

Heidi Hissa

ARVIOINTIHOITAJAN TYÖNKUVA GERIATRISISSA ARVIOIN-  
TIYKSIKÖSSÄ

Vanhustyön koulutusohjelma  
2017

# ARVIOINTIHOITAJAN TYÖNKUVA GERIATRISISSA ARVIOINTIYKSIKÖSSÄ

Hissa, Heidi  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Vanhustyön koulutusohjelma  
Maaliskuu 2017  
Sivumäärä: 40  
Liitteitä: 2

Asiasanat: geriatrinen arviointi, arviointihoitaja, arviointiyksikkö, moniammatillisuus

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata geriatrisen arviointiyksikön toimintaa ja selvittää erityisesti mitä arviointihoitajan työ arviointiyksikössä on ja millainen arviointihoitajan rooli on moniammatillisessa tiimissä, sekä miten arviointihoitajan työnkuva kehittetään osastolla. Tässä tutkimuksessa on haluttu kerätä nimenomaan arviointiin osallistuvan hoitohenkilökunnan näkemys asiasta.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja, että avoimia kysymyksiä. Kysely tehtiin erään kaupungin geriatrisen arviointiyksikön hoitohenkilökunnalle.

Arviointihoitajat olivat omaksuneet oman työnkuvansa hyvin ja moniammatillinen tiimi toimii arviointiyksikössä hyvin yhteen tuoden jokainen oman osaamisensa tiimin käyttöön. Arviointiyksikköä ja sitä myötä arviointihoitajan työnkuva kehittetään osastolla jatkuvasti. Työntekijät ovat motivoituneita ja aktiivisesti mukana oman työnsä kehittämisessä.

Arviointihoitaja on merkittävässä roolissa iäkkään toimintakyvyn arvioinnissa. Hänen työnsä keskeisiä tehtäviä ovat asiakkaan hoidon ja jatkohoidon koordinointi, johon kuuluu asiakkaan taustatietojen selvittäminen, potilaan voinnin ja tilan havainnoiminen ja siitä raportoiminen arviointijakson aikana, yhteydenpito potilaan läheisiin, asiakkaan jatkohoidon järjestäminen, hoitosuunnitelman laatiminen, toimintakykymittareiden tuntemus ja niiden käyttäminen osana geriatrisen potilaan kokonaisvaltaista arviointia.

Kerätty aineisto osoitti kokonaisuudessaan yksikön toimivan melko hyvin ja esiin nousi melko vähän kehityskohteita. Esiin nousseet kehityskohdat ovat vain pieniä helposti korjattavissa olevia asioita, joita miettimällä voidaan saada toimintaa vain entistä laadukkaammaksi. Opinnäytetyötä voidaan käyttää geriatrisen arviointiyksikön toiminnan kehittämiseen.

# ASSESSMENT NURSE'S JOB DESCRIPTION IN GERIATRIC ASSESSMENT UNIT

Hissa, Heidi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Bachelor's degree programme in elderly care

March 2017

Number of pages: 40

Appendices: 2

Keywords: geriatric assessment, assessment nurse, assessment unit, multi professional teamwork

---

The purpose of this thesis was to describe the functions of assessment unit and especially find out what does the assessment nurse's work contain, what kind of a role the assessment nurse has in the multi professional team and how the assessment nurse's work is developed in the unit.

The data for this thesis was gathered by questionnaire. Questionnaire contained both structured and open questions. It was available to a certain geriatric assessment unit's nursing staff.

The results indicated that the unit functions rather well in general and only few load factors were found out. Assessment nurses have adopted their job description well and no major lack in assimilating the job description has been found. Multi professional team works very well together in the unit with all members bringing their own expertise to the team. The assessment unit, along with the assessment nurse's work, is developed continuously. The employees are motivated and actively taking part in developing their own work.

Assessment nurse plays a significant role in elderly patient's nursing assessment. Her/his work's fundamentals are in coordination of a patient's care and follow-up care which includes collecting patient's background information, observing patient's health and condition and reporting about it during the assessment period, communicating with relatives, arranging the follow-up care, compiling the service and care plan, knowing and using the patient's functioning measures as part of a geriatric patient's comprehensive assessment.

The results of the research were mainly positive and the development areas which were found are only minor issues that can easily be solved. By solving the issues the quality of the everyday functions can easily be improved.

The thesis can be used for development of the functions and work in geriatric assessment unit.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 SUOMEN VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN .....	6
3 IKÄÄNTYNEEN TERVEYS JA TOIMINTAKYKY .....	9
3.1 Fyysinen toimintakyky .....	10
3.2 Psyykkinen toimintakyky .....	13
3.3 Kognitiivinen toimintakyky .....	13
3.4 Sosiaalinen toimintakyky .....	13
3.5 Ikäihmisen ravitseminen .....	14
4 GERIATRINEN ARVIOINTI .....	15
4.1 Geriatrinen arviointiyksikkö .....	17
4.2 Ikääntyneen toimintakyvyn mittaaminen .....	19
4.2.1 Testit ja tiedonkeruu geriatrisessa arviointiyksikössä .....	20
4.3 Arviointihoitaja .....	22
4.4 Arviointijakso .....	23
4.5 Moniammatillisuus arviointiyksikössä .....	24
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	25
6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSYMPÄRISTÖ, KOHDERYHMÄ, AINEISTONKERUU JA ANALYSOINTI .....	26
7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	27
8 TUTKIMUSTULOKSET .....	28
9 TULOKSET JA KEHITTÄMINEN .....	34
9.1 Opinnäytetyön prosessin arviointia .....	34
9.2 Opinnäytetyön tuloksien pohdinta .....	35
9.3 Ajatuksia arviointihoitajan työnkuvan kehittämiseksi .....	36
LÄHTEET .....	40
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Suomi ikääntyy nopeasti ja vanhustyön painopiste on kotihoidon lisäämisessä ja iäkkäiden kotona asumisen mahdollistamisessa entistä pidempään. Tämän onnistumiseksi tarvitaan saumatonta yhteistyötä eri ammattilaisten välillä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista on kehitetty nimenomaan tukemaan ikääntyvän väestön terveyttä, toimintakykyä, hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista. Sen tarkoituksena on myös parantaa laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvvelujen saantia iäkkäälle ja mahdollisuutta saada ohjautta tarjolla olevien muiden palveluiden käyttöön riittävän ajoissa. Laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja tulee saada omien yksilöllisten tarpeiden mukaisesti silloin, kun henkilön heikentynyt toimintakyky sitä edellyttää. Lain tarkoitus on myös vahvistaa iäkkään henkilön vaikutusmahdollisuuksia hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvveluiden toteuttamistavasta ja sisällöstä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 1§). Vanhuspalvelulakia on muutettu 1.1.2015 alkaen ja tarkoituksena on täsmentää ikääntyneille annettavien palveluiden ensisijaisuutta ja laitoshoidon viimesijaisuutta.

Iäkkäillä ihmisillä on usein ongelmia, jotka kiteytyvät toisiinsa ja jotka jäävät helposti vaille huomiota, jos keskitytään vaan tekemään kliinisiä diagnooseja. Iäkkäiden henkilöiden kohdalla käytetäänkin geriatrasta kokonaisvaltaista arviointia, jolla on osoitettu olevan vaikuttavuutta sekä laitoshoidon lykkäämisen että iäkkään henkilön elämänlaadun ja toimintakyvyn kannalta katsottuna. Arviointia tekee geriatrinen tiimi ja arviointi pitää sisällään kliinisen tutkimuksen lisäksi selvityksen henkilön fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta tilanteesta, sekä asuinymäristöstä. Arvioinnissa käytetään hyväksi monia iäkkäille validoituja mittareita. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016.).

Tämä opinnäytetyö on tehty geriatriseen arviointiyksikköön, joka perustettiin keväällä 2014. Arviointiyksikön tarkoitus on ensisijaisesti tehdä asiakkaalleen kokonaisvaltainen geriatrinen arvio ja löytää hänelle oikeanlainen hoito- tai tutkimusyksikkö

mahdollisimman nopeasti. Tällä pyritään esimerkiksi päivystyskäyntien vähentämiseen ja tähän päästään, kun arviointiyksikön asiakkaat saavat täsmällisempää hoitoa tarvitsemaansa ongelmaan tai vaivaan. Geriatriinen ennaltaehkäisevä työ on arviointiyksikön toiminnan painopisteenä.

Geriatrisessa arviointiyksikössä työskentelevät sairaanhoitajat, joita tässä työssä kuvaan nimellä arviointihoitajat. He ovat kokeneet omassa työnkuvassaan muutoksen arviointiyksikön perustamisen myötä. Tällä hetkellä arviointihoitaja vastaa muun muassa arviointipotilaiden toimintakyvyn kartoittamisesta mittareiden avulla ja hoitosuunnitelman laatimisesta yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Näin ollen tehtäviin kuuluu käytännössä kaikki arviointipotilaihin liittyvät asiat.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten arviointiin osallistuvat hoitajat kokevat oman nykyisen työnkuvansa ja oman työnkuvansa muutoksen geriatrisessa arviointiyksikössä ja millainen arviointihoitajan rooli on moniammatillisessa tiimissä, sekä miten arviointihoitajan työtä pitäisi kehittää osastolla. Alkuperäinen tarkoitus oli tutkia myös, että miten arviointijaksolla kerättyjä tietoja osataan hyödyntää potilaan jatkohoidon suunnittelussa, mutta opinnäytetyön edetessä huomattiin, että tähän kysymykseen ei saatu tarpeeksi vastauksia laaditulla kyselylomakkeella. Asia on kuitenkin tärkeä ja siinä voisi omana tutkimuksena olla hyvä aihe jatkotutkimukselle.

## 2 SUOMEN VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN

Ikääntyneellä henkilöllä ei ole yksiselitteisesti yhtä ja oikeaa määritelmää, kuitenkin useimmissa länsimaissa ikääntyneen henkilön määritelmä liitetään työelämästä poistumiseen ja työelämän tuomien etuuskien alkamiseen noin kuudenkymmenenviiden vuoden iässä. Suomen lainsäädännössä ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan väestöä, joka on vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä. Iäkkäällä ihmisellä taas tarkoitetaan henkilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt psyykkisesti, fyysisesti, kognitiivisesti tai sosiaalisesti iän myötä alkaneiden, pahentuneiden tai lisääntyneiden sairauksien

tai vammojen vuoksi tai hänellä on ikään liittyvää rappeutumista. (Oulun kaupungin www-sivut 2015.)

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvystä määritellään iäkäs henkilö sellaiseksi henkilöksi, jonka psyykkinen, fyysinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän tuomien pahentuneiden tai lisääntyneiden vammojen tai sairauksien vuoksi tai sellaisen rappeuman johdosta, joka liittyy korkeaan ikään. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 3 §.)

Iäkkäiden osuus lisääntyy jatkuvasti. Pelkästään viime vuosisadasta puhuttaessa keskimääräinen elinikä on pidentynyt noin kaksikymmentäviisi vuotta. Viimeisten vuosikymmenien aikana kuolleisuus on vähentynyt erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä. Ihmiset siis elävät kokoajan entistä vanhemmiksi ja toisaalta suuret ikäluokat ovat tulleet jo varttuneeseen ikään. (Punnonen, 2012, 26.) Ikärakenteen vanhenemisen myötä on alettu puhua entistä enemmän hyvästä ikääntymisestä ja onnistuneesta vanhenemisestä. Tämä kattaa yksilöllisiä, hyviä kokemuksia elämästä ikääntyneenä, sekä henkisen, sosiaalisen ja fyysisen aktiivisuuden säilyttämisestä. (Kankare & Lintula 2004, 157.)

Sodan jälkeisinä vuosina (1945-1950) Suomeen syntyi huomattavan suuri uusi sukupolvi. Suomi sai uusia kansalaisia tuolloin n. 600 000. Näistä ihmisistä kuulemme puhuttavan suurina ikäluokkina. Nämä suuret ikäluokat ovat nyt eläkeiässä ja se näkyy ainakin kehittämistarpeena sosiaali- ja terveysalalla, asuntopoliitikassa, palveluissa ja yhdyskuntasuunnittelussa. (Kankare, Lintula 2004, 156.) Suomalaisen yhteiskunnan ikääntyminen ei ole kielteinen ilmiö, vaan on hyvä ajatella asiaa siltä kannalta, että jo pitkään jatkunut keskimääräinen eliniän piteneminen ja sitä edistänyt yleisen hyvinvoinnin kasvu on tämän kehityksen taustalla. (Jyrkämä 2003, 13)

Suuret ikäluokat tulevat keskimäärin edeltäjiänsä paremmassa kunnossa eläkeikään ja heillä on odotettavissa myös terveempiä elinvuosia enemmän kuin aiemmilla sukupolvilla. Tässä yhteydessä puhutaan kolmannesta iästä, jolla tarkoitetaan vanhuuden ja työiän väliin jäävää omaleimaista ja pitkää elämänvaihetta. Tämä elämänvaihe

ei ole enää työn täyttämää aikaa, vaan omalle hyvinvoinnille omistettua aktiivista aikaa. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 90.)

Yhteiskunnallisella tasolla ajateltuna yhä useampi yhteiskunnan jäsen elää yhä pidemmän ja monivaiheisen vanhuuden. Tämä on tärkeä osa ihmisen elämänsaarta. Painetta syntyy siis myös sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun, kun kansalaisten arvostus tulisi näkyä myös heidän kohtelussaan. Eliniän nousu näkyy myös yhä useamman riskinä altistua dementiaa aiheuttaville sairauksille. Tämä korostaa eettisen näkökulman merkitystä vanhustenhuollossa. (Kankare & Lintula 2004, 157.)

Puhuttaessa ikääntymisestä ja suomalaisten vanhentumisesta on hyvä muistaa myös, että se on tuonut tullessaan käytännön muutoksia ikäihmisten hoitamiseen ja asumisjärjestelyihin. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus vuodelta 2013 korostaa, että ikääntyneen väestön elämänlaadun kannalta keskeisin asumisen paikka on oma koti. Kotona asuminen tukee henkilön itsemääräämisoikeutta (Sosiaali- ja terveysministeriö, 21.) Kotona asuukin nyt entistä enemmän huonokuntoisia ja myös monisairaita ikääntyneitä. Monilla näistä ihmisistä on myös jo iäkäs puoliso, joka hoitaa käytännön asioita kotona. On hyvä muistaa, että varsinkin tällaisten iäkkäiden henkilöiden ja parien kohdalla pienetkin asiat vaikuttavat usein toisiinsa ja asioiden ennaltaehkäisy nousee suureen rooliin. Toimintakyvyn romahtamisen voi aiheuttaa vähäinenkin muutos terveydentilassa esimerkiksi henkilölle epäsopeva lääke, virusinfektio tai vaikka helteestä johtuva kuivuminen.

Samankaltaisesti myös muutokset avunsaannissa tai ympäristössä esimerkiksi putki-remontti tai puolison sairaalahoitoon joutuminen voivat vaarantaa henkilön selviytymisen omassa kodissa. Lääkärin diagnoosikaan ei tällaisessa tilanteessa aina ole ratkaisu, vaan asianmukaisen diagnoosin tekemiseksi tarvitaan usein kuvantamistutkimuksia ja laboratoriokokeita. Jos lisäselvityksiä ei kyetä tekemään avohoidossa, tämä vaatii potilaan hakeutumista päivystykseen. On ennustettu, että väestön ikääntyessä geriatrinen päivystyspotilaiden kokonaismäärä ja osuus päivystyksen palveluiden käyttäjistä tulee kasvamaan, nytkin jo keskimäärin joka viides päivystyspotilas on yli seitsemänkymmentäviisivuotias. Huipussaan tämän määrän on ennustettu olevan vuonna 2030. (Haapamäki, Huhtala, Löfgren, Mylläri, Seunelä & Valvanne, 7.). Kiinnostuinkin oikeastaan juuri tämän takia arviointiyksiköstä opinnäytetyön



aiheena. Mielestäni geriatrisen arviointiyksikön tarkoitus on juuri väestöllisen muutoksen kautta tarkasteltuna, olla apuna ratkaisemassa esimerkiksi juuri näitä edellä mainittuja päivystystä kuormittavia ongelmia mitä nopea ikääntyminenkin tuo tullessaan.

Geriatrisen arviointiyksikkö vastaa myös tarpeeseen arvioida ja säilyttää olemassa olevaa toimintakykyä ikääntyvillä ja parhaimmassa tapauksessa myös löytää juuri ne ongelmat, jotka huonontavat ikäihmisen elämänlaatua omassa arjessaan ja vastata näihin tarpeisiin miettimällä keinoja elämänlaadun parantamiseksi. Laajemmin katsottuna tällainen toiminta voi vähentää juuri esimerkiksi sellaisia päivystyskäyntejä, jotka ovat ratkaistavissa muullakin keinoin. Ennaltaehkäisy ja tilanteen kokonaisarviointi on tässä avainasemassa.

### 3 IKÄÄNTYNEEN TERVEYS JA TOIMINTAKYKY

Terveyden ja toimintakyvyn käsitteet liittyvät vahvasti toisiinsa. Myöskään kumpikaan näistä käsitteistä ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä. Riippuen miltä kannalta asiaa katsotaan terveyttä voidaan pitää yksilön voimavarana, toimintakyknä, ominaisuutena, tasapainona tai kyknä selviytyä ja suoriutua. Näin ollen toimintakyky on suppeimmillaan tehdessä yksittäistä tehtävää esimerkiksi fyysistä rasitusta ja toisaalta voidaan nähdä sen olevan laajimmillaan, kun henkilö selviytyy päivittäisistä toimistaan. (Eloranta & Punkanen 2008, 9.)

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi on toimintakykyä kuvattu tarkoittamaan sitä, että henkilö kykenee selviytymään itselleen välttämättömistä ja merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa elää. Henkilön oma arvio toimintakyvystään on yhteydessä hänen sairauksiinsa ja terveyteensä, asenteisiinsa, toimintaansa sekä sellaisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat suoriutumiseen päivittäisissä perustoimissa työssä, arjen askareissa, opiskelussa ja vapaa-ajan vietossa. Jotta henkilön toimintakyvystä saadaan riittävän laaja kuva palvelutarpeen arvioimiseksi, on selvittämistyössä huomioitava henkilön toimintakyvyn eri ulottuvuudet, joiden lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat keskeisesti

elinympäristöön ja asumiseen liittyvät tekijät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 69.)

Toimintakykyä nähdään jaettavan usein näihin kolmeen osa-alueeseen: Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Lisäksi tässä yhteydessä puhutaan usein myös kognitiivisesta toimintakyvystä, mutta sen voi liittää myös psyykkisen toimintakyvyn alle.

### 3.1 Fyysinen toimintakyky

Puhuttaessa toimintakyvystä monille tulee ensimmäisenä mieleen fyysinen toimintakyky, ehkä siitä syystä, että se on niin konkreettista. Fyysisen toimintakyvyn osa-alueetta on myös tutkittu eniten, koska parhaiten ikääntymisen muutokset näkyvät juuri sillä alueella. Ikääntyminen tuo tullessaan elimistön toimintakyvyn heikkenemisen ja ikääntyessä myös kyky vastustaa sairauksia vähenee. (Eloranta & Punkanen 2008, 10.)

Ikääntymisen myötä ihmisessä tapahtuu monia psykologisia, fysiologisia ja sosiaalisia muutoksia. Esimerkkinä tästä muutoksesta on aisteissa tapahtuvat muutokset. Muutoksia tapahtuu jonkin verran kaikissa aisteissa. Ikääntyminen muuttaa myös kehon koostumusta. Luuston mineraalipitoisuus ja veden osuus elimistössä vähenee. Lihaskudos vähenee ja rasvakudoksen suhteellinen osuus kasvaa, tätä myötä myös perusaineenvaihdunta hidastuu. Myös energiantarve vähenee, kun fyysisen aktiivisuuden vähenemisen myötä. Ruunansulatuselinten, verenkiertoelinten, keuhkojen ja hengitysteiden, sekä lihaskunnan muutokset tekevät oman osansa iäkkään hyvinvointiin. (Eloranta & Punkanen 2008, 11.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaankin ihmisen kykyä selviytyä arjen kannalta tärkeistä tehtävistä omien fysiologisten ominaisuuksiensa avulla, joita ovat esimerkiksi lihasvoima ja kestävyys, kestävyyskunto, nivelten liikkuvuus, kehon asennon ja liikkeiden hallinta, sekä näitä koordinoiva keskushermoston toiminta. Aistitoiminnoista näkö ja kuulo liitetään fyysiseen toimintakykyyn. Näiden lisäksi läheisesti

fyysiseen toimintakykyyn liittyviä käsitteitä ovat fyysinen suorituskyky, fyysinen kunto ja terveyskunto. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015)

Fyysisen toimintakyvyn arviointi onkin todella tärkeä osa ikäihmisen kokonaisvaltaista arviointia hoitoyksiköissä. Moniammatillisessa työssä tiedonkulun ja kirjaamisen merkitys korostuu niin, että kaikilla tiimin jäsenillä on yhteinen näkemys hoidon ja kuntoutuksen tavoitteista ja toimintaperiaatteista. Toimintakyvyn arvioinnin tavoitteena on löytää ne alueet, joissa toimintakyky on heikentynyt ja havainnoida potilaan olemassa olevia voimavaroja niin, että osataan vahvistaa potilaan jäljellä olevia kykyjä. Erilaiset testaukset ja toimintakyvyn mittarit auttavat kohdentamaan toimenpiteet oikein ja toimivat apuna hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa ja palvelun tarvetta arvioidessa.

Tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskevasta suunnitelmasta säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Toisen luvun 4 a §:ssä sanotaan, että toteutettaessa terveyden- ja sairaanhoitoa on tarvittaessa laadittava hoitoa, tutkimusta, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Tästä suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon toteuttamisaikataulu ja potilaan hoidon järjestäminen. Suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheisensä, omaisensa tai hänen laillisen edustajansa kanssa”. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 4§.)

Kuntoutuksen ja kotiutuksen suunnittelu tulisi aloittaa heti tulotilanteesta. Lääkäriin tutkimuksen ja hoitohenkilökunnan suorittaman tulohaastattelun ja hoitotyön ongelmien, sekä hoidon tarpeen kartoittamisen jälkeen laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka sisältää hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet.

Myös vanhuspalvelulaki korostaa palvelusuunnitelman merkitystä. Lain 16§:ssa kuvaillaan palvelusuunnitelman sisältöä niin, että siinä on määriteltävä iäkkään henkilön tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuus. Kokonaisuus pystytään määrittelemään, kun iäkkäälle on ennen suunnitelman laatimista tehty toimintakykyä koskeva arvio. Määriteltyjen palveluiden kokonaisuuden on tarkoitus tukea henkilön hyvinvointi, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista, sekä turvata hänen saamaansa hyvää hoitoa. Kokonaisuuden muodostamiseksi neuvotellaan iäkkään

henkilön itsensä, tai tarvittaessa hänen omaisensa, edunvalvojansa tai muun läheisen kanssa. Suunnitelmaan on kirjattava iäkkään henkilön näkemyksen vaihtoehtoista. Palvelusuunnitelmaa päivitetään tilanteen mukaiseksi aina viipymättä silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu sellaisia olennaisia muutoksia, jotka vaikuttavat hänen palvelutarpeeseensa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 2012, 16§)

Nykyään monissa hoitoyksiköissä hoitajat ohjaavat ja kuntouttavat potilasta kuntouttavan työotteen periaatteiden mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että päivittäisten hoitotoimien yhteydessä potilaan omatoimisuutta tuetaan ja häntä kannustetaan harjoittamaan ja käyttämään hyväksi jäljellä olevia vahvuuksiaan. Ei siis tehdä kenenkään puolesta asioita, joita hän pystyy itse tekemään. Tässä on taustalla se, että ihminen on onnellinen pystyessään toimimaan itsenäisesti. Vuodelepo heikentää erityisesti iäkkään ihmisen terveyttä ja toimintakykyä nopeasti. Vuodelepo aiheuttaa muutoksia aineenvaihdunnassa ja verenkierron, sekä hengitystoimintojen heikkenemistä. Näiden lisäksi lihasvoima ja luuntiheys heikkenevät nopeasti vuodelevossa. Eräs tutkimus osoitti, että 10 vuorokautta kestänyt vuodelepo vähensi lihasvoimaa vuorokaudessa 1,6%, tämä tapahtui yli 60-vuotiailla terveillä henkilöillä. Todellinen lihasvoiman heikkeneminen on varmasti suurempaa sairaalahoitoon joutuneilla iäkkäillä ihmisillä, osittain sairauksista, lääkityksestä ja ruokahaluttomuudesta johtuen. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 469.)

Kuntoutus tulisi siis mielellään aloittaa heti ensimmäisenä sairaalassa olopäivänä. Edellä mainittukin osoittaa, että ikäihmisen kotona selviytymistä voidaan kuntoutuksella edistää ja mahdollista laitoshoidon palveluasumisen tarvetta siirtää. Kotona olevilla iäkkäillä taas, joilla ei vielä ole ongelmia tai sairaalajaksoja, olisi ennaltaehkäisevä liikunta erityisen tärkeää. Iäkkäät tarvitsevat tässä usein kannustusta ja tietoa esimerkiksi siitä, mitä ikä tuo tullessaan ja miten nopeasti lihasvoimat surkastuvat. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 469)

### 3.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkinen toimintakyky liittyy vahvasti mielenterveyteen, psyykkiseen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja se kattaa tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja, kuten kykyä tuntea, kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoja, kykyä kokea ja muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta, kykyä suunnitella elämäänsä ja tehdä sitä koskevia ratkaisuja ja valintoja. Psyykkisessä toimintakyvyssä on siis kyse niistä voimavaroista joiden avulla ihminen kykenee selviytymään arjen kriisitilanteista ja haasteista. Myös selviytyminen sosiaalisen ympäristön haasteista ja ihmisen persoonallisuus kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Kun ihminen tuntee voivansa hyvin, luottaa kykyynsä selviytyä arjen haasteista, suhtautuu realistisen luottavasti tulevaisuuteen ja ympäröivään maailmaan, arvostaa itseään ja kykenee tekemään harkittuja päätöksiä hän voi sanoa olevansa psyykkisesti toimintakykyinen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut 2015](#))

### 3.3 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiiviset ajatteluun ja tiedon käsittelyyn liittyvät toiminnot ovat keskeisiä psyykkisiä toimintoja, mutta ne erotellaan silti usein itsenäiseksi toimintakyvyn osa-alueeksi. Erityisesti näin on silloin, kun viitataan kognitiivisiin perustoimintoihin kuten oppimiseen ja muistiin.

Kognitiivinen toimintakyky on tiedonkäsittelyyn liittyvien eri osa-alueiden yhteistoimintaa. Tämä mahdollistaa ihmisen arjessa suoriutumisen. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon säilyttämiseen, käyttöön, käsittelyyn ja vastaanottoon liittyviä psyykkisiä toimintoja, joka sisältää muun muassa: muistin, keskittymisen, tarkkaavuuden, oppimisen, kielellisen toiminnan, hahmottamisen, toiminnan ohjauksen, orientaation ja ongelmien ratkaisun. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut 2015](#))

### 3.4 Sosiaalinen toimintakyky

Ihminen syntyy jäseneksi sosiaaliseen yhteisöön, perheeseen. Tämä perusyhteisö luo perustan yhteiselle olemassaololle, vuorovaikutustaidoille ja niin kutsutulle sosiaali-

selle minälle. Sosiaalinen käyttäytyminen taas rakentuu varhaisimpien ihmissuhteiden asettamien haasteiden ja niiden antaman tuen keskelle (Heikkinen 2013, 386). Henkilökohtainen elämän kulku ja elämäntapahtumat, sekä henkilön itsensä tekemät valinnat vaikuttavat valmiuksiensa ja ominaisuuksiensa myötä joko rikastuttavasti tai rajaavasti hänen sosiaaliseen toimintaansa. (Heikkinen 2013, 387) Sosiaaliseen toimintakykyyn sisällytetään kaksi ulottuvuutta, jotka ovat ihminen vuorovaikutussuhteissaan ja ihminen aktiivisena toimijana, osallistujana yhteisössä ja yhteiskunnassa.

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön ja sosiaalisen verkoston, ympäristön yhteiskunnan tai yhteisön dynaamisessa vuorovaikutuksessa näiden tarjoamien rajojen ja mahdollisuuksien puitteissa. Tämä ilmenee esimerkiksi rooleissa suoriutumisenä, vuorovaikutustilanteissa, osallistumisena, sosiaalisena aktiivisuutena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksena (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015)

### 3.5 Ikäihmisen ravitsemus

Hyvä ravitsemus ylläpitää elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä olipa henkilö sitten terve tai sairas. Hyvä ravitsemus ehkäisee myös kansansairauksia esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteja 2 tyypin diabetesta ja tiettyjä syöpiä. Ruokavalio onkin monissa sairauksissa keskeinen osa hyvää hoitoa. Ruokailu on myös mielihyvän lähde ja monille tärkeä osa päivää. (Ravitsemussuositukset 2014.) Ravitsemussuosituksilla pyritään parantamaan väestön terveyttä ravitsemuksen avulla. Suomalaiset ravitsemussuositukset on tarkoitettu koko väestölle, ensisijaisesti terveille, kohtuullisesti liikkuville ihmiselle, mutta ne sopivat sellaisenaan esimerkiksi sepelvaltimotautia sairastaville ja diabeetikoille, sekä toimivat hyvänä lähtökohtana muidenkin sairauksien ravitsemushoitoa suunniteltaessa.

Ikä tuo ravitsemukseen myös omat erityispiirteensä. Ravitsemustila ja ravinnonsaanti heikkenevät usein iän ja sairauksien myötä. Riskissä virheravitsemukseen ovat erityisesti yli kahdeksankymmentävuotiaat ikäänntyneet moni sairaat, muistisairaat ja masentuneet. Laihtuminen ja liian vähäinen energian ja proteiinin saanti ovat keskeisiä ongelmia. Iäkkään ruokailu voi monesti olla hyvin yksipuolista ja riittämätön-

tä ravintosisällöltään. Ravitsemusta tarkkailtaessa onkin aina hyvä muistaa, että myös ylipainoinen voi olla aliravittu. Erityisen tärkeää iäkkäiden ravitsemuksessa onkin riittävän proteiinin, energian, kuidun, nesteen ja muiden ravintoaineiden saannin turvaaminen. Ruokailun pitäisi olla monipuolista ja D-vitamiinivalmisteen käyttö monen kohdalla on suositeltavaa. Suun terveydestä tulisi myös huolehtia, jottei erinäiset suun ongelmat häiritse syömistä ja sitä kautta hyvän ravitsemuksen toteutumista. Tahaton laihtuminen tulisi myös tunnistaa ja ehkäistä mahdollisuuksien mukaan. (Ravitsemussuositus ikääntyneille 2010)

Sairaalahoidossa ravitsemushoidon suunnittelu ja toteutus on tärkeää. Yli kuusikymmentäviisivuotiailla on tärkeää mitata pituus, paino, BMI ja D-vitamiinitaso. Ravitsemustilaa voi arvioida MNA-testillä: 0-7 pistettä: aliravittu, 8-11 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut, 12-14 pistettä: normaali ravitsemus. Testin tulosten perusteella voi miettiä jatkotoimenpiteitä, joita ovat esimerkiksi painonseuranta, ruokailun seuranta ja seurannan perusteella tehtävät muutokset ruokavalioon. Näistä esimerkkinä runsasenerginen tai proteiinipitoinen ruokavalio. Tulee ottaa myös huomioon esimerkiksi puutavaikeudet, jolloin voi miettiä hyötyisikö potilas vaikka pehmeästä tai sosemaisesta ruuasta tai joistakin ruokailun apuvälineistä. Täydennysravintovalmisteiden käyttö ja joissakin myös tapauksissa ravintoterapeutin konsultointi voi olla aiheellinen. Ravitsemushoidon suunnitelma ja hyvä kirjaaminen on tärkeää, jotta se palvelee paremmin potilaan kokonaistilannetta ja hänen hoidonsuunnitelmaan myös mahdollista jatkoa ajatellen muissa hoitavissa yksiköissä. Potilasta tulee myös itseään ohjeistaa syömään terveellisemmin ja monipuolisemmin ja kertoa mitä tämä asia pitää sisällään, jotta hyvä ravitsemushoito jatkuisi myös potilaan kotona. (Ravitsemussuositukset 2014.)

#### 4 GERIATRINEN ARVIOINTI

Geriatrinen arviointi sisältää somaattisen, psyykkisen ja kognitiivisen terveydentilan, sekä sosiaalisten elinolojen kartoittamista. Kartoituksessa huomioidaan kuntoutuksen ja lääketieteellisen hoidon tarvetta, sekä muodostetaan käsitys tärkeimpien sairauksien ennusteesta ja iäkkään toimintavajeen lääketieteellisistä syistä. Samalla arvioi-

daan kotiin annettavien palveluiden määrää ja tarvetta. Arvioinnissa on tärkeää, että se on moniammatillista ja systemaattista.

(Jäntti 2014.)

Kunnan tulee järjestää iäkkäille henkilöille laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden riittäviä ja oikea-aikaisia. Talvelut tulee toteuttaa tukemaan iäkkään henkilön terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä, sekä osallisuutta ja itsenäistä suoriutumista. Lisäksi tässä kohdassa on mainittu, että ennaltaehkäistäkseen muuta palvelutarvetta, kunnan on kiinnitettävä erityistä huomioita kotiin annettaviin ja kuntoutusta edistäviin palveluihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 908/2012, 13 §)

Potilaan kokonaistalanteen ja terveydentilan kokonaisarvion tärkeys korostuu erityisesti silloin, kun henkilö on iäkäs ihminen. Iäkkäiden ihmisten monet sairaudet ja sairauksien monioireisuudet vaikuttavat tähän. Arvioinnin ensisijaisena tavoitteena on parantaa diagnostiikkaa ja sen myötä kohdentaa hoitoa oikein. Tähän kuuluu myös potilaan suojaaminen sellaisilta hoitoihin liittyviltä turhilta toimenpiteiltä ja vaaroilta, jotka eivät paranna potilaan elämänlaatua. Geriatrisen arvioinnin tarkoituksena on myös edistää terveystalveluiden tarkoituksenmukaisempaa käyttöä ja selvittää mahdollista laitostarvetta. Geriatrisen ja tavanomaisen kliinisen tutkimuksen erottaa se, että geriatrisen arviointi kartoittaa fyysisten, psyykkisten ja kognitiivisten kykyjen kartoituksen ohella myös henkilön elämänlaatua, arvioi toimintakykyä ja tarkastelee sosiaalisia näkökohtia. Kun arvioidaan monisairaana iäkkään henkilön hoito- ja palvelutarpeen muutoksia, tulisi tehdä geriatrisen arviointi. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 325.)

Kunnan tulee järjestää sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan ikääntyneen väestön sosiaalitalvelut sellaisina, kuin kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, toimintakyky ja sosiaalinen turvallisuus edellyttävät. Talvelut on järjestettävä siten, että ne ovat ikääntyneelle väestölle saatavissa yhdenvertaisesti.

(Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 908/2012, 7§.)



Geriatrisen arviointiyksikön ajatuksena onkin toimia matalan kynnyksen periaatteella, jolloin sen palvelut ovat helposti ja yhdenvertaisesti iäkkäille kuntalaisille saatavilla. ”Kun vanhus pääsee ajoissa palveluihin kiinni, hänen kuntonsa ei pääse niin huonoon kuntoon, että hän joutuisi heti tehostettuun palveluasumiseen tai laitoshoittoon” (Haverinen 2014, 16).

#### 4.1 Geriatriinen arviointiyksikkö

Arviointiyksikön toiminta painottuu geriatriseen ennaltaehkäisevään työhön ja tavoitteena on, että iäkkäät kuntalaiset voisivat selviytyä kotonaan tai aikaisemmassa asuinpaikassaan entistä pidempään. Arviointiyksikkö pyrkii ehkäisemään esimerkiksi toistuvia sairaalakäyntejä ja vastaa näin ollen edellä mainittuun tarpeeseen muiden palveluiden osalta. Arviointiyksikköön voi tulla kotonaan asuva ikäihminen kotoaan esimerkiksi kotihoidon tai kotisairaalan läheteellä. Ambulanssin henkilökunta tai palveluohjaaja voi soittaa myös asiakkaan kotoa saadakseen lähetteen arviointiyksikköön. Arviointiyksikköön voi saada lähetteen myös tehostetusta palvelutalosta, lyhytaikaishoidosta, erikoissairaanhoidon osastoilta, poliklinikoilta, yhteispäivystyksestä, perusterveydenhuollon osastoilta ja yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksista. Suurimpana kohderyhmänä arviointiyksikössä on kotonaan asuvat ikäihmiset, mutta arviointiyksikön potilaille ei ole määritelty ikärajaa. Osastolle voi tulla nuorempikin henkilö erilaisten toimintakykyä alentavien syiden vuoksi.

Arviointiin voi tulla, kun esimerkiksi kotona tai hoitopaikassa selviytyminen on vaikeutunut lyhyessä ajassa ja tilanteen selvittely ei siellä enää onnistu. Huomioitavana asiana on kuitenkin, että arviointipotilaalla ei saa olla epäilyä akuutista sairaudesta.

Arviointiyksikköön lähettämisen perusteena voi olla esimerkiksi tilanne, että potilas pärjää enää kotona. Tähän on olemassa monia erilaisia syitä. Yleistila on voinut laskea selittämättömän syyn takia ja tätä tullaan selvittämään arviointiyksikköön. Monilla on myös epämääräisiä vaivoja, joita on hyvä tutkia. Tässä tapauksessa arviointiin tullaan selvittämään näitä kyseisiä oireita. Oireita voi olla esimerkiksi huimaus, kivut, kävelyvaikeudet tai kaatuilu. Näillä ihmisillä voi olla takanaan useita käyntejä

päivystyksessä, terveyskeskuksessa tai sairaalassa ennen kuin he saavat lähetteen arviointiyksikköön. Arvioinnilla pyritään katkaisemaan tätä kierrettä. (Arviointikansio 2011, 4.)

Arvioinnin tavoitteena on tutkia iäkkään ongelma tai ongelmat ja keksiä niihin ratkaisu, jotta iäkäs voi jatkaa elämäänsä samanlaisena, tai jopa entistä parempana. Arjen ongelmat vanhuksilla voivat olla usein pieniä ja helposti ratkaistavissa, mutta usein ne muodostuvat lumipallomaisesti isoiksi ongelmiksi, jotka haittaavat arkea. Arviointiyksikkö koittaa pysäyttää lumipallon ennen todellisen ongelman muodostumista ja selvittää missä vika. Aiemmin tällainen henkilö olisi mennyt suorinta tietä päivystykseen, vaikka asia ei oikeastaan ole kiireellinen päivystysasia. Nyt hänellä on mahdollisuus myös saada lähete arviointiyksikköön.

Soininen on tutkinut opinnäytetyössään Noormarkun arviointiyksikön vaikuttavuutta ja tulokset osoittavat, että arviointijaksolla olleet potilaat olivat iäkkäitä, joiden toimintakyky oli jo heikentynyt. Suurin osa tarvitsi ulkopuolista apua päivittäisissä ja henkilökohtaisissa toiminnoissa. (Soininen 2015, 2.) Tulokset hän on saanut aineistosta, joka on kerätty Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla. Aineistona oli geriatrisessa arvioinnissa käytetyt mittarit ja niistä saadut tulokset, sekä kirjaukset Effica- potilastietojärjestelmässä. Kohderyhmänä tutkimuksessa olivat kaikki potilaat, jotka tulivat sinä aikana arviointijaksolle. (Soininen 2015, 25.) Soininen oli myös havainnut tutkimuksessaan, että arviointiyksikön potilaista lähes puolella oli kohonnut riski virheravitsemukseen tai he olivat jo aliravittuja. Kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä oli 88%:lla tutkituista ja masennukseen viittaavaa oli lähes puolella. Arviointijaksolla olleista potilaista 35% tarvitsi pysyvän laitoshoitopaikan kuukauden kuluttua arviointijaksosta. (Soininen 2015, 2.)

Arviointiyksikön tarkoituksena onkin saada iäkkäät nopeaan tilanteen arvioon ja löytää heille oikea tutkimus- ja hoitoyksikkö nopeasti, sekä vähentää heidän käyntejään päivystysyksikössä. Arviointiyksikön toiminnan kulmakivenä on moniammatillinen geriatrinen arviointi. Toimintaa kehitetään yhdessä kotisairaalan ja kotihoidon kanssa. Yhteistyö on tärkeää, sillä arvioinnilla pyritään tukemaan iäkkään omatoimisuuden ja toimintakyvyn ylläpitämistä ja tätä kautta myös kotona selviytymistä. Arvioinnin lisäksi osastolla hoidetaan turvapuhelintoimintaa. Geriatrisessa arviointiyksi-

kön osastonhoitajan mukaan yksikössä on neljätoista potilaspaikkaa, josta noin neljä paikkaa on varattu arviointijaksoihin viikon aikana. (henkilökohtainen tiedonanto 2016)

#### 4.2 Ikääntyneen toimintakyvyn mittaaminen

Ikääntyneen henkilön toimintakyvyn kartoittamiseksi kattavasti, on käytettävien arviointimenetelmien olla sellaisia, että ne ottavat ikäihmisen toimintakyvyn eri ulottuvuudet huomioon. Näitä ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Lisäksi on otettava huomioon sellaiset asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät, jotka ovat merkityksellisiä. WHO on kehittänyt hahmottamaan laajaa toimintakyvyn käsitettä ja tukemaan riittävän kattavaa ja monipuolista arviointia ICF- luokituksen (International Classification on Functioning, Disability and Health.). Tässä luokituksessa on kaksi osaa, jotka koostuvat molemmat kahdesta osa-alueesta. Ensimmäinen osa on toimintakyky ja toiminnanrajoitteet, joka jakautuu ruumiin/ kehon toimintoihin ja ruumiinrakenteisiin, sekä osallistumiseen ja suoritukseen. Toinen osa on ihmisen elämänpiiriin kuuluvat eli kontekstuaaliset tilannetekijät, jotka jakautuvat yksilötekijöihin ja ympäristötekijöihin. (Eloranta & Punkanen 2008, 19.) ICF- luokitus kuvaa sitä miten vamman ja sairauden vaikutukset tulevat näkyviin yksilön elämässä, sekä antaa mahdollisuudet kuvata toimintakykyä kokonaisvaltaisena ilmiönä ja luokitella toimintakyvyn kuvauksen pää- ja ala luokkiin. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016)

Yksi gerontologisen tutkimustyön keskeisimpiä kiinnostuksenkohteita on se miten iäkäs henkilö selviytyy päivittäisistä toiminnoista. Kiinnostus perustuu siihen, että aiheella on suuri merkitys sosiaali- ja terveystieteiden tarpeen kannalta katsottuna, mutta myös kuntoutuksen toteuttamisessa, arvioinnissa, hoitoisuuden arvioinnissa, tiettyjen sosiaalietuuksien saamisessa ja itsenäisen selviytymisen mahdollistamisessa. Päivittäisten toimintojen tutkiminen on aloitettu Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella jo 1980-luvun alussa. (Heikkinen 2013, 406.)

#### 4.2.1 Testit ja tiedonkeruu geriatrisessa arviointiyksikössä

Geriatrisen arviointiyksikön osastonhoitajan mukaan, yksikössä johon opinnäytetyö tehtiin, käytetään arviointiin tässä alla lyhyesti esiteltyjä mittareita.

Barthel- indeksi, joka on kehitetty mittamaan aikuispotilaiden toimintakykyä päivittäisissä perustoiminnoissa. Indeksillä on kehitetty ennen ja jälkeen kuntoutusta tehtävää toimintakyvyn arviointia varten. Mittarissa on kymmenen kysymystä, joista voi saada 0-100 pistettä. Pistemäärästä näkee onko henkilö täysin riippuvainen ulkopuolisesta avusta(0-20p), täysin riippumaton ulkopuolisesta avusta(100p), vai jotain siltä väliltä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

IADL- asteikko(Instrumental Activities of Daily Living), joka selvittää yli 60- vuotiaiden toiminnavajautta. Mittari kartoittaa toimintakykyä, joka liittyy päivittäisten asioiden hoitamiseen ja siihen liittyen ulkopuolisen avun tarvetta,, sekä toimii hoidon vaikutuksen arviointivälineenä ja apuna palvelujen suunnittelemiseen. Asteikko täytetään haastatteleamalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.)

Bergin tasapainotesti:

Testissä on neljätoista osiota, joilla pystytään testaamaan henkilön kykyä muuttaa ja ylläpitää asentoa vaikeutuvien suoritusten aikana. Tarkoituksena on tarkkailla iäkkäiden henkilöiden toiminnallisen tasapainon kehitystä. Testi toimii apuvälineenä arvioitaessa hoidon vaikutusta. Käytetään erilaisia neurologisia sairauksia sairastavien henkilöiden tasapainon arvioinnissa, sekä kaatumista ennustavana indikaattorina ja seulontatutkimuksessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

Käden puristusvoima:

Mittaa käden puristusvoimaa. Käden puristusvoiman on huomattu korreloivan yleisen fyysisen kunnon, käden dominanssin ja normaalin kasvun kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013.)

Timed Up and Go(TUG):

Mittari on kehitetty iäkkään henkilön tasapainon ja liikkumiskyvyn arviointiin Suoritus edellyttää tasapainoa, lihasvoimaa, koordinaatiota, nivelten liikkuvuutta, näköky-

kyä, sekä näitä tuottavien ja säätelevien järjestelmien yhteistoimintaa. Aikaa tulee varata n. 5 minuuttia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

10 m kävelytesti:

Lyhyen matkan kävelytestit ovat liikkumiskyvyn arviointiin kehitettyjä mittareita. Käveleminen edellyttää monien järjestelmien yhteistoimintaa esimerkiksi nivelten liikkuvuutta, lihasvoimaa, näköaistin toimintaa ja koordinaatiota. Neurologisilla potilailla tuloksia voidaan käyttää ilmoittamaan normaalista poikkeavaa tulosta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

MMSE(Mini mental state – asteikko):

Kehitetty alun perin kliiniseen tarkoitukseen potilaiden erotusdiagnoosin avuksi neurologisten ja psykiatristen potilaiden kohdalla. Käytetään arviointiyksikössä pääasiassa havainnoimaan muistisairauksia. Tieto kerätään potilasta haastatteleamalla. Menetelmää voi käyttää terveydenhuollon ammattilaiset ja muut asiaan perehdytetyt terveydenhuollossa toimivat henkilöt. Kokonaispistemäärä on kolmekymmentä pistettä ja poikkeavan tuloksen raja – arvo on kaksikymmentäneljä pistettä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

CERAD – kognitiivinen tehtäväsarja:

Tehtäväsarja on laadittu Yhdysvalloissa Alzheimerin taudin neurologisen ja kliinisen kuvantamiseen liittyvään tutkimukseen, sekä sellaisen hankkeen yhteydessä joka pyrkii neuropatologisten menetelmien yhtenäistämiseen. Tehtäväsarjan avulla voidaan havaita keskeiset varhaiset kognitiiviset Alzheimerin tautiin liittyvät muutokset. Tehtäväsarjaa voi käyttää terveydenhuollon ammattihenkilö (Lähinnä psykologi, Lääkäri, Muistihoitaja) joka on perehtynyt muistihäiriöiden arviointiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

GDS-30(Geriatric depression scale):

Sisältää kolmekymmentä kysymystä. Kysymyksiin vastataan joko kyllä tai ei kysymyksillä. Mittari kertoo haastateltavan mielialasta ja on kehitetty erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013.)

Ravitsemus tilan arviointi: MNA(Mini Nutritional Assesment) + ravitsemuskartoitus: Soveltuu yli 65- vuotiaan ravitsemustilan arviointiin. Tulokset jakavat iäkkäät kolmeen ryhmään: niihin joilla on hyvä ravitsemustila, virheravitsemuksen riskissä oleviin ja virheravitsemuksesta kärsiviin. (Gery ry www-sivut 2017.)

Niille joilla on virheravitsemuksen riski kasvanut, tehdään myös ruokailun seuranta osastolla ravitsemustilan selvittämiseksi tarkemmin.

Terveydentila: Sairaudet, Verikokeet (PVK, CRP, K, Na, Krea,TSH,D-25, B-12)  
Ortostaattinen koe, EKG

Lääkehoito: Arviointiyksikössä tehdään potilaille lääkityksen kartoitus. Lääkityksen kartoitus on osastofarmaseutin tekemä potilaan lääkityksen tarpeen ja tarkoituksen mukaisuuden arviointi. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen www-sivut 2015)

Taustatiedot, joihin kuuluu esimerkiksi kodin perusmukavuuksien ja esteettömyyden selvittäminen ja esimerkiksi kotihoidon ja muiden tukipalveluiden tarvetta ja jo mahdollista käyttöä selvitetään haastatteleamalla potilasta ja läheisiä.

#### 4.3 Arviointihoitaja

Arviointihoitaja vastaa arviointiin tulevien potilaiden asioiden koordinoinnista. Näihin kuuluvat esimerkiksi hoitosuunnitelman laatiminen ja arviointipotilaan testaukset erilaisten mittareiden avulla. Arviointihoitajalla tarkoitetaan tässä yhteydessä sairaanhoitajaa.

Potilaan tietojen selvittelyssä ja arvioinnissa on mukana myös moniammatilliseen tiimiin kuuluva kuntoutusohjaaja. Yhdessä sairaanhoitajan kanssa he käyvät läpi potilaan taustatietoja potilastietojärjestelmän avulla, kun arviointiyksikköön saapuu lähete uudesta potilaasta. Taustatietojen kartoittaminen on tärkeää, jotta arviointiyksikköön tuleva potilas hyötyisi arvioinnista mahdollisimman paljon. Geriatri käy esivalmistellut lähetteet läpi ja tekee päätöksen hoidon tarpeesta ja tätä kautta arvi-

ointiyksikköön tulevista potilaista niiden perusteella. Kun päätös on tehty niin joko ko. sairaanhoitaja tai kuntoutusohjaaja kutsuu uuden potilaan arviointijaksolle.

Arviointihoitaja ottaa arviointiin tulevan potilaan vastaan ja tekee hänelle tulohaastattelun. Tulohaastattelun avulla saadaan arvokasta tietoa myös potilasta saattavalta omaiselta tai kotihoitajalta. MNA- seulontatestin ja IADL- lomakkeen täyttämiseen on tärkeää haastatella myös omaisia ja muita läheisiä, jotka tuntevat arviointipotilaan jo entuudestaan (esimerkiksi omainen). Jos potilaalla ei ole saattajaa ja arviointihoitajalla on epäily potilaan antamien tietojen luotettavuudesta, on arviointihoitajan tehtävä soittaa omaiselle tai hoitavaan yksikköön taustatietojen selvittämistä varten.

Arviointihoitaja vastaa myös potilaan perustietojen, omaisen yhteystietojen ja riskitietojen päivittämisestä Effica- potilastietojärjestelmään. Potilaan tullessa arviointihoitaja huolehtii myös potilaan suostumuksen sähköiseen potilasrekisteriin.

Arviointihoitajan tehtävänä on myös selvittää potilaan historiaa potilastietojärjestelmästä. Arviointijaksolla tärkeitä tietoja ovat esimerkiksi tieto siitä millainen on ollut potilaan vointi aiemmin ja löytyykö potilaasta hiljattain tehtyjä testauksia muista yksiköistä. (MMSE, Cerad, jne.). Arviointipotilaat tulee ilmoittaa aina myös sosiaalityöntekijälle ja fysioterapeutille, jotta tärkeä moniammatillinen yhteistyö toimisi yksikössä hyvin.

#### 4.4 Arviointijakso

Moniammatillinen työryhmä kartoittaa jakson aikana potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti käyttäen hyväksi työryhmän ammattitaitoa eri aloilta. Potilaalle lähetetään kotiin kutsukirje ennen arviointijakson alkua. Kirjeen mukana on taustatietolomake ja IADL- kaavake, joka käsittelee päivittäisiä toimintoja.

lääkään omatoimisuuden ja hyvinvoinnin optimointi on geriatrisen kuntoutuksen tavoitteena. Satunnaistettujen ja kontrolloitujen tutkimusten perusteella geriatrisella arvioinnilla ja kuntoutustoiminnalla pystytään parantamaan akuutin sairauden johdosta sairaalaan hakeutuneiden vanhuspotilaiden toimintakykyä sekä kotona selviytymisen ja kotiutumisen edellytyksiä ilman lisäkustannuksia. Sekä tiukasti vali-

koidussa kotiuttamisongelmaisiin kohdistetussa potilasaineistossa, että valikoimattomissa potilasaineistoissa on saatu tästä hyviä tuloksia.

(Tilvis 2013.)

Tärkeää on järjestää tarvittaessa apua ja organisoida riittävät palvelut kotiin kotona asuville. Palveluita järjestettäessä on tärkeä kuulla potilasta ja keskustella hänen toiveistaan ja odotuksistaan tulevaisuuden suhteen. Tärkeätä on myös kuulla läheistä omaista ja keskustella hänen kanssaan huolista, jotka liittyvät arviointipotilaan toimintakykyyn ja yleiseen tilanteeseen. Asiakkaan ja hänen omaisensa on tarkoitus saada arviointijaksolta tukea, neuvontaa ja ohjausta. Heitä autetaan käytännönjärjestelyissä (etuudet, intervallit, apuvälineet, kotihoidon palvelut, jne.) ja arviointipotilaalle järjestetään tarvittaessa jatkohoito- ja kuntoutuspaikka. Lyhyen arviointijakson jälkeen asiakas voi myös kotiutua omaan entiseen ympäristöön, johon katsotaan hänelle tarvittavat palvelut. Riittävän kotihoidon ja omaishoitajan, sekä uuden kuntoutussuunnitelman kanssa hän voi hyvin selviytyä entistä paremmin arviointijakson jälkeen. Asiakas voi myös siirtyä jatkohoitoon tarvitsemaansa yksikköön vaikka geriatrielle kuntoutusosastolle. Arviointiyksikköön ei jäädä odottamaan jatkohoitoa. (Arviointikansio 2011, 5)

#### 4.5 Moniammatillisuus arviointiyksikössä

Arviointiyksikössä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti ja geriatri. Lähihoitajat hoitavat yksikössä pääasiassa turvapuhelintointia eivätkä osallistu arviointiprosessiin.

Maanantaisin arviointipotilaat saapuvat osastolle. Sairaanhoitaja/ arviointihoitaja ja kuntoutusohjaaja osallistuvat potilaiden vastaanottamiseen, haastatteluun ja taustatietoihin tutustumiseen. Sairaanhoitaja tai kuntoutusohjaaja hoitavat arviointijakson aikana testien tekemisen, toimintakyvyn arvioinnin omalta osaltaan, kirjaavat, suunnittelevat ja ovat yhteydessä eri tahoihin, sekä suunnittelevat ja toteuttavat jatkohoitoa. Omalta osaltaan myös fysioterapeutti ja osastonlääkäri haastattelevat, tutkivat, hakevat tietoa ja tekevät suunnitelmaa ajatellen potilaan jatkohoitoa. Fysioterapeutti



tekee myös lisätestejä. Osaston farmaseutti kartoittaa arviointipotilaan lääkitystä käyttäen hyväksi potilastietojärjestelmästä ja esitiedoista saamaansa tietoa.

Arviointijakson päätteeksi pidetään jokaisesta arviointipotilaasta palaveri, joka on sovittu etukäteen. Siellä esitellään arviointijaksolla saadut tulokset ja keskustellaan suunnitelmasta ja sen toteuttamisesta. Paikalla ovat potilas itse, osastonlääkäri, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja, arviointihoitaja (sairaanhoitaja), omainen/läheinen, sekä mahdollisesti kotihoidon edustaja, sosiaalityöntekijä tai joku muu taho. Arviointipalaverit järjestetään maanantaina tulleille potilaille keskiviikkona. Keskiviikkona saapuvat uudet potilaat, jolle tehdään samat edellä mainitut asiat ja heidän kanssaan pidetään palaveriä perjantaina.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata arviointihoitajan toimenkuvaa geriatriassa arviointiyksikössä. Työ piti aluksi tehdä toiseen arviointiyksikköön, mutta tämä ei onnistunut. Olin kuitenkin kiinnostunut arviointiyksiköstä toimintana ja halusin toteuttaa opinnäytetyöni hiukan soveltaen tähän geriatriiseen arviointiyksikköön. Arviointiyksiköt on perustettu suurin piirtein samoihin aikoihin ja näin ollen tutkimusongelmat oli suoraan sovellettavissa kumpaankin yksikköön.

Tutkimusongelmat olivat seuraavanlaiset:

- Miten geriatriiseen arviointiin osallistuvat hoitajat ovat omaksuneet työnkuvansa?
- Millainen arviointihoitajan rooli on moniammatillisessa tiimissä?
- Miten arviointihoitajan työnkuvaa kehitetään osastolla?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSYMPÄRISTÖ, KOHDERYHMÄ, AINEISTONKERUU JA ANALYSOINTI

Aineisto kerättiin kyselylomaketutkimuksena, joka tehtiin geriatrisessa arviointiyksikössä arviointiprosessiin osallistuville hoitajille. Kyselylomaketutkimus oli tutkimusasetelmaltaan poikittaistutkimus, eli aineisto on kerätty usealta vastaajalta yhdessä ajankohdassa. (Vastamäki 2010, 128) Tutkimuslomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä.

Kysely saatekirjeineen vietiin suoraan osastolle ja mukana oli kyselylomakkeita vastaava määrä suljettuja kirjekuoria, jotta vastaukset pysyisivät henkilökohtaisina. Vastauskuoret säilytettiin osastonhoitajan huoneessa. Kyselylomaketutkimus toteutettiin anonyymisti ja siihen vastaaminen oli vapaaehtoista. Osastonhoitaja oli tietoinen kyselyn tekemisestä jo useita viikkoja aiemmin ja hänellä oli ajankohta tiedossa etukäteen. Kysely toteutettiin 21.9 – 10.10.2016 välisenä aikana. Lupa tutkimuksen tekemiselle saatiin asianmukaisesti geriatrisen arviointiyksikön toimintaa ohjaavalta palvelujohtajalta. Kyselyihin vastasi määräaikaan mennessä seitsemän henkilöä.

Tutkimus oli lähtökohdiltaan määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Se sisälsi kysymyksiä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot, sekä Likertin asteikkoon perustuvia kysymyksiä, jotka mittasivat vastaajien asenteita ja mielipiteitä. Lisäksi kyselylomake sisälsi avoimia kysymyksiä, joita analysoin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Laadullinen sisältöanalyysi aloitetaan jakamalla iso sisältö pieniin osiin. Tämän jälkeen tutkimusaineisto käsitteellistetään ja lopuksi järjestellään aineisto uudelleen kokonaisuudeksi. (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka, 97)

Avoimista kysymyksistä etsittiin erilaisuuksia ja samanlaisuuksia. Samankaltaiset kertomukset yhdistettiin ryhmiksi, jotta kokonaisuus hahmottui paremmin. Lomakkeissa esiintyi asioita, jotka pystyi jaottelemaan kahteen ryhmään: ”asiat jotka ovat hyvin työssä” ja ”asiat jotka vaativat työssä kehitystä”. Tätä jaottelua käytettiin hyödyksi ja sitä kautta muodostettiin johtopäätöksiä perustuen päättelyyn. Näin muodostettiin käsitystä kerätyn aineiston sisällöstä.

Opinnäytetyön tekijä oli tutustumassa kahtena päivänä arviointiyksikön toimintaan ja sai olla mukana seuraamassa, kun asiakas tuli osastolle ja näki millainen on arviointiyksikössä jokaiselle asiakkaalle pidettävä alkupalaveri ja vastaavasti saman asiakkaan kohdalla jakson lopussa loppupalaverissa. Näin kuultiin, mitä tuloksia tämän potilaan kohdalla oli arviointijaksolla saatu ja mitkä jatkosuunnitelmat hänelle oltiin on laadittu.

Apuna opinnäytetyössä käytettiin myös käsitekarttaa havainnollistamaan kokonaisuutta paremmin. Käsitekartta on perusluonteeltaan kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Niiden laadullinen analyysi on luova tapahtuma, jossa hahmotellaan mahdollisia osa-alueita niin sanottuja osakarttoja. (Aaltola & Valli, 2010, 68) Kartat auttoivat hahmottamaan kokonaisuutta ja erityisesti niitä asioita, joita useimmiten nousi esiin kysymyslomakkeella kerätyistä vastauksista ja kokoamaan asioita yhteen isommaksi kokonaisuudeksi.

## 7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen reliabiliteetti ja valideetti määritellään usein kahdesta näkökulmasta: Ovatko tuloksista johdetut päätelmät reliaabeleja/valideja? Ja onko tutkimus- tai mittausmenetelmä reliaabeli ja/tai validi?

Tutkimuksen valideetin voidaan katsoa olevan hyvä silloin, kun tutkimuskysymykset ja tutkimuksen kohderyhmä ovat oikeat. Validiteetin arvioinnissa mietitään yleensä, että kuinka hyvin tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja tutkimusote vastaavat sitä ilmiötä, mitä halutaan tutkia. (Hiltunen 2009.)

Reliabiliteetilla taas tarkoitetaan tutkimusväitteiden ja tutkimustulosten luotettavuutta. Voidaan miettiä, että johtuuko tutkimustulos vain sattumasta, vai onko tuloksia mahdollista toistaa riippumattomasti? Luotettava tutkimus antaa alkuperäisen tutkimuksen edellytyksin toistettuna saman tuloksen kuin ensimmäinen. Validiteetin ja reliabiliteetin suhteelle pätee, että mitä alhaisempi reliabiliteetti on, sitä alhaisempi on myös valideetti. Väite ei kuitenkaan kääntäen pidä paikkaansa (Hiltunen 2009.)

Kyselylomake oli huolellisesti tähän tarkoitukseen laadittu. Kaikki vastaukset olivat myös selkeästi kirjoitettuja, joten minulla ei jäänyt mikään vastaus käyttämättä vaan kaikki saatu tieto on käytetty osana tutkimusta.

Tutkimuksen validiteetti on melko hyvä, mittari mittaa sitä mitä sen on tarkoitus mitata. Mittari vastaa hyvin ensimmäiseen ja toiseen tutkimusongelmaan, mutta ei kuitenkaan aivan täysin tyydyttävästi kolmanteen tutkimusongelmaan, joka koskee arviointijaksolla saatujen tulosten hyödyntämistä potilaan arjessa. Ilahduttavaa oli kuitenkin huomata, että vaikka laatimani mittari ei täysin vastannut kysymykseen, niin juuri tämän kolmannen kysymyksen ongelmaan on yksikössä paneuduttu ja siihen etsitään aktiivisesti ratkaisua kehittämällä yksikön toimintaa.

Tutkimuksen reliabiliteetista arvioisin, että olen melko johdonmukaisesti toteuttanut tutkimuksen, vaikka matkalla jouduin sopeutumaan muutokseen (alkuperäisen arviointiyksikön toiminnan loppuminen).

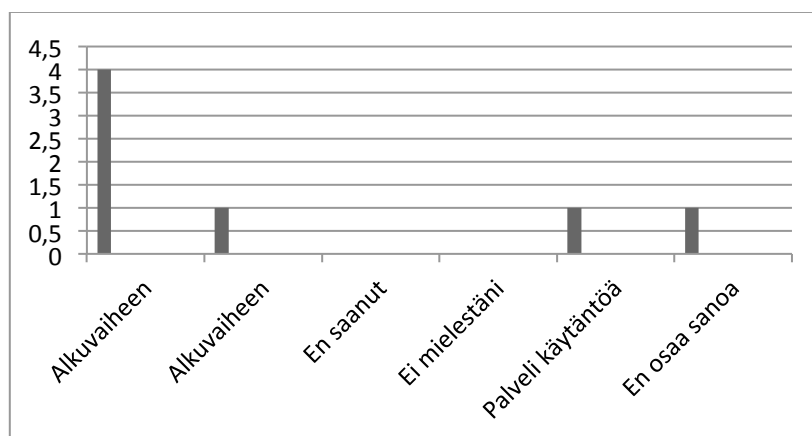
Vastuu tutkimuksen eettisyydestä on myös pääasiassa minulla itselläni. Anonyymisti toteutettu kyselylomake tukee eettisyyttä. En tunne vastaajia entuudestaan, enkä tiedä ketkä ovat vastanneet kyselyihin. Muut kuin minä ei ole myöskään nähnyt kyselyitä, koska vastaaja itse on laittanut oman vastauksensa suljettuun kirjekuoreen ja se on säilytetty osastonhoitajan huoneessa, jonka jälkeen minä olen avannut kuoret ja käsitellyt aineiston luottamuksellisesti.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeessa oli viisikymmentäneljä kysymystä, joista osa oli monivalintakysymyksiä ja osa avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi seitsemän henkilöä oletetusta kymmenestä henkilöstä. Esitiedoista kävi ilmi, että vastaajat olivat iältään 26-55-vuotiaita. Kaikki vastanneet henkilöt ovat vakituisessa työsuhteessa yksikössä, jonne kysely tehtiin.

Vastauksistakin kävi selvästi ilmi, että työnkuva on muuttunut jo koetusta muutoksesta verrattuna nykyhetkeen. Kuusi vastaajaa seitsemästä koki muutoksen tapahtuneen positiiviseen suuntaan. Alkuvaiheen perehdytyksestä enemmistö koki, että se oli riittävää ja palveli käytäntöä hyvin. Neljä vastaajaa seitsemästä koki alkuvaiheen perehdytyksen olleen riittävää, yksi oli sitä mieltä, että se ei ollut riittävää, yksi vastaaja oli sitä mieltä, että alun perehdytys palveli käytäntöä hyvin ja yksi ei osannut sanoa.

Kuvio 1. Alkuvaiheen perehdytys



Kaksi vastaajista ei jäänyt kaipaamaan perehdytykseltä mitään. Yksi vastaajista jäi kaipaamaan paremmin käytäntöä palvelevaa koulutusta ja loput vastaajista olivat jättäneet avoimen kommentin. Kommenteista kävi ilmi, että mittareiden käytön opetteleminen ja perehdytys muutenkin käytännön työhön on tullut myöhässä. Esimerkkinä tästä mittareiden käytön opettelua ja niiden ”avaamista” olisi toivottu toiminnan alkaessa. Käytäntö on kuitenkin opettanut työtä tehdessä juuri näitä kaivattuja asioita. Eräs vastaaja koki toiminnan olevan entuudestaan tuttua, kun oli siirtynyt toisesta yksiköstä ja näin ollen myös perehdytys oli ollut riittävää. Vastaajat kuvailivat myös, että työnkuvan luomisessa on käytetty hyväksi muissa kaupungeissa toteutettua mallia ja johdolta on tullut raamit arviointitoimintaan ja mallin luomiseen.

Työtehtäviin ja työn kuormittavuuteen liittyvissä kysymyksissä kuormittavaksi koettiin lääkäreiden vaihtuvuus, osaston muut potilasryhmät ja arviointipotilaat, jotka eivät saa tarvitsemaansa hyötyä arviointijaksosta. Lisäksi kysymykseen oli jätetty avoimia kommentteja. Vastauksissa nousi keskeisesti esiin ajankäyttö ja sen rajallisuus eri syiden vuoksi. Koettiin, että kaksi arvioitavaa potilasta on kerralla hyvä

määrä, mutta kolme samanaikaista arviointipotilasta tuo haastetta ja rajoittaa mahdollisuuksia paneutua niin perusteellisesti arvioitavan asioihin, kun olisi halua. Ajanpuute nousi esiin myös kommentteissa, joissa oli mainittu, että arvioitavat potilaat ovat välillä haasteellisia ja paljon aikaa vieviä. Kaikki ei mene aina saman kaavan mukaisesti ja lisäresurssit toisivat joustoa työn suorittamiseen. Arvioitavilla potilailla on usein moninaisia syitä olla arviointijaksolla ja ajan rajallisuus tuo omat haasteensa myös näiden arviointipotilaiden ongelmien ratkomiseen ja välillä tulos onkin, ettei ole keinoja auttaa niin paljon, kun haluaisi. Toisinaan taas hoitohenkilökunnan vähäinen määrä vaikuttaa siihen, että arviointiin käytettävän ajan määrä on ”kortilla” ja tämä tuo ilman muuta omat haasteensa. Työvuoron aikana on paljon asioita jotka tulisi pystyä hoitamaan kiireestä huolimatta.

Vastauksista kävi ilmi, että jokainen hoitaa myös muita potilaita arviointipotilaiden lisäksi. Neljä seitsemästä oli vastannut hoitavansa muitakin potilaita ja kolme seitsemästä oli vastannut hoitavansa välillä vain arviointipotilaita ja joskus muitakin potilaita riippuen tilanteesta. Potilaan lisäksi omaiset ja keskustelu omaisten kanssa vie aikaa ja vaikka tämä koetaan merkittäväksi ja tärkeäksi se jättää tunteen joskus siitä, että aikaa on niukasti. Harmitusta tuo myös se, että välillä arvioitavilla on todella laajasti ongelmia ja nämä voivat liittyä asioihin, joihin ei pystytä vaikuttamaan. Tästä esimerkkinä perheen sisäiset ongelmat. Siitä, onko työtehtävien määrä sopiva suhteessa annettuun aikaan oli suurin osa sitä mieltä, että tilanne on vaihteleva.

Työn kannalta merkittäviksi positiivisiksi puoliksi koetaan hyvä työilmapiiri, työkaaverit, moniammatillisen tiimin hyödyt ja työn palkitsevuus. Kysymyksiin oli tullut myös vastauksia, joista kävi ilmi, että positiiviseksi koetaan myös itsenäinen työskentely, työssä varattu aika keskustelulle potilaan ja omaisten kanssa. Iloa työhön tuo myös tunne siitä, kun saa auttaa potilasta ja kun pystyy toiminnallaan helpottamaan omaisen taakkaa. Arviointiin varatun ajan riittävydestä vastaajajenemmistö oli sitä mieltä, että se riippuu potilasaineistosta.

Lisäkommentteina asiaan oli mainittu, että aika riittää, jos saa keskittyä arviointiin. Ajan riittävyden haasteena koettiin myös arvioinnin lisäksi tehtävät työt, tästä esimerkkinä lääkkeiden jako ja paikkojen järjestely ”paikkapuhelimessa”.

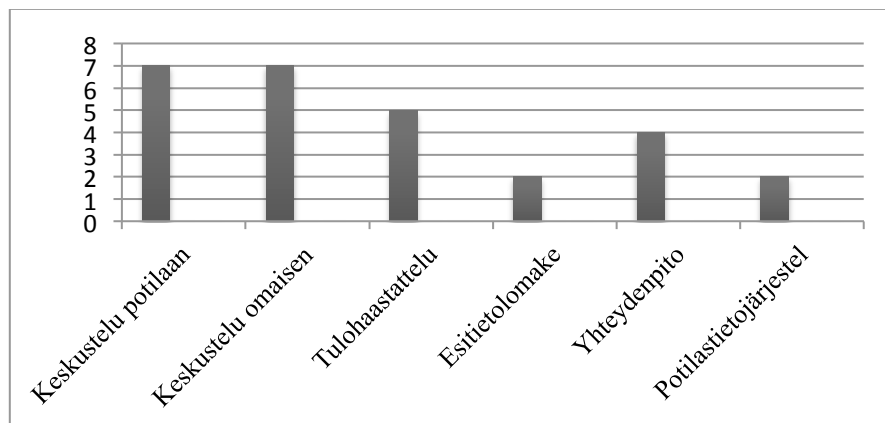
Moniammatilliseen tiimiin arviointiyksikössä kuuluvat sairaanhoitaja, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, lääkäri ja farmaseutti. Osastolla on myös lähihoitajia, mutta he hoitavat pääasiassa turvapuhelintoimintaa. Työnjako tiimin jäsenten välillä on selkeä. Myös omien ja muiden moniammatillisen tiimin jäsenten työtehtävien ja vastuualueiden koettiin olevan yksimielisesti selkeästi tiedossa. Moniammatillisen tiimin koettiin antavan monenlaista tukea: Jokainen tuo oman erityisosaamisensa tiimin käyttöön, tiimi tuottaa ratkaisumalleja, tiimi kasvattaa myös omaa osaamista, tiimi auttaa hoidon tavoitteiden hahmottamisessa ja tiimi auttaa kerätyn tiedon yhteensovittamisessa ja hoitosuunnitelman toteuttamisessa. Vastaukset jakautuivat melko tasaisesti vastaajien kesken. Vastaajat eivät suoranaisesti kokeneet, että moniammatillinen tiimi kaipaisi lisävahvistusta, mutta neljä vastaajaa seitsemästä koki tilanteen vaihtelevan potilaan tarpeista riippuen. Kolme oli sitä mieltä, että moniammatillinen tiimi ei kaipaa lisävahvistusta. Viisi seitsemästä vastaajasta oli sitä mieltä, että arviointihoitaja hyötyy eniten aamuvuorosta. Kaksi oli kuitenkin sitä mieltä, että arvioinnista vastaava hoitaja kaipaisi tilanteisiin mukautuvia vuoroja.

Arviointijakson kestosta viisi vastaajaa seitsemästä oli kertonut sen kestävän aina kolme päivää. Kaksi vastaajaa, että 3-5 päivää. Arviointipotilaat tulevat osastolle maanantaisin ja keskiviikkoisin eri aikoihin. Pääosin klo 9 ja klo 12. Ajan sopivuus koettiin hyväksi. Arviointipotilaiden määrä vaihtelee viikoittain. Neljä vastaajaa seitsemästä oli lisännyt avoimena kommenttina, että potilaita on yhtä aikaa neljästä viiteen. Viisi vastaajaa seitsemästä koki arvioitavien potilaiden määrän sopivaksi. Siitä korostuuko arvioitavissa potilaissa joku tietty potilasryhmä oltiin eri mieltä. Kolme vastaajaa seitsemästä oli sitä mieltä, että korostuu. Kolme taas sitä mieltä, että ei korostu ja yksi oli vastannut ettei osaa sanoa. Tämä eniten korostuva potilasryhmä oli yksimielisesti iäkkäät muistisairaat. Osa kyllä vastanneista halusi lisäkoulutusta kyseisestä potilasryhmästä, osa taas oli sitä mieltä, että tiedot omat tiedot ovat hyvät tähän potilasryhmään liittyen.

Neljä vastaajaa seitsemästä koki potilaiden saaman hyödyn arviointijaksosta riippuvan potilaasta ja hänen tarpeistaan. Kolme seitsemästä oli täysin sitä mieltä, että potilaat hyötyvät arviointijaksosta riippumatta tilanteesta. Tärkeimmiksi työkaluiksi esitietojen kartoittamiseen koettiin keskustelut potilaan ja hänen omaistensa tai muun

läheisen ihmisten kanssa. Myös tulohaastattelu, esitietolomake, yhteydenpito hoitopaikkaan ja potilastietojärjestelmä koettiin tärkeäksi.

Kuvio 2. Asiat, jotka koetaan tärkeimmäksi työkaluksi esitietojen kartoittamisessa



Enemmistö vastaajista koki toimintakykymittareiden palvelevan käytännön työtä hyvin. He kokivat myös mittareiden olevan riittävät siihen, että myös niiden potilaiden, joilla on monia toiminnan vajauksia tarpeet nousevat niillä tarpeeksi hyvin esiin. Yksi vastaaja seitsemästä koki, että eri ihmisille pitäisi olla erilaisia mittareita, Yksi vastaaja ei osannut sanoa. Lisäkommenttina oli arvioitu, että osa ongelmista nousee hyvin esiin, mutta sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät haasteet eivät.

Kaikille vastaajille oli selvää mittareiden käytön tarkoitus. Myös mittareiden tulkinta ja mittareiden tulosten käyttö oli kaikille vastaajille selvää. Myös kaikki ymmärsivät testien tekemisen ja niistä saatujen tulosten merkityksen potilaan arjen ja muun elämän kannalta katsottuna.

Kaikki vastaajat kokivat saaneensa tarpeeksi tietoa arvioitavista potilaista arviointijakson aikana. Tieto kulkee eri tahojen kesken pääosin hyvin, mutta välillä siinä on vaihtelua. Kaksi vastaajaa seitsemästä oli sitä mieltä, että saa tarvittavat tiedot arviointijakson aikana laatiakseen hoitosuunnitelman.

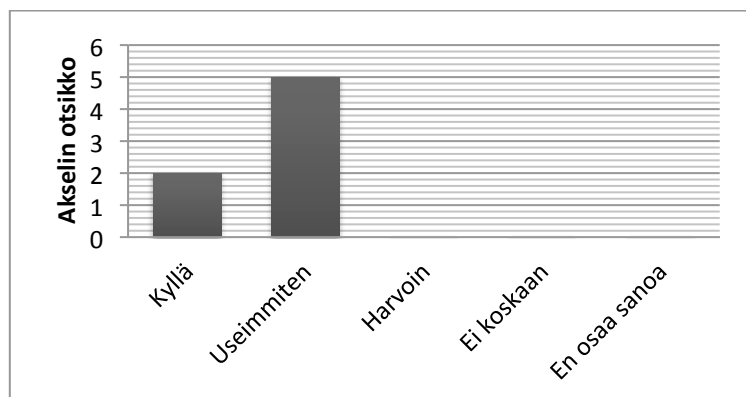
Kaikki vastaajat kokivat saaneensa useimmiten arviointijaksosta tarvittavia vastauksia potilaan tilanteen parantamiseksi tai ennallaan pitämisen mahdollistamiseksi.

Kaikki vastanneet ymmärsivät täysin hoitosuunnitelman merkityksen geriatrisen potilaan arjessa. Yksi vastaaja seitsemästä oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelma toteutuu



niin, että se tukee geriatrisen potilaan arjessa selviytymistä. Enemmistö oli kuitenkin sitä mieltä, että näin tapahtuu useimmiten. Kaksi vastaajaa seitsemästä oli sitä mieltä, että potilas kotiutuu aina hyvillä ohjeilla arviointijaksolta ja enemmistö vastanneista oli sitä mieltä, että näin tapahtuu useimmiten.

Kuvio 3. Potilaan kotiutuminen hyvillä ohjeilla arviointijaksolta



Kyselylomakkeen avoimesta kysymyksestä kävi ilmi, että toimintaa on arviointiyksikön toimintaa on kehitetty ja tämän vuoden aikana se on saatu toimivaksi. Kehitettävänä on ollut mittareiden tulosten sekä havaintojen liittäminen potilaan arkeen ja mittareiden merkityksen tiivistäminen hyvän jatkohoitosuunnitelman luomiseksi.

Vastaajien mielestä kyselylomakkeessa huomiotta jäänyt arviointijaksolle kutsuminen ja siihen liittyvä yhteydenpito vie aikaa. Juuri yhteydenpito on hyvin merkittävä monen arviointijakson toteutumisen kannalta.

Monenlaista kommenttia oli jätetty myös arvioitavien potilaiden määrästä. Hoitajat kokivat, että kolme arviointipotilasta on liikaa ja kaksi voisi olla hyvä määrä.

Kehityskohteeksi tunnistettiin myös, että arviointipalavereiden ajat ovat liian lähellä käin ja näin ollen ensimmäisen palaverin venyessä, toinen palaveri alkaa automaattisesti myöhässä.

Haasteeksi koettiin myös lääkäreiden vaihtuvuus ja toivottiin, että yksikössä olisi vain sellaisia lääkäreitä, joilla olisi motivaatiota arviointipotilaiden hoitamiseen. Lisäksi haastavaksi koettiin, että kuntoutusohjaaja ei aina ole paikalla ja sosiaalihojaaja ei aina tavoiteta, kun olisi tarvetta. Tärkeäksi koettiin myös, että sosiaalihojaaja pääsisi osallistumaan kaikkiin palavereihin.

Hyväksi koettiin se, että arviointiyksikön toimintaa ja arviointihoitajan työnkuvaa pohditaan, kehitetään ja keskustellaan yhdessä. Työtä kehitetään niin, että ideoita kuunnellaan ja hyvät ideat toteutetaan. Hyväksi koettiin myös, että mittareiden käytöstä on nyt enemmän ohjeita, kun arviointiyksikön perustamisen aikoihin.

Yksikön kehityssuunnitelmissa on jatkossa, kotikäyntien sisällyttäminen osaksi käytäntöä ja jonkinlainen poliklinikkatoiminta. Myös parempi läheteiden seulonta auttaisi siinä, että arviointiyksikössä olisi vain sellaisia potilaita kenen tilannettaan arviointijakso palvelee. Avoimista kommentteista nousi esiin, että hoitajat haluavat saada yksikön toiminnan niin hyväksi, että potilaat saavat arvioinnista tarvitsemaansa hyötyä ja vastinetta rahoilleen.

## 9 TULOKSET JA KEHITTÄMINEN

### 9.1 Opinnäytetyön prosessin arviointia

Työn tarkoituksena oli kuvata melko uutta arviointitoimintaa ja arviointihoitajan työnkuvaa ja selvittää, miten arviointihoitajan työtä kehitetään osastolla. Alun perin tarkoituksena oli myös selvittää, että miten arviointijaksolla kerättyjä tietoja osataan hyödyntää potilaan jatkohoidon suunnittelussa, sekä miettiä käytännön ratkaisuja kehityskohtiin, jotka nousevat esiin aineistosta ja laatia käytäntöä palveleva ohjeistus arviointihoitajan työnkuvan sisällöstä. Pidin erityisen tärkeänä laajan ja yksityiskohtiin keskittyvän kysymyslomakkeen laatimista, koska lomake toimi pohjana sille, että saisin nostettua esiin juuri niitä pieniä käytännön työhön vaikuttavia asioita, jotka ovat merkittäviä. Tässä onnistuin mielestäni hyvin.

Yksikkö, johon työ toteutettiin muuttui kuitenkin kesken työn tekemisen toiseen arviointiyksikköön tutkimuksesta riippumattomista syistä. Arviointiyksiköt ovat toiminta-ajatukseltaan samankaltaisia ja kysely oli helppo toteuttaa kumpaan tahansa yksikköön. Tutkimuksen taustatyö ei kuitenkaan ihan sellaisenaan pitänyt enää paikkaansa ja myös tutkimuskysymykset eivät sellaisenaan olleet enää niin ajankohtaisia,

kun tässä yksikössä oli toimintaa jo kehitetty pidemmälle. Ohjeistus arviointihoitajan työnkuvasta oli myös laadittu, joten sellaiselle ei ollut enää tarvetta. Jälkikäteen ajateltuna opinnäytetyön aineiston keräämiseen olisi voinut käyttää vastoin alkuperäistä suunnitelmaa esimerkiksi teemahaastattelua. Näin olisi voinut palata haastattelussa sellaisiin kysymyksiin, jotka tuottivat vastausten saannin jälkeen lisäkysymyksiä, mutta koska kyselyt toteutettiin anonyymisti ei voinut palata enää näihin asioihin. Yksikkö, johon opinnäytetyö piti alunperin toteuttaa, oli minulle entuudestaan tuttu ja näin ollen myös kysymyksiin vastaavat työntekijät. Aineiston keräämiseen valittiinkin juuri tästä syystä kyselylomaketutkimus, jotta se pysyisi mahdollisimman anonyyminä.

## 9.2 Opinnäytetyön tuloksien pohdinta

Tulokset arviointiyksikön toimivuudesta ja arviointihoitajan työnkuvasta ja sen toimivuudesta olivat erittäin positiivisia. Yksikössä on paljon hyviä ja toimivia asioita, jotka vaativat vain sitä, että nämä hyvin toimivat asiat tiedostetaan ja niiden toimivuutta ylläpidetään. Oli todella hienoa huomata, että arviointiyksikön toimintaa kehitetään yhdessä työyhteisön kanssa ja että yksikössä näyttäisi työskentelevän motivoituneita ja ammattitaitoisia työntekijöitä, joilla on halua kehittää omaa työtänsä entistä paremmaksi. Jo tutkimuksen tekovaiheessa huomasin kehitystä tapahtuneen erityisesti tämän vuoden aikana ja tämä oma huomio sai vahvistusta asioista, jotka nousivat tutkimusaineistosta esiin. Tästä esimerkkinä se, että työntekijöidenkin hyvät ideat huomioidaan ja otetaan käyttöön. Nytkin kokoajan toimintaa kehitetään entistä paremmaksi ja mielestäni tätä kehittämistyötä tehdään nimenomaan potilaan näkökannalta katsottuna, mikä onkin mielestäni kaikista tärkein lähtökohta laadukkaassa hoidotyössä. Hoitajat haluavat selvästi kehittää toimintaa niin hyväksi, että ikäihminen maksaa hyvästä ja laadukkaasta palvelusta ollessaan arviointiyksikössä.

### 9.3 Ajatuksia arviointihoitajan työnkuvan kehittämiseksi

Vaikka tulokset olivat pääosin erittäin positiivisia ja työtä kehitetään osastolla koko ajan, työtä kuitenkin vielä kehittämisen kanssa on jäljellä ja kehityskohteissa pätee samat asiat kuin positiivisissa, on hyvä että ongelmat tunnistetaan, jotta niitä voidaan ratkaista yhdessä ja tilannetta kehittää entistä paremmaksi. Mielestäni asiat olivat melko pieniä ja uskoisin niiden olla kohtuullisen helposti ratkaistavissa.

Yhtenä isoimpana kehityskohtana nousi esiin, että arviointiyksikön mittarit joilla ikäihmisen toimintakykyä arvioidaan eivät nosta ikäihmisten sosiaalisia ongelmia esiin. Aihepiiri on tietysti haastava, mutta olemassa on mittareita jotka ainakin sivuavat aihetta. Esimerkkinä tästä nostaisin esiin TOIMIA- tietokannasta löytyviä elämänlaadun mittaamisen suosituksen. Suosituksessa esitellään soveltuvuusalueeltaan ja käyttötarkoitukseltaan laajoja elämänlaadun mittareita, joista esimerkkeinä WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio ja EuroHIS-8-elämänlaatumittari (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](http://www.sivut) 2013).

Tessossa 7/2013 käsiteltiin samaa aihetta ja sitä lukiessani minulle tuli ajatus arviointiyksikön toiminnan kehittämistä juuri näiden elämänlaadun mittareiden avulla. Jutussa mainitaan heinäkuussa 2013 voimaan astuneen vanhuspalvelulain velvoittavan kuntia tekemään ikääntyneen väestön tueksi ja heidän hyvinvointinsa arvioimiseksi suunnitelman. Jutussa nostetaan esiin elämänlaadun kolme ulottuvuutta, jotka minäkin olen tuonut työssäni aiemmin esiin: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus, sekä lisäksi ympäristö. Samalla esitellään ajatus siitä, että jos ikääntynyt ihminen menee esimerkiksi kuntoutukseen, hän voi täyttää tällaisen elämänlaadun koskevan kyselylomakkeen ja vastaavasti täyttää saman kysymyslomakkeen esimerkiksi puolen vuoden tai vuoden jälkeen kuntoutuksen ollessa ohitse. (Elämänlaatumittariin 2013, 56) Näin asian heti niin, että sen voisi soveltaa arviointiyksikön toimintaan. Varsinkin nyt, kun tutkiessani asiaa sain tietooni, että arviointiyksikön vaikuttavuutta on tarkoitus seurata jatkossa paremmin. Työtä jalkautetaan tulevaisuudessa mahdollisesti asiakkaan kotiin. Tällainen elämänlaadun mittari voisi palvella arviointiyksikön vaikuttavuuden arviointia, kun sitä tarkastellaan nimenomaan henkilön elämänlaadun näkökulmasta ja siihenhän arviointiyksiköllä ennen kaikkea pyri-

tään. Potilas voisi täyttää tällaisen elämänlaadun mittarin arviointijaksolla ja seuraavaksi saman mittarin esimerkiksi puolen vuoden kuluttua ja näin ollen nähtäisiin mitkä asiat ovat mahdollisesti parantuneet, mitkä ovat vielä kehityskohteena ja ennen kaikkea onko arviointijaksolla ollut positiivinen vaikutus tämän ihmisen elämänlaatuun? Tässä voisi olla ainakin osa ratkaisua kaikkien elämänlaadun ulottuvuuksien huomioimiseen. Mittarit, jotka ovat jo käytössä arviointiyksikössä huomioivatkin hyvin muut ulottuvuudet ja vastaavat hyvin suositusta iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamisesta esimerkiksi palvelun tarpeen yhteydessä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2011.)

Yhtenä merkittävänä asiana nousi esiin ajan ja tehtävän työn määrä. Lieventävänä asiana tässä tuntui olevan se, että tehtävien asioiden määrä riippui potilasaineistosta. Toiset potilaat vaativat enemmän taustatyötä ja asioiden hoitamista esimerkiksi puhelimitse. Yhtenä merkittävänä kiireen tekijänä koettiin niin sanottu ”paikkapuhelin”, jota sairaanhoitajat pitävät mukanaan muun työnsä ohella ja osa koki arviointipotilaiden määrän olevan liian korkean viikon aikana. Tässäkin lieventävänä asiana tuntui olevan sama jo aiemminkin mainittu asia, potilasaineisto. Tästä voisi päätellä myös, että kyselyistä esiin noussut ”lähteiden tarkka seulonta” liittyy juuri tähän samaan asiaan. Jo sillä, että kiinnitetään huomiota viikkotasolla siihen minkälaiset potilaat saavat lähetteen arviointiyksikköön, voidaan vaikuttaa työn sujumuuteen ja kiireen kokemukseen.

Analysoidessani tuloksia huomasin myös mainintoja siitä, että arviointijaksolle kutsuminen ja siihen liittyvä yhteydenpito voi viedä paljonkin aikaa, tämä koetaan kuitenkin erittäin tärkeänä yhteydenpitona ja merkittävänä asiana monen arviointijakson onnistumisen kannalta. Kehittämisehdotuksena voisikin mainita, että voisiko tätä arviointijaksolle kutsumista, siihen liittyvää yhteydenpitoa jne. hoitaa sama ihminen, joka hoitaisi aikaa vieväksi koettua ”paikkapuhelinta”. Tämä antaisi aikaa käytännön työhön ja laadukkaampaan arviointiin, kun työ ei toistuvasti keskeytyisi erilaisten asioiden hoitamisen vuoksi. Ajan riittävyyteen ja kiireen kokemiseen näkisin hyvin merkittävänä asiana tarpeeksi riittävän hoitajamitoituksen.

Noin puolet vastaajista koki muistisairaiden ikäihmisten olevan erityisryhmä, jonka kanssa työskentelevät paljon. Haluan varmistaa, että tästä potilasryhmästä on työnt-

kijöillä tarpeeksi ajankohtaista tietoa ja mahdollisuus löytää tietoa ja vaikka tilata oppaita työpaikalle hoitohenkilökunnan saataville. Asia on tärkeä ja ajankohtainen, muistisairauksia on Suomessa kasvavassa määrin.

Koulutukset hyvän asiantuntijan opissa ovat varmasti monesti paras vaihtoehto, mutta, jos löytyy halua oppia lisää aiheesta ja kiinnostusta kehittää omaa ammattitaitoa itsenäisesti, voi aina etsiä tietoa myös kirjallisuudesta ja internetistä. Tästä esimerkkinä 27.1.2017 julkaistu Käypä hoito – suositus. Sivulla on tietoa yleisimmistä muistisairauksista, niihin liittyvistä määritelmistä, esiintyvyydestä, lääkähoidosta ja esimerkiksi muistipotilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman keskeisestä sisällöstä.

(Duodecimin www-sivut 2017)

Muistiliiton sivut ovat myöskin aiheesta kiinnostuneelle erittäin tutustumisenarvoiset. Sivustolta löytyy esimerkiksi luettavaa ja tekemistä osio, jolta löytyy esitteitä, muistipelejä, tietoa muistiyhdistyksistä ympäri Suomen, työvälineitä ammattilaisille ja paljon muuta. (Muistiliiton www-sivut 2016)

Lisäksi näkisin hyvänä ottaa käyttöön osastolla muistikyselyt sekä omaiselle, että potilaalle. Nämä kyselyt löytyvät myös muistiliiton www- sivulta pdf- tiedostona ja ne antavat mahdollisuuden sekä omaiselle/ läheiselle ja potilaalle kuvata havaittuja niitä tiedonkäsittelyn ja muistin ongelmia, joita on havainnut. Kyselyt auttavat myös antamaan näkemystä potilaan omasta sairaudentunnosta. (Erkinjuntti, Salo, Pulliainen & Kuikka. Muistikysely.)

Yhtenä asiana haluaisin nostaa esiin myös hoitajien hyvät kokemukset siitä, että vastuut työstä ovat selkeitä. Syy miksi nostan tämän esiin on se, että toiminta muuttuu nytkin kokoajan ja tämä on yksi tärkeistä asioista, jota tulisi pyrkimään pitämään toimivana, samoin sanoisin tiedonkulusta. Aineistosta nousi esiin myös, että arviointiin keskittyminen häiriintyy jos vuoron aikana on paljon muita tehtäviä. Tämä on yksi asioista, joka vaatisi kehittämistä työn sujuvuuden ja laadun näkökulmasta katsottuna. Lisäksi mieltäisi ratkaisua sosiaaliohjaajan osallistamiseen kaikkiin palaveriin, koska uskoisin sen olevan tärkeää potilaan jatkohoidon suunnittelun kannalta ja aineiston mukaan myös yksikön hoitajat ovat tätä mieltä.

Mielestäni keräämäni aineisto osoitti kokonaisuudessaan yksikön toimivan melko hyvin ja sieltä nousi esiin melko vähän työtä pahasti kuormittavia tekijöitä. Nämä edellä mainitut asiat ovat kuitenkin merkittäviä ja toivon, että nyt kun toiminta taas on muutoksen äärellä nämä asiat on huomioitu ja niihin etsitään ratkaisuja ja tällainen käsitys minulle jäikin. Huomasin myös, että arviointiyksikössä työskentelevät hoitajat ovat työhönsä motivoituneita ja halukkaita kehittämään omaa työtänsä ja tämä asia on ensiarvoisen tärkeä. Se vaikuttaa sekä henkilökunnan omaan jaksamiseen, että työn laatuun arviointiyksikössä.

Arviointiyksikön toiminta on korvaamatonta ja tärkeää. Uskon vahvasti siihen, että geriatrisen arvioinnin ja arviointiyksikön kehittäminen parantaa omalta osaltaan tämän erään kaupungin ikäihmisten oikeanlaista hoitoon ohjausta, yksilöllisen palvelutarpeen arviointia, sekä ennen kaikkea sairauksien ja laitoshoidon joutumisen ennaltaehkäisyä.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: Ps-kustannus.

Duodecim www-sivut. 2017. Viitattu 13.2.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Tammi.

Elämänlaatu mittariin. 2013. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti 7, 56-57.

Erkinjuntti, T., Salo, J., Pulliainen, V. & Kuikka, P. Muistikysely läheiselle. Viitattu 21.1.2017.

[http://www.muistiliitto.fi/files/6514/5522/6141/Muistikysely\\_laheiselle.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/6514/5522/6141/Muistikysely_laheiselle.pdf)

Erkinjuntti, T., Salo, J., Pulliainen, V. & Kuikka, P. Muistikysely potilalle. Viitattu 21.1.2017.

[http://www.muistiliitto.fi/files/9814/5522/6178/Muistikysely\\_potilaalle.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/9814/5522/6178/Muistikysely_potilaalle.pdf)

Geriatrisen arviointiyksikön arviointikansio. 2011. julkaisematon lähde.

Geriatrisen arviointiyksikön osastonhoitaja 2016. Henkilökohtainen tiedonanto.

Geriatrisen ravitsemusyhdistyksen www-sivut. 2017. viitattu: 1.2.2017.

<https://www.gery.fi/ravitsemuksen-arviointi/>

Haapamäki E., Huhtala H., Löfgren T., Mylläri E., Seunelä L & Valvanne J. 2014. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä, 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011-2012. Helsinki. Viitattu: 3.11.2016. Päivystysartikkelin-ro2\_ebook.pdf

Haverinen. 2014. Matalan kynnyksen kautta palveluihin kiinni. Vanhustyö 2, 16.

Heikkinen, E., Jyrkämä, J & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. Saarijärvi: Duodecim.

Heikkinen, E. 2013. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi, Gerontologia 4, 406.

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. 15 uud.p. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, R-L. 2013. Sosiaalinen toimintakyky ja sen arviointikeinot. Gerontologia 4, 368.

Hiltunen, L. 2009. Validius ja reliabiliteetti. Viitattu 15.2.2017.

[www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/.../validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/.../validius_ja_reliabiliteetti.pdf)



Jyrkämä, J. 2003,. Teoksessa seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus 2003, 13

Jäntti, P. 2014. Geriatrinen arviointi. viitattu 1.2.2017. [www.sosiaalikallega.fi](http://www.sosiaalikallega.fi),

Kankare, H. & Lintula, H. 2004. Vanhuksen äänen kuuleminen. Tampere: tammi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/785 muutoksineen.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P4a>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. 28.12.2012/980 muutoksineen.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen www-sivut. 2015. Lääkehoidon arviointi. Viitattu 12.2.2017.  
[https://www.fimea.fi/documents/160140/758926/28383\\_Laakehoidon\\_arviointi\\_9.2.2015.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/758926/28383_Laakehoidon_arviointi_9.2.2015.pdf)

Muistiliiton www-sivut. 2016. Viitattu 13.2.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/luettavaa-ja-tekemista/>

Oulun kaupungin www-sivut. 2015. Gasel- hanke. viitattu 1.1.2017.

[http://www oulu.fi/gasel/esiselvitys\\_k%C3%A4sitteet](http://www oulu.fi/gasel/esiselvitys_k%C3%A4sitteet)

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Geriatria. Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi. Duodecim. <http://bib.fi/PTIJdg/global>

Punnonen, R. 2012. Vuosia elämään: hyvinvointiin ja elinikään vaikuttavia tekijöitä. Juva: PS- kustannus.

Saaranen-Kauppanen, A. & Puusniekka, A. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Kvalitatiivisten menetelmien tietovaranto. Tampere 2009 – 2012. Viitattu 27.2.2017.  
[http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv\\_pdf/KvaliMOTV.pdf](http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf)

Soininen, S. 2015. Arviointiyksikön toiminta ja sen vaikuttavuus. AMK- opinnäyte-työ. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu: 12.12.2016.  
<http://www.theseus.fi/handle/10024/100041>

Sosiaali ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Suomalaiset ravitsemussuositukset. 2014. Viitattu: 20.11.2016

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Toimia-tietokanta. Viitattu 1.1.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Toimia-tietokanta. Viitattu 9.2.2017  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/31/>

Tilvis, R. 2013. Tieteelliset lyhennelmät. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus.  
<http://www.gernet.fi/artikkelit/1294/geriatrisen-kuntoutuksen-vaikuttavuus>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016. ICF-luokitus. viitattu 20.2.2017.  
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Toimia- tietokanta. Aikuisten generiset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutus-palveluiden vaikutusten arvioinnissa. Viitattu: 1.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/40/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Toimia- tietokanta, Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 1.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. viitattu 18.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Toimia- tietokanta. Viitattu 10.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/51/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Toimia- tietokanta. Viitattu 10.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/90/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Toimia- tietokanta. Viitattu 11.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/141/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Toimia- tietokanta. Viitattu 10.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Toimia- tietokanta. Viitattu 10.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/153/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Toimia- tietokanta. Viitattu 9.2.2017.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/156/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. -2014. Toimia tietokanta. Viitattu 10.2.2017  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010. Viitattu 20.11.2016.

Vastamäki, J. 2010. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: ps- kustannus.

**Hei sinä arviointiin osallistuva hoitaja!**

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa, tiilimäen kampuksella Geronomi (AMK) tutkintoon johtavassa koulutuksessa.

Teen opinnäytetyönäni arviointihoitajan työnkuvasta ja tarkoitus on kerätä teidän kokemuksianne omasta työstänne, sen muuttumisesta aloituksesta tähän päivään ja muusta asiaan liittyvästä. Tarkoitus on nostaa esille sekä hyviä puolia, että käytännön työssä ilmenneitä kehityskohtia.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsun teidät osallistumaan. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään ehdottaman luottamuksellisesti. Kyselyyn voi vastata nimettömästi.

Pyydän teitä ystävällisesti laittamaan vastauspaperinne suljettuun kirjekuoreen ja kuoren tähän muovitaskuun. Aikaa lomakkeen täyttämiseen on 10.10.2016 saakka.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii xxxxx xxxxxxxxxxxx, puh: 04xxxxxxxx.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Ystävällisin terveisin:

Heidi Hissa

04xxxxxxxx

## Arviointihoitajan työnkuva

### 1. Ikä

1. 18 – 25
2. 26 – 35
3. 36 – 45
4. 46 – 55
5. 56+

### 2. Ammatti

1. Lähihoitaja
2. Sairaanhoitaja
3. Geronomi
4. Kuntoutusohjaaja
5. Fysioterapeutti
6. Joku muu? \_\_\_\_\_

### 3. Työsuhde

1. Vakituinen
2. Sijainen
3. Varahenkilö

### 4. Onko arviointihoitajan työnkuva muuttunut aloituksesta tähän päivään?

1. On muuttunut
2. Kyllä hiukan muuttunut
3. Ei juuri ole muuttunut
4. Ei ole yhtään muuttunut

### 5. Koetko arviointihoitajan työnkuvan muuttuneen?

1. Positiiviseen suuntaan
2. Negatiiviseen suuntaan
3. En koe työnkuvan muuttuneen merkittävästi

### 6. Alkuvaiheen perehdytys?

1. Oli riittävää
2. Ei ollut riittävää
3. En saanut perehdytystä ollenkaan
4. Ei mielestäni palvellut käytäntöä
5. Palveli käytäntöä hyvin
6. En osaa sanoa

### 7. Jäitkö kaipaamaan perehdytykseltä jotakin?

1. En jäänyt kaipaamaan mitään, sain hyvän perehdytyksen
2. Jäin kaipaamaan paremmin käytäntöä palvelevaa koulutusta
3. Jäin kaipaamaan selkeämpiä ohjeita

4. muu?

---



---



---

8. Mitä sinun työtehtäviisi kuuluu arviointijakson aikana?

1. Vastaanotto
2. Tulohaastattelu
3. Testien aloitus
4. Tiedonkulku
5. Kirjaus
6. Suunnitelma
7. Testien jatkaminen / loppuun vieminen
8. Arviointipalaveri
9. Yhteys eri tahoihin
10. Jatkohoidon toteutus
11. Muu,

mi-

kä? \_\_\_\_\_

---



---



---

9. Mikä kuormittaa työtäsi?

1. En koe, että työssäni on kuormitusta
2. Lääkärien puute
3. Lääkärien vaihtuvuus
4. Työilmapiiri
5. Osaston muut potilasryhmät
6. Arviointipotilaat, jotka eivät hyödy arviointijaksosta
7. Muu,

mi-

kä? \_\_\_\_\_

---



---



---

10. Mikä on positiivista työssäsi?

1. Hyvä työilmapiiri
2. Työkaverit
3. Moniammatillisen tiimin hyödyt
4. Työn palkitsevuus
5. Muu,

mi-

kä? \_\_\_\_\_

---



---



---

Osallistutko vain arviointipotilaiden hoitoon arviointijakson aikana?

1. Osallistun työpäiväni aikana vain arviointipotilaiden hoitoon
2. Hoidan arviointipotilaiden ohessa muitakin potilaita
3. Joskus hoidan vain arviointipotilaita ja joskus muitakin potilaita, tilanteesta riippuen

11. Onko työtehtäviä sopivasti annettuun aikaan nähden?

1. Kyllä on
2. Ei ole
3. Vaihtelevasti

12. Onko arviointihoitaja aina aamuvuorossa?

1. Kyllä on
2. Ei ole
3. Vuorot vaihtelevat tarpeen mukaan

13. Hyötyisikö arviointihoitaja jostain toisesta vuorosta?

1. Hyötyy pelkäästä aamuvuorosta
2. Hyötyy iltavuorosta
3. Kaipaa tilanteisiin mukautuvia vuoroja

14. Keitä kuuluu moniammatilliseen tiimiin?

1. Sairaanhoidtaja
2. Kuntoutusohjaaja
3. Fysioterapeutti
4. Lähihoitaja
5. Lääkäri
6. Farmaseutti
7. Kotiutusohjaaja
8. Joku

muu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Onko työnjako moniammatillisessa tiimissä mielestäsi selkeä?

1. Kyllä on
2. Ei ole
3. En osaa sanoa

16. Onko omat työtehtäväsi / vastualueesi selkeitä sinulle?

1. Kyllä on
2. Ei ole
3. En osaa sanoa

17. Onko muiden moniammatilliseen tiimiin kuuluvien vastualueet selkeitä sinulle?

1. Kyllä on
2. Ei ole
3. En osaa sanoa

18. Millaista tukea saat moniammatillisesta tiimistä?

1. Jokainen tuo oman erityisosaamisensa tiimin käyttöön
2. Tiimi tuottaa ratkaisumalleja
3. Tiimi kasvattaa myös omaa osaamistani
4. Tiimi auttaa minua hoidon tavoitteiden hahmottamisessa
5. Tiimi auttaa kerätyn tiedon yhteensovittamisessa ja hoitosuunnitelman toteutumisessa

6. Muu, mi-  
kä? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Koetko, että moniammatillinen tiimi kaipaisi lisävahvistusta?

1. Kyllä koen
2. En koe
3. Tilanteet vaihtelevat riippuen potilaan tarpeista

20. Kuinka kauan arviointijakso kestää?

1. Aina 3 päivää
2. 3 – 5 päivää
3. Kesto vaihtelee
4. En osaa sanoa

21. Monelta arviointipotilaat saapuvat osastolle?

1. klo 8
2. klo 9
3. klo 10
4. klo 11
5. klo 12
6. Potilaiden tuloaika vaihtelee päivästä riippuen

22. Onko kellonaika jolloin arviointipotilaat saapuvat mielestäsi sopiva?

1. Kyllä on
2. Ei ole, ajat pitäisi sovittaa paremmaksi
3. En osaa sanoa

23. Onko arviointipotilaiden tulolle olemassa joku tietty päivä?

1. Maanantai
2. Tiistai
3. Keskiviikko
4. Torstai
5. Perjantai

24. Kuinka monta arviointipotilasta on osastolla viikon aikana?

1. Yksi arviointipotilas
2. Kaksi arviointipotilasta
3. Kolme arviointipotilasta
4. Neljä arviointipotilasta
5. Potilaiden määrät vaihtelevat viikoittain

25. Onko arvioitavien potilaiden määrä sopiva?

1. Kyllä on
2. Voisi olla enemmänkin
3. Voisi olla vähemmän
4. En osaa sanoa

26. Onko arviointiin varattu aika riittävä?

1. Kyllä on, ehdin hoitaa kaikki minulle kuuluvat työtehtävät
2. Ei ole, tuntuu että aika loppuisi kesken
3. Ajan sopivuus riippuu potilasaineistosta
4. En osaa sanoa

27. Hoitaako sama ihminen arviointiin liittyvät asiat yhden potilaan kohdalla?

1. Kyllä hoitaa
2. Yhden potilaan arviointiin osallistuu monta eri hoitajaa arviointijakson aikana
3. En osaa sanoa

28. Korostuuko arvioitavissa potilaissa joku tietty potilasryhmä?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

29. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin koetko tarvitsevasi tästä ryhmästä erityisosaamista?

1. Kyllä tahtoisin lisäkoulutusta asiasta
2. En, Koen tietojeni olevan tarpeeksi hyvät ja ajan tasalla tähän potilasryhmään liittyen
3. En osaa sanoa

30. Mikä tämä potilasryhmä on?

---



---



---

31. Koetko, että arviointijaksolle tuleville potilaille on hyötyä arviointijaksosta (onko potilasaineisto kohdennettu oikein?)

1. Kyllä
2. En
3. Tilanne vaihtuu riippuen potilaasta ja hänen tarpeistaan
4. En osaa sanoa

32. Mitkä asiat koet tärkeimmäksi työkaluksi esitietojen kartoittamisessa?

1. Keskustelu potilaan kanssa
2. Keskustelu omaisen tai muun lähimmäisen kanssa
3. Tulohaastattelu
4. Esitietolomake
5. Yhteydenpito potilaan hoitopaikkaan
6. Potilastietojärjestelmä
7. muu, \_\_\_\_\_ mi-  
kä? \_\_\_\_\_

33. Onko arviointipalaverin käytännön toteutus selvää? (Kuka vetää, kirjaaminen, jne.?)



1. Käytännöt ovat minulle selviä
2. Asia on minulle epäselvä, kaipaan kertausta
3. En ole osallistunut arviointipalaveriin
4. En osaa sanoa

34. Tiedonkulku omaisten kanssa

1. Toimii hyvin
2. Toimii vaihtelevasti
3. Ei toimi toivotulla tavalla
4. En osaa sanoa

35. Tiedonkulku kotihoidon kanssa

1. Toimii hyvin
2. Toimii vaihtelevasti
3. Ei toimi toivotulla tavalla
4. En osaa sanoa

36. Tiedonkulku muiden hoitavien yksiköiden kanssa

1. Toimii hyvin
2. Toimii vaihtelevasti
3. Ei toimi toivotulla tavalla
4. En osaa sanoa

37. Tiedonkulku hoitajien kesken

1. Toimii hyvin
2. Toimii vaihtelevasti
3. Ei toimi toivotulla tavalla
4. En osaa sanoa

38. Tiedonkulku arviointihoitajan ja osastonlääkärin kesken

1. Toimii hyvin
2. Toimii vaihtelevasti
3. Ei toimi toivotulla tavalla
4. En osaa sanoa

39. Koetko saavasi arviointipilaista tarpeeksi tietoa jakson aikana?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

40. Jos et, mitä jää puuttumaan?

---

---

---

---

---

41. Arvioitavilla potilailla on monenlaisia ongelmia. Nousevatko nämä arvioinnin mittareilla tarpeeksi hyvin esiin?

1. Kyllä mittarit ovat riittävät tähän tarkoitukseen
2. Koen, että eri ihmisille pitäisi olla erilaisia mittareita
3. En saa mittareista haluamaani hyötyä
4. En osaa sanoa

42. Palvelevatko kaikki mittarit käytännön työtä?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

43. Onko sinulle selvää arvioinnissa käytettävien mittareiden tarkoitus?

1. Kyllä
2. Ei, kaipaisin asiaan kertausta
3. En osaa sanoa

44. Onko sinulle selvää miten arvioinnissa käytettävien mittareiden tuloksia tulkitaan?

1. Kyllä
2. Ei, kaipaisin asiaan kertausta
3. En osaa sanoa

45. Onko sinulle selvää mihin arvioinnin mittareilla saatuja tuloksia käytetään?

1. Kyllä
2. Ei, kaipaisin lisäohjeistusta
3. En osaa sanoa

46. Ymmärrätkö testien tekemisen / tulosten merkityksen potilaan arjen ja muun elämän kannalta katsottuna?

1. Kyllä
2. En, kaipaisin lisäohjeita
3. En osaa sanoa

47. Saatko tarvittavat tiedot arviointijaksen aikana laatiaksesi hoitosuunnitelman?

1. Kyllä
2. Useimmiten
3. Harvoin
4. En koskaan
5. En osaa sanoa

48. Saadaanko arviointijaksolla tarvittavia vastauksia potilaan tilanteen parantamiseksi tai ennallaan pitämisen mahdollistamiseksi?

1. Kyllä
2. Useimmiten
3. Harvoin
4. Ei koskaan





