deciding to use the emergency room: a qualitative survey of older veterans. *Journal of Gerontological Social Work*. 54. 2011. Viitattu 29.6.2015.
<http://www.tandfonline.com/nelli.laurea.fi/doi/pdf/10.1080/01634372.2011.552938>

Claver, ML., Levy-Storms, L. 2010. The revolving door: high ER use among older veterans. *Qualitative Health Research* 20 (3). Viitattu 28.6.2015.
<http://qhr.sagepub.com/nelli.laurea.fi/content/20/3/365.full.pdf+html>

Considine, J., Smith, R., Hill, K., Weiland, T., Gannon, J., Behm, C., Wellington, P., McCarthy, S. 2010. Older peoples' experience of accessing emergency care. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2010, 13. Viitattu 20.7.2015.
<http://www.sciencedirect.com/nelli.laurea.fi/science/article/pii/S157462671000039X>

Cronin, P., Ryan, F., Coughlan, M. 2008. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing* 2008. Vol 17. No 1. Viitattu 1.4.2015.
<http://www.cin.ufpe.br/~in1002/leituras/2008-undertaking-a-literature-review-a-step-by-step-approach.pdf>

D'Avolio, DA., Feldman, J., Mitchell, P., Strumpf, N. 2008. Access to care and health-related quality of life among older adults with nonurgent emergency department visits. *Geriatric Nursing*. Vol. 29. Nro. 4. Viitattu 28.6.2015.
<http://www.sciencedirect.com/nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0197457208001961>

D'Avolio, DA., Strumpf, NE., Feldman, J., Rebholz, CM. 2013. Barriers to primary care: perceptions of older adults utilizing the ED for nonurgent visits. *Clinical Nursing Research* 22 (4). Viitattu 28.6.2015. <http://cnr.sagepub.com/nelli.laurea.fi/content/22/4/416.full.pdf+html>

Doran, KM., Raven, MC., Rosenheck, RA. 2013. What drives frequent emergency department use in an integrated health system? National data from the Veterans Health Administration. *Annals of Emergency Medicine*. 2013 Aug, 62 (2). Viitattu 28.6.2015.
<http://www.sciencedirect.com/nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0196064413001388>

Downing, A., Wilson, R. 2005. Older people's use of Accident and Emergency services. *Age and Ageing*. Vol. 34. No. 1. Viitattu 20.7.2015.
<http://ageing.oxfordjournals.org/content/34/1/24.long>

Durand, A-C., Palazzolo, S., Tanti-Hardouin, N., Gerbeaux, P., Sambuc, R., Gentile, S. 2012. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BioMed Central. Research Notes* 5:525. Viitattu 30.7.2015.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-5-525.pdf>

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20. 2. painos. Vantaa: ETENE. Viitattu 22.4.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>

Finne-Soveri, H. 2010. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Gruneir, A., Silver, M.J., Rochon, P.A. 2011. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review* 68 (2) 2011. Viitattu 20.7.2015. <http://mcr.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/68/2/131.full.pdf+html>

Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L., Valvanne, J. 2014. läkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011-2012. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu. Nro 3. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 20.7.2015. http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/paivystysartikkeli_ebook.pdf

Halonen, M. 2012. Kotisairaalaatyypinen hoito - asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos. Viitattu 16.4.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120447/urn_nbn_fi_uef-20120447.pdf

Harju, T. 2010. Keuhkosairaudet. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, E. 2005. läkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Duodecim: Terveyskirjasto. Viitattu 14.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049&p_teos=suo&p_osio=&p_selaus=4601

Helldán, A., Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystyötyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013. Raportti 15/2014. Tampere: Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.4.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Jartti, L., Heinonen, P., Upmeier, E., Seppälä, M. 2011. Vanhus - päivystyksen suurkuluttajako? Suomen Lääkärilehti 40/2011. Vsk. 66.

Jylhä, M., Leinonen, R. 2013. Koettu terveys. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. (toim.) 2013. Gerontologia. 3. painos. Saarijärvi: Duodecim.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kontio, E., Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Koponen, L. 2003. läkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 22.4.2015. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1>

Koskinen, S., Manderbacka, K., Aromaa, A. 2012. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.4.2015.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvemuista 980/2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. 28.12.2012. Helsinki. Viitattu 14.4.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lasser, KE., Kronman, AC., Cabral, H., Samet, JH. 2012. Emergency Department Use by Primary Care Patients at a Safety-Net Hospital. Archives of Internal Medicine. 2012;173(3). Viitattu 28.7.2015. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108699#Results>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2011. Laurean opinnäytetyöohje.

Lowthian, J.A., Smit, C., Stoelwinder, J.U., Smit, D.V., McNeil, J.J., Cameron, P.A. 2012. Why older patients of lower clinical urgency choose to attend the emergency department. Internal Medicine Journal. Viitattu 28.6.2015.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-5994.2012.02842.x/epdf>

Lyyra, T-M., Tiikkainen, P. 2010. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Voutilainen, P., Tiikkainen, P. 2010. Gerontologinen hoitotyö. 1.-2.painos. WSOYpro.

Maailman Lääkäriliitto. 1964. Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistus. Lääkäriliitto. Viitattu 21.4.2015.

<http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Masso, M., Bezzina, AJ., Siminski, P., Middleton, R., Eagar, K. 2007. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: Reasons given by patients and clinicians differ. Emergency Medicine Australasia 2007. 19. Viitattu 30.7.2015.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a85b7a21-e30c-440f-a13e-725b5396db14%40sessionmgr114&hid=105>

Meurman, J. 2010. Vanhus ja suu. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Mylläri, E., Kirsi, T., Valvanne, J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 2. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Viitattu 29.6.2015.

http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/paivystysartikkelinro2_ebook.pdf

Mölläri, K., Saukkonen, S-M. 2014. Perusterveydenhuolto 2013. Tilastoraportti 28/2014. Helsinki: Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.4.2015.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120380/PTH2013_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=7

National Association of Public Hospitals and Health Systems. What is a Safety Net Hospital? Viitattu 8.7.2015.

http://literacy.net.org/hls/hls_conf_materials/WhatIsASafetyNetHospital.pdf

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2.painos. WSOY.

Nolan, MR. 2009. Older Patients in the Emergency Department. What Are the Risks? Journal of

- Gerontological Nursing. Vol. 35. No 12. Viitattu 28.7.2015.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/204169940/fulltextPDF/D9D4BE9DE06B4796PQ/6?accountid=12003>
- Nykänen, K. (toim.) 2006. Terveyskäsitteet. VirtuaaliAMK. Viitattu 11.5.2015.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0407016/1138352400309/1157026947138/1157030169080/1157031450927.html>
- Rainio, J., Rätty, T. 2015. Somaattinen erikoissairaanhoito 2013. Tilastoraportti 1/2015. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 31.3.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01_15_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=4
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S., Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. Opetusjulkaisu 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 1.4.2015.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sammalkorpi, K. 2010. Infektiotaudit. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Siminski, P., Bezzina, A.J., Lago, L.P., Eagar, K. 2008. Primary care presentations at emergency departments: rates and reasons by age and sex. Australian Health Review. Nov 2008, 32, 4. Viitattu 20.7.2015. http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=AH080700.pdf
- STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Helsinki. Viitattu 31.3.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1
- STM. 2014. Kotisairaanhoito ja kotisairaalahoito. Viitattu 13.5.2015.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/kotisairaanhoito
- STM. 2015. Kotihoito. Viitattu 13.5.2015.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut
- Strandberg, T., Tilvis, R. 2010. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Sulkava, R. 2005. Dementia. Duodecim: Terveyskirjasto. Viitattu 14.4.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00035
- Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. Viitattu 17.7.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tiikkainen, P., Heikkinen, R-L. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. (toim.) 2013. Gerontologia. 3.painos. Saarijärvi: Duodecim.
- Tiikkainen, P., Voutilainen, P. 2010. Johdanto. Teoksessa: Voutilainen, P., Tiikkainen, P. (toim.) 2010. Gerontologinen hoitotyö. 1.-2.painos. WSOYpro.
- Tilastokeskus. 2012. Väestöennuste. Viitattu 31.3.2015.
http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html

Tilvis, R. 2010a. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tilvis, R. 2010b. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 31.7.2015.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: Johanson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Uscatescu, V., Turner, A., Ezer, H. 2014. Return visits to the emergency department. What can we learn from older adults' experiences? Journal of Gerontological Nursing. Vol.40. No.7. Viitattu 29.6.2015.

<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/1542404424/fulltextPDF?accountid=12003>

Valtioneuvoston kanslia. 2015. Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 29.5.2015 nimitetyn pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmasta. Viitattu 12.6.2015.

http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto_Sipil%C3%A4_29052015_final.pdf/6de03651-4770-492a-907f-89452141d0d5

Vantaan kaupunki. 2011. Sairaalapalvelut. Geriatrinen akuuttiyksikkö. Kotisairaala. Viitattu 16.4.2015.

https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/67105_Kotis_osastoesite_6.2011.pdf

Vehviläinen-Julkunen, K., Paunonen, M. 1998. Tutkimusraportti ja sen arviointi. Teoksessa: Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2.painos. WSOY.

Väyrynen, R., Kuronen, R. 2014. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. Tilastojulkistus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.4.2015.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116256/Kotihoidon_asiakkaat_marraskuussa_2013.pdf

Wilber, ST., Blanda, M., Gerson, L. 2006. Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? Academic Emergency Medicine 2006; 13. Viitattu 28.6.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2006.01.006/epdf>

Ympäristöministeriö. 2012. Ehdotus ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelmaksi 2012-2015. Ympäristöministeriön raportteja 16/2012. Helsinki. Viitattu 1.4.2015.

<http://www.ymparisto.fi/download/noname/%7BC4865CA7-EDB6-4B6F-BF90-F7ACD1178534%7D/109450>

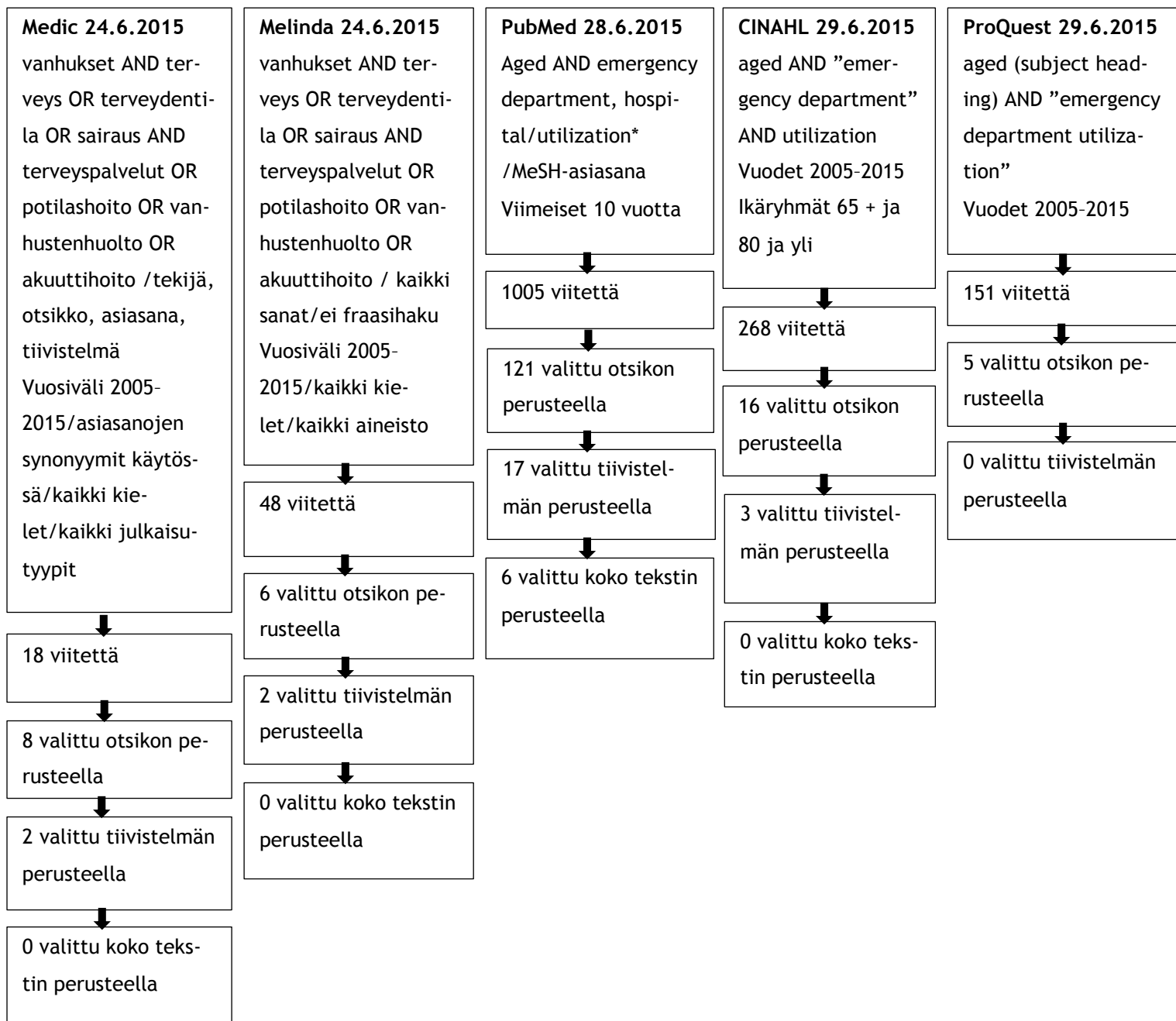
Kuvat

Kuvio 1: Andersenin mallin kehitetyin versio (Andersen 1995)	16
Kuvio 2: Opinnäytetyön toteutus.....	21

Liitteet

Liite 1 Tiedonhaku	48
Liite 2 Tutkijan taulukko	49
Liite 3 Analyysirunko	53

Liite 1 Tiedonhaku



- Epävirallinen haku Google Scholariin ja Cochraan: 0 valittua artikkelia
- Haku PubMedista valittujen tutkimusten samankaltaisista artikkeleista: 1 valittu artikkeli
- Muu haku: 1 valittu artikkeli



Yhteensä 8 valittua artikkelia

Liite 2 Tutkijan taulukko

Tutkimuksen numero ja nimi	Tekijät, tutkimuspaikka ja julkaisuvuosi	Tarkoitus	Aineisto ja aineiston keruu	Keskeiset tulokset
1. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä.	Mylläri, E., Kirsi, T. & Valvanne, J. Suomi. 2014.	Selvittää, mitkä tekijät iäkkään ihmisen näkökulmasta vaikuttavat päätökseen päivystykseen lähtemisestä.	Tampereen perusterveydenhuollon päivystyspoliklinikka Acutassa hoidetut yli 75-vuotiaat (n=21). Haastattelututkimus: puoliavoin teemahaastattelu. Potilasmerkinnät terveydenhuollon tietokannoista.	Päivystykseen lähdetään useimmiten koettaessa avun tarvetta eli tarvetta oireiden, pelkojen tai huolien lievittämiseen tai tarvetta hoidolle ja tutkimuksille. Myös läheisten ja hoitoalan ammattilaisten suositukset vaikuttavat voimakkaasti päätökseen. Päivystys valitaan, sillä se koetaan ainoana vaihtoehtona saada nopeasti tarvitsemaansa apua.
2. Access to care and health-related quality of life among older adults with nonurgent emergency department visits.	D'Avolio, DA., Feldman, J., Mitchell, P. & Strumpf, N. Yhdysvallat. 2008.	Selvittää niiden ikääntyneiden hoitoon pääsyä ja elämänlaatua, jotka tulevat kiireettömän syyn vuoksi päivystykseen.	Yhdysvaltalaisessa safety-net* sairaalassa kiireettömän syyn vuoksi asioineet yli 65-vuotiaat (n=41). Standardoidut kyselylomakkeet sekä 30 päivää käynnin jälkeen puhelinhaastattelu. Potilasmerkinnät terveydenhuollon tietokannoista.	Ikääntyneet tulevat päivystykseen ottamatta yhteyttä omaan perusterveydenhuollon yksikkönsä tai lääkäriinsä, sillä aikoja perusterveydenhuoltoon on vaikeaa saada ja niitä joutuu odottamaan pitkään tai ei saa ollenkaan. Myös puhelinjärjestelmät koettiin hankaliksi. Päivystykseen ajoivat useimmiten pahentuneet oireet, kipu tai kaatumisen pelko. Suurin osa koki terveytensä korkeintaan hyväksi ja oireidensa vaikuttavan merkittävästi arjessa selviytymiseen ja elämänlaatuunsa.
3. Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients?	Wilber, ST., Blanda, M. & Gerson, LW. Yhdysvallat. 2006.	Selvittää ikääntyneiden toimintakykyä, toimintakyvyn mahdollista laskua sekä näiden yhteyttä päivystykseen hakeutumiseen ja sairaalaan joutumiseen.	Akron City Hospital:n päivystyksessä äkillisen sairauden vuoksi käyneet yli 75-vuotiaat (n=90). Strukturoitu kyselytutkimus. Tiedonlähteenä oli ikääntynyt itse (n=83) tai hänen edustajansa (n=7).	Noin puolet potilaista saapui päivystykseen perusterveydenhuollon lääkärin suosituksesta, vajaa kolmasosa läheisen suosituksesta ja loput omasta päätöksestään. Tyypillisimmät syyt olivat hengenahdistus, heikotus ja huimaus, pahoinvointi sekä vatsa- ja rintakivut. Suurimmalla osalla potilaista oli vaikeuksia selviytyä kaikista päivittäisistä toimistaan itsenäisesti oireiden ilmaantumista. Tämä vaikutti usein merkittävästi päätökseen hakeutua päivystykseen.

<p>4. The revolving door: High ER use among older veterans.</p>	<p>Claver, ML. & Levy-Storms, L. Yhdysvallat. 2010.</p>	<p>Selvittää, miten sosiaaliset tukiverkostot vaikuttavat ikääntyneiden päätökseen hakeutua päivystykseen.</p>	<p>Yli 65-vuotiaat miesveteraanit, jotka käyttivät veteraaneille tarkoitettua terveystalveta keskuksen (medical center) päivystystä Kaliforniassa (n=30). Puolistrukturoitu haastattelututkimus.</p>	<p>Harvoin päivystystä käyttävät veteraanit käyttivät päivystystä yleensä jonkin äkillisen vamman tai sairauden vuoksi kun taas useammin päivystyksessä käyvät johonkin pitkäaikaiseen sairauteen liittyvien oireiden vuoksi. Useimmiten veteraanit huomasivat itse oireensa. Joissakin tapauksissa erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöt havaitsivat oireet ja vaikuttivat merkittävästi päätökseen lähteä päivystykseen. Laajemman sosiaalisen verkoston omaavilla oli useammin joku muu ihminen apunaan päätöksenteossa päivystykseen lähtemisestä sekä auttamassa päivystykseen hakeutumisessa. Tällöin vastuu annettiin usein tälle henkilölle kokonaan ja päivystykseen lähdettiin, vaikka siihen ei itse koettu tarvetta. Useimmat veteraanit halusivat kuitenkin tehdä päätöksen päivystykseen hakeutumisesta itse. Tyypillistä oli myös odottaa, josko oireet menisivät itse ohi tai yrittää lievittää niitä itse ennen päivystykseen hakeutumista.</p>
<p>5. Deciding to use the emergency room: A qualitative survey of older veterans.</p>	<p>Claver, ML. Yhdysvallat. 2011.</p>	<p>Ymmärtää, millainen ikääntyneen päätösprosessi päivystykseen hakeutumisesta on sekä sosiaalisten tukiverkostojen vaikutusta tähän päätökseen.</p>	<p>Yli 65-vuotiaat miesveteraanit, jotka käyttivät veteraaneille tarkoitettua terveystalveta keskuksen (medical center) päivystystä Kaliforniassa (n=30). Puolistrukturoitu haastattelututkimus.</p>	<p>Usein päivystyksessä käyvät käyttävät päivystystä useammin pitkäaikaissairauksien oireiden vuoksi sekä tekivät päätöksen päivystykseen lähtemisestä useammin jonkun muun avustuksella. Veteraanit ottivat usein yhteyttä ennen päivystykseen lähtemistä terveydenhuollon ammattihenkilöön, joilla on suuri merkitys päivystykseen hakeutumisessa. Iso osa tekee kuitenkin päätöksen itse ja muiden apua hyödynnetään vasta todella tarvittaessa. Tässä ei ollut juurikaan eroja niiden välillä, joilla on paljon läheisiä tai vähän läheisiä.</p>

<p>6. Barriers to primary care: Perceptions of older adults utilizing the ED for nonurgent visits.</p>	<p>D'Avolio, DA., Strumpf, NE., Feldman, J. & Rebholz, CM. Yhdysvallat. 2013.</p>	<p>Selvittää, miksi ikääntyneet hakeutuvat päivystykseen kiireettömän syyn vuoksi sekä heidän kokemuksiaan perusterveydenhuollossa hoitoon pääsemisestä.</p>	<p>Erään Yhdysvaltalaisen safety-net* sairaalan päivystykseen kiireettömän syyn vuoksi hakeutuneet yli 65-vuotiaat ikääntyneet. Standardoitu kyselylomake (n=62) ja haastattelu (n=20).</p>	<p>Ikääntyneet hakeutuivat päivystykseen, sillä eivät saaneet aikoja perusterveydenhuoltoon, puhelinjärjestelmät eivät toimineet ja odotusajat olivat pitkiä. Terveyspalvelujärjestelmän hahmottaminen koettiin myös vaikeaksi. Ikääntyneet olisivat mieluummin asioineet perusterveydenhuollossa kuin päivystyksessä. Joissakin tapauksissa heidät oli ohjattu myös suoraan päivystykseen tai he eivät olleet saaneet riittäviä ohjeita puhelimitse oireidensa hoitoon. Osa ikääntyneistä ei ottanut ollenkaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon aikaisempien kokemusten ja oletusten perusteella. Ikääntyneet olivat huolissaan erityisesti tunteettomista hoitajista tai automaateista, jotka vastaavat puheluihin.</p>
<p>7. Return visits to the emergency department. What can we learn from older adults' experiences?</p>	<p>Uscatescu, V., Turner, A. & Ezer, H. Kanada. 2014.</p>	<p>Selvittää tekijöitä ja kokemuksia, jotka vaikuttavat ikääntyneiden päätökseen palata päivystykseen pian edellisen käynnin jälkeen.</p>	<p>Erään suuren Kanadalaisen sairaalan päivystyksessä asioineet yli 65-vuotiaat, jotka palasivat viimeistään 14 päivän kuluttua edellisestä käynnistä päivystykseen (n=15). Puolistrukturoitu haastattelututkimus. Neljän haastattelun mukaan oli hoitaja, joka täydensi vastauksia tarvittaessa.</p>	<p>Ikääntyneet lähtevät päivystykseen takaisin pääasiassa kokiessaan akuutteja, vakavia tai henkeä uhkaavia oireita. Oireita ei ollut hoidettu ensimmäisellä käynnillä kunnolla tai olo oli niin huono, että oli pakko palata takaisin. Joissakin tapauksissa päivystyksestä oli saatu myös tehotonta hoitoa, puutteellista hoitoa ja uusi aika oli varattu liian pitkän ajan päähän. Päivystykseen lähteminen nähtiin ainoana vaihtoehtona ja sinne hakeudutaan pääasiallisesti hoitoon. Perusterveydenhuollosta aikojen ja hoidon saaminen koetaan vaikeaksi. Myös muilla ihmisillä on vaikutusta päätökseen.</p>
<p>8. Why older patients of lower clinical urgency choose to attend the emergency department.</p>	<p>Lowthian, J.A., Smith, C., Stoelwinder, J.U., Smit, D.V., McNeil, J.J. & Cameron, P.A. Aus-</p>	<p>Selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat ikääntyneiden päivystykseen hakeutumiseen kiireettömissä tapauksissa.</p>	<p>Yli 70-vuotiaat kiireettömän syyn vuoksi Alfred's Hospital:n hakeutuneet ikääntyneet (n=100). Strukturoitu haastattelututkimus.</p>	<p>Iso osa haastatelluista koki itsensä yksinäiseksi huolimatta siitä, asuiko yhdessä jonkun kanssa. Yksinäisyyttä ei kuitenkaan voitu tässä tutkimuksessa yhdistää varmasti päivystyskäyntien</p>

	tralia. 2012.			riskitekijäksi. Perusterveydenhuollosta ei haettu hoitoa pitkien odotusaikojen ja tyytymättömyyden vuoksi. Päivystyksestä koetaan saatavaksi kaikki tarvittavat palvelut samalla kerralla. Ikääntyneet eivät välttämättä kerro kenellekään oireistaan vaan sinnittelevät niiden kanssa kotona. Läheiset saattavat tällöin lähettää heidät oireiden esille tultua päivystykseen. Myös perusterveydenhuollon lääkärit ohjaavat potilaita päivystykseen herkästi.
--	---------------	--	--	--

* Sairaala, joka tarjoaa kaikille varallisuudesta ja vakuutuksista huolimatta hoitoa (National Association of Public Hospitals and Health Systems).

Liite 3 Analyysirunko

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu
<p>”Somaattisen tai psykiatrisen sairauden tai vamman aiheuttamat oireet olivat olleet niin sietämättömiä tai ne olivat heikentäneet toimintakykyä niin paljon, että iäkäs ihminen oli kokenut välttämättömäksi saada oireisiinsa lievitystä.” (T1)</p> <p>”–worsening symptoms, increased pain --.” (T2)</p> <p>“–functional decline is common in patients with subacute illness or injury (≥48 h old) and frequently contributes to their reason for visiting the ED.” (T3)</p> <p>“Started bleeding to the point that my wife and I both sort of panicked and went there, went to the ER.” (T4)</p> <p>”Some described the acuity, the severity and the life-threatening nature of their symptoms as being the turning point in their decision to return to the ED.” (T7)</p> <p>“The participants’ decision to return to the ED was an attempt to seek help to manage symptoms and a request for help in getting back to their usual patterns of living.” (T7)</p>	<p>Oireet ovat olleet niin vaikeita ja vaikuttaneet toimintakykyyn voimakkaasti, että niihin on koettu tarvetta saada lievitystä.</p>
<p>“Twentyfive patients said that they could not take care of themselves if discharged home.” (T3)</p> <p>“For example, one participant stated, “I couldn’t walk. I was not a case for home. I was a case for the hospital”.” (T7)</p> <p>”–he olisivat paljon mieluummin menneet sairaalaan suoraan eikä päivystyspoliklinikan kautta.” (T1)</p>	<p>Vaikeudet selvitä oireiden kanssa kotona ja toive sairaalahoitoon pääsystä.</p>
<p>“Til’ finally (I say), well none of them work so I better go (to the ER).” (T4)</p> <p>“If these efforts were not successful, they decided to go to the ER.” (T5)</p>	<p>Oireet eivät mene ohi itsestään tai omahoito ei auta.</p>
<p>”Sairauden, vamman tai muun terveysongelman -- aiheuttajaan tai vakavuuteen liittyvät pelot, huolet ja epätietoisuus olivat olleet niin voimakkaita ja häiritseviä, että iäkäs ihminen oli kokenut välttämättömäksi hakeutua päivystykseen asian selvittämiseksi.” (T1)</p> <p>”Myös kuolemanpelko on parilla haastateltavalla syynä hakeutua päivystykseen tutkittavaksi ja hoidettavaksi.” (T1)</p> <p>” - fear of falling.” (T2)</p>	<p>Oireisiin liittyvät pelot, huolet ja kuolemanpelko johtivat päivystykseen hakeutumiseen.</p>
<p>”Suurella osalla haastatelluista oli ennen päivystykseen hakeutumista ollut mielessään jokin arvio siitä, mistä vaivasta on kyse, mikä sen aiheuttaa sekä mitä hoitoa ja tutkimuksia tarvitaan.” (T1)</p>	<p>Oma arvio vaivasta, tarpeesta tehdä tutkimuksia ja saada hoitoa päivystyksessä.</p>

<p>”–knowledge about the course of their chronic illness and acute flare-ups--.” (T5)</p> <p>“Others emphasized that they were able to differentiate symptoms they could address themselves from those that needed the specialized care of a professional.” (T7)</p>	
<p>”Iäkkään ihmisen puoliso, lapsi, muu sukulainen, ystävä tai muu potilaalle läheinen henkilö oli arvioinut hänen tarvitsevan tutkimuksia tai hoitoa päivystyksessä ja siksi joko kehottanut hakeutumaan sinne tai tehnyt päätöksen päivystykseen lähtemisestä hänen puolestaan.” (T1)</p> <p>”–when the veterans allowed a member of their social support network to take a role in decision-making, they often relinquished full decision making control to that person.” (T4)</p> <p>“Mr. Diaz’s girlfriend, upon hearing of his symptoms, usually takes over decision-making and insists he to go to the emergency room for care.” (T5)</p> <p>“One of his neighbors suggested that Mr. Mason visit the VA to make sure he was alright. Although he was not experiencing a severe amount of pain, he agreed.” (T5)</p> <p>“–all others identified one or more people who played a significant role in the decision.” (T7)</p>	<p>Läheisen kehotus tai päätös lähteä päivystykseen.</p>
<p>”Terveysaseman tai päivystyspoliklinikan sairaanhoitaja, omalääkäri, kotihoitaja tai muu hoitoalan ammattilainen oli arvioinut iäkkään ihmisen tarvitsevan tutkimuksia tai hoitoa päivystyksessä ja siksi joko kehottanut häntä hakeutumaan sinne tai tehnyt päätöksen päivystykseen lähettamisestä hänen puolestaan.” (T1)</p> <p>”Kaksi potilasta kertoi soittaneensa päivystyspoliklinikalle etukäteen ja saaneensa sieltä kehotuksen hoitajalta --.” (T1)</p> <p>”Kaksi potilasta mainitsi käyneensä ensin terveysasemalla ja saaneensa sieltä osoituksen päivystykseen.” (T1)</p> <p>”And they told me to come to emergency and they’d send me right in, you know.” (T4)</p> <p>“–formal sources of support were a significant linking force between veterans and ER use--.” (T4)</p> <p>“Results suggested that encouragement by VA providers may contribute to a decision to visit the ER.” (T5)</p> <p>“If you have some problem, she (the secretary of the family physician) tells you to go to the urgent clinic (ED).” (T7)</p>	<p>Terveystenhuollon ammattihenkilön kehotus tai päätös lähettää ikääntynyt päivystykseen.</p>
<p>”–odotukset hyvän hoidon saamisesta olivat vaikuttaneet päätökseen päivystykseen hakeutumisesta.” (T1)</p>	<p>Kokemus, että päivystyksestä saa laadukasta ja tarvitsemaansa hoitoa nopeasti.</p>

<p>”–past experience with the ER, and feelings about what the ER could do for them.” (T5)</p> <p>“Some participants had positive experiences in the past and their decision to return was in part based on the expectation that they would receive good care.” (T7)</p> <p>“–fast-track access to specialist care--.” (T8)</p> <p>”...will need an x-ray, so we came here as it is all under one roof... so much easier.” (T8)</p> <p>“I wasn’t getting anywhere with my outpatient appointment, so my GP said let’s try going to the ED and see if that speeds it up... and it did!” (T8)</p> <p>“The ED is quicker than getting an appointment with the GP.” (T8)</p>	
<p>”–palvelut ovat asiakkaita varten ja että heillä on kansalaisina ja veronmaksajina oikeus käyttää palveluita silloin, kun he kokevat niitä tarvitsevänsä.” (T1)</p>	<p>Kokemus, että on oikeus käyttää palveluita niitä tarvittaessa.</p>
<p>”Kokemus tutkimusten ja hoidon kiireellisyydestä oli vaikuttanut kaikkien haastateltavien päätökseen --.” (T1)</p> <p>”–they answered that they perceived their situation as an emergency that would need hospitalization or that they believed the ED was the appropriate place to go for their concern.” (T7)</p>	<p>Kokemus kiireellisen hoidon tarpeesta.</p>
<p>”Haastateltavat arvelivat pääasialliseksi syyksi päivystyspoliklinikalle ohjaamiseen sen, että terveyskeskuksessa on ruuhkaa ja sinne on vaikeaa saada aikaa.” (T1)</p> <p>”–difficulty accessing primary care services, including lack of primary care appointments when needed, long waits for appointments or nonavailability of a health care provider--.” (T2)</p> <p>“He says he would have called his primary care physician to seek medical advice if it had been a weekday, but that his physician would not be reachable by phone on a weekend.” (T5)</p> <p>“–and lack of return calls from their primary care providers for consultation or advice on presenting symptoms.” (T6)</p> <p>“The older adults wanted to be seen by their primary care providers but were unable to gain access for evaluation of their symptoms.” (T6)</p> <p>“I have to call and make an appointment or go and make the appointment. Then maybe they would give it to me for probably this month or next month.” (T6)</p>	<p>Perusterveydenhuollosta on vaikeaa saada hoitoa.</p>

<p>“Most reported calling their primary care office for an episodic visit and being told that they would have to wait several days or weeks.” (T6)</p> <p>“My GP isn’t there on a Sunday. They don’t work anymore than part-time and are always on holiday. I am not very satisfied.” (T8)</p>	
<p>”Kolme haastatelluista totesi, ettei kaikilla ole varaa haikutua hoitoon yksityissektorille, vaikka haluaisi.” (T1)</p>	<p>Varat eivät riitä vaihtoehtoiseen hoitopaikkaan.</p>
<p>”–difficulty with the telephone system --.” (T2)</p> <p>“Long waits on hold and complex telephone “trees” before reaching an operator--.” (T2)</p> <p>“Several participants described phone difficulties which ranged from confusing automated messages, long phone queues, leaving voice messages and not receiving return calls.” (T6)</p> <p>“–insensitive office staff answering the calls--.” (T6)</p>	<p>Ongelmat perusterveydenhuollon puhelinjärjestelmien kanssa.</p>
<p>“The participants in this study also reported increased challenges in navigating the healthcare system.” (T6)</p>	<p>Vaikeudet löytää itselleen sopivaa palvelua.</p>
<p>“Other participants returned because their symptoms were never resolved in the first place.” (T7)</p> <p>“No, it wasn’t normal for me to have a tube in my penis and a bag hanging over my bed. That was hard for me.” (T7)</p> <p>“The recommended remedies were seen by patients as ineffective or as worsening their symptoms.” (T7)</p> <p>“Some participants said that they left the ED without a diagnosis or an explanation of what might have caused their symptoms.” (T7)</p> <p>“Only one of the participants who was booked for a follow-up appointment was able to get to it before his unscheduled return visit to the ED--.” (T7)</p> <p>“I left for home with no answer, I don’t know why the pain, I don’t know anything. So I came back the second time, to get the answers from the first time.” (T7)</p> <p>“The distress was because the recommended treatments or remedies offered were not effective, were delayed, or were inappropriate because of the interactions between medications.” (T7)</p>	<p>Annettu puutteellinen, tehoton, sopimaton hoito sekä huonosti organisoitu jatkohoito.</p>
<p>“Participants described their return as an obligation with no alternative, and the ED as the only resource where they could come to look for answers or results.” (T7)</p> <p>“–returning to the ED was an already established rou-</p>	<p>Päivystys koetaan ainoana mahdollisena vaihtoehtona.</p>

<p>tine.” (T7)</p> <p>“The only way you could get immediate care, you have to come to the emergency.” (T6)</p>	
<p>“I see him (a primary care physician) strictly as a family doctor. He prescribed vitamins.” (T7)</p> <p>“—patient perceptions about the GP’s role and dissatisfaction--.” (T8)</p> <p>“My GP only looks at my finger. He wouldn’t know what was wrong or what to do.” (T8)</p> <p>“—an assumption that a phone call would not yield an appointment or past experience with a call that did not result in a timely appointment.” (T2)</p>	<p>Potilaiden käsitykset perusterveydenhuollosta ja palveluiden saatavuudesta.</p>



Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
<p>Oireet ovat olleet niin vaikeita ja vaikuttaneet toimintakykyyn voimakkaasti, että niihin on koettu tarvetta saada lievitystä.</p> <p>Vaikeudet selvitä oireiden kanssa kotona ja toive sairaalahoitoon pääsystä.</p> <p>Oireet eivät mene ohi itsestään tai omahoito ei auta.</p> <p>Oireisiin liittyvät pelot, huolet ja kuolemanpelko johtivat päivystykseen hakeutumiseen.</p>	<p>Oireet ja toimintakyvyn lasku</p>
<p>Läheisen kehoitus tai päätös lähteä päivystykseen.</p> <p>Terveydenhuollon ammattihenkilön kehoitus tai päätös lähettää ikääntynyt päivystykseen.</p>	<p>Toisen ihmisen mielipide hoidon tarpeesta</p>
<p>Kokemus, että päivystyksestä saa laadukasta ja tarvitsemaansa hoitoa nopeasti.</p> <p>Potilaiden käsitykset perusterveydenhuollosta ja palveluiden saatavuudesta.</p>	<p>Käsitys terveystaloudesta</p>
<p>Kokemus, että on oikeus käyttää palveluita niitä tarvittaessa.</p> <p>Kokemus kiireellisen hoidon tarpeesta.</p> <p>Oma arvio vaivasta, tarpeesta tehdä tutkimuksia ja saada hoitoa päivystyksessä.</p>	<p>Kokemus hoidon tarpeesta</p>
<p>Perusterveydenhuollosta on vaikeaa saada hoitoa.</p> <p>Ongelmat perusterveydenhuollon puhelinjärjestelmien kanssa.</p> <p>Vaikeudet löytää itselleen sopivaa palvelua.</p> <p>Päivystys koetaan ainoana mahdollisena vaihtoehtona.</p>	<p>Muualta ei saa hoitoa</p>

Varat eivät riitä vaihtoehtoiseen hoitopaikkaan.	
Annettu puutteellinen, tehoton, sopimaton hoito sekä huonosti organisoitu jatkohoito.	Aikaisemmin saatu puutteellinen hoito



Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Yhdistävä luokka
Oireet ja toimintakyvyn lasku Kokemus hoidon tarpeesta Aikaisemmin saatu puutteellinen hoito	Tarve saada hoitoa	Hoidon tarve	Päivystyksen käyttö
Toisen ihmisen mielipide hoidon tarpeesta	Ohje hoidon tarpeesta		
Käsitys terveyspalveluista Muuallta ei saa hoitoa	Vaikeudet löytää hoitoa muualta kuin päivystyksestä	Päivystys ainoa vaihtoehto	