



Iäkkäiden potilaiden näkemyksiä päivystyshoidon laadusta

Milja Ranta, Eija Lönnroos, Antti-Jussi Kouvo, Merja Miettinen,
Johanna Lammintakanen

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata iäkkäiden potilaiden näkemyksiä päivystyshoidon laadusta. Aineisto kerättiin yliopistosairaalan ja keskussairaalan päivystyksistä. Yhteensä 200 75 vuotta täyttäneitä potilasta haastateltiin päivystyskäynnin aikana käyttäen Ihmisläheinen hoito (RIHL) -mittaria strukturoidun haastattelun runkona. Mittari sisältää kuusi teema-aluetta: 1) Henkilöstön ammatillisuus, 2) Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, 3) Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, 4) Kipujen ja pelkojen lievittäminen, 5) Henkilöstöresurssit, 6) Henkilöstön yhteistyö. Nämä jakautuvat yhteensä 42 Likert-asteikolliseen väittämään. Haastattelua täydennettiin kolmella iäkkäiden kohteluun liittyvällä avoimella kysymyksellä. Enemmistö vastaajista arvioi päivystyksen henkilöstön ammattitaidon erinomaiseksi, ilmapiirin myönteiseksi, hoitonsa turvalliseksi sekä kohtelunsa asialliseksi ja ystävälliseksi. Kuitenkin vain viidennes potilaista koki voineensa osallistua hoitonsa suunnitteluun. Lisäksi vastaajat toivat esiin näkemyksiä henkilöstöresurssin riittämättömyydestä ja puutteita potilaiden perustarpeisiin vastaamisessa. Nämä ilmenivät tutkimuksen määrällisessä ja laadullisessa osuudessa. Avovastauksissa nousivat esiin myös hoitoympäristön puutteet, kuten ympäristön levottomuus ja yksityisyyden suojan puute. Päivystyksessä asioidessaan iäkkäät olivat moniin asioihin tyytyväisiä. Kehittämiskohteiksi nousivat hoitoympäristö, potilaiden perustarpeisiin vastaaminen ja mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun.

Johdanto

Väestön ikääntyminen on globaali ilmiö. Eri-tyisesti ikääntyminen koskettaa kehittyneitä maita, ja vaikutukset heijastuvat väistämättä myös terveydenhuoltoon. Suomessa ennustetaan 65 vuotta täyttäneiden osuuden nousevan edelleen nykyisestä 23 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä (Tilastokeskus 2021). Väestön ikääntyessä iäkkäitä henkilöitä hoidetaan yhä enemmän akuuttipotilaina myös

päivystyksissä. Ikääntyneiden potilaiden määrän kasvun vaikutukset päivystyksien toimintaan ja vaatimuksiin on tunnistettu useammasa aikaisemmassa tutkimuksessa. Iäkkäät ovat oma erityisryhmänsä päivystyspotilaina. He ovat usein monisairaita, ja sen vuoksi monilääkitys sekä lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset ovat heillä yleisiä (Laatikainen ym. 2016). Akuutin sairastumisen lisäksi iäkkään päivys-

tyskääntä voi johtua vähitellen vaikeutuneesta pitkäaikaissairaudesta, toimintakyvyn laskusta, kognitiivisista ongelmista, uudesta tai vaikeutuneesta oireesta, kuten kivusta (Boswell 2012; Albert ym. 2013; Carpenter ym. 2015).

Iäkkäiden osuus kaikista päivystyspotilaisista vaihtelee eri tutkimuksissa. Tämä johtuu lähinnä alueellisista eroista sairastavuudessa, palvelutarpeesta ja terveydenhuollon palveluiden saatavuudesta sekä palvelujen organisoinnissa. Iäkkäiden osuutta päivystyshoidossa tulee tarkastella suhteessa muiden terveyspalveluiden käyttöön, tarpeeseen ja alueelliseen palveluiden saatavuuteen (Gruneir ym. 2011; Malmström ym. 2017). Iäkkäät hakeutuvat hoitoon päivystykseen, kun avuntarve koetaan pakottavaksi. Useimmiten päätöksen avun hakemisesta tekee läheinen tai terveydenhuollon ammattilainen iäkkään puolesta (Mylläri 2017).

Iäkkäiden näkemyksiä hoitonsa laadusta on viime vuosina kiinnostuttu tutkimaan yhä enemmän (Steinmiller ym. 2015). Hoidon laadun määritelmät ja mitattavat ulottuvuudet vaihtelevat tutkimuksittain. Yhteistä useimmille tutkimuksille on ollut hoidon laadun mittaaminen hoidon kulun ja vuorovaikutuksen onnistumisena sekä erilaisten tarpeiden huomioimisena (Watson ym. 1999; Mwakilasa ym. 2021). Kirjallisuuskatsauksessaan Berning ja kumppanit (2020) toteavat, että iäkkäiden päivystyshoitoon liittyvien näkemysten selvittäminen ei ole ollut yhtenevää. Tutkimuksissa on käytetty toisistaan eroavia menetelmiä ja mittareita (Berning ym. 2020). Pelkästään tämä puoltaa jatkotutkimuksen tarvetta. Mylläri (2017) toteaa väitöstutkimuksessaan, että iäkkäiden päivystyspotilaiden näkökulmasta tärkeitä hoidon laadun osatekijöitä ovat seuraavat: hoidon saatavuus, käynnin ja tapahtuman mielekkäys, potilaan hyvinvointi käynnin aikana, vuorovaikutuksen onnistuminen suhteessa henkilöstöön sekä erilaisten tarpeiden huomiointi.

Yleisesti ottaen potilaan kokemus on yksi tärkeimmistä hoidon tuloksen ja laadun ku-

vaajista sekä organisaatioiden tulostuloksista (Töyry 2001; Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008; Mäntynen ym. 2015; Mylläri 2017; Berning ym. 2020). Eri hoiva- ja hoitokonteksteissa toteutetuissa tutkimuksissa potilaiden kokemukset laadukkaasta hoidosta ovat yhdistyneet inhimilliseen kohtaamiseen, hyvään kohteluun ja vuorovaikutukseen. Potilaiden kokemukset koostuvat yleensä usean ammattiryhmän antamasta hoidosta ja kohtelusta. Potilaiden näkemyksiin hoidon laadusta olivat yhteydessä esimerkiksi riittävät henkilöstöresurssit ja yksikön ilmapiiri (Töyry 2001; Tyrisevä-Ryösö 2012; Mäntynen ym. 2015; Mwakilasa ym. 2021). Henkilöstön positiivisen asennoitumisen iäkkäitä kohtaan on havaittu parantavan iäkkäiden kokemuksia saamastaan hoidosta (Courtney ym. 2000; Boswell 2012; Liu ym. 2012). Aiemmissa tutkimuksissa iäkkäiden on todettu olevan nuorempia potilaita tyytyväisempiä saamaansa vuodeosastohoitoon (Kvist 2004; Eloranta ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa iäkkäiden näkemyksiä hoitonsa laadusta tarkasteltiin Eeva Töyryn vuosina 1991–1997 kehittämän Ihmisläheinen hoito -mittarin RIHL-versiolla. Mittari pohjautuu tutkijan luomaan käsitteeseen ihmisläheisestä hoidosta (Töyry 2001). Alkuperäisen mittarin lyhennetty RILH-versio määrittää potilaiden kokemaa hoidon laatua kuuteen teema-alueeseen ja yhteensä 42 osatekijään perustuen (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008).

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden potilaiden näkemyksiä saamastaan päivystyshoidosta käyttäen RIHL-mittaria strukturoidun haastattelun runkona ja täydentäen haastattelua avoimilla kysymyksillä. Tutkimukseen osallistujat (n=200) olivat 75 vuotta täyttäneitä, ja heitä haastateltiin päivystyskäynnin aikana sairaalassa.

Aineisto ja menetelmät

Aineistonkeruu ja menetelmät

Tämän poikkileikkaustutkimuksen aineisto on koottu yhden keskussairaalan ja yhden yliopistosairaalan päiväystyksissä. Tutkimukseen valittiin kaksi organisaatiota, koska siten on mahdollista saada enemmän empiiristä aineistoa ja paremmin yleistettävää tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Ranta ym. 2020). Kummankin tutkimukseen osallistuneen sairaalan päivystys kuului tutkimuksen suorittamisen ajankohtana ensihoidon, päivystyksen ja teohoidon palveluyksikköön. Kummassakaan tutkimukseen osallistuneessa yksikössä ei ollut käytössä jatkuvaa mittausta potilaiden kokemasta hoidon laadusta tutkimuksen suorittamisen aikaan.

Strukturoidut haastattelut suoritettiin kevään ja kesän 2018 aikana tutkimuksen osallistumiskriteerit täyttävillä ja suostumuksensa antaneilla potilaille (n=200). Osallistumiskriteerit olivat seuraavat: 1) potilaan ikä on 75 vuotta tai enemmän, 2) potilas on ollut päiväystyksessä yli kaksi tuntia, 3) potilas pystyy antamaan tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta ja 4) osallistuminen ei aiheuttanut kohtuutonta rasitusta potilaalle hänen terveydentilansa huomioiden. Ulkopuolelle rajattiin potilaat, joilla oli edennyt muistisairaus tai äkillinen sekavuustila (delirium). Strukturoidun haastattelun aluksi potilailta kysyttiin taustatietoina sukupuolta, ikää ja asumismuotoa (taulukko 1). Asumismuodon osalta heitä pyydettiin kertomaan, asuvatko he yksin, avio- tai avopuolison kanssa vai lasten tai jonkun muun henkilön kanssa. Tutkimuksessa ei tarkasteltu päiväystykseen hakeutumisen syitä.

Ikäkriteerinä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään 75 vuotta. Sitä on käytetty myös aiemmassa iäkkäiden päiväystyksen käyttöä kuvaavassa tutkimuksessa (Malmström ym. 2017). Aikarajaukseksi valittiin yli kaksi tuntia päiväystykseen saapumisesta, koska siinä ajassa voi-

daan olettaa potilailla olevan jo kokemusta saamastaan hoidosta. Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja haastatteli tutkimukseen osallistuneet iäkkäät potilaat. Aineistoa kerättiin eri viikonpäivinä ja useana vuorokaudenaikana, jotta aineisto saataisiin mahdollisimman edustavaksi. Potilaille kerrottiin tutkimuksesta suullisesti, heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus ja heidät haastateltiin päiväystyksessä. Haastattelu kesti keskimäärin noin 45 minuuttia, josta RILH-mittarin kysymysten osuus oli noin 30 minuuttia ja avointen kysymysten osuus noin 15 minuuttia. Tutkimukseen osallistuneita päiväystyksiä tiedotettiin tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti. Tiedotteessa kuvattiin tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja potilaiden valintakriteerit. Lisäksi tiedote tutkimuksesta lähetettiin päiväystysten henkilöstölle sähköpostitse. Haastattelupäivinä tutkimukseen soveltuvien potilaiden valintakriteerit kerrattiin vuorossa olevalle henkilöstölle. Ennen haastattelun aloittamista ne tarkastettiin vielä potilaskohtaisesti. Tutkimukseen osallistuvat potilaat olivat kotona asuvia, mutta heidän saamiaan mahdollisia hoivapalveluita ei kysytty taustatiedoissa. Potilaat valikoituivat tutkimukseen vapaaehtoisuuden pohjalta, henkilöstön antaman viheen perusteella ja tutkijan alkuhaastattelun perusteella. Tutkija kysyi mahdollisilta haastattelutilta ensin vointia ja sitten halukkuutta osallistua tutkimukseen odotellessa. Haastattelun aluksi potilaita ohjeistettiin pyytämään toistamaan kysymys tarvittaessa ja keskeyttämään haastattelu, mikäli potilas ei enää kokenut jaksavansa jatkaa haastattelua. Nukkuvia tai voipuneita potilaita ei tutkimusta varten häiritty.

Tutkimuksessa käytettiin Eeva Töyryn vuosina 1991–1997 kehittämää Ihmisläheinen hoito -mittaria potilaiden kokeman hoidon laadun arviointiin. Mittari pohjautuu tutkijan luomaan ihmisläheisen hoidon käsitteeseen, millä tarkoitetaan koko henkilökunnan antamaa, moniammatillista, kokonaisvaltaista, ihmisen inhimilliset perustarpeet tyydyttävää, ammattitaitoista ja korkeatasoista hoitoa. Se

ilmenee jokaisessa yksittäisessä potilaan ja henkilökunnan tasa-arvoisessa vuorovaikutustilanteessa (Töyry 2001). Ihmisläheinen hoito-mittaria on käytetty useimmiten vuodeosastolosuhteissa, kuten terveyskeskussairaalassa (Zibulski 2014) ja yliopistosairaalassa (Mäntynen ym. 2015) ja saattohoitoyksikössä (Mikkonen 2007) sekä keskussairaalassa ja yliopistosairaalassa (Kvist ym. 2013). Mittaria on käytetty myös ulkomaisessa kontekstissa esimerkiksi Vietnamin (Hiltunen 2008).

Tässä tutkimuksessa käytetty RILH-mittari on Kvistin ja Vehviläinen-Julkusen (2008) usean osatutkimuksen kautta kehittämä lyhenelmä alkuperäisestä ILH-mittarista. RILH-versiosta on poistettu kysymykset, jotka liittyvät hengellisyys huomiointiin, huumorin käyttöön, sukupuolielämän huomiointiin, eritystoiminnassa avunsaamiseen, potilashuoneen ilmanvaihtoon, unihäiriöihin ja meluttomuuteen. Uudistetussa versiossa korostuu nykyaikaisempi käsitys hoidon laadun sisällöstä, jonka keskiössä on henkilöstön ammattitaito ja potilaiden oma osallisuus hoitoonsa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Mittarin uudistamistarvetta perusteltiin myös potilaiden hoitoprosessien kehittymisellä ja hoitajaksojen lyhenemisellä. Aiemmasta poiketen tässä tutkimuksessa mittaria käytettiin päivystyksen toimintaympäristössä, jossa keskimääräinen hoitoaika on vain noin neljästä kuuteen tuntia.

Iäkkäiden potilaiden näkemyksiä saamaantaan hoidosta akuuttitilanteesta tarkastellaan RILH-mittarin kuudella teema-alueella, jotka ovat henkilöstön ammatillisuus, potilaiden hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, riittävät henkilöstöresurssit, kipujen ja pelkojen lievittäminen sekä henkilöstön yhteistyö. Teema-alueet muodostuvat yhteensä 42 väittämästä, joihin potilaat vastasivat viisiportaisen Likertasteikon mukaan (täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, en osaa sanoa, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä) (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Tässä tutkimuksessa RILH-

mittaria käytettiin strukturoidun haastattelun runkona itse täytettävän lomakekyselyn sijaan, jotta vastaaminen olisi potilaalle helppoa eikä kuormittaisi häntä liikaa. Samalla varmistettiin, että kaikki kysymykset tulevat huomioituiksi. Potilaille kerrottiin sanallisesti vastausvaihtoehdot ja ne näytettiin tarvittaessa myös kuvallisina hyödyntäen hymiöitä. RIHL-mittarin teema-alueiden sisältämiä väittämiä tarkasteltiin suhteessa potilaiden ikään (75–80 v., 81–85 v., 86–90 v., yli 90 v.) sekä asumismuotoon (yksin, avio- tai avopuolison kanssa, lasten tai jonkun muun henkilön kanssa).

RIHL-mittarin kysymysten lisäksi potilaille esitettiin kolme avointa kysymystä päivästyshoidostaan: 1) Miten ikääntyneet ihmiset huomioidaan päivästyksessä? (vastaajien määrä, n=178). 2) Miten teidät huomioitiin? (n=131). 3) Mitä olisitte toivonut parannettavan hoitoon tai kohteluunne liittyen? (n=156). RILH-mittaria päädyttiin täydentämään avoimilla kysymyksillä, koska hoidon laatua mitaavissa tutkimuksissa on aiemmin todettu, että negatiivisten tunteiden esille tuominen saattaa strukturoiduissa kyselyissä olla potilaille vaikeaa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Mittaria täydentävät avoimet kysymykset antoivat potilaille mahdollisuuden kuvata näkemyksiään vapaammin. Kahdestasadasta potilaasta 12 jätti vastaamatta avoimiin kysymyksiin mutta suurin osa vastasi vähintään kahteen kysymykseen. Vastaukset olivat melko lyhyitä, usein vain muutaman sanan mittaisia. Haastattelija tallensi vastaukset Webropol-järjestelmään haastattelutilanteesta.

Aineiston analyysi

Tulokset esitetään yliopistosairaalan ja keskussairaalan aineistot yhdistäen, koska kyseessä ei ole organisaatioita vertaileva tutkimus. Ainoastaan taulukossa 1 vastaajien taustatiedot on ilmoitettu sairaalakohtaisesti. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa RILH-mittarin vastauksia tarkasteltiin 5-portaisina. Myös teema-aluei-

den summamuuttujien Cronbachin α -arvot laskettiin viisiportaisen asteikon vastauksille. Tulosten tarkastelun selkeyttämiseksi vastaukset yhdistettiin sitemmin kolmeluokkaisiksi. Vastausvaihtoehdot ”osittain samaa mieltä” ja ”samaa mieltä” yhdistettiin yhdeksi luokaksi sekä ”osittain eri mieltä” ja ”eri mieltä” yhdeksi luokaksi. Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” säilytettiin ennallaan.

Määrällisen aineiston kuvaamiseen käytettiin suoria jakaumia, keskiarvoja, keskihajontaa, vaihteluvälejä ja prosenttiosuuksia. RILH-mittarin jokaisen teema-alueen sisältämistä väittämistä muodostettiin summamuuttujat. Summamuuttujien sisältämille kysymyksille laskettiin Cronbachin α -arvot. Vastaajien asumismuotoa ja ikäryhmiä tarkasteltiin suhteessa kuuteen teema-alueeseen. Ryhmien välisiä eroja analysoitiin yksisuuntaista varianssianalyysiä käyttäen (merkitsevyystaso: $p < 0,05$). Post Hoc Tukey HSD -testin avulla paikannettiin ryhmien välisen eroavuuden sijainti. Aineiston analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics -tilasto-ohjelman versiota 26.

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin tutkijaryhmässä laadullista sisällön analyysiä soveltaen (Tuomi & Sarajarvi 2018). Analyysissä aineistosta tunnistettiin potilaiden näkemyksiä hoidostaan ja kohtelustaan luokitellen samansisältöiset vastaukset samaan luokkaan. Samansisältöisistä alaluokista muodostettiin yläluokkia ja ne nimettiin sisältöä kuvaavaksi. Jokainen kolmesta kysymyksestä analysoitiin omana kokonaisuutenaan. Ensimmäisen kysymyksen osalta tarkasteltiin vastaajien yleisiä näkemyksiä iäkkäiden huomioimisesta päivästyksessä. Analyysi toteutettiin teemoittelemalla erilaisia kohtelun ilmentymiä vastauksissa. Toisen kysymyksen analyysissä etsittiin henkilökohtaisempaa näkemystä siitä, miten vastaaja koki, että juuri hänet oli huomioitu. Analyysiä ohjasivat erilaiset henkilökohtaiset huomioimisen muodot. Kolmannen kysymyksen vastausten analyysissä hoitoa ja kohtelua kuvaavat vastaukset yhdistettiin. Vastaajien an-

tamat kehittämisehdotukset luokiteltiin hoidon ja kohtelun parantamiseen, päivystyshoidon organisointiin ja muihin toiveisiin liittyviksi. Lopuksi avointen kysymysten luokiteltua aineistoa verrattiin RILH-mittarin teemoihin etsien sisällöllisiä yhtenevyyksiä ja eroja.

Eettiset näkökohdat

Tutkimuksella on yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto 11.5.2017 ja tutkimusluvut molemmista sairaaloista, joissa tutkimusta tehtiin. Tutkimukseen osallistuminen oli potilaille vapaaehtoista. Sitä varten laadittiin erillinen potilaille annettava tiedote. Tiedotteessa kuvattiin tarkasti tutkittavien tietosuojaan ja yksityisyyteen liittyvät asiat. Potilailta pyydettiin erillinen kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Potilaiden suostumuslomakkeessa tuotiin esille, että heidän mahdollinen kieltäytymisensä tutkimuksesta ei vaikuta heidän saamaansa hoitoon. Potilaiden itsemääräämisoikeutta ja oikeutta kieltäytyä tutkimuksesta kunnioitettiin. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin potilaat, jotka eivät pystyneet itse osallistumaan tutkimukseen. Tutkimusasiakirjat eivät sisältäneet potilaiden henkilötunnuksia tai muita suoria tunnistetietoja. Tutkimuksen tietoja ei luovutettu ulkopuolisille, ja aineisto säilytetään ja hävitetään yliopiston ohjeistuksen mukaisesti.

Tulokset

Tutkimukseen osallistuneista enemmistö oli naisia (taulukko 1). Vastanneiden jakautuminen eri ikäryhmiin ei eronnut sairaaloiden välisessä tarkastelussa tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.85$). Puolet tutkimukseen osallistuneista asui yksin. Runsas kolmannes asui avio- tai avopuolison kanssa. Lasten tai jonkun muun henkilön kanssa asui joka seitsemäs.

Taulukko 1. Kyselytutkimukseen vastanneiden potilaiden taustatiedot.

Taustatieto	Yliopistosairaala (n=100)	Keskussairaala (n=100)	Yhteensä (n=200)
Sukupuoli, n (%)			
Mies	37 (37)	36 (36)	73 (36,5)
Nainen	63 (63)	64 (64)	127 (63,5)
Ikä (syntymävuosi), n (%)			
75–80 v. (1943–1938)	39 (39)	35 (35)	74 (37)
81–85 v. (1937–1933)	27 (27)	31 (31)	58 (29)
86–90 v. (1932–1928)	24 (24)	21 (21)	45 (22,5)
yli 91 v. (1928–)	10 (10)	13 (13)	23 (11,5)
Asumismuoto, n (%)			
Yksin	48 (48)	52 (52)	100 (50,0)
Puolison tai avopuolison kanssa	37 (37)	34 (34)	71 (35,5)
Lasten tai jonkun muun henkilön kanssa	15 (15)	14 (14)	29 (14,5)

Vastaukset RILH-mittariin

RILH-mittarilla tarkasteltuna (taulukko 2) enemmistö iäkkäistä arvioi erinomaiseksi sekä hoitohenkilökunnan että lääkäreiden (75 %) ammattitaidon. Valtaosa arvioi saamansa hoitotun ystävälliseksi (94 %) ja koki hoitonsa turvalliseksi (92 %). Kuitenkin vain viidennes (20 %) koki voineensa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun.

Teema-alueiden (1–6) Cronbachin α -arvot vaihtelivat välillä 0,520–0,835. Päivystyksen kontekstissa mittarin sisäinen konsistenssi oli korkein ($\alpha = 0,835$) teema-alueessa ”Henkilöstön ammatillisuus” ja matalin ($\alpha = 0,520$) teema-alueessa ”Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen”. Osa-alueen ”Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen” sisällä korostuivat puutteet perustarpeisiin vastaamisessa. Vastaajista enemmistö oli sitä mieltä, ettei ruoan (70 %) ja juoman (71 %) määrä ollut sopiva.

RILH-mittarin teema-alueiden ja potilaiden taustatietojen tarkastelussa tilastollisesti merkitsevä ero löytyi 75–80-vuotiaiden ryhmän erotessa muista ikäryhmistä siten, että he suhtautuivat päivystyksen henkilöstöresurssin riittävyyteen selkeästi kriittisemmin ($p=0,027$). Sen sijaan vastaajien asumismuodolla tai sukupuolella ei ollut yhteyttä teema-alueiden vastauksiin.

Useat iäkkäät potilaat valitsivat RILH-mittarin kysymyksiin ”en osaa sanoa”-vastausvaihtoehdon. Yhteensä 11 kysymyksessä ”en osaa sanoa” vastausten osuus oli yli 50 % (taulukko 2). Kipujen ja pelkojen lievittämistä kuvaavan teema-alueen arviointi koettiin erityisen haastavaksi.

Taulukko 2. Vastaajien näkemykset hoidon laadusta päivystyksessä.

RIHL-mittarin sisältämät väittämät teema-alueittain	Samaa mieltä n (%)	En osaa sanoa n (%)	Eri mieltä n (%)
1. Henkilöstön ammatillisuus			
Minua arvostettiin	101 (50,5)	92 (46,0)	7 (3,5)
Minut hyväksyttiin omana itsenäni	90 (45,0)	107 (53,5)	2 (1,0)
Huoliani kuultiin	174 (87,0)	16 (8,0)	10 (5,0)
Asioihini paneuduttiin sopivasti	164 (82,0)	19 (9,5)	16 (8,0)
Arviointiin omasta voinnistani luotettiin	142 (71,0)	43 (21,5)	14 (7,0)
Voin puhua luottamuksellisesti asioistani henkilökunnan kanssa	149 (74,5)	40 (20,0)	7 (3,5)
Minua kohdeltiin ystävällisesti	188 (94,0)	9 (4,5)	2 (1,0)
Minua kohdeltiin asiallisesti	182 (91,0)	15 (7,5)	2 (1,0)
Olin tervetullut sairaalaan	162 (81,0)	28 (14,0)	8 (4,0)
Hoitoni oli turvallista	183 (91,5)	8 (4,0)	6 (3,0)
Vointiani kysyttiin riittävästi	127 (63,5)	11 (5,5)	62 (31,0)
Sain apua tarvittaessa	125 (62,5)	58 (29,0)	15 (7,5)
Hoitoni perustui tarpeisiin	59 (29,5)	137 (68,5)	1 (0,5)
Kipuihini suhtauduttiin vakavasti	62 (31,0)	122 (61,0)	13 (6,5)
Hoitoyksikön ilmapiiri oli myönteinen	153 (76,5)	36 (18,0)	4 (2,0)
Hoitohenkilökunta oli ammattitaitoisia	151 (75,5)	41 (20,5)	0 (0)
Lääkärit olivat ammattitaitoisia	149 (74,5)	34 (17,0)	0 (0)
2. Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti			
Sain riittävästi tietoa sairaudestani	87 (43,5)	79 (39,5)	34 (17,0)
Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteeni liittyvät rajoitukset	42 (21,0)	148 (74,0)	8 (4,0)
Sain riittävästi tietoa lääkehoidostani	75 (37,5)	48 (24,0)	76 (38,0)
Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani	66 (33,0)	83 (41,5)	51 (25,5)
Sain selkeät jatkohoito-ohjeet	38 (19,0)	141 (70,5)	18 (9,0)
Voin esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä	133 (66,5)	40 (20,0)	25 (12,5)
Minulle selitettiin hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset	42 (21,0)	151 (75,5)	6 (3,0)
Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun	39 (19,5)	100 (50,0)	60 (30,0)
Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä	185 (92,5)	11 (5,5)	4 (2,0)
Omaiseni otettiin riittävästi huomioon	107 (53,5)	19 (9,5)	73 (36,5)
Voin tarvittaessa keskustella asioistani kahden kesken henkilökunnan kanssa	125 (62,5)	52 (26,0)	22 (11,0)
3. Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen			
Sain ruokaa sopivasti	14 (7,0)	47 (23,5)	139 (69,5)
Sain juomaa sopivasti	21 (10,5)	37 (18,5)	142 (71,0)
Minua autettiin henkilökohtaisen puhtauden ylläpitämisessä ylläpidossa	109 (54,5)	77 (38,5)	14 (7,0)
Minua autettiin tarvittaessa liikkumisessa	102 (51,0)	88 (44,0)	8 (4,0)
4. Riittävät henkilöstö resurssit			
Henkilökuntaa oli riittävästi	100 (50,0)	51 (25,5)	46 (23,0)
Ilmapiiri oli kiireetön	97 (48,5)	21 (10,5)	76 (38,0)
Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa	132 (66,0)	23 (11,5)	41 (20,5)
5. Kipujen ja pelkojen lievittäminen			
Sain ymmärrettävää ohjausta kipujen hoidosta	10 (5,0)	173 (86,5)	14 (7,0)
Henkilökunta lievitetti pelkojani	25 (12,5)	164 (82,0)	9 (4,5)
Kipujeni hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja (esim. asentohoito, fysikaalinen hoito), kuin lääkehoitoa	12 (6,0)	157 (78,5)	9 (4,5)
Sain kipuihini oikea-aikaista lääkehoitoa	45 (22,5)	131 (65,5)	27 (13,5)
6. Henkilöstön yhteistyö			
Henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään	91 (45,5)	82 (41,0)	0 (0)
Henkilökunta kunnioitti toistensa asiantuntemusta	59 (29,5)	116 (58,0)	1 (0,5)
Muu henkilökunta oli ammattitaitoista	61 (30,5)	68 (34,0)	1 (0,5)

Teema-alueiden summamuuttujien (laskettu alkuperäisistä 5-portaisen Likert asteikon vastauksista) Cronbachin α arvot: 1. $\alpha = 0,835$, 2. $\alpha = 0,676$, 3. $\alpha = 0,520$, 4. $\alpha = 0,754$, 5. $\alpha = 0,553$, 6. $\alpha = 0,625$

Vastaukset avoimiin kysymyksiin

Vastaajat kuvasivat kokemuksiaan iäkkäiden huomioimisesta päivystyksessä eri tavoin. Osa koki iäkkäitä kohdeltavan samalla tavoin kuin ketä tahansa muita potilaita.

Kaikki ovat samanlaisia, kun tullaan ovesta.

Ei nuoremmista poikkeavasti.

Ikääntyneillä oli myös kokemuksia siitä, että kohtelu on hyvää ja heidän ikänsä otetaan päivystyksessä huomioon. Osa potilaista oli positiivisesti yllättyneitä kohtelustaan. Heillä oli esimerkiksi median tai tuttavien kautta syntyneitä negatiivisia mielikuvia iäkkäiden asiakkaiden kohtelusta tai heitä oli kohdeltu huonosti jollain aikaisemmalla päivystyskäynnillä.

Jopa näin vanhat huomioidaan huhuista huolimatta.

Yllättävän hyvin siihen nähden mitä julkisuudessa puhutaan.

Osa vastaajista arvioi, että kohteluun vaikuttaa molempien osapuolten käyttäytyminen. Esimerkiksi olemalla itse aktiivinen voi edistää hyvää kohtelua.

Riippuu ihmisestä itsestään, metsä vastaa niin kuin sinne huudetaan.

Vaikuttaa paljon miten itse käyttäytyy.

Myös negatiivisia näkemyksiä tuli esiin. Vastaajat kokivat esimerkiksi, että ikääntyneet jäävät syrjään päivystyksessä tai että heitä ei huomioida ikänsä tai tarpeidensa mukaisesti. Lisäksi vastaajat tunnistivat terveydenhuollon ammattilaisissa välinpitämättömyyttä iäkkäitä kohtaan.

Kaikilla on kiire ja iäkkäiden ohitse vain kävellään.

Apua saa huutaa, jos sitä tarvitsee.

Vastaajista osa ei pystynyt arvioimaan kohteluaan, sillä heillä ei ollut siitä vielä kokemusta.

Ei vielä tiedä, kiire ja käyneet vähän.

Olen ollut vasta vähän aikaa (4 h), vaikea kommentoida.

Kysyttäessä, miten heidät itsensä oli huomioitu päivystyksessä, vastaukset olivat samansuuntaisia kuin edellä kuvatut kokemukset.

Iäkkäiden toiveet hoidon tai kohtelun parantamiseen liittyen olivat moninaisia. Osa ei osannut mainita mitään parannusehdotuksia vähäisen kokemuksen vuoksi tai heillä ei yksinkertaisesti ollut mitään parannusehdotuksia, koska hoidon koettiin olevan jo hyvää.

Ei ole kehitettävää, kun hoito on jo niin erinomaista.

Ei meidän hyvää terveydenhuoltoa voi enää parantaa paljon, kunhan säilyisi ennallaan.

Myönteisten näkemysten lisäksi oli myös parannusehdotuksia, jotka liittyivät potilaiden kohteluun ja hoitoon sekä päivystyshoidon organisointiin. Vastaajat toivat esiin tarpeen lisätä terveydenhuollon henkilöstön läsnäoloa ja aikaa potilaille. He kaipaivat konkreettisesti voimien säännöllisempää seurantaa.

Joku voisi kysyä vointia välillä.

Jätetään yksin odottamaan.

Myös fyysisiin tarpeisiin ja niiden täyttämiseen päivystyksessä on iäkkäiden potilaiden näkökulmasta vastattava paremmin. Esimerkiksi juominen, ruokailun mahdollistaminen, liikuttamisen tukeminen ja kivun hoito olivat konkreettisia parannusehdotuksia.

Juomista kaipaisi.

Ruokaan liittyvät asiat pitäisi huomioida erityisesti diabeetikkojen kohdalla.

Tossut, joilla pääsee liikkeelle, kengät vaikea saada jalkaan.

Apuvälineitä saisi olla lisää.

Kipujen lievittämistä nopeammin.

Iäkkäät halusivat osallistua aktiivisemmin omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon, ja tämän edellytykseksi todettiin tiedonsaanti.

Potilaskin saisi ajantasaista tietoa ja voisi olla päätöksissä mukana.

Iäkkäät pitivät tärkeänä myös yksityisyyden suojan parempaa huomiointia päiväystsympäristössä.

Ahtaat verhovälit ja kaikki puhe kuuluu vierestä.

Hoitotoimenpiteiden tekeminen on hankalaa, kun intimitettisuoja ei ole.

Päivystyshoidon organisoinnin näkökulmasta iäkkäät kokivat tarvetta lisätä osaavaa henkilökuntaa päiväystykseen. Useat iäkkäät kommentoivat myös päiväystyshoidon viiveitä. Odotusaikaa haluttiin lyhyemmäksi.

Odotusaika on liian pitkä.

Fyysinen hoitoympäristö koettiin puutteelliseksi. Päivystyksen tiloja ei koettu sopiviksi iäkkäille levottoman äänimaailman, kylmyyden, hämärän valaistuksen ja vaikean löydettävyyden vuoksi. Myös ajankulun seuraamisen helpottamista toivottiin. Eri organisaatioiden väliseen yhteistyöhön ja jatkohoitoon esitettiin myös muutamia parannusehdotuksia. Lisäksi ikääntyneet toivat esiin parannusehdotuksia, jotka liittyivät terveydenhuollon ammattilaisten arvostuksen lisäämiseen, ja näkemyksiä siitä, että ammattilaiset ovat tehneet kaikkensa potilaan parhaaksi.

Kello saisi näkyä joka paikalta.

Arvostettaisiin ammattilaisten työtä. He tekevät upeaa työtä yötä päivää.

Kun tänne tulee, niin tuntuu, että tehdään kaikki.

Avovastaukset sisälsivät samansuuntaisia näkemyksiä hoidon laadusta kuin RIHL-mittarilla saadut tulokset. Ainoastaan hoitoympäristöstä nousi esille näkemyksiä, jotka eivät sisällyneet RILH-mittariin.

Pohdinta

Iäkkäiden potilaiden näkemyksiä saamastaan päiväystyhoidosta on Suomessa tutkittu vähän. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin päiväystyhoidon laatua iäkkäiden potilaiden näkemysten pohjalta. Tutkimus toteutettiin kahden sairaalan päiväystyksissä. Potilaat haastateltiin kerran strukturoitua RIHL-mittaria ja avoimia kysymyksiä käyttäen. Suurin osa haastatelluista iäkkäistä potilaista koki, että hoidon laatu päiväystyksessä oli yleisesti ottaen hyvää. Merkittävää oli, että lähes kaikki vastaajat arvioivat saamansa kohtelun ystävälliseksi ja hoitonsa turvalliseksi. Nuorin ikäluokka (75–80 v.) suhtautui päiväystyksen henkilöstöresurssin riittävyteen vanhempia kriittisemmin. Tämä ajankohtaista pohdinnan ”vähään tyytyvien” vanhimpien ikäluokkien vähittäisestä väistymisestä ja nuorempien, palvelujen käyttäjinä oletetusti vaativampien, ikäluokkien ikääntymisestä. Tarve ja paine kehittää päiväystyshoitoa iäkkäiden tarpeet ja erityispiirteet paremmin huomioivaksi tulee siis kasvamaan. Se, asuiko tutkittava yksin tai jonkun kanssa, ei ollut yhteydessä hänen näkemyksiinsä päiväystyhoidon laadusta. Samansuuntaisesti on todennut myös Tyrisevä-Ryösö (2012).

Toisin kuin aiemmissa vuodeosastoilla tehdyissä RILH-mittauksissa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008) päiväystyksessä iäkkäät potilaat arvioivat ruoan ja nesteiden saannin riittämättömäksi. Päiväystyksen toiminnan luonteen erilaisuus selittää eroa. Laboratorio- ja röntgentutkimukset saattavat vaativat ravinnon olemista, samoin esimerkiksi maha-suolikanavan tähytystutkimukset ja mahdollinen päiväystyleikkauksen tarve. Lisäksi päiväystyksen toimintoja ei ole suunniteltu ateriapalvelui-

ta huomioiden. Potilaat olivat kuitenkin usein olleet jo ennen päiväystykseen tuloaan ravinnotta useita tunteja. Näkemykset henkilöstöresurssien riittämättömyydestä ja puutteista potilaiden perustarpeista, kuten ruoan ja nesteiden saannista, huolehtimisesta olivat yhteisiä tämän tutkimuksen RIHL-mittarilla arvioidussa määrällisessä osuudessa ja avovastauksissa. Iäkkäiden perustarpeista huomiointin tärkeys on noussut esiin myös Myllärin (2017) tutkimuksessa.

Aiemmista tutkimuksista poiketen tässä tutkimuksessa iäkkäiden potilaiden vastauksissa oli runsaasti ”en osaa sanoa”-vastauksia. Tämä johtui todennäköisesti päiväystyksen toimintaympäristöstä, päiväystyksellisestä (ennakoimattomasta) tilanteesta ja toisaalta ehkä myös päiväystyksessä vietettävästä verraten lyhyestä ajasta. Myös päiväystykselle ominaisen yleishälyn takia iäkkäät vastaajat eivät ole ehkä kuulleet kaikkia kysymyksiä oikein tai eivät ole halunneet pyytää tutkijaa tarkentamaan kysymystä, ja siksi on kenties ollut helpompi valita vaihtoehto ”en osaa sanoa”. Huomionarvoista oli myös se, että iäkkäät potilaat valitsivat erityisesti kivunhoitoon liittyvissä kysymyksissä ”en osaa sanoa”-vaihtoehdon. Iäkkäiden potilaiden on kuitenkin todettu hakeutuvan päiväystykseen usein kivun takia (Mylläri 2017). Päiväystykseen hakeutumisen syitä ei tässä tutkimuksessa tarkasteltu. Haastavaksi koettuja kysymyksiä täydennettiin usein kommentteilla, että kyseisiin asioihin ei potilas itse voi vaikuttaa, niitä tietää tai ottaa niihin kantaa.

Avovastauksissa ilmeni, että osa iäkkäistä koki jäävänsä päiväystyksessä sivuosaan ja joutuvansa odottamaan unohdettuna tuntikausia. Samanlaisen havainnon teki myös Mylläri (2017). Odotusajan pituus ja perustarpeiden huomiointi ovat tulleet esille myös kansainvälisissä iäkkäiden päiväystyspotilaiden kokemaa hoidon laatua tarkastelevissa tutkimuksissa (Watson ym. 1999; Steinmiller ym. 2015; Berning ym. 2020; Mwakilasa ym. 2021). Esille nostamiensa päiväystyshoidon puutteiden ohessa iäkkäät potilaat tunnistivat hyvin henkilös-

töresurssien rajallisuuden ja sen tuomat haasteet päiväystyksen toiminnalle.

Iäkkään potilaan kokemaa hoidon laatua on pyritty arvioimaan eri tavoin sekä aikaisemmissa tutkimuksissa että käytännön hoitotyössä. Käytännön työssä toteutettavaan jatkuvaan päiväystyshoidon laadun arviointiin RIHL-mittari on pitkä, työläs ja aikaa vievä. Rungas määrää ”en osaa sanoa”-vastauksia saattoi heijastella kysymysten monimutkaisuutta, päiväystykselle ominaisen yleishälyn häiritsevyyttä, potilaan väsymystä ja mahdollisesti myös haluttomuutta pyytää haastattelijaa toistamaan kysymyksiä. Iäkkäiden päiväystyspotilaiden kognitiivinen tila ja yleisvointi vaikuttavat myös hoidon laadun arvioinnin toteutukseen. Tässä tutkimuksessa vastaajat olivat suhteellisen hyväkuntoisia iäkkäitä päiväystyspotilaita. Huonokuntoisten iäkkäiden potilaiden olisi todennäköisesti vaikea arvioida päiväystyshoitonsa laatua RILH-mittarilla. Jatkuvaan hoidon laadun arviointiin tarkoitettuna mittarin tunnusmerkkejä ovat helppo- ja nopeakäyttöisyys sekä soveltuvuus valikoimattomalle potilasainekselle. Liian yleinen hoidon laadun arviointimittari ei kuitenkaan välttämättä tavoita iäkkäille päiväystyspotilaille oleellisia näkökohtia esimerkiksi päiväystyksen hoitoympäristön soveltuvuutta iäkkäille potilaille, kuten yksityisyyttä, valaistusta, opasteiden ja kellojen näkyvyyttä sekä äänimaailmaa ja lämpötilaa.

Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Katsausartikkelissaan Bernin ja kumppanit (2020) totesivat, että iäkkäiden potilaiden näkemyksiä päiväystyshoidostaan on selvitetty huomattavan heterogeenisilla, osin validoimattomilla menetelmillä ja mittareilla. Tämä heikentää tulosten luotettavuutta, vertailtavuutta ja mittausten toistettavuutta (Berning ym. 2020). Tässä tutkimuksessa käytettiin validoitua RILH-mittaria, mikä parantaa tutkimuksen toistettavuutta ja tulosten luotettavuutta. RILH-mittaria on aiemmissa tutkimuksissa käytetty paperisena tai sähköisenä lomak-

keena, jonka potilas on täyttänyt itse. Tässä tutkimuksessa RILH-mittarin kysymykset esitettiin suullisesti ja tutkija kirjasi vastaukset. Menettely sopi hyvin päiväystilanteessa tehtävään tiedonkeruuseen. Kysymykset pystyttiin esittämään selkeästi ja tarvittaessa toistamaan. Haastatteluun varattiin myös riittävästi aikaa ja se suoritettiin mahdollisimman rauhallisessa hetkessä.

Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin pääasiassa päiväystyksessä työskentelevien hoitajien suosituksen perusteella. Rekrytointi onnistui hyvin, ja iäkkäät potilaat osallistuivat suurimaksi osaksi mielellään tutkimukseen, jossa heidän näkemyksistään oltiin kiinnostuneita. Aineistoa kerättiin kaikkina viikonpäivinä ja useana vuorokaudenaikana, jotta aineisto olisi mahdollisimman edustava.

RILH-mittaria käytettiin ensimmäistä kertaa iäkkäiden päiväystypotilaiden näkemysten arviointiin. Mittaria käytettiin aiemmista tutkimuksista poiketen strukturoidun haastattelun runkona. RILH-mittariversio on alkupe-
räistä ILH-mittaria lyhyempi (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Aiemmissa tutkimuksissa mittarin teema-alueiden vastausten sisäisen johdonmukaisuus on ollut keskimäärin parempi (α 0.80–0.95) kuin tässä tutkimuksessa (α 0,52–0,83). RILH-mittari on ensisijaisesti kehitetty tutkimuskäyttöä varten mittaamaan potilaan kokemusta saamastaan hoidosta, kun hoitoaikaa on kulunut jo useampi vuorokausi ja tilanne on vakiintunut. Päiväystyksellinen tilanne on potilaalle aina yllättävä, tilanne vakiintumaton ja hoitoaika keskimäärin 4–6 tuntia. Hoidon laatuun saatetaan olla tyytyväisiä, kun hoitoon on ylipäättään päästy. Myös keskeneräisyys ja odottaminen ovat päiväystystilanteelle leimallisia.

Tutkimuksen otos oli 200 potilasta, mikä on pieni määrä suhteutettuna päiväystysten kävijämääriin (noin 120 potilasta vuorokaudessa), ja tutkimus suoritettiin vain kahdessa erikoissairaanhoidon päiväystyksessä. Tutkimuksen aineisto on kerätty vuonna 2018. Sosiaali- ja ter-

veydenhuollon toimintaympäristö on muuttunut aineistonkeruun jälkeen. Henkilöstön saatavuus on heikentynyt, päiväystykset ovat monin paikoin ruuhkautuneet, iäkkäiden ihmisten päiväystyskäyntien määrä on kasvanut ja heidän päiväystyksessä viettämänsä aika on pidentynyt (Väisänen ym. 2023; Vähä ym. 2024). Sukupolvien transiitio voi myös vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen nykyisiin 75 vuotta täyttäneisiin. Tulosten voidaan kuitenkin ajatella olevan edelleen kohtuullisen yleistettäviä ja toimivan siten suuntaa antavana tietona iäkkäiden kokemasta päiväystyshoidon laadusta.

Luotettavuutta parantaa se, että kaikki strukturoidut haastattelut suoritti yksi henkilö, jolla on sairaanhoitajan koulutus ja kokemusta sekä ikääntyneiden hoitotyöstä että akuuttihoitotyöstä. Kliiniseen kokemukseen nojaten haastattelut pystyttiin rytmittämään potilaiden terveydentila huomioiden ja haastattelua tarvittaessa tauottaen. Strukturoidun haastattelun avulla haluttiin tehdä kokemuksen kuvaaminen mahdollisimman helpoksi, koska paperisen lomakkeen tai sähköisen kyselyn täyttäminen saatetaan kokea haastavana akuutti-tilanteessa esimerkiksi silmälasien puuttumisen, huonon asennon, valaistuksen, kivun, jännön, nälän tai väsymyksen vuoksi. Moni vastaaja kuvasi strukturoidun haastattelun olevan myös ajankulua odotusaikana, kontakti toiseen ihmiseen ja keino saada avunpyynnöt perille.

Avovastausten tuottamaa aineistoa analysoi tutkijaryhmä, mikä lisäsi analyysin luotettavuutta. Alkuperäisilmaukset olivat melko lyhyitä, usein vain muutaman sanan pituisia. Avovastaukset antoivat kuitenkin lisäymmärrystä iäkkäiden potilaiden huomioimisesta päiväystyksessä ja täydensivät siten määrällisen tutkimuksen tuloksia.

Haastattelun ajankohdan sijoittuminen potilaan hoitoprosessissa on saattanut osaltaan vaikuttaa vastauksiin. Juuri ennen siirtovaihetta kotiin tai osastolle potilaiden on helpompi arvioida kokemustaan kuin aiemmin asioiden ollessa vielä ”kesken”. Haastattelut päätettiin

kuitenkin suorittaa päivystyskäynnin aikana, jotta potilaat arvioisivat näkemyksiään päivystyksessä saamastaan hoidosta eivätkä kokemustaan sairaalakäynnistä yleensä.

Iäkkäät potilaat ovat eettisesti tarkasteltuna erityisryhmä, joka varsinkin akuuttitilanteessa voi olla erityisen haavoittuva. Tutkimuksessa huomioitiin, että akuuttitilanteessa suoritettu haastattelu ei saa aiheuttaa mitään vahinkoa potilaille eikä pahentaa akuutista sairaudesta johtuvaa kärsimystä. Haastattelut suoritettiin tutkittavien ihmisarvoa kunnioittavasti ja tutkittaviin suhtauduttiin kohteliaasti. Mikäli tutkittava ilmaisi kesken haastattelua väsymystä, kiusaantuneisuutta tai pelokkuutta, tämä toimi perusteena haastattelun keskeyttämiselle (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009; Keränen 2015). Akuuttitilanteisiin saattaa iäkkäillä liittyä myös delirium (Inouye ym. 1999; Pitkälä ym. 2005). Akuutista deliriumista kärsivät potilaat pyrittiin tunnistamaan ja rajamaan tutkimuksen ulkopuolelle, koska he eivät kognitionsa puolesta pystyneet osallistumaan haastatteluun.

Johtopäätökset

Tämä tutkimus haastaa päivystyksen henkilöstöä pohtimaan, miten iäkkäitä voitaisiin paremmin ottaa mukaan hoitoprosessiin tilanteen ollessa vielä monelta osin ”epäselvä” ja ”kesken”. Huoli iäkkäiden kasvavasta määrästä on mediasa lähes jokapäiväistä, ja palveluverkon sekä hoitoprosessien muutospaineet ovat terveydenhuollossa ilmeisiä. Tutkimus pyrkii antamaan 75-vuotiaille ja sitä iäkkäämmille päivystyspotilaille ”äänen” terveydenhuollon muutospaineiden keskellä. Tutkimushaastattelujen teon jälkeen päivystysten tilanne on muuttunut yhä haasteellisemmaksi. Jatkohoitopaikkojen saatavuuden ongelmat kuormittavat päivystyksiä, ja nimenomaan iäkkäät potilaat joutuvat odottamaan päivystyksessä tarpeettoman pitkään jatkohoidon järjestymistä.

Iäkkäiden potilaiden omia näkemyksiä tulisi ottaa enemmän huomioon päivystyksellisten palveluiden ja myös päivystyksen tilaratkaisujen suunnittelussa ja toteutuksessa (Watson ym. 1999; Steinmiller ym. 2015; Berning ym. 2020; Mwakilasa ym. 2021). Tiedon jakamista ja potilaan osallistamista omaan hoitoprosessiinsa voi ja pitää toteuttaa koko hoitoprosessin ajan myös päivystyksessä. Olisi myös tärkeää huolehtia iäkkäiden potilaiden riittävästä ravitsemuksesta ja nesteiden saannista päivystyksessä. Mahdollisista rajoitteista, esimerkiksi syömisen ja juomisen suhteen, ja rajoitteiden kestosta on kerrottava. Ravinnotta ja nesteettä oleminen voivat oleellisesti heikentää potilaan tilaa, ja pitkä odotusaika voi laukaista akuutin sekavuuden (Berning ym. 2020). Useimmat haasteet ikääntyneiden hoidossa päivystyksissä tunnistetaan, mutta välttämättä ei ole mahdollisuuksia, osaamista tai halua puuttua niihin. Lisäksi päivystyksen hoitoympäristöstä tulisi muokata paremmin iäkkäille potilaille soveltuvaksi esimerkiksi yksityisyyttä ja valaistusta sekä tarkailupaikkojen tilaratkaisuja, äänimaailmaa ja lämpötilaa huomioiden.

Tutkimus laajensi RILH-mittarin käyttöä strukturoidun haastattelun runkona päivystyksen toimintaympäristöön kuvaamaan iäkkäiden näkemyksiä saamansa päivystyshoidon laadusta. Kuvaa iäkkäiden näkemyksistä täydennettiin avointen kysymysten avulla. Iäkkäiden näkemykset päivystyshoidosta olivat enimmäkseen hyvin myönteisiä. Ilmeni myös epäkohtia, joiden korjaaminen ei vaadi investointeja teknologiaan tai lisäresursseihin vaan huomion kiinnittämistä potilaiden perustarpeista huolehtimiseen ja osallistavaan, inhimilliseen kohteluun. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää myös päivystyksen ympäristön muokkaamiseen paremmin iäkkäiden potilaiden tarpeita ja hoitoa tukevaksi.

Kirjoittajat

Milja Ranta, TtM

Itä-Suomen yliopisto, Kuopion yliopistollinen sairaala

milja.ranta@pshyvinvointialue.fi

Eija Lönnroos, LT, professori

Itä-Suomen yliopisto

eija.lonnroos@uef.fi

Antti-Jussi Kouvo, FT, dosentti

Itä-Suomen yliopisto

antti-jussi.kouvo@uef.fi

Merja Miettinen, FT, professori

Tampereen yliopisto

merja.mietti@gmail.com

Johanna Lammintakanen, FT, professori

Itä-Suomen yliopisto

johanna.lammintakanen@uef.fi



Kirjallisuus

Albert M, McCaig L, Ashman J. Emergency department visits by persons aged 65 and over: United States, 2009–2010. NCHS Data Brief 2013;130:1–8. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db130.pdf> (viitattu 10.1.2025).

Berning M, Silva L, Suarez N, Walker L, Erwin P, Carpenter C, Bellolio F. Interventions to improve older adults' emergency department patient experience: a systematic review. *Am J Emerg Med* 2020;38(6):1257–69. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.03.012>

Boswell S. "Old people are cranky": helping professional trainees' knowledge, attitudes, aging, anxiety and interest in working with older adults. *Educ Gerontol* 2012;38(7): 465–72. <https://doi.org/10.1080/03601277.2011.559864>

Carpenter C, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills T, Rothman R, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med* 2015;22(1):1–21. <https://doi.org/10.1111/acem.12569>

Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature re-

view. *Int J Nurs Pract* 2000;(6):62–9. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00192.x>

Eloranta S, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 2008;20(3):115–25.

Gruneir A, Silver M, Rochon P. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev* 2011;68(2):131–55. <https://doi.org/10.1177/1077558710379422>

Hiltunen S. Quality of nursing care from the perspective of patients, nurses and leaders in Vietnam. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto, 2008.

Inouye S, Bogardus S, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D., Holford T, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999;340(9):669–76. <https://doi.org/10.1056/nejm199903043400901>

Keränen T. Duodecim Oppiportti. Kliinisen tutkimuksen etiikka, Kliininen tutkimus erityisryhmillä. 2015. <https://www.oppiporrti.fi/oppikirjat/kte0001> (viitattu 10.1.2025)

Kvist T. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopio: Kuopion yliopisto, 2004. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0062-X>

Kvist T, Mäntynen, R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf G, et al. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *J Nurs Manag* 2013;21(1):152–64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01456.x>

Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K. Ihmisläheinen hoito mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. *Hoitotiede* 2008;20(6):377–87.

Laatikainen O, Sneek S, Bloigu R, Lahtinen M, Lauri T, Turpeinen M. Hospitalizations due to adverse drug events in the elderly – a retrospective register study. *Front Pharmacol* 2016;5(7):e358. <https://doi.org/10.3389/fphar.2016.00358>

Liu Y, While A, Norman I, Wenqin Y. Health professionals' attitudes toward older people and patients: a systematic review. *J Interprof Care* 2012;26(5):397–409. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.702146>

Malmström T, Hörhammer I, Peltokorpi A, Linna M, Koivuranta-Vaara P, Mikkola T. Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta – ikääntyneet potilaat. Suomen Kuntaliitto, 2017.

- Mikkonen M. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, 2007.
- Mylläri E. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Tampere: Tampereen yliopisto, 2017. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0488-1>
- Mwakilasa M, Foley C, O'Carroll T, Flynn R, Rohde D. Care experiences of older people in the emergency department: a concurrent mixed-methods study. *J Patient Exp* 2021;8. <https://doi.org/10.1177/23743735211065267>
- Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen, R, Miettinen M, Kvist T. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede* 2015;27(1):18–30.
- Pitkälä K, Laurila J, Strandberg T, Tilvis R. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61(2):176–81. <https://doi.org/10.1093/gerona/61.2.176>
- Ranta M, Lönnroos E, Kouvo AJ, Miettinen M, Lammintakanen J. Päivystysten henkilöstön asenteet iäkkäitä potilaita kohtaan. *Gerontologia* 2020;34(3):193–208. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.87891>
- Steinmiller J, Routasalo P, Suominen T. Older people in the emergency department: a literature review. *Int J Older People Nurs* 2015;10(4):284–305. <https://doi.org/10.1111/opn.12090>
- Tervo-Heikkinen T, Kvist T, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K, Aalto P. Patient satisfaction as a positive nursing outcome. *J Nurs Care Qual* 2008;23(1):58–65. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000303806.09242.37>
- Tilastokeskus. Väestöennuste 2021–2070. Päivitetty 30.9.2021. https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html (luettu 5.5.2024)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki, 2009.
- Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisälönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2018.
- Tyrisevä-Ryösö M. Tekonivelleikattujen potilaiden arvioita hoidon laadusta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, 2012. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130035>
- Töyry E. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa, mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2001.
- Vähä AM, Lamadi ML, Wikström K, Linna M, Laatikainen T. Osa erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä olisi ehkäistävissä. *Suom Lääkärilehti* 2024;79:e39429 www.laakarilehti.fi/e39429 (viitattu 10.1.2025)
- Väisänen V, Huhtakangas M, Sinervo T. Päivystyskäynnit ovat lisääntyneet erityisesti kotihoidon asiakkaila. *Suom Lääkärilehti* 2023;78:e38075. www.laakarilehti.fi/e38075 (viitattu 10.1.2025)
- Watson W, Marshall E, Forsbinder D. Elderly patients' perceptions of care in emergency department. *J Emerg Nurs* 1999; 25(2):88–92. [https://doi.org/10.1016/s0099-1767\(99\)70152-2](https://doi.org/10.1016/s0099-1767(99)70152-2)
- Zibulski K. Potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, 2014.