

VAASAN YLIOPISTO
JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Katja Pekkanen

VAIKUTTAVUUSTIETO JOHTAMISEN TUKENA

Näkökulmana kuntoutus vanhuspalveluissa

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen/
pro gradu -tutkielma

VAASA 2018

SISÄLLYS

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	4
TIIVISTELMÄ:	5
1. JOHDANTO	7
1.1 Taustalla ikääntyneiden kuntoutuksen merkitys	8
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	10
2. VAIKUTTAUVUUS KÄSITTEENÄ	11
2.1 Strateginen johtaminen vaikuttavuuden taustalla	11
2.2 Vaikuttavuus on yksi arvioinnin ydinkäsite	14
2.3 Vaikuttavuuden lähikäsitteet	18
3. VAIKUTTAUVUUSTIEDON HYÖDYNTÄMINEN VANHUSPALVELUIDEN JOHTAMISESSA, NÄKÖKULMANA KUNTOUTUS	21
3.1 Julkisten palveluiden johtaminen vanhushpalveluiden näkökulmasta	21
3.2 Vaikuttavuustieto julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa	23
3.3 Vaikuttavuuden arviointi päätöksenteossa, näkökulmana kuntoutus	24
3.4 Vaikuttavuustiedon hyödyntämiseen liittyviä haasteita	30
4. TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA JA TOTEUTUS	32
4.1 Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu	32
4.2 Tutkimuksen eettisyys	35
4.3 Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi	35
4.4 Analysointiin valitut alkuperäistutkimukset	40
5. TULOKSET	46
5.1 Sisällönanalyysi	46
5.1.1 Ensimmäiset vaiheet	46
5.1.2 Abstrahointi	49
5.2 Abstrahoinnista muodostuneet yläluokat	51
5.2.1 Positiivinen muutos terveydentilassa	51

5.2.2	Päätöksentekoprosessissa uusien ulottuvuuksien huomioiminen organisaatiota kehitettäessä	52
5.2.3	Lopputilamittareiden valinta riippuu asetetuista tavoitteista	54
5.2.4	Mittareiden valinta on haastavaa	55
5.3	Yhteenvedo saaduista tuloksista	57
6.	POHDINTA	61
	LÄHDELUETTELO	65
	LIITTEET	
LIITE 1.	Ikääntyneiden kuntoutuksen erityispiirteitä	74
LIITE 1.	Tutkimuksen aikataulu	75

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Tehokkaan tiedonkäsittelyn kolme tasoa (mukaellen Jenkins 2008: 72)	13
Kuvio 2. Vaikuttavuus -käsitteen moniulotteisuus	17
Kuvio 3. Vaikuttavuuden yhteys ylä- ja lähikäsitteisiin	20
Kuvio 4. Tutkimuksen eteneminen Finkin mallia mukaillen	34
Kuvio 5. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit (mukaellen Palomäki & Piirtola 2012: 21)	35
Kuvio 6. Aineiston ryhmittely	47
Kuvio 7. Esimerkki ryhmittelyn avulla tehdystä yläluokan muodostumisesta	50
Kuvio 8. Yhteenveto saaduista tuloksista	59
Taulukko 1. Tiedonhaku	37
Taulukko 2. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen aineistosta	41

1. JOHDANTO

Iäkkäiden osuus Suomen väestöstä kasvaa nopeasti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017) arvioi, että 80 vuotta täyttäneiden osuus kaksinkertaistuu vuonna 2050 ja joka neljäs on täyttänyt 65 vuotta. Toimintakyvyn rajoitteet lisääntyvät iän myötä, ja on olennaista kohdentaa palveluja ryhmiin, joilla on eniten heikkenemistä ennakoivia riskejä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013: 24–5). Ennaltaehkäisy on tärkeä varautumiskeino toimintakyvyn ylläpitämiseen, sillä terveempi ja toimintakykyisempi iäkäs tarvitsee vähemmän sosiaali- ja terveyspalveluja ja siten hillitsee hoitokustannusten kasvua (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013: 5; Groop 2014: 5). Näin korostuu myös taloudellinen näkökulma ja johtaminen. Taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmä sisältää mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavat toimet ja vaikuttavat palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2017: 10). Roilas toteaa (2004: 14), että kuntoutukselta on toivottu tehokasta välinettä toimintakykyyn liittyvien ongelmien ratkaisemiseksi.

Tuloksellisen johtamisen tulee perustua taloudelliseen ja ei-rahataloudelliseen informaatioon. Palveluiden johtaminen vaatii siksi strategiatyötä, joka vaikuttaa siihen, miten vaikuttaviksi toiminnot ja palvelut saadaan. (Silvennoinen-Nuora 2010: 49–51, 65–9). Simonen (2012: 5) korostaa, että vaikuttavuustiedon hyödyntäminen on yksi johtamisen keino päätöksenteossa ja näyttöön perustuvassa toiminnassa. Näin vaikuttavuustiedon avulla on mahdollista perustella ja verrata palveluja sekä kehittää toimintojen vaikuttavuutta. Esimerkiksi terveydenhuollossa vaikuttavuustiedon avulla pyritään kohdentamaan rajalliset resurssit, jotta niillä saadaan aikaan mahdollisimman paljon terveyttä. Toisaalta tiedon saatavuus sekä taloudelliset ja eettiset tekijät ovat rajoittaneet vaikuttavuustiedon hyödyntämistä. (Emt.: 39–40.)

Pro gradu -tutkielmani aihe on ajankohtainen, ja koen mielenkiintoiseksi lähestyä johtamista vaikuttavuustiedon näkökulmasta. Väestön ikääntyessä on oleellista pohtia kuntoutuksen mahdollisuuksia uusia toimivia tapoja kehitettäessä ja saada siten uutta näkökulmaa sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamistyöhön. Siten aihe on hyödyllinen tieteellisenä tutkimuksena, mutta myös käytännön johtamistyössä.

1.1 Taustalla ikääntyneiden kuntoutuksen merkitys

Suomessa on 65-vuotiaita tällä hetkellä noin miljoona, joista suurin osa elää arkeaan itsenäisesti. Erilaisia palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 150 000 ja säännöllisiä kotiin annettavia palveluita saa noin 95 000 henkilöä. Väestöennusteissa ikääntymisessä ei ole kyse vain iäkkäiden määrän kasvusta vaan väestörakenteen muutoksesta, kun suuret ikäluokat eläköityvät ja samalla vähenee lasten ja työikäisen väestön määrä. Väestönkehitys on erilaista maan eri osissa, joka luo siten kunnille erilaiset lähtökohdat suunnitella iäkkäiden kuntalaisten osallisuuteen, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja palveluihin liittyviä ratkaisuja. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus & Kuntaliitto 2017: 10–11.)

Toinen lähtökohta ikääntyneiden kuntoutuksen merkityksen tarkasteluun on vanhuspalvelulaki eli laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (§ 980/2012). Laki edellyttää kuntia pohtimaan iäkkäiden palveluita ja tarvittavia resursseja väestötasolla sekä arvioimaan yksilön kuntoutumistarvetta ja mahdollisuuksia. Jotta kuntoutus käytännön tasolla nousee keskiöön ja kiinteäksi arjen toiminnoissa, tulee se näkyä sekä organisaation strategiassa että yksittäisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013: 4.)

Kuntoutus käsitteenä

Kuntoutus (*rehabilitation*) sanana tulee latinasta, jossa *habilitas* viittaa kykyä ja etuliite *re* liittyy kuntoutuksen palauttavaan toimintaan. Kuntoutus on määritelty jo Suomessa lääkintöhallituksen yleiskirjeessä vuonna 1974, jolloin kuntoutuksen tavoitteena oli vähentää avun tarvetta kehittämällä asiakkaiden omia ja ympäristössä olevia mahdollisuuksia. (Järvikoski 2014: 8, 13). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2018) määrittelee kuntoutuksen edistämään sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia sekä osallistumismahdollisuuksia.

Kuntoutuksen käsite on vähitellen muuttumassa aktiivisemmaksi, kuntoutumisen käsitteeksi. Sen avulla korostetaan kuntoutujan roolia, jossa hän itse määrittelee itselleen mer-

kitykselliset ja realistiset tavoitteet. Näiden saavuttamisen keinot pohditaan yhdessä asi-
antuntijoiden kanssa ja toteutetaan pääsääntöisesti itsenäisesti sekä lähiympäristön tuke-
mana. Se vaatii sekä kuntoutujan sitoutumista että oikea-aikaisia, organisaatiosta toiseen
jatkuvia kuntoutustoimenpiteitä. Sen vuoksi käsite onkin muuttuvassa osallistavaan suun-
taan ja korjaavista, lääketieteellisesti painottuneista toimenpiteistä on siirrytty kuntoutu-
jan omia tavoitteita ja hyvinvointia korostavaan malliin. (Autti-Rämö, Salminen, Raja-
vaara & Ylinen 2016: 14–15.)

Mitä kuntoutustoimenpiteet sitten ovat? Kuntoutustoimenpiteillä tarkoitetaan ammatti-
laisten kanssa toteutettua vuorovaikutuksellista terapiaa, itsenäisesti tai avustettua har-
joittelua, kuntoutujan ja hänen lähipiirin toimintakäytäntöjen muutosta arjessa, neuvontaa
ja ohjausta sekä tarvittavien apuvälineiden käyttöönottoa tai kotiympäristön muutostöitä.
Kuntoutusprosessin tulee olla sellainen, jossa kuntoutumista tukeva toiminta alkaa heti,
kun tarve ja mahdollisuudet ovat tunnistettu. (Autti-Rämö ym. 2016: 15–16.)

Kuntoutusjärjestelmä Suomessa

Kuntoutus on kuntoutuslakien, asetusten ja yhteiskunnallisten sopimusten määrittelemä
ja sijoittuu terveydenhuollon, sosiaalihuollon, työvoimahallinnon ja opetustoiminnan ra-
japintaan. (Järvikoski 2014: 8.) Kuntoutusjärjestelmä toimii suurilta osin koko väestölle
tarkoitettuihin palveluihin integroituna (Matinvesi 2010: 10). Suomessa kuntoutusta ra-
hoittavat useat eri tahot, kuten kunnat, Kansaneläkelaitos, Valtiokonttori ja vakuutusyhtiöt.
Palvelujen tuottajina ovat toimineet terveydenhuollon kunnalliset yksiköt, Kansan-
eläkelaitoksen omat kuntoutusyksiköt sekä yksityiset kuntoutuslaitokset. (Roilas 2004:
16.)

Yleisesti kuntoutuksella on muita yhteiskunnan palveluita täydentävä rooli. Se on yhtey-
dessä muiden palvelujärjestelmien toimintaan ja yhteiskunnallisiin muutoksiin. Näiden
tekijöiden ja väestön ikääntyessä, myös kuntoutustarpeiden tulee muuttua (Järvikoski
2014: 7). Kuntoutuksella onkin merkittävä vaikutus kansantalouden elatussuhteen pitä-
misessä mahdollisimman pienenä väestön ikääntyessä, sillä muiden sosiaali- ja terveys-

palvelujen käyttötarve pienenee ja siten kuntoutuksella voidaan saavuttaa selkeitä rahallisia hyötyjä. Vaikuttavuuden näkökulmasta on oleellisesta, että kuntoutus suunnataan sinne, missä se vaikuttaa eniten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: 9.)

Ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, kuntoutus on ollut pääosin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002: 52). Järvikoski pohti raportissaan (2014: 26), vaikka laitoshoidon on Suomessa 1980-luvulta alkaen vähennetty ja painopistettä siirretty avohoitoon, ei avohoidon resursseja ole samassa suhteessa lisätty ja siksi kuntoutukseen terveydenhuollossa suunnatut resurssit ovat kansainvälisesti tarkasteltuna huomioitavan pienet sairaala- ja laitoshoidon resursseihin verraten. Etenkin kotiuttamistilanteissa kuntoutuksen tarve on oleellinen ja kuntoutusresurssien puuttuessa joudutaan usein palaamaan takaisin sairaalan. On tutkittu myös, että sairaalajakson jälkeen ikääntynyt on ollut hauraammassa kunnossa sekä toisaalta hänellä on suuri riski liittämissongelmiin kotiutumisen jälkeen. (Nilsson & Nygård 2003: 107.) Tarkemmin ikääntyneiden kuntoutuksen erityispiirteistä on kuvattu liitteessä (ks. Liite 1. Ikääntyneiden kuntoutuksen erityispiirteitä).

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, voiko johtamistyössä hyödyntää vaikuttavuustietoa palveluita kehitettäessä. Erityisesti tarkastelen vanhuspalveluiden johtamisessa kuntoutuksen näkökulmaa. Oletuksena on, että kuntoutus on vaikuttavaa ja siten toimintakykyä tukevaa.

Asetin työlleni seuraavat tutkimuskysymykset:

- Mitä on vaikuttavuus, kun sitä tarkastellaan johtamisen näkökulmasta?
- Millainen merkitys vaikuttavuudella on vanhuspalveluita johdettaessa?
- Millaisia tapoja on arvioida kuntoutuksen vaikuttavuutta vanhuspalveluissa?

Tutkimukseni on teoreettislähtöinen, laadullinen tutkimus, missä ensimmäiseen tutkimusongelmaan pyrin löytämään vastauksen muodostamalla teoreettisen viitekehyksen.

Toiseen ja kolmanteen tutkimusongelmaan pyrin löytämään vastaukset systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja sen pohjalta tehdyn sisällönanalyysin avulla.

Ikääntyneellä väestöllä tutkimuksessa tarkoitan vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen mukaisesti väestönosaa, jotka ovat vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden sairauksien, vammojen tai rappeutumisen vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013: 10.)

2. VAIKUTTAVUUS KÄSITTEENÄ

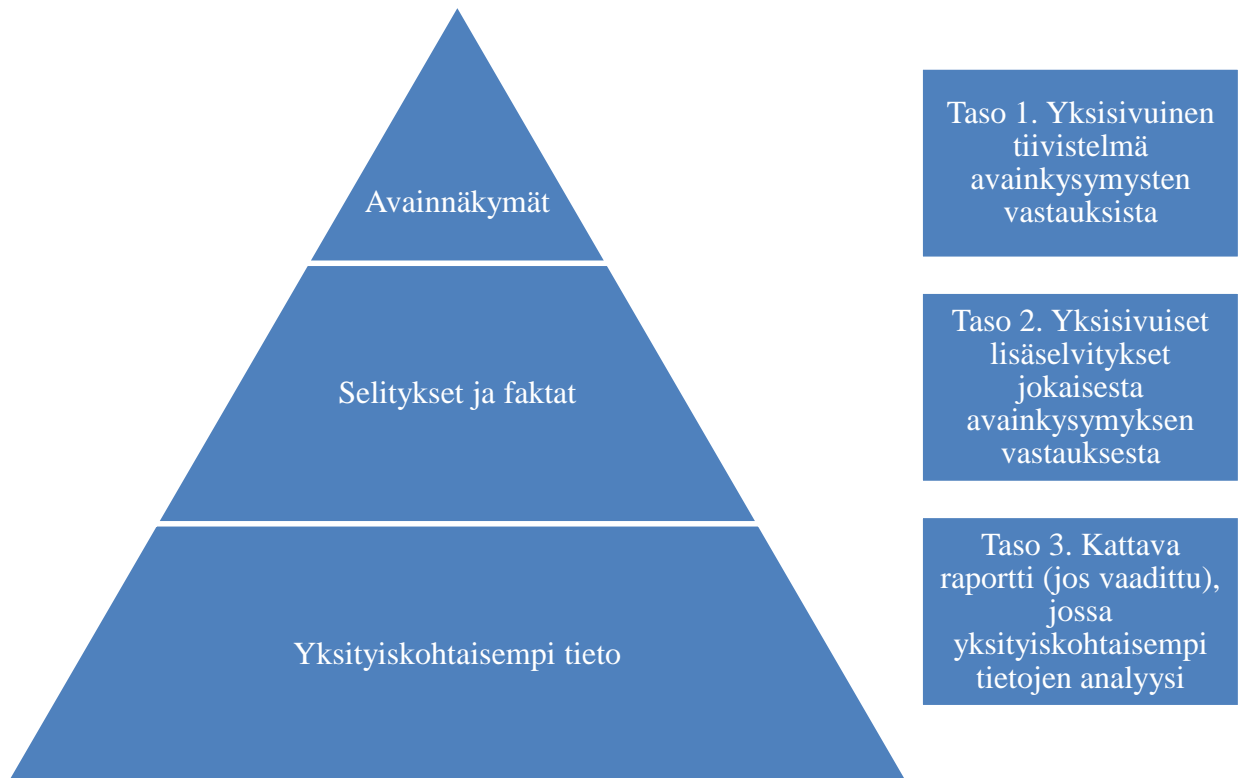
Tutkimuksen pääkäsite on vaikuttavuus. Seuraavissa luvuissa pohdin vaikuttavuutta käsitteenä sekä sen yhteyttä lähikäsitteisiin. Lisäksi pohdin vaikuttavuutta tarkemmin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa.

2.1 Strateginen johtaminen vaikuttavuuden taustalla

Väestön ikääntyessä terveydenhuollon menot ovat kasvaneet nopeammin kuin mitä talouskasvu on ollut (Jorma, Tiirinki, Bloigu & Turkki 2015: 10). Sen vuoksi tulee pohtia ennalta ehkäisevien ja toimintakykyä tukevien palveluiden mahdollisuutta. Johtamisen näkökulmasta se vaatii strategiatyötä. On myös hyvä huomioida julkisen sektorin erityispiirteitä, että samalla, kun kunnilla on tarve kehittää strategia ajattelua, kasvava kilpailu on pakottanut yhä enemmän kuntia kilpailemaan myös ammattitaitoisista työntekijöistä yksityisen sektorin kanssa. Siten, vaikka strategiatyön tarve on ilmeinen, on sen tarve ja strategiatyökalujen käyttö herättänyt myös kritiikkiä. Tutkimustyössä onkin pyritty korostamaan julkisessa strategiatyössä esimerkiksi osallistumisen näkökulmaa kehitettäessä organisaatiota palveluhenkisempään toimintaan. (Einola 2018: 33, 35.)

Strategia määritellään suunnitelmaksi, joka on tiedostettu ja valvottu pohdintaprosessi. Hyvin rakennettu strategia ohjaa ja kohdentaa resurssit tarkoituksenmukaisesti organisaation kyvykkyyksiin ja puutteisiin, ennakoi ympäröiviä muutoksia sekä mahdollisten kilpailijoiden tekemiin ratkaisuihin. On hyvä huomioida, että menestyvät organisaatiot kykenevät uusimaan strategiaa, muokkaamaan rakenteita ja toimintoja tarpeiden mukaan ja kehittämään osaamista. Strategian tulee vastata kysymyksiin ”miksi”, ”mitä” ja ”miten”. (Toikka 2002: 106–107, 109–111.)

Lähtökohtana strategiselle johtamiselle on, että johtajan tulee ymmärtää organisaation tila ja sisäistää sen mahdollisuudet kehittyä. Tämän tueksi tarvitaan yksityiskohtaista tietoa organisaation toiminnasta. (Joyce 2012: 26.) Organisaatio koostuu inhimillisistä, sosiaalisista ja rakenteellisesta pääomasta. Johtajan tuleekin hallita näkyvää ja hiljaista tietoa, tietotaitoa sekä kokemuksia. Se vaatii valintoja, todentamista ja vaihtoehtojen tutkiskelua. (Ollila 2008: 16–18.) Toisaalta on todettu, että itse strategiaprosessi on haastava, sillä organisaatiot ovat yhä kompleksisimpia sekä erilaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät luovat haasteita tuotta selkeitä syy-seuraussuhteita. Yksi ratkaisuvaihtoehto on avainkysymysmenetelmän hyödyntäminen. On tärkeää, että organisaation johto tunnistaa ja kykenee määrittämään, mitkä kysymykset ovat strategisesti tärkeitä ja mihin halutaan saada vastaus, jotta prosessissa keskitytään tuottamaan olennaista dataa. Tehokasta tiedonkäsitteilyä on pohdittu kolmiportaisen malli mukaan, joka on esitetty kuviossa 1. (Jenkins 2008: 69, 71–72.)



Kuvio 1. Tehokkaan tiedonkäsittelyn kolme tasoa (mukaellen Jenkins 2008: 72).

Tarkastellessa kuviota 1., on ajateltu, että kolmiportainen malli helpottaa johtajaa löytämään olennaisen tiedon jo heti strategiaraportin alusta. Seuraavalta tasolta puolestaan löytyy keskeiset tekijät, mihin laadittu tieto perustuu. Viimeinen, syvin taso sisältää puolestaan yksityiskohtaista dataa, jonka kokoamisessa on hyödynnetty numeerista tietoa, taulukoita tai muuta selittävään esitystapaa. (Jenkins 2008: 72.) Kolmiportainen malli on selkeä, etenee loogisesti ja siten yksi käytännönläheinen työkalu organisaation ottaa käyttöön helpottamaan strategiatyötä.

Strategiatyö on organisaation kannalta merkittävää. Ollila (2008: 16–18) toteaaakin, että johtaminen perustuu kokonaisuuden hallintaan. Se vaatii vahvaa työmoraalia, asiakkaiden tarpeiden tiedostamista ja työntekijöitä toteuttamaan palveluita sekä tiedon siitä, miten näitä tehdään. Silvennoinen-Nuora (2010:50) jatkaa, että tuloksellisen johtamisen tulee perustua taloudelliseen ja ei-rahataloudelliseen informaatioon. Palveluiden johtaminen vaatii siksi strategiatyötä, joka vaikuttaa siihen, miten vaikuttaviksi toiminnot ja palvelut

saadaan. Joyce (2012: 26) kiteyttää teoksessaan, että tehokkaat johtajat ovat strategiajohtajia, sillä he pystyvät toimimaan edeltä käsin. Tällä hetkellä on arvioitu, että yleisesti terveydenhuollon strategiat ovat usein reaktiivisia ja hajanaisia, vaikka niiden tulisi ottaa proaktiivisia askeleita kohti tulevaisuutta (Doublestein, Lee & Pfohl 2015: 109). Siten strategiatyö on merkittävä ja on olennaista huomioida se vaikuttavuuden taustalla.

2.2 Vaikuttavuus on yksi arvioinnin ydinkäsite

Vaikuttavuus (*effectiveness*) on yksi arvioinnin ydinkäsite ja liittyy arvioinnin tarkoituksiin ja käytäntöihin (Rajavaara 2007: 15). Arviointi luotiin Amerikassa 1960-luvulla, jolloin tavoitteena oli vähentää ihmisten kärsimystä, syrjintää ja köyhyyttä. Tällöin vakaumuksena oli, että keskitetyllä poliittisella suunnittelulla ja kattavilla julkisilla toimenpiteillä voidaan maailmasta tehdä ihmisarvoisempi paikka elää. Nykyisin arviointia pidetään tieteen uusimpana vaiheena yhteiskunnan modernisoinnissa ja rationalisoinnissa. (Warsell 2006: 541.) Vaikuttavuuden käsite on saanut yhteiskuntapolitiikassa yhä laajempaa huomiota. Maailma ilmentyisi kaaoksena, jos ilmiöiden välisiä yhteyksiä ei voitaisi hahmottaa. Tällöin ilmiöt vain tapahtuisivat ilman tavoitteita ja vailla mahdollisuutta muutokseen. (Rajavaara 2007: 15.) Toinen lähtökohta vaikuttavuuden ilmentymiselle on julkisen hallinnon muutokset 1970-luvulta alkaen, jonka jälkeen palvelujen toimivuutta tai hyvyttä on pohdittu entistä enemmän vaikuttavuuden lähtökohdista. Esimerkiksi, kuinka laadukkaat palvelut tuotetaan minimikustannuksin. (Warsell 2006: 542.) Juuri talouteen liittyvää arviointia on analysoitu vaikuttavuuden käsitteen avulla (Niiranen, Sepänen-Järvelä, Sinkkonen & Vartiainen 2010: 56).

Rajavaaran mukaan (2007: 14–16, 19) vaikuttavuuden käsite on levinnyt julkisen sektorin käyttöön 1980-luvulla, jolloin se määriteltiin yhdeksi toiminnan tuloksellisuuden osatekijäksi. Vaikuttavuutta tarvitaan esimerkiksi laadun kehittämisessä (*quality development*), tieteellisiin näyttöön perustuvien käytäntöjen jalkauttamisessa (*evidence-based*), auditoinnissa (*auditing*) tai tietojohdamisessa (*knowledge management*). Warsell (2006: 541–542, 544) kiteyttää artikkelissaan, että arvioinnin tekemiseksi tarvitaan tieteellistä tutkimusta, universaalien periaatteiden tuntemusta sekä kokemusta käytännöstä. Näin

voidaan luotettavasti tarkastella toimintoja ja niiden vaikuttavuutta, kun muutos on arvioitu pohditussa kontekstissa. Niiranen ym. (2010: 56) kiteyttävät teoksessaan vaikuttavuuden kaikiksi niiksi vaikutuksiksi, joita tuotoksilla saadaan aikaan.

Rajavaara (2007: 1920) puolestaan määritteli vaikuttavuuden, miten suoritus on toteutettu tehokkaasti käytettävissä olevilla inhimillisillä ja taloudellisilla voimavaroilla ja saavutettujen hyödyllisten vaikutusten suhteen. Toisaalta terveydenhuollon tutkimuksissa, vaikuttavuus -käsitettä on viitattu siihen, kuinka paljon toiminta tuottaa rutiinioloissa terveysvaikutuksia yksilöille, joihin palvelua kohdistetaan eli muutosta ihmisten terveydentilassa (Torkki, Leskelä, Linna, Torvinen, Klemola, Sinivuori, Larsio & Hörhammar 2017: 35). Samanlaiseen määritelmään päätyivät myös tutkimuksessaan Rautava, Helenius, Salanterä & Tofferi (2009: 6), jossa vaikuttavuus todettiin nettomuutokseksi toiminnan tavoitteesta ja on luotettavissa intervention ansioksi tavanomaisessa toiminnassa.

Entä vaikuttavuus kuntoutuksen näkökulmasta? Sosiaali- ja terveysministeriö (2002: 63) määrittelee julkaisussaan kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitettavan toiminnan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista. Tavoitteet ovat yhteisötason- (esimerkiksi henkilöstöresurssien) tai yksilötason tavoitteita, jossa tavoitellaan toimintakyvyn vajavuuden kanssa pärjäämistä. Ja siten palveluiden tulee kohdentua pääsääntöisesti hyvinvoinnin tukemiseen tai sen huononemisen hidastamiseen. Vaikuttavuustutkimusta onkin pidetty lopputulosten tutkimukseksi. Tämä näkemys on sosiaali- ja terveydenhuollossa oleellinen, jotta saadaan asiakkaille haluttu terveysvaikutus. (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009: 286.) Vaikuttavuus voidaan todentaa vertaamalla tilannetta ennen ja jälkeen toiminnan, esimerkiksi poistuiko kipu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 38). Toisaalta Pikkarainen ym. (2013: 199) pohtivat tutkimuksessaan gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta ikääntyneen ihmisen elämänlaatuun. Vanhuus on uuteen sopeutumisen aikaa ja toisaalta eletyn elämän arviointia ja tulevaisuuden suunnittelua. Elämänlaatu koostuu monista eri tekijöistä, kuten toimintakyvystä, jossa fyysisen toimintakyvyn heikentyessä sosiaalisten suhteiden ja ympäristön merkitys kasvaa. Ikääntyneen elämänlaatuun vaikuttaa riittävän avun saaminen, asuin- ja lähiympäristön esteettömyys ja siksi on korostettu, että ikääntyneiden kuntoutus tulee keskittyä yksilöllisiin tekijöihin, jotka uhkaavat ikääntymisen itsenäistä pärjäämistä ja siten elämää. (Emt 2013:199.)

Myös Autti-Rämö ym. (2016: 92) pohtivat teoksessaan vaikuttavuutta kuntoutuksen kontekstissa. He pohtivat, millä toimenpiteillä voidaan parhaiten tukea kuntoutujan tavoitteiden saavuttamista ja toimintakykyä. Toisaalta he myös nostivat tärkeän huomion kuntoutuksen tavoitteesta, sillä etenevissä taudeissa ja tiloissa kuntoutuksen merkitys muuttuu toimintakykyä parantavasta toimintakykyä ylläpitäväksi tai sen heikkenemistä hidastavaksi. Kuviossa 2. on kuvattu yhteenvetona vaikuttavuuden käsitteen moniulotteisuus.



Kuvio 2. Vaikuttavuus -käsitteen moniulotteisuus.

Tarkemmin edellistä kuviota pohdittaessa, voidaan todeta vaikuttavuus -käsitteen olevan hyvin moniulotteinen. Se, mitä käsitteellä tarkoitetaan, riippuu siitä, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan. Vaikuttavuus -käsitettä on tarkasteltu yleisellä tasolla, mutta myös tarkemmin terveydenhuollon ja kuntoutuksen kontekstissa. Tässä tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan vaikuttavuus -käsitettä erityisesti iäkkään terveydentilan näkökulmasta, jolloin korostuu tavoitteellisen intervention, eli kuntoutuksen, tuomat muutokset tavanomaisessa ympäristössä. Samalla tarkastellaan myös, millaisia tapoja on arvioida intervention tuomia muutoksia.

2.3 Vaikuttavuuden lähikäsitteet

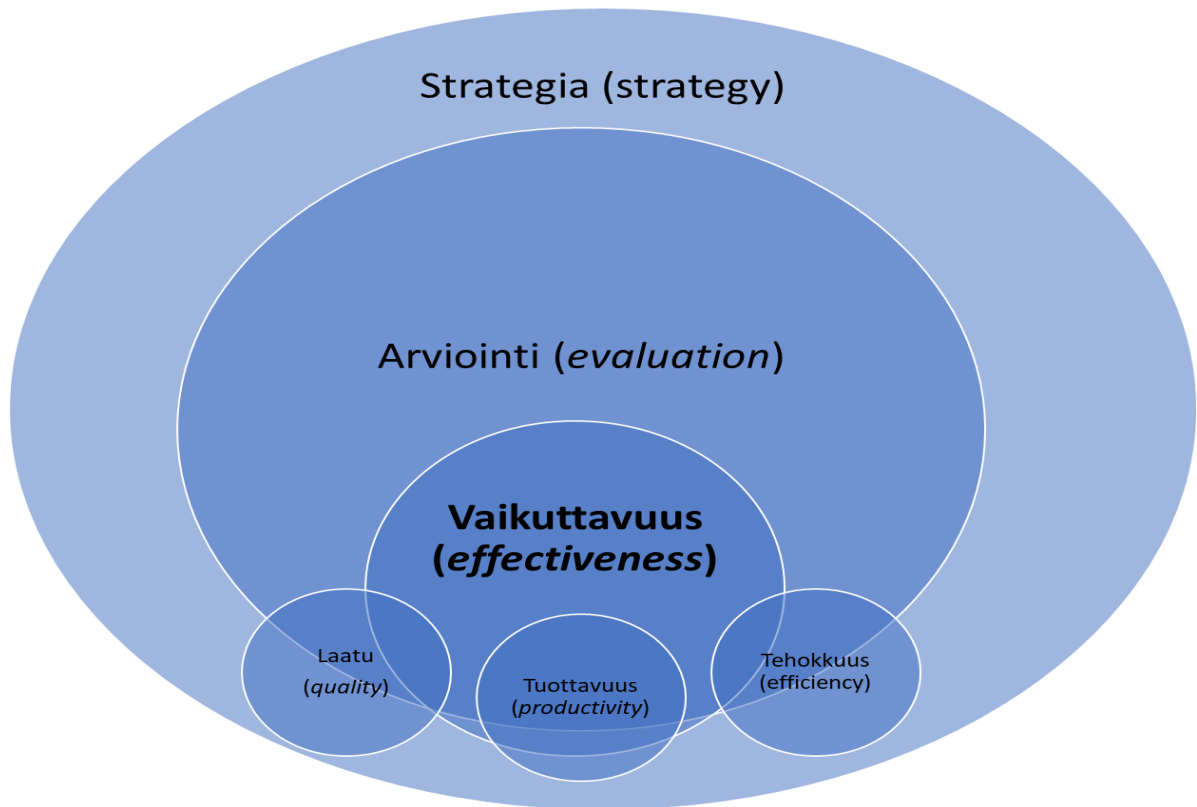
Vaikuttavuuden käsite on moniulotteinen, jonka vuoksi sitä on määritelty ja lähestytty erilaisista näkökulmista, kuten edellisellä kappaleessa todettiin. Vaikuttavuuteen kuuluu lähikäsitteinä strategia, arviointi, tuottavuus, tehokkuus, panos sekä laatu. Yläkäsitteinä on pidetty strategiaa (ks. kappale 2.1 Strateginen johtaminen vaikuttavuuden taustalla) sekä arviointia (ks. kappale 2.2 Vaikuttavuus on yksi arvioinnin ydinkäsite).

Vaikuttavuuden peruseriaatteena terveydenhuollossa on pidetty muutosta terveydentilassa eli terveyden lisäämistä. Jos puolestaan terveydentilan muutos saadaan aikaan ihanteellisissa olosuhteissa, puhutaan tehosta (*efficacy*). (Konu ym 2009: 286; Hammar 2008: 36). Siten vaikuttavuus on myös riippuvainen hoidon tehosta tai hoitomyönteisyydestä käytännössä. Teholla tarkoitetaan sitä, kuinka interventio tuottaa halutun vaikutuksen henkilöille, jotka ovat täysin suostuvaisia palveluun ideaalisissa kliinisissä olosuhteissa verrokkiryhmään arvioitaessa. (Konu ym. 2009: 286.) Ihanteelliset olosuhteet voivat olla esimerkiksi kliinisissä kokeissa (Rautava ym. 2009: 6). Jos puolestaan huomioidaan halutun tilanteen saavuttamiseksi tarvittavat panokset, käytetään tehokkuus -käsitettä (*efficiency*) Tällöin tarkoitetaan lopputuotoksen suhdetta käytettyihin panoksiin eli millä kustannuksilla lopputulos saatiin (Klemola 2015: 37; Rangnekar & Dhar 2010: 37). Tehokkuus viittaa kustannusten huomioimiseen, niukkojen resurssien mahdollisimman optimaaliseen hyödyntämiseen. (Konu ym. 2009: 286; Rautava ym. 2009: 6). Tämä on siten myös erottava tekijä vaikuttavuudesta, jossa enemmän tarkoitetaan tuotosten vaikutusta

lopputulokseen. Palveluissa tuotoksella tarkoitetaan tuottajan tekemää suoritetta tai toimenpidettä (Torkki ym. 2017: 35). Puolestaan panoksilla tarkoitetaan koko palvelujen tuottamiseen käytettyä hintaa, joka koostuu sekä työstä että fyysisistä palvelun tuottamiseen käytetyistä laitteista ja työvälineistä (Klemola 2015: 37).

Tuottavuudella tarkoitetaan toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytetyn panoksen suhdetta, kuten Klemola (2015: 37) viittasi tutkimukseen (Ketola & Mattila 1995). Tällöin voidaan ajatella, että mitä enemmän tuotosta tai mitä vähemmän käytetään voimavaroja, sitä tuottavampaa toiminta on. Kuitenkaan tuottavuus ei ilmaise toiminnan hyvyttä tai huonoutta lopputuotoksen kannalta. Lopputuloksen kannalta tärkeämpänä pidetäänkin vaikuttavuutta, jolla tarkoitetaan tuotoksen vaikutusta lopputuotokseen. Tuotokset ja vaikuttavuus erotetaan toisistaan, sillä vaikuttavuutta pidetään hankalampana mitata kuin suoritteita, sillä suoritteet sinällään eivät kerro vaikutuksia. Siksi tarvitaan toinen termi kuvaamaan juuri vaikuttavuuden suhdetta käytettyihin panoksiin. Suhdelukua on kutsuttu hyvinvointituottavuuden tasoksi. (Klemola 2015: 37–38.)

Kustannusvaikuttavuuden käsitettä kutsutaan, kun halutaan korostaa rahassa laskettavissa olevia kustannuksia. On kuitenkin huomioitava, että vaikuttavuus on asiakaslähtöinen käsite. Tällöin huomioidaan myös tekijät, jotka ovat rahallisesti haastava arvioida, kuten asiakkaan kipu. (Torkki ym. 2017: 35.) Yhteenvetona vaikuttavuuden ylä- ja lähikäsitteet ovat kuvattu seuraavassa kuviossa:



Kuvio 3. Vaikuttavuuden yhteys ylä- ja lähikäsitteisiin.

Kuviota 3. tarkastellessa, voidaan huomata, miten tärkeää on huomioida vaikuttavuus - käsitteeseen liitetyt ylä- ja lähikäsitteet. Kuviossa on pyritty korostamaan strategian ja arvioinnin merkitystä sekä vaikuttavuuteen että sen lähikäsitteisiin: laatu, tuottavuus ja tehokkuus. Samalla myös huomataan, miten haastava vaikuttavuuden käsite on, kun siihen liittyy läheisesti myös useita muita käsitteitä. Seuraavassa luvussa on tarkoitus pohtia tarkemmin vaikuttavuustiedon hyödyntämistä johtamisessa, erityisesti julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa kuten vanhuspalveluissa.

3. VAIKUTTAVUUSTIEDON HYÖDYNTÄMINEN VANHUSPALVELUIDEN JOHTAMISESSA, NÄKÖKULMANA KUNTOUTUS

3.1 Julkisten palveluiden johtaminen vanhushpalveluiden näkökulmasta

On hyvä pohtia alkuun yleisiä julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen liittyviä periaatteita, ennen kuin tarkastellaan tarkemmin vaikuttavuustiedon hyödyntämistä. Julkista organisaatiota ohjaa ja rahoittaa palveluiden tuottamisessa julkinen taho (Kivinen 2008: 80). Taustalla on laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista (733/1992), jossa on määritelty, että kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itse, yhdessä toisen kunnan kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla yksityiseltä sektorilta tai palvelusetelikäytäntöjen mukaisesti. Niiranen ym. (2010: 116) jatkaa, että julkisen hallinnon tulee olla avointa, läpinäkyvää ja sellaista, että se vastaa kansalaisten tarpeisiin. Valtakunnan tasolla julkista organisaatiota ohjataan yhteiskunnallisilla- ja terveystaloudellisilla linjauksilla sekä lainsäädännön keinoin. Tällöin myös julkisen organisaatioiden tavoitteiden, strategioiden ja resurssien käyttö määrittyy tehokkuuden lisäksi myös tasa-arvoisuuden ja oikeudenmukaisuuden pohjalta. Lainsäädäntö tuo organisaatioon esimerkiksi julkisuus-, tilastointi- ja raportointivelvoitteita ja siten arvioinnin merkitys korostuu. (Kivinen 2008: 80–86.) Kuntalain (410/2015) mukaan valtuusto päättää kunnan kokonaisstrategiasta ja keskeisistä taloustekijöistä, sekä määrittelee myös niiden toteutumisen arvioinnin ja seurannan.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kunnan ja valtion tasolla myös poliittisesti ohjattuja (Niiranen ym. 2010: 109). Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö (2017) määrittelee Suomessa iäkkäiden palvelujen kehittämisen suunnat, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaaman ikääntymispolitiikan tavoitteena on edistää ikäihmisten toimintakykyä, itsenäistä elämää ja aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. Kunnat puolestaan järjestävät ikäihmisten tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut joko tuottamalla palvelut itse tai ostamalla ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Palvelut myönnetään yksilökohtaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat myös informaatio-ohjattuja. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017) määrittelee, että hyvät ja toimivat vanhushpalvelut ovat asiakaslähtöisiä ja osallisuutta tukevia, painottavat ennaltaehkäisyä ja kuntoutusta, perustuvat kattavaan palvelutarpeen arviointiin ja tarjoavat yksilöllisesti laadittuja palvelukokonaisuuksia sekä ovat tarvittaessa saatavilla ja esteettömästi saavutettavissa. Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017) korostaa, että johtamisen näkökulmasta on olennaista, että vanhushpalvelut kohdennetaan oikein ja ne ovat kustannusvaikuttavia, jotta voidaan rajoittaa palvelutarpeen kasvua. Tässä työssä pohditaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon vanhushpalveluita yleisesti.

Entä vanhushpalveluiden johtajaan liittyviä vaatimuksia? Vanhushpalveluiden johtajasta on käytetty työnkuvasta riippuen useita nimikkeitä, kuten lähijohtaja, yksikön esimies, hoitotyön johtaja tai osastonhoitaja. Lähijohtamisella on usein tarkoitettu julkisen perus- tai erikoissairaanhoidon yksiköiden osastonhoitajan työtä, tai myös laajemman yksikön johtajan esimiestyötä. Tyypillisesti lähijohtaja johtaa omaa yksikköään, jossa on muutamasta muutamaa kymmeneen työntekijää. Hän toteuttaa koko organisaation strategian linjauksia, mutta ei yleensä ole vastuussa strategisen tason toiminnan määrittelystä. Se vaatii kykyä muuttaa strategiset linjaukset konkreettiseksi käytännön toimiksi ja tehtäviksi yksikössään. Menestyvä lähijohtaja tuntee sosiaali- ja terveydenhuollon lait, hallinnon järjestelmän, kykenee tulkitsemaan ja toteuttamaan organisaation strategiset linjaukset sekä hallitsee henkilöstöjohtamisen. Siten myös lähijohtajan tulee hallita hoitoprosessit ja talousjohtaminen. (Laaksonen & Ollila 2017: 10.)

Toisaalta Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2009: 38–39) on raportissaan pohtinut myös hoitotyön johtamista. Hoitotyön johtajilla on eri nimike toimiessaan strategisessa johdossa, keskijohdossa ja esimiestyössä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Hoitotyön johtajilla on terveystieteiden perustutkinnon lisäksi vähintään ylempi ammattikorkeakoulututkinto tai yliopistollinen tutkinto, joka sisältää johtamiskoulutusta. Ammatillisen pätevyyden tavoitteena on, että johtaminen pohjautuu asiantuntijuuteen, tutkimustiedon tunnistamiseen, käytännön kokemukseen ja palvelujärjestelmän ja ympäristön tuntemiseen. Samalla myös johtaminen vaatii lainsäädännön tuntemista sekä henkilöstön ohjausta ja

valvontaa. Johtajan erityistehtävänä on luoda sellaiset edellytykset, jotta hoitotyö on vaikuttavaa, laadukasta ja tuloksellista. Se edellyttää strategiatyöhön osallistumista, jotta on mahdollista suunnata myös oma vastuualueen toiminta sen mukaisesti. Hoitotyön johtaja vastaa myös oman vastuualueen taloudesta, henkilöstöhallinnosta sekä huolehtii, että perustehtävän toteuttamiseen on tarvittavat resurssit. Siten myös hoitotyön johtaja varmistaa, että palvelut ovat vaikuttavia ja asiakaslähtöisiä. Hoitotyön johtaja myös varmistaa henkilöstön osaamisen ja, että he käyttävät turvallisia ja vaikuttava menetelmiä laadukkaana perustehtävän toteuttamiseen ja toimii myös sovittujen periaatteiden mukaisesti. On tärkeää, että hoitotyön johtaja luo sellaisen organisaatiokulttuurin, joka kannustaa henkilöstöä sekä varmistaa siten osaltaan työhyvinvointia. On olennaista myös luoda menettelyt, joilla johtaja seuraa säännöllisesti toiminnan tuloksellisuutta ja huomioi verkostoitumisen tärkeyden esimerkiksi yhtenäisten, näyttöön perustuvien käytäntöjen hyödyntämiseksi ja levittämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 38–39.)

3.2 Vaikuttavuustieto julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa

Palveluiden johtaminen vaatii strategiatyötä, joka vaikuttaa siihen, miten vaikuttaviksi toiminnot ja palvelut saadaan (ks. kappale 3.1. Strateginen johtaminen vaikuttavuuden taustalla). Tiedolla johtamisen taustalla on jatkuva muutostila. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009: 32–33) kuvaa raportissaan, että tarvitaan muutoksen hallinnan keinoja, kuten tietoa nykytilasta suhteessa ympäristöön, vaihtoehtoja tulevaisuuden suunnan määrittämiseksi, kestävät valmiudet muutoksessa pärjäämiseen sekä kykyä kehittää osaamista jatkuvan oppimisen ajatuksella. Raportissa lisäksi todettiin, että tiedolla on vain silloin merkitystä, kun sitä hyödynnetään ja sen vuoksi määrätietoinen johtaminen tulee pohjautua oikea-aikaisen ja oikean tiedon keräämiseen, käsittelyyn ja hyödyntämiseen. Esimerkiksi näyttöön perustuva toiminta lisää vaikuttavuutta. Mustajoki (2005: 33) korostaa artikkelissaan, että vaikuttavuuden avulla pyritään erittelemään interventioista saatavaa hyötyä ja siten löytämään perustelu sille, että julkisissa varoissa rahoitetaan tutkimustyötä yhä enemmän. Vaikuttavuustieto on siten merkittävä johtamisen näkökulmasta.

Hyvä päätöksenteko edellyttää laaja-alaista, oikeaa tietoa sekä kykyä suodattaa ydintieto suuresta datasta. Palveluiden toimivuutta mittaavan tiedon saaminen on ensisijaista suunnittelussa, arvioinnissa ja palvelukokonaisuuden johtamisessa. (Linna, Mikkola, Peltonen & Tyni 2016: 3.) Julkisella sektorilla terveydenhuollon vaikuttavuuden vaatimukset lähtevät kuntalaisesta, joka velvoittaa sekä kuntaa että palvelujärjestelmää (Silvennoinen-Nuora 2010: 49). Laki velvoittaa kaikkia valtion virastoja ja laitoksia seurata oman sektorin kustannuksia, toiminnallista tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. (1216/2003). Terveydenhuollossa vaikuttavuustieto on systemaattisesti kerättyä tietoa, joka kertoo terveydenhuollossa tapahtuneista terveydenhuollon toiminnan aikaansaamista muutoksista (Simonen 2012: 5, 39). Nykyisin vaaditaan, että terveystietojen vaikuttavuutta tulee mitata enemmän (Rautava ym. 2009: 4). Vaikuttavuustietoa tarvitaan päätöksenteossa, jotta käytettävissä olevat voimavarat voidaan kohdentaa optimaalisesti (Kiiskinen, Aromaa, Matikainen, Natunen & Vehko 2008: 3). Vaikuttavuustietoon pohjautuvaa hallinnointia tarvitaan myös jalkauttaessa toimintakäytäntöjä yhteiskuntapolitiikan toiminta-alueilla, kuten kuntoutuksessa (Rajavaara 2007: 18, 28).

Miten strategiatyössä voidaan vaikuttavuustietoa hyödyntää? Johtajilla on käytettävissä erilaisia tapoja implementoida strategia käytäntöön. Yksi tapa on esimerkiksi hyödyntää sosiaalisia käytäntöjä, kuten osallistamista. Se on usein organisaatioissa aliarvioitu, vaikka sen hyödyt ovat ilmeisesti esimerkiksi sitouttamisessa ja strategian toteutuksessa. Strategiatyökaluina tällöin voidaan hyödyntää strategista voimavarakartoitusta tai strategiakarttaa, jotka ovat helppokäyttöisiä ja helpottavat johtajaa rakentavassa strategiakeskustelussa. On hyvä myös huomioida, että kompleksissa organisaatioissa voi myös syntyä ristiriitoja strategiatyön aikana. Ne ovat samalla johtajalle mahdollisuus tunnistaa ja hyväksyä erilaisuutta. On myös mahdollista, että organisaation ristiriidat ovat sellaisia, joista ei ole mahdollista valita vain toista ratkaisua ja siten tuleekin löytää jonkinlainen kompromissiratkaisu ja tasapaino arjen mahdollistamiseksi. Strategisessa päätöksenteossa, tilanteet ovat johtajalle usein hyvin haastavia. (Einola 2018: 49–50.)

3.3 Vaikuttavuuden arviointi päätöksenteossa, näkökulmana kuntoutus

Tässä työssä vaikuttavuudella tarkoitetaan positiivista muutosta terveydentilassa ja arviointi kohdennetaan niihin toimenpiteisiin, joilla voidaan parhaiten tukea kuntoutujan tavoitteiden saavuttamista ja toimintakykyä. Muutos terveydentilassa voi olla toimintakyvyn paraneminen sekä etenevissä sairauksissa toimintakyvyn ylläpitäminen tai sen heikkenemisen hidastaminen. Hyvinvointipalvelujen alkuperäinen tavoite on asiakkaiden hyvinvoinnin tukeminen ja siksi tuotosten tulee kuvata vaikuttavuutta eli sitä, kuinka asiakkaat paranevat (muutos terveydentilassa). Tuotetut suoritteet ja palvelujärjestelmät ovat siten vain keino saavuttaa se, mitä todella tavoitellaan. Onkin ajateltu, että palvelusuoritteita ja -kokonaisuuksia tulee tuottavuuslaskennassa painottaa niin, että vaikuttavuutta aikaan saavat suoritteet saavat suurimman painoarvon kustannusten sijaan. (Klemola 2015: 38.)

Organisaatiot tarvitsevat vaikuttavia johtajia menestyäkseen (Rangnekar & Dhar 2010: 31). Mustajoki (2005: 35) jatkaa, että hyvin toimiva julkinen sektori hyödyntää eri tieteenaloilla tehtävää tutkimusta, joka näkyy päätöksenteossa. Suomessa onkin jo pitkään arvostettu tiedon merkitystä päätöksenteon tukena. Toisaalta päätöksenteon vaikuttavuuden arviointi on sosiaali- ja terveydenhuollossa epätasaisesti kehittynyt (Hänninen & Junnila 2012: 3.). Vaikuttavuuden arviointi on sidoksissa vallalla oleviin paradigmoihin ja muuttuu sen mukaan, kuinka laajasti tai mistä näkökulmasta se on tehty (Konu ym. 2009, 285). Arvioinnilla pyritään perustelemaan intervention vaikutusta. Terveydenhuollossa vaikuttavuustutkimuksen tarkoituksena on parantaa terveyttä, usein kehittämällä palvelujärjestelmää ja hoitomenetelmiä sekä lisäämällä työntekijöiden tai asiakkaiden tietoa tai muuttaa asenteita. Karkeimpana vaikuttavuuden mittarina pidetään kuolleisuutta ja tällöin nimenomaan pyritään palvelujärjestelmän keinoin ehkäisemään vältettävissä olevaa kuolleisuutta. (Rautava ym. 2009: 7.)

Vaikuttavuuden arviointi tapahtuu vaiheittain. Aluksi tulee pohtia haluttua tavoitetta, toimenpiteitä ja odotettavia tuloksia. Itse suorittamiseen on erilaisia menetelmiä, joissa olennaista on pohtia vaikutuksia suhteessa muihin vaikuttaviin tekijöihin (Kettunen 2017: 3). Peruslähtökohta vaikuttavuustiedonhankintaan on käytetty satunnaistettua kokeellista tutkimusta (*randomised controlled trial, RCT*). Asetelman myötä, etenkin terveyteen liittyvissä tutkimuksissa voidaan osoittaa jonkin toimen vaikutusta eli seurannaisvaikutusta

(*effect*). (Klemola 2015: 41). Keskiössä ovat toimet tai toimenpiteet, joita arvioidaan joko tuotoksen, lopputuloksen tai näiden molempien kautta. Näin tavoitteena on korostaa intervention vaikutusta. Vertailun kohteena ovat joko toimenpiteen tavoitteet tai yksilön ja yhteisön tarpeet. Samoin vaikuttavuuden arviointi voi olla joko palvelun tuottajan näkökulmasta tai asiakaslähtöisesti. On hyvä mainita myös päätöksenteon yhteydessä talouden näkökulmasta kustannusvaikuttavuus analyysi, joka puolestaan hyödyntää vaikuttavuusarviointia ja mittaa intervention kustannuksia. (Konu ym. 2009: 286–287.)

Terveystieteiden tutkimuksessa vaikuttavuustutkimuksen tarkoituksena on parantaa terveyttä, usein kehittämällä palvelujärjestelmää ja hoitomenetelmiä sekä lisäämällä työntekijöiden tai asiakkaiden tietoa tai muuttaa asenteita. Toisinaan vaikuttavuudella voidaan tarkoittaa enemmän intervention laatua kuin vaikuttavuutta. Tällöin käytetään vaikuttavuustasoista kuvaavia luokkia, joihin tieteelliset julkaisut lajitellaan. A-tasoisia ovat tutkimukset, jotka ovat systemaattisia katsauksia useista satunnaistetuista kokeellisista tutkimuksista. D-tasoiset puolestaan niin sanottuja heikompia, tapauselostustyyppisiä julkaisuja. (Rautava ym. 2009: 7.) Vaikuttavuuden arvioinnissa testataan siis olettamusta käytännössä, missä määrin ilmiö on vaikuttanut tavoitteen toteutumiseen. Vaikutuksia voidaan mitata, kun asetetaan realistiset tavoitteet sekä arviointikriteerit, jotka ovat perusteltuja suhteessa arvioitavaan ilmiöön ja tilanteeseen. Tärkeää on myös huomioida taustalla olevat, ylimääräiset muuttujat. Tämä tuo toisaalta arvioinnin haastavaksi, miten esimerkiksi erottaa intervention vaikutukset kaikkien mahdollisten muuttujien vaikutuksista, jotka olisivat voineet toteutua, vaikka interventiota ei tapahtuisikaan. Arvioinnin myötä voidaan samalla myös korjata tai täsmentää interventiota, jotta toiminta olisi tavoitteen mukaista. Arviointi auttaa myös kehittämään kriteerejä, jotta saadaan mitattua oleellisia tavoitteita.

Vaikuttavuuden arviointi voidaan jakaa seitsemään vaiheeseen: arviointikysymysten laatiminen, oletettujen lähteiden löytäminen, oletetun intervention laatiminen, intervention selventäminen arviointia varten, menetelmien valitseminen, tietojen kerääminen sekä analyysi ja johtopäätösten tekeminen. (Dahler-Larsen 2005: 8–9, 13, 18, 23–24.) Arviointia suunniteltaessa, tärkeimpänä vaiheena on pidetty lopputulosmittarien valintaa. Silloin pohditaan, mitkä ovat tärkeimmät odotetut lopputulokset, mitkä ovat toissijaisia ja miten monia lopputulosmuuttujia käsitellään analyyseissä. Tilastollisesti helpointa olisi,

jos voidaan nimetä yksi päämuuttuja. Tosin tällöin riskinä on, ettei saada täyttä ymmärrystä intervention onnistumisesta. Mittareita suunniteltaessa, tulee myös huomioida muutoksen arvioitu aikataulu ja seurannalle asetettu pituus. Jos tuotos tulee ilmi vasta usean vuoden päästä, tulee löytää myös välimittareita, jotka antavat tietoa mihin suuntaan interventio on menossa. On myös merkittävää pohtia, kuinka suuri muutos hyväksytään tulokseksi. (Rautava ym. 2009: 12–13.) Esimerkiksi vanhustenhuollossa vaikuttavuutta on mitattu toimintakyvyn kautta ja yksi käytetty mittari on RAI. Mittarina RAI on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. (Klemola 2015: 48.)

Kuntoutuksen kontekstissa saavutettuja vaikutuksia on pohdittu sekä kuntoutujan muutoksina, mutta myös saako yhteiskunta varojen käytölle vastinetta. Siten kuntoutusta koskee myös sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkuusvaatimukset. Kuntoutumistoimenpiteiden mittaaminen on olennaista, sillä se vaikuttaa siihen, miten kuntoutus järjestetään ja millä resursseilla. Jos mittarit ja menetelmät eivät ole oikeita, myös johtopäätökset ovat väärät. (Autti-Rämö ym. 2016: 16.) On olennaista, että terveydenhuollon palveluilla saadaan myönteistä vaikuttavuutta sekä palvelujen käyttäjille, mutta myös veronmaksajille ja yhteiskunnalle. Siten julkisin verovaroin tuotettujen palvelujen tuloksellisen toiminnan tavoite on tuottaa mahdollisimman vaikuttavia palveluita (Silvennoinen-Nuora 2010: 5, 49).

Pohdittaessa vaikuttavuuden arviointia päätöksenteon tukena kuntoutuksen näkökulmasta, on hyvä tarkastella myös esimerkein, mitä se käytännössä voisi tarkoittaa. Tähän tutkimukseen on valittu kaksi (2) esimerkkiä: TEAS- ja IKKU-hankkeet. Ensimmäisenä tarkastelen TEAS-hanketta. Valtioneuvoston kanslia nimesi julkisen sektorin tuottavuuden ja rakenteellisen uudistamisen yhdeksi painopistealueeksi, jonka pohjalta käynnistettiin ”Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS)” -hanke. Sen tarkoituksena oli tarkastella, miten tuottavuutta ja vaikuttavuutta voidaan lisätä iäkkäiden palvelukokonaisuutta kehittämällä. Hankkeessa todettiin, että iäkkäiden palveluiden johtaminen mahdollistaa palvelurakenteen muutoksen kustannusvaikuttavasti ja näin voidaan siirtää resursseja kuntoutukseen, varhaiseen ohjaukseen ja tukeen ja siten lopulta hidastaa kus-

tannusten kasvua. Muutos vaatii hyvän tukiverkoston ja niitä tekijöitä, jotka tukevat muutoksen onnistumista. Esimerkkeinä mainittakoon, että henkilöstön, johdon ja päättäjien tulee sitoutua sekä varmistaa osaaminen muutosprosessissa. Tuloksissa myös todettiin, että kotona tapahtuvan kuntoutuksen kytkeminen kiinteästi ikääntyneen palveluketjun kaikkiin vaiheisiin tukee iäkkään kotona selviytymistä. Palveluketjussa tulee kuvata kaikki toimijoiden tuottamat palvelut arjen avusta erikoissairaanhoidon eri tuottajien toteuttamana. On olennaista tarjota toimintakykyä tukevaa toimintaa varhaisesta vaiheesta alkaen. Oikea-aikaisella, moniammatillisella palvelutarpeen arvioinnilla ja kuntoutuksella asiakkaiden toimintakyky on parantunut ja palvelujen käyttöä on voitu vähentää. Samalla myös säännöllisen kotihoiton uusien asiakkaiden määrä on huomattavasti vähentynyt. (Tepponen, Behm, Heikkilä, Helminen, Immonen, Kaljunen, Kanerva, Kapulainen, Klemola, Koivuniemi, Laasonen, Lehmus, Lehtonen, Länsivuori, Majoinen, Mitikka, Nummela, Nurmiainen, Suhola, Vaittinen, Vidén, Viitikko & Villikka 2017: 2, 90–91.)

Toinen esimerkki on Kelan Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke (IKKU), jossa kartoitettiin gerontologisen kuntoutuksen toteutusta ja kehittymistä, tutkittiin kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kuntoutujaa koskevan tiedon välittymistä. Hankkeessa luotiin tutkimustulosten pohjalta yhdeksän (9) suositusta gerontologisen kuntoutuksen organisoinnissa ja siten päätöksenteon tueksi. Ensimmäinen suositus liittyi gerontologisen kuntoutuksen vastuutahoihin. Tehtävät tulee kuvata selkeästi ja ennen kaikkea vastata väestötasolla tapahtuviin muutoksiin. On myös olennaista huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon strategiset ja toiminnalliset muutokset päätöksenteossa. Esimerkiksi ikääntyneiden kuntoutus on kuntien vastuulla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, mutta kuntien välillä on merkittäviä eroja akuutti- ja pitkäaikauskuntoutuksessa sekä myös kuntoutuksen ohjaamisessa ja toteutuksessa. Vaikuttavuuden kannalta on merkittävää, että kuntoutusprosessi jatkuu katkeamatta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja kotihoitoon. Huomioitavaa on myös, että erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin kuntoutuspalvelut ovat kehitetty osaksi kokonaisvaltaisia kuntoutuspalveluita. Toinen suositus liittyi kuntoutuspalveluiden organisoimiseen. Palvelut tulee järjestää niin, ettei alkuvaiheeseen tule viivettä ja tarvelähtöisessä

kuntoutuksessa on huomioitu ikävaiheen erityispiirteet ja -haasteet yhteistyössä tukiverkoston kanssa. Suosituksen muodostumisen taustalla on tieto, että ikääntyneiden terveydessä ja toimintakyvyssä voi tapahtua nopeita ja yllättäviä muutoksia. Lisäksi ikäihmisellä on usein samaan aikaan monia sairauksia, jotka asettavat kuntoutukselle haasteita. Sen vuoksi on olennaista, että kuntoutustarve arvioidaan välittömästi sairastumisen, leikkauksen tai muun terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavan muutoksen yhteydessä. Kolmantena suosituksena korostettiin, että kuntoutustarve tulee arvioida kokonaisvaltaisesti huomioiden elämäkulku, nykyinen elämänvaihe ja tulevaisuus. Neljäntenä suosituksena kuntoutusmenetelmät ja -sisällöt tulee kehittää niin, että iäkkäät saavat laadukkaat ja monipuoliset palvelut samalla lailla kuin nuoremmat aikuiset. Esimerkiksi kuntoutussuunnitelmaa arvioidaan säännöllisesti ja aina tarpeen mukaan, sillä terveydentila, toimintakyky ja elämäntilanne voi muuttua nopeasti. (Pikkarainen ym. 2013: 5, 293–294.)

IKKU-hankkeen viides ja kuudes suositus liittyivät kuntoutustyöntekijöihin. Heidän tulee mahdollistaa ja tukea iäkkään kuntoutujan osallisuutta omassa kuntoutusprosessissaan ja yhteisössään. Seitsemäs suositus liittyi tiedonkulkuun, sillä sen tulee siirtyä tehokkaasti ja oikea-aikaisesti eri hoito- ja kuntoutuspaikkojen välillä. Samalla korostettiin, että vanhushpalvelujen henkilöstön on saatava konkreettista ohjausta kuntouttavaan työtapaan, jotta kuntoutuksen vaikuttavuus tehostuu. Kahdeksas suositus liittyi arviointiin, jotta gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta voidaan arvioida luotettavin ja pätevin menetelmin. Taustalla on ajatus, että kuntoutuspalvelujen saannin edellytyksenä tulee olla kuntoutujan toimintakyvyn rajoitteet tai mahdollisuudet, ei hänen ikänsä, ja sen vuoksi arviointimenetelmät tulee valita suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Vaikutuksia tulee arvioida mitattuina ja koettuina toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksina, esimerkiksi TOIMIA-tietokannasta saatavilla mittareilla. Viimeinen, yhdeksäs, suositus korostaa valtakunnallisen gerontologisen kuntoutuksen toimenpideohjelman laatimista. Se mahdollistaa yhteisen tietoperustan ja edistää monialaisten kuntoutuspalvelujen innovatiivista kehittämistä ja toteuttamista. Raportissa kiteytettiin, että parhaimmillaan kokonaisvaltaisesti suunniteltu, vastuutettu ja rahoitettu kuntoutus tapahtuu yksilö – ja ryhmämuotoisena kuntoutuksena ikääntyneiden kotikunnissa, kodeissa ja erilaisten verkostojen kanssa yhteistyössä. Siten myös työntekijöiden ammatillinen ja yhteinen osaamiseen mo-

nipuolistuu, tiedonkulku tehostuu ja organisaatioiden yhteistyötä hankaloittavat rajat ylittyvät. Toteutuessaan se mahdollistaa sekä sisällölliset että taloudelliset hyödyt. (Pikkarainen ym. 2013: 293–296, 304.)

3.4 Vaikuttavuustiedon hyödyntämiseen liittyviä haasteita

Matinvesi (2010: 11) toteaa, että integroidussa järjestelmässä kuntoutus saadaan aikaan itsenäisten organisaatioiden yhteistyöllä. Ideaalitulanteen saavuttamiseen liittyy kuitenkin monta eri kulmakiveä. Esimerkiksi kuntoutusaloite jätetään tekemättä, se tehdään väärään aikaan tai kuntoutustoimenpide tehdään irrallisena ja kuntoutusprosessi katkeaa. Kuntoutujan kannalta se johtaa siihen, että kuntoutustarve ei täyttynyt. Toisaalta yhteiskunnan näkökulmasta on keskusteltu myös voimavarojen tuhlaamisesta.

Vaikuttavuustiedon hyödyntämiseen liittyy myös toisenlaisia haasteita, sillä vaikuttavuuden mittaaminen on haastavaa ja luotettavien mittareiden löytäminen on vaikeaa. Vaikuttavuustutkimus sisältää asetelmia, jotka ilmentyvät mahdollisimman yksiselitteisenä vaikutuksena kokeessa riippumattomaksi muuttajaksi määritellyistä tekijöistä. Siten mikään muu tekijä ei selitä vaikuttavuutta kuin itse interventio. Esimerkiksi terveydenhuollossa tämä merkitsee sitä, että sattuma, spontaani paraneminen tai lumevaikutus on suljettu pois. (Rautava ym. 2009: 4–5.) Samanlaisiin ajatuksiin päätyi myös Mustajoki (2005: 33) artikkelissaan. Hän pohti uhkana, että huomio kiinnitetään toissijaisiin konkreettisiin saavutuksiin, joita voidaan jollakin tarkkuudella mitata, mutta tarkastelun ulkopuolelle jää merkittäviä vaikutuksia, joiden todentamiseksi ei ole olemassa luotettavia menetelmiä. Siten riskinä on, kuvaako saavutetut vaikuttavuusindikaattorit kuitenkin haluttuja ilmiöitä.

Toisaalta vaikuttavuutta kustannusten näkökulmasta katsottuna, tarkoituksena on määrittää niiden voimavarojen arvo, jotka tarvitaan terveysvaikutusten tuottamiseen. Kehusmaa kollegoineen (2010: 949–955) kuvasivat tutkimuksessaan ikääntyneiden kuntoutuksen kustannusvaikuttavuutta. Tuloksissa todettiin, että iäkkäiden hoidon vaikuttavuusarvioinnin mittarit tulisi valita palvelujen käytön näkökulmasta. Jos tätä ei huomioida ja mitataan

pelkästään palvelujen käytön kannalta korvikemuuttujilla, kuten lihasvoimalla tai tasapainolla, ollaan vielä kaukana todellisesta käytönasteesta. Kokonaisuutta arvioitaessa tuloksellisinta on mitata palveluiden käyttövaikutuksia suoraan, kuten sairaalaan hakeutumisella. Toinen vaihtoehto on mitata kustannuksia niin sanotuilla aineettomilla kustannuksilla, kuten kipuun tai elämänlaatuun liittyvillä arvoilla. (Hammar 2008: 35.) Toisaalta Mustajoki (2005: 37) korostaa myös, että usein yhteiskunnallinen vaikutus näkyy vasta vuosien, jopa vuosikymmenien päästä.

Yhteenvetona huomioiden väestön ikääntymisen ja rakennemuutoksen ja niiden luomat vaikutukset julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon, koen tärkeäksi pohtia vaikuttavan kuntoutuksen mahdollisuuksia vanhuspalveluita kehitettäessä.

4. TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA JA TOTEUTUS

Tutkimukseni tieteenfilosofinen perusolettamus on logiikka, joka käsittelee toteen näyttämistä ja todistamisen periaatteita. Logiikan olettamuksessa etsitään kausaalisia yhteyksiä tiedon osien välille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007: 126). Tutkimusstrategiani on teoreettislähtöinen, laadullinen tutkimus. Laadullisessa otteessa pyritään löytämään tosiasioita tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusote pyrkii kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan, jossa hyödynnetään induktiivista analyysia ja löydetään siten mahdollisia uusia seikkoja (Hirsjärvi ym. 2007: 157, 160). Tavoitteena on kuvata, ymmärtää ja tulkita tutkittavaa ilmiötä, kuten Kananen (2017: 35) tiivistää teoksessaan.

4.1 Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu

Tutkimusmenetelmäni on systemaattinen kirjallisuuskatsaus (*systematic reviews*). Kirjallisuuskatsaus on metodi, jossa tutkitaan jo tehtyä tutkimusta. Aineistonkeruu tapahtuu keräämällä aiempia tutkimustuloksia yhteen, jotka puolestaan ovat perustana uudelle tutkimustulokselle. Pro gradu -tutkielmassani pyrin keräämään tutkimustuloksia vaikuttavasta kuntoutuksesta vanhuspalveluiden johtamistyöhön ja siten palveluiden kehittämiseen.

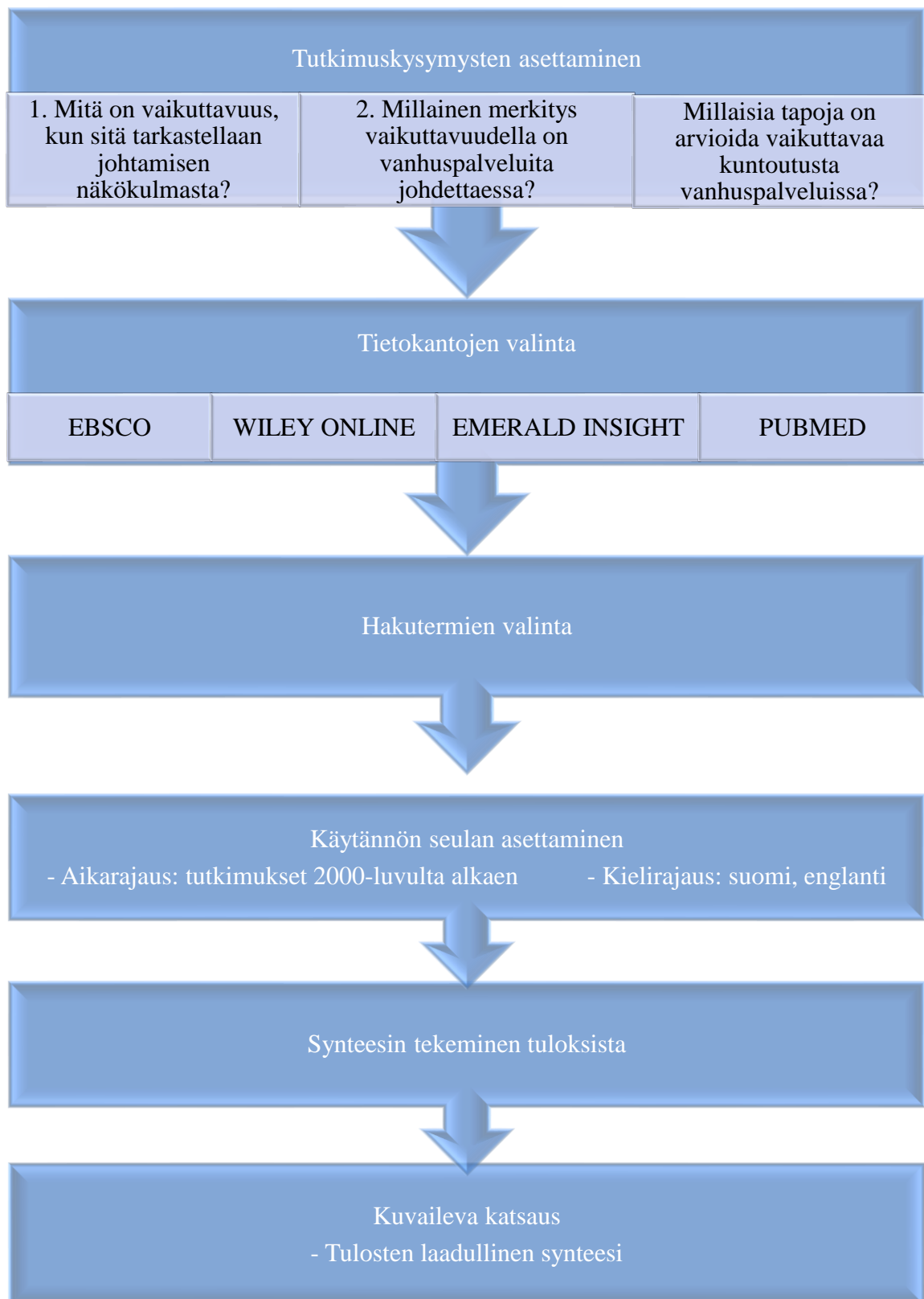
Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomiota käytettyjen lähteiden keskinäiseen yhteyteen ja tekniikkaan, joilla tulokset on saatu. Tulosten pohjalta tehdään tiivistelmä olennaisesta sisällöstä. Siten systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa testata olettamuksia, esittää tutkimustuloksia tiivistetysti ja arvioida niiden johdonmukaisuutta. Kirjallisuuskatsaus on toimiva vaihtoehto silloin, kun pyritään saamaan tutkittua tietoa päätöksenteon tueksi. Näyttöön perustuva päätöksenteko on tuloksellisimman toimintamallin kartoittamista. (Salminen 2011: 1, 4, 9–10.) Juuri sen vuoksi valitsin kyseisen metodin tutkimukseni toteutukseen, sillä johtamisen yksi olennainen osa on päätöksenteko, jota halusin pohtia kuntoutuksen näkökulmasta. Tutkimuksen yksityiskohtaisempi aikataulu on esitetty liitteessä (ks. Liite 2. Tutkimuksen aikataulu).

Kirjallisuuskatsaukseni etenee vaiheittain Salmisen (2011: 10–11) esittelemää Finkin mallia mukaillen. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa asetin tutkimuskysymykset (ks. luku 1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset). Teoreettisen viitekehyksen laadinnassa hyödynnän käsiteanalyysia keskeisten käsitteiden määrittelyssä ja niiden välisten suhteiden selvittämiseksi.

Toisessa, suunnitteluvaiheessa, pohdin keskeiset hakutermit ja valitsen käytettävät tietokannat. Päädyin neljään (4) tietokantaan, jotta saisin mahdollisimman monipuolisen tiedonhaun toteutettua. Valitut tietokannat ovat hallintotieteitä sisältäviä artikkelitietoja sekä kuntoutuksen kontekstin huomioiden myös yksi lääketieteellinen tietokanta. Tietokannat ovat: EBSCO, Emerald Insight, Wiley Online ja Pubmed. Käytännön seulana asetin aikarajauksena tutkimukset 2000-luvulta alkaen. Kielirajoituksena asetin suomen tai englanninkielellä julkaistut tutkimusartikkelit.

Saadut tulokset analysoin sisällönanalyysilla. Tuomi & Sarajärvi (2009: 103, 108) toteavat teoksessaan, että sisällönanalyysillä saadaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Näin analysoinnin tarkoituksena on lisätä informaatioarvoa, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeitä ja luotettavia päätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullinen käsittely pohjautuu siten loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto hajotetaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen uudellelaiseksi loogiseksi kokonaisuudeksi (Sisällönanalyysi 2017; Tuomi & Sarajärvi 2009: 108).

Tarkemmin, systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hyödynnetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia luokittelurunkoa laatiessa. Käytännössä, aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään, toisessa vaiheessa klusteroidaan eli ryhmitellään ja viimeisessä vaiheessa abstrahoidaan eli muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108, 123.) Seuraavassa on kuvattuna yhteenvetona tutkimuksen eteneminen, kuvio 3. Tutkimuksen eteneminen Finkin mallia mukaillen.



Kuvio 4. Tutkimuksen eteneminen Finkin mallia mukaillen.

4.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen etenemistä ohjaa eettinen sitoutuneisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009: 127). Tutkimukseni suunnitteluvaiheessa huolehdin, että aihe on ajankohtainen ja siten tiedeyhteisöä hyödyttävä. Prosessin edetessä toimin avoimesti ja mahdollisimman objektiivisesti, jonka osoitan raportoinnissa. Siten myös pyrin huomioimaan tutkimuksen luotettavuus- ja toistettavuustekijät. Tutkimuksen uskottavuutta pyrin vahvistamaan niin, että prosessi etenee hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Sen tueksi laadin seuraavat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, ks. kuvio 5. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Tieteellinen julkaisu on kokonaisuudessaan saatavilla • Valitut tieteelliset tutkimukset ovat julkaistu vuosien 2000-2018 • Tutkimuksissa näkökulmana on kuntoutuksen vaikuttavuus, johon liittyy johtaminen • Hyväksytään eri metodein tehdyt tieteelliset tutkimukset • Tieteellisten tutkimusten julkaisukieli on suomi tai englanti • Tieteellinen tutkimus on julkaistu valituissa tietokannoissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Tieteellistä julkaisua ei ole saatavilla • Tieteelliset julkaisut, jotka ovat julkaistu ennen vuotta 2000 • Hankkeet tai raportit, jotka eivät täytä tieteellisen julkaisun kriteerejä

Kuvio 5. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit (mukaillen Palomäki & Piirtola 2012: 21).

4.3 Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi

Tässä tutkielmassa pyrittiin toteuttamaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus periaatteita noudattaen. Tavoitteena oli löytää tutkimuksia, joiden kohderyhmät ja interventiot liitty-

vät iäkkäiden vaikuttavaan kuntoutukseen ja sen hyödyntämiseen vanhuspalveluita johdessa. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessissa avainsanoina käytettiin: ” Effectiveness AND (ger* OR elderl* OR old*) rehabilitation AND (lead* OR managem*)”. Avainsanat olivat samat jokaista valittua tietokantaa käytettäessä, jotta tutkimuksen luotettavuuteen ja toistettavuuteen tulee kiinnitettyä huomiota.

Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessissa saatiin yhteensä 940 alkuperäisartikkelia valituista neljästä tietokannasta. Alkuperäistutkimukset tarkastettiin ja tiivistelmän perusteella valittiin yhteensä 15 alkuperäistutkimusta tarkempaan analyysiin. Huomioitavaa on, että valitettavasti osa mielenkiintoisista alkuperäistutkimuksista jouduttiin jättämään analysoinnista pois puutteellisten tutkimustietojen vuoksi.

Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessista laadittiin yhteenvedotaulukko. Taulukon sarakkeisiin kirjattiin perustiedot valituista alkuperäistutkimuksista. Seuraavassa on kuvattu yhteenvedotaulukko (Taulukko 1. Tiedonhaku).

Taulukko 1. Tiedonhaku.

Hakusana: Effectiveness AND (ger* OR elder* OR old*) rehabilitation AND (lead* OR managem*)	Valitut artikkelit	Tutkija, vuosi, maa
Käytetty tietokanta, löydösten lukumäärä		
WILEY ONLINE; 580	1. Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis	Brooks ym. 2012. Kanada.
	2. Patient-centred physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up	Adang ym. 2015. Hollanti.
	3. Implementing an Evidence-Based Fall Prevention Program in an Outpatient Clinical Setting	Carp ym. 2013. Yhdysvallat.
EBSCO; 21	4. Implementation of integrated geriatric care at a German hospital: a case study to understand when and why beneficial outcomes can be achieved	Busetto ym. 2017. Hollanti.

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Hakusana: Effectiveness AND (ger* OR elder* OR old*) rehabilitation AND (lead* OR managem*)	Valitut artikkelit	Tutkija, vuosi, maa
Käytetty tietokanta, löydösten lukumäärä		
	5. Effects of interventions on trajectories of health-related quality of life among older patients with hip fracture: a prospective randomized controlled trial.	Che ym. 2016. Taiwan.
PUBMED; 260	6. Comparative effectiveness of fragility fracture integrated rehabilitation management for elderly individuals after hip fracture surgery: A study protocol for a multicenter randomized controlled trial	Beom ym. 2018. Korea.
	7. Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme for elderly patients with hip fracture: A prospective cohort study	Cheung ym. 2018. Kiina.
	8. A multi-centre randomised trial to compare the effectiveness of geriatrician-led admission avoidance hospital at home versus inpatient admission.	Butler ym. 2017. Englanti.
	9. Feasibility and cost-effectiveness of a multidisciplinary home-telehealth intervention programme to reduce falls among elderly discharged from hospital: study protocol for a randomized controlled trial	Bernocchi ym. 2016. Italia.

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Hakusana: Effectiveness AND (ger* OR elder* OR old*) rehabilitation AND (lead* OR management*)	Valitut artikkelit	Tutkija, vuosi, maa
Käytetty tietokanta, löydösten lukumäärä		
	10. Evaluating the effects of increasing physical activity to optimize rehabilitation outcomes in hospitalized older adults (MOVE Trial): study protocol for a randomized controlled trial	Bernhardt ym. 2015. Australia.
	11. Role of rehabilitation in the elderly after an acute event: insights from a real-life prospective study in the sub-acute care setting	Balestrieri ym. 2018. Italia.
	12. Rehabilitative management for aspiration pneumonia in elderly patients	Momosaki. 2016. Japani.
	13. FRED: Exergame to Prevent Dependence and Functional Deterioration Associated with Ageing. A Pilot Three-Week Randomized Controlled Clinical Trial	Garcia-Zapirain & Muñeta-Aguinaga. 2017. Espanja.
	14. Management of frailty: a protocol of a network meta-analysis of randomized controlled trials	Adachi ym. 2017. Kanada.
EMERALD INSIGHT; 930* (, jolloin lisätty rajaus: vain "healthcare management" --> löydösten määrä 79)	15. From words to action: Visibility of management in supporting interdisciplinary team working in an acute rehabilitative geriatric hospital	Buttigieg ym. 2013. Englanti.

Tarkemmin edellistä taulukkoa tarkastellessa, voidaan todeta, että valitut alkuperäistutkimukset täyttävät kirjallisuuskatsaukselle asetetut sisäänottokriteerit. Seuraavassa kappaleessa kuvataan tarkemmin alkuperäistutkimusten sisältöä.

4.4 Analysointiin valitut alkuperäistutkimukset

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin 15 alkuperäistutkimusta, jotka kaikki olivat kansainvälisiä. Alkuperäistutkimuksien sisällöstä laadittiin yhteenvetotaulukko, jossa sarakkeisiin kirjattiin käytetyt menetelmät ja analyysitavat sekä saadut tulokset. Valituista alkuperäistutkimuksista oli seitsemän (7) satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, kaksi (2) meta-analyysia satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista sekä yksi (1) tutkimus jokaisesta seuraavasta: tapaus-, kohortti-, laadullinen-, näyttöön perustuva-, toimintatutkimus sekä kirjallisuuskatsaus.

Seuraavassa taulukossa on kuvattu yhteenveto kirjallisuuskatsauksen kriteerit täyttävistä alkuperäistutkimusten sisällöstä (Taulukko 2. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen aineistosta).

Taulukko 2. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen aineistosta.

Tutkijat	Tutkimuskohde; N= ; Ikäryhmä	Interventio	Kontrolli	Lopputilamittarit	Tulos
Adang ym. (2015)	Asiakkaat 13:sta eri fysioterapiayksiköstä; ≥70 vuotta; 130	Fysioterapia "theCoach2Move"- strategian mukaisesti	Tavanomainen fysioterapian toteutus	Ensisijaisesti: fyysinen aktiivisuus min/pvä. Sekundaariset mittarit: hauraus, kävelynopeus ja -matka, liikkuvuus ja elämänlaatu. Datan analysointi lineaarilla sekamallilla. Terveystuhoon kustannukset ja laadukkaat elinvuodet (QALY) laskettiin kokonaistaloudellisella hyödyllä (NMB) ja data analysoitiin lineaarisella sekamallilla.	Fyysinen aktiivisuus oli merkittävästi parempi kontrolliryhmällä. Hauraus oli vähäisempää interventoryhmässä. Elämänlaatu oli parempi interventoryhmällä. Lisäksi interventoryhmä vähensi kustannuksia
Brooks ym. (2012)	Akuutti geriatrinen yksikkö, jossa oli yksi tai useampi ominaisuus seuraavista: potilaslähtöinen hoito, säännöllinen lääkkeiden tarkistus, varhainen kuntoutus, varhainen kotiutuksen suunnittelu, valmisteltu ympäristö; ≥65-vuotias; 6,839	Akuutin geriatrisen yksikön ominaisuuksien tarkastelu		Tilasto: kaatumiset, painehaavaumat, delirium, toimintakyvyn lasku sairaalassaoloaikana sekä sen jälkeen, sairaalassaoloaika, kotiutumisen kohde (koti tai hoitolaitos), kuolleisuus, kulut, mahdollinen uusi sairaalajakso	Akuutissa geriatrisessa yksikössä oli vähemmän kaatumisia, vähemmän eroa toimintakyvyn laskussa sairaalajaksoon verraten. Lyhyemmät sairaalajojaksot, vähemmän siirtymisiä hoitolaitoksiin, alhaisemmat kustannukset ja enemmän kotiutumisia.
Busetto ym. (2017)	Sairaalassa työskentelevä terveydenhuollon ammattilainen; - ; 15	Osittain strukturoitu haastattelu. Haastattelun teema liittyi integroituun hoitoon, joka koostui kolmesta komponentista: varhainen kompleksinen geriatrinen kuntoutus, monialainen yhteistyö ja laaja geriatrinen arviointi		Data analysoitiin "context-mechanism- outcomes (CMO)"-menetelmällä. Tulokset kategorisoitiin kuuteen tasoon "Grol and Wnsing's Implementation Model (IM)".n mukaan.	Korvausjärjestelmän joustamattomuus johti palveluiden liialliseen, vähäiseen ja väärään käyttöön. Monialaista yhteistyötä haittasi suuri työmäärä. Laajaa geriatrista arvioita täydennettiin informaatiolla, joka saatiin omasilta, mikä johti ristikkäisiin tietoihin.

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Tutkijat	Tutkimuskohde; N= ; Ikäryhmä	Interventio	Kontrolli	Lopputilamittarit	Tulos
Bernocchi ym. (2016)	Iäkäs, jolla on keski- tai korkea riski kaatumiselle; \geq 65-vuotias; 290	Monipuolinen fysioterapia, sisältäen fyysisen harjoittelun yksilöllisen kotiohjelman kaatumisten ehkäisemiseksi. Lisäksi: terveydenhuollon muu apu, kuten hoitajan konsultoinnin sekä Internet-pohjaisen yhteydenpitovälineen.	Tavallinen hoito	Sisäänottokriteereinä kaatumisriski arvioitiin Bergin tasapainotestillä ja kognitiivinen puoli MMSE-testillä. Valittujen kaatumisen pelko arvioitiin FES-testillä, fyysinen kunto TUG- tai BEST-testillä, toimintakyky ADL/IADL-luokalla tai Barthelin indeksillä. Elämänlaatu arvioitiin EQ-5D kysymyksin. Datan analysointi kiihiin neliö-testillä kaatumisten osalta. Toissijaiset muuttujat "usean muuttujan lineaarinen regressio"-analyysillä. Taloudellinen arviointi vertaamalla intervention kustannusten vaikutuksia kontrolliryhmään.	Lopputulokset ei ole vielä saatavissa.
Che ym. (2016)	Iäkäs, joka on ensimmäistä kertaa kaatumistapaturman vuoksi sairaalassa. Iäkkäällä tulee olla toispuoleinen operoitu lonkkamurtuma sekä lisäksi kiinalaisen Barthelin indeksin mukaiset pisteet <70 . Iäkkään tulee asua Pohjois-Taiwanissa; \geq 60-vuotias; 281	Kaksi interventio-ryhmää: 1.Monitieteinen ja 2.Laaja hoito. Monitieteinen ryhmä sisälsi geriatrisen konsultoinnin, kotiutumisen suunnittelun ja 4kk kotona tapahtuvan kuntoutuksen. Laaja hoito sisälsi moniammatillista hoitoa, ravitsemuksen ja masennuksen hoitoa, kaatumisten ehkäisyä sekä 12kk kotona tapahtuvan kuntoutuksen.	Tavanomainen hoito. Sisälsi vain sairaalassa tapahtuvan kuntoutuksen ja kotiutumisen suunnittelun ilman geriatrista konsultaatiota ja kotona tapahtuvaa kuntoutusta.	Elämälaatu-mittari (Health-related quality of life, HRQoL), joka saatiin mittaamalla fyysisen komponentin luokka (PCS) ja henkisen komponentin luokka (MCS)	Molempien interventioryhmien fyysisen komponentin luokat olivat paremmat kuin kontrolliryhmän. Henkisen komponentin luokassa ei tapahtunut parannusta kummassakaan interventioryhmässä.
Garcia-Zapirain & Mugueta-Aguinaga (2017)	Ikäihminen, jonka toimintakyky on heikentynyt; $>$ 65-vuotias; 40	FRED-pelin mukainen harjoittelu	Tavanomaisen elämän jatkaminen	Fyysisen toimintakyvyn arviointi SPPB-testillä.	Interventioryhmäläiset saivat paremmat pisteet ohjelman jälkeen ja oli pienempi riski haurastumiselle.

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Tutkijat	Tutkimuskohde; N= ; Ikäryhmä	Interventio	Kontrolli	Lopputilamittarit	Tulos
Bernhardt ym. (2015)	Iäkäs, joka on kuntoutumassa geriatrisessa kuntoutusyksikössä; >60 vuotta; 198	Tehostettu fyysinen harjoittelu sairaalaloloaikana	Tavanomainen hoito sairaalaloloajan	6m kävelytesti, TUG-testi, DEMMI-testi, FIM-testi. Datan analysointi yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Taloudellinen arviointi vertaamalla intervention kustannusvaikuttavuutta kontrolliryhmään.	Lopputulos ei ole vielä saatavissa.
Beom (2018)	Iäkäs, jolla on operoitu lonkkamurtuma; ≥ 65-vuotias; 282	Kaksi ryhmä: 1.FIRM (fracture integrated rehabilitation management) =intensiivinen integroitu hoito, josta vastasivat fysiatri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, ravintoterapeutti, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. 2.Perinteiden leikkauksen jälkeinen kuntoutus	Ei fysioterapiaa postoperatiivisen hoidon aikana, myös sairaalassa	Ensisijainen mittari Kovalin kävelykyky-luokka. Toissijaiset mittarit: fyysinen toimintakyky ja kävelykyky, modifioitu Rivermeadin indeksi, kaatumisriski Bergin tasapainomittarilla, kognitio Korean MMSE-testiversiolla, mieliala Korean geriatrisen depressioasteikon mukaan, elämänlaatu EQ-LQ5-mittarilla, elämisen toiminnot Korean Barthelin indeksi-versiolla, hauraus Korean FRAIL-asteikkoversiolla. Datan analysointi Kruskal-Wallis testillä, ANOValla ja Friedmanin testillä.	Lopputulos ei ole vielä saatavissa.
Buttigieg ym. (2013)	Johto, terveydenhuollon ammattilaiset ja potilaat; - ; 21	Puolistrukturoitu haastattelu, jolla pyrittiin selvittämään kokemukset johdon antamasta tuesta mahdollistamaan vaikuttava monialainen yhteistyö geriatrisessa kuntoutussairaalassa.		Teema-analyysi	Kolme keskeistä teemaa tuloksena: "johdetaan tiimiystävällistä sairaalaa", "moniammattillisen tiimin osaamisalueet" ja "moniammattillisen tiimin prosessit". Tulokset osoittivat, että näkyvä johdon tuki ja sen linkittyminen moniammattillisen tiimityön prosesseihin on avainasemassa akuuttien geriatristen potilaiden integroidun hoidon onnistumisessa.

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Tutkijat	Tutkimuskohde; N= ; Ikäryhmä	Interventio	Kontrolli	Lopputilamittarit	Tulos
Butler ym. (2017)	Iäkäs, jolla on jokin akuutti terveydellinen ongelma; ≥ 65-vuotias; -	Geriatrin johtama ryhmä sisältäen moniammatillista terveydenhuollon palveluita kotona asuville ihmisille, jotka muuten olisivat sairaalahoidossa. Tiimiin kuuluu geriatrin lisäksi fysioterapeutti, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä.	Tavanomainen sairaalassa tapahtuva hoito	Ensisijainen tulos: kotona asuvien määrä. Toissijaisina: deliriumia sairastavien määrä, kuolleisuus, pitkäaikaishoitoon siirtyminen, kognitiivisen kyvykkyyden heikkeneminen, päivittäiset toimet, elämänlaatu, sairaalassaoloajan pituus tai uudelleen hakeutuminen. Datan analysointi sekamallilla. Kustannusvaikuttavuuden arviointi vertaamalla intervention nettokustannuksia laatuainotettuun elinvuosiin	Lopputulokset ei ole vielä saatavissa.
Carp ym. (2013)	Kotona itsenäisesti asuva ikäihminen, jolla on kaatumisriski, mutta on kyky liikkua ja on ohjattu terveydenhuollon tarjoamaan interventioon.; ≥ 65-vuotias; 379	"Tai Ji Quan"-tasapaino-ohjelma, joka oli muokattu terapeuttiseen yhdistettynä päivittäisiä toimintoja ja kliinistä kuntoutusta.		Ensisijainen tulos: terveydenhuollon poliklinikan työntekijöiden määrä, jotka antavat ohjausta. Toissijaiset tulokset: ohjattujen potilaiden osuus tutkimusprosessissa ja mittaustulokset implementoinnista, sen ylläpitämisestä ja vaikuttavuudesta. Vaikuttavuuden mittareina: kaatumisten määrä, tasapaino BalanceMaster-mittarilla, askelpituus ja kävelynopeus, TUG-mittari, tasapainon toiminnallisuus ABC-asteikolla. Datan analysointi keskiarvoja tai hajontaa hyödyntämällä sekä t-testillä.	Terveydenhuollon poliklinikan työntekijöitä oli yhteensä 252, joista 157 teki ohjausta/neuvontaa. Yhteensä 564 potilaista sai ohjausta/neuvontaa, joista 379 osallistui interventioon. Kaatumisten määrä väheni 0.12/hlö/kk. Myös kaikki muut mitattavat ominaisuudet parantuivat merkittävästi.
Cheung ym. (2018)	Ikäihminen, joka on saanut lonkkamurtuman; ≥ 65-vuotias; 153	Lonkkamurtuman jälkeinen kuntoutusohjelma (Comprehensive fragility fracture management program, CFFMP). Sisälsi geriatrisen arvioinnin, fysioterapian, ryhmäharjoittelu, värinäterapien.	Tavanomainen hoito	Fyysisen aktiivisuuden mittareina: TUG-testi, EMS-testi, Bergin tasapainotesti, FS-kaatumisriskin arviointi. Lisäksi mittareina: kaatumisen määrä ja toissijaiset murtumat. Taloudellisten tekijöiden arviointi seuraamalla ohjelman ja siihen liittyvien terveydenhuollon kustannuksia.	Kontrolliryhmällä oli merkittävästi korkeampi riski saada uusi murtuma. Interventoryhmäläisillä oli myös muiden mittareiden tulokset paremmat vuoden seurannan jälkeen. Terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat interventoryhmässä huomattavasti alhaisemmat.

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Tutkijat	Tutkimuskohde; N= ; Ikäryhmä	Interventio	Kontrolli	Lopputilamittarit	Tulos
Balestrieri ym. (2018)	Ikäihminen, jolla on krooninen sydänsairaus tai keuhkohtaumatauti, ja joka on siirretty akuutista sairaalahoitosta sub-akuuttiin yksikköön.; > 65-vuotias; 75	Yksioellinen kuntoutusohjelma ja optimaalinen lääkehoito	Vain optimaalinen lääkehoito	Kumulatiivinen sairausluokitusasteikko (CIRSC ja SIRSS); MMSE; POMA-testi; Barthelin indeksi; 10m kävelytesti. Datan analysointi kaksisuuntaisella variaatioanalyysillä ja khiin neliö -testillä.	Kotiutumistilanteessa Barthelin indeksi ja POMA-testin tulokset olivat paremmat interventioryhmällä. Myös suurempien kotiutumismäärien myötä potilaspaiikkoja vapautui enemmän interventioryhmässä, kun taas kontrolliryhmän potilaita siirrettiin enemmän jatkohoitoon tai tehostettuun kotihoitoon.
Momosaki (2016)	Tiedonhaun kriteereinä: ikäihminen, jolla on aspiraatiokeuhkokuume; > 60-vuotias; -	Fyysinen, keuhkojen sekä nielimishäiriöiden kuntoutus		Tietokanta: Medline	Akuuttivaiheen fyysinen kuntoutusohjelma vähentää sairaalahoiton aikana sekä sen jälkeistä toimintakyvyn vajetta. Varhainen kuntoutus myös vähentää sairaalakuolleisuutta merkittävästi.
Adachi ym. (2017). Kanada.	Hauras ikäihminen; - ; -	Haurauden ehkäisy ja hoito		Käytetyt tietokannat: Medline, Embase, Pedro, Scopus, Psychinfo, Scielo, Cinahl, Amed, Healthstar, Dare. Meta-analyysi Bayesian hierarkkia-mallia hyödyntäen. Tutkimuksen vahvuudet arvioidaan GRADE-asteikolla.	Tutkimuksen tuloksena todettiin, ettei ole vielä saatavilla systemaattisia tutkimuksia intervention vaikutuksista haurauden ehkäisyyn tai hoitoon

5. TULOKSET

5.1 Sisällönanalyysi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysi pyrittiin toteuttamaan yleisiä periaatteita noudattaen. Aineistolähtöisen eli induktiivisen aineiston analyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen (ks. luku 4.1. Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu). Ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään, toisessa vaiheessa klusteroidaan eli ryhmitellään ja viimeisessä vaiheessa abstrahoidaan eli muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108, 123.) Seuraavissa luvuissa pyritään avaamaan tarkasti tämän tutkimuksen sisällönanalyysin vaiheet.

5.1.1 Ensimmäiset vaiheet

Ensimmäisen vaiheen pelkistäminen tapahtui laatimalla yhteenvetotaulukko kirjallisuuskatsauksen aineistosta (ks. Taulukko 2. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen aineistosta). Seuraavassa vaiheessa ryhmitellään saadut tiedot. Ryhmittely tapahtui yhdistämällä alkuperäistutkimuksien keskeiset sisällöt yhteen. Seuraavassa kuviossa on yhteenveto tehdystä ryhmittelystä (Kuvio 6. Aineiston ryhmittely).

Iäkkäiden kuntoutuksen vaikuttavuus ja sen hyödyntäminen vanhushuoltoa johdattaessa

Ikä	Kenelle interventio on suunnattu	Interventio	Kontrolli
<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 70 vuotta • ≥ 65-vuotias • ≥ 60-vuotias • >60 vuotta 	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintakyky heikentynyt • Hauras • Dg. aspiraatiokeuhkokuume; krooninen sydänsairaus tai COPD, jota hoidetaan sub-akuutissa sairaalahoidossa; lonkkamurtuma • Kaatumisriski • Akuutti terveydellinen ongelma, joka vaatisi sairaalahoitoa mutta interventio mahdollistaa hoidon kotona • Johto, terveydenhuollon ammattilaiset ja potilaat • Kuntoutusyksikön potilas • Lonkkamurtuma + kiinalaisen Barthelin indeksin täyttämät kriteeripisteet ja asuu Pohjois-Taiwanissa • Sairaalassa työskentelevä terveydenhuollon ammattilainen • Akuutti geriatrinen yksikkö • Fysioterapiayksikön asiakkaat 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapia ”theCoach2Move”-strategia • Akuutin geriatrisen yksikön ominaisuuksien tarkastelu • Integroidun hoidon tarkastelu • Kaksi ryhmää: monitieteinen + laaja hoito • Monipuolinen fysioterapia, terveydenhuollon tarjoama muu apu sekä Internet-pohjainen yhteydenpitoväline • Kaksi ryhmää: FIRM + perinteinen leikkauksen jälkeinen kuntoutus • Tehostettu fyysinen harjoittelu sairaalahoidon aikana • Kartoitus johdon antamasta tuesta mahdollistamaan vaikuttava monialainen yhteistyö geriatrisessa sairaalassa • Terveydellisen ongelman hoito kotona geriatrisen tiimin avulla sairaalahoidon sijaan • "Tai Ji Quan"-tasapaino-ohjelma muokattuna terapeutin harjoitteluun ja päivittäisiin toimintoihin • Lonkkamurtuman jälkeinen kuntoutusohjelma • Yksilöllinen kuntoutusohjelma ja optimaalinen lääkehoito • Fyysinen, keuhkojen sekä nielämishäiriöiden kuntoutus • FRED-pelin mukainen harjoittelu • Haurauden ehkäisy ja hoito 	<ul style="list-style-type: none"> • Tavanomaisen elämän jatkaminen • Vain optimaalinen lääkehoito ilman kuntoutusta • Tavanomainen hoito • Tavanomainen sairaalahoito • Ei fysioterapiaa postoperatiivisen hoidon aikana, myöskään sairaalassa • Tavanomainen fysioterapia

Kuvio jatkuu seuraavalla sivulla.

Lopputilamittarit	Analyysimenetelmät	Tulos
<ul style="list-style-type: none"> Fyysinen aktiivisuus: min/pvä; hauraus; kävelynopeus ja –matka; liikkuvuus; kaatumisten määrä, toimintakyvyn lasku; Bergin tasapainotesti, FES-testi; Kovalin kävelykykyluokka; TUG-testi; ADL/IALD-luokka; Barthelin indeksi; modifioitu Rivermeadin indeksi; FRAIL-asteikko; 6m kävelytesti; 10m kävelytesti; DEMMI-testi; FIM-testi; EMS-testi; FS-kaatumisriskiluokka; BalanceMaster-mittari, ABC-asteikko; POMA-testi; SPPB-testi Terveydentila; MMSE-testi; painehaavaumt; delirium; kuolleisuus Elämänlaatu: QALY-mittari; HRQoL-mittari; EQ-5D-patteristo Talous: NMB-mittari; vertaamalla intervention kustannusten vaikutuksia kontrolliryhmään; nettokustannuksissa huomioidaan intervention kulut/säästöt terveydenhuollon palveluiden käytön vähentymisessä; mittaamalla intervention nettokustannuksia laatu painotettuun elinvuosiin intervention aikana Muut mittarit: kotona asuvien määrä; kotiutumisen kohde (koti/hoitolatos); sairaalahoidon pituus; mahdollisen uusi sairaalahoido (määrä); terveydenhuollon poliklinikan työntekijöiden määrä; ohjattujen potilaiden osuus; kulumatiivinen sairausluokitusasteikko 	<ul style="list-style-type: none"> Lineaarinen sekamalli Riskisuhde Painotettu keskiarvojakauma CMO-menetelmä CCM-asteikko IM-taso Khiin neliö-testi Usean muuttujan lineaarinen regressio –analyysi Kruskal-Wallis test ANOVA Friedmanin testi Yksisuuntainen varianssianalyysi Kaksisuuntainen varianssianalyysi Sisällönanalyysi Teema-analyysi Keskiarvojen ja hajonnan hyödyntäminen Bayesian hierarkkia-analyysi GRADE-asteikko 	<ul style="list-style-type: none"> Iäkkään kannalta: <ul style="list-style-type: none"> Fyysinen aktiivisuus merkittävästi parempi interventio- kuin kontrolliryhmällä Fyysinen harjoittelu vähentää toimintakyvyn heikentymistä sairaalahoidon aikana ja sen jälkeen sekä vähentää sairaalakuolleisuutta Hauraus oli vähäisempää interventio-ryhmässä Interventio-ryhmä vähensi kustannuksia Elämänlaatu oli parempi interventio-ryhmällä Henkissessä asteikossa ei muutosta verrattuna interventio- kontrolliryhmään Riski saada uusi murtuma oli kontrolliryhmällä korkeampi Organisaation kannalta <ul style="list-style-type: none"> Akuttissa geriatrisessa yksikössä oli vähemmän kaatumisia; vähemmän deliriumia; vähemmän toimintakyvyn laskua; lyhyemmät sairaalajaksot; vähemmän siirtymisiä hoitolaitoksiin; alhaisemmat kustannukset, enemmän kotiutumisia Näkyvä johdon tuki ja sen linkittyminen moniammatillisen tiimityön prosesseihin on avainasemassa akuuttien geriatristen potilaiden integroidun hoidon onnistumisessa Terveydenhuollon kokonaiskustannukset vähenivät interventiossa Kotiutuvien määrä oli suurempi interventio-ryhmässä, siten myös potilaspaiikkoja vapautui enemmän sairaalassa Korvausjärjestelmän joustamattomuuden aiheuttamat neg vaikutukset johti palveluiden liialliseen, vähäiseen tai väärään käyttöön; monialaista yhteistyötä haittasi suuri työ määrä; informaatio ei tullut asianomaiselta Ei ole saatavilla vielä systemaattista tutkimusta intervention vaikutuksista haurauden ehkäisyyn ja hoitoon (vrt. pos testi yllä) Lopputulokset ei ole vielä saatavilla

Kuvio 6. Aineiston ryhmittely.

Tarkastellessa tarkemmin kirjallisuuskatsauksen aineiston ryhmittelyä, huomataan, että ikäjakauma painottuu suhteellisen pienelle välille. Siten voidaan todeta, että tutkimuksissa ikäihmisten ikä on määritelty lähes samaksi tutkimuksesta riippumatta sekä on samalla myös yhteneväinen tässä tutkimuksessa asetettuun ikäkriteeriin. Puolestaan intervention kohderyhmä jakaantui sekä iäkkäisiin että myös organisaatioon, sen työntekijöihin tai johdon tarkasteluun. Tutkimuksen kannalta on mielenkiintoista, että tutkimuskohteet ovat aineistossa erilaiset, jotta voidaan tarkastella vaikuttavuutta useasta eri näkökulmasta.

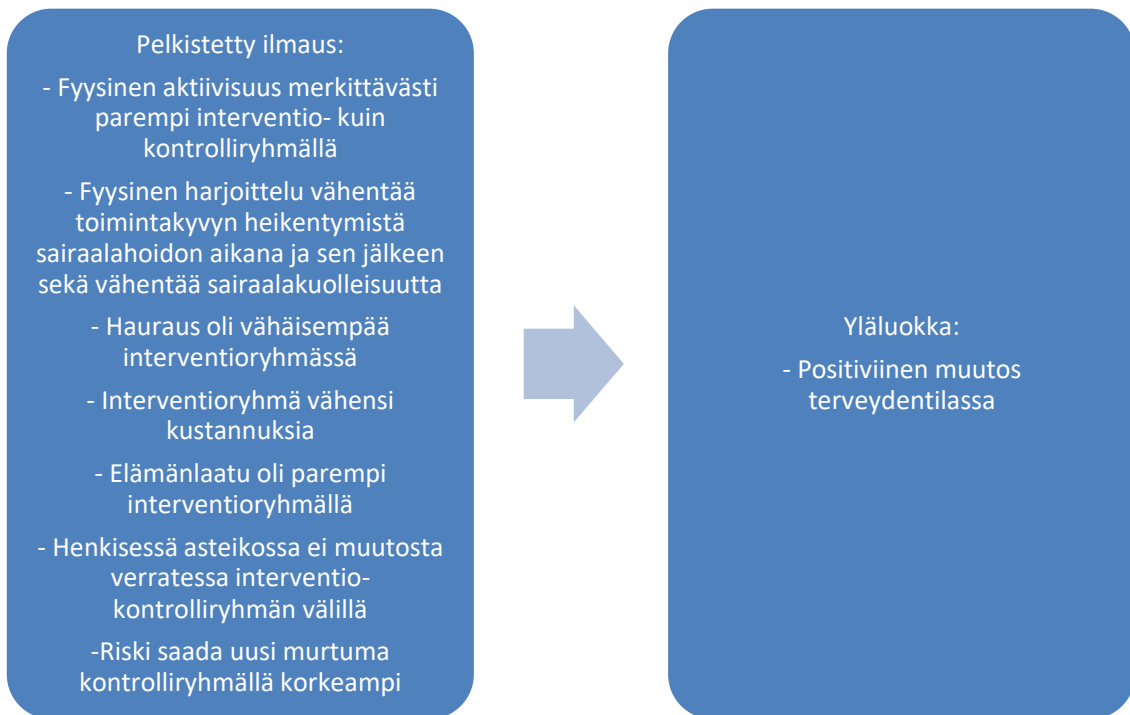
Intervention sisällöt vaihtelivat suuresti. Osassa tutkimuksissa tarkasteltiin vain tiettyä osa-aluetta tai ominaisuutta, kun taas toisissa tarkasteltiin laajasti monia eri tekijöitä. Kontrolliryhmän sisältö oli pääsääntöisesti tavanomaista hoitoa. Kuitenkin erityistä huomiota kiinnitin tutkimukseen, jossa iäkkäät jäivät ilman tavanomaista postoperatiivista kuntoutusta lonkkamurtuman jälkeen (Beom ym. 2018: 3). Jäin pohtimaan tutkijoiden tekemää valintaa, etenkin eettisten tekijöiden ja inhimillisyyden näkökulmista.

Ryhmittelystä voidaan myös huomata, että erilaisia lopputilamittareita oli runsaasti. Ryhmittelyssä jaettiin lopputilamittarit fyysisestä aktiivisuudesta arvioiviin mittareihin, terveydentilaan arvioiviin mittareihin, elämänlaatua arvioiviin mittareihin, kustannuksia arvioiviin mittareihin sekä muihin mittareihin. Etenkin huomiota kiinnitti runsas fyysisen aktiivisuuden mittarijoukko ja pohdinkin, ettei selkeää vakiintunutta mittaria ole ehkä vielä muodostunut. Erilaisten käytettyjen mittareiden myötä, myös analyysimenetelmät vaihtelevat.

Tutkimustulosten ryhmittely jaettiin myös sekä potilaiden että organisaation näkökulmaan. Tulokset olivat pääsääntöisesti positiivisia kahta tutkimusta lukuun ottamatta. Haasteena mainittakoon, että neljästä tutkimuksesta ei ollut vielä lopputuloksia saatavilla ja tämä oli valitettavaa. Tutkimukset valittiin kuitenkin osaksi analyysiaineistoa mielenkiintoisten tutkimusasetelmien ja -ongelmien vuoksi.

5.1.2 Abstrahointi

Sisällönanalyysin viimeisessä vaiheessa, abstrahoinnissa, muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja saatu data järjestetään uudelleen uudellaiseksi loogiseksi kokonaisuudeksi (Sisällönanalyysi 2017; Tuomi & Sarajarvi 2009: 108, 123). Tutkimuksessa abstrahointi alkoi tarkastelemalla ryhmittelystä syntyneitä luokkia ja pohtimalla näiden sisällöille yleisempää yläluokkaa peilaamalla dataa teoreettiseen viitekehykseen. Tässä tutkimuksessa keskityttiin tutkimusongelmien kannalta keskeisiin luokkiin: tuloksiin ja käytettäviin lopputilamittareihin. Peilatessa saatua dataa teoreettiseen viitekehykseen, hyödynnettiin myös alkuperäistutkimuksissa tehtyjä johtopäätöksiä vahvistaessa tehtyjä päätelmiä. Esimerkki ryhmittelyn avulla tehdystä yläluokan muodostumisesta on esitettyä alla olevassa kuviossa.



Kuvio 7. Esimerkki ryhmittelyn avulla tehdystä yläluokan muodostumisesta.

Abstrahointia jatkettiin tuloksien ja lopputilamittareiden ryhmittelyn tuloksia analysoimalla. Samalla etsittiin pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Näin abstrahoinnin avulla pyrittiin löytämään vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa abstrahoinnin tuloksena syntyi yhteensä neljä (4) yläluokkaa. Yläluokiksi muodostuivat: positiivinen muutos terveydentilassa, päätöksentekoprosessissa uusien ulottuvuuksien huomioiminen organisaatiota kehitettäessä, lopputilamittareiden valinta riippuu asetetuista tavoitteista sekä haastava mittareiden valinta.

5.2 Abstrahoinnista muodostuneet yläluokat

5.2.1 Positiivinen muutos terveydentilassa

Syventyessä ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuuteen ja sen merkitykseen vanhuspalveluita johdettaessa, tulee tarkastella aineiston tuloksia. Tulokset ovat ryhmitelty edellisessä luvussa ikääntyneiden ja organisaation näkökulmiin (ks. Kuvio 6. Aineiston ryhmittely). Iäkkään kannalta tulokset liittyivät positiivisesti toimintakyvyn paranemiseen, etenevissä sairauksissa toimintakyvyn ylläpitämiseen tai sen heikkenemisen hidastamiseen tai ehkäisten esimerkiksi uusia murtumia kaatumistapaturmien jälkeen. Esimerkkinä poimituista alkuperäistutkimuksesta:

”At 6 months, the between-group difference was significant for moderate-intensity physical activity in favour of the Coach2Move group [mean difference: 17.9 min per day; 95% confidence interval (CI) 4.0 to 34.9; $P = 0.012$].” (Adang ym. 2015: 422.)

”After three weeks and having taken part in nine physical activity sessions with the FRED game, 60% of subjects from the study group (12/20) obtained a score of ≥ 10 points at the end of the study, i.e., less risk of evidencing frailty. This result proved to be statistically significant ($p < 0.001$).” (Garcia-Zapirain & Mugueta-Aguinana 2017.)

”The re-fracture rate in the control group (10.39%) was significantly higher than in the intervention group (1.32%) ($p=0.034$). The intervention group improved significantly in TUG, EMS and FS after a 1-year programme.” (Cheung 2018: 285.)

Myös teoreettinen viitekehys tukee edellä mainittua ajatusta, sillä vaikuttavalla kuntoutuksella pyritään saamaan positiivista muutosta terveydentilassa, kuten todettiin aiemmassa luvussa (ks. luku 2.2. Vaikuttavuus on yksi arvioinnin ydinkäsite). Vanhuspalveluissa näkemys on oleellinen, jotta saadaan asiakkaille haluttu toimintakykyyn liittyvä vaikutus. Se voidaan todentaa vertaamalla esimerkiksi tilannetta ennen ja jälkeen kuntoutuksen. Aineistoa ja teoreettista viitekehystä tarkastellessa yhteenvetona voidaan todeta iäkkään kuntoutuksen vaikuttavuuden abstrahoinnin yläluokaksi: positiivinen muutos terveydentilassa.

5.2.2 Päätöksentekoprosessissa uusien ulottuvuuksien huomioiminen organisaatiota kehitettäessä

Tarkastellessa puolestaan iäkkään kuntoutuksen vaikuttavuuden merkitystä vanhuspalveluita johdettaessa, tulee tarkastella ryhmittelyn tuloksia organisaation näkökulmasta. Organisaation kannalta tulokset liittyivät organisaation tilan tarkasteluun sekä toisaalta, miten positiivisia tuloksia voitaisiin hyödyntää tulevilla päätöksentekotilanteissa. Esimerkiksi organisaatioissa, jossa iäkkäiden kuntoutus oli huomioitu, oli lyhyemmät sairaalajakso, enemmän kotiutumisia, vähemmän tapaturmia ja kokonaiskustannukset olivat alhaisemmat. Samalla myös korostettiin näkyvän johdon tuen merkitystä moniammatillisen tiimin onnistuneissa prosesseissa. Esimerkit alkuperäistutkimuksista:

”Acute geriatric unit care was associated with fewer falls (risk ratio (RR) = 0.51, 95% confidence interval (CI) = 0.29–0.88), less delirium (RR = 0.73, 95% CI = 0.61–0.88), less functional decline at discharge from baseline 2-week prehospital admission status (RR = 0.87, 95% CI = 0.78–0.97), shorter length of hospital stay (weighted mean difference (WMD) = 0.61, 95% CI = 1.16 to 0.05), fewer discharges to a nursing home (RR = 0.82, 95% CI = 0.68–0.99), lower costs (WMD = \$245.80, 95% CI = \$446.23 to \$45.38), and more discharges to home (RR = 1.05, 95% CI = 1.01–1.10).” (Brooks ym. 2012: 2237.)

”The findings show that visibility of management support and its alignment with the process and content levels of interdisciplinary teamwork are key to integrated care for acute rehabilitative geriatric patients.” (Buttigieg ym. 2013: 618.)

On hyvä myös huomioida, etteivät kaikki tulokset olleet positiivisia. Esimerkiksi yhdessä tutkimuksessa korvausjärjestelmän joustamattomuus johti palveluiden haasteisiin sekä

moniammatillista yhteistyötä haittasi suuri työmäärä, kuten seuraavassa esimerkissä todetaan:

”The inflexibility of the reimbursement system regarding the obligatory number of treatment sessions contributed to over-, under- and misuse of services. Multidisciplinary cooperation was impeded by a high workload, which contributed to waste in workflows.” (Busetto ym. 2017.)

Eroavaisuuksia löydettiin myös haurauden ehkäisyssä. Adachi ym. (2017) tutkimuksessa todettiin, ettei ole vielä saatavilla systemaattista vaikutusta haurauden ehkäisyssä ja hoidossa. Tulos on mielenkiintoinen, sillä se on ristiriitainen tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltuihin muihin haurauteen liittyviin tutkimuksiin. Pohdin, miten näin päinvastaiset johtopäätökset saavutettiin, kun muut tutkimukset johtivat positiivisiin päätelmiin. Toisaalta ristiriitaisuus herättää myös huomioimaan strategiatyön haastavuuden. Koen, että on olennaista pohtia myös mahdollisia negatiivisia tuloksia päätöksiä tehdessä, vaikka muutoksella pyritäänkin positiiviseen vaikutukseen. Ja erityisesti tulee pohtia, miten negatiivisia vaikutuksia voitaisiin ehkäistä, jos/kun johtamisen näkökulmasta organisaatiossa päädytään lisäämään resursseja iäkkäiden kuntoutukseen. Koen, että on hyvä pohtia jo suunnitteluvaiheessa, millainen seuranta-aika uudelle toimintamallille asetetaan sekä milloin mahdollisesti tehdään korjaavia muutoksia, jos haluttuja muutoksia ei saavuteta.

Peilattaessa ryhmittelyssä saatuja organisaatioon liittyviä tuloksia teoreettiseen viitekehykseen, vaikuttavuustietoa tarvitaan juuri päätöksenteossa, jotta käytettävissä olevat voimavarat voidaan kohdentaa optimaalisesti (ks. luku 3.2 Vaikuttavuustieto julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa). Vanhuspalveluissa kuntoutuksen näkökulmasta se tarkoittaa, että rajalliset resurssit pyritään kohdentamaan niin, että niillä saavutetaan iäkkäiden mahdollisimman positiivinen muutos terveydentilassa. Päätöksiä tehdessä iäkkäiden kuntoutuksesta saatavalla vaikuttavuustiedolla voidaan perustella ja verrata palveluja ja kehittää siten strategisesti toimintojen vaikuttavuutta, kuten myös aineiston tarkastelussa todettiin. Yhteenvetona voidaan todeta, että alkuperäistutkimusten tulokset tukevat teoreettista näkökulmaa ja abstrahoinnin yläluokaksi merkitään: päätöksentekoprosessissa uusien ulottuvuuksien huomioiminen organisaatiota kehitettäessä.

5.2.3 Lopputilamittareiden valinta riippuu asetetuista tavoitteista

Seuraava tarkastelu liittyi lopputilamittareihin ja erityisesti, millaisia tapoja on arvioida kuntoutuksen vaikuttavuutta vanhuspalveluissa. Siten pyrittiin löytämään vastaus viimeiseen eli kolmanteen tutkimusongelmaan. Teoreettisessa tarkastelussa korostettiin peruslähtökohtana vaikuttavuustiedonhankinnassa satunnaistettua kokeellista tutkimusta (RCT), jolloin etenkin terveyteen liittyvissä tutkimuksissa voidaan todentaa jonkin toimen vaikutusta. Samanlaisia päätelmiä oli tehty myös alkuperäistutkimuksissa, sillä kirjallisuuskatsauksen aineistoista seitsemän (7) oli tehty edellä mainitulla asetelmalla. Lisäksi kaksi (2) tutkimuksista oli meta-analyyseja satunnaistetuista kokeellisista tutkimuksista. Näin voidaan kiteyttää, että vaikuttavuustiedonhankinnassa satunnaistettu kokeellinen tutkimus on toimiva asetelmana.

Lisäksi teoreettisessa lähestymisessä korostettiin intervention vaikutuksien arviointia joko tuotoksen, lopputuloksen tai näiden molempien kautta. Olennaista on, että vaikuttavuuden arviointi pohjautuu realistisiin tavoitteisiin ja siten lopputilamittareiden valintaa on pidetty tärkeimpänä vaikuttavuuden arvioinnin vaiheena, kuten todettiin aiemmassa luvussa (ks. luku 3.3 Vaikuttavuuden arviointi päätöksenteossa, näkökulmana kuntoutus). Peilattaessa teoriaa aineiston ryhmittelyyn, voidaan todeta, että erilaisia lopputilamittareita oli käytetty hyvin paljon. Ehkä näin oli juuri sen vuoksi, että alkuperäistutkimuksissa tavoitteitakin oli myös runsaasti (ks. Kuvio 6. Aineiston ryhmittely). Tavoitteet olivat laadittu sekä yksikö- että organisaatiotasolle, mikä myös teoreettisessa tarkastelussa todettiin mahdolliseksi. Teoreettisessa tarkastelussa korostui lisäksi, että lopputilamittareiden valinnassa tulee pohtia, mitkä ovat tärkeimmät odotetut lopputulokset, mitkä ovat toissijaisia ja miten näitä käsitellään analyyseissä. Tämä ajatus näkyi käytännössä ja selkeästi auki kirjattuna alkuperäistutkimuksissa, kuten seuraavissa esimerkeissä esitetään:

”Adoption, Implementation and Maintenance framework, the primary outcome was the proportion of participating healthcare providers who made referrals. Secondary outcomes were the proportion of referred individuals agreeing to participate and enrolling in the program, and measures of program implementation, maintenance, and effectiveness (on measures of falls, balance, gait, physical performance, and balance efficacy).” (Carp. ym. 2013: 2142.)

”The primary endpoint ‘living at home’ (the inverse of death or living in a residential care setting) is measured at 6 months follow-up, and we also collect data on this outcome at 12 months. Secondary outcomes include the incidence of delirium, mortality, new long-term residential care, cognitive impairment, activities of daily living, quality of life and quality-adjusted survival, length of stay, readmission or transfer to hospital.” (Butler ym. 2017: 1.)

Talouden näkökulmasta iäkkäiden kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitiin ennen kaikkea kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Käytettyä tapaa tukee myös teoreettinen tarkastelu, sillä organisaatioilla on tarve saada tietoa, kuinka laadukkaat palvelut tuotetaan minimikustannuksin ja siten halutaan korostaa rahassa laskettavissa olevia kustannuksia. Tutkimukset, joissa iäkkäiden kuntoutuksen kustannusvaikuttavuutta oli arvioitu, tulokset olivat positiivisia. Esimerkiksi:

”The overall healthcare costs per patient in the intervention and control groups were US\$22,450 and US\$25,313, respectively.” (Cheung ym. 2018: 285.)

”the results demonstrated that the costs of acute geriatric unit care were significantly less than those of usual care (WMD = \$245.80, 95% CI = \$446.23 to \$45.38; P = .02).” (Brooks ym. 2012: 2242.)

Taloudellisia tekijöitä pohdittaessa, on kuitenkin hyvä korostaa, että vaikuttavuus on asiakaslähtöinen käsite ja sisältää tekijöitä, jotka rahallisesti on haastava arvioida (ks. luku 2.3. Vaikuttavuuden lähikäsitteet). Ajatusta tuki yksi alkuperäistutkimus, jossa tuloksissa tuotiin esille sekä kustannusvaikuttavuutta että potilaslähtöistä näkökulmaa:

”This study emphasizes both the potential cost-effectiveness of a patient-centred approach in the frail elderly and the importance of physical activity promotion in older adults with mobility limitations.” (Adang ym. 2015: 422.)

Yhteenvetona todettakoon, iäkkäiden kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin alkuperäistutkimuksista saadut tulokset tukevat teoreettista tarkastelua. Abstrahoinnin yläluokaksi merkitään: lopputilamittareiden valinta riippuu asetetuista tavoitteista.

5.2.4 Mittareiden valinta on haastavaa

Peilattaessa vielä teoreettista tarkastelua ja aineistosta saatua dataa, on hyvä huomioida myös intervention aikataulu ja sovitun seurantajakson pituus. Vaikuttavuustieto usein edellyttää pidempiaikaista seurantaa ja aineistosta saatu data tuki ajatusta, sillä intervention kesto oli pääsääntöisesti 6–18 kuukautta. Paitsi yhden alkuperäistutkimuksen interventiojakso oli vain kolme (3) viikkoa (Garcia-Zapirain & Mugueta-Aguinaga 2017: 4). Jäin pohtimaan, pystyttiinkö näin lyhyessä ajassa arvioimaan vaikuttavuutta luotettavasti.

Lopputilamittareita oli alkuperäistutkimuksissa käytetty vaihtelevasti. Lopputilamittareiden valinta toki riippui tutkimuksen tavoitteista, mutta samalla analysointia tehdessä muodostui ajatus siitä, ettei vakiintuneita kuntoutuksen vaikuttavuuden mittareita ole ehkä vielä muodostunut. Ajatusta tuki myös teoreettinen tarkastelu, jossa todettiin RAI-toimintakykymittarin olevan yksi käytetyistä mittareista vanhustenhuollossa. Vaikka mittari on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä, yhdessäkään kirjallisuuskatsauksen aineistossa ei ollut hyödynnetty kyseistä mittaria.

Vaikuttavuusmittareiden valinnan haastavuutta tukee asetelmaan liittyvät vaatimukset, sillä vaikutukset tulee ilmentyä mahdollisimman yksiselitteisenä, jolloin mikään muu tekijä ei selitä vaikuttavuutta kuin itse interventio (ks. luku 3.4 Vaikuttavuustiedon hyödyntämiseen liittyviä haasteita). Kuntoutuksen kontekstissa se merkitsee, että sattuma, spontaani paraneminen tai lumevaikutus on suljettu pois. Analysoinnissa pohdittiinkin, miten alkuperäistutkimuksissa oli huomioitu taustalla olevat, ylimääräiset muuttujat. Ja miten ne voidaan erottaa intervention vaikutuksista kaikkien mahdollisten muuttujien vaikutuksista, kuten monialaisen yhteistyön merkitys. Ajatusta tuki yhden alkuperäistutkimuksen johtopäätökset, jossa huomioitiin, että varhainen kuntoutus oli vain yksi osa interventiota:

”Acute geriatric unit care, based on all or part of the ACE model and introduced during the acute phase of older adults’ illness or injury, improves patient and system-level outcomes.” (Brooks ym. 2012: 2237.)

Edellä mainitun pohjalta voidaan lopputilamittareihin liittyväksi tulokseksi todeta mittareiden valinnan olevan haastavaa. Abstrahoinnin yläluokaksi merkitään: mittareiden valinta on haastavaa.

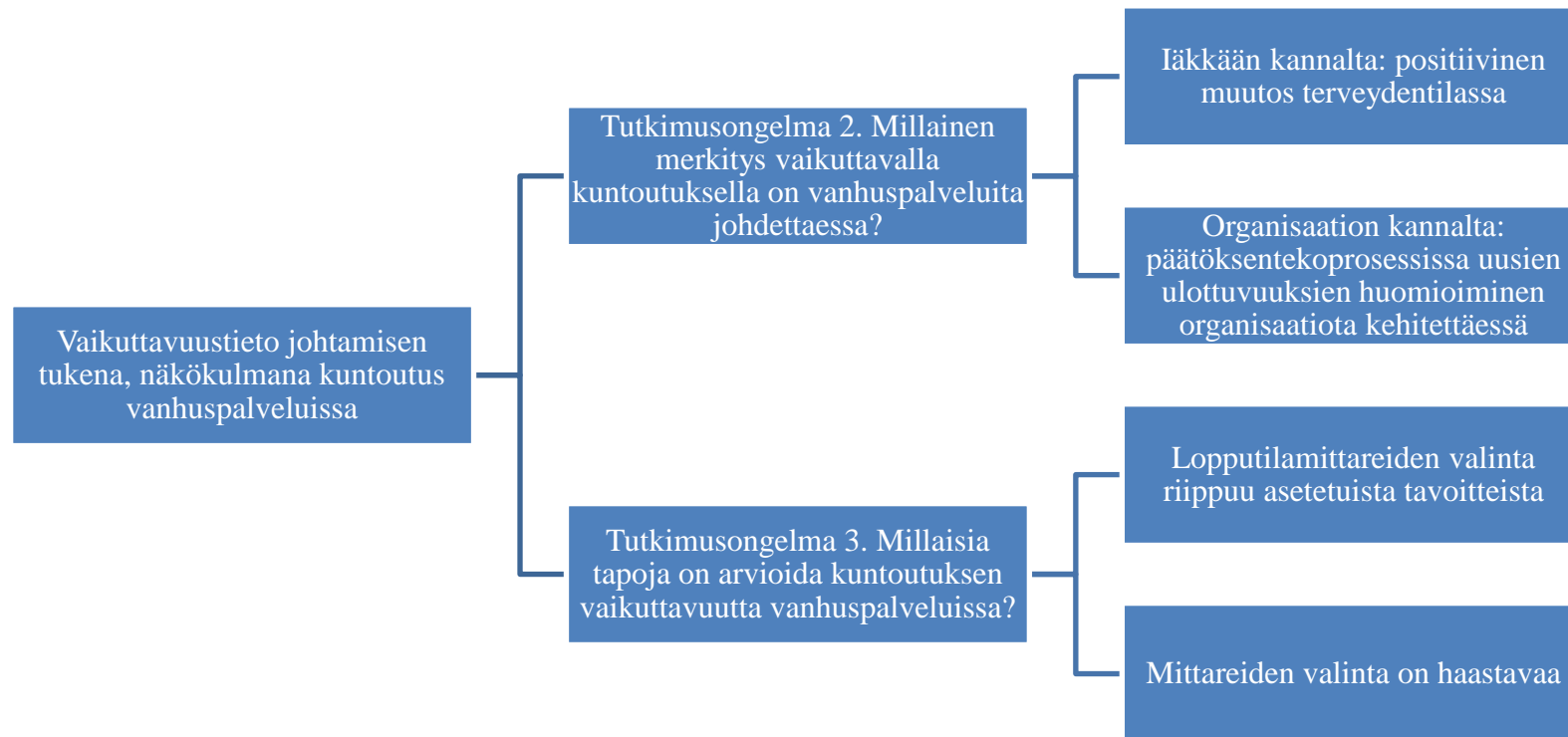
5.3 Yhteenveto saaduista tuloksista

Tutkimuksessa oli kolme tutkimusongelmaa, joista ensimmäiseen pyrittiin vastaamaan teoreettisen tarkastelun avulla. Vaikuttavuus -käsitettä tarkasteltiin johtamisen näkökulmasta, sillä on olennaista, että vanhuspalvelut kohdennetaan oikein ja ne ovat kustannusvaikuttavia, jotta voidaan rajoittaa palvelutarpeen kasvua. Siten vaikuttavuustietoa tarvitaan päätöksenteossa, jotta käytettävissä olevat voimavarat voidaan kohdentaa optimaalisesti.

Vaikuttavuus (*effectiveness*) on yksi arvioinnin ydinkäsite ja liittyy arvioinnin tarkoituksiin ja käytäntöihin. Arvioinnin tekemiseksi tarvitaan tieteellistä tutkimusta, universaalien periaatteiden tuntemusta sekä kokemusta käytännöstä. Näin voidaan luotettavasti tarkastella toimintoja ja niiden vaikuttavuutta, kun muutos on arvioitu kyseisessä kontekstissa. Vaikuttavuuden käsite on moniulotteinen ja tähän liittyy useita lähikäsitteitä, kuten tuottavuus, teho ja tehokkuus sekä laatu. Vaikuttavuudella on tarkoitettu nettomuutosta toiminnan tavoitteesta, ja joka on luettavissa intervention ansioksi tavanomaisessa toiminnassa. Vaikuttavuus -käsitettä on myös määritelty, miten suoritus on toteutettu tehokkaasti käytettävissä olevilla inhimillisillä ja taloudellisilla voimavaroilla ja saavutettujen hyödyllisten vaikutusten suhteen. Sinällään tavoitteet ovat yhteisö- tai yksilötason tavoitteita, jossa tavoitellaan toimintakyvyn vajaavuuden kanssa pärjäämistä. Kuntoutuksen kontekstissa tavoitteena on ylläpitää ja parantaa toimintakykyä, tai hidastaa sen heikkenemistä, jotta asiakkaat pärjäävät kotona mahdollisimman itsenäisesti tai matalan palvelun turvin. Palvelujärjestelmän ja siten johtamisen kannalta tavoitteena on myös huomioida kustannukset.

Puolestaan toiseen ja kolmanteen tutkimusongelmaan pyrittiin vastaamaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja sen pohjalta tehdyn sisällönanalyysin avulla. Seuraavassa on

kuvattu yhteenvetona sisällönanalyysistä saadut tulokset (kuvio 7. Yhteenveto saaduista tuloksista).



Kuvio 8. Yhteenveto saaduista tuloksista.

Edellä esitetystä kuviossa on pyritty kuvaamaan sisällönanalyysistä saadut tulokset tutkimuksen aiheen ja tutkimusongelmien avulla. Seuraavassa on tarkoituksena vielä kiteyttää aineiston pohjalta tehtyjä tuloksia. Toisen tutkimusongelman vastauksena on kiteytetty tulos sekä yksilön että organisaation kannalta. Siten se myös tukee teoreettista tarkastelua vaikuttavuuden merkitystä tarkastellessa. Iäkkään kannalta positiivinen muutos terveydentilassa oli merkittävä. Vaikuttavalla kuntoutuksella voidaan parantaa fyysistä toimintakykyä, joka on taloudellisesti myös merkittävää ja siten organisaation johtamisessa huomioitava tekijä. Kuten johdannossa todettiin, taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmä sisältää mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavat toimet ja vaikuttavat palvelut. On tärkeää kohdentaa palveluja niille, joilla on eniten heikkenemistä ennakoivia riskejä. Siten myös osa alkuperäistutkimuksista oli keskittynyt riskiryhmien tarkasteluun. Esimerkiksi Adang ym. (2015: 7) totesivat tutkimuksen johtopäätöksissä, että iäkkäät, jotka kärsivät liikkumisen vaikeuksista, on mahdollista parantaa fyysistä aktiivisuutta omassa elinympäristössään ja ehkäisten siten haurastumista. Tai Garzia-Zapirain & Mugueta-Aguinagan (2017: 14) tekemä tutkimus, jossa todettiin, että kuntoutusohjelman avulla voidaan vähentää merkittävästi iäkkäiden haurastumista ja muuttaa siten myös heidän riskiprofiiliaan pienemmäksi.

Johtamisen kannalta strategiatyötä tuki myös alkuperäistutkimukset, jotka liittyivät yhteisötason tavoitteisiin. Esimerkiksi Beom ym. (2018: 5) tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella kuntoutusohjelmaa ja arvioida, tulisiko se mahdollisesti implementoida myös valtakunnallisesti Koreassa. Tai näyttöön perustuva tutkimus, jossa korostettiin, että tutkimuksen jälkeen kuntoutusmalli on helposti otettavissa käyttöön ja on potentiaalinen tuomaan merkittäviä vaikutuksia terveydenhuoltoon niin palvelujen tuottajan kuin potilaiden näkökulmasta (Carp ym. 2013: 9). Kuntoutuksen vaikuttavuutta tarkastellessa, on hyvä myös huomioida näkyvän johdon tuki yhtenä ratkaisevana tekijänä tiimiorganisaation toteutumiselle ikääntyneiden potilaiden optimaalisessa kuntoutusketjussa (Buttigieg ym. 2013: 639–640). Talouden näkökulmasta kuntoutuksen vaikuttavuutta lähestyttiin myös muutamassa tutkimuksessa, jossa johtopäätöksissä todettiin kuntoutusohjelman mahdollistavan paremman kustannusvaikuttavuuden (Balestrieri ym. 2018: 10–11; Adang ym. 2015: 431).

6. POHDINTA

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen on haastavaa. Organisaatiorakenne ja prosessit ovat kompleksisia ja ammatilliset vaatimukset ovat korkealla (Vartiainen 2008: 41). Tutkimuksessa pyrittiinkin selvittämään, voiko johtamistyössä hyödyntää vaikuttavuustietoa palveluita kehitettäessä ja tuoda uusilla näkökulmilla vaihtoehtoja päätöksentekoprosessiin ja yleisesti strategiатыön tueksi. Erityisesti tarkasteltiin vanhusrakenteiden johtamisessa kuntoutuksen näkökulmaa.

Koen tutkimuksen ajankohtaiseksi pohdittaessa vaikuttavan kuntoutuksen mahdollisuuksia huomioiden hallituksen valmisteleman ja arvioilta vuonna 2020 voimaan astuvan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen (sote-uudistus). Tavoitteena sote-uudistuksella on kustannusten hillitseminen ja merkittävät säästöt sekä ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palveluiden yhdenvertaisuuden lisääminen ja niiden saatavuuden parantaminen. (Alueuudistus 2018.) Toinen merkittävä tekijä kuntoutuksen mahdollisuuksien arviointiin on vuonna 2012 voimaan astunut laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012). Lain tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Tavoitteena on myös parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada sosiaali- ja terveystalvuluja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. Ennaltaehkäisevien ja toimintakykyä tukevien palveluiden pohdinta edellyttää siis suunnitelmallista strategiатыötä, jossa vaikuttavuustiedolla on merkittävä osuus päätöksiä tehdessä.

Tämä tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla. Asetelmaa harkitsin tarkasti ja päädyin mahdollisimman objektiiviseen, yleisen tason tarkasteluun. Koen, ettei näin työkokemukseni vanhusrakenteissa vaikuttaisi tutkimuksen lopputulokseen, kun tutkimus ei kohdistunut tiettyyn organisaatioon tai yksikköön. Toisaalta tutkimusasetelma mahdollisti myös kansainvälisen tarkastelun iäkkäiden vaikuttavan kuntoutuksen nykytilasta. Näin oli edellytys löytää myös uusia näkökulmia ja toimintatapoja vanhusrakenteiden johtamisen tueksi. Ja siten

pyrin vastaamaan, että tutkimus on hyödyllinen tieteellisenä tutkimuksena, mutta myös käytännön johtamistyössä.

Tutkimus toteutettiin vaiheittain, jotka pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman avoimesti ja siten lisätä sen toistettavuutta ja luotettavuutta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi toteutettiin yleisiä periaatteita noudattaen. Tehdyt valinnat ja aineistosta tehdyt johtopäätökset kirjattiin auki ja perusteltiin lähdeaineistoa hyödyntäen. Tiedonhakuprosessi oli haastavaa, sillä puhtaasti vaikuttavaa iäkkäiden kuntoutusta vanhuspalveluiden johtamisen näkökulmasta on tehty vähän. Kuitenkin erilaisia tiedonhakustrategioita hyödyntämällä saavutettiin monipuolinen aineisto analysointia varten. Analysoinnin pohjalta pystyttiin vastaamaan tutkimuksen alussa asetettuihin tutkimusongelmiin ja siten tutkimusasetelman valinta koettiin toimivaksi kokonaisuudeksi.

Tulosten pohjalta iäkkäiden kuntoutuksesta saatava vaikuttavuustieto on oleellinen strategiatyössä, jotta voidaan palveluita kehittää ja vastata myös osaltaan tulevaisuuden haasteisiin. Arviointi ja erityisesti lopputilamittareiden valinta on merkittävää, sillä johdettavissa sosiaali- ja terveystalvueluita, on tärkeää kerätä tietoa toimintaympäristöstä ja ennakoita sen muuttuvia tarpeita. Arvioinnin avulla voidaan perustella intervention vaikutusta ja tarkastella lopputuotosta, jonka tuottamiseen toimijat, kuten kuntoutuspalvelut, osallistuvat. Vaikuttavuustutkimuksessa olennaista on myös, että interventio on perusteltu, jotta voidaan osoittaa ne muuttujat, missä vaikutuksen tulee näkyä. Esimerkiksi iäkkäiden toimintakyvyssä tai saavutetuissa säästöissä.

Vaikuttavuuden arviointi on myös käytännöllinen, jonka vuoksi se tulisi sisällyttää osaksi organisaation toimintaan. Toisaalta on hyvä huomioida, että vaikuttavuuden arviointi on sidoksissa vallalla oleviin paradigmoihiin ja muuttuu sen mukaan, kuinka laajasti tai mistä näkökulmasta se on tehty. Analysoidussa aineistossa heijastui runsas tavoitteiden asettelu, joka sisälsi sekä yksilö että yhteisön tavoitteita. Samalla myös huomattiin, että tavoitteiden runsaus vaikutti myös lopputilamittareiden valintaan. Erilaisia mittareita oli paljon ja ehkä siten heijastui, ettei vakiintuneita tapoja ole ehkä vielä muodostunut ikään-tyneiden vaikuttavaa kuntoutusta arvioitaessa. Luotettavien mittareiden löytäminen on siis haastavaa. Tämä ilmentyi myös teoreettisessa tarkastelussa.

Vanhuspalveluiden johtamisessa tulee pohtia myös vaikuttavuustiedon taloudellista merkitystä. Taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmä sisältää mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavat toimet ja vaikuttavat palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2017: 10). Ja kuntoutuksesta on toivottu tehokasta välinettä toimintakykyyn liittyvien ongelmien ratkaisemiseksi (Roilas 2004: 14). Tässä tutkimuksessa osoitettiin, että iäkkäiden vaikuttava kuntoutus on merkittävää sekä yksilön että organisaation kannalta. On olennaista huomioida vaikuttava kuntoutus yhtenä vaihtoehtona strategiatyössä tulevaisuudessa. Positiiviset muutokset terveydentilassa tukevat iäkkäiden mahdollisimman hyvää toimintakykyä ja siten kotona pärjäämistä. Vanhuspalveluiden johtamisen näkökulmasta se mahdollistaa avuntarpeen alkamisen siirtämistä, vähentämistä tai pitämistä ennallaan. Siten voidaan todeta, että vanhuspalveluita johdettaessa on olennaista huomioida iäkkäiden vaikuttava kuntoutus yhtenä merkittävänä vaihtoehtona myös taloudellisia tekijöitä tarkastellessa. On myös merkittävää kiinnittää jo alusta huomioita, miten kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioidaan organisaatiossa ja asettaa tavoitteiden mukaiset lopputilamittarit ja seurantajakson pituus.

Tarkastellessa tutkimusta myös oppimisprosessin näkökulmasta, halusin haastaa itseäni uuteen tutkimustapaan, kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmetodinä. Koin saavani näin tutkimusprosessista uusia työkaluja tiedon hankkimiseen ja käsittelyyn sekä avartamaan omaa näkemystäni sosiaali- ja terveystalouden johtamiseen. On myös todettava, että sisällönanalyysi oli haastavampi toteuttaa kuin tutkimussuunnitelmaa tehdessä olin ajatellut. Erityisesti haastavasta kontekstista abstrahointi oli työlästä ja vaati paljon pohdintaa. Kuitenkin aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys kannusti viemään prosessia eteenpäin. Oppimiskokemuksena prosessi oli hyvin palkitseva ja antoisa.

Lopussa on hyvä pohtia myös, miten tutkimusta voisi jatkaa tulevaisuudessa. Tämä tutkimus keskittyi iäkkäiden vaikuttavuustiedon tarkasteluun johtamisen näkökulmasta yleisellä tasolla, ja siten jatkossa yhtenä vaihtoehtona voisi olla empiirinen tutkimus. Empiirisen tutkimuksen avulla olisi mahdollista tarkastella tämän tutkimuksen tuloksia käytännössä esimerkiksi tietyssä julkisen sektorin organisaatiossa. Jatkotutkimuksessa voisi myös arvioida yhden vaikuttavuustiedon lopputilamittarin, kuten RAI-toimintakykymit-tarin, toimivuutta iäkkäiden kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa.

Lopuksi, vaikuttava kuntoutus on yksi strateginen ulottuvuus, jolla voidaan vastata tulevaisuuden haasteisiin, kuten kustannusten kasvuennusteeseen väestön ikääntyessä, ja siten on olennainen huomioitava vanhuspalveluita johdettaessa.

LÄHDELUETTELO

- Adachi, Jonathan, Ian Cameron, Aidan Giangregorio, Courtney Kennedy, Ahmed Negm, Alexandra Papaioannou, Julie Richardson, Lehana Thabane & Areti-Angeliki Veroniki (2017). Management of frailty: a protocol of a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Biomed Central systematic reviews*, 6: 130.
- Adang, Eddy, Reinier Akkermans, Maria Nijhuis-van der Sanden, Marcel Olde-Rikkert, Bart Staal, Nienke de Vries & Philip van der Wees (2015). Patient-centred physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 7: 422–435.
- Alueuudistus (2018). Mikä on sote-uudistus. Saatavissa 4.2.2018:
<http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>.
- Autti-Rämö, Ilona, Salminen Anna-Liisa, Rajavaara Marketta & Ylinen Aarne (2016). *Kuntoutuminen*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Balestrieri, Giulio, Laura Dalla Vecchia, Beatrice De Maria, Gianluigi Galizia, Cinzia La Storia, Mauro Monelli, Stefano Salvaderi & Giuseppe Romanelli (2018). Role of rehabilitation in the elderly after an acute event: insights from a real-life prospective study in the sub-acute care setting. *European journal of physical and rehabilitation medicine*.
- Beom, Jaewon, Bo Ryun Kim, Sang Lee, Jae-Young Lim & Seung-Kyu Lim (2018). Comparative effectiveness of fragility fracture integrated rehabilitation management for elderly individuals after hip fracture surgery: A study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*, 97: e10763.

Bernhardt, Julie, Leonid Churilov, Keith Hill, Danny Liew, Jennifer McGinley, Meg Morris, Catherine Said, Cassandra Szoeki, Cameron Ventura, Joanne Wittwer, Michael Woodward & Barbara Workman (2015). Evaluating the effects of increasing physical activity to optimize rehabilitation outcomes in hospitalized older adults (MOVE Trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Biomed central*. 16: 13.

Bernocchi, Palmira, Gian Bonometti, Laura Comini, Amerigo Giordano, Alessandro Giordano, Mara Paneroni & Fabio Vanoglio (2016). Feasibility and cost-effectiveness of a multidisciplinary home-telehealth intervention programme to reduce falls among elderly discharged from hospital: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 16: 209.

Brooks, Dina, Mary Fox, Ilo Maimets, Kelly O'Brien, Malini Persaud, Ellen Schraa & Deborah Tregunno & Ellen Schraa (2012). Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Geriatrics Society*. 60: 2237–2245.

Busetto, Loraine, Jörn Kiselev, Katrien Luijckx, Elisabeth Steinhagen-Thiessen & Hubertus Vrijhoef (2017). Implementation of integrated geriatric care at a German hospital: a case study to understand when and why beneficial outcomes can be achieved. *BMC Health services research*. 17: 180.

Butler, Chris, Andrea Craddock-Bamford, Graham Ellis, Mary Godfrey, Alastair Gray, Anthony Hemsley, Pradeep Khanna, Peter Langhorne, Patricia McCaffrey, Lubena Mirza, Maj Pushpangadan, Scott Ramsay, Sasha Shepperd, Rebekah Schiff, David Stott, John Young & Ly-Mee Yu (2017). A multi-centre randomised trial to compare the effectiveness of geriatrician-led admission avoidance hospital at home versus inpatient admission. *BMC Part of springer nature*. 18: 491.

- Buttigieg, Sandra, Vincent Cassar & Judy Scully (2013). From words to action: Visibility of management in supporting interdisciplinary team working in an acute rehabilitative geriatric hospital. *Journal of health organization and management*, 5: 618–645.
- Carp, Kenji, Li-Shan Chou, Kathleen Fitzgerald, Michele Gladieux, Peter Harmer, Fuzhong Li, Judy Stevens, Ronald Stock & Jan Voit (2013). Implementing an Evidence-Based Fall Prevention Program in an Outpatient Clinical Setting. *The American Geriatrics Society*. 61: 2142–9.
- Che, Ching-Yen, Huey-Shinn Cheng, Jersey Liang, Yea-Ing Shyu, Ming-Yueh Tseng, Chi-Chuan Wu & Shu-Fang Yang (2016). Effects of interventions on trajectories of health-related quality of life among older patients with hip fracture: a prospective randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal disorders*. 17: 114.
- Cheung, Wing-Hoi, Kin Lee, Kwok-Sui Leung, David Lok-Kwan, Wan-Yiu Shen, Ronald Wong & Tracy Zhu (2018). Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme for elderly patients with hip fracture: A prospective cohort study. *Journal of rehabilitation medicine*. 50: 285–291.
- Doublestein, Barry, Walter Lee & Richard Pfohl (2015). Anticipatory leadership, physician shortages and patient-centered care. *toim.* Matthew Sowcik, Anthony Andenoro, Mindy McNutt, Susan Elaine Murphy. *Leadership 2050: critical challenges, key contexts and emerging trends*. Iso-Britannia: Emerald Group Publishing Limited.
- Einola, Suvi (2018). The interplay between the sociomaterial, cognitive and paradox views in the field of strategy as practice: "How can we know what we think until we see what we do". Väitöskirja. Johtamisen yksikkö. Vaasan yliopisto: Vaasa.
- Garcia-Zapirain, Begonya & Iranzu Mugueta-Aguinaga (2017). FRED: Exergame to

Prevent Dependence and Functional Deterioration Associated with Ageing. A Pilot Three-Week Randomized Controlled Clinical Trial. *International journal of environmental research and public health*, 14: 1439.

Groop, Johan (2014). Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Kuntaliitto & sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-projektiryhmä. Projektin julkaisu 1: Helsinki: Kuntaliitto.

Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2007). Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hänninen, Sakari & Junnila, Maijaliisa (toim.) (2012). Vaikuttavatko politiikkatoimet? Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Tampere.

Jenkins, Julian (2008). Information design for strategic thinking: health of the system reports. Massachusetts Institute of Technology. *Design Issues*: 24: 1, 68-77.

Joyce, Paul (2012). *Strategic Leadership in the Public Services*. London: Routledge.

Jorma, Tapani, Hanna Tiirinki, Risto Bloigu & Leena Turkki (2015). *Lean thinking in Finnish healthcare*. Emerald Insight.

Järvikoski, Aila (2014). Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013 / 43. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki

Kananen, Jorma (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 234. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

- Kiiskinen, Urpo, Arpo Aromaa, Matikainen Kristiina, Natunen Sanna & Tuulikki Vehko (2008). Terveyden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kivinen, Tuula (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E, Yhteiskuntatieteet 158. Kuopio.
- Klemola, Katja (2015). Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikutusten arviointi alueellisesti integroidussa sosiaali- ja terveystalouksissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Väitöskirja. Lappeenranta: Lappeenrantaan teknillinen yliopisto.
- Konu, Anne, Mervi Ihantola, Pekka Rissanen & Reijo Sund (2009). ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 285-297.
- Kuntaliitto (2018). Projektin Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Saatavissa 30.1.2018: <https://www.kuntaliitto.fi/asiatuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/ikaantyneen-vaeston-palvelut-kaytto-kustannukset>.
- Laaksonen, Hannele & Ollila, Seija (2017). Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Linna, Miika, Teija Mikkola, Antti Peltokorpi & Tero Tyni (2016). Rekistereistä tietoa vanhuspalveluiden johtamiseen? Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveystalouksien käytön arviointi rekisteriaineistoja hyödyntämällä. Projektin julkaisu nro 6. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Matinvesi, Seppo (2010). Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa – ICF:n tulkintaa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

- Mustajoki, Arto (2005). Tutkimuksen vaikuttavuus: mitä se on ja voidaanko sitä mitata? *Tieteessä tapahtuu* 6/2005, 33–37.
- Momosaki, Ryo (2016). Rehabilitative management for aspiration pneumonia in elderly patients. *Journal of general and family medicine*, 18: 12–15.
- Niiranen, Vuokko, Riitta Seppänen-Järvelä, Merja Sinkkonen & Pirkko Vartiainen (2010). *Johtaminen sosiaalialalla*. Gaudeamus: Helsinki.
- Nilsson Ingeborg & Louise Nygård (2003). Geriatric Rehabilitation: Elderly clients' experiences of a pre-discharge occupational therapy group programme. *Scandinavian journal of occupational therapy* 2003: 10, 107-117.
- Ollila, Seija (2008). Strategic support for managers by management supervision. *Leadership in Health Services* 21: 1, 16-27.
- Palomäki, Gitta & Heli Piirtola (2012). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. *Opinnäytetyö (YAMK)*. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Pikkarainen, Aila, Mariitta Vaara & Ulla Salmelainen (2013). Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen: Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Rajavaara, Marketta (2007). Vaikuttavuusyhteiskunta – sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia / 84*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Rangnekar Santosh & Upinder Dhar (2010). *Improving managerial effectiveness*. Mumbai: Global Media.

- Rautava, Päivi, Hans Helenius, Sanna Salanterä & Heile Tofferi (2009). Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopisto & CRC Turun kliininen tutkimuskeskus
- Roilas, Heikki (2004). Geriatrisen päiväkontoutuksen vaikuttavuus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 322. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Salminen, Ari (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62 / Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavissa 25.10.2017: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.
- Silvennoinen-Nuora, Leena (2010). Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopiston julkaisuja. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Simonen, Outi (2012). Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sisällönanalyysi (2017). KvaliMOTV. Saatavissa 13.11.2017: http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L7_3_2.html.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002). Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002. Helsinki
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön: toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Iäkkäiden palvelut. Saatavissa 16.1.2018: <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018). Kuntoutus. Saatavissa 20.4.2018: <http://stm.fi/sote-palvelut/kuntoutus>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Palvelut ja etuudet iäkkäille. Saatavissa 16.1.2018: <http://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Julkaisuja 2017: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tepponen, Merja, Minna-Maria Behm, Helena Heikkilä, Kristiina Helminen, Mika Immonen, Leena Kaljunen, Jani Kanerva, Kristiina Kapulainen, Katja Klemola, Jouni Koivuniemi, Kaisu Laasonen, Riikka Lehmus, Mari Lehtonen, Katri Länsivuori, Vuokko Majoinen, Mika Mitikka, Tuija Nummela, Sanna Nurmiainen, Timo Suhola, Pirjo Vaittinen, Mira Vidén, Tarja Viitikko & Matti Villikka (2017). Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS)-hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. Valtioneuvoston kanslia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017). Iäkkäiden toimintakyky. Saatavissa 20.8.2017: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (201). Toimivat vanhuspalvelut. Saatavissa 21.11.2017:
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut>
- Toikka, Mirja (2002). Strategia-ajattelu ja strateginen johtaminen ammattikorkeakou-
lussa. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Vartiainen, Pirkko (2008). Health care management in Finland: an analysis of the wickedness of selected reforms. *Review of Business* 28: 2, 41-55.
- Warsell, Leena (2006). Vedung, Paasio, Arnkil ja Aristoteles: mitä arvioitsija voi heiltä oppia. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006): 5.
- Torkki, Paulus, Iiris Hörhammar, Katja Klemola, Antti Larsio, Riikka-Leena Leskelä, Miika Linna, Kari Sinivuori & Anna Torvinen (2017). Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvosto selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017: Valtioneuvoston kanslia.

LIITE 1. Ikääntyneiden kuntoutuksen erityispiirteitä



LIITE 2. Tutkimuksen aikataulu

