



Mira Elemo, Susanna Martelin ja Sari Sabally

Gerastenia hoitotyössä

lääkkään kotona selviytymisen tukeminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

21.4.2023

Tekijä	Mira Elemo, Susanna Martelin ja Sari Sabally
Otsikko	Gerastenia hoitotyössä – iäkkään kotona selviytymisen tukeminen
Sivumäärä	37 sivua + 3 liitettä
Aika	21.4.2023
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaaja	Yliopettaja TtT Pirjo Vesa
<p>Tällä hetkellä iäkkään hauraus-raihnausoireyhtymä eli gerastenia jää usein Suomessa tunnistamatta. Osittain tunnistamattoman gerastenian vuoksi iäkkään kotona selviytyminen heikentyy ja sairaalahoitajaksot lisääntyvät. Pidentyneet hoitajaksot kuormittavat terveydenhuoltoa sekä lisäävät merkittävästi terveydenhuollon kuluja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä keinoja gerastenian tunnistamiseksi sekä iäkkään sairaalakierteen ehkäisemiseksi.</p> <p>Opinnäytetyön aihe valikoitui Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen ehdotuksesta. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Katsaukseen valikoitui kymmenen kotimaista ja kansainvälistä tieteellistä tutkimusta. Aineiston rajauksessa tärkein kriteeri oli tutkimusten vastaavuus tutkimusongelmaan. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousee vahvimmin esille kuntouttavan hoitotyön merkitys gerasteenisen iäkkään toimintakyvyn tukemisessa. Gerastenia tunnustetaan erilaisilla fyysisiä ominaisuuksia mittaavilla asteikoilla. Kuntouttavan hoitotyön toteuttaminen vaatii enemmän aikaa kuin potilasta passivoiva hoito. Työnantajan mahdollistamat riittävät resurssit sekä hoitajan toiminta takaavat kiireettömän hoitotilanteen. Kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen vaikuttaa resurssien lisäksi myös hoitajan ammattitaito. Tutkimustulokset kohdentuvat pääasiassa sairaalahoidon jälkeiseen kotona selviytymisen tukemiseen.</p> <p>Opinnäytetyö on hyödynnettävissä hoitohenkilökunnalle gerastenian tunnistamisessa sairaalassa ja kotihoidossa. Hoitohenkilökunnan lisääntynyt tieto gerasteniasta sekä sen ehkäisystä auttaa iäkkään yksilöllisemmän kuntoutus- ja hoitosuunnitelman tekemisessä. Väestön vanhetessa tarvitaan tehokkaita keinoja iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja tukemiseksi kotona. Aihe on yhteiskunnallisesti erittäin merkittävä ja ajankohtainen.</p>	
Avainsanat	gerastenia, ikääntyminen, kuntouttava hoitotyö, kotihoito, kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Author	Mira Elemo, Susanna Martelin and Sari Sabally
Title	Frailty in nursing. Supporting the elderly's survival at home
Number of Pages	37 pages + 3 appendices
Date	21 April 2023
Degree	Bachelor of Health Care, Nursing
Degree Programme	Degree Programme in Nursing
Instructors	Principal Lecturer Pirjo Vesa
<p>Currently, the elderly frailty often goes unrecognized in Finland. Partly due to unrecognized frailty, the elderly's ability to cope at home is impaired and hospital admissions increase. These prolonged hospital stays place a strain on the health care system and significantly increase health care costs. The purpose of the thesis was to look for ways to identify frailty and to prevent the elderly from entering the hospital cycle.</p> <p>The topic was chosen at the suggestion of the Vantaa and Kerava Welfare Region. The thesis was carried out as a descriptive literature review. Ten national and international scientific studies were selected for the review. The most important criterion in the selection of the material was the relevance of the studies to the research problem. The data was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>The results of the literature review highlight the importance of rehabilitative nursing in supporting the functional capacity of older people with geriatric conditions. Frailty is identified by various scales measuring physical characteristics. Rehabilitative care requires more time than passive care. Sufficient resources provided by the employer and the action of the carer ensure that the care situation is not rushed. In addition to resources, the professional skills of the nurse also play a role in the implementation of rehabilitative care. The results of the study mainly focus on support for coping at home after hospitalization.</p> <p>The thesis is useful for nursing staff in identifying frailty in hospital and home care. Increased knowledge of frailty and its prevention will help nursing staff to make a more individualized rehabilitation and care plan for the elderly. As the population ages, effective ways are needed to maintain and support older people's functional capacity at home. This is a subject of great social importance and topicality.</p>	
Keywords	frailty, aging, rehabilitative care, home care, descriptive literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Gerasteenisen iäkkään hoitotyö	2
2.1	Ikääntyminen	2
2.1.1	Iäkkäät Suomessa	2
2.1.2	Ikääntymisen tuomia muutoksia	4
2.2	Gerastenia	5
2.2.1	Gerastenian määritelmä	5
2.2.2	Gerastenian kliiniset havaitsemiskeinot	6
2.3	Kuntoutus geriatriassa hoitotyössä	7
2.4	Iäkkään hoito sairaalassa	9
2.5	Kotihoito	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	10
4	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä	11
4.1	Aineistonhaku ja arviointi	11
4.2	Aineiston analyysi	13
5	Tulokset	15
5.1	Gerastenian tunnistaminen	15
5.1.1	Gerastenian tunnistamisen keinot	16
5.1.2	Gerastenian vaikutus iäkkään hyvinvointiin ja toimintakykyyn	17
5.1.3	Gerastenian vaikutus terveydenhuollon kuluihin	17
5.2	Hoitajan ammattitaito	18
5.2.1	Yksilöllinen hoito	19
5.2.2	Kuntouttava hoitotyö	19
5.2.3	Hoitajan toiminta	20
5.2.4	Hoitajan vuorovaikutustaidot	20
5.2.5	Psyykkisten tekijöiden huomioiminen	21
5.2.6	Potilaan oma osallistuminen hoitoon	21
5.2.7	Yhteistyö omaisten kanssa	22
5.3	Muut hoitoon vaikuttavat tekijät	22
5.3.1	Resurssien vaikutus hoitotyöhön	23
5.3.2	Kiireen vaikutus	23
5.3.3	Koulutuksen lisääminen	24
6	Pohdinta	24

6.1	Tulosten tarkastelu	24
6.2	Luotettavuus	26
6.3	Eettisyys	28
6.4	Johtopäätökset	28
6.5	Kehittämisehdotukset	29
6.6	Ammatillinen kasvu	30
	Lähteet	32
	Liitteet	
	Liite 1. Artikkelitaulukko	
	Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä	
	Liite 3. Sisällön analyysin tulokset	

1 Johdanto

Kansallisena tavoitteena on, että ikäihmiset saisivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Kun hoivan ja huolenpidon tarve tulee, olisi niihin ensisijaisesti pyrittävä vastaamaan iäkkään kotona. Kotona hoidetaan yhä vanhempia sekä huonokuntoisempia ihmisiä ja heidän hoidontarpeensa on kasvussa. Ihmisten elinajanodote on kasvussa, mikä lisää myös hyvin iäkkäiden ihmisten määrää nopeasti. Ennusteiden mukaan vuonna 2065 yli 90-vuotiaita olisi Suomessa yli 190 000 (Väestön ikääntyminen Suomessa. 2019). Tästä voidaan päätellä ikääntyneiden palveluiden järjestämisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen olevan tärkeitä nyt ja tulevaisuudessa.

Vaikka iso osa iäkkäistä onkin hyväkuntoisia, ikääntyessä sairaalahoitoa tarvitaan kuitenkin lisääntyvässä määrin. Lähes puolet 85 vuotta täyttäneistä tarvitsee sairaalahoitoa vuosittain. Ikääntymisen ja sairauksien lisääntymisen myötä elimistön fysiologiset voimavarat vähenevät ja toimintakyky heikkenee, jolloin yhä pienemmät akuutit ongelmat tai elinolosuhteiden muutokset riittävät laukaisemaan äkillisen sairaalahoidon tarpeen. Ikääntyessä myös hauraus-raihnausoireyhtymän eli gerastenian (engl. frailty) riski suurenee. Gerasteeniset potilaat päätyvät toistuvasti päivystystasvastaanotoille ja sairaalaan kaatumisten, sekavuuden ja etiologialtaan usein epäselväksi jäävien toimintakyvyn heikkenemisjaksojen takia. Iäkkäät joutuvat hakeutumaan ensiapuun kroonisiin eteneviin sairauksiin liittyvien akuuttien pahenemisvaiheiden vuoksi. Kuoleman lähestyessä näiden käyntien määrä sekä sairaalahoidon tarve usein lisääntyvät. (Wuorela & Viikari 2019: 1579.)

Opinnäytetyön aihe koskettaa hyvin läheisesti tämänhetkistä yhteiskunnallista tilannetta liittyen ikääntyvien ihmisten hoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan heikoimmassa asemassa olevien iäkkäiden tunnistaminen ja löytäminen on avainasemassa. Tukea ja apua tulisi kohdentaa niitä eniten tarvitseville. Iäkäs ei aina itse tunnista avuntarvettaan tai osaa hakea apua oikeasta paikasta. Varhaisella puuttumisella voidaan ehkäistä ongelmien syventymistä ja jatkumista. Tämä puolestaan pienentää iäkkään kärsimystä, hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä sekä vähentää runsaiden palvelujen tarvetta. (Iäkkäiden hyvinvointi kunnassa. 2023.)

Tämä opinnäytetyö pohjautuu Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen sairaalapalveluilta saatuun aiheeseen. Hoitohenkilökunta kaipaa keinoja hauraan vanhuksen tunnistami-

seen sekä sairaalaan uudelleen joutumisen ehkäisyyn. Potilaat saapuvat hyvinvointi-alueen sairaaloiden osastoille kuntoutumaan kodeistaan, erikoissairaanhoidosta tai päivystyksestä.

Nykyisellään iäkkään gerastenian tunnistamisessa on haasteita. Tunnistamisen haasteet vähentävät kohdennettujen hoitokeinojen hyödynnettävyyttä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa hoitohenkilökunnalle tietoa gerasteniasta sekä erilaisia työkaluja gerasteenisen iäkkään tunnistamiseen ja hoitamiseen. Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli löytää tutkimuksista tietoa gerastenian tunnistamisesta sekä hoitotyökeinoista, joilla gerastenian tuomiin haasteisiin voitaisiin puuttua. Tuotosta voivat hyödyntää alan opiskelijat, hoitohenkilökunta, iäkäs sekä hänen omaisensa.

2 Gerasteenisen iäkkään hoitotyö

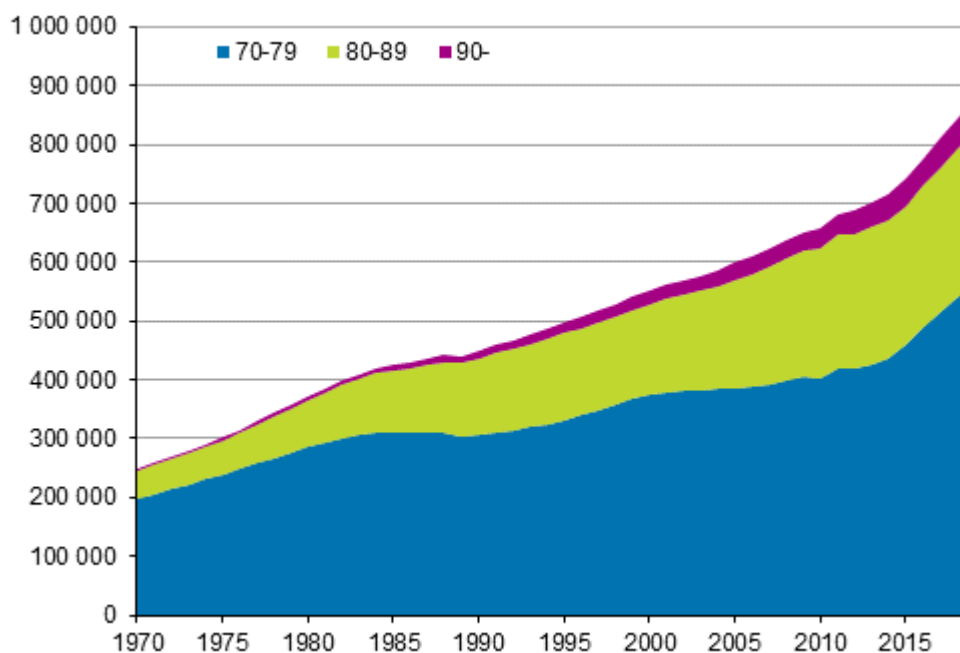
Iäkkään palatessa kotiinsa sairaalajakson jälkeen saattaa hänen toimintakykynsä olla alentunut esimerkiksi jonkin akuutin sairauden vuoksi. Kotiin annettavien palveluiden tarve saattaa lisääntyä joko lyhytaikaisesti tai pysyvästi. Sairaalahoidon jälkeen tulee arvioida mahdolliset sairaalaan uudelleen joutumisriskit. Näihin riskeihin voidaan lukea muun muassa gerastenia tai muutoin heikentynyt toimintakyky. Ihmisen toimintakykyyn vaikuttavat fyysisen ulottuvuuden ohella myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Toimintakyky antaa ihmiselle voimavaroja selviytyä omista, itselle merkityksellisistä ja välttämättömistä asioista päivittäin. (Mitä toimintakyky on? 2022.) Toimintakyvyn tukemiseksi tulee iäkkään tilannetta arvioida kokonaisvaltaisesti esimerkiksi perusterveydenhuollon vastaanotolla tai sairaalahoidon aikana. Toimintakykyä voidaan arvioida luotettavasti silloin kun iäkkään sairaus ei ole akuutissa vaiheessa. Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön aiheen keskeisimpiä asioita ikääntymisestä, gerasteniasta sekä iäkkään hoidosta.

2.1 Ikääntyminen

2.1.1 Iäkkäät Suomessa

Iäkkäiden määrä Suomessa on kasvanut voimakkaasti viime vuosina (kuva 1). Vuoden 2019 lopussa Suomessa oli yli 870 000 yli 70-vuotiasta henkilöä. Vuosien 2016–2019 välillä yli 70-vuotiaiden määrä on kasvanut noin 100 000 henkilöllä. Vielä 1970-luvun

alussa yli 70-vuotiaita oli Suomessa vain noin 250 000. (70 vuotta täyttäneitä 874 000. 2020.)



Kuva 1. Yli 70-vuotiaiden määrä Suomessa vuosina 1970–2019 (70 vuotta täyttäneiden määrä 874 000. Tilastokeskus 2020).

Vuoden 2019 lopussa väestöllinen huoltosuhde oli 61,4. Eli 100 työkäistä kohden oli yhteensä 61,4 yli 65-vuotiasta tai alle 15-vuotiasta. Yli 65-vuotiaita oli jopa 360 000 enemmän kuin alle 15-vuotiaita. Väestöllinen huoltosuhde on ollut korkeampi edellisen kerran vuonna 1922. (70 vuotta täyttäneitä 874 000. 2020.)

Vanhuuden määrittely koetaan ongelmallisena, sillä yksilölliset iän mukanaan tuomat muutokset vaihtelevat suuresti. Useista lähteistä on havaittavissa vanhasta henkilöstä käytettävän ennemmin termejä ikääntyvä ja iäkäs. Ikääntyvästä henkilöstä puhutaan, kun henkilön ikää mitataan vuosissa. (Ikääntynyt, iäkäs vai vanha? 2019.) Suomen lainsäädännössä 65 vuotta täyttäneistä käytetään termiä ikääntyvä, tällöin henkilö on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Lain mukaan iäkkästä henkilöstä puhutaan, jos henkilön toimintakyky on heikentynyt ikääntymisen mukanaan tuomien sairauksien tai vammojen vuoksi. Lain mukaan henkilöä pidetään iäkkäänä myös silloin kuin jo aiemmin olemassa olleet sairaudet tai vammat ovat pahentuneet iän myötä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 § 3.)

2.1.2 Ikääntymisen tuomia muutoksia

Ikääntyminen on normaali osa ihmisen elämää. Naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään. Ikääntyessä ihmisen kehon vesipitoisuus vähenee ja lihakset korvautuvat osin rasvalla. Lihaskudoksen vähetessä myös lihasvoima heikkenee. Paino alkaa yleensä laskea 70 ikävuoden jälkeen. Myös pituus vähenee hiljalleen jo noin 40 ikävuodesta alkaen muun muassa nikamien luukadon vuoksi. Asioiden mieleen palauttaminen ja asioiden muistiin tallettaminen heikentyvät ikääntyessä, varsinainen oppimiskyky säilyy kuitenkin usein pitkälle vanhuuteen. Normaaliin ikääntymiseen ei liity vakavat muistiongelmia, vaikka muistisairaudet ovatkin iäkkäillä yleisempiä kuin nuoremmalla väestöllä. Aisteissa tapahtuvat muutokset ilmenevät esimerkiksi kuulo- ja näköongelmina. Kuulo-ongelmat saattavat aiheuttaa iäkkäille psykososiaalisia ongelmia, kuten yksinäisyyttä tai ahdistuneisuutta. (Rysti 2020b; Tilvis 2016.)

Ikääntyminen ei suoranaisesti vaikuta ihmisen mielen hyvinvointiin, mutta iän mukanaan tuomien muutosten ja menetysten on nähty siihen vaikuttavan. Fyysiset sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen lisäävät riskiä mielen hyvinvoinnin heikkenemiseen. Yksinäisyys ja vähäiset sosiaaliset suhteet vaikuttavat myös negatiivisesti iäkkään mielen hyvinvointiin. Iäkkään elämäkokemus voi kuitenkin olla auttava tekijä hänen suhtautuessaan erilaisiin iän mukanaan tuomiin muutoksiin ja menetyksiin. (Kokko & Heimonen 2022.)

Yksinäisyyden kokemus on iäkkäillä yleistä, joskin jatkuva yksinäisyyden tunne on harvinaisempaa. Jokainen yksilö kokee yksinäisyyden omalla tavallaan. Yksinäisyyden kielteinen kokemus voi aiheuttaa iäkkäälle kärsimystä. Iän mukanaan tuoma toimintakyvyn heikkeneminen voi altistaa iäkkään tahattomalle eristäytymiselle. Eristäytyminen taas saattaa vaikuttaa sosiaalisten suhteiden vähenemiseen, mikä lisää usein yksinäisyyden tunnetta. Vaikka iäkkäät kokevat yksinäisyyttä, eivät kaikki yksin olevat iäkkäät koe olevansa yksinäisiä. Toisaalta myös muiden seurassa oleva iäkäs voi kokea itsensä yksinäiseksi. (Niittymäki 2020.)

Erilaiset sairaudet, gerastenia sekä tulehdustilat lisäävät proteiinin tarvetta. Proteiininpuutos aiheuttaa lihaskatoa. Hoitajan velvollisuus on arvioida ikääntyneen ravinnonsaantia ja punnita häntä säännöllisesti. Kirjaaminen, ravitsemushoidon toteuttaminen sekä tiedon vieminen eteenpäin moniammatilliselle tiimille kuuluvat hoitajalle. Suolen toimintahäiriöt eli ummetus ja ripuli tulee huomioida. Lääkärillä on vastuu ikääntyneen kokonaishoidosta. Ravitsemusterapeutti vastaa ravitsemushoidon suunnittelusta. Suun terveydenhuollon ammattilaista, toimintaterapeutteja sekä puheterapeutin ammattitaitoa

voi käyttää ravitsemushoidossa. Ruokailussa voidaan käyttää tarpeen mukaan ruokailun apuvälineitä iäkkään omatoimisuuden lisäämiseksi. Vajaaravitsemus sekä vajaaravitsemuksen riski voidaan seuloa MNA-testillä (Mini Nutritional Assessment). Vajaaravitsemus aiheuttaa Suomen terveydenhuololle vuosittain lisäkustannuksia yli 600 miljoonaa euroa. (Schwap ym. 2022: 1267–1268.)

Ikääntyessä makuaisti voi muuttua sekä nälän ja janon tunne vähentyä. Ruoansulatusentsyymien ja syljen erityksen vähentyessä myös mahalaukun tyhjentyminen hidastuu. Tämän takia iäkkään ruokahalu usein heikkenee. (Schwab ym. 2022: 1267.) Ikääntyneen ravitsemus tulee ottaa huomioon terveydenhuollossa. Iäkkäällä energian kulutus on usein pienentynyt ja syödyn ruoan määrä vähenee. Tämän vuoksi saattaa proteiinin, kivennäisaineiden sekä vitamiinien tarve jäädä liian vähäiseksi. (Ikääntyneet. 2022.)

2.2 Gerastenia

2.2.1 Gerastenian määritelmä

Opinnäytetyön yksi keskeisistä käsitteistä on gerastenia eli hauraus-raihnausoireyhtymä. Gerastenia ei ole normaaliin ikääntymiseen kuuluva ilmiö, eikä varsinainen sairaus. Ilmiö on todennäköisesti osittain perinnöllinen ja usein seurausta aiemman elämän aikaisista elintavoista. Oireyhtymän onkin arveltu kehittyvän jo keski-ikästä alkaen. Lähes puolella 80 vuotiaista ja sitä vanhemmista havaitaan gerastenia. Iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa olevista valtaosalla on todettu gerastenia. (Rysti 2020a.)

Geriatrissa määritelmää hauraus-raihnausoireyhtymä käytetään kuvatessa yleistä terveydentilan heikkoutta, jolloin elimistössä havaitaan useiden elinjärjestelmien reservien vähentymistä. Gerasteenisilla iäkkäillä on heikentynyt stressinsietokyky, joka lisää kuoleisuutta ja erilaisten vajaatoimintojen syntymistä. Kliinisessä kuvassa on nähtävissä tahatonta laihtumista, uupumusta, vähentynyttä fyysistä aktiivisuutta, hitautta ja lihasheikkoutta. (Strandberg & Viitanen & Rantanen & Pitkälä 2006: 1495.) Vaikka lihas-kato ja painon tippuminen ovat osa gerastenian tunnusmerkkejä, voi lihavuuskin lisätä gerastenian riskiä. Tällöin puhutaan sarkopeenisesta lihavuudesta. Interventioissa, joissa yhdistetään ruokavalio ja liikunta, saavutetaan parempi toimintakyky. Tällöin myös sekä luumassaa että lihasta menetetään vähemmän. (Jyväkorpi & Strandberg 2020: 1436.)

Hauraus-raihnausoireyhtymän suomennosta englanninkielisestä termistä ”frailty” on pidetty hankalana. Vuonna 2015 lääketieteen sanastolautakunnalle annettiin ehdotus gerastenia termin käytöstä hauraus-raihnausoireyhtymän tilalla. Gerastenia termin käyttöönotolla ajateltiin pystyttävän edistämään kansallista tietämystä gerasteniasta. (Strandberg & Cederholm & Saksela & Goebeler 2015: 1103.) Lääketieteen sanastolautakunta puolsi vuonna 2015 gerastenia-termin käyttöönottoa, mutta halusi jättää hauraus-raihnausoireyhtymän rinnalle gerastenian synonyymiksi (Lääketieteen sanastolautakunta. 2015: 1104).

2.2.2 Gerastenian kliiniset havaitsemiskeinot

Gerastenian havaitsemiseksi on kehitetty useita erilaisia mittareita ja arviointimenetelmiä. Kaikki mittarit eivät yksinään ole riittäviä gerastenian arviointiin. On kuitenkin olemassa yksittäisiä mittareita ja menetelmiä, joilla gerastenian havaitsemisessa voidaan päästä alkuun, sekä suunnitella sen pohjalta muiden arviointien tarvetta. Nämä mittarit on esitelty ja mainittu useissa tutkimuksissa ja lähteissä. (Alakare & Strandberg 2020: 1370–1371; Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus 2021; Strandberg & Jyväkorpi & Urtamo & Pitkälä & Kivimäki 2022.)

Alakare ja Strandberg (2020) esittelevät artikkelissaan Kenneth Rockwoodin gerastenian tunnistamiseen kehittelemän yhdeksän portaisen Clinical Frailty Scale -arviointiasteikon (kuva 2). Arvioinnin etuna on sen nopea ja helppo käytettävyys. Sitä voidaan käyttää päätöksenteon tukena ja geriatrinen jatkointerventioiden tarpeen arvioinnissa. Arviointia käytettäessä akuutissa tilanteessa on tulosta kuitenkin verrattava potilaan normaalitilanteen toimintakykyyn. Tämän vuoksi olisi tarpeellista tehdä arviointi jo ennakoivasti esimerkiksi avoterveydenhuollossa. On osoitettu, että asteikon avulla pystytään ennustamaan luotettavasti sairaalakuolleisuutta ja uusia sairaalahoitojaksoja. (Alakare & Strandberg 2020: 1370–1371.) Alun perin vuonna 2005 Rockwood kehitti Clinical Frailty Scale -asteikon seitsemän portaiseksi. Jo vuonna 2007 Rockwood päivitti alkuperäistä asteikkoa nykyiseen yhdeksän portaan muotoon. Asteikossa aiemmin samaan ryhmään kuuluneet vakavasti heikkokuntoiset, erittäin vakavasti heikkokuntoiset ja kuolemansairaajat erotettiin omiksi ryhmikseen. (Clinical Frailty Scale.) Clinical Frailty Scale -asteikon suomennettu versio on tulossa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämään Toimia-tietokantaan (Wuorela & Viikari 2019: 1582).



Kuva 2. Iäkkään toimintakyvyn asteikko Rockwoodin Clinical Frailty Scale -asteikkoa ja Papanetin kuvapankin kuvia mukailleen.

Gerastenian mittaamisessa toinen kansainvälisesti tunnetuimmista ja yleisimmin käytetyistä mittareista on Friedin fenotyyppi mittari. Mittarissa on viisi haurautta kuvaavaa määritelmää: hidas kävelynopeus, alhainen fyysinen aktiivisuus, lihasheikkous/heikkopuristusvoima, tahaton laihtuminen sekä uupumus. Jos vähintään kolme näistä määritelmistä täyttyy, on henkilöllä gerastenian. (Jyväkorpi & Strandberg 2020: 1437; Alakare & Strandberg 2020: 1369–1370; Strandberg & Pitkälä & Sipilä 2021: 270.)

Suomessa gerastenian tunnistamiseen suositellaan Käypä hoito -suosituksen mukaan kahta erilaista kävelytestiä. Jos testistä saadaan positiivinen tulos, on aihetta tehdä iäkkäälle kokonaisvaltainen geriatrinen arvio. (Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus 2021.) Kävelynopeustestin suorituksessa laitetaan lattiaan neljän metrin ja kuuden metrin kohdalle merkit. Potilasta ohjeistetaan kävelemään merkkien yli itsenäisesti normaaliilla kävelyvauhdilla. Apuvälineiden, kuten rollaattorin, käyttö on sallittu testin aikana. Jos kävelynopeus kahden viivan välissä on alle 0,8 metriä sekunnissa, on henkilöllä testin mukaan vahvoja viitteitä gerasteniasta. Sen sijaan Timed "Up & Go" eli TUG-testi aloitetaan istumalla tuolissa, jossa on käsinojat. Jalkojen pitää osua lattiaan selän ollessa kiinni selkänojassa. Kolmen metrin päähän asetetaan merkki, mihin asti potilaan tulee kävellä ja palata takaisin tuoliin istumaan lähtöasentoon. Aika lasketaan lähtökäykystä takaisin lähtöasentoon istuutumiseen. Testin mukaan potilaalla on vahvoja viitteitä gerasteniasta, jos kävely kestää yli kymmenen sekuntia. Testin tulos kirjataan 0,1 sekunnin tarkkuudella. (Antikainen 2021.)

2.3 Kuntoutus geriatrisessa hoitotyössä

Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on parantaa iäkkään toimintakykyä ja lisätä voimavaroja elämän hallintaan. Usein kuntoutusta tarvitaan parantamaan toimintakykyä jonkin vamman tai akuutin sairauden jälkeen. Kuntouttavaa hoitotyötä voidaan käyttää myös iäkkään toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisyyn ja nykyisen toimintakyvyn ylläpi-

tämiseen. Geriatriassa kuntoutus on ennalta suunniteltua ja pitkäaikaista moniammatillista yhteistyötä, jolla pyritään tukemaan iäkkään osallisuutta ja arjen selviytymiskeinoja. Käsite kuntouttavasta hoidosta on vuosien saatossa laajentunut fyysisestä kuntoutuksesta myös sosiaaliseen ja psyykkiseen kuntoutukseen. (Pitkälä & Valvanne & Huusko 2016.)

Gerasteniaan suositellaan monipuolista liikuntaharjoittelua. Sen tulee sisältää kestävyysliikuntaa kolme kertaa viikossa, kerralla 45–60 minuuttia, etenevää lihasvoimaharjoittelua, tasapainoharjoituksia sekä toiminnallista liikuntaa kuten kävely. (Liikunta. Käypä hoito -suositus 2016.) Gerastenia on geriatrinen oireyhtymä. Geriatrisen tiimin kokonaisvaltainen arvio tulisi tehdä heti iäkkään tullessa sairaalaan. Moniammatillisuus on keskeinen tekijä tehokkaaseen kuntoutukseen. Työryhmään tulisi kuulua yksi tai useampi hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Tarvittaessa voidaan käyttää myös muita erityistyöntekijöitä kuten neuropsykologia tai farmaseuttia. (Pitkälä ym. 2016.)

Kuntoutusta suunniteltaessa on syytä huomioida iäkkään toimintakyvyn muutokset hoitoympäristön vaihtuessa. Osastohoidossa olevan iäkkään potilaan toimintakyky voi vaikuttaa hyvin erilaiselta kuin tutussa kotiympäristössä. Osastohoidossa olevan iäkkään toimintakyvyn arvio tulisi tehdä heti osastohoidon alkaessa. Hoitoa toteutetaan alusta alkaen potilasta aktivoiden, motivoiden ja itsenäistä suoriutumista tukien. Potilasta passivoivaa hoitoa on syytä välttää, jos se suinkin on mahdollista. Kuntouttavaa hoitotyötä ja toimintakyvyn ylläpidon merkitystä on hyvä perustella konkreettisin keinon itsenäisen kotona selviytymisen näkökulmasta. Potilaan lisäksi myös omaisille on hyvä perustella toimintakyvyn edistämistä, jotta he voivat edesauttaa potilaan kuntoutumista. Iäkkään kotiutuessa osastolta on tärkeää, että kuntouttava hoito jatkuu saumattomasti myös kotona. Toimintakykyä ja kuntoutumista tulee seurata ja arvioida hoitosuunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden pohjalta säännöllisesti. (Janhunen & Pikkarainen 2021.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittää hoitohenkilöstön velvollisuudesta ylläpitää ja kehittää ammatillista osaamistaan muun muassa täydennyskoulutusten avulla. Työnantajalla on velvollisuus järjestää täydennyskoulutusta ja mahdollistaa henkilökunnan osallistuminen niihin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 18.) Täydennyskoulutuksen tavoitteena on vastata terveydenhuollon jatkuvaan kehitykseen varmistamalla hoitohenkilökunnan osaaminen. Täydennyskoulutuksen avulla on tarkoitus kehittää, syventää ja ylläpitää hoitohenkilöstön ammattitaitoa sekä tukea työssä jaksamista. Täydennyskoulutukseen ei sisälly uusien työntekijöiden työhön pe-

rehtyminen. (Sairaanhoidajan täydennyskoulutus.) Hyvä perehdytys auttaa sitouttamaan uutta työntekijää työhön ja työyhteisöön. Riittämätön perehdytys kuormittaa uuden työntekijän lisäksi myös muuta työyhteisöä. Vastuu suunnitelmallisen perehdytyksen toteuttamisen mahdollistamisesta on esihenkilöillä ja työnantajalla. (Perusasiat kuntoon työpaikalla.)

2.4 Iäkkään hoito sairaalassa

Iäkkään osastolla tapahtuvaa sairaalahoidoa voidaan toteuttaa erikoissairaanhoidon, akuuttiosaston tai erilaisten kuntouttavien yksiköiden osastoilla. Sairalahoidoa varten tarvitaan lääkärin kirjoittama lähete. Osastohoitoon potilaat päätyvät yleensä suoraan kotoa tai erikoissairaanhoidosta. Sairalahoidon on tarkoitus olla lyhytaikaista. Tarkoituksena on tukea ja auttaa potilasta toipumisessa ja toimintakyvyn palauttamisessa. Osastohoidon tavoitteena on iäkkään turvallinen kotiutuminen. Kotiutumisen yhteydessä aloitetaan tarvittaessa kotihoito tai muita tarvittavia tukipalveluita. Kotiin saatavat palvelut voivat olla lyhytaikaisia tai pysyviä. (Sairalahoido osastolla.)

Päivystyksessä tai lyhytkestoisella sairaalajaksolla geriatrisen kartoituksen tekeminen ei useinkaan ole hyödyllistä, koska lyhyessä ajassa ei ole mahdollista saada tarpeeksi laajaa kuvaa ikääntyneestä. Jatkohoidossa kuten kuntoutuksessa tai vuodeosastolla gerastenian tunnistaminen hoitotiimissä lisää potilasturvallisuutta sekä kokonaistilanne tulee paremmin huomioiduksi. Gerasteenisten potilaiden tunnistus hoidon alussa on tärkeää, jotta voidaan yksilöidä heidän tarpeensa sekä tehdä heille yksilöllinen hoitosuunnitelma. (Wuorela & Viikari 2019: 1581.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoimasta TOIMIA-tietokannasta löytyy muun muassa suositus iäkkään lyhytaikaisen sairaalahoidon liittyvästä toimintakyvyn arvioinnista kotiutumisen käynnistäjänä. Suosituksessa lyhytaikaisella sairaalahoidolla tarkoitetaan enintään kaksi viikkoa kestävää sairaalahoidoa. Suositukseen on koottu kattavasti tietoa kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin keinoista. (Kerminen & Jäppinen & Kiviniemi & Tikkanen & Havulinna 2019.)

2.5 Kotihoito

Iäkkäille suunnattua laitoshoidoa on vähennetty ja palvelurakennetta muutettu enenevässä määrin tukemaan iäkkäiden kotona asumista. Säännöllisen kotihoidon tarve lisääntyy ihmisen ikääntyessä. Vuonna 2021 75–84-vuotiaista 9 prosenttia ja 85–95-vuotiaista 31 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Yli 90-vuotiaista jopa 56

prosenttia sai säännöllisen kotihoidon palveluja vuonna 2021. (Kotihoito. 2023b.) Usein kotona asuvat iäkkäät tarvitsevat erilaisia palveluja ja apuja, kuten liikkumisen apuvälineitä, kotihoitoa, tukipalveluja tai kodin muutostöitä, toimivan ja turvallisen arjen takaamiseksi. Vaikea kulkuisen kodin muutostöihin on mahdollista saada korjausavustusta tietyin ehdoin. Avustusta haetaan Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA:lta. (Ikääntyvä Suomi ja palvelujen rakennemuutos. 2023; Asunnon muutos- ja korjaustyöt. 2023; Kotihoito. 2023a.)

Kotihoidon tarkoituksena on tukea iäkkään kotona asumista, jos toimintakyvyn heikentymisen vuoksi itsenäinen päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen ei enää onnistu. Tällaisia päivittäisiä toimia ovat muun muassa syöminen, pukeutuminen, lääkehoito ja hygienian hoito. Kotihoito auttaa myös sairaanhoidollisissa tarpeissa, jos kodin ulkopuolisia palveluja ei kykene käyttämään. Kotihoidon tavoitteena on tukea ikääntyneen kokonaisvaltaista toimintakykyä sekä edistää osallisuutta ja itsenäistä suoriutumista. Varsinaisen kotihoidon lisäksi kotiin on saatavilla erilaisia tukipalveluja, kuten ateriapalvelut ja turvapuhelinpalvelut. Asiakkaille laaditaan yksilöllinen palvelusuunnitelma, jossa määritellään kotihoidon tarve ja toteutus. Palvelusuunnitelman lisäksi jokaiselle asiakkaalle laaditaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma, jossa määritellään hoidon toteutukseen liittyvät asiat tarkemmin. (Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. 2023.)

Kotihoidon palveluja on saatavilla julkisena palveluna hyvinvointialueilta sekä yksityisiltä palvelun tuottajilta. Julkisen kotihoidon maksut määräytyvät perheen tulojen ja tarvittavien palveluiden määrän mukaan. Yksityiset palvelun tuottajat hinnoittelevat antamansa palvelut itse. Yksityisestä kotihoidosta on mahdollista saada kotitalousvähenystä verotuksessa. (Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. 2023; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 14.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta iäkkäiden hauraus-raihnausoireyhtymästä eli gerasteniasta. Tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen avulla etsiä hoitotyönkeinoja, joilla voidaan tunnistaa iäkkään gerastenia sekä ehkäistä sairaalaan uudelleen joutumisriskiä tukemalla sairaalahoidon jälkeistä kotona selviytymistä. Tutkimuskysymyksiksi valikoituivat:

1. Millainen on iäkkään hauraus-raihnausoireyhtymä eli gerastenia?
2. Millaisilla hoitotyön keinoilla voidaan tukea sairaalahoidon jälkeistä kotona selviytymistä?

4 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tutkia aiheesta jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla viimeaikaisten tai aiemmin tehtyjen tutkimusten määrää, syvyyttä tai laajuutta. Yleensä kirjallisuuskatsauksen aineistossa käytetään vertaisarvioituja julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23; Suhonen & Axelin & Stolt 2016: 9.) Jäljempänä on kuvattu tarkemmin kirjallisuuskatsauksen etenemistä.

4.1 Aineistonhaku ja arviointi

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus aloitettiin valmisteluvaiheella eli aineiston haulla ja arvioinnilla (Elo & Kajula & Tohmola & Kääriäinen 2022: 215). Valmisteluvaiheessa etsittiin aineistoa yleisesti aiheeseen liittyvää tietoperustaa kasvattaen lehdistä, kirjoista, tutkimuksista, väitöskirjoista, graduista, dokumenteista ja mediasta. Tietokantoina olivat Medic, MetCat Finna, Cochrane, Käypä hoito, Terveysportti, Libguides ja PubMed. Sen sijaan kirjallisuuskatsauksen artikkeleita haettiin Medicista, MetCat Finnasta, Cochranesta tietokannoista sekä manuaalisella haulla Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö lehdistä. Haut tehtiin tammi- helmikuussa 2023.

Hakukriteereinä käytössä oli alkuperäistutkimus, vertaisarvioitu ja tutkimus ei saanut olla yli kymmenetä vuotta vanha. Lisäksi tutkimuksen piti vastata tutkimuskysymyksiin. Poissulkukriteereinä käytettiin liian vanhaa materiaalia, materiaali ei saanut olla muilla kielillä kuin suomi tai englanti, tutkimusartikkelia ei ollut saatavana koko tekstinä tai materiaali ei ollut vertaisarvioitu. Seuraavassa taulukossa on esitelty sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 1).

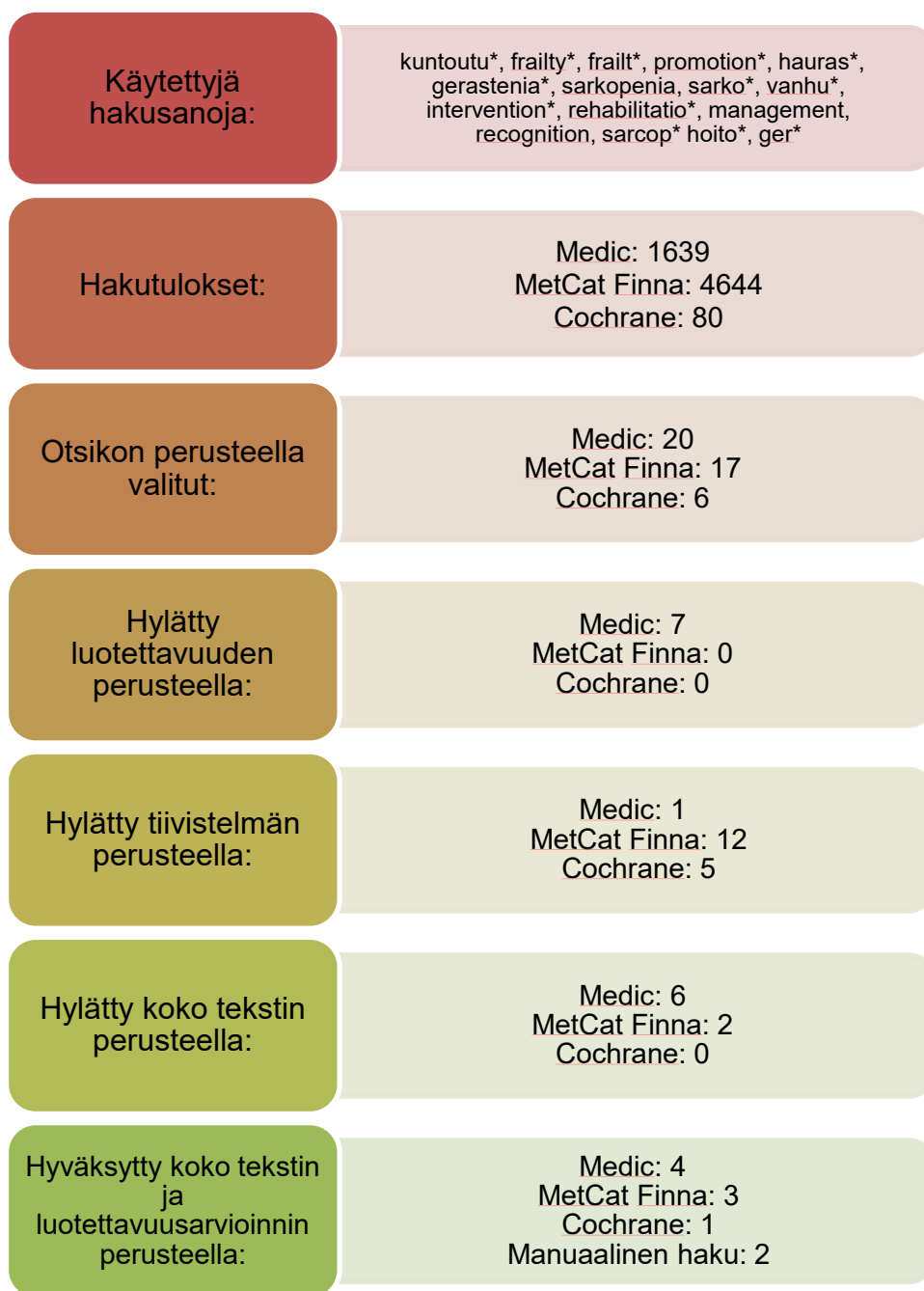
Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisu vuosi 2013 jälkeen	Julkaistu ennen vuotta 2013
Vertaisarvioitu	Ei vertaisarvioitu
Alkuperäistutkimus	Jokin muu kuin alkuperäistutkimus
Suomen- tai englanninkielinen	Muu kuin suomen- tai englanninkielinen
Tarkastelee aihetta yleisesti	Kohdennettu tiettyyn potilasryhmään

Käsittelee ikääntyvien hoitotyötä	Ei käsittele ikääntyvien hoitotyötä
Vastaa tutkimuskysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin

Käytettyjä hakusanoja valituille tutkimuksille olivat kuntoutu*, hauras*, hoito*, ger*, gerastenia*, sarkopenia, sarko*, vanhu*, sarcop*, frailty*, frailt*, promotion*, rehabilitatio*, management, recognition ja intervention*. Medicista tuli osumia 1639 kappaletta, Met-Cat Finnasta 4644 kappaletta ja Cochranesta 80 kappaletta.

Otsikon perusteella valikoitui Medicista 20 tutkimusta, MetCat Finnasta 17 tutkimusta ja Cochranista kuusi tutkimusta eli yhteensä 42 tutkimusta. Tiivistelmän vuoksi hylättiin Medicista yksi, MetCat Finnasta 12 ja Cochranesta viisi tutkimusta. Näistä hylättiin luotettavuuden puutteen vuoksi Medicista seitsemän tutkimusta. Kokotekstin perusteella hylättiin Medicista kuusi ja Metcat Finnasta kaksi tutkimusta. Kokotekstin perusteella hyväksyttiin lopuksi Medicista neljä, MetCat Finnasta kolme, Cochranesta yksi ja manuaalisella haulla kaksi tutkimusta eli yhteensä 10 tutkimusta. Valtaosa valituista tutkimuksista oli suomenkielisiä ja loput englanninkielisiä. Kuviossa 1 on esitelty aineiston keruu.



Kuvio 1. Aineiston keruun muodostus.

4.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto koostuu kymmenestä eri tutkimuksesta. Niistä seitsemän on suomenkielisiä, Suomessa tehtyjä ja kolme englanninkielistä, jotka on tehty Ruotsissa, Kanadassa sekä yksi monikansallisen konferenssiryhmän tekemä. Aineiston keskeiset tiedot kuten tekijä, vuosi, maa, lehti, menetelmät, tutkimuksen tarkoitus ja keskeisimmät tulokset on koottu artikkelitaulukkoon liitteeseen 1.

Aineiston analyysillä pyrittiin saamaan vastaukset molempiin tutkimuskysymyksiin. Induktiivisessa sisällönanalyysissä pitäisi sisältää kuvaavien luokkien ohjautua aineistosta suoraan. Siinä pyritään analysoimaan aineistoa perusteellisesti ja systemaattisesti. (Kylmä & Juvakka 2007: 117.)

Tutkimuksista tehtiin yhteenveto, joka alkoi järjestelemällä ja luokittelemalla aineistoa. Analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivinen päättely selitettiin yksittäistapauksista yleistykseen ja sen kautta päästiin tieteelliseen lopputulokseen. Lukemalla aineistoa ja analysoimalla sitä, valikoitui 105 alkuperäisilmausta. Alkuperäisilmauksista tehtiin pelkistykset, joista muodostui alaluokat. Alaluokista etsittiin samankaltaisuuksia, joista muodostui yläluokat. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 30–31; Tuomi & Sarajärvi 2018: 112). Seuraavaksi on esitelty yhden yläluokan muodostuminen (taulukko 2).

Taulukko 2. Pelkistysten ja luokittelun esimerkkitaulukko.

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Kohtaaminen oli myönteistä, kun hoitaja oli kiinnostunut ja ystävällinen. (4: 4)	Vuorovaikutuksen merkitys potilastyössä (4, 8)	Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot vaikuttavat kokonaisvaltaiseen laadukkaaseen hoidon kokemukseen
Kohtaaminen vuorovaikutustilanteissa oli tärkeää. (4: 4)		
Vuorovaikutus ja lähisuhteet ovat tärkeitä. (8: 26)		
Hauraus on sidoksissa vuorovaikutukseen ja lähisuhteisiin. (8: 26)		
Hoitajan kohtaaminen vaikuttaa henkisiin voimavaroihin. (5: 33)	Hyvän kohtaamisen merkitys potilastyössä (4, 5, 9, 10)	
Hoitajan kohtaamistaito vaikuttaa koko päivään. (5: 33)		
Positiiviseen kohtamiseen tulee panostaa hoitotyössä. (10: 177)		

Hoitajan hyviä vuorovaikutustaitoja ovat miellyttävyys, asiallisuus ja pirteys. (4: 4)		
Avoimeen vuorovaikutukseen tulee panostaa hoitotyössä. (10: 177)		
Yksilöllinen kohtaaminen on asiakkaille tärkeää. (9: 78)		
Motivointi ja myönteinen palaute on asiakkaille tärkeää. (9: 78)		

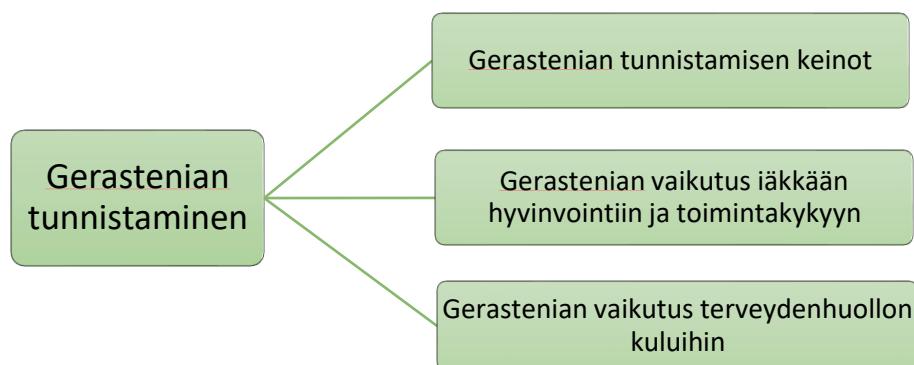
Alkuperäisilmaisuista muodostui pelkistyksiä 155 kappaletta. Pelkistykset jaettiin kahteen eri taulukkoon tutkimuskysymysten mukaan. Pelkistyksiä muodostui ensimmäiseen tutkimuskysymykseen 29 kappaletta ja niistä muodostui seitsemän alaluokkaa. Nämä alaluokat yhdistettiin kolmeksi yläluokaksi, joista muodostui yksi pääluokka. Tämä pääluokka vastaa kysymykseen: Millainen on iäkkään hauraus-raihnausoireyhtymä eli gerastenia? Toiseen tutkimuskysymykseen tuli 126 pelkistystä, joista muodostui 29 alaluokkaa. Alaluokista syntyi 10 yläluokkaa ja niistä kaksi pääluokkaa. Nämä pääluokat vastaavat kysymykseen: Millaisilla hoitotyön keinoilla voidaan tukea sairaalahoidon jälkeistä kotona selviytymistä? Näin yhtäläisyyksistä luotiin synteesi ja muodostettiin tieteellisesti toteutettu opinnäytetyö. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 30–31.)

5 Tulokset

Tässä luvussa esitellään valituista tutkimuksista sisällönanalyysillä saadut tulokset. Tulokset on kuvattu kolmessa eri kappaleessa, jotka muodostuivat analyysin pohjalta nousseista pääluokista.

5.1 Gerastenian tunnistaminen

”Gerastenian tunnistaminen” pääluokka vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Millainen on iäkkään hauraus-raihnausoireyhtymä eli gerastenia?



Kuvio 2. Pääluokka ”Gerastenian tunnistaminen” muodostui kolmesta yläluokasta.

”Gerastenian tunnistaminen” pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta: gerastenian tunnistamisen keinot, gerastenian vaikutus iäkkään hyvinvointiin ja toimintakykyyn sekä gerastenian vaikutus terveydenhuollon kuluihin.

5.1.1 Gerastenian tunnistamisen keinot

Aineistossa oli kuvattu erilaisia gerastenian tunnistamiseen käytettäviä mittareita. Gerastenian mitataan fyysisten ominaisuuksien kautta. (Dent ym. 2019: 773; Behm ym. 2015: 304–305; Boreskie, K. & Hay & Boreskie, P. & Arora & Duhamel 2022: 4.)

Gerastenian tunnistamiseen oli käytetty Friedin fenotyyppi mallia, joka kuvaa gerastenian viiden fyysisen ominaisuuden perusteella. Näitä ovat lihasheikkous, hidas kävelynopeus, alhainen fyysinen aktiivisuus, tahaton laihtuminen ja uupumus. Fyysisen heikkouden kehittymiseen liittyy läheisesti ruokahalun muutokset ja laihtuminen. Kun paino on jo pudonnut, on hyvin vaikeaa parantaa tai muuttaa heikkouden kehittymistä. (Dent ym. 2019: 773; Behm ym. 2015: 304.) Gerastenian arvioinnille kliinisissä olosuhteissa on kuitenkin edelleen esteitä, sillä kuhunkin asiayhteyteen soveltuvasta arviointityökalusta on vaikeaa päästä yksimielisyyteen (Boreskie, K. ym. 2022: 8).

Clinical Frailty Scale on Rockwoodin alun perin vuonna 2005 kehittämä yhdeksän portainen kuvallinen mittari gerastenian mittaamiseen. Mittarissa jokaista kuvaa täydentävä selittävä tekstiosuus. Mittarin piirretyissä kuvissa kuvataan ihmisen toimintakykyä hyväkuntoisesta terminaalivaiheen kuolevaan. (Dent ym. 2019: 776; Behm ym. 2015: 304.)

5.1.2 Gerastenian vaikutus iäkkään hyvinvointiin ja toimintakykyyn

Useammasta tutkimuksesta kävi ilmi, että gerastenia heikensi iäkkään kokonaisvaltaista toimintakykyä ja vaikeutti päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (Dent ym. 2019: 773–774; Kariniemi & Siira & Kyngäs & Kaakinen 2020: 32; Outila & Lantela 2019: 24–27; Behm ym. 2015: 304). Gerasteenisen iäkkään voimat vähenivät, jolloin myös hänen arkensa muuttui. Päivittäisiä toimia tehtiin pienissä jaksoissa, mikä tuki jaksamista ja toimien loppuun saattamista. Jotkin askareet jäivät kokonaan suorittamatta tai ne suoritettiin hänen puolestaan. (Outila & Lantela 2019: 24–25.) Gerastenia vaikutti iäkkäiden kokemukseen kotona pärjäämisestä. Pärjäämistä kuvattiin usein heikommaksi kuin aiemmin. Gerastenia vaikutti myös kodin ulkopuolella liikkumiseen. Iäkkäät kertoivat, etteivät uskaltaneet liikkua yksin heikentyneen liikuntakyvyn takia. (Kariniemi ym. 2020: 32.) Gerastenian etenemisen riskiä lisäsi myös sosiaalisista suhteista eristäytyminen (Dent ym. 2019: 782). Behm ym. (2015: 313) kuvasivat tutkimuksessaan, että moniammatillisten senioriryhmien sekä ennaltaehkäisevien kotikäyntien avulla onnistuttiin joissain tapauksissa lykkäämään gerastenian etenemistä jopa vuodella. Edellä mainitut toimet vähensivät iäkkäiden omaa kokemusta gerasteniasta.

Pienetkin ulkoiset tai sisäiset stressitekijät vaikuttivat gerasteenisen iäkkään toimintakyvyn heikkenemiseen. Esimerkiksi sairaalaan joutuminen saattoi aiheuttaa iäkkäälle stressiä ja näin ollen edesauttoi gerastenian syntyä. Tutkimuksen mukaan tärkeää olikin tietää, miten iäkäs haurastui ja vahvistui, jotta hoitoa ja ennaltaehkäisyä voitiin kohdentaa oikein. (Dent ym. 2019: 774.)

5.1.3 Gerastenian vaikutus terveydenhuollon kuluihin

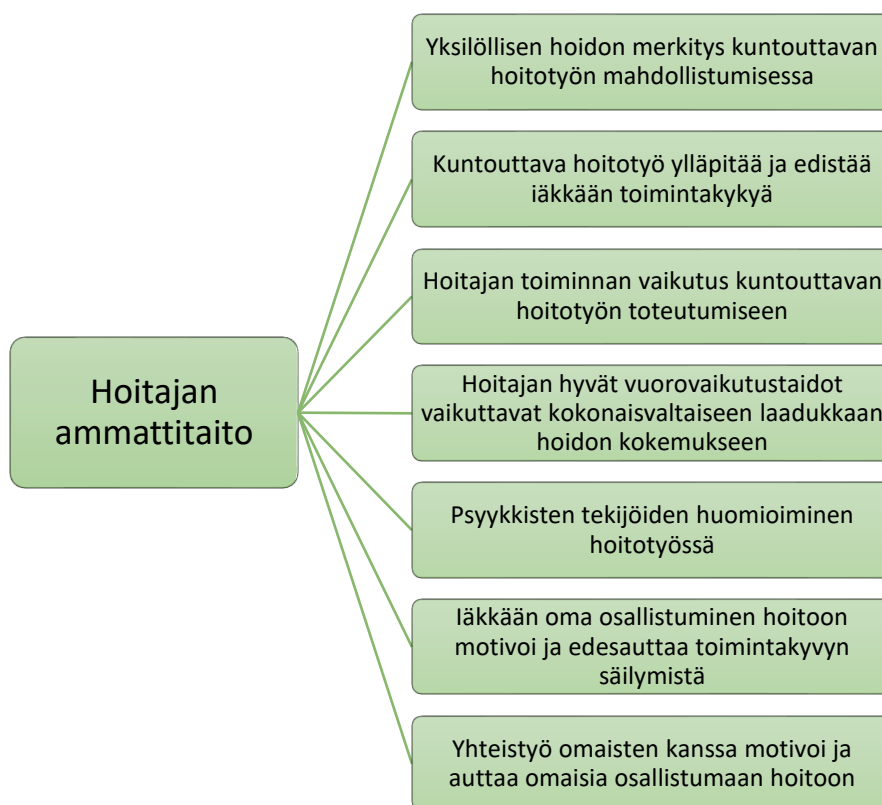
Tutkimusten mukaan gerastenia lisäsi yhteiskunnan terveydenhuollon kuluja. Kuluja lisäsivät muun muassa useammat ja pidempään kestäneet sairaalahoitajakset ja erikoisalojen konsultaatiot. (Boreskie, K. ym. 2022: 8.) Kuntouttava hoitotyö sen sijaan toi säästöjä terveydenhoitokuluissa. Perälä ym. (2022) kuvasivat tutkimuksessaan kotihoidon henkilökunnan kokeneen kotikuntoutuksen vähentäneen asiakkaiden palvelun tarvetta. Työskentely kuntoutusmallin mukaan vähensi myös osastohoidon tarvetta, joka toi säästöjä yhteiskunnalle. (Perälä & Lotvonen & Kääriäinen & Siira 2022: 80.) Laadukkaasti kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseksi tarvittiin kuitenkin organisaatiolta riittävät resurssit (Korvola & Lotvonen & Siira & Kyngäs & Saarela 2022: 167).

Lisäksi oli vaikeaa arvioida gerastenian hoidon kustannustehokkuutta, vaikka hoitamatta jättäminen maksoi lisääntyneinä terveydenhuoltokuluina. Tutkimuksen mukaan

oli olemassa vain harvoja vakiintuneita interventioita gerastenian hoitamiseksi. Siinä todettiin myös, että tehokkaampi gerastenia arvioinnin käyttöönotto voisi parantaa hoitotuloksia erilaisissa hoitoympäristöissä (Boreskie, K. ym. 2022: 8–9).

5.2 Hoitajan ammattitaito

”Hoitajan ammattitaito” pääluokka vastaa toiseen tutkimuskysymykseen: Millaisilla hoitotyön keinoilla voidaan tukea sairaalahoidon jälkeistä kotona selviytymistä?



Kuvio 3. Pääluokka ”Hoitajan ammattitaito” muodostui seitsemästä yläluokasta.

Hoitajan ammattitaito pääluokka muodostui seitsemästä yläluokasta: yksilöllisen hoidon merkitys kuntouttavan hoitotyön mahdollistumisessa, kuntouttava hoitotyö ylläpitää ja edistää iäkkään toimintakykyä, hoitajan toiminnan vaikutus kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen, hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot vaikuttavat kokonaisvaltaiseen laadukkaaseen hoidon kokemukseen, psyykkisten tekijöiden huomioiminen hoitotyössä, potilaan oma osallistuminen hoitoon motivoi ja edesauttaa toimintakyvyn säilymistä sekä yhteistyö omaisten kanssa motivoi ja auttaa omaisia osallistumaan hoitoon.

5.2.1 Yksilöllinen hoito

Yksilöllisen kuntoutus- ja hoitosuunnitelman toteutus on kiistatta merkityksellisin iäkkäiden toimintakykyä ylläpitävä keino. Tulosta tukevat myös useat aiemmat aiheesta tehdyt tutkimukset. (Lotvonen & Saarela & Tuomikoski & Kyngäs & Siira 2021: 94–95; Dent ym. 2019: 773, 777; Perälä ym. 2022: 79; Hautsalo & Rantanen & Kaunonen & Åstedt 2016: 5; Boreskie, K. ym. 2022: 8; Korvola ym. 2022: 164.) Kansainvälisen konferenssityöryhmän tekemässä gerastenian hoitoon tarkoitettussa suosituksessa kerrotaan, että yksilöllinen hoitosuunnitelma tulisi laatia kaikille heikkokuntoisille iäkkäille. Yksilöllisen hoitosuunnitelman tulee sisältää toimintakyvyn ylläpidon lisäksi muun muassa ravitsemuksen ja suunhoidon, lääkehoidon sekä gerastenian hoitokeinot ja arvioinnit. Hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon myös iäkkään omat hoidon ja kuntoutumisen tavoitteet sekä mieltymykset. (Dent ym. 2019: 777.)

Yksilöllinen hoito toteutuu varmemmin, mikäli hoitaja ja potilas tuntevat toisensa. Hoitajan tunniessa hyvin iäkkään mieltymykset, toiveet sekä toimintakyvyn kykenee hän toteuttamaan yksilöllistä hoitoa paremmin. (Hautsalo ym. 2016: 5.) Tehokkaampi gerastenian seulomiseen kehitettyjen mittareiden käyttö kliinisessä hoitotyössä voisi mahdollistaa yksilöllisemmän hoidon toteutumista (Boreskie, K. ym. 2022: 8; Kariniemi ym. 2020: 33).

5.2.2 Kuntouttava hoitotyö

Kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on ylläpitää iäkkään omatoimisuutta ja toimintakykyä sekä parantaa lihasvoimaa ja tasapainoa. Tavoitteisiin pääsemistä edesauttoi monipuolisen yksilöllisen kuntoutussuunnitelman tekeminen ja noudattaminen. Hyvä ja kattava kuntoutussuunnitelma tehtiin yhteistyössä moniammatillisen työryhmän sekä iäkkään kanssa. (Dent ym. 2019: 778; Lotvonen ym. 2021: 94–95.) Fyysisten harjoitteiden hyötyjä ja tehokkuutta voitiin lisätä monipuolisen ruokavalion avulla (Dent ym. 2019: 781).

Tavoitteellista kuntouttavaa hoitotyötä toteutettiin yksilöllisesti luotujen tavoitteiden pohjalta tuloksia arvioiden. Kuntouttavan hoitotyön keskeisin tavoite oli tukea ja ylläpitää potilaan toimintakykyä. (Lotvonen ym. 2021: 94–95.) Kuntouttava hoitotyö edisti iäkkään kokonaisvaltaista hyvinvointia (Behm ym. 2015: 313.) Tavoitteiden saavuttaminen vaikutti positiivisesti iäkkään itsetuntoon ja pystyvyyden tunteeseen. Kuntoutumisen edistyminen sekä onnistumiset lisäsivät iäkkään omatoimisuutta ja psyykkistä hyvinvointia. (Perälä ym. 2022: 79.)

Hoitajan kyky huomioida iäkkään muuttuvaa toimintakykyä auttoi hoitajia työskentelemään kuntouttavan hoitotyön mukaisesti (Hautsalo ym. 2016: 5). Ihminen on kokonaisuus, johon kuuluvat fyysisten ominaisuuksien lisäksi psyykkiset, sosiaaliset ja kognitiiviset ominaisuudet. Kaikki edellä mainitut ominaisuudet tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa ja toteutettaessa kuntouttavaa hoitotyötä. (Korvola ym. 2022: 167.) Tukevilla ja parantamalla iäkkään fyysistä, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä pystyttiin edesauttamaan iäkkään mahdollisuuksia sosiaalisiin tilanteisiin osallistumiseen (Kariniemi ym. 2020: 35–36).

5.2.3 Hoitajan toiminta

Hoitohenkilökunnan toiminta sekä asenne vaikuttivat iäkkään saamaan hoitoon ja kuntoutumisen tavoitteiden saavuttamiseen. Hoitajan rauhallisuus, motivoituneisuus sekä myönteinen asennoituminen kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan edesauttoivat iäkkään kuntoutumista ja sallivat hänen itsenäisen toimimisensa. (Korvola ym. 2022: 165; Hautsalo ym. 2016: 4–5.)

Hoitajat saattoivat sokeutua omalle työlleen, jolloin he eivät tulleet huomanneeksi iäkkään toimintakyvyn muutoksia. Jatkuva iäkkään kokonaisvaltainen toimintakyvyn huomiointi ja arviointi onkin tärkeää, jotta pienetkin muutokset hänen toimintakyvyssään tulevat huomioiduiksi. Hoitajalähtöinen, suorituskeskeinen työskentelytapa ei jättänyt tilaa toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä. (Hautsalo ym. 2016: 5; Korvola ym. 2022: 164.) Iäkkäät kuitenkin luottivat hoitajien kykyyn reagoida muuttuviin tilanteisiin ja tehostaa palveluita tarpeen sitä vaatiessa (Kariniemi ym. 2020: 33–34). Hoitajan tulisi omalla työskentelyllään ja toiminnallaan edistää sekä ylläpitää iäkkään omatoimisuutta, aktiivisuutta ja osallisuutta. Uusien toimintatapojen sisäistäminen oli helpompaa niille hoitajille, joilla oli pidempi työkokemus. (Perälä ym. 2022: 78.)

5.2.4 Hoitajan vuorovaikutustaidot

Hoitajan kohtaamistaito vaikutti iäkkäiden henkiseen hyvinvointiin. Kohtaamistilanne saattoi vaikuttaa iäkkään koko päivän kulkuun, joko parantamalla tai huonontamalla sitä. Hoitajan kiirehtiminen hoitotilanteessa saattoi lopulta pilata hyvinkin alkaneen kohtaamistilanteen. (Kariniemi ym. 2020: 33.) Huonoa kohtaamista ilmensi hoitajan kovaääninen kommunikointi tai puhuminen iäkkään selän takaa. Jos hoitaja ei kuunnellut iäkkään asiaa loppuun ei kohtaamistilannetta voitu pitää onnistuneena. (Hautsalo ym. 2016: 4.) Yksilöllisyyden merkitys oli iäkkäille kohtaamistilanteissakin erittäin tärkeää (Perälä ym. 2022: 78).

Vuorovaikutustaidot vaikuttivat hoitajan kykyyn kohdata iäkäs kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Hyviä vuorovaikutustaitoja olivat muun muassa hoitajan miellyttävyys, pirteys ja asiallisuus. (Hautsalo ym. 2016: 4.) Hyviin ja avoimiin vuorovaikutustilanteisiin tulisi panostaa hoitotyötä tehdessä (Vesa & Stolt & Koskenniemi & Suhonen 2018: 177). Positiivisen palautteen antaminen ja motivointi oli iäkkäille tärkeää ja paransi hoitajan ja iäkkään välistä vuorovaikutustilannetta (Perälä ym. 2022: 78).

5.2.5 Psyykkisten tekijöiden huomioiminen

Potilaan psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttivat muun muassa yksinäisyyden kokemus ja turvallisuuden tunne. Ikääntyminen ja heikentynyt toimintakyky lisäävät turvattomuuden tunnetta ja vaikuttavat mielialaan. Omahoitajuus sekä säännölliset kotihoidon käynnit lisäsivät potilaan kokemusta turvallisuudesta. Lisäksi omaisten vierailuilla on turvallisuuden tunnetta lisäävä vaikutus. (Kariniemi ym. 2020: 32, 34.)

Hoitajan ottaessa huomioon iäkkään toimintakyvyn, ohjaamalla ja avustamalla puolesta tekemisen sijaan, auttoi hän lisäämään iäkkään omia voimavaroja. Iäkkäät kokivat voimavaralähtöisyyden tärkeäksi osaksi kokonaisvaltaista hoitoaan. (Perälä ym. 2022: 78.) Kommunikointitilanteissa käytetty huumori sekä hyvät muistot aiemmin eletystä elämästä lisäävät iäkkäiden voimavaroja. Hoitajan hyvä taito kohdata iäkäs lisää iäkkään psyykkisiä voimavaroja. (Kariniemi ym. 2020: 32.)

Toimintakyvyn heiketessä ja kodinulkopuolisten kontaktien vähentyessä potilaan yksinäisyyden tunne korostui. Sosiaaliset kanssakäymiset vähensivät iäkkäiden yksinäisyyden tunnetta ja lisäsivät kokemusta omasta pärjäämisestä. (Outila & Lantela 2019: 30; Kariniemi ym. 2020: 31–32.)

5.2.6 Potilaan oma osallistuminen hoitoon

Tutkimuksista kävi ilmi, että iäkkäät halusivat olla osallisena hoitoaan koskevissa asioissa, vaikka heidän toimintakykynsä olisikin jo heikentynyt (Kariniemi ym. 2020: 33–34; Outila & Lantela 2019: 26; Perälä ym. 2022: 78). Iäkkäät pitivät tärkeänä omatoimisuutta ja oman toimintakykynsä ylläpitoa. Iäkkäät halusivat suoritua päivittäisistä toimista mahdollisimman itsenäisesti. (Kariniemi ym. 2020: 32, 34.) Olennaista oli huomioida iäkkään oma osallisuus hoidon toteutuksessa. Iäkkäiden mielipiteiden kunnioittaminen oli tärkeää ja hoitajan tulisikin kannustaa heitä tuomaan esille hoitoaan koskevat mielipiteensä. (Kariniemi ym. 2020: 33–34; Perälä ym. 2022: 78.)

lääkkäiden oli hankala löytää tietoa saatavilla olevista palveluista internetistä. Vaikka kotihoito olikin jo aloitettu, he kokivat, että eivät olleet saaneet riittävästi tietoa palveluista. Lääkkäiden mielestä palvelujärjestelmä oli liian monimutkainen. (Hautsalo ym. 2016: 4.) Lääkkäät tarvitsivat hoitohenkilökunnalta tietoa ja tukea palveluverkoston erilaisista saatavilla olevista palveluista (Vesa ym. 2018: 177).

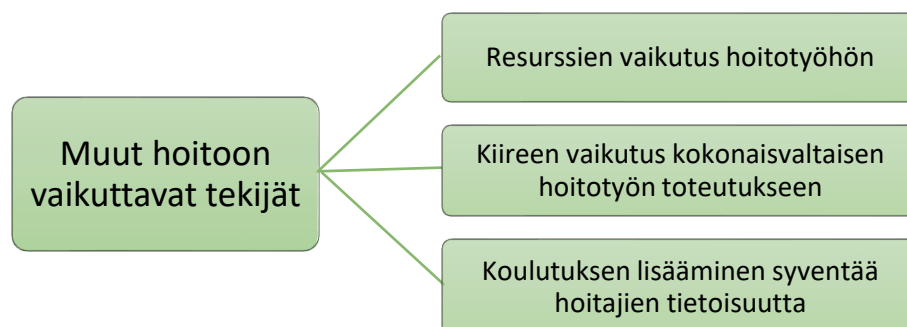
5.2.7 Yhteistyö omaisten kanssa

Omaiset ja läheiset toimivat erilaisissa rooleissa auttaessaan iäkkäitä. Tällaisia rooleja ovat esimerkiksi arjen auttaja, edunvalvoja sekä vastuunkantaja. Omaiset tarvitsivat myös hoitohenkilökunnalta erilaista tukea omassa roolissaan toimimiseen. Yhteisiä hoitokokouksia, neuvotteluja sekä keskusteluja omaisten ja hoitajien välillä pidettiin tärkeinä hyvän hoidon takaamiseksi. Yhteistyö omaisten, iäkkäiden ja hoitohenkilökunnan välillä koettiin tärkeäksi laadukkaan ja saumattoman hoidon toteutumiseksi. Hyvä yhteistyö hoitajien kanssa tukee myös omaisia iäkkään auttamisessa. (Vesa ym. 2018: 170, 176–177; Hautsalo ym. 2016: 5.) Puutteellinen tiedonsaanti iäkkäistä voi johtaa vanhentuneeseen tietoon perustuvaan hoitoon ja heikentää hoidon laatua (Perälä ym. 2022: 77).

Iäkkään saamat palvelut vähensivät omaisten taakkaa ja tukivat näin omaisten ja läheisten jaksamista. Läheisten voimavarat tulisi erikseen huomioida iäkkäälle tehtävän laaja-alaisen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Läheisille olisi annettava riittävästi tietoa erilaisista palveluista ja palveluntuottajista. (Vesa ym. 2018: 176–177.)

5.3 Muut hoitoon vaikuttavat tekijät

”Muut hoitoon vaikuttavat tekijät” pääluokka vastaa myös toiseen tutkimuskysymykseen: Millaisilla hoitotyön keinoilla voidaan tukea sairaalahoidon jälkeistä kotona selviytymistä?



Kuvio 4. Pääluokka ”Muut hoitoon vaikuttavat tekijät” muodostuivat kolmesta yläluokasta.

Muut hoitoon vaikuttavat tekijät pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta: resurssien vaikutus hoitotyöhön, kiireen vaikutus kokonaisvaltaiseen hoitotyön toteutukseen ja koulutuksen lisääminen syventää hoitajien tietoisuutta.

5.3.1 Resurssien vaikutus hoitotyöhön

Aineistosta kävi ilmi resurssien vaikuttavan laadukkaan kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutukseen. Resursseihin lukeutuvat niin hoitohenkilökunta kuin hoidon kannalta oleelliset apuvälineet. (Perälä ym. 2022: 79; Korvola ym. 2022: 166; Hautsalo ym. 2016: 4.) Hoitajaresurssien riittämättömyys vaikuttaa heikentävästi iäkkään omatoimisuuden tukemiseen sekä kuntouttavan hoitotyön toteutukseen. Hoitajien riittämätön määrä vaikutti myös raportointiin sekä kirjaamiseen. Apuvälineiden riittämättömyys vaikuttaa niin ikään heikentävästi kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen. (Korvola ym. 2022: 166; Perälä ym. 2022: 79.)

Hoitajat pitivät kuntouttavaa hoitotyötä tärkeänä. Kuntouttavan hoitotyön toteutumiseksi hoitajien täytyy opetella toimintatapojensa sekä ajattelutapojensa muuttamista. (Perälä ym. 2022: 78.) Jotta kuntouttava hoitotyö toteutuu, tarvitsevat hoitajat tukea ja kannustusta myös esihenkilöltä. Esihenkilöiden tehtävänä on edistää myönteistä käsitystä kuntouttavasta hoitotyöstä. (Korvola ym. 2022: 164–165.)

5.3.2 Kiireen vaikutus

Monista tutkimuksista kävi ilmi, että hoitajien ajanpuute vaikuttaa negatiivisesti kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutukseen (Hautsalo ym. 2016: 4; Korvola ym. 2022: 164; Kariniemi ym. 2020: 33; Perälä ym. 2022: 78). Hoitajan ajanpuute näyttäytyi kiirehtimisenä hoitotoimissa ja kohtaamistilanteissa (Hautsalo ym. 2016: 4). Iäkkäät usein myös huomasivat hoitajien kiireen (Hautsalo ym. 2016: 4; Korvola ym. 2022: 164).

Riittävän pitkä aika hoitajan seurassa mahdollisti iäkkään psyykkistä hyvinvointia tukevan sosiaalisen kanssakäymisen. Kun hoitajalla oli riittävästi aikaa, oli hänen helpompaa huomioida iäkkään kokonaisvaltainen hyvinvointi. Aistiessaan hoitajan kiireen iäkkäät kokivat, etteivät he voineet ilmaista toiveitaan omaan hoitoonsa liittyen ja siksi heidän toiveensa saattoivat jäädä hoitajilta huomioimatta. (Korvola ym. 2022: 164; Hautsalo ym. 2016: 4.)

5.3.3 Koulutuksen lisääminen

Tiedon lisääminen, täydennyskoulutuksiin osallistuminen sekä moniammatillisuuden hyödyntäminen lisäsivät tutkimusten mukaan hoitajien osaamista ja kiinnostusta kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan (Perälä ym. 2022: 77–78; Korvola ym. 2022: 164–165; Lotvonen ym. 2021: 95). Aineiston mukaan säännöllinen täydennyskoulutus ylläpitää ja edistää hoitajan tietoa kuntouttavan hoitotyön hyödyistä sekä toteutuksesta. Riittävä perehdytys kuntouttavaan hoitotyöhön varmistaa laadukkaamman hoidon. (Perälä ym. 2022: 77; Korvola ym. 2022: 165.) Täydennyskoulutus lisää myös hoitajien tietoisuutta sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn huomioimisesta osana kuntoutumista edistävää hoitotyötä (Korvola ym. 2022: 167).

Korvolan ym. (2022) tekemän tutkimuksen mukaan erilaiset asiantuntijaluennot lisäsivät hoitajien kiinnostusta kuntouttavaan hoitotyöhön. Samasta tutkimuksesta nousee esiin fysioterapeuttien tarpeellisuus osana iäkkäiden hoitoa ja kuntoutusta. (Korvola ym. 2022: 164–165.) Hoitajat kokivat saavansa tukea työlleen moniammatillisen työryhmän jäseniltä. Hoitajat kokivat oman osaamisen parantuneen moniammatillisen yhteistyön seurauksena. Moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi koettiin tarvittavan yhteisiä moniammatillisia palaverieja. Myös moniammatillisesti toteutettuja yhteisiä tapauksia iäkkäiden kanssa pidettiin tärkeinä. (Perälä ym. 2022: 78–79.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista löytyi yhteneväisyyksiä aiempiin tieteellisiin tutkimuksiin gerastenian tunnistamisesta. Gerastenia voidaan todeta kliinisesti havainnoimalla fyysisiä ominaisuuksia kuten laihtumista, uupumusta ja hidasta kävelynopeutta. Vähäinen sosiaalinen tuki ja geneettiset syyt ovat gerastensialle altistavia tekijöitä. Tuloksista nousi esiin samoja gerastenian mittaamiseen käytettäviä menetelmiä, joita aiemmistakin tutkimuksista oli löydettävissä. (Dent. ym. 2019: 773; Alakare & Strandberg 2020: 1369–1370; Strandberg ym. 2022.) Tutkimustulokset vahvistivat aiempaa tietoa yksilöllisen kuntouttavan hoitotyön merkityksestä gerasteenisen iäkkään toimintakyvyn ylläpidosta. Verrattuna aiempiin tutkimuksiin myös opinnäytetyön tuloksista nousi esiin psyykkisen hyvinvoinnin vaikutus iäkkään kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. (Dent ym. 2019: 774; Korvola ym. 2022: 167; Perälä ym. 2022: 79; Pitkälä ym. 2016; Janhunen & Pikkarainen 2021.)

Aiemman tiedon sekä tutkimustulosten mukaan gerastenian vaikutus iäkkään toimintakykyyn ilmenee alentuneina voimavaroina selvitä päivittäisistä toimista. Ikääntyessään ihminen uupuu herkemmin, hänen toimintakykynsä hidastuu ja hän tarvitsee enemmän lepoa pitkin päivää. (Behm ym. 2015: 304; Dent ym. 2019: 773–774; Outila & Lantela 2019: 24–27; Strandberg ym. 2006: 1495.)

Gerastenian vaikutukset terveydenhuollon kustannuksiin ovat merkittävät. Aiempaan tietoon peilaten tutkimustulokset tukevat tietoa siitä, että varhaisella gerastenian tunnistamisella ja sen hoitamisella voidaan vähentää sairaalajaksojen uusiutumisia. Gerastenian tunnistamatta jättäminen, sairaalajaksojen lisääntyminen sekä niiden pidentyminen lisäävät terveydenhuollonkuluja. (Alakare & Strandberg 2020: 1369–1372; Boreskie, K ym. 2022: 8.)

Kuntoutus- ja hoitosuunnitelman toteutus yksilöllisesti oli tutkimusten mukaan paras keino toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Lotvonen ym. 2021: 94–95; Dent ym. 2019: 773, 777; Perälä ym. 2022: 79; Hautsalo ym. 2016: 5; Boreskie, K ym. 2022: 8; Korvola ym. 2022: 164.) Aiemman tutkimuksen mukaan moniammatillinen hoitotiimi suunnittelee hoidon ja hoitaja vastaa toteutuksesta ja arvioinnista. (Wuorela & Viikari 2019: 1581.)

Psyykkisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen ja huomioiminen iäkkään henkilön hoidossa oli sekä aiemman tiedon että tutkimustulosten mukaan yhtä tärkeää kuin fyysisen toimintakyvyn tukeminen. Yksinäisyyden kokemus on yksilöllistä ja se tulisi ottaa hoidon suunnittelussa huomioon. (Kokko & Heimonen 2022; Niittymäki 2020; Kariniemi ym. 2020: 32, 34.) Tuloksista ilmeni, että hoitajan vuorovaikutustaidoilla ja kyvyllä kohdata iäkäs on merkitystä iäkkään psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen kuntouttavan hoitotyön keinoin edistää myös iäkkään mielenhyvinvointia. Tutkimustulokset kuntouttavan hoitotyön keinoista ja hyödyistä olivat suoraan linjassa aiemmin tutkitun tiedon kanssa. (Kokko & Heimonen 2022; Perälä ym. 2022: 79; Pitkälä ym. 2016; Kariniemi ym. 2020: 35–36.)

Aiemman tiedon lisäksi myös tutkimustuloksissa nousi esiin omaisten osallistaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Omaisten osallistuminen on usein fyysisen avun lisäksi paljon iäkkään henkistä tukemista ja kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa avustamista. Hoitohenkilökunnan ja omaisten välinen hyvä yhteistyö auttaa sekä hoitajia että omaisia iäkkään hoidon toteutuksessa. (Janhunen & Pikkarainen 2021; Vesa ym. 2018: 177; Hautsalo ym. 2016: 5.)

Yksilöllisen kuntouttavan hoitotyön toteutumisen suurimmaksi esteeksi nousi tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan resurssien puute. Resurssien puute näkyy ennen kaikkea hoitajan kiireenä. Kiire vaikuttaa hoitajan kykyyn reagoida muuttuviin tilanteisiin sekä ottaa iäkäs yksilöllisesti huomioon. Hoitajan kiireellä on vaikutusta myös iäkkään avoimuuteen tilanteestaan. Iäkkäät huomaavat hoitajien kiireen hoitotilanteissa, eivätkä sen vuoksi halua vaivata hoitajaa. Kiireetön hetki hoitajan kanssa tukisi iäkkään psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Korvola ym. 2022: 164; Kariniemi ym. 2020: 33; Hautsalo ym. 2016: 4.) Iäkkäiden ihmisten määrän kasvaessa ja heidän hoidontarpeensa lisääntyessä tarvitaan hoitohenkilökuntaa jatkossa entistä enemmän (70 vuotta täyttäneitä 874 000. 2020).

Tutkimustuloksista nousi esille hoitohenkilökunnan koulutuksen tärkeys. Kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamisessa on tulosten mukaan puutteita. Näitä puutteita voidaan korjata muun muassa riittävillä täydennyskoulutuksilla. Koulutusta ja riittävää perehdytystä tarvitaan niin apuvälineiden käytössä kuin uusien toimintamallien käyttöönotossa. Täydennyskoulutuksissa on syytä panostaa myös moniammatilliseen yhteistyöhön sekä hoitohenkilökunnan kirjaamistaitoihin. (Perälä ym. 2022: 77–78; Korvola ym. 2022: 164–165, 167; Lotvonen ym. 2021: 95.) Laissa määritellään työntekijän velvollisuudesta osallistua sekä esihenkilöiden velvollisuudesta järjestää ammattitaitoa täydentävää ja ylläpitävää täydennyskoulutusta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 18).

6.2 Luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa esimerkiksi se, että tutkija selostaa tarkasti tutkimuksen toteuttamistavan. (Hirsijärvi & Remes & Sajavaara 2007: 227.) Kirjallisuuskatsaus piti sisällään viisi vaihetta. Tutkimuksen tarkoitus määrittyi tilatun opinnäytetyön pohjalta. Tutkimuskysymyksiä pohdittiin usealta kannalta, jotta ne vastaisivat mahdollisimman hyvin annettuun tutkimusongelmaan. Seuraavaksi prosessissa suoritettiin aineiston haku ja valinta. Lopullisten mukaan valittujen tutkimusten luotettavuutta arvioitiin kriittisesti erilaisten menetelmien avulla. Englanninkielisten artikkelien suomentamisessa käytettiin apuna Google kääntäjää. Suomennos osoittautui melko puutteelliseksi, joten tarvittavat tekstiosiot tarkastettiin luotettavammaksi osoittautuneen DeepL kääntäjän avulla. Aineisto analysoitiin taulukoimalla noudattaen induktiivisen sisällön analyysin vaiheita. Lopuksi tuloksista kirjoitettiin raportti. Katsaus toteutettiin systemaattisesti siten, että lukija voi arvioida jokaisen vaiheen luotettavuutta ja toteutustapaa. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 23; Elo ym. 2022: 217.)

Luotettavuutta voidaan laadullisessa tutkimuksessa pohtia käsitteillä luotettavuus, eettisyys ja uskottavuus. Luotettavuuden arviointi kohdistuu työn joka vaiheeseen ja eteneminen työssä pystytään tieteellisesti todistamaan. Mahdolliset poikkeamatkin on dokumentoitu. Tässä työssä kaikki vaiheet on selostettu mahdollisimman tarkasti. (Juuti & Puusa 2020; Elo ym. 2022: 224.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää kolmen tekijän osallisuus. Luotettavuutta ja laatua valvottiin jokaisen opinnäytetyön tekijän toimesta koko prosessin läpi. Työn eri vaiheissa luotettavuutta arvioivat myös ohjaava opettaja sekä opponoijat. Opinnäytetyön teossa noudatettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun antamia ohjeita. Ennen artikkeleiden etsimistä aihealueeseen tutustuttiin perusteellisesti. Tutkimusten haut dokumentoitiin tarkasti. Kaikki mukaan valitut artikkelit olivat vertaisarvioituja ja näin kelvollisia sekä luotettavia opinnäytetyön tekemiseen. Tutkimukset ja katsaukset vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Työssä käytettiin kattavasti ja monipuolisesti erilaisia luotettavia lähteitä. Luotettavuutta lisää alkuperäislähteiden sekä terveydenhuollon tietokantojen ja oppikirjojen käyttö. Opinnäytetyön teossa noudatettiin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia sekä sitouduttiin työssä noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja sen loukkaamattomuutta. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020). Valitut artikkelit arvioitiin Hoitotyön tutkimussäätiössä esiteltyjen suomennettujen JBI arviointikriteerien perusteella (Tutkimusten arviointikriteeristö [JBI]). Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla. Turnitin on ohjelma, joka tunnistaa mahdollisen plagioinnin. Työtä käytettiin useasti Turnitinissa koko opinnäytetyöprosessin aikana. Ohjelman tunnistamat pienet samankaltaisuudet lauseen osissa muutettiin omaksi kirjoitukseksi.

Opinnäytetyöhön valituista artikkeleista kaikki eivät olleet alkuperäistutkimuksia. Mukaan valikoitui myös kansainvälinen 36 ammattilaisesta koostuvan konferenssiryhmän suositus. Työryhmä teki nämä klinisen käytännön ohjeet tarkastellakseen nykyistä näyttöä sekä antaakseen suosituksia gerastenian tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Tätä suositusta on hyödynnetty Käypä hoito -suosituksen teossa, joka osaltaan kertoo sen luotettavuudesta ja uskottavuudesta. Käypä hoito -suositukset ovat kansallisia tutkimusnäyttöön perustuvia riippumattomia hoitosuosituksia.

Lotvosen ym. (2021) tekemässä kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin laajasti sekä kansainvälisesti kotihoidossa ikääntyneille toteutettuja kuntoutumista edistävän hoitotyön malleja. Katsaus valittiin mukaan, koska se vastasi hyvin toiseen tutkimuskysymykseen. Tutkimus oli vertaisarvioitu, eikä siinä esiintynyt sidosryhmiä.

6.3 Eettisyys

TENK eli Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt eettiset ohjeet, joihin kuuluvat yleinen huolellisuus ja rehellisyys, avoimuus, muiden kunnioittaminen, tutkimuksen osapuolten tasa-arvoisuus sekä asianosaisten pitäminen ajan tasalla. Niissä määritellään tarkasti vilppi tieteellisessä toiminnassa sekä piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Opinnäytetyöhön valituissa tutkimuksissa ei tullut esiin seikkoja, jotka olisivat viitanneet ongelmiin eettisyyden kanssa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6–7.)

Opinnäytetyö kirjoitettiin kokonaisuudessaan omin sanoin, eikä siinä käytetty suoraan toisen kirjoittamaa tekstiä. Tämän kirjallisuuskatsauksen kaikki tulokset on raportoitu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimustuloksia ei ole tekaistu tai muuteltu. Johtopäätöksissä on mainittu tulosten kannalta kaikki oleelliset seikat. Viitemerkinnöissä ja lähdeluettelossa noudatettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeiden merkitsemistapaa tekijänoikeuslaki (Tekijänoikeuslaki 404/1961 § 1) huomioiden. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020: 7; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023: 16–17.)

Opinnäytetyössä ei kerätty tietoja työntekijöiltä tai potilailta, vaan tämä kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustui aiemmin tehtyihin tutkimuksiin, joten tutkimuslupia ei tarvittu. Koska tutkimus tehtiin pohjautuen Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen ehdotukseen, tutkimusilmoitus tehtiin kyseiseen organisaatioon. Opinnäytetyötä varten solmittiin sopimukset sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen että Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin ohjaavan opettajan lisäksi Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen yhteyshenkilöillä. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020: 26.)

6.4 Johtopäätökset

Analyysissä mukana olleiden artikkeleiden perusteella voimme tulkita, että gerastenian tunnistamiseen käytettäviä työkaluja on useita. Näitä ei kuitenkaan käytetä kliinissä hoitotyössä riittävän tehokkaasti tai niiden olemassaolosta ei ole riittävästi tietoa. Toisaalta gerastenian tunnistamisessa voi olla haasteita mittareiden tulkinnan ja iäkään akuutin sairauden vuoksi. Mielestämme tulevaisuudessa eri mittareiden käytöstä pitäisi tulla nykyistä suunnitelmallisempaa. Koemme niistä saatavan hyödyn potilashoidon suunnittelussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa merkittäväksi.

Sairaalaoloissa hoitohenkilökunta ei juurikaan kykene vaikuttamaan siihen, kuinka kotiutuva iäkäs tulee selviytymään kotiutumisen jälkeen. Näkemyksemme mukaan tarvitaan yhteistyötä kotihoidon ja omaisten kanssa, jotta he kykenevät tukemaan iäkään kotona selviytymistä. Psykkisen hyvinvoinnin takaamiseksi iäkäs tarvitsee mahdollisesti sairaalahoidon jälkeen tehostettua kotihoitoa, vaikka fyysinen toimintakyky olisikin lähes sairaalahoidon edeltäneellä tasolla.

Aiempaan ammatilliseen tietoomme ja tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksiin perustuen näemme kuntouttavaan hoitotyöhön tarvittavan enemmän koulutusta ja perehdytystä. Usein kuntouttavasta työotteesta puhutaan paljon, mutta perehdytys aiheeseen jää hyvin suppeaksi. Esimerkiksi sairaanhoitaja opintojemme aikana kuntouttavasta hoitotyöstä on kerrottu mielestämme hyvin vähän. Iäkkäiden kanssa työskentelemään tulevien uusien työntekijöiden perehdytyksessä olisi mielestämme tarpeellista kertoa laajemmin kuntouttavan hoitotyön keinoista ja tavoitteista. Työnantajien vastuuta täydennuskoulutusten järjestämisestä olisi mielestämme syytä tarkastella kriittisemmin. Työnantajan velvollisuus on myös mahdollistaa työntekijän osallistuminen koulutuksiin.

Gerastenian varhainen tunnistaminen ja yksilöllisen hoitosuunnitelman tekeminen auttavat suuntaamaan resursseja oikein ja ehkäisemään sairaalaan uudelleen joutumista. Riittävät kotona saatavilla olevat resurssit tukevat toimintakykyä ja lisäävät iäkkään turvallisuutta.

Kuntouttava hoitotyö edesauttaa ikääntyneitä saamaan lisää toimintakykyisiä elinvuosia. Itsenäisempi ja kyvykkäämpi iäkäs tarvitsee vähemmän palveluja kotona pärjäämiseen. Vähentynyt hoidontarve luo kustannussäästöjä yhteiskunnalle. Sillä on siis kansantaloudellinen merkitys.

6.5 Kehittämisehdotukset

Kotihoidon tehostusta sairaalasta kotiutuville asiakkaille olisi mielestämme syytä jatkossa kehittää. Kuntoutus- ja arviointitiimi on käytössä useissa kaupungeissa uusien asiakkaiden palvelun tarpeen arvioinnissa. Sairaalasta kotiutumisen yhteydessä vanhoille asiakkaille ei vastaavaa palvelua ole saatavilla. Kotihoidon tulisi pystyä nopealla aikataululla vastaamaan lisääntyneeseen palveluntarpeeseen. Myös kotiutuvan asiakkaan nykyisen toimintakyvyn arviointi kotioloissa on haasteellista ennakkoon ja kokonaiskäsitelmän saakin muodostettua vasta kun asiakas on kotiutunut. Näemme että sairaalan ja kotihoidon välinen yhteistyö on tällä hetkellä vajavaista. Raportoidessa kotiutuvasta iäkkästä tulisi mielestämme keskittyä nykyistä enemmän iäkkään fyysisen

ja psyykkisen tuen keinoihin. Esimerkiksi mitkä motivointikeinot on todettu sairaalassa toimiviksi juuri tämän iäkkään kohdalla. Koemme yksilöllisemmän raportoinnin mahdollisesti vaikuttavan positiivisesti myös kotiutuvan iäkkään turvallisuudentunteeseen.

Selkeä gerastenian riskiarvioon kehitelty taskukokoinen mittari voisi näkemyksemme mukaan olla erittäin tervetullut hoitohenkilökunnan työvälineeksi. Mittari voisi olla esimerkiksi kansainvälisestikin käytetyn NEWS pisteytystaulukon kaltainen. Gerastenia voitaisiin tunnistaa helpommin ja arvioida tarvittavat toimet paremmin. Pahvisen taskumittarin rinnalla potilastietojärjestelmän kanssa synkronoituva sovellus voisi tehostaa tietojen siirtymistä ja hyödynnettävyyttä. Mittaria voitaisiin käyttää jo ennakoivasti perusterveydenhuollossa, kun iäkkään tila on vakaa.

Duodecim Oppiportti on julkaissut tammikuussa 2023 iäkkäiden hoitoon osallistuville suunnatun gerastenian tunnistamisen verkkokurssin. Ehdotamme verkkokurssia osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä hoitajille ja lääkäreille, jotka työskentelevät iäkkäiden kanssa. Suosittelemme kurssia myös täydennyskoulutus tarkoituksessa hoitajille ja lääkäreille.

Kotimaisia tutkimuksia gerastenian hoidosta hoitotyön näkökulmasta ei ole tehty. Suomalaisen terveydenhuollon ja kotihoidon toimintatavat poikkeavat monen muun maan toimintatavoista. Jatkossa tarvittaisiinkin juuri suomalaiseen terveydenhuoltoon kohdennettuja tutkimustuloksia gerasteenisen iäkkään hoitokeinoista.

6.6 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on osa sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelmaa. Tämä työ tehtiin kolmen opiskelijan pienryhmässä. Meistä löytyy opistotasaisen sairaanhoitajan tutkinonpäivittäjä, lähihoitaja ja ammatinvaihtaja. Olemme kaikki eri aloitusryhmistä, emmekä tunteneet toisiamme entuudestaan. Prosessin alussa tiiviit tapaamiset koululla auttoivat meitä tutustumaan paremmin toisiimme. Toisiltamme opimme erilaisia työhön vaadittavia taitoja ja yhdessä opettelimme niitä lisää. Yhteiskirjoittaminen ja etätyökentely paransi digitaitojamme, joissa oli varsinkin alussa hyvinkin paljon eroavaisuuksia. Digitaidoissa kehityimme kaikki. Yhteisen ajan sovittaminen kiireiseen arkeen osoittautui ajoittain suureksi haasteeksi. Vuorotyöt opiskelun ohella, lasten hoito ja ylipäätään kolmen ihmisen erilaiset elämäntilanteet vaativat akrobatiaa aikataulutusten suhteen. Eripituiset työkokemuksemme hoitoalalta sekä auttoivat että hankaloittivat opinnäytetyön kirjoitusta. Erilaisuus oli kuitenkin vahvistava tekijä.

Opinnäytetyötä edeltävät kurssit, kuten tutkimus- ja kehitystyön menetelmät ja monialainen innovaatioprojekti, valmensivat osaltaan tämän työn tekoon. Nämä edellä mainitut opintokokonaisuudet auttoivat muun muassa prosessin suunnittelussa ja hallinnassa, ryhmätyöskentelytaidoissa sekä tieteellisen tutkimuksen perusteissa. Tieteellinen kirjoittaminen oli alussa hankalaa meille kaikille, mutta kehityimme siinä valtavasti.

Opinnäytetyöprosessia tukevista työpajoista saimme paljon oppia. Toistuvat vierailut samansisältöisissä pajoissa syvensivät osaamistamme. Opinnäytetyön kokonaisrakenteeseen ja kielenhuoltoon painottuneet työpajat koimme meille hyödyllisimmiksi.

Opimme etsimään tieteellisiä tutkimuksia ja tietoa erilaisista lähteistä sekä arvioimaan kriittisesti niiden luotettavuutta. Harjaannuimme erilaisten työskentelytapojen käytössä opinnäytetyötä tehdessämme. Työn tulosten raportoiminen oli mielenkiintoista, mutta omalta osaltaan haasteellista.

Seminaarit ja opponointi ovat yksi osa opinnäytetyöprosessia. Opponoinnissa annoimme vertaisopiskelijoille palautetta heidän opinnäytetöistään. Opponoinnista saadun palautteen avulla opimme myös tarkastelemaan omaa työtämme kriittisemmin sekä löytämään kehityskohteita. Saimme seminaarien ja opponointien avulla vertaistukea prosessin aikana. Opinnäytetyötä ohjaavalta opettajaltamme saimme korvaamatonta tukea ja kannustusta prosessin aikana. Ohjaavan opettajan palaute auttoi meitä laajentamaan näkemystämme opinnäytetyön erivaiheissa.

Opinnäytetyön valmistuttua pystymme tarjoamaan keinoja Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen sairaalapalveluiden kuvaileman ongelman ratkaisemiseksi hauraan vanhuksen tunnistamisesta sekä sairaalaan uudelleen joutumisriskin tunnistamisesta. Prosessin aikana huomasimme, että alkuperäiseen aiheeseen oli lähes mahdotonta löytää vastauksia. Päätimme laajentaa näkökulmaamme sairaalahoidon ulkopuolelle, jonka pohjalta lähdimme etsimään tutkimuksista keinoja kotona pärjäämisen tueksi. Löytämiämme keinoja tulemme varmasti myös itse tarvitsemaan tulevissa työtehtävissämme. Opinnäytetyön tekemisen kautta ymmärryksemme tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvasta hoitotyöstä syveni. Koko prosessin aikana opimme valtavasti ja pystymmekin hyödyntämään oppejamme monipuolisesti tulevissa ammateissamme.

Lähteet

Alakare, Janne & Strandberg, Timo 2020. Gerastenia – kuinka tunnistan ja miksi? Suomen lääkärilehti 75 (22). 1369–1372. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/319949/SLL222020_1369.pdf?sequence=1>. Viitattu 9.3.2023.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020. Ammattikorkeakoulujen eettiset suositukset. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382>. Viitattu 3.2.2023.

Antikainen, Riitta 2021. Gerastenian seulontaan sopivat testit: kävelynopeus- ja TUG-testi. Duodecim Käypä hoito. Kustannus Oy Duodecim. <<https://www.kaypa-hoito.fi/nix02897#R1>>. Viitattu 17.4.2023.

Asunnon muutos- ja korjaustyöt. 2023. Asuminen. Hyvä arki. Ikätalo. Terveyskylä. Päivitetty 13.2.2023. <<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/hyv%C3%A4-arki/asuminen/asunnon-muutos-ja-korjausty%C3%B6t>>. Viitattu 16.3.2023.

Behm, Lisa & Eklund, Kajsa & Wilhelmson, Katarina & Zidén, Lena & Gustafsson, Susanne & Falk, Kristin & Dahlin-Ivanoff Synneve 2015. Health Promotion Can Postpone Frailty: Result from the RCT Elderly Persons in the Risk Zone. Public Health Nursing 33 (4). 303–315.

Boreskie, Kevin F. & Hay, Jacqueline L. & Boreskie, Patrick E. & Arora, Rakesh C. & Duhamel, Todd A. 2022. Frailty-aware care: giving value to frailty assessment across different healthcare settings. BMC Geriatrics 22. 1–12.

Clinical Frailty Scale. Geriatric Medicine Research. Dalhousie University. Canada. <<https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>>. Viitattu 21.3.2023.

Dent, E. & Morley, J. E. & Cruz-Jentoft, A. J. & Woodhouse, L. & Rodríguez-Mañas, L. & Fried, L.P. & Woo, J. & Aprahamian, I. & Sandford, A. & Lundy, J. & Landi, F. & Beilby, J. & Martin, F. C. & Bauer, J. M. & Ferrucci, L. & Merchant, R. A. & Dong, B. & Arai, H. & Hoogendijk, E. O. & Won, C. W. & Abbatecola, A. & Cederholm, T. & Strandberg, T. & Gutiérrez-Robledo, L. M. & Flicker, L. & Bhasin, S. & Aubertin-Leheudre, M. & Bischoff-Ferrari, H. A. & Guralnik, J. M. & Muscedere, J. & Pahor, M. & Ruiz, J. & Negm, A. M. & Reginster, J. Y. & Waters, D. L. & Vellas, B. 2019. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. J Nutr Health Aging 23 (9). 771–787.

Elo, Satu & Kajula, Outi & Tohmola, Anniina & Kääriäinen Maria 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede 34 (4). 215–225.

Hautsalo, Katja & Rantanen, Tarja & Kaunonen, Marja & Åstedt-Kurki, Päivi 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva hoitotyö 14 (1). 1–11.

Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13.–14. painos. Helsinki: Tammi.

Ikääntyneet. 2022. Ravitsemus- ja ruokasuositukset. Terveyttä edistävä ruokavalio. Elintarvikkeet. Ruokavirasto. Päivitetty 13.5.2022. <<https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus-ja-ruokasuositukset/ikaantyneet/>>. Viitattu 11.4.2023.

Ikääntynyt, iäkäs vai vanha? 2019. Ikä ja arki. Ikääntyneelle. Ikätalo. Terveyskylä. Päivitetty 7.11.2019. <<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/ik%C3%A4%C3%A4ntynyt-i%C3%A4k%C3%A4s-vai-vanha>>. Viitattu 26.1.2023.

Ikääntyvä Suomi ja palvelujen rakennemuutos. 2023. Ikä ja arki. Ikääntyneelle. Ikätalo. Terveyskylä. Päivitetty 8.2.2023. <<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/ik%C3%A4%C3%A4ntyv%C3%A4-suomi-ja-palvelujen-rakennemuutos>>. Viitattu 8.3.2023.

lääkäiden hyvinvointi kunnassa. 2023. Ikääntyminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 5.1.2023. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/iakkaiden-hyvinvointi-kunnassa>>. Viitattu 31.1.2023.

Janhunen, Eija & Pikkarainen, Aila 2021. Ikääntyneen potilaan kuntoutus vuodeosastolla. Geriatrisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim.

Juuti, Pauli & Puusa, Anna 2020. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki: Kustannus Gaudeamus. Luku 5.

Jyväkorpä, Satu & Strandberg, Timo 2020. Ikääntyneiden painon tietoinen vähentäminen- hyötyä vai haittaa? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 136 (12). 1436–1441. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15662.pdf>>. Viitattu 11.4.2023.

Kariniemi, Kirsi & Siira, Heidi & Kyngäs, Helvi & Kaakkinen, Pirjo 2020. ”Vanhakin on ihminen” Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta. Gerontologia 34 (1). 24–41.

Kerminen, Hanna & Jäppinen, Anna-Maija & Kiviniemi, Kirsi & Tikkanen, Päivi & Havulinna, Satu 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. TOIMIA-suositukset. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. <<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051?toc=991596>>. Viitattu 13.3.2023.

Kokko, Katja & Heimonen, Sirkkaliisa 2022. Mielen hyvinvoinnin voimavara- ja riskitekijät sekä suojaavat mekanismit. Teoksessa Rantanen, Taina & Kokko, Katja & Sipilä, Sarianna & Viljanen, Anne (toim.). Gerontologia. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luku 23.

Korvola, Maria & Lotvonen, Sinikka & Siira, Heidi & Kyngäs, Helvi & Saarela, Kaisa-Mari 2022. Lähihoidajaopiskelijoiden kokemuksia ikääntyneiden kuntoutumista esittävästä hoitotyöstä ja sen koulutuksesta. Gerontologia 36 (2). 158–171.

Kotihoito. 2023a. Ikääntyminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 12.1.2023. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>>. Viitattu 31.1.2023.

Kotihoito. 2023b. Ikääntyminen. Tilastot aiheittain. Tilastot ja data. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>>. Viitattu 4.4.2023.

Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. 2023. Apua arkeen. Ikääntyneelle. Ikätalo. Terveyskylä. Päivitetty 9.2.2023. <<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/apua-arkeen/kunnallinen-ja-yksityinen-kotihoito>>. Viitattu 10.3.2023.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Annettu Helsingissä 28.12.2012. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>>. Viitattu 27.1.2023.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>. Viitattu 17.4.2023.

Liikunta. Käypä hoito -suositus 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. <<https://www.kaypahoito.fi/>>. Viitattu 11.4.2023.

Lotvonen, Sinikka & Saarela, Kaisa-Mari & Tuomikoski, Anna-Maria & Kyngäs, Helvi & Siira, Heidi 2021. Kotihoidossa ikääntyneille toteutetut kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallit. Hoitotiede 33 (2). 86–111.

Lääketieteen sanastolautakunta. 2015. Gerastenia sopii lääketieteen suomen kieleen. Lääketieteen Aikakausikirja Duodecim 131 (11). 1104. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo12299>>. Viitattu 30.1.2023.

Mitä toimintakyky on? 2022. Toimintakyky. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 12.4.2022. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/iakkaiden-hyvinvointi-kunnassa>>. Viitattu 1.2.2023.

Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. <<https://www.kaypahoito.fi/>>. Viitattu 13.3.2023.

Niela-Vilén, Hannakaisa & Hamari, Lotta 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto. 23–34.

Niittymäki, Paula 2020. Vanhuksen yksinäisyys. Geriatrisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim.

Outila, Marjo & Lantela, Pilvikki 2019. Samanaikaisesti hauras ja resilientti-kategoria-analyysi ikääntyneiden itseä koskevasta puheesta. *Gerontologia* 33(1). 18–33.

Papunet-kuvapankki. Sclera, muokattu versio alkuperäisestä. <<https://kuvapankki.papunet.net/>>. Viitattu 13.3.2023.

Perusasiat kuntoon työpaikalla. Työhyvinvointi. Suomen Sairaanhoidajat. <<https://sairaanhoitajat.fi/tyohyvinvointi/perusasiat-kuntoon-tyopaikalla/>>. Viitattu 17.4.2023.

Perälä, Sanna & Lotvonen, Sinikka & Kääriäinen, Maria & Siira, Heidi 2022. Kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kotikuntoutusmallin mukaisesti toimimisesta. *Hoitotiede* 34 (2). 72–84.

Pitkälä, Kaisu & Valvanne, Jaakko & Huusko, Tiina 2016. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, Reijo & Pitkälä, Kaisu & Strandberg, Timo & Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.). *Geriatría*. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luku 42.

Rysti, Maria 2020a. Hauraus-raihnaus oireyhtymä. Geriatrisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim.

Rysti, Maria 2020b. Vanheneminen. Geriatrisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim.

Sairaalahoito osastolla. Sairaalapalvelut. Vantaan ja Keravan hyvinvointialue 2023. <<https://vakehyva.fi/fi/palveluhakemisto/palvelu/sairaalahoito-osastolla#tab-introduction>>. Viitattu 3.4.2023.

Sairaanhoidajan täydennyskoulutus. Ammatti ja osaaminen. Suomen Sairaanhoidajat. <<https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/taydennyskoulutus/>>. Viitattu 17.4.2023.

Schwab, Ursula & Helminen, Heli & Jyväkorpä, Satu & Jäntti, Merja & Kemppainen, Tarja & Konttinen, Lars & Nuotio, Maria & Orell, Helena & Siljamäki-Ojansuu, Ulla & Strandberg, Timo 2022. Ehkäise, tunnista ja hoida vanhuksen vajaa ravitseminen. *Lääkärilehti* 77 (32). 1267–1270. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/347749/SLL32_2022_1267.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 12.4.2023.

70 vuotta täyttäneitä 874 000. 2020. Väestörakenne. Tilastot. Tilastokeskus. <https://www.stat.fi/til/vaerak/2019/vaerak_2019_2020-03-24_tie_001_fi.html>. Viitattu 29.3.2023.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Annettu Helsingissä 30.12.2014. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>>. Viitattu 13.3.2023.

Strandberg, Timo & Cederholm, Tommy & Saksela, Eero & Goebeler, Sirkka 2015. HRO:sta gerasteniaan. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 131 (11). 1103–1104. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo12298>>. Viitattu 30.1.2023.

Strandberg, Timo & Jyväkorpi, Satu & Urtamo, Annele & Pitkälä, Kaisu H. & Kivimäki, Mika 2022. Esigerastenia ja gerastenia ennustavat kuolemanvaraa jopa vahvemmin kuin monisairastavuus. Suomen lääkärilehti 78: e32832. <<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/esigerastenia-ja-gerastenia-ennustavat-kuolemanvaaraa-jopa-vahvemmin-kuin-monisairastavuus/>>. Viitattu 3.4.2023.

Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu & Sipilä, Sarianna 2021. Sarkopenia – lihasmassan ja -voiman kato. Lääkärilehti 76 (5). 267–272. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/328731/SLL52021_267.pdf?sequence=1>. Viitattu 12.4.2023.

Strandberg, Timo & Viitanen, Matti & Rantanen, Taina & Pitkälä, Kaisu 2006. Vanhuk- sen hauraus-raihnaus oireyhtymä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122 (12). 1495–1502. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo95803>>. Viitattu 25.1.2023.

Suhonen, Riitta & Axelin, Anna & Stolt, Minna 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoi- totieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto. 7–22.

Tekijänoikeuslaki 404/1961. Annettu Helsingissä 8.7.1961. <<https://www.fin-lex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404>>. Viitattu 18.4.2023.

Tilvis, Reijo 2016. Vanhenemisen tunnusmerkkejä. Teoksessa Tilvis, Reijo & Pitkälä, Kaisu & Strandberg, Timo & Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.). Geriatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luku 2.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Hel- sinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus- epäilyjen käsitteleminen Suomessa. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 27.1.2023.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus- epäilyjen käsitteleminen Suomessa. <https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf>. Viitattu 19.4.2023.

Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Hoitotyön tutkimussäätiö. <<https://www.ho- tus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>>. Viitattu 4.4.2023.

Vesa, Niina-Marika & Stolt, Minna & Koskenniemi, Jaana & Suhonen, Riitta 2018. Lä- heisen rooli kuntoutumisprosessissa. Gerontologia 32 (3). 163–177.

Väestön ikääntyminen Suomessa. 2019. Ikätalo. Terveyskylä. Päivitetty 7.11.2019. <<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-arki/v%C3%A4est%C3%B6n-ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-suomessa>>. Viitattu 1.2.2023.

Wuorela, Maarit & Viikari, Laura 2019. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135 (17). 1579–1585. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15095.pdf>>. Viitattu 4.4.2023.

Artikkelitaulukko

Nu- mero	Tekijät, vuosi, maa	Lehti	Menetelmät, aineisto	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
1.	Behm, Lisa & Eklund, Kajsa & Wilhelmson, Katarina & Ziden, Lena & Gustafsson, Susanne & Falk, Kristin & Dahlin-Ivanoff, Synneve. 2015 Ruotsi.	Public Health Nursing	Kontrolloitu ja satunnaistettu tutkimus (RCT) joka sisälsi seurantakäynnit 1 ja 2 vuoden kohdalla. Heikkoutta mitattiin kahdella toisiaan täydentävällä tavalla, kahdeksan heikkousindikaattorin summalla ja Mob-T asteikolla, joka mittaa väsymystä päivittäisessä toiminnassa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, voisivatko ennaltaehkäisevät kotikäynnit ja moniammatilliset senioriryhmien tapaamiset lykätä heikkouden pahenemista, jos interventio suoritetaan silloin, kun henkilö ei ole niin heikko.	Molemmat interventiot siirsivät subjektiivisen heikkouden etenemistä päivittäisissä toimissa väsymyksenä mitattuna. Tulos osoittaa terveyden edistämisen mahdollisuudet iäkkäille ihmisille. Interventiot vaikuttivat haurauden kokemukseen/tunteeseen enemmän, kun haurauden objektiiviseen muotoon.
2.	Boreskie, Kevin F. & Hay, Jacqueline L. & Boreskie Patrick E. & Arora, Rakesh C. & Duhamel, Todd A. 2022 Kanada	BMC Geriatrics	Katsaus käsittelee erilaisia haurauden arviointiin käytettyjä työkaluja. Katsaus käsittelee ja vertailee esteitä, fasiliteetteja ja heikkouden arvioinnin soveltamista perusterveydenhuollossa, ensiavussa/tehohoidossa ja kirurgisessa hoidossa.	Haurausarvioinnit ovat potentiaalinen keino tunnistaa henkilöt, joilla on lisääntynyt riski saada haitallisia terveysvaikutuksia. Katsauksen tarkoitus on selvittää erilaisten työkalujen käyttöä erilaisissa toimintaympäristöissä.	Haurauden arvioinnin toteutamisessa kliinisissä olosuhteissa on esteitä-yksimielisyyden puute kuhunkin asiayhteyteen parhaiten soveltuvasta arviointityökalusta, epävarma kustannustehokkuus ja vain vähän vakiintuneita toimia heikkouden hoitamiseksi.
3.	Dent, E. & Morley, J.E. & Cruz-Jentoft, A.J. & Woodhouse, L. & Rodríguez-Mañas, L. & Fried, L.P. & Woo, J. & Aprahamian, I. & Sandford, A. & Lundy, J. & Landi, F. & Beilby, J. & Martin, F.C. & Bauer, J.M. & Ferrucci, L. & Merchant, R.A. & Dong, B. & Arai, H. & Hoogendijk, E.O. & Won, C.W. & Abbatecola, A. &	J Nutr Health Aging	Suosituksia on tehty käyttäen erilaisia systemaattisia katsauksia. Tiedot on käsitelty GRADE-lähestymistavalla. Mukana oli RCT-tutkimuksia ja havainnointitutkimuksia.	ICFSR työryhmä teki nämä kliinisen käytännön ohjeet tarkastelakseen nykyistä näyttöä ja antaakseen suosituksia iäkkäiden aikuisten heikkouden tunnistamiseksi ja hoitamiseksi.	Kaikille yli 65-vuotilaille tulisi tehdä heikkouden seulonta käyttämällä validoitua mittaria. Lisäksi suositellaan, että tällaisessa tutkimuksessa todettaessa hauraus, tulee henkilölle suorittaa kattavampi kliininen arvio ja selvittää taustalla olevat tekijät laajemmin. Työryhmä antoi 15 suositusta,

	Cederholm, T. & Strandberg, T. & Gutiérrez-Robledo, L.M. & Flicker, L. & Bhasin, S. & Aubertin-Leheudre, M. & Bischoff-Ferrari, H.A. & Guralnik, J.M. & Muscedere, J. & Pahor, M. & Ruiz, J. & Negm, A.M. & Reginster, J.Y. & Waters, D.L. & Vellas, B. 2019 Kansainvälinen				joiden varmuutta on arvoitu yksi kerrallaan.
4.	Hautsalo, Katja & Rantanen, Anja & Kauninen, Marja & Åsted-Kurki, Päivi 2015 Suomi	Tutkiva hoitotyö	Tutkimusartikkeli, joka on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. Kerätty avoimella kysymyksellä, joka koostuu 50 vastauksesta.	Kuvata kotihoidon asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemuksia kotihoidosta.	Palvelujärjestelmä koettiin monimutkaiseksi, vuorovaikutuksen tärkeys, kotikäyntien ajoittaminen oikein ja liialliset hoitaja vaihdokset.
5.	Kariniemi, Kirsi & Siira, Heidi & Kyngäs, Helvi & Kaakinen, Pirjo 2020 Suomi	Gerontologia	Tutkimusaineisto on kerätty kotihoidon asiakkaiden (10) haastattelulla. Aineisto analysoitiin eksistentiaalista fenomenologiaa soveltaen.	Kuvata ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden kokemuksia omista vahvuuksista, voimavaroihin vaikuttavista tekijöistä sekä kotihoidosta.	Kotihoidossa kuntouttava työote, sosiaalisten kontaktien ja mielekkään arjen huomioiminen, palvelujen vaihtoehdot ja hoidon laatu ja ihmisarvoinen elämä.
6.	Korvola, Maria & Lotvonen, Sinikka & Siira, Heidi & Kyngäs, Helvi & Saarela, Kaisa-Mari 2022 Suomi	Gerontologia	Tutkimus on toteutettu kahdeksalle (8) lähihoitajaopiskelijalle yksilöllisillä teemahaastattelulla. Haastatteluaineisto litteoitiin ja analysoitiin induktiivisellä sisällönanalyysillä.	Tarkoituksena kuvata lähihoitajaopiskelijoiden kokemuksia ikääntyneiden kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja sen koulutuksesta.	Opiskelijoiden kokemukset ikääntyneiden kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä liittyivät hoitajien ajankäyttöön, osaamiseen, asenteisiin ja omiin toimintatapoihin sekä organisaation toimintaan ja toiminnan kehittämiseen. Lisäksi kokemukset liittyivät opetuksen toteuttamiseen ja kehittämiseen.

7.	Lotvonen, Sinikka & Saarela, Kaisa-Mari & Tuomikoski, Anna-Maria & Kyngäs, Helvi & Siira, Heidi 2020 Suomi	Hoitotiede	Aineisto koostuu 16 kansainvälisestä alkuperäistutkimuksesta, joissa on kuvattu 14 erilaista toimintamallia. Aineisto analysoitiin kuvailevalla synteesillä.	Kartoittavan katsauksen tarkoitus oli kuvata, minkälaisia kuntoutumista edistäviä hoitotyönmalleja on toteutettu kotihoidossa.	Valtaosassa tutkimuksia toimintamallit perustuivat yksilöllisen toimintakyvyn arviointiin ja toteutettiin yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti.
8.	Outila, Marjo & Lantela, Pilvikki 2019 Suomi	Gerontologia	Kategoriaturkimus Aineisto analysoitu kategoriianalyysillä. Koostuu kuudesta keskiarvoltaan 85-vuotiaan pohjoissuomalaisen kotona asuvan ikääntyneen haastattelusta.	Tarkastella, millä lailla ikääntyneet kertovat itsestään, arjestaan ja elämästään.	Oman elämän pohdinta nostaa esiin vanhan, autettavan, väsyvän ja sairastavan kategoriat. Niitä on tarkasteltu haurauden käsitteen näkökulmasta.
9.	Perälä, Sanna & Lotvonen, Sinikka & Kääriäinen, Maria & Siira, Heidi 2022 Suomi	Hoitotiede	Tutkimukseen osallistui kuntoutusasiakkaiden ja perinteisten kotihoidon asiakkaiden parissa työskentelevää kotihoidon henkilöstöä erään Pohjois-Pohjanmaan kaupungin kotihoidosta. Tutkimusmenetelmänä oli essee muotoinen kirjoitelmakysely. Kerätty aineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä.	Tarkoituksena kuvata kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kotikuntoutusmallista. Tavoitteeksi on asetettu uuden tiedon saanti, jota voidaan hyödyntää moniammatillisessa kotikuntoutuksen ja kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä.	Keskisimpinä tuloksina on mainittu henkilökunnan kokemusten kotikuntoutusmallin mukaan toimimisesta liittyvän tiedonsaantiin ja perehdytykseen, työskentelyn tukeen ja ilmapiiriin, osaamiseen ja omaan rooliin toimimisessa, resursseihin ja kotikuntoutusmallin merkittävyyteen ja toimivuuteen.
10.	Vesa, Niina-Marika & Stolt, Minna & Koskenniemi, Jaana & Suhonen, Riitta 2018 Suomi	Gerontologia	Tutkimusaineisto kerättiin kotiutuvien henkilöiden läheisiltä teemahaastattelulla ja kyselyllä. Induktiivinen sisällönanalyysi.	Tutkimuksessa kuvataan läheisen roolia ja tuen tarvetta iäkkään potilaan kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.	Tuloksena tuotettiin kuvaus läheisen rooleista kotiutumisen prosessissa. Läheiset tarvitsevat rohkaisevaa ja sosiaalista tukea. Läheinen tarvitsee arjen tukea eri rooleissa selviämiseen. Läheisen rooli on merkittävä iäkkäiden ihmisten terveyden edistäjinä. Ammatihenkilöstön antama tuki on tärkeää.

Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaus	Suomennos	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Frailty was first described by Fried and colleagues in terms of its physical characteristics, or "phenotype", and is objectively identified as three or more of five components: weakness (low grip strength), slowness (slow walking speed), shrinking (unintentional weight loss), exhaustion (self-reported) and low physical activity. (3: 773)	Fried ja kollegat kuvasivat haurautta fyysisten ominaisuuksien "fenotyypin" perusteella, ja se tunnustetaan kolmen tai useamman osatekijän summasta: heikkous (heikko puristusvoima), hitaus (hidas kävelynopeus), kutistuminen (tahaton laihtuminen), uupumus (itse raportoitu) ja alhainen fyysinen aktiivisuus.	Kolme ominaisuutta tai enemmän kuvaa haurautta. (3: 773)	Haurauden fyysiset ilmenemismuodot (3)	Gerastenian tunnistamisen keinot	Gerastenian tunnistaminen
		Haurautta kuvataan fyysisten ominaisuuksien perusteella. (3: 773)			
Physical frailty is also related to sarcopenia (low muscle strength and/or muscle quantify of quality. (3: 773)	Fyysinen heikkous liittyy myös sarkopeniaan (alhainen lihasvoima ja/tai laadukas lihasmäärä).	Fyysiseen heikkouteen kuuluu sarkopenia. (3: 773)			
		Sarkopenia tarkoittaa alhaista lihasvoimaa/ lihasmäärää. (3: 773)			
Frailty was first described by Fried and colleagues in terms of its physical characteristics, or "phenotype", and is objectively identified as three or more of five components: weakness (low grip strength), slowness (slow walking speed), shrinking (unintentional weight loss), exhaustion	Fried ja kollegat kuvasivat haurautta fyysisten ominaisuuksien "fenotyypin" perusteella, ja se tunnustetaan kolmen tai useamman osatekijän summasta: heikkous (heikko puristusvoima), hitaus (hidas kävelynopeus), kutistuminen (tahaton laihtu-	Friedin fenotyyppi: Heikkous, hitaus, tahaton laihtuminen, uupumus ja alhainen fyysinen aktiivisuus. (3: 773)	Gerastenian tunnistamisessa käytetyt mittarit (3)		

(self-reported) and low physical activity. (3: 773)	minen), uupumus (itse raportoitu) ja alhainen fyysinen aktiivisuus.				
Scoring tools recommended by the ICFSR task force include Rockwood's Clinical Frailty Scale (CFS), the international Association of Nutrition and Ageing (IANA)'s FRAIL scale, and the Edmonton Frailty Scale (EFS). (3: 776)	ICFSR:n työryhmän suosittelemia seulontatyökaluja ovat Rockwoodin Clinical Frailty Scale (CFS), IANA:n (International Association of Nutrition and Ageing) FRAIL-asteikko ja Edmonton Frailty Scale (EFS).	Gerastenian seulontatyökaluja ovat Clinical Frailty Scale, IANA:n FRAIL-asteikko ja Edmonton Frailty Scale. (3: 776)			
The CFS is based on clinical judgement and involves a nine-point pictorial scale paired with corresponding text describing classification of frailty. (3: 776)	CFS perustuu kliiniseen arviointiin, ja siihen kuuluu yhdeksänpisteinen kuvallinen asteikko, johon liittyy vastaava teksti, jossa kuvataan haurausluokituksia.	CFS on yhdeksästä kuvasta ja selittävästä tekstistä muodostuva asteikko, jolla kuvataan gerasteniaa. (3: 776)			
There is also a distinction between frailty and vulnerability, with frailty generally considered to be a severe state of vulnerability, where small perturbations in internal/external stressors can lead to functional decline. (3: 774)	Hauraus ja haavoittuvuus eroavat toisistaan, ja haurautta pidetään yleensä vakavana haavoittuvuuden tilana, jossa pienet häiriöt sisäisissä/ulkoisissa stressitekijöissä voivat johtaa toiminnan heikkenemiseen.	Hauraus on vakava tila, jossa pienikin stressi voi johtaa toiminnan heikkenemiseen. (3: 774)	Haurauden merkitys akuutin sairauden aikana (3)	Gerastenian vaikutus iäkään hyvinvointiin ja toimintakykyyn	
		Haurautteen vaikuttavat stressitekijät voivat olla sisäisiä ja ulkoisia. (3: 774)			
For example, hospitalisation can transition an older adult from robust to frail. (3: 774)	Esimerkiksi, sairaalahoito voi muuttaa iäkkään vahvasta heikoksi.	läkäs voi muuttua sairaalahoidossa heikommaksi. (3: 774)			

Social isolation is a major risk factor for the progression of frailty in older adults. (3: 782)	Sosiaalinen eristäytyminen on tärkeä riskitekijä iäkkäiden haurauden etenemiselle.	Sosiaalinen eristäytyminen lisää gerastenian etenemisen riskiä. (3: 782)			
Ikäntyneet kertovat haastatte- luissa usein voimien vähene- misestä ja arjen muutoksista. (8: 24)		Ikäntyneiden voi- mat usein vähene- vät ja arki muuttuu. (8: 24)	Hauraus heiken- tää toimintaky- kyä (2, 3, 5, 8)		
Moni haastateltava toteaa, ett- eivät voimat enää riitä, tai ettei enää jaksaa tai pysty toimiaan samalla tavalla kuin ennen tai vastaavasti, että vielä jonkin askareen suorittaminen onnis- tuu. (8: 24)		Haastateltavat to- teavat toimimisen olevan työlästä, tai jaksottaista tai ei enää pysty teke- mään ollenkaan. (8: 24)			
Siirtymää haurauden värittä- mään arkeen kuvaillaan ei enää onnistumisena, ei sitä- kään pysty tekemisenä, ei pit- kää pätkeä jaksamisena ja ei selviämisenä. (8: 25)		Asioiden tekemi- nen vaatii enem- män aikaa. (8: 25)			
		Arki haurauden kanssa vaikuttaa pärjäämiseen ja selviämiseen. (8: 25)			
Physical frailty can be consid- ered as pre-disability, with dis- ability defined as needing as- sistance with basic activities of daily living (ADL). (3: 773)	Fyysinen hauraus ajatellaan toimintakyvyn heikkenemi- senä, jolloin ihmisellä on ky- vyttömyyttä suoriutua päivit- täisistä toiminnoista (ADL).	Fyysinen hauraus aiheuttaa kyvyttö- myyttä suoriutua päivittäisissä toi- missa. (3: 773)			
The implementation of frailty assessment across variety of healthcare settings may get us closer to achieving better healthcare outcomes for older people. (2: 9)	Haurauden arvioinnin käyt- töönotto useissa terveyden- huollon ympäristöissä voi viedä meidät lähemmäksi pa- rempien hoitotulosten saavut- tamista iäkkäille ihmisille.	Gerastenia arvioin- nin käyttöönotto voi parantaa hoito- tuloksia erilaisissa ympäristöissä. (2: 9)			

Eila perustelee pystymättömyyttään hoitaa kodin töitä ja laittaa puolisolleen ruokaa kivuilla ja levon tarpeella. (8: 25)		Kykenemättömyys hoitaa kotitöitä kipujen ja levon tarpeen vuoksi. (8: 25)			
Annan puhe surusta ja kuollutta miestänsä kohtaan tunteistaan kaipuusta ja ystävän menettämisen ”kauheasta paikasta” kertovat siitä, kuinka hauraus on sidoksissa vuorovaikutukseen ja lähisuhteisiin. (8: 26)		Hauraus on sidoksissa vuorovaikutukseen ja lähisuhteisiin (8: 26)			
Voimien väheneminen on peruste levätä, jättää kotityöt tekemättä. (8: 25)		Voimien vähetessä kotityöt jäävät tekemättä. (8: 25)			
Kotona pärjääminen on selviämisen rajamailla, eikä kodin ulkopuolelle uskalleta lähteä yksin sairauksien ja liikuntakyvyn heikkenemisen vuoksi. (5: 32)		Kotona pärjääminen on heikkoa, eikä yksin uskalla liikkua kodin ulkopuolella. (5: 32)			
Thus, understanding how an older person can dynamically move in and out of frailty states is important for both prevention and management of the condition. (3: 774)	Ymmärrys siitä, kuinka iäkäs ihminen voi dynaamisesti siirtyä heikkoon tilaan ja sieltä pois, on tärkeää sekä tilan ehkäisyn että hoidon kannalta.	On tärkeää tietää, miten iäkäs ihminen haurastuu tai vahvistuu, näin sitä voidaan ehkäistä ja hoitaa. (3: 774)			
Hauraus on osa ikääntyneiden elämäntodellisuutta, johon he ovat sopeutuneet tai johon he päivittäin sopeutuvat. (8: 27)		Hauraus on osa ikääntyneen elämäntodellisuutta. (8: 27)	Haurauteen sopeudutaan (8)		
		Haurautteen sopeudutaan. (8: 27)			

Frailty costs our healthcare system in terms of increased hospital admissions, specialized consultations, longer hospital stays, and adverse outcomes. (2: 8)	Hauraus maksaa terveydenhuoltojärjestelmällemme lisääntyneiden sairaalahoitojen, erikoisalojen konsultaatioiden, pidempien sairaalajaksojen ja haittavaikutusten vuoksi.	Gerastenia maksaa yhteiskunnalle lisääntyneinä terveydenhuoltokuluina. (2: 8)	Gerastenia lisää terveydenhuollon menoja (2, 6)	Gerastenia vaikutus terveydenhuollon kuluihin	
Jotta kuntoutumista edistävää hoitotyötä voidaan toteuttaa laadukkaasti ja riittävästi asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden, tulee organisaatioiden osoittaa tähän resursseja (6: 167)		Laadukas kuntouttava hoitotyö vaatii resursseja (6: 167)			
Henkilökunta koki, että kotikuntoutusmalli tuo säästöjä ja vaikuttaa positiivisesti yhteiskunnan resursseihin. (9: 80)		Kotikuntoutusmalli tuo säästöjä yhteiskunnalle (9: 80)	Kuntouttava hoitotyö tuo säästöjä (9)		
Kotihoidon palveluntarve väheni tai loppui, mutta myös sairaalajaksot ja laitoshoidon tarve vähenivät. (9: 80)		Kotikuntoutusmallin mukaan toimiminen vähensi kotihoidon tarvetta (9: 80)			
		Kuntoutusmallin mukaan toimiminen vähensi osastohoidon tarvetta (9: 80)			

Sisällön analyysin tulokset

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Kuntouttava hoitotyö tuo säästöjä (9)	Gerastenia lisää terveydenhuollon kuluja	Gerastenia tunnistaminen
Gerastenia lisää terveydenhuollon menoja (2, 6)		
Haurauteen sopeudutaan (8)	Gerastenia vaikutus potilaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn	
Hauraus heikentää toimintakykyä (2, 3, 5, 8)		
Haurauden merkitys akuutin sairauden aikana (3)		
Gerastenia tunnistamisessa käytetyt mittarit (3)	Gerastenia tunnistamisen keinot	
Haurauden fyysiset ilmenemismuodot (3)	Psyykkisten tekijöiden huomioiminen hoitotyössä	Hoitajan ammattitaito
Yksinäisyyden vaikutus toimintakykyyn (5, 8)		
Voimavaroihin vaikuttavat tekijät (5, 9)		
Turvallisuuden tunteen lisääminen (5)		
Hoitajan oma toiminta kuntouttavassa hoitotyössä (6, 9)	Hoitajan toiminnan vaikutus kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen	
Hoitajien asenteiden vaikutus hoitotyöhön (4, 5, 6)	Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot vaikuttavat kokonaisvaltaiseen laadukkaaseen hoidon kokemukseen	
Hyvän kohtaamisen merkitys potilastyössä (4, 5, 9, 10)		
Vuorovaikutuksen merkitys potilastyössä (4, 8)		
Läheisten tuen tarve (10)	Yhteistyö omaisten kanssa motivoi ja auttaa omaisia osallistumaan hoitoon	
Omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyö (4, 9, 10)	Iäkkään oma osallistuminen hoitoon motivoi ja edesauttaa toimintakyvyn säilymistä	
Selkeä tiedonsaanti palveluista (4, 10)		
Potilaan osallisuuden huomiointi (5, 8, 9)	Kuntouttava hoitotyö ylläpitää ja edistää iäkkään toimintakykyä	
Kuntouttavan hoitotyön tavoitteet (7)		
Monipuolisen kuntouttavan hoitotyön hyödyt (3)		

Toimintakyvyn heikkenemisen etenemisen ehkäisy (1, 3, 7)		
Toimintakyvyn muutosten huomiointi (4)		
Halu ylläpitää omaa toimintakykyä (5)		
Yksilöllisyyden vaikutus kuntoutumiseen (3, 9)	Yksilöllisen hoidon merkitys kuntouttavan hoitotyön mahdollistumisessa	
Yksilöllisen kuntoutuksen toteutus (1, 7)		
Yksilöllisyyden huomiointi hoitotyössä (2, 4, 5, 6)		
Yksilöllinen hoidon suunnittelu (3)		
Ajanpuute lisää kiirehtimistä (4)	Kiireen vaikutus kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutukseen	Muut hoitoon vaikuttavat tekijät
Kiire vaikuttaa negatiivisesti (4, 5, 6)		
Kiire näkyy potilaille (4, 6)		
Kiireettömyys on tärkeää (9)		
Tiedon lisääminen kuntouttavasta hoitotyöstä (6, 7, 9)	Koulutuksen lisääminen syventää hoitajien tietoisuutta kuntouttavan hoitotyön merkityksestä	
Koulutus vahvistaa osaamista (7, 9)		
Moniammatillisuuden merkitys hoitotyön toteutuksessa (6, 9)		
Resurssit vaikuttavat hoidon toteutukseen (4, 6, 9)	Resurssien vaikutus hoitotyöhön	
Kuntouttava hoitotyö vaatii muutosta toimintakulttuurissa. (6, 9)		