



Varhaisen mobilisaation merkitys ikääntyneen sairaalahoidossa

Opas Espoon sairaalan hoitotyöntekijöille

Eetu Halonen

Mea Immonen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (AMK)

Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

18.4.2024

Tiivistelmä

Tekijät:	Eetu Halonen, Mea Immonen
Otsikko:	Varhaisen mobilisaation merkitys ikääntyneen sairaalahoidossa: opas Espoon sairaalan hoitotyöntekijöille
Sivumäärä:	34 sivua + 1 liite
Aika:	18.4.2024
Tutkinto:	Fysioterapeutti (AMK)
Tutkinto-ohjelma:	Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Ohjaajat:	Lehtori Sirpa Ahola Lehtori Leena Piironen

Tämä opinnäytetyö käsittelee aikaisen mobilisaation vaikutusta ikääntyneillä sairaalahoidossa. Suuri osa ikääntyneistä potilaista viettää aikansa sairaalassa vuoteessa, vaikka vuodelevon ja inaktiivisuuden tiedetään luovan lisäkomplikaatioita ja vähentävän kykyä selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena syntyi opas työelämäkumppanille Espoon sairaalalle.

Tietoa opinnäytetyöhön haettiin laajasti eri tietokannoista ja kirjallisuudesta. Oppaan käytännönläheisyyden vuoksi aikaisen mobilisaation vaikutuksien lisäksi tietoa etsittiin ikääntyneiden potilaiden kohtaamisen ja vuorovaikutuksen hyvistä periaatteista, konkreettisista aikaisen mobilisaation keinoista sekä motivoivista.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi opas Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle. Oppaan tarkoituksena on nostaa esiin tietoa aikaisen mobilisaation merkityksestä ja menetelmistä, joita Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus hyödyntää jokapäiväisessä työssään. Aikaisin aloitetulla mobilisaatiolla tavoitellaan ikääntyneiden nopeampaa kuntoutumista ja kotiutumista.

Opinnäytetyössä hyödynnettyjen tutkimusten pohjalta voidaan päätellä, että aikainen mobilisaatio parantaa toiminta- ja liikuntakykyä sekä elämänlaatua ja lyhentää toipumis- sekä kotiutumisaikaa. Tutkimustieto osoittaa aikaisen mobilisaation olevan turvallista ikääntyneillä potilailla sairaalaympäristössä. Opinnäytetyön luonnoksena syntynyt opas voi toimia tukena aikaisen mobilisaation toteutumiselle.

Avainsanat: Aikainen mobilisaatio, ikääntyneet, kuntoutuminen, kohtaaminen, vuorovaikutus

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Abstract

Authors: Eetu Halonen, Mea Immonen
Title: The significance of early mobilization for elderly in hospital care: a guide for Espoo Hospital health care personnel
Number of Pages: 34 pages + 1 appendice
Date: 18 April 2024

Degree: Bachelor of Health Care
Degree Programme: Physiotherapy
Instructors: Sirpa Ahola, Senior Lecturer
Leena Piironen, Senior Lecturer

This thesis addresses the impact of early mobilization for elderly in hospital care. A large number of elderly patients stay in bed during their hospital stay, even though it is known that bed rest and immobilization lead to complications and reduce the abilities to perform activities of daily living. This thesis is a functional thesis, based of which a guidebook was created for the working life partner of this thesis, Espoo hospital.

Information for the thesis was searched widely from different databases and literature. Considering the practicality of the guidebook, in addition to the effects of early mobilization information was also searched about encountering and interacting with elderly patients, concrete tools for early mobilization and what motivates elderly patients.

A guidebook was formed as a result of the thesis for Espoo hospital health care personnel. The aim of the guide is to provide information about the importance of early mobilization and give tools which Espoo hospital health care personnel could possibly utilize in their everyday work. By starting mobilization early, the aim is to have elderly patients recover and be released from the hospital faster.

Based on the studies used in this thesis it can be concluded that early mobilization has positive impact on functional ability, mobility, and quality of life and that it shortens length of stay in hospital and recovery time. The studies also show that early mobilization is safe for elderly patients in a hospital setting. The guidebook created from this thesis may support the practice of early mobilization.

Keywords: Early mobilization, elderly, rehabilitation, interaction, guidebook

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	2
3	Opinnäytetyöprosessi	2
4	Vuodelevon komplikaatiota ja aikaisen mobilisaation haasteita	5
4.1	Vuodelevon ja inaktiivisuuden komplikaatiota	5
4.2	Ikääntyneiden kokemia aikaisen mobilisaation haasteita	7
4.3	Hoitohenkilökunnan kokemia aikaisen mobilisaation haasteita	8
5	Aikaisen mobilisaation vaikutus	10
5.1	Aikaisen mobilisaation vaikutus teho-osastopotilailla	12
5.2	Aikaisen mobilisaation vaikutus lonkkamurtuma- ja leikkauspotilailla	13
5.3	Aikaisen mobilisaation vaikutus sydänpotilailla	15
5.4	Aikaisen mobilisaation vaikutus keuhkokuumeapotilailla	16
6	Keinoja toimintakyvyn tukemiseen	17
7	Ikääntyneen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus	21
8	Pohdinta	23
	Lähteet	28
	Liitteet	
	Liite 1. Varhaisen mobilisaation vaikutukset	

1 Johdanto

Vuodelevon haitat on tunnustettu jo vuodesta 1947, jolloin arvostettu englantilaislääkäri Richard Asher varoitti sen vaaroista artikkelissaan "Dangers of Going to Bed" (Asher 1947). Silti iäkkäät, eli yli 65-vuotiaat, potilaat edelleen viettävät liian suuren osan sairaalassaoloajastaan liikkumatta. Arviolta 23–33 % iäkkäistä ovat vähän liikkuvia, eli he viettävät aikansa ainoastaan makuulla tai istuen. Vähäinen liikkuminen on itsenäinen riskitekijä lisääntyneelle avun tarpeelle ja laskee itsenäistä kykyä päivittäisistä perustoiminnoista (ADL) selviytymiseen. Ainakin 34 % iäkkäistä potilaista menettää itsenäisen toimintakyvyn yhdessä päivittäisen toimintakyvyn perustoiminnoista sairaalassaolon tahattomana seurauksena. (Surkan & Gibson 2018.)

Vähäinen mobilisaatio pitkittää sairaalassaoloaikaa ja voi johtaa suurempaan mahdollisuuteen joutua laitoshoitoon sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Sairaalassaoloajan pidentyessä suurenee myös terveydenhoitomaksut. (Surkan & Gibson 2018.) Itsenäisen toimintakyvyn säilyttämisellä voidaan välttää hoivattavaksi päätymistä, jolla säästetään terveydenhoidon kustannuksissa ja parannetaan vanhusten elämänlaatua (Bachmann ym. 2010). Brown, Redden, Flood ja Allman (2009) tutkimuksessa käytettiin langattomia aktiivisuusmittareita mittaamaan iäkkäiden potilaiden aktiivisuutta ensimmäisen seitsemän sairaalapäivän aikana. Tutkimukseen valittiin potilaita, jotka kykenivät liikkumaan itsenäisesti ennen sairaalaan menoa. Sairaalassa ollessaan tutkimukseen osallistuneet potilaat viettivät keskimäärin 83 % ajastaan sängyssä maaten, vain 3 % pysyissä tai kävellessä ja loput istuen. (Brown ym. 2009.)

Olemme opintojemme aikana työharjoitteluissa geriatrisilla osastoilla tehneet samansuuntaisia havaintoja vanhusten vähäisestä liikunnasta sairaalaloissa ja nopeasta toimintakyvyn alenemista. Nämä kokemukset herättivät kiinnostuksen opinnäytetyön aiheeseen ja saivat sen tuntumaan merkitykselliseltä. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka on tehty yhteistyössä LUVN sairaalapalveluiden Espoon sairaalan kanssa.

Mobilisaatio määritellään fyysisenä aktiivisuutena, joka suoritetaan sopivalla intensiteetillä, joka kohentaa kehon vointia, verenkiertoa, hengitystä ja tajunnan tasoa (Castro-

Avila ym. 2015). Varhaisella mobilisaatiolla tarkoitetaan yleensä 24 tunnin sisään sairaalaan tulon jälkeen tehtyä toimintakyvyn kartoitusta ja välitöntä kannustamista sopivaan aktiivisuuteen (Surkan & Gibson 2018).

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä tietoa aikaisen mobilisaation merkityksestä ikään-tyneillä potilailla sairaalaympäristössä ja luoda tämän pohjalta opas Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle. Oppaan tarkoituksena on lisätä hoitohenkilöstön tietoisuutta liik- kumattomuuden haitoista sekä antaa käytännön keinoja ja työvälineitä potilaiden liik- keelle saantiin ja aktiivisuuden motivointiin.

Työn tavoitteena oli lisätä niin omaa, että Espoon sairaalan henkilöstön tietoisuutta ai- kaisen mobilisaation vaikutuksista ja menetelmistä. Oppaan tavoitteena on vähentää inaktiivisuuden luomia komplikaatioita Espoon sairaalan ikään-tyneillä potilailla. Opin- näytetyöstä poissuljettiin aivoverenkiertohäiriöpotilaat ja heidän mobilisointinsa, koska tämä potilasryhmä saa yleensä intensiivisempää, runsaasti mobilisointia sisältävää, kuntoutusta neurologisilla kuntoutusosastoilla.

Tutkimustiedon siirtymisessä käytäntöön on havaittu ongelmia. Declan Butler (2008) nimitti tätä kuilua "valley of death" (Damschroder 2019). On arvioitu, että viive tieteellisen tutkimuksen ja siitä saadun tiedon siirtymisessä käytännön toteutukseen on noin 17 vuotta (Balas & Boren 2000; Grant & Green & Mason 2003). Opinnäytetyöllä, ja erityisesti oppaalla, tavoitteena on edistää tutkimustiedon siirtymistä käytäntöön.

3 Opinnäytetyöprosessi

Aikaisen mobilisaation merkityksen korostaminen on noussut fysioterapiassa esille viime vuosikymmeninä. On myös tiedossa, että asiakkaiden fysioterapeuttinen kuntou- tus jää usein määrältään riittämättömäksi, koska vaikuttavan kuntoutuksen tulisi päivän mittaan sisältää mahdollisimman paljon liikkumista ja vähän inaktiivisuutta – erityisesti makoilua tulisi välttää. Fysioterapeutin aika ei riitä ohjaamaan asiakkaille tarvittavaa määrää liikkumista, joten avuksi tarvitaan sellaisia toimintatapoja, jotka vähentävät

inaktiivisuutta, muun hoitohenkilökunnan ohjausapua ja asiakkaiden edukaatiota. Ajattelimme, että opas olisi hyvä väline edistää toivottujen toimintatapojen toteutumista.

MOVE-ohjelma kiinnitti huomiomme laadukkaasti toteutettuna geriatristen potilaiden mobilisointiohjelmana tutustuessamme tutkimuskirjallisuuteen opinnäytetyön aiheesta. MOVE-ohjelman toteutuksesta tehty Evaluation of a multisite educational intervention to improve mobilization of older patients in hospital: protocol for mobilization of vulnerable elders in Ontario (MOVE ON) -artikkeli (Liu & Almaawiy & Moore & Chan & Straus 2013) johdatti meidät implementaatiotutkimuksen pariin.

Osana vuonna 2020 aloitettua kansallista kuntoutuksen uudistamistyötä selvitettiin kuntoutuksen tutkimuksen tilannekuvaa ja havaittiin, että implementaatiotutkimukseen tulisi panostaa enemmän. Implementaatiotutkimuksessa kiinnostus kohdistuu toimintatapojen ja innovaatioiden toimeenpanoon, toteutukseen ja erityisesti siihen, miksi käyttöönotto onnistuu joissain ympäristöissä ja toisissa ei. Implementaatiotutkimuksen tavoitteena on tutkimustiedon käyttöönoton edistäminen organisaatioiden ja ammattilaisten toiminnassa. Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä ilmestyi 1.6.2023 Kelan rahoittama kartoittava kirjallisuuskatsaus implementaatiotutkimuksen viitekehysten soveltamisesta kuntoutuksen tutkimuksessa. (Heinijoki & Karhula & Seppänen-Järvelä 2023: 195–204.) Implementaatiotutkimusnäkökulma on siis kuntoutuksen alalla erittäin ajankohtainen ja implementaatiotutkimuksen viitekehysten avulla tarkastelu soveltuu mainiosti tähän opinnäytetyöhön, koska oppaan tavoitteena on tiedon siirto käytäntöön eli implementointi. Heinijoki ym. (2023) nostavat implementaatiotutkimuksen viitekehyksistä esiin erityisesti kolme käytetyintä: Knowledge-to-Action -framework (KTA), The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ja Theoretical Domains Framework (TDF).

Hyödynsimme Knowledge to Action -viitekehystä hahmottaaksemme monimutkaista suuren organisaation kehittämisprosessia ja työmme roolia siinä. Mallissa tietoa siivilöidään lähtien laajasta tiedonkeruusta, edeten tiedon kasaamiseen ja päätyen lopulta tiedon muokkaamiseen käytännön tuotteiksi tai työkaluiksi (Heinijoki ym. 2023). Toimimme työssämme tämän mallin mukaan. Kerätty ja kasattu tieto aikaisen mobilisointi hyödyistä ja keinoista muokkautui käytännönläheiseksi oppaaksi. Viitekehysten myöhemmissä implementoinninvaiheissa valvotaan käyttöönottoa, kerätään palautetta

implementoinnin haasteista ja jatkokehitetään (Heinijoki ym. 2023). Meillä ei ollut tämän työn puitteissa resursseja toteuttaa näitä vaiheita, mutta varauduimme tulevaan etsimällä tutkimustietoa mobilisoinnin haasteista sekä potilaiden, että hoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyön kehittäminen alkoi syksyllä 2023 pohtimalla opinnäytetyön aihetta ja yhteydenotolla opinnäytetyön työelämäkumppaniin, Espoon sairaalaan. Espoon sairaala on osa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sairaalapalveluita ja toimii ikääntyneiden hoidon ja kuntoutuksen asiantuntijana sekä kotona asumisen tukipalveluna (Espoon sairaala). Esitimme aihe-ehdotukset Pauliina Unkerille, joka toimii Espoon sairaalassa geriatrisen kuntoutuksen erityisasiantuntijana. Keskustellessa hänen kanssaan päädyimme tekemään toiminnallisen opinnäytetyön, jonka luonnoksena syntyi opas Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle.

Sisällytimme oppaaseen tietoa iäkkäiden varhaisesta mobilisaatiosta sekä matalan kynnyksen käytännön menetelmiä, joita henkilökunta mahdollisesti pystyisi hyödyntämään jokapäiväisessä työssään. Idea oppaan kohdistamisesta hoitohenkilökunnalle perustui fysioterapeuttien rajallisempaan aikaan potilaiden kanssa. Oppaassa puhumme mobilisaation sijaan arjen aktiivisuuden ja toimintojen tukemisesta, koska kyseessä on lähestyttävämpi ilmaisutapa, joka kuvaa tarkemmin iäkkään kuntoutuksen tavoitetta palata kohti itsenäistä toimintakykyä.

Haimme tietoa opinnäytetyöhön ja oppaaseen laajasti eri tietokannoista ja kirjallisuudesta aikavälillä 10.2023–3.2024. Etsimme tutkimuksia seuraavista tietokannoista: PubMed, CINAHL, MEDIC ja ProQuest Central. Tavoitteenamme oli sisällyttää tutkimuksia vuosilta 2018–2024, mutta opinnäytetyöhön valikoitui mukaan myös vanhempia tutkimuksia, koska totesimme näiden olevan edelleen laadukkaita. Hakusanoina käytimme sanoja kuten early mobilization, mobilization, elderly, elderly patients, bed rest, inactivity, bed rest complications, immobilization, bed ridden, immobility, rehabilitation, communication ja interaction. Sisällytimme valintaamme tutkimukset, jotka olivat englannin- tai suomenkielisiä. Ikäkriteerinä tutkimuksissa oli yli 18-vuotiaat, koska vain 65+ -vuotiaisiin kohdistettuja tutkimuksia ei ollut hyvin saavutettavissa tietokannoissa.

4 Vuodelevon komplikaatiota ja aikaisen mobilisaation haasteita

4.1 Vuodelevon ja inaktiivisuuden komplikaatiota

Merkittävin komplikaatio sairaalassa olossa iäkkäillä on toimintakyvyn sekä omatoimisuuden alentuminen. Sarkopenia, painehaavat, pitkittynyt hoitoaika ja infektiot ovat usein myös seurauksia pitkittyneestä vuodelevosta. (Liu ym. 2018; Surkan & Gibson 2018.) Enemmän vuodelevon ja inaktiivisuuden vaikutuksia on listattu taulukossa 1.

Sairaalakäynnin seurauksena hauraat vanhukset usein paranevat sairaudesta, joka heidät vei sairaalaan, mutta sairaalassaolo ja vuodelepo johtavat toimintakyvyn heikkenemiseen. Tätä kutsutaan HAD-oireyhtymäksi (hospitalization-associated disorder). HAD-oireyhtymä ilmenee vähintään yhden itsenäisen ADL-toiminnon menetyksenä. Tämä tapahtuu sairaalassa olon tahattomana seurauksena yhdelle kolmesta vanhuksesta. (Surkan & Gibson 2018.)

Taulukko 1. Vuodelevon ja inaktiivisuuden komplikaatioita (Bottomley 2010: 11; Surkan & Gibson 2018).

	Vuodelevon ja inaktiivisuuden komplikaatioita
Sydän- ja verisuonielimistö	Laskimotukos Keuhkoembolia Ortostaattinen hypotensio Hypoksemia Sydämen vasemman kammion alentunut täyttöpaine ja iskutilavuus
Munuaiset	Diureesi Natriureesi
Geriatrinen oireyhtymä	Kaatumisriski

	Toimintakyvyn heikkeneminen Sekavuus (delirium) Hauraus Aistiongelmät
Tuki- ja liikuntaelimityö	Lihasatrofia/sarkopenia Lihasvoiman heikkeneminen Nivelrikko Osteoporoosi
Iho	Painehaavat
Hengityselimityö	Atelektaasi Keuhkokuume Pienentynyt keuhkojen toiminnallinen jään- nöskapasiteetti Pienentynyt keuhkokapasiteetti Hypoksemia
Psykologiset vaikutukset	Kaatumisen pelko Uniongelmat Mielialavaihdokset Ahdistus Masennus Pelko

Inaktiivisena ikääntyneillä katoaa lihasvoimaa päivässä 1–5 % (Liu ym. 2018). Lihasvoiman vähentyessä kaatumisriski kasvaa. Lihasatrofia on myös suoraan yhteydessä kävely- ja toimintakyvyn alenemiseen; lihasheikkous alaraajoissa johtaa kyvyttömyyteen kannatella itseään seisoessa ja lihasaktivaatio on liian pientä suorittamaan kävelyn eri vaiheita. (Surkan & Gibson 2018.) Täyttä vuodelepoa tulisi välttää hinnalla millä hyvänsä (Bottomley 2010: 10).

4.2 Ikääntyneiden kokemia aikaisen mobilisaation haasteita

Yksi esteistä mobilisaatiolle iäkkäiden näkökulmasta on puutteellinen, sekava tai vaikeasti ymmärrettävä informaatio. Iäkkäät kokevat, että vaikka tietoa mobilisaatiosta ja sen hyödyistä jaetaan heille, he eivät välttämättä ymmärrä vaikeita termejä. Ymmärtämättömyys voi hävettää, jonka vuoksi ei uskalleta kysyä asioista uudelleen. Myös sairaalahenkilökunnasta näkyvä kiireellisyys johtaa siihen, etteivät potilaat kehtaa viedä enempää aikaa, vaikka he eivät olisivatkaan ymmärtäneet henkilökunnan puheita. (Huang ym. 2023.)

Ristiriitainen edukaatio sairaalahenkilökunnalta herättää epäuskoa ja -luottoa, eivätkä ikääntyneet tämän vuoksi välttämättä usko aikaisen mobilisaation hyötyihin. Tällöin tietoa lähdetään mieluummin etsimään internetistä tai läheisiltä, tai kuunnellaan muiden potilaiden kokemuksia. Lisäksi yleinen pelko ja epäluulo – ei uskota, että kerrotut mahdolliset inaktiivisuuden sivuvaikutukset koskisivat itseään – ovat syitä, joiden vuoksi iäkkäiden mobilisaatio voi jäädä puutteelliseksi. (Huang ym. 2023.)

Vanhukset mainitsevat kivun yleisenä esteenä liikkumiselle (Huang ym. 2023; Huisman ym. 2022; Surkan & Gibson 2018). Asianmukainen kipulääkitys mahdollistaa mobilisoinnin. Lääkitys tulisi arvioida usein ja tarkkailla sen mahdollisia huomaamattomia haittavaikutuksia, erityisesti usein alidiagnosoitua deliriumia eli sekavuustilaa. (Pitkälä 1996; Surkan & Gibson 2018.) Opioidit ovat erittäin tehokkaita kivun lievityksessä ja yleisesti käytettyjä, mutta opioideilla on yleisiä sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointi ja ummetus, jotka saattavat vaikeuttaa liikkumista (Simpson & Bao & Agarwala 2019).

Osa iäkkäistä kokee itse kipulääkityksen olevan ongelma. Pelot lääkkeiden sivuvaikutuksista ja väärinkäytöstä, huolet addiktiosta, oma epäluulo siihen, milloin voi ottaa lääkkeitä ja kuinka paljon, sekä epäusko kipulääkkeiden tehokkuudesta ovat syitä, joiden vuoksi ikääntyneet jättävät ottamatta lääkkeitään. Koska kipulääkitys jätetään ottamatta tai sen vaikutuksen koetaan olevan liian alhainen, kivut ovat suuret eivätkä iäkkäät halua liikkua sen pahentaessa kipua entisestään. (Huang ym. 2023.)

Sairaalaympäristö voidaan mieltää paikkana, johon tullaan hoidettavaksi, ja potilaan rooli on täysin passiivinen (Huisman ym. 2022; Stefánsdóttir ym. 2020; Surkan & Gib-

son 2018). Sairaalaympäristö ja sen henkilökunta saattaa entisestään kannustaa potilasta inaktiivisuuteen ja toiseen henkilöön turvautumiseen päivittäisissä toiminnoissa, joihin potilas kykenisi omatoimisesti. ADL-toimintojen laskun lisäksi sairaalaympäristö voi johtaa aliravitsemukseen, univaikeuksiin sekä aistiärsykkeiden vähenemiseen. (Surkan & Gibson 2018.)

Ikääntyneet kokevat, että sairaalaympäristössä on useita esteitä liikkumiselle. He saattavat olla kytkettyinä liikkumista rajoittaviin laitteisiin, kuten katetriin, sairaalavaatteet koetaan nolostuttaviksi ja henkilökunta mahdollisesti kehottaa pysymään liikkumatta kaatumisten välttämiseksi. Iäkkäät kokevat, että heidän itsenäistä päätöksentekoansa rajoitetaan, kun he eivät voi vaikuttaa milloin nousevat sängystä, mitä pukevat päälle, milloin he kylpevät tai syövät, tai milloin he kävelevät huoneensa ulkopuolella. Ikääntyneet mieltävät sairaalaympäristön kävelyä rajoittavaksi. He kaipaavat selkeitä kartoja ja opasteita, jotta eivät eksy poistuessaan huoneestaan. He myös toivovat, että sairaalan käytävällä olisi tiheästi levähdyspaikkoja siltä varalta, että voimat ehtyvät kävellessä. Moni tutkimukseen osallistuneista puhui alueista, joilla he eivät kykene kutsuamaan apua hädän sattuessa "vaara-alueina". "Vaara-alueet" koettiin liikkumista rajoittaviksi. (King & Bodden & Steege & Brown 2020.)

4.3 Hoitohenkilökunnan kokemia aikaisen mobilisaation haasteita

Liu ym. (2018) tutkimuksen mukaan sairaaloiden henkilökunnan kokemat suurimmat haasteet mobilisoinnin toteuttamiseen ovat tiedon puute sairaalassa pysymisen haittoista ja mobilisoinnin keinoista, sekä uskomukset mobilisointiin liittyvistä riskeistä.

Potilaiden informointi on oleellinen osa kuntoutusta, hoitoa ja motivointia. Tämä ei kuitenkaan ole aina helppoa ja edukaatio voi jäädä puutteelliseksi. Kim ja Oh (2020) selvittivät tutkimuksessaan sairaanhoitajien näkökulmaa iäkkäiden potilaiden terveyden edukaatiosta ja terveysosaamisesta. Haastatteluista nousi esiin viisi teemaa, jotka sairaanhoitajat kokevat kuormittaviksi ja olevan este iäkkäiden edukaatiolle:

1. Iäkkäiden asenne. Iäkkäät ottavat tietoa huonosti vastaan, koska heitä ei kiinnosta oman terveyden ylläpitäminen tai he eivät suostu joustamaan omista tahdoista ja tottumuksista. Sairaanhoitajat kokivat haastavaksi erottaa milloin potilaat eivät ymmärtäneet ja milloin he eivät halunneet ymmärtää.
2. Kognitiiviset ja fyysiset esteet. Kognitiiviset esteet, kuten lyhyt keskittymiskyky ja muistiongelmät, vaikeuttavat potilaiden kykyä vastaanottaa tietoa. Hoitajat käyttivät

enemmän aikaa ja vaivaa potilaiden edukaatioon, mutta alkoivat kokea työnsä turhaksi, kun enää myöhemmin potilaat eivät ymmärtäneet oikein tai kokonaan unohtivat, että heille on edes jaettu tietoa. Hoitajilla nousi tästä huoli, että heidät nähtäisiin olevan piittaamattomia potilaita kohtaan. Kognitiivisten esteiden tavoin fyysiset esteet, kuten näkö- ja kuulo-ongelmat vievät sairaanhoitajilta enemmän aikaa, kun oppimateriaaleja lähdetään muokkaamaan saavutettaviksi.

3. Omaishoitajat. Haasteena omaishoitajien edukaatiossa on arvioida, kuinka hyvin omaishoitajat pystyvät seuraamaan ja toteuttamaan annettuja ohjeita käytännössä. Jos omaishoitaja ei asu potilaan kanssa samassa asunnossa, tulisi potilaan itse pystyä omaksumaan annettu edukaatio. Haasteena on myös, kuinka omaishoitajat suhtautuvat potilaaseen ja kuinka viesti välittyy eri osapuolien välillä.
4. Elinolosuhteet ja taloudellinen asema. Ikääntyneet voivat omaksua puutteellista tai virheellistä terveysosaamista heidän asuessa yksin tai toisen iäkkään kanssa ilman aktiivista tukijärjestelmää, ollessa vähävaraisempia tai, jos heillä on alempi koulutustaso. Kliinisesti todistettuun informaatioon ei ole välttämättä pääsyä, jolloin käännytään median puoleen. Mediassa olevaa virheellistä informaatiota ei osata vastaanottaa kriittisesti, jolloin iäkkään käsitys terveysosaamisesta vääristyy.
5. Informoinnin tavat/strategiat. Kaikkea informaatiota ei pysty antamaan samanlaisena kaikille. Tapaa, jolla välittää informaatiota tulee räätälöidä yksilöllisesti siten, että se tulee ymmärretyksi. (Kim & Oh 2020.)

Sairaanhoitajat viettävät potilaiden kanssa enemmän aikaa kuin fysioterapeutit ja siksi heillä on tärkeä rooli potilaiden aktivoinnissa. Etnografisella tutkimuksella osana WALK-Copenhagen-projektia (WALK-Cph) haluttiin selvittää kuinka sosiaaliset kontekstuaaliset olosuhteet vaikuttavat iäkkäiden potilaiden liikkumiseen sairaalaosastoilla. Yhtenä keskeisenä teemana tutkimuksessa nousi esiin ammatilliset roolit. Sairaanhoitajat ymmärtävät mobilisoinnin tärkeyden, mutta saattavat pitää potilaiden liikuttamista fysioterapeuttien vastuualueena. Toisaalta fysioterapeutit käsittävät tärkeimmiksi prioriteeteikseen kuntoutussuunnitelmien laatimisen ja hengitysfysioterapian, eivätkä tutkijoiden havaintojen mukaan usein liikuttaneet potilaita. Fysioterapeuttien ja hoitajien välillä havaittiin myös käsitteiden sekoittumista. Fysioterapeutit puhuivat yleensä liikunnasta, kun muu henkilökunta puhui yleensä mobilisoinnista. Eri termin käyttö on fysioterapeuttien tapa luoda omaa ammatti-identiteettiä ja erottautua hoitotyöstä, mutta se luo esteen ammattien väliselle oppimiselle ja yhteistyölle. Fysioterapeuttien aikatauluihin merkitään aikoja potilaiden liikunnalle, ei mobilisoinnille. Tämä kaikki johtaa siihen, että mobilisointi on vaarassa jäädä harmaalle alueelle, jossa mikään ammattiryhmä ei koe sitä tärkeäksi prioriteetiksi. (Kirk ym. 2019.)

Sairaanhoitajat kokevat mobilisoinnin esteeksi myös ajan puutteen. Hoitajat kokevat helpommaksi tehdä asioita potilaiden puolesta kuin antaa heidän tehdä ne itse ja toisen puolesta tekeminen kuuluu heidän omaksumaansa auttajan rooliin. (Kirk ym. 2018.)

5 Aikaisen mobilisaation vaikutus

Sairaalaan tulon jälkeen potilaan toimintakyky tulisi arvioida pikaisesti. Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (comprehensive geriatric assessment (CGA)) johtaa meta-analyysin mukaan parempiin hoitotuloksiin. Potilaat, joille tehtiin CGA olivat todennäköisemmin elossa ja kotiutuneita 6 ja 12 kuukautta sairaalakäynnin jälkeen. (Ellis ym. 2011.)

Strandbergin ja Valvanteen (2012) mukaan käytännön työssä CGA:n ongelmana on, että usein sen tekemiseen ei ole aikaa tai taitoa. He ehdottavat vaihtoehdoksi yksinkertaisempaa arviointia olennaisten kysymysten muodossa. Nämä kysymykset ovat: Onko potilas selviytynyt ennen sairautta ja sen aikana itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista? Pystyykö iäkäs potilas nousemaan vuoteesta ja kävelemään? Miten potilas selviää kolmen sanan muistitestistä ja kellon piirtämisestä? (Strandberg & Valvanne 2012.)

Aikainen mobilisaatio on osa leikkauspotilaille kehitettyä ERAS-protokollaa (enhanced recovery after surgery), joka tunnetaan Suomessa myös optimoidun toipumisen ohjelmalla. Suomessa ERAS-protokolla on käytössä useassa sairaalassa. (Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus 2017.) Jorvin sairaalassa pidetään tärkeänä saada potilas liikkeelle mahdollisimman pian. Potilas nostetaan seisomaan jo heräämössä. Mobilisaatiota edesautetaan poistamalla kaikki potilaan sänkyyn sitovat letkut ja asianmukaisella kipulääkityksellä. Kivun hoidossa vältetään runsasta opiaattien käyttöä, koska ne lamaannuttavat suolta ja aiheuttavat pahoinvointia. ERAS-protokollan käyttöönoton jälkeen potilaiden kotiutuminen lyheni 2–3 viikosta keskimäärin kolmeen päivään. (Laine 2020.)

Mobilization of Vulnerable Elders eli MOVE-ohjelma alkoi Torontossa Kanadassa vuonna 2011 ja on myöhemmin levinnyt käyttöön laajasti Kanadassa ja myös ulkomaille. Ohjelman toimivuutta arvioitiin 14 kanadalaisessa sairaalassa 12 490 potilaalla tammikuusta 2012 joulukuuhun 2013, eli tämä oli erittäin laaja interventio. Tavoitteena

oli sairaalan henkilökuntaan keskittyvällä interventiolla lisätä iäkkäiden potilaiden aikaista mobilisaatiota. Ohjelman tuloksena potilaiden sairaalassaoloaika väheni keskimäärin 3,45 päivällä ja potilaiden, jotka eivät olleet vuodelevossa määrä nousi 10,56 %. Ohjelmaan osallistuvien sairaaloiden rahoitusta ei lisätty, mikä osoittaa, että samoilla resursseilla voi saada parempia tuloksia. (Liu ym. 2018.) Interventiossa haluttiin huomioida jokaisen sairaalan paikalliset haasteet, mutta samalla aina säilyttää kolme keskeistä periaatetta: liikkumisen arviointi ja liikkumissuunnitelma 24 tunnin sisään sairaalaan tulosta, liikkumista vähintään kolme kertaa päivässä ja liikkumisen tulee olla skaalautuvaa ja progressiivista (Moore ym. 2014).

Aikaisen mobilisaation hyödyistä on tutkimuksellista näyttöä usean eri sairaalaan tulostyyn osalta. Aikaisen mobilisaation on todettu olevan hyödyllistä muun muassa keuhkokuume-, lonkkamurtuma-, leikkaus-, aivohalvaus- ja sydänkohtauspotilailla. Lisäksi näyttöä on teho-osastolla tapahtuvasta aikaisen mobilisaation eduista. (Liu ym. 2018; Surkan & Gibson 2018.)

Keskeisiksi vaikutuksiksi aikaisella mobilisaatiolla on todettu olevan lyhentynyt hoitajakso ja kotiutumisaika, toiminta-, liikunta- ja kävelykyvyn parempi palautuminen sekä elämänlaadun koheneminen (Husted ym. 2010; Koukourikos ym. 2023; Kuru & Olgar 2020; Larsen ym. 2019; Liu ym. 2022; Matsuoka ym. 2023; Melgaard & Baandrup & Bøgsted & Bendtsen & Kristensen 2018; Munir & Fromowitz & Goldfarb 2020; Watanabe ym. 2023). Neljässä tutkimuksessa havaittiin, että aikainen mobilisaatio vähensi sairaalassa tapahtuvaa kuolleisuutta (Koukourikos ym. 2020; Larsen ym. 2019; Melgaard ym. 2018; Munir ym. 2020). Tarkastelluista tutkimusartikkeleista tarkemmat tiedot löytyvät liitteestä 1.

Keuhkohtaumatautipotilaille (COPD) aikaisesta mobilisaatiosta ei näytä olevan hyötyä taudin pahenemisvaiheen iskiessä. Englannissa tehdyssä COPD-potilaiden aikaisen mobilisoinnin tutkimuksessa interventoryhmässä havaittiin hieman kontrolliryhmää korkeampi kuolleisuus. Hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnon kohottaminen vaatii korkeahkoa intensiteettiä. Korkean intensiteetin harjoittelu saattaa olla liian raskasta ja siksi haitallista sairauden pahenemisvaiheessa oleville COPD-potilaille. (Greening ym. 2014.)

5.1 Aikaisen mobilisaation vaikutus teho-osastopotilailla

Koukourikos ym. (2020) tutkivat kirjallisuuskatsauksen avulla, kuinka aikainen mobilisaatio vaikuttaa teho-osaston potilaiden kuntoutukseen. Tutkimuksessa huomioitiin myös elektromuskulaarisen stimulaation (EMS) rooli kuntoutuksessa sekä pohdittiin aikaisen mobilisaation esteitä ja turvallisuutta. Käytettyjä interventiokeinoja olivat passiivinen ja aktiivinen lihasvoima- ja liikkuvuusharjoittelu, vuodesiidymiset, EMS, vuoteessa pyöräily, kävely, paikallaan marssiminen sekä kallistuspyöydän hyödyntäminen. Kirjallisuuskatsaus osoittaa, että aikaisella mobilisaatiolla oli positiivinen vaikutus liikunta-, kävely- ja toimintakykyyn, elämänlaatuun, sekä lihasvoimaan. Myös vaadittu aika hengitystukihoidossa laski aikaisen mobilisaatioon osallistuneilla verraten kontrolliryhmiin, mutta vain yhdessä tutkimuksessa tämä ero oli merkittävä. Vietetty aika teho-osastolla sekä sairaalassa laski niillä, joilla harjoitettiin aikaista mobilisaatiota. EMS:ää käytetään passiivisena hoitokeinona vuodepotilailla. EMS:llä on havaittu merkittävä hyöty hengitykseen, painehaavojen ja lihasatrofian ennaltaehkäisyyn sekä tajunnantsoon, kun yhdistetty oikein aikaisen mobilisaation keinojen kanssa. (Koukourikos ym. 2020.)

Watanabe ym. (2023) tutkivat mobilisaation merkitystä ADL-toiminnoissa kotiutumisvaiheessa. Tutkimuksessa kerättiin tietoa kuudelta eri Japanin sairaalan teho-osastolta, ja yhteensä tutkimukseen osallistui 206 potilasta. Potilaan kunnon mukaan mobilisaatiokeinoita tutkimuksessa käytettiin passiivista tai aktiivista liikkuvuutta, istuma- tai seisomaharjoittelua tai kävelyharjoittelua vähintään kerran päivässä 20 minuutin ajan. Tutkimuksessa ei ollut interventio- ja kontrolliryhmää, mutta huomioitiin, kuinka monella (68 %:lla) aikainen mobilisaatio onnistui. Onnistuneeksi aikaiseksi mobilisaatioksi määriteltiin istumisen onnistuminen vuoteen laidalla ensimmäisen viiden päivän sisällä. Aikaisella mobilisaatiolla todettiin olevan seuraavat vaikutukset: 61 % saavutti itsenäiset ADL-toiminnot eli tutkimuksessa määritellyn Barthelin indeksin pistemäärän ≥ 70 , sairaalamaksut vähenivät, kuntoutuminen oli nopeampaa, sekavuutta teho-osastolla havaittiin 38 %:lla ja 45 %:lla oli teho-osastolla hankittua heikkoutta teho-osastolta poistuessa. Teho-osastolta kotiutui 70 % osallistuneista. (Watanabe ym. 2023.)

Huomioitavaa on, että aikainen mobilisaatio teho-osastolla on edellä mainituissa tutkimuksissa määritelty alkavan ensimmäisen 1–7 päivän aikana ensimmäisen 24 tunnin sijasta (Koukourikos ym. 2020; Watanabe ym. 2023). Matsuoka ym. (2023) kuitenkin

toteavat meta-analyysissaan, että parhaimmat tulokset teho-osastolla saadaan, kun aikainen mobilisaatio aloitetaan 72 tunnin sisällä. Meta-analyysiin sisällytettiin 11 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joiden tutkimusryhmään kuului kriittisesti sairaita aikuisia teho-osastopotilaita. Aikaisen mobilisaation todettiin lisäävän lihasvoimaa ja parantavan kognitiota. ADL-toiminnot paranivat myös aikaisen mobilisaation ryhmässä. Mielenterveyden ja kuolleisuuden osalta aikaisella mobilisaatiolla ei näyttänyt olevat merkitystä ja elämänlaadun osalta vaikutus jäi meta-analyysissa epäselväksi. 72 tunnin sisällä aloitettu mobilisaatio teho-osastolla ennustaa parempaa toimintakykyä. (Matsuoka ym. 2023)

5.2 Aikaisen mobilisaation vaikutus lonkkamurtuma- ja leikkauspotilailla

Lonkkamurtuma on vakava, yleensä iäkkäille sattuva, kaatumisvamma, joita leikataan Suomessa vuosittain noin 6000. Lonkkaleikkauksiin johtuvista murtumista 60 % on reisiluun kaulan murtumia. Lonkkamurtumat ovat yksi merkityksellisimmistä sairauksista, jotka johtavat avun sekä pitkäaikaishoidon tarpeeseen. (Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus 2017.) Lonkkaleikkausta saattaa joutua odottamaan sairaalassa useamman päivän ja silloin mobilisointi tulisi aloittaa jo ennen leikkausta. Leikkausta edeltävälle mobilisaatiolle on Suomessa tarvetta. Lonkkamurtumat pyritään leikkaamaan mahdollisimman nopeasti, mutta viivästyksiä sattuu. Hyvinkään sairaalassa vuosien 2013–2015 välillä 21 % potilaista joutui odottamaan leikkausta yli 48 tuntia. (Ruuska 2015.)

Kiinalaisessa Sichuanin yliopiston sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa osallistujina oli 150 yli 65-vuotiasta, jotka joutuivat odottamaan reisiluun kaulan murtuman leikkausta yli 2 päivää. Osallistujat jaettiin sairaalaan saapumispäivän mukaan yhteen kuudesta lääkintäryhmästä. Neljä ryhmistä oli tutkimuksen kontrolliryhmiä, joissa tarjottiin tavanomaista hoitoa. Kahdessa interventioryhmässä potilaille ja heidän omaisilleen tarjottiin mobilisointiin kannustavaa opetusta, potilaille annettiin kipulääkitystä ennen mobilisointia ja heitä mobilisoitiin kolme kertaa päivässä. Potilaat ohjattiin, ja tarpeen tullen avustettiin, istumaan vuoteen reunalle, josta heitä kehoitettiin nousemaan seisomaan apuvälineisiin tukeutuen ja kävelemään viemättä painoa leikattavalle jalalle. Jos potilas ei kyennyt kävelemään, niin silloin harjoite oli yhdellä jalalla seisonta. (Liu ym. 2022.)

Edellä mainitun tutkimuksen interventoryhmässä oli vähemmän leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita (52,2 % vrt. 73,5 %), keuhkoinfektioita (6,0 % vrt. 16,9 %) ja sekavuustilaa (9,0 % vrt. 24,1 %). Leikkauksen jälkeinen sairaalassaoloaika oli interventoryhmässä merkittävästi lyhyempi (4,2 vrt. 5,7 päivää). Mobilisoinnin hyödyt näkyivät myös pidemmälle ajalla. Kuusi kuukautta myöhemmin interventoryhmästä 75 % palasi murtumaa edeltäneelle ADL-toimintojen tasolle verrattuna kontrolliryhmän 63,6 %. Tämän tutkimuksen vahvuutena on sen satunnaistettu kontrolliryhmä. Tutkijat huomasivat, että iäkkäät olivat kykeneviä suorittamaan harjoitusohjelmaa. 22,4 % potilaista oli jalkeilla yli 60 minuuttia päivässä ja 40,3 % oli jalkeilla 45–60 minuuttia, eli yhteensä 62,7 % potilaista saavutti mobilisoinnin 15–20 minuuttia kolmesti päivässä tavoitteen. Interventiossa käytetyt menetelmät ja harjoitteet eivät välttämättä vaadi fysioterapeutin läsnäoloa, joka osaltaan mahdollistaa ohjelman laajemman käyttöönoton. (Liu ym. 2022.)

Kuru ja Olgar (2020) tarkastelivat tutkimuksessaan, kuinka mobilisaation aikaisuus vaikuttaa iäkkäiden potilaiden kuntoutumiseen lonkkaleikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 52 potilasta, joiden keski-ikä oli $82,9 \pm 6,5$ vuotta. Potilaat jaoteltiin aikaisen mobilisoinnin ryhmään, jos heidän mobilisointinsa alkoi alle 24 h leikkauksen jälkeen ja myöhäisen mobilisoinnin ryhmään, jos mobilisointi alkoi yli 24 h leikkauksen jälkeen. Potilaita kehoitettiin laittamaan täysi paino leikatulle jalalle. Aikaisen mobilisoinnin ryhmä kotiutui sairaalasta nopeammin $5,4 \pm 1,8$ päivää verrattuna myöhäisen ryhmän $6,9 \pm 2,9$ päivää. Myös heidän lonkkaleikkauksestansa toipumista mittaava Harris hip score oli parempi $84,0 \pm 5,8$ verrattuna myöhäisen ryhmän $71,10 \pm 2,8$ tulokseen. (Kuru & Olgar 2020.) Tämä tutkimus näyttää, että hyvinkin iäkkäät henkilöt voivat aloittaa kävelyharjoittelun ja painon varaamisen leikatulle jalalle pian vaativan lonkkaleikkauksen jälkeen ja, että jos he pystyvät aloittamaan kävelyharjoittelun, niin se ennustaa hyvää toipumiselle. Tämän tutkimuksen tuloksista on hyvä huomioida, että potilaita ei jaettu myöhäisen ja aikaisen mobilisoinnin ryhmiin ennakkoon, vaan he päätyivät ryhmiin jälkikäteen tarkasteltuna.

Husted ym. (2010) tutkivat minkälainen vaikutus aikaisella mobilisoinnilla on laskimotukoksien esiintymiseen lonkan (Total Hip Arthroplasty (THA)) ja polven (Total Knee Arthroplasty (TKA)) tekonivelleikkausten jälkeen. Tutkimukseen osallistui 1977 ihmistä vuosina 2004–2008. Sairaalassaoloaika lyheni tutkimuksen aikana asteittain. Vuonna 2004 keskimääräinen sairaalassaoloaika oli 7,1 päivää, vuosina 2004–2006 noin 5 päivää ja

vuosina 2007–2008, kun käyttöön otettiin entistä aikaisemman mobilisoinnin aloittamisen mahdollistava paikallisanestesia, aika laski noin 3 päivään. Paikallisanestesian avulla mobilisointi pystyttiin yleensä aloittamaan jo 2–4 tuntia leikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneilla THA-potilailla todettiin syvälaskimotukoksia 0,21 % tapauksista ja TKA-potilailla 1,15 %. Luvut vertautuvat suosiollisesti vastaavien operaatioiden muihin tutkimuksiin. (Husted ym. 2010.) Lassen ym. (2008) tutkimuksessa erilaisilla lääkityksillä TKA-potilailla syvälaskimotukosten esiintyvyys oli 1,1 % ja 2,2 % ja sairaalassaoloaika 6,2 ja 6,3 päivää.

5.3 Aikaisen mobilisaation vaikutus sydänpotilailla

Munir, Fromowitz ja Goldfarb (2020) tarkastelivat kirjallisuuskatsauksessaan aikaisen mobilisaation vaikutusta sydäninfarktin jälkeen. Kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin myös selvittämään sydän- ja verisuonitautien ammattilaisten näkökulmia mobilisaatioon. Tutkimuksissa huomattiin, että aikaisin aloitettu mobilisaatio ei lisää riskiä kuolleisuuteen, uuteen infarktiin tai veritulppiin, ja parantaa mielenterveyttä. Aikaisen mobilisaation todettiin parantavan happisaturaatiota, hengitystiheyttä ja hengitysreserviä sekä vähentävän sydämen oikean eteisen painetta. Yhdessä tutkimuksessa kuitenkin huomattiin aikaisen mobilisaation johtavan kohonneeseen sykkeeseen ja verenpaineeseen sekä alentuneeseen veren happisaturaatioon. Kahdessa tutkimuksessa näihin ei havaittu merkittäviä muutoksia, mutta huomattiin viitteitä parempaan keuhkojen toimintaan. Yksi tutkimukseen valituista meta-analyyseistä yhdisti kuolleisuuden laskun varhaisemmin aloitettuun mobilisaatioon. (Munir ym. 2020).

Munir ym. (2020) valikoivat kirjallisuuskatsaukseensa myös tutkimuksia sepelvaltimon varjoainekuvaukseen ja pallolaajennukseen liittyen. Aikaisen mobilisaation todettiin olevan turvallista jo kuuden tunnin jälkeen. Yhdessä tutkimuksessa mobilisaatio huomattavasti alensi verenvuotoa ja verenpurkauksia pistoskohdissa, mutta toisissa tutkimuksissa tähän ei huomattu merkittävää eroa. Kuitenkin tutkimuksissa todettiin, että aikainen mobilisaatio on hyödyllistä potilaan hyvinvoinnin, kivun, toimintakyvyn ylläpidon sekä nopeamman kotiutumisen kannalta. (Munir ym. 2020.)

Vain yksi seitsemästä tämänhetkisistä suurista sydän- ja verisuonitautien ammattiyhdistyksistä, Euroopan kardiologinen seura (ESC), suosittelee aikaista mobilisaatiota sy-

däninfarktin jälkeen (Munir ym. 2020). ESC suosittelee mobilisaation aloittamisen ensimmäisenä päivänä. Jos kuitenkin sydäninfarkti on ollut suuri tai seurauksena on tullut vakavia komplikaatioita, liikkumisen aloittamista olisi hyvä suosituksen mukaan pitkitää. Potilaiden tilanne tulee olla stabiili, jotta aikainen mobilisaatio on turvallista. (Ibanez ym. 2017.)

5.4 Aikaisen mobilisaation vaikutus keuhkokuumepotilailla

Melgaard, Baandrup, Bøgsted, Bendtsen ja Kristensen (2018) tutkivat kuinka mobilisaation aloittaminen 24 tunnin sisällä vaikuttaa avohoitokeuhkokuumepotilaiden kotiutumis aikaan. Tutkimukseen osallistui 97 potilasta, joiden keski-ikä oli 77,6 vuotta. Tutkimusryhmää verrattiin vanhempaan ryhmään potilaita, joka vastaa tutkimusryhmän joukkoa, mutta saivat tavanomaista hoitoa. Kahdeksallakymmenellä tutkimukseen osallistuneesta mobilisaatio aloitettiin ensimmäisen 24 tunnin sisällä. Mobilisaation interventioiksi määrättiin vähintään 20 minuutin harjoittelu, joka tapahtui poissa sängystä ja makuuasennosta. Harjoittelun tuli olla progressiivista sairaalajakson aikana. Harjoittelun intensiteetti määrittyi yksilökohtaisesti jokaisen potilaan toimintakyky ja motivaatio huomioon ottaen. Interventioyhmän potilaat kotiutuivat keskimäärin 1,5 päivää nopeammin, kuin kontrolliryhmän potilaat. Tutkimuksessa havaittiin myös, että interventioyhmän potilaat, joilla oli keuhkokuumeen lisäksi COPD, kotiutuivat keskimäärin 2,1 päivää nopeammin kuin kontrolliryhmän COPD-potilaat. Interventioyhmässä neljä potilaista kuoli sairaalajakson aikana ja kontrolliryhmässä seitsemän, mutta 30 päivän sisällä kotiutumisesta interventioyhmästä kuoli neljä verraten kontrolliryhmän kolmeen. 30 päivän sisällä kotiutumisen jälkeen kontrolliryhmästä 12 joutui takaisin sairaalaan keuhkoihin liittyvien häiriöiden vuoksi ja interventioyhmästä 14. (Melgaard ym. 2018.)

Larsen ym. (2019) löysivät meta-analyysiinsä avohoitokeuhkokuumepotilaiden aikaisesta mobilisoinnista neljä kriteerit täyttävää tutkimusta. Ensisijaisia tulospittareita analyysissä ovat sairaalassaoloaika ja kuolleisuus. Yhdessäkään tutkimuksesta ei havaittu haittavaikutuksia aikaisesta mobilisoinnista. (Larsen ym. 2019.) Yhdessä tutkimuksista vertaillaan kahta erilaista interventiota, eikä se ole relevantti opinnäytetyön kannalta. Kahdessa satunnaistetun kontrollin tutkimuksessa tutkimusryhmiin huolitettiin yli 18-vuotiaat, joten mukana on myös nuoria aikuisia, mutta osallistujajoukot painottuvat iäkkäisiin. Toisessa tutkimuksesta interventioyhmä kotiutui keskimäärin 5,8 päivässä verrattuna kontrolliryhmän 6,9 päivään ja toisessa vastaavat luvut ovat 3,9 päivää verrattuna

6,0 päivään. Japanilaisessa retrospektiivisessä kohorttitutkimuksessa sairaalassaoloajat olivat huomattavasti pidempiä ja aikaisen mobilisoinnin ryhmä oli sairaalassa kauemmin (34,2 pv.) kuin kontrolliryhmä (26,2 pv.). Tutkijat huomauttavat, että tässä tutkimuksessa sairaalassaoloaikaan saattoi vaikuttaa moni muukin asia kuin terveydellinen tilanne, kuten vara maksaa sairaalahoidosta. Kahdessa satunnaistetun kontrolliryhmän tutkimuksessa interventioryhmän kuolleisuus ei ollut merkittävästi alhaisempi kuin kontrolliryhmässä (suhteellinen riski 0,90, $p=0,86$). Kohorttitutkimuksessa 30 päivän kuolleisuus oli merkittävästi alhaisempi aikaisen mobilisaation ryhmässä, 5,1 % verrattuna 7,1 %. (Larsen ym. 2019)

6 Keinoja toimintakyvyn tukemiseen

Käytännössä ikääntyneen kuntoutuminen painottuu hänen omaa normaalia elämäänsä tukevaan työhön. Kuntoutumisen tavoitteena on ylläpitää ja parantaa iäkkään toimintakykyä, ehkäistä toimintakyvyn alenemista, tukea arkielämää ja itsenäistä selviytymistä sekä parantaa elämänlaatua. Aikainen mobilisaatio ja toimintakyvyn tukeminen voi näyttäytyä, ja usein näyttäytyykin, arkisten ja käytännönläheisten toimintojen harjoitteluna. Alussa liikkuminen voi olla hyvinkin pientä, kuten aktiivista vuoteesta kääntymistä tai vuoteen reunalla istumista. Myös potilaan avustaminen istumaan on aikaista mobilisaatiota. Liikkumista lisätään progressiivisesti iäkkään kuntoutuessa ja tavoitellaan potilaan toimintakyvyn palautumista mahdollisimman lähelle sitä, mitä se oli ennen sairaalaan tuloa. Harjoitteluun sisältyy arkiset askareet kuten oman hygienian ylläpito, ruokailu, peseytyminen ja liikkuminen. Liikkuminen tapahtuu tarvittavien apuvälineiden avulla. Mikäli ikääntyneellä on asunnossaan portaita, harjoitellaan portaissa toimimista, jotta taito ja kyky tähän ei katoa. Peruseriaatteena kuntoutuksessa on, että iäkäs käyttää hyväkseen niitä voimavaroja, joita hänellä on, ja että potilasta autetaan vain tarvittaessa. (Lahti ym. 2023: 370; Nummijoki ym. 2023a: 130–132.)

WALK-Copenhagen on tanskalainen vuonna 2017 alkanut projekti, jonka tavoitteena on iäkkäiden potilaiden mobilisoinnin lisääminen akuuttien sairaalajaksojen aikana ja kotiutumisen jälkeen (Kirk ym. 2018). Projektin 3-vaihe kohorttitutkimus kohtasi vaikeuksia vuonna 2019, kun Kööpenhaminan yliopistollisen sairaalan osasto suljettiin, mutta aiemmissa vaiheissa tehtiin etnografista ja observeivaa tutkimusta, joissa perehdyttiin erityisesti mobilisoinnin sosiaaliseen kontekstiin (Pedersen 2019). Walk-Cph-projektin implementaatiovaiheessa tehtiin henkilökunnalle opetusvihkonen, lisättiin

osastoille liikuntaan kannustavia julisteita, lattiaan merkittiin WALK-path kävelyopasteet sekä lääkärin määräämät WALK-liikkumissuunnitelmat, osastoille lisättiin kävelyn apuvälineitä ja potilaille annettiin mahdollisuus noutaa itse juomia tai vaatteita (Stefánsdóttir ym. 2020).

Asentohoidoilla voidaan muun muassa estää vuodelevon haittoja, kuten painehaavoja ja spastisuutta, lievittää kipua sekä ylläpitää nivelten liikkuvuutta. Asentohoidolla edistetään hengitystä ja verenkiertoa sekä mahdollistetaan päivittäisten toimintojen toteutuminen. (Kari & Niskanen & Lehtonen & Arslanoski 2013: 195.) Makuuasento on vahingollinen keuhkojen toiminnalle ja pitkittynyt vuodelepo saattaa aiheuttaa atelektaasiaa eli keuhkojen kasaan painumista. Keuhkojen tilavuus on suurimmillaan seisoma-asennossa ja seisoma-asento yhdistettynä kävelyyn on loistava keino lisätä keuhkojen tilavuutta ja kaasujen vaihtoa. Istuesssa keuhkojen toiminnallinen kapasiteetti ja kaasujen vaihto ovat hiukan seisoma-asentoa heikommat, mutta silti merkittävästi paremmat kuin makuuasennossa. Hengittämisen kannalta hyvä istuma-asento on sellainen, jossa henkilö voi olla mukavan rennosti, mutta ei lysähtäneenä. Maatessa kylkiasento auttaa keuhkojen toimintaa vähentämällä palleaan kohdistuvaa painetta. (Hough 2014: 180–183.)

Istuminen parantaa keuhkojen toimintaa verrattuna makuuasentoon (Nielsen & Holte & Kehlet 2003.) Vuoteessa hengitystä helpottaa puoli-istuva asento (kuva 1.) (Iivanainen & Syväoja 2016: 238), eli vuoteen pääty on osittain kohotettuna. Tällöin on hyvä joko kohottaa sairaalasänkyä polvitaipteen kohdalta tai asettaa polvitaipeden alle tyyny, mikä estää asennon valahtamista alaspäin. Puoli-istuva asento myös optimoi verenkierron (Iivanainen & Syväoja 2016: 635).



Kuva 1. Puoli-istuva asento sairaalasängyssä.

Hyvä istuma-asento (kuva 2.) on hengityksen lisäksi oleellista nielemisen kannalta. Hyvässä ryhdissä istumiseen yleensä auttaa selkä- ja käsinojallinen tuoli, joka tukee selän ryhtiä. On huolehdittava, että ikääntyneen jalat ylettävät hyvin maahan, sillä tämä tukee tasapainoista istumista. Onkin suositeltavaa, että potilas siirtyy aina ruokailujen ajaksi vuoteesta tuolille istumaan. Jos potilas kuitenkin joutuu ruokailemaan vuoteessa, tulee sängyn pääty nostaa mahdollisimman ylös ja potilaan asentoa tukea esimerkiksi tyy-nyillä, jotta potilas ei pääse valahtamaan alemmaksi. Pään ollessa pystyasennossa ja leuan hieman rintakehää kohti, on helpompi niellä ja tukehtumisriksi laskee. (Nancarrow ym. 2006: 123.)



Kuva 2. Hyvä (vas.) ja huono (oik.) istuma-asento. Hyvässä istuma-asennossa jalat ovat tukevasti maassa tai jalkatelineillä. Selän asento on tuettu tukevammaksi tyynyn avulla.

Liikkumattomuus johtaa kävelykyvyn heikkenemiseen. Ikääntyneet menettävät suhteellisesti enemmän lihasmassa ala- kuin ylävartalosta (Candow & Chilibeck 2005). Mahoney, Sager ja Jalalullid (1998) tarkkailivat tutkimuksessaan sairaalajakson vaikutusta iäkkäiden itsenäiseen kävelykykyyn. Tutkimukseen valittiin henkilöitä, jotka kykenivät kävelemään itsenäisesti ennen sairaalajaksoa. Sairaalaasta vapauduttuaan 16,8 % potilaista tarvitsi avustusta kävelemiseen. (Mahoney ym. 1998.) Kävelykyvyn säilyttäminen on oleellista itsenäiselle toimintakyvylle ja siksi kävelyharjoittelu on yksi fysioterapeutin tärkeimmistä tehtävistä geriatrisilla osastoilla. Iäkkäillä on ylös noustessa tai istuutuessa usein vaikeuksia siirtää painoaan eteenpäin yli jalkojensa, joka vaikeuttaa liikkeellelähtöä. (Bottomley 2010: 271.) Oppaaseen on sisällytetty yksinkertaisia alavartaloharjoituksia tukemaan kävelykyvyn ylläpitoa.

Yhdysvalloissa on parhaillaan käynnissä laaja AMBULATE-tutkimus, josta saattaa löytyä helpotusta hoitajien kiireisiin ja keino mobilisoinnin parempaan priorisointiin. Tutkimuksessa tarkkaillaan sairaaloihin palkattujen liiketeknikoiden vaikutusta hoidon laatuun ja kustannuksiin. Liiketeknikko on hoitotiimiin jäsen, joka viettää suurimman osan työajastaan potilaita liikuttaen, enimmäkseen kävelyttäen. Jos liiketeknikot osoittautuvat hyödyllisiksi, niin tehtävään kouluttaminen ei olisi hankalaa. Liiketeknikon työnkuva on huomattavasti yksinkertaisempi kuin fysioterapeuteilla, eikä siten vaadi yhtä pitkää

koulutusta. Heistä tulisi hoitotiimin jäseniä, joilla ei olisi muita tehtäviä tai vastuita kuin potilaiden liikuttaminen. (Johnson ym. 2023.)

7 Ikääntyneen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus

Ammattilainen on vastuussa hyvän vuorovaikutuksen, ilmapiirin ja tasavertaisuuden luomisesta potilasta kohdattaessa (Kakko ym. 2023: 58). Kohdatessa iäkästä potilasta tulee muistaa potilaan itsemääräämisoikeus ja arvostava kohtaaminen. Ikääntynyttä tulee kunnioittaa ihmisenä ja antaa hänen tehdä omia päätöksiä, vaikka hänellä olisikin päätöksentekoa rajoittava tai vaikeuttava sairaus. Kaikki hoitotyö tehdään mahdollisimman yhteysymmärryksessä potilaan kanssa. Mikäli iäkkään itsemääräämisoikeutta tulee rajoittaa esimerkiksi hänen oman tai henkilökunnan turvallisuuden kannalta, täytyy päätös olla hyvin harkittu, perusteltu sekä kirjattu. Iäkästä kohdellaan yksilönä, ei objektina – on tärkeää huomioida oma sanoitus ja kielenkäyttö: puhutaan yhdessä tekemisestä tai avustuksesta enemmän, kuin esimerkiksi potilaan suihkutuksesta tai kävelyttämisestä – ja puhe kohdistetaan suoraan potilaalle hänen ollessa paikalla. Potilaalle annetaan aikaa sekä kohtaamiseen että tekemiseen. Kiireellisyyden tunne on tarttuvaa, joten tilanteisiin tulee mennä rauhassa ja antaa iäkkään tehdä mahdollisimman paljon itse, sillä tämä edesauttaa potilaan kuntoutusta ja ylläpitää omatoimisuutta. (Haavisto & Ahosola & Mäkimartti 2023: 10–16.)

Kohdattaessa ikääntynyttä pidetään huoli, että hänellä on tarvittavat apuvälineet käytössä. Näön, kuulon, puheen ja liikkumisen apuvälineet auttavat kommunikoinnissa sekä tukevat potilaan osallistumista ja toimintakykyä. (Kakko ym. 2023: 59–60; Nummijoki ym. 2023b: 231.) Apuvälineet ovat myös keino henkilökunnalle edistää turvallisuutta sekä omaa ergonomiaa (Nummijoki ym. 2023b: 231).

Asenteella on suuri vaikutus kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Omat eleet, ilmeet ja kehon kieli viestittävät enemmän, kuin sanat. Olemalla avoin, rento ja oma itsensä luodaan tilanteeseen miellyttävä ilmapiirin niin itselle, että potilaalle. Tasavertaisuutta kohtaamiseen luodaan aidosti kuuntelemalla ja asettumalla samalle tasolle keskustelukumppanin kanssa siten, että molempien osapuolien kasvot ovat näkyvillä. On hyvä välttää ylhäältä päin puhumista ja sen sijaan istua alas, jos potilas itse istuu tai on maakuulla. Näin vältetään ala-arvoisuuden tunteen luomista. (Kakko ym. 2023: 58–59.)

Muistisairaudet ovat yleisiä vanhusväestössä. Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä muistioireista (Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2021). THL:n (2022) mukaan Suomessa on arviolta yli 190 000 muistisairasta henkilöä, joista suurin osa on yli 80-vuotiaita. Muistisairaiden kanssa kommunikoidessa korostuu sanattoman, selkeän ja turvallisuutta ilmaisevan vuorovaikutuksen merkitys (Windle ym. 2020).

Kosketus on inhimillinen osa elämää koko elämänkaaren ajan. Ihmisillä on luontainen tarve koskettaa ja tulla kosketetuksi, mutta myös oikeus olla koskettamatta. Kosketuksella voi olla useita positiivisia vaikutuksia, kuten turvallisuuden, hyvän olon, läheisyyden ja läsnäolon lisääminen, lohdutus sekä kivun lievitys. Hoitotyössä koskettamisesta tulee välttämättömyys ja kosketus muuttuu neutraalista henkilökohtaisemmaksi. Tällöinkin tulee kunnioittaa ikääntynyttä henkilöä ja suoda hänelle rauhallinen ja yksityisyyden suoja. Sanoittamalla tilannetta sekä aloittamalla kosketus neutraaleista kehonosista voidaan potilasta valmistella kosketukseen. (Kakko ym. 2023: 60.)

Lappalaisen (2018) mukaan kosketuksen peruseriaatteet koostuvat tavoista, jotka vahvistavat ja edesauttavat kosketettavan kokemusta tilanteessa. Koskettaessa pyritään rauhoittamaan, luomaan turvallisuuden tunnetta sekä auttamaan toista hahmottamaan omaa kehoaan. Kun liikkeet sanoitetaan sekä aloitetaan ja lopetetaan tietoisesti, auttaa tämä toista myös osallistumaan liikkeeseen. (Lappalainen 2018.)

Kozica-Olenski, McRae, Bew ja Mudge (2020) tutkivat iäkkäiden potilaiden liikkumismotivaatioon vaikuttavia tekijöitä haastatteleamalla. Motivaattorien temaattinen analyysi nosti esiin kolme vahvaa teemaa (taulukko 2.) (Kozica-Olenski ym. 2020).

Taulukko 2. Sisäisen motivaation tekijät iäkkäiden potilaiden mobilisaatiossa (Kozica-Olenski ym. 2020).

Teema	Motivaatiotekijät
Parantuminen	Kunnon heikkenemisen estäminen ja voiman säilyttäminen. Kuntoutumisen edistäminen, jotta voi palata kotiin.

Merkitykselliset yhteydet	Ajan viettäminen perheen ja ystävien kanssa. Miellyttävien ja merkityksellisten aktiviteettien tekeminen.
Yksilöllisyyden säilyttäminen	Itsenäisyyden ylläpito. Halu säilyttää arvokkuus ja tavanomaisuus. Valinnanvapauden ja joustavuuden säilyttäminen.

Motivaatiotekijöiden tunnistaminen ja vahvistaminen on osa asiakas- ja voimavaralähtöistä kuntoutusta sekä lähtökohta toimintakyvyn kehittymiselle (Nummijoki ym. 2023a: 114–116). Tärkeänä motivoivana tekijänä potilaat kokevat lisäksi siirtymävaikutuksen, eli kuinka mobilisoinnin vaikutuksen odotetaan siirtyvän arkeen kotiutumisen jälkeen (Kirk ym. 2018).

Haastatellut iäkkäät kertoivat perheenjäsenten olevan liikkumiseen kannustavia (Kozica-Olenski ym. 2020). Läheisillä on keskeinen rooli kuntoutuksessa ja heidän mukaansa ottaminen on osa kuntoutusprosessia. Henkilökunta vastaa läheisten informoinnista potilaan hoitajakson ajan. Tähän sisältyy muun muassa läheisten ajankohtainen tiedottaminen potilaan tilanteesta, muutoksista ja suunnitelmasta, keskustelua läheisten roolista kuntoutusprosessissa ja tiedon antaminen tukipalveluista. Läheisille ohjataan hoitoon liittyviä askareita, joita he voivat suorittaa itsenäisesti ikääntyneen kanssa. On tärkeä myös huomioida läheisten oma jaksaminen. Niin potilaiden että läheisten kohdalla tulee huomioida erilaiset arvo- ja kulttuuritaustat. (Kakko ym. 2023: 68–72.)

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa aikaisen mobilisaation merkityksestä iäkkäiden potilaiden sairaalahoidossa. Käsittelimme työssämme myös vuodelevon haittavaikutuksia, miten näitä voidaan ennaltaehkäistä, miksi aikainen mobilisaatio voidaan

kokea haasteelliseksi sekä käytännön keinoja ja ratkaisuja aikaisen mobilisaation toteutumiseen. Lisäksi haimme työeläkumppanin toiveesta oppaaseen tietoa hyvistä käytänteistä ikääntyntä potilasta kohdattaessa ja tavoista aktivoida kuntoutumiseen.

Tutkimusnäytön perusteella voidaan todeta, että aikainen mobilisaatio vaikuttaa merkityksellisesti toiminta-, liikunta- ja kävelykykyyn sekä elämänlaatuun. Varhaisin aloitettu liikkuminen liitettiin merkittävästi lyhyempään hoitojaksoon eri sairaalaosastoilla ja nopeampaan kotiutumiseen. Aikainen mobilisaatio todettiin merkitykselliseksi myös kivunhoidon ja ADL-toimintojen ylläpidon kannalta. (Husted ym. 2010; Koukourikos ym. 2023; Kuru & Olgar 2020; Larsen ym. 2019; Liu ym. 2022; Matsuoka ym. 2023; Munir ym. 2020; Melgaard ym. 2018; Watanabe ym. 2023). Neljässä tutkimuksessa huomattiin aikaisen mobilisaation vähentäneen sairaalassa tapahtuvaa kuolleisuutta (Koukourikos ym. 2020; Larsen ym. 2019; Melgaard ym. 2018; Munir ym. 2020) ja osassa tutkimuksissa aikaisella mobilisaatiolla ei havaittu olevan merkitystä kuolleisuuteen liittyen (Koukourikos ym. 2020; Matsuoka ym. 2023; Munir ym. 2020). Tutkimukset myös näyttävät, että aikainen mobilisaatio on turvallista, kun se tehdään harkiten jokaisen potilaan yksittäisiä tarpeita ja tilannetta (Koukourikos ym. 2020; Matsuoka ym. 2023; Munir ym. 2020).

Kuinka aikaisin mobilisaatio tulisi aloittaa? Tähän on eri ratkaisuja tutkimuksissa, mutta kuitenkin yleisin käsitys on, että mobilisaatio tulisi aloittaa mahdollisimman aikaisin, vähintään ensimmäisen 24 tunnin sisällä. Teho-osastolla käytänte näyttäneen olevan erilainen ja aikainen mobilisaatio useammin määritellään alkavan 1–7 päivän sisällä (Koukourikos ym. 2020; Watanabe ym. 2023), mutta parhaimmat tulokset saadaan aloittaessa ensimmäisen 72 h aikana (Matsuoka ym. 2023). Sairaalassaolon syy lienee yksi tekijä oikean aikaikkunan asettamiselle. Teho-osastolla olevat potilaat ovat kriittisessä terveydentilassa, eivätkä välttämättä edes tajuissaan, jolloin mobilisaation keinoina toimii vain passiivinen mobilisointi.

Tarkan aikaikkunan lisäksi on vaikea määrittää yhtä yhteistä sääntöä sille, kuinka intensiivistä tai kuinka usein potilaita tulisi mobilisoida. Tässä korostuu kuntoutuksen yksilöllisyys ja kuntoutussuunnitelma tulee laatia yksilökohtaisesti jokainen ikääntynyt potilas mielessä pitäen. Olisi mielenkiintoista nähdä lisätietoa erilaisten liikuntamuotojen ja liikunnan intensiteettitasojen vaikutuksesta aikaisen mobilisoinnin vaikuttavuuteen.

Osassa käyttämistämme tutkimuksista on voinut vaikuttaa kulttuuritausta. Kuinka paljon käsiteltyjä asioita voidaan yleistää, vaikka ollaan tietoisia kulttuurien vaihtelevan hyvinkin paljon eri maissa? Esimerkiksi voidaanko suomalaisilta vanhuksilta olettaa samanlaista suhtautumista edukaatioon kuin kiinalaisilta Huang ym. (2023) tutkimuksessa? Miten potilaat käsittävät oman roolinsa sairaalassa on moniulotteinen ja muuttuva kulttuurillinen asia, jota käsitelimme tässä työssä hieman, mutta siihen liittyy monia lisäkysymyksiä.

Terveydenhoitopalveluiden kaupallistuminen ja valinnanvapauden korostuminen tekee potilaista kuluttajia, joka tekee heistä aktiivisempia osallistujia (Toiviainen 2011) ja ehkä tällainen aktiivisempi osallistavampi rooli lisää myös fyysistä aktiivisuutta. Nykyisille vanhuksille passiivisen vuodelepopotilaan rooli on opetettu vuosikymmeniä sitten, kun vuodelevon haittoja ei vielä tiedetty yhtä hyvin kuin nykypäivänä ja vuodelepoa käytettiin enemmän hoitomuotona sairaaloissa. Voinee siis olettaa, että tulevat iäkkäät potilaat eivät vaadi yhtä paljon aktiivisuuteen taivuttelua tai saattavat jopa vaatia liikuntaa.

Mobilisoinnin käsitteen alle sisältyy hyvin moninainen kirjo liikkumisen tapoja. Oppaaseen keinoja valittaessa ajattelimme kahta kohderyhmäämme: hoitohenkilökuntaa ja iäkkäitä potilaita. Päädyimme valitsemaan yksinkertaisia keinoja, jotka kuka tahansa hoitohenkilökuntaan kuuluva kykenee ohjaamaan, ja jotka eivät ole liian vaativia useimman iäkkään potilaan toimintakyvylle.

Yhtenä WALK-Cph-projektin interventioista potilaille annettiin mahdollisuus noutaa itse juomia tai vaatteita (Stefánsdóttir ym. 2020). Itsepalvelumahdollisuuksien lisääminen voisi olla toteutettavissa oleva ja kokeilemisen arvoinen keino mobilisoinnin lisäämiseen ja siksi sisällytimme sen oppaaseen. Näin potilaat voisivat elää aktiivisempaa normaalia arkea muistuttavaa elämää sairaalajaksoilla. Tässä on myös mahdollisuus säästää hoitajien aikaa, jos potilaat pystyvät tekemään itse joitain tehtäviä, jotka normaalisti olisivat hoitajien työtä.

Henkilökunnan aikaa voisi säästää lisäksi hyödyntämällä potilaiden läheisiä resurssina. Läheisten ollessa riittävän informoituja potilaan tilanteesta on heillä mahdollisuus oma-toimiseen liikkumiseen potilaan kanssa. Omaiset ovat motivoiva tekijä liikkumiseen, joten oletetusti potilaat myös lähtevät mieluummin liikkumaan kysyjän ollessa omainen.

Tällä tavoin potilaat myös mobilisoituisivat useammin, edistäen kuntoutumista ja kotiutumista.

Yhtenä haasteena mobilisoinnin lisäämiselle lienee kuinka psykologisesti ja kulttuurillisesti arvioimme riskejä. Suhtaudumme eri tavalla aktiivisesti teoillamme aiheutuneisiin haittoihin kuin passiivisesti teoillamme aiheutuneisiin haittoihin. On täysin ymmärrettävää, että hoitohenkilökuntaan kuuluva on huolestunut siitä, että vanhus saattaa kaatua ja satuttaa itsensä, jos hän liikkuu itsenäisesti. Huoli voi olla sekä vanhuksen hyvinvoinnin kannalta, että seuraamuksista omalle kohdalleen, jos on kannustanut tai päästänyt vanhuksen liikkumaan. Liikunnan riskejä arvioidessa pitäisi niitä punnita toimimattomuuden riskeihin, jotka ovat suuremmat vanhuksen terveydelle, ja ymmärtää että vanhuksen passivointi on myös teko. Muutos aktivoivamman sairaalaan suuntaan ei voi jäädä vain yksittäisten hoitohenkilökunnan jäsenten vastuulle. Merkittävä muutos vaatii aloitetta ja asian priorisointia organisaatioiden ylemmiltä tahoilta.

Opinnäytetyön aihe on hyvin laaja, jonka vuoksi lähteitä on myös käytetty laajasti. Tutkimuksia tuli rajata siten, että ne vastaavat opinnäytetyön aihetta. Työn kohderyhmää ei ole kuitenkaan rajattu tarkasti, jonka vuoksi tutkimuksia, joissa on käsitelty aikaista mobilisaatiota sairaalaympäristössä, löytyi lukuisia. Käytetyt tutkimukset loppujen lopuksi valikoituivat sen mukaan, kuinka saavutettavissa ne olivat ja kuinka ne vastasivat opinnäytetyön aihetta. Tämä on voinut johtaa siihen, että kaikkia löydöksiä varhaisesta mobilisaatiosta ei ole tässä opinnäytetyössä otettu huomioon. Emme siis tehneet systemaattista kirjallisuuskatsausta ja työprosessin hankalimpia päätöksiä oli tutkimusten valinta kappaleeseen 6 Aikaisen mobilisaation vaikutukset. Tiedostimme, että tutkimuksia valitessa oli vaara omien ennakoasenteiden vaikutukselle.

Greening ym. (2014) COPD:tä käsittelevä artikkeli on ainoa tutkimus, jossa todettiin aikaisen mobilisaation olevan enemmän haitallista kuin hyödyllistä. On myös tiedossa, että liian aikaisin aloitettu mobilisaatio aivoverenkiertohäiriöpotilailla ei ole hyväksi (Langhorn ym. 2017). Pohdimme tulisiko meidän läpinäkyvyytemme vuoksi keskittyä tarkemmin tutkimuksiin, joissa aikaisesta mobilisoinnista on havaittu haittaa, mutta koska vain harvassa tutkimuksessa on havaittu haittavaikutuksia, niin mielestämme suurempi huomio mahdollisille haitoille antaisi virheellisen kuvan aikaisen mobilisaation turvallisuudesta ja hyödyllisyydestä. Toinen hankala valinta oli siinä, kuinka tarkasti

päätimme syventyä erilaisten iäkkäiden potilasryhmien aikaisen mobilisoinnin nyansseihin. Päätimme rajata tätä työn ulkopuolelle, koska työmme tuotoksena syntyvän oppaan kohderyhmät ovat iäkkäät ja sairaalan henkilökunta yleisesti. Lisäksi näkökulmamme on enemmän inaktiivisuuteen liittyvien haittojen – jotka ovat hyvin samanlaisia potilasryhmästä riippumatta – ehkäisemisessä kuin mobilisoinnin hyödyissä ensisijaisen sairaalaan tulon syyn hoidossa.

Jatkossa voisi olla mielenkiintoista tarkastella sitä, kuinka intensiivistä aikaisen mobilisaation harjoitteiden olisi hyvä olla tai löytyykö tarkemmin määriteltyä aikaikkunaa mobilisaation aloittamiselle. Tällöin kohderyhmää voi laajentaa eri ikäryhmiin tai vastakohtaisesti tarkentaa tiettyyn sairaalaan tulosyhyyn. Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä oli yleisesti ikääntyneet sairaalahoidossa, joten tarkemmin rajatusta kohderyhmästä voisi saada syvällisemmän kokonaisuuden.

Lähteet

Asher, Richard 1947. Dangers of Going to Bed. *British Medical Journal* 2. 967–968. <<https://doi.org/10.1136%2Fbmj.2.4536.967>>. Viitattu 13.3.2024.

Bachmann, Stefan & Finger, Christoph & Huss, Anke & Egger, Matthias & Stuck, Andreas E. & Clough-Gorr, Kerri M. 2010. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 340. <<https://www.bmj.com/content/340/bmj.c1718>>. Viitattu 8.3.2024.

Balas, E. Andrew & Boren, Suzanne A. 2000. Managing clinical knowledge for health care improvement. Center for Health Care Quality, University of Missouri. <<https://au-gusta.openrepository.com/handle/10675.2/617990>>. Viitattu 1.11.2023

Bottomley, Jennifer 2010. *Geriatric Rehabilitation: A Textbook for the Physical Therapist Assistant*. New Jersey: Slack Incorporated. Viitattu 21.3.2024.

Brown, Cynthia J. & Redden, David T. & Flood, Kellie L. & Allman, Richard, M. 2009. The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (9). 1660—1665. Julkaistu 28.8.2009. Washington: American Geriatrics Society. <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x>>. Viitattu 18.12.2023.

Candow, Darren & Chilibeck, Philip 2005. Differences in Size, Strength, and Power of Upper and Lower Body Muscle Groups in Young and Older Men. *The Journals of Gerontology* 60 (2). 148–156. <<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/60/2/148/563279?login=false>>. Viitattu 18.3.2014.

Casto-Avila, Ana Cristina & Serón, Pamela & Fan, Eddy & Gaete, Monica & Mickan, Sharon. Effect of Early Rehabilitation during Intensive Care Unit Stay on Functional Status: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 10 (7). <<https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0130722>>. Viitattu 8.3.2024.

Damschroder, Laura J. 2019. Clarity out of chaos: Use of theory in implementation research. *Psychiatry Research* 283. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178119307541>>. Viitattu 18.12.2023.

Ellis, Graham & Whitehead, Martin A & Robinson, David & O'Neill, Desmond & Langhorne, Peter. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 343. <<https://doi.org/10.1136/bmj.d6553>>. Viitattu 3.1.2024.

Espoon sairaala. Sairaalapalvelut. Terveyspalvelut. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. <<https://www.luvn.fi/fi/palvelut/terveyspalvelut/sairaalapalvelut/espoo-sairaala>>. Viitattu 7.3.2024.

Grant, Jonathan & Green, Liz & Mason, Barbara 2003. Basic research and health: a reassessment of the scientific basis for the support of biomedical science, *Research Evaluation* 12 (3). 217–224. <<https://doi.org/10.3152/147154403781776618>>. Viitattu 2.11.2023.

Graham, Ian D. & Logan, Jo & Harrison, Margaret B. & Straus, Sharon E. & Tetroe, Jacqueline & Caswell, Wenda & Robinson, Nicole 2006. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26 (1). 13–24. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/chp.47>>. Viitattu 1.11.2023.

Greening, Neil J. & Williams, Johanna E. A. & Hussain, Syed F. & Harvey-Dunstan, Theresa C. & Bankart, M. John & Chaplin, Emma J. & Vincent, Emma E. & Chimera, Rudo & Morgan, Mike D. & Singh, Sally J. & Steiner, Michael C. 2014. An early rehabilitation intervention to enhance recovery during hospital admission for an exacerbation of chronic respiratory disease: randomised controlled trial. *BMJ* 349. <<https://www.bmj.com/content/340/bmj.c1718>>. Viitattu 21.3.2024.

Haavisto, Maritta & Aholola, Päivi & Mäkimartti, Päivi 2023. Luku 1. Hyvän hoidon lähtökohdat. Teoksessa Haavisto, Maritta & Kakko, Katri & Mäkimartti, Päivi & Pikkarainen, Laura (toim.) 2023. Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: kustannus Oy Duodecim. 10–16.

Heinijoki, Hennariikka & Karhula, Maarit & Seppänen-Järvelä, Riitta 2023. Implementaatiotutkimuksen viitekehysten soveltaminen kuntoutuksen tutkimuksessa. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 60 (2). 195–204. Helsinki: Sosiaalilääketieteen yhdistys.

Hough, Alexandra 2014. *Physiotherapy in Respiratory and Cardiac Care: an evidence-based approach*. 4. painos. Andover: Cengage Learning.

Huang, Jie & Li, Pan & Wang, Huiting & Lv, Chenxi & Han, Jing & Lu, Xuemei 2023. Exploring elderly patients' experiences and concerns about early mobilization implemented in postoperative care following lumbar spinal surgery: a qualitative study. *BMC Nurs* 22. Julkaistu 4.10.2023. <<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01510-7>>. Viitattu 6.1.2024.

Huisman, Hanne C, van Dijk & Petra H. Raeven-Eijkenboom, Fabienne J.H., Magdelijns & Sieben, Judith M. & de Bie, Robert A. & Lenssen, Antoine F. 2022. Barriers and enablers to physical activity behaviour in older adults during hospital stay: a qualitative study guided by the theoretical domains framework. *BMC Geriatr* 22 (314). <<https://doi.org/10.1186/s12877-022-02887-7>>. Viitattu 4.1.2024.

Husted, Henrik & Stahl Otte, Kristian & Kristian, Billy B & Ørsnes, Thue & Wong, Christian & Kehlet, Henrik 2010. Low risk of thromboembolic complications after fast-track hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica* 10. 599–605. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214750/>>. Viitattu 2.11.2023.

Ibanez, Borja & James, Stefan & Agewall, Stefan & Antunes, Manuel J. & Bucciarelli-Ducci, Chiara & Bueno, Héctor & Caforio, Alida L. P. & Crea, Filippo & Goudevenos, John A. & Halvorsen, Sigrun & Hindricks, Gerhard & Kastrati, Adnan & Lenzen, Mattie J. & Prescott, Eva & Roffi, Marco & Valgimigli, Marco & Varenhorst, Christoph & Vranckx, Pascal & Widimský, Petr 2017. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* 39 (2). 119–177. <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/2/119/4095042?login=false>>. Viitattu 19.3.2024.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2016. *Hoida ja kirjaa*. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Johnson, Joshua K. & Hamilton Aaron C. & Hu, Bo & Pack, Quinn R. & Lindenauer, Peter K. Fox, Robert J. & Hashmi, Ardesbir & Siegmund, Lee Anne & Burchill, Christian N. & Taksler, Glen B. & Goto, Toyomi & Stilphen, Mary & Rothberg, Michael B. 2023. Assisted ambulation to improve health outcomes for older medical inpatients (AMBU-LATE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 24 (1). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10367239/>>. Viitattu 21.3.2024.

Kakko, Katri & Ajalin, Maarit & Numminen, Sanna & Säikkä, Marja & Eriksson-Tapio, Liss & Granö, Sirpa 2023. Luku 5. Kohtaaminen. Teoksessa Haavisto, Maritta & Kakko, Katri & Mäkimartti, Päivi & Pikkarainen, Laura (toim.) 2023. *Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 58–80.

Kari, Outi & Niskanen, Tuula & Lehtonen, Heidi & Arslanoski, Virpi 2013. *Kuntoutumisen tukeminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kim, Minyoung & Oh, Seieun 2020. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (18). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7558471/>>. Viitattu 8.3.2024.

King, Barbara & Bodden, Jillian & Steege, Linsey & Brown, Cynthia J. 2020. Older adults experiences with ambulation during a hospital stay: A qualitative study. *Geriatric nursing* 42 (1). 225–232. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457220302494>>. Viitattu 18.12.2023.

Kirk, Jeanette Wassar & Bodilsen, Ann Christine & Sivertsen, Ditte Marie & Husted, Rasmus Skov & Nilsen, Per & Tjørnhøj-Thomsen, Tine 2019. Disentangling the complexity of mobility of older medical patients in routine practice: An ethnographic study in Denmark. <<https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0214271>>. Viitattu 6.3.2024.

Kirk, Jeanette Wassar & Bodilsen, Ann Christine & Tjørnhøj-Thomsen, Tine & Pedersen, Mette Merete & Bandholm, Thomas & Husted, Rasmus Skov & Poulsen, Lise Kronborg & Petersen, Janne & Andersen, Ove & Nilsen, Per 2018. A tailored strategy for designing the Walk-Copenhagen (WALK-Cph) intervention to increase mobility in hospitalised older medical patients: a protocol for the qualitative part of the WALK-Cph project. *BMJ Open* 8 (3). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855176/>>. Viitattu 20.12.2023.

Koukourikos, Konstantinos & Kourkouta, Lambrini & Iliadis, Christos & Diamantidou, Vassiliki & Krepia, Vassiliki & Tsalogidou, Areti 2020. Early Mobilization of Intensive Care Unit ((ICU) Patients. *International Journal of Caring Sciences* 13 (3). 2269–2276. <https://www.researchgate.net/publication/348310673_Early_Mobilization_of_Intensive_Care_Unit_ICU_Patients>. Viitattu 11.3.2024.

Kozica-Olenski, Samantha & McRae, Prue & Bew, Paul & Mudge, Alison. 2020. 'I will walk out of here': Qualitative analysis of older rehabilitation patients' perceptions of mobility. *Australasian Journal on Ageing* 39 (3). 209–216. <<https://doi.org/10.1111/ajag.12777>>. Viitattu 19.12.2023.

Kuru, Tolgahan & Olçar, Haci Ali 2020. Effects of early mobilization and weight bearing on postoperative walking ability and pain in geriatric patients operated due to hip fracture: a retrospective analysis. *Turk J Med Sci* 50 (1). 117–125. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31742370/>>. Viitattu 18.12.2023.

Lahti, Tuula & Pikkarainen, Laura & Alakare, Janne & Laine, Jonna & Mononen, Jani & Jämsen, Esa & Kerminen, Hanna & Kankare, Katri-Anna 2023. Luku 24. Päivystyksellinen hoito ja sairaalahoito. Teoksessa Haavisto, Maritta & Kakko, Katri & Mäkimartti, Päivi & Pikkarainen, Laura (toim.) 2023. Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 360–397.

Laine, Lotta 2020. Potilas jalkeille mahdollisimman nopeasti. *Husari* 2020 (5). HUS. <<https://www.hus.fi/ajankohtaista/potilas-jalkeille-mahdollisimman-nopeasti>>. Viitattu 10.3.2024.

Langhorn, Peter & Wu, Olivia & Rodgers, Helen & Ashburn, Ann & Bernhardt, Julie 2017. A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment* 21(54). <<https://doi.org/10.3310/hta21540>>. Viitattu 9.4.2024.

Lappalainen, Raimo 2018. Aidosti vuorovaikutteinen koskettaminen. Teoksessa Hantikainen, Virpi (toim.). *Kinestetiikka: Toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla*. Jyväskylä: PS-kustannus. 41–72.

Larsen, Tania & Lee, Annemarie & Brooks, Dina & Michieli, Stephanie & Robson, Meaghan & Veens, Jenna & Vokes, Olivia & Lucy, S. Deborah 2019. Effect of Early Mobility as a Physiotherapy Treatment for Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physiotherapy Canada* 71 (1). 82–89. <<https://doi.org/10.3138%2Fptc.2017-51.ep>>. Viitattu 8.3.2024.

Lassen, Micael R. & Ageno, Walter & Borris, Lars C. & Lieberman, Jay R. & Rosenthal, Nadia & Bandel, Tiemo & Misselwitz, Frank & Turpie, Alexander G.G. 2008. Rivaroxaban versus Enoxaparin for Thromboprophylaxis after Total Knee Arthroplasty. *The New England Journal of Medicine*. 2776–2786. <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa076016>>. Viitattu 2.11.2023.

Liu, Barbara & Almaawiy, Ummukulthum & Moore, Julia E. & Chan, Wai-Hin & Straus, Sharon E 2013. Evaluation of a multisite educational intervention to improve mobilization of vulnerable elders in Ontario (MOVE ON). *Implementation Science* 8 (76). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704763/>>. Viitattu 21.3.2024.

Liu, Barbara & Moore, Julia E & Almaawiy, Ummukulthum & Wai-Hin, Chan & Khan, Sobia & Ewusie, Joycelyne & Hamid, Jemila S & Straus, Sharon E 2018. Outcomes of Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON): a multisite interrupted time series evaluation of an implementation intervention to increase patient mobilisation. *Age and Ageing* 47 (1). 112–119. British Geriatrics Society. Oxford University Press. <<https://academic.oup.com/ageing/article/47/1/112/3970847>>. Viitattu 18.12.2023.

Liu, Jiaxin & Chen, Li & Long, Cheng & Zhang, Xiang & Gao, Feng & Duan, Xin & Xiang, Zhou 2022. Effect of a preoperative mobilization program on perioperative complications and function recovery in older adults with femoral neck fracture, *Geriatric Nursing* 44. 69–75. <<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.01.003>>. Viitattu 11.3.2024.

Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Ortopedi yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50040?tab=suositus>>. Viitattu 11.3.2024.

Mahoney, Jane & Sager, Mark & Jalaluddin, Muhammad 1998. New Walking Dependence Associated With Hospitalization for Acute Medical Illness: Incidence and Significance. *The Journals of Gerontology* 53A (4). 307–312. <<https://doi.org/10.1093/geron/53A.4.M307>> Viitattu 19.12.2023.

Matsuoka, Ayaka & Shodai, Yoshihiro & Shida, Haruka & Aikawa, Gen & Fujinami, Yoshihisa & Kawamura, Yusuke & Nakanishi, Nobuto & Shimizu, Motohiro & Watanabe, Shinichi & Sugimoto, Kensuke & Taito, Shunsuke & Inoue, Shigeaki 2023. Effects of Mobilization within 72 h of ICU Admission in Critically Ill Patients: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Clinical Medicine* 12 (18). Basel: MDPI AG. <<https://www.proquest.com/central/docview/2869358383/abstract/ABFB164358834737PQ/28?accountid=11363&source-type=Scholarly%20Journals>>. Viitattu 12.3.2024.

Melgaard, Dorte & Baandrup, Ulrik & Bøgsted, Martin & Bendtsen, Mette Dahl & Kristensen, Morten Tange 2018. Early mobilization of patients with community-acquired pneumonia reduce length of hospitalization – a pilot study. *Journal of Physical Therapy Science* 30 (7). 926–932. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6047957/>>. Viitattu 19.3.2024.

Moore, Julia E. & Mascarenhas, Alekhya & Marquez, Christine & Almaawiy, Ummukulthum & Chan, Wai-Hin & D'Souza, Jennifer & Liu, Barbara & Straus, Sharon E 2014. Mapping barriers and intervention activities to behaviour change theory for Mobilization of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON), a multi-site implementation intervention in acute care hospitals. *Implement Science* 9. <<https://doi.org/10.1186/s13012-014-0160-6>>. Viitattu 8.3.2024.

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologi -sen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 29.1.2021. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s27>>. Viitattu 26.10.2023.

Munir, Haroon & Fromowitz, Jake & Goldfarb, Michael 2020. Early mobilization post-myocardial infarction: A scoping review. PLoS One 15 (8). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7430744/>>. Viitattu 19.3.2024.

Nancarrow, Susan & Mackey, Hazel & McPhee, Kelly & Ball, Sue & Rodgeway, Martin & Palin, Beverly & Moran, Anna 2006. Osa 2. Enchancing function. Teoksessa Mackey, Hazel & Nancarrow, Susan 2006. Enabling Independence A Guide for Rehabilitation Workers. Blackwell Publishing Ltd. 59–144.

Nielsen, K. G. & Holte, K. & Kehlet, H 2003. Effects of posture on postoperative pulmonary function. Acta anaesthesiologica Scandinavica 47 (10). 1270–1275. <<https://doi.org/10.1046/j.1399-6576.2003.00240.x>> Viitattu 6.3.2024.

Nummijoki, Jaana & Ajalin, Maarit & Ronkainen, Anne-Mari & Kankare, Katri-Anna & Saastamoinen, Tuija & Vlahopoulou, Evelin & Puusti, Sirpa & Piispanen, Mira & Sileekangas, Satu & Kakko, Katri 2023a. Luku 8. Toimintakyvyn tukeminen käytännössä. Teoksessa Haavisto, Maritta & Kakko, Katri & Mäkimartti, Päivi & Pikkarainen, Laura (toim.) 2023. Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 112–138.

Nummijoki, Jaana & Kuisma, Johanna & Stolt, Minna & Haavisto, Maritta & Kakko, Katri & Mäkimartti, Päivi 2023b. Luku 13 Liikkuminen. Teoksessa Haavisto, Maritta & Kakko, Katri & Mäkimartti, Päivi & Pikkarainen, Laura (toim.) 2023. Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 216–234.

Pedersen, Mette 2019. The WALK-Copenhagen Trial (WALK-Cph): a Mixed Methods Study. ClinicaTrials.gov. Päivitetty 22.11.2019. <<https://clinicaltrials.gov/study/NCT03825497>>. Viitattu 10.3.2024.

Ruuska, Heidi 2015. Lonkkamurtumapotilaan leikkaukseen pääsyn viive ja siihen vaikuttavat tekijät. Opinnäytetyö. Hyvinkää: Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015112718248>>. Viitattu 11.3.2024.

Savikko, Johanna & Kössi, Jyrki & Scheinin, Tom. Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 132 (19). 1805–1809. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo13324>>. Viitattu 19.3.2024.

Simpson, J. Creswell & Bao, Xiaodong & Agarwala, Aalok 2019. Pain Management in Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Protocols. Clin Colon Rectal Surg 32 (2). 121–128. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6395101/>>. Viitattu 8.1.2024.

Surkan, Megan J. & Gibson, William 2018. Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay. *Canadian Journal of Cardiology* 34 (7). 881–888. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X18303702?via%3Dihub#bib4>>. Viitattu 2.11.2023.

THL 2022. Muistisairauksien yleisyys. *Kansantaudit*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 21.1.2022. <<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>>. Viitattu 26.10.2023.

Toiviainen, Hanna 2011. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 127 (8). 777–783. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo99479>>. Viitattu 12.3.2024.

Pitkälä, Kaisu 1996. Vanhuksen sekavuustila - alidiagnosoitu ja huonoennusteinen oireyhtymä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 112 (6). <<https://www.duodecimlehti.fi/duo60108>>. Viitattu 4.1.2024.

Strandberg, Timo & Valvanne, Jaakko 2012. Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. *Suomen Lääkärilehti* 67 (3). 132.

Watanabe, Shinichi & Hirasawa, Jun & Naito, Yuji & Mizutani, Motoki & Uemura, Akihiro & Nishimura, Shogo & Morita, Yasunari & Iida, Yuki 2023. Association between the early mobilization of mechanically ventilated patients and independence in activities of daily living at hospital discharge. *Scientific Reports* 13 (1). <<https://www.nature.com/articles/s41598-023-31459-1>>. Viitattu 12.3.2024.

Windle, Gill & Algar-Skaife, Katherine & Caulfield, Maria & Pickering-Jones, Luke & Killick, John & Zeilig, Hannah & Tischler, Victoria 2020. Enhancing communication between dementia care staff and their residents: an arts-inspired intervention. *Aging Ment Health* 24 (8). 1306–1315. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446032/>>. Viitattu 2.3.2024.

Varhaisen mobilisaation vaikutukset

Tekijät ja paikka	Mitä tutkittiin?	Tutkimus-ryhmä	Menetelmät	Tulokset
Koukourikos ym. 2020. Kreikka.	Aikaisen mobilisaation vaikutus ja sen esteet teho-osastolla sekä mikä elektromuskulaarisen stimulaation (EMS) rooli tässä on.	Teho-osasto potilaat.	Kirjallisuuskatsaus vuosilta 2000–2019.	Positiivinen vaikutus liikunta- ja toimintakykyyn, lihasvoimaan, liikkuvuuteen sekä elämänlaatuun. Vietetty aika hengityslaitteissa, teho-osastolla sekä sairaalassa laski. Yhdessä tutkimuksessa havaittiin vähemmän kuolleisuutta. Aikainen mobilisaatio todettiin turvalliseksi, kun huomioitiin potilaiden yksilölliset tarpeet.
Watanabe ym. 2023. Japani.	Kuinka aikainen mobilisaatio teho-osastolla vaikuttaa potilaiden ADL-toimintoihin kotiutumisvaiheessa.	206 60–77-vuotiaastapotilasta, jotka tarvitsivat hengityslaitetta yli 48 h.	Kerättiin ja verrattiin dataa kuudelta eri Japanin teho-osastolta 4.2019–3.2020 ajalta.	61 % saavuttivat itsenäiset ADL-toiminnot, kustannukset vähenivät, aika hengityslaitteissa, teho-osastolla sekä sairaalassa laski, 70 % kotiutui, sekavuutta teho-osastolla havaittiin 38 %:lla ja 45 %:lla oli teho-osastolla hankittua heikkoutta teho-osastolta poistuesssa.
Matsuoka ym. 2023. Japani.	Kuinka 72 h sisällä aloitettu mobilisaatio vaikuttaa teho-osastopotilaisiin.	Aikuiset teho-osasto potilaat, joiden mobilisaatio alkoi 72 h sisällä ja aiemmin kuin kontrolliryhmässä.	Meta-analyysi, johon valikoitui 11 satunnaisesti kontrollitua tutkimusta aikaväliltä 4.2019–11.2022.	72 h sisällä aloitettu mobilisaatio parantaa lihasvoimaa, kognitiota ja ADL-toimintoja, eikä pahenna komplikaatioita. Ei selkeää vaikutusta elämänlaatuun. Vahvaa vaikutusta mielenterveyteen ja kuolleisuuteen ei havaittu.

<p>Kuru & Olgar 2020.</p> <p>Turkki.</p>	<p>Kuinka aikainen mobilisointi vaikuttaa sairaalasta kotiutumisaikaan, Harris hip scoreen ja kipuun.</p>	<p>72 yli 65-vuotista lonkkamurtu- mapotilasta, joille tehtiin osittainen proteesileikkaus.</p>	<p>Potilastietojen tutkiminen. Jaettiin potilaat kolmeen ryhmään. Ryhmä A oli mobilisoitu 24 tunnin sisällä, Ryhmä B 24–48 tunnin sisään ja Ryhmä C yli 48 tunnin jälkeen.</p>	<p>Aikaisempi mobilisointi ennusti nopeampaa kotiutumista ja parempaa Harris hip scalella mitattua toipumista.</p>
<p>Husted ym. 2010.</p> <p>Tanska.</p>	<p>Aikaisen mobilisoinnin vaikutusta verentukkeuma- komplikaatioihin, kuolemiin ja sairaalassaoloaikaan lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa.</p>	<p>1997 peräkkäistä valitsematonta potilasta.</p>	<p>2004–2006 potilaita mobilisointiin leikkauksen päivänä. 2007–2008 otettiin käyttöön paikalliseksi LIA puudutusmenetelmä, joka mahdollisti siirtymisen vielä aikaisempaan mobilisointiin vain 2–4 tuntia leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Sairaalassaoloaika lyheni kahden ensimmäisen vuoden aikana 7,3 päivästä 5 päivään. Viimeisen kahden vuoden aikana laski edelleen 3,1 päivään.</p> <p>Syvien laskimotukosten ja kuolleisuuden esiintyvyys vertautuu edullisesti muihin vastaavan operaation tutkimuksiin.</p>
<p>Liu ym. 2022.</p> <p>Kiina.</p>	<p>Leikkausta edeltävän mobilisointiohjelman vaikutus.</p>	<p>150 yli 65-vuotista, jotka joutuivat odottamaan</p>	<p>Interventoryhmän potilaille ja heidän omaisilleen</p>	<p>Interventoryhmällä esiintyi merkittävästi vähemmän komplikaatioita, 52,2 % vrt. 73,5 %. Suu-</p>

	tusta komplikaatioihin ja toimintakykyyn reisiluun kaulan murtuma potilailla.	leikkausta yli 2 päivää.	tarjottiin mobilisaatioon kannustaa edu-kaatiota. Potilaita mobilisoi- tiin 15–20 minuuttia 3 kertaa päivässä. Kontrolliryhmä sai tavan-omaista runsaasti vuodelepoa sisältävää hoitoa.	remmalla osalla interventioryhmästä toimintakyky palasi murtumaa edeltäneelle tasolle 6kk leikkauksen jälkeen, 75 % vrt. 63,6 %.
Munir & Fromowitz & Goldfarb 2020.	Aikaisen mobilisaation vaikutus ja sen nykyhetkiset linjaukset sydäninfarktin jälkeen. Pyrittiin ymmärtämään sydän- ja verisuonitautien ammattilaisten näkemyksiä aihetta kohtaan.	Kaiken ikäiset sydäninfarktipotilaat, joilla harjoitettiin aikaista mobilisaatiota infarktin jälkeen.	Kirjallisuuskat- saus, johon valikoitui 59 tutkimusta.	Muutoksia happisaturaatiossa, verenpaineessa, eteisten paineissa, sykkeessä ja keuhkojen toiminnassa. Aikainen mobilisaatio vähensi masennusoireita, kuolleisuutta, kipua ja sairaalassaoloaika. Vain yksi seitsemästä suuresta kardiologisesta yhdistyksestä suosittelee aikaista mobilisaatiota sydäninfarktin jälkeen.
Larsen ym. 2019.	Aikaisen mobilisoinnin vaikutus sairaalassaoloaikaan, kliinisiin tuloksiin ja kuolleisuuteen.	Aikuiset keuhko- kuumepotilaat, joita mobilisoi- tiin 24 tunnin sisään sairaalaan tu- lost.	Meta-analyysi, johon valikoitui 4 tutkimusta.	Varhaisella mobilisaatiolla ei ollut merkittävää vaikutusta kahdessa RCT-tutkimuksessa. Saira- alassaoloaika lyhentyi tutki- muksissa keskimäärin 1,13 päi- vällä.

Melgaard ym. 2018. Tanska.	24 h sisällä tapahtuvan mobilisaation vaikutus sairaalassaoloaikaan potilailla, joilla on kotisyn-tyinen keuhko-kuume.	97 keuhkokuume-potilasta, keski-ikältään 77,6.	80:tä 97:stä osallistuneesta mobilisoitiin ensimmäisen 24 h sisällä. Tutkimusryh-män tuloksia verrattiin van- hempaan ryh- mään, joka vastaa tutki- musryhmää osallistuneita potilaita.	Verrattuna kontrolliryhmään ai- kainen mobilisaatio lyhensi sai- raalassaoloaikaa ja sairaalassa tapahtuva kuolleisuus laski. Kui- tenkin kotiutumisen jälkeinen kuolleisuus ja uudelleen laitostu- minen oli interventioryhmässä hieman suurempi kuin kontrolli- ryhmässä.
----------------------------------	--	--	---	---