

14 AMMATTIRYHMIEN VÄLINEN VIESTINTÄ GERIATRISEN ASIAKKAAN TOIMINTAKYVYN ARVIOINNISSA KOTIKÄYNNILLÄ.

Mari Törne

14.1 Ikääntymismuutokset

Ihmiskehon ikääntyminen tapahtuu vähitellen varhaislapsuudesta alkaen. Se vaikuttaa koko kehoon solutasolta kehon eri rakenteisiin. Jos ajattelemme kronologista ikää, virallisesti 65 vuoden iän jälkeen olevien ihmisten sanotaan olevan vanhemmassa iässä. Mutta kun ajattelemme biologista ikää, fysiologisesti ihmiset vanhenevat eri rytmissä, jos ajattelemme muutoksia kehossa ja sen toiminnassa. On olemassa myös psykologinen ikä, joka perustuu siihen, miten ihmiset toimivat ja tuntevat (Stefanacci 2024).

Useimmat ikään liittyvät biologiset toiminnot saavuttavat huippunsa ennen 30 ikävuotta. Sen jälkeen ne laskevat vähitellen lineaarisesti. (Stefanacci 2024). Luut menettävät tiheyttään ikääntyessä. Luut vahvana pitävän kalsiumin määrä vähenee, koska elimistö imee vähemmän kalsiumia ja D-vitamiinia ravinnosta. (Stefanacci 2024). Luun tiheys voi vähentyä ja luuston rakenne voi heikentyä jo 35-40 vuoden iässä. Muutokset ovat voimakkaampia 50 ikävuoden jälkeen, erityisesti naisilla. (Suominen ja Suominen, 2022)

Lihaskudoksen määrä vähenee ihmisen ikääntyessä ja menetetty lihaskudos korvautuu ainakin osittain rasvakudoksella. (Suominen ja Suominen 2022) Sekä nopeat lihassytyt (tyyppi I) että hitaat kuidut (tyyppi II) vähenevät. Lihassyiden väliset sidekudoskalvot paksuuntuvat jonkin verran ja lihasten väleihin kertyy rasvaa. Sarkopeniassa lihasproteiinien hajoaminen ja synteesi ovat epätasapainossa, mikä johtaa lihasmassan ja lihastoimintojen heikkenemiseen iän myötä, mikä puolestaan johtaa usein toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemiseen. Vähentynyt liikunnan määrä ja huono ravitsemus voivat aiheuttaa sarkopeniaa. Säännöllinen liikunta voi ehkäistä sarkopeniaa. Ikääntymisen myötä jänteen vetolujuus vähenee, koska jänteet koostuvat lähes yksinomaan yhdensuuntaisista kollageenikuiduista. (Tilvis 2016.) Myös lihasvoima heikkenee noin 1,5-2 % vuodessa 65 ikävuoden jälkeen (Suominen ja Suominen, 2022). Reaktioaika pitenee noin neljänneksellä, mikä johtuu keskushermoston anatomisista ja fysiologisista muutoksista. (Tilvis 2016)

14.2 Toimintakyky

Toimintakyvyllä tai toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisen toimintakyvyn (esim. ulkoilu, kävely ja kotitöistä selviytyminen), psyykkisen toimintakyvyn (esim. kognitio ja mieliala) ja sosiaalisen

toimintakyvyn (esim. yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyminen) kannalta. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016.) Toimintakyvyn asteittainen heikkeneminen näkyy ensin edistyneissä päivittäisissä toiminnoissa (AADL), kuten sosiaalisessa osallistumisessa ja aktiivisessa liikunnassa. Tämän jälkeen tulevat ongelmat instrumentaalisissa päivittäisissä elintoiminnoissa (IADL), kuten kotitöiden tekemisessä, kaupassa käymisessä, autolla ajamisessa sekä lääkkeiden ja puhelimen käytössä. Lopulta päivittäiset perustoiminnot (BADL), kuten kävely, kylpeminen, sängystä ja tuolista nouseminen, pukeutuminen, WC:ssä käynti ja ruokailu, kärsivät. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016)

Toimintakyvyn heikkeneminen tai toimintakyvyn heikkeneminen määritellään vaikeutena tai avun tarpeena itsenäisen elämän edellyttämissä päivittäisissä toiminnoissa. Toimintarajoitteesta puhutaan silloin, kun henkilön psyykinen tai fyysinen toimintakyky ei riitä vastaamaan ympäristön asettamiin vaatimuksiin. Iäkäs henkilö on aktiivinen toimija, joka reagoi ja sopeutuu toimintakyvyn vajeeseensa ja sen seurauksiin esimerkiksi harrastamalla liikuntaa, mukauttamalla tarpeitaan tai käyttämällä apuvälineitä. Toinen vaihtoehto on muuttaa osallistumista esimerkiksi hankkimalla ulkopuolista apua tai muuttamalla ympäristöä toimivammaksi. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016)

Mitä enemmän toimintakyky heikkenee, sitä alttiimpia ikääntyneet ovat ympäristön vaikutuksille. Asuminen tutussa ympäristössä mahdollistaa ikääntyneiden ihmisten autonomian koko elämänkaaren ajan. Tutussa ympäristössä ikääntynyt kehittää kompensatio- ja selviytymiskeinoja toimintakyvyn heikentyessä. Esteetön, helppokulkuinen ja turvallinen ympäristö parantaa ikääntyneiden ihmisten selviytymistä kotona pidempään. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016)

Toimintahäiriö voi ilmetä hitaasti tai äkillisenä katastrofina. Hitaasti etenevän toimintakyvyn heikkenemisen ilmaantuvuus kasvaa iän myötä nopeammin kuin äkillisesti alkavan toimintakyvyn heikkenemisen (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016). Toimintakyvyn heikkenemiseen tai heikentymiseen vaikuttavat henkilön fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykinen (esim. kognitio ja mieliala) ja sosiaalinen toimintakyky (sosiaalinen aktiivisuus, sosiaaliset verkostot) sekä fyysinen ympäristö ja käytettävissä olevat apuvälineet. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

Vammaisuuden kehittymiseen vaikuttavat useat tekijät. Verbrugge & Jetten (1994) mukaan yksilön ulkopuoliset tekijät, kuten lääketieteellinen hoito ja kuntoutus, lääkitys, ulkoisten tukien tarve ja ympäristö (rakennettu, fyysinen ja sosiaalinen) voivat vaikuttaa vammaisuuteen. Yksilön sisäisiä vaikuttavia tekijöitä ovat elämäntapojen ja käyttäytymisen muutokset sekä psykososiaaliset voimavarat. (Verbrugge ja Jette, 1994.) Tämä osoittaa, että sisäiset ja ympäristötekijät voivat nopeuttaa tai hidastaa toimintarajoitteiden syntymistä (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

Sairaalahoito on iäkkäille ihmisille merkittävä riskitekijä toimintakyvyn heikkenemisen kehittymiselle. Noin kolmannes ei palaa sairaalahoitoa edeltävälle toimintakykytasolle, vaikka akuutti sairaus hoidettaisiinkin onnistuneesti. Sairaalahoito on usein passiivista, jolloin liikkuminen on rajoitettua ja ravinnon ja nesteen saanti ei välttämättä ole riittävää. Lääkkeet voivat osaltaan vaikuttaa potilaan toimimattomuuteen. Sairaalan jälkeiset tekijät, kuten jatkokuntoutuksen puute, voivat altistaa toimintakyvyn heikkenemiselle. (Pitkälä, Valvanne,

Huusko, 2016). Toimintakyvyn heikkenemisen minimoimiseksi tulisi välttää tarpeetonta vuodelepoa, riittävää ruoan ja juoman saantia sekä lääkityslistan jatkuvaa kriittistä tarkastelua. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016).

14.3 Ikääntyneen toimintakyvyn arviointi

lääkkäät ihmiset ovat yleensä halukkaita jatkamaan elämäänsä kotona mahdollisimman pitkään. Terveystieteiden ammattilaisten tärkeä tehtävä on arvioida henkilön kykyä asua itsenäisesti kotona. (Schulman-Green ym. 2006; Huang ym. 2007.) Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi on moniammatillinen prosessi, joka kattaa toimintakyvyn fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset ja sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät näkökohdat. (Stefanacci, 2022). Siinä tulisi aina olla kokonaisvaltainen lähestymistapa. (Ramani, Furmedge & Reddy 2014.) Toimintakyvyn määrittäminen vain sairaala- tai laitospäristössä voi antaa väärän kuvan ikääntyneen ihmisen kyvystä selviytyä kotona, ellei hänen elinympäristönsä vaatimuksia ja mahdollisuuksia tunneta ja ymmärretä sekä omaisten ja ystävien näkemyksiä oteta huomioon. (Pitkälä, Valvanne, Huusko, 2016.) Arviointi on kuitenkin vaikeaa, sillä itsenäiseen asumiseen liittyy useita toiminnallisia osa-alueita.

Ammattiryhmien välinen yhteistyö määrittää terveydenhuollossa aktiiviseksi ja jatkuvaksi yhteistyöksi eri taustoista ja ammattikulttuureista tulevien ammattilaisten välillä, jotka työskentelevät yhdessä tarjotessaan palveluja terveydenhuollon käyttäjille. (Schot, Tummers & Noordegraaf 2020.)

Geriatrinen arviointi on moniammatillinen arviointi. Sen tavoitteena on arvioida ikääntyneen toimintakykyä, fyysisistä ja psyykkistä terveyttä, kognitiota ja sosioympäristöllisiä olosuhteita. Se aloitetaan yleensä, kun lääkäri tai perheenjäsenet havaitsevat mahdollisen ongelman. Geriatrinen arviointi eroaa tavanomaisesta lääketieteellisestä arvioinnista siten, että siinä korostetaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Se tehdään usein monialaisessa tiimissä. (Bassem & Higgins 2011)

14.3.1 Lyhyt suorituskyvyn testistö

Lyhyt suorituskyvyn testistö (The Short Physical Performance Battery SPPB) on vakiintunut ja luotettava testi, jolla mitataan iäkkäiden ihmisten alaraajojen suorituskykyä (Pavasini ym. 2016). SPPB testaa tasapainoa, alaraajojen voimaa ja toimintakykyä yli 65-vuotiailla ikääntyneillä aikuisilla. Se sisältää kolme eri osaa: kävely, istumasta seisomaan ja tasapaino toiminnallisen liikkuvuuden arvioimiseksi. (Physio-pedia) SPPB-pistemäärä alle 10 ennustaa kokonaiskuolleisuutta. Testi voi antaa hyödyllistä ennustetietoa kokonaiskuolleisuuden riskistä, mutta se antaa myös hyödyllistä ja luotettavaa tietoa geriatrisen asiakkaan kyvystä suoriutua päivittäisistä elintoiminnoista. (Pavasini ym. 2016)

Testipatteriston ensimmäinen osa on **istumasta ylösnousu**, joka mittaa alaraajojen voimaa. Tätä kykyä tarvitaan päivittäisissä elintoiminnoissa, kuten kävelyssä, pukeutumisessa, ruoanlaitossa, mainitakseni muutamia niistä. Testi alkaa yksittäisellä tuoliseistonnalla, jossa henkilö istuu tuolissa selkä selkänojalla, kädet ristissä rinnan päällä ja jalat tukevasti lattialla. Jos henkilö pystyy nousemaan ylös kerran, voidaan siirtyä toistettuun tuoliseisontaan, jossa

henkilö nousee istuma-asennosta viisi kertaa. Jos henkilö yrittää nousta seisomaan, mutta tarvitsee tukea polvista, testiä ei tarvitse jatkaa (kuva 1).



Kuva 1. Tuolista ylösnousutesti, jossa kädet ovat vartalon sivulla. Pystyäkseen nousemaan ylös henkilön on otettava tukea myös polvista. (Kuva: Törne M, 2024).

Tämän jälkeen suoritetaan toistuva tuoliseisonta, jossa henkilö nousee istuma-asennosta ylös viisi kertaa. Aika otetaan kellolla. Henkilöä pyydetään suorittamaan istumasta seisomaan -liike mahdollisimman nopeasti. Tulokset pisteytetään seuraavasti:

- Osallistuja ei pysty suorittamaan viittä tuolista seisomaan tai suorittaa seisomisen >60 sekunnissa: 0 pistettä.
- Jos tuolilla seisomisen aika on 16,70 sekuntia tai enemmän: 1 piste
- Jos tuolilla seisomiseen kuluu aikaa 13,70-16,69 sekuntia: 2 pistettä.
- Jos tuolilla seisomisen aika on 11,20-13,69 sekuntia: 3 pistettä.
- Jos tuolin seisonta-aika on 11,19 sekuntia tai vähemmän: 4 pistettä (Physiopedia)

Turvallisuussyistä on tärkeää, että tuoli sijoitetaan seinää vasten. Fysioterapeutin on seistävä hyvin lähellä henkilöä, jos tasapaino katoaa.

SPPB:n toinen alatesti on tasapaino, jossa on kolme osaa: jalat vierekkäin -seisonta, semi-tandem-seisonta ja tandem-seisonta. Tasapainoa tarvitaan lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Tasapaino-osaa ei suoriteta, jos henkilö ei pysty seisomaan itsenäisesti paikallaan ilman tukea tai apua. Jos henkilö pystyy apuvälineen avulla seisomaan turvallisesti paikallaan ilman tukea, testaus voidaan tehdä. Henkilö seisoo vierekkäin jalat yhdessä 10 sekunnin ajan (kuva 2).



Kuva 2. Asento vierekkäin jalat yhdessä. (Kuva: Törne M, 2024)

Jalat vierekkäin -asennon pisteytys on seuraava:

- Pystyy seisomaan 10 sekuntia: 1 piste
- Ei pysty 10 sekuntia: 0 pistettä
- Ei pysty seisomaan ollenkaan: 0 pistettä

Jos 0 pistettä, lopeta tasapainotestit (Physiopedia).

Jos henkilö ei pysty seisomaan jalat yhdessä ilman tukea esim. tuolista tai jalat eivät pysy yhdessä, henkilö saa 0 pistettä, eikä tasapainotestiosuutta jatketa.

Toinen osa on semi-tandem-asento, jossa henkilö seisoo ilman tukea siten, että toisen jalan kantapää koskettaa toisen jalan isovarvasta 10 sekunnin ajan (kuva 3). Henkilö voi käyttää käsiään, taivuttaa polviaan tai liikuttaa vartaloaan tasapainon säilyttämiseksi, mutta hän ei saa liikuttaa jalkojaan.



Kuva 3. Semi-tandem-asento. (Kuva: Törne M, 2024)

Semi-tandem-asennon pisteytys on seuraava:

- Pystyy seisomaan 10 sekuntia: 1 piste
- Ei pysy 10 sekuntia: 0 pistettä
- Ei pysy ollenkaan asennossa: 0 pistettä

Jos 0 pistettä, tasapainotesti päättyy (Physiopedia).

Tasapainotestin viimeinen osa on tandem-asento (kuva 4). Henkilöä ohjeistetaan seisomaan siten, että toisen jalan kantapää on toisen jalan edessä ja koskettaa toisen jalan varpaita 10 sekunnin ajan. Tässäkin testissä henkilö voi käyttää käsiään, koukistaa polviaan tai liikuttaa vartaloaan tasapainon säilyttämiseksi. Jalkoja ei saa liikuttaa.



Kuva 4. Tandem-seisonta. (Kuva: Törne M, 2024)

Tandem-asennon pisteytys on seuraava:

- Pysyy asennossa 10 sekuntia: 2 pistettä
- Pysyy asennossa 3-9,99 sekuntia: 1 piste.
- Pysyy asennossa alle 3 sekuntia: 0 pistettä.
- Ei pysy asennossa: 0 pistettä (Physiopedia)

SPPB:n viimeinen osa on kävelytesti, jossa testataan kävelynopeutta. Osallistuja kävelee lattialla olevaa viivaa pitkin (3 tai 4 metriä) normaalia vauhtia (kuva 5). Aika kirjataan ylös. Apuvälinettä voidaan käyttää. Turvallisuuden vuoksi fysioterapeutin tulisi kävellä henkilön vierellä.



Kuva 5. Kävelynopeus (Kuva: Törne M, 2024)

4 metrin kävelytestin pisteytys on seuraava:

- Jos aika on yli 8,70 sekuntia: 1 piste.
- Jos aika on 6,21-8,70 sekuntia: 2 pistettä.
- Jos aika on 4,82-6,20 sekuntia: 3 pistettä.
- Jos aika on alle 4,82 sekuntia: 4 pistettä (Physiopedia).

14.3.2 The Barthelin indeksi

Barthelin indeksi päivittäisistä elintoiminnoista on mittari, joka mittaa henkilön kykyä suoriutua päivittäisistä elintoiminnoista (ADL) (Physio-pedia). Barthelin indeksi luotiin vuonna 1965 arvioimaan toiminnallista riippumattomuutta 10 päivittäisen toiminnon suorittamisessa, ja sitä on käytetty lähinnä neurologisten sairauksien ja vanhusten kohdalla (dos Santos Barros ym. 2022). Kun henkilö saa Barthelin indeksissä hyvin alhaisen pistemäärän, hän on todennäköisemmin riippuvainen hoitajista ja/tai apuvälineistä. Tämä on erittäin arvokasta tietoa, kun puhutaan toimintakyvystä. Barthelin indeksillä mitataan seuraavia kymmentä päivittäistä elintoimintoa, mukaan lukien perusliikkuvuus: Ruokailu, kylpeminen, hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen, suolen ja virtsarakon toiminta, siirtyminen sängystä tuoliin ja takaisin, liikkuminen tasaisilla pinnoilla ja portaissa liikkuminen. Kuka tahansa moniammatillisen tiimin jäsen voi suorittaa Barthelin indeksin. Barthelin indeksiä ei ole tarkoitus käyttää ainoana arviointivälineenä henkilön toimintakyvyn arvioimiseksi. Sen tulisi olla osa täydentäviä arviointeja, jotta henkilön toimintakyvystä saadaan kokonaiskuva. (Fysiopedia).

Barthelin indeksiä täytettäessä on tärkeää arvioida, mitä henkilö todella tekee ja miten hän suorittaa tehtävät sen sijaan, että kysytään vain henkilön omaa mielipidettä. Jotta tämä voidaan nähdä, annetaan henkilön suorittaa toiminnalliset tehtävät mahdollisimman itsenäisesti ilman fyysistä tai sanallista apua. Varmista, että se on henkilölle turvallista. Jos hän tarvitsee apuvälineitä tai avustajia, se voidaan sallia. apuvälineitä voidaan käyttää, ja testi voidaan silti pisteyttää itsenäiseksi, mutta jos potilas tarvitsee valvontaa, häntä ei voida pisteyttää itsenäiseksi. Tutkinnon suorittaja voi myös tarvittaessa kysyä tietoja potilaalta, perheenjäseneltä tai muulta henkilökunnalta. Barthelin indeksiä käytetään osana arviointia, jotta saadaan kokonaiskuva potilaan kyvyistä ja kuntoutusmahdollisuuksista. (Physio-pedia)

14.4 Moniammatillinen vuorovaikutus

Tässä oppimismoduulissa käytetään termiä ammattien välinen yhteistyö kuvaamaan eri ammatteja edustavien ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Fysioterapeutin ja sairaanhoitajan välisen ammattiryhmien välisen kommunikaation sujuvuus geriatrisen asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa itsenäisen kotona asumisen kannalta on tärkeää. Geriatrisen asiakkaan tilannetta on tarkasteltava kokonaisvaltaisen lähestymistavan kautta. Kulttuurisensitiivinen viestintä osoittaa ymmärrystä ja kunnioitusta yksilöitä kohtaan ja edistää potilaan ja perheen tyytyväisyyttä. (Brooks, Manias & Bloomer 2019.)

Ammattiryhmien välinen yhteistyö on välttämätöntä, jotta voidaan tarjota optimaalista ja tehokasta potilashoitoa ja parantaa terveydenhuollon laatua. Se tarkoittaa, että terveydenhuollon ammattilaiset, joilla on eri erikoisalut, eri osaamis- ja työalat sekä erilainen asema, työskentelevät yhdessä tarjotakseen laadukasta, potilaslähtöistä hoitoa. Se myös varmistaa, että potilas hyötyy kunkin yksittäisen ammattikunnan erityisosaamisesta (Mahler ym. 2014).

Ammattiryhmien välisessä yhteistyössä käytettävän ammattiryhmien välisen viestinnän on toimittava hyvin, jotta hoidon laatu säilyy. Tehoton viestintä terveydenhuollossa johtaa erilaisiin potilasvahinkoihin ja haittavaikutuksiin (Foronda ym. 2016, Hunter ym. 2021). Sen lisäksi, että on osattava viestiä ammattimaisesti potilaiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa, on yhtä tärkeää pystyä viestimään kaikkien terveydenhuollon ja muiden alojen ammattilaisten kanssa reagoivasti ja vastuullisesti. Tämä tukee lähestymistapaa terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen sekä sairauden tai häiriön ehkäisyyn ja hoitoon (Interprofessional Education Collaborative 2016).

Laadukas, potilaskeskeinen hoito voidaan varmistaa kulttuurisesti asianmukaisella viestinnällä terveydenhuollon ammattilaisten välillä ja potilaiden kanssa. Kulttuurien välisissä tilanteissa kulttuurinen osaaminen on erittäin tärkeää terveydenhuollon ammattilaisten ja heidän potilaidensa tehokkaan yhteistyön kannalta. (Hunter, Majd, Kowalski & Harnett. 2021)

14.5 Asiakastapaus; kliininen päättely

Videoissa arvioidaan Martta Mäkisen nimistä asiakasta ja hänen toimintakykyään. Nyt voit tutustua tapauksen kuvaukseen ja testituloksiin:

Martta Mäkinen

88-vuotias rouva, joka asuu kotona kotihoidon ja kotisairaanhoidajan avulla. Ei lapsia, aviomies kuollut 20 v sitten. Siskon tytär on auttanut pankissa ja ruokakaupassa käymisessä. Hänen lääketieteelliset diagnoosinsa ovat tyypin 2 diabetes (insuliiniriippuvainen), sydäninfarkti vuonna 2015 ja verenpainetauti 30 vuotta. Hän kaatui kotona ja hänet vietiin sairaalaan ambulanssilla 3 päivää sitten. Hän valitti kipua vasemmassa olkapäässä. Röntgenkuvissa ei näkynyt murtumia, mutta hänellä on suuri hematooma olkapäässä ja käden liikuttaminen tuntuu kivuliaalta. EKG:ssä ei havaittu akuutteja iskeemisiä muutoksia. Pään magneettikuvauksessa ei havaittu aivoverenkiertohäiriötä. Hänet kotiutettiin sairaalasta eilen, ja lääkäri on antanut lähetteen fysioterapeutille kotikäyntiä ja itsenäisen kotona asumisen arviointia varten.

Marttojen testitulokset ovat seuraavat:

Lyhyt fyysinen suorituskyky

1. Tuolista seisominen 0 pistettä
2. Sivusta sivuun -seisonta 0 pistettä: seuraavia tasapainotestejä ei tarvinnut tehdä.
3. Semi-tandem-seisonta 0 pistettä
4. Tandemseisonta 0 pistettä
5. Kävelytestin kesto 9,20 sekuntia = 1 piste.

Barthelin indeksin osalta hänen pistemääränsä oli kuvan 6 mukainen.

Barthel Index of Activities of Daily Living

Instructions: Choose the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current level of ability for each of the following 10 items. Record actual, not potential, functioning. Information can be obtained from the patient's self-report, from a separate party who is familiar with the patient's abilities (such as a relative), or from observation. Refer to the Guidelines section on the following page for detailed information on scoring and interpretation.

The Barthel Index

Bowels

0 = incontinent (or needs to be given enemas)
1 = occasional accident (once/week)
2 = continent

Patient's Score: 2

Bladder

0 = incontinent, or catheterized and unable to manage
1 = occasional accident (max. once per 24 hours)
2 = continent (for over 7 days)

Patient's Score: 2

Grooming

0 = needs help with personal care
1 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)

Patient's Score: 0

Toilet use

0 = dependent
1 = needs some help, but can do something alone
2 = independent (on and off, dressing, wiping)

Patient's Score: 1

Feeding

0 = unable
1 = needs help cutting, spreading butter, etc.
2 = independent (food provided within reach)

Patient's Score: 2

Transfer

0 = unable – no sitting balance
1 = major help (one or two people, physical), can sit
2 = minor help (verbal or physical)
3 = independent

Patient's Score: 3

Mobility

0 = immobile
1 = wheelchair independent, including corners, etc.
2 = walks with help of one person (verbal or physical)
3 = independent (but may use any aid, e.g., stick)

Patient's Score: 3

Dressing

0 = dependent
1 = needs help, but can do about half unaided
2 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)

Patient's Score: 1

Stairs

0 = unable
1 = needs help (verbal, physical, carrying aid)
2 = independent up and down

Patient's Score: 1

Bathing

0 = dependent
1 = independent (or in shower)

Patient's Score: 0

Total Score: 15

(Collin et al., 1988)

Scoring:

Sum the patient's scores for each item. Total possible scores range from 0 – 20, with lower scores indicating increased disability. If used to measure improvement after rehabilitation, changes of more than two points in the total score reflect a probable genuine change, and change on one item from fully dependent to independent is also likely to be reliable.

Sources:

- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):61-63.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.
- Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):64-67.

Kuva 6. Martan Barthelin indeksi (British Geriatric Society).

Voisit nyt laatia oman kliinisen perustelusi Marttojen toimintakyvystä ja käyttää jonkin aikaa seuraavien kysymysten pohtimiseen:

1. Miten kuvailisit Martan toimintakykyä, jos tarkastelet fyysistä toimintakykyä?
2. Pystyykö hän mielestäsi vielä asumaan itsenäisesti kotona?
3. Minkälainen on hänen avuntarpeensa ja millaista apua hän tarvitsisi kotona?

LÄHTEET

British Geriatric Society. Barthel index. www.bgs.org.uk.

Pitkälä K., Valvanne J., Huusko T. 2016. Toimintakyky vanhuudessa. Teoksessa Geriatria. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/>. 23.5.2024

Stefanacci R.G. (2024). Overview of Aging. Merck manual. Reviewed/Revised Apr 2024. <https://www.merckmanuals.com/>

Stefanacci R.G. Changes in the Body With Aging. Merck manual. Reviewed/Revised Apr 2024

Suominen T., Suominen H. (2022). Ikään liittyvät muutokset. Teoksessa Gerontologia. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/>. 23.5.2024

Tilvis R. (2016). Tuki- ja liikuntaelinten vanhenemismuutokset. Teoksessa Geriatria. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/>. 23.5.2024

Verbrugge L.M. and Jette A.M. The disablement process. 1994. Social Science and Medicine. Vol. 38, 1-14.