

SAIRAALASTA KOTIUTUMINEN JA KUNTOUTUS

Monialaisen työtavan yhteentoimivuus
Keski-Suomessa

Sanna Harjula

2021



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Gerontologian ja kansanterveyden tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Copyright © Sanna Harjula 2021

Keski-Suomen hyvinvoinnin osaamiskeskittymä KEHO

ISBN: 978-951-39-8685-8

Julkaisu on avoimesti saatavana: kehofinland.fi

TIIVISTELMÄ

Sairaalasta kotiutumiseen ikääntyneenä liittyy useita sekä yksilöllisiä että ympäristöön ja palveluihin liittyviä tekijöitä, joiden kokonaisvaltainen huomioiminen on onnistuneen kuntoutumisen kannalta tärkeää. Toimintakyvyn kannalta tähän kriittiseen vaiheeseen on laadittu suosituksia, joissa korostuu moniammatillinen arviointi, suunnitelmallisuus ja ennakointi.

Tässä kartoituksessa ikääntyneen potilaan sairaalasta kotiutumista ja kuntoutuskäytäntöjä tarkastellaan monialaisen yhteentoimivuuden näkökulmasta. Palvelujen yhteentoimivuus tarkoittaa sujuvia hoito- ja palveluketjuja, toimivaa yhteistyötä perus- ja erityistason palvelujen kesken sekä eri ammattiryhmien välillä. (STM 2020b, 19).

Keski-Suomessa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon osastoilla on saatu hyviä kokemuksia palveluneuvonnasta, jossa potilaan tilanne arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja ohjausta toteutetaan yksilöllisesti yhteistyössä potilaan, sairaalan ammattilaisten, kuntien palveluista vastaavien ja omaisten kanssa. Hyvinä käytäntöinä nousevat esille kotiutumisen ennakointi, suunnitelmallisuus ja asiakkaiden kokonaisvaltainen kohtaaminen. Palvelutarpeen arviointia tekevien ammattilaisten sekä kotihoidon yhteiset toimitilat tukevat yhteistyön toteutumista ja mahdollistavat asiakkaiden asioiden joustavan hoitamisen.

Kehittämisen paikkoina nousivat esille moniammatillisuutta tukevien tietojärjestelmien keskenäisyys, tiedonkulun varmistaminen sairaalan ja kunnan palvelujen välillä, haasteet järjestää riittävä tuki kotona kuntoutumiseen. Kotihoitoon, tehostettuun kotihoitoon, fysioterapeuttiseen ohjaukseen panostaminen tukisi kuntoutuksen toteutumista. Kotiutushoitajien työpänselle on runsaasti kysyntää. Ennaltaehkäisevien palvelujen kehittäminen ja digitaalisten palvelujen käyttöönotto vaativat tulevaisuudessa erityisesti huomiota.



Sisältö

TIIVISTELMÄ.....	3
1. Johdanto.....	1
2. Onnistuneen kotiutumisen edellytykset.....	4
2.1. Iäkkäiden aikuisten kotiutuminen.....	4
2.2. Suositukset	4
2.3. Kotiutumisprosessi	6
2.4. Riskitekijät.....	7
3. Kuntoutuksen keinoja.....	8
3.1. Kuntoutuksen onnistumista edistävät tekijät.....	8
3.2. Kuntoutusohjelmat.....	8
3.3. Terveysneuvonta.....	9
3.4. Kotiutuminen kuntoutuksen näkökulmasta	10
4. Kuntoutuskäytännöt sairaalasta kotiuduttaessa Keski-Suomessa.....	12
4.1. Kuntoutuksen käynnistyminen Sairaala Novassa tai Terveyskeskussairaalassa	12
4.2. Toimivat käytännöt.....	13
4.3. Kehittymishaasteet.....	16
5. Pohdinta.....	19
LÄHTEET	21
LIITE: Luettelo haastatelluista henkilöistä:.....	24
LIITE: Eläkeläisjärjestöt ja vammaisjärjestöt kuntoutumisen tukena	25



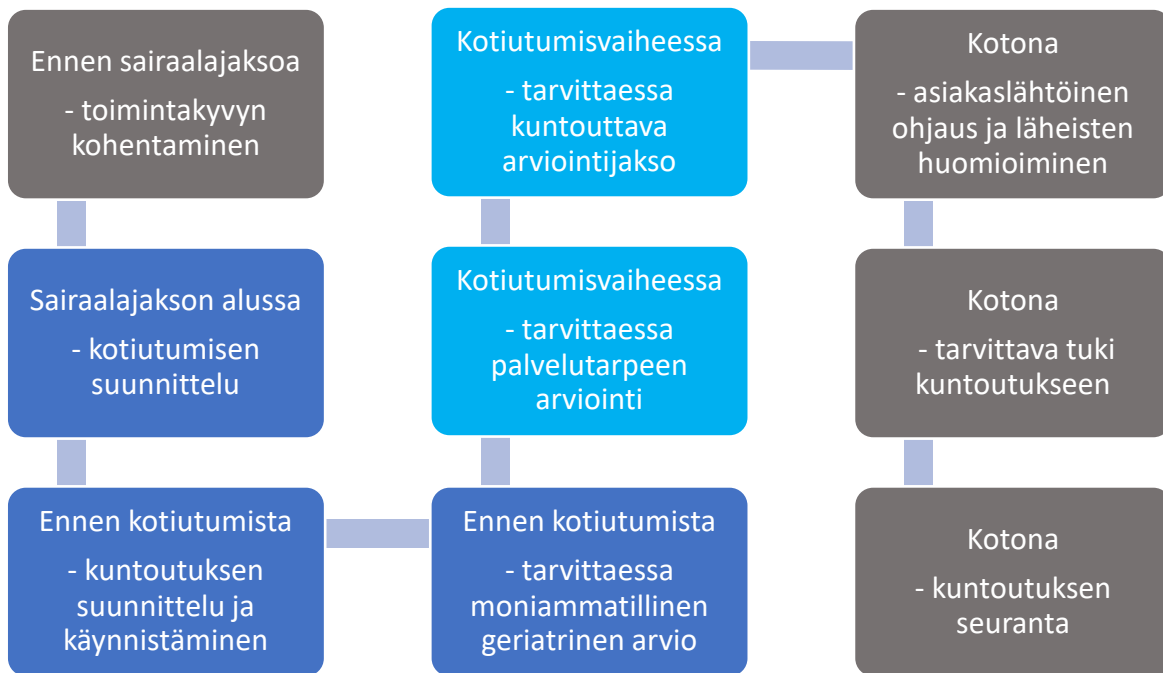
1. Johdanto

Tämän työn tarkoitus on valottaa, miten moniammatillinen yhteentoimivuus tällä hetkellä toteutuu Keski-Suomessa niissä tilanteissa, joissa ikääntynyt aikuinen on kotiutumassa sairaalasta ja toimintakyvyn palauttamiseen tähtäävä kuntoutus arjen ympäristössä alkaa. Keskeisiä toimijoita kotiutumistilanteessa ovat sairaala, palvelujen koordinoinnista vastaavat ammattilaiset sekä palveluja kotona toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät. Keskiössä on asiakas itse ja hänen läheisensä. Tämän kartoituksen laatiminen lähti liikkeelle Keski-Suomen hyvinvoinnin osaamiskeskittymä KEHO:n verkostopäällikkö Päivi Fadjukoffin ideasta. Työ liittyy gerontologian ja kansanterveyden maisterikoulutukseeni sisältyvään asiantuntijaharjoitteluun.

Suuret kiitokseni kaikille asiantuntemustanne tähän työhön jakaneille ammattilaisille! Tämän työn toteuttaminen ei olisi ollut mahdollista ilman teidän osallistumistanne.

Maakunnallinen hyvinvointiosaaminen vahvistaa kaikenikäisten keskisuomalaisien terveyttä ja hyvän elämän edellytyksiä. KEHO on hyvinvointia eri näkökulmista lähestyvien toimijoiden yhteistyömuoto. KEHOssa etsitään monialaisia ratkaisuja hyvinvointihaasteisiin. Tutkimus, koulutus ja innovaatiot ovat keskeisessä roolissa. Verkoston toimijoita ovat sosiaali- terveys- ja liikunta-alan sekä yrittäjyyden asiantuntijaorganisaatiot. Ikääntyneiden hyvinvointi on yksi Keski-Suomen hyvinvointiosaamisen vahvuusalueista. KEHO edistää ikääntyneiden inhimillisesti arvokasta hyvinvointia ja toimintakykyä ihmislähtöisten, ennaltaehkäisevien ja kokonaisvaltaisten hyvinvointitekojen kautta. Tämän mahdollistaa kattava ja luotettava tieto terveyden kannalta merkityksellisistä asioista.

Terveyteen ja toimintakyvyn palautumiseen on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota silloin, kun terveydentila on edellyttänyt väliaikaista sairaalahoitoa. Erityisen merkityksellistä oman terveyden ylläpitäminen ja kuntoutuminen on ikääntyneen sairaalasta kotiutuvan kohdalla. Kotiutumiseen liittyy useita sekä yksilöllisiä että ympäristöön ja palveluihin liittyviä tekijöitä, joiden kokonaisvaltainen huomioiminen on onnistuneen kuntoutumisen kannalta tärkeää. Toimintakyvyn kannalta tähän kriittisen tärkeään vaiheeseen on laadittu suosituksia (TOIMIA, HOTUS), joissa korostuu moniammatillinen arviointi, suunnitelmallisuus ja ennakointi, mikä tulee ilmi kuviosta 1.



KUVIO 1. TOIMIA ja HOCUS -suositusten mukainen kotiutumisprosessi, lähteenä on lisäksi käytetty Kow, 2019.

Kotiutumistilanteessa ikääntynyt aikuinen saa ohjausta aina vähintään sairaalasta. Toimintakyvyn tai muutoin kokonaistilanteen niin vaatiessa kotiutumisen tukena on kunnan tai kaupungin järjestämiä palveluja, jotka käynnistyvät palvelutarpeen arvioinnin kautta.

Sairaalan osasto-olosuhteet poikkeavat kotiympäristöstä suuresti, minkä vuoksi arjen toimintakyvyn arviointi on usein haasteellista. Tätä varten on luotu arviointiin suunniteltuja kodinomaisempia osastoja, joiden kautta kotiin palaaminen on usein turvallisempaa.

Ikääntyneiden kotona asumista tukevia palveluja ja omaishoitoa sekä yhdenvertaisuuden toteuttamista on kehitetty viime vuosina valtakunnallisesti; esimerkiksi hallituksen kärkihanke: Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018 I&O (Noro & Karppanen 2019). Keski-Suomessa uudistamista toteutettiin Kukoistava Kotihoito -hankkeella, joka perustui asiakaslähtöiseen, tavoitteelliseen ja toimintakykyä tukevaan lähestymistapaan (Noro & Karppanen 2019, 33). Kehitystoiminnan tuloksena Keski-Suomessa onnistuttiin parantamaan julkisen kotihoidon saatavuutta ympäri vuorokauden ja otettiin käyttöön kuntouttavat arviointijaksot. Hankkeen avulla kotihoitoyksiköiden tehokkuus parantui noin kuusi prosenttia (Noro & Karppanen 2019, 34).

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntaliitto ovat yhdessä laatineet ikääntyneiden palvelujen kehittämistä varten viimeisimmän laatusuosituksen vuonna 2020. Siinä ohjataan vahvasti toteuttamaan palveluja asiakaslähtöisesti eli palvelujen tulee olla iäkkään asiakkaan tarpeita vastaavia ja helppokäyttöisiä (STM 2020a, 43). Laatusuositus linjaa asiakaslähtöisyyden edellyttävän iäkkään aikuisen aitoa osallisuutta ja kuulluksi tulemistä palvelun toteutuksessa. Tämä tarkoittaa myös hänen omaistensa ja läheistensä huomioimista. Omaishoitajien todetaan erityisesti tarvitsevan tietoa ja tukea (STM 2020a, 43).

Laajempaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen liittyen sosiaali- ja terveysministeriö (STM) toteuttaa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman, jonka on tarkoitus rakentua ihmisten tarpeiden mukaisesti (STM 2020b, 12). Ohjelman tavoitteissa korostuvat palveluiden laatu, yhdenvertainen saatavuus, ehkäisevä työ ja monialaisuuden sekä yhteentoimivuuden varmistaminen. Tässä kartoituksessa ikääntyneen potilaan sairaalasta kotiutumista ja kuntoutuskäytäntöjä tarkastellaan monialaisen yhteentoimivuuden näkökulmasta. Palvelujen yhteentoimivuus tarkoittaa sujuvia hoito- ja palveluketjuja, toimivaa yhteistyötä perus- ja erityistason palvelujen kesken sekä eri ammattiryhmien välillä. (STM 2020b, 19).

Aiheen merkityksellisyys sekä inhimillisestä että yhteisöllisestä ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna tekee siitä tärkeän ja jollain tapaa meitä kaikkia koskevan. Kotiutumisvaiheessa vaikuttavien yksilöllisten prosessien, kuntoutus- ja tukipalveluiden kokonaisuuden hahmottaminen ei välttämättä ole helppoa, mutta sen kautta tähän tärkeään ja tunteitakin herättävään aiheeseen saa jäsenyneemmän otteen. Tämän kartoitustyöni tavoite on lisätä yhteistä ymmärrystä ja herättää ehkä uusiakin ajatuksia aiheeseen liittyen. Alkuosassa käsittelen ikääntyneiden aikuisten kotiutumisen toteuttamista ohjaavia suosituksia, kunnan lakisäätteisiä velvollisuuksia sekä kuntoutumisen näkökulmaa. Loppuosa koostuu haastattelemiini ammattilaisten näkemyksistä, hyvistä käytännöistä sekä kehittymisen haasteista.

2. Onnistuneen kotiutumisen edellytykset

2.1. Iäkkäiden aikuisten kotiutuminen

Iäkkäiden sairaalasta kotiutumista tukevaa kuntoutusta koskevaa tutkimustietoa on saatavilla rajallisesti (Hotus 2020, 5). Kirjallisuudesta on haastavaa löytää selkeitä esimerkkejä vaikuttavista kuntoutusohjelmista. Gerontologian tutkimuskeskuksen (GEREC¹) tutkijat ovat laatineet strategiset toimenpide-ehdotukset iäkkäiden hyvinvoinnin edistämiseksi Keski-Suomen maakunnalliseen hyvinvointityöhön 30.10.2019. Esitys koostuu kahdestatoista perustellusta toimenpiteestä, joista yksi käsittelee sairaalajakson jälkeistä kuntoutusta:

Sairaalajaksojen ja leikkausten jälkeiset kuntoutuskäytännöt yhtenäistetään maakunnan alueella. Neuvontapainotteista kuntoutusta tarjotaan henkilöille, joilla on korkeintaan kohtalaisia liikkumisen ongelmia ennen sairaalaan joutumista. Henkilöille, joille on jo kasautunut useita riskitekijöitä, tehdään kokonaisvaltainen, moniammatillinen geriatrinen arviointi sekä yksilöllinen kuntoutussuunnitelma toimintakyvyn parantamiseksi. Suunnitelman sisällytetään myös seuranta ja arviointi. (GEREC 2019)

2.2. Suositukset

Terveystieteiden ammattilaisille suunnattuun, lääketieteellistä tietoa sisältävään Terveysportti-sivustoon kuuluu yhtenä osana TOIMIA-tietokanta (Terveysportti). TOIMIA-tietokannassa on tutkimustietoon perustuvia suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista sekä näihin liittyviä mittareita. Suosituksilla pyritään yhtenäistämään toimintakyvyn arviointia (THL 2021).

Ikääntyessä toimintakyky voi heikentyä vähitellen ja sairaalahoitojen todennäköisyys kasvaa; kolmasosa iäkkäistä on sairaalahoidossa vuoden aikana (Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä, TOIMIA-suositus 2019). Suositus korostaa toimintakyvyn laaja-alaista arviointia sairaalahoidon aikana, jotta itsenäistä selviytymistä tukeva kuntoutus saadaan käynnistettyä. Lähinnä yli 75-vuotiaita koskeva suositus (alla) löytyy TOIMIA-tietokannasta ja on avoimesti kaikkien luettavissa.

TOIMIA-suositus tiivistettynä:

- 1. Iäkkään toimintakykyä arvioidaan heti sairaalaan tullessa, hoitajakson aikana, kotiutuksen yhteydessä ja sen jälkeen kotona.*
- 2. Arviointi aloitetaan seulontatesteillä. Niiden avulla arvioidaan kaikilta potilailta kognitio, mieliala, ravitsemustila, kaatumisvaara, liikkuminen ja arkielämä. Arviointia laajennetaan tarvittaessa muihin toimintakyvyn alueisiin kuten näön ja kuulon testaukseen. Suositukseen on koottu seulontaan soveltuvia mittareita.*
- 3. Seulontatestin poikkeava tulos johtaa kyseisen osa-alueen tarkempaan arviointiin. Arviointi toteutetaan monialaisesti, hyödyntäen osastoilla työskentelevien eri ammattiryhmien edustajien ammattitaitoa.*

¹ GEREC on Jyväskylän ja Tampereen yliopistojen vanhenemisen ja ikääntymisen tutkimuksen monitieteinen yhteenliittymä, <https://www.gerec.fi/>

4. Arviointitietoa käytetään kuntoutumisen tavoitteiden määrittelyssä sekä kuntoutuksen suunnittelussa.
5. Tavoitteet kuntoutumiselle tehdään yhdessä iäkkään henkilön ja monialaisen työryhmän kanssa.
6. Hoidon ja kuntoutumisen tavoitteiden saavuttamista seurataan toimintakyvyn arviointimittareilla.
7. Kotiutuessa tehdään jatkohoito- ja kuntoutussuunnitelma. Kotiutus tehdään suunnitellusti yhteistyössä iäkkään, hoitoa ja kuntoutuspalveluja kotiin antavien tahojen sekä iäkkään läheisten kanssa, mikäli iäkäs on tähän antanut suostumuksensa. Tiedonsiirrosta sairaalan ja kodin välillä tulee huolehtia. Kuntoutumista tukevia toimia jatketaan kotona.
8. Kuntoutumisen arvioinnissa käytetään samoja luotettavia arviointivälineitä sekä sairaalassa että kotona.

Hoitotyön tutkimussäätiö on laatinut oman suosituksensa, jonka tavoitteena on luoda iäkkäiden potilaiden kotiutumista edistäviä yhtenäisiä tutkimustietoon perustuvia toimintatapoja ja näin ehkäistä äkillisiä uusia sairaalajaksoja (HOTUS-hoitosuositus 2020). Suosituksessa korostuvat iäkkään kuulluksi ja huomioiduksi tuleminen, yksilölliset tekijät ja ammattilaisten moniammatillinen yhteistyö sekä hoidon kokonaisvaltaisuus. HOTUS-suositus kannustaa ammattilaisia toteuttamaan omahoidon ohjausta ikääntyneitä motivoivalla, voimaannuttavalla ja osallisuutta tukevalla tavalla. Yksilöllisyyden huomioiminen tukee omahoitoon sitoutumista ja psyykkistä hyvinvointia. Kuviossa 2 esitetään HOTUS-suosituksen osa-alueet iäkkään potilaan näkökulmasta määriteltynä.



KUVIO 2. Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta, HOTUS-hoitosuosituksen lyhennelmästä mukaellen.

2.3. Kotiutumisprosessi

Sairaalasta kotiutumisaikankohda määräytyy yleensä lääketieteellisin perustein. Kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavat yksilön omien resurssien ja toimintakyvyn lisäksi sosiaaliset tekijät, lähiverkosto ja kodin fyysiset puitteet (Lämsä 2013, 153). Tämän pohjalta voisi päätellä, että sairaalan sosiaaliohjeiden mukanaolo kotiutumisen suunnittelussa olisi tärkeää. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä -suositusten perusteella kaikilta ikääntyneiltä sairaalahoidossa olevilta potilailta tulee arvioida kognitio, mieliala, ravitsemustila, liikkumiskyky, kyky arki-suoriutumiseen ja kaatumisalttius (TOIMIA 2019). Tämän arvioinnin tekemisessä voidaan suosituksen mukaan hyödyntää sairaalaosastoilla toimivia eri ammattiryhmiä, mutta moniammatillista työryhmää siinä ei mainita. HOTUS-hoitosuositus ohjaa ammattilaisia huomioimaan ikääntyneiden vahvan luottamuksen terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan ja kannustaa heitä edistämään moniammatillista yhteistyötä.

Laki velvoittaa kuntaa järjestämään iäkkään toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia palveluja sekä ohjausta, jolla edistetään terveyttä ja ehkäistään tapaturmia. Kunnan vastuulla on lain perusteella sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien tunnistaminen sekä niihin liittyvän varhaisen tuen järjestäminen (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980). Käytännössä tämä tarkoittaa toimivia neuvontapalveluja, asianmukaista palveluntarpeiden selvittämistä ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä (Sisäministeriö 2018, 20). Kunnan vastuulla on järjestää hoito- ja palvelusuunnitelman mukainen kotisairaanhoido, joka voi tapahtua perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä toteuttamana (Terveydenhuoltolaki 2010/1326).

Sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun tavoitteena on edistää asiakkaiden hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja osallisuutta (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301). Laki määrittelee kotipalvelun arjen toimintojen suorittamiseksi tai niissä avustamiseksi ja sisällyttää ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät tukipalvelut osaksi kotipalvelua. Kotisairaanhoido ja kotipalvelu yhdistetään kunnissa usein ja kokonaisuutta kutsutaan kotihoidoksi. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisia selvittämään potilaalle terveydentilan sekä ohjaamaan ja neuvomaan häntä hoitovaihtoehtoissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tarve sosiaalipalvelulle voi ilmetä esimerkiksi silloin, kun ikääntynyt potilas kotiutuu sairaalasta. Ikäihminen itse, omainen tai terveydenhuollon edustaja on tällöin yhteydessä kunnan tai kaupungin ikääntyneiden palveluihin, mikä käynnistää palveluprosessin. Arvioinnin toteutumisesta viipymättä on määrätty sosiaalihuoltolaissa; aloitus tulee tapahtua viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä ilmoituksen tekemisestä, jos henkilö on yli 75-vuotias (Sisäministeriö 2018, 20). Palveluntarpeen arvioinnissa ikääntyneen kotona tarkastellaan hänen toimintakykyään ja mahdollisia sen heikkenemisen riskitekijöitä. Terveydentilan vaihtelut, lääkitysasiat, ravitsemus, kipu ja asumisturvallisuus ovat keskeisiä arvioinnissa. Sosiaalinen verkoston ja/tai omaisten tuen olemassaolon kartoittaminen on tärkeää. Turvattomuuden tunteita tulee ehkäistä. Tavoitteena on yksilöllinen ja kattava kokonaiskuva ikääntyneen tilanteesta. Kunnan järjestämä kotikäynti on asiakkaalle ilmainen (Sisäministeriö 2018, 20). Myös hoivapalveluita tuottavat yritykset tarjoavat maksullisia palveluja sairaalasta kotiutumistilanteeseen.

Esimerkiksi lonkkamurtumapotilaan käypähoitosuosituksessa todetaan kuntoutuksen aloittamisvaiheessa keskeiseksi moniammatillinen ja laaja-alainen arviointi, potilaan kannustaminen omatoimisuuteen ja varhaiseen mobilisaatioon sekä yhteistyö potilaan, avohoidon ja läheisten kanssa (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus, 2017). Kotiutumisen suunnittelua sairaalaympäristössä

tutkinut Lämsä (2013) erottaa analyysinsä perusteella neljä kotiuttamisperustetta: lääketieteellinen, hallinnollinen, toimintakyky ja elämäntilanne. Käytännössä kotiutumista suunniteltaessa eri perusteet ja kotiutettavan iäkkään henkilön haastava kokonaistilanne tekevät prosessista usein haastavan ja jännitteisen (Lämsä 2013, 112). Selkeämpää kotiutumista on silloin, kun iäkkään oma toiminta- ja arviointikyky mahdollistaa hänen oman aktiivisen roolin kotiutumisen suunnittelussa. Tällöin ammattilaiset luonnostaan siirtyvät passiivisempaan rooliin (Popejoy 2011).

Potilaan kokonaistilanteen arviointi pitäisi olla riittävän hyvällä tasolla tehty, jotta lääkäri pystyisi luomaan edellytykset hyvälle kotiutumisprosessille. Prosessi on haastava, raskas ja konfliktierkkinä. Tutkija ehdottaa kehityskainoksi läpinäkyvyyden lisäämistä kotiutuskriteereihin sekä potilaan toimijuutta lisääviä käytäntöjä (Lämsä 2013, 153).

2.4. Riskitekijät

Gerontologian tutkimuskeskuksessa ([GEREC](#)) aihetta tutkinut Katri Turunen korostaa, että kotiutumisesta suunniteltaessa on oleellisen tärkeää selvittää potilaan kaatumisriskiä. Kaatumiset hidastavat kuntoutumista ja niiden seurauksena ikääntynyt voi joutua palaamaan sairaalaan. Iäkkäiden tapaturmaisissa kuolemissa kaatuminen on yleisin syy (Korpilahti ym. 2020, 27). Vakavista kaatumisvammoista yleisiä ikääntyneillä ovat lonkkamurtumat (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus, 2017).

Retrospektiivisen kohorttitutkimuksen (Hoffman ym. 2019) niillä ikääntyneillä, joilla on kognitiivisia häiriöitä, on 13 % suurempi riski joutua kaatumisen vuoksi uudelleen sairaalaan kuin kognitiivisesti terveillä (16.0 % vs 14.0 %; $P < .001$). Kaatumisen vuoksi sairaalaan palaaminen oli kolmanneksi yleisin syy sairaalaan joutumiseen, kun tarkasteltiin koko kohorttia. Sairaalaan uudelleen joutuminen oli yleisempää, jos taustalla oli äkillinen geriatrinen kaatuminen tai kognitiivisia häiriöitä. Koska kaatumisiin liittyvät vammat ovat yleinen sairaalaan joutumisen syy, kaatumisen ehkäisy sairaalasta kotiutumisen jälkeen on tärkeää erityisesti niillä iäkkäillä, jotka ovat kaatuneet aiemmin tai kenellä on kognitiivisia häiriöitä (Hoffman ym. 2019). Istuma-asennossa päivittäin vietetyn ajan ja siitä pidettyjen taukojen on osoitettu olevan yhteydessä haurauten ikääntyneillä, tutkimuksessa vakioitiin oleelliset demograafiset ja terveystuuttajat (del Pozo-Cruz ym. 2017).

3. Kuntoutuksen keinoja

3.1. Kuntoutuksen onnistumista edistävät tekijät

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin yli 70-vuotiaiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista ortopedian ja geriatrian osastoilta ja todettiin geriatrian puolen hoitoa saaneiden kuntoutuksen edenneen paremmin, kun mittarina käytettiin jalkeillaoloaika päivässä neljän ja kahdentoista kuukauden jälkeen murtuman tapahtumisesta (Taraldsen ym. 2015). Geriatrisella osastolla potilaan kuntoutumista suunnitteli moniammatillinen työryhmä, keskeinen tavoite oli perusteellinen lääketieteellinen arviointi, hoito, nivelten liikkuvuuden parantaminen sekä varhainen kotiutumisen suunnittelu.

Yksilön toimintakyvyn kohentamisella ennen leikkausta pyritään vahvistamaan hänen kykyään kohdata tuleva fysiologinen stressi – tätä kutsutaan termillä ”prehabilitation” (Kow 2019). Kolmi-osaaisessa ennen leikkausta toteutetussa kuntoutusohjelmassa yhdistettiin fyysinen harjoitus ravitsemusneuvontaan sekä koping-keinojen löytämistä tukevaan henkiseen valmennukseen. Tämän todettiin parantavan toimintakyvyn palautumista, ehkäisevän komplikaatioita ja kuolleisuutta yli 75-vuotiailla leikkauspotilailla (Kow 2019). Tutkimustulokset myös osoittavat, että kyseisen kokonaisvaltaisen kuntoutuksen aloittaminen heti kotiutumisen jälkeen tukee tehokkaasti toimintakyvyn palautumista, mikäli kuntoutusta ei voida aloittaa ennen leikkausta (Carli & Ferreira 2018).

Kaatumisilta suojaa tehokkaimmin lihasvoimaa, koordinaatiota ja tasapainoa kehittävä liikunta, jonka järjestämisessä on huomioitu riittävästi turvallisuus ja liikuntavammojen ehkäisy (Korpilahti ym. 2020, 27).

Yleisesti huonokuntoisimmat ja vähiten liikkuvat kehittyvät eniten, kun he aloittavat fyysisen harjoittelun. Koska heidän fysiologinen reservinsä on rajoittunut, pienetkin määrät fyysistä harjoitusta tuottavat merkittäviä parannuksia (Carli & Ferreira 2018). Tehokkaimmin toimii ennen leikkausta vastusharjoittelua, aerobisia harjoitteita sekä liikkuvuutta lisäävien harjoitusten yhdistelmä. On osoitettu, että aerobinen ja vastusharjoittelu lisää lihaksen voimaa ja kestävyyttä ehkäisee kaatumisia ikääntyneillä (Carli & Ferreira 2018).

3.2. Kuntoutusohjelmat

Lonkkamurtuman jälkeistä liikkuvuuden edistämistä varten suunniteltu kuntoutusohjelma (ProMo, Promoting Mobility) auttoi merkittävästi myös kohtalaisia liikkumisvaikeuksia omaavia ikääntyneitä säilyttämään fyysistä toimintakapasiteettiaan ja liikkuvuutta (Sipilä ym. 2016). ProMo -kuntoutus on yksilöllisesti suunniteltu vuoden kestävä kotona toteutettava harjoitusohjelma. ProMo -kuntoutus sisältää arvioinnin, ympäristön kaatumisriskin vähentämisen, ohjauksen turvalliseen kävelyyn, kivun arvioinnin ja hallintakeinojen läpikäynnin toinen vaihe sisältää progressiivisen harjoitusohjelman ja ohjauksen liikkumiseen (alaraajojen venyttely, tasapaino ja kävely) (Sipilä ym. 2011).

Jyväskylässä tutkittiin RCT-asetelmalla moniosaisen kotikuntoutusohjelman vaikutuksia kotona asuvien yli 60-vuotiaiden sairaalasta kotiutuneiden fyysiseen toimintakykyyn, liikkumiskäyttäytymiseen sekä liikkuvuuteen. He olivat joutuneet sairaalahoitoon alaraajan, selän leikkauksen tai taturman vuoksi. Kumpikin ryhmä sai normaalin käytännön mukaisen kuntoutuksen. Puolen vuoden mittainen kuntoutusinterventio sisälsi seitsemän fysioterapeutin tekemää kotikäyntiä ja kolme puhelua, fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävien tavoitteiden asettamisen GAS-menetelmää hyödyntäen, paikan päällä tapahtuneen ohjauksen sekä OTAGO-protokollan mukaisen kotikuntoutusohjelman. Tutkimus ei osoittanut yksilöllisen kuntoutusohjelman lisäävän iäkkäiden fyysistä aktiivisuutta tai liikkuvuutta. Tuloksen perusteella tutkijat pohtivat, että liikkuvuuden rajoitteita omaavat iäkkäät voisivat hyötyä paremmin pidempikestoisesta ja tiiviimmin ohjatusta kotikuntoutuksesta (Turunen ym. 2020).

Henkilöiden monisairastavuus ja hoidon tarve vaikuttivat fyysiseen aktiivisuuteen ja liikkuvuuteen. Yksinasuvat eivät pystyneet menemään itsenäisesti ulos kaatumispelon vuoksi. Monet eivät ulkoilleet kotiuduttuaan sairaalasta, mikä rajoittaa liikuntakyvyn kohentamista. (Turunen ym. 2020).

Perinteisiä fyysistä aktiivisuutta lisääviä interventioita on nähty tärkeänä täydentää sosiaalisella tuella ja kiinnittämällä huomiota erityisesti heihin, joilla on haasteita mielialan kanssa. Turunen ym. toteavat pyrkineensä toteuttamaan tätä siten, että vapaaehtoiset opiskelijat kannustivat ikääntyneitä liikuntaharrastuksiin kodin ulkopuolelle. Tutkijat näkevät vapaaehtoistoiminnan kehittämisen tärkeänä. Aiempien tutkimustulosten mukaisesti heidänkin tutkimuksensa osoitti, ettei kuntoutusohjelma pystynyt palauttamaan fyysistä aktiivisuutta, mutta se saattoi edistää portaista selviytymistä (Turunen ym. 2020).

Ikääntyneiden usein kokema yksinäisyys ymmärretään haasteeksi, jonka lievittämiseksi on kiireesti löydettävä keinoja. Yksinäisyyden on todettu liittyvän heikkoon itsearvioituun terveyteen, muistin heikkenemiseen ja masennukseen (Jansson 2020). Kuntoutusinterventioita aiheeseen liittyen on kehitetty ja tutkittu vielä suhteellisen vähän. Yksinäisyys on pohjimmiltaan yksilöllinen kokemus; laajakaan sosiaalinen verkosto ei välttämättä ehkäise yksinäisyyttä (Rahikka ym. 2020). palvelutaloissa asuvat ikääntyneet saattavat kokea yksinäisyyttä vielä enemmän kuin kotona asuvat (Jansson 2020). palvelutalossa asuvien henkilöiden yksinäisyys muodostuu useista erilaisista syistä, keskeistä siinä on toiveiden ja todellisuuden kohtaamattomuus (Pirhonen ym. 2016). Yksinäisyyden lieventäminen on toteutunut tutkimusten mukaan tavoitteellisella ryhmätoiminnalla (Jansson 2020) sekä iäkkään aikuisen yksilöllisyyden tunnustamisena (Pirhonen ym. 2016).

3.3. Terveysneuvonta

Kroonisesti sairaille yli 45-vuotiaille toteutetulla vuoden kestäväällä terveystalvalmennuksella pystyttiin osoittamaan lyhyellä aikavälillä (1 vuosi) diastolisen verenpaineen laskua sekä myönteisiä muutoksia systolisen verenpaineen sekä vyötärön ympärysmittaan suhteen (Mustonen 2021, 77). Tutkija tähdentää valmennuksen käsitteiden konkretisoinnin merkitystä käytännön tasolla. Pitkällä aikavälillä tutkimuksen tulokset osoittivat terveystalvalmennusinterventio pystyneen pienentämään sosi-aali- ja terveydenhuoltomenoja 8 vuoden seurannassa (Mustonen 2021, 80).

Terveystalvalmennus (Health and Wellness Coaching) voidaan määritellä valmennustoiminnaksi terveyteen tai terveydenhuoltoon liittyvissä yhteyksissä, joilla pyritään estämään tai hoitamaan pitkäaikaissairauksia tukemalla osallistujia pysyvään muutokseen terveystalvalmennuksessa ja hoitoihin

sitoutumisessa (Boehmer ym 2019). Tuloksellisempaan valmennukseen on pyritty muuttamalla valmennusta aidosti yksilölähtöiseksi, jolloin keskeisiä lähtökohtia ovat valmennettavan elämänselämänsä historia, yksilölliset voimavarat, ympäristö ja sosiaaliset tekijät sekä kyky toteuttaa suunnitellut toiminnot (Boehmer ym 2019). Terveysvalmennuksessa on viimeisten vuosikymmenten aikana siirrytty ammattilaisten ohjeiden noudattamiseen perustuvasta harjoittelusta potilaskeskiseen, ammattilaisen ja ohjattavan tasavertaista ja vuorovaikutuksellista suhdetta edellyttävään ohjaustapahtumaan (Mustonen 2021, 41-42).

Kaikkien saatavilla olevat terveydenhuollon ja liikunnan ammattilaisille suunnatut Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia ja tutkimusnäyttöön perustuvia, asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja (Käypä hoito 2021). Liikunnan käypä hoito -suosituksessa todetaan:

”Säännöllisen liikunnan tulee kuulua pitkäaikaissairauksien, kuten valtimotautien, lihavuuden, diabeteksen, rappeuttavien tuki- ja liikuntaelinsairauksien, ahtauttavien keuhkosairauksien, muistisairauksien, depression ja useiden syöpäsairauksien, ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen, tarvittaessa yhdistettynä muihin elintapamuutoksiin ja hoitoihin.”

Tutkimustiedon perusteella on pystytty toteamaan, että kestävyys- ja lihaskuntoharjoittelu parantaa ilmeisesti useita kognition osa-alueita ikääntyneillä, mikä puoltaa liikunnan harrastamista (Liikuntaharjoittelu ja kognitio terveillä: Käypä hoito -suositus, 2015).

3.4. Kotiutuminen kuntoutuksen näkökulmasta

Toimintakyvyn heikkenemiseen liittyviä riskitekijöitä; niin liikuntakyvyn heikkenemistä kuin esimerkiksi yksinäisyyttäkin on pyrittävä ennaltaehkäisemään. Terveystilanteen muutokseen usein liittyvä huoli selviytymisestä voi aiheuttaa kuntoutuksen käynnistymiselle myös haasteita; omaiset eivät välttämättä huolen takia pysty parhaalla tavalla tukemaan kuntoutuksen toteutumista. Ikääntyneiden ryhmämuotoista kuntoutusta väitöskirjassaan tutkinut Pikkarainen (2020) korostaa ikääntyneiden omaa, elämänselämänsä aikana rakentunutta toimijuutta, jonka avulla kuntoutuksen ammattilaiset pystyvät näkemään ikääntyneiden vahvuudet, voimavarat ja muutostarpeet. Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden sekä terveyden luokitusjärjestelmä (ICF) on ohjannut kuntoutuksen suunnittelussa asiakaslähtöisyyteen sekä moniulotteiseen ja vuorovaikutukselliseen toimintakyvyn ymmärtämiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021).

Moniasiantuntijuuteen perustuva osallistava toimintatutkimus Espoon sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla osoitti, että kuntoutujien osallisuutta arjen toiminnoissa lisäsivät heidän omasta näkökulmastaan mm. toimintakyvyn paraneminen, positiivinen mieliala, mielekäs toiminta yhdessä muiden kanssa, vertaistuki, yksilöllisesti suunniteltu ja toteutettu kuntoutus, arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus, toimiva kotiympäristö ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet, lähiverkoston tuki ja apu arjen toimissa. (Euramo 2016, 27). Ammattilaisten näkökulmasta osallisuutta tukivat mm. toimintakyky, turvallisuuden tunne, asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu, kuntouttava työote, vertaistuki, arjen toimiin ja kotiin suuntaava kuntoutus, omaisten osallistaminen ja perehdyttäminen, toimiva kotiympäristö ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet, yhdessä valmisteltu suunnitelmallinen kotiutuminen, omaisten tuki kotiutumiseksi, yhteistyö rajapintoja ylittäen, hyvä tiedonkulku ja tiedottaminen sekä yksilöllinen ja saumaton jatkokuntoutus. (Euramo 2016, 30). Aivo-liitto tukee AVH-yhdyshenkilötoimintaa, jonka tarkoituksena on edistää aivoverenkiertohäiriöihin

sairastuneiden kuntoutumista sekä tehdä ennaltaehkäisevää työtä. AVH-koordinaattoreita on jokaisen sairaanhoitopiirin alueella.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa monialaisen ja monitoimijaisen yhteistyön kehittämällä tarkoitetaan erityistason palveluiden tuomista perustasolle ja eri hallinnonalojen yhteistyötä. Palveluohjausta kehitetään paremmin monialaisia tarpeita vastaavaksi ja helposti saavutettavaksi. Yhteistyötä ja moniammatillista työskentelyä helpotetaan kehittämällä terveyden- ja sosiaalihuollon käyttöön yhteentoimivia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä sekä yhteisiä palvelusuunnitelmia.

4. Kuntoutuskäytännöt sairaalasta kotiuduttaessa Keski-Suomessa

4.1. Kuntoutuksen käynnistyminen Sairaala Novassa tai Terveyskeskussairaalassa

Sairaala Novan geriatrian poliklinikalla² tehdään muistin ja toimintakyvyn arvioita. Moniammatilliseen tiimiin poliklinikalla kuuluvat geriatri tai geriatriaan erikoistuva lääkäri, geriatrinen sairaanhoitaja, osastonsihtööri ja muistikuntoutusohjaaja. Päivystys- ja infektio-osasto (POS) vastaa iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoidosta, geriatri on osana moniammatillista hoitotiimiä (Keski-Suomen Sairaala Nova, 2020).

Terveyskeskussairaaloita eli vuodeosastoja on Keski-Suomen alueella Pihtiputaalla, Viitasaarella, Karstulassa, Saarijärvellä, Äänekoskella, Keuruulla, Laukaassa, Joutsassa ja Jämsässä. Jyväskylässä toimii kaupunginsairaala, jolla on toimipisteet Kyllössä ja Sairaala Novassa. Terveyskeskussairaaloiden keskeisenä tavoitteena on tukea kuntoutusta, niissä tehdään yhteistyötä vanhuspalvelujen, avosairaanhoidon, erikoissairaanhoidon, omaisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa (Kinunen 2021).

Suomessa on laadittu moniammatillisesti 2000-luvun alusta lähtien alueellisia hoitoketjuja, joiden tavoitteena on kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sujuvaa yhteistyötä. Hoitoketjulla tarkoitetaan sairaus- tai oirekohtaista yhdessä sovittua mallia, jonka mukaan potilaan tutkimukset, hoito ja seuranta järjestetään. Hoitoketjut ovat julkisia ja ne ovat linkitetty Terveysportin lääkärin tietokantoihin. Hoitoketjut perustuvat arvioituun ja tutkittuun lääketieteelliseen näyttöön (Nuutinen 2017). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi hoito- ja palveluketjuja. (Keski-Suomen Sairaala Nova, 2020)

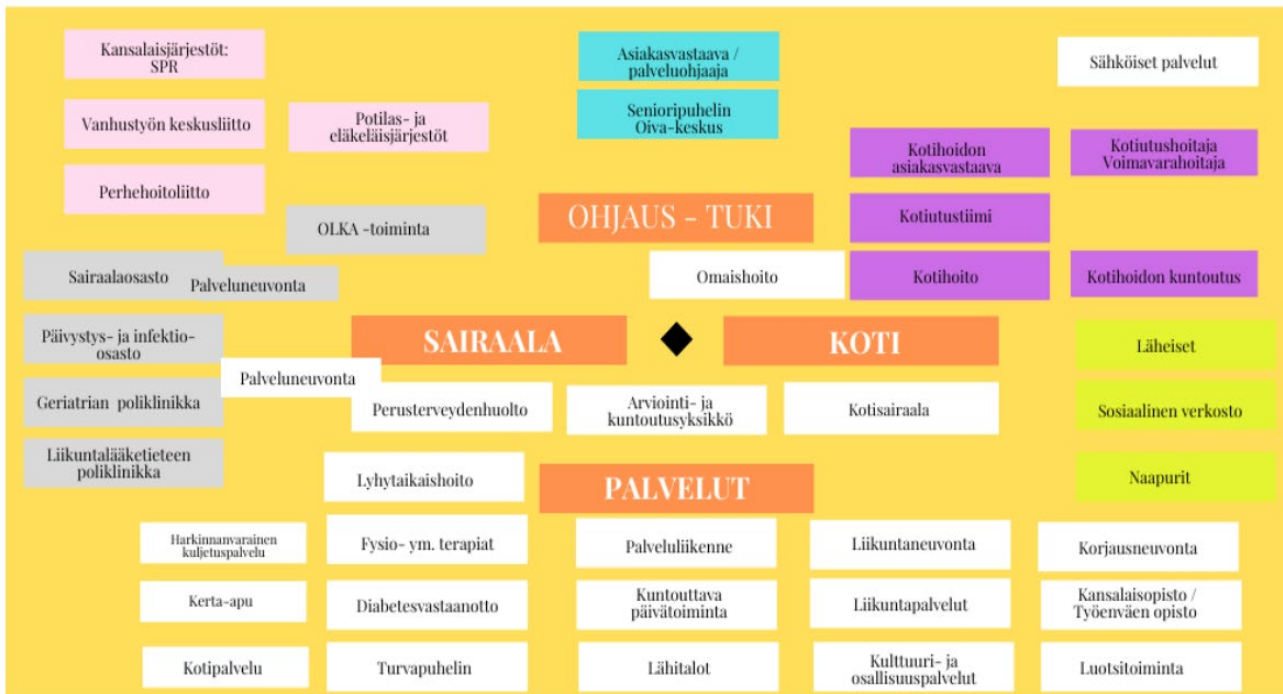
Liikuntalääketieteen poliklinikan³ rooli hoitoketjuissa on koordinoida ja ohjata liikuntahoitojen toteutumista koko maakunnassa (Myllykangas & Kuha, 2021). Poliklinikka vastaa erityisasiantuntemista vaativien potilaiden liikuntahoidoista ja liikuntaan liittyvistä erityisohjeistuksista eri sairausryhmissä. Ikääntyneitä aikuisia poliklinikalla on jonkin verran, he asuvat kotona ja toimintakykyä on kohtalaisesti. Poliklinikalle ohjautuminen edellyttää, että potilaalla on tiedostettu tarve liikuntahoidolle ja lähettävä taho on poliklinikan toiminnasta tietoinen (Alanko 2021).

Uudentyyppistä eri toimijatahoja yhdistävää toimintaa edustaa Jyväskyläänkin jalkautunut OLKA-verkosto. Espoossa toimiva EJY ry ja HUS ovat luoneet valtakunnallisen OLKA®-verkoston, jonka tarkoituksena on koordinoida järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa sairaaloissa (Ejy 2018). Jyväskylässä OLKA toimii sekä Keskus-Sairaalassa että Kansalaistoimintakeskus Matarassa. Matalan kynnyksen OLKA®-kohtaamispaikalle voi tulla ilman ajanvarausta ja siellä saa ohjausta sekä tukea sairauksiin ja terveyteen liittyvissä asioissa. Tiettyinä ajankohtina pisteellä voi tavata potilasjärjestöjen edustajia ja kuunnella esittelyjä järjestöjen toiminnasta.

² Sairaala Novan geriatrian poliklinikan verkkosivu: [https://www.sairalaanov.fi/fi-FI/Yksikot/Poliklinikat/Geriatrian_poliklinikka\(35163\)](https://www.sairalaanov.fi/fi-FI/Yksikot/Poliklinikat/Geriatrian_poliklinikka(35163))

³ Sairaala Novan liikuntalääketieteen poliklinikan verkkosivu: [https://www.sairalaanov.fi/fi-FI/Yksikot/Poliklinikat/Liikuntalaaketieteen_poliklinikka\(51676\)](https://www.sairalaanov.fi/fi-FI/Yksikot/Poliklinikat/Liikuntalaaketieteen_poliklinikka(51676))

Kuviossa 3 on koottuna ikääntyneelle aikuiselle mahdollisia ohjausta ja tukea tarjoavia tahoja sekä sosiaali- ja terveyspalveluja. Palvelujen järjestämisessä on eroja kuntien välillä, millä on omat vaikutuksensa monialaiseen yhteentoimivuuteen.



KUVIO 3. Hoitoa, ohjausta ja tukea tarjoavia palveluja ja tahoja

4.2. Toimivat käytännöt

Kokonaisvaltainen arviointi

Sairaalassa on saatu hyviä kokemuksia vuodeosastojen palveluneuvonnasta, jossa potilaan tilanne arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja ohjausta toteutetaan yksilöllisesti yhteistyössä potilaan, sairaalan, kuntien ja omaisten kanssa. Palveluneuvoja määrittelee työtään vahvasti ennaltaehkäiseväksi. Hän kartoittaa kaatumisriskiä ja arvioi ravitsemusasioista, tukee kotiutuvia esimerkiksi ottamaan yhteyttä potilasyhdistyksiin ja käyttämään verkkopalveluita. Palveluneuvoja ollaan parhaillaan rekrytoimassa lisää. Vuodeosastojen palveluneuvojan tehtävänä on organisoida sairaalasta kotiutumisista silloin, kun palveluketju ei ole selvä, esimerkiksi ortopedia- ja leikkausosastoille äkillisesti saapuneiden potilaiden kohdalla. Tämä työnkuva luo yhteentoimivuutta esim. siten, että asioiden hoitamisen yhteydessä tietoa eri vaihtoehdoista kertyy, ja alkaa syntyä yhteinen käsitys kokonaisuudesta.

Kaupunginsairaalan potilaiden kotiutumisasioita on keskitetty geriatriselle sairaanhoitajalle, joka tekee yhteistyötä sairaalan eri ammattiryhmien, Jyväskylän Oiva-keskuksen, sosiaalipalvelujen ja omaisten kanssa. Kuntoutuksen tavoitteiden visuaalinen esittäminen ja näkyvillä pitäminen sekä

terapeuttien ja hoitajien tiivis yhteistyö esimerkiksi sisällyttämällä terapiaa hoitotilanteisiin tukee kuntoutusta tehokkaasti. Ennakoivan arvioinnin merkitys on myös keskeinen.

Kaupunginsairaalassa kotipalveluohjaajan osallistuminen kotiutumisen suunnitteluun on osoittautunut hyväksi käytännöksi. Toimintakyvyn arviointia haasteellisempaa on usein sosiaalisten tarpeiden kartoitus. Toimintakykyä tukevien palvelujen määrittely on selkeämpää ja toteutuu paremmin. Kunnan järjestämään tukiasumiseen edellyttävien kriteerien täyttyminen on keskeinen kysymys, yleensä tukiasumiseen pääsyä on pitänyt edeltää kotona asumisen kokeilu maksimipalveluilla. Tukiasumisen suunnitteluun vaikuttavat myös eri asumismuotojen varallisuusrajat.

Työn jakaminen

Maakuntayhteistyö toteutuu käytännössä hyvin ja työtä jaetaan kotikunnan palveluohjaajan kanssa. Sairaala Novan näkökulmasta hyvänä käytäntönä kuvautuu maakuntaan luotu palveluohjaajien verkosto, jonka toiminnan avulla ymmärrys toisten työstä on kasvanut. Osastoilta kotiutuminen suoraan kotiin on lisääntynyt.

Sairaalassa kuntoutukselta vastaavat fysioterapeutit organisoivat asiakkaan tarvitsemat apuvälineet ja varmistavat niiden toimivuuden tarvittaessa kotikäynnin. Fysioterapeutit myös ohjaavat kotiin tehtävien muutostöiden osalta asiakkaita korjausneuvontaan. Vanhustyön keskusliiton alaisuudessa toimii alueellisia korjausneuvoja, jotka opastavat kodin muutostöiden ja arkea helpottavan teknologian suunnittelussa, avustusten hakemisessa ja tarvittaessa auttavat myös urakoitsijan etsimisessä (Vanhustyön keskusliitto⁴).

Kotiutumisen tuen järjestelyihin vaikuttavat osaltaan sairaalan käytännöt. Uusi Sairaala Nova kotiuttaa aamupäivisin, mikä on palvelujen kannalta sopivin aikataulu kotiutustiimin näkökulmasta. Tuki pystytään jakamaan tasaisemmin koko päivän ajalle. Tieto osastojen paikkatilanteesta on alkanut liikkua aiempaa paremmin, mikä auttaa ennakoinnissa.

Ennakointi

Palvelutarpeen arvioinnin toteuttaminen sairaalassa on tärkeä vaihe ennen kotiutumisen käynnistymistä. Palveluohjaajalle tieto arviointitarpeesta tulee useimmiten osastolta tai omaiselta. Potilaan läheisten kanssa yhteistyön aloittaminen jo sairaalassa tukee kuntoutusta. Vanhuspalveluiden näkökulmasta juuri tämä osastolla tapahtuva ennakointi ja sujuva tiedonkulku näyttävät hyvinä käytäntöinä. Kokonaisvaltainen kartoitus, joka sisältää myös asiakkaan talouteen ja kodinhoidon järjestämiseen laajasti sisältyvät tekijät, on koettu hyvänä. Näin mahdollisia tulevia riskejä voidaan ennaltaehkäistä. Kunnan palveluohjaajan näkemyksen mukaan itselle tutut osastojen kotiutushoitajat tekevät yhteistyön tekemisestä sujuvaa. Perusterveydenhuollon näkökulmasta kotiutushoitajan rooli on merkityksellinen.

Kokonaisvaltainen kohtaaminen

Kotiutumista edistävää työtä tukee kattava tieto asiakkaasta ja tiedon välittyminen sairaalasta kuntoutustahoille. Ammattilaisten näkemyksen perusteella toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi asiakkaan kotioloissa tai tulevassa asumisympäristössä tukee kuntoutusta ja sen tavoitteita eli turvallista arkea jatkossa.

⁴ Vanhustyön keskusliitto on valtakunnallinen järjestö, joka tulee ikääntyvien hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, <https://vtkl.fi>.

Lähihoitajan koulutus yhdistettynä esimerkiksi geronomin tutkintoon antaa hyvät valmiudet arviointityöhön. Palveluohjaajan ja sairaanhoitajan muodostama työpari nähdään myös toimivana. Gerontologinen osaaminen palvelutarpeen arvioinnissa nähdään tärkeänä, lisäkoulutuksen merkitys korostuu arviointityötä tekevien keskuudessa.

Ikääntyneellä aikuisella itsellään tai omaisilla on usein huoli kotona selviytymisestä. Jos turvattomuuden tunne on voimakas, se voi johtaa sairaalaan palaamiseen. Tästä johtuen ulkopuolinen tuki nähdään usein turvallisuutta lisäävänä tekijänä, ja siihen suhtaudutaan myönteisesti. Läheisten kanssa tehtävä yhteistyö kuntoutuksen edistämiseksi on lisääntynyt ja ammattilaiset näkevät sen tärkeänä. Kotiutumistilanteet ovat yksilöllisiä. Fysioterapeutin tekemä kotikäynti on keskeinen kuntoutuksen toteutuksessa. Kohtaamisissa ammattilainen voi omalla rauhallisuudellaan ja ajan antamisella, aidolla asiakkaan kuuntelemisella sekä toimintansa perustelemisella rakentaa luottamusta ja helpottaa asiakkaan omaa toimijuutta. Kuntoutuksen onnistumiseen liittyy ymmärrettävästi usein epävarmuutta, minkä vuoksi ammattilaisen tapa esittää kuntoutuksen keinot kokeiluina, voi rohkaista ja kannustaa asiakasta. On tärkeää, että kuntoutumisesta muodostuu asiakkaalle ymmärrettävä ja mielekäs kokonaisuus, jossa on huomioitu kaikki oleelliset tekijät. Matala puheeksi ottamisen kynnyks on seurausta luottamuksellisesta ilmapiiristä ja tukee hyvin kuntoutumisen edistymistä. Pie-nellä paikkakunnalla sukulais- ja naapuriverkostot lisäävät jossain määrin turvallisuuden tunnetta rajallisen toimintakyvyn kanssa kamppaileville kotona asuville ikääntyneille.

Vanhuspalvelujen ammattilaisten työssä kuntoutuksen toteuttaminen on keskeistä ja käytännössä se tarkoittaa asiakkaan tukemista hänen oman liikuntakykynsä edistämiseksi. Kotihoidon työntekijöillä on hallussa kuntouttava työote. Sairaalaan kotiutuminen käynnistää kotihoidon asiakkaille tehostetun kotikuntoutusjakson. Se tarkoittaa 4–6 viikon ajanjaksoa, jolloin kuntoutusta koordinoiva ammattilainen käy asiakkaan kotona 2-3 kertaa viikossa ja aikaa on käytössä normaalia enemmän. Tämän lisäksi tarpeen mukaan toteutetaan fysio- ja toimintaterapeutin käyntejä. Kuntoutuksesta vastaavat tekevät tiivistä yhteistyötä kuntouttavia arviointijaksoja toteuttavien tahojen kanssa.

Työntekijän näkökulmasta kokonaisuuden hahmottaminen voi toimia tärkeänä työn voimavaratekijänä. Oman työn kautta ammattilainen mahdollistaa asiakasta saamaan onnistumisen kokemuksia ja pärjäämään kotona.

Yhteiset toimintatilat

Ammattilaisten näkökulmasta moniammatillista työskentelyä tukevat hyvin samassa rakennuksessa sijaitsevat kuntoutustiimin ja kotihoidon toimitilat, jotka mahdollistavat joustavasti asiakasasioiden yhteisen käsittelyn. Esimerkiksi Jämsässä hoitokoordinaattori on toiminut kotihoidon kanssa lähekkäin, mikä on tukenut yhteistyön sujumista. Vanhuspalvelujen tekijöillä on kerran viikossa yhteinen palaveri asiakkaiden asioista. Moniammatillisuuden toteutuminen aidosti ja luontevasti kytkeytyy myös hyviin työkäytäntöihin. Ammattilaiset kokevat tekevänsä laajassa kuntoutuksen piirissä nykyaikaista työtä, jossa kehittäminen on oleellista. Laukaassa yhteentoimivuutta lisäävänä keinona on käytetty arviointia tekevien ammattilaisten käyntejä sairaalassa kertomassa näkökulmastaan.

Kukoistava kotihoito -hankkeen tuloksena sairaalasta kotiin siirtymisvaiheeseen kehitetyt kuntouttavat arviointijaksot nähdään kaikilla tahoilla onnistuneena ratkaisuna. Laukaassa toimintatavasta on jo enemmän kokemuksia, maaliskuussa 2021 Jyväskylässä oli juuri aloittamassa Arvi-yksikkö lyhytaikaishoidon tiloissa. Arviointijakso on 2-4 viikkoa ja toiminta perustuu moniammatillisuuteen.

Oma huone ja sairaalaosastoa huomattavasti kodinomaisemmat olosuhteet yhdistettynä terveydenhuoltoalan ammattilaisten tiiviiseen tukeen ja yksilölliseen kotiutumisen valmisteluun läheiset huomioiden lisäävät turvallisuutta ja kannustavat asiakasta sitoutumaan oman kuntoutumisen edistämiseen. Kuntoutuksen ammattilainen käy omaisten kanssa läpi asiakkaan kuntoutuksen tavoitteet ja ohjaa heitä tukemaan niiden toteutumista. On tavallista, että esimerkiksi puoliso tarvitsee ohjausta siihen, että antaa ikääntyneelle kuntoutujalle riittävästi tilaa ja mahdollisuuksia selviytyä tilanteista itse. Puolison oman jaksamisen tukeminen on tärkeää, ja siihen kytkeytyvät myös perheen sisäiset suhteet. Kauempana asuvilla lapsilla huoli vanhemman selviytymisestä saattaa aiheuttaa toiveen asumispalvelusta, vaikka toimintakyky ei ammattilaisten näkökulmasta sitä edellyttäisi.

Jämsässä on havaittu, että yksityisen palveluntuottajan ja kaupungin yhteistyö voi palvelutarpeen arvioinnin näkökulmasta toimia hyvin. Työn kehittäminen on yksityisellä puolella koettu joustavaksi. Yhteistyön toimivuus on kantava voimavara, on tärkeä ymmärtää, ettei kukaan voi tehdä tätä vaativaa työtä yksin.

Myönteinen, vahva tuki liikkumiseen

Liikuntalääketieteen poliklinikalla potilaita kannustetaan liikkumiseen myönteisessä hengessä. Motivoivan haastattelun kautta potilasta ohjataan asettamaan terveyttä edistäviä henkilökohtaisia tavoitteita. Liikuntatavoitteen saavutettavuus on tärkeää. Pyritään tuottamaan onnistumisia ja iloitaan pienistäkin saavutuksista, jotka ovat arjen sujumisen kannalta lopulta hyvin merkityksellisiä. Keskeistä on kannustaminen, auttaminen ja aktiivinen puuttuminen. Potilasta ei jätetä yksin tai syyllistetä. Vuoden seurantajakso sisältää 3 kontrollikäyntiä lääkäriä sekä fysioterapeutin tekemät testaukset, minkä lisäksi toteutetaan soittokontrolleja. Huomion kiinnittäminen myös ravitsemusasioihin on oleellista, ja neuvonnassa toteutetaan myönteistä tapaa markkinoida terveyttä edistävää ruokavaliota. Terveellinen ruokailu voi olla hauskaa!

4.3. Kehittymishaasteet

Moniammatillisuuden esteitä

Moniammatillisuutta tukevaa järjestelmää ei sairaalan osastoilla vielä ole. Esimerkiksi sosiaalityöntekijän mukaan kutsuminen edellyttää sairaanhoitajalta asian muistamista ja hoitamista erikseen. Tulevan tuentarpeen ennakointi on haastavaa ja sitä auttaisi, että järjestelmä tukisi kokonaisuuden selvittämistä. Tarvittaisiin koottua tietoa käytössä olevista palveluista ja työkaluja asioiden hoitamiseen.

Kaupunginsairaalan näkökulmasta kotiutumisen suunnittelun haastavuutta lisää, että kotiin saatava apu ei ole sairaalan päätettävissä. Palveluasumiseen jonottavien ikääntyneiden suuri määrä on iso haaste. Ikääntyneiden ja omaisten voi olla vaikea ymmärtää, etteivät kotiin saatavat palvelut ole subjektiivisia. Osastojen välillä on kuntakohtaisia eroja siinä, minkälaista hoitoa ne pystyvät tarjoamaan, esimerkiksi Itä-Suomeen mentäessä on enemmän hoivayksiköitä, joissa ei ole sairaalatasoista hoitoa. Jyväskylässä kaupunginsairaalan osastot ovat profiloituneet. AVH-kuntoutusosastolla moniammatillinen tiimi suunnittelee myös kotiutumisen ja jatkokuntoutuksen.

Kotiutumisen järjestämisen haasteet

Nopea kotiuttaminen sairaalasta asettaa haasteita kuntien vanhustalveille. Pienessä kunnassa, jossa kaikki muut kuin kunnalle pakollisesti kuuluvat palvelut ovat ulkoistettu, kuvautuu haasteelliseksi löytää ikääntyneelle kotiutuvalle hoitopaikka sairaalasta kotiin palatessa. Yksityisten palveluntuottajien lisäksi pieni kunta ostaa laitospalveluja naapurikunnista. Kinnulan kunnassa sairaalan nopea kotiuttaminen johtaa siihen, että vuodeosastoille tulee hyvin heikkokuntoisia potilaita ja paine sieltä kotiin siirtymiseen kasvaa. Kuntoutusosastolle sairaalassa pääsee vain, jos edellytykset kuntoutumiseen ovat riittävän hyvät. Muutoin kuntoutus kuuluu perusterveydenhuollolle. Yön ikääntyneet aikuiset ovat hälytinpuhelimen varassa. Asiaa auttaa hieman pienen paikkakunnan mahdollisuus hyödyntää sukulais- ja naapuriverkostoja. Ihmiset tuntevat toisensa hyvin.

Erikoissairaanhoidon näkökulmasta voi olla haastavaa saada järjestettyä fysioterapiaa asiakkaan kotiin, mikäli ikääntynyt aikuinen ei ole kotihoidon asiakas. Heillä kuntoutuminen jääkin pitkälle oman aktiivisuuden ja osaamisen varaan. Perusterveydenhuollon näkökulmasta kuntoutus tuntuisi toteutuvan sairaalahoidon aikana, mutta kotioloissa sen tukemista tarvittaisiin enemmän. Tehostettu kotihoito ja riittävä fysioterapeuttien määrä ovat tässä avainasemassa. Pienen kunnan näkökulmasta juuri kotihoitoon panostaminen tukisi parhaiten kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista ja sen jatkuvuutta kaikissa arjen toiminnoissa. Tämä edellyttää, että hoitajien on mahdollista toteuttaa kuntouttavaa työtä. Tiukka aikataulu kotihoidossa ei tue kuntoutusta. Myös järjestöyhteistyön kehittämistä ja aiempaa parempaa hyödyntämistä asiakkaiden tukemiseksi voisi selvittää. Se saattaisi myös helpottaa kotihoidon paineita.

Kotiutumista hoitava geriatrinen sairaanhoitaja voi joutua tekemään hoitajavajeen vuoksi ajoittain muuta hoitotyötä, millä luonnollisesti on omat vaikutuksensa sekä kotiutumissuunnitteluun että hoitajan omaan työn kokonaisuuteen. Itsenäistä ja haasteellista työtä tekevä hoitoalan kokenut ammattilainen kuvaa työrooliaan ”sekatyömieheksi”.

Tietokatkokset

Isommassa kaupungissa kuntoutustarpeen arvioinnin näkökulmasta kehittymishaasteena on tiedon välittyminen vanhustalveihin terveyskeskuksesta ja sairaalasta ennen kotiuttamista. Valitettavasti tietokatkoksia tapahtuu, ja joskus tieto tuen tarpeessa olevasta kotiutujasta tulee vasta silloin, kun kotiuttaminen on jo tapahtumassa tai tapahtunut. Terveysasemilta voi tulla kotiutustiimille myös kiireellistä jatkopalvelujen järjestämistä edellyttäviä asiakastilanteita. Palvelujen tarpeen arviointi on usein haastavaa.

Kotiutustiimin näkökulmasta sairaanhoitajien näkemyksen nykyistä vahvempi huomioiminen kotiuttamisen suunnittelussa nähtäisiin hyvänä. Kuntoutuksen kannalta asiakkaiden ohjautuminen aikaisemmassa vaiheessa palvelujen piiriin olisi tärkeää, jotta toimintakyvyn säilymistä voitaisiin tukea vielä tehokkaammin. Kotihoidon asiakkaiden tilanteita olisi tärkeä miettiä jo ennen sairaalajaksoa. Kotihoidon asiakkaissa on paljon hoitoa tarvitsevia, mikä tekee toiminnasta haavoittuvaista. Ammattilaisten pitäisi pyrkiä entistä enemmän tarkastelemaan kotiutumista kokonaisuutena. Kehittämiskohteeksi sairaalan kuntoutuksen näkökulmasta kuvautuu yhteistyön lisääminen kaupungin palvelujen kanssa. Toimintakyvyn arviointia nähtäisiin tärkeäksi tehdä enemmän. Kuntoutuksen järjestämistä tukisi, jos eri tahoilla olisivat käytössä samat mittarit. Tiedon välittyminen sairaalasta kotihoitoon on erityisen keskeistä. Järjestelmien sisälläkin tietoja voi olla useissa eri paikoissa.

Erikoissairaanhoidon näkökulmasta kotiutumisen järjestämistä vaikeuttaa se, että asioita tehdään kovin eri tavoin eri kunnissa. Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi siten, että palveluneuvojalta menee paljon aikaa yhteydenottotapojen löytämiseen ja yhteistyön toteuttamiseen. Tämän vuoksi on hyvin tärkeää kehittää tätä yhteistyötä. Sairaalan näkökulmasta haaste on myös se, ettei kunnissa ole ympäri vuorokauden palveluja, joihin he kotiutumistilanteissa voivat olla yhteydessä. Kukoistava Kotihoito -hanke tuotti paljon hyviä käytäntöjä, mutta niiden monistaminen eri kuntiin ei kuitenkaan toteutunut.

Ennaltaehkäisevien toimintamallien kehittäminen

Ennaltaehkäisevää neuvontaa olisi syytä lisätä terveyskeskuksessa ja ottaa yhteys arviointitiimiin, kun toimintakyvyn suhteen herää huolta. Järjestöjen toteuttama ennaltaehkäisevä hyvinvoinnin edistämistyö nähtäisiin tärkeänä. Yhteistyön lisääminen järjestöjen kanssa nähtiin kehitettävänä alueena. Kehittämiseksi nostettiin esille tehostetun ennaltaehkäisevän työn suuntaaminen niille 65-vuotiaille, jotka kärsivät mielenterveys- ja päihdeongelmista, näin iän karttuessa kasaantuviin terveysongelmiin päästäisiin puuttumaan ajoissa. Keskeisiä kysymyksiä ovat asumiseen ja muihin käytännön asioihin liittyvät tukitoimet sekä yksinäisyyden lievittäminen.

Liikuntalääketieteen ja geriatrian poliklinikoiden välinen yhteistyö voisi tukea hyvin ikääntyneiden aikuisten kuntoutusta. Liikunnan roolia kotiutumisen yhteydessä olisi syytä yleisemminkin pohtia. Selkeänä tavoitteena on kotona pärjääminen. Liikunnan sairauksia ennaltaehkäisevä vaikutus on jo tiedostettu, minkä johdosta Keski-Suomen kunnissa ja perusterveydenhuollon puolella on tarve liikunnanohjauksen lisäämiseen. Liikuntalääketieteen erikoislääkäri Lauri Alanko toteaa, että liikunnalla on tärkeä merkitys ikääntyneelle. Sairaalahoidon aikana olisi tärkeä selvittää liikunnan määrää ja tarvittaessa puuttua siihen aktiivisesti mutta myönteisellä, potilasta kunnioittavalla tavalla. Lääkärin tehtävänä on ottaa kantaa liikuntamuotoihin, liikunnanohjaajalta potilas saa yksilöllistä ohjausta. 3 viimeistä vuotta elämästä on yleisesti aika, jolloin apua tarvitsee eniten ja tähän liikunnalla voidaan merkittävästi vaikuttaa.

Liikunnan on tärkeä tuottaa myös iloa. Alanko toteaa esimerkiksi tanssin tehokkaana ja koordinaatiota kehittävänä liikuntamuotona ikääntyneille. Hän kannustaisi järjestämään ikääntyneille päivittäin liikuntahetken, jonka sisältö voisi vaihdella. Liikunnan ohjaamisessa voisi hyödyntää opiskelijoita. Liikuntalääketieteen poliklinikan ja opiskelijoiden kesken yhteistyön laajentaminen on myös yksi kehittämisidea.

Digitaalisten palvelujen kehittämishaasteet

Digitaalisten palvelujen käyttöönotossa on vielä kehitettävää, eikä kaikissa kunnissa niitä ole vielä lainkaan kokeiltu. Laukaan vanhuspalvelut kokeilivat ammatillista koulutusta järjestävän Gradian kanssa yhteistyössä kuntoutuksen toteuttamista etänä Teams-tapaamisten kautta. Sähköpostin käyttöä edellyttävä Teams-sovellus ei ole monelle ikäihmiselle soveltuva sen monimutkaisuuden vuoksi, parempana nähtäisiin suoraan auki oleva yhteys.

Tällä hetkellä useimmilla ikääntyneillä on haasteita mobiililaitteiden käyttämisessä eikä laitteiden avulla tapahtuvaan tukeen vielä luoteta. Tästä johtuen digitaalisten välineiden käytön kokeilut voivat helposti keskeytyä nopeasti. Henkilökohtainen ohjaus verrattuna etäohjaukseen edustaa ikääntyneille asiakkaille usein aivan eri asioita; henkilökohtaisesta ohjauksesta saatu hyöty on huomattavasti kokonaisvaltaisempi ja suurempi.

5. Pohdinta

Kotiutumisen ajankohdan määräytyminen kuvautuu merkityksellisenä tekijänä, johon kytkeytyy ikääntyneen ja hänen läheistensä näkemysten lisäksi useiden ammattilaisten arvioita. Sairaalaosaston tapahtumien analysointi ruohonjuuritasolla oli osoittanut kotiutumista koskevien neuvottelujen moninaiset tavoitteet, paineet ja haasteellisuuden Lämsä (2013, 146). Haastattelemini ammattilaisten kertomuksissa kotiutumistilanne kuvautui hektisenä, joskus ennakoimattomana. Tiedonkulun haasteet ja paineet saada organisoitua ikääntyneiden aikuisten tarvitsemat palvelut ovat työssä vahvasti läsnä.

Sairaalan tapa kotiuttaa nopeasti voi tukea toimintakyvyn kohentumista, jos kuntoutus on jo päässyt hyvin käyntiin, toimintakyky sen mahdollistaa ja tuki kuntoutumiseen kotona on riittävää. Näiden asioiden arviointi ja niistä riittävän varmuuden saaminen vaatii ammattilaisilta aikaa ja osaamista. Ammattilaisten mukaan toimintakyvyn ollessa heikko ikääntyneiden terveydentilassa paikanvaihdos heijastuu usein toimintakyvyn notkahduksena, joka on kuntoutuksen ja hoidon näkökulmasta huomioitava. Toimintakyky ja oma arviointikyky tilanteesta määrittelee paljon kotiutumistilannetta ja niiden ollessa selvästi heikentyneet kotiutuminen on paljon monimutkaisempaa (Popejoy 2011).

Valtakunnallisissa suosituksissa asiakaslähtöisyyden edellytyksenä nähdään eri näkökulmien yhteensovittaminen ja palveluissa noudatettaviksi periaatteiksi linjataan yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus, luottamus, kohtaaminen ja henkilöstön ammattitaito (STM 2020, 43,50). Eri näkökulmien yhteensovittamista tapahtuu luontevimmin moniammatillisessa tiimissä. Sen hyödyntäminen ei kuitenkaan läheskään aina ole käytännössä mahdollista. Ammattilaisten yhteistä työskentelyä asiakkaan kuntoutusprosessissa tukevat samoissa yhteisissä tiloissa toimiminen, yhteiset palaverit asiakkaiden asioista, yhteistyöverkoston pysyvyys sekä jalkautuminen kertomaan omasta työstä eri tahoilla. Työntekijöiden kokemus työn sujuvuudesta ja yhdessä toimimisesta saman asian äärellä luo moniammatilliselle yhteentoimivuudelle hyvät edellytykset.

Ammattilaisten kanssa käymieni keskustelujen pohjalta yksilöllisyyden huomioimiseen ja luottamuksen rakentamiseen panostetaan vahvasti. Ammatillinen osaaminen on hyvällä tasolla ja lisäkoulutukseen suhtaudutaan hyvin myönteisesti. Kukoistavan kotihoitohankkeen todettiin vahvistaneen jo aiemmin tehtyä kehitystyötä, lisänneen tavoitteellisuutta ja systemaattisuutta sekä täsmentäneen vastuuhenkilön roolia.

Kuntoutuksen käynnistymisessä on oleellista, että hoitajat ovat kuntoutusprosessista hyvin tietoisia. Kuntoutusta suunniteltaessa on osattava huomioida asiakkaan historia, mikä on motivaation löytymisen kannalta merkityksellistä. Kuntoutuksen suunnittelu ja toteuttaminen iäkkään kuntoutujan kotona kuvautuu prosessina, joka edellyttää ammattilaisilta hyviä vuorovaikutustaitoja, tilannetta ja taitoa kuulla asiakkaiden ja heidän omaistensa toiveita, jotka eivät välttämättä ole yhteneviä.

Kuntoutumisen edistämiseksi ammattilaiset ohjaavat ikääntyneitä aikuisia erityisliikunnan ryhmiin. Vapaaehtoisten ulkoiluystävien tuki on nähty merkitykselliseksi, tämän vuoksi uusien vapaaehtoisten innostaminen toimintaan olisi tärkeää. Toimintaa koordinoi SPR:n ystävätoiminta ja erilaiset STEA:n hankkeet. Päiväkeskuksen kuntosali on voinut toimia koronarajoitusten aikana paikkana, johon asiakkaita on ohjattu kuntoilemaan. SPR:n ystäväpalvelu tukee kuntoutumista ulkoilun

ja esim. kirjastokäyntien mahdollistajana. Useat vapaaehtoiset ovat itsekin ikäihmisiä. Tulevaisuudessa liikunnanohjauksen lisääntyessä olisi ikääntyneille löydyttävä huomattavasti enemmän tukihenkilöitä turvaamaan liikkumisen mahdollisuuksia.

lääkään aikuisen sairaalasta kotiutuminen ei ole yksittäinen tapahtuma vaan prosessi, jossa monialaista yhteentoimivuutta käytännössä testataan eri vaiheissa ja joka hetki. Palveluohjaajat ja -neuvojat, kotiutus- ja yhteyshoitajat, hoitokoordinaattorit ovat yhteentoimivuuden keskipisteessä ja rakentavat joka päivä yhteyksiä eri tahojen väleille. Jokainen kuntoutuksen toteutukseen ja koordinoitiin osallistuva ammattilainen tukee omalta osaltaan ikääntynyttä hahmottamaan palvelujen kokonaisuutta ja saamaan siitä tarvitsemaansa apua. Mahdollisuus nähdä ja ymmärtää toisten aiheen äärellä tekemään työtä ja päästä moniammatillisesti hakemaan tilanteessa parhaita ratkaisuja ovat varmoja keinoja yhteentoimivuuden vahvistamiseksi. Keskusteluissa ammattilaisten kanssa tuli selkeästi esille vahva tahto tehdä asioita yhdessä.

LÄHTEET

- Carli, F. & Ferreira, V. 2018. Prehabilitation: a new area of integration between geriatricians, anesthesiologists, and exercise therapists. *Aging Clinical and Experimental Research* 30, 241–244
- del Pozo-Cruz, B., Mañas, A., Martõn-Garcõa, M., Marõn-Puyalto, J., Garcõa-Garcõa, F., Rodriguez-Mañas, L., Guadalupe-Grau, A. & Ara, I. 2017. Frailty is associated with objectively assessed sedentary behaviour patterns in older adults: Evidence from the Toledo Study for Healthy Aging (TSHA). *Plos One* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183911>.
- Boehmer, K. R., Guerton, N. M., Soyering, J., Hargraves, I., Dick, S. & Montori, V. M. 2019. Capacity Coaching: A New Strategy for Coaching Patients Living With Multimorbidity and Organizing Their Care. *Mayo Clinic Proceedings* 94 (2), 278-286.
- Ejy. 2018. Olka. Viitattu 28.5.2021. <https://ejy.fi/mika-ejy-on/mita-teemme/olka/>.
- Euramo, L. 2016. Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus: kuntoutuksen kehittäminen Espoon sairaalassa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma Tutkimuksellinen kehittämistyö. Viitattu 9.5.2021. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118792>.
- GEREC (2019). Gerontologian tutkimuskeskuksen ehdotukset strategisiksi toimenpiteiksi iäkkäiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Julkaisematon muistio 30.10.2019.
- Hoffman, G. J., Liu, H., Alexander, N. B., Tinetti, M., Braun, T. M. & Min, L. C. 2019. Posthospital Fall Injuries and 30-Day Readmissions in Adults 65 Years and Older. *JAMA Network Open*. 2(5):e194276. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.4276
- Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. 2019. TOIMIA-suositus. Kerminen, H., Jäppinen A.-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P & Havulinna, S. TOIMIA, 2019 (viitattu 28.3.2021). Saatavilla Internetissä: www.terveysportti.fi.
- Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta - HOTUS-hoitosuositus. 2020. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Jansson, A. 2020. Loneliess of older people in long-term care facilities. University of Helsinki. Doctoral Dissertation. Department of General Practice and Primary Health Care, Faculty of Medicine.
- Keski-Suomen Sairaala Nova, 2020. Geriatria. Viitattu 11.4.2021. <https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Erikoisalat/Geriatria>.
- Keski-Suomen Sairaala Nova, 2020. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitoketjut. Viitattu 11.4.2021. <https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitoketjut>.
- Kinnunen, M.-L. 2021. Terveyskeskussairaala ja iäkkäiden palvelut. Esitelmä. Jyväskylä.
- Korpilahti, U., Koivula, R., Doupi, P., Jakoaho, V. & Lillsunde, P. 2020. Turvallisesti kaiken ikää - Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn ohjelma 2021–2030 sekä selvitys kustannuksista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:33
- Kow, A. W. C. 2019. Prehabilitation and Its Role in Geriatric Surgery. *Annals, Academy of Medicine Singapore* 48:386–392
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012. 12 §/28.12.2012/980.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 17.8.1992/785.

- Liikunta. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 6.3.2021). Saatavana: www.käypähoito.fi
- Lonkkamurtuma. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 6.3.2021). Saatavana: www.käypähoito.fi
- Lämsä, R. 2012. Potilaskertomus: Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 99.
- Mustonen, E. 2021. Telephone-based health coaching for chronic disease patients: evaluation of short- and long-term effectiveness of health benefit and costs. University of Eastern Finland Kuopio. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 240.
- Myllykangas, H. & Kuha, T. 2021. Liikuntalääketiede, miten ja missä asioissa se voi auttaa iästä väestöä? 19.4.2021 Sairaala Nova. Viitattu 18.5.2021. <https://bin.yhdistysavain.fi/1578011/YIFreYumZtJaw9ZsB5PE0VVNFr/Liikuntal%C3%A4%C3%A4ketiede%20senioreille.pdf>.
- Noro, A. & Karppanen, S. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018 - Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Nuutinen, M. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Duodecim 133, 1283-1290.
- Pikkarainen, A. 2020. Ikääntyneiden aikuisten toimijuus kuntoutuksessa. University of Jyväskylä. Faculty of Education and Psychology, JYU Dissertations 262.
- Pirhonen, J., Tiilikainen, E. & Lemivaara, M. 2016. Yksin yhteisössä – tutkimuskohteena tehostettu palveluasuminen. Gerontologia 30 (3), 119-130.
- Popejoy, L. 2011. Participation of elder persons, families, and health care teams in hospital discharge destination decisions. Applied Nursing Research 24 256-262.
- Rahikka, A., Annaniemi, V. & Suutari, S. 2020. Ikääntyvien naisten kokema yksinäisyys. Gerontologia 34 (2), 103-116.
- Sipilä S, Salpakoski A, Edgren J, Sihvonen SE, Turunen K, Pesola M, Arkela M, Kallinen M, Rantanen T, Törmäkangas T. 2016. Recovery of Lower Extremity Performance After Hip Fracture Depends on Prefracture and Postdischarge Mobility: A Subgroup Analysis of a Randomized Rehabilitation Trial. J Am Geriatr Soc. 64(9):e25-8. doi: 10.1111/jgs.14275.
- Sipilä, S., Salpakoski, A., Edgren, J., Heinonen, A., Kauppinen, M. S., Arkela-Kautiainen, M., Sihvonen, S. E., Pesola, M., Rantanen, T. & Kallinen, M. 2011 Promoting mobility after hip fracture (ProMo): study protocol and selected baseline results of a year-long randomized controlled trial among community-dwelling older people. Study Protocol. BMC Musculoskeletal Disorders 12:277. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/277>.
- Sisäministeriö. 2018. Turvallinen elämä ikääntyneille – toimintaohjelman päivitys. Sisäministeriön julkaisu 6/2018.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020 a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020 b. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022: Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3.
- Sosiaalihuoltolaki 2014. 19 §/1301/2014.
- Taraldsen, K., Thingstad, P., Sletvold, O., Saltvedt, I., Lydersen, S., Granat M. H., Chastin, S. & Helbostad, J. L. 2015. The long-term effect of being treated in a geriatric ward compared to an

- orthopaedic ward on six measures of free-living physical behavior 4 and 12 months after a hip fracture - a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics* DOI 10.1186/s12877-015-0153-6.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. ICF-luokitus. Viitattu 9.5.2021. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>.
- Terveydenhuoltolaki 2010. 25 §/30.12.2010/1326.
- Terveysportti. 2021. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 28.3.2021. www.terveysportti.fi.
- Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö 2020-2022 Ohjelma ja hankeopas. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. Viitattu 21.3.2021. www.stm.fi/julkaisut.
- Turunen K, Aaltonen-Määttä L, Törmäkangas T, Rantalainen T, Portegijs E, Keikkala S, Kinnunen M-L, Finni T, Sipilä S & Nikander R. 2020. Effects of an individually targeted multi-component counseling and home-based rehabilitation program on physical activity and mobility in community-dwelling older people after discharge from hospital – a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 34(4), 491–503.

LIITE: Luettelo haastatelluista henkilöistä:

Laukaan kunta, vanhus- ja vammaispalvelut

Mari Marjakaarto – asiakasvastaava
Henna Leinonen – lähihoitaja
Anna Eskola – voimavaraohoitaja
Emma Liukko – fysioterapeutti
Mari Saxberg – toimintaterapeutti

Jyväskylän kaupunki

Jonna Paukkonen – palveluesimies, Oivakeskus
Sari Antila – palveluesimies, Palveluohjaus ja kotona asumisen tukeminen
Anita Homanen – fysioterapian osastonhoitaja, Kuntoutus- ja terapiapalvelut
Marja-Liisa Kinnunen – osaston ylilääkäri, Kaupunginsairaala
Marketta Tarnanen – geriatrinen sairaanhoitaja, Kaupunginsairaala

Jämsän kaupunki

Pirkko Peltomaa – hoitokoordinaattori, Jämsän Terveys Oy

Kinnulan kunta

Hellevi Pekkarinen Kinnula – sosiaaliohjaaja

Sairaala Nova

Hanna Hintikka – Vuodeosastojen palveluneuvoja
Merja Ahonen – Projektipäällikkö
Lauri Alanko – Liikuntalääketieteen erikoislääkäri

LIITE: Eläkeläisjärjestöt ja vammaisjärjestöt kuntoutumisen tukena

Eläkeläisjärjestöt, vammaisjärjestöt

SPR - ystävöiminta

VTKL - ystäväpiiritoiminta

Keski-Suomen Omaishoitajat ry - ryhmätoiminta, virkistys- ja vapaaehtoistoiminta

Keski-Suomen Perhehoitajat ry - Perhehoitoliitto (Jkl:n toimisto) - ohjausta, tuki vapaaehtoistyön järjestämiseen

Monikko ry/Paloma-toiminta ikäihmisille, maahanmuuttajille ja kantaväestölle: liikunta-, harraste- ja muistiryhmiä

Keski-Suomen Syöpäyhdistys - kuntoutuskurssit

Keski-Suomen Muistiyhdistys - ohjausta ja neuvontaa, ryhmätoimintaa, virkistystoimintaa, koulutusta/valmennusta läheisille

Keski-Suomen Hengitysyhdistys - vertaistukiryhmät, virkistystoiminta

Jyväskylän seudun invalidit ry - virkistystoiminta

Keski-Suomen epilepsiayhdistys - vertaistukitoiminta

Keski-Suomen CP yhdistys - virkistystoiminta

Keski-Suomen Kehitysvammaisten tuki ry - virkistystoiminta

Keski-Suomen Parkinson yhdistys ry - liikunta ja virkistystoiminta

Keski-Suomen Munuais- ja maksayhdistys KEMUSI ry - vertaistuki, sopeutumisvalmennuskurssit

Keski-Suomen Näkövammaiset ry - tietotuki, ryhmätoiminta, virkistystoiminta

Jyväskylän Reumayhdistys ry - virkistys-, ryhmätoiminta, liikunta

Keski-Suomen Diabetesyhdistys ry - senioriryhmä, vertaistoiminta, liikunta

Keski-Suomen Hengitysyhdistys ry - vertaistuki, virkistystoiminta

Jyväseudun Kuulo ry - ryhmätoiminta, neuvonta

Jyväskylän Sydänyhdistys ry - virkistys-, ryhmätoiminta (tanssi)

Mielenterveysyhdistys Kello ry - musiikki-, liikuntaryhmät

Keski-Suomen Allergia- ja astmayhdistys ry - neuvonta, vertaistoiminta, ikääntyvien ryhmät, vapaaehtoistoiminta

Eläkeliiton Jyväskylän yhdistys ry - ryhmätoiminta, virkistystoiminta, liikunta

Jyväskylän Eläkkeensaajat ry - liikunta ja harrasteryhmätoiminta

Jyväskylän Eläkeläiset ry - liikunta- ja harrasteryhmätoiminta

Jyväskylän Seniorit ry - liikunta ja harrasteryhmätoiminta, ystäväpalvelu

Kristillinen Eläkeliitto ry (2019 viimeisin merkintä)

Jyväskylän Ruskat ry - virkistystoiminta

Mataran OLKA®-piste on Mataran aulassa, Matarankatu 6 A 1 | Yhteystiedot: Vapaaehtoistoiminnan kehittäjä Niina Kankare-Anttila puh. 044-773 8234, e-mail. niina.kankare-anttila@kyt.fi

Jyväskylän Palveluopas: <https://online.fliphtml5.com/enxld/lhoa/#p=1>