

Nina Halminen

”IÄKKÄÄT YLÖS SÄNGYSTÄ JO PÄIVYSTYKSESSÄ”

- Yhteispäivystyksen ammattilaisten käsityksiä omasta toiminnastaan ja moniammatillisesta yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa

Vanhustyön koulutusohjelma

Geronomi

2013

”IÄKKÄÄT YLÖS SÄNGYSTÄ JO PÄIVYSTYKSESSÄ”

- Yhteispäivystyksen ammattilaisten käsityksiä omasta toiminnastaan ja moniammatillisesta yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa

Halminen, Nina

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Vanhustyön koulutusohjelma

Syyskuu 2013

Ohjaaja: Teeri, Sari & Kankaanranta, Päivi

Sivumäärä: 76

Liitteitä: 4

Asiasanat: fysioterapeutti, fyysinen toimintakyky, iäkäs, päivystys, toimintakyvyn arviointi, toimintakyvyn tukeminen, yhteispäivystys, moniammatillinen yhteistyö

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyötutkimuksen tavoitteena oli kuvata Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen työntekijöiden käsityksiä iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta. Toisena tutkimuksen tavoitteena oli kuvata työntekijöiden käsityksiä fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn tukemisessa.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka laadittiin tätä tutkimusta varten. Kysely toteutettiin syyskuussa 2012 ja siihen vastasi 56 työntekijää, joka oli 33 % otannasta (N=170). Suljetut vastaukset analysoitiin tilastollisin menetelmin ja avoimet vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Vastaukset käsiteltiin erikseen ja yhdistettiin tulosten tulkinnassa. Tulokset edustivat sairaanhoitajien (68 %), lääkäreiden (15 %), laitoshuoltajien (9 %) ja esimiesten (7 %) käsityksiä.

Tutkimus tuotti uutta tietoa yhteispäivystyksen työntekijöiden toimintatavoista. Työntekijät kokivat melko yksimielisesti iäkkään toimintakyvyn varhaisen selvittämisen ja tukemisen tärkeäksi iäkkään kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen kannalta. Osa vastaajista koki arvioinnin ja tukemisen kuuluvan kaikille hoitotiimin jäsenille, mutta päivystysympäristön soveltuvuudesta siihen oli eriäviä näkemyksiä. Työntekijät eivät kokeneet hyötyvänsä arviointiin suunnitellusta ”tsekkilistasta”. Iäkkäiden fyysistä toimintakykyä ja osallisuutta lisääviä välineellisiä keinoja ja lähestymistapoja päivystyksessä nimettiin paljon, mutta vain suullisen ohjauksen keinoja tuotiin esille omassa toiminnassa. Yli puolet työntekijöistä tunnisti toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen tietotaitojen riittävydessä epävarmuutta ja koulutuksen tarvetta. Tutkimuksessa voitiin tunnistaa moniammatillisen yhteistyön sisältöjä, fysioterapeutin toimenkuvan selkeytymistä ja moniammatillisen yhteistyön tarvetta KASTE -osahankkeen jälkeen. Yhteispäivystyksen työntekijöistä osa tunnisti iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn tukemista edistäviä tekijöitä, mutta moniammatillisen yhteistyömuodon soveltaminen käytäntöön oli vielä hitaasti etenevä toimintamuoto.

Tuloksia voidaan hyödyntää yhteispäivystyksen toiminnassa sekä iäkkään toimintakyvyn arvioinnin ja varhaisen mobilisaation tukemisessa, ammattiosaamisen tunnettavuuden, työnjaon, toimintatapojen että moniammatillisen yhteistyökoulutuksen suunnittelussa ja kehittämistyössä.

“ELDERLY OUT OF BED ALREADY ON CALL”

- The joint emergency professionals perceptions of their actions and multi-professional teamwork with the physiotherapist

Halminen, Nina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in care for the elderly

September 2012

Supervisor: Teeri, Sari & Kankaanranta, Päivi

Number of pages: 76

Appendices: 4

Key words: physical therapist, physical function, the aged, the on-call, functional assessment, functional capacity, joint emergency, multi-professional teamwork

The first aim of this working life thesis research was to describe the Satakunta Central Hospital on-call staff perceptions of the elderly patient's assessment of the physical function and support. The second aim of the study was to describe the workers' perceptions of the physiotherapy activities in the multi-professional teamwork in supporting of elderly patients physical function.

The data was collected by questionnaire, which was prepared for this study. The survey was conducted in September 2012 and by 56 employees, which was 33 % of the sample (N = 170). Closed questions were analyzed using statistical methods and open answers were analyzed with inductive content. The responses were treated separately and combined with the interpretation of the results. The results represented the nurses (68%), the physicians (15%), the department of parents (9%), and the department managers (7%) conceptions.

The survey produced new information about the on-call staffs practices. The employees felt fairly unanimous that the elderly capability of early detection and support are important for follow-up care in their home or place of the transfer standpoint. Some of the respondents felt that the assessment and support belong to all members of the care team, but the on-call environmental compatibility caused different views. The staff did not feel any benefit from the assessment of the planned "czech list." There was named a lot of physical functions in older people and inclusion on the instrumental methods and approaches in the on-call, but only means to an oral guidance was raised up in own operation. More than half of the employees identified the functional capacity evaluation skills, knowledge and support of the adequacy of uncertainty and the need for training. The study was to identify the contents of the multi-professional teamwork, a physiotherapist job description and the need for multi-professional teamwork after the KASTE-subproject. Some of the on-call staff identified the aged physical function support throughout the economy, but the multi-professional co-shape practical application was still slowly progressive mode.

The results can be taken advantage in the on-call operation and in the design and development work of the elderly functional ability assessment, and supporting in early mobilization of a skills-ability you know, the division of labor, practices and interdisciplinary teamwork in education and training.

SISÄLLYS

JOHDANTO	6
1 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA TUKEMINEN	8
1.1 Toimintakykkäsitteen määrittelyä	8
1.2 Akuutisti sairas iäkäs	10
1.3 Akuutisti sairaan iäkkään fyysisen toimintakyvyn arviointi ja -menetelmät	13
1.4 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen	17
1.5 Fysioterapeutti ja akuutisti sairaan iäkkään toimintakykyä tukeva yhteistyö	20
2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ	22
2.1 Moniammatillisen yhteistyön määrittelyä	22
2.2 Moniammatillisen yhteistyön edellytykset ja soveltuvuus päivystyksessä	24
2.3 Eettiset valinnat iäkkään moniammatillisessa arvioinnissa ja tukemisessa	25
3 TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ YHTEISPÄIVYSTYS	27
3.1 Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystys	27
3.2 KASTE - osahanke yhteispäivystyksessä	28
3.3 Fysioterapeutti yhteispäivystyksessä	29
3.4 Tulositytä päivystykseen	31
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	33
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	34
5.1 Tutkimuksen kohde	34
5.2 Tutkimusmenetelmien valinta	34
5.2.1 Mittarin laatiminen	35
5.2.2 Kyselyn toteuttaminen	37
5.2.3 Mittarin luotettavuus	37
5.3 Aineiston analyysi	40
5.3.1 Kvantitatiivisen aineiston analyysi	40
5.3.2 Kvalitatiivisen aineiston analyysi	41
5.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	42
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	44
6.1 Vastaajien taustatiedot	44
6.2 Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta	45
6.3 Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn tukemisesta	50

7	POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU	56
7.1	Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelu	56
7.1.1	Vastaajien taustatiedot.....	56
7.1.2	Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta	57
7.1.3	Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisessa ja tukemisessa.....	59
7.2	Tutkimustulosten luotettavuus	61
7.3	Tutkimuksen eettisyys	63
7.4	Johtopäätökset	64
7.5	Jatkotutkimusaiheet	67
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	

JOHDANTO

Väestön ikärakenteen muuttuessa vanhemmaksi hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja osallisuuden tukemisen merkitys kasvaa (Pohjolainen ja Heimonen 2009b, 6, 17). Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeistaa kehittämään suomalaisen väestön hyvinvointia tukevia palveluita Suomen hallitusohjelman, lainsäädännön ja kansallisten ohjelmien mukaisesti. Päivystys on yksi keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Sitä koskevat samat hoidon kehittämistavoitteet, kuin muita terveydenhuollon tahoja. (THL 2012, 3 - 5; STM 2010b, 11)

Julkisuudessa on viime vuosina keskusteltu paljon vanhusten hoidosta. Nykysuuntauksena on laitoshoidon vähentäminen ja kotona selviytymisen edistäminen (STM 2008, 20 - 21; STM 2010a, 15 - 22). Vanhenemismuutosten lisäksi akuutit sairaudet ja elämäntilanteen muutokset heikentävät ikäihmisten selviytymistä ja johtavat heidät päivystysyksiköihin (Heikkilä 2008, 26 - 27). Niissä jatkohoitopaikan odottaminen voi viedä joitakin vuorokausia, jolloin muutaman päivän vuodelepo aiheuttaa riskin toimintakyvyn laskulle. Perinteisesti kuntouttava toiminta on aloitettu akuuttihoidon jälkeen, eikä päivystyspoliklinikkaympäristöissä ole totuttu käyttämään fysioterapeutteja työtiimeissä. (Ghenoun, Salminen, Tanhua ja Holmlund 2006, 54 - 56, 63 - 64). Toimintatapakulttuuri asettaa iäkkään fyysisen toimintakyvyn säilymiselle haasteita. Iäkkäiden potilaiden hoitoon päivystystilanteessa halutaan kiinnitettävän erityistä huomiota sujuvan kotiutusprosessin sekä iäkkään toimintakykyisyyden turvaamiseksi (THL 2012, 18 - 21, 101). LKT ja professori Reijo Tilvis (2008) on todennut, että vanhusten vuoteeseen jäämistä vastaan olisi taisteltava kaikin keinoin. (THL 2012, 21.)

Satakunnan maakunnassa asuu yli 225 000 ihmistä ja heistä yli 75 -vuotiaita on 10,4 % (23 412). Määrän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan (17,2 %) vuoteen 2030 mennessä. (STM 2010a, 13 - 14; THL 2013.) Aukkaiden päivystyshoidosta vastaa ja sitä on kehittänyt Satakunnan sairaanhoitopiirin keskussairaalan yhteispäivystys. Palvelun käyttäjistä (66 730) noin 20 % (13 108) on yli 75 -vuotiaita (Fagerlund

2012; THL 2012, 95). Toimintakykyisenä ikääntyminen ja toimintamallien kehittäminen olivat vuosina 2010 - 2012 keskeiset teemat yhteispäivystyksen Länsi – Suomen KASTE -osahankkeessa. KASTE -hankkeen aikana iäkkään fyysisen toimintakyvyn moniammatillista arviointia laajennettiin kolmen kuukauden fysioterapeuttikokeilun kautta. (Lukka 2012, 12, 32.)

Moniammatilliseen toimintaan liittyvä kehittämistyö edellyttää organisaatioissa yhteistyötä, vuorovaikutusta ja jatkuvaa tukea muutoksessa (Ghenoun ym. 2006, 58, 68; Isoherranen 2012, 5, 110). Yhteistyössä korostuu yhä useammin monitieteisyys ja ihmisen kokonaisvaltaisen terveyden- ja sairauden hoidon ymmärrys. (Helin 2010, 416 - 419; Peltonen 2009, 45; Petri 2010.) Moniammatillinen yhteistyö nähdään työvälineenä pyrittäessä lisäämään tätä ymmärrystä sekä palvelujen laatua ja tehokkuutta. Moniammatillisen yhteistyömuodon soveltaminen käytäntöön on osoittautunut kuitenkin hitaasti eteneväksi prosessiksi. Yhteistyössä käytettävä asiantuntijuus on pitkään merkinnyt tiettyjä rooleja ja niistä neuvottelemineen on tuonut haasteita. (Collin, Paloniemi ja Herranen 2012, 131 - 132; Ghenoun ym. 2006, 63; Isoherranen 2012, 11, 101.)

Käsillä oleva aihealue on kiinnostanut tutkijoita koko 2000-luvun ajan. Iäkkään toimintakykyä, kuntoutumista edistäviä ja heikentäviä toimintatapoja sekä iäkkään voimavaroja tukevia hoitotyön auttamismenetelmiä on tutkittu eri terveydenhuollon yksiköissä. Lyhyessä ajassa myös moniammatillisen tiimityön tutkimus on lisääntynyt (Ghenoun ym. 2006; Taskinen, Ryyänen ja Kinnunen 2011). Ikääntyvän potilaan toimintakyvyn muutoksista ja kuntouttavasta hoitotyöstä päivystyspoliklinikoilla on muutama tutkimus Suomessa sekä ulkomailla. Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa selvitetään, minkälaisia käsityksiä henkilökunnalla on iäkkään fyysisen toimintakyvyn arvioinnista ja tukemisesta sekä yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa yhteispäivystyksen toimintaympäristössä.

Tätä opinnäytetyötä varten tutkimustietoa on haettu Arto, Cochrane (Terveysportti), EBRARY, FINLEX, Linda, Medic, KuntoutusPORTTI, STM, Theseus, THL ja Työni-viite-, tutkimus- ja yhteistietokannoista vuosilta 2001 – 2013. Kohdennettua tutkimustietoa on haettu Ebscohost Web (Cinahl), Medline, PEDro sekä PubMed -tietokannoista. Hakusanoja on löydetty asiasanastoista YSA, MeSH ja Terveysportti.

1 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA TUKEMINEN

1.1 Toimintakykykäsitteen määrittelyä

Toimintakyky käsite liittyy laajasti ihmisen mahdollisuuteen selviytyä erilaisista tehtävistä omassa elämässään (Voutilainen 2009, 125). Toimintakykyisyys liitetään ihmisen terveyteen, hyvinvointiin, itsenäiseen elämään, sosiaalisuuteen sekä toimeliaisuuteen (Jyrämä 2007, 197; Pohjolainen ja Alaranta 2009a, 20). Tilanteesta riippuen se voi kuvata ihmisen voimavaroja (*functional capacity*) tai ihmisen toiminnan vajeuksia (*functional limitation ja functional disability*). (Laukkanen 2010, 261; Pitkälä, Valvanne ja Huusko 2010, 438). Toimintakykyä voidaan tarkastella monella tasolla ja eri näkökulmista. Voidaan puhua myös elinten ja elinjärjestelmien sekä solujen toimintakyvystä. Toimintakykyä kuvaavaa tietoa tarvitaan moneen tarkoitukseen, kuten sairauksien hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, seurannassa, tuloksien arvioinnissa ja palvelujen kohdentamisessa. (Pohjolainen ym. 2009a, 17 - 23.)

Toimintakykykäsitettä voidaan jäsentää WHO: n vuonna 2001 hyväksymän ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -luokituksen mukaan (WHO ja THL 2004). Luokituksen perusteella toimintakyky, toiminnan rajoitteet ja terveys koostuvat eri osatekijöistä. Keho rakenteineen luo pohjan fyysisille perustoiminnoille. Toiminta on yksilötason toimintoja ja osallistuminen on yksilön yhteisötason toimintoja. Näkökulman perusteella yhteiskunta, kulttuuri sekä elinympäristö vaikuttavat siihen kuinka elämässä selvitään itsenäisesti tai apujen turvin. Luokitus ohjeistaa käyttämään moniammatillista työnjakoa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioinnissa sekä edistämisessä. ICF luokitus sisältää laajan kokonaisuuden toimintakykyyn liittyviä termejä ja käsitteitä, ja sen rinnalla ICD –luokitus (International Classification of Diseases) sisältää taudit, häiriöt ja vammat. Yhdessä nämä antavat yhtenäisen kielen, joka kuvaa yksilön terveydentilaa. (Pohjolainen ym. 2009a, 25, 26; WHO ja THL 2004.)

Toimintakykykäsitettä voidaan tarkastella klassisesti fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja koetun toimintakyvyn osa-alueina, jotka ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Pohjolainen ym. 2009b, 55; Lyyra ja Tiikkanen 2009, 61; Pohjolainen ym.

2009a, 20; WHO ja THL 2004). Psyykkisen toimintakyvyn käsitteestä on monenlaisia näkökulmia. Laajasti se tarkoittaa yksilön kykyä ottaa vastaan ja käsitellä tietoa, muodostaa käsityksiä ympärillä olevista asioista sekä kykyä tuntea ja kokea asioita. Tämä tiedonkäsittelytoiminto liittyy ihmisen minäkäsitykseen ja toimintojen ohjaukseen. Keskeisiä psyykkisen toimintakyvyn alueita ovat muisti, havaitseminen, oppiminen, ajattelu ja päätöksenteko. (Pohjolainen ym. 2009b, 55.)

Sosiaalista toimintakykyä on vaikea mitata eikä sen kuvaamiseen ole löydetty yksiselitteistä määritelmää. Laajan käsityksen mukaan se on kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa arvojen ja normien mukaisesti. Toisaalta se on selviytymistä arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja oman ympäristön rooleista. (Jyrkämä 2007, 197, 200; Simonen, 2009, 64.) Oikeudellinen toimintakyky liittyy ihmisen kykyyn ymmärtää ja vastaanottaa oikeustoimiksi määritellyjä tahdonilmaisuja, kuten omaisuuden tai velan ottaminen ja hoito vaativat. Oikeudellista toimintakykyä tarvitaan mm. hoitosuostumuksen eli hoitoa koskevan päätöksen teossa. Osa-aluetta on tärkeä arvioida esim. muistisairaana ikääntyvän kohdalla. (Voutilainen 2009, 128.)

Tiihonen (2009, 89) on tarkastellut ihmisen kokemuksellisen toimintakyvyn aluetta liittäen sen laaja-alaiseen toimintakyvyn käsitteeseen. Sen perusteella kokemukselliseen toimintakykyyn liittyy ihmisen toimijuus menneisyydessä, nykyisyydessä ja tulevaisuudessa. Toimijuus on tilannesidonnaista ja näin muodostuu erilaiseksi erilaisissa toimintaympäristöissä. Yhteiskunnalliset tekijät, kuten palvelujärjestelmän rakenne ja lainsäädäntö kehystävät yksilön toimijuutta. (Koivula 2009, 30.) Toimijuuden aspekti auttaa hahmottamaan ihmisen haluamisen, osaamisen ja kykenemisen ulottuvuudet toiminnassa. Nämä kertovat yksilön vahvistamisen tarpeesta tai vahvuudesta, jonka avulla hän ja hänen ympäristönsä muuttuvat tai muotoutuvat niin, että toimintakyky paranee tai kehittyy. Ympärillä olevat rakenteet nähdään toimintamahdollisuuksina. (Jyrkämä 2007, 201 - 203, 206, 207; Koivula 2009, 31; Tiihonen 2009, 90, 91.)

Fyysistä ponnistelua vaativat tehtävät tarvitsevat hyvän hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toiminnan. Näiden elimistön osa-alueiden tuottaman hapenottokyvyn, lihasvoiman, havaintomotoriikan ja nivelten liikkuvuuden hyvän yhteistyön tuloksena syntyy fyysinen toimintakyky.

Fyysinen toimintakyky tukee tavanomaisista arjen tehtävistä suoriutumista. (Pohjolainen ym. 2009a, 48.) Päivittäisten asioiden hoitaminen (IADL, Instrumental of Activities Daily Living), kuten pankissa käyminen, ruokien valmistaminen, pyykin pesu ja lääkkeiden itsenäinen huolehtiminen ovat toimintakykyä. Toisaalta kykyyn (ADL, Activities of Daily Living) pukeutua, riisua, peseytyä, syödä sekä liikkua sisällä ja ulkona tarvitaan fyysistä toimintakykyä. Nämä toimintakyvyn alueet toteutuvat hyvässä terveydessä, jolloin iäkäs selviytyy myös ympäristön asettamien vaatimuksien ja hänen itse itselleen asettamien tavoitteiden ja elintapojen kanssa. (Pitkälä ym. 2010, 438 - 439; Pohjolainen ym. 2009a, 19 - 23; Voutilainen 2009, 125.)

Aliravitseminen ja sukupuoli ovat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn suoraan tai elintapojen kautta. Lihasmassan väheneminen johtaa lepoaineenvaihdunnan, lihasvoiman ja maksimaalisen hapenottokyvyn huononemiseen. Sen seurauksena fyysiset toiminnot, kuten kävelynopeus heikkenevät. (Pohjolainen ym. 2009, 50). Ikääntyvän fyysiseen toimintakykyyn voidaan vaikuttaa esimerkiksi kuntouttavan työotteiden avulla. Liikuntaharrastusten ja fyysisen aktiivisuuden (*functional activity*) hyvät vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn on osoitettu useissa tutkimuksissa. (Karppi ja Nuotio 2008, 29; Pohjolainen ym. 2009a, 17 - 19.)

Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana pidetään ihmisen eri toimintakyvyn osa-alueita, jotka ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, mutta toimintakyvyn tarkastelu rajataan koskemaan ikääntyvän ihmisen fyysisiä toimintoja akuutin sairauden muutoksen yhteydessä.

1.2 Akuutisti sairas iäkäs

Ikääntyminen koskee kaikkia ihmisiä ja se liittyy vanhenemisen määrittelyyn. Puhuttaessa vanhoista ihmisistä määrittelyssä on hajontaa. Eläkeläinen, ikääntyvä, ikäihminen, seniori, iäkäs, ikääntynyt ja vanhus kuvaavat heterogeenista ihmisjoukkoa, jossa ihmiset ovat kronologiselta iältään 65 - 110 -vuotiaita. (ETENE 2008, 5; Hyttinen 2009, 43.) Ikääntynyt väestö tarkoittaa eläkeikäistä väestöä eli 63 - vuotta täyttäneitä. Toisaalta iäkäs henkilö tarkoittaa sellaista ikääntyneeseen väestöön kuuluvaa henkilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt ikääntymiseen liittyvien syiden

johdosta (FINLEX 2012, 3 §). Sirkka - Liisa Kivelä (2006) on käyttänyt rajausta, jossa ikääntyvät ovat 75 - 85 -vuotiaita ja vanhemmat ovat vanhoja ja vanhuksia. Ikääntyvän ja ikääntyneen käsitteet sopivat kuvaamaan tämän opinnäytetyön ikäryhmiä ja ne ovat yhdenmukaisia yhteispäivystyksen KASTE -hankkeen (Lukka 2012) käyttämien määritelmien kanssa.

Ikään ja vanhenemismuutoksiin vaikuttavia tekijöitä voidaan tarkastella monella tavalla. Kronologisen ikäkäsityksen lisäksi käytetään biologista ikää, jota mitataan elimistön kuorman ja suorituskyvyn kautta. Siihen liittyvät erilaiset fyysiset muutokset, jotka ovat yksilöllisiä ja joita voidaan mitata, kuten lihasvoima, hapenkulutus ja luutiheys. Biologiseen ikään vaikuttavat mm. perimä sekä fyysisen kunnon ylläpitäminen (Rantanen 2010, 331). Subjektiiivinen ikä kuvaa ihmisen ymmärrystä itsestään ja tietoisuutta omasta itsestä. Muut ihmiset määrittelevät sosiaalisen iän, koska siihen ovat kytköksissä roolit ja normit, jotka ovat kulttuurissamme. (Heikkinen ja Rantanen, 2010, 310 - 344.)

Ikääntyvän toimintakyvyn muutos voi olla äkillinen, väliaikainen tai vaihteleva. Muutoksen yhteydessä esitietojen vaihteleva saatavuus ja yksilölliset vanhenemismuutokset vaikeuttavat ikääntyvän akuutin diagnoosin asettamista. (Tilvis 2010a, 72 - 75, Tilvis 2010c, 280; Tilvis 2010d, 73; Pitkälä ym. 2010, 441.) Akuutti sairaus aiheuttaa iäkkäällä toimintakyvyn heikkenemisen. Äkillisesti alkava akuutti sairaus voi olla esimerkiksi aivoinfarkti tai lonkkamurtuma. Hitaasti etenevän toimintakyvyn muutoksen takana ovat esimerkiksi etenevä sairaus, kuten masennus, keuhko-, tuki- ja liikuntaelin-, sydän- tai muistisairaudet, pitkäaikainen kipu sekä niistä johtuva liikkumattomuus, lihaskato, väsymys tai huimaus. (Hytinen 2009, 53; Pitkälä ym. 2010, 441; Tilvis 2010d, 72.)

Katri Vehviläinen - Julkunen (2012, 5) tarkasteli tutkimuksessaan ikääntyvien akuuttihoitojen yhteyteen liittyviä masennuksia ja toimintakykyisyyttä käyttäen ADL, IADL ja GDS-15 (Geriatrics Depression Scale) mittareita. Ikääntyneiden masennukseen liittyy usein krooninen kipu ja fyysinen sairaus, joka voi lisätä riskiä masennukselle. Masennusoireisiin voi liittyä lääketieteellisiä ongelmia, kuten dementia tai lääkkeiden sivuvaikutukset. Masennuksen todettiin vaikeuttavan ikääntyneiden yleistä terveyttä ja elämänlaatua. Johtopäätöksissä todettiin, että

hoitamattomana masennus vaikuttaa fyysiseen terveyteen ja heikentää muistia. Ammattilaisten on hyvin tärkeää kiinnittää akuuteissa tilanteissa huomiota ikääntyneiden kykyyn selviytyä kotona. (Vehviläinen – Julkunen 2012, 3.)

Katri Lihavainen (2012a-b) tarkasteli väitöskirjatutkimuksessaan pitkäaikaisen kivun yhteyttä palvelutalossa asuvien iäkkäiden liikkumiskyvyn rajoittumiseen ja tasapainon heikkenemiseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös laaja-alaisen geriatrisen arvioinnin merkitystä ja sen perusteella kohdennetun liikkumista tukevan toiminnan vaikutuksia iäkkäiden henkilöiden liikkumiskykyyn. Erikoistunut lääkäri optimoi lääkkeit, sairaanhoidon ja diagnoosin, koulutettu fysioterapeutti antoi liikkumisneuvontaa, valvottua voima- ja tasapaino harjoitteita sekä sairaanhoitaja antoi terveysneuvontaa ja järjesti palveluohjaajan tapaamisen. Mukana olivat lisäksi ravitsemusneuvoja, hammaslääkäri ja silmälääkäri (Lihavainen 2012a, 31, 49.)

Tulosten perusteella lääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin yhteistyönä tehty arviointi ja yksilöllinen liikkumisvalmennus ehkäisivät iäkkäiden koettujen liikkumisvaikeuksien kehittymistä kipujen yhteydessä (Lihavainen 2012a, 48.). Erityisesti keskivaikea ja vaikea kipu veivät iäkkään tasapainon ja kohdennetusta kuntouttavasta toiminnasta hyötyivät erityisesti tuki- ja liikuntaelinten kivuista kärsineet iäkkäät. Erityisen tärkeäksi nostettiin oikea-aikainen tunnistaminen ja puuttuminen niiden iäkkäiden kohdalla, joiden liikkumiskyky uhkaa heikentyä kipujen takia. (Lihavainen 2012a, 54.)

Akuutti sairastuminen ja vuodelepo heikentävät iäkkään ihmisen toimintakykyä nopeasti ja vaikeuttavat paluuta arkeen. Yli 75 -vuotiaiden lihasvoima- ja kestävyys ovat 20 – 50 % nuorempia heikommat. Vuodelepo laskee lihasvoimia jopa 2 % vuorokaudessa ja 5 % viikossa lisää. (Heikkinen 2005, 188; Heiskanen - Haarala 2009, 8; Sipilä ym. 2010, 115.) Painehaavaumien ja laskimotukoksien riski kasvaa jo vuorokaudessa (Hietanen ym. 2002, 188).

Ritva Sakari (2013, 43, 54) tarkasteli väitöskirjassaan 65- 84 -vuotiaan väestön (n=1224) liikkumisvaikeuksia, liikkumiskyvyn heikkenemistä sekä heikkenemistä ennustavia tekijöitä 5 – 16 -vuoden seurannan aikana. Samansisältöiset haastattelut ja suoritustestit toteutettiin myös Glostrupissa, Tanskassa samanikäisille henkilöille

(Sakari 2013, 85). Terveystilanteikijöistä tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet sekä viiden vuoden seurannan aikana sairaalahoidossa vietettyjen päivien lukumäärä (15 päivää tai enemmän) ennustivat liikkumiskyvyn heikkenemistä. Riski oli kaksi-, nelinkertainen verrattuna niihin, joiden laitoshoidossa vietettyjä päiviä oli vähemmän. Aistitoiminnoista näöntarkkuus ja tuki- ja liikuntaelin toiminnoista seisomatasapaino, polvinivelten liikerajoitukset ja lihasvoima olivat yhteydessä liikkumiskyvyn heikkenemiseen. (Sakari 2013, 72.)

Psyykkisiin ja sosiaalisiin toimintoihin liittyvät ikääntymismuutokset eivät ole samalla tavalla riippuvaisia biologisista vanhenemisprosesseista, kuin fyysisen toimintakyvyn muutokset. (Hytinen, 2009, 47 - 52; Pohjolainen ym. 2009a, 18 - 19.) Terveys merkitsee iäkkäälle toimintakykyisyyttä ja moni iäkäs voi kokea terveydentilansa hyväksi, vaikka hänellä olisi useita pitkäaikaissairauksia ja päinvastoin (Tilvis 2010d, 72 - 73). Sairauksien aiheuttamien rajoitteiden ilmaantuessa iäkkäät saattavat korvata rajoitteitaan eri keinoin (Helin 2010, 416, 424). Tässä opinnäytetyössä lähtökohta on, että yksilölliset biologiset vanhenemismuutokset yli 75 -vuotiailla yhdistettynä terveydentilan muutokseen heikentävät ainakin väliaikaisesti iäkkään voimavaroja ja kykyä selviytyä. Vaikka muutokset olisivat vähäiset, voivat pitkäaikaissairaudet pienentää iäkkään reserviä ja terveydentilan muutos voi johtaa ensimmäiseksi fyysiseen toimintakyvyn heikkenemiseen arjessa. (Tilvis, 2010a, 20 - 21.)

1.3 Akuutisti sairaan iäkkään fyysisen toimintakyvyn arviointi ja -menetelmät

Fyysisen ja henkisten kärsimysten lievittäminen ja toimintakykyisyyden turvaaminen ovat vanhusten sairaanhoidon tavoitteita (Tilvis 2010c, 280). ”Iäkäs, jonka toimintakyky heikkenee, tarvitsee arviointia” (Karppi ym. 2008, 20) ja toimintakyvyn arviointi kuuluu gerontologiseen tutkimukseen ja käytäntöön vanhustyössä (Helin 2010, 427; Jyrämä 2010, 276; Karppi ym. 2008, 15). Iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn arvioinnin voivat toteuttaa gerontologiaan perehtyneet sekä iäkkäiden kokemuksia ja elämää kunnioittavat ammattilaiset. Iäkäs ja hänen läheisensä ovat oleellinen osa moniammatillista työryhmää. (Karppi ym. 2008, 16 - 21; Vähäkangas 2009, 145).

Toimintakyvyn arviointia tarvitaan syventämään näkemystä ikääntyvän sairausdiagnooseista ja selviytymisestä arjessa. Arviointi auttaa suojaamaan iäkästä vaaroilta ja turhilta toimenpiteiltä. Arviointimenetelmän valinnassa otetaan huomioon asiayhteys (Pohjolainen ym. 2009b, 51). Fyysisen toimintakyvyn tasosta saatuja tietoja voidaan hyödyntää riskiryhmien tunnistamisessa, ehkäisevien toimenpiteiden suunnittelussa (mm. kaatumiset), seurannassa, tuloksellisuuden ja tukitoimien tarpeellisuuden arvioinnissa. (Laukkanen 2010, 262; Tilvis 2010, 281.)

Iäkkään kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointi tarkoittaa hyvää iäkkään terveydentilaan, sairauksiin ja arjessa selviytymiseen perehtymistä (Karppi ym. 2009, 15; Pitkälä ym. 2010, 443). Toimintakyvyn arviointi vaatii ymmärryksen toimintakyvystä ja sen muutoksista sekä tietoa normaaliin ikääntymiseen liittyvistä muutoksista ja sairauksista. Olennaisen oivaltaminen ja oikean hoidon valinta ovat käytännössä haastavia tehtäviä. (Tilvis 2010c, 280 Tilvis 2010, 72 - 75.) Iäkkään fyysistä toimintakykyä tarkastellaan usein akuutin sairauden yhteydessä sairauskeskeisesti, toimintavajeina, mutta toimintakykykäsite sisältää myös voimavaralähtöisen (jäljellä olevan toimintakyvyn) ja aikaisemman toimintakyvyn tason, jota voidaan arvioida ja tukea (Helin 2010, 432; Laukkanen 2010, 261 - 262; Arvo 2005, 10; Heikkinen 2010, 404).

Kotona selviytymisen, kuntoutustarpeen ja mahdollisen laitoshoitotarpeen selvittämisen helpottamiseksi on kehitetty erilaisia arviointimenetelmiä. Niiden käytöstä päivystysolosuhteissa on vähän tutkittua tietoa. Elinjärjestelmien toiminnan heikentyminen ilmenee toiminnanrajoituksina (*functional limitation*) koko elimistön tasolla, kuten kävelyn tai portaissa liikkumisen vaikeutena. Toiminnallisilla testeillä voidaan mitata toiminnanrajoitusten tasoa, kuten kävelynopeutta ja yhdellä jalalla seisomista. Tuloksia verrataan kriteeriarvoihin, joista voidaan päätellä uhkaavatko muutokset itsenäistä selviytymistä. (Rantanen ja Sakari - Rantala 2010, 286 - 287.)

Tuija Arvon (2005, 26) tutkimuksessa tarkasteltiin toimintakykyä, sen muutosta ja taustatekijöiden vaikutusta päivystysolosuhteissa. Arviointiin käytettiin Barthel -indeksiä. Iäkkäiden itsenäinen siirtyminen Barthel -indeksillä arvioituna oli kotona 92 %, päivystyspoliklinikalle tulovaiheessa 28,3 % ja kotiin lähtiessä 66,5 %. Yli 50 % päivystyspoliklinikalle tulleista tarvitsi vähän apua siirtymisessä ja 2,4 % ei voinut siirtyä. Tutkimuksessa mukana olleista kukaan ei ollut kotona vuodepotilas.

Portaissa kävely oli vaikeutunut 22,4 %:lla ja 46 %:lla kävely portaissa ei onnistunut ollenkaan kotona. Vastaavia arvoja mitattiin wc:ssä asioinneissa, pukeutumisessa, peseytymisessä ja liikkumisessa (50 m). Pyörätuolia käytti kotona 13,9 % ja päivystyksen ympäristössä sen käytön osuus liikkumisessa oli 60,7 %. Merkittäviä toimintakyvyn muutoksia ei mitattu ruokailun, ulosteen-, eikä virtsanpidätyskyvyn kohdalla. (Arvo 2005, 39.) Kotona läheisen kanssa asuvilla oli parempi toimintakyky kuin laitoksessa asuvilla. Huonoon toimintakykyyn olivat yhteydessä alentunut muisti, sekavuus, pelot ja ahdistus. (Arvo 2005, 48.) Tuloksissa todettiin, että mittarin soveltuvuus päivystysolosuhteisiin vaatii kehittelyä. (Arvo 2005, 47 – 49.)

Koska päivystystilanteissa ikääntyvän toimintakyvyn nopea arviointi on tarpeellista, on sitä varten kehitelty erilaisia tarkistuslistoja. Niiden avulla osataan havainnoida olennaisia asioita toimintakyvyn alueista, jotka voivat jäädä joutuisan työtahdin keskellä huomioimatta. Kokemusta on näkökyvyn, kipujen ja lääkkeiden käytön arvioimisesta päivystystilanteissa (Tilvis 2010, 284; Kankkunen 2009, 252). Tarkistuslistasta esimerkkinä on ikääntyvän kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin tukilista, nimeltään tsekkilista. Lista on ollut käytössä Helsingin Haartmannin sairaalan ja SATSHP yhteispäivystyksen toiminnassa (Lukka 2012, 16). Sen avulla voidaan tuottaa arviointia varten tietoa potilaan liikkumiskyvystä, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta. Tietoa voidaan verrata päivystystilanteessa muilla tavoilla saatuun tietoon.

Sairaudet ja toimintakyvyn muutokset saattavat estää iäkkäiden osallistumisen toimintakykytesteihin. Ikääntyvän itsensä kokemat ja kertomat oireet ovat tutkimusten ensisijainen kohde (Tilvis 2010c, 280). Tutkimuksissa on voitu osoittaa, että haastattelu, havainnointi ja tiimityö sekä niiden hyödyntämisen osaaminen tuottavat luotettavaa tietoa iäkkään todellisista kyvyistä tehdä asioita (Laukkanen 2010, 296 - 297, Helin 2010, 427; Pohjolainen 2009, 52). Arviointi sisältää potilaan oman arvion, läheisen arvion ja ammattilaisten arvion. Kokemusta on iäkkään päivittäisten toimintojen suorittamista mittaavien arviointimenetelmien (Activities of Daily Living, ADL ja Instrumental Activities of Daily Living, IADL) käytöstä osasto- ja poliklinikkatoiminnassa (Laukkanen 2010, 294, 298 - 299). Tuloksien tulkinnessa yksittäisen kohdan muutos voi olla yksilötasolla merkittävä (Laukkanen 2010, 297). Saatuja tuloksia verrataan yksikertaisin keinoin toteutettuun vuoteesta ylös nousun ja kävelykyvyn testaamisesta saatuihin tuloksiin. (Rantanen ym. 2010, 289 - 291.)

Covinsky, Palmer, Fortinsky, Counsell, Stewart, Kresevic, Burant ja Landefeld (2003, 451) tutkivat 2293 ≥ 70 -vuotiaista potilasta kahdessa yhdysvaltalaisessa sairaalassa. Toimintakykyä arvioitiin kysymällä potilailta kuinka he olivat pärjänneet ennen sairaalan tuloa ja sieltä kotiutuessa. Tutkijat totesivat, että 35 %:lla potilaista oli päivittäinen toimintakyky huonontunut päivystyksestä kotiutuessa. 50 %:lla yli 85 vuotiaista potilasta ADL toiminnot olivat heikentyneet kotiutusvaiheessa ja toimintakyvyn palautumin oli heikompaa kuin nuoremmilla. Sairaalahoidon haitallisiin seurauksiin vanhuksille arvioitiin olevan riittämätön ravitsemus, liiallinen vuodelepo, polyfarmasia ja unen puute. Lisäksi lääkärit määräsivät vähemmän hoitoja, jotka voisivat ehkäistä vanhusten toimintakyvyn laskua tai palauttaa sen ennalleen. (Covinsky ym. 2003, 453, 455.)

Covinsky ym. (2003, 456 - 457) suosittelevat iäkkään toimintakyvyn arviointia, joka sisältää iäkkään kotikuntoisuuden ja sairaalaan tulovaiheessa tehdyn toimintakyvyn selvityksen. Tutkijoiden mielestä näistä saataisiin hyvä vertailukohta, mikäli iäkkäällä on riski menettää toimintakykyä tai ilmenee tarvetta kuntoutukselle. Tutkijat nostavat esille preventiivisen toimintakykyä tukevan toiminnan merkityksen erityisesti korkeassa iässä olevien kohdalla.

Perinteisen potentiaalisen toimintakyvyn mittaamisen rinnalle on esitetty iäkkään aktuaalisen, käytössä olevan toimintakyvyn arviointia. Tällöin iäkkään toimintakykyä lähestytään toimijuuden näkökulmasta. Se auttaa tarkastelemaan miten ihminen osaa, kykenee, voi, täytyy ja haluaa toimia erilaisissa tilanteissa. Lääketieteelliset selvitykset saattavat todentaa, ettei iäkkään liikkumattomuudelle ja kyvyllä kävellä ole fysiologisia esteitä. Arviointi toimijuuden näkökulmasta osoittaa, että iäkäs osaa kävellä, mutta voimisen näkökulmasta arvioitaessa iäkäs kokee, ettei voi liikkua päivystyksessä. Täytymisen ulottuvuutta arvioitaessa voidaan osoittaa, ettei mikään pakota iäkästä liikkumaan. Haluamisen ulottuvuuden tarkastelussa motivaatiolla ja tavoitteellisuudella on merkitystä. (Jyrkämä 2010, 276 - 277.)

Tiina Turjan (2004, 22, 23) tekemässä seurantatutkimuksessa selvitettiin sisätautisairaalan hoitajien (16) kokemuksia ja näkemyksiä iäkkään kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tutkimustulosten mukaan iäkkään oman arvion lisäksi toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin osittain objektiivisia mittareita (Turja 2004, 29 – 37).

Arviointiprosessi etenee hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittämisen kautta iäkkään tai hänen läheisensä kanssa laadittavaan suunnitelmaan (Karppi ym. 2008, 16). Tämä voi johtaa iäkkään fyysisen toimijuuden vahvistumiseen. Toimijuuden käsite mahdollistaa ikääntyneen ihmisen oman kokemuksen ja vanhenemismuutoksien aiheuttamien toimintakyvyn muutoksien näkökulman sekä päivystysympäristön (tilat, aikataulut, asenteet, työntekijät) näkökulman tarkastelun yhdessä. Arvioinnissa on merkittävää huomioda, että päivystys toimintaympäristönä asettaa erilaisen lähtökohdan iäkkään toimijuudelle, kuin hänen kotinsa tai geriatriseen kuntoutukseen perehtynyt sairaalaosasto. (Tiihonen 2009, 89 - 91; Pitkälä ym. 2010, 440.)

Ghenoun ym. (2006) tutkimustuloksien perusteella iäkkään toimintakyky tuli kartoittaa kotiuttamista ja jatkohoitopaikkaan siirtämistä varten. Fyysisen toimintakyvyn arviointi tapahtui päivittäisten toimintojen yhteydessä, kuten kävelytuokiot vessaan. Päivystyksen tavoite oli auttaa vanhukset liikkeelle, nostaa istumaan ruokailujen ajaksi ja tarjota apuvälineitä niitä tarvitseville. Kuitenkin hoitajat kokivat, ettei muuttaman päivän odottelulla kuntoutuksen aloittamisessa ollut merkitystä vanhuksen toimintakyvylle. (Ghenoun ym. 2006, 45, 47, 52.) Hoitotyön keinoiksi nimettiin motivoiminen, rohkaiseminen ja kehottaminen. Kuntoutus yhdistettiin päivittäiseen hoitotyöhön ja se käsitti avustamista ja tukemista perustoiminnoissa (Ghenoun ym. 2006, 67).

1.4 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen

Toimintakyvyn tukeminen liittyy ikääntyneiden toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään työotteeseen. Suppeassa merkityksessä kuntoutuksen (*rehabilitation*) tavoite rajataan koskemaan sairastuneen toimintojen palauttamista (Long ym. 2002, 71). Siipola (2001) on tehnyt kuntouttavasta hoitotyöstä käsiteanalyysin systemaattisen kirjallisuushaun perusteella. Katsauksen perusteella vanhusten kuntouttava hoitotyö on moniammatillista tiimityötä ja sen onnistuminen näkyy ammattilaisten sitoutumisena yhdessä sovittuihin tavoitteisiin. Kuntouttava malli hoitotyössä tarkoittaa, että potilaan annetaan tehdä mahdollisimman paljon itse, mutta häntä tuetaan sanallisesti ja autetaan, kun sitä tarvitaan. (Helin 2010, 431; Vähäkangas 2009, 153.)

Ghenoun ym. (2006) tutkimuksessa kuntouttava hoitotyö kuvattiin päivystyspoliklinikalla potilaan jatkuvana ja tavoitteellista toimintakykyä ylläpitävänä tai parantavana toimintana sekä fyysisellä, psyykkisellä että sosiaalisella osa-alueella. Sen koettiin vaativan potilaan omaa aktiivisuutta, voimavaroja ja pitkäjänteisyyttä. Voimavaroja tuettiin, omatoimisuuteen kannustettiin ja liikkumista aktivoitiin vähitellen apuvälineiden ja hoitajan tuella. Tavoitteena oli nopea kotiuttaminen. (Ghenoun ym. 2006, 34 – 36, 39.) Turjan (2004) tekemässä tutkimuksessa koettiin myös kiireellä olevan vaikutusta kuntoutumista edistävän työotteen käyttämiseen. (Turja 2004, 44).

Andrew F. Long ym. (2002, 73 - 75) tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajan rooli kuntoutumista edistävässä hoitotyössä on luoda tukea antava ja kannustava ympäristö kuntoutumiselle. Hoitaja on arvioiva, koordinoiva, kommunikoiva, tekninen, henkinen ja fyysinen tuen antaja ja perheen yhdistäjä. (Long ym. 2002, 76).

Kuntoutumista edistävä työ voi olla käsillä tehtävää tai ajattelutapa. Tavoitteena on ikääntyneen elämänlaadun parantaminen edistämällä hänen terveyttään, toimintakykyään ja vastuunottoaan. Ominaista on terveyden ja voimavarojen löytäminen sairaudesta. Keinoja ovat potilaan turvallisuuden tunteen lisääminen, motivointi, rohkaistaminen, tukeminen, valinnanvapaus ja tieto (Vähäkangas 2009, 153). Nämä auttavat äkillisen toimintakyvyn muutoksen yhteydessä iästä selviytymisen ja sopeutumisen alkuun. Vastavuoroiseen kohtaamiseen tarvittava aika jäsentyy asetettujen tavoitteiden ja läsnäolon kautta (Helin 2010, 452; Tilvis ja Pohjolainen 2010, 532). Näiden mahdollistuminen edellyttää potilaan kanssa kommunikoimista ja ympäristön järjestämistä selviytymistä tukevaksi. (Siipola 2001, STM 2013, 63 - 64; Vähäkangas 2009, 154 - 155.)

Tiina Hassisen (2003, 6, 67) perusterveydenhuollossa tehty tutkimus tuotti tietoa iäkkään potilaan voimavaraisuudesta ja voimistamisesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Hoitajien näkemykset olivat enimmäkseen myönteisiä. Vastaajista 93 – 99 % koki, että iäkkään potilaan fyysisen terveyden ja tasapainon säilyttämiseen kuuluu auttaa potilaita liikkumisessa ja asennonvaihdossa. Samoin kipujen lievitys ja muutosten kirjaaminen kuuluivat fyysisen toimintakyvyn tukemiseen. 89 % koki, että heidän kuuluu huolehtia potilaiden apuvälineiden toimivuudesta ja neuvonnasta. 89 % koki, että iäkkään ihmisen yksilölliseen huomioimiseen kuuluu mahdollisuus to-

teuttaa itseään. Mutta vain 60 % koki suunnittelevansa potilaan kanssa jatkohoidon järjestämistä. Yksilöllisen hoitosuunnitelman ei todettu olevan yhteydessä iäkkään voimavaroja vahvistavien auttamismenetelmien käyttöön. Liikkumaan auttamisen ja myönteisen asenteen välillä todettiin tilastollista merkitsevyyttä. Moniammatillisiin kokouksiin osallistumisen todettiin vahvistavan auttamismenetelmien käyttöä kaikilla osa-alueilla. Hoitajat, jotka kokivat mahdollisuuden kehittyä työssään heikoksi, käyttivät muita vähemmän auttamismenetelmiä. (Hassinen 2003, 67 – 74, 84, 89.)

Lupaavaa näyttöä on saatu romahdusmaisesti alkaneen toimintakyvyn laskun ja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kohdalla akuuttivaiheessa annetusta neuvonta- ja ohjaukseen, asentohoidosta, istuma-, seisoma- ja kävelyharjoitteista sekä muistisairaiden liikunnasta, joka parantaa toimintakykyä ja lievittää käytösoireita. (Sulkava 2009, 317; Tilvis ym. 2009, 530, 531.) Iäkkään fyysistä toimintakykyä arvioimalla ja tukemalla voidaan parantaa akuutin sairauden yhteydessä iäkkään hapenottokykyä, nivelliikkuvuutta ja edistää sairauksista toipumista. (Rantanen 2009, 324.)

Ghenoun ym. (2006) päivystystutkimuksessa kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä ja estäviä tekijöitä tarkasteltiin neljästä näkökulmasta; hoitaja, potilas, ympäristö ja päivystyspoliklinikan toiminta. Kuntouttavaa hoitotyötä edistäviksi tekijöiksi nimettiin samoja tekijöitä kuin Routasalon ja Arven (2002, 63) aikaisemmassa toimintatutkimuksessa. Näitä olivat hoitajan myönteinen asennoituminen, tavoitteiden asettaminen ja motivointi. Oman työn kehittämisen tarpeen, vastuuhoitajamallin ja perustarpeiden tyydyttämisen koettiin edistävän liikkeelle lähtöä. (Ghenoun ym. 2006, 40; Routasalo ym. 2002, 42, 64.) Toisaalta kiireen vuoksi ei aina ehditty auttamaan ja potilaat lähtivät itse liikkeelle. Potilaan kuntoutumista estäviksi tekijöiksi nimettiin mm. halu olla potilaan roolissa, riittämätön kivun hoito sekä toimintaympäristön sopimattomuus (rauhattomuus, tilaratkaisut) kuntouttavalle toiminnalle. (Ghenoun ym. 2006, 37, 42 – 43, 45 – 46.) Routasalon ym. (2002) toimintatutkimuksessa hoitajat oppivat tarkastelemaan omaa työtään kriittisesti, iäkkäiden kuntoutusprosessissa asetettiin tavoitteita, motivoitiin heitä ja kirjaamisessa huomioitiin alkutilannetta paremmin toimintakyvyn näkökulma. Koulutustaustalla ei ollut merkitystä asenteisiin. (Routasalo ym. 2002, 42, 64.)

Tässä opinnäytetyössä lähestymistapa korostaa iäkkään toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen yhteydessä iäkkään toimijuuden hyödyntämistä päivystyksen olosuhteissa. Tarkastelu on moniammatillinen ja koskee yhteispäivystyksen lääkäreiden, hoitajien, lääkintävahtimestarien, fysioterapeuttien ja laitoshuoltajien yhteistoimintaa iäkkään fyysisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen osa-alueella. Toiseksi tarkastelun lähtökohdassa huomioidaan, että pelkästään erilaisten toimintakyvyn arviointimenetelmien käyttö ei ohjaa ammattilaisia kuntoutumista edistävään ja toimintakykyä ylläpitävään toimintaan (Helin 2010, 432).

1.5 Fysioterapeutti ja akuutisti sairaan iäkkään toimintakykyä tukeva yhteistyö

Fysioterapian perustana on fysioterapiatiede, jonka kiinnostuksen kohteena on ihmisen toimintakyky ja liikkuminen sekä erityisesti toiminnan heikkeneminen ja häiriö. Fysioterapiassa sovelletaan monen muun tieteenalan tutkimusta ja tietoa. (Arkela – Kautiainen, Ylinen ja Aro - Koski 2009, 396 - 404.) Fysioterapeutti (*physiotherapist, physical therapist, physio*) on liikkumisen ja toimintakyvyn sekä kuntoutumista edistävän toiminnan tuntemisen laillistettu ammattihenkilö (Arkela – Kautiainen ym. 2009, 394). Koska kuntoutus on yleensä suunnitelmallista, monialaista ja usein pitkäjännitteistä toimintaa, on fysioterapeuttien tavoite auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Lähtötavoite on toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen edistäminen. Fysioterapeutti toimii yhteistyössä muiden iäkkään hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien kanssa moniammatillisessa yhteistyössä. (Arkela – Kautiainen ym. 2009, 394; Partanen 2013.)

Fysioterapeuttia tarvitaan, jos iäkkään ongelmat liittyvät esimerkiksi toistuviin kaatumisiin, tasapainovaikeuksiin, sängystä liikkeelle lähdön vaikeutumiseen ja sivuun vetäytymiseen, jopa haluttomuutena nousta vuoteesta. Fysioterapeutti voi arvioinnin perusteella tukea iäkstä ja antaa neuvoja myös hoitohenkilökunnalle. Yhdessä he voivat laatia liikuntasuunnitelman, joka sairaalassa sisältää normaaliin päivittäisten toimien yhteydessä tapahtuvan liikunnan ja lihasvoimien säilyttämisen. Liikuntasuunnitelma tarkoittaa sängystä ylösnousemisen, apuvälineiden käytön ja ympäristön tuoman merkityksen arvioimisen ja iäkkään tarvitseman yksilöllisen ohjauksen tietoista määrittelyä. (Karppi ym. 2008, 22.)

Isoherrasen (2012, 107) tutkimustulosten perusteella ”fysioterapeuttien osaaminen ja rooli koetaan keskeiseksi sairaaloissa, joiden tavoitteena on kotiuttaa potilas tehokkaasti ja mahdollisimman toimintakykyisenä”. Fysioterapeutit ovat yleensä valmiita jakamaan asiantuntijuusosaamistaan yli roolirajojen ja toimimaan aktiivisina moniammatillisen tiimin tiedon ja osaamisen jakajina. Tulosten mukaan palautteen ja ohjauksen antaminen toiselle ammattilaiselle, esimerkiksi potilaan liikkumiseen liittyvistä vääristä toimintatavoista, oli vaikeaa. Fysioterapeutit korostivat moniammatillisen yhteistyön merkitystä sairaalan kuntouttavassa työotteesta. He halusivat toimia tiiviisti tiimiin kuuluvina kuntoutuksen asiantuntijajäseninä. Fysioterapeuttien työtilojen sijainnin läheisyys paransi yhteistyön mahdollisuuksia ja vastuujaakoja. Turjan (2004) tutkimuksessa hoitajien ja fysioterapeuttien yhteistyö oli lisääntynyt tutkimuksen aikana, kuntoutumista edistävät toimintalinjat olivat yhtenäistyneet ja fysioterapeuttien toimenkuva oli tullut tutummaksi. Fysioterapeuteilta toivottiin enemmän yhteistyötä potilaan päivittäisten toimintojen suorittamisen yhteydessä. (Turja 2004, 38, 42, 43).

Ghenoun ym. (2006) tutkimuksessa fysioterapeutin kanssa tehtävä työ oli alussa vähäinen, vastaajat kokivat muualta tulevan palvelun käyttämisen vaikeaksi ja aikaa vieväksi (Ghenoun ym. 2006, 44). Fysioterapiatoiminta nähtiin hoitajien mukaan fysioterapeutin antamana erikoishoitona, joka tapahtuu eri yksikössä. Käsitykset olivat Longin ym. (2002) esittämien tuloksien kanssa samansuuntaisia. Päivystyksessä sovittiin, että potilaiden toimintakykyä ylläpidetään, edistetään ja arvioidaan päivittäin joka työvuorossa. Toimintakyky kirjattiin tarkkailulomakkeeseen (Ghenoun 2006, 50.)

Routasalon ym. (2002) toimintatutkimuksen merkittävien interventioiden muuttuminen pysyväksi toimintakäytännöksi vaati ylläpitävää voimaa, joka toi tietoa uusista käytännöistä ja toimi rohkaisevana esimerkkinä vision pohjalta. Selkeä kehys auttoi ohjaamaan kehittämisajatusta. Fysioterapeutin osallistuminen kehittämiskeskusteluihin koettiin tärkeäksi yhteistyön lisäämisessä ja moniammatillisen käytännön toteuttamisessa. Hoitajien tietoisuus kuntouttavasta työotteesta laajeni toimintatutkimuksen aikana ja hoitajien toiminta muuttui aikaisempaa aktiivisemmaksi. (Routasalo ym. 2002, 65, 66.)

Tässä opinnäytetyössä lähestytään fysioterapeutin toimintaa gerontologisen ja moniammatillisen erityisalueen kautta. Päivystyksessä akuutisti sairastunut iäkäs voi olla hyvin heikossa kunnossa, vuodelevossa, muiden avun tai ohjauksen tarpeessa. Lähtökohta on että, kuntoutumisen tavoitteet ovat sidoksissa toimintaympäristöön (Vähäkangas 2009, 145), mutta kuntoutumista edistävä työote ei ole sidoksissa toimintaympäristöön, vaan periaatteisiin ja käsitykseen ikääntymisestä (Vähäkangas 2009, 153). Toinen tarkastelua tukeva lähtökohta on, että akuutisti sairaan iäkkään kuntoutus on erilaisten toimenpiteiden kokonaisuus ja saattaa koostua esimerkiksi ohjauskeskusteluista, oireita helpottavasta hoidosta, apuvälinepalveluista tai jatkohoidon suunnittelusta (Arkela - Kautiainen ym. 2009, 395).

2 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

2.1 Moniammatillisen yhteistyön määrittelyä

Eri terveydenhuollon yksiköissä monet ammattilaiset toimivat erilaisessa yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Yhteistyössä korostuu yhä useammin monitieteisyys ja yksittäisen osaajan asiantuntijuus, vuorovaikutustaidot sekä ihmisen kokonaisvaltaisen terveydenhoidon ymmärrys. (Helin 2010, 416 - 419; Peltonen 2009, 45; Petri 2010.) Monitieteisestä toiminnasta esiintyy kirjallisuudessa erilaisia näkemyksiä. Niiden yhteydessä käytetään käsitteitä tiimityö, ryhmätyö, jaettu asiantuntijuus, rinnakkain työskentely, työparityöskentely ja verkostotyö. (Isoherranen ym. 2008, 9, 33 - 35, 37, 45; Helin, 2010, 427, 453.)

Työparityössä toimii kaksi asiantuntijaa, jotka ovat saman tai eri tieteenalan asiantuntijoita. Työtavassa korostuu kiinteä ja jatkuva yhteistyö sekä läheinen vuorovaikutus. Työpari, kuten lääkäri ja sairaanhoitaja vastaavat tietyn toimipisteen potilasvastaanotosta tai väestön osasta. Heillä on selkeä rooli, nimetyt tehtävät ja vastuualueet. (Peltonen 2009.) Työparityöskentely mahdollistaa potilaiden hoitoon liittyvien tietojen ja tavoitteiden jakamisen sekä tiedon prosessointiin vaikuttamisen. Lisäksi se mahdollistaa laajemman näkökulman ja ongelmanratkaisukeinojen reaaliaikaisen

käyttämisen. Työtapaa käytetään tehtäväkeskeisten tavoitteiden laadukkaaseen saavuttamiseen. (Seinä ja Helander 2007, 27.) Työparit voivat työskennellä tiimissä.

Xyrichis ym. (2008, 235) määrittelevät tiimityön (*teamwork*) dynaamiseksi prosessiksi, jossa toimii kaksi tai useampi terveydenhuollon ammattilainen. Tiimityön päätöksenteossa korostuu ammatillinen vastuu ja yhteisvastuu. Päätös tapahtuu kaikkien arvot huomioiden (potilas, asiantuntijat ja organisaatio). Työ toteutetaan työelämätaidoilla yhteisymmärryksessä ja tiimin jäsenten erilaisuutta hyödyntäen. Viestintä on avointa ja kunnioittavaa. Ammatillaiset kohdistavat tietotaitonsa ja osaamisensa yhteisen tavoitteen toteuttamiseen, suunnitteluun ja arviointiin. (Sanerma 2009, 101; Peltonen 2009, 41 - 42). Tavoite asettaa tiimissä yhteiset rajat ja se sisältää yhteistyöhön sitoutumisen ja pelisääntöjen noudattamisen (Heikkilä 2002, 22; Peltonen 2009, 41 - 42). Tiimi on määritelty tavaksi organisoida moniammatillista työskentelyä (Isoherranen ym. 2008, 35, 36; Peltonen, 2009, 51).

Monitieteisessä ja moniammatillisessa yhteistyössä (*multidisciplinary, interdisciplinary, multiprofessional, interprofessional, multiagency*) ammattiryhmät pyrkivät jakamaan osaamisensa. Multi- käsite kuvaa erilaisten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työskentelyä yhdessä, ilman, että he sulautuvat yhteen. Jokaisella on oma rooli, erilainen kulttuuritausta, tietoperusta ja mahdollinen työnantaja. Inter- ja trans-käsitteet korostavat ihmisten välistä tiedonvaihtoa, monitieteisyyttä ja ammatillista yhteistyötä. Disciplinary- käsite tarkoittaa tietoperustaa ja taitoja, jotka liitetään tiettyyn ammattirooliin. Agency- käsite tuo ammattirooliin vastuullista toimintaa eri palvelujärjestelmien alueella. (Colin ym. 2012b, 31 - 33; Isoherranen 2005, 14 - 15; Isoherranen ym. 2008, 33.)

Interdisciplinary teamwork kuvaa ammattilaisten tekemää yhteistyötä, jossa yhteisöllisesti madalletaan ammattilaisten välisiä raja-aitoja joustavasti ja jaetaan vastuuta ammattilaisten rajojen yli. (Colin ym. 2012, 31 - 33; Isoherranen 2005, 14 - 15.) Tällaisesta yhteistyöstä alettiin käyttää 1990 - luvulla käsitettä moniammatillinen yhteistyö. (Isoherranen ym. 2008, 9, 33 - 35, 37, 45; Helin, 2010, 427, 453; Petri 2010.)

2.2 Moniammatillisen yhteistyön edellytykset ja soveltuvuus päivystyksessä

Geriariseen moniammatilliseen arviointiin osallistuvat yleensä gerontologiaan perehtyneet lääketieteen, hoitotieteen, sosiaalityönteiden ja fysiatrian asiantuntijat. Yksikön toiminta voi olla lääkäri – hoitaja työparityöskentelyä tai laajemman tiimin työpanos, johon kuuluvat farmaseutti, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja ja/tai fysioterapeutti. Toiminta voi toteutua konsultaatioiden perusteella. (Hartikainen ja Lönnroos 2008, 22, 28; Helin 2010, 427). Toiminta rakentuu asiakaslähtöisyyteen, tiedon ja eri näkökulmien prosessointiin, yhteiseen tavoitteeseen, roolirajojen muutokseen ja verkoston huomioimiseen. Tämän kautta käytössä on laaja tietopohja (Isoherranen 2008, 23). Tavoite on terveyden ylläpitämiseen tai palauttamiseen sekä sairauksien ehkäisemiseen tai hoitoon kohdistuva arviointi. Toiminta vaikuttaa iäkkään hoitotulokseen, kuntoutussuunnitelmaan, jatkohoitoon ja elämänlaatuun arjessa. (Hartikainen ym. 2008, 22; Isoherranen ym. 2008, 13, 19, 25.)

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa (FINLEX 2010, 50§). Iäkkäällä akuutisti sairaalla päivystyspotilaalla on usein toisiinsa liittyviä ongelmia (Pitkälä ym. 2010, 442). Ne voivat rajoittaa hänen fyysistä toimintakykyään. Moniammatillinen yhteistyö voi huolellisella arvioinnilla ja yksittäisillä toimenpiteillä parantaa akuutisti sairaan iäkkään tilaa ja kohdentaa kotiuttamisen oikein. (Hartikainen ym. 2008, 28 - 29; Rantanen 2008, 338 - 339.)

Ghenoun ym. (2006) tutkimuksessa moniammatillisen päivystystiimin tehtäväksi nimettiin iäkkään toimintakyvyn alkukartoituksen ja jatkohoitopaikan arviointi ja selvitystyö. Oma asenne, käyttäytyminen ja fysioterapeutin hyödyntäminen koettiin tärkeiksi. Potilaiden asioiden selvittämiseen toivottiin aikaa ja työjaon selventämistä pidettiin tärkeänä (Ghenoun 2006, 56, 67.)

Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen päivystyksessä edellyttää työelämätaitoja, joita ovat luottamus, samanlainen työmoraali, kommunikointi ja yhteinen kieli (Isoherranen ym. 2008, 190). Jatkuvan kehityksen ja tuloksekkaan toiminnan edellytyksiin voidaan liittää johtamiskulttuuri, resurssit, yhteistyötä ohjaava koulutus, yhteistyön suunnitteleminen sekä toteutumisen mahdollistavat johtajat (Isoherranen ym.

2008, 152 - 159, 173 – 186; Turja 2004, 48, 55). Samoja merkityksiä löydettiin Elo-rannan ja Kuuselan (2011) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin Suomen hoitotieteen laitoksissa vuosina 2000 – 2010 tehtyjä opinnäytetöitä 63 kappaletta. Ghenoun ym. (2006, 68) tutkimuksessa perusedellytyksiin liitettiin näiden lisäksi henkilökunnan kiinnostus kehittää geriatria kuntouttavaa hoitotyötä.

Elorannan ym. (2007) tutkimuskatsaus kertoo, että yhteistyöprosessissa keskeistä olivat yhteinen päämäärä, jonka saavuttamista edisti suunnitteleminen ja avoin näkemysten vaihto. Prosessissa korostui toisen työn tunteminen, vuorovaikutustaidot ja työnjaon määrittäminen. Isoherrasen (2012, 101, 107, 115, 122) tutkimuksen mukaan keskeisiksi haasteiksi moniammatillisessa yhteistyössä osoittautuivat sovitusti joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Onnistunut yhteistyö paransi kokonaisnäkemyistä ja tietoisuutta asiakkaan elämästä. Tutkimuksien perusteella parhaat hoitotulokset saavutetaan monien ammattilaisten kokonaisvaltaisen arvioinnin avulla (Helin, 2010, 427; Peltonen 2009, 45).

Vaikka moniammatillisen yhteistyön käsitettä on analysoitu kirjallisuudessa jo jossain määrin, tarkasteltiin sitä tätä opinnäytetyötä varten Rodgersin kehittämän käsitteanalyysin avulla (Suhonen, Vaartio - Rajalin, Lonkila ja Leino - Kilpi 2010, 11, 26 - 28). Moniammatilliselle yhteistyön käsitteelle päivystyksessä voitiin nimetä samoja ominaispiirteitä kuin muualla tapahtuvalle yhteistyön käsitteelle. Analyysin perusteella varmistettiin, että oikeilla käsitteillä opinnäytetyön tekijä, tutkimuskohde ja tuloksia käyttävä taho ymmärtävät tutkimuksen näkökulman samalla tavalla. Analyysi erotti käsitteen vastaavista käsitteistä ja nosti esille sen olennaiset piirteet. Analyysin perusteella oli mahdollista käyttää moniammatillisen yhteistyön käsitettä tässä opinnäytetyössä ja yhteispäivystyksen toimintaympäristössä.

2.3 Eettiset valinnat iäkkään moniammatillisessa arvioinnissa ja tukemisessa

Laadukkaiden ja vaikuttavien vanhuspalveluiden toimintafilosofiaa ohjaa vahva gerontologinen näkemys, jossa keskeisenä arvolähtökohtana on ihmisarvo, ikääntyvän näkeminen toimijana, omaa elämäänsä ja ikääntymistään rakentavana yhteiskunnan

jäsenenä (Sarvimäki 2009, 28, 31). Siinä palvelujärjestelmien ja prosessien on tuettava huonokuntoistenkin ikääntyneiden toimintakykyä ja elämänlaatua. ”Parhaimmillaan moniammatillinen yhteistyö turvaa tarvittavan asiantuntemuksen sekä hyvät palvelut, mutta sen vaarana on pirstaleinen ja monen työntekijän huonosti koordinoitu hoito” (ETENE 2008, 4). Riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan lisäksi tarvitaan osaavia johtajia. (STM 2013, 33, 78.)

Toimintakyvyn arviointia ja tukemista voidaan tarkastella toimijuuden käsitteen kautta prosessina. Silloin ikääntyvä ihminen nähdään aktiivisena toimijana, joka tuo tilanteeseen omaa osaamistaan, haluamistaan, kykenemistään, täytymistään, voimistaan ja tuntemistaan (Jyrkämä 2007, 206 - 208). Toiminta tapahtuu tietyssä ajassa ja paikassa. Moniammatillisen prosessin avulla voidaan luoda ikääntyvälle mahdollisuuksia toimintakyvyn ja toimijuuden ylläpitämiselle. Elämäkulun myötä jokaisen ikääntyvän tuen tarve on erilaista, mikä korostaa yksilöllisesti rakennettujen tukitoimien merkitystä. (ETENE 2008, 14; Koivula 2009, 34; STM 2013, 71, 74, 75.) Vanhuuden haavoittuvuus kehon, mielen ja ihmissuhteiden tasolla haastaa arviointitilanteessa toimimaan siten, että iäkäs ihminen huomioidaan. (ETENE 2008, 3, 17; Pohjolainen ym. 2009, 22, Pitkälä ym. 2010, 439, 440; Sarvimäki ym. 2004.)

Ihminen on sitä alttiimpi ympäristöstä tuleville valinnoille, mitä enemmän hänen toimintakykynsä heikkenee. Toimintakykyyn tai sen vajauksiin liitetään yksilö, hänen elämäntapansa, sosiaaliset suhteensa ja ympäristö. Ympäristötekijät muodostuvat siinä fyysisestä, sosiaalisesta ja asenneympäristöstä (Sarvimäki 2009, 39; Sarvimäki, Simonen ja Parviainen 2004; STM 2013, 19). Nämä tekijät voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti ihmisen kykyyn toimia erilaisissa konteksteissa. Esteetön, turvallinen ja toimintakykyisyyttä tukeva toimintaympäristö edistää yksilön selviytymistä (STM 2013, 19). Toimintakyvyn määrittäminen pelkästään sairaalaolosuhteissa voi antaa väärän kuvan yksilön selviytymisestä arjessa (Pitkälä ym. 2010, 440). Ikääntyvän voimavarojen heiketessä toimintakykyä voidaan tukea muuttamalla tavoitteita, lisäämällä ohjausta ja tukea, parantamalla fyysistä ympäristöä, kuntouttamalla iäkästä ja toimimalla eettisesti arvokkaalla tavalla (Sarvimäki 2009, 29; STM 2013, 20, 23, 24, 27 – 35, 50, 51, 54).

Suomalaisten asiantuntijoiden mielestä oikea-aikaisen kuntoutustarpeen arvioinnin, kuntoutuspalvelun sekä nopean mobilisaation merkitys kasvavat siirtymävaiheessa, kuten ennen ikääntyvän sairaalasta kotiutumista (STM 2013, 33). Lyhyellä ajalla tuleviin muutoksiin pitää suhtautua vakavasti ja selvityksiin ryhtyä nopeasti. Asianmukainen hoito kuuluu iäkkäille äkillisissä sairaustilanteissa ja tätä voi edistää geriatrisen osaamisen lisääminen päivystyksissä. Ennakoivan avun tarvetta ja toimintakyvyn arviointia tulee painottaa. (Jartti ym. 2011, 969; Kivelä 2006; Pitkälä ja Tilvis 2012; STM 2008; Valvanne ja Vierula 2012.) Vantaan geriatrisen akuuttiyksikön motto on ”heti jalkeille ja nopeasti kotiin” (Sajama 2011, 23).

3 TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ YHTEISPÄIVYSTYS

3.1 Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystys

Satakunnan sairaanhoitopiirin (SATSHP) ensihoidon ja päivystyksen toimialue vastaa kiireellisestä päivystyshoidosta. Tämä tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. (STM 2010b, 20; FINLEX 2010, 50§.) Vuonna 2011 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten hallinnot yhdistyivät ja vuoden 2013 alusta kuntien järjestämisvastuulla olevat ensihoitopalvelu ja sairaankuljetus siirtyivät sairaanhoitopiirien tehtäväksi. (STM 2010b, 46, 66 - 67; FINLEX 2013, 1 § - 3 §). Tässä opin- näytetyössä tästä toimintakokonaisuudesta käytetään käsitettä yhteispäivystys.

SATSHP: n yhteispäivystyksen henkilökuntaan kuuluuvat toimialueen ylihoitaja, neljä osastonhoitajaa, 83 sairaanhoitajaa, 8 perushoitajaa ja 5 lääkintävahtimestaria. Lääketieteen vakansseissa toimivat toimialuejohtaja, ylilääkäri, 6 erikoislääkäreä, kaksi erikoistuvaa lääkäriä ja kaksi yleislääkäreä. Siivoustyönjohtajan alaisuudessa toimii 10 laitoshuoltajaa. Tässä opinnäytetyössä ei tarkastella toimialueen sihteereiden osallistumista yhteistoimintaan. Sijaistyöntekijät huomioiden toistuvassa työsuhteessa on noin 180 työntekijää. Henkilöstön työpanosta kohdennetaan tarpeen mukaan, suurin tarve on iltapäivisin ja iltaisin. (Visuri 2012; Fagerlund 2012.)

Lähes samanlainen tutkimusasetelma on kuvattu Isoherrasen (2012) väitöskirjatutkimuksessa, jossa kartoitettiin niitä moniammatillisen yhteistyön haasteita ja ilmiöitä, joita eri asiantuntijat kohtaavat, kun heidän organisaatiossaan lähdetään kehittämään yhteistyötä (2012, 83). Tutkimusympäristönä toimi akuuttihoitoa antava suuri sairaala, jonka potilaista enemmistö oli vanhuksia. Tutkimus toteutui laadullisena tutkimuksena. (Isoherranen 2012, 6, 81.) Tutkimusaineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluna, joissa haastateltiin lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähi-/ perushoitajia, toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä Tutkimukseen otettiin mukaan johdon edustajina ylihoitajat ja ylilääkärit. (Isoherranen 2012, 84, 85).

SATSHP: n yhteispäivystyksen henkilökunta toteuttaa iäkkään potilaan arviointia ja hoitoa nopeatempoisessa aikataulussa, useassa työvuorossa ja vaihtelevien taustatietojen pohjalta (Lukka 2012, 12, 32). Läpimenoajanseuranta osoittaa, että tutkimukset ja arviointi toteutuvat keskimäärin tunnissa, mikäli oheistutkimukset on saatu valmiiksi. Jatkohoitopaikkaan siirtymistä odotetaan keskimäärin neljästä tunnista kolmeen päivään (Fagerlund 2012). Päivystysympäristössä iäkkään toimintakyvyn arviointi on laaja-alaisia taitoja vaativaa gerontologista osaamista, vuorovaikutusta ja asianmukaista työnjakoa (Lukka 2012, 32). Toimintaa ja kehittämistyötä ohjaavat sairaanhoitopiirin yhteiset ja toimialueen omat arvot ja tavoitteet. Niissä korostuu päivystyksen tutkimusta ja hoitoa tarvitsevien ihmisten kunnioittaminen. Kunnioittamiseen kuuluu, että asioita tehdään yhdessä eikä iäkkään puolesta. (Sarvimäki 2009, 35).

3.2 KASTE - osahanke yhteispäivystyksessä

Tämän opinnäytetyön yhteispäivystyksen henkilökunnan osaamisen ja tiedon viitekehyksenä pidettiin KASTE -osahankkeen tuotoksia. Hanke alkoi gerontologisen tiedon kehittäjänä yhteispäivystyksessä vuonna 2010 ja päättyi 31.8.2012. Hanke käsitti Toimintakykyisenä ikääntyminen - vanhuspalveluiden palvelurakenteiden ja toimintamallien kehittämisen Länsi – Suomessa (Lukka 2012, 3). Hankkeen tavoite oli gerontologisen tiedon ja osaamisen sekä hyvien käytäntöjen lisääminen henkilökunnan eri ammattiryhmissä. Kokonaistavoite oli rajapintakäytäntöjen kehittäminen ja iäkkään potilaan kotiutuminen tai jatkohoitoon siirtyminen onnistuneesti.

Rajapinnoilla tarkoitettiin iäkkään potilaan hoitoon osallistuvan yhteispäivystyksen ja muiden hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyötä. (Lukka 2012, 7, 8.) Toiminnan kehittämisen taustalla oli lisääntyvä tarve iäkkäiden akuutille palvelulle ja osaamiselle ikääntyvien määrän lisääntyessä sairaanhoitopiirin alueella. (Lukka 2012, 16.)

Hankkeen aikana luotiin toimintatapoja, joilla yhdenmukaistettiin ja selkeytettiin iäkkään toimintakyvyn arviointia yhteispäivystyksen toimialueella. Iäkkään potilaan saapuessa yhteispäivystykseen tiimeissä selvittiin hänen kokonaistilanteensa. KASTE -hankkeen aikana luotiin tiimeihin arviointihoitajamalli (Lukka 2012, 13, 20). Arviointihoitajat nähtiin toimintakulttuurin muutostyössä samalla, kun heidän kauttaan suunniteltiin ja koordinoitiin iäkkään hoitoa varhaisessa vaiheessa päivystyksen iäkkään potilaan hoitopolun mukaisesti (Lukka 2011, 14 – 17).

Kokemuksia jaettiin Helsingin Haartmannin sairaalan päivystyksen kanssa ja käyttöön otettiin toimintakyvyn ”tsekkilista” (Lukka 2012, 16). Lista sisälsi potilaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnissa huomioitavia asioita, kuten iäkkään potilaan liikkuminen, tasapaino, aikaisempi toimintakyky, neste- ja ravitsemustila sekä lääkehoito. Listaan lisättiin muistamattomuuden, sekavuuden ja päihteiden käytön arvioinnin selvittämiseen tarvittavat avainasiat. (Lukka 2012, 16).

Moniammatillisen toimintatavan merkitys iäkkään hoidon tarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa vahvistui (Lukka 2012, 13, 14). Sairaanhoitopiirin geriatri, osastofarmaseutti ja fysioterapeutti osallistuivat päivystysosaston potilaiden toimintakyvyn arviointiin ja kotiutuksen turvaamiseen henkilökunnan rinnalla. Geriatrisen päivystyspotilaan hyvä arviointi, kotiuttamiskäytäntöjen kehittäminen ja kouluttautuminen ovat jatkuneet hankkeen jälkeen päivystyksen alueella. (Yhteispäivystys 2012, 3; Lukka 2012, sivu 21.)

3.3 Fysioterapeutti yhteispäivystyksessä

KASTE -osahankkeen suunnitelmassa (Lukka 2011, 7) arvioitiin, että kattava lähtötilanteen kartoitus edistäisi ja loisi sujuvuutta potilaan jatkohoidon suunnitteluun ja kotiutukseen. Hanketyötä vahvistettiin ottamalla mukaan fysioterapeutti.

Fysioterapeuttikokeilun (27.2. - 25.5.2012) tarkoituksena oli vahvistaa varhaista toimintakykyä tukevaa työtettä, fyysisen toimintakyvyn arviointia ja tukemista. Ammattilaisten tietotaitoa lisättiin ja uudenlainen hoitokulttuuri nostettiin esille päiväystypotilaan hoitoketjun eri vaiheissa. (Lukka ym. 2012, 4.) Toimintatapaa rakennettiin Helsingin Haartmannin sairaalan fysioterapeutin toimintaan vertaamalla. (Lukka ym. 2012, 3; Reissell ym. 2011, 127.) Työn toteuttamista varten yhteispäivystykseen hankittiin apuvälineinä siirtoapuvälineitä, kuulon apuvälineitä, iäkkäille sopiva kuntoutustuoli ja rollaattorit (Lukka 2012, 31).

Fysioterapeutin tehtäviksi sovittiin potilaan perusliikuntakyvyn selvittäminen, johon sisältyi asennon vaihdot, sängystä istumaan nousu, istumasta seisomaan nousu ja vuoteesta tuoliin siirtyminen. Muu kartoitus käsitti istuma- ja seisomatasapainon, kävelyssä tarvittavan tasapainon, apuvälineet sekä apuvälineiden käytön. Fysioterapeutti osallistui arkitoimista suoriutumisen arviointiin (pukeminen, riisuminen, peseytyminen, wc käynnit, syöminen) ja niiden suorittamiseen tarvittavaan potilasohjaukseen päivystyksessä. (Lukka ym. 2012, 6.)

Fysioterapeutin toiminnassa korostui itsenäisen työskentelyn rinnalla moniammatillinen yhteistyö. Yhteistyö toteutui päivävuorossa hoitajien, lääkäreiden, läheisten, jatkohoitopaikan tai sosiaalityöntekijän kanssa. Työssä korostuivat toimintakykyä ylläpitävä aktiivisen hoidon suunnittelu, kehittäminen sekä tilannekohtainen koulutus, kuten siirto-opetukset henkilökunnalle. Erikoisosaaminen painottui taustatietojen selvittämiseen, toimintakykytesteihin ja liikuntaohjaukseen. (Lukka ym. 2012, 6 - 8, 12.)

Kaste -osahankkeen kokeilun aikana fysioterapeutti arvioi mm. iäkkäiden potilaiden kaatumisia, selän ja raajojen kiputiloja sekä niihin liittyviä toimintakyvyn muutoksia. Hän neuvoi lonkkasuojaimet, kylmähoidot, asentohoidot ja apuvälineiden käytön. Monissa tilanteissa fysioterapeutti antoi helpottavaa hoitoa sairastuneille. Varhaista toimintakyvyn tukea saivat hemiplegia-, lonkkaproteesi- ja olkapään luksaatiopotilaat. Heidän kohdalla pyörätuoliin siirtyminen, ruokailuasento, mitellahoidon ohjaus sekä käden ja sauvojen käytön opetus kohensivat iäkkään toimintakykyä. (Lukka ym. 2012, 9 - 12.)

Hengitysteiden pitkäaikaissairauksien yhteydessä toimintakykyä tuettiin hengitysharjoitteiden ja pulloon puhallus opetuksen avulla. Fysioterapeutti järjesti sekä varmisti fyysiseen toimintakykyyn liittyvien apuvälineiden lainaamisen sekä jatkohoidon onnistumisen. (Lukka ym. 2012, 9 – 12.) Tehtävään kuului myös kehittää fysioterapeutin konsultaatiokäytäntöä. (Lukka ym. 2012, 4, 6.) Hankkeen tukiryhmän itsearvioinnissa todetaan, että ”Fysioterapeutti päivystyksessä -toiminta muodostui luontevaksi osaksi päivystyksen hoitotilanteita” (Lukka 2012, 28).

3.4 Tulosityitä päivystykseen

Valtakunnallisesti valtaosalla iäkkäistä päivystykseen joutumisen syyt ovat moninaisia (taulukko 1). Monisairailta iäkkäillä oireita ja löydöksiä voi olla paljon, eikä eniten esille tullut löydös välttämättä ole diagnostisin. Lähes mikä tahansa akuutti sairaus voi aiheuttaa iäkkäälle sekavuustilan, huimausta, heikentää muistia tai esim. vaikeuttaa liikkumista. (Heiskanen - Haarala 2009, 6 - 9; Korpinen 2008, 470 - 473; Lindberg 2005, 376- 379; Salonoja 2011, 650 - 658; Tilvis 2010d, 72, 74.)

Taulukko 1. Tulosityitä päivystykseen (koontitaulukko)

trauma	kaatuminen	murtumat	turvattomuuden tunne
hengenahdistus	infektiot	huimaus	aivoverenkiertohäiriöt
yleistilan lasku	väsymys	kivut	lääkehaitat
sekavuustilat	huono syöminen huono juominen	kotona pärjäämättömyys	omaishoitajan väsyminen
geriatriset oireyhtymät	jalkojen kantamattomuus	sydän- ja verisuonisairaudet	sosiaaliset syyt

Tuija Arvon (2005, 33) tekemässä ikääntyneen potilaan toimintakyvyn muutostutkimuksessa 47 %:lla (n=246) tulosyy päivystykseen oli yleistilan lasku ja 15 - 16 %:lla tulosyy oli sydän- tai verenkiertoelimistön sairaus, kivut tai sisätautien diagnoosi. 11 %:lla tulosyy oli kaatuminen tai sen aiheuttamat oireet. Sosiaaliset syyt olivat tulosyynä vain neljällä potilaalla. SATSHP: n yhteispäivystyksessä ei ole luokiteltu päivystykseen tulosyitä (Fagerlund 2012).

Vehviläinen – Julkunen (2012, 6) tekemässä masennustutkimuksessa yleisimmät syyt akuuttihoitoon hakeutumisessa oli tilastoitu sosiaalisten syiden perusteella. 88 %: lla tulosityt akuuttihoitoon olivat somaattiset oireet, 16 %: lla onnettomuus tai vahinko, oman kunnan ensihoidon laitos ei voinut ottaa enempää potilaita tai iäkkäällä oli kotihoiton työntekijän suositus hakeutua akuuttihoitoon. Tutkimuksissa saatiin esille, että 92 %: lla oli masennuksen oireita ja 6 %: lla todettiin lievä masennus. (Vehviläinen – Julkunen 2012, 9.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän työelämälähtöisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa päivystyksen toimialueella toteutettavasta iäkkään liikkumiskyvyn tukemisesta. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen moniammatillisen henkilökunnan näkemyksiä iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn arvioinnista ja tukemisesta. Toisena tarkoituksena on kuvata henkilökunnan käsityksiä fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa ja tukemisessa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaisia käsityksiä yhteispäivystyksen henkilökunnalla on iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta?
2. Minkälaisia käsityksiä yhteispäivystyksen henkilökunnalla on fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn tukemisesta?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen kohde

Tutkimuksen kohdejoukon eli perusjoukon muodostivat Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen henkilökunta. Otos oli harkinnanvarainen, vaikka tulosten toivottiin edustavan yhteispäivystyksen kohdejoukkoa (Vilka 2007, 58). Kävin keskustelemassa ensihoidon ja päivystyksen toimialueylihoitaja Riitta Mikkosen kanssa, jolloin perehdyin henkilökuntarakenteeseen. Otokseen valittiin kaikki iäkkäiden tutkimukseen ja hoitoon osallistuvat työntekijät, jotka olivat töissä tutkimuskyselyn toteuttamisen aikaan. Alustavat tutkimusongelmat huomioiden kyselyä ei suunnattu yhteispäivystyksen sihteereille. Otokseen valikoitui 170 työntekijää noin 180:stä työntekijästä. Heitä olivat toimialuejohtaja, ylilääkäri, erikoislääkärit, erikoistuvat lääkärit, yleislääkärit, toimialueen ylihoitaja, osastonhoitajat, sairaanhoitajat, perushoitajat, lääkintävahtimestarit sekä laitoshuoltajat. Otosaineiston perusteella oli tavoite tehdä päätelmiä kohdejoukosta (Hirsjärvi ym. 2007, 180).

5.2 Tutkimusmenetelmien valinta

Tieteellisen tiedon eräs keskeinen piirre on, että uusi tieto rakentuu aihetta käsittelevän vanhan tiedon perustalle (Metsämuuronen 2009, 33, 115, 220; Vilka 2007, 36). Tässä tutkimuksessa päädyin keräämään uutta tietoa määrälliselle tutkimukselle tyyppillisesti kyselymittaria käyttäen (Vilka 2007, 28). Etsin sopivaa valmista, strukturoitua mittaria kirjallisuus- ja tiedeartikkelikatsauksen avulla. Hakeminen painottui vastaavien tutkimusaihetta käsittelevien aikaisempien tutkimuksien mittarien seulontaan (Arvo 2005; Ghenoun ym. 2006; Hassinen 2003). Harjoittelin tiedonhakua ammattikorkeakoulun informaattikon kanssa. Tämän tutkimuksen ongelmien selvittämiseen soveltuvaa mittaria ei löytynyt, jolloin päädyin laatimaan uuden mittarin.

Määrällinen survey - tutkimus pyrkii kartoittamaan, selittämään, vertailemaan tai kuvailemaan otoksen ilmiöitä (Hirsjärvi ym. 2007, 134; Metsämuuronen 2009, 221, 635; Vilka 2007, 18). Tämän johdosta mittarin laatimisen yhteydessä perehdyin aiheetta koskeviin käsitteisiin, joiden kautta tavoittelin mahdollisimman kuvaavia ja mitattavissa olevia määritelmiä. Määritelmien tavoite oli auttaa rajaamaan tutkittava aihe ja lähestymistapa sekä toisaalta huomioimaan mittarin laatimisessa työelämälähtöinen asetelma. Tavoite oli löytää vastauksia, siihen kuinka usein fysioterapeuttia käytettiin ja kuinka paljon fysioterapeuttitoiminta oli vaikuttanut henkilökunnan toimintatapaan. Samalla haluttiin kuvata millä tavalla fysioterapeutin toiminta yhteispäivystyksessä liittyi muiden ammattilaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön. Tässä vaiheessa ohjaava opettaja tarkasti tutkimussuunnitelman ja anoin tutkimusluvut.

Onnistunut määrällinen tutkimus edellyttää, että käsitteet operationalisoidaan eli pilkotaan arkikielen kuviksi ja strukturoidaan eli jäsennetään kyselylomakkeelle, jolloin jokainen vastaaja hahmottaa mitattavan asian samalla tavalla (Metsämuuronen 2009, 37 – 38, 52; Vehkalahti 2008, 18; Vilka 14, 36). Arkikielen löytämiseksi perehdyin kirjallisuuden lisäksi yhteispäivystyksen toimintaan, ympäristöön sekä KASTE -hankkeen raporttiin. Operationalisoin iäkkään fyysisen toimintakyvyn arviointi ja tukeminen -käsitteet. Niitä kuvaavaan arkikieleen sisällytin päivystyksessä jo tuttuja käsitteitä, kuten kiputilat, iäkkään kaatuilu, sängystä ylösnouseminen, apuvälineet, tsekkilista ja fysioterapeutti.

Yhteispäivystyksessä oli käytetty tiimityön käsitettä ja tämän tutkimuksen lähestymistapa huomioiden halusin tarkastella sitä nyt laajemmin. Käsitettä moniammatillisuus oli vaikea operationalisoida ja sen vuoksi tein siitä käsiteanalyysin. Analyysin perusteella tiimi on määritelty tavaksi organisoida moniammatillista työskentelyä. Analyysin perusteella oli mahdollista käyttää moniammatillisen yhteistyön käsitettä tässä tutkimuksessa ja yhteispäivystyksen toimintaympäristössä.

5.2.1 Mittarin laatiminen

Kyselytutkimusta pidetään hyvänä, kun halutaan kerätä laaja aineisto ja tavoittaa paljon ihmisiä (Hirsjärvi 2007, 190; Vilka 2007, 28). Tämän mahdollistumiseksi valit-

sin määrälliseen tutkimukseen soveltuvan sähköpostikyselyn, kontrolloidun kyselyn sijasta. Riippuen siitä kerätäänkö tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä, arvoista, tiedoista, asenteista vai mielipiteistä, voidaan kysymykset muotoilla monella tavalla (Hirsjärvi ym. 2007, 192 - 193). Sisällytin kyselykaavakkeeseen kolme kysymystä vastaajien taustatiedoista ja muotoilin ne monivalintakysymyksiksi (ikä, virka / toiminimike ja työkokemus). Joidenkin kyselylomakkeen laatimisohjien mukaan nämä kysymykset kannattaa sijoittaa kyselyn loppuun. Sijoitusta perusteellaan luottamusta herättävänä, erityisesti anonymiteetti huomioiden (KvantiMOTV 2010). Taustakysymykset koetaan yleensä myös mittarien helpoimpana osiona, joka johdattaa vastaajat luontevasti seuraaviin kysymyksiin, tästä johtuen liitin ne tässä kyselyssä alkuun. Tavoitteena oli varmistaa, että vastaaja kuului tutkimuksen kohderyhmään sekä toiseksi tavoitteena oli käyttää taustatietoja ryhmittelyyn, jäsentelyyn ja luokiteluun (Vilkkä 2007, 36). Sovelsin aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä luokituksia, joilla olisi mahdollista helpottaa vertailua muiden tutkimuksien tuloksiin (Vehkalahti 2008, 25).

Likert -asteikko on kansainvälisesti tunnettu ja perinteisenä pidetty ominaisuutta tai asennetta mittaava välimatka-, mutta yleisemmin järjestysasteikko (Metsämuuronen 2009, 70, 110; Vilkkä 2007, 46). Valitsin viisiportaisen Likert -asteikon, jossa vastausvaihtoehtoina olivat: täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä, vähän eri mieltä ja täysin eri mieltä. Viidentenä vaihtoehtona käytin en tiedä / en osaa sanoa - vastausvaihtoehtoa, jolloin vastaajat saivat mahdollisuuden valita väittämän, jonka sisällöstä eivät voineet muulla asteikolla vastata. Kyseisellä vaihtoehdolla pyrin myös minimoimaan puuttuvien vastausten määrää. Asteikon soveltuvuudesta tämän tutkimuksen käyttöön sain lisävarmuutta Hassisen (2003, 104) tutkimuskokemuksen perusteella. (Hirsjärvi ym. 2007, 198; Vehkalahti 2008, 35 - 37.)

Kyselylomakkeen osioita voidaan kutsua suljetuiksi tai avoimiksi. Ensimmäisessä annetaan valmiit vaihtoehdot ja toisessa vastaaja voi muotoilla vastauksen vapaamuotoisesti. (Vehkalahti 2008, 24). Laadin tähän tutkimukseen kolme avointa kysymystä, joista ensimmäisen sijoitin mittarin puoliväliin ja kaksi sijoitin kyselyn loppuun. Laajoja avoimia kysymyksiä ei liitetty kyselyyn. Valinnat perustuivat yhteispäivystyksen esimiehen kanssa käytyyn keskusteluun, jonka perusteella huomioitiin yksikön työtahti ja hektisyys, kyselyyn käytettävä vastausaika, työntekijöiden

kiinnostuksen säilyttäminen ja tavoite saada riittävä vastausprosentti muiden yksikössä olevien kehitystoimintojen rinnalla. Avoimilla kysymyksillä haettiin tutkimuksen kannalta tärkeää uutta tietoa, joka muuten voisi jäädä kokonaan havaitsematta (Vehkalahti 2008, 25). Avoimilla kysymyksillä tavoitteeni oli saada tietoa siitä, miten vastaajat itse edistäisivät iäkkään vuoteesta ylös nousua tai muuta varhaista fyysistä toimintakykyä. Tilaa jätettiin myös aihetta koskeville omille ajatuksille.

5.2.2 Kyselyn toteuttaminen

Tutkimusta varten suunnitteilla olevaa kyselylomaketta päätettiin käyttää ensimmäisen kerran jo maaliskuussa 2012 KASTE – hankkeen fysioterapeuttikokeilun alkuvaiheessa. Siinä vaiheessa perusjoukosta ei tehty otantaa, vaan kysely oli tavoite kohdentaa kaikille, kokonaisotannon tapaan (Vilka 2007, 52). Osa vastaajista sai kuitenkin kyselyn ennen fysioterapeuttikokeilun alkamista ja osa fysioterapeutin kanssa tehdyn työn jälkeen. Vastauksissa oli hajontaa ja kokeiluajan vastaukset jätettiin analysoimatta.

Tätä tutkimusta varten kysymykset syötettiin Webropol, kysely- ja tiedonkeruuohjelmalla laadittuun sähköiseen kyselylomakkeeseen. Kysely toteutettiin syyskuussa 2012 sairaanhoitopiirin työntekijöiden työ sähköpostin kautta. Kyselyn toteutumisen nopeuttamiseksi ja vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi, päädyttiin käyttämään ensihoidon ja päivystyksen toimialuesihteerin kyselyn jakelussa. Esittelin tutkimuksen tavoitteet sähköpostin kautta viikkoa ennen kyselyn aloittamista ja näin henkilökunnalle annettiin mahdollisuus tarkennuksiin. Henkilökunnalla oli vastausaikaa neljä viikkoa, mutta alhaisen vastausprosentin vuoksi vastausaikaa pidennettiin viikolla. Tätä perusteltiin pitkillä vapaapäivillä ja kiireisellä työjaksolla. Vastaukset palautuivat nimettöminä ja koodittomina tietohuollosta sovitulle yhdyshenkilölle.

5.2.3 Mittarin luotettavuus

Luotettavuustarkastelut ovat oleellinen osa tutkimusprosessia (Kankkunen ym. 2009, 152; Vilka 2007, 149; Hirsjärvi 2007, 226, 255). Arvioin tämän tutkimuksen mittarin sisäistä validiteettia tarkastelemalla sisältö- ja käsitevaliditeettia.

Reliabiliteettia arvioin tutkimuksen mittarin sisäisen yhteneväisyyden avulla. Sisäl-
tövaliditeetin vahvistamiseksi tein ennen varsinaista mittarin laadintaa laajahkon kir-
jallisuus ja tutkimuskatsauksen, jonka tarkoituksena oli selvittää mistä osa-alueista
päivystyksellinen yhteistyö ja iäkkään liikkumista tukeva toiminta muodostuivat.
Katsauksen perusteella valitsin näitä kuvaavat keskeisimmät käsitteet. Samalla muo-
dostin kuvan käsitteiden välisistä yhteyksistä ja rakenteista. Käsitevaliditeettia vah-
vistin tekemällä moniammatillisen yhteistyön käsitteestä käsiteanalyysin käyttämällä
suomalaisia ja ulkomaalaisia tiimityöstä ja moniammatillisuudesta tehtyjä tutkimuk-
sia ja analyyssejä (Isoherranen 2008, 35, 36; Xyrich ym. 2008, 235).

Onnistunut mittari on perusta laadukkaalle ja luotettavalle määrälliselle tutkimuksel-
le. Tässä tutkimuksessa korostui mittarin luotettavuuden tarkastelu, koska mittari
luotiin tätä tutkimusta varten (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 153).
Toimialueylihoitaja Riitta Mikkonen tarkasti kyselyn ja arvioi kysymysten ymmär-
rettävyyttä päivystyksen henkilökunnan näkökulmasta. Keskustelussa pohdittiin ky-
symysten ytimekkyyttä ja mittarin pätevyyttä eli kykyä mitata juuri niitä asioita eli
tutkimusongelmia, joita oli tarkoitus mitata (Hirsijärvi ym. 2007, 151). Kyselyyn li-
sättiin yksi avoin kysymys muodossa; miten itse edistäisit iäkkään sängystä ylösnou-
sua ja muuta varhaista fyysistä toimintakykyä? Tämän lisäksi esitetasin (Hirsijärvi
2007, 199; Kankkunen ym. 2009, 154; Vilka 2007, 78.) mittarin sisätautien polikli-
nikalla, jossa eri osaamisalueen kuusi työntekijää vastasivat kyselyyn kiireisen työ-
päivän aikana ja antoivat palautetta kyselystä. Sen perusteella kaksi kysymystä muo-
toiltiin uudelleen ja tsekkilista -käsitteestä liitettiin määritelmä kyselyn yhteydessä
olevaan tiedotteeseen (LIITE 3). Kyselyn vastaamiseen kului aikaa korkeintaan 9
minuuttia, joka on alle Hirsjärven ym. (2009, 203) antaman 15 minuutin suosituksen.
Testaamalla kyselylomake toisessa työyhteisössä pidettiin tutkimusympäristö ja koh-
deryhmä koskemattomana. Testauksella parannettiin myös mittarin reliabiliteettia.

Mittarin reliabiliteettia eli mittarin osioiden kykyä mitata samaa asiaa, arvioin tutki-
muksen sisäisen johdonmukaisuuden kautta. Hyvässä mittarissa tutkimusaineiston
henkilöt vastaavat yhdenmukaisesti samantyyppisiä asioita mittaviin kysymyksiin.
Käytin tähän Cronbachin alfa-kerrointa. Kertoimen arvo voi vaihdella 0.00 ja 1.00
välillä. 0.70:n kerrointa pidetään hyvänä sisäistä johdonmukaisuutta osoittavana ar-
vona. Yleensä standardoiduissa testeissä arvo on korkeampi kuin itse laadituissa

mittareissa. Itse laadituissa arvo voi vaihdella 0.60 – 0.85 välillä. (Kankkunen ym. 2009, 156; Metsämuuronen 2009, 467.) Cronbachin alpha perustuu väittämien väliin korrelaatioihin (KvantiMOTV 2008; Metsämuuronen 2009, 142, 146). Aineistossa kysyin fysioterapeutin kanssa tehtävää yhteistyötä erilaissa tilanteissa. Mittasin yhteistyötä seuraavilla muuttujilla rakentamalla niistä summamuuttujia. Muodostin summamuuttujat kyselyn 8: n ja 9: n kohdan muuttujista jättämällä pois ”Alhaisen happisaturaation (kohta 8c)” heikon korrelaation vuoksi. Käytin Cronbachin alpha-kaavaa ja laskin Pearsonin korrelaatiomatriisimallia apuna käyttäen korrelaatioiden keskiarvon ja väittämien lukumäärien väliset suhteet. (Metsämuuronen 2009, 146, 147.)

Taulukko 2. Fysioterapeutin konsultaatiota mittaavien mittarin muuttujien luotettavuustestaus (Cronbachin alpha -arvot)

Fysioterapeutin konsultaatiomittarin muuttujat	Cronbachin alpha
Iäkkään potilaan kiputilat	0.32
Toistuvasti kaatuileva iäkäs	0.43
Iäkäs ei kannustuksesta ja ohjauksesta huolimatta eikä luvan saatuaan nouse vuoteesta ylös tai ei rohkene liikkua	0.50
Jatkokuntoutuksen suunnittelussa	0.61
Iäkkään sängystä ylösnousuun ja liikkumiseen tarvittavien apuvälineiden arvioinnin yhteydessä	0.69
En keksi syytä fysioterapeutin konsultaatiolle	0.69
Keskimääräinen fysioterapeutin konsultaatioiden määrä	0.70

Tulos osoitti, että fysioterapeutin konsultaatioiden määrää arvioiva muuttuja oli vahvimmin sisäisesti johdonmukainen. Heikoin muuttuja oli iäkkään potilaan kiputilat, joka ei ollut sisäisesti johdonmukainen. Hyväksyin tässä itse laaditussa mittarissa luotettavuusrajaksi 0,60. Luotettavuustestauksen tuloksiin voi vaikuttaa otoskoko. Mittarin kykyä antaa ulkopuolisista tekijöistä riippumattomia tuloksia pyrittiin minimoimaan esimiesten luvalla vastata kyselyyn työaikana päivystyksen hektiseen työkuultuuriin liittyvistä häiriötekijöistä huolimatta. Lisäksi mitta-asteikkona käytetty viisiportainen Likert -asteikko mahdollisti laajan skaalan ansiosta arvojen riittävät vaihtelut ja näin vahvasti reliabiliteettia (Metsämuuronen 2009, 148).

5.3 Aineiston analyysi

Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Pyrittäessä selittämään tai kuvaamaan ilmiötä käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään usein laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.) Tässä tutkimuksessa lähtökohta analyysimenetelmien valinnassa oli vastauksien löytäminen tutkimusongelmiin. Tutkimuskyselyn suljetut vastaukset käsiteltiin tilastollisella analyysimenetelmällä, jossa käytin tunnuslukuja ja hajontalukuja. Kyselyn avoimet vastaukset analysoin laadullisella menetelmällä, jossa käytin induktiivista sisällön analyysia.

Lomakkeita palautettiin 57 kappaletta määräaikaan mennessä. Tarkistin sähköisten kyselylomakkeiden vastaukset ennen varsinaista analyysia. Yksi lomake hylättiin tyhjänä. Neljä vastaajaa oli jättänyt tyhjäksi sukupuolen, yksi oli jättänyt tyhjäksi työkokemuksen alalla ja fysioterapeutin konsultaatioiden määrän. 22/56 oli vastannut ensimmäiseen, 28/56 oli vastannut toiseen ja 22/56 oli vastannut kolmanteen avoimeen kysymykseen. Muuten osiot oli täytetty huolellisesti. Vaikka avoimiin kysymyksiin oli vastannut vajaa puolet vastaajista, hyväksyin ne aineistoon mukaan, koska avoimilla kysymyksillä haettiin tutkimuksen kannalta tärkeää uutta tietoa, joka muuten voisi jäädä kokonaan havaitsematta.

5.3.1 Kvantitatiivisen aineiston analyysi

Ensimmäiset yksiulotteiset jakaumat osiokohtaisista tuloksista työstettiin Webropol ohjelmalla. Arvioin tässä vaiheessa mitkä osiot otetaan analyysiin mukaan. Kvantitatiivisen aineiston määrän ollessa kohtuullinen, en jättänyt osioita pois, en yhdistänyt muuttujia enkä luokitellut niitä uudelleen. Pidin aineiston näiltä osin hyvin koskemattomana. Siirsin tiedot havaintomatriisiin (Vehkalahti 2008, 51) ja käsiteltiin aineiston Tixel9 -tilasto-ohjelmalla. Tilastollista tietojen käsittelyä nopeutti muuttujien koodaaminen. Taustamuuttujat olivat kvantitatiivisia tai kvalitatiivisia suhde- tai luokitteluasteikollisia, joista laskin keskiarvoja, tyyppiä arvoja (Moodi, Mo), keskilukuja (mediaani, Md) sekä tarkastelin havaintojen jakautumista keskiarvojen ympärille.

Väittämät olivat kvalitatiivisia luokittelu- tai järjestysasteikollisia, joista laskin moodoja ja mediaaneja.

Kahden muuttujan keskinäistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa tarkastelin ristiintaulukoinnilla ja korrelaatiokertoimilla (Vehkalahti 2008, 68, 77). Korrelaatiolla mitatun tuloksen arvon tulee olla $-1 \leq r \leq +1$ välillä. Mitä lähempänä arvo on nollaa, sitä heikompi on muuttujien välinen tilastollinen riippuvuus. Positiivinen korrelaatio tarkoittaa että molemmat arvot kasvavat samaan suuntaan. Korrelaatio kuvaa välimatka- ja suhdelukuasteikollisten muuttujien välistä lineaarista yhteyttä. (Vehkalahti 2008, 78.) Tässä tutkimuksessa hain vastauksia esimerkiksi siihen onko iällä ja konsultaatioiden määrällä, ammattinimikkeellä ja fysioterapeutin konsultaatioiden määrällä sekä työkokemuksella ja konsultaatioiden määrällä yhteyttä toisiinsa. Havainnollistin aineistoa tulosten yhteydessä kaavioiden ja taulukoiden avulla.

5.3.2 Kvalitatiivisen aineiston analyysi

Laadulliselta aineistolta odotetaan teoreettisen yleistyksen rinnalla tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tässä tutkimuksessa laadullisen aineiston odotuksena pidettiin uuden tiedon löytämistä yksikössä tutkimattomasta osa-alueesta fysioterapeuttikokeilun jälkeen. Tämä osa-alue voisi jäädä kokonaan ymmärtämättä pelkällä kvantitatiivisella analyysillä. (Hirsjärvi ym. 2007, 159, 160; Kankkunen ym. 2010, 49.)

Analyysi voi olla aineistolähtöistä (induktiivista) ja/ tai teorialähtöistä (deduktiivista) päättelyä (Kylmä ja Juvakka 2007, 112). Valitsin laadullisen aineiston analyysimenetelmäksi induktiivisen sisällönanalyysin. Tavoitteeni oli pelkistää, etsiä yhtäläisyyksiä ja eritellä tulokset siten, että voisin tutkia tiettyjen ilmiöiden merkityksiä ja yhteneväisyyttä määrällisen aineiston kanssa. Tein analyysin vaihe kerrallaan ja liitin pelkistämisen ja kategorioinnin vaiheista mallit liitteeseen. Koska aineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella, pidin siinä käytettyjä käsitteitä analyysiyksikön määrittämisen lähtökohtana. Vastaajat olivat kirjoittaneet tekstit itse sähköiseen lomakkeeseen, josta niiden siirtäminen analyysimatriisiin onnistui ilman virheitä.

Luin ensin aineiston läpi useaan kertaan, jolloin pääsin lähelle aineiston sisältöä. Arvioin ovatko lomakkeet riittävän huolellisesti täytettyjä. Analyysiyksiköksi määrittelin fyysisen toimintakyvyn tukemista ja yhteistyötä kuvaavat asiat. Järjestelin lauseet tietokoneella riveihin ja käytin fontin väritystä valitessani lausekohtaisesti kaksi - neljä analyysiyksikköä ja tutkimuskysymystä vastaavaa sanaa. Näistä pelkistyi ns. lyhyitä lauseita, joista esimerkkinä: ”Harrastanut mallioppimista hänen työskentelyään seuraamalla” pelkistyi mallioppimista seuraamalla -lause. ”Arvioinut potilaan liikuntakykyä ja omatoimisuutta hänen kanssaan käytännön hoitotyössä” pelkistyi arvioinut liikuntakykyä ja arvioinut omatoimisuutta -lauseiksi. Tein koodauksen yhtäjaksoisesti lause kerrallaan ja pidin esillä tutkimuskysymykset. Ryhmittelin ja teemoittelin samansisältöiset ja erisisältöiset lyhyet lauseet tietokoneella. Näin muodostui analyysiyksikön mukaisia alaryhmiä, alakategorioita, alaluokkia, joille määrittelin nimet. Analyysi jatkui yhdistämällä samansisältöiset alaluokat (-kategoriat) toisiinsa ja niistä muodostin ja nimesin yläkategorioita. Pääkategoriaksi muodostui läikkään fyysisen toimintakyvyn edistämisen prosessi.

5.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimusetiikan mukaisesti tutkijan on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja riskien minimointiin sekä sitouduttava totuuden etsimeen (Hirvonen 2006, 38 - 46; Kankkunen ym. 2009, 177; Kuula 2006, 127; Vilka 2007, 91). Tämä tutkimus kohdistui yhteispäivystyksen henkilökunnan näkemyksiin, tietotaitoon ja osaamiseen. Tutkimuksen aikana kiinnitin erityistä huomiota hyvään tutkimustapaan, tiedon hankintaan ja tutkittavien suojaan koskeviin kysymyksiin, koska kysely kohdistettiin henkilökohtaisesti työsähköpostiin. Sähköpostijakelu voi loukata vastaajien vapaaehtoisuutta ja itsemääräämisoikeutta ja paljastaa vastaajan. (Tuomi 2007, 145; Hirsjärvi ym. 2010, 25; Kuula 2006, 124.) Tutkimustavan käyttöä vahvistin selvittämällä esitiedotteessa tutkimuksen kohderyhmän, tavoitteet ja tulosten käyttötarkoituksen. Mahdollisia riskitilanteita arvioin muodostuvan niille, joita ammattinimikkeen perusteella toimi yksikössä vain yksi tai kaksi. Yksittäisen vastaajan tietosuojaa ja anonymiteettiä säilytettiin tutkimuksen loppuun asti. (Kuula 2006, 129, 131 – 133; FINLEX 1999, 3 §, 11 §, 14 §)

Tutkimuksen vastaajien koodaamattomat kyselylomakkeet ja vastaajien tuottama aineisto kirjautuivat suoraan Webropol ohjelmaan. Tulosten säilyttämisestä vastasi tietohuollon nimetty työntekijä. Arkaluonteiset kysymykset vastaaja saattoi ohittaa ja jatkaa kyselyyn vastaamista. Ensihoidon ja päivystyksen henkilökunnan vapaaehtoisuutta ja ihmisarvon kunnioittamista pidettiin ensiarvoisen tärkeänä. Tutkimuksen tekijänä noudatin toimintatapojeni arvioivaa tarkastelua tutkimuksen kaikissa vaiheissa ja tavoittelin luotettavaa sekä totuudellista tutkimustietoa. Ulkopuoliset seikat eivät vaikuttaneet tutkimuksen ajankohtaan, analysointiin eivätkä tuloksiin. (FINLEX 1999; 14§, 17§; Hirsjärvi ym. 2010, 25 -27; Kankkunen 2009, 172; Kuula 2006, 124 – 134, 136.)

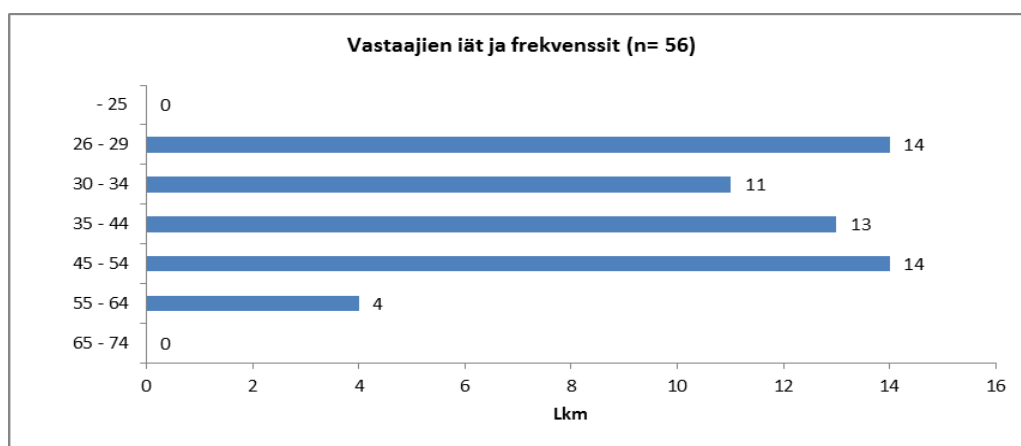
Tutkimuslupahakemuksiin liitin ohjaavan opettajan hyväksymän tutkimussuunnitelman. Erillistä eettisen toimikunnan lausuntoa tutkimuksen tekemiseen ei tarvittu, koska tutkimus ei kuulunut ennakkoarviointia edellyttävien tutkimusasetelmien ryhmään (Tenk 2012). Tutkimuslupa myönnettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämistyöryhmän ja SATKS: n Ensihoidon- ja päivystyksen johdon päätöksillä. Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa tein sopimuksen opinnäytetyön tutkimuksen tekemisestä.

Luottamukselliseen tutkimustapaan kuuluu, että tutkimuksen julkaisussa huomioidaan tietojen luottamuksellisuus, eikä tutkimusaikana saatuja tietoja luovuteta ulkopuolisille eikä käytetä muuhun tarkoitukseen. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen tarkastamisen ja raportointien jälkeen. (Hirsjärvi 2010, 25; Tuomi 2007, 146). Tutkimuksen tulokset käydään avoimesti läpi tutkimusyksikössä ja kohderyhmän on mahdollista vaikuttaa julkaistavan raportin mahdollisiin tunnistetietoihin.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

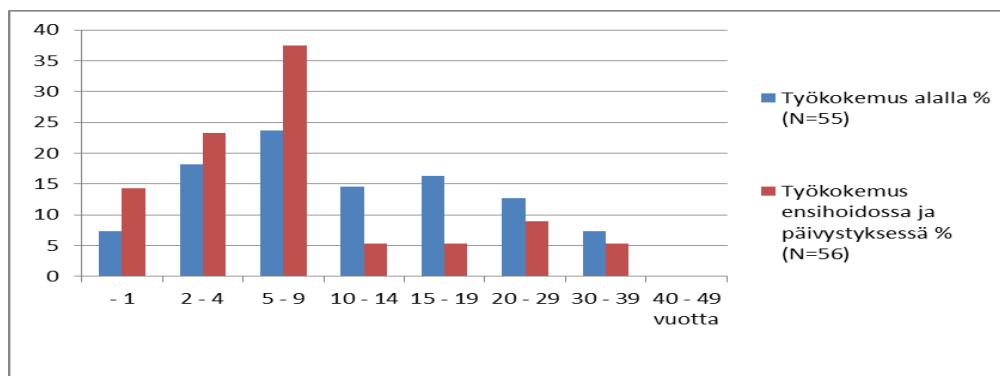
Tutkimuksen kyselyyn vastasi 56 yhteispäivystyksen ammattilaista eli 33 % kyselyyn valikoituneista. Vastaajista 45 (89 %) oli naisia, 7 (11 %) miehiä ja 4 vastaajaa ei ilmoittanut sukupuoltaan. Kaksi tyypillisintä vastaajaluokkaa olivat iän perusteella 26 - 29 -vuotiaat ja 45 - 54 -vuotiaat. Puolet vastaajista sijoittui näihin ikäluokkiin. 22 (39 %) vastaajaa oli lähelle 44 ikävuotta. (Kaavio 1.)



Kaavio 1. Tutkimukseen vastanneiden ikäjakauma lukumäärinä

Vastaukset edustivat sairaanhoitajien (68 %), lääkäreiden (15 %), laitoshuoltajien (9 %) ja osastonhoitajien (7 %) käsityksiä iäkkään potilaan toimintakyvyn arvioinnista ja tukemisesta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa. Lähihoitajat/ perushoitajat, lääkintävahtimestarit eivätkä sosiaalityöntekijät vastanneet kyselyyn. Vastaajista 55 % oli vastannut esikyselyyn maaliskuussa 2012.

Tyypillisin työkokemus alalta (24 %) sekä tyypillisin työkokemus yhteispäivystyksestä (38 %) oli pituudeltaan 5-9 vuotta. Tutkimukseen vastanneista 75 %:lla oli alle 10 vuoden työkokemus yhteispäivystyksessä. Työkokemusten keskihajonta on melko suuri. (Kaavio 2.)



Kaavio 2. Tutkimukseen vastanneiden työkokemusvuosien jakautuminen alalla ja yhteispäivystyksessä (%).

6.2 Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta

a) ”Tsekkilistan” käyttö ja hyöty iäkkään toimintakyvyn arvioinnissa

Toimintakyvyn arviointiin laaditun ”tsekkilistan” käyttöä koskeva mielipide oli jakautunut vastaajien kesken. Jakauma osoitti, että hyvin moni ei käyttänyt koskaan tai ei ollenkaan ”tsekkilistaa” iäkkään toimintakyvyn arvioinnissa. Kaikista vastaajista 14 (25 %) ja 26 – 34 vuotiaista 20 (36 %) ei käyttänyt koskaan tsekkilistaa. Kaikista vastaajista 12 (22 %) ei osannut sanoa käsitystään käytöstä. 5/55 vastaajaa (9 %) käytti tsekkilistaa iäkkään toimintakyvyn arvioinnissa ja 7 (13 %) koki tsekkilistan auttavan arvioinnin teossa. Kolmasosa ei osannut sanoa käytön hyödyistä ja kolmasosa ei kokenut sen auttavan lähes ollenkaan arvioinnin teossa. (Taulukko 3.) Näkemykset olivat jakautuneet naisten ja sairaanhoitajien osalta kaikkiin ikäluokkiin. 5 – 9 vuotta työtä päivystyksessä tehneistä 21 (38 %) koki, ettei listasta ole hyötyä arvioinnin tekemisessä. Miesten osalta 33 % koki, ettei ole hyötynyt tsekkilistasta ja 67 % heistä ei osannut sanoa käsitystään sen käytöstä.

b) Iäkkään toimintakyvyn varhainen selvittäminen ja tukeminen

Puolet vastaajista koki, että iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn varhainen selvittäminen ja tukeminen auttavat iäkkään siirtymistä kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Kukaan ei ollut eri mieltä asiasta. (Taulukko 3.) Suurin osa (82 %) koki fyysisen toimintakyvyn varhaisen selvittämisen ja tukemisen tärkeiksi iäkkään kotiin tai jat-

kohoitopaikkaan siirtymisen kannalta. Iällä tai sukupuolella ei ollut yhteyttä käsitykseen. Sairaanhoidajien osalta muuttuja sai eri arvoja. Puolet lyhyellä työkokemuksella päivystyksessä olleista ja pidempään päivystyksessä olleista työntekijöistä koki tarvetta kotiutusta tukevalle varhaiselle toimintakyvyn selvittämiselle ja tukemiselle.

c) Toimintakykyä tukeva liikuntasuunnitelma

Yhteispäivystyksessä ei ole käytössä iäkkään toimintakykyä tukevaa liikuntasuunnitelmaa. Vastaajista 5 (9 %) koki, että iäkkään ylösnousua ja muuta fyysistä toimintakykyä tukeva suunnitelma on olemassa. (Taulukko 3.) Ikäluokkien, sukupuolien ja työkokemuksen pituuden perusteella voidaan tulkita näkemyseroja. Kolmasosa miehistä koki, ettei suunnitelmaa ole. Ammattiryhmien välillä oli eroja, siten että hoitotyön puolella näkemyksissä oli enemmän hajanaisuutta eri mieltä suuntaan.

d) –f) Tietotaitojen riittäminen sekä lisäkoulutuksen tarve

Yli puolet vastaajista tunnisti tietotaitojen riittävydessä epävarmuutta ja koulutuksen tarvetta. Vastaajista 5 (9 %) oli varma, että heidän tietotaitonsa riittävät arvioimaan, kannustamaan ja tukemaan iäkkään sängystä ylös nousua (Taulukko 3). Miehet kokivat enemmän tietotaitojen riittämättömyyttä, mutta eivät kokeneet tarvetta lisäkoulutukselle. Naispuoliset sairaanhoitajat kokivat tietotaitonsa lähes riittäviksi, mutta samalla he kokivat hieman tarvetta lisäkoulutukselle. Laitoshuoltajista yksi ilmaisi lisäkoulutuksen tarvetta. 10 – 14 vuotta päivystyksessä työtä tehneet kokivat, etteivät tietotaidot aivan riitä arvioimiseen ja tukemiseen. Muita enemmän lisäkoulutuksen tarvetta kokivat 45 – 54 -vuotiaat.

Taulukko 3. Käsityksiä iäkkään toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta (N= 56)
Havainnot esiintymistiheytenä (f)

Muuttuja	täysin eri mieltä	vähän eri mieltä	lähes samaa mieltä	täysin saa mieltä	en tiedä/ en osaa sanoa	n	moodi (mo)	mediaani (md)
12a) Olen käyttänyt iäkkään toimintakyvyn arviointiin ”tsekkilistaa”	14	12	11	5	12	55	täysin eri mieltä	lähes samaa mieltä
b) ”Tsekkilista” on auttanut minua iäkkään toimintakyvyn arvioimisessa	12	6	12	7	17	55	en tiedä/ en osaa sanoa	lähes samaa mieltä

Muuttuja	täysin eri mieltä	vähän eri mieltä	lähes samaa mieltä	täysin saa mieltä	en tiedä/ en osaa sanoa	n	moodi (mo)	mediaani (md)
c) Iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn varhainen selvittäminen ja tukeminen auttavat hänen kotiin tai osastolle siirtymisen arvioimisessa	0	4	17	27	6	55	täysin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
d) Yksikössäni on iäkkäiden fyysistä toimintakykyä tukeva liikuntasuunitelma	9	12	9	5	19	54	en tiedä/en osaa sanoa	lähes samaa mieltä
e) Tietoni ja taitoni riittävät arvioimaan, kannustamaan ja tukemaan iäkkään sängystä ylös nousua	5	12	26	5	7	56	lähes samaa mieltä	lähes samaa mieltä
f) Koen tarpeelliseksi saada lisäkoulutusta / neuvontaa iäkkään fyysisen toimintakyvyn tukemiseksi	2	9	21	14	8	55	lähes samaa mieltä	lähes samaa mieltä
Havainnot yhteensä	42	55	96	63	69	330	+/-	lähes samaa

Avoim kysymys 13: Miten itse edistäisit työssäsi iäkkään toimintakykyä

Avoimiin kysymyksiin vastasi keskimäärin 50 % vastaajista. Lyhimmat ilmaukset olivat kahden sanan mittaisia ja pisimmät kymmen lauseen (154 sanan) mittaisia. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin perusteella ammattilaisten kuvaukset jaettiin 8 alakategoriaan: *Iäkkäiden voimavarojen, yksilöllisyyden ja aikaisemman toimintakyvyn huomiointi, fyysistä suorituskkyä ylläpitävät ja hoitavat tekijät, muutoksen selvittäminen, aktivoivat suullisen ohjauksen keinot ja lähestymistavat, välineelliset keinot ja lähestymistavat, ympäristötekijät ja yhteistyö, toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen aloittamista ja yhteistyötä tukevat ja heikentävät lähestymistavat.* (LIITE 4.)

Pääkategoriaksi muodostui iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen prosessi yhteispäivystyksessä. Prosessista voitiin tunnistaa iäkkäiden fyysistä toimintakykyä edistäviä ja heikentäviä toimintatapoja sekä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen alueita.

Iäkkäiden voimavarojen, yksilöllisyyden ja aikaisemman toimintakyvyn huomiointi oli monin tavoin ja usean kirjoittajan ilmauksissa esillä.

”Tärkeää on myös huomioida, että jos vanhus makailee pitkään päivystyksessä niin häntä autettaisiin liikuskelemaan.”

Muutamien vastaajien mielestä kannustamiseen ja iäkkään liikkumiseen oli tärkeää antaa aikaa. Iäkkään omat voimavarat, aikaisempi toimintakyky ja apuvälineet koettiin tärkeinä. Näkemyksissä nousi muutaman kerran esille iäkkään arvo, jossa korostuivat eettisesti tärkeät valinnat, kuten kuunteleminen ja inkontinenssisuojien käyttö harkitusti. *”Iäkkäältä ei saa vaatia liikaa.”*

Fyysistä suorituskykyä ylläpitävät ja hoitavat tekijät esiintyi yhden vastaajan näkemyksissä. Kirjoittajan mielestä pitkät odotusajat lisäsivät kipulääkityksen, kotilääkityksen, ravinnonsaannin, voinnin ja riittävän yölevon merkitystä iäkkään kohdalla. **Liikkumiseen ja sängystä ylösnousuun liittyvän akuutin sairauden ja toimintakyvyn muutoksen selvittäminen** esiintyi aineistossa useita kertoja. *”Lääkäri selvittää”* mahdolliset lääketieteelliset, sairaudelliset ja ylösnousemisen esteet. Kohteiksi nimettiin aikaisemman toimintakyvyn, ylösnousun mahdollisuuden, voimavarojen ja fyysinen toimintakyvyn selvittäminen. Sängystä ylösnousua estävien fyysisten oireiden hoito mainittiin aineistossa kerran.

Fyysiseen toimintaan aktivoivat suullisen ohjauksen keinot ja lähestymistavat olivat 14 vastaajan esille tuomana kannustaminen, rohkaiseminen, motivoiminen, patistaminen ja kehottaminen. Näitä keinoja käytettiin ammattilaisten näkemyksien mukaan aktivoimaan iäkästä omatoimisuuteen, ylös sängystä, liikkumaan tai vessaan.

”Rauhallinen, kannustava ja varma ote motivoivat iäkästä liikkumaan.”

Iäkkäiden fyysistä toimintakykyä ja osallisuutta lisääviä välineellisiä keinoja ja lähestymistapoja olivat 19 vastaajan esille tuomana tukeminen, neuvominen, opastaminen ja ammattilaisen toimesta avustaminen. Apuvälineiden, kuten geriatrisen tuolin ja rollatorin saatavilla olo, tarjoaminen ja käytön opastaminen koettiin mahdollisiksi keinoiksi lisätä iäkkään osallisuutta. Niiden koettiin mahdollistavan *”enemmän istumassa oloa kuin makuulla oloa, tukevan enemmän jalkeilla oloa kuin istumassa oloa, enemmän liikkeellä oloa kuin seisomassa oloa”*. Avustaminen liitettiin liikkumiseen, vessaan kävelyyn ja vessaan apuvälineen avulla auttamiseen liittyvään toimintaan. Esimerkin antaminen tuotiin yhdessä vastauksessa keinoksi tukea iäkkään fyysistä toimintakykyä.

Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen tärkeiksi koettuihin ympäristötekijöihin ja yhteistyöhön vastaajat kokivat tarvitsevansa monen alan osaajia, erilaisia apuvälineitä, kuten geriatriasia tuoleja ja rollatoreja. Fysioterapeutin käyttöä perusteltiin päivystysosastolla rauhallisemmalla ympäristöllä ja arviointiin vaadittavalla ajan käytöllä.

”.....mikäli ei sairaudellisia esteitä ole ylösnousemiselle on jokaisen hoitotiimin jäsenen tuettava kuntoutumista.”

Kehittämisalueiksi nimettiin arviointi, fysioterapeutin työnkuvan tunnettavuus ja tuolinurkkaus.

”...hieman kuitenkin arveluttaa aina, mikä kuuluu heidän työkuvaansa ja mikä ei...”

Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisen ja tukemisen aloittamista sekä yhteistyötä tukeva optimistinen asenne heijastui monen vastaajan ilmauksista.

”Vaikka potilas tulee ambulanssilla, se ei tarkoita että potilaan pitäisi päivystyksessäkin maata sängyssä.”

”Kaikkien vanhusten ei pitäisi automaattisesti päivystyksessä olla sängyllä odottamassa lääkäreitä / tutkimuksia.”

”Ei automaattisesti siirretä sängyllä vessaan tms.”

Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisen ja tukemisen aloittamista ja yhteistyötä heikentävä lähestymistapa painottui 5 vastaajan ilmauksissa. He kokivat, ettei heillä ole riittävästi aikaa ja resursseja viedä iäkästä vessaan, kannustaa liikkeelle, selvittää fyysistä toimintakykyä, tehdä kattavaa arviointia eikä kuntouttaa. Tätä perusteltiin sillä, että on paljon potilaita, lääkitseminen ja tutkiminen vievät aikaa.

”päivystys kerta kaikkiaan sakkaa, jos aletaan kovin syvällisesti pohtia potilaiden pitkäaikaissuunnitelmia ja kuntouttaa potilaita päivystysalueella.”

Vastauksissa toivottiin, että iäkkäiden siirto tapahtuisi nopeasti muualle, hoidon aloitus, arviointi ja kuntoutus tapahtuisivat osastoilla tai poliklinikoilla. Tätä perusteltiin rauhallisella ympäristöllä. Tavoite oli saada iäkkäät kotiin ja saada heille sinne apuja.

6.3 Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn tukemisessa

a) -b) Fysioterapeutin tarve päivystyksessä ja moniammatillisessa tiimissä

Kaikista vastaajista 20 (36 %) koki, että fysioterapeuttia tarvitaan päivystykseen. Täysin eri mieltä oli 4 (7 %) vastaajaa. Kaikista vastaajista lähes puolet ($f = 27$) koki, että fysioterapeuttia tarvitaan päivystyksen moniammatilliseen tiimiin eikä sukupuoli eikä ammattinimike muuttanut käsitystä tarpeellisuudesta. (Taulukko 4.) 45 - 54 - vuotiaat sairaanhoitajat ja esimiestehtävissä olevat ammatillaiset kokivat eniten fysioterapeutin tarpeellisuutta moniammatillisessa tiimissä. Osa mieslääkäreistä koki fysioterapeutin tarpeen päivystyksessä vähäiseksi, mutta moniammatilliseen tiimiin hieman enemmän tarpeelliseksi. Valtaosa kyselyyn vastanneista laitoshuoltajista ei tiedä tai ei osaa sanoa tarvitaanko fysioterapeuttia päivystyksessä. Ikä huomioiden keskihajonta oli näkemysten välillä vähäinen.

Taulukko 4. Fysioterapeutin tarve päivystyksessä (N/56)

Havainnot esiintymistiheytenä (f)

Muuttuja	täysin eri mieltä	vähän eri mieltä	lähes samaa mieltä	täysin saa mieltä	en tiedä/en osaa sanoa	n	moodi (mo)	mediaani (md)
7a) Fysioterapeuttia tarvitaan päivystyksessä	4	12	13	20	5	55	täysin sama mieltä	lähes samaa mieltä
b) Fysioterapeuttia tarvitaan iäkkään potilaan moniammatilliseen tiimiin päivystyksessä	2	9	11	27	5	56	täysin samaa mieltä	täysin samaa mieltä

c) -h) Tilanteet tai sairaudet, joiden yhteydessä koettiin voivan konsultoida fysioterapeuttia

Kaikista vastaajista 48 (82 - 86 %) koki voivansa konsultoida fysioterapeuttia sängystä ylös nousun ja liikkumiseen tarvittavien apuvälineiden käytössä, käsityksellä ei ollut yhteyttä sukupuoleen eikä ammattinimikkeeseen. Iällä oli vähäinen yhteys konsultoinnin käyttämiseen näissä tilanteissa. Vastaajista hieman yli 40 (71 - 75 %) koki voivansa konsultoida fysioterapeuttia kiputilojen, kaatuilun ja

jatkokuntoutuksen suunnittelun yhteydessä. (Taulukko 5.) Iällä ja sukupuolella oli yhteyttä näissä koettuun konsultaation tarpeeseen. Miehet konsultoivat naisia herkemmin apuvälineiden, kaatuilun ja sängystä ylösnousun yhteydessä. Naiset konsultoivat miehiä herkemmin kiputilojen ja jatkokuntoutuksen suunnittelun yhteydessä. Nuoret lääkärit kokivat vähiten tarvetta konsultoida kiputilojen ja kaatuilun yhteydessä.

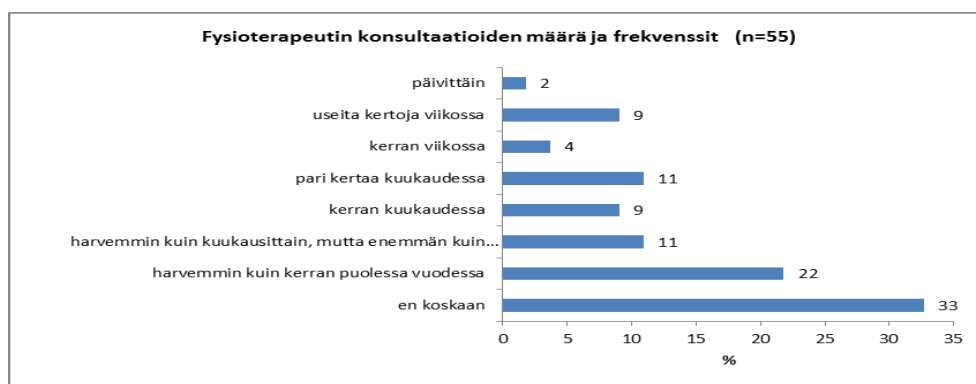
Vastaajista 46 (80 %) ei kokenut tarvetta konsultoida fysioterapeuttia alhaisen happisaturaation ($p=0.0622$) yhteydessä. Vain yksi vastaaja ei tiennyt syytä konsultaatiolle. (Taulukko 5.) 45 - 54 vuotiaiden vastauksissa muita syitä konsultaatiolle olivat erilaiset liikkumista vaikeuttavat pehmyskudosvammat, murtumapotilaiden kotihoito-ohjeet, apuvälineiden kartoitus, hoitajien ohjaaminen nostoissa ja siirroissa.

Taulukko 5. Tilanteet tai sairaudet, joiden yhteydessä koettiin voivan konsultoida fysioterapeuttia (n=56) Havainnot esiintymistiheytenä (f)

Muuttuja	kyllä	en	n	moodi (md)	variaatio-suhde
8a) Iäkkään potilaan kiputilat	42	14	56	kyllä	0,75
b) Toistuvasti kaatuileva iäkäs	40	16	56	kyllä	0,71
c) Iäkkäällä alhainen happisaturatio	11	45	56	en	0,20
d) Iäkäs ei kannustuksesta ja ohjauksesta huolimatta eikä luvan saatuaan nouse vuoteesta ylös/ ei rohkene liikkua	46	10	56	kyllä	0,82
e) Jatkokuntoutuksen suunnittelussa (kotiin tai osastolle siirtymistä varten)	41	15	56	kyllä	0,73
f) Iäkkään sängystä ylösnousuun ja liikkumiseen tarvittavien apuvälineiden arvioinnin yhteydessä	48	8	56	kyllä	0,86
g) Muu syy, mikä?	2	54	56	en	0,03
h) En keksi fysioterapeutin konsultoimiselle mitään sopivaa tilannetta tai sairautta	1	55	56	en	0,02
Havainnot yhteensä	231	217	392	kyllä	

9. Fysioterapeutin konsultaatioiden määrä ammattiryhmittäin

Tutkimukseen vastanneet olivat konsultoineet keskimäärin harvemmin kuin kuukausittain, mutta useammin kuin kerran puolessa vuodessa fysioterapeuttia iäkkään fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa ja tukemisessa. Konsultaatioiden määrän jakauma oli epäsymmetrinen ja vastaajista 33 % oli vastannut, ettei ollut koskaan konsultoinut fysioterapeuttia. (Kaavio 5.) Konsultaatioiden määrän keskiarvo (harvemmin kuin kuukausittain, mutta enemmän kuin kerran puolessa vuodessa) ei kuvannut valtaosan toimintatapaa, mutta keskihajonta, jakauman vinoudesta huolimatta, kertoi paremmin, että 2/3 konsultaatioista tapahtui harvemmin kuin pari kertaa kuukaudessa. Korrelaatio iän ja konsultaatioiden määrän välillä oli heikko ($r = -0,162$). Korrelaatio ammattinimikkeen ja fysioterapeutin konsultaatioiden määrän välillä oli heikko ($r = 0,1479$). Korrelaatio työkokemuksen ja konsultaatioiden määrän välillä oli heikko ($r = -0,0585$). Naiset ja miehet konsultoivat yhtä vähän fysioterapeuttia. Vastaukset olivat jakautuneet tasaisesti kaikkiin ikäluokkiin.



Kaavio 5. Fysioterapeutin konsultaatioiden määrä ajassa ilmoitettuna

89 % koki, että fysioterapeutin konsultaatioaloitteen voi tehdä lääkäri tai hoitaja, 73 % koki, että myös lääkintävahtimestari voi tehdä aloitteen konsultaatiolle. 38 % koki, että läheinen tai muu saattaja sekä 42 % koki, että potilas itse voi tehdä aloitteen. Vain 4 % ei tiennyt kuka voi tehdä aloitteen. Sukupuolien välillä oli vähäistä eroa näkemyksissä, miesvastaajista 100 % oli sitä mieltä, että aloitteen tekee lääkäri, naisista 89 % koki, että aloitteen tekijä voi olla hoitajakin.

Avoimet kysymykset 10, 14: Erilaisia yhteistyön tilanteita fysioterapeutin kanssa ja näkemyksiä teemasta ”iäkkäät ylös sängystä jo päivystyksessä”

Kysymykseen vastasi 39 % (22/56) vastaajista. Näistä nimettiin 5 alakategoriaa kuvaamaan fysioterapeutin konsultaation ja työyhteisön yhteistyön sisältöjä, jotka olivat *liikkumista ja kuntoutumista koskevien tarpeiden kartoitus, toimintojen ja apuvälineiden arviointi, suunnittelu ja ohjaus, toiminnoissa avustaminen, osaamisen ja yhteistyön vahvistaminen sekä iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arvioimista ja tukemista edistävät ja haittaavat työyhteisöä kuvaavat tekijät*.

Pääkategoriaksi muodostui iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen moniammatillinen prosessi. Prosessista voitiin tunnistaa iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arviointia ja tukemista edistävät alueet sekä ammattilaisten osaamisen ja yhteistyön vahvistamisen alueet.

Fysioterapeutin avulla tehty **tarpeiden kartoitus** kohdistui vastaajien kohdalla kotona, päivystyksen seurannassa tai päivystysosastolla pärjäämisen selvittämiseen ja apuvälineiden tarpeen selvittämiseen. Fysioterapeutin toiminnassa liikkumista edistäviksi toiminnoiksi kuvattiin lihaskuntoharjoitteet, tukien kartoitus sekä liikuntakyvyn kartoitus.

Toimintojen ja apuvälineiden arviointi, suunnittelu ja ohjaus mainittiin 17:sta ammattilaisen kuvauksessa. Suurin osa heistä oli konsultoinut fysioterapeuttia kipuillevan, kaatuilevan, kulumia sairastavan tai niska-hartia -oireisen liikkumista ja kuntoutumista estävien oireiden vuoksi. Arviointia vaativa yhteistyö kohdistui toimintakyvyn, omatoimisuuden ja liikuntakyvyn alueisiin. Apuvälineiden osalta tuotiin esille toistuvasti sekä apuvälineiden että niiden tarpeen arviointi.

Fysioterapeutin antama ohjaus kuvattiin liikkumista estävien oireiden kuten huimauksen ja kipuilun yhteydessä. Liikkumista ja kuntoutumista edistävien toimintojen ja apuvälineiden ohjauksessa mainintoja oli merkittävästi enemmän. Niitä olivat lihasvoimaharjoitteet, kävelyn opettaminen, vuodepotilaan aktivointi, asentohoidon ohjaus, apuvälineiden ja niiden käytön ohjaus. Tukemisen alue käsitti kotona selviytymisen ohjauksen ja murtuman kanssa pärjäämisen ohjauksen. Yhteistyötä koettiin

tarvittavan kuntoutuksen ja siihen tarvittavien apuvälineiden suunnittelussa ja valinnassa.

Toiminnoissa avustaminen mainittiin liikkumisen, liikkeelle lähtemisen, ylösnousun ja siirtymisen avustamisena sekä asentohoidon ja ruokailuasentoon avustamisena. Fysioterapeuttia pidettiin näissä toiminnoissa iäkkään liikkumista ja asennon vaihtoa edistävien toimintojen suorittajana. Vastaajat pitivät fysioterapeutin yhteistyötä tärkeänä vessaan viemisessä, hoidoissa ja huonokuntoisten avustamisessa. Fysioterapeuttia oli pyydetty apuvälineiden hankkimisen ja käytön avustamisessa.

Osaamisen ja yhteistyön vahvistaminen ilmeni mallioppimisen, konsultoinnin, työergonomiaohjauksen, mielipiteiden ja ideoiden vaihdon sekä yleisen tietotaidon vaihtamisen haluna. Muutamissa havainnoissa fysioterapeutti koettiin keskeiseksi henkilöksi toiminnassa ja tehty yhteistyö mainittiin hedelmälliseksi.

Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arvioimista ja tukemista edistävät ja haittaavat työyhteisön yhteistyötä kuvaavat tekijät. Monissa (22/55) avoimissa vastauksissa yhteispäivystyksen ammattilaiset pohtivat ja arvioivat työntekoa edistäviä ja haittaavia tekijöitä. Esille tuli sekä myönteisiä että kielteisiä asioita. Niissä korostuivat erilaiset näkemykset yksilöiden tavoitteellisuudesta, toiminnan joustamattomuudesta, toimintaympäristön ja toimintakulttuurin asettamista rajoista, moniammatillisen yhteistyön odotuksista sekä moniammatillisen yhteistyövision käytäntöön soveltamisen keskeneräisyydestä.

Osa vastaajista ilmaisi myönteisiä ajatuksia vanhusten hyvää hoitoa, hoidon kehittämistä ja muutosten käytäntöön juurruttamista kohtaan. Ilmauksissa korostuivat motivaatio, sitoutuneisuus, kehitysmuuntoinen toimintakulttuuri ja yhteistyö potilaan parhaaksi.

”Liikkuminen ehkäisee tukoksia, liikkumalla voimat säilyy.... Kannustaminen omatoimisuuteen auttaa pärjäämään kotona... Omatoimisuuteen kannustaminen lisää virkeyttä... ”

Kehitysmuotoisen ajattelun rinnalla moni koki työympäristön ja oman työn yhteensovittamisen vaikeutta, riittämättömyyden tunteita sekä puutteellisia resursseja. Osa vastauksista ilmensi vastuullisuutta ammattitaidon suhteen.

”Toteutetaan heti, kun resurssia riittävästi ja akuuttihoito priimaa..”

Muutama vastaaja pohti yhteispäivystyksen erilaisia toimintatapoja, puutteellisia resursseja ja yhteistyön tarpeellisuutta.

”Paljon edelleen näkee, että potilas hoidetaan sänkyyn..”

”Näkee ettei huomata selvittää toimintakykyä, vedotaan kiireeseen..”

”Nämä asiat kuuluvat jatkohoitoon, resurssit eivät riitä välttämättömyyksiin, huomioitava myös henkilöstömitoitus..”

Yhteistyön tarpeettomuutta enemmän koettiin tarvetta yhteistyön vahvistamiseen ja asiantuntijuuden hyödyntämiseen. Kehittämissuunnitelmaksi nostettiin esille fysioterapeutin mukaan ottaminen päivystysosaston tiimiin. Tätä perusteltiin sillä, että päivystysosastolla on enemmän aikaa arvioida iäkkäitä, joilla on *”yleistilan lasku”*, *”jalat eivät kannu”* tai *”ei pärjää kotona”*.

7 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

7.1 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelu

Tämän työn tarkoituksena oli selvittää ja kuvata iäkkään fyysisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen osa-aluetta Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen henkilökunnan itsensä arvioimana. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 56 yhteispäivystyksen ammattilaista. Tutkimuksella saatiin tilastollisesti ja laadullisesti kuvattavissa olevaa tietoa arvioinnin ja tukemisen prosessista yhteispäivystyksessä. Prosessissa voitiin tunnistaa iäkkäiden fyysistä toimintakykyä edistäviä ja heikentäviä toimintatapoja sekä arvioinnin ja tukemisen alueita. Tutkimuksen toinen tarkoitus oli tutkia ja kuvata moniammatillista yhteistyötä fysioterapeutin kanssa iäkkään fyysisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen yhteydessä. Tutkimuksella saatiin tilastollisesti ja laadullisesti kuvattavissa olevaa tietoa yhteistyön sisällöstä ja fysioterapeutin toimenkuvasta henkilökunnan arvioimana.

7.1.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastanneiden henkilöiden ikäjakauma oli lähes tasainen, joka osoitti, että kysely tavoitti eri-ikäisiä ammattilaisia. Otanta voitiin tulkita kattavaksi, koska ikäjakauma oli vain lievästi painottunut vanhempiin ikäryhmiin tyyppi-iat (25 -29 -vuotiaat ja 45 – 54 -vuotiaat) ja ikien keskikohta huomioiden. Alle 25 -vuotiaiden vastaajien osuus oli 0 %, tämä ei edustanut perusjoukkoa. Vastaukset edustivat sairaanhoitajien, (68 %), lääkäreiden (15 %), laitoshuoltajien (9 %) ja osastonhoitajien (7 %) käsityksiä iäkkään potilaan toimintakyvyn arvioinnista ja tukemisesta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa. Lähihoitajat/ perushoitajat, lääkintävahtimestarit eivätkä sosiaalityöntekijät vastanneet kyselyyn.

Tutkimukseen vastanneiden ammattilaisten työkokemus alalta oli keskimäärin 14,6 vuotta ja työkokemus yhteispäivystyksestä oli keskimäärin 10,9 vuotta.

Tulos voitiin yleistää 5 %:n virhemarginaalilla perusjoukkoon, jonka työkokemus päivystyksestä oli 8,14 – 13,61 vuotta. Tutkimukseen vastanneista päivystyksessä toimi hyvin eripituisella työkokemuksella olevia ammattialaisia. Työkokemus alalla oli hieman pidempi kuin päivystyksessä saatu työkokemus. Jakauma oli hyvin tasainen molemmissa luokissa, joten suurella osalla vastaajista oli työkokemusta molemmista. 75 %: lla vastaajista työkokemus oli vielä alle 10 vuotta ja 25 %: työkokemus oli vähintään 19 vuotta alalta ja vähintään 10,25 vuotta päivystyksestä.

7.1.2 Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta

Tutkimuksen tulosten perusteella ”tsekkilistan” käyttö iäkkään fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa oli hyvin vähäistä yhteispäivystyksessä, eikä moni käyttänyt sitä koskaan. Henkilökunnasta 2/3 ei kokenut sen hyödyttävän iäkkään toimintakyvyn arviointia. Naisten ja miesten välillä ei todettu tilastollisesti merkittävää eroa. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole mitattu vastaavanlaisen listan käyttöä. Arvo (2005), käytti toimintakyvyn arvioinnissa Barthel -indeksiä, jonka soveltuvuuden päivystykseen todettiin vaativan kehittelyä. Covinsky ym. (2003) arvioivat toimintakykyä haastatteleamalla iäkkäitä ADL ja IADL – mittarin avulla. He suosittelivat arviointia, joka sisältää iäkkään kotikuntoisuuden ja sairaalan tulovaiheessa tehdyn toimintakyvyn mittauksen.

Tässä tutkimuksessa iäkkään toimintakyvyn varhaista selvittämistä ja tukemista pidettiin melko yksimielisesti tärkeänä kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen kannalta. Puolet henkilökunnasta koki sen auttavan jatkohoitoon siirtymistä. Iällä eikä sukupuolella ollut kokemuksiin yhteyttä, mutta sairaanhoitajat kokivat enemmän tarvetta varhaisen toimintakyvyn selvittämiseksi ja tukemiselle kuin muut ammattiryhmät. Iäkkäiden voimavarojen, yksilöllisyyden ja aikaisemman toimintakyvyn huomiointi oli eri tavoin esillä. Tämä tulos on hyvin yhtenevä Ghenoun ym. (2006) tutkimuksen kanssa, jossa vastaajat olivat sairaanhoitajia ja perushoitajia. Covinsky ym. (2003) nostivat esille toimintakyvyn arvioinnin merkityksen erityisesti niillä iäkkäillä, joilla on riski menettää toimintakykyä ja toimintakykyä tukevan toiminnan merkityksen erityisesti korkeassa iässä olevien kohdalla.

Tässä tutkimuksessa akuutin sairauden ja toimintakyvyn muutoksen selvittämisen katsottiin kuuluvan pitkälti lääkäreille. Ainakin osittain arvioinnin ja tukemisen koettiin kuuluvan kaikille hoitotiimin jäsenille, mutta paikasta riippuen. Päivystysosasto ja muut sairaalan osastot koettiin siihen paremmin sopiviksi. Vastaavia tuloksia on nostettu esille Isoherrasen (2012) ja Colinin ym. (2012) tutkimuksissa, jossa joustavat roolirajat, työnjaot ja toimintakulttuurit koettiin haasteiksi ja uudenlaista tarkastelua vaativiksi. Ghenoun ym. (2006) päivystystutkimuksessa, Routasalon ym. (2002) toimintatutkimuksessa sekä Hassisen (2003) tutkimuksessa tunnistettiin kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi hoitajan myönteinen asennoituminen, kriittinen oman työn tarkastelu ja tavoitteiden asettaminen.

Tämän tutkimuksen tuloksissa arviointiin toivottiin monen alan osaajia ja erilaisia apuvälineitä. Iäkkäiden fyysistä toimintakykyä ja osallisuutta lisääviä välineellisiä keinoja ja lähestymistapoja nimettiin paljon, mutta niitä ei käytetty omassa toiminnassa. Suullisen ohjauksen keinot olivat samanlaisia kuin Ghenoun ym. (2006) tutkimuksissa. Kannustamisen, rohkaisemisen, motivoimisen, patistamisen ja kehottamisen koettiin mahdollistavan enemmän istumassa oloa kuin makuulla oloa. Avustaminen liitettiin liikuskeluun. Tutkimustulokset viittaavat siihen, ettei yhteispäivystyksessä ole yhtenäistä iäkkään toimintakykyä tukevaa liikuntasuunnitelmaa. Ammattiryhmien välillä oli eroja ja hoitotyön edustajien näkemyksissä oli muita enemmän hajanaisuutta. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole näiltä osin yhteneviä Turjan (2004) seurantatutkimuksessa saatuihin tuloksiin, jossa kuntoutumista edistävät toimintalinjat yhtenäistyivät ja hoitajat pyrkivät tukemaan potilaan omatoimisuutta ja jäljellä olevaa toimintakykyä. Turjan (2004) tulokset ovat yhteneviä Longin (2002) tuloksiin, mutta eivät tämän tutkimuksen kanssa. Ero voi olla selitettävissä ainakin osittain tutkimuksien toimintaympäristön erilaisuudella. Ghenoun ym. (2006) päivystystutkimuksessa hoitajat aktivoivat iäkkäitä voimavarat huomioiden, vähitellen apuvälineiden tuella liikkeelle, vaikka hoitajat kokivat, ettei muutaman päivän odottelulla ollut merkitystä vanhuksen toimintakyvylle. Covinscyn ym. (2003) tutkimuksessa todettiin, että lääkärit määräsivät vähän hoitoja, jotka voisivat ehkäistä vanhusten toimintakyvyn laskua tai palauttaa sen ennalleen.

Yli puolet vastaajista tunnisti toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen tietotaitojen riittävydessä epävarmuutta ja koulutuksen tarvetta. Miehet kokivat keskivertoa

enemmän tietotaitojen riittämättömyyttä, mutta eivät kokeneet tarvetta koulutukselle. Pidempään työtä tehneet kokivat hieman muita enemmän tarvetta lisäkoulutukselle. Tietotaitojen riittävydestä päivystyksen ympäristössä ei löytynyt vastaavia mittaus-tuloksia muista tutkimuksista, mutta seuranta- ja toimintatutkimuksissa on voitu osoittaa tiedon lisääntymisessä ja toimintatapojen muuttumisessa yhteyttä (Routasalo ym. 2002; Turja 2004).

Arvioimisen ja tukemisen aloittamista ja yhteistyötä heikentäviä tekijöitä tuotiin ka-peasti esille. Näitä olivat ajan riittämättömyys ja päivystyksen mahdollinen ruuhkau-tuminen, mikäli iäkkäiden toimintakykyä arvioitaisiin tai tuettaisiin syvällisesti. Vas-taavia tuloksia ajan riittävydestä ja kiireestä on tuotu esille monissa tutkimuksissa (Ghenoun ym. 2006; Turja 2004)

7.1.3 Yhteispäivystyksen henkilökunnan käsityksiä fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden potilaiden fyysisen toiminta-kyvyn arvioimisessa ja tukemisessa

Tutkimuksessa voitiin tunnistaa moniammatillisen yhteistyön sisältöjä ja fysiotera-peutin toimenkuvan selkeytymistä. Niissä korostuivat liikkumista ja kuntoutumista koskevien tarpeiden kartoitus, toimintojen ja apuvälineiden arviointi, suunnittelu ja ohjaus, toiminnoissa avustaminen, osaamisen ja yhteistyön vahvistaminen sekä toi-mintakyvyn tukemista edistävät ja haittaavat työyhteisöä kuvaavat tekijät. Fysiotera-peutin tarve päivystyksessä ja moniammatillisessa tiimissä koettiin tärkeäksi. Suku-puoli eikä ammattinimike muuttanut käsitystä tarpeellisuudesta. Ikääntyvät sairaan-hoitajat ja eri-ikäiset esimiestehtävissä olevat ammattilaiset kokivat eniten yhteistyön tarvetta. Vastaavia tuloksia on saatu Turjan (2004) ja Routasalon ym. (2002) tutki-muksissa.

Valtaosa vastaajista koki, että fysioterapeutin konsultaatioaloitteen voi tehdä lääkäri, hoitaja tai lääkintävahtimestari. Myös potilas tai läheinen nähtiin mahdollisina aloit-teen tekijöinä. Miesvastaajien mielestä lääkärin kuului tehdä aloite. Fysioterapeutti nähtiin potilaan fyysisten tarpeiden kartoittajana. Toimialue käsitti kotona, päivys-tyksen seurannassa tai päivystysosastolla pärjäämisen selvittämisen ja apuvälineiden

tarpeen selvittämisen. Arviointia vaativa yhteistyö kohdistui toimintakyvyn, kuten liikuntakyvyn alueisiin ja omatoimisuuteen. Fysioterapeuttia toivottiin iäkkään perustoimintojen yhteydessä tapahtuvaan yhteistyöhön, osaamisen sekä yhteistyön vahvistamiseen. Vastaajien kuvauksissa on tunnistettavissa vastaavia tehtäviä kuin KASTE -hankkeen (2012) raportissa on liitetty fysioterapeutin toimintaan.

Työntekijöistä 2/3 konsultoi harvemmin kuin pari kertaa kuukaudessa fysioterapeuttia. Tärkeimmäksi fysioterapeutin konsultaation syyksi nimettiin apuvälineiden käyttö, eikä näkemyksillä ollut yhteyttä sukupuoleen eikä ammattinimikkeeseen. Naiset ja miehet konsultoivat yhtä vähän fysioterapeuttia. Tärkeäksi koettiin myös kiputilojen, kaatuilun ja jatkokuntoutuksen yhteydessä tapahtuva konsultaatio, mutta iällä ja sukupuolella oli yhteyttä näkemykseen. Miehet konsultoivat naisia herkemmin apuvälineiden, kaatuilun ja sängystä ylös nousun yhteydessä. Naiset konsultoivat miehiä herkemmin kiputilojen ja jatkokuntoutuksen suunnittelun yhteydessä. Nuoret lääkärit kokivat vähiten tarvetta konsultoida kiputilojen ja kaatuilun yhteydessä. Ne ammattilaiset, jotka olivat konsultoineet fysioterapeuttia, kokivat toimintojen ja apuvälineiden arvioinnin, suunnittelun ja ohjauksen tärkeäksi yhteistyön alueeksi. Yksityiskohtaisia määritelmiä fysioterapeutin konsultaatiotilanteista ei ole kuvattu tässä työssä esillä olevissa muissa tutkimuksissa, mutta kirjallisuuskatsauksessa vastaavia tilanteita on liitetty fysioterapeutin toimenkuvaan (Karppi 2008).

Useat yhteispäivystyksen ammattilaiset nostivat esille työntekeä edistäviä ja haittaavia myönteisiä sekä kielteisiä tekijöitä. Niissä korostuivat erilaiset näkemykset yksilöiden tavoitteista, toiminnan joustamattomuudesta, toimintaympäristön ja toimintakulttuurin asettamista rajoista sekä moniammatillisen yhteistyön odotuksista että moniammatillisen yhteistyövision käytäntöön soveltamisen keskeneräisyydestä. Riittämättömyyden tunteet, oman työn yhteensovittamisen vaikeus, sitoutuneisuus ja vastuullinen ajattelu liittyivät kokemuksiin. Elorannan ym. (2011) tutkimuskatsauksessa löydettiin yhteistyörakenteisiin liittyviä vastaavia edellytyksiä, kuten resurssit, työjaon määrittäminen ja johtamiskulttuuri. Isoherranen (2012) osoitti vastuukysymysten määrittelyt, sovitusti joustavat roolit sekä vuorovaikutustaitojen oppimisen merkittäviksi haasteiksi moniammatillisessa yhteistyössä.

7.2 Tutkimustulosten luotettavuus

Kokonaisuudessaan hyvä tutkimus näkyy luotettavissa tuloksissa ja luotettavuuden osoittamiseksi on olennaista tarkastella tutkimustuloksien saavuttamisen vaiheita (Kylmä ym. 2010, 129; Vilkkä 2007, 149). Tässä tutkimuksessa kerättiin tietoa määrällisen ja laadullisen mittarin menetelmin. Tulosten luotettavuus edellytti mittaamisen ja aineiston keruun tarkastelun lisäksi laadullisen aineiston tutkimusprosessin vaiheiden, uskottavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden tarkastelua. (Tuomi 2008, 149.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa erityisesti mittarin luotettavuutta pidetään tärkeänä tulosten luotettavuuden kannalta. Mittarin reliabiliteettia, kykyä mitata samaa asiaa, arvioitiin tutkimuksen sisäisen johdonmukaisuuden avulla ja siihen käytettiin Cronbachin alfa-kertoimista. Mittarin kaikkien osien sisäistä johdonmukaisuutta ei testattu, mikä heikensi reliabiliteetin todentamista. Jatkokuntoutuksen suunnittelu, apuvälineiden arviointi, en keksi syytä konsultoinnille sekä fysioterapeutin keskimääräinen konsultaatioiden määrä (taulukko 2) olivat Cronbachin alfa-kertoimista käyttäen vahvimmin sisäisesti johdonmukaisia. Toisaalta iäkkään potilaan kiputilat -muuttuja ei ollut sisäisesti johdonmukainen. Itse laaditussa mittarissa hyväksyttiin luotettavuusrajaksi 0,60. Luotettavuustestauksen tuloksiin saattoi vaikuttaa otoskoko. (Kankkunen ym. 2009, 156; Metsämuuronen 2009, 467)

Mittarin validiteettia tarkasteltaessa keskeisintä on mittaako mittari ongelmaa ja tutkittavaa ilmiötä (Metsämuuronen 2009, 125). Tarkasteluni kohdistui mittarin ja tulosten sisältövaliditeettiin. Iäkkään ihmisen päivystyskäynnin yhteydessä tapahtuvaa toimintakyvyn arviointia ja tukemista on tutkittu hyvin vähän, mikä vaikeutti käsitteistön valintaa. Sisäistä validiteettia parannettiin määrittelemällä keskeiset käsitteet, kuten akuutista sairastunut iäkäs, moniammatillinen yhteistyö sekä fyysisen toimintakyvyn arviointi ja tukeminen. Käsitteiden operationalisointi ja niiden arviointi tehtiin mittarin esitestauksen ja toimialueylihoitajan toimesta. Mittari todettiin muutoksien jälkeen riittävän validiksi ja käsitteiden todettiin soveltuvan yhteispäivystyksen toimintaympäristöön ja tähän tutkimukseen. Monen käsitteen samanaikainen käyttö yhden väittämän sisällä saattoi vaikeuttaa vastaajan valintaa ja täten heikentää mittarin luotettavuutta.

Sisäisen validiteetin uhkia olivat henkilöiden valikoituminen tutkimukseen, osallistujien poistumat, kontaminaatio ja mittauksen vaikutus. Tutkimusasetelmassa huomioitiin suurin kesäloma-aika, joka oli ohitettu syyskuussa ja henkilökunnan paras mahdollinen tavoitettavuus kyselytutkimuksella. Vastaajat edustivat yhteispäivystyksen henkilökuntaa kaikkien muiden ikäryhmien paitsi alle 25 -vuotiaiden osalta. Kysely tavoitti 33 % otokseen valikoituneista vastaajista. Esikyselyn perusteella vastaaminen vei noin 9 minuuttia, eikä vastausaika näin yksistään selitä alhaista vastausprosenttia. Työtahti ja hektisyys olivat tiedossa ja ne huomioitiin kyselyn laatimisen yhteydessä. On mahdollista, että alhainen vastausprosentti kuvaa aiheen merkityksellisyyden kokemusta, jolloin ne jotka ovat kokeneet asian vähemmän tärkeäksi, ovat jättäneet vastaamatta. Toisaalta alhaisen vastausprosentin vuoksi jouduttiin pidentämään kyselyaikaa viikolla ja tiedottamaan kyselystä uudelleen, jonka vaikutus vastausten määrään jäi vähäiseksi. Nämä tutkimusasetelman ulkopuoliset tekijät voivat heikentää luotettavuutta, koska vastaajiksi on voinut aktivoitua ns. hyviä vastaajia.

Luotettavuuden tarkastelussa todettiin, että sisäistä kontaminaatiota oli tapahtunut hyvin vähän, koska avokysymyksien vastausten sisällöissä käytettiin paljon eri käsitteitä, kuin tilastollisen osuuden väittämissä. Vastaajien keskinäinen kieliasu viittasi enemmänkin KASTE -hankkeen tuomien käsitteiden yhteneväisyyteen. Esille nousseita kohtia voidaan pitää vastaajien kannalta merkittävänä asioina iäkkään toimintakyvyn arvioinnissa ja tukemisessa sekä moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimustulokset olivat osittain samansuuntaisia muiden tutkimuksien tulosten kanssa, joka viittaa niiden luotettavuuteen, erilaisesta kontekstista riippumatta.

Tulosten ulkoisessa validiteetissa tarkasteltiin tutkimustulosten yleistettävyyttä, johon voi vaikuttaa muun muassa otos. Otos oli harkinnanvarainen, minkä ei todettu vaikuttavan luotettavuuteen. Perusjoukko käsitti noin 180 Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen työntekijää ja otos käsitti 170 työntekijää, joista 40 edusti yhteispäivystyksessä ajoittain töissä olevia. Heidän osalta on suuri todennäköisyys, ettei kysely ole heitä tavoittanut. Tutkimus olisi voitu tehdä kokonaisotantana, mutta sähköpostikysely haluttiin kohdistaa vain työ sähköpostiin. Otosta ei voida pitää muiden päivystysten osalta edustavana alhaisen vastausprosentin (33 %) vuoksi. Huomioiden mahdollisesti tavoittamattomat vastaajat, olisi vastausprosentti edelleen liian

alhainen (43 %) yleistettävyyden kannalta. Otanta voitiin tulkita ikäjakauman, ”tsekkilistan” käyttökokemuksen, toimintakyvynvarhaisen selvityksen, iäkkään osallisuuden lisäämisessä käytettävien välineellisten keinojen ja fysioterapeutin tarpeen perusteella kattavaksi. Tulokset edustavat riittävän hyvin erityisesti sairaanhoitajien näkemyksiä. Näiltä osin tutkimustulokset voidaan yleistää yhteispäivystyksen toimialueella.

Luotettavuutta lisää läpinäkyvyys, perustelut ja arvioinnit mistä - mitä ja miten valintoihin päädyttiin (Vilkkä 2005, 159). Tässä tutkimuksessa pidettiin tärkeänä kuvata avoimien kysymyksien eri vaiheet, aineiston keruusta analyysiin (LIITE 4). Aineiston kerääminen eteni laaditulla mittarilla normaalisti ja tilastollisissa analyysissä käytetty Tixel9 -ohjelmisto soveltui vastauksien työstämiseen. Avoimia vastauksia kuvattiin autenttisin, suoran lainauksin. Kvantifioimalla laadullinen aineisto, olisi saatu määrälliselle tutkimukselle sopivaa mitattavissa olevaa tietoa (Saaranen – Kauppinen ja Puusniekka 2006), mutta toisaalta tutkimusongelmat näyttäytyivät näin laajemmin, joka toi uskottavuutta. Aineistoa ei kertynyt liikaa, jolloin pelkistämistä ja kategoriointia ei tarvinnut jatkaa kovin pitkälle alkuperäisestä ilmauksesta.

Aineiston uskottavuutta olisi voitu lisätä haastattelemalla yhteispäivystyksen fysioterapeuttia, käymällä keskustelua vastaajien kanssa tai palauttamalla tulokset vastaajille arvioitaviksi. Tässä tutkimuksessa lisättiin uskottavuutta pitämällä tutkimuspäiväkirjaa ja tutkimukselle sokeutumista pyrittiin ehkäisemään erottelemalla vanha ja uusi tieto ennen tuloksien analyysia. Herkkyyttä ylläpidettiin tarkastelemalla toistuvasti tutkimusongelmia. (Kankkunen ja Vehviläinen - Julkunen 2010, 159; Kylmä 2007, 128; Tuomi 2008, 153.) Tämän tutkimuksen siirrettävyyden varmistamiseksi kuvattiin tutkimuksen toteuttamisen vaiheet huolellisesti. Jokainen tutkimus on ainutlaatuinen ja jokainen ihminen, vastaaja tai tutkija, tuo käsillä olevaan tutkimukseen omat merkityksensä.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa mielenkiintoni ja työelämän tarve yhdistyivät. Tutkimus kohdistui uuden inhimillisen toiminnan kehittämisen tuotoksiin.

Inhimillisen luonteen vuoksi tutkimuksen eettisyyttä tuli tarkastella läpi koko tutkimusprosessin. Aihevalinta kosketi välillisesti iäkästä itseään, mutta suoraan heitä hoitavia ammattilaisia. Tutkimuksen aihevalintaa edelsi tutkimuksen tekijänä oma eettinen pohdinta julkisuuden viestittämästä iäkkäiden huonosta hoidosta, akuutisti sairaan ikäihmisen toimintakyvystä ja toimijuudesta normaalista poikkeavissa olosuhteissa. Aihevalinnalla ja rajauksella pyrin täydentämään toistaiseksi vielä varsin niukkaa tietoa suomalaisten iäkkäiden potilaiden päivystystilanteissa tapahtuvasta moniammatillisesta yhteistyöstä ja toimintakyvyn arvioinnista. Erityistä huomiota halusin kiinnitettävän eettisesti vaikeaan, mutta ajankohtaiseen aiheeseen kuin vanhusten vuoteeseen jäämiseen.

Tutkimus käsitteli suuren yhteispäivystyksen moniammatillista ammattikuntaa ja fysioterapeuttia. Tämän vuoksi kävin ennen tutkimuksen tekoa keskustelua sekä fysioterapeutin että yhteispäivystyksen esimiehien kanssa. Tutkimukseen osallistuminen perustui ehdottamaan vapaaehtoisuuteen ja tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen oli tärkeä asia kaiken aikaa. Vastaajat antoivat luvan tietojen käsittelyyn vastatessaan kyselyyn. Tästä tiedotettiin tutkimusta esittelevässä tiedotteessa. Käsitelin aineiston luottamuksellisesti ja raportoinnissa huomioin anonymiteetin säilymisen siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Sähköiset kyselylomakkeet, jotka eivät sisältäneet tunnistetietoja eivätkä koodausta mahdollista uusintakyselyä varten, hävitettiin tutkimusraportin hyväksymisen jälkeen.

Kohdistin keskeisen eettisen tarkastelun aineiston analyysiin ja tulosten johtopäätöksiin, jotta ne toteutettiin luotettavasti sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa hyödyntäen. Tämän tutkimuksen aineisto on analysoitu kokonaisuudessaan.

7.4 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tutkimusongelmiin saatiin vastauksia ja voitiin tuottaa uutta tietoa yhteispäivystyksen toimintatavoista. Tutkimuksessa yhteispäivystyksen ammattilaiset arvioivat itse päivystyksessä tapahtuvaa iäkkään toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen prosessia ja fysioterapeutin toiminnan sisältöjä sekä yhteistyön alueita päivystyksen fysioterapeuttikokeilun jälkeen.

Tutkimustuloksena saatu moniammatillinen prosessi kuvaa monien ammattilaisten ja fysioterapeutin toimintaa, jossa on piirteitä yhteistyötä ja osaamista vahvistavista asioista. Tulokset ovat samansuuntaisia Colinin ym. (2012) tutkimuksen tulosten kanssa. Yhteistyössä ei ole vielä kaikkia prosesseja kattavaa moniammatillisuutta, jossa tavoitellaan rajatonta moniammatillista (interdisciplinary) toimintamuotoa. Aiempien tutkimustulosten perusteella moniammatillisuus edistää ja edesauttaa iäkkään fyysisen toimintakyvyn arviointia ja tukemista myös akuuttihoitoalueella (Isoheranen 2012).

Tsekkilistan vähäisestä käytöstä huolimatta, on merkittävää, että iäkkään toimintakyvyn varhaista selvittämistä ja tukemista pidettiin melko yksimielisesti tärkeänä iäkkään kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen kannalta. ”Tsekkilistan” vähäinen käyttö voi kertoa tiedon ja käytäntöön soveltamisen keskeneräisyydestä. Työntekijöiden kuuleminen ja listan jatkokehittely voivat johtaa sen merkittävämpään hyödyntämiseen yhteispäivystyksessä. Iäkkäiden voimavarojen, yksilöllisyyden ja aikaisemman toimintakyvyn huomioiminen sai vastaajat pohtimaan päivystyksen ympäristötekijöitä ja resursseja. Vähemmälle huomiolle jäivät pitkien odotusaikojen mahdollisesti lisäämä kipulääkityksen, ravinnon, riittävän yölevon ja kotilääkityksen merkitys fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen, joista on näyttöön perustuvaa tietoa.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että yhteispäivystyksen henkilökunnasta osa tunnistaa iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn tukemista edistäviä tekijöitä, mutta ei tunnista fyysisen toimintakyvyn edistämisen ja arvioimisen prosessia. Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn arvioiminen on vähemmän esille tuotu osaamisen alue, kuin toimintakyvyn tukemisen alue. Tämä viittaisi siihen, että KASTE hankkeen aikana tehty yhteistyö fysioterapeutin kanssa on lisännyt ammattilaisten iäkkään toimintakyvyn tukemisessa tarvittavaa osaamisen aluetta. Toisaalta iäkkään toimintakyvyn arvioinnin aluetta on tärkeä edelleen kehittää moniammatillisella yhteistyöllä ja yhteispäivystyksessä KASTE –hankkeen aikana kehitetyn arviointihoitajatoiminnan tuella. Yhteistyön vahvistamisen ja moniammatillisen osaamisen alueeksi voidaan nimetä myös yhteisten periaatteiden, toisen ammattiosaamisen tunnettavuuden, työjaon ja toimintatapojen edelleen kehittäminen ja kouluttaminen. Osa vastauksista viittaa siihen, että kuntouttamisen, kuntoutumista edistävän, toimintakyvyn arvioin-

nin ja toimintakyvyn tukemisen käsitteet eivät ole sisällöllisesti täysin tuttuja. Tämä luo mahdollisesti moniammatillisen toimintatavan käytäntöön ottamiselle hidasteita, joita Isoherranen (2012, 101) nosti esille tutkimuksessaan.

Tutkimustulosten perusteella päivystyksessä koettiin, että sen toimintaympäristö ja toimintakulttuuri ovat akuutin hoidon luonteen ja ajan käytön puitteissa hyvin erityinen osaamisen alue. Siellä iäkkään sängystä ylösnousuun ja liikkumiseen liittyvää moniammatillista arviointia ja tukemista tulisi tarkastella sen piirteiden mukaisesti. Sen myötä moniammatillisesta arvioinnista ja tukemisesta saataisiin iäkästä ja ammattilaisia parhaiten tukeva työväline. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on nostettu esille on organisaatioiden rakenteet ja johtaminen ensiarvoisia yhteisen tiedon luonnin ja yhteisen toimintamallin kehittämisessä, niin myös tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen. Tulosten perusteella voidaan pitää tärkeänä kehittää yhteistä näkemystä ja tavoitetta sekä jatkuvaa toisten tukemista.

Työntekijät tuovat tilanteisiin omia resurssejaan, tavoitteitaan, sääntöjään ja määrittelyjään, iäkä ihminen omansa. Ajankohta, kuten päivystyskäynti voi tuoda esiin tilanteita, joihin ikääntynyt ihminen ei ole varautunut, eikä enää haluakaan osallistua tai hänellä ei ole kykyä siihen. Tarkastelemalla fyysistä toimintakyvyn arviointia ja tukemista ikääntyvien toimijuuden näkökulmasta, olisi mahdollista saada tarkempi kuva ikääntyvien yksilöllisestä toimintakyvystä oikeassa ajassa. Mikäli ei selvitetä ikääntyneiden toimintakyvyn muutoksien taustamuuttujia ja osa-alueita, ei ole myöskään mahdollista tukea iäkästä muutostilanteessa eikä hyödyntää päivystysolosuhteissa moniammatillista, ammattirajat ylittävää työtettä.

Aiheen puheeksi ottaminen KASTE –hankkeen ja tämän opinnäytetyön tutkimuksen yhteydessä voi johtaa lisääntyvästi iäkkään ihmisen erityistarpeet huomioivaan kohtaamiseen päivystyksen toimintaympäristössä. Tämä voi tukea varhaista mobilisointia sekä moniammatillista arviointia. Tutkimuksen johtopäätöksissä voidaan yhtyä Ritva Sakarin (2013) tutkimuksen johtopäätöksiin, siltä osin miten suomalaisessa terveydenhuollossa tulee kiinnittää erityistä huomiota iäkkäisiin ihmisiin, jotka joutuvat terveydentilansa takia vuodelepoon tai sairaalahoitoon lyhyeksikin ajaksi. Vaikka sairaus ei suoraan vaikuttaisi liikkumiskykyyn, on epäsuorien vaikutuksien todennäköisyys nopea fyysiseen aktiivisuuteen. Arviointeja ja liikuntasuunnitelmia

tarvitaan, mikäli halutaan selvittää ja ehkäistä systemaattisesti iäkkäiden liikkumiskyvyn heikkeneminen ja edesauttaa kodinomaisissa oloissa selviytymistä myös akuutin vaiheen jälkeen.

Lopuksi voidaan todeta, että Italian Anconassa on 12 vuoden kokemus perinteisestä päivystyksestä ja iäkkäiden akuuttihoitoon perehtyneestä päivystyksestä, jolla on voitu vaikuttaa hoidon laatuun merkittävästi. Geriatriassa päivystyksessä monitieteinen tiimi panostaa mm. iäkkäiden monimutkaisten lääketieteellisten ongelmien, liikuntarajoitteiden ja sosiaalisten tarpeiden selvittämiseen. Perheiden tuki hyödynnetään taustatietojen selvittämisessä ja toimintarajoitteisten potilaiden hoidossa. (Salvi, Morichi, Grilli, Giorgi, Spazzafumo, Polonara, Tommaso, Rappelli, Dessi'-Fulgheri. 2008, 2135).

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Muutamit 2000 -luvun alussa tehdyt tutkimukset ovat käsitelleet potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta. Niissä kohderyhmänä ovat olleet kaikki aikuiset. Jatkotutkimusaiheena olisi tärkeä selvittää, minkälaisia käsityksiä iäkkäillä itsellä on fyysisen toimintakyvyn arvioinnista ja tukemisesta päivystyksen alueella. On hyvin mahdollista, että iäkkäät kokevat aiheen hyvin toisella tavalla kuin moniammatillinen henkilökunta. Liikuntasuunnitelman, varhaisen mobilisaation ja liikkumista tukevien interventioiden vaikutukset iäkkään toimintakykyyn ja toimijuuteen päivystysaikaisessa hoidossa ovat täysin tutkimaton aihealue. Jatkossa olisi tärkeä tarkastella, mikä yhteys näillä interventioilla on iäkkään päivystyspalvelujen ja niiden piirin hakeutumiseen esimerkiksi seuraavan kahden viikon sisällä.

Koska aikaisempien tutkimuksien ja tämän tutkimuksen mukaan yhteistyön vahvistamisen ja moniammatillisen osaamisen edellytys sisältää tiedon toisen ammattilaisen toimenkuvasta, työjaosta ja toimintatavoista, voivat erilaiset käytännön tilanteet selkiyttää näitä alueita. Colinin ym. (2012) tuottamassa raportissa suositellaankin jatkotutkimusaiheeksi niiden tilanteiden kuvaamista, joissa moniammatillista yhteistyötä ja yhteistä päätöksentekoa tukevaa toimintamallia tarvitaan, voidaan hyödyntää tai hyödynnetään.

Moniammatillisen yhteistyömuodon käytäntöön soveltaminen on osoittautunut hitaasti eteneväksi prosessiksi myös tämän tutkimuksen tulosten perusteella. Syitä voi olla monia, mutta esimerkiksi hoitaja-, lääkäri- ja fysioterapeuttikoulutukset ovat täysin erillisiä, mikä voi vaikuttaa yhteistyön rakentumiseen käytännössä. Tarkoituksenmukaista olisi moniammatillisen yhteistyön harjoittelu jo opiskeluaikoina, jolloin osaaminen saadaan haasteita vastaavaksi. Käytännön moniammatillisen työympäristön tutkimukset ovat keskeinen tiedon alue, mutta sen lisäksi opintokokonaisuuksiin suunnattu moniammatillisen yhteistyön jatkotutkimusaihe voisi laajentaa ja antaa ymmärrystä toimintatavan käytäntöön saattamisessa. Toisaalta, mikäli halutaan tutkia koulutuksen tai asenteiden vaikutusta toimintatapoihin, olisi jo tässä tutkimuksessa voitu liittää taustamuuttujiin kysymys aikaisemmasta vanhustyön kokemuksesta tai koulutuksesta.

LÄHTEET

Arkela – Kautiainen, M., Ylinen, J. & Arokoski, J.P.A. 2009. Fysioterapia. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari – Juntura, E. Fysioterapia. 4. uud.p. Helsinki: Duodecim. 394 – 406.

Arvo, T. 2005. Ikääntynyt potilas päivystyspoliklinikalla - toimintakyvyn muutoksen seuranta. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos ja hoitotyön johtaminen.

Colin, K., Paloniemi, S. & Herranen, S. 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa: ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. RYMY -hanke, Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittämishanke. Jyväskylän yliopisto, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Työsuojelurahasto. Verkkojulkaisu, Linda. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4758-3>

Colin, K., Valleala, U-M., Herranen, S., Paloniemi, S & Pyhälä - Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Teoksessa Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa: ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. RYMY -hanke, Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittämishanke. Jyväskylän yliopisto, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Työsuojelurahasto. Verkkojulkaisu, Linda. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4758-3>

Covinsky, K., Palmer, RH., Fortinsky, RH., Counsell, SR., Stewart, AL., Kresevic, D., Burant, C. & Landefeld, S. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Aged. Journal of the American Geriatrics Society 51 (4). 451 – 458. Viitattu 20.6.2012.
<https://web.ebscohost.com/lillukka.samk.fi/ehost/search/basic?sid=40195f67-c419-4976-aa88-3cc3d32d9f6e%40sessionmgr111&vid=1&hid=118>

Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Tutkiva hoitotyö vol.9 (3). Hoitotieteellinen aikakauslehti, Kouvola. 4 – 13.

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE -julkaisuja 20. Viitattu 12.6.2012.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

Fagerlund, S. 2012. Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen käyntitilastot. Koordinoiva osastonhoitaja. Henkilökohtainen tiedonanto 5.6.2012.

FINLEX. 1999. Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Valtion – säädöstietopankki. Viitattu 10.7.2012. <http://www.finlex.fi>

FINLEX. 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Valtion – säädöstietopankki. Viitattu 12.8.2013. <http://www.finlex.fi>

- FINLEX 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitolaista. Valtion - säädöstietopankki. Viitattu 12.6.2013. <http://www.finlex.fi>
- FINLEX. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 1.11.2012. <http://www.finlex.fi>
- Gheonoun, T., Salminen, J., Tanhua, M. & Holmlund, L. 2006. Vanhusten kuntouttava hoitotyö päivystyspoliklinikalla – hoitajien näkemyksiä. Helsingin ammattikorkeakoulu, Stadia, sosiaali- ja terveysala. Sairaanhoitaja, Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenlehti, 1/2007, Kouvola.
- Haanpää, M. & Salminen, J. 2009. Kipu. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari – Juntura, E. (toim.) Fysiatría. 4. uud. p. Helsinki: Duodecim. 54 – 73.
- Hartikainen, S. ja Lönnroos, E. (toim.). 2008. Geriatria –arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 11 – 341.
- Hassinen, T. 2003. Iäkkään potilaan voimavaroja tukevat hoitotyön auttamismenetelmät. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Heikkilä, H-K. 2008. Ikääntyvien toimintakyky palvelutarpeen arvioinnissa. Tapaus-tutkimus Pihtiputaan kunnasta. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos.
- Heikkinen, E. 2005. Keski - ikäisten ja iäkkäiden liikunta. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. Liikuntalääketiede. 3. uud. p. Helsinki Duodecim. 184 – 201.
- Heikkinen, E. 2010. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. – 3. uud. p. Helsinki, Duodecim. 402 – 408.
- Heiskanen – Haarala, I. 2009. Vanhus ei voi odottaa hoitoa pitkään. Sairaanhoitaja, hoitotyön johtava ammattilehti, 82. vsk., 9/ 2009, 6 – 9. Helsinki.
- Helin, S. 2010. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Gerontologia. 2. – 3. uud. p. Tampere: Duodecim. 416 - 435.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava, Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, A. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. Etiikkaa ihmistieteille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Helsinki: SKS. 31 - 49.
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. Gerontologinen hoitotyö. WSOY, Helsinki. 42 - 56.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2007. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto: sosiaalitieteiden laitos. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Jarti, L., Heinonen, P., Upmeyer, E. & Seppälä, M. 2011. Turun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi. Vanhus – päivystyksen suurkuluttajako? Suomen Lääkärilehti 40/2011 vsk 66.

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS -kustannus. 195 – 217.

Jyrkämä, J. 2010. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 4. uud. p. Helsinki, Duodecim. 271 - 278.

Kankkunen, P. 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 247 – 265.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen. K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Hartikainen, S & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 15 – 30.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Selvityksiä 2006:30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Koivula, R. 2009. Toimintakyvyn laaja - alainen arviointi ja tukeminen. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S.- L. (toim.). Ikäinstituutti, oraita 1/2009. Helsinki.

Koponen, L. & Sillanpää, Kirsi. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi. 23 - 30.

Korpinen, A. 2008. Vanhus ensihoitopotilaana. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. Uusittu ja ajanmukaistettu laitos teoksesta Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi. 469 – 473.

Kuula, A. 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. Etiikkaa ihmistieteille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Helsinki: SKS. 124 - 140.

KvantiMOTV. 2008. Mittaaminen. Mittarien luotettavuus. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere. Viitattu 8.6.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere. Viitattu 2.6.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.

Laukkanen, P. 2010. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Gerontologia. 4. uud. p. Keuruu: Duodecim. 261 – 272.

Lihavainen, K. 2012a. Geriatriinen arvio. Interventiotutkimus. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.6.2013. <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2013/01/tiedote-2013-01-29-13-57-23-782125>

Lihavainen, K. 2012b. Mobility limitation, balance impairment and musculoskeletal pain among people aged ≥ 75 years: a study with a comprehensive geriatric intervention. <http://julkaisut.jyu.fi/?id=978-951-39-4620-3>

Lihavainen, K., Sipilä, S., Rantanen, S., Kauppinen, M., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2011. Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention on mobility in persons aged 75 years and over: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation. 2012 (26), 4, p314-326314 – 325. <https://web.ebscohost.com>.

Lindberg, O. 2005. Vanhus päiväystyksessä. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, L. Potilaan hoito päiväystyksessä. Helsinki: Tammi. 374 – 379.

Long, A – F., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. 2002. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. Journal on Advanced Nursing 37(1). 70 – 78. Viitattu 12.12.2012. <https://web.ebscohost.com>.

Lukka, H. 2011. Iäkkään päiväystyspotilaan hoitopolku. Rajapintakäytänteiden kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiiriin yhteispäiväystyksessä. Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012.

Lukka, H., Nyfors, H. & Vallavuori, L. 2012. Fysioterapeutti Satakunnan keskussairaalan päiväystyksessä. Fysioterapeutin rooli ja tehtävät, raportti 10.5.2012. Toimintakykyisenä ikääntyminen - vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012. Pori.

Lukka, H. 2012. KASTE -osahankkeen loppuraportti 20.8.2012. Toimintakykyisenä ikääntyminen - vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012. Pori.

Lyyra, T.- M. & Tiikkanen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 57 – 73.

Manninen, P. 2004. Johdatus tilastolliseen data-analyysiin. Sovellus- ja atk - keskeinen näkökulma. Matematiikan, tilastotieteen ja filosofian laitos, Tampereen yliopisto B44. Tampere.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. uud. p. Tutkijalaitos, Helsinki.

Nyfors, H. 2012. Toimintakykyisenä ikääntyminen. Vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 - 2012. viitattu 3.1.2013.

[http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/TOIMKYKIKAANTYMINEN/LOPPURAPORTTI/\(LOPPURAPORTTI%2031.10.2012%20LOPULLINEN%20P%C4IV.16.11\).PDF](http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/TOIMKYKIKAANTYMINEN/LOPPURAPORTTI/(LOPPURAPORTTI%2031.10.2012%20LOPULLINEN%20P%C4IV.16.11).PDF)

Partanen, K. 2013. Fysioterapeutti muuttuvassa maailmassa. Viitattu 1.6.2013

http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=166&Itemid=194

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotiede. Kuopion Yliopisto. <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/>

Petri, L. 2010. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. Nursing Forum Volume 45, No. 2, April-June 2010. 73 – 82. <http://web.ebscohost.com>.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010 Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K., Strandberg, T, Sulkava, R. & Viitanen, M. Geriatria. 2. uud. p. Porvoo: Duodecim. 438 – 474.

Pohjolainen, T. & Alaranta, H. 2009. Toimintakyky. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari – Juntura, E. (toim.) Fysiatría. Helsinki: Duodecim. 20 – 27.

Pohjolainen, P. & Heimonen, S.- L. (toim.). 2009. Toimintakyvyn laaja - alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti, oraita 1/2009. Helsinki.

Rantanen, T. 2010. Terveysliikunta. Teoksessa Hartikainen, S & Lönnroos, E., Geriatria -arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 321 - 342.

Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola, M. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. THL raportti 30/2012. Tampere. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085348>

Routasalo, P. & Arve, S. 2002. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö – toimintatutkimus. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja 6:2002. Turun yliopisto: Hoitotiede.

Saaranen – Kauppinen, S. & Puusniekka, A. 2006. Kvantifiointi 7.3.3. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_3.html

Sajama, S. 2011. Takaisin itsenäiseen elämään. Vantaan geriatrisen akuuttiyksikön motto on ”heti jalkeille ja nopeasti kotiin”. Artikkel, *Tehy* 10/2011, 24 – 27.

Sakari, R. 2013. Mobility and its decline in old age. Determinants and associated factors - Iäkkäiden ihmisten liikkumiskyvyn ongelmat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 12.6.2013. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/40841>

Salonoja, M. 2011. Geriatria. Teoksessa *Akuuttihoito-opas*. 15. uud. p. Porvoo: Duodecim. 649 – 658.

Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A-L., Giorgi, R., Spazzafumo, L., Polonara, S., Tommaso, G., Rappelli, A., Dessì-Fulgheri, P. 2008. A Geriatric Emergency Service for Acutely Ill Elderly Patients: Pattern of Use and Comparison with a Conventional Emergency Department in Italy. *JAGS* 56:2131–2138. <https://web.ebscohost.com>

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/59337>

Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 27 – 40.

Sarvimäki, A., Simonen, M. & Parviainen, T. 2004. ”Halusin toimia oikein. Mikä on oikein?” Vanhustyöntekijöiden kokemia eettisiä ongelmia. Ikäinstituutin raportteja 1/2004. <http://www.ikainstituutti.fi/tuotteet/julkaisusarjat/raportteja/halusin+toimia+oikein+mika+on+oikein/>

Seinä, S. & Helander, J. 2007. Tiimeistä työpareiksi: Toiselta oppiminen ja ammatillinen kehittyminen. HAMK, ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja. Hämeenlinna.

Siipola, S. 2001. Vanhusten kuntouttava hoitotyö – käsiteanalyysi. Pro - gradu - tutkielma, Terveystieteiden koulutusohjelma. Turun yliopisto; Hoitotieteen laitos.

Simonen, M. 2009. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S.- L. (toim.). 2009. Toimintakyvyn laaja - alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti, oraita 1/2009. Helsinki.

Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2010. Lihasvoima. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Gerontologia. Tampere. 99 – 109.

Sopanen, P. 2008. Potilaan hoito päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY. 60 – 77.

STM. 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089

STM. 2010a. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Helsinki. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1554171

STM. 2010b. Yhtenäiset päivistystyöshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1486181>

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1860580#fi>

Suhonen, R., Vaartio – Rajalin, H., Lonkila, K-M & Leino - Kilpi, H (toim.). 2010. Käsiteanalyysi. Harjoittelua eettisten ongelmien tarkasteluun. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:60/2010. Turku.

Sulkava, R. 2009. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito ja kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 313 – 319.

Taskinen, H. Ryynänen, O-P. & Kinnunen, J. 2011. Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa -loppuraportti. Itä-Suomen yliopisto; sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.

Tenk.2012. Eettinen ennakkoarviointi ihmistieteissä. Lausuntopyyntöohje. Viitattu 10.6.2012. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissa>

THL. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola, M. THL -raportti 30/2012. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, Tampere. Viitattu 30.1.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bc917b3e-23e1-495a-85a4-6ffb9db22482>

THL. 2013. Tilastokeskus. Väestön ikärakenne ja väestöennuste. <http://uusi.sotkanet.fi>

Tiihonen, A. 2009. Voimaannuttava arviointi. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S.- L. (toim.). 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikänsittuutti, oraita 1/2009. Helsinki. 89 – 100.

Tilvis, R. 2008. Toimintakyvyn arviointimenetelmät, kliiniset tutkimukset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 284.

Tilvis, R. 2010a. Vanhenemismuutokset. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K., Strandberg, T, Sulkava, R. & Viitanen, M. Geriatria. 2. uud. p. Porvoo: Duodecim. 20 – 61.

Tilvis, R. 2010b. Vanhukset ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K., Strandberg, T, Sulkava, R. & Viitanen, M. Geriatria. 2. uud. p. Porvoo: Duodecim. 62 - 93.

Tilvis, R. 2010c. Kliiniset tutkimukset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 280 – 285.

Tilvis, R. 2010d. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa Tilvis, R, Pitkälä, K., Strandberg, T, Sulkava, R. & Viitanen, M. Geriatria. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim. 72 – 75.

- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue: Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Turja, T. 2004. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö - seurantatutkimus. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Valvanne, J. & Vierula, H. 2011. Ylös sängystä sairaalassakin. Suomen Lääkärilehti, 8/2012, vsk 67, 566 – 568.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=11682/type=1
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Vehviläinen – Julkunen, K. 2012. Functional activity and depression in elderly subjects over 70 years of ages visiting Accident and Emergency Departments. Singapore Nursing Journal, volume 39, No. 2, April - June 2012. 3 - 10.
<https://web.ebscohost.com>
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.
- Visuri, M. 2012. Satakunnan sairaanhoitopiirin Ensihoidon ja päivystyksen tilastot. Henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2012. Pori.
- Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 125 - 126.
- Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2009. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 6 - 36.
- Vähäkangas, P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) Gerontologinen Hoitotyö. Helsinki: WSOY. 145 – 157.
- WHO & THL. 2004. ICF - toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki. Viitattu 4.4.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/koodistopalvelu/esittely/luokitukset
- Xyrich, A. & Ream, E. 2008. Teamwork: a Concept analysis. Journal of Advanced Nursing. Vol 61 (2). pp. 232 – 241. <http://web.ebscohost.com>
- Yhteispäivystys. 2012. Toiminta- ja käyttösuunnitelma. Viitattu 6.6.2012 ja 8.9.2012. Satakunnan sairaanhoitopiiri, Satakunnan keskussairaala, Pori.
http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=112,90247&_dad=wportal&_schema=WPOR TAL&p_calledfrom=1
- YSA. 2012. Yleinen suomalainen asiasanasto. Viitattu 18.12.2012.
<http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>

LIITE 1



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS

Hakija/ Hakijat	Nimi/nimet Halminen, Nina Dagmar <hr/> <hr/> Yhteys henkilön puh: 044 53 28 027 Osoite: Perkontie 1 Postino: 29340 Postitoimipakka: Kullaa Email: nina.halminen@satshp.fi	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu (SAMK) <hr/> Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) sairaanhoitaja <hr/> Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
Kuvaus	TUTKIMUKSEN / OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET, opinnäytetyösuunnitelma (ks. erill. ohje) IÄKKÄÄT YLÖS SÄNGYSTÄ JO PÄIVYSTYKSESSÄ. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen henkilökunnan kokemuksia iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn tukemisesta ja fysioterapeuttien toiminnan merkityksestä moniammatillisessa tiimissä. Kohderyhmä on yhteispäivystyksen henkilökunta. Toimintatutkimus. Kyselyt analysoidaan tilastollisesti ja laadullisella analyysillä.	
Aiheen valinta	Opinnäytetyöstä on keskusteltu sairaanhoidopiirin edustajan kanssa ja olen saanut periaatteellisen hyväksynnän opinnäytetyön valmistelun käynnistämiseksi. <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, kenen kanssa: Ensihoidon ja päivystyksen toimialueen ylihoitaja Riitta Mikkonen <input type="checkbox"/> Ei	
Oppilaitok- sen ohjaa- ja(t) ja yhteystiedot e-mail puh.	Päiväys <u>15.6.2012</u> <hr/> Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: sari.teeri@samk.fi Puh:	Päiväys <u>15.6.2012</u> <hr/> Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: <u>Päivi.Kankaanranta@samk.fi</u> Puh:



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS

Opiskelijan/ tutkijan sitoumus	<p>Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta ja hyvää tutkimuskäytäntöä</p> <p>Päiväys: <u>8.6.2012</u> Päiväys: _____</p> <p><u><i>Maria Halmgren</i></u> _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys Allekirjoitus ja nimenselvennys</p>
Hoitotyön kehittämisen ryhmän lausunto	<p><input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Lupaa ei puolleta, perustelut liitteessä <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä:</p> <p><u>15.6.2012</u> <u><i>Maria Kouvonen</i></u> Päiväys: Allekirjoitus ja nimenselvennys</p>
Eettinen toimikunta	<p><input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____ <input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita.</p>
Tutkimus- luvan myön- täminen	<p>Sairaanhoidopiirin toimialueen / yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäyte-työ / tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää):</p> <p><input type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut:</p>
Ylihoitaja(t) Palvelu- päällikö(t)	<p>Päiväys: <u>15.6.2012</u> Päiväys: _____</p> <p><u><i>Riitta Mikkonen</i></u> _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys Allekirjoitus ja nimenselvennys</p>
Ylilääkäri(t)	<p>Päiväys: <u>15.6.2012</u> Päiväys: _____</p> <p><u><i>Katriina Lähteenmäki</i></u> _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys Allekirjoitus ja nimenselvennys</p>

”IÄKKÄÄT YLÖS SÄNGYSTÄ JO PÄIVYSTYKSESSÄ ”

- Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen henkilökunnan kokemuksia moniammatillisesta gerontologisesta työkäytännöstä

ARVOISA VASTAAJA!

Saat viikon kuluttua sähköpostiisi kyselytutkimuksen. Kyselyyn ovat valikoituneet syyskuussa 2012 yhteispäivystyksessä työssä käyvät vakinaiset tai määräaikaiset työntekijät. Kysely ei kohdistu sihteereille.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata:

1. Minkälaisia käsityksiä yhteispäivystyksen henkilökunnalla on iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta?
2. Minkälaisia käsityksiä henkilökunnalle jäi fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn tukemisessa?

Pyydämme sinua arvioimaan tilannetta omassa yksikössäsi. Lomakkeen täyttö vie noin 9 minuuttia aikaa. Tulokset tulevat yksikkösi toiminnan kehittämiseen ja julkaistaan luottamuksellisesti, siten ettei vastaajan henkilöllisyys tule tietoon. Tavoittelemme kattavaa vastausprosenttia päivystyksestä. Kiitos sinulle ajastasi! Vastausaikaa on 30.9.2012 asti.

Kyselyssä esiintyvä käsite "tsekkilista" sisältää seuraavat tiedot iäkkään potilaan kokonaisvaltaisen arvioinnin alueesta: Liikkuminen, Aikaisempi toimintakyky, Neste- ja ravitsemustila, Ihon kunto, Lääkehoito, Muistamattomuus / sekavuus, Pääteet.

<p>Nina Halminen sairaanhoitaja/ geronomiopiskelija SATSHP/ SAMK</p>	<p>Riitta Mikkonen Ensihoidon ja päivystyksen toimialueylihoitaja SATSHP</p>
--	--

KYSELYLOMAKE syksy 2012

(sähköpostiin muotoiltu Webropol -ohjelmalla, ulkonäkö erilainen)

”IÄKKÄÄT YLÖS SÄNGYSTÄ JO PÄIVYSTYKSESSÄ ”**TAUSTATIEDOT** (rastita oikea vaihtoehto)

1. Ikä
 - ☐ alle 25 vuotta
 - ☐ 25 – 29 vuotta
 - ☐ 30 – 34 vuotta
 - ☐ 35 – 44 vuotta
 - ☐ 45 – 54 vuotta
 - ☐ 55 – 64 vuotta
 - ☐ yli 65 vuotta
2. Sukupuoli
 - ☐ nainen
 - ☐ mies
3. Ammattinimike tällä hetkellä
 - ☐ osastonylilääkäri / ylilääkäri
 - ☐ erikoislääkäri / osastonlääkäri
 - ☐ lääkäri / erikoistuva lääkäri
 - ☐ osastonhoitaja /apulaisosastonhoitaja
 - ☐ sairaanhoitaja
 - ☐ lähihoitaja /perushoitaja
 - ☐ lääkintävahtimestari
 - ☐ sosiaalityöntekijä
 - ☐ laitoshuoltaja
 - ☐ muu_____
4. Työkokemus alalla
 - ☐ alle 1 vuosi
 - ☐ 1 – 4 vuotta
 - ☐ 5 – 9 vuotta
 - ☐ 10 – 14 vuotta
 - ☐ 15 – 19 vuotta
 - ☐ 20 – 29 vuotta
 - ☐ 30 – 39 vuotta
 - ☐ yli 40 vuotta

5. Työkokemuksen pituus ensihoidon ja päivystyksen alueella
 - ☐ alle 1 vuosi
 - ☐ 1 – 4 vuotta
 - ☐ 5 – 9 vuotta
 - ☐ 10 – 14 vuotta
 - ☐ 15 – 19 vuotta
 - ☐ 20 – 29 vuotta
 - ☐ 30 – 39 vuotta
 - ☐ yli 40 vuotta

6. Oletko vastannut läkkäät ylös sängystä jo päivystyksessä esikyselyyn 3 / 2012?
 - ☐ kyllä olen
 - ☐ en ole

KOHDENNETUT KYSYMYKSET

Vastaa seuraaviin väittämiin oman näkemyksesi mukaisesti asteikolla 1-4

(1=täysin eri mieltä, 2 vähän eri mieltä, 3 lähes samaa mieltä, 4 täysin samaa mieltä, 5 en tiedä/ en osaa sanoa)

7. Fysioterapeuttia tarvitaan päivystyksessä. _____
8. Fysioterapeuttia tarvitaan iäkkään potilaan moniammatilliseen tiimiin päivystyksessä. _____

Seuraavissa väittämissä voit tarvittaessa valita yhden tai useampia vaihtoehtoja.

9. Tilanteet tai sairaudet, joiden yhteydessä voisin konsultoida fysioterapeuttia (rastita oikea vaihtoehto) .
 - ☐ iäkkään potilaan kiputilat (selkäkiput, murtumat, asentohoidot ym.)
 - ☐ toistuvasti kaatuileva iäkäs (huimaus, tasapainovaikeudet, ym.)
 - ☐ iäkäs ei kannustuksesta ja ohjauksesta huolimatta eikä luvan saatuaan nouse vuoteesta ylös / ei rohkene liikkua
 - ☐ jatkokuntoutuksen suunnittelussa (kotiin tai osastolle siirtymistä varten)
 - ☐ iäkkään sängystä ylös nousuun ja liikkumiseen tarvittavien apuvälineiden arvioinnin yhteydessä
 - ☐ muu syy, mikä? _____
 - ☐ en keksi fysioterapeutin konsultoimiselle mitään sopivaa tilannetta tai sairautta

10. Olen keskimäärin konsultoinut fysioterapeuttia iäkkään toimintakyvyn selvittämisen ja/tai tukemisen suhteen (rastita oikea vaihtoehto)

- ☐ päivittäin
- ☐ useita kertoja viikossa
- ☐ kerran viikossa
- ☐ pari kertaa kuukaudessa
- ☐ kerran kuukaudessa
- ☐ harvemmin kuin kuukausittain, mutta enemmän kuin kerran puolessa vuodessa
- ☐ harvemmin kuin kerran puolessa vuodessa
- ☐ en koskaan
- ☐ Mikäli olet konsultoinut fysioterapeuttia, missä asioissa tai ongelmissa olet konsultoinut (kuvaa mahdollisimman monta erilaista tilannetta)

11. Kuka voi tehdä aloitteen fysioterapeutin konsultaatiosta (voit valita yhden tai useampia vaihtoehtoja, rastita oikeat vaihtoehdot)

- ☐ lääkäri
- ☐ hoitaja
- ☐ lääkintävahtimestari
- ☐ läheinen / saattaja
- ☐ joku muu, kuka _____
- ☐ en tiedä

12. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä

(1=täysin eri mieltä, 2 vähän eri mieltä, 3 lähes samaa mieltä, 4 täysin samaa mieltä, 5 en tiedä/ en osaa sanoa)

- a) Olen käyttänyt iäkkään toimintakyvyn arviointiin ”tsekkilistaa”
- b) _____ ”Tsekkilista” on auttanut minua iäkkään toimintakyvyn arvioimisessa
- c) Iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn varhainen selvittäminen ja tukeminen auttavat hänen kotiin tai osastolle siirtymisen arvioimisessa. _____
- d) Yksikössäni on iäkkäiden fyysisistä toimintakykyä tukeva liikkumissuunnitelma. _____
- e) Tietoni ja taitoni riittävät arvioimaan, kannustamaan ja tukemaan iäkkään vuoteesta ylös nousua. _____
- f) Koen tarpeelliseksi saada lisäkoulutusta / neuvontaa iäkkään varhaisen fyysisen toimintakyvyn tukemiseksi. _____

13. Miten itse edistäisit työssäsi iäkkään sängystä ylösnousua ja muuta varhaista fyysistä toimintakyä?_____

14. Seuraavaan voit kirjoittaa näkemyksiäsi iäkkäät ylös sängystä jo päivystyksessä -teemasta. Kaikki mielipiteesi ovat tervetulleita ja arvokkaita._____

Lämmin kiitos sinulle osallistumisesta kyselyyn ja hyvää päivän jatkoa!

ESIMERKKI AINEISTOLÄHTÖISESTÄ SISÄLLÖNANALYYSISTÄ

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia käsityksiä yhteispäivystyksen henkilökunnalla on iäkkään potilaan fyysisen toimintakyvyn arvioimisesta ja tukemisesta?
2. Minkälaisia käsityksiä henkilökunnalla on fysioterapeutin toiminnasta moniammatillisessa yhteistyössä iäkkäiden potilaiden fyysisen toimintakyvyn tukemisessa?

Aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä alaluokkiin

PELKISTETYT ILMAUKSET RYHMITELTYNÄ	ALAKATEGORIA
<p>Tärkeään asiaan puututaan Hyödyllinen teema Toteutetaan heti, kun resurssia riittävästi ja akuuttihoito priimaa, Tärkeä asia, ensin akuutti osaaminen paremmaksi Koulutusta riittävästi</p> <p>Hienoa panostaa vanhusten hyvään hoitoon, hienoa kehittää vanhusten hyvää hoitoa</p> <p>Oikea suunta kehityksessä, vaatii juurruttamista käytännöksi, muutos vaatii aikaa, projekti lyhyt</p> <p>Teema on tarpeellinen, toteutus riippuu potilaan voinnista, toteutus riippuu ajasta, toteutus riippuu hoitajasta</p>	<p>Motivaatio Myönteinen asenne Sitoutuneisuus Kehittämisen halu Kehitysmuönteinen toimintakulttuuri Yhteistyö potilaan parhaaksi Ammattitaidon vastuullisuus</p>
<p>Paljon edelleen näkee, että potilas hoidetaan sänkyyn,</p> <p>Näkee ettei huomata selvittää toimintakykyä, vedotaan kiireeseen,</p> <p>Hoitajat passivoivat potilaita, hoidetaan tarpeettomasti vuoteeseen</p> <p>Potilaat makaavat sängyssä, henkilökunnalla vähän tietoa potilaan liikkumisesta,</p>	<p>Erilaiset odotukset Epäselvät toimintatavat ja työnjaot Erilaiset näkemykset toiminnasta</p> <p>Ympäristötekijöiden ja oman työn yhteensovittamisen vaikeuden tunteet Riittämättömyyden tunteet Puutteelliset resurssit</p>

<p>jatkohoitoon lähtiessä vain vähän tietoa liikkumisesta</p> <p>Päivystyksessä vähemmän aikaa kiinnittää huomiota liikkumiseen,</p> <p>Päivystyksessä ei ehdi paneutua asiaan riittävästi nyt, liikkumiseen apuvälineitä liian vähän</p> <p>Aika ei aina riitä, koska paljon potilaita, aika ei riitä koska lääkitseminen, aika ei riitä koska tutkiminen</p> <p>Joskus ei kertakaikkiaan pysty toteuttamaan tätä toimintaa,</p> <p>Nämä asiat kuuluvat jatkohoitoon, resurssit eivät riitä välttämättömäänsäkään, huomioitava myös henkilöstömitoitus,</p> <p>Motivointi omatoimisuuteen, tottuneet, että hoitajat palvelevat, vie aikaa</p> <p>Akuuttivaiheen hoitoa, kuntouttamismahdollisuudet rajalliset</p>	
<p>Seuranta-/odotustiloja kehitettävä, vanhukset jaksavat istuakin, vanhukset jaksavat seurustella toistensa kanssa, Perusteluna rauhallisempia kuin verhojen takana, tilojen riittävyys?</p> <p>Liikkuminen ehkäisee tukoksia, liikkumalla voimat säilyy, Kannustaminen omatoimisuuteen auttaa pärjäämään kotona,</p> <p>Omatoimisuuteen kannustaminen lisää virkeyttä,</p> <p>Liikkuvat luut ei kangistu</p> <p>Fysioterapeutti päivystykseen, työskentelemään tiimissä!</p> <p>Päivystysosastolla voisi kokeilla fysioterapeuttia, perusteluna "yleistilan lasku", "jalat eivät kannu", "ei pärjää kotona" tms., tavoite osaston sijasta kotiin ja toimintakykyään arvioitaisiin tarkemmin ja ehkäpä mietittäisiin apuvälineitä, pidettäisiin liikkeellä yms, tilaa ja aikaa</p>	<p>Puutteelliset resurssit, tilat</p> <p>Potilaan edunajaminen</p> <p>Asiantuntijuuden osoittaminen</p> <p>Yhteistyö potilaan parhaaksi</p> <p>Yhteistyön vahvistamisen tarve Asiantuntijuuden hyödyntämisen tarve</p> <p>Kehittämisen näkökulma</p> <p>Epäselvät toimintatavat ja työnjaot</p> <p>Yhteistyön tarpeettomuuden kokeminen</p>

ikäihmisten kanssa työskentelyyn. Lääkärinä en halua fysioterapaeuttia tai muutaakaan kuntouttajaa päivystysalueelle, perusteluna hidastaa työtä, Fysioterapeutin kohdalla toiminnan ongelmaiseksi saattaisi tulla vuorotyö	
---	--

Esimerkki aineiston abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä fyysisen toimintakyvyn tukemista ja yhteistyötä kuvaavista ilmauksista.

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Motivaatio Myönteinen asenne Sitoutuneisuus Kehittämisen halu Kehitysmuönteinen toimintakulttuuri Yhteistyö potilaan parhaaksi Ammattitaidon vastuullisuus	Yksilöiden tavoitteellisuus	
Erilaiset odotukset Epäselvät toimintatavat ja työnjat Erilaiset näkemykset toiminnasta Ympäristötekijöiden ja oman työn yhteensovittamisen vaikeuden tunteet Riittämättömyyden tunteet Puutteelliset resurssit	Toimintaympäristön ja toimintakulttuurin asettamat rajat ja joustamattomuus Moniammatillisen yhteistyön odotukset	Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn moniammatillista arvioimista ja tukemista edistävät ja haittaavat työyhteisön tekijät
Puutteelliset resurssit, tilat Potilaan edunajaminen Asiantuntijuuden osoittaminen Yhteistyö potilaan parhaaksi Yhteistyön vahvistamisen tarve Asiantuntijuuden hyödyntämisen tarve Kehittämisen näkökulma Epäselvät toimintatavat ja työnjat Yhteistyön tarpeettomuuden kokeminen	Moniammatillisen yhteistyön yhteisen vision käytäntöön soveltamisen keskenäisyys	