

Päivi Mäkivalli

”LEMPI LÄHTEE KOTIIN” –  
KOTIUTTAMISMALLI PERUSTERVEYDENHUOLTOON

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2014

## ”LEMPI LÄHTEE KOTIIN” - KOTIUTTAMISMALLI PERUSTERVEYDENHUOLTOON

Mäkivalli, Päivi  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Kuntoutuksen koulutusohjelma, ylempi AMK  
Toukokuu 2014  
Ohjaaja: Jaakkola-Hesso, Sirpa  
Sivumäärä: 47  
Liitteitä: 7

Asiasanat: kotiuttamismalli, esteettömyys, kotona selviytyminen, ikäihminen

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää perusterveydenhuollon vuodeosastoille moniammatillisesti hyödynnettävissä oleva kotiuttamismalli ohjaamaan ikäihmisten esteetöntä ja turvallista kotiutumista. Tavoitteena oli, että tätä kotiuttamismallia hyödyntämällä ikäihmisten selviytyminen kotona parantuisi ja sairaalaan paluut vähenisivät.

Kehittävän työntutkimuksen menetelmällä toteutetussa opinnäytetyössä kohdeyhtymänä olivat lonkkamurtuman sairastaneet iäkkäät potilaat, joiden kotiutuminen sairaalasta oli syystä tai toisesta pitkittynyt. Pilottiryhmään valikoituneille potilaille suoritettiin vuodeosastolla toimintakykytestejä sekä kotiin tehtiin esteettömyyden selvitys ESKEH-mallia (Ruskovaara 2009) mukaillen. Lisäksi ikäihmisten kotona selviytymisessä olennaisena osana olevalle kotihoidolle suoritettiin pienimuotoinen kysely, jossa selvitettiin kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä ikäihmisten kotona selviytymisen ongelmakohdista ja toisaalta sitä tukevista osa-alueista.

Toimintakykytestien, kodin esteettömyyden selvityksen ja kotihoidolle tehdyn kyselyn tulosten perusteella saatiin tietoa ikäihmisten toimintakyvystä sekä kotona selviytymisestä. Näiden tulosten perusteella aloitettiin yhtenevän kotiuttamismallin kehittäminen, jonka osina ovat fyysiset ja psyykkiset vuodeosastolla toteutettavat toimintakykytestit sekä kodin esteettömyyden selvitys esteettömyyden arviointimenetelmän pohjalta. Tämä kotiuttamismalli voi tulevaisuudessa olla apuväline kaikkien potilasryhmien kotiuttamisen pohjalla lääketieteellisen arvioinnin lisäksi.

Tulevaisuuden haasteena on kehittää kotiuttamismalli sähköiseen muotoon. Tällaista nykyaikaista ja helposti saavutettavaa muotoa voitaisiin käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyn apuvälineenä niin sairaalassa kuin avoterveydenhuollossakin.

## "NOW IDA GOES HOME" – A MODEL FOR DEINSTITUTIONALISATION IN PRIMARY HEALTH CARE

Mäkivalli, Päivi

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation, Master's Degree

May 2014

Tutor: Jaakkola-Hesso, Sirpa

Pages: 47

Appendices: 7

Keywords: model for deinstitutionalisation, accessibility, coping at home, elderly

---

The purpose of this thesis was to develop a deinstitutionalisation model for primary health care wards to be utilized in a multiprofessional manner in offering safe deinstitutionalisation and an accessible home for the elderly. The objective was to utilize this deinstitutionalisation model in such a way that the elderly would cope better than previously at their homes and that there would be a decrease in the number of patients returning to the hospital.

This thesis was conducted by using the developmental work research method and its target group consisted of elderly patients after suffering a hip fracture. Their deinstitutionalisation from the hospital had been prolonged for one reason or another. The patients selected for the pilot group participated in tests relating their ability to function and all homes underwent an analysis of accessibility by utilizing an adaptation of the ESKEH model (Ruskovaara 2009). In addition, a small-scale survey was conducted among the home care professionals as they have an essential role in the coping of the elderly at home. This survey charted the problematic issues and supportive factors in coping at home.

Based on the ability tests, accessibility analysis and home care survey results, new data was collected on the abilities and coping of the elderly at home. On the basis of these results, a development work for a common deinstitutionalisation model was launched, consisting of physical and mental ability tests conducted in the ward as well as accessibility surveys in homes by using the accessibility evaluation method. In future, this deinstitutionalisation model could be used as a tool in deinstitutionalisation of all patient groups in connection with a medical evaluation.

This deinstitutionalisation model could be further developed in order to create an electronic format for it. This modern and easily accessible format could then be used as a tool among the social and health care professionals working in hospitals or in ambulatory care.

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TAVOITTEET KOTIUTTAMISMALLIN KEHITTÄMISESSÄ .....	6
3 YHTEISTYÖTAHOT .....	7
4 KOTIUTTAMISMALLIN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT .....	9
4.1 Kotiutusprosessi.....	10
4.2 Lonkkamurtuma ja sen vaikutus toimintakykyyn .....	11
4.3 Kehittävä työntutkimus kotiuttamismallin suunnittelun menetelmänä.....	14
4.4 Kysely kotihoidon työntekijöille ikäihmisten kotona selviytymisestä .....	17
5 TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI .....	21
5.1 Fyysinen toimintakyky .....	21
5.2 Psykkinen ja kognitiivinen toimintakyky.....	22
5.3 Sosiaalinen toimintakyky.....	23
5.4 Toimintakyvyn arviointi.....	24
5.5 Toimintakykytestit osana kotiuttamismallia .....	27
6 ESTEETTÖMYYS .....	31
6.1 Fyysinen ja sosiaalinen esteettömyys.....	31
6.2 Ikäihmisen asuinympäristö.....	32
6.3 Kodin esteettömyyden selvitys osana kotiuttamismallia.....	34
7 POHDINTA .....	37
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISHAASTEET.....	41
LÄHTEET.....	43
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Kahden seuraavan vuosikymmenen aikana väestömme ikärakenteen vanheneminen on entistä nopeampaa. 65-vuotiaiden määrä kasvaa yli puolitoistakertaiseksi ja 80 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu. Tämän vuoksi iäkkäiden terveyteen ja toimintakykyyn panostaminen on entistä tärkeämpää. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 50.) Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palveluja käsittelevän laatusuosituksen tavoite on mahdollisimman monen ikääntyneen itsenäinen eläminen omassa kodissa, tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössä toimintakyvyn rajoitteista tai sairauksista huolimatta. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.)

Huomioitava haaste terveydenhuollolle ovat ikäihmisten kaatumiset. Joka kolmas yli 65-vuotias ja joka toinen yli 85-vuotias kaatuu vuosittain vähintään kerran. Suomalaisten yli 65-vuotiaiden tapaturmista yli 80 prosenttia johtuu kaatumisesta tai putoamisesta. Ikäihmisten kaatumisista noin kolme prosenttia johtaa lonkkamurtumaan. Toisaalta lonkkamurtumista yli 90 prosenttia on seurausta kaatumisesta. Suomessa murtumien lukumäärä on vuosittain noin 7000. Väestön ikääntyessä lonkkamurtumien määrä kasvaa koko ajan. Haaste on yhteiskunnallisesti suuri ja siksi kaatumisten ehkäisyyn tuleekin kiinnittää huomiota. (Pajala 2012, 7,11.)

Huomion kiinnittäminen ikäihmisten asuinympäristön toimivuuteen ja esteettömyyteen aikaansaa hyötyjä. Ikäihmisen arkielämä kotona helpottuu, hänen elämänhalunsa, itsenäisyytensä ja omatoimisuutensa säilyvät pidempään. Vastaavasti tapaturmat sekä avun tarve vähenevät. Kunta ei tarvitse niin paljon laitospaikkoja suhteessa ikääntyneiden määrään. Asuntojen ja kiinteistöjen korjaukset voivat vähentää myös kotipalvelujen tarvetta. Näin sosiaalisektorin kustannuspaineet helpottuvat. Esteettömät tai sellaiseksi muunneltavissa olevat asunnot soveltuvat kaikille ja vähentävät tarvetta muuttaa asuinpaikkaa elämäntilanteiden muuttuessa. (Ruonakoski 2004, 36.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää perusterveydenhuoltoon sairaalan vuodeosastoille soveltuva yhtenäinen kotiuttamismalli tukemaan ikäihmisten esteetöntä kotiutumista, kotona selviytymistä ja ehkäisemään sairaalajaksojen uusiutumista.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja yhteiskunnallinen. Valtaosa ikäihmisistä haluaa asua kodissaan pitkään. He arvostavat hyvää elämänlaatua ja yksilöllisiä olosuhteita sekä itsemääräämisoikeuttaan. Jos ikäihminen pystyy asumaan omassa kodissaan, säästää kotikunta rahaa. Potilaita, jotka ovat kotiutuneet osastolta vain vähän aikaa sitten, palaa sairaalaan ilman selvää diagnoosia. Mistä se johtuu, ehkä fyysisestä tai sosiaalisesta esteellisyydestä? Laitoshoitoa ja –paikkoja on jo vähennetty ja tulevaisuudessa niihin on varmasti entistä vaikeampi päästä ikääntyneen väestön määrän lisääntyessä. Kotona asumiseen puolestaan kannustetaan ja sitä tuetaan.

Tämän kotiuttamismallin avulla voidaan arvioida mihin seikkoihin kotiutumassa olevan potilaan toimintakyvyssä, kodissa ja elämässä olisi kannattavaa kiinnittää huomiota ja tehdä mahdollisia muutoksia, jotta hän selviytyisi omassa kodissaan itsenäisesti tai avun turvin. Hyvällä kotiutumisen suunnittelulla voitaisiin ennaltaehkäistä esteellisyydestä johtuvia sairaalaan paluita sekä tukea ikäihmisten kotona selviytymistä.

## 2 TAVOITTEET KOTIUTTAMISMALLIN KEHITTÄMISESSÄ

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteettömyyden tutkimus- ja osaamiskeskitymän kanssa osana laajempaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa kotiuttamismalli perusterveydenhuollon vuodeosastoille.

Kotiuttamismallissa tavoitteena on arvioida kotiutumassa olevan potilaan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä hänen kotinsa esteettömyyttä. Toimintaky-

kytestit suoritetaan vuodeosastolla kotiutumisvaiheen lähestyessä lääketieteellisen arvion jälkeen yhteistyössä potilaan, hänen omaistensa sekä osaston henkilökunnan kanssa. Potilaan kotiin tehdään esteettömyyden selvitys esteettömyydenarviointimenetelmään perustuen ennen kotiutumista tai mahdollisimman pian sen jälkeen. Esteettömyyden selvityksessä potilaan ja hänen omaistensa lisäksi tärkeä yhteistyökumppani on kotihoidon tarjoava taho.

Toimintakykytestien ja esteettömyysselvityksen lisäksi tavoitteena on suorittaa Porin perusturvakeskuksen vanhuspalveluiden kotihoidon työntekijöille pienimuotoinen kysely. Tämän kyselyn avulla on tarkoitus saada tietoa ikäihmisten kotona selviytymisestä sekä yhteistyön tarpeista ja kehittämiskohteista.

### 3 YHTEISTYÖTAHOT

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteettömyyden tutkimus- ja osaamiskeskittymän kanssa osana laajempaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Yhteistyössä ammattikorkeakoulusta mukana on tutkijaopettajia sekä fysioterapia (AMK) ja kuntoutuksen ohjaaja (AMK) opiskelijat.

Yhteistyötahona on Porin perusturvakeskus, joka järjestää terveys- ja sosiaalipalvelut Porin, Merikarvian sekä Ulvilan asukkaille. Toiminta perusturvakeskuksessa pyrkii olemaan ennaltaehkäisevää ja se perustuu sekä alueelliseen että moniammatilliseen yhteistyöhön ja kumppanuuteen. Perusturvakeskuksen tärkein tehtävä on edistää yhteistoiminta-alueen asukkaiden terveyttä, hyvinvointia sekä turvallisuutta. Peruspalveluiden on tarkoitus olla oikea-aikaisia ja asiakasta lähellä olevia. Siksi palvelut tuotetaan pääasiassa lähipalveluina, mutta osa järjestetään keskitetysti. (Porin kaupungin www-sivut 2014.)

Yhteistyössä mukana on Porin perusturvakeskuksen kaksi toimialuetta: kuntoutus- ja sairaalapalvelut sekä vanhuspalvelut.

Porin perusturvakeskuksen sairaalapalvelut tarjoavat kirurgian, sisätautien, geriatrian sekä yleislääketieteen palveluja ja tutkimuksia. Perusturvan alueen sairaaloissa on seitsemän lyhytaikaishoidon osastoa. Sairaalaan tulevat potilaat ovat terveyskeskuslääkärien sinne ohjaamia tai erikoissairaanhoidon yksiköiden lähettämiä. (Porin kaupungin www-sivut 2014.)

Vanhuspalveluista opinnäytetyöhön osallistuu kotihoito. Porissa kotihoidon palvelut suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä kaupungin yksiköiden sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kesken. Tilanteita, jolloin kotihoidon palveluja Porin perusturvan alueella voi saada, ovat vanhuuden, sairauden, perhetilanteen tai vammaisuuden aiheuttamat kotona selviytymisen vaikeutumistilanteet tai jotkut muut erilliset syyt, joiden takia palveluja pitäisi saada kotiin. Kotihoidon palvelumuotoja Porin perusturvan alueella ovat muun muassa ruokailussa, henkilökohtaisessa hygieniassa, kuntoutumisessa, liikkumisessa, asiointissa ja ulkoilussa avustaminen. Kotihoidon tukipalveluja alueella ovat esimerkiksi ateriapalvelu. Kotihoito voi huolehtia myös itsehoidon ohjauksesta, lääkehoidosta sekä sairaanhoidosta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen saanut kotihoidon työntekijä arvioi yhdessä asiakkaan ja tämän perheen, omaisten tai läheisten kanssa kotihoidon palveluiden tarpeen. Säännöllisestä kotihoidosta tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka perusteella käynnit ja kustannukset määräytyvät. (Porin kaupungin www-sivut 2014.)

Yhteistyötahona ovat myös pilotointiin osallistuvat sairaalan vuodeosastojen potilaat ja kotihoidosta valikoituvat asiakkaat sekä heidän omaisensa.

Opinnäytetyölle on haettu tarvittavat luvat Porin perusturvakeskuksen perusturvajohtajalta sekä kuntoutus- ja sairaalapalveluiden johtavalta lääkäriltä. Työ suuntautuu potilaisiin ja siksi sille on haettu myös eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Opinnäytetyössä kunnioitetaan eettisiä periaatteita ja salassapitovelvollisuutta.



## 4 KOTIUTTAMISMALLIN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT

Sosiaali- ja terveysmenot kasvavat väestön ikääntyessä. OECD (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö) julkaisi toukokuussa 2011 raportin, jonka mukaan Suomi kulutti vuonna 2008 hieman yli kaksi prosenttia bruttokansantuotteestaan ikääntyneiden pitkäaikaishoitoon. Jakauma laitoshoidon ja avohoidon välillä oli merkittävä: bruttokansantuotteesta 0,9 prosenttia kului laitoshoittoon ja 0,1 prosenttia pitkäaikaishoitoon omassa kodissa. Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon kustannusten arvioidaan nousevan OECD-maissa edelleen. (Finne-Soveri 2012, 41–42.) Vuonna 2010 terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin yli 150 000 potilasta. Valtaosa potilaista oli yli 75-vuotiaita. Yli kolme kuukautta hoidossa olleita potilaita oli silloin noin 17 000. Hoitopäiviä vuonna 2010 kertyi 6,2 miljoonaa, mutta luku vähenee joka vuosi. Kyseisen vuoden lopussa hoidossa olleista potilaista 35 prosentille arvioitiin tarkoituksenmukaiseksi hoitopaikaksi joku muu kuin terveyskeskuksen vuodeosasto. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2013.)

Ikääntyneiden sairaalahoidon kustannukset ovat jatkuvassa kasvussa. Esimerkiksi vuonna 2010 Helsingin terveyskeskuksen akuuttivuodeosastolla päivä maksaa potilaalle noin 33 euroa, mutta kaupungille lähes 300 euroa. Kuntaliiton mukaan keskussairaaloissa tehdyt polven, lonkan tai nilkan tekonivelleikkaukset saattoivat maksaa potilaan kotikunnalle yli 8000 euroa. (Kokko 2010.) Lonkkamurtuman sairastaneen potilaskohtaiset kokonaiskustannukset olivat vuonna 2007 keskimäärin 20 800 euroa ensimmäisen vuoden ajalta. Välittömän hoidon kustannukset olivat noin 6200 euroa ja koko ensimmäisen hoitokokonaisuuden kustannukset noin 12 500 euroa yhtä potilasta kohden. Lisäksi ensimmäisen vuoden hoitokustannukset ovat selvästi suuremmat, jos kotoaan sairaalan tullut murtumapotilas jää jatkossa pysyvästi laitoshoittoon. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011.)

Väestön ikääntyessä lonkkamurtumat ovat merkittävä haaste terveydenhuollolle. Merkittävä osa murtumista, noin 20 prosenttia, tapahtuu pitkäaikaishoidossa

olevalle väestölle. Tyypillisesti lonkkamurtuma johtaa potilaan elämänlaadun laskuun. Se aiheuttaa myös isoja kustannuksia ja sen hoitaminen vaatii pitkää sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävää hoitoa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2013.)

#### 4.1 Kotiutusprosessi

Kotiutuminen on vaihe, jossa henkilö siirtyy hoidon tasolta toiselle, esimerkiksi sairaalasta kotiin tai toiseen hoitoyksikköön. Pitkäaikaishoidossa tai perusterveydenhuollossa asiakkaiden kotiutumisen suunnitteluun on usein paremmat mahdollisuudet verrattuna erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa hoitoajat ovat lyhentyneet johtuen muun muassa lyhytjälkihoitoisesta kirurgiasta tai polikliinisestä hoidosta. Asiakkaan sairaalasta kotiuttaminen pian toimenpiteen tai lyhyen hoitajakson jälkeen edellyttää ammattiosaamista ja joustavuutta sekä sairaalan että avopalvelujen henkilöstöiltä. Asiakkaan kotiutuminen on onnistunut, kun se on hyvin suunniteltu ja dokumentoitu. Kotona tarvittavat hoidot ja palvelut pitää myös olla valmiiksi suunniteltu sekä tilattu. Kotiutuminen on onnistunut kun asiakkaan terveys ja toimintakyky eivät heikkene eikä hänen tarvitse saman vaivan vuoksi palata lähiaikoina uudelleen sairaalaan. (Grönroos & Perälä 2006.)

Ikäihmisten laitoksesta kotiutumisen pitäisi perustua lääketieteelliseen arvioon sekä hänen omaan haluunsa lähteä kotiin. Kotiutuksen tavoitteena on luoda turvalliset lähtökohdat kotona selviytymiselle. Onnistunut kotiutus mahdollistaa kotona asumisen ja siellä selviytymisen. Hyvä kotiutus perustuu kotiutuvan henkilön elämäntilanteen kartoittamiseen sekä fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen tunnistamiseen ja tukemiseen. Kotiutus on aina moniammatillista yhteistyötä yhdessä kotiutujan ja hänen omaistensa kanssa. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu tavallisimmin sairaalan hoitava lääkäri, omahoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotihoidon ammattilaiset. Kotiutuminen on aina yksilöllistä ja monimuotoista. Siksi yleispätevää hyvää kotiutuskäytäntöä on ollut vaikea esittää. (Voutilainen ym. 2002, 128.)

Tutkimuksissa on todettu, että ongelmia kotiutumisessa on aiheutunut siitä, että ikäihmisten kuntoon nähden kotiutumisen suunnittelu saatetaan aloittaa liian myöhään. Puutteita on koettu olevan myös tiedonkulussa ja yhteistyössä sairaalan ja avopalveluiden välillä. Tiedonkulun vajavaisuuksia on lisäksi läheistään hoitavien omaisten sekä sairaalan välillä. (Grönroos & Perälä 2006.)

Riittävän ajoissa suunniteltu kotiutuminen ja ikäihmisen omia näkemyksiä huomioiden koottu hoito- ja palvelusuunnitelma lisäävät turvallisuuden tunnetta ja kokemusta välittämisestä. Kotiutussuunnitelman laatiminen ja sen toteuttaminen edistävät ikäihmisen kotiutumisen onnistumista sekä parempaa elämänlaatua. (Grönroos & Perälä 2006.)

Koti antaa ikäihmiselle mahdollisuuden kontrolloida ympäristöään ja tarjoaa vapauden toimia. Koti on rauhallinen, turvallinen ja sinne liitetään jatkuvuuden tunnetta sekä emotionaalisia ja kognitiivisia sidoksia. Tuttu ympäristö edesauttaa myös kuntoutumista. Keskeinen tekijä ikäihmisen kotiutumisessa on riittävä toimintakyky. Sekä fyysisen että psyykkisen toimintakyvyn pitää olla riittävän hyviä, jotta kotiutuminen on realistinen tavoite. Yleinen syy osastolle oloon on usein jatkohoidon tarve, joka johtuu siitä, ettei ikäihmistä voida hänen toimintakykynsä nähden kotiuttaa. Kaikki nämä ikäihmiset eivät tarvitsisi jatkohoitoa sairaalassa, jos elämän eri osa-alueiden esteettömyyteen kiinnitettäisiin riittävä huomiota. (Järnström 2011, 115, 117-118.)

#### 4.2 Lonkkamurtuma ja sen vaikutus toimintakykyyn

Suomessa tilastoidaan vuosittain keskimäärin 7000 lonkkamurtumaa. Vuonna 2008 tapahtui yhteensä 7226 lonkkamurtumaa, joista 96 prosenttia oli 50 vuotta täyttäneillä ja 68 prosenttia naisilla. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011.)

Lonkkamurtuman riskitekijät voidaan jakaa pääsääntöisesti kahteen ryhmään: kaatumisvaaraa lisääviin sekä luun lujuutta heikentäviin. Lonkkamurtuman riskitekijöitä ovat korkea ikä, vähäinen liikunta ja aiemmat murtumat. Kaatumisvaara on suurempi monisairailta, haurailta ikäihmisillä sekä monilääkityksen käyttäjillä.

(Tarnanen, Huusko & Sipilä 2011.) Lonkkamurtuman riskiä lisäävät myös perimä, huono ravitsemus, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, puutteelliset liikkumisen apuvälineet, pieni painoindeksi, halvaus, huono näkökyky, muistisairaus ja laitoksessa asuminen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011).

Erilaisia lonkkamurtumatyyppejä ovat reisiluun yläosan murtumat, reisiluun kaulan murtumat, trokanteeriset murtumat, jossa murtumalinja kulkee lonkan sarvennoisten kautta tai välissä, mutta pienen sarvennoisen alareunan yläpuolella, sekä subtrokanteeriset murtumat, jossa murtumalinja kulkee sarvennoisalueen alapuolella. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011.)

Lonkkamurtuman toteaminen perustuu lääkärin kliiniseen tutkimukseen sekä röntgenkuvaukseen. Murtunut lonkka on kivulias liikuttaessa ja jalka saattaa olla virheasennossa ja lyhentynyt. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011.) Lonkkamurtuman hoitona on lähes aina leikkaus. Leikkaus on tehtävä niin pian kuin mahdollista. Näin parannetaan potilaan liikuntakyvyn nopeampaa palautumista. Leikkaustapoja on useita ja sopivin tapa valitaan potilaan ikä, yleiskunto, sairaudet, reisiluun ja lonkkanivelen laatu sekä murtuman laatu huomioiden. (Tarnanen ym. 2011.) Potilaan tultua sairaalaan on syytä kartoittaa millainen hänen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä oli ennen murtumaa. Lonkkamurtuman leikkaus on aiheellinen usein potilaille, joiden ei muuten ajatella sopivan leikkaushoitoon. Joissain tapauksissa lonkkamurtuma voidaan hoitaa myös konservatiivisesti eli ilman leikkaushoitoa, esimerkiksi jos potilaan eliniän katsotaan olevan hyvin lyhyt tai leikkauksen riskit ylittävät mahdolliset hyödyt. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011.)

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus ja mobilisointi alkaa heti leikkausta seuraavana päivänä. Kuntoutus on erittäin tärkeä osa hoitoa. Sen tavoitteena on palauttaa potilaan toimintakyky mahdollisimman nopeasti sellaiseksi, että elämän jatkaminen entisessä elinympäristössä onnistuu. Kuntoutuksessa moniammatillinen tiimi, johon voi kuulua esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä sosiaalityöntekijä, tekee tiivistä yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Tarnanen ym. 2011.)

Lonkkamurtuma voi aiheuttaa ikäihmiselle erilaisia ongelmia, koska toimintakyky ei aina palaa ennalleen murtuman jälkeen. Liikkuminen voi hidastua, kävelykyky ja tasapaino heiketä. Näillä fyysisen toimintakyvyn ongelmilla on vaikutusta ikäihmisen itsenäiseen päivittäiseen toimintaan. Suuri osa lonkkamurtuman sairastaneista tarvitsee tuekseen liikkumisen apuvälinettä. Kyynärsauvojen kanssa esimerkiksi kauppatarvikkeiden kuljetus on vaikeaa. Lonkkamurtumalla saattaa olla vaikutusta myös psyykkiseen toimintakykyyn esimerkiksi sosiaalisen elämän ja harrastusmahdollisuuksien vähetessä. (Farin 2013, 9-10.)

Lonkkamurtuman jälkeisen toimintakyvyn palautumista heikentävät ikäihmisen sairaudet esimerkkeinä depressio ja muistisairaus, lonkkamurtumaa edeltänyt huono toimintakyky, viivästynyt mobilisaatio, heikko ravitsemustila tai operaation jälkeinen sekavuus. Korkea ikä puolestaan ei aina ole este toipumiselle. Seurantatutkimuksissa on todettu, että yli 90-vuotiaiden lonkkamurtumapotilaidenkin ennuste on hyvä. Sairastettu lonkkamurtuma saattaa lisätä toimintakyvyn heikkenemisen riskiä usean vuoden ajaksi. Ikäihmisen lihasvoimat voivat olla huonot ja sen takia päivittäisistä toimita selviäminen vaatii maksimaalista ponnistelua. Toisaalta vuodelepo ja vähäinen aktiivisuus heikentävät lihasvoimia, pienentävät luuntiheyttä sekä lisäävät riskiä kaatua ja saada uusi murtuma. Lonkkamurtuma voi olla syy myös heikentyneeseen elämänlaatuun heikentyneen toimintakyvyn, kivun ja luutumisen ongelmien kautta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011.)

Lonkkamurtumia voidaan ehkäistä ja vähentää puuttamalla laaja-alaisesti kaikkiin potilaan tunnistettuihin riskitekijöihin. Kaatumisten ehkäisyssä huomiota kiinnitetään lääkitykseen, näkökykyyn, fyysiseen kuntoon, apuvälineiden tarpeeseen ja kotiympäristön vaaratekijöihin. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla potilailla on tutkitusti suuri riski saada lonkkamurtuma. Heille olisi hyvä harkita lonkkasuojaimien käyttöä. Kaikkien potilaiden kohdalla huomiota tulee kiinnittää osteoporoosin hyvään hoitoon, riittävään kalsiumin ja D-vitamiinin saantiin sekä monipuoliseen ja säännölliseen liikuntaan ja tupakoimattomuuteen. (Tarnanen ym. 2011.)

Lonkkamurtumapotilaan hoidossa pyritään nykyään nopeaan kotiutukseen. On tutkittu, että nopea kotiutuminen lisää potilastyytyvyyttä sekä vähentää sairaalainfektioiden riskiä. Osastojakson aikana on tärkeää arvioida pärjääkö potilas kotona. Tässä vaiheessa potilas voi siirtyä erikoissairaanhoidosta kuntoutusosastolle. Potilaan hoitajaksoa saattaa fyysisen kuntoutumisen ohella pidentää pelko lähteä kotiin tai kotiolot, joissa hän ei pärjää enää leikkauksen jälkeen. (Nurmela 2007, 13.)

Ennen lonkkamurtumapotilaan kotiutusta on hyvä tehdä kotikäynti, jonka yhteydessä kartoitetaan potilaan liikkumista ja selviytymistä päivittäisistä toimista kotiympäristössä. Samalla selvitetään asunnon muutostöiden, kaatumisen riskitekijöiden sekä apuvälineiden tarve. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011.) Lonkkamurtumapotilaan operaation jälkeistä kotona selviytymistä tukevat erityisesti onnistunut toimenpide, oma motivaatio palata entiseen elinympäristöön ja elämään sekä tieto ja taito toimintatavoista. Kotona selviytymistä helpottaa myös ikäihmisen myönteinen asenne, sosiaalinen tukiverkosto, tuttu toipumisympäristö sekä mielekäs tekeminen esimerkiksi harrastuksen muodossa. Kotona pärjäämistä puolestaan haittaavat eniten kivut, päivittäiset toimet kuten pukeutuminen sekä ulkotyöt ja siivoaminen. (Nurmela 2007, 13-14.)

#### 4.3 Kehittävä työntutkimus kotiuttamismallin suunnittelun menetelmänä

Teoreettisena viitekehyksenä opinnäytetyössä käytetään kehittävää työntutkimusta. Kehittävä työntutkimus on suomalainen lähestymistapa työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen. Se on muutosstrategia, joka yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen. Toimintatapa on osallistava, jossa työntekijät analysoivat ja muuttavat omaa työtään. (Engeström 1998, 11-12.) Kehittävän työntutkimuksen tarkoituksena on (a) tuottaa työntekijöille konkreettista havaintoaineistoa työstään, (b) asettaa heille tehtäviä tuotetun havaintoaineiston analysoimiseksi, uusien toimintamallien muodostamiseksi ja soveltamiseksi, (c) muovata ja tarjota käsitteellisiä välineitä tehtävien suorittamiseksi. (Engeström 1998, 126.)

Ekspansiivisessa oppimisessa osana kehittävää työntutkimusta työorganisaatio erittelee ja arvioi uudelleen toimintansa perustana olevia arvoja ja normeja, rakentaa itselleen uuden toimintamallin sekä ottaa sen käyttöön. Organisaatio siis oppii jotakin, mitä ei vielä ole. Ekspansiivinen oppiminen ei ole suoraviivaista, vaan se etenee oppimissyklinä. Sen kuluessa törmätään ajoittain esteisiin ja joudutaan siksi ottamaan askel taaksepäin. Merkittävään toimintatavan muutokseen johtavat syklit kestävät tyypillisesti kuukausia, joskus jopa vuosia. (Engeström 2004, 59-60.)



Kuva 1. Ekspansiivisen oppimisen sykli  
(satujalaura.wikispaces 2014)

Kuvassa 1. esitetään ekspansiivisen oppimisen ideaali eteneminen. Engeström (1998) ajattelee oppimisen olevan avoin spiraalimalli, jonka avulla voidaan päästä toimintajärjestelmän laadulliseen kehittämiseen. Syklin vaiheet ovat:

1. Tarvetila, jossa tyytymättömyys nykytilaan voi aiheuttaa halun muutoksen aikaansaamiseksi.
2. Kaksoissidos- eli syklin toisessa vaiheessa toimintajärjestelmässä on havaittavissa ristiriitoja, epäonnistumisia tai mahdottoman tuntuksia tehtäviä, jotka hankaloittavat toimintaa. Näiden ratkaiseminen edellyttää toiminnan analysointia. Analyysin avulla voidaan päästä kiinni arkityön häiriöihin ja etsiä uudenlaisia ratkaisuja ideointiin.

3. Uuden toimintatavan etsimisen ja kehittelyn vaiheessa työyhteisön jäsenet hakevat ratkaisuja nykytilanteen ristiriitoihin tarkoituksenaan kokonaisuuden muuttaminen. Uudenlaisella laadullisella kokonaisuudella voidaan osoittaa mitä tuotetaan ja miksi. Vaiheeseen kuuluu siis uuden toimintamallin, uusien strategisten työvälineiden, työnjako- ja yhteistoimintamuotojen kehittäminen olemassa olevia ratkaisuja hyödyntäen.

4. Toimintatavan muuttamisen vaiheessa uutta toimintamallia sovelletaan suunnitelmien tasolta käytäntöön. Osaratkaisuja testataan ja ne yleistetään kattavaksi muutokseksi. Tässä vaiheessa voi esiintyä muutosvastarintaa. Siksi vaiheeseen sisältyy kompromisseja, uutta suunnittelua ja ratkaisuja.

5. Uuden käytännön vakiinnuttamisen vaiheessa uusi toimintatapa vakiintuu ja uudet käytännöt ovat käytössä. Muutos on tapahtunut vasta, kun uusien ratkaisujen ympärille muodostuu uudenlaisia ajattelutapoja, tottumuksia ja symboleja. Vasta tämän jälkeen muutosta voi lähteä arvioimaan.

(satujalaura.wikispaces www-sivut 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa organisaatioiden ja toimintatapojen uudistaminen on haastavaa. Suurilla lainsäädännön avulla toteutetuilla muutoksilla saattaa olla sivuvaikutuksia, jotka ovat lopulta merkittävämpiä kuin tavoitellut tulokset. Pienemmät uudistushankkeet kohtaavat helposti vastarintaa ja niillä tavoitellut vaikutukset häviävät pian. Muutostyössä onnistumista varten pitää löytää työn pohjimmaiseen tarkoitukseen liittyvät, terveydenhuollon organisaatioiden sisällä olevat jännitteet ja käyttää niitä muutoksen motiivina sekä energiana. Terveydenhuollon perimmäinen motiivi on potilas. Ilman potilasta ei tarvita terveydenhuollon henkilökuntaa eikä sairaaloita tai muita potilaan tarvitsemia palveluita. On hyvä muistaa, että muutos ei terveydenhuollossakaan ole sama kuin kehitys. Kehitys on laadullisesti uudenlaisen toimintamallin syntymistä, johon sisältyy pyrkimys parempaan, mutta myös vanhan hylkäämistä. Kehitys-sana saa aikaan myönteisiä mielikuvia. Aina kehitys tai muutos ei kuitenkaan ole pelkästään toivottavaa. Ne voivat olla toisen alueelle tunkeutumista tai alistamista. Halutun kehityksen suunnan löytämiseksi pitää käydä keskustelua, tehdä ratkaisuja tai kompromisseja. Nämä ovat oleellinen osa kehityskaarta. (Engeström 2004, 12-13, 71-72.)



Perusterveydenhuollossa sairaalan vuodeosastoilla potilaiden turvalliseen ja esteettömään kotiutumiseen kannattaa kiinnittää huomiota. Vuodeosastoilla ei nyt ole yhtenäisesti toimivaa kotiuttamisen mallia. Siksi ajankohta on hyvä alkaa sellaista kehittämään. Ekspansiivisen oppimisen syklin alkutila siis toteutuu opinnäytetyössä, kotiuttamismallille on tarvetila olemassa. Syklin toisessa vaiheessa toimintajärjestelmässä on havaittavissa toimintaa hankaloittavia asioita. Tässä tapauksessa voidaan analysoida, että hankaluutta luo yhtenevien kotiutusmenetelmien puuttuminen. Ideointi kotiuttamismallista alkaa ja jatkuu kehittelyn sekä pilotoitien ja tulosten analysoinnin muodossa ekspansiivisen oppimisen syklin kohdassa kolme. Syklin vaiheet neljä ja viisi eli kotiuttamismallin käyttöönotto, testaus ja vakiintuminen eivät opinnäytetyöhön sisälly, mutta ovat haasteita tulevaisuuteen.

#### 4.4 Kysely kotihoidon työntekijöille ikäihmisten kotona selviytymisestä

Suomessa 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,9 prosenttia oli vuoden 2012 lopulla säännöllisen kotihoidon asiakkaina eli kaikkiaan hieman yli 70 500 henkilöä. Näistä asiakkaista 64,7 prosenttia sai myös tukipalveluja, kuten ateria-, kuljetus- ja turvapalveluja. Yli puolella asiakkaista säännöllinen kotihoidon asiakkuus alkoi suoraan kotoa. Hieman yli neljänneksellä asiakkuus alkoi sairaalasta tai terveyskeskuksesta kotiutumisen yhteydessä. Asiakkaaksi tulon syy oli useimmiten jokin fyysinen syy tai vajavuus itsestä huolehtimisessa. Kotihoidon henkilökunnan arvioiden mukaan yli 80 prosentille asiakkaista kotihoito oli parhaiten sopiva hoitomuoto. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoama palvelukokonaisuus, johon sisältyvät kotipalvelu ja kotisairaanhoito. Laadukas kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin sekä sen perusteella laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kotihoidon kautta autetaan hoito- ja huolenpitotyön avulla eri-ikäisiä ihmisiä, joiden toimintakyky on pysyvästi tai tilapäisesti heikentynyt. Kotihoidon tavoite on asiakasryhmästä riippumatta tarjota asiakkaan tarpeisiin ja tavoitteisiin perustuvaa palvelua. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2014.)

Kotihoito tukee ikäihmisten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden selviytymistä kotona tai palvelutalossa. Tällöin pitkäaikaishoito laitoksissa voi vähentyä. Kotihoito mahdollistaa viivytyksettömän kotiutumisen sairaalahoidosta ja turvaa samalla sairaalajakson jälkeisen jatkohoidon. Kotihoito tukee asiakasta, jotta hän pystyy selviytymään arjestaan omaisten sekä muiden auttajien tuella. Moni- ja pitkäaikaissairaiden ikäihmisten lisäksi suurimpia kotihoidon asiakasryhmiä ovat vammaisasiakkaat, päihdeongelmaiset sekä mielenterveyskuntoutujat. Kunnallinen kotihoito on kohdistettu pääsääntöisesti paljon huolenpitoa ja hoitoa tarvitseville ikäihmisille. (Ikonen & Julkunen 2007, 14-16.)

Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon sisältyvät seuraavat osa-alueet: perushoiva, terveyden edistäminen ja sairaanhoito, asiakkaan ja omaisten psykososiaalinen tuki sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus muiden toimijoiden kanssa. Perushoiva pitää sisällään henkilökohtaiseen hygieniaan, ruokailuun sekä kotona ja kodin ulkopuolella liikkumiseen liittyviä tehtäviä. Lisäksi siihen voi sisältyä kotiympäristön siisteyteen ja viihtyisyyden ylläpitoon ja esimerkiksi vaatehuoltoon liittyviä toimia. Terveyden edistämiseen ja sairaanhoitoon kuuluu toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen, ennakoivaan työhön, kuten palvelutarpeen kartoitukseen, sosiaalityöhön, terveydenhoitoon, neuvontaan ja ohjaukseen, sekä sairaanhoitoon ja saattohoitoon liittyviä tehtäviä. (Ikonen & Julkunen 2007, 17.)

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillista yhteistyötä. Työssä korostuvat moniammatillinen osaaminen ja ammattitaito. Kotihoidossa työskentelee hoitotyön osaajien ja lääkärin lisäksi muita erityistyöntekijöitä, joihin kuuluvat esimerkiksi toiminta- ja fysioterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Myös yksityiset palveluntuottajat sekä kolmannen sektorin edustajat, esimerkiksi seurakunnan työntekijät, voivat tarvittaessa osallistua tiimin toimintaan. Moniammatillisen tiimin sisällä sovitaan työskentelytavoista ja toimintaperiaatteista, jotta kaikki työskentelevät samoin tavoittein asiakkaan parhaaksi. (Ikonen & Julkunen 2007, 20.) Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön yhteistyö parantaa ikäihmisten mahdollisuuksia asua kotona ja pärjätä siellä. Yhteistyö kotihoidossa on monitahoista, esimerkiksi ikäihmisen, hänen omaistensa sekä henkilöstön välistä tai yli organisaatorajojen ulottuvaa. Yhteistyö voi olla avun ja tiedon saamista tai antamista, yhden ammattiryhmän keskinäistä yhteis-

työtä, työyksikön yhteistyötä tai työyksiköiden ja pienryhmien välistä. Moniammatillinen yhteistyö on käytännön työn ohessa keskustelua. Se antaa perustan yhteistä päämäärää tavoittelevalle toiminnalle sekä päätöksenteolle. (Grönroos & Perälä 2006.) Joskus turha hierarkkisuus voi aiheuttaa yhteistyövaikeuksia. Hankaluutena voi olla organisaation itsensä kehittämät esteet tiedonkulussa. Näiden esteiden ohittaminen ei ole aina mahdollista edes työntekijöiden niin halutessa. (Ala-Nikkola 2003, 73.)

Opinnäytetyössä selvitetään kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta ikäihmisten kotona selviytymistä sekä näkemyksiä, mistä asiakkaiden sairaalajaksolta kotiutumisen jälkeiset pikaisetkin sairaalaan paluut saattavat johtua. Tätä tiedonhankintaa varten tehtiin pienimuotoinen kyselytutkimus Porin perusturvakeskuksen vanhustalveluiden kotihoidon työntekijöille (Liite 1). Työntekijät tapaavat ikäihmisiä jopa päivittäin ja heillä on ajankohtainen kokemus asiakkaiden selviytymisestä kotioloissa. Kyselystä saatuja tuloksia hyödynnetään kodin esteettömyden arviointimenetelmän suunnittelussa.

Kyselytutkimuksen etuja ovat mahdollisuus kerätä laaja tutkimusaineisto sekä kyselymenetelmän tehokkuus, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Huolellisesti laadittu kyselylomake on myös helppo analysoida. Kyselytutkimuksen heikkouksia puolestaan voivat olla aineiston pinnallisuus tai tutkimuksen teoreettinen vaatimattomuus. Heikkouksina voidaan pitää myös vastaajien suhtautumista tutkimukseen, heidän perehtyneisyyttään tutkittavaan asiaan, vastaajakatoa sekä vastausvaihtoehtojen valinnan onnistuneisuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.)

Kyselyn suoritettiin posti- ja verkkokyselynä tammi- ja helmikuussa 2014 Porin perusturvakeskuksen vanhustalveluiden kotihoidon kahdella lähialueella. Näiden kahden alueen vanhustalveluiden esimiehet välittivät työntekijöilleen postitse ja sähköpostitse lähetetyt kyselylomakkeet. Kotihoidossa työntekijämäärät saattavat vaihdella eri päivinä. Esimieheltään kyselylomakkeen saaneiden työntekijöiden määrää ei ilmoitettu. Vastauksia saatiin takaisin kuusi kappaletta. Vastaajien joukko koostui eri ammattiryhmistä. Joukossa oli sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä kodinhoitajia. Vastausaikaa kyselylle oli noin kuukausi ja vastaukset saatiin määräajan jälkeen sekä postitse että sähköpostilla.

Kyselyn pienimuotoisuuden vuoksi aineiston analysointiin ei käytetä erityisiä tekniikoita. Tarkoituksena on lukea vastaukset ja poimia niistä yhdenmukaisuudet, joita voidaan jo etukäteen ajatella materiaalista löytyvän. Aineiston tarkastelu edetään läpi kohta kohdalta.

Suurimmiksi esteiksi fyysiseltä näkökannalta asiakkaan kotona selviytymiselle kotihoidon työntekijät kokivat erilaiset liikkumisen esteet, kuten ahtaat peseytymis- ja wc-tilat sekä portaat. Myös yleinen toimintakyvyn lasku, liikkumisen huonontuminen sekä kaatumisvaara vaikeuttavat kotona selviytymistä. Psykkisiksi selviytymisen haasteiksi työntekijät kokivat asiakkaiden turvattomuuden, yksinäisyyden, muistamattomuuden sekä ahdistuneisuuden.

Asiakkaiden hyvän kotiutumisen turvaamiseksi kotihoidon työntekijät kokivat, että heidän ja sairaalan välisessä yhteistyössä on parannettavaa. Tiedonkulussa ja suunnitelmallisuudessa toivottiin parannusta. Esimerkiksi asiakkaan kotiutuksessa toivottiin sairaalasta otettavan hyvissä ajoin yhteyttä kotihoitoon. Näin turvattaisiin hoidon jatkuvuus esimerkiksi lääkehoidon osalta. Lisäksi ongelmaksi koettiin hoitokokousten ja palaverien vähentyminen hoitavien tahojen välillä. Yhteen kokoontuminen asiakkaan, omaisten sekä hoitavien tahojen kesken yhdenmukaistaisi hoito- ja kuntoutustavoitteet sekä -käytännöt.

Kotihoidon työntekijöiden mielestä asiakkaiden paluut sairaalaan piankin kotiutumisen jälkeen johtuvat suurelta osin liian aikaisista ja suunnittelemattomista kotiutuksista, puutteellisista apuvälineistä sekä asiakkaiden turvattomuuden tunteista. Yhtenä paluita aiheuttavana ja huomioitavana tekijänä koettiin asiakkaiden kivuntuntemukset.

Kotihoidon työntekijät kokevat, että kokonaisvaltainen asiakkaan kodin fyysisten esteiden selvittäminen sekä esteiden nykyistä systemaattisempi poistaminen tukisi kotona selviytymistä. Näin asiakkaat huomaisivat omat, jäljellä olevat voimavaransa ja sekin parantaisi selviytymistä.

Asiat, joihin kotihoidon työntekijät erityisesti kiinnittäisivät huomiota asiakkaiden kotona selviytymisen tukemiseksi, olivat yhteistyö omaisten kanssa, sosiaalisten verkostojen luominen ja olemassaolo, turvallisuus, turvallinen lääkehoito, apu-

välineiden riittävyys ja oikeellisuus sekä ennaltaehkäisevä toiminta kuntoutumisen ja omatoimisuuden tukemisen osalta.

## 5 TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisen elämän tehtävistä itseä tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössä. Yksilön toimintakyky muodostuu terveydentilan, yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Toimintakykyä tarkastellaan usein toimintarajoitteisuuden näkökulmasta, koska avun ja palveluiden tarvetta aiheuttavat toimintarajoitteet ovat merkittäviä tekijöitä yksilön oman suoriutumisen sekä terveyden ja sosiaalihuollon voimavarojen riittävyyden vuoksi. (Heikkinen ym. 2013, 56.) Toimintakyvyn ongelmat kasvavat iän myötä. Ongelmat ilmenevät ikääntyvillä esimerkiksi kävelynopeudessa sekä keskeisissä perustoiminnoissa kuten pukeutumisessa ja asunnossa liikkumisessa. On tutkittu, että sosioekonomiset erot näkyvät väestössä toimintakyvyn ongelmina. Vähän kouluja käyneillä, ruumiillista työtä tehneillä ja pienituloisilla on todennäköisemmin toimintakyvyn ongelmia kuin ylimpään koulutusryhmään kuuluvilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Nämä alueet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toisiinsa. Toimintakyvyn ulottuvuuksina tutkimuksissa niitä tarkastellaan erillisinä, koska erityisesti ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ilmentyvät eri osa-alueilla eri tavoin ja eri nopeudella. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 21.)

### 5.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky on kyky suoriutua fyysistä aktiivisuutta vaativista toiminnoista arkipäivässä. Se on arkiaskareista, harrastuksista ja muista päivittäisistä

toimista selviytymistä (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22). WHO:n kansainvälisesti sovittu, yhtenäinen ICF-luokitus (International Classification of Functioning and Health) jakaa fyysisen toimintakyvyn ruumiin toimintoihin ja rakenteisiin sekä niissä ilmeneviin tilapäisiin tai pysyviin ongelmiin (Pohjolainen, Sarvimäki & Sýren 2007, 7, WHO & STAKES 2004, 7). Ikäihmisen terveydentila vaikuttaa hänen resursseihinsa toimia tietyissä toimintaympäristöissä. ICF-luokitus on tieteellinen perusta tutkia ja ymmärtää terveydentilaa ja terveydenhuollon toiminnan vaikutuksia eri ajankohtien välillä sekä tehdä jopa eri maiden välisiä hyvinvointivertailuja. Tämä koodijärjestelmä mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstölle yhteiset käsitteet ja näkemykset henkilön toiminnan tilasta ja osallistumismahdollisuuksista. (Tanskanen & Suominen-Romberg 2009, 64-65.)

Fyysinen toimintakyky pohjautuu hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan (Pohjolainen, Sarvimäki & Sýren 2007, 7). Se voidaan jakaa yleiskestävyyteen, lihaskuntoon sekä liikkeiden hallintakykyyn. Eri-tyisesti ikäihmisillä fyysisen toimintakyvyn kannalta tärkeitä ovat alaraajojen lihasvoima, tasapaino sekä kävelykyky. Ikäihmisen fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa olennaisesti myös ravitsemustila, kehon toiminta ja rakenne sekä psykososiaalinen toimintakyky. Ikäihmisen oma kokemus toimintakyvystään on keskeistä. Ikäihmisen fyysinen toimintakyvyn tukemisen tavoitteena on tukea hänen itsenäistä suoriutumistaan. Saavutettavissa olevat tavoitteet laaditaan yhteistyössä ikäihmisen kanssa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 23.)

## 5.2 Psykykinen ja kognitiivinen toimintakyky

Käsitteenä psykykinen toimintakyky on laaja eikä sille välttämättä ole olemassa yleistä ja yhtenäistä määritelmää. Psykykinen toimintakyky on kykyä tuntea, kokea, suunnitella elämää, tehdä sitä koskevia ratkaisuja ja valintoja sekä muodostaa käsityksiä itsestä ja maailmasta. Psykykkistä toimintakykyä voidaan tarkastella mielialan, persoonallisuuden sekä elämänhallinnan näkökulmista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.) Kognitiiviset toiminnot, persoonallisuus, mieliala, itsearvostus sekä henkiset voimavarat ovat psykykkisen toimintakyvyn osa-alueita. Erityisesti ikäihmisellä käsitys itsestä toimijana on

osallisena hänen kykyyn arvioida oman toiminnan merkityksellisyyttä. Kokonaisuudessaan psyykkinen toimintakyky kuvastaa ikäihmisen kykyä kokonaisuudessaan käyttää psyykkisiä voimavaroja tavoitteidensa saavuttamiseksi. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 23-24.) Ikäihmisen psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttava huomioitava seikka on yksinäisyys. Yksinäisyyttä ja turvattomuutta kokevan ikäihmisen toimintakyky saattaa heiketä. Toisaalta yksinäisyys ja turvattomuus saattavat johtua esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä tai menetyksistä ja luopumisista. Yksinäisydentunne voi johtaa masennukseen, joka on nykyään kasvava ongelma vanhusväestössä. (Mäkivalli 2010, 56-57.)

Kognitiivinen toimintakyky on tiedon vastaanottoon, sen säilyttämiseen ja käyttöön liittyvä toiminto (Heikkinen ym. 2013, 59). Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat muisti, oppiminen sekä havaitseminen. Nämä toiminnot voivat säilyä normaaleina pitkälle henkilön ikääntyessä tai muutokset niissä ovat vähäisiä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 23.) Kognitiiviset eli tiedonkäsittelyn toiminnot ovat psyykkisen toimintakyvyn keskeisin osa-alue. Tämä toiminta on ihmisen koko toiminnan perusta. Tyypillistä kognitiivisille toiminnoille on valikointi sekä tulkin-ta. Henkilön yksilölliset tiedot ja oletukset omista tiedollisista toiminnoistaan vaikuttaa hänen tapaansa käsitellä tietoa. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 55-56.)

Psyykkinen toimintakyky liittyy tiiviisti fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Psyykkinen toimintakyky mahdollistaa ikäihmisen tarkoituksenmukaisen selviytymisen sekä mukautumisen hänelle välttämättömistä rooleista. Tärkeää on, että ikäihminen saavuttaa tunteen selviytymisestä ja elämänhallinnasta. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24.)

### 5.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on henkilön suoriutumista yhteisössä, koko yhteiskunnan jäsenenä tai omassa lähiyhteisössään. Se ilmenee vuorovaikutuksena sosiaalisessa verkostossa, suoriutumisena erilaisista rooleista, sosiaalisena aktiivisuutena, osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuskina. So-

siaalisen toimintakyvyn olemassaoloon vaikuttavat fyysinen, psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky, mutta olennaisesti myös ympäristön ominaisuudet. (Heikkinen ym. 2013, 60.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät olennaisesti sosiaaliset taidot. Sosiaalisesti toimintakykyinen ikäihminen kykenee olemaan vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Hän kykenee myös muodostamaan ihmissuhteita ja ylläpitämään niitä. Ikäihmisen sosiaalinen verkosto koostuu vuorovaikutussuhteista, joiden kautta hän voi säilyttää sosiaalisen identiteettinsä, saa sosiaalista tukea sekä solmii sosiaalisia kontakteja. Toimiva sosiaalinen verkosto on toimintakyvyn ja terveyden kannalta yksi tärkeimmistä perusasioista. Sen voidaan ajatella jopa suojaavan ikäihmistä sairauksilta vähentämällä stressiä ja vastoinkäymisiä. Sosiaalinen verkosto vaikuttaa myönteisesti fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykkiseen ja hengelliseen toimintakykyyn. Toisaalta fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutokset, kuten liikuntakyvyn tai aisti- ja muistitoimintojen heikentyminen, voi rajoittaa sosiaalista toimintakykyä. Tällöin esimerkiksi ikäihmisen mahdollisuudet osallistua harrastustoimintaan ja erilaisiin tilaisuuksiin saattaa heiketä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24-25.)

Perhesuhteiden toimivuus ja erityisesti suhteet omiin lapsiin ovat ikäihmisen tärkeimpiä sosiaalisia suhteita ja selviytymistä tukevia seikkoja. On tutkittu, että laitoshoidossa olevilla ikäihmisillä toimintakyky on parempi, jos he ovat tekemisissä puolison, lasten tai lastenlasten kanssa verrattuna ikäihmisiin, joilla näitä lähisukulaisuussuhteita ei ole. Sosiaaliset suhteet ovat siis voimavara, joka parantaa ikäihmisen elämänlaatua, hyvinvointia sekä sosiaalista toimintakykyä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 25.)

#### 5.4 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyky ja mahdollinen avuntarve eivät ole pysyviä tiloja, vaan ne muuttuvat erilaisten tekijöiden vaikutuksesta. Tämä on tärkeää huomioida toimintakykyä arvioitaessa. Toimintakyky voi heikentyä tilapäisesti esimerkiksi akuutin sairauden tai kriisin takia. Tilapäistä heikentymistä voi aiheuttaa myös sairauden



tai vamman luonne, jos siihen sisältyy pahenemisvaiheita tai kohtauksia. Toimintakykyä voidaan parantaa esimerkiksi tavoitteellisella kuntoutus- hoito- ja palvelukokonaisuudella. Myös erilaiset toimintaympäristön muutokset, kuten julkisen liikenteen tai asuinympäristön muutokset, voivat vaikuttaa henkilön suoriutumismahdollisuuksiin. Tämä tulee huomioida toimintakykyä ja palvelujen tarvetta arvioitaessa, koska palvelujen tulee joustaa ja muuttua henkilön tarpeiden muuttumisen myötä. (Laine 2014.)

Toimintakyvyn jäsentämisen apuna voidaan käyttää erilaisia malleja, joista esimerkkinä jo edelläkin mainittu ICF-luokitus. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 9.) Toimintakyvyn arviointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja laaja-alaista osaamista. Toimintakykyä arvioitaessa hyödynnetään sosiaalityön, kuntoutuksen, hoitotyön sekä lääketieteen ammattilaisten asiantuntemusta. Asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä arvio toimintakyvystä on keskeinen. Tavoitteet toimintakyvylle asetetaan yhteistyössä asiakkaan ja ammattihenkilöiden kesken. Tavoitteiden tulee olla asiakkaalle mielekkäitä ja kannustaa häntä aikaansaamaan toimintakyvyn muutoksia. (Laine 2014.)

Toimintakyvyn muutoksia vahvistavat ja estävät tekijät ovat tärkeitä selvittää. Arvioinnissa tulee hyödyntää olemassa olevia ja kyseiseen tarkoitukseen kehitettyjä arviointimenetelmiä. Näitä ovat esimerkiksi yhtä toimintakyvyn osaluuetta arvioivat mittarit tai useampaa osa-aluetta arvioivat arviointijärjestelmät. Eri arviointimenetelmien käyttö toimintakyvyn arvioimiseksi on keskeinen osa palvelutarpeen selvittämistä, mutta lisäksi tarvitaan myös keskustelua asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen havainnointia sekä ympäristötekijöiden selvittämistä. Havainnoinnin ja ympäristötekijöiden selvittämisessä esille tulleita asioita tulee peilata toimintakyvyn arvioinnin tuloksiin. (Laine 2014.) Uuden näkökulman toimintakyvyn tarkasteluun on tuonut toimijuuden käsite. Toimijuuden tarkastelu on toimintakyvyn sosiaalisuuden ymmärtämistä arjen tilanteissa, joissa toimintakykyä tarkasteltaessa keskeistä on ikäihmisen oma tahto, omat valinnat ja oma tekeminen. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 10.)

Toimintakyvyn arvioinnilla saadaan tietoa useisiin käyttötarkoituksiin. Näitä ovat asiakkaan lakisääteisen palvelutarpeen selvittäminen ja päivittäminen, asiakkaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman suunnittelu, toteutus ja arviointi, kuntoutuksen, asumisvalmennuksen tai muun toimenpiteet tai annetun palvelunvaikutusten arviointi ja seuranta, ikääntymisen tai sairauden aiheuttaman vaikutuksen selvittäminen liittyen toimintakykyyn tai palveluntarpeeseen. Toimintakyvyn arvioinnilla saadaan myös kunnan tasolla hyödynnettävää tietoa muun muassa vammaispoliittisten strategioiden tai palvelurakenteiden kehittämisohjelmien laatimiseen. Saatu tieto auttaa kehittämään palveluita kuntalaisten palvelutarpeita vastaavaksi. Kun palvelutarpeen selvittämisessä käytetään toimintakykyä monipuolisesti arvioivia menetelmiä, voidaan mahdollistaa nopea puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, tukea toimintakyvyn säilymistä ja paranemista, tukea mielekästä ja mahdollisimman itsenäistä elämää vammasta tai sairaudesta huolimatta, ehkäistä palvelutarpeen kasvua sekä kohdistaa palvelut ja resurssit oikein. (Laine 2014.)

Kunnissa päätetään toimintakyvyn arviointiin käytettävät menetelmät. Valitun arviointimenetelmän tulee olla käyttökelpoinen juuri sille asiakkaalle, siinä ympäristössä ja siihen käyttötarkoitukseen, johon sitä tullaan käyttämään. Arviointimenetelmän käyttökelpoisuutta arvioidaan selvittämällä 1) käyttötarkoitus: arviointimenetelmät on laadittu tiettyä käyttötarkoitusta varten, esimerkiksi laitoshoidon tarpeisiin kehitetyllä hoitoisuusmittarilla ei voida arvioida henkilön suoriutumista kotona, 2) käyttöalue: monet arviointimenetelmät on suunniteltu käytettäväksi vain tietyssä toimintaympäristössä tai vain tiettyä ikä- tai asiakasryhmää varten, esimerkiksi yli 65-vuotiaiden välineellä ei voida arvioida nuoren henkilön suoriutumista, 3) mittaukselliset ominaisuudet: käytettävän mittarin tulisi mitata luotettavasti oikeaa asiaa, esimerkiksi itsestä huolehtimisen toimintoja arvioivan mittarin tuloksia ei voida yleistää koskemaan muita kotona suoritettavia toimintoja. Osa mittareista ja menetelmistä on kehitetty vain yhden toimintakyvyn osa-alueen mittaamiseen, esimerkiksi CERAD-tutkimus (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin, kun taas osassa yhtä ulottuvuutta mitataan osana kokonaisuutta. (Laine 2014.)

Toimintakyvyn arvioinnin haasteina voidaan pitää arvioinnin ja mittaamisen tarkoitusta, arviointikäytäntöjä, menetelmiä ja osaamista, johtamista ja palvelujärjestelmää, asiakkaan roolia ja osallisuutta arvioinnissa sekä eettisiä sääntöjä ja asiayhteyttä. Ikäihmisten arviointi on haastavaa. Huomioon tulee ottaa muun muassa krooniset sairaudet, jotka saattavat vaikuttaa sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Kaiken kattavaa toimintakyvyn arvioinnin mittaristoa ei todennäköisesti pystytä kehittämään. Kuitenkin yksilön ja väestön selviytymisen arvioimiseksi yhteisesti sovitut mittarit pystyvät yhdisteltyinä terveyden ja toimintakyvyn laaja-alaiseen arviointiin. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 10-11.)

### 5.5 Toimintakykytestit osana kotiuttamismallia

Palveluiden sekä tuen tarpeen systemaattinen ja moniammatillinen arviointi tehdään, kun ikäihminen ei selviä arjestaan ilman toisen ihmisen apua tai kun tällainen tilanne on odotettavissa. Toimintakyky arvioidaan käyttämällä mittareita, tekemällä havaintoja sekä keskustellen. Arvioinnin tulisi aina sisältää neljä toimintakyvyn ulottuvuutta: fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä kognitiivisen. Mittareiden yksittäiset kysymyksen antavat arvokasta tietoa henkilön tarpeista. Niihin liittyvät raja-arvot sekä eri mittareiden yhdistelmät antavat tietoa, miten vaikea-asteinen arjesta suoriutumisen vaje voi olla. Raja-arvoista poikkeavat tulokset edellyttävät taustalla vaikuttavien sairauksien, tilojen tai elämänolosuhdeiden tunnistusta sekä niihin puuttumista. Lopputulos arvioinnissa on yksilöllinen sekä arvioijan, arvioinnin kohteen ja hänen läheistensä vuorovaikutuksen summa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Tämän opinnäytetyöprojektin sisällä oman opinnäytetyönsä teki fysioterapia (AMK) opiskelija toteuttaen iäkkäiden lonkkamurtuman sairastaneiden potilaiden toimintakyvyn testauksen ja arvioinnin yhteistyössä vuodeosastoilla työskentelevien fysioterapeuttien kanssa. Hänen tehtävänä oli valita lonkkamurtumapotilaille sopivat päivittäisiä toimintoja, fyysistä suorituskkyä sekä kognitiivista ja psyykkistä toimintakykyä arvioivat yleisesti hyväksytyt mittarit. Pilotointia varten valituiksi tuli kolme fyysisen ja kolme psyykkisen toimintakyvyn mittaria. Fyysistä toimintakykyä arvioimaan valittiin seuraavat mittarit: Barthel-indeksi,

Elderly Mobility Scale (EMS) sekä Katzin indeksi. Psykkistä toimintakykyä arvioimaan valittiin Myöhäisiän depressioseula (GDS-15), Social Provision Scale (SPS) ja Minimal State Examination (MMSE). Kaikki pilotointiin valitut mittarit löytyvät Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä TOIMIA-tietokannasta. Tämä tietokanta on kehitetty Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa asiantuntijaverkostossa TOIMIA:ssa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Toimintakykytestien pilotointi suoritettiin loka-joulukuussa vuonna 2013 Porin perusturvakeskuksen kuntoutus- ja sairaalapalveluiden Porin kaupunginsairaalan ja Ulvilan sairaalan vuodeosastoilta valituille iäkkäille kotiutumisvaiheen saavuttaneille lonkkamurtumapotilaille, joiden kuntoutuminen on ollut syystä tai toisesta hidasta ja kotiutuminen siksi viivästynyt. Pilotointiin tuli lopulta valituksi kaksi potilasta. Osallistujien lukumäärä jäi pieneksi, koska Porin kaupunginsairaalan tai Ulvilan sairaalan vuodeosastoilla ei ollut ajankohtana kuin muutamia kohderyhmään sopivia potilaita ja osa heistä oli niin huonokuntoisia, etteivät voineet osallistua pilotointiin. Opinnäytetyöprojektin työryhmän kanssa päätettiin, että nämä kaksi potilasta riittävät. Ensimmäinen pilotointiin osallistunut potilas oli 86-vuotias mies, joka oli sairastanut vasemman alaramuksen murtuman. Toinen henkilö oli 76-vuotias mies, joka oli sairastanut oikean reisiluun kaulan murtuman sekä ison trochanterin murtuman. Testien kulkuun voi tutustua tarkemmin fysioterapian (AMK) opiskelija Nissilän (2014) opinnäytetyössä ”Toimintakyvyn arviointi osana Kotiuttamisen työkalua - Apuväline lonkkamurtumapotilaiden kotiuttamiseen perusterveydenhuollossa”.

Potilaille suoritettujen toimintakykytestien perusteella kotiuttamismalliin fyysisen toimintakyvyn mittareista tuli valituksi kaksi testiä, Elderly Mobility Scale (EMS) (Liite 2) ja Katzin indeksi (Liite 3). Fysioterapia (AMK) opiskelijan mukaan Elderly Mobility Scale on helppo ja nopea toteuttaa vuodeosasto-olosuhteissa ja se arvioi liikkumiskykyä monipuolisesti. EMS-mittari ei sisällä päivittäisten eli ADL- (activities of daily living) toimintojen arviointia. Siksi EMS-mittarin rinnalla toteutettavaksi tuli Katzin indeksi. Nämä kaksi mittaria yhdessä toteutettuina kuvaavat monipuolisesti ikäihmisen liikkumiskykyä sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumista.

Elderly Mobility Scale -mittari on kehitetty liikkumisen arviointiin ikääntyneillä 1990-luvulla. EMS-mittarin tiedonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, mittaus ja testaus sekä havainnointi. Testin teko kestää enintään noin kymmenen minuuttia. Se sisältää seuraavat seitsemän kohtaa: selinmakuulta istumaan nousu, istumasta selinmakuulle meno, istumasta seisomaan nousu, seisominen, kävely, kurkottaminen eteen käsivarsi ojennettuna sekä kuuden (6) metrin kävelytesti. Kohdat ovat pisteytetty ja mitä suuremman pistemäärän henkilö saa, sitä parempaa hänen liikkumisensa on. EMS-mittari on ollut mukana Hong Kongissa toteutetussa tutkimuksessa, jossa tutkittiin tehostetun kävelyharjoittelunvaikutuksia aivohalvauspotilailla sekä ikääntyneille suunnatun aktivointiohjelman vaikutusten tutkimuksessa Uudessa-Seelannissa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Katzin indeksi on kehitetty vuonna 1970 alkujaan iäkkäiden aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn arviointia varten. Indeksia voidaan käyttää potilaan sairauden vakavuuden osoittamiseen, sen kulun ennustamiseen sekä arvioimaan paljonko potilas tarvitsee toisen ihmisen apua. Katzin indeksi koostuu kuudesta fyysisiin toimintoihin liittyvästä kysymyksestä, joita ovat pe-seytyminen, pukeutuminen ja riisuminen, wc:ssä käynti, liikkuminen, pidätyskyky ja syöminen. Tämän mittarin tiedonkeruumenetelminä ovat haastattelu, täytettävä kyselylomake ja havainnointi. Aikaa sen tekemiseen on varattava lomakkeen täytön ja haastattelun osalta viidestä kymmeneen minuuttia ja havainnoinnin osalta noin tunti. Katzin indeksi on osana Ikivihreät- ADL hanketta, jonka puitteissa on tehty tutkimuksia vuodesta 1998 lähtien. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Pilotoinnin perusteella kotiuttamismalliin sosiaalista, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä mittaamaan valittiin Myöhäisiän depressioseula GDS-15 (Liite 4). Pilotoinnin suorittaneen fysioterapian (AMK) opiskelijan mukaan GDS-15 mittarin väittämät ovat selkeät ja vastausvaihtoehtoja on vain kaksi, joka helpottaa vastaamista. Kyseinen mittari ei sisällä kysymyksiä sosiaalisista suhteista, mutta oletettavaa on, että ongelmat näissä suhteissa tulisivat esille keskustelun muodossa testiä tehdessä.

Myöhäisiän depressioseula GDS-15 on kehitetty erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamista varten. Mittari sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä tai ei. Kymmenen kysymyksen kyllä-vastaukset sekä viiden kysymyksen ei-vastaukset viittaavat mahdolliseen masennukseen. Masennukseen viitattavista kysymyksistä voi saada yhden pisteen ja näiden pisteiden yhteenlaskettu määrä muodostaa mittarin tuloksen. Tiedonkeruumenetelminä tässä mittarissa ovat haastattelu ja kyselylomakkeen täyttö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Edellä mainittujen mittareiden lisäksi kotiuttamismalliin päätettiin ottaa mukaan myös Minimental State Examination (MMSE) (Liite 5). Tätä MMSE –mittaria on tarkoitus käyttää valikoidusti muistihäiriöisten potilaiden kohdalla, jos halutaan arvioida heidän sen hetkistä kognitiivista toimintakykyä.

Alkujaan MMSE kehitettiin kliiniseen tarkoitukseen psykiatristen ja neurologisten potilaiden erotusdiagnostiikan avuksi. Tavoitteena oli kehitellä laajojen neuropsykologisten testien rinnalle nopeakäyttöinen menetelmä. Sen avulla kognitiivisen toimintakyvyn ulottuvuuksien arviointi olisi luotettavaa ja esimerkiksi skitsofreniaa sairastavat potilaat voitaisiin erotella akuutista sekavuustilasta tai dementoivia sairauksia sairastavista. Minimental State Examination on lyhyt muistin sekä tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu minitesti. Se on vakiintunut ja helppokäyttöinen menetelmä, josta saadaan tulokseksi helposti dokumentoitavan numeerisen arvon. Tämä mittari soveltuu parhaiten ikääntyneiden kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin ja seulontaan jatkotutkimuksia silmällä pitäen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Pilotoinnin kautta sopivimmiksi havaitut ja valituiksi tulleet mittarit ovat riittävän monipuolisia antamaan keskeistä informaatiota lonkkamurtumapotilaan fyysisestä, psyykkisestä sekä kognitiivisesta toimintakyvystä. Valitut testit EMS, Katzin indeksi, GDS-15 sekä MMSE, ovat yleisesti hyväksytyjä ja jatkuvasti käytössä olevia mittareita, joilla on saatu hyviä tuloksia ja luotettavaa näyttöä. Näin ollen voidaan ajatella, että valinta on pätevä ja luotettava. Mittarit soveltuivat hyvin lonkkamurtumapotilaan toimintakyvyn arviointiin. Kuitenkin mittarit on va-

littu myös niin, että niitä voi jatkossa hyödyntää useilla potilasryhmillä akuutista ongelmasta tai perussairaudesta riippumatta. Näin kotiuttamismalliin on tullut valituksi oikeat toimintakyvyn mittarit.

## 6 ESTEETTÖMYYS

Esteettömyys tarkoittaa yhdenvertaista mahdollisuutta osallistua yhteiskunnan toimintaan itsenäisesti sekä omana itsenään. Esteettömyys on fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kulttuurisen ja taloudellisen ympäristön toteutumista, jossa jokainen voi toimintakyvystään riippumatta toimia yhdenvertaisena yksilönä. (Ruskovaara 2009, 7.)

### 6.1 Fyysinen ja sosiaalinen esteettömyys

Esteettömyys parantaa ihmisten tasavertaisia mahdollisuuksia toimia yhteiskunnassa, edistää ihmisoikeuksien toteutumista ja vähentää syrjintää sekä syrjäytymistä. Se on konkreettinen tapa edistää muun muassa vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuutta. Fyysinen esteettömyys tarkoittaa rakenteellisten esteiden poissaoloa. Se on edellytys palvelujen ja viestinnän saavutettavuudelle. Esteettömyyttä lisäävät henkilökohtaiset apuvälineet, toimintatavat ja fyysiset järjestelyt kuten valaistus tai hissi, sekä toisen ihmisen apu. (Ihmisoikeudet www-sivut 2013.)

Sosiaalinen esteettömyys tarkoittaa ilmapiiriä ja toimintaympäristöä, jossa jokainen voi olla oma itsensä, ilman syrjinnän pelkoa. Sosiaalisen esteettömyyden toteutumisesta ovat vastuussa kaikki yhteisön jäsenet. Asenteet vaikuttavat paljolti sosiaalisen esteettömyyden toteutumiseen arjessa. (Ihmisoikeudet www-sivut 2013.)

Saavutettavuudella ja esteettömyydellä voidaan ymmärtää omassa kodissaan asuvan ikäihmisen elämän mahdollisimman mielekästä ja optimaalista sujumista. Tällä määrittelyllä niiden ominaisuudet liittyvät elin- ja asuinympäristöön, ympäristöjen kulttuurisiin piirteisiin, talouteen, muihin ihmisiin sekä yksilön omaan toimintakykyyn ja haluun toimia. Käsitteet saavutettavuus ja esteettömyys voidaan ymmärtää erilaisina suhteina jokapäiväisessä elämässä, jotka toteutuvat ja painottuvat kunkin ikäihmisen kohdalla eri ympäristöissä eri tavoin ja yksilöllisesti. Sosiaalinen, kulttuurinen ja fyysinen ympäristö pitää ikäihmisen kiinni elämässä. Se merkitsee sosiaalisen minäidentiteetin ylläpitoa. Keskusteleminen, tunteiden ja mielipiteiden ilmaiseminen, ihmisten tapaaminen, jokapäiväisistä asioista ja maailman tapahtumista puhuminen tutuissa paikoissa on jo ympäristösuhteiden ylläpitoa. Näin esteetön ja saavutettava ympäristö merkitsee tilaa, joka on muotoutunut vuosien varrella kullakin ikäihmisellä sosiaalisesti, kulttuurisesti, emotionaalisesti ja ajallisesti yksilöllisten elämäntapahtumien mukaan. (Tanskanen & Suominen-Romberg 2009, 72, 82.)

Ikäihmisten parissa työskentelevien ammatillisen osaamisen näkökulmasta saavutettavuutta ja esteettömyyttä voidaan tarkastella jokapäiväisen ja toiminnan mahdollistavien tekijöiden näkökulmasta aina yhteiskunnallisiin linjavetoihin ja arvoasetelmiin saakka. Esteettömyyden ja saavutettavuuden turvaamiseksi ammattihenkilöiden on tärkeää ymmärtää arkinen lähiympäristö, jossa ikäihminen asuu ja toimii. Tutkimusten mukaan toimintakyvyltään huonokuntoinen ikäihminen voi kuitenkin pystyä toimimaan ympäristössä, jossa rakenteelliset ratkaisut, tekniset välineet sekä laatuominaisuudet on suunniteltu ja arvioitu ikäihmisen toimintakyvyn mukaan. Ammattihenkilöiltä edellytetään myös kannustavaa ja tukevaa työskentelytapaa ikäihmisen jäljellä olevien voimavarojen käyttöä ja hyödyntämistä ajatellen. (Tanskanen & Suominen-Romberg 2009, 80-81.)

## 6.2 Ikäihmisen asuinympäristö

Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus päättää omasta asuinpaikastaan sekä asumismuodostaan. Väestön ikääntyessä kasvavat ihmismäärät tarvitsevat toi-



mivia asuntoja. Lainsäädännössä onkin pyritty huomioimaan kaikille soveltuvien asuntojen riittävyys. (Rissanen ym. 2008, 600-601.) Valtaosa ikäihmisistä asuu ennen vuotta 1994 rakennetuissa taloissa tai asunnoissa, joita esteettömyyttä tähdentävät säännökset eivät koske. Useat turvallisuuteen ja asunnossa liikkumiseen liittyvät ongelmat ja epäkohdat ovat korjattavissa kohtuullisin kustannuksin. Tavallisimpia muutostöiden kohteita asunnoissa ovat kylpyhuoneen sekä keittiön muutostyöt, ovien leventäminen, kynnysten poistaminen ja luiskien rakentaminen. Muutostöiden kustannuksiin saa rahallista avustusta tai ne ovat maksuttomia. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 37-40.)

Julkisen ympäristön suunnittelua ja rakentamista ohjaavat lainsäädännössä maankäyttö- ja rakennuslain määräykset sekä asetukset. Näissä on kohtia, jotka säätelevät nimenomaan esteetöntä rakentamista. Jotta ihmisten elinympäristöt olisivat toimivia, pitää jo kaavoitusvaiheessa huomioida esteettömyys ja toimivuus. (Rissanen ym. 2008, 600-601.)

Elinympäristö voidaan jakaa yksilön näkökulmasta katsottuna lähi- ja etäympäristöön. Lähiympäristö käsittää asuin- ja kotiympäristön. Siihen kuuluvat asunnon lisäksi rakennukset, alueet ja palvelut, joita käytetään päivittäin tai useita kertoja viikossa. Lähiympäristössä voi liikkua ilman omaa autoa tai julkisia kuluvälineitä. Lähiympäristön palvelujen tulee olla saavutettavissa liikuntaesteisyydestä ja mahdollisen apuvälineen käytöstä riippumatta. Etäympäristössä sijaitsevien palvelujen käyttö puolestaan edellyttää liikennevälineiden käyttöä. Etäympäristön palvelujen käyttöä tukevat myös erilaiset tietoliikennetkaisu, jotka mahdollistavat esimerkiksi ostoksien teon kotoa käsin. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 600.)

Ikäihmisen asuinympäristönä voi olla oma koti, palvelukoti tai erilaiset laitokset, jonne hän on pysyvästi muuttanut. Asuinympäristöön sisältyy fyysinen, sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö. Fyysisen ympäristön muodostavat ikäihmisen kodin esineistö, rakennukset sekä pihapiiri. Sosiaalinen ympäristö taas muodostuu ikäihmisen kanssa asuvista henkilöistä. Sosiaaliseen ympäristöön liittyy myös kulttuurinen ympäristö, joka käsittää esimerkiksi kielen, tavat ja arvot. Kotiympäristössä säilyy ikäihmiselle tutut, totut ja turvalliset asiat sekä fyysisessä että sosiaalisessa ympäristössä. Palvelutaloon tai laitokseen siirtyessään ikäihminen

luopuu kodistaan menettäen samalla osan yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan. Asuinympäristön ominaisuudet vaikuttavat siihen, millaisista toiminnoista ikäihmisen päivä koostuu ja kuinka merkitykselliseksi hän arkipäivänsä kokee. (Edu www-sivut 2014.)

Ikäihmisen asuinympäristöä voidaan ajatella hoitoympäristönä ammattilaisen ja ikäihmisenkin näkökulmasta. Hoitoympäristö koostuu myös fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä. Fyysiseen hoitoympäristöön kuuluvat paikan sijainti, tilat ja muodot, tilojen järjestely, ulkonäkö, sisustus ja tunnelma sekä erilaiset hoitolaitteet ja apuvälineet. Tähän ympäristöön luetaan kuuluviksi myös äänet ja estetiikka. Fyysinen ja psykososiaalinen ovat yhteydessä toisiinsa. Psykososiaalinen ympäristö muodostuu toimintakykyä tukevasta, kannustavasta sekä erilaisuutta kunnioittavasta ilmapiiristä. Tällainen ympäristö mahdollistaa ikäihmiselle yhteistyökykyisen toiminta- ja asuinympäristön, jossa hän voi osallistua toimintaan. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 38.)

### 6.3 Kodin esteettömyyden selvitys osana kotiuttamismallia

Asuinympäristön vaatimukset muuttuvat ihmisen ikääntyessä. Arjesta selviytyäkseen ikäihmisen tulee toimia hitaammin, välttää joitakin toimintoja, käyttää apuvälineitä, turvautua avustajaan sekä mahdollisesti muuttaa asuinympäristöön vastaamaan alentunutta toimintakykyään. Ikäihminen liikkuu epävarmasti ja tukeutuu liikkeessaan apuvälineeseen, huonekaluihin tai portaiden kaiteeseen. Vaarana sekä sisällä että ulkona on kompastuminen tai liukastuminen ja kaatuminen. Seisominen, kurkottaminen ja kumartuminen ovat hankalia suorittaa. Näkökyvyn heikkeneminen, tasapainon ja hienomotoriikan ongelmat sekä heikentynyt muisti ja huonot lihasvoimat vaikeuttavat arkea. (Lehtola 2002, 14-15.)

Ikäihmisten kaatumiset kotona ja hoitolaitoksissa ovat yleisimpiä vammautumiseen ja kuolemaan johtava syytä sekä vakava uhka terveydelle ja hyvinvoinnille. Kaatumisten voidaan ajatella johtuvan sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vuorovaikutuksesta. Sisäisiä kaatumisiin johtaneita tekijöitä voivat olla esimerkiksi näkökyvyn ja tasapainon muutokset, kävelytavan muutos, lihasten ja luuston muu-

tokset, sairaudet sekä kognitiiviset häiriöt. Ulkoisia kaatumisen aiheuttajia voivat olla esimerkiksi fyysinen ympäristö, laitteet kuten sängynlaidat, jalkineet sekä tilannesidonnaiset olosuhteet kuten vuorokaudenaika tai laitoshoitajakso. (Ti-deiksaar 2005, 16, 27-46.) Ikäihmiset itse kokevat kaatumistensa syiksi sääolosuhteiden vaikutukset, sopimattomat jalkineet, liikkumisen ja kehon hallinnan heikkenemisen, hätäilyn ja epävakaat huonekalut. Tilanteet, joissa ikäihmiset kertovat kaatumisia tapahtuvan ovat muun muassa kotitöiden tekemisen, vierassa tai tutussakin ympäristössä kulkemisen, päivittäisten asioiden hoitamisen tai päivittäisten toimien tekemisen yhteyksissä. Yleisimmät kaatumistavat ikäihmisten kokemana ovat liukastuminen, kompastuminen, putoaminen sekä portaiden hallitsematon laskeutuminen. (Mäki 2011, 27-31.)

Liikenne- ja viestintäministeriö ryhmittelee esteettömyysstrategiassaan ympäristön ongelmakohdat yhteentoista ryhmään, jotka ovat seuraavat: tasoero-ongelmat, tilantarveongelmat, etäisyysongelmat, orientoitumisongelmat, tasapaino-ongelmat, ulottumisongelmat, voimattomuusongelmat, monimutkaisuusongelmat, turvallisuusongelmat, allergiaa aiheuttavat tekijät ja hengitysilman epäpuhtaudet sekä tasa-arvo-ongelmat. Kun tämä lista otetaan huomioon, voidaan ikäihmisten itsenäistä selviytymistä parantaa huomattavasti. (Ruonakoski 2004, 12-13, Ruskovaara 2009, 8.) Ikäihmisen toimintakyvyn ongelmia voidaan helpottaa asuntoon ja ympäristöön suunniteltavilla ja toteutettavilla muutostöillä. Esimerkiksi erilaiset liikkumisen apuvälineet, tukikaiteet, tasaiset ja luistamattomat pintamateriaalit, luiskien käyttö, portaiden loivuus ja helppokulkuisuus, hissit, riittävä ja häikäisemätön valaistus sekä erilaiset tekniset apuvälineet ovat suureksi avuksi ikäihmisen toimintaa helpottamaan. On tärkeää ennakoida ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ja avuntarpeet riittävän ajoissa, jotta lähiympäristö voidaan muuttaa esteettömämmäksi. Näin ennakoivasti toimien ikäihminen voi itsekin vaikuttaa muutoksien toteutumiseen ja säilyttää kodissaan ja lähiympäristössään itselle tärkeitä asioita. (Lehtola 2002, 15-16.)

Maankäyttö- ja rakennuslaki ja -asetus sekä Suomen rakentamismääräyskoelma (osat F1, F2, ja G1) asettavat liikkumisesteettömälle rakentamiselle vaatimuksia. Ohjeen mukaan rakennuksen tulee olla korjattavissa ja huollettavissa sekä soveltua myös henkilöiden käyttöön, joiden liikkumis- ja toimintakyky on rajoittunut. Määräykset ja ohjeet pyrkivät esteettömään ja toimivaan ympäris-

töön ja asettavat niille vähimmäis- ja enimmäisvaatimuksia. ESKEH:n (Esteettömyyden arviointimenetelmän ja kartoituslomakkeen kehittäminen) kartoituskriteereihin sisältyy rakentamismääräysten ohella eri tahojen laatimia esteettömyyssuosituksia ja –ohjeita, jonka avulla voidaan toteuttaa kaikille soveltuva ja esteetön ympäristö. Esteettömyyttä voidaan kartoittaa tekemällä esteettömyyskartoitus, asiantuntija-arviointi, esteettömyys- eli kävelykierros tai käyttäjäarviointi. (Ruskovaara 2009, 8-9.)

Esteettömyyskartoituksen tavoitteena on selvittää kohteessa tarvittavat parannustoimenpiteet, jotka kartoituksen tilaaja voi toteuttaa heti tai tehdä tarkempia korjaussuunnitelmia. Hyvin suoritettun esteettömyyskartoituksen tulokset voivat olla pitkä lista, mutta on hyvä muistaa, että monet parannukset on hoidettavissa pienin muutoksin ja korjauksin. (Ruskovaara 2009, 11.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä lonkkamurtuman sairastaneen ikäihmisen kotiin pienimuotoinen esteettömyyden selvitys keväällä 2014. Tähän vaiheeseen projektiin tuli mukaan kuntoutuksen ohjaaja (AMK) opiskelija. Hänen tehtävänä oli suunnitella kodin esteettömyyden selvityksessä käytettävä lomake (Liite 7). Tämän esteettömyydenarviointimenetelmän suunnittelun perustana oli Suomen rakentamista ohjaava lainsäädäntö ja esteettömyyssuosituksien. Lisäksi apuna on ollut aiemmin kehiteltyjä esteettömyyden kartoitusmenetelmiä. Tärkeä apuväline suunnittelussa on ollut ESKEH- esteettömyyden arviointimenetelmä (Ruskovaara 2009), joka on tarkoitettu nimenomaan rakennetun ympäristön arviointiin.

Porin perusturvakeskuksen vanhuspalveluiden kanssa yhteistyössä löytyi pilotointiin osallistujaksi iäkäs rouva, joka on sairastanut oikean reisiluun kaulan murtuman. Murtuma syntyi hänen kaaduttua kotona sisätiloissa. Pilotointiin osallistuvan rouvan toimintakyky ei ole palautunut ennalleen operaation ja kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutumista vaikeuttaa jo ennen lonkkamurtumaa olleet jalan kiputilat. Lonkkamurtuman jälkeinen sairaalajakso kesti vain kolmisen viikkoa, jonka jälkeen kuntoutus on jatkunut kotona alkuun kotihoidon ja nyt omaisten avun turvin. Rouva asuu yksin vanhassa omakotitalossa, jonne ei ole tehty muutostöitä. Talossa on kaksi kerrosta, joista vain toinen on asuinkäytössä. Talossa on myös useampia päivittäin ylitettäviä portaita sekä kynnyksiä. Kuitenkin

käytävät, makuu- ja wc-tilat ovat tilavia liikkua jopa apuvälinein. Apuvälineiksi on hankittuina rollaattori, kävelykeppi, suihkutuoli ja wc-koroke.

Suoritimme yhdessä kuntoutuksen ohjaaja (AMK) opiskelijan kanssa kodin esteettömyyden arviointimenetelmän pilotoinnin. Aluksi asiakkaalle esitettiin haastattelukysymykset (Liite 6), joiden avulla kartoitettiin liikkumista, apuvälineiden käyttöä sekä omia kokemuksia, selviytymisestä, kodin esteistä ja arjen sujumisesta. Haastattelun jälkeen suoritettiin esteettömyyden selvitys lomaketta mukaillen asiakkaan läsnä ollessa. Aikaa haastatteluun kului noin kymmenen minuuttia ja lomakkeen läpikäyntiin noin tunti.

Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) opiskelijan on tarkoitus pilotoinnin perusteella omana opinnäytetyönään arvioida esteettömyyden selvitys lomakkeen vahvuuksia ja heikkouksia sekä laatia selvityksen tuloksia yhteen kokoavan raportin. Raporttiin on tarkoitus mainita ehdotuksia, joiden avulla kodin esteettömyyttä voitaisiin parantaa. Jatkossa loppuraportti toimitetaan asiakkaalle sekä hänen luvallaan hoitaville tahoille kodin esteettömyyden parantamisen mahdollistamiseksi. Aikataulujen tiukkuuden takia valmis loppuraportti ei ehdi liitteeksi tähän opinnäytetyöhön, mutta se tulee myöhemmin luettavaksi kuntoutuksen ohjaaja (AMK) opiskelijan opinnäytteeseen.

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi alkoi lähes heti aloitettuani ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnot syksyllä 2012. Idea kotiuttamismallin kehittämisestä syntyi palaverissa Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteettömyyden tutkimus- ja osaamiskeskittymän asiantuntijoiden liikuntatieteiden maisteri Kati Karinharjun ja fysioterapeutti Riikka Tupalan kanssa. Teoriatietoa ja aiempia tutkimusten luokissa aihe tarkentui kotiuttamismallin suunnitteluksi perusterveydenhuollon vuodeosastoille sekä pilotoinnin kohderyhmäksi valikoituivat lonkkamurtumapo-

tilaat. Mukaan päätettiin ottaa näkökulma myös kotihoidosta sekä mukaan työhön liittämään olennaiseksi osaksi kodin esteettömyyden selvitys.

Kotihoidon työntekijöille suoritetun kyselyn vastausten perusteella ja lonkkamurtumasta, esteettömyydestä, kotiutusprosessista sekä ikäihmisten toimintakyvystä hankitun teoria- ja tutkimustiedon pohjalta opinnäytetyötä lähdettiin suunnittelemaan. Kyselytutkimuksen tulokset olivat suureksi hyödyksi erityisesti kodin esteettömyyden arviointimenetelmän eteenpäin viemisessä, mutta myös toimintakykytestien valinnassa. Tutkimusmenetelmän valintana kehittävä työntutkimus ja ekspansiivinen oppiminen olivat oikea valinta teoriapohjaksi. Toiminnallisen kotiuttamismallin toteutus jo pilotointivaiheessa oli ehdottoman tärkeää tehdä työelämälähtöisesti.

Perusterveydenhuollossa toteutetaan nykyään kotiutukseen liittyviä, lähinnä fyysistä esteettömyyttä koskevia kartoituksia ja selvityksiä. Näitä tehdään pääosin vain tarvittaessa haastavimpien kotiutusten yhteydessä. Kotiuttamismalli on suunniteltu niin, että se toteutettavissa jokaisen sairaalan vuodeosastolta kotiutuvan potilaan kohdalla, jolla sen katsotaan edistävän kotona selviytymistä. Uudella kotiuttamismallilla voidaan täydentää nykyään osastoilta käsin suoritettavia kodin esteettömyyden kartoituksia ottamalla mukaan potilaan toimintakykyä arvioivat testit sekä kodin esteettömyyden arviointimenetelmän yhtenäinen pohja. Näin kotiuttamistilanteita voidaan yhtenäistää entisestään. Päätös kotiuttamismallin käytöstä tehdään aina tapauskohtaisesti potilaan saavutettua kotiutumisvaiheen yhteistyössä potilaan, hänen omaistensa, osaston henkilökunnan sekä kotihoidon työntekijöiden kanssa.

Suosittelavaa on, että kotiuttamismallia käytetään kokonaisuutena, johon kuuluvat sekä toimintakykytestit että kodin esteettömyyden selvitys. Näin kotiuttamismallia voidaan hyödyntää yksilöllisesti ja ikäihmisen toimintakyvystä, asuinolosuhteista, avuntarpeesta ja selviytymismahdollisuuksista saadaan kokonaisvaltainen käsitys. Kokonaisvaltainen selvitys edesauttaa ikäihmisen kokemusta omasta toimintakyvystä ja selviytymisestä, rohkaisee häntä kotonaoloon, auttaa kokonaisvaltaisen hoito- ja palvelusuunnitelman teossa, helpottaa kodin muutostöiden suunnittelua ja vähentää esteellisyydestä johtuvia sairaalaan paluita.

Toimintakykytestien tuloksissa voi ilmetä seikkoja, joiden perusteella kodin esteettömyyden selvityksen tekoa voidaan suositella. Kodin esteettömyyden selvityksen tekoa varten kotihoidon työntekijöillä on tietoa asiakkaan asuinolosuhteista sekä selviytymisestä kotiloissa. Kotihoidon asiantuntemuksella voidaan kodin esteettömyyden selvitys suorittaa suunnitellun esteettömyydenarviointimenetelmän pohjalta. Saatujen tulosten perusteella voidaan suositella tarvittavia asunnonmuutostöitä, hankkia apuvälineitä tai tarjota lisää palveluja ikäihmiselle. Tarvittaessa kodin esteettömyyden selvitys voidaan toteuttaa myös osaluueittain. Tarkoituksena on tehdä ikäihmisen koti esteettömäksi. Jos tiedetään, että ikäihmisen kotona on pesutiloja lukuun ottamatta esteettöntä, voidaan esteettömyydenarviointimenetelmää käyttää vain pesutilojen arvioinnissa.

Ensisijaisesti kotiuttamismallia on lähdetty kehittämään sairaalasta kotiutuvan ikäihmisen tarpeita ajatellen. Ikäihmisen ja hänen omaisensa näkökulmasta kotiuttamismallilla voidaan kotiutumistilanteesta tehdä helpompi, turvallisempi sekä yhtenäisempi. Ikäihminen kokee, että hänestä välitetään, häntä tuetaan ja hän saa tarvitsemansa avun. Asuinolosuhteita voidaan muokata turvallisiksi ja toimiviksi. Ikäihminen tunnistaa omat voimavaransa ja hänen elämänlaatunsa paranee. Hän voi osallistua kokonaisvaltaisesti omaan arkeensa omien intressiensä pohjalta. Näin myös kotona selviytyminen voi olla parempaa ja esteellisyydestä johtuvat sairaalajaksot voivat vähetä. Kotiuttamismallin avulla voidaan siis välillisesti vaikuttaa ikäihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueisiin tai tapauskohtaisesti ainakin osaan niistä.

Kotiuttamismallia on kehitetty myös työelämän tarpeita ajatellen. Sitä on tulevaisuudessa tarkoitus markkinoida perusterveydenhuollon sairaalan vuodeosastoille ja kotihoitoon moniammatillisen työskentelyn apuvälineeksi. Kotiuttamismallin on tarkoitus yhtenäistää, kehittää ja helpottaa potilaiden kotiuttamista ammattihenkilöiden näkökulmasta. Sekä sairaalan henkilökunta että kotihoidon työntekijät saavat tarvittavaa tietoa potilaan mahdollisuuksista selviytyä kotona sekä mitä muutoksia, hankintoja tai järjestelyjä tarvitaan ennen kotiutumista. Kotiuttamismallista on tarkoitus tehdä yksilöllisesti muunneltava niin, että jokaisen ikäihmisen oman kodin olosuhteet, henkilökohtaiset intressit, jaksamista sekä yksilön kokonaisvaltaista osallistumista omaan arkeen tukevat tekijät tule-

vat huomioitua. Kotiuttamismalli voidaan ottaa vuodeosastoilla ja kotihoidossa kokeiluun heti kodin esteettömyydenarviointimenetelmä-osion valmistuttua. Käyttöönotto tulee toteuttaa alkuun kokeiluna esimerkiksi yhdellä vuodeosastolla ja kotihoidon alueella työntekijöiden perehdytyksen jälkeen. Ennen sähköisen kotiuttamismallin valmistumista kokeilua voidaan toteuttaa paperiversiona. Näin voidaan vielä saada käyttäjiltä parannusehdotuksia lopullista tuotosta varten.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta kotiuttamismalli on asiakasvetoinen innovaatio, jolla pyritään vähentämään esteellisyydestä johtuvia sairaalaan paluita. Heimovaara-Kotosen (2010) mukaan ikäihmisten asuminen saa paljon huomiota yhteiskunnan taholta. Ikäihmisillä on oman asumisensa asiantuntijuus ja siksi heidänkin näkökulmansa on tärkeä huomioida jo suunnitteluvaiheessa. Kotiuttamismallin avulla ikäihmisen kotona selviytymiseen on mahdollista puuttua ennakoivasti. Kodin esteettömyyden selvitys on mahdollista tehdä esimerkiksi kotihoidon toimesta ennaltaehkäisevästi, jos ikäihmisen kotona selviytymisessä epäillään olevan hankaluuksia. Ennakoivan kotikäynnin avulla voidaan ehkäistä laitoshoidonjaksoja ja jopa mahdollisia fyysisiä tai psyykkisiä vammoja tai sairauksia sekä esimerkiksi kaatumisia.

Kotiuttamismallissa merkittäviksi näkökulmiksi muodostuivat yksilöllisyys, osallisuus ja turvallisuus. Yksilöllisyyden määritelmässä jokainen ikäihminen kohdetaan ainutkertaisena yksilönä. Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelmansa laaditaan juuri hänen tarpeensa huomioiden. (Gustave & Väärämäki 2010, 11.) Ikäihmisille suunnattujen palveluiden kehittämisessä tulee huomioida yksilöllisyys sekä ikäihmisten mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämään sekä mahdollisesti myös avun tarpeen kehitykseen. (Finne-Soveri 2012, 37.) Yksilöllisyyden näkökulmasta kotiuttamismallissa voidaan esimerkiksi arvioida pystyykö ikäihminen toimimaan arkielämässään omatoimisesti, esimerkiksi laittamaan ruokaa omassa keittiössään. Osallisuus tarkoittaa mukanaoloa ja vaikuttamista sekä huolenpitoa ja omasta hyvinvoinnista päättämistä (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2014). Kotiuttamismallissa voidaan arvioida osallisuutta esimerkiksi asumisolosuhteiden kautta, asuuko ikäihminen yksin ja millaiset hänen perhesuhteensa ovat. Tai miten liikkumisen esteet, sairaudet ja lääkitykset voivat vaikuttaa mahdollisuuksiin olla osallinen. Turvallisuus puolestaan voi liittyä



asumiseen, hoivaan tai ikäihmisen omaan kokemukseen (Hämäläinen, Kojo, Lanne, Rytönen & Reisbacka 2013, 32). Turvallisuus kotiuttamismallissa käsittää esimerkiksi kotiympäristön fyysisen turvallisuuden tai liikkumisen turvallisuuden, mutta myös psyykkisen turvallisuuden tunteen.

Kotiuttamismallin käytännön pilotointi sujui yhteistyötahoina olleiden Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteettömyyden tutkimus- ja osaamiskeskitymän sekä Porin perusturvakeskuksen sairaala- ja kuntoutuspalveluiden sekä vanhuspalveluiden kanssa hyvin. Projektiryhmä sai kiinnostuneen ja yhteistyöhaluisen vastaanoton kaikilta tahoilta joihin oltiin yhteydessä. Kotiuttamismallin pilotiryhmäksi valitut lonkkamurtuman sairastaneet potilaat olivat monipuolinen joukko. Heidän avullaan kotiuttamismallia pystyi testaamaan kattavasti ja huomaamaan jos jokin suunniteltu ei toimi tai toimii hyvin. Lonkkamurtumapotilailla pilotoitua kotiuttamismallia voi hyvin hyödyntää jatkossa kaikilla potilasryhmillä, koska tällä pilotoinnilla mallista tuli monipuolinen murtumapotilaiden toimintakyvyn ja kodin esteettömyyden haasteellisuuden vuoksi.

Ongelmaksi oli muodostua lonkkapotilaiden vähäinen lukumäärä pilotointiaikana Porin perusturvakeskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla. Lopulta kuitenkin riittävä joukko osallistumiskykyisiä potilaita löytyi ja pilotoinnit saatiin tehtyä niin, että tuloksia voidaan hyödyntää. Haastava vaihe oli myös kodin esteettömyden arviointimenetelmän testaaminen asiakkaan kotona. Arviointilomake on vielä liian aikaa vievä ja siinä on mahdollisesti kohtia, jotka poistuvat jatkokehityksen myötä ja malliraporttia tehtäessä.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISHAASTEET

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kotiuttamismallilla tulee olemaan kysyntää työelämässä. Kotiuttamismalli kehittää omalta osaltaan hoitotyötä yhtenäisellä perusterveydenhuollon vuodeosastojen ja kotihoidon päivittäisiä työsuo-

rituksia. Huomioitavaa on, että vuodeosastohoitoon joutuneen ikäihmisen toimintakyky muuttuu eikä siten aina palaudu ennalleen akuutin sairauden parantumisesta huolimatta. Esimerkiksi lonkkamurtuman sairastanut ikäihminen ei enää selviydykään kodissaan ilman, että sinne tehdään esteettömyyden varmistavia muutostöitä. Ikäihmiselle voi myös jäädä pelko kaatumisesta tai hän voi kokea yksinäisyyttä. Kotiuttamismallilla voidaan edesauttaa ikäihmisen kotona selviytymistä ja luoda turvallisuuden tunnetta sekä kokemusta selviytymistä tukevista seikoista.

Perusterveydenhuollon vuodeosastoille kohdennettua kotiuttamismallia on suunniteltu kehitettävän Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteettömyyden tutkimus- ja osaamiskeskitymän toimesta sähköiseen muotoon. Tämä sähköisesti toimiva tietokone- tai mobiiliversio olisi käyttäjäystävällinen ja nopeampi tapa toteuttaa toimintakykytestejä ja kodin esteettömyyden selvitystä niin sairaala- kuin kotiolosuhteissa.

Kodin esteettömyydenarviointimenetelmän viimeistely ja loppuraportin muokkaus ovat valmiita kesän 2014 aikana. Tämän opinnäytetyön pilotoinnin tulosten ja esteettömyydenarviointimenetelmän kehittämissuhteiden jälkeen Porin perusturvakeskuksen kotihoidon työntekijöille voisi järjestää mahdollisuuden pilotoida esteettömyydenarviointimenetelmää käytännössä esimerkiksi vuonna 2015. Heiltä saatu käyttäjäpalaute olisi arvokasta kotiuttamismallin jatkokehittelyssä. Kotihoidon työntekijöille voidaan myös suunnitella koulutuspaketti sähköisen version valmistuttua, jotta he voivat tehokkaammin hyödyntää esteettömyydenarviointimenetelmää ja siten tukea ikäihmisten kotona selviytymistä.

Kiinnostavaa olisi myös kotiuttamismallin lanseerauksen jälkeen tehdä käyttäjäkysely sairaalan henkilökunnalle ja kotihoidon työntekijöille mallin hyödynnettävyydestä ja toimivuudesta käytännössä. Kysely koskisi koko kotiuttamismallia mukaan lukien toimintakykytestit sekä kodin esteettömyyden selvityksen.

## LÄHTEET

Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.

Edu www-sivut. 2014. Viitattu 8.4.2014.

<http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/vanhustyo/>

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Oy Edita Ab.

Farin, V. 2013. Tehostetun ja yksilöllisen avokuntoutusohjelman vaikutus lonkkamurtumasta toipuvien iäkkäiden kaatumisen pelkoon. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Viitattu 8.5.2014.

<http://URN:NBN:fi:jyu-201308052114.pdf>

Finne-Soveri, H. 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki esimerkkinä Helsinki. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. Viitattu 20.4.2014.

[https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3\\_2006/muut\\_artikkelit/kotiutumisen\\_onnistuminen-koti/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2006/muut_artikkelit/kotiutumisen_onnistuminen-koti/)

Gustave, T. & Väärämäki, T. 2010. Ikäihmisen laadukas hoito – asiakastytyväisyyskysely omaisille. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 9.5.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010120717339>

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen T. (toim.) 2013. Gerontologia. Saarijärvi: Saarijärvi Offset Oy.

Heimovaara-Kotonen, E. (toim.) 2010. Esteetön koti. Kokonaisvaltaisia ratkaisuja ikääntyneiden asumiseen. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 uud.p. Helsinki: Tammi.

Ihmisoikeudet www-sivut 2013. Viitattu 10.4.2013.

<http://www.ihmisoikeudet.net/index.php?page=esteettoemyys>

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Järnström S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kokko, O. 2010. Katso paljonko hoitosi oikeasti maksaa. Taloussanomat 19.5.2010. Viitattu 24.5.2013.

<http://www.taloussanomat.fi>.

Laine, K. 2014. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 5.4.2014.

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima.

Mäki, L. 2011. Vanhusten kokemuksia kaatumisista ja heidän esittämiään kaatumisen ehkäisykeinoja valokuvia hyödyntämällä. AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.5.2014.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011121318251>

Mäkivalli, T. 2010. Erityistä etsimässä. Tutkimus vanhustyön erityispiirteistä. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto.

Nissilä, S. 2014. Toimintakyvyn arviointi osana Kotiuttamisen työkalua - Apuväline lonkkamurtumapotilaiden kotiuttamiseen perusterveydenhuollossa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.4.2014.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201401081101>

Nurmela, T. (toim.) 2007. Saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon - selviytymisapua tekonivelleikkauspotilaille koko hoitoketjun ajan. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 65. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 5.5.2014.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e>

Pohjolainen, P. & Heimonen, S. 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki: Ikäinstituutti.

Pohjolainen, P., Sarvimäki, A. & Sýren, I. 2007. Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. Viitattu 29.4.2014.  
<http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/17/>

Porin kaupunki www-sivut. 2014. Viitattu 16.4.2014. [www.pori.fi](http://www.pori.fi)

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Ruonakoski, A. 2004. Sujuvampi arki ikääntyville. Yhdyskuntien suunnittelu, rakentaminen ja ylläpito väestön ikääntyessä. Helsinki: Multiprint Oy.

Rukovaara, A. (toim.) 2009. Rakennetun ympäristön esteettömyyskartoitus. Opas kartoituksen tilaajalle ja toteuttajalle. Invalidiliiton julkaisu O.38. Kirjapaino Öhrling Oy.

Satujalaura.wikispaces www-sivut 2014. Viitattu 2.5.2014.

<http://satujalaura.wikispaces.com/K%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6n+selitt%C3%A4minen+teoriaan+pohjautuen>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön www-sivut. 2014. Viitattu 5.4.2014.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut)

[http://www.stm.fi/hyvinvointi/osallisuuden\\_edistaminen](http://www.stm.fi/hyvinvointi/osallisuuden_edistaminen)

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. Lonkkamurtuma. Viitattu 7.4.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040?hakusana=lonkkamurtuma>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. 2011. Lonkkamurtuma. Viitattu 4.5.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50040>

Tanskanen I. & Suominen-Romberg T. (toim.) 2009. Esteettömästi saavutettavissa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tarnanen, K., Huusko, T. & Sipilä, R. 2011. Lonkkamurtuma. Viitattu 7.4.2014.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=lonkkamurtuma&p\\_artikkeli=khp00055](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=lonkkamurtuma&p_artikkeli=khp00055)

Terveystieteiden tutkimuskeskus www-sivut. 2013. Viitattu 23.5.2013 ja 16.4.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect/lonkkamurtuma](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect/lonkkamurtuma)

[http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr02\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr02_12.pdf)

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon\\_laskenta](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon_laskenta)

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/toimintakyky](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/toimintakyky)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos www-sivut. 2014. Viitattu 14.4.2014 ja 19.4.2014.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Voutilainen P., Vaarama M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi-Sulkava U., Finne-Soveri U.H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

World Health Organization (WHO) & Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

29.1.2014

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Ylempää AMK-tutkintoa kuntoutuksen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni aiheena on yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteettömyyden tutkimus- ja osaamiskeskittymän kanssa osana laajempaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa kehittää apuväline vuodeosastojen ja kotihoidon ammattilaisille yhtenäistämään potilaiden kotiutuksia ja tukemaan asiakkaiden kotona selviytymistä. Työn tarkoituksena on taata potilaalle turvallinen ja mahdollisimman esteetön kotiutuminen ja kotona selviytyminen sekä ehkäistä sairaalajaksojen uusiutumista. Huomio kiinnitetään kotiutujaan kokonaisvaltaisesti, sekä fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn ja selviytymiseen.

Tällä pienimuotoisella kyselyllä pyrin kartoittamaan asiakkaiden kotonaolon kriittisimpiä kohtia kotihoidon näkökulmasta. Toivon, että vastaatte kyselyyn 23.2.14 mennessä.

Yhteistyöstä kiittäen, Päivi Mäkivalli



1. Työkokemuksesi kotihoidossa

Alle 5v.      \_\_\_\_\_

6-10v.      \_\_\_\_\_

yli 10v.      \_\_\_\_\_

2. Mitkä ovat suurimmat esteet (fyysiset/psykkiset) asiakkaan kotona selviytymiselle?

---

---

---

3. Mitä parannettavaa on sairaalan ja kotihoidon välillä asiakkaiden kotiutusvaiheessa?

---

---

---

4. Mistä asiakkaiden sairaalaan paluut johtuvat?

---

---

---

5. Miten fyysisten esteiden kartoitus voisi parantaa tai lisätä asiakkaiden kotona selviytymistä?

---

---

---

6. Mihin sinä kiinnittäisit huomiota, jotta asiakas selviytyisi paremmin kotonaan?

---

---

---

## LIITE 2

Sairaala \_\_\_\_\_

### ELDERY MOBILITY SCALE (EMS)

### MITTAUSLOMAKE

Nimi \_\_\_\_\_ Sotu \_\_\_\_\_ Os. \_\_\_\_\_

Mittaaja \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_ Os. \_\_\_\_\_

	Pisteet
<b>Selinmakuulta istumaan nousu</b>	
Nousee istumaan itsenäisesti	2
Tarvitsee istumaan nousussa yhden henkilön apua	1
Tarvitsee istumaan nousussa kahden tai useamman henkilön apua	0
<b>Istumasta selinmakuulle meno</b>	
Menee itsenäisesti selinmakuulle sänkyyn	2
Tarvitsee selinmakuulle menossa yhden henkilön apua	1
Tarvitsee selinmakuulle menossa kahden tai useamman henkilön apua	0
<b>Istumasta seisomaan nousu</b>	
Nousee seisomaan itsenäisesti 3 sekunnissa	3
Nousee seisomaan itsenäisesti yli 3 sekunnissa	2
Tarvitsee seisomaan nousussa yhden henkilön apua (sanallinen tai fyysinen)	1
Tarvitsee seisomaan nousussa kahden tai useamman henkilön apua	0
<b>Seisominen</b>	
Seisoo ilman tukea ja kykenee ojentamaan käden eteen ja sivulle	3
Seisoo ilman tukea, mutta tarvitsee tukea käden ojentamisessa eteen ja sivulle	2
Seisoo, mutta tarvitsee tukea	1
Seisoo, mutta tarvitsee tukea toiselta henkilöltä	0
<b>Kävely</b>	
Kävelee itsenäisesti ja turvallisesti (myös yhden kepin kanssa)	3
Kävelee itsenäisesti ja turvallisesti apuvälineen kanssa	2
Kävelee apuvälineen kanssa, mutta kävely epävarmaa/turvatonta	1
Tarvitsee kävellessä toisen henkilön tukea tai jatkuvaa valvontaa	0
<b>Kurkottaminen eteen käsivarsi ojennettuna</b>	
Eteen kurkotus yli 16 cm	4
Eteen kurkotus 8-16 cm	2
Eteen kurkotus alle 8 cm tai ei kykene kurkottamaan lainkaan	0
<b>Kävelytesti 6 metriä</b>	
Suoriutuu matkasta 15 sekunnissa	3
Suoriutuu matkasta 16-30 sekunnissa	2
Suoriutuu matkasta yli 30 sekunnissa	1
Ei kykene kävelemään 6 metriä	0
<b>Pisteet yhteensä:</b>	_____

**KATZIN INDEKSI päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin**

Peseytyminen	<p>1 Peseytyy kokonaan itse tai tarvitsee apua korkeintaan yhden kehon osan pesemiseen (kuten selkä, genitaalialueet tai vammautuneet kehon osat)</p> <p>0 Tarvitsee apua useamman kuin yhden kehon osan pesemiseen, päästäkseen ammeeseen tai suihkuun tai sieltä pois tai on täysin autettava peseytymisessä.</p>
Pukeutuminen	<p>1 Ottaa itse vaatteet komerosta tai laatikoista; pukee itsenäisesti vaatteet ja päällysvaatteet kiinnittämiseen, mutta saattaa tarvita apua kengännauhojen solmimiseen.</p> <p>0 Tarvitsee toisen henkilön apua pukeutumiseen tai on täysin puettava.</p>
WC-käynnit	<p>1 Menee vessaan ja sieltä pois, riisuu, pukee ja pyyhkii ilman apua (saattaa käyttää itsenäisesti yöastiaa).</p> <p>0 Tarvitsee apua siirtymiseen vessaan tai siistiytymiseen tai käyttää alusastiaa tai wc-tuolia.</p>
Siirtyminen	<p>1 Siirtyy vuoteeseen / tuolille ja ylös vuoteesta / tuolilta ilman apua. Saattaa käyttää mekaanisia siirtymisen apuvälineitä.</p> <p>0 Tarvitsee apua päästäkseen vuoteeseen / tuolille tai ylös vuoteesta / tuolilta tai on täysin siirrettävä.</p>
Pidätyskyky	<p>1 Kontrolloi täydellisesti virtsaamisen ja ulostamisen.</p> <p>0 On osittain tai täysin pidätyskyvytön.</p>
Syöminen	<p>1 Saa ruoan lautaselta suuhun ilman apua, mutta toinen henkilö voi valmistaa tai pilkkoa ruoan tai voidella leivät.</p> <p>0 On osittain tai täysin syötettävä tai tarvitsee letkuruokinnan tai suonensisäisen ruokinnan.</p>

Kokonaispistemäärä: \_\_\_\_\_

Potilaan nimi:

Arviointipäivä: \_\_\_\_\_

Syntymäaika:

Arvioija: \_\_\_\_\_

MYÖHÄISIÄN DEPRESSIOSEULA GDS- 15				
1. Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN		ei
2. Oletteko luopunut monista riennaistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	10. Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä?	KYLLÄ
3. Tuntuuko elämänne tyhjältä?	KYLLÄ	ei	11. Onko teidän tällä hetkellä hyvä elää?	kyllä
4. Pitkästytkö usein?	KYLLÄ	en	12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi?	KYLLÄ
5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	kyllä	EN	13. Tunnetteko olevanne täynnä tarmoaa?	kyllä
6. Pelkäätkö, että teille voi tapahtua jotain pahaa?	KYLLÄ	en	14. Tuntuuko teistä, että tilanteenne on toivoton?	KYLLÄ
7. Tunnetteko enimmäkseen olevanne iloinen?	kyllä	EN	15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin teillä?	KYLLÄ
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.	
9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?	KYLLÄ	en		

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

POTILAS: \_\_\_\_\_ SYNTYMÄAIKA: \_\_\_\_\_

TUTKIJA: \_\_\_\_\_ PVM: \_\_\_\_\_

Seuraavassa esitän Teille erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä kysymyksiä ja tehtäviä:

	Väärin	Oikein		Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0	1	13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne? (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)		
2. Mikä vuodenaika nyt on? (talvi = joulukuu, tammikuu, helmikuu kevät = maaliskuu, huhtikuu, toukokuu kesä = kesäkuu, heinäkuu, elokuu syksy = syyskuu, lokakuu, marraskuu; aina ± 1 vko)	0	1	PAITA                      RUUSU                      0                      1 RUSKEA                      tai                      PALLO                      0                      1 VILKAS                      AVAIN                      0                      1		
3. Monesko päivä tänään on? (± 1 pv)	0	1	14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
4. Mikä viikonpäivä tänään on?	0	1	a) Mikä tämä on? – näytetään rannekelloa 0                      1 b) Mikä tämä on? – näytetään lyijykynää 0                      1		
5. Mikä kuukausi nyt on?	0	1	15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
6. Missä maassa olemme?	0	1	EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA 0                      1		
7. Missä maakunnassa olemme? (Myös vanhan läänijaon mukaiset vastaukset hyväksytään)	0	1	(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lauseita ei saa toistaa.)		
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?	0	1	16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)		
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme? (Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)	0	1	Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taivutkaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lauseita ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)		
10. Monennessako kerroksessa olemme?	0	1	Ottaa paperin vasempaan käteen 0                      1 Taivuttaa sen 0                      1 Asettaa paperin polville 0                      1		
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleen kolme sanaa. Kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)			17. Näytän Teille tekstin ”SULKEKAA SILMÄNNE”. Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta. 0                      1 (Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)		
PAITA – RUSKEA – VILKAS RUUSU – PALLO – AVAIN			18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mieleenne mukaan. (ks. seuraava sivu) 0                      1  (Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)		
PAITA                      RUUSU                      0                      1 RUSKEA                      tai                      PALLO                      0                      1 VILKAS                      AVAIN                      0                      1			19. Voisitteko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (ks. seuraava sivu) 0                      1  (Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)		
(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu.) Toistoja _____ (enintään 5 kertaa).					
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän lopettamaan.					
	93.....	0	1		
	86.....	0	1		
	79.....	0	1		
	72.....	0	1		
	65.....	0	1		
(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee vääriä vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)					
				MMSE-testin pistemäärä _____ /30	

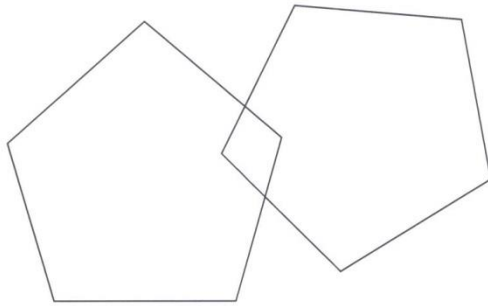
Kirjoittaisitteko lauseen tähän.

---

---

---

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.



**SULKEKAA  
SILMÄNNE**

## **ASIAKKAAN HAASTATTELUKYSYMYKSET**

Haastattelu suoritetaan esteettömyyskartoituksen yhteydessä.

1. Käytättekö liikkumisen apuvälinettä ulkona (esim. pyörätuoli, rollaattori, kyynär- tai kainalosauvat)?
2. Käytättekö liikkumisen apuvälinettä sisällä?
3. Onko käytössänne muita apuvälineitä (esim. kuulon-, näön- tai muistin apuvälineitä)?
4. Kuvaile omaan asuntoosi liittyviä esteitä ja ongelmia jotka vaikeuttavat liikkumista ja arjesta suoriutumista?
5. Kerro esteen vaikutuksesta asumiseen ja avun tarpeeseen?



**KOTIYMPÄRISTÖN KARTOITUSLOMAKE****1. PÄÄSISÄÄNKÄYNTI****Onko sisäänkäynti tasoeroton (ei portaita, ei luiskaa)?**

Kyllä      Ei

Kommentoi:

**Onko sisäänkäynnin yhteydessä portaat?**

Kyllä      Ei

Kommentoi:

**Porrasaskelmien (nousujen) lukumäärä?**

Kommentoi:

**Suosittelko loivempia portaita?**(suositus askelman syvyys vähintään 30cm,  
nousun korkeus: 13cm / katettu tila 16cm)

Kyllä      Ei

Kommentoi:

**Onko portaissa käsijohteet molemmilla puolilla?**

Kyllä      Ei

Kommentoi:

**Jatkuuko käsijohteet portaan päissä yli portaan  
alkamis- ja päättymiskohdan? (suositus 300mm)**

Kyllä      Ei

Kommentoi:

**Suosittelko käsijohteita portaisiin?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko sisäänkäynnin yhteydessä luiska?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko luiska turvallinen / riittävän loiva?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko luiskan pinta kova,  
tasainen ja märkänäkin luistamaton?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko sisäänkäynnin yhteyteen luiskaa?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko ulko-oven edustan tasanne riittävän kokoinen?**  
(suositus 1500mm x 1500mm)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko sisäänkäynnin ulkovalaistus  
riittävä, tasainen ja häikäisemätön?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko ulko-ovi kevyt avata?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko ulko-oven kynnyksen ylittäminen vaikeaa?**  
(suositus alle 2cm)

Kyllä Ei

**Suosittelko ulko-oven kynnyksen poistamista / luiskaamista?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Sijaitseeko asunto kerrostalossa?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Missä kerroksessa asunto sijaitsee?**

**Onko käytössä hissi?**

Kyllä Ei

**Onko hissille esteetön pääsy?**  
(kulku pääsisäänkäynniltä hissille)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko hissi riittävän kokoinen?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko hissistä asunnon ovelle esteetön kulku?**  
(ei tasoeroja)?

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Kulkeeko hissi kaikkiin kerroksiin?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa hissistä?**

**Onko käytössä portaat?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Lisätietoa portaista** (esim. käsijohteiden ja kontrastiraitojen tarve?)

**Onko asuntoon esteetön kulku** (ei kynnyksiä)?

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko asunnon ovi kevyt avata?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko sisäänkäynnin yhteydessä tuulikaappia?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Tuulikaapin koko?**

**Onko tuulikaapin lattiamateriaali turvallinen liikkua?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko tuulikaapin ja eteisen / sisätilan välinen kynnyks vaikea ylittää?** (suositus alle 2cm)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko tuulikaapin ja eteisen/sisätilan kynnysen poistamista / luiskaamista?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa pääsisäänkäynnistä ja tuulikaapista?**

## **2. VAIHTOEHTOINEN SISÄÄNKÄYNTI**

**Onko vaihtoehtoista tasoerotonta sisäänkäyntiä?**  
( ei portaita, ei luiskaa )

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa vaihtoehtoisesta sisäänkäynnistä?**

## **3. YLEISET SISÄTILAT**

**Onko sisätilojen kulkuväylien leveys vähintään 90 cm?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko kulkuväyliltä poistettu vaaraa aiheuttavat tekijät?**

(esim. paksut matot ja ”tavarat”)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko sisätilojen kulkuväylien lattiamateriaali tasainen ja luistamaton?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko asunnon sisätilojen ovet vähintään 80 cm leveitä?** Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suositteliteko ovien leventämistä?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa ovista?**

**Onko sisätilojen kynnyksen ylittäminen vaikeaa?**  
(suositus alle 2cm)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suositteliteko kynnyksen poistamista / luiskaamista?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko asunnon valaistus tasainen ja häikäisemätön?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko asunnon sisätiloissa portaita?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko portaissa käsijohteet molemmilla puolilla?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suositteliteko portaisiin käsijohteita?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko portaiden lattiamateriaali luistamaton?** Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko portaiden valaistus tasainen ja häikäisemätön?**  
(porrasaskelmien reunat erottuvat, valaistus ei häikäise) Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa sisätiloissa sijaitsevistä portaista?**

#### **4. MAKUUHUONE**

**Onko sänky sopivalla korkeudella?** Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko apuvälinelainaamosta sängyn jalkojen korottajia?** Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko sängyyn kiinnitettävää ylösnotutukea?** Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko sängyn vieressä tilaa liikkua apuvälineiden kanssa?**  
(suositus pyörähdysympyrä 130cm) Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko yövalo yöaikaan käytössä?** Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa makuuhuoneesta?**

## **5. WC-TILA**

**Onko wc-tilaan esteetön (tasoeroton) pääsy?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko wc-oven kynnyksen ylittäminen vaikeaa?**  
(suositus alle 2cm)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko kynnyksen poistamista  
tai luiskaamista?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onnistuuko wc-oven avaaminen ja  
sulkeminen kurkottelematta?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko wc-tilaan tukikahvoja?**  
(kommentoi tukikahvan sijainti)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko wc-tilassa korotettu wc-istuin?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko wc-tilan lattia märkänäkin luistamaton?**

Kyllä Ei

Kommentoi:



**Onko wc-tilassa vapaata tilaa liikkumiseen?**

(pyörähdysympyrän suositus 130cm)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa wc-tilasta?**

**6. PESEYTYMISTILA**

**Sijaitseeko peseytymistila wc-tilan yhteydessä?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko peseytymistilan kynnyksen ylittäminen vaikeaa?**

(suositus alle 2cm)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko kynnyksen poistamista tai luiskaamista?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko peseytymistilan ovi vähintään 80cm leveä?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelko pesutilan oven leventämistä?**

Kyllä Ei

**Onko peseytymistilan lattiamateriaali  
märkänäkin luistamaton?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelitko peseytymistilaan tukikahvoja?**

(kommentoi tukikahvan sijainti)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Suosittelitko suihkutuolia?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa peseytymistilasta?**

**7. KEITTIÖ**

**Onko keittiössä riittävästi tilaa liikkua?**

(suositus pyörähdysympyrä 130cm)

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko keittiössä työtasoa riittävästi?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa keittiöstä?**

**8. ASUNNON MUUTOSTÖIDEN LUPA-ASIAT**

**Asuuko asiakas vuokralla?**

Kyllä Ei

Kommentoi:

**Onko asunnon muutostöitä varten  
huomioitu lupa vuokranantajalta?**

Kyllä

Ei

Kommentoi:

**Sijaitseeko asunto taloyhtiössä?**

Kyllä

Ei

Kommentoi:

**Onko asunnon muutostöitä varten  
huomioitu taloyhtiön lupakäytäntö?**

Kyllä

Ei

Kommentoi:

**Muuta lisätietoa taloyhtiön lupa-asioista?**