



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

”ITTEKÖ MUN PITÄÄ KAIKKI TEHDÄ”

RAI -pisteet iäkkään toimintakyvyn muutok-
sen kuvaajana hoitoketjun eri vaiheissa ja
hoitajien keinot tukea toimintakykyä

Katja Auvinen

Johanna Helander

Opinnäytetyö

Marraskuu 2017

Kliininen asiantuntija (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan palveluketjujen kehittäminen



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija (YAMK)
Sosiaali- ja terveystalouden palveluketjujen kehittäminen

AUVINEN KATJA & HELANDER JOHANNA:
”ITTEKKÖ MUN PITÄÄ KAIKKI TEHDÄ”

RAI -pisteet iäkkään toimintakyvyn muutoksen kuvaajana hoitoketjun eri vaiheissa ja hoitajien keinot tukea toimintakykyä

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää iäkkään toimintakyvyn muutosta siirryttäessä hoitoketjun eri vaiheissa sekä kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumisesta sairaalaosastoilla. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka pohjalta voidaan kehittää sairaalahoidon laatua iäkkään henkilön toimintakyvyn tukemisessa ja lisätä tietoisuutta iäkkään toimintakyvyn ylläpitämisen tärkeydestä. Tavoitteena oli myös saada tietoa iäkkään päivittäisestä toimintakyvystä hoitoketjun eri vaiheissa RAI -pisteillä kuvattuna. Opinnäytetyössä yhdistettiin kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Kvantitatiivinen aineisto koostui RAI -pisteistä soveltuvin osin ja kvalitatiivinen aineisto avoimista teemahaastatteluilta (n= 10), jotka toteutettiin kuntoutukseen perehtyneillä sairaalaosastoilla. Aineisto kerättiin touko-heinäkuun 2017 aikana.

Tutkimustuloksissa RAI-pisteiden mukaista arkisuoriutumista arvioitaessa tapahtui heikentymistä siirryttäessä kotihoidosta sairaalaan. Arkisuoriutuminen kohentui jonkin verran sairaalajakson aikana, mutta ei palautunut aikaisemmalle tasolle. Arkisuoriutuminen heikkeni entisestään siirryttäessä sairaalasta ympärivuorokautiseen hoivaan. Iäkkään kognitiossa tapahtui heikentymistä sekä sairaalaan joutuessa, että kotiutuessa. Tästä huolimatta kotiutujien terveydentilan vakaus kohentui sairaalassaoloaikana niin paljon, että kotiutuminen onnistui melko matalillakin arkisuoriutumisen arvoilla. Terveydentilan vakaus kohentui myös kotihoidosta ympärivuorokautiseen hoivaan siirryttäessä.

Hoitajien kokemukset toimintakyvyn tukemisesta koostuivat kolmesta pääluokasta; toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntämisestä, hoitotyön toiminnallisten keinojen käyttämisestä sekä iäkkään odotuksiin vastaamisesta. Toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntämisessä esiin nousivat hoitotyön toimintamallit, työn imu, käytettävissä olevat resurssit, lääkehoito ja ravitsemus. Hoitotyön toiminnallisten keinojen käyttäminen koostui kirjaamisesta, tavoitteellisesti toimimisesta sekä riittävän ajan antamisesta. Iäkkään odotuksiin vastaamiseen kuuluivat hoitajan pelisilmän käyttäminen, iäkkään miinuuden tukeminen ja ryhmähengen vertaistuen mahdollistaminen.

Ympäri- vuorokautiseen hoivaan siirtymiseen vaikuttivat monet eri tekijät, kognition lisäksi päivittäisellä selviytymisellä ja terveydentilan vakaudella oli merkitystä. Sairaalaosastolla on tämän opinnäytetyön mukaan mahdollista parantaa iäkkään arkisuoriutumista. Toimintakyvyn tukemisessa on tärkeää ohjata ja avustaa iäkästä tekemään itse ja kannustaa omaan aktiivisuuteen.

Asiasanat: iäkkäät, hoitoketjut, kuntoutuminen, toimintakyky, RAI -resident assessment instrument

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

AUVINEN KATJA & HELANDER JOHANNA:

“Do I Have to Do Everything by Myself”

RAI as a Graph of Functional Capacity of the Elderly in Different Phases of the Care Pathway and Nurses' Means to Support Functional Ability

Master's thesis 66 pages, appendices 9 pages
November 2017

The purpose was to find out how the functionality of the elderly people changes in different stages of the care pathway. The aim was to describe the views of nursing staff about the realization of nursing for rehabilitation in hospital wards.

Quantitative and qualitative methods were mixed in the study. The quantitative material consisted of RAI points where applicable and the qualitative material consisted of open theme interviews (n = 10), which were carried out in hospital departments.

The qualitative material were analyzed through inductive content analysis. Three principal groups were composed during the analysis. The rehabilitative nursing consists of the use of the opportunities offered by the environment, physical nursing and the facing and handling of the elderly expectations.

The results showed that functional ability improve to some extent while in hospital, but cognition seemed to be getting worse. The functional ability was close to each other in discharging both home and to the 24-hour care unit, but cognition was worse for those moving to the 24-hour care unit. If the state of health can be stabilized, discharge may be possible.

When supporting the ability to function, the most important issue is to encourage and support elderly people to participate in their rehabilitation.

Key words: the elderly, care pathways, rehabilitation, functional capacity, RAI -resident assessment instrument

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	7
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	9
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
4.1	Iäkkäät henkilöt terveydenhuollossa.....	10
4.2	Iäkkään hoitoketju.....	12
4.3	Kuntoutus toimintakyvyn ylläpitäjänä.....	14
4.4	Ravitsemus iäkkään toimintakyvyn tukena	17
4.5	RAI -järjestelmä toimintakyvyn arvioinnissa	17
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
5.1	Aineiston keruumenetelmät	20
5.1.1	Rekisteritutkimus	20
5.1.2	Teemahaastattelu.....	21
5.2	Aineiston analysointi	23
6	TULOKSET	27
6.1	Iäkkään toimintakyvyn muutokset RAI -pisteillä arvioituna.....	27
6.1.1	Iäkkään toimintakyky RAI -pisteillä arvioituna Nokialla.....	27
6.1.2	Iäkkään toimintakyky RAI -pisteillä arvioituna Tampereella.....	30
6.2	Hoitajien keinot tukea iäkkään toimintakykyä	34
6.2.1	Toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntäminen	34
6.2.2	Hoitotyön toiminnallisten keinojen käyttäminen	36
6.2.3	Iäkkään odotuksiin vastaaminen	39
7	POHDINTA.....	43
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	43
7.2	Tulosten tarkastelu	45
7.3	Johtopäätökset.....	50
	LÄHTEET.....	52
	LIITTEET	58
	Liite 1. Taulukko aiheeseen liittyvistä tutkimuksista.	58
	Liite 2. Haastattelun teemarunko.....	61
	Liite 3. Tutkittavan suostumuslomake.	62
	Liite 4. Tiedote tutkimuksesta.	63
	Liite 5. Taulukko sisällönanalyyseistä.	65

1 JOHDANTO

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan Suomi on Euroopan maista ikääntynein. Toimintakyvyltään heikkenevälle väestön osalle on tarjottava hyvä elämä. Useissa kunnissa on aloitettu ikäpoliittisia ohjelmia, joiden tarkoituksena on parantaa ikääntyneiden ihmisten arkea. (THL 2017a.) Vanhuspalvelulaki (2012) velvoittaa kuntaa laatimaan suunnitelmia muun muassa ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen tukemiseksi sekä järjestämään ja kehittämään palveluita. Laki velvoittaa myös painottamaan kotona asumista ja kuntoutumista. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan tässä vanhuuseläkkeeseen oikeuttavaa ikää ja iäkkäällä henkilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt ikään liittyvien sairauksien tai vammojen vuoksi. (Laki ikääntyneen väestön... 2012, 3§, 5§.).

Sairaalaan joutuminen on riski iäkkään toimintakyvylle ja kotona selviytymiselle. Toimintakyvyn laskun on todettu heikentävän kotona selviytymistä sairaalassaolojakson jälkeen erityisesti yli 70-vuotiailla (Covinsky, Pierluissi & Johnston 2011, 1782; Martinsen, Harder & Norlyk 2015, 425). Kotiutumisen suunnittelu pitäisi aloittaa jo sairaalaan tulovaiheessa ja toiminnan tähdätä kotiutumiseen. Kotiutuessa kotihoidon merkitys etenkin ensimmäisinä päivinä kasvaa. (Heikkilä, Kynsilehto, Oksanen & Visuri 2014, 23-24.) Jotta kotiutuminen onnistuu, pitää toimintakykyä ylläpitää sairaalahoidon aikana kuntoutuksen keinoin. Kuntoutuksen tulee olla suunniteltua ja toimintatapojen tavoitteellisia. Kuntoutusprosessi vaatii useiden palvelujen yhteistyötä. (Kerätär 2016, 2326-2327.) Monisairaana iäkkään henkilön joutuessa sairaalaan, kuntoutumisennuste on sitä parempi, mitä omatoimisempi hän oli ennen akuuttia sairautta (Hui-Tzu ym. 2013, 1328; Oakland & Farber 2014, 788; Finne -Soveri 2016, 1739). Hoitajien ohjaustaidot korostuvat ohjattaessa iäkästä osallistumaan kaikkeen kuntoutumista edistävään toimintaan myös päivittäisten toimintojen yhteydessä (Pryor & O'Connell 2009, 1773).

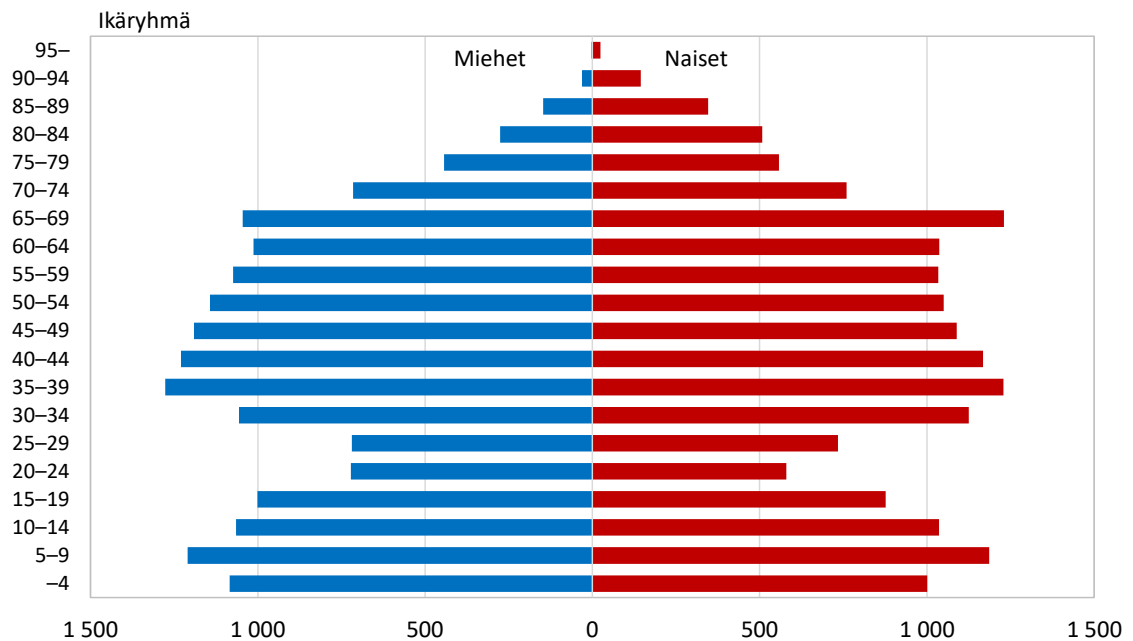
Iäkkään hyvän toimintakyvyn säilymiseksi tarve soveltavalle tutkimukselle ja kehitystyölle on suuri ja tarvitaan eri alojen yhteistyön tiivistämistä ja moniosaajia, jotka pystyvät yhdistämään palveluja kokonaisuudeksi (Rantanen 2013, 417, 441). Palveluntarpeen muuttuessa haasteena on palveluiden oikea mitoittaminen joustavasti ilman, että hoitoketju katkeaa. Jatkohoitopaikkaa odottaessa iäkkään tilan muutoksista pitää tiedottaa pal-

veluohjaajia riittävästi, jotta iäkästä ei sijoiteta sellaiseen hoitopaikkaan, jota hän ei tarvitse sillä hetkellä. (Heikkilä ym. 2014, 28, 31.) Potilaan siirtyminen eri organisaatioiden välillä on hoidon jatkuvuuden kannalta kriittinen paikka. Hoitoketju voi katketa tiedonkulun ongelmien seurauksena. (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011, 2227.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella iäkkään henkilön toimintakyvyn muutoksia hoitoketjun eri vaiheissa kotihoidon ja sairaalan välillä sekä ympärivuorokautisen hoivan yksikköön siirryttäessä. Lisäksi tarkoituksena on haastatella sairaalaosastojen henkilökuntaa heidän kokemuksistaan iäkkään toimintakyvyn tukemisessa hoitotyön keinoin. Tässä työssä käytämme iäkkään läheisistä henkilöistä termiä omainen. Valintaamme tämän termin käyttöön ohjasi se, että THL käyttää viestinnässään johdonmukaisesti tätä sanaa. THL hallinnoi opinnäytetyössä toimintakyvyn muutoksen kuvaamiseen käytettävää RAI -järjestelmää suomessa (THL 2016). Käsite on myös vakiintunut työyhteisöisämme päivittäiseen käyttöön. Vaihtoehtoinen käsite olisi ollut läheinen tai hoitoon osallistuva perheenjäsen.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Nokialla asui 75 vuotta täyttäneitä vuosien 2014 ja 2015 vaihteessa 2447, joka on noin 7,4% kaikista nokialaisista. Iäkkäiden määrän ennustetaan nousevan tasaisesti, ja vuonna 2020 yli 75-vuotiaita arvioidaan olevan noin 2948 (8,5%). Väestön jakautuminen ikäluokittain kuvassa (kuva 1). Iäkkäiden palveluina Nokialla tarjotaan kotihoitoa ja tukipalveluita, päivätoimintaa, omaishoidon tukea 65 vuotta täyttäneille, asumis- ja laitospalveluita, neuvontaa ja ohjausta sekä sosiaalityöntekijän palveluita. Nokialla on menossa ”Kotoisa Ehto” -hyvinvointiohjelma vuosille 2015-2017, jonka tavoitteena on muun muassa, että iäkkäät henkilöt voivat asua omassa kodissaan toimintakykyisenä mahdollisimman pitkään. (Nokian kaupunki 2015.)

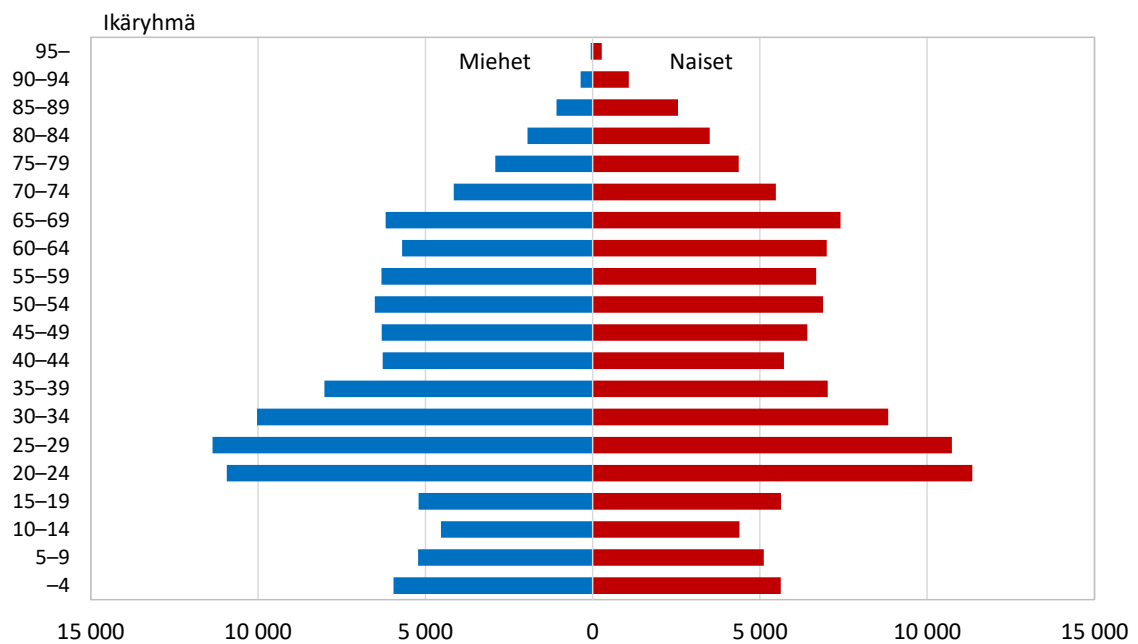


KUVA 1. Väestön ikäjakauma Nokialla vuonna 2015 (Tilastokeskus 2016).

Kotihoidossa käytössä on kotihoidon RAI ja ympärivuorokautisessa hoivassa käytetään laitoshoidon RAI:ta. Nokian terveyskeskussairaala toimii yhtenä osastona tällä hetkellä. Heillä ei ole käytössä RAI -arviointia, vaan he täyttävät hoitoisuusluokitusta.

Tampereella asui vuosien 2014 ja 2015 vaihteessa 18 350 yli 75 -vuotiaita, joka on 8,1 % kaikista tamperelaisista. Iäkkäiden määrän ennustetaan nousevan tasaisesti, ja vuonna 2020 yli 75 -vuotiaita arvioidaan olevan noin 21 050 (8,9%). (Väestösuunnitelma vuoteen

2030 – Tampereen kaupunki.) Väestön ikäjakauma ikäluokittain kuvassa (kuva 2). Tampereen kaupunki tarjoaa iäkkäiden palveluina koti- ja laitoshoidon lisäksi monipuolisesti muun muassa liikunta- ja kulttuuripalveluita. Iäkkäiden palveluita uudistetaan parhailaan, jotta ne vastaisivat entistä paremmin kuntalaisten tarpeisiin. Painotuksena palvelut, joita tarjotaan kotiin sekä kannustaminen omaehtoiseen toimintaan ja esimerkiksi virkistys- ja vapaaehtoistoimintaan. Kotitori ja paikallisemmat lähitorit ovat paikkoja, joissa annetaan neuvontaa ja ohjausta iäkkäiden etuuksista, virkistysmahdollisuuksista sekä muista mahdollisista palveluista. (Tampereen kaupunki 2016a.)



KUVA 2. Tampereen kaupungin väestörakenne 2015 (Tilastokeskus 2016).

Tampereella toimii myös Geriatrinen avokuntoutuspoliklinikka, sekä kotiutustiimi ja kotikuntoutus. Tavoitteena on ylläpitää ja parantaa iäkkään toimintakykyä sekä selviytymistä itsenäisesti kotona asuessaan. (Tampereen kaupunki 2016b.)

Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden geriatrisilla osastoilla pyritään tukemaan iäkästä kuntoutumaan kotikuntoiseksi mahdollisimman nopeasti. Laaja-alainen gerontologinen arviointi sekä moniammatillinen yhteistyö hoitajakson aikana mahdollistavat parhaimman mahdollisen hoidon. Tampereen kaupungilla on käytössään kotihoidon RAI, ympärivuorokautisessa hoivassa laitoshoidon RAI, Rauhaniemen sairaalassa käytetään Kuntoutus-RAI:ta, eli RAI-PAC:ia.

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää iäkkään toimintakyvyssä tapahtunutta muutosta siirryttäessä hoitoketjun eri vaiheissa sekä kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä toimintakykyä edistävän hoitotyön toteutumisesta sairaalaosastoilla.

Opinnäytetyön tehtävät ovat seuraavat:

1. Miten iäkkään toimintakyky muuttuu RAI -pisteillä arvioituna siirryttäessä kodin, sairaalan ja ympärivuorokautisen hoivayksikön välillä?
2. Miten sairaalan hoitohenkilökunta tukee iäkkään toimintakykyä sairaalajakson aikana?

Tavoitteena on saada tietoa, jonka pohjalta voidaan kehittää sairaalahoidon laatua iäkkään henkilön toimintakyvyn tukemisessa ja lisätä tietoisuutta iäkkään toimintakyvyn ylläpitämisen tärkeydestä. Tavoitteena on lisäksi saada tietoa iäkkään päivittäisestä toimintakyvystä hoitoketjun eri vaiheissa RAI -pisteillä kuvattuna. Tietoa voidaan käyttää iäkkään henkilön palveluntarpeen arvioinnissa.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Iäkkäät henkilöt terveydenhuollossa

Ikääntyminen on luonnollinen osa elämänkaarta. Suomessa väestön nopeaan ikääntymiseen ovat vaikuttaneet keskimääräisen eliniän piteneminen sekä elintason ja hyvinvoinnin kasvu. Tällä hetkellä Suomessa on yli 80-vuotiaita noin 280 000. Yli 65-vuotiaita on noin 1,2 miljoonaa, ja tämän luvun uskotaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä 1,6 miljoonaan. Karkean arvion mukaan noin kolmannes eläkeikäisistä tarvitsee jonkinlaista apua arjessaan. Ikävuosien karttuessa tulisi elämän olla mahdollisimman hyvää ja tervettä, näin hoidon tarvekin siirtyisi myöhemmäksi. Tämä vähentäisi kalliin ympärivuorokautisen hoidon kustannuksia ja helpottaisi julkisen talouden menopaineita. (Mäkitalo 2016, 16-17.) Iäkkäiden toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä tarvitaan lisää tietoa, jotta voidaan ylläpitää riittävää toimintakykyä päivittäisistä toiminnoista selviytymisen kannalta (Heikkinen 2013, 397).

Yhä useampi iäkkäistä kotihoidon asiakkaista sairastaa jonkin asteista muistisairautta (Finne-Soveri ym. 2014, 3467). Muistisairaudet ovat merkittävin toisten ihmisten hoidon tarvetta aiheuttava tekijä iäkkäillä. Suomessa arvioidaan olevan 100 000 lievää sekä 93 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä. Arvioidaan, että joka vuosi 14 500 yli 64-vuotiasta suomalaista sairastuu etenevään muistisairauteen. (Viramo & Sulkava 2015.) Muistisairauksien havaitsemisessa omaiset ovat usein merkittävässä asemassa huomatessaan ensimmäisenä alkavia oireita. Usein muistisairauksien lääkehoidon parhaan tehon kannalta diagnoosit tehdään liian myöhäisessä vaiheessa. (Karppi ym. 2010, 1836.) Muistisairauksien lisäksi tärkeimpiä toimintakykyä heikentäviä syitä ovat aivoverenkiertohäiriöt, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydänsairaudet ja aisteihin liittyvät heikentymiset (Jämsen ym. 2015, 978).

Kotona selviämisen tukeminen vaatii järjestelmällisiä toimia ennaltaehkäisyyn, varhaisen toteamisen, terveysongelmien arvioinnin osalta sekä palvelujärjestelmän, erityisesti avo- ja neuvontapalveluiden ja kotiin tarjottavien palveluiden toimintaedellytysten varmistamista ja kehittämistä (Lehtiranta ym. 2014, 14). Palvelukokonaisuus on optimaalinen, kun palvelujärjestelmä on selkeä, ja hoidon ja palvelujen koordinoituvastuu on selkeästi nimetty yhdelle toimijalle. Palvelukokonaisuuden kehittämisen kannalta on tärkeää, että

käytettävissä olisi riittävät taloudelliset, henkilö- ja tilaresurssit sekä taito kilpailuttaa palveluja ja tarkkailla hoidon ja palvelun laatua. (Suhonen ym. 2015, 268.)

Iäkkäiden oman kokemuksen mukaan kotona selviytymisessä tärkeämpää on kognitiivinen suoriutuminen kuin sairauden tuomat oireet ja rajoitteet. Iäkkään selviytymistä kotona tulisi tarkastella kokonaisuutena hänen omassa kotiympäristössään. (Valta 2008, 107.) Iäkkäät kokevat, etteivät kotihoidon työntekijät riittävästi kannusta tekemään niitä päivittäisiä toimintoja itse, joihin heillä vielä riittäisi voimavaroja. Lisäksi he kaipaavat enemmän myönteistä palautetta suoriutuessaan päivittäisistä toiminnoista. (Eloranta ym. 2012, 19.)

Oleellinen osa kotona selviytymisessä on liikunta ja liikunnan mahdollisuus. Liikunnalla tarkoitetaan tässä kaikkea arjessa tapahtuvaa liikuntaa, kuten kaupassa ja tuttavien luona käymistä, oman kodin siivoamista sekä muita mahdollisia liikuntamuotoja, kuten uimista. (Eronen 2015, 297-298.) Selviytyäkseen itsenäisesti kotona iäkäs tarvitsee kykyä nousta vuoteesta ylös sekä kykyä kävellä itsenäisesti tarvittavien apuvälineiden turvin sekä sisällä että ulkona, tasaisella ja portaissa (Lihavainen 2011, 240).

Geriatrisen asiantuntemuksen ja hoitajien osaamisen lisäämisellä on mahdollista parantaa kotihoidon laatua. Kun lääketieteellinen kehittäminen ja omaishoidon kokonaisvaltainen tukeminen yhdistetään, on mahdollista vähentää iäkkäiden terveystalouden kuluja. (Finne-Soveri ym. 2014, 3467; Kehusmaa 2014, 85.) Laadukas kotihoito vaatii hyvää yhteistyötä ja tiedonkulkua sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä. Iäkkään omien voimavarojen tukemisen uhkana kotihoidossa on kiire ja yhteisten hoidollisten tavoitteiden puute. (Eloranta, Arve & Routasalo 2009, 136, 142.) Omaisten huomointi kotihoidossa on tärkeätä, jotta tieto omaisten ja kotihoidon työntekijöiden välillä kulkee sujuvasti ja omaiset kokevat, että heidän näkemyksiään iäkkään hoidon tarpeesta otetaan huomioon (Heikkilä, M. ym. 2014, 16).

Yleisimmät syyt ennakoimattomille päivystyskäynneille ja sairaalahoidolle ovat iäkkäillä sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä, infektioitauteja ja kaatumisesta johtuvia. Iäkkään potilaan hoito edellyttää aktiivista, kokonaisvaltaista ja kuntouttavaa työtettä kaikilta hoitoon osallistuvilta, jotta iäkkään olisi mahdollista ylläpitää ja pyrkiä palauttamaan toiminta- ja liikuntakykyään samalle tasolle kuin ennen akuuttia sairastumista. Jopa kolman-

neksella yllättäen sairaalaan joutuneista iäkkäistä toimintakyky ei enää palaudu sairaalajaksoa edeltäneelle tasolle. Usein toimintakyvyn laskuun vaikuttavat monet syyt, kuten lääkkeiden haittavaikutukset, liikkumisen rajoittaminen, ravintoon ja nesteiden saantiin liittyvät syyt, passivoivat ympäristötekijät ja hoitokäytännöt, itsenäiseen toimintaan rohkaisun vähäisyys sekä itse sairaudet. Lihastoiminta ja aerobinen suorituskyky heikentyvät vuodelevon aikana iäkkäillä nopeammin kuin nuoremmilla potilailla. Iäkkäiltä tulisikin selvittää toimintakyvyn taso ennen sairaalaan joutumista. (Jämsen ym. 2015, 977 – 978, 980.)

4.2 Iäkkään hoitoketju

Hoitoketju on suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva kokonaisuus, jonka tarkoituksena on saada sosiaali- ja terveydenhuolto toimimaan sujuvasti yhdessä asiakkaan edun mukaisesti (Nordback ym. 2010, 1550). Perinteisesti hoitoketjuja on tehty ammattilaisten kesken organisaation näkökulmasta. Hoitoketjun tulisi kuitenkin olla aina asiakkaan tarpeista lähtevää ja painopisteen olla asiakkaan arjessa selviytymisen prosesseissa ja asiakaslähtöisessä palveluajattelussa. Toiminnan tavoitteena on ketju, joka voi sisältää erilaisia hoitoketjuja ja jonka avulla palvelujen tuottaminen ja asiakkaiden ohjaaminen olisi nykyistä tehokkaampaa ja sujuvampaa. (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011, 2227.) Tulevalla SOTE -uudistuksella voi olla suuri merkitys hoitoketjujen kannalta, sillä se tarjoaa mahdollisuuden ottaa käyttöön uusia, hallinnonaloja ylittäviä kuntoutuspolkua monisairaille iäkkäille. Tietojärjestelmien yhtenäistäminen ja niiden käytön osaaminen ovat tärkeässä asemassa. (Finne-Soveri 2016, 1739.) Sote-uudistus on laajimpia Suomessa toteutettuja sosiaali- ja terveystalouden uudistuksia. Tarkoituksena on muodostaa hajallaan olleista iäkkäiden palveluista yhteen sovitettu kokonaisuus, jossa korostuvat yhdenvertaisuus, saavutettavuus ja valinnanvapaus. (THL 2017b.)

Toimiva hoitoketju turvaa hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden. Yhteistyössä toteutettu hoito säästää sekä iäkkään että hoitavien yksiköiden kuormitusta ja kustannuksia hoidon laatua vaarantamatta. (Erkinjuntti, T. & Suhonen, J. 2010, 19-21.) Arvioitaessa onnistunutta hoitoketjuja pitää arvioida sen vaikuttavuutta pohtimalla, mikä hoitoketjussa toimii ja saa aikaan haluttuja tuloksia (Annala & Silvennoinen-Nuora 2011, 196). Hoitoketjussa tapahtuvien toimintojen jatkuvalla kehittämisellä voidaan vastata myös etenevien muistisairauksien aiheuttamaan tulevaisuuden haasteeseen (Suhonen, J. ym. 2011,

1107-1116). Kehitettäessä iäkkään toimintakykyä ylläpitäviä hoitoketjuja ja palvelumalleja sekä niiden vaikuttavuutta ja laatua, on tiedonkeruujärjestelmiä yhtenäistettävä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Rantanen 2013, 441).

Kotiutuessaan sairaalasta iäkkäät voivat kokea turvattomuutta ja riippuvuutta omaisistaan, joilta tarvitsevat hoitoa. Iäkkäät kokevat eristäytyneisyyttä ja pelkäävät menettäneensä toimintakykyään lopullisesti. (Martinsen ym. 2015, 422.) Heillä on myös huoli itsenäisyytensä säilyttämisestä saadessaan hoitoa toisilta ihmisiltä ja siitä, miten saatu hoito vastaa heidän odotuksiinsa (Gabrielsson-Järhult & Nilsen 2016, 135). Kuntoutuksen jatkumisella kotiutuksen jälkeen on merkitystä toimintakyvyn palautumisen kannalta (Hui-Tzu ym. 2013, 1327). Jo lyhyellä, yhdestä kahteen päivää kestäväällä sairaalassaololla voi olla heikentävä vaikutus iäkkään toimintakykyyn (Oakland & Farber 2014, 789). Kotiutuessa tulisikin etsiä ratkaisuja, joilla paitsi parannetaan iäkkään suoriutumista päivittäisistä toiminnoistaan, myös alentaa vaatimuksia, joita kotiympäristö asettaa suoriutumiskyvylle. Tällöin mietittäväksi tulevat esimerkiksi kotona tehtävät muutostyöt tai palvelut sekä mahdollinen asumismuodon muuttaminen ympärivuorokautisten palvelujen piiriin. (Rantala 2013, 416.)

Vanhuspalvelulaissa määritellään, että kunnan on ensisijaisesti pyrittävä tarjoamaan iäkkään tarvitsemat hoivapalvelut hänen omaan kotiinsa. Palvelut on toteutettava niin, että iäkäs voi kokea turvallisuutta, merkityksellisyyttä ja arvokkuutta ja voi ylläpitää sosiaalisia vuorovaikutussuhteitaan sekä osallistua mielekkääksi kokemaansa toimintaan. Lääketieteellisin tai asiakasturvallisuuden vaarantumiseen perustein hoitoa voidaan kuitenkin tarjota myös laitospäristössä. (Laki ikääntyneen väestön... 2012, 14§.) Laitoshoidon vähentämisen keskeisin tavoite on reagoida iäkkään heikentyneeseen toimintakykyyn kokonaisvaltaisella tavalla ja riittävän nopeasti (Heikkilä ym. 2014, 2). Suomessa tarvitaan iäkkäisiin erikoistuneita hoidon yksiköitä, joissa voidaan samalla kartoittaa ja ylläpitää toimintakykyä hoitotyön, fysioterapian ja sosiaalityön keinoin hoidettaessa iäkkään akuutteja sairauksia (Jarti, Heinonen, Upmeier, & Seppälä 2011, 2970).

Muistisairaudet ovat suurin yksittäinen riskitekijä, joka aiheuttaa sen, ettei iäkäs selviydy enää kotonaan, vaan joutuu muuttamaan ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan (Numminen, Eloniemi-Sulkava, Topo & Valtonen 2011, 17; Stewart ym. 2014, 562). Ympärivuorokautisen hoidon piiriin jouduttavia tekijöitä muistipotilailla on paitsi heihin itseensä liittyvät tekijät, kuten harhailu, kaatumiset ja voimien huononeminen, myös omaisiin, palvelujärjestelmään ja ympäristöön liittyvät tekijät. Syyt ovat usein äkillisiä. (Lehtiranta

ym. 2014, 113-114; Harrison ym. 2017, 238.) Iäkkäät kokevat, etteivät aina voi itse vaikuttaa päätökseen muuttaa ympärivuorokautisen hoivan yksikköön. Ympäri- vuorokautisen hoivan piiriin siirtyminen voi olla toisille helpottava asia, etenkin, jos hän on ollut yksinäinen ennen toimintakykynsä heikkenemistä. Kaikki eivät kuitenkaan haluaisi luopua omasta kodistaan, jolloin hoitohenkilökunnan on tärkeää pyrkiä vähentämään muutosta johtuvia negatiivisia vaikutuksia. (Fraher & Coffey 2011, 23-24.)

Iäkkäitä siirretään kodin ja sairaalan välillä, jolloin ongelmana hyvän hoidon näkökulmasta usein on siirtymien viivästyminen ja pitkittyminen. On tärkeää, että katkeamattomien hoitoketjujen siirtymät eri hoitolaitosten ja kodin välillä tapahtuvat oikea-aikaisesti ja mahdollisesti etukäteen niihin varautuen, jolloin turvataan myös ihmisarvoa kunnioitava kohtelu. (Jyrkämä 2015, 38.) Ajan tasalla olevan hoitosuunnitelman ja hoidosta vastaavan koordinaattorin merkitys korostuu toimivassa hoitoketjussa (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011, 2227).

4.3 Kuntoutus toimintakyvyn ylläpitäjänä

Vanheneminen ei ole sairaus, mutta sairaudet lisääntyvät iän myötä. Iäkkään toimintakyky on kykyä selvitä arkeen liittyvistä toiminnoista sekä kykyä kokea erilaisia kokemuksia laadukasta elämää eläen. Hoitotyöntekijöiden päämääränä on edistää iäkkään hyvinvointia, toimintakykyä ja elämänlaatua. Tärkeää on myös turvata elämänhallintataitojen ja turvallisuudentunteen kokemus. Iäkkään toimintakyvyn huononeminen vaatii kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin, jolloin arvioidaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky. Kattavalla yksilöllisellä palvelutarpeen arvioinnilla turvataan palvelun laatu ja vaikuttavuus. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 18-24.)

Terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetaan iäkkäitä, jotka eivät tarvitse varsinaisesti sairaalatasoisia palveluita. Terveyskeskussairaalan tavoitteena pitäisi olla kuntouttaa iäkkäs takaisin kotiin. (Vauramo 2013, 9, 11, 24.) Mahdollisimman aikainen mobilisaatio nopeuttaa kotiin pääsyä (Hall & Hoy 2012, 290). Kuntoutumisen suunnitelma ja tavoitteet tulisi kirjata hoitosuunnitelmaan (Karppi ym. 2010, 1833). Laadukas kirjaaminen luo edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle. Kirjaamalla varmistetaan hoidon toteutus, seuranta ja jatkuvuus sekä varmistetaan tiedon kulku hoitoon osallistuvien kesken. (Heik-

kilä ym. 2014, 30.) Riittävästi resursoitu hoito- ja palvelusuunnitelma vähentää inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös kustannuksia puuttumalla mahdollisiin ongelmiin ajoissa (Jartti ym. 2011, 2970).

Iäkkään oman vaikutusvallan ja itsenäisyyden tukeminen ovat tärkeitä riippumattomuuden tukemisessa. Hoitajien kiire vaikeuttaa iäkkäiden ohjaamista ja heidän tarpeidensa määrittämistä. (Burke & Doody 2012, 36). Iäkkäiden henkilöiden omien kokemusten mukaan voimavarat muodostuvat elämänhallinnan tunteesta ja toimintatahdon säilymisestä. Iäkkäät arvioivat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen toteutumisen huonommaksi kuin työntekijöiden tekemissä arvioissa. Ammattihenkilöt tekevät päätöksiä iäkkäiden puolesta, eivätkä aina tunnista iäkkäiden omia voimavaroja riittävästi. Ongelmakohtiksi nousee muun muassa tiedon kulun ongelmat, toiminnan tavoitteiden sekä yhtenäisen toimintatavan puuttumisen. (Eloranta 2009, 6.)

Iäkkäillä ja hoitajilla on erilaisia käsityksiä kuntoutuksesta ja toimintakyvyn tukemisesta (Pryor & O'Connell 2009, 1766.) Iäkkäät mukautuvat sairaan rooliin, eivätkä miellä päivittäisiä rutiineja, kuten wc:ssä käyntiä, kuntoutukseksi. Hoitajat kokevat ristiriitaisia tunteita suhteessa iäkkäiden ja omaisten odotuksiin ohjatessaan iäkkäitä omatoimiseen aktiivisuuteen. (Christiansen & Feiring 2017, 3244-3245.) Hoitajien pitää kiinnittää iäkkäitä ohjatessaan huomiota siihen, miten kertoa kuntoutuksen luonteesta ja itse tekemisen merkityksestä. Hoitajien tulee myös ohjata iäkästä käyttämään omia voimavarojaan ja kertoa mahdollisuuksista parantaa omaa kuntoutumistaan. (Pryor & O'Connell 2009, 1766, 1773.)

Kotihoidon asiakkaat kokevat saavansa tukea fyysisen kunnon ylläpitämisessä, mutta arjen toimintoihin ja psykososiaalisen tuen tarpeeseen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Kotihoidossa omahoitajan ja omaisten yhteistyön merkitys korostuu. (Hautsalo, Rantanen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 10.) Yksinäisyys ja masentuneisuus ovat yleisiä iäkkäiden henkilöiden kokemia tunteita kotihoidossa ja saattavat jopa johtaa ennen aikaiseen laitoshoidon. Kotihoidon työntekijät ovat avainasemassa tunnistamassa iäkkään tuen tarpeita. Kotihoidolla pitäisi olla riittävät resurssit tarjota riittävästi psykososiaalista tukea asiakkailleen. (Eloranta ym. 2012, 21-22.)

Ulkoilulla on merkitystä iäkkäiden terveyteen ja hyvinvointiin. Ympäristö voi edistää tai estää iäkkään liikkumista. (Rantakokko 2011, 39-40; Eronen 2015, 300; Rantanen 2015,

6-7.) Kokonaan kotonaan vietettyinä päivinä iäkkään päivittäisen liikunnan määrä on vähäinen. Pelkästään ulos lähtiessä liikunnan määrä moninkertaistuu, jo pukeutuminen ja siirtyminen ulos lisäävät liikunnan määrää. Iäkkäät arvioivat fyysisen elämänlaatunsa paremmaksi ja olivat tyytyväisempiä päästessään ulkoilemaan vähintään kerran viikossa. (Rantanen 2015, 6-7.) Kun iäkkään halu ulkoilulle vähenee tai tulee pelkoja, on mahdollista, että liikkumiskyvyssä on tapahtumassa muutoksia ja tällöin olisi pyrittävä vähentämään ympäristöstä johtuvia esteitä (Rantakokko 2011, 39-40). Liikunnan mahdollisuuksien vähentyminen omassa ympäristössä kaventavat myös iäkkään henkilön sosiaalista piiriä (Eronen 2015, 300).

Muistisairaalle ja hänen omaishoitajansa tarpeisiin suunnitellun liikunnallisen kuntoutuksen on mahdollista hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä ilman, että sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskustannukset kasvavat (Pitkälä ym. 2013, 140). Ryhmämuotoisella kuntoutuksella ei ole saatu yhtä hyvää tulosta (Kehusmaa 2014, 85). Liikunnallisella harjoittelulla ja liikuntaneuvonnalla voi mahdollisesti vähentää iäkkäiden sairaala- ja laitoshoidon tarvetta (Bonsdorff 2008, 38). Lihasvoiman lisäämisen perustuvan kuntoutuksen hyötyinä on paitsi iäkkään henkilön toimintakyvyn paraneminen, myös lihasperäisten kipujen vähentyminen (Lihavainen ym. 2012, 314). Liikunta onkin keskeisimpiä lääkkeitömiä kivunlievitysmenetelmiä. Ylläpidettäessä iäkkään henkilön kykyä liikkua, on tunnistettava liikkumiseen liittyviä ongelmia, kuten kipu, ja puututtava niihin. (Lihavainen ym. 2011, 245, 247.)

Iäkkäiden itsenäisen selviytymisen tukemiseksi tarvitaan paitsi yhteiskunnan eri toimialojen yhteistyötä, myös yksityisen sektorin, vapaaehtoisjärjestöjen ja omaisten huomiointia ja mukaan ottamista (Peurala, Latvala, & Rantala 2007, 37-38). Myös yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitosten kanssa voisi yhdistää (Eloranta ym. 2012, 22). Vapaaehtoistyön kautta iäkkäät voivat olla paitsi avun saajia, myös antaa apua toisille ja sitä kautta ennaltaehkäistä oman terveytensä heikkenemistä (Rantanen 2011, 42). Tärkeätä olisikin tarjota apua esimerkiksi ulkoiluun iäkkäälle silloin, kun hän vielä kykenee lähtemään ulos (Eronen 2015, 301).

4.4 Ravitseminen iäkkään toimintakyvyn tukena

Iäkkään hyvällä ravitsemuksella on suotuisia vaikutuksia toimintakyvyn ylläpitämisen ja sairauksien ehkäisemisen kannalta (Suominen 2007, 352). Jotta iäkkäällä on mahdollisuus saavuttaa hyvä ravitsemustila, pitää olla liikkumiskykyä ja resursseja päästä kauppaan. Lisäksi hyvien kauppojen saavutettavuus ja terveellisen ruoan ostomahdollisuus järkevään hintaan vaikuttavat. Omaisten ja hoitajien pitäisikin kiinnittää huomiota näiden edellytysten täyttymiseen ja avustaa tarvittaessa. (Wood 2017, 50.)

Hyvä ravitseminen nopeuttaa iäkkään toipumista sairauksista. Koska energian tarve väheenee, on entistä tärkeämpää panostaa ruoan ravintotiheyteen. Parhaimmillaan ruokailu on sosiaalinen tilanne, joka aktivoi liikkumaan, rytmittää päivää ja lisää toimintakykyä. (Suominen 2007, 352; Koivunen 2017, 181.) Kognitiiviset häiriöt, kuten muistisairaus, altistavat aliravitsemukselle (Nuotio ym. 2009, 2671; Cardoso de Sá ym. 2017, 1685). Ravitsemustilan arvioinnin pitäisikin aina kuulua muistipotilaan tutkimuksiin ja arvio tulisi toistaa sairauden edetessä (Nuotio ym. 2009, 2671).

Vajaaravitseminen heikentää iäkkään toimintakykyä ja toipumista sairauksista (Hoppu, Ahonen & Kuitunen 2013, 1097). Se on myös yhteydessä kasvaneisiin hoidon kustannuksiin pidentämällä sairaalajaksoja (Guest ym. 2011, 422; Hoppu, Ahonen & Kuitunen 2013, 1097). Hoitajat tunnistavat aliravitsemuksen heikosti suhteessa MNA -testeillä tehtyihin ravitsemuksen arviointeihin (Suominen, Sandelin, Soini & Pitkälä 2009, 292). Vajaaravitsemusta pitäisi hoitaa ensisijaisesti ruokavaliolla, mutta lisäravinteista voi olla hyötyä tilanteissa, joissa niiden vaikuttavuutta voidaan seurata. Niiden käyttöä ei ole syytä jatkaa pidempään, kuin niistä katsotaan olevan asianmukaista hyötyä. (Dera & Woodham 2016, 560, 562.)

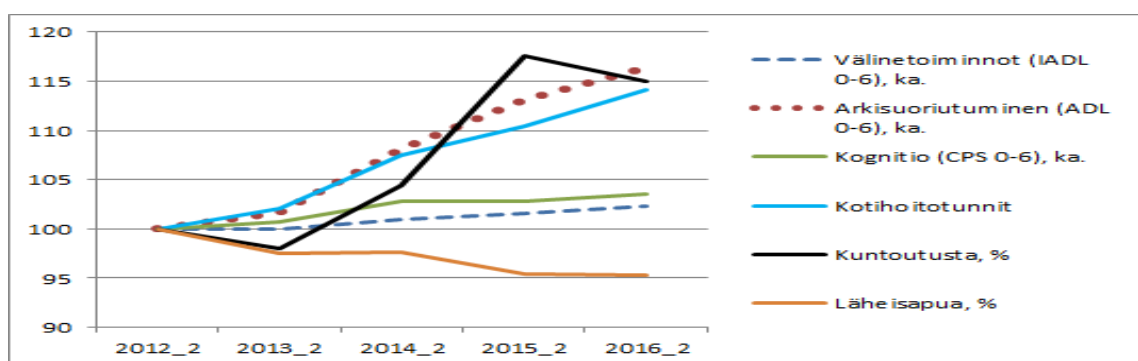
4.5 RAI -järjestelmä toimintakyvyn arvioinnissa

Gerontologinen tutkimus on kiinnostunut iäkkään henkilön selviytymisestä päivittäisissä toiminnoissa, iäkkäiden toimintakyvyn merkitys on suuri sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeiden määrittämisen kannalta. Toimintakyvyn mittaamisella on merkitystä kuntoutuksen toteuttamisessa ja arvioinnissa sekä arvioidessa hoitoisuutta. (Heikkinen 2013,

406.) Toimintakyvyn arvioinnilla voidaan tunnistaa iäkkään ihmisen voimavarat ja ongelmat ja tukea toimintakyvyn ylläpitämistä ja kohenemista tavoitteellisesti. Toimintakykyä arvioitaessa on oleellista, että käytettävät mittarit ovat reliaabeleita ja valideja. Yksi tällainen mittari on RAI-järjestelmä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 70-94.)

RAI – Resident assessment instrument on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin väline, joka on tarkoitettu iäkkään palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI -järjestelmä auttaa arvioimaan ikääntyneen henkilön tarvitsemaa palveluntarvetta monialaisesti. (THL 2016.) Oikein käytettynä RAI voi tukea hoitoprosessia ohjaamalla iäkkäiden parissa työskentelevien henkilöiden toimintaa ja sitä kautta parantaa hoidon tuloksia. (Stolle, Wolter, Roth & Rothgang 2015, 620; Rantanen 2013, 441.) Sujuva RAI:n käyttö mahdollistaa fyysisen toimintakyvyn seurannan lisäksi kognition ja päivittäisten aktiviteettien seurannan (Valta 2008, 132). RAI:n avulla voidaan seurata myös toimintoja, joiden suorittamiseen tarvitaan välineitä, kuten kodin hoitotoimet ja laitteiden käyttö sekä kodin ulkopuolella asioiminen. (Jämsen ym. 2015, 977.)

RAI-vertailukehittämisen avulla kyetään tunnistamaan oman kunnan tai organisaation kehittämishaasteita sekä kyetään kohdentamaan resursseja ja palveluja tarpeiden mukaisesti vertailemalla omaa toimintaa muiden organisaatioiden tai kuntien toimintaan. Vuosina 2012-2016 tehdyn kartoituksen valossa voidaan olettaa, että kotihoidon keskiverto asiakkaan tarpeet kasvavat ja palvelut lisääntyvät tulevaisuudessa (kuva 3). (THL 2016.)



KUVA 3. Palvelutarpeiden ja avun määrän kehitys vuosien 2012 – 2016 syksyn aineistojen valossa.

Kasvava iäkkäiden määrä lisää tarvetta resurssien tehokkaaseen ja vaikuttavaan kohdentamiseen. Kotiin järjestettävien palvelujen lisääntyvä tarve edellyttää uudenlaisia tapoja

osaamisen ja voimavarojen kohdentamiseen palvelutarpeiden mukaisesti. Näihin haasteisiin vastaamiseksi tarvitaan yhä enemmän tietoa muun muassa kunnan palvelujen piirissä olevien iäkkäiden toimintakyvystä. Kotihoidossa käytössä olevaa RAIHC (Home Care) RAI:ta voidaan käyttää iäkkäiden toimintakyvyn kuvaamisen lisäksi myös esimerkiksi tarkasteltaessa iäkkäiden palveluja ja voimavaratarpeita kokonaisvaltaisesti ja kustannustehokkaasti eri hoitoketjujen vaiheessa. (Heikkilä ym. 2014, 3, 37.)

Jotta voidaan vastata iäkkään väestön kasvavaan palveluntarpeeseen, tarvitaan resurssien tehokasta ja vaikuttavaa kohdentamista. Päätöksenteon tueksi ja palvelutoiminnan suunnittelun pohjaksi tarvitaan tietoa muun muassa kunnan palvelujen piirissä olevien iäkkäiden toimintakyvystä. RAI -arviointeja apuna käyttäen voidaan löytää asiakasryhmiä, joille palveluja kohdennetaan. (Heikkilä ym. 2014, 3, 37.) RAI -järjestelmän avulla arvioidun palveluntarpeen perusteella voidaan määritellä palveluita, joita asiakkaat tarvitsevat sekä palveluihin kohdennettavan henkilöstön määrä ja osaaminen (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3).

RAI-järjestelmää voi käyttää päätöksenteon tukena ja ohjausvälineenä. Se mahdollistaa hoidon laadun ja kustannusten mittaamisen. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3, Perna 2015, 24.) RAI:n avulla muuttuvalle toiminnalle voidaan asettaa paitsi tavoitteita, myös arvioida niiden toteutumista. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3, 7.) Kun tietoa kerätään systemaattisesti ja luokitellaan mittareiksi, saadaan muodostettua kokonaiskuva. Tällöin on mahdollista tunnistaa ennakoivia riskivaiheita sekä mahdollisen asiaan puuttumisen jälkeen arvioida tilannetta uudelleen. (Finne-Soveri & Voutilainen, 2015, 24.)

RAI-arviointien hyödynnettävyydestä on melko vähän tutkimuksia. RAI-arviointien pohjalta tehdyistä tuotteistuksista löytyy tietoa, mutta esimerkiksi rekisteritutkimuksia toteutuneista RAI-arvioinneista ja niiden vaikuttavuudesta löytyy vähän.

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Aineiston keruumenetelmät

Kvantitatiivinen, eli määrällinen ja kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus ovat toisiaan täydentäviä lähestymistapoja ja niitä voidaan käyttää myös rinnakkain. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 136-137.) Tutkimusmetodien yhdistäminen on lisääntynyt. Kvalitatiivisella tutkimuksella saadaan ymmärrystä tilastollisen tutkimuksen täydentämiseksi. (McCusker & Gunaydin 2015, 541.) Tässä opinnäytetyössä käytetään sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Kvantitatiivisella lähestymistavalla haluttiin saada tietoa iäkkään toimintakyvyn muutoksista hoitoketjun eri vaiheissa. Kvalitatiivisella lähestymistavalla pyrittiin saamaan tietoa, miten hoitajat voivat tukea iäkkään toimintakykyä sairaalajakson aikana.

5.1.1 Rekisteritutkimus

Rekisteritietoja hyödynnetään terveydenhuollon toimintayksikköjen laadun parantamisessa, toiminnan suunnittelussa ja tieteellisissä tutkimuksissa. Rekisteritietojen luotettavuutta ja kattavuutta parantaa, mikäli ne ovat alun perin tallennettu oikein. (Räisänen, Heinonen, Sund & Gissler 2013, 3075.) Tietorekistereiden sähköinen kerääminen ja tallentaminen mahdollistavat niiden käytön tulevaisuuden tutkimusaineistona. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on rekistereiden ja tilastojen hyödynnettävyys ollut melko vähäistä, niiden merkityksellisyydestä huolimatta. (Kankkunen 2013, 235.)

RAI -pisteisiin perustuvan menetelmän avulla tutkittiin ikääntyneen toimintakyvyn muutosta kotihoidon, sairaalan ja ympärivuorokautisen hoidon välillä. Kun rekisteritietoja käytetään joko yhtenä tai ainoana tieteellisen tutkimuksen aineistona, puhutaan rekisteritutkimuksesta. Tärkein tieto rekisteritutkimuskäytölle on suomalaisten rekisteritietojen kattavuus ja laatu. Rekisteritutkimus tuottaa kuvailevaa ja selittävää tietoa, jossa taustatekijöiden vaikutus voidaan vakiodia tilastollisin menetelmin. Sen avulla voidaan tarkastella ilmiötä alueellisesti ja palveluyksikkökohtaisesti ja toisaalta myös yksilö-, ryhmä- ja väestötasolla. Useat suomalaiset viranomaiset ja organisaatiot keräävät rekisteritietoja tilastollisiin ja hallinnollisiin tarkoituksiin. Tutkimuseettiset ongelmat liittyvät tutkittavien

yksityisyyden suojeluun sekä itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. (Räisänen & Gissler 2012, 62-64.)

Rekisteritutkimuksen tiedot kerättiin Nokian ja Tampereen RAI-rekisteristä soveltuvin osin touko-heinäkuun 2017 aikana. Mukaan otettiin kaikki, jotka täyttivät asetetut sisäänottokriteerit. Tarkastelu kohdistui sekä Nokian että Tampereen kotihoidon viimeisiin valmistuneisiin kokonaisarviointeihin. Tampereelta opinnäytetyöhön otettiin sairaalassa tehtävät RAI PAC- arvioinnit vuodelta 2016. Näistä opinnäytetyöhön sisältyivät sisään- ja uloskirjausarviointit. Nokialla sairaalassa ei tehdä RAI -arviointeja. Nokialta opinnäytetyöhön mukaan otettiin ympärivuorokautisessa hoidossa tehdyt ensimmäiset kokonaisarviointit vuodelta 2016.

Sairaalassa tehtyjä RAI- arvioita oli yhteensä 114, joista kotihoidon arvio oli tehtynä 50 iäkkäällä. Sairaalassa tehdyistä arvioista jätettiin ulkopuolelle niiden iäkkäiden arviot, joiden viimeisimmästä kotihoidon arviosta oli kulunut yli vuosi. Opinnäytetyön ulkopuolelle jätettiin myös sairaalahoidon aikana kuolleiden arvioinnit. Opinnäytetyöhön otettiin mukaan yhteensä 31 iäkkään arvioinnit. Mukaan otetuista kotihoidon viimeisin RAI:n kokonaisarvio oli tehty enimmillään kuusi kuukautta ennen sairaalaan joutumista 23 iäkkäälle ja 6-12 kuukauden aikana arvio oli tehty kahdeksalle iäkkäälle.

Nokialla ympärivuorokautisessa hoivassa ensimmäinen RAI:n kokonaisarvio on vuonna 2016 tehty 38 iäkkäälle. Näistä iäkkäistä 23 oli tehty myös kotihoidon RAI:n kokonaisarvio. Yhden iäkkään kotihoidon RAI:n kokonaisarvion tekemisestä oli kulunut yli 12 kuukautta, joten opinnäytetyöhön otettiin mukaan yhteensä 22 iäkkään RAI -arvioinnit.

5.1.2 Teemahaastattelu

Haastattelun muotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Koska tässä opinnäytetyössä haluttiin saada hoitajien ääni kuuluviin ja ottaa huomioon eri tulkinnat iäkkäiden toimintakyvyn tukemiseen liittyvistä tekijöistä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48), valittiin haastattelumenetelmäksi teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu.

RAI -järjestelmän määrittelemistä toimintakyvyn eri osa-alueista koottiin haastattelun runko (liite 2), jotta kaikkia tutkimusongelman kannalta keskeisiä teemoja tulisi haastattelussa käsiteltyä. Haastatteluteemoja käsiteltiin haastateltavien kannalta luontevassa järjestyksessä. Teemahaastattelussa oli tärkeää huomioida, etteivät kysymykset peilaa tutkijan käsityksiä asiasta. Hyvä keino varmistaa kysymysten yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys on koehaastattelujen toteuttaminen. (Vilka 2015, 122-130.) Teemahaastattelun runkoa esiteltiin yhdellä hoitajalla ja tämä haastattelu otettiin mukaan tutkimusaineistoon.

Haastatteluissa ei esitetty tarkkoja kysymyksiä, vaan hoitajien annettiin kertoa vapaasti toimintakykyä ylläpitävän hoidon toteutumisesta työssään. Haastattelujen edetessä tarkennettiin joitakin asioita ja kysyttiin teema-alueista sellaisista asioista, joita hoitaja ei olisi muuten ottanut esiin. Haastattelut olivat hyvin vapaamuotoisen ja keskustelunomaisen oloisia.

Haastatteluista saatavan aineiston määrä tulee suhteuttaa tarvittavan aineiston kokoon, jotta sillä voidaan vastata mahdollisimman luotettavasti asetettuun tutkimuskysymykseen (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne, Paavilainen 2013, 117-118). Haastattelut toteutettiin Nokian terveystieteiden osastolla sekä Tampereen Rauhaniemen sairaalan osastolla touko- ja kesäkuussa 2017. Yhteensä 10 hoitajaa haastateltiin avoimen teemahaastattelun menetelmällä. Haastattelut tapahtuivat sekä Nokiolla että Tampereella osastolla erikseen varatussa huoneessa. Yksi haastattelu toteutettiin rauhallisessa tilassa kahvilassa varmistaen, ettei muita ihmisiä ollut lähellä kuulemassa.

Haastatteluihin pyydettiin niitä hoitajia, joilla oletettiin olevan paljon kokemusta toimintakykyä tukevasta hoitotyöstä ja joilta oletettiin saatavan parhaiten kokemusperäistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Vilka 2015, 135). Haastateltavia valittiin sekä sairaanhoitajien että lähihoitajien joukosta, jotta saisimme mahdollisimman monipuolisen kuvan kokemuksista.

Haastateltaville lähetettiin sähköpostitse pyyntö tutkimushaastatteluun. Tässä pyynnössä kerrottiin alustavasti haastattelun aihepiiristä. Haastattelun aluksi haastateltaville kerrottiin opinnäytetyöstä sekä annettiin kirjallinen tiedote ja varmistettiin, että he edelleen suostuvat haastateltaviksi (Vilka 2015, 133). Haastattelujen aluksi haastateltavia pyydettiin allekirjoittamaan kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta (liite3) ja

heille annettiin kirjallisesti tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta (liite4). Haastattelut nauhoitettiin. (Kuula 2011, 119.) Opinnäytetyön tekijöistä toinen haastatteli kuutta hoitajaa ja toinen neljää. Haastattelut kestivät noin tunnin ja näihin osallistuivat vain haastattelija ja haastateltava (Hirsjärvi ym. 2014, 232).

5.2 Aineiston analysointi

Kotihoidon asiakkaille tehdyistä RAI -arvioista kerättiin tietoja vuodelta 2016 sekä Nokialta, että Tampereelta. Tampereelta RAI -arviot kerättiin lisäksi sairaalan kuntoutusosastolla tehdyistä RAI PAC -arvioinneista ja Nokialla ympärivuorokautisen hoidon yksikössä tehdyistä laitoshoidon RAI:n ensimmäisistä kokonaisarvioinneista.

Tutkimusongelma ja ilmiön taustaoletukset vaikuttavat ratkaisuihin. Tulkinnan auki kirjoittamisessa vaikuttaa asetettu tutkimusongelma, eli ratkaisun etsiminen. (Kananen 2011, 85, 87.) RAI -arvioinnit kirjattiin Excel -ohjelmaan. Arvioinnit jaettiin ryhmiin ajallisten määreiden perusteella sekä sen perusteella, mistä iäkäs saapui ja minne hänet kotiutettiin. RAI -arviointeja kuvattiin suhteellisina osuuksina kokonaisarviointien määrästä ja RAI -arviointien eri osa-alueiden pistemääriä havainnollistettiin suorilla jakaumilla (Kananen 2008, 42-43). Jokaisen RAI -mittariston eri osa-alueiden pisteistä laskettiin keskiarvot. RAI -pisteiden muutosta vertailtiin kotihoidon arviointien sekä sairaalan sisään- ja uloskirjausten välillä. (Kananen 2008, 43, 87.) Näin saatiin esille toimintakyvyn muutosta.

RAI- arvioista kerättiin toimintakykyä kuvaavat pisteet seuraavista mittareista: ADL (0-6) Activity of Daily Living, eli arkisuoriutuminen. Mitä suurempi on pistemäärä, sitä enemmän iäkäs tarvitsee apua päivittäisistä toiminnoistaan selviytymiseen. CPS (0-6) Cognitive Performance Scale eli kognitio. Mitä suurempi pistemäärä, sitä suurempaa kognition heikentyminen on. DRS (0-14) Depression Rating Scale, eli masennus. Mitä suuremman pistemäärän iäkäs saa, sitä suurempi on masennus epäily. PAIN (0-3) eli kipu. Pistemäärä 0 tarkoittaa ei kipua, pistemäärä 3 kipuja päivittäin, ajoittain vaikea tai sietämätön kipu. CHESS (0-5) Changes in Health, End Stage Disease and Symptoms and Signs eli terveydentilan vakaus. Pistemäärä 0 tarkoittaa vakaata terveydentilaa, pistemäärä 5 hyvin epävakaata terveydentilaa. (THL 2016.)

Taulukossa 1 on kuvattu RAI- pisteiden keskiarvot vertailua tukemaan. Taulukossa on kuvattu opinnäytetyöhön mukaan otettujen iäkkäiden RAI -arviointien keskiarvoja. Sekä Tampereella että Nokialla mukana on kotihoidon (KH) viimeisin valmistunut kokonaisarviointi. Nokialta taulukossa on lisäksi ympärivuorokautisen hoivan (24H) ensimmäiset kokonaisarviointit ja Tampereelta sairaalan uloskirjauksen arviointi niiltä iäkkäiltä, jotka siirtyvät ympärivuorokautisen hoivan (24H) piiriin.

TAULUKKO 1. RAI -pisteiden keskiarvot.

		ADL	CPS	DRS	PAIN	CHES
Nokia	KH	1,23	2,59	2,18	1,09	1,73
	24H	2,59	2,68	2,09	0,77	0,86
Tampere	KH	0,55	1,58	1,77	1,16	1,39
	24H	2,88	2,88	1,44	0,5	1,25

Pyrittäessä ymmärtämään kokemuksia käytetään pääsääntöisesti laadullista analyysia. Analyysitavaksi valitaan se, jonka avulla parhaiten saadaan vastaus tutkimustehtävään (Hirsjärvi ym. 2014, 224). Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sitä voidaan käyttää kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä ja muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita. Jotta sisällönanalyysi onnistuisi ja tutkittavaa ilmiötä voisi kuvata luotettavasti, on aineisto pelkistettävä. Induktiivista, eli sisältölähtöistä analyysia käytetään, kun tutkittavasta ilmiöstä ei ole käytettävissä aikaisempaa tutkimustietoa. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään aineiston ehdoilla. Analyysirunko voidaan jättää väljäksi, jotta induktiivisen sisällönanalyysin periaatetta noudattaen voidaan muodostaa aineistosta käsitteitä sen sisälle. (Elo & Kyngäs 2008, 109-112; Kyngäs ym. 2011, 139.)

Kaikki haastattelut litteroitiin, eli kirjoitettiin auki haastattelujen jälkeen. Litteroitua aineistoa muodostui 94 A4 sivua fontilla Times New Roman, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1.5. Litterointi tarkastettiin kuuntelemalla haastattelut uudelleen. (Hirsjärvi ym. 2014, 222.) Haastattelut numeroitiin sattumanvaraisessa järjestyksessä, jotta voidaan seurata, mistä haastattelusta alkuperäislainaus on otettu. Litteroiduista haastatteluista tunnistettiin tutkimusongelman kannalta merkityksellisiä alkuperäisilmaisuja, jotka nostettiin esiin litteroidusta aineistosta. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin aihepiireittäin (Taulukko 2). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 – 93.)

TAULUKKO 2. alkuperäisilmaukset ja pelkistetyt ilmaiset aihepiireittäin.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Yhteenkuuluvuusryhmä
”Omahoitaja viime kädessä katsoo, et koko hoitosuunnitelma on ajantasalla.” (H7)	Omahoitaja huolehtii hoitosuunnitelmasta	Omahoitaja tietää potilaan asiat
”Nää (lista potilaista) on tosi hyvät, kun meillä kirjoitetaan vähä tällain... Niin vähän tietää heti siitä potilaasta.” (H8)	Muistilaput potilaan kunnosta	Muistilistat potilaista
”Siitä tajuaa, kuinka paljon potilas, vaikka se näyttää tarvitsevan vähän, niin kuinka hirveesti se lääkärin kierto vie aikaa, kuinka omaiset vie aikaa, niin kuitenkin se saa aika ison hoitoisuuden” (H10)	Hoitoisuuden esille tuominen, paljonko hoitoon menee aikaa	Hoitoisuuden esille tuominen
”...kuntoraportti, siinä on fysioterapeutti ja lääkäri ja hoitaja ja yleensä sosiaalityöntekijäkin, niin siinä käydään jokaisen potilaan sen hetkinen, et mikä se kuntouttamisen vaihe on ja tehdään tavoitteita.” (H4)	kuntoutuspalaverit	Palaverit
”Kyllä meillä lääkärit kuuntelee. Kyllä se ihan toimii se yhteistyö.” (H2)	Lääkäreiden kanssa yhteistyö toimii	Moniammatillinen yhteistyö

Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena syntyy yleiskäsitteen muodostamisen pelkistämällä eli abstrahoinnilla käsitteitä. Luotettavuuden lisäämiseksi on pyrittävä mahdollisimman tarkkaan analyysin raportointiin, tutkijan on osoitettava yhteys tulosten ja aineiston välillä (Elo & Kyngäs 2008, 111; Kyngäs ym. 2011, 139-140.) Yhteenkuuluvuusryhmiä yhdistettiin alaluokiksi ja samankaltaisia alaluokkia koottiin päälukiksi. (Taulukko 3.) Taulukko sisällönanalyysistä (Taulukko 5) on kokonaisuudessaan liitteenä (liite 5).

TAULUKKO 3. Alaluokkaryhmittelyitä.

Tilojen ahtaus	Käytettävissä olevat resurssit	Toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntäminen
Monen hengen huoneet		
Ajan puute		
Kiireen tuntu		
Apuvälineet saatavilla		
Ergonomian korostuminen	Työn imu	
Onnistumisen kokemukset		
Lisäkoulutukset		
Hoidon laadun paraneminen		
Yhdessä tekemisen tunne		
Omahoitaja tietää potilaan asiat	Hoitotyön toimintamallit	
Muistilistat potilaista		
Hoitaisuuden esille tuominen		
Palaverit		
Moniammatillinen yhteistyö		
Kivun hoito	Lääkehoito	
Ei korvaa keskusteluapua		
Lisäravinteet		
Proteiinipitoinen ja energiatiheä ruoka	Ravitseminen	
Ruoan maku		
Ruokailu lisää yhteisöllisyyttä		

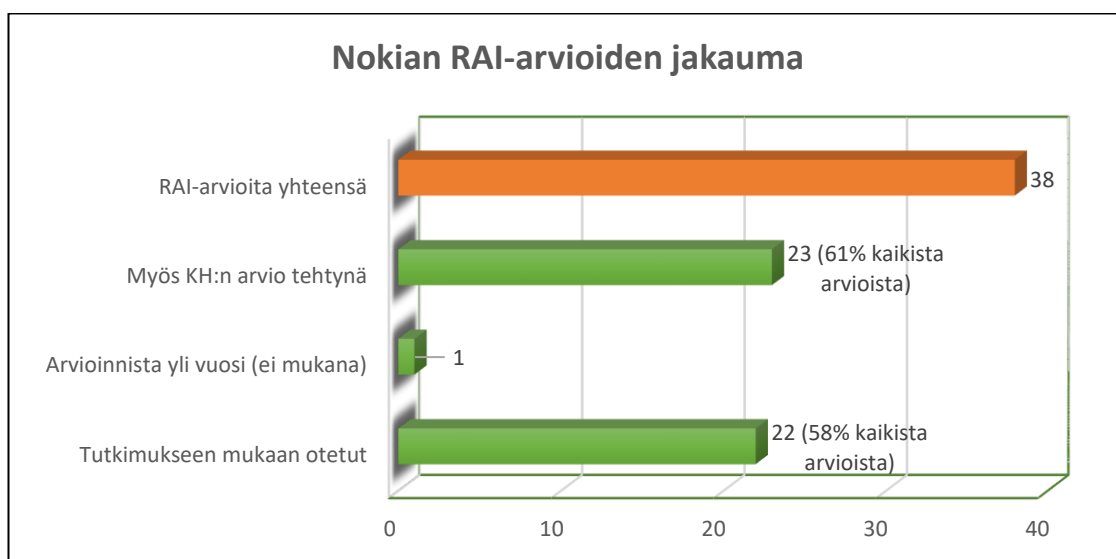
6 TULOKSET

6.1 Iäkkään toimintakyvyn muutokset RAI -pisteillä arvioituna

Opinnäytetyötä varten kerätty materiaali sisälsi kaiken kaikkiaan 152:n tamperelaisen ja nokialaisen iäkkään RAI- arvioinnin, joista 73:lle iäkkäälle oli tehty myös kotihoidon arvio. Asettamalla yhden vuoden aikarajauksen jälkeen opinnäytetyö sisälsi 53:n iäkkään RAI- arvioinnit vuodelta 2016. Käsittelemme Nokian ja Tampereen tuloksia erillisinä kokonaisuuksina, sillä Nokian RAI- arvioinnit ovat kotihoidosta ja ympärivuorokautisesta hoivasta, Tampereen RAI- arvioinnit ovat kotihoidosta ja sairaalasta.

6.1.1 Iäkkään toimintakyky RAI -pisteillä arvioituna Nokiolla

Nokian ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyneistä 38 iäkkäälle oli tehty vuonna 2016 RAI- arvioinnin sisäänkirjaus. Näistä 23 oli sellaista, joille oli tehty myös kotihoidon kokonaisarviointi. Iäkkäitä, joille kotihoidon viimeisin puolivuositainen RAI arviointi oli tehty enimmillään puoli vuotta ennen ympärivuorokautiseen hoivaan siirtymistä, oli 13. Iäkkäitä, joille kotihoidon viimeisin RAI:n kokonaisarviointi oli tehty enimmillään 12 kuukautta ennen siirtymistä, oli yhdeksän. Aikarajaukseksi otettiin yksi vuodeksi, joten yksi arviointi jäi opinnäytetyön ulkopuolelle jättäen jäljelle 22 arviointia. RAI- arviointien jakauma Nokiolla on esitetty kuvassa 4.



KUVA 4. Nokian RAI-arvioiden jakauma.

Nokian ympärivuorokautisen hoivan yleisin tulosyö oli alentunut fyysinen toimintakyky, tämä oli 22 iäkkäällä (58%). Toiseksi yleisin tulosyö, kognitiivisten toimintojen heikkeneminen, oli merkitty kymmenelle (26%). Tulosyö kliinisesti monimuotoinen todettiin viidellä (13%), käytöshäiriöitä oli yhdellä (3%). Nämä mainitut tulosyöt on esitetty kuvassa 5 RAI-arviointien RUG-asiakasryhmittelyn mukaisia luokituksia käyttäen. Haluessa tietoa iäkkään henkilön palvelutarpeista, toimintakyvystä ja terveydentilasta, RUG-luokituksen avulla saadaan säännöllistä palvelua saavien asiakkaiden tarpeiden mukaiset palvelutuotteet (THL 2016).



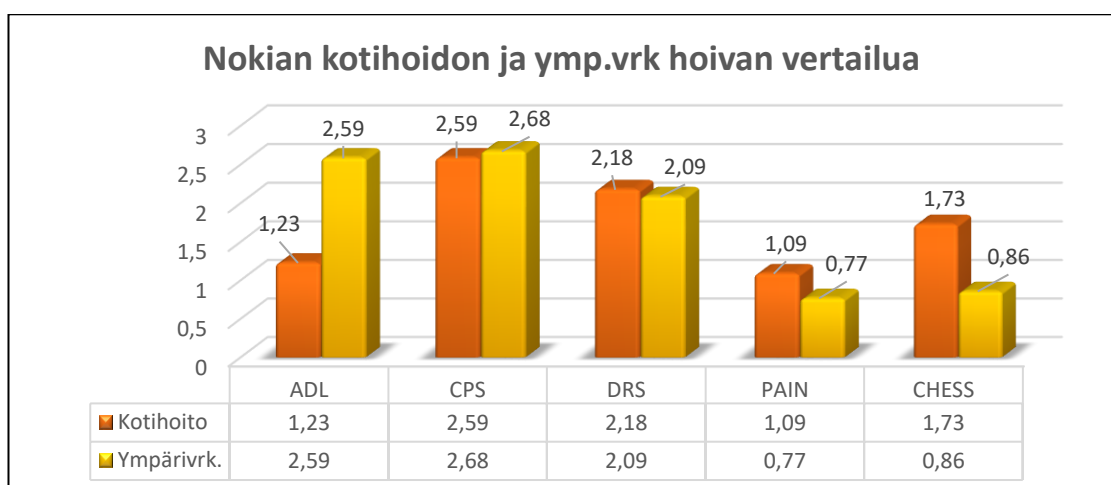
KUVA 5. Nokian ympärivuorokautisen hoivan tulosyöt RUG-luokituksella kuvattuna.

Nokiolla 25 iästä eli 66 % ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyneistä oli siirtynyt terveyskeskuksesta. Hieman vajaa neljäsosa, yhdeksän iästä, oli siirtynyt ympärivuorokautiseen hoivaan kotoa. Tutkimusaineistosta ei selvinnyt, oliko kotoa siirtyneillä ollut kotihoitoa, kotisairaanhoidoa tai toistuvia sairaalakäyntejä ennen hoivaan siirtymistä. Ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyneistä kymmenellä prosentilla eli neljällä iäkkäällä oli siirtymispaikaksi merkitty muu hoitopaikka. Tämä määrite saattoi pitää sisällään esimerkiksi akuuttisairaalan, psykiatrisen sairaalan, ryhmäkodin, palvelutalon tai vanhainkodin (kuva 6).



KUVA 6. Nokia, ympärivuorokautista hoivaa edeltävä hoitopaikka.

Kuvassa 7 on vertailtu Nokian RAI- arvioinnin pisteitä kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan kesken RAI- arviointien välisen ajan ollessa alle 12 kuukautta. ADL eli arki-suoriutuminen oli arviointien mukaan heikentynyt kotihoidosta ympärivuorokautiseen hoivaan siirryttäessä. Kotihoidossa arvioituna ADL oli keskimäärin 1,23 ja ympärivuorokautisessa hoivassa 2,59. Kognitiossa (CPS) oli arvioiden välillä pieni ero (2,59 – 2,64). Iäkkäitä, joiden CPS oli 3 tai enemmän, oli kotihoidossa kymmenen eli 45% kokonaismäärästä ja laitoshoidossa 13 eli 59% kokonaismäärästä. Masennus (DRS) oli arvioitu ympärivuorokautisen hoivan arvioissa hieman matalammaksi kuin kotihoidon arvioissa (2,09 – 2,18). Kotihoidon viimeisimmässä kokonaisarviossa olivat sekä kivun (PAIN) että terveydentilan vakauden (CHESS) pistemäärät saaneet suuremman arvon kuin ympärivuorokautisen hoivan ensimmäisessä arviossa. Arvioiden mukaan siis kotihoidossa kipua koettiin enemmän (1,09 – 0,77) ja terveydentilan vakaus oli heikompi (1,73 – 0,86) kuin ympärivuorokautisessa hoivassa.

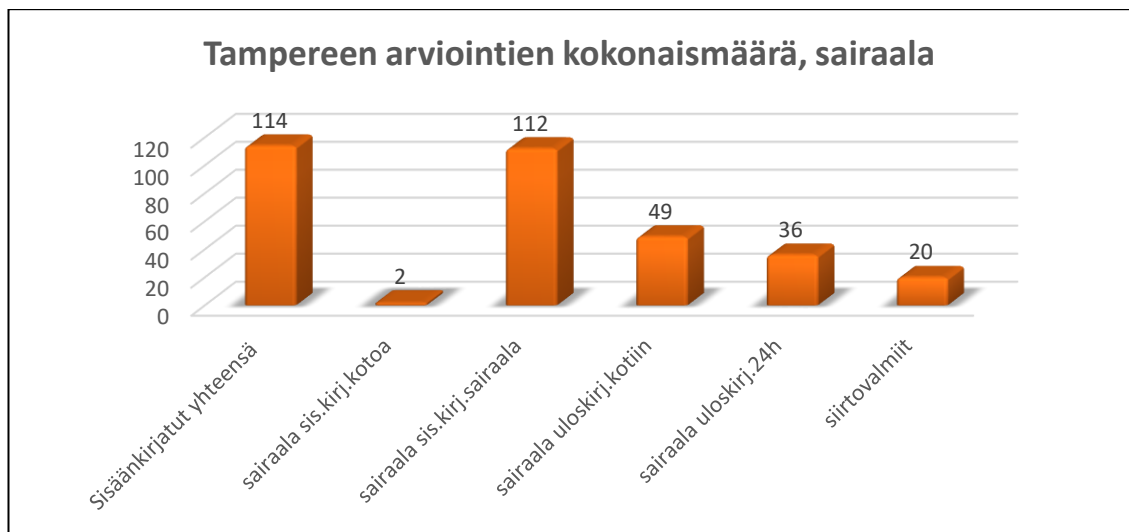


KUVA 7. Nokian RAI-arviointien keskiarvojen vertailua, tarkasteluväli < 12kk.

(ADL arki-suoriutuminen 0-6, CPS kognitio 0-6, DRS masennus 0-14, PAIN kipu 0-3, CHESS terveydentilan vakaus 0-5)

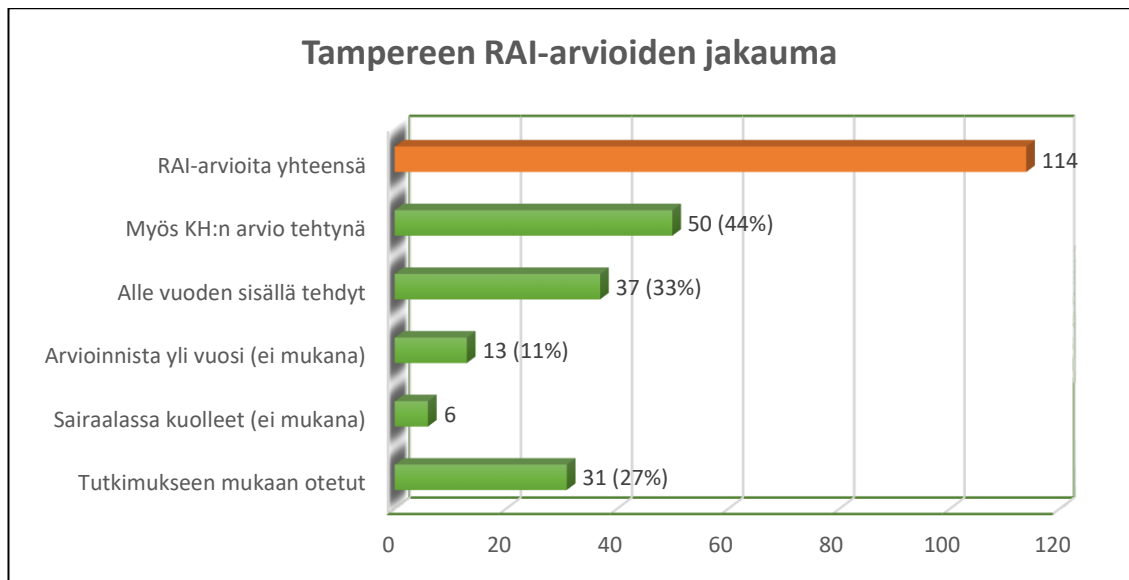
6.1.2 Iäkkään toimintakyky RAI -pisteillä arvioituna Tampereella

Tampereen kaupungin sairaalaosastolla oli yhteensä 114 iäkästä, joille oli tehty vuonna 2016 sisäänkirjaus RAI- arviointi. Heistä oli kotoa tullut kaksi iäkästä ja toisesta sairaalasta 112 iäkästä. Sairaalaosta uloskirjattiin suoraan kotiin 49 iäkästä ja vastaavasti ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan 36 iäkästä. Lisäksi siirtoa odottavia iäkkäitä oli osastolla 20. Siirtoa odottava tarkoittaa henkilöä, joka on hyväksytty jonottamaan ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan (kuva 8).



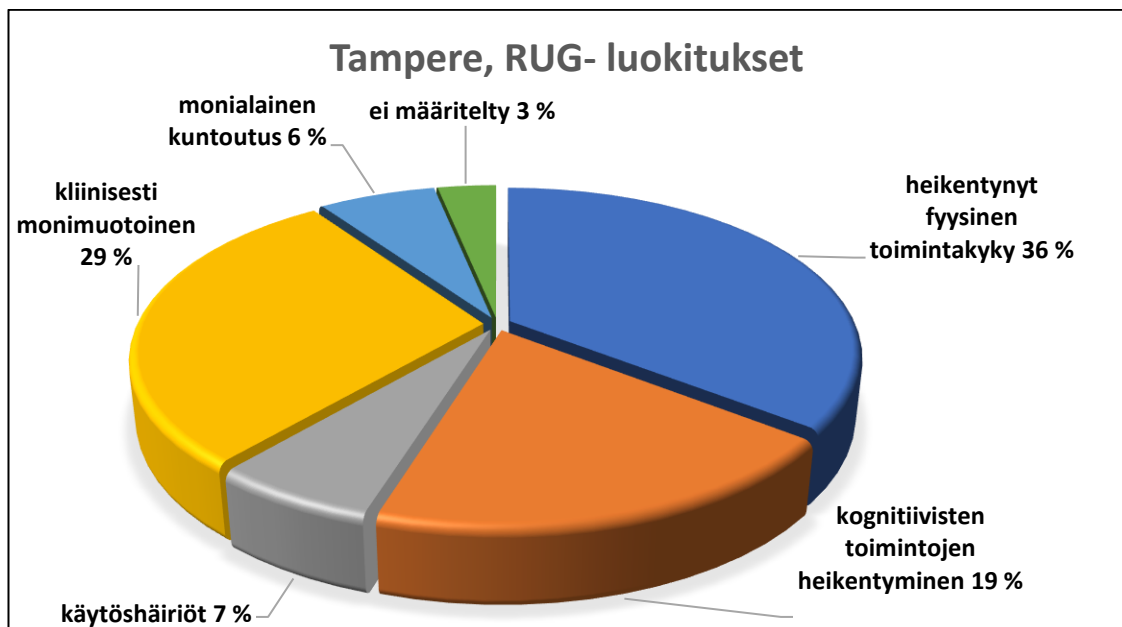
KUVA 8. Tampereen sairaalaosaston arviointien kokonaismäärän jakautuminen.

Näistä 114 iäkkästä oli 50:lle eli 44 % tehty myös kotihoidon kokonaisarviointi. Iäkkäitä, joille kyseessä oleva arviointi oli tehty enimmillään puoli vuotta ennen sairaalaan joutumista, oli 27. Iäkkäitä, joille tämä arviointi oli tehty enimmillään 7-12 kuukautta ennen sairaalaan joutumista, oli kymmenen. Aikarajauksen pohjalta arviointeja jäi 37. Arvioitavissa iäkkäissä oli kuusi sairaalahoidon aikana kuollutta, joten nämä arviot jätettiin opinnäytetyön ulkopuolelle. Opinnäytetyöhön otettiin yhteensä 31 iäkästä Tampereelta. Tämä on 27% opinnäytetyöhön osallistuneen osaston iäkkäistä, joille oli tehty sekä rajausten mukainen kotihoidon kokonaisarviointi, että sairaalan sisään- ja uloskirjausarviointi (kuva 9).



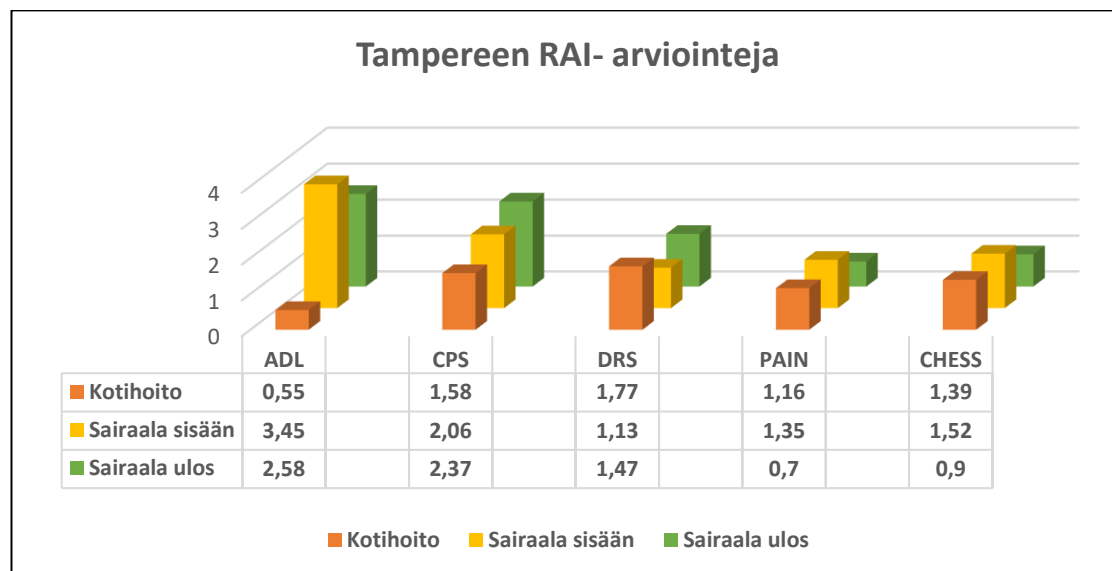
KUVA 9. Tampereen RAI-arvioiden jakauma.

Seuraavassa kuvassa on kuvattu ympyräkaavion avulla Tampereen kaupungin arvioitavien RAI-arviointien RUG-asiakasryhmittelyn mukaisia esiintymisprosentteja (kuva 10). Kun halutaan tietoa iäkkään henkilön palvelutarpeista, toimintakyvystä ja terveydentilasta, saadaan RUG-luokituksen avulla säännöllistä palvelua saavien asiakkaiden tarpeiden mukaiset palvelutuotteet. Heikentynyt fyysinen toimintakyky oli suurin palvelutarvetta lisäävä luokka, mikä oli odotettavissa kuntoutukseen painottuvalla osastolla.



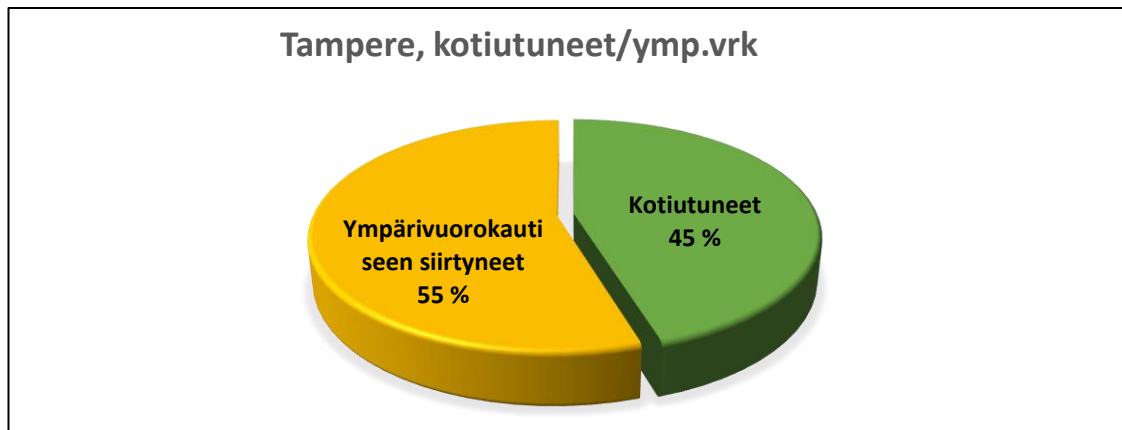
KUVA 10. Tampereen kaupunki, RUG-asiakasryhmittelyä.

Kuvassa 11 on kuvattu toimintakykyä kuvaavien mittareiden avulla toimintakyvyn muutosta siirryttäessä Tampereella kotihoidosta sairaalaan ja takaisin kotiin. Sairaalaan joutuessaan iäkkäiden arkisuoriutuminen ADL oli sisään kirjatessa huomattavasti heikompa kuin kotihoidon viimeisimmässä kokonaisarviossa. Kotihoidon arviossa ADL oli keskimäärin 0,55 ja sairaalaan sisäkirjatessa 3,45. Arkisuoriutuminen kohentui jonkin verran sairaalassa. Arkisuoriutumisen pistemäärä oli uloskirjatessa keskimäärin 2,58, joka on korkeampi, kuin ennen sisäkirjausta, kotihoidossa arvioitu. Kognitio heikkeni hieman iäkkään kotihoidon ja sairaalan sisäkirjausarviota verrattaessa (1,58 – 2,06), sairaalasta ulos kirjattaessa oli CPS pistemäärä entisestään suurentunut, ollen keskimäärin 2,37. Tulosten mukaan masennus väheni sairaalaan siirryttäessä (1,77 – 1,13) ja vastaavasti taas lisääntyi sairaalasta poistuessa (1,47). Kipu oli kotihoidon arvion ja sairaalan sisään kirjausarvion vertailussa sairaalaan tullessa hieman suurempi (1,16 – 1,35), uloskirjatessa kivun kokeminen oli huomattavasti pienempää (0,7). Iäkkään terveydentilan vakaus oli sairaalaan sisäkirjatessa huonompi kuin viimeisimmässä kotihoidon arviossa (1,39 – 1,52). Sairaalasta ulos kirjattaessa oli iäkkään terveydentila huomattavasti vakaampi, noin kolmasosan kotihoidon viimeisimpään kokonaisarvioon verrattuna (0,9).



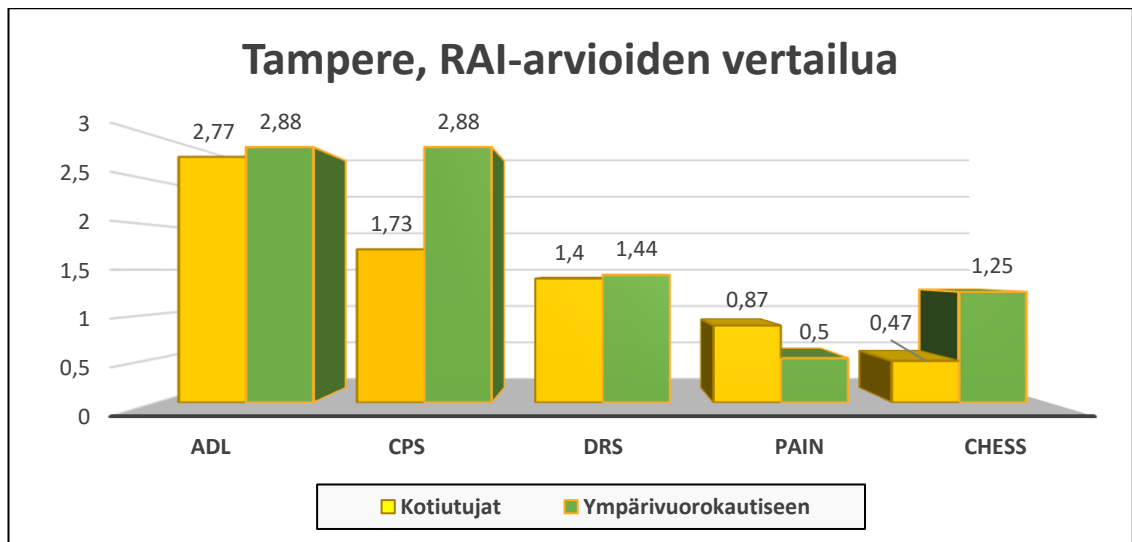
KUVA 11. Tampereen RAI-pisteiden keskiarvojen vertailua kotihoidon ja sairaalan välillä. (ADL arkisuoriutuminen 0-6, CPS kognitio 0-6, DRS masennus 0-14, PAIN kipu 0-3, CHESS terveydentilan vakaus 0-5)

Iäkkäistä, joille kotihoidon viimeisin puolivuositainen RAI:n kokonaisarviointi oli tehty enimmillään puoli vuotta ennen sairaalaan joutumista, kotiutui kahdeksan iästä ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyi 15 iästä. Iäkkäistä, joille kotihoidon viimeisin kokonaisarviointi oli tehty 7-12 kuukautta ennen sairaalaan joutumista, kotiutui kuusi ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyi kaksi iästä. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyössä mukana olleista iäkkäistä yhteensä 14 kotiutui ja 17 siirtyi ympärivuorokautiseen hoitoon (kuva 12).



KUVA 12. Tampereen kotiutuneet ja ympärivuorokautiseen siirtyneet.

Verrattaessa sairaalasta uloskirjattujen RAI-arvioita kotiutuneiden ja ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyneiden kesken, voidaan suurimmat erot havaita kognition ja terveydentilan vakauden välillä. Sairaalasta kotiutuvien CPS oli keskiarvoltaan 1,73, vastaavasti ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvien arvo oli keskimäärin 2,88. Kotiutuvista iäkkäistä kahdella eli 14% kotiutuvista, oli CPS 3 tai enemmän. Ympäri vuorokautiseen hoivaan siirtyvistä kymmenellä iäkkäällä CPS oli 3 tai enemmän eli 58%. Ympäri vuorokautiseen hoivaan siirtyvät olivat heikompia kognitioltaan kuin kotiutuvat. CHES oli kotiutuvilla keskimäärin 0,47 ja ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvillä 1,25, kotiutuvien terveydentila oli huomattavasti vakaampi kuin ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvillä. RAI -pisteistä arkisuoriutumisen (ADL) (2,77 – 2,88) ja masennus (DRS) (1,4 – 1,44) pysyivät iäkkäillä lähes samana. Sairaalasta kotiutuvat iäkkäät olivat RAI-arvioiden mukaan kivuliaampia kuin ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvät (0,87 – 0,5). Tämä arviointien vertailu on esitetty seuraavassa kuvassa (kuva 13).



KUVA 13. Sairaalasta kotiutuvien ja ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvien RAI-arvioiden keskiarvojen vertailua.

(ADL arkisuoriutuminen 0-6, CPS kognitio 0-6, DRS masennus 0-14, PAIN kipu 0-3, CHES terveydentilan vakaus 0-5)

6.2 Hoitajien keinot tukea iäkkään toimintakykyä

Hoitajien kokemukset iäkkään toimintakyvyn tukemisesta muodostivat kolme yläluokkaa. Yläluokat koostuivat toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntämisestä, hoitotyön toiminnallisten keinojen käyttämisestä sekä iäkkään odotuksiin vastaamisesta. Toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntäminen koostui ympäristöön ja hoitotyön rakenteiseen toimintamalliin liittyvistä asioista, joiden asettamat rajat ja mahdollisuudet vaikuttavat heidän toimintaansa. Hoitotyön toiminnalliset keinot ovat niitä asioita, joita hoitajat tekevät päivittäin ja niiden keinoin tukevat iäkkään aktiivisuutta. Iäkkään odotuksiin vastaaminen sisältää asioita, joita huomioimalla ja vahvistamalla luodaan edellytyksiä iäkkään kokonaisvaltaiselle toiminnalle.

6.2.1 Toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntäminen

Toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntäminen koostui käytettävissä olevista resursseista, käytössä olevista hoitotyön toimintamalleista, lääkehoidosta, ravitsemuksesta ja työn imusta. Resurssit koostuivat sekä henkilöresursseista että tilaresursseista. Tilaresursseista monen hengen huoneiden koettiin rajoittavan iäkkäiden toiveiden toteuttamista

ja niissä todettiin olevan huono keskustella esimerkiksi iäkkäälle vaikeista asioista. Sairaalassa yöt saattavat olla levottomia ja tästä syystä yöuni jäädä rikkonaiseksi ja aiheuttaa väsymystä.

Henkilökuntaresurssien vähyys ilmeni kiireen tunnolla ja ajan puutteella. Hoitajien määrän koettiin olevan liian vähäinen ja sijaisten saamisen hankalaa. Hoitajat kertoivat haluavansa antaa enemmän aikaa iäkkäille ja tehdä enemmän heidän kanssaan, mutta eivät ehti. Kun henkilökuntaa on vähän, tehdään vain välttämätön ja kiireessä tulee esimerkiksi käytettyä enemmän pyörätuolia ja kävelytettyä iäkästä vähemmän.

Vaikka aina ajattelee, ettei se resurssi, mutta kyllä vaan (H7).

Haluaisi tehdä niinku enempiin, mut se aika on rajallinen – – sitä mielellään kuntouttais enempi. (H5)

Apuvälineitä oli saatavilla melko hyvin ja niitä käytettiin. Apuvälineiden säilyttäminen ja käyttäminen huoneissa koettiin haastavaksi, sillä tilojen ahtaus muodostui ongelmaksi esimerkiksi wc:ssä käymisen yhteydessä. Hoitajien mukaan he joutuvat siirtelemään paljon tavaroita ja sänkyjä mahtuakseen toimimaan apuvälineiden kanssa myös huoneissa. Hoitajat kokivat, että kuntouttava hoitotyö on fyysisesti raskasta, koska on paljon avustamista ylösnousemisessa ja liikkumisessa. Painavat iäkkäät asettavat haastetta ergonomiselle työskentelylle. Psykkisesti raskaaksi he kuvasivat työnsä ohjatessaan kognitioltaan heikentyntä iäkästä, esimerkiksi muistisairasta. Hoitajien mukaan työssä tarvitaan pitkäjänteisyyttä ja ymmärrystä sille, että fyysisen toimintakyvyn tukeminen vaatii aikaa ja resursseja sekä hoitajan jatkuvaa kannustusta.

Toimintakykyä tukevaa hoitotyötä tehdessään hoitajat kertovat saavansa motivaatiota, kun näkevät iäkkään toimintakyvyn paranevan:

Tässä työssä näkee sen potilaan kuntoutuksen edistymisen, et sieltä ihan raihnasesta vuodepotilaasta kotiin. Mä koen sen aika semmosena voimavarana, et en mä jaksais muuten. (H1)

Lisäkoulutuksista hoitajat nostivat esiin muun muassa kinestetiiikkakoulutuksen hyödyllisyyden. He kokivat saavansa siitä toimintamalleja omaan työhönsä. He kertoivat, että se auttaa iäkkään liikuttamisessa, jolloin hoitajien tulee tehtyä vähemmän iäkkään puolesta. Lisää koulutusta he toivoivat saavansa muun muassa iäkkäisiin liittyvien sairauksien erityishaasteista.

Hoitotyön toimintamallit koostuivat omahoitajuuden esille tuomisesta, hoitoisuuden esille tuomisesta, palavereista sekä moniammatillisesta yhteistyöstä. Haastatteluissa nousi esiin myös vastuuhuonemalli, jossa hoitaja huolehtii aina vuorossaan ollessaan tiettyissä huoneissa olevista potilaista. Omahoitajan koettiin olevan se, joka tietää potilaan hoitopolun parhaiten ja huolehtii hoitosuunnitelman päivittämisestä ajan tasalle. Omahoitaja – ja vastuuhuonemalli koettiin mielekkääksi. Osastolla tehtiin myös muistilistoja iäkkäiden toimintakykyyn ja hoitoon vaikuttavista asioista helpottamaan työskentelyä.

Yhteistyökumppaneita olivat muun muassa toiminta-, fysio- ja puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotihoito. Hoitajat kertoivat saavansa fysioterapeuteilta ohjeita, miten iäkkään kanssa voi toimia sekä apua ja ohjausta apuvälineiden valinnassa ja säätämisessä sopivaksi. Kotihoidon kanssa he toivoisivat olevan entistä enemmän yhteistyötä.

Palavereita koettiin olevan paljon. Kuntoraportteja pidetään jopa viikoittain. Lisäksi tarvittaessa järjestetään moniammatillisia hoitoneuvotteluja iäkkään, omaisen, lääkärin ja mahdollisesti myös fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän kesken.

Moniammatillista hommaahan tää on. Kaikki osallistuu ihan yhtä lailla ja kaikkien työ on yhtä arvokasta. (H9)

Lääkehoidosta kivunhoito koettiin tarpeelliseksi. Rauhoittavia lääkkeitä ja mielialalääkkeitä on tarvittaessa käytössä. Esiin tuotiin myös se, ettei lääke korvaa keskusteluapua. Lisäksi kokonaisvaltaisen lääkityksen tarkistamisen tarpeellisuus tuli esiin.

Ravitsemuksen tärkeys nousi haastatteluista esiin. Lisäravinteiden ja runsaan proteiinin ja energian saannin koettiin olevan yhteydessä toimintakyvyn parantumiseen. Ruoan maku on merkityksellistä, jotta iäkkäät söisivät tarjotun ruoan. Jos iltapala on liian kevyt, esimerkiksi vain kiisseliä, ovat iäkkäät nälkäisiä yöllä. Ruokailun koettiin olevan tärkeä yhteisöllisyyttä lisäävä tapahtuma. Seurassa syömisen koettiin myös lisäävän ruokahalua.

6.2.2 Hoitotyön toiminnallisten keinojen käyttäminen

Hoitotyön toiminnallisiin keinoihin lukeutuivat arvioiva kirjaaminen, tavoitteellinen toiminta ja riittävän ajan antaminen. Riittävän ajan antamiselle ominaista on ymmärtää ajan merkitys kuntoutumisen prosessissa.

Rakenteinen kirjaaminen on käytössä sekä Nokiolla että Tampereella. Hyvin tehdyn kirjaamisen koettiin helpottavan hoitotyön yhteenvedon tekemistä. Hyvästä kirjaamisesta voi päätellä myös sen, kauanko iäkkään luona kuluu aikaa. Kirjaamisen mielekkyyttä lisäsi, kun huomattiin, että niitä luetaan ja esimerkiksi lääkäri antaa niistä palautetta. Hoitajat kokivat, että kaikki eivät kirjaa yhtä mielellään ja kirjaamisen koettiin vievän paljon aikaa. Tietokoneiden määrän vähyys ja ongelmat verkkoyhteyksissä haittasivat kirjaamista. Hoitajien mukaan jokaiselle ei riitä omaa tietokonetta käytettäväksi ja työvuorojen vaihteessa iltavuorolaisten pitäisi päästä jo lukemaan raporttia, kun aamuvuorolaiset eivät vielä ole ehtineet kirjata kaikkea. Lääkärin kierroilla ongelmana on se, ettei tietokoneet toimi joka puolella osastoa, vaan niitä täytyy pitää esimerkiksi johdon päässä tietyssä kohtaa osastoa.

Liikaa menee aikaa koneiden kanssa. Ne pätkee koko ajan. Koneet kaatuu. Se vie aikaa ja turhauttaa. (H2)

Tampereen osastolla käytetään toimintakyvyn arvioinnissa RAI -järjestelmää. RAI:n tekemisen koettiin vievän runsaasti aikaa ja kysymysten olevan monitulkintaisia. Hoitajat toivat esiin, että vaikka RAI:n tekemiseen perehtyisi, näkyy siinä heidän mielestään paljon yksittäisen hoitajan käsitys iäkkään toimintakyvystä. Hoitajat kokivat, että RAI olisi todennukaisempi, mikäli hoitajat ehtisivät tehdä sitä yhdessä. He kuitenkin toivat esiin, että lääkärin tiedetään lukevan tuloksia ja sitä käytetään hyväksi potilaan hoidon seurannassa ja jatkohoitopaikkaa hakiessa.

Kyllä siitä se toimintakyky niinku näkyy siellä, mut se työmäärä, joka meidän pitäisi tehdä, et se palvelis ja olis ajantasalla, niin ei kellään ole sellaista aikaa siihen (H1).

Nokiolla käytetään hoidon arvioinnissa hoitoisuusluokitusmittaria, mitä täytetään päivittäisten kirjaamisen perusteella. Hoitoisuusluokitusmittarin käyttämisen koettiin tuovan esiin iäkkään hoitoon kokonaisuudessaan kulunutta aikaa ja hoitoisuutta.

Hoitajat toivat esiin, että iäkkäiden ja omaisten kanssa keskustellaan kuntoutumisesta, siihen liittyvistä asioista ja tehdään tavoitteita. Myös iäkkään tarpeita pyrittiin kuuntelemaan. Hoitajat kertoivat, että kannustettaessa omatoimisuuteen pitää kiinnittää huomiota onnistumisiin eikä nostaa esiin epäonnistumisia. Kannustavan puhetyylin koettiin olevan tärkeä elementti. Ohjaus oli heidän mukaansa hankalaa silloin, jos iäkäs ei osaa ottaa ohjeita tai pyyntöjä vastaan. He kokivat, että iäkkäät alkavat itse haluta liikkeelle, kun heitä

kannustetaan. Iäkkään motivointia helpottaa, jos hoitaja näkee itsenäisen toiminnan hyödyt ja pystyy perustelemaan, miksi jonkin asian itse tekeminen olisi tärkeätä.

Sä perustelet sen oman työn, haluaks sä päästä helpommalla siinä, vai haluaks sä et se ihminen oppii ja pystyy tekemään jotain. (H9)

Hoitajat kertoivat hoidon tavoitteena olevan turvallinen kotiutus. He kokivat, että iäkkään motivaatio kotiutumiseen oli vaihtelevaa. Kaikki iäkkäät eivät esimerkiksi koe kodikseen nykyistä asuntoaan. He ovat saattaneet muuttaa itse rakentamastaan kodistaan pienempään asuntoon. Iäkkään pelko siitä, miten pärjää kotona sekä luottamus hoidon jatkumisesta, vaikuttavat iäkkään motivaatioon kotiutua. Ennen kotiutumista pidetään yhteistyöpalavereita, jotta liikuntakyvyn tukemista voidaan jatkaa myös kotona. Joskus asuntoon pitää tehdä muutostöitä, ennen kuin iäkäs voidaan kotiuttaa. Hoitajien mukaan kotiin pääsy on sitä hankalampaa, mitä pidempään kuntoutuminen ja toimintakyvyn palautuminen vievät. Lisäksi hoitajat kertoivat, että sellaiset iäkkäät, joilla on aktiivista elämää kotinsa ulkopuolellakin, kuntoutuvat ja myös kotiutuvat nopeammin, kuin sellaiset henkilöt, joiden sosiaalinen aktiivisuus on vähäistä.

Kuinka tärkeätä on se kotiin palaaminen. Monen mieltä virkistää se ajatus, että hän ei jää tänne sairaalamaailmaan. Tekee siitä elämästä mielekästä. (H8)

Täällä on niitäkin, paljon potilaita, jotka sanoo, että ei he lähtis täältä pois (H5).

Kokeiluluonteiset jaksot kotona olivat mahdollisia ja niissä huomioitiin iäkkään ja joissakin tapauksissa omaisen näkemys kotona selviytymisestä. Hoitajat kertoivat, että vaikka iäkkään kotiutuminen ei jostain syystä enää olisi mahdollista, osastolla pitkäaikaispaikkaa odottaessa jatketaan ylläpitävää kuntoutusta.

Apuvälineitä oli saatavilla ja käytössä runsaasti. Hoitajat kertoivat, että niitä käytetään yhdessä kuntoutuvan kanssa ja niiden omatoimiseen käyttöön ohjataan ja opetetaan. Hoitajien mukaan apuvälineitä valikoidaan käyttöön tarpeen mukaan. Henkilönostimien kerrottiin olevan vaihtoehto silloin, kun muita vaihtoehtoja istumaan nousemiseksi ei voi käyttää. Hoitajat kertoivat, että vaikka monenlaisia apuvälineitä on käytössä runsaasti, löytyy niistä myös kehittelyn tarvetta. Esimerkiksi pehmustettu wc-pöntön supistaja olisi heidän mukaansa hyödyllinen hyvin hoikille iäkkäille.

Hoitajat toivat esiin aikaisen mobilisaation tärkeyden. Fysioterapeutin antama kuntoutus ei heidän mukaansa pelkästään riitä, vaan lisäksi hoitajien tulee avustaa päivittäisissä toiminnoissa omatoimisuuteen tukien ja kannustaen. Hoitajat kertoivat, että liikkumista hidastavista ja hankaloittavista asioista, kuten virtsatiekatetreista, pyritään luopumaan heti osastolle saavuttaessa.

Mun mielestä on tärkein asia se, että potilaiden täytyy uskoa, että kaikki mitä hoitajat tekevät, on myös sitä kuntoutusta (H8).

Päivittäisille toiminnoille asetettiin tavoitteita. Tavoitteet voivat olla pieniäkin asioita, joista iäkäs voi selviytyä itse. Hän voi esimerkiksi kyetä istumaan itsenäisesti ilman tukea vuoteen laidalla tai kammata itse hiuksensa. Itse tekemisen koettiin olevan lähtökohtana toimintakykyä tukevalle hoitotyölle. Hoitajat kertoivat, että on tärkeää löytää niitä oma-toimisen tekemisen muotoja, jotta iäkäs tekisi edes jonkin osan liikkumisesta tai hoitotoimistaan itse ja vain niissä asioissa avustetaan, joihin ei itse kykene. Tarvittaessa omatoimiselle tekemiselle pitää miettiä vaihtoehtoja. Hoitajat kertoivat, että he arvioivat jatkuvasti, mitä asioita iäkäs osaa ja kykenee tekemään itse. Tavoitteena on, että iäkäs tekisi kaiken sellaisen itse, johon pystyy.

Sä pystyt motivoimaan sen potilaan näkemään ne hyödyt siinä itsenäisessä toiminnassa. Vaikka peseen itse hampaansa tai vaihtaa paidan. (H9)

6.2.3 Iäkkään odotuksiin vastaaminen

Hoitajien mukaan varsinkin muistisairaiden iäkkäiden kohtaaminen vaatii pelisilmää. Esimerkiksi valmiiksi pelokkaan tai ahdistuneen tunne voi voimistua, jos kaksi hoitajaa menee samanaikaisesti iäkkään luo. Kun hoitaja menee avustamaan yksin, niin iäkäs myös osallistuu enemmän itse. Rauhallisen lähestymistavan ja huomion muualle kiinnittämisen koettiin olevan hyväksi hoitosuhteen luomiselle. Kaikkia ei voi jättää yksin suoriutumaan esimerkiksi wc-käynnistä, mutta joskus toiminnot onnistuvat itsenäisesti, kun hoitaja antaa tilaa ja aikaa miettiä, mitä pitäisi tehdä. Hoitajat toivat esiin, että joskus on hyötyä myös toimintojen mallittamisesta, jolloin iäkäs voi toistaa hoitajan mallista itse tehden jonkin asian.

Iäkkään kohtaamisessa hoitajat pyrkivät huomioimaan hänen tunnetilaansa. Yhtenä keinona he toivat esiin tunnetilan sanoittamisen. He kertoivat saavansa iäkkään usein liikkeelle keskustelemalla. Hoitajat toivat myös esiin, että toisilla hoitajilla on parempi ikävien tilanteiden kestävyys, jolloin hoitaja ei ehkä menekään puuttumaan tilanteeseen yhtä nopeasti kuin toiset. Toisaalta he kokivat, että jos kaikki toimisivat samalla tavalla, ei tulisi ”hyvä ja huono hoitaja -malleja”.

Iäkkään henkilön luottamuksen saamisen ja turvallisuuden tunteen luominen olivat hoitajille tärkeitä. He kertoivat tarvitsevansa lisää aikaa, jotta ehtisivät keskustella iäkkäiden kanssa. Hoitajien mukaan mielenterveystyöhön erikoistuneelle hoitajalle olisi tarvetta.

Mun mielestä psykiatrinen sairaanhoitaja meidän osastolle olisi hyvä. Ei lääke vie sitä itse tuskaa pois, pitäis olla semmoista puhumisapua. (H10)

Hoitajat kokivat, että osa sairaalaan joutuneista iäkkäistä odottaa heiltä enemmän palveluja ja avustamista, kuin mitä tarvitsevat. Hoitajat kuulevat myös omaisilta ihmettelyjä, miksi he eivät auta enemmän. Heistä tuntuu kuin ajateltaisiin, että hoitajat eivät halua tai viitsi auttaa. Hoitajien mukaan osa iäkkäistä kokee pakottamisena, kun joutuu tekemään itse. Tällöin hoitajien pitää perustella, miksi iäkkään itse tekeminen on tärkeätä. Hoitajat kertoivat, että kaikki iäkkäät eivät huomaa itse tekemisen olevan osa kuntoutumista, jolla on merkitystä heidän toimintakykyynsä kannalta. Hoitajat kertoivat, että on myös niitä, jotka yrittävät lähteä liian aikaisin liikkeelle ja esimerkiksi varata liikaa painoa murtuneelle jalalle.

On niitä, jotka sanovat: tee sää, säähän oot täällä sitä varten (H6).

Iäkkäillä kerrottiin olevan monenlaisia tunteita sairaalan joutumisen jälkeen. Toiset voivat olla vihaisiakin sairaalaan johtaneista tapahtumista. Erityisesti kaatumisen jälkeen voi olla pelkotiloja. Hoitajat kertoivat, että iäkkäät eivät uskalla yrittää kävelyä heidän kanssaan, koska pelkäävät kaatuvansa uudelleen. Myös mielialan laskua on hoitajien mukaan havaittavissa. He kokivat, että matala mieliala vähentää halukkuutta nousta vuoteesta ja lähteä ulos huoneesta. Lisäksi puhuminen toisille saattaa aluksi olla vaikeata.

Paljon se meidän työ niinkun tän kuntoutuksen osalta, se on sitä aktiivisuuden tukemista. Ei jäis se ihminen sinne petin pohjalle niinäkään hetkinä, kun se mieliala alkaa tehdä tepposia. Pitää se mieli hyvänä ja ihminen liikkeessä. (H4)

Iäkkäälle ja omaiselle pitää usein muistuttaa, että fyysisen toimintakyvyn palautuminen vie aikaa. Päätösten tekemisessä pitäisi maltaa odottaa riittävän kauan, jotta ehditään nähdä, kuinka hyvin iäkkään toimintakyky palautuu. Iäkkäät voivat myös vertailla saamaansa hoitoa toistensa kanssa tietämättä, miksi toiselle tehdään jotakin. Hoitajien mukaan joskus ilmenee jopa kateellisia kommentteja siitä, miksi toista kävelytetään enemmän, kuin häntä itseään.

Omaisten koettiin olevan tärkeitä henkilöitä tiedon antajana. Heiltä saatiin tietoa iäkkään kotitilanteesta ennen sairaalaan joutumista ja esimerkiksi kaatumista jouduttavista teki-
jöistä:

Ja paljon tulee omaisiltakin semmosta tietoo, että on kotona kaatunut, että ravitsemustilanne on ollut viime kuukausina heikko (H7).

Osa omaisista osallistuu iäkkään hoitoon. Hoitajien kokemuksen mukaan omaiset voisivat osallistua enemmän, mutta aina omien voimavarojensa mukaan. Hoitajat kokivat, että osa omaisista voi olla arkoja osallistumaan esimerkiksi siirtoihin ja kävelyttämiseen. Hoitajat kertoivat ohjaavansa omaisia panostamaan iäkkään mielenvirkeyteen, omainen voi esimerkiksi viedä iäkkään ulos.

Yhteistyön omaisten kanssa koettiin tulevan tiiviiksi pitkien sairaalassaolojaksojen aikana. Omahoitaja on ensisijainen yhteyshenkilö hoitoon osallistuvalla omaisella. Hänelle annetaan muun muassa yhteystietoja osastolle. Hoitoneuvotteluiden koettiin olevan tärkeitä omaisen kannalta osallistua, sillä siinä voi keskustella hoitoon osallistuvien ammattiryhmien, kuten lääkärin, kanssa. Omaisiin luotetaan monien asioiden hoidossa.

Osalla omaisista on kriittinen kanta iäkkään kotiuttamiseen. Hoitajat kertoivat, että omaisilta saattaa tulla jopa syytöksiä siitä, kuka on vastuussa, jos iäkäs kotiutuu ja jotain sattuu:

Omaisilta tulee syytöksiä, kuka vastaa siitä, jos tai kun äiti kaatuu kotona uudestaan (H8).

Aluksi monet iäkkäät tarvitsevat vuoteesta ylösnousemiseen runsaasti kannustusta, kuntoutumisen edetessä esimerkiksi päiväsalista saattaa tulla paikka, jonne pääsyä he alkavat toivoa ja hakeutuvat sinne myös itsenäisesti. Ajanvietteen koettiin lisäävän motivaatiota

nousta ylös vuoteesta. Ajanvieteistä mainittiin muun muassa yhdessä pelaaminen ja television katselu päiväsalissa. Päiväsalissa oleillessa iäkäs näkee henkilökunnan toimintaa ja kulkemista, lisäksi siellä voi kohdata toisia iäkkäitä, joiden kanssa seurustella.

Hoitajat kertoivat, että heillä ei ole ajanpuutteen vuoksi aikaa järjestää tapahtumia osastolla. He ovatkin tyytyväisiä, kun osastolla käy ulkopuolisia esiintyjä, kuten lapsia päiväkodista. Myös seurakunnasta käy pastori pitämässä hartauksia osastolla ja juttelemassa iäkkäiden kanssa. Hoitajat kertoivat iäkkäiden pitävän musiikista ja laulajista. Erilliseen tapahtumaan voi joskus olla helpompi innostaa iäkkäitä mukaan, joten esiintyjät toimivat eräänlaisena motivaationa ja mielenvirkistykseen lähteenä sairaalassa olevalle iäkkäälle. Osastojen ulkopuolisista yhteistyökumppaneista hoitajat toivat esiin lisäksi Mummon kammarin ja SPR:n ystävätoiminnan, joiden vapaaehtoisten apua he käyttävät kotiutuksen yhteydessä.

Hoitajien mukaan iäkkäät saavat yhteisistä keskusteluista vertaistukea; he tukevat ja kannustavat toisiaan. Iäkkäät voivat jakaa kokemuksia samankaltaisista tilanteista, jolloin myös hoitajien on helpompi vakuuttaa iäkkäitä, että heidän toimintakyvyllään on vielä mahdollisuuksia parantua. Hoitajat kertoivat hyvän ryhmähengen motivoivan iäkkäitä ohjaamaan toisiaan yrittämään itse:

Eikä tuolla päiväsalissa ketään katota pahasti, enemmän täällä ohjataan. Noi potilaat on et älä nyt, kohta tullaan, odota, syös nyt vielä vähän tota.
(H3)

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteen etiikassa yhdistyvät etiikka ja tutkimustyö. Eettiset kysymykset vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) antaa ohjeita hyvän tieteellisen käytännön periaatteista. Niissä painotetaan rehellisyyttä tutkimuksen kuvaamisessa sekä yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.) Rekisteritutkimuksen erityispiirteinä on yksityisyyden suojan toteutuminen. Lisäksi tietoja kerätään tiettyä tarkoitusta varten ja siksi kattavatkin tiedot voivat olla tutkimuksen kannalta puutteellisia. (Räisänen, Heinonen, Sund & Gissler 2013, 3075-3082.) Tämä opinnäytetyö on kirjoitettu tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Opinnäytetyön aihe on noussut työelämän tarpeista. Tutkimusaineistoa kerättyä on kerrottu haastateltaville vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta niin halutessaan.

Opinnäytetyössä käytetyt RAI-arvioinnit haettiin THL:n ylläpitämästä RAI-tietokannasta ainoastaan siltä osin, kun työn kannalta oli tarpeellista. Koska tiedonhaussa käytettiin valtakunnallista rekisteritietokantaa, voidaan mittaustulos toistaa tarvittaessa (Vilka 2015, 194). RAI-pisteiden osalta niiden yleistettävyyttä rajoittaa otoksen koko sekä sen rajoittuminen vain yhdelle vuodelle. RAI ei ollut yhteneväisesti käytössä molemmissa kaupungeissa, joissa tämä opinnäytetyö tehtiin.

Opinnäytetyössä ei RAI-pisteitä käsitellessä käytetty henkilöiden nimiä tai henkilötunnuksia. Käsiteltäviä tietoja jaettiin kotipaikkakunnan mukaan Nokia ja Tampere, mutta tarkemmin ei määritelty, mistä osasta kaupunkia henkilöt ovat. Tällöin henkilötietolain mukaisesti ei käsitelty sellaisia ominaisuuksia tai elinolosuhteita kuvaavia merkintöjä, joita voi tunnistaa yksittäistä henkilöä tai hänen perhettään koskevaksi (Henkilötietolaki 1999 3§). Opinnäytetyön aikana kerättyjä tietoja tarkastelivat vain opinnäytetyön tekijät sekä heidän ohjaajansa siinä määrin, kuin se oli tarpeellista.

Vuorovaikutuksen sujuvuus voi olla osoitus onnistuneesta haastattelusta. Joskus haastateltavan kertomat asiat saattavat olla tutkijalle vahvasti merkityksellisiä, jolloin tutkijan pitää toimia omia mielipiteitään ilmaisematta. (Kuula 2011, 141, 153-154.) Tulkintaan vaikuttaa, miten tutkija ymmärtää haastateltaviaan haastattelutilanteessa. Myös tutkijan

oma kielenkäyttö voi vaikuttaa saatuihin tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2014, 229.) Opinnäytetyön tekijät työskentelevät iäkkäiden hoitoon painottuvissa yksiköissä, joten heillä oli ymmärrystä haastateltavien ammattikielestä. Opinnäytetyön haastattelurungon pohdinnassa pyrittiin huomioimaan se, että haastattelussa esiin tulevat käsitteet ymmärretään samalla tavalla riippumatta esimerkiksi haastateltavan iästä tai ammatista. Koska haastattelussa esiin nostetut asiat oli johdettu RAI-arvioinnista, oli perusasiat sekä haastattelijan että haastateltavan ymmärrettävissä.

Opinnäytetyön tekijät haastattelivat toistensa organisaatiossa, jotta hoitajat pystyivät avoimesti kertomaan kokemuksistaan. Näin kyettiin myös turvaamaan haastattelijoiden omaa puolueettomuutta sekä vähentämään haastattelijoiden omien ennako-oletusten vaikuttavuutta haastattelussa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136). Opinnäytetyön tekijät pohtivat aineistoa analysoidessaan tulkintojen vaihtoehtoja yhdessä saadakseen mahdollisimman avoimen näkökulman aineistoonsa ja uskottavuutta tulkintaan. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna, jossa vastaajat saivat kertoa kokemuksistaan teemojen mukaisesti. Haastateltavista ei tallennettu henkilötietoja. Hoitajia pyydettiin allekirjoittamaan erillinen suostumus, jolla pyrittiin varmistamaan vapaaehtoisuus osallistua tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Koska yksiköissä on pääsääntöisesti naishenkilökuntaa työssä, ei kysytty sukupuolta tai ikää, jotta haastatteluun osallistuneet eivät olisi tunnistettavissa. Nauhoitteet säilytettiin ja ne tullaan hävittämään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet antamaan mahdollisimman tarkan selostuksen opinnäytetyön etenemisestä parantaakseen opinnäytetyön luotettavuutta. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottu mahdollisimman tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2014, 232.) Haastatteluista yksi toteutettiin muualla, kuin erikseen haastatteluille varatussa tilassa. Tässä tilanteessa haastatteliija varmisti, että haastattelu suoritettiin riittävän etäällä muista henkilöistä ja haastattelutilanne hoidettiin huomiota herättämättä.

Kohdejoukon määrää tärkeämpi on aineiston laatu, koska laadullisella tutkimuksella tavoitellaan tutkittavan ilmiön kuvaamista (Vilkkä 2015, 150). Hoitajia haastateltiin kunnouttamiseen suuntautuneilta osastoilta, jolloin opinnäytetyöhön osallistuneilta oli odotettavissa hyvää substanssiosaamista. Ymmärrys ilmiöstä on kerätty näiden hoitajien kokemuksiin perustuen. (Ronkainen ym. 2013, 145) Kokemukset toimintakykyä tukevan hoitotyön toteutumisesta perustuvat haastateltujen hoitajien kokemukseen, mutta vertail-

taessa vastauksia olemassa olevaan tutkimustietoon voidaan huomata monien aihealueiden toistuvuus myös kansainvälisesti, joten opinnäytetyön tuloksia voi pitää suuntaa antavina. Hoitotyön kulttuuri ja käytännöt vaihtelevat kuitenkin yksiköiden välillä, joten tutkimuksen tuloksia ei voi täysin yleistää. Teemahaastattelun heikkoutena on aihealueen rajaamisen vaikeus. Strukturoituihin kysymyksiin on helpompi vastata, mutta teemahaastattelulla on mahdollista päästä moninaisempiin vastauksiin, joita tutkijat eivät välttämättä olisi osanneet kysyä (Kuula 2011, 138).

Opinnäytetyöntekijät ovat esitelleet työnsä etenemistä opinnäytetyöseminaareissa erillisen aikataulun mukaisesti sekä saaneet ohjausta opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyön tekijöiden lähdekriittisyys on kehittynyt työn edetessä. Enemmän käytännön hyötyä olisi voinut saada, jos tutkimukseen olisi otettu mukaan useampia osastoja.

7.2 Tulosten tarkastelu

RAI -pisteitä tarkastellessa Tampereella huomiota kiinnittää erityisesti terveydentilan vakaus. Tampereella kotiin lähteneiden (n = 14) terveyden tila oli huomattavasti vakaampi kuin ympärivuorokautiseen hoivaan (n = 17) siirtyvien. Toinen merkittävä ero oli nähtävissä kognitiossa (CPS), ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvät olivat kognitioltaan kotiutuvia heikompia. Numminen ym. (2011, 17) ja Steward ym. (2014, 562) mukaan muistisairaudet ovat suurin yksittäinen riskitekijä ympärivuorokautiseen hoivaan siirtymiselle. Vaikka arkisuoriutumisen ero oli hyvin pieni kotiutuvilla ja ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvillä, oli kotiutujien terveydentilan vakaus kuitenkin parantunut sairaalassaoloaikana. Tämä mahdollisti sen, että kotiutuminen onnistui melko matalillakin arkisuoriutumisen arvolla.

Nokiolla oli nähtävissä terveydentilan vakautuminen siirryttäessä ympärivuorokautiseen hoivaan. Nokian kotihoidossa CHESS oli jopa korkeampi, kuin Tampereella ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvillä. Olisi ollut mielenkiintoista selvittää Tampereen ympärivuorokautisen hoivan ensimmäisistä kokonaisarvioista, vakautuuko terveydentila siirryttäessä ympärivuorokautiseen hoivaan. Nokiolla oli arkisuoriutumisessa suuri ero kotona asuvien ja ympärivuorokautisessa hoivassa olevien välillä. Arkisuoriutuminen oli, kuten oletettavaakin, Nokian kotihoidossa ympärivuorokautista hoivaa parempaa.

Tampereen RAI- arvioinneissa kipupisteet erosivat paljon kotiutujien keskimääräisen 0,87 ja ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyvillä välillä (0,87/0,5). Todellisuudessa tuo ero on kuitenkin melko pieni, sillä mittariston skaala on 0-3 ja arviointiyksikkö kokoluku. Molemmissa arvo on alle 1, joka tarkoittaa kipuja harvemmin kuin päivittäin. Nokiolla eroja ei juurikaan ollut havaittavissa kotihoidon viimeisimpien ja ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyneiden arvioinneissa.

RAI -arvioita täyttävien hoitajien on oltava riittävästi perehtyneitä arvioinnin täyttämiseen saadakseen tulokseksi luotettavia arviointeja (Stolle ym. 2015, 620). Tulosten mukaan hoitajat kokivat RAI:n hyödynnettävyyden olevan riittämätöntä. Tämä saakin pohdintaan, onko hoitajien motivaatio ja tietämys riittävän hyvällä tasolla, jotta RAI:ta täytetään vaadittavalla tarkkuudella ja tämän myötä arvioinnit olisivat vertailukelpoisia ja luotettavia. RAI -vastausten hyödyntäminen osaston toiminnan tukena toisi varmasti lisämotivaatiota ja mielekkyyttä arviointien tekemiseen, kun siitä saatavat hyödyt olisivat nähtävillä.

Nokiolla yleisin ympärivuorokautiseen hoivaan siirtymisen syy oli heikentynyt fyysinen toimintakyky. On hyvä huomioda, että vaikka RAI :hin olisi merkitty fyysiset syyt tärkeimmäksi hoidon tarpeeksi, monella iäkkäällä on sen lisäksi heikentynyt kognitio. Yhä useammalla kotihoidon asiakkaalla on jonkinasteinen muistisairaus (Finne-Soveri ym. 2014, 3467). Nokiolla kotihoidon arvioissa on nähtävissä, että kognitioltaan heikentynyt iäkäs voi asua kotona, jos arkisuoriutuminen on riittävää. Kun sekä kognitio että arkisuoriutuminen heikkenevät, ei kotona enää selviydy.

Lehtiranta ym. (2014, 113-114) ja Harrison ym. (2017, 238) mukaan ympärivuorokautisen hoivan tarpeeseen vaikuttivat monet tekijät. Tampereella opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneella osastolla yleisin syy ympärivuorokautisen hoivan piiriin siirtymiselle oli kliininen monimuotoisuus. Tällöin iäkkäällä esiintyi suurta avuntarvetta ja mahdollisesti erilaisia hoidollisia toimenpiteitä. Lisäksi vaikutti yksinäisyys ja muistisairaudet.

Pitkillä hoitajaksoilla on yhteys hoitokotiin siirtymiseen (Harrison ym. 2017, 238). Tampereella opinnäytetyössä mukana olleista iäkkäistä 14 kotiutui ja 17 siirtyi ympärivuorokautiseen hoitoon, heidän hoitajaksonsa olivat muutamasta viikosta jopa lähes puoleen

vuoteen. Hoitajakson pituudella ei ollut vaikutusta siihen kotiutuiko iäkäs, enemmän vaikutti se, kuinka hyvin iäkäs kuntoutui. Nokialta ei tällaista vertailua ollut mahdollista tehdä käytettävissä olevan materiaalin pohjalta.

Tampereella opinnäytetyöhön osallistunut osasto valikoitui kuntouttavan työotteensa vuoksi, koska osastolla olevien iäkkäiden tiedettiin tarvitsevan määrätietoista, tavoitteellista toimintaa. Hoitajaksot olivat ikääntyneiden sairaalaan tulosyystä johtuen pitkiä, usein hoitajakson aikana löytyi myös esimerkiksi kaatumista selittävä tekijä, muun muassa ortostatismi tai muistisairaus. Kotiutujilla merkittävimmäksi avuntarpeen syyksi nousi heikentynyt fyysinen toimintakyky. On siis perusteltua päätellä, että vaikka fyysisiä puutteita on, voidaan toimintakykyä tukemalla ja apuja kotiin järjestämällä, mahdollistaa iäkkään kotiutuminen vielä pitkänkin hoitajakson jälkeen.

Jotta RAI:ta pystyttäisiin hyödyntämään eri hoitopaikoissa ja vertailemaan tuloksia keskenään, pitäisi käyttöasteen olla samalla tasolla. RAI -käsikirjassa ilmeneviä arviointikriteerejä tulkitaan tällä hetkellä eri tavalla. Myös iäkkäiden käytös saattaa muuttua eri hoitajien kohdalla erilaiseksi. RAI-järjestelmän puutteena onkin arviointikriteerien kirjoittaminen niin, ettei niitä ole mahdollista tulkita väärin.

Tampereen RAI- arviointien mukaan toimintakykyä, joka iäkkäillä oli ennen sairaalaan joutumista, on vaikea saavuttaa uudelleen. Tulos on samansuuntainen, mitä Jämsen ym. (2015, 977-978, 980) tuovat esiin. Arkisuoriutuminen ei sairaalan uloskirjausarviointien mukaan usein palaudu aiempaan arvoon. Tähän tulisi iäkkään sairaalajakson aikana kiinnittää erityistä huomiota. Keinoja iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kohentumiseen tarvitaan, jotta kotiin palaaminen onnistuisi turvallisesti. Pryorin ja O'Connellin (2009, 1773) mukaan hoitajien ohjaustaidot merkityksellisessä roolissa.

Tulosten mukaan kuntouttavan hoitotyön merkitystä pitäisi tuoda esiin iäkkäille ja heidän omaisilleen. Omaisten koettiin olevan tärkeä voimavara iäkkään kuntoutumisen tukemisessa. Myös Haapaniemen ja Routasalon (2009, 36-39) mukaan omaiset voivat vaikuttaa iäkkään kuntoutumiseen tukemalla häntä kuntoutumisprosessissaan. Tulosten mukaan iäkkäät potilaat voivat asennoitua niin, että ovat sairaalassa lepäämässä ja palveltavana, eikä heidän tarvitse tehdä itse mitään. Christiansen ja Feiring (2017, 3244) toivat esiin, iäkkäiden ja hoitajien välisiä ristiriitoja siitä, mikä mielletään kuntoutukseksi. Tämä odotusten välinen ristiriita saattaa vaikeuttaa hoitosuhteen luomista, jos iäkkäällä ja hoitajalla

on eri näkemys siitä, mitä kuntoutumiseen vaaditaan. Hoitajan olemus ja taito käyttää sanallista viestintää vaikuttavat siihen, miten hyvin hän osaa ottaa iäkkään odotukset huomioon ja vastata niihin tilanteeseen sopivalla tavalla siten, että iäkäs pystyy luottamaan hoitajaansa. Hoitajat ovat vaativassa tilanteessa, koska joutuvat perustelemaan toimintaansa useita kertoja. Vaikka omaiset koetaan voimavarana ja iäkkään rinnalla kulkijoina, pitää omaisten kanssa saada yhteistyö sujumaan, jotta voimavarat saadaan kohdistettua yhteisen tavoitteen, iäkkään toimintakyvyn kohentumisen, suuntaan.

Christiansen ja Feiring (2017, 3245) toteavat, että hoitajat kokevat ristiriitaisia tunteita suhteessa iäkkäiden odotuksiin ohjatessaan heitä. Opinnäytetyön tulosten mukaan tämän kaltaiset tilanteet muodostavat ”hyvä ja huono hoitaja” -malleja, toisten hoitajien vaa tiessa potilaita tekemään itse enemmän. Nämä mallit ovat ongelmallisia osaston toiminnan kannalta, sillä iäkkäät voivat muuttaa käyttäytymistään eri hoitajien kanssa. Käsitys ”hyvästä hoitajasta” kääntyy tässä mallissa helposti väärin päin ja näin ollen onkin se hoitaja, joka ei anna iäkkäälle riittävästi mahdollisuuksia omatoimiseen tekemiseen. ”Huono hoitaja” kannustaa niin aktiivisesti, että iäkäs kokee sen vaatimuksena ja ajattelee hoitajan olevan laiska tai määräilevä. Hoitajan rooli iäkkään ohjaajana korostuu kerrottaessa kuntoutumisen luonteesta ja oman osallistumisen merkityksestä (Pryor & O’Connell 2009, 1773). Asioista pitää pystyä keskustelemaan ja hoitajat toivatkin haastatteluissa hyvin esiin toiminnan perustelemisen merkityksen.

Kuntouttavan hoitotyön luonne on yhä enemmän yksilön hyvinvoinnin parantamista keskittyen yksilölliseen osallistumiseen ja ohjaten heidän omaa kuntoutumistaan. Jotta muutosta tapahtuisi, henkilön on haluttava muutosta ja oltava aktiivinen osallistuja kuntoutumisessaan. (Pryor & Tyrrel 2016, 14.) Hoitajien roolin tulisi olla toimintakykyä tukiessa enemmän valmentajan ja mentorin suuntainen. Hoitajan tehtävänä on kannustaa iäkästä riittävästi ja etsiä omatoimisen tekemisen muotoja. Hoitaja saa käyttää mielikuvitustaan ja osaamistaan laajasti hyödyksi pohtiessaan vaihtoehtoisia toimintatapoja. Tulosten mukaan koetaan, että tarvittaisiin toisenlainen hoitopaikka parempikuntoisille iäkkäille; kodin ja terveyskeskuksen välimuoto. Myös Jarti ym. (2011, 2970) ehdottavat iäkkäisiin erikoistuneita hoidon yksiköitä, joissa voidaan samalla kartoittaa ja ylläpitää toimintakykyä hoidettaessa iäkkään akuutteja sairauksia. Näiden paikkojen hyötynä olisi pitkienkin kuntoutusjaksojen toteutuminen niin, että mahdollisuus kotiutumiseksi olisi vielä olemassa.

Hoitotyön jatkuvuuden kannalta kotiutuminen on haasteellinen paikka, jossa iäkkäillä vaikuttaisi tulosten mukaan olevan huolia ja pelkoja. Gabrielsson-Järhult ja Nilsen (2016, 135) ja Martinsen, Harder ja Norlyk (2015, 422) toivat esiin iäkkäiden huolia kotiutumisen suhteen. Iäkkään oman äänen kuuluviin saaminen kotiutustilanteessa antaa mahdollisuuden etsiä niitä tukimuotoja, joiden turvin hän kokisi kotiutumisen turvallisena. Tulosten mukaan hoitoneuvotteluja järjestetään, mutta jälkikäteen aineistoa lukiessa jää epäselväksi, kuinka hyvin niissä oli kuunneltu iäkkään omaa näkemystä siitä, mitkä olivat tärkeimmät riskitekijät kotiutumisen kannalta. Tulosten mukaan sairaalassa tehtiin kotiutusta varten suunnitelmia, kuten Kerätär (2016, 2326-2327) mukaan tulisi tehdä. Kotiutuksen suunnittelua ei tulosten perusteella aloitettu heti iäkkään tullessa sairaalaan.

Tuloksissa nousi esiin iäkkään oma asennoituminen ja motivoinnin merkitys. Haapaniemen ja Routasalon (2009, 36-39) mukaan iäkkäiden kuntoutumista edistivät iäkkään itsensä aktiivinen toiminta ja kuntoutumisen eteen työskenteleminen. Esimerkiksi erilliseen ruokailutilaan ohjaaminen on hyvä tapa saada iäkästä liikkeelle ja mahdollistaa sosiaalisten kontaktien luominen. Ruokailuhetkiin siirtyminen lisää päivittäistä liikettä ja antaa iäkkäälle jotakin, mitä odottaa ja sitä kautta lisää motivaatiota liikkumiselle. Mahdollisimman aikaisen mobilisaation koettiin nopeuttavan kotiin pääsyä, kuten myös Hallin ja Høyn (2012, 290) mukaan.

Hoitajien henkilökohtaisina ominaisuuksina tärkeinä nähtiin niin sanottu hoitajan pelisilmä, eli tapa aistia iäkkään tunnetilaa ja odotuksia kohtaamiselle, ja hoitajan omaa kykyä muuntua jokaisen iäkkään kohdalla samalle aaltopituudelle. Tärkeätä on havainnoida iäkkään mielialasta, kuinka häntä tulisi lähestyä, jotta yhteistyö lähtisi hyvin etenemään. Tulosten mukaan luottamuksen saavuttaminen on kuntoutumisen lähtökohta. Iäkkäiden kanssa keskustellaan kuntoutumisen tavoitteista, lisäksi heidän tarpeitaan pyritään kuuntelemaan. Myös Bergin ja Danielsonin (2007, 500) mukaan hyvä hoitosuhde helpottaa paranemisprosesseja. Hoitajien tulisi ymmärtää, että potilaat tarvitsevat henkilökohtaisen, luottamuksen mahdollistavan hoitosuhteen. Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen merkitys hoidon ja kuntoutumisen tulosten parantajana nähdään arvokkaana lisänä hoitajan työkalupakkiin (Pryor & Tyrrel 2016, 13).

Tulosten mukaan kiire vähentää ohjaamiseen käytettävissä olevaa aikaa. Kiire vaikuttaa ohjaamiseen (Burke & Doody 2012, 36). Kiireestä tulisi aina erottaa se, mikä on oikeasti

kiirettä ja mikä on kiireen tuntua. Kiireen tuntuun voi usein vaikuttaa omilla valinnoillaan. Vaikka iäkkään ohjaaminen vie alkuvaiheessa enemmän aikaa, on todennäköistä, että ohjaamisen käytetyn ajan voittaa myöhemmin, kun iäkäs pystyy osallistumaan itse enemmän hoitoonsa ja tekemään asioita itsenäisesti.

Hallin ja Høyn (2012, 290) mukaan kohdellaessa iäkästä yksilönä, häntä huomioitiin, kannustettiin ja kuunneltiin. Potilaan olemuksen tukemisessa tärkeänä nähtiin omiin vaatteisiin pukeutuminen, koska sairaalan vaatteet tekivät iäkkäistä passiivisempia osallistumaan. Tässä opinnäytetyössä vaatteiden vaihto jäi vähäiselle huomiolle ja sitä perusteltiin enemmän aktiivisuuden tukemisella kuin yksilön olemukseen liittyvänä tekijänä. Tulosten mukaan potilaan sairaalajaksoa edeltävällä aktiivisuudella olisi merkitystä myös sairaalanaikaiselle aktiivisuudelle, eli niillä iäkkäillä, jotka ovat olleet aktiivisia toimijoita omassa verkostossaan, olisi korkeampi motivaatio kuntoutumiselle ja olisivat aktiivisemmin itse mukana toiminnassa.

Suomisen (2007, 352) mukaan hoitajat tunnistavat aliravitsemuksen huonosti. Kuitenkin tuloksissa tulee ilmi ravitsemuksen ja lisäravinteiden tärkeys. Ruokailutilanteiden koettiin olevan aktiivisuutta ylläpitäviä ja lisäävän mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen. Myös Koivunen (2017, 180) nostaa kirjallisuuskatsauksessa esiin sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät tekijät.

7.3 Johtopäätökset

Tällä opinnäytetyöllä pyrittiin vastaamaan kysymyksiin, miten iäkkään toimintakyky muuttuu RAI -pisteillä arvioituna siirryttäessä kodin, sairaalan ja ympärivuorokautisen hoivayksikön välillä ja miten sairaalan hoitohenkilökunta tukee iäkkään toimintakykyä sairaalajakson aikana.

Nokiolla ympärivuorokautista hoivaa edeltää jopa kahdella kolmesta iäkkäästä terveyskeskuksen vuodeosastojakso. Yleisimmät syyt ympärivuorokautiseen hoivaan siirryttäessä ovat fyysiseen toimintakykyyn liittyviä, mikä ei poissulje sitä, etteikö iäkkäällä voisi lisäksi olla kognitiivista häiriötä. Nokiolla ei terveyskeskuksesta saatu RAI -tietoja. Tampereella RAI -tulosten perusteella voi päätellä, että vaikka iäkkään sairaalassaoloaika pit-

kittyisi, toimintakyvyn kohentuminen on mahdollista. Kotiutumisen suhteen terveydentilan vakauden pistemäärä näyttää olevan merkityksellisempi kuin arkisuoriutumisen pistemäärä.

Toimintakykyä tukeva hoitotyö toteutuu sairaalassa osaston hoitohenkilökunnan ohjauksessa iästä omien voimavarojensa käyttämiseen ja niiden vahvistamiseen. Opinnäytetyön mukaan hoitajilla on paljon keinoja, joilla he tukevat iäkkään toimintakykyä sairaalassaolojakson aikana. Ympäristön tarjoamat resurssit vaikuttavat hoitajien mahdollisuuksiin ja esimerkiksi kiireellä koettiin olevan haitallinen vaikutus kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen. Opinnäytetyö vahvistaa käsitystä kuntoutuksen hyödyistä iäkkään toimintakyvyn tukemiseen ja tuo esiin iäkkään oman osallistumisen tarvetta kuntoutumisen ennusteen parantamiseksi. Tulosten perusteella olisi tarpeellista vahvistaa entistä enemmän iäkkään omaa osallistumista ja käyttää riittävästi aikaa ohjaamiseen ja kannustamiseen. Tämän onnistumiseksi tulee varmistua siitä, että hoitajilla on riittävät taidot ja mahdollisuudet toteuttaa toimintakykyä tukevaa hoitotyötä ja kiinnittää huomiota vuorovaikutussuhteen luomiseen. Toimintaympäristön rakenteiden pitää olla toimintakykyä tukevia. Yksikössä pitäisi olla esimerkiksi tila, johon iäkkään voi ohjata ruokailemaan. Hoitotyön kulttuurin pitää olla sellainen, että iäkkään avustaminen ylös sängystä ja huoneen ulkopuolelle liikkuminen kuuluvat päivittäiseen rutiiniin. Hoitoon osallistuvilla omaisilla pitäisi myös kertoa perustellen, kuinka he voivat auttaa iästä ja tukea häntä kuntoutumisprosessissaan. Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista hyödyntää toimintayksiköissä, joissa tuetaan iäkkään toimintakykyä ja pyritään auttamaan iästä parantamaan suoriutumiskykyään päivittäisissä toiminnoissa. Tämän opinnäytetyön myötä korostuu näkemys, jossa iäkkäiden ja omaisten koetaan pitävän kuntouttavana hoitotyönä erillisiä, fyysiseen kuntoutumiseen liittyviä hoitotilanteita. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää iäkkäiden ja heidän omaistensa todellisia näkemyksiä kuntouttavasta hoitotyöstä ja siitä, mitä kaikkea he kokevat sen pitävän sisällään.

Jatkotutkimuksen kannalta olisi myös mielenkiintoista selvittää, onko iäkkään sairaalajaksoa edeltävällä aktiivisuudella merkitystä aktiivisuudelle sairaalassa ollessa. Olisiko mahdollista löytää niitä verkostoitumisen muotoja, joista olisi erityistä hyötyä? Olisi myös hyödyllistä ottaa selvää, kuinka iäkkäitä voisi tukea aktiivisempaan toimintaan omassa verkostossaan ja minkälaisia panostuksia tämän tyyppinen tukeminen esimerkiksi kaupungilta vaatisi. Ennaltaehkäisyyn merkitys korostuu tulevaisuudessa entisestään, kun iäkkäiden määrä lisääntyy.

LÄHTEET

- Annala, M. & Silvennoinen-Nuora, L. 2011. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2/2011, 196 – 208.
- Berg, L. & Danielson, E. 2007. Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian journal of caring sciences*. 21(4), 500-506.
- Bonsdorff, M. 2008. Lisää liikuntaa- vähemmän hoitopalvelujen tarpeita iäkkäänä? *Liikunta & tiede* 45 (2-3), 38-39.
- Burke, K. & Doody, O. 2012. Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing older people* 24 (2), 33-38.
- Cardoso de Sá, S., Brito de Souza, A., Oliveira Andrade, J. M., Teles Gonçalves, J. T., Rabelo Assis, J., Macedo de Oliveira, M. V. 2017. Nutritional Profile of Elderly and Its Association With Cognitive and Sociodemographic Factors. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE (REV ENFERMAGEM UFPE)*, 11(4): 1685-1691
- Christiansen, B. & Feiring, M. 2017. Challenges in the nurse's role in rehabilitation contexts. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (19-20): 3239-3247.
- Covinsky, K. E., Pierluissi, E., Johnston, C. B. 2011. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure" *JAMA* 26 October 2011, 306 (16), 1782-93
- Dera, M. & Woodham, D. 2016. Treating malnutrition in the community. *British Journal of Community Nursing (BR J COMMUNITY NURS)*, 21(11): 558-562.
- Elo, S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Eloranta S., Arve S. & Routasalo P. 2009. Sosiaaliala- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 3/2009, 136-145.
- Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24 (1), 14–26.
- Erkinjuntti, T. & Suhonen, J. 2010. Muistipotilaan hoitoketju kuntoon. *Sairaanhoitaja -lehti* 83 (9) 19-21.
- Eronen, J. 2015. Lähiympäristö ja liikunta – mahdollisuuksia ja haasteita vanhusten arjessa. *Gerontologia* 4/2015, 297-302.

- Finne-Soveri, H. 2016. Löytyykö monisairaalle vanhukselle kuntouttava hoitopolku sairaalasta kotiin. Helsingin yliopisto; Helsingin kaupunki. Suomen lääkärilehti 71 (24), 1739.
- Finne-Soveri H., Mäkelä M., Noro A., Nurme P. & Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Terveystieteiden tutkimus. Suomen lääkärilehti 69 (50-52), 3467-3473.
- Finne-Soveri, H. & Voutilainen, P. 2015. Artikkelissa Pernaa, M. 2015. Oikeaa osaamista oikeaan paikkaan. *Tesso* 7 (1), 22-25.
- Fraher, A. & Coffey, A. 2011. Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nursing Older People* 23 (10), 23-27.
- Gabrielsson-Järhult, F. & Nilén, P. 2016. On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30 (1), 135-144.
- Guest, J. F., Panca, M., Baeyens, J-P., de Man, F., Ljungqvist, O., Pichard, C., Wait, S. & Wilson, L. 2011. Health Economic Impact of Managing Patients Following a Community-Based Diagnosis of Malnutrition in the UK. *Clinical Nutrition (CLIN NUTR)*, 30(4): 422-429
- Haapaniemi, H & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. *Hoitotiede* 21 (1), 34-44.
- Hall, E.O.C. & Høy, B. 2012. Re-establishing dignity: nurses' experiences of caring for older hospital patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (2), 287-294.
- Hautsalo, K., Rantanen, A, Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva hoitotyö* 14 (1) 4-12.
- Harrison, J., Kirsty, G., Garrido, A., Rhynas, S. J., Logan, G. MacLulich, A. M. J., Macarthur, J. & Shenkin, S. 2017. New institutionalisation following acute hospital admission: a retrospective cohort study. *Age & Ageing* 46 (2), 238-244.
- Heikkilä, M., Kynsilehto, E-A., Oksanen, R. & Visuri, P. 2014. Selvitys tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoitoon siirtyneiden hoitopoluista. Sosiaali – ja terveysministeriö. Tulostettu 16.11.2016. <https://www.innokyla.fi/documents/990395/f9d117a3-fee-466d-afa2-37d9e0767b33>.
- Heikkilä, R., Björkgren, M., Vesa, M., Viitanen, B., Laine, A., Taimi, K., Noro, A., Mäkelä, M., Asikainen, J., Sohlman, B., Hammar, T., Mäkinen, L., Andreassen, P. & Finne-Soveri, H. 2014. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla. Kotihoito Tampereella. THL Raportti 27/2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (toim). 2015. Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL Raportti 9/2015. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

- Heikkinen, E. 2013. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi. *Gerontologia* 27 (4), 406-413.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.
- Holmberg-Marttila, D. & Valvanne, J. 2011. Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. *Suomen lääkäri-lehti* 66 (32), 2227.
- Hoppu, S., Ahonen, T. & Kuitunen, A. 2013. Parenteraalinen ravitsemus vuodeosastolla. *Suomen lääkäri-lehti*. 68 (15) 1097-1101.
- Hui-Tzu, H., Chia-Ming, C., Li-Fan, L., Huey-Shyan, L. & Ching-Huey, C. 2013. Trajectories and predictors of functional decline of hospitalised older patients. *Journal of Clinical Nursing* 22 (9/10). 1322-1331.
- Jartti, L., Heinonen, P., Upmeier, E. & Seppälä, M. 2011. Vanhus - päivystyksen suurkuluttajako? *Suomen lääkäri-lehti* 66 (40), 2968-2970.
- Jyrkämä, J. 2015. Arvokkuuden monet tulkinnat: pohdintoja vanhusten hoidon etiikasta. *Gerontologia* 29 (1), 35-40.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei: sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suomen lääkäri-lehti* 70 (14-15), 977-983.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karppi, P., Rahkonen, T., Rissanen, A., Puuronen, S., Kalliopohja, K. & Suhonen, J. 2010. Käypä hoito- suositusten toteutuminen Keski-Suomen muistipotilaiden hoitoketjussa. *Suomen Lääkäri-lehti* 65 (20), 1833 – 1838.
- Kerätär, R. 2016. Toimintakyvyn tavoitteet keskiöön kuntoutuksessa. *Suomen Lääkäri-lehti* 71 (37), 2326-2327.
- Koivunen, M. 2017. Sairaalan vuodeosaston ruokailukäytännöt potilaan toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämässä – Integriivinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 29 (3) 180-194.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 26 (2), 113–124.

Lihavainen, K., Hartikainen, S., Rantanen, T. & Sipilä, S. 2011. Iäkkäiden henkilöiden kipu ja liikkumiskyky. Tutkittua tietoa ja käytännön suosituksia liikkumiskyvyn tukemiseen liikunnan avulla. *Gerontologia* 25(4), 240-252.

Lihavainen, K., Sipilä, S., Rantanen, T., Kauppinen, M., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2011. Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention on mobility in persons aged 75 years and over: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation* 26 (4), 314-326.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi: hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Martinsen, B., Harder, I. & Norlyk, A. 2015. Being back home after intermediate care: the experience of older people. *British Journal of Community Nursing* 20 (9), 422-428.

McCusker, K. & Gunaydin, S. 2015. Research using qualitative, quantitative or mixed methods and choice based on the research. *Perfusion* 30 (7), 537-542.

Mäkitalo, R. 2016. Suomesta ikäihmisten mallimaa. Kunnallisalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 105. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Nokian kaupunki 2015. Kotoisa Ehto – Ikääntyneen väestön hyvinvointiohjelma vuosille 2015-2017. Luettu 27.1.2017. <http://www.nokiankaupunki.fi/@Bin/8594704/KO-TOISA+EHTOO+2015-2017.pdf>.

Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. *Suomen lääkirilehti* 65 (17) 1549-1551.

Numminen, A., Eloniemi-Sulkava, U., Topo, P. & Valtonen, H. 2011. Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa? *Tieteessä tapahtuu* 29 (6), 17 – 24.

Nuotio, M., Tuominen, P., Hartikainen, S., Lampi, K., Luukkaala, T. & Jäntti, P. 2009. Muistihäiriöpotilaan ravitsemustilaa on syytä seurata. *Suomen lääkirilehti* 64 (34), 2671-2676.

Oakland, H. T. & Farber, J. I. 2014. The Effect of Short, Unplanned Hospitalizations on Older Adult Functional Status. *Journal of the American Geriatrics Society* 62 (4), 788-789.

Peurala, S.H., Latvala, E. & Rantala, T. 2007. Gerontologinen tutkimustieto ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. *Gerontologia* 21 (1), 37-43.

- Pryor, J. & O'Connell, B. 2009. Incongruence between nurses' and patients' understandings and expectations of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing* 18 (12) 1766-1774.
- Pryor, J. & Tyrrel, E. 2016. Nurses as agents of change in the rehabilitation process. *Journal of the Australasian Rehabilitation nurses' Association. JARNA* 19(1), 13-20.
- RAI. Luettu 24.1.2017. <http://web.raisoft.com/index.php?p=285>.
- Rantakokko, M. 2011. Ympäristö rajaa ikääntyneen uskallusta ulkona liikkumiseen. *Liikunta & tiede* 48 (4), 39-40.
- Rantanen, T. 2011. Ulkoilemaan, asioimaan – vapaaehtoistyö avaa mahdollisuuksia tukea ikääntyneiden ihmisten hyvinvointia. *Liikunta & tiede* 48 (4), 41-44.
- Rantanen, T. 2013. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) 2013. *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rantanen, T. 2015. Artikkelissa Moilanen, H. 2015. Tutkimuksesta tukea toimintakyvylle. Haastatteluja vanhusten toimintakyvystä ja elämänlaadusta. *Vanhustyö* 3-4/2015, 6-7.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Räisänen, S. & Gissler, M. 2012. Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 24 (1), 62-64.
- Räisänen, S., Heinonen, S., Sund, R. & Gissler, M. 2013. Rekisteritietojen hyödyntämisen haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärelehti* 68 (47), 3075-3082.
- Suhonen, Jaana ym. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. *Duodecim* 127 (11), 1107-1116.
- Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskenniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede* 27 (4), 259-273.
- Suominen, M. 2007. Ravitsemusongelmat yleisiä. *Gerontologia* 21 (4), 351-353.
- Suominen, M. H., Sandelin, E., Soini, H. & Pitkälä, K. H. 2009. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients. *European Journal of Clinical Nutrition (EUR J CLIN NUTR)*. 63 (2), 292-296.
- Stewart, R., Hotopf, M., Dewey, M., Ballard, C., Bisla, J., Calem, M., Fahmy, V., Hockley, J., Kinley, J., Pearce, H., Saraf, A. & Begum, A. 2014. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age & Ageing*, 43 (4), 562-567.
- Stolle, C., Wolter, A., Roth, G. & Rothgang, H. 2015. Improving Health Status and Reduction of Institutionalization in Long-Term Care-Effects of the Resident Assessment Instrument- Home Care by Degree of Implementation. *International Journal of Nursing Practice* 21 (5), 612-621.

Tampereen kaupunki 2016a. Ikäihmisen palveluopas. Luettu 30.1.2017. www.tampere.fi/tiedostot/o/662H1a3IE/ikiopaspainoon.pdf.

Tampereen kaupunki 2016b. Geripoli. Luettu 30.1.2017. <http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmissen-palvelut/terveys/geripoli.html>.

THL 2016. RAI ja palvelutarpeiden arviointi. Tulostettu 30.1.2017. www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/rain-kaytto-hoitotyossa/rai-ja-palvelutarpeiden-arviointi.

THL 2017a. Hyvinvointia vanhuuteen. Tulostettu 30.1.2017 www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen.

THL 2017b. Sote ja vanhuspalvelut. Tulostettu 12.2.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/sote-ja-vanhuspalvelut>.

Tilastokeskus 2016. Väestön ikä- ja sukupuolirakenne 2015, kaikki alueet. Päivitetty 6.5.2016. Luettu 30.1.2017. http://tilastokeskus.fi/tup/seutunet/tampere_vaesto_fi.html.

Tilastokeskus 2016. Päivitetty 1.4.2016. Luettu 1.2.2017. Ikärakenne Tampereen kaupunkiseudulla 1980–2014 sekä ennuste vuoteen 2040.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Luettu 11.12.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Vauramo, E. 2013. Miten Suomi selviää ikääntymisestä nykyisellä työvoimalla? Taustamuistio ja lähdeaineisto, joka perustuu Tekes-projektiin ikääntyvän yhteiskunnan tarvitsemat palvelurakennukset. SITRA:n Hoivafoorumi 5.2.2013.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Ps-kustannus

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa: Muistisairaudet. Duodecim. Julkaistu 27.8.2015. Päivitetty 15.9.2015. Luettu 31.1.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/opk04602>.

Wood, C. 2017. Ensuring good nutrition for older patients in the community. *Journal of Community Nursing (J COMMUNITY NURS)*, 31(3), 49-51.

http://www.tampere.fi/liitteet/v/5gVtldwEw/Vaestosuunnite_vuoteen_2030.

LIITTEET

Liite 1. Taulukko aiheeseen liittyvistä tutkimuksista (Taulukko 4).

1 (3)

TAULUKKO 4. Aiheeseen liittyvät tutkimukset.

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustapa ja -metodit	Keskeiset tulokset
Berg, Linda & Danielson, Ella 2007, Ruotsi	Kuvata pitkäaikaissairaiden potilaiden ja hoitajien kokemuksia hoitavasta suhteesta	Kvalitatiivinen (n= 13)	Hyvä hoitosuhde helpottaa paranemisprosesseja. Hoidon hyvä laatu on yksilöllistä ja keskittyi potilaisiin ja heidän tarpeisiinsa, joka ilmeni huolehtivana ihmissuhteena. Suhteessa merkittävää on molemminpuolinen luottamus.
Christiansen, Bjørg & Feiring, Marte 2016, Norja	Kuvata haasteita, joita hoitajat kohtaavat kuntoutusosastolla työskennellessään.	Kvalitatiivinen (n=15)	Päivittäisissä toiminnoissa avustaminen ja potilaan aktivoiminen on toimintakykyä tukevaa hoitotyötä. Hoitajat kohtaavat ristiriitaisia odotuksia työssään.
Haapaniemi, Hannele & Routasalo, Pirkko 2009, Suomi	Tutkia, miten iäkäs voi edistää omaa kuntoutumistaan ja miten omaisen voi edistää iäkkään potilaan kuntoutumista	Kvalitatiivinen (n = 40)	Iäkkäät voivat edistää omaa kuntoutumistaan tunnistamalla oman aktiivisuuden vaatimuksen, toimimalla aktiivisesti ja työskentelemällä kuntoutumisen tavoitteen saavuttamiseksi Omaiset voivat vahvistaa kuntoutumista myötävaikuttamalla kuntoutumisprosessissa ja tukemalla kuntoutumisen tavoitteen saavuttamisessa.
Hall, Elisabeth O.C. & Høy, Bente 2012, Tanska	Tutkia tanskalaisten hoitajien kokemuksia sairaalaan joutuneiden iäkkäiden hoitamisesta.	Kvalitatiivinen (n=29)	Iäkkäiden hoitaminen muodostuu arvokkuuden uudelleen rakentamisesta. Aikainen mobilisaatio helpottaa kotiutumista. Omiin vaatteisiin pukeutuminen aktivoi iäkästä.

(jatkuu)

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustapa ja -metodit	Keskeiset tulokset
<p>Harrison, Jennifer Kirsty; Garcia Garrido, Azucena; Rhynas, Sarah J.; Logan, Gemma; Maclulich, Alasdair M. J.; Macarthur, Juliet; Shenkin, Susan</p> <p>2017, IsoBritannia</p>	<p>Kuvata henkilöitä, jotka on kotiutettu hoitokotiin akuutin sairaalan joutumisen jälkeen ja kuvata heidän arviointiaan.</p>	<p>Kvalitatiivinen (n=100)</p>	<p>Hoitokoteihin päätyneillä noin 95%: lla oli diagno-soitu kognitiivinen häiriö tai kognitiivista heikkene-mistä. Sairaalan hoitajak-sot olivat pitkiä (mediaani 78,5 päivää, vaihteluväli 14-231 päivää) ja siirrot yksiköiden välillä yleisiä. Perhesyyt, dementia, liik-kumiskyky, kaatumisriski ja käyttäytymishäiriöt oli-vat yleisin syy päätökseen myöntää hoitopaikka.</p>
<p>Hui-Tzu Huang, Chia-Ming Chang, Li-Fan Liu, Huey-Shyan Lin and Ching-Huey Chen</p> <p>2012, Taiwan</p>	<p>Kuvata toimintakykyä neljänä ajankohtana ja tutkia toimintakyvyn laskun ennustavia tekijöitä sairaalaan joutu-neilla iäkkäillä poti-lailla.</p>	<p>Kvantitatiivinen (n=273)</p>	<p>ADL -pisteillä kuvattuna toimintakyky laski rajusti sairaalaan tullessa. Kaksi kolmesta saavutti aikai-semman toimintakykynsä kolmen kuukauden kulu-essa kotiutumista. Muun muassa kaatumis-ten määrä kuluneena vuonna, liitännäissairau-det ja ADL:n aleneminen ennen sairaalaan tuloa ja kotiutuksen välillä olivat merkittäviä ennusmerk-kejä toimintakyvyn las-kulle kolmen kuukauden kuluttua kotiutuksesta.</p>
<p>Koivunen, Marita</p> <p>2017, Suomi</p>	<p>Kuvata aikaisemman kirjallisuuden perus-teella sairaalaosastojen ruokailukäytäntöjä poti-laan toimintakyvyn ja kuntoutumisen näkö-kulmasta.</p>	<p>Integratiivinen kirjallisuuskat-saus</p>	<p>Sairaalassa ruokailukäy-tännöillä voidaan edistää iäkkään fyysistä ja sosi-aalista toimintakykyä huomioimalla yksilölliset tarpeet.</p>

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustapa ja -metodit	Keskeiset tulokset
Oakland, Hannah T. & Farber, Jeffrey I. 2014, Yhdysvallat	Tutkia lyhyiden sairaalasaoloaikojen vaikutuksia iäkkäisiin henkilöihin.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen (n=75)	Keskimääräinen muutos päivittäisissä toiminnoissa oli 19,3 %. Heikentyminen korreloi vahvasti suurentuneeseen avuntarpeeseen perheeltä, ystäviltä tai ammattihenkilöiltä. Suuri avun tarve ennen sairaalaan joutumista korreloi myös matalaa pisteytystä päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Toimintakyvyn lasku ei korreloinut iän kanssa.
Pryor, Julie and O'Connell, Beverly 2009, Australia	Tutkimuksen tarkoituksena kehittää teoria sairaanhoitajan osallisuudesta kuntoutuksessa.	Kvalitatiivinen (n=53)	Hoitajien ymmärrys ja odotukset kuntoutuksesta eroavat huomattavasti potilaiden ymmärryksestä ja odotuksista.

Liite 2. Haastattelun teemarunko.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Ikääntyneen henkilön fyysisen toimintakyvyn tukeminen:

Ikääntyneen henkilön psyykkinen toimintakyvyn tukeminen:

Ikääntyneen henkilön sosiaalinen toimintakyvyn tukeminen:

Ikääntyneen henkilön aktiivisuuden tukeminen:

Liite 3. Tutkittavan suostumuslomake.

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

IÄKKÄÄN TOIMINTAKYKY HOITOKETJUN ERI VAIHEISSA

- Hoitajien kokemuksia kuntoutumisen tukemisesta

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Mikäli peruutan suostumukseni tutkimukseen, minusta kerättyjä tietoja ei enää käytetä tutkimustarkoituksessa. Tutkimustietokantaan tallennettuja tietojani ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymiseni jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella/Nokiolla _____.____.2017

Tampereella/Nokiolla _____.____.2017

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

Liite 4. Tiedote tutkimuksesta.

1 (2)

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

(3.5.2017)

Tutkimus IÄKKÄÄN TOIMINTAKYKY HOITOKETJUN ERI VAIHEISSA - Hoitajien kokemuksia kuntoutumisen tukemisesta

Pyydämme teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan iäkkäiden toimintakyvyn säilymistä ja tukemista sairaalajakson aikana. Pyydämme teitä osallistumaan tutkimukseen hoitajana, joka kohtaa työssään iäkkäitä potilaita. Pehdyttyänne tähän tiedotteeseen teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää iäkkään kuntoisuuden muutosta siirryttäessä hoitoketjun eri vaiheissa sekä kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumisesta sairaalaosastoilla.

Tutkimuksen kulku

Haastattelemme hoitajia Nokian terveystieteiden sairaalan osastolta sekä Rauhaniemen sairaalan osastolta. Haastattelut toteutetaan teemahaastatteluina, jolloin hoitajilla on mahdollisuus vapaasti kertoa kuntoisuuden tukemiseen liittyvistä hoitotyön keinoista. Tutkimuksen haastattelut tehdään toukokuun 2017 aikana. Tutkimus on osa opinnäytetyötä, joka valmistuu marraskuuhun 2017 mennessä.

Lisäksi tähän tutkimukseen kerätään RAI -arviointitietoja toimintakyvyn tukemiseen liittyen.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta osallistumalla tutkimukseen saamme arvokasta tietoa siitä, mitä asi-
(jatkuu)

2 (2)

oita iäkkään toimintakyvyn tukemiseen liittyä ja kuinka niitä voisi kehittää. Tietoisuus iäkkään toimintakyvyn tukemisen merkityksestä lisääntyy. Lisäksi voitte löytää keinoja kehittää työtänne iäkkään ihmisen hoidon suhteen.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tietoja ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoa säilytetään opinnäytetyön hyväksymiseen asti, jonka jälkeen se hävitetään asianmukaisesti.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätätte peruuttaa suostumuksenne, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa, mikäli ne on ehditty analysoida.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimus on osa Katja Auvisen ja Johanna Helanderin YAMK -opinnäytetyötä. Suuntautumisvaihtoehtona on sosiaali- ja terveystieteiden palveluketjujen kehittäminen. Opinnäytetyön raportti valmistuu marraskuuhun 2017 mennessä ja siitä on mahdollisesti tulossa tiedotustilaisuus erikseen ilmoitettuna ajankohtana.

Lisätiedot

Pyydämme teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta Katja Auviselta (haastattelija) katja.auvinen@courses.tamk.fi tai Johanna Helanderilta (haastattelija) johanna.helander@courses.tamk.fi. Opinnäytetyötä ohjaa yliopettaja Sirpa Salin, sirpa.salin@tamk.fi.

TAULUKKO 5. Sisällönanalyysin tuloksena muodostuneet luokat.

Tilojen ahtaus	Käytettävissä olevat resurssit	Toimintaympäristön mahdollisuuksien hyödyntäminen
Monen hengen huoneet		
Ajan puute		
Kiireen tuntu		
Apuvälineet saatavilla		
Ergonomian korostuminen	Työn imu	
Onnistumisen kokemukset		
Lisäkoulutukset		
Hoidon laadun paraneminen		
Yhdessä tekemisen tunne		
Omahoitaja tietää potilaan asiat	Hoitotyön toimintamallit	
Muistilistat potilaista		
Hoitaisuuden esille tuominen		
Palaverit		
Moniammatillinen yhteistyö		
Kivun hoito	Lääkehoito	
Ei korvaa keskusteluapua	Ravitsemus	
Lisäravinteet		
Proteiinipitoinen ja energiatiheä ruoka		
Ruoan maku		
Ruokailu lisää yhteisöllisyyttä		
Rakenteinen kirjaaminen	Arvioiva kirjaaminen	Hoitotyön toiminnallisten keinojen käyttäminen
Kirjauksia luetaan		
Kirjaamista haittaavat tekijät		
Kirjaaminen vie aikaa		
RAI:n käyttö		
Hoitotyön arviointi	Tavoitteellisesti toimiminen	
Tavoitteita asetetaan		
Ei tehdä puolesta		
Ohjataan tekemään itse		
Keskusteleminen		
lääkäs tekee itse kaiken, mihin pystyy		
Heti liikkeelle		
Turvallinen kotiutus		
lääkkään pelot vaikuttavat		
Luottamus hoidon jatkumisesta kotona		
Osastolla odottaessa ylläpitävä kuntoutus		
Odotusajat pitkiä		
lääkkään ja omaisen näkemys kotona selviytymisestä		
Päivittäisissä toiminnoissa avustaminen		
Apuvälineet käytössä		
Fyysinen kuntoutus		
Kuntoutumisen prosessi vie aikaa	Riittävän ajan antaminen	
Pitkäjänteisyys toimintakyvyn tukemisessa		

(jatkuu)

Ajan ja tilan antaminen	Hoitajan pelisilmä	lääkään odotuksiin vastaaminen
Pelisilmän käyttö, Tilannetaju		
lääkään kohtaaminen		
Tunnetilan tunnistaminen		
Luottamuksen saaminen		
lääkäiden kohtelevminen		
Oma tapa työskennellä		
Pelot	lääkään minuus	
Mielialan lasku		
Itse tekemisen merkitys		
Omaisten oletukset		
Omaiset tiedon antajana		
Omaiset potilaan tukena		
Pois huoneesta	Ryhmähengen vertaistuki	
Ajanviete motivoi		
Mielenvirkistystä		
Esiintyjät ja hartaudet		
Hoitajat ei ehdi järjestää		
Yhteistyökumppanit		
Muiden kokemukset motivoi		
Ryhmähenki kannustaa		