



NEUROLOGISEN ASIAKKAAN ESI- TIETO- JA TUTKIMUSLOMAKE

Tampereen kaupungin avokuntoutuksen
fysioterapeuteille

Maare Keskinen

Kehittämistehtävä
Marraskuu 2015
Neurologisen fysioterapian
erikoistumisopinnot

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ammatilliset erikoistumisopinnot
Neurologinen fysioterapia

KESKINEN, MAARE:
Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake
Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapeuteille

Kehittämistehtävä 57 sivua, joista liitteitä 24 sivua
Marraskuu 2015

Kehittämistehtävänäni oli luoda neurologisten asiakkaiden esitieto- ja tutkimuslomake Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapeuttien työkaluksi. Lomakkeen tarkoituksena on yhtenäistää, selkiyttää ja monipuolistaa neurologisen kuntoutujan toimintakyvyn arviointia osana kuntoutussuunnitelman tekoa ja kuntoutuksen seuranta. Lomakkeeseen on liitetty osittain myös Maailman terveysjärjestön (WHO) julkaisemaa ICF-luokittelua (International Classification of Functioning, Disability and Health) tukemaan ICF-koodiston mukaista kirjaamista lähitulevaisuudessa.

Lomakkeen luomiseen sain apua konsultoimalla ja suullisen, kirjallisen ja sähköisen palautteen kautta Tampereen avokuntoutuksen fysioterapeuteilta, esimiehiltä ja erityisesti Neuron ryhmältä. Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake muotoutui ulkoasultaan Tampereen kaupungin avokuntoutuksessa jo käytetyn tuki- ja liikuntaelinasiakkaiden esitietolomakkeen kaltaiseksi. Sisällön kokosin Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapian Fysioterapiasuunnitelman kirjaamisohjeen, rakenteista kirjaamista tukevien otsikoiden alle, hyödyntäen keskusteluita ja palautetta.

Neurologisten asiakkaiden esitieto- ja tutkimuslomakkeen käyttö alkaa Tampereen kaupungin avokuntoutuksessa mahdollisesti kehittämistehtävän julkaisun jälkeen. Tulevaisuudessa tapahtuvan ICF-koodistojen käyttöönottoa ajatellen lomaketta käyttävien terapeuttien tulee perehtyä tarkemmin kyseisen luokituksen käyttöön.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	NEUROLOGINEN SAIRAUUS JA KUNTOUSTUSTOIMINTA.....	6
2.1	Neurologinen sairaus ja fysioterapia.....	6
2.2	Mitä kuntoutus on ja kenelle se on tarkoitettu?	9
2.3	Kuntoutusjärjestelmä Suomessa	10
2.3.1	Kuvaus kuntoutusjärjestelmästä.....	11
2.3.2	Julkisen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän lääkinällinen kuntoutus	12
2.3.3	Kelan kuntoutusvastuu	12
2.3.4	Muiden tahojen tarjoama kuntoutustoiminta	13
3	NEUROLOGINEN ASIAKAS TAMPEREEN KAUPUNGIN AVOKUNTOUKSEN FYSIOTERAPIASSA	15
3.1	Fysioterapia-arvion teko ja käytettävät toimintakykymittarit.....	15
3.2	Palveluvalikon kuvaus	16
3.3	Kirjaaminen	17
4	TOIMINTAKYVYN KARTOITUS	19
4.1	ICF ja GAS	20
4.2	Esitietojen kerääminen, haastattelu ja tutkiminen	22
4.3	Toimintakykymittarit arvioinnin apuna	22
4.4	Rakenteinen kirjaaminen toimintakykyarvion tukena	24
4.5	Kehittämistuotteena neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiaan.....	26
5	POHDINTA.....	28
	LÄHTEET.....	30
	LIITTEET	34
	Liite 1. Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake.....	34
	Liite 2. 10 metrin kävelytesti.....	37
	Liite 3. 6-minuutin kävelytesti	38
	Liite 4. FAC, kävelyluokitus	41
	Liite 5. Tuoliltanousutesti 5 kertaa.....	42
	Liite 6. Käden puristusvoima	44
	Liite 7. Manuaalinen lihastestaus	46
	Liite 8. Bergin tasapainotesti.....	48
	Liite 9. ABC-asteikko: toiminnallisen tasapainon varmuus.....	50
	Liite 10. FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä	51
	Liite 11. Borgin asteikko	52

Liite 12. Nivelten liikelaajuudet	53
Liite 13. Beightonin yliikkuvuustesti	54
Liite 14. VAS-kipujana	55
Liite 15. PEF-mittaus	56
Liite 16. Thoraxin liikkuvuus	57

1 JOHDANTO

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on luoda neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake (Liite 1) Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapeuteille. Kehittämistehtävän tavoitteena on vakiinnuttaa kyseinen lomake työkaluksi osana neurologisen asiakkaan toimintakyvyn arviota, kuntoutuksen seurantaan sekä kuntoutussuunnitelman tekoa. Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomakkeen tarkoituksena on yhtenäistää, selkiyttää ja monipuolistaa neurologisen kuntoutujan toimintakyvyn arviointia.

Neurologinen sairaus on luonteeltaan usein pitkäaikainen ja kuntoutussuunnitelman avulla kuntoutuksen tavoitteet saavutetaan usein parhaiten. Kuntoutussuunnitelman laatiminen on hoidosta vastaavan tahon vastuulla. (Kotila & Palomäki 2006, 602-603.)

Tampereen kaupungin alaisen avokuntoutuksen fysioterapian toimipisteet sijaitsevat Oriveden terveysasemalla, Tammelakeskuksessa, Hatanpään terveysasemalla, Hervannan terveysasemalla, Linnainmaan terveysasemalla ja Tipotien terveysasemalla. Uudet neurologiset asiakkaat saapuvat fysioterapiaan terveysasemien omalääkärien läheteellä. Fysioterapia-arvio laaditaan 1-3 vuodeksi asiakkaan statuksen ja tavoitteiden mukaisesti, kuntoutussuunnitelma uusitaan vähintään kolmen vuoden välein tai tarvittaessa useammin. (Fysioterapia-arvioiden lähetekäytäntö 2015.)

Toimintakyky koskettaa jokaista. Arjen sujuessa hyvin ei toimintakykyyn tarvitse kiinnittää huomiota, jokainen kuitenkin kohtaa jossakin elämänsä vaiheessa toimintakyvyn haasteita esimerkiksi sairauden, vamman tai viimeistäänkin ikääntymisen aiheuttamina toimintakyvyn muutoksina. Ympäristömuutoksilla, apuvälineillä ja palveluilla pyritään vähentämään näiden muutosten vaikutuksia. Toimintakyvyn arvioinnin tulosten perusteella tehdään useat yhteiskunnan palvelu-, etuisuus- ja kuntoutuspäätökset. Tämän vuoksi toimintakyvyn mittaaminen tulee toteutua pätevillä ja luotettavilla menetelmillä yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti. (Valkeinen & Anttila 2014, 5.)

2 NEUROLOGINEN SAIRAUS JA KUNTOUTUSTOIMINTA

Neurologiset sairaudet ovat luonteeltaan usein pitkäaikaisia tai pysyviä, ne voivat aiheuttaa muun muassa halvauksien sekä liike-, puhe- ja hahmottamishäiriöiden lisäksi myös tunne-elämän ja persoonallisuuden muutoksia. Oireina neurologisissa sairauksissa voi esiintyä esimerkiksi lihasheikkoutta sekä muita motorisia säätelyhäiriöitä, kohtauksellisia tiloja, aistien toimintahäiriöitä, muistihäiriöitä, unihäiriöitä ja kiputiloja. Kesushermostovaurion sijainti ja laajuus määrittävät oireiden laadun, vaikeusasteen ja jäljellejäävän toimintatason. (Kotila & Palomäki 2006, 602.)

Sillanaukee, Nyfors, Palola & Tiainen (2015, 16-17) ottavat esille, että kuntoutusta ei ole kaikki hyvinvointia ja toimintakykyä tukeva ja edistävä toiminta. Kuntoutukseen liitettäviä ominaispiirteitä ovat suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, toiminnallisuus, intensiivisyys, kokonaisvaltaisuus, prosessimaisuus, pitkäjänteisyys, toiminnan seuranta ja tavoitteiden toteutumisen arviointi. Työ- ja toimintakyvyn heikentymistä ehkäisevät toimet ovat kuntoutuksessa aina etusijalla. Kuntoutusresurssit ovat rajalliset, vaikka tarve on rajaton. Sen vuoksi esimerkiksi syrjäytymiseen johtavaan polkuun tulisi pystyä puuttumaan ennakolta, ennen kuntoutustarpeen syntymistä.

Kuntoutussuunnitelman avulla saavutetaan parhaiten kuntoutuksen tavoitteet. Potilaan hoidosta vastaavalle taholle kuuluu vastuu kuntoutussuunnitelman laatimisesta. Kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistuu asiakkaan lisäksi moniammatillisesti koko kuntoutuksesta vastaava työryhmä. (Kotila & Palomäki 2006, 602-603.)

2.1 Neurologinen sairaus ja fysioterapia

Merkittävimpiä kuntoutusta vaativia neurologisia sairauksia tai oireita ovat aivotraumojen jälkitilat, aivoverenkiertohäiriöt, aivotulehdus, Parkinsonin tauti, MS-tauti, lihassairaudet, afasia ja epilepsia. (Kotila & Palomäki 2006, 603.)

Voidaan puhua aivovammasta, mikäli päähän kohdistuneen iskun seurauksena henkilöllä esiintyy tajunnan menetystä, muistin menetystä tai ohimenevä tai pysyvä hermoston oire. Toipumisen kannalta tärkeitä tekijöitä ovat asiakkaan ikä, mahdollinen veren hyytymistä estävä hoito ja kallonmurtuman merkit. Nopeisiin vammautuneen tilan muutok-

siin voi päävamman yhteydessä vaikuttaa kallon sisäinen verenvuoto, joka on vakava tila. Parhaiten aivovammoja voidaan ehkäistä vaikuttamalla ikäihmisten kaatumistapaturmiin, ehkäisemällä liikenneturmia, käyttämällä pyöräilykypärää ja turvavöitä sekä vähentämällä alkoholin käyttöä. Aivovammapotilaan fysioterapiassa sovelletaan oirekuvan mukaisia yleisiä kuntoutusmenetelmiä (Koskinen & Turkka 2009, 262). (Saarelma 2015.)

Aivohalvauksessa aivokudosta tuhoutuu äkillisesti aivovaltimon tukkeutumisen tai vuodon seurauksena. Valtimon tukkeuma aikaansaa hapenpuutteen sen verisuonitusalueelle, joka aiheuttaa tämän aivoalueen kuolion eli infarktin. Verenvuodossa taas vuotanut veri aikaansaa painetta ympäröivälle alueelle, josta seuraa lähellä olevan hermokudoksen toiminnan häiriintyminen. Tämän lisäksi vuotavan suonen alueen verenkierto vähenee. Aivohalvaus tulee yleensä äkisti ja sen tyypillisimpiä oireita ovat toisenpuoleinen toisen tai molempien raajojen toimintahäiriö, mukana usein tunto- ja puheentuoton häiriöitä. (Atula 2015a.)

Kauhasen (2009, 244) mukaan fysioterapialla on keskeinen merkitys aivoverenkierto-häiriöpotilaan toimintakyvyn palauttamisessa. Fysioterapian tavoitteena on saavuttaa mahdollisimman normaali liikkuminen ja itsenäinen toimintakyky symmetrisen, kaksipuolisen kehonkuvan palautumisen ja motoristen taitojen uudelleenoppimisen kautta. Toipumiseen pystytään vaikuttamaan fysioterapian intensiteetillä.

Aivohalvauksen jälkeisessä toipumisessa myös omalla aktiivisuudella on tärkeä rooli ja päivittäinen aktiivinen harjoittelu avainasemassa hyvän toipumisen kannalta, korostaa Atula (2015a). Fysioterapiassa harjoitellaan tasapainoa sekä raajojen ja lihasten toimintaa. Usein lihasvoiman kohentamisen lisäksi tarvitaan virheellisten asentojen ja liikkeiden korjausta.

”Aivotulehdus eli enkefaliitti on yleensä viruksen aiheuttama sairaus.” - aloittaa Lumio (2014). Sen oireita ovat tyypillisimmin kuumeen ja muiden infektio-oireiden lisäksi tajunnan tilan ja ympäristön ymmärtämisen häiriöt, persoonallisuuden muutokset tai äkilliseen kuumetautiin liittyvä halvaus.

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä liikehäiriösairaus, jonka tyypillisimmät oireet ovat vapina, liikkeiden hidastuminen ja lihasjäykkyys. Lähes aina Parkinsonin taudissa oireet

esiintyvät ensin raajoissa toispuolisesti, muuttuen ajan mittaan molemminpuolisiksi. Elintavoilla ei voida vaikuttaa sairauden etenemiseen, mutta säännöllisellä liikunnalla voidaan vähentää siitä aiheutuvia haittoja. Liikuntaharjoitteluun kannattaa sisällyttää tasapainoa ja lihaskuntaa kohentavia harjoitteita. Fysioterapialla voidaan lisätä kehon liikkuvuutta, vähentää kenties kaatumisriskiä ja auttaa arjessa- ja kotonaselviytymisessä. (Atula 2015b.)

Keus, Munneke, Graziano, Paltamaa, Pelosin, Domingos, Brühlmann, Ramaswamy, Prins, Struisma, Rochester, Nieuwboer ja Bloem (2014, 32) linjaavat Eurooppalaisessa parkinsonpotilaan fysioterapiasuosituksessa parkinsoniasiakkaan fysioterapiassa korostuvan viisi tärkeää osa-aluetta; fyysinen toimintakyky, siirtymiset, manuaaliset toiminnot, tasapaino ja kävely. Lisäksi fysioterapialla pyritään tukemaan hengitystoimintoja ja kivunhallintaa. Parkinsoniasiakkaan fysioterapian tavoitteiden määrittämisessä tulee huomioida yksilötekijöiden ohella myös sairauden vaihe.

MS-tauti on liikunta- ja toimintakykyyn vaikuttava autoimmuuni keskushermoston sairaus. Taudin oireet johtuvat paikallisista tulehdusmuutoksista aivoissa, selkäytimessä sekä näköhermoissa ja oirekuva riippuu siitä, missä aivojen osassa keskushermostoa tulehdusalue on. Oireita esiintyy eri puolilla kehoa useiden tulehduspesäkkeiden vuoksi. Alkuvaiheessa yleisimmät oireet ovat toispuolinen näön hämärtyminen sekä raajojen tuntoaistin häiriintyminen. MS-tauti on erittäin monimuotoinen. Oireissa tyypillisintä on aluksi aaltomaisuus, joka vuosien saatossa muuttuu usein tasaiseksi, hitaasti eteneväksi toiminta- ja liikuntakyvyn heikentymiseksi. Liikunta pitää yllä MS-kuntoutujan lihaskuntaa ja tasapainoa sekä vaikuttaa myönteisesti MS-taudin oireisiin ja on siksi oleellinen osa itsehoitoa (Atula 2015c, Ruutiainen & Alaranta 2009, 322-323). Liikunnan lisäksi sairauden tuomiin hankaluuksiin voidaan tarvittaessa puuttua kuntoutuksella. (Atula 2015c.)

MS-taudin aiheuttaessa liikunta- ja tasapainoelinvaikeuksien, aloitetaan viimeistään säännöllinen fysioterapia. Ohjaava fysioterapiasarja riittää parempikuntoisille, vaikeasti vammaisen sen sijaan tarvitsee fysioterapiaa useita kertoja viikossa. Apuvälinetarvetta arvioidaan sairaalassa, terveyskeskuksessa tai fysioterapeutin vastaanotolla. (Ruutiainen & Alaranta 2009, 322.)

Hartikainen & Herttolin (2013, 32-36) kertovat MS-kuntoutujilla toteutetusta tutkimuksesta, jossa vertailtiin aktiivisen harjoittelun ja sähköärsytyksen vaikutuksia nilkkoja liikuttavien lihasten sähköiseen aktivaatioon ja kävelyyn. Kyseessä oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, johon valittiin 40 MS-tautia sairastavaa henkilöä, jotka osallistuivat vähintään 17 vuorokautta kestäväälle yksilölliselle kuntoutusjaksolle tai MS-kuntoutuskurssille. Molemmilla tutkimusryhmillä oli ohjelmassaan normaali kuntoutukseen kuuluva ryhmämuotoinen ohjelma ja yksilöterapiat tutkimukseen sisältyvien mitausten ja fysioterapiamenetelmien lisäksi, joita toteutettiin joka toinen päivä. Sekä sähköärsytyksen että aktiivisen harjoittelun todettiin vaikuttavan myönteisesti MS-kuntoutujan nilkan koukistajalihasten sähköiseen aktiviteettiin ja kävelykykyyn, ryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa.

Lihastaudeissa häiriö on itse lihaskudoksessa. Useimmin lihassairaus alkaa vähitellen, hitaasti kehittyvänä lihasheikkoutena ja on luonteeltaan krooninen. Lihaskudos voi surkastua hiljalleen, joka usein näyttäytyy lihaksen pienenemisenä ja voiman heikentymisenä. Toisaalta lihaksen koko voi myös kasvaa lihaskudoksen korvautuessa rasvakudoksella. (Atula 2015d.)

2.2 Mitä kuntoutus on ja kenelle se on tarkoitettu?

Kotila & Palomäki (2006, 602) kirjoittavat, että kuntoutus nähdään tavoitteellisena ja määräaikaisena prosessina, jonka tarkoituksena on auttaa vammaista henkilöä saavuttamaan paras mahdollinen fyysisen, sosiaalisen ja älyllisen toimintataso, jolla hän saa keinot oman elämänsä muuttamiseen. Kuntoutus jaetaan perinteisesti lääkinnälliseen, kasvatukselliseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen.

Kuntoutustarve riippuu tavoitteista ja tarkoituksista, joita kullekin kuntoutusmuodolle on asetettu, sitä ei siis voida pitää yhtenäisenä käsitteenä. On huomioitava asiakkaan tavoitteet, kuntoutuspalveluiden sekä muiden samankaltaisten palveluiden tarve kuntoutumisen toteutumisen tukemiseksi. Kuntoutusoikeus on eri osajärjestelmissä ratkaistu eri tavoin; oikeus voi olla subjektiivinen edellytykset täyttävälle, syntyä palvelutarvearvioinnin perusteella tai siihen voi vaikuttaa käytettävissä olevat määrärahat. Tärkeä on tietää, onko henkilöllä lainsäädännön tai erikseen määriteltyjen kriteerien perusteella oikeus kuntoutuspalveluihin vai ratkaisevatko resurssit. (Sillanaukee ym. 2015, 16-17.)

Avokuntoutus nähdään monipuolisena mahdollistajana, koska kuntoutus on mahdollista liittää paremmin kuntoutujan omaan arkeen. Kuntoutus ei myöskään jää kertaluonteiseksi ja sillä on mahdollista rakentaa arkeen pysyvä muutos oppimisprosessin avulla. Avokuntoutus nähdään myös kustannustehokkaana, kun kuntoutukseen suunnattu rahoitus pystytään kohdentamaan itse toimintaan eikä laitospaikkaan. (Sillanaukea ym. 2015, 16-17.)

2.3 Kuntoutusjärjestelmä Suomessa

”Hyvinvoiva väestö on menestyvän yhteiskunnan perusta, ja talouden kestävä pohja perustuu yhä enemmän väestön työllisyyteen, terveyteen ja toimintakykyyn.” - aloittavat Sillanaukea ym. (2015, 7) tilannekatsauksensa monialaisesta kuntoutuksesta. Työuria pyritään pidentämään ja väestö ikääntyy, mutta kuntoutuksen asema on silti suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa syrjäisessä asemassa. Väestörakenteen ja yhteiskunnallisen tilanteen muuttuessa väestön kuntoutustarpeet muuttuvat ja kuntoutus voidaankin nähdä täydentävänä muotona muille yhteiskunnan toimintamuodoille.

On kuitenkin vaikea vetää raja siihen, mikä nähdään kuntoutuksena ja mikä ei. Sen funktiot liittyvät fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kohentamiseen, sekä myös työkyvyn parantamiseen ja työhönpaluun edistämiseen. Kuntoutuksen kriteerit vaativatkin uutta pohdintaa muuttuvan yhteiskunnan vuoksi. Merkittävä edistysaskel tehtiin vuoden 2014 alusta, jolloin Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntämisperusteita muutettiin niin, että ihmisen kokonaiselämäntilanne ja siihen vaikuttavat asiat huomioidaan entistä paremmin kuntoutusta myönnettäessä. (Sillanaukea ym. 2015, 7.)

”Suomessa on kymmeniä tuhansia neurologisia sairauksia sairastavia henkilöitä, joilla on jonkinlainen kuntoutuksen tarve.” - aloittavat Talvitie, Karppi & Mansikkamäki (2006, 354). Sairaudet aikaansaavat usein vakavia ongelmia fyysisiin ja psyykkisiin toimintoihin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen. Neurologisista sairauksista saatu lisätieto ja uudet tutkimustulokset ovat muovanneet myös fysioterapiamenetelmiä viime vuosikymmenten aikana. (Talvitie ym. 2006, 354-357.)

2.3.1 Kuvaus kuntoutusjärjestelmästä

Kuntoutuksen järjestämistä koskevaa työnjakoa ja ohjausvelvollisuutta sisältävät periaatteet sisältyvät eri organisaatioiden toimintaa sääteleviin lakeihin. Niiden tavoite on varmistaa, että kuntoutusprosessi etenee katkeamatta. Kuntoutusjärjestelmä näyttäytyy kuntoutujalla siitä huolimatta usein monimutkaisena. (Peltonen 2013, 8.)

Suomessa kuntoutuspalveluja tuottavat sekä julkiset, yksityiset että kolmannen sektorin toimijat. Kuntoutusjärjestelmä koostuu useista erillisistä, suhteellisen itsenäisistä osajärjestelmistä, jossa kuntoutusvastuu jakaantuu eri tahoille ja rahoitus toteutuu eri tavoin. Myös kuntoutusoikeus määräytyy eri tavoin näissä osajärjestelmissä. Kuntoutusjärjestelmän kuvaus itsenäisenä kokonaisuutena on haastavaa sen liittyessä useille yhteiskuntapolitiikan alueille. Vuonna 1991 toteutettiin kuntoutusta koskevan lainsäädännön kokonaisuudistus, jossa kunkin tahon omassa lainsäädännössä säädetään tahojen kuntoutustehtävistä, kuntoutuksen vastuunjaosta ja rahoituksesta. Julkisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä tämä tarkoittaa kuntoutuspalveluiden järjestämistä palvelutarpeen perusteella. Kuntoutusetuuksien myöntäminen perustuu sosiaalivakuutusjärjestelmissä kuntoutustarpeeseen ja laissa säädettyihin kriteereihin ja muutoksenhakuelimet arvioivat etupäätöksiä. Muun muassa Kelan harkinnanvarainen kuntoutus, Valtionkassan veteraanikuntoutus sekä työ- ja elinkeinohallinnon palvelut, tarjotaan harkinnanvaraisina ja määrärahasidonnaisina palveluina. Lakisääteisiä kuntoutuspalveluja ja -etuuksia täydentää järjestöjen kuntoutustoiminta. (Sillanaukee ym. 2015, 8.)

Perinteisesti kuntoutusjärjestelmää on jäsennetty jakamalla se neljään eri toiminnan osa-alueeseen: Lääkinnällinen kuntoutus katsotaan yksilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviksi toimenpiteiksi, jotka ovat käynnistyneet lääketieteellisten tutkimusten pohjalta. Tällöin voidaan puhua myös toimintakykyä tukevasta ja parantavasta kuntoutuksesta. Ammatillisella kuntoutuksella tähdätään henkilön mahdollisuuksiin säilyttää tai saada hänelle soveltuva työ tukitoimenpiteiden avulla. Sosiaalisessa kuntoutuksessa parannetaan yksilön sosiaalista toimintakykyä. Kasvatuksellisella koulutuksella tuetaan esimerkiksi vammaisen henkilön kasvatusta ja koulutusta, sisältäen vaadittavat erityisjärjestelyt. (Sillanaukee ym. 2015, 8-9.)

2.3.2 Julkisen sosiaali- ja terveystalvuljärjestelmän lääkinällinen kuntoutus

Lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä päävastuu on julkisella terveydenhuollolla. Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus, johon kuuluvat kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, asiakkaan toiminta-, työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, terapiat, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa. Kunnan vastuulla on myös lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelu sekä kuntoutuspalveluiden ohjaus ja seuranta. Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus on Kelan vastuulla. Lääkinällinen kuntoutus määräytyy aina yksilöllisesti arvioidun kuntoutustarpeen pohjalta. (Sillanaukee ym. 2015, 9.)

Lääkinällistä kuntoutusta koskevat päätökset julkisessa terveydenhuollossa ovat hoitopäätöksiä, joihin ei voi valittamalla hakea muutosta. Hoitopäätökseen tyytymätön voi kuitenkin tehdä kantelun valvovalle viranomaiselle tai muistutuksen hoitoyksikölle. Lääkinällistä kuntoutusta koskee myös hoitoon pääsyä turvaava lainsäädäntö. (Sillanaukee ym. 2015, s. 9.)

2.3.3 Kelan kuntoutusvastuu

Kelan kuntoutusjärjestämisvastuu koskee alle 65-vuotiaita vaikeavammaisia, joille se järjestää lääkinällistä ja ammatillista kuntoutusta sekä korvaa kuntoutuspsykoterapiaa läkisääteisen järjestämisvelvollisuutensa perusteella. Lääkinällisenä kuntoutuksena Kela järjestää yksilö- ja ryhmämuotoisesti toteutettavaa avoterapiaa, monimuototerapiaa, päiväkuntoutusta sekä laitos- ja avomuotoisesti toteutettavia kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja ja yksilöllisiä kuntoutusjaksoja (Peltonen, 2013, 10). Laaja-alaisuus ja tavoitteellisuus korostuvat ja niitä vaaditaan kaikissa kuntoutustoiminnoissa (Huusko 2013, 5). Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus on vuoden 2016 alusta muuttumassa vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi, jolloin myös kuntoutuksen myöntämisedellytykset määritellään uudelleen. (Sillanaukee ym. 2015, 10.)

Kela ei järjestä lääkinällistä kuntoutusta julkisessa laitoshoidossa oleville tai sairaanhoitoon välittömästi liittyvää lääkinällistä kuntoutusta. Kuntoutuspalvelut se ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta. Kela järjestää myös ammatillista kuntoutusta työkyvyn

tukemiseksi tai parantamiseksi, jolloin sairauden tai vamman lisäksi arvioidaan yksilön kokonaistilannetta. (Sillanaukee ym. 2015, 10.)

Harkinnanvaraista kuntoutusta, johon kuuluu muun muassa kuntoutus- ja sopeutumismennuskursseja, yksilöllisiä kuntoutusjaksoja sekä ammatillisesti syvennettyä lääketieteellistä kuntoutusta ja työkykyä ylläpitävää ja parantavaa valmennusta, Kela järjestää eduskunnan vuosittain myöntämällä määrärahalta. Tähän harkinnanvaraiseen kuntoutukseen ei ole lakisääteistä oikeutta. (Sillanaukee ym. 2015, 10, Peltonen 2013, 9.)

2.3.4 Muiden tahojen tarjoama kuntoutustoiminta

Työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi sekä työ- ja ansiokyvyn kohentamiseksi työeläkelaitokset järjestävät ammatillista kuntoutusta työelämään vakiintuneille työntekijöille ja yrittäjille, joilla on työkykyä uhkaava lääketieteellisesti todettu sairaus, vamma tai vika. Järjestettävä kuntoutus voi olla kuntoutusneuvontaa, työkokeiluja, työhön valmennusta, työhön tai ammattiin johtavaa koulutusta ja tukea elinkeinotoiminnan harjoittamiseen sekä korvataan työssä tarvittavia välineitä ja kuntoutuksesta aiheutuvia kustannuksia. (Sillanaukee ym. 2015, 11.)

Työtapaturmasta tai ammattitaudista johtuvaa työ- ja toimintakykyyn liittyvää kuntoutusta korvaavat tapaturmavakuutuslaitokset. Uudessa työtapaturma- ja ammattitautilaisessa sairaanhoidon käsite yhtenäistyy terveydenhuoltolain sairaanhoidon käsitteen kanssa, jonka seurauksena tällä hetkellä työ- ja toimintakykykuntoutuksena korvattava lääkinnällinen kuntoutus on jatkossa tapaturmavakuutuksessakin osa sairaanhoitoa. Jatkossakin ammatillisena kuntoutuksena korvataan esimerkiksi kuntoutustutkimuksia, työ- ja koulutuskokeiluja, työhönvalmennusta, koulutusta työhön tai ammattiin, työssä tarvittavia apuvälineitä ja opiskelusta aiheutuvia kustannuksia. Lisäksi työmatkoilla tarvittavan kulkuneuvon hankintaan ja ammatin harjoittamisen tukemiseksi voidaan myös hakea avustusta. (Sillanaukee ym. 2015, 11-12.)

Liikennevahingosta johtuvaa ammatillista sekä työ- ja toimintakykyyn liittyvää kuntoutusta korvaavat liikennevakuutusyhtiöt. Vakuutusyhtiöt korvaavat täyskustannusvastuun mukaisesti kokonaan julkiselle palveluntuottajalle aiheutuvat lääkinnällisen kuntoutuksen kustannukset. (Sillanaukee ym. 2015, 12.)

Lääketieteellisesti todetun vamman tai sairauden vähentämien mahdollisuuksien vuoksi saada työtä, säilyttää työ tai edetä töissä, voidaan tarjota julkisia työvoimapalveluja ammatillisena kuntoutuksena työ- ja elinkeinotoimiston asiakkaille. Ne ovat harkinnanvaraisia palveluja ja täydentävät muiden toimijoiden järjestämää ammatillista kuntoutusta. Julkisten työvoimapalveluiden suunnittelusta, kehittämisestä ja toteuttamisesta vastaa Työ- ja elinkeinoministeriö. (Sillanaukee ym. 2015, 12.)

Valtiokonttorin järjestämän veteraanikuntoutuksen tavoitteena on, että veteraanit saavat suunnitelmallista kuntoutusta vuosittain. Sotainvalidien vuosittainen kuntoutus ja 2-4 viikon laituskuntoutusjakso määräytyy haitta-asteen perusteella. Sillanaukee ym. (2015, 12-13) kertovat, että ”Sotainvalideilla on subjektiivinen oikeus kuntoutukseen”. Valtiokonttorin kustantamaa avokuntoutusta on mahdollista saada vuosittain enimmillään 30 kertaa ja vuodesta 2011 lähtien kuntoutusmäärärahasta on myönnetty myös kotiin vietäviä kunnallisia avopalveluita. Myös sotainvalidien puolisoilla, rintamaveteraanien avio- puolisoilla ja soteleskillä on oikeus kuntoutukseen. Veteraanikuntoutukseen hakeudutaan terveyskeskuksien kautta, jotka voivat järjestää kuntoutuksen itse tai ostaa yksityiseltä palveluntuottajalta.

Kolmannen sektorin toimijat toteuttavat kuntoutus- ja sopeutumisvalmennustoimintaa muun muassa hankerahoituksella ja Raha-automaattiyhdistyksen tuella. (Sillanaukee ym. 2015, 13.)

3 NEUROLOGINEN ASIAKAS TAMPEREEN KAUPUNGIN AVOKUNTOUTUKSEN FYSIOTERAPIASSA

Uudet neurologiset asiakkaat saapuvat Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiaan terveystasemien omalääkärien läheteellä (Fysioterapia-arvioiden lähetekäytäntö 2015). Laitoksesta kotiutumisen yhteydessä voidaan fysioterapia-arvion tekeminen aloittaa jo ennen omalääkäriin lähetettäkkin, jolloin omalääkäriin tulee hyväksyä tehty suunnitelma jälkikäteen. Omalääkäriin lähetteen tarvitsevat myös erikoissairaanhoidosta tai kuntoutusjaksolta kotiutuneet asiakkaat, vaikka kuntoutussuunnitelmapyyntö olisi tehty alullepanevassa yksikössä. (Fysioterapian palvelulinja: Neurologinen kuntoutuja 2015).

Kuntoutussuunnitelma uusitaan 3 vuoden välein, ellei toimintakyvyssä tapahdu merkittäviä muutoksia tätä ennen. Fysioterapia-arvion voi laatia 1-3 vuoden ajalle asiakkaan statuksen ja tavoitteiden mukaisesti. Uusintafysioterapia-arvio käynnistyy hoitavan terapeutin palautteesta. (Fysioterapia-arvioiden lähetekäytäntö 2015.)

3.1 Fysioterapia-arvion teko ja käytettävät toimintakykymittarit

Fysioterapia-arvion tekoa varten asiakkaan toimintakykyä voidaan Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiassa arvioida tarvittaessa n. 1-10 kertaa. Arviokerrat sisältävät haastattelua, tutkimista, neuvontaa ja fysioterapiasuunnitelman teon. Suunnitelma sisältää omatoimisen harjoittelun sekä yksilö- ja ryhmäterapiasuunnitelman kirjaamisen osaksi fysioterapiasuunnitelmaa.

Suvi Manninen (2014) käsitteli toimintakykymittareiden käyttöä Tampereen kaupungin avokuntoutukseen Neurologisen fysioterapian erikoistumisopintojen kehittämistehtävässä Neurologisen kuntoutujan toimintakyvyn arviointi ja toimintakykymittareiden käyttö Tampereen kaupungin avokuntoutuksessa. Seurauksena tälle Tampereen kaupungin avokuntoutuksessa tehtiin tarkempi linjaus neurologisilla asiakkailla suosittavista toimintakykytesteistä keväällä 2015. Tällöin päätetyt mittarit ovat: 10 metrin kävelytesti (Liite 2), 6-minuutin kävelytesti (Liite 3), FAC kävelyluokitus (Liite 4), Tuoliltanousutesti 5 kertaa (Liite 5), Käden puristusvoima (Liite 6), Manuaalinen lihastestaus (Liite 7), Bergin tasapainotesti (Liite 8), ABC-asteikko: toiminnallisen tasapainon varmuus

(Liite 9), FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä (Liite 10), Borgin asteikko (Liite 11), Nivelten liikelaajuudet (Liite 12), Beightonin yliliikkuvuudesta (Liite 13), VAS-kipujana (Liite 14), PEF-mittaus (Liite 15) ja Thoraxin liikkuvuus (Liite 16).

Lisäksi avokuntoutuksessa on tehty toimintakykyjaottelu fysioterapia-arvion tueksi. Tämä jaottelu sisältää kolme toimintakykyyn pohjautuvaa ryhmää ja kuvauksen kunkin ryhmän fysioterapiakuntoutuksen sisällöstä.

3.2 Palveluvalikon kuvaus

Jokaisen asiakkaan kohdalla kuntoutuspalveluiden tarve ja käyttöaste arvioidaan yksilöllisesti. Palveluvalikkoon kuuluu neuvontaa, itsenäistä harjoittelua fysioterapiayksiköissä, ryhmäterapiaa, yksilöterapiaa joko omana toimintana tai ostopalveluna (sisältää lausunnon fysioterapian tarpeesta), KELAn ostopalveluna, apuvälinepalvelut, lausunnon asunnonmuutostyön tarpeesta ja seurannan. (Fysioterapian palvelulinja: Neurologinen kuntoutuja 2015.)

Omana toimintana tuotettava yksilöfysioterapia Tampereen alueella sisältää pääsääntöisesti terapiasarjat 20 kertaa tai sen alle. Tästä poikkeuksena Oriveden terveyskeskus, jossa toteutetaan omana toimintana pääsääntöisesti kaikki neurologisten asiakkaiden fysioterapiasarjat kertamääristä riippumatta. Yksilöterapiassa korostuvat kehonhallinnan ohjaus ja aktiiviset kuntoutusmenetelmät, sisältäen tarkan fysioterapeuttisen tutkimisen ja tähän pohjautuvan yksilöllisen kotiharjoittelun, jonka asiakas saa kirjallisena. Harjoittelun vaikutusta seurataan tavoitteenmukaisin 1-6 viikon välien toteutuvien seuranta-käynnein. (Fysioterapian palvelulinja: Neurologinen kuntoutuja 2015 & Aikuisten fysioterapia omana toimintana 2014.)

Itsenäinen harjoittelu toteutuu omana toimintana yksilöllisen harjoitteluohjelman mukaisesti fysioterapeutin valvonnassa. Harjoittelujakso kestää Tampereella n.1-3kk, jonka aikana toteutuu myös seuranta ja tarvittaessa harjoitusohjelman uudistaminen. Orivedellä itsenäisen harjoittelun ryhmässä käydään n. 4kk:n ajan. Vain neurologisille asiakkaille tarkoitettuja ryhmiä ovat Neuron voimaa ja venyttelyä - sekä Neuron kuntoryhmät, joissa harjoitetaan pääasiassa toimintakykyä ja tasapainoa (Aikuisten fysioterapia omana

toimintana 2014). Neuron kuntoryhmässä kuntoutujat harjoittelevat yksilöllisesti laaditun harjoitusohjelman mukaisesti (Neuron kuntoryhmä 2015). Neuron voimaa ja venyttelyä-ryhmässä harjoittelu toteutuu kiertoarjoitteluna, sisältö on venyttelypainotteista (Neuron voimaa ja venyttelyä 2015). Ryhmävalintaa ohjaa toimintakykyjaottelu (Neuron kuntoryhmä 2015, Neuron voimaa ja venyttelyä 2015).

Tampereen kaupungin alueella fysioterapia ostetaan, mikäli tarve ylittää 20 kertaa vuodessa, tarpeellista kuntoutuspalvelun muotoa ei omana toimintana ole saatavilla tai resurssit eivät riitä kuntoutuksen tuottamiseen. Allasterapiat ja muut erikoisterapiat tuotetaan Tampereella ostopalveluna, Orivedellä toimii neurologisten allasterapiaryhmä. Fysioterapia voidaan ostaa kotikäynteinä silloin, kun omassa toimintaympäristössä harjoittelu on tuloksellisempaa tai kun vastaanotolla käyminen aiheuttaa asiakkaalle kohtuuttomia vaikeuksia.

AVH-asiakkaiden tehostettu 1-20 kerran fysioterapia toteutetaan omana toimintana hoivastuun siirryttyä terveystalokselle. Tänä aikana suunnitellaan aktiivisen fysioterapian sisältö, laaditaan fysioterapiasuunnitelma ja luodaan tarvittavat yhteydet muuhun palveluverkostoon. Mikäli terapia on tuloksellista, ostetaan asiakkaalle yksilöterapiaa 1-3 vuodeksi, vuosittain tehtävän kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Ylläpitävää yksilöllistä fysioterapiaa voidaan tarvittaessa ostaa, mikäli heikentynyt toimintakyky uhkaa kotona selviytymistä.

Toimintakyvyltään päivittäisissä toiminnoissa ja perusliikkumisessa täysin itsenäisesti selviytyvien neurologisten asiakkaiden fysioterapian sisältö painottuu itsehoidon ohjaukseen. Tällöin asiakas saatetaan tietoiseksi kolmannen sektorin tuottamista liikunta- ja palveluista, terveydenhuollon palveluista ja apuvälineistä. Asiakas voi tarvittaessa varata ajan fysioterapeutin ohjauksikäynnille kerran vuodessa ilman lääkärin lähetettä. (Toimintakykyjaottelua fysioterapia-arvioiden tueksi 2015.)

3.3 Kirjaaminen

Tampereen kaupungin perusterveydenhuolto on liittynyt valtakunnalliseen Potilastiedon arkistoon, Kantaan. Neurologisen asiakkaan fysioterapiasuunnitelman kirjaamisohje toteutuu rakenteisessa muodossa valittujen otsikoiden alle.

Näitä otsikoita ovat: *Hoidon syy*, jonka alle kirjataan ICPC2-koodilla hoitoon hakeutumisen syy sekä tarvittaessa vapaata tekstiä. *Esitiedot*, johon kuuluu sairaustiedot, diagnoosin saamisen ajankohta, subjektiiviset oireet, sairauden kulku, tieto suvussa esiintyneistä sairauksista, sosiaalinen tilanne lyhyesti, hoitovastuutaho, edellisen suunnitelman sisältö lyhyesti, palautteesta terapian tulokset ja oma aktiivisuus (terapiatilanteessa ja kotiharjoitteissa), tiedot elinympäristöstä ja elämäntilanteesta, joilla vaikutusta kuntoutumiseen. (Fysioterapiasuunnitelman kirjaamisohje 2014.)

Toimintakyvyn alle kirjataan kuvaus henkilön kyvystä selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista sekä muutokset asiakkaan kuntoutus- ja terapiajakson aikana, käytetty toimintakykymittari tai arviointimenettely sekä potilaan oma arvio toimintakyvystään ja siinä tapahtuneista muutoksista. *Nykytilaan* kirjataan status perusliikkumisen ja toimintakyvyn kannalta (sekä mahdollisesti käytetyt mittarit), omatoimisuus ja mahdollinen avuntarve, kognitiivinen status fysioterapeutin silmin (keskittymiskyky, oppiminen, muisti), ryhmässä pärjääminen perusteluineen, apuvälineet (millä liikkuu ja onko apuvälinetarve kartoitettu), millä liikkuu asioidessaan (oma auto, bussi, palvelubussi, taksit). (Fysioterapiasuunnitelman kirjaamisohje 2014.)

Hoidon tavoitteisiin kirjataan kuntoutujan asettamat sekä yhdessä laaditut tavoitteet konkreettisina toimintoina, sitouttamaan kuntoutujaa ja lähipiiriä. *Suunnitelman/Pohdinnan* alle kirjataan ostettavan fysioterapian osalta fysioterapian sisältö (yksilöfysioterapia, yksilöallasterapia, ryhmäallasterapia, kotikäynnit), ajanjakso, kertamäärät ja aika (min), terapian ajoittuminen, perustelut ostopalvelun tarpeelle (ylittää 20x/v, resurssit eivät riitä tai ei ole omana toimintana), omana toimintana toteutetun fysioterapian sisältö (ohjauskäynnit, itsenäinen harjoittelu, ryhmät, yksilöterapia) sekä potilaan vastuulla oleva harjoittelu (kotiharjoitteet, 3. sektori). *Apuväline* -otsikon alle listataan asiakkaan käytössä olevat apuvälineet. (Fysioterapiasuunnitelman kirjaamisohje 2014.)

4 TOIMINTAKYVYN KARTOITUS

”Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin yhtenäistämisen kannalta on oleellista, että asiakkaat ja eri alojen ammattilaiset pystyvät yhdessä kommunikoimaan mahdollisimman selkeästi ja helposti.” aloittavat Valkeinen & Anttila (2015, 5). Yhtenäisten käsitteiden avulla tämä onnistuu parhaiten. Maailman terveysjärjestön (WHO) vuonna 2001 julkaiseman Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) yksi keskeinen tavoite on yhtenäistää toimintakyvyn kuvaamisessa käytettävät käsitteet ja terminologia. Sen avulla kuvataan ja luokitellaan toimintakyvyn käsitteitä rakenteisesti. ICF on biopsykososiaalinen malli, joka yhdistää toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden lääketieteellisen ja sosiaalisen viitekehyksen. Kaikki tapahtuu kokonaisuudessa, jota muovaavat yksilö- ja ympäristötekijät sekä terveydentila. ICF:n avulla on mahdollista kuvata kaikenikäisten ihmisten toimintakykyä ja siihen vaikuttavia niin positiivisia kuin negatiivisiakin tekijöitä yhtenäisellä tavalla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisee tänä vuonna toimintakykykäsitteiden luokituksen kansallisella koodistopalvelimella. Sitä voidaan hyödyntää kuvaamaan yksilön toimintakykyyn liittyvää tietoa rakenteisessa muodossa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä. Standardoitua tietoa hyödynnetään jo nyt kehitettäessä sote-palvelurankenteita ja niihin liittyviä tietojärjestelmäpalveluita. ”Lisäksi Suomessa otetaan parhaillaan vaiheittaan käyttöön keskitettyä potilastiedon arkistoa ja siihen liittyviä terveydenhuollon valtakunnallisia sähköisiä tietojärjestelmäpalveluita (Kanta).” - kertovat Anttila & Paltamaa (2015, 5).

Tarvitaan päteviä ja luotettavia arviointimenetelmiä oikeinkäytettynä toimintakyvyn luotettavaan mittaamiseen ja arviointiin. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin (TOIMIA) asiantuntijaverkosto tekee tätä arviointityötä Suomessa ja laatii toimintakyvyn mittaamista ja arviointia koskevia suosituksia. (Valkeinen & Anttila 2014, 5.)

Valkeinen & Anttila (2014, 6) jatkavat, että toimintakyvyn kartoitus aloitetaan haastatteleamalla ja havainnoimalla kuntoutujan toimintakykyä. Mikäli sairaus tai vamma on tiedossa, kyseisen sairauden ICF-ydinlista auttaa arvioimaan keskeisiä käsitteitä. Ydinlistaan on kuvattu keskeiset kuvauskohteet, joita tarvitaan kuvaamaan toimintakykyä kyseisessä sairaudessa tai tilanteessa. Arvioinnin etenemistä voi auttaa myös yleinen ydinlista, mikäli käyttötarkoitukseen sopivaa ydinlistaa ei ole saatavilla. Yleistä ydinlis-

taa suositellaan käytettäväksi minimitarkistuslistana. Arviointia tehdessä ICF-arviointilomake auttaa toimintakykytiedon keräämisessä.

4.1 ICF ja GAS

”ICF ja GAS tarjoavat teoreettisesti perustellut viitekehykset toimintakyvyn kuvaamiseksi ja tavoitteiden asettamiseksi.” -aloittavat Lehtonen & Sipari (2013, 41) aihetta käsittelevän artikkelinsa. ICF kuvaa toimintakyvyn osa-alueita ja niiden välistä vuorovaikutusta ja siitä on muodostunut yksi kansainvälisesti käytetty toimintakyvyn kokonaisuutta hahmottava viitekehys. ICF:n avulla saadaan osallistuminen näkyväksi ja se tuodaan kehon toimintojen ja suoritusten rinnalle, osaksi toimintakykyä. Asiantuntijalle sen soveltaminen avaa uusia näkökulmia henkilön toimintakyvyn arviointiin ja terapian suunnitteluun. GAS-tavoite on toiminnallinen tavoite, joka on laadittu asiakkaan toimintakyvyn perusteella ja sen tulisi olla samassa linjassa kuntoutussuunnitelman tavoitteiden kanssa (Lehtonen & Sipari 2013, 42-43).

Tavoitteiden asettamisen tarkoituksena on motivoida asiakasta ja kannustaa osallistumaan omaan kuntoutukseensa, tavoitteiden määrittämisellä pyritään yksilölliseen kuntoutuksen toteuttamiseen. ICF huomioi käsitteistön eri kohdissa yksilön näkökulman (Anttila & Paltamaa 2015, 7). Kuntoutuksen tuloksellisuuden mittarina toimiva tavoite kuvaa dokumentoituna toimintaa myös ulkopuolisille tahoille. Tavoitteita asettaessa asiakkaan arjesta lähtevät tavoitteet ja tarpeet yhdistyvät asiantuntijan näkemyksiin. Jotta päästään kokonaisvaltaiseen käsitykseen asiakkaan tilanteesta, Kela suosittelee ICF-luokituksen käyttämistä kuntoutuksen suunnittelussa ja tavoitteiden asettelussa. Tavoitteissa tulisi näkyä osallistumisen edistäminen ja toivottujen muutosten kuntoutujan arjessa. (Lehtonen & Sipari 2013, 41.)

WHO:n kansainvälisessä luokitusperheessä (ICD, ICF, ICHI), kuvataan kansainvälisellä tautiluokituksella (ICD) sairaus tai terveydentila sekä ICF:n avulla se, miten sairauden ja vamman vaikutukset ihmisen arjessa ja elämässä näkyvät. ICHI on tulossaoleva interventioiden luokitus. Nämä osat muodostavat kokonaisuuden, jonka avulla voidaan kuvailla yksilön tilannetta ja sitä varten suunniteltuja ja toteutettuja palveluita. Luokituksia voidaan hyödyntää tietojärjestelmissä tiedon standardoinnissa. Kun asiakastietoa on rakenteistamalla tuotettu yhtenäiseen muotoon, pystytään sitä hyödyntämään muun

muassa kliiniseen potilastyöhön ja potilastiedon toisiokäyttöön. (Anttila & Paltamaa 2015, 5.)

Kaikki keskeiset asiakkaan hoidossa tarvittavat tiedot määritellään Kannassa rakenteisesti. Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattihenkilöillä on mahdollisuus saada tiedonhallintapalvelun potilasyhteenveto, joka kattaa diagnoosit, toimenpiteet, riskitiedot, laboratoriotutkimukset, kuvantamistutkimukset, fysiologiset mittaukset, lääkitystiedot, rokotustiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelman ja tahdonilmaukset sekä asiakirjat potilastietojen luovutukseen liittyen. Edellämainitut tiedot ovat vaiheistusasetuksen mukaisesti rakenteistettu ensimmäisenä, kuitenkin uudistetussa lainsäädännössä tulee esille myös toimintakykyarvioinnin tarve ja toimintakykytieto on olennainen lähtökohta hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. Tiedonkeruun ja palveluprosesseja uudistettaessa voivat sähköiset palvelut osaltaan tukea uuden, kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen toteutumista. (Anttila & Paltamaa 2015, 5.)

Lehtonen & Sipari (2013, 41) mainitsevat, että useimmilta työyhteisöiltä puuttuu systemaattinen toimintamalli ja viitekehys kuntoutuksen suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen. GAS on väline tavoitteiden asettamiseen. Menetelmässä asiakkaalle merkittävät tavoitteet tunnistetaan ja nimetään, jonka jälkeen niille määritellään valittua tavoitetta edustava, mitattavissa oleva indikaattori. Indikaattorille kuvataan pyrkimyksenä oleva realistinen tavoitetaso ja muut tasot. (Lehtonen & Sipari 2013, 41-42.)

Kun IFC:ää ja GAS:ia käytetään yhdessä, huomioidaan tavoitteiden asettelussa kaikki ICF:ssä kuvatut toimintakyvyn osa-alueet. Tällä voidaan päästä jäsentyneempään ja yhtenäisempään kuntoutuksen suunnitteluun työyhteisössä. Näiden kliinistä käyttöön ottoa hidastaa merkittävästi ammatillisten ajattelumallien ja arviointimenetelmien yhteensovittamisen puute. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on aloittanut ICF:n ja mittareiden siltaamisen, jotka on julkaistu Toimia-verkostossa. Kliinistä käyttöä helpottavia työkaluja on kehitetty kuitenkin vielä varsin vähän. GAS:n kliinisen käytön keskeisiä etuja on, että tunnistetaan yhteinen, suuntaa antava tavoite, joskin tavoitteiden laatiminen on koettu aikaa vieväksi. Myös ICF:n käyttö on todettu aikaa vieväksi ja työlääksi, myös jo pidempään sen parissa työskennelleille. Oleellista onkin miettiä, onko toimintakyky, sen kuvaus ja yhteinen tavoitteenasettelu keskeisempää, kuin terapian toteutus. (Lehtonen & Sipari 2013, 42.)

Pulkkinen & Sjögren (2013, 46-47) toteavat ICF-viitekehyykseen pohjautuvan kuntoutusohjaajien neurologisten asiakkaiden tilan kartoittamiseksi tehdyn kartoittamislomakkeen laajentaneen ja yksityiskohtaistaneen toimintakykyarviota suhteessa yksilö- ja ympäristötekijöihin. Tästä ovat hyötynneet sekä asiakkaat että yhteistyötahot. Asiakas saa omien tavoitteidensa tueksi perusteellisen toimintakyvyn kuvauksen. ”Ammattilaiset voivat käyttää itsearviointia oman arviointinsa rinnalla ja työkaluna esimerkiksi moniammatillisissa kuntoutus- ja verkostopalavereissa ja yksilöllisen kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimisessa”-kirjoittavat Pulkkinen & Sjögren (2013, 47). Kirjoittajat kokevat, että lomake on yhtenäistänyt arviointikäytäntöjä, kehitystyö jatkuu kuitenkin edelleen.

4.2 Esitietojen kerääminen, haastattelu ja tutkiminen

”Esitiedot on laaja-alainen selvitys nykysairaudesta, vaikutuksesta potilaan elämänlaatuun ja yleisiin elintoimintoihin.” - aloittavat Salminen & Arokoski (2009, 74). Sillä selvitetään lisäksi aikaisempi terveydentila ja sairaudet, sukuanamneesi, sosiaaliset olot ja elämäntavat. Tutkimuksen kulun ohjaamisen lisäksi esitietojen avulla voidaan myös välttää turhia testejä ja tutkimuksia. Monioireiset asiakkaat ovat tutkimusteknisesti vaativia. Esitietojen avulla kartoitetaan erityisesti nykysairauden oleelliset oireet ja potilaan kokemat muutokset. (Salminen & Arokoski 2009, 74-75.)

Kivusta selvitetään ajallinen kehitys, kivun luonne, laatu ja voimakkuus. Kivun voimakkuus arvioidaan VAS-kipujanavan avulla, numeerisesti asteikolla 0-10 tai sanallisella, lievä-kohtalainen-kova-sietämätön kipu, -luokituksella. Myös kipupiirrookset ovat hyödyllisiä ja niitä on suositeltavaa käyttää myös seurannassa. (Salminen & Arokoski 2009, 76.)

4.3 Toimintakykymittarit arvioinnin apuna

ICF ei ota kantaa siihen, millä arviointimenetelmillä asiakkaan toimintakykyä tulisi arvioida. ICF-luokitusta voidaan kuitenkin pitää välineenä, joka kertoo, mitä toimintakyvystä tulisi arvioida (Valkeinen & Anttila 2014, 9). Asiantuntija voi käyttää toimintakyvyn arviointiin esimerkiksi esitietoja, itsearviointimenetelmiä, kliinistä tutkimista tai

toimintakykymittareita. Asiantuntijan tulee tietää, miten ja millä perusteilla valita oikeat, pätevimmät ja luotettavimmat arviointimenetelmät. Arvioinnissa oleellista on tietää mitä halutaan mitata ja miksi, ja tämän pohjalta valitaan käyttötarkoitukseen sopivat arviointimenetelmät. Asiakkaan toimintakykyä voidaan kartoittaa usealla eri arviointimenetelmällä, koska harvoin yksi arviointimenetelmä kattaa kaikkia haluttuja ja oleellisia osa-alueita. (Pulkkinen & Sjögren 2014, 6.)

Toimintakyvyn mittaamisen menetelmien kirjo on laaja ja soveltaminen on vaihtelevaa. Arviointikäytäntöjen yhdenmukaistaminen on tärkeää hoito-, palvelu- ja kuntoutuspolkujen sekä tulosten vertailukelpoisuuden parantamiseksi. Luotettava toimintakyvyn arviointi parantaa lisäksi kansalaisten yhdenvertaisuutta esimerkiksi toimintakykyperusteisia etuuksia jaettaessa. Yhtenäiset menettely- ja kirjaamistavat ovat myös edellytys toimintakykyä koskevan tiedon välittymiselle ja sen käytölle sähköisissä asiakashallintajärjestelmissä. (Sainio, Peurala & Paltamaa 2011, 25.)

TOIMIA-tietokannassa on erilaisiin käyttötarkoituksiin useita kymmeniä toimintakyvyn arviointimenetelmiä. Useimmat niistä on sillattu ICF-koodeihin. Se on kehitetty helpottamaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työtä niin kliinisessä työssä, kuin tutkimuksessa ja opetuksessakin (Sainio ym. 2011, 26). Perusteellisen toimintakyvyn kartoituksen tekemiseksi on hyvä saada myös asiakkaan subjektiivinen arvio tilanteestaan, esimerkiksi itsearviointilomaketta hyödyntäen. (Valkeinen & Anttila 2014, 6.)

TOIMIAN asiantuntijat ovat laatineet arviot mittareiden soveltuvuudesta käytettäväksi eri tilanteissa. Arviot perustuvat tietoihin mittarin käyttökelpoisuudesta, pätevyydestä ja toistettavuudesta. Arvioinnin tulos on esitetty sekä sanallisesti, että liikennevalojen avulla, jolloin ammattilaisen on helppo päätellä mittarin soveltuvuus käytettäväksi kyseessä olevaan tilanteeseen. Tietokanta sisältää myös asiantuntijaryhmän laatimia suosituksia ja menettelyohjeita toimintakyvyn mittaamiseen eri tilanteissa. (Sainio ym. 2011, 26.)

Toimintakykykartoituksella saatu tulos merkitään ICF-eKuvauslomakkeelle ja tarvittaessa asiakkaan ongelma kuvataan sanallisesti tekstikenttään, johon voidaan kirjata myös käytetyt arviointimenetelmät, tulokset ja mahdolliset osatulokset. eKuvauslomakkeelle on mahdollista merkitä haitta- tai vaikeusaste ICF-tarkentein. Tarkenne tarkoittaa ICF-koodien lopussa, pisteen jälkeen merkittäviä numeroita. Tarkentein voidaan esittää asi-

akkaan toimintakykyprofiili, joka toimii havainnollisena yhteenvedona asiakkaan toimintakykytilanteesta tietyllä hetkellä. Tarkan toimintakykyselvityksen ja tavoitteiden asettamisen jälkeen, on mahdollista suunnitella moniammatillisen työryhmän tehtävät ja yhteistyö ja merkitä kuka tai mikä taho vastaa kustakin hoidon tai kuntoutuksen osaluokasta. Näin huolehditaan, että kaikki asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet ja tehtävät tulevat huomioituiksi ja jonkin tahon vastuulle. Toimintakykyarvio tulee toistaa sovitun ajan kuluttua toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten vuoksi, tällöin vanhan ja uuden arvion vertailu voidaan toteuttaa helposti. (Valkeinen & Anttila 2014, 9.)

4.4 Rakenteinen kirjaaminen toimintakykyarvion tukena

”Potilaskertomuksen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa kirjaamista, tiedon hakua ja hoidon seurantaa”, muotoilevat Lehtovirta & Vuokko (2014, 13). Kirjaamisessa käytetään yhteisesti sovittuja koodistoja, luokituksia ja muita sovittuja rakenteita, koska vapaa teksti ei edistä edellä kuvattua tarkoitusta. Rakenteisen kirjaamisen avulla voidaan hyödyntää muun muassa jo syötettyä tietoa toisessa käyttötarkoituksessa kuten todistuksessa. Esimerkiksi hoito-ohjeiden ja virhe- tai vaarailmoitusten muodossa rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa myös päätöksenteon tukea.

Rakenteisesti kirjatun tiedon jatkokäyttömahdollisuudet lisääntyvät ja se välittyy kaikille asiakasta hoitaville ammattilaisille samanlaisena. Rakenteinen kirjaaminen vähentää päällekkäistä työtä, koska sen peruseriaatteena on, että kaikki tieto kirjataan vain kerran. Rakenteisen tiedon yhteyteen voidaan rakentaa tukijärjestelmiä, hyödyntää fraasilistoja, otsikoita ja muita ominaisuuksia, jotka yhtenäistävät kirjaamista sekä kirjauksen yhteydessä järjestelmän tukea. (Anttila & Paltamaa 2015, 9.)

Rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua terveydenhuollossa oman organisaation sisällä, kun tiedon kirjaaminen tapahtuu aiempaa yhdenmukaisemmin sekä helpottavan tiedon löytymistä ja hyödyntämistä yhteisesti sovittujen tietorakenteiden avulla. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden sekä sähköisen potilaskertomuksen avulla voidaan hyödyntää ajantasaista tietoa eri toimipaikoissa ja terveydenhuollon organisaatioissa. Potilaskertomuksissa käytettävien rakenteiden ja niiden käytön tulee olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja yhteentoimivuuden vuoksi, jolloin keskeiset potilastiedon rakenteet eivät saisi poiketa toisistaan eri organisaatioissa,

jotta riippumatta tiedon tuottajasta, potilaskertomusta voidaan hyödyntää ja käyttää eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa. Tietojen hyödynnettävyyttä ovat hankaloittaneet esimerkiksi useat eri asiakashallintajärjestelmät ja samankin järjestelmän eri versiot. Tämä on vaikeuttanut tietojen yhteiskäyttöisyyttä. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 13.)

Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa organisaatiotasolla palveluiden toteutumisen arvioinnin ja oman organisaation toiminnan ohjauksen aiempaa paremmin. Lakiperustaiset valvonta- ja seurantatehtävät helpottuvat myös ja tiedon laatu on sitä uudelleen tarvittaessa yhdenmukaisesti kirjattaessa parempi. Lisäksi rakenteinen tieto helpottaa sen hyödyntämistä esimerkiksi kliinisessä tutkimuksessa, päätöksenteossa, laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 13.)

Lehtovirta & Vuokko (2014, 14) tuovat esiin, että asiakkaan näkökulmasta sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa hoidon laatua, jos sen avulla hoitosuositusten noudattaminen helpottuu ja asiakkaan tiedot ovat paremmin kirjattu, paremmin saatavissa ja löydettävissä. Organisaatiosta riippumaton ajantasaisen tiedon saatavuus lisää myös potilasturvallisuutta. Sähköiseen muotoon saatetut potilastiedot myös parantavat asiakkaan oikeusturvaa, koska tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin, yhteinen käsitteistö myös vähentää tulkintaepäselvyyksiä. Omakanta-palvelussa asiakkaan on mahdollista seurata omaa potilaskertomustaan ja tulevaisuudessa myös itse tuottaa terveystietojaan. Tällä asiakkaan aktiivisella toimijuudella voimaannutetaan asiakasta, parannetaan hoitoprosessin joustavuutta ja lisätään terveydenhuollon tuottavuutta.

Anttila & Paltamaa (2015, 9) jatkavat, että nykyjärjestelmissä kirjaaminen on hidasta, eikä asiakkaan antamia tietoja voida täysin hyödyntää. Näiden lisäksi ongelmallista on vielä ollut tiedon vertailu eri yksiköiden välillä. Sähköisiin tietojärjestelmiin tarvitaan kansallisesti sovitut luokitukset ja rakenteet, jotta jatkossa eri arviointimenetelmistä ja toimintakykyhavainnoista saatu tieto yhdistyisi saumattomasti. Tätä tarvetta vastaamaan on perustettu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen uusi Toimintakykyluokituksen ja toimintakykymittareiden tietorakenteiden asiantuntijaryhmä, jonka yhtenä tavoitteena on luoda tietojärjestelmiin tietorakenne, joka tukee toimintakykytiedon ja arviointimenetelmillä mitatun tiedon yhteiskäyttöä rakenteisissa kertomuksissa sekä erilaisissa suunnitelmissa ja lausunnoissa.

4.5 Kehittämistuotteena neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiaan

Neurologisilla asiakkailla käytettävien toimintakykymittareiden käyttö on yhtenäistetty Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiassa vuosien 2014-2015 aikana. Myös kirjaamiskäytännöt on yhtenäistetty rakenteisten otsikoiden alle. Neurologisille asiakkaille tehtävän fysioterapiasuunnitelman otsikoinnit on näin myös tarkennettu ja otsikoiden sisältöjä avattu kirjaamisohjeeseen, joka on saatavilla Tampereen kaupungin Intranetistä Loorasta. Fysioterapiasuunnitelman teon tueksi on luotu toimintakykyjaottelelu, joka sisältää kolme toimintakykyyn pohjautuvaa ryhmää ja kuvauksen kunkin ryhmän fysioterapiakuntoutuksen sisällöstä.

ICF on valtaosalle avokuntoutuksen fysioterapeuteista melko vieras. Lisäksi esitietojen kerääminen, kuntoutujan haastattelu ja tutkiminen on epäyhtenäistä. Näin ollen kuntoutujan arviointi sekä fysioterapiasuunnitelman teko ja sen sisältö ovat kirjavia, epäyhtenäisiä ja sen vuoksi jossain määrin asiakkaita eriarvoistavia. Erityisesti uuden työntekijän ja sijaisen rooli fysioterapiasuunnitelman teossa on haastava epäyhtenäisten käytänteiden vuoksi.

Halusin luoda helppokäyttöisen lomakkeen, joka palvelee sekä jo pidempään työtä tehneitä että myös uusia fysioterapeutteja avokuntoutuksessa. Kirjaamisen helpottamisen sekä sisällön yhtenäistämisen ja monipuolistamisen lisäksi tärkeä lähtökohta kehittämistyölle oli lisätä käytännön työn mielekkyyttä, sujuvuutta ja helppoutta. Työn sujuvuuden vuoksi lomake tuli saada mahdollisimman tiiviiseen ja lyhyeen muotoon. Asiakkaan näkökulmasta koin tärkeänä vähentää epäyhtenäisistä arviointikäytännöistä väistämättä aiheutuvaa eriarvoisuutta.

Ulkoasun halusin lähestyttävyyden vuoksi muotoilla samankaltaiseksi työyhteisössä jo käytössä olevan tuki- ja liikuntaelinasiakkailla käytettävän esitietolomakkeen kanssa. Se on työyhteisössä havaittu sekä helppokäyttöiseksi että -lukuiseksi mutta myös työtä helpottavaksi työvälineeksi.

Erilaisia kehittämistehtäväideoita oli alkuvuodesta 2015 useita. Nyt toteutetun tuotoksen idean sain Suvi Mannisen edellisvuotisen Neurologisen fysioterapian erikoistumisopin-

tojen kehittämistehtävän jatkotutkimusaiheita-pohdintaosuudesta. Esimiehen pyynnöstä aihe valikoitui lopulta täksi.

Alkuperäisenä suunnitelmani oli luoda kaksi lomaketta, neurologisen asiakkaan esitietolomake sekä neurologisen asiakkaan tutkimuslomakkeet, sekä ICF:n käyttöä helpottava manuaali työyhteisöön. Kokosin alkuvuodesta 2015 yksityiskohtaisen ICF-otsikkopohjaisen listauksen tulevien lomakkeiden mahdollisista sisällöistä. Näihin sisältöihin tutustuttiin työyksikkökohtaisesti ja Neuron kokouksessa päädyttiin keväällä yhteen lomakkeeseen, lisäksi tehtiin karkea linjaus sen sisällöistä sekä ICF:n osuudesta lomakkeessa. ICF:n osuus jäi itse lomakkeessa tässä vaiheessa lopulta niin pieneksi, ettei manuaalia siihen tarvittu.

Kesän aikana työstin lomakkeen, jota taas arvioitiin työyksiköittäin ja palaute koottiin yhteen Neuron kokouksessa alkusyksystä. Itse en kokoukseen voinut osallistua, mutta sain kollegan kautta palautteen sanallisesti ja kirjallisesti. Tämän pohjalta muotoutui lopullinen Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake.

5 POHDINTA

Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiassa on kirjava käytäntö neurologisten asiakkaiden toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen kartoituksessa. Aikaisemmin on päätetty yhteisesti käytettävät toimintakykymittarit ja kirjaamisen otsikoinnit, sisältö on kuitenkin ollut vaihtelevaa.

Kehittämistehtävänä loin Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapeuttien työkaluksi neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomakkeen. Lomakkeen tarkoituksena on yhtenäistää, selkiyttää ja monipuolistaa neurologisen kuntoutujan toimintakyvyn arviointia. Työn tavoitteena on myös juurruttaa lomakkeen käyttö sekä yhtenäinen tutkiminen ja kirjaaminen osaksi neurologisen kuntoutujan arviota ja seurantaa sekä kuntoutuksen suunnittelua.

Lomakkeen vakiintuminen käytännön työhön vie todennäköisesti aikaa, koska toimintayksiköitä on paljon sekä työn kuva useimmissa toimipisteissä laaja-alainen ja vaihteleva. Tämä asettaa haasteen ajankäytöllisesti lomakkeen sisältöön tutustumiseen ja uuden tavan opetteluun. Lomakkeen sisältö on kuitenkin mielestäni helposti ymmärrettä ja käytettävää. Lomakkeen ulkoasun tein vastaamaan paljon jo käytössä olevaa tuki- ja liikuntaelinasiakkaiden esitietolomaketta, joka toivottavasti tuo lomakkeelle lähestyttävyttä. Lomakkeen sisäänajon toivon tapahtuvan heti, joko työyksikkökohtaisesti tai osastokokouksen yhteydessä, edellyttäen kaikilta jatkossa yhtenäistä työskentelytapaa. Näen lomakkeen juurtumisen haasteena sen, etten itse ole asiaa työyhteisössä nyt ajamassa.

Vakituisen henkilökunnan lisäksi työyhteisössä on paljon sijaisia, joille fysioterapia-arvion teko helpottuu merkittävästi, kun käytännöt yhtenäistyvät. Myös vakituisen henkilökunnan sisällä lomake voi lisätä työn sujuvuutta ja siten myös työn mielekkyyttä. Kollegaa on helpompi sijaistaa myös arvioinnin teossa, kun lomakepohja ohjaa arvioinnin tekoa. Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomakkeen käyttöönotolla parannettaisiin työyhteisölähtöisyyden lisäksi myös asiakkaiden eriarvoisuutta yhtenäisten arviointikäytäntöjen avulla. Lisäksi lomakkeen avulla varmistutaan, ettei arvioinnin ja fysioterapiasuunnitelman kannalta olennaiset asiat unohdu. Yhtenäiset käytännöt lisäävät myös vertailukelpoisuutta, joka mahdollistaa muun muassa sen, että toimintakyvyssä ja asiakkaan arjessa tapahtuneet muutokset havaitaan varhaisemmin, jolloin niihin

puuttuminen aikaistuu ja näin pystytään ennaltaehkäisemään esimerkiksi suoriutumisen uhkia.

Yhtenäiset käytännöt ohjaavat sujuvammin työn jakautumiseen eri ammattilaisten välillä ja voivat parantaa moniammatillista yhteistyötä. Muiden terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta fysioterapian yhtenäinen arviointi- ja kirjaamiskäytäntö tekee fysioterapiatoiminnan parhaimmillaan muun muassa läpinäkyvämmäksi, moniulotteisemmaksi ja ymmärrettävämmäksi ja siten helpommaksi lähestyä myös muille ammattiryhmille. Tällöin myös asiakaslähtöisyys paranee.

Jatkokehittämissuunnitelmana Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiaan asiakastyötä tekevien fysioterapeuttien tarkempi perehtyminen ICF:n. Tämä mahdollistaisi tulevaisuudessa koodistojen luotettavan käytön ja toimintakykyprofiilien luomisen kuntoutujille. ICF:n käytöstä olisi paikallaan luoda myös työyksiköihin peruskäyttöä helpottamaan lyhyt manuaali, jonka avulla vakituisen henkilökunnan lisäksi myös sijaiset oppisivat perusasiat ICF-koodauksesta. Toisena kehittämissuunnitelmana on kehittämäni Neurologisten asiakkaiden esitieto- ja tutkimuslomakkeen luominen sähköiseen muotoon. Tämän avulla kirjaaminen ja tiedonsiirto asiakashallintajärjestelmään nopeutuisi sekä paperijätteen määrä vähenisi.

Tämän kehittämistehtävän työstäminen oli kiinnostavaa. Työyhteisöä palveleva aihe, käytännön työtä helpottava ja asiakkaiden näkökulmasta eriarvoisuutta vähentävä tuotos motivoivat ja tuntuivat tärkeältä. Olen tyytyväinen ja kiitollinen kollegoilta saamastani rehellisestä mutta myös pääosin rakentavasta palautteesta, jota sain kevään, kesän ja syksyn 2015 aikana lomakkeen raakileversioista. Työ valmistui myöhemmin, kuin suunnittelin, johtuen yksityiselämän hektisyydestä. Ensimmäisenä työstin varminaisen lomakkeen viimeistelyä vaille valmiiksi kesällä 2015. Tämän jälkeen keskityin teoreettisen viitekehyksen muodostamiseen. Syksyisen teoriapohjan kokoamisen aloittamisen jälkeen työn viitekehys valmistui nopeasti.

LÄHTEET

- Aikuisten fysioterapia omana toimintana 2014. Loora – Tampereen kaupungin intranet. Tulostettu 10.8.2015.
- Anttila, H. & Paltamaa, J. 2015. ICF tulee osaksi tietojärjestelmiä. Fysioterapia 03/2015, 4-10.
- Atula, S. 2015a. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001&p_haku=aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6
- Atula, S. 2015b. Parkinsonin tauti. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055&p_haku=parkinsonin%20tauti
- Atula, S. 2015c. MS-tauti (multippeliskleroosi). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00048&p_haku=ms-tauti
- Atula, S. 2015d. Lihastaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00041&p_haku=lihasairaudet
- Buckup, K. 2008. Clinical Tests for the Musculoskeletal System. Stuttgart, Thieme. 2. painos.
- Fysioterapia-arvioiden lähetekäytäntö 2015. Loora – Tampereen kaupungin intranet. Tulostettu 10.8.2015.
- Fysioterapian palvelulinja: Neurologinen kuntoutuja 2015. Loora – Tampereen kaupungin intranet. Tulostettu 10.8.2015.
- Fysioterapiasuunnitelman kirjaamisohje 2014. Loora – Tampereen kaupungin intranet. Tulostettu 10.8.2015.
- Hartikainen, S. & Herttolin, M. 2013. Sekä söhköärsytys että harjoittelu paransivat MS-tautia sairastavien kävelyä. Fysioterapia 01/2013, 32-36.
- Huusko, T. 2013. Mitä Kela tekee kuntoutuksessa? Fysioterapia 06/2013, 4-7.
- Kauhanen, M-L. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntari, E. Fysiatría. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 237-251.
- Keus, S., Munneke, M., Graziano, M., Paltamaa, J., Pelosin, E., Domingos, J., Brühlmann, S., Ramaswamy, B., Prins, J., Struiksmá, C., Rochester, L., Nieuwboer, A. & Bloem, B. 2014. European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease.

Developed with twenty European professional associations. Luettu 21.9.2015
http://parkinsonnet.nl/documents1029384756/eu_guideline_parkinson_guideline.pdf

Koskinen, S. & Turkka, J. 2009. Tapaturmainen aivovaurio. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 252-265.

Kotila, M. & Palomäki, H. 2006. Neurologisen potilaan kuntoutus ja työkyvyn arviointi. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. Neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 602-610.

Lehtonen, K. & Sipari, S. 2013. ICF ja GAS haastavat uuteen ajatteluun kliinisessä työssä. Fysioterapia 06/2013, 40-45.

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 06.09.2015
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1

Lindholm, H. 2011. PEF-mittaus (ulo hengityksen huippuvirtauksen mittaus). TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.- Luettu 29.9.2015 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/75/>

Lumio, J. 2014. Aivotulehdus ("aivokuume"). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00559&p_haku=aivotulehdus

Manninen, S. 2014. Neurologisen kuntoutujan toimintakyvyn arviointi ja toimintakyky mittareiden käyttö Tampereen kaupungin avokuntoutuksessa. Saatavilla Tampereen Ammattikorkeakoulun pääkampuksen kirjastosta.

Neuron kuntoryhmä 2015. Loora – Tampereen kaupungin intranet. Tulostettu 10.8.2015.

Neuron voimaa ja venyttelyä 2015. Loora – Tampereen kaupungin intranet. Tulostettu 10.8.2015.

Paltamaa, J. 2004. Bergin tasapainotesti. TOIMIA. Luettu 28.9.2015
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2011/01/07/Berg_suoritusohje.pdf

Paltamaa, J. 2013. FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/05/29/FSQfin_suoritusohje_ja_pisteytysohje.pdf

Paltamaa, J. & Peurala, S. H. 2012. ABC-asteikko. Toiminnallisen tasapainon varmuus. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Luettu 29.9.2015

- http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2012/10/05/ABC_asteikko_pisteytysohje.pdf
- Peltonen, R. 2013. Kuntoutuksen työnjako edellyttää hyvää ohjausta. Fysioterapia 07/2013, 8-11.
- Peurala, S. H. 2011. FAC, kävelyluokitus. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Luettu 28.9.2015
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2011/03/29/FAC_suoritusohje_ja_lomake_fi_110329.pdf
- Peurala, S. & Paltamaa, J. 2014. Suoritusohje: 6-minuutin kävelytesti. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Luettu 28.9.2015
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2014/02/26/TOIMIA_6_min_kavelytesti_suoritusohje.pdf
- Pulkkinen, R. & Sjögren, R. 2013. ICF-viitekehys työvälineenä neurologisen potilaan toimintakyvyn arvioinnissa. Fysioterapia 06/2013, 46-47.
- Reumaliitto 2011. Nivelten yliliikkuvuus (hypermobiliteetti). Suomen Reumaliitto Ry. Luettu 29.9.2015 http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/nivelten_yliliikkuvuus_hypermobi/
- Ruutiainen, J. & Alaranta, H. 2009. Etenevät neurologiset sairaudet. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. Fysiatría. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 318-328.
- Saarelma, O. 2015. Aivotärähdys ja pään vammat (aikuiset). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00641&p_haku=aivovaurio
- Sainio, P., Peurala, S. H. & Paltamaa, J. 2011. Toimia-tietokanta sosiaali- ja terveysalan työkaluksi. Fysioterapia 04/2011, 24-29.
- Salminen, J. J. & Arokoski, J. P. A. 2009. Kliininen tutkiminen. Teoksessa Arokoski, J., Alavirta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. Fysiatría. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 74-88.
- Sillanaukee, P., Nyfors, H., Palola, E. & Tiainen, M. 2015. Monialainen kuntoutus, tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18. Luettu 6.9.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125757/URN_ISBN_978-952-00-3509-9.pdf?sequence=1
- Stenholm, S., Punakallio, A. & Valkeinen, H. 2013. Käden puristusvoima. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Luettu 28.9.2015
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/04/11/TOIMIA_suoritusohje_kaden_puristusvoima.pdf

Talvitie, U. (toim.), Karppi, S-L. (toim.) & Mansikkamäki, T. (toim.) 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Publishing Oy. 2. painos.

Toimintakykyjaottelua fysioterapia-arvioiden tueksi 2015. Looa – Tampereen kaupungin intranet. Tulostettu 10.8.2015.

UKK-instituutti 2015. Terveysliikuntaa ja kuntoliikuntaa. Borgin asteikko. Luettu 29.9.2015
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/terveysliikuntaa_ja_kuntoliikuntaa

UKK-instituutti. Miten rasittavalta liikkuminen tuntuu juuri nyt? Luettu 29.9.2015
http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/559-liikkumisen_rasittavuus.pdf

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 29.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia 04/2014, 4-10.

Valkeinen, H., Stenholm, S., Sainio, P., Pajala, S. & Vaara, M. 2014. Viiden toiston tuoliltanousutesti. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Luettu 28.9.2015
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2014/03/10/TOIMIA_tuoliltanousu5x_suoritusohje.pdf

VSSHP/TYKS 2013. Toimintakyvyn mittarit, To-Mi. Luettu 28.9.2015
http://www.lsft.fi/lsft.fi/Materiaalia_files/TO-MI%20versio%202013.pdf

LIITTEET

Liite 1. Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake

1 (3)



Tampereen kaupunki
Vastaanotto toiminta
Avokuntoutus
Pvm _____ Klo _____

Neurologisen asiakkaan esitieto- ja tutkimuslomake

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Lääkitystiedot _____

HOIDON SYY _____**ESITIEDOT**

Sairaudet/vammat (lääketieteellinen terveydentila ICD-10), hoitovastuutaho _____

Oireet _____

Sos. tilanne (e310-e399) _____

Asuminen/koti (e525) _____

Edellisen suunnitelman sisältö _____

Aikaisemman terapian tulokset ja oma aktiivisuus (b1301) (fysioterapiapalaute) _____

Asiakkaan oma arvio toteutuneesta fysioterapiasta _____

Ammatti/työ/koulutus/opiskelu _____

Työkyky _____

Osallistuminen, virkistäytyminen, vapaa-aika, liikuntatottumukset (d920) _____

Jatkuu

2 (3)

TOIMINTAKYKY

Kysymys asiakkaalle: Mitkä ovat 3 toimintoa elämässänne, joita ette pysty tekemään tai joissa teillä on eniten vaikeuksia? Arvioikaa näitä asteikolla 0 - 10, jossa

0= kykenemätön suorittamaan toimintoa ja 10= kykenee suorittamaan toiminnon samalla tasolla kuin ennen sairautta/vammaa/ongelmaa

Toiminnot	Pvm
1.	Pisteytys (0-10)
2.	Pisteytys (0-10)
3.	Pisteytys (0-10)

Kuvaus asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista _____

NYKYTILA

Liikkumisen apuvälineet _____

Apuvälinetarve kartoitettu _____

Kognitiivinen status fysioterapeutin silmin (keskittymiskyky (b1400), oppiminen (d155), muisti (b144), kielellinen ilmaisu (b1671)) _____

Asiointimatkat, millä liikkuu _____

Ryhmässä pärjääminen, perustelut _____

Käytettävät mittarit

- FSQfin (d550, d540, d530, d520, d510, d4600, d4551, d4501, d4751, d4702, d620, d630, d6400, d6402, d6408)
- ABC-asteikko: toiminnallisen tasapainon varmuus (d4103-6, d4158, d4308, d4400, d4452, d4500, d4502-3, d4551-2, d4602)
- Bergin tasapainotesti (d410-d429, d4103, d4105, d4106, d4153, d4154, d4158, d4200, d4452)
- 10 metrin kävelytesti (b770, d450)

- 6-minuutin kävelytesti (b455, d4500)
- FAC, kävelyluokitus (d4106, d450, d460)
- Puristusvoima (b7301)
- Tuoliltanousutesti 5 kertaa (b7303)
- Manuaalinen lihastestaus (b730)
- Nivelten liikelaajuudet (b710)
- Beightonin yliliikkuvuustesti (b710, b715)
- PEF-mittaus (b4408)
- Thoraxin liikkuvuus, hengitysfrekvenssi (b4402)
- VAS-kipujana (b280)
- Borgin asteikko

HOIDON TAVOITTEET

Kuntoutujan omat tavoitteet _____

Yhdessä laaditut tavoitteet _____

SUUNNITELMA/POHDINTA

1) Ostettava fysioterapia

Sisältö (yksilö, yksilö-allas, r-allas, kotikäynnit) _____

Ajanjakso _____

Kertamäärät ja aika (min), terapian intensiteetti (esim. X kertaa/viikko) _____

Perustelut _____

2) Omana toimintana (ohjaus-käynnit, itsenäinen harjoittelu, ryhmät, yksilöterapia)

3) Asiakkaan omalla vastuulla oleva harjoittelu (3. sektori, kotiharjoitteet)

APUVÄLINEET (e120) _____

Liite 2. 10 metrin kävelytesti

10 metrin kävelytestin tekemiseen tarvitaan 14-16 metrin pituinen kävelytestiin soveltuva tila ja sekuntikello, lisäksi mitattavalla tulee olla kävelyyn sopivat kengät. Normaalisti kävelynopeudella kävellessä suoritetaan aloitetaan 2-3 metriä ennen lähtöviivaa eli tehdään lentävänä lähtönä ja kävelyä jatketaan reilusti ”maaliviivan” yli. Mitattavan on tarkoitus kävellä omalla, tavanomaisella kävelyvauhdillaan. Mittaaja kulkee takaviistosti mitattavan perässä ja varmistaa suorituksen turvallisuuden. Apuvälineen käyttö on sallittu. Ajanotto aloitetaan, kun mitattavan jalka koskettaa lattiaan lähtöviivalla tai viivan ylitettyään ja loppuu jalan koskettaessa lattiaa maaliviivalla tai mittausalueen ulkopuolella. (VSSHP/TYKS 2013, 12)

”Ohje mitattavalle: ”Kävele viivoilla merkitty 10 metrin matka omaa, tavanomaista kävelyvauhtiasi. Kävele vauhtiasi hidastamatta maaliviivan yli. Voit aloittaa Nyt.”” (VSSHP/TYKS 2013, 12.)

Tulokseksi kirjataan mittauslomakkeelle kävelyaika 0,1 sekunnin tarkkuudella. Sen perusteella lasketaan kävelyvauhti (m/s), joka merkitään myös lomakkeeseen. Mittauslomakkeelle kirjataan myös mahdollinen apuvälineen käyttö ja muut huomiot. (VSSHP/TYKS 2013, 12.)

Liite 3. 6-minuutin kävelytesti

1 (3)

6-minuutin kävelytesti mittaa liikkumiskykyä sekä submaksimaalista hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskykyä. Kuuden minuutin aikana on tarkoitus kävellä mahdollisimman pitkälle ilman juoksuaskelia. Testausvälineinä tarvitaan mittanauhaa, teippiä, kääntöpaikkamerkkejä, sekuntikello, kierroslaskuri, mikäli mahdollista, kynä ja paperia, RPE-taulukko, sykemittari, tuoli mahdollista lepoa varten ja taskulaskin. Lisäksi testitilanteessa on turvallisuuden vuoksi oltava nopeasti saatavilla puhelin ja rintakipua helpottava lääkitys. Automaattinen defibrillaattori voidaan varata paikalle, mikäli sellainen on käytettävissä. Testaajan tulee olla ensiaputaitoinen. (Peurala & Paltamaa 2014.)

Testin ehdottomia vasta-aiheita ovat sydäninfarkti ja epästabiili rasisitusrintakipu viimeisen kuukauden aikana. Harkinnanvaraisia vasta-aiheita ovat korkea leposyke sekä korkeat systolinen ja diastolinen verenpaine tai muu tiedossa oleva vakava sydän- ja verenkiertoelimistön ongelma. Testin suorittamiseksi testattavan pystyttävä kävelemään turvallisesti, tarvittaessa apuvälineen turvin. Testi tulee keskeyttää, mikäli testattavalla ilmenee rintakipua, sietämätöntä hengenahdistusta, jalkakrampeja, tasapainon ylläpidon vaikeuksia tai kalpeutta. (Peurala & Paltamaa 2014.)

Testattavalla tulee olla käytössä kävelyyn soveltuvat, turvalliset kengät sekä sopiva vaateus. Apuvälineen käyttö on sallittua, jos testattava käyttää sitä normaalistikin liikkueessaan. 2 h ennen testiä tulee testattavan syödä kevyesti ja välttää raskasta fyysistä ponnistelua, lääkkeet tulee ottaa normaalisti. Testi suositellaan tehtäväksi sisätiloissa tasaisella, suoralla ja suljetulla käytävällä. Lähtöviiva merkitään noin 1,5 metrin päähän käytävän päästä/seinästä ja kääntöpaikkamerkki 30 metrin päähän lähtöviivasta. Koko 30 metrin kävelyradalle merkitään teippiviivat 3 metrin välein helpottamaan testituloksen laskeamista. Mahdollista levon tarvetta varten voidaan tuoli asettaa lähelle testirataa. (Peurala & Paltamaa 2014.)

Ennen testin alkua tulee testattavan istua tuolilla 10 minuutin ajan, jolloin mitataan verenpaine ja tarkistetaan mahdolliset vasta-aiheet. Testaaja antaa testiohjeen ja demonstroi oikeanlaisen, ripeän käännöksen, jota seuraa välitön kävelyn jatkuminen.

Jatkuu

2 (3)

Juuri ennen testin alkua testaja tarkistaa testattavan RPE-tuntemuksen Borgin asteikon avulla sekä tarkistaa leposykkeen. Testaja seisoo testin aikana lähtöviivan läheisyydessä ja antaa testattavalle standardiohjeet tasaisella äänellä, ylimääräistä puhetta testin aikana tulee välttää. Ajanotto käynnistetään testattavan aloittaessa kävelyn ja pysäytetään kuuden minuutin kuluttua. Kävelykierrosten merkitsemiseen käytetään tukkimiehen kirjanpitoa. (Peurala & Paltamaa 2014.)

”Tutkittavan seistessä lähtöviivalla testaja antaa seuraavat ohjeet tutkittavalle: ”Testissä on tarkoitus kävellä niin pitkälle kuin mahdollista kuuden minuutin aikana. Kävele edestakaisin tätä käytävää. Kuusi minuuttia on pitkä aika, joten todennäköisesti hieman hengästyit ja väsyit testin aikana. Voit hidastaa kävelyä tai pysähtyä ja levätä hetken, jos siltä tuntuu. Kävele edestakaisin kääntömerkkien ympäri. Kierrä merkki ripeästi ja jatka kävelyä toiseen suuntaan. Näytän nyt käännöksen. Ole hyvä ja katso. Muista, että tarkoitus on kävellä MAHDOLLISIMMAN PITKÄLLE kuuden minuutin aikana eli kävele MAHDOLLISIMMAN NOPEASTI, mutta juosta tai hölkätä ei saa. Oletko valmiina? Lähde NYT!” Testaja käynnistää sekuntikellon ja laskee huolellisesti kävelytyjen kierrosten lukumäärän. Joka kierroksella mittaja antaa vakioituja kannustuksia.” (Peurala & Paltamaa 2014.)

Minuutin kuluttua testin aloituksesta testaja sanoo vakioidusti: ”Hyvin menee. Viisi minuuttia jäljellä.”, kahden minuutin jälkeen ”Jatka hyvää työtä. Neljä minuuttia jäljellä.” Kahden minuutin kohdalla tarkistetaan myös testattavan syke. Kolmen minuutin kohdalla testaja sanoo: ”Hyvin menee. Olet puolivälissä.” ja neljän minuutin jälkeen: ”Jatka hyvää työtä. Enää kaksi minuuttia jäljellä.” Samalla tarkistetaan testattavan syke. Viiden minuutin kohdalla testaja kannustaa: ”Hyvin menee. Enää yksi minuutti jäljellä.” Mikäli testattava tarvitsee testin aikana lepoa ja pysähtyy, testaja sanoo: ”Voit nojata seinään, jos haluat. Jatka kävelyä, kun pystyt.” Ajanotto jatkuu tauosta huolimatta. Pysähtymisen syy, lepoasento ja mahdolliset tuntemukset kirjataan ylös. Mikäli testattava ei halua jatkaa testiä tai testi pitää testajan mielestä keskeyttää, pysäyttää testaja ajanoton, merkitsee pöytäkirjaan keskeytyksen syyn sekä kävellyn ajan ja matkan. Kun kävelytestiä on jäljellä 15 sekuntia, sanoo testaja: ”Hetken kuluttua pyydän sinua pysähtymään. Pysähdy silloin paikallesi ja odota, kun tulen luoksesi.” Kävelyajan umpeu-

3 (3)

duttua testaja sanoo: ”Seis!” ja kävelee testattavan luokse. Kävelymatka kirjataan metrin tarkkuudella, lisäksi testattavalta kysytään RPE-tuntemus ja tarkistetaan syke. (Peurala & Paltamaa 2014.)

Mikäli suorituksen aikana halutaan tarkempaa tietoa hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminnasta, voidaan testata myös uloshengityksen huippuvirtaus ja veren happikylläisyys. Nämä edellyttävät PEF-mittarin ja pulssioksimetrin käyttöä. (Peurala & Paltamaa 2014.)

Liite 4. FAC, kävelyluokitus

FAC, kävelyluokituksen 6-luokkainen kävelykyvyn mittari, joka kuuluu WHO:n ICF-luokituksessa liikkumisen osa-alueeseen. Kävelyluokituksessa testattavaa pyydetään seisomaan ja ottamaan askelia. Tämän onnistuessa pyydetään tutkittavaa kävelemään 15 metrin matka. ”Kävelyluokitus perustuu tutkittavan kävely-yrityksen tai vähintään 15 metrin kävelyn havainnointiin ja tarvittaessa avustamiseen.” (Peurala 2011). Jos tutkittava pystyy kävelemään portaissa, havainnoidaan ja tarpeen vaatiessa avustetaan porraskävely, luokituksen 4 ja 5 erottelemiseksi. Liikkumisen apuvälineitä saa käyttää. (Peurala 2011.)

Luokitus:

0 = ”Kuntoutuja ei pysty kävelemään tai hän tarvitsee vähintään kahden henkilön apua.” (Peurala 2011).

1 = ”Kuntoutuja tarvitsee jatkuvaa manuaalista ohjausta yhdeltä avustajalta, joka auttaa siirtämään painoa ja säilyttämään tasapainon.” (Peurala 2011).

2 = ”Kuntoutuja tarvitsee jatkuvaa tai ajoittaista tukea yhdeltä avustajalta, joka auttaa tasapainon ja koordinaation säilyttämisessä.” (Peurala 2011).

3 = ”Kuntoutujaa tarvitsee kävelyyn verbaalista ohjausta ilman fyysistä kosketusta.” (Peurala 2011).

4 = ”Kuntoutuja kävelee itsenäisesti tasaisella alustalla, mutta tarvitsee apua portaissa, kaltevilla taiepätasaisilla pinnoilla.” (Peurala 2011).

5 = ”Kuntoutuja kävelee itsenäisesti joka paikassa.” (Peurala 2011.)

Liite 5. Tuoliltanousutesti 5 kertaa

1 (2)

Tuoliltanousu testaa toiminnallista alaraajojen suorituskykyä, lihasvoimaa, tasapainoa ja koordinaatiota. Testaajan tulee seistä riittävän lähellä testattavaa turvallisuuden varmistamiseksi ja testi tulee keskeyttää, mikäli testattavalla havaitaan ilmeinen kaatumisen vaara. Jos testattava ei yrityksistä huolimatta kykene nousemaan kertaakaan seisomaan, merkitään tämä tulos ylös. (Valkeinen, Stenholm, Sainio, Pajala & Vaara 2014.)

Testausvälineitä ovat selkänöjallinen, tukeva, käsinojallinen tuoli ja sekuntikello. Lisäksi testattavalla tulee olla jaloissaan tukevat, luistamattomat kengät. Tuolin selkänöja tulee sijoittaa kiinni esimerkiksi tukevaa pöytää vasten, ettei tuoli pääse liikkumaan testauksen aikana. Testattaessa testattava istuu käsivarret ristissä rinnan päällä, selkä kiinni tuolin selkänöjassa ja jalat alustalla tukevasti pienessä haara-asennossa. Testaaja selostaa ja näyttää oikean suorituksen ennen suoritusta, jonka jälkeen testattava tekee testisuorituksena yhden ylösnousun. Jos testisuoritus onnistuu, toistaa testattava suorituksen viisi kertaa. (Valkeinen ym. 2014.)

”Yhden kerran tuoliltanousutesti: testaaja selittää ja näyttää samalla suorituksen ”Istuksaa tuolissa selkä kiinni selkänöjassa ja jalkapohjat tukevasti lattiassa pienessä haara-asennossa. Laittakaa kädet ristiin rinnan päälle. Nouskaa tuolilta ylös yhden kerran ilman käsien apua. ” Jos suoritus ei onnistu ilman käsien apua, kokeillaan, pääseekö testattava ylös käsillä avustaen. Mikäli testattava käyttää käsiään ylösnousuun tai ei pysty ollenkaan nousemaan, testi päättyy tähän. Muussa tapauksessa jatketaan viiden toiston tuoliltanousutestiin.” (Valkeinen ym. 2014.)

Testattava saa seuraavanlaisen ohjeistuksen: ”Seuraavaksi nouskaa seisomaan viisi kertaa ilman taukoa niin nopeasti kuin mahdollista. Ojentakaa polvet ja ylävartalo ylhäällä suoraksi, istuessa selän on kosketettava selkänöjaan. Minä otan suoritukselle aikaa.”(Valkeinen ym. 2014). Testi suoritetaan harjoittelematta, testattavan ollessa alkuasennossa, aloitetaan testi sanomalla: ”Oletteko valmis? Valmiina – NYT!” (Valkeinen ym. 2014). Testattavan selän irrotessa selkänöjasta käynnistetään sekuntikello. (Valkeinen ym. 2014.)

Jatkuu

2 (2)

Koko suorituksen ajan suorituskerrat lasketaan ääneen ja kello pysäytetään, kun testattava on noussut viimeisen kerran seisomaan. Tähän viiteen seisomaannousuun kulunut aika merkitään 0,1 sekunnin tarkkuudella. Tarvittaessa testin aikana voi antaa ohjeistuksen: ”Niin nopeasti kuin mahdollista” (Valkeinen ym. 2014). Jos ajanotto epäonnistuu tai jokin ulkoinen tekijä häiritsee testattavan suoriutumista, testi uusitaan. Testi keskeytetään, mikäli testattava käyttää käsiään apuna ylösnoousussa, mittauksen maksimiaika (60 sekuntia) on kulunut suorituksen ollessa vielä kesken tai mikäli havaitaan, ettei suoritus ole turvallinen. (Valkeinen ym. 2014.)

Liite 6. Käden puristusvoima

1 (2)

Käden puristusvoiman testaus tehdään Jamar tai Saehan puristusvoimamittarilla, joissa mittayksikkönä käytetään kilogrammoja (kg). Kilogrammayksiköt näkyvät mittarin näytön ulommaisella kehällä. Puristuksen päätyttyä mittarin neula jää osoittamaan puristuksen suurinta arvoa ja ennen seuraavaa puristusta neula siirretään nollan kohdalle näytön keskellä olevasta ruuvista. Puristusvoima mitataan testattavan dominoivasta kädestä, mikäli käden käyttö ei ole estynyt vamman tai sairauden vuoksi, jossa tapauksessa testi suoritetaan toisella kädellä. Mittauslomakkeeseen merkitään mitattava käsi. (Stenholm, Punakallio & Valkeinen 2013.)

Testin aikana testattava istuu ryhdikkäässä asennossa nojaamatta selkänojaan, käsinojat-
tomalla tuolilla, jalat tukevasti lattiassa. Mitattavan yläraajan olkavarsi pidetään kevyesti vartalossa kiinni ilman kiertoja, kyynärnivel 90° fleksiossa, ranne 0-30° dorsifleksiossa ja 0-15° ulnaarideviaatiossa. Tässä asennossa raajan tulisi pysyä koko puristuksen ajan. Toista kättä testattava pitää sylissä tai vartalon vieressä. Puristusvoimamittareissa on viisi oteleveyttä ja kahvan koko säädetään testattavan käden koon mukaan. Oikein säädettyä mittaria puristaessa etusormen toinen keskinivel on noin 90° kulmassa. Oteleveyden tulee myös testattavasta tuntua luontevalta. Mittauslomakkeeseen merkitään oteleveys. (Stenholm ym. 2013.)

Ennen mittausta mittaajan tulee selittää mittauksen kulku ja näyttää mallisuoritus. Suorituksessa mittari tulee pitää pystysuorassa, asteikko tutkittavasta pois päin. Jos testattavan lihasvoima on heikko, voi testaaja tukea mittaria kevyesti. Puristus kestää 3-5 sekuntia. Mittauksen ohjeistus: ”Nyt mittaamme puristusvoimaanne. Tarkoituksena on, että puristatte kahvasta niin voimakkaasti kuin pystytte muutaman sekunnin ajan, kunnes sanon, että riittää. Oletteko valmis?” (Stenholm ym. 2013). Mikäli kyllä: ”Valmiina – NYT! PURISTA – PURISTA – PURISTA! Ja riittää. Voitte irrottaa käden kahvasta ja rentouttaa sitä hieman.” (Stenholm ym. 2013). Kannustuksella pystytään vaikuttamaan tutkittavien suorituksiin, jonka vuoksi se on pyrittävä vakioimaan. (Stenholm ym. 2013.)

Jatkuu

2 (2)

Mittauslomakkeeseen merkitään puristustulos kilogramman tarkkuudella. Ennen toista puristusta, tulee odottaa puoli minuuttia voimatason palautumiseksi. Kahden puristustuloksen välisen eron ollessa yli 10%, tehdään kolmas suoritus. Lopullinen mittaustulos on paras tulos kahdesta tai kolmesta puristuksesta. (Stenholm ym. 2013.)

Liite 7. Manuaalinen lihastestaus

1 (2)

Manuaalisen lihastestauksen tekemiseksi tarvitaan korkeussäädettävä hoitopöytä sekä tyyny. Ensimmäisenä tarkistetaan testattavan liikkeen liikerata. Ennen suoritusta liike opetetaan mitattavalle manuaalisesti. Liike tulee suorittaa, mikäli mahdollista, koko liikeradalla hitaasti, tasaisella nopeudella painovoimaa vastaan, eikä mittaajan fiksoiva ote saa stimuloida mitattavaa lihasta. Vastuksen tulee olla tasainen ja liikkeen suuntainen koko liikeradalla ja vastus sopeutetaan mitattavan lihasvoimaan niin, että mitattava suoriutuu liikkeestä koko liikeradalla. (VSSHP/TYKS 2013, 200-201.)

”Mittauksessa ei oteta huomioon lihaksen voiman vaihtelua liikeradan eri osilla. Ennen liikkeen vastustamista mitattavalle tulee antaa aikaa saavuttaa maksimimaalinen lihassupistus. Ellei potilas pysty suorittamaan liikettä painovoimaa vastaan koko liikeradalla, vaihdetaan alkuasentoa niin, että testattava lihas ei työskentele painovoimaa vastaan. Jos painovoiman eliminointi ei onnistu tai se ei ole tarpeellista (sormet) arvioidaan, pystyykö mitattava tekemään liikkeen osalla liikerataa.” (VSSHP/TYKS 2013, 200-201.)

Aluksi mitattavaa kehoitetaan suorittamaan liike ilman vastusta painovoimaa vastaan täydellä liikeradalla. Mikäli tämä onnistuu, tehdään liike vastustaen. Mikäli liike ei onnistu painovoimaa vastaan, pyritään painovoiman vaikutus eliminoimaan. Mitattavaa ohjataan seuraavasti: ”Näytän liikkeen, jonka teet seuraavaksi. Tee sama liike äskeisellä tasaisella ja rauhallisella nopeudella.” (VSSHP/TYKS 2013, 200-201). Jos suoritus onnistuu: ”Tee sama uudelleen vastuksesta huolimatta tasaisella ja rauhallisella nopeudella.” (VSSHP/TYKS 2013, 200-201). Jos suoritus ei onnistu: ”Vaihdetaan alkuasentoa. Näytän liikkeen, jonka teet seuraavaksi. Tee sama uudelleen tasaisella ja rauhallisella nopeudella.” (VSSHP/TYKS 2013, 200-201). (VSSHP/TYKS 2013, 200-201.)

Mittaustulos merkitään mittauslomakkeelle asteikolla 0-5, jossa 5 vastaa normaalia lihasvoimaa, eikä testaaja pysty murtamaan lihasvoimaa. Arvo 4 vastaa hyvää lihasvoimaa, jonka vastus on murrettavissa, mutta kestää huomattavaa vastusta. Arvo 3 tarkoittaa kohtalaista lihasvoimaa, joka voittaa painovoiman ja tapahtuu koko liikeradalla, täl-

Jatkuu

2 (2)

lön liikettä ei vastusteta. Arvo 2 tarkoittaa heikkoa lihasvoimaa, joka ei voita painovoimaa. Arvo 1 vastaa nähtävissä tai selvästi tunnettavissa olevaa lihassupistusta, mutta on niin heikko, ettei pysty liikuttamaan mitattavaa kehonosaa. Arvossa 0 ei havaita lihassupistusta. (VSSHP/TYKS 2013, 200-201.)

Arviossa suositellaan täysien numeroiden käyttöä, tarvittaessa on mahdollista kuitenkin käyttää myös 3+ ja 2- arvoja. 3+ arvo vastaa koko liikeradalla painovoiman voittavaa lihasvoimaa, joka onnistuu säilyttämään loppuasennon kevyttä vastusta vastaan. 2- vastaa lihasvoimaa, jossa osalla liikeradasta painovoima on eliminoituna. Mittauslomakkeeseen merkitään mittaustuloksen lisäksi mahdollinen liikerajoitus, mittauksen aikaansaama kipu ja korvaava toiminta. (VSSHP/TYKS 2013, 200-201.)

Liite 8. Bergin tasapainotesti

1 (2)

Bergin tasapainotestissä on 14 osiota, joilla arvioidaan asiakkaan kykyä säilyttää tasapainonsa päivittäisessä elämässä. Testin suorittamiseen kuuluu aikaa 10-20 minuuttia. Sen suorittamiseen tarvitaan pisteytysohjeet, sekuntikello, viivoitin, selkätuellinen, käsinojallinen tuoli sekä selkänojallinen, käsinojaton tuoli tai hoitopöytä, 20 cm:n porraskelman. Mittausolosuhteet tulee vakioida. Testi suoritetaan jalkineitta vakioidun pisteytysohjeen mukaisessa järjestyksessä. Testattavalle annetaan sanallinen ohje, tarvittaessa liike havainnollistetaan. Ensimmäinen yritys pisteytetään, eikä osioita saa harjoitella. Tutkittavan tulee ymmärtää suoritusohjeet. Tutkittavaa voi käyttää yläraajojaan tasapainon ylläpidossa, mutta tukeutua ei saa. Alaraajojen on pysyttävä paikoillaan. (Paltamaa 2004.)

Tutkittavaa ohjeistetaan seuraavasti: ”Testin tarkoituksena on mitata tasapainon hallintaa eri tilanteissa. Testiin kuuluu 14 osiota, jotka on valittu päivittäisessä elämässä olevien vaatimusten mukaan. Jokaiseen osioon saatte erikseen ohjeet. Pyrkikää suoriutumaan kustakin osiosta mahdollisimman itsenäisesti ilman tukea. Yrittäkää säilyttää tasapaino heti yrittäessänne, koska ensimmäinen yritys pisteytetään. Osioita ei saa harjoitella.” (Paltamaa 2004).

Bergin tasapainotestin eri osiot mittaavat tasapainon hallintaa tukipinnan pienentyessä, tasapainon hallintaa asennosta toiseen siirryttäessä, tasapainon hallintaa painopisteen siirtyessä lähelle tukipinnan reunoja eteen tai sivulle sekä tasapainon hallintaa näkökyky poissuljettuna. Kaikki osiot arvioidaan pisteytysohjeiden mukaisesti asteikolla 0-4. Testattavan kustakin osiosta saama pistemäärä sekä muut pyydetyt osiot merkitään pisteytysohjeeseen, lisäksi osaan suoritteista kulunut aika. Testattavan eri osioista saamat pisteet siirretään seurantalomakkeelle ja lasketaan yhteen. Testin maksimipistemäärä on 56. (Paltamaa 2004.)

Tulokset voidaan luokitella kokonaispistemäärän perusteella kolmeen luokkaan, käytettävä apuväline huomioiden: pisteet 0–20 = heikko (pyörätuoli), pisteet 21–40 = kohtalainen (avustettava/apuväline), pisteet 41–56 = hyvä (itsenäinen). Kokonaispistemäärän perusteella on mahdollista arvioida myös kaatumisriskiä. Pistemäärän ollessa < 45, on

Jatkuu

2 (2)

kaatumisen riski lisääntynyt selvästi, samalla myös apuvälineen käytön tarve todennäköisesti lisääntyy. (Paltamaa 2004.)

Liite 9. ABC-asteikko: toiminnallisen tasapainon varmuus

ABC-asteikko antaa tietoa tutkittavan kokemasta tasapainon varmuudesta arkisissa toiminnoissa. Asteikossa on 16 osiota, joista jokaisen kohdalla tutkittava arvioi tasapainonsa varmuutta asteikolla 0–100%. Arvo 0 kuvaa epävarmuutta ja 100% täyttä varmuutta. Vastauksista saadut prosenttilukemat lasketaan yhteen ja jaetaan kysymysten lukumäärällä. Mitä suurempi kokonaisprosentti on, sen suurempi on koettu tasapainon varmuus. (Paltamaa & Peurala 2012.)

Liite 10. FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä

FSQfin on subjektiivisen toimintakyvyn mittari, joka on tarkoitettu päivittäisten toimintojen rajoitusten vaikeusasteen arvioinnin välineeksi ja muutosten seurantaan. Kyselylomake on päivitetty vastaamaan WHO:n ICF-luokituksen osa-alueita itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä, lisäksi siihen on lisätty avun ja apuvälineen kirjaimiseksi lisätietokohta. (Paltamaa 2013.)

Tutkittavan tulee itse arvioida omaa selviytymistään päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa viimeisen kuukauden aikana. Kunkin kysymyksen kohdalla arviointiasteikko on 0–4, jossa suurempi arvo kertoo paremmasta toimintakyvyn tasosta arvioidulla osa-alueella. Vaihtoehto 0 valitaan, mikäli tutkittava ei tee kyseistä toimintaa muun syyn kuin sairauden vuoksi. Lomakkeen voi täyttää asiakas tai haastattelija. Lisätietoihin merkitään mahdollisesti käytettävä apuväline tai toiselta henkilöltä saatava apu. (Paltamaa 2013.)

Saadut pisteet lasketaan kustakin osiosta yhteen ja niistä lasketaan FSQ-indeksi. FSQ-indeksit pyöristetään kokonaisluvuiksi itsestä huolehtimisen, liikkumisen ja kotielämän aihealueilla. Tarvittaessa kaikista kysymyksistä voidaan laskea myös yksi arjessa selviytymisen FSQ-indeksi. Indeksilukema vaihtelee välillä 0-100, jossa suurempi arvo tarkoittaa parempaa toimintakykyä. (Paltamaa 2013.)

Liite 11. Borgin asteikko

”Borgin asteikko (KUVA 1.) havainnollistaa, miten liikunta kuormittaa elimistöä: milloin liikunta on vähän rasittavaa, rasittavaa tai hyvin rasittavaa. Tasot havainnollistavat terveysliikunnan, kuntoliikunnan ja kovan kuntoilun kuormitusta ja kuormitusten eroja.” (UKK-instituutti 2015.)

Miltä rasitus tuntuu nyt?*

Miltä rasitus tuntuu?	Sopivuus	Havainnoi hengitystä
6		
7 erittäin kevyt		normaali hengitysrytmi
8		
9 hyvin kevyt		
10	sopii kaikille	hengitys kiihtyy (puhuminen sujuu)
11 kevyt		
12	sopii terveys- ja kuntoliikkujiille	hengästyttää (puhuminen vaikeutuu)
13 hieman rasittava		
14		
15 rasittava		
16	sopii koville kuntoilijoille ja urheilijoille silloin tällöin	puuskuttaa (puhuminen mahdotonta)
17 hyvin rasittava		
18		
19 erittäin rasittava		
20		

*ns. Borgin asteikko

UKK-instituutti

KUVA 1. Borgin asteikko

Borgin asteikko on numeerisesti 6–20, jossa terveysliikunnan alue on 10–16, jolloin liikkuminen on turvallista ja rasittavuudeltaan terveyden kannalta riittävää. Borgin asteikolla saadaan tietoa koetusta rasittavuudesta liikunnan aikana. Suuri koettu rasittavuus ja voimakas fyysinen rasitus lisäävät tuki- ja liikuntelimistön vammautumisen sekä sydän- ja verenkiertoelimistön toimintahäiriöiden vaaraa. Se myös vähentää liikkumisen miellyttävyyttä. (UKK-instituutti.)

Liite 12. Nivelten liikelaajuudet

Ennen nivelten liikelaajuuksien mittaamista mitattavalle kerrotaan mittauksen tarkoitus ja suoritustapahtuma ja se pyritään suorittamaan kertamittauksena. Mittaus lähtee poikkeuksia lukuunottamatta aina 0-asennosta ja mitattavan alueen on oltava paljaana. Mittaaja stabiloi manuaalisesti tai stabilointiremmillä avulla raajan proksimaaliosan. Liike tulee suorittaa hallitusti ja rauhallisesti, ja mittarin asettelussa on oltava huolellinen. Ennen mittauksen aloitusta mitattavan tulee suorittaa liike koko liikeradalla. Ensisijaisesti liikerata mitataan aktiivisella liikkeellä, tarvittaessa liikkeen voi tehdä myös passiivisesti. Nämä liikelaajuudet kirjataan mittauslomakkeelle joko asteina viiden asteen tarkkuudella tai millimetreinä viiden millimetrin tarkkuudella. Palpoiden ja inspektoiden nivelestä tehdyt huomiot kirjataan niille varattuun tilaan. Mahdollinen kipu mitataan VAS-kipujanalla ja se kirjataan mittauslomakkeelle. (VSSHP/TYKS 2013, 135.)

Liite 13. Beightonin yliliikkuvuustesti

Beightonin kriteerit on laadittu kansainvälisesti tarkentamaan nivelten yliliikkuvuuden diagnostiikkaa. Jos seuraavasta pisteluettelosta saadaan kokoon vähintään 5 pistettä, katsotaan mitattavalla olevan yliliikkuvuutta.

- ”Pikkusormien tyvinivelen ojennus yli 90 astetta: 2 pistettä
- Peukaloiden taivuttaminen kyynärvarteen kiinni: 2 pistettä
- Kyynärnivelten yliojennus yli 10 astetta: 2 pistettä
- Polvien yliojennus yli 10 astetta: 2 pistettä
- Kämmenet tavoittavat lattian polvet suorina: 1 piste” (Reumaliitto 2011).

Mikäli kriteerit täyttyvät, on yliliikkuvuus syytä ottaa huomioon yleensä ainakin elämäntavoissa. Lisäksi on aiheellista selvittää mahdollinen vakavanlaatuinen periytyvä sidekudostauti. Joissakin tapauksissa yliliikkuvuus aikaansaa oireita, vaikkei täytäkään kriteereitä. (Reumaliitto 2011.)

Liite 14. VAS-kipujana

VAS-kipuja on yleisimmin käytetty kipumittari. Se on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä arvo 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja oikeassa päässä arvo 10 pahinta mahdollista kipua. Asiakas merkitsee näiden ääripäiden väliltä janaan kohdan, joka vastaa hänen senhetkisen kipunsa voimakkuutta. (Vainio 2009.)

Tarvittavat välineet: kynä, ruuduton paperi, johon piirrettynä 10 cm:n mittainen jana, jonka ääripäissä on merkinnät: oikealla ”pahin mahdollinen kipu”, vasemmalla ”ei kipua”. Asiakasta pyydetään merkitsemään poikkiviiva janalle siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa hänen kipujensa voimakkuutta. Mitattavan tehtyä merkinnän, mittaa mitaaja millimetriviivaimella tuloksen vasemmalta alkaen. Mittaustulos kirjataan senttimetreinä 0,1 cm:n tarkkuudella mittauslomakkeelle. Seurantamittauksessa asiakkaan ei tule nähdä edellistä merkintäänsä. Asiakkaalla mittaushetkellä oleva erityinen kiputila kirjataan lomakkeelle huomioihin. Huomioihin kirjataan myös tilanne, jossa kipu on mitattu. (VSSHP/TYKS 2013, 111.)

Liite 15. PEF-mittaus

PEF-mittaus on keuhkojen toiminnan perustutkimus, jota käytettiin aluksi vain keuhkotuuletuskapasiteetin mittaamiseen. Se soveltuu kuitenkin hyvin myös vastaanottotilanteessa tehtävään keukotoiminnan arvioon osoittaen keskeisen hengitysfunktion vaihtelun. (Lindholm 2011.)

Uloshengityksen huippuvirtauksen mittaukseen tarvitaan PEF-mittari sekä tarvittaessa tuoli ja nenäpuristin. Ennen suoritusta mittarin osoitin täytyy asettaa nolla-asentoon. Jos asiakkaalla on hankaluuksia mittarin kädessäpitämisessä, mittaaja voi avustaa tarvittaessa. Mittauksen aikana suukappaleen tulee olla hampaiden välissä ja huulet suukappaleen ympärillä tiukasti suljettuna. Kieli ei saa estää ilman virtausta ja jäädä suukappaleen eteen. Mittarin ilma-aukot ja osoitin eivät saa peittyä mittauksen aikana. Ulospuhalluksen voi tehdä seisten tai istuen, toistetut mittaukset aina samassa mittausasennossa. Hammasproteesien omistajilla mittaus tulee vakioida tehtäväksi joko proteesien kanssa tai ilman. (VSSHP/TYKS 2013, 229.)

Itse mittaus suoritetaan puhaltamalla mittariin lyhytkestoinen, mahdollisimman voimakas ja terävä ulospuhallus. Ennen seuraavaa puhallusta osoitin tulee palauttaa nolla-asentoon ja puhallusarvo merkitä mittauslomakkeeseen. Kullakin mittauskerralla suoritetaan kolme onnistunutta puhallusta, jotka saavat poiketa toisistaan enintään 20 litraa/ minuutti (lapsilla 10 litraa/minuutti). Näistä kolmesta puhalluksesta paras merkitään mittauslomakkeeseen. (VSSHP/TYKS 2013, 229.)

Liite 16. Thoraxin liikkuvuus

Rinnanympäryksen erot maksimaalisten ulos- ja sisäänhengitysten aikana mitataan asiakkaan istuessa tai seistessä, yläraajojen roikkuessa rentoina. Naisilta mittaus suoritetaan välittömästi rintojen yläpuolelta, miehiltä välittömästi nännien alapuolelta. Viitearvo maksimaalisen ulospuhalluksen ja maksimaalisen sisäänhengityksen erolle on 3,5-6cm. (Buckup 2008, 10-11.)