



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Antti Mässeli

lääkkäiden kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe päivystyksessä

Kotona pärjäämisen tukemista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Tutkimuksellinen kehittämissyö

15.6.2020

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Antti Mässeli lääkäiden kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe päivystyksessä – Kotona pärjäämisen tukemista 45 sivua + 10 liitettä 15.6.2020
Tutkinto	Fysioterapeutti YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kuntoutus
Ohjaajat	Yliopettaja Pekka Paalasmaa Yliopettaja Salla Sipari
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta yli 65- vuotiaan päivystykseen tulevan henkilön kotona pärjäämisen tueksi Hyvinkään sairaalassa.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä sovellettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Aineiston keruu toteutui laadullisin menetelmin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa yli 65- vuotiaita kuntoutujia haastateltiin puhelinhaastattelussa puolistrukturoitua asiakashaastattelua hyödyntäen. Toisessa vaiheessa yli 65- vuotiaiden kuntoutujien parissa työskenteleviä ammattilaisia kutsuttiin yhteiskehittelytilaisuuteen Hyvinkään sairaalan fysioterapiasta, toimintaterapiasta ja päivystyksestä sekä Keski- Uudenmaan sote- kuntayhtymän (Keusote) fysioterapiasta. Puhelinhaastattelun aineisto koostui kuuden vastaajan vastauksista ja Learning Café- menetelmää hyödyntäneessä moniammatillisessa yhteiskehittelyssä oli 15 osallistujaa. Aineistoja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja sisällön erittelyllä, eli laskettiin määrinä ja tulokset kuvattiin jakaumina.</p> <p>Tulosten mukaan hyvässä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa huomioidaan moniammatillinen yhteistyö, erityisesti muistisairaiden kohdalla omaiset, fyysisen aktiivisuuden ylläpito päivystyksessä olon aikana sekä kotiympäristö. Kuntoutujia ja omaisia osallistetaan kuntoutukseen. Tulosten mukaan kuntoutus voi alkaa jo päivystyksessä ja se voi jatkua päivystyskäynnin jälkeen kotikäyntejä tekevässä yksikössä. Työnjako on selkeää ja toimintatapa jatkuu rajapintojen yli. Gerastenian seulontatestauksessa käytettävistä mittareista ja pisteytyksistä on sovittu eri ammattilaisten kesken, ja mittareiden avulla ohjataan kuntoutujia fysioterapeuteille. Kuntoutujille ohjataan harjoitteita, heidän liikkumista arvioidaan sekä heille annetaan käytännön ohjeita kotona pärjäämisen tukemiseksi.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää Hyvinkään sairaalan päivystyksessä ja valtakunnallisesti muiden päivystysten tai sairaaloiden kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheen kehittämisessä.</p>	
Avainsanat	Kuntoutusprosessi, käynnistymisvaihe, gerastenia, kotona pärjäämisen tukeminen

Author Title Number of Payer Aika	Antti Mässeli The Start-Up Phase of the Rehabilitation Process for the Elderly in the Emergency Department 45 pages + 10 appendices June 2020
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Instructors	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Salla Sipari, Principal Lecturer
<p>The aim of this research development project was to develop practice for the start-up phase of the rehabilitation process for the elderly in the Hyvinkää hospital emergency department for supporting coping at home.</p> <p>A research approach at this development project was carried out by using action research methods. Data was collected in two stages by using qualitative data collecting methods by telephone interview for elderly persons and by co-development method for rehabilitation and emergency department professionals. A total of six persons data was used in this research development project and in co-development group was attended by 15 professionals, who consisted by nurses, rehabilitation professionals and a doctor. Participation in this development study was voluntary. The material for results was analyzed by material-based content analysis.</p> <p>The result of the thesis is a description of the practice for the start-up of the rehabilitation process for the elderly in the Hyvinkää hospital department for supporting coping at home. In a good start-up phase of rehabilitation process needs to pay attention to interprofessional cooperation, home environment already in emergency department, encouraging the elderly, maintaining the physical activity while being in emergency department and relative's participation especially in people with memory problems. About to be used measurement system of frailty has been agreed, the division of labor is clear, rehabilitation starts early and course of action carry on across boundaries. Also elderly gets exercises and guidance.</p> <p>The results can be utilized in developing the start-up of the rehabilitation process for the elderly in Hyvinkää hospital emergency department, other hospitals process and health care center emergency departments.</p>	
Keywords	rehabilitation process, start-up phase, frailty, supporting coping at home

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe yli 65- vuotiailla kuntoutujilla	2
2.1	Kuntoutustarpeen tunnistaminen	2
2.2	Kuntoutuksen suunnittelu	3
3	Yli 65- vuotiaiden kotona pärjääminen ja pärjäämisen tukeminen	5
4	Toimintaympäristö	7
5	Tavoite ja tarkoitus	11
6	Tutkimuksellinen kehittäminen	12
6.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tiedon intressi	12
6.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	14
6.3	Osallistujien valinta ja kuvaus	15
6.4	Aineiston kerääminen	16
6.5	Aineiston analysointitavat	19
7	Tulokset	21
7.1	Kotona pärjäämistä estävät tekijät kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan näkökulmasta	21
7.2	Kotona pärjäämistä edistävät tekijät kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan näkökulmasta	21
7.3	Millainen on hyvä päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe kotona pärjäämisen tueksi ammattilaisten näkökulmasta	23
8	Kuvaus yli 65- vuotiaan kuntoutujan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta kotona pärjäämisen tueksi	26
9	Pohdinta	28
9.1	Tulosten tarkastelu	28
9.2	Eettiset kysymykset, luvat ja sopimukset	31
9.3	Menetelmälliset ratkaisut	32
9.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkokehittäminen	36
	Lähteet	40
	Liitteet	
	Liite 1. Suostumusasiakirja, kuntoutujat	

- Liite 2. Tutkimushenkilötiedote kuntoutujat
- Liite 3. Tutkimushenkilötiedote, ammattilaiset
- Liite 4. Suostumusasiakirja, ammattilaiset
- Liite 5. Asiakashaastattelu
- Liite 6. Ote ensimmäisen kehittämistehtävän sisällönanalyyseistä
- Liite 7. Kuntoutussuunnitelman ohjeistus
- Liite 8. Päivystyksen uusi toimintatapa
- Liite 9. Kotiutuksen riskimittari
- Liite 10. FRAT eli lyhyt kaatumisvaaran arviointi

1 Johdanto

Suurten ikäluokkien vanhetessa paine uusien toimintamallien käyttöönottoon kasvaa. Uusien toimintamallien avulla pystytään vastaamaan kasvavaan taloudelliseen paineeseen. Yli 65- vuotiaiden kuntoutusta tarvitsevien toimintakyvyn edistämiseksi kotona asumista voidaan tukea, jolloin vähemmän ikäihmisiä asuu kalliissa laitospaikkoissa. Alueellisesti toimintakäytänteitä pyritään yhtenäistämään ja siirtämään palveluja laitosasumisesta kuntoutuksen kehitystrendin mukaisesti kuntoutujan kotiin.

On näyttöä siitä, että kuntoutus alkaa liian myöhään Suomessa (Valtionalouden tarkastusvirasto, Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tarkastuskertomus 2, 2013: 60). Toimivassa mallissa kuntoutus alkaa akuutissa hoidossa. Kuntoutus jatkuu akuutin hoidon jälkeen kotona. (Hupli 2015.) Kotiutuminen sairaalasta on kriittinen vaihe kuntoutuksen jatkuvuuden kannalta ja siihen liittyvän sairaaloiden sekä terveyskeskusten välisten tiedotuskäytäntöjen kehittämiseksi on tarvetta (Pöyry & Perälä 2003: 9). Kuntoutusprosessin seurauksena on arjessa pärjäävä kuntoutuja (Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi 2017: 44).

Hyvinkään sairaalassa on pyritty kehittämään viime vuosina riskipotilaan tunnistamista, tehostettua kuntoutusta ja kotiutussuunnittelua muun muassa fysioterapian näkökulmasta sisätautien osastolla (Riskipotilaan tunnistaminen tulotilanteessa: tehostettu kuntoutus ja kotiutussuunnittelu 2015). Tässä työssä tullaan käyttämään yli 65- vuotiaasta kuntoutusta tarvitsevasta kuntoutujasta myös nimityksiä riskipotilas tai gerasteniakuntoutuja. Hyvinkään sairaalassa yleisessä käytössä oleva termi on riskipotilas. Lääketieteen sanastolautakunta puoltaa termin gerastenia käyttämistä hauraus- raihnausoireyhtymän rinnalla. Luonnehdintaan kuuluu muun muassa uupumus, heikkous, hitaus, tahaton painon lasku ja fyysinen inaktiivisuus. (Lääketieteen sanastolautakunta 2015.)

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta yli 65- vuotiaan päivystykseen tulevan kuntoutujan kotona pärjäämisen tueksi Hyvinkään sairaalassa. Kehittäminen tehtiin moniasiantuntijuutta hyödyntäen ja huomioiden organisaatioiden rajapinnat.

2 Kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe yli 65- vuotiailla kuntoutujilla

2.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen

Tyypillinen päivystykseen tuotu gerasteniapotilas on lattialta kaatuneena löydetty liikuntakyvytön vanhus. Tarkkaa selittävää diagnoosia ei välttämättä löydy, mutta kuntoutuja on saattanut aloittaa vastikään uuden lääkityksen. (Koivukangas, Strandberg, Leskinen, Keinänen-Kiukaanniemi & Antikainen 2017.) Ruotsalaisen asumispalveluyksikön ikääntyneille asukkaille tehdyn tutkimuksen mukaan pääasialliset syyt sairaalaan joutumiselle olivat sydän- ja verisuonitaudit sekä kaatumisten komplikaatiot (Hallgren, Bravell Ernsth, Östgren, Midlöv & Dahl 2016). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan riski sairaalaan päätymiseen pitkällä aikavälillä on kohonnut selkeästi gerasteniasta kärsivillä ja kohonnut lievästi lievästä gerasteniasta kärsivillä kuntoutujilla (Rockwood ym. 2004: 1310–1317). Sairauksien lisäksi huono fyysinen toimintakyky kasvattaa iäkkäiden uudelleen sairaalaan joutumisen riskiä (Garzia-Perez ym. 2011) ja lyhytaikainenkin sairaalahoito voi johtaa iäkkään kuntoutujan toimintakyvyn heikentymiseen sekä avuntarpeen lisääntymiseen kotiutumisen jälkeen (Kerminen & Jäppinen & Kiviniemi & Tikkanen & Havulinna 2019). Pienikin stressitekijä voi romahduttaa resurssiensa rajoilla toimivan hauraan elimistön. Havaitsemalla gerastenia ajoissa voidaan vähentää pitkittyneitä sairaalahoitajaksoja sekä laitoshoitoon joutumista. (Clegg, Young, Ilife, Olde Rikkert & Rockwood 2013.) Sairaalahoidon aikana on mahdollisuus havaita alkavat toimintatarjoitukset, kartoittaa toimintakyvyn heikentymisen taustatekijöitä sekä aloittaa toimintakykyä ylläpitävä kuntoutus ja hoito (Kerminen ym. 2019).

Sairaalaan tullessa arviointi aloitetaan seulontatesteillä. Poikkeava tulos johtaa kyseisen osa-alueen tarkempaan arviointiin ja arviointitietoa käytetään kuntoutuksen suunnittelussa. (Kerminen ym. 2019.) Toimintakyvyn heikkenemisen varhaiseen tunnistamiseen käytettäviltä arviointimenetelmiltä edellytetään ennustekykä (Sainio & Salminen 2016: 209). Lisäksi hauraus- raihnausoireyhtymän tunnistamisessa käytettävien menetelmien tulisi olla riittävän tarkkoja, hinnaltaan kohtuullisia, eikä niiden käyttö saisi edellyttää erityistä koulutusta (Cesari ym. 2016; Pialoux, Goyard & Lesourd 2012). Gerastenia tulisi tunnistaa viimeistään siihen liittyvien ongelmien, kuten kaatumisen, äkillisen liikuntakyvyn muutoksen, murtuman tai deliriumin myötä (Koivukangas, Strandberg, Leskinen,

Keinänen-Kiukaanniemi & Antikainen 2017). Kokonaiskuvan saamiseksi tarvitaan arvioijan tekemiä mittauksia ja kuntoutujan oma arvio tilanteesta, sillä niiden on todettu täydentävän kuvaa kuntoutujan toimintakyvystä (Sainio & Salminen 2016: 209).

lääkäillä kotona asuvilla on todettu olevan alttius kaatumisille, jos TUG-testin tulos on yli 13 sekuntia (Shumway-Cook, Bauer & Woollacott 2000). TUG-testissä kuntoutuja nousee selkänojalliselta tuolilta ylös, kävelee kolmen metrin matkan ja palaa takaisin istumaan tuolille (Clegg, Rogers & Young 2015; Pajala 2012: 167). TUG-mittarin avulla gerasteniaa potevat kuntoutujat löydetään herkästi, mutta kaikilla huonon TUG-tuloksen saaneista ei ole kuitenkaan gerasteniaa (Clegg, Rogers & Young 2015). Ammatilainen voi testien lisäksi havainnoida kuntoutujaa, haastatella häntä ja kysyä kuntoutujan itsearvion tilanteestaan (Pajala 2012: 106).

Short physical performance battery (SPPB) avulla pystytään arvioimaan fyysistä suoriutuskykyä. Testi sisältää tasapainon, kävelynopeuden ja toistetun tuolilta ylösnousun nopeuden mittaamiset. (Dent ym. 2016; Pajala 2012: 160–166.) Fyysistä toimintakykyä kuvaavien mittareiden lisäksi gerastenian tunnistamisessa käytetään myös muunlaisia mittareita (Koivukangas, Strandberg, Leskinen, Keinänen-Kiukaanniemi & Antikainen 2017). Toimintakykyä kuvaavien muuttujien lisäksi muuttujina on esimerkiksi painonlasku ja uupumus (Morley, Malmström & Miller 2012).

2.2 Kuntoutuksen suunnittelu

Kermisen ym. (2019) mukaan kotiutumisen yhteydessä tehdään kuntoutussuunnitelma (Kerminen ym. 2019). Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan muun muassa kuntoutujan ja kuntoutusjärjestelmän tavoitteet sekä keinot, miten tavoitteisiin pyritään (Rissanen & Kallanranta & Suikkanen 2008: 625). Yhden yhteisen suunnitelman avulla kuntoutujan palvelukokonaisuus ja -prosessi pysyy yhtenäisenä, vaikka prosessiin osallistuisi useita organisaatioita (Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi 2017: 42). Siitä ilmenee kuntoutustarpeen perustelut, nykyisen elämäntilanteen pohjalta asetetut tavoitteet, tavoitteisiin tähtäävät toimenpiteet sekä seuranta. Kuntoutussuunnitelman avulla pyritään turvaamaan kuntoutujalle integroitu palveluketju (Järvikoski ja Härkäpää 2011: 196–197). Kuntoutussuunnitelmassa sairauden diagnoosi ei yksinään riitä, koska sairauksilla on erilaisia ilmenemismuotoja ja yksilöillä erilaisia

vahvuuksia. Lisäksi kuntoutujan elämäntilanne ja ympäristö vaikuttavat kuntoutustarpeeseen. (Suomela-Markkanen & Peltonen 2016: 248.) Kuntoutujan näkökulman huomiointi on tärkeä osa toimintakyvyn arviointia. Kuntoutuja nähdään oman itsensä asiantuntijana ja hänen mielipiteensä kuuluu kuntoutusta suunniteltaessa (Niskala, Kairala & Pohjola 2017; 9). Arviointiin pohjautuva tieto toimintakyvystä ja sen rajoitteista ohjaa tavoitteiden asettelua intervention alkaessa (Sainio & Salminen 2016: 206–207).

Kuntoutusprosessin lähtökohtana ovat kuntoutujan itselleen asettamat hänen omiin tarpeisiinsa kiinnittyvät tavoitteet. Tavoitteet ohjaavat kuntoutuksen suunnittelua, mutta ne myös motivoivat ja sitouttavat kuntoutujaa muutokseen. Prosessin alussa tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota kuntoutujan muutosmotivaatioon. Iäkkäiden kuntoutujien kohdalla tavoitteen asettamisessa saattaa ilmetä ongelmia. Iäkäs voi käyttäytymisellään olla vaaraksi itselleen tai hän ei tiedosta ongelmiaan ja niiden seuraamuksia. Tuolloin voi olla perusteltua puuttua tilanteeseen, vaikka kuntoutuja itse ei ongelmaansa tunnista. Joskus kuntoutuja toisaalta suuntaa tavoitteensa ammattilaisten näkökulmasta epätarkoituksenmukaisiin kohteisiin. Tällaisessa tilanteessa vuoropuhelun avulla voidaan saavuttaa kuntoutujan ja ammattilaisen kesken yhteinen näkemys, kun kuntoutujalle annetaan välineitä ja tilaa oman tilanteen ja vaihtoehtojen työstämiseksi. (Karhula, Veijola, Ylisassi 2016: 225–237.)

Onnistunut kotiutuminen päivystyksestä voi turvata iäkkään kuntoutujan kotona pärjäämistä ja voi vähentää hakeutumista saman ongelman vuoksi uudelleen sairaalaan. Kotiutumisprosessiin voi sisältyä myös kuntoutuksen mukaantulo. (Lukka 2012.) Tarvittaessa akuutin hoidon jälkeen kuntoutusta tukevia toimia jatketaan kuntoutujan kotona ja kotiutus tehdään yhteistyössä muun muassa kuntoutuspalveluja antavien tahojen kanssa (Kerminen ym. 2019).

3 Yli 65- vuotiaiden kotona pärjääminen ja pärjäämisen tukeminen

Koti markitsee paljon ihmiselle ja lähes kaikki haluavat asua omassa kodissaan (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007: 17). Asuakseen kotona itsenäisesti kuntoutujan täytyy pystyä suoriutumaan normaaleista päivittäisistä toiminnoistaan (Covinsky 2006: 175–176). Päivittäisiä ADL- perustoimintoja esimerkiksi ovat syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, WC-toiminnot sekä liikkuminen ja siirtyminen (Paltamaa 2013; Shelkey & Wallace 2012). IADL- eli välinetoimintoja ovat muun muassa taloustyöt, puhelimen käyttö ja kaupassa käynti (Laukkanen 2003). Fyysisen toimintakyvyn lisäksi päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaatii psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan hauraus-raihnausoireyhtymään liittyvät muuttujat, kuten esimerkiksi painon lasku, hidas kävelynopeus, alaraajojen alentunut toimintakyky, huono tasapaino ja heikkous lihasvoimissa ovat ennusmerkkejä päivittäisten toimintojen vaikeuksiin kotona asuvilla iäkkäillä henkilöillä. Hidas kävelynopeus ja vähäinen fyysinen aktiivisuus ennustavat mahdollisesti parhaiten heikkoa suoritusta päivittäisistä toiminnoista. Hauraus- raihnausoireyhtymään liittyvien muuttujien yksilöllinen arviointi kotona asuvilta ikääntyneiltä kuntoutujilta voi olla hyödyllistä kun tunnistetaan vanhuksia ketkä mahdollisesti hyötyvät toimintakykyä tukevasta kuntoutuksesta. (Vermeulen, Neyens, van Rossum, Spreeuwenberg & de Witte 2011.)

Akuuttia sairaanhoitoa tarjoavassa yksikössä olevilla iäkkäillä kuntoutujilla on suurentunut riski toimintojen heikentymiseen ja asumispalveluyksikköön joutumiseen (Gaugler & Duval & Anderson & Kane 2007; Ottenbacher ym. 2004). Ikääntyneen kotona pärjäämistä sairaalajakson jälkeen vaikeuttavat itsenäiseen asumiseen liittyvät tekijät. Ikääntyneillä voi olla vaikeuksia itsestä ja kodista huolehtimisessa, kuten peseytymisessä, kodin siisteyden ylläpitämisessä ja kaupassa käymisessä. Kodin olosuhteet voivat pahentaa sairauden kierrettä, eikä koti toimi terveyttä edistävänä voimavarana. (Greysen ym. 2014: 1558–1559.) Kotiin palaaminen voi epäonnistua, jos kuntoutusta ei ole riittävästi, yhteiset tavoitteet puuttuvat toimijoilta ja tiedon kulku on puutteellista eri toimintayksiköiden sekä työntekijöiden välillä (Perälä & Hammar 2003: 11–12).

Tikkasen (2015) mukaan laaja-alaiset geriatriset interventiot täytyisi kohdentaa iäkkäillä varsinkin heikkous-raihnaus-oireyhtymää tai sen esiastetta poteville kuntoutujille

(Tikkanen 2015: VII). Vuonna 2008 tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan keskivaikeista toimintakyvyn rajoituksista kärsivät kotona asuvat iäkkäät kuntoutujat hyötyvät verrattaen pitkäkestoisesta, korkeaintensiteettisestä ja monipuolisesta harjoittelusta päivittäisten toimintojen tukemisen näkökulmasta (Daniels, van Rossum, de Witte, Kempen & van den Heuvel 2008). Lisäksi gerasteniakuntoutujan interventioiden yhteydessä elinympäristö ja apuvälinetilanne tulee kartoittaa (Koivukangas, Strandberg, Leskinen, Keinänen-Kiukaanniemi & Antikainen 2017: 430).

4 Toimintaympäristö

Tässä työssä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheella tarkoitetaan päivystykseen tulleen kuntoutujan kuntoutustarpeen tunnistamista ja ohjaamista päivystyksessä työskentelevälle fysioterapeutille sekä kuntoutuksen suunnittelua. Käynnistysvaiheeseen kuuluu myös tarvittaessa jatkossa ohjaamista fysioterapeutille tai toimintaterapeutille kotikäyntejä tekevään yksikköön sekä kuntoutuksen aloitusta kotikäyntejä tekevässä yksikössä.

Hyvinkään sairaalan päivystykseen tulevat kuntoutujat tulevat pääosin erikoissairaanhoidon vaativien sairauksien tai vammojen vuoksi akuuttihoitoon Hyvinkään sairaalan päivystykseen Hyvinkään, Nurmijärven, Tuusulan, Mäntsälän ja Järvenpään alueelta. Esimerkiksi akuutit sydän- ja verenkiertoelimistön häiriön ja kaatumisten seurauksena tapahtuneen vaativan trauman kokeneet kuntoutujat ohjataan pääosin päivystykseen. Hyvinkään sairaalan päivystys hoitaa lisäksi Hyvinkään alueen akuuttia perusterveydenhuollon hoitoa tarvitsevia kuntoutujia sekä alueen muiden perusterveydenhuollon yksiköiden akuuttia perusterveydenhuollollista hoitoa tarvitsevia kuntoutujia iltaisin, öisin, viikonloppuisin sekä arkipäivinä. Pidempiaikainen perusterveydenhuollollinen hoito ja muun muassa kotikäynteinä tapahtuva kuntoutus järjestetään perusterveydenhuollosta. Tarvittaessa kuntoutuja siirtyy päivystyksestä sairaalan osastolle, kotiin tai esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolle. Hyvinkään sairaalan fysioterapiayksikön terapeutit työskentelevät Hyvinkään sairaalassa sekä Hyvinkään sairaalan päivystyksessä.

Tutkimuksellisen kehittämistyön suunnitelmaa tehdessäni ja aineiston keruun aikana työskentelin Hyvinkään sairaalan akuuttiprosessista vastaavana fysioterapeuttina. Tehtäviini kuului fysioterapeutin perustyön lisäksi käytännön akuuttiprosessien ja toimintatapojen kehittäminen. Erityistä huomiota kiinnitin siihen, miten kuntoutusta tarvitsevia ikääntyviä kuntoutujia löydetään sairaalan asiakasvirrasta ja miten heidät ohjataan perusterveydenhuollon kuntoutukseen. Hyvinkään sairaalassa käytössä olevassa riskipotilaan kuntoutusprosessissa hyödynnetään IKINÄ-toimintamallia, joka on kehitetty kaatumisten ehkäisyyn ja kaatumisvaarassa olevien henkilöiden tunnistamiseen (Pajala 2012). Sisätautien ja kirurgian osastoilla hoitajat ohjaavat toimintamallia mukailleen kaatumisvaarassa olevia kuntoutujia fysioterapiaan IKINÄ-toimintamalliin kuuluvan FRAT:in, eli Lyhyen kaatumisvaaran arvioinnin (Lyhyt kaatumisvaaran arviointi, Liite 10.; Pajala 2012; Falls Risk Assessment Tool) avulla ja FRAT:in käyttö on yksi Helsingin ja Uudenmaan (HUS) vertailevan laadun mittareista.

Päivystyksessä sekä sisätautien ja kirurgian osastoilla fysioterapeuttien interventioissa sovelletaan IKINÄ-toimintamallia. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tullaan käyttämään mittareiden nimien lisäksi kaatumisvaaran arvioinnin, liikkumiskyvyn ja kotiutuksen riskin mittareista yleisnimitystä seulontatestit.

Hyvinkään sairaalan päivystyksessä on kehitetty aiemmin akuuttikuntoutusprosessia vuonna 2013. Tuolloin havaittiin ikääntyneiden toimintakyvyn ongelmista kärsivien kuntoutujien olevan selkeä kuntoutusryhmä, joka voisi hyötyä fysioterapian palveluista.

Hyvinkään sairaalassa riskipotilaan kuntoutusprosessissa tärkeimpinä tavoitteina on löytää riskipotilaat, tukea heidän kotona asumistaan, ennaltaehkäistä kaatumisia ja ohjata kuntoutusta tarvitsevat iäkkäät henkilöt perusterveydenhuollossa kuntoutuksen piiriin. Kuntoutusprosessin käynnistämävaiheen sujuvuus Hyvinkään sairaalan päivystyksessä yli 65- vuotiaan kuntoutuksesta hyötyvän henkilön tunnistamisesta aina jatkokuntoutukseen ohjaamiseen voi tukea kotona pärjäämistä. Alueellisesti Keski-Uudellamaalla on kehitetty kotihoidon ja kuntoutuksen toimintatapoja, joihin liittyy muun muassa pärjääjä-asiakkuus (Kiiänmies 2015).

Hyvinkään sairaalan päivystyksessä kotiutushoitaja voi ohjata yli 65- vuotiaita kuntoutujia fysioterapeutille. Hoitajat käyttävät päivystyksessä kotiutumisen riskimittaria (liite 9.). Mikäli kotiutumisen riskimittarin tulokseksi tulee yli 9 pistettä, niin kotiutushoitaja kartoittaa kuntoutujan kotona asumista ja järjestää esimerkiksi kotiin kotihoidon arviokäynnin. Tällöin kotiutushoitaja myös harkitsee fysioterapeutin arviokäyntiä.

Päivystyksessä kuntoutujat voivat ohjautua fysioterapeutille myös lääkärin lähetteen kautta. Lääkäri pyytää fysioterapeutin arvioimaan kuntoutujan toimintakykyä, jos hän haluaa kartoittaa asiakkaan kotona pärjäämisen mahdollistavaa toimintakykyä. Lääkärin lähete voi toisaalta liittyä muuhun syyhyn, kuten akuuttiin huimaukseen tai tuki- ja liikuntaelimistön ongelmaan. Fysioterapeutin vastuulla on arvioida mahdollisuuksien mukaan kaikkien hänelle ohjautuvien kuntoutujien kotona pärjäämistä mahdollistavaa toimintakykyä sekä jatkokuntoutustarvetta.

Mahdollisuuksien mukaan fysioterapeutti käyttää omissa fyysistä toimintakykyä arvioivissa testauksissaan IKINÄ-toimintamallista SPPB- tai TUG- testiä. HUS:issa käytössä olevaa FSQfin- toimintakykymittari kuuluu myös testien joukkoon. Testit antavat suuntaa antavasti viitteitä siitä, pitääkö kuntoutujalle järjestää jatkokuntoutusta.

Jatkokuntoutuksen tarvetta mietittäessä otetaan huomioon psyykinen, kongitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä kuntoutujan oma toimintaympäristö, joten esitietojen kerääminen sekä kuntoutussuunnitelman tarpeen mukainen laadinta mahdollisuuksien mukaan on tärkeää. IKINÄ-toimintamallista sovelletaan OTAGO-harjoitteita, joiden tarkoituksena on kannustaa kuntoutuja liikkumaan sekä kehittämään yleiskuntoa, lihasvoimaa ja tasapainoa.

Hyvinkään sairaalan fysioterapiassa pyritään kirjaamaan kaikille kuntoutuksesta hyötyville yli 65- vuotiaille strukturoitu kuntoutussuunnitelma, joka on kirjattu FYST- ja KUN- välilehdille potilastietojärjestelmään. Tavoitteena on, että sairaalassa tehtyä kuntoutussuunnitelmaa jatkettaisiin saman kirjaamismallin avulla sairaalan jälkeen perusterveydenhuollossa.



Kuvio 1. Esimerkki vuoden 2018 kuntoutusprosessista, joka on käynnistynyt Hyvinkään sairaalassa.

Sairaalasta siirtymisen jälkeen tapahtuvasta kuntoutuksesta hyötyvät ohjataan tarvittaessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sähköisen Navitas avosiirtoportaali järjestelmän kautta tai soittamalla perusterveydenhuollon

fysioterapiaan. Kuntoutujalle voidaan perusterveydenhuollon fysioterapiasta järjestää esimerkiksi kotikäynti. Käytössä olevia mittareita on pyritty yhtenäistämään alueen kotikäyntejä tekevien yksiköiden ja erikoissairaanhoidon välillä. Kotiutumisen jälkeisessä kuntoutumisen arvioinnissa ja seurannassa olisikin syytä käyttää samoja arviointimenetelmiä, mitä on käytetty sairaalassa (Kerminen ym. 2019).

5 Tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta yli 65- vuotiaan päivystykseen tulevan kuntoutujan kotona pärjäämisen tueksi.

Kehittämistehtävät:

1. Selvittää mitkä tekijät estävät ja edistävät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta.
2. Selvittää millainen on hyvä päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe kotona pärjäämisen tueksi ammattilaisten näkökulmasta.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena on kuvaus yli 65- vuotiaan kuntoutujan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta päivystyksessä kotona pärjäämisen tueksi.

6 Tutkimuksellinen kehittäminen

6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tiedon intressi

Tähän kehittämistyöhön valittiin toimintatutkimuksellinen lähestymistapa, jonka tyypillisiä piirteitä ovat käytännönläheisyys, ongelmakeskeisyys ja yhdessä tekeminen (Anttila 2006: 442–443). Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää laadullisia ja määrällisiä menetelmiä (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006: 36–37). Sille on tyypillistä myös tiedon tuottaminen käytännön kehittämiseksi. Se on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan järkeä käyttämällä uusia toimintatapoja. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006: 16–19.) Toimintatutkimukselle ominaista on myös tutkimusprosessin sykliisyys. Sykli voi sisältää suunnittelua, toimintaa, havainnointia ja toiminnan reflektointia. (Anttila 2006: 442–443.) Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö sisältää suunnittelua, jossa on minisyklejä (taulukko 1.). Tavoitteena on käytännön hyöty ja käyttökelpoinen tieto. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006: 16–19.)

Ensimmäisessä kehittämistehtävässä selvitettiin mitkä tekijät estivät ja edistivät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta. Saatua tietoa hyödynnettiin toisessa kehittämistehtävässä ja tuotoksessa. Tämän lisäksi kuntoutujilta kysyttiin myös näkemyksiä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta, joita hyödynnettiin toisessa kehittämistehtävässä. Lopullinen tuotos laadittiin 1. ja 2. kehittämistehtävää hyödyntäen. Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheita on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Kehittämistehtävät toimintatutkimuksen sykliässä

Kehittämistehtävä	Kehittäjäryhmä	Aineiston kerääminen?	Aineiston analysointitavat	Tulos
Selvittää mitkä tekijät estävät ja edistävät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta	Yli 65- vuotiaat kuntoutujat	Puhelinhaastattelu	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja sisällön erittely	Kuvaus siitä, mitkä tekijät estivät ja edistivät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta
			Sisällön erittely	Kuvaus ammattilaisille yli 65- vuotiaan kuntoutujan kokemuksista kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta
Selvittää minkälainen on hyvä päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistämisvaihe kotona pärjäämisen tueksi ammattilaisten näkökulmasta	Ammattilaiset	Yhteiskehittely, jonka perusta on asiakashaastattelusta saatu tieto ja nykyisen käynnistymisvaiheen reflektio	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Kuvaus siitä, minkälainen on hyvä päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistämisvaihe kotona pärjäämisen tueksi ammattilaisten näkökulmasta
				Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotos: kuvaus yli 65- vuotiaan kuntoutujan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta päivystyksessä kotona pärjäämisen tueksi

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli piirteitä praktisesta tiedon intressistä. Praktista lähestymistapaa voidaan kutsua vastavuoroiseksi lähestymistavaksi. Toimijat määrittävät ongelmat ja suunnittelevat tarvittavat toiminnot ongelmien ratkaisemiseksi. Lähestymistapa korostaa toiminnan prosessiluonnetta. Myöhemmin osapuolet voivat toimia itsenäisemmin ja omasta toiminnastaan tietoisempina. (Katila & Meriläinen 2006: 134–154.)

6.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellisen kehittämistyön suunnitelmavaihe toteutui alkuvuonna 2018. Tutkimuslupa myönnettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvasta Hyvinkään sairaalasta sekä Hyvinkään kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta syksyllä 2018.

Käytännön järjestelyistä tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä sopi fysioterapian ja kuntoutuksen apulaisosastonhoitajan Minna Roineen kanssa. Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen



Aineiston keruut tapahtuivat joulukuun 2018 ja helmikuun 2019 välillä. Puhelinhaastattelun aineistoa analysoitiin alustavasti ennen ammattilaisten yhteiskehittelyä. Lopulliset aineistojen analyysit valmistuivat toukokuussa 2020. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä esitteli tutkimuksellisen kehittämistyön Hyvinkään sairaalassa toukokuussa 2020. Raportti valmistui kesäkuussa 2020. Työ julkaistiin Theseus-tietokannassa kesäkuussa 2020. Valmis raportti toimitettiin Hyvinkään sairaalaan.

6.3 Osallistujien valinta ja kuvaus

Kehittämistehtävään 1 valittiin tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän tai sairaalassa työskentelevän muun fysioterapeutin toimesta Hyvinkään sairaalan päivystyksen ja Hyvinkään sairaalan sisätautien osaston kotona asuvia yli 65- vuotiaita kuntoutujia, joille oli tehty kuntoutussuunnitelma, ja jotka olivat kirjallisesti suostuneet osallistuvansa tutkimukselliseen kehittämistyöhön. Haastattelua ei tehty niille kuntoutujille, jotka saivat FRAT-kyselystä kognitio/muisti- osiosta 4 pistettä. FRAT-kyselyssä tämä tarkoittaa MMSE-pisteissä 0–12 pistettä tai vaihtoehtoisesti etenevää muistisairautta. Haastattelu kuitenkin tehtiin, jos kuntoutujalla ei ollut vaikeuksia muistissa, hänellä oli vähäisiä muistivaikeuksia tai kohtalaisia muistivaikeuksia. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä tai muu sairaalassa työskentelevä fysioterapeutti valitsi valintakriteereiden mukaisia kuntoutujia omista kuntoutujistaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön. Kuntoutujien puhelinnumerot saatiin potilastietojärjestelmästä.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevia kuntoutujia ei otettu mukaan haastatteluun. Sisätautien osaston kuntoutujat otettiin mukaan sen vuoksi, että tutkimukselliseen kehittämistyöhön saadaan varmasti useita kuntoutujia tiedon tuottajiksi. Päivystyksen ja sisätautien osaston kuntoutusprosesseissa on paljon samoja piirteitä ja sisätautien osastolle tulevat kuntoutujat siirtyvät ko. osastolle pääsääntöisesti päivystyksen kautta.

Kehittämistehtävä 1:een etsittiin kuntoutujia 40 päivän ajan. Haastatteluun osallistui kahdeksan kuntoutujaa ja kuuden kuntoutujan vastaukset otettiin huomioon tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa. Kaksi kuntoutujaa toimi aineiston keruun esitestaajina. Sairaalassa työskentelevä fysioterapeutti tai kehittämistyön tekijä informoi lyhyesti kuntoutussuunnitelman teon yhteydessä kuntoutujaa puhelimitse tehtävästä haastattelusta ja pyysi täyttämään suostumusasiakirjan (liite 1), jos kuntoutuja halusi osallistua tutkimukselliseen kehittämistyöhön tiedon tuottajana. Kuntoutujalle annettiin samalla tutkimushenkilötiedote (liite 2). Terapeutti antoi allekirjoitetun suostumusasiakirjan tutkimuksellisen kehittämistyön tekijälle ja asiakirjat säilytettiin suljetussa tilassa. Kuntoutuja pystyi halutessaan keskeyttämään osallistumisensa tutkimukselliseen kehittämistyöhön ilmoittamalla keskeytyksestä kehittämistyön tekijälle haastattelun aikana, soittamalla tai laittamalla viestiä sähköpostiin.

Kehittämistehtävän 2 mukaiseen moniammatilliseen kehittämistyöryhmään pyydettiin tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän toimesta yli 65- vuotiaiden kuntoutujien parissa

työskenteleviä eri ammattitaustaa omaavia ammattilaisia Hyvinkään sairaalasta, Hyvinkään akuutin yhteispäivystyksestä sekä Keski-Uudeltamaalta terveyskeskusten fysioterapiasta. Tutkimuksellisen kehittämistehtävän tekijä tiedusteli kehittämistehtävään sopivia ehdokkaita fysioterapian ja päivystyksen esimiehiltä. Hyvinkään sairaalan fysioterapeutteja pyydettiin lisäksi yhteisten kokousten yhteydessä vapaaehtoisia osallistumaan kehittämistyöryhmään. Keski-Uudenmaan terveyskeskusten fysioterapeuttien esimiehille lähetettiin pyyntö tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän toimesta siitä, että yksiköistä voisi osallistua fysioterapeutteja kehittämistyöryhmään.

Ennen tilaisuutta kehittämistyön tekijä sai alustavan tiedon, ketä ammattilaisia osallistuu kehittämisyöryhmään. Näille ammattilaisille lähetettiin sähköpostitse luettavaksi kirjallinen ammattilaisten tutkimushenkilötiedote (liite 3.). Liite 3 jaettiin kehittämistilaisuuden alussa uudelleen ammattilaisten luettavaksi. Ammattilaiset allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen (liite 4.) kehittämistilaisuuden alussa. Ammattilainen pystyi keskeyttämään halutessaan osallistumisensa tutkimukselliseen kehittämistyöhön ilmoittamalla keskeytyksestä kehittämistyön tekijälle yhteiskehittelytilaisuuden aikana, soittamalla tai laittamalla keskeyttämisestä viestiä sähköpostiin. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja tapahtui työajalla.

Sairaalasta osallistui fysioterapeutteja sekä muita terapeutteja ja Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymästä (Keusote) osallistui fysioterapeutteja. Päivystyksestä yhteiskehittelyyn osallistuneet olivat ammattinimikkeeltään kotiutushoitajia, lääkäreitä ja sairaanhoitajia. Yhteiskehittelyyn osallistuneista kolme olivat esimiestäustaisia. Yhteensä ryhmässä oli 15 jäsentä.

6.4 Aineiston kerääminen

Ensimmäisen kehittämistehtävän aineistonkeruumenetelmä oli puolistrukturoitu puhelinhaastattelu ja toisen kehittämistehtävän Learning Cafe- yhteiskehittelymenetelmä.

Kehittämistehtävään 1 aineisto hankittiin puhelimitse toteutettavan haastattelun kautta. Puhelinhaastattelun etuna on vastausten nopea kerääminen, vastausten tarkkuus ja yleensä korkea vastausprosentti (Heikkilä 2008: 20). Puhelinhaastattelun avulla pyrittiin selvittämään mitkä tekijät estivät ja edistivät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin

käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta. Tietoa kotona pärjäämistä estävistä ja edistävistä tekijöistä vietiin kehittämistehtävä 2:een. Lisäksi kuntoutujilta kerättiin näkemyksiä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta, jotta ammattilaisille muodostuisi kehittämistehtävässä 2 kattava näkemys kuntoutujan kuntoutusprosessiin liittyvistä näkemyksistä.

Puhelinhaastattelussa käytettiin runkona puolistrukturoitua lomaketta, jossa oli yhteensä 15 kysymystä (liite 5.). Haastattelun vastauksissa oli sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Suljetussa vaihtoehdoissa kuntoutuja valitsi itselleen sopivimman vastauksen ennalta määrätystä vaihtoehdoista ja avoimissa kuntoutuja vastasi vastauksen vapaasti. Osassa suljetuista kysymyksistä oli myös vastausvaihtoehtona esimerkiksi; ”Joku muu, mikä?”, jotta avoimen vastauksen antaminen oli mahdollista eikä tietoa jäänyt saamatta. Puhelut nauhoitettiin ja nauhoite poistettiin, kun asiakashaastattelu oli saatu litteroitua.

Kuntoutujille toimitettiin puolistrukturoitu lomake (liite 5.) ennen puhelinhaastattelua, jotta kuntoutajat pystyivät halutessaan tutustumaan lomakkeeseen ennalta. Puhelun alussa tutkimuksen tarkoitus, kuntoutusprosessin määritelmä ja kehittämistehtävän tavoite pyrittiin kertomaan kuntoutujalle ymmärrettävällä tavalla. Puhelinhaastattelussa pyrittiin siihen, että kuntoutajat toivat esille asioita mahdollisimman kannustavassa, kiireettömässä ja vapaassa ilmapiirissä.

Puhelinhaastattelu esitettiin epäselvyystekijöiden varalta. Kahdelle ensimmäiselle kuntoutujalle tehdyn asiakashaastattelutilanteen jälkeen arvioitiin, että lomake vaatii tarkennuksia sanamuotojen ja rakenteen suhteen. Tarkennuksia tehtiin kolmeen lomakkeen kysymykseen. Kahden ensimmäisen kuntoutujan vastauksia ei otettu huomioon tuloksissa eikä vastauksista tullutta tietoa viety kehittämistehtävä 2:een. Tehdyt muutokset on merkattu liitteen 5 loppuun.

Kehittämistehtävä 2:ssa hyödynnettiin Learning Cafe- yhteiskehittelymenetelmää. Learning Cafe on yhteistoiminnallinen ryhmätyömuoto, jota voidaan käyttää kehittämismenetelmänä. Menetelmän avulla pyritään jakamaan yksilöillä olevaa tietoa, jonka kautta voidaan päästä yhteiseen ymmärrykseen, tuottamaan uusia ideoita ja uuden osaamisen muodostamiseen. Tarkoituksena ei ole vain nostaa esiin haasteita vaan myös uusia ideoita ja mahdollisuuksia. Kehittämissyhmässä pyrittiin dialogiseen keskus-

teluun ja huomioimaan kuntoutujilta saadut kokemukset kuntoutusprosessin käynnistämisvaiheesta. Dialogisuudella pyrittiin yhteisen ymmärrykseen, mutta annettiin kuitenkin tilaa erilaisillekin näkemyksille (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 61).

Ennen tilaisuutta kehittämistyön tekijä sai alustavan tiedon, ketä ammattilaisia osallistuu kehittämisryhmään. Näille ammattilaisille lähetettiin sähköpostitse tietoa päivystyksen kuntoutusprosessista sekä PowerPoint- tiedosto, jossa kuvattiin lyhennetyksi asiakashaastattelusta saatuja alustavia tuloksia, kuntoutujien näkemyksiä kuntoutusprosessin käynnistämisen vaiheesta sekä tutkimuksellisen kehittämistyön teoriaosuuden lyhennelmä, työn tarkoitus, kehittämistehtävät ja yhteiskehittelyssä käsiteltävät teemat. Asiakashaastattelusta saatu kooste, PowerPoint-tiedoston ydinasiat ja yhteiskehittelyn kulku kerrattiin yhteiskehittelytilaisuuden alussa.

Learning Café- menetelmässä ryhmä jakautui noin 4 - 5 henkilön pöytiin ja jokaisessa pöydässä käsiteltiin tiettyä teemaa noin 10 - 12 minuuttia kestäneen kierroksen ajan pöydän puheenjohtajan alustuksen jälkeen. Puheenjohtaja pysyi paikallaan yhdessä pöydässä, kertasi aiemmillä kierroksilla tulleet näkökulmat sekä kirjasi ammattilaisten näkökulmat fläppitaulupaperille. Muut kiersivät jokaisessa pöydässä. Lopuksi tilaisuudella oli yhteinen purkutilaisuus, jossa puheenjohtajat esittelevät pöytien ideat pöydän fläppitaulupaperia hyödyntäen. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 58.) Purussa tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä kannusti seuraamisvuorossa olevia pöytien puheenjohtajia kertomaan näkökulmiaan muiden pöytien teemoihin. Tilaisuus kesti kokonaisuudessaan noin 75 minuuttia.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä ohjasi yhteiskehittelytilaisuuden etenemistä ja organisoi tilaisuutta muun muassa kellottamalla pöytien kierrosten pituutta ja ohjaamalla yhteiskehittelytilaisuuden etenemistä. Hän innosti aktiiviseen osallistumiseen ja kysyi tarkentavia sekä täydentäviä kysymyksiä, mutta ei osallistunut sisällön tuottamiseen.

Fläppitaululle kerätyt kommentit otettiin tutkimuksellisen kehittämistyön aineiston analyysiin. Taulu kuvattiin analyysiä varten. Purkutilanne nauhoitettiin ja nauhoitteesta yhdistettiin kehittämistyön tuloksiin lisäaineistoa, jos kommenttia ei oltu kirjoitettu taululle.

Kehittämisryhmä keskusteli pöydissä seuraavien kysymysten kautta:

1. Millainen on hyvä toimintatapa, jotta kotona pärjäämisen tukemiseksi kuntoutusta tarvitsevaa riskipotilasta voidaan tukea terapeutin toimesta päivystyksen toimintaympäristö huomioiden?
2. Millainen on hyvä toimintatapa, jotta kotona pärjäämisen tukemiseksi kuntoutusta tarvitseva riskipotilas voidaan tunnistaa päivystyksessä ja ohjata terapeutille päivystyksen toimintaympäristö huomioiden?
3. Millä kuntoutujaryhmällä omaiset nousevat tärkeään rooliin? Millä tavalla omaiset olisi hyvä huomioida päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistämisen yhteydessä, jotta tulisimme kotona pärjäämistä?

Kaksi ensimmäistä teemaa nousivat tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteesta sekä työn teoriaosuudesta ja kolmas kehittämistehtävän 1 aineistosta.

6.5 Aineiston analysointitavat

Puhelinhaastattelun puolistrukturoidulla lomakkeella osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä (liite 5.). Monivalintakysymysten vastaukset analysoitiin sisällön erittelyllä, jossa vastaukset kuvattiin jakaumina. Tutkimuksellisen kehittämistyön määrällisiä tuloksia esitettiin sanallisesti (Vilkka 2014: 135). Monivalinnan jakaumat vietiin kuviona ja avoimiin kysymyksiin liittyvä aineisto vietiin sanallisessa muodossa kehittämistehtävä 2:n yhteiskehittelyyn. Monivalintakysymysten vastausten kautta pyrin saamaan kuntoutujilta tietoa heidän näkemyksistään kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta, jotta pystyin jakamaan näkemykset ammattilaisille kehittämistehtävä 2:een. Uutta teoriaa muodostaessa monivalintakysymyksiin liittyviä vastauksia verrattiin kehittämistehtävä 1:een ja jakaumat kuvattiin tuloksissa sanallisesti.

Puhelinhaastattelun nauhoitettu avoimiin kysymyksiin liittyvä aineisto ja yhteiskehittelymenetelmästä saatu aineisto käsiteltiin laadullisella aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Kehittämistehtävä 2:ssa valokuvatut käsinkirjoitetut fläppitaululle tuotetut materiaalit kirjoitettiin tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän toimesta puhtaaksi ja yhdistettiin siihen tarvittaessa nauhoitteesta saatua materiaalia. Kehittämistyön kerätyt laadulliset aineistot litteroitiin eli kirjoitettiin sanalliseen muotoon sanatarkasti. Litteroitu aineisto muutettiin yleiskieliseen muotoon, jolloin siitä poistettiin murteet ja toistuvat ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 106–111.) Litteroidusta aineistosta puhdistettiin pois ne osat, jotka eivät selkeästi vastanneet analyysikysymyksiin. Alkuperäiset ilmaukset kerättiin taulukkoon ja taulukoissa pelkistettiin ilmaukset. Analyysiyksikkönä oli ajatuksellinen

kokonaisuus. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ala- ja yläluokiksi, mikäli ilmauksilla oli yhdistäviä tekijöitä. Yhdistävä käsite muokattiin siten, että se oli mahdollisimman lähellä pelkistettyjä ilmaisuja. Aineisto analysoitiin ala- ja yläluokkatasolle molemmissa kehittämistehtävissä. Uutta teoriaa muodostaessa teoriaa ja johtopäätöksiä verrattiin tutkimuskysymyksiin.

Aineiston analyysikysymykset johdettiin kehittämistehtävistä. Kehittämistehtävän 1 analyysikysymykset olivat: ”Mitkä tekijät estivät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta?” ja ”Mitkä tekijät edistivät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta?”. Kehittämistehtävän 2 analyysikysymys oli: ”Millainen on hyvä päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe kotona pärjäämisen tueksi ammattilaisten näkökulmasta?”. Näytteenä sisällönanalyysistä on ote puhelinhaastattelun aineistojen analyysitaulukosta sekä analyysikysymyksiin vastaavista jakaumista (liite 6.).

Kehittämistehtävän 1:stä avoimien kysymysten kautta tullutta kehittämistehtäviin liittyvää aineistoa kertyi kaksi sivua ja kehittämistehtävä 2:sta neljä sivua (Arial 11, riviväli 1).

7 Tulokset

7.1 Kotona pärjäämistä estävät tekijät kuntotusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan näkökulmasta

Tulosten mukaan oma vaikea tai epävakaata terveydellinen tilanne, asunnon esteellisyys sekä hissien ovien sulkeutuminen kotitalossa liian nopeasti olivat estävinä asioina kotona pärjäämisessä. Kokemus omasta pystymättömyydestä nousi myös tulokseksi.

”Musta ei enää ole enää mihinkään, minkäänlaiseen.”

Tulosten mukaan kotona pärjäämistä hankaloittavaa sairautta tai vamma oli neljällä kuntoutujalla ja kahden kuntoutujan mukaan heillä ei ollut kotona pärjäämistä hankaloittavaa sairautta tai vammaa.

7.2 Kotona pärjäämistä edistävät tekijät kuntotusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan näkökulmasta

Tulosten mukaan kotona pärjäämistä edistää päivystys- tai sairaalakäynnin jälkeen järjestetty jatkokuntoutus. Tähän sisältyy sairaalan tai kunnan fysioterapeutin lähete kuntoutukseen, kunnan toteuttama kuntoutus ja kunnasta tullut aikataulutettu kuntoutukselle. Järjestetyt apuvälineet sekä fyysisen aktiivisuuden ylläpito päivystyksessä tai sairaalassa olon aikana edistävät tulosten mukaan kotona pärjäämistä.

Tulosten mukaan sairaalan tai terveysaseman fysioterapian kautta kuntotusprosessin käynnistymisvaiheen yhteydessä tarjotut harjoitusohjeet ja muu ohjanta edistivät kotona pärjäämistä. Tähän sisältyi harjoitusohjeita, suullisia ohjeita siitä miten täytyy menetellä, käytännön neuvoja kotona selviytymiseksi, ohjantaa, liikkumisen ohjausta sekä neuvontaa siitä, mihin kannattaa ottaa yhteyttä. Kotona pärjäämistä tulosten mukaan edisti myös liikkumisen harjoittelu sekä arviointi, jotka sisälsivät kävelyn harjoittelua sairaalassa ja kotona, portaissa kävelyn harjoittelua sekä liikkumisen harjoittelua ja arviointia. Kuntotusprosessin käynnistymisvaiheessa kotona pärjäämistä edistävinä tekijöinä olivat myös liikkumiseen kannustaminen, sydänhoitajan ohjeet sekä pääsy päivystys- tai sairaalakäynnin jälkeen ryhmämuotoiseen päivä kuntoutukseen.

Viiden vastaajien mukaan kuntoutuskäynti tai kuntoutuskäynnit ajoittuivat pitkällä aikavälillä oikeaan hetkeen, jotta kotona pärjääminen mahdollistuu. Kolmen vastaajan mukaan heille järjestettiin sairaalasta pääsemisen jälkeen kotona pärjäämistä tukemaan fysioterapiaa ja kahden mukaan heille järjestettiin laituskuntoutusjakso.

Kotona pärjäämistä tukevana asioina neljän kuntoutujan mukaan oli toiminut omaisten tai tuttavien apu, kahden mukaan fysioterapeutin harjoitusohjeet ja kahden mukaan sairauden hoito, kuten oikeanlainen lääkitys. Kotona pärjäämistä oli tukenut myös yhden kuntoutujan mukaan sydänhoitajan ohjeet sekä siihen liittyvä sydänhoitajan, sairaanhoitajan sekä lääkärin yhteistyö.



Kuvio 2. Mikä on toiminut yli 65- vuotiaiden kuntoutujien mukaan kotona pärjäämisen tukemiseksi

Kahden kuntoutujan mukaan he kokivat kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheen avulla pystyvänsä asumaan kotona pidempään ja kahden mukaan liikkumiskyky parani kuntoutuksen avulla. Yhden mukaan hänellä oli kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheen avulla rohkeutta käydä kaupassa.

7.3 Millainen on hyvä päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe kotona pärjäämisen tueksi ammattilaisten näkökulmasta

Tulosten mukaan kotiympäristö on syytä huomioida jo päivystyksessä. Tähän sisältyy terapeutin mahdollinen kodin esteiden kartoitus ja se, että työ vaatii terapeutilta ammattitaitoa tunnistaa kotiympäristö. Hyvässä toimintatavassa on syytä huomioida myös moniammatillisuus, kuten moniammatilliset kotikäynnit.

”Asiakkaan toimintaympäristö kotona (raput). Vaatii terapeutilta kartoitusta, millaisia esteitä siellä kotona on. Asiakas ei ite pysty niitä kaikkia tunnistamaan. Vaatii paljon ammattitaitoa terapeutilta.”

Tuloksissa korostui moniammatillinen yhteistyö apuvälinelainauksiin liittyen, kuten rajapintoja ylittävä yhteistyö apuvälineasioissa ja fysioterapeutin rooli apuvälineiden asiantuntijana moniammatillisessa tiimissä. Tähän sisältyy se, että päivystyksen sairaanhoitajat voivat olla hyvässä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa apuvälineiden luovuttajina ja fysioterapeutit avustamassa, mutta toisaalta päivystyksen fysioterapeutit voivat olla apuvälineiden luovuttajina päivystyksen toimintaympäristössä ja apuvälinekartoituksia voidaan tehdä myös kotona.

Tulosten mukaan hyvässä päivystyksen kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa käytettävät mittarit on valittu, mittareihin, eli tässä tapauksessa seulontatesteihin liittyvä prosessi on selkeä ja työnjako on sovittu päällekkäisen työn ennaltaehkäisemiseksi. Kuntoutusprosessin on syytä alkaa varhain ja yli 65- vuotiaita kuntoutujia voi olla enemmän prosessissa.

”Jos tehään mittareita, niin pitää olla selvä mitä sitten tietyllä tuloksella tehdään toimenpiteitä.”

Tulosten mukaan mittarit toimivat oleellisena osana ohjaamassa kuntoutujia hyvässä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa fysioterapeutille. Kotiutushoitaja on ohjannut riskipotilaan fysioterapeutille viimeistään ennen kotiutumista, jos aiemmin fysioterapia ei ole ollut mukana prosessissa.

”Mittarit olis niitä mitkä lähtis ohjaamaan tätä toimintakyvyttöntä potilasta jatkoon fysioterapeutille.”

Oleellisen verkoston, kuten omaisten haastattelu ja hoitokodissa tai vastaavassa asuvilta muun oleellisen verkoston haastattelu kuuluu osaksi toimintaa.

Tulosten mukaan kotiutushoitajallan rooli on tärkeä päivystyksessä. Kotiutushoitaja voi myös olla yhteydessä kuntoutujan omaisiin.

Hyvässä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa terapeutin täytyisi selvittää onko kuntoutuja millaisten palveluiden piirissä ja millainen tukiverkosto hänellä on. Terapeutti voi tukea kuntoutujaa päivystyksessä myös kuntouttavan työotteen avulla. Ajan riittävyys asiakkaan kohtaamisessa mietitytti ammattilaisia. Tulosten mukaan kuntoutusprosessiin liittyvien toimintatapojen on syytä jatkua päivystyksessä olon jälkeen.

”Mittausten/ ohjausten systemaattinen jatkuminen. Kun päivystyksessä on tehty joku mitaus ja se tulee osastolle, niin siellä sitä mittausta ei enää jatketa vaikka toimintakyky oleellisesti esimerkiksi parantunut, niin se jää vähän niin kun säilöön se asiakas sinne tai sinne sänkyyn.”

Muistiasiat on syytä huomioida, vaikka ensivaikutelman mukaan muistiongelmia ei olisikaan.

”Muisti! Skarppeja välillä ja jossain vaiheessa osaatkin esittää sen oikean kysymyksen ja auts. Joudutaan tuolloin lähteä taas alusta.”

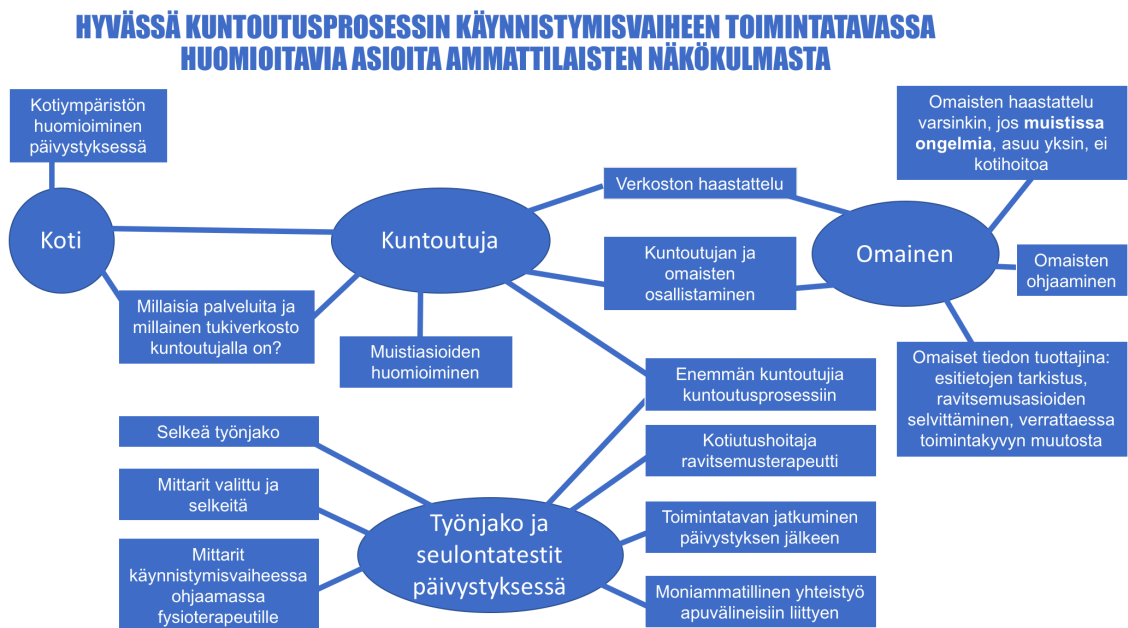
Tulosten mukaan erityisen tärkeäksi asiaksi omaisten huomioiminen nousee muistisairailta kuntoutujilla. Omaisten huomioiminen voi tulla kyseeseen, jos kuntoutuja asuu yksin ja hänellä ei ole kotihoitoa. Omaiset on syytä huomioida riskipotilailla, kuten ikääntyneillä tietynlaisia perussairauksista omaavilla kuntoutujilla. Omaiset on syytä myös huomioida, jos kyseessä on omaishoidettava tai toisaalta hän itse on omaishoitaja.

Potilastiedoissa olisi syytä olla tieto siitä, että ketkä ovat kuntoutujan lähiomaisia. Omaisiin ei kuitenkaan aina ole syytä ottaa yhteyttä. Tulosten mukaan omaisten vastuunotto kuntoutujasta voi myös olla vaihtelevaa. Tähän sisältyy se, että omaiset toimivat vaihtelevasti, he eivät välttämättä uskalla puhua ammattilaisille ja he voivat vaatia liikaa, jolloin hoito kärsii. Hyvässä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa

omaisten vastuunottoon liittyen ammattilaisten on hyvä tunnistaa, minkä verran omaiset ovat valmiita ottamaan vastuuta.

Mikäli kuntoutujalla ei ole omaisia tai heidän apuaan ei saa jostain syystä hyödynnettyä, niin tulosten mukaan auttavana tahona voisi olla yksityinen taho, seurakunta, ystävät, naapurit, potilasoppimiskeskus, sosiaalityöntekijä, sairaalapappi tai vapaaehtoisverkosto.

Tulosten mukaan omaisia varten päivystyksessä voisi olla check- list tai strukturoitu haastattelulomake. Hyvässä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa omaiset voivat toimia tiedon tuottajina, kuten ravitsemusasioiden selvittämisessä, esitietojen tarkastuksessa, verrattaessa kuntoutujan toimintakyvyn muutosta ja haastattelu voidaan tehdä jo päivystyksessä. Omaisten ohjaaminen ja kuntoutujan sekä omaisten osallistaminen suunnitelman teossa voivat kuulua kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheeseen.



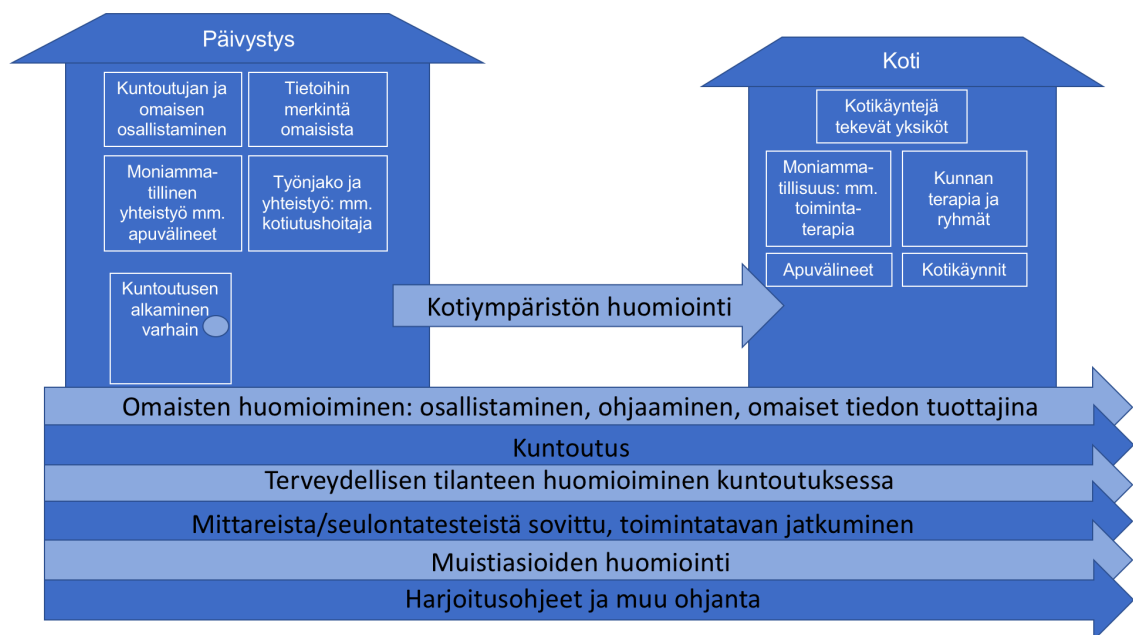
Kuvio 3. Hyvä kuntoutusprosessin käynnistymisvaihe sisältää ammattilaisten mukaan asioita, jotka liittyvät kuntoutujan kotiin, kuntoutujaan itseensä, omaisiin sekä työnjakoon ja seulontatestien tekoon päivystyksessä

Tulosten mukaan ravitsemusasiat pitäisi tarvittaessa huomioida päivystyksessä. Kuntoutujan voi ohjata tarvittaessa ravitsemusterapeutille kotiutushoitajan kautta. Toimintaterapia voi kuulua kuntoutusprosessiin alkuvaiheeseen kunnassa.

8 Kuvaus yli 65- vuotiaan kuntoutujan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta kotona pärjäämisen tueksi

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksena syntyi kuvaus yli 65- vuotiaan kuntoutujan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta kotona pärjäämisen tueksi. Kuvaus muodostettiin kahden kehittämistehtävän tulosten yhteenvedosta.

KUNTOUTUSPROSESSIN KÄYNNISTYMISSÄ HUOMIOITAVIA ASIOITA



Kuvio 4. Kuntoutusprosessin käynnistämisen ydintekijöitä kotona pärjäämisen tukemiseksi

Päivystyksestä alkava kuntoutus on syytä suunnitella kuntoutujan terveydellinen tilanne huomioiden. Alussa kuntoutus voi sisältää helppoja asioita ja koostua lähinnä kuntouttavasta työtteestä sekä fyysisen aktiivisuuden ylläpidosta. Kuntoutujalle voidaan antaa harjoitusohjeita, neuvontaa siitä minne hän voi ottaa yhteyttä, liikkumisen ohjausta sekä ohjeita kotona selviytymiseksi. Liikkumista voidaan arvioida ja harjoittaa sekä kuntoutujaa voidaan myös kannustaa liikkumiseen.

Kotiympäristö huomioidaan jo päivystyksestä lähtien. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan muiden oleellisten asioiden lisäksi muun muassa se, että millaisten palvelujen piirissä kuntoutuja on, millainen tukiverkosto hänellä on ja onko kotona millaisia kotona pärjäämistä vaikeuttavia esteitä.

Kuntoutujan haastattelun lisäksi omaisten ja muun oleellisen verkoston haastattelu tehdään tarvittaessa jo päivystyksessä. Omaiset huomioidaan päivystyksessä erityisesti muistisairailta kuntoutujilla, mutta tarpeen mukaan myös yksin asuvilla, niillä kenellä ei ole kotihoitoa, ketkä ovat omaishoitajia tai ovat itse omaishoidettavia. Potilastiedoissa on syytä olla tieto kuntoutujan omaisista. Aina omaisiin ei kuitenkaan oteta yhteyttä ja ammattilaiset huomioivat kuinka paljon omaiset ovat valmiita ottamaan vastuuta. Päivystyksessä omaiset voivat olla tiedon tuottajina ja kuntoutujan itsensä lisäksi omaisia voidaan osallistaa suunnitelman teossa. Mikäli omaisten apuun ei voida turvautua, niin kuntoutuksen lisäksi voidaan kartoittaa miten esimerkiksi potilasoppimiskeskus, naapurit, ystävät, sosiaalityöntekijä tai sairaalapappi voivat auttaa kuntoutujaa.

Apuvälinelainoihin liittyvä työnjako on sovittu ja fysioterapeuteilla on tärkeä rooli apuvälineisiin liittyvässä moniammatillisessa yhteistyössä. Tarvittaessa apuvälinekartoitus tehdään kuntoutujan kotona. Kuntoutujaa tuetaan moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen.

Kuntoutusprosessi voi alkaa jo päivystyksestä. Tehtyjen mittareiden sovittujen pisteysten pohjalta ohjataan gerasteniakuntoutujia fysioterapeuteille, mutta tarvittaessa kotiutushoitaja ohjaa yli 65-vuotiaan terapeutille ennen kotiutumista. Mittareihin liittyvä prosessi on selkeä ja toimintatapa jatkuu rajapintojen yli. Työnjako on sovittu päällekkäisen työn ennaltaehkäisemiseksi esimerkiksi kotiutushoitajan kanssa. Toimintaan on myös varattu tarpeeksi aikaa.

Päivystys- tai sairaalakäynnin jälkeen voidaan järjestää jatkokuntoutusta kotikäyntejä tekevässä yksikössä. Kuntoutuksen tarjoaman avun lisäksi voidaan hyödyntää asumiskunnassa olevia muita palveluita, kuten päiväkuntoutusta. Tieto kuntoutustarpeesta välitetään seuraavalle vastuuorganisaatiotaholle. Kuntoutujille annetaan tietoa käytännön asioiden järjestämisestä, kuten kuntoutuksen aikatauluista.

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten mukaan kuntoutujien näkökulmasta vaikea tai epävaka terveydellinen tilanne voi estää kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta. Toisaalta kirjallisuuden ja tulosten mukaan kuntoutus on syytä aloittaa varhain. Kuntoutuksen varhaisempi aloittaminen on ollut vuosikymmeniä kuntoutuksen kehittymisen tavoitteena, mutta Järvikosken mukaan edistysaskeleet puuttuvat (Järvikoski 2008: 49). Kuntoutus on lisäksi kehittymässä vaja-
vuuspainotteisesta paradigmasta kohti valtaistavaa tai ekologista paradigmaa. Vanha paradigma on tulkinnut vajaakuntoisuuden tai syrjäytymisriskin yksilön vajavuuden aiheuttamana, mutta uusi paradigma tarkastelee yksilöä koko toimintaympäristössään. Henkilökohtaiset ja toimintaympäristöä kuvaavat ominaisuudet voivat olla tukevia, rajoit-
tavia, osallistavia, syrjäyttäviä, vajaakuntoistavia tai valtaistavia. Tilannetta tuleekin arvi-
oida kuntoutujan toimintaympäristö huomioiden jo kuntoutuksen käynnistymisvaiheessa sekä pyrkiä tukemaan, osallistamaan ja valtaistamaan häntä tilanteen mahdollistavalla tavalla. (Järvikoski 2008: 50.)

Terveydentilanteen ollessa heikko kuntoutajat voivat tarvita kannustusta, asioiden eteen-
päin viemistä ja voimaannuttamista. Voimaantumisella on yhteys ihmisen sitoutumiseen ja hyvinvointiin (Siitonen 1999: 162–164). Kuntoutusta on syytä toteuttaa huomioimalla kuntoutujan sen hetkinen terveydellinen tilanne, vaikka suoranaisesti tämä ei tullut esiin tuloksissa. Kirjallisuuden mukaan vuodelevossa fyysinen toimintakyky heikkenee nope-
asti (Jyrkämä 2012: 153) ja sairaalahoidon aikainen vähäinen liikkuminen onkin yhtey-
dessä toimintakyvyn heikentymiseen (Zisberg & Shadmi & Tonkikh & Sinoff 2015). Tu-
lokset puoltavat fyysisen aktiivisuuden ylläpitämistä akuuttivaiheen toimintatapana.

Akuuttivaiheessa kuntoutujaa voidaan tukea tilanteesta riippuen kuntoutumista edistä-
vän työotteen avulla. Kirjallisuuden mukaan kuntoutumista edistävä työtapaperustuu
asiakkaan ja työntekijän yhteiseen työskentelyyn. Työtavassa pyritään rohkaisemaan
asiakasta päättämään asioistaan ja yhdessä saamaan aikaan muutoksen asiakkaan elä-
mäntilanteessa. Työssä käytetään erilaisia kuntoutujan omatoimisuutta tukevia työta-
poja. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi
2017: 35.) Työtavassa kuntoutujan puolesta ei tehdä toimintoja, joista hän itse pystyisi

selviytymään itsenäisesti (Routasalo & Lauri 2001: 210–216). Kuntoutujan kanssa voidaan esimerkiksi yhdessä valmistaa ateria (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 35). Kuntoutumista edistävään työtapaan voivat osallistua esimerkiksi hoitajat ja fysioterapeutit, mutta tämä ei tullut tuloksissa esille. Toivuttaessa sairaudesta lisätään liikunnan määrää vähitellen voinnin mukaan (Pajala 2012: 21), vaikka tuloksiin harjoittelun progressiivisuus ei noussut. Toisaalta tulosten mukaan harjoitusohjeiden avulla tuettiin kotona pärjäämistä.

Kirjallisuuden mukaan fyysisen toimintakyvyn lisäksi psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista puolta ei ole syytä unohtaa. Ihminen on kokonaisuus ja kuntoutuja tarvitsee kaikkia toimintakyvyn osa-alueita selviytyäkseen arjessaan. Kuntoutujan kotona pärjääminen on yhteydessä kotiympäristöön. (Jyrkämä 2012: 157–158.) Päivystyksessä voidaan arvioida potentiaalista toimintakykyä, mutta kotona pärjäämisen selviää vasta kuntoutujan omassa kotiympäristössä. Kuntoutujalta ja tarvittaessa omaisilta voitaisiin haastattelun yhteydessä kysyä oma arvio kotona pärjäämisestä sekä kotona pärjäämistä tukevista ja estävistä tekijöistä, mutta tämä ei tullut tuloksissa esille. Päivystys- tai sairaalakäynnin jälkeisen jatkokuntoutuksen avulla pystytään arvioimaan ja tukemaan kotona pärjäämistä kotiutumisen jälkeen.

Tulosten mukaan sairaalassa aloitettu kuntoutusprosessi ajoittui oikeaan hetkeen. Kuntoutusprosessi sisälsi usean kuntoutujan mukaan jatkokuntoutusta. Kuntoutujia oli ohjautunut mitä ilmeisimmin fysioterapeutille ja siten tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön myös ilman hoitajien käyttämää seulontatestiä, sillä aineiston keräämisen aikaan erityisesti päivystyksessä seulontatestien käyttö oli tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän tietojen mukaan satunnaista. Kuntoutuksen ammattilaisten on syytä käyttää omia seulontatestejään ja kliinistä arviointia kaikkien fysioterapiaan tulevien yli 65-vuotiaiden kuntoutujien kohdalla siitä, että tarvitseeko yli 65-vuotias kuntoutuja jatkokuntoutusta päivystyksessä olon jälkeen, vaikkei tämä noussut tuloksissa esille. Kuntoutuksen ammattilaisten seulontatesteinä voivat toimia esimerkiksi Hyvinkään sairaalassa käytössä olevat SPPB- ja TUG- mittarit sekä FSQfin- toimintakykymittarit.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä omaisten apu kotona pärjäämisen tukemisessa korostui. Iäkkäiden kuntoutujien riski joutua ympärivuorokautiseen hoitoon tai palata sairaalaan on suurempi, jos he eivät saa apua omaisiltaan (Kehusmaa & Mäkelä & Heikkilä 2018: 2–3). Omaisilla voi olla tärkeä rooli kuntoutuksen suunnittelussa ja tavoitteiden

seurannassa (Nyborg & Kvigne & Danbolt & Kirkevold 2016: 8-11). Omaisten ja kuntoutujan kanssa tehtävällä yhteistyöllä voidaan pystyä vahvemmin tukemaan kuntoutumisen siirtymistä kuntoutujan arkeen. Lisäksi omaisilta voidaan saada tärkeää täydentävää tietoa kuntoutujan kotona pärjäämisestä.

Tulosten mukaan esimerkiksi muistisairaiden kuntoutujien omaisten haastattelu on tärkeää. Muun muassa resurssien rajallisuuden vuoksi päivystyksessä täytyy harkita yksilökohtaisesti, milloin omaisia haastatellaan jo päivystyksessä. Kotiutushoitajan rooli on tärkeä toimintaympäristössä ja fysioterapeutti voi tehdä kotiutushoitajan kanssa yhteistyötä omaisten haastattelussa. Omaisten vastuunotto kuntoutujan tilanteesta voi kuitenkin olla vaihtelevaa. Kuntoutuksen suunnittelussa ammattilaisen täytyy tehdä valintoja siitä, kenen omaisia haastatellaan ja kenen ei. Valitseminen vaatiikin ammattilaiselta kokonaisvaltaista näkökulmaa ja ammatillista osaamista, mutta tämä ei noussut tuloksissa suoranaisesti esille.

Tulosten mukaan kotiutushoitaja on ohjannut riskipotilaan fysioterapeutille viimeistään ennen kotiutumista, jos aiemmin fysioterapia ei ole ollut mukana prosessissa. Fysioterapiaan ohjautuvien kuntoutujien määrä on kuitenkin vaihdellut hyvinkin paljon, vaikka tämä ei tullut tuloksissa esille.

Ammatillinen yhteistyö apuvälineisiin liittyen puhutti ammattilaisten yhteiskehittelyssä. Asiakashaastattelun tulosten mukaan apuvälineet edistivät kuntoutusprosessin käynnistymistä. Kirjallisuuden mukaan ympäristön muokkaamisen lisäksi apuvälineillä voidaan mahdollistaa arjen toiminnoista suoriutumista toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta (Sainio & Koskinen & Sihvonen & Martelin & Aromaa 2016: 64).

Tulosten mukaan päivystyksessä apuvälinetarpeen arvioijana, lainaajana ja käytön opastajana voi toimia fysioterapeutti tai sairaanhoitaja. Myös lääkäriellä on tärkeä rooli apuvälinetarpeen arvioinnissa, vaikka tämä ei tullut tuloksissa esille. Kuntoutuja voi kotiutua sellaisena aikana, jolloin päivystyksessä ei ole fysioterapeuttia työvuorossa. Tämän vuoksi sairaanhoitajilla on perusteltua olla mahdollisuus lainata tiettyjä perusapuvälineitä kotona pärjäämisen tukemiseksi, vaikkei tämä ei kuulunut kehittämistyön tuloksiin. Tulosten mukaan apuvälineen käyttöä voi olla syytä harjoitella kuntoutujan kotiympäristössä. Tällöin voidaan hyödyntää jatkokuntoutuslähetteen mahdollisuutta kotikäyntejä tekeväälle kuntoutuksen ammattilaiselle.

Kuntien palveluvalikoimaan pyritään sisällyttämään kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille. Kirjallisuuden mukaan omaishuoltajuus tai pitkään jatkuneen omaishuoltajuuden päättyminen voivat olla toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöitä. Riskiryhmään kuuluvat myös sairaalasta kotiutuvat, muistihäiriöiset, hauraus- raihnausoireyhtymän oireita omaavat, kaatuneet ja ravitsemuspoikkeaman omaavat kuntoutujat (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 16-17.) Hyvinkään sairaalassa käytössä oleva kuntoutuksen avosiirtoportaaliheräte voi toimia ohjaamassa yli 65- vuotiaita kuntoutujia kuntoutuksen piiriin. Kirjallisuuden mukaan riskiin vaikuttamalla voidaan vähentää palvelujen tarvetta (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 16-17).

Tulosten mukaan mittareiden avulla yli 65- vuotiaita kuntoutujia voidaan ohjata fysioterapiaan. Yhteiskehittelyn jälkeen sovimme fysioterapian esimiehen ja päivystyksen sairaanhoitajien esimiehen kanssa uudesta työtavasta (liite 8.), jolla ohjataan yli 65- vuotiaita kuntoutujia fysioterapeutille. Uudessa toimintatavassa hyödynnettiin päivystyksen sairaanhoitajien jo käyttämää kotiutuksen riskimittaria (liite 9.).

Tulosten mukaan kotiympäristö huomioidaan jo päivystyksestä lähtien ja kotona voi olla kuntoutujan kuntoutusprosessia estäviä tekijöitä, kuten liian nopea kerrostalon hissien ovi ja asunto voi olla esteellinen. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan millaisten palvelujen piirissä kuntoutuja on, millainen tukiverkosto kuntoutujalla on ja onko kotona millaisia kotona pärjäämistä vaikeuttavia esteitä. Kuntoutussuunnitelman ohjeistuksessa (liite 7.) on huomioitu lyhyesti asumismuoto, se millaisten palveluiden piirissä kuntoutuja on ja kuntoutujan kyky selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista. Tukiverkostoista kuntoutussuunnitelman ohjeistuksessa ei suoranaisesti mainita, vaikka tukitoimista ohjeistuksessa on mainittu.

9.2 Eettiset kysymykset, luvat ja sopimukset

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä pyrittiin noudattamaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten tulosten arvioinnissa. Tuloksia julkaistessani pyrin avoimuuteen ja vastuulliseen tiedeviestintään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Tutkimuslupa haettiin HUS Hyvinkään sairaalalta ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnista. Useimmat kunnat ilmoittivat, että erillistä lupaa ei tarvita, sillä kehittämistyö liittyy ennen kaikkea Hyvinkään sairaalaan ja sairaalassa sijaitsevaan yhteispäivystykseen.

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuneilta yli 65- vuotiailta kuntoutujilta ja yhteiskehittelyyn osallistuneilta ammattilaisilta kerättiin kirjalliset suostumukset (liite 1. ja liite 4.) ja heille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta. Osallistujilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa ilman perusteluita. Tutkimukseen osallistumisella tai osallistumatta jättämisellä ei ollut vaikutusta kuntoutujan saamiin palveluihin. Asiakashaastattelua ei tehty vaikeasti muistisairaille. Ammattilaisille yhteiskehittämistilaisuuteen osallistuminen kuului lähtökohtaisesti työaikaan. Lisäksi kuntoutujat ja ammattilaiset saivat tiedotteen tutkimuksellisesta kehittämistyöstä (liite 2. ja liite 3.). Tutkimuksessa kerättävä materiaali hävitettiin kehittämistyön valmistuttua (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6) eikä kerättyä materiaalia käytetty muihin tarkoituksiin. Tiedon keräämistavoista kerrottiin tutkimukseen osallistuville. Kerättävä tieto käsiteltiin luotamuksellisesti. Yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa lopullisesta raportista (Toiko & Rantanen 2009: 128–129).

9.3 Menetelmälliset ratkaisut

Tämäkin tutkimuksellinen kehittämistyö oli toimintatutkimukselle tyypillisesti luonteeltaan yhteisöllinen prosessi. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä pyrki tuottamaan kuvattuun kehittämistehtävään ratkaisua yhdessä ilmiöön liittyvän yhteisön kanssa. Kehittämistyön tekijä pyrki siihen, että kaikki tiedon tuottajat pystyivät osallistumaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön tasavertaisina jäseninä. Työssä pyrittiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä ei osallistunut sisällön tuottamiseen, mutta teki kuitenkin yhteenvetoja, ohjasi yhteiskehittelyn käytännön järjestelyitä ja analysoi aineistoa. Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli on moninainen ja osin myös ristiriitainen. Tutkimusta tehdessä oli mietittävä kuinka paljon voi vaikuttaa tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin kulkuun. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä työskenteli aineiston keruuseen asti Hyvinkään sairaalassa akuuttiprosessin vastaavana fysioterapeuttina. Vastuualueena oli fysioterapian akuuttiprosessin kehittäminen. Kehittämistyön tekijä haluaa uskoa siihen, että tällä ei ollut vaikutusta tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksiin.

Yli 65- vuotiaille kuntoutujille pyrittiin muodostamaan mahdollisimman selkeä kuva ammattilaisten prosessista ja siitä, mihin asioihin kuntoutujilta halutaan vastauksia. Tätä pyrittiin edistämään lähettämällä asiakashaastattelu kuntoutujan kotiin ennen puhelua, selittämällä ammattilaisen prosessin mahdollisimman ymmärrettävästi kuntoutujalle sekä tekemällä kahden soiton jälkeen täydennyksiä asiakashaastattelun runkoon. Puhelun aikana pyrittiin kuuntelemaan kuntoutujaa ilman kiirettä ja esittämällä kysymykset rauhallisesti sekä selkeästi. Tilanne järjestettiin niin, että kuntoutujilla oli mahdollisuus kertoa kokemuksistaan haastattelussa avoimesti.

Yli 65- vuotiailla kuntoutujilla oli vaikeuksia vastata siihen, mikä esti tai edisti kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta. Muutama kuntoutuja vastasi kysymyksiin sanomalla, että ei osaa sanoa kysymykseen vastausta. Suoria vastauksiakin kysymyksiin saatiin. Kuntoutujat kokivat esimerkiksi estäviksi tekijöiksi omaa vaikeaa terveydellistä tai epävakaata tilannetta. Osin vastaukset eivät vastanneet alkuperäisiin kehittämistehtävä 1:n kysymyksiin. Jotta aineistosta saataisiin laaja ja kuntoutujien ääni huomioitaisiin mahdollisimman hyvin, kehittämistehtävään tehtiin aineiston analysoinnin yhteydessä tarkennos. Alkuperäinen kehittämistehtävä 1. oli *"selvittää mikä edisti ja mikä esti kotona pärjäämistä tukevaa kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta kuntoutujan näkökulmasta"*. Uusi kehittämistehtävä 1 oli: *"selvittää mitkä tekijät estävät ja edistävät kotona pärjäämistä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta"*.

Yhtenä syynä vastausten vaikeuteen oli mahdollisesti se, että kuntoutujat eivät tunne ammattilaisten prosessia hyvin ja kuntoutujan näkökulmasta on vaikea nähdä ammattilaisten prosessin edistäviä tai estäviä tekijöitä. Muistiin liittyvillä tekijöillä saattaa olla yhteyttä vastausten antamisen vaikeuteen. Osin kuntoutusprosessi nähtiin kuntoutujan omana kuntoutumisen prosessina ja he kertoivat mitkä tekijät edistivät ja estivät omaa kuntoutusprosessin käynnistymistä. Toisaalta tämäkin on tärkeä asia huomioida ammattilaisten työtavan kehittämisessä. Kuntoutujat tuottivat vastauksia laajalla näkökulmalla ja kehittämistyön tekijä teki tulkintaa siten, että kuntoutujien kuvaama kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta koettu hyöty ymmärrettiin kotona pärjäämistä edistävänä tekijänä. Lisäksi esimerkiksi kysymyksen *"järjestettiinkö teille sairaalasta päästyänne jotain palveluita kotona pärjäämisen tueksi"* vastaukset käynnistymisvaiheen osalta sisällytettiin kehittämistehtävä 1:n vastauksiin.

Ajan riittävyyden ja mahdollisimman suuren kuntoutujamäärän tavoittamisen varmistamiseksi kysely tehtiin puhelinhaastatteluna. Alkuperäiseen kehittämistehtävä 1:een oltaisiin mahdollisesti voitu saada enemmän vastauksia, jos kuntoutuja oltaisiin nähty kasvokkain ja prosessi oltaisiin esimerkiksi näytetty kuntoutujalle kaaviona sekä samalla selitetty prosessi mahdollisimman selkeästi. Puhelimitse ja kasvokkain tehtävällä haastattelulla on siis molemmilla omat hyvät ja huonot puolensa.

Termi kuntoutus olisi vaatinut enemmän selventämistä. Kuntoutujille selvennettiin kerran sanallisesti mitä sanalla kuntoutus tässä työssä tarkoitetaan. Kuntoutus voitiin yhdistetää aiempiin kokemuksiin ja mahdollisesti kuultuihin asioihin. Esimerkiksi kuntoutus voi edustaa jollekin kuntoutujalle laituskuntoutusjaksoa ja toiselle fysioterapiakäyntiä terveyskeskuksessa.

Kehittämistehtävä 2:een saatiin ammattilaisten keskustelun virittämisen tueksi kuntoutujilta mielenkiintoisia näkemyksiä kuntoutujien kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta, kotona pärjäämistä tukevista tekijöistä sekä näkemyksiä ensimmäisiin kontakteihin, kenen kanssa palvelua suunniteltiin. Esimerkiksi kuntoutujat kokivat kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheen ajoittuneen oikeaan hetkeen, jotta kotona pärjääminen mahdollistuu mahdollisimman pitkään, heille tuli kokemus siitä, että he pystyvät kuntoutuksen avulla asumaan pidempään kotona ja omaiset olivat kuntoutujien mukaan tärkeä tekijä kotona pärjäämisen tukemisessa. Kehittämistehtävä 1:n jälkeen tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä voi todeta, että kuntoutujien läheisiltä oltaisiin saatu yksi tärkeä näkökulma aineistoon.

Päivystyksen kuntoutujien lisäksi sisätautien osaston kuntoutujat otettiin tutkimuksellisen kehittämistyön kehittämistehtävän 1 tiedon tuottajiksi. Tämä heikentää jonkin verran kehittämistehtävä 1:n tulosten siirrettävyyttä koskemaan pelkästään päivystyksen kuntoutujia. Toisaalta sisätautien osastolle ohjaututaan usein päivystyksen kautta ja perusperiaatteiltaan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa on paljon samoja piirteitä molemmissa yksiköissä. Hoitajien suorittivat tutkimuksellisen kehittämistyön aineiston keruun aikaan toimintakykyyn liittyviä seulontatestauksia sisätautien osastolla useammin kuin päivystyksessä, vaikka tämä ei noussut esille tuloksissa. Päivystyksen ja sisätautien osastoilla tapahtuvan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheen yhteneväisyyttä lisää se, että terapeutit tulevat sisätautien osastolle ja päivystykseen samasta fysioterapian yksi-

köstä ja kuntoutusprosessissa hyödynnetään kuntoutussuunnitelmaa. Lisäksi fysioterapeuttien käyttämät mittarit ovat riskipotilaan kuntoutusprosessissa fysioterapeuteilla samat ja molemmissa hyödynnetään Navitas- tietojärjestelmän avosiirtoportaalia.

lääkkeitä ei tule kohdella yhtenä homogeenisenä ryhmänä, sillä kokemukset vanhuudesta ovat yksilöllisiä (Lumme-Sandt 2005: 125–127). Toisilla kuntoutujilla itsenäinen toimintakyky säilyy korkeaan ikään saakka hyvänä ja toisilla toimintakyvyn rajoitteita alkaa ilmetä jo varhaisessa eläkeiässä (Pitkälä & Strandberg 2018). Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia yli 65- vuotiaita kuntoutujia. Kehittämistehtävään 1 osallistuneet koostuivat lähinnä kuntoutujista, joilla on hauraus- raihnausoireyhtymä. Kaikkein huonoimmassa kunnossa olevat muistisairaavat ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevat kuntoutujat rajattiin pois, samoin kaikkein parhaimmassa kunnossa olevat kuntoutujat. Pienehkön osallistujamäärän vuoksi tulokset kuvaavat osin yksilöllisiä kokemuksia.

Toimintatutkimukselle ominaisesti työ noudatti tutkimusprosessin syklisyyttä (Anttila 2006: 442–443). Ensimmäisen syklin tuloksista muodostettiin ammattilaisten yhteiskehittelyyn kolmas omaisiin liittyvä teema. Kuntoutujien näkemyksiä pyrittiin tuomaan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta ammattilaisten yhteiskehittelyyn, jotta moniasiantuntijuus näkyisi työn tuloksissa mahdollisimman syvällisesti. Kehittämistyön tekijä koki haastavaksi tuoda kuntoutujien äänen kuuluviin tutkimukselliseen kehittämistyöhön, jossa pyrittiin kehittämään ja kuvaamaan ammattilaisten prosessia. Kuntoutujien kokemuksia ja asiantuntijuutta pyrittiin ottamaan huomioon mahdollisimman hyvin. Toisaalta ammattilaisten kesken tapahtuvan kehittämisen tavoitteena on hyvän tuottaminen kuntoutujille. Yhteiskehittelyssä huomioitiin moniammatillisuus, sillä tilaisuuteen osallistuneet olivat monia eri ammattikuntien edustajia.

Ammattilaisten yhteiskehittelyssä pyrittiin avoimeen ja kannustavaan ilmapiiriin. Ryhmämuotoinen yhteiskehittely voi sopia hyvin rajapintoja ylittävän kehittämisen työtavaksi. Toimintatutkimuksessa vastavuoroisuuden kautta on mahdollisuus syventää ymmärrystä ja synnyttää jotakin uutta (Toikko & Rantanen 2009: 90–93).

Jatkossakin on syytä hyödyntää moniasiantuntijuuteen perustuvaa rajapintoja ylittävää kehittämistapaa, vaikka tämä ei tullut tuloksissa suoranaisesti esille. Sihvon ym. asiak-

kaiden osallistumisen toimintamallin loppuraportin mukaan pahimpana esteenä asiakkaiden osallistumiselle pidettiin johdon ja henkilöstön asenteita ja organisaatiokulttuuria. Asiakkaiden osallistuminen kehittämishankkeisiin voi madaltaa kynnyksiä hyödyntää asiakkaiden osallistumista kehittämisessä. (Sihvo ym. 2018: 36.) Kehittämistyön toimintaympäristössä kuntoutujien osallistamiseen suhtaudutaan avoimesti.

Asiakkaiden mukaanotto kehittämiseen voi edellyttää esimerkiksi etenemistä prosessista, ei lopputuloksesta lähtien, ennakkosuunnittelua, rohkeaa kokeilua, liikkeelle lähtöä pienestä, mallien hakemista muilta, johdon sitoutumista ja jatkuvaa prosessia (Sihvo ym. 2018: 47). Kuntoutujien lisäksi omaisten mukaanotto varsinkin tiettyjen kuntoutujaryhmien kohdalla voi olla perusteltua. On tärkeää miettiä millä tavoin kuntoutujat ja omaiset voidaan ottaa prosessin kehittämiseen niin, että heidän mukana olonsa tuo kehitettävälle asialle mahdollisimman paljon lisäarvoa.

Kehittämisessä tarvitaan myös moniammatillista rajapintoja ylittävää yhteistyötä. Esimerkiksi ravitsemukseen liittyvät asiat liittyvät kiinteästi iäkkäiden kaatumisten ehkäisyyn (Pajala 2012: 40–45) ja ravitsemustila tulisi huomioida muun muassa seulontatestien avulla sairaalahoidossa olevilta iäkkäiltä (Kerminen ym. 2019).

9.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkokehittäminen

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää Hyvinkään sairaalassa ja Keusoten toimialueella yli 65-vuotiaiden riskipotilaan kuntoutusprosessin jatkokehittämisessä. Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia voidaan soveltaa myös valtakunnallisesti gerastenian tunnistamisessa ja kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheen kehittämisessä.

Tutkimuksellisen kehittämistyön laadinnan alussa kotikäyntejä tekevän yksikön sijaan käytettiin termiä kunta tai perusterveydenhuolto. Alueella on tapahtunut yksiköiden välistä integraatiota. Maakuntien sote-uudistus luo mahdollisuuksia kehittää rajapintoja ylittäviä uusia hyviä käytäntöjä, kuten kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta.

Tulosten mukaan hyvässä kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa huomioidaan varsinkin muistisairailta omaiset, fyysisen aktiivisuuden ylläpito päivystyksessä olon aikana sekä kotiympäristö. Kuntoutus voi alkaa jo päivystyksestä, työnjako on selkeää ja toimin-

tatapa jatkuu rajapintojen yli, riippumatta siitä siirtyikö kuntoutuja päivystyksestä osastolle tai kotiin. Kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa on syytä kiinnittää huomiota osallistamiseen sekä mittareiden lisäksi myös haastatteluun.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä vaihtoi työpaikkaa uuden toimintavan käyttöön-oton jälkeen. Kehittämistyön tekijä soitti Hyvinkään sairaalaan huhtikuussa 2020 ja kysyi, onko uusi kotiutuksen riskimittaria hyödyntävä toimintatapa käytössä. Läheteitä uuden toimintatavan mukaisesti ei ole juurikaan fysioterapiaan saapunut. Yli 65- vuotiaita kuntoutujia on ohjautunut fysioterapeutin toimintakykykartoitukseen lääkärin ja kotiutushoitajan kautta. Kuntoutuksessa hyödynnetään edelleen SPPB, FSQfin:iä ja TUG- testiä, kuntoutussuunnitelmaa (liite 7.) ja avosiirtoportaalin läheteitä (kuvio 5.).



Kuvio 5. Prosessikuvaus yli 65- vuotiaan kuntoutujan kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta kotona pärjäämisen tueksi

Kirjallisuuden mukaan kehittämishankkeiden seuraamusten vieminen alkuperäiseen tavoiteltavaan suuntaan edellyttää seuraamusten sitkeää, pitkäjänteistä vaalimista, katkosten ahkeraa silloittamista ja seuraamusten vakiinnuttamista. Kehittämisen johtaminen on merkittävältä osalta huoltotyötä, muutoksen pitämistä hengissä ja ruokkimista. (Engström & Kerosuo & Kajamaa 2008: 23, 43.) Uusia tapoja on syytä pitää esillä koko

organisaatiossa sekä tuoda esille toimintatavan käyttöönoton yhteydessä tapahtuneita pieniä ja suuria onnistumisia (Heiskanen & Lehikoinen 2010, 97). Ylöspäin johdon suuntaan tehtävän ankkuroinnin lisäksi muutosta voidaan viedä alaspäin jalkauttamalla se etulinjan työntekijöiden arkeen ja sivusuuntaan asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden suuntaan (Engström & Kerosuo & Kajamaa 2008: 23, 43).

Yhtenä syynä toimintatavan juurtumattomuuteen voi olla päivystyksen hoitajien kiire akuuttiin hoitoon liittyvien tehtävien parissa. Tällöin mittarin käyttö saattaa jäädä. Kuntoutujia kuitenkin ohjautuu edelleen lääkäreiden ja kotiutushoitajan kautta fysioterapiaan ja fysioterapiassa pyritään noudattamaan kotona pärjäämistä tukevaa työtettä. Lisäksi sairaanhoitajat ovat tietoisia siitä, että yli 65- vuotiaita kuntoutujia voidaan ohjata tarvittaessa fysioterapeutille. Kuntoutujia ohjataan kotihoidon palveluiden piiriin esimerkiksi kotiutushoitajan kautta, jonka vuoksi yhteys terveystalouden piiriin saadaan pidettyä tarvittaessa yllä myös päivystyskäynnin jälkeen.

Kirjallisuuden mukaan gerastenian tunnistamisessa käytettävien menetelmien tulisi olla hinnaltaan kohtuullisia, riittävän tarkkoja ja niiden käyttö ei saisi edellyttää erityistä koulutusta (Cesari ym. 2016; Pialoux & Goyard & Lesourd 2012). FRAT eli lyhyt kaatumisvaaran arviointi, TUG- testi, SPPB-testi, FSQfin sekä Kotiutuksen riskimittari ovat helpokäyttöisiä arvioinnin välineitä, vaikka tämä ei tullut esille tuloksissa. Kolme ensin mainittua kuuluvat IKINÄ- oppaan kaatumisen ehkäisytoimintamalliin. Jatkossa terveydenhuollossa voidaan arvioida voisiko kuntoutuksen ammattilaisille ohjaamiseen ottaa käyttöön läheteiden lisäksi ammattilaisten muun hoidon yhteydessä tekemää mittaria.

Käynnistymisvaihe voidaan aloittaa tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä olevan vaihtoehdon mukaisesti tai tietyissä muissa Hyvinkään sairaalan osastoilla olevan mallin mukaisesti, jossa Apotti potilastietojärjestelmä ohjaa hoitajan kysymään kuntoutujalta muun muassa, että onko hän kaatunut 12 kk sisällä. Mikäli vastaus on kyllä, hoitajan tulee täyttää Lyhyt kaatumisvaaran arviointi (FRAT). Mikäli kuntoutuja saa yli 11 pistettä, niin fysioterapeutti aloittaa tämän merkin nähtyään riskipotilaan fysioterapiaprosessin ilman erillistä pyyntöä. Jälkimmäisenä mainittu malli mukailee läkkään kaatumisen ehkäisytoimintamallia (IKINÄ)- oppaan toimintamallia (Pajala 2012). Tieto seulontatestin tuloksesta siirtyä eri osastoille ja yksiköihin kuntoutujan mukana potilastietojärjestelmää hyödyntäen, jonka avulla päästää tuloksissa esille tulleet toimintatavan jatkumiseen rajapintojen yli.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä keskityttiin yli 65- vuotiaiden kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheeseen. Sitä nuorempien henkilöiden kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta ei tule myöskään unohtaa, vaikkei tämä noussut kehittämistyön tuloksiin. Nuoremmat kuntoutujat voivat esimerkiksi Hyvinkään sairaalan päivystyksessä ohjautua suoravastaanottona suoraan tai lääkärin lähetteen kautta fysioterapiaan. Myös nuorempien kuntoutujien kohdalla voidaan käyttää tarvittaessa esimerkiksi TUG- tai SPPB testiä, vaikka tämä ei tullut tuloksissa esille. Aihe saattaa tarvita vielä jatkokehittelyä.

Sairaalaan joutuminen akuutin sairastumisen vuoksi on itsenäinen ennustin toimintakyvyn heikentymiselle ja vaikutukset jatkuvat ainakin kuusi kuukautta sairaalajakson jälkeen (Boyd & Xue & Guralnik & Fried 2005). Tulosten mukaan kuntoutuksen aloittaminen voidaankin ajoittaa sairaalaan tai päivystykseen saapumisen yhteyteen ja kuntoutusta voi jatkaa kotiutumisen jälkeen. Tulevaisuudessa on syytä ohjata enemmän ja varhaisemmassa vaiheessa yli 65- vuotiaita kuntoutujia kuntoutuksen piiriin kotona pärjäämisen tukemiseksi. Keinoja tähän on, mutta jatkossa täytyy tehdä valintoja mitä näistä keinoista tullaan käyttämään.

Lähteet

Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos ja tekeminen. Hamina. Akatiimi. 442 – 443.

Boyd, Cynthia & Xue, Quan-Li & Guralnik, Jack & Fried, Linda 2005. Hospitalization and development in activities of daily living in a cohort of disabled women: The Women Health and Aging Study I. *The Journal of Gerontology, Series A*. Volume 60, Issue 7, July 2005. Sivut 888 – 893.

Cesari, Matteo & Prince, Martin & Thiagarajan, Jotheeswaran, Amuthavalli & De Carvalho, Islene, Araujo & Bernabei, Roberto & Chan, Piu & Gutierrez-Roblero, Luis, Miguel & Michel, Jean-Pierre & Morley, John & Ong, Paul & Rodriguez Manas, Leocadio, Won, Won, Chang & Beard, John & Vellas, Bruno 2016. Frailty: An Emerging Public Health Priority. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016, March 1; 17 (3): 188 – 192.

Clegg, Andrew & Young, John & Iliffe, Steve & Olde Rikkert, Marcel & Rockwood, Kenneth. 2013. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381: 752–62.

Clegg, Andrew & Rogers, Luke & Young John 2015. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: systematic review. *Age and ageing*, Volume 44, Issue 1, 1 January 2015, 148–152. Saatavana osoitteesta <<https://academic.oup.com/ageing/article/44/1/148/2812365>> Luettu 2.5.2018.

Covinsky, Kenneth 2006. Aging, arthritis and disability. *Arthritis Care & Research*, March 2016 175–176.

Daniels, Ramon & van Rossum, Eric & de Witte, Luc & Kempen, Gertrudis & van den Heuvel, Wim 2008. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2008. 8: 278.

Dent, Elsa & Kowai, Paul & Hoogendijk, Emil 2016. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine* 2016. June 01 volume 31: 3 – 10.

Engström, Yrjö & Kerosuo, Hannele & Kajama, Anu 2008. Vaikuttavuuden arvioinnista seuraamusten tutkimukseen. Teoksessa Mäkitalo, Jorma & Turunen, Jari & Vilkkumaa Ilpo 2008. Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu, Verve. 23, 43.

Falls Risk Assessment Tool (FRAT screening component). Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service. Saatavana PDF tiedostona googlesta hakusanoilla: <Falls Risk Assessment Tool (FRAT screening component). Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service> Luettu 2.5.2020. Suoraa linkkiä ei saatavilla.

Garzia-Perez Lidia & Linertova Renata & Lorenzo-Riera A & Vazquez-Diaz J. R & Duque-Gonzalez Beatriz & Sarria-Santamera Antonio 2011. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 104, Issue 8, August 2011, 639–651. Saatavana osoitteesta <<https://academic.oup.com/qjmed/article/104/8/639/1582864>> Luettu 1.5.2018.

Gaugler, Joseph & Duval, Sue & Anderson, Keith & Kane Robert 2007. Predicting nursing home admission in the U.S.: a meta-analysis. *BMC Geriatrics* 2007, 7: 13.

Greysen, Ryan & Hoi-Cheung, Doug & Garcia, Veronica & Kessell, Eric & Sarkal, Urmimala & Goldman, Lauren & Schneidemann, Michelle & Critchfield, Jeffrey & Pierluissi, Edgar & Kushel, Margot 2014 "Missing Pieces"- Functional, Social, and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home. *Journal of American Geriatric Society*. 2014 August 8: 1556 – 1561. Saatavana sähköisenä osoitteessa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134399/> Luettu 17.3.2018.

Hallgren, Jenny & Bravell, Ernsth, Marie & Mölsted, Sigvard & Östgren, Carl, Johan & Midlöv, Patrik & Dahl, Aslan AK 2016. Factors associated with increased hospitalisation risk among nursing home residents in Sweden: a prospective study with a three-year follow-up. *International Journal of Older People Nursing*. 2016 June; 11, 130 – 139.

Heikkinen, Hannu & Rovio, Esa & Syrjälä, Leena 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa, Dark Oy. 16–19, 36–37.

Heiskanen, Mia & Lehikoinen, Sari 2010. Muutosviestinnän voimapaperi. Helsinki, Talentum. 97.

Hellström, Martti. 2004 Muutosote. Akvaarioprojektin pedagogisten kehittämishankkeiden toteutustapa ja onnistuminen. Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 249. Helsinki: Helsingin yliopisto. 18-22. Saatavana osoitteesta: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19993/muutosot.pdf?sequence=1> Luettu 13.1.2018

Hupli, Markku 2015. Eksote kuntoutuksen uudistajana. Saatavilla osoitteesta: <<https://www.lapinkorkeakoulukonserni.fi/loader.aspx?id=cb4c35d3-cd53-4e73-8b15-fa398010bf56>> Luettu 8.5.2020.

Hägg, Tina & Rantio, Merja & Suikki, Päivi & Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. Oppimateriaalit. Helsinki, Sanoma Pro Oy. 17.

Jyrkämä, Jyrki 2012. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo 2012. Kuntoutuminen kanssamme: toimijuuden tukeminen. Tampere, Juvenes Print, Suomen Yliopistopaino Oy. 157 – 158. Saatavilla osoitteesta: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu 24.4.2020

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. painos. Helsinki: WSOYpro Oy. 196 – 197.

Järvikoski, Aila 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Teoksessa Mäkitalo, Jorma & Turunen, Jari & Vilkkumaa Ilpo 2008. Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu, Verve. 49 – 52.

Karhula, Maarit & Veijola, Arja & Ylisassi, Hilka 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona, Salminen, Anna-Liisa, Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne 2016. Kuntoutuminen. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 225 – 237.

Katila, Saija & Meriläinen, Susan. 2006 Henkilökohtainen kokemus tiedon lähteenä: toimintatutkimus akateemisessa yhteisössä. Teoksessa Kristina Rolin; Marja Kakkuri-Knuutila & Elina Henttonen (toim.) Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia. Helsinki, Gaudeamus, 134–154.

Kehusmaa, Sari & Mäkelä, Matti & Heikkilä, Rauha 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2 – 3. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136380/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Luettu 20.4.2020.

Kerminen, Hanna & Jäppinen, Anna-Maija & Kiviniemi, Kirsi & Tikkanen, Päivi & Havulinna, Satu 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. Saatavana osoitteesta: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138652/TOIMIA_suositus_s023_iakkaiden_henkiloiden_lyhytaikaiseen_sairaalahoitoon_liittyva_toimintakyvyn_arviointi.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Luettu 14.5.2020.

Kiiänmies, Johanna 2015. Ikääntyvä asiakas ja kuntoutus—case Hyvinkää. Kotona kokonainen elämä. Saatavana osoitteesta http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/KuntoutuskoordinaatioKick%20Off%2012112015/Kotikuntoutus%202015_Johanna%20Kiiänmies.pdf Luettu 31.10.2018

Koivukangas, Minna & Strandberg, Timo & Leskinen, Riitta & Keinänen-Kiukaanniemi, Satu & Antikainen, Riitta. 2017. Vanhuksen gerastenia – Tunnista riskipotilas. Suomen lääkärilehti 7/2017: 425 – 430.

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017. Helsinki: Sosiaalija terveysministeriö, 42, 44. Saatavana osoitteessa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Luettu 20.4.2020.

Laaksonen, Saara & Koskinen, Sanna & Salminen, Leena 2011. Teoksessa Junnila, Riina & Koskinen, Sanna & Stolt, Minna & Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A62. Turku: Turun yliopisto. 38 – 49.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 16 – 17, 35. Saatavana osoitteessa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf>. Luettu 22.4.2020.

Laukkanen, Pia 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointi. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina 2008. Gerontologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 265.

Lukka, Heli 2012. Rajapintakäytännöt. Iäkkään päivystyspotilaan hoitopolku osahanke raportti. Kaste-hanke. Toimintakykyisenä ikääntyminen-vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012. 7. Saatavana osoitteesta <<https://docplayer.fi/16173055-Kaste-hanke-toimintakykyisena-ikaantymisen-vanhuspalveluiden-palvelurakenteen-ja-toimintamallin-kehittaminen-lansi-suomessa-2010-2012.html>> Luettu 8.5.2020.

Lumme-Sandt, Kirsi 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusu vuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 125 – 127.

Lääketieteen sanastolautakunta 2015. Duodecim. Kirje: kommentti Timo Strandbergin et. Al. Kirjeeseen Duodecim 131: 1103 – 1104.

Morley, John & Malmstrom, Theodore & Miller, Douglas 2012. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. Journal of Nutrition, Health and Aging 2012, 16: 601 – 8.

Neuvottelutulos hallitusohjelmasta. 27.5.2015: 6. Valtioneuvosto. Saatavana osoitteesta: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Hallitusohjelma_27052015.pdf/75d94d8d-15c9-405a-8a9b-eca4987b635e> Luettu 20.10.2017.

Niskala, Asta & Kairala, Maarit & Pohjola Anneli 2017. Asiakkaan aseman ja toimintaroolin muutos. Teoksessa Pohjola, Anneli, Kairala, Maarit, Lyly, Hannu & Niskala, Asta (toim.): Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino. 9.

Nyborg, Ingrid & Kvigne, Kari & Danbolt, Lars, Johan & Kirkevold, Marit 2016. Ambiguous participation in older hospitalized patients: gaining influence through active and passive approaches-a qualitative study. BMC Nurs. 2016, 15: 50. Saatavana osoitteesta: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997666/>> Luettu 24.4.2020.

Ojasalo, Katri & Moilanen, Teemu & Ritalahti Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät, Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYPro Oy, Helsinki. 145 – 147.

Ottenbacher, Kenneth & Smith, Pam & Illig, Sandra & Linn, Richard & Ostir, Glenn & Granger, Carl 2004. Trends in length of stay, living setting, functional outcome and morbidity following medical rehabilitation. Jama 2004 October 13: 1687–1695.

Pajala Satu 2012. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy, THL. 21, 40 – 41. Saatavana osoitteesta: <<http://www.julkari.fi/handle/10024/79998>> Luettu 10.12.2017.

Paltamaa 2013. Alkuperäisestä englanninkielisestä mittarista suomennettu. TOIMIA-tietokanta, FSQfin- mittari. Saatavana osoitteesta <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/144/>> Luettu 31.5.2018.

Perälä, Marja-Leena & Hammar, Teija 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki, Stakes. Aiheita 29/2003: 11–12. Saatavana osoitteesta: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 20.4.2020.

Pialoux, Tanneguy & Goyard, Jean & Lesourd, Bruno 2012. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. Geriatrics Gerontology International. 2012 January 10, 189–197.

Pitkälä, Kaisu & Valvanne, Jaakko & Huusko, Tiina 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina 2008. Gerontologia. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 438–444.

Pitkälä, Kaisu & Strandberg, Timo 2018. Sairauksien ehkäisy kannattaa vielä vanhanaikin. Duodecim 2018, 134, 1141 – 1148. Saatavana osoitteesta: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237452/duo14362.pdf?sequence=1>> Luettu 14.5.2020.

Pöyry, Päivi & Perälä, Marja-Leena 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes. Saatavissa osoitteesta: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76827/Aiheita18-2003.pdf?sequence=1>>. Luettu 25.3.2018.

Riskipotilaan tunnistaminen tulotilanteessa: tehostettu kuntoutus ja kotiutussuunnittelu. AKU 4 akuuttihoidon arvovirran kehittäminen; sisätautien osastoprosessi – fysioterapian näkökulma. Saatavana osoitteesta <<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulu-tus/koulutusmateriaalit/Fysiatrian%20alan%20valtakunnalliset%20neuvottelupivt%20Hy/Riskipotilaantunnistaminen.pdf>> Luettu 2.5.2020.

Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko. 2008. Kuntoutus. 2. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 625.

Rockwood, Kenneth & Howlett, Susan & MacKnight, Chris & Beattie, Lynn & Bergman, Howard & Hébert, Réjan & Hogan, David & Wolfson, Christian & McDowell, Ian. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. The Journal of Gerontology: Series A, The Gerontological Society of America. 2004, December: 1310 – 1317.

Routasalo, Pirkko & Lauri, Sirkka 2001. Iäkkään henkilön kuntoutusta edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 3, 2001, 210–216.

Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Sihvonen, Ari-Pekka & Martelin, Tuija & Aromaa, Arpo 2016. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 3–4. painos. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 64.

Sainio, Päivi & Salminen, Anna-Liisa 2016. Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne 2016. Kuntoutuminen. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 206 – 207, 209.

Salonen, Sari & Eloranta, Sini & Hautala, Tiina & Kinos, Sirpa 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmät ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. Turun ammattikorkeakoulu 2017. 108. Saatavissa osoitteesta: <<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>>, luettu 15.4.2020

Shelkey, Mary & Wallace, Mary 2012. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). New York University College of Nursing, Issue Number 2, Revised 2012. Saatavana osoitteesta <<https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-2.pdf>> Luettu 31.5.2018

Shumway-Cook, Anne & Brauer, Sandy & Woollacott, Majorite 2000. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Physical Therapy 2000 September, 9, 896–903.

Sihvo, Sinikka & Isola, Anna-Maija & Kivipelto, Minna & Linnanmäki, Eila & Lyytikäinen, Merja & Sainio, Salla 2018. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti. Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajainkoulutus. Oulun Yliopisto, Oulu 1999. 162 – 164. Saatavana osoitteesta: <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn951425340X.pdf>> Luettu 10.5.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 16/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteesta: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Luettu 30.4.2020

Suomela-Markkanen, Tiina & Peltonen, Riikka 2016. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne 2016. Kuntoutuminen. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. 248.

Tikkanen, Päivi 2015. Physical functioning among community-dwelling older people. Itä-Suomen yliopisto, väitöskirja. Saatavana osoitteesta <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1733-1/urn_isbn_978-952-61-1733-1.pdf> Luettu 1.5.2018

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 2. painos. Tampere, Tampereen yliopistopaino Oy. 90 – 93.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, 6. uudistettu painos. Helsinki, kustannusosakeyhtiö Tammi. 106 – 111.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6. Helsinki 2013. Saatavana osoitteesta: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Luettu 28.4.2020

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tarkastuskertomus 2, 2013: 13, 60. Saatavana osoitteesta: <https://www.vtv.fi/files/3447/2_2013_Kuntoutus_tyourien_pidentajana_NETTI.pdf> Luettu 20.10.2017.

Vermeule, Joan & Neyens, Jacques & van Rommum, Eric & Spreeuwen, Marieke & de Witte, Luc 2011. Predicting ADL disability in Community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. BMC Geriatrics 2011, 11.

Vilkka, Hanna 2014. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 135. Saatavana osoitteesta: <<http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>> Luettu 10.5.2020.

Zisberg, Anna & Shadmi, Efrat & Gur-Yaish, Nurit & Tonkikh, Orly & Sinoff, Gary 2015. Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond risk factors. Journal of the American Geriatrics Society, 63, 55 – 62.

Liite 1 Suostumusasiakirja, kuntoutujat

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt kuntoutusprosessin kehittämistä koskevan tutkimushenkilö-tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkimuksellisen kehittämistyön tekijälle Antti Mässelille joko suullisesti tai kirjallisesti. Tutkimuksen tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta.

Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Hyvinkäällä 16.10.2018

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Suostumuksen antajan sosiaaliturvatunnus

Hyvinkäällä __.__.____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Antti Mässeli

040 xxx xxxx

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle.

Liite 2 Tutkimushenkilötiedote kuntoutujat

Tervetuloa mukaan kehittämään Hyvinkään sairaalan päivystyksen ja fysioterapian yhteistä toimintakäytäntöä. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta yli 65- vuotiaan päivystykseen tulevan kotona pärjäämisen tueksi.

Fysioterapeutti Antti Mässeli tekee teille myöhemmin haastattelun puhelimitse. Haastattelu kestää noin 20–35 minuuttia. Haastattelu nauhoitetaan ja nauhoite tuhoetaan, kun vastaukset on kirjattu ylös.

Kehittämistyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän AMK-tutkinnon opintoja. Hyvinkään sairaanhoitoalue on myöntänyt kehittämistyölle tutkimusluvan 21.8.2018.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus olla vastaamatta kysymyksiin. Jos vastaukset halutaan poistaa lopullisesta työstä, niin voitte soittaa Antille numeroon 0408440075 tai lähettää tiedon keskeyttämisestä sähköpostitse osoitteeseen antti.masseli@hus.fi. Tutkimusmateriaali on tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän Antti Mässelin hallussa. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voi tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analyysiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus- tietokannasta ja se löytyy myös kansittuna koulun kirjastosta.

Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä. Yhteystietoni ovat tämän tiedotteen alalaidassa.

Allekirjoitus

16.10.2018

Antti Mässeli
040 xxx xxxx
antti.masseli@hus.fi
Metropolia

Liite 3 Tutkimushenkilötiedote ammattilaiset

Tervetuloa mukaan kehittämään Hyvinkään sairaalan päivystyksen ja fysioterapian yhteistä toimintakäytäntöä. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusprosessin käynnistymisvaihetta yli 65- vuotiaan päivystykseen tulevan henkilön kotona pärjäämisen tueksi Hyvinkään sairaalassa. Teidät tullaan pyytämään mukaan moniammatilliseen yhteiskehittelyyn. Yhteiskehittely tullaan pitämään Hyvinkään sairaalassa isossa neuvotteluhuoneessa 7.2.2019 klo 8.00–9.15. Yhteiskehittelyssä tulee olemaan hoitajia, erityistyöntekijöitä, lääkäreitä ja fysioterapeutteja erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta. Varmistakaa osallistuminen Antti Mässelille kertomalla se suullisesti tai laitamalla Mässelille sähköpostia (antti.masseli@hus.fi). Yhteiskehittelyyn osallistuville lähetetään ennakkomateriaali, jossa on lyhennelmät tutkimuksellisen kehittämistyön teoriaosuudesta ja asiakashaastattelun tuloksista sekä tietoa päivystyksen nykyisestä toimintamallista. Teillä on oikeus olla osallistumatta yhteiskehittelyyn syytä siihen kertomatta. Yhteiskehittelyssä antamianne lausuntoja voidaan haluessanne poistaa ennen tutkimuksellisen kehittämistyön julkaisua. Poistosta voi ilmoittaa soittamalla Antti Mässelille.

Kehittämistyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän AMK-tutkinnon opintoja. Hyvinkään sairaanhoitoalue on myöntänyt kehittämistyölle tutkimusluvan 21.8.2018.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistuminen milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kehittämisyryhmän tapaamiset taltioidaan ja tuloksista kirjattu kooste kuvataan. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voi tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analyysiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus- tietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta.

Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä. Yhteystietoni ovat tämän tiedotteen alalaidassa.

Allekirjoitus
4.2.2019

Antti Mässeli
040 xxx xxxx
antti.masseli@hus.fi
Metropolia

Liite 4 Suostumusasiakirja ammattilaiset

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt kuntoutusprosessin kehittämistä koskevan tutkimushenkilö-tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkimuksellisen kehittämistyön tekijälle Antti Mässelille joko suullisesti tai kirjallisesti. Tutkimuksen tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta.

Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Suostumuksen antajan/yhteiskehittelyyn osallistuvan allekirjoitus

Suostumuksen antajan/yhteiskehittelyyn osallistuvan nimen selvennys

Hyvinkäällä __.__.____

Antti Mässeli

040 xxx xxxx

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle.

Liite 5 Asiakashaastattelu

Puhelimitse tehtävä asiakashaastattelu sairaalassa käynnistyneestä kuntoutusprosessista

Valitkaa jokaisen kysymyksen kohdalla omaa näkemystänne parhaiten vastaavan vaihtoehdon numero. Jos ette osaa vastata yksittäisiin kysymyksiin, kyseiset kohdat voidaan jäädä vastaamatta.

A. Onko teillä pitkäaikaista sairautta tai vammaa, joka haittaa päivittäistä toimintaanne ja hankaloittaa kotona pärjäämistä?

1. Kyllä
2. Ei

Jos on, niin mikä?

B. Millainen on toimintakykynne? Onko teillä yleisesti ottaen vaikeuksia itsenäisesti tehtävissä päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruoan laitossa, peseytymisessä, liikkumisessa tai kaupassa käymisessä?

1. Paljon vaikeuksia
2. Jonkin verran vaikeuksia
3. Ei kovin paljon vaikeuksia
4. Ei ollenkaan vaikeuksia

C. Oliko teillä kotona pärjäämisen tukemiseksi fysioterapiajakso kesken kun tulitte sairaalaan:

1. Kyllä
2. Ei

D. Kysyttiinkö nähdäksenne teiltä seuraavia asioita sairaalassa tai päivystyksessä: uupumusta, tahatonta painon laskua, kaatumisia ja fyysistä aktiivisuutta:

1. Ei kysytty

2. Kysyttiin yhtä näistä
3. Kysyttiin 2 näistä
4. Kysyttiin kolmea näistä
5. Kysyttiin kaikki näistä

Huom: Jos kohtaan D vastattiin vaihtoehto 1, niin kohtia E ja F ei kysytä.

E. Mikä ammattilainen kysyi nähdäkseenne edellisen kysymyksen kohtia (mm. uupumus, kaatumiset)? Voitte tarvittaessa valita useamman vaihtoehdon :

1. Sairaanhoidtaja
2. Fysioterapeutti
3. Lääkäri
4. Joku muu, mikä?

F. Missä näitä kysymyksiä kysyttiin? Voitte tarvittaessa valita useamman vaihtoehdon:

1. Päivystyksessä
2. Osastolla

G. Koetteko kuntoutuskäynnin/ kuntoutuskäyntien ajoittuneen pitkällä aikavälillä oikeaan hetkeen, jotta teidän kotona pärjääminen mahdollistuu mahdollisimman pitkään?

1. Ajoittui oikeaan hetkeen
2. Ajoittui osin oikeaan hetkeen
3. Ei ajoittunut oikeaan hetkeen
4. Minulla oli kuntoutusjakso kesken kunnan fysioterapian kautta samaan aikaan kun kuntoutus käynnistettiin sairaalan fysioterapian avulla sairaalassa

H. Järjestettiinkö teille sairaalasta päästyänne jotain palveluita kotona pärjäämisen tueksi (esim. kotihoito, kunnan fysioterapia)? Voitte tarvittaessa valita tästä kohdasta useamman vaihtoehdon:

1. Kotihoidon palvelut
2. Kunnan fysioterapia

3. Ei järjestetty muuta kuin sairaalassa tapahtunut hoito ja kuntoutus
4. Minulla oli ennen sairaalaan tuloa jo kotihoidon palveluita
5. Jotain muita palveluita. Mitä:

I. Kertokaa omin sanoin mitä käytännön toimia saitte fysioterapiasta sairaalassa ja mahdollisesti sen jälkeen terveyskeskuksen fysioterapian kautta, jotka tukivat kotona pärjäämistä (esim. sairaalasta harjoitusohjeet, terveyskeskuksen fysioterapiasta kotikäynti, jolloin kiinnitettiin tukikaide vessaan yms.):

J. Mitä hyötyä koitte kuntoutusprosessin käynnistämisestä liittyen kotona pärjäämiseen?

Voitte valita kysymyksen kohdista yhden tai useamman kuin yhden vastauksen:

1. Koin, että kuntoutuksen avulla pystyn asumaan kotona pidempään
2. Koin, että liikkumiskykyni parani kuntoutuksen avulla
3. Koin, että kipuni vähenivät kuntoutuksen avulla
4. En kokenut kuntoutuksesta hyötyä
5. En osaa sanoa
6. Koin jotain muuta hyötyä kuntoutuksesta. Mitä muuta hyötyä?

K. Mitkä asiat estivät kotona pärjäämistä tukevaa kuntoutusprosessin käynnistämistä näkökulmastanne sairaalasta saapumisesta aina mahdolliseen kuntoutuksen aloittamiseen kunnassa? (Esimerkiksi tuliko henkilökunta oikeaan aikaan paikalle tms. ja mikä esti näkökulmastanne käynnistämistä?) Eli mitä estäviä tekijöitä oli sairaalassa ja kunnassa, jotta kuntoutusprosessi käynnistyi?:

L. Mitkä asiat edistivät kotona pärjäämistä tukevaa kuntoutusprosessin käynnistämistä näkökulmastanne sairaalasta saapumisesta aina mahdolliseen kuntoutuksen aloittamiseen kunnassa? Esimerkiksi tuliko henkilökunta oikeaan aikaan paikalle tms. ja mikä esti näkökulmastanne käynnistämistä? Eli mitä estäviä tekijöitä oli sairaalassa ja kunnassa, jotta kuntoutusprosessi käynnistyi?

M. Mikä on toiminut mielestänne kotona pärjäämisen tukemiseksi? Välttämättä ette ole saaneet kaikkia kuvailtuja asioita. Voitte valita kysymyksen kohdista yhden tai useamman kuin yhden vastauksen:

1. Omaisten ja tuttavien apu
2. Kotihoito
3. Fysioterapeutin harjoitusohjeet
4. Kodin muutostyöt
5. Jotkin muut fysioterapiaan liittyvät asiat. Mikä asiat?
6. Sairauden hoito, esim. oikeanlainen lääkitys. Mitkä tähän sairauden hoitoon liittyvät asiat?
7. Jotkin muut asiat. Mitkä asiat?

N. Asetettiin mielestänne fysioterapiassa tavoite kuntoutukselle?

1. Ei asetettu
2. Kyllä asetettiin. Tavoite asetettiin yhdessä kanssani
3. Kyllä asetettiin. Tavoitteen asetti fysioterapeutti, mutta hän ei tehnyt sitä kanssani

O. Kertokaa omin sanoin mitä asioita/ konkreettisia toimia koette tarvitsevanne päivystyskäynnin/ sairaalassa olon jälkeen, jotta pystytte asumaan kotona mahdollisimman pitkään:

Lämpimät kiitokset kyselyyn vastaamisesta!

Mitä muutoksia tehtiin kahden ensimmäisen soiton jälkeen:

Kohta K oli ensimmäisten puheluiden aikaan seuraavanlainen:

K. Mitkä asiat estivät kotona pärjäämistä tukevaa kuntoutusprosessin käynnistämistä näkökulmastanne sairaalasta saapumisesta aina mahdolliseen kuntoutuksen aloittamiseen kunnassa? (Esimerkiksi tuliko henkilökunta oikeaan aikaan paikalle tms. ja mikä esti näkökulmastanne käynnistämistä?)

Tarkennuksen jälkeen kohta K oli seuraavanlainen:

K. Mitkä asiat estivät kotona pärjäämistä tukevaa kuntoutusprosessin käynnistämistä näkökulmastanne sairaalasta saapumisesta aina mahdolliseen kuntoutuksen aloittamiseen kunnassa? (Esimerkiksi tuliko henkilökunta oikeaan aikaan paikalle tms. ja mikä esti näkökulmastanne käynnistämistä?) Eli mitä estäviä tekijöitä oli sairaalassa ja kunnassa, jotta kuntoutusprosessi käynnistyi?:

Kohta L oli ensimmäisten puheluiden aikaan seuraavanlainen:

L. Mitkä asiat edistivät kotona pärjäämistä tukevaa kuntoutusprosessin käynnistämistä näkökulmastanne sairaalasta saapumisesta aina mahdolliseen kuntoutuksen aloittamiseen kunnassa?

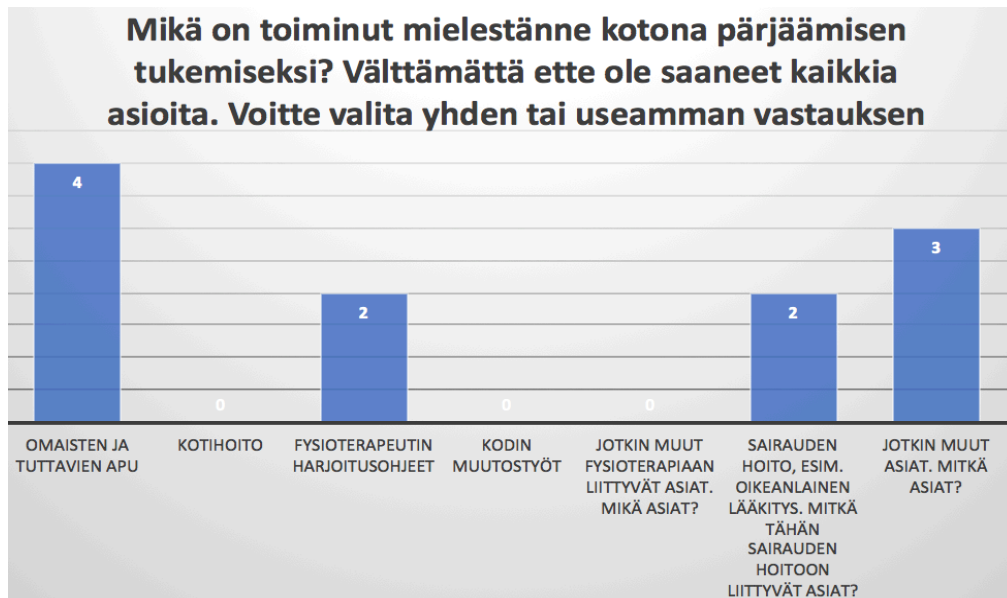
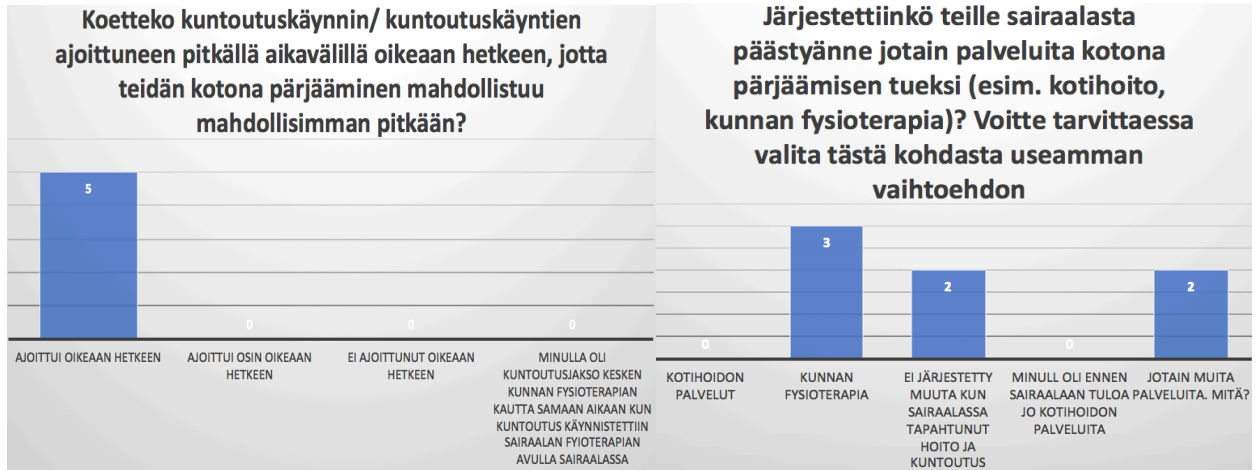
Tarkennuksen jälkeen kohta L oli seuraavanlainen:

L. Mitkä asiat edistivät kotona pärjäämistä tukevaa kuntoutusprosessin käynnistämistä näkökulmastanne sairaalasta saapumisesta aina mahdolliseen kuntoutuksen aloittamiseen kunnassa? Eli mitä edistäviä tekijöitä oli sairaalassa ja kunnassa, jotta kuntoutusprosessi käynnistyi?

Liite 6 Ote ensimmäisen kehittämistehtävän sisällönanalyysistä

Mikä olivat kotona pärjäämistä edistävät tekijät kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheessa yli 65- vuotiaan kuntoutujan näkökulmasta

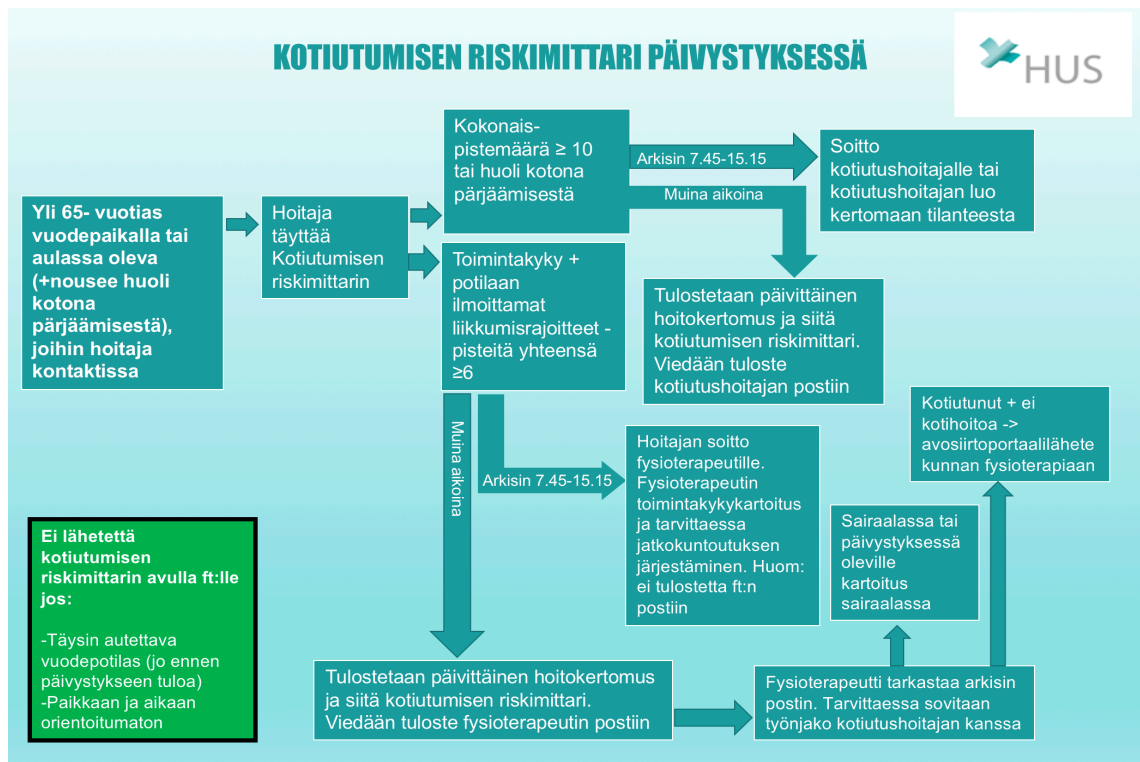
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Minua on auttanut nuo sydänhoitajan ohjeet hirveästi	Sydänhoitajan ohjeet	
Pyörätuoli ja liukulevy	Apuvälineet	
Sain rollaattorin		
Juuri se sairaalan kirjoittama lähete. Fysioterapeutti laittoi paperin kuntaan sitä kautta kuntoutushoitajat tulivat. Koin sen tosi hyväksi, että laittoivat lähetteen kunnan fysioterapiaan	Sairaalan tai kunnan fysioterapeutin lähete kuntoutukseen	Päivystys- tai sairaalakäynnin jälkeen järjestetty jatkokuntoutus
Kunnasta lähetettiin kuntoutukseen		
Kunnasta saapui aikataulut kuntoutukselle	Kunnasta tulleet aikataulut kuntoutukselle	
Täällä otin yhteyttä kunnan toimipisteisiin, josta nyt vasta alkanut nämä avut tulemaan	Kunnan toteuttaman kuntoutus	
Päysin ryhmämuotoiseen päivä kuntoutukseen joka virkisti henkisesti	Pääsy ryhmämuotoiseen päivä kuntoutukseen	
Koko ajan yritin olla liikenteessä, että pystyy edes vähän käytävällä kävelemään	Fyysisen aktiivisuuden ylläpito päiväystyksessä tai sairaalassa olon aikana	
Kotikäynti	Kotikäynti	
Suulliset oikein hyvät ohjeet miten pitää menetellä	Suulliset ohjeet siitä miten täytyy menetellä	Harjoitusohjeita ja muuta ohjantaa
Kunnassa osattiin neuvoa mihin ottaa yhteyttä	Neuvonta siitä, mihin kannattaa ottaa yhteyttä	
Käytännön neuvoja, miten selvitä kotioloissa	Käytännön neuvoja kotona selviytymiseksi	
Ohjantaa	Ohjantaa	
Ohjantaa		
Liikkumisen ohjausta	Liikkumisen ohjausta	
Harjoitusohjeita	Harjoitusohjeita	
Harjoitusohjeet		
Harjoitusohjeita		
Liikkua tarvitsi	Liikkumiseen kannustamista	
Sairaalassa fysioterapeutti kävelytti ja sen jälkeen fysioterapeutti kävelytti kotona	Kävelyn harjoittelua sairaalassa ja kotona	Liikkumisen arviointia ja harjoittelua
Portaiden kävelyn harjoittelu	Portaissa kävelyn harjoittelu	
Sairaalassa fysioterapeutti arvioi kävelyä ja tuolilta ylösnousua	Liikkumisen arviointia	



Liite 7. Kuntoutussuunnitelman ohjeistus

Hyvinkään sairaanhoitoalue	
KUNTOUTUSSUUNNITELMAN OHJEISTUS	
<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutussuunnitelma kirjataan KUN -näkömälehdelle • Kuntoutussuunnitelma liitetään omalle ammatilliselle näkömälehdelle • Potilas voi lukea sen omakannasta ja työntekijät potilastiedon arkistosta • Potilastietojärjestelmään tehty KUN -Mallipohja, jota HUS voi käyttää 	
KUNTOUTUSSUUNNITELMASSA (KUN) näkömäl	
Valtakunnallinen otsikko	SISÄLTÖ /OHJEISTUS
Esitiedot	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitoon tulon syy • Ikä, sukupuoli, ammatti, asumismuoto • Nykyvaiva/sairaudet/dg • Kaatumiset • Kotihoito yms. tukitoimet? • Liikuntatottumukset/Apuvälineet • Aikaisemmat kuntoutusinterventiot
Diagnoosi	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosi kirjataan rakenteisesti ICD10 – koodistolla tai tarvittaessa PTH ICPC2 – tulostyyn mukaan
Toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilön kyky selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista
Testaus- ja arviointitulokset	Terapeutin/kuntohoitajan tekemät <ul style="list-style-type: none"> • Tutkimukset • Testaukset, ja mittarit (esim. SPPB/FRAT/FROP/TUG/FSQfin jne.) • Sekä niihin perustuvat johtopäätökset
Kuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutukseen ja apuväline tarpeen palveluun liittyvä toteutus
Apuvälineet	<ul style="list-style-type: none"> • Otsikon alle kirjataan toimintarajoitteisen henkilön selviytymistä tukevat käytössä olevat apuvälineet.
Suunnitelma	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan asettama tavoite. • Terveysthuollon ammattilaisen asettama tavoite. • Järjestämistä käsittelevä suunnitelma tai pohdinta palvelutapahtuman muiden tietojen yhteydessä • Vastuunjako /aikataulukutus • Seuranta (yhteystapa /jatkokontrollipvm jos tiedossa)

Liite 8. Päivystyksen uusi toimintatapa



Liite 9. Kotiutuksen riskimittari

Kotiutuksen riskimittari (vapaa suomennos Diane E. Hollandilta saadusta versiosta):

Riskitekijöinä arvioidaan ikä, toimintakyky, asuinolosuhteet ja liikkumisrajoitteet. Riskipisteet 0 – 23. Jos 10 tai enemmän -> potilaalle tehostettu, moniammatillinen kuntoutus- ja kotiuttamissuunnitelma.

Ikä vuosina	
18 – 44	0
45 – 64	4
65 – 79	6
80+	8
Toimintakyky (kts. alla oleva Ranking Disability Scale)	
Ei merkittävää toimintakyvyttömyyttä	0
Lievää toimintakyvyttömyyttä	3
Kohtalaista tai vakavampaa toimintakyvyttömyyttä	9
Asuinolosuhteet ennen hoitoon tuloa	
Asuu toisen / toisten kanssa	0
Asuu yksin	3
Asuu laitoksessa	0
Potilaan ilmoittamat liikkumisrajoitteet	
Ei	0
Kyllä	3

(Mittarin esitys loppu 11.5.2020 Diane E. Holland PhD. RN Mayo Clinic: A Screen for Specialized Discharge Planning Services)

Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään alla olevaa Ranking Disability Scale:a. Ensimmäisessä sarakkeessa on esitetty, miten pisteytys vastaa alla olevaa pisteytystaulukkoa.

0 pistettä	Ei merkittävää toimintakyvyttömyyttä	Kykenee huolehtimaan kaikista päivittäisistä toiminnoista. [Huom: Potilaalla voi silti olla heikkoutta, aistipuutoksia, kielellisiä häiriöitä jne., mutta ne ovat lieviä eivätkä rajoita hänen toimintakykyään. Esim. kykenee jatkamaan nykyisessä työssään.]
3 pistettä	Lievää toimintakyvyttömyyttä	Kykenemätön huolehtimaan jostain aiemmista toiminnoista, mutta pystyy selviytymään omista asioistaan ilman apua. [Esim. kykenemätön palaamaan entiseen työhönsä, kykenemätön joihinkin kotitöihin, mutta selviää ilman päivittäistä ohjausta tai apua.]
9 pistettä	Kohtalainen toimintakyvyttömyys	Tarvitsee hieman apua, mutta kykenee kävelemään ilman avustusta. [Esim. tarvitsee päivittäistä ohjausta, tarvitsee avustusta pukeutumisessa ja hygienian hoidossa, kykenemätön lukemaan tai kommunikoidaan selkeästi. Huom: nilkka-/sääri- jalkateräortoosin tai kävelykepin käyttö ei tarkoita sitä, että tarvitsee apua.]
9 pistettä	Kohtalaista vakavampi toimintakyvyttömyys	Kykenemätön kävelemään ilman avustajaa ja huolehtimaan itsestään ilman avustajaa. [Esim. tarvitsee ympärivuorokautista ohjausta ja kohtalaista tai maksimaalista apua useissa päivittäisissä toiminnoissa, mutta silti kykenevä hoitamaan joitakin toimintoja itse tai pienellä avustuksella.]
9 pistettä	Vakava toimintakyvyttömyys	Vuodepotilas, inkontinentti, vaatii jatkuvaa hoivaa ja huolenpitoa.

Liite 10. FRAT eli lyhyt kaatumisvaaran arviointi

1 (2)



Hoivapalvelut ja sairaala					
LYHYT KAAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)					
Nimi:					
Syntymäaika:					
Osoite / osasto / huone:					
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti					
				Arvioinnin tekijän nimikirjaimet	
				Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)	
				ARVIOINTIPISTEET	
KAAATUMISHISTORIA					
Kaatumiset edeltävän 12 kuukauden aikana	Ei yhtään kaatumista		(2 p.)		
	Yksi tai useampi kaatuminen viimeisen 12 kuukauden aikana		(4 p.)		
	Yksi kaatuminen viimeisen 3 kuukauden aikana		(6 p.)		
	Useampia kaatumisia viimeisen 3 kuukauden aikana		(8 p.)		
LÄÄKITYS					
Rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteenpoistolääkkeet, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet	Ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä		(1 p.)		
	Yksi lääke		(2 p.)		
	Kaksi lääketä		(3 p.)		
	Useampi kuin kaksi lääketä		(4 p.)		
HENKINEN TILA					
Onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikaatio- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä	Ei mitään mainituista		(1 p.)		
	Vähäisesti yksi tai useampia oireita		(2 p.)		
	Kohtalaisesti yksi tai useampia oireita		(3 p.)		
	Vaikea-asteista ongelmaa yhdellä tai useammalla osa-alueella		(4 p.)		
KOGNITIO/MUISTI					
Pisteytys joko MMSE*-testi-pisteiden tai kysymyksen mukaan	24–30 (1 p.)		Ei vaikeuksia	(1 p.)	
	18–23 (2 p.)		Vähäisiä muisti-vaikeuksia	(2 p.)	
	12–17 (3 p.)		Kohtalaisesti muisti-vaikeuksia	(3 p.)	
	0–11 (4 p.)		Etenevä muistisairaus	(4 p.)	
* Mini-Mental State Examination					
PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)					


Hoivapalvelut ja sairaala
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Kaatumisvaara:	Pisteet	Toimenpiteet
Lievästi kohonnut kaatumisvaara	5–11 p.	Tasapainokyvyn ylläpitäminen. Liikuntakyvyn ylläpitäminen.
Kohonnut kaatumisvaara	12–15 p.	Kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien toteuttaminen.
Erittäin korkea kaatumisvaara	16–20 p.	Välitön kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien aloittaminen pikaisesti. Säännöllinen seuranta.

Lähde: Falls Risk Assessment Tool (FRAT-screening component)

Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service, <http://www.health.vic.gov.au/agedcare>.

Suomenkielisen käännöksen © THL, IKINÄ, www.tapaturmat.fi.

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.