



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Moniammatillisen kuntoutuksen kehittäminen pitkäaikaisosastolla

Kallioja, Salla

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Moniammatillisen kuntoutuksen kehittäminen pitkäaikaisosastolla

Salla Kallioja
Tulevaisuuden tietojohdaminen
sosiaali- ja terveysalalla
Opinnäytetyö
Marraskuu 2016

Salla Kallioja

Moniammatillisen kuntoutuksen kehittäminen pitkäaikaisosastolla

Vuosi

2016

Sivumäärä

104

Mahdollisuus kuntoutua ja ylläpitää toimintakykyä on oikeus pitkäaikaishoidossakin olevalle ikäihmiselle. Väestömuutoksen ja palvelurakenteen uudistumisen myötä tämän takaaminen vaatii hoitotyön ammattilaisilta yhteistyön kehittämistä ja kuntoutustoiminnan tehokasta organisoitua.

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää moniammatillista kuntouttavaa hoitotyötä Kustaan-kartanon monipuolisen palvelukeskuksen pitkäaikaisosastolla. Tarkoituksena oli arvioida säännöllisen ja kohdistetun kuntoutuksen vaikutusta asukkaiden toimintakykyyn. Vaikuttavuusarvioinnin perustana käytettiin asukkaan palvelutarpeen mittariston, RAI:n (Resident Assessment Instrument), tuloksia ja osastojen välistä vertailua. Lisäksi työssä selvitettiin hoitajien näkemyksiä kuntouttavasta hoitotyöstä sekä yhteistyöstä osaston fysioterapeutin kanssa.

Kehittämistyön perusta oli Kustaan-kartanon monipuolisen palvelukeskuksen eräällä pitkäaikaisosastolla toteutettu puolen vuoden kuntoutusprojekti, ja siihen liittyvät asukkaiden toimintakyvyn arvioinnit ennen projektia, projektin jälkeen ja 6 kuukautta projektin jälkeen. Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa menetelminä käytettiin määrällistä analyysia, kyselyä ja työpajoja. Määrällisen analyysin avulla kuvattiin kuntoutusprojektiin osallistuneiden asukkaiden toimintakyvyn muutos. Verrokkiosastona käytettiin toista samankaltaista pitkäaikaisosastoa, jossa erillistä kuntoutusprojektiä ei ollut toteutettu.

Kuntoutusprojektin tulokset viittaavat siihen, että kohdennettu ja säännöllinen kuntouttava toiminta, sisältäen sekä fysioterapeuttisen kuntoutuksen että kuntouttavan hoitotyön, vaikuttaa positiivisesti pitkäaikaisosaston asukkaiden toimintakykyyn. Kuntouttavalla toiminnalla etenkin asukkaiden fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä on mahdollista hidastaa.

Hoitajien näkemys moniammatillisesta yhteistyöstä osastolla kartoitettiin kyselytutkimuksella, jonka tuloksia käsiteltiin työpajoissa hoitohenkilökunnan kanssa. Työpajoissa luotiin myös alustavia kehitysehdotuksia osaston käytäntöihin kuntouttavan hoitotyön lähtökohdasta. Tunnistetut kehittämistarpeet liittyivät hoitotyön kirjaamiseen sekä hoitajien ja fysioterapeutin väliseen yhteistyöhön ja viestintään. Keskeisin kehittämistarve oli osaston kuntouttavan toiminnan uudelleen käynnistäminen. Tunnistetuista kehittämistarpeista muodostettiin käytännönläheisiä toiminnan kehitysehdotuksia, joista osa otettiin käytäntöön osastolla välittömästi.

Asiasanat: RAI, kuntoutumis- ja voimavaraluokitus, kohdennettu kuntoutus, kuntoutusprojekti moniammatillisuus työyhteisössä

Salla Kallioja

Development of multi-professional rehabilitation at a long-term care unit

Year	2016	Pages	104
------	------	-------	-----

The opportunity to rehabilitate and maintain one's ability to function is a fundamental right for an elderly person even in long-term care. Along with demographic development in Finland and the renewal of the service structure, stronger co-operation by nursing professionals is required in addition to effective organization of rehabilitation.

The goal of this thesis was to improve multi-professional and co-operative rehabilitation at Kustaankartano comprehensive service centre's long-term care unit. The purpose was to evaluate the effect of regular and targeted rehabilitation on residents' ability to function. RAI (Resident Assessment Instrument) ratings were used as the basis for the evaluation. The views of Kustaankartano's personnel on rehabilitative nursing and the co-operation between the unit's nurses and physiotherapist was also examined via a questionnaire study.

The basis of this thesis was a 6-month rehabilitation project, and the assessment of residents' ability to function before the project, immediately after the project, and six months after the project. The study was performed as action research, with quantitative analysis, questionnaire study and workshops as the research methods. Quantitative analysis was used to analyse changes in residents' ability to function. The results were compared with a similar unit where a separate rehabilitation project had not been conducted.

The results of the rehabilitation project indicate that targeted and regular rehabilitation activities have a positive effect on the residents' ability to function, and that these activities can be used to delay the decay of residents' physical capabilities.

The questionnaire was used to map nurses' perception of multi-professional co-operation within the unit. The questionnaire and the unit's practices relating to rehabilitation were discussed and further developed in workshops. Identified development areas for the unit's daily operations related to nurses' documentation of the residents' condition, for example, as well as the co-operation and communication between nurses and the unit's physiotherapist. A central development area was the re-initiation of rehabilitation activities combining both physiotherapeutic rehabilitation and rehabilitative nursing. Recommendations around the identified development areas were created as part of this thesis - some of which were introduced in the unit immediately.

Keywords: RAI (Resident Assessment Instrument), targeted rehabilitation, rehabilitation project, multi-professionalism at the workplace

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämisympäristö.....	8
	2.1 Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysvirasto.....	8
	2.2 Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus.....	9
3	Kehittämistyön tietoperusta	11
	3.1 Kuntoutus ja kuntoutumista edistävä hoitotyö pitkäaikaisosastolla	11
	3.1.1 RAI:n perustuva kuntouttavan hoitotyön prosessi	12
	3.1.2 Riski- ja voimavarakartoituksessa hyödynnetään RAI-arviointia	13
	3.1.3 RAI:n kuntoutumis- ja voimavaraluokitus.....	14
	3.1.4 Kuntoutumista edistävän hoidon kirjaaminen.....	16
	3.1.5 Kuntoutumista edistävän toiminnan tutkiminen.....	17
	3.1.6 Ikääntyneen pitkäaikaishoitoa ohjaava lainsäädäntö ja keskeiset suositukset.....	19
	3.2 Toimintakyky ja toimintakyvyn arviointi RAI-mittareiden avulla.....	22
	3.2.1 Fyysisen toimintakyvyn arvioiminen ja mittaaminen	22
	3.2.2 Psykkisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen.....	23
	3.2.3 Musiikin vaikutus kognitioon.....	24
	3.2.4 Sosiaalinen toimintakyvyn arvioiminen ja mittaaminen.....	25
	3.2.5 Kivun arvioiminen ja mittaaminen	26
	3.2.6 Kuntoutumista edistävän hoitotyön arvioiminen ja mittaaminen	27
	3.2.7 Painon arvioiminen ja mittaaminen.....	28
	3.3 Moniammatillisuus työyhteisössä	29
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	31
5	Kehittämistyön menetelmien kuvaus.....	32
	5.1 Toimintatutkimus kehittämisen tukena	32
	5.2 Aineistonkeruumenetelmät.....	33
	5.2.1 RAI määrällisenä aineistonkeruumenetelmänä.....	33
	5.2.2 Kysely.....	36
	5.2.3 Työpaja.....	37
6	Kehittämistyön toteutus	38
	6.1 Kehittämistyön eteneminen.....	38
	6.2 Nykytilan kuvaaminen RAI-mittareiden avulla	40
	6.3 Seurantamittaukset kuntoutusprojektin vaikuttavuuden arvioinnissa	41
	6.3.1 Kuntoutusprojektin toteutus ja aineistonkeruu.....	41
	6.3.2 Kuntoutusprojektin analyysi.....	42
	6.3.3 RAI-tulosten yhteenveto kuntoutumislukassa 1	54
	6.3.4 Kuntoutumislukassa 3 RAI-tulokset	57

6.3.5	RAI-tulosten yhteenveto kuntoutumisluokka 3	64
6.4	Työpaja 1: Kuntoutusprojektin vaikuttavuuden arviointi	65
6.5	Hoitajien näkemys moniammatillisesta kuntoutuksesta	65
6.5.1	Kysely hoitajille.....	65
6.5.2	Kyselyn analyysi	66
6.5.3	Yhteenveto kyselystä	76
6.6	Työpaja 2 : Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn tulosten läpikäynti	77
7	Vastaukset tutkimuskysymyksiin ja toiminnan kehittämisehdotukset	77
8	Kehittämistyön arviointi	84
8.1	Kehittämistyön menetelmien arviointi ja luotettavuus	85
8.2	Kehittämistoiminnan eettisyyden arviointi	88
8.3	Johtopäätökset	89
	Lähteet	92
	Kuviot.....	97
	Taulukot	99
	Liitteet.....	100

1 Johdanto

Suomessa ikääntyneiden määrä kasvaa merkittävästi tulevana vuosina ja suuri vanheneva ikäluokka vaikuttaa useisiin yhteiskunnan toimintoihin. Väestön ikärakenteen muutoksesta seuraa, että yhteiskunnan on mukauduttava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 11). Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö lisääntyy ja sen vaikutuksena myös palvelurakenteiden tulee muuttua kustannustehokkaammiksi ja asiakaslähtöisemmiksi. Palvelurakenteiden muuttumisen ja ihmisten erilaisten palvelutarpeiden seurauksena moniammatillisen yhteistyön tekeminen asiakkaiden hyödyksi korostuu. (Kelo, Launiemi, Takaluoma, Tiittanen 2015, 278.)

Työn vaatimukset sosiaali- ja terveysalalla muuttuvat uusiutuvien palvelutarpeiden mukana ja työntekijältä odotetaan monenlaisia taitoja. Työntekijä tarvitsee etenkin ikääntyneiden parissa työskennellessään yhteistyötaitoja, innovatiivista ja kehittävää työtettä sekä toimintatapojen arviointia (Kelo ym. 2015, 278-279). Lainsäädäntö edellyttää ikääntyneen toimintakyvyn arviointia palveluiden ja etuuksien saamiseksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) edellyttää iäkkään henkilön toimintakyvyn arviointia monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa tulee selvittää iäkkään henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään sekä mahdollinen avun tarve.

Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen pitkäaikaisosastolla päätettiin esimiestasolla toteuttaa kuntoutusprojekti moniammatillisessa yhteistyössä. Toimintakyvyn ja avun tarpeen arviointiin perustuneeseen projektiin sitoutettiin moniammatillinen työryhmä suunnittelemaan ja luomaan projektin sisältö. Projekti toteutettiin ajalla 1.10.2014 - 31.3.2015 ja sen tarkoituksena oli käyttää RAI:sta (Resident Assessment Instrument) saatavaa kuntoutumis- ja voimavaraluokitusta siten, että fysioterapia ja hoitajien antama kuntoutus sekä aktiviteetit kohdistuvat heille, jotka siitä hyötyvät. Kuntoutusprojektin tavoitteena oli selvittää, miten muistisairaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja kuntoutumista voidaan lisätä suunnitelmallisella, moniammatillisella yhteistyöllä RAI -arviointien pohjalta. Toisena tavoitteena oli arvioida tehostetun ja kuntoutusluokkien mukaisesti kohdistetun kuntoutuksen, sekä musiikin vaikutusta asukkaiden toimintakykyyn.

Koska kuntoutusprojektin RAI-arvioinnit oli jo aiemmin tehty, mittaustulokset otettiin tässä opinnäytetyössä käyttöön sellaisenaan. Tämän opinnäytetyön kehittämistyö sisältää nykytilan kartoituksen tarkastelemalla asukkaiden toimintakykyä RAI:n kuudella mittarilla ennen kuntoutusprojektia. Kuntoutusprojektin vaikuttavuutta arvioidaan tarkastelemalla mittareiden tuloksia välittömästi kuntoutusprojektin jälkeen sekä puoli vuotta kuntoutusprojektin päättymisestä. Kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä hoitajien näkökulmasta arvioitiin hoita-

jille osoitetulla kyselytutkimuksella. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkemyksiä moniammatillisesta kuntouttavasta yhteistyöstä osastolla. Osastolla järjestetyissä työpajoissa tarkasteltiin kuntoutusprojektin vaikuttavuutta ja kyselyn vastauksia, sekä laadittiin osastolle ehdotuksia moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi.

Osaston hoitajat ja fysioterapeutti voivat kehittää yhteistyötään niin asukkaan kuntouttavan hoidon suunnittelussa kuin käytännön työssäkin, erilaisten kuntouttavien toimenpiteiden suunnittelussa ja niiden toteuttamisessa itsenäisesti ja yhdessä.

2 Kehittämisympäristö

2.1 Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysvirasto

Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveysvirasto aloitti toimintansa tammikuussa 2013. Kyseessä on Helsingin suurin virasto, jonka henkilöstömäärä on noin 15 000 ja joka tarjoaa Suomen monipuolisimmat sosiaali- ja terveystalvet runsaalle 600 000 helsinkiläiselle. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston tehtävänä on tuottaa hyvinvointia, terveyttä ja sosiaalista turvallisuutta helsinkiläisille. Sosiaali- ja terveyslautakunta valvoo ja ohjaa Sosiaali- ja terveysviraston toimintaa. Toimintaa on noin 400 palvelupisteessä eri puolilla Helsingiä ja lähikuntia (Helsingin kaupunki 2016).

Sosiaali- ja terveysvirasto koostuu kuudesta osastosta. Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus kuuluu sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen osastoon, joka huolehtii kotihoidosta, iäkkäiden sosiaali- ja lähityöstä sekä omaishoidon tuesta, palvelukeskustoiminnasta, iäkkäiden päivätoiminnasta ja lyhytaikaishoidosta sekä iäkkäiden ja monisairaiden tehostetusta palveluasumisesta ja laitoshoidosta (Kuvio 1). Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus kuuluu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen alaisuuteen, sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen pohjoiseen palvelualueeseen (Helsingin kaupunki 2016).



Kuvio 1: Helsingin kaupungin sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen organisaatiokaavio (Helsingin kaupunki 2016)

Stadin strategia 2013-2016 on Helsingin kaupunginvaltuuston hyväksymä strategiaohjelma. Keväällä 2013 hyväksytty strategiaohjelma linjaa virastojen, liikelaitosten ja konserniyhteisöjen toimintaa ja siinä esitetään kaupungin keskeiset tavoitteet ja kehittämiskohteet. Ohjelma esittelee myös tärkeimmät toimenpiteet ikääntyneiden henkilöiden palvelujen parantamiseksi ja heidän etujensa ajamiseksi. Ohjelma ajaa esimerkiksi ikääntyneiden optimaalisia palvelurakenteita sekä muistihäiriöisten ikääntyneiden sopivien palvelujen järjestämistä. Strategia sisältää toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi ja niiden seurantamittarit. Uuden Sosiaali- ja terveystieteiden viraston perustehtävä ja tavoitela sekä arvot ja eettiset ohjeet on kirjattu toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi. (Helsingin kaupunki 2013.)

2.2 Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus

Kehittämistyön toimintaympäristö on Helsingissä sijaitseva Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus, joka tarjoaa hoito- ja kuntoutuspalveluita ikääntyneille. Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa pitkäaikaishoitoa toteutetaan asiakaslähtöisesti moniammatillisena yhteistyönä hyvien käytäntöjen ja tieteellisen tiedon pohjalta. Pitkäaikaishoito on tarkoitettu pysyväksi asuinmuodoksi ikäihmisille, jotka eivät tule avopalvelujen turvin toimeen kodissaan tai palveluasunnossa, mutta eivät tarvitse sairaalatasoista hoitoa. (Helsingin kaupunki 2015a.)

Gerontologisen hoidon osaaminen sekä kehittäminen näkyvät käytännön hoitotyössä Kustaankartanossa. Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen henkilökunta pyrkii jatkuvasti kehittämään hoitokäytäntöjään, joiden tavoitteena on ikäihmisten mahdollisimman hyvä elämä. Henkilöstöä kannustetaan kehittämään tietojaan ja taitojaan lisäkoulutuksilla. Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskus on haluttu työpaikka niin opiskelijoiden kuin hoitoalan ammattilaistenkin keskuudessa. Kustaankartano on palkittu niin vetovoimaisena kuin kehittyvänäkin työpaikkana (Kuntatyönantajat 2014).

Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen osastolla työskentelee useita eri ammattien edustajia: lähi-, perus ja sairaanhoitajia sekä sosionomeja hoitotyössä, osastonhoitaja, lääkäri, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti tarpeen mukaan. Osastolla moniammatillinen yhteistyö muodostuu luonnollisesti asukkaan hoitopolun edetessä.

Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa hoitohenkilökunnan yhteisessä käytössä on Effica-potilastietojärjestelmä. Efficaan kirjataan asukkaan perustiedot ja kaikki hoitoon liittyvä tieto. Effica sisältää myös asukkaan hoitotyönsuunnitelman, jota arvioidaan säännöllisesti. Efficaan kirjataan päivittäin kuvaus asukkaan hyvinvoinnista ja aktiviteeteista. Hoitaja kirjaa hoitotyön tiedostoon päivittäin olennaisen tiedon asukkaasta, mielellään joka vuorossa. Fysioterapeutti kirjaa terapatiedostoon sekä ajoittain hoitotyöntiedostoon, näin tieto kuntoutuksen sisällöstä ja asukkaan voimavaroista sekä terapian sujuvuudesta voi saavuttaa hoitohenkilökunnan joka vuorossa.

Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa ja tässä opinnäytetyössä toimintakykyä arvioidaan asukkaan palvelutarpeen mittarin avulla voimavaralähtöisesti. Asukkaan toimintakyvyn arvioinnissa on tukena RAI-tietojärjestelmä eli asukkaan palvelutarpeen mittari, omaisen ja asukkaan täyttämä elämänkulomake sekä moniammatillinen vuorovaikutus. Ikääntyneen henkilön kuntoutumisprosessi on monimuotoinen, sen perustana on aina toimintakyvyn eli suoriutumisen ja kuntoutumismahdollisuuden moniammatillinen arviointi. Kuntoutumisprosessi sisältää tavoitteellisen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman, yksilöllisen harjoitteluohjelman ja säännöllisen hoidon tulosten arvioinnin. Lisäksi keskeistä on henkilön aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa. (Keränen, Kuosmanen-Finer, Metsälä, Pohjola, Päiväsaari-Vestenius, Raivio 2011, 8.)

Tässä opinnäytetyössä kehittämisympäristönä on toiminut iäkkäiden muistisairaiden yksikkö, jossa on 24 asukasta. Yksikkö on jaettu kahteen eri soluun.

3 Kehittämistyön tietoperusta

3.1 Kuntoutus ja kuntoutumista edistävä hoitotyö pitkäaikaisosastolla

Ikääntynyt muistisairas ihminen tarvitsee usein vähintäänkin ohjausta päivittäisissä fyysisissä toiminnoissa, vuorovaikutuksellista keskustelua ja empaattista tukea, sekä tietoisuuden siitä, että hänelle on apua tarjolla (Kelo ym. 2015, 29-31). Kuntouttava hoitotyö perustuu hoitajan tapaan ohjata ja avustaa ikääntynyttä muistisairasta ottamalla huomioon hänen voimavaransa (Kelo ym. 2015, 242). Pitkäaikaisosastolla ikääntynyttä siis avustetaan arjen toiminnoissa tarpeen vaatiessa. Kuntoutumista edistävällä hoitajan suorittamalla toiminnalla on asukkaiden kuntoutumisessa keskeinen merkitys. Hoitaja on henkilö, joka on lähinnä ikääntynyttä ja läsnä arjessa. (Vähäkangas, Niemelä, Noro 2012, 14.)

Hoitajan on tärkeää tuntea ikääntyneen muistisairaana yksilölliset voimavarat ja kyky suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Hoitajan tulee tunnistaa ikääntyneen avuntarve erilaisissa tilanteissa. Hoidettavan muistisairaana fyysinen kunto voi vaihdella jopa päivittäin. Asukkaan fyysinen suoriutuminen toiminnoista voi olla erilaista kuin aiemmin samana päivänä, joten hoitajan tulee olla varautunut hoidettavan mielen ja fyysisen kunnan muutoksiin ja käyttää ammattitaitoaan tilanteissa, jotka vaativat soveltamista. Kuntouttava työote on päivittäistä asukkaan ohjaamista, tukemista ja motivointia erilaisissa toiminnoissa. (Kelo ym. 2015, 242.)

Gerontologian lehdessä Vähäkankaan, Niemelän ja Noron (2013) kirjoittamassa artikkelissa viitataan Vähäkankaan aiempaan tutkimukseen, jossa todetaan, että hoitajan kuntoutumista edistävä toiminta kohdistuu pääosin asiakkaisiin, joilla on alentunut kognitio ja heikentynyt fyysinen suoriutuminen. Muun muassa epävakaa terveydentila ja masennusriski lisäsivät hoitajan kuntouttavaa hoitotyötä asukkaana kohdalla. Merkittävä tutkimustulos Vähäkankaan tutkimuksessa oli myös se, että hoitajan usko ikääntyneen kuntoutumisen mahdollisuuksiin lisää kuntouttavan hoitotyön määrää merkittävästi. Tutkimuksen mukaan hyväkuntoisten iäkkäiden kuntoutus jää vähemmälle, kuntouttavaan hoitotyöhön aktivoituaan siis mahdollisesti liian myöhään. (Vähäkangas, Niemelä, Noro 2013.)

Kuntoutusresurssien kohdentamiseen ja kuntoutumista edistävän toiminnan tehostamiseen tarvitaan työvälineitä. Toimintakykyä arvioitaessa hyödyttään systemaattisesta ja strukturoidusta mittarista, joka antaa suunnan kuntoutumismahdollisuuksien arviointiin (Vähäkangas ym. 2012, 19). Vähäkankaan ym. (2012) mukaan kuntoutuksen kohdentamiseen kehitetty kuntoutumis- ja voimavaraluokitus antaa uuden näkökulman hoitajan kuntoutumista edistävän toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Tutkimuksen mukaan toimintakyvyltään paremmille pitkäaikaisasukkaille kohdennetaan vähemmän hoitajan kuntoutumista edistävää toimintaa, vaikkakin tämä ryhmä hyötyisi siitä eniten. Käytännössä hoitajat siis tekevät liikaa hyväkun-

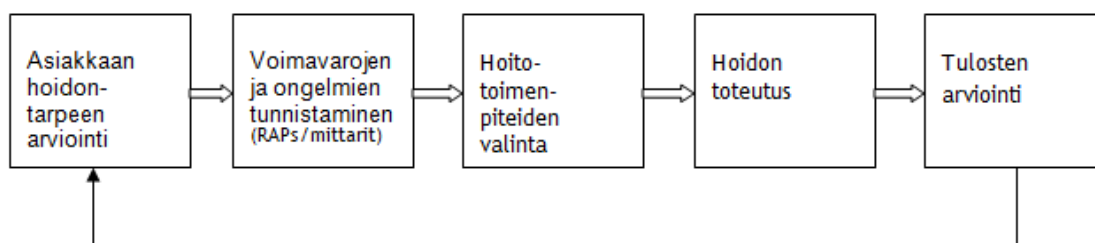
toisen asukkaan puolesta arjessa. Kuntoutumismahdollisuuksien ja voimavarojen tunnistaminen on olennainen osa asukkaan päivittäistä ohjaamista.

Toimintakyky jaetaan perinteisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (Heimonen & Voutilainen 1998, 21-27). Hoitosuunnitelmaa mietittäessä asukkaan toimintakykyä tulisi aina kuvata useista näkökulmista. Sen lisäksi, kuinka asukas suoriutuu arjesta fyysisesti, tulee huomioida myös kognitiivinen toimintakyky ja sosiaalinen aktiivisuus arvioitaessa asukkaan hyvinvoinnin moniulotteisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 5.)

3.1.1 RAI:n perustuva kuntouttavan hoitotyön prosessi

RAI on Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden palvelutarpeiden arviointitapa (Finne-Soveri, Pohjola, Keränen, Raivio 2014, 6). Se on järjestelmällinen ja luotettava, sekä erittäin vertailu- sekä käyttökelpoinen arviointi- ja seurantajärjestelmä, jota käytetään useassa maassa. RAI:n avulla voidaan verrata asukkaiden, osastojen ja yksiköiden tuloksia maailmanlaajuisesti. RAI-järjestelmä on rakennettu niin, että sen avulla niin kansallinen kuin kansainvälinenkin vertailu onnistuu. Kansainvälinen RAI-järjestelmän oikeudet omistava tutkijajärjestö interRAI on solminut Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa sopimuksen, joka nimeää Terveyden - ja hyvinvointilaitoksen RAI-järjestelmän hallinnoijaksi Suomessa. Kaikkiaan RAI-järjestelmää on käytetty tai käytetään 35 maassa, joista lähes kaikki ovat hyvinvointivaltioita. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 164-169.)

Kuviossa 3 on kuvattu, kuinka asukkaan hoidon laatu syntyy prosessista, jossa asukkaan tarpeet arvioidaan ja niihin vastataan. Prosessissa hyödynnetään RAI-tietojärjestelmän tuloksia, asukkaan voimavaroja, henkilökunnan ammattitaitoa ja alan parasta tietoa (Noro, Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas 2005, 20).



Kuvio 2: Hoidon laadun prosessi (Noro ym. 2005, 20)

Asukkaan oma vastuuhoitaja kerää RAI-tietojärjestelmään tiedoston, kokonaisvaltaisen kaavakkeen, Minimum Data Set (MDS). Sen avulla arvioidaan useita asukkaan hoitoon liittyviä toimintakykyä kuvaavia tekijöitä, esimerkiksi fyysistä toimintakykyä, kognitiota, mielialaa sekä käytöshäiriöitä. MDS kartoittaa erittäin laajasti asukkaan hoitoon liittyvät tarpeet. Kus-

taankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa tiedot kirjataan tietojärjestelmään hoidon alkuvaiheessa, yleensä 2-3 viikkoa asukkaan sisäänkirjauksesta (Finne-Soveri 2013). Vastuuhoitaja voi konsultoida muita asukasta hoitavia työntekijöitä arvioidessaan asukkaan toimintakykyä RAI:hin. (Keränen ym. 2011, 7.)

RAP- tulosteesta näkee yksittäisen asukkaan RAI-arviosta esille tulleet turvallisuuteen ja toimintakykyyn vaikuttavat riskit. RAP- järjestelmä hälyttää vastuuhoitajalle sellaisista tekijöistä, joihin hoitosuunnitelmassa tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tällaisia ovat mm. kaatumisen uhka, liikkumisen rajoittaminen, asukkaan kipu, kommunikointikyky ja ravitsemustila. Näiden tekijöiden huomioon ottaminen hoidon suunnittelussa tukee asukkaan mahdollisimman hyvän toimintakyvyn saavuttamista, joko ylläpitämällä tai parantamalla toimintakykyä missä siihen on mahdollisuus tai ennalta ehkäisemällä vältettävissä olevan toimintakyvyn huononemista. Asukkaan riski- ja voimavarakartoitusta laadittaessa tulee ottaa huomioon asukkaan muistitestin (MMSE, Mini Mental Status Examination) pisteet, kognitioluokitus, fyysinen toimintakyky kokonaisuudessaan ja lääkitys. Myöhemmin kappaleessa 3.1.3 esiteltävä riski- ja voimavarakartoitus kuuluu asukkaan hoitotyön suunnitelmaan. (Keränen ym.2011,10.)

Jokainen RAI-toiminnassa mukana oleva yksikkö arvioi asukkaidensa palvelutarpeen puolivuositain. Säännöllisesti pitkäaikaishoitoa tuottavien yksiköiden vuosittaista toiminta- ja taloustietoa kootaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoimassa RAI-vertailukehittämistoiminnassa RAI-tietokantaan. Sähköiset kopiot lähetetään Terveiden - ja hyvinvoinninlaitokselle, joka tuottaa jokaiselle yksikölle yksikkökohtaisen palautteen 6-8 viikon kuluessa. Yksikössä pyritään arvioimaan, mitkä laatualueet ovat kyseisen osaston kehittämiskohteita. Sen jälkeen on syytä arvioida uudelleen kaikkien niiden asukkaiden yksilöllinen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, joilla on kyseisen laatualueen kohdalla ongelmia. Tarkoituksena on tunnistaa mitä voitaisiin tehdä paremmin. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 159.)

3.1.2 Riski- ja voimavarakartoituksessa hyödynnetään RAI-arviointia

Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa on käytetty asukkaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa riski- ja voimavarakartoitusta jo vuodesta 2006. Kartoitus tuli käyttöön Aktivoivan arjen -mallin pilotoinnissa Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen A-osastolla. Kartoituksessa kerätään yhdelle lomakkeelle elämänhistorian lisäksi RAI:sta havaittuja oleellisesti hoitoon vaikuttavia mittareiden arvoja, kuten kipu, fyysinen aktiivisuus ja kognitiota kuvaavat arvot. Kartoitukseen kirjataan myös RAI:sta mm. kaatumisen uhka, asukkaan lääkitys sekä ravitsemustilanne. Kartoituksen avoimet kysymykset käsittelevät hoitajan havaintoja siitä, kuinka asukasta voidaan tukea päivittäisissä fyysisissä toiminnoissa ja kuinka edesauttaa asukkaan viihtymistä osastolla ja miellyttävän arjen kokemista. (Keränen ym. 2011, 10.)

Kartoituksen suunnitteluun osallistuvat asukas ja mahdollisesti myös hänelle läheinen ihminen sekä hänen hoidostaan vastaavat vastuuhoitaja ja osaston fysioterapeutti. Asukkaalle tehdään kartoituksen pohjalta huoneen seinälle "Aktivoivan arjen taulu" (Heikkilä & Mäkelä 2015,87; Finne-Soveri ym. 2014,12; Vähäkangas ym. 2012,9), jossa asukas ja hänen arjen kulkunsa esitellään lyhyesti.

3.1.3 RAI:n kuntoutumis- ja voimavaraluokitus

Kokkolan yliopistokeskuksen sekä Kokkolan ja Oulun kaupunkien yhteisessä hankkeessa vuonna 2009 (Vähäkangas ym. 2012, 26) tutkittiin ikäihmisen kuntoutuksen kohdistamista RAI:n kuntoutumislukituksen avulla. Asiakasarviointien perusteella tehty ympärivuorokautisen hoidon kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen teoreettinen luokitus muodostettiin tarkastelemalla kognitiivista toimintakykyä ja suhteuttamalla niihin fyysisen toimintakyvyn ongelmat ja niistä johtuvat avuntarpeet. Yhteistyötutkimuksessa kuntoutumisloukkia käytettiin myös terapiahenkilöstön työn kohdentamiseen. Tutkimuksessa luotu kuntoutumis- ja voimavaraluokitus-taulukko (Kuviossa 2) on muodostunut kolmesta pääluokasta ja yhdeksästä alaluokasta. Tässä kehitystyössä keskitytään kolmeen (Taulukko 1) pääluokkaan.

Kognitio (CPS)	Hierarkkinen ADL (ADL_H)						
	0	1	2	3	4	5	6
0			1.1				
1			1.2			1.4	
2			1.3				2.3
3							
4			2.1				
5			2.2				3.1
6							3.2

Kuvio 3: Kuntoutumis- ja voimavaraluokitus (Vähäkangas ym. 2012, 26)

Pääloukat nimettiin tutkimuksessa seuraavasti (Vähäkangas ym. 2012):

1. Runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja
2. Rajoitetusti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja
3. Niukasti tai erittäin niukasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja

Kuntoutumislukokka	Arvo	Toimintakyvyn kuvaus
1	1.1-1.4	fyysinen suoriutuminen vähän tai paljon alentunut, kognitiivista kapasiteettia jäljellä
2	2.1-2.3	fyysinen suorituskyky paljon tai erittäin paljon heikentynyt kognitiivinen kyky keskivaikeasti - vaikeasti heikentynyt
3	3.1-3.2	fyysinen suorituskyky ja kognitio erittäin vaikeasti heikentyneet

Taulukko 1: Kuntoutumislukokkien pääluokat (Vähäkangas ym. 2012, 26)

Kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen pääluokkiin yksi ja kaksi sijoittuvat henkilöt hyötyvät erityisesti siitä, että heille on laadittu yksilöllinen, tavoitteellinen kuntoutumissuunnitelma ja siihen liittyvä fyysistä suoriutumista edistävä harjoitteluohjelma (Heikkilä & Mäkelä 2015, 144). Heikkilä & Mäkelä (2015, 144) esittelevät kirjassaan Pia Vähäkankaan ym. (2012) tutkimuksen asiakasprofiilit kuntoutumis- ja voimavarakartoituksen ryhmissä 1 ja 2. Asiakasprofiilit on esitetty Taulukossa 2.

Ominaisuus	Kuntoutumislukokka 1	Kuntoutumislukokka 2
Keski-ikä yli 80-vuotta	X	X
Vähän kipua ja masennusepäilyä	X	X
Keskimääräinen hoitoaika alle 6kk	20%	15%
Vakaa terveydentila	4/5	2/3
Aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista	Paljon	Kohtalaisesti
Muistisairauden diagnoosi	50% <	80%
Psykiatrinen diagnoosi	Alle 20%	Alle 20%
ADL toimintakyky parantunut viimeisen 3kk:n aikana	alle joka kymmenellä	4%

Taulukko 2: Kuntoutumislukokka 1 ja 2 yleiskuvaukset Vähäkankaan ym. (2012) mukaan (Heikkilä & Mäkelä 2015, 143-144)

Pitkäaikaishoidossa kuntoutumista edistävä toiminta kuntoutumislukokka 3:een kuuluville, on ensisijaisesti mahdollisen vuodelevon aiheuttamien komplikaatioiden ennaltaehkäisyä. Hoitajan toiminta kohdistuu myös itsenäisen ruokailun tukemiseen tai ruokailussa avustamiseen ja parhaan mahdollisen toimintakyvyn sekä sosiaalisen osallistumisen mahdollistamiseen. Tähän kuuluu esimerkiksi asiakkaiden säännöllinen avustaminen istumaan (Mäkelä & Heikkilä

2015,143-144). Luokkaan 3 sijoittuvien henkilöiden tunnuspiirteet ovat Vähäkankaan ym. (2012) mukaan seuraavat:

- naisten osuus suurempi kuin kuntoutumislukissa 1 ja 2
- vain alle joka kymmenellä keskimääräinen hoitoaika on alle 6 kk
- ei juuri aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista jäljellä
- yli joka kolmannella tehostetun palveluasumisen asiakkaalla on epävakaata terveydentilaa, pitkäaikaishoidossa asuvilla joka viidennellä
- hyvin vähän (alle 2 %) ADL- toimintakyvyn parantumista viimeisen 90 vrk:n aikana.

Pitkäaikaisessa hoidossa olevat ikääntyneet henkilöt ovat yleensä monisairaita ja heillä on runsaasti toimintakyvyn vajeita. Suomessa toteutettujen toimintatutkimusten perusteella kuntoutumis- ja voimavarakartoitusryhmittely näyttäisi toimivan hyvin ympärivuorokautisessa hoidossa olevien asiakkaiden erilaisten kuntoutumistarpeiden esille tuojana. Kuntoutumis- ja voimavarakartoitus ryhmittelee asiakkaat toisistaan poikkeaviin luokkiin kuntoutumismahdollisuuksien mukaan ja nostaa esille pitkäaikaishoidon asiakkaiden erilaisia kuntoutumistarpeita sekä mahdollistaa henkilökuntaresurssien tehokkaan kohdistamisen. (Mäkelä & Heikkilä 2015, 150.)

3.1.4 Kuntoutumista edistävän hoidon kirjaaminen

Kirjattu tieto on hoitotyön perusta. Kirjatun tiedon tavoitteita osastotyössä ovat ajantasaisuus ja viiveettömyys. Kirjatun tiedon tulee olla yhdenmukaista ja rakenteista. Kirjaamisessa pyritään kirjaamiskäytäntöjen standardointiin, jolloin tiedon uudelleenkäyttö yksinkertaistuu. Hoitotietoja kirjattaessa tulee noudattaa siihen säädettyjä lakeja ja asetuksia. Tiedon tulee olla ajantasaista, tarpeellista ja virheetöntä ja sen tulee saavuttaa oikeat ihmiset oikeaan aikaan. (Saranto, Ensio, Tantt, Sonninen 2015, 12-24.) Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa kirjaaminen tehdään asiakaskeskeisesti, asukkaan toimintoja ja tuntemuksia kuvailevasti. Hoitotyön kirjauksissa huomioidaan asukkaan mielipide. Asukkaan mielipidettä kirjauksissa arvostetaan ja korostetaan ja sen kirjaamiseen kannustetaan.

Rakenteinen kirjaaminen ja päteväksi todetut yhtenäiset arviointimenetelmät parantavat asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja mahdollistavat kuntoutuksen ja muiden toimintakykyä tukevien palveluiden kehittämisen sekä tuloksellisuuden arvioinnin. Toimintakyvyn arvioinnista saatavat tulokset ovat käytännön työssä hyödyllinen tuki organisaation johtamiseen, toiminnan suunnitteluun ja toimenpiteiden vaikutusten arviointiin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016c.)

Toimintakykytiedon kirjaaminen asiakas- ja tietojärjestelmiin on yleisesti vielä vailla yhteisesti sovittuja ohjeita. Toimintakykytiedon rakenteinen tietomalli hyväksyttiin keväällä 2016 julkaistavaksi Koodistopalvelimella. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien uudistus vuonna 2016 edistää toimintakyvyn yhtenäistä ja laadukasta arviointia. Toimintakykyä kuvaava tieto voidaan kirjata entistä yhtenäisemmin rakenteisessa muodossa. Rakenteisesti kirjattu tieto mahdollistaa asiakkaan tilanteen seurannan hoitopaikasta riippumatta, sillä kirjattu tieto välittyy kaikille asiakasta hoitaville ammattilaisille samanlaisena. Tietoa, mikä on rakenteisesti kirjattu ja mitattu yhtenäisillä menetelmillä, voidaan hyödyntää niin tilastoinnissa kuin seurannassakin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016c).

Toimintakyvyn rakenteinen tietomalli on työkalu toimintakykytiedon digitalisointiin ja rakenteiseen kirjaamiseen. Toimintakyvyn tietorakenteiden lisäksi tarvitaan liittyviä tietojärjestelmiin, Kanta ja Kansa -arkistoihin sekä omatietovarantoon. Ammattihenkilöt kirjaavat rakenteellisesti toimintakykykirjauksia ja asiakkaat voivat tuottaa toimintakykytietoa esimerkiksi erilaisten nettitestien ja sovellusten avulla suoraan tietokantaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016c.)

3.1.5 Kuntoutumista edistävän toiminnan tutkiminen

RAI-tietojärjestelmä pilotoitiin Suomessa 2000-luvun alussa. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon vertailukehittäminen alkoi vuonna 2000 Stakesin ja Chydenius-instituutin käynnistämänä. Yhteistyössä mukana toimivat yksityisten ja julkisten palvelutalojen, vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen henkilökunta (Noro, Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas 2005, 7). Tavoitteena oli 2000-luvun alussa RAI:n käyttöönotolla vastata suomalaisen vanhustenhuollon tulevaisuuden haastaviin muutoksiin ja ylläpitää pitkäaikaishoidon laadukasta hoitoa taloudellisen paineen alla. Silloinen tarkoitus oli pyrkiä ennakoimaan tulevaisuutta ja suuntaamaan taloudellisia voimavaroja täsmällisiin ja tehokkaisiin toimenpiteisiin (Noro ym. 2005,17).

RAI:n avulla hoitoyksikköjen toimintaa on myöhemminkin tutkittu Suomessa muun muassa Folkhälsanilla, Tampereen Koukkuniemessä, Helsingin alueella Koskelassa sekä Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa (Itkonen, Lindman, Corin, Noro 2007, 7-22). Toimialoiksi ovat valikoituneet niin kotihoidon yksiköt, sairaalat ja pitkäaikaisosastot. Yleisesti näissä tutkimuksissa RAI:sta koettiin olevan hyötyä työn suunnittelussa ja työn laadun tarkkailussa. Kuntouttavan hoitotyön edistämistä seurattiin useammassakin tutkimuksessa ja RAI:n koettiin antavan motivaatiota vertailuun ja seurantaan.

Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa asukkaiden palvelutarvetta on arvioitu RAI-tietojärjestelmän avulla jo vuodesta 2001. Kustaankartanossa käynnistettiin vuonna 2006 A-talossa aktivoivan hoitotyön malli, "Turvallisesti aktivoivaan arkeen". Hanke kuului osana

InnoKusti- projektia, jossa käytettiin myös alan uusinta geroteknologiaa. Tämä niin sanottu TAA-malli kehitettiin A-talon pitkäaikaisosaston yksikön osastonhoitajan, projektityöntekijän ja henkilöstön yhteistyönä. Malli levitettiin koko A-taloon vuoden 2007 kuluessa ja vaihe vaiheelta koko Kustaankartanoon. A-talo toimi interventioyryhmänä ja muu Kustaankartano verrokki- ja mallin juurtumisen seurantaryhmänä. Interventiota seurattiin Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen RAI-rekisteristä. Varsinaisina verrokkeina toimivat Helsingin kaupungin muut vanhustenkeskukset, palvelutalot tai vanhainkodit ja seuranta kesti kahdeksan vuotta. (Finne-Soveri ym. 2014.)

Turvallisesti aktiiviseen arkeen -mallissa asukkaan hoitotyön suunnitteluun ja arviointiin käytettiin RAI-arvioinnista saatavaa Resident Assessment Protocols (RAPs) työvälinettä. Asukkaan elämänhistorian ja mieltymysten kartoittaminen yhdistettynä RAPsiin muodostivat projektissa asukkaan riski- ja voimavarakartoituksen. Riski- ja voimavarakartoitus vakiintui myöhemmin Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa käytössä olevaksi työkaluksi (Finne-Soveri ym. 2014, 14-27). Projektin seuranta-ajan tulosten mukaan ammatillista hoidon laatua voitiin oleellisesti ja pitkäkestoisesti parantaa jo hankkeen aikana. Hankkeen tuloksina ilmeni laadun koheneminen, mikä näkyi erityisesti psykososiaalisen elämänalueen ja arjen aktiivisten toimintojen alueella (Finne-Soveri ym. 2014, 64).

Vähäkangas (2010) esittelee työssään kuntoutumista edistävään toimintaan liittyviä keskeisiä tutkimuksia pitkäaikaisessa laitoshoidossa vuosilta 1998-2009. Tulokset osoittavat suunnitelmallisen ja säännöllisen kuntoutuksen tuottavan hyviä tuloksia. Vähäkankaan mukaan fyysinen harjoittelu parantaa päivittäisistä fyysisistä toiminnoista suoriutumista ja vähentää kaatumisriskiä. Fyysisen harjoittelun todettiin useissa tutkimuksissa parantavan lihasvoimaa ja liikkuvuutta. Säännölliseen kuntoutukseen osallistuneiden asukkaiden toimintakyky heikkeni hitaammin tai säilyi ennallaan. Fyysisesti enemmän harjoittelevilla ikääntyneillä yöunen laatu parantui ja päivällä valveilla olon määrä kasvoi. (Vähäkangas 2010, 50-54.)

On myös tutkittu, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa työskentelevät voivat saada käytännöllistä hyvää tietoa ja oppia jo kehitetyistä uusista hyvistä käytännöistä hoitoalalla. Ydintoimintayksikön eli osaston tutkimisen on todettu hyväksi tavaksi lähestyä suurempien kokonaisuuksien hahmottamista, jolloin huomio kiinnitetään asiakasrakenteeseen, hoidon laatuun ja kustannuksiin. Henkilökunta voi tutkimusten mukaan saada uusia näkökulmia erilaisista tutkimuksista, jotka perustuvat näyttöön ja vertailtavaan tietoon. Vertailukehittäminen on yhteneväisten hoitoyksiköiden vertailua keskenään ja vertailun avulla voidaan havaita toimivimmat käytänteet sekä viedä siitä saatu oppi omaan yksikköön sovellettavaksi. (Mäkelä & Heikkilä 2015, 18-20.)

3.1.6 Ikääntyneen pitkäaikaishoitoa ohjaava lainsäädäntö ja keskeiset suositukset

Ikääntyneiden hoidon linjauksissa tapahtui valtakunnan tasolla merkittävä edistysaskel, kun vuonna 2013 laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (Finlex 980/2012; jäljempänä vanhuspalvelulaki) tuli asteittain voimaan. Vanhuspalvelulain keskeisenä tavoitteena on varmistaa, että kunnat varautuvat väestön ikärakenteen muutoksesta aiheutuvaan palvelujen tarpeen kasvuun ja että iäkkäät ihmiset saavat yksilöllisten tarpeittensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti koko maassa laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla (HE 160/2012). Ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa ikäihmisten oikeus laadukkaaseen hoitoon ja palveluihin määriteltiin yleisen kehyslainsäädännön ja laatusuosituksen avulla (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3.)

Lain 10 §:n mukaan kunnan käytettävissä on oltava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta, erityisasiantuntemusta muun muassa gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, ravitsemuksen ja monialaisen kuntoutuksen alalta.

Vanhuspalvelulain 14 §:ssä on säädetty keskeisistä pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavista periaatteista. Säännöksen 2 momentin mukaan pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan (Finlex 980/2012). Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa tärkeä toimintaa määrittelevä tulos on yhteisöllisyyden ja asukkaiden osallisuuden lisääntyminen aktivoivan arjen mallin myötä. Vanhuspalvelulain voimaan tulon jälkeen sekä aktivoivan arjen että yhteisöllisyyden konkreettinen toteutuminen jokaisessa yksikössä on ollut tärkeää, ja tätä on korostettu Kustaankartanon johtamistyössä. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 93.)

Vanhuspalvelulain 16§ :ssä pitkäaikaishoidossa olevien henkilöiden palvelusuunnitelman laatimisvelvoitteesta. Palvelusuunnitelmassa on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Säännöksen mukaan palvelusuunnitelmaa laatiessa on neuvoteltava iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa vaihtoehtoista kokonaisuuden muodostamiseksi ja iäkkään henkilön näkemykset on kirjattava suunnitelmaan. Vanhuspalvelulain 17 §:n mukaan kunta on lain mukaan velvollinen nimeämään vastuuyöntekijän iäkkäälle henkilölle, mikä

pitkäaikaishoidossa tarkoittaa vastuuhoidtajaa, joka vastaa asukkaan asioiden hoidosta. (Finlex 980/2012.)

Valtakunnalliset linjaukset ohjaavat kuntien hoito- ja palvelujärjestelmien kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriössä luodaan ikääntyneen väestön palvelujen kehittämisen raamit. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee myös palvelujen kehittämisen lainsäädännön ja ohjaa uudistusten täytäntöön panoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut yhdessä Kuntaliiton kanssa laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Laatusuosituksen tavoitteena on varmistaa hyvä ikääntyminen ja siihen vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille (Valtioneuvosto 2013). Laatusuositus laadittiin alun perin jo vuosina 2001 ja 2008. Vuonna 2013 laatusuositus uudistui huomioon ottamaan ohjaus ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon. Suosituksen tarkoituksena on auttaa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisessa sekä jouduttaa vanhustalouden toimeenpanoa (Valtioneuvosto 2013).

Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Suosituksessa tavoitteeksi asetettu palvelurakenteen muutos hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Mikäli palvelurakenteita ei uudisteta, kustannusten kasvua on vaikea hillitä väestön ikärakenteen nopeasti muuttuessa ja palvelutarpeiden kasvaessa. Rakenteiden ohella myös palveluprosesseja on uudistettava. Uudistuksissa on huomioitava nykyiset ja ennakoitavat tarpeet. Näitä tarpeita ovat erityisesti ikäihmisen toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen ja edistäminen sekä kuntoutumisen mahdollisuudet. (Valtioneuvosto 2013.)

Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työtavan käyttöä tulisi lisätä kotihoidossa, tehostetussa palveluasumisessa sekä laitoshoidossa. Työyhteisössä tulee sopia yhdessä kuntoutumista edistävän toiminnan vahvistamisesta ja sen sisällöstä. Iäkkään henkilön toimintakykyä tukevan työtavan käyttöä arvioidaan ja ohjataan arjessa kuntoutusalan ammattilaisen toimesta. Hoitotyöntekijöiden koulutuksissa perehdytetään kuntoutumista edistävään työtapaan. Laatusuosituksessa käytetään muun muassa Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen RAI-tietokannan laatuindikaattoreita seurantaindikaattoreina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 on Sosiaali- ja terveysministeriön Valtioneuvoston sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 julkaistiin tammikuussa vuonna 2011. Strategia pyrkii turvaamaan tasa-arvoisen ja omaehtoisen elämän Suomessa. Sen mukaan sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan tulisi kohdella kaikkia jäseniään yhdenvertaisesti,

vahvistaa osallisuutta ja yhteisöllisyyttä, tukea terveyttä ja toimintakykyä sekä antaa tarvittavan turvan ja palvelut.

Strategian tavoitteena on nostaa sosiaalinen kestävyys taloudellisen ja ekologisen kestävyiden rinnalle. Sosiaalista kestävyttä kuvaillaan strategiassa toimintamallina ja tavoitteena yhteiskunnassamme. Seurantaindikaattoreita on monia, esimerkkinä yli 75-vuotiaiden toimintakyky, mitä vuosittain arvioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Välisuomen IkäKASTE toimi vanhuspalvelulain pilottihankkeena vuonna 2012. Se toteutettiin osana valtakunnallista kehittämisohjelmaa, KASTE-ohjelmaa. Ikälain pilotointi -hanke on yksi niistä keinoista, joilla Sosiaali- ja terveysministeriö tukee uuden lain toimeenpanoa kunnissa. Arvioituja toimintamalleja muodostettiin lain neljästä keskeisestä teemasta. Teemoiksi valikoitui kolme keskeistä sisältöä uudesta laista: asiakkaan palvelutarpeen monipuolinen arviointi, kunnan vastuutyöntekijän tehtävä sekä iäkkään henkilön osallisuuden vahvistaminen. Osallisuuden vahvistaminen nosti esiin kaksi merkittävää osateemaa. Asiakaslähtöiset palvelukonseptit -teema tukee kuntia ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon rakenteen uudistamisessa kohti yksiportaista palvelumallia. Ikääntyvän neuvonta, palveluohjaus, palvelutarpeen arviointi sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävät ikäihmisten palvelut kuuluvat osallisuuden vahvistamisen toiseen osioon. (Kuntaliitto 2013.)

Pilotointi toi esille useamman tärkeän havainnon. Ammatillisen vuorovaikutuksen laatu on keskeinen tekijä iäkkään henkilön osallisuuden kokemisessa ja tähän asiakastyötä tekevä hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta ja välineitä vuorovaikutuksen luomiseen. Yleisesti koettiin haastavaksi saada asiakkaan näkemys esille silloin, kun hän on esimerkiksi vakavasti muistisairas. Pilotoinnin myötä pitkäaikaisyksikköjen hoitohenkilökunta koki kehitystä myönteiseen suuntaan monessa eri tilanteissa. Osallisuuteen vaikuttaa asiakkaan elämänhistorian tunteminen ja merkitykselliset kokemukset, se että hoito toteutuu asiakkaan arvoja kunnioittaen. Palvelutarpeen arvioinnissa RAI:n mittareiden arvoilla on suuri merkitys. Pilotin tulosten perusteella asiakkaan osallisuus ja valinnanmahdollisuudet sekä itsemääräämisoikeus toteutuvat parhaiten silloin, kun toimintakyvyn eri ulottuvuudet huomioidaan palvelua arvioitaessa. Pitkäaikaishoidon asiakasta ja hänen palvelutarpeitaan tulee arvioida voimavaralähtöisesti, kokonaisvaltaisesti ja osallistavasti. Hänelle on tarjottava mahdollisuus mielekkääseen toimintaan ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Hänen tarpeitaan ja osallisuutta on tuettava etenkin silloin, kun iäkkään toimintakyky on heikentynyt. (Kuntaliitto 2013, 12.)

Ammattilaisen työtteen ja työyhteisön toimintakulttuurin tulee olla asiakaslähtöistä, palvelut oikea-aikaisia ja riittäviä. Yhtenäiset ja läpinäkyvät menettelytavat työntekijöiden yhteydessä mahdollistavat ikääntyneen voimavarojen oikeanmukaisen käytön. Työntekijän ja ikääntyneen luottamuksellinen ja ymmärtävä suhde on tärkeää jokapäiväisen kuntouttavan hoito-

työn toteutumisessa. Ammattilaisten ajattelu- ja toimintatavat ovat ratkaisevia sen suhteen, nähdäänkö iäkäs henkilö palveluihinsa vaikuttavana toimijana vai palvelujen kohteena. Pitkäaikaisosaston ilmapiiri vaikuttaa tulosten mukaan myönteisesti asiakkaan kokemuksiin arvostavasta ja kunnioittavasta henkilökunnasta sekä turvallisesta ympäristöstä. (Kuntaliitto 2013, 13-18.)

Euroopan parlamentissa hyväksyttiin kannanotto vuonna 2008, jossa tuotiin esiin yleistyvät muistisairaudet ja niiden merkitys kansanterveyden ja -talouden kannalta. Siinä huomioitiin kansallisten muistiohjelmien tarve yhtenä varautumisen työvälineenä. Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä on valmisteltu kansallista muistiohjelmaa 2012-2020. Ohjelma kulkee käsikädessä sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden ja olemassa olevien hoito- ja laatusuositusten kanssa. Kansallisen muistiohjelman toimeenpano kytetään ajankohtaisten lainsäädäntöhankkeiden ja ohjelmien toimeenpanoon. Suomessa muistiohjelma liitetään esimerkiksi KASTE- ohjelman toimeenpanoon.

Kansallisen muistiohjelman työryhmä ehdottaa lausunnossaan, että kuntoutus tulisi olla yhdenmukaista ja tasavertaista ja kunnan sekä sen yhteistyötahojen tulisi varmistaa, että asia käytännössä toteutuu. Kansallinen muistiohjelman työryhmä esittää, että kuntoutusta on liittävä tavoitteellisenä, kuntoutusalan erityisasiantuntemusta vaativana palveluna muistisairaana luona, oli se sitten kotona, kuntoutusyksikössä tai pitkäaikaishoidossa. Työryhmän mukaan korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre on kuntoutumista edistävä toiminta. Toimintakykyä edistävä työote mahdollistaa pitkäaikaishoidon asukkaan arkeen mielekästä tekemistä ja vaihtelevaa mutta säännöllistä toimintaa. Hoitotakuun toteutumisesta vastaavat kunnat ja sairaanhoitopiirit koko hoitoketjun ajan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

3.2 Toimintakyky ja toimintakyvyn arviointi RAI-mittareiden avulla

3.2.1 Fyysisen toimintakyvyn arvioiminen ja mittaaminen

Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen on yksi laitoshoidossa olevan asukkaan riskitekijöistä. Asukkaan sairastamat krooniset sairaudet ja mahdolliset muut tekijät vaikuttavat hänen kykynsä toimia ja rajoittavat hänen omatoimisuuttaan. Kognitiivisen kyvyn vajeet voivat esimerkiksi rajoittaa asukkaan kykyä ja halua osallistua omaan hoitoonsa tai ylläpitää omatoimisuuttaan. Useat neurologiset ja fyysiset sairaudet voivat vaikuttaa negatiivisesti asukkaan omatoimisuuden kannalta tärkeisiin tekijöihin, kuten tasapainoon, lihasjänteisyyteen ja luun haurastumiseen. Lääkkeiden ja muiden hoitojen sivuvaikutukset voivat myös jouduttaa turhaa omatoimisuuden menetystä. (RAI-käsikirja 2004, 61.)

Asukkaan maksimaalinen fyysinen toimintakyky on yleensä parempi kuin mitä omaiset, asiakas itse ja hoitajat olettavat. Yksilöllisesti laadittu hoitosuunnitelma on ajankohtainen, kun asuk-

kaan fyysinen toimintakyky on arvioitu objektiivisesti sekä selvitetty tuen laatu ja määrä mikä hän tarvitsee mahdollisimman omatoimiseen toimintaan. On hyvin mahdollista, että asukkaan toimintakyky vaihtelee päivittäin. Tähän on monta syytä, kuten esimerkiksi mielialan vaihtelut, lääkitys, vuorovaikutussuhteet sekä unen laatu ja määrä. (RAI-käsikirja 2004, 61.)

Laaja, fyysistä toimintakykyä mittaava ADL28-mittari (Activities of Daily Living), mittaa asukkaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. ADL28:n arvo RAI-tietojärjestelmässä muodostuu asukkaan suoriutumiskyvyn perusteella seitsemästä arvioidusta ADL-toiminnosta, joista jokainen osio arvioidaan erikseen asteikolla 1-4. Mitä suurempi arvo, sitä heikompi on asukkaan toimintakyky päivittäisissä toiminnoissa (Taulukko 3). Päivittäisiä toimintoja kuvaavat liikkuminen sängyssä, siirtyminen, liikkuminen yksikössä, pukeutuminen, ruokailu, WC:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. ADL28-mittari kuvaa herkemmin muutosta päivittäisissä toiminnoissa kuin muut ADL- mittarit (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010). ADL- mittaria kirjattaessa tarkoituksena on selvittää asiakkaan omatoimisuutta päivittäisten toimintojen suhteen, miten asiakas toimi; paljonko hoitajien apua hän tarvitsi (RAI-käsikirja 2004, 61).

Arvo	Avun tarpeen määritelmä
0	itsenäinen ko. toiminnossa
1	ohjauksen tarvetta
2	tarvitsee rajoitetusti apua
3	tarvitsee runsaasti apua
4	täysin autettava TAI toimintoa ei tapahtunut lainkaan

Taulukko 3: Laajan ADL28 fyysistä toimintakykyä kuvaavan mittarin asteikko RAI:n mukaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a)

Mittarin arvo saadaan laskemalla yhteen osa-alueiden pisteet: Mitä suurempi arvo on, sitä huonompi on asiakkaan toimintakyky päivittäisissä toiminnoissa. Mittari kuvaa herkemmin muutosta päivittäisissä toiminnoissa kuin muut ADL- mittarit. (RAI-mittarikäsikirja 2013, 5.)

3.2.2 Psyykkisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen

Cognitive Performance Scale (CPS) on asukkaan kognition mittari RAI-mittaristossa. Se mittaa asukkaan kykyä muistaa, ajatella loogisesti ja järjestää päivittäiset aktiviteettinsa tarkoituksenmukaisesti. Nämä tekijät muodostavat hoidon suunnittelun lähtökohdan. Huomio kiinnitetään etenkin kykyyn muistaa nykyhetki ja menneisyyden tapahtumat sekä hallita keskeiset päätöksentekoon tarvittavat kyvyt. (RAI-käsikirja 2004, 37.)

Kognitiomittarin arvoon vaikuttaa suurelta osin seuraavat RAI:n osiot: tajuttomuuden, lähi-
muistin, päivittäisiin päätöksiin liittyvät kognitiiviset taidot, ymmärretyksi tuleminen ja ruo-
kailu. Kognition tasoa kuvataan asteikolla 0-6: mitä pienempi arvo, sen pienempi on kognition
vaje. RAI-mittarin kognition tasot ja toimintakyvyn määritelmät on esitetty Taulukossa 4.
Kognition tasoa on usein yritetty ymmärtää myös muistipisteiden, Mini Mental Status Exa-
mination (MMSE) avulla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Arvo	Kognitiivisen toimintakyvyn määritelmä
0	Ei kognitiivista häiriötä
1	Rajatilainen kognitiivinen häiriö
2	Kognition lievä heikkeneminen
3	Kognition keskivaikea heikkeneminen
4	Kognition keskivaikea - vaikea heikkeneminen
5	Kognition vaikea heikkeneminen
6	Kognition erittäin vaikea heikkeneminen

Taulukko 4: Kognitiota kuvaava asteikko RAI:n mukaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016)

3.2.3 Musiikin vaikutus kognitioon

Musiikki mielletään jo yleisesti tunnelman luojana ja mielen virittäjänä. Musiikin vaikutukset
ihmismieleen ja kehoon kiinnostavat tutkijoita. Aiempi usean tutkijan kirjallisuuskatsaus pu-
reutui aiheeseen kuinka musiikki vaikuttaa ihmisen aivotoimintaan Duodecim-verkkosivun ar-
tikelissa (Sihvonen, Leo, Särkämö, Soinila 2014). Tutkimusten mukaan musiikin kuuntelu kun-
toutuksen yhteydessä tehostaa Parkinson- ja aivohalvauspotilaiden motoriikan säätelyä ja no-
peuttaa aivohalvauksen jälkeisen puhehäiriön ja kognitiivisten vaurioiden paranemista sekä
vähentää dementiapotilaiden käytöshäiriöitä. Musiikin vaikutukset näkyivät lisääntyneenä
keskittymiskyynä, mielialan kohoamisena, sekavuuden ja ahdistuneisuuden vähentymisenä
sekä muistitoiminnan parantumisenä. (Sihvonen ym. 2014.)

Musiikilla on voimakkaita, tyylilajista riippuen kiihdyttäviä tai rauhoittavia vaikutuksia, jotka
voidaan mitata sydämeen ja verisuoniin liittyvinä ja hormoneja tuottavien elinten vasteina
sekä aivotoiminnan aktivaationa. Musiikin kuuntelu vähentää kortisolin eritystä suorassa suh-
teessa stressin lievenemiseen ja vähentää kroonisten kipupotilaiden lääkitystarvetta jopa
20%. (Sihvonen ym. 2014.)

Suomessa toteutettiin, vuosina 2009-2011, vaikuttavuustutkimus Helsingin yliopiston käyttäy-
tymistieteiden laitoksen, Sibelius-Akatemian ja Miina Sillanpään Säätiön yhteistyönä (Miina
Sillanpää Säätiö 2011). Tutkimus oli tieteellinen, kontrolloitu tutkimus ja sen avulla pyrittiin
selvittämään voidaanko musiikkitoiminnalla vaikuttaa lievästi tai keskivaikeasti muistisairai-

den henkilöiden kognitiiviseen toimintakykyyn, mielialaan ja elämänlaatuun. Tässä tutkimuksessa, jossa Kustaankartanon monipuolinen palvelukeskuskin oli osaltaan mukana, yhteistyössä toimivat myös muistisairaiden omaiset ja hoitajat. Musiikkia kuunneltiin sekä tuotettiin ohjatuissa ryhmissä ja musiikki otettiin tarkoituksella mukaan muistisairaahan päivittäisiin toimintoihin. (Miina Sillanpää Säätiö 2011.)

Tutkimuksessa tuloksia kerättiin neuropsykologisella tutkimuksella sekä kyselylomakkeilla kolmesti, ennen musiikkitoimintaa, heti sen jälkeen ja puolen vuoden kuluttua. Tulosten mukaan muistisairaiden mieliala ja orientoituminen ympäristöön paranivat musiikin vaikutuksesta. Tulokset osoittivat, että säännöllisillä musiikkiaktiviteeteilla voi olla pitkäkestoista hyötyä muistisairaiden psyykkiselle ja kognitiiviselle hyvinvoinnille sekä omaisten jaksamiselle jos ja kun he huomaavat läheisensä voinnissa positiivisia muutoksia. Tutkimuksessa musiikkituokioita toteuttivat musiikkiterapeutti ja musiikinopettaja, mutta tulosten mukaan myös hoitajien ja omaisten toteuttamilla musiikkiaktiviteeteillakin näyttää olevan positiivista vaikutusta erityisesti muistisairaiden neuropsykiatrisiin oireisiin, kuten levottomuuteen, ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen. Nämä ovat oireita, jotka tavallisesti yleistyvät ja muuttuvat vakavammiksi sairauden edetessä. Oireet aiheuttavat kärsimystä ja lisäävät henkistä rasitusta niin muistisairaille itselleen kuin omaisillekin sekä päivittäin lähellä olevalle henkilökunnalle. (Miina Sillanpää Säätiö 2011, 1-9.)

Tämä vaikuttavuustutkimus perustuu useisiin kansainvälisiin tutkimuksiin, joiden tulokset osoittavat, että Alzheimerin tautia sairastavat vanhuksat kykenevät usein tunnistamaan tuttua musiikkia ja havaitsemaan sekä musiikin välittämiä tunteita, musiikin äänenkorkeutta ja melodiaa sekä muistamaan tuttujen laulujen sanoja. Useissa samankaltaisissa tutkimuksissa on havaittu, että musiikkiin saatetaan reagoida jopa aivan Alzheimerin taudin loppuvaiheessa, jolloin muut aistiärsykkeet eivät välttämättä enää saa aikaan reaktiota. (Miina Sillanpää Säätiö 2011, 15.)

3.2.4 Sosiaalinen toimintakyvyn arvioiminen ja mittaaminen

Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan RAI:ssa asukkaan sosiaalisen osallistumisen kautta. Sosiaalisen osallistumisen mittari SES, Social Engagement Scale, mittaa asukkaan aloitekykyä ja osallistumishalukkuutta osallistua erilaisiin yhteisiin tapahtumiin laitoksessa (Taulukko 5). Osallistumisen käsite rakentuu ystävystymisestä, ystävyysuhteiden ylläpidosta ja halukkuudesta osallistua ryhmätoimintaan. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2015b.)

Sosiaalisen aktiivisuuden arvo	Sosiaalisen aktiivisuuden taso
0	Ei aloitekykyä, sosiaalista osallistumista
1	Kohtuullisesti aloitekykyä/sosiaalista osallistumista
2	Kohtuullisesti aloitekykyä/sosiaalista osallistumista
3	Kohtuullisesti aloitekykyä/sosiaalista osallistumista
4	Paljon aloitekykyä/sosiaalista osallistumista
5	Paljon aloitekykyä/sosiaalista osallistumista
6	Paljon aloitekykyä, sosiaalista osallistumista

Taulukko 5: Sosiaalista aktiivisuutta kuvaava asteikko RAI:n mukaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b)

Sosiaalisessa osallistumisessa havainnoidaan seurustelun vaivattomuutta, oma-aloitteista toimintaa, omien tavoitteiden asettamista ja laitoksen elämään osallistumista (Noro 2012, 54-55). Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttaa joskus myös fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä kivun esiintyminen. Luokitus on 0-6, mitä suurempi luku sen runsaampi on sosiaalinen aktiivisuuden taso. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

3.2.5 Kivun arvioiminen ja mittaaminen

Ikääntyneen kivun hoitoon on syytä panostaa. Kipu voi kroonistuessaan aiheuttaa toimintakyvyn alenemista ja masennusta (Hartikainen & Lönnroos 2008, 189-195). Kipu on subjektiivinen tunne ja kivun tunteesta tuleekin kysyä hoidettavalta säännöllisesti ja erilaisissa tilanteissa. Iäkkäillä kipu on yleistä ja se liitetään moniin sairauksiin, jotka yleistyvät ikääntymisen myötä. Kipu voi vaikuttaa ruokahaluun ja mielialaan, heikentää koettua elämänlaatua ja huonontaa psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. (Hartikainen & Lönnroos 2008,190; Kalso, Vainio, Haanpää, Aho 2009; RAI-käsikirja 2004, 95-96.)

Kipua arvioidaan RAI:n mukaan kysymällä, useamman kerran erilaisissa tilanteissa ja havainnoimalla ikääntyneen käyttäytymistä ja olotilaa, esimerkiksi ilmeitä ja eleitä, sillä toisinaan asukkaan on vaikea kipua ilmaista sanallisesti. Kipua kuvaillaan RAI:ssa asteikolla 0-3 - mitä pienempi arvo, sitä vähemmän kipua (Taulukko 6). Mittarissa arvioidaan myös asiakkaan kivun tiheyttä ja voimakkuutta. (RAI-käsikirja 2004, 94-95.) Kivun hoidossa etenkin iäkkäillä on hyvä muistaa kivun lääkkeettömät hoidot mahdollisuuksien mukaan. Lääkkeetön kivunhoito voidaan toteuttaa useimmilla fysioterapeutin käyttämällä keinoilla, esimerkiksi lämpö- tai liikehoidoilla. Kivun lääkkeellisen hoidon vaikutusten seuranta on tärkeää. (Käypä hoito 2016.)

Kipu-mittarin arvo	Arvon kuvaus
0	Ei kipuja
1	Kipuja harvemmin kuin päivittäin
2	Kipuja ajoittain, kohtalainen kipu
3	Kipuja päivittäin, ajoittain vaikea, sietämätön kipu

Taulukko 6: Kipua kuvaava asteikko RAI-mittarin mukaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016)

3.2.6 Kuntoutumista edistävän hoitotyön arvioiminen ja mittaaminen

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on RAI:ssa mitattavaa hoitajan toimintaa, joka tukee tai parantaa asiakkaan maksimaalista, omatoimista selviytymistä, ja johon ei kuulu terapeuttien toiminta. Asukkaan kuntoutumista edistävä kuvataan RAI:ssa mittarilla Nrehab (Nursing Rehabilitation), johon kuuluu 11 erillistä tarkasteltavaa toimintoa (Taulukko 7).

Toimintoa kuvaavan summamuuttujan arvo voi vaihdella asteikolla 0-77. Arvo on sitä suurempi, mitä enemmän kuntoutumista edistävää hoitotyötä esiintyy. Yksittäinen arvo 0-7 koostuu hoitajan arvioista, kuinka paljon asukkaalle on annettu kuntoutumista edistävää hoitotyötä viimeisen seitsemän vuorokauden arviointiaikana. Asteikossa 0 = alle 15min viimeisen seitsemän vuorokauden aikana, 1= yhtenä päivänä viikossa yli 15min, 2= kahtena päivänä yli 15min jne.

Hoitajan suorittamaan kuntoutumista edistävään hoitotyöhön kuuluu mm. passiivinen liikehoito. Liikkeessä asukas ei avusta, vaan hoitaja tekee liikkeen. Passiivinen ja aktiivinen liikehoito on Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa kirjattu hoitotyön suunnitelmaan liikuntaterapiasuunnitelmaksi. Aktiivista liikehoitoa ovat kaikki moniammatillisessa tiimissä sovitut harjoitteet, jotka liikuntaterapiasuunnitelma pitää sisällään. (RAI-käsikirja 2004, 123.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö	Arvo
Passiivinen liikehoito	0-7
Aktiivinen liikehoito	0-7
Avustaminen lastan tai tuen käytössä	0-7
Vuoteessa liikkuminen	0-7
Siirtyminen	0-7
Käveleminen	0-7
Pukeutuminen tai siistiytyminen	0-7

Syöminen tai nieleminen	0-7
Amputaatio/proteesin hoito	0-7
Kommunikaatio	0-7
Muu	0-7

Taulukko 7: Kuntoutumista edistävän hoitotyön osa-asteikko (RAI-käsikirja 2004, 123)

Mitä suurempi arvo on, sitä enemmän hoitajien antamaa kuntoutusta asiakas on saanut seitsemän vuorokauden tarkkailujakson aikana. Mittarin arvo yksinään ei anna kuvaa asukkaan tilanteesta, vaan mittarin yhteydessä on aina tarkasteltava asukkaan kuntoutumistilannetta kokonaisuudessaan. (RAI-käsikirja 2004, 123.)

Hoitaja osallistuu usein asukkaan päivittäisiin toimintoihin ja havainnoi asukkaan toimintakykyä vaihtelevissa tilanteissa. Hoitaja tunnistaa asukkaansa voimavarat ja tilanteet, joissa hän näkee riskejä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö tukee asukkaan omatoimisuutta ja jäljellä olevia voimavaroja. Hoitaja on usein asukkaan päivittäisissä toiminnoissa mukana, mutta tarjoaa fyysistä apuaan vasta, kun asukkaan omat voimavarat eivät riitä. (RAI-käsikirja 2004, 123.)

3.2.7 Painon arvioiminen ja mittaaminen

Painoindeksi eli BMI (Body Mass Index) lasketaan jakamalla asukkaan paino (kg) pituuden neliöllä (m²). Jos BMI ylittää arvon 25, mutta jää alle 30, puhutaan ylipainosta, ja jos BMI ylittää arvon 30, on kyse lihavuudesta, kuten Taulukossa 8 on esitetty (Ukk- instituutti 2015). Ravitsemustilaa arvioidaan laitoshoidossa myös Mini Nutritional Assessment -mittauksilla (MNA), johon kuuluu hoitajan arvio asukkaan ravitsemustilasta sekä olkavarren ja pohkeen mittaus. Kehittämistyössä painoindeksi määritellään Ukk- instituutin virallisen painoindeksitaulukon mukaan. Työssä viitataan Valtion Ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin ikäihmisen painon määrittelyyn.

Pitkäaikaisosastolla asukkaalle optimaalisen BMI:n määrittely on haastavaa. Ikääntyessään ihmisten pituus lyhenee jopa 3-8 cm noin 80 ikävuoteen mennessä, ja kehon koostumus muuttuu selkärangan painuessa kumaraan ja sisäelinrasvan määrän kasvaessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 39). Pieni ylipaino on hyväksi ikääntyneelle (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 40). Painoindeksi voi siis olla ikääntyneillä ihmisillä hiukan korkeampi kuin nuoremmilla, ilman että siitä olisi terveydelle haittaa. Yli 65-vuotiailla ihannepainon painoindeksialue on 24-29, kun se nuoremmilla on 20-25. Dementian ensimmäisiä merkkejä on usein tahaton laihduminen, mikä johtuu syödyn ruoan määrän vähenemisestä ja nälän tunteen tunnistamisen unohtamisesta. (Suomen muistiasiantuntijat 2010, 5.)

Painoindeksin arvo	Painoindeksin kuvaus
BMI < 18,5	Alipaino
BMI < 18,5-24,9	Ihannepaino
BMI < 25-29,9	Lievä lihavuus
BMI < 30-39,9	Vaikea lihavuus
BMI > 40	Sairaalloinen lihavuus

Taulukko 8: Painoindeksin arvon määrittely (Ukk-instituutti 2015)

Ikääntyminen ei itsessään heikennä ravitsemustilaa, mutta sairauksien vuoksi ravinnonsaanti voi jäädä normaalia vähäisemmäksi. Toipuminen vaikeutuu ja hidastuu, jos ikääntynyt menettää painoa ja ravintoainevarastojaan merkittävästi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Valtioneuvoston tasolla on kesäkuussa 2008 annettu liikuntaa ja ravintoa koskeva periaatepäätös. Se sisältää tavoitteita ja kehittämisen painopisteitä myös ikääntymiseen liittyen. Periaatepäätöksen mukaan ikääntyneiden ravitsemustilan seuranta tulisi sisällyttää palvelujärjestelmän toiminnan tavoitteisiin ja ikääntyneille tulisi olla tarjolla laadukkaita ravitsemuspalveluja. Suosituksen mukaisesti ammattihenkilöstön tulisi seurata ikääntyneen painoindeksiä ja ravinnonsaantia ja kirjata siitä asianmukaisesti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 29-31.) Tavoitteena on myös yhdenmukaistaa hyviä käytäntöjä ravitsemusasioissa. Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa asukkaiden painonlaskua ja alhaisia painoindeksilukuja (BMI on alle 20) on seurattu tarkasti vuodesta 2006 lähtien, jonka vaikutuksesta liian alhaiset painoindeksit ovat vähentyneet (Finne-Soveri ym. 2014, 60).

3.3 Moniammatillisuus työyhteisössä

Työtä tehdään harvoin aivan yksin. Kuuntelemalla muita voi saada omaan työhön merkittävän paljon lisäarvoa ja erilaista näkökulmaa. Tietotekniikan ja toimintaprosessien kehittymisen myötä tarvitaan laaja-alaisempaa näkemystä ja työn luonnekin on useammalla alalla muuttunut yksin tekemisestä monialaisempaan tiimityöhön. Moniammatillinen yhteistyö perustuu toisen ammatin edustajan ammattitaidon arvostamiseen. Holistinen, kokonaisvaltainen näkökulma asiakkaan tarpeisiin tuo merkittävästi hyötyä moniammatilliseen toimintaan osastolla eikä yhden alan asiantuntijan näkemys enää riitä esimerkiksi ikääntyneiden palveluiden tuottamiseen. (Katajamäki 2010, 13.)

Holistinen ihmiskuva ja moniammatillinen yhteistyö kuuluvat yhteen myös Pohjolan ja Mikkelsonin artikkelissa (Pohjolainen & Mikkelson 2015, 1). Moniammatillisuus kuvataan siinä ainakin kahden eri viitekehyksestä tulevan ammattilaisen yhteistyönä ja osana nykyaikaista lääkinnällistä ja ammatillista kuntoutusta. Hoidon toteuttaminen on dynaamista eli muutoksiin

reagoidaan asiakaslähtöisesti ja vuorovaikutuksellisesti. Artikkelissaan he muistuttavat, että tiimin kokoonpano vaihtelee kuntoutujan tarpeiden mukaan, mutta riippuu myös organisaation resursseista.

Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa lääkäreitä ja toimintaterapeutteja on asukasmäärää kohden vähän, mutta nämä ovat aina tavattavissa pyydettyinä. Hoito ja kuntoutus vaativat usein monen asiantuntijan prosessinomaista työpanosta ja tällöin moniammatillisuus parantaa toiminnan laatua (Pohjolainen & Mikkelsen 2015, 1). Moniammatillisuus ja tiimityö ovat kuntoutuksellekin tyypillisiä ja sopivia piirteitä. Moniammatillisen yhteistyön on katsottu olevan perusta onnistuneisiin kuntoutumistuloksiin (Pohjolainen 2009, 2).

Työskentely moniammatillisessa tiimissä edellyttää motivoituneisuutta, yhteistyökykyä ja käytännön kokemusta yhteistyöstä (Roivas & Karjalainen 2013, 153). Kirjassaan Roivas ja Karjalainen korostavat asiantuntijuutta, taitoa poimia olennaiset asiat asiakkaan hoidossa ja kykyä ilmaista itseään selkeästi työryhmässä. Moniammatillisuudessa pyritään yhteisiin ratkaisuihin ja uusien asioiden oppimiseen toisen ammattitaitoa kuunnellen.

Tässä opinnäytetyössä määritellään moniammatillinen yhteistyö Isoherrasen (2008) mukaan asiakaslähtöisenä, tietoon perustuvana vuorovaikutusprosessina fysioterapeutin ja hoitajien välillä. Kaarina Isoherranen on perehtynyt moniammatillisen yhteistyön tutkimiseen jo vuosikymmenien ajan. Hän määrittelee termin kirjassaan (2008, 34) seuraavasti:

"Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas-/potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsu. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuisista. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovitulla välineillä ja/tai foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas ja/tai hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa."

Moniammatillinen työ toteutuu parhaiten, kun työryhmä koostuu ammattitaitoisista ja koulutetuista, yhteistyötaitoisista ja vastuullisesti toimivista oman alansa asiantuntijoista. Moniammatillisen työryhmän tehtävä pitkäaikaisosastolla on muistisairaahan asukkaahan kokonaisvaltainen hyvinvointi, sen edistäminen ja tukeminen. Moniammatillisuuden laadukkuutta arvioitava kansallinen muistiohjelma 2012-2020 julkaistiin vuonna 2011. Se korostaa hoitotyössä toimivien henkilöiden perus- ja täydennyskoulutusta sekä perehdytyksestä saatavaa tietoa. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari, Forder 2014, 15, 23-24.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän kehittämistyön perustana on Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen erään osaston pitkäaikaisasukkaiden RAI-arvoihin perustuva kuntoutusprojekti. Osaston projekti toteutettiin ajalla 1.10.2014 - 31.3.2015. Kehittämistyön tarkoitus on arvioida moniammatillisesti toteutetun kuntoutusprojektin vaikutusta asukkaiden RAI-tuloksiin. Kyselylomakkeen avulla on tarkoitus selvittää kuntoutusprojektiosaston hoitajien näkemystä moniammatillisesta kuntouttavasta yhteistyöstä ja kuntoutusprojektin toteuttamisesta.

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää moniammatillista kuntouttavaa yhteistyötä osastolla. Työn tuloksena esitetään kehittämissuunnitelmia osaston moniammatillisen kuntouttavan työn tehostamiseksi.

Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen RAI-yhdyshenkilö ja kuntoutusprojektin yhdyshenkilö kuvaili kuntoutusprojektin tavoitetta ja tarkoitusta seuraavasti:

”...käyttää hyväksi RAI:sta saatavaa kuntoutumis- ja voimavaraluokitusta siten, että terapia ja hoitajien antama kuntoutus sekä aktiviteetit kohdistuvat heille, jotka siitä hyötyvät.”

”... selvittää, miten muistisairaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja kuntoutumista (fyysistä, psyykkistä, sosiaalista) voidaan lisätä suunnitelmallisella, moniammatillisella yhteistyöllä RAI - arviointien pohjalta.”

Työn tavoitteeseen pyritään vastaamaan seuraavien tutkimuskysymysten kautta:

1. Miten toteutettu suunnitelmallinen terapia ja sen kohdentaminen vaikuttaa kuntoutusluokka 1:een kuuluvan asukkaan RAI-mittareiden arvoihin?
2. Miten musiikkitoiminta vaikuttaa kuntoutusluokka 3:een kuuluvan asukkaan RAI-arvoihin?
3. Miten hoitaja tulkitsee käsitteen "kuntouttava hoitotyö" ja minkälaisena hoitajat kokiivat kuntoutusprojektin?
4. Millaisiin asioihin hoitaja odottaa fysioterapeutin keskittyvän työssään moniammatillisuuden ja osaston yhteistyön näkökulmasta?

5 Kehittämistyön menetelmien kuvaus

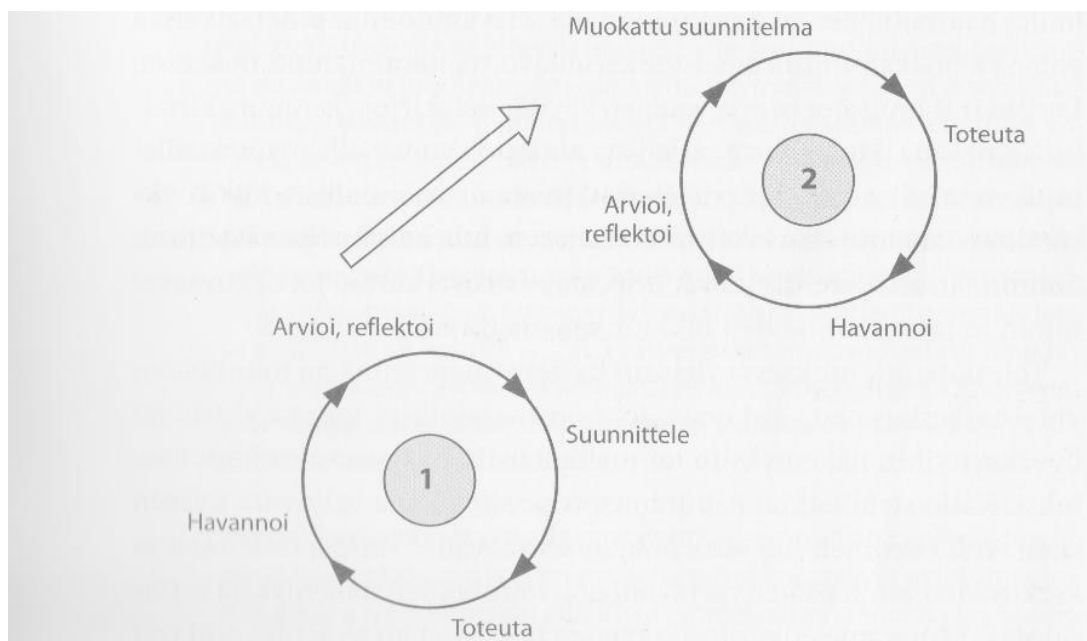
5.1 Toimintatutkimus kehittämisen tukena

On tyypillistä, että toimintatutkimuksen kohteena on ihmisten tai organisaation toiminnan muuttaminen. Toimintatutkimuksessa pyritään samanaikaisesti tuottamaan tutkittua tietoa ja saamaan aikaan muutoksia käytännön toimintaan. Muutos pyritään viemään käytäntöön ja arvioimaan sitä todellisen toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Toimintatutkimuksen oletettu muutos saattaa jäädä myös toteutumatta ja se on tälle tutkimusmetodille ominaista. (Tiainen, Aittoniemi, Haukijärvi, Yli-Karhu 2015, 2.)

Toimintatutkimuksen prosessi kuvataan tässä opinnäytetyössä Ojasalon, Moilasen ja Ritalahden (2009) mukaan iteraatiokierrosten mukaisesti, täydentäen iteraation vaiheita Tiaisen ym. (2015) syklien sisällöllisillä kuvauksilla.

Toimintatutkimukseen sisältyy toimintaa tekevien henkilöiden aktiivinen osallistaminen kehittämistyöhön sekä yhteistyö ja vuorovaikutuksen mahdollistavat erilaiset menetelmät, kuten esimerkiksi työpajat (Ojasalo ym. 2009, 38). Uudet, toimivat käytännön ratkaisut syntyvät olennaisten vaikuttajien ja työn luonteen ymmärtämisestä ja aidosta yhteistyöstä. Ojasalo ym. (2009, 40-42) suosittelevat käytettäväksi useampaa eri menetelmää runsaan ja monipuolisen aineiston aikaansaamiseksi. He mainitsevat kirjassaan tyypillisiä toimintatutkimuksissa käytettäviä menetelmiä, kuten analyysi ja kysely, joita käytettiin tässäkin kehittämistyössä käytettyjä aineistonkeruumenetelminä.

Toimintatutkimukselle ominaista ovat myös niin sanotut iteraatiokierrokset, joita yhdessä kehittämistyössä on tavallisesti useampia (Kuvio 4). Yksi iteraatiokierros sisältää useamman laadukkaalle tutkimustoiminnalle olennaisen vaiheen ja vaiheet yhdessä muodostavat kehittämistyön yhden osion kuten esimerkiksi kyselyn toteuttamisen.



Kuvio 4: Iteraatiokierrokset toimintatutkimuksen etenemisen kuvaajana (Ojasalo ym. 2009)

Iteraation alussa tehdään ongelman määrittely. Samalla kuvataan työhön liittyvä olennainen osa nykytilanteesta ja pyritään määrittelemään konkreettinen ongelma tai käytännön haaste, johon kehittämistyöllä etsitään vastauksia. Työn haasteiden parhaimmat tuntijat ovat kohdeorganisaation työntekijät. Ajankohtainen tutkimustieto auttaa tässä vaiheessa selkeyttämään tutkimustoimintaa ja arvioimaan kehittämistehtävän ratkaisuun sopivia tutkimusmenetelmiä. (Tiainen ym. 2015, 5.)

Toinen vaihe iteraatiossa on toiminnan toteuttaminen, kun taas kolmas vaihe havainnoi toimintaa eli käytettävää tutkimusmenetelmää kokonaisuudessaan. Kehityssyklin viimeinen, neljäs vaihe, on toiminnan arviointi. Arviointi on toiminnan tulosten käsittelyä ja analysointia. Arviointia tukee tulosten lisäksi tuloksiin liittyvä keskustelu. (Tiainen ym. 2015, 10.)

Arviointivaihe ohjaa toimintaa kohti seuraavaa iteraatiovaihetta tai muuttaa toimintaa kehittämisideoiden mukaisesti kohti toivottavaa tilaa. Toimintatutkimuksessa tutkija pääsee testaamaan tieteellistä osaamistaan käytännön tilanteissa. Erilaisia menetelmiä käyttäen on mahdollista löytää käytännön työstä ongelma-alueita ja toimintamalleja, joita ei päivittäisessä toiminnassa näy tai keskusteluissa tule ilmi. (Ojasalo ym. 2009, 30-38.)

5.2 Aineistonkeruumenetelmät

5.2.1 RAI määrällisenä aineistonkeruumenetelmänä

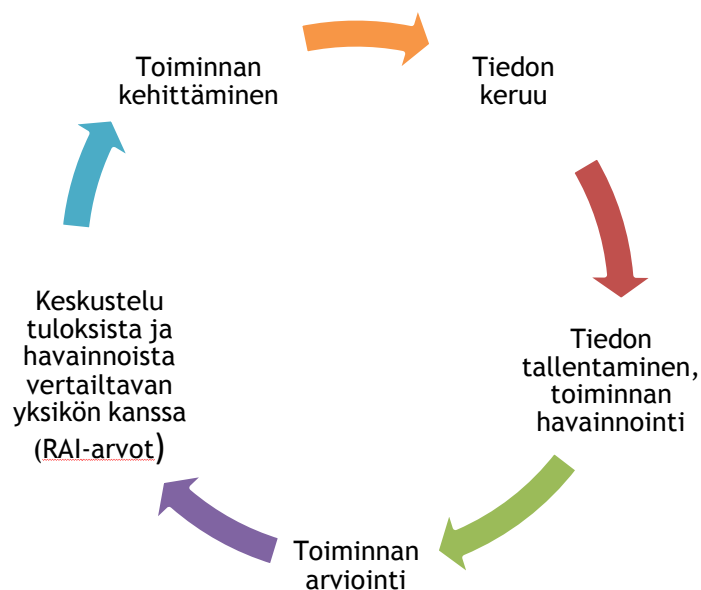
Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on yksi tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntauksista. Määrällinen tutkimus perustuu numeerisen tiedon keräämiseen ja kerätyn aineiston

tilastomatemattiseen analyysiin. Sen avulla tutkimuskohde kuvataan ja tulkitaan tilastojen ja numeroiden kautta. Määrällisen tutkimuksen avulla voidaan selittää vertailuihin ja numeerisiin tuloksiin perustuvia ilmiöitä, ja se myös mahdollistaa erilaisten luokittelujen tekemisen sekä syy- ja seuraussuhteiden arvioinnin. (Rantanen 2013; Jyväskylän yliopisto 2015.)

Määrälliseen menetelmäsuuntaukseen sisältyy runsaasti erilaisia laskennallisia ja tilastollisia analyysimenetelmiä, joiden avulla pyritään tarkastelemaan tutkimuksen käsitteitä muuttujina ja käsitteiden välisiä suhteita muuttujien välisinä riippuvuuksina. Muuttujien riippuvuuksia tutkija esittää sopivilla malleilla. (Jyväskylän yliopisto 2015; Tuomivaara 2005, 35.)

Tässä kehittämistyössä määrällinen tutkimus perustuu kuntoutusprojektin RAI-tuloksiin. Seuranta-aikana dokumentoidut hoitajien kirjaamat RAI-tunnusluvut kerätään ja taulukoidaan Exceliin. Excelissä numeraalisesta aineistosta laaditaan kuvaajia, joilla kuvataan eri tekijöiden riippuvuussuhteita toisiinsa regressiosuoralla. Tulosten avulla käsitetään osaston asukkaiden voinnin keskiarvoa ja yleistä trendisuuntaa, jonka voidaan ajatella olevan yhteydessä kuntoutusprojektiin.

Hoitotyössä laatua on haastavaa arvioida. Vertailu tuo laadun arviointiin arvokkaan lisätyökäulun, mutta vaatii tuotettua tietoa toiminnan kehittämiseen (Sairaanhoitajaliitto 2008, 89). Vertailu, sen englanninkielinen termi benchmarking, on tehokas ja luotettava menetelmä kehittämistarpeiden sekä parhaiden käytäntöjen tunnistamisessa. Vertailemalla esimerkiksi RAI-tuloksia asukasrakenteeltaan samankaltaisten osastojen välillä voidaan subjektiivisesti osoittaa hyvien käytäntöjen tulokset ja jakaa hyviä käytäntöjä, joista huomataan syntyvän laadullisia tuloksia (Kuvio 5). Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa vertailutietoa on käytetty oman toiminnan arviointiin yksiköissä ja myös oman hoidon laadun tason kartoittamiseen verrattuna muihin samankaltaista hoitoa antaviin yksiköihin. RAI:sta kerätyt tulokset toimivat myös raportoinnissa omassa organisaatioissa ja päättäjille suuntaan. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 20.)



Kuvio 5: Vertailukehittämisen prosessi, mukaeltu Benchmarking-menetelmäkortti (Tykes 2013)

Vertailukehittäminen on saamassa jalansijaa terveydenhuollossa. Vertailukehittäminen motivoi ja kannustaa laadukkaaseen työhön, sen kehittämiseen sekä omalta osaltaan myös toiminnan kirjaamiseen ja taltiointiin. (Sairaanhoitajaliitto 2008, 89; Itkonen ym. 2007, 8-11.) Vertailutieto kertoo yksikölle, millä osa-alueella hoito on laadukasta ja missä on vielä parannettavaa, sekä auttaa näkemään oman yksikön tilan muiden joukossa (Sairaanhoitajaliitto 2008, 91-92). Vertailukehittämisen toiminnan idea on oppia itseään paremmalta ja se kannustaa läpinäkyvään vertailuun, jossa arvioista voidaan puhua avoimesti. Vertailukehittäminen tukee tiedon jakamista alan keskuudessa ja edesauttaa kehitystyön ja sen arvioinnin jatkuvuutta. (Sairaanhoitajaliitto 2008, 19.)

Aritmeettinen keskiarvo on koulutodistuksestakin tuttu, tilastotieteen käytetyin keskiluku. Keskiarvo kuvaa havaintoarvoja, mitkä syntyisivät mitattavan ominaisuuden jakamisesta tasan kaikkien havaintoarvojen kesken. (Tilastokeskus 2016; Nummenmaa, Holopainen, Pulkkinen 2014, 74-74.) Muista poikkeavat havaintoarvot vaikuttavat merkittävästi keskiarvoon eli yksittäiset todella pienet ja todella suuret arvot heilauttavat keskiarvoa huomattavasti, etenkin pienessä otoksessa (Holopainen & Pulkkinen 2002, 84-85). Keskiarvon avulla kuvailtu havaintoarvo tiivistää havaintoarvot yhteen aineistolle tunnusomaiseen lukuarvoon ja havaintoarvo voidaan sen avulla kuvailla hyvin lyhyesti (Opetushallitus 2010). Tässä kehittämistyössä keskiarvoja käytetään sekä kuntoutusprojektin RAI-tulosten kehityksen arviointiin, että kyselyn tulosten esittämiseen.

Kahden muuttujan yhteyden tai riippuvuuden voimakkuutta kuvataan usein korrelaatiokertoimella. Korrelaatiota arvioidaan myös kokonaisuudessaan hajontakuvasta, jotta saadaan täs-

mällisempi tulkinta (Vehkalahti 2014, 77). Regressiosuora ilmentää lineaarista riippuvuutta ja sen avulla voidaan ennustaa kahden muuttujan välinen yhteys (Nummenmaa ym. 2014, 237). Lineaarinen regressioanalyysi on monikäyttöinen ja yksinkertainen tapa esitellä malleja, mitkä kertovat kahden muuttujan yhteydestä tai riippuvuudesta toisiinsa (Nummenmaa ym. 2014, 236). Tässä kehittämistyössä pyritään ymmärtämään fysioterapiakertojen ja RAI-tulosten muutosten riippuvuutta regressiosuoralla.

5.2.2 Kysely

Kysely sopii tutkittavaan tilanteeseen, jossa aihealue on tuttu, mutta siihen liittyviä osioita halutaan täsmentää ja varmistaa niiden paikkansa pitävyys. Kysely sopii hyvin jo tehdyn toiminnan arviointiin. (Ojasalo ym. 2009, 41.) Vehkalahti (2014, 11) määrittelee kyselytutkimuksen kirjassaan yksinkertaisesti tutkimukseksi, jossa tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen erottaa haastattelusta se, että lomakkeen toimitava ilman haastattelijalta saatavaa apua ja ohjeistusta.

Kyselyiden avulla aineisto kerätään standardoidusti eli vakioidusti kyselylomakkeella (Hirsjärvi & Hurme 2000, 189-193). Vakioimisella tarkoitetaan, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään sama asiasisältö täsmälleen samalla tavalla. Kyselyn käsittelemä tutkimusalue tulee olla suppea ja tutkimuskysymykset tarkkaan rajattuja. Kyselylomakkeessa kysytyt asiat tulee perustaa tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen ja niiden valinnat tulee vastata tutkimuksen tavoitteita. Kohderyhmän tunteminen on tärkeää, sillä kysymykset tulee muotoilla tavalla, mikä on vastaajalle tuttu. (Vilkkä 2009, 73-87.) Kyselylomakkeeseen vastaavien ajatusmaailma voi yllättää ja siksi kyselyn selkeys suositellaan esitettäväksi ennen varsinaista kyselyä esimerkiksi pienemmällä otannalla (Pahkinen 2012, 216-222).

Kyselytutkimuksessa mittari tarkoittaa kokoelmaa, mikä koostuu kysymyksistä ja väitteistä. Mittarilla pyritään mittaamaan esimerkiksi asenteita tai arvoja. Kyselyaineisto voi koostua mitatuista luvuista ja numeroista, jolloin se on enimmäkseen määrällistä tutkimusta. Sanallisesti kyselytutkimuksessa voidaan antaa täydentäviä vastauksia kysymyksiin, joiden numeraalinen esittäminen ei kuvaisi tarpeeksi haluttua asiaa. (Vehkalahti 2014, 25.) Tässä kehittämistyössä käytetty asteikko, Likert, on yleinen asteikko määrällisen aineiston keräämisessä. Likertin asteikko tunnetaan viisiportaisena (täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei eri eikä samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, samaa mieltä). Asteikko antaa käsityksen vastaajan näkemyksestä aiheeseen. (Vehkalahti 2014, 35.)

Kyselylomakkeessa voi olla sekä avoimia, että suljettuja osioita. Vapaamuotoinen vastaus soveltuu avoimiin osioihin ja usein ne ovat merkittävä osa kehittämistyötä. Ilman avovastauksia osa tutkimuksen kannalta tärkeästä tiedosta voisi jäädä havaitsematta, sillä suljetun osion vastausvaihtoehdot on annettu lomakkeessa valmiiksi. (Vehkalahti 2014, 11-25.)

Kyselyn avointen osioiden sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisenä tai teorialähtöisenä. Tutkijan tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jonkinlainen punainen lanka, logiikka ja tietynlainen tarina, jonka mukaan aineiston tiivistäminen on mahdollista. Sisällönanalyysi on keino järjestää aineisto tiiviiksi ja selkeäksi. (Ojasalo ym. 2009, 121; Vilka 2009, 140.) Sisällönanalyysin tarkoituksena on lisätä informaatiota ja saada selkeyttä aineistoon. Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen tutkija päättää millaista logiikkaa lähtee aineistosta etsimään. Logiikka voi perustua tutkimuksen asiansoihin tai teoreettiseen viitekehykseen. Tutkimusaineistoa pyritään kuitenkin lähes aina pelkistämään ja aineistoon tutustutaan aluksi yleisesti ja varmistetaan, että aineisto on tutkimukseen sopivaa. (Vehkalahti 2014, 51.)

Metsämuuronen (2003, 198) esittelee kirjassaan Syrjäläisen (1994) sisällön analyysin vaiheet. Aineistoon tutustumisen jälkeen tehdään aineiston karkea luokittelu keskeisimpiin teemoihin. Johtopäätöksiin ja aineiston tulkintaan päädytään monien eri vaiheiden jälkeen, joihin kuuluu käsitteiden täsmennys, kyseessä olevien ilmiöiden toteaminen ja niiden kyseenalaistaminen aineiston avulla. Tällainen ydinkategorioiden käyttö on yleistä laadullisessa sisällönanalyysissä. (Metsämuuronen 2003,198.)

5.2.3 Työpaja

Työpaja on työpaikalla toteutettava henkilökunnan yhteinen "aivoriihi", jonka tavoitteena on työn kehittäminen ja sitä kautta myös työhyvinvoinnin tukeminen. Työpaja on vapaaehtoinen, ja osallistava keskustelu- ja ideointitilaisuus, jolla pyritään korostamaan työntekijöiden vastuuta oman työnsä hallinnassa ja kehittämisessä. Työntekijälle ja työyhteisölle on tärkeää ymmärrys ja tunne siitä, että he voivat vaikuttaa omaan työhönsä ja sen vuoksi jokaisen työntekijän olisi tärkeää muodostaa oma näkemys työn nykytilaa ja sen väistämättömiä muutoksia kohtaan (Schaupp, Koli, Kurki, Laurinaho 2013, 92-95).

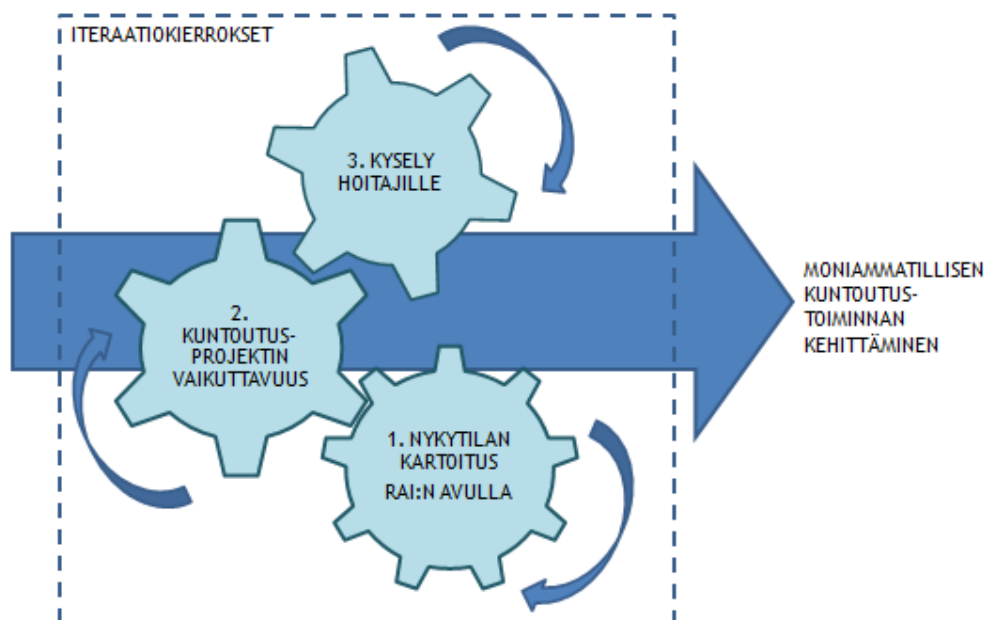
Työpajassa ennalta rajattu tai valmiiksi annettu ongelmanasettelu helpottaa aiheen käsittelyä ja tuottaa konkreettisia tuloksia. Työpajassa voidaan keskustella yksittäisistäkin haasteista ja parannusehdotuksista. Yksittäiseksi haasteeksi voidaan nähdä myös työilmapiirin parantaminen keskustelemalla yhteisistä säännöistä. Niin sanotussa muutostyöpajassa ongelman ratkaisu ja tavoite ei välttämättä liity yksittäiseen asiaan, vaan pajaan osallistuvat ovat mukana määrittämässä työhön liittyviä haasteita ja kehittämisideoita. Muutostyöpajan seurauksena voi syntyä muutostarvetta tai muutoksia laajemminkin työpaikan toimintaan liittyen. Tekesin (2010, 1-2) tutkijoiden laatiman Muutospajaohjauksen oppaan mukaan, työpajatyöskentelyssä merkittäviä asioita ovat yhteinen aika ja työn analysoinnin sekä kehittämisen välineet. Yhdessä arvioiminen ja kehittäminen suuntaavat kehittämistoimet työhön ja sen muutoksiin, jolloin yksilölliset ja syyllistävät katsantokannat voidaan ohittaa.

Työpajan tuloksena syntynyt aineisto tuottaa johdolle tärkeää tietoa henkilökunnan eli yksilöiden ja työyhteisön monipuolisista näkemyksistä työtä kohtaan. Työpajan tavoitteena onkin lisätä läpinäkyvyyttä ja vuorovaikutusta organisaatiossa sekä henkilöstön motivaatiota ja työhyvinvointia (Tekes 2010, 1-2; Schaupp ym. 2013, 92-95). Tässä kehittämistyössä työpajojen tavoitteena on virittää keskustelua kuntoutusprojektin ja kyselyn tulosten pohjalta. Keskustelulla pyritään aktivoimaan hoitajia ajattelemaan osaston kuntoutustoiminnan nykyistä tilaa ja visioimaan yhdessä realistisia toimintatapoja yhteistyön ja aktiivisen toiminnan kehittämiseksi.

6 Kehittämistyön toteutus

6.1 Kehittämistyön eteneminen

Kuntoutusprojekti oli Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen RAI-asiantuntijan ja osastonhoitajan ideoima. Kuntoutusprojektin teoreettisena viitekehysenä ja innoittajana toimi Vähäkankaan, Niemelän ja Noron (2012) kehittämä kuntoutumis- ja voimavaraluokitus ja kuntoutuksen kohdentaminen. Kuntoutusprojektin toteuttaneen osaston asukkaat jaettiin RAI-arviointien mukaan kolmeen kuntoutumisluokkaan. Tätä kehittämistyötä on kuvattu toimintatutkimukselle ominaisten iteraatiokierrosten avulla Kuviossa 6.



Kuvio 6: Kehittämistyön kulku kuvattu iteraatiokierrosten avulla

Iteraatio 1 eli asukkaiden toimintakyvyn nykytilan kuvaus muodostettiin osaston viimeisimmistä RAI-tuloksista ennen kuntoutusprojektia. Nykytilan kuvaus koostui kuudesta RAI-mittarista. Mittareina toimivat päivittäinen fyysinen suoriutuminen ADL28, kognitiivinen toimintakyky

CPS, sosiaalinen toimintakyky SES, kipu, kuntoutumista edistävä hoitotyö Nrehab ja painoindeksi BMI.

Iteraatio 2 eli kuntoutusprojektin vaikutuksen arviointi. Kuntoutusprojekti toteutettiin osastolla ennen tämän opinnäytetyön alkamista. Toiminnan organisaattorina osastolla toimi osastonhoitaja. Kuntoutumislukkaan 1 kuuluville osaston 8 asukkaalle järjestettiin säännöllistä fysioterapiaa viikoittain yksilö- ja ryhmämuotoisesti. Asukkaita myös tuettiin osallistumaan talon yhteisiin ryhmiin ja tapahtumiin osaston ulkopuolella Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen muissa tiloissa. Kuntoutumislukkaan 1 kuuluvat osallistuivat fysioterapeutin toteuttamaan tasapaino- ja voimaharjoitteluryhmään kerran viikossa. Asukkaiden, joiden havaittiin hyötyvän paremmin yksilöllisestä ohjauksesta, kävivät kerran viikossa fysioterapeutin toteuttamassa yksilöllisessä kuntoutuksessa, tehden saman ohjelman kuin ryhmäharjoittelijat. Osastolla toteutettiin ruokailuryhmä ja osa asukkaista sai toimintaterapian palveluita yksilö- tai ryhmämuotoisesti. Kuntoutumislukkaan 2 asukkaille toteutettiin kuntoutumista edistävää hoitotyötä osastolla heidän voimavarojensa mukaisesti, mutta tässä työssä kuntoutumislukkaan 2 on rajattu pois. Kuntoutumislukkaan 2 kuntouttava hoitotyö oli jo itsessään kohdennettua eikä kuntoutusprojekti tuonut tähän suurempaa muutosta.

Kuntoutumislukkaan 3 kuuluville 7 asukkaalle toteutettiin passiivista liikehoitoa hoitotoimintojen ja istumisen aikana. Kivunhoitoon ja rentoutumiseen kiinnitettiin erityistä huomioita. Kuntoutumislukkaan 3 kuuluvat asukkaat osallistuivat kaksi kertaa viikossa osastolla toteutettuun musiikkitoimintaan. Musiikkitoiminnan kautta mantra-laulun ja tuttujen sävellysten vaikutusta arvioitiin heidän ruokahaluunsa, unen määrään ja laatuun sekä yleisesti levollisuuteen. Arviot kirjattiin asiakastietojärjestelmään hoitotyön osuuteen.

Kuntoutusprojektin aikana pyrittiin tehostamaan hoitajien kuntouttavaa työtettä. Asukkaiden hoitosuunnitelmissa olevia liikuntaterapiasuunnitelmia tarkistettiin, fysioterapeutti ohjasi ryhmiä ja yksilöterapiaa kohdistetusti kuntoutumislukkaan 1 asukkaille ja hoitajat panostivat tietoisesti kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Kuntoutusprojektin tulosten ja niiden kuvaamisen jälkeen kokoonnuttiin työn kirjoittajan (osaston fysioterapeutin) fasilitoimaan työpajaan osastolla. Työpajassa virinneen keskustelun pohjalta laadittiin tässä opinnäytetyössä käytetty kyselylomake.

Iteraatioissa 3 kyselylomakkeella pyrittiin kartoittamaan hoitajien näkemyksiä osaston kuntouttavasta yhteistyöstä. Kyselylomakkeen tavoitteena oli tuoda esiin yhteistyön kehittämiskohteita. Kyselyn tulokset esitettiin seuraavassa työpajassa, jossa näkökulmana oli käytännön työn kehittäminen. Työpajoissa koottiin yhteinen käsikirjoitettu aineisto, joka sisälsi keskusteluissa nousseita teemoja ja kehittämisehdotuksia.

Kuntoutusprojektin, kyselyn ja työpajojen tulokset koottiin viimeiseksi yhteen. Ehdotuksia osaston kuntouttavan toiminnan kehittämiseen syntyi useita.

6.2 Nykytilan kuvaaminen RAI-mittareiden avulla

Kuntoutusprojektiin osallistuneet osaston 8 toimintakyvyltään hyväkuntoisinta asukasta kuuluivat RAI:n kuntoutumislukituksen mukaan kuntoutumislukkaan 1, mutta heidän toimintakyvyssään oli paljon eroavaisuuksia. RAI-tietojärjestelmästä saadut nykytilaa kuvaavat arvot kerättiin ajalta ennen kuntoutusprojektia, RAI-arvion viimeisimmästä kirjaamispäivästä (1.4.-30.9.2014 välillä) ja olivat seuraavat:

Kuntoutumislukkaan 1 asukas on keskimäärin itsenäisesti kävelevä ja hoitajan sanallisella ohjauksella ja manuaalisella ohjauksella suoriutuu päivittäisistä fyysisistä toiminnoistaan (ADL28 Ka. 15,9). Hänen kognitiivinen toimintakykynsä on lievästi heikentynyt, mutta hän keskustelee melko sujuvasti ja kykenee vuorovaikutukselliseen kanssakäymiseen sekä kuntouttavassa mielessä myös kykenee ottamaan ohjeita vastaan ja toistamaan harjoitteet pyydettyä (Ka. CPS Ka. 2,4). Asukas on sosiaalinen ja osallistuvainen ja viihtyy yleisesti ottaen ryhmässä jos on aikaisemminkin viihtynyt. Hän kykenee aloitteen tekoon, keskustelun aloituksiin ja havainnoimaan muiden tekemisiä tai tekemättä jättämiä (SES Ka. 5,1). Hänellä on jonkin verran kipua, mutta harvemmin päivittäistä tai sietämätöntä, sillä hän kykenee kertomaan kivuistaan ja kuvailemaan niitä (kipu Ka. 0,5). Hoitaja toteuttaa jonkin verran kuntoutumista edistävää hoitotyötä kuntoutumislukkaan 1 asukkaan kanssa (Nrehab Ka.10,4). Asukkaan paino on normaali, vaikka ikääntyneen painon suosituksen mukaan voisi olla runsaamminkin painoa (BMI Ka. 25,4).

Kuntoutumislukkaan 3 kuuluvan 7 asukkaan päivittäinen fyysinen suoriutuminen on toisen ihmisen varassa, RAI:n määritelmän mukaan hän on täysin avustettava päivittäisissä fyysisissä toiminnoissaan (ADL28 Ka. 28). Kuntoutumislukkaan 3 asukkaat hoidetaan usein vuoteessa, sillä heidän kykynsä hallita vartaloaan ja tasapainoaan istuessa ovat selvästi heikentyneet. Heidät siirretään voimien salliessa päivittäin istumaan geriatriseen tuoliin. Geriatrisessa tuolissa, joka mahdollistaa hyvillä teknisillä säädöillään parhaimman mahdollisen istuma-asennon ja sen säätelyn aika ajoin, asukkaan syöminen ja juominen helpottuu, hän kokee asentomuutoksia ja pääsee muiden seuraan istumaan yleisiin tiloihin ja tapahtumiin.

Asukkaiden muistisairaus on kuntoutumislukassa 3 edennyt pitkälle, mikä on merkittävästi heikentänyt puheen tuottoa ja vuorovaikutusta (CPS Ka. 6). Muistisairauden vaikutus ulottuu myös sosiaaliseen aktiivisuuteen ja aloitteen tekemiseen heikentävästi, vuorovaikutuksellinen keskustelu jää useilla hyvin vähiin (SES Ka. 0,6). Asukkaalla on keskimääräisesti hieman kipua, muttei päivittäistä ja kipu on lievää (kipu Ka. 0,4). Hoitajan toteuttama kuntoutumista edistävä hoitotyö painottuu passiiviseen liikehoitoon ja asentohoitoihin (Nrehab Ka. 6,9). Asukas

on melko inaktiivinen, hän ei liiku vuoteessa itsenäisesti ja liikkeiden hahmottaminen ja toimintojen aloittaminen on häiriintynyt, joten hoitajan antama kuntoutumista edistävä hoitotyö on haastavampaa toteuttaa. Asukkaan painoindeksi on RAI-asteikon mukaan ihannepanossa, joskin hieman muistisairaana optimaalisen painoindeksin alapuolella (BMI Ka. 22,3).

6.3 Seurantamittaukset kuntoutusprojektin vaikuttavuuden arvioinnissa

6.3.1 Kuntoutusprojektin toteutus ja aineistonkeruu

Kehittämistyö perustui toiminnalliseen osioon osallistuville asukkaille tehtyjen RAI-arvioiden tulosten analysoinnista ja potilastietojärjestelmän hoitokertomuksista. Ennen projektin alkua tulosten keräämisen sujuvoittamiseksi interventiossa mukana olleiden työntekijöiden kesken sovittiin yhteiset luvut mitä tutkitaan ja tavat, jolla havaintoja dokumentoidaan. Tällä menetelmällä taattiin aineiston kerääntyminen ja mitattavilla luvuille enemmän painoarvoa (Sairaanhoitajaliitto 2010, 94).

Hoitajien kirjaamat osaston asukkaiden RAI-arvot (ADL28, CPS, SES, kipu, Nrehab, BMI) kerättiin tutkimukseen kolmesti: ajalta ennen projektin alkua, projektin loputtua ja puoli vuotta projektin päättymisen jälkeen. Ensimmäinen keräys oli ajalta 1.4-30.9.2014. Asukkaan viimeinen mittaustulos syyskuun 2014 viimeiseen päivään mennessä kerättiin aineistoon. Seuraava mittaustulos kerättiin ajalta 1.10.14-30.3.2015 RAI eli kuntoutusprojektin aikana tehty arvio asukkaan toimintakyvystä. Viimeinen mittaustulos kerättiin ajalta 1.4.15- 30.9.2015. Viimeinen mittaustulos sisältää asukkaan toimintakyvyn arvion puoli vuotta kuntoutusprojektin jälkeen.

Kuntoutumislukon 1 asukkaat osallistuivat fysioterapeutin organisoimaan ryhmäkuntoutukseen. Ryhmien aikataulu oli sovittu osaston henkilökunnan kanssa tietylle päivälle tiettyyn aikaan. Fysioterapian ryhmät olivat säännöllisiä ja suunniteltuja ulkoilu- ja lihaskunto- sekä tasapainoryhmiä. Yksilöllinen fysioterapia järjestettiin tilanteen vaatiessa. Ryhmissä avustajana toimi myös osaston henkilökuntaa, mistä oli sovittu etukäteen. Kuntoutumislukon 1:een kuuluvien asukkaiden ADL28-mittauslukuja arvioitaessa oli tarkoitus tarkastella yksityiskohtaisemmin ADL28 osioita kohdennetun kuntoutuksen vaikutuksesta asukkaan vuoteessa siirtymiseen, osastolla liikkumiseen ja kävelyyn. Lisäarvoa kuntoutusprojektin vaikuttavuuden arvioimiselle haettiin vertailemalla tuloksia samankaltaisen osaston RAI-arvoihin.

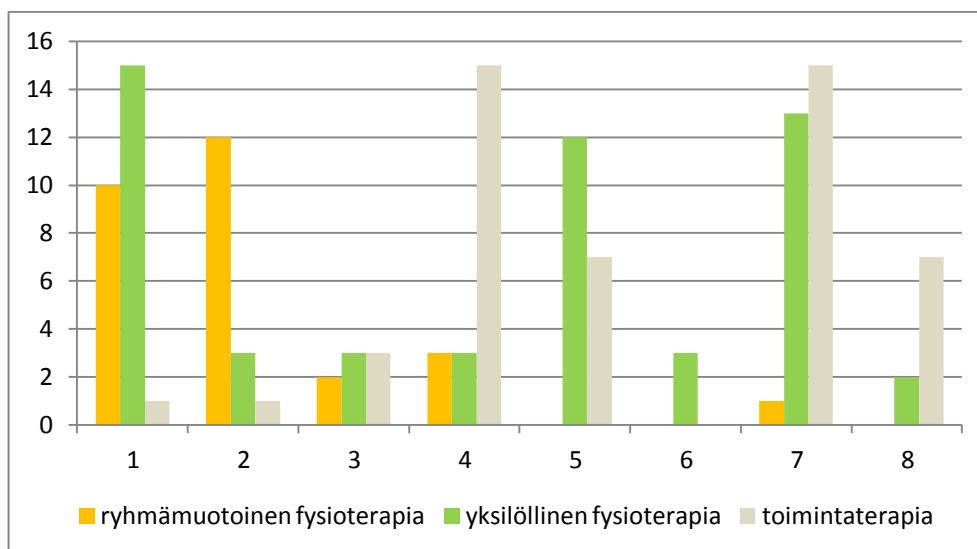
RAI-asiantuntija ja osastonhoitaja päättivät aloittaa musiikkitoiminnan osastolla intervention ajaksi. Musiikkitoimintaa toteuttava henkilö kuului väliaikaiseen henkilökuntaan ja oli käytettävissä useammalla osastolla samaan aikaan. Musiikkitoiminnan toteuttaja oli hyvin perehtynyt mantralauluun, joten musiikkitoiminta oli pääosin hänen tuottamaansa mantraa. Ajoittain musiikkitoiminnassa kuunneltiin tuttuja lauluja, esimerkiksi perinteisiä joulu- ja lastenlauluja.

Kuntoutusluokkaan 3 kuuluvat asukkaat osallistuvat kaksi kertaa viikossa järjestettyyn musiikkitoimintaan kuuntelijoina. Musiikkitoiminta oli kestoltaan 30-45 min ja toteutui kaksi kertaa viikossa maanantaisin ja torstaisin. Ryhmä toteutui omalla osastolla aina tiettyyn aikaan. Kuntoutusluokkaan 3 kuuluvien asukkaiden musiikkitoiminnan vaikutuksia heidän toimintakykyynsä ja vointiinsa arvioitiin saman vuorokauden aikana kirjatusta hoitotyön kirjauksista. Kirjauksista etsittiin etenkin levollisuuteen, uneen ja ruokahalun liittyvät huomiot. Osastolla kiinnitettiin huomiota myös asukkaiden arjen aktivointiin osastotasolla. Osaston viikoittaiseen toimintaan liitettiin ruokailuryhmä ja päivätanssit.

Analysointia varten RAI-arvot kerättiin tietojärjestelmästä osastohauulla, taulukoitiin ja myöhemmin ristiintaulukoitiin yhteenlaskettujen terapiakäyntien kanssa. Kuntoutumisloukan 1 kohdalla jokaisen RAI-mittarin tuloksista tehtiin taulukko, joka kuvastaa saatujen fysioterapiaterapiapalveluiden ja RAI:n antaman arvon keskinäistä suhdetta yksittäisen asukkaan kohdalla kuntoutumisloukittain. Kuntoutumisloukka 1:n tuloksia esitellään pylväsdiagrammina yksilöllisen toimintakyvyn kehityksen näkökulmasta sekä kuntoutumisloukan mittauskeskiarvo verrattuna verrokkiosastoon. Kuntoutumisloukan 3 tulokset esitellään yksittäisen asukkaan toimintakyvyn kehityksenä pylväsdiagrammina ja kuntoutumisloukan toimintakyvyn keskiarvoina verrokkiryhmän rinnalla.

6.3.2 Kuntoutusprojektin analyysi

Kuviossa 7 on ryhmämuotoisen ja yksilöllisen fysioterapian käyntimäärät kuvattuna kuntoutumisloukka 1:seen kuuluvien asukkaiden (x-akseli) osalta sekä toimintaterapian kirjatut käynnit projektin aikana yhteensä. Kuvioista näkee, että lähes kaikki yhtä asukasta lukuun ottamatta kuntoutumisloukasta 1 ovat osallistuneet jossain vaiheessa ryhmämuotoiseen fysioterapiatoimintaan kuntoutusprojektin aikana. Yksilöllistä fysioterapiaa ovat saaneet kaikki kuntoutumisloukka 1:een kuuluvat. Yksilöllisellä fysioterapialla saavutetaan useimmat niistäkin asukkaisista, jotka eivät sovellu ryhmämuotoiseen toimintaan esimerkiksi alentuneen kognitionsa vuoksi. Keskittymiskyvyn puute, levottomuus isossa ryhmässä ja esimerkiksi vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet (kuulo, näkö, puheen tuottamisen ja ymmärtämisen ongelmat) ovat haastavia tekijöitä ryhmäkuntoutukseen osallistumiseen. Toimintaterapiapalvelut kuntoutusprojektin aikana olivat pääosin ryhmämuotoisia, kuten esimerkiksi kulttuuriryhmä. Yksilöllisiä palveluita saattoi olla esimerkiksi ulkoilu toimintaterapeutin avustamana.



Kuvio 7: Fysioterapeutin pitämät ryhmämuotoiset ja yksilölliset käyntikerrat asukasta kohden sekä toimintaterapeutin palvelut asukasta kohden kuntoutusprojektin aikana

Taulukossa 9 esitellään kuntoutumisloukan 1 asukkaiden fysioterapiakäynnit kuntoutusprojektin aikana. Puolet asukkaista (4/8) on saanut fysioterapiaa jossain muodossa yli kymmenen kertaa kuntoutusprojektin aikana. Yksi asukas (1/8) on saanut fysioterapiaa lähes kerran viikossa, kolme asukasta (3/8) on saanut fysioterapiaa noin kerran kahteen viikkoon. Puolet asukkaista (4/8) on saanut fysioterapiaa puolen vuoden aikana vain harvakseltaan, heistä puolet (2/8) on saanut toimintaterapiaa keskimääräistä runsaammin.

Asukas	Fysioterapian määrä yhteensä
Asukas 1	25
Asukas 2	15
Asukas 3	5
Asukas 4	6
Asukas 5	12
Asukas 6	3
Asukas 7	14
Asukas 8	2

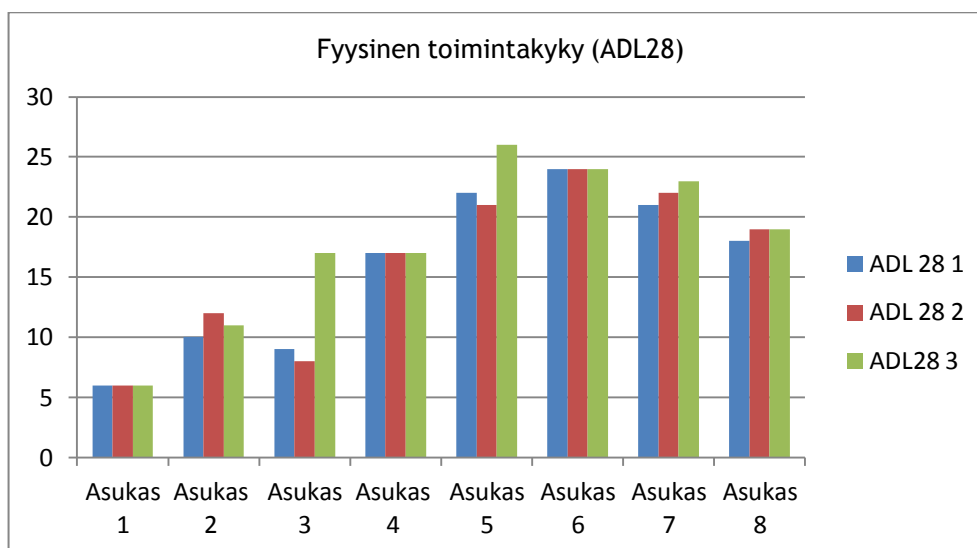
Taulukko 9: Kuntoutumisloukan 1 fysioterapiamäärät kuntoutusprojektin aikana.

Yksi (1/8) asukas on saanut veteraanikuntoutusta kuntoutusprojektia edeltävänä jaksana ja heti sen jälkeen, mikä selittää vähäisen fysioterapian määrän. Yksi (1/8) asukas kieltäytyi fysioterapiasta, hänelle toimintaterapiaryhmä oli mielekkäämpää. Kuntoutumisloukan 1 RAI-tulokset keskiarvoina seuranta-ajalta on esitetty Taulukossa 10. Taulukkomuotoon kirjatut tulokset havainnollistavat tässä kehittämistyössä käytettyjen mittareiden tulosten muutoksia seuranta-ajalla.

RAI-mittari	Ennen kuntoutuspro- jektia 1.4-30.9.2014	Kuntoutusprojektin jälkeen 1.10.2014-30.3.2015	Seurantamittaus 1.4.-30.9.2015
ADL28	15,9	16,1	17,9
CPS	2,4	2,9	3,1
SES	5,1	4,6	4,1
PAIN	0,5	0,5	0,5
NREHAB	10,4	16,5	15,9
BMI	25,4	26,4	26,2

Taulukko 10: Kuntoutumisloukan 1 kuntoutusprosessin seuranta-ajan mittaustulokset keskiarvoina esitettyinä.

ADL28 kuvaa päivittäisistä fyysisistä toiminnoista suoriutumista ja mitä korkeampi arvo on, sen heikommat ovat asukkaan fyysiset voimavarat. Kuviosta 8 voidaan nähdä, että asukkaat ovat fyysiseltä toimintakyvyltään hyvin yksilöllisiä ja fyysinen suoriutuminen on hyvin eritasoista, jopa saman kuntoutumisloukan sisällä. Osa kuntoutumisloukan asukkaista suoriutuu lähes ohjatusti päivittäisistä toiminnoista, mutta suurimmalla osalla päivittäinen avuntarve fyysisen suoriutumisen osalta on runsasta.

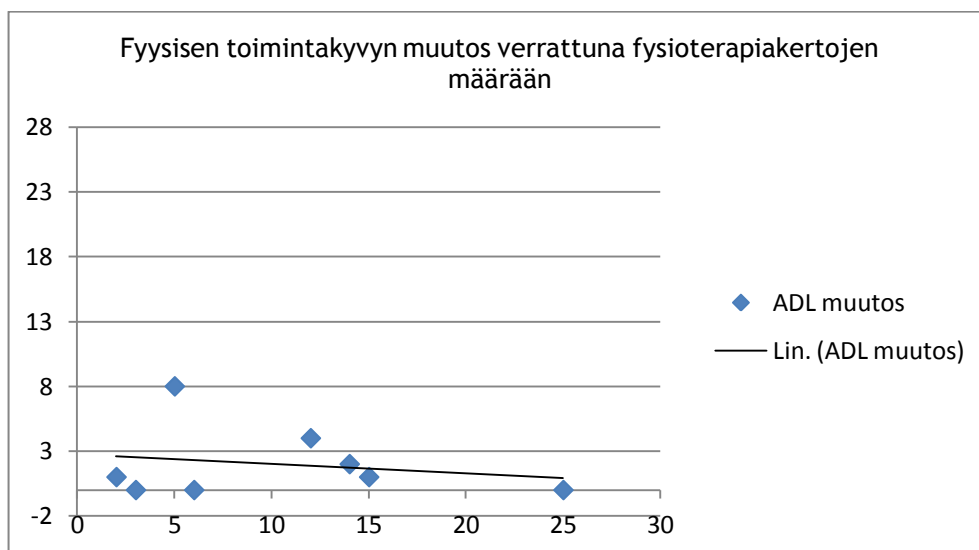


Kuvio 8: Kuntoutumisloukka 1 fyysisen toimintakyvyn (ADL28) mittaukset

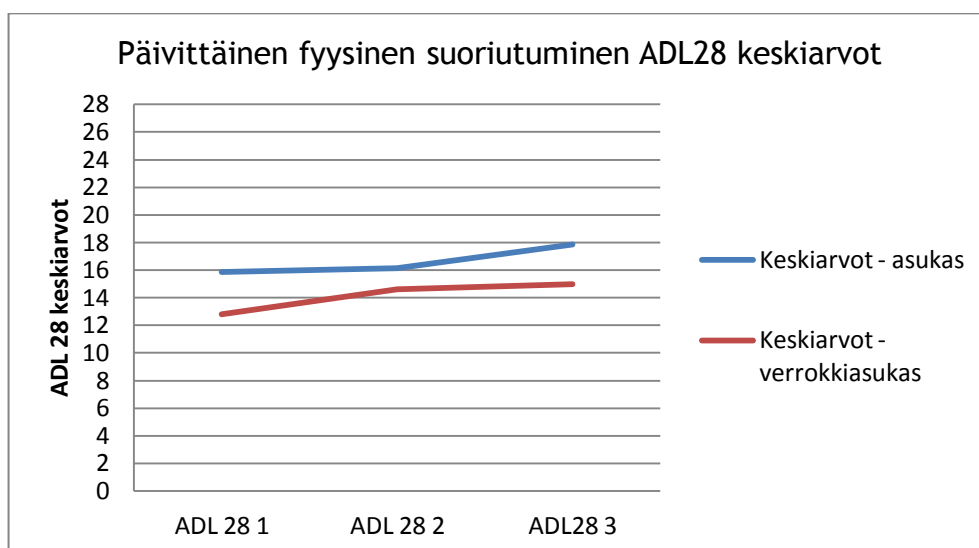
Kolmella asukkaalla (3/8) päivittäinen fyysinen suorituskyky on pysynyt samalla tasolla koko mittausajan, heikentynyt seuranta-aikana hieman puolella (4/8) asukkaista ja merkittävästi yhdellä asukkaalla (1/8). Heikkeneminen näkyy tasaisena kehityksenä näiden asukkaiden toi-

mintakyvyssä eikä ryhmässä ole mainittavia romahduksia päivittäisessä fyysisessä suoriutumissa kuin yhdellä asukkaista (1/8).

Kuviossa 9 esitellään fysioterapiakertojen määrän lineaarinen yhteys kuntoutumislukua 1 asukkailla verrattuna fyysisen toimintakyvyn muutokseen seuranta-aikana. Tulos viittaisi siihen, että kohdistetun fysioterapian ja kuntouttavan hoitotyön keinoin voidaan vaikuttaa asukkaan toimintakyvyn ylläpysymiseen ja jopa paranemiseen.



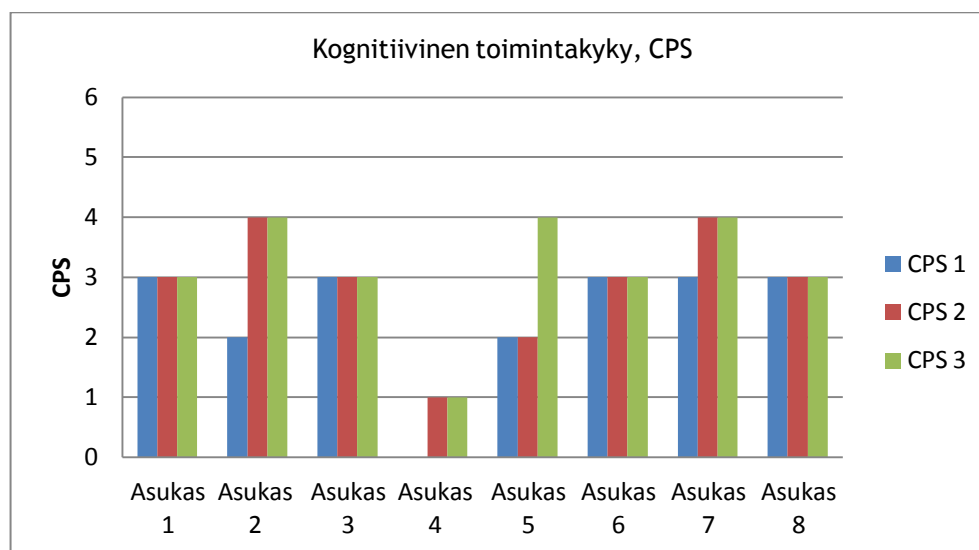
Kuvio 9: Fyysisen toimintakyvyn (ADL28) muutos verrattuna terapiakertojen määrään kuntoutumislukua 1



Kuvio 10: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston fyysisen suoriutumisen mitauskeskiarvot ADL28:n osalta

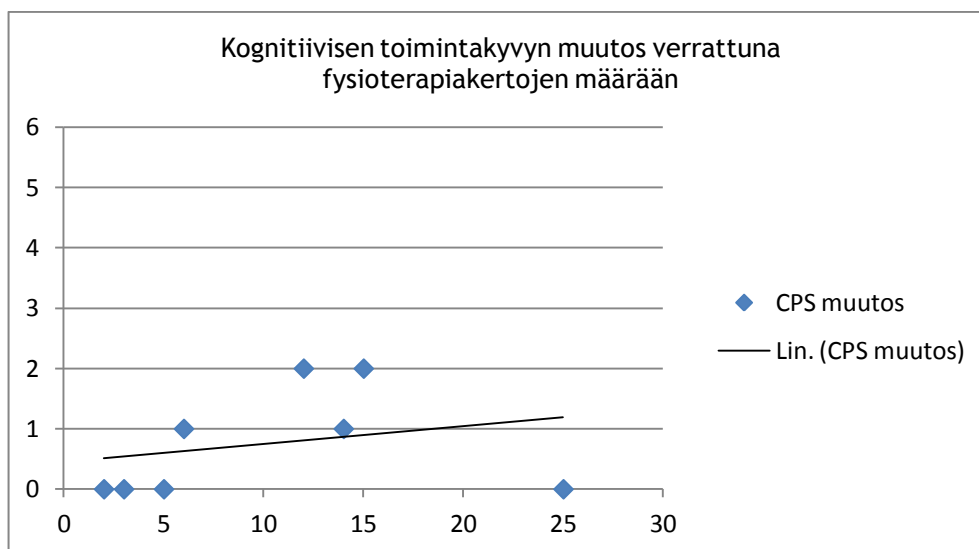
Kuviossa 10 esitetään kuntoutumisloukan 1 ja verrokkiosaston asukkaiden päivittäinen fyysinen toimintakyky RAI-tulosten keskiarvoina seuranta-ajalla. Kuntoutusprojektiin osallistuneiden asukkaiden fyysinen toimintakyky on seurantamittauksen ajalla hieman heikompi kuin verrokkiryhmän asukkaiden. Kuviossa nähdään, että fyysinen toimintakyky kuntoutusprojektiin osallistuneilla asukkailla on säilynyt kuntoutusprojektin aikana samana ja hieman laskenut kuntoutusprojektin päättymisen jälkeen. Verrokkiryhmän asukkailla fyysinen toimintakyky on tasaisesti heikentynyt seuranta-ajalla.

Kognitiivisen toimintakyvyn taso on yksilöllistä kuntoutumisloukka 1:llä. Kognitiivisen toimintakyvyn muutokset seuranta-ajalta on esitetty Kuviossa 11. Ryhmässä viidellä (5/8) on seuranta-ajan alussa kognition keskivaikeaa heikentymistä. Kahdella (2/8) on todettu kognition lievä heikkeneminen ja yhdellä asukkaalla kognitio on hyvä. Kuviossa nähdään, että joka toisella (4/8) CPS- mittarin arvot olivat pysyneet samalla tasolla. Kognition heikentyminen on kuitenkin ollut lievää kahdella asukkaalla (2/8) ja kahdella (2/8) kuntoutumisloukka 1:seen kuuluvalla asukkaalla kognitio on heikentynyt merkittävästi puolentoista vuoden aikana.

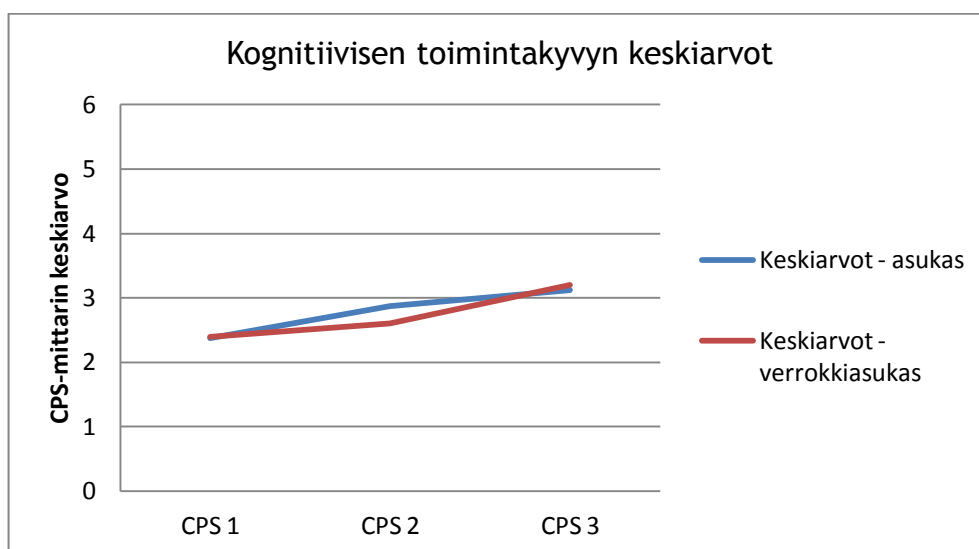


Kuvio 11: Kognitiivisen toimintakyvyn (CPS) mittaukset

Kognitiivisen toimintakyvyn tulos fysioterapiakertojen määrään verrattuna näyttää regressiokaavassa Kuviossa 12 heikentyneen. Kahden asukkaan merkittävä kognition heikentyminen kuntoutusprojektin aikana vaikuttaa kokonaistuloksia heikentävästi.



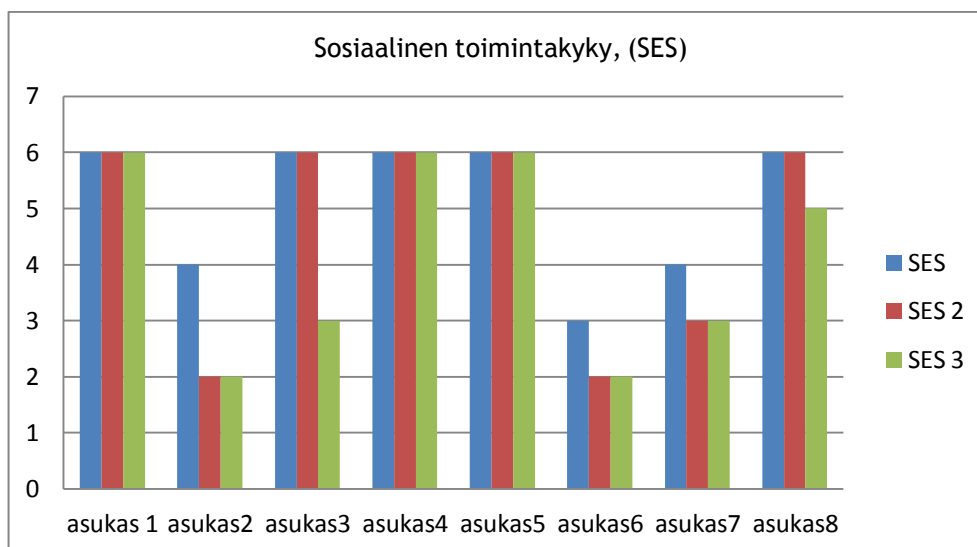
Kuvio 12: Kognition (CPS) muutos verrattuna saatujen fysioterapiakertojen määrään



Kuvio 13: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston kognitiivisen toimintakyvyn mittaueskiarvot

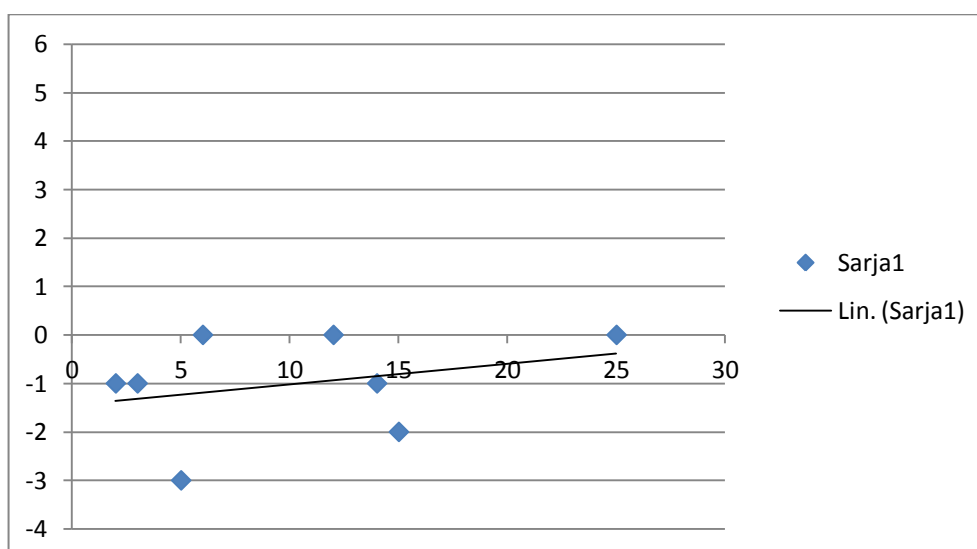
Kognition heikentyminen keskiarvoisesti osaston asukkailla näyttää tulosten mukaan olevan riippumatonta tehostetun fyysisen harjoittelun määrästä (Kuvio 13). Osastojen väliset keskiarvot kuntoutumisloukka 1 asukkaista osoittavat kognition heikentymisen etenevän harjoittelusta riippumatta lähes samaan tahtiin. Puolivuositain tehdyn seurantamittauksen perusteella kognitiivinen toimintakyky heikkenee kehittämistyön tutkittavilla tasaisesti.

Sosiaalinen toimintakyky, SES (Social Engagement Scale) on asukkaan sosiaalisen elämän laadun ja sen aktiivisuuden mittari. Se kuvastaa asukkaan sosiaalisuutta ja osallistumista osaston toimintaan sekä sosiaalista aloitekykyä.



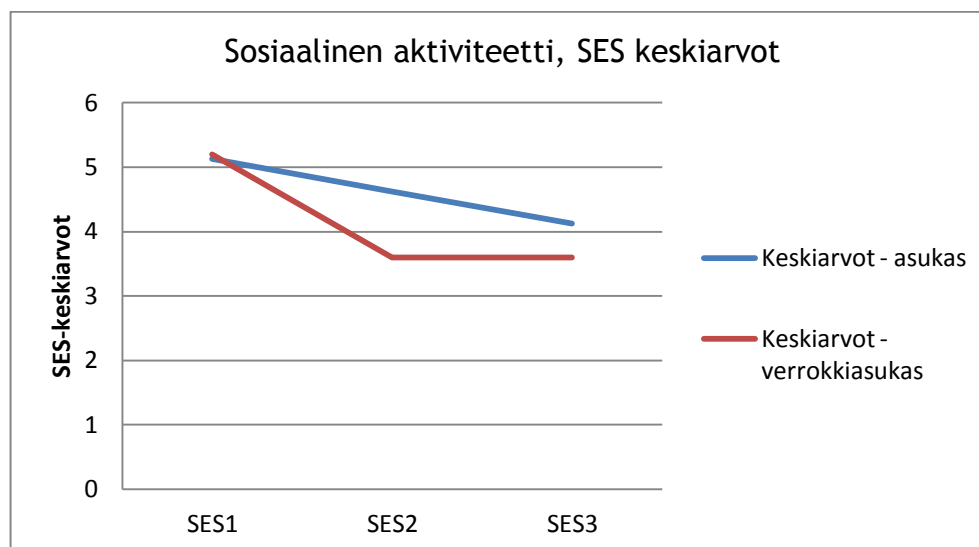
Kuvio 14: Kuntoutumisluokan 1 sosiaalisen toimintakyvyn mittaukset

Seuranta-ajan alussa ennen kuntoutusprojektia viidellä asukkaalla (5/8) sosiaalinen aktiivisuus osoitti sen maksimiarvoa, heidän sosiaalinen toimintansa oli aktiivista (Kuvio 14). Kolmella asukkaalla (3/8) sosiaalinen aktiivisuus oli seuranta-ajan alussa muita vähäisempi, mutta sosiaalisen toimintakyvyn taso osoitti, että tässäkin joukossa esiintyi jonkin verran sosiaalista toimintaa ja osallisuutta. Näillä asukkailla, joilla sosiaalinen toimintakyky oli vähäisempää, sosiaalista toimintakykyä kuvaava arvo tippui vielä kuntoutusprojektin aikana kohtalaisesti sosiaalista toimintaa ja aloitekykyä, tasolle vain vähän sosiaalista toimintaa ja aloitekykyä. Viidellä asukkaalla (5/8) sosiaalinen aktiivisuus väheni seuranta-ajan loppuun mennessä. Seuranta-ajan lopulla sosiaalisen aktiivisuuden esiintyminen asukkaiden kesken oli epätasaista ja vaihteli arvoissa SES 2-6, vain vähän sosiaalisuutta ja aloitekykyä, paljon sosiaalisuutta ja aloitekykyä.



Kuvio 15: Fysioterapiamäärä verrattuna sosiaaliseen toimintakykyyn

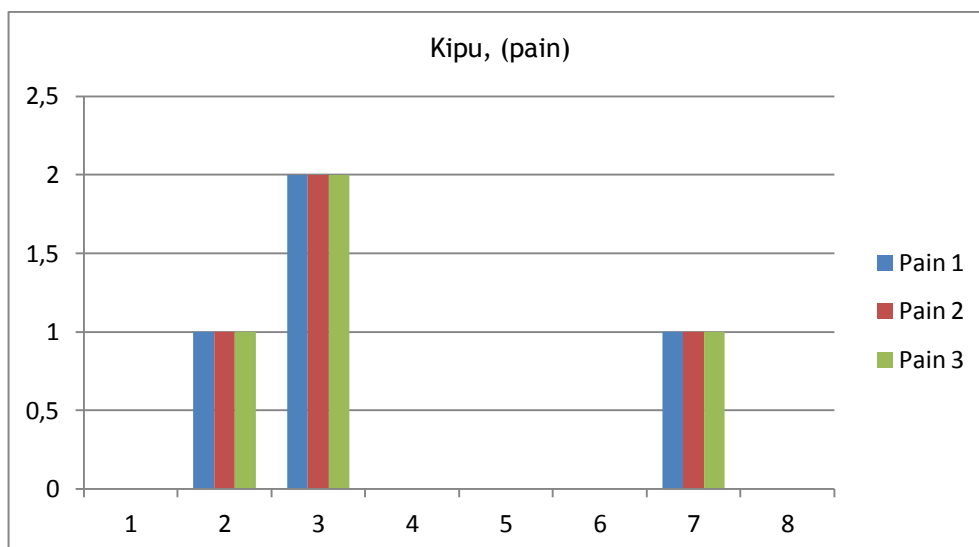
Kuviossa 15 sosiaalisen toimintakyvyn arvo paranee, mitä useammin asukas saa fysioterapiaa. Kuviossa regressiosuora on kohoava, mikä viittaa asukkaiden sosiaalisen aktiiviteetin ja osallistuneisuuden lisääntyvän fysioterapiamäärän kasvaessa seuranta-ajalla.



Kuvio 16: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston sosiaalisen toimintakyvyn mittaueskeskiarvot

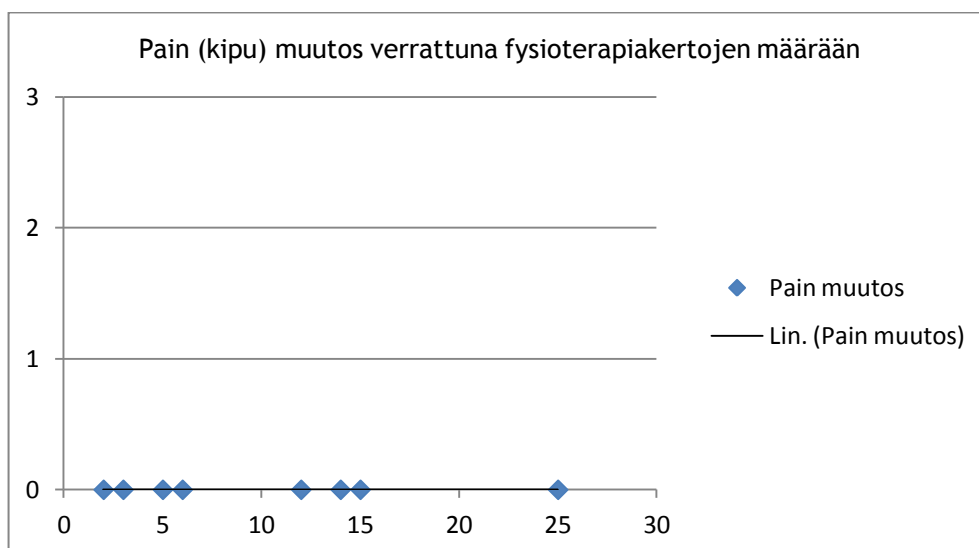
Sosiaalisen toimintakyvyn keskiarvo osastojen asukkailla on hyvä ensimmäisessä arviointimitauksessa. Se kuvastaa asukkaiden aktiivista osallistumista sosiaalisiin tapahtumiin ja runsasta aloitekykyä vuorovaikutuksellisissa tapahtumissa. Sosiaalisen toimintakyvyn trendi on kuitenkin laskeva molemmilla osastoilla puolitoista vuotta kestäneen seurantamittauksen mukaan. Kuntoutusprojektin asukkailla sosiaalinen toimintakyky heikkenee hitaammin kuin verrokkiosaston asukkailla. Kuntoutusprojektin toteuttaneella osastolla sosiaalisen toimintakyvyn keskiarvo jää myös verrokkiosastoa korkeammalle seuranta-ajan päätyttyä. Keskiarvoja kuvaava muutos seuranta-ajalla viittaa osastolla toteutetun moniammatillisen kuntoutusprojektin toiminnan vaikutuksien ulottuvan interventiota kuvaavaa ajanjaksoakin pidemmälle.

Kuviosta 17 käy ilmi että 3/8 :lla kuntoutusluokka 1: seen kuuluvalla asukkaalla oli kipua projektin aikana ja että kivun taso pysyi projektin aikana samana jokaisella. Uusia kipua kokevia asukkaita ei projektin aikana tullut ilmi.

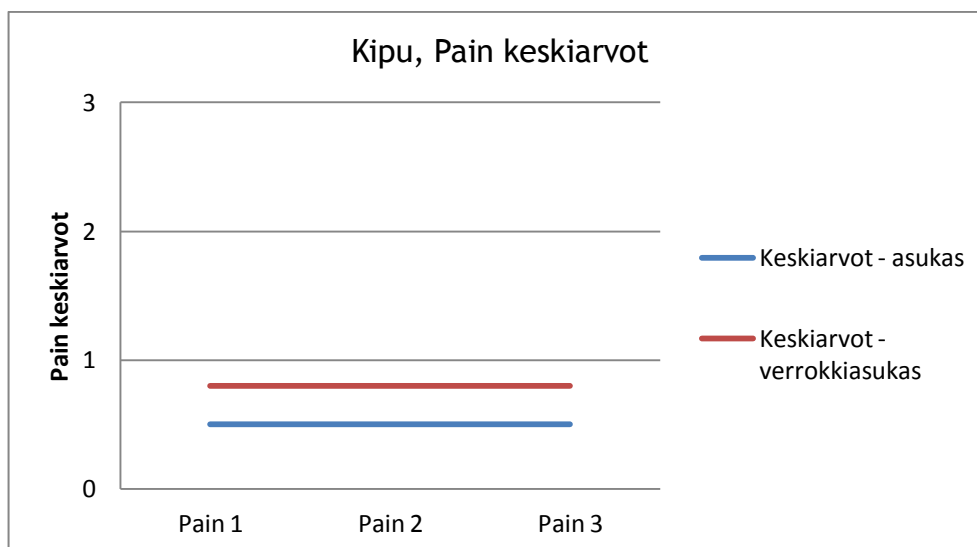


Kuvio 17: Kuntoutumislukokka 1 kivun mittaukset

Kivun esiintyminen on kuntoutumislukokka 1:ssä kohtalaisen vähäistä, sitä esiintyy harvemmin kuin päivittäin kahdella kolmasosasta (2/8). Yhdellä asukkaalla (1/8) kipua esiintyy usein ja se on kohtalaista. Suurimmalla osalla säännöllisesti harjoittelevilla kipua ei esiinny RAI-tulosten mukaan. Voidaan siis sanoa, että tässä otoksessa fysioterapeuttinen harjoittelu ja osaston moniammatillinen toiminta ei ainakaan ole laskenut kivun määrää, mutta samaan aikaan voidaan sanoa, ettei se ole puolentoista vuoden aikana noussut ole asukkailla lisääntynyt (Kuvio 17).

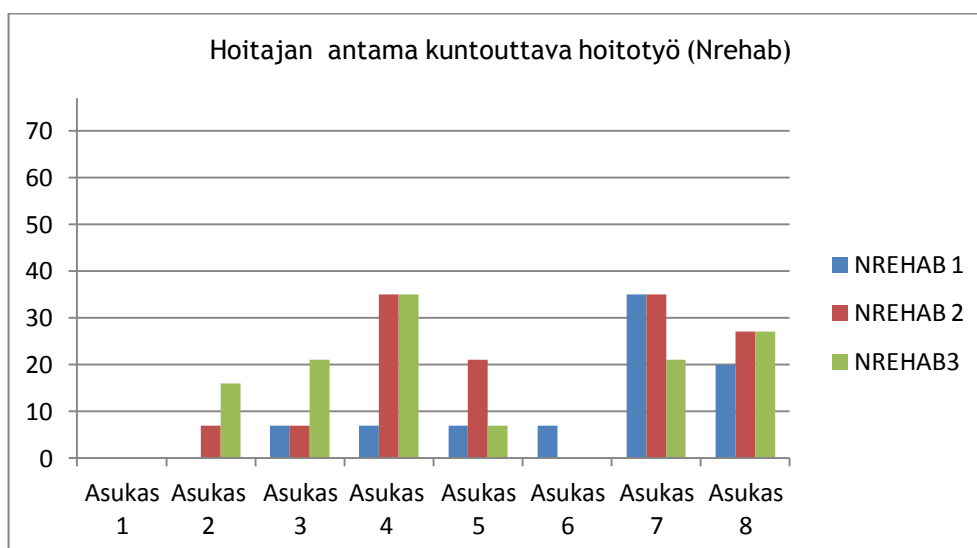


Kuvio 18: Kivun muutos saatuihin fysioterapiakertoihin verrattuna



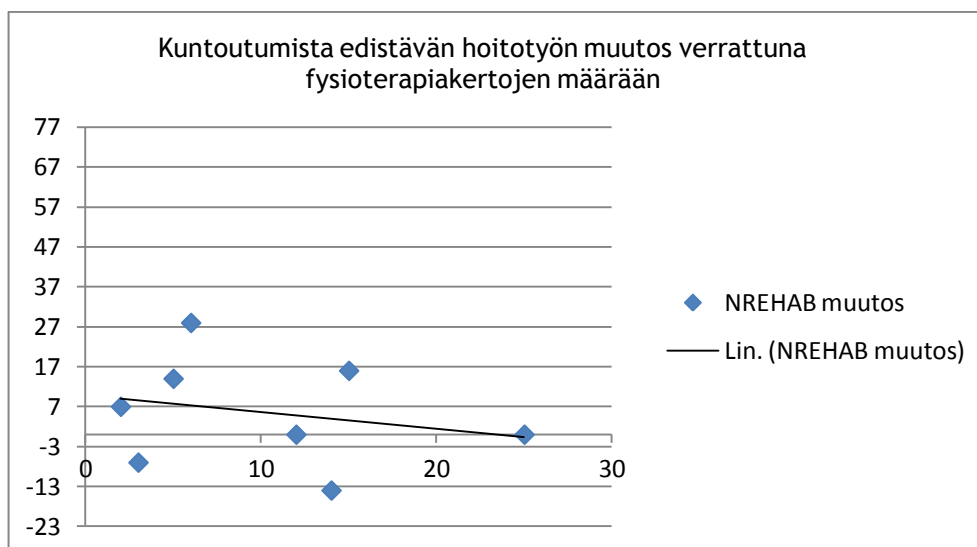
Kuvio 19: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston kivun mittauskeskiarvot

Kivun keskimääräinen kokeminen on kuntoutusprojektin toteuttaneella osastolla ja verrokki-osastolla pysynyt seuranta-aikana samana (Kuvio 19). Kuntoutusprojektin toteuttaneen osaston asukkaat kokevat kipua keskimääräisesti hieman vähemmän keskimäärin verrokkiosastoon nähden. Molempien osastojen koetun kivun kuvaajat ovat tasaisia ja kipu koetaan lievänä, harvemmin kuin päivittäin.



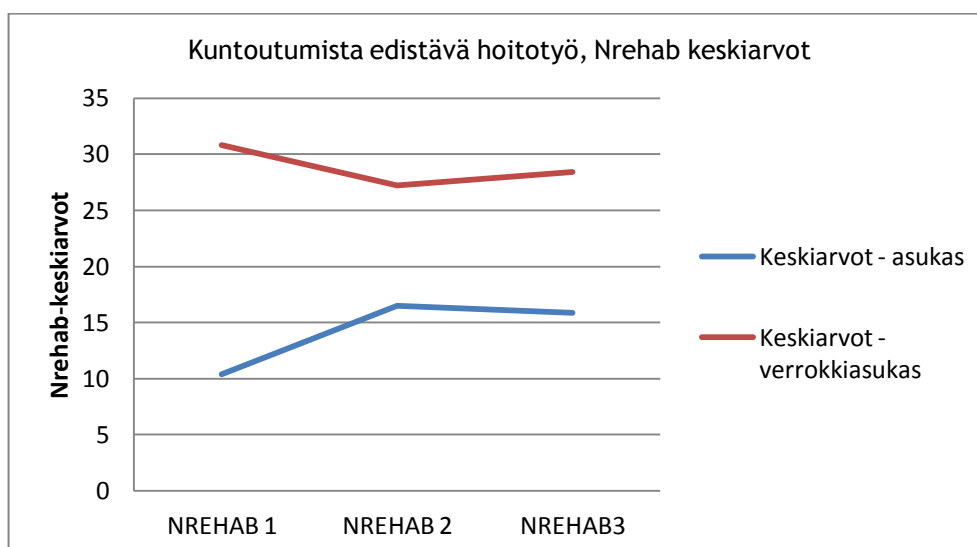
Kuvio 20: Kuntoutumislukua 1 kuntoutumista edistävän hoitotyön mittaukset

Kuntoutumista edistävän hoitotyön määrä näkyy melko epätasaisena asukkaiden kesken kuviossa 20. Kuntoutumista edistävän hoitotyön määrä lisääntyi kuntoutusprojektin aikana puolella asukkaista (4/8). Kahdella asukkaalla (2/8) ei ole joko merkintää kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä tai vain vähän kuntoutumista edistävää hoitotyötä kuntoutusprojektin aikana.



Kuvio 21: Kuntoutumista edistävä hoitotyö verrattuna saatujen terapiakertojen määrään.

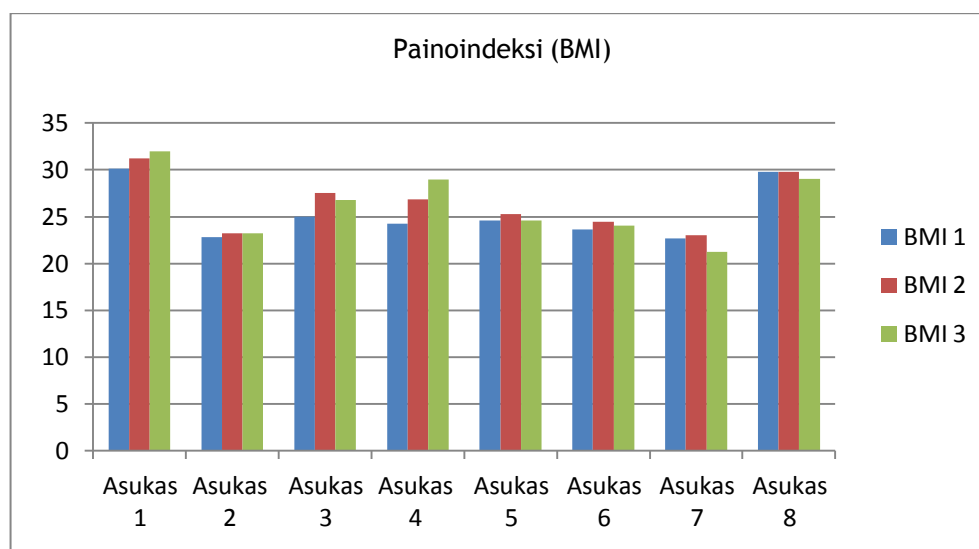
Kuviosta 21 nähdään, että kuntoutumista edistävän hoitotyön määrä suhteessa fysioterapiamääriin on laskeva. Tämä viittaa siihen, että mitä enemmän asukas saa fysioterapiaa, sen vähemmän häneen kohdistuu kuntoutumista edistävän hoitotyön toimia.



Kuvio 22: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston kuntoutumista edistävän hoitotyön mittauskeskiarvot

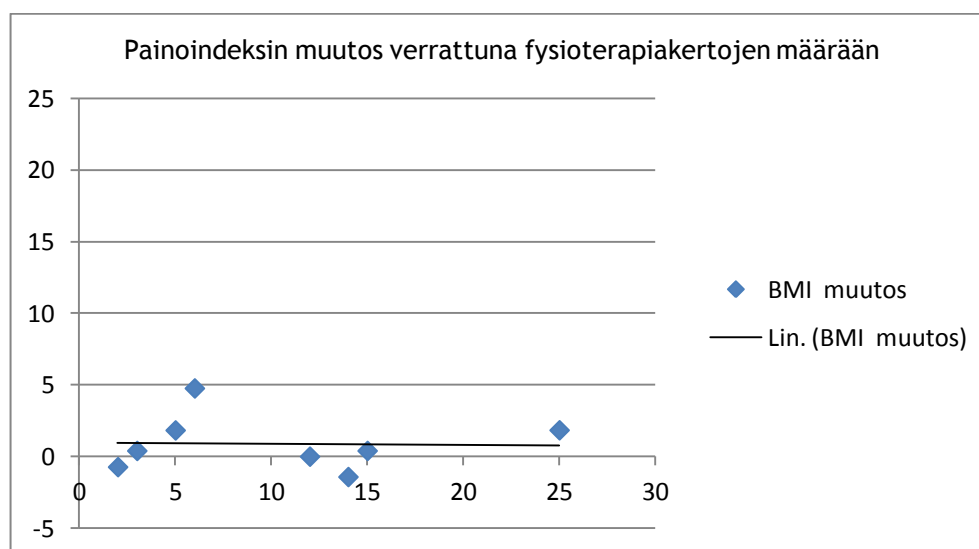
Kuntoutumista edistävän hoitotyön keskiarvoisella esiintyvyydellä on tutkimuksessa olevilla osastoilla selkeä ero. Verrokkiosastolla kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan määrällisesti enemmän kuin kuntoutusprojektin toteuttaneella osastolla. Ero kuitenkin kaventuu keskimääräisesti selvästi kuntoutusprojektin aikana. Kuviossa 22 esitetään kuntoutumista edistävän hoitotyön muutokset seuranta-aikana ja keskiarvokuvaajien kehitys antaisi viitteitä, että kuntoutusprojekti vaikutti myönteisesti kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamiseen ja kasvuun. Voidaan olettaa, että moniammatillinen yhteistyö projektin toteutumiseksi

ja sen aikaansaama kuntoutumista edistävä ajatustyö ja työtteen aktivointi vaikuttavat kuntoutumista edistävän hoitotyön määrään positiivisesti. Kuntoutusprojektin jälkeen osastojen välinen ero alkaa taas kasvaa, mutta intervention aktivoiva vaikutus näyttäisi heikentyvän onneksi hiljakseen.



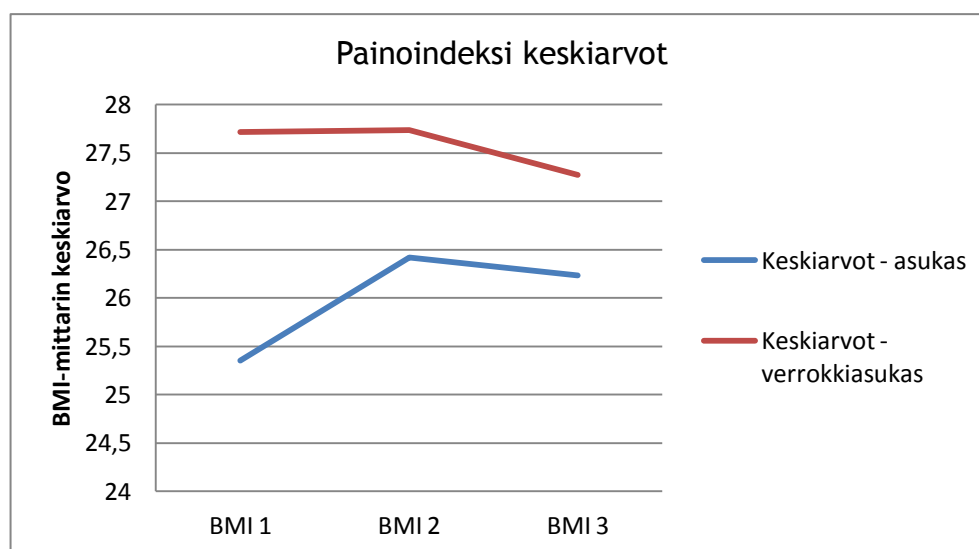
Kuvio 23: Painoindeksin mittaukset

Painoindeksin mittaaminen kuuluu asukkaan hoidon arviointiin ja on myös osana RAI-mittauksia. Kuntoutusluokka 1:seen kuuluvien asukkaiden painoindeksi-arvot puolentoista vuoden aikana nähdään kuviossa 23. Mittaustuloksista nähdään, että paino nousi suurimmalla osalla asukkaista (7/8) kuntoutusprojektin aikana ja yhdellä asukkaalla (1/8) se pysyi samana. Kuntoutusprojektin jälkeen viidellä (5/8) asukkaalla paino laski hieman. Asukkaiden painoindeksi on siis pääosin noussut kuntoutusprojektin aikana, painonlasku on ollut vähäistä ja sitä esiintyy vain muutamalla.



Kuvio 24: Painoindeksin muutos verrattuna saatujen terapiakertojen määrään.

Kuntoutumislukassa 1 asukkaiden painoindeksin ja fysioterapiakäyntien suhdetta tarkastellaan Kuviossa 24. Asukkaiden paino on pysynyt lähes samana seuranta-aikana, vain pieniä yksittäisiä painonmuutoksia esiintyy. Kuvion havainnoima riippuvuussuora antaa viitteitä siitä, että asukkaalla joka käy säännöllisesti fysioterapiassa ja ketä aktivoidaan osastolla osallistumaan fyysisiin toimintoihin, paino pysyy tasaisena eli energian saanti vastaa energian kulutusta.



Kuvio 25: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston painoindeksin mittauskeskiarvot

Asukkaiden painoindeksin keskiarvo ensimmäisessä mittauksessa oli hieman yli 25 ja verrokkiryhmässä yli 27, joten molempien osastojen painoindeksin keskiarvo oli optimaalinen muistisairaana painoindeksi (Kuvio 25). Kuntoutusprojektin toteuttaneen osaston asukkaiden painoindeksi nousi keskiarvoisesti merkittävästi intervention aikana, jonka jälkeen painoindeksin keskiarvo lähti lievään laskuun eli heidän painonsa lähti laskemaan kuntoutusprojektin jälkeen. Verrokkiryhmässä keskiarvoinen painoindeksi pysyi ensin vakaana, mutta toisen mittauksen jälkeen lähti hieman jyrkemmin laskemaan kuin kuntoutusprojektillaisten.

6.3.3 RAI-tulosten yhteenveto kuntoutumislukassa 1

Kaikille kuntoutumislukassa 1:een kuuluville tarjottiin viikoittain mahdollisuutta osallistua fysioterapeutin ja/tai toimintaterapeutin toteuttamiin kuntoutusryhmiin tai vaihtoehtoisesti yksilölliseen fysioterapiaohjaukseen. Yli puolet (5/8) osallistui säännöllisesti fysioterapeutin tai toimintaterapeutin toteuttamiin yksilö- tai ryhmäterapiaan kuntoutusprojektin aikana. Fysioterapiamäärät yhteenlaskettuna olivat minimissään kuntoutusprojektilla 2 ja maksimissaan 25 kertaa kuntoutusprojektin aikana. Maksimissaan yksi asukas on siis kerran viikossa saanut fysioterapeutin palveluja kuntoutusprojektin aikana. Yhdellä asukkaalla oli veteraani-

kuntoutusjaksot kuntoutusprojektia ennen ja jälkeen kerran viikossa (1/8). Kaksi asukasta sai huomattavan paljon toimintaterapeutin palveluja.

Tulokset viittaavat siihen, että kohdennettu kuntoutus fysioterapian keinoin ja moniammatillinen aktiivinen toiminta osastolla vaikuttavat myönteisesti asukkaan päivittäiseen fyysisistä toiminnoista suoriutumiseen. Asukkaan terapeuttisen harjoittelun tulee olla säännöllistä, suunniteltua ja tarpeeksi kuormittavaa positiivisten tulosten tavoittamiseksi. Terapeuttisen harjoittelun tavoite ikääntyneillä on pitää fyysisiä taitoja ja voimavaroja yllä ja kehittää niitä parempaan, kun asukkaan kognitiota harjoitteiden tekemiseen on vielä jäljellä. Harjoittelun vaikutukset eivät ole pitkäkestoisia vaan fyysisen toimintakyvyn ylläpysyminen vaatii säännöllistä ja suunniteltua harjoittelua vähintään kerran viikossa, mielellään useammin. Terapeuttisen harjoittelun lisäksi päivittäinen moniammatillisesti suunniteltu kuntouttava hoitotyö sekä virikkeellinen ja mielekäs toiminta on tärkeää kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ylläpysymiseksi.

Kognitiivinen toimintakyky heikkeni jonkin verran tämän kuntoutusprojektin asukkailla, mitä enemmän fyysistä harjoittelua heillä oli. Kognitio heikkeni puolella kuntoutusluokka 1:stä, toisella puolella mittarin arvo pysyi samana. Kuntoutusprojektin aikana runsaammin harjoittelevilla ilmeni enemmän kognitiivisen toimintakyvyn heikentymistä kuin niillä, jotka harjoittelivat vähemmän. Verrokkiryhmän kognitio heikkeni keskiarvoisesti yhtä lailla kuin kuntoutusprojektiin osallistuneiden koko seuranta-ajan huomioon ottaen. Tämän seuranta-ajan tulosten mukaan kuntoutuksella ei voida vaikuttaa kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen pysäyttämiseksi.

Kuntoutusprojektin asukkaat olivat sosiaalisesti aktiivisia. Seuranta-ajan RAI:n sosiaalisen toimintakyvyn tulokset viittaavat siihen että asukkaan sosiaalinen aktiivisuus ja toimintakyky kohenee sitä enemmän, mitä enemmän hän saa fysioterapiaa. Sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen kohenee fysioterapiaharjoittelun sekä osastolla toteutuneen aktiivisen ryhmätöinnin myötä. Sosiaalinen toimintakyky laski seuranta-aikana tasaisesti hieman, mutta pysyi keskiarvoisesti asukkailla kuitenkin runsaasti aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista alueella. Verrokkiryhmän sosiaalinen toimintakyky laski ensimmäisten mittausten välillä jyrkästi, jonka jälkeen pysyi tasolla hieman aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista. Fyysinen harjoittelu ja osastolla järjestetty säännöllinen ja suunniteltu ryhmätöiminta vaikuttaa asukkaiden sosiaaliseen toimintakykyyn positiivisesti mahdollistaen sosiaalisen osallistumisen. Osastolla toteutettava suunnitelmallinen ryhmätöiminta vaatii osaston henkilökunnalta moniammatillista yhteistyötä ja tehokasta viestintää ollakseen laadukasta, tavoitteellista ja turvallista.

Fyysinen harjoittelu ei näytä vaikuttavan kivun kokemiseen tai kivun heikkenemiseen tämän kuntoutusprojektin aikana. Kokonaisuudessaan seuranta-ajalla kolmella asukkaalla todettiin

kipua alkumittauksessa. Kivun kokeminen oli alhaisempaa kuntoutusprojektiin osallistuneilla asukkailla koko seuranta-ajalla kuin verrokkiryhmässä. Molemmissa ryhmissä kivun taso pysyi keskiarvoisesti samana seuranta-ajalla.

Hoitajan antama kuntoutumista edistävä hoitotyö kohdistui melko epätasaisesti osaston asukkaisiin. Hoitajan antama kuntouttava hoitotyö oli pääosin sitä vähäisempää mitä enemmän kuntoutuja sai fysioterapiaa (ryhmässä/yksilöllisesti). Asukkaaseen kohdistuva kuntoutumista edistävä hoitotyö ja fysioterapeuttinen harjoittelu yhdessä vaikuttavat tulosten mukaan parhaiten asukkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpysymiseen. Kuntoutusprojektilla yleisestikin fyysisen toimintakyvyn arvot pysyivät tasaisena tai heikkenivät hitaasti. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta osaston keskiarvoa arvioitaessa lisääntyi hienoisesti kuntoutusprojektin aikana, jonka jälkeen pysyi lähes samalla tasolla. Kuntoutumista edistävän hoitotyön määrän laskeminen voi perustua myös asukkaiden fyysisen toimintakyvyn kohenemiseen jolloin kuntoutumista edistävän hoitotyön tarve on vähäisempi.

Kuntoutusprojektin aikana asukkailla, jotka harjoittelivat säännöllisesti fysioterapeutin ohjauksessa paino laski hyvin vähän ja painonlasku on hidasta ja tasaista. Keskiarvoisesti moniammatillisesti suunniteltuun kuntoutustoimintaan osallistuneilla asukkailla paino nousi kuntoutusprojektin aikana mutta laski hieman jäädäkseen lähtötason yläpuolelle seuranta-ajan lopulla. Verrokkiryhmässä asukkaiden keskiarvoinen painoindeksi oli suurempi. Heillä paino laski jonkin verran seuranta-aikana, viimeisten mittausten välillä.

Säännöllinen, kuntoutumislukittain kohdistettu fysioterapeuttinen harjoittelu ja moniammatillinen kuntouttava toiminta osastolla näyttäisivät vaikuttavan positiivisesti asukkaan voimavarojen ylläpysymiseen ja kykyyn suoriutua päivittäisistä fyysisistä toimenpiteistä. Kognitiivinen toimintakyky vaikuttaa tulosten perusteella heikkenevän kuntouttavasta toiminnasta huolimatta tässä otoksessa. Sosiaalinen aktiivisuus ja halukkuus osallistua sosiaaliin tilanteisiin kasvaa kohdistetun kuntoutuksen ja aktiivisen arjen myötä. Kohdennettu kuntoutus ja moniammatillisesti suunniteltu aktiviteetti mahdollistaa eri kuntoisten asukkaiden osallistumisen toimintaan. Ammattitaitoinen henkilökunta osaa suunnitella yhteistä toimintaa niin, että jokainen asukas hyötyy siitä.

Kuntoutusprojekti, jossa toiminnan perustan muodosti moniammatillisesti asukkaille kohdennettu ja suunniteltu kuntoutus vaikuttaisi RAI-tulosten perusteella tuottavan tulosta asukkaiden toimintakykyä tarkasteltaessa. Kuntoutusprojektin aikana kuntoutumislukon 1 fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta tuloksissa voidaan nähdä parantumista. Kuntoutumista edistävän hoitotyön ja kohdennetun fysioterapeuttisen harjoittelun yhdistäminen vaikuttaa asukkaan fyysisen toimintakyvyn positiivisesti. Kuntoutusprojektin aikana keskiarvoisesti kuntouttavan hoitotyön määrä on hieman kasvanut ja se on keskittynyt asukkaisiin, jotka ovat

saaneet vähiten fysioterapiapalveluja. Fyysisen aktiivisuuden määrän kasvaessa ruokahalu kasvaa ja painon hallinta on helpompaa.

6.3.4 Kuntoutumisloukan 3 RAI-tulokset

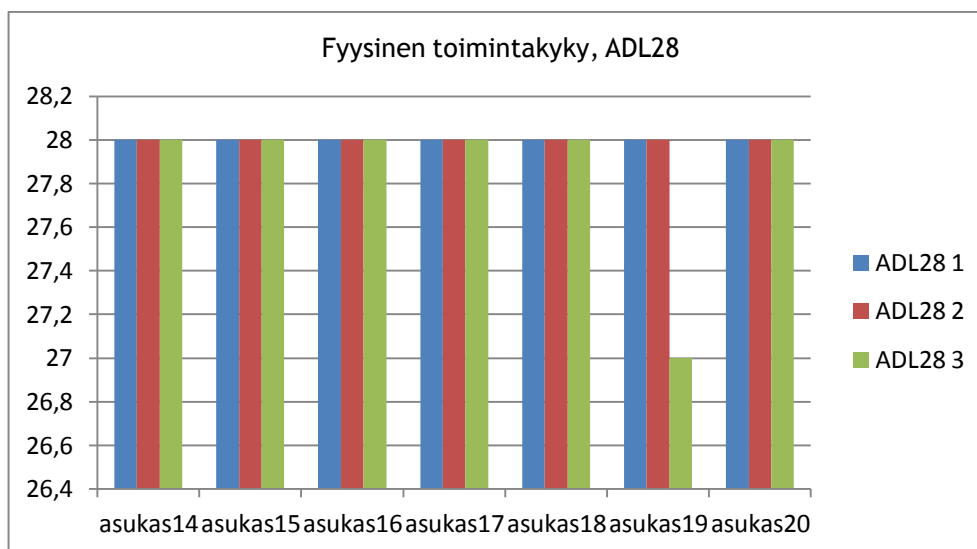
Taulukossa 11 on esitelty keskiarvoisesti kuntoutumisloukan 3 seuranta-ajan mittaustulokset. Taulukossa kuvataan kuntoutumisloukka 3 nykytilan, kuntoutusprojektin jälkeisen mittauksen ja seurantamittauksen tulokset tutkittavista RAI-mittareista.

RAI-mittari	Nykytila	Kuntoutusprojektin tulokset	Jälkimittaus
ADL28	28	28	27,9
CPS	6	6	6
SES	0,6	0,4	0,4
Pain	0,4	0,7	1
Nrehab	6,9	3	4
BMI	22,3	22,1	20,5

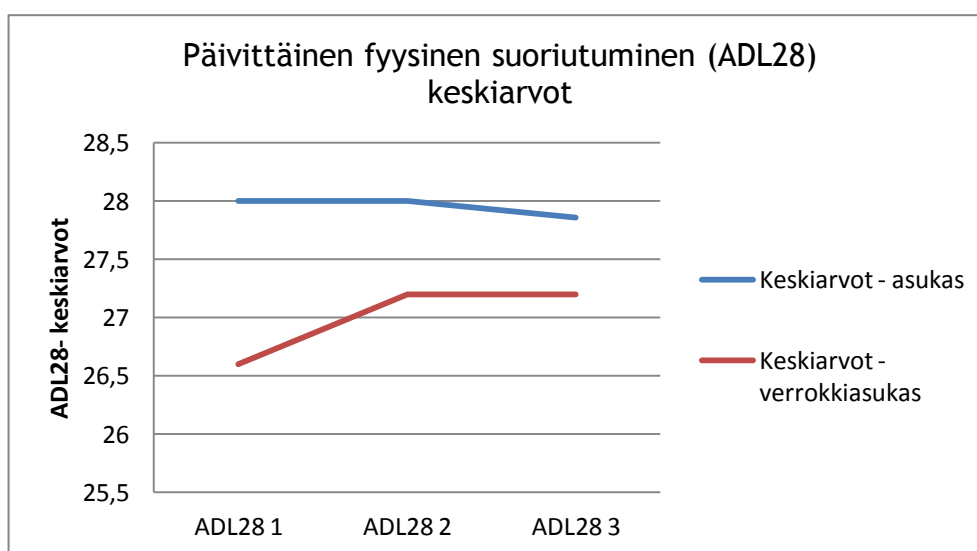
Taulukko 11: Kuntoutumisloukan 3 RAI-mittareiden tulosten keskiarvot seuranta-ajalla

Musiikkitoiminnan vaikuttavuutta valittujen RAI-mittareiden tuloksista on (Taulukko 11) haastavaa lähteä arvioimaan, sillä tuloksissa näkyvä muutos on pieni. Seuraavissa kappaleissa tullaan esittelemään kuntoutumisloukan 3 seuranta-ajan tuloksia hieman tarkemmin, asukaskohteisilla pylväskuvaajilla, keskiarvoisesti verrokkiryhmään nähden sekä hoitotyön laadullisten kirjausten avulla.

Kuntoutumisloukka 3:n fyysinen suoriutuminen päivittäisissä toiminnoissa on hyvin vähäistä (Kuvio 26). Asukkaiden fyysinen toimintakyky on asteikon maksimiarvossa. Yhdellä asukkaalla fyysinen suoriutuminen päivittäisissä toiminnoissa on kohentunut hieman seuranta-ajan lopulla.



Kuvio 26: Päivittäisen fyysisen suoriutumisen ADL28 mittaukset kuntoutumislukka 3

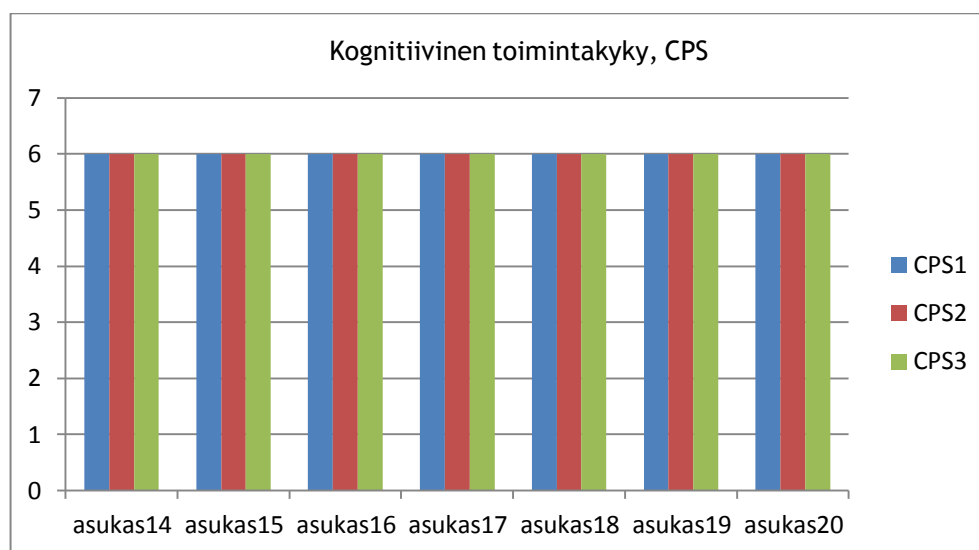


Kuvio 27: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston fyysisen suoriutumisen mittauskeskiarvot

Keskiarvoisesti asukkaat ovat molemmilla osastoilla täysin avustettavia fyysisissä toiminnoissaan, kuten Kuviossa 27 esitetään. Musiikkitoimintaan osallistuneilla asukkailla ei fyysisessä toimintakyvyssä näy muutoksia, ainoastaan yhden asukkaan kohdalla pieni muutos toimintakyvyn kohenemisessä näkyy viimeisessä mittauksessa. Verrokkiryhmän toimintakyky on heikentynyt ensimmäisten mittausten välissä, mutta jäänyt sitten samalle tasolle viimeisessä mittauksessa.

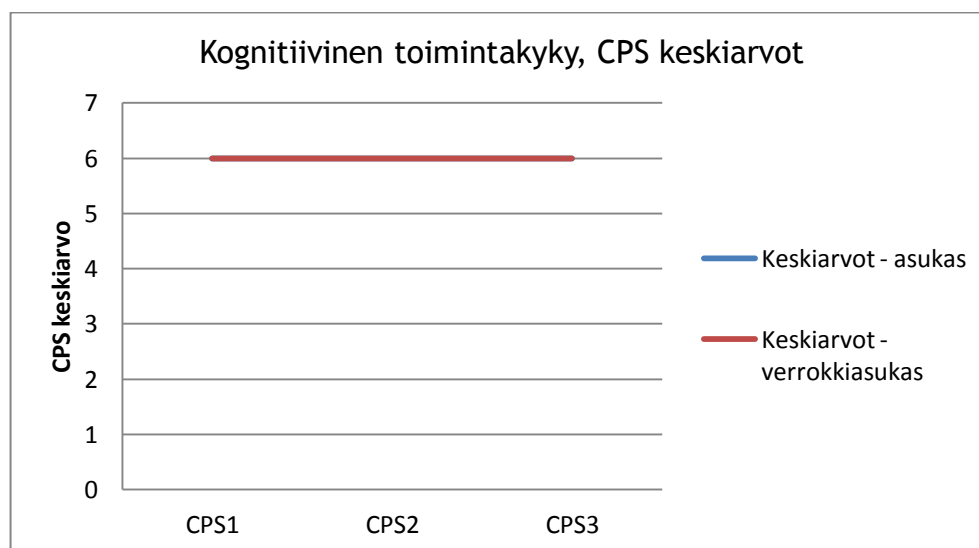
Kuntoutumislukka 3 asukkaiden kognitiivinen toimintakyky on maksimiarvossa eli jokaisella asukkaalla voidaan todeta kognition erittäin vaikea heikkeneminen eikä tilanne seuranta-

aikana ole muuttunut, kuten Kuviosta 28 voidaan todeta. Verrokkiryhmässä kognition taso on sama eikä mittausaikana eroja toimintakyvyssä esiintynyt.



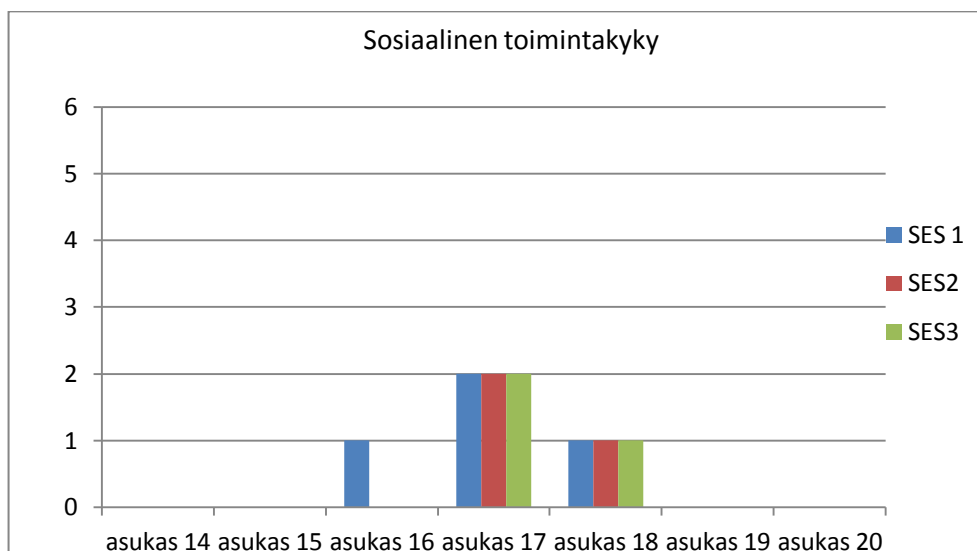
Kuvio 28: Kognitiivisen toimintakyvyn mittaukset

Keskimääräisesti molempien osastojen kuntoutumislukka 3 kuuluvien asukkaiden kognitiivinen toimintakyky on erittäin heikko ja seuranta-aikana se pysyi RAI:n mukaan maksimiarvoonsa joka mittauksessa. Musiikkitoiminnan vaikutus ei näy kuntoutumislukka 3 kognitiivisen toimintakyvyn mittauksissa (Kuvio 29).



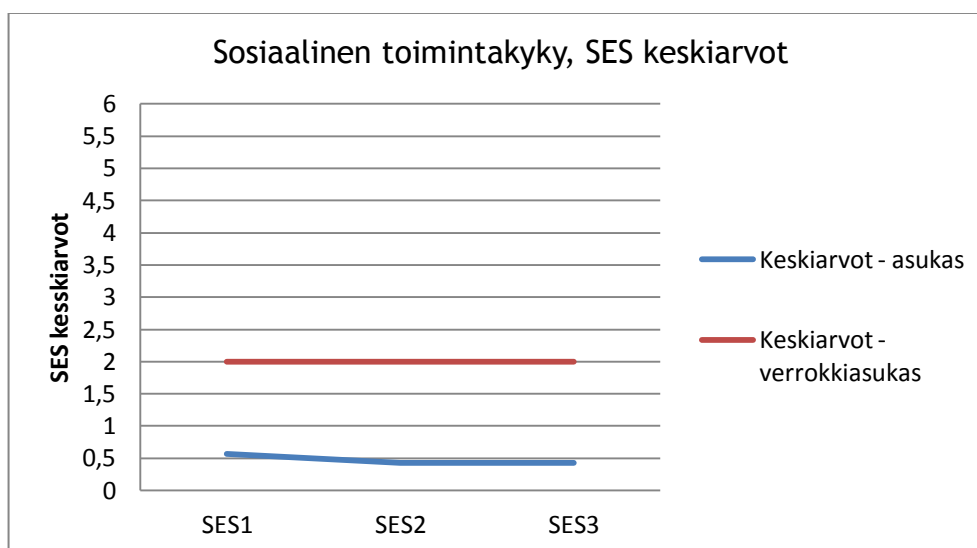
Kuvio 29: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston kognitiivisen toimintakyvyn mittauskeskiarvot

Asukkaiden sosiaalinen toimintakyky on RAI-tulosten mukaan melko alhainen ja kertoo, ettei aloitekykyä eikä sosiaalista osallistumista esiinny kuntoutumislukka 3 asukkailla enää kuin muutamalla musiikkitoimintaan osallistuneista (3/7).



Kuvio 30: Sosiaalisen toimintakyvyn tulokset seuranta-aikana

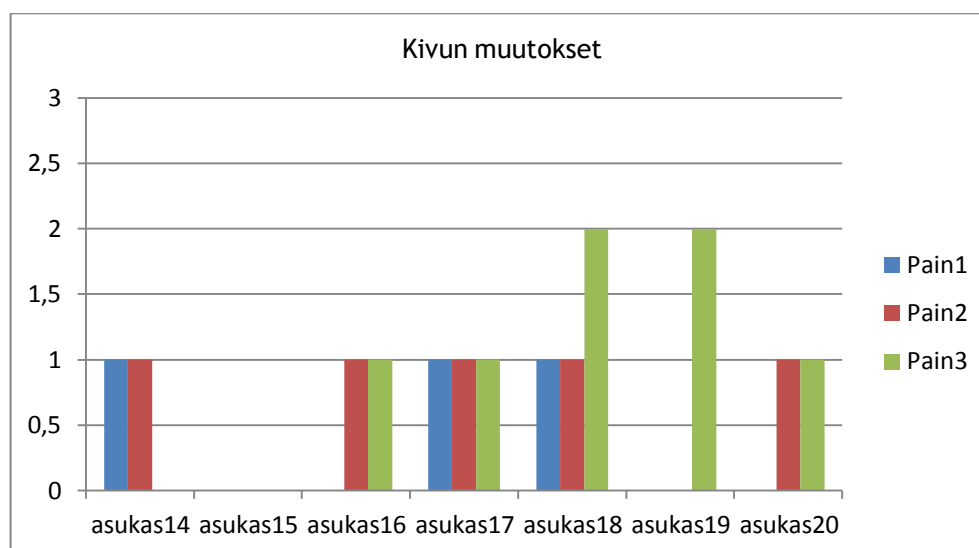
Ensimmäinen mittaus Kuviossa 30 kertoo kolmella asukkaalla (3/7) olevan kohtuullisesti aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista. Muilla asukkailla mittaustulos osoittaa aloitekyvyn puuttumisesta ja sosiaalisen osallistumisen puutteesta. Seuranta-ajan kaksi viimeisintä mittausta osoittavat enää vain kahden asukkaan kohtuullista aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista (2/7).



Kuvio 31: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston sosiaalisen toimintakyvyn mittauskeskiarvot

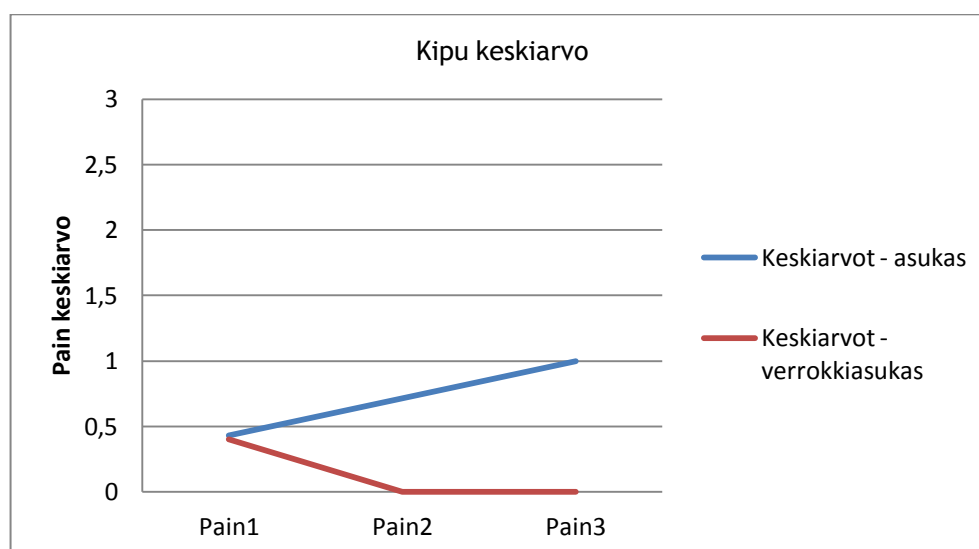
Sosiaalinen osallistuminen on keskiarvoisesti enää hyvin vähäistä kuntoutumislukua 3 asukkailla. Kuviossa 31 musiikkitoimintaan osallistuneiden asukkaiden sosiaalisuus on vähäistä. Verrokkiryhmän sosiaalinen toimintakyky kuvaa asukkaiden keskiarvoa kohtuullisesti aloitekykyä

ja sosiaalista osallistumista. Sosiaalinen toimintakyky vaikuttaisi pysyvän seuranta-ajalla keskiarvoisesti samalla tasolla molemmilla osastoilla.



Kuvio 32: kuntoutumisloukka 3 asukkaiden kipua kuvaava kehitys.

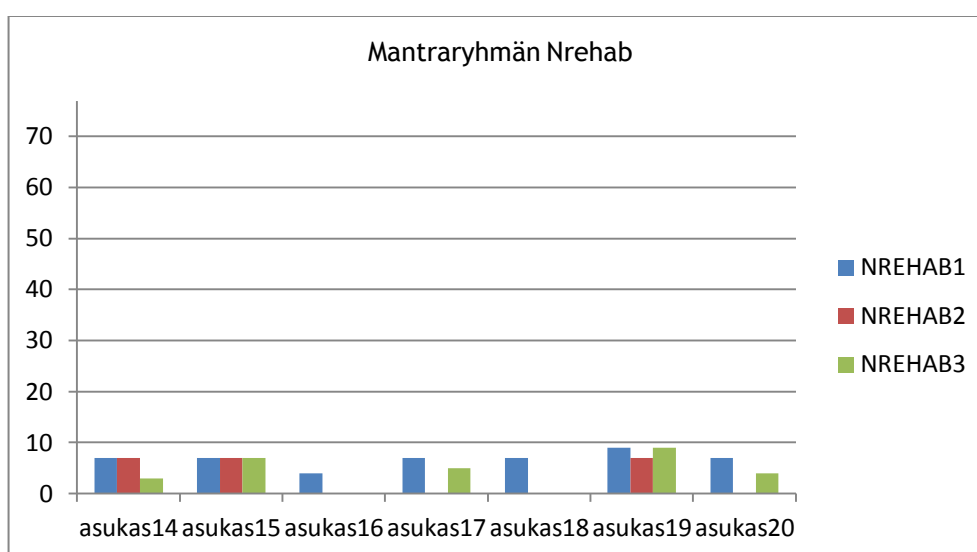
Ensimmäisessä mittauksessa kipua esiintyy kolmella asukkaalla (3/7) kuten Kuvio 32 osoittaa. Heidän kipunsa on lievää ja sitä esiintyy harvemmin kuin päivittäin. Kuntoutusprojektin jälkeisessä toisessa mittauksessa huomataan kipua esiintyvän jo viidellä asukkaalla kuntoutumisloukka 3:sta (5/7), joista kahdella ei kipua ollut aiemmassa mittauksessa. Kipu on edelleen lievää ja sitä esiintyy harvemmin kuin päivittäin. Seuranta-ajan viimeinen mittaus osoittaa kipua esiintyvän viidellä asukkaalla (5/7), joista kahdella kivun tunne on kohonnut merkittävästi ja he kokivat kohtalaisia kipuja jo päivittäin ja kolmella kivun tunne esiintyi harvemmin kuin päivittäin.



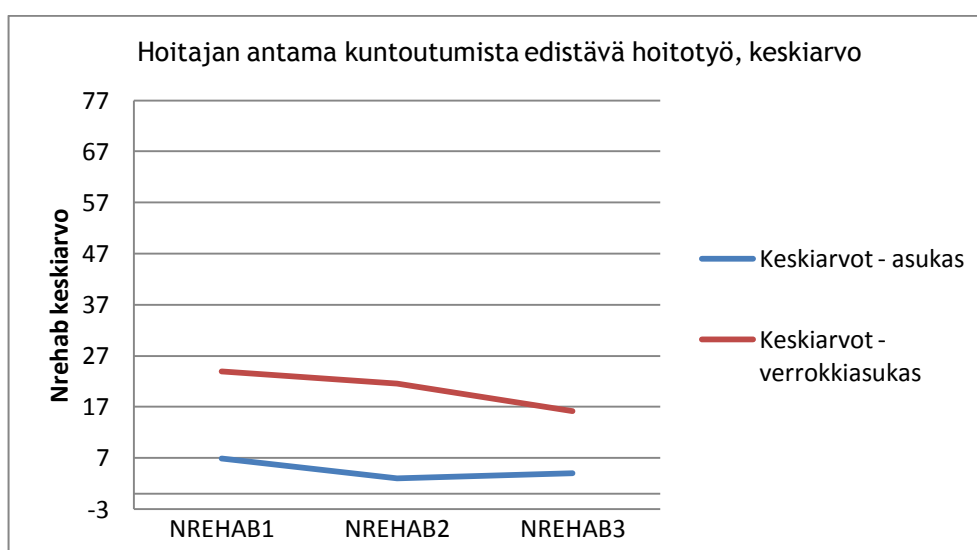
Kuvio 33: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston kivun mittauskeskiarvot

Asukkaiden kivun kokeminen on noussut seuranta-ajalla keskimääräisesti (Kuvio 33). Seuranta-ajan keskiarvo kertoo kipuja esiintyvän asukkailla, mutta harvemmin kuin päivittäin. Verrokkiryhmällä kivun kokeminen on laskenut samalta asteikolta aivan minimiin.

Kuntoutumista edistävä hoitajan toteuttama hoitotyö on vähästä kuntoutumislukua 3 asukkailla. Oletettavasti kuntoutumista edistävän hoitotyön keinot rajoittuvat RAI:n mukaan passiiviseen liikehoitoon ja asentohoitoihin. Kuviossa 34 nähdään, että ensimmäisessä mittauksessa kuntoutumista edistävä hoitotyö ilmenee jonkin verran jokaisen asukkaan kohdalla (7/7) mutta kuntoutusprojektin aikana se laskee lähes minimiin neljällä asukkaista (4/7) ja kolmella pysyy suurin piirtein samoissa määrissä (3/7).



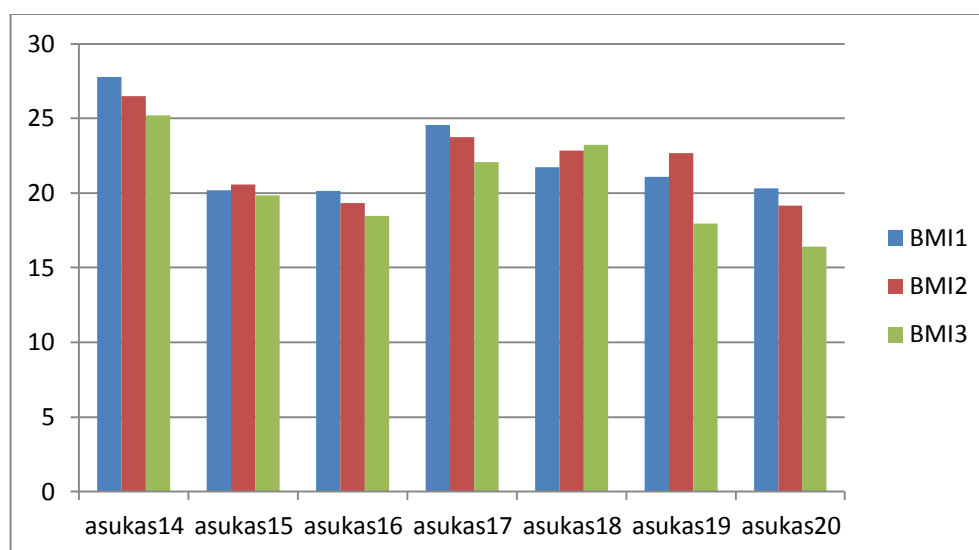
Kuvio 34: Hoitajan kuntoutumista edistävä hoitotyö seuranta-ajalla



Kuvio 35: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston hoitajan antaman kuntoutumista edistävän hoitotyön mittauskeskiarvot

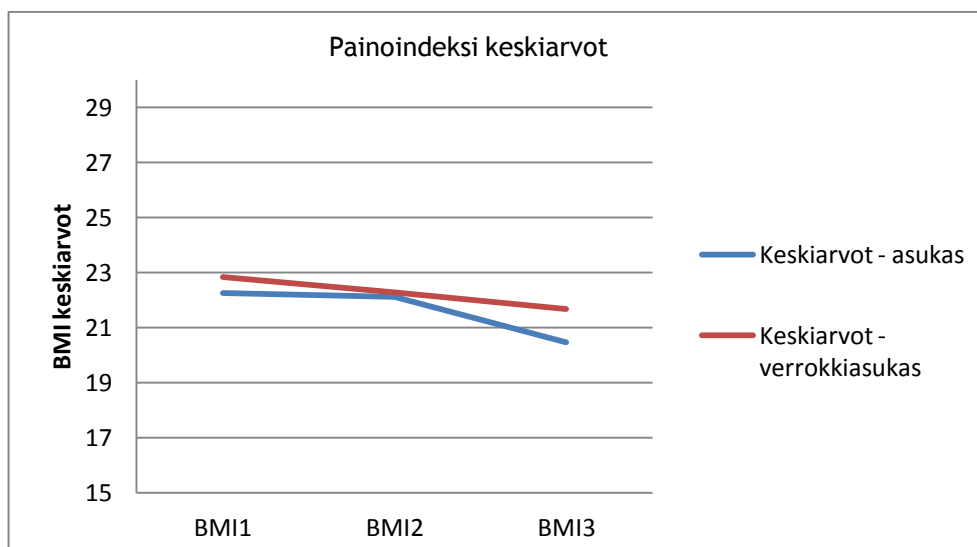
Kuntoutumista edistävä hoitotyö on jonkin verran vähäisempää verrattuna verrokkiosaston vastaavaan lukuun. Kuntoutusprojektin aikana mitattu kuntoutumista edistävä hoitotyön määrä hieman laskee mutta viimeisessä mittauksessa keskiarvo kääntyy jälleen kohoaa. Verrokkiryhmällä kuntouttava hoitotyön toteutuminen on laskusuunnassa puolentoista vuoden seurantaajaksolla.

Kuntoutumislukua 3:n asukkaiden paino oli RAI:ssa esiintyvän BMI:n mukaan jokaisella ihannepaino tai hieman yli aloitusmittauksessa ennen kuntoutusprojektia (Kuvio 36). Tiedetään kuitenkin että muistisairaalle suositus tavoiteltavaan painoindeksilukuun oli välillä 24-29 ja näihin alkumittauksessa yltää kahden asukkaan painoindeksin arvo (2/7).



Kuvio 36: Painoindeksin muutokset seuranta-ajalla

Kolmella asukkaalla paino oli hieman noussut toisessa eli projektin jälkeisessä seurantamittauksessa ja neljällä (4/7) paino hieman laskenut. Kuntoutusprojektin jälkeen yhdellä asukkaalla (1/7) paino jatkoi nousemistaan, muilla laskei hieman. Viimeisessä mittauksessa painon lasku oli huomattavampaa ja sitä esiintyi lähes kaikilla.



Kuvio 37: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston painoindeksin mittauskeskiarvot

Kuviossa 37 on kuntoutumislukka 3 painoindeksin muutos puolentoista vuoden ajalta kolmen eri mittauksen kuvaamana. Asukkaiden paino on pysynyt tasaisesti hieman alle muistisairaalle suositellun arvon kuntoutusprojektin ajan, kunnes kuntoutusprojektin jälkeen lähtenyt merkittävästi laskemaan. Verrokkiryhmän keskimääräinen painoindeksi on tasaisemmin laskeutuva.

Hoitotyön kirjauksista kerättiin laadullista aineistoa asukkaiden syömiseen, levollisuuteen ja nukkumiseen liittyen. Musiikkiryhmän asukkailla oli pääosin hyvä ruokahalu. Asukkailla oli jonkin verran levottomia öitä osastolla pyörineen musiikkitoiminnan aikana, mutta pääosin ryhmän asukkaat olivat nukkuneet hyvin. Kahdella asukkaalla oli runsaammin merkintöjä huonosti nukutuista levottomista öistä (2/7). Hoitajien tekemiä muita huomioita kerättiin asukkaiden käyttäytymisestä musiikkitoiminnan aikana. Asukkaat olivat äännelleet, naurahtaneet tai osoittaneet selkeää reagoimista musiikkiin esimerkiksi kehollisella liikehdinnällä (3/7). Hoitajat kertoivat työpajoissa, että asukkaiden vatsantoiminta oli musiikkitoiminnan jälkeisenä yönä runsasta, merkintöjä siitä oli reilulla puolella asukkaista (5/7) enintään 7 puolen vuoden ajalta.

6.3.5 RAI-tulosten yhteenveto kuntoutumislukka 3

Kuntoutumislukka 3 asukkaat osallistuivat kotiosastollaan kaksi kertaa viikossa yhteiseen mantra/musiikkitoimintaan kuuntelijoina. Asukkaat ovat täysin autettavia eikä päivittäistä fyysistä toimintaa kuvaava RAI-mittari näyttänyt fyysisen toimintakyvyn kohenemistä kuin yhdellä asukkaalla hieman kuntoutusprojektin jälkeiseltä ajalta eli viimeisessä mittauksessa. Musiikkitoiminnan vaikutukset ei asukkailla näkyneet RAI-mittarin kognitiivisen toimintakyvyn kohdalla. Sosiaalinen toimintakyvyn esiintyminen asukkailla on alhaista, asukkaiden aloitekyky

ja sosiaalinen osallistuminen vähäistä. Mittaustulosten mukaan sosiaalinen toimintakyky pysyi tasaisena musiikkitoimintaan osallistuneilla sekä verrokkiosaston asukkailla.

Kipua esiintyy lähes kaikilla kuntoutumisluokka 3 asukkailla ja sen esiintyminen kasvaa kuntoutusprojektin loppumisen jälkeen. Kivun määrä kasvoi seuranta-ajalla kuntoutumisluokka 3 asukkailla. Hoitajan antama kuntoutumista edistävä hoitotyön määrä väheni musiikkitoiminnan aikana, mutta lähti taas hienoiseen nousuun musiikkitoiminnan loputtua. Kuntouttavan hoitotyön määrä musiikkitoimintaan osallistuneilla on vähäinen, verrokkiryhmässä kuntouttavaa hoitotyötä toteutuu määrällisesti enemmän nykytilan mittauksessa.

Kehittämistyön niukkien laadullisten tulosten mukaan musiikkitoimintaan osallistuvien asukkaiden ruokahalu kasvoi ja asukkaiden keskiarvoinen painoindeksi pysyi musiikkitoiminnan aikana samalla tasolla. Vatsantoimintakin lisääntyi musiikkitoiminnan jälkeisenä yönä. Säännöllisen musiikkitoiminnan ja kuntoutusprojektin loputtua painoindeksi lähti laskuun. Osa asukkaista oli musiikkitoiminnan jälkeisenä yönä levottomampia ja äänekkäitä, toiset nukkuivat rauhallisesti läpi yön. Asukkaat reagoivat yksilöllisesti kuullessaan musiikkia.

6.4 Työpaja 1: Kuntoutusprojektin vaikuttavuuden arviointi

Työpajassa esiteltiin kuntoutusprojektiin osallistuneiden asukkaiden seuranta-ajan RAI-mittareiden tulokset ja sen tarkoituksena oli arvioida tuloksia sekä niihin mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä osastolla. Työpajaan osallistui 11 hoitajaa ja osastonhoitaja. Tulokset ja niissä esille tulleet asiat herättivät keskustelua hoitotyön kirjaamisen haastavuudesta ja RAI -arvion kirjaamisesta. Työpajassa arvioitiin tulosten perusteella fysioterapeutin ja hoitajien yhteistyötä osastolla. Keskustelua herätti ajankäyttö, vastuutehtävät ja viestiminen yleisesti.

Työpajan tuloksena laadittiin kyselylomake. Kyselylomakkeen tavoitteena oli kerätä tietoa hoitajien näkemyksistä fysioterapeutin ja hoitajien välisestä yhteistyöstä osastolla sekä kuntouttavasta hoitotyöstä osastolla. Kyselyllä haluttiin kerätä tietoa kirjaamiskäytännöistä ja RAI:n käytöstä osastolla.

6.5 Hoitajien näkemys moniammatillisesta kuntoutuksesta

6.5.1 Kysely hoitajille

Kyselyn alkuvaiheen esittely esimiehille sekä RAI-yhdyshenkilölle ja kollegoille oli ajankohtainen, kun lomakkeen runkoa laadittiin. Alkusyksystä 2016 arvioitiin työpajassa esimiesten ja RAI-yhdyshenkilön sekä terapeuttikollegojen kanssa läpi kyselylomakkeen runkoa, kysyttävien asioiden esittämistapaa arvioiden. Valmista lomaketta testattiin pienellä joukolla opiskelutovereita ja kollegoja sähköisesti.

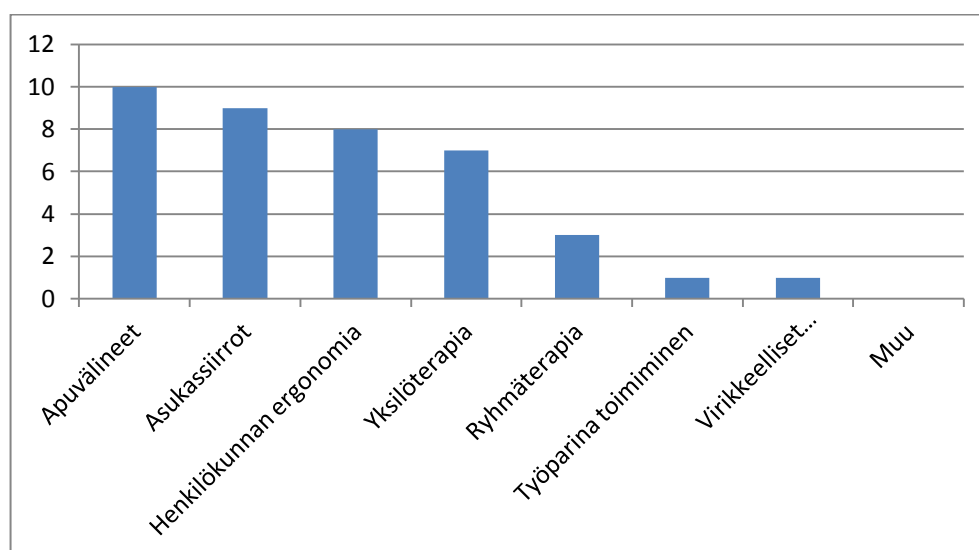
Kysely jaettiin kolmeen osaan seuraavasti: fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan yhteistyö osastolla, kuntouttava hoitotyö ja osaston kuntoutusprojekti 2014-2015 sekä RAI:n käyttö kuntouttavassa hoitotyössä (Liite 1). Lomakkeessa oli 11 kysymysosiota, 7 suljettua monivalintaosiota ja 4 avoimesti vastattavaa osiota. Suurin osa hoitajista täytti kyselyn esimiehen hyväksymänä osastokokouksen aikana. Osa tavoitettiin osastolla ja heille tarjottiin mahdollisuutta täyttää kysely työaikana. Kyselyyn vastasi 16 hoitajaa, joista 4 jätti vastaamatta kuntoutusprojektia koskevaan osioon, sillä he eivät olleet osastolla työssä kuntoutusprojektin aikana.

Avointen kysymysten (4kpl) tekstiaineisto kirjoitettiin auki ja analysoitiin laadullisen sisällön analyysin avulla. Analyysiyksikköinä käytettiin työpajassa korostuneita teemoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia. Kyselyn aineistosta nousi esille kaksi pääteemaa ja ne nimettiin aineistosta nousseiden käsitteiden mukaan toiminnalliseen yhteistyöhön osastolla ja tehokkaaseen viestimiseen.

Kyselyn tulosten esittämistä ja kehittämistyön kokonaisuuden arvioimista varten organisoitiin ja fasilitoitiin työpaja osastolla. Työpajan tarkoituksena oli arvioida ja kehittää osaston kuntouttavaa toimintaa käyttäen ideoinnin pohjana kehittämistyön tuloksia.

6.5.2 Kyselyn analyysi

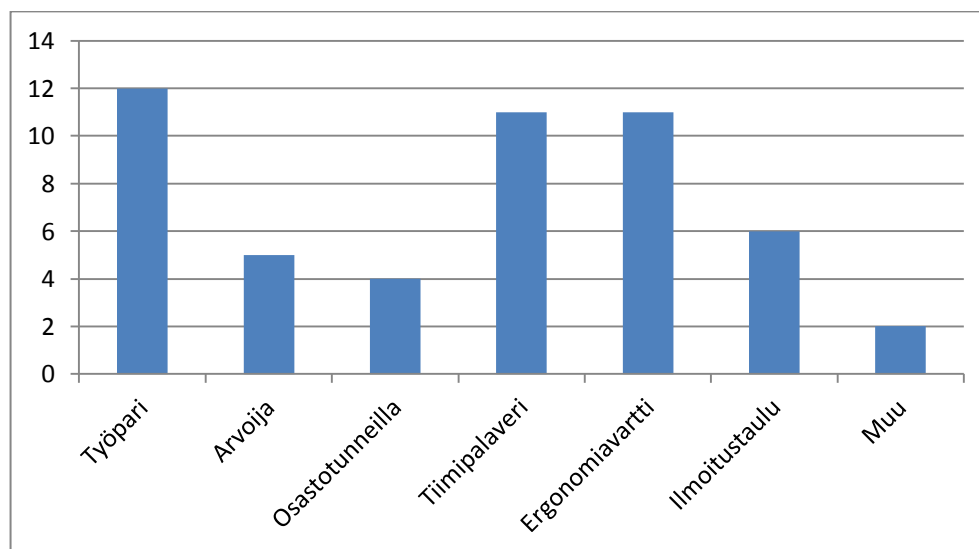
Kyselyn ensimmäinen kysymys koski fysioterapeutin tärkeimpiä tehtäviä osastolla hoitajien näkökulmasta. Monivalintatehtävällä, jossa pyydettiin ympäröimään kolme fysioterapeutin tärkeintä tehtävää, pyrittiin kartoittamaan osaston henkilökunnan näkemystä siitä, mihin heidän mielestään osaston fysioterapeutin tulisi kohdistaa resurssinsa. Kuviossa 38 on kuvattu fysioterapeutin tärkeimmät tehtävät osastolla hoitajien näkökulmasta.



Kuvio 38: Fysioterapeutin tärkeimmät tehtävät osastolla hoitajan näkökulmasta

Fysioterapeutin tärkeimmäksi tehtäväksi hoitajat valitsivat apuvälineet, joka sisältää apuvälinearvion ja niiden toimittamisen asukkaalle (n=10). Toiseksi tärkein fysioterapeutin tehtävä oli hoitajien mielestä asukassiirrot (n=9) ja kolmanneksi henkilökunnan ergonomian ohjaaminen (n=8). Hieman alle puolet (n=7) vastaajista piti asukkaiden yksilöterapiaa fysioterapeutin tärkeänä tehtävänä osastolla. Asukkaiden ryhmäterapia (n=3), hoitajan työparina toimiminen (n=1) ja asukkaiden virikkeellisten toimintatuokioiden (n=1) vetäminen saivat vähiten mainintoja tärkeimpinä työtehtävinä.

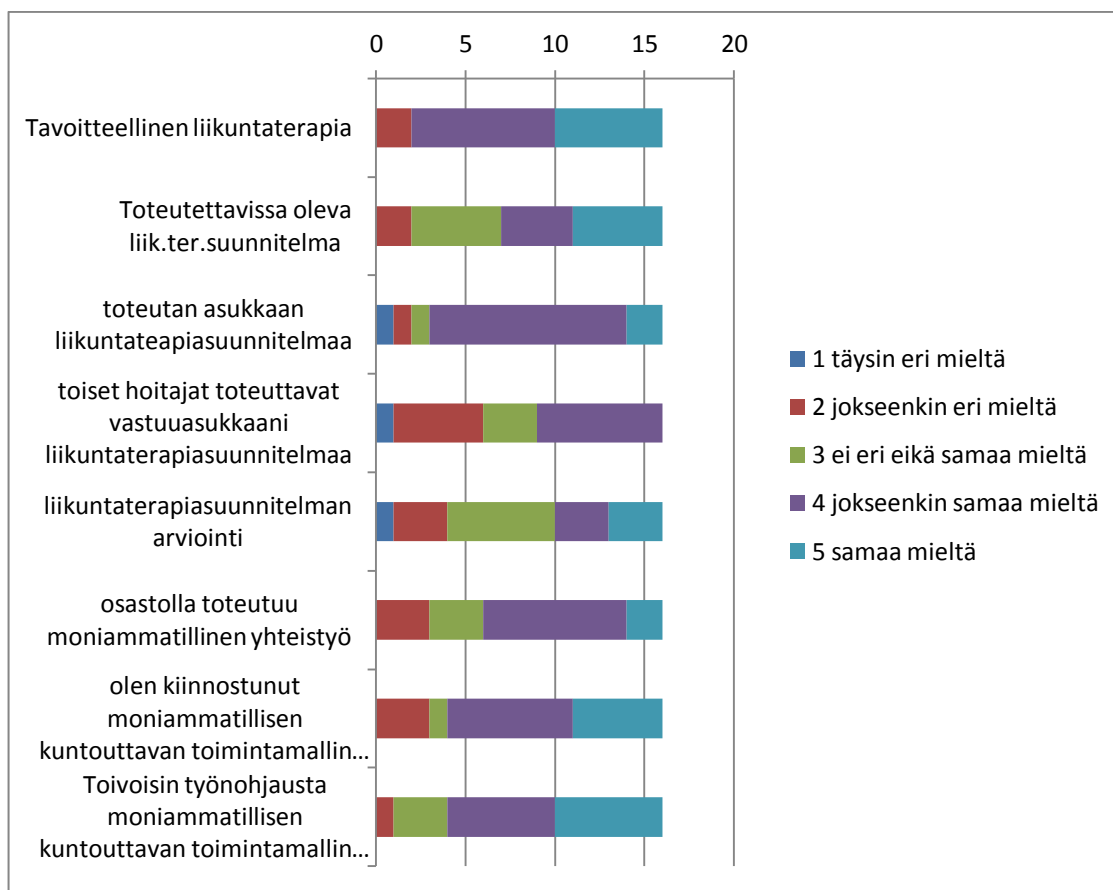
Kyselyssä pyrittiin kartoittamaan hoitajien mielipidettä siitä, miten he toivoivat saavansa fysioterapeutin ohjausta osastolla. Ohjauksella tarkoitetaan tarpeen tullen tapahtuvaa sanallista tai näytön avulla toteutettua fysioterapeutin ohjausta esimerkiksi asukkaan siirtoa koskevaa tai hoitajan ergonomiaa koskevaa neuvonantoa ja keskustelua aiheesta. Hoitajien näkemys havainnollistettuna Kuviossa 39.



Kuvio 39: Hoitajan mielestä paras tapa saada ohjausta

Suurin osa hoitajista (n=12) koki, että fysioterapeutin työskentely työparina hoitotilanteissa on paras tapa saada ohjausta osastolla. Hoitajat kokivat ohjauksen toimivan hyvin myös tiimipalaverissa (n=11) ja ergonomiavarttien muodossa (n=11). Osa hoitajista (n=6) toivoisi kirjallista ohjausta ilmoitustaulun välityksellä. Lähes joka kolmas hoitaja (n=5) arvostaa ohjausta, missä fysioterapeutti toimii arvioijana, eli suorittaa esimerkiksi asukassiirron arvion sivustakatsojana. Hoitajista joka neljännestä mielestä osastotunneilla annettu fysioterapeutin ohjaus toimisi heillä parhaiten (n=4). Yhdessä toteutettu osastoryhmä mainittiin kerran kohdassa muu ohjaustapa (n=1).

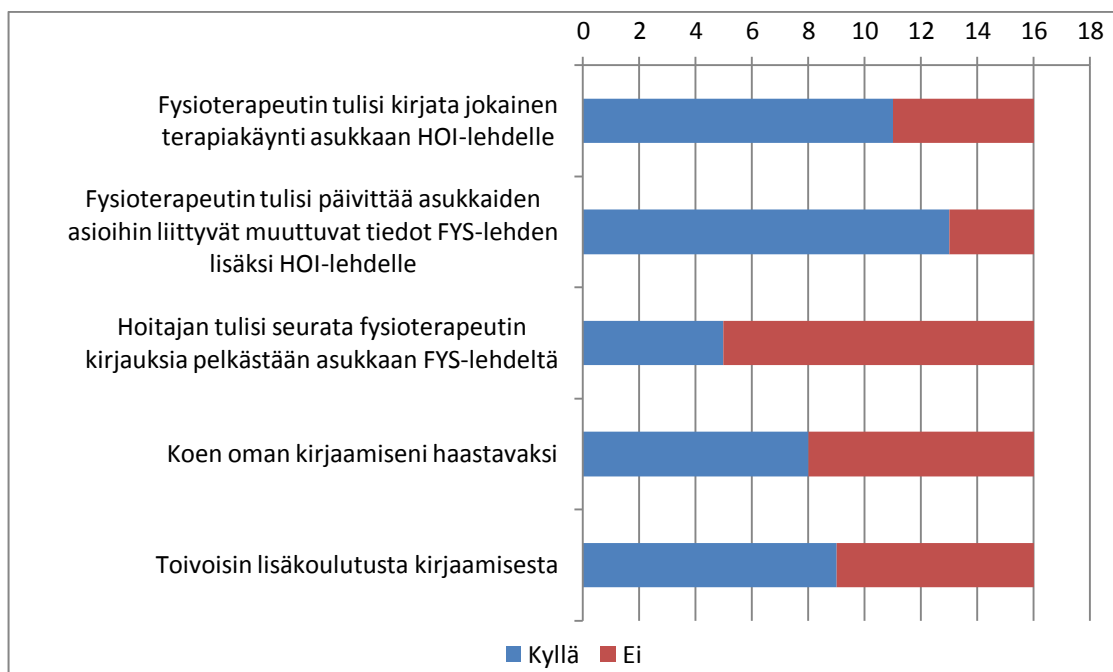
Hoitajilta kysyttiin fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan yhteistyön toimivuutta. Tähän osioon hoitajat vastasivat Likertin asteikolla 1-5 (eri mieltä - samaa mieltä).



Kuvio 40: Fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan yhteistyö osastolla

Suurin osa hoitajista piti asukkaalle yhteistyössä laadittua liikuntaterapiasuunnitelmaa tavoitteellisena (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä $n=14$), mutta vain reilu puolet piti sitä toteutettavissa olevana (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä $n=9$). Suurin osa hoitajista kertoo toteuttavansa kuitenkin vastuusasukkaansa liikuntaterapiasuunnitelmaa (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä $n=13$). Vastaajista lähes puolet ($n=7$) uskoo, että osaston muut hoitajat toteuttavat heidän vastuusukkaidensa liikuntaterapiasuunnitelmaa. Liikuntaterapian säännöllinen arviointi yhdessä fysioterapeutin kanssa toteutuu eritasoisesti. Noin kolmannes vastaajista kokee säännöllisen arvioinnin olevan kunnossa (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä $n=6$). Hoitajista joka kolmas vastasi ei eri eikä samaa mieltä ja loppu kolmannes hoitajista kokee, ettei säännöllistä arviota toteuteta puolen vuoden välein.

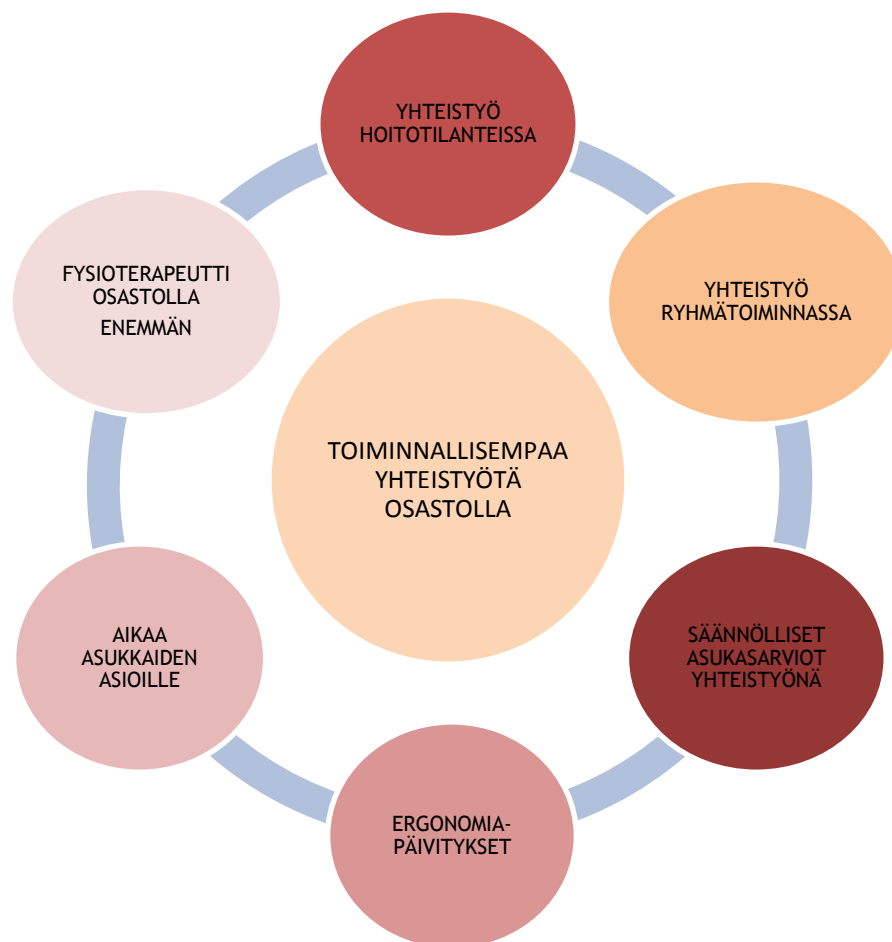
Suurin osa hoitajista kokee, että osastolla toteutuu moniammatillinen kuntouttava hoitotyö ($n=10$). Osaston hoitajat ovat pääosin kiinnostuneita moniammatillisen kuntouttavan toimintamallin kehittämisestä (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä $n=12$) ja yhtä moni toivoisi asiaan työnohjausta (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä $n=12$).



Kuvio 41: Viestiminen ja kirjaaminen osana yhteistyötä

Kyselyllä pyrittiin kartoittamaan hoitajien näkemystä aiheesta viestiminen ja kirjaaminen osana yhteistyötä. Tässä osiossa pyrittiin kartoittamaan hoitajien mielipiteitä fysioterapeutin kirjaamisesta asiakastietojärjestelmään niin, että viesti tulisi mahdollisimman oikea-aikaisesti ja oikean kanavan kautta vastaanottajalle. Enemmistö hoitajista (n=11) haluaisi, että fysioterapeutti kirjaisi asukkaan jokaisen fysioterapiakäynnin hoitotyön lehdelle. Suurin osa hoitajista on sitä mieltä, että fysioterapeutin tulisi päivittää asukkaiden asioihin liittyvät muuttuvat tiedot (esimerkiksi siirtotapa, apuvälineet) asiakastietorekisterissä fysioterapialehden lisäksi hoitotyön lehdelle (n=13). Suurin osa hoitajista on sitä mieltä, että hoitajan tehtävä ei tulisi olla fysioterapeutin kirjauksien seuraaminen pelkästään fysioterapialehdeltä (n=11). Puolet vastaajista kokee oman kirjaamisen haastavaksi (n=8) ja reilu puolet toivoisi lisäkoulutusta kirjaamiseen (n=9).

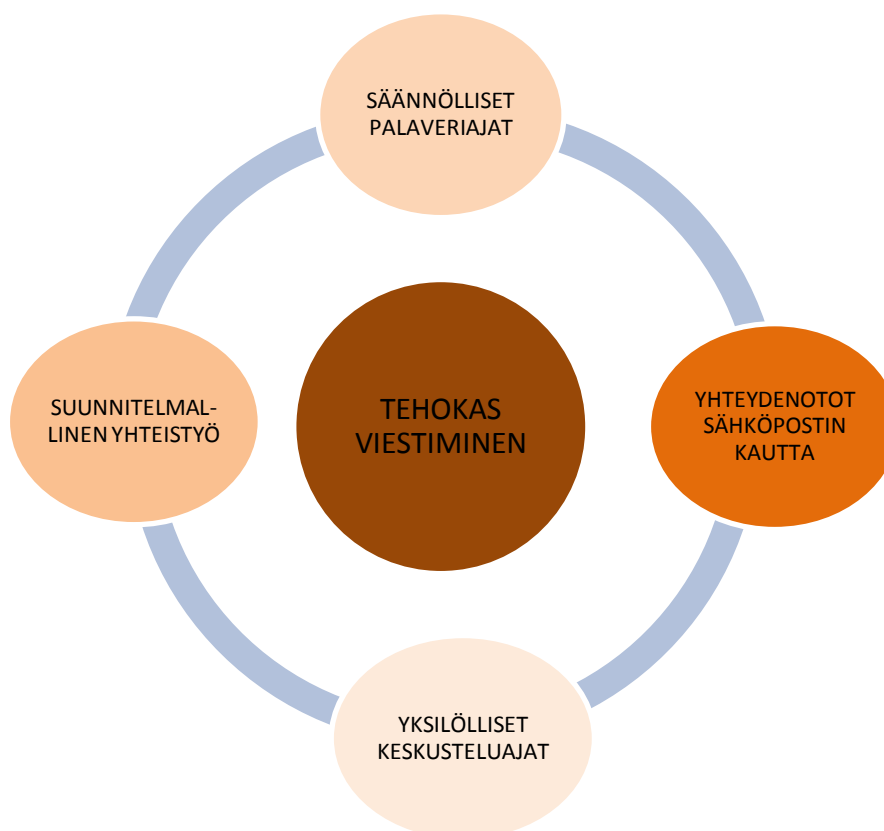
Kyselyssä hoitajat saivat vapaamuotoisesti kertoa kehitysideoita yhteistyön kehittämiseksi osaston fysioterapeutin kanssa. Vastaukset tiivistettiin teemoihin ja annoin teemat otsikoitiin. Toinen pääteema "Toiminnallisempaa yhteistyötä osastolla" sisältää kehitysideoita toiminnalliseen, käytännönläheiseen moniammatilliseen yhteistyöhön.



Kuvio 42: Kehittämisehdotuksena toiminnallisempaa yhteistyötä osastolla

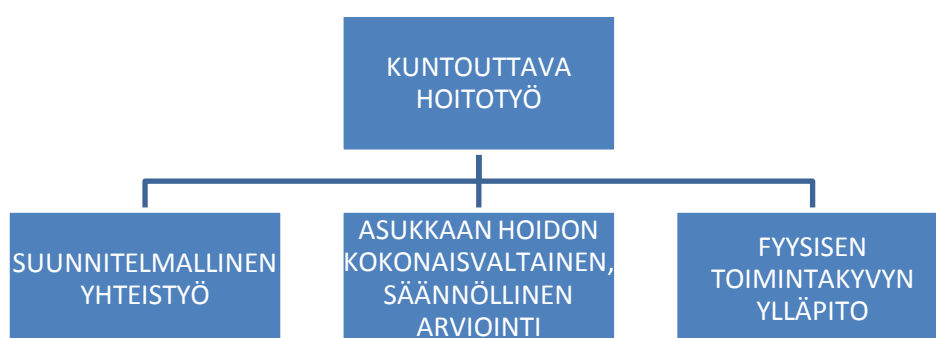
Pääteeman ympärille koottiin yleistettävissä olevia yhteistyöhön lisäarvoa antavia ajatuksia (Kuvio 42). Hoitajat toivovat fysioterapeutilta aikaa ja keskittymistä omalle osastolleen. He haluaisivat enemmän aikaa asukkaiden asioiden pohtimiseen yhdessä, laadukasta keskustelua asukkaan kuntoutuksesta ja yhdessä tekemisen meininkiä.

Kehittämisideat toiminnallisesta yhteistyöstä osastolla liittyivät konkreettisiin ideoihin ja enemmänkin fysioterapeutin tehtäviin. Hoitajat toivoivat, että fysioterapeutti keskittäisi voimavaransa vuoropäivinä osaston puolikkaisiin osiin. Fysioterapeutin ollessa osastolla, hänen toivotaan toimivan kiinteästi vain toisella puolella osastoa ja olevan fyysisesti siellä läsnä tietyn ennalta sovitun vakituisen päivän/ajan. Hoitajat kehittäisivät asukkaiden ryhmätoimintaa osastolla niin, että jakaisivat vetovastuuta fysioterapeutin kanssa sitä säännöllisesti. Kehittämisideoita olivat ergonomiapäivitykset henkilökunnalle ja asukkaan toimintakyvyn sekä siirtojen arviot ehdotettiin puolen vuoden välein tehtäviksi.



Kuvio 43: Kehittämisideana tehokkaampi viestiminen eri ammattikuntien välillä

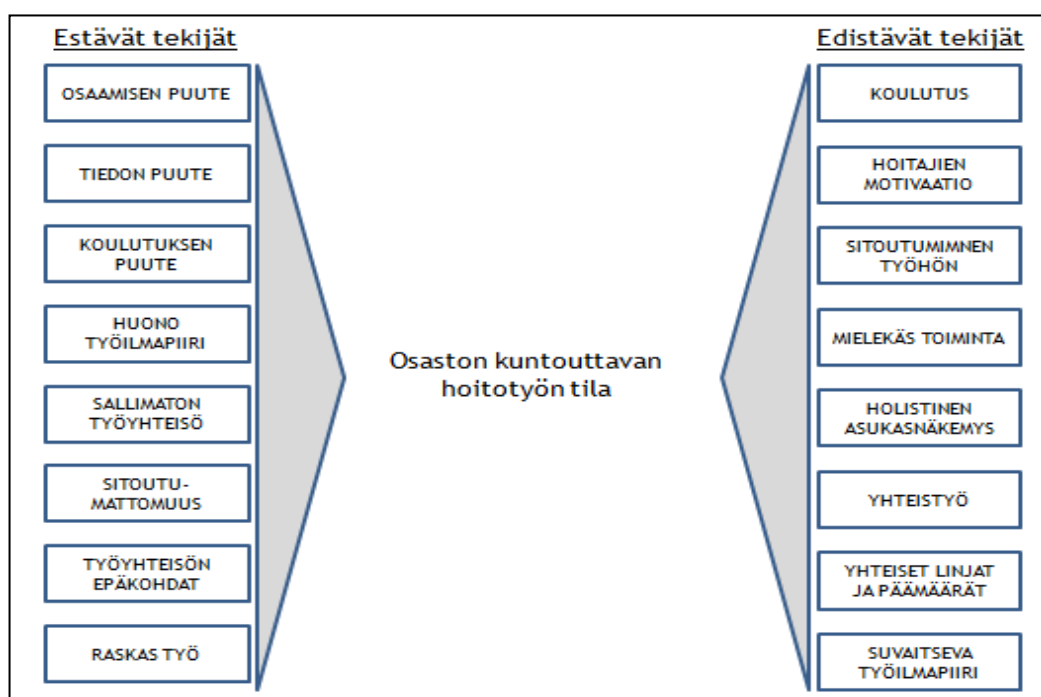
Toiseksi teemaksi tuli viestiminen. Teema otsikoitiin nimellä "Tehokas viestiminen" (Kuvio 43). Hoitajat kehittäisivät tämän hetkistä osaston viestimistä oikea-aikaiseksi ja tehokkaammaksi. He ehdottivat fysioterapeutin viestimisvälineiksi sähköpostia ja osastolla pidettävää viestivihkoa. Hoitajat toivovat palaveriaikoja asukkaan asioita koskeviin keskusteluihin sekä tiimipalaverissa asukkaiden kuntouttavaan hoitoon liittyvää keskustelua. Hoitajien kehittämisideoita ovat ennalta sovitut neuvonta-ajat. Kehittämisideoissa oli useampaan vastaukseen liitetty huoli vähäisestä ajasta ja hoitajien määrästä.



Kuvio 44: Kuntouttavan hoitotyön määrittely hoitajien mukaan

Kuntouttava hoitotyö määriteltiin hoitajien keskuudessa melko yhdenmukaisesti. Aineistossa esille tulleet keskeiset teemat olivat suunnitelmallinen yhteistyö asukkaan hoidossa, asukkaan ja hänen omien voimavarojen arvioiminen yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti sekä asukkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpito (Kuvio 44.). Asukkaan toimintakyvyn säännöllinen arvioiminen oli hoitajien mukaan merkittävä osa kuntouttavaa hoitotyötä.

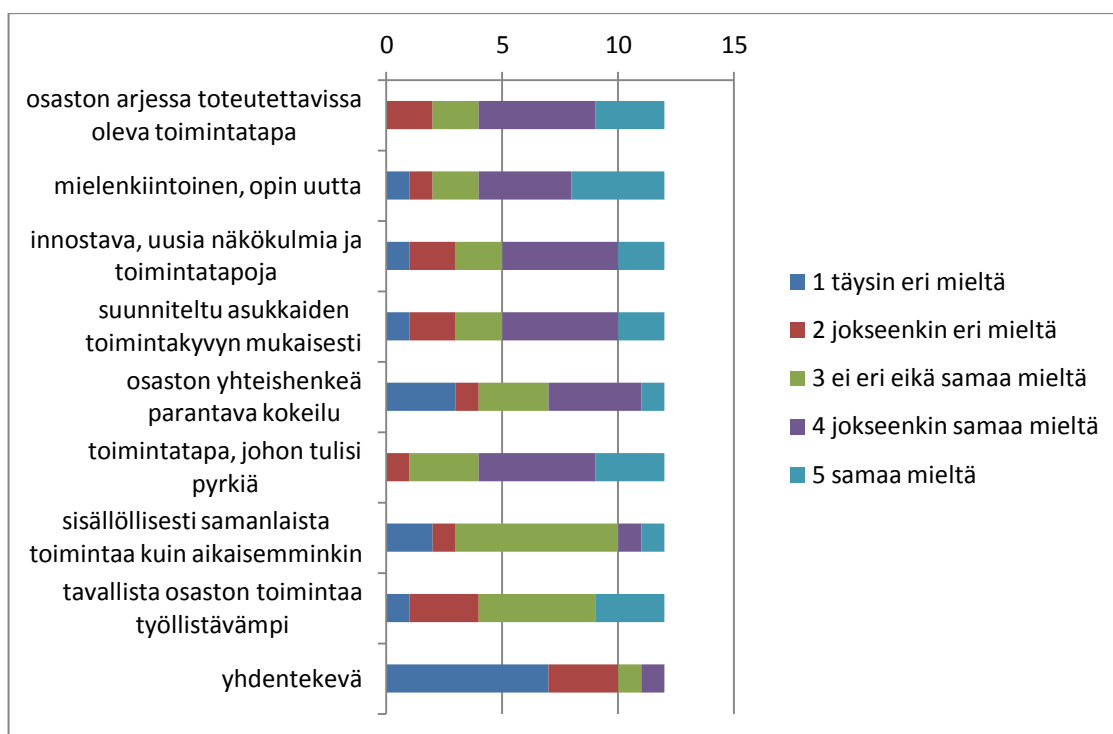
Hoitajien mukaan osaston suunnitellun toiminnan tulee olla asukaslähtöistä ja asukkaille mielekästä toteutuakseen ja edistääkseen kuntouttavaa hoitotyötä. Kuntouttavaa hoitotyötä tulisi suunnitella osastolla yhteistyössä ja sopia yhteisistä linjauksista ja päämääristä moniammatillisessa yhteistyössä ja asukkaan kanssa. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä asukas huomioidaan kokonaisuutena, hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa vastataan, esimerkkinä oikea-aikainen lääkitys ja tapoja ja tottumuksia kunnioitetaan (esimerkkinä vuorokausirytm). Hoitajia pyydettiin vapaamuotoisesti mainitsemaan kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä pois lukien henkilökuntaresurssit ja apuvälineet. Kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä ja estäviä tekijöitä on esitelty Kuviossa 45. Hoitajien mukaan kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä ovat ennen kaikkea hoitajan vahva oma kiinnostus ja sitoutuminen työhön. Hoitajat korostavat koulutuksen merkitystä ja oman ammattitaidon kehittämistä työmotivaation ja asenteen ylläpitämiseksi.



Kuvio 45: Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä osastolla

Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä ovat hoitajien mukaan tiedon ja taitojen puute käytännön hoitotyössä. Mainittuja tekijöitä olivat myös hoitajien negatiivinen asenne ja sitoutu-

mattomuus kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan. Yhteistyökyvyttömyys ja osaston työilmapiiriin koettiin vaikuttavan kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen negatiivisesti.



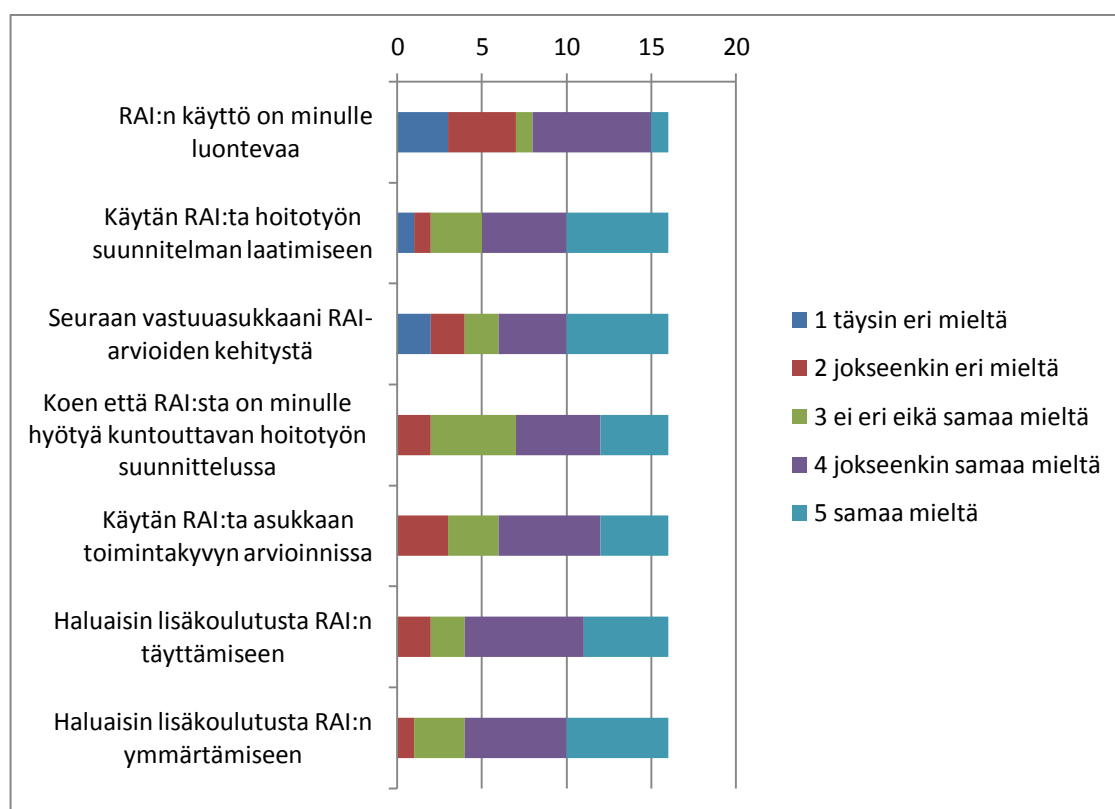
Kuvio 46: Hoitajien näkemys osastolla järjestetystä kuntoutusprojektista v 2014-2015

Kokonaisvastaajamäärä kyselyssä oli 16, mutta 4 vastaajista jätti vastaamatta kuntoutusprojektiin liittyvään kysymykseen. Osa kyselyyn vastanneista ei ollut projektin aikana töissä osastolla. Vastaukset on esitetty pääosin enemmistön näkökulmasta ja osaston keskiarvoista mielipidettä kuvaava arvo lisätty väitteen loppuun.

Osaston hoitajilta kysyttiin mielipiteitä osaston kuntoutusprojektista (Kuvio 46). Kuntoutusprojekti toteutettiin puolen vuoden ajan syksystä 2014 kevääseen 2015. Kuntoutusprojektiä koskevaan osioon vastasi 12 hoitajaa, sillä he olivat osastolla kuntoutusprojektin aikaan työssä. Kuntoutusprojekti oli hoitajien enemmistön mielestä osaston arjessa toteutettavissa oleva toimintatapa (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä n=8). Kuntoutusprojekti koettiin osastolla mielenkiintoisena ja opettavaisena, (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä n=8). Hoitajista hieman yli puolet sai projektin aikana uusia näkökulmia ja toimintatapoja ja interventio oli innostava (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä =7) . Reilu puolet hoitajista ajatteli, että kuntoutusprojekti oli suunniteltu asukkaiden toimintakyvyn mukaisesti (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä n=7).

Vajaa puolet hoitajista (n=5) oli sitä mieltä, että kuntoutusprojekti paransi osaston yhteishenkeä, joka kolmas (n=4) oli sitä mieltä, että kuntoutusprojekti ei parantanut yhteishenkeä.

Kuntoutusprojekti sisälsi hoitajien mielestä toimintatavan, johon osastolla tulisi pyrkiä (jokseenkin samaa mieltä - samaa mieltä n=8). Suurin osa hoitajista ei osannut arvioida oliko osaston toiminta samankaltaista, kuin mitä se aiemminkin oli ollut (n=7). Kuntoutusprojekti oli osaston tavanomaista toimintaa työllistävämpi joka neljännän hoitajan mielestä (n=3), hoitajista suurin osa (n=5), ei osannut vastata väitteeseen ja loput vastaajista eivät kokeneet projektia tavallista osaston toimintaa työllistävämpänä (n=4). Kuviossa 47 esitetään hoitajien näkemykset osaston kuntoutusprojektista. Hoitajat eivät pitäneet kuntoutusprojektia yhden-tekevänä (täysin eri mieltä - jokseenkin eri mieltä n= 10).

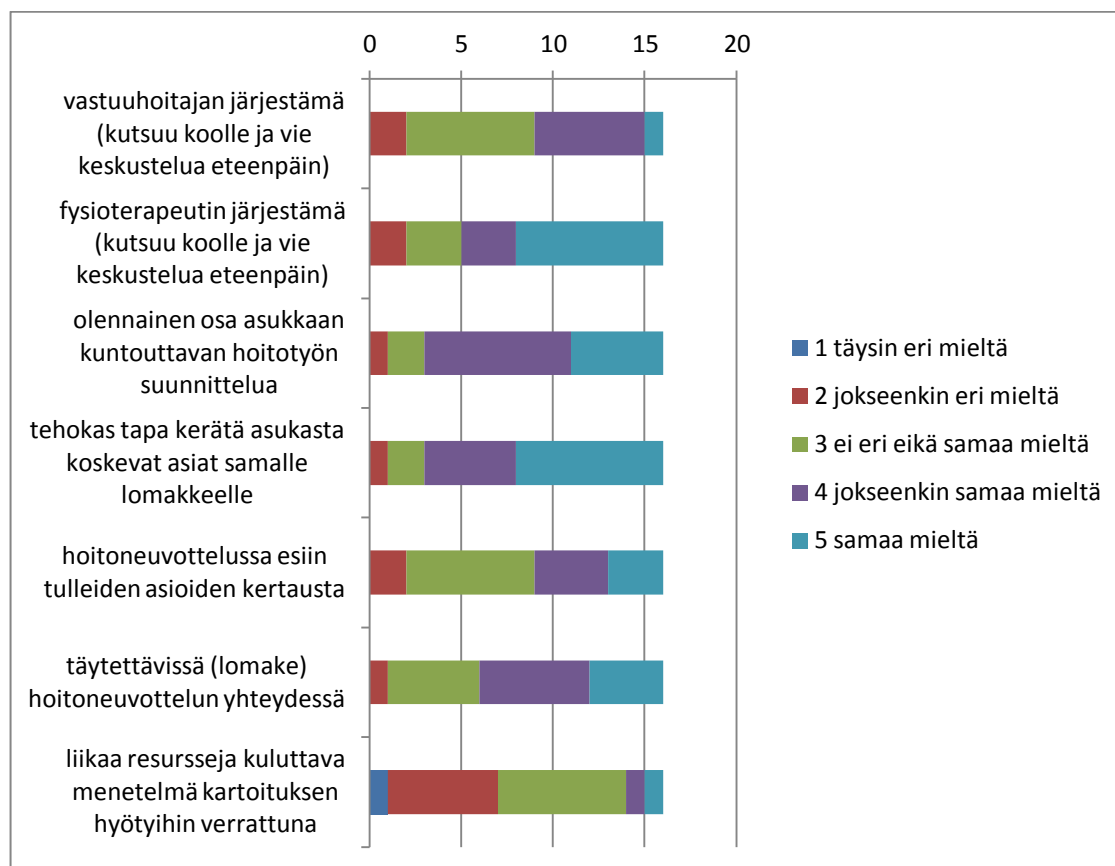


Kuvio 47: Hoitajan mielipide RAI:n käytöstä hoitotyön kehittämisessä

Seuraavassa osiossa kartoitettiin hoitajien näkemyksiä RAI:n käytöstä kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä. Kuviossa 47 havainnollistetaan hoitajien kokemuksia RAI:n käytöstä omassa työssään. Kuvio kertoo myös lisäkoulutuksen tarpeen RAI:n monipuolisempaan käyttöön ja tarpeen RAI:n lukemisen ymmärtämiseen. Vastaajien mielipiteen jakaantumista tarkastellaan enemmistön näkökulmasta ja väitteen lopuksi esitetään myös vastaajien mielipiteen keskiarvo.

Puolet hoitajista koki RAI:n käytön luontevaksi (n=8). Hoitajista kaksi kolmesta käyttää RAI:ta hoitotyön suunnitelman laatimiseen (n=11) ja suurin piirtein yhtä moni seuraa vastuusukkaansa RAI-arvioiden kehitystä (jokseenkin sama mieltä - samaa mieltä n=10). Reilu puolet hoitajista kokee, että RAI: sta on hyötyä kuntouttavan hoitotyön suunnittelussa (n=9). Kaksi

kolmesta hoitajasta käyttää RAI: ta vastuusukkaansa toimintakyvyn arvioinnissa (n=10). Suurin osa hoitajista haluaisi lisäkoulutusta RAI:n täyttämiseen (n=11) sekä haluaisi lisäkoulutusta RAI:n ymmärtämiseen (n=11).



Kuvio 48: Hoitajien mielipide asukkaan riski- ja voimavarakartoituksesta ja sen hyödyistä

Hoitajien mielipiteitä monipuolisessa yhteistyössä tehdystä riski- ja voimavarakartoituksesta esitetään Kuviossa 48. Vastaukset esitetään vastaajien enemmistön näkökulmasta sekä vastaajien mielipiteen keskiarvona.

Suuri osa hoitajista ajattelee että, riski- ja voimavarakartoitus on fysioterapeutin järjestämä tilaisuus, jossa fysioterapeutti kutsuu kokoon asukkaan ja omaiset sekä hoitajan (n=11). Vastuuhoitajan järjestämäksi tilaisuudeksi riski- ja voimavarakartoitusta pitää alle puolet hoitajista (n=7). Lähes jokainen vastaaja on sitä mieltä, että riski- ja voimavarakartoitus on olennainen osa asukkaan kuntouttavan hoidon suunnittelua (n=13) ja että se on tehokas tapa kerätä asukasta koskevat asiat samalle lomakkeelle (n=13). Lähes puolet vastaajista ajattelee riski- ja voimavarakartoituksen olevan kertausta samoille asioille, mitä asukkaan hoitoneuvottelussa käydään läpi (n=7) ja yli puolet (n=10) että lomake olisi täytettävissä hoitoneuvottelun yhteydessä. Kuitenkin vain pieni osa vastaajista (n=2) koki, että riski- ja voimavaramenetelmään käytettäisiin liikaa resursseja sen hyötyihin verrattuna.

6.5.3 Yhteenveto kyselystä

Hoitajien kokevat, että fysioterapeutin tärkeimpiä tehtäviä osastolla on asukkaan apuvälineiden arvio ja niiden toimittaminen, asukassiirtojen arviointi ja henkilökunnan ergonomiahjaus. Hoitajien mielestä fysioterapeutin ohjaus toimii heidän kohdallaan parhaiten, kun hän toimii työparina käytännön työssä. Hoitajat kokevat myös ergonomiavarttien ja tiimipalaverien yhteydessä tulevan ohjauksen heille seuraavaksi parhaimpana.

Suurin osa hoitajista kokee liikuntaterapiasuunnitelman tavoitteelliseksi, mutta hieman haastavaksi toteuttaa. Hoitajat toteuttavat oman vastuusukkaansa liikuntaterapiasuunnitelmaa mutteivät usko muiden hoitajien sitä toteuttavan. Enemmistö hoitajista kokee moniammatillisen kuntouttavan yhteistyön toteutuvan osastolla. Suurin osa hoitajista on kiinnostunut kuntouttavan toimintamallin kehittämistä ja toivoo osastolle yhteistä työnohjausta kuntouttavan toimintamallin kehittämiseen. Hoitajien mielestä fysioterapeutin tulisi kirjata jokainen terapiakäynti jossain muodossa myös hoitotyön osuuteen asiakastietojärjestelmään ja päivittää olennaiset tiedot fysioterapiakirjausten lisäksi hoitotyön kirjauksiin. Pelkästään fysioterapialehdiltä asukkaan terapian seuraaminen ei ole toivottavaa. Hoitajat kokevat hoitotyön päivittäisen kirjaamisen haastavaksi ja toivovat siihen lisäkoulutusta.

Yhteistyötä osastolla haluttiin kehittää käytännön työn ja viestimisen alueella. Ehdotuksia moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi mainittiin yhdessä toteutettu ryhmätoiminta, fysioterapeutin ja hoitajien välinen viestimisen tehostaminen sähköpostin kautta ja fysioterapeutin osallistuvuus aktiivisesti tiimipalaveriin ja osastokokouksiin. Fysioterapeutilta toivottiin enemmän aikaa asukkaan hoitoon liittyviin keskustelutilanteisiin, kuten esimerkiksi hoitoneuvotteluun ja liikuntaterapiasuunnitelman suunnitteluun yhdessä.

Hoitajat määrittivät kuntouttavaa hoitotyötä kuvailevasti. Heidän mielestään kuntouttava hoitotyö koostuu suunnitelmallisesta yhteistyöstä, asukkaan yksilöllisestä hoidosta ja sen arvioinnista sekä asukkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisesta. Kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä ovat hoitajien mielestä toimiva yhteistyö, asukkaalle mielekäs toiminta ja hoitajien motivoitunut sekä hyvä asenne työhön. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä ovat huono työergonomia, heikko yhteistyö osastolla ja hoitajien huono motivaatio ja asenne työtä kohtaan. Suurin osa hoitajista piti osaston kuntoutusprojektia osaston arjessa toteutettavissa olevana toimintatapana sekä opettavaisena ja mielenkiintoisena kokemuksena. Hoitajat pitivät projektia innostavana, uusia näkökulmia ja toimintatapoja tarjoavana menetelmänä, mikä oli suunniteltu asukkaiden toimintakyvyn mukaisesti.

6.6 Työpaja 2 : Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn tulosten läpikäynti

Työpaja kokoontui osastolla kyselyn tulosten analysoinnin jälkeen ja siihen osallistuivat päivän aamu- ja iltavuorolaiset, yhteensä seitsemän hoitajaa ja osastonhoitaja, mikä on puolet kyselyyn vastanneiden määrästä. Työpajassa esiteltiin kehittämistyö ja sen toimintakierrokset, joilla pyrittiin herättämään keskustelua toiminnasta. Työpajan aiheet keskittyivät RAI:n tiedonkeruumenetelmän ja hoitotyön kirjaamiseen, jotka molemmat koettiin tärkeinä, mutta haastavina asioina kyselyn tulosten perusteella. Molempiin toivottiin enemmän koulutusta. Hoitajat kokivat kirjaamisen tulleen hieman haastavammaksi fraasien eli uusien kirjaamisotsikoiden käyttöönoton jälkeen.

Työpajassa keskustelua herätti osaston sisäinen viestintä ja toiminnan aikataulutus pöytäkalentereiden välityksellä. Työpajassa tuli ilmi, että useampi hoitaja olisi valmis fysioterapeutin työpariksi osastolla mahdollisesti toteutettavaan tavoitteelliseen terapiaryhmään ja kiinnostunut myös liikunnallisen toiminnan ohjaamisesta. Hoitajien mukaan myös Efficasiakastietojärjestelmä ja sen kautta asukkaan toiminnan laadullinen kuvaus sekä asukkaan toimintakyvyn arviointi voisi toimia kuntoutusprojektin tiedonkeruumenetelmänä hyödyllisemmin kuin RAI-tulokset. He kokivat hoitotyönlehden kirjaukset ymmärrettävämpänä kuin RAI-tulokset ja heti käytäntöön liitettävissä olevana tietona.

Kehittämistyössä aineistonkeruumenetelmänä käytetyn kyselyn voisi hoitajien mielestä toteuttaa Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen muillakin osastoilla. Kysely antaa työpajaan osallistuneiden mielestä runsaasti tietoa osastosta ja vertailukohteita omalle toiminnalle. Osastolla moniammatillinen toiminta saa pohjaa oman osaston RAI-tulosten pohjautuvasta keskustelusta ja yksilöllisesti analysoitavista vastuuasukkaan RAI-tuloksista. Työpajassa toivottiin vähemmän vertailevaa toimintaa muiden osastojen tai monipuolisten palvelukeskusten välillä ja huolellisempaa keskittymistä oman osaston RAI-tulosten analyysiin ja toiminnan kehittämiseen sitä kautta. Moniammatillisessa kuntoutustyössä tulisi lisätä ymmärrystä tulosten käyttämiseen asukkaan hoitoa suunnitellessa. Työpajassa koettiin asukkaan liikuntaterapiasuunnitelma tärkeänä ja sen arviointiin toivottiin säännöllisyyttä. Riski- ja voimavarakartoituksen koolle kutsuja on henkilökunnalle epäselvä. Tämän vuoksi on mahdollista, että sen toteutuminen viivästyy.

7 Vastaukset tutkimuskysymyksiin ja toiminnan kehittämisehdotukset

Tämä opinnäytetyö oli toiminnallinen kehittämistyö, jonka tavoitteena oli kehittää moniammatillista kuntouttavaa yhteistyötä pitkäaikaisosastolla. Kehittämistyön tarkoitus oli arvioida kuntoutusprojektin vaikuttavuutta RAI-tietojärjestelmän antamien tulosten kautta kahdelta verrokiosastolta, sekä selvittää hoitajien näkemystä moniammatillisesta kuntouttavasta yhteistyöstä. Työn tavoitteisiin pyrittiin vastaamaan seuraavien tutkimuskysymysten kautta:

1. Miten toteutettu suunnitelmallinen terapia ja sen kohdentaminen vaikuttaa kuntoutusluokka 1:seen kuuluvan asukkaan RAI-mittareiden arvoihin?

Kuntoutusprojektin toimintaan sisältyi kuntoutumislukituksen mukainen kohdennettu kuntoutus ja moniammatillisen kuntoutustoiminnan tehostaminen osastolla. Kohdennetun kuntoutuksen ja moniammatillisen kuntouttavan toiminnan vaikutusta asukkaiden toimintakykyyn on hankala erotella toisistaan. Tämän kehittämistyön tuloksiin viitaten voidaan todeta, että kuntoutusprojektilla kokonaisuudessaan oli myönteisiä vaikutuksia kuntoutumislukokka 1 asukkaiden fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, painon ylläpysymiseen ja mahdollisesti myös kivun hallintaan.

Kuntoutuksen kohdentaminen pitkäaikaisosastolla perustuu RAI-tietojärjestelmässä vuodesta 2014 saakka olleisiin kuntoutumislukitusmittareihin (REHAB3/REHAB9). Asukkaita on paljon, joten kuntoutumislukokkiin jaettua ohjaamisen vastuuta on syytä kohdentaa fysioterapeutin ja hoitajien välillä. Säännöllinen terapeuttinen harjoittelu ja moniammatillisesti suunniteltu hoitajan toteuttama aktiivinen kuntouttava toiminta osastolla näyttäisivät vaikuttavan asukkaan päivittäisiin fyysisiin toimintoihin ja niistä suoriutumiseen positiivisesti.

Asukkaan fysioterapeuttisen harjoittelun tulee olla säännöllistä, suunniteltua ja tarpeeksi kuormittavaa positiivisten tulosten tavoittamiseksi. Kohdennettu terapeuttinen kuntoutus ja moniammatillinen kuntouttava toiminta osastolla tulisi aloittaa mahdollisimman aikaisin, kun asukas ymmärtää harjoitukset sekä niiden tavoitteen. Asukkaalla on tällöin voimavaroja, joita tukea kuntouttavain keinoin, sekä runsaasti kuntoutumisen mahdollisuuksia. Kuntouttavan toiminnan vaikutukset eivät ole pitkäkestoisia, vaan fyysisen toimintakyvyn ylläpysyminen vaatii säännöllistä ja suunniteltua fyysistä harjoittelua.

Kognition heikkeneminen oli sekä kuntoutusprojektiin osallistuneilla kuntoutumislukokka 1:llä ja verrokkiryhmällä keskiarvoisesti tasaista. Muistisairaus on usein etenevä sairaus eikä kuntouttavalla toiminnalla näihin tuloksiin viitaten ollut vaikutusta kognitiivisen toimintakyvyn ylläpysymiseen tai heikentymisen hidastumiseen. Näin pienessä otoksessa keskiarvo muuttuu herkästi. Otoksessa oli kaksi merkittävää muuttujaa, jotka vaikuttivat kognitiivisen toimintakyvyn kokonaiskeskiarvoon heikentävänä ja heikensivät terapeuttisen harjoittelun määrän vaikutuksia kognitiiviseen toimintakykyyn.

Kuntoutusprojektin asukkaat olivat sosiaalisesti aktiivisia ja kuntoutusprojektin tulosten perusteella nähdään asukkaan sosiaalisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn paranevan sitä enemmän mitä enemmän hän saa fysioterapiaa. Sosiaalinen toimintakyky laski asukkailla seuranta-aikana keskiarvoisesti hieman, mutta pysyi kuitenkin alueella, mikä kuvaa heillä olevan run-

saasti aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista. Verrokkiryhmän sosiaalinen toimintakyky oli alueella "vain hieman aloitekykyä ja sosiaalista aktiivisuutta". Sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn keskiarvoinen trendi näyttäisi tulosten mukaan olevan tasaisesti heikentyvä. Sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn syy-yhteys on hyvä huomioida. Kognition heiketessä (muisti, päätöksentekokyky, havaitseminen) sosiaalinen vuorovaikutus kärsii, kun aloite- ja vuorovaikutuskyyvyt häiriintyvät.

Fysioterapeuttisen harjoittelun vaikutukset kivun kokemiseen tai kivun heikkenemiseen tämän kuntoutusprojektin aikana eivät todennu tämän kehittämistyön tuloksissa. Kokonaisuudessaan seuranta-ajalla kolmella asukkaalla todettiin kipua alkumittauksessa. Kivun kokeminen oli alhaisempaa kuntoutusprojektiin osallistuneilla asukkailla koko seuranta-ajalla kuin verrokkiryhmässä. Molemmissa ryhmissä asukkaiden kokema kivun taso pysyi keskiarvoisesti samana seuranta-ajalla.

Hoitajan antama kuntoutumista edistävä hoitotyö kohdistui epätasaisesti asukkaisiin, mikä kertoo asukkaiden hoidon tarpeen yksilöllisyydestä. Kuntoutumista edistävää hoitotyötä esiintyi pääosin sitä niukemmin, mitä enemmän kyseinen asukas sai fysioterapian palveluja (ryhmässä tai yksilöllisesti). Niillä asukkailla, joille fysioterapian lisäksi kohdennettiin RAI:ssa mitattavaa kuntoutumista edistävää hoitotyötä eniten, pysyi fyysinen toimintakyky joko ennallaan tai heikkeni hitaasti. Kuntoutumista edistävä hoitotyö lisääntyi kuntoutusprojektin aikana keskiarvoisesti, jonka jälkeen jäi saavutettuun tasoon. Verrokkiryhmän asukkaisiin kohdistui jonkin verran enemmän kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Fysioterapia on aktiivisen arjen tukikeino kuntoutumisluokkaan 1 kuuluvien asukkaiden toimintakyvyn ylläpysymisessä. Moniammatillisesti suunniteltu, hoitajien toteuttama asukasta aktivoiva arki on merkittävässä roolissa asukkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ylläpysymisessä.

Kuntoutusprojektin aikana kuntoutumisluokkaan 1 kuuluvien asukkaiden paino pysyi lähes ennallaan. Keskiarvoisesti kuntoutusprojektiin osallistuneilla asukkailla paino nousi kuntoutusprojektin aikana, laskien hieman kuitenkin seuranta-ajan lopulla. Verrokkiryhmässä asukkaiden keskiarvoinen painoindeksi oli suurempi. Heillä paino laski jonkin verran viimeisessä mittauksessa.

2. Miten musiikkitoiminta vaikuttaa kuntoutusluokka 3:een kuuluvan asukkaan RAI-arvoihin?

Kuntoutumisluokassa 3 musiikkitoiminnan ja koko kuntoutusprojektin vaikutusta RAI-arvoihin oli erittäin haastavaa. Asukkaat ovat täysin autettavia fyysisissä toiminnoissaan. Viimeisessä mittauksessa yhdellä asukkaalla fyysinen toimintakyky koheni hieman. Toimintakyvyn hienoi-

seen kohenemiseen voi olla monta eri syytä. Osaston henkilökunnan kanssa käydyissä keskusteluissa muutoksen syyksi arveltiin lääkemuutosta tai RAI-tulkintojen muutosta yleisesti.

Musiikkitoiminnan vaikutusta kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ei käytössä olevan tiedon perusteella voida arvioida. Asukkaiden muistisairaus on edennyt kuntoutusluokan 3 asukkailla jo hyvin pitkälle, eikä musiikkitoiminnan mahdollisia vaikutuksia voida RAI:n tulosten arviolla heidän kohdallaan osoittaa. Kipua esiintyy lähes kaikilla asukkailla ja sen kokeminen lisääntyi musiikkitoiminnan loputtua eli puoli vuotta projektin jälkeen tehdyissä mittauksissa.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön määrä on kuntoutusluokassa 3 pieni. Asukkaat ovat pitkälti liikkumattomia ja heidän kommunikaatiokykynsä on heikko. Kuntoutumista edistävää hoitotyötä voidaan RAI:n mukaan toteuttaa esimerkiksi passiivisen liikehoidon ja nielemisen avustamisen keinoin. Tällöin tavoitteena on kivuttomuuden lieventäminen, nivelten liikeratojen ylläpysyminen ja painehaavojen ehkäisy. Kuntoutumista edistävää hoitotyön määrä väheni musiikkitoiminnan aikana, mutta kääntyi kasvavaan suuntaan musiikkitoiminnan loputtua. Se, että verrokkiryhmässä esiintyi runsaammin kuntoutumista edistävää hoitotyötä voi johtua verrokkiryhmän asukkaiden hieman paremmasta fyysisestä suoriutumiskyvystä. Asukkaiden jäljellä olevien voimavarojen tunnistaminen ja niiden tukeminen on kuntoutumista edistävän hoitotyön perusta.

Kuntoutusluokassa 3 musiikkitoimintaan osallistuvien asukkaiden ruokahalu kasvoi ja asukkaiden paino pysyi musiikkitoiminnan aikana samalla tasolla. Säännöllisen musiikkitoiminnan ja kuntoutusprojektin loputtua asukkaiden keskiarvoinen painoindeksi lähti laskemaan. Musiikin vaikutuksista kertoivat havainnot liikehinnästä, ääntelyistä ja liikuttumisesta musiikin kuuntelun aikana, osa asukkaista oli musiikkitoiminnan jälkeisenä yönä levottomampia ja äänekäitä, kun taas toiset nukkuivat rauhallisesti läpi yön. Musiikin vaikutusta erittäin vaikeasti muistisairaana, kognitioltaan vaikeasti heikentyneen ihmisen kohdalla on haastavaa mitata. Yksi suositeltava tapa olisi kartoittaa henkilön nykytila tarkasti laadullisen kirjaamisen keinoin ja sopia tietyt fraasit, esimerkiksi syöminen, joilla henkilön vointia kuvaillaan. Jokaisen kirjauksen kohdalla tulisi näkyä olennainen, tarkka kuvaus fraasin alla. Havainnoinnin ja kirjaamisen tulisi olla jatkuvaa.

3. Miten hoitaja tulkitsee käsitteen "kuntouttava hoitotyö" ja minkälaisena hoitajat kokivat kuntoutusprojektin?

Kyselyn perusteella hoitajien yleinen määritelmä käsitteelle kuntouttava hoitotyö on suunnitelmallinen yhteistyö asukkaan toimintakyvyn tukemiseksi, asukkaan hoidon kokonaisvaltainen ja säännöllinen arviointi sekä fyysisen toimintakyvyn ylläpito. Hoitajien mukaan kuntouttavaa

hoitotyötä edistäviä tekijöitä ovat asukaslähtöinen ja asukkaalle mielekäs toiminta osastolla. Hoitajien mielestä kuntouttavan toiminnan tulisi olla tavoitteellista ja moniammatillisesti yhdessä suunniteltua. Merkittäviä kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä ovat hoitajien mukaan hoitajan vahva oma kiinnostus ja sitoutuminen työhön sekä motivaatio oman ammattitaidon kehittämiseen ja kouluttautumiseen.

Kuntoutusprojekti nähtiin osaston hoitajien keskuudessa pääosin innostavaksi ja opettavaksi kokemukseksi. Toiminta oli hoitajien mielestä asukaslähtöistä ja kuntoutusprojektin aikainen moniammatillinen toimintamalli olisi tavoiteltava toimintamalli osastolla. Hoitajien vastaukset väittämiin kuntoutusprojektista "osaston yhteishenkeä parantava kokeilu" sekä "tavallista toimintaa työllistävämpi" jakaantuivat asteikolla huomattavasti. Vastausten eroavaisuus voi selittyä sillä, että hoitajien työpanos kuntoutusprojektin toteutuksessa on vaihdellut. Osa hoitajista on voinut kokea heiltä vaaditun työpanoksen liian raskaaksi tavanomaisen toiminnan ohessa.

4. Millaisiin asioihin hoitaja odottaa fysioterapeutin keskittyvän työssään moniammatillisuuden ja osaston yhteistyön näkökulmasta?

Osastolla työskentelevä hoitaja odottaa, että osaston fysioterapeutti arvioi asukkaan apuvälinetarpeen ja vastaa apuvälineen toimittamisesta asukkaalle. Fysioterapeutilta kaivataan myös arvioita ja ammatillista tukea asukassiirtoihin. Hoitaja pitää henkilökunnan ergonomiohjausta fysioterapeutin tärkeimpänä tehtävänä osastolla ja asukkaiden yksilöllistä fysioterapiaa osana fysioterapeutin työnkuvaa. Hoitajat kokevat fysioterapeutin ohjauksen mielekkäänä työparina toimien, tiimipalaverien yhteydessä tai erikseen järjestetyissä ergonomiavarteissa. Hoitajat toivovat fysioterapeutilta yhteistyötä asukkaan liikuntaterapian säännöllisesti tapahtuvassa arvioinnissa sekä informoivaa kirjaamista useammin asiakastietojärjestelmän hoitotyön osioon. Yhteistyön kehittämiseen toivotaan eri muotoja; yhdessä toteutettuja ryhmiä, keskusteluaikoja sekä tehokasta tiedonkulkua.

Kehittämistyön tarkoituksena oli tunnistaa kehitysehdotuksia, jotka on toteutettavissa lyhyellä (1-2 kk) tai keskipitkällä (3-6 kk) aikavälillä osaston normaalin toiminnan ohessa, sillä toteutus ei voi sitoa osaston resursseja merkittävästi. Esitettävien kehitysehdotusten tavoitteena on kehittää osaston toimintaa kuntouttavan hoitotyön ja asiakkaan kuntoutumisen näkökulmasta. Ehdotukset voivat kohdistua yksittäisiin kehittämistyössä tunnistettuihin haasteisiin, tai vaikuttaa kokonaisvaltaisemmin laajempaan osaan osaston toimintaa. Osa kehitysehdotuksista hyödynnettiin välittömästi kehittämistyön osana pidettyjen työpajojen jälkeen, ja osa otettiin jo alustavassa muodossaan käyttöön osastolla.

Ensimmäinen kehittämis ehdotus on osaston RAI-tulosten ja kuntoutumislukitusten säännöllinen arviointi puolivuositain osastokokouksessa sekä asukaskohtaisemmin tiimipalaverissa. Osaston asukkaiden RAI-tulosten vertailun tulee tapahtua asukaskohtaisesti ja mittaustulosten trendiä tulee arvioida pitkällä aikavälillä.

Toinen kehittämis ehdotus on kuntoutumislukien mukaisesti kohdennettu kuntoutus. Kuntoutumislukka 1 hyötyy kuntoutusprojektin tuloksiin viitaten säännöllisestä terapiatoiminnasta sekä moniammatillisen työryhmän suunnittelemista aktiivisen arjen toiminnoista. Aktiivinen kuntouttava työ näkyi asukkaiden parantuneissa tai hitaasti heikkenevissä RAI-tuloksissa. Kuntoutumislukkaan 2 kuuluvien asukkaiden toimintakykyä tulee aktiivisemmin tukea hoitajien toteuttamalla kuntoutumista edistävällä toiminnalla. Toimintaan tulee kuulua esimerkiksi Motomed- harjoittelu, porraskävely ja kävelyharjoittelu osastolla.

Kuntoutumislukka 3:ssa musiikkitoiminta ja rentoutusharjoitukset kuuluvat kuntoutustoimintaan, millä pyritään vaikuttamaan asukkaiden elämänlaatuun kosketus- ja kuuloaistin kautta. Tämän lisäksi kuntoutustoimintaan tulee kuulua passiivinen liike- ja asentohoito. Hoitosuunnitelman tulee sisältää nykyisen kaltaisesti hoitajien toteuttaman, moniammatillisesti suunnitellun realistisen liikuntaterapiasuunnitelman ja mahdollisen fysioterapiasuunnitelman. Asukkaan aktiivisen arjen sisältö muodostuu edellä mainittujen osa-alueiden kokonaisuutena.

Osastotason yhteisten kuntouttavien aktiviteettien organisoiminen voisi olla myös osaston yhteistyötä koettelevaa ja onnistuessaan henkilökuntaa motivoivaa. Osastolla on elvytetty uudelleen päivätanssit opinnäytetyön kirjoittamisen aikana. Jokaviikkoisilla päivätansseilla kannustetaan asukkaita liikkeelle musiikin avulla. Musiikki yhdistää asukkaat ja henkilökunnan, ja tanssit mahdollistaisivat sosiaalisen kanssakäynnin. Musiikista voi nauttia monella eri tavalla, jotka tuottavat sekä fyysistä, psyykkistä että sosiaalista hyvää oloa. Musiikkitoiminta sopii kaikille kuntoutumislukkaan katsomatta.

Keskustelu kehittämistyöstä ja moniammatillisesta kuntouttavasta toiminnasta on herättänyt paljon mielenkiintoa. Useampi osaston hoitaja on esittänyt kiinnostuksensa osaston aktiivisen toiminnan käynnistämiseen uudelleen. Hoitajat ovat valmiita osallistumaan ryhmätoimintaan ohjaavina avustajina ja osa hoitajista on kiinnostunut toiminnan vetovastuusta.

Kolmas kehittämis ehdotus on säännöllisesti toteutuva kirjaamiskoulutus osaston moniammatilliselle henkilökunnalle. Yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen on edellytys kahden ensimmäisen kehittämis ehdotuksen onnistumiselle. Kirjaamiskoulutuksessa tulee käydä läpi fraasien käyttö ja kirjaamiseen liittyvien olennaisten sisältöjen tarkennus. Kirjaamiskoulutuksessa alustuksena suositellaan käytettäväksi hoitotyön kirjausten ja RAI-arvioiden yhteyden auditoimintia, jotta asiakastietojärjestelmien välinen yhteys olisi mahdollista ymmärtää paremmin.

Kirjaamiskoulutuksen lisäksi myös RAI-koulutukselle on tarvetta moniammatillisen työn kehittämisessä.

Kyselytutkimuksen perusteella havaittuja haasteita voitaisiin ratkaista ohjatusti, jolloin myös muutoksen pysyvyys voitaisiin todentaa ja koulutuksia tarvittaessa toistaa. Kirjaamisen yhtenäistäminen tulee myös helpottamaan toisen kehittämisehdotuksen (RAI-tulosten säännöllinen ja yksilöllinen arviointi) jalkauttamista, koska kirjaukset ovat paremmin yhteismitallisia ja vertailtavissa. Opinnäytetyön kirjoittamisen aikana osastolla käytiin kertauksena läpi hoitotyön kirjaamista keskeisten fraasien osalta.

Neljäs kehittämissuositus on moniammatilliseen kuntouttavaan yhteistyöhön keskittyvä työnohjaus osaston henkilökunnalle. Kyselyn tulosten perusteella suurin osa hoitajista on kiinnostunut työnohjauksesta, jonka aiheena on moniammatillisen kuntouttavan toimintamallin toteuttaminen osastolla. Työnohjaus sisältää tutustumiskäynnin yksikköön, jossa moniammatillista yhteistyötä on kehitetty. Eri ammattikuntien edustajien tulisi määritellä omat tavoitteensa työnohjaukseen liittyen, ennen työnohjauksen aloittamista. Työnohjauksella tarjotaan myös osastonhoitajalle työkaluja moniammatillisen yhteistyön organisoimiseen sekä osaston eri ammattiryhmien edustajille keinoja yhteistyön kehittämiseen. Työnohjaus vastaa kyselyssä esiin tulleisiin haasteisiin moniammatillisen kuntouttavan toimintamallin sujuvuudesta kuntoutusprojektin aikana.

Viides kehittämissuositus on hoitajien viestiminen fysioterapeutille sähköpostin kautta. Sähköpostin käyttö irtonaisten muistilappujen sijaan lisää asukkaan ja työntekijän tietoturvaa pitkäaikaisosastolla. Sähköpostin aktiivinen käyttö tulee selkiyttämään fysioterapeuttien ja hoitajien välistä viestintää ja alustavasti vastaa kyselytutkimuksessa tulleisiin viestinnällisiin haasteisiin. Lisäksi viestiminen sähköpostitse lisää tehokkuutta, kun tietoa voidaan jakaa keralla monelle ihmiselle.

Kuudes kehittämissuositus on fysioterapeutin työajan jakaminen. Fysioterapeutin toivotaan työskentelevän mahdollisuuksien mukaan ennalta määritellyn aikataulun mukaan osaston eri soluissa. Työajan jakaminen aamutoimien aikana on otettu jo opinnäytetyön kirjoittamistyön aikana käyttöön ja ensivaikutelmat ovat hyvät. Tällä hetkellä osastolla koetaan tarvetta korottaa asukkaiden siirtymistilanteita ja avun tarvetta siirtojen yhteydessä.

Osastolla hoidetaan asukkaita, joiden toimintakyky vaihtelee merkittävästi päivän aikana. Fysioterapeutin läsnäolo haastavien asukassiirtojen aikana tukee hoitajien ergonomian ohjausta ja moniammatillista toimintakyvyn arviointia, sekä turvallisen asukassiirron arviota. Olettavaa kuitenkin on, ettei ergonomiohjausta voi kokonaisuudessaan hahmottaa ainoastaan aamutoimien yhteydessä, vaan ergonomiohjausta tulee toteuttaa myös esimerkiksi tiimipala-

verin aikana. Tiimipalaveri oli hoitajien mielestä myös yksi parhaimpia tilaisuuksia fysioterapeutin ohjaukseen. Jokaisen hoitajan tulee myös käydä Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen fysioterapeuttien toteuttamassa kaksipäiväisessä ergonomiakoulutuksessa.

Kyselyn mukaan hoitajat kokivat, että fysioterapeutti työparina on ohjausmuotona paras vaihtoehto. Työparina toimiminen tukee asukkaan toimintakyvyn arviota ja edesauttaa realistisen liikuntaterapiasuunnitelman suunnittelussa. Työparina toimiminen mahdollistaa toiselta ammattiryhmältä oppimisen aidossa tilanteessa ja on yksi parhaimpia yhteistyön muotoja. Työparina toimiminen voi ammatillisesti olla hyödyttävä ja opettavainen; hoitaja oppii tunnistamaan asukkaan voimavaroja ja tukemaan niitä, fysioterapeutti taas voi huomata kuinka asukkaan toimintakyky voi vaihdella vuorokaudesta riippuen ja mitkä ovat kuntoutumista edistävän hoitotyön haasteet. Työparina toimiminen on myös toisella Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen pitkäaikaisosastolla ollut mielekkääksi koettu yhteistyön muoto.

Tämän kehittämistyön seitsemäs ja viimeinen kehittämisehdotus on osaston oma vuosikello. Osaston vuosikellossa on kuvattu osaston koko toimintavuoden tapahtumat. Vuosikello antaa osaston henkilökunnalle, omaisille, asukkaille ja yhteistyöhenkilöille kuvan siitä, mitä kaikkea vuoden aikana aiotaan tehdä, miten, ja milloin tapahtumiin tulisi varautua. Vuosikellon tarkoitus on ohjata osaston henkilökunnan toimintaa, sitouttaa ja vastuuttaa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Vuosikellosta tulee tehdä kaksi eri versiota, joista toinen sisältää muun muassa työhön liittyvät työntekijän vastuut, koulutukset ja arvioinnit. Toinen versio on osastolla yleisesti näkyvillä, joten asukkaat sekä omaiset näkevät siitä esimerkiksi osaston ryhmät, tapahtumat ja toiminnan. Osana vuosikellon toteuttamista myös osaston yhteinen tavoite tulee dokumentoida ja jalkauttaa henkilöstön pariin. Vuosikelloon merkittäisiin myös ne toimet, joilla osaston toimintaa aiotaan kehittää. Vuosikellosta on osastotasolla jo avattu keskustelu ja kehitetty yhteistyötä jo kehittämistyön työpajoissa ja heti niiden jälkeen.

8 Kehittämistyön arviointi

Ojasalon ym. (2009, 47-48) mukaan kehittämistoiminnassa arviointia käytetään useampaan otteeseen työn eri vaiheissa, ei pelkästään loppumetreillä. Väliarviointien tehtävänä on arvioida tutkimuksen sen hetkistä tilannetta ja suunnata kehittämistyötä palautteen mukaisesti. Arviointi on suunnitelmallista tiedonkeruuta ja kerätyn tiedon analysointia.

Tässä kehittämistyössä raportointia ja arviointia on pyritty tekemään kehittämistyön eri vaiheissa. Kehittämistyössä lisätutkimusluvan hakeminen työn loppuvaiheessa oli vielä tarpeellista, jotta kehittämistyöhön saatiin laadullista lisäarvoa vertailun sekä hoitajien kokemusten rikastamana. Raportointia ja arviointia pyrittiin toteuttamaan kehittämistyön eri vaiheissa osastokokouksissa ja työpajoissa. Epävirallisempaa arviointia on käyty kehittämistyön ajan kahvipöytäkeskusteluissa hoitajien, fysioterapeuttien, osastonhoitajien sekä RAI-

yhdyshenkilön kanssa. Kehittämistyön aikana keskustelu osaston toiminnan elvyttämisestä on aktivoitunut ja hoitajat ovat esittäneet mielenkiintonsa kuntouttavan toiminnan kehittämiseen. Kehittämistyötä on tehty vahvasti yhteistyössä kuntoutusprojektin toteuttaneen osaston henkilökunnan ja yhteys henkilöiden kanssa.

Kuntoutusprojektin tulokset ovat suuntaa antavia, sillä otos kuntoutumisluokissa on kohtalaisen pieni. Pienessä joukossa jo yhden asukkaan toimintakyvyn muutokset voivat vaikuttaa merkittävästi kokonaiskeskiarvoon. Kuntoutusprojektin tuloksia peilattiin hoitajille tehtyyn kyselyyn moniammatillisesta kuntouttavasta yhteistyöstä pitkäaikaisosastolla tavoitteena tunnistaa kehittämiskohteita tämänhetkisessä toiminnassa ja arvioida ratkaisuja niiden toteuttamiseen.

8.1 Kehittämistyön menetelmien arviointi ja luotettavuus

Tämän kehittämistyön sisältämän toimintatutkimuksen menetelmien arvioinnissa tulee miettiä, ovatko menetelmät olleet osallistavia, koska kyse on ennen kaikkea osallistavasta tutkimuksesta ja yhdessä tehtävän työn kehittämisestä. Osallistavat menetelmät luovat yhteyden työntekijöiden kokemuksen ja ammattitaidon kehittymisen kautta tulevaan hiljaiseen tietoon, jolloin Ojasalon ym. (2009, 58-62) mukaan myös kehittämistyön näkökulma laajenee virallisen aineiston lisäksi. Kehittämistyöhön osallistuneet hoitajat tuntevat työnsä haasteet parhaiten.

Kehittämistyössä käytetyt aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät toimivat hyvin osaston henkilökunnan, RAI-asiantuntijan ja osastonhoitajien ansiosta. He olivat sitoutuneita kuntoutusprojektin toteuttamiseen ja toimivat kehittämistyön käytännön järjestelyissä tukena. Työn ohjaajien, työtovereiden ja opiskelutovereiden näkemys tutkimuksen laadullisuuden tarkkailussa oli myös merkittävä etu.

Kehittämistehtäviin vastattiin keräämällä asukkaiden toimintakykyä kuvaavia tuloksia RAI:sta. Seuranta-aika ajoittuu niin, että nykytilan määrittely tehtiin ensimmäisen mittaustuloksen perusteella. Toinen mittaustulos kohdistuu aikaan välittömästi kuntoutusprojektin jälkeen ja kolmas seurantamittauksena puoli vuotta kuntoutusprojektin jälkeen. Nämä kolme mittaustulosta havainnollistavat kuntoutusprojektin vaikuttavuutta etenkin kuntoutumisluokassa 1. Pitempi seuranta-aika toisi syvyyttä pitkäaikaisasukkaan toimintakyvyn muutosten seurantaan ja yleiseen trendiin. RAI-mittaustulosten vertailu Kustaankartanon toisen samankaltaisen osaston kuntoutumisluokkien 1 ja 3 arvoihin antoi näkökulmaa kuntoutusprojektin vaikutusten todentamiseen kuntoutumisluokan 1 kohdalla. Verrokkiosaston asukkaat olivat lähtökohtaisesti jo toimintakyvyltään parempia, joten tulosten välinen vertailu ei kuitenkaan ole ratkaisevaa.

RAI-mittaustulokset ovat yleistettävissä, sillä RAI on yleisesti käytetty ja toimivaksi todettu mittari asukkaan palvelutarpeen kartoittamisessa. Yleistettävyyttä todentaessa otoskokoa

tulisi kasvattaa, ettei yksittäisillä merkittäville muutoksilla olisi niin suurta vaikutusta keskiarvoihin.

RAI:ta tiedonkeruumenetelmänä ja asukkaan hoidon suunnittelun pohjana on kritisoitu siitä, että koko järjestelmä ja asukkaan arviointi perustuu yhden hoitajan arvioon ja näkemykseen asukkaasta. Asukkaan RAI:ta täyttävän hoitajan tulisi olla se, joka tuntee potilaan parhaiten sekä kirjaa arvion, yhteistyössä asukkaan ja tämän omaisen kanssa, kaavakkeelle tai tietokoneelle. Moniammatillisuus ja päivittäisten toimintojen havainnointi on arvion tekemisessä tärkeää. RAI on luotettava hoidon perustaa suunniteltaessa, jos arvion tekeminen on vuorovaikutusta asukasta hoitavien henkilöiden kanssa ja hoitaja ymmärtää RAI:n eri osiot. RAI:n käytön toistettavuus aineistonkeruumenetelmänä on hyvä

Hoitajan tulee sisäistää RAI:n peruskaavakkeen kysymykset ja oikea tapa täyttää kaavake. Hoitaja tarvitsee arvioinnin täyttämiseen perusteellista koulutusta, säännöllistä lisäkoulutusta ja RAI:n jatkuvaa käyttöä. RAI:n eri osioiden tulkinta päivittyy aika ajoin. Asiasta tiedotetaan välittömästi kirjaamisvastaaville, mutta osion tulkinnan muutos voi tarkoittaa tuloksen muuttumista seuraavassa arviossa. Tämä vaikuttaa osaltaan näkyviin muutoksiin asukkaan arvioinnissa, vaikka toimintakyky pysyisikin samana.

RAI:n paljastamiin ongelmiin ja epäkohtiin tulee puuttua asianmukaisesti ja oikea-aikaisesti. RAI:n täyttäminen ja tiedonkeruu on kokemattomalle aikaa vievää, etenkin jos siihen tarvitaan toinen henkilö, joka ymmärtää RAI:ta paremmin kuin asukkaan vastuuhoidtaja. On tärkeää, että RAI-arviointitietoihin voidaan luottaa, sillä silloin niiden hyödyntäminen sekä asiakas- että yksikkö- ja organisaatiotasolla on mahdollista.

RAI-mittarin luotettavuutta tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon hoitotyön kirjausten laatu ja yhdenmukaisuus kirjauksissa eri hoitajien välillä. RAI-arviointi perustuu kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arvioon ja arvion pohjana käytetään hoitohenkilökunnan asiakastietojärjestelmään kirjattua tietoa. Rakenteinen kirjaaminen on tärkeää tiedon dokumentoinnissa. Interventiota suunniteltaessa tulee päättää yhdessä tutkittavat toiminnot ja miten, milloin sekä kenestä niistä kirjataan. Asukkaasta tuotetun tiedon tulee olla luotettavaa ja täsmätä RAI-arvioinnin kanssa.

Kuntoutusluokan 1 fyysisen suoriutumisen osalta eriteltyt osa-alueet jäivät käsittelemättä (liikkuminen osastolla, liikkuminen vuoteessa, siirtyminen). Aineiston jo ollessa niin laaja, näistä osioista päätettiin luopua.

Kehittämistyön alussa päätettiin kerätä kuntoutusprojektin aikaisia havaintoja hoitotyön kirjauksista. Hoitotyön kirjauksista laadullista aineistoa musiikkitoiminnan vaikutuksista saatiin

kerättyä jonkin verran, mutta ei riittävästi. Tämän johdosta musiikkitoiminnan vaikuttavuutta näiden perusteella ei voitu arvioida, mutta joitakin tuloksiin viittaavia johtopäätöksiä esitettiin.

Aineistonkeruumenetelmänä kysely on tehokas tapa esimerkiksi haastatteluun verrattuna, joka sitoo henkilöresursseja laajemmin. Sähköisellä kyselyllä vastaukset olisi saatu heti sähköiseen muotoon käsiteltäväksi. Sähköisessä muodossa kysely voi lisätä vastaajien anonymiteetin tuntua ja otoskokoa olisi helpompi kasvattaa. Kyselyn toistettavuus on hyvä, sillä kysely kartoittaa hoitajien näkemyksiä yhteistyöstä ja moniammatillisuudesta. Aiheet ovat jatkuvan muutoksen alla tärkeitä myös hoidon laadun kehittämisen kannalta.

Kehittämistyössä käytettiin hoitajille osoitettua kyselyä aineistonkeruumenetelmänä sekä useampaa osastolla toteutunutta vapaaehtoista ja keskustelevaa työpajaa keskustelutilanteena tulosten purkamiseen. Hoitajilla oli työvuorojen mukaan mahdollisuus osallistua kehittämistyötä koskeviin tilaisuuksiin. Kysely ja työpajat järjestettiin osastokokouksen ajalle, jolloin osastonhoitaja pystyi suunnittelemaan työvuoroja painottaen runsasta osallistumista. Työpaja mahdollisti keskustelun kuntoutusprojektin tulosten läpikäymisen jälkeen. Työpajassa RAI-mittareiden tarkastelu ja niistä syntynyt keskustelu loi pohjan kyselylomakkeen tarpeelle ja sen sisällölle. Työpajassa tuli esille kysymyksiä, joihin kyselylomakkeella pyrittiin saamaan vastauksia. Kehittämistyöhön osallistuneen osaston henkilökunnan koko oli sopiva käytetyille aineistonkeruumenetelmille. Työpajojen organisoiminen ja fasilitoiminen onnistui osastonhoitajan avustuksella ja kuntoutusprojektistaan ylpeät hoitajat olivat aktiivisia ja moninaisia sekä kyselylomaketta täyttäessään että työpajoihin osallistuessaan.

Kyselyn tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, sillä osastot eroavat asukasrakenteeltaan ja osastonhoitajalla on osaston toimintaa johtavana henkilönä suuri vaikutus osaston toimintaan. Kyselyssä kartoitettiin hoitajien näkemystä fysioterapeutin toiminnasta osana osaston kuntouttavaa toimintaa ja moniammatillisen yhteistyön toimivuutta. Kyselyllä selvitettiin, kuinka hoitajat kokivat kuntoutusprojektin ja kuinka he määrittelevät kuntouttavan hoitotyön. Kysely osoitettiin vain kuntoutusprojektin toteuttaneen osaston hoitajille. Hoitajille kohdistettu kysely kertoo siis vain yhden ammattikunnan näkemyksen moniammatillisuudesta ja kuntoutusprojektista. Kuntoutusprojektin toteutuksessa mukana olleet osaston fysioterapeutti ja toimintaterapeutti ovat vaihtuneet, joten tämänkään vuoksi terapiahenkilöstön näkemyksiä työssä ei ole. Myös kuntoutusprojektissa mukana ollut osastonhoitaja on vaihtunut.

Kehittämistyön tavoitteena oli moniammatillisen yhteistyön kehittäminen pitkäaikaisosastolla. Kehittämistyön menetelmien avulla saatiin monipuolisesti tietoa siitä, miten kuntouttava toiminta käsitetään pitkäaikaishoidossa. Kehittämistyössä käytettiin useampaa tiedonkeruu-

ja analysointimenetelmää, jotka tukivat toinen toisiaan. Tämä osaltaan lisää tutkimuksen validiutta. Kehittämismenetelmien avulla vastattiin tämän kehittämistyön tutkimusongelmiin, jotka koskivat kuntoutusprojektin vaikuttavuutta asukkaiden toimintakykyyn sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeita pitkäaikaisosastolla. Kehittämistyön menetelmät ovat suositeltavia pitkäaikaisosaston kuntouttavaa hoitotyötä kehitettäessä, sillä kustannukset ja henkilöresurssien käyttö kehittämistyön tekemiseen jäivät vähäisiksi.

8.2 Kehittämistoiminnan eettisyyden arviointi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta julkaisi ohjeen eettiseen tutkimusentekoon ihmistieteissä vuonna 2012 (TENK 2012). Ohjeen mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia on, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa.

Kehittämistyössä sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Kehittämistyössä asukkaan toimintakyvyn muutoksen kuvaajana käytettiin yleisesti hyväksyttyä ja laajasti käytettyä asukkaan palvelutarpeenmittaristoa, mitä on käytetty vuodesta 2001 Kustaankartanon monipuolisessa palvelukeskuksessa. Tulosten analysointiin käytettiin riippuvuussuhteiden arviointia sekä vertailla samankaltaisen osastontuloksiin. Hoitajien näkökulmaa moniammatillisen kuntoutuksen tilasta ja sen kehittämisestä kerättiin anonymisti yhteistyössä rakennetulla kyselyllä ja arviointiin yleisesti käytössä olevalla mielipideasteikolla, Likert-asteikolla. Kyselyssä käytettiin avoimia kysymyksiä, joilla pyrittiin kartoittamaan hoitajien ehdotuksia yhteistyön kehittämiseen.

Kehittämistyön tulosten väliarviointia tehtiin yhdessä osaston hoitajien kanssa. Kehittämistyön etenemisestä tiedotettiin niin työyhteisössä kuin oppilaitoksen edustajille ennen seuraavan toimintakierroksen alkua. Kehittämistyön perustana toimii kuntoutusprojekti, joka perustuu RAI-tietojärjestelmän pohjalta rakennettuun kuntoutumislukitukseen. Työssä tuodaan esiin kuntoutumislukitusten käyttö kuntoutusprojektia rakennettaessa. Opinnäytetyössä viitataan tutkijoiden julkaisuihin asianmukaisella tavalla. (TENK 2012.)

Tutkimuksen suunnittelu ja toteutus sekä siitä raportointi pyrittiin kehittämistyössä toteuttamaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti ja kehittämistyössä kerättyä tietoa aineistoja säilytettiin ja käsiteltiin asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Kehittämistyön aikana haettiin kaksi eri tutkimuslupaa asiakastietojärjestelmän käsittelyä ja

tiedonhankintaa ja osaston henkilökunnan kyselyä varten. Kehittämistyön tekijän vastuukysymyksiin haettiin tietoa työyhteisöstä. (TENK 2012.)

Eettisten periaatteiden mukaan kehittämistyön tavoitteiden tulee olla selkeitä itse tekijälle, mutta myös toiminnan kohteelle. Kehittämistyössä kuntoutusprojektiin osallistunut osaston henkilökunta otti toiminnan toteutuksen haasteen vastaan vuonna 2014 osastonhoitajan johdolla. Kuntoutusprojektin jatkumona toimineen kehittämistyön tavoitteet pyrittiin selkeyttämään hoitajille jo alkuvaiheessa, osastoon tutustumisen ja aineiston keruun aikana. Jokaisessa tapaamisessa kehittämistyön tavoitetta selkeytettiin uudelleen henkilökunnalle ja mahdollisuutta oman toiminnan kehittämiseen korostettiin. Tapaamisissa ja työpajoissa pyrittiin avaamaan hoitajien jo tekemää työpanosta sekä tehtävää kehittämistyössä. Tavoitteet kehittämistyölle, kehittämistehtävät ja esitetyt kehittämissuositukset olivat käytännön työtä hyödyttäviä. (TENK 2012; Ojasalo ym. 2009, 48-49.)

Kuntoutusprojektia toteutettiin asukaslähtöisesti eli jokaisen asukkaan mieltymysten mukaisesti pyrittiin rakentamaan mahdollisimman yksilöllisiä kuntoutumissuunnitelmia. Kuntoutustoiminta järjestettiin asukkaan toimintakyvyn ja vireystilan mukaisesti. Toiminnan turvallisuus perustui asukkaan hyvinvointiin, moniammatilliseen yhteistyöhön ja toiminnan suunnitelmallisuuteen. Kehittämistyöhön osallistuvien asukkaiden anonymiteetti turvattiin eli tulokset käsiteltiin ilman tunnistettavia henkilötietoja. Hoitohenkilökunnan vastaukset käsiteltiin nimettömänä, eikä yksittäisiä tunnistettavia tietoja julkisteta. Kyselylomakkeen vastauksia analysoitiin yleisellä tasolla työpajoissa, joissa kannustettiin avoimeen keskusteluun työyhteisön sisällä.

8.3 Johtopäätökset

Pitkäaikaisosastolla toteutuvan moniammatillisen kuntouttavan toiminnan perustana on ikään-tyneen hoitoon ja sosiaalihuollon palveluihin liittyvät lait, useat kansalliset suositukset ja viimeisimmät tutkimukset. Pitkäaikaisosaston toimintaan vaikuttavat myös organisaation arvot ja visio sekä yhdessä kehitetyt toimintamallit ja johtamistyö. Moniammatillisella työllä vastataan palvelurakenteiden muutoksiin ja työn uusiin vaatimuksiin, missä eri ammattikuntien edustajat ovat riippuvaisia toistensa ammattitaidosta yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi.

Tämän kehittämistyön keskeiset tulokset saatiin asukkaiden toimintakyvyn muutoksista kuntoutusprojektin seuranta-ajalta sekä hoitajille suunnatusta kyselystä. Kehittämistyö on nostanut esiin kohdennetun kuntoutuksen ja moniammatillisen yhteistyön vaikutuksen asukkaan toimintakykyyn. Vaikuttavuuden arvioinnin perustana ollut RAI-tietojärjestelmä on tällä hetkellä kansallisesti kattavin ja käytetyin asukkaan toimintakyvyn ja hoidon laadun mittari, joka on ikääntyneiden pitkäaikaisosastoilla käytössä.

Kehittämistyössä peilattiin kuntoutusprojektin vaikuttavuutta hoitajien näkemyksiin moniammatillisen kuntouttavan toiminnan kehittämistarpeista. Kehittämistyön tuloksena on laadittu useita kehittämissuunnitelmia, joiden avulla vastataan työn tavoitteeseen, moniammatillisen kuntouttavan yhteistyön kehittämiseen pitkäaikaisosastolla. Kehittämissuunnitelmat on laadittu kyseiselle pitkäaikaisosastolle tunnistettuja kehittämistarpeita vastaaviksi, mutta ne ovat sovellettavissa muissakin yksiköissä, joissa moniammatillista kuntouttavaa toimintaa halutaan kehittää.

Tämän tyyppiselle kehittämistyölle oli osastolla ja jopa Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen tasolla selkeä tarve. Tässä työssä laadittuja kehittämissuunnitelmia on jo otettu käyttöön työn kirjoittamisen aikana. Osastojen kirjaamisvastaavia on ohjeistettu opastamaan henkilökuntaa rakenteisessa kirjaamisessa ja RAI-tulkinnoissa. Osastolla käynnistetään rakenteisen kirjaamisen sekä RAI-kirjaamisen työpajoja, joita ohjaavat osaston kirjaamis- ja RAI-vastaavat. Osastolla tullaan myös järjestämään päivittäisen työn ohjausta yhteistyön kehittämiseksi.

RAI-järjestelmä on laaja, ja pienemmän otosryhmän toimintakyvyn muutoksia tutkittaessa yleisesti käytössä olevat RAI-mittarit osoittautuivat kankeiksi. Jatkossa on tärkeää huomioida, miten kuntoutuksen vaikuttavuutta voitaisiin arvioida yksittäisten RAI-mittareiden osatekijöiden kautta. Jatkotutkimuksissa voisi myös tarkastella kuntoutumista edistävän hoitotyön määrää pitkäaikaisasukkailla ja kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumismuotoja eri kuntoutumislukissa. Näin voitaisiin tutkia kuntoutumista edistävän hoitotyön laatua ja määrää asukkaan toimintakyvyn tasoon verrattuna.

Moniammatillisuutta kehitettäessä olisi hyvä huomioida yhteistyön kaikki osapuolet. Kyselyn tai haastattelun laatiminen laajemmassa mittakaavassa, esimerkiksi koko Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen tasolla terapiahenkilöstölle ja hoitajille, antaisi luotettavaa tietoa yhteistyön nykytilasta ja auttaisi kehittämään toimintaa nykypäivän haasteita vastaavaksi. Toisaalta tulee huomioida, että jokainen osasto on omanlaisensa. Tämä kehittämistyö palveli ainakin kohdeosastoa ja sen henkilöstön tarpeita, ja voisi olla toteutettavissa laajemminkin.

Pitkäaikaisosaston moniammatillisen kuntouttavan toiminnan lähijohtamisen mahdollisuuksia ja keinoja tulisi kartoittaa hyvien käytäntöjen löytämiseksi ja uusien toimintamallien käyttöönoton mahdollistamiseksi. Lähijohtamisella on moniammatillisuuden tukemisessa suuri merkitys. Kuntoutumislukitusten mukaisen kohdennetun kuntoutuksen toimintamallin juurruttaminen pitkäaikaisosastolla vaatisi henkilökunnan kouluttamista ja työn aikataulullista organisointia.

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa työskentelevillä henkilöillä tulee olla yhteiset linjat ja päämäärät työn toteuttamiseksi. Työntekijöiden riittävä koulutus ja sitoutuminen työhön mahdollistavat innovatiivisen ja kehittävän, terveyttä ja kuntoutumista edistävän toiminnan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat uudistumassa ja palvelurakenteita päivitetään palvelutarpeiden mukaan. Pitkäaikaishoidossa tulee reagoida tulevaan muutokseen ratkomalla nykyiset moniammatillisuuden ja vastuunjaon haasteet. Näin yhteistyön edellyttämät perusasiat olisivat kunnossa, kun merkittävä uudistus tapahtuu.

Lähteet

Finlex 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Viitattu 8.9.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980/>

Finne-Soveri, H. 2013. RAI-esittely. Gernet. Viitattu 1.10.2016.
<http://www.gernet.fi/artikkelit/1298/resident-assessment-instrument-rai-laitoshoidon-sisalto-laatu-ja-kustannukset-samassa-paketissa-seka-av0-etta-laitoshoidon-vanhuspalveluihin/>

Finne-Soveri, H., Pohjola, L., Keränen, J., Raivio, K. 2014. Pysyvästi aktivoivaan arkeen Inno-Kusti-hanke 2007-2010 ja miten sitten kävi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 30/2014.

Hallikainen M., Mönkäre R., Nukari, T., Forder M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Duodecim.

Hartikainen, S., Lönnroos, E. 2008. Geriatria. Edita.

HE 160 / 2012, Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista ja laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kuomoamisesta. Viitattu 1.11.2016.
<https://www.eduskunta.fi/FI/Vaski/sivut/trip.aspx?triptype=ValtiopaivaAsiat&docid=he+160/2012>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytö. Helsinki: Yliopistopaino

Heikkilä, M., Finne-Soveri, H. 2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006-2007. Stakes raportti.
 Heimonen, S., Voutilainen, P. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Studia.

Heikkilä, M., Mäkelä, M. 2015. Onnistuminen- RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden- ja hyvinvointilaitoksen raportti 9/2015.

Helsingin kaupunki 2012. Toimintaterapeutin työtehtävät. Viitattu 22.9.2016.
<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/monipuoliset-palvelukeskukset/pohjoinen/kustaankartano/palvelut#terapia/>

Helsingin kaupunki 2013. Stadin strategia 2013-2016. Viitattu 9.9.2016.
http://www.hel.fi/static/kanslia/Julkaisut/Strategiaohjelma_2013-2016_Kh_250313. s.159-180

Helsingin kaupunki 2015a. Kustaankartanon esittely. Viitattu 22.9.2016
<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/monipuoliset-palvelukeskukset/pohjoinen/kustaankartano/palvelut/>

Helsingin kaupunki 2015b. Stadin ikäohjelma 2015-2016, muokattu 8.3.2016. Viitattu 9.9.2016
http://www.hel.fi/static/sote/stadinikaohjelma/materiaali/Stadin_ikaohjelma_ltk_10032015_Kh_muutokset_01092015.pdf/

Helsingin kaupunki 2016. Sosiaali- ja terveystalvvelviraston esittely. Viitattu 22.9.2016.
<http://www.hel.fi/www/sote/fi/>

Helsingin yliopiston tietotekniikkakeskus 2005. Tieteellisen tutkimuksen perusteet/kevät 2005/Timo Tuomivaara. Viitattu 30.9.2016.
<http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>

Holopainen, M, Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö; Välineitä koulutukseen ja työyhteisön kehittämiseen Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus; moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H., Noro, A. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

InterRai. Viitattu 16.9.2016.
<http://www.interrai.org/>

Jyväskylän yliopisto 2015. Määrällinen tutkimus. Viitattu 30.9.2016.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus/>

Kalso, E., Vainio, A., Haanpää, M., Aho, H. 2009. Kipu. Duodecim.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Verkkokauppa.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. University of Tampere.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanomapro

Keränen, J., Kuosmanen-Finer, R., Metsälä, A., Pohjola, L., Päivänsaari-Vestenius, S., Raivio, K. 2011. Asukkaan toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä hoitotyön malli Aktivoiva arki. Opas-kirja hoitohenkilökunnalle.

Kuntaliitto 2013. Ikä KASTE, Väli-Suomen Ikäkaste II, Ikälain pilotointi -osahanke. Viitattu 9.9.2016.
http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhusneuvostot/Documents/Vanhuspalvelulain_pilotointi-raportti.pdf

Kuntatyönantajat 2014. Kustaankartano palkittu. Viitattu 22.9.2016.
<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/ajankohtaista/uutiset/2014/Sivut/sosiaali-terveysalan-vetovoima-tyopaikat.aspx>

Käypä hoito. Kipu. Viitattu 24.10.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/>

Miina Sillanpää Säätiö 2011. Muistaakseni laulan - tutkimusraportti. Viitattu 6.10.2016.
http://www.miinasillanpaa.fi/wp-content/uploads/2015/01/Muistaakseni_laulan-tutkimusraportti.pdf

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren M., Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes.

Nummenmaa, L., Holopainen, M., Pulkkinen, P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. Sanomapro Oy.

- Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. WSOYPro.
- Opetushallitus 2010. Keskiarvon kuvaus. Viitattu 2.10.2016.
http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/tilastomatikka/ka_1.html
- Pahkinen, E. 2012. Kyselytutkimusten otantamenetelmät ja aineistoanalyysi. Jyväskylän yliopisto publishing Unit.
- Pohjolainen T., Mikkelsen M., 2015. Moniammatillinen tiimitoiminta. Terveysportti. Viitattu 13.9.2016. <http://www.terveysportti.fi/>
- Pohjolainen, T. 2009. Kuntoutus vuorovaikutus- ja yhteistyöprosessina. Duodecim, oppiportti. Viitattu 13.9.2016. <http://www.terveysportti.fi/>
- Rantanen, P. 2013. Kvantitatiivinen mittaaminen verkossa. Helsingin yliopisto. Viitattu 8.3.2015. <http://www.edu.helsinki.fi/svy/kvanti/perusteet/>
- RAI-käsikirja 2004. Stakes, Jyväskylän yliopisto, interRAI.
- RAI-mittarikäsikirja 2013. RAIsoft.
- Roivas M., Karjalainen A-L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Edita.
- Sairaanhoidtajaliitto, 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008.
- Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A L. 2015. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY.
- Schaupp M., Koli, A., Kurki, A-L., Laurinaho A. Yhteinen muutos- työhyvinvointia työtä kehittämällä. Työterveyslaitos. Otavan kirjapaino Keuruu 2013.
- Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T., Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Duodecim. Viitattu 5.10.2016
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero;jsessionid=55231D0B4B3EEDD0581568E327B7AAE4?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet/
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Viitattu 3.9.2016.
<http://www.stm.fi/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia, STM:n julkaisuja 2011:1. Viitattu 20.9.2016
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 30.8.2016.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNB%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Vanhus- ja eläkeläisten neuvottelukunta. Viitattu 30.8.2016.
<http://stm.fi/iäkkäiden palvelut/>
- TeKes 2010. Muutospajaohjaajan opas. Viitattu 3.10.2016.
https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/355452-mpaja_web.pdf/
 Rauas-Huhtanen, Sirpa ; Launis, Kirsti ; Schaupp, Marika ; Koli, Annarita
- TENK 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, eettiset periaatteet. Viitattu 8.10.2016.
<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet/>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010. Viitattu 20.9.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/selitteet#muut%20laatuindikaattorit/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Toimia-tietokanta. Viitattu 1.10.2016.
https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+%282%29.pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f/

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Viitattu 30.3.2015.
www.thl.fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2015b. RAI-vertailukehittäminen-opas palauteraportin sisältöön. Ympäri vuorokautinen hoito.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016a. RAI mittarit. Viitattu 3.10.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-yleisimmat-mittarit>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b. THL:n esittely. Viitattu 30.9.2016.
<https://www.thl.fi/fi/thl/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016c. Toimintakyvyn kirjaamisen tietomalli.
<http://www.thl.fi/>

Tiainen, T., Aittoniemi, J., Haukijärvi, I., Yli-Karhu, T. 2015. Toimintatutkimus tietojenkäsittelytieteen tutkimuksessa. Informaatitieteiden yksikön raportteja 38/2015. Tampereen yliopisto. Viitattu 30.8.2016.
https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97044/toiminta-tutkimus_tietojenkäsittely_2015.pdf?sequence=1/

Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009-2060. Viitattu 8.9.2016.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Tilastokeskus 2016. Aritmeettinen keskiarvo. Viitattu 2.10.2016.
http://www.stat.fi/meta/kas/aritmeet_ka.html

Tuominen, K., Laamanen, K. 2015. Itsearviointin työkirja. Oy Benchmarking Ltd.

Tuomivaara, T. 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 30.9.2016.
<http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf/>

Tykes, 2013. Benchmarking- prosessi. Viitattu 2.9.2016
http://tykes.lpt.fi/methods_docs/BENCHMARKING_MENETELMAKORTTI2.pdf.

Valtioneuvosto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2015. Viitattu 8.9.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69933>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ikääntyneen ravitsemus -suositus. Viitattu 8.10.2016.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf/>

Valvira 2008. Valviran toiminta. Viitattu 30.9.2016.
<http://www.valvira.fi/valvira/>

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura Ab.

Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Gummerus kirjapaino.

Ukk-instituutti 2015. BMI. Viitattu 20.9.2016.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_painonhallinta/

Valtioneuvosto 2010. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 12.9.2016.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence/>

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Viitattu 10.9.2016.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf/>

Vähäkangas, P, Niemelä, K, Noro, A. 2012. Ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan lähihohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti, 48/2012 Stakes.

Vähäkangas, P, Niemelä, K, Noro, A. 2013 Ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikäihmisten kuntoutumis- ja voimavarakartoitus. Uusi apuväline kuntoutumista edistävään hoitotyöhön? Gerontologia-lehti.

Kuviot

Kuvio 1: Helsingin kaupungin sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelujen organisaatiokaavio (Helsingin kaupunki 2016)	9
Kuvio 2: Kuntoutumis- ja voimavaraluokitus (Vähäkangas ym. 2012, 26).....	14
Kuvio 3: Hoidon laadun prosessi (Noro ym. 2005, 20)	12
Kuvio 4: Iteraatiokierrokset toimintatutkimuksen etenemisen kuvaajana (Ojasalo ym. 2009)33	
Kuvio 5: Vertailukehittämisen prosessi, mukaeltu Benchmarking-menetelmäkortti (Tykes 2013)	35
Kuvio 6: Kehittämistyön kulku kuvattu iteraatiokierrosten avulla	38
Kuvio 7: Fysioterapeutin pitämät ryhmämuotoiset ja yksilölliset käyntikerrat asukasta kohden sekä toimintaterapeutin palvelut asukasta kohden kuntoutusprojektin aikana	43
Kuvio 8: Kuntoutumisluokka 1 fyysisen toimintakyvyn (ADL28) mittaukset	44
Kuvio 9: Fyysisen toimintakyvyn (ADL28) muutos verrattuna terapiakertojen määrään kuntoutumisluokassa 1.	45
Kuvio 10: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston fyysisen suoriutumisen mittauskeskiarvot ADL28:n osalta.....	45
Kuvio 11: Kognitiivisen toimintakyvyn (CPS) mittaukset	46
Kuvio 12: Kognition (CPS) muutos verrattuna saatujen fysioterapiakertojen määrään.	47
Kuvio 13: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston kognitiivisen toimintakyvyn mittauskeskiarvot	47
Kuvio 14: Kuntoutumisluokan 1 sosiaalisen toimintakyvyn mittaukset	48
Kuvio 15: Fysioterapiamäärä verrattuna sosiaaliseen toimintakykyyn	48
Kuvio 16: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston sosiaalisen toimintakyvyn mittauskeskiarvot	49
Kuvio 17: Kuntoutumisluokka 1 kivun mittaukset	50
Kuvio 18: Kivun muutos saatuihin fysioterapiakertoihin verrattuna	50
Kuvio 19: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston kivun mittauskeskiarvot	51
Kuvio 20: Kuntoutumisluokka 1 kuntoutumista edistävän hoitotyön mittaukset	51
Kuvio 21: Kuntoutumista edistävä hoitotyö verrattuna saatujen terapiakertojen määrään.	52
Kuvio 22: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston kuntoutumista edistävän hoitotyön mittauskeskiarvot	52
Kuvio 23: Painoindeksin mittaukset	53
Kuvio 24: Painoindeksin muutos verrattuna saatujen terapiakertojen määrään.	53
Kuvio 25: Kuntoutusprojektiin osallistuneiden ja verrokkiosaston painoindeksin mittauskeskiarvot	54
Kuvio 26: Päivittäisen fyysisen suoriutumisen ADL28 mittaukset kuntoutumisluokka 3	58
Kuvio 27: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston fyysisen suoriutumisen mittauskeskiarvot	58
Kuvio 28: Kognitiivisen toimintakyvyn mittaukset	59
Kuvio 29: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston kognitiivisen toimintakyvyn mittauskeskiarvot	59
Kuvio 30: Sosiaalisen toimintakyvyn tulokset seuranta-aikana	60
Kuvio 31: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston sosiaalisen toimintakyvyn mittauskeskiarvot	60
Kuvio 32: kuntoutumisluokka 3 asukkaiden kipua kuvaava kehitys.	61
Kuvio 33: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston kivun mittauskeskiarvot .	61
Kuvio 34: Hoitajan kuntoutumista edistävä hoitotyö seuranta-ajalla	62
Kuvio 35: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston hoitajan antaman kuntoutumista edistävän hoitotyön mittauskeskiarvot.....	62
Kuvio 36: Painoindeksin muutokset seuranta-ajalla	63
Kuvio 37: Musiikkitoimintaan osallistuneiden ja verrokkiosaston painoindeksin mittauskeskiarvot	64
Kuvio 38: Fysioterapeutin tärkeimmät tehtävät osastolla hoitajan näkökulmasta.....	66
Kuvio 39: Hoitajan mielestä paras tapa saada ohjausta	67
Kuvio 40: Fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan yhteistyö osastolla.....	68
Kuvio 41: Viestiminen ja kirjaaminen osana yhteistyötä.....	69
Kuvio 42: Kehittämisehdotuksena toiminnallisempaa yhteistyötä osastolla.....	70

Kuvio 43: Kehittämisideana tehokkaampi viestiminen eri ammattikuntien välillä	71
Kuvio 44: Kuntouttavan hoitotyön määrittely hoitajien mukaan	71
Kuvio 45: Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä osastolla	72
Kuvio 46: Hoitajien näkemys osastolla järjestetystä kuntoutusprojektista v 2014-2015....	73
Kuvio 47: Hoitajan mielipide RAI:n käytöstä hoitotyön kehittämisessä	74
Kuvio 48: Hoitajien mielipide asukkaan riski- ja voimavarakartoituksesta ja sen hyödyistä	75

Taulukot

Taulukko 1: Kuntoutumisloukkien pääluokat (Vähäkangas ym. 2012, 26)	15
Taulukko 2: Kuntoutumisloukka 1 ja 2 yleiskuvaukset Vähäkankaan ym. (2012) mukaan (Heikkilä & Mäkelä 2015,143-144).	15
Taulukko 3: Laajan ADL28 fyysistä toimintakykyä kuvaavan mittarin asteikko RAI:n mukaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a).....	23
Taulukko 4: Kognitiota kuvaava asteikko RAI:n mukaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016)	24
Taulukko 5: Sosiaalista aktiivisuutta kuvaava asteikko RAI:n mukaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b).....	26
Taulukko 6: Kipua kuvaava asteikko RAI-mittarin mukaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016)	27
Taulukko 7: Kuntoutumista edistävän hoitotyön osa-asteikko (RAI-käsikirja 2004, 123)... ..	28
Taulukko 8: Painoindeksin arvon määrittely (Ukk-instituutti 2015).....	29
Taulukko 9: Kuntoutumisloukan 1 fysioterapiamäärät kuntoutusprojektin aikana.....	43
Taulukko 10: Kuntoutumisloukan 1 kuntoutusprosessin seuranta-ajan mittaustulokset keskiarvoina esitettyinä.	44
Taulukko 11: Kuntoutumisloukan 3 RAI-mittareiden tulosten keskiarvot seuranta-ajalla ..	57

Liitteet	
Liite 1: Kysely hoitajille.....	101

Liite 1: Kysely hoitajille

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelen Laurea -ammattikorkeakoulussa, ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teen opinnäytetyöni osaston kuntoutusprojektista ja siihen liittyen moniammatillisesta kuntoutuksesta pitkäaikaisosastolla. Tutkimuksessani arvioin moniammatillisesti toteutetun kuntoutuksen vaikutuksia ja hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa. Työn tarkoituksena on tutkia yhteistyön tuloksia ja hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä. Työn tavoitteena on kehittää moniammatillista kuntouttavaa hoitotyötä osastolla ja myöhemmin monipuolisen palvelukeskuksen muillakin osastoilla.

Opinnäytetyö toteutetaan tutkimalla osaston asukkaiden toimintakykyä RAI-tietojärjestelmän antamien arvojen avulla sekä teille hoitohenkilökunnalle osoitetulla kyselytutkimuksena. Kutsun teidät osallistumaan tähän kyselytutkimukseen. Osallistuminen merkitsee kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Kysely täytetään osastokokouksessa ja palautetaan kokouksen jälkeen. Kyselyn täyttäminen vie aikaa noin 20min. Olen paikalla tilaisuudessa ja vastaan kaikkiin esille nouseviin kysymyksiin mielelläni.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu lupa. Tuloksista ja tutkimuksesta yleensä ei käy ilmi yksittäisen työntekijän vastaukset tai työpaikka. Tulokset käydään osastolla työyhteisössä läpi ja lopputyöni löytyy valmistuttuaan Internetissä osoitteesta theseus.fi.

Toivon, että vastaat kyselyyn rauhassa ja pohdit vastauksiasi oman työsi näkökulmasta, juuri oman yksikkösi kannalta. Kyselyyn osallistuminen antaa arvokasta tietoa hoitajien kokemuksesta kuntouttavasta hoitotyöstä ja se auttaa kehittämään moniammatillista kuntoutusta ja mahdollistaa uusien toimintamallien ideoimisen.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimivat opettajat Elina Rajalahti ja Outi Ahonen Laurean ammattikorkeakoulusta. Minuun saat yhteyttä sähköpostitse salla.kallioja@student.laurea.fi, jos sinulla herää kysymyksiä tutkimukseen tai kyselyyn liittyen.

s

I. Fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan yhteistyö osastolla

1. Mielestäni fysioterapeutin tärkeimmät tehtävät osastolla ovat (ympyröi 3 tärkeintä)

- a) apuvälineet (arvio ja toimittaminen)
- b) henkilökunnan ergonomiohjaus
- c) asukassiirtojen arviointi
- d) asukkaiden yksilöterapia
- e) asukkaiden ryhmäterapia
- f) virikkeelliset toimintatuokiot osastolla
- g) toimia työparina siirtotilanteissa (esim. aamutoimien yhteydessä)
- h) muu, mikä? _____

2. Millä tavalla toteutettu fysioterapeutin ohjaus toimisi kohdallasi parhaiten (ympyröi korkeintaan 3 vaihtoehtoa)

- a) fysioterapeutti mukana hoitotilanteessa työparina
- b) fysioterapeutti mukana hoitotilanteessa arvioijana (havainnoi ja ohjaa hoitotilanteessa, ei osallistu itse toimintaan)
- c) fysioterapeutti mukana osastotunneilla
- d) fysioterapeutti mukana tiimipalaverissa
- e) fysioterapeutti pitää osastolla säännöllisesti ergonomiavartteja
- f) fysioterapeutti viestii ergonomiasta ilmoitustaululla
- g) muu, mikä? _____

3. Kuvaile fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan yhteistyön toimivuutta.

Ympyröi sopivin vaihtoehto: 1= täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| • Yhdessä laadittu asukkaan liikuntaterapiasuunnitelma on mielestäni tavoitteellinen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Yhdessä laadittu asukkaan liikuntaterapiasuunnitelma on mielestäni toteutettavissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Toteutan omien asukkaitteni liikuntaterapiasuunnitelmaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Toiset hoitajat osastolla toteuttavat vastuuasukkaitteni liikuntaterapiasuunnitelmaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Liikuntaterapiasuunnitelmaa arvioidaan puolen vuoden välein yhdessä fysioterapeutin kanssa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Osastollani toteutuu moniammatillinen kuntouttava yhteistyö | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Olen kiinnostunut moniammatillisen kuntouttavan toimintamallin kehittämisestä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Toivoisin osaston yhteistä työnohjausta/koulutusta moniammatillisen kuntouttavan toimintamallin kehittämiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Viestiminen ja kirjaaminen osana yhteistyötä

Ympyröi alla mielestäsi sopivampi vaihtoehto, kyllä tai ei

- | | | |
|---|-------|----|
| • Fysioterapeutin tulisi kirjata jokainen terapiakäynti asukkaan HOI-lehdelle. | Kyllä | Ei |
| • Fysioterapeutin tulisi päivittää asukkaiden asioihin liittyvät muuttuvat tiedot (esim. siirtotavat, apuvälineet)FYS-lehden lisäksi HOI-lehdelle | Kyllä | Ei |
| • Hoitajan tulisi seurata fysioterapeutin kirjauksia pelkästään asukkaan FYS-lehdeksi | Kyllä | Ei |
| • Koen oman kirjaamiseni haastavaksi | Kyllä | Ei |
| • Toivoisin lisäkoulutusta kirjaamisesta | Kyllä | Ei |

5. Miten sinä haluaisit kehittää yhteistyötä fysioterapeutin kanssa (esimerkkeinä viestiminen, hoitoneuvottelu, työskentely osastolla, aikataulut, ryhmätoiminta, liikuntaterapiasuunnitelma) ?

II. Kuntouttava hoitotyö ja osaston kuntoutusprojekti 2014-2015

Osaston kuntoutusprojekti toteutettiin 2014-2015.

6. Määrittele mitä mielestäsi on kuntouttava hoitotyö.

7. Kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä ovat mielestäni (poislukien henkilökuntaresurssit ja apuvälineet):

8. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä ovat mielestäni (poislukien henkilökuntaresurssit ja apuvälineet):

9. Osaston kuntoutusprojekti oli mielestäni:

Ympyröi sopivin vaihtoehto: 1= täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| • osaston arjessa toteutettavissa oleva toimintatapa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • mielenkiintoinen, opin uutta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • innostava, uusia näkökulmia ja toimintatapoja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • suunniteltu asukkaiden toimintakyvyn mukaisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • osaston yhteishenkeä parantava kokeilu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • toimintatapa, johon tulisi pyrkiä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • sisällöllisesti samanlaista toimintaa kuin aikaisemminkin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • tavallista osaston toimintaa työllistävämpi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • yhdentekevä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • joku muu, mikä? | | | | | |
-

III. RAI:n käyttö kuntouttavassa hoitotyössä

10. RAI:n käyttö kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä

Ympyröi sopivin vaihtoehto: 1= täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| • RAI:n käyttö on minulle luontevaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Käytän RAI:ta hoitotyön suunnitelman laatimiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Seuraan vastuuasukkaani RAI-arvioiden kehitystä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Koen että RAI:sta on minulle hyötyä kuntouttavan hoitotyön suunnittelussa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Käytän RAI:ta asukkaan toimintakyvyn arvioinnissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Haluaisin lisäkoulutusta RAI:n täyttämiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • Haluaisin lisäkoulutusta RAI:n ymmärtämiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Asukkaan riski- ja voimavarakartoitus laaditaan asukkaan ja mahdollisesti omaisen sekä vastuuhoitajan ja fysioterapeutin kesken yhteistyössä. Riski- ja voimavarakartoituksessa täytettävä lomake liitetään oheistiedostona FYS-lehdelle.

11. Riski- ja voimavarakartoitus on mielestäni

Ympyröi sopivin vaihtoehto : 1= täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| • vastuuhoitajan järjestämä (kutsuu koolle ja vie keskustelua eteenpäin) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • fysioterapeutin järjestämä (kutsuu koolle ja vie keskustelua eteenpäin) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • olennainen osa asukkaan kuntouttavan hoitotyön suunnittelua | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • tehokas tapa kerätä asukasta koskevat asiat samalle lomakkeelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • hoitoneuvottelussa esiin tulleiden asioiden kertausta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • täytettävissä (lomake) hoitoneuvottelun yhteydessä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| • liikaa resursseja kuluttava menetelmä kartoituksen hyötyihin verrattuna | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |