

Jonna Haataja

FYSIOTERAPEUTIN ROOLI IKÄÄNTYNEEN VUODEOSASTOPOTILAAN ONNISTUNEESSA KOTIUTUSPROSESSISSA

Päiväkirjamuotoinen opinnäytetyö

FYSIOTERAPEUTIN ROOLI IKÄÄNTYNEEN VUODEOSASTOPOTILAAN ONNISTUNEESSA KOTIUTUSPROSESSISSA

Päiväkirjamuotoinen opinnäytetyö

Jonna Haataja
Opinnäytetyö
Kevät 2023
Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijä: Haataja Jonna

Opinnäytetyön nimi: Fysioterapeutin rooli ikääntyneen vuodeosastopotilaan onnistuneessa kotiutusprosessissa

Työn ohjaaja: Mämmelä Eija & Tuiskunen Marika

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: kevät 2023

Sivumäärä: 41

Ikäihmisten toistuvat päivystys- ja sairaalakäynnit ovat suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnistettava ilmiö. Potilaan palaamista takaisin sairaalaan kotiutumisen jälkeen voidaan pitää hoidon ja kuntoutuksen laatua mittaavana tekijänä ja iso osa sairaalaan palautumisesta voitaisiin ennaltaehkäistä puuttamalla taustalla vaikuttaviin juurisyihin. Tämän päiväkirjamuotoisen opinnäytetyön tarkoituksena on vertailla ja yhdistellä pienen pohjoispohjanmaalaisen kunnan terveyskeskussairaalan fysioterapeutin sijaisena työskennellessä tehtyjä, käytännönkokemuksiin pohjautuvia päiväkirjamerkintöjä tutkittuun tietoon. Tavoitteena on selkeyttää fysioterapeutin roolia, tuoda esiin hyviä käytäntöjä ikääntyneiden vuodeosastopotilaiden kotiutusten onnistumiseksi sekä tunnistaa siihen liittyviä kompastuskiviä.

Valtaosa potilaan kotiutusprosessin vaiheista tapahtuu tiiviissä moniammatillisessa yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa hoitajien ja osaston lääkärin kanssa. Kotiutusprosessi käynnistyy potilaan saapuessa sairaalaan moniammatillisella toimintakyvyn arvioinnilla, joka jatkuu läpi sairaalassaoloajan. Fysioterapeutin rooli perustuu ymmärrykseen toimintakyvyn kokonaisvaltaisuudesta sekä spesifiin osaamiseen toimintakyvyn fyysisen osa-alueen arvioinnista ja edistämisestä. Fysioterapeutin vastuulla on omalta osaltaan suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaan kuntoutumista edistäviä toimia, ohjata potilasta, hoitohenkilökuntaa ja potilaan omaisia, kirjata toimintakykytiedot tarkasti potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun sekä palvelutarpeen arvioinnin tueksi, sekä pitää osaltaan huolta osapuolten välisestä tiedonkulusta. Fysioterapeutti vastaa potilaan kuntoutumista edistävien terapeuttisten harjoitteiden lisäksi liikkumista ja toimintakykyä tukevien apuvälineiden tarpeen arvioinnista, hankinnasta ja käytön ohjauksesta sekä mahdollisesti asuinolojen esteettömyyttä parantavien muutostöiden tarpeen arvioinnista ja osin myös niiden järjestämisestä.

Mahdolliset puutteet toimintakyvyn eri osa-alueiden arvioinnissa tai toimintakykytiedon siirtymisessä ammattilaisten välillä ovat merkittävä riski kotiutuksen epäonnistumiselle, eli potilaan palaamiselle sairaalaan kotiutumisen jälkeen. Riskiä nostavat myös yhteisten ja vakiintuneiden toimintatapojen sekä tietojärjestelmien puuttuminen. Näiden kompastuskivien sekä hyvien käytäntöjen tunnistaminen voivat auttaa koko moniammatillista työyhteisöä toteuttamaan kotiutuksia aiempaa johdonmukaisempina prosesseina. Näitä hyviä käytäntöjä voidaan hyödyntää myös yhtenäistettäessä hyvinvointialueen sisäisiä käytäntöjä kuntien terveyskeskussairaaloissa tapahtuvan kuntoutuksen osalta. Tulevaisuudessa voisi olla tarpeellista tutkia hyvien käytäntöjen vakiintuneisuutta kotiutusprosessissa, sekä sen konkreettista vaikutusta ikääntyneiden potilaiden palautumiseen sairaalaan.

Asiasanat: fysioterapeutti, sairaala, vuodeosasto, ikääntyneiden kuntoutus, kotiutusprosessi, kotiutus, pyöröovi-ilmiö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Physiotherapy

Author: Jonna Haataja

Title of thesis: The role of the physiotherapist in the successful discharge process of an elderly inpatient

Supervisor: Eija Mämmelä & Marika Tuiskunen

Term and year when the thesis was submitted: spring 2023 Number of pages: 41

Recurring visits of the elderly patients in emergency room and hospitals are a well-known phenomenon in the Finnish health care system. Returning to the hospital after being discharged can be used to measure the quality of care and rehabilitation. Many recurrent hospital visits could be prevented by acknowledging and tackling the underlying issues. This thesis in the form of a diary is aimed to survey the tasks of a substitute physical therapist in a small Northern Ostrobothnia municipality by comparing and combining empirical observations from everyday work and previously researched data. As a result the thesis aims to clarify the role of the physical therapist and acknowledge the challenges and bring out good practices in discharging elderly patients from health care centers and hospital wards.

The phases of rehabilitating a patient to be discharged happen in close-knit collaboration between different health care professionals including nurses and the doctor of the ward. The process of discharging begins when the patient first arrives at the hospital, by evaluating the patient's functional capacity, which goes on throughout their stay in the hospital. The role of the physical therapist is based on the understanding of the comprehensiveness of the patient's functional capacity, and the specific know-how in evaluating and enhancing the physical aspect of it. Physical therapists do their part in planning, putting in action and evaluating the actions needed to rehabilitate the patient and guide and inform the patient, medical staff, and closest family. They register the information and progression of the functional capacity carefully to help in planning the care and rehabilitating actions and support the evaluation of the services necessary after discharging. Physical therapist oversees the therapeutical exercises but also determines the need of aids and is also responsible for getting the necessary aids and guiding the patient in their use. Furthermore, physical therapist takes part in assessing the living conditions at the patient's home in case modifications are needed to make circumstances more accommodating for the patient's needs.

Deficiencies in assessing the different areas of a patient's functional capacity or the lack of information between health care professionals are major risks in a failed discharging of a patient. Other known risk factor is the absence of coordinated and well-established policies and information systems. Tackling these issues and recognizing good practices can help the whole professional community to better execute successful discharges as more consistent processes and can be utilized in standardizing rehabilitation practices in all health center wards within a wellbeing services county. In the future it could be necessary to investigate the establishment of good practices in the process of patient discharge and its actual effect in the elderly inpatients returning to hospital after being discharged.

Keywords: physiotherapist, hospital, bed ward, rehabilitation of the elderly, discharge process, discharge

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	FYSIOTERAPEUTTINA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA	8
2.1	Osaamisvaatimukset	8
2.2	Oman ammatillisen kehityksen vaihe.....	9
3	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	10
3.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	11
4	LIIKKUMISEN JA TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI.....	12
4.1	Toimintakyvyn moniulotteinen kokonaisuus.....	13
4.2	Moniammatillinen toimintakyvyn arviointi kuntoutuksen käynnistäjänä.....	14
4.3	Toimintakyvyn fyysisen osa-alueen arviointi.....	15
5	KUNTOUTUS SAIRAALAYMPÄRISTÖSSÄ.....	17
5.1	Kuntoutumista edistävä hoitotyö.....	17
5.2	Fysioterapia osana kuntoutusta	19
5.2.1	Terapeuttinen harjoittelu	19
5.2.2	Terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta	20
5.2.3	Lääkkeetön kivunhoito	20
5.3	Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi	21
6	APUVÄLINEET TOIMINTAKYVYN TUKENA	22
6.1	Apuvälineprosessi	22
6.2	Apuvälinepalveluista vastaavat tahot.....	24
6.3	Apuvälineiden hankinta sairaalaan	25
7	TIEDONKULKU JA VUOROVAIKUTUS	26
7.1	Tiedonkulku onnistuneen kuntoutuksen ja kotiutuksen perustana	27
8	KOTIUTUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	29
8.1	Palvelutarpeen arviointi	29
8.2	Arvio elinolosuhteissa selviytymisestä	30
8.3	Kotiin vai hoivakotiin?	31
9	POHDINTA.....	33
	LÄHTEET.....	36

1 JOHDANTO

Olen työskennellyt opintojeni loppuvaiheen ohessa pienen pohjoispohjanmaalaisen kunnan terveyskeskussairaalassa fysioterapeutin sijaisena. Työsuhteeni aikana kunnan ylläpitämät sosiaali- ja terveystyöpalvelut siirtyivät soteuudistuksen myötä uudelle Pohteen hyvinvointialueelle. Työssäni vastaan muun muassa tekonivelleikkattujen, aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden sekä infektioista tai kroonisten sairauksien pahenemisvaiheista toipumassa olevien potilaiden fysioterapeuttisesta kuntoutuksesta. Hyvin usein työskentelen myös yleistilan laskun ja kotona pärjäämättömyyden vuoksi toistuvasti osastohoidossa olevien potilaiden kuntoutuksen parissa. Vaikka työssäni pääsen työskentelemään toimintakyvyltään ja tulosityltään hyvin erilaisten potilaiden kuntoutuksen parissa, lähes poikkeuksetta terveyskeskussairaalaan ohjautuvia potilaita yhdistää korkea ikä.

Saattohoitopotilaita lukuunottamatta sairaalahoidon tavoitteena on, että potilaan terveydentila ja toimintakyky saadaan kohentumaan niin, että potilas selviytyisi arjessaan kotiutumisen jälkeen mahdollisimman itsenäisesti, tarvittaessa kotiin tarjottavien palveluiden turvin. Potilaan palaamista sairaalaan pian kotiutuksen jälkeen voidaan pitää yhtenä hoidon ja kuntoutuksen laatua kuvaavana tekijänä. Sen lisäksi, että se aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia sekä potilaalle että yhteiskunnalle, sairaalahoidon itsessään on niin merkittävä riski ikääntyneen henkilön toimintakyvyn alenemiselle, että noin joka kolmas sairaalahoitoon joutuneista ikääntyneistä ei palaa toimintakyvyltään sairaalahoidon edeltävälle tasolle, vaikka akuutti sairaus saataisiin hoidettua menestyksekkäästi. (Arkkila ym. 2016; Jylhä & Siltanen 2017.)

Ikääntyneillä on nuorempiin potilaisiin nähden myös korkeampi riski joutua takaisin sairaalaan kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksen mukaan noin joka kuudes 65 vuotta täyttäneistä potilaista palaa sairaalaan 30 vuorokauden sisällä kotiutumisesta. (Molsted ym. 2017.) Ikääntyneiden toistuvien päivystys- ja sairaalakäyntien noidankehää on useissa lähteissä nimitetty pyörövi-ilmioiksi. Viitteitä tästä ilmiöstä on ollut nähtävillä myös terveyskeskuksessa, jossa työskentelen.

Motiivina opinnäytetyöni aiheenvalinnalle onkin toiminut aiheen ajankohtaisuus omassa työssäni, sekä halu pyrkiä fysioterapeutina toimimaan osaltani parhaalla mahdollisella tavalla ikääntyneiden vuodeosastopotilaiden turvallisten kotiutusten onnistumiseksi, sillä tutkimuksen mukaan jopa 70 % ikääntyneiden potilaiden sairaalaan palaamisista olisi mahdollisesti ehkäistävässä puuttamalla taustalla oleviin juurisyyihin (Conroy, Dowsing & Hsu 2013). Opinnäytetyöni aiheen valintaan vaikutti

myös oma kokemukseni ikääntyneiden potilaiden kotiutusten valmistelun epäjohtonmukaisuudesta sekä puutteista fysioterapeutin osaamisalueiden tunnistamisessa ja hyödyntämisessä osana kotiutusprosessia.

Tässä päiväkirjamuotoisessa opinnäytetyössä kuvailen käytännön kokemuksiani ikääntyneen vuodeosastopotilaan kotiutusprosessista ja fysioterapeutin roolista alkaen tulotilanteessa tehtävästä moniammatillisesta toimintakyvyn arvioinnista läpi koko prosessin potilaan kotiutukseen saakka yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Opinnäytetyössäni peilaan työssä saamaani kokemusta tutkittuun tietoon ja sitä kautta pyrin tuomaan esiin ikääntyneen vuodeosastopotilaan kotiutusprosessin onnistumista tukevia hyviä käytäntöjä, joiden avulla ikääntyneen potilaan palaaminen sairaalaan voitaisiin ennaltaehkäistä.

2 FYSIOTERAPEUTTINA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA

Vuodeosasto, jossa työskentelen, on terveyskeskuksen yhteydessä sijaitseva, 21 vuodepaikkainen palveluyksikkö, jonka tehtävänä on tarjota kuntalaisille perusterveydenhuollon taseisia sairaanhoito- ja kuntoutuspalveluita. Kiireellinen, erikoissairaanhoitollisia toimenpiteitä ja leikkausta vaativa hoito kuntalaisille annetaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Terveyskeskussairaalaan ohjautetaan yleensä oman terveyskeskuksen vastaanoton lääkärin läheteellä, tai jatkohoitoon OYS:n tai yhteispäivystyksen kautta. Pääosin hoitajakset ovat lyhyitä, keskimäärin 2–7 päivän mittaisia, mutta osa potilaista viipyy osastolla erinäisistä syistä viikkoja, tai jopa kuukausia. Fysioterapeutin ohjaamaa kuntoutusta saavien potilaiden määrä osastolla vaihtelee yleensä 4–10 potilaan välillä.

Terveyskeskussairaalan fysioterapeuttina työskentelen tiiviissä moniammatillisessa yhteistyössä sairaanhoitajien, perus- ja lähihoitajien sekä osaston lääkärin kanssa. Osastolle on tarvittaessa saatavilla talon sisältä myös toimintaterapeutin ja puheterapeutin palvelut. Työhöni kuuluu myös yhteistyötä muun muassa kotihoidon, alueellisen apuvälinekeskuksen sekä potilaiden luvalla heidän omaistensa kanssa. Muita mainittavia sidosryhmiä ovat terveyskeskuksen vastaanoton henkilöstö, kunnan/ hyvinvointialueen sosiaalityöntekijä, useat laitoshoidon ja palveluasumista tarjoavat tahot sekä Oulun yliopistollinen sairaala.

Vuodeosaston fysioterapeutin lisäksi terveyskeskuksessa työskentelee kolme muuta fysioterapeuttia, joista yksi kotikuntoutuksessa ja kaksi muuta avopuolella kuntoneuvolatoiminnan sekä yksilö- ja ryhmämuotoisen lääkinällisen kuntoutuksen parissa. Yhteistyö toisten fysioterapeuttien kanssa on tiivistä ja jatkuvaa.

2.1 Osaamisvaatimukset

Fysioterapeutti on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö. Fysioterapeuttina saa toimia henkilö, joka on suorittanut fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon. Fysioterapeutin ammattinimikettä saa käyttää ja ammattia harjoittaa vain tutkinnon suorittanut fysioterapeutti. Fysioterapeuttiopiskelija voi toimia fysioterapeutin sijaisena työsuhteessa, kun opinnoista on suoritettu hyväksytysti kaksi kolmasosaa. Fysioterapeutin ammattikorkeakouluopinnoissa tämä tarkoittaa 140 suoritettua opintopistettä. (Katajisto 2017.)

Terveyskeskussairaalan fysioterapeutin työssä vaaditaan kattavaa osaamista liikkumisen ja toimintakyvyn arvioinnista, eri sairauksien ja lääkitysten vaikutuksista liikkumiseen, sekä ymmärrystä ihmisestä yksilöllisenä, biopsykososiaalisena kokonaisuutena, jonka toimintakykyä on aina tarkasteltava laaja-alaisesti suhteessa siihen ympäristöön, jossa hän elää. Fysioterapeutin tulee osata suunnitella ja ohjata potilaalle sopivia ja tarkoituksenmukaisia kuntoutustoimia, sekä arvioida niiden vaikuttavuutta. Selkeä ja tarkka kirjaaminen asiaan kuuluvaa fysioterapianimikkeistöä hyödyntäen on tärkeä osa fysioterapeutin ammattiosaamista. (vrt. Häkkinen ym. 2016.)

Vuodeosaston fysioterapeutilla tulee olla riittävä ymmärrys vähintään yleisimpien liikkumisen apuvälineiden sekä potilassiirtoihin käytettävien apuvälineiden käyttöaiheista ja oikeaoppisesta käytöstä. Fysioterapeutilla tulee olla ymmärrystä kuntoutumista edistävän hoitotyön merkityksestä, lääkkeettömästä kivunhoidosta, sekä osaamista ergonomisista potilassiirroista ja potilaan omia voimavaroja hyödyntävistä avustusmenetelmistä. Fysioterapeutin ammattitaitoon kuuluu myös valmiudet ohjata näitä menetelmiä tarvittaessa hoitohenkilökunnalle. (vrt. Häkkinen ym. 2016.)

Varsinaisessa käytännön työssä tarvittavan ammattiosaamisen lisäksi fysioterapeutilla on hyvä olla ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntoutuksen palvelujärjestelmistä, sekä hyvät sosiaaliset valmiudet avoimeen ja kunnioittavaan vuorovaikutukseen moniammatillisessa työyhteisössä sekä potilaiden ja heidän omaistensa kanssa. (vrt. Häkkinen ym. 2016.)

2.2 Oman ammatillisen kehityksen vaihe

Opinnäytetyöprojektia aloittaessani olen suorittanut fysioterapeutin ammattikorkeakouluopinnoista opinnäytetyötä lukuunottamatta kaikki muut tutkintoon vaadittavat opinnot, sekä lisäksi jonkin verran ammattiosaamistani eri osa-alueilta täydentäviä vapaasti valittavia opintoja. Olen ennen nykyistä työsuhdettani työskennellyt opintojen ohessa yhteensä reilun vuoden fysioterapeutin työtehtävissä kolmella eri työnantajalla. Yhteistä kaikille näille työpaikoille on ollut pääasiallinen työskentely ikääntyneiden parissa.

Koen että oma ammatillinen kehitykseni on kertyneen työkokemuksen myötä opintojen vaiheeseen suhteutettuna hyvässä tilassa. Olen itse käytännön työssä ja kokeneiden ammattilaisten työskentelyä seuraten kerryttänyt mielestäni melko kattavasti osaamista erityisesti juuri ikääntyneiden liikkumisen ja toimintakyvyn arvioinnista, liikkumisen apuvälineistä sekä kirjaamisesta.

3 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Valitsin päiväkirjamuotoisen opinnäytetyön raportoinnin, sillä se sopii tutkinnon edellyttämässä työtehtävissä työskenteleville opiskelijoille (vrt. Oulun ammattikorkeakoulu 2023). Suoraan työelämästä kummunneen aiheenvalinnan jälkeen opinnäytetyön toteutus käynnistyi kirjoittamalla päiväkirjaan muistiinpanoja työtehtävistäni, niissä heränneistä ajatuksista sekä kokemistani onnistumisista ja haasteista, joita työssäni fysioterapeuttina on ilmennyt. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessini eteni melko tiiviissä aikataulussa syksyn 2022 ja talven 2023 aikana.

Jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa päätin jakaa päiväkirjamerkinnot teemoittain kotiutusprosessin eri vaiheiden mukaan, mikä osaltaan toimi hyvänä runkona tiedonhaun ja varsinaisen kirjoitustyön suunnittelussa. Kotiutusprosessin vaiheiden alustava nimeäminen ja vaiheisiin liittyvät fysioterapeutin työtehtävät toimivat keskeisinä käsitteinä tiedonhaussa opinnäytetyön tietoperustaa varten. Hyödynsin tiedonhaussa kirjallisuuden lisäksi terveysalan kotimaisia ja kansainvälisiä tietokantoja sekä kansallisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta tietoa tarjoavien asiantuntijatahojen verkkosivuja.

Opinnäytetyöprosessin edetessä pyrin selkiyttämään laajaa kokonaisuutta lukijaystävällisemmäksi täydentämällä, mutta myös tiivistämällä tekemiäni päiväkirjamerkintöjä esimerkiksi yksityiskohtaisen työn sisältöön liittyvien osuuksien kohdalla, sekä pohtimalla vaihtoehtoja tekstiosuuksien jäsentelyyn. Päädyin säilyttämään teemojen mukaiset päiväkirjamerkinnot yhtenäisinä kappaleina ja liittämään ne jokaisen kotiutusprosessin vaihetta kuvaavan pääotsikon alle. Muotoilin päiväkirjamerkintöjeni tekstin Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeen suorien lainausten käytön ohjeen mukaan erottumaan muusta tekstistä. Tässä raportissa pääotsikkojen alta löytyviä päiväkirjamerkintöjä seuraa väliotsikoin jäsennehtynä käsitteiden määrittelyä sekä kotiutusprosessin vaiheisiin liittyvää tutkimus- ja asiantuntijatietoa.

Olen koko opinnäytetyöprosessin ajan vaihtanut paljon ajatuksia niin kollegoiden kuin hoitohenkilökunnan kanssa opinnäytetyöni aiheen tiimoilta erilaisten näkökulmien saamiseksi, sekä hyödyntänyt niin hoitohenkilökunnalta, ohjaavilta opettajilta kuin työyksikössä opinnäytetyöni ohjaajaksi nimetyiltä fysioterapeutilta saamaani arvokasta palautetta opinnäytetyöni asiasisällön, sekä luettavuuteen vaikuttavien tekijöiden osalta.

Opinnäytetyöprosessin lopulla tein pohdintakappaleeseen yhteenvetoa fysioterapeutin roolista ja työtehtävistä, sekä käytännönkokemuksien ja tutkitun tiedon myötä esiin tulleista hyvistä käytännöistä. Toin esiin myös kotiutusprosessin onnistumisen kannalta olennaisia haasteita ja mahdollisia esteitä hyvien käytäntöjen toteutumiselle, sekä pohdin opinnäytetyön hyödynnettävyyttä oman työpaikkani sisällä, mutta myös laajemmassa mittakaavassa. Pohdinnassa lisäksi arvioin opinnäytetyöprosessini onnistumista sekä tuon esiin mahdollisia jatkotutkimus- ja kehitysaiheita. Tuon lyhyesti esiin myös oman kokemukseni päiväkirjamuotoisen opinnäytetyön raportointimenetelmän käytöstä.

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön kokemuksiini perustuvia päiväkirjamerkintöjä ja tutkittua tietoa vertailemalla ja yhdistelemällä kartoittaa fysioterapeutin työtehtäviä. Tavoitteenani on selkiyttää fysioterapeutin roolia ikääntyneiden vuodeosastopotilaiden kuntoutuksessa ja kotiutusprosessissa osana moniammatillista työryhmää, sekä tuoda fysioterapeutin näkökulmasta esiin hyviä käytäntöjä, jotka voivat auttaa moniammatillista työyhteisöä toteuttamaan kotiutuksia aiempaa johdonmukaisempina prosesseina, jolloin mahdollisesti kyetään vähentämään riskiä potilaiden palautumisesta takaisin sairaalahoitoon kotiutumisen jälkeen.

4 LIIKKUMISEN JA TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Työni potilaan kanssa alkaa useimmiten lääkärin läheteestä, josta selviää potilaan ikä sekä sairaalahoidon ja kuntoutuksen tarpeen syy, sekä joskus myös se, mikäli potilaalla on tulosyyn lisäksi jotakin muita, merkittäviä liikkumiseen ja toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia ja jos potilaan kotiutumiselle on esimerkiksi asuinolosuhteiden vuoksi jotain erityisiä edellytyksiä, kuten porraskävelyn onnistuminen. On paljon potilaan tulosyystä riippuvaista, kuinka tarkkaan perehdyn potilaasta mahdollisesti olemassa oleviin muihin esitietoihin ennen ensimmäistä tapaamista. Pyrin välttämään esitietoihin perustuvia ennako-oletuksia ja -asenteita, mutta samalla ottamaan huomioon kaikki olennaiset toimintakykyyn ja sen muutokseen liittyvät seikat.

Erityisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kohdalla koen itse vielä usein ammatillista epävarmuutta, minkä vuoksi perehdyn melko tarkasti aiemman hoitopaikan kirjauksiin, joihin yleensä sisältyy tuore moniammatillinen toimintakykyarvio sekä akuuttivaiheen kuntoutustoimet ja kuntoutumisen edistyminen ennen meille jatkohoitoon siirtymistä. Ortopedisten potilaiden kohdalla en tunne vastaavaa epävarmuutta, sillä vaikka kyseessä ei ole homogeeninen potilasryhmä, usein heidän kohdallaan toimintakyvyssä on huomattavasti vähemmän erilaisia mahdollisia muuttujia verrattuna AVH-potilaisiin.

Pyrin tapaamaan potilaan liikkumisen ja toimintakyvyn arvioinnin merkeissä mahdollisimman pian, jotta hoitajat saavat kuntoutumista tukevaa hoitotyötä varten arvion potilaan fyysisestä pystyvyydestä, kuntoutus pääsee alkamaan ja jotta potilas saa käyttöönsä tarkoituksenmukaiset, liikkumista ja toimintakykyä tukevat apuvälineet. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen sekä ohjattu kuntoutus että potilaan päivittäisiin toimiin osallistuminen ovat erittäin tärkeitä hetkiä toimintakyvyn jatkuvalla arvioinnille.

Liikkumisen ja toimintakyvyn arviointiin kuuluu ensivaiheessa haastattelua ja havainnointia. Havainnoin potilaan toimintaa arkipäiväisissä tehtävissä, kuten asennonvaihtoa ja siirtymistä vuoteesta, istumaan- ja seisomaannousua, pukemista ja liikkeellelähtöä. Liikkeellelähdössä havainnoin jatkuvasti kaatumiseen liittyviä riskitekijöitä, apuvälineen ja manuaalisen avun tarvetta, mahdollisen apuvälineen tarkoituksenmukaista käyttöä, kävelyn eri osa-alueita sekä mahdollisia kompensatorisia liikkeitä ja virheasentoja. Fyysisen suoriutumisen ohessa arvioin potilaan ko-operaatiota, avun ja ohjauksen tarvetta, ohjeiden ymmärtämistä sekä mahdollista kipukäyttäytymistä.

Liikkumisen ja toimintakyvyn arviointiin kuuluu haastattelun ja havainnoinnin lisäksi testausta ja mittausta. Mittaaminen on fysioterapian vaikuttavuuden seurannan kannalta tärkeä tekijä, mutta ikääntyneen potilaan lyhytaikaisessa osastohoidossa yhden fysioterapeutin resursseilla päädyn usein vain havainnoinnin perusteella arvioimaan, onko lihasvoima tai liikelaaajuus toiminnallisesti riittävä potilaan päivittäisistä toimista selviämisen kannalta. Yleisemmin toimintakykyä testaavista mittareista käytän pääasiassa lyhyttä suorituskyvyn testistöä sekä puristusvoiman mittausta.

Sairaalahoidon aikaisessa kuntoutuksessa esimerkiksi yläraajojen liikkuvuudelle ei voi juurikaan antaa painoarvoa polven tekonivelleikkauksesta toipuvan potilaan kohdalla, mutta arvioimalla toimintakykyä mahdollisimman tarkasti ja kokonaisvaltaisesti voidaan potilaan jatkokuntoutusta suunnitella ja kotona pärjäämisen kynnyskysymyksiä paremmin ennustaa.

4.1 Toimintakyvyn moniulotteinen kokonaisuus

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja kognitiivisia ominaisuuksia, joiden taso määrittää yksilön edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen tärkeistä ja välttämättömistä arkielämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyky on aina suhteessa muun muassa yksilön terveydentilaan, kykyihin, elin- ja toimintaympäristöön ja hänen omiin tavoitteisiinsa. Kokonaisvaltaisesti hyvä toimintakyky ja sitä tukeva ympäristö on yhteydessä yksilön hyvinvointiin, autonomiaan ja osallisuuteen yhteiskunnassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a.)

Yksilön toimintakyvyn kuvaamisen taustalla vaikuttaa Maailman terveysjärjestö WHO:n kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), joka avaa toimintakyvyn käsitettä kokonaisvaltaisesti biopsykososiaalisesta näkökulmasta, pyrkii yhdenmukaistamaan eri ammattiryhmien käyttämää kieltä ja mahdollistamaan tietojen vertailun. Se kuvailee toimintakykyä moniulotteisena, vuorovaikutuksellisenä ja dynaamisena tilana, jonka kokonaisuus koostuu ihmisen lääketieteellisen terveydentilan lisäksi yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta, jolloin toiminnan rajoitteiden kuvataan olevan epäsuhta hänen terveydentilansa ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välillä. Tuon epäsuhtan minimoimiseksi toimintakyvyn edistämiseksi tulee terveydentilan lisäksi ottaa huomioon lukuisia ympäristö ja yksilötekijöitä, kuten asuinolosuhteet, apuvälineet ja saatavilla olevat palvelut, sekä esimerkiksi yksilön elämäntavat, kokemukset, luonteenomaiset käytöspiirteet ja motivaatio. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b.)

Osa fysioterapeutin ammattitaitoa on ymmärrys toimintakyvyn heikentymisen taustalla vaikuttavista tekijöistä. Toimintakyky voi heiketä äkillisesti tai hitaasti edeten, mutta useimmiten sen taustalla vaikuttaa jokin sairaus. Akuutissa toimintakyvyn laskussa taustalla on yleensä äkillisesti alkanut sairaus tai kroonisen sairauden yhtäkkäinen paheneminen. Hitaassa toimintakyvyn laskussa taustalla on usein etenevä sairaus tai niin sanottu hauraus-raihnausoireyhtymä. Näissä tapauksissa ikääntymiseen liittyvän elimistön säätelyjärjestelmien vaimenemisen, vähentyneen fyysisen aktiivisuuden ja lihasvoiman myötä heikentyneen liikuntakyvyn, sekä heikentyneen ravitsemustilan seurauksena yleistila on voinut pitkään olla laskusuuntainen ilman mitään uutta lääketieteellisesti hoidettavaa ongelmaa. (Arkkila ym. 2016; Viikari & Wuorela 2019.) Yksi ikääntyneessä väestössä yleinen, hoitamattomana liikkumista, toimintakykyä ja elämänlaatua tarpeettomasti heikentävä tekijä on kipu (Hartikainen & Lönnroos 2016).

Toimintakyvyn heikentyminen on monitasoinen ja hierarkkinen prosessi, jossa sairauksien patologia johtaa fysiologisiin vaurioihin ja elimistön toimintojen heikentymiseen, mitkä edelleen johtavat

toiminnan rajoitteisiin ja lopulta toiminnan vajauksiin. Toiminnan vajuus määritellään vaikeudeksi tai kykenemättömyydeksi selviytyä joissain päivittäisissä, itsenäisen elämän mahdollistavissa toiminnoissa. Toimintakyvyn tavoin toiminnan vajuus on suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksiin. Esimerkkeinä tästä prosessista voidaan pitää esimerkiksi nivelrikon, valtimotaudin tai aivojen valkean aineen vaurioiden (patologia) aiheuttamaa lihaskatoa, sydämentoiminnan vajuusta tai kognition heikkenemistä (fysiologiset vauriot), sekä niistä seuraavaa kävelyn hidastumista, hengenahdistusta tai toiminnanohjauksen vaikeutta (toiminnan rajoitukset), jotka johtavat liikuntarajoitteisiin sekä vaikeuksiin suoriutua päivittäisissä toiminnoissa (toiminnan vajaukset). (Arkkila ym. 2016.)

Myös sairaalahoito itsessään on iäkkään toimintakykyä uhkaava tekijä, ja riski toimintakyvyn heikentymiseen kasvaa, mitä hauraammasta ja monisairaammasta henkilöstä on kyse. Sairaalahoidon aikainen toimintakyvyn heikentyminen johtaa kotiutumisen jälkeisen avuntarpeen lisääntymiseen. (Havulinna ym. 2019; Viikari & Wuorela 2019.) Sairaalahoidon aikainen toimintakyvyn lasku liittyy siihen, että sairaala on ympäristönä hyväkuntoisellekin potilaalle passivoiva ja monet potilaat omaksuvat nopeasti niin sanotusti hoidon kohteen roolin (Jämsen ym. 2015).

4.2 Moniammatillinen toimintakyvyn arviointi kuntoutuksen käynnistäjänä

Ikääntyneen potilaan saapuessa sairaalahoitoon, oleellista on hahmottaa mahdolliset muutokset aiempaan nähden toimintakyvyn eri osa-alueilla, sekä se, millä aikavälillä muutokset ovat tapahtuneet (Viikari & Wuorela 2019). Sairaalassa toimintakyvyn arvioinnissa hyödynnetään eri ammattiryhmien edustajien ammattitaitoa. Näin ollen lääkäriillä, sairaanhoitajilla, lähihoitajilla ja fysioterapeuteilla on kaikilla oma roolinsa arvioinnissa. (Havulinna ym. 2019.)

Olemassa olevien sairauksien, niiden hoitotasapainon, käytössä olevien lääkkeiden ja aiemman toiminta- ja liikkumiskyvyn, sekä näissä tapahtuneiden muutosten lisäksi tulisi heti sairaalajakson alussa selvittää potilaan elintavat, käytössä mahdollisesti olevat liikkumisen apuvälineet, sekä ainakin alustavasti kartoittaa olemassa olevat asuinolosuhteet. Aikaisemman toimintakyvyn selvittäminen voi olla haastavaa, mikäli potilas ei syystä tai toisesta, kuten esimerkiksi muistisairauden tai vaikean afasian vuoksi ole kykenevä itse asiasta kertomaan, ja/ tai jos potilas ei ole kotihoidon asiakas, tai mikäli kotihoidon kirjaukset ovat toimintakyvyn osalta puutteellisia. (Havulinna ym. 2019; Viikari & Wuorela 2019.)

Moniammatillisesti tehty toimintakyvyn arviointi huomioi pelkän lääketieteellisen ongelman sijaan kokonaisvaltaista toimintakykyä ja elämänlaatua, ja toimii näin ollen pohjana lääketieteellisen diagnosoinnin lisäksi hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, hoidon ja palveluiden koordinoinnissa ja

pitkäaikaishoidon tarpeen arvioinnissa (Elsawy & Higgins 2011). Moniammatillinen näkökulma mahdollistaa osaamisen ja resurssien mahdollisimman tarkoituksenmukaisen kohdentamisen (Vähäkangas 2010).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012) edellyttää kunnilta RAI-arviointivälineistön (Resident Assessment Instrument) käyttöä iäkkään henkilön toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023. Kansallisesti ja kansainvälisesti RAI-järjestelmää käyttämällä asiakkaiden palvelutarpeet kartoitetaan yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a.) Tolonen (2022) on tehnyt maisteritutkielmassaan mielenkiintoisen havainnon, jonka mukaan RAI-arvioituilla henkilöillä oli muihin verrattuna vähemmän sairaalajaksoja, mikä saattaa viitata siihen, että RAI-järjestelmää käyttämällä ikääntyneiden toimintakykyä ja palveluntarvetta pystytään arvioimaan hieman paremmin, kuin muilla toimintakykymittareilla.

4.3 Toimintakyvyn fyysisen osa-alueen arviointi

Fysioterapeutin osaamisalaan kuuluvia, fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta tärkeitä arvioitavia ihmiskehon fysiologisia ominaisuuksia ovat lihasvoima ja -kestävyys, hapenotto- ja aerobinen kestävyys, nivelten liikkuvuus, kehon asennon ja liikkeiden hallinta sekä näitä koordinoivan hermoston toiminta (Rinne ym. 2020). Fyysisen suorituskyvyn käsite taas on yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn, mutta sillä tarkoitetaan nimenomaan objektiivisesti mitattavaa koko kehon toimintaa, joka liittyy liikkumiseen (Al-Daghri ym. 2019).

Fysioterapeutti voi arvioida potilaan toimintakyvyn fyysistä osa-aluetta toiminnallisesti havainnoiden potilaan suoriutumista esimerkiksi itsestä huolehtimiseen liittyvissä ja muissa päivittäisen elämän toiminnoissa ja huomioimalla tässä myös potilaan subjektiivisen kokemuksen omasta suoriutumisestaan haastatteleamalla tätä (Calvani ym. 2021). Haastattelun ja havainnoinnin ohessa on huomioitava, että tilannetta, jossa potilas itse kokee toimintakykynsä alentuneen, usein edeltää tilanne, jolloin potilas ei vielä itse ole raportoinut suoranaista vaikeuksista liikkumisessa tai päivittäisissä toiminnoissaan, mutta hän on voinut jo pidemmän aikaa mukauttaa toimintaansa esimerkiksi suorittamalla jotakin toimintoa harvemmin tai käyttämällä apuvälinettä (Rinne ym. 2020). Toimintakyvyn arviointi sairaalaympäristössä voi myös antaa väärän kuvan ikääntyneen potilaan kotonan selviytymisestä, ellei tunneta hänen asuin- ja elinympäristönsä vaatimuksia ja mahdollisuuksia. Kotiympäristössään potilaalla saattaa myös olla kehittynyt erilaisia kompensatio- ja selviytymiskeinoja sitä mukaa, kun toimintakyky on heikentynyt. (Arkkila ym. 2016.)

Havainnointia objektiivisempi tapa arviointiin on fyysisen suorituskyvyn mittaaminen, jolloin käytetään usein standardeitua testejä, kuten esimerkiksi erilaisia kävelytestejä, lyhyttä suorituskyvyn testistöä (SPPB) tai puristusvoiman mittausta, joissa suoriutumisen on osoitettu olevan yhteydessä terveyden ja toimintakyvyn tasoon laajemmin. (Calvani ym. 2021.) Heikentyneen lihasvoiman ja kävelykyvyn on todettu liittyvän fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen ja ennustavan vahvasti kielteisiä terveysvaikutuksia, kuten kaatumisia, murtumia, pitkittynyttä sairaalahoitoa ja kuolleisuutta (Al-Daghri ym. 2019). Ammattilainen voi hyödyntää sopivaa toimintakykymittaria valitessaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämää TOIMIA-tietokantaa, josta löytyy suositeltujen mittareiden lisäksi paljon tärkeää tietoa, kuten mittareiden soveltuvuusarvioita ja käyttöohjeita sekä tietoa mittareiden pätevyydestä, toistettavuudesta, muutosherkkydestä ja käyttökelpoisuudesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c).

Myös kaatumisvaaran arviointi on tärkeä osa ikääntyneen potilaan liikkumisen ja toimintakyvyn arviointia ja sen tulisi ennaltaehkäisevästi kuulua jokaisen terveydenhuollon työntekijän rutiineihin ikääntyneiden potilaiden kanssa. Kaatumiset lisääntyvät iän myötä, lisäten hoidon tarvetta ja kuolleisuutta. Valitettavan usein kaatumisen vaaratekijöiden ja syiden selvittely käynnistyy vasta vuodeosastolla, jossa potilaan murtunutta lonkkaa kuntoutetaan.

Ikääntyneiden kaatumisten syyt voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin. Yksilön sisäisiä syitä ovat esimerkiksi ikään ja sairauksiin liittyvät muutokset tasapainossa, liikkumisessa ja aistitoiminnoissa, sekä useat lääkkeet ja niiden yhtäaikainen käyttö. Ulkoisia kaatumisen syitä voivat olla esimerkiksi alustan liukkaus, vääränlaiset jalkineet, kynnykset, portaat tai huono, tilanteeseen sopimaton valaistus. Hyvin iäkkäillä pienikin ulkoinen tekijä, kuten maton reuna voi aiheuttaa kaatumisen, mutta toisaalta, mitä iäkkäämpi henkilö on, sitä suuremmalla todennäköisyydellä kaatumisen syy on sisäinen.

Vuodeosastopotilaan liikkumiskyvyn heikkenemiseen ja kaatuiluun löytyy yleensä aina yksi tai useampi syy, joihin hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vaikuttaa. Fysioterapeutin onkin tärkeää olla tietoinen vähintään yleisimmistä sairauksista sekä lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutuksista, jotka voivat nostaa kaatumisriskiä. Esimerkiksi muistisairaudet voivat vaikeuttaa liikkumista ja ympäristön hahmottamista jo varhaisessa vaiheessa, Parkinsonin tauti vaikeuttaa liikkumista fyysisten oireiden, kuten hidaslakkeisuuden, vapinan ja jäykkyyden vuoksi, neuropatiat heikentävät raajojen asentotuntoa ja useat sairaudet ja lääkitykset aiheuttavat verenpaineen laskusta johtuvaa hui- mausta, eli ortostatismia. (Hartikainen & Lönnroos 2016.)

5 KUNTOUTUS SAIRAALAYMPÄRISTÖSSÄ

Potilaan kuntoutusprosessissa tavoitteena on useimmiten toimintakyvyn palautuminen sairaalaan joutumista edeltävälle tasolle. Tavoitteen asettelussa on hyvä olla optimistinen, mutta on myös tärkeää tunnistaa realiteetit kuntoutumisen mahdollisuuksissa. Esi-tietojen, haastattelun sekä liikkumisen ja toimintakyvyn arvioinnin pohjalta teen potilaalle fysioterapiasuunnitelman, joka voi sisältää myös ohjeita hoitajille kuntoutumista edistävän hoitotyön tueksi. Suunnitelmassa huomioin potilaan kokemat haasteet, potilaan omat toiveet ja tavoitteet sekä motivaation.

Työssäni minun tulee tuntea luonnollisen ikääntymisen ja erilaisten sairauksien aiheuttamiin liikkumisen ja toimintakyvyn vajauksiin vaikuttavia fysioterapeuttisia menetelmiä, osata arvioida menetelmien sopivuutta sekä soveltaa niitä yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeisiin. Yleisimmin käyttämiäni menetelmiä ovat lihasvoima- ja liikkuvuusharjoitteet, passiivinen liikehoito sekä kävelyharjoittelu. Joskus on mahdollista hyödyntää potilaan edellisestä hoitopaikasta saamia valmiita harjoitusohjeita, mutta ohjeita on tärkeä osata soveltaa potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan.

Käyn ohjaamassa terapeuttisia harjoitteita potilaille osastolla 1–2 kertaa joka arkipäivä, 15–60 minuuttia kerrallaan. Tilanteen mukaan kannustan potilaita omatoimiseen harjoitteluun ja mobilisoitumiseen myös päivittäisten toimien ulkopuolella. Voin myös antaa hoitajille ohjeita yksinkertaisiin, hoitotoimien yhteydessä helposti ohjattaviin harjoitteisiin. Joskus myös potilaan omaiset ovat vapaaehtoisia ja motivoituneita osallistumaan potilaan kuntoutukseen, joten saatan ohjata myös heitä.

Joissain tapauksissa jo päivittäiset toimet avustettunakin voivat olla potilaalle raskaita. Näissä tilanteissa kuntoutumista edistävän hoitotyön merkitys entisestään korostuu ja terapeuttisten harjoitteiden tarkoituksenmukaisuutta on syytä punnita. Osallistun myös itse fysioterapeuttina osaston arjessa usein potilaiden päivittäisiin toimiin, esimerkiksi avustamalla wc-käynneissä, pukeutumisessa ja ruokailuihin siirtymisissä.

Kokemukseni mukaan kuntoutumista edistävä ote hoitotyössä vaihtelee reilusti eri yksiköiden välillä. Vaihtelua potilaan omaa aktiivisuutta hyödyntävässä työotteessa on myös työpaikkojen sisällä eri osastojen, ja osastojen sisällä yksittäisten työntekijöidenkin välillä. Ymmärrän kiireen ja myös usein hoitajan sisältä kumpuavan halun auttaa potilasta, mutta potilaan omien voimavarojen käyttämisen hyöty kokonaisvaltaiselle toimintakyvylle ja omatoimisuuden myötä vähenevä avun tarve edistävät kotiutumisvalmiuksien kehittymistä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii voimavaroja myös toteuttajaltaan, sillä aktiivisia avustuskeinoja on paljon ja lisäksi jotkut potilaat vaativat reilusti kannustusta ja perusteluja omatoimisuuden tueksi.

5.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

Fysioterapeutin roolia kuntoutuksessa pidetään merkittävänä, mutta tärkeä lähtökohta toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä on moniammatillinen yhteistyö, jossa myös hoitohenkilökun-

nan rooli on tärkeä, sillä hoitajilla on fysioterapeuttiin nähden usein tiiviimpi suhde potilaaseen (Caton ym. 2021; Korvola ym. 2022). Potilaan toimintakyvyn ylläpidossa ja edistämisessä pääroolissa onkin kuntoutumista edistävä hoitotyö, eli se, että potilasta kannustetaan tekemään mahdollisuuksien mukaan itse, mahdollisimman pienin avuin kaikki ne toimet, joihin hän on ennen sairaalahoitoa itsenäisesti pystynyt (Jämsen ym. 2015).

Yksilöllinen ja moniammatillinen toimintakyvyn arviointi sekä siihen pohjautuva tavoitteen asettelu luovat pohjan kuntoutumista edistävän hoitotyön onnistumiselle. Kuntoutumista edistävä hoitotyö perustuu siis tavoitteelliseen ja moniammatilliseen toimintaan, mikä näkyy potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan kirjattavina, potilaan autonomiaa tukevinä tavoitteina, joiden toteutumista säännöllisesti arvioidaan (Brataas, Ingstad & Moe 2017; Vähäkangas 2010.) Keskeistä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä on potilaan jäljellä olevan liikkumiskyvyn ja muiden voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen omatoimisuuteen aktivoivalla ohjauksella päivittäisissä toimissa, kuten siirtymisissä, peseytymisessä, pukeutumisessa ja ruokailussa (Eloranta ym. 2007; Vähäkangas 2010).

Mitä vähäisempää ikääntyneen potilaan fyysinen aktiivisuus sairaalahoidon aikana on, sitä suurempi todennäköisyys on pysyvälle toimintakyvyn laskulle, ja siksi potilaan mobilisointi heti sairaalahoidon alusta alkaen on tärkeää. Heikkokuntoisten potilaiden kohdalla mobilisointi voi tarkoittaa aluksi vain siirtymistä wc-tuolille tai istumaan nousua vuoteen reunalle ruokailun ajaksi. (Jämsen ym. 2015.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää myös hyviä vuorovaikutustaitoja, joiden avulla kyetään rohkaisemaan ikääntynyttä potilasta itse löytämään omat voimavaransa ja osallistumaan aktiivisena toimijana oman toimintakykynsä edistämiseen. Kuntouttavan hoitotyön toteuttaminen vaatii joskus myös luovuutta esimerkiksi tilanteissa, joissa olisi löydettävä toimintatapoja kognitioltaan vajavaisten potilaiden ohjaamiseksi aktiiviseen toimijuuteen. (Brataas ym. 2017; Vähäkangas 2010.) Kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää lisäksi hoitohenkilökunnalta uskoa potilaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin ja kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksellisuuteen, sekä yhteistä toimintafilosofiaa, johon sekä henkilökunta että potilaat saadaan sitoutumaan (Liaaen & Vik 2019; Vähäkangas 2010).

Fysioterapeutin rooli kuntoutumista edistävässä hoitotyössä ylittää liikkumisen ja toimintakyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen suunnittelun lisäksi hoitohenkilökunnan ohjaukseen, sillä fysioterapeutin ergonomia- ja apuvälineosaamisen hyödyntäminen siirto- ja avustustilanteissa edistää myös hoita-

jan kykyä tunnistaa ja hyödyntää potilaan voimavaroja, sekä säästää hoitajia ylimääräiseltä kuormitukselta, kun hoitaja työskentelee hyvässä, tasapainoisessa asennossa ja osaa hyödyntää apuvälineitä ja ympäristöä tarkoituksenmukaisesti (Eloranta ym. 2007).

5.2 Fysioterapia osana kuntoutusta

Valtaosa fysioterapeutin kuntoutumista edistävästä toiminnasta kohdistuu potilaan liikunnan ongelmiin, kuten liikuntakykyä rajoittaviin sairauksiin ja niiden aiheuttamiin haittoihin (Arkkila ym. 2016). Fysioterapeutin ohjaaman kuntoutuksen tulee olla näyttöön perustuvaa, mikä tarkoittaa parhaan saatavilla olevan tutkimustiedon yhdistämistä kliiniseen käytännönkokemukseen, ottaen samalla huomioon potilaan mieltymykset, uskomukset, arvot sekä ympäristön kulttuurinen konteksti (World Confederation for Physical Therapy 2023). Näyttöön perustuvuuden vaatimuksella tavoitellaan fysioterapian laadun ja vaikuttavuuden varmistamista. Fysioterapiassa vaikuttavuudella tarkoitetaan tavoitteiden mukaisten tulosten saavuttamista, kuten ihmisen liikkumiskyvyn muutosta tai säilyttämistä. (Suomen fysioterapeutit 2017.)

Fysioterapeutin toteuttama kuntoutus voi sisältää terapeutista harjoittelua, ohjausta ja neuvontaa sekä manuaalista ja fysikaalista terapiaa (Häkkinen ym. 2016). Näistä terveyskeskussairaalan vuodeosaston fysioterapeutin työssä painottuvat terapeutin harjoittelu sekä ohjaus ja neuvonta, mutta osaamista tarvitaan myös manuaalisista ja fysikaalisista fysioterapiamenetelmistä.

5.2.1 Terapeuttinen harjoittelu

Terapeuttinen harjoittelu on aktiivisten ja toiminnallisten harjoitteiden suorittamista, joiden tarkoituksena on palauttaa kehon toiminta normaaliksi sairauden tai vamman jälkeen. Terapeuttisella harjoittelulla voidaan tähdätä myös liikkumisen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, sekä ennakkoivasti sairauksien ja vammojen ennaltaehkäisyyn. Se perustuu kuormittavuudeltaan tai vaikeusasteeltaan progressiivisesti eteneviin menetelmiin, joilla voidaan vaikuttaa sekä paikallisesti että yleisesti esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön, sydän- ja verenkiertoelimestön, aineenvaihdunnan sekä hermoston toimintaan. Terapeuttinen harjoittelu voidaan kohdistaa paikallisesti tiettyihin kehon osiin, kuten johonkin lihakseen tai niveleen, tai se voi olla kehoa kokonaisvaltaisesti kuormittavaa harjoittelua yleiskunnon ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai edistämiseksi. (Häkkinen ym. 2016.)

Fysioterapeutti pyrkii ohjauksen keinoin vaikuttamaan potilaan liikkeen, liikkumisen ja toimintakyvyn laatuun, johon liittyvien muutosten ytimessä on fysioterapeutin ymmärrys motorisesta oppimisesta. Potilaan motoriseen oppimiseen tähtäävässä terapeuttisessa harjoittelussa fysioterapeutti

pyrkii vaikuttamaan asiakkaan hermostoon, muistiin ja huomion suuntaamiseen sanallisella, manuaalisella tai visuaalisella ohjauksella, joilla tuetaan asiakkaan omaa aktiivista roolia toimijana. (Häkkinen ym. 2016.)

Fysioterapeutin tulee työssään osata myös arvioida ohjaamiensa harjoitteiden vaikuttavuutta ja soveltaa harjoitteita tarvittaessa vaikutuksen parantamiseksi. Fysioterapeutin tulee myös osata huomioida kuntoutuksen suunnittelussa harjoitteiden kuormitus suhteessa potilaan suorituskykyyn sekä muuhun potilaan kokemaan kuormitukseen. (Häkkinen ym. 2016.)

5.2.2 Terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta

Fysioterapeutin työhön kuuluu potilaan terapeuttisten harjoitteiden ohjaamisen lisäksi terveyttä ja toimintakykyä edistävää ohjausta ja neuvontaa, sekä potilaan omaisten, hoitohenkilökunnan ja erisidosryhmien ohjaamista. Lähiomaisten ja muiden ammattiryhmien ohjaus voi olla potilaan toimintakykyä tukevaa tai työhön liittyvää ergonomiohjausta. Yksipuolisen ohjauksen sijaan erilaisia, vaihtoehtoisia ratkaisuja voidaan etsiä yhdessä, hyvässä vuorovaikutuksessa.

Toimintakyvyn muutosta tavoitteleva kuntoutusprosessi edellyttää potilaalta motivaatiota, jonka tukemisessa fysioterapeutti hyödyntää näyttöön perustuvia ohjausmenetelmiä. Oleellista potilaan motivaation herättämisessä ja motivaation ylläpidon tukemisessa on asiakkaan näkökulman ja arvojen ymmärtäminen. (Häkkinen ym. 2016.)

5.2.3 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömien menetelmien tulisi olla kivun hoidon perusta ja niitä tulisi käyttää mahdollisuuksien mukaan myös yhdessä lääkehoidon kanssa. Tämä siksi, että ikääntymisen seurauksena syntyneiden fysiologisten muutosten myötä lisääntynyt herkkyys kipulääkkeille, sekä useiden pitkäaikais-sairauksien yhtäaikainen lääkehoito suurentavat riskiä lääkkeiden haittavaikutuksille ja lääkkeiden haitallisille yhteisvaikutuksille. (Haanpää ym. 2017.) Lääkkeettömien kivunhoitokeinojen yksilöllisen soveltamisen voidaan katsoa olevan yhtä tärkeää, kuin oikean lääkkeen valinta (Hartikainen & Lönnroos 2016).

Fysioterapeutin osaamisalaa lääkkeettömässä kivunhoidossa ovat asentohoito, lihasvoimaa, nivelten liikkuvuutta ja kudosten aineenvaihduntaa ylläpitävät ja parantavat terapeuttiset harjoitteet, manipulaatiotekniikat, lämpö- ja kylmähoidot sekä rentoutusharjoitukset. Myös liikkumisen apuvälineet ja erilaisten tukien käyttö kuuluvat lääkkeettömiin kivunhoitokeinoihin. Lepo on pitkällä tähtäimellä

hyvää kivun hoitoa vain tarkoin rajatuissa tapauksissa. Immobilisaatio voi esimerkiksi murtumatilanteessa toimia kivunlievityksenä, mutta johtaa nopeasti toimintakyvyn laskuun. (Hartikainen & Lönnroos 2016.)

Täyttä kivuttomuutta harvoin kannattaa edes asettaa tavoitteeksi, sillä siitä seuraa useimmiten pettymys kaikille osapuolille. Realistisempi ja useimmiten saavutettavissa oleva tavoite on kipujen lievittyminen sellaiselle tasolle, joka parantaa toimintakykyä ja helpottaa jokapäiväistä elämää, sekä luo potilaalle uskoa selviytymiseensä. (Arkkila ym. 2016.) Helppotajuuden tiedon antaminen kivun tiedossa olevasta tai oletetusta syystä, sekä kiinnostuksen ja myötätunnon osoittaminen auttavat kivun emotionaalisten osatekijöiden hallinnassa. Myös pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen sekä potilaan oman aktiivisuuden, pystyvyyden ja kipua koskevan rauhallisen suhtautumisen tukeminen ovat osa hyvää, lääkkeetöntä kivunhoitoa. (Haanpää ym. 2017; Hartikainen & Lönnroos 2016.)

5.3 Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi

Äkillisesti syntyneestä, kuten lonkkamurtumasta tai aivoverenkierron häiriöstä johtuvasta toiminnan vajauksesta on mahdollista toipua nopeastikin, mikäli potilaalla on ennestään lihasmassaa ja -voimaa, tai entiset taidot muistissaan. Tällöin keskeistä on intensiivinen ja oikein ajoitettu kuntoutus. Hitaammin, esimerkiksi haurastumisen myötä syntyneissä toiminnan vajauksissa ei kuntoutuksen vaikuttavuus välttämättä näy lyhyellä aikavälillä, vaan tulosten syntyminen on korostuneemmin riippuvaista potilaan omasta sitoutumisesta kuntoutuksen tavoitteisiin ja säännölliseen harjoitteluun myös kotiutumisen jälkeen. (Arkkila ym. 2016.)

Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa voidaan joskus törmätä ongelmallisuuteen toimintakyvyn muutosten mittaamisessa. Vaikka fysioterapian myötä saadaan ikääntyneen vuodeosastopotilaan lihasvoima kohenemaan, se ei välttämättä näy selkeästi esimerkiksi kävelynopeudessa tai päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisessa. Objektiivisesti mitattavan lihasvoiman heikentymiseen myötävaikuttaneita tekijöitä ovat olleet lähinnä ikääntyminen, sairaus, vähäinen fyysinen aktiivisuus sekä aliravitsemus, mutta kävelyyn ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen vaikuttavat edellä mainittujen lisäksi myös muiden elinjärjestelmien vauriot, potilaan kognitiiviset kyvyt ja motivaatio sekä psykososiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Tämän ilmiön ymmärtäminen säästää potilaan, hänen omaisensa sekä kuntoutukseen osallistuvat ammattilaiset tarpeettomalta turhautumiselta (Arkkila ym. 2016.)

6 APUVÄLINEET TOIMINTAKYVYN TUKENA

Osana esitietoihin perehtymistä ja toimintakykyarviota selvitän potilaalla käytössä olevat apuvälineet ja uusien apuvälineiden tarpeen. Potilaan ja omaisten haastattelun sekä potilastietojärjestelmän kirjausten lisäksi saan tietoa apuvälinekeskuksen tietojärjestelmästä, josta näen potilaalle omaksi annetut sekä määräaikaisesti lainatut apuvälineet.

Yksikössämme on alueellisen apuvälinekeskuksen alainen varasto, josta me fysioterapeutit saamme lainattua yleisimpiä apuvälineitä suoraan omia käyttäjätunnuksia käyttäen sairaalasta kotiutuville potilaille, sekä hyvinvointialueuudistuksen myötä myös muille kuntalaisille. Isompien apuvälineiden tarpeessa teen alueelliselle apuvälinekeskukselle toimituspyynnön, jolloin apuvälineet toimitetaan meille pääsääntöisesti 1–2 arkipäivän kuluessa. Tehtäviimme kuuluu myös apuvälineiden säätö sekä niiden käytön ohjaus.

Joidenkin apuvälineiden saamiseksi potilas tarvitsee lähetteen, jossa perustellaan potilaan diagnooseihin ja toimintakykykuvaukseen viitaten kyseisen apuvälineen tarve ja käyttöindikaatio, sekä ilmoitetaan tietyt kriteerit, kuten mittoja tai arvoja. Lähetteen voi meillä tehdä joko osaston lääkäri tai fysioterapeutti. Usein apuvälineen tarvetta ja käyttöperusteita pohditaan moniammatillisesti osastolla ja joskus myös alueellisen apuvälinekeskuksen työntekijän kanssa.

Sairaalahoidossa akuuttiin apuvälinetarpeeseen voidaan hyödyntää osaston omaa apuvälinevarastoa, josta löytyy yleisimpiä liikkumisen ja potilassiirtojen apuvälineitä. Mikäli on tiedossa, että potilaan apuvälineen tarve pitkittyy tai jää pysyväksi, pyritään hänelle lainaamaan jo sairaalassa olon aikana apuvälinekeskuksesta henkilökohtaiset apuvälineet osaston apuvälineiden riittävyyden takaamiseksi, ja jotta potilas saa mahdollisimman pian käyttöönsä saman apuvälineen, jonka kanssa hän tulevaisuudessa kotiutuu.

Vuodeosaston fysioterapeuttina täytyy tietää kattavasti ainakin yleisimpien apuvälineiden käyttöindikaatioista ja oikeaoppisesta käytöstä. Tässäkin asiassa on tärkeää myös tunnistaa potilaan voimavarat, sillä liian tukevien/ hoitavien apuvälineiden käyttö vie tilannetta toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen näkökulmasta väärään suuntaan, kun taas liian kevyet apuvälineet ovat riski potilasturvallisuudelle ja voivat aiheuttaa jopa sairaalahoidon tarpeen pitenemistä. Työssäni olen konkreettisesti saanut huomata, että fysioterapeuttina on tärkeää tuntea myös lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuusperusteita sekä apuvälineistä erilaisissa tilanteissa vastuussa olevat tahot.

6.1 Apuvälineprosessi

Oikein valittu apuväline edistää potilaan kuntoutumista, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa, ja voi ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikentymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Apuvälineen hankinta on monitahoinen prosessi, johon osallistuu potilaan lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöitä, potilaan omaisia sekä eri yhteistyötahoja kulloisenkin tilanteen

mukaan. Prosessin kesto riippuu asiakkaan tarpeista, hankittavista apuvälineistä sekä apuvälineiden käyttöympäristöstä. Apuvälineprosessin vaiheita ovat muun muassa apuvälinetarpeen arviointi, apuvälineen hankinta ja käytön ohjaus sekä apuvälinetiedon kirjaaminen. Prosessin sujuminen edellyttää fysioterapeutilta myös useita toimia, joissa apuvälineen tarvitsija ja käyttäjä ei ole mukana, kuten apuvälinelainauksen rekisteröinti ja logististen toimintojen järjestäminen.

Apuvälineen hankinta voi onnistua yhdellä tapaamisella fysioterapeutin tai muun apuvälinealan asiantuntijan kanssa, mutta vaativien apuvälineiden arviointi-, kokeilu- ja hankintaprosessi kestää yleensä kauemmin ja voi vaatia useita tapaamisia (Terveyskylä 2018a). Apuvälineen tarpeen arviointi tehdään yksinöllisesti ja käyttäjälähtöisesti yhteistyössä potilaan kanssa, huomioiden olemassa oleva toimintakyky, elämäntilanne sekä elinympäristön apuvälineen käytölle ja toimivuudelle asetamat vaatimukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Tarvittaessa apuvälinetarpeen arviointi tulee tehdä yhteistyössä potilaan toimintaympäristön paremmin tuntevan henkilön, kuten kotihoidon työntekijän tai potilaan omaisten kanssa.

Apuvälinetarpeen arvioinnissa ja apuvälineen valinnassa tulee huomioida myös tieteellisistä tutkimuksista saatu tieto sekä näyttöön perustuvat hoitosuosituksot. Apuvälinetarpeen arvioinnissa on myös mahdollista päätyä lopputulemaan, ettei apuvälineellä voida tukea potilaan selviytymistä. Tällöin voidaan pyrkiä ratkaisemaan ongelma esimerkiksi ympäristöä tai toimintatapoja muuttamalla tai palveluiden avulla. (Terveyskylä 2018b.)

Kun yksilöllisen arvioinnin perusteella on päädytty apuvälineen hankintaan, apuvälineen luovuttajalla tulee olla riittävä osaaminen tehdä apuvälineeseen tarvittavat säädöt ja ohjeistaa apuvälineen käyttö. Apuvälineen luovuttajan tulee varmistaa, että apuväline on käyttökuntoinen ja käyttäjälleen sopiva. Apuvälineen valinnan ja käyttöönoton yhteydessä apuvälineen käyttöä tulee harjoitella ohjattuna tarvittaessa useita kertoja, vaihtelevissa olosuhteissa ja toimintaympäristöissä. Harjoittelun ja käytön ohjauksen tavoitteena on varmistaa apuvälineen tarkoituksenmukainen ja turvallinen käyttö. Käytön ohjauksen yhteydessä opastetaan myös apuvälineen puhdistukseen, huoltoon ja palautukseen liittyvät asiat sekä potilaalle, että tilanteesta riippuen myös hänen omaisilleen ja/ tai hänen kanssaan työskenteleville ammattihenkilöille, kuten henkilökohtaiselle avustajalle tai asu- mispalveluyksikön henkilökunnalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020; Terveyskylä 2017.)

6.2 Apuvälinepalveluista vastaavat tahot

Terveydenhuollossa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineisiin liittyvät palvelut on porrastettu perus- ja erikoissairaanhoidon välille. Perustason apuvälineistä vastaavat nykyisin hyvinvointialueiden alaisuudessa toimivat terveystakeskukset. Perustason apuvälineitä ovat esimerkiksi rollaattorit, kuljetuspyörätuolit, wc-istuimen korotukset ja suihkutuolit. Vaativampiin apuvälineisiin tarvitaan lähete erikoissairaanhoidon. Tällaisia apuvälineitä ovat mm. yksilölliset pyörätuolit, henkilönostimet ja painehaavapatjat. Sekä perustason että erikoissairaanhoidon kautta saatavat apuvälineet ovat potilaalle maksuttomia. (Sosiaaliturvaopas 2022.)

Potilas tai hänen omaisensa voi saada apuvälineen suoraan mukaansa alueellisen apuvälinekeskuksen lainaamosta, mutta joissain tapauksissa, kuten tukisukkien ja -hihojen, selkätukien, rintaja kaularangan tukien ja ortoosien kohdalla potilas saa maksusitoumuksen, jolla apuvälineen voi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta (Oulun yliopistollinen sairaala 2023).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2020) mukaan erityisesti asumispalveluyksiköissä asuvien, tai niihin toimintakyvyn pitkäaikaisen tai pysyvän heikkenemisen myötä suoraan sairaalahoidosta muuttamassa olevien potilaiden kohdalla apuvälinepalveluita koskevat vastuut ja työnjaot eri osapuolten välillä eivät ole selkeitä, vaan niistä on ollut erilaisia tulkintoja. Vastuut ja työnjaot on pyritty selkiyttämään lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuusperusteissa niin, että asumispalveluyksikkö vastaa itse henkilökunnan työturvallisuuden ja ergonomian vuoksi tarvittavista apuvälineistä, sekä sellaisista apuvälineistä, jotka liittyvät asumiseen ja päivittäisiin toimintoihin, kuten nukkumiseen, siirtymisiin, peseytymiseen/ pesemiseen, sekä ulkoiluun. Terveydenhuollon vastuulla on järjestää apuvälineet asumispalveluyksikön asukkaalle silloin, kun apuvälineen luovuttamisen edellytyksenä on sairaudesta tai vammasta johtuva yksilöllinen tarve, ja kun apuvälineen käyttö tukee asiakkaan itsenäistä toimintakykyä ja suoriutumista päivittäisistä toiminnoista.

Vammaispalvelulain nojalla vaikeavammaisuuden kriteerit täyttävän potilaan on sosiaalitoimen kautta mahdollista saada täysin tai osittain korvattuna tarvitsemiaan, lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuulumattomiakin apuvälineitä, kuten nostolaitteita, porrashissejä ja hälytysjärjestelmiä. Sosiaalitoimi vastaa kyseisen lain nojalla myös vaikeavammaisen arkea helpottavien asunnonmuutostöiden kohtuullisista kustannuksista, mikäli hän niitä vammansa tai sairautensa johdosta tavanomaisista elämän toiminnoista suoriutuakseen välttämättä tarvitsee. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020; Sosiaaliturvaopas 2022.) Vammaispalveluja sosiaalitoimen kautta haettaessa tulee mukaan liittää lääketieteellinen tai muu vastaava selvitys potilaan toimintakyvystä. Potilaan apuvälineistä

vastaavan fysioterapeutin on tarvittaessa hyvä konsultoida vammaispalveluita apuvälineisiin ja niiden korvattavuuteen liittyvistä käytännöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

6.3 Apuvälineiden hankinta sairaalaan

Sairaalan fysioterapeutti on yleensä yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa toteamassa apuvälineen tarpeen osastolla. Apuvälineet hankitaan kaikkiin terveydenhuollon yksiköihin hankintasopimusten perusteella joko omaksi tai vuokraamalla, suurempina erinä tai yksittäin. Apuvälineiden hankintakäytännöt vaihtelevat organisaatiokohtaisesti, mutta hankinnoissa tulee aina noudattaa julkisia hankintoja koskevaa lainsäädäntöä.

Myös silloin, jos apuväline hankitaan hankintasopimuksen ulkopuoliselta taholta, on terveydenhuollon yksikössä apuvälineistä vastaavan työntekijän, yleensä fysioterapeutin, huolehdittava siitä, että apuväline soveltuu lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineeksi. Riippumatta apuvälineen toimittavasta tahosta, tulee yksikön apuvälineistä vastaavan fysioterapeutin huolehtia, että luovutuksen yhteydessä apuvälineen käyttäjät saavat asianmukaisen ohjauksen sen käytöstä sekä kirjalliset käyttöohjeet. (Terveyskylä 2018c.)

7 TIEDONKULKU JA VUOROVAIKUTUS

Potilastietojärjestelmään kirjaaminen on tärkein osa tiedonkulkua eri ammattilaisten välillä. Tarkan kirjaamisen avulla pystytään järjestelmällisesti seuraamaan kuntoutumisen edistymistä, eli muutoksia potilaan liikkumis- ja toimintakyvyssä sekä avuntarpeessa.

Fysioterapeuttina kirjaan potilaan liikkumisen ja toimintakyvyn kannalta oleelliset esitiedot, perustellun arvion potilaan liikkumisesta ja toimintakyvystä, sekä suunnitelman potilaalle sopivaksi arvioimistani kuntoutustoimista. Riippumatta siitä, onko kyseessä arviointi, varsinainen fysioterapia vai potilaan päivittäisissä toimissa avustaminen, teen jokaisesta potilaan tapaamisesta hoitotyön lehdelle kirjauksen potilaan oman aktiivisuuden ja suoriutumisen tasosta, käytetyistä apuvälineistä ja antamastani ohjauksen tai avustuksen laadusta ja määrästä. Pysin kirjaamisessa potilaan osallistumista ja pystyvyyttä korostavia ilmaisuja käyttämällä tuomaan esiin fysioterapiaa, kuntoutumista edistäviä avustusmenetelmiä sekä niiden vaikuttavuutta.

Toimintakykytiedon lisäksi kirjaan potilastietojärjestelmään myös apuvälineisiin liittyvät arviointi-, konsultaatio- ja luovutustiedot perusteluineen. Kaikista potilaan tilanteeseen liittyvistä toimista sekä niistä vastanneista tai vastaavaksi sovitusta tahoista olisi sekä saumattoman tiedonkulun että kaikkien osapuolten oikeusturvan kannalta tärkeää tehdä asianmukaiset merkinnät potilastietojärjestelmään.

Ennen potilaan kotiutumista pyrin koostamaan fysioterapia-lehdelle myös kirjauksen oleellisista esitiedoista, tulotilanteen toimintakyvystä, osastojakson aikana tehdyistä kuntoutustoimista sekä toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista ja nykyisestä toimintakyvystä kuntoutuksen vaikuttavuuden dokumentoimiseksi sekä mahdollisen jatkohoidon ja -kuntoutuksen suunnittelun pohjaksi.

Tarkan ja johdonmukaisen kirjaamisen lisäksi moniammatillisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen saumattomuuden edistämiseksi olen kokenut erittäin hyödylliseksi osallistua välillä lääkärin kierroille sekä säännöllisesti 1–2 kertaa viikossa hoitajien vuoronvaihdossa pidettävälle raportille, jossa käydään läpi ajantasaiset tiedot kaikista osastolla olevista potilaista, heidän hoito- ja kuntoutussuunnitelmista sekä heidän lääkityksistään ja niihin tehdyistä muutoksista. Lääkärin kierrolle ja hoitajien raportille osallistuminen on potilastietojärjestelmään kirjattavan tiedon rinnalla erinomainen kanava välittömämpään ja monipuolisempaan ajatusten vaihtoon potilaiden toimintakyvyssä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista. Pysin aina potilaan luvalla keskustelemaan myös hänen omaistensa kanssa heidän vieraillessaan osastolla.

Joskus eri osapuolten näkemykset potilaan toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä poikkeavat toisistaan huomattavasti. Vaikka potilasta voidaan pitää oman tilanteensa asiantuntijana, saattaa muistisairaus tai kova pärjäämisen eetos sumentaa ikääntyneen potilaan ymmärrystä ja arviointikykyä omaan toimintakykyyn liittyen. Ristiriitoja ja näkemyseroja saattaa potilaan ja ammattilaisten lisäksi olla sekä potilaan ja hänen omaistensa, tai potilaan omaisten ja ammattilaisten välillä. Aina edes ammattilaisten keskinäiset näkemykset potilaan kotona pärjäämisestä eivät kohtaavat. Avoimella ja kunnioittavalla kommunikaatiolla tilanteet saadaan kuitenkin yleensä ratkeamaan kaikkien kannalta tyydyttävällä tavalla, vaikka joskus täytyy tyytyä kompromisseihin.

7.1 Tiedonkulku onnistuneen kuntoutuksen ja kotiutuksen perustana

Sairaalassa oikeat sekä oikea-aikaiset potilaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen liittyvät päätökset ovat usein riippuvaisia siitä informaatiosta, mitä lääkäri saa muulta potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvilta henkilökunnalta. Siksi riittävä ja selkeä kommunikaatio eri osapuolten välillä on tärkeää. Parhaaseen tulokseen päästään silloin, kun tunnetaan toisten työntekijöiden osaamisalueet, osataan ottaa huomioon kaikki potilaan vointiin ja toimintakykyyn liittyvät näkökulmat, ymmärretään kattavasti valittujen hoito- ja kuntoutusmuotojen seuraukset sekä saatetaan muut osapuolet tietoiseksi niiden myönteisistä ja kielteisistä vaikutuksista. (Arkkila ym. 2016.)

Kuntoutustoimien ja niiden vaikuttavuuden seurannan ohella muun muassa lääkityksen tarkistaminen ja lääkitysmuutosten vaikutusten seuraaminen ja tarkka raportointi vähentävät sairaalakierteen syntymisen riskiä ja ovat merkittäviä tekijöitä turvallista kotiutumista tavoiteltaessa. Erityisen tärkeää olisi, että potilaan hoitoon ja kotiutukseen liittyvässä moniammatillisessa yhteistyössä kommunikaatio eri ammattiryhmien, sekä potilaan ja hänen omaistensa kanssa olisi saumatonta. (Conroy ym. 2013; Jylhä & Siltanen 2017.)

Fysioterapeutti kirjaa tekemänsä havainnot, arvioinnin ja mittausten tulokset sekä käytetyt kuntoutusmenetelmät huolellisesti yhteisesti sovittuja käytäntöjä noudattaen. Fysioterapeutti tekee kirjaukset vapaaseen tekstikenttään rakenteisen kirjaamisen ja fysioterapianimikkeistön otsikoiden alle. Näin kirjattu tieto on yhtenäistä ja helpommin käytettävissä toimintakyvyn ja kuntoutumisen seurannassa. (Havulinna ym. 2019.) Hyvä keino tukea potilaan ja kuntoutukseen osallistuvan henkilökunnan myönteistä sekä voimavaralähtöistä asennetta on tarkastella ja ilmaista potilaan toimintakykyä vuorovaikutuksessa sekä toimintakykytiedon kirjaamisessa heikkouksien ja ongelmien sijaan vahvuuksien näkökulmasta (Arkkila ym. 2016).

Kirjauksista tulee ilmetä mitkä seikat ovat vaikuttaneet hoidossa ja kuntoutuksessa tehtyihin ratkaisuihin. Tämä tulee tehdä erityisen tarkkaan silloin, jos kaikkien osapuolten kanssa ei päästä yhteisymmärrykseen ja ratkaisuissa joudutaan tekemään kompromisseja. Myös potilaan kannalta merkittävistä, ammattilaisten välisistä konsultaatioista tulee tehdä kirjaukset. (Terveyskyly 2018d.)

Tärkeä tekijä kotiutusprosessin onnistumisessa on hyvin koordinoitun moniammatillisen toimintakyvyn arvioinnin lisäksi arviointitiedon koordinoitu yhteen kokoaminen. Tiedot sairaalassa tehdyistä toimintakyvyn arvioinneista, sekä suunnitelluista ja toteutuneista kuntoutumista edistävästä toimista tulee siirtyä potilaan kotiutuessa eteenpäin potilaan läheisille, jatkohoidosta ja -kuntoutuksesta vas-

taavalle taholle (Havulinna ym. 2019). Vastuun siirtäminen tiedonsiirrosta omaisille tai ikääntyneelle potilaalle itselleen, saattaa vaarantaa potilasturvallisuutta (Kariniemi ym. 2020). Nea Hokkanen ja Noora Väisänen toivat opinnäytetyössään (2021) esiin nimenomaan tiedonkulun puutteellisuuden yhtenä tekijänä ikääntyneiden pyöröovi-ilmion taustalla.

Tiedonkulussa ja kommunikaatiossa koetut puutteet voivat liittyä esimerkiksi yhteisten toimintatapojen ja tietojärjestelmien puuttumiseen, kommunikointiin dokumenttien välityksellä suorien ihmiskontaktien sijaan, kirjallisen raportoinnin puutteellisuuteen sekä liian vähiin resursseihin. Tiedonkulun lisäksi resurssien puute voi aiheuttaa puutteita jo arviointi- ja hoidon suunnitteluvaiheessa, sekä potilaan tilanteen koordinoinnissa, jotka taas ovat yhteydessä ikääntyneiden turhiin käynteihin terveydenhuollon palveluissa. (Kariniemi ym. 2020.)

8 KOTIUTUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Tarvittaessa ennen potilaan kotiutusta voidaan palvelutarpeen arvioimiseksi järjestää hoitoneuvottelu potilaan, hänen omaistensa sekä ammattilaisten välillä. Hoitoneuvottelussa käydään läpi kaikkien osapuolten tiedot ja näkemykset ajankohtaisesta tilanteesta, ja arvioidaan kotiutumisen edellytyksiä sekä suunnitellaan yhdessä tarvittavat toimenpiteet potilaan turvallisen kotiutumisen onnistumiseksi.

Kotona pärjäämisen edellytyksiä ja palveluiden tarvetta arvioitaessa tehdään tarvittaessa kotikäynti yhdessä kotihoidon sairaanhoitajan sekä potilaan ja hänen omaisensa kanssa. Kotikäynnillä arvioidaan asuinolosuhteita ja niihin tehtävissä olevien muutosten tarvetta ja mahdollisuuksia. Fysioterapeuttina roolini kotikäynnillä on arvioida asuintilojen esteettömyyttä. Potilaan mukana olo on tärkeää, koska silloin voimme yhdessä konkreettisesti kokeilla ja arvioida hänen selviytymistään erilaisissa arkisissa tilanteissa omassa elinympäristössään.

Omaiset ovat hoitoneuvottelussa sekä kotikäynnillä tärkeässä roolissa kertomassa potilasta objektiivisemmin arjessa mahdollisesti jo aiemmin ilmenneistä haasteista. Omaiset ovat tärkeässä roolissa myös mahdollisten asunnonmuutostöiden suunnittelussa ja toteutuksessa ainakin silloin, mikäli potilas ei täytä lainmukaisia vaikeavammaisuuden kriteerejä. Vaikeavammaisuuden kriteerit täyttävä potilas voi saada tarvittavat asunnonmuutostyöt kunnan sosiaalipalveluiden kautta.

Ennen potilaan kotiutumista on tärkeää tehdä arvio myös jatkokuntoutuksen tarpeesta. Jatkossa kuntoutus voi tapahtua tilanteesta riippuen esimerkiksi kotikuntoutuksena, tai lääkinnällisenä kuntoutuksena joko avopuolella tai kuntoutuslaitoksessa. Hoitoneuvottelussa on hyvä tuoda ilmi eri vaihtoehdot ja tarvittavat toimenpiteet kuntoutukseen pääsemiseksi.

Ikääntyneiden potilaiden kohdalla ei ole harvinaista, että potilaan toimintakyky ei sairaalahoitossa aktiivisesta kuntoutuksesta huolimatta kohene enää sille tasolle, että kotona asumisen turvallisuus voitaisiin palveluidenkaan turvin taata. Mikäli potilas päätyy palveluasumisen, tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon piiriin, huolehdiin fysioterapeuttina yleensä ennen muuttoa oleellisen tiedon siirtymisestä tulevaan asumisyksikköön muun muassa apuvälineasioiden, sekä tarvittaessa potilaan liikkumisen ja toimintakyvyn erityispiirteiden tiimoilta.

8.1 Palvelutarpeen arviointi

Mikäli sairaalassa olevan potilaan toimintakyvyn voidaan moniammatillisen arvioinnin perusteella todeta pitkäaikaisesti tai pysyvästi muuttuneen oleellisesti sairaalahoitoa edeltävään aikaan verrattuna, tulee kotiutusta suunniteltaessa käynnistää palvelutarpeen arviointi. Palvelutarpeen selvittämisestä säädetään laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012). (Arkkila ym. 2016; Finne-Soveri ym. 2019.)

Sairaalahoitojakson aikana palvelutarpeen kartoittamiseksi järjestetään hoitoneuvottelu, johon osallistuvat lääkäri ja potilaan lisäksi potilaan omaiset, sekä tarpeen mukaan esimerkiksi sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja palveluohjaaja. Hoitoneuvottelussa käydään läpi ajankohtainen tilanne, sekä määritellään hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät keskeiset asiat. Hoitoneuvottelussa sovitaan tarvittavista toimenpiteistä, kuten kotihoidon käynneistä ja muista tukipalveluista ja/ tai kotiin tehtävistä muutostöistä turvallisen kotiutumisen onnistumiseksi.

Mikäli potilaan elinolosuhteiden asettamat vaatimukset ovat merkittävässä epäsuhdassa potilaan jäljellä olevaan toimintakykyyn, ja ammattilaiset katsovat, ettei kotona asuminen maksimaalistenkaan kotihoidon palveluiden avulla ole turvallista, tulee potilaan ja hänen omaistensa kanssa keskustella palveluasumisen piiriin hakeutumisesta. (Riusala, Timonen & West 2014.) Ammattilaisten tarkka tuntemus käytettävissä olevista sosiaali- ja terveydenhuollon tukipalveluista ja niiden saantiperusteista on tärkeää, kun pyritään selvittämään potilaan realistiset auttamismahdollisuudet sairaalasta kotiutumisen jälkeen (Arkkila ym. 2016).

8.2 Arvio elinolosuhteissa selviytymisestä

Fysioterapeutin tulisi tehdä potilaan elinolosuhteiden ja kotona selviytymisen mahdollisuuksien kartoittamiseksi sekä palvelutarpeen arvion tueksi arviokäynti potilaan kotiin sellaisissa tilanteissa, joissa potilaan fyysinen toimintakyky on perusliikkumisen osalta aiempaan nähden selkeästi heikentynyt (Hartikainen & Lönnroos 2016; Riusala ym. 2014). Kotikäynti antaa arvokasta tietoa hoito- ja kuntoutussuunnitelman tavoitteita määriteltäessä, joten käynti kannattaa tehdä aikaisessa vaiheessa kotiutusta suunniteltaessa. Kotikäynnillä fysioterapeutti kiinnittää huomiota erityisesti asuintilojen esteettömyyteen ja turvallisuuteen niin potilaan perusliikkumiseen liittyvän kaatumisriskin, kuin arkipäivän toiminnoista selviytymisen näkökulmasta.

Ensimmäisiä kotikäynnillä huomioitavia asioita ovat pihan, sisäänkäynnin sekä sisätilojen kulkuväylien ja kulkupintojen kunto, mahdolliset kynnykset ja portaat sekä kulkuväylien riittävä leveys esimerkiksi suurikokoisten liikkumisen apuvälineiden näkökulmasta. Muita kotikäynnillä arvioitavia kaatumisriskiä lisääviä vaaratekijöitä ovat mattojen ja kalusteiden epätarkoituksenmukainen sijoittelu, liian matalat tai korkeat istuimet, leposijat ja tukipinnat sekä tilojen sopiva valaistus kaikkina vuorokaudenaikoina. Fysioterapeutti arvioi esimerkiksi vuoteen- tai tuolinjalcojen korotusten ja nousutuen tarvetta ja myös niiden asennusmahdollisuuksia potilaan olemassa oleviin kalusteisiin.

Asuintiloissa kiinnitetään huomiota myös elämisen kannalta olennaisten säilytystilojen, sekä vielä erityisemmin wc- ja pesutilojen sijaintiin ja esteettömyyteen. Wc- ja pesutiloissa tärkeitä huomionarvoisia seikkoja ovat kosteusvaurioiden kannalta olennaiset kynnykset, lattiamateriaalin liukkaus, riittävä tila apuvälineiden käytön mahdollistamiseksi sekä tukikaiteiden tarve ja asennusmahdollisuuksien kartoittaminen.

Apuvälineillä ja kodinmuutostöillä voidaan lieventää ja kompensoida kotiutuvan potilaan toiminnantarpeita. Tavallisimpia tarvittavia muutoksia ovat kynnysten poistot tai loiventamiset sekä porras- ja tukikaiteiden asentaminen tai olemassa olevien kaiteiden vahvistaminen. Välittömästi kotikäynnin yhteydessä yhdessä potilaan ja omaisten kanssa voidaan tehdä kevyitä, esimerkiksi liikkumisen esteettömyyteen vaikuttavia ja ympäristön havainnointia tukevia järjestelyitä. (Hartikainen & Lönnroos 2016.)

8.3 Kotiin vai hoivakotiin?

Sairaalan osastolla pidetyn hoitoneuvottelun lisäksi potilaan jatkohoitoa ja kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon voi vielä vaikuttaa kunnassa/ hyvinvointialueella toimiva moniammatillinen SAS-/SAP-työryhmä, johon voi kuulua esimerkiksi lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, palveluista vastaavia esihenkilöitä sekä muuta henkilöstöä, kuten kotikuntoutuksen fysioterapeutti. Lyhenne SAS tulee sanoista selvittä-arvioi-sijoita, ja SAP sanoista selvittä-arvioi-palveluohjaa. Kyseinen työryhmä muun muassa selvittää ja arvioi asiakkaan kokonaistilannetta sekä käsittelee ikäihmisten palveluasumishakemuksia. (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue 2023.)

Kansallinen linjaus on, että ikääntyneet saavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja heillä on oikeus saada kotona asumisen tueksi tarvitsemansa palvelut myös ympärivuorokautisesti. Potilaalle myönnetään oikeus pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon yleensä vasta, kun kotihoidon maksimikäynnit on kokeiltu, ja todetaan, että kotona asuminen intensiivisempään kotihoidon turvin ei ole turvallista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2023b.) Eniten apua tarvitseville tulisi kuitenkin myöntää oikeus tehostettuun palveluasumiseen tai laitoshoidon myötä suoraan lääketehtävien perusteella (Perttola 2019).

Valinnan oman kodin ja palveluasumisen välillä tulisikin perustua moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen toimintakykyarvion lisäksi laaja-alaisesti arvioituun potilaan etuun, eikä kotiin annettavien palveluiden asettamiseen automaationa ensisijaiseksi. Palvelutarpeen arvioinneissa korostuvat

usein lääketieteelliset perusteet ja fyysinen toimintakyky, jolloin ympärivuorokautiseen hoivaan oikeuttavat arviointimenetelmien raja-arvot eivät välttämättä ylity, vaikka potilas ja hänen omaisensa kokisivat, ettei kotona asuminen enää turvallisesti onnistu. Kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn aleneminen aiheuttaa usein tilanteen, jossa ikääntynyt ei tarvitse jatkuvasti apua, mutta sitä tulisi kuitenkin olla kokoajan tarvittaessa saatavilla. Tällaiseen tarpeeseen kotiin annettavilla palveluilla on haastavaa vastata, mutta niiden perusteella ei välttämättä myönnetä ympärivuorokautista hoitoa. (Perttola 2019; Tolonen 2022.)

On myös tilanteita, joissa esimerkiksi fyysiseltä toimintakyvyltään huonokuntoinen, mutta kognitiivtaan itsemääräämiskykyinen potilas haluaa palata sairaalasta omaan kotiinsa asumaan siitä hänen terveydelle ja jopa hengelleen aiheutuvasta riskistä huolimatta. Vaikka potilaan toive on hänen oman etunsa vastainen, sitä on näissä tilanteissa noudatettava. (Perttola 2019.)

9 POHDINTA

Ikääntyneen vuodeosastopotilaan kotiutusprosessin onnistumisen kannalta on tärkeää pyrkiä kaikkiin mahdollisiin keinoin estämään sairaalahoidon aikainen toimintakyvyn lasku sekä vaikuttaa sairauden tai vamman aiheuttamaan toimintakyvyn vajaukseen oikeilla ja oikea-aikaisilla ratkaisuilla. Potilaan toimintakykyä on siis pyrittävä ylläpitämään ja edistämään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti osastojakson aikana yksittäisen vamman tai sairauden hoidon ja kuntoutuksen rinnalla.

Lähtökohtana potilaan toimintakyvyn ylläpidolle toimii mahdollisimman pian sairaalaan saapumisen jälkeen aloitettava ja läpi koko sairaalassaoloajan jatkuva toimintakyvyn arviointi, jossa hyödynnetään moniammatillista osaamista, ja jonka perusteella potilaan hoitoa, kuntoutusta ja kotiutusta tavoitteellisesti suunnitellaan ja seurataan. Kotiutusprosessin voidaankin katsoa alkavan jo siinä vaiheessa, kun potilas saapuu sairaalaan.

Fysioterapeutti on toimintakyvyn fyysisen osa-alueen asiantuntija, jolla on asiantuntemusta liikkumiseen liittyvän toimintakyvyn ja sen taustalla vaikuttavien tekijöiden arvioinnista ja niihin vaikuttamisesta. Vaikka eri alojen ammattilaisilla on spesifiä osaamista toimintakyvyn eri osa-alueista, kaikkea toimintaa tulisi ohjata yhteinen ymmärrys toimintakyvyn moniulotteisesta ja vuorovaikutuksellisesta kokonaisvaltaisuudesta, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Liian tiukkojen, osaamisalakohtaisten rajanvetojen välttämisestä huolimatta on muistettava myös osaamisen ja resurssien mahdollisimman tarkoituksenmukainen kohdentaminen, johon auttaa toisten ammattilaisten osaamisalueiden tunteminen.

Potilaan toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen vaatii sekä henkilökunnalta että potilailta sitoutumista yhteiseen toimintafilosofiaan, sekä uskoa kuntoutumista edistävän toiminnan vaikuttavuuteen. Fysioterapeutti on tärkeässä roolissa tunnistamassa osapuolten voimavaroja, toiminnallaan tuomassa esiin kuntoutumista edistäviä menetelmiä ja niiden vaikuttavuutta, sekä sitä kautta ohjaamassa ja motivoimassa potilaita ja hoitohenkilökuntaa yhteisten, potilaan autonomiaa tukevien tavoitteiden äärellä. Fysioterapeutin tulee osata arvioida potilaan toimintakykyä suhteessa potilaan elinympäristön asettamiin vaatimuksiin sekä arvioida mahdollisuuksia kompensoida kotiutuvan potilaan muuttunutta toimintakykyä apuvälineillä, kodinmuutostöillä tai palveluilla.

Fysioterapeutin rooliin ikääntyneen vuodeosastopotilaan kotiutusprosessin onnistumisessa kuuluu kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvien arviointi- ja ohjauksenkäytäntöjen lisäksi muut näyttöön perustuvat ja oikein ajoitetut fysioterapiamenetelmät, tarkoituksenmukaisten apuvälinepalveluiden

ja jatkokuntoutuksen järjestäminen sekä sidosryhmien konsultointi esimerkiksi potilaan jatkokuntoutuksen järjestämisen kannalta oleellisista asioista. Yhtenä tärkeimmistä fysioterapeutin tehtävistä pidän kaiken arviointi- ja toimintakykytiedon tarkkaa kirjaamista potilaan kuntoutuksen ja turvallisen kotona pärjäämisen kannalta tärkeän palvelutarpeen arvioinnin tueksi. Tähän liittyy olennaisesti myös kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kaikkien osa-alueiden huomiointi fyysisen osa-alueen arvioinnin ohessa.

Opinnäytetyössä kerätyn tiedon valossa voidaan ikääntyneen vuodeosastopotilaan kotiutusprosessin mahdollisina kompastuskivinä pitää liian kapea-alaista tai muutoin puutteellista toimintakyvyn ja elinolosuhteiden arviointia, joiden taustalla voivat olla esimerkiksi vakiintuneiden, yhteisten toimintatapojen puuttuminen tai liian vähäiset tai väärin kohdennetut resurssit. Toimintakykytiedon kirjaamiseen liittyvien yhteisten toimintatapojen tai yhtenäisten tietojärjestelmien puute heikentävät mahdollisuuksia ammattilaisten väliseen, riittävään ja selkeään vuorovaikutukseen ja tiedonkulkuun, mikä taas voi johtaa epätarkoituksenmukaisiin tai riittämättömiin palveluihin kotona pärjäämisen turvaamiseksi.

Uskon, että edellä mainittujen kompastuskivien tunnistaminen sekä tässä opinnäytetyössä esiin tulleiden hyvien käytäntöjen vakiinnuttaminen osaksi ikääntyneen vuodeosastopotilaan kotiutusta voivat auttaa vuodeosaston fysioterapeutin lisäksi koko moniammatillista työyhteisöä toteuttamaan ikääntyneiden potilaiden kotiutuksia aiempaa johdonmukaisempina prosesseina, jolloin mahdollisesti kyetään vähentämään riskiä potilaan palautumisesta takaisin sairaalahoitoon kotiutumisen jälkeen. Tässä opinnäytetyössä kartoitetut ikääntyneen vuodeosastopotilaan kotiutusprosessin vaiheet ovat melko yleispäteviä, joten opinnäytetyössä kerättyä tietoa voi olla mahdollista hyödyntää myös esimerkiksi eri kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden käytäntöjä yhtenäistettäessä opinnäytetyöprosessin aikana käynnissä olevan ja edelleen jatkuvan hyvinvointialueudistuksen myötä.

Vaikka omiin käytännön kokemuksiini perustuvat päiväkirjamerkinnot pääosin vastasivat tiedonhaun myötä esiin tulleita hyviä käytäntöjä, tarjosi päiväkirjamuotoinen opinnäytetyö mahdollisuuden oman osaamisen ja työpaikan nykyisten käytäntöjen kartoittamiseen sekä niiden tietoperustaan peilaamiseen, mikä on parantanut valmiuksiani toimia fysioterapeutina parhaan saatavilla olevan tiedon mukaan omassa roolissani osana moniammatillista työyhteisöä potilaiden kotiutusprosessissa.

Koen opinnäytetyöni prosessin varsin onnistuneeksi, vaikka haasteensa prosessiin toi opinnäytetyön päiväkirjamuotoisen raportointimenetelmän suhteellinen tuoreus sekä osittain tulkinnanvarainen ja melko vähäinen ohjeistus tämän vaihtoehdoisen raportointimenetelmän toteutuksesta. Ilmeisesti päiväkirjamuotoisia opinnäytetöitä ei Oulun ammattikorkeakoulussa, eikä muissakaan ammattikorkeakouluissa ainakaan sosiaali- ja terveystieteiden opinnoissa ole vielä juurikaan tehty, joten mallioppiminen toisten opinnäytetöiden toteutuksesta ei ollut oman työni kohdalla mahdollista. Koin kuitenkin opinnäytetyön päiväkirjamuotoisen raportoinnin mielekkääksi ja omaa ammatillista kasvua tukeväksi menetelmäksi tässä muodossa, jossa se nyt toteutui.

Tulevaisuudessa voisi olla mielenkiintoista tutkia tässä opinnäytetyössä esiintuotujen hyvien käytäntöjen vakiintuneisuutta kotiutusprosessissa, sekä sen konkreettista vaikutusta ikääntyneiden potilaiden sairaalahoitoon palaamiseen kotiutuksen jälkeen. Tässä opinnäytetyössä fysioterapeutin näkökulmasta esiin tuotujen hyvien käytäntöjen rinnalle olisi ehkä hyödyllistä jatkossa tehdä vastaavaa kartoitusta esimerkiksi sairaanhoitajan näkökulmasta, ja moniammatillisessa yhteistyössä yhdistämällä tiedot kehittää jonkinlainen kattava tarkistuslista kotiutusprosessien tueksi.

LÄHTEET

Arkkila, P., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Tilvis, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. E-kirja. Duodecim. Helsinki.

Al-Daghri, N., Araujo De Carvalho, I., Bauer, J.M., Bautmans, I., Beudart, C., Bernabei, R., Bruyère, O., Cesari, M., Cherubini, A., Cooper, C., Cruz-Jentoft, A.J., Dawson-Hughes, B., Fielding, R. A., Kanis, J. A., Kaufman, J-M., Landi, F., Maggi, S., Mañas, L. R., McCloskey, E., Petermans, J., Reginster, J-Y., Rizzoli, R., Rolland, Y., Roller-Wirnsberger, R., Schaap, L. A., Sieber, C. & Uebelhart, D. 2019. Assessment of Muscle Function and Physical Performance in Daily Clinical Practice. European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases. Viitattu 19.1.2023.

<https://doi.org/10.1007/s00223-019-00545-w>.

Brataas, H. V., Ingstad, K. & Moe, A. 2017. Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. Viitattu 22.1.2023.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2715-0>.

Calvani, R., Cesari, M., Marzetti, E. & Patrizio, E. 2021. Physical Functional Assessment in Older Adults. The Journal of Frailty & Aging. Viitattu: 19.1.2023.

<https://link.springer.com/article/10.14283/jfa.2020.61>.

Catton, H., Gutenbrunner, C., Nughara, B., Stewart, D. & Stievano, A. 2021. Nursing – a core element of rehabilitation. Viitattu 22.1.2023.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12661>.

Conroy, S.P., Dowsing, T. & Hsu, R. 2013. Understanding readmissions: an in-depth review of 50 patients readmitted back to a acute hospital within 30 days. Journal of European geriatric medicine.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764912000423>.

Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I., Tamminen-Peter, L. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Helsinki 2007.

<http://www.urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226781>.

Elsawy, B. & Higgins, K-E. 2011. The Geriatric Assessment. American Family Physician. Viitattu 19.1.2023.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21888128/>.

Finne-Soveri, H., Haimi-Liikkanen, S., Rehula, P., Tolonen, E., Vähäkangas, P. & Äijö, M. 2019. Kun toimintakyky heikentyy. Varhaisvaiheen geriatrinen arviointi osana palvelutarpeen arviointia ja kuntoutuksen suunnittelua. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 25.1.2023.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141590/duo14958.pdf?sequence=1>.

Haanpää, N., Hagelberg, N., Helin-Salmivaara, A. Kokki, H., Komulainen, J., Mäntyselkä, P., Pohjolainen, T., Saikkonen, K. & Salanterä, S. 2017. Kipu: Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.2.2023.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#K1>.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2016. Geriatria: Arvioinnista kuntoutukseen. E-kirja. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Havulinna, P., Jäppinen, A-M., Kerminen, H., Kiviniemi, K. & Tikkanen, P. 2019. TOIMIA-suositus: läkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutuksen käynnistäjänä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim. Viitattu 13.1.2023.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051>.

Hokkanen, N. & Väisänen, N. 2021. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä pyöröovi-ilmion taustoista kotihoidon asiakkailla. Opinnäytetyö. Sairaanhoidajan koulutusohjelma. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.1.2023.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/499210/Hokkanen_Nea_Vaisanen_Noora.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Häkkinen, H., Hännikäinen, H., Hynynen, P., Kangasperko, M., Karihtala, T., Keskinen, M., Leskelä, J., Liikka, S., Lähteenmäki, M-L., Markkola, K., Mämmelä, E., Partia, R., Piirainen, A., Sjögren, T. & Suhonen, L. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Suomen fysioterapeutit.

<http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/>.

Jylhä, V. & Siltanen, H. 2017. Kotiutusmenetelmien vaikuttavuus potilaan palaamiseen sairaalahoitoon kotiutuksen jälkeen. Näyttövinkki 4/2017, Hoitotyön tutkimussäästiö Hotus. Viitattu 13.1.2023.

<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki-2017-4.pdf>

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 13.1.2023.

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei/>

Kariniemi, K., Palonen, M., Peltola, P., Pesonen, H-M., Rantanen, A. & Siira, H. 2020. Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Hotus-hoitosuosituksen lyhennelmä. Hoitotyön tutkimussäästiö. Viitattu 25.1.2023.

<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/netti-hoitosuositus-iaekkaeaeen-kotiutuminen.pdf>

Katajisto, M. 2017. Opiskelijaneuvonta. Suomen fysioterapeutit. Viitattu 16.1.2023.

<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/jasenet/fysioterapeuttiopiskelijat/opiskelijaneuvonta/>

Korvola, M., Kyngäs, H., Lotvonen, S., Saarela, K-M. & Siira, H. 2022. Lähihoitajaopiskelijoiden kokemuksia ikääntyneiden kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja sen koulutuksesta. Gerontologia 36(2), 2022. Viitattu 22.1.2023.

<http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2022090557320>

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

Liaaen, J. & Vik, K. 2019. Becoming an enabler of everyday activity: Health professionals in home care services experiences of working with reablement. International Journal of Older People Nursing. Viitattu 22.1.2023.

<https://doi.org/10.1111/opn.12270>

Molsted, S., Rasmussen, M-G., Ravn, P., Rosthøj, S. & Tarnow, L. 2017. Readmission to hospital of medical patients - A cohort study. Viitattu 14.1.2023.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28724505/>

Oulun ammattikorkeakoulu 2023. Opinto-opas. Viitattu 20.2.2023.

<https://www.oamk.fi/opinto-opas/opintojen-sisalto/opinnaytetyo>.

Oulun yliopistollinen sairaala 2022. Kuntoutuksen palvelukeskus. Apuvälinepalvelut. Viitattu 22.1.2023.

https://oys.fi/kuntoutuksen_palvelukeskus/palvelut/apuvälinepalvelut/.

Perttola, L. 2019. Kynnyksen yli: Julkisoikeudellinen tutkimus vanhustalutuksen saamisen edellytyksistä. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Viitattu 25.1.2023.

<https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/10041/978-952-476-896-2.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue 2023. SAS-/ SAP-työryhmä. Viitattu: 28.1.2023.

<https://pohde.fi/palvelut/sas-sap-tyoryhma/>.

Rinne, M., Sainio, P., Stenholm, S., Vaara, M. & Valkeinen, H. 2020. TOIMIA-suositus: Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi väestötutkimuksissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim. Viitattu 19.1.2023.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00057/search/Fyysisen%20toimintakyvyn%20mittaaminen%20ja%20arviointi%20v%C3%A4est%C3%B6tutkimuksissa>.

Riusala, A., Timonen, K. & West, R. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmannekseseen. Potilaan lääkärilehti 15/2014. Viitattu 25.1.2023.

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kuntouttava-hoitotyö-vähensi-vuodepaikat-kolmannekseseen/>.

Sosiaaliturvaopas 2022. Järjestöjen sosiaaliturvaopas. Viitattu 22.1.2023.

<https://sosiaaliturvaopas.fi/apuvälineet/>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Valtakunnallisten lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet 2020. Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:23. Viitattu 22.1.2023.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162395/STM_2020_23_J.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Sosiaaliturvaopas 2022. Järjestöjen sosiaaliturvaopas. Viitattu 22.1.2023.

<https://sosiaaliturvaopas.fi/apuvalineet/>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Valtakunnallisten lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet 2020. Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:23. Viitattu 22.1.2023.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162395/STM_2020_23_J.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Suomen fysioterapeutit 2017. Fysioterapiatiede ja -tutkimus. Viitattu 20.1.2023.

<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/fysioterapiatiede-ja-tutkimus/>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a. Mitä toimintakyky on? Viitattu 19.1.2023

<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b. ICF-luokitus. Viitattu 19.1.2023.

<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 19.1.2023.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi?toc=802599>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 19.1.2023.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta#Mik%C3%A4%20on%20RAI-j%C3%A4rjestelm%C3%A4?2>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b. Muuttuvat vanhuspalvelut. Viitattu 25.1.2023.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>.

Terveyskylä 2017. Apuvälineen käytön ohjaus. Viitattu 22.1.2023.

<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaiset/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/apuv%C3%A4lineen-k%C3%A4yt%C3%B6n-ohjaus>.

Terveyskylä 2018a. Yleisiä ohjeita apuvälinepalvelun prosessista. Viitattu 22.1.2023.
<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaiset/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/yleisi%C3%A4-ohjeita-apuv%C3%A4linepalvelun-prosessista>.

Terveyskylä 2018b. Apuvälineen ja apuvälinepalvelun tarpeen arviointi. Viitattu 22.1.2023.
<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaiset/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/apuv%C3%A4lineen-ja-apuv%C3%A4linepalvelun-tarpeen-arviointi>.

Terveyskylä 2018c. Apuvälinepalveluun liittyvät hankintamenettelyt. Viitattu 22.1.2023.
<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaiset/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-toteuttamisen-periaatteet-ohjeita/apuv%C3%A4linepalveluun-liittyv%C3%A4t-hankintamenettelyt>.

Terveyskylä 2018d. Apuvälinepalvelun kirjaaminen. Viitattu 22.1.2023.
<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaiset/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-toteuttamisen-periaatteet-ohjeita/apuv%C3%A4linepalvelun-kirjaaminen>.

Tolonen, E. 2022. Ikääntyneiden pyörövi-ilmion yleisyys ja alueelliset erot. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntapolitiikka. Maisterintutkielma. Viitattu 19.1.2023.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/343941/Tolonen_Emma_Maisterintutkielma_2022.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

Viikari, L. & Wuorela, M. 2019. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 13.1.2023.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15095>.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 22.1.2023.
<http://urn.fi/urn:isbn:9789514262319>.

World Confederation for Physical Therapy 2023. Policy statement: Evidence-based practice. Viitattu 20.1.2023.
<https://world.physio/policy/ps-ebp>.