

samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

KATARIINA MIETTINEN

# **Yhtenäisen fysioterapian toimintamallin kehittäminen ikääntyneiden Arvi-yksiköihin**

HYVINVOINTIPALVELUIDEN KEHITTÄMISEN JA JOHTAMISEN TUTKINTO-OHJELMA  
2025

## TIIVISTELMÄ

Miettinen, Katariina: Yhtenäisen fysioterapian toimintamallin kehittäminen ikääntyneiden Arvi-yksiköihin  
Opinnäytetyö, ylempi AMK  
Hyvinvointipalveluiden kehittäminen ja johtaminen  
Joulukuu 2025  
Sivumäärä: 83

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhtenäinen fysioterapian toimintamalli ikääntyneiden Arvi-yksiköihin Satakunnan hyvinvointialueella. Työn tavoitteena oli ikääntyneiden toimintakyvyn edistäminen laadukkaalla ja tasavertaisella fysioterapian toteutuksella ja sen kautta ikääntyneiden kotona pärjäämisen tukeminen.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä toimintatutkimuksen lähestymistapaa soveltaen. Kehittämistyöhön osallistui yhteensä 19 henkilöä, heistä 17 oli Arvi-yksiköissä työskenteleviä fysioterapeutteja ja kaksi henkilöä. Kehittämisprosessi koostui kolmesta vaiheesta, joita olivat kyselytutkimus, ensimmäinen työpaja ja toinen työpaja. Kyselytutkimus toteutettiin kartoittamaan nykyisiä toimintatapoja. Ensimmäisessä työpajassa ideoitiin ja kehitettiin Learning cafe-menetelmällä fysioterapiaprosessin osioita. Toisessa työpajassa jatkokehitettiin ensimmäisen työpajan pohjalta tehtyä toimintamallin luonnosta. Jokainen vaihe tuotti laadullista aineistoa, jota käsiteltiin ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Kehittämistyöpajat osoittivat, että prosessin keskeisin kehittämistarve kohdistui fyysisen toimintakyvyn arviointiin ja siinä käytettäviin luotettaviin ja päteviin mittareihin. Kehittämistyön aikana toimintamalliin valikoitui kattava kuuden mittarin testauskokonaisuus, joka suunniteltiin säännöllisesti käytettäväksi asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen arviointiin kehitettiin myös alkuarviointilomake, joka selkeyttää ja yhtenäistää arvioinnin tekemistä.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi fysioterapian toimintamalli ikääntyneiden Arvi-yksiköihin. Toimintamallin sisältö rakentui sekä taustateorian että kahden kehittämistyöpajan pohjalta. Toimintamalli on kattava kokonaisuus fysioterapiaprosessista, fysioterapeutin työnkuvasta ja toiminnasta Arvi-yksiköissä. Toimintamallin tavoitteena oli luoda yhteiset ja yhtenäiset toimintatavat Arvi-yksiköiden fysioterapiaan. Toimintamalli on kehitetty ensisijaisesti fysioterapeuttien käyttöön, mutta siitä hyötyvät myös muut ammattiryhmät ja yhteistyötahot.

Avainsanat: ikääntyneet, fyysinen toimintakyky, fysioterapia, toimintamalli

## ABSTRACT

Miettinen, Katariina: Developing a Unified Physiotherapy Operating Model for Elderly Arvi Units

Master's thesis

Developing and Managing Welfare Services

December 2025

Number of pages: 83

The purpose of this thesis was to develop a unified physiotherapy operating model for elderly Arvi units within Wellbeing services county of Satakunta. The goal was to promote the functional capacity of older adults through high-quality and equitable physiotherapy practices, thereby supporting their ability to live independently at home.

The thesis was carried out as a research-oriented development project applying the approach of action research. A total of 19 people participated in the development work, including 17 physiotherapists working in Arvi units and two supervisors. The development process consisted of three phases: a survey study, the first workshop, and the second workshop. The survey was conducted to map current practices. In the first workshop, sections of the physiotherapy process were brainstormed and developed using the Learning Café method. In the second workshop, the draft of the operational model created on the basis of the first workshop was further refined. Each phase produced qualitative data, which was processed and analyzed using qualitative content analysis.

The development workshops revealed that the main area requiring improvement in the process was the assessment of physical functioning and the use of reliable and valid measurement tools. During the development work, a comprehensive six-test assessment package was selected for the operational model, designed to be used regularly in evaluating clients' functional capacity. In addition, an initial assessment form was developed to support and standardize the comprehensive evaluation of functional capacity.

As a result of the thesis, an operational model for physiotherapy in Arvi units for older adults was created. The content of the model was based on both the theoretical background and the findings of the two development workshops. The model forms a comprehensive framework for the physiotherapy process, the physiotherapist's role, and practices in units. The aim of the operational model was to establish common and consistent procedures for physiotherapy in Arvi units. The model was primarily developed for physiotherapists, but it also benefits other professional groups and collaboration partners.

Keywords: older adults, physical functioning, physiotherapy, operating model

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 IKÄÄNTYNEIDEN FYYSINEN TOIMINTAKYKY.....	9
2.1 Ikääntymisen vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn .....	11
2.1.1 Fysiologiset muutokset .....	11
2.1.2 Tasapainon hallinta ja kaatumiset.....	12
2.1.3 Hauraus-raihnaus-oireyhtymä ja sairaudet .....	14
3 IKÄÄNTYNEIDEN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI .....	15
3.1 Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB) .....	16
3.2 Käden puristusvoimamittaus .....	17
3.3 Elderly mobility scale (EMS).....	17
3.4 Whodas 2.0 - terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi .....	18
3.5 Kaatumisvaaran arviointi .....	18
3.6 Sanallinen kipuasteikko .....	19
4 IKÄÄNTYNEIDEN FYSIOTERAPIA .....	20
4.1 Voimaharjoittelu.....	22
4.2 Kestävyysharjoittelu .....	23
4.3 Tasapainoharjoittelu .....	23
4.4 Monipuolinen yhdistelmäharjoittelu .....	24
5 KOHDEORGANISAATIO .....	26
6 TAVOITE JA TARKOITUS SEKÄ KEHITTÄMISTEHTÄVÄT .....	27
7 KEHITTÄMISMENETELMÄ JA KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN .....	28
7.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä.....	28
7.2 Suunnitelmavaihe .....	29
7.3 Kehittämisprosessin kuvaus .....	32
7.3.1 Taustakartoitus kyselytutkimuksella.....	32
7.3.2 Learning cafe yhteiskehittämisen työpaja .....	37
7.3.3 Toimintamallin jatkokehittämisen työpaja .....	43
8 SATAKUNNAN HYVINVOINTIALUEEN ARVI-YKSIKÖIDEN FYSIOTERAPIAN TOIMINTAMALLI.....	49
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	54
9.1 Tulosten tarkastelu ja jatkokehitysajatukset .....	54
9.2 Prosessin, eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu .....	58
LÄHTEET.....	62
LIITE 1: SAATEKIRJE .....	68
LIITE 2: ARVI-YKSIKÖIDEN FYSIOTERAPIA -KYSELY .....	69

LIITE 3: ESIMERKKI KYSELYN ANALYYSISTÄ.....	70
LIITE 4: ENSIMMÄISEN TYÖPAJAN POWERPOINT .....	71
LIITE 5: ESIMERKKI ENSIMMÄISEN TYÖPAJAN ANALYYSISTÄ.....	73
LIITE 6: TOISEN TYÖPAJAN POWERPOINT .....	74
LIITE 7: ESIMERKKI TOISEN TYÖPAJAN ANALYYSISTÄ .....	76
LIITE 8: TOIMINTAMALLIEHDOTUS SATAKUNNAN HYVINVOINTIALUEEN ARVI-YKSIKÖIHIN.....	77
LIITE 9: ALKUARVIOINTILOMAKE .....	81
LIITE 10: FYSIOTERAPIAN TOIMINTAMALLI KUVANA.....	83

## 1 JOHDANTO

Suomen väestörakenne on suuressa muutoksessa. Väestönkehityksellä on laaja-alaisia vaikutuksia koko yhteiskuntaamme, elämäämme ja talouteemme. Suomi kuuluu koko maailman ikääntyneimpiin maihin. Maan ikääntymiseen vaikuttavat viimeaikainen syntyvyyden lasku ja työikäisten väheneminen. Tämä tulee ottaa huomioon myös yleisessä päätöksenteossa. (Jalovaara ym., 2023, s. 2.) Seuraavien kahden vuosikymmenen aikana ikääntyneiden määrä sekä osuus väestöstä tulee kasvamaan huomattavasti. Tilastokeskuksen väestöennusteen perusteella 75 vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä vuonna 2021 oli kymmenen prosenttia, vuoteen 2030 määrän ennustetaan kasvavan 14 prosenttiin ja vuoteen 2040 määrä olisi kasvanut jo 16 prosenttiin. Suomessa 75 vuotta täyttäneitä oli n. 600 000 vuonna 2022, ennusteen perusteella määrä olisi n. 780 000 vuonna 2030 ja n. 900 000 vuonna 2040. (STM, 2024, s. 4.)

Väestönkehitys heikentää sosiaali- ja terveystalouden kestävyyttä ja vaikuttaakin palvelujärjestelmän kykyyn järjestää riittäviä palveluja kaikille tarvitseville (STM, 2024, s. 4). Väestön ikääntymisen ja toimintakyvyn heikentymisen myötä palveluiden ja avun tarve kasvaa, erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden. Kansallisen linjauksen mukaan ikäihmiset voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään ja palvelut järjestettäisiin sinne. Kotihoidon asiakkaat ovat iäkkäämpiä, heillä on useampia sairauksia ja he tarvitsevat enemmän apuja. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä on hyvinvointialueilla, mutta edelleen kuntien tehtävänä on asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (THL, 2024.)

Suomessa laki velvoittaa kuntia ja hyvinvointialueita järjestämään ikäihmisille suunnattuja palveluja. Lain tarkoituksena on ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen.

Tarkoituksena on myös parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, luku 1, 1 §.)

Toimintakyky on moniulotteinen käsite, siihen sisältyvät kaikki ruumiin tai kehon toiminnot, suoritukset ja osallistuminen (Saltychev & Pohjolainen, 2024, s. 20). Toimintakykyä tarkastellaan usein neljän ulottuvuuden tai osa-alueen kautta. Ulottuvuuksia ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen ulottuvuus. Fyysinen toimintakyky ilmenee liikkumiskykynä, johon kuuluvat mm. lihasvoima ja -kestävyys, nivelten liikkuvuus ja koordinaatio. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu mielenterveys, elämän- ja arjenhallinta, persoonallisuus, kyky tuntea ja selviytyä sosiaalisen ympäristön haasteista. Sosiaalinen toimintakyky koostuu yksilön, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan sekä sosiaalisen verkoston välisestä dynaamisesta vuorovaikutuksesta. Kognitiivinen toimintakyky on tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa, siihen kuuluvat mm. muisti, oppiminen, toiminnanohjaus ja keskittyminen. (THL, 2023a.) Toimintakyvyn ulottuvuudet ovat läheisesti yhteydessä toisiinsa, ympäristön edellytyksiin ja vaatimuksiin sekä yksilön terveydentilaan ja muihin ominaisuuksiin. Yksilön toimintakyky käsittää eri ulottuvuuksien kautta selviytymistä itselle merkityksellisistä ja tärkeistä jokapäiväisen elämän asioista omassa ympäristössään. (THL, 2023a.) Tässä työssä keskitytään fyysisen toimintakyvyn osa-alueeseen, vaikka kaikki osa-alueet liittyvät tiiviisti toisiinsa.

Tämän opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta. Ikääntyneiden palvelut ovat tällä hetkellä muutoksessa, kun pyritään kehittämään palveluita vastaamaan paremmin ihmisten tarpeisiin ja saada resurssit riittämään nyt ja tulevaisuudessa. Hyvinvointialueiden myötä toiminnot ovat muuttuneet, vähitellen toimintaa yhtenäistetään ja kehitetään. Satakunnan hyvinvointialueella ikääntyneiden kotona asumista tukemaan on kehitetty Arvi-yksiköitä (sosiaalihuoltolain mukaista lyhytaikaista palveluasumista). Arvi-yksiköissä hoito- ja arviointi toteutetaan moniammatillisella yhteistyöllä. Yksiköiden toiminnan yhtenäistäminen on alkanut ja kehitystyö jatkuu edelleen tarjotakseen samanlaiset ja tasavertaiset palvelut eri kunnissa, tähän tähtää myös tämä opinnäytetyö.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämistyö, jonka tarkoituksena on yhtenäistää ja kehittää fysioterapian toimintamalli ikääntyneiden Arvi-yksiköihin Satakunnan hyvinvointialueella.

Tässä opinnäytetyössä tekoälyä (ChatGBT) on käytetty tuomaan ideoita ja auttamaan asioiden jäsentelyssä sekä tiedonhaun apuna. ChatGBT:n avulla on käännetty useiden tutkimusten tiivistelmiä ja näin selvitetty tutkimusten sopevuutta tähän työhön. Mukaan otetut tutkimukset on luettu laajemmin alkuperäisellä kielellä ja tarpeen mukaan hyödynnetty tekoälyä kääntämisessä. Lisäksi englanninkielisen tiivistelmän tekoon on käytetty ChatGBT:ta. Tekoälyn tuottamien tietojen alkuperäisyys on tarkistettu ja viitattu aina alkuperäiseen lähteeseen.

## 2 IKÄÄNTYNEIDEN FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Suomen laki määrittelee ikääntyneen väestön tarkoittavan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Ikääntyneellä henkilöllä on heikentynyt fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden vammojen tai sairauksien tai ikään liittyvän rappeutumisen vuoksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012.) Yleinen suomalainen ontologia rinnastaa ikääntyneet käsitteeseen myös ikäihmiset, iäkkäät, seniorit ja vanhukset (YSO-Yleinen suomalainen ontologia, n.d.).

Tässä työssä keskitytään pääasiassa fyysisen toimintakyvyn osa-alueeseen, vaikka erityisesti ikääntyvillä kaikki toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat merkittävästi toisiinsa. Fyysinen toimintakyky tarkentuu kuvaamaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä arjen tehtävistä. Fyysistä toimintakykyä kuvaa kyky liikkua ja liikuttaa itseään. (Mäkelä ym., 2013, s. 4; THL, 2023a.) Tärkeitä elimistön fysiologisia ominaisuuksia fyysiselle toimintakyvylle on esimerkiksi lihasvoima ja -kestävyys, nivelten liikkuvuus, kestävyyskunto, liikkeiden ja kehon asennonhallinta sekä tärkeänä kaikkia näitä koordinoiva keskushermoston toiminta. Fyysiseen toimintakykyyn katsotaan usein kuuluvaksi myös aistitoiminnot kuten näkö ja kuulo. (Lotvonen, 2019, s. 35; THL, 2023a.)

Ikääntyneiden fyysisestä toimintakyvystä puhuttaessa siihen liitetään usein myös päivittäiset toiminnot, johon kuuluu päivittäiset perustoiminnot (ADL) ja välineelliset päivittäiset perustoiminnot (IADL) (Storeng ym., 2017, s. 1–2). Päivittäisiä perustoimintoja ovat mm. peseytyminen, pukeutuminen, syöminen ja WC-käynnit. Välineellisiä perustoimintoja ovat esimerkiksi puhelimen käyttö, raha-asoiden hoitaminen, ruuan valmistaminen ja pyykinpesu. (Rantanen, 2022, s. 107.) Ikääntyneillä jokapäiväisistä arkitoiminnoista suoriutuminen on edellytys itsenäiselle kotona pärjäämiselle (Mäkelä ym., 2013, s. 3). Yleisempää päivittäisten toimintojen heikentyminen on naisilla kuin miehillä (Storeng ym., 2017, s. 1–2).

Hyvä fyysinen toimintakyky korostuu ikääntymisen myötä, koska se luo mahdollisuuden pärjätä arjessa itsenäisemmin sekä osallistua erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin ja itselle merkityksellisiin tilaisuuksiin. Ikääntyneet myös itse kokevat fyysisen toimintakyvyn kaiken perustaksi, osaksi itsenäisyyttä ja hyvinvointia. Alentuneen fyysisen toimintakyvyn koettiin vaikuttavan toimintaan ja mielialaan. (Tattari ym., 2021, s. 52, 55–56.) Iän myötä fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky heikkenee, liikkumisen vaikeutuminen on usein ensimmäinen merkki fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä ja kuvaa tulevaa avun tarvetta, lisäksi se ennustaa päivittäisistä toimista selviytymisen vaikeutumista (Mäkelä ym., 2013; Lotvonen, 2019, s. 49), pitkäaikaishoitoon joutumista ja jopa kuolleisuutta (Liu ym., 2024).

Jyväkorpi ym. (2020) toteaa ikääntyvän väestön hyvinvoinnin sekä fyysisen että psykologisen toimintakyvyn edistämisen olevan ensiarvoisen tärkeää. Fyysisellä kuntoutuksella sekä mielen huomioimisella saadaan positiivisia vaikutuksia toimintakykyyn (Jyväkorpi ym., 2020, s. 342). Normaali liikkuminen vaatii elimistön fysiologisilta toiminnoilta paljon, esimerkiksi terveitä luita, jotka luovat tuen lihasten toiminnalle. Liikkuminen vaatii myös hyvää liikehallintaa, johon osallistuvat ääreishermostus ja keskushermostollinen säätely. Ikääntyessä sekä sairauksien myötä kaikissa näissä toiminnoissa voi ilmetä heikentymistä, mikä voi johtaa motoristen toimintojen häiriöihin. (Debit & Cseri, 2020, luku 1.)

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut vuonna 2001 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Luokituksen tavoitteena on toimintakyvyn kuvaamisessa käytettävien käsitteiden ja terminologian yhtenäistäminen. ICF-luokitus perustuu biopsykososiaaliseen malliin, jonka avulla huomioidaan kokonaisuutena terveydentila sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus. (Valkeinen & Anttila, 2014, s. 5.) Luokituksessa toimintakyky kuvautuu kolmella tasolla: kehon rakenteina ja toimintoina, niiden varaan osittain rakentuvina suorituksina sekä eri elämäntilanteisiin ja yhteisön elämään osallistumisena. ICF sopii kaiken ikäisten ihmisten toimintakyvyn kuvaamiseen huomioiden sekä positiiviset että negatiiviset asiat. (THL, 2023a.)

## 2.1 Ikääntymisen vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn

Ikääntymisestä johtuvia muutoksia voidaan jaotella primaariseen ja sekundaariseen. Primaarisella ikääntymisellä tarkoitetaan esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön etenevää rakenteellista heikkenemistä sekä toiminnan häiriintymistä. Sekundaarisessa ikääntymisessä taas huomioidaan sairauksien ja elämäntapojen aiheuttamat lisämuutokset. (Debity & Cseri, 2020, luku 2.) Päivittäisten toimintojen heikentymiseen vaikuttavat mm. liian pitkään paikallaan istuminen, liian lyhyet tai pitkät unet sekä tupakointi (Storeng ym., 2017, s. 8).

### 2.1.1 Fysiologiset muutokset

Ikääntymisen aiheuttamia rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia ovat mm. lihasmassan ja/tai -voiman väheneminen, luumassan väheneminen, sydän- ja hengityselimistöön muutokset sekä aineenvaihdunnan häiriöt, mikroverenkierron häiriintyminen ja lihasten korjausmekanismin heikentyminen (Debity & Cseri, 2020, luku 2).

Luun tiheyden väheneminen ja rakenteen heikkeneminen saattaa alkaa jo 35–40 vuoden iässä. Selvemmin muutoksia alkaa kuitenkin ilmetä 50 ikävuoden jälkeen, erityisesti naisilla vaihdevuosi-iässä. Myöhemmälläkin iällä naisten luun tiheyden väheneminen on suurempaa kuin miesten. Ensin tulee osteopenia (luun menetys) ja sen jälkeen tilanteen edetessä osteoporoosi (luukato). (Suominen & Suominen, 2022, s. 125.) Osteopenia ja osteoporoosi lisäävät merkittävästi patologisten murtumien riskiä (Debity & Cseri, 2020, luku 2). Osteoporoosi on kasvava kansanterveydellinen ongelma siihen liittyvine murtumineen (Suominen & Suominen, 2022, s. 125).

Lihassoiman huippu on 20–30 ikävuoden kohdilla ja melko muuttumattomana se säilyy 50 vuoteen asti. Lihassoima alkaa tämän jälkeen heikentyä noin 1 %:n vuosivauhtia. 65 ikävuoden jälkeen heikentymistä tapahtuu jo noin 1,5–2 % vuodessa. (Sipilä & Rantanen, 2022, s. 146.) Useimmiten lihasmassa heikenee enemmän alaraajojen lihaksissa kuin yläraajoissa, lisäksi nopeat lihasyyt kärsivät enemmän kuin hitaat. Ikääntyessä myös keskushermoston

kontrolli heikkenee, sidekudos lisääntyy ja rasvakudosta kertyy lihaksiin. (De-bity & Cseri, 2020, luku 2.) Lihasmassan- ja voiman etenevää vähenemistä ja liikkumiskyvyn heikentymistä kutsutaan sarkopeniaksi. Sarkopenia yleistyy iän myötä ja on merkittävä riskitekijä terveyden heikkenemiselle. Se ennustaa mm. toistuvia kaatumisia, murtumia, tarvetta sairaalahoitoon, kognitiivista heikentymistä ja kuolleisuutta. (Sipilä & Rantanen, 2022, s. 147.)

Hengitys- ja verenkiertoelimistössäkin tapahtuu muutoksia vanhetessa. Sydämen kimmoisuus vähenee ja jäykistyminen lisääntyy, mikä vaikuttaa sydämen maksimaalisen pumppaustehon heikentymiseen. Verisuonten joustavuus heikentyy ikääntymisen myötä, mikä vaikuttaa mm. verenpaineen kohoamiseen ja sitä kautta sydämen kuormittumiseen. Keuhkojen toiminnassa tapahtuu heikentymistä, esimerkiksi 70 ikävuoteen mennessä keuhkorakkuloiden pinta-ala on pienentynyt noin 10–20 %. (Hautala ym., 2022, s. 170–173.)

Ikääntymisellä on vaikutuksia aivojen rakenteeseen ja toimintaan. Aivojen kokonaiskoko pienenee vanhetessa, jopa noin 5 % jokaisen vuosikymmenen aikana alkaen 40 ikävuodesta. Lisäksi tapahtuu eri aivoalueiden rappeutumista sekä verisuoniperäisiä muutoksia. Ikääntyessä aivosairauksien riski lisääntyy merkittävästi, kuten muistisairaudet. Muistisairauksia on erilaisia ja ne vaikuttavat hieman eri tavoin muistiin, ajatteluun, kognitiivisiin toimintoihin ja jopa liikkumiskykyyn. (Kulmala ym., 2022, s. 180–184.)

### 2.1.2 Tasapainon hallinta ja kaatumiset

Tasapainon hallinta vaatii useiden elinjärjestelmien yhteistyötä, näitä ovat aistijärjestelmä, keskushermosto, hermo-lihasjärjestelmä ja tuki- ja liikuntaelimistö. Ikääntyessä näissä elinjärjestelmissä tapahtuu heikkenemistä, ja sen myötä tasapainokin usein heikkenee vähitellen. Tasapainon hallinnan heikentyminen lisää kaatumisriskiä. (Edgren ym., 2022, s. 263.)

Kaatumiset ovat yksi ikääntyneiden yleisimmistä ja vakavimmista ongelmista (Salari ym., 2022, s. 1). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee

kaatumisen tapahtumaksi, jolloin henkilö päätyy tahtomattaan maahan, lattialle tai muulle alemmalle tasolle (WHO, 2021). Kaatumiset lisääntyvät ikäännyessä, samalla myös kaatumisista aiheutuneiden vammojen vakavuus lisääntyy. Yli 70-vuotiaista kotona asuvista kaatuu vuosittain joka kolmas ja toistuvasti joka viides. Laitoshoidossa olevista iäkkäistä jopa 80 % kaatuu ainakin kerran vuodessa. Kaatumisista aiheutuu suurimmaksi osaksi lieviä vammoja, mustelmia, ruhjeita ja haavoja, mutta 5–10 % vammoista on vakavia, esimerkiksi luun murtumat ja pään vammat. (Havulinna ym., 2017.) Ikääntyneiden kaatumiset johtavat usein avuntarpeeseen ja sairaalahoitoon. Naiset joutuvat sairaalahoitoon miehiä useammin. (Edgren ym., 2022, s. 270.) Ikääntyneiden kaatumiset aiheuttavat usein toimintakyvyn heikentymistä, eikä kaatuneiden toimintakyky palaudu enää täysin entiselle tasolleen (Salari ym., 2022, s. 1).

Fyysisten vammojen lisäksi kaatumisesta saattaa aiheutua psykologista haittaa, kuten kaatumisen pelkoa (Salari ym., 2022, s. 2). Kaatumisen pelko on ikääntyneillä yleistä ja se lisää merkittävästi alttiutta kaatumisille. Kaatumisen pelon taustalla on usein jo kaatuminen, mutta pelkoa on myös niillä ikääntyneillä, jotka eivät ole kaatuneet. Kaatumispelosta saattaa alkaa liikkumis- ja toimintakyvyn heikkenemisen kierre. Kaatumisen pelko vähentää fyysistä aktiivisuutta ja sen kautta sosiaalinen osallistuminen vähenee. Näiden seurauksena fyysinen toimintakyky sekä mieliala laskee, ja elämänlaatu heikkenee, mikä altistaa kaatumistapaturmille. (Havulinna ym., 2017.)

Kaatumisen vaaratekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisistä merkittävimmät ovat korkea yli 75-vuoden ikä, naissukupuoli, heikentynyt terveys sekä alentunut liikkumis- ja toimintakyky, lisäksi ravitsemuksella ja lääkityksellä on merkittävä vaikutus. Mitä enemmän on ikää, sitä useammin kaatumisen taustalla on sisäiset vaaratekijät. Monet sairaudet altistavat kaatumisille, kaatuminen voikin olla ensimmäinen merkki alkavasta tai hoitamattomasta sairaudesta, kuten neurologiset sairaudet tai muistisairaus. Ulkoisia kaatumisen vaaratekijöitä ovat asuin- ja elinympäristöön sekä sen turvallisuuteen liittyvät tekijät, kuten apuvälineet, jalkineet, matot tai huono valaistus. Jopa lähes puolessa kaatumisista ulkoisilla tekijöillä on ollut vaikutusta kaatumiseen. (Havulinna ym., 2017.)

### 2.1.3 Hauraus-raihnaus-oireyhtymä ja sairaudet

Ikääntyneillä esiintyy hauraus-raihnaus-oireyhtymää eli gerasteniana, joka on geriatrinen oireyhtymä. Gerastenian vaikutukset näkyvät fyysisen toimintakyvyn heikentymisenä, uupumuksena, lihasvoiman heikkoutena, hitaana kävelynopeutena ja tahattomana laihtumisena. Gerasteniassa elimistön fysiologiset reservit ovat pienentyneet ja stressinsietokyky heikentynyt. Pienikin stressitekijä, kuten virtsarakon tulehdus tai tavallinen flunssa, voivat aiheuttaa terveyden ja toimintakyvyn romahtamisen pitkäksi aikaa tai jopa pysyvästi. Tämä lisää selkeästi toiminnanvajetta, tarvetta ympärivuorokautiseen hoitoon sekä ennenaikaisen kuoleman riskiä. Gerasteniana on yli 70-vuotiaista 10–12 %:lla ja sen esiintyvyys lisääntyy iäkkäämmissä ikäluokissa. Gerasteniaan liittyy usein myös sarkopenia eli lihaskato. (Jyväkorpi ym., 2020, s. 339.)

Useat sairaudet nopeuttavat toimintakyvyn heikkenemistä ja sitä myötä toiminnanvajauksien syntyä. Toiminnanvajausta aiheuttavat mm. tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, Alzheimerin tauti sekä neurologiset sairaudet. (Pitkälä ym., 2016; Rantanen, 2022, s. 105.) Osa sairauksista muuttaa toimintakykyä merkittävästi heti sen ilmennyttyä, tällaisia ovat esimerkiksi luunmurtumat sekä aivohalvaus (Rantanen, 2022, s. 105).

### 3 IKÄÄNTYNEIDEN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Ikääntyneiden kohdalla puhutaan geriatrisesta arvioinnista, se tarkoittaa asiakkaan perusteellista haastattelua ja tutkimista sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua. Arviointiin sisältyy terveydentilan, sairauksien ja hoidon kartoitus, sekä toimintakyvyn, palvelujen ja asuinympäristön selvittäminen. Toimintakykyä arvioidaan haastattelemalla, kyselylomakkeilla, havainnoimalla ja mittamalla. (Karppi & Nuotio, 2008, s. 15.) Ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla laaja-alaista huomioiden fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Erityistä huomiota ikääntyneen toimintakyvyn arvioinnissa kannattaa kiinnittää arkitoiminnoista selviytymiseen niin kotona kuin sairaalassakin. (Kerminen ym., 2019.) Geriatrisen arvioinnin tutkimustuloksissa saatuja toivottuja vaikutuksia ovat olleet mm. eliniän pidentyminen, parantunut arkipäivän selviytyminen, kohentunut mieliala, elämänlaatu ja tyytyväisyys, pienemmät hoitokustannukset sekä laitoshoidon joutumisen lykkääntyminen. (Karppi & Nuotio, 2008, s. 28.)

Toimintakykyä arvioitaessa on tärkeä käyttää luotettavia ja päteviä arviointivälineitä (Kerminen ym., 2019; Äijö ym., 2022, s.14). Arviointia olisi hyvä tehdä käyttäen henkilön itsearviointia ja objektiivisiä suorituskykymittareita. Ikääntyneiden toimintakykyä tulisi arvioida heti sairaalahoitoon joutuessa, hoitajakson aikana, kotiutuksen yhteydessä sekä sen jälkeen kotona. (Kerminen ym., 2019.) Toimintakyvyn arvioinnin tavoitteena on tunnistaa mm. ikääntyneen toimintakyvyn heikentymisen taustatekijöitä, ikääntyneen voimavarat ja vahvuudet sekä ikääntyneet, joiden toimintakykyä pystytään ylläpitämään ja parantamaan hoidolla ja kuntoutuksella (Äijö ym., 2022, s.14).

Arvioinnin perusteella määritellään kuntoutumisen tavoitteet sekä suunnitellaan kuntoutuksen sisältöä. Hoidon ja kuntoutumisen etenemistä sekä tavoitteiden saavuttamista seurataan toimintakyvyn arviointimittareilla. Arvioinnista saadut tulokset tulee kirjata tarkasti asiakastietojärjestelmään, jolloin ne ovat kaikkien käytettävissä. (Kerminen ym., 2019.) Samoja arviointimittareita käytettäessä nähdään, miten toimintakyvyn tilanne on muuttunut ja onko asetetut

tavoitteet saavutettu (Karppi & Nuotio, 2008, s. 27). Tässä työssä keskitytään fysioterapeutin tekemään fyysisen toimintakyvyn arvioon. Seuraavien testien lisäksi on olemassa muitakin ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn arviointiin sopivia mittareita.

### 3.1 Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB)

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB, Short Physical Performance Battery) on kehitetty USA:ssa 1990-luvun alussa EPESE-tutkimuksessa mittaamaan iäkkäiden liikkumiskykyä yli 70-vuotiailla. Testistö sisältää tasapainon, kävelykyvyn sekä lihasvoiman ja kestävyden arvioinnin. Testissä seisomatasapainoa testataan kolmessa eri asennossa; jalat vierekkäin, puolitandem ja tandem, jokaisessa asennossa tavoitteena on pysyä 10 sekuntia. Kävelykyvyn arvioinnissa tarkastellaan tavanomaista kävelynopeutta 4 m matkalla. Alaraajojen lihasvoimaa testataan tuoliitanousutestillä, jossa noustaan 5 kertaa ylös mahdollisimman nopeasti. Jokainen osio pisteytetään erikseen asteikolla 0–4, lopuksi pisteet lasketaan yhteen, näin ollen 12 on testistön maksimipistemäärä. Mitä pienempi on testistä saatu yhteispistemäärä, sitä suurempi riski toimintakyvyn heikkenemiseen on tulevaisuudessa. (Guralnik ym., 1994; Valkeinen ym., 2024a.) Kokonaispistemäärän lisäksi osioiden tuloksia tulee tarkastella erikseen, jolloin voidaan selvittää, millä osa-alueella on eniten heikoutta ja kohdistaa harjoittelua siihen (THL, 2023b).

Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön tekemiseen ei tarvita erityistä koulutusta, vaan testin voi luotettavasti suorittaa yksin, kun testaamiseen on hyvin perehtynyt, usein aluksi ammattilaisen kanssa. Testi ei myöskään vaadi isoja tiloja tai välineitä ja on siksi toimiva myös kotiloissa. (Valkeinen ym., 2024a). Freibergin ym. (2012) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on todettu, että SPPB-testistön yhtäpitävyysvaliditeetti on keskimääräinen tai hyvä verrattuna muihin testeihin, toistettavuus saman testaajan testaamana on hyvä sekä ennustevaliditeetti erinomainen. Testistöstä saatu 10 pistettä tai alle ennustaa hyvin esimerkiksi päivittäisten toimintojen vaikeuksien ilmaantumista, liikkumisen vaikeuksia, laitoshoitoon joutumista sekä kuolleisuutta. (Freiberger ym.,

2012.) Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö on siis luotettava ja vakiintunut mittari erityisesti ikääntyneiden alaraajojen suorituskyvyn mittaamiseen. Testistön avulla pystytään tunnistamaan iäkkäitä, joiden liikkumiskyky on vaikeutunut ja kaatumisvaaran riski kohonnut sekä tasapaino heikentynyt. (THL, 2023b.)

### 3.2 Käden puristusvoimamittaus

Käden puristusvoimamittaus mittaa käden puristusvoimaa. Testaus sopii niin aikuisväestölle kuin ikääntyneillekin. Käden puristusvoima korreloi useiden eri lihasryhmien voimatason kanssa, näin ollen se on hyvä yleisen lihasvoimatason indikaattori. Heikko puristusvoima on yhteydessä aikaisempaan päivittäisten toimintojen, fyysisen toimintakyvyn ja kognition heikkenemiseen sekä aikaisempaan kuolleisuuteen. Suomessa usein käytössä on Terveys 2011-tutkimuksessa käytössä ollut suoritusohje sekä viitearvot FinTerveys2017 tutkimuksesta. (Stenholm ym., 2024.) Puristusvoimamittarin viitearvot ovat laitesidonnaiset, jolloin tulosten vertailu on mahdollista vain samalla mittarilla tehdessä. Vertailussa huomioitavaa on myös suoritusasento, kummasta kädestä mittaus on tehty ja mitä tulosta on käytetty. (Roberts ym., 2011.) Puristusvoiman mittaus on nopea ja helppo testi, siihen tarvitaan puristusvoimamittari, joista yleisin on Jamar/Saehan dynamometri, ja tuoli. Puristusvoimamittauksen toteuttaminen ei vaadi koulutusta, mutta hyvä perehtyminen testaamiseen on tärkeää. (Stenholm ym., 2024.)

### 3.3 Elderly mobility scale (EMS)

Elderly mobility scale (EMS) -testi on kehitetty 1990-luvulla toimintakyvyltään heikentyneiden iäkkäiden liikkumisen arviointiin. Testin avulla arvioidaan ikääntyneen liikkumiskykyä sekä siinä tapahtuvia muutoksia. Testi soveltuu erityisesti sairaala- tai laitossympäristöön tai kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin, kun liikkuminen on jo rajoittunut. Testi on helppo ja nopea suorittaa ja soveltuu päivittäiseen työhön. Testi koostuu seitsemästä osiosta: makuulta istumaan nousu, makuulle meno, istumasta seisomaannousu, seisominen,

kävely, kävelynopeus sekä seisten kurkotus eteenpäin. (Smith, 1994; Peurala & Paltamaa, 2024; To-Mi, 2016, s. 25.) Testin maksimi pistemäärä on 20, mitä parempi tulos, sitä parempi liikkumiskyky. Tulos 14 pistettä tai enemmän arvioi, että henkilö pystyy liikkumaan itsenäisesti ja on mahdollisuus selviytyä päivittäisistä toimistaan. Alle 10 pistettä viittaa siihen, ettei itsenäinen liikkuminen ole välttämättä mahdollista. Kaatumisriskin arviointiin testi ei sovellu, koska tutkimusten mukaan yli 50 % kaatuneista on saanut hyvän 19–20 pisteen tuloksen. (To-Mi, 2016, s. 25.)

### 3.4 Whodas 2.0 - terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi

Whodas 2.0 - terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi on Maailman terveysjärjestön (WHO) geneerinen terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi järjestelmä aikuisille ja ikääntyneille. Mittarin avulla selvitetään terveydentilan aiheuttamia vaikeuksia arjen osallistumisessa. Arvioinnilla saadaan esille henkilön oma kokemus terveydestään ja toiminnanrajoitteistaan. Arviointia voidaan toteuttaa kolmella eri tavalla: itse täyttämällä, haastatteleamalla tai läheisen täyttämänä. Lomakkeita on seitsemän erilaista, jotka vaihtelevat pituudeltaan ja toteuttamistavaltaan. Pitkässä 36 kysymyksen arvioinnissa maksimi pistemäärä voi olla 144 (eläkeläisellä 128), lyhyessä 12 kysymyksen arvioinnissa voi saada enintään 48 pistettä (eläkeläinen 44). Mitä isompi pistemäärä, sitä suurempi on mahdollinen toimintarajoite. Arvioinnin toteuttamiseen ei tarvita koulutusta, mutta arvioinnin tekijältä vaaditaan hyvä perehtyminen käsikirjaan, lomakkeisiin ja toteuttamiseen. (Paltamaa & Anttila, 2024.)

### 3.5 Kaatumisvaaran arviointi

Kaatumisvaaran arvioinnin tarkoituksena on tunnistaa ajoissa iäkkäät, joilla on kohonnut alttius kaatumisille sekä kartoittaa kaatumisriskiin liittyvät tekijät. Kaatumisvaaran arviointiin on tehty kolme lomaketta, kaksi lyhyttä mittaria FROP-Com (Falls Risk for Older People) ja FRAT (Falls Risk Assessment Tool) sekä laaja kaatumisvaaran arviointimittari, joka sisältää FROP-Com ja

FRHOP (Fall Risk for Hospitalised Older People) -mittarit. FROP-Com -lomake on tarkoitettu kotona asuvien ikääntyneiden kaatumisvaaran arvioimiseen ja FRAT puolestaan arvioimaan iäkkään kaatumisriskiä laitospäristössä. Laaja kaatumisvaaran arviointi on tehty niin koti- kuin laitospäristössä käytettäväksi. (Pajala, 2016, 106.)

### 3.6 Sanallinen kipuasteikko

Sanallinen kipuasteikko (VRS, Verbal Rating Scale) on yksi kivun arvioimiseen käytettävä mittari. Kipua arvioidaan sanallisesti useimmiten viisiportaisen asteikon mukaan "ei kipua", "lievä kipu", "kohtalainen kipu", "voimakas kipu" ja "sietämätön kipu". Mittari on todettu päteväksi ja luotettavaksi nuoremmilla aikuisilla, sekä erityisesti ikääntyneillä kroonisen kivun arvioimisessa sekä kognitiivisesti heikentyneiden kivun arvioinnissa. Mittari on todettu luotettavaksi kivun arvioimisessa iäkkäillä vielä muistitestin (MMSE, Mini-Mental State Examination) ollessa alle 17 pistettä. (Pesonen ym., 2009, s. 658.)

## 4 IKÄÄNTYNEIDEN FYSIOTERAPIA

Ikääntyneitä on hyvin eri kuntoisia ja erilaiset taustat omaavia, terveistä ja erittäin hyväkuntoisista ikääntyneistä ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tarvitseviin. Näin ollen myös heidän kuntoutustarpeensa ovat erilaiset. Kuntoutujan lähtötilanne tulee kartoittaa hyvin ja se ohjaa fysioterapian tavoitteita, suunnittelua ja menetelmien valintaa. (Ikääntyneiden fysioterapia, n.d.; Jämsen & Öhman, 2024, s. 695.) Fysioterapian tulee olla suunnitelmallista, tavoitteellista ja monialaista. Ikääntyvillä saattaa olla useampia samanaikaisia sairauksia, jotka täytyy huomioida yksilöllisen fysioterapian suunnittelussa ja toteutuksessa. Fysioterapia lähtee aina kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista ja tavoitteista. Fysioterapian tavoitteena on useimmiten ylläpitää ja kohentaa ikääntyneen toimintakykyä, elämänlaatua ja osallistumismahdollisuuksia, sekä tukea itsenäistä selviytymistä ja kotona asumista. Yksilölliset ammattilaisen kanssa laaditut merkitykselliset tavoitteet määrittävät fysioterapian sisällön, keston ja intensiteetin. Fysioterapiassa vastuu on sekä kuntoutujalla itsellään että kuntoutuksen ammattilaisella. (Ikääntyneiden fysioterapia, n.d.; STM, 2024, s. 24.) Ikääntyneiden fysioterapia ei aina etene suoraviivaisesti, se voi olla hidasta ja joskus jopa pysähtyä. Kuntoutumisen estävät tekijät tulisi selvittää. On kuitenkin huomioitava, että joskus fysioterapiassa tavoitteena tai positiivisena tuloksena voi olla myös toimintakyvyn ylläpitäminen tai toimintakyvyn heikkenemisen hidastuminen, koska monet pitkäaikaissairaudet ovat eteneviä ja heikentävät toimintakykyä vähitellen, kuten Parkinsonin tauti tai muistisairaudet. (Jämsen & Öhman, 2024, s. 698.)

Ikääntyneiden fysioterapiassa keskitytään liikunta- ja toimintakyvyn laaja-alaiseen arviointiin, fysioterapiasuunnitelman laatimiseen, toimintakykyä kohentavaan harjoitteluun, kaatumisten ehkäisyyn, apuvälinetarpeen arvioon, kotona asumisen tukemiseen sekä muistikuntoutukseen. (Ikääntyneiden fysioterapia, n.d.) Geriatriasta arviointia ja kuntoutusta tarvitsevat erityisesti potilaat/asiakkaat, joilla on lonkkamurtuma, aivoverenkiertohäiriö, toistuvia kaatumisia, selittämätöntä toimintakyvyn laskua, akuutin sairauden aiheuttama toimintakyvyn lasku tai jos harkitaan laitoshoitoon siirtymistä (Lönnsroos, 2008, s. 283).

Ikääntyneistä henkilöistä kolmasosa on vuoden aikana sairaalahoidossa. Lyhytaikainenkin sairaalahoito voi heikentää merkittävästi ikääntyneen fyysistä toimintakykyä ja lisätä avun tarvetta arjessa selviytymiseen kotiutumisen jälkeen. Sairalahoidon aikana tulisi estää toimintakyvyn lasku ja vähintäänkin aloittaa kuntoutus ja toimet toimintakyvyn palautumiseksi sairaalajaksoa edeltävälle tasolle. (Kerminen ym., 2019.) Osastokuntoutuksessa tärkeää ikääntyneiden kohdalla on fysioterapian oikea ajoitus, mikä useimmiten tarkoittaa turhien viiveiden välttämistä. Iäkkään sairauden tai toimintakyvyn kohentumisen myötä suunnitellaan kotiutumista jo hyvissä ajoin. Arvioidaan kotikäynnin tarpeellisuutta ja järjestetään jatkofysioterapiaa sekä -hoitoa. Kuntoutus ei siis lopu osastojakson päättymiseen, vaan kuntoutukselle ja hoidolle sovitaan jatkoa sekä seurantaa. (Lönroos, 2008, s. 284–285.)

Osastokuntoutuksen lisäksi ikääntyneiden fysioterapiassa painotetaan myös ennaltaehkäisevää toimintaa, kuten tunnistaa kaatumisriskissä olevia ikääntyneitä, toteuttaa arviointia ja suunnitella yksilöllisesti ohjauksen ja fysioterapian toteuttamista (Lönroos, 2008, s. 287). Kuntoutumisen edistymistä seurataan sopivilla mittareilla sekä osatavoitteiden ja tavoitteiden saavuttamisella (Jämsen & Öhman, 2024, s. 698). Ikääntyneiden kuntoutuksen päävastuu kuuluu nykyisen lainsäädännön perusteella hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyspalveluille, palveluiden järjestämisen tulisi olla oikea-aikaista ja saumatonta (STM, 2022, s. 24; Jämsen & Öhman, 2024, s. 695).

Liikunnan merkitystä ei voi liikaa korostaa ikääntymisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Liikunnalla voidaan ennalta ehkäistä kroonisia sairauksia, sairauksien myötä tulevia toiminnanrajoitteita sekä parantaa itsenäistä selviytymistä ja elämänlaatua. Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia ikääntyneiden hoitoon ja kuntoutukseen. Liikunnalla on samanlaisia vaikutuksia terveyteen niin nuorilla kuin ikääntyneilläkin. Liikunta ei estä vanhenemista, mutta sen avulla voidaan hidastaa iän mukana tulevia muutoksia ja pienentää seurauksia. Ikääntyneiden sairaudet, lääkitykset sekä toiminnanvajaukset tulee ottaa huomioon liikuntaneuvonnassa. (UKK-instituutti, 2025.) Yli 65-vuotiaille suositellaan

liikunnan koostuvan kestävyyttä, lihasvoimaa, tasapainoa, liikkuvuutta ja kordinaatiota kehittävistä yhdistelmäharjoittelusta (Hirvensalo ym., 2022, s. 368).

#### 4.1 Voimaharjoittelu

Monissa jokapäiväisissä toimissa tarvitaan hyvää lihasvoimaa, kuten nousmisessa, kävelyssä, tavaroiden nostelussa ja kantamisessa. Ikääntyneillä portaiden nousu tai tuoilta ylösnousu saattavat vaatia jopa 80 % mitatusta reisilihasvoimamaksimista. Lihasvoimaharjoittelu on sarkopenian eli lihaskadon tärkein ehkäisy- ja hoitomuoto. Lihasvoiman lisäksi lihasvoimaharjoittelu vaikuttaa luihin ja ylläpitää tai jopa lisää luun lujuutta sekä naisilla että miehillä. Lihasvoimaharjoittelulla on merkitystä myös TULE-vaivojen ehkäisyssä ja hoidossa sekä kognition eri osa-alueilla. (Sundell, 2024.)

Lihasvoimaharjoittelu voi tapahtua kuntosalilla, muilla painoilla, oman kehon painolla tai arkiaskareissa, kuten kauppakassien kantamisen tai lumen luonnin yhteydessä. Lihasvoimaharjoittelu on turvallinen liikuntamuoto jopa iäkkäille ja heikkokuntoisemmille ihmisille, jos harjoittelu toteutetaan hallitusti ja rauhallisesti oikeilla tekniikoilla. Lihasvoimaa pystytään lisäämään iäkkäilläkin 10–30 % muutaman kuukauden aikana toteutetulla viikoittaisella lihasvoimaharjoittelulla. (Sipilä & Rantanen, 2022, s. 150; Sundell, 2024.) Kolmesta neljään kuukautta kestäneen lihasvoimaharjoittelun on todettu kasvattavan lihaksen kokoa terveillä ikääntyneillä miehillä ja naisilla. Lihasmassaa lisäävän harjoittelun vastus tulisi olla 60–80 % maksimivoimasta, sarjoja 3–6 ja toistoja 6–12 (väsymykseen asti). Lihasvoimaa- ja massaa lisäävän harjoittelun lisäksi iäkkäiden tulisi suosia nopeusvoimaharjoittelua, mikä lisää lihaksen voimantuottoa. Nopeusvoimaharjoittelua tulisi toteuttaa 30–60 % maksimivoimasta, sarjoja useita ja toistoja 5–10. (Sipilä & Rantanen, 2022, s. 150–151.) Vaikutavuuden kannalta voimaharjoittelu tulisi kohdistaa erityisesti kaikkiin suuriin lihasryhmiin vähintään kaksi kertaa viikossa (UKK-instituutti, 2025.)

Forssellin ja Walkerin (2018) tutkimuksessa on todettu vain yhden lihasvoimaharjoittelukerran viikossa riittävän ylläpitämään aikaisemmin saavutettua

toimintakykyä 6kk aikana. Voimaharjoittelun positiivista vaikutusta toimintakykyyn on selitetty useilla fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä. (Forssell & Walker, 2018, s. 98.) Raskaan tai erittäin raskaan voimaharjoittelun on todettu lisäävän lihasmassaa nopeammin kuin kevyempi harjoittelu. Lisäksi sen on todettu olevan turvallista oikein toteutettuna myös terveillä iäkkäillä. Vaikka tutkimuksissa saadut tulokset näyttävät raskaan tai erittäin raskaan voimaharjoittelun olevan tehokkaampaa, niin ikääntyneiden voimaharjoittelun suositukset eivät ole muuttuneet siihen suuntaan. (Tøien ym., 2025.)

#### 4.2 Kestävyysharjoittelu

Kestävyysharjoittelu eli aerobinen harjoittelu, esimerkiksi kävely, hölkkä, uinti, pyöräily tai hiihto, ovat hyviä terveyden ja toimintakyvyn ylläpitoon. Ne parantavat hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa, aineenvaihduntaa, lihasten verenkiertoa, kehonkoostumusta ja glukoosin sietoa sekä auttaa ylläpitämään luuston tiheyttä. (Debity & Cseri, 2020, luku 3.) Kestävyysharjoittelu sopii myös tuki- ja liikuntaelimestön sekä sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon. Harjoituksen hyvä kesto olisi 30–90 minuuttia kerrallaan 2–5 kertaa viikossa. (Alén & Arokoski, 2024, s. 83.) Säännöllisellä kestävyysharjoittelulla on merkittäviä hidastavia vaikutuksia ikääntymiseen liittyvän maksimaalisen hapenkulutuksen ja kestävyuden vähentymiseen. Aerobista eli kestävyyskuntoa voi parantaa vielä 80-vuotiaanakin. (UKK-instituutti, 2025.) Kattavan systemaattisen katsauksen mukaan yli 70-vuotiaiden aerobisella harjoittelulla saadaan terveyshyötyjä ainakin sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaan, aineenvaihduntaan, fyysiseen toimintakykyyn, kognitiivisiin toimintoihin sekä elämänlaatuun (Bouaziz ym., 2017).

#### 4.3 Tasapainoharjoittelu

Tasapainoharjoittelussa kohdistetaan harjoitteita asennon hallinnan säätelyyn osallistuviin elinjärjestelmiin. Tasapainoharjoittelun on hyvä sisältää sekä paikallaan sekä liikkeessä tapahtuvaa harjoittelua. Paikoillaan harjoitetaan staatista tasapainoa ja siitä on hyvä aloittaa tasapainoharjoittelu. Harjoittelun

jatkuessa on kuitenkin tärkeä lisätä mukaan myös haastavampi liikkeessä tapahtuva tasapainoharjoitus eli dynaamiset harjoitteet. Harjoittelu sisältää useimmiten tukipinnan pienentämistä, kehon painopisteen siirtämistä, liikkumista eri suuntiin ja ympäristön asettamiin haasteisiin reagoimista. Lisäksi harjoittelu voi sisältää ulkopuolista horjuttamista tai harjoittelua voidaan tehdä epävakaalla, pehmeällä tai liukkaalla alustalla. Tasapainoharjoitteisiin voidaan yhdistää muu tekeminen, kuten puhuminen tai vesilasin kantaminen, tällöin on kyse dual- tai multitasking-harjoittelusta. Tasapainoharjoittelua on hyvä toteuttaa ihmisen omassa elinympäristössä, kuten kotona tai ulkona. Harjoittelun tulisi olla sopivasti haastavaa, progressiivisesti etenevää, monipuolista, toistuvaa ja jatkua loppu elämän. (Edgren ym., 2022, s. 265–269.)

#### 4.4 Monipuolinen yhdistelmäharjoittelu

Tässä työssä monipuolisella yhdistelmäharjoittelulla tarkoitetaan harjoittelua, joka sisältää vähintään kahta tai useampaa harjoittelumuotoa, kuten lihasvoiman, kestävyden tai tasapainon harjoittelua. Lisäksi yhdistelmäharjoittelu voi olla toiminnallista harjoittelua, kuten käytännön läheistä päivittäisten toimien harjoittelua.

Pitkäkestoisella vuoden kestäväällä kotiharjoittelulla, joka sisälsi alaraajojen lihasvoimaharjoitteita sekä tasapainoharjoittelua, pystytään vaikuttamaan positiivisesti lonkkamurtumasta kuntoutuvien iäkkäiden fyysiseen suoritus- ja toimintakykyyn. Tutkimuksessa ei kuitenkaan saatu vaikutuksia elämänlaatuun, sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön vähenemiseen, kotona vietettyihin päiviin tai kuolleisuuteen. (Soukkio, 2024.) Kestävyysliikunnan, lihasvoimaharjoittelun sekä tasapainoharjoittelun yhdistelmän avulla voidaan parantaa kotona asuvan muistisairaana liikkumis- ja toimintakykyä (UKK-instituutti, 2025). Suikkasen (2022) tutkimuksessa fysioterapeutin ohjaama kotiharjoittelu kesti 12kk ajan ja sisälsi voima- ja tasapainoharjoituksia sekä toiminnallista harjoittelua ja liikkuvuusharjoituksia. Harjoittelun todettiin ylläpitävän elämänlaatua, parantavan fyysistä suorituskykyä, hidastavan itsenäisen suoriutumisen

heikkenemistä sekä vähentävän kaatumisten määrää verrattuna tavanomaiseen hoitoon. (Suikkanen, 2022.)

Liun ym. (2024) mukaan toiminnallinen harjoittelu yksittäisenä menetelmänä on tehokas ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisyssä yleisesti kotona asuvilla ikääntyneillä. Toiminnallisella harjoittelulla tarkoitetaan päivittäisiin toimiin liittyvää tai sen kaltaisia harjoitteita sisältävää harjoittelua, eikä pelkästään ns. tarkoituksetonta toistoharjoittelua. Harjoitteet, jotka haastavat sekä motorisia että kognitiivisia taitoja, näyttävät parantavan päivittäisten toimintojen ja kognitiivisen toimintakyvyn suorituskykyä lievää kognitiivista heikentymistä omaavilla henkilöillä. (Liu ym., 2024.) Palveluasumisessa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin kuusi kuukautta kestävä kahdesti viikossa toteutuvan monipuolisen harjoittelun vaikutuksia päivittäisistä toimista suoriutumiseen, fyysiseen suorituskykyyn, kognitiiviseen toimintaan, elämänlaatuun ja haurauteen. Harjoittelulla saatiin parannuksia kaikilla osa-alueilla. Tutkimus korostaa harjoittelun merkitystä palveluasumisessa olevien ikäihmisten toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tukemisessa. (Mugica-Erazquin ym., 2024.) Ryhmämuotoisella kuntoutuksella oli positiivisia vaikutuksia kuntoutujien turvallisuuden tunteen lisääntymiseen, vähentyneinä kipuina, parantuneena elämänlaaduna sekä liikkumis- ja toimintakyynä. Mittareina käytettiin niin fyysisen toimintakyvyn testistöjä kuin kyselylomakkeita koetusta toimintakyvystä. (Pikkariainen ym., 2013.)

## 5 KOHDEORGANISAATIO

Opinnäytetyön kohdeorganisaationa on Satakunnan hyvinvointialue. Työ toteutettiin ikääntyneiden kuntoutuspalveluille, joka kuuluu ikääntyneiden palveluiden toimialueelle kotona asumista tukeviin palveluihin. Ikääntyneiden kuntoutus on jaettu hyvinvointialueella kahteen alueeseen; pohjoiseen ja eteläiseen. Ikääntyneiden kuntoutukseen kuuluu kotiin annettavat palvelut eli kotikuntoutus sekä Arvi-yksiköiden kuntoutus. Tässä työssä keskityttiin vain Arvi-yksiköiden kuntoutukseen. Aikaisemmin Arvi-yksiköt ovat olleet erilaisia lyhytaikaishoidon yksiköitä, osa on taustaltaan vuode- tai kuntoutusosastoja tai ns. intervalliyksiköitä. Näistä on hyvinvointialueen aikana muutettu ikääntyneiden Arvi-yksiköitä. Hyvinvointialueen toimintoja yhtenäistämällä pyritään tarjoamaan kaikille tasavertaiset palvelut paikasta riippumatta.

Arvi-yksiköiden tarkoitus on tukea ikääntyneiden kotona asumista. Arvi-yksikkö tarjoaa ympärivuorokautista lyhytaikaista hoitoa. Arvi-yksiköihin asiakkaita tulee jatkohoitoon ja -kuntoutukseen sairaalan osastoilta, kotoa kriisi-asiakkaina, kotoa lyhytaikaishoitajaksille tai omaishoidon vapaan ajaksi hoitoon. Kuntouttava arviointijakso on tarpeen, kun iäkkään toimintakyky on heikentynyt niin, että toimintakyvyn riittävyttä ja turvallista kotona asumista on hyvä arvioida. Yksiköissä toteutetaan moniammatillista arviointia, hoitoa ja kuntoutusta sekä jatkohoidon ja -kuntoutuksen suunnittelua ja järjestelyä. Jakson tavoitteena on, että ikääntynyt voi palata turvallisesti omaan kotiinsa. (Arviointi- ja kuntoutusyksiköt (Arvi), n.d.)

## 6 TAVOITE JA TARKOITUS SEKÄ KEHITTÄMISTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on ikääntyneiden toimintakyvyn edistäminen laadukkaalla ja tasavertaisella fysioterapian toteutuksella ja sen kautta tukea ikääntyneiden kotona pärjäämistä.

Työn tarkoituksena on kehittää yhtenäinen fysioterapian toimintamalli ikääntyneiden Arvi-yksiköihin Satakunnan hyvinvointialueella.

Kehittämistehtäväksi muotoutui:

Millainen on fysioterapian toimintamalli tällä hetkellä Arvi-yksiköissä ja miten sitä voisi kehittää?

- Miten fysioterapiaprosessi toteutuu tällä hetkellä ikääntyneiden Arvi-yksiköissä?
- Miten fysioterapiaa/fysioterapian toimintamallia voisi kehittää ikääntyneiden Arvi-yksiköissä?
- Suunnitella ja kehittää yhtenäinen fysioterapian toimintamalli.

## 7 KEHITTÄMISMENETELMÄ JA KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN

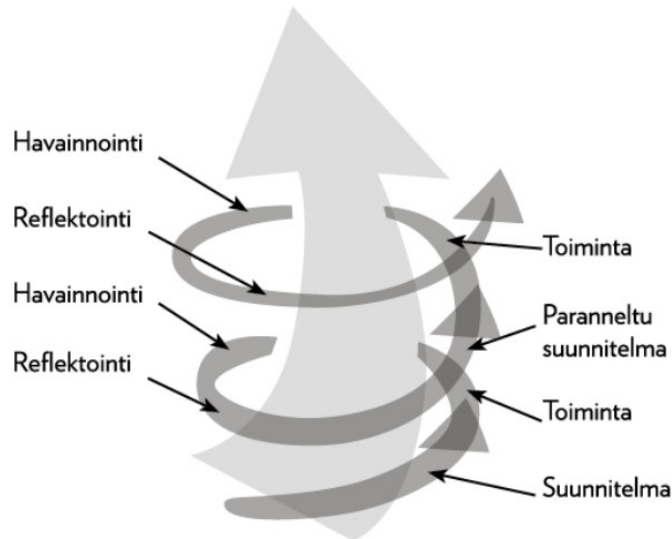
### 7.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä tutkimuksellisenä kehittämistyönä toimintatutkimuksen lähestymistapaa soveltaen. Toimintatutkimus valikoitui tähän kehittämistyöhön sen käytännönläheisyyden vuoksi. Toimintatutkimus on osallistavaa ja sen tavoitteena on aikaan saada muutoksia ja ratkaista ongelmia yhteistyössä käytännön toimijoiden kanssa. Työelämässä menetelmästä käytetään myös nimeä kehittävän työntutkimus. (Heikkinen ym., 2023, s. 17–18; Ojasalo ym., 2020, s. 58.) Toimintatutkimuksessa selvitetään usein, miten asiat ovat sillä hetkellä, mutta pääpaino tutkimuksessa on kuitenkin siinä, miten asioiden tulisi olla ja miten toimintaa voisi kehittää paremmaksi. Tutkimuksen tavoitteena on nykytilanteen muuttuminen, muutoksen kohteina on useimmiten yhteisön toimintatavat tai itse toimintatilanne. (Ojasalo ym., 2020, s. 58–59.)

Kehittämistoiminnassa sovitellaan erilaisia näkemyksiä ja ajatuksia, joista muodostetaan yhteisymmärrystä. Erilaisten näkemysten hyväksyminen antaa mahdollisuuden aitoon ja tasavertaiseen osallistumiseen. (Toikko & Rantanen, 2009, s. 10–11.) Toimintatutkimuksessa merkittävä tekijä on osallistaminen ja osallistuminen eli työyhteisö osallistuu aktiivisesti kehittämiseen ja tutkimukseen. Yhdessä kehitetty on usein huomattavasti parempi kuin ulkopuolelta tulevat ratkaisut. (Ojasalo ym., 2020, s. 58–59.) Toimintatutkimuksessa ohjeet ja käskyt eivät tule ulkoapäin, vaan nimenomaan osallistujista kumpuavana toimintana ja voimana, jonka avulla löydetään yhdessä ratkaisut ongelmiin ja sitoudutaan muutokseen (Kananen, 2014, s. 11). Työn kehittäjä osallistuu myös yhteiseen kehittämiseen dialogin muodossa, eikä ole vain ulkopuolisen asiantuntijan roolissa (Toikko & Rantanen, 2009, s. 10–11).

Toimintatutkimus kuvataan usein syklinä, johon kuuluvat suunnittelu, toteutus, havainnointi ja arviointi. Jokaista vaihetta toteutetaan ja suhteutetaan toisiinsa kriittisesti ja järjestelmällisesti. (Ojasalo ym., 2020, s. 60–61.) Toimintatutkimus

ei aina valmistu yhden vaiheen aikana, vaan kehittämistä jatketaan toiseen vaiheeseen, kolmanteen tai useampaan. Tällöin vaiheet/syklit toistuvat ja kokonaisuus voidaan kuvata spiraalina. (Heikkinen ym., 2023, s. 26.)



Kuva 1. Toimintatutkimuksen spiraali. (Heikkinen ym., 2023, s. 27.)

## 7.2 Suunnitelmavaihe

Kehittämistyön prosessi alkoi tammikuussa 2025, kun työelämästä nousi tarve kehittämiselle. Palaverissa työelämän yhteyshenkilöiden kanssa sovittiin työn tavoite ja rajattiin aihe. Työn toteutustavaksi valikoitui tutkimuksellinen kehittäminen sen käytännönläheisyyden ja osallistavan toiminnan vuoksi. Aihe rajautui koskemaan fysioterapian käytännön toimintamallia ja pois rajattiin kirjalliseen työhön liittyvä toiminta. Yhteyshenkilöiden kanssa keskusteltiin Arvi-yksiköistä, niiden toiminnasta ja fysioterapian resursseista, lisäksi tarkasteltiin aikaisemmin tehtyä lyhyttä kuvausta fysioterapeutin työnkuvasta yksiköissä. Suunnitelmavaiheeseen (tammikuusta 2025 toukokuuhun 2025) sisältyi aiheeseen perehtymistä, tiedonhakuja, tutkimusmenetelmän valinta, tutkimuseettisten asioiden huomiointi sekä käytännön toteutuksen suunnittelu. Käytännön toteutuksen suunnittelussa aineistonkeruumenetelmiksi valikoitui kysely ja työpajatyöskentely. Aineiston analysointiin valittiin laadullinen sisällönanalyysi, etteivät tulokset ole pelkästään työn tekijän omia nostoja ja havaintoja.

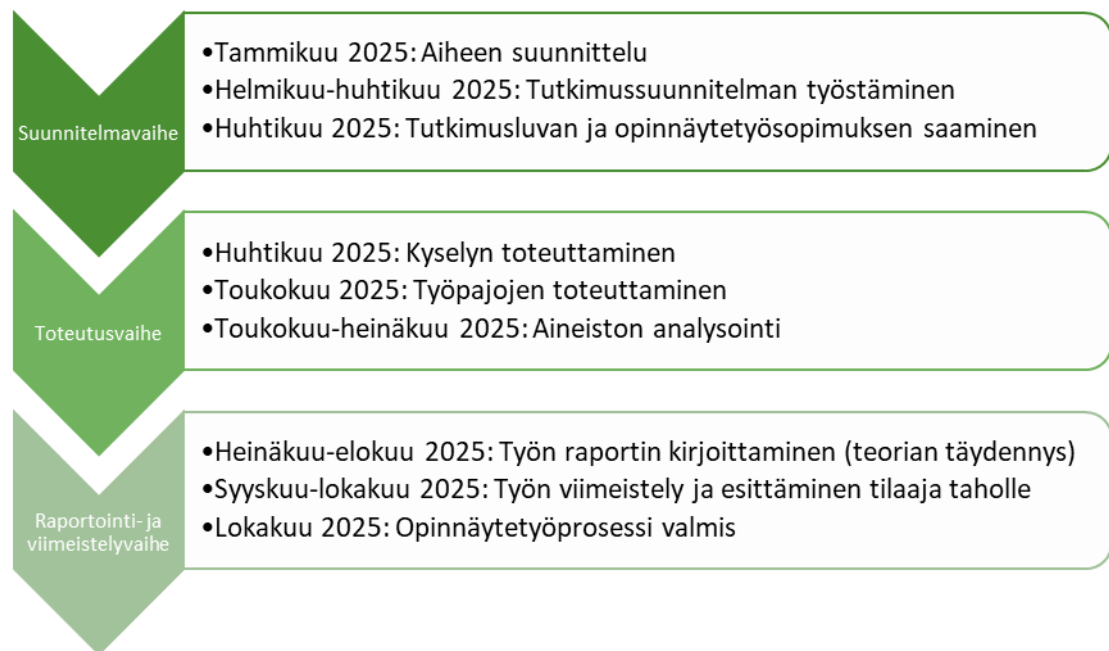
Suunnitelmavaiheessa tehtiin osallistujille lähetettävä saatekirje (liite 1) sekä Arvi-yksiköiden fysioterapia -kysely (liite 2).

Saatekirjeessä tuotiin esille työn tarkoitus ja tavoite sekä miten ja mihin vastauksia käytetään. Kirjeessä tiedotettiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Osallistujilta ei erikseen kerätty suostumuslomakkeita, vaan saatekirjeessä tuotiin esille, että kyselyyn vastaaminen ja/tai työpajoihin osallistuminen merkitsi lupaa käyttää vastauksia opinnäytetyön aineistona. Kysely suunniteltiin yhteyshenkilöiden kanssa palaverissa esillä olleen fysioterapeutin työnkuvan sekä teorian tiedon perusteella. Kysely sisälsi kuusi avointa kysymystä, jotka muodostuivat muutamista tarkentavista kysymyksistä. Kysymysten asettelu, jossa pyydettiin kertomaan, miten tai millaisin keinoin, antoi hyvin laajasti vastaajalle mahdollisuuden vastata ja kertoa oma näkemyksensä. Kysymysten asettelussa huomioitiin myös, että ei tulisi yhden sanan vastauksia tai mahdollisuutta vastata kyllä tai ei. Kyselyllä oli tarkoitus saada laadullista aineistoa tämänhetkisistä fysioterapian toimintatavoista. Työpajojen toteutumisaikataulua sovittiin etukäteen jo suunnitelmavaiheessa, suunniteltuja päiviä kuitenkin jouduttiin siirtämään hieman eteenpäin. Työpajojen kulkua suunniteltiin etukäteen, kun valittiin ensimmäiseen työpajaan käytettävää työskentelytapaa yhteiskehittämiseen. Loppusuunnittelu ja viimeistely jätettiin toteutusvaiheeseen. Tutkimukseen liittyviä eettisiä asioita huomioitiin suunnitelmavaiheessa, kuten aineistojen käsittelyyn ja tallentamiseen sekä hävittämiseen liittyen. Aineistot tallennettiin tietokoneen kovalevylle salasanan taakse, vain työn tekijällä oli pääsy aineistoihin. Kaikki aineistot poistettiin huolellisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Suunnitelman valmistuttua työlle haettiin tutkimuslupaa Satakunnan hyvinvointialueelta, tutkimuslupa saatiin toukokuun 2025 puolen välin jälkeen.

Kehittämistyön osallistujaryhmäksi (N 19) valittiin Arvi-yksiköissä työskentelevät fysioterapeutit (n 17) ja heidän esihenkilönsä (n 2). Osallistumaan kutsuttiin kaikki Arvi-yksiköissä toimivat fysioterapeutit, joiden käyttöön ja käytännön työhön toimintamallia kehitetään. Kyselytutkimusvaiheessa fysioterapeuttien kokonaisosallistujamäärä oli 16 ja työpajoissa 17, koska yksi uusi työntekijä aloitti

työt kyselyn ja ensimmäisen työpajan välissä. Fysioterapeuteilla on paras tuntemus, miten fysioterapiaprosessi tällä hetkellä etenee ja miten sitä voisi kehittää ja yhtenäistää. Heidän lisäksi mukaan kehittämiseen kutsuttiin esihenkilöt. Esihenkilöiden osallistuminen kehittämiseen tukee toiminnan muuttamista ja antaa hyväksymisen, millaisia uusia toimintoja on mahdollista toteuttaa.

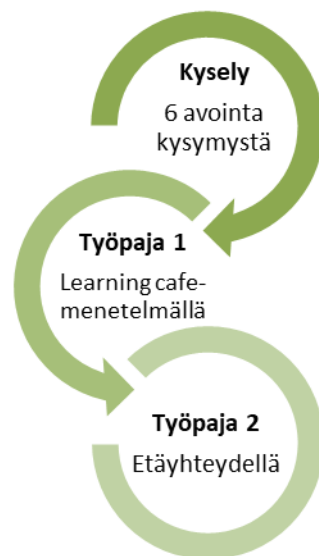
Tammikuussa 2025 aloitettiin aiheen suunnittelu. Helmikuusta huhtikuuhun oli suunniteltu tiedonhankintaa, aikaisempaan tietoon perehtymistä, tutkimussuunnitelman valmiiksi saaminen. Toteutusvaihe oli suunniteltu alkamaan huhtikuun loppupuolella kyselytutkimuksella ja työpajat toteutettavaksi toukokuun 2025 aikana. Aineiston analysointi oli suunniteltu työn toteutuksen yhteyteen toukokuusta heinäkuuhun. Työn raportointi ja tuloksen eli toimintamallin koostaminen heinä-elokuun aikana. Koko prosessin viimeistely ja loppuun saattaminen oli suunniteltu lokakuun 2025 loppuun mennessä.



Kuvio 1. Työn suunniteltu eteneminen ja aikataulu.

### 7.3 Kehittämispöcessin kuvaus

Kehittämispöcessi toteutui kolmessa vaiheessa. Tässä työssä vaiheiden aikana ei toteutettu käytännön kokeilua, vaan arvioitiin ja jatkokehitettiin edellisen vaiheen tuloksia. Tutkimusluvan saaminen sekä sopimuksien kirjoittaminen vei suunniteltua enemmän aikaa, joten toteutus päästiin aloittamaan hieinan suunniteltua aikataulua myöhemmin. Kehittämisen ja aineistonkeruun vaiheita olivat toukokuun 2025 lopussa toteutettu kyselytutkimus, kesäkuun alussa toteutettu työpaja Learning cafe -menetelmällä ja kesäkuun puolessa välissä toinen jatkokehittämisen työpaja etäyhteydellä. Aineiston analyysia toteutettiin aineistonkeruun väleissä touko-kesäkuun aikana sekä viimeisen vaiheen analyysiä vielä elokuussa. Aineistonkeruu ja analysointi eteni toimintatutkimuksen tyypillisiä vaiheita soveltaen (kuvio 2). Työnteoriataustan kirjoitus toteutui kokonaisuudessaan huhtikuusta syyskuuhun 2025. Kehittämistyön raporttia kirjoitettiin elokuusta syyskuuhun 2025. Työn viimeistelyä toteutettiin lokakuusta marraskuuhun 2025.



Kuvio 2. Aineistonkeruun ja kehittämisen vaiheet.

#### 7.3.1 Taustakartoitus kyselytutkimuksella

Kysely on yksi käytetyimmistä tiedonkeruumenetelmistä. Kyselytutkimukset ovat usein nopeita ja tehokkaita toteuttaa, ja niiden avulla saadaan laaja

tutkimusaineisto. (Ojasalo ym., 2020, 121.) Arvi-yksiköiden fysioterapia -kysely (liite 2) lähetettiin 21.5.2025 sähköpostilla esihenkilöiden toimesta. Kysely toteutettiin Forms-ohjelmalla, josta nimettömät vastaukset tulivat suoraan työn tekijälle. Sähköpostin liitteenä oli saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin tarkemmin opinnäytetyöhön osallistumisesta. Kysely valikoitui tähän työhön, koska sen toteutus oli melko nopeaa ja helppoa sekä osallistujille että tekijälle ja sen avulla oli mahdollista saada kattava aineisto. Lisäksi osallistujat saivat vastata kyselyyn itselleen sopivalla hetkellä vastausajan puitteissa. Kysely sisälsi kuusi avointa kysymystä, johon osallistujat saivat kirjoittaa vastaukset omin sanoin, jolloin saatiin laadullista aineistoa. Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa tällä hetkellä käytössä olevista fysioterapian toimintatavoista.

Kysely lähetettiin 16 fysioterapeutille (N 16), eli kaikille kyselyn lähetyspäivällä Arvi-yksiköissä työskenteleville fysioterapeuteille. Esihenkilöt eivät vastanneet kyselyyn, koska eivät itse työskentele kliinisessä työssä, eivätkä fyysisesti Arvi-yksiköissä. Vastausaikaa (21.-27.5.2025) annettiin seitsemän vuorokautta. Kysely toteutettiin anonyyminä ja siinä tuotiin esille, ettei työskentely-yksikköä ole tarpeen mainita vastauksissa. Kyselyyn tuli 12 (75 %) kattavaa vastausta. Kaikki vastaukset yhdistettiin kysymyksittäin yhteen Word-tiedostoon, aineistoa tuli noin 10 sivua (fontti 12, riviväli 1).

Kyselystä saatuja vastauksia eli aineistoa analysoitiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella laadullisella sisällönanalyysillä. Laadullinen analyysi tarkoittaa aineiston tiivistämistä ja jalostamista käsitteelliseen tai teoreettiseen muotoon. Analyysissä olisi tarkoitus päästä syvemmälle aineistoon, eikä vain nähdä pintaa, ja näin ollen lisätä aineiston informaatioarvoa. (Günther ym., 2021.) Aineiston laadullisessa käsittelyssä pohjana on looginen päättely ja tulkinta. Aluksi aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen uudella tavalla kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysiä ennen pitää määrittää analyysiyksikkö, siihen vaikuttavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus, mikä muodostuu useammasta lauseesta. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen; ensimmäiseksi aineisto pelkistetään eli redusoidaan, sen jälkeen

aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan ja kolmanneksi muodostetaan käsitteet eli abstrahoidaan. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 122–127.)

Tässä analyysissä analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus, mikä vaihteli muutamasta sanasta useampaan lauseeseen. Analyysissä lähdettiin liikkeelle keräämällä kyselyn vastauksista oleelliset asiat, asioiden keräämistä ohjasi kehittämistehtävän ensimmäinen kysymys: Miten fysioterapiaprosessi toteutuu tällä hetkellä ikääntyneiden Arvi-yksiköissä? Suorat alkuperäiset ilmaukset kerättiin taulukkoon (liite 3), jonka jälkeen ne pelkistettiin eli redusoitiin. Pelkistysvaiheessa aineistosta karsittiin pois tutkimukselle epäolennaisia asioita. Pelkistys voi olla datan tiivistämistä tai pilkkomista ja yhdestä alkuperäisilmauksesta voi löytyä useampia pelkistyskäsitteitä. Pelkistetyt ilmaukset listattiin alilekkain, mikä helpotti seuraavaa vaihetta, ryhmittelyä eli klusterointia. Ryhmittelyssä etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja pyrittiin säilyttämään alkuperäisilmaisun ajatus. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmiteltiin ja niitä yhdisteltiin luokiksi. Ensin tuli alaluokat, josta ryhmittelyä jatkettiin yläluokkiin, joskus yläluokat ryhmitellään vielä edelleen pääluokiksi. Luokkia käsitteellistettiin eli abstrahoidettiin ryhmittelyn jälkeen. Tässä analyysissä päädyttiin ryhmittelemään yläluokkiin asti, ettei konkreettinen toiminta katoa. Alaluokatkin tuovat paljon olennaista tietoa prosessista. Analyysivaiheessa tuli koko ajan tarkastella, että yhteys alkuperäisdataan säilyy. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 122–127.)

Kyselyn tuloksissa nousi esille seitsemän teemaa, joita olivat asiakkaan saapuminen yksikköön, fysioterapiatarpeen arvioiminen, fysioterapeuttinen toimintakyvyn arviointi, fysioterapian toteuttaminen, apuvälineiden kartoitus ja järjestäminen, moniammatillinen yhteistyö osana fysioterapiaprosessia sekä kotiutumisen ja jatkofysioterapian järjestäminen. Kyselyn vastauksissa tuli esiin mistä asiakkaat saapuvat arviointiyksikköön ja minkälaisille jaksoille. Asiakkaita saapuu eri paikoista, kotoa, sairaalasta, hoito-osastoilta, päivystyksestä, toisesta arviointiyksiköstä tai lääkärinvastaanotolta. Asiakkaat voivat tulla arviointiyksikköön erilaisille jaksoille esimerkiksi arviointi- ja kuntoutusjaksolle, lyhytaikaishoitajaksoille, omaishoitajan loman ajaksi tai hätäsijoitukseen.

Asiakkaat saapuvat Arviin kotoa, sairaala/hoiva-osastoilta sekä ajoittain myös toisista Arvi-yksiköistä.

Asiakkaat tulevat yksikköön joko kotoa (omaishoitajan vapaa, kriisi, lyhytaikaisjakso), terveyskeskusten vuodeosastoilta, päivystyksestä ja sairaalasta.

Toisena teemana nousi asiakkaan fysioterapiatarpeen arvioiminen, johon oli vaihtelevia käytäntöjä. Tuloksissa fysioterapian tarpeen saattoi arvioida yksikön fysioterapeutti tai muu ammattilainen, kuten sairaanhoitaja tai lähihoitaja, lääkäri, palveluohjaaja tai toinen fysioterapeutti.

Fysioterapiatarvetta voi arvioida fysioterapeutti itse, hoitajat sekä lääkäri.

Hoitajalta tai sairaanhoitajalta tulee yleensä tieto asiakkaan liikkumisen ongelmasta tai apuvälinetarpeesta tai kodin muutostöiden tarpeesta.

Fysioterapeuttisessa toimintakyvyn arvioinnissa oli eroja yksiköiden välillä sekä vähäistä mittareiden käyttöä. Arviointiin sisältyi joitakin seuraavista asioista, mutta harvoin kaikkia, asiakkaan tietoihin perehtymistä, haastattelua, havainnointia, perusliikkumisen ja arjentoimintojen arviointia, apuvälineiden sekä ympäristön arviointia sekä fyysisten toimintakyky mittareiden ja testistöjen käyttöä. Esimerkki aineiston analyysin vaiheista liitteessä 3.

Alkukartoitus tehdään haastattelemalla asiakasta, arvioimalla asiakkaan liikkumista ja lihasvoimaa. Useimmiten ei ole käytössä testistöjä tai mittareita.

Haastattelemalla, tutkimalla perusliikkumista, siirtymisiä jne. Satunnaisesti käytössä puristusvoiman mittaus Jamar-mittarilla tai lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö SPPB.

Fysioterapian toteutuksessa tuli esille yksilö- ja ryhmämuotoinen fysioterapia ja fysioterapia kertojen määrät. Yksilöfysioterapiaa toteutettiin kaikissa yksiköissä ja asiakkaat saivat sitä hyvin vaihtelevasti oman tarpeensa mukaan 1–5 kertaa viikossa tai harvat jopa vielä useammin. Ryhmämuotoista fysioterapiaa toteutettiin vain osassa yksiköistä. Ryhmämuotoinen fysioterapia oli esimerkiksi koko yksikön tuolijumppaa tai pienryhmämuotoista harjoittelua. Fysioterapiaa saavien priorisointia mainittiin muutamissa vastauksissa, joissain priorisointia tehtiin asiakkaan sairauksien ja tulosyyn perusteella ja toisinaan taas erilaisen jakson perusteella.

Säännöllisesti intervallijaksoilla käyvät saavat yksilöfysioterapiaa keskimäärin 1-2x/vko esim. postoperatiiviset asiakkaat tai AVH-kuntoutujat päivittäin väh. 1x/vrk. Pienryhmämuotoista fysioterapiaa (3–6 hlö) toteutetaan keskimäärin 1–2/vko.

Apuvälineiden arviointi ja kartoitus kuului aina fysioterapeutille, mutta vaihtelevia käytäntöjä oli apuvälineiden saamisessa ja asiakkaalle toimittamisessa. Toisinaan fysioterapeutti lainasi, palautti ja huolehti jakson aikana apuvälineasiat, ja toisinaan apuvälinevarasto oli kauempana ja omaisia pyydettiin hakemaan tarvittavat apuvälineet.

Apuvälinetarpeen ilmaantuessa useimmiten omaisia ohjataan hakemaan apuvälineet AVK:sta. Poikkeustapauksissa ak hakee pienempiä apuvälineitä, mikäli omaiset kaukana.

Apuvälineasiat hoidetaan Arvi-fysioterapeutin kautta, apuvälinevarasto samassa rakennuksessa, viereisessä yksikössä. Täältä haetaan lainattavat välineet sekä hoidetaan myös palautukset.

Moniammatillinen yhteistyö fysioterapiaprosessissa oli ilmeistä. Fysioterapeutti tekee päivittäin yhteistyötä hoitajien kanssa. Suurimmassa osassa yksiköistä fysioterapeutti osallistui moniammatillisiin tiimeihin ja toisinaan asiakkaan palavereihin, mutta näissä oli jonkin verran vaihtelevaa käytäntöä. Lääkärin konsultointimahdollisuus koettiin riittäväksi joko näkemällä lääkäriä, etäyhteydellä tai hoitajan välityksellä. Suurin osa moniammatillisesta työstä koettiin hyvin toimivaksi. Muutamissa tilanteissa kuitenkin tuotiin esille moniammatillisessa työssä olevan haasteita, esimerkiksi yhteistyön osalta hoitajien suuren vaihtuvuuden ja varahenkilöstön käytön vuoksi. Lisäksi tuotiin esille ulkomaalaistaustaisten kulttuurilliset erot hoidosta ja hoivasta, jolloin asiakkaan oma osallistuminen jäi vähäisemmäksi.

Moniammatillista yhteistyötä on eniten lähi- ja sairaanhoitajien ja fysioterapeutin välillä. Myös lääkäri käy kerran viikossa kierrolla, johon osallistuu lääkärin lisäksi sairaanhoitaja ja fysioterapeutti.

Moniammatillinen yhteistyö on muuttunut nykyään haasteellisemmaksi mm. hoitajien useasti vaihtuessa (varatyöntekijöiden käyttö).

Kotiutumisen ja jatkofysioterapian järjestelyissä tuli esiin kotikäyntien mahdollisuus, mutta samalla myös niiden toteutumisen haasteellisuus, mikä johtui pitkistä välimatkoista ja kalliista hinnasta asiakkaalle. Vastauksissa ilmeni, että

joskus kotikäynnille on pyydetty alueen kotikuntoutuksesta fysioterapeutti, mutta useimmiten yksikön fysioterapeutti tekee itse kotikäynnin. Monessa yksikössä jatkofysioterapia järjestettiin olemalla tarpeen mukaan yhteydessä pääasiassa alueen kotikuntoutuksen fysioterapeuttiin, joskus myös arviointitiimin fysioterapeuttiin.

Teemme tarvittaessa kotikäyntejä asiakkaiden luokse joko kotiutumisen yhteydessä yhdessä asiakkaan kanssa tai teemme kotikäynnin yksiköstä ja palaamme takaisin.

Ongelmana se, että Arveissa on asiakkaita ympäri maakuntaa. Mahdollonta lähteä maakuntaan kotikäynneille!

Tarvittaessa jatkokuntoutuksen tarpeesta ollaan yhteydessä kotikuntoutuksen fysioterapeuttiin tai kotiutustiimiin.

Kyselyn vastausten ja niiden analyysin tulosten perusteella nykyisin toteutuvasta fysioterapiaprosessista ja toimintatavoista saatiin kattava kuva. Kyselyn vastauksissa esiin nousi asioita, jotka toimivat melko samalla tavalla eri yksiköissä, mutta esiin tuli myös asioita, joissa oli hyvin vaihtelevia käytäntöjä. Edellä on kuvattu kyselystä nousseita fysioterapiaprosessin vaiheita ja toimintatapoja. Kyselyn vastausten ja tulosten perusteella suunniteltiin seuraavaa vaihetta eli työpajaa, jossa oli tarkoitus kehittää ja yhtenäistää fysioterapian toimintatapoja ja toimintamallia. Työpajaan kehitettäväksi valittiin erityisesti fysioterapiatarpeen arvioiminen, fyysisen toimintakyvyn arviointi, fysioterapian toteutus sekä kotikäyntien ja jatkofysioterapian käytännöt.

### 7.3.2 Learning cafe yhteiskehittämisen työpaja

Ensimmäinen työpaja pidettiin 2.6.2025 klo13–15 Porissa terveysaseman koustilassa. Ensimmäisen työpajan tavoitteena oli ideoida ja kehittää Arvi-yksiköissä toteutuvan fysioterapiaprosessin eri vaiheita. Työpajatyöskentely on työtapa, jossa työskennellään yhdessä jonkin tietyn aiheen tai asian ympärillä ja sen tavoitteena voi olla esimerkiksi ymmärryksen lisääminen tai tiedon koaminen. Työpajatyöskentely on aina etukäteen hyvin suunniteltua ja kaikkien tulee tietää työpajan tavoitteet. Työpajan ohjaajan tehtävänä on olla puutumatta turhaan, mutta pitää tunnistaa pulmakohтия, kuten epätasa-arvoisuutta

puheenvuoroissa tai jonkun ideoiden suosimista. (Vilkkä, 2021, Osa II.) Työpaja työskentely on hyvin osallistavaa toimintaa ja sen vuoksi se valikoitui tähän kehittämistyöhön.

Ensimmäiseen työpajatyöskentelyyn sovellettiin Learning cafe -menetelmää. Learning cafe eli oppimiskahvila on yhteistoimintamenetelmä, joka perustuu keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen. Menetelmän tarkoituksena on ryhmän yhteisymmärrykseen pääseminen, vaikka toisten ajatuksia voi kommentoida ja kyseenalaistaa. Menetelmän prosessi on yksinkertainen ja siinä keskitytään ennalta määriteltyjen teemojen ratkaisemiseen. Osallistujat jaetaan pienryhmiin, jokaisessa ryhmässä valitaan puheenjohtaja, joka pysyy koko ajan samassa pöydässä, kun muut ryhmäläiset vaihtavat pöydästä toiseen. Kun ryhmät ovat kiertäneet ja ideoineet jokaiseen teemaan liittyen, ryhmien puheenjohtajat esittelevät kaikille, mitä on noussut esille. (Innokylä, n.d.)

Kutsu työpajaan lähetettiin osallistujille tiiviin aikataulun vuoksi jo samaan aikaan kyselyn ja saatekirjeen kanssa. Työpajaan oli kutsuttu 17 fysioterapeuttia, joista tilaisuuteen osallistui 16, yksi osallistuja ei päässyt osallistumaan sairastumisen vuoksi, lisäksi työpajaan osallistui kaksi esihenkilöä sekä kehittämistyön tekijä. Työpaja alkoi lyhyellä esittelykierröksellä, jossa kerrottiin nimi ja työskentely-yksikkö. Esittelykierrös koettiin hyväksi, koska kaikki eivät olleet nähneet toisiaan aikaisemmin. Alussa tuotiin esille työpajan tavoite ideoimisesta ja kehittämisestä. Lisäksi otettiin esille työpajan aineiston käyttötarkoitus, kaikkia kerättyä aineistoa käytetään vain tämän kehittämistyön tekemiseen. Sen jälkeen oli alustusta aiheeseen PowerPoint-esityksen (liite 4) kautta, siinä esiteltiin opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus, lyhyesti työn teoriaosuutta sekä kyselyn tuloksia tämänhetkisestä fysioterapiaprosessin toteutumisesta. Teoriatausta oli useammalle jo osittain tuttua asiaa, mutta sen kertaaminen ja esille tuominen herätteli ajattelemaan työstettävää aihetta. Osallistujat olivat erityisen kiinnostuneita kyselyn tuloksista ja miten muissa yksiköissä samoja asioita tehdään.

Tässä kehittämistyössä Learning cafe -menetelmällä ideoitiin ja kehitettiin seuraavia teemoja: 1. Fysioterapiatarpeen arvioiminen ja fysioterapian alkaminen,

2. Fyysisen toimintakyvyn mittarit Arvi-yksikössä, 3. Fysioterapian toteutus Arvi-yksikössä, 4. Asiakkaan kotiutumisen tukeminen ja moniammatillinen yhteistyö.

Pienryhmätyöskentelyn aluksi tuolit ja pöydät järjestettiin neljään ryhmään ja jokaiseen pöytään annettiin isoja papereita sekä kyniä asioiden kirjaamista varten. Osallistujat jaettiin neljään ryhmään perinteisellä luku neljään jaotellulla, jokaisessa ryhmässä oli neljä fysioterapeuttia. Esihenkilöitä ei jaettu mukaan ryhmiin heidän omasta toiveestaan, vaan he kiersivät ryhmissä kuuntelemassa ja osallistumassa keskusteluihin. Ryhmissä valittiin yksi henkilö, joka kirjasi keskusteluiden pohjalta nousseita asioita paperille. Jokaisessa pöydässä keskusteltiin ja ideoitiin eri aihetta n. 10–12 minuutin ajan, jonka jälkeen vaihdettiin pöytää. Ainoastaan kirjaaja jäi omalle paikalleen ja aloitti seuraavan ryhmän kanssa kertomalla edellisen ryhmän keskustelusta. Seuraavaksi valittiin taas uusi kirjaaja, joka kirjasi asiat ylös ja kertoi seuraavalle ryhmälle aikaisemmin keskustellut asiat. Näin jokainen pääsi osallistumaan 3–4 aiheen ideointiin ja ryhmien vaihtuessa kuuli useammalta osallistujalta käytännön kokemuksia. Pienryhmätyöskentelyssä tuli paljon keskustelua kokemuksista ja erilaisista käytössä olevista toimintatavoista. Keskusteluiden myötä ilmeni hyvin, miten erilaisia yksiköitä arviointiyksiköt ovat keskenään, tämän vuoksi yhteisten toimintatapojen ideoiminen koettiin vaikeaksi. Keskusteluissa saatiin myös tavoitteen mukaisesti esille, mitä kehitettävää olisi, ja muutamia ideoita kehitettäviin asioihin. Lopuksi papereille kootuista asioista pidettiin loppukeskustelu. Loppukeskustelussa osallistuminen oli aluksi hieman vähäistä, mutta lopussa heräsi yllättävän paljon keskustelua ja aika tuntui loppuvan aavistuksen kesken.

Työn tekijä huolehti työpajan organisoinnista ja sen kulusta sekä huolehti pienryhmätyöskentelyn aikataulutuksesta. Lisäksi tekijä osallistui ryhmien keskusteluun kiertämällä ryhmissä, kannusti aktiiviseen osallistumiseen, esitti täydentäviä kysymyksiä ja seurasi, että kaikki saavat osallistua keskusteluun tasa-arvaisesti. Keskusteluista ja huomioista tekijä kirjoitti muistiinpanoja työpajan aikana.

Ensimmäisen työpajan aineistoa kerättiin pienryhmissä paperille kirjatusta asioista. Tämän lisäksi työn tekijän kirjoittamat muistiinpanot otettiin mukaan aineistoon, koska pienryhmissä paperille kirjatut asiat olivat melko lyhyesti ja suppeasti esitetty ja keskusteluissa nousi esiin asioita, joita ei ollut kirjattu pienryhmien tuotoksiin. Pienryhmien tuotokset sekä koko työpajan aikana tehdyt muistiinpanot kerättiin yhteen Word-tiedostoon, aineistoa tuli noin 2,5 sivua (fontti 12, riviväli 1). Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä, kuten kyselytutkimuksessakin. Analyysin vaiheita oli pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen. Esimerkki analyysistä on liitteessä 5, alkuperäiset ilmaukset on merkitty joko ”lainausmerkkeihin”, kun ilmaus on osallistujien itse kirjoittama suoralainaus tai MP, kun ilmaus on työn tekijän kirjoittamista muistiinpanoista työpajan keskusteluiden aikana.

### **Teema 1. Fysioterapiatarpeen arvioiminen ja fysioterapian alkaminen**

Learning cafen ensimmäisessä pöydässä pyydettiin osallistujia miettimään ja ideoimaan yhtenäistä toimintatapaa fysioterapiatarpeen arvioimiseen ja fysioterapian alkamiseen. Lisäksi osallistujia pyydettiin miettimään apuvälineasioiden toteutumista Arvi-yksiköissä. Pienryhmätyöskentelyssä esille nousi erilaisia vaihtoehtoja fysioterapiatarpeen arvioimiseen, esimerkiksi tarpeen arvioiminen palavereissa, sairaanhoitajan arvio asiakasta vastaanottaessa ja alkukartoitusta tehdessä ja toisaalta taas pienissä yksiköissä fysioterapeutilla olisi mahdollisuus arvioida itse kaikkien asiakkaiden fysioterapian tarve. Selkeimpänä nousi ajatus, että hoitajat arvioisivat alkukartoituksessa myös fysioterapian tarvetta. Kehittämisehdotuksena oli tulotilanteessa kartoitettavien asioiden lista, jonka myötä kaikkien kohdalla arvioitaisiin samat asiat. Apuvälineiden oli aluksi ajateltu jatkossa järjestyvän niin kuin tähänkin asti, myöhemmissä ryhmissä oli noussut toiveita apuvälinevarastoiden paremmasta valikoimasta, mikä mahdollistaisi nopeamman saatavuuden.

### **Teema 2. Fyysisen toimintakyvyn mittarit Arvi-yksikössä**

Toisessa pöydässä osallistujia pyydettiin miettimään ja kuvaamaan yhtenäistä käytäntöä fysioterapeutin tekemään toimintakyvyn arvioon sekä miettimään mitä mittareita fysioterapeutit käyttävät jatkossa Arvi-yksiköissä. Pienryhmässä ideoitiin fyysisen toimintakyvyn arvioimiseen käytettäväksi

haastattelua, havainnointia, liikkumisen arvioimista, apuvälineiden arvioimista sekä mittareiksi käytettäväksi SPPB-testi, puristusvoima, Elderly Mobility Scale -testi ja Bergin tasapainotesti. Keskusteluissa ilmeni myös pohdintaa, onko mittareiden käyttö mahdollista ja tarpeellista kaikkien asiakkaiden kohdalla. Ehdotuksena tuli myös oman testistön kehittäminen. Testausten tarkasta kirjaamisesta nousi myös keskustelua pienryhmän aikana.

### **Teema 3. Fysioterapian toteutus Arvi-yksikössä**

Kolmannessa pöydässä pyydettiin ideoimaan yhtenäisiä käytäntöjä fysioterapian toteutukseen yksilö- ja ryhmämuotoisessa fysioterapiassa sekä miettimään yhtenäistä toteutusta eri jaksolla olevien fysioterapiaan. Pienryhmien keskustelussa ja tuotoksessa tulee esiin, että Arvi-yksiköissä fysioterapian pääpaino tulisi olla yksilöfysioterapiassa. Ryhmämuotoista fysioterapiaa voisi toteuttaa sen lisäksi asiakkaiden kuntotaso ja toimintakyky huomioiden. Yksilökuntoutusta tarjotaan etenkin leikkausten jälkeen, neurologisille asiakkaille sekä vielä kotiutuville asiakkaille, joiden toimintakyky on heikentynyt. Esiin tuotiin myös ennaltaehkäisevän fysioterapian merkitys, esimerkiksi lyhytaikaishoitajaksolaisten kohdalla. Ryhmämuotoisessa fysioterapiassa ehdotuksena oli tasapaino pienryhmä. Yleistä ryhmämuotoista kuntoutusta, kuten tuolijumpaa, voisi ohjata hoitajat tai niihin voisi hyödyntää erilaisia ohjelmia esimerkiksi television kautta eli ne eivät sisältyisi fysioterapeutin työhön.

### **Teema 4. Asiakkaan kotiutumisen tukeminen ja moniammatillinen yhteistyö**

Neljäntenä osallistujia pyydettiin kuvaamaan mihin moniammatilliseen työhön fysioterapeutit jatkossa osallistuvat. Lisäksi pyydettiin osallistujia miettimään, millainen yhtenäinen käytäntö olisi jatkossa kotikäynneistä ja jatkofysioterapian järjestämisestä. Moniammatillisen yhteistyön osalta osallistutaan säännöllisesti moniammatilliseen kiertoon, yhteistyötä tehdään aina tarpeen mukaan palveluohjaajien kanssa, palavereihin osallistumiseen toivotaan yhtenäistä linjaa. Lisäksi kehitettävää voisi olla ohjeistus hoitajille, miten he voisivat tukea asiakkaan toimintakykyä. Kotikäyntien todettiin olevan hintavia ja pitkien välimatkojen vaikuttavan niiden vähäiseen toteuttamiseen. Kotikäyntien osalta pohdittiin, että kotikäyntejä voi jatkossakin toteuttaa oman arvion mukaan,

lisäksi pitkälle toteutuvien kotikäyntien kohdalla voisi kysyä kotikuntoutuksen fysioterapeutin mahdollisuutta tehdä käynti. Jatkofysioterapian järjestämisen koettiin toimivan jo nyt melko hyvin, joten siihen ei tässä kohdassa toivottu muutosta eli jatkossakin otetaan tarvittaessa yhteyttä kotikuntoutuksen fysioterapeuttiin.

### **Loppukeskustelu**

Pienryhmien jälkeen aiheista pidettiin loppukeskustelu koko ryhmän kanssa. Keskustelut painottuivat eniten fyysisen toimintakyvyn arviointiin ja mittarien käyttöön, ryhmämuotoisen fysioterapian toteuttamiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön osallistumiseen. Mittarien ja testien käytöstä oltiin sekä myönteisiä että kielteisiä ja niistä mietittiin, onko kaikkien kohdalla mahdollista käyttää testejä ja pystytäänkö testauksia tekemään. Tässä tultiin päätökseen, että nollakin on tulos ja kertoo asiakkaan toimintakyvystä, jolloin kuvataan, ettei asiakas suoriudu kyseisestä testistä. Ryhmämuotoisessa fysioterapiassa päädyttiin, ettei fysioterapeutit ohjaisi jatkossa koko yksikön tuolijumppaa, vaan esimerkiksi tasapaino- tai kuntosalipienryhmiä. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin loppukeskustelussa tärkeäksi, fysioterapeutit osallistuvat säännöllisesti moniammatillisiin tiimeihin ja aina tarpeen mukaan asiakaspalaverihin tuomaan kuntoutuksen näkökulmaa.

### **Työn tekijän nostot Learning cafeesta**

Ensimmäisen työpajan perusteella fysioterapiatarpeen arvioimiseen toivottiin selkeyttä ja suurimmaksi osaksi nousi toive sen toteutuminen jonkun muun toimesta, esimerkiksi hoitajan alkukartoituksesta. Fysioterapian alkamiseen kehittämissuunnitelmana tuli alkukartoituksen lomake, jossa olisi listattuna kaikki asiat, joita asiakkaan kohdalla tulisi arvioida ja selvittää. Alkukartoituksen lomake vaatii vielä kehittämistä.

Fysioterapeutin tekemän fyysisen toimintakyvyn arvion kehittäminen ja aktiivisempi mittareiden käyttö nousi esille työpajan aikana. Erityisesti kehittämistä kaivattiin siihen, mitä mittareita käytetään, että ne olisivat samoja ja verrattavissa aikaisempiin tuloksiin. Ehdotettuja mittareita olivat SPPB-testi, puristusvoimamittaus, Elderly Mobility Scale -testi sekä Bergin tasapainotesti.

Kehittämistä vaatii vielä monipuolisen mittariston tarkempi ideoiminen sekä ohjeistus, milloin mittareita tulisi käyttää. Yhteiseen konsensukseen päästiin, että jatkossa mittarien käyttöä tulisi lisätä ja jos asiakas ei pysty testausta toteuttamaan, se kirjataan ja todetaan kuvaavan asiakkaan toimintakykyä.

Fysioterapian toteutuksessa kehitettävää ja yhtenäistettävää oli erityisesti ryhmämuotoisessa fysioterapiassa. Yhteinen lopputulema oli, että fysioterapeutin ohjaama ryhmämuotoinen toiminta tulee olla selkeästi tavoitteellista ja asiakkaalle kohdennettua, esimerkiksi tasapainopienryhmä tai lihasvoimaharjoittelu kuntosalilla tai muilla välineillä. Yksilöfysioterapian osalta toimintamalliin kaivattiin tarkennuksia ja yhtenäisiä ohjeita kenelle pyritään ensisijaisesti tarjoamaan fysioterapiaa.

Moniammatillisen yhteistyön osalta kehittämistä ja yhtenäistämistä toivottiin palavereihin ja moniammatillisiin tiimeihin osallistumiseen. Konsensukseen päästiin, että fysioterapeutit osallistuvat säännöllisesti moniammatillisiin tiimeihin kuntoutuksen osalta ja tarpeen mukaan asiakkaan palavereihin tuomaan esille kuntoutuksen ja toimintakyvyn näkökulmaa, kaikkien asiakkaiden palaverissa ei tarvitse olla mukana. Kehittämistä ja ideointia vaatii vielä, miten fysioterapeutti voisi tukea hoitajien toteuttamaa kuntouttavaa hoitotyötä.

Jonkin verran keskusteluissa ja vastauksissa nousi esille myös asiat, joita ei tämän työn aikana pystytä muuttamaan, kuten kotikäyntien maksuttomuus, apuvälinevarastoiden sijainti ja välineiden saatavuus. Tietyt linjaukset ovat tulleet hyvinvointialueen päättäjiltä tai muilta tahoilta, joten tässä työssä ei voida sellaisiin päätöksiin tehdä muutoksia. Esihenkilöt lupasivat viedä esille nousseita asioita eteenpäin.

### 7.3.3 Toimintamallin jatkokehittämisen työpaja

Toinen työpaja pidettiin 12.6.2025 klo13–15 Teams-etäyhteydellä. Etäyhteyteen päädyttiin osallistujien laajan sijainnin vuoksi. Työpajan tavoitteena oli arvioida ja kehittää ensimmäisessä työpajassa tulleiden kehittämisideoiden

pohjalta tehtyä toimintamallin luonnosta (liite 6). Toimintamallin luonnoksen myötä oli tarkoitus saada osallistujat näkemään, mitä he kehittivät ja saivat aikaan ensimmäisessä työpajassa, mitä hyviä asioita siinä on, ja mitä tulisi vielä kehittää. Kutsu toiseen työpajaan lähetettiin samaan aikaan kyselyn kanssa. Kutsutuista 17 fysioterapeutista paikalla oli 14 sekä kaksi esihenkilöä ja työn tekijä. Työpajan aluksi käytiin etäyhteyden toimintakäytännöt läpi, esimerkiksi puheenvuoron ja osallistumisen osalta. Alkuun käytiin osallistujien esittelykierros ja samalla testattiin mikrofonien toimivuus. Muutamalla osallistujalla ei ollut toimivaa mikrofontia, joten heidän osaltaan keskustelu ja osallistuminen toteutui kirjoittamalla kommenttiosioon. Työpajassa esiteltiin PowerPoint-esityksellä (liite 6) ensimmäisen työpajan pohjalta koottua toimintamallin luonnosta. Toimintamallin luonnos esiteltiin osallistujille vaihe kerrallaan ja yhteistä keskustelua oli jokaisen vaiheen kohdalla. Osallistujat saivat keskustella ja miettiä, olisiko vaiheeseen vielä kehitettävää, muutettavaa tai tarkennettavaa.

Toimintamallin luonnoksen vaiheita olivat fysioterapia alkaa tarpeen mukaan, asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tavoitteiden määrittely, fysioterapian toteutus/kuntoutus, fysioterapeutti arvioi apuvälineet, fysioterapeutti osana moniammatillista yhteistyötä sekä kotikäynti ja jatkofysioterapian järjestäminen. Seuraavissa osioissa lainatut kommentit ovat työpajan aikana nousseista keskusteluista osallistujien kommentteja, joita työn tekijä kirjoitti työpajan aikana muistiinpanoihin.

Ensimmäisessä vaiheessa tuli keskustelua fysioterapiatarpeen arvioimisesta. Ensimmäisen työpajan pohjalta toimintamallin luonnoksessa esiteltiin ensisijaisesti hoitajan arvioivan fysioterapian tarpeen ja tuovan viestiä fysioterapeuteille. Osallistujien keskustelussa tuli esille, että vaikka kaikkiin asiakkaisiin perehtyminen vie aikaa, olisi kuitenkin parempi itse arvioida fysioterapian tarvetta.

Fysioterapeutti voisi itse arvioida fysioterapian tarpeen, vaikka siihen kuluksikin aikaa.

Jos odotetaan tietoa fysioterapian tarpeesta joku voi mennä ohi ja asiakas jääkin ilman fysioterapiaa.

Toisessa vaiheessa keskusteltiin toimintakyvyn arvioinnista ja tavoitteiden määrittelystä, jossa pohdittiin testaukseen sisältyviä mittareita tarkemmin, edellisten lisäksi esiin nousi mm. kaatumisvaaran arviointia, kivunarviointimittareita sekä asiakkaan itsearviointia toimintakyvystä. Työpajassa keskusteltiin testausten toteutuksesta, esimerkiksi kuinka usein eri asiakasryhmiä testataan.

Testauksessa olisi hyvä olla edellisten lisäksi myös kaatumisvaaran arviointi FROP tai FRAT, joku itsearviointimittari, kuten Whodas.

Arviointi- ja kuntoutusasiakkaat testataan aina jakson aikana ja fysioterapiaa toteutetaan yksilöllisen tilanteen mukaan.

Lyhytaikaishoitojaksoilla olevia testataan 6kk välein tai kun tilanne oleellisesti muuttuu.

Testauksia on nyt tehty vähän ja vain tarpeen mukaan, siihen selkeät ohjeet.

Seuraavassa vaiheessa esiteltiin ja keskusteltiin fysioterapian toteutuksesta/kuntoutuksesta. Keskusteluissa oli edelleen, että koko yksikön yhteiset tuolijumput, joissa koolla on hyvin vaihteleva ryhmä asiakkaita, ovat enemmän viriketoimintaa ja ohjattua mielekästä tekemistä kuin fysioterapiaa. Näin ollen fysioterapeutti toteuttaa tavoitteellista fysioterapiaa yksilö- tai pienryhmämuotoisena. Tähän vaiheeseen ei noussut uutta kehitettävää.

Fysioterapeutti itse arvioi onko asiakkaan kohdalla parempi toteuttaa yksilö- vai ryhmämuotoista fysioterapiaa.

Koko yksikön ryhmät enemmän viriketoimintaa.

Seuraava vaihe oli fysioterapeutti arvioi apuvälineet. Toimintamallin luonnoksessa oli huomioitu Arvi-yksiköiden yleinen jo olemassa oleva ohje, että asiakkaalla on omat apuvälineet mukana yksiköissä. Tämän pohjalta keskusteltiin, että myös sairaala- ja hoito-osastoilta tullessa asiakkailla tulisi olla sillä hetkellä tarvittavat apuvälineet mukana. Tätä perusteltiin sillä, että sairaalassa ja hoito-osastoilla on yleensä lainattavat apuvälineet saatavilla läheltä. Kaikissa Arvi-yksiköissä ei ole apuvälinevarastoa lähellä, jolloin apuvälineiden käyttöön saaminen ei ole aina niin nopeaa ja apuvälineitä tarvitsisi lähteä hakemaan useiden kilometrien päästä omalla autolla. Keskusteluissa nousi myös vaikeus

yhtenäistää käytäntöä täysin samanlaiseksi, koska yksiköillä on erilaiset mahdollisuudet saada apuvälineitä, joten jatkossakin vaihtoehtoja olisi pyytää omaisia hakemaan tarvittavia apuvälineitä tai fysioterapeutti järjestää apuvälineet.

Tarvittavat apuvälineet mukaan jo sairaalasta tai muilta osastoilta tullessa.

Fysioterapeutti osana moniammatillista yhteistyötä vaiheessa keskusteluissa nousi samoja asioita kuin ensimmäisessä työpajassakin palaverikäytännöistä, joita jo kuvattiin toimintamallin luonnoksessa. Muutamissa kommentteissa tuotiin esille taas hoitajan roolia kuntoutuksessa, keskustelussa huomioitiin kuitenkin, ettei muutos tapahdu vain tämän toimintamallin kehittämällä. Keskusteluissa esiintyi, voisiko asiakkaan tietoihin mahdollisesti kirjata ohjeita.

Arjen kuntoutuksen lisäämistä tarvittaisiin, pelkkä fysioterapiakerta ei riitä.

Viimeisessä vaiheessa esiteltiin ja keskusteltiin kotikäynneistä ja jatkofysioterapian järjestämisestä. Kotikäyntien osalta keskustelut olivat hyvin samankaltaisia kuin ensimmäisessä työpajassa. Kotikäynnit koetaan hyviksi ja tarpeelliseksi, mutta toteutumista hankaloittaa välillä pitkät välimatkat ja asiakkaalle koituvat kustannukset. Toimintamalliin koettiin kuitenkin hyväksi sisällyttää kotikäynnit ja niiden toteuttaminen tarpeen mukaan. Toimintamalliin ehdotettiin myös lisättäväksi kotikuntoutuksen fysioterapeutin mahdollisuus tehdä kotikäynti pitkien välimatkojen kohdalla. Jatkofysioterapian järjestämiseen tuotiin edellisen toimintatavan lisäksi ehdotus järjestää jatkofysioterapiaa avopuolen vastaanotolla, jos asiakas pystyy sinne kulkemaan sekä erilaisiin hyvinvointialueen järjestämiin ikäihmisten ryhmiin (esim. kuntosali-, tasapaino- tai AVH-ryhmä) osallistumalla.

Joskus voi olla yhteydessä myös avopuolen fysioterapiaan, jos asiakas pystyy kulkemaan vastaanotolla.

Jatkofysioterapia ryhmämuotoisena voi sopia joillekin, siitä ollaan yhteydessä kotikuntoutuksen tai avopuolen fysioterapeuttiin, joka arvioi asiakkaan sopivuuden ryhmiin.

Keskusteluun osallistuminen oli aluksi hieman vähäisempää ja vain muutama osallistuja kommentoi esiteltyä vaihetta ja ehdotuksia siihen liittyen. Työn tekijä

kannusti osallistujia keskustelemaan ja tuomaan rohkeasti omia ajatuksiaan esille, esitti kysymyksiä esimerkiksi, voisiko jotain asiaa toteuttaa eri tavalla tai olisiko toteuttamiseen muita vaihtoehtoja. Vähitellen osallistuminen oli aktiivisempaa ja saatiin enemmän keskustelua aikaiseksi. Lopuksi annettiin tehtäväksi jokaisen osallistujan pohtia yksi asia, jonka kokee mallissa hyvin toimivaksi ja yksi asia, jonka kokee huonosti toimivaksi tai vaativan vielä kehittämistä. Aikaa miettimiselle oli noin viisi minuuttia, jonka jälkeen kävimme kierroksen, jossa jokainen sai kertoa tai kirjoittaa kommenttiosioon omat ajatuksensa. Lopun tehtävä oli erityisen hyvä, siinä jokaisen tuli miettiä kehitettävää toimintamallia tarkemmin ja tuoda oma ajatuksensa esille. Tehtävästä sai hyvin muistiinpanoja ja aineistoa toimintamallin lopulliseen kehittämiseen.

Tehtävän hyväksi ja jo toimiviksi asioiksi koettiin fysioterapian toteutus (itse saa suunnitella ja toteuttaa, sopivat välineet), tiivis moniammatillinen yhteistyö, jatkokysioterapian järjestämisen selkeys ja toimivuus. Hyväksi asiaksi koettiin myös työpajan aluksi keskusteltu ja sovittu muutos toimintamallin luonnokseen, että fysioterapeutti arvioi itse jokaisen asiakkaan kohdalla fysioterapian tarpeen. Tässä kohdassa esille tuotiin myös tämän kehittämistyön tärkeys mainitsemalla yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen erityisesti mittareiden käyttöön liittyen, varsinaisesti tämä ei ollut jo hyvin toimiva asia, vaan nähtiin tulevaisuuden kannalta hyvänä asiana.

Tehtävässä vielä kehitettäviin tai huonoksi toimiviin asioihin mainittiin useamman kerran mittareiden ja testausten toteutus osana toimintakyvyn arviointia ja testauksien tarkentaminen. Esille tuli kaksi kertaa arjen kuntoutuksen lisääminen. Useampia kertoja nousi esiin haasteena kotikäyntien maksullisuus ja vähäinen toteutuminen, toiveena käyntien maksuttomuus. Apuvälineasiat mainittiin kahteen kertaan, haasteeksi koettiin mm. apuväline varastoiden kaukainen sijainti ja apuvälineiden kuljetus omalla autolla.

Toisen työpajan aineisto koostui työpajan aikana kirjatusta muistiinpanoista, joita tuli yhteen Word-tiedostoon n. 1,5 sivua (fontti 12, riviväli 1). Aineistoa analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Ensiksi kerättiin alkuperäiset

ilmaisut, jotka liittyivät toimintamallin kehittämiseen (liite 7). Ilmaisut pelkistettiin, sen jälkeen ne ryhmiteltiin ja viimeiseksi käsitteellistettiin.

Merkittävimpana kehitettävänä asiana toisesta työpajasta nousi esiin testien ja mittareiden käyttöön ja tekemiseen selkeä ohjeistus. Työpajan aikana keskusteluissa tuli esiin erilaisia toimintakyvyn arviointiin sopivia mittareita, joiden mukaan ottaminen arviointiin laajentaisi fysioterapeutin tekemän arvioinnin kattavaksi kokonaisuudeksi. Työpajan aikana mietittiin ja sovittiin, milloin testejä tehdään eri asiakasryhmien kohdalla. Selkeää muutosta kaivattiin ensimmäisen työpajan pohjalta tulleeseen hoitajien tai muiden ammattilaisten tekemään fysioterapiatarpeen arvioimiseen. Jatkossa toimintamallissa fysioterapeutti itse arvioi ensisijaisesti asiakkaiden fysioterapian tarpeen. Työpajassa nousi lisää vaihtoehtoja jatkofysioterapian järjestämiseen. Toimintamallin luonnoksessa oli tuotu esille jatkofysioterapian järjestäminen kotikuntoutuksen fysioterapeutin kautta. Nyt vaihtoehtoiksi tuotiin myös jatkofysioterapian järjestäminen avopuolen vastaanotolla tai hyvinvointialueen ryhmämuotoisessa fysioterapiatoiminnassa. Lisäksi kehittämistä toivottiin arkikuntoutuksen lisäämiseen sekä ohjeistusta apuvälineasioiden hoitamisesta.

Kehitettävissä tai huonoksi koetuissa asioissa esille nousivat asiat, joita ei tämän kehittämistyön aikana pystytä muuttamaan, esimerkiksi kotikäyntien maksullisuus sekä apuvälineiden kuljetukset ja saatavuus. Esihenkilöt olivat alkaneet jo ensimmäisen työpajan jälkeen selvittää, olisiko Arvi-yksiköihin mahdollista saada apuvälinekuljetuksia, vaikka apuvälinevarastoa ei olisi samassa paikassa. Tästä ei ole saatu vielä tietoa. Lisäksi esihenkilöt lupasivat keskustella kotikäynneistä oman esihenkilönsä kanssa ja tuoda niiden tarpeellisuutta ja kalliin hinnan tuomaa haastetta esille.

## 8 SATAKUNNAN HYVINVOINTIALUEEN ARVI-YKSIKÖIDEN FYSIOTERAPIAN TOIMINTAMALLI

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhtenäinen fysioterapian toimintamalli ikääntyneiden Arvi-yksiköihin. Kehittämiseen osallistuivat Arvi-yksiköissä työskentelevät fysioterapeutit sekä heidän esihenkilönsä. Aikaisemmin Arvi-yksiköillä ei ole ollut fysioterapian toimintamallia kuvattuna.

Kehittämistyön valmiina lopputuotoksena tehtiin yhtenäinen fysioterapian toimintamalliehdotus Arvi-yksiköihin Satakunnan hyvinvointialueelle. Varsinainen työntilaaaja taholle menevä tuotos eli toimintamalliehdotus suoraan kuntoutuksen toimintaperiaatteisiin on liitteessä 8. Toimintamalliehdotus on kattava kuvaus ja ohjeistus fysioterapiasta Arvi-yksikössä. Tämän työn aikana tuotettiin myös alkuarviointilomake asiakkaiden alkukartoituksen tekemiseen (liite 9). Toimintamalliehdotuksesta tehtiin myös tiiviimpi ja visuaalinen versio kuvana (liite 10). Kuvassa näkyy fysioterapiaprosessin eteneminen ja mitä asioita siinä huomioidaan.

Toimintamalliin kehitettiin tämän työn aikana fysioterapiatarpeen arvioimiseen yhtenäinen käytäntö. Työpajojen jälkeen lopputulemana oli yhtenäisenä toimintatapana jatkossa, että ensisijaisesti fysioterapeutti itse arvioi fysioterapian tarpeen jokaisen asiakkaan kohdalla.

Merkittävimpana kehittämistä ja yhtenäistämistä vaativana vaiheena nousi fysioterapeuttinen toimintakyvyn arviointi. Tähän vaiheeseen yhtenäistettiin arviointia tietoihin perehtymisen, haastattelun, havainnoinnin ja perusliikkumisen arvioinnin kautta. Uutena toimintamalliin kehitettiin yhtenäinen selkeä ohjeistus mittarien ja testien käytöstä. Toimintakyvyn arviointiin kehitettiin ja suunniteltiin myös arviointilomake (liite 9), jonka avulla arviointi on kaikkien kohdalla yhtenäistä. Toimintamalliin nostettiin kuusi erilaista mittaria, jotka arvioivat kattavasti asiakkaan fyysistä toimintakykyä sekä siihen liittyviä riskitekijöitä. Kattavaan fyysisen toimintakyvyn testaukseen sisältyy jatkossa lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB), käden puristusvoimamittaus, Elderly Mobility

Scale (EMS), Whodas 2.0 -terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi (12 kysymystä), kaatumisvaaran arviointi (FROP-Com-lomakkeella) sekä sanallinen kipuasteikko (VRS). Kerminen ym. (2019) tuovat esille, että fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeää arvioida arkitoiminnoista suoriutumista, mutta arvioinnin tulisi sisältää myös luotettavien ja pätevien mittarien käyttöä. Arvioinnin tulee olla laaja-alaista ja siinä on hyvä huomioida asiakkaan näkökulma ja oma kokemus itsearviointimittareita käyttäen, lisäksi arviointiin on hyvä käyttää objektiivisiä suorituskykymittareita. (Kerminen ym., 2019.)

Toimintamallissa objektiivisen suorituskyvyn mittaamiseen valittiin kolme mittaria; lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö, joka on luotettava ja vakiintunut mittari erityisesti ikääntyneiden alaraajojen suorituskyvyn mittaamiseen (THL, 2023b), Elderly Mobility Scale -testi, joka soveltuu erityisesti sairaala- tai laitospäristöön tai kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin toimintarajoitteisilla ikääntyneillä (Peurala & Paltamaa, 2024) ja käden puristusvoimamittaus, joka korreloi useiden eri lihasryhmien voimatason kanssa, näin ollen se on hyvä yleisen lihasvoimatason indikaattori (Stenholm ym., 2024). Fyysisen toimintakyvyn itsearviointiin valittiin Whodas 2.0 12 kysymyksen versio. Arvioinnilla saadaan esille henkilön oma kokemus terveydestään ja toiminnanrajoitteistaan (Paltamaa & Anttila, 2024). Ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn laajassa arvioinnissa koettiin tärkeäksi arvioida myös kaatumisvaaraa, johon pystytään osaltaan vaikuttamaan fysioterapian keinoin. Toimintamalliin valittiin FROP-Com -mittari, joka on tehty ikääntyneiden kaatumisvaaran arviointiin kotioloissa, tämä valittiin, koska asiakasryhmä on aikaisemmin kotona asuneita ja jatkossakin tavoitteena on edelleen kotona asuminen. Lisäksi sama mittari on käytössä kotikuntoutuksessa, näin ollen tulosten vertaaminen on helpompaa. FROP-Com -mittari koostuu kolmesta arvioitavasta kohdasta: kaatumishistoria, päivittäinen toimintakyky sekä tasapainokyky (Pajala, 2016, 146). Fysioterapiassa huomioidaan laajasti myös asiakkaan kiputilanne, koska se vaikuttaa merkittävästi fyysiseen toimintakykyyn ja liikkumiseen. Toimintamalliin valittiin ikääntyneille ja kognitiivisestikin heikentyneille pätevä ja luotettava sanallinen kipuasteikko (Pesonen ym., 2009, s. 658).

Testejä oli aikaisemmin tehty vain harvoin, jatkossa kaikki edellä mainitut testit tehdään fysioterapiatarpeen selvittyä arviointi- ja kuntoutusasiakkaille aina jakson alkupuolella. Lisäksi testauksia on hyvä tehdä pidempien jaksojen aikana välissä tai lopussa. Lyhytaikaishoitojaksoilla tai omaishoidon loman ajan oleville asiakkaille testaukset tehdään kuuden kuukauden (6kk) välein tai tilanteen oleellisesti muuttuessa. Jos jotakin testiä ei pystytä toteuttamaan, se kirjataan kuitenkin perusteluineen kuvaamaan asiakkaan toimintakykyä. Kermisen ym. (2019) suosituksessa mainitaan, että ikääntyneiden toimintakyvyn arviointia tulisi tehdä heti sairaalaan joutuessa, hoitajakson aikana, kotiutuksen yhteydessä ja vielä myöhemmin kotona. Näissä olisi hyvä olla käytössä samoja mittareita, jolloin niiden vertaaminen ja toimintakyvyn muutokset olisivat paremmin nähtävissä.

Toimintamalliin kuvattiin fysioterapian tavoitteiden asettamista, tämä ei nousut esille kyselyssä, eikä työpajoissa. Teorian pohjalta tämä nähtiin kuitenkin tärkeäksi asiaksi ja osaksi fysioterapiaprosessia. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM 2024) julkaisussa tuodaan esiin, että kuntoutus lähtee aina kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista ja tavoitteista. Yksilölliset tavoitteet määrittävät kuntoutuksen sisällön, keston ja intensiteetin. Kuntoutuksessa vastuu on sekä kuntoutujalla itsellään että kuntoutuksen ammattilaisella. (STM 2024, s. 24.) Tavoitteet määritellään alkutilanteen kartoituksen jälkeen. Tavoitteet laaditaan asiakkaan kanssa yhdessä ja niiden tulee olla asiakkaalle itselleen merkityksellisiä. Sen lisäksi tavoitteen tulee olla selkeä ja mitattavissa oleva. Fysioterapeutin on hyvä auttaa asiakasta arvioimaan tavoitteen realistisuutta sekä sopivaa aikataulua sen toteutumiseen. Fysioterapian aikana arvioidaan säännöllisesti kuntoutuksen etenemistä ja tavoitteiden saavuttamista. Käytössä olevat mittarit ovat luotettava tapa edistymisen arvioimiseen.

Fysioterapian toteutukseen kehitettiin yhtenäisiä toimintatapoja, edelleen fysioterapian toteutuksesta ja sen suunnittelusta vastaa fysioterapeutti asiakkaan yksilöllinen tilanne ja tavoitteet huomioiden. Uutena teorian pohjalta toimintamalliin nostettiin ikääntyneiden harjoittelun eri muotoja, kuten voimaharjoittelu, kestävyysharjoittelu, tasapainoharjoittelu sekä monipuolinen yhdistelmäharjoittelu. Forssellin ja Walkerin (2018) tutkimuksessa on todettu vain

yhden lihasvoimaharjoittelukerran viikossa riittävän ylläpitämään aikaisemmin saavutettua toimintakykyä. Bouaziz ym. (2017) katsauksessa ikääntyneiden kestävyysharjoittelulla on saatu terveyshyötyjä sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaan, aineenvaihduntaan, fyysiseen toimintakykyyn, kognitiivisiin toimintoihin ja elämänlaatuun. Liu'n ym. (2024) mukaan monipuolinen harjoittelu ja erityisesti harjoitteet, jotka haastavat sekä motorisia että kognitiivisia taitoja parantavat päivittäisten toimintojen ja kognitiivisen toimintakyvyn suorituskykyä kognitiivisesti heikentyneillä. (Liu ym., 2024.) Työpajojen perusteella toimintamalliin listattiin fysioterapiaa ensisijaisesti saavia, kuten asiakkaat leikkauksen tai murtuman jälkeen, aivotapahtumien jälkeen, kaatumisten jälkeen sekä sairaalahoidon aikana tapahtuneen tai muun äkillisen toimintakyvyn laskun jälkeen. Ryhmämuotoisen fysioterapian osalta tehtiin yhtenäinen linjaus, ryhmäfysioterapian tulee olla asiakkaalle kohdennettua tavoitteellista toimintaa.

Apuvälineiden osalta luotiin yhtenäisiä toimintatapoja ja ohjeita apuvälineisiin liittyen. Fysioterapeutti toimii yksikössä apuvälineiden asiantuntijana ja tekee arviota asiakkaan tarvitsemista sekä käytössä olevista apuvälineistä. Pääasiassa fysioterapeutti hoitaa tarvittavat apuvälineet asiakkaalle. Yksiköissä, joissa ei ole lähellä apuvälinevarastoa voidaan suositella omaisia hakemaan tarvittavat apuvälineet tai fysioterapeutti voi hakea apuvälineen kauempana olevasta varastosta. Apuvälineiden osalta arvioidaan liikkumisen apuvälineet sekä kotona tarvittavia omatoimisuutta ja turvallisuutta lisääviä apuvälineitä. Keskustelut tuottivat myös toimintaa parantavia ehdotuksia esihenkilöille eteenpäin vietäväksi.

Moniammatillisen yhteistyön osalta kehitettiin yhtenäiset käytännöt moniammatillisiin tiimeihin ja asiakaspalavereihin osallistumiseen. Jatkossa fysioterapeutit osallistuvat säännöllisesti moniammatillisiin tiimikiertoihin kuntoutuksen osalta ja asiakkaan palavereihin tarpeen mukaan. Fysioterapeutti itse arvioi kuntoutusnäkökulman tarpeen palaverissa. Kehittämistä toivottiin arkikuntoutukseen hoitajien osalta. Tässä työssä ei pyritä kehittämään hoitajien työnkuvaa, joten toimintamalliin nostettiin fysioterapeutin toimintaa tähän liittyen. Fysioterapeutti toimii yksiköissä kuntoutuksen ammattilaisena ja tekee

yhteistyötä hoitajien kanssa, lisäksi ohjeistaa asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan toimintakyvyn edistämiseksi ja kuntoutuksessa.

Kotikäyntien ja jatkofysioterapian osalta kehitettiin yhtenäinen ohjeistus näiden toteuttamiseen. Suurimmaksi osaksi toiminta jatkuu ennallaan, mutta pieniä uusia asioita nostettiin jo käytössä olleiden toimivien toimintatapojen rinnalle. Kotikäyntejä voidaan jatkossakin tehdä Arvi-yksiköistä kotiympäristön ja sinne tarvittavien apuvälineiden arvioimiseen. Uutena nostona tuotiin mahdollisuus kysyä kotikuntoutuksen fysioterapeuttia tekemään kotikäynti pitkien matkojen päähän, tätä on joissakin paikoissa jo satunnaisesti käytetty. Esihenkilöt hyväksyivät ehdotuksen, joten se otettiin mukaan toimintamalliin. Jatkofysioterapian järjestämisessä jatkossakin käytetään hyvin toimivaa tapaa, että otetaan tarvittaessa yhteys kotikuntoutuksen fysioterapeuttiin. Uutena lisättiin mahdollisuus järjestää jatkofysioterapia myös avopuolen vastaanotolla tai hyvinvointialueen kuntoutusryhmissä.

Koko kehittämisprosessin aikana kerätyn tiedon ja teorian, mutta erityisesti kahden työpajan aikana käytyjen keskustelujen, ideoiden sekä aineiston analyysin pohjalta kehitettiin yhtenäinen fysioterapian toimintamalliehdotus ikääntyneiden Arvi-yksiköihin Satakunnan hyvinvointialueelle.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 9.1 Tulosten tarkastelu ja jatkokehitysajatukset

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää, miten fysioterapiaprosessi toteutuu tällä hetkellä Arvi-yksiköissä ja miten sitä voisi kehittää. Työn tulosten perusteella tuotettiin uusi yhtenäinen toimintamalliehdotus ikääntyneiden Arvi-yksiköihin Satakunnan hyvinvointialueella. Toimintamalliehdotus on kehitetty teorian pohjalta sekä työntekijöiden ideoiden, toiveiden ja kokemusten perusteella. Ojasalon ym. (2020, s. 58–59) mukaan työntekijöiden osallistaminen kehittämiseen on tärkeää ja yhdessä kehitetty sitouttaa työntekijät paremmin uuteen toimintaan. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2020, s. 56) julkaisussa tuodaan esille, että toimintatapojen uudistaminen tuo työntekijöille mahdollisuuden osallistua muutosten suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan. Työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet omaan työhön lisäävät työntekijöiden hyvinvointia ja hyvinvoiva henkilöstö taas puolestaan tuottaa parempia palveluita ikääntyneille. (STM, 2020, s. 56.)

Ikääntyminen tuo väistämättä tiettyjä muutoksia elimistön rakenteisiin ja toimintoihin, kuten lihasmassan ja/tai -voiman väheneminen, luumassan väheneminen sekä sydän- ja hengityselimistön muutokset (Debitz & Cseri 2020, luku 2). Muutosten hidastumiseen sekä muutosten aiheuttamaan toimintakyvyn laskuun pystytään vaikuttamaan säännöllisellä monipuolisella harjoittelulla ja elintavoilla. Jyväskylä ym. (2020, s. 342) toteavat, että Suomessa ikäihmisten hyvinvoinnin edistäminen on ensiarvoisen tärkeää ja siinä tulisi huomioida niin fyysinen kuin psyykinenkin toimintakyky. Fysioterapian tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa ikääntyneen toimintakykyä, elämänlaatua ja osallistumismahdollisuuksia, sekä tukea itsenäistä selviytymistä ja kotona asumista (Ikääntyneiden fysioterapia n.d.). Tämän kehittämistyön tuloksessa ja toimintamalliehdotuksessa näkyvät hyvin ikääntyneiden fysioterapian monipuolisuus ja tärkeimmät osa-alueet. Ikääntyneiden fysioterapian kuvataan sisältävän liikunta- ja toimintakyvyn laaja-alaista arviointia, fysioterapiasuunnitelman laatimista, toimintakykyä kohentavaa harjoittelua, kaatumisten ehkäisyn

huomioimista, apuvälinetarpeen arviota, kotona asumisen tukemista sekä muistikuntoutusta. (Ikääntyneiden fysioterapia n.d.)

Mäkelän ym. (2013, 3) mukaan toimintakyvyn arvioinnin pitää olla systemaattista. Tähän kuuluu selkeästi sovittujen arviointimenetelmien käyttö ja käyttäjien riittävä kouluttaminen niiden käyttöön. Laajan toimintakyvyn arvioinnin tekemiseen tulee olla riittävän osaamisen lisäksi riittävästi työaika ja yhtenäinen toimintatapa. Tällä työllä oli iso merkitys nimenomaan yhtenäisten toimintatapojen luomiseen. Lisäksi laaja aikaisemman toimintakyvyn kartoittaminen on tarpeellista. Jos toimintakyky on selkeästi heikentynyt, on syytä selvittää tilannetta tarkemmin ja ryhtyä kuntouttaviin toimenpiteisiin viivyttämättä. (Mäkelä ym. 2013, s. 3.) Kerminen ym. (2019) tuovat esille, että toimintakyvyn arvioinnissa tulee käyttää luotettavia ja päteviä arviointimittareita. Suosituksena on käyttää sekä objektiivisia suorituskykymittareita että henkilön itsearviointimittareita. Tähän työhön valikoituikin molempia, suorituskykymittareiksi lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB), Elderly Mobility Scale sekä käden puristusvoimamittaus ja henkilön itsearviointiin Whodas 2.0. Kaatumisvaaran arviointi on ikääntyneiden kohdalla erityisen tärkeää, siksi se valikoitui yhdeksi mittariksi kattavaan toimintakyvyn arviointiin. Kaatumiset ovat yksi ikääntyneiden vakavimmista ongelmista ja sairaalahoitoon joutumisen syistä (Edgren ym. 2022, s. 270; Salari ym. 2022, s. 1.) Kaatumiset aiheuttavat myös merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle sen vuoksi kaatumisvaaran arviointi ja kaatumisten ehkäisy olisi tärkeä huomioida aina ikääntyneiden toimintakyvyssä. Mittareita valittaessa on huomioitu myös kotikuntoutuksessa käytössä olevat mittarit, suurin osa mittareista on samoja, jolloin tuloksia voidaan verrata ja toimintakyvyn muutokset ovat helpommin havaittavissa.

Suikkasen (2022) tutkimuksessa saatiin monipuolisella voima-, tasapaino- ja liikkuvuusharjoittelulla sekä toiminnallisella harjoittelulla positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun ja fyysiseen suorituskykyyn. Lisäksi harjoittelun todettiin hidastavan itsenäisen suoriutumisen heikkenemistä sekä vähentävän kaatumisten määrää verrattuna tavanomaiseen hoitoon. (Suikkanen 2022.) Aikaisempien tutkimustulosten perusteella myös toimintamalliin huomioitiin monipuolisen harjoittelun tärkeys ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisessa. Lönnroos

(2008, s. 283) tuo esille asiakasryhmiä, jotka erityisesti tarvitsevat laajaa geriatrasta arviointia ja kuntoutusta. Näitä asiakkaita ovat mm. lonkkamurtuman tai aivoverenkiertohäiriön saaneet tai asiakkaat, joilla on toistuvia kaatumisia, selittämätöntä toimintakyvyn laskua, akuutin sairauden aiheuttama toimintakyvyn lasku tai jos harkitaan laitoshoitoon siirtymistä. Näitä asiakasryhmiä nousi myös yhteisissä työpajoissa esiin aktiivisen fysioterapian tarvitsijoihin. Toimintamalliinkin kuvattiin ensisijaisesti fysioterapiaa saavia asiakkaita.

Kuntoutuksen ollessa siinä vaiheessa, että arvioidaan kotona pärjäämistä ja suunnitellaan kotiutumista, arvioidaan kotikäynnin tarpeellisuutta. Kotiutumisen tukemiseksi järjestetään jatkofysioterapiaa sekä -hoitoa. Kuntoutus ei siis lopu osastojakson päättymiseen, vaan kuntoutukselle ja hoidolle sovitaan jatkoa sekä seurantaa. (Lönnsroos 2008, s.284–285.) Kuntoutuksen jatkumisen suunnittelu ja järjestäminen kotiutumisen jälkeen nousi kehittämistyössäkin yhdeksi toimintamallin vaiheeksi. Fysioterapian jatkumisella tuetaan asiakkaiden pidempään kotona pärjäämistä.

Kehittämistyön aikana tuli useamman kerran esille, että vaikka Arvi-yksiköiden toimintaa on jo yhtenäistetty hoitajien käytäntöjen ja asiakasryhmien osalta, on yksiköissä edelleen eroja. Arvi-yksiköiden erot vaikuttavat myös fysioterapeutin toimintaan yksikössä, joten yksi ainoa toimintatapa kaikkiin toimintamallin vaiheisiin oli haastavaa saada toteutumaan. Jatkossakin fysioterapeutti itse arvioi sopivan toimintatavan, niissä kohdissa, kun toimintamallissa on vaihtoehtoisia toimintatapoja. Esimerkkeinä tällaisesta ovat yksilö- tai ryhmäkuntoutuksen valitseminen tai apuvälineiden järjestäminen, koska apuvälinevarastot eivät aina sijaitse lähellä Arvi-yksikköä.

Tämä työ toteutettiin toimintatutkimusta soveltavana kehittämistyönä. Toimintatutkimusta tai kehittämistyötä ei voi tai ole tarpeen yleistää. Jokainen kehittämisprosessi on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat yhdessä osallistujat sekä työn tekijä. Tulokset pätevät vain kyseiseen kehittämisprosessiin. (Kananen, 2014, s. 10–11, 152.) Tässä työssä kehitetty toimintamalliehdotus on tehty nimenomaan Satakunnan hyvinvointialueen Arvi-yksiköihin. Varmasti osaltaan

toimintamallia voisi kuitenkin soveltaa tai käyttää mallina myös muissa vastaavissa yksiköissä huomioiden yksikkö kohtaiset erot.

Toimintamallin käyttöönotto vaatii sitoutuneisuutta niin esihenkilöiltä kuin työntekijöiltäkin. Opinnäytetyön tulokset esitellään työntekijöille ja esihenkilöille työn tekijän toimesta. Sen jälkeen tehtävät toimet ovat merkittäviä toimintamallin käyttöönotossa ja jalkauttamisessa käytännön työhön. Toimintamalli on muotoiltu pidemmän kuvaavan kertomuksen lisäksi kaaviomuotoon, joka helpottaisi ja nopeuttaisi prosessin hahmottamista. Tämän työn aikana valmiiksi suunniteltu alkukartoituslomake nopeuttaisi ja helpottaisi toimintakyvyn arvioinnin ja mittarien käytön käytäntöön ottamista. Mittareista olisi hyvä vielä kasata yhteen tiedostoon tarkat, viralliset toteutusohjeet ja lomakkeet valmiiksi, jolloin niiden käyttöönotto helpottuisi. Uusien mittarien käyttöönotto vaatii työntekijöiltä perehtymistä ja siihen vaaditaan työaika, lisäksi niiden toteuttaminen alkuun vie enemmän aikaa kuin tuttujen mittarien käyttäminen. Esihenkilöiden tulee myös varmistaa, että jokaisessa yksikössä on tarvittavat välineet toteutusta varten.

Henkilökunnalle, sekä hoitajille että fysioterapeuteille, voisi järjestää koulutusta tämän työn teoriataustasta, jossa tuodaan esille ikääntyneiden toimintakykyä, sen heikentymistä sekä siihen johtavia syitä, toimintakyvyn arviointia sekä toimintakykyä kohentavaa kuntoutusta. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2020, s. 57) julkaisussa todetaan henkilöstön tarvitsevan valmennusta ja täydennyskoulutusta asiakaslähtöisestä ja ikääntyneiden toimintakykyä ylläpitävästä kuntouttavasta työstä. Tämän kehittämistyön aikana nousi esille myös arkikuntoutuksen kehittäminen. Jatkossa voisi olla hyödyllistä kehittää fysioterapeuttien ja hoitajien tai koko moniammatillisen tiimin yhteistyötä ja tarkentaa yhteisiä tavoitteita asiakkaiden kuntoutumisen ja kotiin palaamisen suhteen.

## 9.2 Prosessin, eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyöprosessissa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä periaatteita sekä hyvää tieteellistä käytäntöä. Perusperiaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Kehittämistyön teossa, aineiston tallentamisessa ja analysoinnissa sekä tulosten käsittelyssä on kiinnitetty huomiota rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Työssä kunnioitetaan muiden tekemää työtä ja annetaan arvostusta viittaamalla muiden julkaisuihin asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 11–14.)

Aiheen valinnassa eettisyyttä ja luotettavuutta lisää työelämälähtöinen työn tarpeellisuus sekä työn tekijän oma kiinnostus ja tausta aiheeseen liittyen. Suunnitelmavaiheessa on huomioitu eettisyyttä ja luotettavuutta tekemällä tarkka suunnitelma, jonka mukaan tutkimuksellista kehittämistyötä toteutettiin. Suunnittelussa perehdyttiin aiheeseen liittyvään aikaisempaan tutkimustietoon ja aineistoon. Tutustuttiin hyvin erilaisiin tutkimusmenetelmiin, joista valittiin juuri tähän työhön sopiva menetelmä sekä aineistonkeruu ja -analysointitavat. Suunnitelmavaiheessa tehtiin aineistonhallintasuunnitelma, jossa on tarkasti mietitty työn ja aineiston tallentamista, käsittelyä ja tuhoamista. Työssä kerätty aineisto on tallennettu tietokoneen verkkolevyille salasanan taakse, johon on pääsy vain työn tekijällä. Kerätty aineisto hävitettiin heti työn valmistuttua kaikki tiedostot huolellisesti poistamalla sekä työpajassa käytetyt paperit tuhoamalla.

Kaksi tärkeää tutkimuseettistä huomiointia ovat yksityisyyden suojaaminen ja tietoon perustuva suostumus. Nämä huomioitiin työssä niin, ettei osallistujilta kerätty henkilötietoja, eikä näin ollen työn tekijälle kertynyt työn toteutuksessa henkilötietorekisteriä. Osallistujilta ei kerätty erikseen sopimusta tai hyväksymistä työhön osallistumisesta, vaan osallistujille tiedotettiin saatekirjeessä (liite 1), että vastaamalla kyselyyn ja/tai osallistumalla työpajoihin antaa suostumuksen työhön osallistumiseen. Saatekirjeessä tuotiin esille työhön osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus keskeyttää milloin tahansa ilman perusteita. Kirjeessä kerrottiin myös työn tavoite ja tarkoitus sekä miten ja mihin

aineistoa käytetään. Näin varmistettiin myös osallistujien itsemääräämisoikeus. (Vilkkä, 2021, Osa II). Kysely suunniteltiin aikaisemman tiedon sekä esihenkilöiden kanssa käydyn keskustelun perusteella. Kysely toteutettiin anonyymina ja siinä tuotiin esille, ettei työskentely-yksikön mainitseminen vastauksissa ole tarpeellista. Alkuperäisen suunnitelman mukaan kysely oli tarkoitus testata ennen varsinaista toteuttamista. Odotettua pidemmän tutkimuslupaprosessin jälkeen testaaminen jätettiin pois aikataulullisista syistä. Tarvittavat lupa-asiat selvitettiin ja tutkimuslupa haettiin Satakunnan hyvinvointialueelta ennen toteutuksen aloitusta sekä laadittiin opinnäytetyösopimus.

Työn teoriaosuudessa on pyritty valitsemaan tietoa lähdekriittisesti. Lähteitä valitessa on huomioitu niiden julkaisuajankohta ja tekijä/julkaisija. Työssä on pyritty valitsemaan pääasiassa melko uusia julkaisuja, ja hieman vanhempien lähteiden kohdalla on erikseen arvioitu tiedon ajantasaisuutta.

Työn toteutusvaihe saatiin hyvin toteutettua, vaikka aikataulu oli tiivis. Työn toteutusvaiheessa kyselyn vastaukset tallennettiin täysin muuttumattomina, luettiin ja perehdyttiin aineistoon hyvin ja analysoitiin tarkasti sisällönanalyysillä säilyttäen yhteys alkuperäiseen tietoon. Kysely osoittautui hyväksi aineistonkeruu menetelmäksi nykytilanteen selvittämiseen. Vastauksia saatiin kattavasti ja analysoitava aineisto oli laaja. Ensimmäinen työpaja oli hyvin toimiva ja Learning cafe-menetelmä sopi pienryhmätyöskentelyyn. Pienryhmätyöskentelyssä tuli hyvin keskustelua, mutta papereille kirjoitettu materiaali oli hieman suppeaa, eikä yksittäiset sanat aina avanneet asiaa niin tarkasti. Työpajan aikana kirjoitetut muistiinpanot olivatkin yllättävän tärkeä lisä aineiston saamiseen. Pienryhmien keskusteluista ei kaikkia ehtinyt kuulemaan, joten iso osa muistiinpanoista on loppukeskustelusta. Mahdollisesti tarkempi ohjeistus asioiden kirjaamiseen olisi voinut antaa enemmän ryhmien itse tuottamaa materiaalia. Esihenkilöiden mukaan ottamista kehittämiseen mietittiin suunnitelmavaiheessa. Siinä todettiin, että heidän osallistaminen mukaan on tärkeää. Esihenkilöillä on näkemys, millaisia muutoksia on mahdollista toteuttaa. He toivat omia mielipiteitään ja näkemyksiään esille työpajojen keskusteluissa fyioterapeuttien keskusteluiden yhteydessä, vaikka eivät osallistuneetkaan aktiivisesti Learning cafe-työskentelyyn. Keskusteluissa nousi esille myös

asioita, joihin ei voida suunnitella muutoksia tämän työn puitteissa, joten esihenkilöt voivat viedä asioita ylemmälle taholle kehitettäväksi. Toisaalta herää myös kysymys, olisiko fysioterapeuttien osallistuminen ollut vielä aktiivisempaa tai olisiko voinut nousta enemmän muutoksia, jos esihenkilöt eivät olisi olleet mukana kehittämisessä.

Etäyhteydellä tapahtuneessa työpajassa ei tullut aluksi yhtä aktiivista keskustelua kuin ensimmäisen työpajan keskusteluiden perusteella oli toivonut. Pohdittavaksi jäi, olisiko läsnä toteutettu työpaja tuonut jotain enemmän. Lopussa pohdittiin myös, olisiko työpajan nauhoittaminen tai edes lopputehtävän vastausten nauhoittaminen ollut kannattavaa aineiston saamisen kannalta. Työpajojen aineisto analysoitiin tarkasti ja huolellisesti. Analysoinnissa huomioitiin vain kerätyn aineiston sisältö ja jätetiin ulkopuolelle muualta kuullut puheet tai omat ajatukset. Analyseistä on otettu esimerkit liitteisiin (3, 5 ja 7) lisäämään prosessin ja tehtyjen valintojen näkyvyyttä ja sitä kautta luotettavuutta. Esiin nousseita asioita on kuvattu kattavasti työn raportissa ja yhdistetty alkuperäiseen aineistoon. Työn lopputuotoksena esitetty toimintamalliehdotus on kehitetty tämän kehittämistyön aikana. Opinnäytetyön eri vaiheita on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle esitettyjen vaatimusten mukaisesti. (Tuomi & Sarajarvi 2018, s.151)

Kehittämisprosessin tuloksissa ja lopputuotoksessa suurin muutos aikaisempiin tapoihin verrattuna oli fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa ja siihen käytettävissä mittareissa, mikä teorianakin valossa kaipasi kehittämistä. Lisäksi kehittämisprosessin aikana laadittu alkukartoituksen lomake oli täysin uutta verrattuna aikaisempaan. Muilta osin täysin uusia asioita kehitettiin melko vähän. Tämä saakin pohtimaan, olisiko kehittämisen menetelmät riittävän vapaita täysin uuden ideointiin, vaikuttiko esihenkilöiden läsnäolo tai eikö työntekijät kokenut tarvetta muuttaa tai kehittää jo käytössä olevia toimintatapoja. Useimmat asiat tarkentuivat ja yhtenäistyivät eri yksiköiden välillä ja näissä toimintamalliin valittiin parhaiksi koetut jo olemassa olevat toimintatavat. Työn tarkoitus olikin uuden kehittämisen lisäksi yhtenäistää yksiköiden toimintatavat. Työntilaajatahon palautteessa nousi esiin työn vastaavan hyvin heidän tarpeitaan. Työntilaaja koki myös pystyvänsä hyödyntämään kehittämistyön tuotosta

työelämässä. Näin ollen kehittämistyö näyttäytyy tarpeellisena ja vastaa tilaajan odotuksiin. Ikääntyneiden toimintakykyä tukevat palvelut vaativat jatkossakin erilaisia kehittämistöitä ja hankkeita, että voidaan saavuttaa nykyinen tavoite ikääntyneiden mahdollisimman pitkään kotona asumisesta ja toimintakykyisinä pysymisestä.

## LÄHTEET

- Arviointi- ja kuntoutusyksiköt (Arvi). n.d. Satakunnan hyvinvointialue. Haettu 1.4.2025. <https://satakunnanhyvinvointialue.fi/palvelut/ikaantyneet/arviointi-ja-kuntoutusyksikot-arvi/>
- Berg, K. Wood-Dauphinee, S., Williams, J.I. & Gayton, D. (1989). Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada* 1989; 41:304–311
- Bouaziz, W., Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., Geny, B., & Lang, P. O. (2017). Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 69, 110–127. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.012>
- Debit, B. & Cseri, J. (2020). Effects of Physiotherapy Interventions on the Function of the Locomotor System in Elder Age: View of Theory and Practice. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.94239>
- Edgren, J., Karinkanta, S., Sihvonen, S. & Havulinna, S. (2022). Tasapainon hallinta ja harjoittaminen sekä kaatumisten ehkäisy. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) *Gerontologia*. (5. uudistettu painos, s. 262–277). Duodecim.
- Forssell, J. & Walker, S. (2018). Vain yksi voimaharjoitus viikossa riittää toimintakyvyn ylläpitämiseen ikääntyneillä. *Liikunta & Tiede* 55 (1), 98–104. [https://www.lts.fi/media/lts\\_vertaisarvioidut\\_tutkimusartikkelit/2018/lt\\_1-18\\_tutkimusartikkelit\\_forssell\\_lowres.pdf](https://www.lts.fi/media/lts_vertaisarvioidut_tutkimusartikkelit/2018/lt_1-18_tutkimusartikkelit_forssell_lowres.pdf)
- Freiberger, E., de Vreede, P., Schoene, D., Rydwick, E., Mueller, V., Frändin, K., & Hopman-Rock, M. (2012). Performance-based physical function in older community-dwelling persons: A systematic review of instruments. *Age and ageing*, 41(6), 712–721. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs099>
- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., Wallace, R. B. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of gerontology (Kirkwood)*, 49(2), M85. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>
- Günther, K., Hasanen, K. & Juhila, K (2021). Johdanto: analyysi ja tulkinta. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>
- Hautala, A.J., Mäkikallio, T. & Laukkanen, J. (2022). Hengitys- ja verenkiertoelimistön vanheneminen. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) *Gerontologia*. (5. uudistettu painos, s. 170–178). Duodecim.

Heikkinen, H. L. T., Kaukko, M., & Salo, P. (2023). Mitä toimintatutkimus on ja miten sitä tehdään. Teoksessa Heikkinen, H.L.T. & Kaukko, M. (toim.) Toimintatutkimus: Käytännön opas. (17–38). Vastapaino.

Hirvensalo, M., Korhonen, M. & Rantalainen, T. (2022). Liikunta. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) Gerontologia. (5. uudistettu painos, s. 363–384). Duodecim.

Ikääntyneiden fysioterapia. (n.d.) Gerger-yhdistys. Haettu 10.2.2015  
<https://www.gergeryhdistys.fi/ikaantyneiden-fysioterapia/>

Innokylä. (n.d.) Learning cafe eli oppimiskahvila. Haettu 15.2.2025. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>

Jalovaara, M., Valkonen, T., Leinonen, T., Kmak, M., Samaletdin, Y., Hanell, T., Rotkirch, A., Vaalavuo, M., Kauppinen, T., Linnosmaa, I., Zechner, M. & Kuivalainen, S. (2023). Väestörakenteen muutos haastaa yhteiskunnan kestävyuden. Demography-ohjelman kokoama tietopaketti.  
[https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuossa/ohjelmat-ja-hankkeet/2023\\_demography\\_vaalitietopaketti.pdf](https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuossa/ohjelmat-ja-hankkeet/2023_demography_vaalitietopaketti.pdf)

Jyväkorpi, S., Strandberg, T., Urtamo, A., Pitkälä, K., Suominen, M., Kokko, K. & Heimonen, S. (2020). Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi. Gerontologia 34(4), 2020. <https://journal.fi/gerontologia/article/download/99624/57593>

Jämsen, E. & Öhman, H. (2024). Iäkkäiden kuntoutus. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Saltychev, M. & Vainionpää, A. (toim.) Fysiatría. (6. uudistettu painos, s. 691–698.) Duodecim.

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona: Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

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

Kerminen, H., Jäppinen, A-M., Kiviniemi, K., Tikkanen P. & Havulinna, S. (2019). Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. 3.10.2019 TOIMIAN suositus.  
<http://www.julkari.fi/handle/10024/138652>

Kulmala, J., Jämsen, E. & Ngandu, T. (2022). Aivojen vanheneminen ja muistisairauksien ehkäisy. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) Gerontologia. (5. uudistettu painos, s. 179–189). Duodecim.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. (2024). FINLEX.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Liu, C-j., Chang, W-P., Shin, Y.C., Hu Y-L. & Morgan-Daniel J. (2024). Is functional training functional? a systematic review of its effects in community-dwelling older adults. *European Review of Aging and Physical Activity* 21, 32 (2024). <https://doi.org/10.1186/s11556-024-00366-3>

Lotvonen, S. (2019). Palvelutaloon muuttaneiden ikääntyneiden fyysinen toimintakyky, sen muutos ja toimintakykyyn yhteydessä olevat tekijät ensimmäisen asumisvuoden aikana. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta: Medical Research Center. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526222967>

Mathias, S., Nayak, U.S., Isaacs, B. (1986). Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 67:387-9

Mugica-Errazquin, I., Irazusta, J., Kortajarena, M., Elozegi, S., Wu, B., Qi, X., Rodriguez-Larrad, A. & Rezola-Pardo, C. (2024). Maintaining daily living activities in older adults: The impact of a functional exercise program in long-term nursing homes. A single-group pre-post intervention. *Geriatric Nursing* vol.60. 11-12/2024, p.215-224. <https://doi.org/10.1016/j.geri-nurse.2024.09.003>

Mäkelä, M., Autio, T., Heinonen, H., Holma, T., Häkkinen, H., Hänninen, T., Pajala, S., Sainio, P., Schroderus, K., Seppänen, M., Sihvonen, S., Stenholm, S. & Valkeinen, H. (2013). Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. TOIMIA. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016092224122>

Ojasalo, K., Moilanen, T., & Ritalahti, J. (2020). Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan (3.-6. uud. p.). Sanoma Pro.

Pajala, S. (2016). Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 4. painos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>

Paltamaa, J. & Anttila, H. (2024). WHODAS 2.0 – terveyden ja toimintarajoitteiden arviointi. TOIMIA-tietokanta, Duodecim Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00160?toc=307491>

Paltamaa, J. & Peurala, S. (2024). Bergin tasapainotesti. TOIMIA-tietokanta, Duodecim Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00051?toc=1123774>

Pesonen, A., Kauppila, T., Tarkkila, P., Sutela, A., Niinistö, L., & Rosenberg, P. H. (2009). Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53(5), 657-664. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2009.01942.x>

Peurala, S. & Paltamaa, J. Elderly Mobility Scale, EMS. (2024). TOIMIA-tietokanta, Duodecim Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00066?toc=802599>

- Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (toim.) (2013). Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen: ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. <http://hdl.handle.net/10138/42029>
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. (2016). Toimintakyky vanhuudessa. Geriatria. Duodecim Oppiportti. <https://www.oppoportti.fi/oppikirjat/ger04201?toc=16310>
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 39:142-8
- Rantanen, T. (2022). Toimintakyky ja osallistuminen. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) Gerontologia. (5. uudistettu painos, s. 103–120). Duodecim.
- Roberts, H. C., Denison, H. J., Martin, H. J., Patel, H. P., Syddall, H., Cooper, C. & Sayer, A. A. (2011). A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: Towards a standardised approach. *Age and ageing*, 40(4), 423–429. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr051>
- Salari, N., Darvishi, N., Ahmadipanah, M., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 17(1), 334-13. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1>
- Saltychev, M. & Pohjolainen, T. (2024). Toimintakyky. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Saltychev, M. & Vainionpää, A. (toim.) Fysiatria. (6. uudistettu painos, s. 19–27.) Duodecim.
- Sipilä, S. & Rantanen, T. (2022). Lihasvoima. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) Gerontologia. (5. uudistettu painos, s. 140–160). Duodecim.
- Smith R. (1994). Validation and reliability of the Elderly Mobility Scale. *Physiotherapy* 1994;80(11):744–747.
- Soukkio, P. (2024). Days Lived at Home, Use and Costs of Healthcare and Social Services, Functioning, and Health-related Quality of Life after Hip Fracture -Effects of a 12-month Home-based Exercise Intervention. Jyväskylän yliopisto. [https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx\\_123456789\\_97079](https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx_123456789_97079)
- Stenholm, S., Punakallio, A. & Valkeinen, H. (2024). Käden puristusvoima. TOIMIA-tietokanta, Duodecim Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00141?toc=1123774>
- STM. (2020). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelun laadun parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM\\_2020\\_29\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

STM. (2022). Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet 2022-Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:17. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164488/STM\\_2022\\_17\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164488/STM_2022_17_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

STM. (2024). Sosiaali- ja terveysministeriö. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5436-6>

Storeng, S., Sund, E. & Krokstad, S. (2017). Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open*, 1–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857703/pdf/bmjopen-2017018942.pdf>

Suikkanen, S. (2022). Home-Based Physical Exercise Among Older Adults with Signs of Frailty -Emphasis on Days Lived at Home, Utilization of Social and Health Care Services, Quality of Life, Physical Functioning, and Severity of Frailty. *Jyväskylän yliopisto*. [https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx\\_123456789\\_84173](https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx_123456789_84173)

Sundell, J. (2024). Lihasvoimaharjoittelu – ohje keski-ikäisille ja sitä vanhemmille. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01079>

Tattari, M., Suhonen, R. & Stolt, M. (2021). Kotona asuvien ikääntyneiden henkilöiden kokemukset fyysisen toimintakykynsä ja itsenäisyytensä ylläpitämisestä. *Gerontologia*, 35(1), 51–62. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/87844/60234>

THL. (2023a). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Mitä toimintakyky on? <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/mita-toimintakyky-on#:~:text=Toimintakyky%20tarkoittaa%20ihmisen%20fyysisi%C3%A4%2C%20pskisi%C3%A4,siin%C3%A4%20ymp%C3%A4rist%C3%B6ss%C3%A4%2C%20jossa%20h%C3%A4n%20el%C3%A4%C3%A4>

THL. (2023b). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Liikkumis- ja toimintakyvyn testaaminen. <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/iakkaiden-tapaturmat/kaatumiset-ja-putoamiset/liikkumis-ja-toimintakyvyn-testaaminen>

THL. (2024). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Muuttuvat vanhuspalvelut. Häetty 25.1.2025 <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere University Press.

TOIMIA-tietokanta. (n.d.) Duodecim Terveysportti. Haettu 5.3.2025.  
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi>

To-Mi. (2016). Toimintakyvyn mittarit. <https://hoito-ohjeet.fi/fi/Ohje-pankki/VSSHP/Toimintakyvyn%20mittarit.pdf>

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Helsinki. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Tøien, T., Berg, O., Modena, R., Brobakken, M., & Wang, E. (2025). Heavy Strength Training in Older Adults: Implications for Health, Disease and Physical Performance. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 16(2).  
<https://doi.org/10.1002/jcsm.13804>

UKK-instituutti. (2025). Liikunta ja ikääntyminen. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-vaikutukset/liikunta-ja-ikaantuminen/>

Valkeinen, H. & Anttila, H. (2014). ICF-luokitus ja toimintakykyymittarit: mitä, miten ja miksi? *Fysioterapia* 4/2014. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen%20%20Anttila%20Fysioterapia%204\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen%20%20Anttila%20Fysioterapia%204_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Valkeinen, H., Stenholm, S., Sainio, P., Pajala, S. & Vaara, M. (2024a). SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. TOIMIA-tietokanta, Duodecim Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00154?toc=1123774>

Valkeinen, H., Stenholm, S., Sainio, P., Pajala, S., Vaara, M. & Paltamaa, J. (2024b). Timed "Up & Go" -testi. TOIMIA-tietokanta, Duodecim Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00153>

Vilka, H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä: Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. PS-kustannus. E-kirja.

WHO. (2021). Falls. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Yu, M. S. W., Chan, C. C. H., & Tsim, R. K. M. (2007). Usefulness of the Elderly Mobility Scale for classifying residential placements. *Clinical rehabilitation*, 21(12), 1114–1120. <https://doi.org/10.1177/0269215507080789>

Äijö, M., Kauppinen, T., Niskanen, S., Rasmus, M., Unkeri, P., Tunkkari, A-M. & Havulinna, S. (2022). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi kotikuntoutuksessa. THL TOIMIA-suositus. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145410/TOIMIA-suositus\\_lakkaiden\\_henkiloiden\\_toimintakyvyn\\_arviointi\\_kotikuntoutuksessa\\_2610222.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145410/TOIMIA-suositus_lakkaiden_henkiloiden_toimintakyvyn_arviointi_kotikuntoutuksessa_2610222.pdf?sequence=1)

## LIITE 1: SAATEKIRJE



**Hei!**

*Lähestyn Arvi yksiköiden fysioterapeutteja opinnäytetyöhöni ”Yhtenäisen fysioterapian toimintamallin kehittäminen ikääntyneiden Arvi-yksiköihin” liittyen. Työskentelen fysioterapeuttina Arvi-yksikössä ja opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Hyvinvointipalveluiden kehittämisen ja johtamisen YAMK-koulutusohjelmassa.*

*Nyt teillä kaikilla Arvi-yksiköissä työskentelevillä fysioterapeuteilla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa oman työn kehittämiseen. Osallistuminen on vapaaehtoista ja se on mahdollista keskeyttää milloin tahansa ilman perusteluita.*

- *Työn tarkoitus on kehittää yhtenäinen fysioterapian toimintamalli ikääntyneiden Arvi-yksiköihin Satakunnan hyvinvointialueella.*
- *Työn tavoitteena on ikääntyneiden toimintakyvyn edistäminen laadukkaalla ja tasavertaisella fysioterapian toteutuksella ja sen kautta tukea ikääntyneiden kotona pärjäämistä*

*Opinnäytetyö toteutetaan toimintatutkimuksen lähestymistapaa soveltaen. Toimintatutkimuksessa tavoitteena on käytännön ongelman ratkaiseminen tai toiminnan muuttaminen. Opinnäytetyössäni käytetään osallistavia kehittämismenetelmiä, kyselyä sekä työpajatyöskentelyä.*

*Vastaamalla kyselyyn ja/tai osallistumalla työpajoihin annat suostumuksen käyttää vastauksia ja tuotettua materiaalia tämän opinnäytetyön tekemiseen. Kyselyn vastauksia käytetään vain tähän työhön ja niitä käsitellään nimettöminä. Työpajat järjestetään kesäkuun aikana.*

*Toivoisin mahdollisimman aktiivista osallistumista kehittämiseen liittyen.*

*Vastauksista ja yhteistyöstä kiittäen,  
Katariina Miettinen*



## LIITE 2: ARVI-YKSIKÖIDEN FYSIOTERAPIA -KYSELY

1. Asiakkaan saapuminen Arvi-yksikköön: kerro, mistä asiakkaat tulevat yksikköön, miten fysioterapia alkaa ja kuka fysioterapiatarpeen arvioi?
2. Toimintakyvyn arviointi Arvi-yksikössä: kerro, miten asiakkaan alkutilannetta kartoitetaan ja mitä arviointi menetelmiä käytetään? Jos käytössä on jotakin fyysisen toimintakyvyn testistöjä tai mittareita, kerro mitä mittareita.
3. Fysioterapian toteutuminen Arvi-yksikössä: kerro, miten yksilö- tai ryhmämuotoista fysioterapiaa toteutetaan ja kuinka usein asiakkaat keskimäärin saavat fysioterapiaa? Miten apuvälineasiat järjestetään yksikössäsi?
4. Moniammatillinen yhteistyö Arvi-yksikössä: kerro, miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu ja miten lääkärin konsultointi asiakkaan asioissa järjestyy tai onko siihen mahdollisuutta?
5. Jatkoasioiden suunnittelu Arvi-yksikössä: kerro, millaisin keinoin asiakkaan kotona pärjäämistä arvioidaan, esim. kotikäynnit ja miten jatkofysioterapia järjestetään?
6. Muuta huomioitavaa Arvi-yksikön toiminnasta: kerro, miten koet tämänhetkisen fysioterapiamallin/-prosessin toimivan? Mitä muuta huomioitavaa tulee mieleesi?

### LIITE 3: ESIMERKKI KYSELYN ANALYYSISTÄ

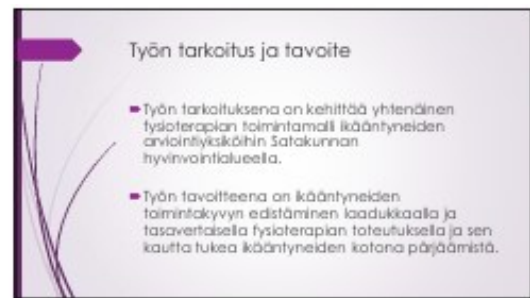
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Alkukartoitus tehdään haastattelemalla asiakasta, arvioimalla asiakkaan liikkumista ja lihasvoimaa, useimmiten ei ole käytössä testistöjä tai mittareita.	-alkukartoitus haastattelemalla -arvioimalla liikkumista ja lihasvoimaa -ei käytössä testistöjä tai mittareita
Haastattelemalla, tutkimalla perusliikkumista, siirtymisiä jne. Satunnaisesti käytössä puristusvoiman mittaus Jamar-mittarilla tai lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö SPPB.	-haastattelemalla -tutkimalla perusliikkumista ja siirtymisiä -satunnaisesti puristusvoiman mittaus ja lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö
Asiakkaan alkutilannetta kartoitetaan haastattelulla ja havainnoinnilla, toimintakykytestauksilla (SPPB, puristusvoima, Berg, FAC) sekä liikkeelle mobilisoimisella (siirtymiset, perusliikkuminen).	-alkutilanteen kartoitus haastattelulla ja havainnoinnilla -toimintakykytestauksilla (SPPB, puristusvoima, Berg, FAC) -liikkeelle mobilisoimisella (siirtymiset, perusliikkuminen)
Aluksi fysioterapeutti tutustuu asiakkaan esitietoihin, jonka jälkeen haastattelevat sekä tutkivat asiakkaan ja arvioivat fysioterapian sekä apuvälineiden tarpeen.	-tutustuu asiakkaan esitietoihin -haastattelee asiakkaan -tutkii asiakkaan -arvioi apuvälinetarpeen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
-alkukartoitus haastattelemalla -haastattelemalla -alkutilanteen kartoitus haastattelulla ja havainnoinnilla -haastattelee asiakkaan -tutustuu asiakkaan esitietoihin	Havainnointi, haastattelu ja tietoihin perehtyminen	Fysioterapeuttinen toimintakyvyn arviointi
-arvioimalla liikkumista ja lihasvoimaa -tutkimalla perusliikkumista ja siirtymisiä -liikkeelle mobilisoimisella (siirtymiset, perusliikkuminen) -tutkii asiakkaan	Perusliikkumisen ja arjentoimintojen arviointi	
-satunnaisesti puristusvoiman mittaus ja lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö -toimintakykytestaukset (SPPB, puristusvoima, Berg, FAC)	Fyysisen toimintakyvyn mittarit ja testit	
-ei käytössä testistöjä tai mittareita	Ei käytössä testejä tai mittareita	
-arvioi apuvälinetarpeen	Apuvälineiden ja ympäristön kartoitus	

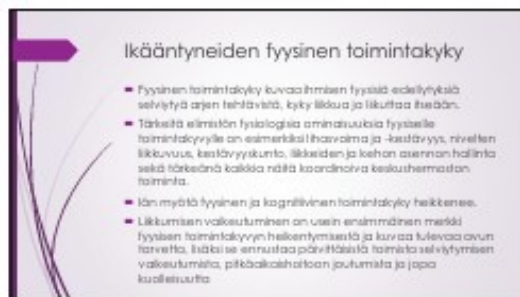
## LIITE 4: ENSIMMÄISEN TYÖPAJAN POWERPOINT



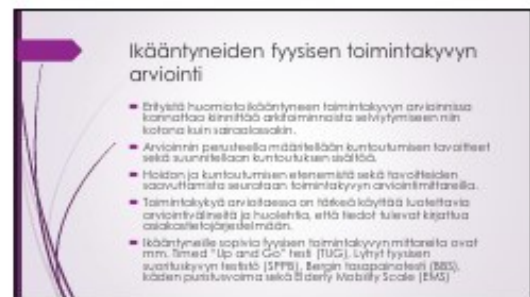
1



2



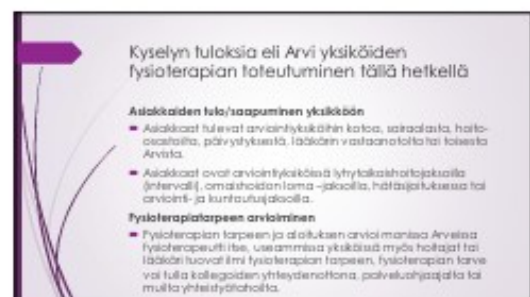
3



4



5



6



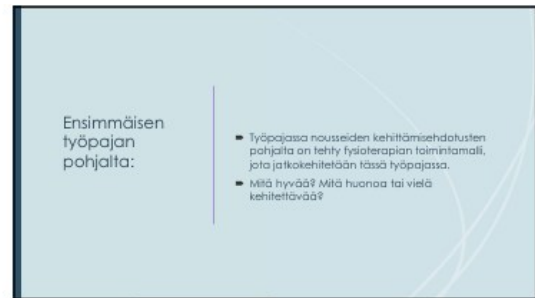
## LIITE 5: ESIMERKKI ENSIMMÄISEN TYÖPAJAN ANALYYSISTÄ

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
MP: Asiakaspalavereita pidetään joissain yksiköissä, niihin osallistumiseen selkeä ohje.	Asiakas palaverihin osallistumiseen selkeä ohje	Palaverihin osallistuminen	Moniammatillinen yhteistyö ja palaverikäytännöt
MP: Palvelutarpeenarviointi palaverihin osallistuminen tarpeen mukaan, kaikkiin ei ole välttämätöntä osallistua, jos ei ole erityisesti fysioterapian tai fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta haasteita	Palvelutarpeenarviointi palaverihin osallistuminen tarpeen mukaan		
"palvelutarpeen arviointeihin yhtenäinen linja"	Yhtenäinen linja palaveriin osallistumiseen		
"jatko-ohjeistus hoitajille mm. viikonlopuiksi"	Hoitajille ohjeistus kuntouttavaan työhön	Yhteistyö hoitajien kanssa	Fysioterapeuttinen tutkiminen ja fysioterapian toteutus
"kaikilla yhteinen tavoite kuntoutuksen suhteen (kotiutuminen): hoitajien kuntouttava työote"	Asiakkaan kuntoutuminen ja kotiutuminen yhteisenä tavoitteena Hoitajien kuntouttava työote		
"Testit olisi hyvä olla verrattavissa, samoja"	Samojen testien käyttö	Toimintakyvyn arviointi ja mittarit	
MP: Mittareiden käyttöä ja muutenkin toimintakyvyn arviointia voisi kehittää ja yhtenäistää.	Mittareiden ja testien käytön sekä toimintakyvyn arvioinnin kehittäminen		
MP: Toimintakyvyn arvioinnissa tulisi kuitenkin käyttää yleisesti käytössä olevia mittareita havainnoinnin ja muun arvioinnin lisäksi.	Toimintakyvyn arvioinnissa käyttöön yleiset mittarit		
"tasapaino pienryhmä"	Tasapaino pienryhmä ryhmäfyysioterapiassa	Fysioterapian toteuttaminen	
MP: Tuolijumppa kaikille paikalle tulijoille ei ole selkeästi fysioterapiaa ja tavoitteellista toimintaa, joten se olisi hoitajien työtä.	Fysioterapeutti ei ohjaa kaikille yleistä tuolijumppaa		

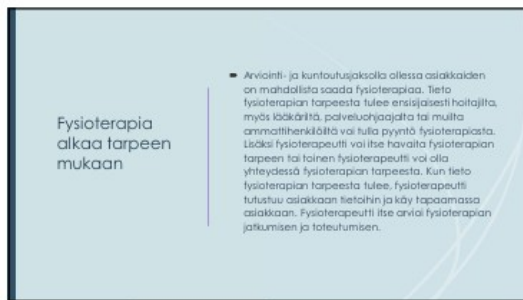
## LIITE 6: TOISEN TYÖPAJAN POWERPOINT



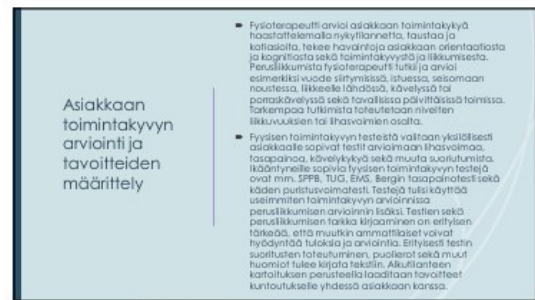
1



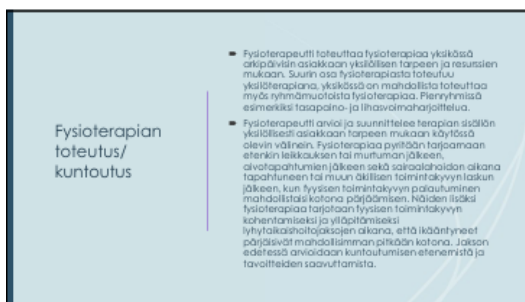
2



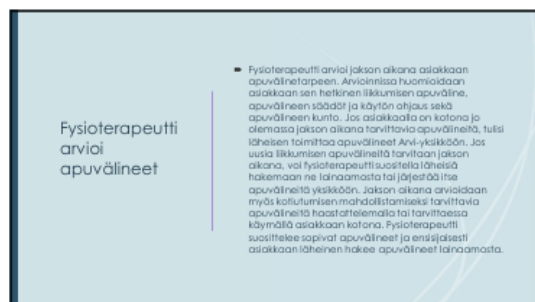
3



4



5



6

### Fysioterapeutti toimii osana moniammatillista yhteistyötä

- Arvi-yksikössä fysioterapeutti osallistuu moniammatilliseen työryhmään ja toimii alan asiantuntijana. Erihenkistä yhteistyötä tehdään yksikön hoitajien kanssa. Lääkäreitä on mahdollista konsultoida joko lääkärin ollessa paikalla, etänä tai viestin välityksellä hoitajien kautta. Fysioterapeutti osallistuu yksikössä moniammatilliseen tiimikierroksen koulutuksen osalle. Fysioterapeutin oman arvon mukaan osallistutaan tarvittaviin hoitopöytäseminareihin, palvelukokouksiin ja potilastapaamisiin tuomaan esille fyysisen toimintakyvyn ja kuntoutumisen näkökulmaa.

7

### Kotikäynti ja jatkofysioterapian järjestäminen

- Fysioterapeutti arvioi asiakkaan kuntoutumamahdollisuutta sekä kotona pärjäämistä edellyttäen kaikkien koulutuksen ajan. Tarvittaessa voidaan tehdä kotikäynti asiakkaan kotiin varmistamaan turvallista lääkinnällistä ja arvioimaan arkea helpottavia apuvälineitä. Kun asiakas kotiutuu, arvioidaan jatkofysioterapian tarve. Jos asiakas tarvitsee fysioterapiaa vielä kotona, otetaan yhteyttä asiakkaan asuinpaikan mukaan olevaan kotikuntoutuksen fysioterapeuttiin.

8



9

## LIITE 7: ESIMERKKI TOISEN TYÖPAJAN ANALYYSISTÄ

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Testauksessa olisi hyvä olla edellisten lisäksi myös kaatumisvaaran arviointi FROP tai FRAT, joku itsearviointimittari, kuten Whodas.	Testaukseen lisäksi kaatumisvaaran arviointi ja itsearviointimittari	Testaukseen sisältyvät mittarit	Testien käyttöön ja tekemiseen selkeä ohjeistus
Kivunarviointia VAS tai VRS mittareilla.	Kivun arviointia mittareilla		
FROP-com olisi sopivampi mittari fysioterapeuttien käytettäväksi.	Kaatumisvaaran arviointiin mittariksi FROP-Com		
Arviointi- ja kuntoutusasiakkaat testataan aina jakson aikana ja fysioterapiaa toteutetaan yksilöllisen tilanteen mukaan.	Arviointi- ja kuntoutusasiakkaiden testaus aina jakson aikana	Testausten toteutus	
Lyhytaikaishoitajakoissa olevia testataan 6kk välein tai kun tilanne oleellisesti muuttuu.	Lyhytaikaishoitajakoissa olevien testaus 6kk välein tai tilanteen muuttuessa		
Testauksia on nyt tehty vähän ja vain tarpeen mukaan, siihen selkeät ohjeet.	Selkeät ohjeet testauksien tekemiseen	Testaamiseen selkeät ohjeet	
Testaamisen ja mittarien käytön selkeyttäminen.	Testaamisen ja mittarien käytön selkeyttäminen		
Ei isoa testipatteristoa toimintakyvyn arviointiin.	Ei isoa testipatteristoa	Testausten vähäisempi käyttö	
Arkikuntoutukseen parannusta, on kuitenkin enemmän hoitajien osuus.	Arkikuntoutukseen parannusta hoitajien toimesta	Hoitajien arkikuntoutuksen lisääminen	Ohjeistusta arkikuntoutukseen
Arjen kuntoutuksen lisäämistä tarvittaisiin, pelkkä fysioterapiakerta ei riitä.	Arkikuntoutuksen lisääminen hoitajien toimesta		

## LIITE 8: TOIMINTAMALLIEHDOTUS SATAKUNNAN HYVINVOINTIALUEEN ARVI-YKSIKÖIHIN

### **1. Fysioterapiaan ohjautuminen Arvi-yksikössä**

Arvi-yksikössä asiakkaat ovat erilaisilla jaksoilla, kuten arviointi- ja kuntoutusjaksoilla, lyhytaikaishoitojaksoilla, omaishoidon loman jaksoilla sekä hätäsijoituksessa. Jaksolla ollessa asiakkaiden on mahdollista saada fysioterapiaa. Fysioterapeutti arvioi asiakkaan yksilöllisen fysioterapian tarpeen tutustumalla asiakkaan tietoihin. Lisäksi tieto fysioterapian tarpeesta voi tulla hoitajilta, lääkäriltä, palveluohjaajalta tai muilta ammattihenkilöiltä. Kun tieto fysioterapian tarpeesta tulee, fysioterapeutti käy tapaamassa asiakkaan. Fysioterapeutti arvioi fysioterapian jatkumisen ja toteutumisen.

### **2. Fysioterapeuttinen arviointi, tutkiminen ja tavoitteiden asettelu**

Fysioterapeutti arvioi asiakkaan toimintakykyä haastattelemalla nykytilannetta, taustaa ja kotiasioita, tekee havaintoja asiakkaan orientaatiosta ja kognitiosta sekä toimintakyvystä ja liikkumisesta. Perusliikkumista fysioterapeutti tutkii ja arvioi esimerkiksi vuode siirtymisissä, istuessa, seisomaan noustessa, liikkeelle lähdössä, kävelyssä tai porraskävelyssä sekä tavallisissa päivittäisissä toimissa. Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään alkuarviointilomaketta.

#### **2.1. Käytettävät mittarit**

Toimintakyvyn arvioimiseen käytetään luotettavia suositusten mukaisia mittareita. Arvi-yksiköissä käytössä on kattava kuuden mittarin kokonaisuus, minkä avulla arvioidaan laajasti asiakkaan toimintakykyä. Fyysistä toimintakykyä testataan SPPB-testiä (lyhyt fyysisen suosituskäyvyn testistö), Elderly Mobility Scalea (EMS) sekä käden puristusvoiman mittausta käyttäen. Kipua arvioidaan VRS (verbal rating scale) sanallisella kipumittarilla. WHODAS 2.0 lomakkeella (12 kysymystä) selvitetään asiakkaan itsearvioitua toimintakykyä. Kaatumisvaaran arviointiin käytetään FROP-Com lomaketta. Lomake on kotona asuvien kaatumisvaaran kartoitukseen ja valikoitui mittariksi, koska kaikki Arvi-yksiköiden asiakkaat ovat kotona asuvia ja jakson aikana arvioidaan kotona pärjäämistä.

Edellä mainittua testaus kokonaisuutta tulee käyttää jokaisen asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa perusliikkumisen arvioinnin lisänä. Arviointi- ja kuntoutusasiakkaiden toimintakyvyn arviointi ja testaus toteutetaan aina jakson alkupuolella, pidemmällä jaksolla arvion mukaan myös välissä ja/tai lopussa. Lyhytaikaishoitojaksolla käyvien testaus ja toimintakyvyn kattava arviointi toteutetaan 6kk välein, tai kun tilanne oleellisesti muuttuu. Testien sekä perusliikkumisen tarkka kirjaaminen on erityisen tärkeää, että muutkin ammattilaiset voivat hyödyntää tuloksia ja arviointia. Erityisesti testin suoritusten toteutuminen, puolierot sekä muut huomiot tulee kirjata tekstiin. Jos testiä ei pysty toteuttamaan tai jokin osio jää tekemättä, ne kirjataan, nekin kuvaavat asiakkaan toimintakykyä.

Testaus kokonaisuuden lisäksi voidaan valita yksilöllisesti asiakkaalle sopivia testejä arvioimaan tarkemmin lihasvoimaa, tasapainoa, kävelykykyä sekä muuta suoriutumista. Ikääntyneille muita sopivia fyysisen toimintakyvyn testejä ovat mm. Timed "Up and Go" (TUG) ja Bergin tasapainotesti.

## 2.2. Apuväline tarpeen arviointi

Fysioterapeutti arvioi jakson aikana asiakkaan apuvälinetarpeita. Arvioinnissa huomioidaan asiakkaan liikkumisen apuvälineet, apuvälineen säädöt ja käytön ohjaus sekä apuvälineen kunto. Jos asiakkaalla on kotona jo olemassa jakson aikana tarvittavia apuvälineitä, tulee läheisen toimittaa apuvälineet Arvi-yksikköön. Jos uusia liikkumisen apuvälineitä tarvitaan jakson aikana, ensisijaisesti fysioterapeutti järjestää apuvälineet asiakkaalle, fysioterapeutti voi myös suositella läheisiä hakemaan apuvälineet lainaamosta. Asiakkaan siirtyessä muilta osastoilta (esim. erikoissairaanhoidon tai yleislääketieteen osastoilta) Arvi-yksikköön, tulee asiakkaalla olla sen hetkisen toimintakyvyn vaatimat apuvälineet mukana. Jakson aikana arvioidaan myös kotiutumisen mahdollistamiseksi tarvittavia apuvälineitä haastattelemalla tai tarvittaessa käymällä asiakkaan kotona.

## 2.3. Tavoitteen asettelu

Tavoitteiden asettaminen fysioterapiassa on tärkeää sekä asiakkaalle itselleen että kuntoutuksen ammattilaiselle. Tavoitteet määritellään alkutilanteen kartoituksen jälkeen. Tavoitteet laaditaan asiakkaan kanssa yhdessä ja niiden tulee olla asiakkaalle itselleen merkityksellisiä, sen lisäksi tavoitteen tulee olla selkeä ja mitattavissa oleva. Fysioterapeutin on hyvä auttaa asiakasta arvioimaan tavoitteen realistisuutta sekä sopivaa aikataulua sen toteutumiseen. Fysioterapian aikana arvioidaan säännöllisesti kuntoutuksen etenemistä ja tavoitteen saavuttamista, esimerkiksi toimintakykymittareiden avulla.

### **3. Fysioterapian toteutus**

Fysioterapeutti toteuttaa fysioterapiaa yksikössä arkipäivisin asiakkaan yksilöllisen tarpeen ja resurssien mukaan. Ikääntyneiden fysioterapian tulee olla monipuolista huomioiden lihasvoimaharjoittelu, kestävyysharjoittelu, tasapainoharjoittelu sekä toiminnallinen harjoittelu (arkitoiminnot). Suurin osa fysioterapiasta toteutuu yksilöterapiana, yksikössä on mahdollista toteuttaa myös pienryhmämuotoista fysioterapiaa, kuten tasapaino- tai lihasvoimapienryhmät. Fysioterapeutti arvioi ja suunnittelee terapian sisällön yksilöllisesti asiakkaan tarpeen mukaan käytössä olevin välinein. Fysioterapiaa pyritään tarjoamaan etenkin leikkauksen tai murtuman jälkeen, aivotapahtumien jälkeen, kaatumisten jälkeen sekä sairaalahoidon aikana tapahtuneen tai muun äkillisen toimintakyvyn laskun jälkeen. Näiden lisäksi fysioterapiaa tarjotaan fyysisen toimintakyvyn kohentamiseksi ja ylläpitämiseksi lyhytaikaishoitojaksojen aikana, että ikääntyneet pärjäisivät mahdollisimman pitkään kotona. Jakson edetessä arvioidaan kuntoutumisen etenemistä ja tavoitteiden saavuttamista.

#### **3.1. Fysioterapeutin osallistuminen moniammatilliseen työhön**

Arvi-yksiköissä fysioterapeutti osallistuu kuntoutuksen ammattilaisena moniammatilliseen työhön. Päivittäistä yhteistyötä tehdään yksikön hoitajien kanssa, fysioterapeutti ohjeistaa asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan toimintakyvyn edistämässä ja arkikuntoutuksessa. Lääkärinä on mahdollista konsultoida joko lääkärin ollessa paikalla, etänä tai viestin välityksellä hoitajien kautta. Fysioterapeutti osallistuu yksikössä moniammatilliseen tiimi-kiertoon kuntoutuksen osalta. Fysioterapeutin oman arvion mukaan

osallistutaan tarvittaviin asiakkaan palavereihin tuomaan esille fyysisen toimintakyvyn ja kuntoutumisen näkökulmaa.

#### **4.Jatkokuntoutuksen organisointi**

Fysioterapeutti arvioi asiakkaan kotiutumismahdollisuuksia sekä kotona pärjäämisen todennäköisyyttä koko kuntoutuksen ajan. Tarvittaessa Arvi-yksikön fysioterapeutti tai asiakkaan oman asuinalueen kotikuntoutuksen fysioterapeutti voi tehdä kotikäynnin asiakkaan luo varmistamaan turvallista liikkumista ja arvioimaan arkea helpottavia apuvälineitä. Kun asiakas kotiutuu, arvioidaan jatkofysioterapian tarve. Jos asiakas tarvitsee fysioterapiaa kotona, ollaan yhteydessä asiakkaan asuinpaikan mukaan alueen kotikuntoutuksen fysioterapeuttiin. Jos asiakas tarvitsee jatkossa fysioterapiaa ja pystyy kulkemaan vastaanotolla, järjestetään jatkofysioterapia alueen avopuolen vastaanotolle/poliklinikalle. Asiakkaan suositteluun erilaisiin fysioterapian ryhmiin tapahtuu kotikuntoutuksen tai avopuolen fysioterapeutin kautta.

Fysioterapeutti kirjaa ja tilastoi potilastietojärjestelmään erillisten kirjaamis- ja tilastointi ohjeiden mukaan.

## LIITE 9: ALKUARVIOINTILOMAKE

### Alkuarviointilomake

Arviointipohja alkuarviointiin, tietojen kirjaamisen jälkeen tuhottava tietosuojan mukaisesti.

#### Taustatiedot

Nimi: \_\_\_\_\_

Anamneesi (diagnoosit, lääkitys, kognitio/muisti, muuta huomioitavaa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Asumismuoto (yksin, yhdessä, kt, rt, okt): \_\_\_\_\_

Asunnon tiedot, esteettömyys: \_\_\_\_\_

Palvelut (kotihoito, ateriapalvelu, turvapuhelin): \_\_\_\_\_

Omaisset/omaisen tuki: \_\_\_\_\_

**Apuvälineet:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Toimintakyky** (itsenäisesti, avustettuna, apuvälineen tarve)

Makuulta istumaan nousu / makuulle meno: \_\_\_\_\_

Seisomaannousu: \_\_\_\_\_

Siirtyminen (pyörätuolin käyttäjät): \_\_\_\_\_

Liikkuminen: \_\_\_\_\_

Avun tarve päivittäisissä toimissa: \_\_\_\_\_

**Fysioterapeuttinen tutkiminen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Testit

SPPB: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ p., Tasapaino \_\_\_\_\_ Kävelynopeus \_\_\_\_\_ 5x nousu \_\_\_\_\_

Käden puristusvoima: oikea \_\_\_\_\_ kg / vasen \_\_\_\_\_ kg

EMS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ p.

FROP: \_\_\_\_\_ p. Kaatumisvaara: lievästi kohonnut / kohonnut / erittäin korkea

WHODAS 2.0: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ p.

Sanallinen kipuasteikko (VRS, missä kipu): \_\_\_\_\_

ei kipua / lievä kipu / kohtalainen kipu / voimakas kipu / sietämätön kipu

**Tavoite fysioterapialle:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Suunnitelma:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Muuta asiaa:** \_\_\_\_\_

---

---

## LIITE 10: FYSIOTERAPIAN TOIMINTAMALLI KUVANA

