



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

POTILAAT POIS SÄNGYISTÄ

Toimintamittarin käyttö iäkkäiden potilaiden aktivoinnin työvälineenä Kuopion kaupungin kuntoutusosastoilla

TEKIJÄ/T: Jaana Hytönen
Paula Ruokonen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Jaana Hytönen, Paula Ruokonen	
Työn nimi Potilaat pois sängyistä – toimintamittarin käyttö iäkkäiden potilaiden aktivoimnin työvälineenä Kuopion kaupungin kuntoutusosastoilla	
Päiväys	26.10.2017
Sivumäärä/Liitteet	52/4
Ohjaaja(t) Marja Äijö	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupunki / Harjulan sairaala	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Valtakunnallisissa suosituksissa korostetaan kuntoutumista ja aktiivisuutta iäkkään potilaan laitoshoidossa. Sairaalahoitoon tulevalle iäkkäällä ihmisellä monet sairaudet tuovat haastetta kuntoutumiseen ja iäkkään ihmisen joutuessa sairaalahoitoon on suuri riski, että hänen aiempi toimintakykynsä heikkenee sairaalassaoloaikana. Sairaalassa toipuvan potilaan aktiivisuuden lisäämiseen tähtää Harjulan sairaalassa osana Kuopion kaupungin kuntoutussairaalahankekehityä kehitelty toimintamittari, jonka tavoite on vähentää osastolla olevan potilaan vuoteessa vietämää aikaa.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Kuopion kaupunki. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kuopion kaupungin kuntoutusosastojen henkilökunnan kokemuksia toimintamittarin käytöstä iäkkäiden potilaiden aktivoimnin työvälineenä sekä mittarin avulla mitattua potilaiden aktiivista aikaa kyseisillä kuntoutusosastoilla. Tavoitteena oli, että opinnäytetyö voi tarjota näkökulmia ja työkaluja mittarin käyttämiseen ja jatkokehittelyyn laajemmaltikin. Mikäli mittari koetaan hyvänä työvälineenä, se kannattaa ottaa muuallakin käyttöön. Tutkimusmenetelmänä käytettiin pääasiassa laadullista tutkimusta ja suurin osa aineistosta oli henkilökunnalta teemahaastatteluin kerättyjä kokemuksia mittarista. Aineisto on analysoitu sisällönanalysilla. Lisäksi tutkimukseen kuuluu luonteeltaan lähinnä kuvaileva määrällinen osuus.</p> <p>Päähuomio oli, että toimintamittarin käyttökokemukset ovat ristiriitaisia ja siinä on vielä jatkokehittelyn tarvetta. Tällä hetkellä mittarin koki hyödylliseksi potilaan kuntoutuksen kannalta vain muutama vastaaja. Haastattelujen perusteella vaikutti, että henkilökunta olisi pitänyt ottaa vahvemmin mukaan toimintamittarin suunnitteluun ja käyttöönottoon, jolloin se olisi ehkä saatu sitoutumaan mittarin käyttöön paremmin. Mittarin käyttöön ei ollut selkeitä yhteisiä ohjeita. Lisäksi aineiston perusteella vaikutti siltä, että nykyisen mittarin käyttöä voisi tehostaa ottamalla potilaat ja omaiset vahvemmin mukaan mittarin käyttöön. Määrällinen aineisto vahvisti laadullisen aineiston tuloksia.</p> <p>Koska tutkimuksesta saatu tieto mahdollistaa toimintamittarin jatkokehittelyn, mittarista on potentiaalisesti jatkossa enemmän hyötyä kuntoutukselle niin paikallisesti kuin laajemmalla alueella. Lisäksi haastattelut herättivät kuntoutusosastoilla keskustelua ja pohdimista liittyen niin toimintamittariin kuin moniammatillisuuteen ja kuntouttavaan työotteeseenkin. Haastatteluissa tulleet uudet ajatukset ja pohdinnat siirtyivät toivottavasti myös muuhun työyhteisöön.</p>	
Avainsanat aktiivisuus, fysioterapia, geriatrinen kuntoutus, hoitotyö, iäkäs potilas, mittaaminen, moniammatillisuus, toimintamittari	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy			
Author(s) Jaana Hytönen, Paula Ruokonen			
Title of Thesis Off the beds – Using the activity meter as a tool for rehabilitating elderly patients in the rehabilitation wards of the city of Kuopio			
Date	26.10.2017	Pages/Appendices	52/4
Supervisor(s) Marja Äijö			
Client Organisation /Partners City of Kuopio / Harjulan sairaala			
<p>Abstract</p> <p>The national recommendations underline rehabilitation and activity in the institutional care of the elderly. When the elderly ends up in the hospital care, there are multiple conditions and illnesses that complicate the rehabilitation process. There is always a great risk that the previous ability to function decreases during the hospital care. The activity meter designed in Harjula hospital as a part of the city of Kuopio's rehabilitation hospital project aims to decreasing the time the patient lies in the bed while on the rehabilitation ward.</p> <p>The purpose of this thesis is to find out if the staff on the rehabilitation wards of the city of Kuopio find the activity meter a useful tool in the rehabilitation of the patients and how active the patients on those wards are according to the meter. The aim is that if this thesis finds the activity meter to be useful and if the meter proves to be an effective way to motivate and help patients to be rehabilitated, it could be used in a larger scale as a tool for rehabilitation. This study was qualitative. The research objects were five rehabilitation wards of the city of Kuopio. The research material was gathered from the staff members of those wards through group interviews. The material was analyzed using the content analysis. There was also a quantitative research material gathered about how active the patients of those wards were, but the quantitative part of this thesis is mainly of descriptive nature.</p> <p>According to the results the experiences of the activity meter were contradictory, and the meter could benefit from the further development. Only a couple of the interviewees found the activity meter to be beneficial for the rehabilitation of the patients. According to the interviews it seems that the staff should have been included more in the development and implementation of the activity meter, so that they would have been more committed to using the activity meter. There appears not to be any clear, common instructions for the usage of the meter. Also, the research material hints that the patients and their relatives could be more included in the using of the meter to make the activity meter more useful. The quantitative research material validates the findings of the content analysis.</p> <p>The information gathered in this study makes it possible to develop the activity meter further so that it can be used locally and globally as a tool for rehabilitation. In addition, the interviews we did for this thesis aroused good conversations and ideas about the activity meter and multi-professional rehabilitation in general. These new ideas and reflections will hopefully be carried to the other staff members of these wards as well.</p>			
<p>Keywords activity, activity meter, elderly patient, geriatric rehabilitation, multi-professionalism, measuring, nursing, physiotherapy</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	AKTIIVISUUDEN MITTAAMINEN	7
3	IÄKÄS POTILAS SAIRAALAYMPÄRISTÖSSÄ.....	9
3.1	Iäkkään potilaan toimintakyky	9
3.2	Vuodelevon vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn	9
4	VAIKUTTAVA GERIATRINEN KUNTOUTUS	11
4.1	Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi	11
4.2	Moniammatillisuus ja kuntouttava työote.....	11
4.3	Liikunta ja fyysinen aktiivisuus osana geriatrasta kuntoutusta	12
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	15
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
6.1	Yhteistyökumppani ja aikataulu	16
6.2	Harjulan toimintamittari.....	17
6.3	Aineistonkeruumenetelmät.....	18
6.3.1	Laadullinen tutkimus.....	18
6.3.2	Määrällinen tutkimus.....	20
6.4	Aineiston käsittely ja analyysi	21
6.5	Eettisyys tutkimuksen tekemisessä	23
7	TUTKIMUSTULOKSET	25
7.1	Toimintamittari osana työyhteisön toimintaa.....	25
7.1.1	Toimintamittarin vaikutus yksittäisen työntekijän työtapaan	27
7.1.2	Toimintamittarin käyttötapa.....	27
7.1.3	Moniammatillisuus.....	31
7.1.4	Toimintamittarin asema työyhteisössä	32
7.2	Toimintamittarin ominaisuudet	34
7.2.1	Toimintamittari fyysisenä esineenä.....	34
7.2.2	Toimintamittarin merkitys potilaan kuntoutumiselle	35
7.3	Potilas ja omaiset toimintamittarin käyttäjinä	38
7.3.1	Potilaat toimintamittarin käyttäjinä.....	38
7.3.2	Omaiset toimintamittarin käyttäjinä.....	40
7.4	Määrällisen aineiston kuvaus.....	41

8	POHDINTA	44
8.1	Tutkimustulosten pohdinta.....	44
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	45
8.3	Opinnäytetyöprosessin arviointi ja ammatillinen kasvu.....	46
8.4	Merkitys ja jatkotutkimusaiheet	48
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	50
	LIITE 1: SAATEKIRJE HAASTATETAVALLE	53
	LIITE 2: TEEMAHAASTATTELUN RUNKO	54
	LIITE 3: MÄÄRÄLLISEN TUTKIMUKSEN LOMAKE POTILAAN AKTIIVISESTA AJASTA	55
	LIITE 4: SISÄLLÖNANALYYSSIN KATEGORIAT	56

1 JOHDANTO

Nykyisin valtakunnallisissa suosituksissa korostetaan kuntoutumista ja aktiivisuutta iäkkään potilaan laitoshoidossa. Vaikka sairaalahoitoon tulevalla iäkkäällä ihmisellä monet sairaudet tuovat haastetta kuntoutumiseen, tuloksia on toimintakyvyn kohentumisesta jopa sellaisilla potilailla, joilla kognitio-kyky on suuresti alentunut (Vähäkangas 2010, 37). Sairaalassa toipuvan potilaan aktiivisuuden lisäämiseen tähtää myös Harjulan sairaalassa kehitelty toimintamittari, jonka tavoite on vähentää osastolla olevan potilaan vuoteessa viettämää aikaa.

Iäkkään ihmisen joutuessa sairaalahoitoon on suuri riski, että hänen aiempi toimintakykynsä heikkenee sairaalassaoloaikana. Lyhytkin vuodelepo tai liikuntarajoitus heikentää nopeasti yleiskuntoa, taspainoa ja voimaa ikääntyneillä ihmisillä. Sen vuoksi olisi tärkeää sairauden hoidon lisäksi huolehtia iäkkään potilaan toimintakyvystä, johon liikuntakyky olennaisena osana kuuluu. Sairaala tai terveyskeskuksen vuodeosasto ovat laitosmaisia ympäristöjä ja potilas saattaa helposti ottaa roolin hoidon kohteena. (Jämsen, Kerminen, Strandberg ja Valvanne 2015, 977–983.) Vaikka perinteiseen sairaalan toimintakulttuuriin on tullut muutosta viime vuosina ja kuntoutumisen edistäminen on tärkeä osa potilaan hoitoa, työtä tarvitaan edelleen iäkkäiden monisairaiden potilaiden inaktiivisuuden vähentämiseksi ja hoitohenkilökunnan vihkiytymiseksi potilasta aktivoivaan toimintatapaan (Timonen, West ja Riusala 2014; Kujala, Kukkonen-Harjula ja Tikkanen 2015, 1705).

Opinnäytetyön aiheena on toimintamittarin käyttö iäkkäiden potilaiden kuntoutumisen tukena Kuopion kaupungin kuntoutusosastoilla. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää näiden osastojen henkilökunnan kokemuksia toimintamittarista iäkkäiden potilaiden aktivoinnin työvälineenä. Lisäksi tutkitaan mittarin avulla mitattua potilaiden aktiivista aikaa Kuopion kaupungin kuntoutusosastoilla.

Tavoitteena on, että opinnäytetyö voi tarjota näkökulmia ja työkaluja mittarin käyttämiseen ja jatkokehittelyyn laajemmaltikin. Jos toimintamittarista koetaan olevan selkeää hyötyä potilaiden aktiivisuuden lisääntymiselle ja sitä myöten kuntoutumiselle, mittarin käyttö hyödyttää sekä kuntoutujaa että yhteiskuntaa sairaalajaksojen lyhentyessä.

Työn toimeksiantajana on Kuopion kaupunki, jonka kuntoutussairaalan kehittämishankkeeseen liittyen toimintamittari on suunniteltu. Mittari on ollut käytössä tammikuusta 2016 lähtien viidellä osastolla Kuopion kaupungissa sekä Karttulassa. Aineisto on kerätty kaikilta näiltä osastoilta.

Opinnäytetyö toteutetaan sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen menetelmin pääpainon ollessa laadullisessa osassa. Laadullisessa tutkimuksessa selvitetään teemahaastatteluin, miten mittari on henkilökunnan näkökulmasta edistänyt potilaiden kuntoutumista ja millaisia kokemuksia heillä on sen käytöstä. Analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia. Määrällisen tutkimuksen osuus on pieni ja siinä tarkastellaan eri osastojen potilasainesta, potilaiden aktiivisen ajan määrää ja asetettuun aktiivisuustavoitteeseen pääsyä.

2 AKTIIVISUUDEN MITTAAMINEN

Aikaisemmat aktiivisuuden mittaamiseen liittyvät tutkimukset käsittelevät pääasiassa erilaisia langattoman tekniikan ja liikesensoreiden sovelluksia, jotka mittaavat ikääntyneen ihmisen toimintaa tämä kotona. Näissä tutkimuksissa on muun muassa asennettu erilaisiin kodin esineisiin ja laitteisiin RFID-tunnisteita (RFID= radiotaajuinen etätunniste), joita ikääntyneen pitämä esimerkiksi ranneke lukee. Näin saadaan tietoa, mitä esineitä henkilö käyttää päivän mittaan. Muita käytettyjä menetelmiä ovat muun muassa videointi, erilaiset liiketunnistimet, lämpötilasensorit ym. teknologiset keinot. Näihin liittyy jokin mallinnusohjelma, jonka tehtävä on tunnistaa tulevan datan seasta erilaisia aktiviteetteja. Tutkimuksissa on muun muassa tutkittu ADL-toimintojen (*activities of daily living*) tekemistä. Näillä tutkimuksilla ei siis ole juurikaan kosketuspintaa tämän opinnäytetyön tutkimukseen, koska mittava aktiivisuus on hyvin erilaista ja käytetty mittausräjäline myös aivan erilainen. Aktiivisuutta on tutkittu kotioloissa. (Ks. lisää esim. van Kasteren, Englebienne, Kröse 2010.)

Mittaaminen liittyy läheisesti terapian vaikuttavuuden osoittamiseen. Mittaamisen tarkoitus on osoittaa objektiivisesti, että terapia on ollut tehokasta. Vaikuttavuuden arviointi on tärkeää sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Yksilötasolla kannattaa tietenkin suosia terapiamuotoja, joiden tehosta on näyttöä ja joiden voidaan erilaisin mittarein ja testein osoittaa olevan kuntoutujalle hyödyksi. Yhteiskunnan tasolla arviot esimerkiksi erilaisten kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta voivat vaikuttaa radikaalistikin muun muassa valtion ja Kelan tukiin. Ammatillinen ASLAK-kuntoutus lopetettiin, koska sen vaikuttavuudesta ei ollut näyttöä - esimerkiksi Saltychev (2012) toteaa väitöskirjassaan, että kuntoutusta saaneiden ja verrokkiryhmän välillä ei havaittu eroa, kun tutkittiin, vähensikö ASLAK-kuntoutus yli kolmen kuukauden sairauslomaa tai työkyvyttömyyseläkkeitä.

Norjalaisessa tutkimuksessa (Johansen, Lindbaek, Stanghelle ja Brekke 2012, 2045) säännöllistä ja systemaattista mittareiden käyttöä pidettiin yhtenä syynä hyviin kuntoutustuloksiin: mittaaminen osoittaa selvästi, jos ja milloin kehitystä tulee, mikä motivoi sekä potilasta että henkilökuntaa. Kuntoutuminen saattaa olla etenkin potilaalle epämääräinen käsite, mikäli konkreettista etenemistä ei osoiteta.

Fysioterapiassa yleisesti käytössä olevat mittarit ovat usein konkreettisia erilaisten suureiden mitta-reita, kuten puristusvoimamittari tai asteita mittaava goniometri, tai erilaisia toimintakyvyn tasosta kertovia testejä. Testeissä voidaan esimerkiksi mitata, kuinka nopeasti henkilö kävelee tietyn matkan, kuinka monta kertaa hän pystyy nousemaan tuolista tai kuinka kauan seisomaan yhdellä jalalla (Toimiva-testistö 2000). Harjulan toimintamittari poikkeaa näistä siinä, että se ei mittaa toiminnan tasoa tai laatua, vaan ainoastaan sen ajallista määrää.

Päivittäisen aktiivisuuden määrän mittaus on tärkeää, koska mittaamalla voidaan helpommin luoda konkreettisia tavoitteita potilaille ja seurata, kuinka potilaiden kuntoutuminen etenee. Mittarin avulla näkee helposti, toteutuuko sovittu aktiivisuustavoite. Toimintamittari helpottaa kuntoutumisen seuranta ja sen avulla näkee kuntoutumisen progressiivisuuden. Mittaria seuraamalla myös potilaan itsensä on helpompi seurata, onko hän tarpeeksi jalkeilla. Jotkut potilaat voivat myös kokea mittarin

käytön liikkumaan motivoivana tekijänä, koska oman edistymisen voi nähdä konkreettisesti (Lyhty 2016, 51).

3 IÄKÄS POTILAS SAIRAALAYMPÄRISTÖSSÄ

3.1 Iäkkään potilaan toimintakyky

Iäkkään henkilön määritelmä ei ole yksiselitteinen. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (2012) ikääntynyt väestö on se väestön osa, joka on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Iäkäs henkilö on samassa laissa määritelty henkilöksi, ”jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”. Kansaneläkelain mukainen vanhuuseläkkeen ikäraja on 65 vuotta (Kela 2016). Tässä opinnäytetyössä on mielekästä käsittää iäkäs potilas yli 70-vuotiaaksi henkilöksi, joka on heikentyneen toimintakyvyn takia joutunut osastohoitoon, koska tämä määritelmä on yhteneväinen Harjulan sairaalan osastojen yleisimmän potilasryhmän kanssa.

Sairaalahoitoon tulevan iäkkään ihmisen toimintakykyyn vaikuttavat useat tekijät. Hänellä saattaa olla toimintakykyä rajoittavia sairauksia, joista yleisimpiä ovat muistisairaudet, aivoverenkiertohäiriöt, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet. Normaalit ikääntymismuutokset ja psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat ovat osa potilaan yksilöllistä toimintakykyä. Oman haasteensa tuo vieras ja laitospainen ympäristö. (Jämsen ym. 2015, 977–983.)

Ikääntymiseen kuuluvia fyysisiä muutoksia ovat muun muassa luuston haurastuminen, lihasmassan ja voiman väheneminen, hermosolujen määrän väheneminen ja oheneminen. Nivelistä kuluu ja kestävyys (maksimaalinen hapenotto) heikkenee. Verisuonten ja sydämen rakenne ja toiminta heikkenevät. Fyysisten muutosten lisäksi toki persoonallisuus ja suhtautuminen vanhenemiseen vaikuttavat toimintakykyyn. Vanhemiseen usein liittyvät sairaudet ja vammat saattavat aiheuttaa kierteen, jossa liikkuminen rajoittuu ja sen seurauksena toimintakyky edelleen alenee. (Rintala, Huovinen ja Niemelä 2012, 26–27.)

Iäkkään toimintakyvyn laskua voi kiihdyttää gerastenia eli hauraus-raihnausoireyhtymä (engl. frailty). Gerastenia ei kuulu normaaliin vanhenemiseen, vaan iäkkään terveydentila heikentyy ilman selittävää sairautta. Kuvaavaa sille on uupumus, tahaton laihtuminen, hitaus ja fyysinen inaktiivisuus. Silloin pienikin ylimääräinen stressitekijä kuten infektio tai uusi lääke voi romahduttaa elimistön tasapainon ja johtaa kaatumiseen, sekavuuteen tai alentuneeseen toimintakykyyn ja laitospaiteeseen. (Koivukangas, Strandberg, Leskinen, Keinänen-Kiukaanniemi ja Antikainen 2017, 425; Suomen Fysioterapeutit 2017.)

3.2 Vuodelevon vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn

Lyhytkin vuodelepo tai liikuntarajoitus heikentää nopeasti yleiskuntoa, tasapainoa ja voimaa iäkkäällä ihmisellä. Vuodelepo heikentää myös aerobista kuntoa. On ensiarvoisen tärkeää, että sairaalahoitossa oleva henkilö on pystyasennossa ja liikkeellä päivittäin. Toimintakyvystä riippuen olisi hyvä

pyrkiä joka päivä ainakin nousemaan seisomaan ja ottamaan muutama askel, jotta tasapainon säätelyjärjestelmät ja hengityselimistön toiminta pysyisivät ennallaan. (Pajala 2016, 21.)

Kortebainin mukaan (2008, 1076–1081) 10 päivän vuodelevossa lihaskunto heikkenee täysin terveilläkin ihmisillä. Samojen tutkijoiden aiempien tutkimustulosten perusteella vuodelevossa olevien potilaiden lihakset voivat surkastua jopa 1,5 kg kymmenen päivän vuodelevossa. Etenkin jalkojen lihakset kärsivät vuodelevosta. Heikentynyt alaraajojen lihasvoima puolestaan on riskitekijä muun muassa kaatuilulle ja lonkkamurtumille (Pajala 2016, 16).

Liiikuntakyky voi iäkkäällä potilaalla herkästi huonontua sairaalassaolon aikana, vaikka periaatteessa muuten potilas hoidettaisiin kuntoon, sillä ensimmäisen vuodelepoviikon aikana voima voi laskea jopa 5 % vuorokaudessa. Etenkin leikkauksenjälkeisessä vuodelevossa on suuri riski lihasvoiman ja aerobisen kunnon heikentymiseen (Dronkers, Witteman ja van Meeteren, 2016, 339-441). On tärkeää mobilisoida potilas niin pian kuin mahdollista, jotta tältä vältyttäisiin. Suurin osa potilaista on kannustettavissa pieniin siirtymisiin, vaikkapa vain ruokailun ajaksi istumaan nousuun. (Jämsen ym. 2015.) Liikkumisvaikeudet ja heikentynyt lihasvoima ovat tunnettuja toiminnan vajauksia, avuntarvetta, laitoshoidoa ja ennen aikaista kuolemaa aiheuttavia riskitekijöitä (Koskinen, Pitkälä, Saarenheimo 2008, 554).

4 VAIKUTTAVA GERIATRINEN KUNTOUTUS

4.1 Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi

Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi jokaisen potilaan kohdalla on hoitoon tullessa tärkeää (Finne-Soveri 2016, 1739). Arvioinnissa tarkastellaan lääketieteellisen diagnoosin ja fyysisen toimintakyvyn lisäksi iäkkään potilaan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Olennaista on huomioida potilaan omat voimavarat ja näkemykset kuntoutusta ja hoitoa suunniteltaessa. Syytä on myös selvittää iäkkään potilaan toimintakyky ennen akuuttia sairautta. Siihen tarvitaan ehkä omaisen tai kotihoidon henkilökunnan apua. Gerontologisen kuntoutuksen suositukset korostavat iäkkään potilaan elämänhistorian huomioimista ja yksilöllisyyttä normaalien vanhenemismuutosten ohella (Pikkarainen, Vaara ja Salmelainen 2014, 6). Kuntoutusarviossa tulisikin tarkastella laaja-alaisesti henkilön elämäntilannetta ja otetaan huomioon elämänhistoria, arjen kokonaisuus, yksilölliset elämäntavat ja toimintatyyli sekä elämäkokemukset (Koskinen ym. 2008, 551).

Harjulan sairaalassa tulovaiheessa potilaalle tehdään geriatrinen arviointi, jossa kartoitetaan potilaan peruselintoimintoja ja toimintakykyä laaja-alaisesti erilaisin mittarein sekä haastatellaan potilas ja tarvittaessa myös läheisiä. Potilaalle tehdään tavallisimmat lääketieteelliset mittaukset, muun muassa verenpaine, pulssi, verensokeri. Tulovaiheessa tehdään kaikille päivittäisten perustoimintojen sujumista kuvaava Barthelin indeksi ja tuolilta ylösnousutesti niille potilaille, joilla se on mahdollista. Lisäksi potilaan tarpeista lähtien voidaan tehdä esimerkiksi kaatumisvaaraa ennakoivat testit, ravitsemustilan arviointi, muistitutkimuksia ja niin edelleen. Lisäksi perehdytään lähettävän yksikön antamiin tietoihin. (Kortelainen, 2016-04-08.)

4.2 Moniammatillisuus ja kuntouttava työote

Kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien moniammatillinen yhteistyö ja samanlaiset näkemykset hoidon tavoitteista tukevat iäkkään potilaan kuntoutumista (Jämsen ym. 2015). Moniammatillisella yhteistyöllä voidaan hyödyntää eri ammattilaisten tietotaitoa ja näkemyksiä iäkkään potilaan voimavarojen tukemisessa. Oleellista on potilaslähtöinen ja kokonaisvaltainen työtapa, jossa otetaan potilas ja hänen läheisensä hoidon keskiöön. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 28.) On myös tärkeää kartoittaa potilaan aiempi toimintakyky ja asettaa tavoite yksilöllisesti ja realistisesti, siihen tarvitaan usein eri sidosryhmien kuten kotihoidon tai omaisten apua etenkin potilaan kognitiokyvyn ollessa alentunut esimerkiksi muistisairauden yhteydessä. Oleellista on myös panostaminen kuntoutukseen siitä hyötyvien potilaiden kohdalla; kaikkia ei ole mahdollista kuntouttaa eivätkä kaikki siihen motivoitu. (Pyykkö ja Jäntti 2014, 3185.) Iäkäs ihminen saattaa mieltää kuntoutuksen jopa tarpeettomana korkean ikänsä vuoksi (Koskinen ym. 2008, 551).

Yksi gerontologisen kuntoutuksen haasteista on toiminnan rytmin ja tempon sovittaminen iäkkäälle kuntoutujalle sopivaksi. Kuntoutustyöntekijät saattavat helposti käsittää kuntoutujan verkkaisuuden merkiksi siitä, että tämä ei ole kykenevä tekemään itse päätöksiä tai että hän ei ole motivoitunut

kuntoutumiseen. Tästä voi seurata, että ammattilaiset ottavat liian aktiivisen roolin ja tekevät päätökset ja suunnitelmat asiakkaan puolesta. Seurauksena on, että asiakas ei koe suunnitelmia omikseen, vaan ottaa itsekin passiivisen hoidettavana olijan roolin. Iäkäs kuntoutuja tarvitsee yleensä runsaasti aikaa ja arvostavaa tukea tilanteensa jäsentämiseen. (Koskinen ym. 2008, 551.)

Monissa tutkimuksissa on osoitettu, että moniammatillinen kuntoutus on avaintekijä muun muassa aivohalvaus-, reuma- ja lonkkamurtumapotilaiden sekä geriatristen potilaiden kuntoutuksessa (Johansen ym. 2012, 2040). Vahvinta näyttöä on aivohalvauspotilaiden kuntoutuksesta asiantuntevan moniammatillisen työryhmän avulla. Moniammatillinen kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman pian akuutin tilanteen jälkeen. Onnistunut ja hyvinkohdennettu geriatrinen kuntoutus vähentää laitoshoidon tarvetta ja parantaa toimintakykyä. (Koskinen ym. 2008, 557.)

Työyhteisön moniammatillisuuden toteutumisessa tärkeässä roolissa on myös johtaminen ja esimiehen vaikutus työyhteisön hyvinvointiin. Esimiehen kannustavalla asenteella ja avoimella keskustelulla on suuri merkitys työyhteisön hyvinvoinnille. Myöskin työntekijän vaikutusmahdollisuus omaan työhönsä ja sen kehittämiseen tukee myös potilaan kuntoutumista. (Laaksonen ja Ollila 2017, 262–266.)

Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön myös monenlaisia tiedon ja taidon näkökulmia, mikä saattaa hankaloittaa yhteistyön vaatimaan yhteisen kielen löytymistä. Tällöin eri alan edustajien erityisosaamisen, roolien ja käsitteistön yhteinen määrittelemine on onnistuneen yhteistyön edellytys. (Isoheranen 2008, 26–43.) Jokaisella työntekijäryhmällä tulisi olla tietoa vanhenemisprosessista, vanhuudesta elämänvaiheena, vanhan asiakkaan erityisyydestä, mutta sen lisäksi myös vanhuspolitiikan (esimerkiksi eläkkeet, vanhuspalvelut) tuntemusta (Koskinen ym. 2008, 551).

Moniammatillinen työote ei merkitse pelkästään eri ammattiryhmien mukanaoloa kuntoutustoiminnassa, vaan ennen kaikkea pyrkimystä määritellä kuntoutukselle yhteiset lähtökohdat ja tavoitteet sekä arvioida sen tuloksellisuutta laajassa viitekehityksessä. Vanhusten akuuteilla vuodeosastoilla on Suomessa edelleen liian vähäiset henkilökuntaresurssit aktiivisen, kuntouttavan työotteen mahdollistamiseksi. Fysioterapiaa ja toimintaterapiaa on tälle ryhmälle liian vähän tarjolla. Geriatreja, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja tarvitaan Suomessa enemmän koordinoimaan tämän asiakasryhmän kuntoutusta. (Koskinen ym. 2008, 551–558.) Viime aikoina onkin ainakin fysioterapeutin paikkoja vanhuspalveluihin ollut avoimena, mikä on mielestämme hyvä suuntaus.

4.3 Liikunta ja fyysinen aktiivisuus osana geriatrista kuntoutusta

Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa suotuisasti toimintakyvyn kaikkiin osa-alueisiin: se parantaa fyysistä kuntoa, tarjoaa iäkkäälle mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä virkistää ja piristää mieltä. Huomionarvoista on, että fyysisesti aktiiviset iäkkäät kokevat terveytensä paremmaksi vähän liikkuviin verrattuna (Heikkinen 2005, 193). Fyysisen aktiivisuuden osa-alue on terveysliikunta, jonka tunnuspiirteitä UKK-instituutin mukaan ovat säännöllisyys, kohtuukuormitus ja jatkuvuus. Kohtuullisesti kuormittava liikunta tarkoittaa mitä tahansa fyysistä toimeliaisuutta tai liikuntaa, jonka aikana

hengästyy kevyesti, mutta pystyy kuitenkin puhumaan. UKK-instituutti laskee esimerkiksi asiointimatkat terveystoiminnaksi ikääntyneillä. (UKK-instituutti: Ikääntyminen ja liikunta.)

Liikunnan avulla voidaan ehkäistä, hoitaa ja kuntouttaa monia yleisimpiä pitkäaikaissairauksia kuten tyypin 2 diabetesta, kohonnutta verenpainetta, lihavuutta, sepelvaltimotautia, sydämen vajaatoimintaa, astmaa, keuhkohtaumatautia ja nivelreumaa. Muun muassa sepelvaltimotaudin ja sydämen vajaatoiminnan kohdalla liikunnallisen kuntoutuksen on todettu vähentävän kuolleisuutta ja sairaalajaksoja. Luonnollisesti liikunta vähentää myös lihavuuteen liittyviä terveyshaittoja. (Kujala ym. 2015, 1700–1703.)

Varsinaisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon lisäksi liikunnalla on vaikutusta myös moniin tärkeisiin fysiologisiin toimintoihin. Fyysinen aktiivisuus muun muassa lisää päiväaikaista vireystilaa ja parantaa unen laatua sekä vaikuttaa ruokahalun ja suoliston liikkeeseen. (Heikkinen 2005, 192.) Myös erilaisten kognitiivisten sairauksien, esimerkiksi dementian ja Alzheimerin taudin, vaara pienee liikkuvilla henkilöillä, vaikka tutkimustieto ei olekaan vielä yksimielinen parhaasta liikuntamuodosta ja sen annostelusta näiden sairauksien hoidossa (Taylor 2014). Liikunta voi auttaa lievään depressiivisyyteen jopa yhtä tehokkaasti kuin lääkehoito ja terapia (Kujala ym. 2015, 1702).

Säännöllinen liikunta hidastaa lihas- ja luukatoa ja tasapaino, notkeus ja kävelykyky pysyvät pidempään hyvänä (Käypä hoito: Liikunta on lääke). Myös iäkäs, jopa 90-vuotias ihminen voi säännöllisellä harjoittelulla saada merkittäviä harjoitusvaikutuksia aikaan. Iäkkään ihmisen kohdalla on kuitenkin otettava liikuntaa koskevissa suosituksissa ja terveysneuvonnassa yksilöllisesti huomioon ikään liittyvä lisääntynyt sairastuvuus, toiminnanvajavuudet sekä lääkkeiden käyttö. (Heikkinen 2005, 191, 193.) Iäkkäille ei satu tapaturmia liikunnan yhteydessä sen enempää kuin nuoremmillekaan (Käypä hoito: Liikunta on lääke).

UKK-instituutti on tehnyt yli 65-vuotiaille oman liikuntapiirakan. Työikäisten ja yli 65-vuotiaiden liikuntasuosituksen painotusero näkyy piirakassa siten, että piirakan keskiosa on kasvanut: lihasvoimaa, tasapainoa ja notkeutta suositellaan harjoitettavaksi 2–3 kertaa viikossa. Erityisesti lihasvoiman tärkeyttä ikääntyneillä on korostettu. (UKK-instituutti: Viikoittainen liikuntapiirakka yli 65-vuotiaille 2014.) WHO:n terveystoimintasuosituksissa tähdennetään, että mikäli toimintakyky ei salli tällaisia liikuntamääriä, on iäkkään liikuttava niin paljon kuin on mahdollista oman toimintakyvyn puitteissa (WHO: Physical Activity and Older Adults).

UKK-instituutti on luonut omat suosituksensa myös apuvälineitä ja pyörätuolia käyttäville henkilöille (UKK-instituutti: Soveltavat viikoittaiset liikuntapiirakat 2014). Liikuntasuositukset on mahdollista täyttää myös laitoshoidon aikana, etenkin mikäli potilas pystyy liikkumaan itsenäisesti tai avustettuna. Kestävyyskunnan harjoittaminen UKK-instituutin suosituksen mukaisesti (2,5 h/viikko) vaatisi päivittäin parikymmentä minuuttia reipasta liikuntaa, johon iäkkään suosituksissa lasketaan myös muun muassa kotityöt ja asiointiliikunta. Lihasvoimaa ja tasapainoa olisi mahdollista harjoittaa itsenäisesti tai osaston/hoitopaikan fysioterapeutin kanssa. Ottaen huomioon Harjulan tavoitteen, että

potilaiden aktiivinen aika vuorokaudessa olisi kuusi tuntia, myös terveystieteiden suositusten pitäisi olla mahdollista täyttyä.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan kokemuksia toimintamittarin käytöstä iäkkäiden potilaiden aktivoinnin työvälineenä sekä mittarin avulla mitattua potilaiden aktiivista aikaa Kuopion kaupungin kuntoutusosastoilla. Opinnäytetyössä tutkittiin potilaille asetettujen aktiivisen ajan tavoitteiden ja niiden toteutumisen kohtaamista sekä osastojen henkilöstön kokemuksia mittarin käyttöönotosta ja vaikuttavuudesta työvälineenä potilaiden kuntoutumisessa.

Tavoitteena oli, että opinnäytetyö voi tarjota näkökulmia ja työkaluja mittarin käyttämiseen ja jatkokehittelyyn laajemmaltikin. Jos toimintamittarista koetaan olevan selkeää hyötyä potilaiden aktiivisuuden lisääntymiselle ja sitä myöten kuntoutumiselle, mittarin käyttö on edullista sekä yksilölle että yhteiskunnalle: kuntoutuja pääsee nopeammin palaamaan kotiinsa ja yhteiskunta saa säästöjä sairaalajaksojen lyhentyessä. Tällöin mittaria kannattaa ehdottomasti hyödyntää myös muualla kuin Kuopiossa.

Tutkimuskysymykset ovat:

Millaisia kokemuksia henkilökunnalla on toimintamittarin käytöstä potilaiden aktiivisen ajan lisäämiseksi?

Miten potilaille asetetut aktiivisen ajan tavoitteet toteutuvat eri osastoilla?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Yhteistyökumppani ja aikataulu

Lähtökohtana opinnäytetyössä oli selvittää toimintamittarin käyttöä iäkkäiden potilaiden kuntoutumisen työvälineenä sairaalajaksolla. Toimeksiantajana tutkimuksessa on Kuopion kaupunki, jonka kuntoutussairaalan kehittämishankkeeseen toimintamittarin käyttöönotto sisältyi. Kiinnostus aiheeseen virisi Savonian ja yhteistyökumppaneiden informaatiotilaisuudessa tammikuussa 2016. Työn suunnitteluvaiheessa yhteistyökumppanin edustajana oli yksi Kuopion kaupungin Harjulan sairaalan osastonhoitajista. Työ eteni toukokuun 2016 aihekuvauksesta opinnäytetyön esitykseen marraskuussa 2017. Aikataulu ja eteneminen kuvataan kuviossa 1.



KUVIO 1. Opinnäytetyön aikataulu ja etenemisen vaiheet.

Tutkimukseen osallistui viisi Kuopion kaupungin osastoa, joilla toimintamittari on otettu käyttöön tammikuussa 2016: Harjulan sairaalan akuuttiosastot 1 ja 2, kuntoutusosastot 4 ja 5 sekä Karttulan vuodeosasto. Näiden osastojen potilaat ovat suurelta osin iäkkäitä, jotka tulevat jatkohoitoon Kuopion yliopistollisesta sairaalasta tai terveyskeskuksen päivystyksestä. Potilaat voivat tulla osastolle myös oman tai yksityislääkärin läheteellä. Yleisimpiä sairauksia osastolle tulevilla potilailla ovat sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, dementia, keuhkosairaudet, infektiot, maksa-, munuais- tai suolistosairaudet ja neurologiset sairaudet. (Kuopion kaupunki: Harjulan sairaala, osastojen esitteet).

Kuntoutussairaala nimensä mukaisesti haluaa panostaa potilaiden kuntouttamiseen kotona tai jatko-
hoitopaikassa pärjääväksi. Osasto 1 on kuntoutuspainotteinen lyhytaikaisairaanhoidon osasto, jossa potilas voi hyvässä hoidossa odottaa jatkohoitopaikkaa. Osasto 2 on sisätautipainotteinen

akuuttiosasto. Kummallakin osastolla kuntoutuksen suunnittelu alkaa heti ensimmäisenä osastopäivänä. Kuntoutusosastoilla 4 ja 5 toiminta-ajatus on, että potilaan voimavaroja hyödynnetään kuntoutuksessa ja hoito on toimintakykyä ylläpitävää ja aktivoivaa. Myös potilaan omaiset ovat mukana kuntoutusprosessissa. Karttulan vuodeosastolla on lyhyt- ja pitkäaikaishoitopaikkoja sekä vuorohoitopaikkoja. (Kuopion kaupunki: Harjulan sairaala, osastojen esitteet.) Tavoitteena kaikilla osastoilla on potilaan vuoteessa olon minimoiminen ja aktiivisen ajan lisääminen kuuteen tuntiin vuorokaudessa.

Yhteistyökumppanin toiveena oli saada määrällisen aineiston avulla tietoa mittarin käytöstä ja eroista eri osastojen välillä. Määrällisen tutkimuksen kohderyhmänä olivat edellämainittujen osastojen potilaat ja heidän aktiivisuutensa. Laadullisen tutkimuksen osallistujat olivat potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvia työntekijöitä eri ammattiryhmistä samaisilta osastoilta. Työntekijät näkevät päivittäisessä työssään, aktivoiko mittari potilasta ja miten sen käyttö työkaluna kuntoutumisessa on toteutunut.

6.2 Harjulan toimintamittari

Opinnäytetyössä käsiteltävä toimintamittari on Kuopion kaupungin kuntoutussairaalahankkeessa kehitetty mittari, jolla seurataan potilaiden päivittäistä aktiivista aikaa. Mittariin kirjattu aktiivinen aika kirjataan päivittäin potilastietojärjestelmään. Tavoitteena on potilaan kuntoutuminen, tämän voimavarojen hyödyntäminen ja toimintakyvyn ylläpysyminen kotona tai muussa jatkohoitopaikassa selviytymistä tukevaksi (Kuopion kaupunki: Harjulan sairaala, osasto 5:n esite). Harjulan sairaalan hoitajat saivat alun perin idean toimintamittariin lappeenrantalaisesta Armilan kuntoutuskeskuksesta, jossa oli käytössä hieman vastaavanlainen mittari. Harjulassa haluttiin kehittää kuitenkin omanlainen, juuri heidän tarpeisiinsa sopiva mittari. (Lyhty 2016, 51.)

Toimintamittari on hyvin yksinkertainen ja helppokäyttöinen. Mittarin ulkomuodon on suunnitellut yksi Harjulan sairaanhoitajista. Se muistuttaa viivotinta ja on jaoteltu 15 minuutin jaksoihin (kuva 1). Aina kun aktiivista aikaa tulee, joko potilas itse, henkilökunta tai omainen voi siirtää mittarin osoitinta eteenpäin. Aktiivisuustavoite mietitään tuloarviossa tai lääkärinkierrolla moniammatillisen tiimin voimin. (Lyhty 2016, 51.)



KUVA 1. Toimintamittari. (Hytönen 2017-04-26)

Mittariin keskeisesti liittyvä käsite aktiivinen aika tarkoittaa kaikkea sitä aikaa, jonka potilas viettää poissa vuoteestaan. Aktiivinen aika sisältää sekä päivittäisten toimien yhteydessä liikkumisen että kuntouttavan harjoittelun. Potilaan aktiivinen aika koostuu muun muassa kaikesta liikkumisesta, harjoittelusta, kuntoutus-/hoitopalaverista, wc-käynneistä, ruokailusta aulassa ja muista päivittäisistä toimista. (sähköpostikirjeenvaihto, ylihoitaja Tikkanen.)

6.3 Aineistonkeruumenetelmät

6.3.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen aineisto muodostui työssämme huomattavasti määrällistä laajemmaksi, joten se on tutkimuksen pääasiallinen näkökulma. Tuomen ja Sarajärven (2013, 85) mukaan laadullisessa tutkimuksessa kuvataan jotain ilmiötä syvällisemmin eikä pyritä tilastollisiin yleistyksiin, mikä sopikin tämän opinnäytetyön luonteeseen hyvin. Laadullinen aineisto koostui maaliskuussa 2017 tehdystä haastatteluista, joissa kerättiin tietoa toimintamittarista potilaiden kuntoutumisen työvälineenä Kuopion kaupungin viiden kuntoutusosaston henkilökunnan näkökulmasta. Kaikkiaan haastatteluun osallistui 15 henkilöä, jotka edustivat eri ammattiryhmiä (lähihoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti).

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan kokemuksia ja asenteita toimintamittarin käytöstä Kuopion kuntoutussairaalahankkeessa. Suunnittelun alkuvaiheessa pidettiin yhteistyökumppanin edustajien kanssa palaveri, jossa pohdittiin opinnäytetyön sisällön muotoutumista heidän näkökulmastaan ja toiveistaan käsin. Sähköinen kysely oli aluksi vaihtoehtona, mutta siitä luovuttiin sen kliinisuuden ja mahdollisen heikon vastausprosentin vuoksi. Koska Kylmän ja Juvakan mukaan (2007, 16) laadullinen tutkimus pohjautuu ihmiseen, ihmisen kokemuksiin omasta elämänpäristään ja niistä syntyviin merkityksiin, aineistonkeruumenetelmäksi valittiin haastattelu, jonka avulla saataisiin laajasti tietoa tutkittavasta aiheesta.

Haastattelun laatiminen edellyttää perehtymistä tutkittavaan aiheeseen, joten tutkimuksen suunnittelu aloitettiin etsimällä teoretietoä iäkkäiden potilaiden toimintakyvyn tukemisesta ja kuntoutumisen edistämisestä sairaalajaksolla (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 13). Tietoa etsittiin myös moniammatillisuudesta geriatrisessa kuntoutuksessa. Lisäksi perehdyttiin teoretietoon haastattelun suunnittelemisesta ja toteuttamisesta, jotta aineiston keruu olisi mahdollisimman helppoa ja tehokasta. Tietoa etsittiin sekä itsenäisesti että korkeakoulun kirjaston informaattikon avustuksella.

Haastattelut päätettiin toteuttaa ryhmähaastatteluina. Alun perin suunnitelmissa oli yksilöhaastattelu, koska kummallakaan tekijällä ei ole aiempaa kokemusta haastatteluista. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 61-63) mukaan etenkin aloittelevalle haastattelijalle yksilöhaastattelu voisi olla helpompi ratkaisu, mutta tiedonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, koska näin saatiin ajankäyttöä tehokkaammaksi ja tietoa samaan aikaan monelta henkilöltä. Ohjaava opettaja oli myös ryhmähaastattelun kannalla juuri ajankäytön optimoimiseksi, mikä olikin hyvä ratkaisu. Lisäksi ryhmähaastattelu mahdollistaa aiheesta käytävän keskustelun, mikä voi olla kiinnostavaa ja hyödyllistä sekä tutkimuksen että työpaikan käytänteiden kannalta (Kylmä ja Juvakka 2007, 85).

Haastateltavien valinta oli tarkoitus tehdä arpomalla kultakin viideltä osastolta yksi jokaisesta potilaan hoitoon ja kuntoutukseen ja mittarin käyttöön osallistuvasta ammattiryhmästä (fysioterapeutti, lähihoitaja ja sairaanhoitaja). Asiasta tehtiin sähköpostitiedoksianto kaikkien osastojen osastonhoitajille, jotta he voisivat tiedottaa henkilökuntaa. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on osallistujan oma kokemus tutkittavasta ilmiöstä, näin mittarin käytöstä saadaan kattavaa tietoa (Kylmä ja Juvakka 2007, 58). Arpomisen tarkoitus kuitenkin oli, että haastatteluun ei valikoidu vain mittariin lähekköhtaisesti positiivisesti suhtautuvia henkilöitä.

Teemahaastattelun teemat ja kysymykset muotoutuivat opinnäytetyön prosessin edetessä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa teemat on mietitty tarkoin etukäteen, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys eivät ole tarkasti määriteltyjä (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 48, 54). Siinä keskustelu etenee haastateltavien ehdoilla ja haastattelija tekee tarkentavia kysymyksiä ja huolehtii, että pysytään aiheessa (Kananen 2014, 76). Teemahaastattelussa on mahdollisuus palata tarvittaessa jo käsiteltyihin asioihin (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 73). Haastattelun onnistumisessa korostui hyvä työsuunnitelma: aiheeseen perehdyttiin huolellisesti etukäteen, jotta haastattelun ohjailu ja haastateltavien motivointi onnistuvat. Haastateltaville laadittiin saatekirje, joka on nähtävissä liitteessä 1.

Yhteistyökumppanin edustajan kanssa pidettiin palaveri, jonka pohjalta lopulliseen haastatteluun muotoutui karkeasti jaotellen neljä teemaa, joissa tavoite on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymyksiin (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 75). Ensimmäinen teema käsitteli haastateltavan työnkuvaan ja sitä, kuinka hän aktivoi potilasta ja mitä laskee potilaan aktiiviseen aikaan. Toinen teema liittyi toimintamittariin ja sen käyttöön liittyviin kokemuksiin. Kolmas teema vei näkökulman potilaaseen ja tämän omaisiin, erityisesti siihen, käyttävätkö myös omaiset ja potilaat mittaria vai onko se vain henkilökunnan työkalu. Neljännessä teemassa käsiteltiin kehitysideoita mittarin käyttöön liittyen. Haastattelun runko on liitteessä 2.

Haastattelujen sopiminen aloitettiin siinä vaiheessa, kun opinnäytetyön tutkimuslupa saatiin helmikuussa 2017. Haastetta oli saada haastatteluihin osallistujien ja tutkimuksen tekijöiden aikataulut yhteensovitettua, koska osallistujat toimivat eri organisaatioiden alaisuudessa. Fysioterapeutit kuuluvat kuntoutuksen tiimiin ja hoitajat osastojen henkilöstöön. Hoitajien haastatteluun osallistumiseen vaikutti suuresti osastojen aikataulut ja työn potilaslähtöisyys. Aikataulujen järjestäminen vaati yllättävän runsaasti aikaa, sähköpostikirjeenvaihtoa ja puheluita osastonhoitajien, fysioterapeuttien esimiesten ja tutkimuksen tekijöiden välillä. Lopulta haastatteluun osallistujat olivat haastatteluajan kohtana työvuorossa olevat lähihoitaja ja sairaanhoitaja, jotka osastonhoitaja oli tehtävään valtuuttanut. Fysioterapeuttien kanssa ajat sovittiin erikseen ja he osallistuivat aina mahdollisuuksien mukaan oman osastonsa haastatteluun. Kaikilla osallistujilla oli kuitenkin kontaktipinta tutkittavaan ilmiöön, joka on laadullisessa tutkimuksessa oleellista, ja näin mittarin käytöstä saatiin kattavaa tietoa (Kylmä ja Juvakka 2007, 58).

Haastattelut toteutettiin Harjulan sairaalan tiloissa, joissa oli aina osastonhoitajien varaama kokoushuone käytössä. Karttulassa haastattelu pidettiin fysioterapeutin vastaanottotilassa. Ennen haastattelun aloitusta jokainen osallistuja sai luettavakseen suostumuslomakkeen, jossa kuvattiin haastattelun tarkoitus ja tietosuojan ja anonymiteettiin liittyvät asiat. Haastateltavien oli ollut tarkoitus saada tietoa opinnäytetyöstä jo osastonhoitajien kautta, mutta haastattelun aluksi käytiin aina läpi opinnäytetyön tavoitteet, kerrottiin missä opinnäytetyö ja siihen liittyvä artikkeli mahdollisesti julkaistaan ja käsiteltiin eettiset seikat, esimerkiksi kuinka anonymiteetti varmistetaan ja kuka aineistoon pääsee tutustumaan. Anonymiteetin säilyminen on tärkeää, koska haastateltavan on voitava luottaa, että hänen kertomansa tiedot säilyvät luottamuksellisina. Se on keskeistä haastattelun onnistumisen kannalta. (Mäkinen 2006, 116; Metsämuuronen 2006, 113.) Haastattelut taltioitiin tarkoitusta varten Savonialta lainatulla nauhurilla. Haastatteluaineistot säilytetään käsittelyä ja analyysia varten siihen asti, että valmis opinnäytetyö on julkaistu Theseuksessa, minkä jälkeen ne tuhotaan.

6.3.2 Määrällinen tutkimus

Määrällinen aineisto tukee laadullista aineistoa ja sen luonne tutkimuksessamme oli lähinnä kuvailtava. Usein on järkevää valita joko laadullinen tai määrällinen tutkimus pääasialliseksi tutkimusotteeksi, koska ne eroavat toisistaan melko paljon. Tällöin toissijainen tutkimusote lihavoittaa ja havainnollistaa analyysia ja antaa siihen lisätietoja. (Metsämuuronen 2006, 134.) Opinnäytetyön määrällinen osuus toi tietoa tutkittavasta ilmiöstä, muun muassa kuinka asetettuihin aktiivisuustavoitteisiin päästiin. Se myös antoi konkreettisia lukuja esimerkiksi siitä, oliko kaikille potilaille edes asetettu tavoite, kuten tarkoitus oli. Myös toimeksiantaja oli kiinnostunut siitä, kuinka hyvin tavoitteisiin eri osastoilla päästään.

Määrällisenä aineistona kerättiin tietoa potilaiden aktiivisen ajan kertymisestä ja samalla tarkastellaan, onko eri osastojen potilaiden välillä eroja tavoitteiden saavuttamisessa. Kuntoutusosastoilla yöhoitajat ottavat aina kunkin osaston potilaan mittarista päivän aktiivisen ajan ylös ja kirjaavat sen hoitokertomukseen (Lyhty 2016, 51). Osastonsihteerit keräsivät aineistoa varten nämä lukemat tekemäämme tutkimuslomakkeeseen (liite 3). Yksittäisestä potilaasta ei kerätty tunnistettavissa olevia tietoja. Kultakin tutkimukseen osallistuvalla osastolta kerättiin dataa viikon ajalta potilaiden päivittäisestä aktiivisesta ajasta. Yhdellä osastolla potilaita on kolmekymmentä, jolloin koko aineisto koostuu n. 150 potilaan tiedoista, joten määrällisen tutkimuksen kriteerit täyttyivät siltä osin (Vilka 2007, 17).

Ennen aineiston keruuta kävimme Harjulassa esittelemässä kuntoutusosastojen osastonsihteereille työsuunnitelman sekä laatimamme strukturoiden taulukon, johon tiedot merkitään. Liitteenä 3 olevaan taulukkoon osastonsihteerit keräsivät kullakin osastolla potilaiden potilasmerkinnöistä seuraavat tiedot: potilaan osasto, syntymävuosi ja sukupuoli, asetettu aktiivisuustavoite ja sen mahdollinen muutos sekä päivittäinen saavutettu aktiivinen aika. Tutkittavat asiat oli vakioitu lomakkeeseen ja muuttujat ilmaistiin numeroin (Vilka 2007, 15). Tiedot kerättiin takautuvasti yhdessä osastonsihteerien kanssa sovitulta viikolta, jotta aineistoon ei vaikuttanut esimerkiksi yritys kirjata potilastietojärjestelmään asioita eri tavalla kuin normaalisti.

Esittelyn yhteydessä keräsimme lomakkeesta palautetta ja muutosehdotuksia sekä opastimme sen täytössä. Sen lisäksi lomakkeessa oli kirjalliset täyttöohjeet. Tästä huolimatta täyttö ei kaikilta osin onnistunut ja osa lomakkeista oli täytetty ohjeista poiketen. Kerätty määrällinen data käy kyllä aineiston (osastojen potilasaineuksen ja potilaiden aktiivisuuden) kuvaamiseen, mutta siitä ei olisi mahdollista tehdä esimerkiksi osastojen välisiä vertailuja, koska ensinnäkin lomakkeiden täyttötavassa oli eroja ja toisaalta haastatteluissa kävi ilmi, että toimintamittarin käytössä ja siihen merkittävän aktiivisen ajan merkitsemisessä ei ole yhtenäistä käytäntöä. Eri osastojen aktiivisuuslukemia ei voida pitää siksi toisiinsa verrattavina.

6.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Laadullisen haastatteluaineiston käsittely aloitettiin litteroimalla eli puhtaaksikirjoittamalla aineisto käsittelyn helpottamista varten (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 138). Haastattelumateriaalia kertyi yhteensä viisi tuntia, aukikirjoitettuna yli kahdeksankymmentä sivua. Haastattelujen litterointi on tärkeä tutkimuksen vaihe, jossa tavoitteena on säilyttää todellisuus mahdollisimman tarkkaan. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysia voi tapahtua jo aineiston keruun aikana, kun haastattelija pohtii asiaa haastateltavan näkökulmasta. (Kylmä ja Juvakka 2007, 110.)

Valittu laadullinen analyysimenetelmä on sisällönanalyysi, joka on yksi laadullisen tutkimuksen menetelmistä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoitus tiivistää aineisto kadottamatta alkuperäistä informaatiota. Aineistosta karsitaan tutkimukselle merkityksetön tieto pois ja etsitään tutkimustehtävän kysymykseen vastaavia pelkistettyjä ilmauksia (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 109). Pelkistämisen jälkeen ryhmitellään aineistoa, etsitään pelkistettyjen ilmauksien eroavaisuuksia ja samantyyppisiä. Lopulta aineistolähtöisessä analyysissä päädytään aineiston abstrahointiin, jossa yhdistämällä samansisältöiset luokat saadaan yläluokat. (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29.) Kuviossa 2 kuvataan analyysin päävaiheet.



KUVIO 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin päävaiheet.

Aineistoa tutkittiin sisällönanalyysin näkökulmasta poimien esiin mittarin käyttöä ja henkilöstön kokemuksia kuvaavia ilmauksia. Materiaali käytiin läpi merkitsemällä yliviivaustussilla aiheeseen liittyvät alkuperäiset ilmaukset. Haastattelussa käytetyt teemat olivat löyhästi johdattamassa aineiston etsimistä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voi mahdollistaa myös sen, että aineistosta nousee esiin asioita, joita tekijät eivät ole etukäteen ajatelleet sieltä nousevan. (Kylmä ja Juvakka 2007, 113–117.) Aineistosta löytyi muun muassa mittarin käyttöä kuvaavia asioita työyhteisön moniammatillisesta näkökulmasta potilaan ja omaisen rooliin mittarin käyttäjänä. Taulukossa 1 kuvataan alkuperäisen lainauksen pelkistämistä.

Alkuperäisiä lainauksia on saatettu muokata kevyesti esimerkiksi sensuroimalla nimiä, osaston numeroita tai muita tunnistetietoja, poistamalla puhekielisiä täytesanoja (esim. niiku) tai lisäämällä hakusulkeisiin lainauksen ymmärtämisen kannalta välttämätön täydennys, joka ei tule ilmi yksittäisen alkuperäisen ilmauksen kontekstissa (ks. esim. taulukko 1). Kaksoisviiva -- tarkoittaa, että lainauksen keskeltä on jätetty pois jotain aiheen kannalta merkityksetöntä sisältöä.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
<p>”... ne on kans haastavia et myö otetaan lounaalle vaikka pyörätuoliin istumaan ja jätetään lounaan ajaksi, lähetään syömään ja sit ku hoitaja vaikka auttaa sänkyyn, niin ei välttämättä tiä et moneltako se on noussu istumaan, et siinäki pitäis tehdä yhteistyötä.” (haastattelu 3)</p>	<p>Sovitut käytännöt ammattiryhmien välillä mittarin käytössä tarpeen</p>
<p>”Jonkun mielestä saattaa olla, että vuodepotilaalla ei toiminta mittarilla lähde minnekään, kun taas minun mielestä se kyllä värähtää, jos häntä on aktivoitu.” (haastattelu 5)</p>	<p>Millainen toiminta vuodepotilaalla lisää aktiivisuusmiinutteja.</p>
<p>”Jokaisen potilaan kohalla [pitäisi olla yhteiset, sovitut sisällöt]. Että jos joku potilas jaksaa ehkä WC:n käydä....aktiivisuusmittarin tavote on se, että onko se WC-käynteihin, meneekö päivän aikana puoltoist tuntia. Onko se realistinen, se ois hoitajan kans mietitty yhdessä.” (haastattelu 2)</p>	<p>Potilaalla yhteisesti laaditut mittarin tavoitteet</p>
<p>”Mistä se lähtis se toimintamittarin käyttö sitte.... lähtee se heti siitä ku se tulee vai sitten vasta kun ollaan saatu se akuutein vaihe hoidettua, että päästään hänen kansa kuntoutumaan....” (haastattelu 3)</p>	<p>Missä vaiheessa kuntoutumista mittari tulisi ottaa käyttöön</p>

Määrällisellä analyysillä pyritään yleensä selvittämään esimerkiksi ilmiöiden syy-seuraussuhteita, niiden välisiä yhteyksiä tai niiden yleisyyttä ja esiintymistä numeroiden ja tilastojen avulla. Määrälliseen analyysiin sisältyy runsaasti erilaisia laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. Tutkimuksesta riippuen määrälliseen analyysiin voi sisältyä esimerkiksi yhteisvaihtelun, riippuvuussuhteiden tai aikasarjan analysointia tai erilaisten luokittelujen tekemistä. Määrällisiä analyysimenetelmiä käytettäessä on koko tutkimusprosessi yleensä hahmoteltava jo etukäteen, sillä ongelmanasetteluun, aineiston hankintaan sekä analyysimenetelmään liittyvät valinnat vaikuttavat toisiinsa. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Koska määrällisen aineiston keruumme ei onnistunut aivan odotetulla tavalla, emme myöskään analysoineet aineistoa millään erityisellä menetelmällä. Tarkastelimme täytettyjä aineistonkeruulomakkeita Excel-tilukko-ohjelmassa, minkä perusteella kuvasimme aineistosta esimerkiksi sitä, millaisia

tavoitteita potilaille on asetettu ja kuinka niihin on päästy, sekä muun muassa laskimme erilaisia keskiarvoja ja summia eri osastojen potilaiden aktiivisuudesta.

6.5 Eettisyys tutkimuksen tekemisessä

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut suomalaisen tiedeyhteisön kanssa ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä (lyhyemmin HTK-ohje). HTK-ohjeen antamaa mallia hyvästä tieteellisestä käytännöstä noudatetaan kaikilla tieteenaloilla. Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat muun muassa rehellisyys ja tarkkuus tutkimustyössä, avoimuus sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaiset ja eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät. Myös asianmukaiset lähdeviitteet ovat osa hyvää tieteellistä käytäntöä, koska viitteillä annetaan muiden tutkimustyölle sille kuuluva arvo. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–6.) Opinnäytetyöprosessissa keskeisiä ovat tiedonhankinta- ja raportointikysymykset, eli kiinnitetään huomiota työssä käytettyjen lähteiden laadukkuuteen ja ajankohtaisuuteen sekä niiden oikeanlaiseen lainaamiseen ja niihin viittaamiseen (Mäkinen 2006, 128–132).

Suomessa myös sosiaali- ja terveysalalla on oma eettinen neuvottelukuntansa, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, joka käsittelee erityisesti potilaan ja asiakkaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. (ETENE.) Näiden suhteen ei opinnäytetyön teossa tullut ongelmia, koska tunnistettavissa olevia potilastietoja ei kerätty ja kaikki keräämämme tieto oli anonyymiä. Tutkimuksemme koski mittarin käyttöä ja henkilökunnan näkemystä sen hyödyistä tai haitoista, ei potilaiden henkilökohtaisia asioita.

Luotettavuuskriteerit laadullisessa tutkimuksessa liittyvät tutkimuksen tekijään, aineiston laatuun, sen analysointiin ja tulosten esittämiseen. Haastatteluun kerätty tieto perustuu paljon siihen, miten tekijä on tavoittanut tutkittavan ilmiön. (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Tärkeitä eettisiä lähtökohtia laadullisessa tutkimuksessa ovat haastateltavan vapaaehtoisuus, anonymiteetti sekä haastattelun luottamuksellisuus. Haastattelutilanteessa ilmeni, että osa haastateltavista tuli osastonhoitajan määräämänä ja oli kuullut valinnastaan juuri ennen haastattelua, mikä ei ollut alkuperäinen suunnitelmamme.

Analyysiprosessissa haastateltavien koodaamiseen voidaan anonymiteetin varmistamiseksi käyttää esimerkiksi numeroita nimien sijaan (Kylmä ja Juvakka 2007, 153). Aineistossamme sekä haastateltavat että haastattelut oli koodattu sattumanvaraisesti numeroin, jolloin aineistosta poimittuja asioita ja lainauksia ei voida yhdistää tiettyyn työntekijään tai osastoon. Kaikki aineisto säilytetään käsitteilyä ja analyysiä varten siihen asti, että valmis opinnäytetyö on julkaistu Theseuksessa, minkä jälkeen ne tuhoataan.

Tiedonantajalle eli haastateltavalle ei tutkimuksesta ole suoranaista hyötyä, mutta se voi edistää tietoisuutta tutkittavasta asiasta (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2003, 39). Haastatteluissa syntyikin

pohdintaa moniammatillisesta yhteistyöstä ja mittarin yhteisistä käytänteistä sekä ajatuksia mittarin jalostamiseksi paremmin potilaita palvelevaksi.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Toimintamittari osana työyhteisön toimintaa

Laadullisen aineiston analyysivaiheessa haastatteluista löytyi erityisesti kolme näkökulmaa, jotka kertovat henkilökunnan kokemuksista toimintamittariin liittyen. Näitä ovat toimintamittari osana työyhteisön toimintaa, itse toimintamittarin ominaisuudet (esimerkiksi sen fyysinen käytettävyys sekä hyöty kuntoutukselle) sekä potilaat ja omaiset toimintamittarin käyttäjinä (ks. sisällönanalyysin kategoriat, liite 4). Pääkategorian *toimintamittari osana työyhteisön toimintaa* ylä- ja alakategoriat esitetään taulukossa 2. Taulukoissa esitetyt pelkistetyt ilmaukset eivät muodosta koko laadullista aineistoa, vaan taulukoihin on valittu muutamia esimerkkejä.

Tässä analyysissä työyhteisönä on mielekästä käsittää kunkin haastattelun osallistujien työskentelyosasto. Työyhteisön kokemuksia ja asenteita toimintamittarista käsitellään sekä koko yhteisön että yksittäisen työntekijän näkökulmasta. Esiin nousi kategorioita siitä, kuinka toimintamittari vaikuttaa tai ei vaikuta yksittäisen työntekijän työskentelyyn, kuinka toimintamittaria käytetään ja kenen tehtävä se on, mikä on moniammatillisuuden merkitys kuntoutuksessa ja toimintamittarin käytössä sekä mikä on toimintamittarin asema työyhteisössä, eli millaisia ajatuksia ja kokemuksia työyhteisön jäsenillä siitä on.

TAULUKKO 2. Analyysi pääkategoriasta *toimintamittari osana työyhteisön toimintaa*.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Kuntouttava työote toteutuu ilman mittariakin	Mittari ei vaikuta työtapaan	Toimintamittarin vaikutus yksittäisen työntekijän työtapaan
Seuranta motivoi potilaiden aktivoimiseen	Mittari motivoi henkilökuntaa potilaiden aktivoimiseen	
Jokainen siirtää mittaria työvuoron aikana	Mittarin osoittimen siirtäminen	Toimintamittarin käyttötapa
Toiminnot kirjataan mutta joku muu arvioi ajan		
Eri potilailla erilainen toiminta aktiivisuutta; yksilöllinen määrittely aktiiviselle ajalle	Aktiivisen ajan määrittäminen	Toimintamittarin asema työyhteisössä
Toimintamittarin tavoite ei välttämättä vaikuta kuntoutukseen	Tavoitteiden asettaminen	
Tavoitteen asettaminen moniammatillisesti tuloarvion yhteydessä; tavoitteen päivittäminen voinnin mukaan		
Ei tietoa käytännöistä	Yhteisöt käytännöt	
Käytännöt vaihtelevat sen mukaan, kuka töissä		
Lääkäri on potilaalle tärkeä auktoriteetti	Eri ammattiryhmät toimintamittarin käyttäjinä	Moniammatillisuus
Lääkärit eivät käytä toimintamittaria, mutta ovat muuten aktiivisia kuntouttajia		
Kirjaaminen tekee toiminnan laadun ja sisällön näkyväksi	Kirjaamisen merkitys	Toimintamittarin asema työyhteisössä
Kaikki työntekijät eivät ole saaneet perehdytystä mittarin käyttöön	Perehdytys käyttöön	
Henkilökuntaa ei ole otettu välttämättä riittävästi mukaan toimintamittarin käyttöönottoon		
Toimintamittari keino tarkkailla henkilökunnan työtä	Toimintamittari annettu ylhäältä käsin	
Mittari kulkee mukana arjessa; mittarin merkitys ei selvä	Työyhteisön suhtautuminen toimintamittariin	
Mittari on yksi muistettava asia lisää; mittarin tuomaa lisäarvoa ei nähdä		

7.1.1 Toimintamittarin vaikutus yksittäisen työntekijän työtapaan

Haastatteluissa kysyttiin, kokeeko haastateltava toimintamittarista hyötyä kuntoutukseen ja vaikuttaako toimintamittarin käyttäminen hänen tapaansa kuntouttaa ja aktivoida potilaita. Kategorioiksi muodostuivat *mittari ei vaikuta työtapaan* sekä *mittari motivoi henkilökuntaa potilaiden aktivoimiseen*, joista ensin mainittu nousi huomattavasti vahvemmin vastauksista esiin. Useat haastateltavat toivat myös esiin, että heidän omassaan sekä osaston työskentelytavassa pyritään joka tapauksessa kuntouttavaan työotteeseen, eikä toimintamittari ole tuonut muutosta asiaan. Myös hoitosuunnitelmaa tehdessä tavoitetta mietitään joka tapauksessa, myös ilman mittaria.

Eka iltana tehhään semmonen pintaraapasu-HoSu ja seuraavana päivänä sitten ku nähähän ku jumppari on tullu kaveriks siihe....Nähähän, miten pääsee ylös, ni sitten ruvetaan tarkentamaan sitä hoitosuunnitelmaa. Ja tottakai se on aina se, tietysti se murtuman paraneminen tai liikkuminen ja murtuma/murtuman paraneminen se tavoite, mutta tuota... Tuntuu, että sitä tehhään sitä miettimistä jo ihan ilman sitä mittariaki. (haastattelu 4)

En tiää, kyllä minä ainakin henkilökohtaisesti, minä kyllä kuntoutan ja vien, siitä huolimatta, oisko sitä mittaria tai ei. (haastattelu 5)

Ei oo tuonu minunkaa työhön mitään uutta lisäarvoa. Korkeintaan yhen uuden asian joka pitää muistaa ni sen se on tuonu lisää. Että ei se minun työtapaani ole millään tavalla muuttanut. (haastattelu 2)

Aineistossa oli vain muutama maininta siitä, että toimintamittari olisi jollain tapaa lisännyt kuntouttamista tai muutoin vaikuttanut omaan työskentelytapaan. Tässä tapauksessa vastaaja koki hyödyn tulevan siitä, että aiemmin kuntouttavan työotteen toteutumista ei ole seurattu ja nyt kun mittarin lukemia kirjataan ylös, se lisää henkilökunnan painetta aktivoida potilaita. Lisäksi vastaaja mainitsee mittarin käyttöönoton saaneen ajattelemaan tarkemmin aktivoimista. Toinen vastaaja taas piti hyvänä, että toimintamittari antaa kokonaiskuvan potilaan päivittäisestä aktiivisuustasosta. Kysyttäessä asiaa useampi vastaaja piti hyvänä, että mittari tekee päivittäisen aktiivisuuden määrän näkyväksi sekä henkilökunnalle että potilaalle, mutta ei koe toimintamittarin silti vaikuttavan kuntoutukseen.

Mut on se [mittari] kuitenkin varmaan tietyllä tavalla herättäny sitte [ajattelemaan]. Että eihän meillä, ennen se oli ihan se ja sama ku ei seurattu millään tavalla. Et nyt on pikkasen edes jonkunlaista ruoskaa siellä. (haastattelu 2)

Minusta se on toisaalta, se on ihan hyvä juttu, että siinä näkee päivittäin, että miten on oltu poissa tai kuntoutettu tai... Että kyllä se silleen sen kokonais.. (haastattelu 5)

7.1.2 Toimintamittarin käyttötapa

Haastatteluissa kysyttiin yleisten asenteiden lisäksi myös kunkin haastateltavan tavasta käyttää mittaria sekä mitä tämä laskee aktiiviseksi ajaksi. Erityisesti vastauksissa nousi esiin, että käyttötavat ovat hyvin vaihtelevia. Lisäksi kysyttiin osaston yhteisistä käytännöistä liittyen toimintamittarin käyttöön ja mittarin aktiivisuustavoitteiden asettamiseen. Alakategorioiksi muodostuivat *mittarin osoittimen siirtäminen*, *aktiivisen ajan määrittäminen*, *tavoitteiden asettaminen* sekä *yhteiset käytännöt*.

Yleinen toimintatapa oli, että kukin henkilökunnan jäsen siirtää mittarin osoitinta itse aina ollessaan potilaan kanssa liikkeellä, esimerkiksi avustaessaan potilasta wc:hen tai syömään. Useampi haastateltava toi kuitenkin esiin, että mittarin osoittimen siirtäminen unohtuu toisinaan, mikä on tietysti inhimillistä. Usealla osastolla oli myös tapana, että mikäli mittari näyttää yövuoron aikana nolaa, yöhoitaja tekee arvion päivittäisestä aktiivisuudesta potilaskertomukseen perehtymällä. Haastatteluissa tehtiin huomio, että aktiivisen ajan merkitseminen on helpointa avustettavien potilaiden kanssa, koska tällöin hoitaja on aina läsnä, kun toiminta alkaa ja loppuu. Itsenäisesti toimivien potilaiden kohdalla potilaat itse pitäisi saada kiinnostumaan mittarista ja sen siirtämisestä. Joskus potilas osaa myös itse kertoa henkilökunnalle, kuinka kauan on ollut jalkeilla ja aktiivisena. Potilaan ottaminen mukaan toimintamittarin käyttöön tietenkin aktivoi potilasta myös henkisesti.

Mä ainakin yritän aina päivän mittaan laittaa sinne mittariin ylös niitä aikoja jonka potilas on ollut jalkeilla. (haastattelu 1)

Me [osastolla x] tehtiin nii että -- ku mä katoin kellosta ku me alotettiin ni 20 vaille 11, mä vein aulaan, hän jakso vielä jäädä esimerkiks ruokailuun, joka oli iso asia jo, et 12 ruokailu. Ni mä kerroin sen huoneen hoitajalle, 20 vaille 11 tämä ihminen on noussut ylös. Hoitaja joka sen sänkyyn avusti, ni hän sitten periaatteessa kellon sitte laittaa siihen kohti et paljonks sitä aikaa tulee. Et se oli siellä sillä tavalla tarkkaa. Totta kai niitä unohduksia itse kulleki tuli, et ei katsonut kelloa. Mutta se ajatus oli. Mut se oli niin selkeätä, ku siellä ne selkeesti avustetaan ylös ja avustetaan sänkyyn. (haastattelu 2)

Siinäkin muodossa oon sitä aktiivisuutta käyttäny hyväkseni, että oon saattanu potilaalta kysyä, kun oon auttanu vuoteeseen, että miten pitkää ootte ollu jo jalkeilla. Sitte he osaa suurin piirtein arvioida, että jos en oo itse ollut auttamassa potilasta liikkeelle, niin niissä tilanteissa sitten he pystyy itekin kommentoimaan asiaa. (haastattelu 1)

Osalla haastateltavista oli myös omia käytäntöjä, esimerkiksi, että ei siirrä ollenkaan mittaria vaan kirjaa tarkemmin potilaskertomukseen, mitä potilas on päivän aikana tehnyt. Tällöin toimintamittarin aktiivisen ajan arvioiminen jää jonkun toisen, yleensä yöhoitajan vastuulle. Tarkemmin kirjaamisen merkitystä käsitellään luvussa 7.1.3.

Mut en sitte kyllä kirjaa aikaa, niinku ajallisesti. Ku mä kirjaan kyllä et on käyny vessassa sinne WC-toimintoihin, ruokailuun mis on ruokaillu, kenties aulassa. Tämmöset kirjaan sinne, mut en minä laita sinne et ollu menny vaikka tunti. Et ne jää kyllä sitte, et sitte se joka arvioi ni se arvioi jotenki. Itekki yövuoroja tehny ni ku siellä ne nollat osottaa, ni sitte on annettu että no rupee arvioimaan kirjausten perusteella, ni just mä nyt tiän hoitajana et paljo menee ku käy syömässä ja mä arvioin sitte. (haastattelu 2)

Haastatteluissa yhtenä ongelmakohtana toimintamittarin käytössä tuotiin esiin, että osastoilla ei ole selkeitä käytäntöjä siitä, mikä lasketaan aktiiviseksi ajaksi. Esimerkiksi istuminen voi olla huonokuntoiselle potilaalle aktiivista aikaa, jollekin toiselle taas ei. Tähän tarvittaisiin yksilöllisyyttä tavoitteiden luomisessa sekä keskustelua työyhteisössä siitä, mikä on kenenkin potilaan kohdalla aktiivista toimintaa. Kävi myös ilmi, että aina yhteisiä käytäntöjä ei ollut, vaikka henkilökunta niin ajatteli. Esimerkiksi alla olevat alkuperäiset ilmaukset ovat kaikki saman osaston haastattelusta ja niissä tuodaan useampi toimintatapa esiin: erään haastateltavan mielestä on olemassa ohjeistus, että kaikki

potilasta aktivoiva merkitään mittariin, toisen mielestä taas heidän osastollaan mittaria käytetään enemmänkin aktiivisten toimintojen määrän kuin aktiivisen ajan merkitsemiseen.

Toki se riippuu siitäkkin, että minkä kuntoinen potilas on. Että jos on potilas, joka muuten ois aika pitkälti vuoteessa ja jaksaa istua jonkin aikaa vaikka nyt sitten vähän näin, niin kyllähä se [istuminen] on hänelle sitä aktiivisuutta tuovaa, tai kyllä hän joutuu kuitenkin jotain tekemään, että hän siinä on. Mutta sitten taas joku, joka heittää täällä lenkkiä ja sitten torkahtaa tuolissa, niin se ei ehkä taas oo sitte sitä [aktiivisuutta]. (haastattelu 5)

Kyllä niihin toimintamittareihin, ainakin meillä on ollut se ohjeistus, että kaikki potilasta aktivoiva, toki se lähtötaso huomioidaan siinä, että kaikki toiminta siihen merkitään. Jos kyseessä on tällainen paljon vuoteessa oleva potilas, niin myöskin ne kääntymisten yhteydessä olevat aktivoinnit huomioidaan, aamupesujen yhteydessä olevat aktivoinnit ja ruokatilanteet ja muut. Että kaikki, missä vaan saadaan ihmistä itteensä mukaan huomioidaan siinä toimintamittarissa ja merkitään. Sitten tietysti nämä, jotka pystyy enempään, niin sitten Motomedin polkemiset ja kävelylenkit, ja seisomaan nousu -jumppaa me tehdään aika paljon hoitajat tuolla käytävillä, niin sit merkataan ylös. (haastattelu 5)

Melko pitkälti on päädytty sitten just siihen, että se on toiminto per pykälä ja ei niinkään sitä, että töllötetään sitä 15 minuuttia tai tuntia tai mitään. (haastattelu 5)

Toimintamittarin aktiivisuustavoite on 6 tuntia, mikä on myös mittariin merkittävä maksimi tuntimäärä, mutta tavoite tulisi määrittää kullekin potilaalle yksilöllisesti tämän toimintakyvyn ja voimavarojen mukaan. Tarkoitus on, että aktiivisuustavoite mietittäisiin moniammatillisessa tuloarviossa potilaan saapuessa osastolle. Haastattelujen perusteella osastoilla ei kuitenkaan ollut systemaattista, yksilöllistä tavoitteen asettelua. Toisaalta haastateltavat kokivat myös, että toimintamittarin tavoite ei aina vaikuta kuntoutukseen, vaan potilaita aktivoidaan aina toimimaan mahdollisimman paljon itse. Haastatteluissa tuotiin myös esille, että konkreettinen toiminnallinen tavoite motivoisi potilasta enemmän.

Yleensä kun potilas tulee osastolle niin lääkärin kierrolla katotaan sit ja pohditaan sitä, että sen voinnin mukaan alotetaan pienemmistä tai sitten jo, se voi olla vaikka se 15 minuuttia se, että alotetaan siitä ja laitetaan ne tavoitteet. Sitten nostetaan niitä tavoitteita aina sen mukaan ku miltä näyttää. (haastattelu 1)

Kyllähä sitä tulee sitä mittaria siirrettyäkin ni tuleehan sinne sitten tavallaan se enempi vaikka siinä ois siinä tavoitteessa pienempi määrä. Mutta niitä varmaan pitäis vähä enemmän aina välillä muistaa sieltä hoitosuunnitelmasta tarkistaa, että paljon se siellä oli tai siinä taululla. (haastattelu 1)

Se ehkä motivoi potilaita enemmän, että heille kertoo, että viimeksi nousiin viisi kertaa ja tänään meni kahdeksan, niin toiset on siitä tosi iloisia. Jos vertaa siihen, että sitten vaan siirrettäisi sitä mötikkaa siinä niin ei se... (haastattelu 5)

Haastatteluissa peräänkuulutettiin myös sitä, että tavoitteet ja toiminnot pitäisi pilkkoa pienempiin osiin ja konkretisoida kullekin potilaalle sopivaksi toiminnaksi, ks. luku 7.2.2. aktiivinen aika toimintakyvyn kuvaajana. Haastateltavat, jotka asiasta puhuivat, kokivat, että tietty toiminta tavoitteena helpottaisi henkilöstön kuntoutustyötä ja vaikuttaisi positiivisesti potilaan kuntoutumiseen ja kotona pärjäämiseen. Myöskään tavoitteen päivittäminen potilaan toimintakyvyn muuttuessa ei aina toteudu.

Ku se tavote sitte muuttuu ku kuntoutujan toimintakyky paranee, ni sehä muuttuu. Ni sitä vois sitte aina yhdessä mieltä et hei nyt pystyy jo, voisko laittaa tavoitteeks et käveleeki jo aulaan ruokailemaan. Ni sitte hoitaja tietää ja minä tiän mitä minä harjotutan. Hoitaja tietää mitä harjotuttaa ja silloin ei käytä energiaa siihen muuhun ajatteluun vaan et tää on se fokus. (haastattelu 2)

Osastohoitaja monesti kysyy että mikä on nyt toimintamittaritavoite, mikä asetetaan tavoitteeks, niin minun mielestä se kuulostaa hullulta, koska siis no, voiaan me laittaa sinne vaikka kolme tuntia, mutta minusta parempi lähtee että mikä on tämän tavoite, tämän kuntoutujan tavoite, se voi olla vaikka että hän pääsee kävellen vessaan. (haastattelu 3)

Joissakin tilanteissa saattaa käydä niin, että ei muisteta tarkistaa niitä tavoitteita niin usein kuin vois tarkistaa, niin sitten saattaa jäädäkin se aika pienikin tavoite toimintakykymittariin. Siinä varmaan vois välillä aina tehdä semmosta välimietintää useamminkin. (haastattelu 1)

Erityisen haastavaksi haastattelujen perusteella koettiin se, että osastoilla ei ole juurikaan yhdessä sovittuja käytäntöjä siitä, mikä kaikki on toimintamittariin siirrettävää aktiivista aikaa ja kuinka toimintamittaria tulisi käyttää. Jotkut haastateltavat kertoivat, että eivät käytä mittaria, koska eivät ole perillä siihen liittyvistä käytännöistä. Tämä liittyy tietysti kiinteästi myös alakategoriaan *perehdytys toimintamittarin käyttöön*, jota käsitellään luvussa 7.1.4.

Mä en käytä [mittaria], koska mä en tiä mihinkä pyritään ajallisesti, minun kanssa siitä ei oo keskusteltu. En käytä. (haastattelu 1)

Ja sitte se, että miten sitä tullaan käytetyks ja kuinka sitä nyt osataan käyttää, sehän on ihan täysin kiinni siitä, kuka sattuu töissä olemaan. Me käytetään sitä hyvin eri lailla, toiset ei liikuta ollenkaan ja toiset liikuttaa sitä. (haastattelu 2)

Haastatteluissa tuli esille se, että lisäksi tarvittaisiin selkeät yhteiset käytännöt siihen, minkälaisilla potilailla ja missä vaiheessa kuntoutusta toimintamittari otetaan käyttöön tai olisiko sen kohdentaminen vain tietyille potilasryhmälle tai osalle potilaista järkevää. Haastateltavat mainitsivat muun muassa, että aktiivisilla potilailla ja levottomilla muistisairailta mittari tulee aina täyteen. Toisaalta mittari voisi toimia potilaiden kohdalla, joiden tilassa voidaan odottaa selvää edistymistä. Joillakin osastoilla oli omia käytäntöjä, että esimerkiksi vuodepotilaille tai hyvin aktiivisille potilaille kirjataan tietoihin, ettei toimintamittari ole käytössä.

Mistä se lähtis se toimintamittarin käyttö sitte, niinku meiänki tuolla, lähteekö se heti siitä ku se tulee vai sitten vasta kun ollaan saatu se akuutein vaihe hoidettua, että päästään hänen kanssa kuntoutumaan, mut ku se jököttää siellä heti ensimmäisestä päivästä lähtien se nolla siellä, että aktiivisuus nolla. No nollahan se on kun hengestä kamppaillaan, niin kyllä se nolla on. (haastattelu 3)

Ehkä eniten hyötyä siitä on just niitten kanssa, joilla on tänne tullessa se liikkumiskyky heikompi, ja sit se pitäisi saada sille samalle tasolle, mikä se on ollut kotona. Esimerkiksi, että tänne tullaan jalattomana, ja sitten kuitenkin rollaattorin turvin pitäisi liikkua, että ehkä tämmöistä, joista näkee sen edistymisen, että alkuun ollut vaikka enemmän vuoteessa ja sitten loppua kohden kävelee itekseen. Mutta sit just niillä, jotka on tänne tullessa liikkuvia ja täältä lähtiessä liikkuvia, niin se ei ehkä sitten ihan niin semmoinen. (haastattelu 5)

7.1.3 Moniammatillisuus

Moniammatillisuus on tärkeää kuntoutuksen onnistumiselle. Haastateltavat mainitsivat moniammatillisuuden lukuisia kertoja: potilaiden asioista ja kuntoutuksesta pitää keskustella mahdollisimman paljon. Tarkka kirjaaminen ja näiden kirjausten lukeminen auttavat kunkin ammattiryhmän edustaja pysymään perillä potilaiden asioista. Alakategorioiksi muodostuivatkin *eri ammattiryhmät toimintamittarin käyttäjinä* ja *kirjaamisen merkitys*.

Haastattelujen perusteella toimintamittarin käyttäminen oli enimmäkseen hoitohenkilökunnan vastuulla. Lääkärit olivat haastattelujen perusteella kiinnostuneita potilaan kuntoutumisesta kotiin-pääsyä silmällä pitäen, mutta eivät itse osallistuneet toimintamittarin käyttämiseen eikä kaikilla lääkäreillä ollut edes tietoa mittarista, mikä kuvastaa sitä, etteivät mittarin käytänteet ole välttämättä yleisesti osastolla tiedossa. Lääkärit osallistuivat toisinaan potilaiden tavoitteiden laatimiseen. Iäkäävät potilaat kokevat edelleen lääkärin korkeana auktoriteettina, joten hoitohenkilökunta piti haastatteluisia lääkärin aktiivista otetta kuntoutukseen tärkeänä ja toivoivat lääkärin puhuvan kuntoutuksesta ja aktiivisuuden merkityksestä potilaalle.

Niitä tavoitteita on laitettu, mutta ei he [lääkärit] sitten muuten silleen [käytä mittaria]. (haastattelu 1)

Aika pitkälle minusta tuntuu että myö [hoitajat] sitä käytetään, että ei ne oo ainakaan hirveesti meiltä kysyny nämä uudemmat lääkärit jotka käy, ne vaan kävelevät sen ohi. Ihan sama mikä koriste siellä seinällä. (haastattelu 3)

Et jos siellä lääkäri on aktiivinen ja kyselee ja vaikka just joku, et miks on käyny alusastialla eikä vessaan autettu, niin vaikka kierrolla jos nostaa tällasia asioita. On se kuitenkin just tälle ikäluokalle se lääkäri on vielä se... (haastattelu 3)

Selkeä ero oli myös siinä, että toimintamittari oli enemmän hoitohenkilökunnan kuin fysioterapeuttien työkalu. Vaikka moniammatillisuuden tärkeyttä työyhteisöissä korostettiin, selkeät yhteiset käytännöt mittarin käytöstä puuttuivat. Halua yhdessä toimimiseen oli, mutta arjen kiireessä ei useinkaan tuntunut olevan aikaa pohtia yhdessä asioita.

Joo sitä minäkin, että kyllä heidän [fysioterapeuttien] pitäs... Täytyy muuten ihan kysyä nyt niiltä, että onhan ne muistanut sitä, kun minäkä en aina muista silleen kattoo, että onko he siirtänyt vai eikö. Mutta periaatteessa heidän pitäs siirtää. (haastattelu 1)

Täällä kuitenkin hoitajat on aktiivisia ja liikuttaa potilaita, et siitä ei oo kyse. Mut se, että miten se hyödynnetään siihen toimintamittariin ne tavoitteet. Miten ne yhdessä mietitään ni se on semmonen mitä kehittää. Mutta mahdollisuuksia on tällä porukalla, hyvä porukka. (haastattelu 2)

Kirjaamisesta puhuttiin haastatteluissa melko paljon. Moni haastateltava koki, että tarkka kirjaaminen on tärkeämpää kuin toimintamittarin käyttö, koska kirjauksiin voi kertoa tarkemmin potilaan toimintakyvystä ja tämän aktiivisuudesta. Kirjatessa tekemisen laatu ja esimerkiksi avustamisen tarve voidaan tehdä näkyväksi. Kirjaamiseen kaivattiin joillain osastoilla lisää moniammatillista yhteistyötä, esimerkiksi fysioterapeutti ja hoitaja voisivat yhdessä miettiä, kuinka kuvata potilaan toimintakykyä. Tarkka toimintakyvyn kirjaaminen vaikuttaa myös kuntoutuksen suunnitteluun ja fysioterapiaan.

Että se on kyllä tosi tärkeää, että siellä näkyy, että mitä on tehty, koska sitten tietää, että se etenee sen suunnitelman mukaan. Koska jos sitä ei kirjattais mihinkään, että meillä olisi vain toi mittari, niin enhän mä tiedä, mistä se [aktiivisuus] koostuu. (haastattelu 5)

Koska haastatteluissa yleisesti pidettiin tiettyjä toimintoja parempana tavoitteena kuin tiettyä aikaa, koettiin, että hyvä kirjaaminen auttaa tavoitteiden saavuttamisessa. Kirjattuna tarkat tavoitteet ovat kaikkien hoitoon osallistuvien saavutettavissa ja auttavat keskittämään kuntoutusta kohti tavoitteita. Jotkut haastateltavat myös kokivat, että joskus tavoitteiden ja toimintakyvyn löytäminen Pegasos-ohjelmasta on haastavaa, ja kirjaamiseen voisi olla hyötyä yhteisestä moniammatillisesta pohdinnasta. Tällainen kirjaaminen vaatii keskittymistä ja aikaa, mikä on toisinaan haaste työn arjessa.

Vai tarviiko joka asiaan jotain mittaria. Et jos ne on ne tavoitteet siellä hosulla ja ne kirjataan sitte sinne, ni sehän pitäis sitte periaatteessa siinä kirjausvaiheessa tulla selväksi. Että ollaanko niihi tavoitteisiin päästy ja vaikka kuinka kaukana niistä ollaan. Että minkä takia meillä on kaiken maailman mittareita tuolla pyörii täytettävänä. Että senki ajan minkä minä juoksen tuolla huoneissa siirtelemässä niitä, ni minä voisin istua ja rauhassa kirjata sen tavoitteen pohjalta asian sinne tekstiin, mistä kaikki pystyy sen sitten kyllä lukemaan. Toki ei se ylläkäri pysty sieltä tarkkailemaan, että kuinka monta tuntia me ollaan tehty. (haastattelu 2)

Eli siihen oli laitettu hyvin paljon siihen [Pegasoksen] etusivulle tietoa et miten potilasta autetaan. Mutta sitä ei oltukaan kirjattu niin, että mikä se on kuntoutujan näkökulmasta se tavoite. Nyt me ruvettiin pyörittämään sitä ni sieltä rupes löytymään, hän [hoitaja] itse rupes löytämään et se eka sivu, kyllähän sinne pystyy laittamaan. Mut se vaatii hirveen paljon sitä toimintakyvyn pilkkomista ja siinä voi olla, että hoitajilla on eri ajatus kun fysioterapeutilla. -- Vaan siihen pitää pohtia, että mikä se on sen liikkumisen ja miten hän ihan oikeesti ja mikä se ongelma siinä liikkumisessa on. Ni tämmöseen pohdintaan pitäis varata yhdessä hoitajan kanssa aikaa ja tähänhän kai ois tavoite. Mut minun pitäis saada sitte pysäytettyä hoitaja siihen koneen ääreen. Että istuttais ja ruvetaan pilkkomaan siihen etusivulle se tieto. (haastattelu 2)

7.1.4 Toimintamittarin asema työyhteisössä

Toimintamittarin käyttäminen on koko työyhteisön yhteinen asia. Jokaisen henkilöstön jäsenen tulisi kuntoutussairaalan osastoilla käyttää toimintamittaria ja mittarin tavoite pitäisi sopia moniammatillisesti potilaan tullessa osastolle. Keskeisiksi alakategorioiksi aineistosta nousivat *perehdytys käyttöön, toimintamittari annettu ylhäältä käsin* sekä *työyhteisön suhtautuminen toimintamittariin*.

Päällimmäiseksi työyhteisön näkökulmasta katsottuna nousivat erilaiset näkemykset mittarin käytöstä: henkilökuntaa ei välttämättä ollut perehdytetty mittarin käyttöön tai sen käyttöön ei ollut yhteisesti sovittuja pelisääntöjä. Perehdytys mittarin käyttöön ei haastateltavien mukaan ole toteutunut monellakaan osastolla eikä yhteisiä sovittuja käytänteitä läheskään aina ole. Huolellinen perehdytys myös voisi saada henkilöstön kokemaan toimintamittarin tärkeämmäksi asiaksi, johon kannattaa perehtyä.

Toimintamittarista, ni ku tulin tuonne ni minua ei oo perehdytetty ton toimintamittarin käyttöön tuolla osastolla kun viime viikolla. Että kuus tuntia tavoite. No jos mä vertaan siihen [toiseen osastoon jolla työskentelen], mä en siirrä noita mittareita, minä en tiedä milloinka minä siirrän, miksi minä siirrän, kuka niitä siirtää. (haastattelu 2)

Yritettiin vähän ehkä liikaa uutta, mitä ei oltu edes pohdittu henkilökunnan kanssa... Että mikä tavallaan, ketä se hyödyttää... (haastattelu 4)

Jos meillä on joku osastotunti [jossa perehdytetty], niin siinä on vaan murto-osa työporukasta, sitten tulee seuraava porukka töihin, ja "ai täh". Vaikka ne ois kuinka muistiossa, mutta jokainen luo oman mielikuvansa siitä. Ja lähtökohta yleensä, kun lisätekemistä tulee meille, että se ei oo ehkä kauhean hyvä asia, niin että halutaanko siihen sitten miten paneutuakaan, pohtia, miten sitä tehdään. (Haastattelu 5)

Vain yhdessä haastattelussa mittariin suhtauduttiin lähtökohtaisesti positiivisesti eikä sen käyttämistä koettu rasittavana. Muissa haastatteluissa koettiin, että toimintamittari on vain yksi muistettava asia lisää.

No ei varmaan semmosta tunnetta oo tullu että koettas jotenkin rasiitteena se, kaiken muun lisänä. (haastattelu 1)

Se vaan jokaiselle laitettiin sinne ja ruvettiin niitä tavoitteita laittamaan. Kyl se miusta aika kivuttomasti lähti liikenteeseen [ilman perehdytystä]. (haastattelu 1)

No onhan siitä [mittarista] nyt puhuttu meillä ja kyllähän sen moni kokee ihan höpö höpönä ihan suoraan sanottuna. Semmosena et kuhan nyt on tuotu yks tällöinen härpäke lisää, mikä pitää muistaa tehdä ja käyttää. Että näin se nyt vaan valitettavasti on, että ei sillä nähä lisäarvoa oikeesti. -- Että tehään kuntouttavalla työotteella näitä hommia, oli meillä mittari seinällä tai ei. (haastattelu 2)

Useammassa haastattelussa ja usean ihmisen toimesta tuotiin esille, että mittaria ei koettu potilaan kannalta merkitykselliseksi, vaan enemmänkin ylimääräiseksi hallinnolliseksi kirjattavaksi asiaksi, josta ei oikein tiedetä, ketä se palvelee. Haastatteluissa pidettiin myös ongelmallisena sitä, että mittari on vain esitelty henkilökunnalle ja otettu käyttöön, eikä asiasta ole juuri etukäteen keskusteltu tai sovittu yhteisistä toimintamittarin käyttöön liittyvistä käytänteistä. Kun mittari on ikään kuin vain annettu ylhäältä päin käyttöön, henkilökunnan voi olla vaikea motivoitua sen käyttämiseen ja siihen perehtymiseen, koska läheskään kaikki henkilöstön jäsenet eivät näe toimintamittarin hyötyä. Haastatteluissa esiintyi myös näkemys, että toimintamittari voisi olla keino tarkkailla hoitajien työtä ja tehdyn kuntouttavan työn määrää.

Minusta siinä ei oo sen kummempaa syytä sitä vastustaakaan. Siellä se on ja siinä se pyörii mukana arjessa, ja tehdään, kun on sanottu, mutta sen merkityksellisyys ei ehkä mun mielestä palvele. -- Että en tiedä, ketä varten sitä tehdään. (haastattelu 5)

Ni minun mielestä se on turha, ylimääräinen kylläysväline tehty. Mä jättäisin pois ja ruppeisin keskustelemaan muulla tasolla näist tavoitteista ja kirjottaa edelleen taululle ja kirjataan enemmän sinne konneelle ja mietitään sitä [moniammatillista] keskustelua. (haastattelu 2)

Mun mielestä tuo on vähä semmosta, vähä rumasti sanottu, koristelua nyt tuommonen, tekemisten kaunistelua nuo mittarit. Ku se on tuotu tänne nuin vaan, että ruve-taanpas nyt käyttämään ja vedellään sinne tuntimääriä. Ni se sisältö puuttuu, tavote puuttuu ja niihin, muuten ajatuksena hyvä, mut niihin pitäis paneutua. (haastattelu 2)

7.2 Toimintamittarin ominaisuudet

Tässä luvussa tarkastellaan toimintamittarin ominaisuuksia. Haastatteluissa kysyttiin sekä toimintamittarista fyysisenä esineenä, onko se helppokäyttöinen, sekä sen muista ominaisuuksista, esimerkiksi ajan mittaamisen hyödyistä ja mittarin tuomasta hyödystä potilaiden kuntoutukselle. Yläkategoriat ovat *toimintamittari fyysisenä esineenä* ja *toimintamittarin merkitys potilaan kuntoutumiselle* (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Analyysi pääkategoriasta *toimintamittarin ominaisuudet*.

Pelkistety ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Mittari on helppokäyttöinen	Mittarin käytettävyys	Toimintamittari fyysisenä esineenä
Mittari menee helposti rikki ja sitä on siksi hankala käyttää	Mittarin kestävyys	
Mittari konkretisoi potilaan kunnan kohenemisen	Toimintamittarin tuoma hyöty	Toimintamittarin merkitys potilaan kuntoutumiselle
Aktiivinen aika ei kerro toiminnan laadusta	Aika toimintakyvyn kuvaajana	
Toimintaa pitäisi pilkkoa pienempiin, jopa vain minuutteja kestäviin osiin	Toiminnan mielekkäisyys potilaan kuntoutuksessa	

7.2.1 Toimintamittari fyysisenä esineenä

Toimintamittarista fyysisenä esineenä aineistosta löytyi kommentteja *mittarin kestävydestä* sekä *käytettävydestä*. Yleisesti ottaen toimintamittaria pidettiin helposti rikkoutuvana eikä kovin kestäväenä. Tämä koettiin ongelmaksi myös potilaiden kannalta, sillä osoittimen siirtäminen voi olla joillekin henkilöille sen vuoksi hankalaa. Lisäksi eräessä haastattelussa kerrottiin, että toimintamittarin osoittimen nappulat tippuvat usein, ja voivat lattioilla pyöriessään olla jopa turvallisuusriski, jos niiden päälle astuu. Mittarin ulkoasu on selkeä ja se toi joillekin vastaajille mieleen kipujanana.

Mitä osaa siirretään niin se tahtoo rikkoontua, mutta se mun käsittääkseni on, et sitä ollaan miettimässä nyt et miten siitä saatais kestävämpi. Et se nyt on huono puoli siitä. Et pitäis saada semmonen joka kestäsi siirtelyä, et se ei irtois aina sitten se, joutuis teippailemaan näitä. (haastattelu 1)

Ja jos nyt ihan sanon sitte vielä siitä itse mittarista fyysisesti ni se nyt on huonosti tehty, koska ne on rikki lähestulkoon joka huoneessa ja niitä on hieman hankala käyttää. Eli ku ne on niillä taraläpysköillä kiinni siinä meidän taulussa ni ne tahtoo ne napulat tippuu sitte sieltä. (haastattelu 2)

Ehkä se ulkoasu ehkä muistuttaa niinku itteeki vähä jostai kipujanasta tai jostai tämmösestä. (haastattelu 4)

Mittaria pidettiin yleisesti hyvin helppokäyttöisenä, koska mittarissa on vain yksi osoitin, jota siirretään aktiivisen ajan mukaan eteenpäin. Toimintamittarin käytettävyydestä ei haastatteluissa tullut kritiikkiä, vaan kritiikki kohdistui enemmänkin toimintamittarin sisältöön eli siihen, mittaako se oikeaa asiaa.

Minusta tää meillä käytössä oleva mittari on helppokäyttönen ja hyvä, että en oo osannu aatella, voisko sitä sitten olla jotenkin erilainen. (haastattelu 1)

7.2.2 Toimintamittarin merkitys potilaan kuntoutumiselle

Toimintamittarin merkitys potilaan kuntoutumiselle on erittäin merkittävä asia tutkimuksemme kannalta. Aihe herätti paljon keskustelua haastatteluissa ja aineistosta nousivat esiin erityisesti kategoriat *toimintamittarin tuoma hyöty, aika toimintakyvyn kuvaajana ja toiminnan mielekkyys potilaan kuntoutuksessa*.

Muutama yksittäinen mielipide puolsi sitä, että aktiivisen ajan seuraamisella on paikkansa potilaan kokonaistilanteen seurannassa, erityisesti indikaattorina potilaan voinnin muutoksista. Mittarin lukemista voi nähdä voinnin kohenemisen tai muut muutokset. Toisaalta potilaan motivoinnin kannalta koettiin, että henkilökunnan läsnäolo ja kannustaminen ovat tärkeämpiä kuin mittarin käyttö. Eräs haastateltava toi esiin, että ei pidä mittaamista tärkeänä, vaan enemmän muuta kehittymisen seuranta. Toisaalta mittaaminen voisi olla juuri kehittymisen seurantaan hyvä keino eikä minkään mittarin käyttäminen sulkene henkilökunnan läsnäoloa ja vuorovaikutusta potilaan kanssa pois.

On se konkretisointi sille asialle, että mitenkä potilaan kunto kohenee ja vointi paranee, niin se on näkyvissä ihan siinä toimintamittarissakin. (haastattelu 1)

Kyllä se [tuntimäärän seuranta] minusta ainakin on ihan hyvä asia, että ehkä siinä tulee selkeemmin se, että okei nyt tuo ei ookaan tänä päivänä... Minkäs takia se ei oo ollukaan tänään liikenteessä, kun normaalisti on ollu jonkun neljä tuntia. - - Että onko unohtunut vai onko voinnissa ollu jotain, että kyllä se kiinnittää huomiota. (haastattelu 1)

Kyllä mä koen, että potilaat hyötyy enemmän siitä hoitajan läsnäolosta ja sanallisesta kannustuksesta ja tuesta kuin siitä lipusta, mikä siinä seinässä on. Ei he ehkä osaa sitä lukea, vaikka se käytäisikin läpi, eikä... Kuitenkin se on se vuorovaikutus on tärkeämpää kannustimena ja ohjauksena. (haastattelu 5)

Mä en ylipäättänsä siihen mittaamiseen välttämättä. Siis se sanallinen palkitseminen ja kannustaminen ja se, että on kehitytty, ja mietitään niitä asioita yhdessä, niin on merkittävämpää kuin se mittaaminen. (haastattelu 5)

Kuitenkin suurin toimintamittarista haastatteluissa esitetty kritiikki liittyi mittarin mittaamaan aktiiviseen aikaan. Toimintamittariin merkittävä tuntimäärä aiheutti ristiriitaisia mielipiteitä: positiivisia näkemyksiä oli niukasti ja pääsääntöisesti se koettiin huonosti potilaan toimintakykyä kuvaavaksi ja siksi sitä kritisoitiin. Useat haastateltavat kokivat, että aktiivinen aika ei kerro mitään potilaan toimintakyvystä, koska toiminnan laatu ei näy. Lisäksi aktiivisen ajan kriteerit eivät ole selvät ja yhtenäiset. Ehdotus siitä, että mittarin aikatavoite olisikin pilkottu konkreettiseksi toiminnaksi, tuli esille useassa kommentissa. Eri osastoilla oli hyvin erilaisia käytäntöjä ja niiden yhtenäistäminen saattaisi tuoda mittarin käyttöön lisäpotentiaalia potilaan motivointiin ja kuntoutumiseen liittyen. Joillakin osastoilla olikin paneuduttu yhteisten käytäntöjen suunnitteluun ja toiminta oli pilkottu tukemaan mittarin käyttöä siten, että se hyödyttäisi eri kuntoisia potilaita.

Haastatteluissa tuli vahvasti esille se, että tarvitaan selkeät yhteiset käytännöt siihen, minkälaisilla potilailla ja missä vaiheessa kuntoutusta toimintamittari otetaan käyttöön. Haastatteluissa peräänkuulutettiin myös sitä, että tavoitteet ja toiminnot pitäisi pilkkoa pienempiin osiin ja konkretisoida kullekin potilaalle sopivaksi. Toimintamittarin ongelmana pidettiin sitä, että aika ei kerro ihmisen toimintakyvystä juuri mitään. Henkilökunnan mielestä olisi oleellista tietää, mitä tietty aktiivisuus aika on pitänyt sisällään, onko kyseessä esimerkiksi istumista vai jotain muuta. Esitettiin myös näkemyksiä, että kotona pärjäämisen kannalta on oleellista tietää, millaisista toiminnoista ja millaisin avuin potilas selviytyy, ei se, montako tuntia päivästä hän on jalkeilla. Koska toiminnan laadun tietäminen on tärkeää, tämä kategoria liittyy olennaisesti myös kirjaamisen tärkeyteen (ks. luku 7.1.3.) Jos potilaskertomuksissa näkyy vain aktiivinen aika, mutta ei tarkempia kirjauksia, henkilökunta ei voi tietää, onko toiminta ollut mielekästä potilaan kuntoutumisen kannalta.

Et se ei voi olla niin et ihminen nostetaan tuoliin istumaan ja se on ollut poissa sängystä ja laitetaan et se on aktiivisuusmittarilla ollut kolme tuntia ja näin. Et mitä se laadullisesti sisältää, et mikä sen potilaan tavoite on. (haastattelu 2)

Minä kritisoin ainaki voimakkaasti tätä toimintamittaria. Siis sen takia, ihan hyvä ajatus siinä on tavallaa, että pois sieltä sängystä pitää saaha ihmisiä, siis sitä en tietenkään kiellä, totta kai ne pitää saaha sieltä pois, mut se ei kuvaa sitä sen ihmisen toimintakykyä yhtään, tai sitä oikeeta aktiivisuutta tai osallistumista. (haastattelu 3)

Toiminnan mielekkyys potilaan kuntoutuksessa -kategoriassa jatkettiin pohdintaa siitä, mikä sitten kuvaisi toimintakykyä, ellei aika sitä tee. Useat vastaajat kaikista ammattiryhmistä olivat sitä mieltä, että tarkka toimintakyvyn kartoitus ja sen selkeä kirjaaminen potilastietoihin sekä sen pohjalta luotu yksilöllinen, toiminnallinen tavoite olisi kuntoutuksen kannalta tehokkainta. Potilaslähtöisyys mittarin käytössä alkaa siitä, kun potilas tulee osastolle ja hänen toimintakykynsä kartoitetaan tulovaiheessa. Tässä tilanteessa voidaan tarvittaessa ottaa yhteys omaisiin tai kotihoitoon, jotta aiempi sekä tavoiteltava toimintakyky saadaan selvitettyä. Aiemman toimintakyvyn mukaan voidaan asettaa kuntoutumista ja kotiinpääsyä varten potilaalle tavoite, joka olisi sitten myös siirrettynä toimintamittarin sisälle.

Toiminnallinen tavoite (esimerkiksi tietyn matkan kulkeminen tai tietyistä toiminnoista suoriutuminen) palvelisi vastaajien mielestä potilaan kuntoutumista ja kotiutumista parhaiten, minkä lisäksi se helpottaisi osastolla tapahtuvan kuntoutuksen suuntaamista oleellisiin asioihin. Toiminnot voisivat olla myös ihan pieniä, esimerkiksi vuoteessa tapahtuvia asioita, joihin ei mene paljoakaan aikaa ja jotka eivät siksi näy mittarissa.

Enemmän pitäis pilkkoo sitä pienempiin asioihin et mikä se on sitä aktiivisuutta, ----, vaikka se tapahtuis vuoteessa mut se voi olla vaikka että hän itse kädellä pyyhkii vaikka naaman, kasvot. Se voi olla vaikka semmonen ihan minuutin kestävä toiminta. (haastattelu 3)

Yksilöllisen tavoitteen luomisessa koettiin hankalaksi se, että kotiin pääsyn kannalta oleelliset tavoitteet ovat usein tiettyjä toimintoja, mutta toimintamittariin merkitään aikaa. Tällöin pitäisi tietää, paljonko aikaa toimintoon menee, jotta sen voisi siirtää aikatavoitteena mittariin, kuten alla olevassa lainauksessa on esitetty. Tiettyyn, potilaan kannalta oleelliseen, toimintoon keskittyminen auttaa myös tekemään kuntoutuksesta potilaslähtöistä.

Kun kuntoutuja tulee osastolle -- pitäis heti alkuvaiheessa selvittää, mitkä ne kotiolut on ja mitä se pärjääminen on ollut. Mitä vaaditaan että hän pärjää siellä, muutakin sitten jos ei oo ollu muu ku joku infektio tai joku muu, et muustaki kyse. Et jos se on se, et hänen on ihan oikeesti päästävä sängystä, ni se voi olla esimerkiks toimintamittarin tavote ja se pistetään siihen taululle. Ja toimintamittarin sisältönä se on, montako kertaa hän on päivän aikana päässy ja mikä on se tavote ajallisesti mitä siihen menee. Et jotenki se toiminta siirrettäis siihen toimintamittariin. Et silloin se helpottaa mun mielestä, mä aattelen näin, et se helpottaa jokaisen työtä ku jokaisella on se kapee fokus eikä sellanen tunne, että ku kaikkee pitää potilaan puolesta tehdä ja hirveesti on töitä. Mut ku meil on yks asia mihin jokainen keskittyy ja muut asiat voidaan ehkä auttaakkin. Et saadaan rajattuu johonki tiettyyn se harjottelu. (haastattelu 2)

Koska se [aktiivinen aika] voi olla sitä istumista joittenkin kohdalla, mutta tärkeämpi olisi sit vaikka se, että hän olisi käynyt kolme kertaa omin jaloin siellä päiväsalissa. Eikä vaan se, että hän on kerran päivässä kävellyt sinne, istunut sen neljä tuntia ja sit kävellyt takaisin, että onhan siinä aika merkittävä ero. (haastattelu 5)

Tavoitteen tulisi yksilöllisyyden lisäksi olla myös saavutettavissa oleva, jotta se on motivoiva. Eräässä haastattelussa tuotiin myös esiin, että mittari ei huomioi riittävästi yksilöllisyyttä, esimerkiksi jos yksi potilas joutuu samaa toimintoa tehdessään ponnistelemaan enemmän kuin toinen. Siitä syystä kirjausta pidetään tärkeänä, jotta kirjauksessa näkyisi, kuinka toiminto laadullisesti sujui ja mitä sen tekeminen potilaalta vaati.

Et sillä tavalla, jos sen aktiivisuusmittarin sais semmoseks mikä se yksilöllinen tavote on. Et siellä ois oikeesti ne semmoset tavoitteet ja. -- Nii ja pääsis joka päivä siihen tavoitteeseen ni se ois semmonen motivoiva. (haastattelu 2)

Sitten sekin kun siinä ei, jos mieltii vaikka semmoinen henkilö, jolla on hirmuraskasta nousta seisomaan viisi kertaa, niin kyllä minun mielestä hän ansaitsisi sinne enemmän, sitä palkkia pidemmälle kuin semmoinen, joka nousee ihan tuosta noin vaan viisi kertaa. Se joutuu ponnistelea paljon enemmän vaikka joku isokokoisempi, niin sit se tuntuu hölmölle, että ne molemmat ansaitsee vaan sen yhden pykälän siitä. Että sen takia just se kirjaus on tärkeämpi. (haastattelu 5)

7.3 Potilas ja omaiset toimintamittarin käyttäjinä

Haastatteluissa kysyttiin myös henkilökunnan kokemuksia siitä, kuinka potilaat ja näiden omaiset käyttävät mittaria ja miten he siihen suhtautuvat. Potilaista ja omaisista muodostui kummastakin oma yläkategoriansa. Kategorioihin liittyy esimerkiksi mittarin käyttöön, käyttöön perehdyttämiseen, ja motivaatioon liittyviä asioita. Tässä pääkategoriasa huomiota kiinnitti se, että potilaille ja omaisille ei ole juurikaan kerrottu toimintamittarista, vaan usein mittari on otettu puheeksi vasta sitten, kun potilas tai omainen on itse kysynyt siitä.

TAULUKKO 4. Analyysi pääkategoriasa *potilas ja omaiset toimintamittarin käyttäjinä*.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Potilaan kunto ja terveydentila vaikuttavat siihen, voiko potilas itse käyttää toimintamittaria	Voinnin vaikutus mittarin käyttämiseen	Potilaat toimintamittarin käyttäjinä
Mittari voi innostaa potilaita liikkumaan ja tavoittelemaan parempia mittarin lukemia	Potilaan motiivointi	
Mittarit ovat joskus niin hankalassa paikassa seinällä, että mittarin luokse on vaikea päästä	Mittarin saavutettavuus	
Omaisille ei aina kerrota mittarista, ennen kuin he kysyvät siitä	Perehdytys mittariin	Omaiset toimintamittarin käyttäjinä
Omaisilla on joskus vanhoillinen sairaalakuva eivätkö he halua osallistua potilaan kuntoutukseen	Sitoutuminen kuntoutukseen	

7.3.1 Potilaat toimintamittarin käyttäjinä

Potilaan ja omaisen osallistaminen mittarin käyttöön on jäänyt vähäiseksi, aineiston mukaan se ei toteudu yhdelläkään osastolla järjestelmällisesti. Osittain syynä oli kognitiokyvyn ongelmat esimerkiksi neurologisella potilaalla, joka ei välttämättä ymmärrä mittarin merkitystä, tai erittäin huonokuntoisella potilaalla, jonka energia menee hengissä selviytymiseen. Toisaalta henkilökunta ei aina edes muista kertoa mittarin käytöstä virkeällekin potilaalle tai hänen omaiselleen. Myös potilaan fyysinen kunto vaikuttaa siihen, jaksako hän motivotua toimintamittarin käyttöön.

Potilaistakin riippuu, että kuka sen ymmärtää ja kaikki ei tietysti ymmärräkään sitä. Mutta kyllä kuka on semmonen aktiivinen ja ymmärtää, ni kyllä hyö sen on ottanu [käyttöön]. (haastattelu 1)

Monta kertaa potilaat tulee osastolle hyvin akuutissa vaiheessa ja ovat hyvin väsyneessä voinnissa siinä alkuvaiheen, niin ehkä siinä vaiheessa eivät vielä jaks paneu-

tua ennen ku vointi lähtee kohenemaan ja tullu voimavaroja enemmän. Ja sitten tietenkin muistisairaitten kanssa saattaa olla se muistamisongelma, että vaikka heille yrittäs sitä asiaa viestittää toistuvasti, että on tämmönen mittari käytössä, mutta ku se muisti ei sitten toimikaan. Sit se on hoitajan varassa, että tulee käytettyä mittaria. (haastattelu 1)

Yleisesti ottaen haastatteluissa tuotiin esiin, että potilaita on helpompi motivoida kannustuksella ja konkreettisilla toiminnallisilla tavoitteilla, mutta aineistossamme on myös muutama maininta siitä, että parhaimmillaan toimintamittari voi antaa kipinän aktiivisena olemiseen potilaille ja motivoida heitä. Jotkut potilaat motivoituvat siitä, että heillä on aikatavoite, johon pyrkiä. Riippuen siitä, millainen toiminta lasketaan aktiiviseksi ajaksi, tavoitteen saavuttaminen on mahdollista myös melko pienellä fyysisellä panostuksella, mikä varmasti motivoi osaltaan joitain potilaita.

Muistan yhenki ison huoneen, jossa miehet oli kaikki tosi aktiivisia ja rupattelivat keskenään, että nyt lähetään jumpalle ja näin....Ni hehän oli hirveen innostuneita siitä, että sitä mittaria sai siirtää ja hyvä, ettei vertailleet että mul on viistoist minuuttia enemmän ku sulla tännää. (haastattelu 4)

Joidenki potilaitten kohalla oon huomannu et ne kysyy et mitä sä teet, kun mä käyn siirtää sitä. Sit mä sanon et tää on semmonen mittari millä me katotaan paljo te ootte liikkeellä päivässä. Jotku on sanonu et okei ja sitte huomaa et se hieman ehkä motivoi liikkumaan. Jotku ei välitä siitä mitään, että se on ihan se ja sama käytetäänkö sitä vai eikö sitä käytetä. (haastattelu 2)

Kyllä siinä varmaan on [hyötyä], että tulee enemmän ehkä seurattuu heidän ylhäällä oloa ja sitten kyl se aktivoi potilaitakii. Et esimerkiks ykski rouva sano ku mie sanoin et joko sie meet lepäämään, ni se sano et en mee vielä, mie haluan tavoitteen täyteen. Kyllä se heitäkin aktivoi kun sanoo, että istutko vielä, että saahaan mittariin vähän lisää. (haastattelu 1)

Jotta potilas voisi itse käyttää toimintamittaria, olisi tärkeää, että mittari olisi hänen ulottuvillaan ja nähtävillään. Mikäli mittari on paikassa johon potilas ei pääse, on luonnollista, että hän ei myöskään käytä mittaria itse. Haastatteluissa tuotiin myös ilmi, että mittarin osoittimen siirtäminen voi olla potilaille liian hankalaa mittari heikon rakenteen vuoksi.

Sitte jos vaikka onkin vuodelevossa jonkun syyn takia mutta ite tekkee jotain, jumpaa, pyörittää nilkkoja, heiluttaa käsiä siellä, ni se ei ookaan sitte enää, ei siirry sinne seinämittariin. Enkä minä tiä kysyykö meidän potilaat ees, et mikä se on tuo mittari tuolla, ei ne taia nähäkää sinne. (haastattelu 3)

En tiä, onko ne enää, mut joskus oli niinku tuolla seinässä täällä, et vaikka olis ite liikkuva ni ei sinne pääse yöpöytien ja sängyn välistä mitenkään pujottelemaan, että sais sen. (haastattelu 3)

Ne [mittarit] on niin huonoja, et ei meikäläinenkää saa niitä siirrettyä. (haastattelu 2)

Haastatteluissa henkilökunta koki, että henkilökuntaa hyödyttäisi eniten tarkka toimintojen kirjaaminen, eli ennemmin mitä ja miten potilas tekee kuin kuinka paljon ajallisesti. Ideaalitalanteessa voisi-kin ajatellakin, että toimintamittari motivoisi erityisesti potilaita ja omaisia. Jotta potilas kiinnostuisi ja motivoituisi mittarista, hänen pitäisi ymmärtää, mikä mittari on ja mihin sillä tähdätään.

Motivoiko se niinku hirveesti sit se mittari hoitajia, mietin vaan niinku, että enemmän ehkä se toimis tosiaan sitten sitä potilasta ja ehkä omaista motivoivana ja sitte me nähään sieltä kirjauksista sitä enemmän...(haastattelu 4)

Kyllä se [mittari] periaatteessa voi olla kaikkien kohalla hyödyllinen ja aktivoiva, että kun saa vaan heidät ymmärtämään sen että mikä se on ja sen avulla vaikka sitten saiskin sieltä ylös vuoteesta. Että ei se oo huono kenenkään kohalla. (haastattelu 1)

7.3.2 Omaiset toimintamittarin käyttäjinä

Kuten potilaiden kohdalla (ks. luku 7.3.1.), myös omaisten kohdalla olisi tärkeää, että omaiset systemaattisesti perehdytettäisiin mittariin ja sen käyttöön. Vaikka potilas olisi niin huonokuntoinen, että ei ymmärrä toimintamittarin tarkoitusta, omainen voisi käyttää toimintamittaria vieraillessaan osastolla. Ainoastaan yhdessä haastattelussa kerrottiin, että toimintamittari esitellään omaisille. Muissa haastatteluissa haastateltavat eivät osanneet vastata kysymykseen, käyttävätkö omaiset toimintamittaria. Mikäli omaiset eivät tiedä mittarista, he eivät voi myöskään hyödyntää sitä.

Omaisillekin on ohjattu, että jos omainen käy potilaan kanssa jossain tai ovat istumassa aulassa, että hekin voivat siirtää sitten sitä mittaria aina sen verran ku ovat ollu. (haastattelu 1)

En oo ainakaan nähnyt kenenkään omaisen [siirtävän mittaria], en oo huomannut. (haastattelu 5)

Hirveen vähän [kerrotaan mittarista]. Oisinko yhelle omaiselle kerran esitelly sen, ku hän kysy että mikä tuo on mitä työ aina käänätte ja veivaatte, niin sitten mä kerroin hänelle mikä se on ja näin, niin sitten tuo huomattiin siellä, että asiallinen potilaskaan ei tiennyt siitä mitään. Niin siinä tuli niinku kaks kärpystä, mutta heiltä päin tuli se, et minä en ees älynny esitellä heille sitä, vaan että he kyselivät mikä se on, kun kaikki käyttää. (haastattelu 3)

Eräissä haastattelussa tuotiin esille, että omaiset ylipäänsä osallistuvat hyvin vähän kuntoutukseen. Mikäli omaiset sitoutettaisiin kuntouttavaan toimintaan ja potilaan osasto-arjessa mukana olemiseen, siitä voisi olla merkittävää hyötyä potilaan kuntoutumisen kannalta. Useammassa haastattelussa koettiin, että omaisissa olisi paljon potentiaalisia ja hyödyntämättömiä voimavaroja. Omaisten voimavarojen hyödyntämisessä varmasti auttaisi osaltaan systemaattinen perehdyttäminen toimintamittarin käyttöön. Omaisten tukemana huonokuntoinenkin potilas voisi saada huomattavasti lisää aktiivisuutta päiväänsä, kun kaikki aktivointi ja avustaminen ei olisi vain henkilökunnan tehtävänä.

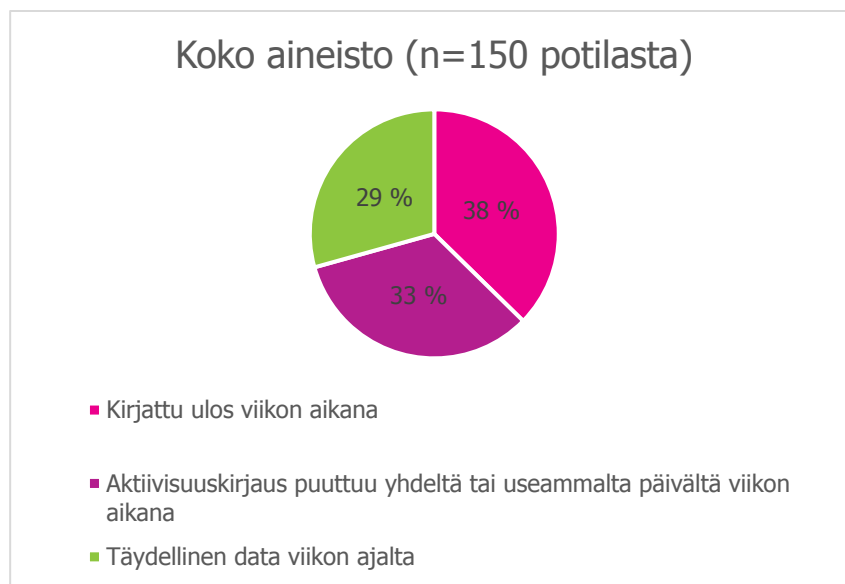
Jotenkin tuntuu enempi, on semmoinen ehkä vanhoillinen sairaalakuva monilla ihmisillä, että ei haluta olla tiellä, vaan halutaan vaan käydä ja sitten poistua paikalta. Ei kovin osallistuvaa oo, vois enemmänkin varmaan hyödyntää voimavaroja siltä puolelta. (haastattelu 5)

Mut voisko aatella esimerkiks sitäki et miten sais sen esimerkiks omaisille, et kuntoutuja, potilas joka on esimerkiks laitojen sisällä, mut valvottuna saa istua sängyn reunalla. Et esimerkiks jos omaiset tulee käymään ja heillä on lupa, että saa istua valvottuna sängyn reunalla potilas ja he valvoo et hän pysy siinä. Ni se vois olla jo yks semmonen aktiivisuustavotekkin. Millä ois lupa jo siirtää, et hän on pois sieltä makuuasennosta. (haastattelu 2)

7.4 Määrällisen aineiston kuvaus

Aineisto koostuu tasan 150 potilaan tiedoista. Aineisto on kerätty kaikilta viideltä kuntoutusosastolta sen ovat keränneet osastonsihteerit potilaskertomusmerkinnöistä tekemäämme tutkimuslomakkeeseen. Aineisto on kerätty viikon ajalta ja kun kävimme esittelemässä työmme ja lomakkeen sihteereille, sovimme, että lomakkeen täyttö aloitetaan maanantaina ja lopetetaan sunnuntaina. Keuruussa huomioidaan vain ne potilaat, jotka ovat olleet maanantaina osastolla.

Aineiston 150 potilaasta 50 kirjattiin ulos osastolta kesken viikon. 56 potilaalta puuttui kirjaus aktiivisesta ajasta yhdeltä tai useammalta päivältä viikon aikana, vaikka he ovat olleet osastolla, mikä on huomattava osuus koko aineistosta. Näin ollen 44 potilaalla oli tiedot koko viikon ajalta. (ks. kaavio 1.) Aktiivisuustavoite oli määritelty 100 potilaalle. Aktiivisuustavoitteen toteutumista tarkasteltiin vain potilailta, joilla oli kaikki kirjaukset koko viikon ajalta.



KAAVIO 1. Koko aineiston (n=150) kuvaus.

Osastolla 1 oli viikon aikana potilaita 30, jotka olivat keskimäärin syntyneet vuonna 1935 ja joista enemmistö (21 kpl) oli naisia. Potilaista ulos kirjattiin kesken viikon 13. Uloskirjatuista potilaista 5 oli päässyt kotiutumista edeltävänä päivänä aktiivisuustavoitteeseen ja muillakin aktiivisuus oli ollut nousujohteista viikon aikana. 4 potilaalta puuttui kirjauksia aktiivisesta ajasta yhdeltä tai useammalta päivältä viikon aikana. Tavoite oli asetettu kaikille potilaille ja tavoite oli kaikille sama 6 tuntia eli mittarin maksimiaika. Tavoite pysyi kaikilla potilaille samana viikon aikana. Täydellinen data koko viikolta oli 13 potilaalla ja näistä potilaista tavoitteeseen pääsi 10 potilasta ainakin yhtenä päivänä viikossa. Niillä osaston potilaille, joilla oli täydellinen data viikon ajalta, aktiivista aikaa oli keskimäärin ~4,43 tuntia / päivä.

Osastolla 2 oli viikon aikana potilaita 30, jotka olivat keskimäärin syntyneet vuonna 1940 ja joista enemmistö (18 kpl) oli naisia. Potilaista ulos kirjattiin kesken viikon 11. Uloskirjatuista potilaista 8 pääsi kotiutumista edeltävänä päivänä aktiivisuustavoitteeseen. Yhdeltä potilaalta puuttui kirjauksia aktiivisesta ajasta yhdeltä tai useammalta päivältä viikon aikana. Tavoite oli asetettu 16 potilaalle

selvästikin yksilöllisesti, koska tavoite oli lähes kaikille erilainen. Tavoitteen keskiarvo oli $\sim 3,45$ tuntia. Tavoite pysyi samana viikon aikana kaikilla potilailla. Tavoite puuttui tai sihteerit ei löytänyt sitä potilastiedoista 14 potilaalta, mikä on lähes puolet koko tutkimusviikon potilasmäärästä. Täydellinen data koko viikolta oli 14 potilaalla ja näistä potilaista tavoitteeseen pääsi 13 potilasta ainakin yhtenä päivänä viikossa. Niillä osaston potilailla, joilla oli täydellinen data viikon ajalta, aktiivista aikaa oli keskimäärin $\sim 2,24$ tuntia / päivässä.

Osastolla 4 oli viikon aikana potilaita 28, jotka olivat keskimäärin syntyneet vuonna 1942 ja joista enemmistö (15 kpl) oli naisia. Potilaista ulos kirjattiin kesken viikon 6. Uloskirjatuista potilaista kaksi oli päässyt edeltävänä päivänä tavoitteeseensa ja yhdelle ei ollut asetettu tavoitetta. 14 potilaalta puuttui kirjauksia aktiivisesta ajasta yhdeltä tai useammalta päivältä viikon aikana. Tavoite oli asetettu 20 potilaalle ja näistä 13 potilaalla tavoitteeksi oli asetettu 6 tuntia. Ainakin osalle siis oli tehty yksilöllinen tavoite. Tavoitteen keskiarvo oli 4,65 tuntia. Tavoite pysyi samana viikon aikana kaikilla potilailla. Täydellinen data koko viikolta oli 11 potilaalla ja näistä potilaista 5:lle oli asetettu tavoite ja neljä heistä pääsi tavoitteeseensa viikon aikana lähes joka päivä. Niillä osaston potilailla, joilla oli täydellinen data viikon ajalta, aktiivista aikaa oli keskimäärin 2,7 tuntia / päivä. Tällä osastolla kiinnitti huomiota se, että puolella (14 kpl) potilaista puuttui aktiivisuuskirjauksia vähintään yhtenä päivänä viikossa.

Osastolla 5 oli viikon aikana potilaita 29, jotka olivat keskimäärin syntyneet vuonna 1938 ja joista enemmistö (18 kpl) oli naisia. Jopa 24 potilaasta oli tieto, että tavoitetta ei ole voitu asettaa, ja kolmella ei ollut merkintää tavoitteesta, mikä viittaisi siihen, että osaston potilasaine on ollut huonokuntoista. Tällä osastolla kirjauksia puuttui suurelta osalta eli 25:ltä potilaalta ja kirjauksia oli vain alkuvuokosta, torstaista eteenpäin kirjauksia ei ollut lainkaan, mikä varmaankin selittyy potilaiden kunnolla. Potilaista ulos kirjattiin kesken viikon 6 heistä kellekään ei ollut aktiivisuustavoitetta. Osastolla 5 tutkimusviikon aikana vain kahdella henkilöllä oli asetettu tavoite, kummallakin 6 tuntia. Täydellistä sataa ei ollut viikon aikana yhdelläkään potilaalla.

Karttulan osastolla oli viikon aikana potilaita 33, joiden syntymävuosia ei ollut ilmoitettu. Potilaista suurin osa (23 kpl) oli naisia. Potilaista ulos kirjattiin kesken viikon 16. Uloskirjatuista potilaista 3 oli päässyt edeltävänä päivänä aktiivisuustavoitteeseensa. 16 potilaalta eli lähes puolelta puuttui kirjauksia aktiivisesta ajasta yhdeltä tai useammalta päivältä viikon aikana. Tavoite oli asetettu kaikille potilaille ja kaikilla se oli mittarin maksimiaika 6 tuntia. Tavoite ei muuttunut viikon aikana kellekään. Täydellinen data koko viikolta oli 7 potilaalla ja näistä potilaista tavoitteeseen pääsi 4 potilasta ainakin yhtenä päivänä viikossa. Heistä yksi pääsi viikon ajan joka päivä tavoitteeseensa. Niillä osaston potilailla, joilla oli täydellinen data viikon ajalta, aktiivista aikaa oli keskimäärin $\sim 4,2$ tuntia / päivä.

Toimeksiantajan toiveena oli saada tietoa aktiivisen ajan eroista eri osastojen välillä, mutta se ei tutkimuksessa toteutunut, koska lomakkeiden täyttötavoissa oli eroavaisuuksia ja haastatteluissa kävi ilmi, että yhteistä toimintakulttuuria toimintamittarin käytössä ja aktiivisen ajan merkitsemisessä ei ollut. Näin ollen luotettavaa vertailua ei voi tehdä. Aktiivista aikaa keskimäärin päivässä oli eniten

osastolla 1, mutta toki laskelmissa on otettu huomioon vain potilaat, joilla on täydellinen data koko viikolta. Lisäksi tietenkin muun muassa potilaiden kunto ja aktiivisen ajan kirjaamisen käytännöt vaikuttavat tulokseen.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kuopion kaupungin kuntoutusosastojen henkilökunnan kokemuksia toimintamittarin käytöstä iäkkäiden potilaiden aktiivoinnin työvälineenä sekä mittarin avulla mitattua potilaiden aktiivista aikaa kyseisillä kuntoutusosastoilla. Tarkastelimme potilaille asetettujen aktiivisen ajan tavoitteiden ja niiden toteutumisen kohtaamista sekä osastojen henkilöstön kokemuksia mittarin käyttöönotosta ja vaikuttavuudesta työvälineenä potilaiden kuntoutuksessa. Tavoitteena oli, että opinnäytetyö voi tarjota näkökulmia ja työkaluja mittarin käyttämiseen ja jatkokehittelyyn laajemmaltikin, sillä mikäli mittari koettaisiin hyvänä työvälineenä, se kannattaisi tietenkin ottaa muuallakin käyttöön.

Tutkimuskysymyksemme olivat, millaisia kokemuksia henkilökunnalla on toimintamittarin käytöstä potilaiden aktiivisen ajan lisäämiseksi ja miten potilaille asetetut aktiivisen ajan tavoitteet toteutuvat eri osastoilla. Kokemuksia saimme haastatteluissamme hyvin runsaasti ja monesta näkökulmasta. Päähuomio oli, että toimintamittarin käyttökokemukset ovat ristiriitaisia ja siinä voisi olla vielä jatkokehittelyn tarvetta. Tällä hetkellä mittarin koki hyödylliseksi potilaan kuntoutuksen kannalta vain muutama vastaaja. Vaikka saimmekin vastauksia tutkimuskysymyksiimme, tulosten pohdintaa vaikeutti se, että emme löytäneet muita aiheesta tehtyjä tutkimuksia tai tietoa vastaavanlaisista mittareista tai aikaperusteisesta aktiivisuuden mittaamisesta. Harjulan toimintamittari on kehitetty nimenomaan Harjulaa varten.

Henkilökunnan haastatteluista saa kuvan, että henkilökunta olisi pitänyt ottaa vahvemmin mukaan toimintamittarin suunnitteluun ja käyttöönottoon, jolloin se olisi ehkä saatu sitoutumaan mittarin käyttöön paremmin. Haastattelujen perusteella vaikuttaa myös siltä, että mittarin käyttöön ei ole selkeitä yhteisiä ohjeita. Eri ammattiryhmät osallistuvat mittarin käyttöön vaihtelevasti ja osastoilla ei ole sovittuja yhteisiä käytänteitä siitä, mitä aktiiviseen aikaan kuuluu. Yhteisten käytäntöjen luominen ja systemaattinen henkilökunnan perehdytys voisivat lisätä mittarin tuomaa hyötyä. Haastatteluissa pidettiin hyvänä sitä, että jokaisen potilaan kohdalla olisi aikaa miettiä tavoitetta moniammatillisesti. Tämä ei ole tällä hetkellä aina mahdollista työpäivän kiireiden lomassa, vaikka halua tähän eri ammattiryhmiltä löytyykin.

Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että nykyisen mittarin käyttöä voisi tehostaa ottamalla potilaat ja omaiset vahvemmin mukaan mittarin käyttöön. Juuri millään osastolla ei järjestelmällisesti esitellä mittaria potilaalle ja tämän omaisille ja kehoteta mittarin käyttöön. Toimintamittarin tulisi myös olla helposti saatavilla ja nähtävissä, jotta potilaiden olisi helppo käyttää sitä. Muutama esimerkki aineistosta löytyi, että mittari oli toiminut motivoivana tekijänä kuntoutujalle, mutta tätä voisi varmaankin lisätä lisäämällä potilaiden vastuuttamista mittarin käyttöön.

Määrällisessä analyysissä havaitsimme, että aktiivisuustavoite oli määritelty 100 potilaalle aineiston 150 potilaasta. Kaikista aineiston potilaista 50 kirjattiin ulos osastolta kesken viikon ja 56 potilaalta puuttui kirjaus aktiivisesta ajasta yhdeltä tai useammalta päivältä viikon aikana, eli täydellistä dataa tutkimusviikon ajalta oli vain 44 potilaalla. Tavoitteita ei ainakaan tutkimusviikon perusteella juurikaan luoda yksilöllisesti, sillä useammalla osastolla kaikkien potilaiden tavoite oli mittarin maksimikaika 6 tuntia ja vain yhdellä osastolla vaikutti siltä, että tavoite on mietitty jokaiselle erikseen. Emme voi vastata luotettavasti tutkimuskysymykseemme, sillä täydellistä dataa oli vähän, lomakkeiden täyttötavoissa oli eroavaisuuksia ja haastatteluissa kävi ilmi, että yhteistä toimintakulttuuria toimintamittarin käytössä ja aktiivisen ajan merkitsemisessä ei ollut. Samasta syystä emme saaneet luotettavaa tietoa aktiivisen ajan eroista eri osastojen välillä, vaikka se oli toimeksiantajan toiveena.

Vaikka emme saaneet vastausta toiseen tutkimuskysymykseemme, määrällisen tutkimuksen osuus kuitenkin vahvistaa laadullisen osuuden löydöksiä. Määrällisen aineiston perusteella näyttäisi siltä, kuten haastattelujen perusteella voi olettaakin, että on haastavaa luoda toimintamittaria varten yksilöllisiä tavoitteita. Lisäksi määrällisen aineiston perusteella voisi olettaa, että mittarin käytössä ja sen tulosten kirjaamisessa ei ole riittävän selkeitä yhtenäisiä käytäntöjä, sillä aineiston potilaista kolmasosalla oli puutteita aktiivisen ajan kirjauksissa.

Toimintamittarin käyttöönotto on hyvä osoitus halusta kehittää omaa työtä ja kokeilla ennakkolullottomasti uusia työvälineitä. Haastatteluista käy ilmi, että Kuopion kaupungin kuntoutusosastoilla halutaan kuntouttaa tehokkaasti ja henkilökunta kokee, että pääosin kaikilla henkilökunnan jäsenillä kuntouttava työote toteutuu hyvin. Haastatteluissa tapahtui hyvää moniammatillista pohdintaa liittyen kuntoutukseen, tavoitteiden asettamiseen ja toimintamittariin.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Meidän suunnitelmamme oli valita tutkimuksen luotettavuuden turvaamiseksi haastateltavat satunnaisotannalla. Jokaiselta osastolta oli tarkoitus valita arvannon perusteella yksi jokaisesta potilaan hoitoon ja kuntoutukseen ja mittarin käyttöön osallistuvasta ammattiryhmästä: fysioterapeutti, lähihoitaja ja sairaanhoitaja. Haastattelutilanteessa ilmeni, että osa haastateltavista tuli osastonhoitajan määräämänä ja oli kuullut valinnastaan juuri ennen haastattelua. Muutama haastateltavista oli erityisen kiinnostunut mittarin käytöstä potilaiden kuntoutumisessa ja oli halunnut itse mukaan haastatteluun. Tällä saattoi olla vaikutusta tutkimustulokseen. Toisaalta aineistomme oli laaja, joten monenlaista näkökulmaa tutkimuskysymyksiimme löytyi ja laadullisen aineiston analysointi aineiston perusteella mahdollistui. Laadullisessa tutkimuksessa olennaista onkin osallistujien omakohtainen kokemus ja tieto tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 85).

Haastateltavien anonymiteetin säilyttäminen onnistui hyvin, sillä haastateltavat sekä haastattelun kohteena olevat osastot oli aineistossa koodattu. Myös haastattelut oli koodattu numeroin, jotta opinnäytetyöhön valituista esimerkeistä ei voisi tietää, minkä osaston haastattelusta se oli poimittu. Lisäksi opinnäytetyöhön valituista lainauksista oli poistettu esimerkiksi nimet, osastojen numerot

ym., mikäli haastateltava vaikkapa puhutteli toista haastateltavaa tai vaikkapa viittasi tiettyyn osastoon.

Anonymiteetin säilyttäminen toi mukanaan myös tiettyjä ongelmia, emme esimerkiksi voineet vertailla eri osastojen henkilöstön ajatuksia tai eri ammattiryhmien näkemyksiä keskenään. Kultakin osastolta haastateltiin vain yhtä fysioterapeuttia, joten fysioterapeuttien vähäisen määrän vuoksi emme voineet nostaa juuri sen ammattiryhmän ajatuksia erityisesti esiin, vaikka se olisi ollut meidän näkökulmastamme kiinnostavaa. Lisäksi emme voi tietää, kuinka tarkkaan kunkin osaston henkilöstö tietää haastatteluun osallistuneiden henkilöllisyyden, joten emme voi mainita esimerkiksi jonkin ajatuksen taustalla olevan ”osaston neljä sairaanhoitajan”.

Tutkijan rooli suhteessa tutkimukseen osallistujiin on tärkeässä roolissa pohdittaessa eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksen osallistujien kanssa jaetaan yhteistä maailmaa ja kokemuksia. Tutkijan olisi osattava asennoitua objektiivisesti aineistoon ilman omia ennakoasenteita. Kuitenkin kumpikin analyysin tekijä tuo tutkimukseen omaa persoonallisuuttaan omista lähtökohdistaan, samalla kun olisi osattava löytää olennaiset asiat osallistujien näkökulmasta. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 96, Kylmä ja Juvakka 2007, 20.)

Vaikka määrällisen tutkimuksen osuutemme joltain osin epäonnistui, emme katso sen vaikuttavan tutkimuksen luotettavuuteen, koska olemme raportoineet tuloksista ja analyysistä totuudenmukaisesti emmekä edes väitä, että aineistostamme voisi tehdä yleistyksiä tai antaa tarkkoja vastauksia liittyen potilaiden aktiiviseen aikaan tai tavoitteisiin pääsyyn. Määrällisen tutkimuksen osuus täydentää laadullisen tutkimuksen havaintoja.

8.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aiheen rajaaminen oli hankalaa. Meillä oli periaatteessa valmiiksi annettu aihe, johon sisältyi määrällinen ja laadullinen osuus, minkä pohjalta lähdimme toteutusta ja menetelmää suunnittelemaan. Aihe osoittautui opettajien kanssa keskustellessa kuitenkin liian laajaksi. Oman mielenkiintomme ja aiheeseen liittyvien näkemystemme pohjalta päätimme keskittyä laadulliseen tutkimukseen, josta katsoimme saavamme irti mielenkiintoisempaa tietoa toimintamittarista ja sen käytöstä. Määrällinen osuus kutistui lähinnä aineistoa kuvailevaksi.

Määrällisen tutkimuksen osuudessa haastavinta oli osastonsihteereille suunnitellun lomakkeen suunnitteleminen ja sillä tiedon kerääminen. Lomakkeen suunnittelua vaikeutti muun muassa se, että meillä ei ehkä ollut tarpeeksi selkeää kuvaa, mitä tietoa tarvitsemme ja kuinka tarkkaan sitä aiomme ja pystymme analysoimaan. Lisäksi lomakkeen täyttäminen ei kaikilta osin onnistunut, vaikka lomake oli katsottu yhdessä läpi osastonsihteerien kanssa ja kerätty siitä palautetta. Määrällinen aineisto jäi siksi pinnalliseksi ja lähinnä kuvailevaksi. Tämä ei kuitenkaan haitannut opinnäytetyön valmistamista, sillä laadullisen tutkimuksen osuus oli laaja ja valitsemamme pääasiallinen tutkimusmenetelmä.

Laadullinen tutkimus oli meille mielekkäämpi tutkimusmenetelmä ja saimme haastatteluilla mielenkiintoista tietoa toimintamittarista ja sen käytöstä. Haastattelemiseen ja haastattelun toteuttamiseen perehdyimme etukäteen, mutta haastattelumme olivat liiankin laajoja ja saimme paljon tietoa, joka ei liity tutkimuskysymyksiimme. Haastattelujen paremmassa rajaamisessa olisi voinut auttaa koehaastattelun tekeminen, jolloin olisimme ehkä osanneet tarkentaa kysymyksiämme ja pysyä tiukemmin tutkimuskysymyksiin liittyvissä aiheissa.

Mielestämme onnistuimme kuitenkin hyvin haastatteluvaiheessa, jossa vuorovaikutuksemme haastateltavien kanssa toimi erittäin hyvin. Laajat ja monipuoliset haastattelut olivat myös onnistuminen, sillä saimme paljon tietoa ja kävimme antoisia keskusteluja haastateltavien kanssa eikä tietoja tarvinnut nyhtää. Olimme perehtyneet teoriaan ja osasimme luoda avoimen keskusteluilmapiiirin haastatteluihin. Opinnäytetyön tekemisen kannalta riittävä haastattelumateriaali oli ensiarvoisen tärkeää, sillä toki oli helpompi karsia ylimääräistä materiaalia kuin yrittää työstää liian suppeaa materiaalia. Haastattelujen onnistuminen ja runsas materiaalin saaminen olivat myös motivaationa opinnäytetyön tekemiselle.

Laadullisessa analyysissä haastavaa oli sisällönanalyysin kategorioiden määrittäminen ja rajaaminen, sillä aineisto oli runsas ja osa aineistosta tuntui sopivan moneen eri kategoriaan. Toisaalta kategorioiden pyöritteleminen ja yhdistely olivat luova prosessi, joka muuttui useamman kerran opinnäytetyön teon aikana. Kategorioiden miettiminen kuitenkin loi myös uskoa omaan analyysiin, koska tietyt isot asiat nousivat vahvasti esille kaikissa kategoriaversioissamme. Sisällönanalysointi oli mielenkiintoista, sillä haastattelujen sisältö oli kiinnostavaa ja pääsimme tutustumaan osastojen työhön monesta eri näkökulmasta.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessin suurin haaste oli ajankäyttö. Tutkimussuunnitelmavaiheen työllistävyys olimme aliarvioineet, samoin tutkimusluvan saamisessa kesti pidempään kuin olimme aikatauluttaneet. Toisaalta huolellinen tutkimussuunnitelma nopeutti huomattavasti varsinaisen opinnäytetyön toteuttamista, erityisesti aineiston keruuta ja teoriaosuuden kokoamista. Eniten opinnäytetyön valmistumisen viivästymiseen vaikutti tekijöiden elämäntilanne, sillä vuosiin mahtui koulun lisäksi työllistymistä, toiseen kaupunkiin muuttamista, sairastumisia ja muita asioita, jotka sotkivat aikataulua ja tekivät yhteisestä työskentelystä hankalaa. Toisaalta taas voi ajatella, että meillä on ollut paljon aikaa kypsyttellä aihetta mielessämme. Olemmekin aina tauon jälkeen saaneet uusia ideoita ja ajatuksia esimerkiksi aineiston analyysin suhteen.

Ammatillisen kasvun näkökulmasta opinnäytetyöprosessi opetti meille erityisesti oman työn organisoimista, suunnittelua ja aikatauluttamista. Opinnäytetyön tekeminen mahdollisti myös kokemuksen asiantuntijan roolissa toimimisesta, esimerkiksi kun kävimme kertomassa työstämme ja ohjeistamassa aineistonkeruuta osastonsihteeille. Opinnäytetyöprosessiimme sisältyi hyvin paljon yhteistyötä sidosryhmien kanssa muun muassa tutkimussuunnitelmavaiheessa ja haastattelujen aikataulutusessa ja sopimisessa. Olimme tutkimussuunnitelman teon aikaan paljon yhteydessä yhteyshenkilöömme ja tavoitteet luotiin yhteistyössä hänen kanssaan.

Aineistoomme ja tutkimustuloksiimme perehtyminen herätti myös meissä pohdintaa siitä, kuinka aktiivisuutta voisi mitata ja mikä merkitys toiminnan laadulla on kuntoutumiselle. Oli myös mielenkiintoista päästä kuulemaan haastatteluissa tulevien kollegojen näkemyksiä ko. aiheesta sekä yleisesti osastotyöstä ja kuntoutuksesta. Saimme paljon uutta näkemystä moniammatillisen yhteistyön merkityksestä ja kuinka sitä voisi työpaikalla toteuttaa. Työpaikan vuorovaikutus ja yhteiset raamit toiminnalle ovat tärkeitä kuntoutuksen ja toki muidenkin työn osa-alueiden onnistumisen kannalta.

Meillä vahvistui näkemys, että fysioterapeuttien ja hoitohenkilökunnan yhteistyö on todella tärkeää ja kummallakin ammattiryhmällä on osaamista, jota kannattaa jakaa ja hyödyntää. Esimerkiksi koulutuksessa ei kannattaisi turhaan luoda vastakkainasettelua vaikkapa siitä, että hoitajilta puuttuisi kuntouttava työote, sillä ainakin meidän haastatteluissamme kävi ilmi, että myös hoitajilla kuntouttava työote ohjaa työtä. Työpaikalla olisi hyvä nähdä ja arvostaa kaikkien työntekijöiden ja ammattiryhmien työpanosta. Tätä ajatusta voisi tuoda jo koulutuksessakin enemmän esille.

On ollut todella hyödyllistä perehtyä ikääntymiseen ja vuodelevon vaikutuksiin, sillä iäkkäät ovat sekä hoitoalalla että fysioterapiassa tärkeä ja laaja asiakasryhmä. Opinnäytetyön tekeminen tästä aiheesta auttaa varmasti esimerkiksi osastolla työskentelyssä ja iäkkäiden kanssa toimimisessa. Aktiivisuuden ja sen mittaamisen sekä tavoitteiden laatimisen pohdiskelu on ollut hyvin mielenkiintoista ja haastatteluissa oli mukava huomata, että näiden asioiden pohdiskelu toi myös haastateltaville uusia ajatuksia. Haastatteluissa tapahtunut haastateltavien moniammatillinen pohdinta ja asiasta innostuminen ovatkin tärkeä opinnäytetyön tekoon liittyvä onnistuminen meille.

8.4 Merkitys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme merkitys on siinä, että olemme saaneet tutkimuskysymyksiimme vastatessamme paljon tietoa Kuopion kaupungin kuntoutusosastojen toimintamittarin vahvuuksista ja heikkouksista sekä kehitysideoita sen tulevaan käyttöön. Tällaista mittaria ei ole muualla käytössä, eikä tällaista mittaria koskevaa tutkimusta ole vielä olemassa. Laadullinen sisällönanalyysimme antaa tutkimuskohteesta monipuolista tietoa.

Opinnäytetyöprojektimme ja siihen liittyvät haastattelut ovat herättäneet kuntoutusosastoilla keskustelua ja pohdintaa liittyen niin toimintamittariin kuin moniammatillisuuteen ja kuntouttavaan työotteeseenkin, ainakin haastatteluihin osallistuneiden henkilöiden keskuudessa. Haastatteluissa tulleet uudet ajatukset ja pohdinnat siirtyvät toivottavasti myös muuhun työyhteisöön. Yhteisellä pohdinnalla ja tahdolla osastot voivat kehittää toimintaansa ja toimintamittaria potilaslähtöisempään ja kuntoutuksen kannalta hyödyllisempään suuntaan.

Koska tutkimuksesta saatu tieto mahdollistaa toimintamittarin jatkokehittelyn, mittarista on potentiaalisesti jatkossa enemmän hyötyä kuntoutukselle niin paikallisesti kuin laajemmalla alueella. Ikään-tyneiden kuntoutus, aktiivisuus ja sairaalajaksojen lyhentäminen ovat tärkeä ja ajankohtainen asia, jonka edistämiseen tarkoitettujen apuvälineiden otetaan varmasti ilolla vastaan, kunhan niistä on hyötyä.

Tällä hetkellä meidän aineistomme perusteella vaikuttaa, että Kuopion kaupungin kuntoutusosastojen henkilöstö ei koe mittarista juurikaan hyötyä kuntoutukseen, mutta toimintamittaria kehittämällä tilanne voi jatkossa olla toinen.

Laadullisen aineiston analyysissä nousi voimakkaasti esiin ajatus siitä, että tuntiperusteinen aktiivisuuden seuranta ei huomioi riittävästi ensinnäkään toiminnan sisältöä ja laatua eikä toisaalta sitä, onko toiminta potilaan kuntoutumista tukevaa. Erittäin kiinnostava kehitystyö voisikin olla sellaisen mittarin luominen, jossa otettaisiin yksilöllisesti huomioon potilaan tavoite ja tavoitetta tukeva kuntouttava toiminta. Tällaisen mittarin kehittämisessä voisi käyttää hyväksi kuntoutusosastojen henkilöstöä, sillä siellä on jo joitain ajatuksia ja ideoita tällaiseen liittyen. Toisaalta tämän kaltaisen uuden mittarin kehittäminen olisi hyvin haastavaa, sillä yksilöllisyys ja kaikille samanlainen, laajan käytön mahdollistava yksinkertainen mittari saattavat olla toisensa poissulkevia tekijöitä.

Esitimme luvussa 8.1. haastatteluaineistosta nousseita kehitysehdotuksia nykyiselle toimintamittarille. Mikäli kaikilla ammattiryhmillä ja osastoilla olisi yhteneväiset käytännöt sen suhteen, mikä on aktiivista aikaa ja miten tai kenen toimesta se merkitään mittariin sekä miten aktiivisen ajan tavoitteet luodaan, voisi aktiivisesta ajasta eri osastoilla olla mahdollista saada määrällistä, keskenään vertailukelpoista aineistoa. Tällöin meidän alkuperäisen määrällisen tutkimuksemme voisi toistaa ja kenties saada siitä kiinnostavia tuloksia.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. [Viitattu 2016-08-15.] Saatavissa: <http://etene.fi>
- DRONKERS, J., WITTEMAN, B. JA VAN MEETEREN, N. 2016. Surgery and functional mobility: doing the right thing at the right time. *Tech Coloproctol* 20:339–341. [Viitattu 2017-11-02] Saatavissa: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10151-016-1487-6.pdf>
- FINNE-SOVERI, Harriet 2016. Löytyykö monisairaalle vanhukselle kuntouttava hoitopolku sairaalasta kotiin. *Lääkärilehti* 24: 1739 - 40. [Viitattu 2016-08-26.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/loytyyko-monisairaalle-vanhukselle-kuntouttava-hoitopolku-sairaalasta-kotiin/>
- HEIKKINEN, Eino 2005. Keski-ikäisten ja iäkkäiden liikunta. Julkaisussa: VUORI, Ilkka, TAIMELA, Simo ja KUJALA, Urho (toim.) *Liikuntalääketiede*. Helsinki: Duodecim, 184-201.
- HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Helena 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus.
- ISOHERRANEN, Kaarina 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, Kaarina, Rekola, Leena & Nurminen, Raija (toim.) *Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- JOHANSEN, Inger, LINDBAEK, Morten, STANGHELLE, Johan K. ja BREKKE, Mette 2012. Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study. *Disability & Rehabilitation*, 2012; 34(24): 2039–46. [Viitattu 2016-10-23.] Saatavissa Savonian verkossa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f3556871-0e7b-4c51-a244-733381a07612%40sessionmgr4006&vid=1&hid=4114>
- JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO 2015. Määrällinen tutkimus. [Viitattu 2017-27-10.] Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analysimenetelmat/maarallinen-analyysi>
- JÄMSEN, Esa, KERMINEN, Hanna, STRANDBERG, Timo ja VALVANNE, Jaakko 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei: Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Helsinki: *Lääkärilehti*, 977-983. [Viitattu 2016-08-24.]
- KANANEN, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.
- KELA: Vanhuuseläke. [Viitattu 2016-08-28.] Saatavissa: http://www.kela.fi/elakeika-lahestyy_vanhuuselake
- KOIVUKANGAS, Minna, STRANDBERG, Timo, LESKINEN, Riitta, KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, Sirkka, ANTIKAINEN, Riitta 2017. Vanhuksen gerastenia – tunnista riskipotilas. *Suomen Lääkärilehti*. [Viitattu 2017-11-02] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2017/SLL72017-425.pdf>
- KORTEBAIN, Patrick 2008. Functional Impact of 10 Days of Bed Rest in Healthy Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2008;63:1076–1081. [Viitattu 2016-04-16.] Saatavissa: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/63/10/1076.abstract>
- KORTELAINEN, Kirsi 2016-04-08. Kuopion kaupunki. Osastojen kuvaus [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Jaana Hytönen.
- KOSKINEN, Simo, PITKÄLÄ, Kaisu ja SAARENHEIMO, Marja 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa RISSANEN, Paavo, KALLANRANTA, Tapani ja SUIKKANEN, Asko (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 547–563.

KUJALA, Urho, KUKKONEN-HARJULA, Katriina ja TIKKANEN, Heikki 2015. Liikunta pitkäaikaissairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim [digilehti] 131, 1700-1706. [Viitattu 2016-08-24.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo12443.pdf>

Kuopion kaupunki: Harjulan sairaala. Osastojen esite. [Viitattu 2016-04-12.] Saatavissa: <https://www.kuopio.fi/web/terveyspalvelut/harjulan-sairaala>

KYLMÄ, Jari ja JUVAKKA, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito: Liikunta on lääke. [Viitattu 2016-04-10.] Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00077>

LAAKSONEN, Hannele ja OLLILA, Seija 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA SEKÄ IÄKKÄIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA. L 28.12.2012/980. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-08-28.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

LATVALA, Eila ja VANHANEN-NUUTINEN, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa JANHONEN, Sirpa ja NIKKONEN, Merja (toim.). Juva: WS Bookwell Oy.

LYHTY, Minna 2016. Toimintamittari on kuntoutuksen oiva apu. Super 9/2016, 50-51.

LÄHDESMÄKI, Leena ja VORNANEN, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima.

METSÄMUURONEN, Jari 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Julkaisussa METSÄMUURONEN, Jari (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 81-150.

MÄKINEN, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

PAJALA, Satu 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. [verkkajulkaisu]. THL. [Viitattu 2016-04-16.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/Opas_16_verkko.pdf?sequence=1

PIKKARAINEN, Aila, VAARA, Mariitta ja SALMELAINEN, Ulla 2014. Fysioterapia. [Viitattu 2016-08-26.] Saatavissa: http://www.jamk.fi/globalassets/tutkimus-ja-kehitys--research-and-development/tki-projektien-lohkot-ja-tiedostot/korkeakouludiplomi/artikkeli_pikkarainen_ym_ft_s4-9_2014.pdf

PYYKKÖ, Ilmari ja JÄNTTI, Pirkko 2014. Ikähuimaus ja tasapainon hallinta. Suomen Lääkärilehti. [Viitattu 2016-08-25.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cl/laakari-lehti/pdf/2014/SLL472014-3181.pdf>

RINTALA, Pauli, HUOVINEN, Terhi ja NIEMELÄ, Satu 2012. Soveltava liikunta. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu 168. Helsinki.

SALTYCHEV, Mikhail 2012. The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary rehabilitation (ASLAK®) amongst public sector employees. Väitöskirja. Turun yliopisto. [Viitattu 2016-10-23.] Saatavissa: <http://www.doria.fi/handle/10024/76643>

SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT 2017. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. [Viitattu 2017-11-02.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003

TAYLOR, Denise 2014. Physical activity is medicine for older adults. US National Library of Medicine National Institutes of Health. [Viitattu 2016-08-25.] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888599/>

TIMONEN, Kirsi, WEST, Riitta ja RIUSALA, Aila 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmannekseen. Lääkärilehti. [digilehti] 1163-1164 [Viitattu 2016-08-25.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/kuntouttava-hoitotyö-vahensi-vuodepaikat-kolmannekseen/>

TOIMIVA-TESTISTÖ 2000. [Viitattu 2017-11-02.] Saatavissa: <http://www.valtiokonttori.fi/download/noname/%7B7606CF81-DDA4-4A37-8F16-D55D74410EE3%7D/59615>

TUOMI, Jouni ja SARAJÄRVI, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Viitattu 2016-08-15.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

UKK-instituutti: Terveysliikunnan vaikutusaika. [Viitattu 2016-04-10.] Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/272-terveysliikunnan_vaikutusaika.pdf

UKK-instituutti: Viikoittainen liikuntapiirakka yli 65-vuotiaille. [Viitattu 2016-04-10.] Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset/liikuntapiirakka_yli_65-vuotiaille

UKK-instituutti: Soveltavat viikottaiset liikuntapiirakat. [Viitattu 2016-04-10.] Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset/soveltavat_liikuntapiirakat

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VAN KASTEREN, T.L.M., ENGLEBIENNE, G., ja KRÖSE, B.J.A. 2010. An activity monitoring system for elderly care using generative and discriminative models. [Viitattu 2017-10-31.] Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00779-009-0277-9>

VÄHÄKANGAS, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaishoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta yms. [Viitattu 2016-08-25] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/fi777sales/isbn9789514262319.pdf>

WHO: Physical Activity and Older Adults. [Viitattu 2016-08-28.] Saatavissa: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/

LIITE 1: SAATEKIRJE HAASTATELTAVALLE

Hyvä haastatteluun osallistuva hoidon/kuntoutuksen ammattilainen,

olemme kolmannen lukuvuoden fysioterapeuttiopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää teidän osastollanne käyttöönotetun toimintamittarin käyttöä ja teidän kokemuksianne siitä potilaiden aktivoinnin työvälineenä.

Toteutamme laadullisen tutkimuksen teemahaastatteluin. Sitä varten joka osastolta arvotaan kolme henkilöä eri ammattiryhmien edustajista. Haastattelut toteutetaan ryhmissä ja ne tallennetaan. Haastattelujen materiaalia käytämme opinnäytetyön tekemiseen ja tuotoksessa huolehditaan siitä, ettei haastateltavia voida tunnistaa. Opinnäytetyön julkaisun jälkeen hävitämme haastatteluaineistot.

Ystävällisin terveisin,

Jaana Hytönen ja Paula Ruokonen
Fysioterapeuttiopiskelijat, TF14S
Savonia-ammattikorkeakoulu

LIITE 2: TEEMAAHAASTATTELUN RUNKO

Haastattelun aluksi käydään opinnäytetyön tavoitteet läpi, kerrotaan missä opinnäytetyö ja siihen liittyvä artikkeli julkaistaan ja käsitellään tutkimuseettiset kysymykset

Teema 1: Haastateltavan työnkuva

Kuuluuko työhösi potilaiden aktivointi, kuinka sen teet?

Mitä lasket aktiiviseen aikaan?

Osallistutko potilaiden aktiivisuustavoitteiden laatimiseen?

Teema 2: Toimintamittari

Miten käytät mittaria päivittäisessä työssäsi? Onko käyttö mielestäsi helppoa?

Koetko mittarin hyödylliseksi potilaiden aktivoinnissa, jos vertaat aikaan ennen mittarin käyttöä?

Mittarin hyvät ja huonot puolet

Onko eri ammattiryhmien välillä mielestäsi eroja mittarin käytössä/potilaiden aktivoinnissa?

Teema 3: Potilaiden ja omaisten asenteet

Ovatko potilaat mielestäsi kiinnostuneita mittarista, käyttävätkö he sitä? Millaisia asenteita olet potilailla havainnut?

Millaisten potilaiden kanssa mittari on hyödyllinen?

Kuinka kehittäisit mittaria?

Aktivoiko mittari potilaita?

Ovatko omaiset mukana mittarin käytössä ja millaisia asenteita olet havainnut?

Teema 4: Kehitysideat

Miten sinusta olisi parasta seurata potilaiden aktiivisuutta tai onko se edes tarpeen?

Vapaa sana, jäikö jotain kysymättä?

LIITE 3: MÄÄRÄLLISEN TUTKIMUKSEN LOMAKE POTILAAN AKTIIVISESTA AJASTA

TIEDOT POTILAIDEN AKTIIVISUUDESTA (Täyttöohjeet taulukon alareunassa)														
potilas	osasto	sukupuoli	syntyvuosi	Akt maan	akt ti	akt ke	akt to	akt pe	akt la	akt su	onko tavi tavoite (h)	Vaihtuiko tavoite viikon aikana	Jos kyllä, minä pv?	uusi tavoite (h)
1														
2														
3														
jne...														
<i>Lisää tarvittaessa rivejä</i>														
OHJEET LOMAKKEEN TÄYTTÄMISEEN														
potilas: juokseva numerointi														
osasto: osaston numero														
sukupuoli: 1=nainen, 2=mies														
akt maan jne.= akt tunneissa. Jos potilas ei ole liikkunut ollenkaan = 0. Jos aktiivisuustietoa ei ole merkitty potilaskertomusmerkintöihin = 88. Potilas kirjattu ulos osastolta = 99														
onko tavoite asetettu: 0= ei ole pystytyt asetettavaan, 1=kyllä, 2=ei														
tavoite: tavoite ilmaistuna tunteina														
vaihtuiko tavoite viikon aikana: 1=kyllä, 2=ei														
jos kyllä, minä päivänä: 1=maanantai, 2=tiistai, 3=keskiviikko jne.														
Tiedot kerätään viikolta 11. niistä potilaista, jotka ovat maanantaina osastolla. Jos potilas kirjataan ulos osastolta kesken viikon, se merkitään lomakkeeseen ohjeen mukaan.														
Myöhemmin viikolla tulneiden tietoja ei tarvitse kerätä.														

LIITE 4: SISÄLLÖNANALYYSIN KATEGORIAT

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria	
Mittari ei vaikuta työtapaan	Toimintamittarin vaikutus yksittäisen työntekijän työtapaan	Toimintamittari osana työyhteisön toimintaa	
Mittari motivoi henkilökuntaa potilaiden aktivoimiseen			
Mittarin osoittimen siirtäminen			Toimintamittarin käyttötapa
Aktiivisen ajan määritteleminen			
Tavoitteiden asettaminen			
Yhteisöt käytännöt			
Eri ammattiryhmät toimintamittarin käyttäjinä	Moniammatillisuus		
Kirjaamisen merkitys			
Perehdytys käyttöön	Toimintamittarin asema työyhteisössä		
Toimintamittari annettu ylhäältä käsin			
Työyhteisön suhtautuminen toimintamittariin			
Mittarin käytettävyyttä	Toimintamittari fyysisenä esineenä	Toimintamittarin ominaisuudet	
Mittarin kestävyys			
Toimintamittarin tuoma hyöty	Toimintamittarin merkitys potilaan kuntoutumiselle		
Aika toimintakyvyn kuvaajana			
Toiminnan mielekkyys potilaan kuntoutuksessa			
Voinnan vaikutus mittarin käyttämiseen	Potilaat toimintamittarin käyttäjinä	Potilas ja omaiset toimintamittarin käyttäjinä	
Potilaan motivointi			
Mittarin saavutettavuus			
Perehdytys mittariin	Omaiset toimintamittarin käyttäjinä		
Sitoutuminen kuntoutukseen			