

Sanna Nieminen & Annukka Puurunen

**IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN
ERITYISPIIRTEET
TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAINA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Kandidaatintutkielma

Maaliskuu 2020

TIIVISTELMÄ

Sanna Nieminen ja Annukka Puurunen: Iäkkäiden ihmisten erityispiirteet terveydenhuollon asiakkaina

Kandidaattitutkielma, 29 sivua, 2 liitettä

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö/ Hoitotiede

Ohjaaja: Irja Nieminen, TtT,

Maaliskuu 2020

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia erityispiirteitä iäkkäillä ihmisillä on terveydenhuollon asiakkaina. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku toteutettiin systemaattisesti syksyllä 2019 käyttäen Cinahl, Medline ja Medic tietokantoja sekä manuaalihakua. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 20 tutkimuskysymykseen vastaavaa tutkimusartikkelia. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Katsauksen tavoitteena oli saada tietoa ikääntyneiden ihmisten erityispiirteistä terveydenhuollon palveluiden käyttäjinä. Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella ikääntyneiden erityispiirteet jakautuivat heidän palveluntarvetta koskeviin yksilöllisiin erityispiirteisiin (n=2) sekä ikääntyneitä ihmisiä kuvaaviin yksilöllisiin erityispiirteisiin (n=3). Tulosten perusteella ikääntyneet tarvitsivat laadukkaita palveluita, joilla voitiin tukea heidän hoidon tarvetta sekä riittävän ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan saadakseen laadukasta hoitoa. Ikääntyneiden hoidossa oli tärkeää huomioida heidän lähiympäristö, johon kuului tärkeänä osana myös läheiset. Ikääntyneiden elämäkokemusta tuli kunnioittaa ja heitä ei saanut jättää huomioimatta.

Tulosten perusteella ikääntyneet tarvitsevat monipuolisia ja laadukkaita terveydenhuollon palveluita, jotka kuuluvat olennaisena osana ikääntymiseen. Laadukkaan hoidon takaamiseksi tarvitaan ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa, jonka koulutukseen tulee jatkossakin panostaa. Läheiset tulee ottaa mukaan ikääntyneen hoitoon, joka on merkittävää myös hoidon jatkuvuuden kannalta. Terveydenhuollon henkilöstön tulee huomioida työskennellessään, että ikääntynyt on yksilö ja jokaisen on tultava kuulluksi.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden työssä sekä ikääntyneiden hoitotyön kehittämisessä. Erityispiirteiden tunnistaminen auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ikääntyneen kohtaamisessa, ohjaamisessa ja kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa. Ikääntyneen hoidossa tulee ottaa huomioon niin ikääntynyt itse kuin ympäristö ja läheiset. Terveydenhuollon palveluita tulee kehittää ikääntyneiden tarpeita vastaaviksi sekä mahdollistaa palveluiden saatavuus kaikille.

Avainsanat: asiakas, iäkkäät ihmiset, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, terveydenhuolto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	3
2. KESKEISET KÄSITTEET	4
2.1 Iäkäs ihminen	4
2.2 Terveydenhuolto.....	5
2.3 Asiakas	5
3. TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	6
4. KATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	7
4.1 Kirjallisuushaku	7
4.2 Aineiston kuvaus ja laadunarviointi.....	10
4.3 Aineiston analyysi.....	10
5. TULOKSET.....	13
5.1 Terveydenhuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat laadukkaita palveluita, joilla tuetaan heidän hoidon tarpeitaan.....	14
5.2 Terveydenhuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat riittävän ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan saadakseen laadukasta hoitoa.	16
5.3 Lähiympäristön huomioiminen ikääntyneen hoidossa on tärkeää	17
5.4 Ikääntyneen elämäkokemuksia tulee kunnioittaa.....	18
5.5 Ikääntynyttä asiakasta ei saa jättää huomioimatta.....	19
6. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	21
7. POHDINTA	22
LÄHTEET	25
LIITTEET.....	30

1. JOHDANTO

Tulevien vuosikymmenten aikana ikärakenteen vanheneminen tulee nopeutumaan. Kuolleisuus vähenee ja syntyvyys pienenee, joka muuttaa väestön ikärakennetta. 65-vuotta täyttäneiden osuuden odotetaan kasvavan puolitoistakertaiseksi ja yli 80-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013.) Vuoteen 2050 mennessä maailman väestöstä yli yksi viidestä on yli 60-vuotiaita. Terveystieteissä tämä tulee tarkoittamaan niin perusterveydenhuollon kuin pitkäaikaisen hoidon tarpeen lisääntymistä sekä ympäristön muuttumista ikääntymistä huomioivampaan suuntaan. (WHO 2019a.) Muuttuvan väestörakenteen myötä ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn kehitys on tärkeää muun muassa palveluiden tarpeen ja väestön hyvinvoinnin kannalta (Sainio ym. 2013). Väestön ikärakenteen muutoksiin valmistaudutaan muuttamalla ympärivuorokautista laitostyyppistä hoitoa kotona asumista tukevampaan suuntaan. Terveyskeskusten vuodeosastojen tulisi keskittyä akuuttiin ja kuntouttavaan hoitoon. Terveyttä edistävää ja ehkäiseviä toimenpiteitä tulisi lisätä ikääntyneiden avoterveydenhuoltoon. (Jylhä, Forma, Aaltonen, Raitanen & Rissanen 2008.) Väestön ikääntymiseen ja terveystieteiden turvaamisesta on säädetty vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki, jossa säädetään palveluiden laadusta ja saatavuudesta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden 2012).

Tällä hetkellä Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut laatusuosituksen hyvälle ikääntymiselle, sen turvaamiselle ja palveluiden parantamiselle vuosille 2007-2019. Laatusuosituksen tavoite on turvata mahdollisemman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen ja laadukkaat terveystieteiden. (STM 2017.) Ikääntyneille suunnattujen terveydenhuollon palveluiden rakenne painottuu suurelta osin ympärivuorokautiseen hoitoon. Pitkäaikaissairaiden ikääntyneiden hoitotyön tukipilarit ovat omaishoidossa ja kotihoidossa sekä saatavilla on erilaisia ympärivuorokautisen hoidon tukimuotoja. Avopalvelut, joissa lähtökohtana on terveydenedistäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen vaativat vielä kehittämistä. (Jylhä ym. 2008.)

Ihmisen ikääntyessä hänen toimintakykyyn ja terveyteen tulee muutoksia. Iän karttuessa sairastavuuden riski nousee ja toimintakyky heikkenee. Toimintakyvyllä tarkoitetaan

ihmisen selviytymistä päivittäisistä toiminnoista omassa elinympäristössään. Yksilön toimintakyky koostuu terveydentilasta, yksilöllisten ominaisuuksien ja toimintaympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. Merkittävin syy toimintakyvyn laskuun iäkkäillä ovat vaikeasteiset sairaudet. (Sainio ym. 2013.)

Ikääntymiseen tiedetään liittyvän kognitiivisia, fysiologisia ja sosiaalisen toimintakyvyn muutoksia. Normaalisissa ikääntymisessä ei tapahdu sen tason kognitiivisia muutoksia, jotka häiritsisivät päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä. Merkittävin kognitiivisen toimintakyvyn heikentävä tekijä iäkkäillä ihmisillä on muistisairaudet. (Korhonen 2013.) Suurimpana asiakasryhmänä ympärivuorokautisessa hoidossa ovat muistisairaana ikääntyneet, joiden hoidon määrittää erityisesti toimintakyvyn vaje eikä niinkään sairaanhoidolliset erityistarpeet (Jylhä ym. 2008). Fysiologisten toimintojen muutokset ikääntyneillä aiheuttavat esimerkiksi nopeampaa väsymistä, liikkeiden hidastumista ja voiman heikentymistä (Korhonen 2013). Huono näkö ja kuulo vaikuttavat sosiaaliin kanssakäymisiin muiden ihmisten kanssa (Sorri & Huttunen 2013). Ikääntymisen myötä sosiaalisissa suhteissa tapahtuu muutoksia menetyksien myötä. Sosiaalisissa suhteissa korostuu konkreettinen apu, emotionaalituki ja palkitsevuutta tuovat suhteet. (Tiikkainen 2013.)

Ikääntyneistä ihmisistä löytyy monipuolisia kirjallisuuskatsauksia mutta ikääntyneisiin suoraan kohdennettavia tutkimuksia heidän erityispiirteistä on vähän. Voidaksemme hoitaa ikääntyneitä mahdollisimman hyvin on meidän tiedostettava heihin liittyviä erityispiirteitä. Erityispiirteiden tunnistaminen edesauttaa laadukkaana terveystalveluiden toteutumisen ikääntyneiden ihmisten kohtaamisessa ja hoitamisessa.

2. KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Iäkäs ihminen

Iäkkään ihmisen määrittely ei ole yksiselitteistä. Iäkästä voidaan tarkastella esimerkiksi toimintakyvyn tai ikävuosien näkökulmasta. Suomen laki määrittelee iäkkään ihmisen henkilönä, jonka fyysinen, psyykinen tai kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän, lisääntyneen sairauden tai vammojen vuoksi (Laki ikääntyneen väestön

toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 2012). Vanhuspalveluluissa iäkkäällä väestöllä tarkoitetaan kaikkia iän perusteella vanhuuseläkkeeseen oikeutettuja henkilöitä, joka tällä hetkellä tarkoittaa vähintään 63-vuotiaita (Mäki-Petäjä-Leinonen & Karvonen-Kälkäjä 2017). Suomessa tilastokeskus määrittelee iäkkäiksi ihmisiksi kaikki 65-vuotta täyttäneet henkilöt, jotka kuvataan myös väestöllisesti huollettaviksi (Tilastokeskus 2018). Eliniän odote vaihtelee maailmanlaajuisesti ja määrittely saattaa olla siksi erilainen. Yhdistyneet kansakunnat ovat määritelleet iäkkäiksi yli 60-vuotiaat, vaikka kehittyneimmissä valtioissa sillä tarkoitetaan yli 65-vuotiaita (WHO 2109b.) Ikääntymisen tuomat muutokset lisääntyvät 75 ikävuoden jälkeen ja itsenäinen selviytyminen heikkenee 80-vuoden iässä (Räsänen 2018). Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkoitamme iäkkäillä vähintään 60-vuotiaita ihmisiä.

2.2 Terveystenhuolto

Terveystenhuollon tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveystä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveysteroja. Perustana ovat ehkäisevä terveystenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavilla olevat terveystalvulut. Suomessa terveystenhuoltoa ohjaavat lait, valionosuusjärjestelmä, ohjeet ja suositukset sekä valvonta. Kunnilla on velvollisuus järjestää asukkailleen yhdenvertaiset terveystalvulut, jotka rahoitetaan valtionosuuksilla. (Terveystenhuoltolaki 2010.) On kuitenkin todettu, että Suomessa kansalaiset ovat eriarvoisessa asemassa palveluiden saatavuuden ja laadun suhteen. Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus terveysteen on merkittävä. (Jylhä ym. 2011.) Valtionosuudet määräytyvät kuntien asukasluvun, ikäjakauman ja sairastavuuden perusteella. Julkinen terveystenhuolto koostuu julkisesta perusterveystenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta sekä työterveystenhuollosta. (STM 2013.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa terveystenhuollolla tarkoitetaan kaikkia julkisen terveysten- ja sosiaalipuolen yksiköitä, jotka tarjoavat palveluita ikääntyneille ihmisille.

2.3 Asiakas

Terveysten- ja sosiaalihuollon asiakkaan asema Suomessa on vahva ja selkeästi määritelty. Hoitamisen ja huolenpidon perustana ja tarkoituksena on ihmisarvon kunnioittaminen ja

asiakaslähtöisyys (Laine 2014). Terveyden- ja sairaanhoidon käyttäjästä puhutaan usein potilaana. Määritelmän taustalla on laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalla tarkoitetaan terveydenhuollon palveluita käyttävää tai muuten palveluiden kohteena olevaa henkilöä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Asiakkaasta puhutaan henkilönä, joka käyttää sosiaalihuollon palveluita (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000). Lain mukaan Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilan vaatimaa hoitoa käytössä olevien voimavarojen rajoissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Asiakkaalla nähdään olevan voimavaroja käytettävissä, kun taas potilaalla nähdään olevan terveyteen liittyviä ongelmia (Salonen 2006). Tässä kirjallisuuskatsauksessa asiakkaalla tarkoitetaan terveystalvueluita käyttävää iäkästä ihmistä, jonka palveluntarvetta ei ole tarkemmin määritelty. Asiakkaat voivat käyttää sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita.

3. TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia erityispiirteitä ikääntyneillä ihmisillä on terveydenhuollon asiakkaina. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ikääntyneiden hoitotyötä ja huomioida ikääntymisen tuomia erityispiirteitä, joita ikääntyneillä on terveystalvueluja käyttävinä asiakkaina.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksenä oli:

Millaisia erityispiirteitä iäkkäillä ihmisillä on terveydenhuollon asiakkaina?

4. KATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Systemaattisten kirjallisuuskatsausten määrä hoitotieteissä on vakiintunut ja monipuolistunut viime vuosikymmenien aikana (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013). Se määritellään itsenäiseksi tieteen tutkimusmenetelmäksi, jonka tavoitteena on tunnistaa, arvioida ja jäsenellä olemassa olevaa tieteellistä tietoa tutkittavasta aiheesta (Pölkki, Kanste, Elo, Kääriäinen & Kyngäs 2012). Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on lisätä tieteenalan käsitteistöä ja teoreettista ymmärrystä sekä arvioida jo olemassa olevan tiedon laatua (Stolt, Axelin & Suhonen 2016). Kirjallisuuskatsaus on systemaattisesti etenevä prosessi, jonka ominaispiirteitä ovat tiedon kriittinen arviointi, läpinäkyvyys ja toistettavuus. Tämä tarkoittaa tutkimusprosessin yksityiskohtaista kuvailua niin, että lukija voi seurata sen etenemistä ja toistaa vaiheet samanlaisina. (Pölkki ym. 2012.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto, joka perustuu asetettuun tutkimuskysymykseen ja siihen systemaattisesti valikoituneen aineiston perusteella vastauksen löytämiseen. Tutkimuskysymys on useimmiten kysymysmuodossa, jota voidaan käsitellä yhdestä tai useammasta näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013.)

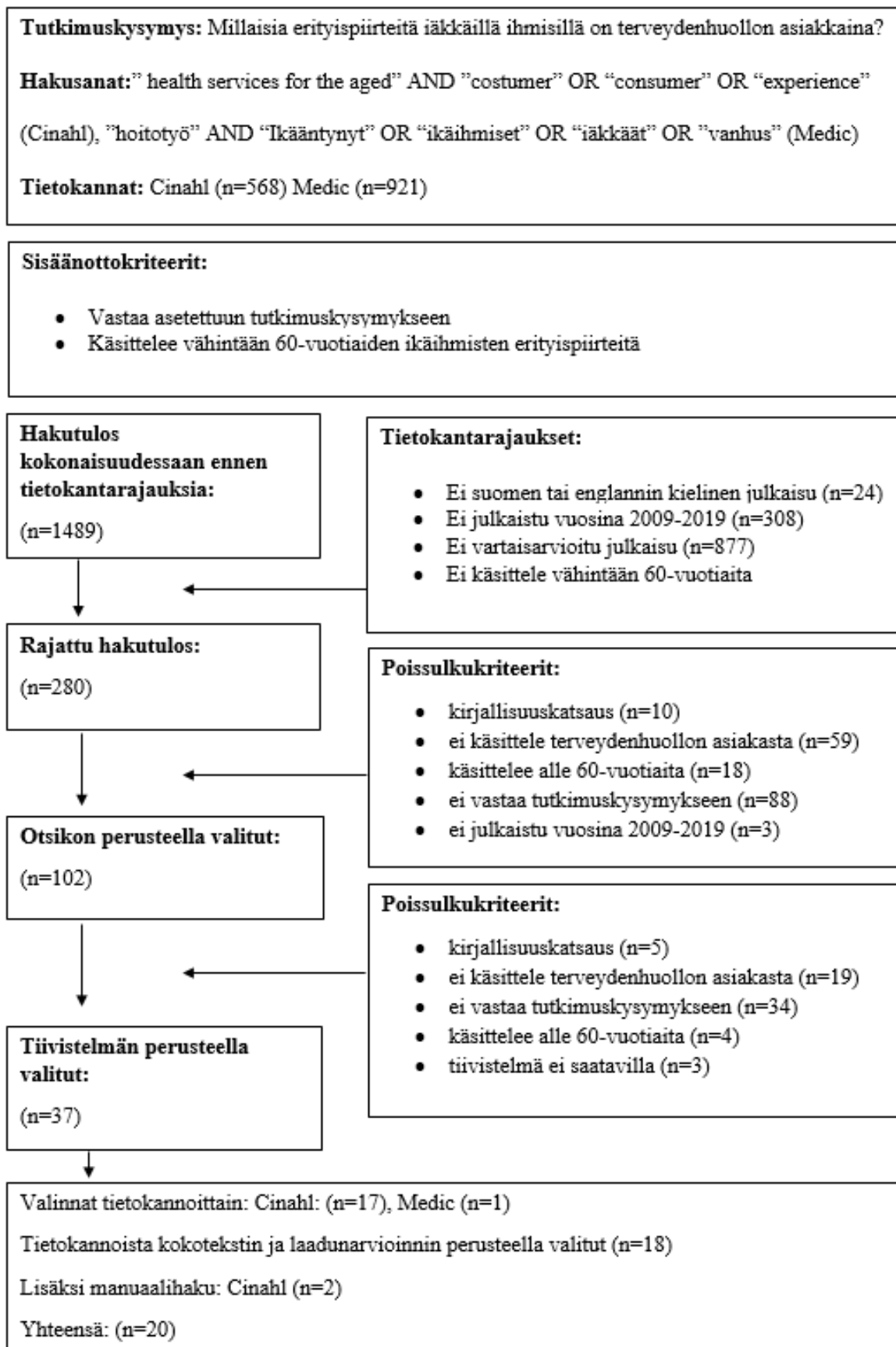
4.1 Kirjallisuushaku

Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset haettiin kansainvälisestä CINAHL ja kotimaisesta Medic- tietokannasta. Hakua kokeiltiin myös Medline tietokannassa, mutta se antoi pääosin kirjallisuuskatsauksia, jotka eivät sopineet käytettäväksi tähän kandidaattitutkielmaan. Tietokantahaku tehtiin sekä asiasana- että vapaasanahakua käyttäen. Käsitteet muodostettiin asettamalla tutkimuskysymys PICO- muotoon. Käsitteiden pohjalta muodostettiin katsauksessa käytetyt hakusanat (taulukko 1). Sopivien hakusanojen löytämiseksi tehtiin useita eri koehakuja eri hakusanoilla, ennen kuin päädyttiin katsauksessa käytettäviin hakusanoihin.

Taulukko 1. Hakusanat tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Valitut
Cinahl	”health services for the aged” AND ”costumer” OR “consumer” OR “experience”	English language, 2009–2019, peer reviewed	225	36
Medic	”ikä*” OR ”iäk*” OR ”vanh*” AND ”hoitotyö*”	Väitöskirja 2009–2019	55	1

Tietokantahaut tuottivat ennen tietokantarajauksia 1489 tieteellistä artikkelia. Aineiston sisäänottokriteerit olivat 1) vastaa asetettuun tutkimuskysymykseen 2) käsittelee vähintään 60 vuotiaiden ikäihmisten erityispiirteitä. Tietokanta rajaukset CINAHL-tietokannassa olivat 1) englanninkielinen julkaisu 2) julkaistu vuosina 2009-2019 3) vertaisarvioitu. Medic-tietokannassa haimme väitöskirjoja vuosilta 2009-2019. Medic tietokantaan valitsimme sisäänottokriteeriksi väitöskirjat, jolla pystyimme rajaamaan saatua isoa tulosten määrää vertaisarvioituihin tutkimuksiin. Tietokantarajausten (taulukko 1) jälkeen CINAHL tuotti 225 ja Medic 55 tieteellistä artikkelia. Kuviossa 1 esitettyjen poissulkukriteereiden jälkeen otsikon perusteella valittiin 102 artikkelia, joista katsaukseen tiivistelmän perusteella jäi luettavaksi 37 artikkelia. Lopulliseen katsaukseen valikoitui kokotekstin ja laadunarvioinnin perusteella 18 artikkelia. Puuttuvat 2 artikkelia täydennettiin vapaasanahaualla Google Scholar- tietokannassa, jossa käytettiin samoja sisäänotto- ja poissulkukriteerejä kuin Cinahl-tietokannassa.



Kuvio 1. Kirjallisuushakujen prosessi

4.2 Aineiston kuvaus ja laadunarviointi

Tutkimukseen valikoiduista alkuperäistutkimuksista (n=20), osa oli laadullisia (n=12) ja osa oli määrällisiä (n=8). Artikkelit oli julkaistu Pohjoismaissa (n=7), muualla Euroopassa (n=8), Australiassa (n=3), Yhdysvalloissa (n=1) ja Thaimaassa (n=1). Tutkimusten osallistujamäärät vaihtelivat 9-2792 osallistujan välillä. Yhteensä tutkimuksissa tutkittiin lähes 8000 ikääntynyttä tai ikääntyneiden hoitotyöhön osallistuvaa henkilöä. Laadullisissa tutkimuksissa aineisto oli kerätty teemahaastatteluilla, puoli-strukturoiduilla, strukturoiduilla, avoimilla haastatteluilla ja havainnoimalla. Määrällisten tutkimusten aineistonkeräykseen oli käytetty strukturoituja kyselylomakkeita.

Tutkimukseen valittujen artikkeleiden (n=20) laatua arvioitiin käyttämällä Joanna Briggs instituutin (JBI 2019) laadullisen- ja poikkileikkaustutkimuksen laadunarviointi kriteeristöä. Artikkeleista saadut laadunarvioinnin pistemäärät vaihtelivat määrällisissä tutkimuksissa 6-8 pisteen välillä (pisteitysasteikolla 0-8) ja laadullisissa tutkimuksissa 5-10 pisteen välillä (pisteitysasteikolla 0-10). Määrällisissä tutkimuksissa puutteita havaittiin eniten sekoittavien tekijöiden ja niiden huomiointiin käytettyjen menetelmien kuvaamisessa. Laadullisissa tutkimuksissa puutteita havaittiin eniten kuvaamisessa tutkijan vaikutuksesta tutkimukseen sekä tutkijoiden kulttuurillisten ja teoreettisten lähtökohtien kuvaamisessa.

4.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisissa tutkimuksissa yleisesti käytetty menetelmä, jonka tarkoituksena on antaa laaja kuva tutkittavasta ilmiöstä tiiviisti esitettynä kadottamatta sen keskeistä informaatiota (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempään tulkintaa. Sen avulla tutkimuksessa käytettäviä artikkeleita pystytään analysoimaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysia ohjaa tutkimuskysymys, jonka perusteella valitaan

analyysiyksiköt. Koska analyysi on aineistolähtöistä, aikaisemmilla kokemuksilla, teorialla tai tiedolla ei pitäisi olla merkitystä analyysin toteuttamisen ja lopputuloksen kanssa. Aineistolähtöisen sisällön analyysin myötä syntyy käsitteitä, joita yhdistämällä saadaan lopulta vastaus tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Aineiston analyysi alkaa tutkijoiden tutustumisella tarkasti aineistoonsa mahdollisimman ennakkoluulottomasti (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014). Aineisto luettiin läpi, jonka jälkeen artikkeleiden tulososioista kerättiin tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaukset. Tekstimassasta kerätyt tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaukset pelkistetään helpommin hallittavaan ja ymmärrettävään muotoon kuitenkin niin että asiasisältö säilyy täysin samana. Analyysin tuottamista havainnoista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. (Ronkainen ym. 2014.) Artikkeleista kerätyt alkuperäisilmaukset taulukoitiin ja niistä muodostettiin pelkistykset. Pelkistyyksiä tuli runsaasti (n=432), joten artikkeleista saatiin kerättyä rikas aineisto. Aineiston ryhmittely aloitettiin etsimällä pelkistyyksistä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Pelkistyyksistä muodostettiin alaluokat (n=52), yläluokat (n=17) ja pääluokat (n=5). Pääluokaksi muodostui viisi tutkimuskysymykseen vastaavaa luokkaa, jotka kuvaavat ikääntyneiden ihmisten erityispiirteitä terveydenhuollon asiakkaina. Taulukossa 2 esitetään sisällönanalyysin eteneminen.

Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Ikääntyvien aikuisten mielenterveystuen tarkoitukseen sisältyi innostuneita kommentteja mielenterveystuen vaikutuksesta asiakkaiden aktiivisuuteen, kiireisyydentunteeseen ja merkityksellisten toimien tekemiseen	Ikääntyneet kokivat, että mielenterveystuki auttoi heitä tekemään merkityksellisiä toimia	Ikääntyneet hyötyvät terveystalvuluista	Ikääntyneet hyötyvät monipuolisista terveystalvuluista	Terveystalvullon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat laadukkaita palveluita, joilla tuetaan heidän hoidon tarpeita
Käyttäjien ja hoitajien tukipalveluja pidettiin myönteisinä, ja ne olivat erityisen arvokkaita sekä dementiaa sairastavien että hoitajien suhteen.	Iäkkäät dementoituneet kokivat tukipalvelut hyvin tärkeinä.			
Palveluntuottajan ohjaamaa hoitoa saavat osallistujat ilmoittivat todennäköisemmin vähemmän liikkuvuus-, omahoito- ja tavanomaisten aktiviteettien ongelmia ja olivat vähemmän ahdistuneita / masentuneita	Ikääntyneet olivat vähemmän ahdistuneita palveluntuottajan ohjaamassa hoidossa.	Terveystalvullujen käytöllä on positiiviset vaikutukset ikääntyneisiin		
Siksi haastatteluissa toistuva teema oli kotihoidon henkilöstön vähäinen aika vierailuilleen.	Iäkkäät kokivat, että kotihoidon henkilöstöllä oli liian vähän aikaa vierailuille.	Ikääntyneet tarvitsevat aikaa	Ikääntyneillä on monenlaisia tuen tarpeita	
Ikääntyneiden tarpeet ja toiveet ovat samanlaisia ja näitä turvan luojia ovat hyvä ruoka, kontakti sukulaisiin ja ystäviin.	Ikääntyneelle turvaa luo kontakti läheisiin	Ikääntyneet tarvitsevat turvaa		

5. TULOKSET

Tutkimusaineiston analyysin tuloksena syntyi viisi pääluokkaa. Pääluokat muodostuivat ikääntyneiden terveydenhuollon palveluita koskevista erityispiirteistä sekä ikääntyneitä kuvaavista erityispiirteistä. Ikääntyneiden terveydenhuollon palveluntarpeita käsittelevät erityispiirteet olivat: Terveydenhuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat laadukkaita palveluita, joilla tuetaan heidän hoidon tarpeitaan ja Terveydenhuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat riittävän ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan saadakseen laadukasta hoitoa. Ikääntyneitä asiakkaita kuvaavia erityispiirteitä olivat: Lähiympäristö on tärkeä ikääntyneen hoidossa, Ikääntyneen elämäkokemuksia tulee kunnioittaa ja Ikääntynyttä yksilöä ei saa jättää huomioimatta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ikääntyneen erityispiirteet terveydenhuollon asiakkaana

Yläluokat	Pääluokat
Ikääntyneet hyötывät monipuolisista terveyspalveluista	Terveydenhuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat laadukkaita palveluita, joilla tuetaan heidän hoidon tarpeitaan
Ikääntyneet tarvitsevat erilaisia terveydenhuollon palveluita	
Terveyspalvelujen saatavuus tärkeää ikääntyneen hoidossa	
Ikääntyneillä on monenlaisia tuen tarpeita	
Ikääntyneet ovat monisairaita	
Ikääntyneen myönteinen kohtaaminen vahvistaa hoitosuhteen luomista	Terveydenhuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat riittävän ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan saadakseen laadukasta hoitoa
Henkilökunnan resurssit näkyvät ikääntyneen hoitotyössä	
Ikääntyneet arvostavat moniammatillista henkilökuntaa	
Ikääntyneen ohjaus tulee olla laadukasta	
Läheiset ovat tärkeä osa ikääntyneen hoitoa	Lähiympäristön huomioiminen ikääntyneen hoidossa on tärkeää
Ikääntyneellä tulee olla toimiva hoitoympäristö	
Ikääntyneiden aikaisemmilla kokemuksilla on merkitystä ikääntyneen hoidossa	Ikääntyneen elämäkokemuksia tulee kunnioittaa
Ikääntyneen ajatusmaailma voi olla vanhoillinen	
Ikääntynyt on hyväksynyt elämän rajallisuuden	
Ikääntynyt voidaan nähdä erilaisena	Ikääntynyttä asiakasta ei saa jättää huomioimatta
Ikääntynyt tulee ottaa mukaan hoidon suunnitteluun	
Ikääntyneet ovat vaarassa syrjäytyä	

5.1 Terveydenhuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat laadukkaita palveluita, joilla tuetaan heidän hoidon tarpeitaan

Ikääntyneet tarvitsivat laadukkaita palveluita heidän hoidon tarpeidensa tyydyttämiseksi. *Ikääntyneet hyötывät monipuolisista terveyspalveluista.* Hyödyllisenä ikääntyneet kokivat terveyden edistämistoiminnan (3) ja mielenterveystuen (12). Terveyspalveluiden hyötyä paransi mahdollisemman suoraviivainen hoito (13). Ikääntyneet kokivat kotihoidon palvelut hyödyllisiksi (2,4,10,16,19,). Kotihoidon palvelut lisäsivät iäkkäiden avuntarpeen

mahdollisuuksia (2). Iäkkäät toivoivat kodinhoidon palveluita lisää, jotta he tulevat paremmin kuulluksi ja saavat luottamusta hoitoon (4). Terveyspalveluiden käytöllä oli positiiviset vaikutukset ikääntyneisiin (14). Positiiviset vaikutukset näkyivät muun muassa turvallisuuden ja hallinnan tunteena, sekä ikääntyneet kokivat vähemmän ahdistusta ja masennusta.

Ikääntyneet tarvitsivat erilaisia terveydenhuollon palveluita. Ympäri vuorokautista hoitoa tarvitsivat erityisesti iäkkäät, joiden terveydentila oli heikentynyt, joilla oli mielenterveys- tai päihdeongelmia tai joiden omaiset eivät kyenneet iäkästä kotona hoitamaan. (19). Niin ikääntyneet kuin heidän läheisensä tarvitsivat ikäystävällisiä tukipalveluita (19). Logistisia palveluita kaivattiin ikääntyneen heikentyneen toimintakyvyn vuoksi (19,1). Ikääntyneille oli tärkeää kuljetusapu yhteiskuntaan osallistumisen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseksi (1). Ikääntyneet tarvitsivat yhteisöllistä toimintaa (7). Tämä koettiin tärkeänä sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseksi ja luomiseksi. Terveys- ja hoitoon palveluista esille nousi myös palveluasuminen (19). Ikääntyneet odottivat laadukkaalta palveluasumiselta hyvää lääkehoitoa ja ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa. Ikääntyneet hakivat apua ongelmiinsa terveydenhuollosta (2,11,17). Apua haettiin muun muassa lääkehoitoon ja oman fyysisen vajaatoiminnan vuoksi (2).

Terveyspalveluiden saatavuus oli tärkeää ikääntyneen hoidossa. Iäkkäät kokivat, että heillä oli vaikeuksia saada terveydenhuollon palveluita sekä päästä niihin (1,17). Jotkut iäkkäät kokivat, että palveluiden saatavuutta edisti, jos pystyi itse maksamaan palvelusta (1). He kokivat myös digitaaliset palvelut ongelmallisina (9). Ikääntyneiden terveyspalveluiden tuli olla helposti saatavilla (1,3,13,16,17). Ikääntyneet tarvitsivat lisää tietoa palveluista, joita he voivat saada (1) ja toivoivat hoitoon pääsyn olevan mahdollisemman nopeaa (13,17). Hoitoa tarvitseva ikääntynyt saattoi olla vaikea tunnistaa. Haastetta saada ikääntynyt hakeutumaan terveyspalveluiden piiriin lisäsi se, että kaikki hoidontarpeessa olevat iäkkäät eivät käyneet seuloissa tai lääkärissä (4).

Ikääntyneillä oli monenlaisia tuen tarpeita. Ikääntyneet tarvitsivat yksityisyyttä. Yksityisyyttä kaivattiin erityisesti päivystyksessä potilaana ollessa (13) sekä seksuaalisissa asioissa (9). Ikääntyneet tarvitsivat turvaa (3,5,2,3). Turvaa heille toi hyvä ruoka, harrastukset ja liikunta (3) sekä kontakti muihin ihmisiin (2,3). Iäkkäät tarvitsivat aikaa (1,8,12,13,14,16,17) He kokivat, että hoitohenkilökunnalla ei ollut riittävästi aikaa heille (8,12,16). Riittävä aika paransi iäkkään toimintakykyä (14), vähensi turhautumista (12) ja

paransi kotihoidon laatua (16). Ikääntyneet määrittivät tuen tarpeeksi myös tunnetuen (2). Heillä oli vaikeuksia hallita tunteita iän tai sairauden vuoksi ja ne olivat myös tunnepitoisia aiheita keskustella. Ikääntyneet kaipasivat hoitohenkilökunnan tukea hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (11,15). Hyvinä tukimuotoina pidettiin muistutuskirjeitä ja puheluita hoidon toteutuksen seurannassa (11) sekä koitutumiseen liittyvissä asioissa (15).

Hoidon tarpeita lisäsi se että, *Ikääntyneet olivat monisairaita*. Heillä esiintyi muun muassa unihäiriöitä, väsymystä (5), fyysisiä ongelmia (3) ja kognitiivisia vaikeuksia (3,19).

5.2 Terveysthuollon asiakkaina ikääntyneet tarvitsevat riittävän ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan saadakseen laadukasta hoitoa.

Ikääntyneen myönteinen kohtaaminen vahvisti hoitosuhteen luomista. Ikääntyneillä oli myönteisiä kokemuksia hoitohenkilökunnan kohtaamisista (1,2,12). Ikääntyneet kokivat hoitohenkilökunnan ymmärtäväisenä ja empaattisena (12) ja heidän vierailua ja tapaamista myös odotettiin (1). Ikääntyneen kohtaamisessa oli tärkeää saada luottamus (1,4,8,16). Hyvä luottamussuhde auttoi ikääntynyttä jakamaan kokemuksensa ja ongelmat hoitajan kanssa (4). Ikääntynyt toivoi, että hoitaja asettuisi iäkkään asemaan kohdatessa iäkkään. (8). Iäkkäät kokivat kohtaamisen laadun olevan tärkeämpää kuin vastaanottoajan pituus (1).

Henkilökunnan resurssit näkyivät ikääntyneen hoitotyössä. Ikääntyneet kiinnittivät huomiota henkilökunnan kuormittumiseen (2,12,13,16,17). Iäkkäät kokivat huolta henkilökunnan jaksamisesta ja tyytyivät siksi huonompaan palveluun (16). Päivystyksessä odotusaikojen tiedettiin johtuvan henkilökunnan kiireestä (13). Ikääntyneen hoidon tarpeet eivät täytyneet hoitohenkilökunnan riittämättömyyden vuoksi (17). Ikääntyneet kokivat henkilökunnan vaihtuvuuden negatiivisena (12,16,17) ja henkilöstön jatkuvuutta pidettiin edellytyksenä luottamuksen synnylle (16). Hoitosuhdetta pidettiin pelottavana ja kiusallisena jos iäkkäät eivät tunteneet hoitajaa (12). Iäkkäiden kokemusten mukaan henkilöstön jatkuvuus puuttui usein (16) ja se heikensi palveluiden järjestymistä (17).

Ikääntyneet arvostivat moniammatillista hoitotyötä. Ikääntyneet kokivat keskustelun ammattilaisten kanssa tärkeänä (2,4). Hoitajan kanssa puhuminen toi iäkkäille mielenrauhaa ja helpotusta (2). Iäkkäät toivoivat lisää yhteydenottoja heidän kuulemiseksi

(4). Ikääntyneet luottivat terveydenhuollon ammattitaitoon (2,4,6,8,11,13,18) Ikääntyneet kokivat terveydenhuollon ammattilaiset tärkeinä (11) ja luottivat, että hoitaja pystyi auttamaan, kun ikääntynyt tarvitsi apua (2). Ammattitaitoinen hoito vähensi iäkkäiden huolenaiheita ja haavoittuvuutta. (18). Iäkkäät luottivat ammattilaisen päätöksentekoon (8) ja kunnioittivat pitkäaikaista lääkärisuhdetta (4). Moniammatillinen yhteistyö paransi ikääntyneen hoitoa (1,4,5). Moniammatillinen vanhushoitoa kunnioittava hoito paransi iäkkään itsearvioitua terveyttä ja yksilön terveydentilaa (5) ja takasi paremman hoidon (4). Lyhyessä vastaanottoajassa työparityöskentely, jossa iäkäs kohtasi sekä sairaanhoitajan, että lääkärin koettiin hyvänä (1).

Ikääntyneen potilaan ohjaus tulisi olla laadukasta. Ikääntyneet tarvitsivat kirjallista materiaalia ohjauksessa (8). Iäkkäät eivät aina saaneet tietoa käynnistä kotiin mukaan, vaikka tarvitsivat muistin tueksi kirjallista materiaalia. Ikääntyneet hyötyivät ohjauksesta (8,18). Rauhallinen ohjaus vähensi ahdistusta ja huolenaiheita (18) ja se paransi iäkkään kotiutumisvalmiutta (8). Ikääntyneet tarvitsivat ohjausta, jotta pystyivät hyödyntämään erilaisia tukipalveluita (18). Ikääntyneen potilaan ohjaus oli haastavaa (1,4,5,8). Ikääntyneet eivät aina kokeneet tarvitsevansa ohjausta (8) tai heillä saattoi olla kynnys pyytää apua (1). Ohjauksen haastavuutta lisäsi muun muassa muistisairaudet (8) ja kuulon heikkeneminen (5) eikä ammattilaiset aina tunnistaneet keinoja oliko iäkäs ymmärtänyt asian (8).

5.3 Lähiympäristön huomioiminen ikääntyneen hoidossa on tärkeää

Lähiympäristö oli tärkeässä roolissa ikääntyneen hoidossa. *Läheiset olivat tärkeä osa ikääntyneen hoitoa* (2,4,7,8). Iäkkään perheenjäsenet olivat tärkeä tiedonlähde ikääntyneen hoidon suunnittelussa ja he jakoivat vastuuta hoidosta (4). Heiltä sai tärkeää tietoa ikääntyneen, elämäntavoista ja voinnista (8). Läheisille oli myös tärkeää tiedottaa heidän sukulaisten terveydentilanteesta (4). Muistisairaana ikääntyneen hoitoon otettiin mielellään mukaan ikääntyneen omaiset ja muistisairaiden kohdalla läheisten osallistuminen ikääntyneen hoitoon toteutui parhaiten (8). Ikääntyneet luottivat taloudellisesti aikuisiin lapsiin (7) ja apua pyydettiin yleensä omilta lapsilta tai muilta perheenjäseniltä (2). Kotihoidon valinnan ikääntyneet jättivät usein läheisilleen (16). Iäkkään sosiaalinen

verkosto koostui läheisistä, joita olivat omat lapset, sisarukset, ystävät ja naapurit (2). Iäkkäät kokivat sosiaalisen verkoston laajana itselleen ja sosiaalinen verkosto ulottui myös fyysisen ympäristön ulkopuolelle. Pääosin sosiaalisia kontakteja hoidettiin puhelimitse (2).

Ikääntyneellä tuli olla toimiva hoitoympäristö. Hoidon suunnittelussa oli tärkeää tietää ikääntyneen kotiolot (4,8). Hoidonohjaus vaikeutui, jos hoitohenkilökunta ei tiennyt millaisista kotiloista ikääntynyt tuli tai katkesiko ikääntyneen turvaverkko kotiutuessa (8). Kotiympäristön näkeminen antoi hoitajalle paremman kokonaiskuvan ikääntyneen tilanteesta ja auttoi tunnistamaan ikääntyneen hoidon tarpeen (4). Hoitoympäristöön tuli kiinnittää huomiota. (13,20) Ikääntyneiden hoidolle ammatillisin hoitoympäristö toteutui parhaiten, kun hoitohenkilökunta oli motivoitunutta (20), hoitopaikassa vallitsi kulttuurinen herkkyys (20) ja viestintä potilaiden kanssa oli sujuvaa (20). Ikääntyneet mainitsivat hoitotarpeeksi puhtauden, fyysiset tarpeet, henkilökohtaisen hygienian, ravitsemuksen, sukulaisten hoidon (13). Ikääntyneet saivat yksilöllisempää hoitoa paikoissa, joissa vallitsi hyvä eettinen ilmapiiri (20).

5.4 Ikääntyneen elämäkokemuksia tulee kunnioittaa

Ikääntyneiden aikaisemmillä kokemuksilla oli merkitystä ikääntyneen hoidossa. Ikääntyneiden palveluiden valintaan vaikuttivat aikaisemmat kokemukset (1,16). Iäkkäiden kotihoitopalveluiden valintaa vaikeutti tiedon puute ja vähäinen kokemus palveluista (16). Kotihoitopalveluiden saatavuudesta iäkkäillä oli positiivisia kokemuksia (1). Aikaisemmat negatiiviset kokemukset hoidosta vaikeuttivat ikääntyneiden kohtaamista (1,9,13,15,17). Iäkkäiden oli vaikea unohtaa aikaisempia kielteisiä kohtauksia (1), jotka usein olivat kohtauksia lääkäreiden kanssa. Kielteiset kokemukset liittyivät siihen, että heidän hoidon tarpeitaan ei tyydytetty (15,17), hoidon tarpeisiin ei vastattu (17) tai huolenaiheita ei otettu vakavasti (1). Ikääntyneiden negatiivisia kokemuksia lisäsi tunne siitä, ettei heillä ei ollut hallintaa sairaalassa oloaikana tai etteivät he saaneet riittävästi apua hoitohenkilökunnalta (15). Päivystyksellisessä hoidossa negatiivisia kokemuksia lisäsi pitkä odotusaika (13).

Ikääntyneen ajatusmaailma voi olla vanhoillinen. Ikääntyneiden ajatusmaailmaan vaikuttivat heidän lapsuutensa ajanhenkeen sopivat arvot kuten uskonnollisuus ja

siveellisyys. Ikääntyneille oli tärkeää uskonnolliset asiat, johon liittyi käyminen uskonnollisissa aktiviteeteissa ja temppeleissä. Tämä piti yllä hengellistä hyvinvointia (7). Ikääntyneiden arvomaailma heijastui myös seksuaalisuuden käsittelyyn. Seksuaalisuuden käsittelyä pidettiin tabuna. Seksuaalisuutta pidettiin ikääntyneiden keskuudessa moraalittomana ja epäasiallisena mikä esti ikääntyneiden seksuaalisten tarpeiden ilmaisua ja niistä puhumista. Ikääntyneiden seksuaalisuuteen saattoi liittyä häpeää, hämmennystä ja syyllisyyttä, jota lisäsi henkilökunnan kielteinen suhtautuminen. Ikääntynyt oli voinut kokea, että hänen seksuaalisuuttaan ja seksuaalisten tarpeiden ilmaisua rajoitetaan perheen toimesta (9).

Ikääntynyt oli hyväksynyt elämän rajallisuuden. Suurin osa ikääntyneistä suhtautui avoimesti kuolemaan ja olivat valmiita puhumaan kuolemasta läheisten ja lääkärin kanssa. Ikääntyneet halusivat suunnitella loppuelämänsä, jota motivoi luottamus perheeseen ja hyvät kokemukset kuolemasta. Toisaalta myös huonot kokemukset kuolemasta ja henkilökohtaiset pelot kuolemaan liittyvistä tapahtumista tai seurauksista olivat syitä suunnitella loppuelämää. Muita syitä loppuelämän suunnittelulle olivat halu säilyttää hallinta ja vapaus, luottamus siihen, että muut tekevät niin kuin oli sovittu, ei ollut muita päättäjiä tai halu vapauttaa läheiset päätöksenteon vastuusta. Jotkut iäkkäät halusivat osallistua kuolemaan liittyviin käytännön järjestelyihin mutta eivät silti halunneet puhua kuolemaan liittyvistä asioista (6).

5.5 Ikääntynyttä asiakasta ei saa jättää huomioimatta

Ikääntynyt voitiin nähdä erilaisena. Ikääntynyt määriteltiin hyvin erilaisena, kun häntä tarkasteli joku muu kuin ikääntynyt itse. Hänet voitiin määritellä roolin mukaan isovanhemmaksi, eläkeläiseksi tai vanhukseksi. Toisaalta ikääntynyt voitiin määritellä iän mukaan yli 65-vuotiaaksi tai yli 75-vuotiaaksi (3). Ikääntynyt voitiin nähdä haavoittuvaisena (2,3,8). Haavoittuvuus näkyi heikentyneenä toiminnallisena kykynä, liikuntavammana, näkövammana tai kuulovammana. Haavoittuvuuden tunnistaminen hoitajan toimesta lisäsi ikääntyneiden saamaan emotionaalista tukea, joka oli merkityksellistä (2). Kotiuttamisen ohjauksessa iäkkään autonomia oli haavoittuvainen (8). Ikääntynyt voitiin nähdä yksilönä (1,2,3,4,7,13,16,19,20). Ikääntyneet eivät olleet keskenään samanlaisia (3) vaan ikääntynyttä tuli kohdella itsenäisenä ihmisenä ja hyväksyä

heidät sellaisena kuin he olivat (1). Hoitohenkilökunnan tulisi kohdata ikääntyneet yksilönä (8) eikä ohittaa heidän persoonallisuuttaan (1). Ikääntyneet tarvitsivat henkilökohtaista hoitoa (19) ja heillä oli yksilöllisiä tarpeita (3). He arvostivat henkilökohtaista hoitoa ja huomiota enemmän kuin kliinisten tarpeiden täyttämistä (13). Ikääntyneille oli merkityksellistä, jos heidät tunnustettiin ja se vaikutti palveluiden valintaan (16). Ikääntyneet halusivat olla mahdollisimman riippumattomia toisista (7) ja asua kotonaan (3). Ikääntyneet kokivat, että heillä oli tärkeää tietoa jaettavaksi nuoremmille sukupolville ja kokivat olevansa tärkeitä perheen ja yhteisön harmoniassa (7). Ikääntynyt voitiin nähdä riippuvaisena (2,3,7,14), jolloin hän ei pärjännyt ilman muita ihmisiä ja terveydenhuollon palveluita (3,7,) eikä pystynyt elämään hyvää elämää ilman palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan apua (3). Ikääntyneet voitiin nähdä passiivisena (3), jolla tarkoitettiin avutonta, sängyssä makaavaa henkilöä, joka ei pystynyt ottamaan vastuuta itsestään. Vastavuoroisesti ikääntynyt voitiin nähdä toiminnallisena (3,7), aktiivisena ja tuottava kansalaisena. Toiminnallinen vanhus nähtiin kotitalouspäällikkönä, joka osallistui lastenlasten hoitoon, vapaaehtoistoimintaan (7) ja käytti aktiivisesti palveluita (3,7).

Ikääntynyt tulee ottaa mukaan hoidon suunnitteluun. Läheisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyö oli voinut tehdä ikääntyneestä äänettömän, jolloin itsemääräämisoikeus oli voitu helposti ohittaa (8,9). Ammatillaiset olivat voineet pitää läheisten näkemyksiä objektiivisempina ja toimia niiden mukaan, jolloin ikääntyneen itsemääräämisoikeus jätettiin huomioimatta (8). Ikääntynyt saattoi pettyä ja turhautua hoitoon, jos hoitohenkilökunta ei toiminut hänen odotustensa mukaan (8). Hoitohenkilökunta edisti ikääntyneen valtaa tukemalla heitä päätöksenteossa. Ikääntyneet halusivat osallistua omaan hoitoon (1,3,6,15) ja olivat kykeneväisiä ymmärtämään oman tilanteensa (1). Heillä oli samat oikeudet kuin muilla aikuisilla aktiivisilla kansalaisilla ja itsemääräämisoikeus (3). Tilanteissa, joissa ikääntyneet eivät päässeet osallistumaan omaa hoitoa koskevaan suunnitteluun, saattoi aiheuttaa heille voimattomuutta ja ahdistuneisuuden tunteita (15).

Ikääntyneet olivat vaarassa syrjäytyä. Ikääntyneet kokivat, etteivät aina tule huomioituiksi tai kuulluiksi (1,11,13,16,18). Heillä oli kokemuksia, jossa terveydenhuollon ammattilainen ei ollut kuunnellut mitä sanottavaa ikääntyneillä oli (11) ja että heidän tarpeensa ohitettiin helposti. Iäkkäät kokivat, ettei heidän huolenaiheitaan oteta huomioon eikä heitä hoideta kokonaisvaltaisesti (1). Ikääntyneillä saattoi olla kokemus että, heitä ei otettu todesta, koska he ovat vanhoja, eikä heidän mielipiteillään palvelunlaadusta ollut

merkitystä (16). Ikääntyneet olivat yksinäisiä (1,4,7,10). Hoitajien mukaan yksinäisyys ja syrjäytyminen olivat yleistä ikääntyneiden keskuudessa (4). Yksinäisyyden tunnetta lisäsi elämässä tapahtuvat sosiaaliset muutokset (7) ja se, että heidät jätettiin avuntarpeessa yksin (1). Ikääntyneiden oli myös vaikea löytää itselleen seuraa (10).

6. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kirjallisuushakua tehtiin useamman kerran, jotta löydettiin mahdollisemman tarkka tutkimuskysymystä vastaava haku. Asiasanoja pohtiessa käytettiin apuna kirjaston informaattikkoa. Haun kattavuutta lisää se, että tiedonhaku täydennettiin manuaalisesti. Tämä koko tiedonhaku tehtiin kahden henkilön voimin mikä lisää kirjallisuushaun luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018). Kirjallisuushakua tehdessä kävi ilmi, että aiheesta on vain vähän suomalaista tutkimusta, joten tutkimusaiheelle löydettiin tieteellinen tarve (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Kirjallisuushaun luotettavuus ja toistettavuus turvattiin kuvaamalla se mahdollisemman tarkasti (taulukko 1 & kuvio 1).

Kirjallisuushaussa saadut artikkelit arvioitiin laadullisesti käyttäen JBI-arviointikriteereitä, joka on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen oleellisesti vaikuttava tekijä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Laadunarviointi suoritettiin jakamalla tutkimusartikkelit tekijöiden välillä puoliksi, mutta ennen lopullista päätöstä keskusteltiin artikkeleiden laadunarvioinnin avulla saaduista yhtäläisyyksistä, eroavaisuuksista ja epäselvyyksistä. Enimmäkseen katsaukseen valitut artikkelit olivat laadukkaita, mikä vaikuttaa merkittävästi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen (Hotus). Mukana oli yksi thaimaalainen tutkimus, joka ei laadultaan vastannut muiden valittujen tutkimusten tasoa. Analyysiprosessi kuvattiin mahdollisemman selkeästi taulukoilla havainnollistaen, jotta lukija voi seurata analyysin etenemistä (taulukko 2 & 3). Analyysiprosessissa englanninkielisten artikkeleiden käännöstyö jaettiin puoliksi, mutta itse analyysi suoritettiin kahden henkilön toimesta, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Analyysissä käytetyistä tutkimuksista valtaosa oli tehty pohjoismaissa ja Euroopassa, mikä lisää tulosten käytettävyyttä suomalaisessa terveydenhuollossa koska terveydenhuolto järjestelmässä on yhteneväisyyttä.

Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin vain englannin- tai suomenkielisiä tutkimusartikkeleita, joten katsauksesta saattoi jäädä pois tutkimusaihetta koskevaa tieteellistä tietoa mikä aiheuttaa kieliharhan (Hotus). Katsaukseen valikoitui sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia, joten tutkimusmenetelmällisesti katsaus oli monipuolinen.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien valinnassa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tutkimuksessa käytettyjen artikkeleiden tutkijoita kunnioitettiin raportoimalla heidän tuloksia mahdollisimman yhdenmukaisesti ja käyttämällä asianmukaisia lähdeviitteitä (Kylmä & Juvakka 2007). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen koko prosessi kuvattiin mahdollisemman avoimesti ja selkeästi, sekä saadut tulokset raportoitiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (TENK 2012).

7. POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ilmeni, että ikääntyneet tarvitsevat monipuolisia ja laadukkaita terveydenhuollon palveluita mutta eivät pärjää palvelujärjestelmässä yksin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ammattilaisellekin haasteellinen ymmärtää, joten on kohtuutonta odottaa, että ikääntynyt heikentyneillä voimavaroillaan pärjäisi järjestelmän verkostossa yksin (Laine 2014). Palvelujärjestelmän ymmärtämiseen tarvitaan ohjausta ja tukea hoitohenkilökunnalta. Palveluiden valinnanvapaus koettelee eniten juuri ikääntyneitä. Ikääntynyt ei välttämättä osaa valita itselleen oikeita palveluita tai valintoja koskevat mielipiteet saatetaan tyrmentä omaisten tai virkamiesten toimesta.

Avun tarpeessa olevilla ikääntyneillä on mahdollisuus saada arjen helpottamiseksi monipuolisia tukimuotoa kuten etuuksia, avustuksia ja terveydenhuollon palveluita (Mäki-Petäjä-Leinonen & Karvonen-Kälkäjä 2017). Se, että ikääntynyt saa tarvitsemiaan palveluita edellyttää palveluiden helppoa saatavuutta ja hyvää ohjausta palveluiden hakemiseen. Monipuolisessa palveluverkostossa ikääntyneen voi olla vaikea saada palveluita. Toisaalta myös terveydenhuollon ammattilaisen voi olla vaikea tunnistaa hoitoa tarvitseva ikääntynyt. Ikääntyneiden oikea-aikainen hoidontarpeen arviointi ja tunnistaminen ovat avainasemassa ikääntyneiden palvelutyölle (Räsänen 2018).

Sosiaali- ja terveystalitiikan strategiana on parantaa ennaltaehkaisevaa toimintaa ja kohdentaa toimenpiteitä erityisesti haavoittuvaisimmassa asemassa olevien ikaantyneiden aseman parantamiseksi. Ikaantyneen hoitoa suunnataan laitosvaltaisesta hoidosta yhä enemmän kotona asumista tukevaan suuntaan. (Hiltunen 2015.) Avainasemassa tässä ovat kotihoidon työntekijät ja arvioivia kotikäyntejä tekevät hoitajat, jotka tunnistavat riskitekijöitä ja antavat ohjausta henkilölle sopivista palveluista (Räsänen 2018). Moniammatillinen ja osaava henkilökunta näkyy ikaantyneen hoitotyössä. Jotta voidaan taata palveluiden laatu ja taitavat terveydenhuollon osaajat, tulee panostaa jatkossakin hoitohenkilökunnan osaamiseen ja kouluttautumiseen. Erityisesti, kun palveluita viedaan asiakkaan kotiin, on hoitovastuu suuri yksittäisellä hoitajalla, joka kotikäyntiä tekee.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella ikaantynyt ihminen tulee nähdä yksilönä ja kokonaisuutena. Ihmisen kokonaisvaltainen tarkastelu ja ihmiselle tärkeiden asioiden huomioiminen hoidon suunnittelussa on laadukkaan hoidon lähtökohta (Laine 2014). Ihminen on kokonaisuus, mutta hänen hoito saattaa pirstaloitua usean eri palveluntuottajan välillä niin, ettei kaikki mahdollinen tieto ole joustavasti eri yksiköiden käytettävissä. Tästä voi johtua asiakkaan pompottelu palveluntuottajien välillä hoitamaan aina yhtä asiaa kerrallaan eri yksikössä (Laine 2014). On erittäin tarkeaa, että fyysisesti haurasta ikaantynytta ei velvoiteta kulkemaan monessa eri paikassa, kun se ei ole perusteltua myoskaan kustannussyistä. Ikaantyneiden hoitopolkua tulisikin kehittaa kokonaisvaltaisemman hoidon toteutumiseksi.

Ikaantyneelle lähiympäristö on ympäristö, jossa hän asuu ja siihen liittyy vahvasti läheiset tärkeimpänä tukiverkkona. Fyysinen rajoittuneisuus saattaa aiheuttaa ikaantyneelle sen, että hän on vaarassa syrjäytyä muista. Osallisuus on yksi tärkein syrjäytymistä ennalta ehkäisevä tekijä (Räsänen 2018). Tana paivana puhutaan paljon ikaantyneiden yksinäisyydestä, joka vaikuttaa heikentavasti ikaantyneen elämänlaatuun.

Kirjallisuushaku tuotti paljon tuloksia mutta tiedon rajaamisvaiheessa huomattiin valtaosan (n=311) olevan yli kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia, mikä lopulta pienensi saatuja alkuperäistutkimuksia huomattavasti. Myös suomalaista tutkimusta ikaantyneiden erityispiirteistä oli saatavilla todella vähän. Nayttoon perustuva toiminta tarkoittaa parhaan ja ajantasaisemman tiedon käyttöä asiakkaan ja hänen läheisten hoidossa (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018). Siksi tarvitsemme lisaa ajankohtaista tutkimusta ikaantyneista. Suuria terveystalitiittisia linjauksia siitä, mitä ikaantyneet tarvitsevat, ei tule

kuitenkaan tehdä, koska jokainen on yksilö. Jatkossa tulisikin kuunnella asiakkaan ääntä ja mahdollisuuksien mukaan tehdä yksilöllistä ikääntyneen toimintakykyä ja elämänlaatua parantavia terveydenhuollon päätöksiä. Näin SOTE-aikakaudella olisikin ajankohtaista päivittää tietoa ikääntyneiden erityispiirteistä ja palveluiden laadusta, jotka tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan linkittyvät vahvasti ikääntyneeseen terveydenhuollon asiakkaaseen.

LÄHTEET

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimusartikkelit

1. Tiilikainen E., Hujala A., Kannasoja S., Rissanen S. & Närhi K. (2019) "They're always in a hurry" – Older people's perceptions of access and recognition in health and social care services. *Health & Social Care in the Community* **27**(4), 1011-1018.
2. Norell Pejner M., Ziegert K. & Kihlgren A. (2015) Older patients' in Sweden and their experience of the emotional support received from the registered nurse – a grounded theory study. *Aging & Mental Health* **19**(1), 79-85.
3. Pulkki J. & Tynkkynen L. (2016) 'All elderly people have important service needs: study of discourses on older people in parliamentary discussions in Finland. *Ageing & Society* **36**(1), 64-78.
4. Bindels J., Cox K., Widdershoven G., Schayck O.C.P. & Abma T.A. (2014) Care for community-dwelling frail older people: a practice nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* **23**(15-16), 2313-2322.
5. Ebrahimi Z., Eklund K., Dahlin-Ivanoff S., Jakobsson A. & Wilhelmson K. (2017) Effects of a continuum of care intervention on frail elders' self-rated health, experiences of security/safety and symptoms: A randomised controlled trial. *Nordic Journal of Nursing Research* **37**(1), 33-43.
6. Piers R.D., van Eeoud I.J., Van Camp S., Gryndonck M., Deveugele M., Verbeke N.C. & Van Den Noortgate, N. J. (2013) Advance Care Planning in terminally ill and frail older persons. *Patient Education & Counseling* **90**(3), 323-329.
7. Punnaraj W., Nuntaboot K., Leelakraiwan C. & Prompakping B. (2010) A community capacity enhancement model for care of the elderly. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* **14**(4), 360-371.
8. Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja läheisten ohjaus: hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampereen yliopisto.
9. Villar F., Celdrán M., Fabà J. & Serrat R. (2014) Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* **70**(11), 2518-2527.

10. Hoogendijk E.O., Muntinga M.E., van Leeuwen K.M., van d.H., Deeg D.J.H., Frijters D.H.M., Hermsen L.A.H., Jansen A.P.D., Nijpels G. & van Hout, Hein P. J. (2014) Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 58(1), 37-42
11. Saunders C., Carter D., Brown J J. (2019) Primary care experience of older Australians with chronic illness. *Australian Journal of Primary Health* 25(1), 13-18
12. Wilberforce M., Batten E., Challis D., Davies L., Kelly, M. P., Roberts C. (2018) The patient experience in community mental health services for older people: a concept mapping approach to support the development of a new quality measure. *BMC Health Services Research*. 18 (1)
13. Lyons I., Paterson R. (2009) Experience of older people in emergency care setting. *Emergency Nurse* 16(10), 26-31.
14. Bulamu N., Kaambwa B., Gill L., Cameron I., McKechnie S., Fiebig J., Grady R., Ratcliffe J.(2017) Impact of consumer-directed care on quality of life in the community aged care sector. *Geriatrics & Gerontology International* 17(19), 1399-1405.
15. Macmillan T H.(2016) Hospital discharge: Lost opportunities to promote or maintain older people's mental health. *Quality in Ageing & Older adults* 17(3), 189-197.
16. Dunér A., Bjälkebring, P., Johansson B. (2019) Merely a rhetorical promise? Older users' opportunities for choice and control in Swedish individualized home care services. *Ageing & Society* 39(4), 771-794.
17. Sutcliffe C L., Roe B., Jasper R., Jolley D., Challis D J.(2015) People with dementia and carers' experiences of dementia care and services of dementia care and services: Outcomes of a focus group study. *Dementia* 14(6), 769-787.
18. Walker R., Ratcliffe J., White A., Visvanathan R. (2018) Dementia assessment services: What are the perceptions of older people. *Australian Journal on Ageing* 37(1), 43-47.
19. Robison J., Shugrue N., Porter M., Fortinsky R H., Curry L A. 2012 Transition from Home Care to Nursing home: Unmet Need in a Home- and Community-Based Program for Older Adults. *Journal of Aging & Social Policy* 24(3), 251-270.
20. Suhonen R., Stolt M., Gustafsson M-L., Katajisto J. & Charalambous A. 2013. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and

individualized care in care settings for older people. *JAN Leadin Clobal Nursing Research*. **70**(6), 1356-1368.

Muut lähteet

Hiltunen P. 2015. Ikääntyneiden hoitotyön Suomessa – Katsaus kehittämistarpeisiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. https://hugepdf.com/download/ikntyneiden-hoitoty-suomessa-katsaus-kehittmistarpeisiin_pdf. Viitattu 5.3.2020.

Hotus. Tutkimustiedon laadunarvioiminen. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>. Viitattu 24.1.2020.

JBI, Joanna Briggs Institute. 2019. Joanna Briggs Institute Reviewers Manual, edition 2019. Australia.

Jylhä M, Forma L, Aaltonen M, Raitanen J. & Rissanen P. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. Helsinki.

Kangasniemi M, Utriainen K, Ahonen A-M, Pietilä A-M, Jääskeläinen P & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(3), 291-301.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Korhonen, M. 2013. Nopeus. Teoksessa Heikkinen E, Jyrkämä J & Rantanen T. (toim) Gerontologia. Duodecim. Helsinki.

Korhonen A, Jylhä V, Korhonen T & Holopainen A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. tarpeesta tuloksiin. Hotus hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole oy. Saksa.

Kylmä J & Juvakka T. 2007 Laadullinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Laine H. 2014. Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Metteri A, Valokivi, H & Ylinen S. PS-kustannus. Juva.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalpalveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Viitattu 1.11.2019.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 28.10.2019.

- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 812/2000.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Viitattu 28.10.2019.
- Mäki-Petäjä-Leinonen A & Karvonen-Kälkäjä A. 2017 Vanhusoikeuden perusteet. Alma Talent. Helsinki.
- Pölkki T, Kanste O, Elo S, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2012. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009-2010. *Hoitotiede* 24(4), 335-348.
- Ronkainen S, Pehkonen L, Lindblom-Ylänne S. & Paavilainen E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Sanoma Pro. Helsinki.
- Räsänen R. 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Printek. Keuruu.
- Sainio P, Koskinen S, Sihvonen A-P, Martelin T & Aromaa T. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen E, Jyrkämä J & Rantanen T. (toim) *Gerontologia*. Duodecim. Helsinki.
- Salonen S. 2006. Sairaana hyvä potilas. Duodecim. Helsinki.
- Sorri M & Huttunen K. 2013. Kuulo. Teoksessa Heikkinen E, Jyrkämä J & Rantanen T. (toim) *Gerontologia*. Duodecim. Helsinki.
- STM. 2013. Terveydenhuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2. Helsinki. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7>. Viitattu 27.10.2019.
- STM. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>. Viitattu 15.10.2019.
- Stolt M, Axelin A & Suhonen R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Juvenes print. Turku.
- Terveydenhuoltolaki. 1326/2010.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 17.11.2019.
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Viitattu 20.1.2020.
- Tiikkainen P. 2013 Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen E, Jyrkämä J. & Rantanen T. (toim) *Gerontologia*. Duodecim. Helsinki.
- Tilastokeskus. 2018. Väestöllinen huoltosuhte heikkenee aiempia ennusteita hitaammin. https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html. Viitattu 16.10.2019.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

WHO 2019a. World Health Organization. Ageing and Life Course.
<https://www.who.int/ageing/en/>. Viitattu 29.9.2019.

WHO 2019b. World Health Organization. 2019a Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project.
<https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Viitattu 2.10.2019.

LIITTEET

Liite 1. Yhteenvedo kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi
1. Tiilikainen, Hujala, Kannasoja, Rissanen & Närhi. 2018. Suomi.	Tunnistaa elämänlaatuun liittyviä kannustavia ja välttämättömiä tekijöitä terveyspalveluiden käyttäjien näkökulmasta	Kvalitatiivinen tutkimus Tutkimuskohteena 19 yksin asuvaa iäkästä ihmistä Puoli-strukturoitu haastattelu	Elämäläatua rajoittavina tekijöinä iäkkäät kokivat vaikeuden saada tietoa terveydenhuollon palveluista ja saatavuudesta. Palveluihin pääsy riippui ammattihenkilön hyvästä tahdosta ja iäkkään omista voimavaroista. Omat tarpeet ja yksilöllisyys ohitettiin helposti.	8/10
2. Pejner, Ziegert & Kihlgren. 2014. Ruotsi.	Tutkia iäkkäiden ihmisten kokemuksia sairaanhoitajilta saadusta emotionaalisesta tuesta. Tarkastella kuinka emotionaalinen tuki on saavuttanut potilaan.	Kvalitatiivinen tutkimus Tutkimuskohteena 18 iäkästä iältään 80-96. Iäkkäät tarvitsevat sosiaalipalveluiden apuja ja asuvat kotona tai palvelutalossa. Avoin haastattelu	Iäkkäät kokevat saaneensa tukea tilanteissa, joissa ovat neuvottomia, haavoittuvaisia ja tarvitsevat sympatiaa. Emotionaalisessa tuessa tärkeintä on selviytymisen tunne.	9/10

<p>3. Pulkki & Tynkkynen. 2016. Suomi.</p>	<p>Tarkastella ikääntyneisiin liittyviä diskursiivisia rakenteita kansanedustajien puheesta eduskuntakeskustelussa Suomessa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus Tutkimuskohteena viralliset nauhoitukset neljästä Suomen eduskunnan täysistunnosta. Käsittely aiheena toimet tukea ikäihmisten toimintakykyä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Diskurssi analyysi</p>	<p>Diskurssianalyysilla tunnistettiin 3 piirrettä, jolla kuvata ikääntynyttä ihmistä: huollettavana, aktiivisena ja ansaitsevana.</p>	<p>8/10</p>
<p>4. Bindels, Cox, Widdershoven, Schayck & Abma. 2013. Hollanti.</p>	<p>Arvioida ikääntyneiden hoito-ohjelmia sairaanhoitajan näkökulmasta. Sekä saada syvempi käsitys sairaanhoitajan roolista näissä ohjelmissa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus Tutkimuskohteena sairaanhoitajan toiminnan havainnointi kymmenellä asiakaskäynnillä asiakkaan kotona, sekä 23 sairaanhoitajan haastattelu. Puoli-strukturoitu haastattelu</p>	<p>Hyvässä hoito-ohjelmassa on tärkeää luotettavan suhteen luominen ikääntyneeseen sekä yhteyksien luominen iäkkäiden, perheen ja muiden ammattilaisten välillä. Haasteena sairaanhoitajat kokevat riittävän hyvän hoidon tunnistamisen ja kohdentamisen oikeaan potilasryhmään.</p>	<p>8/10</p>
<p>5. Ebrahimi, Eklund, Dahlin-Ivanoff, Jakobsson & Wilhelmson.</p>	<p>Pyrkiä arvioimaan intervention vaikutuksia iäkkäiden itsekoettuun terveyteen- ja</p>	<p>Kvantitatiivinen, interventiotutkimus Tutkimuskohteena 161 iäkästä, jotka jaettiin interventio- ja kontrolliryhmiin</p>	<p>Interventioryhmän iäkkäät saivat moniammatillisen tiimin tehdyn hoito-ohjauksen, kontrolliryhmä saivat tavanomaisen ohjauksen. Iäkkäät</p>	<p>7/8</p>

2017. Ruotsi.	turvallisuuskokemuk siin	satunnaisesti ja seuranta tapahtui 3, 6 ja 12 kk kohdalla. Strukturoitu lomake haastattelu	kokivat terveyden ja turvallisuuden paremmaksi erityisesti 6 ja 12 kk kohdalla interventioryhmässä.	
6. Piers, Eechoud, Camp, Grypdonck, Deveugele, Verbeke &Noortgate. 2013. Belgia.	Saada tietoa iäkkäiden ihmisten näkemyksistä loppuelämää koskevassa hoidossa.	Kvalitatiivinen tutkimus Tutkimuskohteena 38 loppuelämänvaiheen iäkästä, jotka ovat erilaisten terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä. Puoli-strukturoitu haastattelu	Suurin osa oli halukas puhumaan kuolemasta ja halusivat keskustella loppuelämän hoitoon liittyvistä asioista. Hoitosuunnitelmassa koettiin luottamus perheeseen /lääkäriin sekä valvonta tärkeänä.	8/10
7. Punnaraj, Nuntaboot, Leelakraiva n & Prompakpin g. 2010. Thaimaa.	Tunnistaa iäkkäiden ihmisten hoidon avaintekijöitä ja kehittää niiden pohjalta iäkkäiden hoitomalli.	Kvalitatiivinen tutkimus Aineistotriangulaati o koostui 140 iäkkään haastattelusta sekä 20 iäkkään perheenjäsenen, 5 hoitajan ,11 yhteisöjohtajan, 5 virkamiehen, 10 vapaaehtoistyöntekij än ryhmähaastatteluista ja asiakirja tarkasteluista.	Iäkkäät luokiteltiin itsenäisiksi, osittain itsenäiseksi ja riippuvaisiksi. Päivittäisissä toiminnoissa heillä oli vaikeuksia. Taloudellinen turva ja perheenjäsenten läsnäolo koettiin tärkeäksi.	5/10

<p>8. Palonen. 2016. Suomi.</p>	<p>Kehittää hypoteettinen malli päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden sekä heidän läheistensä ohjauksesta. Selittää ohjauksen yhteyttä kotiutumismallin päivystyspoliklinikalta</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Tutkimuskohteena päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden 600 potilaan ja 600 läheisen antama postikyselypalautteen lisäksi teemahaastateltiin 7 potilasta ja 5 läheistä ja 15 hoitajaa.</p>	<p>Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien ohjaus on vähäistä. Osapuolten odotukset ohjauksesta eivät aina toteudu. Kotiutustilanteessa tulee varmistaa iäkkäiden ohjaus ja ottaa läheiset mukaan ohjaukseen.</p>	<p>9/10</p>
<p>9. Villar, Celdran, Faba & Serrat. 2014. Espanja.</p>	<p>Selvittää, millaisia seksuaalisen ilmaisun esteitä iäkkäillä on. Vertailtu henkilökunnan ja asukkaiden näkökulmaa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Tutkimuskohteena 53 henkilöstön jäsentä ja 47 ikääntynyttä ihmistä, jotka asuvat viidessä vanhusten ikähoitolaitoksessa.</p> <p>Puoli-strukturoitu haastattelu</p>	<p>Useimmin mainitut esteet olivat yksityisyyden puute, asukkaiden asenteet ja viestinnän puute itse seksuaalisuudesta.</p>	<p>8/10</p>
<p>10. Hoogendijk, Muntinga, Van Leeuwen, Van der Horst, Deeg, Frijters, Hermsen, Jansen, Nijpels & Van Hout.</p>	<p>Kuvata iäkkäiden tyydyttyjä ja tyydyttämättömiä hoitotarpeita, moniulotteisen tarpeiden arvioinnin avulla.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Tutkimuskohteena 1137 yhteisöasunnossa elävää yli 65 vuotiasta ikääntynyttä</p>	<p>Perushoidossa iäkkäät ilmoittivat saavansa riittävästi apua heidän fyysisiin tarpeisiinsa. Suurin osa tyydyttämättömistä tarpeista oli psykososiaalisia.</p>	<p>6/8</p>

2013. Hollanti.		lääkäiden kotihaastattelu, strukturoitu lomake		
11. Saunders, Carter, Brown & James. 2019. Australia.	Kuvata kroonista sairautta sairastavien ikäntyneiden ihmisten kokemuksia perusterveydenhuoll osta.	Kvantitatiivinen tutkimus Tutkimuskohteena 1101 vastaajaa, joilla on diabetes tai krooninen sydän-, munuais-, keuhko-, mielenterveys- tai tuki- ja liikuntaelimistön sair aus. Online- kyselytutkimus	Tunnetut pitkäaikaissairauksie n tukitoimet kuten hoitosuunnitelmat ja muistutukset tutkimuksista olivat puutteellisia yli 50% vastaajista ja 25% vastasivat etteivät ymmärrä lääkitystään	8/8
12. Willberfors, Batten, Challis, Davies, Kelly & Robest. 2018. Englanti.	Luoda uusi laadun mittari hyödyntäen ikäntyneiden potilaiden kokemuksia perusterveydenhuoll on mielenterveys- ja sosiaalipalveluista.	Kvalitatiivinen aineiston keruu Aineisto kerättiin avoimella ryhmähaastattelulla 22 ikäntyneeltä mielenterveyspotilaa lta ja 29 mielenterveystyön tekijältä. Kvantitatiivinen ja Kvalitatiivinen aineiston analyysi	Potilaiden kokemuksista muodostuivat seuraavat pääluokat: henkilökohtaiset ominaisuudet ja suhteet, viestintäongelmat, voimattomuuden tunne, sisään- ja ulos-hoito, byrokratiaa, keskittyminen kokonaisuuteen - ei vain mielenterveyteen ja hoidon jatkuvuuteen. Näitä kokemuksia käytettiin kehittäessä ikäntyneiden mielenterveys	10/10

			palveluiden laatua mittaavaa mittaria.	
13. Lyons & Paterson. 2009. Skotlanti.	Tutkia ikääntyneiden potilaiden kokemuksia ensihoidosta ja selvittää huomioitiinko sairautta koskevat erityispiirteet	Kvantitatiivinen tutkimus Tutkimuskohteena 20 yli 65-vuotiasta ensihoidon potilasta. Avoin haastattelu	Haastattelu analysoitiin koodaamalla ja potilaiden kokemuksista muodostuivat seuraavat pääteemat: Huomaavaisuus, henkilökunnan pätevyys, viestintä hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä sekä odotusajat	6/8
14. Bulamu, Kaambwa, Gill, Cameron, McKenchnie, Fiebig, Grady & Ratgliffe. 2016. Australia.	Tutkia iäkkäiden ihmisten elämänlaatua suhteessa kahteen eri terveyspalvelun tarjoajaan. Asiakas suunnattu hoito (CDC) verrattuna tavanomaiseen hoitoon (PDC),	Kvantitatiivinen tutkimus 139 yli 65-vuotiasta avohuollon asiakasta Strukturoitu haastattelu	Elämänlaadussa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja palvelun saajien välillä. CDC-palvelua saaneet potilaat kokivat olevansa tilastollisesti merkitsevästi enemmän kontrollissa ja itsenäisempiä kun taas PCD-palvelun saaneet.	8/8
15. Macmillan. 2015. Englanti.	Tutkia sairaalahoidon vaikutuksia ikääntyneiden potilaiden laajempaan hyvinvointiin. Lisäksi ymmärtää vastuuvapaus prosessiin liittyvät haasteet vanhempien	Kvalitatiivinen tutkimus Aineisto kerättiin ikääntyneiltä 21 eri kohderyhmästä strukturoidulla haastattelulla tutkijan toimesta.	Ikääntyneet eivät olleet valmiita sairaalan vastuuvapautumiseen, koska eivät olleet tarpeeksi mukana sen suunnittelussa. Se aiheutti sen, ettei ikääntyneillä potilailta ollut riittäviä tietoja jatkohoidosta ja sen	8/10

	ihmisten näkökulmasta		järjestymisestä kotiutuessaan.	
16. Dunér, Bjärkebring & Johansson. 2017. Ruotsi	Tutkia miten ikääntyneet ihmiset kokevat mahdollisuutensa vaikuttaa heitä koskeviin hoitopäätöksiin.	Kvalitatiivinen tutkimus Postitse kerätty kyselytutkimus 2792 kotihoidon asiakkaalta Teemahaastattelut 28 kotihoidon asiakkaalta kolmen eri kunnan alueelta.	Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa palveluun. Aktiivisemmat kokivat mahdollisuutensa valita paremmiksi kuin passiivisemmat tyytyivät perheen tai henkilökunnan tekemiin päätöksiin. Tuen saaminen tärkeä tekijä itsenäisyydessä	9/10
17. Sutcliffe, Roe & Jasper. 2013. Englanti.	Kuvata dementiaa sairastavien potilaiden ja heidän hoitajiensa kokemuksia demensiahoidosta ja tukipalveluista	Kvalitatiivinen tutkimus 3 kohderyhmää kolmessa Luoteis-Englannin paikkakunnalla. Kohderyhmiin osallistui yhteensä 27 dementiaa sairastavaa tai heidän omaishoitajaansa Puoli-rakenteellinen keskustelu, joka nauhoitettiin.	Diagnoosin saamisen koettiin olevan kiinni tuurista. Joillakin osallistujilla kokemukset olivat hyvät, toiset kokivat että jäivät täysin vaille tietoa ja tukea. Omaishoitajat kokivat lomien saamisen/pitämisen ja tuen saamisen haastavana. Julkisten ja kolmannen sektorin palveluiden yhdistäminen koettiin tukevana tekijänä. Terveyspalveluista yhteyshenkilön	9/10

			saamisessa koettiin puutteita.	
18. Walker, Ratcliffe, White & Visvanathan . 2018 Australia.	Selvittää miten vanhemmat dementiaa sairastavat henkilöt ja heidän läheiset kokevat dementian arviointipalvelut ja tulevaisuuden diagnostiikkapalvelut.	Kvalitatiivinen tutkimus Aineisto kerättiin 9 dementiaa sairastavalta henkilöltä. Puolistrukturoitu haastattelu	Ammattinharjoittajat ovat avainasemassa tiedon ja tuen antajana ennen ja jälkeen dementia diagnosoimista. Tärkeää on ammattilaisten aika ja tunne, että potilasta kuullaan	9/10
19. Robinson, Shugrue, Porter, Fortinsky & Curry. 2010. Yhdysvallat.	Tunnistaa kuluttajien tarpeet ja vaatimukset, siirtyessä avohuollon palveluasunnosta ympärivuorokautiseen palvelukotiin.	Kvantitatiivinen tutkimus Tiedot kerättiin potilasasiakirjoista, johtajien muistiinpanoista, jossa johtajat käsittelivät laajempia näkökohtia hoivakotiin joutumiseen johtavista syistä.	Puutteita tunnistettiin mielenterveysongelmien tuen tarjoamisessa, terveysongelmien tunnistamisessa ja stressaantuneiden omaishoitajien tukemisessa.	7/8
20. Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto & Charalambo us. 2013. Suomi.	Tutkia eettisen ilmapiirin, ammattimaisen hoitoympäristön ja yksilöllisyyden yhteyksiä ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä.	Kvantitatiivinen tutkimus Aineisto kerättiin 874 hoitajalta, jotka työskentelivät ikääntyneiden hoitoyön parissa 62 eri yksikössä.	Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä löytyi eettisen ilmapiirin ja yksilöllisen hoidon välillä sekä yksilöllisyyden ja ammatillisen hoitoympäristön välillä.	7/8

Liite 2. Kandidaatintutkielma parityönä

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutus on kahden henkilön yhteistyössä suorittama. Jokainen vaihe on yhdessä keskusteltu ja viimeistelty raportointiin. Olemme koonneet tietoa/ajatuksia yms. yhdessä otsikoiden alle, joten tuotos on kaiken kaikkiaan yhtenäistä. Aikataulullisista syistä vain lopullisessa kirjoitusvaiheessa vastuu alueet ovat jakautuneet seuraavasti:

JOHDANTO: SN, AP

KESKEISET KÄSITTEET: AP, SN

KATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

-Kirjallisuushaku: AP, SN

-Aineiston analyysi: SN, AP

TULOKSET:

SN (2 ensimmäistä pääluokkaa) AP (lopun 3 pääluokkaa)

LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS: SN, AP

POHDINTA: AP, SN

TAULUKOT: AP, SN