



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

KUNTOOUTUMISSUUNNITELMA ASIAKKAAN ARJEN TUKENA

Toimintakyvyn arvioinnista
asiakaslähtöiseen kotikuntoutukseen
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystieteiden
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Maija Kokkinen
Riikka Lehmus

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

Kokkinen Maija & Lehmus Riikka:

Kuntoutumissuunnitelma
asiakkaan arjen tukena
Toimintakyvyn arvioinnista
asiakaslähtöiseen
kotikuntoutukseen Etelä-
Karjalan sosiaali- ja
terveyspiirissä

Fysioterapian opinnäytetyö

55 sivua, 7 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja tuottaa kuntoutumiskansio Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kotikuntoutuksen käyttöön. Työn tarkoituksena oli kehittää toimintakykyä tukevaa kotihoitoa ja antaa hoitajille sekä työpaikkakoulutetuille kuntoutumisvastaaville keinoja asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen.

Opinnäytetyöllä saatiin vastauksia kysymyksiin millainen on hyvä kuntoutumissuunnitelma, mitkä tekijät ovat merkityksellisiä ikääntyvän toimintakyvyn säilymisessä, millä näyttöön perustuvilla keinoilla ikääntyvän toimintakykyä voidaan tukea ja miten asiakas saadaan osalliseksi oman toimintakykynsä ylläpitämiseen / parantamiseen.

Opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta. Työ sisältää opinnäytetyöraportin sekä tuotoksena kuntoutumiskansion. Raportti sisältää teoriaosuuden johon on koottu näyttöön perustuvaa tutkimustietoa sekä kansallisia että kansainvälisiä suosituksia ikääntyvän toimintakyvyn tukemiseksi kuntoutuksen keinoin. Teoriaa on haettu asiakaslähtöisyydestä asiakkaan sitoutumisen vahvistamiseksi. Raportissa esitellään myös kuntoutumiskansion tuoteistamisprosessi. Kuntoutumiskansio sisältää asiakkaan kuntoutumissuunnitelman, päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen seurannan, asiakkaalle laaditut henkilökohtaiset harjoitteet, proteiini- ja d-vitamiinisuositukset sekä harjoituspäiväkirjan.

Opinnäytetyö sekä kuntoutumiskansio sijoitetaan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin intranettiin koko henkilöstön käyttöön.

Asiasanat: ikääntyvä, fyysinen toimintakyky, kuntoutumissuunnitelma, kotikuntoutus, fyysisen toimintakyvyn tukeminen, toimintakykyä tukeva kotihoito, asiakaslähtöisyys

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

Kokkinen Maija & Lehmus Riikka

Rehabilitation portfolio for supporting
the everyday life of patients.

From assessing functional ability to
customer-oriented rehabilitation in South
Karelian Social and Health Care District.

Bachelor's Thesis in Physiotherapy, 55 pages, 7 appendices

Spring 2014

ABSTRACT

The aim of this thesis was to plan and produce a rehabilitation portfolio to be used at Eksote (South Karelia Social and Health Care District) for rehabilitation at home. Furthermore, the aim was to develop rehabilitative home care and provide the nurses, practical nurses and practical nurses in charge of rehabilitation with the means of assessing and supporting the ability.

The thesis brought answers to the following questions: what is a good rehabilitation plan like, what issues are significant in maintaining the functional ability of the elderly people, what kind of measures can be taken to support the ability and what can be done to involve the patients to take an active part in sustaining and improving their own functional ability.

The thesis consists of two parts: a thesis report and a rehabilitation portfolio. The report consists of a theoretical part including evidence based research information as well as national and international recommendations for supporting functional capacity of the elderly by means of rehabilitation. The theoretical part is also client-based in order to strengthen their commitment to the process. The report also introduces the productization process of the rehabilitation portfolio. The rehabilitation portfolio includes the following documents: client's rehabilitation program, the follow-up of coping with daily routines, individual exercises for the client, recommendations for protein and vitamin-D supplements and an exercise diary.

This thesis together with the rehabilitation portfolio will be uploaded to the Intranet of Eksote for the use of the whole staff.

Key words: aging, physical functioning, rehabilitation plan, home rehabilitation, the support of physical functioning, rehabilitative homecare, customer-oriented

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYMINEN JA TOIMINTAKYKY	3
2.1	Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen	5
2.2	Fyysinen toimintakyky	6
2.2.1	Lihaskoiva	6
2.2.2	Tasapaino	8
2.2.3	Liikkuminen ja kävely	9
2.3	Ravitsemus	10
2.4	Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky	11
3	KUNTOUTUS KOTONA SELVIITYMISEN APUNA	13
3.1	Kotikuntoutus	13
3.2	Moniammatillinen yhteistyö	14
3.3	Toimintakykyä ja kuntoutumista tukeva työtap	15
3.4	Asiakaslähtöisyys ja toimijuus	16
4	IKÄÄNTYVÄN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN KUNTOUTUMISSUUNNITELMAN AVULLA	19
4.1	Päivittäisten toimintojen arviointi	20
4.2	Fyysisen toimintakyvyn arviointi	20
4.3	SPPB-testi	21
4.4	Lihaskoimaharjoittelu	23
4.5	Tasapainoharjoittelu	24
4.6	Ravitsemussuositukset	24
4.7	Ulkoilusuositukset	26
5	KUNTOUTUSPAINOTTEISEN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN ETELÄ-KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRISSÄ	27
5.1	Eksoten kotihoidon asiakkaaksi	28
5.2	Asiakkaan toimintakykyä tukeva kotihoito Eksotessa	29
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	32
7	KUNTOUTUMISKANSION TUOTTEISTAMISPROSESSI	33
7.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen	33
7.2	Ideavaihe	34
7.3	Luonnosteluvaihe	34

7.4	Kehittely	35
7.5	Viimeistely	36
8	KUNTOUTUMISKANSIO	39
9	POHDINTA	40
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	56

LYHENNELUETTELO

AADL	Vaativat päivittäiset toiminnot
ADL	Päivittäiset toiminnot
EKSOTE	Etelä-karjalan sosiaali- ja terveystoimisto
IADL	Välineelliset päivittäiset toiminnot
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
PADL	Päivittäiset perustoiminnot
PROMO-ohjelma	Promoting Mobility After Hip Fracture
PREHAB-ohjelma	A Prehabilitation program for physically frail community-living older persons
SPPB	Short Physical Performance Battery

1 JOHDANTO

Väestö ikääntyy Suomessa kovaa vauhtia lisäten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Eliniän pidentyminen tarkoittaa usein toimintakyvyn alentumista elinkaaren viimeisinä vuosina ja sen seurauksena ulkoisen avun tarve yleensä kasvaa. Elämänlaadun turvaamiseksi ja palvelujen riittävyyden kattamiseksi kuntien on tarjottava koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat että vaikuttavat palvelut.

Ikääntyneen väestön hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen saantia turvataan uudella lainsäädännöllä, joka tuli voimaan 1.7.2013. Vanhuspalvelulain (980/2012) tavoitteena on tukea ikääntyneiden hyvinvointia, osallisuutta sekä voimavaroja. Varhaisen puuttumisen avulla halutaan edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista ja ehkäistä toimintakyvyn alenemista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

Väestön ikääntyminen haastaa myös kuntoutusta lähitulevaisuudessa. Vaikka ikääntyneet ovat toimintakyvyltään koko ajan paremmassa kunnossa, yleistyvät pitkäaikaissairaudet sekä toiminnalliset rajoitteet väestön vanhetessa. Tämän vuoksi tarvitsemme enemmän kuntoutuspalveluita sekä kuntoutusta tukevaa ohjausta. Näillä keinoilla voimme vähentää ikääntymiseen liittyvää hoivan ja hoidon tarvetta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 13.)

Kuntoutus on ihmisen arjen toimintaedellytysten tukemista ja järjestämistä sisältäen mm. neuvontaa, terapiaa, koulutusta, apuvälinepalveluja sekä asunnonmuutostöitä. Kuntoutuksen tavoitteena on mahdollistaa itsenäinen toimintakyvyn ja työkyvyn parantuminen ja mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteissa. Kuntoutujan omalla ja hänen läheistensä toiminnalla on kuntoutuksessa keskeinen osuus. (STM 2013; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 64.)

Hyvän ikääntymisen turvaamisen ja palvelujen parantamisen laatusuosituksen (STM 2013) mukaan kuntoutus on saatava osaksi kaikkea palvelua. Se tulee toteuttaa oikea-aikaisesti hyödyntäen iäkkäiden kuntoutukseen perehtyneitä ammattilaisia. Kuntoutus täytyy turvata erityisesti asiakkaan siirtymien

yhteydessä, kuten hänen kotiutuessaan sairaalasta. Sairaalassa tapahtuvan kuntoutuksen lisäksi kuntoutustarvetta tulee arvioida ja toteuttaa toipilasaikana kotona. (STM 2013; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 33.)

Väestön ikääntymisen tuomiin kustannuspaineisiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos (Eksote) vastaa mm. tekemällä suurta rakennemuutosta.

Rakennemuutoksessa lakkautetaan vuodeosastoja ja siirretään painopistettä vahvasti kotiin tuotettaviin palveluihin sekä palveluasumiseen. Myös kuntoutuksen merkitystä ja roolia on korostettu lisäämällä resursseja etenkin ikääntyneiden sairaala- ja kotikuntoutukseen. Muutosten taustalla on myös uusi vanhuspalvelulaki, jossa ikääntyneen kotona asumista on tuettava kuntoutuksen ja muiden kotiin annettavien palveluiden keinoin.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja tuottaa kuntoutumiskansio osaksi Eksoten kotikuntoutuksen kehittämisprosessia. Kansio on tarkoitettu kotihoidon asiakkaalle ja hoitohenkilökunnan käyttöön. Se sisältää asiakkaan fyysisen toimintakyvyn arvioinnin, kuntoutumissuunnitelman, suosituksia ja ohjeita fyysisen toimintakyvyn tukemiseen sekä kuntoutumisen toteuttamiseen. Työssä käytettävät suositukset perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin sekä tutkimusnäyttöihin.

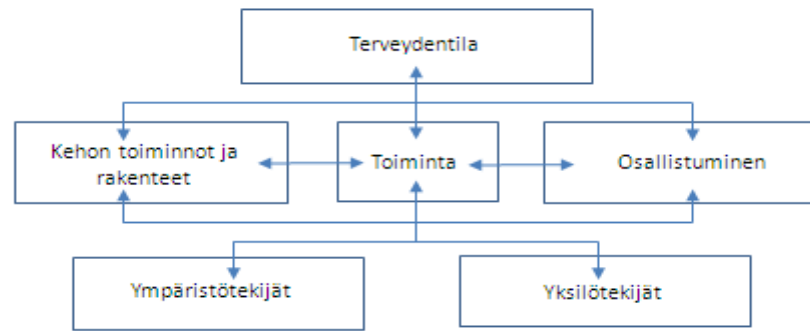
Työn ajankohtaisuutta korostaa valtakunnallinen vanhustyön kehittämistarve sekä sen tueksi toimeenpantu vanhuspalvelulaki. Lain vaatimukset ja ikääntyvien palveluiden laatusuositukset ohjeistavat asiakkaan osallisuuden ja toimijuuden toteutumiseen palvelujärjestelmässä. Työn tarkoituksena oli kehittää toimintakykyä tukevaa kotihoitoa ja antaa hoitajille sekä työpaikkakoulutetuille kuntoutumisvastaaville keinoja asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. Toimintakykyä tukevalla kotihoidolla on mahdollista vaikuttaa asiakkaan elämänlaatuun ylläpitämällä hänen itsenäistä suoriutumistaan. Hoidon tarpeen vähetessä myös ulkopuolisen avun tarve vähenee ja kustannukset laskevat.

2 IKÄÄNTYMINEN JA TOIMINTAKYKY

Ikääntyneen toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisen, kognitiivisen, emotionaalisen toiminnan sekä päivittäisten toimintojen kautta (Tilvis 2008, 282). Vanhenemisprosessit, iän mukana lisääntyvä sairastavuus ja elämäntavan muutokset alentavat toimintakykyä vähittäin sekä lisäävät siten toiminnanvajausta ja avun tarvetta (Heikkinen 2005).

Toiminnan vajaus (disability) tarkoittaa yksilön kykyjen ja ympäristön välistä epätasapainoa. Tunnusomaista sille on vaikeus suoriutua erilaisista arjen sujumiselle keskeisistä tehtävistä, kuten ostoksista tai kotitöistä. (Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 286.) Myös Pitkälä, Valvanne ja Huusko (2010, 439) toteavat toiminnan vajauksen syntyvän silloin, kun ympäristön asettamat vaatimukset ovat korkeammat kuin ihmisen kyky suoriutua niistä henkisesti tai fyysisesti.

ICF-luokitus kuvio 1; (International Classification of Functioning, Disability and Health) on WHO:n ajanmukainen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF kuvaa sairauksien ja vammojen vaikutuksia yksilön elämässä (real life experience). Luokitus antaa kokonaisvaltaisen näkemyksen ihmisen pärjäämisestä ja hänelle tärkeistä arjen toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää ja toimii. (Anttila 2013.)



KUVIO 1. ICF-luokitus (Anttila, 2013)

Geriatrissa ikääntyneen toimintakyky nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ulottuvuutena. Siihen vaikuttavat yksilö itse, hänen elintapansa, sosiaalinen ja kulttuurinen järjestelmä sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Iäkäs ihminen voi aktiivisena toimijana sopeutua toiminnan vajauksiin ja sen aiheuttamiin haittoihin esim. harjoittelemalla, muokkaamalla tarpeitaan tai apuvälineiden avulla. (Pitkälä ym. 2010, 439 - 440.)

Toimintakyvyn alenemisen johdosta palvelujen tarve näyttäisi kasvavan 75 vuoden iässä merkittävästi. Siihen vaikuttavat sekä yksilön ominaisuudet, kyvyt ja tavoitteet että asuin- ja elinympäristön asettamat vaatimukset ja toimintaedellytykset. Hyvinvoinnin ja terveyden muotoutumiseen vaikuttavat merkittävästi elämänkulun yksilölliset vaiheet. Noin joka neljäs 75-vuotias henkilö tarvitsee säännöllisiä palveluja, kuten kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai ympärivuorokautista hoivaa. (STM 2011.)

Toimintakyvyn kehittyminen riippuu siitä, kuinka paljon kykyjä käytetään tai harjoitetaan. Jos toimintakykyä ei käytetä, sen osa-alueet eivät kehity tai ne heikkenevät, kun taas käytettäessä osa-alueet säilyvät tai kohenevat. (Koskinen, Martelin & Sainio 2006, 256.) Cassel (2002, 2333) sanoo: ”Use it or lose it”. Vähäisenkin liikkumiskyvyn avulla on mahdollista kokonaan tai osittain toteuttaa sitä, mikä on elämässä mielekästä. Kotihoidossa se voi olla kukkien kastelua,

ruuan laittamista tai pölyjen pyyhkimistä. Ihmisten itsekunnioitus ja elämäntarkoituksen tunne säilyvät, kun he pystyvät tekemään pieniäkin asioita sairauksista tai toiminnan vajavuuksista huolimatta. (Karvinen 2010, 136 - 137.)

Vanhusten seuranta tutkimuksilla on voitu osoittaa lievien toimintakyvyn häiriöiden nopea pahentuminen. Siksi ikääntyneet, joilla esiintyy toimintakyvyn alkavia häiriöitä, pitäisi olla keskeinen kohderyhmä interventioita toteutettaessa. (Strandberg & Tilvis 2010, 434). Toisaalta Bonsdorf (2009, 77) toteaa väitöskirjassaan, että vanhanakin aloitettu fyysinen aktiivisuus vähentää laitoshoidon tarvetta myöhemmällä iällä.

2.1 Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen

Vanhenemisen ja rappeuttavien pitkäaikaissairauksien myötä ikääntyvän toimintakyky voi heikentyä, mikä ilmenee erilaisina päivittäisten toimintojen suorittamisen vaikeuksina (Pitkälä ym. 2010, 438). Laukkanen (2008b, 270) toteaa, että mitä enemmän päivittäisten toimintojen vaikeuksia ilmenee, sitä enemmän pitkäaikaishoidon ja vanhainkotiasumisen tarve kasvaa.

Päivittäiset toiminnot (ADL) jaetaan kolmeen eri ryhmään. Vaativat päivittäiset toiminnot (AADL) kuten kutsujen järjestäminen, aktiivinen liikkuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen. Välinetoiminnot (IADL) ovat taas taloustöitä, kaupassa käyntiä, autolla ajoa sekä esim. lääkkeiden ja puhelimen käyttöä. Päivittäisiksi perustoiminnoiksi (BADL) kutsutaan kävelyä, kylpemistä, sängystä ja tuolista siirtymistä, pukeutumista sekä wc:ssä käymistä ja syömistä. Vanhenemiseen liittyy edellä mainittujen toimintojen heikkenemistä yleensä edellä luetellussa järjestyksessä. (Pitkälä ym. 2010, 438 - 439.)

Päivittäisiä toimintoja (PADL) ja asioiden hoitamista (IADL) voidaan arvioida eri menetelmin. Päivittäisten toimintojen osalta ne kartoittavat perustoimintoja kuten henkilökohtaisesta hygieniasta tai sisällä ja ulkona liikkumisesta selviytymistä. Asioiden hoitamiseen liittyy mm. lääkkeistä huolehtiminen, ruuan valmistaminen sekä kodin ulkopuolinen asioiminen. (Laukkanen 2008a, 294.)

2.2 Fyysinen toimintakyky

Perinteisesti toimintakyky jaetaan fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan elimistön kykyä selviytyä toiminnallista, fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä, jotka sille on asetettu. Fyysinen toimintakyky perustuu sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön että tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan. ICF-luokituksen perusteella fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat ruumiin toiminnot ja rakenteet sekä niissä esiintyvät joko tilapäiset tai pysyvät ongelmat. (WHO 2004, 4.) Rantanen (2008, 324) toteaa, että lihasvoima, hapenotto- ja tasapaino sekä koordinaatio ja nivelliikkuvuus ja kehon koostumus ovat fyysisen toimintakyvyn keskeisimpiä osatekijöitä.

Sairaudet saattavat vaikuttaa suoraan tiettyihin elinjärjestelmiin tai välillisesti niin, että sairauden aikainen lepo ja siitä johtuva liikunnan määrän vähentyminen aiheuttavat fyysisen kunnan elinjärjestelmien heikkenemisen (impairment). Suomessa impairment on käännetty toiminnan vajauksia kuvaavissa malleissa ”fysiologiseksi vaurioksi”. Functional limitation taas tarkoittaa elinjärjestelmien heikkenemisestä johtuvia toiminnan rajoituksia, kuten kävelyn ja portaissa liikkumisen hidastumista. (Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 286 - 287.)

2.2.1 Lihasvoima

Ihmisen ikääntyessä luurankolihasien lihassolujen kato ja pienentyminen vaikuttavat keskeisesti fyysiseen suorituskäyttöön. Siitä johtuen myös lihasmassa pienenee ja vaikuttaa siltä osin henkilön kestävyyskuuntoon ja maksimaaliseen hapenkulutukseen heikentävästi. (Kallinen 2008, 120–121.) Tilviksen (2010) mukaan sekä nopeat (I tyyppi) että hitaat (II tyyppi) lihassäikeet vähenevät, lihaskimppujen väliset sidekudoskalvot paksunevat ja niiden väleihin kertyy rasvaa. Lihassäikeiden paksuus riippuu kaikkina ikäkausina lihasten käyttöasteesta. Täydessä levossa lihakset voivat surkastua jopa 2% vuorokausivauhdilla. (Tilvis 2010, 24; kuvio 2.)

-
1. Lihasmassa vähenee ja lihasten poikkipinta-ala pienenee.
 2. Rasvan ja sidekudoksen määrä lihaksessa lisääntyy.
 3. Tyypin II lihassolujen koko pienenee, tyypin I soluissa ei muutosta.
 4. Tyypin II lihassolut vähenevät.
 5. Tyypin I lihassolut vähenevät.
 6. Motoristen yksikköjen väheneminen
-

KUVIO 2. Tärkeimmät ikääntymisen aiheuttamat anatomiset muutokset lihas-
kudoksessa. (Mukailtu Kamel 2003)

Lihassoiman alentuminen voi tuoda suuria vaikeuksia ikääntyvän toimintakykyyn ja päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Liikkumiskyvyn taantumisen taustalla on usein lihasheikkous. (Timonen & Rantanen 2003, 3303.)

Lihassoima on parhaimmillaan 20–30-vuotiaana, eikä se siitä kovinkaan muutu 50 ikävuoteen mennessä. Siitä eteenpäin lihassoima heikkenee noin prosentin vuodessa 65-vuotiaaksi asti, jolloin lihassoima heikentyminen kiihtyy, n. 1,5–2 % vuodessa. (Sipilä 2008, 91 - 92; Sipilä, Rantanen & Tiainen 2008, 113.) Noin 80 vuoden iässä lihassoima on yleensä alentunut niin, että se heikentää toimintakykyä (Rantanen 2005, 200). Lisäksi useat vanhuusiän sairaudet, kuten diabetes, nivelrikko, sepelvaltimotauti ja krooniset ahtauttavat keuhkosairaudet vaikuttavat nopeuttavasti lihassoiman heikkenemiseen (Timonen & Rantanen 2003, 3303.) Myös Sipilän mukaan (2008, 91 - 92) lihassoiman heikkenemiseen vaikuttaa usein monet seikat, joita ovat krooniset sairaudet, vammat ja vaivat, aliravitsemus, hormonaaliset muutokset, fyysisen aktiivisuuden vähentyminen sekä hermolihasjärjestelmän ikääntymismuutokset.

Eräs syy lihassoiman alentumiseen ikääntyvillä on sarkopenia, jolla tarkoitetaan lihaskudoksen korvautumista rasvakudoksella. Iäkkäällä ihmisellä lihaskudosta

voi olla jopa vain puolet lihaksen poikkipinta-alasta, loppu muodostuu sitten rasva- ja sidekudoksesta. Liikehermosolujen määrän väheneminen ja nopeiden lihassolujen koon pieneneminen liittyy usein sarkopeniaan, mutta taustalla on usein monia muitakin syitä kuten hormonitasojen laskua sekä lisääntyneeseen rasvan määrään liittyvää insuliini-resistenssiä. (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2008, 113.) Tilviksen (2010, 26) mukaan sarkopenian ehkäisy on vanhusväestön terveyden kannalta keskeistä, koska sarkopenisten vanhusten on vaikeampi toipua sairauksista.

Koko aikuisiän ajan naisilla on 30–40 % vähäisemmät lihasvoimat kuin miehillä, ja siksi liikunta- ja toimintakyvyn ongelmat korostuvat erityisesti heillä. Erään tutkimuksen mukaan lihasheikkous naisilla on selvempi jaloissa kuin käsivarsien lihaksissa. Miehillä taas lihasvoimien lasku on samanlaista sekä käsien että jalkojen osalta. (Timonen & Rantanen 2003, 3303.)

2.2.2 Tasapaino

Yli 65-vuotiaista kolmannes kaatuu vähintään kerran vuodessa. Joka toinen kaatuminen johtaa jonkinasteiseen vammaan. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä myös kaatumisvammojen ennustetaan yleistyvän. (Karinkanta, Piirtola, Sievänen, Uusi-Rasi & Kannus 2010.) Pitkäsen (2011) mukaan yli neljän lääkkeen yhtäaikainen käyttö on keskeinen kaatumisen riskitekijä iäkkäillä. Kaatumisriskiä lisäävät etenkin uni- ja masennuslääkkeet sekä monen usean samanaikaisesti käytettävän lääkkeen yhteisvaikutus. Kipulääkkeet altistavat myös kaatumiselle. (Pitkänen 2011, 38.) Kearneyn, Rowan, Gladman, Lincoln ja Masud (2013, 32 - 33) toteavat, että toiminnanohjauksen heikentyminen on yhteydessä sekä kaatumisiin, että askelnopeuden alentumiseen ikääntyneillä.

Tasapainon ylläpitäminen vaatii useiden eri aistijärjestelmien yhteistyötä. Ikääntyessä tasapainoaisti, näköaisti, keskushermosto ja hermolihasjärjestelmän toiminta heikkenevät. Tämä on tasapainon säilyttämisen kannalta haastavaa, koska sen johdosta kaatumistapaturmien riski kasvaa. Tasapainon heikkenemisen taustalla voi olla myös monenlaisia sairauksia sekä lihasvoiman alentumista. (Era

1997, 54 - 55.) Pitkäsen (2011, 37) mukaan ikääntyessä sisäkorvan tasapainoelinten häiriöt lisääntyvät. Esimerkkejä häiriöstä ovat kiertoahuimaus ja hyvänlaatuinen asentoahuimaus.

Liikkuminen, lihasvoiman ohella, edellyttää riittävää tasapainoa. Tasapainon heikkeneminen ilmeisesti aiheuttaa suuren osan iän myötä kävelyssä tapahtuvista muutoksista, kuten kävelynopeuden hidastuminen ja askelten lyheneminen. Kun askelpituus pienenee ja kävelyvauhti hidastuu, on tasapainon menettämisen vaara äkillisissä tilanteissa pienempi, koska tukipinta-ala on suurempi kuin nopeasti kävellessä ja aikaa reagoimiseen jää enemmän. Hyvän lihasvoiman avulla pystytään kompensoimaan tilannetta ja alentamaan liikkumisvaikeuksien riskiä. (Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 287.) Myös Pitkänen (2011, 37 - 38) toteaa, että reaktioaika hidastuu, jonka johdosta korjaustoiminnot sekä asennon muutokseen liittyvät tasapainon säätelytoiminnot hidastuvat. Tasapainon hallinta on liikuntakyvyn edellytys ja iäkkäiden itsensä mielestä tasapainon ongelmat ovat yleisimpiä arkielämää haittaavia rajoitteita ja kaatumisen vaaraa lisää heikentynyt asennon hallinta (Rantanen 2008, 328.)

2.2.3 Liikkuminen ja kävely

Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan tarve on ollut aina olennaista kaikenikäisille ihmisille. Sen terveyshyötyinä tunnetaan kroonisten sairauksien ja liikkumiskyvyn menetyksen ennaltaehkäisy sekä yhteisöllisen riippumattomuuden säilyminen. Tämän vuoksi ikääntyviä ihmisiä täytyy rohkaista säilyttämään ja hyväksymään aktiivinen elämäntapa. (Rantakokko, Iwarsson, Hirvensalo, Leinonen, Heikkinen & Rantanen 2010, 707 - 711.)

Tutkimuksessaan Rantakokko ym. (2010) selvittivät, mitkä yksilölliset ja ympäristötekijät korreloivat ja ennustivat tyydyttymättömän fyysisen aktiivisuuden kehittymistä. Lopputuloksena he totesivat, että fyysisen aktiivisuuden tarpeen tyydyttämättömyys on yleistä kotona asuvilla, erityisesti terveyden ja liikkumisen ongelmista kärsivillä ikääntyvillä ihmisillä. Näillä henkilöillä oli usein ongelmia ja esteitä lähiympäristössään. 67 % heistä oli halukkaita lisäämään fyysistä aktiivisuuttaan, mutta 14 % :lla ei ollut mahdollisuutta sen toteuttamiseen. Tuloksista voidaan päätellä, että negatiiviset

ympäristötekijät lisäävät riskiä liikkumisen vähenemiseen niillä, joilla liikkumiskyky on jo alkanut alentua. (Rantakokko ym. 2010, 707 - 711.)

Kun ihminen ikääntyy, kävely muuttuu yksilöllisesti. Siihen vaikuttavat normaalit vanhenemismuutokset, sairaudet, fyysisen aktiivisuuden vähentyminen sekä muutokset kognitiivisessa toiminnassa. Kävelyvaikeudet lisääntyvät usein 60 - 70 vuotiaana ja niitä esiintyy joka neljännellä yli 75-vuotiaalla. Ikääntyessä kävelyvauhti hidastuu ja askelpituus lyhenee. Kävely muuttuu tasatahtiseksi, jalkapohja alustalla -tyyppiseksi, kipittäväksi tai laahaavaksi. (Saarikoski, Stolt & Liukkonen 2013.)

Yli 65-vuotiaiden kotona asuvien henkilöiden kävelynopeus on yhteydessä heidän hengissä säilymiseensä. Tutkijoiden mukaan kävelynopeus voisi olla yksinkertainen ja hyväksyttävä muuttuja kertomaan iäkkään terveydestä. (Studenski, Perera, Patel, Rosano, Faulkner, Inzitari, Brash, Chandler, Cawthon, Connor, Nevitt, Visser, Kritchevsky, Badinelli, Harris, Newman, Cauley, Ferrucci & Guralnik 2011, 93 - 94.)

2.3 Ravitseminen

Ihminen ikääntyy yksilöllisesti. Liikunnan määrän vähentyessä usein myös ruokahalu heikkenee. Sairaudet heikentävät hyvin todennäköisesti ikääntyvän toimintakykyä ja liikkumisen suhteen tullaan varovaisemmiksi. Ulkoillaan entistä vähemmän, jolloin energiankulutuksen ja ravinnonsaannin vähenemisen lisäksi usein myös D-vitamiinin saanti sekä ravinnosta että auringosta vähenee. Vähenevä energian- ja proteiinin saanti kiihdyttää lihaskatoa sekä osaltaan lisää tulehdusriskiä. Arjen askareista yleensä kaupassa käynti ja ostosten teko vaikeutuvat, jolloin ruokavalion laatu heikkenee. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.) Myös Bauer, Biolo, Cederholm, Cesari, Cruz-Jentoft, Morly, Phillips, Sieber, Steehle, Teta, Visvanathan, Volpi ja Boirie (2013, 544) toteavat, että riittämätön proteiinin saanti voi lisätä riskiä ikään liittyviin ongelmiin kuten sarkopenia, osteoporoosi sekä alentunut immuunivaste.

Myös Suomisen ja Pitkälän (2010, 350 - 352) mukaan hyvä ravitseminen vaikuttaa kiinteästi ikääntyneiden toimintakykyyn ja terveydentilaan sekä ehkäisee

sairauksia ja niihin liittyviä komplikaatioita. Sundell (2011, 340) toteaa, että sarkopenian ehkäisyssä on keskeistä lihasvoimaharjoittelun ohella iäkkäiden riittävä ja laadukas energiapitoinen ruokavalio, joka sisältää riittävästi proteiineja yhdistettynä lihasvoimaharjoitteluun.

Liian vähäinen proteiinin määrä ravinnossa johtaa iäkkäillä lihaskudoksen vähenemiseen ja liikkumiskyvyn heikkenemiseen lisäten näin kaatumisalttiutta. Riittämätön proteiinin saanti johtaa lihasvoima- ja liikuntaharjoittelun tehottomuuteen. Myös liian vähäinen d-vitamiinitaso elimistössä vaikuttaa haitallisesti tuki- ja liikuntaelimistön rakenteeseen, sen toimintaan sekä hermoston ja aivojen terveyteen lisäten iäkkäillä kaatumis- ja murtumavaaraa (Pajala 2012, 41 - 43).

Ikääntymisen myötä ihmisen energiankulutus usein pienenee, koska liikkuminen vähentyy ja lihasmassan määrä pienenee. Tavallisesti myös syödyn ruoan määrä vähenee, jolloin proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti saattaa jäädä niiden tarvetta pienemmäksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14.) Suomisen (2008a, 467) mukaan kuitenkin paljon liikkuva ikäihminen kuluttaa energiaa lähes yhtä paljon kuin nuorempikin.

2.4 Psykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

Laukkasen (2008b, 261) mukaan toimintakyky vaikuttaa laajasti ikäihmisen arjen hyvinvointiin, ja sitä tarkasteltaessa tulisikin ottaa huomioon myös muut osatekijät, kuin ainoastaan fyysinen toimintakyky ja vanhenemisen mukanaan tuomat sairaudet. Psykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suorittaa älyllisiä ja henkisiä ponnisteluja. Sosiaalinen toimintakyky taas muodostuu sosiaalisista kyvyistä sekä taidoista ja sitä mitataan ikääntyvän osallistumisen määränä. (Nummijoki 2009, 90 - 91.)

Toimintakykyyn liittyvät keskeisesti mm. myös yksilön oma identiteetti, elinympäristön määrittelemät normit sekä historiallinen aika, jossa ikäihminen elää. Nämä tekijät muodostavat yhdessä kontekstin, josta käsin yksilö arvioi omaa toimintaansa. (Laukkanen 2008b, 261.)

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu ikäihmisen valmiuksista elää toisten ihmisten kanssa ja yhteiskunnan jäsenenä, eli kyvystä toimiviin vuorovaikutussuhteisiin ja toimimiseen erilaisten yhteisöjen jäsenenä eli aktiivisena toimijana. Siihen liittyvät Elorannan ja Punkasen (2008, 17) mukaan läheiset ihmissuhteet, sosiaalisten suhteiden onnistuminen ja ylipäättään elämän kokeminen tyydyttäväksi ja mielekkääksi.

Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttaa fyysisen toimintakyvyn ohella myös psyykinen toimintakyky, mm. ikäihmisen mielenterveys, psyykkiset voimavarat ja henkinen hyvinvointi. Hyvän psyykkisen toimintakyvyn omaava, elämänsä tyytyväinen ja henkisesti riittävän tasapainoinen ikäihminen kykenee vanhuusiässäkin suoriutumaan sosiaalisista rooleistaan ja suhteistaan niin halutessaan. Usein vanhetessa yleinen sosiaalisuus vähenee ja sisäänpäin kääntyneisyys korostuu ikäihmisten antaessa ikään kuin tilaa nuoremmille sukupolville (Eloranta & Punkanen 2008, 13.) Pitkälä, Eloniemi-Sulkava, Huusko, Laakkonen, Pietilä, Raivio, Routasalo, Saarenheimo, Savikko, Strandberg ja Tilvis (2007, 3853) toteavat, että ikääntyvien ihmisten yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys johtavat kognition ja toimintakyvyn heikkenemiseen, ennenaikaiseen laitostumiseen sekä ennenaikaiseen kuolemaan.

3 KUNTOUTUS KOTONA SELVIITYMISEN APUNA

Kuntoutuksella pyritään parantamaan ihmisten toimintakykyä ja edistämään työkykyä sekä sosiaalista selviytymistä. Kuntoutuksella tuetaan ihmisten ja väestöryhmien voimavaroja, selviytymistä sekä hyvinvointia arkielämässä. Nämä kaikki korostuvat etenkin elämän eri siirtymävaiheissa. Kuntoutuksella ei tarkoiteta vain yksilön oman toimintakyvyn parantamista, vaan siinä huomioidaan myös hänen toimintaympäristönsä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8 - 9.)

Geriatrisella kuntoutuksella tavoitellaan ikääntyneen omatoimisuuden ja hyvinvoinnin optimointia. Vanhus on aktiivinen toimija, ei passiivinen vastaanottaja. Kuntoutumisen onnistumisen taustalla on ikääntyneen sitoutuminen tavoitteisiin ja hänen tulee ponnistella aktiivisesti kuntoutumisen eteen. Omaisilla on tärkeä merkitys tukijoukkoina. Kuntoutuksen suunnitelmallisuuden lisäksi ikääntyneiden kuntoutuksessa korostuu jatkuvuus. (Pitkälä ym. 2010, 444.)

3.1 Kotikuntoutus

Gill, Baker, Gottschalk, Gahbauer, Carpentier, Regt ja Wallace (2003) toteuttivat tutkimuksen The PREHAB-ohjelmasta. Sen kohderyhmänä olivat yli 75-vuotiaat, toimintakyvyltään heikentyneet ja hauraat henkilöt, joilla ei ollut traumaa tai muuta äkillistä toimintakyvyn laskua. Interventiolla pyrittiin lisäämään kotona asuvien toimintakyvyn reserviä. Jokaisella osallistujalla oli yksilöllisesti suunniteltu kotiharjoitusohjelma, jota fysioterapeutti toteutti. Ohjelma sisälsi keskimäärin 16 kotikäyntiä. Ohjelma oli nousujohteinen, voimaa, tasapainoa ja liikkuvuutta kehittävä. Käynneillä harjoiteltiin kotona ja ulkona liikkumista sekä siirtymisiä. Lisäksi huomioitiin apuvälineiden sekä ympäristön muutoksen tarve. Tutkimuksen lopputuloksena todettiin ohjelman olevan vaikuttava ehkäistäessä ADL-toimintojen alenemista. (Gill ym, 2003, 394–404.)

ProMo-ohjelmassa taas tutkittiin vuoden kestävän kotikuntoutusohjelman vaikuttavuutta liikkumiskykyyn lonkkamurtuman jälkeen. Ohjelma sisälsi yksilöllisesti suunnitellun kotiharjoitusohjelman. Kotikäyntejä oli 5 - 6 ensimmäisen puolen vuoden aikana. Käynnit sisälsivät PREHAB-ohjelman tapaan nousujohteisen, voimaa, tasapainoa ja liikkuvuutta kehittävän harjoitusohjelman.

Sen lisäksi harjoiteltiin liikkumista sisällä ja ulkona sekä siirtymisiä. ProMo-ohjelma sisälsi PREHAB ohjelmasta poiketen liikuntaneuvontaa, kivunhallintaa sekä ohjeistusta kipulääkkeiden käyttöön. ProMo-ohjelman tuloksena vuoden seurannan jälkeen yli 60-vuotiaiden lonkkamurtumapotilaiden liikkumiskyky palautui tapaturmaa edeltävälle tasolle. Kotihoidon tarpeessa ja toimintakyvyssä nähtiin myös suotuisia vaikutuksia. (Sipilä, Salpakoski, Edgren, Heinonen, Kauppinen, Arkela-Kautiainen, Sihvonen, Pesola, Rantanen & Kallinen 2011, 1 - 10.)

Niemelä (2011) toteaa väitöskirjassaan, että kotikuntoutuksella saatiin positiivisia vaikutuksia; osallistujien liikkumisvaikeudet vähenivät sekä elämänlaadun ja terveyden koettiin parantuneen. Tutkimuksessa kotikuntoutus toteutettiin noin vuoden mittaisena interventiona. Interventio käynnistyi kotikuntoutumisavustajan ja hänen työtään ohjaavan fysioterapeutin yhteisellä kotikäynnillä.

Kotikuntoutumisavustaja toteutti kuntoutusta säännöllisesti kerran viikossa kymmenen viikon ajan ja joka toinen viikko 40 viikon ajan. Harjoittelu sisälsi kestävyys-, tasapaino- ja alaraajojen lihasvoimaharjoittelua. Ohjattujen kertojen lisäksi osallistujia kannustettiin omatoimiseen harjoitteluun vähintään kolme kertaa viikossa. Tutkimustuloksissa erot verrokkiryhmään nähden jäivät kuitenkin vähäisiksi fyysisessä suorituskyvyssä. Syiksi tulokseen Niemelä arvelee mm. kuntoutumisavustajien osaamisen riittämättömyyden sekä ohjauksen vähyyden ja nousujohteisuuden puutteen. (Niemelä 2011, 64 - 68.)

Stranberg ja Tilvis (2010) toteavat kuitenkin seurantatutkimusten osoittaneen, että vanhusten lievä toimintakyvyn häiriö pahenee nopeasti ja siksi juuri he ovat keskeinen interventiodien kohderyhmä. Vanhuksen päivittäisen arjen pitäisi sisältää kävelyä, kyykistymisiä, porrasharjoittelua sekä monipuolisia yläraajojen toimintoja, jotka ehkäisevät ulkopuolisen avun tarvetta. Liikunnan pitäisi olla mielekästä ja sen tulisi tarjota virikkeitä. (Strandberg & Tilvis 2010, 431 - 435.)

3.2 Moniammatillinen yhteistyö

Iäkkäiden potilaiden hyvä elämänlaatu ja hyvinvointi taataan parhaiten moniammatillisella yhteistyöllä. Hyvä moniammatillinen yhteistyö rakentuu vuorovaikutuksen ja yhteisesti sovittujen tavoitteiden kautta. (Heikkinen 2008,

453.) Moniammatillinen katsantokanta antaa mahdollisuuden tarkastella asiakkaan toimintakykyä ja sen vajeita monipuolisesti sekä tunnistaa kuntoutumismahdollisuuden. Näin moniammatillinen osaaminen ja resurssit kohdentuvat mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. (Vähäkangas 2010, 96.) Pitkälän ym. mukaan moniammatillinen tiimityö nousee keskeiseksi geriatriassa kuntoutuksessa. Kuntoutus on pitkäjänteistä ja suunnitelmallista hyödyntäen monialaisuutta ja monipuolisia menetelmiä. (Pitkälä ym. 2010, 438.)

Parhaat tulokset toimintakyvyn ja terveyden laaja-alaisessa arvioissa saadaan, kun se tehdään moniammatillisessa yhteistyössä huomioiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueet. Aina ei kuitenkaan ole mahdollista käyttää eri alojen asiantuntijoita, mutta palvelujärjestelmässä toimivien täytyy tuntee toimintakyvyn arvioinnin eri osa-alueiden merkitys. Hoidon ja palvelun suunnittelu edellyttää saatujen tietojen yhteen liittämistä ja eri osa-alueiden keskinäistä ymmärtämistä. (Helin 2008, 427.)

3.3 Toimintakykyä ja kuntoutumista tukeva työtapa

Kuntouttava ja kuntoutumista tukeva työtapa kuuluu sekä toimintatapana että periaatteena tämän päivän hyvään hoitoon ja hoivaan. Kuntouttava työ perustuu siihen, että huomioidaan asiakas subjektina sekä huomioidaan hänen osallisuutensa ja vaikutusmahdollisuutensa. Vanhusten parissa työskennellessä asiakasta tuetaan ja kannustetaan itsenäiseen selviytymiseen oman toimintakykynsä sekä voimavarojensa suhteen. Tehdään yhdessä, ei puolesta ja annetaan asiakkaalle aikaa suoriutumiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.) Myös Koskinen ym. (2006, 256) korostavat kuntouttavan ja kuntoutujan itsenäisyyttä painottavaa työtettä.

Vähäkankaan mukaan (2008) toimintakykyä edistävä työote vaatii hoitajan sitoutumisen yhdessä sovittuihin suunnitelmiin ja tavoitteisiin. Se näkyy hoitajan toiminnassa valintoina, joilla hän edesauttaa ikääntynyttä henkilöä saavuttamaan parhaan mahdollisen toimintakykynsä. (Vähäkangas 2008, 153.)

Kuntoutus ja harjoittelu pitää sisältyä asiakkaan jokapäiväiseen elämään ja normaalitoimintojen yhteyteen niin pitkään kuin mahdollista. Kuntouttavassa

työotteessa koko henkilökunta osallistuu toimintakyvyn ylläpitämiseen tai varsinaiseen kuntoutukseen. Kuntouttavan työotteen kokonaisuus perustuu tietoon liikunnan ja fyysisen harjoittelun hyödyistä sekä ymmärrykseen fyysisen toimintakyvyn merkityksestä sosiaalisten suhteiden ja aktiviteettien ylläpidossa. Toimintarajoitteiden ja selviytymisen arviointi on keskeistä hoitoisuuden sijaan tai sen rinnalla. ADL-Päivittäistoimintojen lisäksi on mitattava fyysinen toimintakapasiteetti ja ohjattava sen pohjalta liikuntaan ja harjoitteluun. Tavoitteelliset harjoitteet sisällytetään hoito-ohjeeksi ja jokapäiväisen palvelun ja hoidon osaksi kaikkien ammattiryhmien työssä. Mikäli asiakas siirtyy yksiköstä toiseen, on harjoitteiden jatkuvuus taattava. Kuntoutusta tehostetaan tiettyjen sairaustilojen jälkeen. (Helin 2008, 433.)

3.4 Asiakaslähtöisyys ja toimijuus

Vanhuspalvelulain (980/2012) 1§ mukaan lain tarkoituksena on vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöön ja toteutustapaan sekä päättää niitä koskevista valinnoista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012). Ikääntymiseen vaikuttavat monet tekijät yhteiskunnallisten rakenteiden, instituutioiden sekä tapojen ja perinteiden ohella. Ikäihminen ei kuitenkaan ole passiivinen kohde tai sopeutuja, vaan aktiivinen toimija. Ikäihminen siis rakentaa omalla toiminnallaan ja valinnoillaan yksilöllistä vanhuutta, ja vaikuttaa tällä myös ympäristöönsä. (Jyrkämä 2008, 273 - 274.)

Asiakaskeskeisessä orientaatiossa esiintyy vuorovaikutustilanteita, joissa lähtökohtana on asiakkaan valinnan vapauden korostaminen sekä ajatus nähdä asiakas oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Nämä seikat ovat tärkeitä auttamistyön lähtökohtia, mutta asiakastilanteen vuorovaikutuksessa se ei saa tarkoittaa työntekijän liian varovaista ja myötäilevää asennoitumista asiakkaaseen, jolloin molempien todelliset voimavarat jäävät hyödyntämättä. (Mönkkönen 2007, 113.) Pitkälän ym. (2010, 447) mukaan positiivisen asenteen ylläpitäminen ja mahdollisuuksien luominen on kuntoutuksessa keskeistä. Iäkkäiden kuntoutus vaatii hyvää perehtymistä ihmisen elämäntilanteeseen ja –tarinaan. Oikeisiin

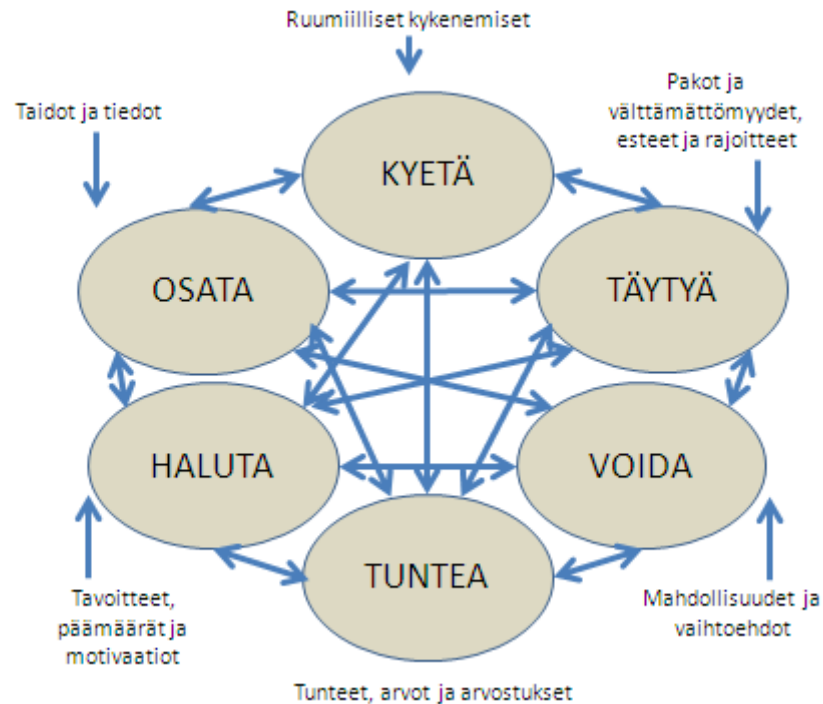
asioihin keskittymällä on mahdollista lisätä ikääntyneen motivaatiota ja elämänhalua. (Halminen 2013.)

Vikströmin (2004) mukaan vanhuspalvelujärjestelmän kehittämisen haasteena on asiakaslähtöisyys. Siinä ajatuksena on, että palvelut räätälöitäisiin yhä enemmän huomioiden vanhusten elämäntilanne ja yksilölliset tarpeet. Asiakaslähtöiset palvelut huomioivat vanhusten omat voimavarat ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuden. Palvelujärjestelmä, joka kohtaa ihmisen tarpeet, kunnioittaa yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta sekä kuulee vanhuksia, on asiakaslähtöinen. Palvelut kannustavat toimintaan, tukevat ihmisten omatoimisuutta ja omanarvontuntoa sekä rohkaisevat heitä käyttämään vahvoja puoliaan. Myös kuntoutuksen näkökulma ja ehkäisevä toiminta korostuvat palvelun myötä entistä enemmän. (Vikström 2004, 13 - 18.)

Asiakkaan nostaminen aktiiviseen rooliin asiantuntijoiden rinnalle antaa mahdollisuuden toimintojen kehittämiseksi aidosti asiakkaan tarpeista lähtien (STM 2004, 33 - 34). Asiakkaan aktiivinen rooli edellyttää ammattilaisilta luottamusta asiakkaan asiantuntemukseen omasta tilanteestaan. Vaikuttavuuden puolesta puhuu katseen kääntäminen palvelun käyttäjään toiminnan kehittämisessä. Kuntoutuksella aikaansaatuun muutokseen on todettu vaikuttavan potilaan ja omaisten osallistuminen kuntoutuksen tavoitteen asetteluun. Lisäksi riittävä tiedon saanti kuntoutumisesta, kannustaminen omatoimisuuteen arjessa ja riittävä tiedon saanti jatkohoidosta lisäävät kuntoutumisen vaikuttavuutta. (Mäntynen 2007, 117 - 123.) Myös Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen ja Autti-Rämö (2011, 229) toteavat, että päästäkseen osallistumaan ja vaikuttamaan omaan kuntoutumiseensa, asiakas tarvitsee riittävästi tietoa omasta tilanteestaan ja kuntoutuksen mahdollisuuksista.

Vanhustyön keskusliiton (2007) Geriatrisen kuntoutuksen ja tutkimuksen kehittämishankkeen tulosten mukaan asiakaslähtöisyys ja hoitoon sitoutuminen vaikuttavat vahvasti kuntoutuksen tuloksellisuuteen. Molemmat toteutuvat kuitenkin heikosti tämän päivän hoitojärjestelmissä. Asiakkaan hoitoon sitoutumista voidaan tukea silloin, kun hän toteuttaa omia tavoitteitaan ja toimintatapaansa kuntoutuksessa ja ne otetaan hyväksyvästi kuntoutussuunnitelman pohjaksi. (Vanhustyön keskusliitto 2007.)

Osata, kyetä, haluta, täytyä, voida ja tuntea ovat Jyrkämän (2007) esittämät kuusi toimijuuden ulottuvuutta. Toimijuus (kuvio 3) syntyy näiden ulottuvuuksien vuorovaikutuksessa. Ihminen törmää osaamisen, kykenemisen, täytymisen, voimisen, haluamisen ja tuntemisen vuorovaikutukselliseen dynamiikkaan arjen tilanteissa. Esim. pankkiautomaatilla käynti vaatii tiettyä osaamista ja kykenemistä sekä tahtotilaa sen käyttämiseen. (Jyrkämä, 2007, 206 - 208.)



KUVIO 3. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2008)

Sosiaali- ja terveystalveluita kehitettäessä on muistettava huomioida palveluiden käyttäjissä tapahtuvia muutoksia. Potilaasta on tullut asiakas ja asiakkuuden nähdään tulevaisuudessa muuttuvan asiakkaan aseman edelleen vahvistuessa. Tätä ei voida ohittaa sosiaali- ja terveystalveluita kehitettäessä. Asiakkuuden vahvistuminen mahdollistaa kansalaisten osaamisen ja tiedon kehittymisen, palveluiden yksilöllistyminen ja itsehoidon lisääntyminen. (Vuorenkoski, Konttinen & Sinkkonen 2008, 5 - 10.)

4 IKÄÄNTYVÄN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN KUNTOUMISSUUNNITELMAN AVULLA

Rissanen (2008) toteaa, että kuntoutussuunnitelma on kuntoutuksen toimintakenttä ja väline. Suunnitelmassa ilmenevät kuntoutujan ja kuntoutusjärjestelmän tavoitteet ja keinot kuntoutuksen linjoista. Lisäksi siinä näkyvät kuntoutuksen oikeudet ja velvoitteet. (Rissanen 2008, 625.)

Kuntoutussuunnitelmassa pitää ilmetä miten sairaus vika tai vamma vaikeuttaa selviytymistä esim. kotona. Tärkeää on arvioida vaikeuden ilmenemistä jokapäiväisessä elämässä. Suunnitelmassa näkyvät mm. kuvaus toimintakyvystä, kuntoutuksen tavoitteet sekä yhdyshenkilöt ja vastuuhenkilöt. Tarvittaessa on löydettävä perustelut omaisten ja läheisten osallistumisesta kuntoutukseen. Lisäksi suunnitelmassa näkyy laatijoiden yhteystiedot. (Kela 2013.)

Kuntoutussuunnitelmassa on määriteltävä nykytila, tavoite ja jonkin tapa saavuttaa määritelty tavoite. Kuntoutustarpeen arvioinnissa keskitytään mm. toimintakyvyn kuvaukseen, toiminnalliseen haittaan sekä sosiaaliseen tilanteeseen. (Rissanen 2008, 630.) Järvikoski ja Härkäpää (2011) toteavat, että yksinkertaisimmillaan kuntoutussuunnitelmasta ilmenevät kuntoutujan nykyisen elämäntilanteen pohjalta syntyneet kuntoutustarpeen perusteet, kuntoutukselle asetetut tavoitteet, tavoitteisiin tähtäävä toiminta toimenpiteineen sekä suunnitelma siitä, miten tilannetta seurataan. Kuntoutussuunnitelman pitää olla aina kuntoutusjärjestelmän ja asiakkaan välinen asiakirja ja asiakasyhteistyön luja perusta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 196 - 197.)

Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn ja arjen tukemisen suunnitelmasta käytämme tässä työssä määritelmää kuntoutumissuunnitelma. Se on laajalti käytössä Eksotessa. Määritelmään on Eksotessa päädytty, koska se halutaan erottaa Kelan kuntoutussuunnitelmasta. Kuntoutumissuunnitelma sisältää kuitenkin paljon kuntoutussuunnitelman elementtejä, joten tässä työssä avataan sitä kuntoutussuunnitelman määritelmien kautta.

4.1 Päivittäisten toimintojen arviointi

Eksoten kotihoidossa päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen arviointiin käytetään mm. RAI-arviointijärjestelmää. THL:n (2013a) mukaan RAI-arviointi (Recident Assessment Instrument) toimii laadukkaan hoitoprosessin tukena. RAI-arvioinnin avulla saadaan monipuolisesti tietoa asiakkaan toimintakyvystä sekä hänen voimavaroistaan että voimavaravajeistaan. (THL 2013a.)

RAI on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmän tietopohja koostuu palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä kerätystä standardoidusta tiedosta. Standardoidun tiedon käyttökelpoisuus perustuu lukuisissa maissa (myös Suomessa) validoituihin kysymyslomakkeisiin, joiden avulla arvioidaan iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden sekä psykiatristen potilaiden palvelutarve. (THL 2013a.)

Järjestelmään kuuluu kysymyslomakkeita sekä niiden lisäksi sisältöä tarkentavia käsikirjoja ja apuvälineitä yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen (THL 2013a). RAI:n yhtenä arviointialueena on selviytyminen päivittäisistä toiminnoista kuten vuoteesta siirtyminen, siirtymiset yleensä, liikkuminen jalkeilla, pukeutuminen, riisuuntuminen, ruokailu, virtsaaminen ja ulostaminen sekä henkilökohtainen hygienia (Laukkanen 2008a, 301).

Vaikka eri arviointimenetelmien käyttö palvelutarpeen selvittämiseksi ja toimintakyvyn arvioimiseksi onkin keskeinen osa, menetelmät eivät kuitenkaan yksinään riitä. Sen lisäksi tarvitaan keskustelua asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa. Myös asiakkaan ja hänen ympäristönsä havainnointi sekä se, miten hän selviytyy päivittäisistä toiminnoista, on tärkeää. (Sosiaaliportti 2013.)

4.2 Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arvioimiseksi tarvitaan laajaa osaamista sekä moniammatillista yhteistyötä, jossa käytetään hyväksi kuntoutuksen, hoitotyön, lääketieteen ammattilaisten ja sosiaalityön asiantuntemusta. Asiakkaan oma ja hänen läheistensä arvio toimintakyvystä on olennainen. Tavoitteet täytyy asettaa yhdessä asiakkaan kanssa siten, että ne ovat hänelle merkityksellisiä ja tukevat toimintakyvyn muutoksiin. (Sosiaaliportti 2013.)

Toimintakykyä vahvistavat tai estävät tekijät on myös selvitettävä. Arvioinnissa on hyvä hyödyntää jo olemassa olevia, samaan tarkoitukseen kehitettyjä arviointimenetelmiä. Menetelmät voivat mitata joko yhtä toimintakyvyn osa-aluetta tai ne voivat olla useampia toimintakyvyn osa-alueita arvioivia arviointijärjestelmiä. Menetelmien valintaan, käyttöön ja tulosten tulkintaan tarvitaan moniammatillista asiantuntemusta. (Sosiaaliportti 2013.) Helinin (2008) mukaan toimintakyvyn tavoitteellinen ja konkreettinen edistäminen edellyttää fyysisen toimintakyvyn kapasiteettia kuvaavien lihaskunnan, puristusvoiman, liikkumiskyvyn ja tasapainon mittareiden liittämistä käytännön asiakastyössä tehtävien fyysisen toimintakyvyn arviointeihin (Helin 2008, 432.)

Alaraajojen toimintakyky on keskeinen tekijä päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä etenkin, jos ikääntynyt liikkuu ja asioi kodin ulkopuolella. Alaraajojen toimintakyvyssä keskeisimpiä tekijöitä ovat lihasvoima, kävelynopeus ja tasapaino. (Heikkinen 2005.)

4.3 SPPB-testi

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB, Short Physical Performance Battery) on vakiintunut ja luotettava iäkkäiden alaraajojen suorituskykyä mittaava testistö. Alaraajojen suorituskyky määrittää iäkkään toiminta- ja liikkumiskykyä. Testi auttaa tunnistamaan ne iäkkäät, joilla on kaatumisvaaraa lisäävä liikkumisvaikeus tai heikentynyt tasapaino. Heikko tulos SPPB-testistä ennustaa liikkumiskyvyn heikkenemistä tulevaisuudessa. Testi soveltuu iäkkäiden liikkumiskyvyn arviointiin kotona ja hoivapalveluissa sekä sairaaloissa. Sen voi luotettavasti tehdä sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, joka on perehtynyt testiin ja testaukseen. (THL 2013b.) Studenskin ym. (2011, 56) mukaan kävelynopeuden testaus on suhteellisen yksinkertaista muillekin kuin kuntoutuksen ammattilaisille verrattuna muihin lääketieteellisiin arviointimenetelmiin.

Guralnik, Simonsick, Ferrucci, Glynn, Berkman, Blazer, Scherr ja Wallace (1994) havaitsivat, että osallistujista (n=5104) lähes 50 % pääsi parhaaseen tasapainoindeksiin 4, ja vain alle 10 % osallistujista kuului huonoimpaan indeksiin 0. Kävelynopeudessa ja tuolista viisi kertaa ylösnousussa enemmistö

osallistujista pääsi keskinertaiseen indeksiin 3. Verrattaessa testeistä saatuja summapisteteitä itse raportoituihin vaikeuksiin alaraajojen toimintaa vaativissa ADL-toiminnoissa, tutkijat havaitsivat vahvan yhteyden näiden välillä. Erittäin paljon vaikeuksia päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä oli henkilöillä, joiden summapisteteet olivat 0 ja vastaavasti vähiten vaikeuksia oli henkilöillä, joiden summapisteteet olivat 12. Tutkimus osoitti myös summapisteteiden ennustavan sekä kuolemaa että hoitokotiin joutumista. Merkittävää oli, että 12 pistettä saaneiden henkilöiden kuolleisuus oli pienempi kuin 11 pistettä saaneiden. Vastaavasti 11 pistettä saaneiden henkilöiden kuolleisuus oli pienempi kuin 10 pistettä saaneiden. (Guralnik ym. 1994, 85 - 94.)

Alaraajojen toimintakykytestistä saadut pisteet ennustivat toiminnan haittojen ilmenemistä useassa prospektiivisessä väestötutkimuksessa. Haittoja ilmeni etenkin henkilöillä, jotka raportoivat vaikeuksista päivittäisissä toiminnoissa, puolen mailin kävelyssä ja portaiden nousussa (n=6 534). Liikuntakykyyn liittyvän toiminnanvajavuuden relatiivinen riski oli 2.9 - 4.9 niillä henkilöillä, joiden testeistä saadut summapisteteet olivat asteikolla 4 - 6 verrattuna niihin henkilöihin, joiden summapisteteet olivat maksimissa asteikolla 10 - 12. Vastaavasti päivittäisten toimintojen vaikeutumisen riski oli 3.4 - 7.4 kertaa suurempi henkilöillä, joiden summapisteteet olivat 4 - 6 verrattuna 10 - 12 pistettä saaneisiin henkilöihin. SPPB-testin toimintakyvyn heikkenemisen ennustettavuus ulottui luotettavasti kuuden vuoden päähän. (Guralnik, Ferrucci, Bieber, Leveille, Markides, Ostir, Studenski, Berkman & Wallace 2000, 221 - 231.)

Vasunilashorn, Coppin, Patell, Lauretani, Ferrucci, Bandinelli ja Guralnik (2009) toteavat, että ikääntyneelle kyky kävellä 300 - 400 metriä mahdollistaa toimimisen omassa elinyhteisössään. Tutkimuksessaan he saivat näytön siitä, että SPPB-testillä voidaan ennustaa vahvasti 400 m:n kävelykyvyn menetystä kolmen vuoden aikana. Testissä 10 pistettä tai alle saaneilla henkilöillä on lisääntynyt riski alaraajojen toimintakyvyn alentumiseen ja liikkumisvaikeuksiin seuraavan kolmen vuoden aikana. (Vasunilashorn ym. 2009, 223 - 227.)

4.4 Lihasvoimaharjoittelu

Ikääntyessä harjoitusvaikutus ei muutu, eikä korkea ikäkään ole esteenä harjoittelun aloittamiselle. Lihasmassan kasvua ja voiman kehittymistä on mitattu yli 90-vuotiaillakin. (Koivula & Räsänen 2011, 26.) Fiatarone, O'Neill, Ryan, Clements, Solares, Nelson, Roberts, Kehayias, Lipsitz ja Evans (1994, 1769) totesivat tutkimuksessaan, että kymmenen viikon intensiivinen voimaharjoittelu kolme kertaa viikossa lisäsi 86 - 96 -vuotiaiden voimatasoja siten, että mm. kävelynopeus lisääntyi ja porraskävely parantui.

Maksimaalinen voima parantuu iäkkäillä samassa suhteessa kuin nuorilla. Voiman lisääntyminen riippuu lähtötasosta. Tutkimuksissa on havaittu jopa yli sadan prosentin lisäys, kun voimaa on mitattu yhden toiston maksimina (1RM, Repetition Maximum). Maksimaalinen voimantuotto määritellään toistotestillä, jonka avulla lasketaan haluttu prosenttiosuus yksilöllisestä maksimaalisesta voimantuotokyvystä. (Koivula & Räsänen 2011, 27.)

Koivulan ja Räsäsen (2011, 27) mukaan iäkkäille suositellaan voimaharjoittelua, joka kasvattaa lihasmassaa sekä lisää nopeusvoimaa. Harjoittelussa käytettävä vastus on silloin 60 – 80 % maksimaalisesta voimantuotosta.

TOTEUTUS	<ul style="list-style-type: none"> • Voimaharjoittelu alkaa 2–3 viikon totuttelujaksolla, jolloin käytetään pientä vastusta. • Määritellään toistotestin avulla harjoituspainot, tavoitteena 60–80 % maksimista. Sarjojen ja toistojen määrät 2–3 x 8–10. • Lisätään vastusta lihasvoiman karttuessa • Harjoittelutiheys vähintään 2 krt / viikossa • Painopiste jalkojen ja lantion lihasvoiman harjoittamisessa
-----------------	--

KUVIO 4. Iäkkään voimaharjoittelumalli (Voimaa Vanhuuteen 2011)

4.5 Tasapainoharjoittelu

Pajala (2012) toteaa, että kaatumispelkoa voidaan pienentää harjoittamalla tasapainoa. Samalla parannetaan myös keuhonhallintaa. Kaikille käytettäväksi suositeltavaa, yhtä yleistä ohjetta, tasapainoharjoittelusta ei kannata antaa. Henkilön lähtötason ja mahdollisten rajoitteiden huomiointi on olennaista yksilöllisiä harjoituksia valittaessa. Tämä takaa turvallisen harjoittelun. (Pajala 2012, 22.)

Karinkanta (2011) toteaa KAAMU-tutkimukseen pohjautuvassa väitöskirjassaan, että vähintään kohtuullisesti rasittavat voima-, tasapaino- ja hyppelyharjoittelut ovat turvallisia ja ehkäisivät 70 - 78 -vuotiaiden naisten toimintakyvyn alenemista. Harjoittelulla saatiin positiivista vaikutusta alaraajojen lihasvoimaan, tasapainoon ja itsearvioituun toimintakykyyn. Tutkimuksessa oli verrokkiryhmän lisäksi kolme liikuntaharjoitteluryhmää, jotka harjoittelivat kolme kertaa viikossa vuoden ajan. Ryhmät olivat voimaharjoitteluryhmä, tasapaino-hyppelyharjoitteluryhmä sekä yhdistelmäryhmä, joka toteutti sekä voima-, että tasapainohyppelyharjoitteita. Intervention jälkeen 97 % osallistujista osallistui vuoden mittaiseen seurantaan ja 81 % kahden vuoden seurantaan. Tulokset osoittivat dynaamisen tasapainon merkittävää parantumista tasapaino- sekä yhdistelmäryhmässä verrattuna pelkkään voimaharjoitteluryhmään. Kahden vuoden seurannassa oli selvästi näkyvissä myös dynaamisen tasapainon sekä ketteryyden ylläpysymistä verrattuna verrokkiryhmään. (Karinkanta 2011, 12 - 13, 72 - 73.)

4.6 Ravitsemussuositukset

Ikääntyvällä ruokavalion laadun ylläpitäminen on haastavaa ja riittävään ravintoaineiden saantiin pitäisi kiinnittää erityistä huomiota. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14). Proteiinia tulee olla 15 - 20 prosenttia kokonaisenergiasta, tarkoittaen 1 - 1,2 grammaa proteiinia painokiloa kohti vuorokaudessa. Ylimääräisestä proteiinista ei ole haittaa, koska se varastoituu elimistöön rasvana. Proteiinin tarve kaksinkertaistuu akuuteissa stressitilanteissa ja sairauksissa. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 217; Suominen, 2008a, 470.) Myös

Sundellin (2011, 340) mukaan vanhuksille suositellaan suurempia proteiinimääriä kuin keski-ikäiselle.

Kansainvälisen PROT-AGE -tutkimusryhmän mukaan kuitenkin fyysisesti harjoittelevien sekä fysioterapiaa saavien ikääntyneiden proteiinisuositus on vähintään 1,2 g painokiloa kohti päivässä. Erityisen tärkeää on nauttia ainakin 20 g proteiinia välittömästi, mutta viimeistään kolmen tunnin kuluttua harjoituksen päättymisestä. Tämä perustuu siihen, että harjoittelu tehostaa lihasten proteiinisynteesiä herkistämällä lihaksen insuliini- tai aminohappovälitteisille anabolisille vaikutuksille. Pitää kuitenkin muistaa rajoittaa proteiininsaantia ikääntyvillä, joilla on vakava munuaissairaus, mutta eivät käy kuitenkaan dialyysissä. (Bauer ym. 2013, 542 - 551.)

Painon laskun ehkäisy ja ravitsemushoito ovat keskeisiä ikääntyvän toimintakyvyn säilymistä tukevia hyvän ravitsemuksen tavoitteita. Hyvän ravitsemustilan ylläpidolla voidaan ylläpitää toimintakykyä, ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista sekä hidastaa niiden pahenemista. (Suominen 2008a, 467 - 473.)

Painon seuranta ja punnitseminen kerran kuussa on yksinkertaisin tapa seurata ikääntyvän ravitsemustilaa. Painon muutokset ovat tärkeämpiä, kuin normaalipainon selvittäminen. Ravitsemustilan huononemista on syytä epäillä silloin kun muutokset ovat nopeita ja suuria. MNA-testin avulla tavoitetaan ne ihmiset, joiden virhe- tai aliravitsemuksen ja sen vahingollisten seurauksien riski on kasvanut. Ravitsemusongelmista kärsivät ikääntyvät on testin avulla mahdollisuus löytää myös riittävän varhaisessa vaiheessa. (Suominen 2008a, 473.)

Aliravitseminen on selkeä terveysriski iäkkäillä. Monisairailta ikääntyneillä aliravitseminen on jopa tavallista ja se heikentää immunitettia ja hidastaa paranemista. Tämä johtaa usein sairastumiskierteeseen kiihdyttäen erilaisia toiminnan vajauksia ja lihaskatoa. Aliravitsemusta hoidetaan runsasenergisellä ruualla tai lisäravintein. (Strandberg & Tilvis 2010, 428.) Bauer ym. (2013, 546) tarkentavat proteiinisaantisuosituksiksi vakavasti sairaille, loukkaantuneille tai aliravituille ikääntyneille jopa 2,0 g painokiloa kohti päivässä.

Iäkkäiden ravitsemusohjauksessa tärkeimmät osa-alueet ovat riittävä energian ja proteiinien saanti, riittävä nesteiden nauttiminen sekä riittävä ympärivuotinen D-vitamiinin saanti. (Pajala 2012, 41.) D-vitamiinilisä (20 µg) päivittäin ympäri vuoden monipuolisen ruokavalion rinnalla on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositus yli 60-vuotiaille (Pajala 2012, 45). Bischoff-Ferrari, Willet, Wong, Ciovannucci, Dietrich ja Dawson-Hughess (2005, 2257) totesivat tutkimuksessaan, että suun kautta nautittu D-vitamiinitehoste (700–800 IU) näytti vähentävän lonkka- sekä ei-nikamaperäisiä murtumia osasto- tai laitoshoidossa olevilla ikäihmisillä.

4.7 Ulkoilusuositukset

Ikääntyneitä neuvottaessa ja ohjattaessa ammattilaisten on kiinnitettävä huomiota mm. ohjatun ulkoilun lisäämiseen kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä. Asiakkaan tukeminen käyttäen kuntoutumista edistävää työtettä esim. ulkoilussa, kaupassa käynnissä ja asioinnissa, kuuluu kotihoidon välittömään työaikaan. (STM 2013; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 28 - 45.)

Ulkoilu on ihmisen perustarve ja kuuluu osaksi iäkkään ihmisen arkea myös toimintakyvyn heikentyessä. Ulkona liikkuminen lisää iäkkään toimintakykyä, elämänlaatua ja itsemääräämisoikeutta. Edellä mainittu suositus perustuu Voimaa Vanhuuteen -ohjelmassa (2005–2010) ja Liikkeessä-projektissa (2002–2005) kehitettyihin hyviin toimintatapoihin sekä Julkilausumaan iäkkäiden ulkona liikkumisen edistämiseksi (2007). Suositukset on päivitetty Valtioneuvoston periaatepäätöksen (STM 2008:10) toimeenpanosuunnitelman mukaisesti ja ne on hyväksytty Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnassa. (Ikäinstituutti.)

5 KUNTOUTUSPAINOTTEISEN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN ETELÄ-KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRISSÄ

Eksote perustettiin vuoden 2009 alussa. Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tuotanto ja henkilöstö siirtyivät piirille Lappeenrannan keskussairaalaan ja jäsenkunnista vuoden 2010 alussa. Tällöin sosiaali- ja terveystaloudesta tuli maakunnan suurin työnantaja, joka työllistää noin 3 680 henkilöä. Alueen väkiluku on noin 100 000.

Eksoten strategian tavoitteena on, että asiakkaiden ja potilaiden tarpeet ohjaavat palveluiden tuottamista. Tavoitteena on myös palvelutuotannon ja palvelujen jakelun uudistaminen, talouden ja tulokellisuuden jatkuva parantaminen sekä yhteisiin arvoihin perustuvan toimintakulttuurin luominen. Strategiassa ehkäisevien ja avopalvelujen osuus vahvistuu ja monipuolisten kuntouttavien toimintamallien käyttö lisääntyy. (Eksote intranet 2013.)

Konkreettinen uudistus on Lappeenrannan Armilan sairaalan muutos 1.1.2014 alkaen kuntoutuskeskukseksi. Entisen kaltainen sairaalamainen toiminta tiloissa päättyy. Tarkoituksena on edelleen jatkossa korvata laitospainotteista kotikuntoutuksella. Tärkein kuntoutusvaihe toteutuu kuntoutuvan kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa eli siellä, missä kuntoutuvan oletetaan elävän. Jatkossa on tarkoitus toteuttaa myös kotiin annettavien palvelujen painopisteen muutos hoitopainotteisuudesta kuntoutuspainotteiseen toimintakyvyn tukemiseen. Tämä edellyttää henkilöstömuutoksia Eksoten sisällä. Painopisteenä vuodelle 2014 on myös yhdenmukaistaa kuntoutussuunnitelman tekotavat ja varmistaa kuntoutuksen saatavuus koko Eksoten alueella. (Eksote intranet 2013.)

Kuntoutuksen resurssien lisäämisestä huolimatta kuntoutushenkilöstön määrä asiakasmääriin nähden on kuitenkin edelleen riittämätön. Tätä vajetta Eksotessa on viimeisen kahden vuoden aikana paikattu kouluttamalla kotihoidon lähihoitajista kuntoutumisvastaavia. Kuntoutumisvastaavat arvioivat ja tukevat asiakkaan toimintakykyä fysioterapeutin ohjauksessa. Eksoten kotihoidon tavoitteena on, että jokaisella asiakkaalla on yhdessä hänen, hoitajan ja läheistensä kanssa laadittu arkea ja toimintakykyä tukeva kuntoutumissuunnitelma. Kuntoutumissuunnitelmien laatiminen kotihoidossa on jo käynnissä. Tämän työn tarkoituksena on tuoda lisää tietoa ja sisältöä toimintakyvyn arvioimiseen,

asiakslähtöisyyden toteutumiseen ja näyttöön perustuvaan toimintakykyä tukevaan toimintaan.

Tässä työssä käytettiin termiä kuntoutumissuunnitelma, joka on Eksoten oma määritelmä tavoitteellisesta suunnitelmasta asiakkaan kuntoutumiseksi kotona sekä aktiivisen arjen tukemiseksi. Kuntoutumissuunnitelmalle haettiin määritelmää kuntoutussuunnitelman kautta. Keskeistä kuntoutumissuunnitelman laatimisessa on, että asiakkaan toiveet ja tavoitteet tulevat kirjatuksi huomioiden toimintakyvyn muutoksiin vaikuttavat tekijät sekä näyttöön perustuvat suositukset. Hoitaja laatii suunnitelman yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Fysioterapeutti toimii asiantuntijana osana kotihoidon moniammatillista tiimiä ohjaten tarvittaessa hoitajaa sekä kuntoutumisprosessia.

5.1 Eksoten kotihoidon asiakkaaksi

Kotihoidon toiminta Eksotessa perustuu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja – asetukseen (607/1983), kansanterveyslakiin (66/1972) sekä valtakunnalliseen hyvän ikääntymisen turvaamisen ja palvelujen parantamisen laatusuositukseen (Eksote 2013). Säännöllistä kotihoitoa tarjotaan iäkkäälle henkilölle, joka tarvitsee apua ja tukea selviytyäkseen kotona (STM 2013; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 44). Palvelut kohdennetaan palvelutarpeen arvioinnin, palvelusuunnitelman ja sosiaalihuollon palveluista tehdyn hallintopäätöksen ja terveydenhuollon palveluista tehdyn lääkärin päätöksen pohjalta (STM 2013; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 44).

Palvelutarvetta arvioitaessa pitää kiinnittää huomiota senhetkisten tarpeiden lisäksi ennakoitaviin tarpeisiin, kuten toimintakyvyn palauttamiseen, ylläpitämiseen ja edistämiseen sekä kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Palvelusuunnitelma taas tukee tavoitteellista kuntoutumista ja asiakkaan osallisuutta. (STM 2013; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 32.)

Eksoten kotihoidon piiriin kuuluu kahdeksan kuntaa, kolme suuraluetta, kaksitoista toimialuetta ja 44 tiimiä. Henkilökuntamäärä on 384, joka sisältää sekä vakituiset että määräaikaiset työntekijät. Asiakkaita kotihoidossa on 4517, joista säännöllisten apujen piirissä on 2065. (Mitikka 2013.) Kotihoitoon asiakkaat tulevat joko palvelutarpeen arvioinnin kautta tai sairaalasta kotiutuen.

Kotihoidon tavoitteena Eksotessa on edistää ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyisyyttä laadukkailla, väestön palvelutarpeeseen ja ikärakenteeseen joustavasti mukautuvilla kustannustehokkailla palveluilla. Keskeistä on ikäihmisten jäljellä olevien voimavarojen vahvistaminen ja itsenäisen asumisen tukeminen kuntouttavaa työtä ja hyvinvointiteknologiaa hyödyntäen. (Mitikka 2013.)

5.2 Asiakkaan toimintakykyä tukeva kotihoito Eksotessa

Eksoten kotihoidossa toteutetaan toimintakykyä tukevaa kotihoitoa (kuvio 5). Siinä fysioterapeutti, vastuuhoitaja, kuntoutumisvastaava tai esim. sairaalan fysioterapeutti tekevät yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutumissuunnitelman. Kotihoidon kuntoutumisvastaava sekä tiimin hoitajat toteuttavat asiakkaan arjen toimintakyvyn tukemisen, fysioterapeutti auttaa asiantuntijana tarvittaessa. Toimintakykyä tukevan kotihoidon tueksi asiakkaalle voidaan tarjota tarvittaessa tehostettua, moniammatillista kotikuntoutusta.

TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA KOTIHOITO



ETELÄ-KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI

3.2.2014

1

KUVIO 5. Toimintakykyä tukeva kotihoito Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden erikoisalassa (Lehmus, 2013)

Helinin (2008) mukaan organisaatioissa on kuntoutushenkilöstöä vähän suhteessa hoitohenkilöstöön. Siksi heidän voimavaransa kannattaa keskittää asiakastyön lisäksi muun henkilökunnan opastamiseen asiakkaan yksilöllisen kuntoutuksen mahdollistamiseksi. (Helin 2008, 432.) Myös Niemelä (2011,7) tutkiessaan iäkkäiden tuettua kuntoutusta kotona ja laitoshoidossa, toteaa, että nykyään voitaisiin entistä rohkeammin käyttää lyhyellä ammatillisella koulutuksella valmennettuja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia kotikuntoutuksen apuna.

Eksotessa kuntoutushenkilöstön vajetta on kompensoitu kuntoutumisvastaavilla, joita toimii jokaisessa kotihoidon yksikössä. Kuntoutumisvastaava on usein pohjakoulutukseltaan lähihoitaja. Hänet on työpaikkakoulutettu fysioterapeuttien toimesta arvioimaan asiakkaan fyysistä toimintakykyä sekä testaamaan sitä SPPB-testin avulla. Kuntoutumisvastaavan tehtävänä on myös laatia kuntoutumissuunnitelma ja toteuttaa sitä yhdessä asiakkaan kanssa. Jos asiakkaan kuntoutumisessa, apuvälineissä tai asumisessa on erityisiä haasteita, auttaa fysioterapeutti arjen kuntoutumisen käynnistämisessä. Kuntoutumisvastaavat seuraavat asiakkaan kuntoutumista mm. SPPB-testein. Kuntoutumisvastaava on

yksikön osaaja asiakkaiden aktiivisen arjen tukemisessa ja toteuttamisessa, fysioterapeutti on taas kuntoutuksen asiantuntija.

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja tuottaa kuntoutumiskansio osaksi Eksoten kotikuntoutusta. Kansio on tarkoitettu kotihoidon asiakkaalle sekä hoitohenkilökunnan käyttöön. Se sisältää asiakkaan kuntoutumissuunnitelman (Liite 1), päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen seurannan (Liite 2 ja 3), asiakkaalle laaditut henkilökohtaiset harjoitteet, proteiini- ja d-vitamiinisuositukset (Liite 4 ja 5) sekä harjoituspäiväkirjan (Liite 6). Työn tarkoituksena oli kehittää toimintakykyä tukevaa kotihoitoa ja antaa hoitajille sekä työpaikkakoulutetuille kuntoutumisvastaaville keinoja asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen.

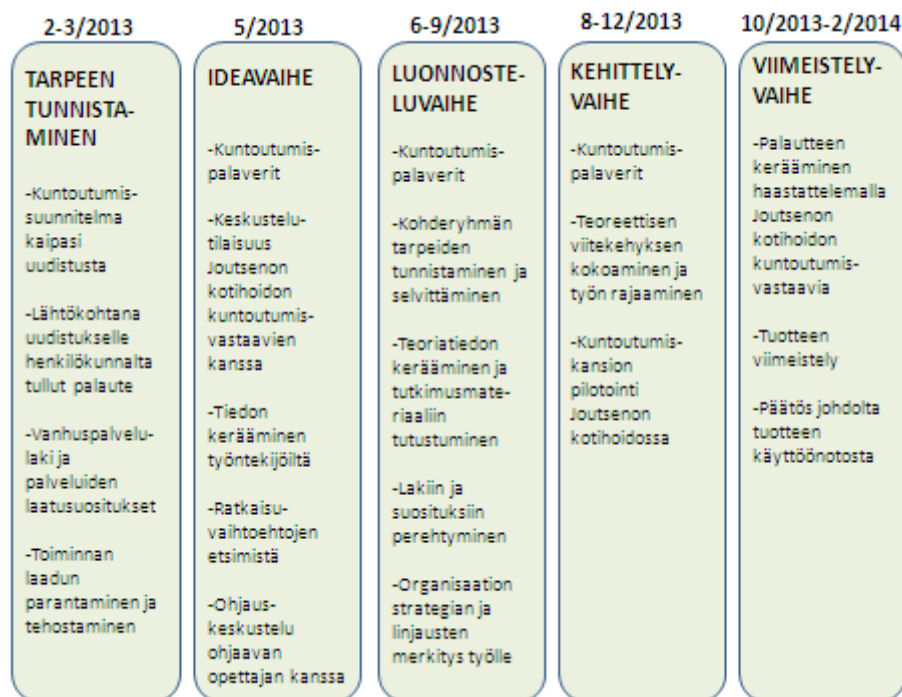
Työn teoreettisena viitekehyksenä on näyttöön perustuva tutkimustieto sekä kansalliset suositukset ikääntyvän toimintakyvyn tukemiseksi kuntoutuksen näkökulmasta. Teoriaa haettiin asiakaslähtöisyydestä asiakkaan sitoutumisen vahvistamiseksi. Tämä opinnäytetyö pyrki vastaamaan kysymyksiin: Mitkä tekijät ovat merkityksellisiä ikääntyvän toimintakyvyn säilymisessä? Millä näyttöön perustuvilla keinoilla ikääntyvän toimintakykyä voidaan tukea? Millainen on hyvä kuntoutumissuunnitelma? Miten asiakas saadaan osalliseksi oman toimintakykynsä ylläpitämiseen / parantamiseen?

Tämän työn yhteistyökumppaneina olivat Eksoten vanhustenpalvelujen johto, Joutsenon kotihoidon toimintayksikkö, kotihoidon kuntoutustiimi, kotihoidon kehittämistyöryhmä sekä Kaste-hankkeen Kotona Kokonainen Elämä- osan hankekoordinaattori Tarja Viitikko ja hankkeen projektityöntekijät.

7 KUNTOUTUMISKANSION TUOTTEISTAMISPROSESSI

Muihin aloihin verrattuna sosiaali- ja terveysalan tuotteissa on poikkeavia piirteitä. Tuotteistamisen tarkoituksena on vaikuttaa asiakkaan elämänlaatuun, terveyteen ja hyvinvointiin. Olennaista on osaamisen kohdentaminen asiakkaan tarpeita ja vaatimuksia vastaavaksi. (Jämsä & Manninen 2000, 24 - 25.)

Tuotteistamisprosessissa on viisi vaihetta: tarpeen tunnistaminen, ideavaihe, tuotteen luonnostelu, tuotteen kehittäminen sekä tuotteen viimeistely. Suunnittelussa ja valmistamisessa on tärkeää asiantuntijoiden keskinäinen yhteistyö. (Jämsä & Manninen 2000, 85 - 88.) Tämän työn vaiheet on esitetty kuviossa 6.



KUVIO 6. Kuntoutumiskansion tuotteistamisprosessin vaiheet

7.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Sosiaali- ja terveyspalvelut, ja etenkin vanhustenpalvelut ovat valtakunnan tasolla suuressa muutoksessa. Kuntouttavasta hoitotyöstä on puhuttu jo vuosia, mutta käytännössä hoitotyö on ollut kuitenkin asiakasta passivoivaa ja palvelupainotteista. Nyt väestön rakennemuutos ja yhteiskunnan taloudellinen tilanne pakottaa palveluntuottaja todellisiin toiminnan muutoksiin. Jatkossa

kotihoidon asiakasta on tuettava aktiiviseksi toimijaksi omassa elinympäristössään.

Käytössä olevan palvelumuodon parantaminen ja edelleen kehittäminen on tavoitteena silloin, kun sen laatu ei enää vastaa tarkoitusta. Kehittämistyöllä voidaan tavoitella täysin uuden materiaallisen tuotteen, palvelutuotteen tai niiden yhdistelmän kehittämistä vastaamaan nykyisen tai uuden asiakaskunnan tarvetta. (Jämsä & Manninen 2000, 29 - 30.) Kuntoutumissuunnitelmaa oli laadittu Eksotessa jo vuoden verran. Suunnitelmat olivat usein asiantuntijalähtöisiä ja rakenteeltaan hyvin erilaisia. Niitä ei tehty kaikille asiakkaille, kirjattu yhdenmukaisesti tai päivitetty systemaattisesti. Sisältö ja toteutus jäivät vaille tutkimusnäyttöä. Tällä työllä haluttiin yhdenmukaistaa käytäntöjä ja parantaa sisällön laatua sekä asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi tavoitteena oli koota kaikki tarvittava tieto yhteen helposti asiakkaan, hänen läheistensä sekä henkilökunnan käytettäväksi.

7.2 Ideavaihe

Ideavaihe voi olla lyhyt, kun kehitetään ja uudistetaan jo olemassa olevaa tuotetta (Jämsä & Manninen 2000, 35). Tämän työn ideointi lähti liikkeelle henkilökunnan toiveesta ja ideoinnista. Kuntoutumissuunnitelman laatimisessa koettiin hankalaksi asiakkaan osallistaminen sekä suunnitelman sisältö ja toteutuksen varmistaminen. Näistä syntyneestä keskustelusta alkoi opinnäytetyön ideointivaihe.

Tässä vaiheessa käytiin ensimmäinen ohjauskeskustelu ohjaavan opettajan kanssa. Työyhteisössä pidettiin ensimmäinen suunnittelupalaveri kotihoidon kehittämistyöryhmän sekä kotihoidon kuntoutustiimin kanssa. Lisäksi kuntoutumissuunnitelmaa kehitettiin kuntoutuspalavereissa.

7.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaiheessa päätetään miten työ toteutetaan. Jotta kehitettävän tuotteen asiasisältö selviäisi, edellyttää se usein tutustumista tutkimustietoon aiheesta. Muiden tieteenalojen sekä ulkomaiset tutkimukset täsmentävät asiakkaiden

tarpeita ja erityispiirteitä. Luonnosteluvaiheessa tärkeää on kuulla eri ammattiryhmien näkemyksiä. Organisaation toimintaa ohjaavat säädökset, ohjeet ja lainsäädäntö on tarpeen tuntea. (Jämsä & Manninen 2000, 43 - 50.)

Luonnosteluvaiheessa kerättiin työlle teoreettinen viitekehys. Sen valintaan vaikuttivat tutkimuksellinen näyttö ja kansalliset sekä kansainväliset suositukset. Lisäksi keskustelua käytiin edelleen kansion tarpeellisuudesta ja sisällöstä. Kuntoutumissuunnitelmaa pohdittiin monessa kotihoidon yksikössä ja fysioterapeuttien yhdessä hoitajien kanssa pitämässä kuntoutumispalavereissa. Teoriasisällöksi valittiin ikääntymisen merkitys toimintakyvylle, kotikuntoutus ja toimintakykyä tukeva työtapa sekä ikääntyvän toimintakyvyn tukeminen.

7.4 Kehittely

Luonnosteluvaiheessa tehdyt suunnitelmat, periaatteet ja rajaukset ohjaavat työn kehittelyvaiheeseen. Terveys- ja sosiaalialan tuotteet ovat usein tarkoitettu asiakkaiden, organisaatio henkilökunnan sekä yhteistyötahon käyttöön. Tuotteille, joilla välitetään informaatiota, on haasteena asiasisällön määrä sekä tietojen muuttumisen tai vanhentumisen mahdollisuus. (Jämsä & Manninen 2000, 54.)

Tässä vaiheessa kuntoutumiskansioon valittiin materiaali pohjautuen uusimpiin tutkimuksiin sekä suosituksiin. Vanhaa kuntoutumissuunnitelmaa päivitettiin asiakaslähtöisemmäksi ja läheisiä osallistavaksi. Kansio annettiin pilottikäyttöön Joutsenon kotihoidon yksikköön. Kuntoutumissuunnitelman kehitystyö jatkui kuntoutumispalavereissa.

TIETOKANTA	HAKUSANA
Google Google Scholar PubMed Ebsco & Medic	Aging Community dwelling Daily living Disability Elderly Exercise Fall prevention Falls Frailty Frail elderly Gait Gait speed Hip fracture Home care ICF Multi disciplinary team Muscle protein synthesis Older people Physical activity Protein intake Protein supplementation Rehabilitation in community SppB Strenght training ageing Ikääntyvien voimaharjoittelu Kuntouttava työote Kuntoutussuunnitelma Moniammatilinen yhteistyö Proteiinisuositus Päivittäiset toiminnot Asiakaslähtöisyys Osallisuus Toimijuus

KUVIO 7. Tiedonhaun hakusanat ja -koneet sekä tietokannat

7.5 Viimeistely

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämää kehittävä työ, jonka tarkoituksena on ohjeistaa, opastaa ja järjestää käytännön toimintaa jonkin konkreettisen tuotoksen avulla. Toiminnallisen työn tuotos voi olla myös perehdyttämispöytäkirja uusille työntekijöille. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy tuotoksen toteutus sekä raportti, jossa käsitellään tuotoksen toteutusprosessin kuvausta ja arviointia.

Raportointiosuudesta tulee käydä ilmi tekijän oppineisuus, kun taas toimeksiantajalle tärkeintä on varsinainen tuotos työelämän tarpeisiin. (Vilkka & Airaksinen 2004, 9; Vanhanen-Nuutinen & Lambert 2005, 66.)

Opinnäytetyön aiheen valitsimme työelämän tarpeesta. Kuntoutumissuunnitelma on ollut käytössä jo kohta vuoden ajan organisaatiossamme, mutta sen yhtenäinen sisältö ja laatimisprosessi kaipasivat yhtenäistämistä. Myös hoitajat halusivat ohjausta ja yhtenäistä työtapaa suunnitelman laatimiseen ja säilyttämiseen.

Kuntoutumissuunnitelman ja kansion kehittäminen aloitettiin Joutsenon kotihoidossa maaliskuussa 2013. Kehittämistyössä ovat olleet mukana kotihoidon fysioterapeutti, hoitajia, kuntoutumisvastaavia, Rai-pääkäyttäjä sekä yksikön esimies. Ryhmä kokoontui kevään aikana kuukauden välein kehittämään työtä ja arvioimaan sen edistymistä. Henkilökunnalta kerättiin säännöllisesti palautetta arvioinnin tueksi. Yksikössä tapahtuneen kehittämistyön lisäksi kansiota on arvioitu kotihoidon laajemmassa kehittämistyöryhmässä.

Kuntoutumiskansiosta saatu palaute hoitajilta on ollut rohkaisevaa. Keräsimme palautetta kolmelta eri hoitajalta. Heiltä kysyttiin miten kuntoutuskansio ja kuntoutumissuunnitelma auttavat kuntouttavan kotihoidon toteutumisessa, miten asiakkaat ovat osallistuneet kuntoutumissuunnitelman laadintaan sekä mikä kansiossa on hyvää ja mikä huonoa. Haastateltavat antoivat palautetta seuraavasti:

”Voi tarkentaa mitä asioita juuri tämän asiakkaan kohdalla painotetaan. Jos uusi hoitaja menee, voi hän katsoa siitä mitä tehdään. Se auttaa hyvin tiedonkulussa. Hyvä, että siitä näkee mitä kohtia pitää painottaa ja ottaa huomioon. Sitä voi täydentää ja päivittää.”

”Hyvä, että omaiset näkevät ravintoon ja kuntoutumiseen liittyvät asiat, hyvä työväline, koska asiat on koottu eikä häviä. Kansiossa kaikki pysyy paremmin tallessa. Omaisetkin olivat kirjanneet kansioon, toimii hyvin viestivälineenä.”

”Ketkä ymmärtävät hyvin, kertovat tavoitteet ja pystyvät osallistumaan suunnitteluun. Se on asiakkaalle tehokas, asiakas innostuu ja sitoutuu yhdessä tekemisestä. Se on aktiivinen paperi vuorovaikutukseen. Siitä näkee kuka on teettänyt harjoituksia, ja toisaalta jos on kiireinen päivä ja huomaa, että muuten on tehty, voi tilapäisesti jättää tekemättä. Tuo joustavuutta työhön.”

”Huonoa on se, jos tiedot eivät ole ajan tasalla, huonosti pystyy vastaamaan, jos ei ymmärrä kuntoutumistavoitetta. Kaikki hoitajat eivät muista merkitä harjoituspäiväkirjaan.”

8 KUNTOUTUMISKANSIO

Kuntoutumiskansio on kotihoidon asiakkaan kotona säilytettävä asiakirjakansio. Sen sisällön keskiössä on kuntoutumissuunnitelma (liite 1), joka on asiakkaan ja kotihoidon hoitajien tärkein työkalu asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa.

Kansioon on koottu myös päivittäisistä toiminnoista selviytymisen seurantalomake (liite 2-3), proteiiniohje ja esimerkit (liite 4), D-vitamiiniohje (liite 5), yksilölliset harjoitusohjeet sekä harjoituspäiväkirja (liite 6). Hoitajat täyttävät aktiivisesti päivittäisistä toiminnoista selviytymisen lomaketta ja harjoituspäiväkirjaa. Harjoituspäiväkirja sopii myös asiakkaan itse täytettäväksi, jos hän siihen kykenee. Kansioon voidaan laittaa myös asiakkaan ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma sekä lääkelista.

Hoitaja tai fysioterapeutti tekee kuntoutumissuunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa aina, kun kotihoidon asiakkuus alkaa. Siihen kuvataan asiakkaan jäljellä olevaa toimintakykyä, voimavaroja ja omatoimisuutta. Kun edellä olevat seikat on kirjattu, on kotihoidon hoitajien helpompi tukea asiakkaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Jäljellä olevasta toimintakyvystä ja olemassa olevista voimavaroista keskusteleminen on tärkeää. Toimintakyvyn ja voimavarojen kirjaaminen suunnitelmaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa antaa heille uskoa ja turvallisuuden tunnetta asiakkaan itsenäiseen selviytymiseen kotona. Tämä kaikki auttaa asiakasta kuntoutumistavoitteen asettamisessa. On tärkeää, että asiakkaan oma tavoite on kirjattu näkyviin.

Kuntoutumissuunnitelmaan kirjataan myös läheisten osallistuminen.

Fyysisen toimintakyvyn testaus SPPB-testillä on osa kuntoutumissuunnitelman laadintaa. Toimintakyvyn rajoitteiden ja testitulosten perusteella asiakkaan kanssa sovitaan yksilölliset harjoitteet, arjen toimintojen harjoittelu sekä ravitsemukseen liittyvät seikat. Nämä kaikki tukevat asiakasta hänen tavoitteidensa saavuttamisessa. Asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa hoitaja tai fysioterapeutti tekee seurantatestin ja päivittää kuntoutumissuunnitelman.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää kotihoidon toimintakykyä tukevaa työtä. Tavoitteena oli asiakkaan kuntoutumissuunnitelman sisällön täsmentäminen asiakaslähtöiseksi ja näyttöön perustuvaksi. Työn tuotoksena syntyi kuntoutumiskansio kotihoidon asiakkaan, läheisten sekä hoitohenkilökunnan käyttöön. Kuntoutumissuunnitelma on keskeinen osa kansiota. Työstä tehtiin käsikirja Eksoten omalle asiakirjapohjalle henkilökunnan käyttöön. Opas toimii myös perehdytysmateriaalina uudelle työntekijälle tai opiskelijoille. Lisäksi aineistosta ja kansion käytöstä laadittiin PowerPoint-esitys henkilökunnan perehdyttämiseksi yksikköjen osastokokouksissa. Kotihoidon fysioterapeutit toimivat perehdyttäjinä. Materiaali on myös tallennettu Eksoten intranettiin.

Eksoten organisaatio on parhaillaan suuressa muutoksessa. Kuntoutuksen painopistealueena on nyt ikääntyneiden kuntoutus ja kotona selviytymisen tukeminen. Tähän tavoitteeseen pyritään siirtämällä resursseja organisaation sisällä kotona tapahtuvan kuntoutuksen toteutukseen. Hyvän hoidon ja hoivan ohella toimintakyvyn ja aktiivisen arjen merkitys korostuu. Asiakaslähtöisyyden parantuminen, ikälain velvoitteiden täyttäminen ja toiminnan tuloksellisuuden kehittäminen olemassa olevilla resursseilla on välttämätöntä. Tulevaisuudessa henkilöstöresursseja tuskin lisätään, vaan tuottavuuden kasvu saadaan aikaan rakenteita ja prosesseja muuttamalla.

Opinnäytetyöllä haluttiin osoittaa, että kotikuntoutuksella on näyttöön perustuvaa vaikutusta kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn (Gill ym, 2003, 394 - 404; Sipilä ym. 107 - 119). Tästä huolimatta vain harva kotihoidon asiakas pääsee kuntoutuksen ammattilaisten toteuttaman kuntoutuksen pariin. Siksi on tärkeää, että varsinaisen kuntoutuksen ulkopuolelle jäävät asiakkaat saavat myös mahdollisuuden toimintakyvyn tukemiseen. Jos asiakas on ollut tehostetussa kuntoutuksessa sairaalassa tai kotona, kotihoidon on omalla toiminnallaan tärkeää ylläpitää saavutettuja tuloksia.

Asiakaslähtöisyyden korostaminen kuntoutumissuunnitelmassa perustuu lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista ja laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi sekä

palveluiden parantamiseksi. Asiakaslähtöisellä lähestymistavalla saavutetaan asiakkaan sitoutuminen kuntoutuksen tavoitteisiin ja näin asiakkaan toimintakyky sekä kuntoutuksen tuloksellisuus paranee pitkällä aikavälillä.

Kotihoidon asiakkaat ovat ryhmänä hyvin heterogeeninen, mutta heitä kaikkia yhdistää jonkinasteinen toimintakyvyn alenema. Toimintakyvyn parantumiseksi, ylläpysymiseksi tai sen heikkenemisen hidastumiseksi tarkoituksena on laatia tulevaisuudessa jokaiselle asiakkaalle kuntoutumissuunnitelma henkilökohtaisine tavoitteineen ja harjoitteineen. Tavoitteena voi olla myös asiakkaan kuntoutuminen siten, että avun tarve vähentyy tai poistuu kokonaan.

Kuntoutumiskansio ohjeineen auttaa asiakasta ja hoitajia yksilöllisen hoidon, fyysisen harjoittelun ja arjen aktivoimisen toteutuksessa. Kansio sisältää asiakkaan fyysisen toimintakyvyn testitulokset, toimintakyvyn arvion, kuntoutumistavoitteet ja keinot sen toteuttamiseksi sekä harjoituspäiväkirjan.

Päivittäisen toimintakyvyn arvioinnin tueksi kansioon valitsimme lomakkeen Rai-arviointijärjestelmästä. Rai-järjestelmä on hoitajien käytössä Eksoten kotihoidossa, joten se on tuttu menetelmä heille. Lomake havainnollistaa hyvin toimintakyvyn arviointia ja asiakkaan jäljellä olevaa toimintakykyä.

Fyysisen toimintakyvyn testaukseen valitsimme SPPB-testin, koska se on vakiintunut ja luotettavaksi todettu mittaumenetelmä. Siitä on olemassa kansainvälistä tutkimusnäyttöä ja se ennustaa hyvin toimintakyvyn kehittymistä. (Gurlnik ym. 1994, 89 - 94; Guralnik ym. 2000, 221 - 231; Vasunilashorn 2009, 223 - 227.) SPPB-testiä voidaan käyttää eri toimintayksiköissä, mutta erityisesti se soveltuu kotikäyttöön, koska se ei vaadi suurta tilaa. Tämä ominaisuus on merkittävä, koska kokonaisvaltaisesti fyysistä toimintakykyä mittaavaa testiä, mikä soveltuisi kotioloihin ja josta olisi näyttöä, ei ole löydetty. Testi on fysioterapeuttien ja hoitajien käytössä lähes kaikissa Eksoten toimipisteissä ikääntyneiden fyysistä toimintakykyä mitattaessa. Testi on yksinkertainen tehdä ja siksi fysioterapeuttien on ollut helppo kouluttaa hoitajia testaukseen.

Voima- ja tasapainoharjoittelu valittiin keinoksi kuntoutumissuunnitelmaan myös vahvan näytön vuoksi (Fiatarone ym. 1994,1769; Karinkanta ym. 2011, 72 - 73). Vähintään kaksi kertaa viikossa tapahtuva voima- ja tasapainoharjoittelu on

merkityksellistä myös kansallisen ikäihmisten liikuntasuosituksen mukaan (Voimaa Vanhuuteen 2011).

Kuntoutumissuunnitelmassa haluttiin huomioida myös ravitsemus. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan ravitsemuksen merkitys toimintakyvyn ylläpysymisessä ja toisaalta harjoitusvaikutuksen tehostajana on keskeinen. Tutkimusnäytön mukaan riittävä proteiinin saanti on turvattava ja päivittäisestä D-vitamiiniannoksesta on huolehdittava. (Bauer ym. 2013, 542 - 551; Bischoff-Ferrari ym. 2005, 2257.)

Harjoituspäiväkirjan tehtävänä on motivoida sekä asiakasta, läheisiä että hoitajia toimintakyvyn edistämiseen. Sen avulla voidaan arvioida kuntoutuksen toteutumista ja intensiteettiä. Harjoituspäiväkirja toimii apuna asiakkaan tavoitteiden ja kuntoutumissuunnitelman päivittämiseen. Se myös kannustaa positiivisesti kaikkia hoitajia toimintaan sisäisen valvonnan keinoin.

Organisaation näkökulmasta kuntoutumiskansio suunnitelmiseen varmistaa palvelun eettisyyttä, laatua ja lain asettamia vaatimuksia. Kansion toteutuessa kaikille työ lisää myös asiakkaiden tasa-arvoisuutta sekä tasa-arvoista kohtelua. Kuntoutumissuunnitelmien laatiminen ja toteuttaminen tarkoittaa asiakkaiden parempaa toimintakykyä ja näin organisaation tehokkuus ja tuottavuus paranee. Organisaatiossa asiakasprosessissa toimivien yksiköiden välinen toiminta paranee ja raja-aidat madaltuvat, kun kuntoutumissuunnitelma kirjataan potilasasiakirjoihin. Tällöin se kulkee asiakkaan mukana hänen siirtyessään palvelusta toiseen.

Kotihoidon henkilöstöllä on tänä päivänä erittäin suuria haasteita työssään. Asiakasmäärä kasvaa jatkuvasti ja asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia henkilöstömäärien säilyessä samana. Hoitajat kokevat, että aikaa asiakkaalle ei ole riittävästi. Uhkana on, että kuntoutumissuunnitelma laaditaan kiireessä tai toisaalta sen toteuttamiseen ei olekaan aikaa. Myös suunnitelman päivittäminen voi jäädä tekemättä.

Toisaalta myös henkilökunnan vaihtuvuus on tällä alalla suurta. Se vaikeuttaa henkilökunnan sitoutumista asiakkaan kuntoutumisprosessiin, mutta toisaalta kuntoutumissuunnitelma ja kansio toimivat tiedon jakajana uusille työntekijöille. Kansio mahdollistaa myös kiireessä keskittymisen asiakkaalle olennaisiin

kuntoutumisasioihin.

Niin kuin Niemelä (2011, 64 - 68) väitöskirjassaan toteaa, voi hoitohenkilökunnan osaamisen puute olla uhkana kuntoutumissuunnitelman tavoitteiden toteutumiselle. Tavoitteiden asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa sekä nousujohteisen kuntoutuksen toteuttaminen vaatii paljon tietoa ja taitoa. Kuntoutumisvastaaville on Eksotessa koulutettu fyysisen toimintakyvyn testaamisen ja arvioinnin perusteita sekä perusharjoittelun ohjausta. Valmiita liikemalleja on jaettu ja niiden ohjaamista on yhdessä harjoiteltu. Kotihoidon fysioterapeuttien rooli asiantuntijoina hoitohenkilökunnan osaamisen tukemisessa on keskeinen. Tämä vaatii fysioterapeutilta läsnäoloa hoitajien arjessa ja työnteossa, sekä paljon keskustelua asiakkaiden toimintakyvystä. Myös suunnitelmallinen ohjaus ja koulutus esim. osastotunteina ovat tärkeitä.

Kotihoidon asiakkaista valtaosalla on kognitiivisia ongelmia ja osalle heistä tavoitteiden muodostaminen kuntoutumissuunnitelmaansa voi olla haastavaa. Tässä kehittämiskohteena on henkilökunnan osaaminen. Miten he osaavat haastatella ja motivoida asiakasta tuottamaan omia tavoitteitaan? Hoitajat tarvitsevat myös paljon vuorovaikutustaitoja toimiessaan omaisten ja läheisten kanssa. Kansio harjoituspäiväkirjoineen voi osallistaa myös omaiset kotihoidon avuksi asiakkaan kuntoutukseen. Vuorovaikutuksen onnistuessa omaisten kanssa, heistä on paljon apua asiakkaan ravitsemuksen, harjoittelun, ulkoilun ja sosiaalisen verkostoitumisen tukemisessa.

Materiaali kansioon on valittu siten, että se ei riko asiakkaan tietosuojaturvaa tai hoitajan salassapitovelvoitetta. Eettisyyttä lisää myös se, että kaikista suositeltavista asioista on tutkimuksellinen näyttö, kansalliset tai kansainväliset suositukset. Kirjattavat tavoitteet ovat aidosti asiakkaan omia asioita vaikuttaen myönteisesti työn eettisyyteen. Kuntoutumissuunnitelman kirjaamisessa eettisyys täytyy pitää vahvasti mielessä. Asiakkaan itsemääräämisoikeus pitää aina muistaa vaikka asiakkaan tavoite olisikin vastoin yleisiä suosituksia. Kuitenkin kaikkien asiakkaiden kuntoutumissuunnitelma keinoineen kirjataan potilastietojärjestelmään. Tällä varmistetaan, että asiakkaan oma ajatus tulee kirjattua potilastietoihin vanhuspalvelulain vaatimuksen mukaan.

Kuntoutumiskansio mahdollistaa hoitajille tavoitteellisen työskentelyn ja tarjoaa mahdollisuuden nähdä oman työn tuloksia. Toki moni voi nähdä sen ainoastaan negatiivisena lisätyönä. Kuntoutumissuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa ja kansion laatiminen vievät hoitajalta paljon aikaa. Mutta kun työ on hyvin tehty, lopputuloksena aikaa säästyy. Seurauksena asiakkaan omatoimisuus lisääntyy ja hoitajien vaihtuessa kuntoutumiseen liittyvä olennainen tieto on helposti saatavilla.

Keskeisenä jatkokehittämistarpeena on ehdottomasti kuntoutumissuunnitelman tavoitteiden toteutumisen ja vaikutusten arviointi. Rai-arviointijärjestelmää on jatkossa mahdollista hyödyntää määrittelemällä osiot, joilla toimintakyvyn muutoksia voidaan seurata tai mitata. Realistinen tavoite tällä arjen tukemisen mallilla on asiakkaan toimintakyvyn ylläpysyminen tai hidastunut heikentyminen. Heikentymisen hidastuminen on jo saavutuksena hyvä ja palveluntuottajan näkökulmasta kannattavaa. Asiakkaan aktiiviseen arkeen se tuo arvokkuutta ja lisää sisältöä. Tämä kaikki pitää oikeilla mittareilla toteen näyttää. Myös kuntoutumissuunnitelman kehittäminen sähköiseen muotoon esim. Hyvis.fi oma-asioinnin yhteyteen on jatkossa myös oiva mahdollisuus.

Mielenkiintoinen ja tarpeellinen jatkokehittämis-ajatus voisi olla henkilökunnan osaamisen vahvistaminen asiakkaan motivointiin ja ohjaukseen. Toisaalta tulevaisuuden haaste on myös hoitohenkilökunnan osaajien korvaaminen kuntoutuksen ammattilaisilla. Tämä voisi tapahtua siirtämällä henkilöstöresurssien painopistettä hoivasta ja hoidosta hieman enemmän kuntoutumisen suuntaan.

Parasta tämän työn tekemisessä on ollut vuorovaikutus henkilökunnan kanssa ja toiminnan kehittäminen heidän tarpeidensa suuntaan. Työ ja idea kansiosta on lähtenyt henkilökunnalta, mikä parantaa olennaisesti sen hyödynnettävyyttä ja siirtymistä arkityöhön. Haasteellista on ollut Eksoten toimialueen maantieteellinen laajuus. Alueiden omat ja vanhat toimintakulttuurit asettavat haasteita kehittämistyön jalkauttamiselle.

Tekijöilleen tämä opinnäytetyö opetti kriittistä pohdintaa ja lähdemateriaalin käyttöä. Tietoperustan kerääminen lisäsi edelleen luottamusta vallitseviin

suositukseen ja korosti asiakaslähtöisyyden merkitystä työssä. Vankka työelämän ja kehittämistyön kokemus antoi malttia työn tekemiselle ja siihen liittyville odotuksille. Toisaalta innostus viedä asioita eteenpäin ajoi tekijöitä kohti hyvää lopputulosta.

LÄHTEET

Anttila, H. 2013. ICF-luokitus ja sen käyttömahdollisuudet [viitattu: 15.12.2013].

Satavissa:

http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/k_paivat_2013/41kp_anttila_heidi.pdf

Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A., Morley, J., Phillipis, S., Sieber, C., Stehle, P., Teta, D., Visvanathan, R., Volpi, E. & Boirie, Y. 2013. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *Jamda* 14 / 2013, 542-559.

Bischoff-Ferrari, H., Willet, W., Wong, J., Ciovannucci, E., Dietrich, T. & Dawson – Hughes, B. 2009. Fracture prevention With Vitamin D Supplementation. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMA* 3/2005, 2257-2264.

Cassel C. 2002. Use it or lose it. Activity may be the best treatment for ageing. *JAMA* 2002; 288: 2333-2335.

Eksote 2013. Eksoten kotihoidon palvelusisältö ja myöntämisen perusteet [viitattu 22.8.2013]. Saatavissa:

<http://www.eksote.fi/Fi/Ikaihminenpalvelut/Kotiinannettavatpalvelut/kotihoito/Documents/Kotihoidon%20sis%C3%A4lt%C3%B6%20ja%20my%C3%B6nt%C3%A4misen%20perusteet%202012.pdf>

Eksote intranet 2013. [viitattu 20.5.2013]. Saatavissa: <https://ekstranet.ekshp.fi/>

Eloranta, T. & Punkanen, T., 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen. Teoksessa

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään Vanhuuteen. Helsinki: Tammi. 9 - 28.

Era, P. 1997. Havaintomotoriikan ja kehon asennon hallintakyvyn muutokset vanhetessa ja liikunta. Teoksessa: Era, P. Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: LIKES. 49 - 62.

Fiatarone, M., O'Neill, E., Ryan, N., Clements, K., Solares, G., Nelson, M., Roberts, S., Kehayias, J., Lipsitz, L. & Evans, W. 1994. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of medicine*. 6/1994, 1769 - 1774.

Gill, T., Baker, D., Gottschalk, M., Gahbauer, E., Charpentier, P., Regt, P. & Wallace, S. 2003. A Prehabilitation Program for Physically Frail Community – Living Older Persons. *Arch Phys Med Rehabil* 3/2003, 394 - 404.

Guralnik, J., Ferrucci, L., Pieper, C., Leveille, S., Markides, K., Ostir, G., Studenski, S., Berkman, L., Wallace, R. 2000. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *Journal of Gerontology* 2000, Vol 55A; 4:221 - 231.

Guralnik, J., Simonsick, E., Ferrucci, L., Glynn, R., Berkman, L., Blazer, D., Scherr, P., Wallace, R. 1994. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology* 1994, Vol. 49;2: 85 - 94.

Halminen, M. 2013. Ikäihmisten kuntoutuksen nykytilanne – haasteita ja mahdollisuuksia. Luento Kuntoutus ja kuntouttava ote -koulutuksesta Lappeenrannassa 18.9.2013.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky [viitattu 8.4.2013]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049

Heikkinen, R-L. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 449 - 457.

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 416 - 435.

Ikäinstituutti. 2013. Suositukset iäkkäiden turvallisen ja säännöllisen ulkona liikkumisen edistämiseksi [viitattu 21.11.2013]. Saatavissa:

<http://www.voimaavanhuuteen.fi/binary/file/-/id/22/fid/53/>

Jyrkämä J. 2008. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) Gerontologia, 2. uudistettu painos, s. 273 - 278. Duodecim: Helsinki Lisää jos käytetään, toimintakyky.

Jyrkämä J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet -aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen M., Karisto A. & Kröger, T.(toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: PS-kustannus, 195 - 217.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kallinen, M. 2008. Kestävyys. Teoksessa Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 120 - 121.

Kamel, H. 2003. Sarcopenia and Aging. Nutrition Reviews. 61(5):157 - 167.

Karinkanta, S. 2011. To Keep Fit and Function. Effects of three exercise programson multiple risk factors for falls and related fractures in home-dwelling older women. Väitöskirja. University of Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Karinkanta, S., Piirtola, M., Sievänen, H., Uusi-Rasi, K. & Kannus, P. 2010. Physical therapy approaches to reduce fall [viitattu 2.8.2013]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/534-karinkantanaturerevendocrinol.pdf>

Karvinen, E. 2010. Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.)Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 126 - 155.

Kearney, F., Rowan, H., Gladman, J., Lincoln, N. & Masud, T. 2013. The Relationship between Executive Function and Falls and Gait Abnormalities in Older Adults: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 3/2013, 20 - 35.

Kela 2013. Kuntoutussuunnitelma [viitattu 24.11.2013]. Saatavissa:

http://www.kela.fi/vaikeavammaisten-laakinnallinen-kuntoutus_kuntoutussuunnitelma?redirect=http%3A%2F%2Fwww.kela.fi%2Fajankohtaista-tutkimus%3Fp_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_groupId%3D10180%26_3_keywords%3Dkuntoutussuunnitelma%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_redirect%3D%252Fajankohtaista-tutkimus

Koivula, M. & Räsänen, J. 2011. Vastuksesta voimaa. Teoksessa Karvinen, E & Salminen, U. (toim.) *Voimaa ja varmuutta itsenäiseen elämään. Iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu*. Helsinki: Kyriiri Oy, 22 - 33.

Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2006. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. *Duodecim* 2006; 122, 255 - 257.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.

Laukkanen, P 2008a. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim. 294 - 308.

Laukkanen, P 2008b. Toimintakyky ja ikääntyminen. Käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2008. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim. 261 - 272.

Lehmus, R. 2013. Toimintakykyä tukeva kotihoito Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvveluissa. Kuntoutuksen kehittämispalaveri 15.11.2013.

- Mitikka, M. 2013. Sätky – Sähköinen kotihoito. Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus [viitattu 24.11.2013]. Saatavissa: http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Tutkimus_kehittaminen/Documents/Mitikka_1009_2013.pdf
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa [viitattu 2.7.2013]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/urn_isbn_978-951-27-0514-6.pdf
- Niemelä, K. 2011. Iäkkään tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio: Kopijyvä Oy.
- Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja ja vanhustyöhön. Jyväskylä: P-S-Kustannus. 87 - 134.
- Pajala S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Tampere: Juvenes Print.
- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Strandberg, T., & Tilvis, R. 2007. Miten ikääntyneen kuntoutusta tulisi kehittää. Suomen Lääkärilehti 2007;42, 3851 - 3856.
- Pitkälä, K., Valvanne, J & Huusko, T. 2010. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K. & Strandberg, T. (toim.) Geriatria. Geriatria. Porvoo: Duodecim, 438 - 456.

- Pitkänen, T. 2011. Tavoitteena tasapaino. Teoksessa: Salminen,U.& Karvinen, E.(toim.) Voimaa ja varmuutta itsenäiseen elämään. Iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu. Helsinki: Kyyriiri Oy, 34 - 43.
- Rantakokko, M., Iwarsson, S. Hirvensalo, M., Leinonen, R., Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2010. Unmet Physical Activity Need in Old Age. JAGS 2010, Vol. 58, no. 4; 707 - 712.
- Rantanen, T. 2008. Kunnan kohotusta korkeassa iässä: Lisää elämää vuosiin. Teoksessa: Hartikainen S. & Lönnroos E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen Helsinki: Edita, 322 - 333.
- Rantanen, T.& Sakari-Rantala, R. 2008. Toimintatestit. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 286 - 293.
- Rantanen, T. 2005. Vanhuuden toimintakyky tutkimuksen kohteena. Gerontologia 19 (4), 200 - 202.
- Rissanen, P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 625 - 646.
- Saarikoski, R., Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012. Vanhuksen kävely ja apuvälineet. Duodecim [viitattu 10.1.2014]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=jal00173
- Sipilä, S. 2008. Liikunta ja lihasvoima. Teoksessa Leinonen, R. & Havas, E. (toim.) Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä: liikunnan yhteiskunnallinen perustelu III. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö Likes, 90 - 95.
- Sipilä, S., Salpakoski, A., Edgren, J., Heinonen, A., Kauppinen, M., Arkela-Kautiainen, M., Sihvonen, S., Pesola, M., Rantanen, T. & Kallinen, M. 2011. Promoting Mobility after Hip Fracture (ProMo): Study protocol and selected baseline results of a year-long randomized controlled trial among community-dwelling older people [viitattu 27.12.2013]. Saatavissa:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-12-277.pdf>

Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2008. Lihasvoima. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 107 - 119.

Sosiaaliportti 2013. Vammaispalvelujen käsikirja, toimintakyvyn arviointi [viitattu 1.12.2013]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi [viitattu 10.5.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

STM 2011. Luonnos laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvelujen saannin turvaamiseksi [viitattu 13.6.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-15131.pdf

STM 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma [viitattu 23.11.2013]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1076939223163/passthru.pdf>

Sundell, J. 2011. Lihasvoimaharjoittelu on liian vähän käytetty täsmälääke lihavuudessa ja vanhuudessa. Duodecim 4/ 2011. 335 - 341.

Strandberg, T. & Tilvis, R., 2010. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) Geriatria. Porvoo: Duodecim, 425 - 436.

Studenski, S., Perera, S., Patel, K., Rosano, C., Faulkner, K., Inzitari, M., Brash, J., Chandler, J., Cawthon, P., Connor, E., Nevitt, M., Visser, M., Kritchevsky, S., Badinelli, S., Harris, T., Newman, A., Cauley, J., Ferrucci, L. & Guralnik, J. 2011. Gait Speed and Survival in Older Adults. JAMA 3/2011, 50 - 58.

Suominen, M. 2008a. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 467 - 486.

Suominen M. 2008b. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Helsinki: Dieettimedia Oy.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitseminen. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) Geriatria. Porvoo: Duodecim, 350 - 357.

THL 2013a. Mikä on RAI? [viitattu 10.10.2013]. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/mika_on_rai

THL 2013b. Piste tapaturmille. Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB) [viitattu 8.5.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/toimintakyky/lyhyt-fyysisen-suorituskyvyn-testisto-sppb

Tilvis, R. 2010. Vanhenemismuutokset. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) Geriatria. Porvoo: Duodecim, 20 - 61.

Tilvis, R. 2008. Toimintakyvyn arviointimenetelmät. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 279 - 285.

Timonen, L. & Rantanen, T. 2003. Voimaharjoitteluun perustuva vanhusten kuntoutusmalli. Kokemuksia Joensuun terveystieteiden keskukselta. Suomen lääkärilehti 34:58: 3303 - 3306.

Tuovinen, A. & Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa Hartikainen S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 211 - 226.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ikääntyneen ravitseminen. Teoksessa Ravitsemussuositukset ikääntyneille [viitattu 13.10.2012]. Saatavissa:

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Vanhanen-Nuutinen, L. & Lambert, P. 2005. Hankkeesta julkaisuksi. Helsinki: Edita.

Vanhustyön keskusliitto 2007. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimushanke 2002-2006 [viitattu 9.2.2014]. Saatavissa:

http://www.vtkl.fi/fin/hankkeet/geriatriinen_kuntoutus/

Vasunilashorn, S., Coppin, A., Patel, K., Lauretani, F., Ferrucci, L., Bandinelli, S. & Guralnik, J. 2009. Use of the Short Physical Battery to Predict Loss of Ability to Walk 400 Meters: Analysis From the InCHIANTI Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 1/2009, 223 - 229.

Vikström, J. 2004. Vanhuksen äänen arvo. Teoksessa (toim.) Kankare H. & Lintula H. Vanhuksen äänen kuuleminen. Vantaa: Tammi, 13 - 18.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Voimaa Vanhuuteen 2011. [viitattu 16.2.2014]. Saatavissa:

<http://www.voimaavanhuuteen.fi/fi/etusivu/>

Von Bonsdorf, M. 2009. Physical activity as a predictor of disability and social and health service use in older people. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House.

Vuorenkoski, L., Konttinen, M., Sinkkonen, M. 2008. Signaaleja, Stakesin tulevaisuusraportti. Stakesin työpapereita 12/2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2008 [viitattu 12.4.2012]. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T12-2008-VERKKO.pdf>

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäikäisessä laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Vähäkangas, P. 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa (toim.)

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 145 - 157.

WHO 2004. ICF-toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

LIITTEET

Liite 1 – Kuntoutumissuunnitelma

Liite 2 - Kuinka selviydyn päivittäisistä toimista 1.

Liite 3 - Kuinka selviydyn päivittäisistä toimista 2.

Liite 4 – Proteiinirohje ja esimerkit

Liite 5 – D-vitamiinrohje

Liite 6 – Harjoituspäiväkirja

Asiakkaan yksilölliset harjoitteluohjeet (ei liitteenä)

KUNTOUTUMISSUUNNITELMA

Asiakas: _____

Pvm: _____

Vastuhoitaja: _____

Asiakkaan toimintakyky:

Asiakkaan kuntoutumistavoite:

Osatavoite:

Osatavoite:

Toteutus (esim. arjen toimintoihin osallistuminen, fyysiset harjoitteet ja ravitseminen):

Omaisten osallistuminen:

Fyysisen toimintakyvyn testi: SPPB /12p

Seuranta: _____

Tasapaino: _____ /4p, aika _____ Kävelynopeus: _____ /4p, aika _____ apuv. _____


Tuolilta ylösn: _____ /4p, aika _____

Huomioitavaa: _____



Suunnitelman kirjasi: _____

Liite 2 - Kuinka selviydyn päivittäisistä toimista 1.

KUINKA SELVIYDYN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMISTA

	ITSE	SAIN SANALLISEN OHJAUKSEN	SAIN VÄHÄN APUA	SAIN PALJON APUA
 Ruokailu	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk
 Lääkityksestä suorituminen	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk
 Henkilökohtainen hygienia	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk
 WC:n käyttö	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk
 Kylpeminen	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk	ma ti ke to pe la su 1vk 2vk 3vk 4vk

Liite 3 - Kuinka selviydyn päivittäisistä toimista 2.

	ITSE	SAIN SANALLISEN OHJAUKSEN	SAIN VÄHÄN APUA	SAIN PALJON APUA
 Pukeutuminen, ylävahtalo	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su
 Pukeutuminen, alavartalo	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su
 Liikkuminen vuoteesta	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su
 Siirtyminen	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su
 Liikkuminen kotona	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su	1vk 2vk 3vk 4vk ma ti ke to pe la su

Hanna Alastalo 2014

Liite 4 – Proteiiniohje ja esimerkit

IKÄÄNTYNYT TARVIKSEE VÄHINTÄÄN 80 G PROTEIINIA PÄIVÄSSÄ.

Yksi annos sisältää 7–8 grammaa proteiinia.
Nauti proteiinipitoisia ruokia päivittäin vähintään 10 annosta.

Maito / piimä 2 dl 	Jogurtti 2 dl 	Maustamaton maitorahka vajaa 1 dl (80 g) 	Raejuusto 5–6 rkl (50 g) 
Kypsytetty juusto 3–4 viipaletta (30 g) 	Täysihalekkele 3–4 viipaletta (40 g) 	Leikkelemakkara 6–8 viipaletta (80 g) 	Keitetty kananmuna 1 kpl (60 g) 
Kypsä liha * 3 rkl (25–30 g) 	Kypsä kala 4–5 rkl (40–50 g) 	Kypsä broileri * 3 rkl (25–30 g) 	Grillimakkara / nakki 2 nakkia tai ½ makkara (50–75 g) 
Pavut ja linssit 1,5 dl (100 g) 	Pähkinät 4 rkl (40 g) 	Lisahyytelö 3 viipaletta (á 25 g) 	Maksamakkara 4–5 viipaletta (á 15 g) 

* Vähärasvainen, luuton liha

MIHIN PROTEIINIA ELI VALKUAISAINETA TARVITAAN?

Ikääntymisen myötä riittävä proteiini saanti on erityisen tärkeää, sillä riittävä proteiini saanti ehkäisee lihaskatoa ja ylläpitää toimintakykyä ja vastustuskykyä. Ruoan proteiinia tarvitaan elimistön omien proteiinien muodostukseen. Proteiinit toimivat välttämättöminä rakennusaineina esimerkiksi lihaksissa, luustossa ja sisäelimissä. Proteiinia tarvitaan kudosten kasvua ja uusiutumista varten. Lisäksi proteiineilla on ihmiskehossa tärkeitä säätely- ja kuljetustehtäviä.

- D-vitamiini tunnetaan rasvaliukoisena vitamiinina, mutta itse asiassa se on steroidihormoni, jonka esimuotoa muodostuu ihossa ja jota saadaan ravinnosta.
- D-vitamiinireseptoreita, joiden kautta D-vitamiinin vaikutukset välittyvät, on kaikkialla elimistössä
- D-vitamiinin mittayksikkö on mikrogramma (μg) sekä kansainvälinen yksikkö (KY tai IU). $400 \text{ KY} = 10 \mu\text{g}$.
- Suomalainen D-vitamiinin saantisuositus yli 60-vuotiaille on $20 \mu\text{g}$ /vrk ympäri vuoden.

