

Laura Tevana

# GERIATRISEN ARVIOINTI- JA KUNTOUTUSYKSIKÖN TOIMINNAN KEHITTÄMISEN KUVAUS JA ARVIOINTI

Opinnäytetyö  
Monialainen toimintakyvyn edistäminen, YAMK

2020



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijä/Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Laura Tevana	Sairaanhoitaja (YAMK)	2020
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		82 sivua
Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toiminnan kehittämisen kuvaus ja arviointi		11 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Siun sote, Siilaisen kuntoutumiskeskus, Geriatrinen arviointi- ja kuntoutusosasto 3A		
<b>Ohjaaja</b>		
Merja Reunanen & Päivi Lifflander		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Suomen väestörakenne muuttuu suurten ikäluokkien eläköityessä. Ikääntyneiden osuus kasvaa vanhemmissa ikäluokissa samaan aikaan, kun syntyvyys ja kuolleisuus laskevat. On pystyttävä vastaamaan iäkkäämmän väestön tarpeisiin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli taata kuntoutujille laadukas arviointi, kuntoutus ja hoito yhteisesti muodostetun vakioitun toimintamallin mukaisesti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja arvioida Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamallin kehittämisprosessia moniammatillisesta näkökulmasta. Opinnäytetyön arvioivassa osuudessa selvitettiin, miltä osin kehitetty toimintamalli toimii ja miltä osin on vielä kehitettävää. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu käsitteistä toimintakyky, geriatrinen kuntoutus, kuntoutujalähtöinen geriatrinen arviointi- ja kuntoutusprosessi ja lopuksi esitellään erilaisia geriatrian toimintamalleja Suomessa.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa tutkittiin toimintamallin kehittämistä yhden toimintatutkimuksen syklin ajan. Toteutukseen osallistui Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön henkilökuntaa, ja siinä hyödynnettiin osallistavia kehittämismenetelmiä. Ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä arvioitiin Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksessa tehtyä toimintamallia. Työpajassa täydennettiin Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamallin kuvaus. Viimeisessä kehittämisiltapäivässä selvitettiin, miten toimintamallia voisi vielä kehittää. Kerätty aineisto teemoiteltiin ja analysoitiin aineistolähtöisesti. Tulosten tarkastelussa hyödynnettiin ICF-luokitusta ja opinnäytetyön teoreettista viitekehystä. Toimintamallissa toimivaksi arvioitiin fysioterapeutin rooli, työnjako, seisomapalaveri ja asiakaskeskustelu. Kehitettäväksi osa-alueiksi havaittiin yhteistyö lähettävän tahon kanssa, lääkärinkierto ja moniammatillisen yhteistyön lisääminen. Osallistavien menetelmien hyödyntäminen kehittämisiltapäivissä koettiin hyväksi ratkaisuksi ja osallistuminen oli aktiivista. Jatkokokehittämisehdotukseksi määriteltiin poliklinikatoiminnan kehittäminen, osaston toiminnasta tiedottaminen, moniammatillisuuden ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen ja verkostoituminen yhteistyötahojen kanssa.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
geriatria, toimintakyky, geriatrinen arviointi, geriatrinen kuntoutus		

Author (authors)	Degree	Time
Laura Tevana	Master of Health care	2020
<b>Thesis title</b> Description and evaluation of development of Geriatric Assessment and Rehabilitation unit		
<b>Commissioned by</b> Siun sote, Rehabilitation center of Siilainen, Geriatric Assessment and Rehabilitation ward 3A		82 pages 11 pages of appendices
<b>Supervisor</b> Merja Reunanen & Päivi Lifflander		
<b>Abstract</b> <p>The population structure in Finland will change when large age groups are going into retirement. The proportion of older people is growing while the birth and mortality rates are becoming lower. One must be able to respond to the needs of an older population than before.</p> <p>The aim of this thesis was to guarantee high-quality assessment, rehabilitation and nursing to the rehabilitation clients according to the common, standardized model of operations. The object of this thesis was to describe and evaluate the development of the operations model in the Geriatric assessment and rehabilitation unit from the multi-professional point of view. The evaluative part of the thesis researched how the functions of the operations model are established. The theoretical framework of reference of the thesis included the ability to function and the description of a geriatric rehabilitation client as well as the client-oriented geriatric evaluation and rehabilitation process, with a presentation of the various current geriatric operations models in Finland.</p> <p>This thesis was carried out as an action research which follows the progress during one action research cycle. The staff of the Geriatric assessment and rehabilitation unit participated in the implementation. The first developing afternoon was about assessing the functions of the operations model in February 2019. The description of the operations model of the Geriatric assessment and rehabilitation unit was made in a workshop in July 2019. During the last developing afternoon the functions of the operations model were further developed. The collected material was thematically analysed based on data. ICF-classification and the theoretical frame of this thesis were utilized when examining the results. The most successful functions in the operations model were the role of physiotherapist, distribution of work, standing meetings and customer conversation. Needs for development were recognized in functions such as collaboration with other wards, doctors' patient rounds and increasing multi-professional cooperation. Using participatory developing methods during the workshops was appreciated and the participation was active. In the future, development is suggested to continue as for clinic operations, multi-professional and customer-oriented approach, informing about the operations of the ward and networking with collaborative partners.</p>		
<b>Keywords</b> geriatrics, ability to function, geriatric assessment, geriatric rehabilitation		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	GERIATRINEN KUNTOUTUJA JA TOIMINTAKYKY .....	6
3	GERIATRISEN KUNTOUTUJAN ARVIOINTI- JA KUNTOUTUSPROSESSI .....	9
3.1	Kuntoutujälähtöinen lähestymistapa .....	9
3.2	Ikääntyneen arjessa selviytymisen arvioiminen CGA:lla.....	12
3.3	Gerontologinen ja geriatrinen kuntoutus .....	16
3.4	Geriatrisen arvioinnin toimintamallit Suomessa .....	22
4	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	26
6	TOTEUTUS TOIMINTATUTKIMUKSENA .....	26
6.1	Suunnitteluvaihe .....	29
6.2	Toteutusvaihe .....	32
6.3	Arviointivaihe .....	45
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	53
8	POHDINTA .....	56
8.1	Tuotosten ja tulosten tarkastelu .....	58
8.2	Menetelmävalintojen arviointia .....	63
8.3	Eettisyys ja luotettavuus .....	65
8.4	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat.....	69
8.5	Oman osaamisen kehittyminen.....	70
	LÄHTEET.....	72

## LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaus

Liite 2. Menetelmiin liittyvät kysymykset

Liite 3. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Liite 4. Tiedote opinnäytetyöstä ja suostumus aineiston käyttöön

Liite 5. Esimerkki aineistonanalyysistä 1 (aivoriihi)

Liite 6. Läheteiden käsittely Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä

## 1 JOHDANTO

Suomalaisen yhteiskunnan väestörakenne on muuttumassa, kun suuret ikäluokat eläköityvät. Samaan aikaan syntyvyys ja kuolleisuus laskevat. Lasten ja työikäisten määrä vähenee ja iäkkäiden määrä erityisesti vanhemmissa ikäluokissa kasvaa. Tämän seurauksena on vastattava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatusuosituksessaan esittänyt linjaukset ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2017–2019. Kehittämisessä ja päätöksenteossa on kuultava iäkkäiden ääni. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 10–13.)

Väestörakenteen muuttuessa myös vanhuus muuttuu. Yhä useammalla ikääntyneellä on muistisairausdiagnoosi, kognition vajaus tai erilaisia oireita, kuten tasapaino-ongelmia, pidätyskyvyttömyyttä, käytösoireita tai masennus-ahdistusoireyhtymää. (Finne-Soveri 2017.)

Teen opinnäytetyön omaan työyksikköni Siilaisen kuntoutumiskeskuksen osasto 3A:lle, Geriatriseen arviointi- ja kuntoutumisyksikköön aiheena toiminnan kehittämisen kuvaus ja arviointi. Siun soten mission mukaisesti myös geriatriksen yksikön tehtävä on turvata asiakkaan arkea, mihin yksikön toiminnan kehittämisen suunnittelu perustuu (Siun sote 2018a).

Geriatriksen osaston toiminnan kehittäminen alkoi jo syksyllä 2017, jolloin geriatriinen toiminta oli pienimuotoista. Osasto muutti valmistuneeseen Siilaisen kuntoutumiskeskukseen tammikuussa 2018, jolloin toimintaa ryhdyttiin kehittämään laajemmin. Geriatriinen poliklinikka alkoi toimia kerran viikossa. Poliklinikalla ja osastolla on ollut geriatria kuntoutujia vaihtelevia määriä, mutta toiminta vaati paljon kehittämistä ja erityisesti toimintamallin vakiointia, jotta kuntoutujat saavat laadukasta hoitoa, arviointia ja kuntoutusta.

Yksikön kehittämistä ohjaaviksi tekijöiksi valittiin Siun soten kriittisistä menestystekijöistä ennaltaehkäisy, palvelujen ja hoidon saatavuus, kustannustehokkuus sekä vaikuttava, laadukas ja turvallinen hoito ja palvelu että onnistuneet asiakaskohtaamiset (Siun sote 2017b, 3). Näihin panostamalla voimme vaikuttaa ikääntyneiden mahdollisuuteen pärjätä omassa arjessaan itsenäisesti tai tukitoimia hyödyntäen.

Monialaisen toimintakyvyn edistämisen YAMK-opintojen (Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2017) ja opinnäytetyön tekemisen aikana tavoitteenani oli oppia hyödyntämään luovia menetelmiä ongelmienratkaisussa. Monialaisen toimintakyvyn edistämisen koulutuksen aikana tavoitteenani oli oppia johtamaan sekä yksittäisten ihmisten että ryhmien toimintaa hyödyntämällä strategisia johtamisen menetelmiä. Koulutuksen aikana tavoitteenani oli myös oppia kehittämään erilaisia toimintoja.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja arvioida Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön kehittämistä moniammatillisesta näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota kaikille kuntoutujille yhtä laadukasta hoitoa, arviointia ja kuntoutusta vakioidun toimintamallin mukaisesti. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia siihen, miten Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana kehitettyä toimintamallia tulisi kehittää, miten tuetaan geriatrisen kuntoutujan toimintakykyä moniammatillisesti kuntoutusprosessin eri vaiheissa ja miltä osin osastolla kehitetty toimintamalli toimii tavoitteen mukaisesti ja miltä osin on vielä kehitettävää.

## 2 GERIATRINEN KUNTOUTUJA JA TOIMINTAKYKY

Tässä luvussa määritellään geriatrisen kuntoutuja ja käsitellään toimintakykyä yleisesti ja tämän lisäksi ikääntyneen toimintakykyä edistäviä ja heikentäviä seikkoja. Luvussa esitellään myös lyhyesti ICF-luokitus.

**Geriatrisen kuntoutuja** on yleensä yli 75-vuotias ikääntynyt ihminen, jolla on useita pitkäaikaissairauksia. Lääkitys on runsas ja usein epäselvä. (Jartti ym. 2011; Laurila s.a; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.) On otettava huomioon fyysisten ja psyykkisten vaivojen lisäksi myös aiempi elämän kokonaisuus. Kuntoutuja on kohdattava kokonaisuutena. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 11–13.)

Geriatrisen kuntoutujan hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttaa hänen elämäntilansa ja nykyinen elämäntilanne. Ikääntyneen ihmisen keho asettaa omat rajoitteensa aiemmalle elämäntavalle. Geriatrisella kuntoutujalla on

yleensä heikentynyt toimintakyky. (Pikkarainen 2013, 18–19.) Myös uusien taitojen oppimiseen menee enemmän aikaa, ja se vaatii enemmän toistoja ja energiaa. Geriatriisella kuntoutujalla voi olla kommunikaatio-ongelmia, esimerkiksi muistiongelmien aiheuttamana. Lisäksi geriatriisella kuntoutujalla on yleensä toiminnallisia ongelmia sekä sosiaalisia selviytymisvaikeuksia, joiden vuoksi hän voi tarvita erilaisia tukitoimia, apuvälineitä, sosiaalityön apua tai sairaalahoitoa. Geriatriiset kuntoutujat ovat alttiita komplikaatioille ja uusintakäynneille. (Laurila s.a; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.) Lisäksi kuntoutujalla voi olla esimerkiksi virtsankarkailua (Tilvis 2016, 80).

**Toimintakyvyllä** tarkoitetaan kykyä selviytyä omassa elinympäristössään päivittäisistä arkisista toiminnoista. Toimintakykyä määrittämällä saadaan selville myös eri sairauksien ja esimerkiksi muistisairauden vaikeusaste ja se, kuinka samanaikaiset sairaudet vaikuttavat arkielämään. Sairauksien lisäksi psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat sekä ympäristötekijät vaikuttavat toimintakykyyn. (Jämsen ym. 2015; Pitkälä ym. 2016a, 448.) Ikääntyneellä ihmisellä toimintakykyyn vaikuttavat sekä pitkäaikaissairaudet että myös harjoituksen määrä. Toimintakyvyn asettamiin rajoituksiin vaikuttavat lisäksi myös esimerkiksi asunto ja elinympäristö. Lieväkin toimintakyvyn heikkeneminen voi pahentua nopeasti. (Strandberg & Tilvis 2016, 444.)

Ikääntyneiden toimintakyvyn edistämisestä on säädetty laissa, jonka mukaan ikääntyneen väestön toimintakykyä, hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä suoriutumista on tuettava (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980).

Myös riittäväällä ja monipuolisella ravinnolla on vaikutusta toimintakyvyn edistämiseen. Ikääntynyt hyötyy energia- ja proteiinipitoisesta ravitsemuksesta. Lääkityksellä on myös suuri vaikutus ikäihmisen toimintakykyyn. Hänen tulisi kiinnittää huomiota oikeaan lääkitukseen, välttää haitallisia lääkkeitä ja liikaa verenpainetta laskevia lääkkeitä. Omaisten ottaminen mukaan hoitoon myös sairaalassa ollessa helpottaa muistisairaahan hoitomyönteisyyttä. (Jämsen ym. 2015; Pitkälä ym. 2016b, 452–453.)

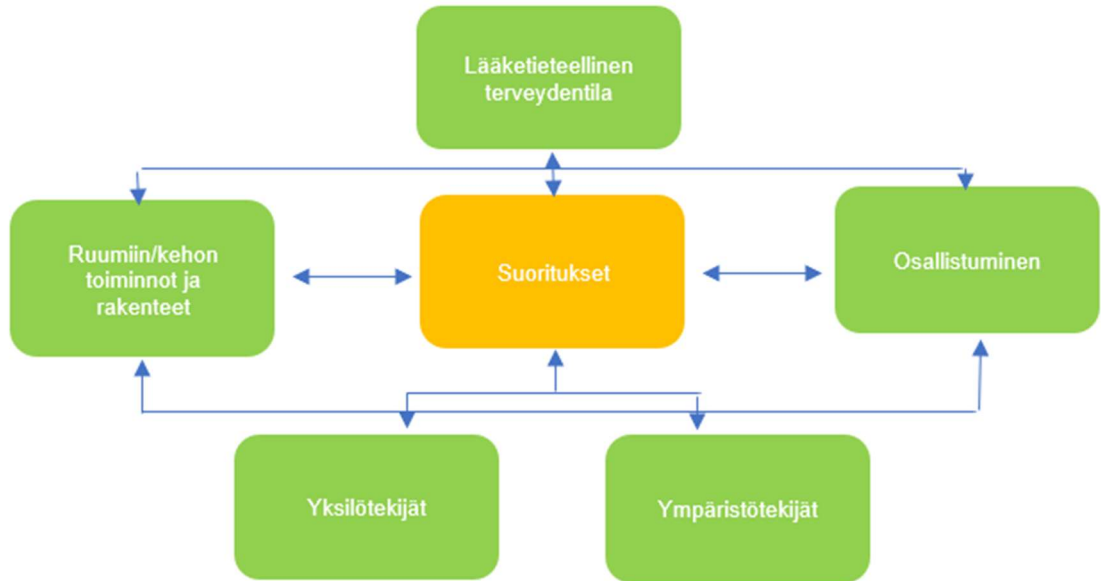
Ikääntyneellä ihmisellä toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttaa fyysisen toimintakyvyn lisäksi psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Vaikutusta on myös

fyysisellä toimintaympäristöllä ja käytössä olevilla apuvälineillä. Nämä vaikuttavat ikääntyneen ihmisen arjesta selviytymiseen. Toimintakyky voi heikentyä pitemmällä aikavälillä haurastumisen, vähäisen liikkumisen, erilaisten etenevien sairauksien tai esimerkiksi voimattomuuden vuoksi. Nopeasti romahtanut toimintakyky johtuu yleensä akuutista sairaudesta tai esimerkiksi lonkkamurtumasta. (Pitkälä ym. 2016b, 448–450.)

Myös erilaiset sairaudet vaikuttavat usein toimintakykyä heikentävästi. Gerastenia eli haurastuminen ja monisairastavuus altistavat toimintakyvyn heikentymiselle. Yleisimpiin toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttaviin sairauksiin luokituvat tuki- ja liikuntaelinsairauksien lisäksi Alzheimerin tauti ja muut muistisairautta aiheuttavat sairaudet. Lisäksi yleisiä toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttavia sairauksia ovat Parkinsonin tauti, silmänpohjan rappeuma, keuhkojen ahtautta aiheuttavat krooniset sairaudet sekä masennus. Myös yksinäisyys ja turvattomuus laskevat ikääntyneen toimintakykyä. Sairaalahoido on aina suuri riski ikääntyneen kuntoutujan toimintakyvylle, sillä jopa joka kolmannen toimintakyky jää pysyväksi alentuneeksi aikaisempaan toimintakykyyn verrattuna. Tästä syystä sairaalahoidoa ei saa turhaan pitkittää. (Pitkälä ym. 2016b, 448–453.)

**ICF-luokitus** (International Classification of Functioning, Disability and Health) (kuva 1) tarkastelee ihmisen toimintakykyä, ja sitä kuinka kehon toiminnot, sairaus tai vamma sekä kontekstuaaliset tekijät ja näiden yhteisvaikutukset näkyvät ihmisen elämässä ja arjessa. ICF-luokituksen avulla voidaan yhdistää lääketieteellinen ja yhteiskunnallinen näkökulma toimintakyvystä, ja sen avulla eri ammattiryhmien edustajilla on yhteinen kieli toimintakykyä arvioitaessa. ICF-luokituksessa toimintakyky ja toiminnanrajoitteet sisältävät kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallisuuden. Ympäristötekijät ja yksilötekijät on jaettu kontekstuaalisten tekijöiden alle. (Paltamaa & Anttila 2015, 15–16; Pohjolainen 2009, 21; THL 2016.)





Kuva 1. ICF-luokitus (mukaillen Paltamaa & Anttila 2015, 15–16; THL 2016)

ICF-luokituksen avulla voidaan kuvata kokonaisvaltaisesti ihmisen pärjäämistä arjen toiminnoista hänen omassa elinympäristössään. ICF-luokitusta voidaan käyttää toimintakyvyn kuvaamisessa, asiakastyössä, kirjaamisessa, tilastoinnissa tai selvityksissä. Lisäksi sitä voidaan käyttää myös koulutuksessa. ICF-luokitusta on käytetty lisäksi yhdyskuntatyössä, kuten sosiaalityössä, politiikassa ja politiikkaohjelmissä sekä oikeuksien ajamisessa ja voimaantumisen välineenä. (Anttila 2013.) ICF-mallin mukaan toiminnan vajauksesta huolimatta ikääntynyt ihminen voi olla aktiivinen toimija esimerkiksi erilaisten apuvälineiden avulla tai mukauttamalla tarpeitaan (Hiekkala ym. 2016).

### 3 GERIATRISEN KUNTOUTUJAN ARVIOINTI- JA KUNTOUTUSPROSESSI

Tämän luvussa käsitellään, kuinka kohdataan geriatrinen kuntoutuja. Geriatria arviointia ja kuntoutusprosessia kuvataan teoriassa ja esitellen esimerkkejä suomalaisesta terveydenhuollosta. Lisäksi määritellään teeman keskeisiä käsitteitä geriatrisen ja gerontologisen hoitotyön kannalta. Moniammatillisuutta kuvataan myös käsitteenä.

#### 3.1 Kuntoutujalähtöinen lähestymistapa

Jokainen ikääntynyt on erilainen. Ikääntynyttä ihmistä hoidettaessa on muistettava, että ikääntymiseen liittyvät muutokset tuovat erityispiirteitä niin lääke-

tieteelliseen hoitoon, kuntoutukseen kuin hoitotyöhönkin. On otettava huomioon ikääntyneen fyysinen, psyykkinen, psykososiaalinen ja sosiaalinen osuus toimintakyvystä. Fyysisten muutosten lisäksi ikääntyneen näkyvät ja näkymättömät toiminnot hidastuvat, ja sen seurauksena ikääntyneen on sopeuduttava, valikoitava toimintoja, kompensoitava tai joskus jopa luovuttava joistain toiminnoista. (Kivelä 2006, 16–17.)

Ikääntyneen ihmisen kohtaamisessa on tärkeää tuntea ikääntyneen ihmisen aiempi elämänhistoria, elinympäristö ja sosiaalinen verkosto. Muistisairaahan ihmisen kohdalla on myös tiedettävä muistisairauden omat piirteet. Samalla on myös tuettava ihmisen omia voimavaroja ja itsemääräämisoikeutta. (Halminen 2012, 16.) Tutkimuksissa tulisi yhä enemmän nostaa esille ikääntyneiden omat kokemukset esimerkiksi omasta toimintakyvystään ja elämänlaadustaan (Sipilä 2013, Tiihosen 2014, 79–81 mukaan).

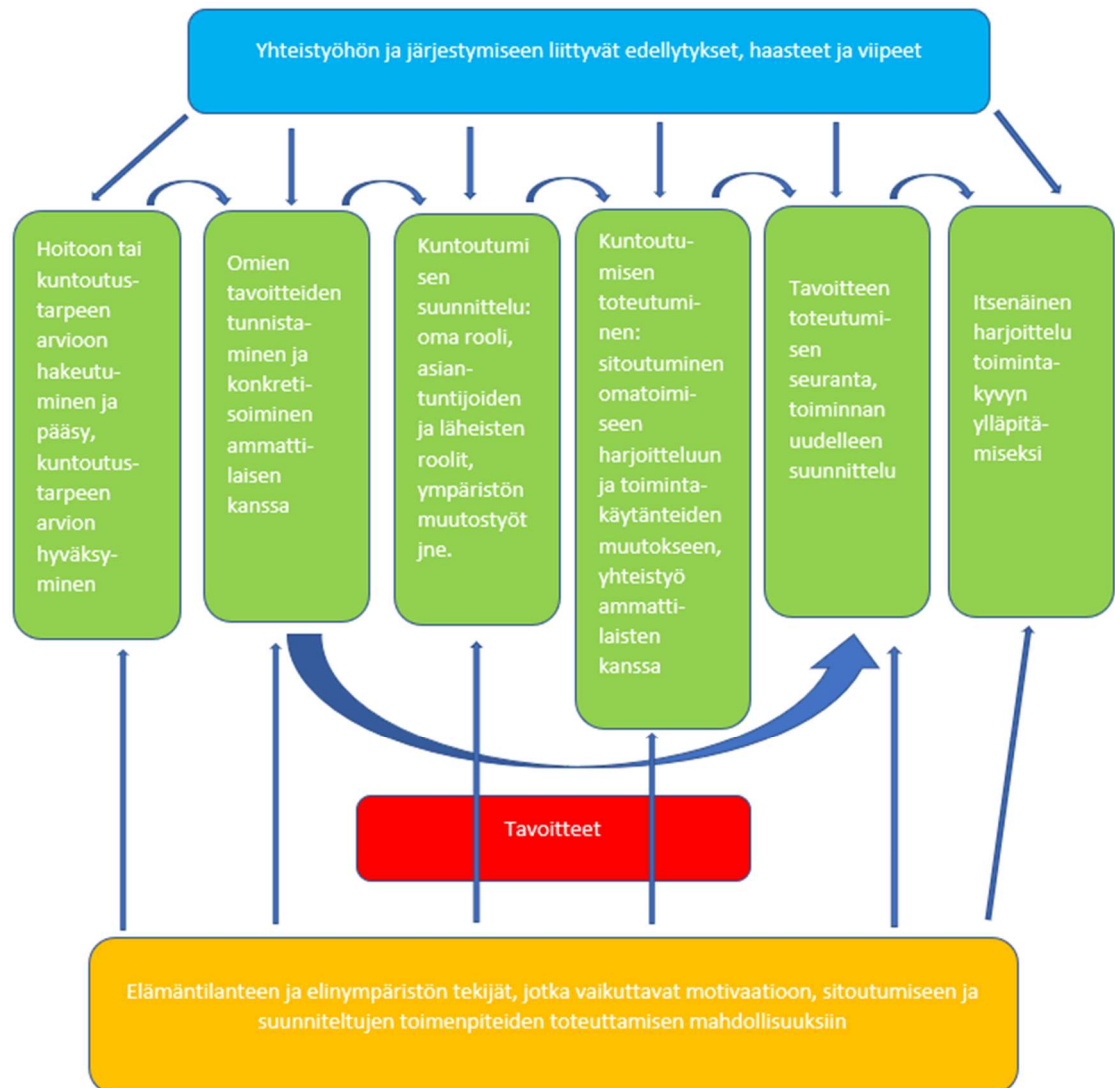
Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa arvostetaan aidosti läsnä olevia. Ikääntyminen ei vaikuta haluun olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Tärkeää on huomioida ihminen sairauden takana, hänen elämäntarinnansa, arvonsa ja luonteensa. Lisäksi on tärkeää tuntea ikääntyneen elinympäristö ja sosiaalinen verkosto. Esimerkiksi etenevä muistisairaus muuttaa henkilön vuorovaikutusta, mutta muutoksesta huolimatta vuorovaikutus on tärkeää ja siihen on keinonsa. Samalla on tuettava ihmisen omia voimavaroja ja itsemääräämisoikeutta. (Halminen 2012, 16.)

Eläytyminen muistisairaahan ihmisen tilanteeseen voi auttaa pohtimaan, miksi ihminen toimii ja käyttäytyy kuten käyttäytyy. Usein käytösoireena pidetyn käytöksen taustalta löytyy ihmisen yritys ilmaista itseään. (Burakoff & Haapala 2013, 3, 12–13.) Ikääntyneiden ihmisten kokemuksia, tietoja ja taitoja tulisi hyödyntää laaja-alaisemmin (Sipilä 2013, Tiihosen 2014, 79–81 mukaan).

Ikääntynyt on samalla tavalla aktiivinen toimija omassa hoidossaan ja kuntoutuksessaan kuin nuorempikin. Hän toimii itsemääräävänä ja vastuullisena toimijana ja yhteiskunnan jäsenenä. Ikääntynyt ihminen on tasa-arvoisessa suhteessa kaikkiin kuntoutumiseen osallistuvien kanssa. Ikääntyneen toimijuuteen kuitenkin vaikuttaa myös paikka, jossa hän on, esimerkiksi palvelutalo tai koti. (Jyrkämä 1995, Koivulan 2009, 32 mukaan; Kivelä 2006, 17; Koivula 2009,

31–33.) Elämänlaatua pohdittaessa on muistettava myös mahdollisen omaishoitajan, muiden läheisten ja hoitohenkilöstön elämänlaatu. Omaishoitajan huomioiminen ja tukeminen on tärkeää. (Halminen 2012, 17, 33.)

Kuntoutumisen voi ajatella olevan muutosprosessi, koska se etenee prosessi-  
maisesti (kuva 2).



Kuva 2. Ikäihmisen kuntoutumisen prosessi (Autti-Rämö ym. 2016, 56)

Kuntoutumisen prosessi alkaa muutostarpeesta, joka on tunnistettu. Kuntoutus on tavoitteellista, suunnitelmallista, kokonaisvaltaista, yksilöllistä, kuntoutujakeskeistä, voimavaralähtöistä sekä pitkäjänteistä. Tärkeää on myös seuranta ja arviointi. Kuntoutuksen tavoitteena on parantaa ja ylläpitää toimintakykyä, lisätä itsenäisen selviytymisen mahdollisuuksia ja kasvattaa voimaannut-

tavaa hyvinvointia. Suunnittelu, toteutus ja seuranta muodostavat pohjan kuntoutusprosessille. (Autti-Rämö ym. 2016, 56; Jeglinsky ym. 2013; Järvikoski & Härkäpää 2011, 15–16, 190–191; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2015, 16.)

### 3.2 Ikääntyneen arjessa selviytymisen arvioiminen CGA:lla

**Geriatrisella arvioinnilla tarkoitetaan** moniammatillista kokonaisvaltaista arviointia eli CGA:a (=Comprehensive Geriatric Assessment), jonka avulla voidaan lisätä iäkkään kuntoutujan toimintakykyä, tyytyväisyyttä, elämänlaatua ja mielialaa sekä parantaa arjessa selviytymistä. Lisäksi voidaan vähentää kuntoutujan oireita, terveystieteiden palveluiden käyttöä, kokonaiskustannuksia, pysyvää laitoshoidoa ja kuolleisuutta. (Laurila s.a; Pitkälä 2010; Strandberg 2013; Strandberg & Tilvis 2016, 444–445.) Pitkälän ja Tilviksen (2012) ja Strandbergin (2013) mukaan geriatrisen arvioinnin on todettu useiden tutkimusten mukaan lisäävän kuntoutujan mahdollisuuksia palata kotiin.

Geriatrisesta arvioinnista hyötyy eniten ikääntynyt, jolla on haurastumista, rajoituksia toimintakyvyssä sekä kapeutumista sosiaalisissa verkostoissa. Myös ikääntynyt, jolla on tapahtunut nopeaa heikentymistä terveydentilassa, hyötyy arvioinnista. Lisäksi ikääntynyt, jolla on aiempia toimintakyvyn rajoitteita ja sairaalahoito pitkittyy, tulisi ohjata geriatriseen arviointiin. Geriatrinen arviointi tulisi tehdä henkilölle, jolla on kohonnut riski joutua pysyvään laitoshoidon. (Karppi & Nuotio 2008, 20–21; Lönnroos 2008, 282; Strandberg & Tilvis 2016, 445.) Strandbergin (2013) mukaan geriatrisesta arvioinnista hyötyy eniten ikääntynyt, joka ei ole liian sairas eikä liian terve. Vaikuttavinta on tehdä geriatrinen arviointi ikääntyneille, jotka on tiukasti valikoitu ja joilla on kotiuttamisongelmia.

Geriatrisen arvioinnin avulla selvitetään kuntoutujan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn lisäksi kognitiota sekä akuutteja tilanteita, kuten sairauksia tai muita oireita. Lisäksi huomioidaan ennaltaehkäisy, monisairastavuus ja komplikaatoriskit sekä aiemmat lääkityskokeilut ja tutkimustulokset. Lääkityksen, apuvälineiden ja palveluiden lisäksi selvitetään kuntoutujan yleis-tila, aistivajeet ja ravitsemus. Kuntoutujaa havainnoimalla selvitetään tasapainoa ja liikkumista sekä sitä, onko kuntoutujalla vapinaa, puolieroja, hitautta tai

jäykkyyttä. Lisäksi toiminnan rajoitteita arkiaskareissa selvitetään. Kivun mittaaminen ja arvioiminen on tärkeää. (Karppi & Nuotio 2008, 18–20, 25; Laurila s.a.)

Kipua voi arvioida myös havainnoimalla ilmeitä ja eleitä, mikäli potilas ei pysty sanallisesti tai VAS-mittarin avulla kipua ilmaisemaan (Karppi & Nuotio 2008, 25). Arvioinnissa on myös otettava huomioon asuminen ja tukiverkostot, elämänhistoria sekä omaisten jaksaminen. Olennainen osa geriatrasta arviointia on kuntoutujan omien voimavarojen, tavoitteiden ja toiveiden sekä sopeutumisen kartoittaminen. (Pitkälä s.a, 22.) WHO:n eli maailman terveysjärjestön WHOQOL-BREF-mittari on tarkoitettu elämänlaadun selvittämiseen (THL 2019).

Geriatrisen arvioinnin tavoitteena on selvittää, mitkä asiat heikentävät kuntoutujan toimintakykyä ja aiheuttavat ongelmia sekä mitkä asiat lisäävät kuntoutujan voimavaroja. Huolellisen arvioinnin avulla löydetään kuntoutujan kanssa keskeiset ongelmat sekä toimintakykyä tukevat keinot. (Tilvis 2016, 80–81.)

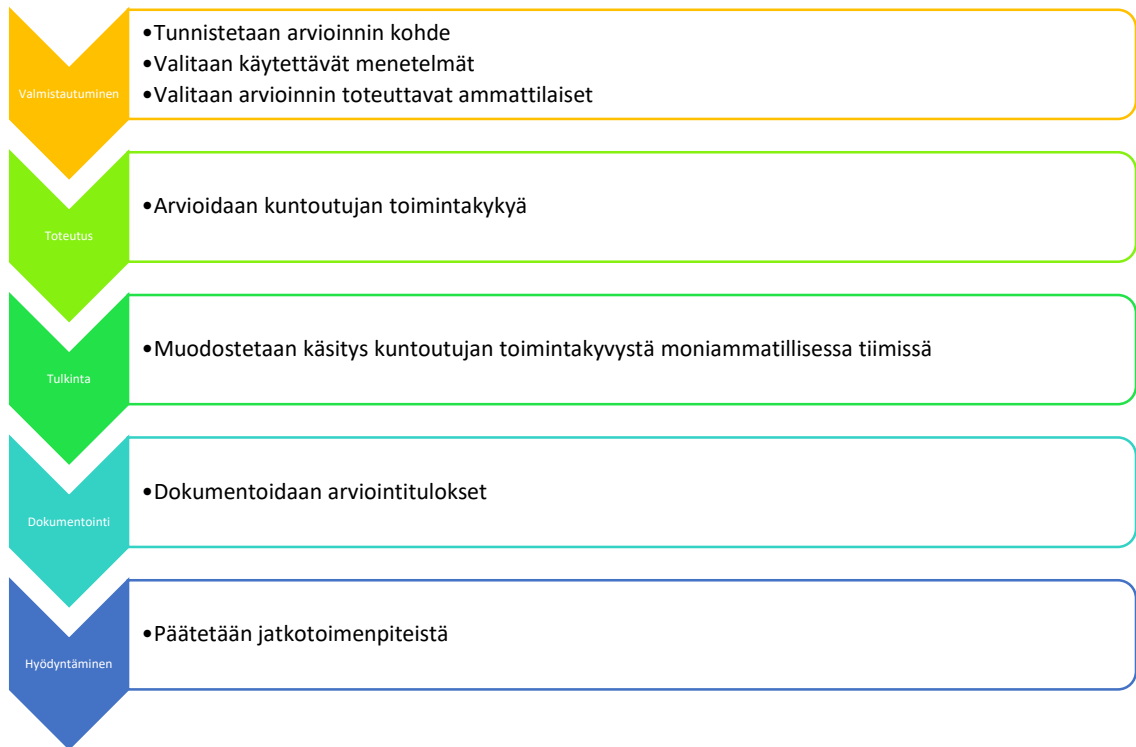
Älyllisten toimintojen mittaaminen on tärkeää geriatrisessa arvioinnissa. Tavallisimmat mittarit ovat muistitesti, MMSE ja CERAD-mittari. MMSE, Mini Mental State Examination, on muistitoimintojen kartoittava mittari. CERAD-mittarin, joka tulee sanoista Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, avulla huomioidaan dementian alkuvaiheissa heikentyvät kognition osat. Masennuksen kartoittamiseen käytetään GDS-mittaria, joka tulee sanoista Geriatric Depression Scale. (Karppi & Nuotio 2008, 25; THL 2019.)

Kuntoutujan läheisen näkemystä voidaan selvittää haastattelemalla häntä Cornellin testillä, joka on dementiaoireisten muistisairaiden depressiomittari. Äkillisten sekavuustilojen tunnistamiseen käytetään CAM-mittaria eli Confusion Assessment Method, jolla havainnoidaan sekavuustilojen oireita. (Karppi & Nuotio 2008, 25; THL 2019.) Sairaalaolosuhteissa kuntoutujan muistin tilaa ja sekavuutta voidaan arvioida nopeasti kuuden kohdan muistiseulalla, kuukausien takaperin luettelemisella sekä sanalistan muistamisella (Kangas ym. 2018).

Toimintakykyä mittaavia testejä ja mittareita on useita. Tavallisimpia ovat (P)ADL-testi, Barthelin testi ja Bergin tasapainotesti. Esimerkiksi (P)ADL-testillä eli (physical) activities of daily living selvitetään, kuinka kuntoutuja selviytyy päivittäisistä toiminnoista. IADL-testillä eli instrumental activities of daily living kartoitetaan asioiden hoitamisen sujumista ja niissä (esimerkiksi pankki- tai lääkkeiden ottamiseen liittyvissä asioissa) ilmeneviä ongelmia. Barthelin testissä pisteytetään 10 perustoimintoa luokituksella 0, 5 tai 10. Barthelin testissä tulos 100 tarkoittaa täyttä toimintakykyä. Fysioterapeutti tekee Bergin tasapainotestin, jossa arvioidaan 14 erilaista päivittäisessä elämässä tarvittavaa liikettä. (Karppi & Nuotio 2008, 24–27; Mäkelä 2016; THL 2019; Tilvis 2016, 82.)

Toimintakyvyn arviointi suositellaan tehtäväksi heti hoitajakson alkaessa sairaalassa, koska tavoitteena on edistää kuntoutujan toimintakykyä sairaalajaksoa edeltävälle tasolle (Jämsen ym. 2015). Oireen syynä olevan sairauden hoitaminen on myös tärkeää (Strandberg & Tilvis 2016, 444). Toimintakyvyn arviointi ei voi perustua pelkästään sairaalaloissa todettuun toimintakykyyn, koska ikääntyneen oma elinympäristö on erilainen. Elinympäristön huomioiminen toimintakykyä arvioidessa lisää kuntoutujan kotona selviytymistä. (Pitkälä ym. 2016b, 449.)

Arviointiprosessi on usein viisivaiheinen (kuva 3). Moniammatilliseen tiimiin kuuluu usein lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, farmaseutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja psykologi (Karppi & Nuotio 2008, 16; Laurila s.a; Strandberg & Tilvis 2016, 445; Tilvis 2016, 80–81).



Kuva 3. Toimintakyvyn arvioinnin prosessi

Toimintakykyä edistettäessä kannustetaan kuntoutujaa käyttämään omia olemassa olevia voimavarojaan. Kuntoutujaa kannustetaan liikkeelle heti voinnin salliessa, myös pienet liikkumiset, kuten tuoliin siirtyminen, ovat tärkeitä. Ikääntynyt kuntoutuja voi kokea esimerkiksi hengenahdistuksen, väsymyksen tai huimauksen rajoittavan liikkumista, mutta tästä huolimatta heitä tulisi rohkaista liikkeelle huomioiden haittaava oire. (Jämsen ym. 2015; Strandberg & Tilvis 2016, 444.)

Liikkumisen apuvälineiden kartoittaminen on olennainen osa kuntoutusta. Tilat tulisi järjestää niin, että kuntoutujan on turvallista liikkua. Suojaimien, esimerkiksi lonkkasuojaimien, käyttöä tulisi lisätä, koska ne vähentävät lonkan murtumariskiä kaatuessa. Fyysistä rajoittamista, kuten laitojen käyttöä, magneettivoitaa tai haaravöitä, tulisi välttää. Lisäksi infektioille altistavista katetreista ja suonikanyyleista pyritään eroon heti kun mahdollista. (Jämsen ym. 2015; Pitkälä ym. 2016b, 452–453.)

Ikääntyvien toimintakykyä kannattaa tukea ennaltaehkäisevin toimenpitein, ennen kuin toimintakyky on liikaa heikentynyt. Liikunnan tulisi olla mielekästä ja virikkeitä tuottavaa sekä elämyksellistä. Ikääntyneiden tulisi huolehtia itse-

näisestä toimintakyvyn ylläpitämisestä ja tehdä fyysisiä harjoitteita omatoimisesti. Liikunnalla voidaan vaikuttaa myös älyllisiin toimintoihin virikkeiden avulla. Myös sosiaalisen aktiivisuuden on todettu parantavan ja ylläpitävän toimintakykyä. (Autti-Rämö ym. 2016, 62; Pikkarainen ym. 2016, 185–186; Strandberg & Tilvis 2016, 444.)

Ravitsemustilan arviointi on hyvä tehdä geriatrisen arvioinnin yhteydessä, koska geriatrisen arvioinnin kaikki osa-alueet vaikuttavat ravitsemukseen jollain muotoa (DiMaria-Ghalili 2014). Aliravitsemus lisää kaatumisriskiä. Ravitsemuksen selvittämiseksi käytetään MNA eli Mini Nutritional Assessment -mittaria. Ravitsemuksen selvittämisessä voi käyttää myös lyhyempiä mittareita, kuten MNA-SF eli Mini Nutritional Assessment Short Form tai MUST eli Malnutrition Universal Screening Tool. (Karppi & Nuotio 2008, 24; THL 2019.) WHO:n eli maailman terveysjärjestön WHOQOL-BREF-mittarin avulla mitataan elämänlaatua (THL 2019).

### 3.3 Gerontologinen ja geriatrinen kuntoutus

Gerontologisella ja geriatrisella kuntoutuksella on eroja. **Gerontologisessa kuntoutuksessa** keskitytään voimaannuttamiseen, toimijuuden ja yhteisöllisyyden tukemiseen ja sopivaan fyysiseen harjoitteluun, jotka perustuvat normaaleihin vanhenemisen muutoksiin. **Geriatrisella kuntoutuksella** (kuva 4) taas tarkoitetaan moniammatillista kuntoutusta, joka perustuu ikääntymisen ja monien sairauksien kokonaisvaikutusten ymmärtämiseen. Geriatrisen kuntoutuksen tavoitteena on jäljellä olevan toimintakyvyn edistäminen tai toiminnallisen aktiivisuuden palauttaminen moniammatillisen arvioinnin, diagnostiikan ja hoidollisten toimenpiteiden keinoin. (Halminen 2014, 8–9.)

Pikkarainen (2013, 17–18) jakaa geriatrisen kuntoutuksen yhdeksi gerontologisen kuntoutuksen osaksi, lääketieteelliseksi kuntoutukseksi. Muita gerontologisen kuntoutuksen osia ovat yleinen arjen ja elämänhallinnan sekä voimaantumisen tukeminen. Pikkaraisen mukaan kuntoutuksessa on kyse myös inhimillisestä kasvu- ja oppimisprosessista, jolloin kuntoutuksen avulla ohjataan kuntoutujaa tekemään päätöksiä, saavuttamaan omia tavoitteitaan sekä elämään yksilöllistä elämää. Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä to-



teutetaan geriatriasta kuntoutusta, vaikka siinä piirteitä gerontologisesta kuntoutuksesta onkin, joten tässä opinnäytetyössä puhutaan käsitteenä geriatriasta kuntoutuksesta.

Geriatrinen kuntoutus on tarpeen akuutin sairastumisen tai vamman jälkeen tai jos toimintakyky on heikentynyt inaktiivisuuden vuoksi. Akuutisti sairastunut, jo aiemmin toiminnanrajoitteinen, ikääntynyt tulee ohjata geriatriseen kuntoutukseen sairaalahoidon pitkittyessä. Myös ennalta ehkäisevää kuntoutusta järjestetään. Ajoissa aloitettu geriatrinen kuntoutus vaikuttaa mahdollisuuksiin elää itsenäistä ja omatoimista elämää. (Lönroos 2008, 278–284; Pitkälä ym. 2016a, 448.)

Geriatrinen kuntoutus on tavoitteellista, ja tavoitteiden tulee olla realistisia. Se perustuu moniammatillisesti, kuntoutujan kanssa yhdessä tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan, joka on laadittu geriatrisessa arvioinnin yhteydessä. (Lönroos, 2008, 278–284; Laurila s.a.) Pitkäjärteinen ja suunnitelmallinen yhteistyö on geriatrisen kuntoutuksen tunnuspiirteitä. Geriatrinen kuntoutus on monialaista yhteistyötä, ja siinä korostetaan kuntoutujan osallisuutta omaan kuntoutukseensa. Kuntoutettavan sijaan kyse on aktiivisesta toimijasta, kuntoutujasta. (Lönroos, 2008, 279; Pitkälä ym. 2007; Pitkälä ym. 2016a, 448.)

Geriatrisen kuntoutuksen tavoitteena on, että kuntoutuja pystyy hallitsemaan elämäntilanteensa omassa elinympäristössään (Laurila s.a). Pyrkimyksenä on monipuolisten menetelmien avulla löytää voimavaroja elämän hallintaan ja vaikuttaa kuntoutujan elinympäristöön (Pitkälä ym. 2016a, 448–449). Geriatrisessa kuntoutuksessa huomioidaan fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä elämänlaatu (Lönroos 2008, 285–287; Pitkälä ym. 2016a, 448–449).



Kuva 4. Geriatriinen kuntoutusprosessi (mukaillen Halminen 2014, 16)

Geriatrinen kuntoutus on kuusivaiheinen, geriatriseen arviointiin perustuva prosessi, johon kuuluu tiedonkeruuta, tavoitteiden asettamista sekä järjestelmällistä, moniammatillista yhteistyötä, jotta asetetut tavoitteet saavutetaan. Tavoitteiden on tärkeää olla asetettu yhdessä kuntoutujan kanssa, ja niiden tulee olla merkityksellisiä kuntoutujalle. Geriatriseen työryhmään kuuluu yleensä lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Tarvittaessa voidaan hyödyntää myös esimerkiksi puheterapeutin, psykoterapeutin tai ravitsemusterapeutin apua. Ikääntyneillä on tärkeää paneutua jatkohoidon järjestämiseen ja valmistella kotiutus huolellisesti. (Halminen 2014, 16.)

Alkukartoitus on tiedonkeruuta, jolloin selvitetään diagnoosit, fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä toiminnanrajoitukset. Samalla kartoitetaan kuntoutujan sosiaalinen verkosto. Tietoa kerätään haastattelemalla kuntoutujaa ja omaista. Tiedot suhteutetaan kuntoutujan omien odotusten ja ympäristön

asettamien vaatimusten mukaan, jolloin muodostuu perusta hoitoon ja kuntoutukseen. Tärkeää on kuntoutusprosessin tuloksellisuuden seuranta. (Mäkelä 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 19.)

Hoitohenkilöstön tehtävänä on arvioida hoidon tarvetta, huolehtia hoidollisista interventioista ja arvioida niiden tuloksia. Tärkeää on samalla muistaa tukea kuntoutujaa omatoimisuuteen. Kuntoutushenkilöstö selvittää kuntoutujan fyysiset voimavarat, toiminnalliset taidot, kyvyt ja toiminnanrajoitukset. Näiden tietojen pohjalta suunnitellaan harjoitukset, apuvälineet ja fyysisen ympäristön muokkaaminen. Sosiaalityöntekijä selvittää yhteiskunnan sosiaaliset voimavarat ja tarjottavat avut. Puheterapeutti selvittää kommunikointikykyä, ravitsemusterapeutti ravitsemustilaa ja psykologi tekee neuropsykologisen arvion ja arvioi psyykkisiä voimavaroja. (Mäkelä 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 19.)

Yhtenä kuntoutuksen muotona on laitoskuntoutus, joka tapahtuu kuntoutuslaitoksessa. Siihen sisältyy moniammatillinen kuntoutusohjelma, ohjattua yhteisöllistä toimintaa tai ohjelmaa, kuntouttava hoitotyö, ruokailu ja yöpyminen. Kuntoutusohjelma suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisesti. Terveystieteiden huollossa toteutettuna laitoskuntoutus on yleensä keskittynyt sairauden akuuttiin vaiheeseen. (Hiekkala ym. 2016; Pikkarainen 2013, 15–17.) Niemelän (2011) mukaan laitoskuntoutuksen aikana fyysinen suorituskyky paranee ja koetut kivut ja oireet vähenevät.

Kuntoutus jatkuu myös kotiutuksen jälkeen, esimerkiksi kotikuntoutuksen toimesta. Kotiutuksen ja jatkokuntoutuksen suunnittelu on aloitettava ajoissa. Jatkoseuranta on tärkeää järjestää, jotta kaikilla hoitoon ja kuntoutukseen liittyvillä toimijoilla on oltava tiedossa tavoitteet ja seuranta. (Lönnsroos 2008, 285–287.)

Ikääntyneet ovat kokeneet kuntoutuksen prosessimaisen etenemisen loogisesti etenevänä. Hyviä käytänteitä ikääntyneiden kuntoutuksesta on esimerkiksi psykososiaalinen, ryhmämuotoinen kuntoutus. Muita hyviä käytänteitä on asiakaslähtöisyys ja voimavaralähtöisyys. Pienissä ryhmissä toteutettu kuntoutus edesauttaa myös kodin ulkopuolisiin toimintoihin osallistumista. (Autti-Rämö ym. 2016, 62; Pikkarainen ym. 2016, 185–186.)

Yhteneväsyyksistä huolimatta geriatriisella ja gerontologisella hoitotyöllä on eroa. **Geriatrisen hoitotyön** keinoin hoidetaan akuutisti sairastuneita, pitkäaikaisairauksista kärsiviä tai saattohoitopotilaita. **Gerontologinen hoitotyö** taas keskittyy enemmän terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Gerontologista hoitotyötä tehdään ikääntyneiden kanssa yhdessä toimimalla. (Wallace 2008, Voutilaisen ym. 2009, 16–17 mukaan.) Työssäni on vaikea tehdä eroa geriatriisen ja gerontologisen hoitotyön välille, koska työni on tavallaan sekoitus molemmista hoitotyön lajeista.

Gerontologista hoitotyötä ohjaa tutkitun tiedon lisäksi arvot ja eettiset periaatteet, jotka pohjautuvat hoitotyön arvoihin ja periaatteisiin sekä yleisesti etiikkaan (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, Sarvimäen 2009, 27–28 mukaan). Gerontologisessa hoitotyössä tulee huomioida ikääntyneen itsemääräämisoikeus, ihmisarvo, oikeus yksityisyyteen ja integriteettiin. Hoitotyössä huomioidaan myös huolenpito ja turvallisuus. Tärkeää on kohdata ihminen ihmisenä. (Sarvimäki 2009, 29.)

Hoitotyössä toimitaan toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää työtettä käyttäen, perhekeskeisyys huomioiden (Surakka 2016). Kuntouttavan hoitotyön perusasia on selvittää heti alkuun kuntoutujan omat voimavarat ja liikuntakyky. Kuntoutujan puolesta ei tehdä, vaan tuetaan kuntoutujan omia voimavaroja. (Timonen ym. 2014.) Voimavaroja tukemalla ikääntynyt on itse oman elämänsä asiantuntija, joka itse tietää omat selviytymiskeinonsa. Ikääntynyt kuntoutuja on aktiivinen toimija, jonka hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttaa hänen joko itsenäisesti tai tuettuna tekemänsä valinnat ja päätökset. (Hyttinen 2009, 47.)

Geriatrisilla hoitajilla on tietämystä parhaista käytännöistä ikääntyneiden kuntoutujien hoitotyöhön liittyen. Hoitotyöhön sisältyy rajoitusten vähentämistä, inkontinenssiin liittyviä asioita, muistisairaiden hoitoa, ravitsemusta, terveyden edistämistä, hoitoympäristön huomioimista sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden huomioimista. (Fitzpatrick ym. 2000, Ebersolen & Touhyn 2006, 22 mukaan.) Holstegen ym. (2016) mukaan geriatriisen hoitotyön osaamista vahvistamalla voidaan lyhentää hoitajaksojen pituutta.

**Moniammatillisuudella** tarkoitetaan yhteistyötä, jossa hyödynnetään useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia yhteisen asian parissa työskennellen. Sosiaali- ja terveysalalla tämä monesti tarkoittaa asiakkaan tai kuntoutujan kokonaisuuden hyväksi tehtävää eri asiantuntijoiden yhteistyötä. Asiantuntijat tuovat oman asiantuntijuutensa yhteiseen käyttöön oman asiantuntijuusalueensa näkökulmasta. Keskustelua käydään ennalta sovitulla foorumilla. Tärkeää on kuulla kaikkien osallistujien näkökulma ja mahdollistaa tasa-arvoinen osallistuminen keskusteluun. (Isoherranen 2005, 13–15, 79; Jeglinsky & Kukkonen 2016, 393–394; Rekola 2008, 15–16.)

Moniammatillinen yhteistyö korostaa asiakaslähtöisyyttä, tiedon ja eri näkökulmien kokoamista yhteen, vuorovaikutustietoista yhteistyötä, rajojen ylittämistä sekä verkostojen huomioimista. Työntekijöiden välillä on oltava avoin vuorovaikutus, kommunikoinnin on sujuttava avoimesti. Lisäksi oma asiantuntijuus ja näkemys on kyettävä tuomaan jämäkästi esille, jotta moniammatillinen yhteistyö olisi sujuvaa. (Isoherranen 2005, 13–15, 79; Jeglinsky & Kukkonen 2016, 393–394; Rekola 2008, 15–16.)

Suomen kielessä on vain tämä yksi moniammatillisen yhteistyön käsite, vaikka esimerkiksi englannin kielessä käytetään tarkemmin kuvaavia inter- ja trans-tuliitteitä. Multiprofessional (multidisciplinary) tarkoittaa moniammatillista yhteistyötä, jossa ammattilaiset ovat omaa ammattiaan edustavia asiantuntijoita ja oma ammattinäkökulma on peruste toimenpiteiden suunnittelulle. (Isoherranen 2005, 16–17; Jeglinsky & Kukkonen 2016, 394.)

Interprofessional (interdisciplinary) -käsite tarkoittaa ammattien välistä yhteistyötä, jossa runsaan yhteisen informaation vaihdon avulla sopeutetaan yhteen erilaiset roolit, tiedot, taidot ja vastuut. Tällaisen tiimin hyöty on koko suuren tiimin osaamisen kokoaminen yhteen. (Isoherranen 2005, 16–17; Jeglinsky & Kukkonen 2016, 394.)

Transprofessional (transdisciplinary) -käsitteellä taas tarkoitetaan, että tiimin jäsenet siirtävät tietoa, taitoa ja osaamista tieteiden välisten rajojen yli, poikiammatillista yhteistyötä. Roolirajoja rikotaan tiimin sisäisellä opastuksella tai lisäkoulutuksella, esimerkiksi fysioterapeutti ohjeistaa hoitajia kuntoutumista

edistävän työotteen käytössä. Tällaisessa työryhmässä jaetaan tietoa ymmärrettävästi, ammatilliset rajat ovat väljiä, otetaan yhteistä vastuuta, ollaan valmiita sopeuttamaan rooleja tiimin sisällä asiakkaan hyväksi ja halutaan olla samanaikaisesti oppijoita ja asiantuntijoita. (Isoherranen 2005, 16–17; Jeglinsky & Kukkonen 2016, 394.)

Kuten kaikkea toimintaa, myös moniammatillista yhteistyötä on pystyttävä arvioimaan. Omaa toimintaa arvioivalla tiimillä tai työryhmällä on perusta oppimiselle. Arvioinnin avulla voidaan pohtia toiminnan jatkoa sekä hienosäätää sitä ja tarvittaessa muuttaa näkemyksiä ja ajattelutapoja. Ryhmässä voidaan antaa keskinäistä palautetta, sopia arviointikokous tai järjestää ulkopuolinen arvioija. (Isoherranen 2005, 127.)

### **3.4 Geriatrisen arvioinnin toimintamallit Suomessa**

Suomessa on geriatrisia yksiköitä, joiden toimintamallit ovat eroavia toisistaan. Niillä on vaihtelevia nimiä, kuten geriatrinen osaamiskeskus, geriatrinen toimintayksikkö, geriatrinen arviointiyksikkö ja geriatrian akuuttikeskus. Yksiköt voivat tuottaa palvelua avohoitona, laitoshoidona tai näiden yhdistelmänä. Yleensä yksiköissä toteutetaan moniammatillista geriatrista arviointia ja kuntoutusta, joskin toiminta voi olla myös konsultaatioluonteista. Henkilöstö voi toimia lääkäri-hoitajatyöparina tai laajempaan moniammatillisena tiiminä. (Karppi & Nuotio 2008, 22–29.)

Päijät-Hämeen alueella toimii muistipoliklinikka ja ikäihmisten poliklinikka, ja lisäksi saman geriatrisen osaamiskeskuksen alle kuuluu myös eri puolilla Päijät-Hämeen aluetta järjestettävä osastohoito terveyskeskuksissa (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä geriatrian toimintayksikköön sisältyy myös geriatrinen poliklinikka. Toimintayksikkö tekee yhteistyötä ortopedian toimintayksikön ja geropsykiatrian kanssa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018.) Soiten eli Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymän alueella toimii muistipoliklinikan lisäksi myös muistitiimi, joka käy tarvittaessa tekemässä alkukartoituksen kotona asuvan ikääntyneen luona. Muistitiimin palvelut on tarkoitettu asiakkaille, jotka eivät ole vielä raskaiden kotihoidon palveluiden piirissä. (Soite 2018.)

Geriatrinen hoito voi keskittyä myös terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoille. Esimerkiksi Salossa geriatrinen arviointiyksikkö toimii terveyskeskussairaalassa, jossa hoidetaan potilaan akuutti sairaus ja kartoitetaan toimintakykyä ja terveydentilaa moniammatillisesti. (Salo 2018.)

Turussa toimii geriatrian akuuttikeskus, jossa on geriatrian poliklinikka, geriatrinen arviointiyksikkö ja muistipoliklinikka. Kuntoutujat ohjautuvat poliklinikalle kotihoidon, terveysaseman tai ensihoidon yhteydenotosta. Poliklinikan geriatri ja sairaanhoitaja vastaavat potilaiden sisäänotosta. Moniammatillinen geriatrinen arviointi toteutetaan lähes jokaiselle kuntoutujalle yhteistyössä lääkärin, sairaanhoitajan, fysioterapeutin ja farmaseutin kanssa. Mikäli kuntoutuja ei voi kotiutua, hänelle voidaan järjestää paikka vanhuspalveluiden tilapäishoitoon tai sairaalahoitoon. 18-paikkaisessa geriatrisessa arviointiyksikössä järjestetään muutaman päivän pituisia arviointijaksoja, joille pääsee heti tai muutama päivässä. Se toimii yhteistyössä kotiutustiimin, kotisairaalan ja yöaikaisen kotihoitopalvelun kanssa. (Jartti ym. 2011; Laine ym. 2018; Turku 2018.)

Tampereella geriatrinen hoito on keskittynyt yhteen Tampereen yliopistollisen sairaalaan sairaalaan, jossa on geriatriakeskus, kaksi akuuttigeriatrian osastoa ja ortogeriatrian osasto. Geriatriakeskuksen potilaat ovat yleensä omalääkärin lähettämiä. Osastoille potilaat lähetetään pääsääntöisesti päivystyksestä tai keskussairaalan akuuttiosastoilta. Potilaille tehdään moniammatillisesti kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (CGA). Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Mikäli potilas tarvitsee osastohoidon jälkeen jatkokuntoutusta, järjestetään se Rauhaniemen sairaalassa tai Tammenlehväkeskuksessa. (Tays 2018.)

Porissa toimii geriatrinen arviointiyksikkö ja geriatrinen kuntoutusosasto kuntoutussairaalassa. Kuntoutussairaala tekee tiivistä yhteistyötä akuutin kotikeskuksen kanssa, johon on yhdistetty kotisairaala, kotiuttamistiimi, mobiilitoiminta, turvapuhelintoiminta sekä akuutti geriatrinen arviointi kotona tai osastolla. (Pori 2018.) Vantaalla geriatrinen osastohoito on Geriatrisessa akuuttiyksikössä, Arviointi- ja akuuttiosastolla, jossa hoidetaan äkillisesti sairastuneita ikääntyneitä. Kuntoutujat ohjautuvat osastolle Peijaksen päivystysalueelta tai kotoa lääkärin läheteellä. Hoito on moniammatillista, ja tavoitteena on palautuminen aiempaa asumismuotoon. (Vantaa 2014.)

Kokonaisvaltaisella geriatrisella arvioinnilla ja kuntoutuksella voidaan parantaa eloonjäämisen ennustetta ja lykätä sekä vähentää laitoshoidon joutumista. Myös sairaalahoidon tarve on vähentynyt geriatrisen arvioinnin ja kuntoutuksen avulla. Tarkasti kohdennetulla kuntoutustoiminnalla ja hoidolla on saatu tehokkaita tuloksia, mikä lisää avohoidossa tapahtuva kokonaisvaltainen vastuu hoidosta, lääkityksestä, kuntoutuksesta ja seurannasta. (Karppi & Nuotio 2008, 28; Strandberg & Tilvis 2016, 445.) Lisäksi ennaltaehkäisevästä kuntoutuksesta on saatu hyötyä, kun arvioinnissa ja kuntoutuksessa on tunnistettu ns. geriatrian riskitekijöitä, jotka aiheuttavat lisääntyneitä avuntarvetta ikääntyneillä ihmisillä. (Pitkälä ym. 2007.)

#### **4 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS**

Siun sote -kuntayhtymään kuuluvat kaikki Pohjois-Karjalan kuntien ja Heinäveden sosiaali- ja terveystalvet, keskussairaala, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos ja ympäristöterveydenhuolto. Siun soten arvoina on vastuullisuus, välittäminen, asiakaslähtöisyys ja yhdenmukaisuus. Missiona on ”turvaamme arkeasi” ja visiona ”asiakkaan arvostama”. (Siun sote 2017b, 4.)

Siilaisen kuntoutumiskeskus sijaitsee Joensuussa, Pohjois-Karjalassa, se avattiin tammikuun alussa 2018. Siilaisen kuntoutumiskeskus on maakunnallinen vaativan kuntoutuksen yksikkö, jossa on kuusi kuntoutusosastoa (kuva 5). Kuntoutumiskeskuksen kuntoutusosastoilla on yhteensä 143 paikkaa. Opin- näytetyöni toimeksiantajana oli Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa toimiva Geriatrinen arviointi- ja kuntoutusosasto, jossa on 16 paikkaa. Lisäksi kuntoutumiskeskuksessa toimii palliatiivinen poliklinikka ja kotisairaala. Opin- näytetyön tekemisen aikana Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusosaston paikkaluku pieneni 12 paikkaan. (Siun sote 2017a; Siun sote 2017b, 26.)



Neurologinen kuntoutusosasto, 31 paikkaa	Palliativinen osasto, 16 paikkaa
Kirurginen kuntoutusosasto, 32 paikkaa	Geriatrinen arviointi- ja kuntoutusosasto, 16 paikkaa
Akuutti kuntoutusosasto, 48 paikkaa	
Palliativinen poliklinikka ja kotisairaala	

Kuva 5. Siilaisen kuntoutumiskeskuksen kuntoutusosastot (Siun sote 2018b)

Geriatriselle arviointi- ja kuntoutusosastolle kuntoutuja voi tulla akuutisti päivystyksestä tai läheteellä sovittuna aikana. Esimerkiksi terveysaseman lääkäri, palveluohjauksen sairaanhoitajat tai kotihoidon hoitajat voivat tehdä lähetteen Geriatriseen arviointi- ja kuntoutusyksikköön. Geriatrisen poliklinikan geriatri päättää lähetteen perusteella, hoidetaanko kuntoutuja poliklinikalla, osastojaksolla vai antaako geriatri konsultaatio-ohjeen lähettäneelle taholle.

Akuutisti osastolle saapuvat kuntoutujat ilmoitetaan jonohoitajalle päivystyksestä, terveyskeskuksen vastaanotolta tai kotihoidosta. Osa kuntoutusjaksolle saapuvista voi siirtyä kuntoutumiskeskuksen toisilta osastoilta geriatriseen arviointiin. Arviointi- ja kuntoutusjaksot kestävät noin 2–14 vuorokautta, koska kuntoutujan osastojakson pituus määräytyy yksilöllisesti. Jakson jälkeen kuntoutuja kotiutuu omaan kotiin tai hoitolaitokseen. Mikäli turvallinen kotiutuminen ei ole realistista, kuntoutuja siirtyy osastolta johonkin maakunnan terveyskeskukseen odottamaan tehostetun palveluasumisen paikkaa. Arviointi- ja kuntoutusjakson tavoitteena on, että kuntoutujan terveydentila ja toimintakyky on arvioitu kokonaisvaltaisesti ja hänellä on hyvä suunnitelma kotona pärjäämiseksi.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on Geriatriksen yksikön kehittämisen kuvaus ja arviointi moniammatillisesta näkökulmasta. Tavoitteena on, että kun toimintamalli on luotu ja vakioitu osastolla, kaikki kuntoutujat saavat yhtä laadukkaan hoidon, arvioinnin ja kuntoutuksen tietyn toimintamallin mukaisesti. Tästä hyötyy niin kuntoutuja, koska toiminta edistää asiakaslähtöisyyttä, kuin myös työntekijät, koska kaikilla on tiedossa, kuinka Geriatriassa arviointi- ja kuntoutusyksikössä toimitaan. Opinnäytetyön arvioivassa osuudessa selvitän, miten toimintamallin mukainen toiminta on vakiintunut osaksi toimintaa.

Tutkimuskysymykset:

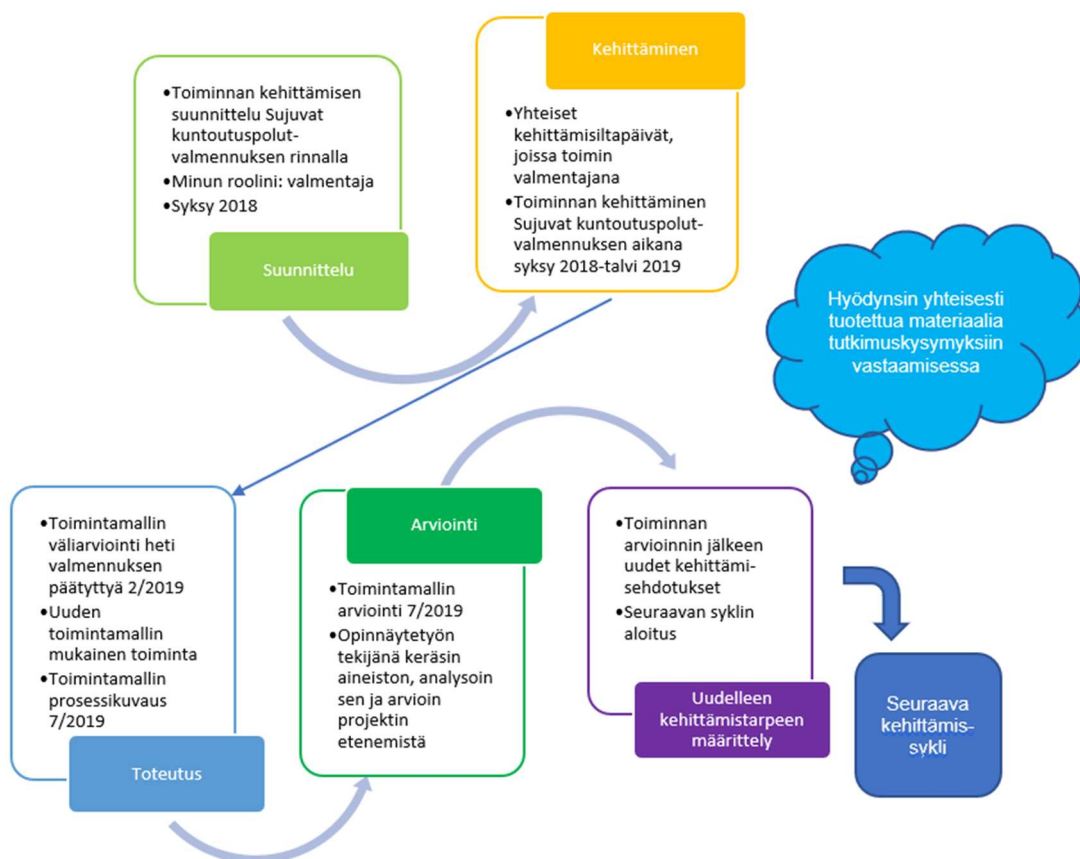
- 1) Miten Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana kehitettyä toimintamallia on kehitettävä tavoitteen saavuttamiseksi?
- 2) Miten tuetaan geriatriksen kuntoutujan toimintakykyä moniammatillisesti kuntoutumisprosessin eri vaiheissa?
- 3) Miltä osin toimintamalli toimii tavoitteen mukaisesti ja miltä osin on vielä kehitettävää?

## 6 TOTEUTUS TOIMINTATUTKIMUKSENA

Toimintatutkimus kuvaa kehittämistä sykleinä. Kehittämisen aikana toiminta hioutuu jatkuvasti suunnittelu- ja kokeilusykliin vuorotellen. Sykleistä muodostuu spiraali. (Heikkinen 2010, 19.) Toimintatutkimus perustuu interventioon ja on ongelmakeskeistä. Se on käytännönläheistä, osallisuutta tukevaa ja reflektiivistä. Toimintatutkimus on sosiaalinen prosessi, jonka tavoitteena on saada käyttökelpoista tietoa, käytännön hyötyä ja saada ongelma ratkaistuksi. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on todellisuuden muuttaminen tutkimalla sitä ja samalla todellisuuden tutkiminen sitä muuttamalla. Tavoitteena on pysyvä muutos. Myös toimintatutkimuksen on omattava tutkimuksellinen lähestymistapa, jotta se täyttää tieteelliset vaatimukset opinnäytetyöksi. Toimintatutkimuksenkin tavoitteena on saattaa uusi, tutkittu tieto julkiseksi. (Heikkinen 2010, 19–22, 27–29; Kananen 2014, 54–56; Kuula 2006; O'Brien 1998, 7–8.)

Toimintatutkimuksen avulla kehittäminen, tutkiminen ja tuloksien raportointi oli luonteva valinta opinnäytetyön toteuttamiseksi. Työelämä muuttuu koko ajan ja kehittäminen on jatkuvaa, syklien mukaisesti etenevää. Opinnäytetyössä näiden syklien kuvaus oli hyvä keino tuoda julki yksikön tekemä kehittämistyö ja samalla arvioida, millaisia vaikutuksia kehittämistyöllä on ollut ja miten uusi toimintamalli vakiintunut osaksi käytäntöä. Sykleistä muodostuu lopulta spiraali (Heikkinen 2010, 19; Kananen 2014, 12–13).

Syklien mukainen kehittämisprosessi näkyi jo tässä opinnäytetyössä raportoidun kehittämisprosessin alussa ja aikana osastolla, koska toiminnan kehittäminen on aloitettu jo syksyllä 2017. Tässä ajassa kehittämissyklejä oli muodostunut jo muutama sitä mukaa, kun toimintamallia on lähdetty kehittämään uudelleen. Tässä opinnäytetyössä kuvaan yhden kehittämissyklin etenemisen, syksystä 2018 kesään 2019. Kuvassa 6 on esitetty toimintatutkimuksen kulku tässä opinnäytetyössä. Toimintatutkimuksen ensimmäiset vaiheet (suunnitteluvaihe ja kehittämisvaihe) toteutuivat Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana.



Kuva 6. Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä tapahtunut toimintatutkimuksen mukainen kehittämissykli (mukaillen Kananen 2014, 34–35, 77)

Toimintatutkimuksessa osallisena kehittämisessä ovat käytännössä toimivat ihmiset, aktorit, eli ne, jotka työskentelevät ongelman parissa. Aktoreiden on oltava aktiivisia toimijoita. Kun työntekijät pääsevät osallistumaan kehittämiseen, myös työmoraaali, työtyytyväisyys ja tuottavuus paranevat. Ryhmytymisen edistää ryhmän toimintaa. Ristiriidoista voi olla haittaa kehittämisessä. Tärkeää ryhmän muodostamisessa on, että ryhmän jäsenet ovat sidoksissa tutkittavaan ja kehitettävään ilmiöön. (Kananen 2014, 67–75; Kuula 2006; O'Brien 1998, 3.) Tässä opinnäytetyössä aktoreita olivat kehittämisiltapäiviin ja työpajaan osallistuneet henkilöt, jotka ovat lähihoitajia, sairaanhoitajia ja fysioterapeutti.

Toimintatutkimuksen kohdetta tulkitaan osallistujan ja toimijan näkökulmasta sisältä päin ja työyhteisöä tutkittaessa tutkija elää mukana tutkimuskohteensa arjessa. Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli on aktiivinen toimija, vaikuttaja sekä toiminnan kehittäjä. Tutkimuksen tekijän roolina on myös olla suunnittelija, fasilitaattori, opettaja, kuuntelija, tarkkailija sekä raportoiija. Toimintatutkimuksen tekijän voi ajatella olevan muutosagentti, joka vie muutosta ja tutkimusta eteenpäin. Toimintatutkimuksessa tutkijan oma kokemus on osa aineistoa muun tutkimusmateriaalin ohessa. (Heikkinen 2010, 19–22; Kananen 2014, 16, 28, 56–57; Kuula 2006; O'Brien 1998, 11.).

Olen itse työyhteisön jäsen ja osallistuin kehittämisprosessiin työyhteisön kanssa. Toimin Sujuvat kuntoutuspolut-valmennuksessa valmentajan roolissa. Tässä toimintatutkimuksena tehdyssä opinnäytetyössä roolini oli opinnäytetyön tekijä. Opinnäytetyöhön liittyvissä kehittämisiltapäivissä ja työpajassa toimin suunnittelijana ja fasilitaattorina. Haasteena minulla olikin pystyä katsomaan kehittämisprosessia objektiivisesti.

Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää eri tutkimusotteita, sekä kvalitatiivisia eli laadullisia että kvantitatiivisia eli määrällisiä tutkimusotteita. Näitä hyödynnetään aineistoa kerätessä. Toimintatutkimuksessa on paljon piirteitä kvalitatiivisesta tutkimuksesta, ja voisikin ajatella toimintatutkimuksen jatkavan laadullisen tutkimuksen päätelmistä eteenpäin. Toimintatutkimuksen avulla halutaan vaikuttaa, tehdä muutos, kun laadullinen tutkimus päättyy ennen toimintaan

vaikuttamista. Myös kvantitatiivista tutkimusotetta voi hyödyntää toimintatutkimuksessa, erityisesti kun halutaan selvittää muutoksen vaikutukset. (Kananen 2014, 20, 26–27.) Tässä opinnäytetyössä käytin kvalitatiivisia tutkimusotteita.

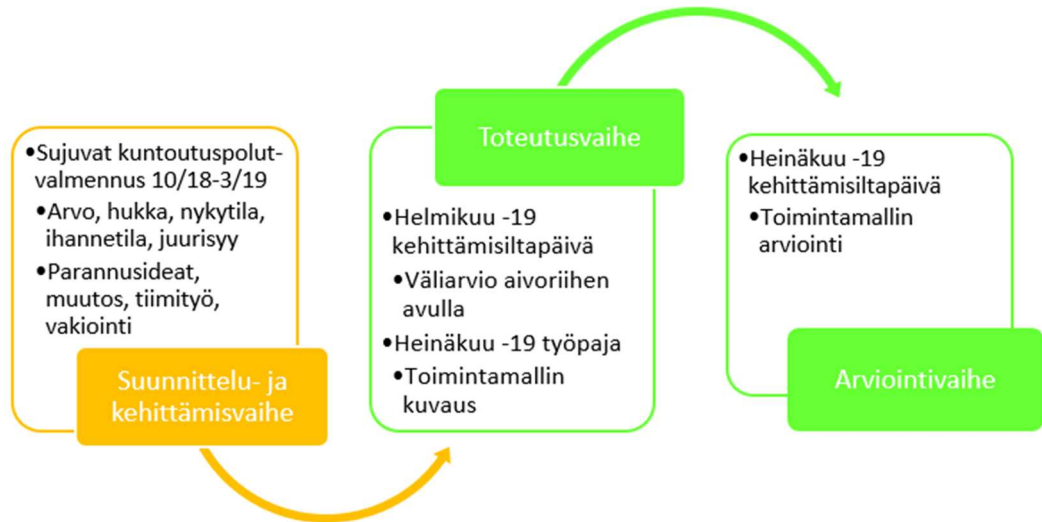
Tutkimusluvan saatuani pidin ensimmäisen kehittämisiltapäivän helmikuussa 2019 aivoriihimenetelmää hyödyntäen selvittääkseni, miten kehitettyä toimintamallia olisi vielä kehitettävä tavoitteen saavuttamiseksi. Tämän jälkeen aloin suunnittelemaan työyhteisölle työpajaa ja kehittämisiltapäivää, joissa tarkoituksena oli muodostaa prosessikuvaus ja arvioida prosessia. Heinäkuun alussa pidetyssä työpajassa piirsimme kahden vakituisen hoitajan, lähihoitaja ja sairaanhoitaja, kanssa prosessikuvauksen osaston toimintamallista. Heinäkuun puolessa välissä arvioimme tätä tehtyä prosessikuvausta prosessikävelyn avulla pienryhmissä. Työpajan ja kehittämisiltapäivän jälkeen kokosin tuotetun materiaalin sähköiseen muotoon ja aloitin sisällönanalyysin. Raportin kirjoittamiseen kului syksy 2019 ja talvi 2020.

## **6.1 Suunnitteluvaihe**

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toiminnan suunnittelu käynnistyi hoivakodin toimintamallista, joka havaittiin nopeasti sairaalaan soveltumattomaksi. Geriatriasta poliklinikkatoimintaa oli toteutettu vuodesta 2018 alkaen, mutta aluksi pienimuotoisena. Geriatri, hoitaja, fysioterapeutti ja farmaseutti toimivat henkilöstössä. Osastojaksolla oli maksimissaan kolme geriatriasta arviointi- ja kuntoutusjaksolaista. Osaston muut potilaspaikat olivat akuuttikuntoutujille.

Syksyllä 2018 Geriatriinen arviointi- ja kuntoutusosasto valittiin Sujuvat kuntoutuspolut -valmennukseen. Valmennuksessa hyödynnettiin LEAN-menetelmää. Valmennukseen kuului Siun soten kouluttajien pitämiä lähipäiviä noin 1–2 kauden välein, yhteensä kuusi lähipäivää syksyllä 2018 ja keväällä 2019. Valmennukseen osallistui työyksiköstä lähiesimiehet (osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja), poliklinikan toiminnasta vastaava geriatri, osaston fysioterapeutti, poliklinikan vetämisestä vastaava lähihoitaja (viriketoiminnan ohjaaja) sekä osastolta kaksi sairaanhoitajaa ja lähihoitaja. Opinnäytetyön tekijä toimi

kehittämistyöryhmän valmentajana. Kuvassa 7 on esitetty oranssilla värillä Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen kulku ja vihreällä kehittämisen eteneminen osastolla.



Kuva 7. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin kehittäminen opinnäytetyönä toimintatutkimuksena ja Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen eteneminen

Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen alkuvaiheessa teimme nykytilan analyysin osaston senhetkisestä toimintamallista ja arvioimme kuntoutujalle näkyviä arvoja ja hukkia. Yhteisesti osaston työntekijöiden ja Geriatrisen osaamiskeskuksen palvelupäällikön kanssa Sujuvat kuntoutuspolut -valmentajan ohjauksessa teimme myös kuvauksen ihannetilasta, joka toimi runkona parannus- ja kehittämis ehdotuksia suunnitella.

Nykytilan analyysin, juurisyyden etsimisen ja ensimmäisten kehityskohteiden nimeämisen jälkeen aloitettiin toiminnan kehittäminen vuodenvaihteessa 2018–2019. Näiden kehittämistehtävien tekemiseen osallistui koko työyhteisö, jotta jokainen pääsi osallistumaan toiminnan kehittämiseen haluamallaan tavalla. Joulukuussa 2018 tiimin kansliaan laitetun valkotaulun äärellä pidetään joka torstai kehityspalaveri eli KEPA, jossa tarkastellaan taululla olevia kehittämissuunnitelma-lomakkeita (PDSA eli plan-do-study-act-lomakkeita). PDSA-lomakkeille voi jokainen työntekijä kirjata kehittämisideoita, joita käsitellään KEPA:ssa yhteisesti.

Näitä yhdessä suunniteltuja kehittämissideoita jaettiin tiimissä eri ihmisille tehtäväksi. Työntekijät ryhtyivät pareittain ja pienryhmissä suunnittelemaan esimerkiksi eri osa-alueiden vakiointia. Tässä vaiheessa esimerkiksi asiakaskeskusteluun laadittiin moniammatillisesti vakioitu keskustelurunko. PDSA-lomakkeiden ja valkotaulun avulla saadaan asetettua aikataulut tavoitteille ja seurattua, miten ne ovat toteutuneet. KEPA kestää puoli tuntia ja kuka tahansa työntekijöistä voi olla vetovastuussa.

Kuvassa 8 on esitetty heti Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen jälkeinen Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamalli, jota lähdettiin työstämään tässä opinnäytetyössä eteenpäin.

Kuntoutumisprosessin käynnistyminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Suunnitellusti: VALTTI-tiimin kautta (geriatri määrittää jo testit ja tutkimukset valmiiksi)</li> <li>•Akuutisti: Sij.sh tuo tiedon tulijoista osastolle</li> </ul>
Osastojaksolle saapuminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Työnjaossa huomioitu uusien kuntoutujien vastaanottaminen</li> <li>•Tulohaastattelu, kuntoutuja+vastaanottava hoitaja</li> <li>•Ft tekee omat haastattelut ja testaukset joko tulopäivänä tai seuraavana päivänä</li> </ul>
Osastojakson alussa ja aikana	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tehdään geriatrin määräämiä testejä ja tutkimuksia</li> <li>•Hoitosuunnitelma ja jakson tavoite</li> <li>•SEPA (seisomapalaveri) päivittäin</li> <li>•Yhteys omaisiin ja kotihoitoon, jos ei ole jo tulopäivänä otettu yhteyttä</li> <li>•Kotiutumisen suunnitelman aloittaminen</li> </ul>
Osastojakson loppupuolella	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Asiakaskeskustelu, johon osallistuu kuntoutuja, omainen, lääkäri, sairaanhoitaja tai lähihoitaja, fysioterapeutti, tarvittaessa kotihoito, palveluohjaus</li> <li>•Kotiutumisen valmistelu</li> </ul>
Kotiutumispäivänä	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kotiutumisen tavoiteaika aamupäivä</li> <li>•Tarvittaessa ft:n kotiututtava kotikäynti</li> <li>•Tarvittaessa lupapaikka osastolle 1-2vrk (=kotiutuskokeilu)</li> </ul>
Osastojakson sisältö	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Virikeryhmät, kuntoutusryhmät</li> <li>•SEPA (seisomapalaveri) päivittäin</li> </ul>

Kuva 8. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamalli heti Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen päätyttyä

*Kuntoutusprosessi käynnistyy* suunnitellusti tulevien kuntoutujien kohdalla lähetteen saapumisesta VALTTI-tiimin (valintatiimin) käsiteltäväksi, jolloin geriatri määrittelee valmiiksi tehtävät testit ja tutkimukset ja osastojakson ajankohta sovitaan. Akuutisti saapuvien kuntoutujien kohdalla lähetävä yksikkö ottaa yhteyttä sijoittajasairaanhoitajaan (sij.sh), joka soittaa tiedon tulevista kuntoutujista osastolle.

*Osastojaksolle saapumisen* kohdalla työnjaossa on huomioitu vastaanottavan hoitajan nimeäminen. Kuntoutuja osallistuu saavuttuaan vastaanottavan hoitajan pitämään tulohaastatteluun. Hoitaja on yhteydessä kuntoutujan omaiseen ja/tai kotihoitoon. Fysioterapeutti (ft) haastattelee kuntoutujan ja tekee omat testauksensa tulopäivänä tai seuraavana päivänä.

*Osastojakson aikana* tehdään geriatrin määrittämiä testejä ja tutkimuksia, ja määritellään osastojakson tavoite. Tehdään hoitosuunnitelma ja aloitetaan myös kotiutumisen suunnittelu. Päivittäin pidetään moniammatillisesti SEPA (seisomapalaveri), jossa käydään jokaisen kuntoutujan tilanne ja suunnitelma lyhyesti läpi. Hoitaja ottaa yhteyttä kotihoitoon ja/tai omaiseen.

*Osastojakson loppupuolella* pidetään asiakaskeskustelu, johon osallistuu kuntoutuja, omainen, hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti ja tarvittaessa kotihoito/palveluohjaus. Asiakaskeskustelussa tehdään yhteisesti jatkosuunnitelma kuntoutujan kotiutumisen turvaamiseksi ja aloitetaan kotiutumisen valmistelu.

*Kotiutuspäivänä* tavoitteena kotiutumisajankohdaksi on aamupäivä. Tarvittaessa fysioterapeutti tekee kotiuttavan kotikäynnin. Tarvittaessa järjestetään lupapaikka osastolle 1–2 vuorokauden ajaksi, toisin sanoen tehdään kotiutuskokeilu.

Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana kehitetyn geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tavoitteena oli, että kaikki kuntoutujat saavat yhtä laadukkaan hoidon, arvioinnin ja kuntoutuksen vakioidun toimintamallin mukaisesti.

## **6.2 Toteutusvaihe**

Toteutusvaihe käynnistyi Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen päätyttyä. Toimin valmentajana Sujuvat valmennuspolut -valmennuksessa, kun taas kehittämispäivä liittyi opinnäytetyön kehittämistoimintaan, jossa toimin koordinoijana ja kehittämistoiminnan vastuullisena toimijana. Kanasen (2014, 78–79, 101–102) mukaan tiedon hankintaan voi käyttää laadullisen tutkimuksen mu-



kaisesti havainnointia, haastattelua, kyselyitä tai kirjallisia lähteitä eli dokumentteja. Dokumentit voivat olla tutkimuksessa käytettyä aineistoa sellaiseen, tai ne voivat esimerkiksi täydentää haastattelua. Etukäteen suunnittelu auttaa aineiston keräämisessä ja analysoitaessa sisältöä. (Kananen 2014, 82–86.) Aineistonkeruuseen hyödynsin osallistavia menetelmiä henkilökunnan parissa (liite 2).

Taulukossa 1 on esitelty tutkimuskysymykset, joihin tässä opinnäytetyössä vastataan. Taulukossa on esitetty, missä toimintatutkimuksen vaiheessa, millä menetelmällä ja keneltä aineistoa on kerätty ja miten kerätty aineisto on analysoitu.

Taulukko 1. Aineiston hyödyntäminen tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi

Tutkimuskysymys	Toimintatutkimuksen vaihe	Aineistonkeruumenetelmä	Osallistujat	Tuotos	Aineistonanalyysimenetelmä
1) Miten Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana kehitettyä toimintamallia on kehitettävä tavoitteen saavuttamiseksi?	Toteutusvaihe	Aivoriihi	Helmikuun kehittämisiltapäivään osallistujat (n=7)	Kehitettävät kohteet toimintamallissa heti valmennuksen päätyttyä	Aineistolähtöinen analyysi
2) Miten tuetaan geriatrisen kuntoutujan toimintakykyä moniammatillisesti kuntoutumisprosessin eri vaiheissa?	Toteutusvaihe	Työpaja	Heinäkuun työpajaan osallistujat (n=3)	Toimintamallin prosessikuvaus	Aineistolähtöinen analyysi
3) Miltä osin osastolla kehitetty toimintamalli toimii tavoitteen mukaisesti ja miltä osin on vielä kehitettävää?	Arviointivaihe	Prosessikävely	Heinäkuun kehittämisiltapäivään osallistujat (n=4 ja n=5)	Toimivat ja kehitettävät asiat toimintamallissa	Aineistolähtöinen analyysi

*Helmikuussa 2019 pidettiin ensimmäinen valmennuksen jälkeinen kehittämisiltapäivä, jossa käytin aivoriihimenetelmää* selvittääkseni vastauksen tutkimuskysymykseen 1: Miten Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana kehitettyä toimintamallia on kehitettävä tavoitteen saavuttamiseksi?

Kehittämisiltapäivän ajankohta oli sovittu yhdessä esimiehen kanssa, ja esimies nimesi kehittämisiltapäivään osallistujat työvuorosunnittelussa. Kehittämisiltapäivään osallistui viisi osastolla työskentelevää hoitajaa, vakituisia tai pitkäaikaisia sijaisuuksia tekeviä sairaanhoitajia ja lähihoitajia sekä osaston fy-

sioterapeutti. Valmistauduin kehittämisiltapäivään varaamalla osaston neuvotteluhuoneen ja valmistelin tilaan valmiiksi piirretyn ruudukon, post it -tarroja ja kyniä pöydän ääreen. Aluksi kerroin opinnäytetyöni etenemisestä ja siitä, että iltapäivän tuotoksia on tarkoitus käyttää opinnäytetyössäni osallistujien suostumuksella.

Aivoriihi on menetelmä, jonka avulla saadaan tuotettua luovia ratkaisuja ja ideoita ilman kritiikkiä. Aivoriihessä tavoitteena on rohkaista ihmisiä ajattelemaan avoimesti. Aivoriihen aluksi jokainen osallistuja miettii esimerkiksi viisi minuuttia itsekseen ideoita ja kirjaa näitä post it -tarroille. Tarrat laitetaan esimerkiksi suurelle kankaalle, josta niitä on helppo yhteisesti tutkia ja samalla tuottaa lisää ideoita. Ideointi kestää siihen saakka, kun ideointi alkaa ehtyä. (Karjalainen 2007.)

Ohjeistin osallistujia pohtimaan prosessiin liittyviä jo meneillään olevia kehittämiskohteita ja myös täysin uusia kehittämiskohteita, jotka he itse kokivat tärkeiksi tuoda esille. Ohjeistin osallistujat toimimaan ensin yksin, mutta osallistujat kokivat luonnollisemmaksi toimia pareittain. Pareittain jakautumisen jälkeen osallistujat osallistuivat innokkaasti. Parit työstivät ensin yhdessä post it -tarroja noin viisi minuuttia. Post it -tarrat sijoiteltiin ruudukkoon sen mukaan, onko kyseinen lapulle kirjoitettu toimintamalliin (kuva 8) liittyvä asia tai kohta valmis, kehityksen kohteena vai vasta ajatuksena, nämä asetettiin ruudukkoon myös sen mukaan, koettiinko asia tärkeäksi eli heti toteutettavaksi vai vasta myöhemmin toteutettavaksi.

Kun kaikki osallistujat olivat saaneet kirjattua tärkeäksi kokemansa asiat post it -tarroille ja sijoiteltua ne mielestään oikeaan kohtaan ruudukkoa, käytiin jokainen post it -tarra yhteisesti läpi. Kehittämistarpeita mietittiin sekä kuntoutujalähtöisesti että työntekijälähtöisesti. Post it -tarroja laitettiin ruudukkoon 30 kappaletta.

Tähän valittiin post it-tarrojen sisällön teemoittelu, jossa luokitellaan ja kvantifioidaan. Teemoittelun apuna voi käyttää myös koodausta ja kvantifiointia. Aineistosta on tarkoitus etsiä ratkaisuja tutkimusongelmaan/tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen tehdään aineiston analyysi ja tulkinta. Koodatusta/pelkis-

tetystä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samalla samoja asioita käsitteleviä käsitteitä nimetään luokittain. Analysointi voi olla teoria- tai aineistolähtöistä. (Kananen 2014, 105–113; Vilkkä 2007, 61.)

Kirjasin tämän kehittämisiltapäivän tuotoksen, paperille sijoitetut postit -tarrat Word-tiedostoon sähköiseen muotoon taulukkoon alkuperäisessä muodossaan (liite 5). Alkuperäiset ilmaukset järjestin sen mukaan, mitkä asiat toimivat, mitkä ovat jo kehitteillä ja mitkä ovat tulevia kehittämiskohteita. Tämän jälkeen pelkistin seuraavaan sarakkeeseen jokaisen ilmauksen ja viimeiseen sarakkeeseen teeman. Teemoittelu oli aineistolähtöistä.

Kehittämisiltapäivän tuotosten ja keskustelun perusteella muodostettiin yhteinen näkemys yksikön toimivista asioista, kehitteillä olevista ja kehittämistä vaativista asioista geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusprosessista (kuva 9). Kuvassa esitetty tummennettuna teema ja vaaleammalla teemoihin liittyvät asiat, jotka osallistujat ovat nostaneet vastauksissaan esille.

Toimivat asiat geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusprosessissa	Kehitteillä olevat asiat geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusprosessissa	Seuraaviksi kehittämiskohteiksi ehdotetut asiat geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusprosessissa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moniammatillisuus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysioterapeutin rooli</li> <li>• Tiimin pelisäännöt</li> </ul> </li> <li>• <b>Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ft:n kotikäynti</li> <li>• Ft:n apuvälinekartoitus</li> <li>• Asiakaskeskustelu</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moniammatillisuus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrin rooli</li> <li>• Työnjako</li> </ul> </li> <li>• <b>Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirjaaminen ja hoitosuunnitelma</li> <li>• Moniammatillinen vastaanotto ja tulohaastattelu</li> <li>• Lähetteiden käsittely</li> </ul> </li> <li>• <b>Yksikön töiden organisointi ja päivittäisjohtaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakaskeskustelujen ajankohta</li> </ul> </li> <li>• <b>Yksikön toiminnan seuranta ja arviointi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaalle arvoa tuottavan ajan seuranta</li> </ul> </li> <li>• <b>Yksikön toiminnasta tiedottaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osastoesitteen jako</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asiakaslähtöisyys</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutujalähtöinen tavoite</li> <li>• Palvelusta hyötyvien kuntoutujien löytyminen</li> </ul> </li> <li>• <b>Moniammatillisuus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteistyö sosiaalityöntekijän ja farmaseutin kanssa</li> </ul> </li> <li>• <b>Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jatkokysioterapia ja viriketoiminta</li> <li>• Poliklinikkaprosessi</li> <li>• Terveys- ja hoitosuunnitelmat</li> </ul> </li> <li>• <b>Yksikön töiden organisointi ja päivittäisjohtaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pehdytys</li> <li>• Koulutus</li> <li>• Työhyvinvointi</li> </ul> </li> <li>• <b>Yksikön toiminnasta tiedottaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutujien tavaroiden merkitseminen</li> <li>• Kellotaulun tekeminen MMSE:n yhteydessä</li> </ul> </li> <li>• <b>Yksikön toiminnasta tiedottaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opiskelijoille tiedottaminen</li> </ul> </li> </ul>

Kuva 9. Prosessin toimivat, jo kehitteillä olevat ja kehitettävät kohteet geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusmallissa kehittämisiltapäivässä tehdyn aivoriihimenetelmällä toteutettujen arviointien perusteella

Jo toimivina asioina nähtiin asiakaskeskustelu ja fysioterapeutin rooliin liittyvät asiat. Kehitteillä oleviksi asioiksi luettiin työnjako ja geriatrin rooli. Kehitteillä oleviksi asioiksi nostettiin myös kirjaamiseen ja vastaanottamiseen liittyvät asiat. Asiakaskeskustelun ajankohta ja arvoa tuottavan ajan seuranta olivat asioita, jotka ovat jo kehitteillä. Kehittämiskohteina nähtiin moniammatillisen yhteistyön tiivistäminen, jatkokysioterapiat, poliklinikkaprosessi. Myös pehdytys, koulutus, työhyvinvointi olivat kehitettäviä kohteita. Yhtenä tärkeänä kehittämiskohteena nostettiin esille palveluista hyötyvien kuntoutujien löytyminen.

Asiakaslähtöisyyden osalta kuntoutujalähtöisen tavoitteen asettelu luokiteltiin kehittämiskohteeksi. Kehittämiskohteena nähtiin myös palvelusta hyötyvien kuntoutujien löytäminen. Moniammatillisuudessa toimiviksi arviointiin fysioterapeutin rooli, jolla tarkoitettiin apuvälineprosessia ja fysioterapeutin tekemää

kotikäyntiä kuntoutujan kanssa. Tiimin pelisäännöt koettiin jo toimivaksi, eikä niiden päivittämiseksi koettu tarvetta. Tiimin työnjako ja geriatrin rooli luokiteltiin kehitteillä oleviksi asioiksi. Tiimin työnjakoa oli aloitettu kehittämään opinnäytetyön toteutusvaiheen aikana. Kehittämiskohteeksi määriteltiin yhteistyön tiivistäminen sosiaalityöntekijän ja farmaseutin kanssa.

Kehittämisiltapäivässä arvioitiin, että geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin sisällöstä ja menetelmistä toimivia olivat fysioterapeutin kotikäynnit, testit ja apuvälineiden kartoitus. Kehitteillä oleviksi asioiksi kuvattiin kirjaaminen sekä hoitosuunnitelman ja terveyst- ja hoitosuunnitelman (TESU) tekeminen. Kirjaamiseen ja hoitosuunnitelman tekemiseen olevia vakioituja malleja toivottiin päivitettävän. Moniammatillinen vastaanottaminen ja tulohaastattelu määriteltiin myös jo kehitteillä oleviksi asioiksi. Kehittämiskohteiksi määriteltiin jatko-fysioterapian ja viriketoiminnan järjestäminen, poliklinikkaprosessin kehittäminen ja läheteiden käsittely.

Yksikön toiminnan organisointiin ja päivittäisjohtamiseen liittyvistä asioista todettiin kehitteillä oleviksi asioiksi asiakaskeskustelujen ajankohta ja osaston toiminnasta tiedottaminen osastoesitteen jakamisen avulla. Osastoesite oli tehty yhteistyössä osaston ja poliklinikan geriatrien kanssa, ja niiden jakaminen oli osastonhoitajan ja ylihoitajan tehtävänä. Kehittämiskohteeksi määriteltiin työhyvinvointi, uusien työntekijöiden perehdytys ja henkilöstön koulutus. Lisäksi kehittämiskohteiksi määriteltiin arjessa helpottavia asioita, kuten MMSE:n yhteydessä kellotaulu -testin tekeminen ja kuntoutujien tavaroiden merkitseminen jo ennen osastolle saapumista. Myös osaston toiminnasta tiedottaminen opiskelijoille luokiteltiin kehittämiskohteeksi.

Aivoriihimenetelmän avulla työntekijät saivat itse määritellä missä vaiheessa prosessissa ollaan menossa ja näin he näkivät konkreettisesti, miten paljon on jo saatu aikaan. Samalla työntekijät saivat kirjata ylös ajatuksia jatkokehittämistä varten.

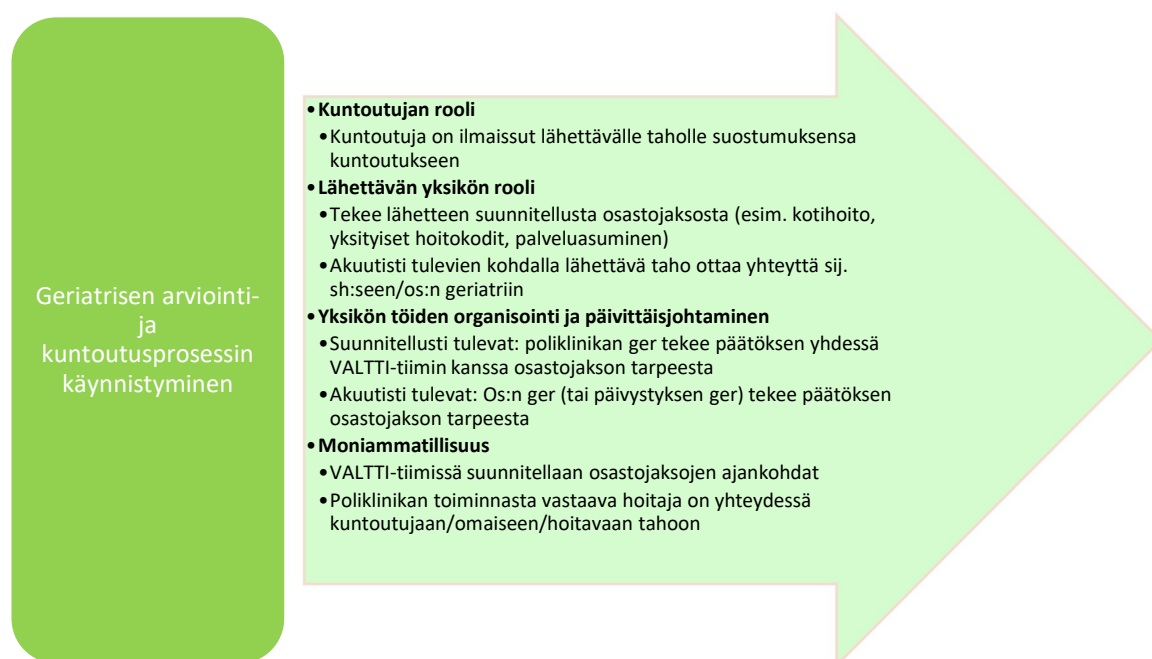
*Heinäkuun alussa 2019 pidettiin **työpaja**, jossa haettiin vastausta tutkimuskysymykseen 2: Miten tuetaan geriatrisen kuntoutujan toimintakykyä moniammatillisesti kuntoutumisprosessin eri vaiheissa? Työpajaan osallistui opinnäytetyön tekijä ja osastolta kaksi vakituista hoitajaa, sairaanhoitaja ja lähihoitaja.*

Yksikön esimies oli nimennyt tähän työpajaan osallistujat työvuorosuunnittelussa. Työpajaan oli varattu aikaa kaksi tuntia.

Valmistauduin työpajaan varaamalla tilan työpajaa varten, tuolloin vapaana oli virikeohjaajan varastotila. Varasin tilaan valmiiksi kynät ja suuren paperin seinälle. Aluksi kerroin opinnäytetyöni etenemisestä ja siitä, että työpajan tuotoksia on tarkoitus käyttää opinnäytetyössäni osallistujien suostumuksella.

Ohjeistin osallistujia kuvaamaan paperille senhetkisen geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin. Kuvaus tehtiin päiväkohtaisesti kirjaamalla jokaisen päivän kohtaan kyseisen päivän aikana tapahtuvat asiat.

Kirjasin tämän työpajan tuotoksen taulukon ensimmäiseen sarakkeeseen alkuperäisessä muodossaan. Tämän jälkeen pelkistin seuraavaan sarakkeeseen jokaisen ilmauksen ja viimeiseen sarakkeeseen teeman. Siis teemoittelin kerätyn aineiston aineistolähtöisesti.



Kuva 10. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin käynnistyminen

**Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessi käynnistyy** (kuva 10) kuntoutujan ja lähettävän yksikön rooleista. Kuntoutujan suostumuksella voi lähettävä yksikkö tehdä lähetteen Geriatriseen arviointi- ja kuntoutusyksikköön. Lähetteitä voi tulla esimerkiksi kotihoidosta, palveluohjauksesta, yksityisistä hoitokodeista tai palveluasumisesta. Akuutisti tulevien kuntoutujien kohdalla lähettävä

yksikkö, esimerkiksi erikoissairaanhoido, päivystys tai muut terveyskeskusten tai kuntoutumiskeskuksen osastot, ottavat yhteyttä kuntoutumiskeskuksen sijoittajasairaanhoidajaan, joka konsultoi osaston geriatria.

Lähetteiden käsittely (liite 6) kuuluu yksikön töiden organisoiminnin ja päivittäisjohtamisen alle. Suunnitellusti tulevien kuntoutujien lähetteet käsittelee Geriatrisen poliklinikan geriatri yhdessä moniammatillisen VALTTI-tiimin kanssa ja tekee päätöksen jatkotoimenpiteistä. VALTTI-tiimiin kuuluu osastolta sairaanhoitaja tai lähihoitaja, poliklinikan toiminnasta vastaava lähihoitaja, osaston fysioterapeutti ja poliklinikan geriatri. Osastojakson lisäksi vaihtoehtoina on käynti Geriatrisella poliklinikalla, konsultaatiovastaus lähettävälle yksikölle tai hoitajan ja fysioterapeutin tekemä ennakoiva kotikäynti, jolle voi tarvittaessa lähteä mukaan farmaseutti ja/tai geriatri.

Osastolla työskentelee erikoistuva lääkäri arkisin ja lisäksi osaston toiminnasta vastaava geriatri on osastolla maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin. Geriatrisen poliklinikka toimii kerran viikossa, keskiviikkoisin. Geriatrisella poliklinikalla työskentelee eri geriatri kuin osastolla.

Moniammatillisuuden kohdalla suunnitellusti osastojaksolle tulevien kuntoutujien osastojaksojen ajankohdat suunnitellaan VALTTI-tiimin palaverissa. Poliklinikan toiminnasta vastaava hoitaja on yhteydessä osastojakson ajankohdasta kuntoutujaan ja/tai hänen omaiseensa, kirjeitse ja/tai puhelimitse.

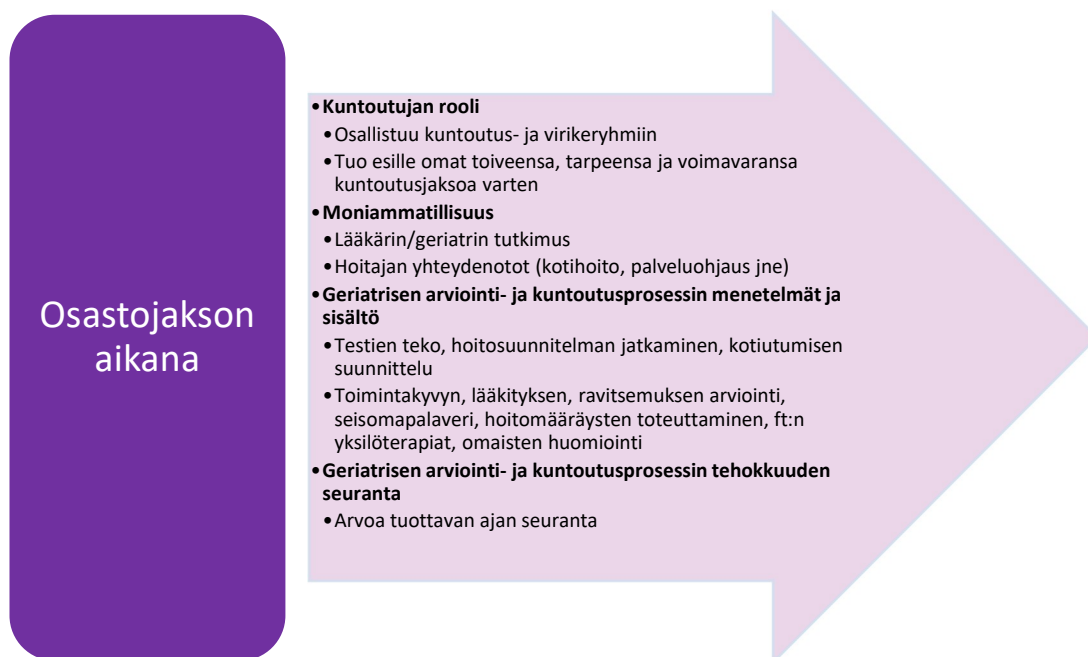


Kuva 11. Osastojaksolle saapuminen

**Osastojaksolle saapuessa** (kuva 11) kuntoutujan roolina on saapua osastolle sovittuna aikana ja osallistua hoitajan ja fysioterapeutin pitämään tulohaastatteluun, jossa hän tuo esille omat toiveensa, tarpeensa ja voimavaransa kuntoutusjaksoa varten. Lähettävän yksikön roolina on suunnitellusti tulevien kuntoutujien kohdalla huolehtia kuntoutujan saapumisesta osastolle ennalta sovittuna aikana ja akuutisti tulevien kohdalla soittaa puhelinraportti osastolle ennen kuntoutujan siirtoa. Yksikön töiden organisointiin ja päivittäisjohtamiseen lukeutuu vastaanottavan hoitajan (sairaanhoitaja tai lähihoitaja) nimeäminen työnjaossa. Moniammatillisuuden kohdalla hoitaja ottaa yhteyttä kuntoutujan omaiseen tai esimerkiksi kotihoitoon, ja fysioterapeutti tekee oman arvionsa kuntoutujan toimintakyvystä.

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin sisältönä tulopäivänä omaiselle on osallistua kuntoutujan toimintakyvyn arviointiin lomakkeita täyttäen ja hoitajan kanssa keskustellen. Menetelminä on vakioitu tulohaastattelu, johon osallistuu hoitaja, fysioterapeutti ja satunnaisesti lääkäri. Muita menetelmiä tulovaiheessa ovat lääkityksen tarkistus, check-listan täyttäminen, hoitosuunnitelman aloittaminen, omaisten huomiointi, hoitomääräysten toteuttaminen sekä toimintakyvyn, ravitsemuksen ja lääkityksen arviointi.





Kuva 12. Osastojakson toteutus

**Osastojakson aikana** (kuva 12) kuntoutujan roolina on edelleen tuoda esille omia toiveitaan, tarpeitaan ja voimavarojaan sekä osallistua päivittäin järjestettäviin kuntoutus- ja/tai virikeryhmiin. Moniammatillisuuden kohdalla lääkäri/geriatri tekee oman tutkimuksensa, hoitaja ottaa yhteyttä kotihoitoon tai palveluohjaukseen kuntoutujan alustavan kotiutumiseen liittyvien asioiden tiimoilta.

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin sisältönä ja menetelminä on testien teko, hoitosuunnitelman jatkaminen, kotiutumisen suunnittelu, hoitomääräysten toteuttaminen ja fysioterapia. Samalla arvioidaan jatkuvasti kuntoutujan toimintakykyä, ravitsemusta ja lääkitystä. Päivittäin pidettävä SEPA (seisomapalaveri) on geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmä, jossa moniammatillisesti käydään läpi jokaisen kuntoutujan tilanne lyhyesti. Samalla seurataan geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tehokkuutta mittaamalla asiakkaalle arvoa tuottavaa aikaa:

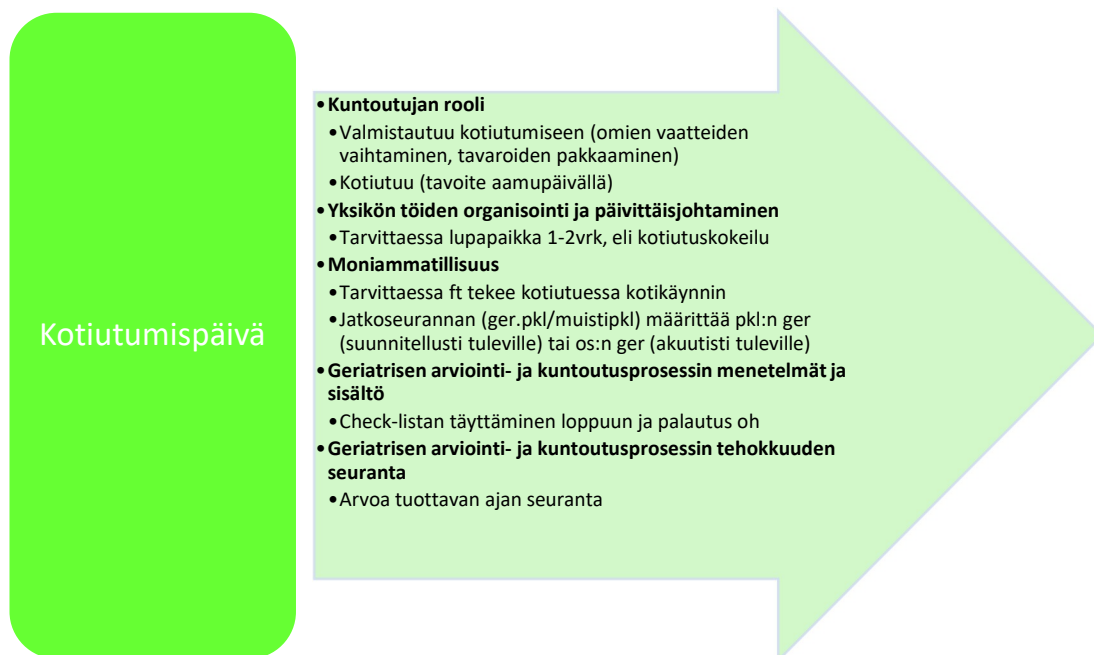


Kuva 13. Osastojakson loppuvaiheen toteutus

**Osastojakson loppupuolella** (kuva 13) kuntoutujan roolina on tuoda esille omia toiveitaan, tarpeitaan ja voimavarojaan ja osallistua päivittäin toteutettavaan kuntoutus- ja/tai virikeryhmiin ja lisäksi osastojakson lopussa pidettävään asiakaskeskusteluun. Moniammatillisuuden kohdalla hoitaja valmistelee kotiutusta, tarvittaessa kotiutusyhdyshenkilön tuella.

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin sisältönä kuntoutujalle on osastojakson loppupuolella asiakaskeskustelu, joka on myös yksi geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmistä. Asiakaskeskusteluun osallistuu kuntoutujan ja omaisen lisäksi kuntoutujaa hoitava hoitaja (sairaanhoitaja tai lähihoitaja), fysioterapeutti, lääkäri sekä mahdollinen kotihoidon edustaja tai palveluohjaaja. Asiakaskeskustelussa muodostetaan yhteisesti kuntoutujalle jatkosuunnitelma, mikä on myös yksi kuntoutusprosessin sisällöistä. Lisäksi sisältönä on toimintakyvyn, ravitsemuksen ja lääkityksen arviointi.

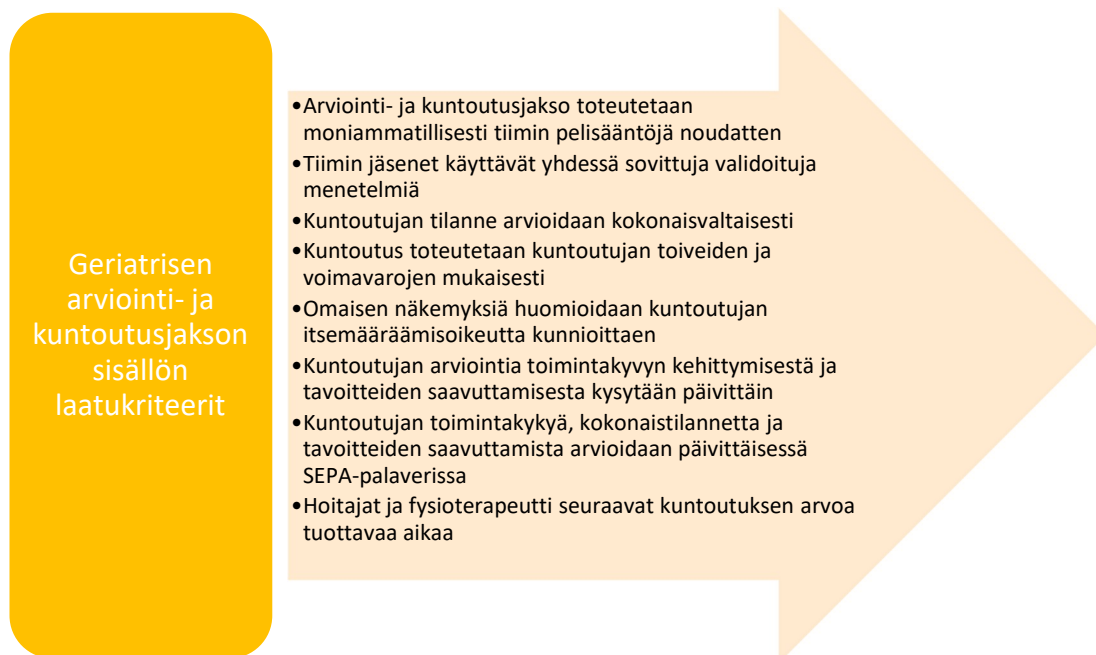
Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelminä on SEPA (seisomapalaveri), fysioterapian yksilöterapiat sekä hoitomääräysten toteuttaminen. Samalla seurataan geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tehokkuutta mittaamalla asiakkaalle arvoa tuottavaa aikaa.



Kuva 14. Kotiutumispäivän toteutus

**Kotiutumispäivänä** (kuva 14) kuntoutujan roolina on valmistautua kotiutumiseen, vaihtaa päälleen omat vaatteet ja pakata tavarat ja kotiutua. Yksikön töiden organisoinnin ja päivittäisjohtamisen kannalta kuntoutujalle voidaan pitää tarvittaessa lupapaikka 1–2 vuorokauden ajan, eli kuntoutuja on kotiutuskokeilussa. Tällöin kuntoutuja voi palata suoraan osastolle, mikäli kotona ei pärjääkään.

Moniammatillisuuden kohdalla fysioterapeutti tekee tarvittaessa kotiuttavan kotikäynnin. Poliklinikan geriatri määrittää tarvittavan seurannan suunnitellusti tulleille kuntoutujille ja osaston geriatri akuutisti tulleille kuntoutujille. Seuranta voi olla käynti Geriatrisella poliklinikalla tai Muistipoliklinikalla. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmänä on check-listan täyttäminen loppuun ja palauttaminen osastonhoitajalle. Samalla seurataan geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tehokkuutta mittaamalla asiakkaalle arvoa tuottavaa aikaa mittaamalla.



Kuva 15. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusjakson sisällön laatukriteerit

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusjakson sisällön laatukriteereiksi (kuva 15) on nostettu moniammatillinen toteutus tiimin pelisääntöjä noudattaen validoitujen menetelmien avulla. Kuntoutuksen toteutuksen pohjana on kuntoutujan omat toiveet ja voimavarat, ja kuntoutujan tilanne arvioidaan osastojakson aikana moniammatillisesti kokonaisvaltaisesti. Osastojakson aikana huomioidaan myös omaisen näkemykset erilaisten kyselyiden ja lomakkeiden sekä keskustelun avulla kuntoutujan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen.

Osastojakson aikana kuntoutujan toimintakykyä ja sen kehittymistä sekä tavoitteiden saavuttamista arvioidaan päivittäin kuntoutujan kanssa keskustellen sekä moniammatillisesti SEPA:ssa. Asiakkaalle arvoa tuottavaa aikaa seurataan päivittäin SEPA:n yhteydessä.

Helmikuussa 2019 tehtyyn Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen jälkeiseen toimintamalliin oli tullut muutoksia. Kuntoutujien osastojakson taustalla on aina geriatrin päätös osastojakson tarpeesta. Kuntoutujan saapuessa osastolle, tulohaastatteluun osallistuu vastaanottavan lähihoitajan tai sairaanhoitajan lisäksi fysioterapeutti ja satunnaisesti myös lääkäri. Hoitosuunnitelman ja kirjaamisen vakioitua mallia on päivitetty vastaamaan paremmin osastojakson tarpeisiin. Arvoa tuottavan ajan seuranta on myös kehitetty erilaisia ajan mittaamis- ja seuraamiskeinoja kokeillen.

### 6.3 Arviointivaihe

*Heinäkuussa 2019 pidettiin työpajan jälkeen kehittämisiltapäivä, jossa selvitettiin **prosessikävelyn** avulla vastausta tutkimuskysymykseen 3: Miltä osin toimintamalli toimii tavoitteen mukaisesti ja miltä osin on vielä kehitettävää? Arvioinnissa hyödynsin kahden hoitajan kanssa tekemäämme geriatrisen osaston toimintamallin prosessikuvausta, jonka pohjalta toimintamallin toimivuutta arviointiin.*

Prosessikävely on menetelmä, jossa prosessin kulkua havainnollistetaan visuaalisesti. Prosessin vaiheet kuvataan fläppitauluille/-papereille, ja asetetaan riittävän suureen tilaan. Jokaisessa prosessin vaiheessa, kävelyn pisteellä, voidaan keskustella ajatuksia herättävistä asioista. Menetelmän avulla saadaan hahmotettua paremmin prosessin kulkua ja kokonaisuuksia. (Innokylä 2012a.) Tämä menetelmä sopi erittäin hyvin toimintamallin juurruttamisvaiheeseen ja arviointivaiheeseen. Prosessikävelyä on harjoiteltu jo syksyllä 2018 osastolla, kun geriatrinen toiminta oli aluillaan. Tuolloin myös työyhteisössä tämä menetelmä koettiin hyvänä uuden toimintamallin sisäistämiseen.

Kehittämisiltapäivään osallistui kaksi pienryhmää, joihin osallistujat esimies oli määritellyt työvuorosuunnittelussa. Pienryhmissä oli vakituisia ja pitkäaikaisia sijaisuuksia tekeviä lähihoitajia ja sairaanhoitajia, toisessa ryhmässä opinnäytetyön tekijän lisäksi kolme hoitajaa ja toisessa neljä hoitajaa. Kehittämisiltapäivää varten varasin tilaksi samassa kerroksessa olevan Kirurgisen kuntoutusosaston päätyaulan, koska siellä oli tilaa liikkua prosessikävelyn mukaisesti. Valmistelin tilan varaamalla seinille valmiiksi suuret paperit ja tussit kirjoittamista varten. Jaottelin paperit valmiiksi kuuteen pisteeseen (kuva 16).



Kuva 16. Kuntoutusjakson eri vaiheet prosessikävelyssä arvioituna

Pienryhmissä kävelimme läpi jokaisen kuntoutusjakson vaiheen, josta osallistujat kirjoittivat seinässä oleville fläppipapereille. Opinnäytetyön tekijänä esitin tarkentavia kysymyksiä tutkimuskysymysten mukaisesti ja kirjasin keskustelun kulkua ylös omiin muistiinpanoihini.

Näiden kehittämisiltapäivien tuotokset, eli fläppipapereille kirjatut ajatukset jokaisesta prosessikävelyn pisteestä, valokuvasin ja sen jälkeen kirjoitin ne Word-tiedostoon sähköiseen muotoon. Tämän jälkeen siirsin alkuperäiset ilmaukset taulukon ensimmäiseen sarakkeeseen, jotta sain jäsenneltyä osallistujien vastauksia teemoittelua varten. Järjestin aineiston taulukkoon jokaisen prosessikävelyn pisteen kohtaan toimiviin ja kehittämistä vaativiin vastauksiin. Toisin sanoen jokaisen pisteen alla ensimmäisenä oli listattu toimivat asiat prosessissa ja tämän jälkeen asiat, jotka vaativat kehittämistä. Seuraavaan sarakkeeseen pelkistin alkuperäisen ilmauksen ja viimeiseen sarakkeeseen teeman.

Kuvassa 17 koottuna analyysivaiheessa esiinnousseet prosessin toimivat asiat jaoteltuna kuntoutusprosessin mukaisesti. Toimivilla kohdilla tarkoitetaan prosessin kohtia, joita ei ole tällä hetkellä tarvetta muuttaa. Kuvassa on esitetty tummennettuna teemat ja vaaleammalla teemoihin liittyvät asiat, jotka osallistajat ovat nostaneet vastauksissaan esille.

Toimivat asiat kuntoutusprosessin käynnistyessä	Toimivat asiat osastojaksolle saapuessa	Toimivat asiat osastojaksos- aikana	Toimivat asiat osastojaksos- lopussa	Toimivat asiat kotiutuessa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutujan rooli               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tavoitteen määrittely</li> </ul> </li> <li>• Yksikön töiden organisointi ja päivittäisjohtaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ennakointi</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö</li> <li>• Suunnitellusti tulevat: suunnitelma, tavoitteen määrittely, testit, omaisten huomiointi, jatkohoidon järjestäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön töiden organisointi ja päivittäisjohtaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vastaanottavan hoitajan nimeäminen, työnjako</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteistyö omaisten kanssa, hoitosuunnitelma, kirjaaminen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkärin ja hoitajan yhteistyö, SEPAAN osallistuminen, kotiutusyhdyshenkilö, kokonaisvaltainen kartoitus</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEPA, kotiutumisen tavoite ja suunnittelu, kotiutussosiaaminen, "ajatus jaksosta", testit, check-lista, kokonaisvaltainen kartoitus, virike- ja kuntoutusryhmät</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotiutusyhdyshenkilön tuki, ydinhenkilöstö kotiututtaa</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEPA, asiakaskestustelu: omaisten huomiointi, tiedonkulku omaisten kanssa, hps akuutisti tulille, kotiutumisen valmistelu, MATTI-osastokäsittely, virike- ja kuntoutusryhmät</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkärin diagnostiikka</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotiutusten valmistelu, testit, SEPA</li> </ul> </li> </ul>

Kuva 17. Kehitetyn toimintamallin toimivat asiat kuntoutusprosessin mukaisesti esitettynä

**Kuntoutusprosessin käynnistymisen** kohdalla toimivina asioina mainittiin kuntoutujan rooli, jolla tarkoitettiin kuntoutujan osallistumista tavoitteen määrittelyyn. Toisena toimivana asiana on yksikön töiden organisointi ja päivittäisjohtaminen, jonka kohdalla esille nostettiin ennakointi ja varautuminen tuleviin osastojaksoihin. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin toimivina menetelminä mainittiin erityisesti suunnitellusti tulevien kuntoutujien kohdalla hyvin tehdyt suunnitelmat osastojaksosa varten. Näistä suunnitelmista löytyy jo valmiiksi osastojaksolla tehtävät testit. Lisäksi toimivana menetelmänä mutta kuitenkin myös kuntoutusprosessin sisältönä niin kuntoutujalle kuin omaisellekin tuotiin esille, että kuntoutujan jatkohoidon järjestäminen on helppoa hyvän suunnitelman avulla. Omaisten huomiointi ennen osastojaksolle saapumista koettiin toimivaksi, koska omaisiin otetaan yhteyttä ennen osastojaksosa.

**Osastojaksolle saapumisen** alle kirjattiin toimivina asioina yksikön töiden organisointi ja päivittäisjohtaminen, jonka kohdalla tarkoitettiin vastaanottavan hoitajan nimeämistä ja hoitajien työnjakoa. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin sisällöistä omaiselle mainittiin toimivaksi tässäkin kohtaa omaisten huomiointi, jonka avulla yhteistyö käynnistyy heti. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmistä toimiviksi luettiin vakioitu kirjaamismalli ja hoitosuunnitelman malli.

**Osastojakson aikana** moniammatillisuuden toimiviksi kohdiksi luettiin lääkärin ja hoitajan välinen yhteistyö ja lääkäreiden automaattinen osallistuminen SEPA:an (seisomapalaveriin) sekä kotiutusyhdyshenkilön apu. Toimivaksi arvioitiin myös moniammatillisen tiimin tekemä kokonaisvaltainen kartoitus kuntoutujan tilanteesta, jonka voisi myös ajatella kuntoutusprosessin sisällöksi kuntoutujalle. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin toimivina menetelminä pidettiin SEPA:a, hyvissä ajoin aloitettua kotiutumisen suunnitelmaa ja tavoitetta erityisesti suunnitellusti tulevien kuntoutujien kohdalla. Osallistujat arvioivat hoitajien kotiuttamisen taidon toimivaksi ja kokivat, että ydinhenkilöstöllä (osaston vakituiset ja pitkäaikaisia sijaisuuksia tekevät lähihoitajat ja sairaanhoitajat) on toiminnan pohjana ajatus jaksosta, eli kuntoutuja on osastojaksolla vain määritellyn ajan. Myös check-listaa pidettiin toimivana ja testien tekemisen seuranta helpottavana.

**Osastojakson lopussa** moniammatillisuudessa toimivana pidettiin ydinhenkilöstön vastuuttamista kotiutuksien hoitamiseen sekä kotiutusyhdyshenkilön tarjoamaa tukea. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin sisältönä kuntoutujalle ja myös omaiselle tärkeimmäksi toimivaksi tekijäksi nostettiin asiakaskeskustelu, jossa omaisella on mahdollisuus keskustella kuntoutujaa hoitavien asiantuntijoiden kanssa. Asiakaskeskustelujen koettiin olevan sopivan pituisia ja toteutuvan hyvin erityisesti suunnitellusti tulevien kuntoutujien kohdalla.

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin toimivina menetelminä esiin nostettiin edelleen asiakaskeskustelu. Asiakaskeskustelu auttaa jatkohoidon järjestämisessä, ja akuutisti tulevien kuntoutujien kohdalla mahdollistaa myös samalla HPS-palaverin (hoito- ja palvelusuunnitelma) pitämisen. Asiakaskeskustelun pohjalta kotiutumisen valmistelu, joka luettiin myös toimivaksi menetelmäksi, on suunnitellumpaa ja selkeämpää.

Toimivat asiat **kotiutuessa** jaoteltiin moniammatillisuuden alle, johon luettiin lääkärin tekemä diagnostiikka, jolla tarkoitettiin tässä yhteydessä esimerkiksi muistisairausdiagnoosin toteamista. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin kohdalla toimiviksi asioiksi luettiin SEPA (seisomapalaveri), osastojakson aikana tehdyt testit ja huolellisesti valmisteltu kotiutus.



Kuvassa 18 koottuna analyysivaiheessa esiinnousseet prosessin toimimattomat asiat jaoteltuna kuntoutusprosessin mukaisesti. Toimimattomilla asioilla tarkoitetaan asioita, joihin ei voida Geriatriassa arviointi- ja kuntoutusyksikössä vaikuttaa, vaan niiden ratkaisuihin voi vaikuttaa vain organisaation ylemmät tahot.

Toimimattomat asiat kuntoutumisprosessin käynnistyessä	Toimimattomat asiat osastojaksolle saapuessa	Toimimattomat asiat osastojakson aikana	Toimimattomat asiat osastojakson lopussa	Toimimattomat asiat kotiutuessa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön töiden ja päivittäistoiminnan johtaminen</li> <li>• Psyk. kuntoutujat (resurssit)</li> <li>• Yksikön toiminnasta tiedottaminen</li> <li>• Tulokriteerit</li> <li>• Geriatriksen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö</li> <li>• Missio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutujan rooli</li> <li>• Osastolle saapuminen eri aikaan kuin kutsuttu</li> <li>• Lähettävän yksikön rooli</li> <li>• Tuloaika</li> <li>• Yksikön töiden ja päivittäistoiminnan johtaminen</li> <li>• Resurssit, kiire, vastaanottamiseen tilat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön töiden ja päivittäistoiminnan johtaminen</li> <li>• Lyhytaikaiset sijaiset, psyk. kuntoutujat, vierihoidettavat kuntoutujat</li> <li>• Moniammatillisuus</li> <li>• Lääkäriresurssit, lääkäreiden työn jako</li> <li>• Geriatriksen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö</li> <li>• Testit (muut kuin ger lähettämät)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatillisuus</li> <li>• Lääkärin työtahti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön töiden ja päivittäistoiminnan johtaminen</li> <li>• Kiire, resurssit</li> <li>• Geriatriksen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö</li> <li>• Lääkemuutokset</li> </ul>

Kuva 18. Kehitetyn toimintamallin toimimattomat asiat kuntoutusprosessin mukaisesti esitettynä

**Geriatriksen arviointi- ja kuntoutusprosessin käynnistymisen** kohdalla toimimattomiksi asioiksi töiden organisoinnissa ja päivittäistoiminnan johtamisessa arviointiin psykiatristen kuntoutujien vaatimien henkilökuntaresurssien riittämättömyys. Yksikön toiminnasta tiedottamisessa toimimattomana pidettiin tulokriteerejä, jonka seurauksena osastolle tullaan ”väärin perustein”, esimerkiksi infektion aiheuttaman sekavuuden vuoksi. Tällöin asiakas ei ohjaudu osastolle, jossa hänelle olisi tarjolla oikeanlainen hoito.

**Osastojaksolle saapumisessa** kuntoutujan saapumista osastolle eri aikaan kuin kutsussa on kerrottu, pidettiin toimimattomuuteen luokiteltavana asiana. Lähettävän yksikön rooli akuutisti saapuvien kuntoutujien kohdalla korostuu myös toimimattomana, koska lähettävä yksikkö lähettää kuntoutujat jatkohoittoon heille parhaiten sopiviin aikoihin. Yksikön töiden organisoinnissa ja päivittäistoiminnan johtamisessa toimimattomaksi lueteltiin henkilökuntaresurssit, kiire ja vastaanottamiseen soveltuvien tilojen puute, minkä vuoksi kuntoutuja voi joutua odottamaan huoneen vapautumista osaston päätyaulassa eikä rauhallista vastaanottoa voida heti järjestää.

**Osastojakson aikana** toimimattomana pidettiin yksikön töiden organisoinnin ja päivittäistoiminnan johtamisen kohdalla psykiatrisia ja/tai vierihoidettavia kuntoutujia, joiden koettiin asettavan haasteita muiden kuntoutujien jakson onnistumiselle. Myös lyhytaikaisten sijaisten koettiin lisäävän painetta osaston ydinhenkilöstölle, joiden vastuulla on esimerkiksi kotiutusten järjestäminen. Lyhytaikaisten sijaisten koettiin myös hidastavan esimerkiksi kotiutusten suunnittelua ja valmistelua, koska kuntoutujien tilanne ei ole heille yhtä selkeä kuin ydinhenkilöstölle.

Moniammatillisuuden, mutta myös yksikön töiden organisoinnin ja päivittäistoiminnan johtamisen, alle lueteltiin lääkäriresurssit ja lääkäreiden keskinäinen työnjako. Koettiin, että luvattu säännöllinen geriatriin osastolla olo (kolmena päivänä viikossa) ei ole toteutunut. Geriatriin arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmien kohdalla koettiin, että muun kuin geriatriin lähettämänä saapuville kuntoutujille ei ole valmiiksi määritelty tehtäviä testejä.

**Osastojakson lopussa** toimimattomana koettiin moniammatillisuuden osalta lääkärin työtahti. Tämän koettiin hidastavan kotiutusten järjestämistä.

**Kotiutuessa** toimimattomana pidettiin yksikön töiden organisoinnin ja päivittäistoiminnan johtamisen osalta edelleen resursseja ja kiirettä, minkä vuoksi kotiutumiset aamupäivisin eivät onnistu vaan kotiutumiset ovat iltapäivällä. Tämän seurauksena huoneita ei ole vapautunut tuleville kuntoutujille. Geriatriin arviointi- ja kuntoutusprosessin toimimattomana menetelmänä pidettiin viime hetkellä tehtäviä lääkemutoksia.

Kuvassa 19 koottuna analyysivaiheessa esiin nousseet prosessin kehittämiskohteet jaoteltuna kuntoutusprosessin mukaisesti. Kehittämiskohteet prosessissa tarkoittaa asioita, joita voidaan kehittämistoimilla parantaa.

Kehittämiskohteet kuntoutusprosessin käynnistyessä	Kehittämiskohteet osastojaksolle saapuessa	Kehittämiskohteet osastojakson aikana	Kehittämiskohteet osastojakson loppupuolella	Kehittämiskohteet kotiutuessa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lähettävän yksikön rooli               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esitiedot, raportti, lääkelistat</li> </ul> </li> <li>• Yksikön toiminnasta tiedottaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulokriteerit</li> </ul> </li> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulosanelu</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pkl ja jakson ero, kutsu, kotiutumisen suunnitelma</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruokatilaus</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-lista, kirjaaminen, hoitosuunnitelma</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön töiden ja päivittäistoiminnan johtaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilat, kiire, resurssit, tiedonsiirto/KEPA, koulutus, perehdytys, keskeytykset</li> </ul> </li> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkärinkierto, moniammatillisuus</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testien teon ajankohta ja paikka, virikeryhmien järjestäminen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön töiden ja päivittäistoiminnan johtaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakaskeskustelun ajankohta, henkilöstön sitoutuminen</li> </ul> </li> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotiutustiimi, työnjako kotiutuksissa</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotiutusten valmistelu</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön töiden ja päivittäistoiminnan johtaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiire, resurssit, kotiutusten ajankohta</li> </ul> </li> <li>• Moniammatillisuus               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotiutus "kiireellä"</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmät ja sisältö               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kotiutusten järjestäminen, check-lista, yhteenveto, ateriapaketit, verikoekontrollit</li> </ul> </li> <li>• Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tehokkuuden seuranta               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palautelomake</li> </ul> </li> </ul>

Kuva 19. Kehitetyn toimintamallin kehittämiskohteet kuntoutusprosessin mukaisesti esitettynä

Kehittämiskohteita nostettiin esille paljon. Osallistujien vastauksissa useat kehittämiskohteiksi nimetyt asiat löytyvät myös toimivien ja toimimattomien asioiden joukosta. Osa osallistujista oli myös sitä mieltä, että näitä asioita voi kehittää toimivammiksi.

**Kuntoutusprosessin käynnistymisessä** kehittämiskohteena nähtiin lähettävän yksikön toiminnan hiominen siten, että kuntoutujasta saataisiin riittävät esitiedot, esimerkiksi lääkityksestä. Yksikön toiminnasta tiedottamisesta ehdotettiin uudelleen määriteltäväksi tulokriteerit ja niistä tiedottaminen yhteistyötahoille.

Moniammatillisuudessa tuotiin esille tulosaneluissa olevat päällekkäisyydet, mikä johtuu osaston lääkäritilanteesta. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmistä kehittämistä kaipasi kutsujen lähettämiseen ja niihin liittyvien tietojen kirjaaminen. Lisäksi tärkeänä kehittämiskohteena nähtiin ero yhden yön kävijöiden (poliklinikkakäyntiä edeltävän yön) ja osastojaksolaisten välillä sekä kotiutumisen suunnitelman aloittaminen jo ennen osastojakson alkamista.

**Osastojaksolle saapuessa** kehittämiskohteena nähtiin moniammatillisuuden kohdalla sairaanhoitajien ja lähihoitajien tekemä ruokatilaus, joka usein saattaa jäädä tekemättä. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmistä kehittämistä kaipasi check-lista, kirjaaminen ja hoitosuunnitelma. Kirjaamismalli oli todettu toimivaksi, mikäli sen mukainen kirjaaminen aloitettiin heti osastojakson alkaessa, mutta myöhemmin jakson aikana ei kirjaamismallia muutettu osastolla käytettyyn muotoon.

**Osastojakson aikana** tapahtuvista asioista kehittämistä vaati yksikön töiden organisoinnin ja päivittäistoiminnan johtamisen kohdalla kiire, henkilökuntaresurssit ja työn jatkuvat keskeytykset. Tilojen käytännöllisyys nousi myös esille, koska nyt ei ole rauhallista tilaa esimerkiksi testien tekemistä varten. Lisäksi koettiin, että kerran viikossa pidettävä KEPA (kehittämispalaveri) ei riitä tiedonkulkuun osaston tapahtumista. Lisäksi kehittämiskohteeksi nousi myös uusien työntekijöiden perehdytys ja kaikkien työntekijöiden koulutus.

Moniammatillisuuden kohdalla kehittämiskohteeksi nousi lääkärinkierto, johon kaivattiin vakiointia. Moniammatillista yhteistyötä eri tahojen kanssa haluttiin myös kehittää ja hyödyntää enemmän. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin sisällöstä kuntoutujalle kehittämiskohteeksi nousi virikeryhmien pitäminen myös viikonloppuisin. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmien kehittämiskohteeksi esiin nostettiin testit ja niiden tekemisen ajankohta ja paikka.

**Osastojakson loppupuolella** kehittämiskohteina nähtiin yksikön töiden organisoinnin ja päivittäistoiminnan johtamisen kohdalla henkilöstön sitoutuminen työhön ja uuden oppimiseen. Kehittämiskohteeksi nostettiin myös asiakaskeskustelun ajankohta, ettei samana päivänä olisi useampaa asiakaskeskustelua ja ajankohta olisi hyvissä ajoin ennen kotiutumista.

Moniammatillisuuden osalta kehittämiskohteeksi nousi yhteistyö kotiutustiimin kanssa ja työnjako kotiutuksissa, ettei päällekkäistä työtä syntyisi. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmistä kehittämistä kaipasi kotiutusten valmistelu.

**Kotiutuessa** kehittämiskohteena nähtiin yksikön töiden organisoinnin ja päivittäistoiminnan johtamisen osalta kiire, henkilökuntaresurssit ja kotiutusten ajankohta. Koettiin, että aamupäivällä tapahtuvat kotiutukset eivät onnistu hoitamattomien asioiden vuoksi. Moniammatillisuuden kohdalla esille nousi lääkärin päättämät ”kiireellä” tapahtuvat kotiutukset.

Geriatrisen arviointi ja kuntoutusprosessin sisällöistä kuntoutujalle ja menetelmistä kehittämiskohteeksi nousi kotiutusten järjestäminen, ateriapakettien hyödyntäminen, verikoekontrollien järjestäminen ja tiedottaminen jatkohoidon järjestävälle taholle. Koettiin, että esimerkiksi yhteenvedon tekemiseen ei ole aikaa. Myös check-listan koettiin kaipaavan vielä jatkokehittämistä ja yksinkertaistamista.

## **7 JOHTOPÄÄTÖKSET**

Tähän toimintatutkimuksena toteutettuun opinnäytetyöhön liittyvä Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toiminnan kehittäminen kesti kevään ja kesän 2019. Tätä ennen toteutettiin Sujuvat kuntoutuspolut -valmennus, joka ajoittui syksystä 2018 kevääseen 2019. Sujuvat kuntoutuspolut-valmennuksen ja opinnäytetyön yhteensovittaminen toi sekä osastolla tapahtuneeseen kehittämiseen että opinnäytetyöhön selkeän aikataulun. Haasteena oli opinnäytetyön tekijänä rajaaminen valmennuksen ja opinnäytetyöprosessin välillä. Toimintatutkimukseen osallistui noin puolet osaston vakituisesta henkilökunnasta ja pitkäaikaisista sijaisista.

Toimintatutkimuksen toteutusvaiheessa ensimmäiseen kehittämisiltapäivään (aivoriihi) osallistui kuusi osaston vakituista ja pitkäaikaisia sijaisuuksia tekevää hoitajaa, jotka ovat lähihoitajia ja sairaanhoitajia sekä osaston fysioterapeutti ja opinnäytetyön tekijä. Toteutusvaiheessa työpajaan osallistui opinnäytetyön tekijän lisäksi osaston vakituisista hoitajista lähihoitaja ja sairaanhoitaja. Toimintatutkimuksen arviointivaiheessa viimeisessä kehittämisiltapäivässä (prosessikävely) osallistujia oli yhteensä seitsemän lähihoitajaa ja sairaanhoitajaa opinnäytetyön tekijän lisäksi. Osastolla työskentelevä geriatritti eikä lääkäri osallistuneet kehittämisiltapäiviin eikä työpajaan.

*Asiakaslähtöisyyden* kehittämistarve havaittiin jo ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä, ja tunnistettiin tarve kuntoutujalähtöiselle tavoitteen asettelulle. Kuntoutujaa vastaanottaessa vastaanottava hoitaja (lähihoitaja tai sairaanhoitaja) ja fysioterapeutti selvittävät kyllä kuntoutujan omaakin tavoitetta, mutta tähän ei ole vielä vakioitua mallia, esimerkiksi GAS:ia (Goal Attainment Scaling). Tätä ei kuitenkaan toimintatutkimuksen aikana vielä kehitetty, vaan se asetettiin viimeisessä kehittämisiltapäivässä edelleen kehittämiskohteeksi.

Ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä kehittämiskohteeksi nostettiin asiakaslähtöisyyden osalta myös palvelusta hyötyvien kuntoutujien löytäminen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan myös *yksikön toiminnasta tiedottamista* osastoesitteen jakamista tehostamalla ja tulokriteerien selkeämmällä määrittelyllä ja niistä tiedottamalla.

*Kuntoutujan roolista* toimivaksi arvioitiin viimeisessä kehittämisiltapäivässä kuntoutusjakson käynnistyminen kuntoutujan suostumuksella. Kuntoutuja osallistuu osastojakson aikana päivittäin järjestettäviin virike- ja kuntoutusryhmiin. Näiden ryhmien todettiin toimivan ainakin arkisin, mutta edelleen kehittämistarvetta on ryhmien järjestämisessä viikonloppuisin.

Toimintatutkimuksen aikana onnistuttiin kehittämään *moniammatillisuudessa* geriatrin roolia niin, että osastojaksolle ottamisesta päättää aina geriatri. Geriatri osallistui vain muutamiin valmennuksen aikana pidettyihin isoihin palaverihin, mutta ei osallistunut toimintatutkimuksen aikana pidettyihin kehittämisiltapäiviin eikä työpajaan. Geriatrien ja lääkärin työnjaon selkeä määrittely havaittiin kehittämiskohteeksi jo ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä, mutta nostettiin uudelleen esille myös viimeisessä kehittämisiltapäivässä. Tähän vaikuttaa osastotyössä vaihtuvat lääkärit ja se, että geriatrien täytyisi määrittellä yhteisesti työnjako selkeämmäksi.

Myös moniammatillista vastaanottoa kehitettiin siten, että tulohaastatteluun osallistuu kuntoutujan ja hoitajan lisäksi myös fysioterapeutti ja satunnaisesti lääkäri. Lisäksi työnjakoa on kehitetty toimivammaksi. Tiimin pelisäännöt ja fysioterapeutin rooli arvioitiin jo ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä toimivaksi, eikä niitä tarvinnut päivittää. Kotiutusyhdyshenkilön tuki haastavien kotiutusten järjestämisessä koettiin toimivaksi.

Edelleen kehittämiskohteina nähtiin yhteistyön tiivistäminen lähettävän tahon kanssa, esitietojen, raportoinnin ja lääkelistojen tiimoilta. Myös moniammatillisen yhteistyön lisääminen eri yhteistyötahojen, esimerkiksi sosiaalityöntekijä tai farmaseutti, koettiin kehittämiskohteeksi jo ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä. Tämä todettiin kehittämiskohteeksi uudelleen myös viimeisessä kehittämisiltapäivässä.

*Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusjakson menetelmistä ja sisällöistä* kirjaamisen ja hoitosuunnitelman vakioituja malleja päivitettiin vastaamaan paremmin niin kuntoutujan kuin osaston toiminnan tarpeisiin, mutta kuntoutujan näkökulmaa näissä malleissa ei huomioitu.

Toimiviksi arvioitiin SEPA (seisomapalaveri), jossa muodostetaan selkeät tavoitteet ja aikataulut kuntoutujien jaksolle ja kotiutumiselle. Myös ydinhenkilöstön tietotaito kotiuttamiseen koettiin olevan riittävä. Osastojakson aikana pidettävä asiakaskeskustelu nousi toimivana esille sekä helmikuussa että heinäkuussa pidetyissä kehittämisiltapäivissä. Asiakaskeskustelua varten tehty vakioitu runko helpottaa asiakaskeskustelun pitämistä.

Erilaiset vakioidut menetelmät, kuten check-listan täyttäminen, SEPA, kotiutusten valmistelu ja järjestäminen, oli luokiteltu sekä jo toimivien asioiden että kehittämistä vaativien asioiden kohtaan. Tähän vaikuttaa osallistujien yksilöllinen kokemus ja näkökulma. Vaikka asiat on arvioitu toimiviksi, voi niitä kehittää vastaamaan yhä paremmin osaston toiminnan tavoitteisiin.

Tuloksissa nousi voimakkaasti esille osallistujien kokemus henkilökuntaresurssien puutteesta ja kiireestä *yksikön töiden organisointiin ja päivittäisjohtamiseen* liittyen. Vaikka toimintamallia ja prosessia on kehitetty ja toimintoja vakioitu, tuntemus kiireestä ja henkilökuntaresurssien vähäisyydestä ei ole ensimmäisen ja viimeisen kehittämisiltapäivän välillä vähentynyt. Kiireen ja henkilökuntaresurssien koettiin vaikuttavan arkikäytäntöjen haasteena kuntoutujien vastaanottamisen yhteydessä, kotiutusten valmisteluun ja työn jatkuviin keskeytyksiin. Tilojen koettiin olevan riittämättömät esimerkiksi asiakaskes-

kusteluiden järjestämiseen ja kotiutusten valmisteluun. Tähän kehittämiskehdo-  
tuksena osallistujat toivat esille osaston ison kylpyhuoneen vähäisen käytön,  
ja ehdottivat sen muuttamista pieneksi neuvotteluhuoneeksi.

Toimintatutkimuksen arviointivaiheessa viimeisessä kehittämisiltapäivässä  
esille nousi myös henkilöstön sitoutuminen. Osa osallistujista koki sitoutumi-  
sen olevan hyvää, osa koki tarvetta sitouttaa henkilöstöä paremmin toiminta-  
mallin mukaiseen toimintaan. Molemmissa kehittämisiltapäivissä esille nostet-  
tiin myös perehdytyksen ja koulutuksen tarve. Perehdytystä on kehitetty myös  
toimintatutkimuksen aikana, mutta sitä ei vielä koettu riittäväksi. Koulutusta  
toivottiin koko henkilökunnalle. Koulutuksen tarve ei vähene, koska sosiaali- ja  
terveysala muuttuu ja kehittyy koko ajan.

Lisäksi *geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tehokkuuden seurannassa*  
asiakkaalle arvoa tuottavan ajan seuranta koettiin haasteeksi. Seurannan to-  
teuttamiseksi osastolla kokeiltiin useita erilaisia menetelmiä ja sen kehittämi-  
nen jatkuu osastolla edelleen. Viimeisessä kehittämisiltapäivässä kehittämis-  
kohteeksi nostettiin myös palautelomakkeiden kerääminen kuntoutusjaksolai-  
silta. Tätä on kehitetty toimintatutkimuksen aikana, mutta edelleen sen koettiin  
vaativan kehittämistä.

## **8 POHDINTA**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja arvioida Geriatrisen arviointi- ja kun-  
toutusyksikön kehittämistä moniammatillisesta näkökulmasta Sujuvat kuntou-  
tuspolut -valmennuksen jälkeen. Ensimmäinen arvio tehtiin toimintatutkimuk-  
sen toteutusvaiheessa kehittämisiltapäivässä heti valmennuksen päätyttyä  
helmikuussa 2019. Toteutusvaiheessa heinäkuussa 2019 pidettiin työpaja toi-  
mintamallin kuvaamista varten ja tämän jälkeen toimintatutkimuksen arviointi-  
vaiheessa kehittämisiltapäivä toimintamallin arviointia varten. Kehittäminen  
eteni selkeärytmisesti.

Kokonaisuudessaan Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön kehittämispro-  
sessi oli tuottoisa, koska sen aikana kehitettiin toimiva toimintamalli Geriatri-  
seen arviointi- ja kuntoutusyksikköön. Luomala ym. (2008) tuo esille, että  
muutoksessa on muistettava määritellä tavoitteet ja perustelut muutokselle,



koska ilman niiden määrittelyä ei voi seurata muutosten onnistumista. Muutosjohtamisessa on huomioitava ihmisten yksilölliset tarpeet ja organisaation tavoitteet. (Luomala 2008, 4–5.) Hoitohenkilökunta osallistui kehittämiseen mielellään pienen alussa olleen jähmeyden ja alun muutosvastarinnan jälkeen. Muutosvastarintaa ilmeni työyksikössä tapahtuneiden suurten muutosten (muutto, työyksikön muuttuminen Geriatriiseksi arviointi- ja kuntoutusyksiköksi) jälkeisenä kehittämistoimenpiteiden vastustuksena.

Jotta tapahtunut kehittäminen sekä valmennuksen että toimintatutkimuksen aikana olisi ollut aidosti moniammatillista, olisi siihen täytynyt osallistaa kunnolla myös osastolla työskentelevä geriatri ja lääkäri. Nyt kehittämiseen ja toimintatutkimukseen osallistui pääasiassa osastolla työskentelevät sairaanhoitajat ja lähihoitajat sekä osaston fysioterapeutti. Valmennuksessa mukana oli poliklinikan toiminnasta vastaava geriatri, mutta ei osaston geriatria. Osaston geriatri osallistui satunnaisesti vain kehittämiseen liittyviin suurempiin palavereihin, kun varsinainen kehittämistyö ja toimintatutkimus toteutettiin osaston sairaanhoitajien ja lähihoitajien, fysioterapeutin sekä esimiesten taholla.

Luomalan (2008) mukaan aina muutoksen keskeiset henkilöt eivät ole hierarkiassa korkealla, vaan niitä, jotka muutoksen tekevät siellä, missä muutos tehdään. Onnistuneessa muutosjohtamisessa on otettava heidät mukaan jo heti ideointivaiheessa. Näiden avainhenkilöiden, muutosagenttien, lisäksi on huomioitava resurssit. Myös johdon sitouttaminen muutokseen ja onnistunut tiedottaminen ovat edellytyksiä onnistumiselle. Geriatriassa arviointi- ja kuntoutusyksikössä kehittämiseen varattiin resursseja ja aikaa.

Toimintatutkimuksen toteuttamiseen aikaa varattiin ennalta sovittuihin iltapäiviin. Kaikki osastolla tuolloin työvuorossa olleet hoitajat eivät päässeet osallistumaan kehittämisiltapäiviin ja työpajaan, koska osastolla on aina oltava henkilökuntaa paikalla. Työvuorosuunnittelussa oli kuitenkin huomioitu, että mahdollisimman moni vakituinen hoitaja ja pitkäaikaisia sijaisuuksia tekevät hoitajat pääsivät osallistumaan toimintatutkimuksen toteuttamiseen. Toimintatutkimuksen etenemisestä kerrottiin osastolla yleisesti opinnäytetyön tekijän ollessa työvuoroissa. Opinnäytetyön tekijän jäädessä äitiyslomalle, toimintatutkimuksen etenemisestä kerrottiin yhteisissä kehittämisiltapäivissä ja työpajassa.

Osaston kehittämiseen liittyvää tiedottamista tehostettiin, erityisesti KEPA:n (kehityspalavereiden) myötä. Toki vuorotyötä tekevien ihmisten joukossa tiedottaminen koetaan ajoittain haasteelliseksi, vaikka palavereista tehdään muistiot ja PDSA-lomakkeet ovat kaikkien näkyvillä taululla. Esimiehet hyödynsivät muutokseen sitoutuneita ihmisiä, muutosagentteja, jo heti toiminnan suunnittelun alusta lähtien. Muutosagenttien avulla esimiehet saivat levitettyä innostusta muutokseen ja kehittämiseen koko työyhteisöön. Tämä näkyi toimintatutkimuksessa aktiivisena osallistumisena kehittämisiltapäivissä ja työpaikassa.

### **8.1 Tuotosten ja tulosten tarkastelu**

Koko kehittämisprosessin aikana muodostetun toimintamallin tarkoituksena on kartoittaa geriatrisen kuntoutujan tilanne kokonaisvaltaisesti ja tukea moniammatillisesti kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Tämän opinnäytetyön viitekehyksessä esille nostetut seikat erityisesti kuntoutujan kokonaisvaltaisesta arvioinnista ja kuntoutuksesta toimivat myös Siilaisen kuntoutumiskeskuksen Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä. Tulosten tarkastelussa pohjasin myös ICF-luokitukseen (ICF 2004, Paltamaan & Anttilan 2015, 16 mukaan), jonka avulla kuntoutujan tilannetta pohditaan kokonaisvaltaisesti.

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamalli on rakennettu yhdessä hoitotyöntekijöiden ja fysioterapeutin kanssa nykytilankuvauksen ja ihannetilän pohjalta. Toimintoja on vakioitu, jotta hoito, kuntoutus ja arviointi olisivat kaikille kuntoutujille yhtä laadukasta. Osastojakson tavoitteena on, että kuntoutuja saa laadukasta hoitoa, arviointia ja kuntoutusta. ICF-mallin mukaisesti tavoitteena on kohdata kuntoutuja yksilönä, toimijana, jonka toimintakykyyn vaikuttavat terveydentila, ympäristötekijät, yksilötekijät, kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen. Pyrkimyksenä on vahvistaa näitä osa-alueita osastojakson aikana, jotta kuntoutuja selviäisi omasta arjestaan omassa elinympäristössään mahdollisimman hyvin.

Kermisen ym. (2019, 5) mukaan toimintakykyä on arvioitava heti osastolle tullessa, osastojakson aikana, kotiutuessa sekä sen jälkeen. Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessissa tämä toimii osastolle saapuessa, osastojakson

aikana sekä kotiutuessa. Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (GCA) on tärkeää toteuttaa systemaattisesti, kokonaisvaltaisesti ja potilaskeskeisesti. Mittareiden tulisi olla validoituja. (Laurila s.a.) Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä arviointi toteutetaan systemaattisesti, kokonaisvaltaisesti ja kuntoutujakeskeisesti kaikille osastolle tuleville kuntoutujille. Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi aloitetaan heti osastolle saapumisen jälkeen arvioimalla kuntoutujan toimintakykyä. Osastojakson aikana selvitetään jokaisen kuntoutujan kohdalla kuntoutujan terveydentila, ympäristö- ja yksilötekijät, kehon toiminnot ja rakenteet sekä kuntoutujan suorituksia ja osallistumista.

Jokaisen kuntoutujan kohdalla tulisi arvioida ravitsemusta, kaatumisriskiä, painehaavariskiä, liikkumista ja arkisuoriutumista (Kerminen ym. 2019, 5–11). Opinnäytetyön tulosten mukaan geriatrit määräävät kuntoutujille tehtäväksi validoituja mittareita (esimerkiksi MMSE, GDS-15), mutta kaikille kuntoutujille ei välttämättä tehdä samoja mittauksia, vaan ne määrätään yksilöllisesti kuntoutujan tarpeen mukaan. Geriatria kuntoutusta toteutetaan kuntoutujan omat voimavarat huomioiden kuntoutujan tavoitteiden mukaisesti.

Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin tavoitteiden asettelussa tulisi painottaa vielä enemmän kuntoutujan omia tavoitteita. Tavoitteet muodostetaan yhdessä monialaisen työryhmän kanssa. Tavoitteiden määrittelyssä tulisi käyttää kuntoutujan tavoitteiden lisäksi kuntoutujan arviointitietoa. (Kerminen ym. 2019, 11.) Tämä on havaittu kehittämistarpeena myös Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä. Kuntoutujälähtöisyys olisi tärkeää huomioida jo tavoitteita asetettaessa.

ICF:n mukaisesti kuntoutusjakson aikana täytyy seurata kuntoutujan toimintakykyä. Myös suoritusten seuraaminen on tärkeää, koska niiden avulla saadaan selville kuntoutujan toimintakyky yksilöllisestä näkökulmasta. ICF:n mukaan myös kuntoutujan osallistumista täytyy seurata, jotta voidaan arvioida toimintakykyä yhteisöllisestä näkökulmasta. (ICF 2004, Paltamaan & Anttilan 2015, 16 mukaan.) Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin aikana keskitytään paljon kuntoutujan toimintakykyyn ja toimintarajoihteisiin. Suorituksia seurataan ja arvioidaan erilaisten testien ja mittausten avulla. Osallistumisen seuraaminen ja vahvistaminen tapahtuu kannustamalla kuntoutujaa osallistumaan

osaston yhteisiin virike- ja kuntoutusryhmiin. ICF:n ilmenemisen kuvaus prosessin aikana jäi pinnalliselle tasolle.

Toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin liittyen suuressa roolissa geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusprosessissa ovat myös kehon toiminnot, joilla tarkoitetaan elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden alle luettaviin ruumiin rakenteisiin luetaan ruumiin anatomiset osat eli elimet, raajat ja niiden rakenteet. (ICF 2004, Paltamaan & Anttilan 2015, 16 mukaan.) Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin aikana selvitetään kuntoutujan kehon toimintoihin liittyvät asiat ja yleinen terveydentila, koska pienetkin poikkeamat kehon toiminnoissa voivat vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn.

ICF:n mukaan huomioidaan myös kontekstuaalisista tekijöistä kuntoutujan sosiaalinen ympäristö. Tämän lisäksi huomiota kiinnitetään ympäristötekijöistä kuntoutujan fyysiseen ympäristöön. (ICF 2004, Paltamaan & Anttilan 2015, 16 mukaan.)

Kuntoutujan sosiaalisen ympäristön huomioiminen on nostettu tärkeään rooliin Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä. Osastojakson aikana kuntoutuja osallistuu yhteisiin virike- ja kuntoutusryhmiin. Monet kuntoutujista ovat yksinäisiä, eikä kodin ulkopuolelle tule lähdettyä. Asiakaskeskustelussa otetaan esille sosiaalinen ympäristö, ja tarvittaessa pyritään etsimään keinoja vahvistaa kuntoutujan sosiaalista ympäristöä hänen omassa arjessaan. Kuntoutujan sosiaalisen ympäristön vahvistamiseksi osastolla on tarjolla paljon esitteitä erilaisista viriketoiminnoista, päiväkuntoutus-ryhmistä ja kolmannen sektorin palveluista. Kotiutumisen jälkeisen viriketoiminnan järjestäminen koettiin kuitenkin edelleen kehittämiskohteeksi. Omaisten huomioimiseen on kiinnitetty erityistä huomiota ja omaiset saavat äänensä kuuluviin osastojakson aikana. Myös kuntoutujan fyysinen ympäristö huomioidaan fysioterapeutin tekemällä kotikäynnillä.

Kontekstuaalisten tekijöiden yksilötekijöiden mukaisesti osastojaksolla pyritään huomioimaan kuntoutujan tausta ja elämänkokemus (ICF 2004, Paltamaan & Anttilan 2015, 16 mukaan). Kuntoutujan taustaa ja elämänkokemusta täytyisi nostaa enemmän esille geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin aikana, koska yksilötekijöillä on tärkeä vaikutus kuntoutujaan kokonaisuutena.

Tähän liittyen työpajassa tai kehittämisiltapäivissä ei kuitenkaan noussut esille kehittämisehdotuksia eikä ajatuksia. ICF-viitekehyksen hyödyntäminen jo kehittämisiltapäivissä ja työpajassa arviointikriteerinä olisi voinut auttaa osallistujia huomioimaan myös näitä asioita.

Kuntoutujalle järjestetään jatkohoitoa ja tarvittaessa jatkokuntoutusta kotiin. Halminen (2012, 8) ja Kerminen ym. (2019, 13–15) korostavat jatkoseurannan tärkeyttä. Ilman jatkoseurantaa voi kuntoutuja saada vääriä, hyödyttömiä palveluita. Tämä on huomioitu Geriatriassa arviointi- ja kuntoutusyksikössä siten, että usein kuntoutujalle määritellään seuranta Geriatrialle poliklinikalle tai Muistipoliklinikalle, tai seuranta toteutetaan kotihoidon turvin. Tärkeää on kotiutumisen lähestyessä olla yhteydessä kotona tai jatkohoitopaikassa oleviin kuntoutujan läheisiin ihmisiin ja sopia tarkasti jatkohoidosta. Asiakaskeskustelu on tähän hyvä keino. Asiakaskeskustelussa saadaan myös kuntoutujan ja omaisten kanssa muodostettua yhteinen näkemys kotiin tarvittavista tukipalveluista kuntoutujan arjen tukemiseksi. Mikäli jatkoseurantaa ei ole järjestetty Geriatrialle poliklinikalle tai Muistipoliklinikalle, ei kuntoutujan tulevaisuuden toimintakyvystä tule tietoa Geriatriaseen arviointi- ja kuntoutusyksikköön. Yksikössä ei tällöin ole tietoa, seurataanko kuntoutujan edistymistä kotiutumisen jälkeen ja millä mittareilla.

Kuntoutujalähtöisyyden vahvistaminen tuli selkeästi esille tuloksissa. Sekä kehittämisiltapäivissä että työpajassa keskityttiin enemmän työntekijälähtöisesti kuvaamaan toimivia, toimimattomia ja kehitettäviä kohteita. Kuntoutusprosessin kehittäminen tapahtui hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta, eikä kehittämisiltapäivissä tai työpajassa noussut esille, miltä kuntoutusprosessi näyttää kuntoutujan näkökulmasta. Kuntoutujalähtöisiä kehittämiskohteita, toimivia tai toimimattomia kohteita tuli esille vain vähän. Kaikessa toimintamallin mukaisessa toiminnassa kuitenkin pyritään toimimaan kuntoutuja edellä, mutta kaikessa kehittämisessä täytyisi huomioida toiminnan lähteminen kuntoutujasta ja hänen tarpeistaan.

Kermisen ym. (2019, 8) mukaan arvioinnissa tulisi hyödyntää monialaisuutta eli ammattitaitoa eri ammattiryhmien edustajilta. Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä moniammatillisuus. Moniammatillisuudella tarkoitetaan kuntou-

tujan kokonaisuuden hyväksi tehtävää eri asiantuntijoiden yhteistyötä. Moniammatillisuuden tulee vahvistaa asiakaslähtöisyyttä, vuorovaikutuksellista yhteistyötä ja rajojen ylittämistä. Kaikkien asiantuntijoiden tasa-arvoinen osallistuminen mahdollistaa kaikkien asiantuntijoiden näkökulman kuulemisen. (Isoherranen 2005, 13–15, 79; Jeglinsky & Kukkonen 2016, 393–394.)

Toimintatutkimus toteutui osittain moniammatillisesti. Ensimmäisessä kehittämissiltapäivässä mukana oli sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi osaston fysioterapeutti. Työpajaan ja viimeiseen kehittämissiltapäivään osallistui vain osaston sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Tähän vaikutti se, että työvuorosuunnittelussa työvuorot tehdään vain sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Lisäksi osaston fysioterapeutti oli lomalla viimeisen kehittämissiltapäivän aikaan. Lääkärit tai geriatriit eivät osallistuneet toimintatutkimuksen yhteisiin kehittämissiltapäiviin tai työpajaan, koska osastolla vaihtuu osaston lääkäri säännöllisin väliajoin. Työyksikössä kehittämissiltapäiviin ja muihin yhteisiin tapaamisiin osallistuu yleensä esimiesten lisäksi vain työvuorossa olevat lähihoitajat, sairaanhoitajat ja osaston fysioterapeutti.

Moniammatillisuus on kuitenkin vahvassa roolissa Geriatriassa arviointi- ja kuntoutusyksikössä päivittäisessä työssä, koska osaston sisällä työntekijät hyödyntävät moniammatillisuutta kaikessa toiminnassa. Moniammatillinen yhteistyö osaston sisällä toimii hyvin. Toimintatutkimuksen tuloksissa esille nousi kuitenkin myös geriatriin/lääkärin roolin vahvistaminen, vaikka lääkärin ja hoitajan välisen yhteistyön todettiin toimivan hyvin. Moniammatillisuutta tulisi tämän kehittämissuunnitelman tulosten perusteella vielä enemmän hyödyntää esimerkiksi yhteistyöllä farmaseutin ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Ennakoivilla kotikäynneillä mukana on usein myös farmaseutti, jolla on paras ammattitaito kuntoutujan lääkityksen tarkistamiseen ja arviointiin. Farmaseutilta saa myös osastojakson aikana tukea ja neuvoja haastavien lääkitystilanteiden kohdalla.

Toimintatutkimuksen tuloksissa näkyy se, ettei lääkäri ja geriatri osallistuneet toimintatutkimuksen kehittämissiltapäiviin tai työpajaan. Lääkärin ja geriatriin osallistuminen olisi tuonut myös heidän ammattiryhmänsä näkökulman kuntoutusprosessin kehittämiseen. Nyt toimintatutkimuksen tuloksissa näkyy osallistuneiden sairaanhoitajien, lähihoitajien ja fysioterapeutin näkökulma.

Moniammatillisuus on toimintatutkimuksen tulosten perusteella kohde, jonka toisaalta koetaan toimivan, mutta toisaalta sitä voi yhä edelleen kehittää toimivammaksi. Erityisesti toimivaksi koettiin osaston sisäinen, lääkäri/geriatri-hoitaja-fysioterapeutti-yhteistyö, mutta kehittämiskohteiksi nostettiin moniammatillisuuden lisääminen ympäröivien tahojen kanssa.

Yhtenä haasteena on kehittämisen aikana muodostettujen tulokriteerien noudattaminen. Geriatri arvioivat kriteereistä huolimatta uusien kuntoutujien osastojakson tarpeen tapauskohtaisesti, joten kriteerit ovat nyt suuntaa antavat. Myös psykiatrisista sairauksista kärsivien geriatrinen, erityisesti muistisairauden aiheuttaminen käytösongelmien vaikutusten vuoksi tulevien kuntoutujien aiheuttamat haasteet osastotilanteessa vaikuttavat kaikkiin osastolla oleviin kuntoutujiin. Resursseja ei ole mitoitettu aggressiivisten ja/tai vierihoitoa tarvitsevien kuntoutujien hoitoon. Tämä on haaste, jota ei voi ratkaista Geriatriassa arviointi- ja kuntoutusyksikössä, vaan sen ratkaisu kuuluu ylemmille tahoille.

## **8.2 Menetelmävalintojen arviointia**

Toimintatutkimuksen tarkoituksena on saada käytännön hyötyä käyttökelpoisesta tiedosta ja ongelma ratkaistuksi. Tavoitteena on saavuttaa pysyvä muutos. (Heikkinen 2010, 19–22, 27–29; O'Brien 1998, 7–8.) Toimintatutkimuksen valinta tutkimusmenetelmäksi oli luonnollista, koska työyksikössä oli havaittavissa jo aiemmin kehittämissyklejä. Halusin opinnäytetyössäni kuvata yhden tällaisen kehittämissyklin tuotokset ja arvioida kehittämissyklin aikana tuotetun toimintamallin toimivuutta tavoitteen mukaisesti. Toimintatutkimuksessa pystyin käyttämään erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Erityisesti osallistavien menetelmien avulla sain kerättyä monipuolisesti aineistoa tutkimuskysymyksiin vastaamista varten.

Osastotyön luonteen ja kesälomien vuoksi kaikilla työntekijöillä ei ollut mahdollisuutta osallistua yhteisiin kehittämissiltapäiviin. Myös opinnäytetyön arvioivan osuuden ajankohta, kesälomien aikana, vaikutti työntekijöiden osallistumiseen. Osaston vakituisista ja pitkäaikaisista sijaisista noin puolet osallistui toimintatutkimuksen arvioivaan osuuteen. Opinnäytetyöntekijänä valitsin loma-

ajan kehittämisiltapäivien ajankohdaksi, koska muuten kehittämisiltapäivät olisivat siirtyneet syyskuulle asti, mikä olisi vaikuttanut opintojen etenemiseen. Työpajan ja kehittämisiltapäivän ajankohtaan vaikutti myös toimintatutkimuksen toteuttaminen opinnäytetyöntekijän äitiysloman aikana.

Toimintatutkimuksen toteutusvaiheessa pidetyssä ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä käytetty aivoriihimenetelmä oli menetelmänä toimiva arvioitaessa, miten Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana kehitettyä toimintamallia on kehitettävä tavoitteen saavuttamiseksi. Aivoriihessä keskitytään tuottamaan ideoita ja ratkaisuja ilman kritiikkiä (Karjalainen 2007). Menetelmän avulla myös hiljaisemmat ihmiset saivat äänensä kuuluviin, ja yhdessä lappuja läpikäymällä saatiin hyvää keskustelua aikaiseksi. Pohdin menetelmävaihtoehtona myös learning cafe -menetelmää (Innokylä 2017), mutta osaston kolmivuorotyöstä johtuen kaikki työntekijät eivät pääse osallistumaan eikä osallistujia olisi tarpeeksi tätä menetelmää varten.

Toimintatutkimuksen toteutusvaiheessa pidetyssä työpajassa muodostettiin kahden työntekijän kanssa yhteisesti kuvaus Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamallista. Tällä haettiin vastausta tutkimuskysymykseen: Miten tuetaan geriatrisen kuntoutujan toimintakykyä moniammatillisesti kuntoutumisprosessin eri vaiheissa? Valintani piirtää toimintamallin kuva suurelle paperille oli toimiva. Ensin hahmoteltiin aikajana päiväkohtaisesti, jota ryhdyttiin täydentämään kirjaamalla prosessin aikana toteutettavia asioita aikajanalalle. Tässä vaiheessa olisin voinut korostaa ICF-luokituksen merkitystä työskentelyn ja toimintamallin taustalla, mutta halusin antaa työntekijöiden tuottaa toimintamallin kuvauksen heidän näkökulmastaan. Käytin ICF-luokitusta ja opinnäytetyön teoreettista viitekehystä analysoidessani tätä toimintamallia.

Toimintatutkimuksen arviointivaiheessa viimeisessä kehittämisiltapäivässä käytetty prosessikävely toimi hyvin prosessin arvioinnissa. Prosessikävely itsessään on hyvä menetelmä, jonka avulla prosessi visualisoidaan ja kirjaimellisesti kävellään läpi (Innokylä 2012a). Tämä virkistää työskentelyä ja voi auttaa prosessin käsittelyssä. Prosessikävelyssä saatiin käytyä prosessi läpi pala palalta ja arvioitua sen toimivuutta. Samalla saatiin kirkastettua prosessia yhdessä keskustellen. Uusia kehittämisideoita tuli myös samalla paljon ja ne kir-



jattiin ylös. Työntekijät veivät tuotetut kehittämisideat PDSA-lomakkeille osastolle, jotta niitä voidaan käsitellä yhteisesti ja miettiä kehittämisideoiden toteuttamista. Prosessikävelyn avulla keräsin aineistoa vastatakseni kysymyksiin, miltä osin toimintamalli toimii tavoitteen mukaisesti ja miltä osin on vielä kehitettävää.

Aivoriihestä, työpajasta ja prosessikävelystä kerätyn aineiston analysoin aineistolähtöisesti, mikä oli oikea ratkaisu. Aineistosta löysin vastaukset tutkimuskysymyksiini. Analysointivaiheessa arvioin kerättyä aineistoa sekä viitekehityksen että ICF-luokituksen kautta, jotta sain selville, miten hyvin Geriatrisen arviointi- ja kuntoutumisyksikön toimintamalli palvelee kuntoutujaa kokonaisvaltaisesti kuntoutumisprosessin eri vaiheissa.

### **8.3 Eettisyys ja luotettavuus**

Siun soten alueella ja myös opinnäytetöissä noudatetaan lakia, joka koskee Lääketieteellistä tutkimusta (488/1999 muutoksineen), muita tutkimuksiin liittyviä lakeja sekä tutkimuksia koskevia eettisiä ohjeita. Näiden lisäksi on noudatettava ICH:n (International Conference on Harmonisation) määrittelemän hyvän tieteellisen tutkimuskäytännön mukaisesti. Siun sote on linjannut vuoden 2018 alussa, että YAMK-opinnäytetyötä ei saa tehdä omaan työyksikköön. Tähän liittyen varmistin Siun soten opetuskoordinaattorilta, että saan toteuttaa opinnäytetyön omassa työyksikössä, koska aloitin ideapaperin tekemisen jo vuoden 2017 syksyllä. Siun soten käytänteiden (Siun sote 2019) mukaisesti hain tutkimusluvan YAMK-tasoisesta opinnäytetyön tekemiseen opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti suoritettu tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Tutkimusta tehdessä ja sen tuloksia esitettäessä ja arvioitaessa on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta-, arviointi- ja tutkimusmenetelmiksi on valittava eettisesti kestäviä ja tieteellisten kriteerien mukaisia menetelmiä. Muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettava, ja käytettävä asianmukaisia viittauksia heidän työhönsä viitatessaan. Tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset ohjaavat tutkimuksen etenemistä ja raportointia sekä tietojen tallentamista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Tutkimusta varten on haettava tarvittavat tutkimusluvut ja mahdolliset ennakkoarvioinnit. Tutkimusta koskeva sopimus on tehty asianosaisten kesken ennen tutkimuksen aloittamista, tarvittaessa sopimusta voi tarkentaa tutkimuksen edetessä. Rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet on ilmoitettava ja raportoitava asianmukaisesti. Tutkijan on huomioitava esteellisyyksymykset. On otettava myös huomioon hyvä henkilöstö- ja taloushallinto sekä tietosuoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Tutkimuseettisyys huomioitiin tässä opinnäytetyössä tiedottamalla opinnäytetyön tekemisestä ja pyytämällä suostumus aineiston käyttöön (liite 4). Opinnäytetyön tekijänä tiedotin työyhteisöä opinnäytetyön tekemisestä suullisesti ja kirjallisesti. Työntekijöillä oli mahdollisuus valita, haluavatko he osallistua aineiston tuottamiseen yhteisissä kehittämisiltapäivissä, suostumuksen pyysin kirjallisena. Työntekijöille korostettiin tiedotteessa ja suostumuslomakkeessa, että osallistuminen on vapaaehtoista ja aineiston tuottaminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja työntekijöillä on mahdollisuus kieltää aineiston käyttö opinnäytetyössä. Tiedotteessa ja suostumuslomakkeessa korostettiin myös aineiston luottamuksellista käsittelyä ja sitä, että aineisto tuhoetaan heti tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimuksen on oltava rehellinen ja läpinäkyvä. Myös toimintatutkimusta tehdessä tulee huomioida luotettavuus ja eettisyys, vaikka erityisesti luotettavuuden arviointi on vaikeampaa toimintatutkimuksen osalta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti tarkoittaa, että tutkittavana on oikeita asioita. Laadullisten menetelmien osalta reliabiliteetin voi ajatella tarkoittavan, että tulkinta pysyy samanlaisena tutkijasta riippumatta. Laadullisten menetelmien osalta luotettavuutta voi arvioida aineiston riittävyden, kattavuuden ja analyysin arvioitavuuden ja toistettavuuden kautta. Riittävä aineisto on kylläntynyt, ja kattavan aineiston avulla tutkija ei muodosta tulkintoja vain osan aineiston perusteella. Analyysin arvioitavuutta lisää tarkka eri vaiheiden ja tulkintojen dokumentointi. Tarkan dokumentoinnin avulla edistetään toistettavuutta. (Kananen 2014, 126–127, 131–132; Mäkelä 1990, Kananen 2014, 132 mukaan.) Kananen (2014, 132) esittää laadullisten menetelmien osalta luotettavuuden pätevyyskriteereiksi luotettavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden.

Laadullisten menetelmien osalta tulkinnan validiteetti tarkoittaa, onko tutkittavien ihmisten näkökulmat ja merkitykset ymmärretty oikein, ilman omia käsityksiä tai omaa viitekehystä. Tärkeää on myös pohtia, miten on varmistettu, ettei tapahdu väärintulkintaa. Laadullisen tutkimuksen menetelmiä käytettäessä validiteetilla tarkoitetaan esimerkiksi kuvauksen validiteettia, eli onko aineistoa ollut tarpeeksi kattavasti ja onko aineisto tarkka. Tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa ei voi unohtaa tutkijan omia käsityksiä tai ennakkokäsityksiä, ja tausta on selvitettävä ennakkoon. Lisäksi on ymmärrettävä, että tutkijalla on vaikutus tutkimukseen, eli reaktiivisuus. (Kananen 2014, 128–130.)

Kanasen (2014, 127) mukaan toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tulisi muistaa, että toimintatutkimus ei ole vain yksi tutkimus, vaan se käsittää paljon erilaisia tutkimusotteita ja -menetelmiä. Näin ollen toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioidessa voidaan tarkastella jokaista tutkimusmenetelmää ja tutkimusotetta kvantitatiivisen tai kvalitatiivisen luotettavuusmittareiden tai -kriteereiden avulla, pienissä osissa. Tarkalla dokumentoinnilla edistetään myös toimintatutkimuksen luotettavuutta. (Kananen 2014, 134.)

Helmikuussa 2019 pidetyssä ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä hain aivoriihimenetelmän avulla vastausta tutkimuskysymykseen: Miten Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen aikana kehitettyä toimintamallia on kehitettävä tavoitteen saavuttamiseksi? Kehittämisiltapäivä toteutui moniammatillisesti, koska siihen osallistui lähihoitajia, sairaanhoitajia ja fysioterapeutti. Lääkäri ja/tai geriatri ei osallistunut kehittämisiltapäivään. Aivoriihimenetelmää käyttäessä oli huomioitava menetelmän ohjaus osallistujille ja tuotetun aineiston riittävyys. Menetelmä oli tuttu suurimmalle osalle osallistujista. Kehittämisiltapäivässä ei ollut varatussa tilassa esillä Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen jälkeistä toimintamallia, mikä on voinut vaikuttaa tuloksiin. Aineistoksi muodostui aivoriihen tuotos.

Heinäkuussa 2019 pidetyssä työpajassa haettiin vastausta tutkimuskysymykseen: Miten tuetaan geriatrisen kuntoutujan toimintakykyä moniammatillisesti kuntoutumisprosessin eri vaiheissa? Työpajaan osallistui vain lähihoitaja ja sairaanhoitaja, joten se ei toteutunut moniammatillisesti. Menetelmänä käytet-

tiin perinteistä, osastolla aiemminkin käytettyä, suurelle paperille toimintamallin kirjaamista. Menetelmä oli kaikille osallistujille tuttu. Tässä vaiheessa olisi kannattanut hyödyntää ICF-luokitusta ohjeistuksessa, jolloin aineistosta olisi voinut tulla laajempi ja siinä olisi voinut nousta asiakaslähtöisyys paremmin tarkastelun kohteeksi. Aineistoksi muodostui työpajassa tuotettu toimintamallin prosessikuvaus, jota täydensin työpajassa tekemieni muistiinpanojen pohjalta.

Heinäkuussa 2019 pidetyssä viimeisessä kehittämisiltapäivässä hain prosessikävelymenetelmän avulla vastauksia tutkimuskysymykseen: Miltä osin toimintamalli toimii tavoitteen mukaisesti ja miltä osin on vielä kehitettävää? Kehittämisiltapäivään osallistui vain lähihoitajia ja sairaanhoitajia, joten se ei toteutunut moniammatillisesti. Prosessikävelyn kohdalla oli huomioitava, että aineisto on tarpeeksi laaja, jotta sen pohjalta voidaan vastata tutkimuskysymykseen luotettavasti. Prosessikävelyn valitsin kuusi pistettä, jotka muodostuivat kuntoutusprosessin vaiheista. Tässäkin vaiheessa olisi ollut hyvä hyödyntää ICF-luokitusta aineiston laajentamiseksi ja näkökulmien herättelemiseksi. Aineistoksi muodostui prosessikävelyn eri vaiheissa kerätyt materiaalit.

Kanasen (2014, 132–136) mukaan luotettavuutta voidaan edistää myös triangulaation avulla, eli käytetään useita tiedonkeruumenetelmiä. Usean tiedonkeruumenetelmän avulla saadaan vahvistettua tutkimustuloksia. Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisää aineistotriangulaatio, jolloin keräsin tutkimusaineistoa usealla eri menetelmällä. Triangulaatiota hyödyntäessä tulee huomioida erilaisten tiedonkeruumenetelmien tuottamat erilaiset tutkimustulokset. Kuitenkin triangulaation avulla voidaan huomata tiedonkeruuvaiheen ja analyysivaiheen virheitä. Useiden tiedonkeruumenetelmien käyttäminen lisäsi toimintatutkimuksen luotettavuutta, koska tutkittavaa asiaa pohdittiin eri tavoilla. Aineiston tulkinnessa tuli ilmi monessa kohdassa erilaiset tutkimustulokset, mikä johtuu myös siitä, että aineisto muodostuu osallistujien kokemuksista.

Opinnäytetyössäni huomioin, että tutkimukseni on tehty rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Noudatin asianmukaisesti lähteiden viittauksen ohjeita. Tutkimuseettisten ohjeiden ja Siun soten ohjeiden mukaisesti opinnäytetyön tekemisestä tehtiin sopimus työyksikössä (liite 3) ja opinnäytetyön suunnitelman esittämisen ja hyväksymisen jälkeen hain Siun soten ohjeiden mukaisesti tutkimusluvan, jotta sain tutkimuksen toteuttaa. Opinnäytetyön tekemiseen ei liity

rahoitusta, joten sitä ei tässä tämän tarkemmin käsitellä. Validiteetin osalta huomioin, että tutkin oikeaa asiaa ja keräsin riittävän kattavan aineiston. Aineiston tulkinnan osalta kiinnitin myös tarkasti huomiota, etteivät omat ennakkokäsitykseni vaikuttaisi aineiston tulkintaan.

#### **8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisisideat**

Jatkokehittämiskohteeksi nousee osaston yhteydessä olevan poliklinikkatoiminnan kehittäminen niin, että osasto ja poliklinikka tukisivat toisiaan mahdollisimman hyvin. Nyt poliklinikka toimii osaston tiloissa, mutta hyvin erillään osaston toiminnasta. Osastolla ja poliklinikalla on jopa eri geriatri. Geriatrisen poliklinikan ja osaston yhteisen toiminnan kehittämiseen tulisi osallistua sekä poliklinikan toiminnasta vastaava hoitaja ja geriatri että osastolla työskentelevät hoitajat ja geriatri. Osaston ja poliklinikan yhteistyötä tiivistämällä kuntoutuja saisi suuremman hyödyn sekä poliklinikasta että osastosta.

Yhtenä tärkeänä kehittämiskohteena on osaston toiminnasta tiedottaminen. Tiedottamisen avulla saisi markkinoitua osaston toimintaa myös Siun soten alueen laajuisesti vielä paremmin. Siun soten alueella on ikääntyneitä, jotka hyötyisivät jatkossa geriatrisesta arvioinnista. Osaston toiminnasta tiedottamisen voisi järjestää esimiesten (osastonhoitajat, ylihoitajat) yhteisissä kokouksissa. Toisena vaihtoehtona osaston henkilökunta voisi käydä tiedottamassa toiminnastaan eri yhteistyötahojen, kuten maakunnan terveyskeskusten, palveluohjauksen tai kotihoidon, luona joko fyysisesti tai etäyhteyksien avulla.

Samalla voisi kehittää myös erilaisia digitaalisia palveluita, koska digitaalisuutta voisi hyödyntää kauempana olevien kuntoutujien kohdalla tietyissä tilanteissa. Ikääntyneetkin harjaantuvat jatkuvasti digitaalisten palveluiden käytössä, ja myös geriatriset palvelut olisi hyvä saavuttaa jatkossa digitaalisesti.

Moniammatillisuuden lisääminen ja verkostoituminen nousee toimintatutkimuksen tulosten perusteella yhdeksi tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Moniammatillisuus Siilaisen kuntoutumiskeskuksen sisällä, yhteistyö esimerkiksi farmaseutin ja sosiaalityöntekijän kanssa, nousi tuloksissa esille voimakkaasti.

Myös Muistipoliklinikan ja Geriatrisen poliklinikan välisen yhteistyön lisääminen on jatkossa tärkeää. Verkostoituminen esimerkiksi kotihoidon, palveluohjauksen, maakunnan terveystieteiden ja keskussairaalan kanssa lisäksi samalla myös osaston toiminnan tunnettavuutta. Moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen lisääminen onnistuisi parhaiten järjestämällä yhteiskokoukset kyseisten tahojen kanssa. Tämä lisäksi myös tietoisuutta osaston toiminnasta ja samalla voisi ryhtyä suunnittelemaan ja rakentamaan yhteisiä, kyseisiä tahoja palvelevia toimintamalleja.

Yhdeksi jatkokehittämiskohteeksi nousee toimintatutkimuksen tulosten perusteella myös asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Tähän ehdotettiin jo ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä GAS:ia (Goal Attainment Scaling). GAS:in avulla tavoitteen asettelu ja tavoitteiden saavuttamisen seuranta ja arviointi olisi aidosti asiakaslähtöistä. Asiakaslähtöisyyden kehittämisessä voisi hyödyntää myös asiakasraatia, jolloin kehittäminen olisi aidosti asiakkaista lähtöisin.

## **8.5 Oman osaamisen kehittyminen**

Monialaisen toimintakyvyn edistämisen YAMK-opintojen (Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2017) ja opinnäytetyön tekemisen aikana olen oppinut hyödyntämään luovia menetelmiä monimutkaisten ongelmien ratkaisemisessa. Koulutuksen edetessä olen oppinut arvioimaan ja hyödyntämään kriittisesti monialaista tietoa samalla pohtien uusia näkökulmia. Opinnäytetyön edetessä opin itsenäisesti johtamaan yksittäisten ihmisten ja ryhmien toimintaa tuloksellisesti hyödyntäen uusia strategisia johtamisen menetelmiä. Johtamisopintojen aikana opin erityisesti muutosjohtamisesta, mikä oli tärkeää myös opinnäytetyön toteutuksen ja osastolla tapahtuneen kehittämisen takia.

Opin myös vastaamaan ja kehittämään systemaattisesti toimintoja itsenäisesti. Kehittämisopintojen, ja erityisesti osallistavien kehittämismenetelmien opintojen, myötä sain paljon uusia keinoja innostaa työyhteisöä kehittämiseen. Opintojen edetessä olen opetellut viestimään suullisesti ja kirjallisesti omalla äidinkielelläni. Suullista viestintää olen harjoitellut erilaisten seminaariesitysten avulla, ja koen kehittyneeni suullisessa viestinnässä opintojen aikana paljon. Kirjallinen viestintä on myös kehittynyt paljon opintoihin kuuluvia tehtäviä kir-

joittaessa. Myös vieraalla kielellä suullinen ja kirjallinen raportointi on kehittynyt paljon opintojen aikana, koska vieraan kielen käyttäminen oli itselleni suuri haaste opintoja aloittaessa. Viestintämuotojen oppimisesta on hyötyä tulevaisuudessa, missä tahansa työssä. Opinnoista ja opinnäytetyön tekemisestä sain paljon uusia työkaluja oppiakseni työskentelemään vaativissa asiantuntijatehtävissä omalla alallani.

## LÄHTEET

Anttila, H. 2013. ICF-luokitus ja sen käyttömahdollisuudet. Luentomateriaali. Saatavissa: [https://yhteisomedia.fi/files/attachments/k\\_paivat\\_2013/41kp\\_anttila\\_heidi.pdf](https://yhteisomedia.fi/files/attachments/k_paivat_2013/41kp_anttila_heidi.pdf) [viitattu 3.11.2019].

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A.-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 56–73.

Burakoff, K. & Haapala, P. 2013. Kohdaten – Opas vuorovaikutukseen muisti-sairaahan ihmisen kanssa. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluksia/kohdaten\\_netti.pdf](https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluksia/kohdaten_netti.pdf) [viitattu 12.1.2019].

Ebersole, P. & Touhy, T. A. 2006. Geriatric Nursing – Growth of a Specialty. New York: Springer Publishing Company.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2020. Geriatria. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.epshp.fi/ammattilaiselle\\_ja\\_opiskelijalle/ammattilaiselle/geriatria](http://www.epshp.fi/ammattilaiselle_ja_opiskelijalle/ammattilaiselle/geriatria) [viitattu 2.1.2020]

DiMaria-Ghalili, R. A. 2014. Integrating Nutrition in the Comprehensive Geriatric Assessment. *Nutrition in Clinical Practise*. Vsk 29 (4), 420–427. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/0884533614537076> [viitattu 5.10.2018].

Finne-Soveri, H. 2017. Muuttuva maailma, muuttuva vanhuus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vsk 133 (2), 215–219. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/2/duo13510> [viitattu 13.11.2018].

Halminen, M. 2012. Muistipotilaan kokonaisvaltainen hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://docplayer.fi/1871272-Muistipotilaan-kokonaisvaltainen-hoito-markus-halminen-lt-geriatrian-erikoislaakari-kuntoutuksen-erityispaitevyys.html> [viitattu 12.1.2019].

Halminen, M. 2014. Ikäihmisten kuntoutuksen nykytilanne – haasteita ja mahdollisuuksia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/paattyneet-hankkeet/yhteivoiminkotona/Documents/ik%C3%A4ihmisten%20kuntoutus,Markus%20Halminen.pdf> [viitattu 10.1.2018].

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatriksen tiedon ja taidon merkitys iäkkäiden hoidossa. Teoksessa: Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 1. painos. Helsinki: Edita, 11–13.

Heikkinen, H. L. T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. painos. Vantaa: Hansaprint Oy, 16–38.



- Hiekkala, S., Hämäläinen, P. & Pekkonen, M. 2016. Laitoskuntoutus osana hyvää kuntoutuskäytäntöä; Johdanto. Teoksessa: Autti-Rämö, I. (toim.) 2016. Kuntoutuminen. E-kirja. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/> [viitattu 16.11.2018].
- Holstege, M.S., Bakkers, E., van Balen, R., Gussekloo, J., Achterberg, W.P. & Caljouw, M.A.A. 2016. Structured scoring of supporting nursing tasks to enhance early discharge in geriatric rehabilitation: The BACK-HOME quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. Vsk 64, 13–18. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748916301523?via%3Dihub> [viitattu 15.9.2018].
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY. 42–56.
- Innokylä. 2012a. Prosessikävely. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli104020> [viitattu 16.11.2018].
- Innokylä. 2017. Learning cafe eli oppimiskahvila. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539> [viitattu 16.11.2018].
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Jartti, L., Heinonen, P., Upmeier, E. & Seppälä, M. 2011. Vanhus – päivytyksen suurkuluttajako? *Suomen lääkärilehti*. Vsk 66 (40), 2968–2970. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tyossa/laakeinfo/vanhus-paivytyksen-suurkuluttajako/> [viitattu 19.8.2018].
- Jeglinsky, I., Karhula, M. & Autti-Rämö, I. 2013. Kuntoutusprosessi kuntoutujan arvioimana. *Kuntoutus* 4, 37–52. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden\\_artikkelit/2013/jeglinsky-karhula-auttiramo.pdf](https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/jeglinsky-karhula-auttiramo.pdf) [viitattu 16.11.2018].
- Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. 2016. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 393–401.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. *Potilaan lääkärilehti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei/> [viitattu 8.4.2018].
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.
- Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. 2017. YAMK-opiskelijan osaamisen arviointikehikko. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://student.xamk.fi/opiskelu-ja-tukipalvelut/Documents/Arviointikriteerit%20Yamk%202017.pdf#search=kriteerit> [viitattu 30.11.2018].

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona – Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammatti-korkeakoulu.

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J. & Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. *Lääkärilehti*. Vsk 73 (11), 713–718. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/muistin-ja-tarkkaavaisuuden-hairioiden-seulonta-sairaalassa-on-aiheellista/> [viitattu 12.9.2018].

Karjalainen, T. 2007. Yhdistä ideointityökaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet – Aivoriihi, ryhmittelykaavio sekä kalanruotokaavio. Quality Knowhow Karjalainen Oy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.qk-karjalainen.fi/fi/artikkelit/luova-ajattelu/> [viitattu 8.1.2019].

Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatrien arviointi. Teoksessa: Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 1. painos. Helsinki: Edita, 15–30.

Kerminen, H., Jäppinen, A.-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P. & Havulinna, S. 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. TOIMIAN suositus. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138652/TOIMIA\\_suositus\\_s023\\_iakkaiden\\_henkiloiden\\_lyhytaikaiseen\\_sairaalahoitoon\\_liittyva\\_toimintakyvyn\\_arviointi.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138652/TOIMIA_suositus_s023_iakkaiden_henkiloiden_lyhytaikaiseen_sairaalahoitoon_liittyva_toimintakyvyn_arviointi.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [viitattu 30.1.2020].

Kivelä, S.-L. 2006. Geriatrien hoidon ja vanhustyön kehittäminen – Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70723/Selv200630.pdf?sequence=1> [viitattu 12.1.2019].

Koivula, R. 2009. Toimijuus ikääntyessä. Teoksessa: Pohjolainen, P. & Heimonen, S.-L. (toim.) PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait\\_1-2009-pdf.pdf](https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf) [viitattu 13.1.2019].

Kuula, A. 2006. Toimintatutkimus. Luku 5.4. kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkojulkaisu. Saatavissa: [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5\\_4.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html) [viitattu 15.11.2018].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.

Laine, J., Salminen, M., Eronen, T., Viikari, P., Wuorela, M., Viitanen, M., Rautava, P. & Viikari L. 2018. Geriatrian poliklinikka kotona asuvien vanhusten tukena. *Lääkärilehti*. Vsk 73 (34), 1823–1827. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/geriatrian-poliklinikka-kotona-asuvien-vanhusten-tukena/> [viitattu 13.11.2018].

Laurila, J. s.a. Geriatriinen moniammatillinen arviointi. Rovaniemen ikäosaamiskeskus. Luentomateriaali. Saatavissa: [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/ikaosaamiskeskus/muistihoitajien\\_preppaus/laurila\\_170316\\_moniammatillinen\\_geriatriinen\\_arvio](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/ikaosaamiskeskus/muistihoitajien_preppaus/laurila_170316_moniammatillinen_geriatriinen_arvio) [viitattu 13.3.2018].

Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC – Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/muutoskirja.pdf> [viitattu 12.11.2019].

Lönroos, E. 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa: Hartikainen, S. & Lönroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 1. painos. Helsinki: Edita. 278–287.

Mäkelä, M. 2016. Iäkkään henkilön toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa palveluntarjoajien selvittämistä. Teoksessa: Autti-Rämö, I. (toim.) 2016. Kuntoutuminen. E-kirja. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/> [viitattu 16.11.2018].

Niemelä, K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen – Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0546-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-0546-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0546-8/urn_isbn_978-952-61-0546-8.pdf) [viitattu 16.2.2018].

O'Brien R. 1998. An Overview of the Methodological Approach of Action Research. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.web.ca/~robrien/papers/ar-final.html> [viitattu 15.11.2018].

Paltamaa, J. & Anttila, H. 2015. Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toiminnanrajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Teoksessa: Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.) 2015. Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön, 15–18. E-kirja. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/156071/Tutkimuksia137.pdf?sequence=1> [viitattu 8.1.2019].

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja, osa I. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A.-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 176–191.

Pitkälä, K. s.a. Geriatriksen kuntoutuksen vaikuttavuus. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.hokuli.fi/uploads/Ger%20kuntoutuksen%20vaikuttavuus%20Veljeskotip%C3%A4iv%C3%A4t2014handout.pdf> [viitattu 10.1.2019].

Pitkälä, K. 2010. Geriatriinen asiantuntemus kuuluu kuntoutukseen. *Lääkäri-lehti*. Vsk 65 (35), 2757. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakari-lehti.fi/ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/laaketieteen-maailmasta/geriatriinen-asiantuntemus-kuuluu-kuntoutukseen/> [viitattu 16.2.2018].

Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? *Lääkärilehti*. Vsk 62 (42), 3851–3856. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/miten-ikaantyneiden-kuntoutusta-tulisi-kehittaa/> [viitattu 12.11.2018].

Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2012. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avuntarvetta. *Lääkärilehti*. Vsk 67 (8), 564. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/ajassa/paakirjoitukset/geriatriinen-asiantuntemus-vahentaa-vanhusten-avuntarvetta/> [viitattu 16.2.2018].

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016a. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Stranberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim, 448.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016b. Toimintakyky vanhuudessa. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Stranberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim, 448–453.

Pohjolainen, P. 2009. Toimintakyvyn teoreettisia lähtökohtia. Teoksessa: Pohjolainen, P. & Heimonen, S.-L. (toim.) PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait\\_1-2009-pdf.pdf](https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf) [viitattu 13.1.2019].

Pori. 2018. Sairaalapalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.pori.fi/sosiaali-ja-terveys/terveys-ja-sairaalapalvelut/sairaalapalvelut> [viitattu 19.11.2018].

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2018. Geriatriinen osaamiskeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.phyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/geriatriinen-osaamiskeskus/> [viitattu 19.11.2018].

Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa: Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. *Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY, 9–25.

Sainio, P. & Salminen, A.-L. 2016. Arvioinnin prosessi. Teoksessa: Autti-Rämö, I. (toim.) 2016. *Kuntoutuminen*. E-kirja. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00109/do> [viitattu 16.11.2018].

Salo. 2018. Terveyskeskussairaala. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.salo.fi/sosiaalijaterveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/terveyskeskussairaala/> [viitattu 19.11.2018].

Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY, 27–40.

Siun Sote. 2017a. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden tiedotuslehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4972286/Siunsote\\_tiedotuslehti\\_tammikuu2017/170764e7-eb81-40f3-b3f3-6d87fedf3a15](http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4972286/Siunsote_tiedotuslehti_tammikuu2017/170764e7-eb81-40f3-b3f3-6d87fedf3a15) [viitattu 1.3.2018].

Siun Sote. 2017b. Toiminta- ja taloussuunnitelma 2018-2020 – Talousarvio 2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote\\_toiminta-ja-taloussuunnitelma.pdf/1f12aeb6-5161-4c53-aff5-14176372f3b8](http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_toiminta-ja-taloussuunnitelma.pdf/1f12aeb6-5161-4c53-aff5-14176372f3b8) [viitattu 22.3.2018].

Siun sote. 2018a. Strategia: Turvaamme arkeasi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.siunsote.fi/strategia> [viitattu 1.3.2018].

Siun sote. 2018b. Terveyskeskussairaalat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.siunsote.fi/terveyskeskussairaalat> [viitattu 1.3.2018].

Siun sote. 2019. Opinnäytetyöt. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.siunsote.fi/opinnaytetyot> [viitattu 9.1.2019].

Soite. 2018. Geriatriinen osaamiskeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.soite.fi/sivu/geriatriinen\\_osaamiskeskus](https://www.soite.fi/sivu/geriatriinen_osaamiskeskus) [viitattu 19.11.2018].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Monialainen kuntoutus – Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70343/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3509-9.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70343/URN_ISBN_978-952-00-3509-9.pdf?sequence=1) [viitattu 16.11.2018].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2017:6. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 13.3.2018].

Surakka, T. 2016. Vanhuksen päivystyskäynti – sekä akuuttiyksikön että ympärivuorokautisen hoiva näkemys hoitoon lähettämisestä. Luentomateriaali. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Gerontologinen-hoitoty%C3%B6-p%C3%A4iv%C3%A4-tre-5-4-2016.pdf> [viitattu 2.4.2018].

Strandberg, T. 2013. Geriatriksen kuntoutuksen vaikuttavuus. *Gernet*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/artikkelit/1294/geriatriksen-kuntoutuksen-vaikuttavuus> [viitattu 12.11.2018].

Strandberg, T. & Tilvis, R. 2016. Vanhuksen toimintakyvyn ylläpito ja pitkäaikaisen laitoshoidon ehkäisy. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Stranberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim, 444–445.

Tays. 2018. Geriatría. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tays.fi/fi-fi/Palvelut/Geriatría> [viitattu 19.11.2019].

THL. 2016. ICF-luokituksen rakenne. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne> [viitattu 8.1.2019].

THL. 2019. TOIMIA – Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/> [viitattu 13.1.2019].

Tiihonen, A. 2014. Kokemuksellinen toimintakyky ja ikäihmisten voimaannuttaminen. Teoksessa: Pohjolainen, P. (toim.) Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. 80–90. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait\\_1-2014-pdf.pdf](https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2014-pdf.pdf) [viitattu 13.1.2019].

Tilvis, R. 2016. Geriatriinen arviointi. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 80–86.

Timonen, K., West, R. & Riusala, A. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmannekseen. *Lääkärilehti*. Vsk 69 (15), 1163–1164. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tyossa/raportit-ja-kaytannot/kuntouttava-hoitotyo-vahensi-vuodepaikat-kolmannekseen/> [viitattu 8.4.2018].

Turku. 2018. Geriatriinen arviointiyksikkö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.turku.fi/toimipaikat/geriatriinen-arviointiyksikko> [viitattu 19.11.2018].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [viitattu 9.1.2019].

Vantaa. 2014. Sairaalapalvelut – Geriatriinen akuuttiyksikkö. Arviointi- ja akuuttiosasto AKOS 1. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://docplayer.fi/1825250-Sairaalapalvelut-geriatriinen-akuuttiyksikko-arviointi-ja-akuuttiosasto-akos1.html> [viitattu 19.11.2018].

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Rautasalo, P., Isola, A. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY. 12–26.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama hanke. STM058:00/2009. Työryhmän raportti 31.1.2010. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.lpshp.fi/media/files/luennot\\_ikaihmissen\\_hoito/kun\\_vanhus\\_sairastuu\\_akillisesti.pdf](http://www.lpshp.fi/media/files/luennot_ikaihmissen_hoito/kun_vanhus_sairastuu_akillisesti.pdf) [viitattu 13.3.2018].

Kuva 1. ICF-luokitus (mukaillen Paltamaa & Anttila 2015, 15–16; THL 2016)..9	
Kuva 2. Ikäihmisen kuntoutumisen prosessi (Autti-Rämö ym. 2016, 56).....	11
Kuva 3. Toimintakyvyn arvioinnin prosessi.....	15
Kuva 4. Geriatriinen kuntoutusprosessi (mukaillen Halminen 2014, 16) .....	18
Kuva 5. Siilaisen kuntoutumiskeskuksen kuntoutusosastot (Siun sote 2018b) .....	25
Kuva 6. Geriatriisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä tapahtunut toimintatutkimuksen mukainen kehittämissykli (mukaillen Kananen 2014, 34– 35, 77).....	27
Kuva 7. Geriatriisen arviointi- ja kuntoutusprosessin kehittäminen opinnäytetyönä toimintatutkimuksena ja Sujuvat kuntoutuspolut - valmennuksen eteneminen.....	30
Kuva 8. Geriatriisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamalli heti Sujuvat kuntoutuspolut -valmennuksen päätyttyä .....	31
Kuva 9. Prosessin toimivat, jo kehitteillä olevat ja kehitettävät kohteet geriatriisessa arviointi- ja kuntoutusmallissa kehittämisiltapäivässä tehdyn aivoriihimenetelmällä toteutettujen arviointien perusteella.....	36
Kuva 10. Geriatriisen arviointi- ja kuntoutusprosessin käynnistyminen .....	38
Kuva 11. Osastojaksolle saapuminen .....	40
Kuva 12. Osastojakson toteutus.....	41
Kuva 13. Osastojakson loppuvaiheen toteutus.....	42
Kuva 14. Kotiutumispäivän toteutus .....	43
Kuva 15. Geriatriisen arviointi- ja kuntoutusjakson sisällön laatuksiteerit .....	44
Kuva 16. Kuntoutusjakson eri vaiheet prosessikävelystä arvioituna.....	46
Kuva 17. Kehitetyn toimintamallin toimivat asiat kuntoutusprosessin mukaisesti esitettynä .....	47
Kuva 18. Kehitetyn toimintamallin toimimattomat asiat kuntoutusprosessin mukaisesti esitettynä .....	49
Kuva 19. Kehitetyn toimintamallin kehittämiskohteet kuntoutusprosessin mukaisesti esitettynä .....	51
Taulukko 1. Aineiston hyödyntäminen tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi ...	33

## Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otos, menetelmä	Keskeiset tulokset
Pitkälä, K. & Tilvis, R. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avuntarvetta. 2012. Suomi.	Geriatriksen asiantuntemuksen vaikutus vanhuspotilaiden avuntarpeeseen	Meta-analyysi. Useita satunnaisesti, kontrolloituja tutkimuksia geriatriassa sairaaloissa kansainvälisesti, ja Suomessa geriatriassa yksiköissä ja kotona.	Kokonaisvaltainen geriatriinen arviointi lisää mahdollisuutta kotiutua. Pysyvän laitoshoidon riski pienenee. Kognition heikkenemisen, kuoleman ja tilan heikkeneemisen riski pienenee. Tehokkainta moniammatillisesti tehtynä.
Niemelä, K. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen – Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoli-harjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. 2011. Suomi.	Laitoskuntoutusjakson vaikutus iäkkäillä sotaveteraaneilla, miten ammattikoulutuksella valmennettu henkilö sopii kotona tapahtuvaan ohjaukseen ja keinutuoli-harjoittelun vaikutus yli 70v naisilla. Vaikutus elämänlaadussa ja toimintakykyssä.	Teoreettisena viitekehystenä ICF-malli. Laitoskuntoutus- ja kotikuntoutustutkimukset osana Kotikuntoutumisavustaja-projektia (KKA) syksy -06 – alkuvuosi -08. Laitoskuntoutus 441, kotikuntoutus 417 (interventio 183, verrokki 234). Kotikunt.avust. 22 henkilöä. Keinutuoli-harjoitus-tutkimus naisveteraaneista, syksy -06 – syksy -07. Keinutuoli-harjoitus 51. Haastattelut, toimintatellit alussa ja lopussa. Keinut.harj. lisäksi 3kk loppumisesta postikysely. Aineistoanalyysi SPSS 15.0-tilasto-ohjelmalla.	Laitoskuntoutusjakson aikana fyys.suorituskyky parani. Koetut kivut ja oireet vähenivät enemmän naisilla. Kotikuntoutusjakson interventio- ja verrokki-ryhmien välillä ei ollut suurta eroa fyysisessä suorituskyvyssä, mielialassa, koetussa kivussa/oireissa, fyys.aktiivisuudessa, mutta elämänlaatu parani ja terveys koettiin paremmaksi interventioryhmässä (erityisesti naisilla). Tuolista ylösnousu parani miehillä interventioryhmässä. Kotikunt.avust. 15/19 jatkoi opintoja, 5/09 6 oli valmistunut lh, 1 valmistumassa, 3 keskeyttänyt opinnot. Keinutuoli-harj. interventioryhmässä merkittävä parannus tasapainossa, polven ojennusvoimassa ja kävelynopeudessa.



<p>Pitkälä, K. Geriatriinen asiantuntemus kuuluu kuntoutukseen. 2010. Suomi</p>	<p>Geriatriisen asiantuntemuksen vaikutus kuntoutuksessa</p>	<p>Meta-analyysi. 17 tutkimusta, 4780 potilasta. Satunnaistetut, kontrolloidut tutkimukset, joissa verrataan geriatriisen asiantuntemuksen hyödyntämistä kuntoutuksessa tavanomaiseen kuntoutukseen.</p> <p>Toimintakykyarvio ADL, Barthel, Katz. Viitekehyksenä ICF-malli.</p>	<p>Toimintakyky paranee, laitokseen joutumisen riski pienenee, kuolleisuus vähenee. Tulokset paranevat riittävän pitkällä kuntoutusjaksoilla, geriatriisen kokonaisvaltaisen arvioinnin hyödyntämisellä, kuntoutukselle on asetettu tavoitteet ja hoito suunnitellaan niiden mukaan.</p>
<p>Holstege ym. Structured scoring of supporting nursing tasks to enhance early discharge in geriatric rehabilitation: The BACK-HOME quasi-experimental study. 2016. Alankomaat</p>	<p>Geriatriisen hoitotyön osaamisen vaikutus kotiutumisiin/hoitojaksojen pituuteen</p>	<p>Kvasiempiirinen tutkimus, 200 potilasta vertailuryhmässä, 283 potilasta ryhmässä, jossa kotiutuksiin oli paneuduttu ja geriatriisen hoitotyön osaamista vahvistettu (back-home implementation). Neljä hoitolaitosta Alankomaissa.</p> <p>Iltaisin ja viikonloppuisin suoritettujen hoitotyön toimintojen tunnistaminen ja arviointi, tuloksista keskustelu monialaisessa tiimissä kotiutuksen mahdollisuudesta.</p>	<p>Hoitojakson pituus lyheni verrattuna vertailuryhmään (56pv-46pv). Jos kodinmuutostöitä ei tarvinnut, vertailuryhmässä hoitojakson pituus oli 50pv, tutkimusryhmässä 42,5pv. Kotiutuksen viivästymisen syitä olivat mm ympäristötekijät, potilaaseen liittyvät tekijät (esim henkinen ja psyykinen kapasiteetti). Geriatriisen hoitotyön osaamisella on vaikutusta hoitojakson pituuteen.</p>

<p>Kangas ym. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. 2018. Suomi</p>	<p>Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulominen sairaalaolosuhteisiin soveltuvilla nopeilla seuloilla.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Seulontatesti, kuuden kohdan muistiseula (six-item screener) ja kuu-kausien luettelu takaperin (MOTYB-testi), lähimuistia testaavat sanalistat (MMSE-testistä). 151 potilasta, 77% osastojen ikäryhmän potilaista.</p>	<p>Muistitoimintojen häiriö 40 potilaalla, sukupuolella ei eroa, ulkona liikkuminen vähensi häiriötä muistitoiminnoissa. Tarkkaavaisuuden häiriötä 30 potilaalla, miehillä yleisemmin, ikäryhmissä ei merkittävää eroa, ulkona liikkuminen vähensi häiriötä tarkkaavaisuudessa. Muistihäiriöt ja tarkkaavaisuuden häiriöt yhteydessä toisiinsa. Liikuntakyky ja ulkona liikkuminen vähensi häiriötä molemmissa. Monissa tapauksissa testit antoivat uutta tietoa, aiemmissa kirjauksissa ei mainintoja sekavuudesta.</p>
<p>DiMaria-Ghalili, R. A. Integrating Nutrition in the Comprehensive Geriatric Assessment. 2014. MAA??</p>	<p>Ravitsemuksen arviointi CGA:n yhteydessä.</p>	<p>Artikkelissa on esitelty geriatrisen arvioinnin osa-alueet, ja se kuinka ne vaikuttavat ikääntyneen potilaan ravitsemustilaan.</p>	<p>Aliravitsemuksella ja kaatumisilla on yhteys. Geriatrisen arvioinnin yhteydessä on helppo tehdä arviointi potilaan ravitsemuksesta, koska kaikki geriatrisen arvioinnin osa-alueet vaikuttavat potilaan ravitsemustilaan jollain tavalla.</p>
<p>Strandberg, T. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. 2013. Suomi.</p>	<p>Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus.</p>	<p>Useita tutkimuksia, joissa selvitetty vaikutusta hoitajakson pituuteen, toimintakykyyn, laitoshoidon tarpeeseen, kuolleisuuteen, joissakin tutkimuksissa selvitetty myös kustannuksia.</p>	<p>Eniten hyötyä kun vanhus ei ole liian sairas eikä liian terve. Vaikuttavampaa pidempään kun tiukasti valikoitu, kotiuttamisongelmainen vanhus kyseessä, myös valikoimattomilla potilailla vaikuttavaa.</p>
<p>Pitkälä ym. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? 2007. Suomi</p>	<p>Ikääntyneiden kuntoutuksen kehittäminen</p>	<p>Useita tutkimuksia, joissa on selvitetty erilaisten kuntoutusmuotojen vaikutusta.</p>	<p>Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavaa monisairailta vanhuksilla ja dementoitu-neilla. Myös lonkkamurtuman jälkeen geriatrisen arviointi ja hoito on hyödyllinen. Ennaltaehkäisevä kuntoutus on tarpeen.</p>

Finne-Soveri. Muuttuva maailma, muuttuva vanhuus. 2017. Suomi.	Ikääntymisen muuttuminen maailman muuttuessa.	Artikkeli, kerrottu kuinka vanhuuden muoto on muuttunut ja muuttumassa.	Ikääntyneiden määrä kasvaa. Ikääntyneet elävät vanhemmaksi, ja yhä useammalla on muistisairautta, kognition vajausta ja muita oireita.
Laine ym. Geriatrian poliklinikka kotona asuvien vanhuksen tukena. 2018. Suomi.	Geriatrian poliklinikan toiminnan esittely, Turku.	Artikkelissa esitellään kuinka geriatrinen poliklinikka ja arviointi yksikkö toimivat Turussa. Tutkittu kuinka paljon potilaita poliklinikalla on käynyt, tulokset, heille tehdyt toimenpiteet, onko vielä 4vkon kuluttua kotona.	Geriatriksen arvioinnin tulisi olla systemaattista. Vanhuksen tulisi ohjautua geriatrisiin yksiköihin/poliklinikoille mieluummin kuin akuuttisairaaloiden päivystykseen.
Jeglinsky ym. Kuntoutusprosessi kuntoutujan arvioimana. 2014. Suomi.	Kuntoutusprosessin arviointi.	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Tarkoituksena arvioida kuntoutusprosessien arvioinnin menetelmiä/mittareita, joissa asiakkaan/kuntoutujan näkökulma ja miten arviointimenetelmissä/mittareissa määriteltäviä hyvän kuntoutuskäytännön asiakaslähtöisiä ominaisuuksia.	Löytyi 13 mittaria, joilla voi arvioida asiakaslähtöisyyttä ja hyvää kuntoutuskäytäntöä.

## MENETELMIIN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

Ensimmäinen kehittämisiltapäivä:

Helmikuu 2019, aivoriihi

- 1) Toimintamallin toimivuus tavoitteen mukaisesti
- 2) Uusia ideoita osaston toiminnan kehittämiseen

Työpaja:

Heinäkuu 2019

- 1) Toimintamallin kuvaus

Viimeinen kehittämisiltapäivä:

Heinäkuu 2019, prosessikävely: 6 pistettä

- 1) Kuntoutumisprosessin käynnistyminen
- 2) Osastojaksolle saapuminen
  - a. Vastaanotto
  - b. Tulohaastattelu
  - c. Hoitosuunnitelman rakentaminen
- 3) Osastojakson alussa ja aikana
  - a. Lääkärin tutkimus
  - b. Testien tekeminen
- 4) Osastojakson loppupuolella
  - a. Asiakaskeskustelu
  - b. Jatkosuunnitelman tekeminen
  - c. Kotiutumisen valmistelu
- 5) Kotiutumispäivänä
- 6) Osastojakson sisältö
  - a. Toimintakyvyn tukeminen osastojakson aikana
  - b. Viriketoiminta (varsinkin viikonloppuisin hoitajien järjestämänä) ja kuntoutumisryhmät

Samalla saadaan vielä kirkastettua toimintamallia vaihe vaiheelta osallistujien kanssa.

## Sopimus opinnäytetyön tekemisestä



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1705673	Viralliset etunimet Laura Reetta Marika
Sukunimi Tevana	
Lähiosoite Kikarikatu 30	Postinumero ja -toimipaikka 80160 Joensuu
Sähköposti laura.tevana@siunsote.fi / olate002@edu.xamk.fi	Puhelin 0440305171
Toimipiste ja koulutusohjelma Savonlinnan toimipiste. Monialainen toimintakyvyn edistäminen, YAMK	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus MOSA17SY	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Siun sote. Siilaisen kuntoutumiskeskus	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Maarit Lappi, osastonhoitaja
Lähiosoite Noljakantie 17	Postinumero ja -toimipaikka 80140 Joensuu
Sähköposti maarit.lappi@siunsote.fi	Puhelin 0133306952

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Merja Reunanen, Päivi Lifflander
Sähköposti merja.reunanen@xamk.fi , paivi.lifflander@xamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Maarit Lappi
Sähköposti maarit.lappi@siunsote.fi



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

2 / 2

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytteen aihe (max. 200 merkkiä) Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusyksikön toiminnan kehittämisen kuvaus ja arviointi	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Tavoitteena on moniammatillisesti luoda toimintamalli Geriatriseen arviointi- ja kuntoutusyksikköön.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Toimintatutkimus, jossa hyödynnän mm. osallistavia menetelmiä. Arvioinnissa hyödynnän mm. kehittämisprosessin aikana luotuja seurantalomakkeita. Menetelmät tarkentuvat opinnäytetyön edetessä.	
Opinnäytetyön aloitus kevat 2018	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle viimeistään joulukuu 2019
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä. <a href="http://www.tilastokeskus.fi/ttk/kekas.html">http://www.tilastokeskus.fi/ttk/kekas.html</a>	

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Ongelmatapauksissa sopimuksen ehtoista voidaan neuvotella uudelleen ja tarvittaessa purkaa sopimus.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin.</b> Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäviksi määriteltyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn lausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
---	--

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	_____ / _____ 20_____
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	_____ / _____ 20_____
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	_____ / _____ 20_____

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

Tiedote opinnäytetyöstä ja suostumus aineiston käyttöön

Hei!

Olen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Monialaisen toimintakyvyn edistämisen YAMK-opiskelija. Teen opinnäytetyötä Siun soten, Siilaisen kuntoutumiskeskuksen Geriatriselle arviointi- ja kuntoutusosastolle 3A. Opinnäytetyön tarkoituksena on Geriatrisen yksikön kehittämisen kuvaus ja arviointi moniammatillisesta näkökulmasta eli kuvaan opinnäytetyössä kehittämisprosessin sekä toiminnan kehittämisen osalta, että moniammatillisen toiminnan kehittämisen osalta. Tavoitteena on, että kun toimintamalli on luotu ja vakioitu osastolla, kaikki kuntoutujat saavat yhtä laadukkaan hoidon, arvioinnin ja kuntoutuksen tietyn toimintamallin mukaisesti. Opinnäytetyön arvioivassa osuudessa aion tutkia, onko toimintamallin mukainen toiminta vakiintunut osaksi toimintaa ja onko henkilökunta sitoutunut uusiin käytäntöihin.

Työtä ja osaston toimintaa kehitämme yhdessä, joten teidän osuutenne ja mielipiteenne ovat todella tärkeitä. Kerään aineistoa opinnäytetyöhöni osaston yhteisissä kehittämisiltapäivissä. Aineistonkeruun menetelminä käytän aivoriiheä, prosessikävelyä sekä näiden yhdistelmää. Näistä keräämäni aineistot ovat luottamuksellisia eikä niistä voi vastaajia tunnistaa. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte halutessanne kieltää tuottamanne aineiston käytön opinnäytetyössä. Tutkimuksen päätyttyä aineistot hävitetään.

Ohessa suostumus aineiston käyttöön.

Ystävällisin terveisin:

Laura Tevana

## Suostumus aineiston käyttöön

Tällä lomakkeella

- Annan suostumukseni yhdessä tuotetun aineiston käyttöön opinnäytetyössä. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajia voi aineistosta tunnistaa. Aineisto hävitetään heti tutkimuksen päätyttyä.
- En anna suostumustani aineiston käyttöön opinnäytetyössä.

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys



## Esimerkki aineistonanalyysistä 1 (aivoriihi)

	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Teema
Valmis			
	Asiakaskeskustelu	Asiakaskeskustelu	Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmä
	Ft:n apuvälineprosessi, kotikäynti ja testit	fysioterapeutti: kotikäynti apuvälineet testit	Geriatrisen arviointi- ja kuntoutusprosessin menetelmä
Kesken			
	Osastoesitteen jako	Osastoesite	Yksikön toiminnasta tiedottaminen
	Asiakkaalle arvoa tuottavan ajan seuranta	Ajan seuranta	Yksikön toiminnan tehokkuusseuranta
	Työnjako	Roolit	Moniammatillisuus
	Moniammatillinen vastaanotto	Moniammatillinen toiminta	Moniammatillisuus
Kehitettävää			
	Kuntoutujalähtöinen tavoite (GAS?) osastojaksolle	Tavoitteen asettelu	Asiakaslähtöisyys
	Palvelusta hyötyvät kuntoutujat löytyvät	Lähetteet, geriatrin rooli	Asiakaslähtöisyys
	Perehdytys (oma)	Perehdytys	Yksikön henkilöstön johtaminen
	MMSE:n yhteydessä kellotaulu	Kellotaulu MMSE:n yhteydessä	Yksikön töiden organisointi
	Farmaseutti tiiviimmin mukaan	Yhteistyö farmaseutin kanssa	Moniammatillisuus

## Lähetteiden käsittely Geriatrisessa arviointi- ja kuntoutusyksikössä.

