

Katja Pohjantähti

IÄKKÄIDEN KOTIUTUMISEN HYVÄT KÄYTÄNTEET VUODEOSASTOILLA

Kehittämissuhteet fysioterapeuteilta

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Monialaisen toimintakyvyn edistämisen koulutus (ylempi amk)

2023



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Fysioterapeutti (ylempi AMK)
Tekijä/Tekijät	Katja Pohjantähti
Työn nimi	Iäkkäiden kotiutumisen hyvät käytänteet vuodeosastoilla -kehittämisehdotukset fysioterapeuteilta
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen hyvinvointialue
Vuosi	2023
Sivut	62 sivua, liitteitä 17 sivua
Työn ohjaajat	Päivi Lifflander ja Johanna Vesanto

TIIVISTELMÄ

Iäkkään potilaan onnistunut sairaalasta kotiutuminen voi säästää uusilta sairaalajaksoilta, lisääntyneeltä avuntarpeelta ja parhaimmillaan ennenaikaiselta ympärivuorokautiselta hoivalta. Toimiva moniammatillinen yhteistyö ja asiantuntemus voivat vahvistaa iäkkään potilaan toimintakykyä ja toimijuutta helpottaen sairaalasta kotiutumista. Tunnistetut kotiutumisen haasteet ja ratkaisut liittyvät usein moniammatilliseen työskentelyyn ja tiedonkulkuun. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa fysioterapeutin roolin nykytilaa iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa sekä selvittää fysioterapeutin roolin kehittämistarpeita kotiutumisprosessissa ja moniammatillisessa yhteistyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on selkeyttää fysioterapeutin roolia ja moniammatillista yhteistyötä kotiutumisprosessissa sekä edistää kotiutumisen sujuvuutta.

Opinnäytetyö toteutettiin palvelumuotoilun keinoin. Fysioterapeutin roolin nykytilaa kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa kartoitettiin kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelun avulla. Temaattisen analyysin pohjalta fysioterapeutin roolin kehittämiskohteiksi kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa tunnistettiin resurssipula ja työtahti, hyvinvointialueelle siirtymisen vaikutukset, nopeat kotiutukset, ammattilaisten kehittäminen sekä potilaan ja omaisten roolin vahvistaminen. Fysioterapeutit ideoivat työpajassa keinoja, joilla voidaan parantaa kotiutumisprosessin sujuvuutta tiedonkulun ja moniammatillisen yhteistyön avulla. Kehittämisehdotuksena luotiin osastoille yhteinen moniammatillisen palaverin malli.

Fysioterapeutin rooli iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa on tukea iäkkään potilaan toimintakykyä ja kotiutumisvalmiutta sekä toimia kuntoutuksen asiantuntijana osana moniammatillista tiimiä. Kehittämistyön tulokset tukevat aiempaa tutkimustietoa fysioterapeutin roolista koskien iäkkään potilaan kotiutumisprosessia ja moniammatillisuutta.

Fysioterapeuttien ideoiman kehittämisehdotuksen ja esihenkilöille toteutetun kyselyn perusteella osastoilla on eriäviä käytänteitä ja näkemyksiä moniammatillisten palaverien toteuttamisesta. Osastojen yhteisten käytänteiden kehittämiseksi ja yhteiselle näkemykselle moniammatillisten palaverien toteuttamisesta on selkeä tarve.

Asiasanat: kotiutuminen, iäkäs potilas, fysioterapeutti ja moniammatillinen yhteistyö.

Degree title	Master of Health Care
Author (authors)	Katja Pohjantähti
Thesis title	Good practices in the discharge of the elderly patients in inpatient wards -development suggestions from physiotherapists
Commissioned by	Wellbeing services county of Päijät-Häme
Time	2023
Pages	62 pages, 17 pages of appendices
Supervisor	Päivi Lifflander and Johanna Vesanto

ABSTRACT

Successful discharge of an elderly patient from a hospital can hospital readmissions, increased care needs and, at best, save on premature round-the-clock care. Effective multidisciplinary collaboration and expertise can strengthen the functional capacity and ability of an elderly patient, enabling hospital discharge. The identified challenges and solutions for hospital discharge are often related to multidisciplinary work and the flow of information. The purpose of this thesis was to map the current role of physiotherapists in the discharge process of elderly patients and to investigate the development needs of the physiotherapist's role in the discharge process and multidisciplinary collaboration. The aim of the thesis was to clarify the role of physiotherapists and multidisciplinary collaboration in the discharge process, with the intention of enabling a more efficient discharge.

The thesis was implemented using service improvement. The current role of the physiotherapist in the discharge process and the multidisciplinary team was mapped through a literature review and a thematic interview. Based on the thematic analysis, the lack of resources and pace of work, the effects of moving to an integrated care system, rapid discharges, the professional development, and strengthening the role of patients and relatives were identified as development needs for the physiotherapist's role in the discharge process and multidisciplinary team. In the workshop, physiotherapists brainstormed ways to improve the flow of the discharge process through information flow and multidisciplinary collaboration. As a development proposal, a standard format for multidisciplinary meetings was created for the wards.

The role of the physiotherapist in the discharge process and multidisciplinary care team of an elderly patient is to support the patient's functional capacity and readiness for discharge and to act as a rehabilitation expert as part of a multidisciplinary team. The findings of the development work support previous research data on the role of physiotherapists in the discharge process and multidisciplinary care teams for elderly patients.

Based on the development proposal created by physiotherapists and a survey conducted for managers, the wards have different practices and views on the implementation of multidisciplinary meetings. There is a clear need to develop departmental practices and a common vision for implementing multidisciplinary meetings.

Keywords: discharge, elderly patient, physiotherapist and multidisciplinary collaboration

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMEKSIANTAJA.....	7
2.1	Päijät-Hämeen hyvinvointialue	7
2.2	Fysioterapeutin roolin kehittämisen tarkasteluun osallistuvat yksiköt	9
3	IÄKKÄÄN TOIMINTAKYVYN KUVAILU ICF-LUOKITUKSEN AVULLA.....	9
3.1	Ikääntymisen vaikutukset lääketieteelliseen terveydentilaan	10
3.2	Ikääntymisen vaikutukset ruumiin ja kehon toimintoihin	11
3.3	Ikääntymisen vaikutukset suorituksiin	14
3.4	Ikääntymisen vaikutukset osallistumiseen ja osallisuuteen.....	18
3.5	Ympäristön ja yksilötekijöiden vaikutukset ikääntyessä	19
4	IÄKKÄÄN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN KOTIUTUMISESSA	21
4.1	lähäs sairaalasta kotiutuja	21
4.2	lähkään toimintakyvyn fysioterapeuttinen arviointi	22
4.3	Fysioterapeutti tukee lähkään toimintakykyä kotiutumisprosessissa.....	23
5	HYVÄT KÄYTÄNTEET IÄKKÄÄN POTILAAN KOTIUTUMISESSA	23
5.1	Kuntoutustarpeen tunnistaminen ja yksilöllisyyden huomioiminen.....	24
5.2	lähkään potilaan kotiutuminen moniammatillisella yhteistyöllä	25
5.3	Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen	26
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	27
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS PALVELUMUOTOILUN KEINAIN.....	28
7.1	Löydä-vaihe	29
7.2	Määritä-vaihe	31
7.3	Kehitä-vaiheen toteutus	38
7.3.1	Ongelmavaihe.....	40
7.3.2	Ideointivaihe.....	42
7.3.3	Todentamisvaihe	44
7.4	Tuota-vaihe.....	46

8	POHDINTA	47
8.1	Pohdintaa opinnäytetyön tuloksista ja kehittämisehdotuksesta	47
8.2	Menetelmävalintojen ja opinnäytetyöprosessin pohdintaa	50
8.3	Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden pohdintaa.....	51
8.4	Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset	54
	LÄHTEET	56

LIITTEET

- Liite 1. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus
- Liite 2. Opinnäytetyön tiedonhakutaulukko
- Liite 3. Haastattelurunko
- Liite 4. Haastattelukutsu
- Liite 5. Tietoinen suostumus lomake
- Liite 6. Tietosuojalomake
- Liite 7. Tulevaisuusverstasohje
- Liite 8. Palautekysely

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vastaa Suomessa 21 hyvinvointialuetta, poikkeuksena tästä Helsingin kaupunki, jolla säilyy sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu. Reformin tavoitteena on taata kansalaisille laadukkaat ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, edistää palvelujen saatavuutta, vähentää terveyseroja, turvata ammattitaitoisen työvoiman saatavuus, vastata syntyvyyden laskun ja ikääntymisen haasteisiin sekä hallita kustannusten kasvua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022.)

Suomessa on vuonna 2030 ennusteen mukaan noin 1,5 miljoonaa yli 65-vuotiasta (Suomen virallinen tilasto 2021). Väestöllisen huoltosuhteen heikentyminen vaikuttaa tulevaisuudessa lisääntyvästi ikääntyneiden palvelujen tarpeeseen ja toteuttamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020).

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Palvelustrategiassa todetaan, että tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Päijät-Hämeen väkiluku on laskusuunnassa, ja samalla väestörakenne on murroksessa. Ikääntyneiden määrä on kasvamassa, kun taas lasten, nuorten ja työikäisten määrä vähenee. Erityisesti yli 75-vuotiaiden määrän ennustetaan nousevan yli 50 prosentilla Päijät-Hämeen alueella vuoteen 2030 mennessä. Ikääntyvien väestön kasvu asettaa sosiaali- ja terveydenhuollolle laajoja palvelujen uudelleenarvioinnin ja palvelurakenteen kehittämisen haasteita. (Päijät-Hämeen hyvinvointialuestrategia 2023–2025, 12.)

Vuonna 2021 noin 93 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asui kotona (Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista 2022). 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista kolmasosa on vuoden aikana sairaalahoidossa (Kerminen ym. 2019). Omaisten ja läheisten tuki on olennaisen tärkeää, jotta ikääntyvä voi asua omassa kodissaan. Heidän osallistumismahdollisuuksiaan iäkkään hoidossa ja huolenpidossa on tuettava. Yhtä tärkeää on huomioida eri palvelujen rajapinnat ja tilanteet, joissa asiakkaan palveluntarve voi muuttua, esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Onnistunut sairaalasta kotiutuminen vaatii työntekijöiltä substanssiosaamisen rinnalle myös sujuvaa moniammatillista osaamista, mikä edellyttää jatkuvaa kehittämistä. Kotiutumisen haasteet ja ratkaisut liittyvätkin usein juuri moniammatilliseen työskentelyyn ja tiedonkulkuun (Kuusisto ym. 2019; Lilleheie ym. 2020; McCloskey ym. 2014; McGilton ym. 2021).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa fysioterapeutin roolin nykytilannetta iäkkään henkilön kotiutumisprosessissa sekä selvittää fysioterapeutin roolin kehittämistarpeita kotiutumisprosessissa ja moniammatillisessa yhteistyössä hyvinvointialueen toimintakykyä tukevilla osastoilla. Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin kehittämissuositus liittyen fysioterapeutin rooliin iäkkään henkilön kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa. Opinnäytetyön tavoitteena on selkeyttää fysioterapeutin roolia ja moniammatillista yhteistyötä kotiutumisprosessissa sekä edistää kotiutumisen sujuvuutta. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan iäkkään toimintakyvyn arviointia lähinnä fyysisen toimintakyvyn osalta ja fysioterapeutin näkökulmasta.

Tutkimuksellisenä kehittämismenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytetään palvelumuotoilua. Palvelumuotoilu yhdistää luovan ja analyyttisen lähestymistavan tarjoten keinon tutkia sekä käyttäjien, että asiakkaiden tarpeita samassa prosessissa ja samalla kehittää ratkaisuja (Koivisto ym. 2019, 42).

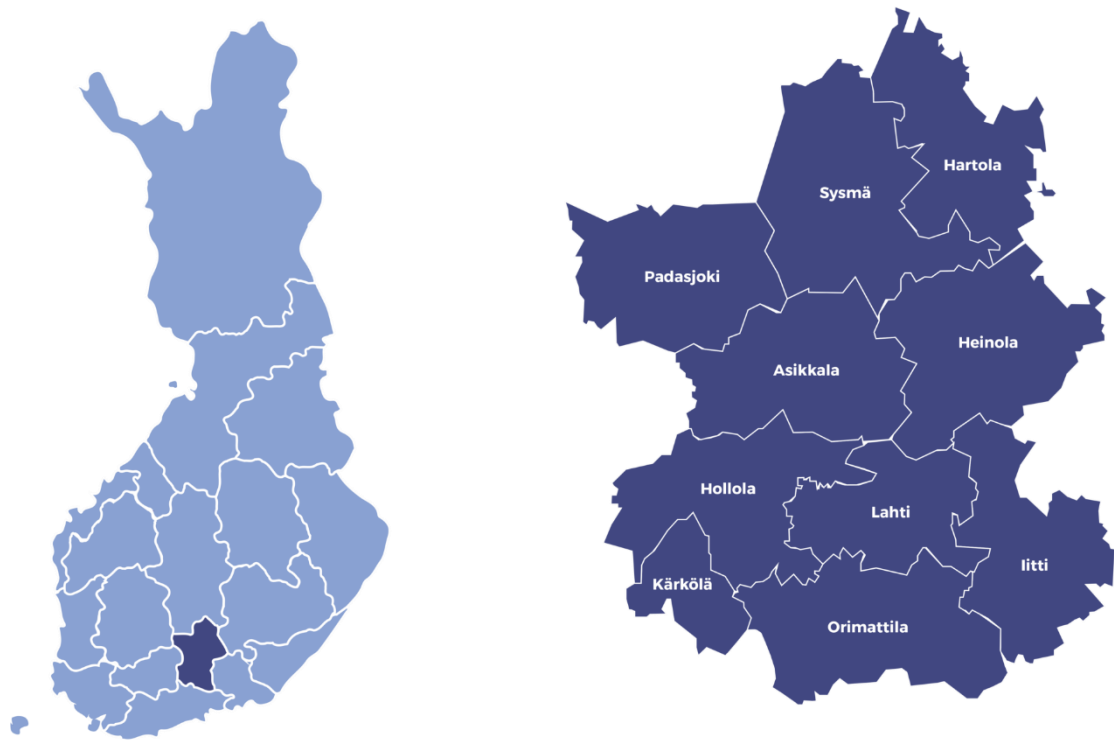
2 TOIMEKSIANTAJA

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Päijät-Hämeen hyvinvointialue. Fysioterapeutin roolin kehittämistarpeiden kartoittamiseen kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa osallistui neljä hyvinvointialueen toimintakykyä tukevaa osastoa.

2.1 Päijät-Hämeen hyvinvointialue

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille 1.1.2023. Uudistuksessa Suomi jaettiin 21 hyvinvointialueeseen, joilla kaikilla on itsehallinto. Päätöksenteosta alueilla vastaa suorilla vaaleilla valittu aluevaltuusto. Rahoitus hyvinvointialueille tulee pääsääntöisesti valti-

olta. Päijät-Hämeen hyvinvointialue järjestää julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Päijät-Hämeessä. Hyvinvointialueeseen kuuluvat Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Orimattila, Padasjoki ja Sysmä (kuva 1). Hyvinvointialueen palveluksessa on yli 7 600 työntekijää ja se järjestää ja osittain myös tuottaa palveluita yli 200 000 päijäthämäläiselle. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022a.)



Kuva 1. Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kunnat (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022a)

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen 2023–2025 strategian tavoitteet ohjaavat alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ja tuottamista. Hyvinvointialueen missio on järjestää laadukkaat palvelut vastuullisesti ja joustavasti sekä tukea päijäthämäläisten hyvinvointia. Visiona on hyvinvoivat asukkaat turvallisessa, uudistuvassa ja elinvoimaisessa Päijät-Hämeessä. Hyvinvointialueen arvot, luottamus, rohkeus, välittäminen ja oikeudenmukaisuus, ilmaisevat hyvinvointialueen arvopohjaa ja siten luotsaavat arjen toimintaa. Strategiaa toteutetaan kolmen päätavoitteen kautta, joista ensimmäinen on vaikuttavat ja kustannustehokkaat palvelut sekä hyvä asiakaskokemus, toinen on alan parhaana julkisena työpaikkana saavutettu asema ja kolmantena on sujuva yhteistyö alueen kuntien, yhteisöjen ja valtionhallinnon kanssa. (Päijät-Hämeen hyvinvointialuestrategia 2023–2025, 2022.)

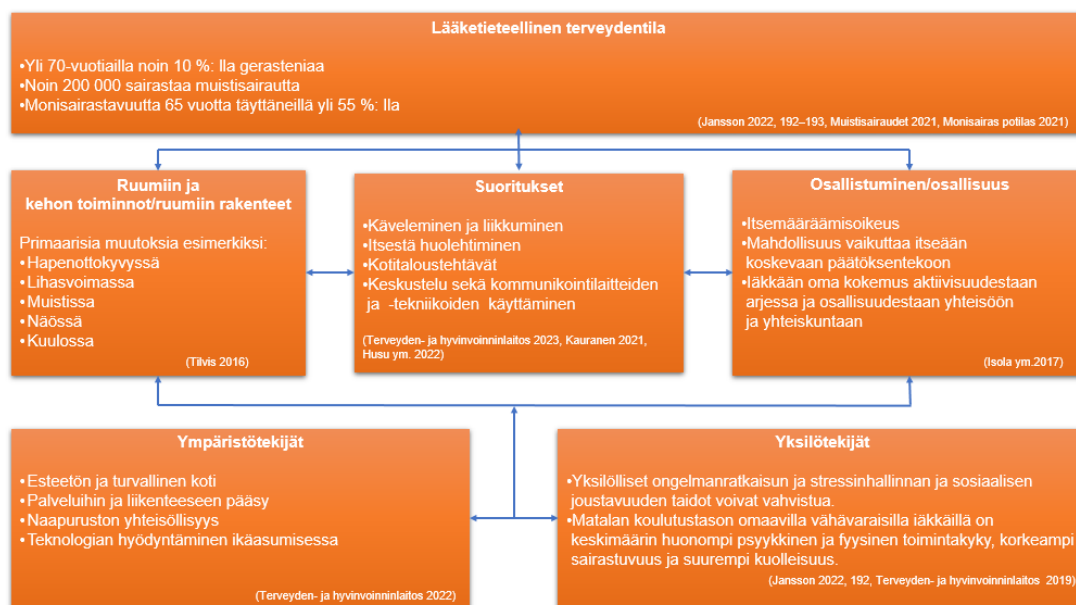
2.2 Fysioterapeutin roolin kehittämisen tarkasteluun osallistuvat yksiköt

Jalmarissa toimii kahdeksan osastoa ja geriatrian poliklinikka. Perusterveydenhuollon osastohoidon lisäksi sairaalassa on vaativaa kuntoutusta tarvitsevien potilaiden palveluja, akuuttigeriatrian palveluja, toimintakykyä tukevia kuntouttavia palveluja sekä kuntouttavaa pitkäaikaishoitoa ja palliatiivista hoitoa. Geriatrian poliklinikka on erikoistunut muistisairauksien ja muiden geriatristen oireyhtymien diagnosointiin ja hoitoon. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022b.) Heinolan ja Orimattilan vuodeosastoilla hoidetaan iäkkäitä potilaita. Pääsääntöisesti potilaat tulevat Päijät-Hämeen keskussairaalan eri erikoisalojen osastoilta sekä päivystysalueelta. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022C). Hyvinvointialueen perusterveydenhuollon osastoilla työskentelee yhteensä 23 fysioterapeuttia.

3 IÄKKÄÄN TOIMINTAKYVYN KUVAILU ICF-LUOKITUKSEN AVULLA

Lain mukaan ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan yli 65-vuotiaita, eli vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Iäkäs on määritelty laissa henkilöksi, jonka psyykinen, fyysinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen vuoksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, 3. §.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja kognitiivisia edellytyksiä selviytyä niistä päivittäisistä toiminnoista, jotka ovat hänelle itselleen tärkeitä ja merkittäviä siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyvyn kuvailussa voidaan käyttää toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä ICF-luokitusta. Luokitus ohjaa ymmärtämään toimintakyvyn käsitettä laajemmin, huomioiden toimintakyvyn eri osa-alueiden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutukset. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2022.) Kuvassa 2 on kuvattu ICF-luokitusta iäkkään henkilön viitekehystä.



Kuva 2. ICF toimintakyvyn luokitus iäkkään henkilön viitekehuksesta katsottuna (Jansson ym. 2022; Muistisairaudet 2021; Monisairas potilas 2021; Tilvis 2016; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2023; Kauranen 2021; Husu ym. 2022, Isola ym. 2017; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2022; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019).

Ikääntymisen muutokset voidaan jakaa primaarisiin ja sekundaarisiin muutoksiin, joista ensimmäinen käsittää kaikille ihmisille yhteisiä solutason biologisia ikääntymisen muutoksia esimerkiksi hapenottokyvyssä, lihasvoimassa, muistissa, näössä ja kuulossa. Sekundaarisia muutoksia ovat sairauksien, vammojen ja elintapojen aiheuttamat muutokset toimintakykyyn ja ikääntymiseen. Osa primaarisista vanhenemismuutoksista voivat myös vahvistua, kuten yksilölliset ongelmanratkaisun ja stressinhallinnan ja sosiaalisen joustavuuden taidot. (Jansson 2022, 192.)

3.1 Ikääntymisen vaikutukset lääketieteelliseen terveydentilaan

Janssonin ym. (2022, 192–193) mukaan kotona asuvilla yli 70-vuotiailla voidaan noin 10 prosentilla todeta gerasteniaa, johon liittyy hitaus, uupumus, tahaton painonlasku, lihasheikkous ja fyysinen inaktiivisuus. Gerasteniassa elimistön fysiologiset reservit ovat vähentyneet ja stressinsieto on heikentynyt. Tilaan liittyy lisääntynyt sairaala- ja laitoshoidon tarve sekä kohonnut kuolemanvaara. Käypä hoito -suosituksessa Monisairas potilas (2021) gerastenian seulomista suositellaan kliinisessä työssä TUG- ja kävelynopeustestillä. Seulonnan viitatessa gerasteniaan potilaalle on suositeltavaa toteuttaa kokonaisvaltainen geriatrinen arvio.

Monisairastavuus on yleisempää ikääntyneillä. Henkilö on monisairas, kun hänellä on vähintään kaksi pitkäaikaista sairautta, vammaa tai toiminnanvajausta. Ikääntyneiden tautiryppäisissä esiintyy lähes aina huono kuulo ja nivelrikko. Monisairastavuuden esiintyvyys 65 vuotta täyttäneillä on vaihdellut 55 %:n ja 65 %:n välillä. Monisairastuvuudella on iäkkäiden osalta suurentunut yhteys kuoleman riskiin. Iäkkäällä sydämen vajaatoiminta, ahdistuneisuus ja gerastenia liittyvät yleensä monimutkaisempaan sairauskokonaisuuteen, joiden taustatekijöitä on suositeltavaa selvittää hoidon suuntaamisen mahdollistamiseksi. (Monisairas potilas 2021.)

Suomessa yli 65-vuotiaista joka kolmas ilmoittaa kärsivänsä muistioireista. Kognitiivinen toiminta on lievästi heikentynyt 200 000 henkilöllä. Lievän demention oireista kärsiviä on 100 000 ja keskivaikean demention oireista kärsiviä on 93 000. Vuosittain muistisairauteen sairastuu 14 500 henkilöä. Ikä on muistisairauksien tärkein yksittäinen vaaratekijä. Muita keskeisiä vaaratekijöitä ovat valtimotautien yleiset vaaratekijät, kuten dyslipidemia, kohonnut verenpaine, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, vähäinen fyysinen aktiivisuus, ylipaino, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö. (Muistisairaudet 2021.)

Tilviksen (2016) mukaan huimaus voi heikentää voimakkaasti elämänlaatua. Noin joka kolmannella iäkkäällä esiintyy huimausta. Huimaus on yleisempää naisilla ja se liittyy usein alentuneeseen terveydentilaan. Henkilöillä, joilla on sydänoireita, liikuntavaikeuksia, muistin heikentymistä ja depressiota tai ahdistusta, huimaus on tavallisempaa. Huimaus on yksi merkittävä kaatuilun aiheuttaja.

3.2 Ikääntymisen vaikutukset ruumiin ja kehon toimintoihin

Solu- ja kudostasolla vanheneminen tarkoittaa Kaurasen (2021, 672) ja Tilviksen (2016) mukaan kuivumista, hyytymistä, rasvoittumista ja jäykistymistä sekä solukatoa. 75–80 vuoden iässä aivojen, sydämen, keuhkojen, munuaisien ja lihaksiston soluista 20–40 % on kadonnut. Yksilöiden välillä solukato vaihtelee, osalla keskushermoston solukato voi olla suurempaa, kuin esimerkiksi lihaksiston heikkeneminen. Surkastuneiden solujen tilalle muodostuu ras-

vasoluja ja jäljelle jääneet solut suurentuvat. Elimistön rasvakudos kasvaa ker-tyen sisäelinten ja keskivartalon alueelle. Hiussuonten harventuessa veri-suoniston tilavuus vähenee. (Tilvis 2016.)

Sidekudoksen vanheneminen aiheuttaa nivelten jäykistymistä, kimmoisuuden ja jänteiden vetolujuuden heikkenemistä, nivelrikon yleistymistä sekä luukadon voimistumista. 80–90 vuoden iässä naisilla luumassa voi olla vähentynyt puo-leen, tähän vaikuttaa erityisesti vaihdevuosina vähenevä estrogeenin tuotanto. Tämän ohella myös liikkumattomuus aiheuttaa luukatoa. Selän välilevyjen hyytelömäisen ydinosan kutistuminen ja kollageenisäikeiden taipuisuuden vä-heneminen aiheuttavat selän jäykistymistä, lyhentymistä ja heikentyntä kuor-mituksen sietoa. (Kauranen 2021, 652–653; Tilvis 2016.)

län myötä nopeiden ja hitaiden lihassäikeiden määrä vähenee. 50 ikävuoden-jälkeen lihasmassa vähenee noin 1 %:lla vuodessa (Komulainen & Vuori 2015). Niin nuoremmalla, kuin ikääntyneelläkin lihassäikeiden paksuuteen vai-kuttaa lihasten käyttöaste. Vuodelevossa lihakset voivat surkastua jopa 2 % vuorokaudessa. Heikentyneen lihaskunnon ja lihaskadon taustalla ovat vähen-tynt fyysinen aktiivisuus ja neuronikato. Solutasolla liittyen lihasvoiman, kes-tävyyden ja nopeuden heikkenemiseen, tapahtuu muutoksia lihassolujen ener-giatuotannossa, hormonaalisissa tekijöissä ja muiden elinten toiminnassa. (Komulainen & Vuori 2015; Tilvis 2016.)

Valtimoiden jäykistyessä ja niiden menettäessä kimmoisuuttaan systolinen ve-renpaine nousee. Paineen kasvu kuormittaa erityisesti sydämen vasenta kam-miota, mikä aiheuttaa kammion paksuuntumista. Myös sidekudoksen kasvu li-sää kammioiden jäykistymistä. Diastolisen toiminnan heikentyminen voi ai-heuttaa iäkkäällä rasituksessa koettua hengenahdistusta. Ikääntyessä myös rytmihäiriötaipumus kasvaa. Kaikki edellä mainitut yhdessä heikentävät kar-diovaskulaarista reservikapasiteettia ja tekevät sen alttiimmaksi häiriöille. (Kauranen 2021, 655–656; Tilvis 2016.)

Rintakehän jäykkyys, keuhkokudoksen kimmoisuuden aleneminen sekä hen-gitysilhasten heikentyminen aiheuttavat maksimaalisen uloshengityksen huip-puvirtauksen pienentymistä ja keuhkojen vitaalikapasiteettia. Rasituksessa

iäkkään edellytys lisätä ventilaatiota on supistunut. Hengityselinten kyky puolustautua infektioita vastaan heikkenee ikääntyessä, minkä syinä ovat kasvannut aspiraatiovaara, vähentynyt yskänheijaste ja heikentynyt keuhkoputkien puhdistuminen. (Kauranen 2021, 656; Tilvis 2016.)

Ikääntyessä suun alueella tapahtuu merkittäviä muutoksia, kuten hampaiden menetyt, iensairaudet ja limakalvon muutokset. Iäkkäiden syljeneritys on noin kolmasosa nuorempien tasosta. Tämä ja kielen lihasvoiman heikkeneminen ja vähentynyt kielenpaine voivat vaikuttaa pureskeluun, nielemiseen ja nielemismekanismeihin heikentävästi. Myös kurkunkannen puutteellinen sulkeutuminen voi lisätä riskiä ruoka-aineiden pääsemisestä hengitysteihin (aspiraatio). (Helenius-Hietala 2022; Tilvis 2016.)

Aivojen ikääntymisen seurauksena tapahtuvat muutokset vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihin, mikä ilmenee muistin heikkenemisenä, uuden oppimisen vaikeutumisena ja reaktioiden hidastumisena. Erityisesti nämä muutokset ovat havaittavissa rappeumatauteihin liittyen. (Tilvis 2016; Vuoksimaa 2019.) Lisäksi iäkkäillä ihmisillä esiintyy usein autonomisen hermoston toimintahäiriöitä, jotka voivat johtua yleisimmistä ikään liittyvistä sairauksista, kuten keskushermoston sairauksista, Parkinsonin taudista, aivoverenkierron häiriöistä, Alzheimerin taudista sekä perifeerisiä polyneuropatioita aiheuttavista sairauksista, kuten diabetes, reuma, amyloidoosi ja alkoholismi. Lisäksi tiettyjen lääkkeiden, kuten psyykenlääkkeiden, diureettien ja beetasalpaajien käyttö voi aiheuttaa häiriöitä autonomisen hermoston toiminnassa. (Tilvis 2016.)

Näköaistin heikkenemiseen ikääntyessä Wedenojan (2022) mukaan vaikuttavat silmän fysiologisten muutosten ohella näkötoimintoihin vaikuttavat silmätaudit, kuten kaihi, glaukooma, silmänpohjan ikärappeuma, diabeettinen retinopatia, verkkokalvon verenkiertohäiriöt ja aivoverenkiertohäiriöt. Ikääntyessä silmän mykiön mukautumiskyky heikkenee, mikä vaikuttaa lähinäköön. Mykiön sameutuminen ja verkkokalvon valoreseptorisolujen määrän vähentyminen vaikuttaa hämäränäköön heikentävästi, lisäksi kontrastien erotuskyky vaikeutuu. Iän myötä silmien kuivuus lisääntyy aiheuttaen kirvelyä, kutinaa ja vaihtelevaa näöntarkkuutta sekä lisäten pintainfektioriskiä.

Hannula ym. (2022) kuvaavat ikäkuulo termin tarkoittavan kuuloaistin muutoksia, jotka kehittyvät ikääntymisen seurauksena ilman sairauksien vaikutusta. Iäkkään kuulon heikentymisen taustalla voi olla myös ympäristön vaikutukset ja eri sairaudet. Ikääntymisen seurauksena kuulovikojen yleisyys lisääntyy voimakkaasti, 75-vuotiaalla lähes kahdella kolmesta on kuulovika. Kuuloaistilla on suuri merkitys kommunikaatioon, puheen alkamisen tai merkkiäänten havaitsemiseen. Se mahdollistaa yhteyden toisiin ihmisiin ja tarjoaa mielihyvän kokemuksia esimerkiksi musiikin tai luonnon äänien kuulemisella.

Edgrenin ym. (2022) mukaan tasapainoon vaikuttavat useat elinjärjestelmät, kuten tuki- ja liikuntaelämä, hermo-lihasjärjestelmä, keskushermosto ja aistijärjestelmät. Tunto-, näkö-, kuulo-, liike- ja asentoaisti sekä sisäkorvan tasapainoaisti välittävät jatkuvasti keskushermostolle tietoa ympäristöstä. Ikääntymisen seurauksena muutokset näissä elinjärjestelmissä vaikuttavat tasapainon ylläpitämiseen. Iäkkäät kokevat yleisesti toimintakyvyn muutokset arjen toimissa juuri tasapainon hallinnan heikentymisenä. Ikääntyessä kyky suorittaa yhtäaikaista tehtävistä vaikeutuu, esimerkiksi liikenteessä ympäristön huomioiminen ja tasapainon ylläpitäminen voivat osoittautua haastaviksi.

3.3 Ikääntymisen vaikutukset suorituksiin

Suorituksiin ICF-luokituksen mukaan lukeutuvat yleisluontoiset tehtävät, oppiminen ja tiedon soveltaminen, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen ja kotielämä (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2023). Seuraavissa kappaleissa keskitytään suorituksen osalta ikääntymisen vaikutuksista liikkumiseen.

Kauranen (2021, 654) kuvaa fyysisen suorituskyvyn koostuvan nopeudesta, kestävydestä, koordinaatiokyvystä ja lihasvoimasta. Husu ym. (2022) tutkivat iäkkäiden yli 70-vuotiaiden kotona asuvien fyysistä kuntoa Suomessa. Tutkimuksen mukaan ikääntymisen myötä liikkuminen vähenee ja fyysinen kunto heikkenee. Osallistujilta testattiin liikkumis- ja suorituskykyä seuraavilla testeillä: tasapaino, tuolista ylösnousu, kävelynopeus, puristusvoima ja kuuden minuutin kävelytestillä.

Kaurasen (2021, 656–658) mukaan nopeutta voidaan kuvailla kykynä suorittaa liikkeitä mahdollisimman lyhyessä ajassa tai reagoida nopeasti ärsykkeisiin. Iäkkäille henkilöille on erityisen tärkeää harjoittaa räjähtävää nopeutta ja liikkumisnopeutta. Räjähtävää nopeutta tarvitaan erityisesti tilanteissa, joissa vaaditaan nopeaa tasapainon säilyttämistä tai ponnistautumista esimerkiksi tuolista ylös. Iäkkäiden henkilöiden liikkumisnopeutta voidaan arvioida heidän kävelynopeutensa perusteella. Rakennetulla kaupunkialueella itsenäisen liikkumisen edellytys on vähintään 0,8 m/s kävelynopeus, jotta kadun ylittäminen onnistuu turvallisesti vihreällä valolla tai liukuovien käyttäminen on sujuvaa. Jos kävelynopeus laskee alle 0,6 metriin sekunnissa, päivittäisten toimintojen itsenäinen suorittaminen vaikeutuu merkittävästi, ja liikkumiseen tarvitaan apuväline, myös laitoshoitoon joutumisen riski kasvaa huomattavasti. Kaatumisriski kasvaa merkittävästi, kun kävelynopeus jää alle 1 m/s.

Husu ym. (2022) testasivat yli 70-vuotiaiden tasapainoa, kävelynopeutta ja tuolilta ylösnousua lyhyellä suorituskyvyn testistöllä, SPPB-testillä (*Short Physical Performance Battery*). Testillä arvioidaan alaraajojen suorituskykyä, lihasvoimaa ja tasapainoa. Testistöstä saa pisteitä 0–12, jolloin korkeampi pistemäärä heijastaa parempaa liikkumiskykyä. Keskimäärin osallistujat saivat testistöstä 9,6 pistettä, miesten tulosten ollessa hieman parempia. Ikäryhmistä nuorempi suoriutui testissä vanhempaa ikäryhmää paremmin. Kauranen (2021, 682) toteaa, että pisteiden ollessa alle 10, on tärkeää kiinnittää huomiota henkilön alaraajojen suorituskykyyn.

TUG (*Timed Up and Go*)-testillä arvioitiin liikkumiskykyä ja tasapainoa, testissä yhdistyvät tuolilta ylösnousu, 3 metrin kävely, kääntyminen ja istuutuminen. Osallistujat suorittivat testin keskimäärin 10 sekuntiin, miesten suoriuduttua vähän nopeammin. Kaurasen (2021, 681) mukaan TUG-testissä hyväkuntoisten itsenäisesti asuvien iäkkäiden suoritusajat ovat 8–16 sekuntia ja laitoksissa asuvilla iäkkäillä 13–32 sekuntia. Liikkumisen ongelmiin viittaa yli 12 sekunnin suoritus aika.

Kauranen (2021, 654–655) toteaa kestävyyyden laskun ikääntyessä aiheutuvan ensisijaisesti hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyvyn heikkenemisestä. Kestävyyyden mittarina käytetään yleisimmin yksilön maksimaalista hapenkulutusarvoa (VO₂max), mikä tarkoittaa, kuinka monta millilitraa happea

elimistö pystyy käyttämään yhtä painokiloa kohden minuutin aikana (ml/kg/min). Kestävyyden mittaamisessa ikääntyneillä käytetään yleensä submaksimaalisia kuormitustestejä sekä epäsuoria laskentamenetelmiä.

Husu ym. (2022) mittasivat yli 70-vuotiaiden kestävyyskuntoa kuuden minuutin kävelytestillä, jossa osallistujat kävelevät 15 metrin rataa edestakaisin tavoitteenaan kävellä mahdollisimman pitkä matka. Keskimääräinen kävelymatka osallistujilla oli 478 m, miehillä hieman pidempi kävelymatka. Tulosten perusteella maksimaalisen hapenkulutuksen keskiarvo oli 22,9 ml/kg/min. Mikä kuvaa kansainvälisen kuntoluokituksen mukaan yli 70-vuotiailla naisilla hyvää tulosta ja yli 70-vuotialla miehillä välttävää tulosta (Kutinlahti 2021). Kaurasen (2021, 679) mukaan yli 70–75-vuotiaiden naisten kävelymatka kuuden minuutin kävelytestissä on yleensä 470–520 metriä ja vastaavasti miehillä 500–570 metriä.

Koordinaatiokyky on Kaurasen (2021, 660) mukaan motoristen liikkeiden sujuvaa ja tarkoituksenmukaista yhdistelyä. Kävellessä, asennon ylläpitämisessä, havaintomotorisissa toiminnoissa ja silmä-käsikoordinaatiota vaativissa tehtävissä tarvitaan koordinaatiokykyä. Ikääntyessä liikkeen tuottamiseen ja säätelyyn liittyvissä toiminnoissa tapahtuu heikentymistä ja hidastumista, mikä aiheuttaa suorituskyvyn laskemista. Koordinaatiokyvyn heikkeneminen näkyy etenkin asennonhallinnan ja tasapainon alentumisena ja kaatumisten lisääntymisenä. Yli 80-vuotiaista puolet kaatuu vähintään kerran vuodessa. Kaatumis- ja puutoamistapaturmat ikäryhmässä 75–84 vuotta aiheuttavat vuoden aikana noin 14 000 sairaalan vuodeosastohoitojaksoa.

Kauranen (2021, 658–660, 681) esittää lihasvoiman heikkenevän noin prosentin vuodessa 30 ikävuoden jälkeen ja 1,5 prosenttia 50 ikävuoden jälkeen. Erittäin iäkkäillä henkilöillä nopeiden lihassolujen väheneminen aiheuttaa nopeiden liikkeiden hidastumista ja vaikeuttaa niiden suorittamista, mikä puolestaan lisää kaatumisriskiä. Puutteellinen lihasvoima vähentää kävelymatkaa ja nopeutta, hankaloittaa istumasta seisomaannousua, porraskävelyä sekä esineiden ja tavaroiden siirtämistä tai kantamista. Purkkien ja pakkausten avaaminen vaikeutuu. Liikkuessa iäkäs väsy nopeammin, koska hän joutuu käyttämään suhteellisesti isompia voimatasoja, kuin nuorempi henkilö. On todettu, että keski-iässä heikon puristusvoiman omaavilla on kolme kertaa suurempi

todennäköisyys saada ikääntyessä erilaisia toiminnanvajauksia, kuin keski-ikässä normaalin puristusvoiman omaavilla. Iäkkäillä alhainen puristusvoima ennustaa heikentyneempää suoriutumista päivittäisistä toiminnoista sekä elämänlaadun ja kognitioiden alentumista. Vahva puristusvoima on myös yhdistetty ikääntyneiden joukossa pienempään kuolleisuuteen.

Yli 70-vuotiaiden yläraajojen lihasvoimaa arvioitiin Husun ym. (2022) toimesta puristusvoimatestillä käyttäen Jamar-käsidynamometriä. Naisten puristusvoima dominoivalla kädellä oli keskimäärin 25 kg ja ei-dominoivan käden puristusvoima oli 23,3 kg. Yli 70-vuotiaiden miesten puristusvoima dominoivalla kädellä oli 37,4 kg ja ei-dominoivan käden puristusvoima 36,6 kg. TOIMIA-tietokannassa (2019) esitetään käden puristusvoima viitearvot perustuen FinTerveys 2017 -tutkimukseen. Viitearvojen mukaan yli 70-vuotiailla naisilla puristusvoiman ollessa 23–25 kg, kuntoluokka on keskimääräinen. Yli 70-vuotiailla miehillä puristusvoiman ollessa 33–37 kg, kuntoluokka on jonkin verran keskimääräistä heikompi.

Husun ym. (2022) tutkimuksen mukaan vähäinen liikunta oli yhteydessä iäkkäiden kokemaan huonompaan terveydentilaan, alentuneeseen fyysiseen suorituskykyyn sekä heikompaan kykyyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Tutkimuksessa havaittiin, että liikuntaa vähän harrastavat iäkkäät raportoivat useammin kokemuksia yksinäisyydestä, voimattomuudesta ja masennuksesta verrattuna aktiivisemmin liikkuviin ikätovereihinsa.

Husu ym. (2022) toteavat, että kotona asuvat iäkkäät ovat motivoituneita liikkumaan ja pitämään fyysisestä kunnostaan huolta. Tutkimuksen mukaan lähes kaikki (93 %) tutkimukseen osallistuneet yli 70-vuotiaat liikkuvat omaehtoisesti. Liikunnan tärkeimmiksi motivaatiotekijöiksi todettiin fyysisen kunnan kohentamisen, mielen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen. Iäkkäät liikkuvat mieluiten luonnossa, piha-alueilla sekä kevyen liikenteen väylillä. Suosituin liikuntamuoto olikin hyötyliikunta, kuten piha- ja puutarhatyöt. Toimintakyvyn väjyys tai fyysinen haitta koettiin liikuntaa estävimmäksi tekijäksi.

3.4 Ikääntymisen vaikutukset osallistumiseen ja osallisuuteen

ICF-luokituksen mukaan osallistumista eri elämäntilanteisiin kuvataan osallisuutena (ICF 2004, 14). Isola ym. (2017) kuvaavat osallisuuden ilmenevän oman elämän päätösvaltana ja hallittavana toimintaympäristönä sekä osallistumisena vaikuttamisprosesseihin, joissa voi vaikuttaa yhteiskunnassa, palveluissa tai asuinympäristössä. Lisäksi osallisuus ilmenee kykynä vaikuttaa yhteiseen hyvään ja merkityksellisten suhteiden luomiseen.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020) painottaakin osallisuuden vahvistamista iäkkäiden terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämisen ohella. Iäkkäiden kohdalla osallisuus voi vaihdella yksilöittäin riippuen heidän terveydentilastaan, toimintakyvystään ja ympäristöstään. Osallisuus voi sisältää monia eri osa-alueita, kuten sosiaalisen elämän, harrastukset, kulttuuriset tapahtumat, työelämän osallistumisen ja muut päivittäiseen elämään liittyvät toiminnot. Osallisuutta voidaan edistää esimerkiksi esteettömällä ympäristöllä ja ikäystävällisillä palveluilla.

Osallisuuden kokemiseen liittyy kiinteästi itsemääräämisoikeus, mikä on kansalaisten perusoikeus. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta päättää itseään koskevista asioista ja oikeutta määrätä omasta elämästä. Se tarkoittaa myös oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä oikeutta yhdenvertaisuuteen. Nämä oikeudet on säädetty Suomen perustuslakiin (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 2. luku 6 § mom. ja 2. luku 7 § mom.).

Lain mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on asiakkaan toivomukset ja mielipide otettava huomioon sekä kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 2. luku 8. § mom.).

Osallisuus palvelujen suunnittelussa korostaa asiakkaan merkitystä ja kokemusta osallisuudesta. Asiakkaan rooli osallistumisessa tai osallisuudessa liittyy myös sitoutumiseen, voimaantumiseen, vaikuttamiseen ja yhteistyöhön. (Leemann & Hämäläinen 2016.)

Tamminen ja Pirhonen (2021) toteavat osallisuuden olevan ehdollista. Yhteiskunnassa mukana pysyminen edellyttää iäkkäältä itseltään tiettyjä resursseja, kuten maksukykyä, hyvää tukiverkostoa, tietoteknisiä välineitä ja niiden käytön osaamista. Palveluiden keskittyminen, mukaan lukien digitalisoituminen ja niiden ohella liikkumisen vaikeudet lisäävät ikääntyneen syrjään jäämistä.

Vaikka Suomessa julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut kuuluvat kaikille, osa iäkkäistä jää kuitenkin palveluiden ulkopuolelle. Leemann ja Hämäläinen (2016) esittävätkin, että vaikka osallisuus on paitsi arvotavoite itsessään, se on myös tehokas keino syrjäytymisen ehkäisyyn ja köyhyyden torjumiseen sekä yhdenvertaisen, oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen yhteiskunnan edistämiseen.

3.5 Ympäristön ja yksilötekijöiden vaikutukset ikääntyessä

ICF-luokituksen mukaan ympäristötekijät vaikuttavat monipuolisesti ihmisen elämään sosiaalisesti, fyysisesti ja asenteellisesti. Nämä tekijät voidaan jakaa viiteen pääalueeseen: tuotteet ja teknologiat, luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset, tuki ja keskinäiset suhteet, asenteet sekä palvelut, hallinto ja politiikat. Näiden alueiden yhteisvaikutus muokkaa ihmisen elinympäristöä ja vaikuttaa hänen elämänsä monin eri tavoin. Yksilötekijöiksi luetaan sukupuoli, ikä, koulutus ja ammattitaito, sekä elämäntyyli ja tavat. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2023.)

Kortelainen ym. (2020, 134) toteavat selvityksessään, että iäkkäät muodostavat hyvin monimuotoisen ryhmän, kun otetaan huomioon heidän yksilölliset ominaisuutensa, taloudellisen tilanteensa ja asuinympäristönsä tarpeet. Suhteessa muihin ikäryhmiin, iäkkäät kuitenkin kokevat enemmän haasteita, jotka liittyvät talouteen, asuinympäristöön, toimintakykyyn ja terveyteen. Tyypillisesti 80 ikävuoden jälkeen iäkkäille alkaa ilmaantua toimintakyvyn ongelmia, mitkä vaikuttavat heidän asumiseensa ja asuinympäristöönsä. 80-vuotiaista noin puolella on liikkumista haittaavia tekijöitä asuinympäristössään, ja noin neljäsosalla heistä omassa asunnossaan. Suurin osa iäkkäistä ilmoittaa olevansa

elämänlaatuunsa tyytyväisiä. Tehostetun palveluasumisen tarve johtuu useimmiten muistisairauksista.

lääkkäät haluavat Kortelaisen ym. (2020, 135) mukaan asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Yleisesti ottaen iäkkäät toivovat, että asumisen hinta pysyy kohtuullisena, että asunnot ovat esteettömiä ja sijaitsevat lähellä keskeisiä palveluita, kuten kauppoja ja apteekkeja. Asuinympäristöltä toivotaan yhteisöllisyyttä mahdollistavia kohtaamispaikkoja. Kuitenkin vain pieni osa iäkkäistä toivoisi varsinaisia yhteisöllisiä asumismuotoja. Oletettavasti varallisuuden kasvun myötä tulevien sukupolvien asumistavoitteet saattavat muuttua.

Jansson ym. (2022, 192) toteavat, että ikääntyessään yksilöllisyys korostuu entisestään. Samanikäiset ihmiset voivat kokea itsensä täysin eri ikäisiksi ja olla erilaisissa elämänvaiheissa sekä eri rooleissa yhteiskunnassa, vaikka heidän kronologinen ikänsä olisi sama. Elämäntieteen ja vanhenemiseen liittyvät luontaiset siirtymät ja muutokset sekä niihin liittyvä elämäntieteen horjuminen voivat käynnistää tarpeen kehittymiselle ja sopeutumiselle. Näitä siirtymiä voivat olla esimerkiksi terveyden ja toimintakyvyn haasteet, eläkkeelle jääminen, puolison menetys tai muutokset ihmissuhteissa. Yksilölliset taidot ongelmanratkaisussa, stressinhallinnassa ja sosiaalisessa joustavuudessa voivat vahvistua tällaisissa tilanteissa.

Sosioekonomisella asemalla on vaikutus myös iäkkäiden toimintakykyyn ja terveyteen. Vähemmän koulutettujen ja pienituloisten iäkkäiden keskuudessa havaitaan keskimäärin heikompa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, korkeampaa sairastavuutta sekä suurempaa kuolleisuutta. Yli 65 vuoden ikä, perustason koulutus ja yksin asuminen ovat riskitekijöitä pienituloisuudelle ja köyhyydelle. Pienituloisuus on yleisempää iäkkäiden naisen parissa, sillä monet heistä ovat tehneet työtä, joka ei ole kartuttanut eläkettä. Myös ennen aikainen eläköityminen aiheuttaa matalaa tulotasoa. Työhistorialla on siten iso vaikutus iäkkäiden toimeentuloon. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019.)

4 IÄKKÄÄN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN KOTIUTUMISESSA

lääkkään toimintakyvyn arvioinnissa keskeistä on asiakaslähtöisyys ja toimijuuden vahvistaminen voimavaralähtöisesti. Kuunteleminen, arvostava kohtaaminen ja osallisuuden tukeminen auttavat yksilöllisten tavoitteiden asettamisessa ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Luotettavalla toimintakyvyn arvioinnilla, arviointitulosten käsittelyllä ja kirjaamisella yhdessä iäkkään kanssa, lisääntään iäkkään osallisuutta ja tuetaan yksilöllistä kuntoutumista. (Jansson ym. 2022, 194.)

4.1 Iäkäs sairaalasta kotiutuja

Akuutin sairauden paranemisesta huolimatta iäkkään itsenäinen toimintakyky voi sairaalajakson aikana heikentyä. Sairaalahoidon aikana onkin tärkeää kiinnittää huomiota toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisemiseen ja riittävään tukeen ja kuntoutukseen kotiutuessa, jotta vältetään uusilta sairaalajaksolta, lisääntyneeltä avuntarpeelta ja parhaimmillaan ennenaikaiselta ympärivuorokautiselta hoivalta. (Kerminen ym. 2019.)

Kermisen ym. (2019) TOIMIA-suosituksen kohteena on 75-vuotiaat ja sitä vanhemmat henkilöt. McCloskey ym. (2014) havaitsivat, että viivästyneen kotiutukseen liittyvistä potilaista 65 % oli naisia ja potilasryhmän keski-ikä oli 79 vuotta. He sairastivat keskimäärin noin viittä kroonista sairautta, pääasiassa verenpainetautia, sydänsairautta ja diabetesta sekä olivat kotihoidon asiakkaita (McCloskey ym. 2014; Wang-Hansen ym. 2022).

McCloskeyn ym. (2014) mukaan iäkkäillä potilailla oli käytössä useita lääkkeitä. Heille kehittyi usein myös komplikaatioita, kuten sekavuus, infektiot ja puremisen sekä nielemisen ongelmat. Lisäksi he kärsivät enemmän masennuksesta, ahdistuksesta ja sosiaalisesta eristyneisyydestä. McGilton ym. (2021) mukaan viivästyneiden kotiutumisten taustalla ilmeni usein potilaan sairaalahoidon aikana entisestään heikentynyt liikunta- ja toimintakyky ADL-toimissa sekä riittämätön tuki jo ennen sairaalaan joutumista ja kotiutumisen jälkeen.

4.2 Iäkkään toimintakyvyn fysioterapeuttinen arviointi

Fysioterapeutin ydinosaamista on laaja-alainen ja asiakaslähtöinen fysioterapeuttinen tutkiminen ja toimintakyvyn arviointi. Arvioinnin menetelmiä ovat haastattelu, manuaalinen tutkiminen, havainnointi ja mittaaminen. Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään tarkoituksen mukaisia, näyttöön perustuvia ja asiakkaalle sopivia tutkimusmenetelmiä ja mittareita. Haastatteleamalla fysioterapeutti kartoittaa asiakkaan lähtötilannetta, kokemuksia ja toiveita. Havainnoinnissa kiinnitetään erityisesti huomiota liikkeeseen, liikkumiseen, tasapainoon ja asennonhallintaan. Mittaamisella pyritään saamaan mahdollisimman objektiivista tietoa toimintakyvyn eri tekijöistä, kuten lihasvoimasta, tasapainosta, kävelynopeudesta ja nivelten liikelaajuuksista. (Suomen fysioterapeutit ry 2016.)

Arvioinnista saatujen tulosten ja kliinisen päättelyn perusteella fysioterapeutti laatii yhdessä asiakkaan kanssa tämän toimintakykyä kuvaavan fysioterapeuttisen diagnoosin ja tavoitteet tulevalle interventiolle. Kliinisessä päättelyssä fysioterapeutti huomioi yhteiskunnan ja ympäristön mahdollisuudet ja tarvittaessa konsultoi asiakkaan läheisiä ja muita ammattilaisia. Tiedot ja merkitykselliset havainnot asiakkaan toimintakyvystä ja mahdollisista rajoitteista kirjataan potilaskertomukseen systemaattisesti organisaation ohjeita ja valtakunnallisia määräyksiä noudattaen. (Suomen fysioterapeutit ry 2016.)

Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvän TOIMIA-suosituksen mukaan alkutilanteessa toimintakyvyn arvioinnissa selvitetään henkilön aiempaa toimintakykyä ennen sairastumista, kuten liikkumista, avuntarvetta, apuvälineiden tarvetta sekä asuinpaikkaa ja sen esteettömyyttä. Sairaalahoidon aikana suositeltavia fysioterapeutin käyttämiä toimintakyvyn testejä ovat SPPB-testi, TUG-testi (testit kuvattu luvussa 3.3.) ja Bergin tasapainotesti. Bergin tasapainotesti on suunniteltu iäkkäiden toiminnallisen tasapainon arviointiin. Testillä arvioidaan henkilön kykyä ylläpitää ja muuttaa asentoa vaikeutuvien suoritusten aikana. Fyysisen toiminta- ja liikkumiskyvyn mittareina itsearviointiin perustuen iäkäs arvioi itse puolen kilometrin kävelyn ja portaiden nousun. (Kerminen ym. 2019.)

4.3 Fysioterapeutti tukee iäkkään toimintakykyä kotiutumisprosessissa

Fysioterapeutin tavoitteena on edistää, palauttaa ja ylläpitää asiakkaan toimintakykyä ja terveyttä sekä liikettä ja liikkumista. Fysioterapeutti vastaa oman työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista sekä sen kehittämisestä. Fysioterapeutin rooli moniammatillisessa työryhmässä on toimia oman alansa asiantuntijana. Hän toimii asiakkaan ja muiden asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien kanssa yhteistyössä asiakaslähtöisesti ja näyttöön perustuvasti. (Suomen Fysioterapeutit ry 2016.)

Fysioterapeuttien antamat kotiutukseen liittyvät suositukset ovat tarkkoja ja asianmukaisia (McPhail ym. 2013; Smith ym. 2010). McPhail ym. (2013) toteivat tutkimuksessaan, että fysioterapeutit pystyivät alkuarvioinnin jälkeen ennustamaan potilaidensa kotiutuksen aikaiseen terveyteen liittyvää elämänlaatua huomattavan tarkasti ja antamaan potilailleen luotettavaa tietoa mahdollisesta toipumisesta ja terveyteen liittyvästä elämänlaadusta kotiutuksen yhteydessä.

Kerminen ym. (2019) suosittelevat, että fysioterapeutti toteuttaa liikkumisen apuvälinetarpeen arvion ja apuvälineen käytön opastuksen iäkkäälle heti sairaalajakson alussa. Iäkkään omien henkilökohtaisten apuvälineiden, kuten kuulon ja näön apuvälineiden ja yksilöllisten tukien on suositeltavaa olla sairaalassa käytössä. Lahtisen ym. (2021) mukaan lonkkamurtumapotilaan koti-kartoituskäynti on suositeltavaa tehdä sairaalasta ennen kotiutumista, jolloin arvioidaan kotona tarvittavien apuvälineiden ja mahdollisten muutostöiden tarve.

Valvanteen ym. (2016) mukaan yksittäisten tutkimusten perusteella liikkumisen apuvälineistä on merkittävä hyöty iäkkään henkilön toimintakykyyn, liikkumiseen, osallistumiseen ja parempaan elämänlaatuun. Apuvälineet voivat lisätä yksilön aktiivisuutta ja osallisuutta yhteiskunnan toimintaan.

5 HYVÄT KÄYTÄNTEET IÄKKÄÄN POTILAAN KOTIUTUMISESSA

TOIMIA-suosituksen mukaan ennen kotiutumista laaditaan jatkohoito- ja kuntoutussuunnitelma. Kotiutumista suunnitellaan yhdessä potilaan, hoitoa ja kun-

toutuspalveluita kotiin antavien tahojen sekä potilaan omaisten kanssa, jos potilas on antanut tähän suostumuksensa. Tiedonsiirron huomioiminen sairaalan ja kodin välillä on tärkeää. Edelleen potilaan kuntoutumista tuetaan kotona. Sairaalassa ja kotona käytetään samoja kuntoutumisen arvioinnin mittareita. (Kerminen ym. 2019.)

5.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen ja yksilöllisyyden huomioiminen

Kattavan geriatrisen arvion ansiosta iäkkäiden kuntoutuksen tarve tunnustetaan entistä paremmin, kuten on osoitettu Wilhelmsonin ym. (2022) tutkimuksessa. Cassarino ym. (2021) ja Wilhelmson ym. (2022) totesivat tutkimuksissaan, että monialaisten tiimien arvioimien potilaiden hoitajaksot olivat lyhyempiä, ja seurannassa heidän toimintakykynsä oli parempi.

Cassarinin ym. (2021) mukaan monialaisten tiimien arvioimien potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon oli korkeampi verrattuna niihin potilaisiin, jotka saivat perinteistä päivystysosaston hoitoa. Tutkijat myös arvioivat, että varhainen monialainen arviointi ja interventio voivat parantaa päivystysosaston hoidon laatua ja oikea-aikaisuutta niiden iäkkäiden kohdalla, joilla ei ole kiireellisen sairauden vaatimaa hoitoa. Tämä puolestaan lisää itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä toimissa ja vähentää avun tarvetta, mikä edistää iäkkäiden mahdollisuutta asua omassa kodissaan, kuten Wilhelmson ja hänen kollegansa (2022) ovat todenneet.

Lilleheie ym. (2020) toteavat tutkimuksessaan, että terveydenhuollon laatu sairaalahoidossa ja hoidon jälkeen 30 päivän ajan oli liian sairauskeskeistä. He korostavat myös sitä, että kotiutumiseen, hoitoon ja koordinointiin osallistuvien keskinäistä ymmärrystä tulee parantaa terveystalouksissa. Tutkimuksen johtopäätöksenä esitetään tarvetta yksilöllisemmälle huomiointille, yhteisen päätöksenteon tukemiselle esimerkiksi hoitopalavereissa sekä eri ammattilaisten ja omaishoitajien välisen koordinaation lisäämiselle.

Vesa ym. (2018) tarkastelevat iäkkään kotiutumisen arviointi- ja kuntoutusosastolta tapahtuvaa prosessia, keskittyen erityisesti läheisten rooliin ja heidän tarpeisiinsa tuen saamiseksi. Tutkimuksen mukaan läheiset kaipasivat

apua arkipäivän haasteisiin sekä rohkaisua ja sosiaalista tukea oman roolinsa hoitamisessa läheisenä.

5.2 Iäkkään potilaan kotiutuminen moniammatillisella yhteistyöllä

Kekonin ym. (2019, 16–18) mukaan moniammatillisen yhteistyön tavoite on yhteisen tietämyksen rakentamiseen jostain asiasta. Moniammatillisuuden rinnalle on yleistynyt rajapintojen käsite, mikä kuvaa eri työtehtävien väliin jäävää raja-aluetta. Kangasniemi ym. (2017, 25) toteavat, että rajatyössä ammattiryhmien erilaisten tehtävien sijaan keskiössä on asiakkaan tarpeet. Olennaista työnjaossa on vastata asiakkaan ja potilaan hoidon kokonaisvaltaisesta toteutumisesta ja siten välttää hoito- ja palveluaukkoja.

Jeglinskyn ym. (2022, 484–485) mukaan moniammatillisuuteen liitetään käsitteinä myös monialaisuus ja moniasiantuntijuus. Kun halutaan kuvata yhteistyötä eri tieteenalojen tai hallinnon alojen kesken, käytetään monialaisuus käsitettä. Moniasiantuntijuutta käytetään kuvaamaan tilannetta, jossa ammattilaiset, asiakas ja omaiset toimivat oman asiansa asiantuntijoina yhdenvertaisessa kumppanuussuhteessa. Kekoni ym. (2019, 18) korostavat asiakkaan roolia moniammatillisessa tiimissä tasavertaisena kumppanina yhteisessä ongelmanratkaisuprosessissa ja päätöksenteossa.

Asiakaslähtöisyyden ytimessä korostuvat asiakkaan kunnioittaminen, yksilöllisyys ja aktiivinen kuunteleminen (Kekoni 2019, 17). Pehkosen ym. (2019, 90) mukaan tärkeitä arvolähtökohtia asiakaslähtöisyydessä ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvoinen sosiaalinen kanssakäyminen, osallistuminen ja tiedonsaanti. Itsemääräämisoikeus, eli autonomia edellyttää, että asiakas ymmärtää oman tilanteensa, vastuunsa ja rajoitteensa sekä kykenee asettamaan tavoitteita omien kognitiivisten kykyjensä puitteissa.

Kermisen ym. (2019) laatimassa TOIMIA-suosituksessa suositellaan kartoittamaan iäkkään henkilön toimintakykyä moniammatillisen tiimin toimesta heti sairaalajakson alussa. Samoja toimintakyvyn mittareita on suositeltavaa käyttää seurannan tukena koko hoitajakson ajan ja kotiutumisen jälkeen. Sairaalajakson aikana pyritään tunnistamaan toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ja arvioimaan toimintakyvyn muutoksia. Arviointi tulee toteuttaa monialaisen tiimin

toimesta käyttäen seulontatestejä, joilla arvioidaan potilaan mielialaa, kognitiota, ravitsemustilaa, liikkumista, kaatumisvaaraa ja arkisuoriutumista. Arviointitulosten perusteella monialainen tiimi yhdessä potilaan kanssa laatii hoito- ja kuntoutussuunnitelman. Hoitajakson aikana aloitetaan kotiutumisen suunnittelu ja kotiin tarvittavien tukitoimien kartoitus.

Wilhelmsonin ym. (2022) tutkimuksessa arvioitiin kattavan geriatrisen arvioinnin (*CGA, Comprehensive Geriatric Assessment*) vaikutusta heikkokuntoisen iäkkään toimintakykyyn vuoden kuluttua arvioinnista ja Cassarinon ym. (2021) tutkimuksessa arvioitiin päivystysosaston monialaisen tiimin varhaisen arvioinnin ja intervention vaikutusta iäkkäälle. Wilhelmsonin ym. (2022) tutkimuksessa monialaiseen tiimiin kuuluivat geriatri, sairaanhoitaja, apulaissairanhoitaja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti sekä tarvittaessa myös sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti. Cassarinon ym. (2021) tutkimuksessa monialaisen arvioinnin ja intervention toteuttivat fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä.

5.3 Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen

lääkkäiden palvelujen tarpeeseen, niiden tuottamiseen ja järjestämiseen liittyy haasteita. Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen niin peruspalveluissa kuin erikoissairaanhoidossakin on keskeistä. Tarvitaan yhteisesti sovittuja, kaikkien osapuolten tiedossa olevia tavoitteita sekä dokumentoituja, selkeitä vastuun ja työnjakoja, jotta hoito- ja palveluketjujen johtaminen on mahdollista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

McGilton ym. (2021) toteavat viivästyneiden kotiutumisten olevan tärkeä kysymys sekä yksilön että terveydenhuoltojärjestelmän kannalta. Järjestelmätasolla viivästyneet kotiutukset vähentävät potilasvirtaa, mikä johtaa päivystysosaston ylikuormitukseen, peruuntuneisiin elektiivisiin leikkauksiin ja hoitoresurssien huonoon koordinointiin terveydenhuollossa.

Karlssonin ym. (2020) tutkimuksessa todettiin, että lonkkamurtumapotilaiden varhaisella kotiutumisella ja moniammatillisella geriatrisella kotikuntoutuksella saavutettiin vastaavat tulokset päivittäisissä toimissa ja kävelykyvyssä 3 kuu-

kauden ja 12 kuukauden seurannassa, kuin sairaalassa toteutetulla kuntoutuksella. Kotikuntoutuksen ansiosta sairaalassa olo aikaa voitiin lyhentää merkittävästi.

Jotta viivästyneiltä kotiutumislta vältyttäisiin, tulisi McGilton ym. (2021) mukaan siirtymävaiheen hoito olla moniammatillista. Hoidon tulisi myös paremmin huomioida viivästyneen kotiutumisen riskissä olevat potilaat ja kognitiivisista häiriöistä kärsivät. Hoitoon on myös tärkeää ottaa mukaan muut hoitoon liittyvät kumppanit.

McCloskey ym. (2014) mukaan dementian varhaisella diagnosoinnilla, asianmukaisella kotihoidolla ja muistisairaahan avuntarpeen varhaisemmalla tunnistamisella voitaisiin vähentää sairaalahoidon tarvetta. Sairalahoidossa huomion kiinnittäminen toimintakyvyn heikkenemiseen voi ehkäistä viivästyneitä kotiutumisia tai pitkäaikaishoidon tarvetta. Toisaalta tarvitaan lisää pitkäaikaishoitopaikkoja akuuttihoiton vuodepaikkojen vapautumiseksi.

Kuusisto ym. (2019) kehittivät turvallisen kotiutuksen edistämiseksi moniammatillisen tarkistuslistan, mikä otettiin käyttöön Satakunnan erikoissairaanhoidon palveluissa. He totesivat listan jatkokehittämistarpeiksi asiakas- ja potilasnäkökulman esille saamisen sekä listan teknisen toimivuuden kehittämisen potilastietojärjestelmässä. Kotiutuslistoilla on voitu tukea potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja rohkaista hoitajia keskustelemaan potilaan ja omaisten kanssa potilaan hoidosta.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää fysioterapeutin roolin nykytilannetta iäkkään henkilön kotiutumisprosessissa sekä kartoittaa fysioterapeutin roolin kehittämistarpeita kotiutumisprosessissa ja moniammatillisessa yhteistyössä hyvinvointialueen neljällä toimintakykyä tukevalla osastoilla. Opinnäytetyön tuotoksena laaditaan kehittämissuositus liittyen fysioterapeutin rooliin iäkkään henkilön kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa. Opinnäytetyön tavoitteena on selkeyttää fysioterapeutin roolia ja moniammatillista yhteistyötä kotiutumisprosessissa sekä edistää kotiutumisprosessin sujuvuutta.

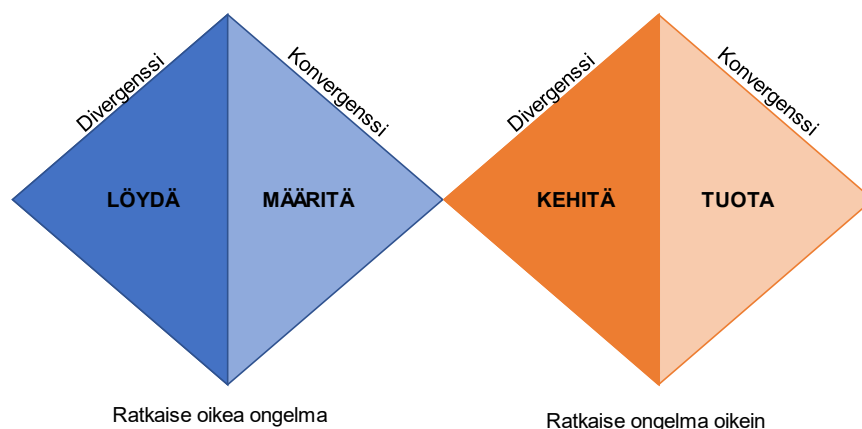
Tutkimuskysymykset:

1. Mikä on fysioterapeutin roolin nykytilanne iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa, ja miten fysioterapeutin rooli näkyy moniammatillisuudessa?
2. Mitä haasteita on fysioterapeutin roolissa iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa?
3. Miten fysioterapeutin roolia voidaan kehittää toimintakyvyn arvioinnissa ja tukemisessa sekä moniammatillisuudessa iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa?
4. Voidaanko työpajan tuottamia kehittämisideoita fysioterapeutin roolin kehittämisestä iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa toteuttaa käytännössä?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS PALVELUMUOTOILUN KEINOIN

Palvelumuotoilu on strateginen lähestymistapa, joka auttaa luomaan asiakkaille arvoa ymmärtämällä heitä syvällisesti, tunnistamalla uusia mahdollisuuksia, suunnittelemalla toimivia palveluita ja toteuttamalla ne tehokkaasti (Tuulaniemi 2011, 110–111; Koivisto ym. 2019, 42). Tuulaniemi (2011, 99) toteaa, että kun ymmärretään asiakkaiden tarpeita ja toiveita, on mahdollista kehittää olemassa olevaa palvelua entistä paremmin asiakkaiden ja palveluntuottavan organisaation tarpeita vastaavaksi. Palvelun ja siihen liittyvien toimintojen tarkastelu pienemmissä osissa auttaa parantamaan palvelun yksityiskohtia.

Tuplatimanttimalli on brittiläisen Design Councilin vuonna 2005 esittelemä palvelumuotoilun ja muotoiluajattelun prosessimalli. Prosessissa timantit kuvaavat kahta toisiaan seuraavaa vaihetta. Ensimmäinen timantti kuvaa tutkimuksellista ja analyttistä prosessin vaihetta, jossa tunnistetaan ongelma ja toinen timantti kuvaa ongelman ratkaisua, jonka aikana tunnistettuun ongelmaan kehitetään parhaiten sopiva ratkaisu. Ensimmäinen timantti sisältää Löydä ja Määritä -vaiheet ja toinen timantti Kehitä ja Tuota -vaiheet (kuva 3). (Koivisto ym. 2019, 43.)



Kuva 3. Design Councilin Tuplatimanttimalli Koiviston ym. (2019, 43) mukaan

Divergenssi ja konvergenssi -ajattelu vuorottelevat Tuplatimanttimallissa. Divergenssejä, eli vaihtoehtoja luovia vaiheita ovat Löydä ja Kehitä-vaiheet, kun taas vaihtoehtoja rajaavia, eli konvergenssejä vaihtoehtoja ovat Määritä ja Tuota-vaiheet. (Koivisto ym. 2019, 42–43.)

7.1 Löydä-vaihe

Tuplatimantin ensimmäisessä, löytämisen vaiheessa Koiviston ym. (2019, 44–45) ja Tuulaniemen (2011, 142) mukaan luodaan asiakasymmärrystä ja kootaan tietoa palvelua tuottavan organisaation nykytilasta.

Löydä-vaiheessa etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: *Mikä on fysioterapeutin roolin nykytilanne iäkkään henkilön kotiutumisprosessissa? Miten fysioterapeutin rooli näkyy moniammatillisuudessa?*

Opinnäytetyössä toteutettiin tiedon keräämistä kirjallisuuskatsauksen (liite 1) ja teemahaastattelun avulla. Kirjallisuuskatsauksen systemaattinen tiedonhaku kuvataan taulukossa (liite 2). Tiedonhaku toteutettiin syys-marraskuussa 2022. Tiedonhaussa käytettiin Finna.fi-, Kaakkuri-, Medic- ja Pub Med -tietokantoja. Hakusanoina oli *kotiutuminen AND ikääntynyt potilas, geriatrinen potilas, discharge AND patient AND physiotherapist, aged, hospital ward, elders*. Haut rajattiin vuosiin 2012–2022. Hakukriteerinä oli, että artikkelit ovat vertaisarvioituja, ja että niistä on kokotekstit saatavissa. Hakutulosten määräksi

tuli yhteensä 145 artikkelia. Lisäksi tehtiin käsihaku, josta saatiin 4 artikkelia. Poissulkukriteereinä olivat aiheen ulkopuoliset asiat, kuten lääkitykseen, yksittäisiin sairauksiin tai harjoitteluinterventioihin liittyvät aiheet. Viimeisessä haussa hakutulos oli 56 artikkelia, mutta haku toisti jo aiemmin saatuja tuloksia. Kriteerit täyttäviä tai lähes täyttäviä artikkeleita oli useita, mutta työhön valikoitui lopulta 11 aiheen kannalta sopivinta artikkelia.

Teemahaastattelut suoritettiin huhti-toukokuussa 2023 neljälle työntekijälle, jotka edustivat moniammatillista näkökulmaa ja joilla oli laaja kokemus vuodeosaston kotiutumisprosessista ja yhteistyöstä osaston fysioterapeuttien kanssa. Haastattelukutsut lähetettiin sähköpostitse, ja niihin sisällytettiin suostumuslomake, tietosuojaseloste sekä haastattelun teemat. Kolme haastattelua toteutettiin kasvotusten, ja yksi haastattelu järjestettiin Teams-yhteyden kautta. Teams-yhteys on turvattu erilaisilla suojaus ja yhteensopivuusominaisuuksilla, mikä mahdollistaa luottamuksellisen viestinnän (Microsoft 2023). Kasvotusten suoritettua haastattelut tallennettiin opinnäytetyöntekijän puhelimen äänitystoiminnolla, ja Teams-haastattelu tallennettiin haastateltavan suullisella luvalla suojatulle työasemalle. Tallenteet tuhottiin opinnäytetyön valmistamisen jälkeen. Haastatteluun oli laadittu teemahaastattelurunko, mikä oli esitestattu opinnäytetyöntekijän kollegoiden kanssa.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on saada lisää tietoa tietystä paikallisesta ilmiöstä, ymmärtää jotain asiaa tai tapahtumaa syvällisemmin tai tavoittaa uusia teoreettisia näkökulmia tapahtumiin tai ilmiöihin. Keskeistä tietoa voidaan saada haastatteleamalla muutamaa henkilöä. (Hirsjärvi & Hurme 2022, 136–137.) Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) toteavat, että haastateltaviksi on suositeltavaa valita henkilöitä, joilta parhaiten oletetaan saatavan aineistoa tutkimuksen kohteena olevista aiheista.

Saaranen-Kauppisen ja Puusniekan (2006) sekä Tuomi ja Sarajärven (2018, 157–159) mukaan teemahaastattelussa käsiteltävien aiheiden valintaa varten tulee ensin huolellisesti perehtyä aihepiiriin. Valitut teemat ovat kaikille haastateltaville samat, mutta teemahaastattelu mahdollistaa vastaamisen vapauden ja antaa tilaa haastateltavan puheelle. Haastattelu on myös kyselyyn verraten joustavampi, koska se mahdollistaa kysymyksen toistamisen ja väärinkäsitysten korjaamisen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 154.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2022, 159) mukaan *teemahaastattelun runko* perustuu teema-alueuutteluun, jonka teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden eriteltyjä alakäsitteitä ja alaluokkia. Haastattelukysymykset kohdistuvat juuri näihin alueisiin. Haastattelutilanteessa ne toimivat ohjaavana muistilistana haastattelijalle. Teema-alueita tarkennetaan haastattelutilanteessa kysymyksillä. Tutkittavan ilmiön moninaisuus tulee parhaiten esiin, kun teema-alueet ovat riittävän väljiä. Haastattelurungon, aihepiirien järjestyksen ja kysymysten muotoilun testaamiseksi on suositeltavaa tehdä *esihaastatteluita* useassa vaiheessa. Esihaastatteluiden avulla voidaan arvioida karkeasti haastattelun kestoa. (Hirsjärvi & Hurme 2022, 174–176, 180).

Kirjallisuuskatsauksen ja teorian tiedon perusteella opinnäytetyön haastatteluteemoiksi valikoituivat seuraavat teemat: *moniammatillinen yhteistyö ja fysioterapeutin rooli iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa, iäkkään potilaan monialainen toimintakyvyn arviointi sairaalahoidossa, fysioterapeutin tehtävät iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa ja kotiutumisvalmiuden arviointi fysioterapeutin roolissa*. Haastattelurunko on kuvattu liitteessä 3.

Yksittäisen haastattelun kesto oli noin 35–40 minuuttia, ja ne toteutettiin vuorovaikutteisina ja keskustelelevina tilanteina, joissa kaksi ammattilaista keskusteli aiheista, jotka olivat tuttuja molemmille osapuolille. Haastatteluissa näkyi innostusta ja tarvetta kehittää kotiutumisprosessia yhdessä. Kotiutumisprosessin koettiin myös osaksi ”meidän toimintaamme”, tarkoittaen osaston työntekijöiden yhteistä toimintatapaa, eikä pelkästään organisaation ylätasolta määrättyä toimintamallia. Haastattelujen kautta paljastui sekä kotiutumisprosessin hyviä käytäntöjä että haasteita.

7.2 Määritä-vaihe

Määritä-vaiheessa tulkitaan ja analysoidaan koottu tieto. Vaiheen lopputuloksena on määritetty ongelma, johon seuraavissa vaiheissa lähdetään ideoihin ratkaisua. (Koivisto ym. 2019, 45–46.) Tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä kuvaillaan, ymmärretään ja tulkitaan aineiston analyysin avulla (Puusa &

Juuti 2020, 334). Opinnäytetyön tässä vaiheessa määritettiin, mitä hyviä käytänteitä ja mitä kehittämistarpeita on fysioterapeutin roolissa kotiutumisproses-
sissa.

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2006) mukaan haastatteluaineisto litte-
roidaan, eli puhuttu aineisto kirjoitetaan tekstimuotoon. Aineiston käsittelyn
helpottamiseksi haastattelut numeroidaan ja aineistoon lisätään tunnistetiedot
huomioiden haastateltavien anonymiteetti. Litteroinnin jälkeen aineisto teemoi-
tellaan. Tässä voidaan hyödyntää koodausta, jossa aineistosta merkitään
päälle viivaamalla värein usein toistuvia tai poikkeavia ilmaisuja. Koodauksella
selkiytetään aineiston sisältöä ja kartoitetaan tutkimusaiheeseen liittyvä si-
sältö. Teemojen mukaisesti järjestetyssä aineistossa kunkin teeman alle koo-
taan ne kohdat, joissa kyseisestä teemasta puhutaan.

Aineistolähtöisessä temaattisessa analyysissä viitekehyksenä on aineisto.
Analyysissä aineistosta tunnistetaan ensin sitä ohjaavat perusajatukset, joiden
ympäriin muodostetaan aiheeseen liittyvä kokonaisuus temaattisen kartan
avulla. Alaluokista siirtyminen yläluokkiin tiivistää ilmaisua. Tutkijan rooli ai-
neiston aktiivisena tulkitsijana on merkittävä. Tulkintojen lopputulema riippuu
yhtä lailla aineistosta kuin tutkijastakin. (Tuomi & Sarajärvi, 2022, 261–264.)
Aineiston analysointiprosessista esitetään esimerkki taulukossa 1. Analyysin
perusteella aineistosta muodostui 8 yläluokkaa ja 25 alaluokkaa.

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysiprosessin etenemisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"Kun täällä ollaa niin tut- tujen keskenään, niin on helppo lähestyä."	Viestiminen on help- poa ja välitöntä kun ol- laan tuttuja.		
"... yhteistyö meidän kesken on toiminut hyvin. ... oltu aika hyvin kartalla ja pidetty toisetkin kar- talla, että missä men- nään ja miten edetään. Ja tykkään, että se ihan sanotaan (kotikuntoi- suus), toki se on hyvä, että se kirjataan... mut jos joku asia tulee niiku valmiiks, ni on kiva että käydään se siinä ovella huikkaamassa. Jatkuva vuoropuhelu on tär- keätä."	Yhteistyö fysiotera- peutin kanssa on suju- vaa. Pidetään toi- semme kartalla. Jat- kuva vuoropuhelu on tärkeää. Käydään sa- nomassa, ettei tarvitse ainoastaan teksteistä hakea tietoa.	Sujuva yhteistyö	

"Fysioterapeutit on tullu mulle sanomaan vaikka jostain ihan hoidollisesta asiasta, et hei huomasin tälläsen. Arvostan sitä, että jos huomaa jotain niin tullaan sanomaan. "	Fysioterapeutti on tullut suoraan sanomaan havaintonsa, mikä tekee (lääkäriin) työstä sujuvampaa.		Moniammatillisuuden toteutuminen
"...on nää tämmöset sivumennen lauseet, sit on nää moniammatilliset palaverit."	Keskustelua työn lomassa ja moniammatillisissa palavereissa	Moniammatillisen yhteistyön muodot	
"Päivittäistä yhteistyötä ihan tuossa kentällä siis kuntoutusta."	Yhteistyö työtä yhdessä tehden		
" Sit on nää moniammatilliset palaverit ...minust se avoin keskustelu on siinä aika tärkeä, tietyst meillä siinä tahtoo jutut aina rönsyillä (naurah- taa), mut toisaalta siinä- hän ne asiat käydään läpi."	Avoin keskustelu moniammatillisissa palavereissa on tärkeää		

Opinnäytetyössä määritä-vaiheessa haastatteluista koottu aineisto litteroitiin, ja koodattiin eri väreillä. Haastattelut tuottivat dataa yhteensä 154 minuuttia. Litteroitua tekstiä kertyi 22 sivua (Calibri, fonttikoko 11, riviväli 1,15). Tämän jälkeen aineisto teemoiteltiin. Temaattisen analyysin avulla saatiin syvällisempää tietoa fysioterapeutin roolin nykytilanteesta iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa ja fysioterapeutin roolin näkymisestä moniammatillisessa yhteistyössä. Fysioterapeutin rooli kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa sekä kotiutumisprosessin haasteita on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Fysioterapeutin rooli ja haasteet iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa

Alaluokka	Yläluokka
Kotiutumisvalmiudesta huolehtiminen Toimintakyvyn arviointi ja ohjaaminen Apuvälinearviot Potilaan motivointi Yhteistyö omaisten kanssa Henkilökunnan ergonomian ohjaus	Fysioterapeutin rooli ja osaaminen
Osaaminen Luottamus	Itsensä johtaminen
Tietoa potilaan toimintakyvystä saadaan: suoraan fysioterapeutilta, FYST-teksteistä,	Tieto potilaan toimintakyvystä

moniammatillista palavereista, omista havainnoista toisilta työntekijöiltä. FYST-tekstit ovat kuvaavia ja informatiivisia Taustatiedot asumisesta ja kotona pärjäämisestä sekä toimintakyvystä ovat tärkeitä.	
Sujuva yhteistyö Moniammatillisen yhteistyön muodot Hyviksi koetut kokouskäytänteet Palavereissa on koettu aitoa moniammatillisuutta ja asiakaslähtöisyyttä	Toimivan moniammatillisuuden toteutuminen
Resurssipula ja työtahti Hyvinvointialueelle siirtymisen vaikutukset Nopeat kotiutukset	Terveydenhuollon toiminnan paineet
Tiedonkulku, fysioterapeuttien antamat ohjeet eivät aina välity käytäntöön, hoitajien toimintaan Kirjaamisen käytänteiden yhdenmukaisuus	Tiedonkulun parantaminen
Rohkeutta kotiutumisiin Moniammatillisuus ja kotiutumisprosessin kehittäminen	Kotiutumisprosessin tehostaminen
Omaisten roolin vahvistaminen Potilaan toimijuuden vahvistaminen Asiakaslähtöisyys kotiutumisprosessissa	Yhteistyö ja asiakaslähtöisyys

Hyviksi käytänteiksi fysioterapeutin roolissa kotiutumisprosessissa koettiin fysioterapeutin vahva osaaminen, mihin sisältyy kotiutumisvalmiudesta huolehtiminen, toimintakyvyn arviointi ja ohjaaminen, apuvälinearviot, potilaan motiivointi, yhteistyö omaisten kanssa ja henkilökunnan ergonomian ohjaus.

” Hektisyydestä huolimatta ft:t hoitaa tehtävänsä (kotikäynnit, apuvälineet, sopivat kotikuntoutuksen) sujuvasti.”

”Kyllähän se toimintakyvyn semmoinen laaja kartoitus on se mitä he selvittää ja kotiolut. He tekee kotikäyntejä tarvittaessa ennakkoon ja valmistele, että kaikki menisi (kotiutuessa) mahdollisimman hyvin.”

Osastotyössä fysioterapeutti toimii usein hyvin itsenäisesti omalla vastuualueellaan. Työntekijöiden kuvatessa fysioterapeutin tekemää arviota, kirjauksia tai tehtävien hoitamista sana ”luottamus” nousi esiin toistuvasti. Työntekijät kokivat, että voivat luottaa fysioterapeutin ammattitaitoon ja siihen, että tehtävät hoidetaan asianmukaisesti ja ajoissa.

”Fysioterapeutilta saa aina sen arvion (toimintakyvystä) tarkemmin ja porrasasiat ja apuvälineasiat ja kaikki nää. Siihen on voinu hyvin luottaa.”

”On semmonen olo aina, että siihen voi luottaa, kun se (ft:n) arvio on tehty.”

Työntekijät saavat tietoa potilaan toimintakyvystä suoraan fysioterapeutilta, FYST-teksteistä, moniammatillista palavereista, omista havainnoista ja toisilta työntekijöiltä. Fysioterapeutin kirjaamat tekstit koettiin kuvaaviksi ja informatiivisiksi. Erityisesti taustatiedot asumisesta ja aiemmasta sekä nykyisestä toimintakyvystä koettiin tärkeiksi kotiutumista suunniteltaessa. Haastatteluissa todettiin myös, että fysioterapeutit osasivat kertoa nopeasti potilaan kotioloista.

”... myös kotiolot on hyvin tarkasti aina kuvattu. Kyllä ei meidän tarvitse mieltiä niitä asioita sitten. Ne on tosi selkeät.”

”... et on katottu se kävely ja siellä on aina hyvät kirjaukset, että yleensä on matkat ja millä apuvälineellä. Saa sen kuvan, mikä tässä on se ja ku on hyvät taustatiedot yleensä siellä löytyy just et minkälaisessa kodissa asuu ja miten siellä on aiemmin pärjännyt. Että se on toiminu hyvin. Et tuntuu, jos on sitäkin kyselly, niin äkkiä löytyy fyssäreiltä se tieto, ne tietää mistä sen kaivaa sitte.”

”...(kotikäyntitekstit) on niin tarkkoja, että voi kuvitella menevänsä sinne taloon sisälle, oven pielessä sitä... ja seuraava rappunen.”

Moniammatillinen yhteistyö fysioterapeutin kanssa koettiin sujuvaksi. Fysioterapeutin läsnäolo osastolla koettiin tärkeäksi yhteistyön ja työn sujuvuuden kannalta. Tuttuus toi välittömyyttä kanssakäymiseen. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu arjessa yhdessä työtä tehden avustaen potilasta siirtymisissä tai liikkumisessa sekä erilaisissa moniammatillisissa palavereissa.

”Kun täällä ollaa niin tuttuja keskenään, niin on helppo lähestyä.”

”Päivittäistä yhteistyötä ihan tuossa kentällä siis kuntoutusta.”

Palaverikäytänteet osastojen kesken ovat moninaiset. Kaikilla osastoilla on kahdesti viikossa toteutuvat moniammatilliset palaverit ammattilaisten kesken (aamupalaveri, taulupalaveri, kuntoutuspalaveri), Jalmarissa on käytössä aloituspalaveri (alpa) ja Heinolassa kuntoutussuunnitelmapalaveri (kunsu), joissa

on mukana myös potilas ja omaisia. Koronapandemian vuoksi omaisten osallistuminen on ollut rajoitettua, eikä tilanne ole vielääkään täysin normalisoitunut, mikä on koettu puutteelliseksi. Moniammatilliset palaverit koettiin tärkeiksi kotiutumisvalmiutta arvioitaessa ja kotiutumisen ajankohtaa suunniteltaessa. Moniammatillisissa palavereissa keskustelu saattaa olla ajoittain runsasta, mikä aiheuttaa aikataulupainetta. Haastatteluissa tuli myös toive lyhyestä kokoaamupalaverista kotiutuvien osalta, johon osallistuisi lääkäri, hoitaja ja fysioterapeutti.

”Minust se avoin keskustelu on siinä (moniammatillisessa palaverissa) aika tärkeä, tietyst meillä siinä tahtoo jutut aina rönsyillä (naurahtaa), mut toisaalta siinähän ne käydään läpi ja mitä lääkäri tai me ollaan huomattu. Siellä tulee teiltä meillemäin ohjausta... ja niitä ohjeita jotka pitäisi mennä sitten eteenpäin.”

”Meillä on kuntoutus palaveri viikoittain jokaisen kuntoutuksen kohdalla että on jaettu kahteen päivään. Palaveriin osallistuu hoitajat ja fyssari ja toimintaterapeutteja tai muita mitä tarvitsee olla sitten mukana. Siellä päätetään sitten aina se niinku viikon päähän että mitä tapahtuu että lähteekö kotiin siinä kohtaa vai jatketaanko vielä.”

”Että kotiutuspäivän aamuna olis lyhyt, että ollaan nyt kartalla mitä tälle on suunniteltu. Ois vaikka kotiuttava hoitaja, lääkäri ja fyssari kokoon tuis ja koottais lyhyesti kaikki asiat.”

Ennen hyvinvointialueelle siirtymistä Heinolassa vuodeosastoilla oli käytössä hoitoneuvottelu (HONE), jossa sovittiin kotiutumiseen liittyvät asiat. Neuvottelussa oli paikalla potilas, omaiset, asiakasohjaaja, osaston lääkäri, kotiutushoitaja, tarvittaessa osaston fysioterapeutti ja toimintaterapeutti sekä kotikuntoutustiimin työntekijä. Aikaa neuvotteluun varattiin tunti. Hoitoneuvottelussa potilas ja omaiset tulivat kuulluksi ja ammattilaiset saivat kertoa oman arvionsa tilanteesta. Hyvinvointialueen myötä käytänteitä on yhdistetty ja nyt potilaiden palveluntarpeen arviointi (PTA) toteutetaan useimmiten kotiutusyksikön toimesta potilaan kotona. Tarvittaessa asiakasohjaaja tulee osastolle tekemään potilaalle palvelutarpeen arvioinnin, mikä sisältää RAI-arvioinnin. Uusi toimintatapa vaatii vielä sopeutumista. Haastatteluissa tuli esiin aiemman hoitoneuvottelukäytännön asiakaslähtöisyys ja sujuva tiedon jakaminen.

”Siinä (hoitoneuvottelussa) saatto kertoa suoraan potilaalle ja omaiselle, että meillä tää näyttäytyy tältä ja sen kaikki kuulee yhtä aikaa. Se ei tuu mutkan kautta eikä jää kuulumatta.”

”...mutta täs (PTA:ssa) jää sellanen käppi et kohtaako ne meidän tiedot ja heidän tiedot sitte taas...”

”Hoitoneuvotteluja ei enää ole, me ei osallistuta niihin enää, siin silloinhan tärkeä tieto taas jää saamatta sieltä moniammatillisesti. No okei, sitä luet tekstejä kyllä, saahan sitä kautta tietoa, mut joku tietynlainen vuorovaikutus siinä jää pois.”

”Tunnissa monesti ne asiat hoiettiin, mut se saatto säästää aikaa täältä toisesta päästä. Ja sit se, että minkä tunteen se anto omaisille ja ennen kaikkea itse potilaalle, että nyt hänen asioita hoidetaan tässä ja tässä on kaikki tasavertaisia pöydän ääressä ja keskustellaan siitä tilanteesta ja että kaikille tulee yhteinen näkemys.”

Kehittämisen tarpeiksi kotiutumisosessissa liittyen fysioterapeutin rooliin tunnistettiin terveydenhuollon toiminnan paineet, tiedonkulun parantaminen, kotiutumisosessin tehostaminen sekä yhteistyön ja asiakaslähtöisyyden lisääminen. Terveydenhuollon toiminnan paineeksi lukeutui resurssipula ja työtahti, hyvinvointialueelle siirtymisen vaikutukset ja nopeat kotiutukset. Fysioterapeuteille ei aina saada sijaista ja tällöin joudutaan työskentelemään vajaalla resurssilla, jolloin syntyy kuntoutusvajetta. Tilanne kuormittaa niin fysioterapeuteja kuin hoitajiakin.

”Välillä on ollut resurssiongelmia, jos ft on poissa niin aina ei ole sijaista. Et sit siellä on yks ft ja aika isomäärä, kun siellä on se 30 potilasta ja ylikin välillä.”

Heinolan siirtyminen hyvinvointialueelle oli suuri muutos työntekijöille. Uudet yhtenäiset toimintatavat vaativat opettelua ja aikaa. Osittain koettiin, että omia hyviä toimintatapoja katosi muutoksen myötä. Luottamus omaan osaamiseen ja ammattitaitoon tuki muutoksessa. Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2023, kun hyvinvointialueelle siirtymisestä oli noin kolmen kuukauden.

”Jäykemmäksi ja byrokraattisemmaksi on mennyt nyt tän hyvinvointialueen myötä. Tietyllä lailla se moniammatillisuus on hävinnyt jonnekin, jos en sanois 90-luvulle, mutta jonnekin kauas.”

”Ja nyt tavallaan kun on vertailussa vanha ja uusi HVA:n systeemi, ni kaikkihan riippuu meistä työntekijöistä. Organisaatio ja byrokraatia voi pyöriä tuolla ympärillä ja tiettyjä asioita tehdään sen kautta, mut loppupelissä on se käytännön työ joka ratkaisee.”

Nopeat kotiutukset saattavat aiheuttaa fysioterapeutin työssä ajoittain haasteita lähinnä apuvälineiden hankkimisen osalta tai jatkokuntoutuksesta sopeutuksessa. Kotiutumisten suunnittelun aloittaminen ajoissa ehkäisee virheitä ja

antaa kaikille ammattilaisille aikaa valmistautua. Kotiutuksen tarkistuslista on tässä olennainen työkalu.

”Kyllä mä edelleen siis muistuttelisin sitä, että se aloitetaan se suunnittelu hyvissä ajoin, että sitten jos tosi pikana kotiuttaa, niin melkein aina on sitten joku pikku juttu vielä, että olisi pitänyt huomioida, että kyllä sen muistilistan käyttöä ei voi liikaa korostaa. Sitten ruvetaan viimeisenä päivänä miettimään edelleen, että onko avaimia ja muuta...”

Kotiutumisprosessin tehostamiseen fysioterapeutin roolissa liittyy vahvasti moniammatillisen työn kehittäminen entistä tehokkaammaksi. Yhtenäiset kirjauksikäytänteet hoitokertomukseen myös fysioterapeuttien osalta tukevat paremmin moniammatillista työtä ja asiakaslähtöisyyttä. Keskiössä tulee olla potilas. Potilaan toimijuutta voidaan vahvistaa rohkaisemalla ja mahdollistamalla asioita ja tekemällä tiivistä yhteistyötä potilaan omaisten kanssa.

”Monestihan se voi johtua siitä potilaasta, että se on hyvin epäröivä ja pelokas, että miten tää kotiinmeno.. Sit ku mennään sinne ennakoivalle käynnille hän toteaaakin, et eihän täs ole mitää ongelmaa. Mähän voin kotoitua vaikka heti tai huomenna.”

”Mehän jo kannustetaan puhumalla, mutta että hän saa itse sen tunteen, että mä pystyn tähän ja mä selviän tästä asiasta.”

”Oma aktivointi on se yks juttu siellä osastollakin. Ja omaisilla on sama juttu, että omaisillakin on vastuu ja oikeus tehdä asioita ihan niiku sillä potilaallakin.”

Määritä -vaiheessa tunnistettiin fysioterapeutin rooliin ja iäkkään potilaan kotiutumisprosessiin liittyvät seuraavat kehittämiskohteet:

- Resurssipula ja työtahti
- Hyvinvointialueelle siirtymisen vaikutukset
- Nopeat kotiutukset
- Ammattilaisten kehittäminen (tiedonkulku, moniammatillinen yhteistyö)
- Potilaan ja omaisten roolin vahvistaminen

7.3 Kehitä-vaiheen toteutus

Kehitä-vaiheessa aloitetaan tunnistettuun ongelmaan tai mahdollisuuteen ideoimaan eri ratkaisuja ja toimintamalleja. Ideoinnissa hyödynnetään erilaisia

ideointimenetelmiä, kuten asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa yhteiskehittämistä erilaisissa työpajoissa. Ideoinnin apuna käytetään edellisessä vaiheessa syntynyttä tietoa asiakastarpeista. (Koivisto ym. 2019, 46.)

Opinnäytetyön kehittä-vaiheessa vastataan kysymykseen, miten fysioterapeutin roolia voi kehittää moniammatillisuudessa iäkkään henkilön kotiutumisprosessissa. Vastauksia ideoitiin toukokoisena iltapäivänä Tulevaisuusverstaas-työpajassa Heinolassa neljän fysioterapeutin kesken. Aikaa verstaan toteuttamiseen varattiin 3 h. Työpaja toteutettiin Tulevaisuusverstaan työohjeen mukaan (liite 7). Opinnäytetyön tekijä kutsui osallistujat puhelimitse työpajaan ja lähetti työpajan aikataulu- ja paikkatiedot osallistujille sähköpostilla.

Tulevaisuusverstaassa osallistujat työskentelevät yhdessä yhteisesti määritetyn ongelman ratkaisemiseksi. Osallistujat saavat vapaasti ilmaista toiveitaan ja kuvitelmiaan käsiteltäviin asioihin liittyvästä tulevaisuudesta ja suunnittelevat lopulta luonnoksia tulevaisuuteen liittyvien toiveiden toteuttamiseksi. Tavoitteena on saada kaikki osallistujat kokemuksineen mukaan tulevaisuutta koskevaan päätöksentekoon. Tulevaisuusverstaas vahvistaa onnistuessaan osallistujien itseluottamusta, välittää kokemuksen jokaisen ajatuksen arvokkuudesta ja tarjoaa mahdollisuuden osallistua luovaan ja hauskaan toimintaan asioiden muuttamiseksi toivottuun suuntaan. (Jungk & Müllert 1987, 7, 13.)

Tulevaisuusverstaas sisältää tyypillisimmillään valmisteluvaiheen ja kolme verstaasvaihetta, ideointi-/mielikuvitusvaihe ja todentamisvaihe. Jokaisen vaiheen aikana syntyneet huomiot kirjataan lyhyesti esille kaikkien luettaville. Valmisteluvaiheessa päätetään yhdessä verstaan aihe ja sovitaan käytännön järjestelyistä. Varsinainen verstaas aloitetaan ongelmavaiheella, jossa kootaan käsiteltävään asiaan liittyvä kritiikki. Asiat kirjataan paperille ja ryhmitellään aihepiireittäin. (Jungk & Müllert 1987, 54–55.)

Kaikissa työpajan vaiheissa koottu aineisto litteroitiin ja koodattiin eri väreillä. Tämän jälkeen aineisto teemoiteltiin. Temaattisen analyysin avulla saatiin tietoa, miten fysioterapeutin roolia voidaan kehittää moniammatillisuudessa iäkkään henkilön kotiutumisprosessissa.

7.3.1 Ongelmavaihe

Tulevaisuusverstaan ongelmavaiheeseen aiheiksi asetetaan edellisen määrittä-vaiheen temaattisen analyysin perusteella moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulun kehittäminen fysioterapeutin roolissa. Tavoitteena on iäkkään potilaan toimintakyvyn tukeminen kotiutumisprosessissa. Tulevaisuusverstaan ohjaaja esitteli työpajaan osallistujille lyhyesti aiheet. Ongelmavaiheessa työpajan osallistujat esittivät aiheesta avoimesti kritiikkiä, mikä koottiin seinätaululle. Ongelman kartoittamisen jälkeen se käännettiin myönteiseksi haasteeksi. Ongelmavaiheen sisällönanalyysin tulokset on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Tulevaisuusverstaan ongelmavaiheen sisällönanalyysin tulokset

Alaluokka	Yläluokka
Apuvälineiden järjestäminen Apuvälineiden kuljetus Apuvälinekäynnit	Apuvälineet
Tiedonkulku, tieto ei ole ajantasaista tai se on väärää, ei tule käytäntöön. Työnjako, tiedotus, mitkä tahot käyvät asiakkaan luona ei ole selkeä.	Tiedonkulku
Yhteinen näkemys puuttuu esim. kotikuntoisuudesta. Moniammatillinen palaveri, ei pysy aiheessa, kestää liian pitkään.	Moniammatillinen palaveri
Kotiutumisten viivästyminen Hoitojaksojen pitkittyminen Kotiutuksen järjestämisen haasteet liittyen yhteistyötahoihin	Kotiutumisen haasteet
Potilaan rooli Omaisten huomioiminen	Yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa

Ongelmavaiheessa kuvattiin fysioterapeutin rooliin kotiutumisprosessissa liittyvät keskeiset haasteet, joita ovat apuvälineisiin, tiedonkulkuun, moniammatilliseen palaveriin, kotiutumisen haasteisiin sekä potilaan ja omaisten kanssa käytävään yhteistyöhön liittyvät asiat.

Ennakoivan kotikäynnin tai apuvälineiden järjestäminen nopeiden kotiutumisten kohdalla voi muodostua haastavaksi, etenkin jos potilas tarvitsee tietynlaisen apuvälineen. Toisinaan apuvälineet ovat kotiutuessa unohtuneet osastolle, tai ne eivät kotiutuessa mahdukaan taksin kyytiin. Kotiutumiseen liittyvän apuvälinekäynnin sopimisesta oikean tahon kanssa on ajoittain ollut epäselvyyttä.

Fysioterapeutit toivat esiin, että hoitokertomuksen tiedot eivät ole aina ajan tasalla tai fysioterapeutin kirjaama arvio potilaan kuntoutumista edistävästä keinosta ei siirry käytäntöön. Tieto yllättävästä kotiutumisen peruuntumisesta ei aina välity ajoissa kaikille osapuolille. Tällöin esimerkiksi sovitusta apuväline-tarpeen arviokäynneistä tai apuvälineiden asennuskäynneistä tulee turhaa työtä ja aikahukkaa muille yhteistyötahoille.

Moniammatilliset palaverit eivät pysy aina aiheessa ja ne kestävät liian pitkään. Fysioterapeutit kokevat, että niissä käsitellään liian paljon lääkärin kierrolle kuuluvia asioita, sen sijaan, että keskusteltaisiin kotiutumiseen liittyvistä asioista. Fysioterapeuteilla on myös kokemus, että potilaan kotiutumisvalmiudesta ei ole aina yhteistä näkemystä tai sitä ei ole edes yritetty selvittää.

Kotiutumisen haasteisiin mainittiin myös asioita, joihin fysioterapeutit eivät niinkään voi vaikuttaa, kuten lääkärin toteuttamaan kotiuttamisaikatauluun, potilaan sijoittamiseen oikealle osastolle tai tehostetun palveluasumispaikan saamiseen. Fysioterapeutit kokivat, että kuntouttava hoitotyö ei kaikilla osastoilla toteutunut riittävästi, erityisesti potilailla, jotka hoidetaan vuoteeseen tai liikkuvat pyörätuolilla.

Yhteistyöstä potilaan ja omaisten kanssa, fysioterapeutit korostivat yhteisen näkemyksen tärkeyttä potilaan toimintakyvystä ja kotiutumisvalmiudesta. Toisinaan potilaan sairaudentunnottomuus tekee yhteisen näkemyksen saavuttamisesta haastavaa. Omaisten huoli potilaan kotona pärjäämisestä voi aiheuttaa potilaalle epävarmuutta tämän omiin kykyihin. Kaikissa tilanteissa potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeää. Potilaalta itseltään tulee kysyä, haluaako hän esimerkiksi kotikuntoutusta. Oma tahto on keskeistä myös kuntoukseen sitoutumisen kannalta.

Tulevaisuusverstaassa aiheet ryhmiteltiin aihepiireittäin, joista osallistujat pisteyttivät aiheet. Eniten pisteitä saaneista aiheista koottiin ongelmakooste,

joista muodostettiin myönteiset ideat seuraavan ideointivaiheeseen. Ongelma-kooste sisälsi aiheet: apuvälineet, hoitokertomuksen kehittäminen, miten ennakoida ”yllätyskotiutukset”, moniammatillinen palaveri sekä potilaan rooli.

7.3.2 Ideointivaihe

Ongelmavaihetta seuraa ideointivaihe, jossa aikaisempaan kritiikkiin vastataan omilla kuvitelmissa, ideoilla ja toiveilla. Ideoista ja toiveista valitaan parhaimmat, joita työstetään edelleen unelmaluonnoksiksi eli ratkaisuehdotuksiksi. (Jungk & Müllert 1987, 55.) Osallistujat äänestivät ideointivaiheeseen hoitokertomuksen kehittämisen ja moniammatilliset palaverit. Ideointivaiheen sisällönanalyysin tulokset on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Tulevaisuusverstaan ideointivaiheen sisällönanalyysin tulokset

Alaluokka	Yläluokka
Moniammatillisten palavereiden osallistujat Moniammatillisten palavereiden puheenjohtajan rooli Tarvitaanko ”kuntoutushoitajaa”	Moniammatillisen palaverin osallistujat ja johtaminen
Moniammatillisen palaverin priorisointi Palavereihin osallistuminen Moniammatillisen palaverin aika ja paikka	Moniammatillisen palaverin järjestäminen
Moniammatillisissa palavereissa vain kotiutumiseen ja kuntoutumiseen liittyvät asiat Strukturoitu moniammatillinen palaveri Työnjako	Moniammatillisen palaverin sisältö
Hoitokertomuksen hyödyntäminen <ul style="list-style-type: none"> ▪ tarkistuslista kotiutuville ▪ suunnitelmaan päivämäärä ja ohje esim. liikkumisesta ▪ ohjeet siirtymisistä/apuvälineistä ▪ kuntoutumisen tavoitteet ja keinot ▪ suunnitelmaan päivitys moniammatillisesta palaverista 	Hoitokertomus tiedonvälittäjänä

Ideointivaiheessa liittyen fysioterapeutin rooliin kotiutumisprosessissa fysioterapeuttien ideoista koostui neljä päätemaa, jotka ovat moniammatillisen palaverin osallistujat ja johtaminen, moniammatillisen palaverin järjestäminen, moniammatillisen palaverin sisältö ja hoitokertomus tiedonvälittäjänä.

Fysioterapeutit toivoivat moniammatillisille palavereille puheenjohtajaa, joka veisi palaverin napakasti läpi. Tällä hetkellä osastojen välillä on vaihtelevia

käytänteitä, puheenjohtajan rooli on joko lääkäriellä tai hoitajalla. Palaveriin osallistujien tulisi olla ajoissa paikalla ja potilaiden asioihin perehtyneitä. Ideoissa tuli esille, että tulisiko olla ”kuntoutushoitaja”, joka osallistuu moniammatillisiin palavereihin, jotta työvuoron muut hoitajat voivat keskittyä päivittäiseen hoitotyöhön.

Ideat korostivat moniammatillisten palaverien tärkeyttä ja niiden priorisointia kaikille ammattiryhmille. Yksi ehdotus oli, että osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja vastaisi siitä, että palaverit alkaisivat aina sovittuun aikaan. Palaverille toivottiin myös rauhallista ympäristöä, sillä joillakin osastoilla moniammatilliset palaverit pidetään toimistossa, missä samalla hetkellä muut työntekijät hoitavat kiireellisiä asioita. Palaverien ajankohdaksi ehdotettiin iltapäivää, koska aamupäivät ovat kuntoutuksen kannalta tehokkainta aikaa.

Palaverille toivottiin strukturoitua mallia, jonka avulla varmistetaan palaverin keskittyminen olennaisiin aiheisiin ja varmistetaan, että kaikki tarvittavat näkökulmat otetaan huomioon. Ehdotettiin myös, että jos jollakin osastolla on toimiva käytäntö, sitä voitaisiin jakaa muidenkin osastojen kanssa. Palavereiden pääpaino tulisi olla kuntoutumiseen, kotiutumisvalmiuteen ja kotiutumiseen liittyvien asioiden käsittelyssä. Palavereissa olisi tarkoitus sopia selkeästä työjaosta, jotta kaikki tietävät, kuka vastaa mistäkin tehtävästä. Osastojen moniammatillisella palaverilla voisi olla yhteinen nimi.

Hoitokertomus toimii keskeisenä tiedonvälittäjänä ja tukee moniammatillista yhteistyötä. Ideoissa tuotiin esiin kotiutumisen tarkistuslistan käyttö, jota myös fysioterapeutit täyttävät apuvälineiden ja jatkokuntoutustietojen osalta. Hoitokertomukseen tulisi kirjata potilaan kuntoutumisen tavoitteet ja keinot, fysioterapeutin antamat ohjeet liikkumisen tai siirtymisen avustamisen ja apuvälineiden käytön suhteen sekä päivämäärä, koska ohjeet on kirjattu. Suunnitelma tulisi nähdä helposti yhdellä silmäyksellä.

Moniammatillisissa palavereissa jokaisen potilaan osalta olisi tärkeää päivittää hoitokertomuksen suunnitelmaosio. Tilanteessa, jossa potilaan kotiutuminen ei ole vielä ajankohtaista, kirjataan kuntoutumisen viikkotavoite ja konkreettiset keinot tai teksti ”kuntoutus jatkuu.” Tämä varmistaisi, että kaikki asianosaiset ovat ajan tasalla potilaan tilanteesta ja hoitosuunnitelmasta.

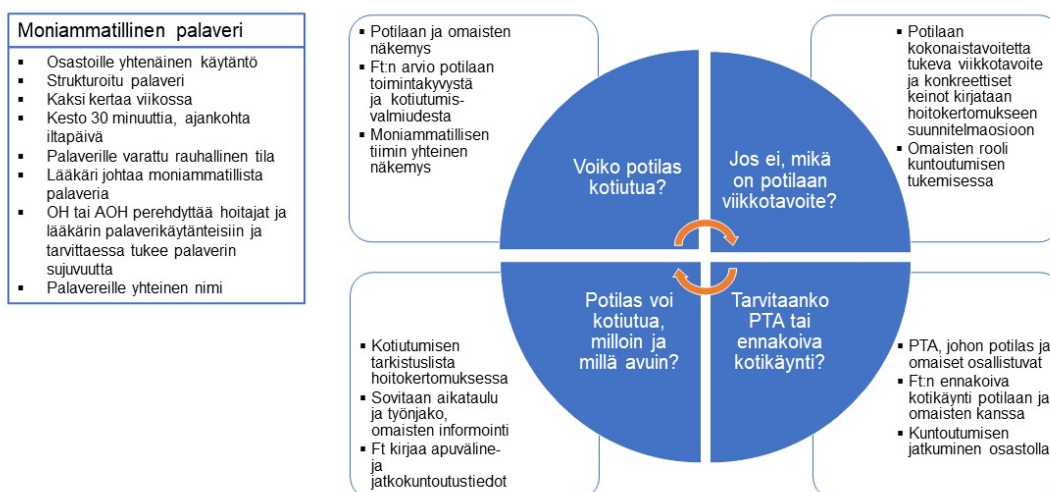
Ideointikoosteeseen muodostui kaksi kehitettävää ratkaisuehdotusta, jotka ovat moniammatillisen palaverin strukturointi ja hoitokertomukseen kirjaamisen kehittäminen.

7.3.3 Todentamisvaihe

Työskentelyn viimeisessä vaiheessa, todellistamisvaiheessa, ratkaisuehdotukset punnitaan kriittisesti todellisuudessa, lakien ja määräysten sekä muiden olemassa olevien esteiden vaikuttaessa tehtäviin päätöksiin. Aloitteiden toteuttamisesta ratkotaan vielä mielikuvituksen avulla. Tämän vaiheen aikana aloitteiden toteuttamismahdollisuus arvioidaan ja tulevaa toimintaa suunnitellaan. (Jungk & Müllert 1987, 86–87.)

Työpajassa todettiin, että moniammatillisesta palaverista on olemassa ohje, mutta se ei täysin toteudu käytännössä. Haasteena ohjeen toteutumiseen todettiin työntekijöiden vaihtuvuus ja palaverin osalta puutteellinen perehdytys sekä palaverin aikataulun venyminen. Kehittämisehdotuksessa tuotiin esille perehdytyksen tärkeys ja palaverin sujuvuuden varmistaminen. Kehittämisehdotus on kuvattu kuvassa 4.

Kehittämisehdotus: Osastoille yhtenäiset käytännöt moniammatillisiin palaveriin



Kuva 4. Opinnäytetyön kehittämissuositus

Kehittämisehdotuksessa yhdistettiin moniammatillisen palaverin toteuttaminen ja hoitokertomukseen kirjaaminen. Kehittämisehdotuksen mukaan moniammatillisen palaverin keskeisenä tavoitteena on saavuttaa yhteinen näkemys potilaan valmiudesta kotiutua ja varmistaa, että kaikki potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvat ovat tietoisia potilaan tavoitteista, sekä niiden saavuttamiseen tarvittavista keinoista. Moniammatillisessa palaverissa tiedon jakamisen lisäksi yhtä tärkeää on myös kaikkien osallistuvien ammattilaisten sitoutuminen yhteisiin päämääriin.

Ehdotuksessa palaverille on järjestetty rauhallinen tila ja aikaa palaverille on varattu 30 minuuttia. Moniammatillisessa palaverissa sovitut asiat, kuten viikkotavoite, kirjataan hoitokertomukseen jokaisen potilaan osalta. Hoitojakson tavoitteet on sovittu jakson alussa yhdessä potilaan kanssa. Jos potilas ei voi vielä kotiutua, arvioidaan, tarvitseeko potilaalle järjestää osastolle palvelutarpeen arvio (PTA), sovitaanko fysioterapeutin ennakoiva kotikäynti, vai jatkuuko kuntoutuminen osastolla. Jos potilas voi kotiutua, sovitaan aikataulusta ja työnjaosta. Kotiutumisen liittyvät asiat kirjataan hoitokertomuksen kotiutumisen tarkistuslistaan.

Fysioterapeutin tehtävä moniammatillisessa palaverissa on kertoa potilaan toimintakyvystä ja peilata sitä kotiutumisvalmiuteen. Fysioterapeutti kirjaa apuvälineisiin ja jatkokuntoutukseen liittyvät asiat kotiutumisen tarkistuslistaan. Fysioterapeutti myös perehdyttää fysioterapeutin sijaiset moniammatillisen palaverin osalta.

Yhteistyö omaisten kanssa potilaan kotiutumisvalmiuden saavuttamisessa ja kotiutumisessa on tärkeää. Omaisten roolia on kuvattu kehittämisehdotuksen kaikissa vaiheissa kuvassa 4. Potilaalta itseltään ja omaisilta saadaan tärkeää tietoa potilaan aiemmasta toimintakyvystä ja asuinympäristöstä, mikä on keskeistä potilaan kotiutumisvalmiutta arvioitaessa. Osastojakson aikana omaisten on mahdollista tukea potilaan kuntoutumista monin tavoin. Omaiset voivat osallistua kuntoutuspalavereihin ja palvelutarpeen arviointiin sekä fysioterapeutin ennakoivaan kotikäyntiin. Omaisia informoidaan kotiutumisen aikataulusta ja kotiutumiseen liittyvistä asioista.

Ehdotuksessa painotetaan, että moniammatillisen palaverin agenda on potilaan kotiutumiseen ja kotiutumisvalmiuteen liittyvissä asioissa. Pääteemat ohjaavat palaverin kulkua ja sisältöä:

- Voiko potilas kotiutua?
- Jos potilas ei voi kotiutua, niin mikä on viikkotavoite?
- Tarvitaanko PTA tai ennakoiva kotikäynti, vai jatkuuko kuntoutuminen osastolla?
- Potilas voi kotiutua, millä aikataululla ja mitä apuja hän tarvitsee kotiutuessa.

7.4 Tuota-vaihe

Tuota-vaiheessa ideoista tunnistetaan ja rajataan kehityskelpoisimmat ja parhaiten tavoitteisiin vastaavat ideat. Ideoita testataan henkilökunnalla, asiakkailla tai muilla sidosryhmillä. Tuotettujen ratkaisujen toimivuutta arvioidaan teknisen toteutettavuuden ja taloudellisesta kannattavuuden näkökulmasta. Vaiheen tavoitteena on tuottaa idea tai toimintamalli, johon pohjautuen voidaan tehdä päätös ratkaisun mahdollisesta toteuttamisesta. (Koivisto 2019, 46.)

Opinnäytetyössä tuota-vaiheessa selvitettiin, voidaanko työpajan tuottamaa kehittämis ehdotusta osastojen yhtenäisestä moniammatillisesta palaverista toteuttaa käytännössä. Idea liittyi fysioterapeutin roolin kehittämiseen moniammatillisuudessa. Kehittämis ehdotus esitettiin sähköpostin välityksellä neljälle kehittämiseen osallistuvan osaston esihenkilölle. Esihenkilöille laadittiin palautekysely kehittämis ehdotuksen teknisestä toimivuudesta ja taloudellisesta kannattavuudesta sekä idean toteuttamiskelpoisuudesta (liite 8). Kysely toteutettiin Google Forms -sovelluksella. Kyselyn linkki lähetettiin kehittämis ehdotuksen yhteydessä sähköpostilla. Kyselystä lähetettiin muistutus viikon kuluttua alkuperäisestä viestistä. Vastausaikaa kyselyyn oli yhteensä kaksi viikkoa.

Kysely on menettelytapa, jossa tiedonantaja täyttää kyselylomakkeen itsenäisesti. Kyselylomakkeen laadinnassa tulee huomioida sen kohtuullinen pituus

ja selkeys. Lomakkeessa kysymysten tulee erottua toisistaan selkeästi, esimerkiksi viivoin. Avoimet kysymykset lomakkeessa voivat olla perusteltuja, jos vastaajat tiedetään helposti kirjallisesti kantaa ottaviksi ja aktiivisiksi. (Kvanti-MOTV 2010.) Kyselylomakkeen käyttö on kannattavaa, kun lomake on hyvin suunniteltu ja kyselyllä halutaan saada yksiselitteisiä ja konkreetteja ilmiöitä (Hirsjärvi & Hurme 2022, 79).

Vastauksia kyselyyn tuli kaksi ja ne olivat toisistaan eriäviä. Toinen vastaajista totesi ehdotuksen teknisesti toimivaksi, taloudellisesti kannattavaksi ja toteuttamiskelpoiseksi, kun taas toinen vastaajista koki nykyisen käytännön riittäväksi. Perusteluina todettiin, että osastolla on jo toimiva käytäntö lääkäreiden tekemän ohjeen mukaan. Vastauksessa painotettiin potilaan osallistumisen tärkeyttä palavereihin, joissa käsitellään potilasasioita.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella fysioterapeutin roolin nykytilanetta iäkkään henkilön kotiutumisosiossissa sekä kartoittaa fysioterapeutin roolin kehittämistarpeita kotiutumisosiossissa ja moniammatillisessa yhteistyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on selkeyttää fysioterapeutin roolia ja monialaista yhteistyötä kotiutumisosiossissa sekä edistää kotiutumisosiossin sujuvuutta. Palvelumuotoiluosiossin keskeinen tulos on kehittämissuositus yhtenäisestä palaverikäytännöstä liittyen osastojen moniammatillisiin palaverihin.

8.1 Pohdintaa opinnäytetyön tuloksista ja kehittämissuosituksesta

Opinnäytetyössä haastateltavat kuvasivat fysioterapeutin roolin ydintehtäväiksi iäkkään potilaan kotiutumisosiossissa toimintakyvyn arvioimisen ja ohjaamisen, apuvälinearviot sekä kotiutumisosiossista huolehtimisen. Tulos on yhdenmukainen Kaurasen (2021, 10–11, 673) kanssa potilaan toimintakyvyn ja liikkumisen tukemisessa sekä apuvälinearvioiden osalta Kermisen ym. (2019) ja Lahtisen ym. (2021) kanssa.

Haastatteluiden perusteella fysioterapeutin rooliin liittyy potilaan motivoiminen kuntoutuosiossissa. Janssonin ym. (2022, 194) mukaan kuunteleminen,

kunnioittava kohtaaminen ja osallisuuden edistäminen ovat avaintekijöitä yksilöllisten tavoitteiden asettamisessa ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Luotettavan toimintakyvyn arvioinnin, tulosten yhteisen käsittelyn ja kirjaamisen avulla iäkäs henkilö voi tuntea osallisuutta ja saada tukea yksilölliseen kuntoutumiseensa.

Haastatteluiden perusteella fysioterapeutin rooliin sisältyy tiiviisti myös yhteistyö omaisten kanssa. Tämä on yhdenmukaista sosiaali- ja terveysministeriön (2020) suositusten kanssa. Lisäksi tätä vahvistaa Vesan ym. (2019) ja Lilleheien ym. (2020) tulokset, joiden mukaan omaiset kokivat tarvitsevan enemmän tukea ja rohkaisua oman roolinsa hoitamisessa läheisenä sekä yksilöllisempää kohtaamista terveydenhuollon ammattilaisilta. Tämän vuoksi on olennaista tukea omaisten mahdollisuutta osallistua iäkkään hoitoon ja huolenpitoon. Kehittämissuosituksessa on kuvattu omaisten roolia potilaan kuntoutumisen eri vaiheissa ja kotiutumisvalmiuden tukemisessa (kuva 4).

Haastatteluissa tuli esiin, että fysioterapeuttien osaamiseen luotetaan ja että fysioterapeuttien tekemät toimintakyvyn arvoinnit ovat päteviä. Fysioterapeutit pystyvät arvioimaan hyvin potilaan kotiutumisvalmiutta. Tulokset ovat yhdenmukaisia McPhailin ym. (2013) ja Smithin ym. (2010) kanssa, jotka ovat todenneet, että fysioterapeuttien antamat suositukset kotiutumiseen liittyen ovat täsmällisiä ja asianmukaisia.

Haastateltavien mukaan potilaan toimintakyvystä saadaan tietoa fysioterapeuteilta, FYST-lehdeltä, moniammatillisista palavereista, omista havainnoista ja toisilta ammattiryhmiltä. Fysioterapeuttien kirjaukset koettiin kuvaaviksi ja informatiivisiksi. Erityisesti taustatietoja asumisesta, kotona pärjäämisestä ja toimintakyvystä pidettiin tärkeinä. Tämä noudattaa hyvän kirjaamiskäytännön periaatteita, jotka on esitetty Suomen fysioterapeutit ry:n (2015) ohjeissa osana hyvää fysioterapiakäytäntöä.

Hyvän kirjaamiskäytännön mukaan toimintakykyä on arvioitava ja kuvattava asianmukaisesti ja kattavasti huomioiden ICF:n kaikki osa-alueet. Tiedot kirjaetaan FYST-näkymälle kansallisten otsikoiden ja Fysioterapianimikkeistön avulla. Toimintakyvyn kuvaamisen lähtökohtana rakenteisessa kirjaamisessa

on potilaan elämäntilanne, suoritukset, osallistuminen ja ympäristötekijät. (Suomen fysioterapeutit ry 2015.)

Haastatteluiden mukaan yhteistyö fysioterapeutin kanssa koettiin osastoilla sujuvaksi ja arjessa toteutuvaksi. Fysioterapeutin läsnäoloa osastolla pidettiin tärkeänä. Muut ammattilaiset kokivat, että tuttuus helpotti kanssakäymistä. Tulokset tukevat Holopaisen ym. (2016) ja Timperin (2022) näkemystä moniammatillisen yhteistyön sujuvuudesta. Timperin (2022) mukaan monialaista yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat toisten työn arvostaminen, yhteistyötä tekevien osapuolten keskinäinen tuttuus ja yhteisen kielen käyttö sekä riittävät aikaresurssit. Sujuva yhteistyö merkitsee työntekijöille ymmärrystä, luontevaa kommunikaatiota ja muiden asiantuntijuuden hyödyntämistä.

Kehittämisehdotus pyrki selkiyttämään monialaista yhteistyötä kotiutumisprosessissa sekä edistämään kotiutumisen sujuvuutta. Ehdotuksen keskiössä on potilaan oma tavoite kuntoutumiselle ja kotiutumisvalmiuden tukeminen moniammatillisesti. Kotiutumisvalmiutta arvioitaessa potilaan oma näkemys tilanteesta on keskeinen. Fysioterapeutin ennakoivalla kotikäynnillä voidaan yhdessä potilaan ja tämän omaisten kanssa arvioida kotiutumisvalmiutta. Kotikäynnillä voidaan esimerkiksi todeta, että päivittäisiä toimia on hyvä harjoitella osastolla vielä hoitajien tukemana. Kangasniemi ym. (2017, 25) korostavat, että rajatyössä asiakkaan tarpeiden tulee olla ensisijaiset. Hoito- ja palveluaukkoja voidaan välttää, kun työnjaossa vastataan potilaan hoidon kokonaisvaltaisesta toteutumisesta.

Kehittämisehdotus sisälsi hoitokertomukseen kirjaamisen ja kotiutumisen tarkistuslistan käytön. Kuusisto ym. (2019) toteavat, että potilaan turvallista kotiutumista voidaan edistää moniammatillisen kotiutuslistan käytöllä, systemaattisella ja järjestelmällisellä kirjaamisella sekä moniammatillisella tiedon saannilla.

Opinnäytetyön kehittämisehdotuksessa halutaan vahvistaa moniammatillisen tiimin yhteistyötä ja korostaa tiimin yhteisen näkemyksen rakentamista moniammatillisen palaverin avulla. Timperin (2022) mukaan moniammatillista yhteistyötä voidaan parantaa vakiintuneilla toimintakäytännöillä ja säännöllisellä

vuorovaikutuksella. Yhteisellä agendalla ja näkemyksellä voidaan tukea yhteistyötä ja positiivista asennetta yhteistyöhön.

8.2 Menetelmävalintojen ja opinnäytetyöprosessin pohdintaa

Palvelumuotoilu oli menetelmänä sopiva valinta opinnäytetyön toteuttamiseen. Kehittämisessä, mikä perustuu muotoiluajatteluun, kehitetään ratkaisu vasta, kun asiakkaan olennainen tarve tai ongelma on ensin kartoitettu (Koivisto ym. 2019, 38). Menetelmän avulla oli mahdollista päästä keskeisten haasteiden äärelle, mitkä liittyivät fysioterapeutin rooliin kotiutumisosiossissa ja moniammatillisuudessa. Menetelmä auttoi myös selkeyttämään näkemystä siitä, mikä on fysioterapeutin rooli kotiutumisosiossissa ja moniammatillisuudessa.

Tiedonhankinnan menetelmävalintana teemahaastattelu oli onnistunut. Haastatteluaineisto vastasi tutkimuskysymykseen fysioterapeutin roolista iäkkään potilaan kotiutumisosiossissa ja moniammatillisuudessa. Haastattelut olivat vuorovaikutteisia tilanteita, joissa kaksi ammattilaista keskusteli molemmille tutuista aiheista. Teemahaastattelun luonne antaa haastateltavalle enemmän aikaa ja mahdollistaa vapaamman vastaamisen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 154). Koettu dialogi oli aitoa ja innostavaa. Työnantaja mahdollisti haastatteluiden sujuvan toteuttamisen.

Temaattisen analyysin toteuttaminen oli alkuun haastavaa. Haastatteluaineiston useampi kuuntelukerta ja litteraation lukeminen auttoivat löytämään aineistosta yhteneväisyyksiä. Aineiston vahvalla tuntemisella voidaan vaikuttaa merkittävästi analyysiin laatuun (Puusa ja Juuti, 2020, 352). Aiheen kirjallisuuteen perehtyminen ja opinnäytetyön ohjaajien kanssa käydyt keskustelut olivat tärkeässä roolissa analyysin tekemisessä.

Tulevaisuusverstas-menetelmä on tullut tutuksi YAMK-opintojen myötä, mikä toi varmuutta menetelmän hyödyntämisessä opinnäytetyössäni. Menetelmänä Tulevaisuusverstas on hyvin osallistava, jossa jokainen osallistuja pääsee vaikuttamaan ja ottamaan osaa yhteiseen kehittämiseen (Jungk & Müllert 1987, 7). Osallistujat kokivat työpajan mielekkääksi tavaksi toimia. Suullisissa palautteissa tuli esiin toive yhteiskehittämisen hyödyntämisestä jatkossakin. Työ-

pajassa tehtäväni oli toimia ohjaajana, mutta aiheen omakohtaisuuden ja ryhmän aktiivisen keskustelun vuoksi oli haastavaa toimia täysin vain työpajan työskentelyä ulkopuolelta tukevana ohjaajana. Työpajan dokumentointi ja analysointi opettivat tarkastelemaan menetelmää niin sanotusti prosessin ulkopuolelta. Jatkossa osaisin toimia työpajassa paremmin ohjaajan roolissa.

Opinnäytetyön työstäminen ajoittui kesästä 2022 joulukuuhun 2023. Ajallisesti pitkä prosessi ja työn lomaan ajoitetut opintovapaat mahdollistivat uppoutumisen opinnäytetyöprosessiin. Palvelumuotoilun löydä-, määritä-, kehitä- ja tuota-vaiheet ohjasivat opinnäytetyötä jouhevasti eteenpäin ja asettivat työlle sopivat välitavoitteet. Vaikka opinnäytetyö tuli valmiiksi, niin palvelumuotoilu-prosessia ajatellen, prosessi on vielä kesken. Kehittämisehdotusta moniammatillisesta palaverista tulisi jatkokehittää iteratiivisesti, eli työvaihetta toistaen, kunnes saadaan kaikille osapuolille toimiva ratkaisu (Koivisto ym. 2019, 39).

8.3 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden pohdintaa

Opinnäytetyössä on sitouduttu noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Näitä ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023). Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinnassa hyödynnetään Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n (2020) julkaisemaa Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset -ohjetta.

Opiskelijan, toimeksiantajan ja oppilaitoksen kesken tehtiin opinnäytetyösopimus, jossa kuvattiin lyhyesti opinnäytetyön aihe, tavoite ja aikataulu. Sopimuksessa sovittiin opinnäytetyön tulosten käyttöoikeuksista, luottamuksellisista asioista, vastuista ja niiden rajoituksista, kuten Arene (2020) ohjeistaa. Hyvän tutkimustavan mukaisesti, jos tutkimuksen kohteena on organisaatio, tulee siltä pyytää tutkimuslupa (Arene 2020). Tämän opinnäytetyön kohteena on Päijät-Hämeen hyvinvointialue, jolta tutkimuslupa on haettu. Tutkimuslupa on myönnetty 20.1.2023.

Opinnäytetyössä huolehdittiin haastateltavien informoinnista. Haastateltaville lähetettiin sähköpostilla haastattelukutsu (liite 4), jonka liitteenä oli suostumus-

lomake (liite 5) haastatteluun, tietosuojailmoitus (liite 6), sekä haastattelun teemat. Tämä on linjassa haastateltaville annettavien tietojen suosituksesta (Hyvärinen ym. 2017, 859). Tutkimuksen etiikkaan ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa liittyy suostumus haastatteluun informoinnin perusteella, sekä luottamuksellisuus haastattelun yhteydessä ja raportointivaiheessa, jotta haastateltavat pysyvät anonyymeinä. Haastattelun litterointivaiheessa luottamusta lisää se, miten tarkkaan se noudattaa haastateltavien lausumia. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.)

Opinnäytetyössä käsiteltiin henkilötietoja tietosuojaohjeiden mukaisesti. Tämä sisältää henkilötietojen keräämisen, tallentamisen, tunnistamisen, ja tuhoamisen. Aineisto ja tulokset tulee anonymisoida. (Arene 2020; Vilkkä 2021, 185.) Tässä opinnäytetyössä käsiteltäviä henkilötietoja olivat nimi ja yhteystiedot, kuten sähköposti ja puhelinnumero. Henkilötietoja säilytettiin opinnäytetyön julkaisemisesta yhden kuukauden verran eteenpäin. Tämän jälkeen henkilötiedot hävitettiin. Henkilötiedot olivat sähköisessä muodossa opinnäytetyön tekijän työ sähköpostissa, joka oli salasanalla suojattu. Litteraatiossa haastatteluaineisto koodattiin ja tunnistetiedot poistettiin. Työpajaan osallistuvien fysioterapeuttien osalta kuvauksesta ei voida tunnistaa, mistä yksiköstä fysioterapeutit olivat tai kuinka monta osallistujaa mistäkin yksiköstä osallistui.

Arene (2020) esittää, että tekijänoikeuslaki edellyttää aina opinnäytetyössä käytettyjen toisten omistamien aineistojen alkuperän ja tekijöiden sekä lähteiden ilmaisemista hyvän tutkimustavan mukaisesti. Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen lähteinä, kuin muutoinkin opinnäytetyön lähteinä on käytetty kansallisia ja kansainvälisiä tunnettuja alan julkaisuja. Lähdeviitteet ja lähdeluettelo on laadittu opinnäytetyössä asianmukaisesti.

Tutkimuksen validiteettia, eli pätevyyttä pyritään saavuttamaan huolellisella ja perusteellisella tekemisellä. Reabiliteettia, eli luotettavuutta saavutetaan tekstin analysoimisessa esimerkiksi aukikirjoitetuilla ja perustelluilla kategorisoinneilla ja koodauksilla, harjoittelemalla ja esitestaamalla haastattelut sekä tallentamalla haastattelut. Opinnäytetyöntekijän kriittisyys omaa tekemistä kohtaan, työn reflektointi ja kysymysten esittäminen itselle kaikkien opinnäytetyön vaiheiden ajan lisää myös työn pätevyyttä ja luotettavuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyön toteuttamisessa on pyritty huolelliseen aiheeseen perehtymiseen, dokumentointiin ja työn vaiheiden selkeään kuvaamiseen. Tutkijan perehtyneisyys kohdeilmiöön ja eri näkökulmiin edistävät tutkimuksen luotettavuutta (Puusa & Juuti 2020, 419). Tieteellisen käytännön keskeinen perusta tutkimusetiikan näkökulmasta on rehellisyys ja huolellisuus tutkimustyössä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023).

Puusa ja Juuti (2020, 420–421) korostavat perustelun tärkeyttä haastattelun käyttämisestä tiedonkeräysmenetelmänä tutkimustavoitteen kannalta. Fysioterapeutin roolin selvittämisessä kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa muiden ammattiryhmien haastattelut olivat hyvin informatiivisia ja keskeisiä tiedon saannin kannalta.

Esitestaamalla haastattelut kollegoilla ja kirjoittamalla analyysin kuvauksessa aineistosta suoria lainauksia, on voitu tukea työn luotettavuutta. Lainaukset mahdollistavat lukijalle päättelyketjun seuraamisen (Puusa & Juuti 2020, 425). Tämän lisäksi käytettyjen menetelmien kuvaus ja tulkintojen jäljitettävyyden luovat tutkimuksen uskottavuutta (Puusa & Juuti 2020, 434).

Opinnäytetyön tulosten luotettavuuteen kehittämisehdotuksen toteuttamiskelpoisuudesta vaikuttaa esihenkilöille tehdyn kyselyn vastausten vähyys. Organisaatiossa on toteutettu samanaikaisesti palaverikäytänteiden kehittämistyötä, mikä on osaltaan voinut vaikuttaa vastausten määrään ja laatuun. Vilkka (2021, 369–371) toteaaakin, että tutkimustuloksiin vaikuttaa aina ajankohta, jolloin aineistoa kerätään. Tämä vielä korostuu laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimusraportin luotettavuutta voidaan lisätä kertomalla kyselyyn vastanneiden määrä ja sen merkittävyys tulkinnan osalta.

Tunnistan laadullisessa tutkimuksessa subjektiivisen roolini. Koen, että tietämykseni ja kokemukseni aiheesta, sekä fysioterapeutin roolista osastotyössä tukivat opinnäytetyöprosessia sen kaikissa vaiheissa. Haastatteluissa haastateltavien tuttuus auttoi pääsemään heti samalle aaltopituudelle ja loi haastatteluun avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Haastateltavat uskalsivat kertoa kielteisistäkin kokemuksista. Myös molempien osapuolien kokemus aiheesta syvensi keskustelun laatua.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan oma persoona ja hänen omat valintansa ja vaikuttimensa ovat kiinteä osa koko tutkimusprosessia. Tämän vuoksi tutkijan on tärkeä tunnistaa ja tunnustaa roolinsa tutkimusprosessissa, sekä tuoda avoimesti esiin suhteensa tutkittavaan asiaan ja valintoihin, joihin on päätynt. (Puusa & Juuti 2020, 440.)

8.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämissuhteet

Vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, miten fysioterapeutin rooli näkyy iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa ja moniammatillisuudessa, on hyvin selkeä. Kehittämistyön tulosten perusteella fysioterapeutin rooli on tukea iäkkään potilaan toimintakykyä ja kotiutumisvalmiutta sekä toimia kuntoutuksen asiantuntijana osana moniammatillista tiimiä. Kehittämistyön tulokset vahvistavat aiempaa tutkimustietoa fysioterapeutin roolista koskien iäkkään potilaan kotiutumisprosessia ja moniammatillisuutta.

Toiseen tutkimuskysymykseen, mitä haasteita on fysioterapeutin roolissa liittyen iäkkään potilaan kotiutumisprosessiin ja moniammatillisuuteen, löytyi useita vastauksia. Eri ammattiryhmiä edustavien haastatteluiden perusteella haasteiksi tunnistettiin resurssipula ja työtahti, hyvinvointialueelle siirtymisen vaikutukset, nopeat kotiutukset, ammattilaisten kehittäminen sisältäen tiedonkulun ja moniammatillisen yhteistyön sekä potilaan ja omaisten roolin vahvistaminen.

Vastaus kolmanteen tutkimuskysymykseen, miten fysioterapeutin roolia voidaan kehittää toimintakyvyn arvioinnissa ja tukemisessa sekä moniammatillisuudessa iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa, on fysioterapeuttien ideoitu osastojen yhtenäisen moniammatillisen palaverin malli, mikä on kuvattuna kuvassa 4. Fysioterapeutit haluavat moniammatillisen palaverin painopisteen olevan potilaan kotiutumiseen ja kotiutumisvalmiuteen liittyvissä asioissa. Kehittämissuhteessa korostetaan moniammatillisen tiimin yhteisen näkemys ja hoitokertomukseen kirjaamisen tärkeyttä.

Neljänteen tutkimuskysymykseen, voidaanko työpajan tuottamaa kehittämis-ideaa fysioterapeutin roolin kehittämisestä iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa toteuttaa käytännössä, vastaukset olivat eriäviä. Esihenkilöille toteutetun kyselyn pienestä vastaajamäärästä huolimatta kehittämis ehdotuksen toteuttamiskelpoisuus ja moniammatillisen palaverin kehittämisen tarve nähtiin eri tavoin. Vastaukset myös osoittivat, että osastojen käytänteet moniammatillisista palavereista ovat erilaisia.

Fysioterapeuttien kehittämis ehdotuksessaan esittämä tarve osastojen yhtenäiselle käytänteelle moniammatillisesta palaverista ja esihenkilöiden eriävät mielipiteet kehittämis ehdotuksesta osoittavat yhtenäisen näkemyksen ja ymmärryksen tarpeesta. Jatkokehittämis ehdotuksena moniammatillisen palaverin kehittämistarvetta olisi hyvä selvittää moniammatillisesta näkökulmasta.

Kangasniemi ym. (2018) korostavat Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistuksen selvityksessään, että yhteiskunnallisen järjestelmämurroksen ja haastavan taloudellisen tilanteen aikana tarvitaan uudistusta perinteisiin toimintatapoihin, panostusta ammattien välisen yhteistyön vahvistamiseen ja arviointiin sekä siihen liittyvien mittareiden luomiseen.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382> [viitattu 29.10.2023].

Cassarino, M., Robinson, K., Trépel, D., O'Shaughnessy, Í., Smalle, E., White, S., Devlin, C., Quinn, R., Boland, F., Ward, M. E., McNamara, R., Steed, F., O'Connor, M., O'Regan, A., McCarthy, G., Damien Ryan, D. & Galvin, R. 2021. Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial. *Plos medicine* 7, 1–17. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003711> [viitattu 25.9.2022].

Edgren, J., Karinkanta, S., Sihvonen, S. & Havulinna, S. 2022. Tasapainon hallinta ikääntyessä. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://www.oppoportti.fi/op/grn00001/do> [viitattu 26.9.2023].

Hannula, S., Huttunen, K. & Sorri, M. 2022. Kuulo. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://www.oppoportti.fi/op/grn00001/do> [viitattu 26.9.2023].

Helenius-Hietala, H. 2022. Iän vaikutus suun terveyteen ja siitä huolehtimiseen. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00063> [viitattu 24.10.2023].

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2022. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.12.2022].

Holopainen, R., Keskilä, A., Välimaa, R. & Piirainen, A. 2016. Tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapeuttinen ohjaus fysioterapeuttien kuvaamana. *Kuntoutus* 1, 22–35. Saatavissa: <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/113394> [viitattu 23.10.2023].

Husu, P., Tokola, K., Vähä-Ypyä, H., & Vasankari, T. 2022. Liikuntaraportti Suomalaisten mitattu liikkuminen, paikallaanolo ja fyysinen kunto 2018–2022. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2022:33. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164370/OKM_2022_33.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 4.10.2023].

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino. E-kirja. Saatavissa: <https://www.elibrary.com/book/9789517686112> [viitattu 29.10.2023].

ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77744/ICF_2013_2503verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 30.10.2023].

Isola, A.-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Helsinki: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 3.10.2023].

Jansson, A., Granö, S., Janhunen, E. & Pikkarainen, A. 2022. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.) Kuntoutuminen. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Jeglinsky, I., Kukkonen, T. & Melkas, S. 2022. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Melkas, S. (toim.) Kuntoutuminen. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 481–488.

Jungk, R. & Müllert, N. 1987. Tulevaisuusverstaat: käsikirja demokratian elvyttämisen mahdollisuuksista. Kerava: Keskinäisen sivistyksen seura -Suomen lataamo.

Kangasniemi, M., Voutilainen, A., Kapanen, S., Tolmala, A., Koponen, J., Hämmäläinen, M. & Elovainio, M. 2017. Työn uusjako - Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2017:66. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80699/66_Tyon%20uusjako.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 28.9.2022].

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A.-M., Saarnio, R., Viinamäki, L., Voutilainen, A. & Waldén, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. PDF-dokumentti. Saatavissa: [39-2018-Optimoitu sote-osaaminen.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 30.10.2023].

Karlsson, A., Lindelöf, N., Olofsson, B., Berggren, M., Gustafson, Y, Nordström, P. & Stenvall, M. 2020. Effects of Geriatric Interdisciplinary Home Rehabilitation on Independence in Activities of Daily Living in Older People With Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 4, 571–578. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.12.007> [viitattu 18.9.2022].

Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/Record/kaakkuri.226844?sid=3164400666> [viitattu 5.10.2023].

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus, 15–46.

Kerminen, H., Jäppinen, A-H., Kiviniemi, K., Tikkanen, P. ja Havulinna, S. 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. TOIMIA-suositukset. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 3.10.2019. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051/search/frailty> [viitattu 23.9.2022].

Koivisto, M., Säynäjäkangas, J. & Forsberg, S. 2019. Palvelumuotoilun bisneskirja. Helsinki: Alma Talent.

Komulainen, P. & Vuori, I. 2015. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01182> [viitattu 24.10.2023].

Kortelainen, J., Oosi, O., Luukkonen, T., Luomala, N., Välikangas, K., Hätälä, J., Haapakorva, P., Hämeenniemi, R. & ja Kaasalainen, T. 2020. Ikääntyneiden asuminen – ennakointi ja varautuminen kunnissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:55. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162584/VNTEAS_202_55_Ikaeva.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 6.10.2023].

Kutinlahti, E. 2021. Maksimaalinen hapenottokyky kestävyyskunnan mittarina. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01038> [viitattu 11.11.2023].

Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P. & Puustinen, J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 1–2, 38–52. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.23996/fjhw.70465> [viitattu 19.9.2022].

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html> [viitattu 9.12.2022].

Lahtinen, A., Hyvönen, P., Leppilähti, J. & Jalovaara, P. 2021. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo16179> [viitattu 31.10.2022].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. *Yhteis-*

kuntapolitiikka 5, 586–594. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131350/YP1605_Leemann%26Hamalainen.pdf?sequence=2&isAllowed=y [viitattu 3.10.2023].

Lilleheie, I., Debesay, J., Asta Bye, A. & Bergland, A. 2020. Informal caregivers' views on the quality of healthcare services provided to older patients aged 80 or more in the hospital and 30 days after discharge. *BMC Geriatrics* 20, 1–13. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1488-1> [viitattu 25.9.2022].

McCloskey, R., Jarret, P., Stewart, C. & Nicholson, P. 2014. Alternate Level of Care Patients in Hospitals: What Does Dementia Have To Do With This? *Canadian Geriatrics Journal* 3, 88–94. Saatavissa: <https://doi.org/10.5770/cgj.17.106> [viitattu 28.9.2022].

McGilton, K. S., Vellani, S., Krassikova, A., Robertson, S., Irwin, C., Cumal, A., Bethell, J., Burr, E., Keatings, M., McKay, S., Nichol, K., Puts, M., Singh, A. & Sidani, S. 2021. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC Geriatrics* 21, 1–18. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9> [viitattu 27.9.2022].

McPhail, S. M., Nalder, M., Hill, A-M. & Haines, T. P. 2013. Physiotherapists Have Accurate Expectations Of Their Patients' Future Health-Related Quality Of Life After First Assessment In A Subacute Rehabilitation Setting. *Biomed Research International* 340371, 1–9. Verkkoletti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1155/2013/340371> [viitattu 18.10.2022].

Microsoft. 2023. Tietoturva, vaatimustenmukaisuus ja tietosuoja Microsoft Teamsissa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.microsoft.com/fi-fi/microsoft-teams/security> [viitattu 10.10.2023].

Monisairas potilas. 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 16.03.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50126> [viitattu 6.12.2022].

Muistisairaudet. 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 29.01.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044> [viitattu 6.12.2022].

Pehkonen, A. Martikainen, K., Kinni, R.-L. & Mönkkönen, K. 2019. Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus, 90.

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 9.12.2022].

Päijät-Hämeen hyvinvointialue. 2022a. Tietoa hyvinvointialueesta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/> [viitattu 15.9.2023].

Päijät-Hämeen hyvinvointialue. 2022b. Salpausselän kuntoutussairaala Jalmari. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paijat-sote.fi/laakariin-ja-hoitoon/jalmari-salpausselan-kuntoutussairaala/> [viitattu 25.9.2023].

Päijät-Hämeen hyvinvointialue. 2022c. Heinolan ja Orimattilan vuodeosastot. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paijat-sote.fi/heinolan-ja-orimattilan-vuodeosastot/> [viitattu 25.9.2023].

Päijät-Hämeen hyvinvointialuestrategia 2023–2025. 2022. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.paijatha.fi/wp-content/uploads/2022/06/Paijat-Hameen-hyvinvointialue-strategia.pdf> [viitattu 25.9.2023].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen arkisto. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html> [viitattu 17.11.2022].

Smith, B. A., Fields, C. J. & Fernandes, N. 2010. Physical Therapists Make Accurate and Appropriate Discharge Recommendations for Patients Who Are Acutely Ill. *Physical Therapy* 5, 693–703. Saatavissa: 10.2522/ptj.20090164 [viitattu 1.11.2022].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 3.10.2023].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Sote-uudistus, sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti-> [viitattu 28.9.2022].

Suomen Fysioterapeutit ry. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf> [viitattu 27.9.2022].

Suomen Fysioterapeutit ry. 2015. Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa. Ammattilaisen opas. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/01/Fysioterapian-rakenteinen-kirjaaminen-2015c.pdf> [viitattu 23.10.2023].

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2021. Väestöennuste 2021–2070. Liitetaulukko 1. Väkiluku ja väestöllinen huoltosuhde vuoden 2030 lopussa eri vuosina laadituissa ennusteissa. Helsinki: Tilastokeskus. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.9.2021. Saatavissa:

https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tau_001.fi.html [viitattu 13.9.2022].

Tamminen, O. & Pirhonen, J. 2021. Puheita ja tekoja – osallisuuden haasteet vanhuudessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 58, 384–395. Saatavissa: <https://doi.org/10.23990/sa.95177> [viitattu 4.10.2023].

Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s86vBAA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zAqA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228> [viitattu 29.9.2022].

Tilvis, R. 2016. Vanhenemisen tunnusmerkeistä. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/opk04490> [viitattu 25.9.2023].

Timperi, T. 2022. Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen: Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:22. PDF-dokumentti. Saatavissa: [Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. Selvityshenkilön raportti \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioneuvosto.fi/raportit/2022/22/Sote-integraation-edellyttama-monialainen-yhteistyosaaminen-Selvityshenkilon-raportti) [viitattu 28.10.2023].

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2022. Asunnot ja ympäristöt esteettömiksi. Päivitetty 21.11.2022. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/asunnot-ja-ymparistot-esteettomiksi> [viitattu 4.12.2022].

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023. ICF-luokituksen rakenne. Päivitetty 18.9.2023. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne> [viitattu 3.10.2023].

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2019. Iäkkäät. Päivitetty 23.10.2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elamankulku/iakkaat> [viitattu 6.12.2022].

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2022. Mitä on toimintakyky? Päivitetty 11.4.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> [viitattu 23.9.2022].

TOIMIA-tietokanta. 2019. Käden puristusvoima -viitearvot. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/xmedia/tmm/tmm00141b_TOIMIA_Puristusvoima_viitearvot_2017_TOIMIA.pdf [viitattu 11.11.2023].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi: Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.11.2022].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023.

PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf [viitattu 29.10.2023].

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. 4. painos. Helsinki: Talentum media. E-kirja. Saatavissa: <https://bisneskirjasto-almatalent-fi.ezproxy.xamk.fi/teos/BABBGXETEB#/kohta:Palvelumuotoilu/piste:tUp> [viitattu 10.10.2023].

Valvanne, J., Petäjävaara, T. & Koivuniemi, U. 2016. Apuvälineiden vaikuttavuus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/opk04490> [viitattu 26.9.2023].

Vesa, N-M, Stolt, M., Koskenniemi, J. & Suhonen, R. 2018. Läheisen rooli kuntoutumisprosessissa. *Gerontologia* 3, 163–179. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.23989/gerontologia.69957> [viitattu 4.12.2022].

Vilka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 1.11.2022].

Vuoksimaa, E. 2019. Kognitiivisten toimintojen muutokset – mikä on ikääntymistä, mikä on sairautta? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 11, 1075–1084. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo14952.pdf> [viitattu 24.10.2023].

Wang-Hansen, M. S., Kersten, H., Benth, J. S. & Wyller, T. B. 2022. The association between geriatric treatment and 30-day readmission risk among medical inpatients aged ≥ 75 years with multimorbidity. *PLoS ONE* 1, 1–11. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262340> [viitattu 27.9.2022].

Wedenoja, J. 2022. Näkö. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S. & Viljanen, A. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/grn00001/do> [viitattu 26.9.2023].

Wilhelmson, K., Andersson, I., Hammar, T., Westgård, T., Holmquist Henrikson, L. & Dahlin-Ivanoff, S. 2022. Positive effects on activities of daily living one year after receiving comprehensive geriatric assessment – results from the randomised controlled study CGA-Swed. *BMC Geriatrics* 180, 1–10. Saatavissa: [10.1186/s12877-022-02862-6](https://doi.org/10.1186/s12877-022-02862-6) [viitattu 25.9.2022].

Taulukko 5. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen otanta ja menetelmät	Tutkimuksen päätulokset
<p>Cassarino, M., Robinson, K., Trépel, D., O'Shaughnessy, Í., Smalle, E., White, S., Devlin, C., Quinn, R., Bolland, F., Ward, M. E., Rosa McNamara, R., Steed, F., O'Connor, M., O'Regan, A., McCarthy, G., Damien Ryan, D. & Galvin, R. 2021. Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial. Plos medicine 7. Saatavissa: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003711</p> <p>[viitattu 18.9.2022].</p>	<p>Tutkimuksessa arvioitiin terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten tekemän varhaisen arvioinnin ja interventioiden vaikutusta päivystysosaston ikääntyneidenpotilaiden hoidon laatuun, turvallisuuteen ja kliiniseen tehokkuuteen.</p> <p>MeSH terms: Aged, Aged, 80 and over, Early Medical Intervention*, Emergency Service*, Hospital, Female, Health Personnel, Health Services for the Aged*, Humans, Length of Stay, Male, Patient Admission, Patient Care Team*, Patient Satisfaction, Quality of Life, Social, Support</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus sisälsi otoksen 353 potilaasta, jotka olivat vähintään 65-vuotiaita, vähemmän kiireellisiä päivystyksen asiakkaita.</p> <p>Interventio koostui varhaisesta arvioinnista ja interventiosta, jonka suoritti vanhempi sosiaalityöntekijä, vanhempi toimintaterapeutti ja vanhempi fysioterapeutti. Ensisijainen tulos oli päivystysosastojakson pituus. Toissijaisiin tuloksiin sisältyi sairaalahoitoon siirtyminen päivystysosastolta; sairaalahoitoon otettujen potilaiden hoitojakson kesto; potilastyytyväisyys, päivystyksessä uudelleen käynnit, kuolleisuus, hoitokotiin pääsy ja suunnitteleman sairaalahoito 30 päivän ja 6 kuukauden seurannassa ja potilaan toimintakyky ja elämänlaatu (indeksikäynnillä ja seurannassa).</p>	<p>Päivystysosaston moniammatillisen ryhmän varhainen arviointi ja interventio lyhensivät päivystysosaston hoitojakson kestoja, ja potilaan riskiä joutua sairaalahoitoon sekä paransi potilastyytyväisyyttä. Tulokset tukevat monitieteisen hoitomallin tehokkuutta.</p>

<p>Karlsson, A., Lindelöf, N., Olofsson, B., Berggren, M., Gustafson, Y, Nordström, P. & Stenvall, M. 2020. Effects of Geriatric Interdisciplinary Home Rehabilitation on Independence in Activities of Daily Living in Older People With Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. <i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> 4, 571–578. Saatavissa: https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.12.007 [viitattu 18.9.2022].</p>	<p>Tutkimuksen tavoite on arvioida varhaisen kotiutumisen ja sitä seuranneen geriatrisen poikkiteollisen kotikuntoutuksen vaikutuksia lonkkamurtuman sairastavien iäkkäiden ihmisten itsenäisyyteen päivittäisessä elämässä (ADL) verrattuna sairaalahoitoon monitekijäisen kuntoutusohjelman mukaisesti.</p> <p>Asiasanat: Activities of daily living; Geriatrics; Hip fractures; Patient care team; Rehabilitation.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa on 3 ja 12 kuukauden seuranta.</p> <p>466: sta kelpoisuusseulonasta tehdystä henkilöstä satunnaistettiin interventio- tai kontrolliryhmiin osallistujat (N = 205), joilla oli akuutti lonkkamurtuma, vähintään 70-vuotiaat, mukaan lukien kognitiivisista häiriöistä kärsivät ja hoitolaitoksissa asuvat.</p> <p>Interventio: Yksilöllisesti suunniteltu monitieteinen kotikuntoutus enintään 10 viikon ajan. Interventio kohdistui varhaiseen sairaalasta kotiutumiseen ja keskittyi kaatumisten ehkäisyyn, itsenäisyyteen päivittäisessä toiminnassa sekä kävelykykyyn sisällä ja ulkona.</p>	<p>Vanhemmilla ihmisillä, joilla oli lonkkamurtuma, varhainen kotiuttaminen, jota seurasi geriatrisen monitieteinen kotikuntoutus, johti vastaavaan itsenäistymiseen ADL:ssä 3 ja 12 kuukauden kohdalla kuin sairaalassa geriatrisessa hoidossa ja kuntoutuksessa.</p>
<p>Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P. & Puustinen, J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. <i>Finnish Journal of eHealth and eWelfare</i> 1–2, 38–52. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.23996/fjhw.70465 [viitattu 19.9.2022].</p>	<p>Artikkelissa kuvataan moniammatillisen kotiutuslistan tietosisällön kehittämistä hoitokertomukseen potilaan tulotilanteen ja hoitajakson aikaisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi kirjallisuuden sekä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa työskentelevien ammattilaisten (n = 82) yhteistyön tuloksena.</p> <p>Asiasanat: hoidon jatkuvuus, potilaan kotiuttaminen, tarkistuslista, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön yhteenveto</p>	<p>Kotiutuslista pilotoitiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Pilotointi toteutettiin kolmella keskussairaalan vuodeosastolla, keuhkosairauksilla, sisätaudeilla ja neurologialla, sekä vanhuspsykiatrian ja kuntoutuksen vuodeosastoilla paperimuodossa. Pilotoitu tietosisältö siirrettiin sähköiseen muotoon Effican hoitokertomukseen (hokeen) osaksi potilaan kliinistä hoitosuunnitelmaa.</p>	<p>Moniammatillinen kotiutuslista otettiin pilotin jälkeen käyttöön Satakunnan erikoissairaanhoidon palveluissa. Kotiutuslistan keskeisimmät jatkokehittämistarpeet kohdistuvat asiakas- ja potilasnäkökulman esille saamiseen sekä sen tekniseen toimivuuteen potilastietojärjestelmässä.</p>

<p>Lilleheie, I., Debesay, J.Asta Bye, A. & Bergland, A. Informal caregivers' views on the quality of healthcare services provided to older patients aged 80 or more in the hospital and 30 days after discharge. 2020. <i>BMC geriatric</i> 1. Saatavissa: 10.1186/s12877-020-1488-1 [viitattu 9.9.2022].</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää iäkkäiden potilaiden epävirallisten omaishoitajien näkemyksiä terveydenhuollon laadusta sairaalassa ja ensimmäisten 30 päivän aikana sairaalahoidon jälkeen.</p> <p>Asiasanat: Caregivers; Elderly; Healthcare; Informal care; Patient-centered; Quality of care.</p>	<p>Tutkijat tekivät puolistrukturoituja henkilöhaastatteluja 12 osallistujan kanssa tutkiakseen ja kuvatakseen epävirallisten omaishoitajien subjektiivisia kokemuksia iäkkäiden sukulaisien hoidosta. Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin teemaattisesti.</p>	<p>Terveydenhuoltojärjestelmä näytti kiinnostavan vain vähän huomiota kotiutukseen, hoitoon ja koordinointiin osallistuvien keskinäisen ymmärryksen varmistamiseen. Osallistujat kokivat, että terveydenhuollon tarjoajien pääpaino oli potilaiden sairauksissa. Terveyspalveluissa on otettava huomioon yksilöllisyys. Tarvitaan parempaa koordinoitua eri ammattilaisten ja omaishoitajien välillä. Terveydenhuollossa on tuettava yhteistä päätöksentekoa esim. hoitopalaverissa.</p>
<p>McCloskey, R., Jarret, P., Stewart, C. & Nicholson, P. 2014. Alternate Level of Care Patients in Hospitals: What Does Dementia Have To Do With This? <i>Canadian Geriatrics Journal</i> 3, 88–94. Saatavissa: https://doi.org/10.5770/cgj.17.106 [viitattu 28.9.2022].</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää ikääntyneiden potilaiden akuuttisairaalahoitoa jälkeisen kotiutumisen viivästyneeseen johtavia syitä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, missä käytetty retrospektiivistä suunnittelua karjoittamaan kahden suuren sairaalan potilaista, joiden kotiutuminen oli viivästynyt. N=179, joista naisia 116, keskiarvo ikä 79, 3 vuotta.</p>	<p>Potilailla todettiin usein dementia ja he olivat odottaneet yli vuoden ajan pitkäaikaishoitopaikkaa. Monilla oli jo runsaat kotihoidon palvelut käytössä ennen sairaalajaksoa. Dementian varhaisella diagnosoinnilla ja asianmukaisella kotihoidolla voidaan vähentää sairaalahoidon tarvetta. Jatkossa tarvitaan parempaa sairaalahoitoa ja kuntoutusta, dementoituneen avuntarpeen varhaisempaa tunnistamista ja lisää pitkäaikaishoitopaikkoja.</p>
<p>McGilton, K. S., Vellani, S., Krassikova, A., Robertson, S., Irwin, C., Cumal, A., Bethell, J., Burr, E., Keatings, M., McKay, S., Nichol, K., Puts, M., Singh, A. & Sidani, S. 2021. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. <i>BMC Geriatrics</i> 21, 1–18. Saatavissa: https://doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9 [viitattu 27.9.2022].</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida siirtymävaiheen hoito-ohjelmasta (TCP, <i>Transitional care program</i>)</p> <p>1) Mitkä ovat TCP:iden ikääntyneiden potilaiden sosiodemografiset ja/tai kliiniset ominaisuudet? 2) Mitkä ovat TCP:iden tarjoamat ydintekijät?</p> <p>3) Mitä potilas-, hoitaja- ja terveydenhuoltojärjestelmän tuloksia on tutkittu ja mitä muutoksia näissä tuloksissa on raportoitu TCP:iden osalta?</p>	<p>Menetelmänä oli kuusivaiheinen scoping review.</p> <p>Mukaan otetuissa tutkimuksissa tuli olla TCP-malleja, joissa oli arvioitu yli 65-vuotiaiden, yhteisössä asuvien viivästyneitä kotiutumisia tai riskiä viivästyneestä kotiutumisesta.</p> <p>Datasynteesi perustui kehykseen, joka oli yhdenmukainen Donabedianin rakenne-prosessi-tulosmallin kanssa.</p>	<p>Siirtymävaiheen hoidolla on vaikutusta ikääntyneiden kotiutumiseen. Siirtymävaiheen hoidon tulisi olla monitieteistä. Hoidon tulisi huomioida viivästyneen kotiutumisen riskissä olevat ja kognitiivisista häiriöistä kärsivät sekä ottaa mukaan potilaan muut hoitokumppanit.</p>

<p>McPhail, S. M., Nalder, M., Hill, A-M. & Haines, T. P. 2013. Physiotherapists Have Accurate Expectations Of Their Patients' Future Health-Related Quality Of Life After First Assessment In A Subacute Rehabilitation Setting. <i>Biomed Research International</i> 340371, 1–9. Verkkojlehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1155/2013/340371 [viitattu 18.10.2022].</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia Ontarion akuuttisairaaloitten yleisten sisätautiin yksiköiden potilaiden kotiutussuunnittelua fysioterapeuttien näkökulmasta. Tutkimuksessa selvitettiin, olivatko fysioterapeuttien odotukset potilaiden kotiin pääsyn terveyteen liittyvästä elämälaadusta sopuisuudessa heidän potilaiden todellisen itse ilmoittaman terveyteen liittyvän elämälaadun kanssa subakuutista kuntoutusyksiköstä kotiutettuna.</p> <p>Asiasanat: discharge planning; internal medicine; surve</p>	<p>Prospektiivinen pitkittäinen kohorttitutkimus online-kyselylomakkeella. Vastaajien demografiset ominaisuudet ja tekijöiden järjestystä analysoitiin kuvailevien tilastojen avulla. Vastaukset avoimiin kysymyksiin koodattiin teemojen tunnistamiseksi. Tutkimukseen osallistui 272 potilasta ja heitä hoitavia fysioterapeutteja (n=23) sairaalan subakuutin geriatrian arviointi- ja kuntoutusyksiköstä.</p>	<p>Fysioterapeutit ennustivat subakuutissa kuntoutustilanteessa potilaidensa kotiutuksen terveyteen liittyvää elämälaatua huomattavan tarkasti. He pystyvät todennäköisesti tarjoamaan potilailleen luotettavaa tietoa mahdollisesta toipumisesta ja terveyteen liittyvästä elämälaadusta kotiutuksen yhteydessä. Ennuste tarkkuus oli parempi potilailla, joilla oli parempi kognitio kuin potilailla, joiden kognitio oli huonompi.</p>
<p>Smith, B. A., Fields, C. J. & Fernandes, N. 2010. Physical Therapists Make Accurate and Appropriate Discharge Recommendations for Patients Who Are Acutely Ill. <i>Physical Therapy</i> 5, 693–703. Saatavissa: 10.2522/ptj.20090164 [viitattu 1.11.2022].</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka usein terapeuttien suosituksia potilaiden kotiutuspai- kasta ja -palveluista toteutettiin, mikä edustaa suositusten tarkkuutta. Toteuttamattomien suositusten vaikutusta takaisinotto- asteeseen tarkasteltiin, mikä kuvastaa suositusten asianmukai- suutta.</p>	<p>Retrospektiivinen tutkimus sisälsi 40 akuutin hoidon fysioterapeutin kotiutussuosituksia 762 potilaalle suuressa akateemisessa lääketieteellisessä keskuksessa. Tilastolliseen analyysiin käytettiin SPSS-ohjelmistoa. Analyysia toteutettiin logistisella regressioanalyysillä.</p>	<p>Fysioterapeuttien kotiutussuosituksia toteutettiin 83 % ajasta. Potilaat otettiin takaisin 2,9 kertaa todennäköisemmin, kun terapeutin kotiutussuosituksista ei toteutettu ja suositeltuja seurantapalveluita puuttui (epäsopivuus palvelujen kanssa puuttui) verrattuna potilaisiin, joilla oli vastaavuus. Fysioterapeutit osoittivat kykynsä antaa tarkkoja ja asianmukaisia kotiutussuosituksia potilaille, jotka ovat akuutisti sairaita.</p>

<p>Vesa, N-M, Stolt, M., Koskenniemi, J. & Suhonen, R. 2018. Läheisen rooli kuntoutumisprosessissa. <i>Gerontologia</i> 3, 163–179. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.23989/gerontologia.69957 [viitattu 8.9.2022].</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata läheisen roolia ja tuen tarvetta iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Tavoitteena oli saada tietoa iäkkäiden kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta ja muodostaa käsitteellinen malli, jossa on tyytetyt läheisen erilaiset roolit, niihin vaikuttavat tekijät ja tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.</p> <p>Asiasanat: läheinen, rooli, tuki, iäkäs, kotiutuminen</p>	<p>Tutkimus oli kuvaileva. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ja täydennettiin strukturoidulla kyselyllä (COPE-indeksi, Carers of Older People in Europe), jolloin sovellettiin metodologista triangulaatiota. Teema-haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Eteläsuomalaisessa kaupungissa viidellä arviointi- ja kuntoutusosastolla, jossa oli yhteensä 135 kuntoutuspaikkaa. Kohdejoukkona oli arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiutuvien iäkkäiden nimeämä läheinen: puoliso, avopuoliso, elämäkumppani, lapsi, sukulainen, ystävä tai tuttava (n=14). Tarkoituksenmukainen otanta.</p>	<p>Tulosten perusteella muodostettiin käsitteellinen malli läheisen roolista iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Läheisen rooli jakaantui neljään päärooliin, jotka olivat iäkkään arjen auttajan rooli, edunvalvojan rooli, tukijan rooli ja vastuunkantajan rooli. Arjen auttajan rooliin kuului läheisen käytännön järjestäjän rooli ja kodinhoitajan rooli. Edunvalvojan rooliin sisältyi iäkkään terveydellinen edunvalvojan rooli, taloudellinen edunvalvojan rooli ja puolestapuhujan rooli. Tukijan rooli muodostui iäkkään virkistäjän roolista ja muutokseen sopeuttajan roolista. Näissä rooleissa toimimiseen vaikuttavia tekijöitä olivat läheisen ja iäkkään välinen suhde, läheisen oma elämä, rooliin saatu tuki ja roolin mielekkyys.</p>
<p>Wang-Hansen, M. S., Kersten, H., Benth, J. S. & Wyller, T. B. 2022. The association between geriatric treatment and 30-day readmission risk among medical inpatients aged ≥75 years with multimorbidity. <i>PLoS ONE</i> 1, 1–11. Saatavissa: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262340 [viitattu 27.9.2022].</p>	<p>Tavoitteena oli arvioida varhaisen takaisinoton riskiä yli 75-vuotiailla monisairailta potilailla, joita oli hoidettu geriatrisella osastolla, verrattuna muilla osastoilla hoidettuihin vastaaviin potilaisiin ja tunnistaa riskitekijät 30 päivän takaisinotoille</p>	<p>Prospektiivinen kohorttitutkimus potilaista, jotka otettiin akuutisti norjalaisen aluesairaalan lääketieteelliselle osastolle. Potilaita yli 75-vuotiaita, monisairaita ja saivat kotihoidon palveluja.</p> <p>Mukana oli 227 potilasta, joiden keskimääräinen ikä oli 86 vuotta, 134 (59 %) oli naisia ja 59 (26 %) otettiin takaisin 30 päivän kuluessa kotiutuksesta.</p>	<p>Tuloksissa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa takaisinottoasteessa geriatrisella osastolla hoidettujen potilaiden ja muiden lääketieteellisten osastojen välillä. Mukautetuissa Coxin suhteellisten vaarojen regressioanalyysissä alempi ikä, naissukupuoli ja korkeampi MMSE-pistemäärä olivat merkittäviä takaisinoton riskitekijöitä.</p> <p>Tutkijoiden mukaan tämä voi viitata siihen, ettei iäkkäitä muistisairaita potilaita oteta sairaalaan, vaan heidät hoidetaan akuutisti hoivakodeissa.</p>

<p>Wilhelmson, K., Andersson, I., Hammar, T., Westgård, T., Holmquist Henrikson, L. & Dahlin-Ivanoff, S. 2022. Positive effects on activities of daily living one year after receiving comprehensive geriatric assessment – results from the randomised controlled study CGA-Swed. <i>BMC Geriatrics</i> 180. Saatavissa: 10.1186/s12877-022-02862-6 [viitattu 18.9.2022].</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia vaikutuksia hauraiden vanhusien ADL:ään 12 kuukauden kuluttua CGA:n (Comprehensive Geriatric Assessment= kattava geriatrinen arvio) saamisesta.</p> <p>Asiasanat: Activities of daily living; Comprehensive geriatric assessment; Frailty; Hospital care; Intervention.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu interventiotutkimus. Osallistujat olivat hauraita vanhuksia (yli 75-vuotiaita), jotka tarvitsivat osastohoitoa. Osallistujia oli 178, joista 95 kuului kontrolliryhmään ja 83 interventio-ryhmään. Interventio oli CGA, joka suoritettiin geriatrisen hoidon yksikössä sairaalahoidon aikana. CGA sisälsi kattavan arvioinnin lääketieteellisestä, toiminnallisesta, psykologisesta, sosiaalisesta ja ympäristöllisestä tilasta sekä hoidosta, kuntoutuksesta, kotiutumisen suunnittelusta ja seurannasta. Arvioinnissa käytettiin monialaista tiimityötä ja henkilökeskeistä lähestymistapaa. Kontrolliryhmä sai hoitoa tavallisella sairaalan osastolla.</p> <p>Osallistujat haastateltiin, aineisto analysoitiin tilastollisella analyysillä.</p>	<p>Tutkimuksen tulokset osoittavat, että CGA:lla on myönteisiä vaikutuksia hauraiden ikääntyneiden päivittäiseen toimintaan. Heikkokuntoisten iäkkäiden ihmisten ADL-toiminnot paranevat tilastollisesti merkitsevästi vuoden kuluttua kotiuttamisesta, jos he saavat CGA:n sairaalajakson aikana. Pienempi riippuvuus ADL-toimissa lisää heikkojen ikääntyneiden kykyä jäädä omaan asuntoonsa, mikä on tärkeää sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Tutkimus ei kuitenkaan pystynyt osoittamaan mitään vaikutusta itse arvioituun terveyteen ja heikkouteen.</p>
---	---	---	--

Taulukko 6. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun taulukko

Liite 2

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulosten määrä	Valittujen lukumäärä
Finna.fi (8.9.2022)	Kotiutuminen AND ikääntynyt potilas	2015–2022 Kirja, lehti, artikkeli, teksti muu, Pro Gradu työ	13	1
Kaakkuri (9.9.2022)	Elders AND discharge AND physioterap*	2018–2022 Kokoteksti, vertaisarvioitu Aiheet: older people, hospitals, patients	35	1
Pub Med (19.9.2022)	Discharge AND hospital ward	RCT/systematic review Free full text 2017–2022 ikä 65 + ikä 80 +	33	3
Kaakkuri (19.9.2022)	Kotiutuminen AND osasto	Kirja, lehti tai artikkeli 2017–2022	2	1
Käsihaku (26.9.2022)	Physical therapy discharge hospital	2010 2013 2015		4
Kaakkuri (18.10.2022)	Physiotherapist Discharge Patient	2012–2022 kokoteksti vertaisarvioitu Aiheet: humans, aged, hospitals, rehabilitation, research article	56	1

Moniammatillinen yhteistyö ja fysioterapeutin rooli iäkkään potilaan kotiutusprosessissa:

- Miten moniammatillinen kuntoutus osastolla toteutuu?
- Millaisia yhteistyömuotoja fysioterapeutin kanssa on?
- Mitä yhteistyön haasteita on fysioterapeutin kanssa työskentelyssä?
- Mitä hyvää fysioterapeutti tuo moniammatilliseen yhteistyöhön?
- Onko osastolla toteutettava kuntoutus riittävää ja oikea-aikaista?
- Viikonlopun hyödyntäminen? Tällä hetkellä ft töissä ma-pe

Iäkkään potilaan monialainen toimintakyvyn arviointi sairaalahoidossa

- Miten saat tietoa potilaan fyysisestä toimintakyvystä?
- Onko fysioterapeutin toteuttama arviointi riittävää?
- Mitä toivoisit fysioterapeutin suorittamasta toimintakyvyn arvioinnista?
- Onko kirjaaminen selkeää/riittävää?

Fysioterapeutin tehtävät iäkkään potilaan kotiutusprosessissa

- Mitkä ovat fysioterapeutin tehtävät kotiutusprosessissa?
- Miten fysioterapeutti voisi tukea lääkärin/hoitajan työtä kotiutusprosessissa?
- Missä asioissa fysioterapeutti voisi sujuvoittaa kotiutusprosessia

Kotiutumisvalmiuden arviointi fysioterapeutin roolissa

- Missä vaiheessa potilaan hoitajaksoa kotiutumisen suunnittelu alkaa?
- Millaisia suosituksia fysioterapeutti antaa potilaan kotiutumiseen liittyen?
- Miten fysioterapeutti voisi tukea kotiutumisvalmiutta?

Hei,

Olen fysioterapeutti Katja Pohjantähti ja opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa YAMK-tutkintoa Monialaisen toimintakyvyn edistämisen koulutuksessa. Työstän tällä hetkellä opinnäytetyötäni, mikä käsittelee iäkkään sairaalasta kotiutujan kotiutusprosessia fysioterapeutin näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa fysioterapeutin roolin nykytilannetta iäkkään henkilön kotiutusprosessissa sekä selvittää fysioterapeutin roolin kehittämistarpeita kotiutusprosessissa ja moniammatillisessa yhteistyössä hyvinvointialueen neljällä toimintakykyä tukevalla osastolla. Opinnäytetyön tuotoksena laaditaan fysioterapeutin roolin kehittämisehdotukset iäkkään henkilön kotiutusprosessissa ja moniammatillisuudessa.

Moniammatillinen näkemys on työn kannalta tärkeää ja siksi haluaisinkin sinun osallistuvan haastatteluun. Haastattelussa otetaan huomioon anonymiteetti, luottamuksellisuus sekä vapaaehtoisuus. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluna ja etäyhteydellä, Teamsin avulla. Haastattelu tallennetaan ja litteroidaan sekä aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Haastateltaville lähetetään teemat, joita haastattelussa käsitellään. Haastatteluihin varataan aikaa puolituntia.

Opinnäytetyön tietosuojailmoitus ja haastattelun tietoinen suostumuslomake ovat liitteenä.

Jos haluat ottaa osaa opinnäytetyöhöni, otathan yhteyttä sähköpostilla @edu.xamk.fi, niin sovitaan yhdessä sopiva haastattelu-aika.

Ystävällisin terveisin, Katja Pohjantähti

SUOSTUMUSLOMAKE

Liite 5

Opiskelen Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulussa (XAMK) Monialaisen toimintakyvyn edistämisen YAMK-opintoja. Opinnäytetyö käsittelee ikääntyneen henkilön kotiutusprosessin hyviä käytänteitä ja kehittämistarpeita fysioterapeutin näkökulmasta. Haastatteluun ei kerätä henkilötietoja ja haastattelut tallennetaan tutkijan omalla Teams-yhteydellä auki kirjoittamista varten ja tuhoetaan analysoinnin jälkeen. Tutkimuslupa on haettu Päijät-Soten ohjeiden mukaisesti. Lisätietoja voi pyytää opinnäytetyön vastuulliselta tekijältä: Katja Pohjantähti, yhteystiedot

Paikka ja päivämäärä

Suostun haastatteluun,

Annan luvan käyttää haastattelussa saamia tietoja suostumusasiakirjassa kuvattuun työhön

() Kyllä

() Ei

Katja Pohjantähti, Suostumuksen vastaanottaja

Tietosuojailmoitus

(Tietosuojalaki 2018/1050, EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679)

Pyydän sinua osallistumaan Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun (Xamk) opintoihin sisältyvään opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen/selvitykseen tms.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää osallistumisesi koska tahansa. Mikäli keskeytät tutkimuksen tai peruutat suostumuksen, keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tässä tietosuojaselosteessa kuvataan, miten henkilötietojasi käsitellään opinnäytetyössä, mitä oikeuksia sinulla on ja miten voit vaikuttaa tietojesi käsittelyyn.

1. Opinnäytetyön rekisterinpitäjä

Tämän opinnäytetyön rekisterinpitäjä on

Katja Pohjantähti

yhteystiedot

2. Opinnäytetyön suorittajat

Henkilötietoja käsittelee rekisteripitäjä eikä niitä anneta ulkopuoliselle henkilölle.

3. Mihin tarkoitukseen henkilötietojani kerätään ja käsitellään?

Henkilötietoja kerätään opinnäytetyön tutkimushaastattelua varten, eikä niitä anneta ulkopuoliselle henkilölle. Tiedot jäävät ainoastaan rekisterinpitäjän haltuun.

4. Millä perusteella henkilötietojani käsitellään opinnäytetyössä?

Henkilötietoja käsitellään seuraavalla yleisen tietosuoja-asetuksen (EU 679/2016 6.1 a) mukaisella perusteella:

tutkittavan suostumus

rekisterinpitäjän lakisääteisen veloitteen noudattaminen

yleistä etua koskevan tehtävän suorittaminen (tieteellinen tai historiallinen tutkimus tai tilastointi tai aineiston arkistointi) rekisterinpitäjälle kuuluvan julkisen vallan käyttäminen

rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettujen etujen toteuttaminen

5. Opinnäytetyön aihe ja kesto

Opinnäytetyön aihe: Kotiutumisen hyvät käytänteet vuodeosastoilla
-Kehittämissuositukset fysioterapeuteilta

Opinnäytetyön kesto: Työn arvioitu kesto 6/2022–12/2023. Henkilötietoja käsitellään ajanjaksolla 2/2023–4/2023.

6. Mitä tietoja minusta käsitellään?

A. Opinnäytetyössä käsitellään nimi ja yhteystiedot (s-posti, puhelinnumero)

B. Kerätäänkö ja käsitelläänkö opinnäytetyössä arkaluonteisia tietoja?

Opinnäytetyössä ei kerätä ja käsitellä arkaluonteisia henkilötietoja.

7. Mistä lähteistä tietoni kerätään?

Hyvinvointialueen neljältä toimintakykyä tukevalta osastolta.

8. Luovutetaanko henkilötietojani kolmansille osapuolille?

Rekisteristä ei luovuteta tietoja kolmansille osapuolille.

9. Käsitelläänkö tietojani EU:n tai ETA:n ulkopuolella?

Ei käsitellä.

Xamkissa käytetään tallennustilana pilvipalveluita (Teams ja OneDrive). Microsoft saattaa siirtää näihin palveluihin tallennettua tietoa tai niiden varmuuskopioita EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle. Microsoftin tietosuojalauseke on luettavissa osoitteesta: <https://privacy.microsoft.com/fi-FI/privacystatement>

10. Kuinka kauan henkilötietojani säilytetään?

Henkilötietoja säilytetään opinnäytetyön julkaisemisesta yhden kuukauden verran eteenpäin. Tämän jälkeen henkilötiedot hävitetään.

11. Miten henkilötietoni säilytetään ja suojataan?

Henkilötiedot ovat sähköisessä muodossa tutkijan työsähköpostissa, joka on salasanan takana. Henkilötietoja ovat nimi, s-posti ja puhelinnumero.

12. Miten voin käyttää tietosuoja-asetuksen mukaisia oikeuksiani?

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa, johon voi ottaa yhteyttä on:
Katja Pohjantähti
yhteystiedot

a) Suostumuksen peruuttaminen (tietosuoja-asetuksen 7 artikla)

Sinulla on oikeus peruuttaa antamasi suostumus, mikäli henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta suostumuksen perusteella ennen sen peruuttamista suoritetun käsittelyn lainmukaisuuteen.

b) Oikeus saada pääsy tietoihin (tietosuoja-asetuksen 15 artikla)

Sinulla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö henkilötietojasi ja mitä henkilötietojasi käsitellään. Voit myös halutessasi pyytää jäljennöksen käsiteltävistä henkilötiedoista.

c) Oikeus tietojen oikaisemiseen (tietosuoja-asetuksen 16 artikla)

Jos käsiteltävissä henkilötiedoissasi on epätarkkuuksia tai virheitä, sinulla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydennystä.

d) Oikeus tietojen poistamiseen (tietosuoja-asetuksen 17 artikla)

Sinulla on oikeus vaatia henkilötietojesi poistamista tietyissä tapauksissa.

e) Oikeus käsittelyn rajoittamiseen (tietosuoja-asetuksen 18 artikla)

Sinulla on oikeus henkilötietojesi käsittelyn rajoittamiseen tietyissä tilanteissa kuten, jos kiistät henkilötietojesi paikkansapitävyyden.

f) Vastustamisoikeus (tietosuoja-asetuksen 21 artikla)

Sinulla on oikeus vastustaa henkilötietojesi käsittelyä, jos käsittely perustuu yleiseen etuun tai oikeutettuun etuun. Tällöin ammattikorkeakoulu ei voi käsitellä henkilötietojasi, paitsi jos se voi osoittaa, että käsittelyyn on olemassa huomattavan tärkeä ja perusteltu syy, joka syrjäyttää oikeutesi.

Oikeuksista poikkeaminen

Tässä kuvatuista oikeuksista saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa poiketa tietosuoja-asetuksessa ja Suomen tietosuojalaissa säädetyillä perusteilla siltä osin, kuin oikeudet estävät tieteellisen tai historiallisen tutkimustarkoituksen tai tilastollisen tarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

Valitusoikeus

Sinulla on oikeus tehdä valitus erityisesti vakinaisen asuin- tai työpaikkasi sijainnin mukaiselle valvontaviranomaiselle, mikäli katsot, että henkilötietojen käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

13. Tietosuojavastaavan yhteystiedot

Xamkin tietosuojavastaava on Markus Häkkinen. Häneen saa yhteyden sähköpostiosoitteesta tietosuojavastaava@xamk.fi

Työpaja pidetään 25.2023 klo 12–15

Työpajan ohjaaja Katja Pohjantähti

Osallistujat: neljä fysioterapeuttia

Alkuvalmistelut: Kokoustilan seinälle on kiinnitetty neljä isoa pahvia, jotka on otsikoitu sanoilla **ongelmavaihe, ideointivaihe, todentamisvaihe ja jatkotoimenpiteet**. Kolmen ensimmäisen pahvin alaosaan otsikoidaan **ongelmakooste, ideointikooste ja toteuttamisehdotukset**. Kokoustila on muokattu avoimeksi tilaksi, jossa on helppo liikkua pahviseinälle. Kokoustilaan on varattu post-it lappuja ja kyniä sekä munakello aikataulun ylläpitämiseksi. Lisäksi tilaan on varattu kahvia termoskannuun, pullat/sämpylät ja pientä naposteltavaa.

1. **Valmisteluvaihe.** Työpajan alussa osallistujien kesken juodaan kahvit ja tutustutaan toisiin. Työpajan ohjaaja esittelee työpajan tavoitteen ja kulun. Aika 15 min.
2. **Ongelmavaiheessa** osallistujat toimivat alkuun itsenäisesti kirjoittaen post-it lapuille aiheeseen liittyviä ongelmia. Tässä vaiheessa ei ideoida vaan haetaan asioita mitkä aiheessa ärsyttää, harmittaa, haittaa. Työaikaa tähän varataan 20 min. Ongelmat käydään lyhyesti yhdessä läpi, jotta kaikilla on niistä yhteinen ymmärrys. Tämän jälkeen äänestetään, osallistujat pisteyttävät olennaisimmat esitykset. Jokaisella on käytössä kolme pistettä. Pisteet merkataan post-it lappuihin tukkimiehen kirjanpidolla. Työpajan ohjaaja laskee pisteet. Ongelmat voidaan yhdistellä niiden yhdistävien tekijöiden mukaan ja asettaa niille otsikot. Eniten ääniä saaneet ongelmat (3–4 aihetta) kootaan *ongelmakoosteeseen*. Aikavaraus 15 min.
3. **Ideointivaiheessa** työpajan ohjaaja kääntää ongelmaosteeseen aiheet myönteisiksi ideoiksi. Osallistujat ideoivat valittuihin ongelmiin ratkaisuja kirjoittaen ideoita post-it lappuihin. Työpajan ohjaaja kannustaa osallistujia ideoimaan rohkeasti ja ennakkoluulottomasti, ilman ennakoasenteita ja ”ei kuitenkaan onnistu”-ajattelutapaa. Toisten ideoita ei tuomita tai kritisoida. Aikavaraus 20 min. Ohjaaja lukee ideat ennen äänestystä. Jokaisella on käytössä kolme pistettä. Ideat yhdistellään ja asetetaan tärkeysjärjestykseen. Kolme parasta ideaa kootaan ideointikoosteeseen. Aikavaraus 15 min.
4. **Todentamisvaiheessa** osallistujat pohtivat ja keskusteleivat yhdessä kriittisesti ideoiden toteuttamiskelpoisuutta käytännötasolla. Mikä on idean tavoite? Vaatiiko idea rahoitusta? Kuka/Ketkä voivat toteuttaa? Mitä toiminnan aloittaminen vaatii? Minkälaista vastustusta idea voi

aiheuttaa? Osallistujat valitsevat 1–2 toteuttamiskelpoista ideaa ja suunnittelee konkreettiset jatkotoimenpiteet idean toimeenpanemiseksi. Suunnitelma kirjataan seinälle. 40 min.

- 5. Tulevaisuusverstaan päätös ja loppukeskustelu.** Työpajan ohjaaja kertoo, miten vie jatkoideaa opinnäytetyössä esteenpäin. Työpajan ohjaaja kysyy osallistujien tunteita, miten he kokivat työpajatyöskentelyn. Sanallinen palaute työpajasta ja ohjaajan toiminnasta. Mikä hyvää, mikä voisi olla jatkossa toisin. Kiitokset työpajan osallistujille. 30 min.
- 6. Ohjaaja järjestää paikat kuntoon ja kerää taulut talteen.** 10 min.

Tulevaisuusverstaan työohje laadittu Jungk, R. & Müllert, N. 1987. Tulevaisuusverstaat: käsikirja demokratian elvyttämisen mahdollisuuksista -kirjan pohjalta.

Hei,

Opiskelen Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulussa (XAMK) Monialaisen toimintakyvyn edistämisen YAMK-tutkintoa. Opinnäytetyöni käsittelee iäkkään henkilön kotiutumisprosessin hyviä käytänteitä ja kehittämistarpeita fysioterapeutin näkökulmasta.

Tulevaisuusverstaas työpajassa 5/2023 fysioterapeutit ideoivat kehittämissuositusten moniammatillisesta palaverista (kuva 4), minkä tavoitteena on edistää osastolta kotiutuvan iäkkään henkilön kotiutumisprosessia ja moniammatillista yhteistyötä. Kehittämissuositus liittyy fysioterapeutin roolin kehittämiseen moniammatillisuudessa. Kyselyn tarkoituksena on selvittää, onko kehittämissuositus toteutettavissa.

Kysymykset 1–4

1. Onko toimintaehdotus teknisesti toimiva?

kyllä ei

2. Onko toimintaehdotus taloudellisesti kannattava?

kyllä ei

3. Onko toimintaehdotus toteuttamiskelpoinen?

kyllä ei

4. Jos toimintaehdotus ei ole toteuttamiskelpoinen, miten sitä voisi jatkokehittää?