

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Anu Leppänen
Heidi Luttinen
Henna Sälliluoma

KAPULOITA PYÖRÖVI-ILMIÖN RATTAISIIN
Kotiuttamisprosessin mallin luominen fysioterapian näkökulmasta Siilaisen sairaalalle

Opinnäytetyö
Elokuu 2016



OPINNÄYTETYÖ
Elokuu 2016
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Anu Leppänen, Heidi Luttinen, Henna Sälliluoma

Nimeke
Kapuloita pyöröovi-ilmion rattaisiin – Kotiuttamisprosessin mallin luominen fysioterapian näkökulmasta Siilaisen sairaalalle
Toimeksiantaja
Siilaisen sairaala

Tiivistelmä

Lain mukaan kunnat ovat velvollisia toteuttamaan iäkkään henkilön toimintakykyä tukevat pitkäaikaiset palvelut ensisijaisesti tämän kotona ja näin edistämään iäkkään henkilön kuntoutumista ja kotona asumista. Haasteen tämän toteutumiseen luo lisääntynyt niin sanottu pyöröovi-ilmio eli sairaalakierre.

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Siilaisen sairaala, jonka osastoilla oli havaittu tilastollisesti merkittävästi pyöröovi-ilmioita. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää toimeksiantajan kotiuttamisprosessia ja tavoitteena luoda malli kotiuttamisprosessille fysioterapian näkökulmasta. Mallin avulla voidaan huomioida mahdollisimman kokonaisvaltaisesti potilaan kuntoutustarve sekä pyöröovi-ilmioille altistavat riskitekijät. Mallin kohderyhmänä ovat yli 75-vuotiaat vuodeostopotilaat, jotka kotiutuvat sairaalasta kotiin.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja prosessi oli seitsenvaiheinen. Prosessin tuloksena syntyi opinnäytetyön raportti ja tuotos eli kotiuttamisprosessin malli. Malli sisältää viisi vaihetta, joiden avulla pyritään toteuttamaan potilaan kotiuttaminen turvallisesti ja onnistuneesti huomioiden etenkin pyöröovi-ilmioille altistavat tekijät fysioterapian näkökulmasta. Malli testattiin yhdellä potilaalla sen toimivuuden varmistamiseksi ja testausprosessin jälkeen malli viimeisteltiin lopulliseen muotoonsa. Valmis malli luovutettiin kansiomuodossa toimeksiantajan käyttöön.

Jatkossa mallin soveltuvuutta voisi tutkia laadullisella tutkimusmenetelmällä, esimerkiksi selvittämällä fysioterapeuttien kokemuksia mallin mukaisen kotiuttamisprosessin toteuttamisesta. Lisäksi mallin vaikuttavuutta pyöröovi-ilmion esiintymiseen voisi tutkia ylempien korkeakoulutusten tutkielmoina.

Kieli
suomi

Sivuja 77
Liitteet 3
Liitesivumäärä 12

Asiasanat

kotiuttamisprosessi, ikääntynyt, pyöröovi-ilmio, fysioterapia



THESIS
August 2016
Degree Programme in Physiotherapy

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors
Anu Leppänen, Heidi Luttinen, Henna Sälliluoma

Title
Preventing the Revolving Door Syndrome - Creating a Discharge Process Model for Siilainen Hospital from the Perspective of Physiotherapy

Commissioned by
Siilainen Hospital

Abstract

The law obliges municipalities to organise long-term care services for older people primarily in their homes and thus improve their rehabilitation and ability to live at home. This is challenged by an increase in the so called revolving door syndrome i.e. hospital readmissions.

The thesis was commissioned by Siilainen Hospital, where a statistically significant number of hospital readmissions have been noted. The aim of the thesis was to develop the hospital discharge process and the objective was to create a model from the perspective of physiotherapy. The model helps to take into consideration the patient's comprehensive need for rehabilitation and the readmission risk factors. The target group for the model is over 75-year-old inpatients discharged from the hospital to home.

This thesis was practice-based and the process comprised seven phases. The thesis report and the discharge process model were the results. The model consists of five phases according to which the discharge process can be implemented safely and successfully and especially the readmission risk factors from the perspective of physiotherapy can be considered. Before completing the model, it was tested with one patient to ensure its functionality. The completed model was given in the form of a folder to the commissioning organisation.

In the future, the suitability of the model could be investigated with a qualitative research method by examining physiotherapists' experiences of using the model in the discharge process. In addition, the effectiveness of the model in decreasing hospital readmissions could be investigated in masters' level dissertations.

Language

Finnish

Pages 77

Appendices 3

Pages of Appendices 12

Keywords

discharge process, older people, revolving door syndrome, physiotherapy

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	6
3	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	7
4	Opinnäytetyön toimeksiantaja ja toimintaympäristö.....	9
4.1	Siilaisen sairaala.....	9
4.2	Siilaisen sairaalan kotiuttamisprosessin kuvaus.....	10
4.3	Kotiuttamisprosessin haasteet Siilaisen sairaalassa	12
5	Toimintakyky	13
6	Ikääntynyt ja ikääntyminen	16
7	Gerontologinen kuntoutus	17
8	Pyöröovi-ilmiö.....	20
8.1	Pyöröovi-ilmiön yleisimpiä riskitekijöitä	20
8.1.1	Hauraus-raihnaus-oireyhtymä	21
8.1.2	Yksinäisyys, pelko ja turvattomuus	22
8.2	Pyöröovi-ilmiön riskitekijöihin vaikuttaminen fysioterapian keinoin	23
9	Kotiuttamisprosessi	24
9.1	Kotiuttamisen suunnittelu	26
9.2	Kuntoutus osana kotiuttamisprosessia	28
9.3	Kotiuttamispäätös.....	29
9.4	Kotiutuminen	30
10	GAS-menetelmä kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa	31
11	Opinnäytetyön prosessikuvaus	32
11.1	Aloitusvaihe	33
11.2	Suunnitteluvaihe.....	33
11.3	Esivaihe	34
11.4	Työstövaihe	35
11.5	Tarkistusvaihe	44
11.6	Viimeistelyvaihe	46
11.7	Opinnäytetyöprosessin päättäminen	48
12	Kotiuttamisprosessin malli fysioterapian näkökulmasta	49
13	Pohdinta.....	52
13.1	Luotettavuus ja eettisyys	52
13.2	Arviointi ja hyödynnettävyys	56
13.3	Ammatillinen kehittyminen	58
13.4	Jatkokehittämisideat	59
	Lähteet.....	60

Liitteet

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Suostumuslomake

Liite 3 Kotiuttamisprosessin malli fysioterapian näkökulmasta

1 Johdanto

Tehyn asettama työryhmä selvitti kuntasektorien vuonna 2014 tekemien säästötoimenpiteiden vaikutuksia terveydenhuollon henkilöstöön, hoidon laatuun sekä sen saatavuuteen. Selvityksen mukaan niin sanottu pyöröovi-ilmiö on lisääntynyt säästötoimenpiteiden vuoksi. Pyöröovi-ilmiöllä tarkoitetaan sitä, että potilaat palaavat kotiuttamisen jälkeen pian taas takaisin hoitoon. (Becker 2015, 5, 24.)

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista säätävässä laissa määrätään seuraavaa: “Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 1351/2014, 14. §). Laki velvoittaa kuntia suunnittelemaan ikääntyvän väestön hyvinvointiin ja terveystalvveluihin liittyviä toimenpiteitään ja painottamaan suunnitelmassa kotona asumista sekä kuntoutumista edistäviä toimia (Virnes 2015).

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Siilaisen sairaala. Tarkoituksenamme oli kehittää Siilaisen sairaalan kotiuttamisprosessia ja tavoitteenamme oli luoda tutkimusnäyttöön sekä kokemustietoon pohjautuva malli kotiuttamisprosessille fysioterapian näkökulmasta. Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän mallin kohderyhmänä ovat 75 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat potilaat, jotka kotiutuvat sairaalasta kotiin. Kuten yllä mainitusta Tehyn selvityksestä käy ilmi, pyöröovi-ilmiön esiintyminen terveydenhuollossa on lisääntynyt viime vuosina (Becker 2015, 24). Samaan aikaan iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista säätävässä laissa korostetaan kotona toteutettavien palveluiden sekä avopalveluiden käyttämistä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 1351/2014, 14. §). Aihe on sekä tärkeä että ajankohtainen vanhustenhuollon nykytilannetta ja tulevaisuutta ajatellen. Kehittämämme mallin tehtävänä onkin luoda yhtenäinen ja selkeä toteutuslinja ikääntyneiden potilaiden kotitukseen fysioterapian näkökulmasta. Näin kotiutuksessa voidaan ottaa huomioon mahdollisimman kokonaisvaltaisesti potilaan kuntoutustarve ja mahdolliset sairaalakierteelle altistavat riskitekijät toimintakyvyssä ja kotiympäristössä.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää Siilaisen sairaalan kotiuttamisprosessia pyöröovi-ilmiön eli sairaalakierteen ehkäisemiseksi. Tavoitteenamme oli luoda yhteistyössä toimeksiantajan yhteyshenkilöiden kanssa tutkimuksiin ja kokemustietoon perustuva malli fysioterapian näkökulmasta ikääntyneiden vuodeosastohoidossa olevien potilaiden kotiuttamisprosessille. Kotiuttamisprosessiin osallistuu moniammatillinen työryhmä, mutta loimme mallin fysioterapian näkökulmasta, koska kyseessä on fysioterapian opinnäytetyö. Mallin tarkoituksena on luoda yhtenäinen ja selkeä toteutuslinja, jonka avulla kotiuttamisprosessissa voidaan huomioida kokonaisvaltainen kuntoutustarve sekä pyöröovi-ilmiölle altistavat riskitekijät. Toimeksiantajan toiveena oli, että kotiuttamisprosessin mallin kehittämisessä keskitytään erityisesti vaiheeseen, jossa potilas kotiutuu vuodeosastolta ja palaa kotiinsa. Kotiuttamisprosessissa ennakointi sekä varhain aloitettu suunnittelu ovat merkittäviä kotiuttamisprosessin onnistumisen kannalta (Perälä & Hammar 2003, 25–27), joten koimme tarpeelliseksi luoda mallin koko kotiuttamisprosessista.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt kotiuttamisprosessin malli perustuu tutkimus- ja teorian tiedon pohjalta hyväksi todettuihin käytänteisiin ja menetelmiin sekä kotiuttamisprosessiin osallistuvien ammattilaisten kokemustietoon. Mallin mukaisessa kotiuttamisprosessissa lähtökohtana ovat kotona selviytymisen kannalta olennaisten yksilöllisten tarpeiden sekä tavoitteiden kartoittaminen ja huomiointi esimerkiksi GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) avulla. Kotiuttamisprosessin mallin luomisen pohjana käytimme ICF-luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health), jota hyödyntäen voidaan ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon ikääntymisen mukanaan tuomat yksilölliset muutokset ja niiden yhteys mahdollisiin pyöröovi-ilmiön riskitekijöihin.

3 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Tämä eroaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä muun muassa siten, että sen tuloksena syntyy uutta tietoa tuottavien tutkimustulosten sijasta tuotos, joka voi olla esimerkiksi prosessikuvaus, malli tai esite. Toinen erottava tekijä on se, että toiminnallinen opinnäytetyö edellyttää myös muiden kuin opiskelijan itsensä mukanaoloa tuotoksen toteuttamisen vaiheissa. Muiden toimijoiden mukanaolo näkyy myös käytännössä siten, että toiminnallisessa opinnäytetyössä prosessi etenee vuorovaikutuksessa eri toimijoiden kanssa ja toiminta tapahtuu valitussa toimintaympäristössä. Vuorovaikutus mahdollistaa esimerkiksi sen, että prosessin aikana opinnäytetyön tekijöiden on mahdollista saada palautetta syntyvästä tuotoksesta, jonka pohjalta tuotosta voi kehittää vastaamaan paremmin opinnäytetyölle asetettua tavoitetta. (Salonen 2013, 5–6.)

Valitsimme opinnäytetyöprosessimme malliksi konstruktivistisen mallin, joka sisältää seitsemän vaihetta: aloitus-, suunnittelu-, esi-, työstö-, tarkistus- ja viimeistelyvaiheen sekä vaiheen, jossa toiminnallisen opinnäytetyön raportti ja tuotos ovat valmiit (Salonen 2013, 16–19). Konstruktivismi on oppimiskäsitys, joka perustuu tiedon aktiiviseen rakentamiseen ja siihen vaikuttavat ihmisen omat tulkinnat. Konstruktivismiin periaatteiden mukaan ihminen nähdään aktiivisena toimijana tiedon jalostamisessa. (Tynjälä 1999, 21–22.) Konstruktivistisessa mallissa yhdistyvät lineaarisen mallin ja spiraalimallin vahvuudet sekä kehittämistoiminnan johdonmukaisuus. Konstruktivistisen mallin mukaisessa prosessissa ovat oleellisia muun muassa huolellinen suunnittelu, prosessin jakaminen vaiheisiin, prosessista oppiminen sekä osallisuus. (Salonen 2013, 16.)

Opinnäytetyöprosessissamme vaiheet etenivät jatkumona, jossa eri vaiheet toteutuivat limittäin. Konstruktivistisen mallin mukaan toiminnallisen opinnäytetyön aloitusvaiheessa eli ideavaiheessa luodaan kehittämishankkeen linjaus ja suunta. Aloitusvaiheessa selvitetään opinnäytetyön tarve ja nimetään se. Työn tehtävästä, toteutusympäristöstä ja mukana olevista toimijoista muodostetaan myös käsitys. Aloitusvaiheessa hankkeen parissa työskentelevien on myös tärkeää keskustella erityisesti aiheen rajauksesta ja työhön sitoutumisesta. (Salonen 2013, 17.)

Mallin mukaisessa suunnitteluvaiheessa opinnäytetyöstä luodaan kirjallinen suunnitelma. Suunnitelmaan kirjataan muun muassa työn tavoitteet, vaiheet, menetelmät ja millaisia aineistoja työssä käytetään sekä miten tietoa hankitaan ja käsitellään. Suunnitteluvaiheessa menetelmien ja suunnitelmien toimivuutta ei voida vielä täysin tietää eikä työn etenemistä suunnitella täysin kaikilta osin. On kuitenkin tärkeää, että suunnitelma on tehty mahdollisimman tarkasti, jotta se ohjaa opinnäytetyöprosessin kulkua. (Salonen 2013, 17.)

Esivaiheessa hankkeen suunnitelman hyväksymisen jälkeen siirrytään työn toteutusympäristöön, jossa suunnitellaan varsinaisen toteutuksen etenemistä ja käydään läpi suunnitelmaa. Työstövaiheessa kehitetään opinnäytetyön varsinainen tuotos eli tässä opinnäytetyössä kotiuttamisprosessin malli. Työstövaihetta seuraa tarkistusvaihe. Tarkistusvaiheessa tuotosta arvioidaan ja palataan mahdollisesti vielä työstövaiheeseen. Viimeistelyvaiheessa viimeistellään toiminnallisen opinnäytetyön tuotos sekä toiminnallisen opinnäytetyön raportti. Viimeistelyvaihe voi sisältää myös esimerkiksi tuotoksen esittämisen toimeksiantajalle tai muille hankkeessa mukana olleille tahoille. Konstruktivisen mallin viimeisessä vaiheessa tapahtuu prosessin päättäminen, tuotoksen esittäminen sekä levittäminen. (Salonen 2013, 17–19.)

Opinnäytetyömme tuotoksena syntyvän kotiuttamisprosessin mallin tarkoituksena on kehittää toimeksiantajan kotiuttamisprosessia, jotta pyörövi-ilmion esiintyminen ikäntyneiden vuodeosastopotilaiden keskuudessa vähentyisi. Terveystieteiden sisäisissä muutoksissa tavoitellaan aina sitä, että kehittämistyössä etusijalla ovat potilaiden ja asiakkaiden hoidon sekä palvelun laatu (Laaksonen, Niskanen & Ollilla 2012, 80). Tämä oli lähtökohtana myös opinnäytetyömme tuotoksen luomisprosessissa.

Opinnäytetyön konkreettinen tuotos on graafinen mallinnus kotiuttamisprosessin vaiheista ja niiden sisällöistä fysioterapian näkökulmasta. Graafinen malli havainnollistaa kotiuttamisprosessin vaiheiden etenemistä ja sen avulla koko prosessista voidaan muodostaa kokonaiskuva. Martinsuon ja Blomqvistin (2010, 14–15) mukaan prosessimallinnuksen hyviin käytäntöihin kuuluvat muun muassa se, että prosessin keskiössä on asiakas, prosessin vaiheet toteutuvat loogisessa järjestyksessä ja vaiheiden toteutus tapahtuu niihin parhaiten soveltuvissa paikoissa sekä mahdollisimman mutkattomasti että

tehokkaasti. Prosessin kuvauksessa on hyvä muistaa keskittyä kuvaamaan vain sen toimivuuden kannalta oleellisia asioita sekä havainnollistaa prosessia myös visuaalisesti. Kuvauksen tason tarkkuutta on myös hyvä pohtia, jotta se vastaa tarkoitustaan. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 14–15.) Kotiuttamisprosessin mallin luomisessa pyrimme huomioimaan prosessimallinnuksen hyviä käytänteitä ja siten luomaan graafisesta mallista selkeän ja tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden.

4 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja toimintaympäristö

4.1 Siilaisen sairaala

Siilaisen sairaala on Joensuussa sijaitseva terveyskeskussairaala. Siilaisen sairaalassa toimii kuusi hoitotiimiä ja sairaalassa on kokonaisuudessaan 136 sairaansijaa. Opinnäytetyömme toimintaympäristönä toimivat kaksi Siilaisen sairaalan osastoa, joilla hoidetaan pääasiassa akuutti- ja infektiopotilaita. (Joensuun kaupunki 2016a.) Toimeksiantaja toivoi, että emme käytä opinnäytetyössämme kohdeosastojen oikeita nimiä, joten käytämme niistä nimiä osasto A ja osasto B.

Saimme fysioterapian koulutusohjelman opettajalta Siilaisen sairaalan osasto A:lla työskentelevän kuntohoitajan yhteystiedot ja olimme häneen yhteydessä opinnäytetyömme toimeksiannosta. Toimeksiantaja tarjosi meille mahdollisuuden käyttää osasto A:ta ja B:tä opinnäytetyömme kohdeosastoina. Kyseisten osastojen valintaa työmme toimintaympäristöksi puolsivat tilastotiedot osastoilla esiintyvistä pyöröovi-ilmiöstä.

Tilastojen mukaan kesäkuussa 2015 osasto A:lta kotiutetuista potilaista 50 % palasi takaisin osastolle yhdeksän viikon kuluessa kotiutumisesta. Vastaava luku osasto B:llä oli 37 %. Määrällisesti potilaita kotiutettiin osasto A:lta 44 ja osasto B:ltä 41. Suurin osa kesäkuussa osasto A:lle ja osasto B:lle tulleista potilaista tuli osastolle yhteispäivystyksen kautta. Yleisin syy osastolle joutumiseen oli sairauden hoito ja tutkimus. Tavallisia hoidon syitä olivat yleistilan lasku, erilaiset kiputilat kuten rintakipu ja vatsakipu, sydämen vajaatoiminnan paheneminen, virtsatieinfektio ja verivirtsaisuus, hengenahdistus ja keuhkokuume sekä ruusu ja huimaus. Kaikissa ikäluokissa (alle 75 v.,

75–85 v. ja yli 85 v.) havaittiin, että eniten potilaita palautui takaisin 1–3 vuorokauden kuluessa kotiutumisesta. Tilastojen valossa voidaan havaita, että osastolle takaisin palaamisen kriittisin aika on kotiutumisen jälkeinen viikko. Yleisimmät syyt havaituille pyöröovi-ilmiölle olivat infektiot, kivut, sairauden paheneminen, kotona pärjäämättömyys, hengenahdistus, päihteiden käyttö, kaatuminen sekä omaisen väsyminen. (Hokkanen 2015, 2, 5–6.)

4.2 Siilaisen sairaalan kotiuttamisprosessin kuvaus

Siilaisen sairaalassa potilaan kuntoutuspolku rakentuu neljästä eri vaiheesta: tulovaiheesta, hoito- ja kuntoutusvaiheesta, kotiutumisasiheesta ja kotikuntoutusvaiheesta (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015). Lähteessä käytetään tässä yhteydessä nimitystä “kotiutuvan asiakkaan kuntoutuspolku” (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015), mutta opinnäytetyössämme käytämme termiä “kotiuttamisprosessi”, koska teimme opinnäytetyömme tuotoksena kotiuttamisprosessin mallin fysioterapian näkökulmasta. Siilaisen sairaalassa hoidossa olevasta henkilöstä käytetään termiä potilas ja henkilön kotiuduttua termiä asiakas. Noudatamme tätä käytäntöä opinnäytetyssämme.

Tulovaihe tarkoittaa prosessissa vaihetta, kun potilas on saapumassa osastolle. Tällöin osasto saa tiedon saapuvasta potilaasta ja lääkäri tai jonohoitaja tekee päätöksen potilaan vastaanottamisesta osastolle. Potilaan saavuttua osastolle sairaanhoitaja tekee potilaalle tulohaastattelun. Tulohaastattelun jälkeen lääkäri tekee potilaalle tulotarkastuksen, jossa määritellään hoidon tavoite sekä tutkimuksien tarve. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.) Tulotarkastuksen yhteydessä lääkäri tekee myös alustavan arvion potilaan kotiuttamisen ajankohdasta (Mansikka 2016a). Tulotarkastuksen jälkeen fysioterapeutti tekee potilaalle orientoivan arvion. Orientoivassa arvioissa fysioterapeutti tekee potilaalle alkutestaukset, joiden avulla arvioidaan kuntoutuksen tavoite. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.)

Hoito- ja kuntoutusvaihe kuvaa potilaan osastolla olojaksoa. Tässä vaiheessa suunnitellaan ja toteutetaan potilaan hoitoa ja kuntoutusta moniammatillisesti sekä valmistellaan potilaan kotiutumista. Vaihe sisältää tarvittaessa myös kotikäynnin, jossa fysioterapeutti tai kuntohoitaja käy yhdessä potilaan kanssa tämän kotona. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.) Kotikäynnillä arvioidaan ja kartoitetaan potilaan toimintakykyä koti-

ympäristössä, mahdollisia vaaratilanteiden riskejä sekä apuvälinetarvetta (Mansikka 2016b). Näiden jälkeen potilaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, mikäli potilas kuuluu kotihoidon palveluiden piiriin (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015). Hoito- ja palvelusuunnitelmapalaveriin (HPS-palaveri) osallistuu potilaan lisäksi fysioterapeutti tai kuntohoitaja, kotiutushoitaja ja mahdollisesti omainen sekä kotihoidon edustaja. Palaverissa arvioidaan keinoja, joilla voitaisiin tukea potilaan toimintakykyä, kartoitetaan mahdollisen jatkohoidon tarve sekä tarkistetaan, onko potilaalla tarvittavat apuvälineet. (Mansikka 2016a, Mansikka 2016b.) Lisäksi palaverissa määritellään suuntaa antava arvio kotihoidon käyntien määrästä ja sisällöistä (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015).

Fysioterapeutti tai kuntohoitaja suorittaa potilaalle hoito- ja kuntoutusvaiheen lopputestauksen, mikäli potilas on osastojakson aikana osallistunut kuntoutukseen (Mansikka 2016a). Lopputestauksen jälkeen lääkäri tekee päätöksen potilaan kotiuttamisesta. Kun lääkäri on myöntänyt luvan kotiuttamiselle, kotiutumisesta ilmoitetaan omaisille sekä kotihoidolle tai yksityisille palveluntuottajille. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.)

Kotiutumisvaiheessa lääkärin lupa kotiuttamiselle on myönnetty ja potilaan kotiuttamista aletaan toteuttaa. Mikäli potilas kuuluu säännöllisen kotihoidon piiriin, osaston vastaava sairaanhoitaja soittaa kotihoidon tiimivastaavalle tai vuorovastaavalle 1–2 vuorokautta ennen kotiutusta. Jos potilas ei ole kotihoidon piirissä, hänelle voidaan tarvittaessa myöntää kotiutusseteli. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.) Kotiutussetelin avulla potilas saa palveluntarpeen mukaisia kotihoidon palveluita Joensuun kaupungilta tai yksityisiltä palveluntarjoajilta (Joensuun kaupunki 2012). Ennen potilaan kotiutumista sovitaan myös aika fysioterapeutin tai kuntohoitajan tekemälle seurantakäynnille, mikäli se nähdään tarpeelliseksi. Potilaan kotiuduttua suoritetaan uloskirjaus ja loppuyhteenvedon tekeminen potilastietoihin. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.)

Kotikuntoutusvaiheessa kotihoidon fysioterapeutti tai omahoitaja arvioi tehtyjen havaintojen perusteella asiakkaan kuntoutustarvetta. Kuntoutustarpeen mukaan asiakkailla on noin 30 minuuttia kestävä kotihoidon järjestämät kuntoutuskäynnit asiakkaiden kotona kerran viikossa ja muilla kotihoidon käynneillä käytetään kuntouttavaa työtä. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.) Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan sellaista

työskentelytapaa, jossa asiakas osallistetaan toimimaan esimerkiksi hoitotoimenpiteissä. Kuntouttavan työtteen tarkoituksena on aktivoida ja tukea asiakkaan toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. (Verner 2014a.)

4.3 Kotiuttamisprosessin haasteet Siilaisen sairaalassa

Kartoitimme toimeksiantajan kotiuttamisprosessin haasteita keskustelemalla Siilaisen sairaalan kohdeosastojen kotiuttamiseen osallistuvan henkilökunnan kanssa ja osallistumalla tammikuussa 2016 kotiuttamistyöryhmän Kuntoutuspolkupalaveriin, jossa käytiin läpi nykyistä potilaan kuntoutuspolkua ja pohdittiin siinä havaittuja haasteita ja kriittisiä kohtia. Palaverissa oli paikalla Siilaisen sairaalassa ja kotihoitossa työskenteleviä sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, perushoitajia ja kaupungin kehittämishankkeisiin osallistuvaa henkilökuntaa. Lisäksi osallistuimme maaliskuussa 2016 kohdeosastoilla järjestettäviin SAS-palaverihin (Selvitä, Arvioi, Sijoita), joissa havainnoimme keskustelua kotiuttamisprosessin loppuvaiheen toimista.

Kotiuttamistyöryhmän palaverin mukaan kotiuttamisprosessin sairaalaan tulovaiheessa yksi suurimmista haasteista on kiireellisyys ja ajan puute, joiden vuoksi tulotarkastukseen ei välttämättä ole aikaa ja kuntoutustarvearviointi jää tekemättä tai sen tekeminen viivästyy. Hoito- ja kuntoutusvaiheessa haasteina ovat muun muassa terapiavälineiden puutteellisuus, kuntoutuspalveluiden puutteellisuus sekä jatkoseurannan toteutumattomuus. Tiedonkulun puute ja monet eri ammattiryhmien kirjaamispaikat ovat koko prosessin ajan ongelmallisia. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.)

Kotiutumiseen liittyy monia hoidon keston vaikuttavia ongelmia. Kotihoitoon kuuluvan potilaan kohdalla haasteeksi voi muodostua kotiutuksen ajankohta ja kotihoitoon kuulumattoman potilaan kohdalla arkisten käytännön asioiden hoitamisen haasteet. Vastata kotiutuneen potilaan pyöröovi-ilmiön riski kasvaa myös kohonneen kaatumisvaaran ja kotiutumiseen liittyvien, yksityiskohtaisten sopimatta jääneiden asioiden vuoksi. (Timonen 2014, 63.)

Kotikuntoutusvaiheessa on havaittu haasteita esimerkiksi siinä, että suunnitelmaa kuntoutukselle ei ole ehditty tehdä tai se on unohtunut tehdä. Kotiuduttuaan asiakkaan tu-

lee ottaa itse yhteyttä tarvittaessa terveystieteiden fysioterapian ajanvaraukseen, mikäli hän ei kuulu kotihoidon piiriin. Yhteydenoton jäädessä tällaisessa tilanteessa asiakkaan vastuulle se usein unohtuu. Myös tiedonkulun ja yhteistyön puute Siilaisen sairaalan fysioterapeuttien ja kotihoidon fysioterapeuttien välillä vaihtelee ja myös se tuo omat haasteensa. Kotihoidon piiriin kuulumattomille asiakkaille ei myöskään ole selvillä jatkokuntoutumisen vaihtoehtoja. Kotihoidossa taas haasteina ovat muun muassa se, että arviointimenetelmät esimerkiksi jatkoseurannan kannalta eivät ole yhdenmukaisia ja lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen arjessa on vaihtelevaa. (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015.) Mansikan (2016b) mukaan kuntoutuksen toteutumisen sekä etenemisen seuranta olisi erittäin tärkeää. Kotikuntoutusvaiheessa kotiutujien kokema turvattomuus, yksinäisyys, harhaisuus ja muistiongelmat ovat erittäin haastavia ja tekijät altistavat kotiutujan pyörövi-ilmiolle. Muita ongelmia ovat esimerkiksi omaisten kokema väsymys kotiutujan hoitamisesta sekä lääkitykseen liittyvät ongelmat.

Siilaisen sairaalan kotiuttamisprosessiin liittyvät haasteet ovat moniulotteisia ja -alaisia, joten emme käsittele kaikkia haasteita työssämme. Käsittelemme työssämme ja tuotoksessamme kotiuttamisprosessiin liittyviä fysioterapian kannalta olennaisia pyörövi-ilmion riskitekijöitä.

5 Toimintakyky

Käsite toimintakyky jaetaan usein neljään eri ulottuvuuteen: fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Ulottuvuuksista kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky liitetään usein yhteen. Toimintakyky-käsitteen ulottuvuudet liittyvät sekä toisiinsa että myös ympäristön, terveydentilan ja yksilöllisten ominaisuuksien tarjoamiin mahdollisuuksiin. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Toimintakykyä voidaan tarkastella näiden ulottuvuuksien lisäksi myös objektiivisesta tai subjektiivisesta näkökulmasta; toimintakyky voidaan siis nähdä joko yleisenä ilmiönä tai yksittäisen ihmisen kokemuksena. (Luoma, Vaara, Röberg, Mikkilä & Mäki 2013, 199.)

Fyysinen toimintakyky käsittää ihmisen kyvyn liikkua ja siten selviytyä arjen vaatimista tehtävistä. Fyysisen toimintakyvyn fysiologisia osa-alueita ovat muun muassa lihaksis-

ton voima- ja kestävyysominaisuudet, hengitys- ja verenkiertoelimistön aerobinen kunto, nivelten liikkuvuudet, kyky hallita vartalon asentoja ja liikkeitä sekä keskushermoston kyky koordinoida kehon liikkeitä. Aistitoimintojen, kuten näkö ja kuulo, katsotaan myös kuuluvan fyysisen toimintakyvyn osa-alueisiin. Fyysisen toimintakyvyn tasosta puhuttaessa käytetään usein termejä fyysinen kunto, fyysinen suorituskyky tai terveyskunto. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

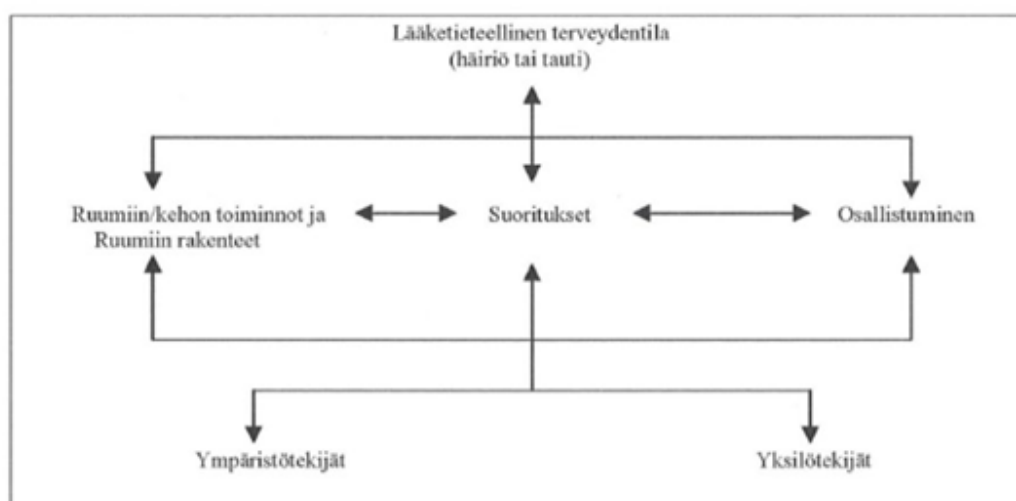
Psyykkinen toimintakyky rakentuu useista eri toiminnoista. Toimintoja ovat muun muassa tiedon käsittely ja vastaanottaminen, tunteet, käsitysten muodostaminen omasta itsestä ja ympäristöstä sekä suunnitelmien, ratkaisujen ja valintojen tekeminen omaa elämää koskien. Psyykkisen toimintakyvyn ydintoiminnot liittyvät siis pääasiassa mielen terveyteen, tuntemiseen ja ajatteluun sekä kykyyn hallita omaa elämää. Mikäli henkilön psyykkinen toimintakyky on riittävällä tasolla, hän kykenee selviytymään arjen haastavista tilanteista ja kriiseistä. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueisiin luetaan myös persoonallisuus ja kyky selviytyä sosiaalisen ympäristön tarjoamista haasteista. Itsensä arvostaminen, omiin kykyihin luottaminen, kyvykkyyks tehdä harkittuja päätöksiä ja luottavainen sekä realistinen suhtautuminen tulevaan ovat myös psyykkisesti toimintakykyisen henkilön tuntomerkkejä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Kognitiivinen toimintakyky sisältää esimerkiksi kyvyn vastaanottaa, käsitellä, säilyttää sekä käyttää tietoa. Näiden eri osa-alueiden yhteistoiminta muodostaa kognitiivisen toimintakyvyn kokonaisuuden. Kognitiivisiin toimintoihin lukeutuvat muun muassa tarkkaavuus, hahmottaminen, orientoituminen, muisti, oppiminen, keskittyminen, ongelmanratkaisukyky, toiminnanohjaus sekä kielelliset toiminnot. Edellä mainitut kognitiiviset toiminnot ovat samalla myös tärkeitä psyykkisiä toimintoja, mutta toimintakyvyn käsitteestä puhuttaessa psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä käsitellään kuitenkin erillään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä selviytyä vuorovaikutustilanteista ja erilaisista rooleista sekä kykyä osoittaa sosiaalista aktiivisuutta; henkilö kykenee osallistumaan ja kokemaan yhteyttä ja osallisuutta sosiaalisissa tilanteissa. Sosiaalisen toimintakyvyn ytimessä ovat siis ihmisen toiminta hänen ollessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa sekä aktiivinen toimiminen ja osallistuminen erilaisissa yhteisöissä ja ympäröivässä yhteiskunnassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Toimintakykyä, sen rajoitteita sekä terveydentilaa voidaan tarkastella ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) avulla. ICF-luokituksen julkaisi Maailman Terveysjärjestö WHO vuonna 2001 ja se tuo esiin sosiaali- ja terveysalan sekä yhteiskunnan kannalta keskeisiä asioita kuten esimerkiksi kotiympäristössä selviytymisen. Erilaisten tukitoimien järjestäminen ja arkielämässä pärjäämisestä huolehtiminen asettavat haasteita yhteiskunnan toimialoille. ICF-luokitus luokii yhdenmukaisemman kehyksen ja kielen eri toimijoiden välille. (Nylander, Ojala & Talo 2004, 4.) Yhteisen kielen merkitys korostuu eri tahojen välisessä viestinnässä ja ICF-luokituksen avulla tavoitellaankin tämän viestinnän parantumista sekä tietojen vertailun mahdollistumista kansainvälisesti sekä kansallisesti eri terveydenhuollon alojen ja palveluiden välillä. ICF-luokituksen tavoitteena on tarjota eri tieteenaloille myös yhteinen tieteelliseen tietoon perustuva viitekehys, jonka avulla voidaan tarkastella henkilön toimintakykyä ja terveydentilaa sekä niihin vaikuttavia ja niitä määrittäviä seikkoja. (Stakes 2004, 5).

ICF-luokitus koostuu kahdesta osa-alueesta, jotka molemmat sisältävät kaksi osaa (kuva 1). Ensimmäinen osa-alue on toimintakyky ja toimintarajoitteet ja se sisältää kehon toiminnot sekä rakenteet ja suoritukset sekä osallistumisen. Toisen osa-alueen puolestaan muodostavat kontekstuaaliset tekijät, joita ovat ympäristötekijät sekä yksilötekijät. (Stakes 2004, 7–8.) Luokitus mahdollistaa toimintakyvyn laaja-alaisen kuvaamisen ja tarkastelun, sillä toimintakyvyn käsitettä lähestytään biopsykososiaalisesta näkökulmasta (Valkeinen & Anttila 2014, 5).



Kuva 1. Kaavio ICF-luokituksen osa-alueista ja niiden välisistä suhteista (Stakes 2004, 18).

6 Ikääntynyt ja ikääntyminen

Suomessa 65 vuotta täyttäneet eläkkeellä olevat ihmiset luokitellaan tilastojen mukaan ikääntyneiksi. Ihmiskäsityksen, joka pohjautuu toimintakykyyn, näkökulmasta ikääntynyt ihminen on 75-vuotias. Kuitenkin vain joka kolmas 70–74-vuotiaista tuntee itsensä vanhaksi. Ikä voidaan määritellä myös erilaisista näkökulmista: biologisesta, fysiologisesta, psykologisesta, sosiaalisesta ja subjektiivisesta ulottuvuudesta. Jokainen voi kokea ikääntymisen eri tavoin ja eri näkökulmista ajateltuna ikääntyminen on erilaista. (Vernerinen 2014b.) Tässä työssä ikääntyneillä tarkoitetaan 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Valitsimme kyseisen ikäryhmän toimintakyvyn näkökulmasta tehdyn määritelmän vuoksi.

Ikääntyessä elimistössä tapahtuu paljon fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Ikääntymisen myötä lihasvoima heikkenee (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2008, 107), kestävyyskunto laskee (Kallinen 2008, 123), voimantuottonopeus heikkenee (Korhonen 2008, 131) sekä asennonhallinta ja tasapaino heikkenevät (Pajala, Sihvonon & Era 2008, 136). Nämä tekijät liittyvät muun muassa kohonneeseen kaatumisriskiin. Lisäksi iän myötä heikkenemistä tapahtuu myös kuulossa (Sorri & Huttunen 2008, 159), näössä (Hyvärinen 2008, 171), muistissa ja oppimisessa (Suutama 2008, 193).

Lihassoiman heikkeneminen on yksi keskeinen toiminnanvajauksen riskitekijä ikääntyneillä ihmisillä. Lihassoima alkaa heikentyä 50 ikävuoden jälkeen noin yhdellä prosentilla vuodessa ja naisilla jopa nopeammin hormonaalisten muutosten myötä. Lihassoiman heikentyminen kiihtyy iän myötä. Heikentyminen voi olla 65 ikävuoden jälkeen jopa 1,5–2 % vuodessa. Erilaiset sairaudet kuten diabetes, reuma ja halvaukset heikentävät lihasvoimaa entisestään. (Sipilä ym. 2008, 107, 112–114.)

Puutteellinen lihasvoima voi aiheuttaa rajoituksia liikkumiseen sekä päivittäisten toimintojen suorittamiseen. Lihasten tuottaman voiman täytyy voittaa maan vetovoima, jotta esimerkiksi tuolilta ylösnousu olisi mahdollista. Liikkeiden suorittamiseen vaikuttavat kuitenkin lihasvoiman lisäksi myös motoriset taidot. Lihassoiman merkitys kasvaa entisestään, jos liikkeiden koordinoinnissa on ongelmia. Voimantuoton puolierot alaraajoissa lisäävät kaatumisriskiä. (Sipilä ym. 2008, 114–115.)

Tasapaino ja sen hallinta ovat liikkumiskyvyn tärkeimpiä tekijöitä. Heikentynyt tasapaino lisää kaatumisriskiä. Tasapainoon ja asennon hallintaan vaikuttavat kehon säätelyjärjestelmien lisäksi suoritettava toiminta sekä toimintaympäristö. Tasapainon ja asennon hallintaan osallistuvat keskushermosto, hermo-lihasjärjestelmä, tuki- ja liikuntaelimistö sekä useat aistikanavat kuten sisäkorvan tasapainoelin, näkö ja mekaaninen tuntoaisti sekä asento- ja liiketunto. Ikääntyvien tasapainon hallintaa vaikeuttaa erityisesti alaraajojen lihasvoiman heikkeneminen, joka taas lisää kaatumisriskiä entisestään. Myös tasapainon hallintaan vaikuttavat erilaiset sairaudet kuten aivoverenkiertohäiriöt, diabetes ja tuki- ja liikuntaelinvaivat. (Pajala ym. 2008, 136–137, 141.)

7 Gerontologinen kuntoutus

Gerontologialla tarkoitetaan vanhuuden sekä vanhenemisen tutkimista. Käsite gerontologinen kuntoutus ei ole kuitenkaan vielä Suomessa yleisesti käytössä eikä sitä ole määritelty yhteisesti kuntoutuksen ja gerontologian alan asiantuntijoiden taholta. Gerontologisessa kuntoutuksessa ensisijainen lähtökohta on vanhenemisen ymmärtäminen moniulotteisena ilmiönä. (Pikkarainen, Era & Grönlund 2011.) Suunnittelun lähtökohtana ovatkin kuntoutujan yksilölliset kuntoutustarpeet. Kuntoutustarpeeseen ja sen muodostumiseen ovat vaikuttaneet ja vaikuttavat kuntoutujan elämänsä vaiheet. Tärkeänä osana gerontologista kuntoutusta onkin pyrkiä auttamaan kuntoutujaa menneen elämän vaiheiden jäsentämisessä ja niiden hyväksymisessä. Ikääntyneelle kuntoutujalle on myös tärkeää tarjota mahdollisuus elämän päättymisen ja siihen liittyvien ajatusten ja tunteiden käsittelyyn sekä ikääntymisen mukanaan tuomiin muutoksiin sopeutumiseen. Ikääntyessä ihmisen kehossa, terveydessä ja toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, joiden hyväksyminen ja käsitteleminen ovat tärkeä osa kuntoutusprosessia. Määritelmän laajuudesta huolimatta gerontologiseksi kuntoutukseksi ei voida lukea mitä tahansa toimintaa, joka tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon tai iäkkään itsensä toteuttamana. Lähtökohtana jokaisessa yksittäisessä kuntoutustilanteessa on se, että korostetaan ikääntyneen elämänvaiheen kokonaisvaltaista huomioon ottamista. Elämänvaiheen kaikki aikaulottuvuudet: nykyhetki, menneisyys sekä myös tulevaisuus, otetaan huomioon. (Pikkarainen 2013a, 18–19.) Ikääntyneiden kuntoutuksen lähtökohtana ovat kokonais-

valtainen arviointi, tavoitteiden määrittely sekä yhteistyö tavoitteiden saavuttamiseksi ja kuntoutuksen seuranta. Kuntoutusprosessiin sisältyy myös tarvittaessa kompensointivaihe eli apuvälineiden käyttöönotto sekä kodinmuutostöiden tekeminen sekä jatkokuntoutuksen järjestäminen. Kuntoutukseen osallistuu moniammatillinen työryhmä, jotta kuntoutuja voidaan huomioida kokonaisvaltaisesti. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 444–445.)

Vuosina 2009–2013 toteutettu Kelan IKKU-hanke (Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke) tutki muun muassa gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta ja nykytilaa Suomessa. Hankkeen tavoitteena oli parantaa 74-vuotiaiden ja sitä vanhempien ikääntyneiden edellytyksiä kotona asumiseen hyödyntämällä ryhmämuotoista kuntoutusprosessia. (Nyfors & Paatero 2013, 3.) IKKU-hanke sisälsi kolme tutkimusosiota: toimintatutkimuksen, vaikuttavuustutkimuksen sekä kuntoutuksen yhteistyötä ja tiedonkulkua selvittäneen tutkimuksen (Jansson, Kantanen, Luoma, Mukkila, Mäki, Pikkarainen, Röberg, Salmelainen, Vaara & Ylimaa 2013, 22). Vaikuttavuustutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hankkeessa toteutetun gerontologisen kuntoutuksen vaikutusta ikääntyneiden elämänlaatuun ja toimintakykyyn, arvioida kuntoutuksen vaikuttavuutta myös omaisten näkökulmasta sekä selvittää käytettyjen toimintakyvyn ja elämänlaadun mittareiden soveltuvuutta tarkoitukseensa tässä tutkimuksessa (Luoma ym. 2013, 204). Hankkeen kuntoutusjaksot sisälsivät ryhmässä ja yksilöllisessä ohjauksessa tapahtuvaa kuntoutusta, kuten kuntosali- ja tasapainoharjoittelua, vesivoimistelua sekä istumavoimistelua. Kuntoutujilla oli myös mahdollisuus omatoimiseen liikunnan harrastamiseen vapaa-aikoina. (Pikkarainen 2013b, 87.)

Vaikuttavuustutkimuksessa selvisi, että hankkeessa toteutettu ryhmämuotoinen gerontologinen kuntoutus oli ollut vaikuttavaa elämänlaadun eri osa-alueiden kannalta. Johtopäätöksissä todettiin, että elämänlaadun neljässä osa-alueessa: fyysisessä, psyykkisessä, sosiaalisessa sekä ympäristöllisessä ulottuvuudessa, oli tapahtunut muutoksia parempaan. Fyysisessä ulottuvuudessa muutokset näkyivät eniten arkisista toiminnoista selviytymisen helpottumisena, sillä esimerkiksi yläraajojen liikkuvuuden parantuminen mahdollisti kodinhoidon ja omasta siisteydestä huolehtimisen helpottumisen. Kuntoutuksen tuloksena kuntoutujat kokivat, että kodin ja arjen askareet, kuten kaupassa tai asioilla käyminen, kodinhoito ja julkisten kulkuvälineiden käyttäminen, eivät tuntuneet enää yhtä kuormittavilta fyysisesti. Kuormittavuuden kokemuksen väheneminen näkyi

erityisesti naiskuntoutujien kohdalla. Kuntoutujien luottamus omiin kykyihin ja selviytymiseen arjessa parani myös, mikä puolestaan lisäsi arjen omatoimisuutta ja vähensi avun tarvetta. Fyysinen toimintakyky parani erityisesti niillä kuntoutujilla, joilla oli jo kuntoutuksen alussa liikkumiskyvyn rajoituksia ja erilaisia kiputuntemuksia. Lisäksi kaikki kuntoutajat kokivat myös lihasvoimatasonsa parantuneen. Tärkeä lopputulos tutkimuksessa oli myös se, että hankkeen loputtua tutkittavat jatkoivat kuntoutumista kotioloissa ja löysivät itselleen sopivia kuntoutusmuotoja, joiden avulla jatkaa harjoittelua. (Luoma ym. 2013, 246.)

Psyykkisen ulottuvuuden osalta elämänlaadun paraneminen näkyi erityisesti naisten osalta masennusoireiden vähentymisenä ja mielialan sekä keskittymiskyvyn parantumisena. Tutkittavat kokivat myös elämänhallinnan tunteen lisääntyneen ja kyvyn omaksua uutta tietoa parantuneen. Elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden osalta kehitystä tapahtui erityisesti aktiivisuudessa osallistua erilaisiin tapahtumiin ja tilaisuuksiin. Loppuraportin mukaan tutkittavat olivat löytäneet myös uusia harrastuksia ja saaneet uusia ystäviä. Sosiaalisen aktiivisuuden lisääntyä yksinäisyyden kokeminen ei kuitenkaan vähentynyt tutkittavien keskuudessa. Ympäristöulottuvuudessa kehitys näkyi ulkopuolisen avun tarpeen vähentymisenä arjen vaativissa toimissa sekä apuvälineiden käyttöönoton lisääntymisenä. (Luoma ym. 2013, 246–247.)

Hankkeen loppuraportissa todettiin myös, että vaikuttavien gerontologisten kuntoutuspalveluiden kehittäminen edellyttää moniammatillista toimintaa (Nyfors & Paatero 2013, 3). IKKU-hankkeessa kuntoutujien oma-ohjaajat toimivat työpareina. Oma-ohjaajia oli kaiken kaikkiaan 12, joista kuusi oli fysioterapeuttia, kolme toimintaterapeuttia ja kolme olivat ammatiltaan sairaanhoitajia sekä terveydenhoitajia. Työparitoiminnan tavoitteena oli tehostaa kuntoutuksen tavoitteellisuutta ja yhteistyötä hankkeessa mukana olevien kuntien kanssa. Myös kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden toivottiin toteutuvan paremmin parityöskentelyn myötä. (Pikkarainen 2013b, 138.)

8 Pyöröovi-ilmio

8.1 Pyöröovi-ilmion yleisimpiä riskitekijöitä

Pyöröovi-ilmioillä tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi sairaalasta tai terveyskeskuksesta kotiutunut henkilö joutuu palaamaan takaisin hoitoon pian kotiutumisensa jälkeen (Becker 2015, 24). Sairaalahoittoon hakeutuneet ikääntyneet ovat pyöröovi-ilmion riskiryhmää etenkin, jos he ovat kotihoidon asiakkaita. Yli 75-vuotiailla sairaalahoittoon hakeutuneilla henkilöillä on tavallisesti useampi kuin yksi syy hoitoon hakeutumiselle ja kuntoutuksen tarve on yli 80 %:lla ikäryhmän potilaista. Yli 85-vuotiaista sairaalaan hakeutuneista yli 60 % jää hoidettavaksi, kun kaiken ikäisillä potilailla luku on 21 prosenttia. (Jäntti 2014.) Ikääntyneiden hoidon tarve on usein siis monisyinen, ja jatkohoidon ja -kuntoutuksen tarve ilmeinen.

Kotiuttamisessa haasteina ovat erityisesti kotiutuksen ja jatkohoidon jatkuvuuden järjestämisen puute, tiedonkulun puutokset, yhteistyön puute hoidettavan, omaisen ja hoidonantajan välillä sekä yhteisen linjauksen puuttuminen eri tahojen välillä kotiuttamisprosessissa (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2014). Lisähaasteina kotiuttamisprosessissa on usein potilaan iäkkäys, huonokuntoisuus sekä monisairastavuus. Nämä asiat vaikuttavat muun muassa itsenäiseen kotona selviytymiseen, kotiuttamisen ajankohtaan ja tarvittavaan kotiapuun. Lisäksi lyhentyneet hoitajakset sairaaloissa vaikeuttavat kotiuttamisprosessia. Kotiuttamisprosessin epäonnistuessa iäkäs potilas joutuu useimmiten palaamaan takaisin sairaalahoittoon, jolloin syntyy pyöröovi-ilmio. (Lämsä 2013, 108–109.)

Pyöröovi-ilmioille altistavia tekijöitä ovat muun muassa vähintään kaksi todettua kroonista sairautta kuten diabetes ja sydänsairaus, avun tarve päivittäisissä ADL-toimissa (Activities of Daily Living), hoitoa vaatinut kaatuminen vuoden sisällä, käytössä enemmän kuin kahdeksan (8) lääkettä, masennus tai heikentynyt kognitio, vähintään kolme fysioterapiakäyntiä viimeisen kuuden kuukauden aikana, vähintään kolme päivystyskäyntiä viimeisen kuuden kuukauden aikana, vähintään kolme sairaalajaksoa kuluneen vuoden aikana, ravitsemuksellinen ongelma, lonkkamurtuma kuluneen vuoden aikana ja rajoittunut sosiaalinen verkosto. (Watkins, Hall & Kring 2012, 119.) Myös muissa tutkimuksissa pyöröovi-ilmion riskitekijöiksi on havaittu aiempi sairaalajakso,

sairaalajakson pituus, monisairastavuus ja toimintakyvyn haitat (García-Pérez, Linertová, Lorenzo-Riera, Vázquez-Díaz, Duque-González & Sarría-Santamera 2011). Alaraajojen lihasmassan ja lihasvoiman määrä vähenevät nopeasti vuodelevossa jopa 15 prosenttia 10 vuorokauden aikana (Kortebein, Symons, Ferrando, Paddon-Jones, Ronsen, Protas, Conger, Lombeida, Wolfe, & Evans 2008, 1078). Tämä heikentää toimintakykyä. Alentuneen toimintakyvyn vuoksi päivittäisten toimien tekeminen voi olla haasteellista (Hammar 2008, 45). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan ikääntyneillä, joilla on haurautta, on huomattavasti suurempi riski pyöröovi-ilmiölle verrattuna ikääntyneisiin, joilla ei ole haurautta. 30 päivän sisällä ikääntyneistä, joilla oli haurautta, palautui takaisin sairaalaan 10–17 % enemmän kuin ikääntyneistä, joilla ei ollut haurautta. (Kahlon, Pederson, Majumdar, Belga, Lau, Fradette, Boyko, Bakal, Johnston, Padwal & McAlister 2015.)

Sairaalahoitoon jälkeen koettu elämänlaatu voi olla heikentynyt ja masentuneisuus saattaa lisätä turvattomuuden tunnetta. Haasteita sairaalasta kotiutumiseen ja kotona pärjäämiseen tuovat usein myös apuvälineiden puuttuminen ja asuinympäristöön liittyvät seikat, joissa ikääntyneen liikkumista ei ole huomioitu. (Hammar 2008, 45.) Lisäksi kuntoutujan motivaatio vaikuttaa kuntoutumiseen, ja siksi pystyvyyden tunne ja onnistumisen kokemukset ovat tärkeässä osassa kuntoutumisprosessissa (Niemelä 2011, 26).

Siilaisen sairaalassa on havaittu, että yleisimpiä syitä pyöröovi-ilmiölle ovat muun muassa kaatuminen, sairauden paheneminen ja infektiot. Myös kotona pärjäämättömyyden, jonka yleisimpiä syitä olivat yksinäisyys, turvattomuus sekä mielenterveystausta, on havaittu olevan yksi sairaalaan palaamisen taustalla olevista syistä. (Hokkanen 2015, 5–6.) Myös muistihäiriöiden on havaittu altistavan pyöröovi-ilmiölle (Mansikka 2016b). Siilaisen sairaalan osastoilla havaittujen pyöröovi-ilmiön syiden ja tutkimuksissa todettujen riskitekijöiden välillä on yhteneväisyyksiä.

8.1.1 Hauraus-raihnaus-oireyhtymä

Hauraus-raihnaus-oireyhtymä eli HRO tarkoittaa ikääntyneillä ihmisillä haurautta, joka ei liity tiettyyn diagnosoituun sairauteen. Hauraus-raihnaus-oireyhtymästä käytetään nykyisin termiä gerastenia. Opinnäytetyössämme käytämme kuitenkin vanhaa termiä,

koska käyttämässämme lähteissä käytetään kyseistä termiä. Oireyhtymässä stressinsietokyky on alentunut, joka vaikuttaa toimintakyvyn heikkenemiseen sekä toimintarajoitteisiin, jotka taas lisäävät kuolemanriskiä. Oireyhtymä altistaa myös monille sairauksille, pahentaa niitä ja hidastaa paranemista akuuteissa tiloissa. (Strandberg 2008, 346.) Hauraus-raihnaus-oireyhtymän etiologiset tekijät ovat jaettu neljään eri ryhmään: geneettiset tekijät, erilaiset sairaudet ja vammat, elintapoihin liittyvät tekijät sekä ikääntyminen. Erityisesti elintavat kuten vääränlainen ravinto ja siihen liittyvät sairaudet sekä vähäinen liikunta ovat oireyhtymän suurimpia riskitekijöitä. (Strandberg, Viitanen, Rantanen & Pitkälä 2006, 1498–1499.)

Tyypillinen HRO:sta kärsivä henkilö on laiha ja hänen lihaksensa ovat surkastuneet sekä useimmiten tällainen henkilö liikkuu hitaasti ja tarvitsee liikkumiseen apuvälineen. Vaikka tyypilliseen oirekuvaa liittyy laihuus, niin myös ylipainoisilla ikääntyneillä voi olla HRO. Oireyhtymän esiintyvyydestä ei ole tarkkaa tietoa, koska sen määrittely on vaihtelevaa. Oireyhtymä on yleisempää naisilla kuin miehillä ja sitä esiintyy enemmän laitoksissa asuvilla ikääntyneillä. Amerikkalaisen selvityksen mukaan oireyhtymästä kärsii 6–6,9 % kaikista kotona asuvista yli 65-vuotiaista ja eurooppalaisen tutkimuksen mukaan oireyhtymää esiintyy 12 %:lla miehistä ja 21 %:lla naisista. Näiden lukemien mukaan oireyhtymä on siis yleinen ja merkittävä ongelma. (Strandberg 2008, 346–347.) HRO:n yleisyys epidemiologisissa tutkimuksissa yli 70-vuotiailla on noin 10 % ja se yleistyy ikääntyessä. HRO:n tunnistaminen olisikin tärkeää, koska se altistaa toiminnanvajauksien kehittymistä, laitoshoidolle sekä kasvattaa kuolemanriskiä. (Strandberg 2014, 435.) Oireyhtymä on merkittävä syy laitoshoitoon joutumiselle (Sundell 2011, 335).

8.1.2 Yksinäisyys, pelko ja turvattomuus

Edellä mainittujen syiden lisäksi myös yksinäisyys voi olla yksi riskitekijä pyöröviilmiölle. Yksinäisyyttä voivat aiheuttaa muun muassa omaan terveyteen liittyvät tekijät, puolison kuolema sekä muut suuret elämänmuutokset ja niiden kohtaaminen. Ikääntyneiden kokema yksinäisyys aiheuttaa vähitellen toimintakyvyn heikkenemistä sekä sairastelua ja näin ollen ikääntynyt tarvitsee enemmän terveystalvueluita. (Routasalo 2010, 411, 413, 415.)

Yksinäisyys voi aiheuttaa myös pelkoa ja turvattomuuden tunnetta (Routasalo 2010, 411). Turvattomuuden tunnetta aiheuttavia tekijöitä ovat muun muassa demografiset tekijät kuten esimerkiksi naissukupuoli ja heikko toimeentulo, sairaudet sekä heikentynyt toimintakyky. Koettu yksinäisyys sekä tyytymättömyys ihmissuhteisiin ovat myös selvästi yhteydessä turvattomuuteen. Ikääntyneiden kokema yksinäisyys ja turvattomuus ovat merkittäviä tekijöitä kotona selviytymisen ja pärjäämisen kannalta, joten niihin reagoiminen olisi tärkeää, jotta ikääntyneiden kotona pärjäämistä voitaisiin parantaa. (Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä 2006, 201, 205.)

8.2 Pyöröovi-ilmion riskitekijöihin vaikuttaminen fysioterapian keinoin

Kuntoutusprosessin aikana sairaalan vuodeosastolla potilasta huomioidaan yksilöllisesti ja kuntoutusta toteuttaa usein sama fysioterapeutti tai useampi samaan tiimiin kuuluva fysioterapeutti. Säännöllisen kuntoutuksen aikana potilaan ja fysioterapeutin välille muodostuva hoitosuhde voi tarjota potilaalle mahdollisuuden jakaa asioita, jotka aiheuttavat esimerkiksi huolta tai epävarmuutta. Nämä kuntoutusprosessin aikana ilmenneet asiat ja potilaan omat näkemykset niistä voivat tarjota tärkeää tietoa muun muassa pyöröovi-ilmion riskitekijöistä kyseisten potilaiden kohdalla. (Kreppein & Stewart 2014, 1680–1681.)

Courtney, Edwards, Chang, Parker, Finlayson ja Hamilton (2009) tutkivat kokonaisvaltaisen hoidon ja fysioterapian arvioinnin, yksilöllisen harjoitteluohjelman, hoitajan kotikäyntien ja puhelimitse tehtävän seurannan vaikuttavuutta pyöröovi-ilmion vähentämiseen sekä elämänlaadun parantamiseen satunnaistetulla kontrolloidulla tutkimuksella. Tutkimukseen sisäänpääsyn kriteereinä olivat yli 65 vuoden ikä, diagnosoitu sairaus sekä vähintään yksi pyöröovi-ilmion riskitekijä, joita olivat yli 75 vuoden ikä, useampi sairaalajakso viimeisen puolen vuoden aikana, monisairaus, yksin asuminen, sosiaalisen tuen puute, heikko terveydentilan itsearviointi, kohtuullisen vaikea toimintakyvyn aleneminen sekä aikaisempi masennus. Hoitaja ja fysioterapeutti arvioivat interventoryhmän potilaiden tilan kokonaisvaltaisesti ja asettivat heille tavoitteet sekä tekivät heille yksilölliset kuntoutussuunnitelmat potilaiden, omaisten ja terveysalan ammattilaisten kanssa yhteistyössä. Kuntoutussuunnitelmat sisälsivät harjoitusohjelman, jossa oli lihasvoima-,

tasapaino, kävely- ja liikkuvuusharjoittelua. Suunnitelma sisälsi myös hoitajan kotikäynnit sekä seurannan. Tutkimuksen tuloksena interventioryhmän potilaiden pyöröviilmiön määrä oli huomattavasti kontrolliryhmän potilaita pienempi 24 viikon aikana. Interventioryhmän potilaista 22 % palautui sairaalaan kun taas kontrolliryhmän potilaita 46,7 % palautui sairaalaan.

Hauraus-raihnaus-oireyhtymän tärkeimpiä lääkkeettömiä ehkäisy- ja hoitokeinoja ovat muun muassa liikunta ja lihasvoimaharjoittelu (Strandberg 2008, 352). Lihasvoimaharjoittelu ja kuntoutus ovat tärkeitä hauraus-raihnaus-oireyhtymän hoidossa (Korpela, Pettersson, Strandberg, Löfberg & Kiuru-Enari 2011, 2416). Ikääntymisen myötä tasapaino heikkenee muun muassa alaraajojen lihasvoiman vähenemisen seurauksena, mikä lisää kaatumisriskiä (Pajala ym. 2008, 136–137). Kaatumisriskiä voidaan ehkäistä oikeanlaisella säännöllisellä harjoittelulla, joka sisältää sekä lihasvoimaa että tasapainoa parantavia harjoitteita. Vaikka kaatumisriskin tunnistaminen ja kaatumisten ehkäisyn suunnittelu sekä toteutus tapahtuvat moniammatillisena yhteistyönä, korostuu fysioterapeutin rooli potilaan liikkumis- ja toimintakyvyn arvioinnissa, ylläpitämisessä ja seurannassa. (Pajala, Piirtola, Karinkanta, Mänty, Pitkänen, Punakallio, Sihvonen, Kettunen & Kangas 2011.)

9 Kotiuttamisprosessi

Bull ja Roberts (2001, 571) selvittivät tutkimuksessaan vaikuttavan kotiuttamisprosessin osatekijöitä. Tulosten analysointi paljasti saatujen tulosten perusteella, että ikääntyneen potilaan vaikuttava kotiuttamisprosessi tapahtuu neljässä vaiheessa (taulukko 1) ja sitä luonnehtii osastolla työskentelevien ammattiryhmien välinen yhteistyö, eri tahojen välinen kommunikaatio ja riittävän ajan varaaminen potilaan jatkohoidon suunnittelulle moniammatillisesti. Myös Mamon, Steinwachs, Fahey, Bone, Oktay ja Klein (1992) jaottelivat kotiuttamisen suunnitteluprosessin neljään eri vaiheeseen. Vaiheessa yksi (1) tapahtuu potilaan arviointi, vaiheessa kaksi (2) laaditaan potilaan kotiuttamissuunnitelma, vaiheessa kolme (3) potilaalle sekä myös omaisille tarjotaan heidän tarvitsemaansa ohjausta ja potilas saa tarvitsemansa palvelut sekä niihin tarvittavat lähetteet ja vaiheessa neljä (4) tapahtuu seuranta ja arviointi.

Taulukko 1. Ikääntyneen potilaan vaikuttavan kotiuttamisprosessin vaiheet (Bull & Roberts 2001, 575–577).

Vaihe	Sisältö
Vaihe 1 “Potilaaseen tutustuminen”	<ul style="list-style-type: none"> • kommunikaatio potilaan+omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä avainasemassa • saavutetaan monipuolinen käsitys potilaan tilanteesta (toimintakyky, kotiympäristö, sosiaalinen tuki ja toiveet)
Vaihe 2 “Alustava suunnitelma kotiutumisen ajankohdalle”	<ul style="list-style-type: none"> • moniammatillinen tiimi työskentelee yhdessä aktiivisesti kotiuttamisen ajankohdan suunnittelussa • kunkin ammattiryhmän jäsen tekee oman arviotonsa potilaan tilanteesta ja tarpeista • suunnitelmasta keskustellaan potilaan ja omaisen kanssa ja heidän mielipiteensä ja näkökantansa huomioidaan
Vaihe 3 “Kotiutumiseen valmistautuminen”	<ul style="list-style-type: none"> • kommunikointi kotihoidon kanssa; tieto kotiutumisesta vähintään 3 päivää etukäteen • kontrolliaikojen varaaminen • osastojakson yhteenvedon tekeminen
Vaihe 4 “Siirtyminen sairaalasta kotiin”	<ul style="list-style-type: none"> • siirtyminen sairaalasta kotiin on sujuva • tarvittavat seurantakäynnit toteutuvat • eri tahojen välinen kommunikaatio ja tietojen siirtyminen toimivat • tarvittavat palvelut ovat käytössä ja potilas on tyytyväinen niihin

Erityisesti moniammatillisen työyhteisön merkitys koettiin tärkeäksi, sillä iäkkäiden potilaiden tarpeet olivat hyvin moninaisia, joten moniammatillisen tiimin jäsenet toivat kukin esiin oman ammattialansa näkemyksen potilaan tarpeista sairaalajakson aikana. Avoimen ja jatkuvan kommunikaation tärkeys korostui niin potilasta hoitavien tahojen

välillä kuin myös hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä myös hänen omaistensa välillä. (Bull & Roberts 2001, 574, 578.)

Moniammatillisen työtiimin merkityksestä kertoi tutkimuksen tulosten perusteella myös se, että jokaisen ammattiryhmän edustajan moniammatillisen tiimin tapaamisiin tuoma oman ammattialansa näkökulma koettiin tiimin sisällä puolin ja toisin opettavaiseksi asiaksi. Moniammatillinen työskentely edesauttoi myös työtiimin sisäisen luottamuksen syntymistä, sillä tiimin jäsenet oppivat luottamaan toistensa kykyyn tehdä arvioita ja he myös arvostivat toistensa näkökantoja. Tutkimuksen mukaan tehokkaassa moniammatillisessa tiimityöskentelyssä avaintekijöitä olivat ammattikuntarajojen häivyttäminen ja se, että tiimissä oli joku, joka koordinoi toimintaa. Ammattikuntarajojen häivyttäminen johti myös kokonaisvaltaisempaan lähestymistapaan ikääntyneitä ja hänen tarpeitaan kohtaan hänen sen hetkessä elinympäristössään. (Bull & Roberts 2001, 574.)

9.1 Kotiuttamisen suunnittelu

Potilaan kotiutumisen suunnittelulla ja valmistelulla voidaan varmistaa kotiuttamisen turvallisuus ja kotona pärjääminen sekä ennaltaehkäistä takaisin sairaalaan joutuminen (kuva 2). Potilaan kotiin palaamisen valmistelu aloitetaan yleensä jo tämän saapuessa hoitoon: eri ammattikuntien edustajat alkavat toimia potilaan kotiutumisen ja kotikuntoisuuden mahdollistamiseksi. (Perälä & Hammar 2003, 25–27.) Myös Mansikan (2016b) mukaan kotiuttamisen ajankohdan suunnittelu aloitetaan heti potilaan saavuttua osastolle esimerkiksi asettamalla kotiuttamiselle konkreettinen päivämäärä.

Fysioterapeutin tehtävänä on paitsi osallistua potilaan kuntoutukseen myös selvittää kotiutujan liikkumis- ja toimintakyky. Niiden perusteella fysioterapeutti valitsee ja ohjaa tarvittavien apuvälineiden käytön potilaalle ja tämän omaiselle tai läheiselle. Jatkokuntoutuksen ja kodinmuutostöiden tarpeellisuus tulee myös selvittää. Fysioterapeutit laativat myös kotikuntoutuksen tavoitteet, jotka voidaan potilaan suostumuksella välittää myös kotihoidon työntekijöille. Tiedonkulku on tärkeää, jotta kotihoidon työntekijät ovat myös tietoisia kuntoutuksen tavoitteista ja he voivat omalta osaltaan tukea niiden toteutumista. Fysioterapeutin tekemistä lausunnoista kotihoidon työntekijät saavat myös tietoa potilaan voimavaroista, kuten siitä, missä potilas tarvitsee apua ja mistä päivittä-

sistä toimista hän selviytyy itsenäisesti. (Perälä & Hammar 2003, 25–27.) Kotiuttamisprosessi onnistuu todennäköisemmin, kun potilaan kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan jo silloin, kun potilas saapuu hoitoon. Kotiuttaminen tulisi olla myös monesta eri näkökulmasta käsitelty prosessi, jolloin prosessissa olisi mukana eri ammattialojen edustajia. (Lämsä 2013, 109.) Nopeasti lyhyelläkin varoitusajalla tapahtuvat kotiuttamiset voivat olla onnistuneita, mikäli kotiutuja ja tämän läheinen ovat siihen valmiita. Ensimmäiset vuorokaudet kotiutumisen jälkeen ovat onnistuneen kotiutumisen kannalta merkityksellisimmät. (Perälä & Hammar 2003, 25.)

Potilas tulee osastolle	Potilas osastolla		Kotiuttamispäätös	Kotiutuminen	Potilas kotona
Kotiutumisen valmistelu alkaa: - tieto potilaan arvioidusta kotiutumisajasta kotihoitoon (varhaisen / ennakoivan kotioidon suunnittelu)	Potilaan ja läheisen valmistelu kotiutumiseen koko osastajakson ajan: - potilaan informoiminen hoito-, kuntoutus- tai kotiutumiskokouksista ja arviointikäynneistä	Arviointikäynti potilaan kotiin (esim. fysioterapeutti ja kotioidon edustaja): - arvioidaan kotona selviytymistä - kodin muutostöiden tarvetta - apuvälineiden tarvetta	Moniammatillinen päätös: - lääkäri - potilas - omainen - hoitohenkilökunta - fysioterapeutti	Kotiloma Koekotiutus	- Kotioidon etukäteen suunnitellut hoidot ja palvelut käynnistetään - Muut palvelut, kuten fysioterapia, sovitetaan muuhun kotihoitoon ja päivärtyim
Tieto uudesta potilaasta fysioterapeutille ym. työntekijöille -> heidän osuutensa potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa käynnistyy	Fysioterapeutti arvioi apuvälineiden tarpeen ja ohjaa potilasta sekä omaista niiden käytössä ja hankinnassa	Hoito-, kuntoutus- tai kotiutuskokous: - moniammatillinen - keskustellaan kotiutumisen ajankohdasta ja palveluiden sekä hoidon tarpeesta kotioidossa - läsnä: potilas, omainen, lääkäri, fysioterapeutti, kotiutusohittaja, kotioidon edustaja ym.	Tieto päätöksestä eri ammattiryhmille ja taholle: - kotihoito - omainen ja potilas - fysioterapeutti	Fysioterapeutin lausunto: - kuntoutus, jota potilas on saanut osastolla - jatkokuntoutussuunnitelma kotioidossa - potilaan oma osuus kuntoutuksessa - keskenään ja vireillä olevat asiat - apuvälineet - tehdyt kodinmuutostyöt	- Kuntouttava työote kotioidossa (fysioterapeutti ohjaa muuta henkilökuntaa) - Fysioterapia kotona tai terveyskeskuksessa - Ohjaus - Arviointi (toimintakyky, muutostöiden tarve, apuvälineet) - Yhteistyö kotioidon kanssa

Kuva 2. Kotiuttamisen suunnittelu fysioterapeutin näkökulmasta PALKO-mallia mukailien (Perälä & Hammar 2003).

Watkins ym. (2012, 117) arvioivat kotiutusohjelman vaikuttavuutta, jonka avulla pyöröviilmiö voitaisiin ehkäistä yksilön kohdalla ja samalla parantaa kotiutuneen elämänlaatua huomioimalla psykososiaalinen näkökulma. Tutkimuksen kohteena olevassa kotiutusohjelmassa sosiaalityöntekijä kävi sairaalasta kotiutuneen luona 72 tunnin kuluessa kotiutumisesta arvioimassa ympäristöä ja tilannetta sekä toteutti seurantaan tarpeen mukaan 1-4 kuukauden ajan. Mikäli jatkotoimenpiteille oli tarvetta, sosiaalityöntekijä teki asiasta toimenpidepyynnön. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että kotiutumisen

jälkeinen sosiaalinen tuki, terveyden tukeminen ja kotiin saatu apu ovat merkityksellisiä sairaalaan takaisin joutumisen ehkäisemiseksi.

9.2 Kuntoutus osana kotiuttamisprosessia

Kun iäkäs henkilö joutuu sairaalahoitoon, on hänen toimintakykynsä vaarassa heiketä ja siten avun tarpeen muodostumisen riski syntyy tai kasvaa yhdessä tai useammassa päivittäisessä ADL-toiminnossa. Yli 70-vuotiaiden sairaalaan joutuneiden kohdalla noin kolmanneksen toimintakyvyssä tapahtuu heikkenemistä hoidon aikana, kun taas nuoremilla ikääntyneillä, aiemmin ADL-toimissa itsenäisillä sairastuneilla toimintakyvyn heikkeneminen on huomattavasti harvinaisempaa. Usein toimintakyky on heikentynyt ikääntyneellä jo ennen sairaalahoitoon joutumista. Noin kolmanneksen akuutisti sairaalaan joutuneen ikääntyneen toimintakyky jää alle sairaalahoitoa edeltäneen tason, vaikka akuutti sairaus olisikin hoidettu. Iäkkään henkilön joutuessa sairaalaan akuutin sairauden vuoksi hoidon tulisikin olla kuntouttavaa, toiminta- ja liikuntakykyä ylläpitävää, kokonaisvaltaista ja aktiivista mahdollisuuksien mukaan heti hoitoon joutumisesta lähtien. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015, 977–978.)

Fyysisen aktiivisuuden tärkeyttä sairaalajakson aikana sekä heti kotiutumisen jälkeen puoltavat myös amerikkalaisen tutkimuksen tulokset. Tutkimuksessa seurattiin akuutisti sairastuneiden iäkkäiden potilaiden fyysisen aktiivisuuden määrä viikon ajan kotiutumisen jälkeen. Tavoitteena oli selvittää, voidaanko fyysisen aktiivisuuden määrää pitää potentiaalisena fysiologisena mittarina sairaalaan palaamisen riskille. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaat, jotka palautuivat osastolle 30 päivän sisällä kotiutumisesta, olivat fyysisesti merkittävästi vähemmän aktiivisia kuin ne potilaat, jotka pysyivät kotona. Tutkimuksessa havaittiin myös, että takaisin sairaalaan palanneet potilaat olivat jo sairaalassaoloaikanaan olleet fyysisesti vähemmän aktiivisia. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että kotiutumisen jälkeinen fyysisen aktiivisuuden määrä voi toimia fysiologisena mittarina ikääntyneen potilaan pyöröovi-ilmiön riskille. (Fisher, Kuo, Sharma, Raji, Kumar, Goodwin, Ostir & Ottenbacher 2013, 808–809.)

9.3 Kotiuttamispäätös

Kotiuttamispäätöksen tekeminen on moniammatillinen prosessi, joka sisältää useita eri näkökulmia siitä, milloin ja minne potilas pitäisi kotiuttaa. Kotiuttamiskeskustelujen analysoinnin perusteella löytyi neljä kotiuttamisperustetta: potilaan elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn liittyvät perusteet sekä hallinnolliset ja lääketieteelliset perusteet. Kotiuttamispäätöksiä tehtäessä lääketieteellinen tai hallinnollinen peruste olivat useimmiten lääkärin käytössä, kun taas esimerkiksi toimintakykyperustetta käyttivät yleisimmin hoitajat sekä fysio- ja toimintaterapeutit. Potilaan itsensä sekä hänen omaistensa käytössä oli puolestaan erityisesti elämäntilanneperuste. Perusteiden käyttö ei kuitenkaan ollut täysin sidonnaista tiettyyn ammattiryhmään, mutta analyysi osoitti kuitenkin tiettyjä säännönmukaisuuteen viittaavia seikkoja. (Lämsä 2013, 105–106, 119–120.) Myös Koposen (2003, 75) mukaan kotiuttamispäätöksen teon pohjana on yhteistyö potilaan omaisten sekä moniammatillisen hoitotiimin välillä.

Usein potilaan kotiuttaminen ei onnistu pelkästään lääketieteellisen perusteen nojalla, vaan monitahoinen kokonaistilanne tuo haasteita kotiuttamisen suunnitteluun. Mikäli kotiuttamisperusteiden välillä vallitsee yksimielisyys, kotiuttamispäätös, tai päätös olla kotiuttamatta, voi syntyä helposti. Perusteiden ollessa ristiriidassa neuvotteluissa pyritään asettamaan perusteet tärkeysjärjestykseen ja valitsemaan peruste, joka ohjaa toimintaa eteenpäin. (Lämsä 2013, 108, 113.)

Smith, Fields ja Fernandez (2010) tutkivat fysioterapeutin roolia akuuttihoitossa olevien potilaiden kotiuttamispäätösten tekemisessä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka usein kotiuttamispäätöksiä tehtäessä otettiin huomioon fysioterapeutin antamat suositukset ja kuinka toteuttamatta jätetyt suositukset vaikuttivat osastolle palanneiden potilaiden määrään. Tutkimuksessa oli mukana 40 fysioterapeuttia, jotka työskentelivät akuuttihoitossa olevien potilaiden kanssa sekä 762 potilasta, joiden kotiuttamisen suunnittelussa nämä fysioterapeutit olivat olleet mukana. Tutkimuksen tulos oli, että fysioterapeuttien suosituksia toteutettiin 83 prosentissa tapauksista. Mikäli suosituksia ei ollut otettu huomioon, potilaat palautuivat osastolle 2,9 kertaa todennäköisemmin 30 päivän sisällä. Tutkimuksen tulokset tukevat fysioterapeutin roolia kotiuttamisen suunnittelussa.

9.4 Kotiutuminen

Ennen kotiutumista tai jatkohoitopaikkaan siirtymistä potilaan tulee saada riittävästi tietoa tulevasta. Näin luodaan potilaalle mahdollisuus valmistautua muutokseen. Muutos voi aiheuttaa epävarmuutta, joten epävarmuutta pyritään vähentämään paitsi keskustelulla myös mahdollistamalla onnistumisia osastolla olon aikana ja lisäämällä näin potilaan pystyvyyden tunnetta tämän haasteellisiksi kokemissa asioissa. Lisäksi läheisten ja kotihoidon tiedon ja tuen tarpeen tulee täytyä. (Koponen 2003, 69–70.) Tiedon saaminen ja pystyvyyden tunteen lisäämisen avulla potilaan on mahdollista luoda itselleen kuvaa kotona selviytymisestä. Myös läheisten tiedon lisäämisellä voidaan tukea potilaan kotiutumista ja kotona pysymistä.

Potilaalle voidaan järjestää ennen varsinaista kotiutumista niin kutsuttu koekotiutus. Koekotiutuksen avulla voidaan arvioida potilaan kotikuntoisuutta, mikäli se on herättänyt epäilyksiä potilaan, omaisten tai hoitohenkilökunnan taholla. Koekotiutuksen kesto sovitaan yhdessä potilaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä ja potilas voi palata sen aikana suoraan takaisin osastolle. Koekotiutuksen onnistumisen arvioinnista huolehtivat sekä sairaalan että kotihoidon henkilökunnan edustajat sekä potilas ja tämän omainen. (Perälä & Hammar 2003, 28.)

Kotiutumisen jälkeisellä kuntoutuksella pyritään kohentamaan tai ylläpitämään kotiutuneen asiakkaan toimintakykyä tai hidastamaan toimintakyvyn heikkenemistä. Kuntoutus voi tapahtua joko asiakkaan kotona tai terveysasemalla. Myös asiakkaan itsensä ja tämän läheisten opastamisella sekä kotihoitoa saavan asiakkaan kohdalla kotihoidon henkilökunnan ohjaamisella on merkittävä asema asiakkaan toimintakyvyn positiivisen muutoksen aikaansaamisessa. (Perälä & Hammar 2003, 39.) Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista ja kotona selviytymistä tulee seurata (Pitkälä ym. 2010, 444–445).

10 GAS-menetelmä kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa

Kuntoutumisen lähtökohtana tulee aina olla kuntoutujan omat toiveet, tarpeet ja tavoitteet. Kuntoutumisen kannalta merkittävää on kuntoutujan sitoutuminen kuntoutumiseensa ja motivaatio tarvittaviin toimenpiteisiin. Yhdessä laaditut tavoitteet ovat asiakaslähtöiset. (Autti-Rämö 2012a, 6.)

Tavoitteiden laatimisen tukena voidaan käyttää GAS-menetelmää. Siinä tärkeää on tunnistaa haastattelun kautta yhdessä kuntoutujan kanssa tämän elämästä asia, johon kuntoutuja itse haluaa muutosta. Ammatillaisen tehtävänä on kyetä arvioimaan, onko kuntoutujan asettama tavoite mahdollista saavuttaa käytettävissä olevien keinojen ja ajan rajoissa sekä tarvittaessa auttaa tavoitteiden uudelleen muodostamisessa. Tavoitteiden laatimisessa asetettavien tavoitteiden laadulla on suuri merkitys niiden saavuttamisen mahdollisuuden kannalta. Siksi GAS-menetelmässä suositetaan tarkasti määritettyjä yksilöityjä (specific), mitattavissa (measurable) ja saavutettavissa olevia (achievable), realistisia (realistic/relevant) ja aikataulutettuja (timed) tavoitteita. Tavoitteiden tulee siis olla SMART-ajatuksen mukaisia. (Autti-Rämö, Vainiemi ja Sukula 2012, 7–8.)

GAS-menetelmän mukaisessa tavoitteiden asettamisessa käytetään 5-portaista asteikkoa, jossa ensimmäisenä määritellään saavutettavissa oleva tavoitetaso 0. Tämän jälkeen määritellään jonkin verran tavoitetasoa korkeampi +1-tason tavoite, jolloin saavutettu realistinen lopputulos on asetettua tavoitetta korkeampi, ja +2-tason tavoite, joka on mahdollista saavuttaa ihanteellisissa olosuhteissa. Myös alle 0-tason -1 ja -2 -tasoa pohditaan: -1-tasolla tapahtunut muutos on jonkin verran asetettua tavoitetta matalampi ja -2-tasolla tilanne on säilynyt lähtötilanteen tasolla tai huonontunut. (Autti-Rämö ym. 2012, 10.)

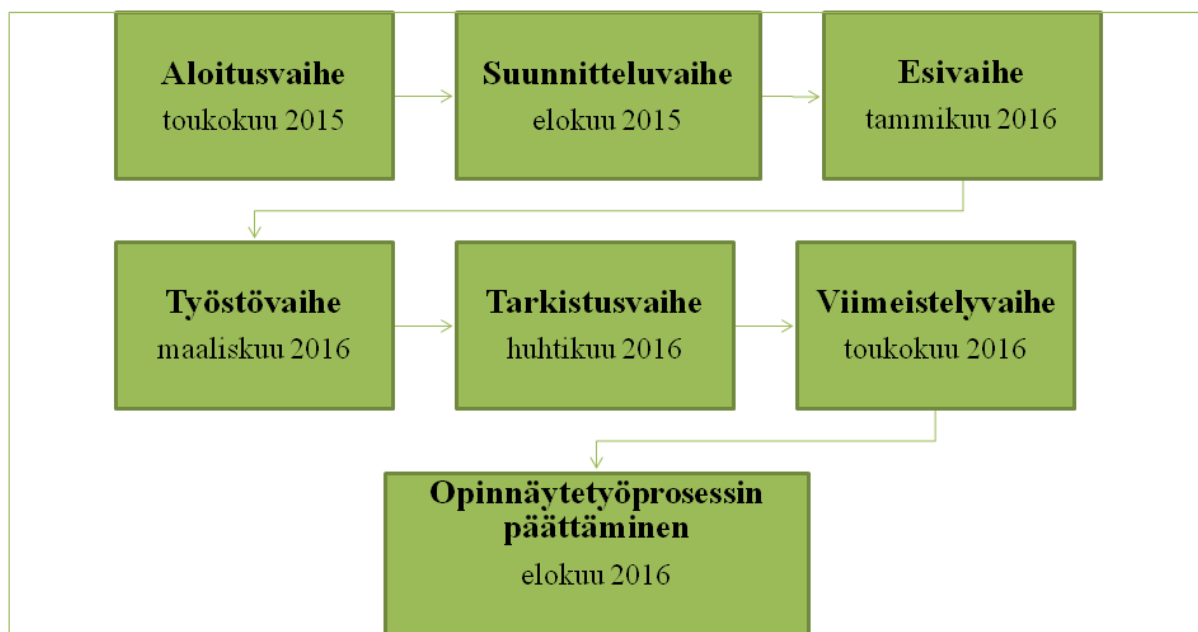
Alunperin GAS-menetelmä on luotu USA:ssa ja sen käyttökohteena oli mielenterveyspotilaiden kuntoutus, mutta nykyään menetelmää käytetään useiden erilaisten kuntoutusinterventioiden sekä -ohjelmien yhteydessä (Autti-Rämö 2012a, 6-7). Suomessa GAS-menetelmää käytetään erityisesti Kelan järjestämissä kuntoutuksissa (Vainiemi 2012, 3). GAS-menetelmän käytön hyödyiksi on asiakastyössä havaittu muun muassa se, että asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyö selkeytyy tavoitteiden konkreettisuuden

myötä, asiakkaan omaa ongelmanratkaisukykyä voidaan tukea tavoitteiden asettamisen avulla sekä odotukset kuntoutuksen suhteen säilyvät realistisempina tavoitteiden asettelun ollessa realistista. On havaittu, että tavoitteiden asettelun asiakaslähtöisyys lisää asiakkaan tyytyväisyyttä kuntoutusprosessissa ja tavoitteellisuuden avulla voidaan saavuttaa parempi motivaation ja sitoutumisen taso kuntoutuksen toteuttamiseen. (Autti-Rämö 2012b, 17–18.)

11 Opinnäytetyön prosessikuvaus

Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi keväällä 2015 ja työmme valmistui syksyllä 2016. Kuvaamme opinnäytetyöprosessimme etenemisen kuvassa 3. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää toimeksiantajan, Siilaisen sairaalan, kotiuttamisprosessia fysioterapi-an näkökulmasta ja tavoitteenamme oli luoda malli kotiuttamisprosessista fysioterapi-an näkökulmasta. Loimme kotiuttamisprosessin mallin yhteistyössä toimeksiantajan kohdeosaston kuntohoitajan sekä osittain myös muun henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyöprosessimme sisälsi seitsemän vaihetta: aloitus-, suunnittelu-, esi-, työstö-, tarkistus- ja viimeistelyvaiheen sekä vaiheen, jossa tapahtui prosessin päättäminen.

Käytämme opinnäytetyössämme kotiutuvasta henkilöstä termejä potilas ja asiakas. Termiä potilas käytämme silloin, kun henkilö on sairaalassa ja termiä asiakas silloin, kun henkilö on kotiutunut.



Kuva 3. Opinnäytetyöprosessin eteneminen.

11.1 Aloitusvaihe

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2015, jolloin aloimme pohtia aihetta opinnäytetyöllemme. Keskustelimme kiinnostuksen kohteistamme ja pohdimme, mihin aihepiiriin opinnäytetyömme voisi liittyä. Erilaisia mahdollisuuksia pohdittuamme keskustelimme ajatuksistamme myös ohjaavan opettajamme ja Karelia-ammattikorkeakoulun palvelu- ja oppimisympäristö Voimalan koordinaattorin kanssa.

Aihe muotoutui vielä syksyn 2015 aikana ja marraskuussa opinnäytetyön ryhmäohjauksen jälkeen päädyimme siellä esille tulleen ehdotuksen mukaan prosessikuvauksen ja kotiuttamisprosessin mallinnuksen tekemiseen. Joulukuussa pohdimme vielä yhdessä aiheen rajausta ja työmme tarkoitusta sekä otimme yhteyttä toimeksiantajaan Siilaisen sairaalan yhteyshenkilöön.

11.2 Suunnitteluvaihe

Opinnäytetyöprosessimme suunnitteluvaihe alkoi elokuussa 2015, jolloin aiheen varmistuttua aloimme kerätä tietoperustaa ja työstämään opinnäytetyösuunnitelmaa. Keräsimme tietoperustaan opinnäytetyön tarkoitusta tukevaa tietoa ja sitä kautta laajen-

simme omaa ymmärrystämme ja tietouttamme muun muassa kotiuttamisen hyväksi to-
detuista käytänteistä, pyöröovi-ilmiön riskitekijöistä, gerontologisesta kuntoutuksesta
sekä kuntoutuksen mahdollisuuksista kotiutumisen tukemisessa. Opinnäytetyösuunni-
telmaan kirjattiin myös opinnäytetyön etenemisen alustava aikataulu, menetelmälliset
valinnat, työn tarkoitus, tavoite ja tuotos sekä pohdintaa opinnäytetyön luotettavuuteen
ja eettisyyteen vaikuttavista seikoista. Suunnitelma sisälsi myös pohdintaa siitä, millai-
sia hyödynnysmahdollisuuksia opinnäytetyön tuotoksena syntyvällä kotiuttamisproses-
sin mallilla on.

Opinnäytetyömme suunnitelma hyväksyttiin vuoden 2016 tammikuun alussa, jonka
jälkeen tapasimme toimeksiantajan kanssa ja solmimme toimeksiantosopimuksen (liite
1). Tapaamisen aikana keskustelimme myös opinnäytetyömme tuotoksesta ja toimeksi-
antajan toiveista aiheen rajaukseksi.

11.3 Esivaihe

Opinnäytetyöprosessimme esivaihe alkoi tammikuussa 2016 toimeksiantosopimuksen
solmimisen jälkeen. Esivaiheen pääasiallinen tarkoitus oli tutustua opinnäytetyömme
toimintaympäristönä toimiviin osastoihin ja selvittää käytössä olevan kotiuttamisproses-
sin vaiheet ja sisältö sekä siinä havaitut ongelmakohdat. Tutustumisen toteutimme kes-
kustelemalla opinnäytetyömme tiimoilta Siilaisen sairaalan yhteyshenkilöinä toimivien
kuntohoitajien kanssa nykyisen kotiuttamisprosessin vaiheista ja niiden sisällöistä. Kes-
kustelimme myös prosessin kriittisistä kohdista ja pyöröovi-ilmiön riskitekijöistä. Osal-
listuimme myös palaveriin, jossa eri ammattiryhmien edustajat Siilaisen sairaalan osas-
toilta sekä kotihoidosta pohtivat pienryhmissä kotiutuvien potilaiden kuntoutuspolussa
havaittuja kriittisiä kohtia sekä tavoitetilaan pääsemiseen tarvittavia ratkaisuja. Lisäksi
osallistuimme myös Siilaisen sairaalan osastoilla järjestettäviin SAS-palaverihin, joissa
osaston lääkäri, kotiutushoitaja, fysioterapeutti tai kuntohoitaja sekä sairaanhoitaja ja
SAS-työryhmän edustajat keskustelivat kotiutuvien potilaiden kotiuttamiseen liittyvistä
asioista.

Esivaiheessa saimme myös runsaasti lähdemateriaalia Siilaisen sairaalan kotiuttamis-
prosessista ja siihen liittyvistä käytänteistä sekä tilastotietoja muun muassa pyöröovi-

ilmiön esiintymisestä sairaalan osastoilla. Palavereiden ja keskustelujen sekä lähdemateriaalien pohjalta keräämämme tiedon avulla saimme selville, millaisia kotiuttamisen käytänteitä osastoilla on tällä hetkellä käytössä ja millaisia ongelmakohtia tai kriittisiä vaiheita niissä on havaittu käytännön työssä. Tilastotiedoista saimme myös tietoa siitä, mitkä ovat pyöröovi-ilmiön kannalta kriittisimmät päivät kotiutumisen jälkeen ja millaisista syistä potilaat yleisimmin palaavat osastolle.

11.4 Työstövaihe

Opinnäytetyöprosessimme työstövaihe alkoi maaliskuussa 2016, jolloin aloimme luoda tuotoksena syntyvää kotiuttamisprosessin mallia. Työstövaiheen aloittaminen tuntui mielestämme haasteelliselta aiheen laajuuden ja moniammatillisen luonteen vuoksi. Lähes kaikissa käyttämässämme lähteissä korostui moniammatillisuuden merkitys, jonka vuoksi “punaisen langan” löytäminen tuotoksen kannalta oli työlästä. Työstövaiheen alussa pohdimme, voisimmeko hyödyntää jo olemassa olevia Suomen sairaanhoitopiirien kotiuttamisprosessien malleja oman mallimme luomisessa. Havaitsimme kuitenkin, että olemassa olevissa malleissa fysioterapian osuus oli suppea, emmekä näin ollen voineet hyödyntää niitä opinnäytetyömme lähteinä. Hahmottelimme mallia useaan kertaan eri näkökulmista kokonaisuutta tarkastellen, kunnes päädyimme aiheen rajauksen ja mallin rakenteen kannalta mielestämme selkeään ratkaisuun. Toimme opinnäytetyössä esille kuitenkin kotiuttamisprosessin kaikki esille tulleet haasteet, jotta kotiuttamisprosessin moniulotteisuus tulisi ilmi. Osa esille tulleista haasteista, esimerkiksi kirjaamispaikkojen hajanaisuus sekä kiire, ovat sellaisia, joihin me emme voi vaikuttaa. Keskustelimme toimeksiantajan kanssa mallin rajaamisesta ainoastaan fysioterapeutin toteuttamia työvaiheita koskevaksi, koska työmme on fysioterapian opinnäytetyö. Opinnäytetyön laajuuden sekä käytettävissä olevien aikaresurssien ja mahdollisuuksien puitteissa aiheen selkeä rajaaminen helpotti mallin työstämisen aloittamista ja mahdollisti mallin rakentumisen ehyeksi kokonaisuudeksi.

Aloitimme mallin hahmottelemisen mielikuvien kautta; millaisia vaiheita kotiuttamisprosessissa on fysioterapian näkökulmasta ja miten ne sijoittuvat suhteessa toisiinsa. Lopulta päädyimme siihen tulokseen, että kotiuttamisprosessi on kuin “portaikko kotiin”. Portaikkomallissa havainnollistuu myös kotiuttamisprosessin progressiivisuus ja

selkeät tavoitteet eli turvallinen kotiutuminen sekä kotona selviytyminen. Rajasimme mallia siten, että se soveltuu ikääntyneille, jotka kotiutuvat kotiin, joten se ei ole kaikilta osin soveltuva esimerkiksi tehostettuun palveluasumiseen sijoittuvien ikääntyneiden kotiuttamisprosessiin.

Mallin visuaalisen rakenteen sekä lähteistön pohjalta loimme malliin seitsemän vaihetta, jonka jälkeen rakensimme vaiheiden sisällöt tietoperustaa peilaten. Kotiuttamisprosessin vaiheet sijoittuivat portaikkomalliin luontevasti. Sen sijaan vaiheiden sisältöjen sijoittelu aikajärjestykseen oli haastavaa, koska käytännön työssä ne toteutuvat osaksi limittäin. Yhteisen prosessointimme kautta malli alkoi muovautua mielestämme luontevaksi kokonaisuudeksi.

Mallin ensimmäisen version (taulukko 2) työstämisessä hyödynsimme keräämäämme tietoperustaa ja toimeksiantajalta saamaamme tietoa käytössä olevista kotiutuskäytänteistä. Seuraavana esittelemme mallin ensimmäisen version, joka sisältää seitsemän vaihetta: arviointivaihe, kuntoutuksen suunnitteluvaihe, toteutusvaihe, kompensointivaihe, kotiuttamisvaihe, kotiutuminen ja jatkokuntoutus.

Arviointivaiheen sisällöt mukailevat ICF-luokituksen mukaista ajattelua, jossa arvioitavia osa-alueita ovat lääketieteellinen terveydentila, yksilö- ja ympäristötekijät, kehon rakenteet ja niiden toiminta sekä suoritukset ja osallistuminen (Valkeinen & Anttila 2014, 5). Potilaan saavuttua osastolle fysioterapeutti perehtyy potilaan taustoihin kuten kotioloihin ja osastolle tulon syyhyn, sillä ensimmäisenä potilaaseen on syytä tutustua kuntoutuksen lähtökohtien selvittämiseksi (Bull & Roberts 2001, 575). Esitietoja muun muassa yksilötekijöistä ja terveydentilasta on mahdollista saada paitsi potilastietojärjestelmästä myös osaston hoitajilta ja lääkäriltä sekä kotihoidosta, mikäli potilas on kotihoidon asiakas. Tietoja voi saada myös omaisilta ja näiden merkitys korostuu etenkin silloin, kun potilas ei ole osastolle tullessaan kotihoidon asiakas. Omaisilta saadut tiedot voivat olla merkityksellisiä paitsi potilaan fyysisen toimintakyvyn myös kognition tilan ja niissä tapahtuneiden muutosten suhteen. Potilaan kognition tilaa voidaan kartoittaa muun muassa omaisille suunnatun muistikyselyn avulla. (Mansikka 2016c.)

Kohdatessaan potilaan fysioterapeutti tekee nopean tilannearvion, jonka pohjana toimivat fysioterapeutin tekemät havainnot potilaan kognitiosta, orientaatiosta aikaan ja paik-

kaan sekä tämän asennoista ja liikkumisesta osastolla. Tätä nopeaa tilannearviota täydentävät fysioterapeutin tekemä tarkempi haastattelu ja tutkiminen, joiden kulkuun vaikuttavat fysioterapeutin tekemät potilaskohtaiset havainnot ja potilaan tarpeet. Haastattelulla selvitetään potilaan oma näkemys kotiympäristöstään ja asuinoloistaan, kuinka potilas on omasta mielestään selviytynyt aiemmin päivittäisistä toimista sekä myös potilaan omat toiveet kuntoutukselle (Bull & Roberts 2001, 575). Lisäksi potilaalta kysytään tämän omaa näkemystä osastolla olon syystä (Mansikka 2016c). Arviointivaiheessa fysioterapeutti tutkii potilaan ja tekee tälle alkutestaukset, joiden perusteella määritellään tavoite kuntoutukselle (Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä 2015). Fysioterapeutti voi tutkia potilaan toimintakykyä esimerkiksi ADL-toimintojen kautta.

Potilaan liikkumisen ja toimintakyvyn tutkimisen ja tekemiensä havaintojen perusteella fysioterapeutti määrittelee, onko potilaalla tarve liikkumisen apuvälineelle. Mahdollisen apuvälineen käytön opastaminen on myös tärkeässä roolissa. (Perälä & Hammar 2003, 26.) Liikkumisen apuvälineen käytön opastamisen kautta potilaalle ja myös omaiselle voidaan paitsi tehdä apuväline tutuksi myös perustella apuvälineen käytön merkitys, jolloin sen käyttö myös kotiooloissa on todennäköisempää kuin ilman käytön opastusta. Kotiympäristössä jo käytössä olevat apuvälineet ovat selvitettävissä sähköisestä järjestelmästä. Tämän tiedon ja tekemiensä havaintojen pohjalta fysioterapeutti varaa jo tässä vaiheessa potilaan kotiympäristössä tarvitsemat apuvälineet kotona selviytymisen tukemiseksi. Näiden kaikkien pohjalta fysioterapeutti laatii fysioterapeuttisen diagnoosin, jossa näkyy syy-seuraussuhteet fysioterapeuttisesta näkökulmasta.

Kuntoutuksen suunnitteluvaihe alkaa tavoitteiden laatimisella. Tavoitteiden laatimisessa käytetään pohjana haastattelun ja tutkimisen perusteella saatuja tietoja sekä niiden pohjalta laadittua fysioterapeuttista diagnoosia. Tavoitteet laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa GAS-menetelmän mukaisesti. GAS-tavoitteiden -2-taso kuvaa potilaan nykytilannetta, 0-tasoksi asetetaan tavoitetaso ja +2 kuvaa tavoitetasoa korkeampaa tasoa (Autti-Rämö ym. 2012, 10). Opinnäytetyön mallin mukaisessa tavoitteiden laatimisessa 0-tasoksi määritellään kotiutumisen mahdollistava toimintakyvyn taso. Tulevaisuuden tavoitetilaa kuvaavaksi +2-tavoitteeksi asetetaan kotona pysymiseen tarvittava toimintakyky, johon pyritään kotiutumisen jälkeen järjestettävällä jatkokuntoutuksella ja muilla tarvittavilla palveluilla.

Tavoitteiden laatiminen yhteistyössä potilaan kanssa on tärkeää, jotta tavoitteista tulee merkityksellisiä hänelle itselleen, jolloin sitoutuminen harjoitteluun ja motivaatio saavuttaa tavoitteet ovat vahvempia, kuin jos tavoitteet määrättäisiin ulkopuolelta. Tavoitteiden tulee olla sekä aikataulullisesti että haasteellisuudeltaan realistisia ja tarpeeksi konkreettisia, jotta potilas voi itsekin havaita arjessaan edistymisen. (Autti-Rämö 2012a, 6.) Tavoitteiden laatiminen yhdessä potilaan kanssa vaatii ammattitaitoa, sillä fysioterapeutin tehtävänä on tunnistaa potilaan tavoitteesta ne tarvittavat muutokset, joita potilaan toimintakyvyssä pitää tapahtua, jotta tavoitteeseen voidaan päästä. Ammattitaitoa ja kokemusta vaaditaan myös siihen, että asetetuista tavoitteista saadaan SMART-ajatuksen mukaisia eli spesifejä, mitattavissa olevia, saavutettavissa olevia, realistisia ja aikataulullisesti mahdollisia. (Autti-Rämö ym. 2012, 7-8.)

Luotujen tavoitteiden mukaan laaditaan kuntoutujan henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, josta käy ilmi kuntoutuksen sisältö ja käytettävät kuntoutusmenetelmät. Tavoitteiden ja kuntoutuksen sisällön perusteella valitaan myös toimintakykymittarit, joiden avulla kuntoutumisen etenemistä seurataan. Kuntoutussuunnitelman laatimisessa huomioidaan haastattelun ja tutkimisen yhteydessä mahdollisesti esiin nousseet pyöröviilmiön riskitekijät ja kuntoutusta pyritään kohdentamaan niiden mukaan. Kuntoutuksen sisällön suunnittelussa otetaan huomioon myös kuntoutuksen pidemmän aikavälin tavoitteet ja kuntoutusta kohdennetaan heti alusta alkaen edesauttamaan kotona pärjäämisen edellyttämän toimintakyvyn tason saavuttamista.

Toteutusvaiheessa tapahtuu tavoitteiden ja toimintakyvyn perusteella suunniteltu kuntoutus. Vaikka kuntoutus on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti suunniteltu prosessi, niin sen voidaan ajatella noudattavan tiettyä kaavaa. Iäkkäiden henkilöiden kohdalla kuntoutuksen tulisi olla kokonaisvaltaista ja aktiivista liikunta- ja toimintakykyä ylläpitävää koko sairaalassa oloajan (Jämsen ym. 2015, 977–978). Toteutusvaiheen kuntoutuksessa tulee ottaa huomioon ikääntymisen myötä tulleet muutokset esimerkiksi toimintakyvyssä ja potilaan sopeutuminen muutoksiin, koska niiden käsitteleminen ja hyväksyminen ovat myös osa kuntoutusprosessia. Kuntoutusprosessissa tulee huomioida myös potilas kokonaisvaltaisesti niin, että kaikki toimintakyvyn osa-alueet ja elämänvaiheet otetaan huomioon. (Pikkarainen 2013a, 18–19.)

Iäkkäiden potilaiden kohdalla kuntoutuksen tulisi sisältää lihasvoima- ja tasapainoharjoittelua, koska ikääntymisen myötä lihasvoima sekä kyky hallita tasapainoa heikkenevät. Sipilän ym. (2008, 107) mukaan lihasvoiman heikkeneminen on yksi keskeisimmistä toiminnanvajauksen riskitekijöistä. Luonnollisen lihasvoiman heikkenemisen lisäksi myös hauraus-raihnaus-oireyhtymä, joka on yksi pyöröovi-ilmion riskitekijöistä, vahvistaa lihasvoimaharjoittelun merkitystä ikääntyneillä. Strandberg (2008, 352) toteaa muun muassa liikunnan ja lihasvoimaharjoittelun olevan tärkeimpiä oireyhtymän hoito- ja ehkäisykeinoja. Lihasvoiman lisäksi tasapainolla on suuri merkitys iäkkäillä, koska heikentynyt tasapaino lisää kaatumisriskiä (Pajala ym. 2008, 137). Watkins ym. (2012, 119) listaavat hoitoa vaativan kaatumistapauksen myös yhdeksi pyöröovi-ilmion riskitekijäksi. Eli lihasvoimaharjoittelun lisäksi tasapainoharjoittelu olisi tärkeää.

Toteutusvaiheessa tapahtuva kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyötä ohjaa yhteinen päämäärä eli potilaan tavoitteet, jonka vuoksi on tärkeää, että tavoitteet ja kuntoutussuunnitelma ovat kaikkien hoitoon osallistuvien ammattilaisten tiedossa. Seuranta voidaan tehdä päivittäin havainnoimalla, mutta myös esimerkiksi toistamalla alkututkimuksen mittauksia. Seurannan avulla voidaan arvioida kuntoutumisen etenemistä suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Pitkälän ym. (2010, 444–445) mukaan yhteistyön lisäksi kuntoutuksen seuranta on yksi lähtökohta ikääntyneiden kuntoutuksessa.

Kompensointivaiheessa tehdään arvioiva kotikäynti. Arvioivalla kotikäynnillä kartoitetaan asiakkaan toimintakykyä ja liikkumista kotiympäristössä, mahdollisten vaaratilanteiden riskejä sekä tarvetta apuvälineille. Arvioivaa kotikäyntiä ei kuitenkaan toteuteta jokaisen potilaan kohdalla (Mansikka 2016d), vaan vain niissä tapauksissa, kun arvioivalla käynnillä on perusteltu tarve potilaan hoidon kokonaisvaltaisen hahmottamisen näkökulmasta (Perälä & Hammar 2003, 27). Potilaan kotiympäristö mukautetaan kotikäynnin perusteella tarvittaessa sellaiseksi, että kotiin päästyään potilaan on mahdollista selvittää mahdollisimman itsenäisesti ja turvallisesti päivittäisistä toimista kuten vuoteesta ylös nousemisesta ja WC-käynnistä. Kohdeosastoilla on koettu, että arvioivalla kotikäynnillä olisi tärkeää olla paikalla myös kotihoidon henkilökuntaa, mikäli kotiutuva potilas on kotihoidon piirissä (Mansikka 2016b). Tällöin tiedon siirto ja jatkokuntoutuksen parempi toteutuminen mahdollistuvat. Myös jatkokuntoutuksen järjestäminen sisältyy kompensointivaiheeseen, jossa tukitoimilla mahdollistetaan ja tuetaan potilaan kotona selviytymistä (Pitkälä ym. 2010, 444–445).

Kotiuttamisvaihe alkaa lopputestauksella, joka suoritetaan ennen potilaan kotiutumista. Lopputestauksessa toistetaan kuntoutumisen etenemisen seurantaan valitut toimintakyvyn mittarit, joiden avulla arvioidaan kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista. Lopputestauksen tulokset kirjataan fysioterapeutin loppuarvioon, josta esimerkiksi kotihoidon henkilökunta voi saada ajantasaisen tiedon potilaan toimintakyvyn tasosta ennen takaisin kotiin paluuta. Lopputestauksen tulosten perusteella tehdään kompensoituvaiheessa tehdyn tarvearvion mukaan jatkokuntoutussuunnitelma, jossa käy ilmi kotiutumisen jälkeisen kuntoutuksen tarve ja paikka, jossa kuntoutus toteutetaan tai jonne potilas ohjataan jatkoarviointiin.

Lopputestauksen tulosten perusteella fysioterapeutti tekee oman arvionsa potilaan toimintakyvystä suhteessa kotiutumiseen. Lopullisen kotiuttamispäätöksen tekeminen tapahtuu moniammatillisesti osaston lääkärin johdolla. Lämsä (2013, 108) havaitsi, että eri ammattiryhmät käyttävät kotiuttamispäätöksen tekemisestä keskusteltaessa erilaisia perusteluita, jotka lähestyvät potilaan tilannetta eri näkökulmista. Useat eri näkökulmat ovatkin tarpeen, sillä potilaiden terveydentilat ja yleiset elämäntilanteet ovat hyvin moninaisia, joten kotiuttamispäätöstä ei useinkaan voida tehdä pelkästään yhden perustelun nojalla.

Fysioterapeutin ammattitaito näkyy kotiuttamispäätöksen tekoprosessissa erityisesti toimintakyvyn arvioinnin osalta, ja kyky tehdä sen perusteella tarkkoja arviointeja kotiuttamisen ajankohdasta tukee fysioterapeutin osallistumista moniammatilliseen päätöksentekoprosessiin. Fysioterapeuttien tekemien kotiuttamiseen liittyvien suositusten noudattamisen on myös todettu ehkäisevän pyörövi-ilmion esiintymistä. (Smith ym. 2010.) Mikäli potilaan kotona selviytyminen tai palveluiden tarve herättävät epävarmuutta, voidaan hyödyntää joko kotilomaa tai koekotiutusta. Kotilomaa tai koekotiutusta käytettäessä potilas kotiutetaan muutamaksi päiväksi ja niiden onnistumista arvioivat esimerkiksi kotihoidon henkilökunta tai potilaan omaiset. Koekotiutuksen ja kotiloman jälkeen tai aikana potilas voi palata takaisin osastolle. (Perälä & Hammar 2003, 28.) Käytännön työssä opinnäytetyömme kohdeosastoilla koekotiutusta ja kotilomaa käytetään vain harvoin (Mansikka 2016d). Kotiuttamispäätöksen jälkeen potilas kotiutetaan.

Kotiutumisen jälkeen suoritetaan seurantakotikäynti, jonka avulla voidaan tehdä seurantaan asiakkaan kuntoutumisesta ja kotona selviytymisestä. Seurantakotikäynnin avulla voidaan huomioida mahdollisia muutoksia asiakkaan tilanteesta ja reagoida niihin. Seurantakotikäynnillä tarkistetaan myös mahdollisen kotikuntoutusohjeiden sujuvuus kotiympäristössä. Courtney ym. (2009) tekemässä tutkimuksessa ylimääräisten seurantakotikäyntien tarkoituksena oli varmistaa kotiharjoitusohjelmien sujuvuus, koska osa asiakkaista oli ensimmäisellä kotikäynnillä liian huonovointisia muistaakseen myöhemmin ohjeet selkeästi. Seurantakotikäynnin avulla voidaan siis mahdollisesti vähentää riskiä pyörövi-ilmiolle.

Kotiutumisvaiheessa yhteistyö kotihoidon kanssa on tärkeää, jos asiakas kuuluu kotihoidon palveluiden piiriin. Toimivalla yhteistyöllä voidaan varmistaa riittävä tiedonkulku asiakkaan tilanteesta ja kuntoutussuunnitelmasta. Perälän ja Hammarin (2003, 25–27, 39) mukaan tiedonkulku tavoitteiden osalta on tärkeää, jotta kuntoutukseen osallistuvat ammattilaiset voivat tukea niiden täyttymistä. Lausuntojen avulla saadaan tietoa myös asiakkaan voimavaroista sekä toimintakyvystä. Kotiutumisvaiheessa fysioterapeutin tehtäviin kuuluu myös kotihoidon henkilökunnan, asiakkaan ja tämän omaisten ohjaaminen toimintakyvyn tukemisessa esimerkiksi kuntouttavalla työotteella sekä apuvälineisiin liittyvissä asioissa.

Kotiutumisen jälkeinen sosiaalinen tuki, terveyden tukeminen sekä kotiin saatu apu ovat merkityksellisiä pyörövi-ilmion ehkäisemiseksi (Watkins ym. 2012, 117). Jatkokuntoutuksen tukitoimilla voidaan tukea asiakkaan arjesta selviytymistä. Myös kuntoutuksen etenemisen seuranta on tärkeässä roolissa ikääntyneiden kuntoutusprosessissa. (Pitkälä ym. 2010, 444–445.) Tämä mahdollistuu **jatkokuntoutuksen** aikana.

Joensuun alueella jatkokuntoutuspalveluita tarjoavat Joensuun kaupunki, yksityiset palveluntuottajat sekä kolmas sektori. Joensuun kaupungin tarjoamiin kuntoutuspalveluihin hakeudutaan ottamalla yhteyttä kuntoutuskoordinaattoriin ja varaamalla aika kuntoutustarpeen arviointiin. Joensuun kaupunki tarjoaa kuntouttavaa toimintaa, jonka tavoitteena on tukea ikäihmisen kokonaisvaltaista arjesta selviytymistä. (Joensuun kaupunki 2016b.) Yksityisen sektorin tarjoamiin kuntoutuspalveluihin voi hakeutua omatoimisesti. Asiakkaalla on myös mahdollisuus saada Joensuun kaupungin myöntämä palveluseteli yksityisen sektorin kuntoutuspalveluihin, mikäli asiakkaan kuntoutustarpeet täyt-

tävät lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämiskriteerit. Kaupungin ammattihenkilö arvioi tämän tarpeen ja tarvittaessa myöntää palvelusetelin, jonka asiakas voi käyttää valitsemassaan Joensuun kaupungin hyväksymässä yksityisessä terapiapalvelussa. (Joensuun kaupunki 2016c.) Kolmannella sektorilla toimivat erilaiset järjestöt ja säätiöt (Konttinen 2016). Myös kolmas sektori tarjoaa palveluita, jotka tukevat kuntoutusta. Kolmannen sektorin palveluita ei voida varsinaisesti lukea kuntoutuspalveluiksi, vaan ne tukevat julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamia kuntoutuspalveluita. (Kittilä 2008, 716.)

Toimeksiantaja Siilaisen sairaala ja Karelia-ammattikorkeakoulun palvelu- ja oppimisympäristö Voimala tekevät yhteistyötä kehittääkseen kuntoutuksellista toimintaa potilaan kotiuttamisprosessissa niin osastojakson aikana kuin jatkokuntoutusvaiheessakin. Kehittämistyön tavoitteena on tukea potilaiden kotiutumista ja kotona pärjäämistä puutumalla yksilöllisiin pyöröovi-ilmion riskitekijöihin moniammatillisin keinoin. Karelia-ammattikorkeakoulun Voimalassa työskentelevät opiskelijat osallistuvat Siilaisen sairaalan vuodeosaston henkilökunnan valitsemien potilaiden kotiuttamisprosessiin yhdessä osaston henkilökunnan kanssa. (Suhonen 2014, 60.) Siilaisen sairaalan kuntohoitaja Mansikka kertoo Siilaisen sairaalan ja Voimalan välisen yhteistyön olleen tuloksellista pyöröovi-ilmion vähentämisessä (Mansikka 2016b).

Taulukko 2. Kotiuttamisprosessin mallin ensimmäinen versio.

Arviointivaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Esitiedot • Nopea tilannearvio • Haastattelu & tutkiminen • Liikkumisen apuvälineen tarpeen arvio • Fysioterapeuttinen diagnoosi
Kuntoutuksen suunnitteluvaihe	<ul style="list-style-type: none"> • GAS-tavoitteiden luominen (+2, 0, -2) • Henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen • Seurannan mittarit
Toteutusvaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutuksen toteuttaminen • Moniammatillisuus (kuntouttava työote)

	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutuksen toteutumisen, etenemisen seuranta • Apuvälineen hankkiminen
Kompensointivaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioiva kotikäynti (apuvälinearvio, mahdollisten kodinmuutostöiden arvio, kotihoito mukana) • Jatkokuntoutuksen tarpeen arviointi + paikka → tiedon siirto • HPS-palaveri tarvittaessa
Kotiuttamisvaihe	<ul style="list-style-type: none"> • Lopputestaus • Jatkokuntoutussuunnitelma • Kotiuttamispäätös • Koekotiutus/kotiloma • Kontrolliaikojen varaaminen • Kotiharjoitusohjelma
Kotiutuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantakotikäynti • Muutoksiin reagointi (esim. palvelunohjaajan kotikäynti, jatkotoimenpiteiden varmistaminen) • Kotihoito → yhteistyö, ohjaus, seuranta, yhteiset tavoitteet, omatoimisuuden tukeminen, apuvälineiden käytön seuranta/ohjaus
Jatkokuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> • Kaupungin ja yksityisten palveluntuottajien sekä kolmannen sektorin järjestämät palvelut

11.5 Tarkistusvaihe

Olimme sopineet opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa kotiuttamisprosessin mallin testaamisesta potilaalla. Testausprosessia varten teimme potilaalle suunnatun suostumuslomakkeen (liite 2), jonka esittelimme kohdeosaston kuntohoitajalle ja hän hyväksyi sen käytön. Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän kotiuttamisprosessin mallin testaus alkoi mallin ensimmäisen version esittelemisellä kohdeosastomme kuntohoitajalle sekä toisen osaston fysioterapeutille. Kävimme mallin läpi vaihe vaiheelta keskustellen ja pyysimme palautetta mallin vaiheista ja vaiheiden sisällöistä. Saamamme palautteen ja testausprosessin aikana tekemiemme havaintojen perusteella teimme viimeistelyvaiheessa tarvittavat muutokset kotiuttamisprosessin malliin.

Olimme etukäteen suunnitelleet, että testaamme kotiuttamisprosessin mallin kahta viimeistä vaihetta ja niiden soveltuvuutta käytännön työhön kahdella potilaalla, joista toinen kuuluisi kotihoidon piiriin ja toinen ei. Osittaisen testauksen perusteena olisi ollut toimeksiantajan alkuperäinen toive siitä, että malli keskittyisi erityisesti vaiheeseen, jossa potilas siirtyy sairaalasta kotiin. Pohdimme myös, että aikataulullisista syistä meillä ei olisi alun perin ollut mahdollisuutta olla mukana kaikissa kotiuttamiseen liittyvissä vaiheissa. Keskustelimme testauksen kohdentamisesta ensin keskenämme ja sitten myös kohdeosastomme kuntohoitajan kanssa ja lopulta tulimme siihen tulokseen, että testaamme mallin kokonaisuudessaan vain yhdellä potilaalla. Päätöstä tuki keskustelun lisäksi myös lähteiden kautta saamamme tieto siitä, että pyöröovi-ilmiön ennaltaehkäisyyn liittyvät toimenpiteet aloitetaan jo heti potilaan saavuttua osastolle.

Keskustelimme kohdeosastomme kuntohoitajan kanssa etukäteen siitä, onko testaukseen valittavan potilaan syytä olla kotihoidon piiriin kuuluva henkilö vai ei. Keskustelun perusteella päädyimme siihen, että kotihoidon asiakkuudella ei ole merkitystä, koska mallin on tarkoitus soveltua niin kotihoidon piiriin kuuluville kuin siihen kuulumattomille asiakkaille. Valintakriteereiksi esitimme kuitenkin etukäteen sen, että potilaan on oltava yli 75-vuotias, jolloin hänet toimintakyvyn perusteella voidaan määritellä ikääntyneeksi. Kuntohoitaja valitsi potilaan edellä kuvattujen yhteisten keskustelujen jälkeen. Annoimme kuntohoitajan valita potilaan testausta varten, jotta testausprosessi olisi mahdollisimman todenmukainen.

Kotiuttamisprosessin mallin testaus toteutui Siilaisen sairaalassa ja kotiutuvan potilaan kotona huhtikuussa 2016. Testasimme mallin yhdessä kohdeosastomme kuntohoitajan kanssa. Etenimme testauksessa mallin mukaisella tavalla vaihe vaiheelta. Aloitimme testauksen pyytämällä potilaan suostumuksen testausprosessiin osallistumiselle. Kerroimme potilaalle opinnäytetyöstämme ja testausprosessista. Luimme suostumuslomakkeen (liite 2) potilaalle ääneen ja hän allekirjoitti sen. Tavatessamme potilaan ensimmäisen kerran teimme nopean tilannearvion hänen toimintakyvystään sekä arvion liikumisen apuvälineen tarpeesta. Tämän jälkeen aloitimme potilaan taustatietoihin tutustumisen lukemalla esitiedot sekä sairaalaan tulossyyntä potilastietojärjestelmä Mediatriista.

Kuntohoitaja haastatteli potilaan mallin vaiheiden mukaisesti. Haastattelun avulla karotettiin potilaan näkemyksiä ja tunteita omasta toimintakyvystään, saamastaan sosiaalisesta tuesta, kotiympäristössään selviytymisestä ja siellä kohtaamistaan haasteista sekä päivänsä sisällöstä kotona. Kuntohoitaja kysyi potilaalta myös tämän omia ajatuksia osastolle joutumisen syystä. Tähän vaiheeseen limittyi käytännön toteutuksessa suunnitteluvaiheen GAS-tavoitteiden luominen, mutta kyseisen potilaan kohdalla omien tavoitteiden luominen ei toteutunut, koska potilaalla itsellään ei ollut halua eikä tavoitteita kuntoutumisen suhteen. Potilas oli kuitenkin myönteinen kotiutumisen suhteen, jolloin tavoitteeksi asetettiin turvallinen kotiutuminen. Haastattelussa selvitettiin myös, onko potilaalla pelon tai turvattomuuden tunteita kotiympäristössään. Potilaan tutkimisen suoritimme tekemällä lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön (SPPB), jonka avulla saimme tietoa potilaan fyysisen toimintakyvyn eri osa-alueista: tasapainosta, kävelynopeudesta ja alaraajojen lihasvoimasta. Kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa tehtävä seurannan mittarien valinta limittyi myös arviointivaiheeseen, sillä tutkimisessa käytetty mittari valikoitui myös seurannan mittariksi. Mallin mukaan haastattelun ja tutkimisen perusteella voidaan tehdä fysioterapeuttinen arvio, mutta tämä vaihe jäi testauksen aikana tekemättä. Testaustilanteessa jouduimme yllättäen kirjaamaan SPPB:n tuloksia Mediatriin ja tämän seurauksena unohdimme tehdä ja kirjata mallin mukaisen fysioterapeuttisen arvion potilaan tietoihin.

Lyhyen osastojakson, nopean kotiuttamisen ja potilaan omien tavoitteiden puuttumisen sekä kuntoutumiskielteisyyden vuoksi kuntoutuksen suunnitteluvaiheeseen kuuluvaa henkilökohtaista kuntoutussuunnitelmaa ei laadittu ja toteutusvaihe jäi kyseisen potilaan kohdalla testausprosessista pois. Tämän vuoksi siirryimme testauksessa suoraan kotiu-

tumisvaiheeseen, koska potilas oli kotiutunut emmekä täten ehtineet testata väliin jääneitä vaiheita. Kotiutumisvaiheeseen yhdistyi kuitenkin elementtejä sekä kompensointieitä kotiuttamisvaiheista. Potilaan kotiuduttua teimme kotikäynnin, joka vastasi sisällöltään mallin mukaista arvioivaa kotikäyntiä. Tällä kotikäynnillä tarkistimme kotoa löytyvien apuvälineiden toiminnan ja käytön kotiympäristössä, käytössä olevien palveluiden toimivuuden sekä puutuimme havaittuihin riskitekijöihin, jotka olisivat voineet lisätä kaatumisen tai muun tapaturman riskiä. Havainnoimme myös asiakkaan selviytymistä päivittäisistä toimista, kuten vuoteeseen menosta, wc-käynnistä sekä liikkumisesta, kotiympäristössä. Kotikäynnillä tehtyjen havaintojen perusteella sovimme myös ajan seurantakäynnille. Seurantakotikäynti ei kuitenkaan meistä riippumattomista syistä toteutunut.

11.6 Viimeistelyvaihe

Opinnäytetyömme viimeistelyvaihetta aloittaessamme kävimme läpi kotiuttamisprosessin mallin testauksen aikana tekemämme huomiot sekä kohdeosaston kuntohoitajan ja toisen osaston fysioterapeutin antaman palautteen, ja teimme niiden pohjalta tarvittavat muutokset mallin vaiheisiin. Mallin ensimmäinen versio sisälsi seitsemän vaihetta (taulukko 2). Viimeistelimme mallin kuitenkin viisivaiheiseksi, jolloin vaiheet ja niiden sisällöt soveltuvat paremmin käytännöt työhön. Käytännössä vaiheet ja niiden sisällöt toteutuvat käytännön työssä limittäin.

Testausprosessissa tekemiemme havaintojen perusteella yhdistimme arviointi- ja kuntoutuksen suunnitteluvaiheen. Nimesimme arviointi- ja kuntoutuksen suunnitteluvaiheen arviointi- ja suunnitteluvaiheeksi, jotta jokainen vaihe on yhdenmukaisesti nimetty. Käytännön työssä esitietoihin tutustuminen ja nopea tilannearvio voivat tapahtua tilanteesta riippuen kummin päin vaan, joten ne yhdistyivät luontevasti mallissa. Keskustelussa ilmeni, että arviointivaiheessa käyttämämme ilmaisu fysioterapeuttinen diagnoosi oli harhaanjohtava, koska vain lääkäri tekee diagnooseja. Epäselvyyden välttämiseksi tulimme yhdessä siihen tulokseen, että käytämme kyseisen termin tilalla ilmaisua fysioterapeuttinen arvio. Keskustelussa kohdeosastomme kuntohoitaja korosti omaisten merkitystä tiedon lähteenä potilaan saapuessa osastolle. Kohdeosastoilla on käytössä Muistikysely läheiselle -lomake, jonka avulla voidaan kartoittaa potilaan ko-

konaisvaltaista toimintakykyä läheisen näkökulmasta. Muistikysely läheiselle -lomake toimii yhtenä työkaluna esitetietojen hankkimisessa, joten sisällytimme sen arviointi- ja suunnitteluvaiheen esitiedot ja nopea tilannearvio -kohtaan.

Kuntohoitaja ja fysioterapeutti kommentoivat myös mallimme suunnitteluvaiheeseen kuuluvaa toimintakyvyn mittareiden valintaa tärkeäksi ja totesivat, että sen on hyvä näkyä mallissa. Kohdeosastoilla on käytössä lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB) ja WHOQOL-PREF-elämänlaatumittari. Suunnitteluvaiheessa tavoitteiden asettaminen GAS-menetelmän mukaan herätti keskustelua, sillä kyseinen menetelmä on vain osalle henkilökunnasta tuttu. Tämän vuoksi keskustelun perusteella päädyimme korostamaan mallissa nimenomaan GAS-menetelmän ydinajatusta eli asiakaslähtöistä tavoitteiden laatimista eikä niinkään itse menetelmää. Tällöin kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa, jolloin potilaan motivoituminen ja sitoutuminen omaan kuntoutus- ja kotiutumisprosessiinsa korostuu. Kuntoutussuunnitelman laatiminen perustuu kaikkiin arviointi- ja suunnitteluvaiheissa tehtäviin asioihin ja niiden avulla saadaan laadittua jokaiselle potilaalle henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, joten halusimme korostaa mallissa sen merkitystä kotiuttamisprosessin pohjana.

Yhdistimme myös toteutus- ja kompensointivaiheen käytännön työhön sopivammaksi. Mallin kompensointivaiheesta keskusteltaessa kävi ilmi, että arvioiva kotikäynti tehdään, mikäli fysioterapeutti näkee sen tarpeelliseksi. Kotihoidon työntekijä on läsnä arvioivalla kotikäynnillä esimerkiksi silloin, kun potilaasta tulee uusi kotihoidon asiakas. Myös omainen voi olla mukana kotikäynnillä antamassa tarvittaessa lisätietoa potilaan kotona selviytymisestä etenkin, jos potilas ei ole kotihoidon asiakas.

Kotiuttamisvaiheesta keskusteltaessa esiin nousi, että koekotiutus tai kotiloma tulee kyseeseen vain harvoin. Päädyimme siihen, että kyseiset vaihtoehdot voivat kuitenkin näkyä malliin liitetyissä teksteissä, vaikka ne toteutuvatkin vain harvan potilaan kohdalla. Keskustelussa kävi ilmi, että kontrolliaikojen varaaminen esimerkiksi terveyskeskuksen fysioterapeutin vastaanotolle on käytössä lähinnä kirurgian osastolla esimerkiksi murtumapotilaiden kohdalla. Tästä syystä poistimme mallin kotiuttamisvaiheesta kontrolliaikojen varaaminen -kohdan ja korvasimme sen kohdeosastojen käytänteisiin sopivammilla toimenpiteillä. Akuutti- ja infektio-osastolla käytänteisiin sopii paremmin tarvittaessa tehtävä seurantakotikäynti tai puhelimitse tehtävä seuranta. Potilaalle tarjo-

taan näihin mahdollisuus, mikäli hän kokee esimerkiksi epävarmuutta tai pelkoa kotona selviytymisestä. Jatkokuntoutuksen tarpeen arvioinnin ja sen järjestämisen tulisi tapahtua mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Kuntoutuksen on tärkeää edetä jatkumona, jotta potilaan toimintakyky ei keskeytyksien vuoksi pääse heikentymään. Jatkokuntoutukseen ohjaamisesta tai sen järjestämisestä huolehtivat esimerkiksi kuntoutuskoordinaattori tai kotihoidon fysioterapeutti.

Ennen lopullisen kotiuttamisprosessin mallin esittelemistä graafikolle luonnostelimme mallin ulkoasun. Suunnitelma siitä, miten portaikko ja portaikon päässä oleva ”koti” sijoittuvat malliin, oli selkeä siitä asti, kun ideoimme opinnäytetyömme työstövaiheessa mallin visuaalista ilmettä. Portaikkomallin hahmottelemisen jälkeen valitsimme mallin vaiheiden ydinasiat ja niiden järjestyksen. Viimeisenä valitsimme kirjaintyypin sekä -koot, kodin ulkoasun ja värimaailman. Viimeistelyvaiheen lopuksi esittelimme valmiin kotiuttamisprosessin mallin graafikolle, joka toteutti mallin graafisen ilmeen.

Esittelimme valmiin kotiuttamisprosessin mallin toimeksiantajan yhteyshenkilölle elokuussa 2016. Yhteyshenkilön mielestä malli on toimiva ja sitä voitaisiin hyödyntää jatkossa kotiuttamisprosessin tukena. Mallin hyödynnettävyyteen vaikuttaa kuitenkin muun muassa henkilöstöresurssit ja erityisesti fysioterapeuttien vähäisyys. Vähäisten resurssien vuoksi esimerkiksi seurantakotikäyntiä ei pystytä toteuttamaan kaikkien potilaiden kohdalla, vaikka se nähtäisi tarpeelliseksi.

11.7 Opinnäytetyöprosessin päättäminen

Viimeinen vaihe opinnäytetyöprosessissamme oli päättämisvaihe. Tämä vaihe sisälsi opinnäytetyöseminaarin eli työn esittämisen seminaarissa paikalla olleille ohjaajallemme, fysioterapeuttiopiskelijoille ja -opettajille sekä vertaisarvioijillemme.

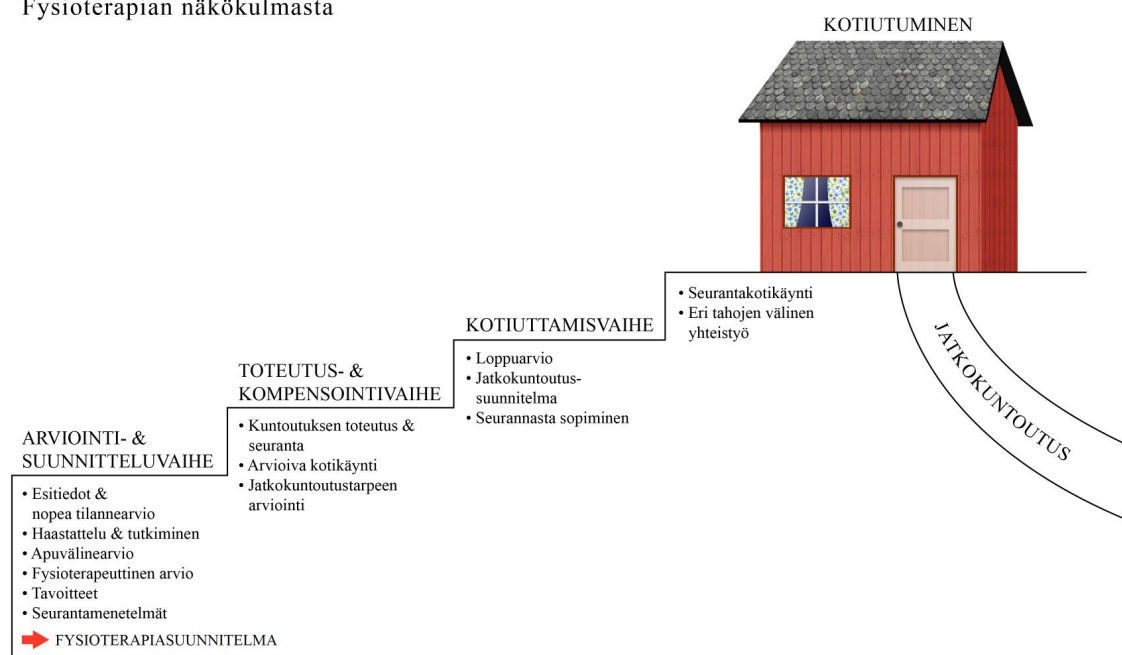
Esityksen jälkeen saimme palautetta työstämme ja saamamme palautteen pohjalta teimme vielä viimeisiä täydennyksiä ja korjauksia työhömmme. Saimme esimerkiksi ohjaajaltamme palautetta siitä, että kuntoutussuunnitelman sijasta meidän kannattaisi käyttää kotiuttamisprosessin mallissa termiä fysioterapiasuunnitelma. Viimeisten täyden-

nyksien ja korjauksien jälkeen luovutimme opinnäytetyömme arviointiin ja suoritimme kypsyysnäytteen.

12 Kotiuttamisprosessin malli fysioterapian näkökulmasta

Kotiuttamisprosessin malli sisältää viisi vaihetta: arviointi- ja suunnitteluvaihe, toteutus- ja kompensointivaihe, kotiuttamisvaihe, kotiutuminen sekä jatkokuntoutus (kuva 4). Malli on kokonaisuudessaan työn liitteenä (liite 3). Kotiuttamisprosessin mallin luomisen taustalla käytimme työkaluna ICF-luokituksen mukaista ajattelua. ICF-luokitus ohjaa näkemään potilaan kokonaisvaltaisesti ja näin ollen ottamaan huomioon kaikki toimintakyvyn osa-alueet (Valkeinen & Anttila 2014, 5). Kokonaisvaltaisuus ohjaa osaltaan moniammatilliseen työskentelyyn, mutta ICF-luokitus tukee myös yksittäisten ammattiryhmien toimintaa. Loimme kotiuttamisprosessin mallin fysioterapian näkökulmasta ja se kuvaa fysioterapeutin toteuttamia toimenpiteitä potilaan kotiuttamisprosessissa. Toimenpiteillä pyritään ehkäisemään pyörövi-ilmliötä.

KOTIUTTAMISPROSESSIN MALLI Fysioterapian näkökulmasta



Kuva 4. Viimeistely versio kotiuttamisprosessin mallista.

Arviointi- ja suunnitteluvaihe alkaa esitietojen selvittämisellä ja nopean tilannearvion tekemisellä. Esitietojen selvittämisessä voidaan käyttää lisätyökaluna muun muassa Muistikysely läheiselle -lomaketta, mikäli potilaan toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä tarvitaan lisätietoja. Nopean tilannearvion aikana tehdään havaintoja potilaan kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä ja sen pohjalta fysioterapeutti arvioi, mitä toimintakyvyn osa-alueita tulisi tutkia tarkemmin ja mistä asioista tarvitaan lisää tietoja. Nopean tilannearvion havaintojen pohjalta fysioterapeutti tekee potilaalle tarvittavat toimintakyvyn tutkimukset sekä haastattelee potilaan. Tutkimisessa käytetään ADL-toimintojen havainnointia ja toimintakyvyn mittareita, kuten esimerkiksi SPPB:tä ja elämänlaatua mittaavaa WHOQOL-BREF:iä. Tutkimisen ja haastattelun perusteella fysioterapeutti arvioi myös, onko potilaalla tarvetta apuvälineille osastojakson aikana. Lisäksi fysioterapeutti tarkistaa mahdollisten potilaalla jo käytössä olevien apuvälineiden käytön ja kunnon. Toimintakyvyn havainnoinnin ja tutkimisen perusteella fysioterapeutti tekee potilaan toimintakyvystä fysioterapeuttisen arvion, joka sisältää tutkimisen perusteella selvinneet toimintakyvyn ongelmat ja tehdyt havainnot sekä niiden väliset syy-seuraussuhteet.

Haastattelun aikana fysioterapeutti selvittää, millaisia tavoitteita potilaalla itsellään on kuntoutumisen suhteen sekä osastojakson aikana että kotiutumisen jälkeen. Konkreettiset tavoitteet laaditaan yhdessä potilaan kanssa asiakaslähtöisesti GAS-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteiden toteutumisen ja kuntoutumisen etenemisen seurantaan valitaan sopivat mittarit ja seurantamenetelmät. Arviointi ja suunnitteluvaiheen lopuksi potilaalle tehdään henkilökohtainen fysioterapiasuunnitelma, joka perustuu tutkimiseen ja haastatteluun sekä potilaan omiin tavoitteisiin, ja siihen on kirjattu fysioterapian sisältö ja menetelmät sekä tavoitteet ja seurantamenetelmät.

Toteutus- ja kompensointivaiheessa tapahtuu kuntoutuksen toteutus ja seuranta, tarvittaessa arvioiva kotikäynti sekä jatkokuntoutuksen tarpeen arviointi. Kuntoutuksen toteutus tapahtuu potilaalle tehdyn henkilökohtaisen fysioterapiasuunnitelman mukaan, mikä perustuu potilaan omiin tavoitteisiin sekä toimintakykyyn. Tässä vaiheessa korostuu moniammatillinen yhteistyö, jota ohjaavat potilaan tavoitteet sekä fysioterapiasuunnitelma. Kuntoutuksen etenemistä seurataan arviointi- ja suunnitteluvaiheessa valittujen toimintakyvyn mittareiden avulla. Toteutus- ja kompensointivaiheessa tehdään tarvitta-

essa arvioiva kotikäynti, jonka avulla voidaan mahdollisesti vaikuttaa pyörövi-ilmiölle altistaviin tekijöihin. Toteutus- ja kompensointivaiheessa arvioidaan myös jatkokuntoutuksen tarve.

Kotiuttamisvaiheessa potilaalle tehdään lopputestaus, jonka avulla arvioidaan kuntoutuksen etenemistä ja tavoitteiden toteutumista. Lopputestauksen tulosten perusteella fysioterapeutti arvioi potilaan toimintakykyä suhteessa kotiutumiseen ja tekee tarvittaessa jatkokuntoutussuunnitelman. Fysioterapeutti sopii potilaan kanssa myös mahdollisesta seurannasta, joka voi tapahtua seurantakotikäynnillä tai puhelimitse. Fysioterapeutti voi ilmoittaa myös työviestillä kuntoutuskoordinaattorille seurannan tarpeesta. Potilaan kotiuttamiseen osallistuu moniammatillinen työryhmä ja näin ollen myös kotiuttamispäätös tulisi tehdä moniammatillisen arvion perusteella. Kotiuttamispäätöksen jälkeen potilas kotiutetaan.

Asiakkaan **kotiuduttua** tehdään tarpeen vaatiessa seurantakotikäynti. Kotona tehtävän seurannan kautta fysioterapeutin on mahdollista reagoida mahdollisiin ilmenneisiin muutoksiin asiakkaan toimintakyvyssä ja näin osaltaan ennaltaehkäistä pyörövi-ilmiötä. Kotiutumisvaiheessa korostuu eri tahojen välinen yhteistyö asiakkaan kotona pärjäämisen ja päivittäisistä toimista selviytymisen suhteen. Yhteistyötä on esimerkiksi osaston kuntohoitajan tai fysioterapeutin sekä kotihoidon henkilökunnan tai asiakkaan omaisten kanssa. Fysioterapeutti on osa potilaan hoitotiimiä ja ohjaa kotihoidon henkilökuntaa sekä omaisia ja potilasta toimintakyvyn ylläpitämisessä ja apuvälineiden käytössä.

Jatkokuntoutus on asiakkaan itsenäisen toimintakyvyn ja kotona pärjäämisen sekä kotona pysymisen kannalta tärkeässä asemassa. Jatkokuntoutusta järjestävät Joensuun alueella Joensuun kaupunki, yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat. Asiakkaan jatkokuntoutus voi tapahtua myös yhteistyössä Siilaisen sairaalan ja Karelia-ammattikorkeakoulun palvelu- ja oppimisympäristö Voimalan kanssa.

13 Pohdinta

13.1 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden arvioinnin perustana ovat lähdekritiikki (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113) sekä työn validiteetin arvioiminen. Validiteetti-käsite voidaan jakaa kahteen osioon: sisäiseen sekä ulkoiseen validiteettiin. Sisäisen validiteetin arvioinnissa keskitytään teoreettisen tiedon ja työssä käytettyjen käsitteiden määrittelyn keskinäiseen loogisuuteen. (Eskola & Suoranta 2008, 213.) Ulkoisen validiteetin avulla voidaan arvioida muun muassa testausvaiheen luotettavuutta, joka tarkoittaa esimerkiksi sitä ovatko tehdyt havainnot todenmukaisia (Grönfors 2011, 104). Etiikan perustana ovat käsitykset oikeasta ja väärästä. Kehittämistoiminnassa prosessin edetessä voi tulla ilmi monenlaisia eettisiä kysymyksiä, joihin toimijoiden tulee pystyä reagoimaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.)

Ikääntyneet kohderyhmänä kiinnostivat meitä eniten ja tavoitteenamme oli luoda tätä kohderyhmää hyödyttävä tuotos. Aiheen valinta on eettinen silloin, kun se ei loukkaa tai syrji ketään (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44). Koimme ikääntyneet yhteiskunnallisesti ajankohtaiseksi ja tärkeäksi kohderyhmäksi. Opinnäytetyömme aiheeksi muodostui ikääntyneiden kotiuttamisprosessin mallin luominen fysioterapian näkökulmasta. Fysioterapeuttien eettisissä ohjeissa mainitaan, että fysioterapia-alan sekä oman ammattitaidon kehittämisen tulisi olla osa fysioterapeutin työtä (Kulju, Lähteenmäki, Mesiäinen, Myyryläinen & Rautonen 2014), ja opinnäytetyössämme tämä näkyy tuotoksena syntyneenä kotiuttamisprosessin mallina.

Terveystieteidenhuollossa potilaiden parhaaksi toimimisen tulisi olla kehittämistoiminnan päätavoitteena (Heikkilä ym. 2008, 44). Opinnäytetyössämme lähtökohtana oli kehittää Siilaisen sairaalan kotiuttamisprosessia fysioterapian näkökulmasta, ja tuotoksena syntyneen mallin mukaisen toiminnan tavoitteena on pyrkiä ehkäisemään pyörövi-ilmiotä eli toimia kotiuttamisprosessissa potilaan parhaaksi. Kehittämistoimintaa ohjaavat ammattieettiset periaatteet (Heikkilä ym. 2008, 43–44). Fysioterapeuttien ammattietiikka perustuu ammatilliseen asiantuntijuuteen eli tietoihin ja taitoihin sekä arvojen ja elämäkokemuksen omaksumiseen. Fysioterapeuttien eettiselle toiminnalle on laadittu

kansalliset eettiset ohjeet, jotka perustuvat ammattikunnan maailmanlaajuisiin eettisiin ohjeisiin. (Kulju ym. 2014.) Työskentelyämme ohjasivat fysioterapeuttien ammatitietikka sekä kansalliset eettiset ohjeet.

Kehittämistoiminnassa tietoperusta kootaan aiempien tutkimusten, käytännön kokemusten ja ammatillisen kokemustiedon pohjalta. Käytettävien lähteiden valinta voi vaikuttaa kehittämistoiminnan etenemiseen joko myönteisesti tai kielteisesti. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Opinnäytetyömme tietoperusta rakentui sekä tutkimustiedon että ammattilaisten käytännön kokemusten ja tiedon pohjalta. Tutkimusten ja käytännön kokemusten kautta saadut tiedot olivat monelta osin yhteneviä sekä täydensivät toisiaan. Suunnitelmavaiheessa opinnäytetyömme tietoperusta oli epäjohdonmukainen, koska aiheen rajausta sekä opinnäytetyömme tuotos eivät olleet muodostuneet selkeiksi ja konkreettisiksi kokonaisuuksiksi. Tämä johti siihen, että opinnäytetyömme ei edennyt suunnitellussa aikataulussa. Allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen tammikuussa 2016, jonka jälkeen aihe alkoi rajautua, mutta aihe ei kuitenkaan rajautunut vielä riittävästi. Pohdimme useaan kertaan aiheen rajaamista ja sitä, mistä näkökulmasta kotiuttamisprosessia tulisi tietoperustassa tarkastella. Lopulliseen muotoonsa aihe rajautui huhtikuussa 2016, jolloin prosessi lähti etenemään toivotulla tavalla.

Lähteistä saamamme tiedon alkuperän olemme merkinneet opinnäytetyössämme viitauksin ja lähdemerkinnöin. Tällä tavoin olemme ilmaisseet lähteistä saamamme tiedon ja sen alkuperän sekä toisaalta erottaneet omat tekstimme lähteistä saamastamme tiedosta. Näin olemme kunnioittaneet lähteiden alkuperäistä tekijää ja tämän oikeutta tuotokseen tai teokseen (Heikkilä ym. 2008, 50).

Lähteiden luotettavuuden arviointi perustuu lähdekritiikkiin. Lähteitä arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota lähteen kirjoittajaan sekä tiedon alkuperään ja julkaisijaan. Lähteiden puolueettomuus lisää niiden luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114.) Olemme arvioineet näiden sekä sisäisen validiteetin periaatteiden pohjalta käytettyjen lähteiden ja työemme luotettavuutta. Lähteiden valinnassa pyrimme huomioimaan näiden lisäksi lähteiden monipuolisuuden ja tuomaan esille tiedon vahvistuvuutta. Monipuolisuus ilmenee suomalaisten ja kansainvälisten lähteiden sekä moniammatillisen tutkimus- ja kokemustiedon hyödyntämisenä. Olemme käyttäneet moniammatillisia lähteitä, koska ikääntyneiden kotiuttamisprosessi tapahtuu moniammatillisena yhteistyönä. Tämän

vuoksi koimme tärkeäksi käyttää lähteinä teoksia ja julkaisuja eri ammattikuntien näkökulmista ja tätä kautta muodostaa opinnäytetyöhömmme kokonaiskuva kotiuttamisprosessista. Kokonaiskuvan muodostumista edesauttoi myös toimeksiantajan kautta saatu tieto. Kokonaiskuvan muodostumisen myötä ymmärsimme fysioterapian roolin kotiuttamisprosessissa ja pystyimme luomaan mallin nimenomaan tästä näkökulmasta. Kotiuttamisprosessin samat ydinasiat toistuivat eri lähteissä, mikä lisäsi tiedon vahvistuvuutta ja luotettavuutta.

Lähteistä saadun tiedon luotettavuutta voi arvioida myös lähteiden iän perusteella. On suositeltavaa käyttää mahdollisimman uusia lähteitä, koska tutkimustieto uudistuu ja päivittyy jatkuvasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.) Tämän vuoksi olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Lähteissä on kuitenkin mukana muutama vanhempi lähde kuten Tynjälä (1999), Mamon ym. (1992) ja Bull & Roberts (2001). Tynjälän (1999) teosta käytimme konstruktivistisen oppimiskäsityksen käsitteen määrittelyssä. Tämän lähteen käyttö on perusteltua, koska siitä saatu tieto ei merkitykseltään vanhene ajan myötä. Lähteen luotettavuutta lisäsi myös se, että Salosen (2013) teoksesta saatu tieto oli linjassaan Tynjälän (1999) teoksesta saadun tiedon kanssa. Kotiuttamisprosessin mallin vaiheistamisen pohjana käytimme lähteinä Mamon ym. (1992) sekä Bull & Roberts (2001) tutkimuksia. Tutkimuksista saatu tieto oli hyvin yhdenmukaista myös toimeksiantajalta saadun tiedon kanssa vaiheiden sisältöjen, kuten esimerkiksi moniammatillisuuden, suhteen. On myös suositeltavaa käyttää alkuperäisiä lähteitä, koska niissä tieto on alkuperäisessä muodossaan eikä sen merkitys ole muuttunut (Hirsjärvi ym. 2009, 113). Olemme kuitenkin käyttäneet toissijaisia lähteitä tapauksissa, joissa kirjoittaja on käyttänyt lähteitä, mutta niitä ei pysty erottelemaan tekstistä puuttuvien lähdeviitteiden vuoksi. Toissijaisena lähteenä olemme käyttäneet esimerkiksi lääketieteen Gerontologia-teosta ikääntymisen määrittelyssä, koska kyseinen teos on suomalainen ja ajantasainen eikä määritelmä ole sidonnainen tieteenalaan.

Toiminnassaan fysioterapeutin tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta, elämää ja ihmisarvoa sekä luoda vuorovaikutuksellinen ja luottamuksellinen asiakkuussuhde, jossa jokainen asiakas kohdataan tasavertaisena. Asiakkaalle tulee myös kertoa tämän oikeudesta kieltäytyä hoidoista ja mitä toiminnalta on odotettavissa sekä mitä riskejä toiminnassa voi olla. (Kulju ym. 2014.) Myös kehittämistoiminnassa asiakkaalla on itsemääräämisoikeus eli toimintaan osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja asiak-

kaalla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää toimintaan osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Kehittämistoimintaan osallistumiseen tarvitaan asiakkaalta suostumus toimintaan osallistumiselle. (Heikkilä ym. 2008, 45.) Suostumuslomakkeen laatimisessa huomioimme näitä fysioterapeuttien eettisiä ohjeita sekä kehittämistoiminnan eettisiä näkökulmia ja lakia potilaan asemasta ja oikeuksista.

Mallin testausvaiheeseen valitun potilaan muistisairaus herätti ajatuksia siitä, oliko hänet eettisesti sopivaa valita potilaaksi, jolla opinnäytetyön tuotoksena syntyvää mallia testataan. Potilas oli kuitenkin vapaaehtoisesti halukas osallistumaan testaukseen ja hänen kanssaan käytiin läpi allekirjoitettava suostumuslomake, jossa ilmenivät muun muassa opinnäytetyön tarkoitus ja osallistumisen vapaaehtoisuus. Tämä osaltaan varmisti asiakkaan osallistumisen eettisyyttä. Kerroimme potilaalle myös siitä, että arvioimme omaa tuotostamme ja sen toimivuutta, emmekä hänen toimintaansa. Kehittämistoiminnassa mukana olevalle tulee antaa riittävästi tietoa toiminnasta sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta, jotta kehittämistoiminta on eettistä (Heikkilä 2008, 45). Eettistä toimintaa puolsi myös se, että potilas muisti meidät ensimmäistä tapaamiskertaa seuraavilla tapaamiskerroilla ja muisti, miksi me olimme paikalla seuraamassa ja osallistumassa hänen kotiutumisosprosessiinsa sekä sairaalassa olo- että kotiutumisosvaiheessa. Opinnäytetyömme testausvaihe toteutettiin yhteistyössä kohdeosaston kuntahoitajan kanssa. Ennen testausta toimme ilmi kuntahoitajalle, että kohdistamme havainnot mallin vaiheiden ja sisältöjen toimivuuteen, emmekä arvio hänen tapaansa työskennellä. Tällä halusimme varmistaa testausvaiheen eettisyyttä.

Opinnäytetyömme aineisto koostui tarkistus-, eli testausvaiheessa, tekemistämme havainnoista. Testausvaiheen jälkeen pyrimme raportoimaan tekemistämme havainnoista sekä tapahtumista täsmällisesti ja totuudenmukaisesti sekä ulkoisen validiteetin periaatteiden mukaisesti. Samoin kuin tutkimuksissa myös kehittämistoiminnassa raportointiin pätevät samat periaatteet, eli prosessista ja havainnoista on raportoitava totuudenmukaisesti, tarkasti, asiallisesti sekä perustellusti (Heikkilä ym. 2008, 46). Opinnäytetyömme luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida muun muassa omat ennakkokäsityksemme aiheesta. Huomioimalla ennakkokäsitykset ja niiden mahdollinen vaikutus työhön voidaan lisätä, esimerkiksi toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen testausprosessin, luotettavuutta (Eskola & Suoranta 2008, 212). Ennakkokäsitykset, esimerkiksi hyvistä kotiutamiskäytännöistä, voivat vaikuttaa siihen, millaisia lähteitä mallin laatimisessa käyte-

tään ja miten tutkimustuloksia tulkitaan ja hyödynnetään. Ennakkokäsitysten vaikutusta työn luotettavuuteen voidaan torjua tekemällä lähdeaineistosta tulkintoja, joita tukevat useat eri tutkimukset. Tätä kutsutaan vahvistuvuudeksi (Eskola & Suoranta 2008, 212). Havaintoja tehdessämme ja niistä raportoidessamme objektiivisen tulkintojen tekemisen saavuttaminen tuntui aluksi haasteelliselta, koska ennakkokäsityksenämme oli vahva näkemys siitä, miten mallin vaiheiden ja niiden sisältöjen tulisi käytännössä toimia. Lopulta pohdinnan jälkeen osasimme kuitenkin erottaa ennakkokäsityksemme vaikutuksen tekemiimme tulkintoihin ja pyrimme raportoimaan mahdollisimman objektiivisesti kaikista vaiheista. Raportoidessamme tekemistämme huomioista mallin testauksen aikana havaitsimme, että olimme tehneet havaintoja eri näkökulmista, mutta niiden välillä ei kuitenkaan ollut ristiriitaisuutta. Tämä osaltaan lisäsi testausvaiheen havaintojen luotettavuutta. Mallin testausvaiheen luotettavuutta lisäsi myös se, että jokainen meistä kirjasi omia havaintojaan ja pidämme siis epätodennäköisenä, että jokin havainto olisi jäänyt tekemättä.

13.2 Arviointi ja hyödynnettävyys

Opinnäytetyömme tavoitteena oli luoda kotiuttamisprosessin malli fysioterapian näkökulmasta yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Asettamamme tavoite on mielestämme toteutunut, koska saimme luotua mallin, joka kuvaa kotiuttamisprosessin vaiheita fysioterapian näkökulmasta. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin koko opinnäytetyöprosessin ja mallin luomisen ajan sekä saimme tietoa ja tukea sitä tarvitessamme. Saimme tietoa kotiuttamisprosessista ja sen haasteista myös muista näkökulmista osallistumalla kotiuttamistyöryhmän palaveriin. Meillä olisi ollut mahdollisuus osallistua myös työryhmän seuraavaan palaveriin, jossa olisi käsitelty kotiuttamisprosessin kehittämisen toimenpiteitä. Emme kuitenkaan halunneet osallistua palaveriin, koska ajattelimme, että se voisi ohjata ajatteluamme liikaa mallin luomisprosessissa. Toimeksiantajalta saamamme palautteen ja testausvaiheen havaintojen perusteella voimme tulla siihen tulokseen, että luomamme malli soveltuu toimeksiantajan kotiuttamisprosessin nykykäytänteisiin.

Valitsemamme menetelmä opinnäytetyöprosessissa oli tarkoitukseen soveltuva. Opinnäytetyöprosessimme ja tuotoksen luomisen vaiheet ja niiden sisällöt jakautuivat luon-

tevasti konstruktivistisen mallin vaiheisiin ja se auttoi jäsentämään prosessia ja sen mukaista toimintaa. Konstruktivistisen mallin mukaisessa prosessissa esimerkiksi huolellinen suunnittelu (Salonen 2013, 16) toteutui opinnäytetyöprosessissamme hyvin, koska perehdyimme monipuolisesti kotiuttamisprosessiin sekä siihen liittyviin haasteisiin tutkimustiedon ja toimeksiantajalta saadun tiedon pohjalta. Prosessin jakaminen vaiheisiin (Salonen 2013, 16) helpotti työskentelyn jäsentelyä etenkin aihepiirin laajuuden sekä haastavuuden vuoksi. Konstruktivistisen mallin ydinajatuksena ovat myös osallisuus ja prosessista oppiminen (Salonen 2013, 16), jotka toteutuivat opinnäytetyöprosessissamme erinomaisesti tuotoksen testaus- ja viimeistelyvaiheissa, eli opinnäytetyömme tarkistus- ja viimeistelyvaiheissa. Tuotoksen testausvaiheessa osallistuimme konkreettisesti potilaan kotiuttamisprosessiin ja teimme siitä havaintoja. Tekemiemme havaintojen pohjalta oivalsimme ja opimme tuotoksen viimeistelyn kannalta olennaisia asioita, joiden mukaan teimme tuotokseen tarvittavat muutokset.

Pohdimme opinnäytetyömme tuotoksena syntyneen mallin hyödynnettävyyttä eri käyttötarkoituksissa. Mietimme, voisiko mallia hyödyntää kohdeosastomme lisäksi myös muilla Siilaisen sairaalan osastoilla esimerkiksi kirurgian vuodeosastolla. Kirurgian vuodeosaston fysioterapeutti antoi meille palautetta mallin vaiheista ja niiden sisällöstä. Saamamme palautteen perusteella voisimme ajatella mallin toimivan pääosin myös muilla osastoilla. Tuotoksemme luovutetaan toimeksiantajalle tulostettuna kansiossa, joten pohdimme, voisiko sitä hyödyntää tulevaisuudessa myös perehdytyskansiona. Koska kotiuttamisprosessi on laaja kokonaisuus, uskomme, että tuotoksemme avulla fysioterapian osuuden sekä kotiuttamisprosessin jatkumon hahmottaminen helpottuu. Mallia voisi täten hyödyntää myös fysioterapeutin työssä muistilistan omaisesti, sillä se sisältää kootusti fysioterapeutin työtehtävät kotiuttamisprosessissa. Pohdimme myös SWOT-analyysin (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) avulla tuotosta ja sen hyödynnettävyyttä (kuva 5).

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • potilaan yksilöllinen huomiointi koko prosessin ajan • ennakointi ja varhainen reagointi • seuranta • selkeä ja informatiivinen ulkoasu • malli perustuu sekä tutkimus- että kokemustietoon 	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • malli ei juurikaan hyödynnettävissä muualle kuin kotiin kotiutuvien potilaiden kohdalla • malli ei välttämättä ole tarpeeksi yksiselitteinen sellaisenaan vaan se voi tarvita opinnäytetyön raportin tuekseen • malli perustuu kokemustietoon → suppea otanta
<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • pyöröovi-ilmion ennaltaehkäisy ja väheneminen • voidaan hyödyntää perhdytysoppaana uusille työntekijöille • yhtenäistää ja selkeyttää toimintatapoja 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> • mallia ei hyödynnetä kokonaisuudessaan • resurssien puutteen vuoksi seurantakäynnit eivät toteudu • kotiuttamiseen osallistuvien eri tahojen välinen yhteistyö ei toteudu

Kuva 5. SWOT-analyysi tuotoksesta ja sen hyödynnettävyydestä

13.3 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessimme aikana koemme kehittyneemme ammatillisesti useasta näkökulmasta. Olemme ymmärtäneet kotiuttamisprosessin laajuuden ja millainen merkitys sillä on yhteiskunnallisesti. Kotiuttamisprosessiin osallistuu moniammatillinen työryhmä ja fysioterapeutti on yksi tämän työryhmän jäsenistä. Olemme ymmärtäneet fysioterapeutin roolin ja merkityksen kotiuttamisprosessissa. Tämä vahvistui ja konkretisoitui opinnäytetyöprosessin aikana niin tutkimustiedon kuin käytännön havaintojen kautta. Olemme ymmärtäneet myös, että fysioterapeutin ydinosaminen on merkittävää erityisesti pyöröovi-ilmion ehkäisyn kannalta kaikissa kotiuttamisprosessin vaiheissa. Olemme havainneet, että erityisesti kotiuttamisprosessin kannalta on tärkeää, että eri ammattiryhmien jäsenet tiedostavat oman osaamisensa rajat ja ovat tietoisia myös muiden ammattiryhmien ydinosamisesta. Tämä mahdollistaa osaltaan kokonaisvaltaisesti potilaan parhaaksi toimimisen kotiuttamisprosessissa.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme hankkineet tietoa pyöröovi-ilmioistä ja sitä kautta syventäneet omaa ammatillista tietämystämme sekä osaamistamme pyöröovi-ilmion riskitekijöiden ehkäisyssä fysioterapian keinoin. Koemme, että olemme saavuttaneet

opinnäytetyöprosessissa tarvittavan tietämyksen osallistuaksemme fysioterapeutteina ikääntyneen potilaan kotiuttamisprosessiin.

13.4 Jatkokehittämisideat

Opinnäytetyöprosessimme aikana heräsi ajatus siitä, voisiko toimeksiantajan kohdeosastoilla olla jokin näkyvä tavoitteiden toteutumisen ja kuntoutuksen määrän seurantamenetelmä. Seurantamenetelmän tulisi olla sellainen, että jokainen potilaan kuntoutukseen ja hoitoon osallistuva sekä potilas itse näkevät sen ja jokainen voi osaltaan osallistua seurantaan. Pohdimme opinnäytetyömme ohjaajan kanssa sitä, että seurantaa tulisi tapahtua myös pidemmällä aikavälillä kotiutumisen jälkeen. Emme ottaneet kuitenkaan opinnäytetyössämme kantaa tämän seurannan toteuttamiseen, koska se ei kuulunut toimeksiantajan kohdeosastojen työntekijöiden toimenkuvaan eikä täten toimeksiantoon. Pitkäaikaisen ja säännöllisen seurannan vaikutusta pyöröovi-ilmiön ennaltaehkäisyyn voisi tutkia case-tutkimuksena esimerkiksi Siilaisen sairaalan ja Karelia-ammattikorkeakoulun palvelu- ja oppimisympäristö Voimalan yhteistyöprojektissa.

Kotiuttamisprosessin mallin soveltuvuutta voisi tutkia kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella esimerkiksi tutkimalla fysioterapeuttien kokemuksia mallin mukaisen kotiuttamisprosessin toteuttamisesta. Kotiuttamisprosessin mallin vaikuttavuutta pyöröovi-ilmiön ehkäisyssä voisi myös tutkia ylempien korkeakoulutasojen tutkielmina.

Lähteet

- Autti-Rämö, I. 2012a. Menetelmän perusteet ja käyttö tavoitteen asettamisen apuvälineenä. Teoksessa Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 5–7.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf.
 2.1.2016.
- Autti-Rämö, I. 2012b. GASin käyttöönotto. Teoksessa Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 16–18.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf.
 28.7.2016.
- Autti-Rämö, I., Vainiemi, K. & Sukula, S. 2012. GASin laatiminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 7–12.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf.
 2.1.2016.
- Becker, E. 2015. Säästöistä kustannuksia. Lyhytnäköiset säästöt estävät tuloksellisuuden. Julkaisusarja B: 1/2015. Tehy.
http://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2015/2015_b1_saastoista_kustannuksia_id_1313.pdf. 16.5.2016.
- Bull, M.J. & Roberts, J. 2001. Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35 (4), 571-581.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f7ea1a4c-bfac-4f6c-ac47-165ca2380a87%40sessionmgr103&vid=1&hid=115>. 13.4.2016.
- Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K. & Hamilton, K. 2009. Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (3), 395-402.
<http://eprints.qut.edu.au/18910/1/18910.pdf>. 21.3.2016.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fisher, S. R., Kuo, Y-F., Sharma, G., Raji, M. A., Kumar, A., Goodwin, J. S., Ostir, G. V. & Ottenbacher, K. J. 2013. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 68 (7), 805-810.
<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/68/7/805.full.pdf+html>.
 20.5.2016.
- García-Pérez, L., Linertová, A., Lorenzo-Riera, A., Vázquez-Díaz, J. R., Duque-González, B. & Sarría-Santamera, A. 2011. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM: An International Journal of Medicine* 104 (8), 639-651.
<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/qjmed/104/8/639.full.pdf>. 7.4.2016.
- Grönfors, M. 2011. Kvalitatiivisen aineiston analyysi. Teoksessa Vilkka, H. (toim.) Laadullisen tutkimuksen kenttätymenetelmät. Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkka.
http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf. 5.1.2016.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa - kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin

- vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Stakes - tutkimuksia 179.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1>. 5.9.2015.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hokkanen, P. 2015. Kotiutukset kesäkuussa 2015 - Joensuun kaupunki, Siilainen osastot.
- Hyvärinen, L. 2008. Näön vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 171–180.
- Jansson, A., Kantanen, M., Luoma, M-L., Mukkila, S., Mäki, J., Pikkarainen, A., Röberg, M., Salmelainen, U., Vaara, M. & Ylimaa, T. 2013. Lukijalle. Teoksessa Pikkarainen, A. Vaara, M., & Salmelainen, U. (toim.) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 21–22.
- Joensuun kaupunki 2012. Liite 6: Kotiutusseteli. Sosiaali- ja terveystalokeskus. <http://www.joensuu.fi/documents/11127/215192/Liite+6+-+Kotiutusseteli/1f84edd4-3cdc-4816-a0b4-2bf75c28e84f>. 24.2.2016.
- Joensuun kaupunki 2016a. Siilaisen sairaala. Joensuun kaupunki. <http://www.joensuu.fi/siilaisen-sairaala>. 16.2.2016.
- Joensuun kaupunki. 2016b. Päiväkuntoutus. Joensuun kaupunki. <http://www.joensuu.fi/paivakuntoutus>. 10.5.2016.
- Joensuun kaupunki. 2016c. Palveluseteli terapiapalveluissa. Joensuun kaupunki. <http://www.joensuu.fi/palveluseteli3>. 10.5.2016.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei - Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 70 (14-15), 977–983.
- Jäntti, P. 2014. Akuutisti sairastunut vanha ihminen. http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/akuutisti-sairastunut-vanhus. 28.7.2016.
- Kahlon, S., Pederson, J., Majumdar, S. R., Belga, S., Lau, D., Fradette, M., Boyko, D., Bakal, J. A., Johnston, C., Padwal, R. S. & McAlister, F. A. 2015. Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. Canadian Medical Association Journal 187 (11), 799–804.
<http://www.cmaj.ca/content/187/11/799.full?sid=15371429-3e3c-4940-956d-6931a667ced0>. 8.3.2016.
- Kallinen, M. 2008. Kestävyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120–128.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014. Kotiutus ja jatkohoito. [http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyto/Hoitotyton_kaytannot/Kotiutus_ja_jatkohoito\(44757\)](http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyto/Hoitotyton_kaytannot/Kotiutus_ja_jatkohoito(44757)). 2.1.2016.
- Kittilä, R. 2008. Sosiaali- ja terveysjärjestöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 709–719.
- Kontinen, E. 2016. Kolmas sektori. Jyväskylän yliopisto. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori>. 10.5.2016.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. <http://uta32->

- kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1. 22.5.2016.
- Korhonen, M. 2008. Nopeus. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 129–135.
- Korpela, M., Pettersson, T., Strandberg, T., Löfberg, M. & Kiuru-Enari S. 2011. Vanhusten lihasongelmat. Suomen Lääkärilehti.
<http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL342011-2409.pdf>. 16.12.2015.
- Kortebein, P., Symons, T.B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., Conger, S., Lombeida, J., Wolfe, R. & Evans, W.J. 2008. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *Journal of Gerontology: Medical sciences*. 63, 1076–1081.
<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/63/10/1076.full.pdf+html>. 23.5.2016.
- Krepplein, J. & Stewart, T. D. 2014. Physical Therapy Information: Could It Reduce Hospital 30-Day Readmissions? *Journal of the American Physical Therapy Association* 94 (11), 1680–1682.
<http://ptjournal.apta.org/content/ptjournal/94/11/1680.2.full.pdf>. 20.5.2016.
- Kulju, K., Lähteenmäki, M-L., Mesiäinen, H., Myrskyläinen, R. & Rautonen, A. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Suomen Fysioterapeutit ry.
<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapiakaeytaentoe/eettiset-ohjeet/318-fysioterapeutin-eettiset-ohjeet-2014/file>. 17.5.2016.
- Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä. 2015. Kuntoutuspolku: kotiutuvat asiakkaat. Palaveri Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella 28.1.2016.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 1351/2014.
- Luoma, M.-L., Vaara, M., Röberg, M., Mukkila, S. & Mäki, J. 2013. Osa III. Gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (toim.) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 197–255.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus - Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104408/URN_ISBN_978-952-245-839-1.pdf?sequence=1. 4.1.2016.
- Mamon, J., Steinwachs, D. M., Fahey, M., Bone, L. R., Oktay, J. & Klein, L. 1992. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Services Research Journal* 27 (2), 155–175.
<http://www.thefreelibrary.com/Impact+of+hospital+discharge+planning+on+meeting+patient+needs+after...-a013022551>. 7.4.2016.
- Martinsuo, M. & Blomqvist, M. 2010. Prosessien mallintaminen osana toiminnan kehittämistä. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto.
https://tutcris.tut.fi/portal/files/2098668/prosessien_mallintaminen.pdf. 31.7.2016.
- Niemelä, K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekun-

- ta. Terveystieteiden tiedekunnan väitöskirjat 74. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0546-8/urn_isbn_978-952-61-0546-8.pdf. 27.12.2015.
- Nyfors, H. & Paatero, H. 2013. Tiivistelmä. Teoksessa Pikkarainen, A. Vaara, M., & Salmelainen, U. (toim.). Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 3–5.
- Nylander, O., Ojala, M. & Talo, S. 2004. Suomenkielisen laitoksen saatesanat. Teoksessa Stakes. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/99/9513311597_fin.pdf. 28.7.2016.
- Pajala, S., Piirtola, M., Karinkanta, S., Mänty, M., Pitkänen, T., Punakallio, A., Sihvonen, S., Kettunen, J. & Kangas, H. 2011. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. Suomen fysioterapeutit. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003. 25.7.2016.
- Pajala, S., Sihvonen, S. & Era, P. 2008. Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 136–157.
- Perälä, M.-L. & Hammar, T. 2003. PALKO-malli - Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. STAKES. Aiheita 29/2003. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1>. 16.5.2016.
- Pikkarainen, A. 2013a. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. I Osa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1. 16.12.2015.
- Pikkarainen, A. 2013b. Osa II. IKKU-hankkeen toimintatutkimus: Gerontologisen kuntoutuksen alkutilanteen ja kehittämisprosessin kuvaus. Teoksessa Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (toim.) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 39–195.
- Pikkarainen, A., Era, P. & Grönlund, R. 2011. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus. http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elamankaaari_ikavaiheet/gerontologinen_kuntoutus/. 25.8.2016.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010 Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 438–456.
- Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 411–416.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. http://moodle2.karelia.fi/pluginfile.php/120359/mod_resource/content/1/Toiminnallinen%20opinn%C3%A4ytety%C3%B6.pdf. 17.12.2015.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakausi-

- lehti 43 (3), 198–206. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/1896/1733>. 20.5.2016.
- Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2008. Lihaskoivu. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 107–119.
- Smith, B. A., Fields, C. J. & Fernandez, N. 2010. Physical Therapists Make Accurate and Appropriate Discharge Recommendations for Patients Who Are Acutely Ill. *Journal of the American Physical Therapy Association* 90 (5), 693–703.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867215/?report=printable>. 26.3.2016.
- Sorri, M. & Huttunen, K. 2008. Ikääntyneen kuulo. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 158–170.
- Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/99/9513311597_fin.pdf. 5.1.2016.
- Strandberg, T. 2014. Miksi tehdä HRO:sta numeroo? *Finnanest* 47 (5), 434–435.
http://www.finnanest.fi/files/strandberg_miksi_tehda_hrosta_numeroo.pdf. 8.3.2016.
- Strandberg, T. 2008. Hauraus-raihnaus-oireyhtymä (HRO) iäkkäässä väestössä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 346–353.
- Strandberg, T., Viitanen, M., Rantanen, T. & Pitkälä, K. 2006. Vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä. Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95803.pdf>. 1.11.2015.
- Suhonen, L. 2014. Kuntoutuksellisen toiminnan kehittäminen yhteistyössä. Teoksessa Kukkonen, T. (toim.). Ikäosaamista Voimalasta. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 60–61.
- Sundell, J. 2011. Lihaskoivaharjoittelu on liian vähän käytetty täsmälääke lihavuudessa ja vanhuudessa. *Suomalainen lääkäri* Duodecim 127 (4), 335–341.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99359. 7.4.2016.
- Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 192–203.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet.
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakykyon/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. 29.10.2015.
- Timonen, L. 2014. Voimala-yhteistyö: esimerkki onnistuneesta yhteistyöstä terveyskeskussairaalan ja oppilaitoksen välillä. Teoksessa Kukkonen, T. (toim.). Ikäosaamista Voimalasta. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 62–65.
- Tynjälä, P. 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vainiemi, K. 2012. Kelan kuntoutuksen suuntaviivoja. Teoksessa Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 3–4.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf. 28.7.2016.

- Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? *Fysioterapia* 61 (4), 5–10.
- Vernerinen. 2014a. Toimintakykyä ylläpitävä työote. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. <http://verneri.net/yleis/toimintakyky-yllapitava-tyoote>. 10.5.2016.
- Vernerinen. 2014b. Ikääntymisen määrittely. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>.17.12.2015.
- Virnes, E. 2015. Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suomen Kuntaliitto ry. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/ikaantymispoliittiset-strategiat/Sivut/default.aspx>. 2.9.2015.
- Watkins, L., Hall, C. & Kring, D. 2012. Hospital to home. A transition program for frail older adults. *Professional case management* 17 (3), 117–123. <http://alliedhealth.ceconnection.com/files/PCMMayJuneCEArtclHome-1337268697648.pdf>. 29.12.2015.

Suulliset lähteet

- Mansikka, A. 2016a. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 11.8.2016.
- Mansikka, A. 2016b. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 19.1.2016.
- Mansikka, A. 2016c. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 27.4.2016.
- Mansikka, A. 2016d. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 26.4.2016.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Suolaon Sairaala
Toimeksiantajan edustaja:	Heidi Mansikkala, Mirka Pirhonen, Anna Ryyminen
Osoite:	Karjanatie 10, 80200 JÄMSKI
Puhelinnumero:	040- XXXXXXXXXX Mirka
Sähköposti:	XXXXXXXXXX@suolaon.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Fysioterapian koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	XXXXXXXXXX Henna Sälliluoma XXXXXXXXXX / Anu Leppänen, XXXXXXXXXX / Heidi Kottinen
Puhelinnumero:	XXXXXXXXXX Henna XXXXXXXXXX (Anu) XXXXXXXXXX (Heidi)
Sähköposti:	etunimi.sukunimi@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Kotuttamisprosessin mallin kehittäminen fysioterapian näkökulmasta
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	5 / 2016 (esitys 8 / 2016)
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Toimeksiantaja osallistuu tulostus-/kopiointikuluihin

Toimeksiantajan sitoumukset	
Tukea tiedonsaannissa ja mallin testausvaiheessa	

Opiskelijan sitoumukset	
Sitoutuminen aikatauluun, opinnäytetyön ohjeiden noudattamiseen ja yhteistyöhön toimeksiantajan kanssa	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Liisa Suhonen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
19.1.2016	Henna Sälliluoma Anu Leppänen Heidi Kottinen HENNA SÄLLILUOMA ANU LEPPÄNEN HEIDI KOTTINEN
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
19.1.2016	Heidi Mansikkala Mirka Pirhonen Heidi Mansikkala Mirka Pirhonen
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
22.1.2016	Liisa Suhonen LIISA SUHONEN



Suostumuslomake

Suostun osallistumaan Karelia-ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoiden, Anu Leppäsen, Heidi Luttisen ja Henna Sälliluoman, tekemän opinäytetyön tuotoksena syntyvän kotiuttamisprosessin mallin testaustuotokseen. Mallin testaus suoritetaan yhteistyössä Siilaisen sairaalan henkilökunnan kanssa.

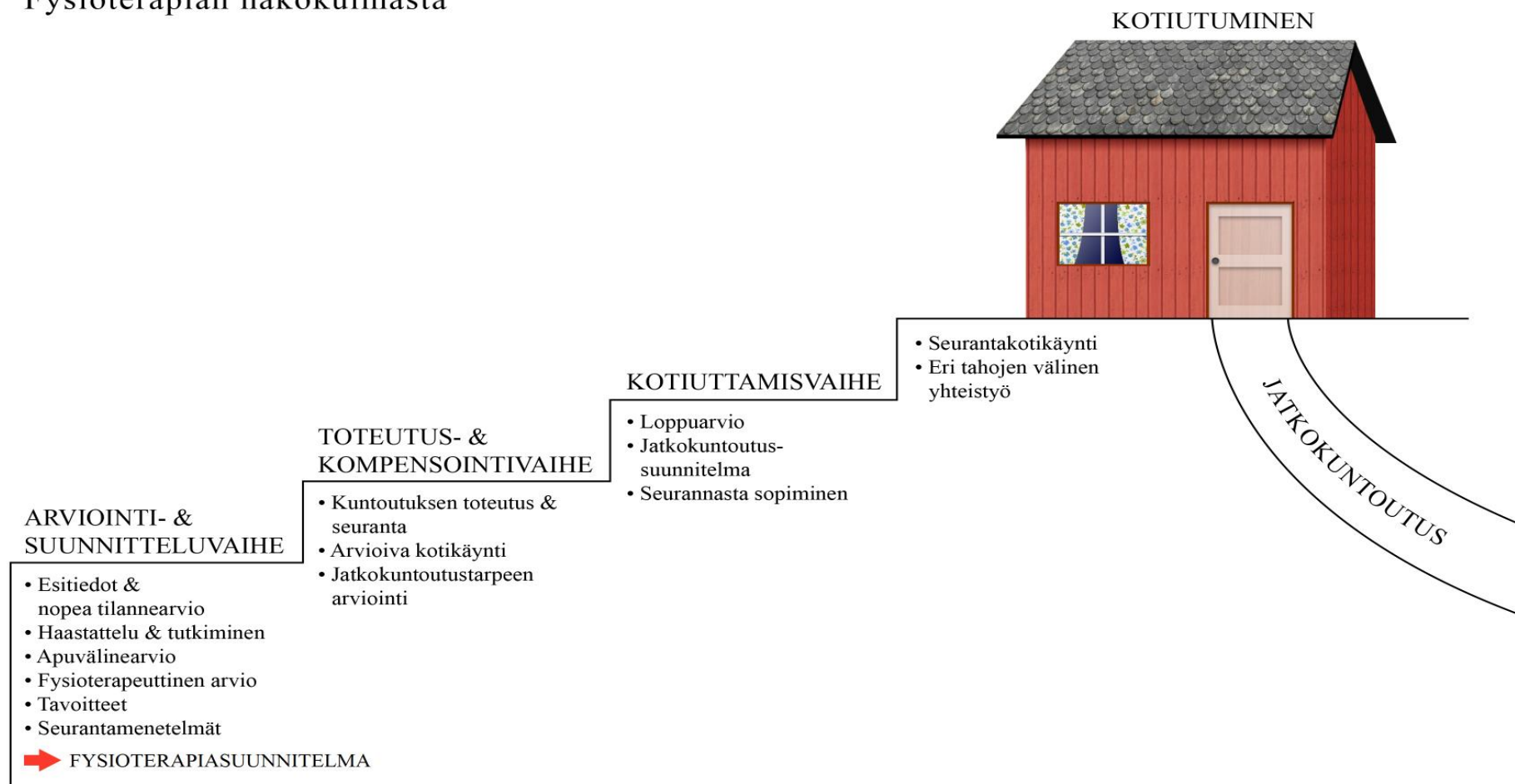
Annan opiskelijoille luvan olla mukana kotiuttamiseeni liittyvissä toimenpiteissä ja tehdä siitä kirjallisen prosessikuvauksen. Kirjallisen prosessikuvauksen tarkoituksena on kuvata kotiuttamisprosessin mallin toimivuutta. Kirjallinen tuotos julkaistaan osana opinäytetyötä Internetissä opinäytetyöarkistossa ja annan suostumukseni tähän. Kirjallisessa tuotoksessa minua koskevia tietoja käsitellään lain ”Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992” mukaisesti eikä minua täten voida tunnistaa kirjallisen tuotoksen perusteella. Olen tietoinen siitä, mitä tietoja minusta kerätään prosessin aikana. Minulla on halutessani oikeus saada opiskelijoiden laatima kirjallinen tuotos myös itselleni. Tiedostan, että minulla on oikeus keskeyttää opiskelijoiden toteuttamaan testausprosessiin osallistuminen missä vaiheessa tahansa.

Aika ja paikka

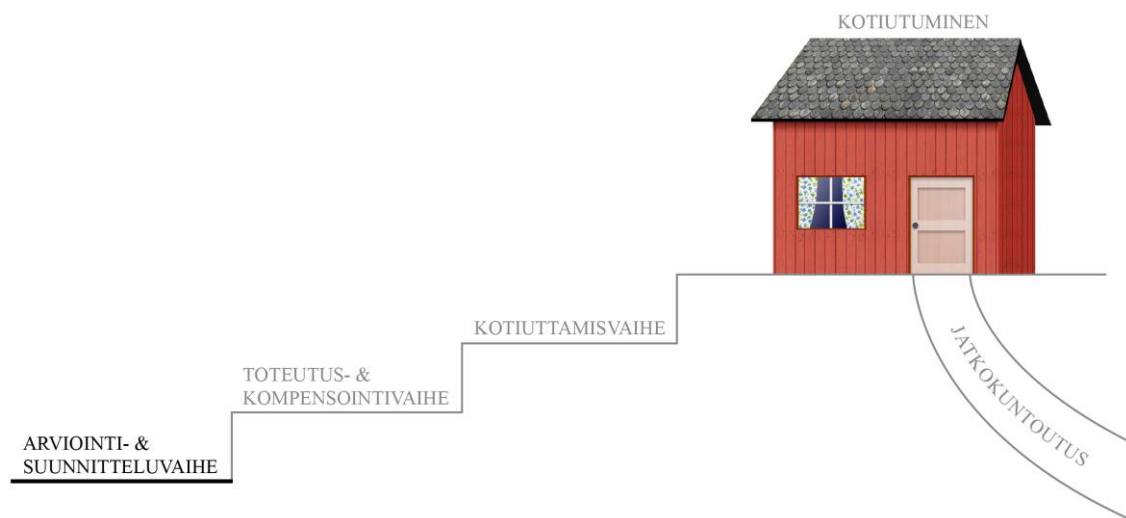
Allekirjoitus

Nimen selvennys

KOTIUTTAMISPROSESSIN MALLI Fysioterapian näkökulmasta



Graafinen toteutus © Rosa Kansala



Arviointi- ja suunnitteluvaihe

- Esitiedot ja nopea tilannearvio

Esitietojen selvittämisessä voidaan käyttää lisätyökaluna muun muassa Muistikysely läheiselle -lomaketta, mikäli potilaan toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä tarvitaan lisätietoja. Nopean tilannearvion aikana tehdään havaintoja potilaan kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä ja sen pohjalta fysioterapeutti arvioi, mitä toimintakyvyn osa-alueita tulisi tutkia tarkemmin ja mistä asioista tarvitaan lisää tietoja. Nopean tilannearvion havaintojen pohjalta fysioterapeutti tekee potilaalle tarvittavat toimintakyvyn tutkimukset sekä haastattelee potilaan. Varhainen **ennakointi** luo pohjaa potilaan onnistuneelle kotiutumiselle.

- Haastattelu ja tutkiminen

Tutkimisessa käytetään ADL-toimintojen havainnointia ja toimintakyvyn mittareita, kuten esimerkiksi SPPB:tä ja elämänlaatua mittaavaa WHOQOL-BREF:iä, joiden avulla pyritään saamaan lisää tietoa erityisesti nopean tilannearvion havainnoista.

- Apuvälinearvio

Tutkimisen ja haastattelun perusteella fysioterapeutti arvioi myös, onko potilaalla tarvetta apuvälineille, jotka tutkisivat mahdollisimman itsenäistä suoriutumista ADL-toiminnoista osastojakson aikana. Lisäksi tarkistetaan, ovatko potilaalla jo ennestään käytössä olevat apuvälineet kunnossa ja käytössä.

- Fysioterapeuttinen arvio

Toimintakyvyn havainnoinnin ja tutkimisen perusteella fysioterapeutti tekee potilaan toimintakyvystä fysioterapeuttisen arvion, joka sisältää tutkimisen perusteella selvinneet toimintakyvyn ongelmat ja tehdyt havainnot sekä niiden väliset syy-seuraussuhteet.

- Tavoitteet

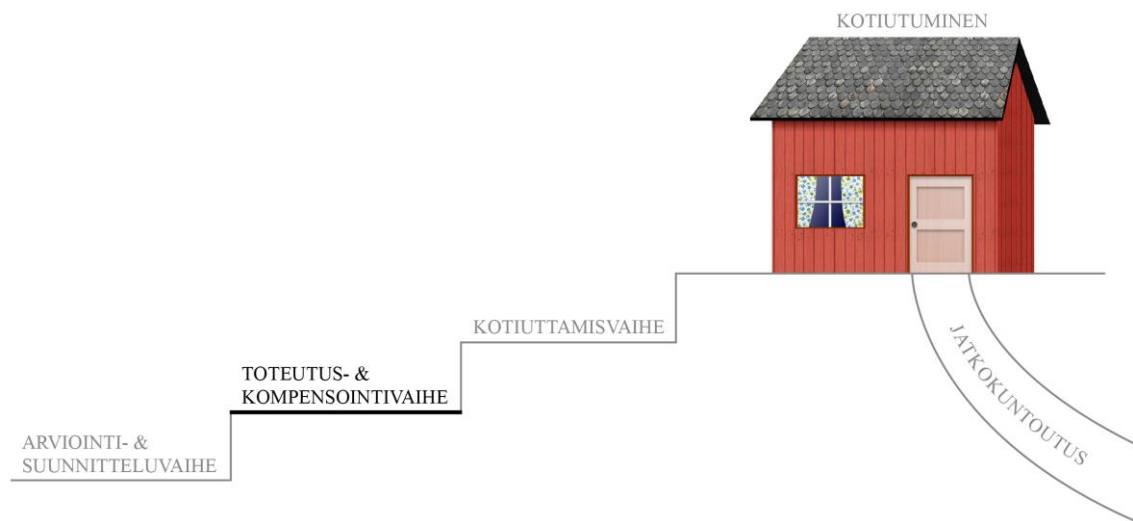
Haastattelun aikana fysioterapeutti selvittää, millaisia tavoitteita potilaalla itsellään on kuntoutumisen suhteen sekä osastojakson aikana että kotiutumisen jälkeen. Konkreettiset tavoitteet laaditaan yhdessä potilaan kanssa **asiakaslähtöisesti** GAS-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteiden tulee olla potilaan arjessa toteutuvia, kuten esimerkiksi itsenäinen vuoteesta nouseminen tai postin hakeminen postilaatikolta. Kun tavoitteet ovat lähtöisin potilaalta itseltään ja ne ovat arkeen liittyviä, on potilaan helpompi **sitoutua** ja **motivoitua** niiden toteuttamiseen.

- Seurantamenetelmät

Tavoitteiden toteutumisen ja kuntoutumisen etenemisen seurantaan valitaan sopivat mittarit ja seurantamenetelmät.

 **FYSIOTERAPIASUUNNITELMA**

Arviointi ja suunnitteluvaiheen lopuksi potilaalle tehdään henkilökohtainen fysioterapiasuunnitelma, joka perustuu tutkimiseen ja haastatteluun sekä potilaan omiin tavoitteisiin, ja siihen on kirjattu **kuntoutuksen sisältö** ja **menetelmät** sekä **tavoitteet** ja **seurantamenetelmät**.



Toteutus- ja kompensointivaihe

- Kuntoutuksen toteutus ja seuranta

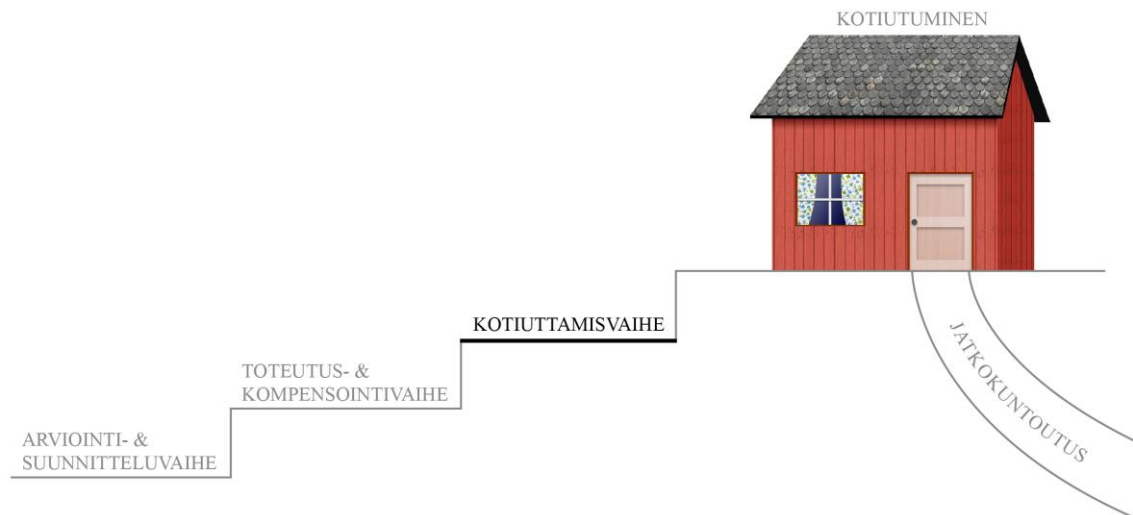
Kuntoutuksen toteutus tapahtuu potilaalle tehdyn henkilökohtaisen fysioterapiasuunnitelman mukaan, mikä perustuu potilaan omiin tavoitteisiin sekä toimintakykyyn. Tässä vaiheessa korostuu **moniammatillinen yhteistyö**, jota ohjaavat potilaan tavoitteet sekä fysioterapiasuunnitelma. Kuntoutuksen etenemistä seurataan arviointi- ja suunnitteluvaiheessa valittujen toimintakyvyn mittareiden avulla.

- Arvioiva kotikäynti

Toteutus- ja kompensointivaiheessa tehdään tarvittaessa arvioiva kotikäynti, jonka avulla voidaan mahdollisesti vaikuttaa pyörövi-ilmioille altistaviin tekijöihin. Arvioivalla kotikäynnillä varmistetaan potilaan **turvallinen kotona selviytyminen** esimerkiksi mukauttamalla kotiympäristöä potilaan tarpeita vastaavaksi. Kotihoidon asiakkaiden kohdalla **tiedon siirtymisen** varmistamiseksi kotihoidon edustajan tulisi olla paikalla arvioivalla kotikäynnillä.

- Jatkokuntoutustarpeen arviointi

Jatkokuntoutuksella voidaan tukea toimintakykyä sekä kotona selviytymistä.



Kotiuttamisvaihe

- Loppuarvio

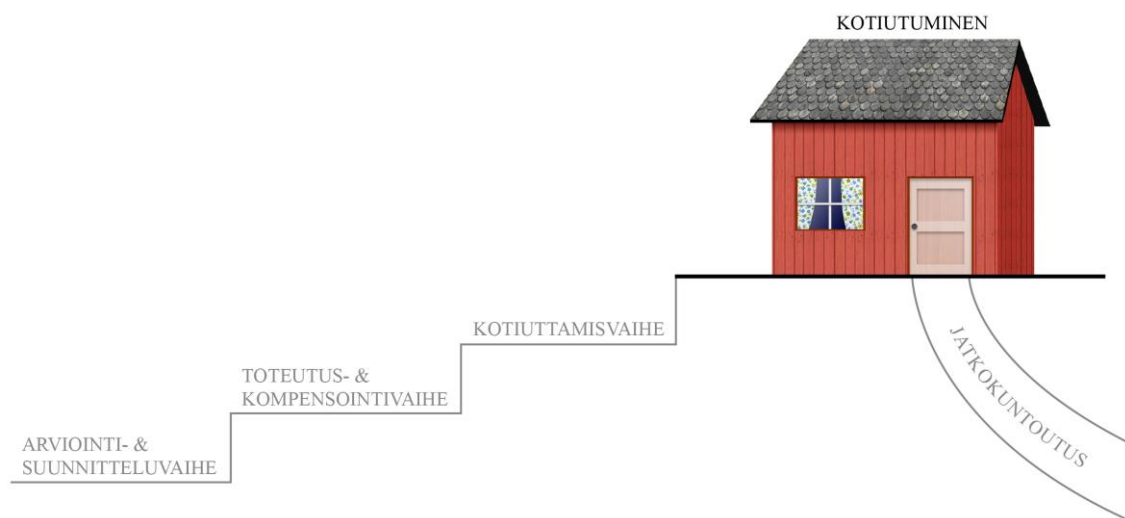
Osastolla kuntoutusta saaneelle potilaalle tehdään kotiuttamisvaiheessa lopputestaus, jonka avulla arvioidaan **kuntoutuksen etenemistä** ja tavoitteiden toteutumista. Lopputestauksessa käytetään samoja toimintakyvyn mittareita kuin arviointivaiheen tutkimisessa. Potilaan kotiuttamispäätös tulisi perustua moniammatilliseen arvioon. Kotiuttamispäätöksen jälkeen potilas kotiutetaan.

- Jatkokuntoutussuunnitelma

Lopputestauksen tulosten perusteella fysioterapeutti arvioi potilaan toimintakykyä suhteessa kotiutumiseen ja tekee tarvittaessa **jatkokuntoutussuunnitelman**.

- Seurannasta sopiminen

Fysioterapeutti sopii potilaan kanssa **seurannasta**, joka voi tapahtua seurantakäyntinä tai puhelimitse. Seurantatarpeesta tulee ilmoittaa kuntoutuskoordinaattorille työviestillä.



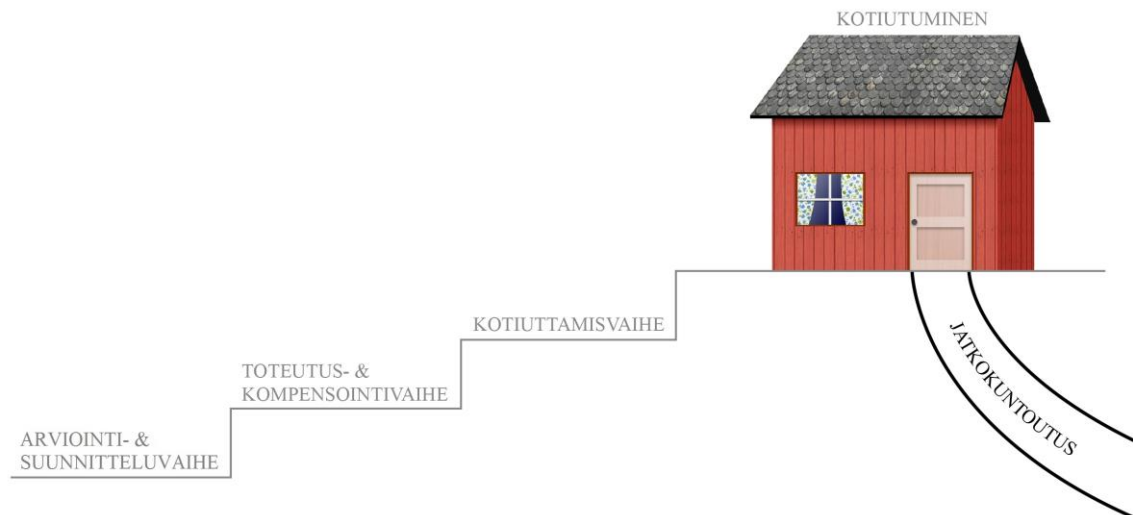
Kotiutuminen

- Seurantakotikäynti

Asiakkaan kotiuduttua tehdään seurantakotikäynti. Kotona tehtävän **seurannan** kautta fysioterapeutin on mahdollista reagoida mahdollisiin ilmenneisiin muutoksiin asiakkaan toimintakyvyssä ja näin osaltaan ennaltaehkäistä pyörövi-ilmioita.

- Eri tahojen välinen yhteistyö

Kotiutumisvaiheessa korostuu eri tahojen välinen **yhteistyö** asiakkaan kotona pärjäämisen ja päivittäisistä toimista selviytymisen suhteen. Yhteistyötä on esimerkiksi osaston kuntohoitajan tai fysioterapeutin sekä kotihoidon henkilökunnan tai asiakkaan omaisten kanssa.



Jatkokuntoutus

- Jatkokuntoutus on asiakkaan **itsenäisen toimintakyvyn ja kotona pärjäämisen** sekä kotona pysymisen kannalta tärkeässä asemassa. Jatkokuntoutusta järjestävät Joensuun alueella Joensuun kaupunki, yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat. Asiakkaan jatkokuntoutus voi tapahtua myös yhteistyössä Siilaisen sairaalan ja Karelia-ammattikorkeakoulun palvelu- ja oppimisympäristö Voimalan kanssa.

Lähteet

- Autti-Rämö, I. 2012. Menetelmän perusteet ja käyttö tavoitteen asettamisen apuvälineenä. Teoksessa Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 5-7.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf.
 2.1.2016.
- Autti-Rämö, I., Vainiemi, K. & Sukula, S. 2012. GASin laatiminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 7-12.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf.
 2.1.2016.
- Bull, M.J. & Roberts, J. 2001. Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35 (4), 571-581.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f7ea1a4c-bfac-4f6c-ac47-165ca2380a87%40sessionmgr103&vid=1&hid=115>. 13.4.2016.
- Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K. & Hamilton, K. 2009. Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (3), 395-402.
<http://eprints.qut.edu.au/18910/1/18910.pdf>. 21.3.2016.
- Fisher, S. R., Kuo, Y-F., Sharma, G., Raji, M. A., Kumar, A., Goodwin, J. S., Ostir, G. V. & Ottenbacher, K. J. 2013. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 68 (7), 805-810.
<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/68/7/805.full.pdf+html>.
 20.5.2016.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa - kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Stakes - tutkimuksia 179.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1>. 5.9.2015.
- Hokkanen, P. 2015. Kotiutukset kesäkuussa 2015 - Joensuun kaupunki, Siilainen osastot.
 Joensuun kaupunki. 2016. Päiväkuntoutus. Joensuun kaupunki.
<http://www.joensuu.fi/paivakuntoutus>. 10.5.2016.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei - Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suomen Lääkärilehti* 70 (14-15), 977-983.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1>. 22.5.2016.
- Korpela, M., Pettersson, T., Strandberg, T., Löfberg, M. & Kiuru-Enari S. 2011. Vanhusten lihasongelmat. *Suomen Lääkärilehti*.
<http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL342011-2409.pdf>. 16.12.2015.

- Krepplein, J. & Stewart, T. D. 2014. Physical Therapy Information: Could It Reduce Hospital 30-Day Readmissions? *Journal of the American Physical Therapy Association* 94 (11), 1680-1682. <http://ptjournal.apta.org/content/ptjournal/94/11/1680.2.full.pdf>. 20.5.2016.
- Kuntoutuspolkupalaverin työryhmä. 2015. Kuntoutuspolku: kotiutuvat asiakkaat. Pala-veri Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella 28.1.2016.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 1351/2014.
- Luoma, M.-L., Vaara, M., Röberg, M., Mukkila, S. & Mäki, J. 2013. Osa III. Gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (toim.) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 197-255.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus - Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104408/URN_ISBN_978-952-245-839-1.pdf?sequence=1. 4.1.2016.
- Mamon, J., Steinwachs, D. M., Fahey, M., Bone, L. R., Oktay, J. & Klein, L. 1992. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Services Research Journal* 27 (2), 155-175. <http://www.thefreelibrary.com/Impact+of+hospital+discharge+planning+on+meeting+patient+needs+after...-a013022551>. 7.4.2016.
- Niemelä, K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden tiedekunnan väitöskirjat 74. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0546-8/urn_isbn_978-952-61-0546-8.pdf. 27.12.2015.
- Pajala, S., Piirtola, M., Karinkanta, S., Mänty, M., Pitkänen, T., Punakallio, A., Sihvonen, S., Kettunen, J. & Kangas, H. 2011. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. Suomen fysioterapeutit. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003. 25.7.2016.
- Perälä, M.-L. & Hammar, T. 2003. PALKO-malli - Palveluja yhteensovittava kotiutumien ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. STAKES. Aiheita 29/2003. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1>. 16.5.2016.
- Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. I Osa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1. 16.12.2015.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010 Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 438-456.

- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43 (3), 198-206. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/1896/1733>. 20.5.2016.
- Smith, B. A., Fields, C. J. & Fernandez, N. 2010. Physical Therapists Make Accurate and Appropriate Discharge Recommendations for Patients Who Are Acutely Ill. *Journal of the American Physical Therapy Association* 90 (5), 693-703. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867215/?report=printable>. 26.3.2016.
- Strandberg, T. 2008. Hauraus-raihnaus-oireyhtymä (HRO) iäkkäässä väestössä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 346–353.
- Suhonen, L. 2014. Kuntoutuksellisen toiminnan kehittäminen yhteistyössä. Teoksessa Kukkonen, T. 2014. (toim.). *Ikäosaamista Voimalasta*. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 60-61.
- Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? *Fysioterapia* 61 (4), 5-10.
- Virnes, E. 2015. Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suomen Kuntaliitto ry. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/ikaantymispoliittiset-strategiat/Sivut/default.aspx>. 2.9.2015.
- Watkins, L., Hall, C. & Kring, D. 2012. Hospital to home. A transition program for frail older adults. *Professional case management* 17 (3), 117-123. <http://alliedhealth.ceconnection.com/files/PCMMayJuneCEArtclHome-1337268697648.pdf>. 29.12.2015.

Suulliset lähteet

- Mansikka, A. 2016a. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 11.8.2016.
- Mansikka, A. 2016b. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 19.1.2016.
- Mansikka, A. 2016c. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 27.4.2016.
- Mansikka, A. 2016d. Kuntohoitaja. Siilaisen sairaala. Palaveri 26.4.2016.